

sfa / ispa



*Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere
Drogenprobleme
Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres
toxicomanies
Istituto svizzero di prevenzione dell'alcolismo e altre
tossicomane*

Lausanne
Oktober 2009

Diese Studie wurde finanziert mit Mitteln des
Bundesamtes für Gesundheit
Vertrag: 09.004281 / 204.001 / -632
(im Rahmen des Vertrages 07.006696)

Abschlussbericht

Forschungsbericht

**Alkohol-Intoxikationen
Jugendlicher und junger
Erwachsener. Ein Update der
Sekundäranalyse der Daten
Schweizer Spitäler bis 2007**

Matthias Wicki
Gerhard Gmel

Danksagung

Wir danken dem Bundesamt für Gesundheit für die Finanzierung dieser Studie. Insbesondere gilt unser Dank Elisabeth Grisel-Staub für die grosse Unterstützung bei der Erstellung von Tabellen, Abbildungen und dem Layout des Berichtes. Ebenso danken wir Irene Abderhalden, die uns mit Anregungen und Diskussionen bei diesem Bericht geholfen hat.

Auskunft:	Gerhard Gmel, Tel. ++41 21 321 29 59, ggmel@sfa-ispa.ch
Bearbeitung:	Matthias Wicki & Gerhard Gmel, Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA), Lausanne
Vertrieb:	SFA, Postfach 870, 1001 Lausanne
Bestellnummer:	Forschungsbericht
Preis:	
Grafik/Layout:	SFA
Copyright :	© SFA-ISPA Lausanne 2009
ISBN :	

Inhaltsverzeichnis

Executive Summary	1
Ausgangslage	1
Daten und Methoden.....	1
Ergebnisse.....	2
Diskussion	4
Résumé	5
Point de départ	5
Données et méthodes.....	5
Résultats	6
Discussion.....	8
1. Ausgangslage	9
2. Daten und Methoden	10
2.1 Die Datenquelle	10
2.2 ICD-Diagnoseschlüssel	10
2.3 Gruppierung von Diagnoseschlüsseln.....	12
2.4 Datengrundlage.....	13
2.5 Analysen.....	13
2.6 Datenaggregation und Gewichtung.....	14
2.6.1 <i>Analysen der ungewichteten Daten von 2005, 2006 und 2007</i>	15
2.6.2 <i>Zusammengefasste Analyse der ungewichteten Daten von 2005 bis 2007</i> ...	15
2.6.3 <i>Trendanalysen von 1999 bis 2007</i>	16
3. Ergebnisse	18
3.1 Hauptdiagnosen alkoholbedingter Störungen in den Jahren 2005 bis 2007	18
3.2 Nebendiagnosen alkoholbedingter Störungen in den Jahren 2005 bis 2007.....	21
3.3 Kantonale Auswertungen alkoholbedingter Störungen	28
3.4 Aufenthaltsdauer und Behandlungsart alkoholbedingter Störungen	31
3.5 Trendanalysen.....	33
3.5.1 <i>Diagnosen der Gruppe „Alkohol-Intoxikationen“</i>	34
3.5.2 <i>Diagnosen der Gruppe „Alkoholabhängigkeit“</i>	39
3.5.3 <i>Alkoholbezogene Diagnosen insgesamt</i>	44
3.6 Vergleiche mit Trends aus Deutschland und Österreich.....	46
3.7 Vergleich mit Bevölkerungsumfragen in der Schweiz	47
4. Diskussion	48
4.1 Die wichtigsten Befunde	48
4.2 Ausblick: Überlegungen für die Prävention und Frühintervention	54
5. Literatur	56
6. Appendix	59

Executive Summary

Ausgangslage

Episodisch risikoreicher Alkoholkonsum bzw. Trunkenheit im Jugendalter ist mit einer Vielzahl von negativen Konsequenzen assoziiert. Aus diesem Grund empfohlen sowohl die Weltgesundheitsorganisation anlässlich der Ministerkonferenz zu Jugend und Alkohol im Februar 2001 als auch der EU-Gesundheitsministerrat in seinen Empfehlungen zum Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen im Juni 2001 die Verbreitung und Häufigkeit von hoch risikoreichen Trinkgewohnheiten unter jungen Menschen deutlich zu verringern, Jugendliche über Alkohol besser aufzuklären und ein stützendes Umfeld zu schaffen. Zwar wird im Allgemeinen von einer hohen Validität individueller, selbst-berichteter Konsumangaben bei Jugendbefragungen ausgegangen (Hibell et al., 2009), eine Abstützung der so gewonnenen Ergebnisse durch objektive Messungen ist dennoch angezeigt. Dies gilt insbesondere für die durch den Alkoholkonsum bedingten Konsequenzen Jugendlicher. Aus diesem Grund analysiert die vorliegende Studie die medizinischen Statistiken der Schweizer Spitäler. Von besonderem Interesse waren dabei alkoholbezogene Diagnosen, welche Interventionen in Spitälern notwendig gemacht haben. Hauptaugenmerk wurde auf den akuten Missbrauch, in der Regel Alkohol-Intoxikationen, gelegt.

Daten und Methoden

Die Daten umfassen die Erhebung von Patienten und Diagnosen der medizinischen Statistik der Krankenhäuser (Krankenhausstatistik) der Schweiz von 1999 bis 2007. Die Krankenhausstatistik verwendet den ICD-10 Diagnoseschlüssel. Die vorliegende Arbeit fokussiert dabei auf Alkohol-Intoxikationen. Unter diesem Begriff werden folgende ICD-10 Diagnosen zusammengefasst: F10.0 Akute Intoxikation (im Folgenden zur besseren Unterscheidung: akuter Rausch), F10.1 schädlicher Gebrauch, T51.0 toxische Wirkungen durch Alkohol: Äthylalkohol. Daneben werden auch Krankheitsbilder in Zusammenhang mit Alkoholabhängigkeit (F10.2-F10.9) analysiert. Die Daten erlauben ferner die Analyse von Haupt- und Nebendiagnosen. Die Analysen werden in der Regel getrennt nach Geschlecht und Alter (10 bis 23 Jahre) durchgeführt, wobei jeweils zwei Jahrgänge in einer Altersgruppe zusammengefasst werden. Diese Vorgehensweise erlaubt somit einerseits die Beobachtung der Entwicklungsverläufe von Alkoholintoxikationen über gleich grosse Altersgruppen und andererseits die Betrachtung alkoholpolitisch relevanter Altersschwellen wie dem legalen Konsumalter für vergorene alkoholische Getränke (16 Jahre) bzw. gebrannter alkoholischer Getränke (18 Jahre). Die Datenqualität der seit 1998 bestehenden Krankenhausstatistik nahm kontinuierlich zu. Für die Jahre 2003 bis 2007 ergab sich eine annähernde Vollerhebung: Die Teilnahmequote der Krankenhäuser lag bei 99-100%, dabei wurden 93-98% der in den Spitälern behandelten Fälle dokumentiert.

Es wurde zwischen drei Analysen unterschieden:

1. Analyse der Daten von 2005, 2006 und 2007 für die gesamte Schweiz.
2. Analysen der für mehrere Jahre zusammengefassten ungewichteten Daten. Diese Zusammenfassung wurde bei Detailanalysen, z.B. kantonalen Auswertungen, vorgenommen, bei denen die Fallzahlen für eine Betrachtung einzelner Erhebungsjahre zu gering waren.

3. Für unterschiedliche Teilnahmequoten gewichtete Analysen der Entwicklung von alkoholbezogenen Diagnosen über den Zeitraum von 1999 bis 2007.

Ergebnisse

Die Zahl der Alkohol-Intoxikationen (als Hauptdiagnose) steigt ab einem Alter von 14 Jahren sprunghaft an. In den Jahren 2006/2007 wurden pro Jahr durchschnittlich etwa 360 14- bis 19-jährige Jungen und 250 gleichalterige Mädchen wegen Alkohol-Intoxikation in ein Spital eingewiesen und behandelt. Ein Rückgang der Hauptdiagnose Alkohol-Intoxikation zeigt sich bei Mädchen etwa ab einem Alter von 16/17 Jahren und bei Jungen ab 20/21 Jahren. Insgesamt wurden im Jahr 2006 841 Jugendliche und junge Erwachsene mit der Hauptdiagnose Alkohol-Intoxikation eingeliefert, 2007 stieg deren Zahl auf 994 Personen. In beiden Jahren wurden die Diagnosen zu Alkohol-Intoxikation etwa zu 60% bei Jungen/Männern und zu 40% bei Mädchen/Frauen gestellt.

Insgesamt wurden in den Jahren 2006 und 2007 jährlich etwa 970 männliche Jugendliche und junge Erwachsene mit Alkohol-Intoxikation als Haupt- oder Nebendiagnose in Schweizer Spitälern behandelt, bei gleichaltrigen Mädchen/Frauen waren es jährlich etwa 630.

Bei Personen mit einer Nebendiagnose Alkohol-Intoxikation lautet etwa bei 90% die Hauptdiagnosen auf „Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äusserer Ursachen“ oder „Psychische Störungen und Verhaltensstörungen“ (ICD-Diagnosegruppen). Dies bestätigt die in der Literatur umfangreich dokumentierten Befunde, dass eine hohe Comorbidität zwischen Alkoholmissbrauch und anderen psychischen Krankheiten besteht (Petraakis *et al.*, 2002), und, dass gerade bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen Unfälle eine der häufigsten alkoholbedingten Folgen sind (Hingson *et al.*, 2005). Es zeigt auch, wie wichtig es ist die Nebendiagnosen zu betrachten. Viele alkoholbedingte Spitalaufenthalte beispielsweise aufgrund von Unfällen unter Alkoholeinfluss würden bei der alleinigen Betrachtung der Hauptdiagnosen nicht erkannt.

Mit der Haupt- oder Nebendiagnose Alkoholabhängigkeit (Abhängigkeitssyndrom und alkoholbedingte Störungen) wurden in den Jahren 2006/2007 jährlich etwa 540 Jugendliche und junge Erwachsene in Schweizer Spitälern stationär oder teilstationär behandelt. Dabei fanden sich die meisten Fälle bei den über 19-Jährigen und die Zahl der Personen mit diagnostizierter Alkoholabhängigkeit stieg mit zunehmendem Alter.

Insgesamt wurden 2006/2007 jährlich etwa 2100 Personen mit einer Haupt- bzw. Nebendiagnose Alkohol-Intoxikation oder Alkoholabhängigkeit in einem Schweizer Spital behandelt. Dies betraf zu etwa 60% Jungen und junge Männer. Im Jahr 2005 erhielten in Schweizer Spitälern im durchschnitt pro Tag circa 5 Jugendliche und junge Erwachsene eine alkoholbedingte Diagnose; 2007 waren es täglich etwa 6 Jugendliche und junge Erwachsene.

Diagnosen in Verbindung mit Alkoholabhängigkeit stiegen dabei in der Altersgruppe der 10- bis 23-Jährigen mit zunehmendem Alter stetig an. Dagegen nahmen Diagnosen in Verbindung mit Alkohol-Intoxikationen bei Mädchen/Frauen ab einem Alter von 14/15 leicht ab, während sie bei Jungen/Männern bis 18/19 Jahren nahezu konstant blieben. Insgesamt wurde jedoch der leichte Rückgang bei den Alkohol-Intoxikationen durch die steigende Zahl der Abhängigkeitsdiagnosen mehr als wett gemacht.

In Bezug auf die durchschnittliche Behandlungsdauer zeigte sich erwartungsgemäss, dass akute Rausche nur kurzfristige Aufenthalte in Spitälern erfordern, Behandlungen des Abhängigkeitssyndroms sich dagegen in der Regel über Wochen erstrecken. Die Behandlungsdauer für den schädlichen Gebrauch ist ähnlich wie beim Abhängigkeitssyndrom, was darauf hindeutet, dass es sich bei Diagnosen dieser Art häufig um ein Krankheitsbild handelt, welches eher in Richtung eines chronischen Gesundheitsproblems im Zusammenhang mit übermässigem Alkoholkonsum weist; also eher um eine Vorstufe der Alkoholabhängigkeit als um einen einmaligen Überkonsum. Bei Personen mit einer Hauptdiagnose der Gruppe Alkohol-Intoxikation stellten die akuten Rausche den Hauptanteil dar während schädlicher Gebrauch seltener war.

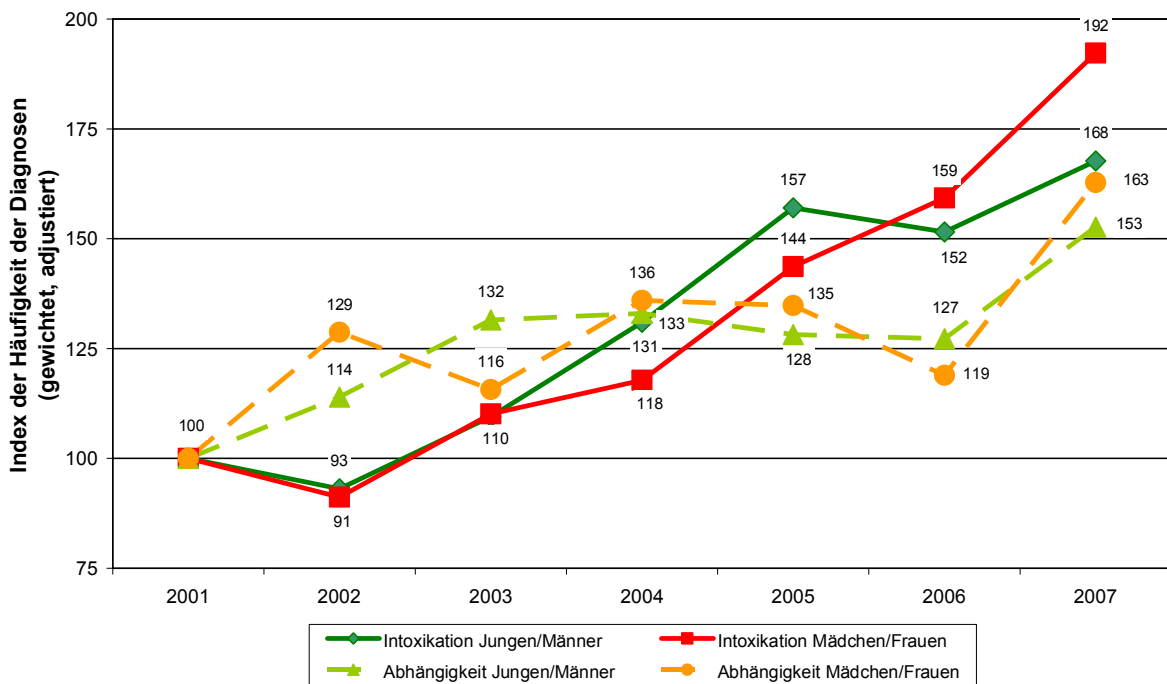
Akute Rausche wurden zu einem grossen Teil auch teilstationär behandelt, das Alkoholabhängigkeitssyndrom oder andere Störungen durch übermässigen Alkoholkonsum jedoch in der Regel stationär.

Trendanalysen zeigen, dass sich der beobachtete Trend einer Zunahme der Alkohol-Intoxikationen zwischen 2005 und 2007 fortgesetzt hat. Im Jahr 2005 wurde bei 838 Jugendlichen und jungen Erwachsenen eine Hauptdiagnose Alkohol-Intoxikation gestellt, 2007 waren es 994 Fälle. Werden zudem die Nebendiagnosen für Alkohol-Intoxikation hinzugenommen, haben sich die Fallzahlen zwischen 2005 und 2007 um 16% erhöht. Diese Zunahme fiel bei Mädchen/Frauen (+35%) deutlich stärker aus als bei Jungen/Männern (+6%).

Betrachtet man die zu den Nebendiagnosen Alkohol-Intoxikation gehörenden Hauptdiagnosen, so haben sich im beobachteten Zeitraum von 2002 bis 2007 die relativen Anteile der Hauptdiagnosen verschoben: Während „Psychische Störungen und Verhaltensstörungen“ als Hauptdiagnose bei einer Nebendiagnose „Alkohol-Intoxikation“ von 54% stetig auf 45% zurückgegangen, stieg der relative Anteil für „Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äusserer Ursachen“ von 31% auf 47% an. Zwischen 2005 und 2007 hat die Häufigkeit der Haupt- und Nebendiagnosen „Alkoholabhängigkeit“ um 18% zugenommen. Wiederum war die Zunahme bei Mädchen/Frauen (+20%) stärker als bei Jungen/Männern (+16%).

Trotz gewisser Schwankungen zwischen 2001 und 2007, zeigte sich eine deutliche Zunahme der Diagnosegruppen „Alkohol-Intoxikation“ und „Alkoholabhängigkeit“ bei beiden Geschlechtern (vgl. Abbildung 1).

Abbildung 1: Indexierte Veränderung der Diagnosen „Alkohol-Intoxikationen“ (F10.0, F10.1, T51.0) und „Alkoholabhängigkeit“ (F10.2-F10.9) seit 2001, nach Geschlecht und Erhebungsjahr (gewichtet und adjustiert)



Bemerkungen: Index: Häufigkeit 2001 = 100%; alle Häufigkeiten wurden zum Ausgleich von unterschiedlichen Teilnahmequoten über die Jahre gewichtet; die Häufigkeiten der Nebendiagnosen für die Jahre 2002 bis 2007 wurde zusätzlich für die zunehmende Ausführlichkeit der Dokumentation von Nebendiagnosen seit 2001 adjustiert (siehe Kapitel 2.5.1.3).

Diskussion

2007 wurden pro Tag durchschnittlich 6 Jugendliche und junge Erwachsene aufgrund einer alkoholbezogenen Diagnosen in einem Schweizer Spital behandelt, darunter ein 10- bis 15-jähriges Mädchen oder Junge. Dass dies nur die Spitze des Eisberges sein kann, wird klar, wenn man bedenkt, dass hier nur die in Spitäler eingelieferten berücksichtigt sind. Betrunkene Jugendliche, welche von der Polizei nach Hause gebracht, oder Behandlungen von Betrunkenen bei Hausärzten oder in spital-unabhängigen Notfallstationen wurden im vorliegenden Bericht ebenso wenig berücksichtigt wie entsprechende Fälle, die in ambulanten Drogenbehandlungsstellen auftauchten.

Résumé

Point de départ

A l'adolescence, la consommation ponctuelle excessive d'alcool et l'ivresse ont beaucoup d'effets néfastes. Pour cette raison, tant l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2001) que le Conseil des Ministres de la santé de l'UE (2001) recommandent de réduire sensiblement la part des consommateurs et consommatrices et la fréquence des habitudes de consommation à hauts risques chez les jeunes, de mieux informer les adolescente-s et jeunes adultes sur l'alcool et de créer un environnement qui leur soit favorable. Bien que la consommation auto-rapportée par les jeunes dans les enquêtes les concernant soit généralement considérée comme hautement fiable (Hibell et al., 2004), ces résultats devraient être validés par des mesures plus objectives, en particulier quant aux conséquences dues à l'alcool. Ainsi la présente étude a choisi d'analyser la statistique médicale des hôpitaux suisses, en particulier les diagnostics liés à l'alcool ayant nécessité des interventions en milieu hospitalier. Une attention particulière a été accordée, à cet égard, aux abus aigus – en général des intoxications alcooliques aiguës ou des états aigus d'ivresse.

Données et méthodes

Les données englobent le recensement des patients et des diagnostics les concernant dans les hôpitaux suisses de 1999 à 2007. La statistique suisse des hôpitaux se réfère à cet effet aux codes diagnostiques de la CIM-10. Sur cette base, le présent travail se focalise sur les intoxications alcooliques aiguës et rassemble sous ce concept les diagnostics de la CIM-10 suivants: Intoxication aiguë (F10.0; dénommée ci-après pour plus de clarté ivresse alcoolique aiguë), Usage nocif (F10.1) et Effets toxiques de l'alcool (T51.0). Les tableaux cliniques liés à la dépendance à l'alcool ont en outre été analysés (F10.2-F10.9). Ces données permettent, de surcroît, l'analyse des diagnostics principaux et secondaires. Ces analyses stratifient les résultats par sexe et âge (de 10 à 23 ans), chaque groupe d'âge regroupant 2 années. Cette procédure permet ainsi d'observer l'évolution liée à des groupes d'âge de taille égale. Elle permet aussi de prendre en compte certains seuils significatifs en terme de politique de l'alcool, tel l'âge légal de consommation des boissons fermentées (16 ans) ou distillées (18 ans). La qualité des données de la statistique des hôpitaux – initiée en 1998 – n'a cessé de progresser au point que, pour les années 2003 à 2007, cette statistique recouvre presque la totalité des hôpitaux, leur taux de participation s'élevant à 99-100% et le taux de cas documentés à 93-98%.

Les résultats seront présentés en trois étapes:

1. Analyse des données de 2005, 2006 et 2007 pour l'ensemble de la Suisse.
2. Analyse des données non pondérées des cas enregistrés, regroupée pour plusieurs périodes. Regroupement effectué lors d'analyses de détails – p.ex. de données par canton – où le nombre de cas était trop faible pour des analyses stratifiées par année.
3. Analyses pondérées - pour divers taux de participation - de l'évolution des diagnostics liés à l'alcool pour la période 1999 à 2007.

Résultats

Parmi les personnes recensées, le nombre d'intoxications à l'alcool, en tant que diagnostic principal, augmente très rapidement et ceci dès l'âge de 14 ans. En 2006/2007, quelque 360 garçons et 250 filles de 14 à 19 ans ont été hospitalisés chaque année pour intoxication à l'alcool. On observe aussi que le nombre d'intoxications à l'alcool recule, en tant que diagnostic principal, vers l'âge de 20/21 ans chez les garçons/hommes et déjà de 16/17 ans chez les filles/femmes. En 2006, 841 jeunes ou jeunes adultes ont été hospitalisés avec comme diagnostic principal l'intoxication à l'alcool. En 2007, leur nombre a passé à 994. Durant ces deux années, dans environ 60% des cas, il s'agit d'adolescents ou jeunes hommes et 40% de jeunes filles/femmes.

Aux diagnostics principaux d'intoxication à l'alcool, il faut ajouter presque autant de diagnostics secondaires. En Suisse en 2006 et 2007, 970 adolescents et jeunes hommes ainsi que 630 adolescentes et jeunes femmes ont été hospitalisés chaque année avec, pour diagnostic principal ou secondaire, une intoxication à l'alcool.

Lors de diagnostics secondaires d'intoxication à l'alcool, près de 90% des diagnostics principaux sont des „troubles mentaux et du comportement“ ou des „lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes“ (groupes diagnostiques CIM). Cela confirme le constat - largement documenté dans la littérature scientifique - qu'il y a une co-morbidité élevée entre abus d'alcool et autres affections psychiques (Petrakis, Gonzalez, Rosenheck, & Krystal, 2002) et que, en particulier chez les adolescent-es et les jeunes adultes, les accidents sont l'une des conséquences les plus fréquentes de l'abus d'alcool (Hingson, Heeren, Winter, & Wechsler, 2005). Cela montre l'importance de tenir compte des diagnostics secondaires. Nombre d'hospitalisations liées à l'alcool ayant par exemple pour cause des accidents imputables à l'alcool ne seraient autrement pas identifiées comme telles dans les diagnostics principaux.

En Suisse, en 2006/2007, chaque année près de 540 adolescent-es et jeunes adultes furent être admis-es dans un hôpital ou une structure hospitalière semi-résidentielle avec comme diagnostic principal ou secondaires une dépendance à l'alcool (syndrome de dépendance à l'alcool ou troubles dus à l'alcool). Il est à noter que les plus de 19 ans constituent l'essentiel de ces cas et que le nombre de personnes dépendantes croît avec l'âge.

Dans l'ensemble, en 2006/2007, chaque année environ 2100 personnes, âgées de 10 à 23 ans, ont été hospitalisées avec un diagnostic principal ou supplémentaire d'intoxication ou de dépendance à l'alcool. Dans environ 60% des cas, il s'agit d'adolescents ou de jeunes hommes. Alors qu'en 2005 les hôpitaux suisses ont posé en moyenne un diagnostic lié à l'alcool chez environ 5 jeunes ou jeunes adultes chaque jour, en 2007 ce nombre a passé à 6 jeunes ou jeunes adultes.

Il est à noter que, dans le groupe d'âge des 10–23 ans, les diagnostics liés à la dépendance à l'alcool augmentent avec l'âge. Par contre, les diagnostics liés aux intoxications à l'alcool diminuent légèrement chez les filles dès l'âge de 14/15 ans et restent presque constants chez les garçons de 18/19 ans. Il faut néanmoins constater que le recul des intoxications est plus que largement contrebalancé par le nombre croissant de diagnostics de dépendance.

La durée moyenne de traitement varie selon le diagnostic. Comme on peut s'y attendre, les ivresses alcooliques aiguës n'entraînent que des séjours hospitaliers de courte durée mais les traitements du syndrome de dépendance s'étendent généralement sur des semaines. La durée

de traitement de l'usage nocif d'alcool ressemble à celle du syndrome de dépendance, ce qui indique aussi que ce diagnostic présente fréquemment un tableau clinique proche de celui d'un problème chronique de santé lié à une consommation excessive d'alcool. Le diagnostic de l'usage nocif d'alcool se rapproche, en ce sens, plus d'un premier stade de dépendance à l'alcool que d'une consommation excessive ponctuelle. Dans le groupe „intoxication à l'alcool“ des diagnostics principaux liés à l'alcool, ce n'est donc pas l'utilisation nocive d'alcool mais l'ivresse aiguë qui représente l'essentiel des cas.

Une grande partie des ivresses à l'alcool est traitée de manière semi-ambulatoire, alors que le syndrome de dépendance à l'alcool et les autres troubles dus à une consommation excessive d'alcool nécessitent généralement une hospitalisation.

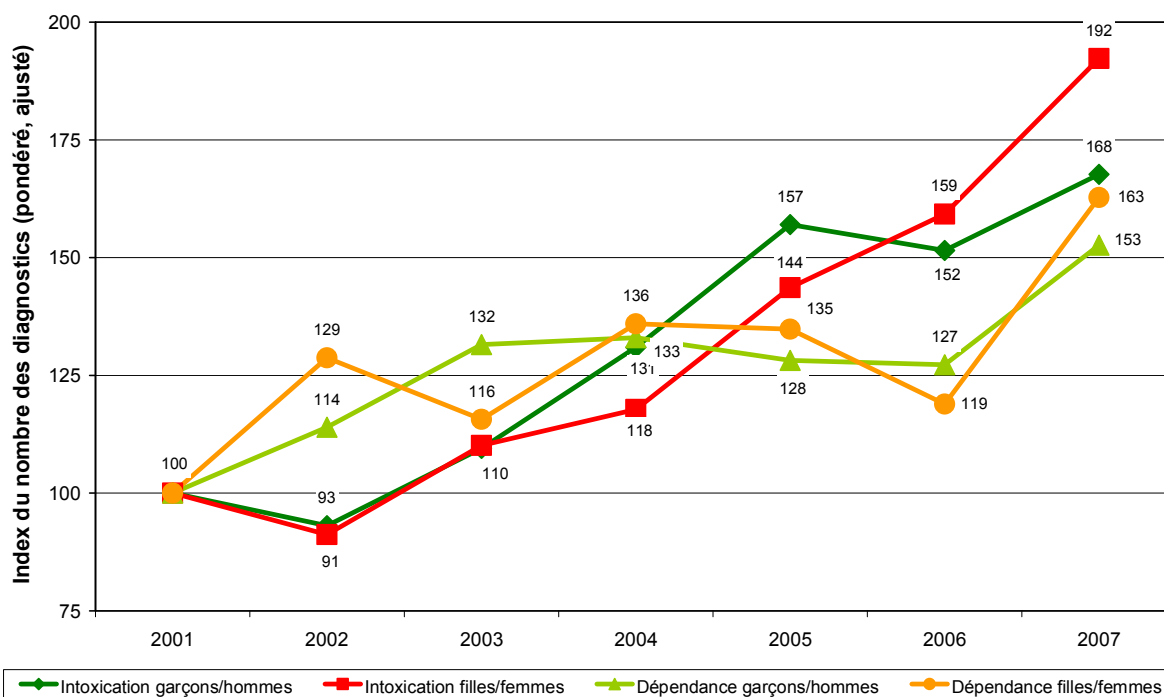
Les analyses des tendances montrent que les intoxications à l'alcool ont, comme les années précédentes, nettement augmenté entre 2005 et 2007. En 2005, le diagnostic principal d'intoxication à l'alcool a été posé à 838 adolescent-es et jeunes adultes; ils étaient 994 en 2007. Si l'on prend aussi en considération les diagnostics secondaires, on constate que le nombre de cas d'intoxication à l'alcool a globalement augmenté de 16% en deux ans. Cet accroissement est plus fortement marqué chez les filles/femmes (+35%) que chez les garçons/hommes (+6%).

En étudiant les diagnostics principaux liés aux diagnostics secondaires d'intoxication, on observe que les pourcentages relatifs aux diagnostics principaux se sont déplacés entre 2002 et 2007: alors que les 'troubles mentaux et du comportement' n'ont cessé de reculer, passant de 54% à 45%, la part relative aux 'lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes' a quant à elle, passé de 31% à 47%.

Entre 2005 et 2007 le nombre de diagnostics principaux et secondaires de 'dépendance à l'alcool' augmentait de 18%. De nouveau l'augmentation était plus grande chez les filles/femmes (+20%) que chez les garçons/hommes (+16%).

Bien qu'il y ait des variations entre 2001 à 2007, une nette augmentation des diagnostics d'intoxication à l'alcool et dépendance à l'alcool est observable, tant chez les garçons/hommes que chez les filles/femmes.

Figure 1: Index des tendances des diagnostics principaux et secondaires de l'intoxication à l'alcool (F10.0, F10.1, T51.0) et de la dépendance à l'alcool (F10.2–F10.9) depuis 2001, selon l'âge et le sexe (données pondérées et ajustées)



Remarques: Index: nombre 2001 = 100%; tout les nombres étaient pondérées pour divers taux de participation, les nombres des diagnostics secondaires dans les années 2002 à 2007 étaient en outre ajustées pour l'ampleur des documentations des diagnostics secondaires (voir chapitre 2.5.1.3)

Discussion

En 2007, chaque jour en moyenne une fille ou un garçon de 10 à 15 ans ou au total 6 adolescent-es et jeunes adultes ont été hospitalisé-es en Suisse pour des diagnostics directement liés à l'alcool. Il est évident que cela ne représente que la pointe de l'iceberg. En effet, dans le cadre de cette étude, on a considéré uniquement les personnes admises dans un hôpital public. Les jeunes en état d'ivresse ramenés à la maison par la police, traités pour ivresse par les médecins généralistes, ou pris en charge par des services d'urgence privés ne sont pas pris en considération. Il en est de même pour les cas pris en charge par les unités ambulatoires pour toxicomanes.

1. Ausgangslage

Episodisch risikoreicher Alkoholkonsum bzw. Trunkenheit im Jugendalter ist mit einer Vielzahl von negativen Konsequenzen assoziiert. Neben den klassischen Vergiftungsfolgen wie Gedächtnislücken, Kopfschmerzen, Übelkeit usw. berichtet die Literatur über Konsequenzen im Bereich Schule (Fehlzeiten, schlechte Leistungen usw.), Unfälle und Verletzungen der eigenen Person und anderer Personen (Fahrzeugunfälle, Stürze, Selbstmord usw.), Gewalt und aggressives Verhalten (Kämpfe, Zerstörung fremden und eigenen Eigentums usw.), Sexualität (ungeplanter und ungeschützter Geschlechtsverkehr bis hin zu Vergewaltigungen), Beschädigung sozialer Beziehungen (Streit usw.) und Probleme mit Autoritäten wie der Polizei (zusammengefasst u.a. in Gmel *et al.*, 2003). Aus diesem Grund widmeten sich sowohl die WHO (Ministerkonferenz der WHO zu Jugend und Alkohol, Feb. 2001) als auch der EU-Gesundheitsministerrat (Empfehlungen zum Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen, Juni 2001) im Jahr 2001 der zunehmenden Alkoholerfahrung unter Kindern und Jugendlichen und der starken Verbreitung des exzessiven Trinkens. Die daraus hervorgehenden Ziele beider Organisationen sind die Verbreitung und Häufigkeit von mit hohen Risiken verbundenen Trinkgewohnheiten unter jungen Menschen wesentlich zu verringern, Jugendliche besser über Alkohol aufzuklären und ein stützendes Umfeld zu schaffen (gemeindeorientiertes Setting).

Trotz der Vielzahl negativer Konsequenzen ist in der Schweiz der episodisch risikoreiche Alkoholkonsum (Rauschtrinken) im Jugendalter in den letzten 20 Jahren drastisch angestiegen. So verdoppelte sich der Anteil der 15- bis 16-Jährigen, die in ihrem Leben schon mehr als einmal betrunken waren, zwischen 1986 und 2002. Im Jahr 2002 in der Studie zum Health Behavior of School Aged Children (HBSC) berichteten 42% der 15-/16-jährigen Jungen und 25% der gleichaltrigen Mädchen an, in ihrem Leben mehr als einmal betrunken gewesen zu sein (Schmid *et al.*, 2003). In einer kurz darauf folgenden Untersuchung, dem European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD 2003), gaben 45% der Jungen und 32% der Mädchen derselben Altersgruppe an, bereits mehr als zweimal betrunken gewesen zu sein (Hibell *et al.*, 2004a). In den aktuellen HBSC und ESPAD Studien von 2006 resp. 2007 gingen die Prävalenzen von regelmässigem Alkoholkonsum und von Trunkenheit leicht zurück; lagen aber noch immer höher als 1998 und in den Jahren davor (Gmel *et al.*, 2009; Schmid *et al.*, 2008). Diese Ergebnisse lassen vermuten, dass sich in den letzten Jahren das Rauschtrinken im Jugendalter auf hohem Niveau etabliert hat. In einer Analyse der schweizerischen Krankenhausstatistik zwischen 2003 und 2005 wurde bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen eine deutliche Zunahme von Spitaleinweisungen mit der Diagnose Alkohol-Intoxikationen gefunden.

Trotz hoher Validität des selbstberichteten Konsums in Jugendbefragungen (Hibell *et al.*, 2009) sollten solche Ergebnisse durch objektivere Messungen abgestützt werden. Dies gilt insbesondere für alkoholbedingte Konsequenzen. Schülerbefragungen erheben Rauschtrinken in einer sehr allgemeinen und weit definierten Form (Warst Du schon mal betrunken? Wenn ja, wie häufig?), die einen breiten Interpretationsspielraum zulassen. Zudem erlauben retrospektive Befragungen im Klassenverband mittels Fragebogen kaum eine adäquate Beschreibung der unmittelbaren Konsequenzen akuter Rauschzustände. Zu nennen sind beispielsweise Störungen der Bewusstseinslage, kognitiver Fähigkeiten, der Wahrnehmung und des Verhaltens. Zudem fehlen in solchen Befragungen oftmals die medizinische Klassifikation risikoreichen Alkoholkonsums, sowie die Dokumentation gesundheitlicher Risiken aus medizinischer Sicht.

Die Berichte „Alkohol-Intoxikationen Jugendlicher und junger Erwachsener“ (Gmel & Kuntsche, 2006; Wicki & Gmel, 2008) untersuchten die alkoholbezogenen Diagnosen der medizinischen Statistik der Schweizer Krankenhäuser („Krankenhausstatistik“) von 1999-2005. Die vorliegende Studie gibt ein Update für die Jahre 2006 und 2007. Nach einigen Anlaufschwierigkeiten ist die Krankenhausstatistik seit 2002 fast vollständig erhältlich, so dass nun auch gut fundierte Trendanalysen über die Erhebungsjahre hinweg möglich sind. Hauptaugenmerk wurde dabei auf den akuten Missbrauch, in der Regel akute Rauschzustände, gelegt („Alkohol-Intoxikation“). Die vorliegende Studie untersucht alkoholbezogene Diagnosen, die Interventionen in Spitälern notwendig gemacht haben. Daneben werden aber auch die folgenden fortgeschrittenen Diagnosen alkoholbezogener Störungen („Alkoholabhängigkeit“) betrachtet:

- das Abhängigkeitssyndrom
- das Entzugssyndrom mit und ohne Delir,
- psychotische Störungen hervorgerufen durch den Alkoholgebrauch wie Halluzinose oder Paranoia oder das amnestische Syndrom.

2. Daten und Methoden

2.1 Die Datenquelle

Seit 1998 wird in der Krankenhausstatistik eine Vollerhebung von Patienten und entsprechenden Diagnosen in Schweizer Spitälern angestrebt. Nach einigen Anlaufschwierigkeiten mit unvollständigen Fallstatistiken bzw. der Nichtteilnahme einiger Krankenhäuser sind die Daten seit 2002 fast vollständig erhältlich. Nahmen 1999 noch 85% der auskunftspflichtigen Spitäler an der Befragung teil und lieferten dabei nur Angaben zu 73% der gemäss dem rechtlich-wirtschaftlichem Status der Krankenhäuser zu erwartenden Fälle, waren es 2002 bereits 99% der Krankenhäuser mit einer Fallteilnahmequote von 92%. Im Jahre 2007 schliesslich berichteten 100% aller Krankenhäuser die Statistiken von 98% aller gemäss dem rechtlich-wirtschaftlichen Status der Krankenhäuser behandelten Fälle.

2.2 ICD-Diagnoseschlüssel

Die Schweizer Krankenhausstatistik verwendet den ICD-10 Diagnoseschlüssel. Alkoholintoxikationen werden im ICD-10 im Kapitel V (Psychische Störungen und Verhaltensstörungen) und Kapitel XIX (Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äusserer Ursachen) beschrieben. Die Unterkapitel F10-F19 (Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrop wirksame Substanzen) in Kapitel V und T51 bis T65 (Toxische Wirkungen von vorwiegend nicht medizinisch verwendeten Substanzen) im Kapitel XIX beziehen sich auf den Substanzgebrauch, klassifizieren aber eine Vielzahl von Störungen unterschiedlichen Schweregrades und mit verschiedenen Erscheinungsbildern. Die Gemeinsamkeit besteht im Gebrauch einer oder mehrerer psychotrop wirksamer Substanzen. Für die Erhebung sind daher folgende ICD-10 Codes von Relevanz:

- **F10.0 Akute Intoxikation (akuter Rausch)**
Ein Zustandsbild nach Alkoholaufnahme mit Störungen von Bewusstseinslage, kognitiven Fähigkeiten, Wahrnehmung, Affekt und Verhalten oder anderer psychophysiologischer Funktionen und Reaktionen. Unter diese Kategorie fallen (u.a.): Akuter Rausch, Pathologischer Rausch, Rausch o. n. A.
- **F10.1 Schädlicher Gebrauch**
Konsum von Alkohol, der zu Gesundheitsschädigung führt, wie z.B. einer depressiven Episode nach massivem Alkoholkonsum
- **F10.2 Abhängigkeitssyndrom**
Eine Gruppe von Verhaltens-, kognitiven und körperlichen Phänomenen, die sich nach wiederholtem Alkoholgebrauch entwickeln. Typischerweise besteht ein starker Wunsch, Alkohol einzunehmen. Ferner treten Schwierigkeiten auf, den Konsum zu kontrollieren, und der Alkoholgebrauch wird auch trotz schädlicher Folgen aufrecht erhalten. Dem Alkoholgebrauch wird zudem Vorrang vor anderen Aktivitäten und Verpflichtungen gegeben. Es entwickelt sich eine Toleranzerhöhung und manchmal ein körperliches Entzugssyndrom.
- **F10.3 Entzugssyndrom**
Es handelt sich um eine Gruppe von Symptomen unterschiedlicher Zusammensetzung und Schwere nach absolutem oder relativem Entzug von Alkohol, der zuvor anhaltend konsumiert worden ist.
- **F10.4 Entzugssyndrom mit Delir**
Ein Zustandsbild, bei dem das Entzugssyndrom (siehe vierte Stelle .3) durch ein Delir, (siehe Kriterien für F05.-) kompliziert wird. Symptomatische Krampfanfälle können ebenfalls auftreten.
- **F10.5 Psychotische Störung**
Eine Gruppe psychotischer Phänomene, die während des Substanzgebrauchs oder danach auftreten, aber nicht durch einen akuten Rausch erklärt werden können und auch nicht Teil eines Entzugssyndroms sind. Die Störung ist durch Halluzinationen (typischerweise akustische, oft aber auf mehr als einem Sinnesgebiet), Wahrnehmungsstörungen, Wahnideen (häufig paranoide Gedanken oder Verfolgungsideen), psychomotorische Störungen (Erregung oder Stupor) sowie abnorme Affekte gekennzeichnet, die von intensiver Angst bis zur Ekstase reichen können. Das Sensorium ist üblicherweise klar, jedoch kann das Bewusstsein bis zu einem gewissen Grad eingeschränkt sein, wobei jedoch keine ausgeprägte Verwirrtheit auftritt.
- **F10.6 Amnestisches Syndrom**
Ein Syndrom, das mit einer ausgeprägten andauernden Beeinträchtigung des Kurz- und Langzeitgedächtnisses einhergeht. Das Immediatgedächtnis ist gewöhnlich erhalten, und das Kurzzeitgedächtnis ist mehr gestört als das Langzeitgedächtnis. Die Störungen des Zeitgefühls und des Zeitgitters sind meist deutlich, ebenso wie die Lernschwierigkeiten. Konfabulationen können ausgeprägt sein, sind jedoch nicht in jedem Fall vorhanden. Andere kognitive Funktionen sind meist relativ gut erhalten, die amnestischen Störungen sind im Verhältnis zu anderen Beeinträchtigungen besonders ausgeprägt.
- **F10.7 Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung**
Eine Störung, bei der alkoholbedingte Veränderungen der kognitiven Fähigkeiten, des

Affektes, der Persönlichkeit oder des Verhaltens über einen Zeitraum hinaus bestehen, in dem noch eine direkte Substanzwirkung angenommen werden kann.

- **F10.8 Sonstige psychische und Verhaltensstörungen**
- **F10.9 Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung**
- **T51.0: toxische Wirkungen durch Alkohol: Äthylalkohol**
Toxische Wirkung von vorwiegend nicht medizinisch verwendeten Substanzen. Beispielsweise unfallmässige Vergiftung von Kindern

2.3 Gruppierung von Diagnoseschlüsseln

Die vorliegende Arbeit fokussiert auf Alkohol-Intoxikationen. Daneben werden auch Krankheitsbilder in Zusammenhang mit Alkoholabhängigkeit analysiert. Für Alkoholabhängigkeit wird vorrangig der ICD-10 Code F10.2 verwendet. Allerdings sind auch die Diagnosen F10.3 bis F10.9 in der Regel eher mit chronischem Überkonsum bzw. differentiell sogar als Effekte, die nicht durch akute Räusche hervorgerufen worden sind, abgegrenzt. Sie werden deshalb in der vorliegenden Arbeit zusammen mit F10.2 unter „Alkoholabhängigkeit“ zusammengefasst

Alkohol-Intoxikationen werden zum einen klar mit der Diagnose F10.0 kodiert. Dabei liegt eine bewusste Alkoholeinnahme vor. T51.0 dagegen kodiert „unfallmässige“, eher unbeabsichtigte Vergiftungen mit Äthylalkohol. Ein Beispiel für die Kodierung T51.0 als Nebendiagnose geben die Deutschen Kodierrichtlinien (Institut für das Entgeltssystem im Krankenhaus (InEK gGmbH), 2004): Ein Patient wird mit schwerer Depression des Atemzentrums aufgenommen, verursacht durch versehentlich in Verbindung mit Alkohol eingenommene Barbiturate. Versehentliche Alkoholvergiftungen treten auch häufig bei jungen Kindern auf, die beispielsweise Reste alkoholischer Getränke nach einer Party konsumieren, oder zu leicht zugängliche alkoholische Getränke probieren.

Unklar ist, ob die Diagnose F10.1 „Schädlicher Gebrauch“ der Gruppe der Alkohol-Intoxikationen zugeordnet werden soll. So ist F10.1 als Diagnose für „Exzessives Trinken und Betrunkenheit“ zur Abrechnung mit der Krankenkasse in Deutschland (Med-Kolleg, 2005) üblich. Sie wird auch häufig im deutschen ICD-Thesaurus als „Alkoholkater“ bezeichnet (siehe Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen (BMSG), 2000) und somit in den Bereich der Nachwirkung von Alkohol-Intoxikationen gerückt. Gemäss der offiziellen WHO ICD-10 Systematik ist der Alkoholkater („hangover“) jedoch klar unter F10.0, also dem akuten Rausch, zu kodieren (World Health Organization (WHO), 2003). Die Diagnose eines schädlichen Gebrauchs nach ICD-10 (F10.1) erfordert das Vorliegen einer tatsächlichen Schädigung der psychischen oder der körperlichen Gesundheit des Konsumenten. Diagnostische Hinweise für das Vorliegen eines schädlichen Alkoholkonsums können beispielsweise folgende körperlichen Beschwerden oder Verhaltensauffälligkeiten sein: "Filmrisse" (Blackouts), chronische Bauchschmerzen, Leberfunktionsstörungen sowie Schlafstörungen, sexuelle Funktionsstörungen oder depressive Verstimmungen. Es müssen klar beschreibbare Schädigungen über einen Zeitraum von mindestens einem Monat oder mehrfach während 12 Monaten vorliegen. Gleichzeitig muss das Vorliegen einer Alkoholabhängigkeit ausgeschlossen sein (Mundle *et al.*, 2003).

Zusammenfassend muss gesagt werden, dass die Diagnose F10.1 wohl häufig noch uneinheitlich gestellt wird, also sowohl im Zusammenhang mit Alkohol-Intoxikationen aber

auch als Krankheitsbild, das vermutlich schon eine Vorstufe der Alkoholabhängigkeit darstellt. Wir folgen in der vorliegenden Arbeit vergleichbaren Studien in Deutschland (Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS), 2004) und Österreich (Institut für Suchtprävention - Pro Mente OOE, 2004; 2005), welche die Diagnose F10.1 mit den Diagnosen F10.0 und T51.0 unter „akutem Missbrauch“ bzw. „Alkohol-Intoxikationen“ zusammenfassen.

Neben den einzelnen Diagnosen verwenden wir in den folgenden Analysen die Oberkategorien „Alkohol-Intoxikation“, bestehend aus der Summe der Diagnosen F10.0, F10.1 und T51.0, sowie „Abhängigkeit“, bestehend aus den Diagnosen F10.2 bis F10.9.

2.4 Datengrundlage

Datengrundlage bildet die medizinische Statistik der Krankenhäuser. Es handelt sich also um Kliniken, in denen eine stationäre und teilstationäre Aufnahme möglich ist. Die Analysen sind somit nicht repräsentativ für alle Alkohol-Intoxikationen, sondern nur für solche, die in Spitälern behandelt worden sind. Sie schliessen somit Behandlungen durch Hausärzte oder in ambulanten Notfallaufnahmen aus. Es ist also davon auszugehen, dass die hier berichteten Fallzahlen eine deutliche Unterschätzung des tatsächlichen Ausmasses von Alkohol-Intoxikationen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen darstellen.

Prinzipiell erfasst die Statistik der teilnehmenden Spitäler alle Fälle, die eine stationäre oder teilstationäre Aufnahme erforderten. Fälle sind dabei zum einen Personen, die im jeweiligen Jahr ab dem 1. Januar eingetreten und vor dem 31. Dezember ausgetreten sind, oder aber Langzeitpatienten, die vor dem 1. Januar eines Jahres eingetreten und über den 31. Dezember hinaus im Krankenhaus verblieben sind (siehe z.B. Bundesamt für Statistik (BFS), 2005). Nicht berücksichtigt werden Personen, die keine Langzeitpatienten sind, deren Behandlung aber nicht vor dem 31. Dezember abgeschlossen worden ist.

Bei der medizinischen Statistik handelt es sich somit nicht um Stichproben, sondern um Zensusdaten (Vollerhebung). Aus diesem Grund sind statistische Signifikanztests nicht erforderlich und werden nicht berichtet.

2.5 Analysen

Die Daten erlauben die Analyse von Haupt- und Nebendiagnosen. Pro Fall können eine Haupt- und bis zu 28 Nebendiagnosen gestellt werden. Dies bedeutet, dass nur eine Hauptdiagnose entweder für eine „Alkohol-Intoxikation“ oder „Alkoholabhängigkeit“ gestellt werden kann. Dagegen kann es in den Nebendiagnosen dazu kommen, dass sowohl eine Diagnose der Gruppe „Alkohol-Intoxikation“ als auch der Gruppe „Abhängigkeit“ gestellt wird. Diese Fälle sind ausserordentlich selten und wurden gemäss dem Anliegen der vorliegenden Studie dann als Nebendiagnose „Alkohol-Intoxikation“ gewertet.

Bei bestimmten Analysen werden die Haupt- und Nebendiagnosen einer jeweiligen Gruppe („Alkohol-Intoxikation“ oder „Abhängigkeit“) summiert. Aus diesem Grund kann es in einigen seltenen Fällen bei Analysen, die Haupt- und Nebendiagnosen zusammenfassen, zu Doppelzählung kommen. Dies betrifft z. B. Fälle mit einer Hauptdiagnose „Alkoholabhängigkeit“ aber einer Nebendiagnose „Alkohol-Intoxikation“. Die entsprechenden Fälle treten dann sowohl in der zusammengefassten Statistik zu Haupt- und

Nebendiagnosen von „Alkoholabhängigkeit“ als auch in der zusammengefassten Statistik zu Haupt- und Nebendiagnosen von „Alkohol-Intoxikationen“ auf. Diese Doppelzählungen sind aber sehr selten.

Analysen werden in der Regel getrennt nach Geschlecht und Alter von 10 bis 23 Jahren durchgeführt, wobei jeweils zwei Jahrgänge in einer Altersgruppe zusammengefasst werden. Es ergeben sich die Altersgruppen der 10- bis 11-Jährigen, der 12- bis 13-Jährigen, der 14- bis 15-Jährigen, etc. Diese Vorgehensweise erlaubt zum einen die Beobachtung der Entwicklung von Verläufen über das Alter in gleich grossen Altersgruppen, zum andern die Betrachtung bestimmter alkoholpolitisch relevanter Altersschwellen: 16 Jahre für den legalen Verkauf vergorener alkoholische Getränke; 18 Jahre für jenen gebrannter alkoholischer Getränke.

2.6 Datenaggregation und Gewichtung

Da sich die Datenqualität aufgrund unterschiedlicher Vollständigkeit der Statistiken in den Erhebungsjahren von 1999 bis 2007 unterscheidet, werden zwischen drei Arten von Analysen unterschieden:

1. Analysen der ungewichteten Daten von 2005, 2006 und 2007 für die gesamte Schweiz
2. Zusammengefasste Analyse der ungewichteten Daten registrierter Fälle von 2005 bis 2007
3. Gewichtet berechnete Trendanalysen von 1999 bis 2007

Ein Hauptproblem wirft die Unvollständigkeit der Daten in den Erhebungen vor 2002 auf. Da die Vollständigkeit der Daten seit 1999 kontinuierlich zunahm, nahm auch die absolute Anzahl an registrierten, d. h. in den Daten berichteten Alkoholdiagnosen zu. Tatsächliche Trends sind also mit Trends in der Datenqualität und -vollständigkeit konfundiert. Ebenso gilt, dass die Summierung von Statistiken über Jahre hinweg nicht das tatsächliche absolute Ausmass widerspiegelt, da es mit Sicherheit weitere alkoholbezogene Diagnosen gab a) in den Krankenhäusern, die an der Statistik nicht teilgenommen haben, aber auch b) bei Patienten teilnehmender Krankenhäuser, die aber nicht an die Statistik des BFS übermittelt worden sind. Eine Möglichkeit, der unterschiedlichen Datenqualität zu begegnen, stellen Gewichtungen dar, beispielsweise dass man auf kantonaler Ebene die Daten mit dem Kehrwert der Teilnahmequote multipliziert. Für einen Kanton mit einer Teilnahmequote von 50% würden also gewichtet doppelt so viele „Alkohol-Intoxikationen“ geschätzt werden, wie in der ungewichteten Datenbasis ausgewiesen werden. Obgleich eine solche Vorgehensweise plausibel erscheint, unterliegt sie bestimmten Grundannahmen:

- Erstens müssen nicht teilnehmende Spitäler im Durchschnitt eine ähnlich grosse Patientenzahl aufweisen wie teilnehmende Spitäler. Man könnte jedoch annehmen, dass gerade kleine Spitäler nicht über ausreichende administrative Strukturen verfügten, um die Anforderungen an die Datenlieferung zu erfüllen. In diesem Fall würde man mit der oben beschriebenen Gewichtung zu viele Alkoholdiagnosen erhalten, da nicht teilnehmende Spitäler aufgrund der insgesamt geringeren Patientenzahlen entsprechend weniger Alkoholdiagnosen beitragen könnten.
- Zweitens dürfen sich nicht teilnehmende Spitäler in der Klinikstruktur nicht von teilnehmenden Spitälern unterscheiden. Mehr Alkoholdiagnosen sind beispielsweise in psychiatrischen Kliniken oder in Kliniken mit Notfallaufnahmestationen zu erwarten. Sollten diese jedoch bei den nicht teilnehmenden Kliniken überrepräsentiert sind, so würde die oben skizzierte Gewichtung in zu wenig alkoholbezogenen Diagnosen resultieren.

- Drittens dürfen sich bei teilnehmenden Spitälern die Daten von gelieferten Fällen nicht von jenen unterscheiden, die nicht geliefert worden sind. Dies wäre dann nicht gegeben, wenn Spitäler beispielsweise aus Bedenken über versicherungsrechtliche Probleme bei alkoholbezogenen Diagnosen diese überproportional nicht an das Bundesamt für Statistik weitergeleitet hätten.

Da eine Überprüfung derartiger Annahmen nicht möglich ist, hat das Bundesamt für Statistik keine Gewichte entwickelt. Die in diesem Bericht aufgrund gewichteter Analysen berichteten Ergebnisse und Interpretationen liegen also ausschliesslich in der Verantwortung der Autoren dieses Berichtes und sind nicht dem Bundesamt für Statistik zuzuschreiben. Nichtsdestotrotz stellen die gewählten Gewichtungen eine notwendige, wenn auch nicht hundertprozentig fehlerfreie Möglichkeit dar, die verschiedenen Erhebungsjahre hinreichend miteinander vergleichbar zu machen. Ferner werden neben der gewichteten Analyse der Trenddaten (siehe Kapitel 2.5.1.3) zusätzlich weitere Techniken angewendet, um eine stabile Abschätzung der Entwicklung seit 1999 zu erlauben.

Seit der Einführung der „Medizinischen Statistik der Krankenhäuser“ 1999 hat sich nicht nur die Teilnahmequote der Krankenhäuser und der berichteten Fälle verändert, sondern auch die Anzahl der dokumentierten Nebendiagnosen. Während 1999 nur bei 30% der Fälle eine oder mehrere Nebendiagnosen berichtet wurde, waren dies 2002 bereits 36% und 2007 jeweils 45%. Ein leichter Anstieg in den Absolutzahlen der Nebendiagnosen kann also mit einer gesteigerten Berücksichtigung von Nebendiagnosen in den letzten Jahren in Beziehung stehen. Wir werden deshalb auch die Raten von alkoholbezogenen Nebendiagnosen an allen Diagnosen berichten. Die Raten stellen dann unverzerrte Trends dar, wenn die Verwendung alkohol- und nichtalkoholbezogener Diagnosen in den Nebendiagnosen proportional zugenommen hat, also im Verhältnis gleich geblieben ist.

Wie der Bericht zeigt, kommen die verschiedenen Ansätze zur Überprüfung von Trends zu vergleichbaren Aussagen. Vergleichbar heisst, dass die festgestellte Zunahme sich über verschiedene Methoden stabil finden lässt. Vergleichbar heisst jedoch nicht, dass die absoluten Fallzahlen über verschiedene Methoden hinweg exakt dieselben sind.

2.6.1 Analysen der ungewichteten Daten von 2005, 2006 und 2007

Für die Jahre 2005, 2006 und 2007 liegt eine fast vollständige Datenbasis vor: Die Teilnahmequote der Krankenhäuser lag bei 99 bis 100%, dabei wurden jeweils 98% der Fälle dokumentiert. Diese Daten liefern somit ein sehr genaues Bild der Alkoholdiagnosen in Spitälern für diese Jahre. Die entsprechenden Statistiken werden somit mit Fallzahlen in Graphiken und Tabellen für die gesamte Schweiz ausgewiesen. Mit der Analyse der ungewichteten Daten können zwar Vergleiche zwischen Altersgruppen oder zu Geschlechtsunterschieden gemacht werden, Vergleiche zwischen den Erhebungsjahren sind bei ungewichteten und nicht adjustierten Daten jedoch durch die unterschiedliche Teilnahmequote der Krankenhäuser und die mangelhafte Ausführlichkeit der Dokumentation von Nebendiagnosen geringfügig verzerrt.

2.6.2 Zusammengefasste Analyse der ungewichteten Daten von 2005 bis 2007

Für eine Vielzahl von spezifischen Analysen werden die Fallzahlen für Daten eines Jahres relativ klein. Dies gilt beispielsweise für Analysen nach Einzeldiagnosen, Kantonen, Altersgruppen oder Behandlungstypen (stationäre versus teilstationäre Behandlung). Für diese

Analysen wurden die Daten aus den drei Beobachtungsjahren zusammengefasst. Es ist jedoch zu bedenken, dass diese Zusammenfassung aufgrund unterschiedlicher Teilnahmequoten nicht der wahren absoluten Summe bzw. dem jährlichen Durchschnitt entspricht, sondern diese unterschätzt. Statistiken werden als „ungewichtete, registrierte Fälle“ ausgewiesen. Unter der Annahme, dass die Nichtteilnahmequote sich in den entsprechenden Vergleichen in etwa gleich verhält, lassen sich relative Aussagen treffen. Beispielsweise ist die Entwicklung von Alkoholdiagnosen (nicht deren absolute Zahl) über das Alter aussagekräftig, wenn nicht teilnehmende und teilnehmende Krankenhäuser in etwa die gleiche Altersstruktur aufweisen. In der Regel verzichten wir jedoch in den Abbildungen auf die Ausweisung der absoluten Zahlen und interpretieren nur die allgemeine Tendenz. Zusätzlich wird der Anteil der „Alkoholdiagnosen“ an allen Diagnosen ausgewiesen (z.B. als Rate pro tausend). Diese Statistik ist dann aussagekräftig, wenn Nichtteilnahmequoten an berichteten Fällen für Alkoholdiagnosen und andere Diagnosen in etwa gleich gelten, also Alkoholdiagnosen im Vergleich zu anderen Diagnosen nicht überproportional oder unterproportional häufig an das BFS geliefert worden sind.

2.6.3 Trendanalysen von 1999 bis 2007

Um aussagekräftige Ergebnisse zu zeitlichen Trends zu erhalten, werden drei Analysestrategien verglichen. Erstens werden gewichtete Daten analysiert. Gewichte werden auf der Basis der kantonalen Teilnahmequoten berechnet, wie sie in den Berichten des BFS (z.B. Bundesamt für Statistik (BFS), 2007) zu den jeweiligen Erhebungsjahren angegeben werden. Es gibt pro Kanton zwei Teilnahmequoten. A) Die Teilnahmequote der Spitäler und b) für teilnehmende Spitäler die Teilnahmequote der Fälle im Vergleich zur rechtlich administrativen Statistik der Spitäler. Berichten in einem Kanton in einem Jahr 100% aller Krankenhäuser 100% aller Fälle, so ist das entsprechende Gewicht $1/(1*1)=1$, d. h. jeder Fall der Statistik repräsentiert genau einen Fall. Berichtet in einem Kanton 80% aller Krankenhäuser 90% aller Fälle, so ist das entsprechende Gewicht $1/((.80*.90)=1.389$. Mit anderen Worten werden optimale 100% geteilt durch die Teilnahmequote ($80%*90%=72%$). Jeder Fall repräsentiert also erwartete 1.389 Fälle in diesem Kanton.

Tabelle 1 zeigt die Gewichte der jeweiligen Jahre für die Kantone. Wie man an den Gewichten für die gesamte Schweiz erkennen kann, steigen die Teilnahmequoten bis 2001 stark an, seit 2002 gibt es eine fast vollständige Datenbasis. Im vorliegenden Bericht wurde die Gewichtung nur für die Trendanalysen verwendet, welche die Veränderung der Fallzahlen berichten oder die Veränderungen der Fallzahlen und der Raten miteinander vergleichen; alle anderen Analysen wurden nicht gewichtet.

Tabelle 1: Gewichtungen von Kantonen zum Ausgleich unterschiedlicher Teilnahmequoten an der Statistik

Kanton	Gewichte								
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
ZH	1.37	1.14	1.23	1.22	1.10	1.04	1.02	1.02	1.02
BE	2.20	1.45	1.23	1.09	1.04	1.03	1.02	1.01	1.02
LU	1.10	1.12	1.10	1.10	1.10	1.09	1.02	1.02	1.02
UR	1.00	.99	1.00	.99	1.01	.99	1.00	1.00	1.00
SZ	1.20	1.10	1.04	1.02	1.02	1.00	1.00	1.00	1.00
OW	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
NW	.99	.99	1.00	.99	1.00	1.00	1.00	1.02	1.00
GL	2.17	3.29	1.08	1.04	2.08	1.64	1.28	1.33	1.69
ZG	1.22	1.07	1.05	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
FR	2.45	1.98	1.08	1.08	.93	.96	.99	.97	.99
SO	1.03	1.05	3.33	1.03	1.01	1.03	1.01	.97	1.03
BS	3.43	2.40	1.05	1.01	1.01	1.04	1.05	1.06	1.08
BL	2.79	2.24	1.01	1.00	1.00	1.01	1.01	1.02	1.03
SH	1.77	1.07	1.09	.88	1.06	.94	.95	.89	.85
AR	3.58	1.29	1.14	1.06	1.05	1.08	1.08	1.08	1.08
AI	1.08	1.40	1.45	1.37	1.56	1.30	1.28	1.28	1.01
SG	1.82	1.89	1.43	1.06	1.09	1.10	1.06	1.09	1.05
GR	1.73	1.28	1.05	1.02	.99	.99	1.16	1.04	1.03
AG	1.49	1.31	1.12	.88	1.03	1.02	1.05	1.01	1.01
TG	2.20	2.33	1.32	1.00	1.03	1.09	1.06	1.05	.98
TI	1.09	1.12	1.09	1.01	1.11	1.06	1.05	1.01	1.01
VD	1.14	1.08	1.07	1.03	1.03	1.04	1.04	1.03	1.02
VS	1.33	1.17	1.08	1.08	1.01	1.00	1.01	1.01	1.01
NE	11.01	1.81	1.49	1.25	1.25	1.10	1.11	1.20	1.15
GE	1.37	1.41	2.11	1.52	1.37	1.45	1.00	.99	.99
JU	1.28	1.27	1.19	1.22	1.23	1.39	.99	1.01	1.05
Gewicht Gesamtschweiz	1.74	1.39	1.29	1.10	1.08	1.07	1.03	1.02	1.02

Bemerkungen: Gewichte unter 1 entstehen, wenn ein Kanton mehr Fälle an die Statistik liefert als die entsprechenden Krankenhäuser gemäss rechtlich-wirtschaftlichem Status ausweisen (siehe Bundesamt für Statistik (BFS), 2008)

Die zweite Analysestrategie betrifft den Anteil von Alkoholdiagnosen an allen Diagnosen (bzw. Raten pro tausend Diagnosen). Unter der Annahme, dass nicht-teilnehmende Krankenhäuser sich nicht von teilnehmenden Krankenhäusern in der Zusammensetzung der Patienten und Diagnosen unterscheiden, sollten die Anteile von Alkoholdiagnosen an allen Diagnosen nicht durch die unterschiedlichen Teilnahmequoten verzerrt sein und somit einen Anhaltspunkt liefern, ob Alkoholdiagnosen im Verhältnis zu anderen Diagnosen zugenommen haben. Die Analyse der Raten hat noch einen weiteren Vorteil. Da die Nebendiagnosen seit der Einführung der Krankenhausstatistik jedes Jahr ausführlicher dokumentiert wurden, wären bei Vergleiche der absoluten Häufigkeit von Nebendiagnosen stets eine Zunahme zu erwarten; die Raten der Nebendiagnose an allen dokumentierten Nebendiagnosen des betreffenden Jahres wird dadurch jedoch nicht verzerrt.

Als dritte Analysestrategie sollen Veränderungen der Häufigkeit von Haupt- und Nebendiagnosen zwischen 2005 und 2007 zusammengefasst analysiert werden. Seit der Einführung der Schweizerischen Krankenhausstatistik hat die Ausführlichkeit der

Dokumentation von Nebendiagnosen stetig zugenommen: 1999 wurde bei 30% der Fälle eine Nebendiagnose dokumentiert, 2005 waren es 43% und 2007 45%. Seit 2006 ist es zudem möglich pro Fall bis zu 28 Nebendiagnosen anzugeben, zuvor waren es maximal 8. Werden also bei Trendaussagen nur die Veränderung der absoluten Anzahl Nebendiagnosen berücksichtigt, würde die Zunahme der Nebendiagnosen systematisch überschätzt werden. Da sich auch die Raten der Haupt- und Nebendiagnosen auf unterschiedliche Referenzgrößen beziehen (Hauptdiagnosen pro 1000 Fälle bzw. Nebendiagnosen pro 1000 dokumentierte Nebendiagnosen), können sie nicht einfach zusammengefasst werden. Aus diesem Grund werden die Häufigkeiten der Nebendiagnosen im Jahr 2007 für die zu erwartende Veränderung in der Anzahl der Nebendiagnosen zwischen 2005 und 2007 adjustiert. Je nach Altersgruppe hat die Zahl der dokumentierten Nebendiagnosen in diesem Zeitraum entweder um 5% abgenommen bzw. um 12% zugenommen (vgl. Tabelle A2h im Anhang). Wenn beispielsweise die Zahl aller dokumentierten Nebendiagnosen innert zwei Jahren um 10% zugenommen haben, wäre zu erwarten, dass auch die Häufigkeit einer spezifischen Nebendiagnose, die im Jahr 2005 50 mal dokumentiert wurde, innert zwei Jahren auf 55 gestiegen ist. Die Adjustierung der Häufigkeit im Jahr 2007 wäre in diesem Beispiel somit „-5“. Durch Gewichtung der Häufigkeit von Hauptdiagnosen und die Gewichtung und Adjustierung von Nebendiagnosen, ist es möglich Veränderung über die Jahre hinweg zu schätzen, ohne dass diese durch die Teilnahmequoten oder die ausführlichere Dokumentation von Nebendiagnosen verzerrt wird. (Die Aussagen über Veränderungen beziehen sich nicht auf die Anzahl Personen mit der betreffenden Diagnose, sondern auf die Häufigkeit der Haupt- bzw. Nebendiagnosen. Somit werden Personen, die beispielsweise eine Diagnose der Gruppe „Alkohol-Intoxikation“ als Haupt- und als Nebendiagnose erhalten, doppelt aufgeführt. Dies kommt jedoch nur sehr selten vor, so dass die Aussagen zu Veränderungen dadurch nicht bedeutend beeinflusst werden.)

Die drei Ansätze kommen zu vergleichbaren Ergebnissen, so dass davon auszugehen ist, dass Trendaussagen mit einer recht hohen Glaubwürdigkeit einher gehen.

Im ersten Bericht zu „Alkohol-Intoxikationen Jugendlicher und junger Erwachsener“ (Gmel & Kuntsche, 2006), der die Jahre 1999 bis 2003 berücksichtigte, konnte gezeigt werden, dass die unterschiedlicher Stabilität der Teilnahmequoten der Kantone keinen Einfluss auf die Trendanalysen hatte. Beispielsweise entwickelte sich die Rate von Hauptdiagnosen der Gruppe „Alkohol-Intoxikationen“ in Kantonen mit stabilen, mittel stabilen und instabilen Teilnahmequoten über die Jahre hinweg fast gleich. Als stabil wurden die Teilnahmequoten von Kantonen bezeichnet, deren Gewichte um nicht mehr als 10% voneinander abwichen, als mittel stabil, wenn sie nicht mehr als 20% voneinander abwichen, und als instabil bei Abweichungen von mehr als 20%. Aus diesem Grund werden im vorliegenden Bericht mögliche Effekte der Stabilität der Teilnahmequoten nicht weiter untersucht.

3. Ergebnisse

3.1 Hauptdiagnosen alkoholbedingter Störungen in den Jahren 2005 bis 2007

Wie Abbildung 2 zeigt, steigen Alkohol-Intoxikationen als Hauptdiagnosen ab einem Alter von 14 Jahren sprunghaft an. In der Altersgruppe der 14- bis 15-Jährigen wurde 2007 bei 119 Jungen und bei 128 Mädchen die Hauptdiagnose Intoxikation registriert. Hauptdiagnosen

bedeuten dabei, dass die „Alkohol-Intoxikation“ der primäre Grund dafür war, dass die Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Spitäler eingeliefert und zumindest teilstationär aufgenommen wurden. In allen drei Jahren waren etwa 60% der Fälle mit Hauptdiagnose „Alkohol-Intoxikationen“ männlich.

Abbildung 2: Hauptdiagnosen der Gruppe „Alkohol-Intoxikationen“ (F10.0; F10.1; T51.0), nach Alter und Geschlecht in den Jahren 2005, 2006 und 2007, ungewichtete Daten

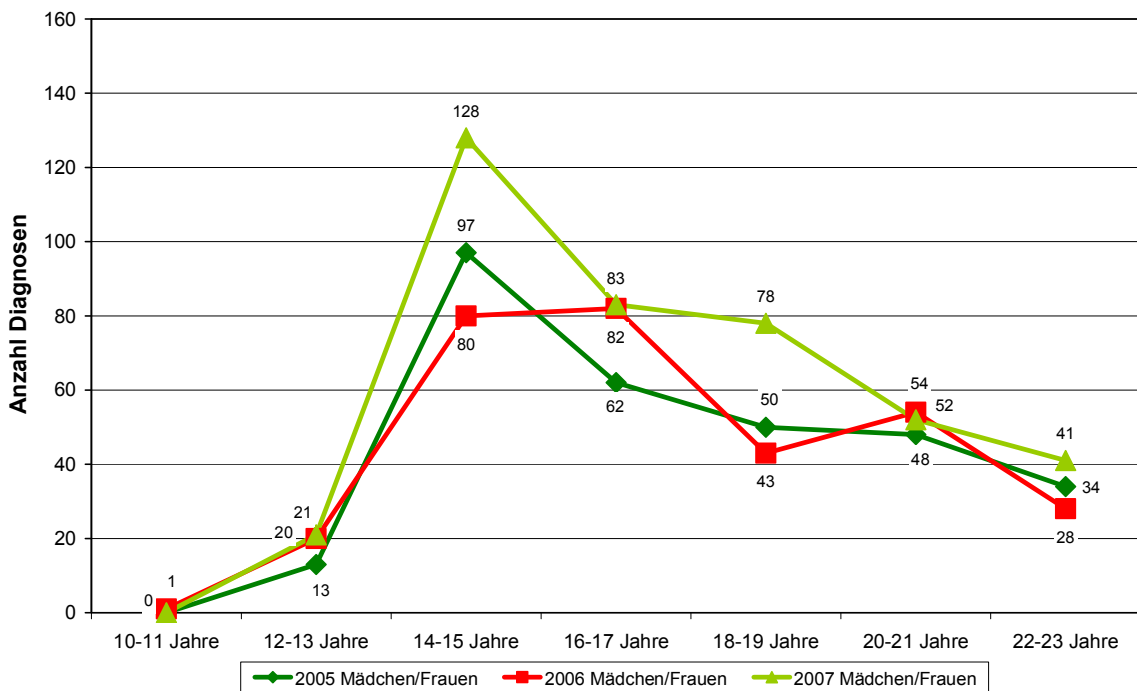
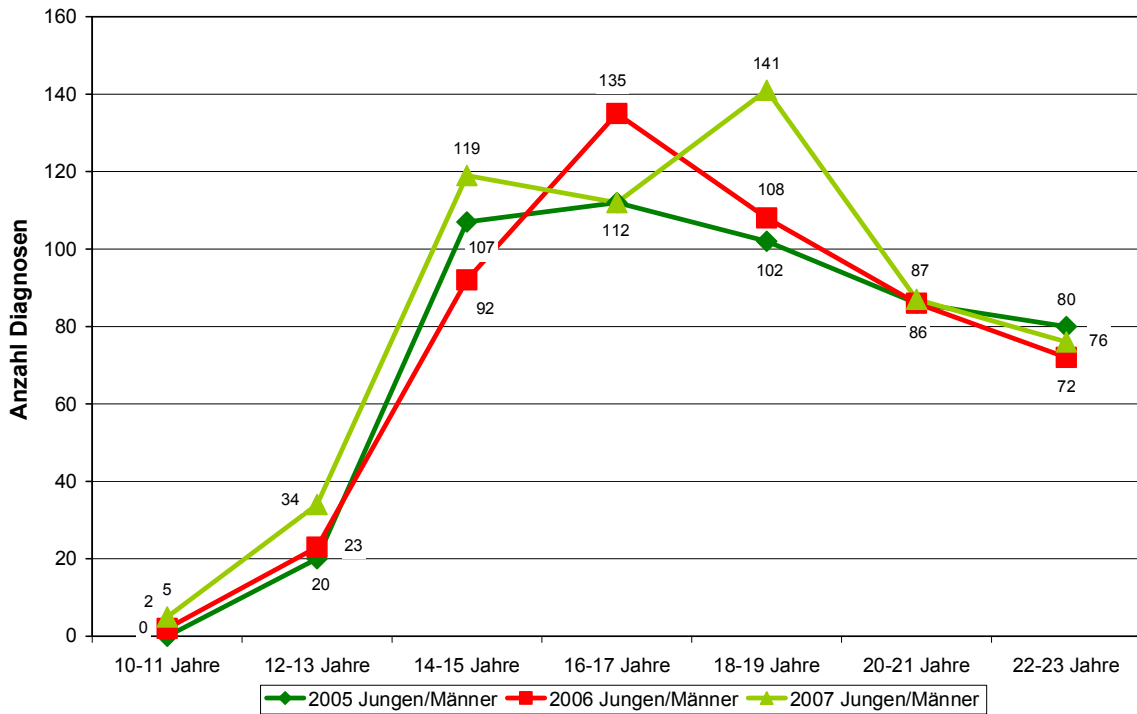
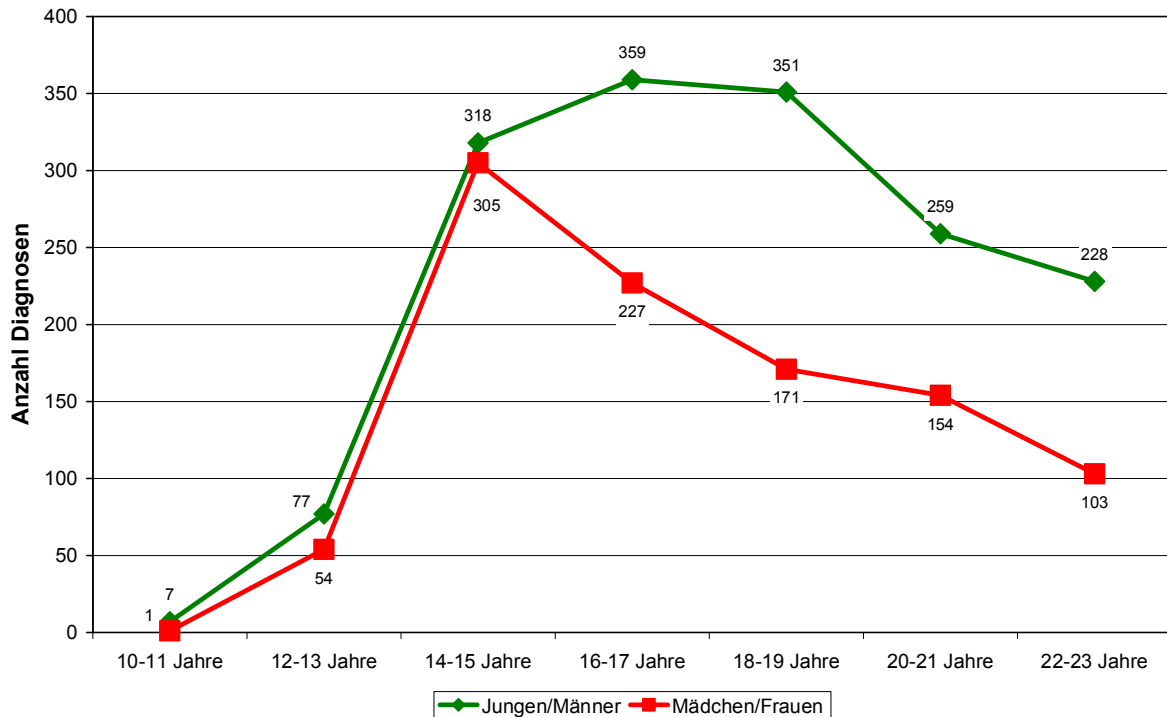


Abbildung 3: Anzahl Diagnosen der Gruppe "Alkohol-Intoxikationen" (F10.0; F10.1; T51.0) als Hauptdiagnose, zusammengefasst über 2005 - 2007, ungewichtete Daten



Um mögliche Artefakte in der Altersverteilung durch geringe Fallzahlen in einzelnen Jahren auszuschliessen, wurden im Folgenden die Jahre 2005 bis 2007 zusammengefasst. Die Abbildung 3 stellt die registrierten, d.h. dem Bundesamt für Statistik gemeldeten, Fälle dar. Diese sind aufgrund der unvollständigen Teilnahmequoten eine leichte Unterschätzung. Dabei zeigt sich der starke Anstieg der „Alkohol-Intoxikationen“ als Hauptdiagnosen bei den 14/15-Jährigen. Ein Rückgang ist ab einem Alter von etwa 20/21 Jahren bei Jungen/Männern und bei Mädchen/Frauen ab 16/17 Jahren festzustellen.

Während es bei den 10- bis 15-Jährigen Jugendlichen kaum Geschlechtsunterschiede gibt, sind Hauptdiagnosen der Gruppe Alkohol-Intoxikation bei 16-jährigen oder älteren Jungen/Männern deutlich häufiger als bei Mädchen/Frauen.

Gliedert man die alkoholbezogene Hauptdiagnosen weiter auf (Tabelle 2), so stellt man fest, dass der akute Rausch und nicht etwa der schädliche Gebrauch den Hauptanteil an Diagnosen der Gruppe „Alkohol-Intoxikation“ ausmacht. Dies ist angesichts der Unklarheit der Verwendung dieser Diagnose entweder als Vorstufe zur Alkoholabhängigkeit oder als Diagnose in der Alkohol-Intoxikationsgruppe von Bedeutung, zeigen diese Zahlen doch, dass eine eventuelle Fehlzuordnung des „schädlichen Gebrauchs als „Alkohol-Intoxikation“ (statt „Alkoholabhängigkeit“) wenig an der Gesamtstatistik ändern würde. Bemerkenswert ist, dass 2005-2007 in der Altersgruppe der 10- bis 23-Jährigen, hauptsächlich jedoch beginnend mit einem Lebensalter ab 18/19 Jahren, jährlich etwa 200 Fälle dokumentiert wurden, in denen Jugendliche und junge Erwachsene in Schweizer Spitälern hauptsächlich wegen „Alkoholabhängigkeit“ (Alkoholabhängigkeitssyndrom und alkoholbedingten Störungen) behandelt werden mussten. Die Fälle mit Diagnosen der Gruppe „Alkoholabhängigkeit“ steigen dabei mit zunehmendem Alter an.

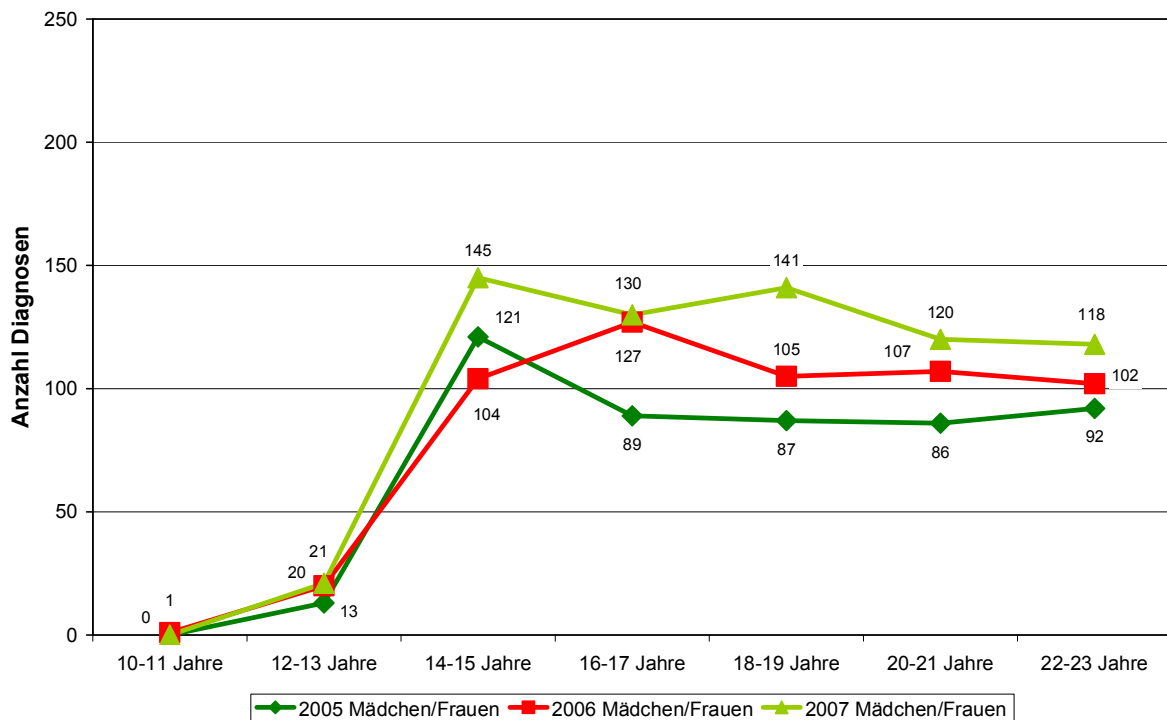
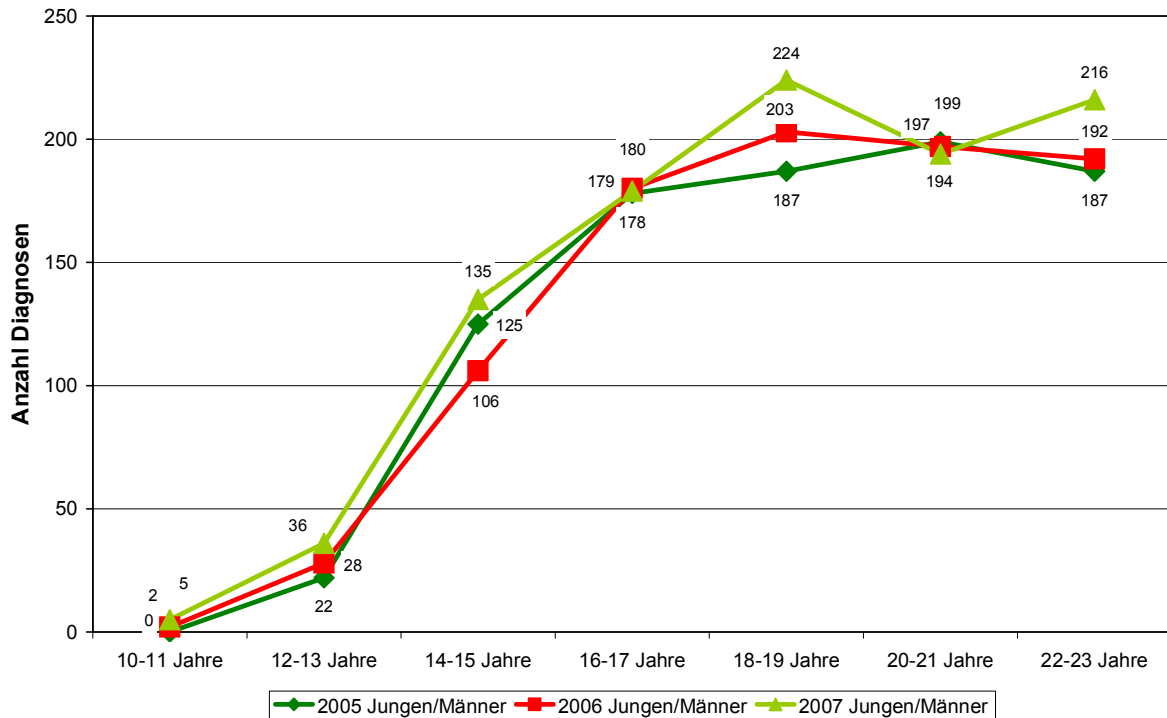
Tabelle 2: Hauptdiagnosen alkoholbedingter Störungen, nach Alter und Geschlecht in den Jahren 2005, 2006 und 2007, ungewichtete Daten

		10-11	12-13	14-15	16-17	18-19	20-21	22-23	Total
		Jahre	Jahre	Jahre	Jahre	Jahre	Jahre	Jahre	
2005									
<i>Jungen/Männer</i>									
Intoxikation	akuter Rausch (F10.0)	0	19	98	99	95	72	72	455
	schädlicher Gebrauch (F10.1)	0	0	2	7	5	8	6	28
	unfallmässige Vergiftung (T51.0)	0	1	7	6	2	6	2	24
Abhängigkeit	Abhängigkeitssyndrom (F10.2)	0	0	1	7	16	31	32	87
	Störungen durch Alkohol (F10.3-F10.9)	0	1	2	4	7	2	4	20
<i>Mädchen/Frauen</i>									
Intoxikation	akuter Rausch (F10.0)	0	11	84	57	37	35	25	249
	schädlicher Gebrauch (F10.1)	0	0	5	1	10	7	7	30
	unfallmässige Vergiftung (T51.0)	0	2	8	4	3	6	2	25
Abhängigkeit	Abhängigkeitssyndrom (F10.2)	0	0	0	2	12	20	16	50
	Störungen durch Alkohol (F10.3-F10.9)	0	0	0	1	0	3	0	4
2006									
<i>Jungen/Männer</i>									
Intoxikation	akuter Rausch (F10.0)	2	19	90	123	83	76	60	453
	schädlicher Gebrauch (F10.1)	0	1	0	6	20	7	11	45
	unfallmässige Vergiftung (T51.0)	0	3	2	6	5	3	1	20
Abhängigkeit	Abhängigkeitssyndrom (F10.2)	0	0	0	9	26	30	47	112
	Störungen durch Alkohol (F10.3-F10.9)	0	0	1	0	5	7	7	20
<i>Mädchen/Frauen</i>									
Intoxikation	akuter Rausch (F10.0)	1	17	74	72	37	47	26	274
	schädlicher Gebrauch (F10.1)	0	0	3	5	4	4	1	17
	unfallmässige Vergiftung (T51.0)	0	3	3	5	2	3	1	17
Abhängigkeit	Abhängigkeitssyndrom (F10.2)	0	0	2	3	11	32	15	63
	Störungen durch Alkohol (F10.3-F10.9)	0	0	2	1	1	2	1	7
2007									
<i>Jungen/Männer</i>									
Intoxikation	akuter Rausch (F10.0)	1	29	91	95	110	74	66	466
	schädlicher Gebrauch (F10.1)	0	0	4	8	13	7	5	37
	unfallmässige Vergiftung (T51.0)	4	5	24	9	18	6	5	71
Abhängigkeit	Abhängigkeitssyndrom (F10.2)	0	0	0	1	29	56	51	137
	Störungen durch Alkohol (F10.3-F10.9)	0	0	0	3	7	10	4	24
<i>Mädchen/Frauen</i>									
Intoxikation	akuter Rausch (F10.0)	0	17	103	71	51	40	31	313
	schädlicher Gebrauch (F10.1)	0	1	4	7	11	5	4	32
	unfallmässige Vergiftung (T51.0)	0	3	21	5	16	7	6	58
Abhängigkeit	Abhängigkeitssyndrom (F10.2)	0	1	0	2	13	14	37	67
	Störungen durch Alkohol (F10.3-F10.9)	0	0	0	1	0	3	2	6

3.2 Nebendiagnosen alkoholbedingter Störungen in den Jahren 2005 bis 2007

Diagnosen der Gruppe „Alkohol-Intoxikation“ werden nicht nur in den Haupt-, sondern auch in den Nebendiagnosen gestellt (siehe Abbildung 4).

Abbildung 4: „Alkohol-Intoxikationen“ (F10.0, F10.1, T51.0) in Haupt- und Nebendiagnosen, 2005, 2006 und 2007, ungewichtete Daten

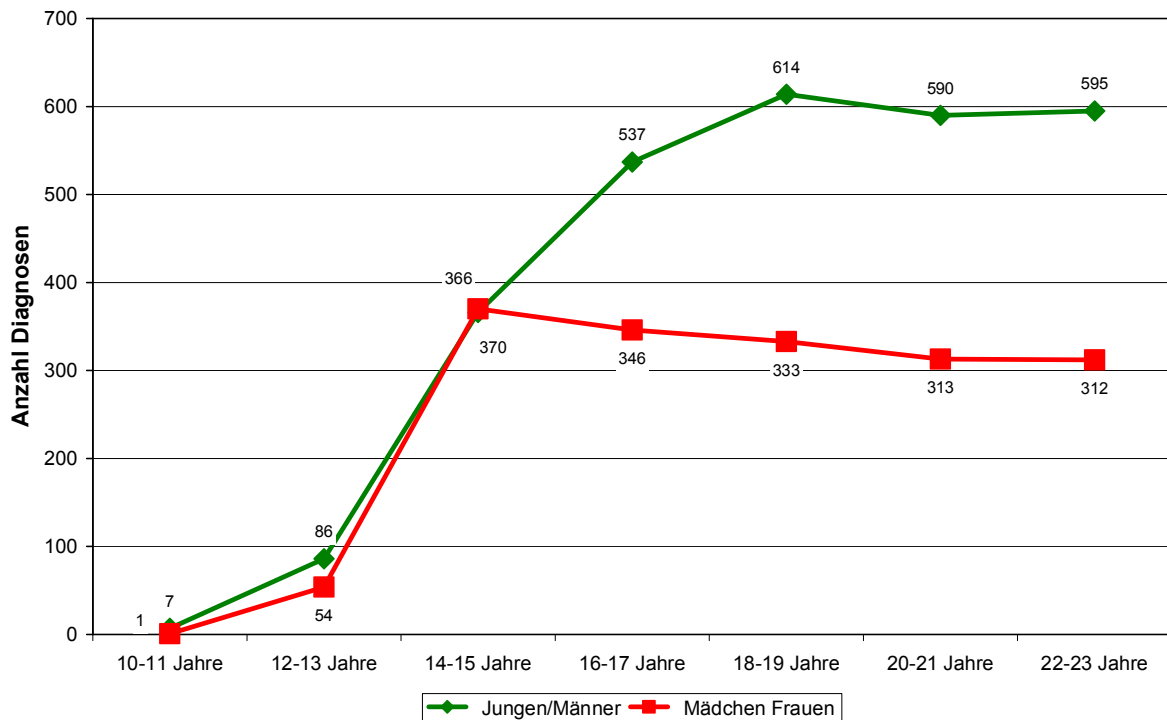


Im Vergleich zu der exklusiven Betrachtung der Hauptdiagnosen lassen sich zwei interessante Ergebnisse über die Entwicklung von Haupt- und Nebendiagnosen mit dem Alter herausstellen. Zum einen nimmt die Anzahl an Diagnosen der Gruppe „Alkohol-Intoxikation“ bei den Jungen/Männern bis zum Alter von 18/19 Jahren weiter zu und bleibt danach relativ konstant. Auch bei Mädchen/Frauen ist die Häufigkeit der Diagnose „Alkohol-Intoxikation“ nach dem deutlichen Anstieg bei den 14/15-Jährigen nur leicht rückläufig. Insgesamt ist das

Geschlechtsverhältnis bei den Haupt- und Nebendiagnosen „Alkoholabhängigkeit“ fast gleich wie für „Alkohol-Intoxikation“: etwa 60% der Diagnosen werden bei Jungen/Männern gestellt und etwa 40% bei Mädchen/Frauen.

Diese Ergebnisse werden auch in der Zusammenfassung der Anzahl Diagnosen von 2005 bis 2007 bestätigt (Abbildung 5).

Abbildung 5: Diagnosen der Gruppe „Alkohol-Intoxikationen“ (F10.0, F10.1, T51.0) als Haupt- und Nebendiagnose, zusammengefasst über 2005-2007, ungewichtete Daten



Es stellt sich die Frage, welche Hauptdiagnosen Personen aufweisen, die eine „Alkohol-Intoxikationen“ als Nebendiagnose erhalten haben. Eine Antwort auf diese Frage gibt Tabelle 3.

Tabelle 3: ICD-Hauptdiagnosen (in %) bei Nebendiagnosen der Gruppe „Alkohol-Intoxikation“ (F10.0, F10.1, T51.0), nach Erhebungsjahren, 10-bis 23-Jährige

ICD-Kapitel	Beschreibung	2002	2003	2004	2005	2006	2007
V	Psychische und Verhaltensstörungen	54.2	48.1	45.9	42.6	41.2	44.6
XIX	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äusserer Ursachen	30.9	36.6	41.9	45.9	46.5	46.6
Rest		14.9	15.3	12.2	11.6	12.3	8.9

Über vier Fünftel aller Hauptdiagnosen bei einer Nebendiagnose „Alkohol-Intoxikation“ befinden sich in nur 2 Kapiteln des ICD-10 Systems: Kapitel V „Psychische Störungen und

Verhaltensstörungen“ sowie Kapitel XIX „Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äusserer Ursachen“, also dem Kapitel mit Unfällen und Gewaltakten. Dies bestätigt die umfangreiche Literatur, die eine hohe Co-Morbidität zwischen Alkoholmissbrauch und anderen psychiatrischen Krankheiten feststellt (Pettrakis *et al.*, 2002), aber auch, dass gerade bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen Unfälle eine der häufigsten alkoholbedingten Folgen sind (Hingson *et al.*, 2005). Im Zeitraum von 2002 bis 2007 haben sich jedoch die relativen Anteile dieser beiden Diagnosen verschoben: Während „Psychische Störungen und Verhaltensstörungen“ als Hauptdiagnose bei einer Nebendiagnose „Alkohol-Intoxikation“ von 54% stetig auf 45% zurückgegangen, ist der Anteil für „Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äusserer Ursachen“ von 31% auf 47% angestiegen.

Tabelle 4 gibt einen Überblick zu allen alkoholbedingten Haupt- und Nebendiagnosen in den Jahren 2005 bis 2007. Im Jahr 2005 wurden insgesamt 1830 Diagnosen entweder der Gruppe „Alkohol-Intoxikation“ oder der Gruppe „Alkoholabhängigkeit“ in der Altersgruppe der 10- bis 23-Jährigen registriert, 2006 stieg die Zahl auf 1910 Diagnosen und 2007 waren es 2203 Diagnosen. Unter Berücksichtigung der nicht vollständigen Teilnahmequoten der Krankenhäuser bedeutet dies, dass 2005 etwa 1890 Jugendliche und junge Erwachsene wegen Alkohol-Intoxikation oder Alkoholabhängigkeit in einem Spital behandelt wurden, 2006 etwa 1950 und 2007 etwa 2250 (vgl. gewichtete Fallzahlen in der Tabelle A2g im Anhang). In den drei Jahren waren 60-64% der Fälle mit einer alkoholbezogenen Diagnose Jungen/Männern und 36-40% Mädchen/Frauen. Die Zahl der Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die durchschnittlich pro Tag wegen einer alkoholbedingten Diagnose in Schweizer Spitäler behandelt werden, ist im beobachteten Zeitraum weiterhin angestiegen: von etwa 5 Personen pro Tag im Jahr 2005 auf 6 Personen pro Tag 2007. Dies entspricht einer gewichteten und adjustierten Zunahme von 17% in zwei Jahren (vgl. Tabelle 10)

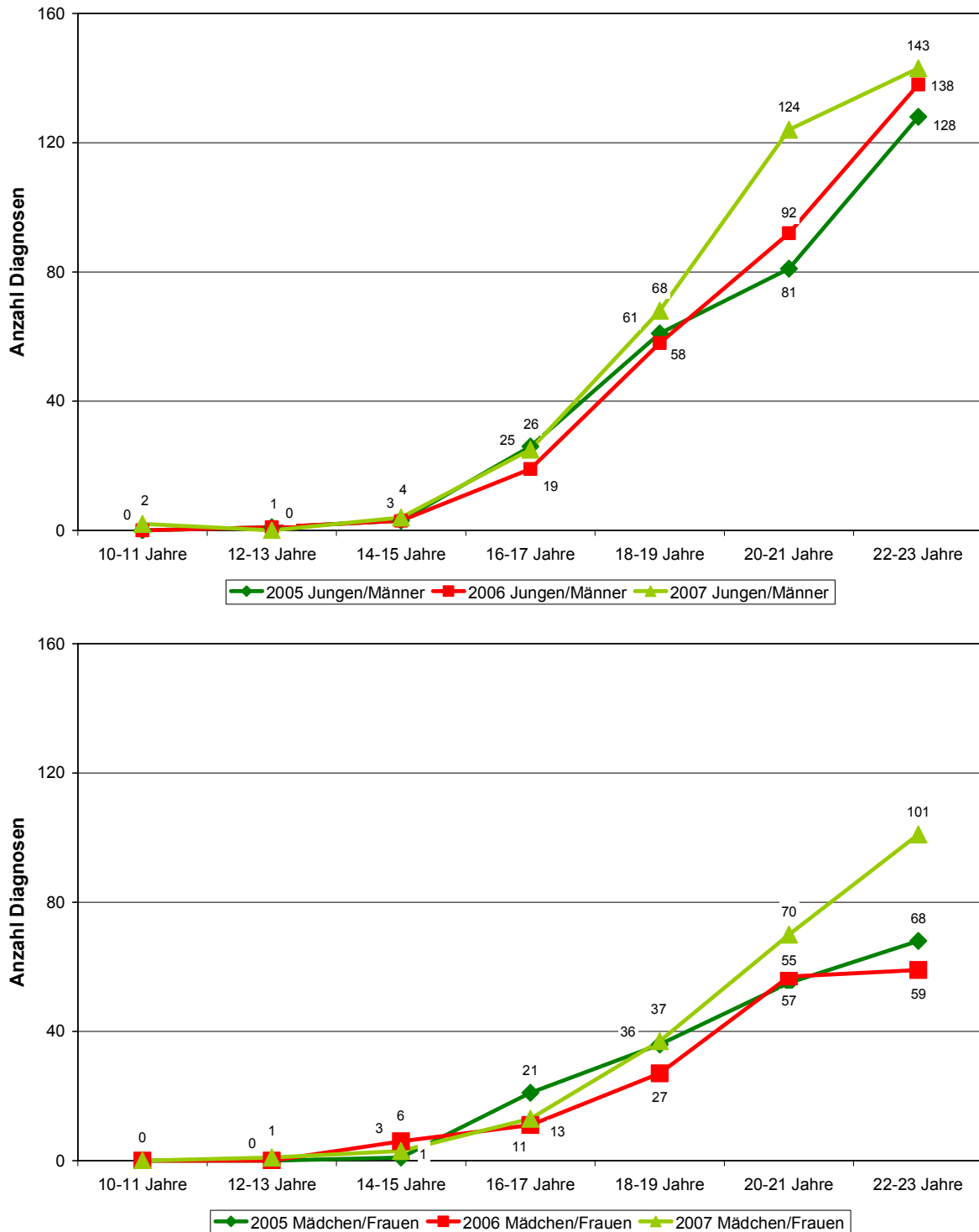
Während die Diagnosen der Gruppe „Alkohol-Intoxikation“ ab einem Alter von etwa 14/15 Jahren bei Mädchen/Frauen bzw. ab 18/19 Jahren bei Jungen/Männern stabil bleiben oder leicht abnehmen (Tabelle 4), steigen Diagnosen der Gruppe „Alkoholabhängigkeit“ (F10.2-F10.9) bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen stetig an (Abbildung 6). In den Jahren 2005/2006 wurde „Alkoholabhängigkeit“ bei etwa 500 10- bis 23-Jährigen die Haupt- oder Nebendiagnosen „Alkoholabhängigkeit“ gestellt, 2007 waren es etwa 600 (vgl. gewichtete Fallzahlen in der Tabelle A2f im Anhang).

Tabelle 4: Kombinationen von Haupt- und Nebendiagnosen für „Alkohol-Intoxikation“ (F10.0, F10.1, T51.0) und „Alkoholabhängigkeit“ (F10.2-F10.9), 2005, 2006 und 2007

Hauptdiagnosen	Nebendiagnosen	10-11 Jahre	12-13 Jahre	14-15 Jahre	16-17 Jahre	18-19 Jahre	20-21 Jahre	22-23 Jahre	Total
2005									
<i>Jungen/Männer</i>									
Intoxikation		0	20	107	111	99	83	70	490
	Intoxikation	0	2	18	65	83	107	105	380
	Intoxikation und Abhängigkeit	0	0	0	0	2	3	2	7
Intoxikation	Abhängigkeit	0	0	0	1	3	3	10	17
Abhängigkeit	Intoxikation	0	0	0	1	0	3	0	4
Abhängigkeit	Abhängigkeit	0	1	3	10	23	30	36	103
	Abhängigkeit	0	0	0	14	33	42	80	169
<i>Mädchen/Frauen</i>									
Intoxikation		0	13	97	61	48	46	31	296
	Intoxikation	0	0	24	27	37	38	57	183
	Intoxikation und Abhängigkeit	0	0	0	0	0	0	1	1
Intoxikation	Abhängigkeit	0	0	0	1	2	2	3	8
Abhängigkeit	Intoxikation	0	0	0	0	0	0	0	0
Abhängigkeit	Abhängigkeit	0	0	0	3	12	23	16	54
	Abhängigkeit	0	0	1	17	22	30	48	118
2006									
<i>Jungen/Männer</i>									
Intoxikation		2	23	91	133	106	79	67	501
	Intoxikation	0	5	14	45	94	106	115	379
	Intoxikation und Abhängigkeit	0	0	0	0	1	2	4	7
Intoxikation	Abhängigkeit	0	0	1	2	2	7	5	17
Abhängigkeit	Intoxikation	0	0	0	0	0	3	1	4
Abhängigkeit	Abhängigkeit	0	0	1	9	31	34	53	128
	Abhängigkeit	0	1	1	8	24	46	75	155
<i>Mädchen/Frauen</i>									
Intoxikation		1	20	80	82	43	52	26	304
	Intoxikation	0	0	24	45	61	53	72	255
	Intoxikation und Abhängigkeit	0	0	0	0	1	0	1	2
Intoxikation	Abhängigkeit	0	0	0	0	0	2	2	4
Abhängigkeit	Intoxikation	0	0	0	0	0	0	1	1
Abhängigkeit	Abhängigkeit	0	0	4	4	12	34	15	69
	Abhängigkeit	0	0	2	7	14	21	40	84
2007									
<i>Jungen/Männer</i>									
Intoxikation		5	34	118	108	138	81	65	549
	Intoxikation	0	2	16	66	80	104	137	405
	Intoxikation und Abhängigkeit	0	0	0	1	0	2	3	6
Intoxikation	Abhängigkeit	0	0	1	4	3	6	11	25
Abhängigkeit	Intoxikation	0	0	0	0	3	1	0	4
Abhängigkeit	Abhängigkeit	0	0	0	4	33	65	55	157
	Abhängigkeit	2	0	3	16	29	50	74	174
<i>Mädchen/Frauen</i>									
Intoxikation		0	21	128	81	75	49	35	389
	Intoxikation	0	0	17	47	62	66	77	269
	Intoxikation und Abhängigkeit	0	0	0	0	1	2	0	3
Intoxikation	Abhängigkeit	0	0	0	2	3	3	6	14
Abhängigkeit	Intoxikation	0	0	0	0	0	0	0	0
Abhängigkeit	Abhängigkeit	0	1	0	3	13	17	39	73
	Abhängigkeit	0	0	3	8	20	48	56	135

Lesebeispiel: Im Jahr 2005 wurde bei 2 männlichen 22- bis 23-Jährigen eine nicht-alkoholbezogene Hauptdiagnose, (mindestens) eine Nebendiagnose der Gruppe „Alkohol-Intoxikation“ und (mindestens) eine Nebendiagnose der Gruppe „Alkoholabhängigkeit“ gestellt.

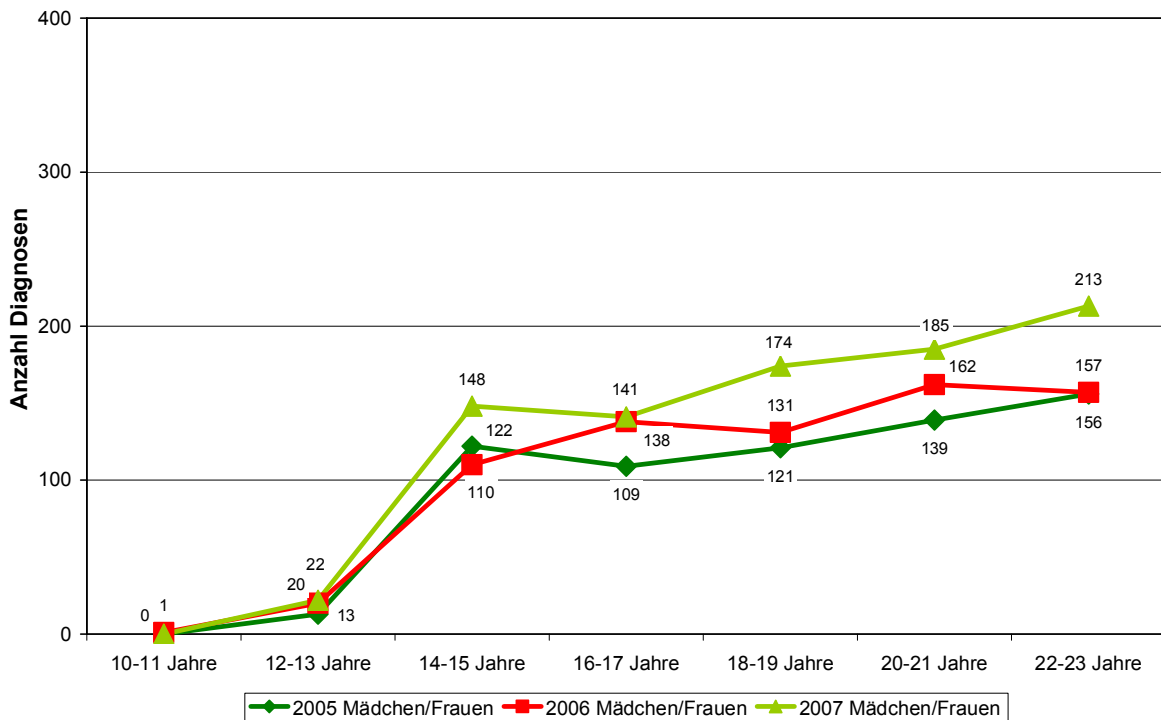
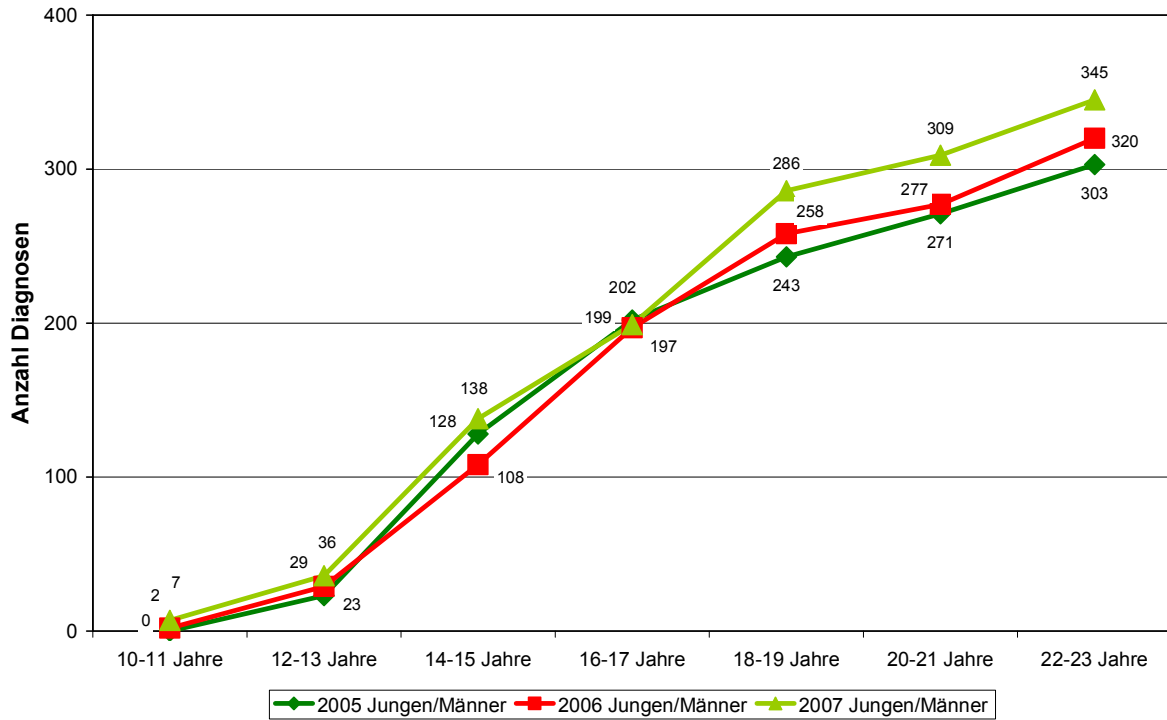
Abbildung 6: „Alkohol-Abhängigkeit“ (F10.2, F10.3-F10.9) in Haupt und Nebendiagnosen, 2005, 2006 und 2007, ungewichtete Daten



Insgesamt zeigt sich in den Jahren 2005 bis 2007, dass die hier analysierten alkoholbezogenen Diagnosen (i.e. Alkohol-Intoxikation und –abhängigkeit) mit dem Alter stetig ansteigen. Während die Häufigkeit der Diagnose „Alkohol-Intoxikation“ bei im Jugend- bzw. jungen Erwachsenenalter stagniert, steigt die Zahlen der „Abhängigkeitsdiagnosen“ weiter an (Abbildung 7). Wie schon bei den separaten Analysen zu „Alkohol-Intoxikation“ und

„Alkoholabhängigkeit“ zeigen sich auch hier wieder deutliche Geschlechtsunterschiede (etwa 60% der alkoholbezogenen Diagnosen werden bei Jungen/Männern gestellt).

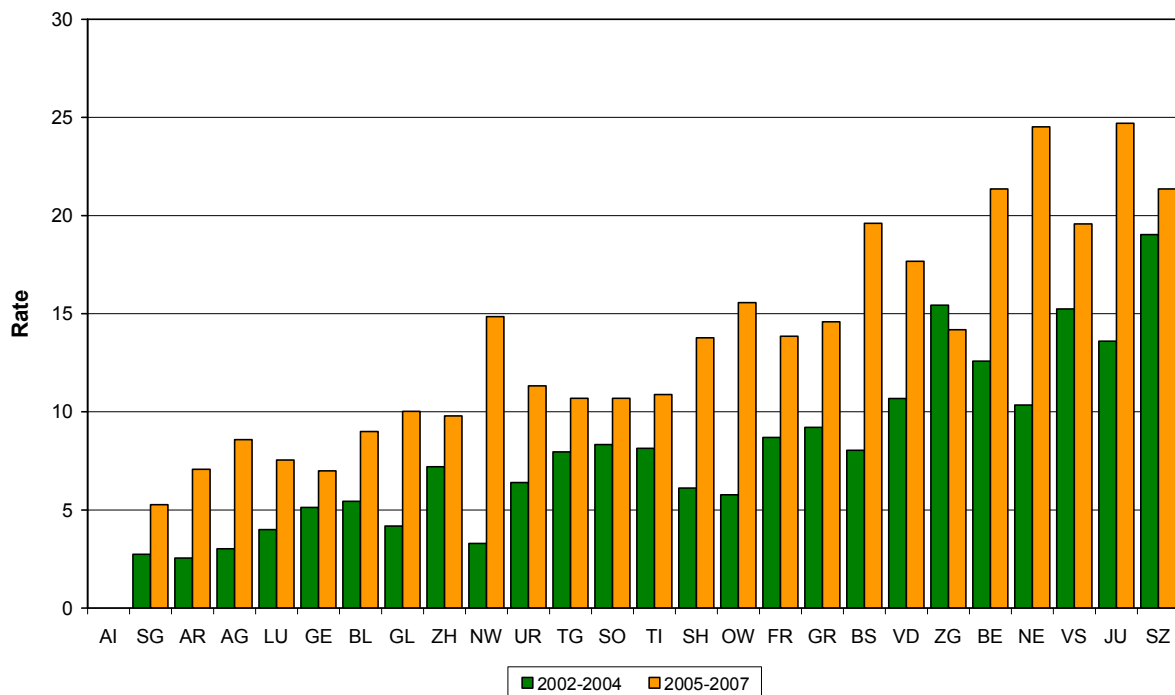
Abbildung 7: Alkoholbezogene Diagnosen insgesamt („Alkohol-Intoxikation“ und „Alkoholabhängigkeit“) in Haupt- und Nebendiagnosen, 2005, 2006 und 2007



3.3 Kantonale Auswertungen alkoholbedingter Störungen

Das Ziel der Analysen nach Kantonen liegt weniger darin, Detailangaben für einzelne Kantone zu berichten (z.B. im Sinne eines Rankings), sondern Faktoren zu untersuchen, die möglicherweise mit der Hospitalisierung zusammenhängen. In den folgenden Analysen wurden jeweils drei Jahre 2002-2004 und 2005-2007 zusammengefasst, da sich anderenfalls sehr kleine Fallzahlen und somit grosse Schwankungen über den beobachteten Zeitraum ergeben würde. Da aufgrund der unterschiedlichen Teilnahmequoten absolute Aussagen fehlerbehaftet sind, zeigt Abbildung 8 den Anteil der beiden häufigsten Diagnosen der Gruppe „Alkohol-Intoxikation“ an allen Fällen. Bei dieser Rate stellt die Anzahl Personen, mit einer Haupt- und/oder Nebendiagnose von „Alkohol-Intoxikation“ den Zähler dar, als Nenner werden alle Fälle (=Anzahl aller Hauptdiagnosen, inklusive nicht alkoholbezogener Diagnosen) verwendet. Ausschlaggebend für diese Analysen ist dabei der Standort des Spitals in das die Jugendlichen und jungen Erwachsenen eingewiesen wurden und nicht deren Wohnort zum Zeitpunkt der Einweisung. Bei der Betrachtung des Wohnortes als Basis würden sich die Gesamtaussagen jedoch kaum ändern (vgl. Tabelle A4a im Anhang).

Abbildung 8: Rate (pro tausend Fälle) aller Haupt- und Nebendiagnosen "Akuter Rausch" (F10.0) und "Schädlicher Gebrauch" (F10.1) an allen Diagnosen, zusammengefasst für die Jahre 2002-2004 und 2005-2007, ungewichtete Daten (aufsteigend sortiert als Mittelwert von 2002 bis 2007)



Die meisten Kantone mit französischsprachigen Regionen finden sich unter den Kantonen mit hohen Raten an Alkohol-Intoxikationen. Bevölkerungsbefragungen in der Schweiz haben konsistent gezeigt, dass der Alkoholkonsum in der französischsprachigen Schweiz im Vergleich zur deutschsprachigen deutlich höher ist (z.B. Annaheim & Gmel, 2004). In den Jahren 2002 bis 2004 wurde in den Schweizer Spitäler durchschnittlich bei etwa 8 von 1000 dokumentierten Fällen von Jugendlichen und jungen Erwachsenen akuter Rausch oder

schädlicher Gebrauch als Haupt- oder Nebendiagnose gestellt, drei Jahre später 2005 bis 2007 stieg die Zahl auf gut 13 Fälle.

Diese Zunahme lässt sich in fast allen Kantonen feststellen. Nur in Spitälern des Kantons Zug sank die Rate leicht ab; da einige Jugendliche und junge Erwachsene, die im Kanton Zug wohnen, in einem anderen Kanton behandelt wurden. Wird der Wohnort der behandelten Person statt dem Standort des Spitals berücksichtigt, gab es im Kanton Zug (wie auch in allen anderen Kantonen) eine Zunahme.

In Spitälern des Kantons Appenzell Innerrhoden wurden zwischen 2002 bis 2007 insgesamt nur etwa 700 Jugendliche und junge Erwachsene behandelt, niemandem davon eine Diagnose „Akuter Rausch“ oder „Schädlicher Gebrauch“ gestellt. Zwischen 2005 und 2007 wurden bei zwei Personen die im Kanton Appenzell Innerrhoden wohnhaft waren eine solche Diagnose gestellt, beide wurden jedoch in einem Nachbarkanton behandelt (vgl. Tabelle A3a im Anhang).

Tabelle 5: Rate (pro 1000 Fälle) von Haupt- und Nebendiagnosen "Akuter Rausch" (F10.0) und "Schädlicher Gebrauch" (F10.1) bei 10- bis 23-Jährigen, zusammengefasst für die Jahre 2002-2004 und 2005-2007, nach Kanton (Standort des Spitals), ungewichtete Daten

		AG	AI	AR	BE	BL	BS	FR	GE	GL	GR	JU	LU	NE	NW	OW	SG	SH	SO	SZ	TG	TI	UR	VD	VS	ZG	ZH	Total	
Jungen/Männer																													
<i>akuter Rausch</i>																													
Hauptdiagnose	2002-2004	1.6	.0	.0	10.9	4.4	1.5	6.4	2.8	3.8	5.7	13.3	2.2	8.9	.0	.0	2.2	9.6	5.1	16.5	3.5	4.6	.0	8.6	9.4	3.1	3.8	6.0	
	2005-2007	5.1	.0	1.8	16.8	5.8	1.6	10.3	3.0	14.5	8.0	21.5	3.9	17.8	12.9	7.5	2.4	12.5	6.0	19.3	2.6	7.4	5.3	15.6	15.9	8.3	5.5	8.8	
Nebendiagnose	2002-2004	.3	.0	.9	1.1	.5	.6	.0	.6	.0	1.0	.0	.7	2.3	.0	2.8	.4	.0	1.7	.9	1.7	.6	.0	.6	.6	1.6	.4	.7	
	2005-2007	.8	.0	.9	.9	.2	1.0	.2	.1	.0	1.0	.0	.6	.0	.0	.0	.1	.0	.4	.4	3.2	.9	.0	1.8	.9	.7	.5	.7	
<i>schädlicher Gebrauch</i>																													
Hauptdiagnose	2002-2004	.5	.0	.0	2.2	.7	.3	4.6	1.2	1.9	2.5	2.3	1.1	3.9	2.2	.0	.7	.0	2.1	7.1	1.0	5.1	.0	3.5	4.6	10.9	1.9	2.3	
	2005-2007	4.2	.0	.9	5.7	2.7	4.9	6.1	2.0	1.5	5.0	15.6	3.9	12.3	8.6	.0	1.1	1.5	6.0	9.0	2.3	3.9	3.5	4.4	6.7	6.9	3.2	4.2	
Nebendiagnose	2002-2004	1.5	.0	2.7	2.9	1.6	4.3	2.0	1.4	1.9	2.9	.0	2.0	1.9	2.2	5.6	1.1	.0	1.7	3.3	8.0	.9	9.7	2.0	2.7	9.4	3.4	2.5	
	2005-2007	3.2	.0	5.5	4.6	2.8	13.0	3.0	1.0	1.5	2.6	1.0	2.2	4.0	4.3	15.0	3.0	3.7	3.2	2.6	9.2	1.5	1.8	2.7	2.9	6.2	3.4	3.3	
Mädchen/Frauen																													
<i>akuter Rausch</i>																													
Hauptdiagnose	2002-2004	1.2	.0	1.6	5.8	2.5	.4	3.3	2.4	.0	3.8	4.1	1.1	2.9	.0	.0	.9	3.2	3.9	7.8	.8	2.8	.0	4.0	8.0	2.7	2.2	3.2	
	2005-2007	1.3	.0	1.7	10.0	4.8	.9	5.6	4.4	2.8	5.8	12.0	1.4	9.0	4.2	5.4	1.5	7.1	3.4	7.4	1.2	5.3	12.1	7.0	8.4	4.4	3.2	5.0	
Nebendiagnose	2002-2004	.1	.0	.0	.6	.5	.2	.0	.5	.0	.2	.0	.3	.0	.0	.0	.1	.0	1.3	.5	.3	.0	.0	.2	.9	.7	.2	.3	
	2005-2007	.3	.0	.9	.6	.0	2.0	.2	.2	.0	.5	.0	.2	1.4	.0	.0	.1	.0	.3	.0	.9	.9	.0	1.0	.2	.0	.4	.5	
<i>schädlicher Gebrauch</i>																													
Hauptdiagnose	2002-2004	.0	.0	.0	.7	.2	.0	.8	.7	.0	.7	4.9	.2	1.0	2.2	.0	.3	.0	.3	.9	.0	1.4	.0	1.7	2.1	.7	.8	.8	
	2005-2007	.9	.0	.9	1.8	.9	1.1	1.5	1.2	.0	2.7	.0	.8	3.9	.0	.0	.5	1.9	1.6	2.2	.5	1.1	.0	1.8	2.5	.6	1.3	1.4	
Nebendiagnose	2002-2004	.9	.0	.0	1.0	.6	8.3	.6	1.0	1.5	1.7	2.5	.8	1.3	.0	2.9	.5	.8	1.0	1.4	2.1	.6	2.7	1.5	2.2	3.3	2.1	1.5	
	2005-2007	2.0	.0	1.7	2.7	1.2	15.8	1.3	2.2	.0	3.3	.0	2.2	3.2	.0	2.7	2.3	3.2	1.6	2.2	3.0	.6	.0	2.0	1.6	1.9	2.4	2.5	

Tabelle 5 gibt einen Überblick, wie sich diese Raten nach Haupt- und Nebendiagnosen aufteilen. Über alle Kantone hinweg überwiegt bei den Hauptdiagnosen der akute Rausch, bei den Nebendiagnosen der schädliche Gebrauch. Es zeigen sich jedoch auch offensichtliche Unterschiede zwischen den Kantonen in der Diagnosestellung. Beispielsweise haben die Kantone Luzern und Aargau 2005 bis 2007 in etwa die gleiche Rate für Diagnosen der Gruppe „Alkohol-Intoxikation“, diese verteilen sich völlig unterschiedlich: Während in Luzern ein Grossteil auf die Hauptdiagnose akuter Rausch entfiel, war es in Aargau sehr häufig der schädliche Gebrauch als Nebendiagnose. Die Zunahme der Nebendiagnose „Schädlicher Gebrauch“ hat in Aargau massgeblich dazu geführt, dass sich die Rate alkoholbezogener Haupt- und Nebendiagnosen (vgl. Abbildung 8) zwischen 2002-2004 und 2005-2007 mehr als verdreifacht.

Ein Vergleich mit Befunden aus der ESPAD Schülerbefragung von 2007 (Gmel *et al.*, 2009) weist darauf hin, dass die Konsummuster der einzelnen den Kantonen systematisch mit der Rate der Spitaleinweisungen wegen „Akutem Rausch“ oder „Schädlichem Gebrauch“ zusammenhängen (vgl. Tabelle A3b im Anhang). Die ESPAD-Studie berücksichtigt zwar eine kleinere Altersspanne (nur 14- bis 16-Jährige) als in die vorliegende Studie, ist aber dennoch ein valider Indikator der Trinkmuster von Jugendlichen und jungen Erwachsenen in den jeweiligen Kantonen. Je häufiger die Jugendlichen durchschnittlich Alkohol konsumieren, je mehr sie bei der letzten Trinkgelegenheit konsumiert haben, je grösser der durchschnittliche Konsum pro Tag und je grösser der Anteil der rauschtrinkenden Jugendlichen im Vergleich zu den anderen Kantonen ist, desto höher ist auch die Rate der im jeweiligen Kanton behandelten Jugendlichen und jungen Erwachsenen.

Eine Vielzahl von weiteren Faktoren könnten ebenfalls zu den unterschiedlichen Raten der Spitaleinweisungen in den einzelnen Kantonen beigetragen haben. Die Art der Einweisung („Selbsteinweisung/durch Angehörige“ vs. „Rettungsdienst/Arzt/Polizei“) scheint jedoch kein relevanter Erklärungsfaktor für die Unterschiede darzustellen (vgl. Tabelle A3b im Anhang). Denkbar sind jedoch auch kantonale unterschiedliche Interpretationen der entsprechenden Diagnostik oder ein unterschiedlicher Umgang mit der Erstellung von alkoholbezogenen Haupt- und Nebendiagnosen: so liegt beispielsweise die Rate der Haupt- und Nebendiagnosen „Akuter Rausch“/„Schädlicher Gebrauch“ in denjenigen Kantonen höher, die die Nebendiagnosen der Patienten der ausführlicher dokumentieren (vgl. Tabelle A3b im Anhang).

3.4 Aufenthaltsdauer und Behandlungsart alkoholbedingter Störungen

Tabelle 6 weist die durchschnittliche Behandlungsdauer der verschiedenen alkoholbezogenen Hauptdiagnosen aus. Diese kann nur für Hauptdiagnosen sinnvoll berechnet werden, da bei gestellter Alkohol-Nebendiagnose die Behandlungsdauer im Wesentlichen von der Hauptdiagnose abhängt, die unterschiedlichste Krankheitsbilder beinhalten kann. Es zeigt sich erwartungsgemäss, dass akute Rausche nur kurze Spitalaufenthalte erfordern, Behandlungen des Abhängigkeitssyndroms sich dagegen in der Regel über Wochen erstrecken. Interessanterweise ist die Behandlungsdauer für den schädlichen Gebrauch ähnlich wie beim Abhängigkeitssyndrom, was darauf hindeutet, dass es sich bei dieser Diagnose häufig um ein Krankheitsbild handelt, das in Richtung eines chronischen Gesundheitsproblems im Zusammenhang mit übermässigem Alkoholkonsum weist, also eventuell eher um eine Vorstufe der Alkoholabhängigkeit als um einen einmaligen Überkonsum. Da die Fallzahlen der einzelnen Alkoholdiagnosen oft sehr klein sind, gleichzeitig aber die Varianz der

Behandlungsdauer recht gross ist, können Unterschiede zwischen den Jahren kaum als systematische Veränderung interpretiert werden.

Tabelle 6: Aufenthaltsdauer (in Tagen) in Spitälern von 10- bis 23-Jährigen, nach Hauptdiagnose, 2005, 2006 und 2007, ungewichtete Daten

	Jungen/Männer	Mädchen/Frauen	Total
2005			
akuter Rausch (F10.0)	1.4	1.5	1.5
schädlicher Gebrauch (F10.1)	[14.0]	[21.8]	18.0
unfallmässige Vergiftung (T51.0)	[1.0]	[0.8]	0.9
Abhängigkeitssyndrom (F10.2)	16.8	21.5	18.5
Störungen durch Alkohol (F10.3-F10.9)	[10.7]	[1.3]	[9.4]
alle Diagnosen (alkohol- und nicht-alkoholbezogenen)	8.8	7.9	8.3
2006			
akuter Rausch (F10.0)	1.0	1.1	1.1
schädlicher Gebrauch (F10.1)	16.3	[9.9]	14.5
unfallmässige Vergiftung (T51.0)	[0.8]	[1.1]	0.9
Abhängigkeitssyndrom (F10.2)	20.1	28.8	23.2
Störungen durch Alkohol (F10.3-F10.9)	[17.2]	[19.9]	[17.9]
alle Diagnosen (alkohol- und nicht-alkoholbezogenen)	7.4	7.9	7.6
2007			
akuter Rausch (F10.0)	1.4	1.6	1.5
schädlicher Gebrauch (F10.1)	13.7	30.0	21.1
unfallmässige Vergiftung (T51.0)	0.9	0.8	0.8
Abhängigkeitssyndrom (F10.2)	21.0	26.6	22.8
Störungen durch Alkohol (F10.3-F10.9)	[28.9]	[27.3]	28.6
alle Diagnosen (alkohol- und nicht-alkoholbezogenen)	7.1	6.6	6.9

Bemerkungen: für n<30 stehen die Werte in Klammern

Die Unterschiede in der Behandlungsdauer werden auch durch Ergebnisse des Behandlungstypes bestätigt (Tabelle 7). Akute Rausche werden zu einem grossen Teil auch teilstationär behandelt, das Alkoholabhängigkeitssyndrom oder andere Störungen durch übermässigen Alkoholkonsum jedoch in der Regel stationär. Die ambulanten Fälle sollten in diesem Zusammenhang nicht interpretiert werden, da die Spitäler nur eine Verpflichtung haben, stationäre und teilstationär Fälle zu melden, so dass die ausgewiesenen Ergebnisse nur auf den freiwillig gemeldeten ambulanten Fällen einiger Krankenhäuser beruhen.

Tabelle 7: *Behandlungsart (in %) von alkoholbezogenen Hauptdiagnosen bei 10- bis 23-Jährigen, 2005, 2006 und 2007, ungewichtete Daten*

	Jungen/Männer			Mädchen/Frauen		
	ambulant	teilstationär	stationär	ambulant	teilstationär	stationär
2005						
akuter Rausch (F10.0)	0.0	51.9	48.1	0.4	43.8	55.8
schädlicher Gebrauch (F10.1)	[0.0]	[10.7]	[89.3]	0.0	20.0	80.0
unfallmässige Vergiftung (T51.0)	[0.0]	[50.0]	[50.0]	[0.0]	[64.0]	[36.0]
Abhängigkeitssyndrom (F10.2)	0.0	3.4	96.6	0.0	2.0	98.0
Störungen durch Alkohol (F10.3-F10.9)	[0.0]	[10.0]	[90.0]	--	--	--
2006						
akuter Rausch (F10.0)	.0	41.5	58.5	.4	34.7	65.0
schädlicher Gebrauch (F10.1)	.0	13.3	86.7	[.0]	[5.9]	[94.1]
unfallmässige Vergiftung (T51.0)	[.0]	[40.0]	[60.0]	[.0]	[47.1]	[52.9]
Abhängigkeitssyndrom (F10.2)	.0	3.6	96.4	1.6	.0	98.4
Störungen durch Alkohol (F10.3-F10.9)	[.0]	[5.0]	[95.0]	--	--	--
2007						
akuter Rausch (F10.0)	.4	27.3	72.3	.6	29.1	70.3
schädlicher Gebrauch (F10.1)	2.7	10.8	86.5	[6.3]	[18.8]	[75.0]
unfallmässige Vergiftung (T51.0)	.0	35.2	64.8	.0	27.6	72.4
Abhängigkeitssyndrom (F10.2)	.7	.7	98.5	6.0	.0	94.0
Störungen durch Alkohol (F10.3-F10.9)	[8.3]	[4.2]	[87.5]	--	--	--

Bemerkungen: Ambulante Behandlungen beruhen nur auf der freiwilligen Meldung einiger weniger Krankenhäuser und sind somit nicht repräsentativ. Für Diagnosen die bei Jungen/Männern bzw. bei Mädchen/Frauen pro Jahr weniger als 30-mal gestellt wurden, wird die Behandlungsart in eckigen Klammern berichtet. Wenn die Diagnose weniger als 10-mal gestellt wurde, wird die Behandlungsart nicht dargestellt.

3.5 Trendanalysen

Valide Tendaussagen sind von gleich bleibender Datenqualität abhängig. Wie bereits erwähnt, ist die medizinische Statistik als Vollerhebung ein relativ neues Instrument, das insbesondere in der Startphase vor der Jahrtausendwende mit recht unvollständiger Datenlieferung aus den Krankenhäusern auskommen musste. Erst ab etwa 2002 waren die Datensätze so vollständig, dass man zu Recht von repräsentativen Aussagen sprechen konnte. Leider ist es aus Gründen der Datensicherheit nicht möglich zu erfahren, welche Spitäler in welchen Jahren teil- bzw. nicht teilgenommen haben. Tendaussagen sind also an verschiedene Voraussetzungen geknüpft, beispielsweise dass nicht teilnehmende Krankenhäuser in etwa mit teilnehmenden Krankenhäusern vergleichbar sind.

Um Tendaussagen aus verschiedenen Blickwinkeln abzustützen, haben wir im vorliegenden Bericht auf drei unterschiedliche Zugänge zurückgegriffen:

1. Wir präsentieren Raten an allen Diagnosen, um abschätzen zu können, ob Alkoholdiagnosen relativ zu allen berichteten Diagnosen zugenommen haben. Eine derartige Statistik ist aussagekräftig, wenn nicht teilnehmende Institutionen nicht überproportional oft solche sind, die mehr Alkoholdiagnosen beinhalten (z.B. psychiatrische Einrichtungen).
2. Zusätzlich werden die Raten und Fallzahlen mit gewichteten Daten gerechnet, d. h. es ist versucht worden, für unterschiedliche Teilnahmequoten zu berücksichtigen. Dieser Art der

Gewichtung ist dann valide, wenn nur die Teilnahmequote eine Rolle spielt und nicht die Art des Spitals (z.B. Psychiatrien). Es sollten also von einem Jahr zum anderen nicht überproportional mehr oder weniger Spezialkliniken teilgenommen haben. Die gewichteten Fallzahlen der Haupt- und Nebendiagnosen werden zudem separat für die einzelnen Altersgruppen berichtet, um altersspezifische Veränderungen feststellen zu können.

3. Schliesslich werden Veränderungen der gewichteten und adjustierten Häufigkeiten von Haupt- und Nebendiagnosen zwischen 2005 und 2007 berichtet. Dies erlaubt eine möglichst genaue Schätzung der Veränderung, wobei die unterschiedlichen Teilnahmequoten mit Hilfe der Gewichtung berücksichtigt wird. Zusätzlich wird die Häufigkeit der Nebendiagnosen im Jahr 2007 für die zunehmend ausführlichere Dokumentation von Nebendiagnosen im Allgemeinen adjustiert.

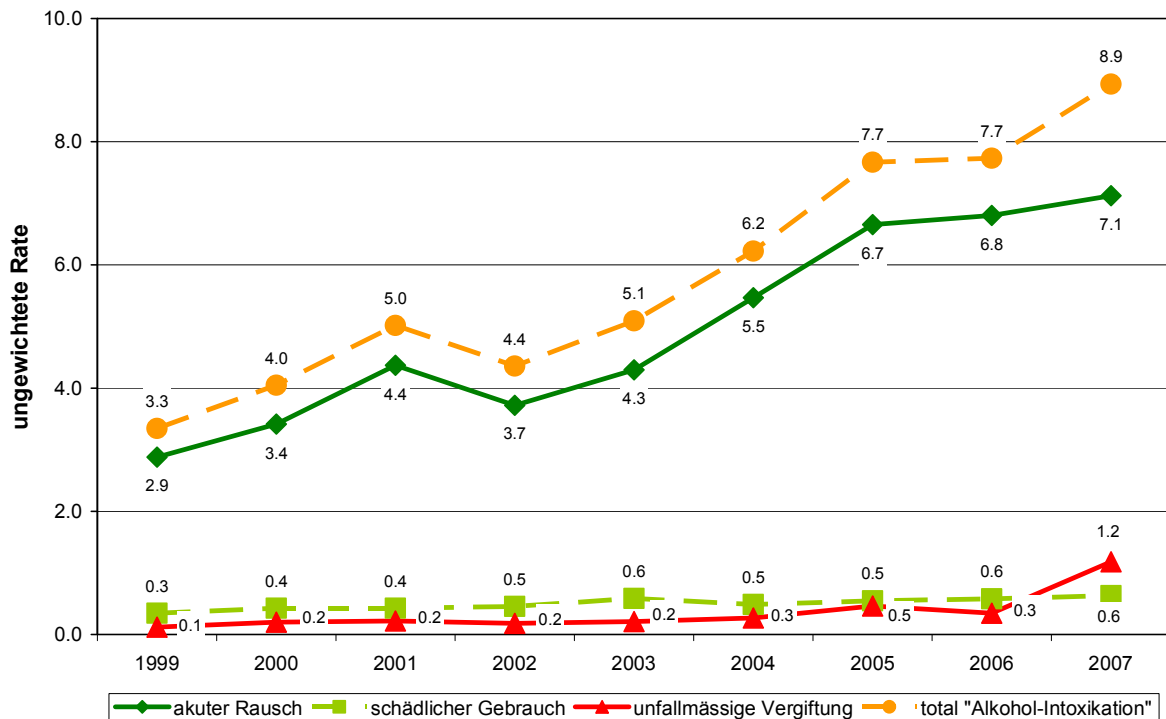
Zu betonen ist, dass alle Analysen zu vergleichbaren Ergebnissen kommen, was eine valide Aussage zu Trends wahrscheinlich macht. Das Hauptaugenmerk bei der Trendanalyse wird auf die jüngsten Veränderungen zwischen Jahre 2005 bis 2007 gerichtet. Eine detaillierte Analyse der Veränderungen zwischen 2003 und 2005 ist in der Vorgängerversion dieses Berichts zu finden (Wicki & Gmel, 2008) und wird in der Diskussion der Ergebnisse berücksichtigt werden.

3.5.1 Diagnosen der Gruppe „Alkohol-Intoxikationen“

Zwischen 1999 und 2007 haben Haupt- und Nebendiagnosen der Gruppe „Alkohol-Intoxikation“ (F10.0, F10.1, T51.0) deutlich zugenommen (vgl. Tabellen A2a, A2b und A2c im Anhang für Detailergebnisse). Im Jahr 1999 wurde schätzungsweise bei etwa 670 Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 10-23 Jahren eine Haupt- oder Nebendiagnose „Alkohol-Intoxikation“ gestellt. 2005 stieg die Anzahl auf etwa 1430 Fälle, 2007 waren es etwa 1700 Fälle.

Wie Abbildung 9 zeigt, steigen die ungewichteten Raten der Hauptdiagnose „Alkohol-Intoxikation“ (F10.0, F10.1, T51.0) seit 1999 kontinuierlich an, nur 2002 gab es einen leichten Rückgang. 1999 wurde etwa bei 3.3 von 1000 Hauptdiagnosen der Gruppe „Alkohol-Intoxikation“ gestellt, 2005 waren es 7.7 und 2007 8.9 von 1000 Hauptdiagnosen. Zwischen 1999 und 2007 ist somit die Rate der Hauptdiagnosen „Alkohol-Intoxikation“ um 167% angestiegen, zwischen 2005 und 2007 gab es eine Zunahme um 17%. Dabei dominierte in allen Jahren eindeutig die Hauptdiagnose „Akuter Rausch“ das Gesamtbild. Tabelle A1a im Anhang zeigt Detailergebnisse nach Alter für die einzelnen Diagnosen, die unter „Alkohol-Intoxikation“ zusammengefasst worden sind.

Abbildung 9: Ungewichtete Rate (pro 1000 Fälle aller Diagnosen) von Hauptdiagnosen der Gruppe „Alkohol-Intoxikation“ (F10.0, F10.1, T51.0) bei 10- bis 23-Jährigen, nach Erhebungsjahr



Die folgenden Analysen beziehen sich auf gewichtete Daten, d. h. Daten, bei denen statistisch versucht wird, die unterschiedlichen Teilnahmequoten zu berücksichtigen. Abbildung 10 zeigt den Trend der Hauptdiagnosen der Gruppe „Alkohol-Intoxikation“ (F10.0, F10.1, T51.0) für die Jahre 1999 bis 2007. Die Schlussfolgerungen bezüglich des Trends über die Jahre wird durch die Gewichtung nicht beeinflusst; im Vergleich zu der ungewichteten Trendanalyse (Abbildungen 10) verändern sich die gewichteten Raten und Häufigkeiten über die Jahre hinweg bemerkenswert ähnlich und sind seit 2002 fast parallel.

Der Anstieg für „unfallmässige Vergiftung“ (T51.0) zwischen 2006 und 2007 könnte auf eine Verschiebung der Diagnose „Akuter Rausch“ zu „unfallmässige Vergiftung“ hindeuten. Dies ist insofern relevant, da ein Grossteil der anfallenden Kosten je nach Diagnose durch die Krankenkasse bzw. die Unfallversicherung übernommen wird. Ein ähnlicher Befund wurde beispielsweise auch für Österreich berichtet (Uhl *et al.*, 2009): während in Österreich bis 2005 bei maximal 9% der mit schweren Alkoholräuschen stationär behandelten Kinder und Jugendlichen mit „T51.0“ diagnostiziert wurde, stieg dieser Prozentsatz bis 2007 auf 48%.

Abbildung 10: Gewichtete Rate (pro 100) und gewichtete Fallzahlen von Diagnosen der Gruppe „Alkohol-Intoxikation“ (Hauptdiagnosen F10.0, F10.1, T51.0), nach Erhebungsjahr

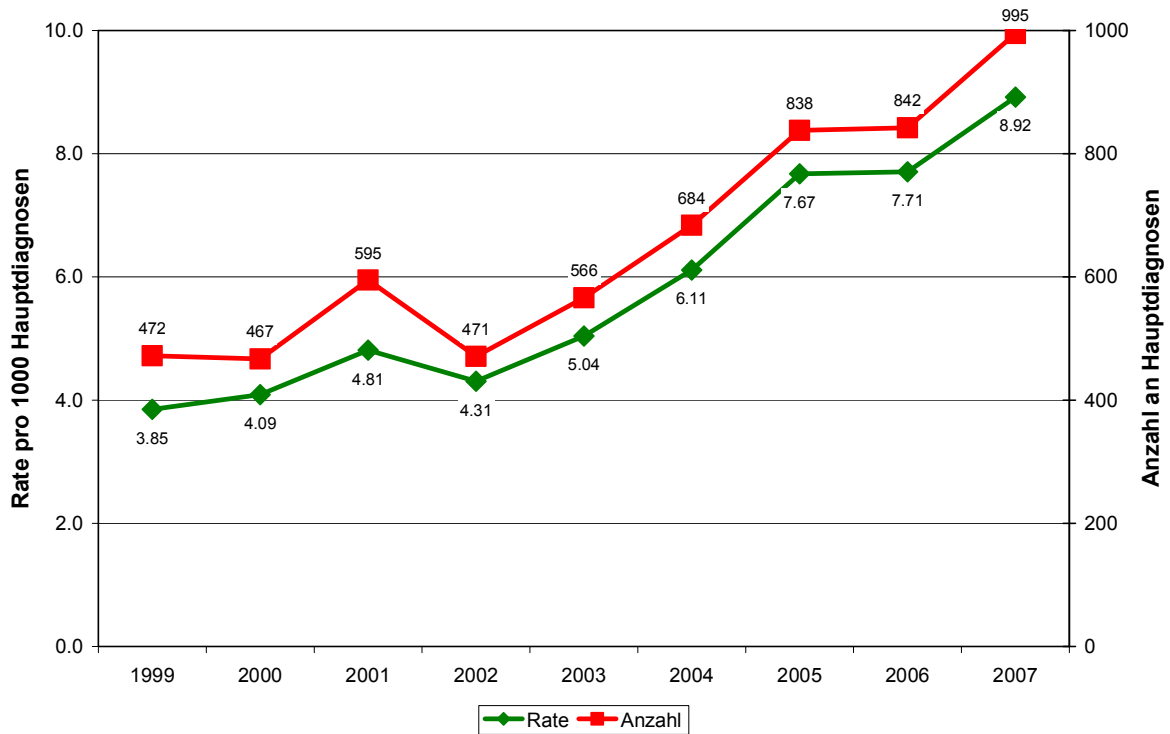
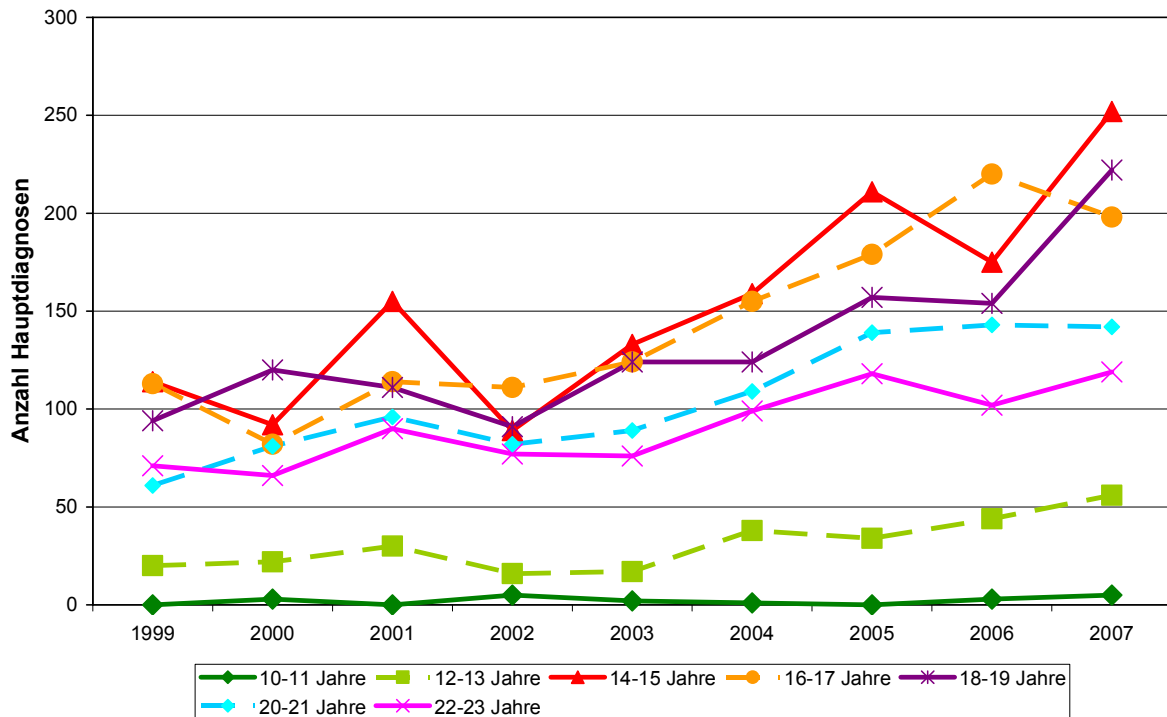


Abbildung 11 zeigt die gewichtete Häufigkeit der Hauptdiagnose „Alkohol-Intoxikation“ nach Altersgruppen (die Detailergebnisse sind in der Tabelle A2a im Anhang abgebildet). Zwischen 2002 und 2007 lässt sich in allen Altersgruppen (mit Ausnahme der 10- bis 11-Jährigen) eine deutliche Zunahme beobachten, insbesondere bei den 12- bis 15-jährigen Jugendlichen, bei 16- bis 18-Jährigen zeigt diese Hauptdiagnose im Vergleich geringerer, wenn auch immer noch deutlicher Anstieg.

Abbildung 11: Gewichtete Anzahl Hauptdiagnosen der Gruppe "Alkohol-Intoxikation" (F10.0, F10.1, T51.0), nach Alter und Erhebungsjahr



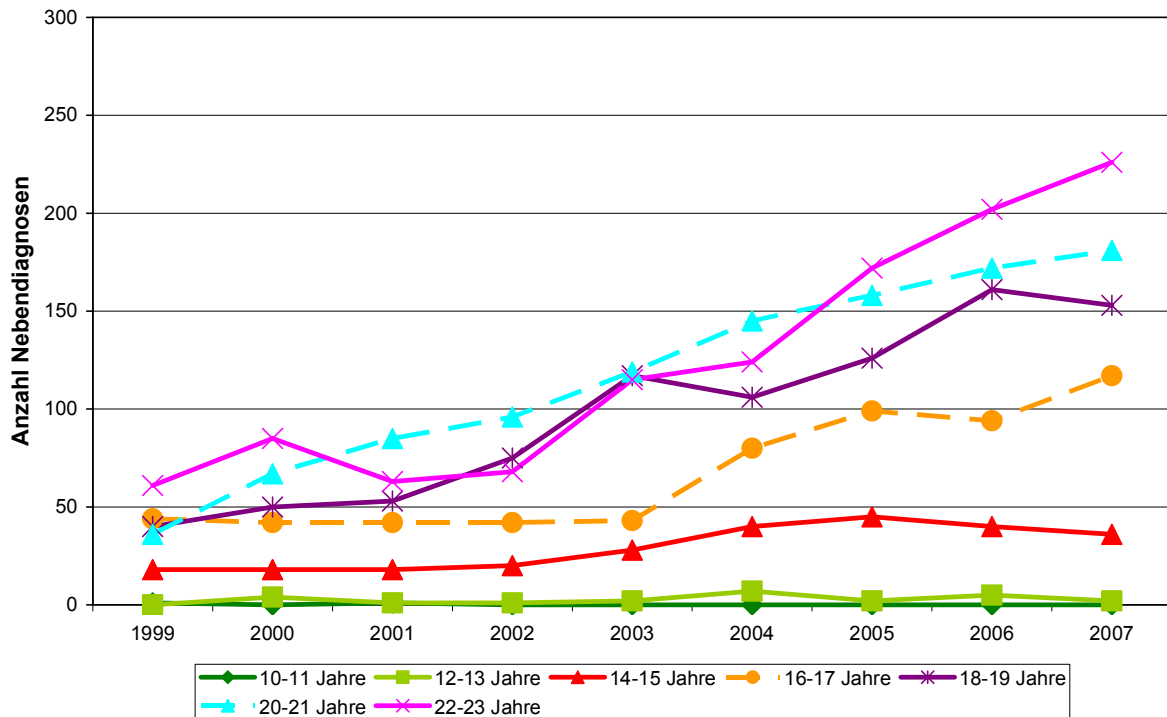
Bemerkung: Gewichtung zum Ausgleich von unterschiedlichen Teilnahmequoten über die Jahre

Neben den Hauptdiagnosen der Gruppe „Alkohol-Intoxikation“ sollten auch die entsprechenden Nebendiagnosen berücksichtigt werden, da diese einen grossen Teil alkoholbedingter Belastung ausmachen. Abbildung 12 zeigt die gewichtete (für unterschiedliche Teilnahmequoten) Entwicklung dieser Nebendiagnosen über die vergangenen Jahre (Tabelle A2b und A2c im Anhang zeigen die Detailergebnisse).

Bei 18- bis 23-Jährigen nehmen die Nebendiagnosen der Gruppe „Alkohol-Intoxikation“ seit 1999 stetig zu, und dies deutlicher als die Hauptdiagnosen. Bei den 16- bis 17-jährigen Jugendlichen blieb die Häufigkeit der Nebendiagnosen bis 2003 fast konstant, hat danach aber stark zugenommen. Nur in der Gruppe der 14- bis 15-Jährigen zeigt sich nach vorangehendem Anstieg zwischen 2005 und 2007 wieder ein leichter Rückgang.

Ein Teil der Begründung für die Zunahme mag sein, dass behandelnde Ärzte in den letzten Jahren zunehmend den Zusatzaufwand der Kodierung von Fällen akzeptiert haben und so zunehmend mehr Nebendiagnosen stellen (vgl. Tabelle A2h). Es ist jedoch unwahrscheinlich, dass eine zunehmende Vertrautheit mit dem Kodiersystem allein diese Unterschiede erklärt, da bereits 2002 die Datenlieferung recht vollständig war, es aber zwischen 2002 und 2005 immer noch grosse Unterschiede gibt. Die Zunahme des Anteils der Nebendiagnose „Alkohol-Intoxikation“ an allen dokumentierten Nebendiagnosen (Rate pro 1000) ist zwar etwas schwächer als es sich für die absoluten Häufigkeiten finden lässt, das Verlaufsmuster über die Jahre hinweg ist jedoch sehr ähnlich (vgl. Abbildung A1 im Anhang).

Abbildung 12: Gewichtete Anzahl Nebendiagnosen der Gruppe "Alkohol-Intoxikation" (F10.0, F10.1, T51.0), nach Alter und Erhebungsjahr



Bemerkung: Gewichtung zum Ausgleich von unterschiedlichen Teilnahmequoten über die Jahre

In der Tabelle 8 werden die Veränderung der Häufigkeit von Haupt- und Nebendiagnosen der Gruppe „Alkohol-Intoxikation“ zwischen 2005 und 2007 zusammengefasst dargestellt (Tabellen A2a und A2b zeigen die Detailergebnisse). Um die unterschiedlichen Teilnahmequoten der Krankenhäuser an der Krankenhausstatistik auszugleichen, wurden alle Fälle gewichtet. Die Häufigkeiten der Nebendiagnosen im Jahr 2007 wurden zudem adjustiert, um die unterschiedliche Ausführlichkeit der Dokumentation von Nebendiagnosen zu berücksichtigen.

Tabelle 8: Gewichtete und adjustierte Veränderungen der Haupt- und Nebendiagnose „Alkohol-Intoxikation“ zwischen 2005 und 2007 bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen, nach Altersgruppen

	Jungen/Männer			Mädchen/Frauen		
	Hauptdiagnose	Nebendiagnose	Haupt- und Nebendiagnose	Hauptdiagnose	Nebendiagnose	Haupt- und Nebendiagnose
10-11 Jahre	--	--	--	--	--	--
12-13 Jahre	67%	--	61%	62%	--	62%
14-15 Jahre	9%	-23%	4%	31%	-34%	18%
16-17 Jahre	-2%	-6%	-3%	33%	59%	41%
18-19 Jahre	35%	-16%	12%	54%	64%	58%
20-21 Jahre	0%	-14%	-8%	6%	65%	32%
22-23 Jahre	-5%	26%	13%	20%	25%	23%
alle	11%	-1%	6%	31%	40%	35%

Bemerkungen: Wenn es in der jeweiligen Altersgruppe in beiden Jahren nicht mehr als 4 Fälle gab, werden keine Veränderungen dargestellt. Alle Häufigkeiten wurden zum Ausgleich von unterschiedlichen Teilnahmequoten über die Jahre gewichtet; die Häufigkeiten der Nebendiagnosen im Jahr 2007 wurden zusätzlich für die Ausführlichkeit der Dokumentation von Nebendiagnosen adjustiert (siehe Kapitel 2.5.1.3).

Während 2005 etwa 840 Jugendliche und junge Erwachsene mit der Hauptdiagnose „Alkohol-Intoxikationen“ eingeliefert worden sind (2006 waren es ebenfalls etwa 840 Fälle), stieg die Zahl 2007 deutlich auf gut 990 an (vgl. Tabellen A2a im Anhang). Dies entspricht einer Zunahme um 11% seit 2005 bei männlichen und um 31% bei weiblichen 10- bis 23-Jährigen. Die Häufigkeit von Nebendiagnosen „Alkohol-Intoxikation“ ist zwischen 2005 und 2007 bei männlichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen fast konstant geblieben (-1%) bei gleichaltrigen Mädchen/Frauen jedoch stark angestiegen (+40%). Insgesamt beträgt die gewichtete und adjustierte Zunahme von Haupt- und Nebendiagnosen der Gruppe „Alkohol-Intoxikation“ zwischen 2005 und 2007 16% (bei Jungen/Männern 6% und bei Mädchen/Frauen 35%).

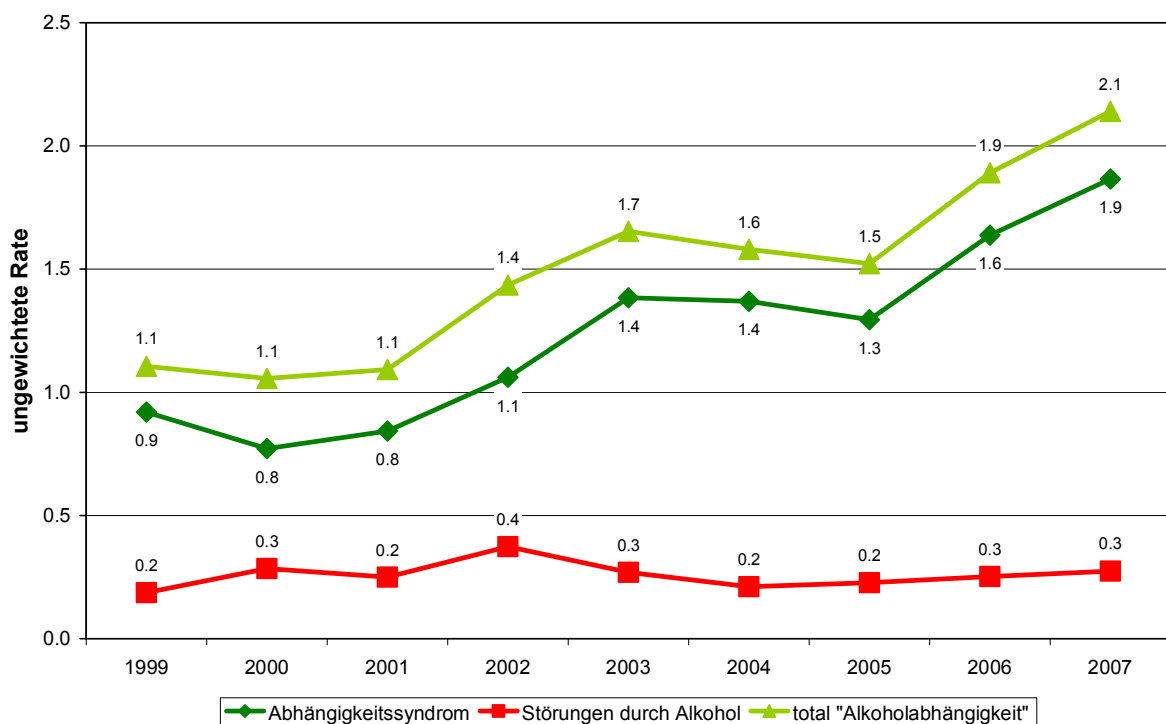
Zwischen 2005 und 2007 ist die Zahl der Haupt- und Nebendiagnosen der Gruppe „Alkohol-Intoxikation“ deutlich weniger stark angestiegen als zwischen 2003 und 2005 (+16% resp. +40%) (vgl. Tabelle 10). Dieser verlangsamte Zuwachs kommt aber nur durch die männlichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen zustande, bei gleichaltrigen Mädchen/Frauen hat sich der Zuwachs im gleichen Zeitraum sogar leicht beschleunigt. Insgesamt hat die Zahl der Diagnosen „Alkoholabhängigkeit“ zwischen 2003 und 2007 um 62% zugenommen (bei Jungen/Männern +55%, bei Mädchen/Frauen +76%).

3.5.2 Diagnosen der Gruppe „Alkoholabhängigkeit“

Zwischen 1999 und 2007 haben Haupt- und Nebendiagnosen der Gruppe „Alkoholabhängigkeit“ (F10.2-F10.9) ebenfalls deutlich zugenommen (vgl. Tabellen A2d, A2e und A2f im Anhang für Detailergebnisse 1999 wurden etwa 310 Jugendliche und junge Erwachsene im Spital wegen „Alkoholabhängigkeit“ (Haupt- oder Nebendiagnose) behandelt. 2005 stieg die Anzahl auf etwa 500 Fälle, 2007 waren es etwa 600 Fälle.

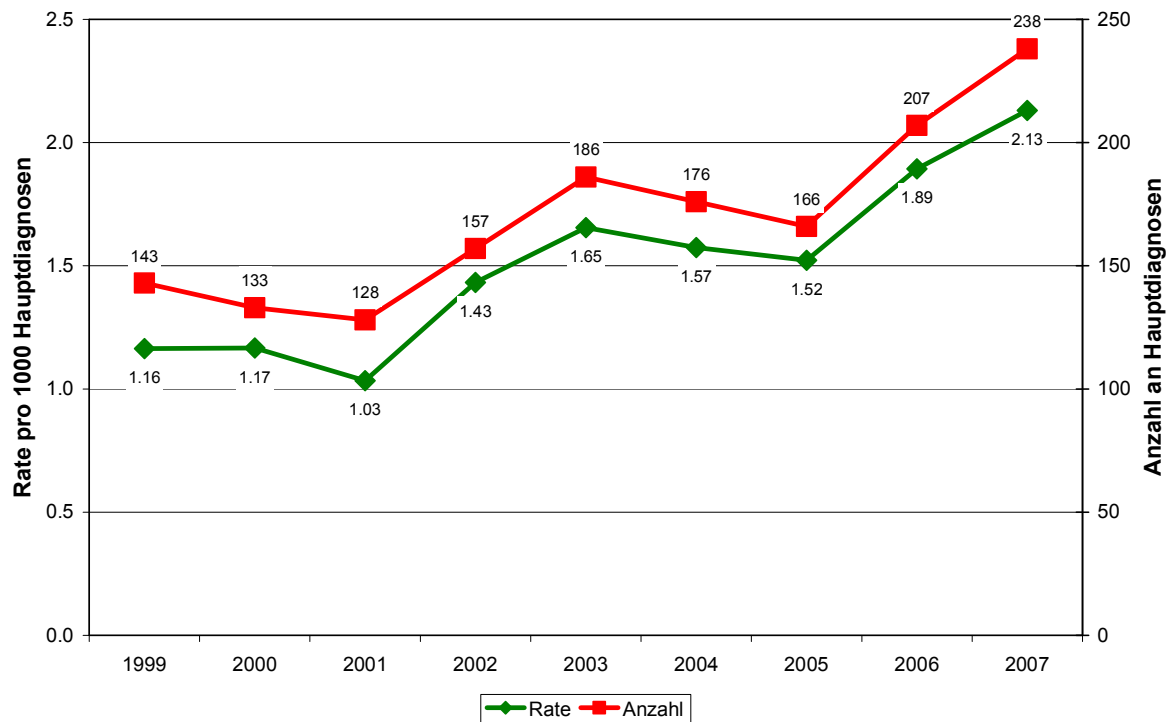
Abbildung 13 zeigt die Veränderungen der ungewichteten Rate von Hauptdiagnosen der Gruppe „Alkoholabhängigkeit“ (F10.2-F10.9). Seit 1999 ist die Rate von „Alkoholabhängigkeit“ deutlich angestiegen. Wurden 2001 noch bei 1.1 von 1000 Fällen die Hauptdiagnose „Alkoholabhängigkeit“ gestellt, waren dies 2003 1.7. In den beiden darauf folgenden Jahren 2004/2005 war die Rate der „Alkoholabhängigkeit“ wieder leicht rückläufig (1.6 bzw. 1.5 von 1000 Fällen) stieg 2006/2007 wieder deutlich an (1.9 bzw. 2.1 von 1000 Fällen) und lag höher als in allen Vorjahren. Insgesamt ist die Rate von Hauptdiagnosen „Alkoholabhängigkeit“ zwischen 1999 und 2007 um 94% angestiegen; zwischen 2005 und 2009 um 41%. Das Abhängigkeitssyndrom macht den grössten Anteil der Gruppe „Alkoholabhängigkeit“ aus und hat auch hauptsächlich zu dessen Anstieg beigetragen. Detailergebnisse für die Diagnosen der Gruppe „Alkoholabhängigkeit“ nach Alter werden in der Tabelle A1b im Anhang dargestellt.

Abbildung 13: Ungewichtete Rate (pro 1000 Fälle aller Diagnosen) von Hauptdiagnosen der Gruppe „Alkoholabhängigkeit“ (F10.2 - F10.9) bei 10- bis 23-Jährigen, nach Erhebungsjahr



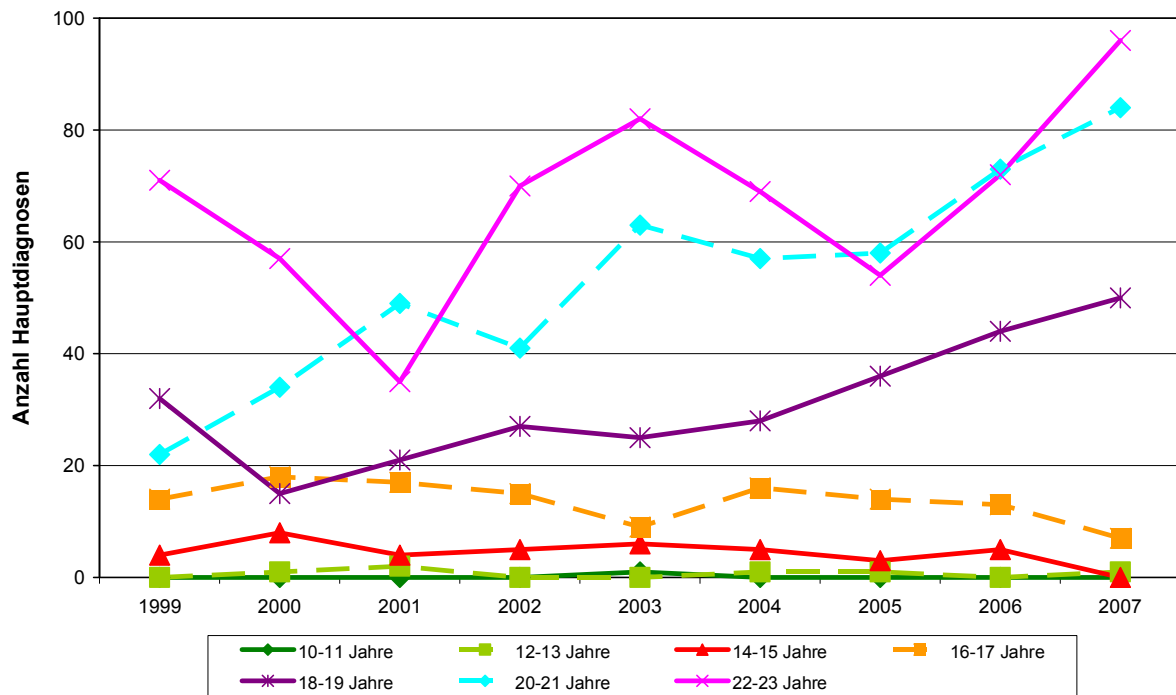
Die folgenden Analysen beziehen sich wiederum auf gewichtete Daten. In der Abbildung 14 werden die gewichteten Häufigkeiten und gewichteten Raten der Hauptdiagnosen der Gruppe „Alkoholabhängigkeit (F10.2 - F10.9) für die Jahre 1999 bis 2007 dargestellt. Die Trends über die Jahre hinweg sind dabei den ungewichteten Trendanalysen sehr ähnlich (Abbildung 13).

Abbildung 14: Gewichtete Rate (pro 100) und gewichtete Fallzahlen von Diagnosen der Gruppe "Alkoholabhängigkeit" (F10.2 - F10.9), nach Erhebungsjahr



Betrachtet man die Veränderungen der Hauptdiagnosen der Gruppe „Alkoholabhängigkeit“ (F10.2-F10.9) separat für die einzelnen Altersgruppen, zeigt sich bei 18- bis 23-jährigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen über den beobachteten Zeitraum hinweg eine deutliche Zunahme. Die beiden älteren Altersgruppen (20/21-Jährige, 22/23-Jährige) liegen 2007 höher als in der Zeit zwischen 1999 und 2006, dies trotz dem Rückgang in den Jahren 2004 und 2005. Die Häufigkeit der Hauptdiagnose bei den 10- bis 17-Jährigen ist über die Zeit hinweg konstant tief (siehe Abbildung 15; die Tabelle A2d, zeigt die Detailergebnisse).

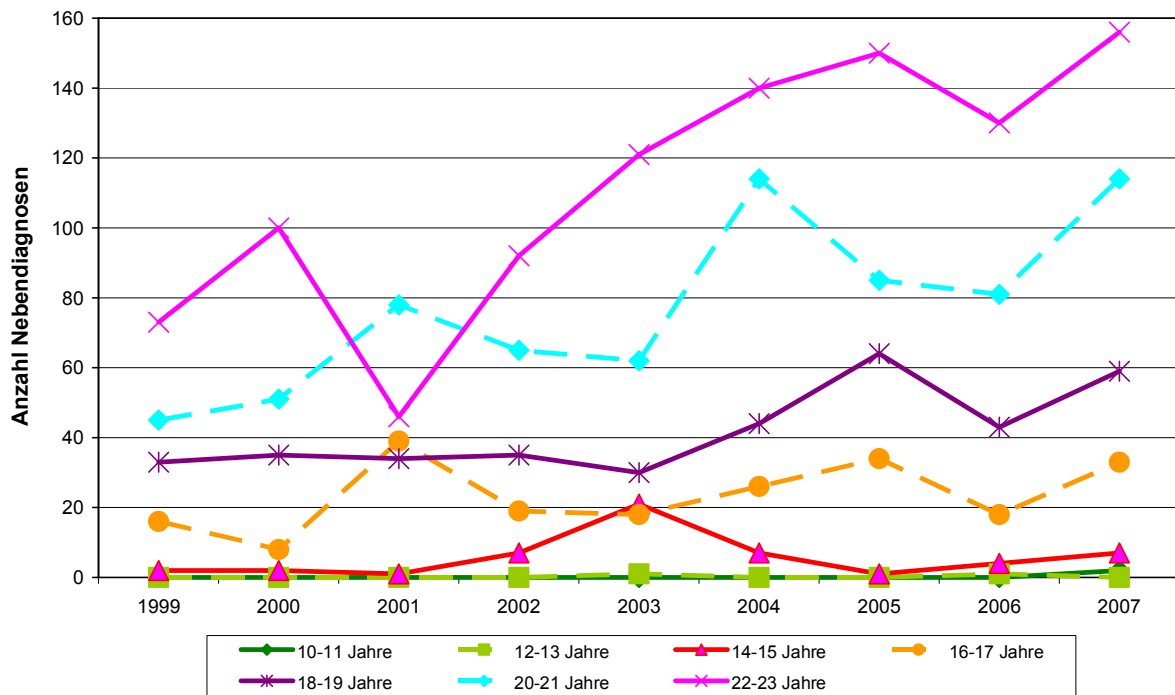
Abbildung 15: Gewichtete Anzahl Hauptdiagnosen der Gruppe "Alkoholabhängigkeit" (F10.2 -F10.9), nach Alter und Erhebungsjahr



Bemerkung: Gewichtung zum Ausgleich von unterschiedlichen Teilnahmequoten über die Jahre

Abbildung 16 zeigt den Trend der Nebendiagnosen der Gruppe „Alkoholabhängigkeit“ über die Jahre hinweg. Im ganzen beobachteten Zeitraum wurde Alkoholabhängigkeit deutlich häufiger als Neben- denn als Hauptdiagnose gestellt. Während bei 10- bis 15-Jährigen die Nebendiagnose „Alkoholabhängigkeit“ in sehr selten ist, zeigt sich bei 16- bis 23-Jährigen eine mit dem Alter zunehmende Häufigkeit, die über die Untersuchungsjahre hinweg zusätzlich ansteigt (siehe Tabelle A2e und A2f für Detailergebnisse).

Abbildung 16: Gewichtete Anzahl Nebendiagnosen der Gruppe "Alkoholabhängigkeit" (F10.2 -F10.9), nach Alter und Erhebungsjahr



Bemerkung: Gewichtung zum Ausgleich von unterschiedlichen Teilnahmequoten über die Jahre

Tabelle 9 zeigt die gewichtete und adjustierte Veränderungen von Haupt- und Nebendiagnosen „Alkoholabhängigkeit“ zwischen 2005 und 2007 (Tabellen A2c und A2d zeigen die Detailergebnisse).

2005 war „Alkoholabhängigkeit“ häufiger eine Nebendiagnose als eine Hauptdiagnose (vgl. Tabelle 4), dies hat sich bis 2007 abgeschwächt. Über alle Altersgruppen hinweg haben Hauptdiagnosen der Gruppe „Alkoholabhängigkeit“ um 47% (bei Jungen/Männern) bzw. 34% (bei Mädchen/Frauen) zugenommen, während Nebendiagnosen bei Jungen/Männern fast konstant blieb (-2%) und bei Mädchen/Frauen jedoch anstieg (+15%). Somit ist die Häufigkeit von Haupt- und Nebendiagnosen der Gruppe „Alkoholabhängigkeit“ insgesamt um 18% angestiegen, bei männlichen 10- bis 23-Jährigen gab es eine Zunahme um 16%, bei gleichaltrigen Mädchen/Frauen um 20%. Diese Veränderungen sind hauptsächlich auf die beiden älteren Altersgruppen (insbesondere bei 20/21-jährigen Männern und 22/23-jährigen Frauen) zurückzuführen. Bei den 16- bis 19-Jährigen gleichen sich die unterschiedlichen Trends für Haupt- und Nebendiagnose gegenseitig fast aus. In der Jüngsten Altersgruppe der 10- bis 15-Jährigen sind Diagnosen nach wie vor zu selten um Aussagen über Trends zu machen.

Zwischen 2005 und 2007 ist die Zahl der Haupt- und Nebendiagnosen der Gruppe „Alkoholabhängigkeit“ deutlich stärker angestiegen als zwischen 2003 und 2005 (+18% resp. +6%). Dieser beschleunigte Zuwachs kommt vor allem durch die männlichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen zustande, bei gleichaltrigen Mädchen/Frauen hat sich der Zuwachs kaum verändert. Insgesamt hat die Zahl der Diagnosen „Alkoholabhängigkeit“ zwischen 2003 und 2007 um 25% zugenommen (bei Jungen/Männern +15%, bei Mädchen/Frauen + 44%).

Tabelle 9: Gewichtete und adjustierte Veränderungen der Haupt- und Nebendiagnose „Alkoholabhängigkeit“ zwischen 2005 und 2007 bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen, nach Altersgruppen

	Jungen/Männer			Mädchen/Frauen		
	Hauptdiagnose	Nebendiagnose	Haupt- und Nebendiagnose	Hauptdiagnose	Nebendiagnose	Haupt- und Nebendiagnose
10-11 Jahre	--	--	--	--	--	--
12-13 Jahre	--	--	--	--	--	--
14-15 Jahre	--	--	--	--	--	--
16-17 Jahre	[-64%]	31%	-7%	--	[-46%]	-39%
18-19 Jahre	50%	-30%	0%	[17%]	-9%	-1%
20-21 Jahre	94%	8%	43%	-29%	58%	22%
22-23 Jahre	51%	-10%	7%	150%	13%	44%
alle	47%	-2%	16%	34%	15%	20%

Bemerkungen: Für Altersgruppen bei denen Diagnosen „Alkoholabhängigkeit“ selten sind (in beiden Jahren jeweils nicht mehr als 19 Fälle), wird die Veränderung in eckigen Klammern dargestellt. Wenn es in beiden Jahren jeweils nicht mehr als 4 Fälle gab, werden keine Veränderungen dargestellt. Alle Häufigkeiten wurden zum Ausgleich von unterschiedlichen Teilnahmequoten über die Jahre gewichtet; die Häufigkeiten der Nebendiagnosen im Jahr 2007 wurden zusätzlich für die Ausführlichkeit der Dokumentation von Nebendiagnosen adjustiert (siehe Kapitel 2.5.1.3).

3.5.3 Alkoholbezogene Diagnosen insgesamt

Unter der Berücksichtigung der Teilnahmequote der Krankenhäuser (Gewichtung) und der Ausführlichkeit der Dokumentation von Nebendiagnosen (Adjustierung), hat zwischen 2005 und 2007 die Häufigkeit von alkoholbezogenen Haupt- und Nebendiagnosen insgesamt („Alkohol-Intoxikation“ und „Alkoholabhängigkeit“) bei 10- bis 23-Jährigen um 17% zugenommen - bei männlichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen um 8% und bei gleichaltrigen Mädchen und Frauen um 31% (vgl. Tabelle 10). Zwischen 2003 und 2005 haben hat die Zahl der alkoholbezogenen Diagnosen um 29% zugenommen, für Jungen/Männer und Mädchen/Frauen fast gleich stark.

Für männliche Jugendliche und junge Erwachsene hat sich der Zuwachs alkoholbezogener Diagnosen (Alkohol-Intoxikation und Alkoholabhängigkeit) zwischen 2005 und 2007 im Vergleich den beiden Vorjahren deutlich verlangsamt und beträgt für den Zeitraum zwischen 2003 und 2007 insgesamt 41%. Im Gegensatz dazu hat sich bei Mädchen/Frauen hat sich der Zuwachs leicht beschleunigt; insgesamt haben bei ihnen zwischen 2003 und 2007 alkoholbezogene Diagnosen um 66% zugenommen.

Sowohl wenn kurzfristige (2005-2007) oder längerfristige (2003-2007) Veränderungen betrachtet werden, zeigt sich für Mädchen/Frauen eine stärkere Zunahme der Häufigkeit der Diagnosen „Alkohol-Intoxikation“ und „Alkoholabhängigkeit“ als bei Jungen/Männern.

Table 10: Übersicht der gewichteten und adjustierten Veränderungen der Haupt- und Nebendiagnosen „Alkohol-Intoxikation“ und „Alkoholabhängigkeit“ zwischen 2003 und 2007 bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen

		Jungen/Männer	Mädchen/Frauen	Total
2003 bis 2005¹⁾	Alkohol-Intoxikation	46%	30%	40%
	Alkoholabhängigkeit	-1%	20%	6%
	Total	31%	27%	29%
2005 bis 2007¹⁾	Alkohol-Intoxikation	6%	35%	16%
	Alkoholabhängigkeit	16%	20%	18%
	Total	8%	31%	17%
2003 bis 2007¹⁾	Alkohol-Intoxikation	55%	76%	62%
	Alkoholabhängigkeit	15%	44%	25%
	Total	41%	66%	51%

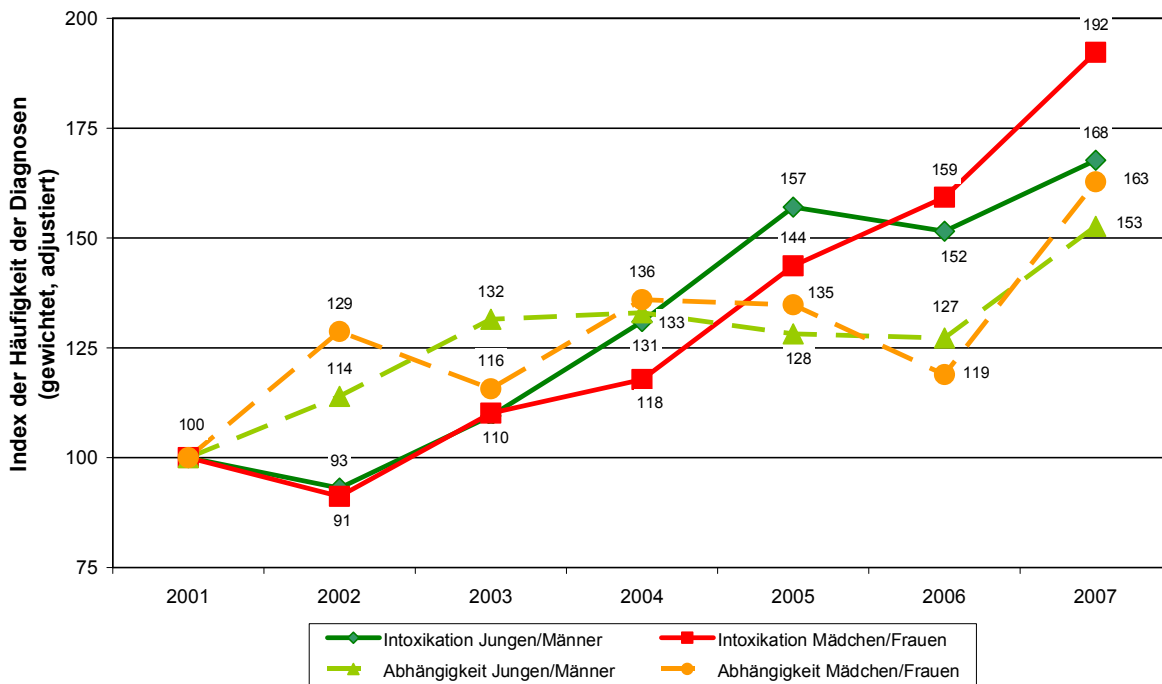
Bemerkungen: Alle Häufigkeiten wurden zum Ausgleich von unterschiedlichen Teilnahmequoten über die Jahre gewichtet; ¹⁾ die Häufigkeiten der Nebendiagnosen im Jahr 2005 bzw. 2007 wurden zusätzlich für die Ausführlichkeit der Dokumentation von Nebendiagnosen adjustiert (siehe Kapitel 2.5.1.3).

Abbildung 17 zeigt die Veränderung der Häufigkeit alkoholbezogener Diagnosen für männliche und weibliche 10- bis 23-Jährige zwischen 2001 und 2007 als Index. Die Häufigkeit im Jahr 2001 entspricht dabei 100% und die Veränderungen über die Zeit können direkt (ohne systematische Verzerrung) interpretiert werden (die Häufigkeiten wurden gewichtet um den Bias der unterschiedlichen Teilnahmequoten zu korrigieren; zudem wurde für die zunehmende Ausführlichkeit der Dokumentation der Nebendiagnosen adjustiert).

Die Häufigkeit der Diagnosen der Gruppe „Alkohol-Intoxikation“ hat nach einer geringen Abnahme zwischen 2001 und 2002 für männliche und weibliche 10- bis 23-Jährige fast stetig zugenommen. Bei den Jungen/Männern war der Zuwachs zwischen 2002 und 2005 besonders stark, die Veränderungen zwischen 2005 und 2007 deuten auf eine Verlangsamung des Zuwachses hin. Bei Mädchen/Frauen hat die Diagnose „Alkohol-Intoxikation“ zwischen 2002 und 2007 fast stetig zugenommen, der längerfristige Trend zeigt leicht in Richtung einer Beschleunigung der Zunahme.

Bei 10- bis 23-Jährigen war die Zahl Diagnosen der Gruppe „Alkoholabhängigkeit“ zwischen 2001 und 2007 (mit einigen Ausnahmen) jedes Jahr höher oder etwa gleich hoch wie im jeweiligen Vorjahr. Über alle Jahre hinweg zeigt sich eine klare Zunahme.

Abbildung 17: Indexierte Veränderung der Diagnosen „Alkohol-Intoxikationen“ (F10.0, F10.1, T51.0) und „Alkoholabhängigkeit“ (F10.2-F10.9) seit 2001, nach Geschlecht und Erhebungsjahr (gewichtet und adjustiert)



Bemerkungen: Index: Häufigkeit 2001 = 100%; alle Häufigkeiten wurden zum Ausgleich von unterschiedlichen Teilnahmequoten über die Jahre gewichtet; die Häufigkeiten der Nebendiagnosen für die Jahre 2002 bis 2007 wurde zusätzlich für die zunehmende Ausführlichkeit der Dokumentation von Nebendiagnosen seit 2001 adjustiert (siehe Kapitel 2.5.1.3).

3.6 Vergleiche mit Trends aus Deutschland und Österreich

Ein direkter Vergleich der absoluten Prävalenzen Schweizer Jugendlicher und junger Erwachsener mit Gleichaltrigen in Deutschland oder Österreich ist aufgrund von unterschiedlichen methodischen Herangehensweisen nur bedingt möglich. Ein Versuch, die Prävalenzen in den drei Ländern dennoch direkt miteinander zu vergleichen, wurde in der vorhergehenden Version dieses Berichts (Wicki & Gmel, 2008) unternommen. Es blieb jedoch unklar, ob es in den drei Hochkonsumländern unterschiedliche Praktiken beim Erstellen von alkoholbezogenen Diagnosen gibt. Ebenso könnten unterschiedliche Herangehensweisen in der Methodik zu Unterschieden zwischen den Ländern geführt haben. Beispielsweise wurde aus den Berichten in Österreich und Deutschland nicht klar, ob nur stationäre Aufnahmen oder - wie in der Schweiz - auch teilstationäre Aufnahmen berücksichtigt worden sind. Teilstationäre Aufnahmen werden in der Schweiz bei etwa 50% der Diagnosen vorgenommen. Klar ist jedoch, dass es hinsichtlich alkoholbezogener Diagnosen in Krankenhäusern in der Schweiz nicht besser als im benachbarten Ausland aussieht.

Auch wenn die Vergleichbarkeit der absoluten Prävalenzen durch unterschiedliche methodische Herangehensweisen erschwert wird, ist es möglich die Alters- und Geschlechtsunterschiede, oder Trends über die Jahre über die einzelnen Länder hinweg verglichen werden. Eine breit angelegte Studie aus Deutschland (Bitzer *et al.*, 2009) berichtet

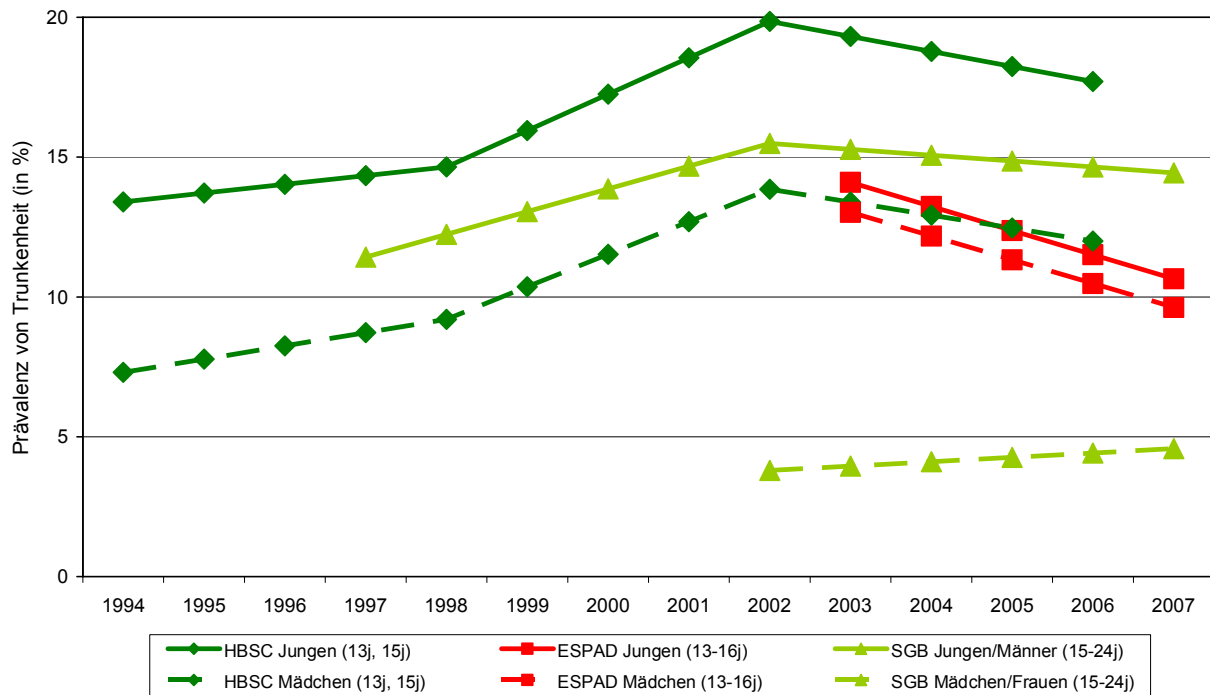
deutlich höhere Raten (an allen Fällen) von Diagnosen der Gruppe „Alkoholprobleme“ (F10) bei 15- bis 19-Jährigen als bei 20- bis 24-Jährigen, und ebenfalls deutlich höhere Raten für Jungen/Männer als Mädchen/Frauen in beiden Altersgruppen. Seit 1990 ist eine klare Zunahme der Rate sowohl bei männlichen als auch bei weiblichen 15- bis 24-Jährigen zu beobachten. Auch wenn die offiziellen Zahlen des Statistischen Bundesamtes betrachtet werden (Bundesministerium für Gesundheit (BMG), 2009), zeigt sich, dass die Zahl der Spitalweisungen aufgrund einer Alkoholvergiftung in den letzten Jahren deutlich zugenommen hat: Im Jahr 2007 wurden 23'165 10- bis 20-Jährige aufgrund einer Alkoholvergiftung stationär im Krankenhaus behandelt. Im Vergleich zu 2006 (19'500 Einlieferungen) entspricht dies einer Zunahme um 20 %, seit der Ersterhebung im Jahr 2000 (9'500 Kinder und Jugendliche) ist dies die höchste jemals gemessene Zahl und eine Steigerung von 143 %. In der Gruppe der 10- bis 15-Jährigen hat in den letzten Jahren vor allem der Anteil der Mädchen bei den Einlieferungen stark zugenommen; 2007 waren es waren es sogar mehr 1'942 Mädchen im Vergleich zu 1'837 Jungen, wie in der Schweiz zeigen sich auch in Deutschland in der jüngsten Altersgruppe somit kaum mehr systematische Geschlechtsunterschiede.

Für Österreich schätzten Uhl et al. (2009) die Häufigkeit der Hauptdiagnosen der Gruppe „Alkohol-Intoxikation“ (pro 100'000 Einwohner) basierend auf Spitalentlassungsdiagnosen und berichten für den Zeitraum zwischen 1992 und 2006 einen deutlichen Anstieg sowohl für männliche als auch für weibliche 15- bis 24-Jährige.

3.7 Vergleich mit Bevölkerungsumfragen in der Schweiz

Die Abbildung 18 zeigt die Veränderung der Häufigkeit von Trunkenheit zwischen 1994 bis 2007 bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Schweizer Bevölkerung. Trotz der leicht unterschiedlichen Operationalisierung von Trunkenheit zeigen die drei Studien ein recht einheitliches Bild. Die Befunde der HBSC und der SGB zeigen eine deutliche Zunahme der Trunkenheit bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen zwischen 1994 bis 2002. In den Erhebungen von 2002/2003 zeigen in allen drei Studien die jeweils höchste, innerhalb des Studienzeitraums gemessene Prävalenz. Gleichzeitig scheint sich aber auch eine Trendwende abzubilden: Sowohl HBSC, ESPAD, als auch die SGB weisen in der darauffolgenden Befragung einen leichten Rückgang auf (nur die SGB berichtet für Mädchen/Frauen eine leichte Zunahme zwischen 2002 bis 2007). Dennoch liegen die Prävalenzen jeweils höher als in der drittletzten Erhebungswelle (d.h. bei HBSC ist die Prävalenz für 2006 höher als für 1998, und in der SGB ist die Prävalenz 2007 höher als 1997).

Abbildung 18: Veränderung der Prävalenz von Trunkenheit seit 1994 in repräsentativen Studien für die Jugendliche und junge Erwachsene in der Schweiz, nach Geschlecht und Erhebungsjahr



Bemerkungen: In der Abbildung werden jeweils die Mittelwerte der Prävalenzen über die Altersgruppen hinweg dargestellt. Die genaue Definition von Trunkenheit und Altersgruppen variieren je nach Studie:

In der „Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)“-Studie wird die Lebenszeitprävalenz von zweimaliger oder häufigerer Trunkenheit berichtet.

Beim „European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD)“ wird der Anteil der Jugendlichen berichtet, die in den letzten 30 Tagen zumindest dreimal bei einer Gelegenheit 5 oder mehr Gläser Alkohol konsumiert haben.

Die „Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)“ hat je nach Erhebungsjahr eine leicht unterschiedliche Fragestellung verwendet. Die Antworten wurden jedoch so rekodiert, dass der Trend über die Jahre hinweg interpretiert werden kann (obwohl die absolute Prävalenz dadurch leicht unterschätzt wird). In der unten stehenden Abbildung wird für die SGB der Anteil der Personen dargestellt, die mindestens einmal pro Monat ≥ 8 (für Jungen/Männer) respektive ≥ 6 (Mädchen/Frauen) alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit getrunken haben (für Mädchen/Frauen sind nur die Jahre 2002 und 2007 vergleichbar, da 1997 sowohl bei männlichen als auch bei weiblichen Personen nach ≥ 8 Getränken gefragt wurde).

Je nach Studie wurden zudem Prävalenzen aus unterschiedlichen Altersgruppen zusammengefasst: bei HBSC 13- und 15-Jährige, bei ESPAD 13- bis 16-Jährige und bei der SGB 15- bis 23-Jährige.

4. Diskussion

4.1 Die wichtigsten Befunde

Studien über problematischen Alkoholkonsum bei Jugendlichen in der Schweiz basieren grösstenteils auf Befragungsdaten und somit auf selbstberichtetem Konsum und

selbstberichteten Konsumproblemen. Diese Studien weisen im Allgemeinen darauf hin, dass problematischem Alkoholkonsum bei Jugendlichen in der Schweiz Beachtung geschenkt werden muss. In der aktuellen HBSC-Studie von 2006 und der Befragung im Rahmen des ESPAD Projektes von 2007 waren die Prävalenzen von regelmässigem Alkoholkonsum und von Trunkenheit leicht rückläufig. Längerfristig betrachtet zeigt HBSC, dass die Prävalenz 2006 aber noch immer höher als 1998 und in den Jahren zuvor war. Generell stellt sich bei derartigen Umfragen jedoch immer die Frage, was Jugendliche unter „betrunken sein“ verstehen. „Betrunken sein“ kann von einem Schwips bis zur Bewusstlosigkeit reichen. Entsprechende Statistiken hängen somit stark von der Interpretation und der Wahrhaftigkeit der Aussagen Jugendlicher ab, und können durch Verleugnung aber auch Profiliertgehabte beeinflusst sein.

Die vorliegende Studie basiert auf alkoholbezogenen Diagnosen der medizinischen Statistik der Schweizer Krankenhäuser bei 10- bis 23-Jährigen und untersucht somit nicht Befragungsdaten zur Betrunkenheit. Sie verwendet einen international anerkannten Diagnoseschlüssel, die International Classification of Disease Version 10 (ICD-10), wobei die entsprechenden Diagnosen von Ärzten gestellt wurden. Zwei Gruppen von Diagnosen wurden analysiert. Zur ersten Gruppe „Alkohol-Intoxikation“ gehören akute Rausche (ICD-10: F10.0), der schädliche Alkoholgebrauch (F10.1) sowie unfallmässige Vergiftungen mit Äthylalkohol (T51.0). Zur zweiten Gruppe „Alkoholabhängigkeit“ werden die Diagnose Abhängigkeitssyndrom (F10.2), das Entzugsyndrom (F10.3 und F10.4) sowie psychotische Störungen gezählt, die durch den Alkoholgebrauch hervorgerufen werden, wie Halluzinose oder Paranoia oder das amnestische Syndrom (F10.5-F10.9). Die letzte Gruppe betrachtet also Störungen mit fortgeschrittener Symptomatik, welche in der Regel nur durch langandauernden missbräuchlichen Alkoholkonsum hervorgerufen werden. Die Statistiken dieses Berichtes zur „Alkohol-Intoxikation“ bzw. „Alkoholabhängigkeit“ betrachten Patienten, die aufgrund ihres Alkoholkonsums in einem Krankenhaus stationär oder teilstationär aufgenommen werden mussten. Der Vorteil ist, dass man bei dieser Statistik von „harten“ diagnostischen Daten ausgehen kann. Der Nachteil ist, dass diese Zahlen naturgemäss nur die Spitze des Eisberges wiedergeben können, da diesen Daten allein die Einweisungen und Behandlungen in Schweizer Spitälern zugrunde liegen. Betrunkene Jugendliche, welche von der Polizei nach Hause gebracht oder Behandlungen bei Hausärzten oder nicht an Spitäler angegliederte Notfallstationen wurden in diesen Statistiken ebenso wenig berücksichtigt wie die Inanspruchnahme Beratungsstellen. Eine weitere Einschränkung der Daten besteht darin, dass zwar die Diagnose erfasst wurde, nicht jedoch deren Schweregrad oder die Symptomatik, aufgrund derer die Diagnose gestellt wurde, bekannt sind. So wurden beispielsweise für eine Studie aus Deutschland (Bitzer *et al.*, 2009) Jugendliche, die wegen Alkoholvergiftung ins Spital eingewiesen wurden, nach den Gründen für die Einweisung befragt. Die Mehrheit (72.8%) nannte „mehrfaches Übergeben“ als Begründung; nur bei einer Minderheit war es „Ohnmacht“ (37.5%) oder gar „Komma“ (4.9%). Ebenfalls relativ selten wurden „Verletzung“ (4.3%), „Unfall“ (3.3%) oder „sonstige Geschehnisse“ (13%) genannt (bei der Befragung waren Mehrfachantworten möglich).

Analysiert wurden in der vorliegenden Studie sowohl Hauptdiagnosen als auch Nebendiagnosen. Eine Hauptdiagnose bedeutete dabei, dass der Alkoholkonsum (z.B. ein akuter Rausch), die Hauptursache für die Einweisung war. Bei Nebendiagnosen vermerkt der behandelnde Arzt beispielsweise einen Rausch, gibt aber andere Ursachen als Hauptgrund für die Einweisung an. Dies kann beispielsweise ein Unfall mit verschiedenen Brüchen sein, der unter Alkoholeinfluss passierte.

„Alkohol-Intoxikation“ – Alters- & Geschlechtsunterschiede

In Schweizer Spitälern steigt die Häufigkeit der Hauptdiagnose „Alkohol-Intoxikation“ ab einem Alter von 14/15 Jahren massiv an. Es stellt sich die Frage, inwieweit hier der Jugendschutz in der Schweiz greift, da es kaum einen Unterschied macht, ob Jugendliche das Alter, in dem ihnen Alkohol legal verkauft werden darf, erreicht haben oder nicht. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie verdeutlichen darüber hinaus, dass 2006 und 2007 pro Jahr im Durchschnitt bei den 14- bis 19-Jährigen etwa 250 Mädchen und etwa 360 Jungen hauptsächlich wegen Trunkenheit in einem Spital behandelt wurden, also „Alkohol-Intoxikation“ als Hauptdiagnose gestellt wurde. Erste Fälle traten bereits ab einem Alter von 12 Jahren auf.

Wenn man die Altersgruppen vergleicht, zeigt sich dass die Hauptdiagnosen der Gruppe „Alkohol-Intoxikation“ ab einem Alter von 16/17 Jahren bei Mädchen/Frauen und 20/21 Jahren bei Jungen/Männern abnehmen. Der Rückgang in den höheren Altersgruppen sollte jedoch nicht so interpretiert werden, dass akute Rausche ein vorübergehendes Phänomen sind, welches ausschliesslich bei Jugendlichen auftritt. Betrachtet man neben den Hauptdiagnosen auch die Nebendiagnosen, so bleibt die Anzahl der Alkohol-Intoxikationen nach dem starken Anstieg bei den 20- bis 23-jährigen Männern annähernd konstant und nimmt bei den 16- bis 23-jährigen Mädchen/Frauen nur leicht ab.

Während die Häufigkeit der Haupt- und Nebendiagnosen „Alkohol-Intoxikation“ bei Jungen ab 20/21 Jahren bzw. bei Mädchen ab 16/17 Jahren leicht rückläufig ist, ist die Prävalenz von Rauschtrinken bei 21/22-jährigen Männern und Frauen am höchsten (Schätzung basierend auf der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007; Rauschtrinken definiert als monatlich oder häufigerer Konsum von $\geq 6/\geq 8$ alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit). Obwohl die Prävalenz des Rauschtrinkens in den höheren Altersgruppen also weiterhin zunimmt, nimmt die Häufigkeit der wegen „Alkohol-Intoxikation“ in einem Spital behandelten jungen Erwachsenen nicht zu. Diese Diskrepanz deutet darauf hin, dass insbesondere Jugendliche, die zuvor noch nie oder nur selten Alkohol konsumiert haben, ein erhöhtes Risiko haben, ihre Grenzen nicht zu kennen.

Bis zum Alter von 14/15 Jahren zeigen sich zwischen männlichen und weiblichen Jugendlichen keine Unterschiede bezüglich der Häufigkeit von Haupt- oder Nebendiagnosen „Alkohol-Intoxikation“. So wurden zwischen 2005 und 2007 durchschnittlich jährlich 122 Fälle bei männlichen 14- bis 15-Jährigen dokumentiert, bei gleichaltrigen Mädchen waren es 123 Fälle. Erst ab 16/17 Jahren entwickeln sich die Prävalenzen unterschiedlich.

Personen, die mit einer Nebendiagnosen „Alkohol-Intoxikation“ in ein Spital eingewiesen und behandelt wurden, hatten 2006/2007 als Hauptdiagnose zu etwa 90% einen Unfall (ICD-Kapitel XIX) oder wiesen psychische Störungen oder Verhaltensauffälligkeiten auf (ICD-Kapitel V). Diese Art der Komorbidität ist aus der internationalen Literatur bekannt.

„Alkoholabhängigkeit“ – Alters- & Geschlechtsunterschiede

Erste Fälle von „Alkoholabhängigkeit“ treten bereits in einem Alter von 14/15 Jahren auf, mit zunehmendem Alter wird auch die Diagnose häufiger. In den Jahren 2006/2007 wurde pro Jahr bei etwa 315 männlichen 18- bis 23-jährigen Personen die Haupt- bzw. Nebendiagnose „Alkoholabhängigkeit“ gestellt, bei den gleichaltrigen Mädchen/Frauen waren es jährlich etwa 180 Personen. Alkoholabhängigkeit ist eine Krankheit, welcher in der Regel ein jahrelanger missbräuchlicher Alkoholkonsum vorausgeht. Man spricht häufig davon, dass es etwa 10 bis 15 Jahre starken Alkoholkonsums braucht bis zur Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit. Dies weist entweder darauf hin, dass einige Jugendliche in der Schweiz bereits sehr früh mit dem starken Alkoholkonsum beginnen, oder darauf, dass sich Alkohol-

abhängigkeit im Jugendalter aufgrund einer stärkeren Vulnerabilität für Alkoholeffekte schneller entwickelt.

Während die Häufigkeit der Diagnosen „Alkohol-Intoxikation“ im Jugendalter (bei 14/15-jährigen Mädchen bzw. bei 18/19-jährigen Jungen) am stärksten ausgeprägt war und in den höheren Altersgruppen leicht zurückging bzw. konstant blieb, nahmen Diagnosen der Gruppe „Alkoholabhängigkeit“ bei 14/15- bis 22/23-Jährigen stetig zu. Auch wenn Querschnittsdaten keine Aussagen über individuelle Trinkkarrieren erlauben, so deutet dieses Ergebnis doch darauf hin, dass sich Trunkenheit zumindest bei einigen Jugendlichen im frühen Erwachsenenalter zu Alkoholabhängigkeit entwickelt. Während Mediziner bei Personen im jungen Alter eher zur Diagnose Alkohol-Intoxikation zu tendieren scheinen, wird vermutlich mit steigendem Alter zunehmend die hinter dem akuten Rausch stehende Alkoholabhängigkeit diagnostiziert.

Alkoholbedingte Diagnosen insgesamt – Alters- & Geschlechtsunterschiede

Fasst man alle alkoholbezogenen Diagnosen („Alkohol-Intoxikation“ und „Abhängigkeit“) zusammen, so steigen diese mit dem Alter insgesamt an. Für die Forschung und die Prävention wäre es bedeutsam, solche Fallkarrieren im Längsschnitt untersuchen zu können. Ist es so, dass bei denselben Personen, die im Jugendalter mit akuten Rauschen in Spitälern behandelt werden, später im Erwachsenenalter eine Alkoholabhängigkeit diagnostiziert wird? Zur Zeit sind solche Aussagen nicht möglich, da datenschutzrechtliche Bedenken die Zuordnung einer Patientenidentifikation unmöglich machen und Patienten nicht nur in einem Erhebungsjahr, sondern über mehrere Jahre hinweg in den Dateien beobachtet werden müssten. Das Zusammenspiel der mit dem Alter abnehmenden Diagnosen von Alkohol-Intoxikationen mit den zunehmenden Diagnosen der Alkoholabhängigkeit deutet aber an, dass die Entwicklung bei einigen Jugendlichen so verlaufen könnte.

„Alkohol-Intoxikation“ – Unterschiede zwischen den Kantonen

Zwischen den Kantonen zeigten sich beachtliche Unterschiede bezüglich der Häufigkeit der Haupt- oder Nebendiagnosen „Akuter Rausch“ und „Schädlicher Gebrauch“: Während im Kanton mit der tiefsten Rate zwischen 2002 bis 2007 kein einziger Fall dokumentiert wurde, sind es im Kanton mit der höchsten Rate etwa 25 (von 1000 behandelten 10- bis 23-Jährigen), bei denen in der Haupt- oder Nebendiagnose „Akuter Rausch“ oder „Schädlicher Gebrauch“ dokumentiert wurde. Das Ziel der Analysen nach Kanton lag weniger darin Detailangaben für einzelne Kantone (z.B. im Sinne eines Rankings) zu berichten, sondern Faktoren zu untersuchen, die möglicherweise mit den Raten der Spitaleinweisungen zusammenhängen.

Die ESPAD Schülerbefragung (Gmel *et al.*, 2009) wurde als Indikator für das Trinkmuster Jugendlicher und junger Erwachsener in den einzelnen Kantonen verwendet. Dabei zeigt sich, dass die Rate der Spitaleinweisungen aufgrund eines „Akuten Rauschs“ oder „Schädlichem Gebrauch“ in Kantonen mit einem risikoreicheren Trinkmuster (grössere Trinkhäufigkeit, höhere Konsummenge, grösseres Volumen und häufigeres Rauschtrinken) höher ist.

Neben den Trinkmustern der einzelnen Kantone trägt auch die Interpretation der entsprechenden Diagnostik oder der Umgang mit der Erstellung von alkoholbezogenen Haupt- und Nebendiagnosen zu den Unterschieden zwischen den Kantonen bei. So finden sich beispielsweise in Kantonen, in denen die Nebendiagnosen der im Spital behandelten Jugendlichen und jungen Erwachsenen ausführlicher dokumentiert wurden, mehr Fälle, die in der Nebendiagnose „Alkohol-Intoxikation“ vermerkten.

Trendanalysen

Die medizinische Statistik der Schweizer Krankenhäuser besteht seit 1998, in den ersten

Jahren gab es jedoch einige Anlaufschwierigkeiten und die Teilnahmequoten der Spitäler waren relativ gering. Aus diesem Grund können Veränderungen in diesem Zeitraum nur vorsichtig als Trend interpretiert werden. Seit 2002 ist die Krankenhausstatistik nahezu vollumfänglich und wurde für den Zeitraum bis 2005 bereits einmal analysiert (für Details siehe Wicki & Gmel, 2008). Das Hauptaugenmerk des vorliegenden Berichts wurde daher bei der Trendanalyse auf die Jahre 2005 bis 2007 gerichtet, hier in der Diskussion werden aber auch die Befunde aus dem früheren Bericht berücksichtigt.

„Alkohol-Intoxikation“ – Trendanalysen

Zwischen 1999 und 2007 haben Haupt- und Nebendiagnosen der Gruppe „Alkohol-Intoxikation“ (F10.0, F10.1, T51.0) deutlich zugenommen. Im Jahr 1999 wurde schätzungsweise bei etwa 670 Jugendliche und jungen Erwachsenen im Alter von 10-23 Jahren eine Haupt- oder Nebendiagnose „Alkohol-Intoxikation“ gestellt. 2005 stieg die Anzahl auf etwa 1430 Fälle, 2007 waren es etwa 1700 Fälle. Dies entspricht einer Zunahme von 16% innert zwei Jahren (+6% bei Jungen/Männern, +35% bei Mädchen/Frauen). Bei Jungen/Männern ist dies hauptsächlich auf einen Anstieg bei den Hauptdiagnosen zurückzuführen, die Zahl der Nebendiagnosen blieb hingegen über alle Altersgruppen hinweg konstant. Besonders deutlich war die Zunahme bei 18/19-jährigen und bei 20/23-jährigen Jungen/Männern. Bei den Mädchen/Frauen hat zwischen 2005 und 2007 sowohl die Zahl der Haupt- als auch der Nebendiagnosen deutlich zugenommen.

Im Vergleich zu den Jahren 2003-2005 hat die Häufigkeit der Diagnose „Alkohol-Intoxikation“ 2005-2007 weiterhin zugenommen. Während sich bei Jungen/Männern die Zunahme deutlich verlangsamte (von +46% auf +6%) hat sie sich bei Mädchen/Frauen sogar noch leicht beschleunigt (von +30 auf +35%). Insgesamt hat die Zahl der Diagnosen „Alkohol-Intoxikation“ zwischen 2003 und 2007 bei Jungen/Männern etwas weniger stark zugenommen als bei Mädchen/Frauen.

„Alkoholabhängigkeit“ – Trendanalysen

Die Zahl der Haupt- und Nebendiagnosen der Gruppe „Alkoholabhängigkeit“ hat zwischen 1999 und 2007 ebenfalls deutlich zugenommen. Der Anstieg ist aber vor allem auf die Zunahme in den Jahren 2002, 2003, 2006 und 2007 zurückzuführen. In Schweizer Spitälern wurden im Jahre 2007 etwa 600 Jugendliche und junge Erwachsene mit einer Haupt- oder Nebendiagnose „Alkoholabhängigkeit“ behandelt. Zwischen 2005 und 2007 hat die Häufigkeit der Diagnose „Alkoholabhängigkeit“ deutlich stärker zugenommen als zwischen 2003 und 2005 (+18% resp. +6%). Insgesamt ist der Anstieg bei den Jungen/Männern weniger stark als bei den Mädchen/Frauen (+15% resp. 44%).

„Alkohol-Intoxikation und -abhängigkeit“ – Trendanalysen

Für Mädchen/Frauen zeigt sich sowohl kurz- als auch längerfristig (2005-2007 bzw. 2003-2007) eine stärkere Zunahme der Häufigkeit der Diagnosen „Alkohol-Intoxikation“ und „Alkoholabhängigkeit“ als bei Jungen/Männern. In den Jahren 2006/2007 entfielen jeweils etwa 60% der Diagnosen auf männliche Jugendliche und junge Erwachsene.

Über die Jahre hinweg entwickelt sich die Häufigkeit der alkoholbezogenen Diagnosen bei Jungen/Männern und Mädchen/Frauen annähernd parallel. Der stärkere relative Zuwachs bei Mädchen/Frauen kommt somit vor allem dadurch zustande, dass die generelle Prävalenz von Alkohol-Intoxikationen bei ihnen im Vergleich zu ihren männlichen Counterparts geringer ist. Eine in absoluten Fallzahlen ausgedrückt gleich starke Veränderung erscheint im Verhältnis zum Ausgangswert grösser.

Während im Jahr 2005 durchschnittlich täglich circa 5 Jugendliche (gewichtete Daten) und junge Erwachsene im Alter zwischen 10 und 23 Jahren wegen ihres Alkoholkonsums in Schweizer Spitäler eingeliefert wurden, stieg deren Anzahl bis 2007 um etwa 17% auf durchschnittlich ungefähr 6 Personen pro Tag.

Längerfristig betrachtet (2001 bis 2007, vgl. Abbildung 17) hat die Häufigkeit der Haupt- und Nebendiagnosen der Gruppe „Alkohol-Intoxikation“ bei Mädchen/Frauen fast stetig zugenommen, bei gleichaltrigen Jungen/Männern war die Zunahme zwischen 2002 und 2005 stärker und hat sich 2005 bis 2007 etwas verlangsamt. Trotz einiger Schwankungen hat zwischen 2001 und 2007 die Häufigkeit der Diagnosen „Alkoholabhängigkeit“ ebenfalls zugenommen. Die Veränderungen in den Jahren 2006-2007 deutet darauf hin, dass sich die Häufigkeit der Diagnose „Alkoholabhängigkeit“ (anders als in der älteren Version dieses Berichts vermutet, Wicki & Gmel, 2008) nicht stabilisiert sondern weiter zugenommen hat.

Der Anstieg alkoholbezogener Diagnosen kann nicht dadurch erklärt werden, dass im beobachteten Zeitraum vermehrt Jugendliche und junge Erwachsene beispielsweise durch besorgtere (im Vergleich zu früher) Eltern oder Freunde in die Notaufnahme gebracht wurden. In den Jahren 2001/2002 waren 32% der Fälle mit einer Haupt- oder Nebendiagnose der Gruppe „Alkohol-Intoxikation“ Selbsteinweisungen (selbst oder von Angehörigen) (61% Fälle wurden durch Rettungsdienst, Arzt oder Polizei eingewiesen). Bis 2006/2007 sank der Anteil der Selbsteinweisungen auf 29% (67% der Fälle wurden durch Rettungsdienst, Arzt oder Polizei eingewiesen). Bei Haupt- oder Nebendiagnosen „Alkoholabhängigkeit“ blieb zwischen 2001/2002 und 2006/2007 der Anteil der Selbsteinweisungen (27% resp. 26%) und Einweisungen durch Rettungsdienst, Arzt oder Polizei (jeweils 67%) nahezu unverändert.

Vergleiche mit Deutschland und Österreich

Aufgrund unterschiedlicher methodischer Herangehensweisen ist ein direkter Vergleich der absoluten Prävalenzen zwischen Schweizer Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Gleichaltrigen in Deutschland oder Österreich nur bedingt möglich. Werden jedoch Alters- bzw. Geschlechtsunterschiede oder Trends über die Jahre zwischen den Ländern verglichen, haben die unterschiedlichen methodischen Herangehensweisen nur einen geringfügig verzerrenden Einfluss. Insgesamt sind die Befunde aus der Schweiz und diejenigen aus Deutschland und Österreich recht ähnlich.

Vergleiche mit Bevölkerungsumfragen in der Schweiz

Die beiden repräsentativen Schülerbefragungen HBSC und ESPAD sowie die Schweizerische Gesundheitsbefragung wiesen darauf hin, dass im Zeitraum zwischen 1994 und 2002 die Prävalenz des Rauschtrinkens deutlich zugenommen hat. Um 2002/2003 zeichnete sich eine Trendwende ab: fast einheitlich in nahezu allen Befragungen fand sich ein leichter Rückgang der Prävalenzen bis 2006/2007 (einzig die SGB findet für Mädchen/Frauen einen leichten Anstieg zwischen 2002 und 2007).

Im Gegensatz dazu hat zwischen 2002 und 2007 die Häufigkeit der Haupt- und Nebendiagnosen „Alkohol-Intoxikation“ bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen fast stetig zugenommen. Dabei handelt es sich jedoch nicht notwendigerweise um widersprüchliche Befunde: Die drei Bevölkerungsumfragen (insbesondere HBSC und ESPAD) verwenden eine Definition für Rauschtrinken, die deutlich unterhalb der Konsummenge liegt, die für eine Alkohol-Intoxikation notwendig wäre. Alle drei obengenannten Studien berichten den Trend für Rauschtrinken, während die vorliegende Studie den Trend für „Alkohol-Intoxikation“ zeigt. Ob diese vergleichsweise milden resp. extremen Formen des episodischen Risikokonsums in einer Population positiv miteinander (d.h. über die Zeit hinweg parallel entwickeln, vgl. Skog, 1985) oder aber auch negativ korrelieren können (im Sinne einer

Polarisation) ist unklar. Ein Vergleich der beiden Schülerbefragungen (HBSC und ESPAD) sowie der Schweizerischen Gesundheitsbefragung mit den in diesem Bericht präsentierten Befunde deutet eher auf eine Polarisierung hin: Bei Jugendlichen und jungen Männern nahm die Prävalenz von Rauschtrinken zwar in den letzten Jahren durchschnittlich ab, gleichzeitig stieg jedoch der Anteil derer mit einem sehr riskanten Trinkmuster deutlich an.

Ein Vergleich zwischen den Kantonen zeigte, dass ein risikoreicheres Trinkmuster (Trinkhäufigkeit, Menge, Volume und Rauschtrinken) mit einer höheren Rate an diagnostizierten „Alkohol-Intoxikationen“ einherging. Die Varianz bzw. Bandbreite der Trinkmuster und der Raten der Spitalweisungen über die einzelnen Kantone hinweg ist jedoch bedeutend grösser, als die bevölkerungsbezogenen Veränderung die im Zeitraum 2002 bis 2007 (für alle Kantone zusammengefasst).

4.2 Ausblick: Überlegungen für die Prävention und Frühintervention

Prävention auf unterschiedlichen Ebenen

Lösungsansätze müssen aus dem Kontext, in dem der Alkoholmissbrauch entsteht, abgeleitet werden; jugendliche Alkoholexzesse dürfen nicht individualisiert betrachtet werden. Allein durch Sensibilisierung und Information werden Alkoholintoxikationen kaum zu verhindern sein. Wichtig ist hingegen die Kombination individueller und struktureller Präventionsmassnahmen. Dabei sind bildungs- und sozialpolitische Weichenstellungen ebenso erforderlich wie die Umsetzung der erwiesenermassen wirksamen Steuerungsinstrumente: Dazu zählen die konsequente Einhaltung des Jugendschutzgesetzes an Festen, in der Gastronomie und im Einzelhandel. Diese Massnahme sollten mit regionalverankerten Präventionsmassnahmen gekoppelt und möglichst strukturell als Standards institutionalisiert werden.

Verstärkte Zusammenarbeit von Medizin und Suchtprävention: Die Chance der Frühintervention

Mehrere Studien belegen die Wirksamkeit von Frühintervention bei Alkoholmissbrauch. Nach Babor et al. (2005) können Kurzinterventionen im Rahmen von eins bis drei Beratungsgesprächen zu deutlichen Veränderungen im Trinkverhalten führen wenn sie vor oder kurz nach dem Einsetzen alkoholbezogener Probleme stattfinden. Weitere Studien belegen, dass insbesondere diejenigen Jugendlichen profitieren, die bereits im Vorfeld einen schädlichen Alkoholkonsum aufwiesen und zu einer Risikogruppe gehörten. Dadurch sanken sowohl die Anzahl der monatlichen Trinktage als auch die Trinkmenge (Spirito et al., 2004).

Interventionen im Spital sollten sich deshalb nicht nur auf die ärztliche Versorgung der Alkoholintoxikation beschränken, sondern mögliche psychische und psychosoziale Ursachen thematisieren. Dies bedingt unter anderem eine enge Zusammenarbeit zwischen Spitälern und Suchtberatungsstellen, wenn möglich bereits zum Zeitpunkt des Spitalaufenthalts. Weiter sind Schulsozialarbeit, Ausbildungsbetriebe, Jugendamt und weitere relevante Akteure gegebenenfalls als Kooperationspartner einzubeziehen. Bei einer komplexeren Problematik ist es zudem von zentraler Bedeutung, dass durch die aufsuchende Arbeit in der Klinik weitergehende Hilfen eingeleitet werden, um einer möglichen Suchtentwicklung oder –chronifizierung vorzubeugen. Mittels Einzelgesprächen, Gruppenangeboten und Risikochecks sollen die Jugendlichen die Möglichkeit erhalten, das eigene Trinkverhalten zu überdenken und über die Voraussetzungen für einen gesundheitsverträglichen Umgang mit Alkohol

informiert werden. Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass gesundheitsschädigende Verhaltensweisen nur dann aufgegeben werden, wenn die angestrebten unschädlichen Alternativen mit positiven und lustvollen Erlebnissen verbunden sind. Ziel ist nicht primär die Vermeidung von riskanten Situationen, sondern die Förderung von Risikokompetenz. Da die Bereitschaft für eine Anschlusslösung auf dem Prinzip der Freiwilligkeit beruht, kommt der Motivationsarbeit am Krankenbett eine besondere Bedeutung zu.

Es wäre wichtig, weitere quantitative und insbesondere qualitative Daten zu erheben, um die spezifischen Umstände sowie die Auslöser- und Risikofaktoren für exzessiven Alkoholkonsum von Jugendlichen zu kennen. Diese erweiterte Wissensbasis könnte als Ansatzpunkte für spezifische evidenzbasierte Präventionsmassnahmen dienen.

5. Literatur

- Annaheim, B. & Gmel, G. (2004). Alkoholkonsum in der Schweiz: Ein Synthesebericht zu Alkoholkonsum und dessen Entwicklung auf der Basis der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1997 und 2002. Forschungsbericht. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA).
- Babor, T., Caetano, R., Casswell, S. et al. (2003). Alcohol: No Ordinary Commodity - Research and Public Policy. New York: Oxford University Press.
- Bitzer, E. M., Grobe, T. G., Schilling, E., Dörning, H. & Schwartz, F. W. (2009). GEK Report Krankenhaus 2009 - Schwerpunktthema: Alkoholmissbrauch bei Jugendlichen. St. Augustin: Asgard Verlag [17.09.2009<https://www.gek.de/x-medien/dateien/magazine/GEK-Report-Krankenhaus-2009.pdf>].
- Bundesamt für Statistik (BFS) (2005). Tabellen der Gesundheitsstatistik. Medizinische Statistik 2003. Neuchâtel: BFS.
- Bundesamt für Statistik (BFS) (2007). Tabellen der Gesundheitsstatistik. Medizinische Statistik 2005. Neuchâtel: BFS.
- Bundesamt für Statistik (BFS) (2008). Erhebungen, Quellen – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB). Neuchâtel: BFS [20.04.2008: http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen_quellen/blank/blank/ess/01.html].
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2009). Alkoholvergiftungen bei Jugendlichen steigen weiter an: 23.165 betrunkene Kinder und Jugendliche stationär behandelt. Bätzing: Zum ersten mal mehr Mädchen als Jungen betroffen. Pressemitteilung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung vom 28. 1. 2009. Berlin: BMG [17.09.2009http://www.bmg.bund.de/cln_160/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/Drogenbeauftragte/2008/PDF_Pm-28-01-09.templateId=raw.property=publicationFile.pdf/PDF_Pm-28-01-09.pdf].
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) (2004). Wissenschaftliche Begleitung des Modellprogramms Alkoholvergiftungen bei Kindern und Jugendlichen“ Bundesweite Datenerhebung – Kurzanalyse. Basel: Prognos.
- Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen (BMSG) (2000). Diagnosen-Schlüssel: ICD-10 BMSG 2001 (Wien, BMSG Gruppe VII/A).
- Gmel, G. & Kuntsche, E. (2006). Alkohol-Intoxikationen Jugendlicher und junger Erwachsener. Eine Sekundäranalyse der Daten Schweizer Spitäler. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA) http://www.sfa-isp.ch/DocUpload/RR_Intoxikationen_06.pdf.
- Gmel, G., Kuntsche, E., Wicki, M. & Labhart, F. (2009). Das European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) in der Schweiz: Wichtigste Ergebnisse im Vergleich 2003 und 2007. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme [April2009: <http://www.sfa-isp.ch/DocUpload/ESPAD2007.pdf>].

- Gmel, G., Rehm, J. & Kuntsche, E. (2003). Binge drinking in Europe: Definitions, epidemiology, and consequences. *Sucht*, 49, 105-116.
- Hibell, B., Andersson, B., Bjarnason, T., Ahlström, S., Balakireva, O., Kokkevi, A. & Morgan, M. (2004a). The ESPAD Report 2003 - Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, CAN Council of Europe, Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs (Pompidou Group) [28.02.2007: <http://www.espad.org>].
- Hibell, B., Andersson, B., Bjarnason, T., Ahlström, S., Balakireva, O., Kokkevi, A. & Morgan, M. (2004b). The ESPAD Report 2003 - Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, CAN Council of Europe, Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs (Pompidou Group).
- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A. & Kraus, L. (2009) The 2007 ESPAD Report. Substance use among students in 35 European countries. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN).
- Hingson, R. W., Heeren, T., Winter, M. G. & Wechsler, H. (2005). Magnitude of alcohol-related mortality and morbidity among U.S. college students ages 18-24: changes from 1998 to 2001. *Annual Review of Public Health*, 26, 259-279.
- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK gGmbH) (2004). Deutsche Kodierrichtlinien.
- Institut für Suchtprävention - Pro Mente OÖ (2004). Drogenmonitoring OÖ - LKF-Daten 2003 (Linz, Institut für Suchtprävention).
- Institut für Suchtprävention - Pro Mente OÖ (2005). Abhängigkeit und Substanzkonsum: Factsheet (Linz, Institut für Suchtprävention).
- Med-Kolleg (2005). Portal für Medizin und Gesundheit (Berlin).
- Mundle, G., Banger, M., Mugele, B., Stetter, F., Soyka, M., Veltrup, C. & Schmidt, L. G. (2003). AWMF-Behandlungsleitlinie: Akutbehandlung alkoholbezogener Störungen. *Sucht*, 49, 147-167.
- Petrakis, I. L., Gonzalez, G., Rosenheck, R. & Krystal, J. H. (2002). Comorbidity of alcoholism and psychiatric disorders: an overview. *Alcohol Research and Health*, 26, 81-89.
- Schmid, H., Delgrande Jordan, M., Kuntsche, E. & Kuendig, H. (2003). Trends im Konsum psychoaktiver Substanzen von Schülerinnen und Schülern in der Schweiz - Ausgewählte Ergebnisse einer Studie, durchgeführt unter der Schirmherrschaft der Weltgesundheitsorganisation (WHO) [Trends in Consumption of Psychoactive Substances by School Children in Switzerland - Selected Results of a Study Under the Aegis of the World Health Organization (WHO)]. Forschungsbericht 39. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA).

- Schmid, H., Delgrande Jordan, M., Kuntsche, E., Kuendig, H. & Annaheim, B. (2008). Der Konsum psychoaktiver Substanzen von Schülerinnen und Schülern in der Schweiz - Ausgewählte Ergebnisse einer Studie, durchgeführt unter der Schirmherrschaft der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Forschungsbericht 42: revidierte und aktualisierte Fassung. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA).
- Skog, O.-J. (1985). The collectivity of drinking cultures: a theory of the distribution of alcohol consumption. *British Journal of Addiction*, 80, 83-99.
- Spirito, A., Monti, P. M., Barnett, N. P., Colby, S. M., Sindelar, H., Rohsenow, D. J., Lewander, W. & Myers, M. (2004). A randomized clinical trial of a brief motivational intervention for alcohol-positive adolescents treated in an emergency department. *Journal of Pediatrics*, 145, 396-402.
- Uhl, A., Bachmayer, S., Kobrna, U., Puhm, A., Springer, A., Kopf, N., Beiglböck, W., Eisenbach-Stangl, I., Preinsperger, W. & Musalek, M. (2009). Handbuch Alkohol - Österreich. Zahlen, Daten, Fakten, Trends (dritte, überarbeitete und ergänzte Auflage 2009). Wien: Bundesministerium für Gesundheit
 [17.09.2009http://www.bmg.gv.at/cms/site/attachments/0/1/4/CH0754/CMS1225813754890/handbuch_alkohol_oesterreich_-_version_19.06.2009.pdf].
- Wicki, M. & Gmel, G. (2008). Alkohol-Intoxikationen Jugendlicher und junger Erwachsener. Ein Update der Sekundäranalyse der Daten Schweizer Hospitäler bis 2005. Forschungsbericht Nr. 46. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA).
- World Health Organization (WHO) (2003). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision, Version for 2003: Tabular List of inclusions and four-character subcategories (WHO).

6. Appendix

Tabelle A1a: Ungewichtete Rate (pro 1000 Fälle aller Diagnosen) von Hauptdiagnosen "Alkohol-Intoxikation", nach Alter und Erhebungsjahr

	10-11 Jahre	12-13 Jahre	14-15 Jahre	16-17 Jahre	18-19 Jahre	20-21 Jahre	22-23 Jahre	Total
1999								
akuter Rausch	.00	1.70	6.19	4.55	3.52	2.39	1.78	2.88
schädlicher Gebrauch	.00	.31	1.01	.20	.39	.27	.30	.35
unfallmässige Vergiftung	.00	.00	.51	.30	.08	.00	.06	.12
"Alkohol-Intoxikation"	.00	2.01	7.71	5.05	3.99	2.66	2.13	3.34
2000								
akuter Rausch	.26	2.17	7.21	4.50	4.84	2.97	1.96	3.42
schädlicher Gebrauch	.00	.00	.44	.53	.70	.50	.43	.43
unfallmässige Vergiftung	.00	.27	.55	.09	.21	.25	.11	.20
"Alkohol-Intoxikation"	.26	2.44	8.19	5.11	5.75	3.72	2.50	4.05
2001								
akuter Rausch	.00	1.89	10.48	6.29	4.84	3.54	3.26	4.37
schädlicher Gebrauch	.00	.11	.37	.93	.56	.43	.35	.43
unfallmässige Vergiftung	.00	.44	.37	.31	.19	.27	.05	.22
"Alkohol-Intoxikation"	.00	2.45	11.23	7.53	5.58	4.24	3.66	5.02
2002								
akuter Rausch	.50	1.50	6.38	6.68	4.19	3.21	2.71	3.72
schädlicher Gebrauch	.00	.12	.18	.59	.78	.51	.51	.45
unfallmässige Vergiftung	.00	.00	.65	.29	.18	.15	.05	.18
"Alkohol-Intoxikation"	.50	1.62	7.21	7.56	5.15	3.87	3.27	4.36
2003								
akuter Rausch	.23	1.48	8.32	7.61	5.63	3.57	2.41	4.30
schädlicher Gebrauch	.00	.11	1.27	.35	.85	.55	.62	.59
unfallmässige Vergiftung	.00	.11	.34	.35	.23	.15	.22	.21
"Alkohol-Intoxikation"	.23	1.69	9.93	8.31	6.71	4.27	3.25	5.09
2004								
akuter Rausch	.12	3.39	11.22	8.89	5.97	4.53	3.44	5.47
schädlicher Gebrauch	.00	.11	.25	.83	.51	.65	.58	.49
unfallmässige Vergiftung	.00	.21	.49	.55	.28	.10	.22	.27
"Alkohol-Intoxikation"	.12	3.70	11.96	10.27	6.76	5.29	4.25	6.23
2005								
akuter Rausch	.00	3.22	15.34	10.22	7.42	5.32	4.06	6.66
schädlicher Gebrauch	.00	.00	.59	.52	.84	.75	.54	.55
unfallmässige Vergiftung	.00	.32	1.26	.66	.28	.60	.17	.46
"Alkohol-Intoxikation"	.00	3.55	17.19	11.40	8.55	6.66	4.78	7.67
2006								
akuter Rausch	.39	3.94	12.84	12.55	6.44	6.09	3.77	6.80
schädlicher Gebrauch	.00	.11	.23	.71	1.29	.54	.53	.58
unfallmässige Vergiftung	.00	.66	.39	.71	.38	.30	.09	.35
"Alkohol-Intoxikation"	.39	4.71	13.47	13.97	8.10	6.93	4.38	7.73
2007								
akuter Rausch	.13	5.14	14.80	10.55	8.27	5.43	4.19	7.12
schädlicher Gebrauch	.00	.11	.61	.95	1.23	.57	.39	.63
unfallmässige Vergiftung	.50	.89	3.43	.89	1.75	.62	.47	1.18
"Alkohol-Intoxikation"	.63	6.15	18.84	12.40	11.25	6.62	5.05	8.93

Bemerkungen: ungewichtet: Es wurde keine Gewichtung nach Teilnahmequoten vorgenommen

Tabelle A1b: Ungewichtete Rate (pro 1000 Fälle aller Diagnosen) von Hauptdiagnosen "Alkoholabhängigkeit", nach Alter und Erhebungsjahr

	10-11 Jahre	12-13 Jahre	14-15 Jahre	16-17 Jahre	18-19 Jahre	20-21 Jahre	22-23 Jahre	Total
1999								
Abhängigkeitssyndrom	.00	.00	.25	.49	.86	.96	2.19	.92
Störungen durch Alkohol	.00	.00	.13	.20	.47	.07	.24	.19
"Alkoholabhängigkeit"	.00	.00	.38	.69	1.33	1.02	2.43	1.11
2000								
Abhängigkeitssyndrom	.00	.00	.22	.53	.49	1.24	1.63	.77
Störungen durch Alkohol	.00	.14	.44	.44	.14	.25	.43	.28
"Alkoholabhängigkeit"	.00	.14	.66	.97	.63	1.49	2.06	1.06
2001								
Abhängigkeitssyndrom	.00	.00	.09	.54	.74	2.04	1.14	.84
Störungen durch Alkohol	.00	.22	.19	.39	.37	.16	.30	.25
"Alkoholabhängigkeit"	.00	.22	.28	.93	1.12	2.20	1.43	1.09
2002								
Abhängigkeitssyndrom	.00	.00	.00	.37	.96	1.68	2.38	1.06
Störungen durch Alkohol	.00	.00	.37	.66	.48	.25	.51	.37
"Alkoholabhängigkeit"	.00	.00	.37	1.03	1.44	1.93	2.90	1.44
2003								
Abhängigkeitssyndrom	.00	.00	.08	.35	1.14	2.41	3.12	1.38
Störungen durch Alkohol	.12	.00	.34	.21	.23	.50	.27	.27
"Alkoholabhängigkeit"	.12	.00	.42	.56	1.36	2.92	3.39	1.65
2004								
Abhängigkeitssyndrom	.00	.11	.25	.83	1.30	2.27	2.64	1.37
Störungen durch Alkohol	.00	.00	.08	.14	.23	.45	.27	.21
"Alkoholabhängigkeit"	.00	.11	.33	.96	1.52	2.72	2.91	1.58
2005								
Abhängigkeitssyndrom	.00	.00	.08	.59	1.57	2.53	2.01	1.30
Störungen durch Alkohol	.00	.11	.17	.33	.39	.25	.17	.23
"Alkoholabhängigkeit"	.00	.11	.25	.92	1.97	2.78	2.18	1.52
2006								
Abhängigkeitssyndrom	.00	.00	.16	.77	1.98	3.07	2.72	1.64
Störungen durch Alkohol	.00	.00	.23	.06	.32	.45	.35	.25
"Alkoholabhängigkeit"	.00	.00	.39	.84	2.31	3.52	3.07	1.89
2007								
Abhängigkeitssyndrom	.00	.11	.00	.19	2.16	3.33	3.80	1.87
Störungen durch Alkohol	.00	.00	.00	.25	.36	.62	.26	.27
"Alkoholabhängigkeit"	.00	.11	.00	.45	2.52	3.95	4.06	2.14

Bemerkungen: ungewichtet: Es wurde keine Gewichtung nach Teilnahmequoten vorgenommen

Tabelle A2a: Gewichtete Anzahl Hauptdiagnosen "Alkohol-Intoxikationen", nach Alter, Geschlecht und Erhebungsjahr

	10-11 Jahre	12-13 Jahre	14-15 Jahre	16-17 Jahre	18-19 Jahre	20-21 Jahre	22-23 Jahre	Total
1999								
Jungen/Männer	0	8	72	72	52	40	46	290
Mädchen/Frauen	0	12	42	41	42	21	25	183
Total	0	20	114	113	94	61	71	472
2000								
Jungen/Männer	2	11	50	60	78	62	41	304
Mädchen/Frauen	1	11	42	22	42	19	25	163
Total	3	22	92	82	120	81	66	467
2001								
Jungen/Männer	0	15	72	65	87	65	53	356
Mädchen/Frauen	0	16	83	49	23	31	37	239
Total	0	30	155	114	111	96	90	595
2002								
Jungen/Männer	5	6	48	72	53	55	48	286
Mädchen/Frauen	0	10	41	40	38	28	28	185
Total	5	16	89	111	91	82	77	471
2003								
Jungen/Männer	1	12	79	69	77	67	51	357
Mädchen/Frauen	1	5	54	55	47	22	25	209
Total	2	17	133	124	124	89	76	566
2004								
Jungen/Männer	1	26	90	99	82	63	74	434
Mädchen/Frauen	0	12	69	56	42	46	25	250
Total	1	38	159	155	124	109	99	684
2005								
Jungen/Männer	0	21	111	116	106	89	82	525
Mädchen/Frauen	0	13	100	63	52	50	35	313
Total	0	34	211	179	157	139	118	838
2006								
Jungen/Männer	2	24	94	137	111	88	73	529
Mädchen/Frauen	1	20	82	83	44	55	29	314
Total	3	44	175	220	154	143	102	841
2007								
Jungen/Männer	5	35	121	114	143	89	78	585
Mädchen/Frauen	0	21	131	84	80	53	42	411
Total	5	56	252	198	222	142	119	994

Bemerkung: Gewichtung zum Ausgleich von unterschiedlichen Teilnahmequoten über die Jahre

Tabelle A2b: Gewichtete Anzahl Nebendiagnosen "Alkohol-Intoxikationen", nach Alter, Geschlecht und Erhebungsjahr

	10-11 Jahre	12-13 Jahre	14-15 Jahre	16-17 Jahre	18-19 Jahre	20-21 Jahre	22-23 Jahre	Total
1999								
Jungen/Männer	0	0	10	37	22	21	39	128
Mädchen/Frauen	1	0	8	8	18	15	22	72
Total	1	0	18	44	40	36	61	201
2000								
Jungen/Männer	0	0	8	25	28	41	45	147
Mädchen/Frauen	0	4	10	17	22	26	39	119
Total	0	4	18	42	50	67	85	266
2001								
Jungen/Männer	1	1	8	28	38	52	44	172
Mädchen/Frauen	0	0	10	13	15	33	19	91
Total	1	1	18	42	53	85	63	263
2002								
Jungen/Männer	0	1	13	24	56	58	45	196
Mädchen/Frauen	0	0	8	19	19	38	23	107
Total	0	1	20	42	75	96	68	303
2003								
Jungen/Männer	0	1	17	26	72	69	71	256
Mädchen/Frauen	0	1	11	17	45	50	44	167
Total	0	2	28	43	117	119	115	423
2004								
Jungen/Männer	0	3	22	57	72	94	87	335
Mädchen/Frauen	0	4	18	22	34	50	37	166
Total	0	7	40	80	106	145	124	501
2005								
Jungen/Männer	0	2	20	69	88	117	111	407
Mädchen/Frauen	0	0	25	30	38	41	62	195
Total	0	2	45	99	126	158	172	602
2006								
Jungen/Männer	0	5	16	46	98	116	125	406
Mädchen/Frauen	0	0	25	48	63	56	77	269
Total	0	5	40	94	161	172	202	674
2007								
Jungen/Männer	0	2	18	69	87	112	146	434
Mädchen/Frauen	0	0	18	48	66	69	81	282
Total	0	2	36	117	153	181	226	715

Bemerkung: Gewichtung zum Ausgleich von unterschiedlichen Teilnahmequoten über die Jahre

Tabelle A2c: Gewichtete Anzahl Haupt- und Nebendiagnosen "Alkohol-Intoxikationen", nach Alter, Geschlecht und Erhebungsjahr

	10-11 Jahre	12-13 Jahre	14-15 Jahre	16-17 Jahre	18-19 Jahre	20-21 Jahre	22-23 Jahre	Total
1999								
Jungen/Männer	0	8	82	108	74	61	85	418
Mädchen/Frauen	1	12	50	49	60	36	46	254
Total	1	20	132	157	134	97	131	672
2000								
Jungen/Männer	2	11	57	85	106	102	86	449
Mädchen/Frauen	1	15	51	39	64	45	65	280
Total	3	26	108	125	170	147	151	730
2001								
Jungen/Männer	1	15	80	90	124	117	97	523
Mädchen/Frauen	0	16	93	62	39	64	56	330
Total	1	30	173	152	163	181	153	853
2002								
Jungen/Männer	5	7	60	94	108	110	91	476
Mädchen/Frauen	0	10	48	59	56	66	50	289
Total	5	17	108	153	164	176	142	765
2003								
Jungen/Männer	1	13	94	94	148	135	122	608
Mädchen/Frauen	1	6	65	70	91	71	69	373
Total	2	19	158	164	239	207	191	980
2004								
Jungen/Männer	1	28	111	153	153	157	159	762
Mädchen/Frauen	0	14	86	78	76	95	62	412
Total	1	42	197	231	229	252	221	1174
2005								
Jungen/Männer	0	23	130	184	194	206	193	930
Mädchen/Frauen	0	13	125	92	90	89	96	505
Total	0	36	254	276	283	295	289	1434
2006								
Jungen/Männer	2	29	108	183	207	201	197	927
Mädchen/Frauen	1	20	106	129	107	109	105	577
Total	3	49	215	312	315	310	301	1505
2007								
Jungen/Männer	5	37	137	183	227	199	221	1009
Mädchen/Frauen	0	21	148	132	144	122	121	688
Total	5	58	285	316	371	321	342	1698

Bemerkung: Gewichtung zum Ausgleich von unterschiedlichen Teilnahmequoten über die Jahre

Tabelle A2d: Gewichtete Anzahl Hauptdiagnosen "Alkoholabhängigkeit", nach Alter, Geschlecht und Erhebungsjahr

	10-11 Jahre	12-13 Jahre	14-15 Jahre	16-17 Jahre	18-19 Jahre	20-21 Jahre	22-23 Jahre	Total
1999								
Jungen/Männer	0	0	1	14	25	14	42	98
Mädchen/Frauen	0	0	2	0	7	7	29	45
Total	0	0	4	14	32	22	71	143
2000								
Jungen/Männer	0	0	3	12	15	19	38	86
Mädchen/Frauen	0	1	5	6	0	16	19	47
Total	0	1	8	18	15	34	57	133
2001								
Jungen/Männer	0	1	1	15	15	38	23	93
Mädchen/Frauen	0	1	2	2	6	12	11	35
Total	0	2	4	17	21	49	35	128
2002								
Jungen/Männer	0	0	2	8	13	22	48	94
Mädchen/Frauen	0	0	3	7	14	18	21	63
Total	0	0	5	15	27	41	70	157
2003								
Jungen/Männer	0	0	1	7	18	43	57	127
Mädchen/Frauen	1	0	5	2	7	20	25	59
Total	1	0	6	9	25	63	82	186
2004								
Jungen/Männer	0	0	1	9	18	30	46	104
Mädchen/Frauen	0	1	3	7	10	27	23	72
Total	0	1	5	16	28	57	69	176
2005								
Jungen/Männer	0	1	3	11	24	34	37	110
Mädchen/Frauen	0	0	0	3	12	24	16	56
Total	0	1	3	14	36	58	54	166
2006								
Jungen/Männer	0	0	1	9	32	38	55	135
Mädchen/Frauen	0	0	4	4	12	35	16	71
Total	0	0	5	13	44	73	72	207
2007								
Jungen/Männer	0	0	0	4	36	66	56	162
Mädchen/Frauen	0	1	0	3	14	17	40	75
Total	0	1	0	7	50	84	96	238

Bemerkung: Gewichtung zum Ausgleich von unterschiedlichen Teilnahmequoten über die Jahre

Tabelle A2e: Gewichtete Anzahl Nebendiagnosen "Alkoholabhängigkeit", nach Alter, Geschlecht und Erhebungsjahr

	10-11 Jahre	12-13 Jahre	14-15 Jahre	16-17 Jahre	18-19 Jahre	20-21 Jahre	22-23 Jahre	Total
1999								
Jungen/Männer	0	0	2	8	16	31	48	105
Mädchen/Frauen	0	0	0	8	17	14	25	64
Total	0	0	2	16	33	45	73	169
2000								
Jungen/Männer	0	0	0	3	26	32	54	115
Mädchen/Frauen	0	0	2	4	9	19	45	80
Total	0	0	2	8	35	51	100	196
2001								
Jungen/Männer	0	0	1	16	24	36	33	110
Mädchen/Frauen	0	0	0	23	10	42	13	88
Total	0	0	1	39	34	78	46	198
2002								
Jungen/Männer	0	0	1	7	23	48	51	131
Mädchen/Frauen	0	0	6	12	12	17	41	88
Total	0	0	7	19	35	65	92	219
2003								
Jungen/Männer	0	1	16	10	18	42	74	162
Mädchen/Frauen	0	0	4	8	11	20	46	90
Total	0	1	21	18	30	62	121	252
2004								
Jungen/Männer	0	0	4	14	34	78	87	216
Mädchen/Frauen	0	0	3	12	10	36	53	114
Total	0	0	7	26	44	114	140	331
2005								
Jungen/Männer	0	0	0	16	40	50	95	201
Mädchen/Frauen	0	0	1	18	25	34	55	133
Total	0	0	1	34	64	85	150	333
2006								
Jungen/Männer	0	1	2	10	28	57	85	183
Mädchen/Frauen	0	0	2	8	15	24	45	94
Total	0	1	4	18	43	81	130	277
2007								
Jungen/Männer	2	0	4	22	34	59	91	212
Mädchen/Frauen	0	0	3	10	25	55	65	158
Total	2	0	7	33	59	114	156	371

Bemerkung: Gewichtung zum Ausgleich von unterschiedlichen Teilnahmequoten über die Jahre

Tabelle A2f: Gewichtete Anzahl Haupt- und Nebendiagnosen "Alkoholabhängigkeit", nach Alter, Geschlecht und Erhebungsjahr

	10-11 Jahre	12-13 Jahre	14-15 Jahre	16-17 Jahre	18-19 Jahre	20-21 Jahre	22-23 Jahre	Total
1999								
Jungen/Männer	0	0	4	23	41	45	90	203
Mädchen/Frauen	0	0	2	8	24	21	54	109
Total	0	0	6	30	65	66	144	312
2000								
Jungen/Männer	0	0	3	15	41	50	92	200
Mädchen/Frauen	0	1	7	10	9	34	65	127
Total	0	1	10	26	50	84	156	328
2001								
Jungen/Männer	0	1	2	27	37	74	56	197
Mädchen/Frauen	0	1	2	26	16	54	24	122
Total	0	2	5	53	52	127	80	320
2002								
Jungen/Männer	0	0	3	15	36	69	100	224
Mädchen/Frauen	0	0	8	19	26	36	61	149
Total	0	0	11	34	62	105	161	373
2003								
Jungen/Männer	0	1	18	17	37	85	131	288
Mädchen/Frauen	1	0	9	10	18	39	71	149
Total	1	1	27	27	55	125	202	437
2004								
Jungen/Männer	0	0	5	23	51	107	127	313
Mädchen/Frauen	0	1	6	19	21	60	74	181
Total	0	1	12	42	72	166	201	495
2005								
Jungen/Männer	0	1	3	27	63	85	133	311
Mädchen/Frauen	0	0	1	21	37	57	70	186
Total	0	1	4	48	100	142	202	498
2006								
Jungen/Männer	0	1	3	19	59	94	141	317
Mädchen/Frauen	0	0	6	11	28	59	61	165
Total	0	1	9	30	87	153	202	482
2007								
Jungen/Männer	2	0	4	25	69	125	146	371
Mädchen/Frauen	0	1	3	13	39	71	105	232
Total	2	1	7	39	108	197	251	604

Bemerkung: Gewichtung zum Ausgleich von unterschiedlichen Teilnahmequoten über die Jahre

Tabelle A2g: Gewichtete Anzahl Haupt- und Nebendiagnosen „Alkohol-Intoxikation“ und "Alkoholabhängigkeit", nach Alter, Geschlecht und Erhebungsjahr

	10-11 Jahre	12-13 Jahre	14-15 Jahre	16-17 Jahre	18-19 Jahre	20-21 Jahre	22-23 Jahre	Total
1999								
Jungen/Männer	0	8	86	131	115	105	170	615
Mädchen/Frauen	1	12	52	56	84	57	99	362
Total	1	20	138	187	199	162	269	977
2000								
Jungen/Männer	2	11	60	98	147	149	178	645
Mädchen/Frauen	1	17	58	50	73	80	128	406
Total	3	28	118	148	220	229	306	1051
2001								
Jungen/Männer	1	16	82	115	158	186	149	708
Mädchen/Frauen	0	17	95	88	54	115	79	448
Total	1	33	177	203	213	302	228	1157
2002								
Jungen/Männer	5	7	63	108	144	178	187	692
Mädchen/Frauen	0	10	56	74	79	100	109	428
Total	5	17	119	182	223	278	296	1120
2003								
Jungen/Männer	1	14	105	110	182	221	243	877
Mädchen/Frauen	2	6	74	78	110	107	139	516
Total	3	20	179	188	292	328	382	1393
2004								
Jungen/Männer	1	28	116	174	201	260	281	1061
Mädchen/Frauen	0	16	91	95	97	155	133	587
Total	1	44	207	269	298	414	414	1648
2005								
Jungen/Männer	0	24	133	209	252	281	313	1212
Mädchen/Frauen	0	13	126	112	125	144	162	682
Total	0	37	258	321	377	426	475	1894
2006								
Jungen/Männer	2	30	110	200	264	283	327	1216
Mädchen/Frauen	1	20	112	140	134	166	161	734
Total	3	50	223	340	398	449	488	1951
2007								
Jungen/Männer	7	37	140	203	290	315	353	1345
Mädchen/Frauen	0	22	151	144	178	188	219	902
Total	7	59	291	347	469	504	572	2249

Bemerkung: Gewichtung zum Ausgleich von unterschiedlichen Teilnahmequoten über die Jahre

Tabelle A2h: Gewichtete Anzahl Haupt- und Nebendiagnosen insgesamt, nach Alter und Erhebungsjahr

	10-11 Jahre	12-13 Jahre	14-15 Jahre	16-17 Jahre	18-19 Jahre	20-21 Jahre	22-23 Jahre	Total
Hauptdiagnose								
1999	9396	10164	12679	17067	21358	24245	27798	122706
2000	10054	9841	12338	15462	19401	21984	25058	114139
2001	11207	11704	13910	16468	20668	23882	25937	123775
2002	9048	9710	12096	14958	18334	21612	23623	109382
2003	9305	10334	12778	15423	18902	21387	24268	112398
2004	9107	10295	13127	15481	18897	21144	23939	111989
2005	7815	9619	12268	15772	18354	20774	24585	109187
2006	7894	9336	13067	15893	19065	20643	23320	109218
2007	8072	9122	13365	16078	19862	21421	23637	111557
Nebendiagnose								
1999	3743	3806	5116	7399	10079	14341	18456	62940
2000	5514	5143	6352	7632	11325	15309	20625	71900
2001	5914	6616	7582	9099	13798	18632	23891	85531
2002	5105	5410	7095	8739	13071	18391	22122	79932
2003	7325	8005	9712	10696	14446	19279	25471	94934
2004	7323	8166	11098	12445	16716	21719	28317	105785
2005	6801	8341	11040	13670	16792	22243	28831	107718
2006	7862	9259	12915	14334	18592	23389	29254	115605
2007	6849	7887	12050	14188	18749	23546	30447	113715

Bemerkung: Gewichtung zum Ausgleich von unterschiedlichen Teilnahmequoten über die Jahre

Tabelle A3a: Häufigkeit (gewichtet) und Rate (pro tausend Fälle) der Haupt- und Nebendiagnosen "Akuter Rausch" (F10.0) und "Schädlicher Gebrauch" (F10.1) an allen Diagnosen, nach Kantonen, zusammengefasst für die Jahre 2005 bis 2007

Kanton	Standort des Spitals				Wohnort des Patienten/der Patientin			
	P. aus dem selben Kanton	P. aus anderem Kanton	total	Rate	im selben Kanton behandelt	in anderem Kanton behandelt	total	Rate
AG	148	19	167	8.6	148	57	205	9.7
AI	0	0	0	.0	0	2	2	3.7
AR	9	8	17	7.1	9	4	13	6.3
BE	869	158	1027	21.4	869	37	906	21.1
BL	82	37	119	9.0	82	34	116	11.3
BS	115	44	159	19.6	115	23	138	19.1
FR	111	10	121	13.9	111	20	131	11.8
GE	226	37	263	7.0	226	13	239	7.3
GL	18	1	19	10.0	18	5	23	9.8
GR	141	42	183	14.6	141	12	153	17.7
JU	47	6	53	24.7	47	19	66	22.8
LU	87	11	98	7.5	87	28	115	8.7
NE	124	11	135	24.5	124	10	134	21.2
NW	8	6	14	14.8	8	4	12	10.8
OW	9	3	12	15.6	9	6	15	12.8
SG	91	17	108	5.3	91	35	126	6.4
SH	21	14	35	13.8	21	7	28	12.0
SO	48	13	61	10.7	48	55	103	10.5
SZ	85	14	99	21.4	85	25	110	18.0
TG	53	31	84	10.7	53	20	73	7.8
TI	106	17	123	10.9	106	7	113	10.1
UR	9	3	12	11.3	9	2	11	9.1
VD	516	49	565	17.7	516	22	538	18.3
VS	219	37	256	19.6	219	12	231	17.3
ZG	26	17	43	14.2	26	14	40	12.1
ZH	470	44	514	9.8	470	72	542	11.4

Lesebeispiel: Zwischen 2005 und 2007 wurden in Spitälern des Kantons Aargau 167 Jugendliche und junge Erwachsene mit der Haupt- oder Nebendiagnose „Akuter Rausch“ oder „Schädlicher Gebrauch“ behandelt, davon wohnten 148 Personen zum Zeitpunkt der Spitaleinweisung im Kanton Aargau, 19 Personen in einem anderen Kanton oder im Ausland. Im gleichen Zeitraum wurden 205 Personen mit Wohnort im Kanton Aargau mit der Haupt- oder Nebendiagnose „Akuter Rausch“ oder „Schädlicher Gebrauch“ in einem Spital behandelt, 148 davon in einem Spital im Kanton Aargau und 57 in einem anderen Kanton. 8.6 von 1000 in einem Spital des Kantons Aargau behandelten Fälle hatte die Haupt- oder Nebendiagnose „Akuter Rausch“ oder „Schädlicher Gebrauch“. Von 1000 zum Zeitpunkt der Spitaleinweisung im Kanton Aargau lebenden Personen wurden 9.7 in einem Schweizer Spital mit der Haupt- oder Nebendiagnose „Akuter Rausch“ oder „Schädlicher Gebrauch“ behandelt.

Tabelle A3b: Rangreihenfolge der Rate Haupt- und Nebendiagnose "Akuter Rausch"/„Schädlicher Gebrauch“ an allen Diagnosen, der Indikatoren des Trinkmusters, des Anteils der Selbsteinweisung und der Ausführlichkeit der Dokumentation der Nebendiagnosen in den jeweiligen Kantonen

Rate „Akuter Rausch“/ „Schädlicher Gebrauch“	Trinkmuster (ESPAD 2007)					Selbst- Einweisung	Anzahl Neben- diagnosen
	Häufigkeit	Menge	Volume	5+	betrunken		
Rang der Raten							
1	7	3	4	4	8	22	4
2	5	5	6	10	15	19	8
3	13	23	14	20	16	11	11
4	9	14	5	19	2	15	1
5	4	10	11	8	13	6	7
6	1	1	1	1	1	2	14
7	21	16	21	6	24	16	17
8	16	9	17	15	6	21	15
9	24	24	24	22	3	3	23
10	2	4	2	11	10	10	6
11	10	21	8	21	21	4	18
12	8	7	12	3	4	13	2
13	20	8	15	13	5	24	21
14	22	2	20	2	11	1	22
15	19	17	19	23	22	5	13
16	6	6	3	7	20	14	24
17	12	12	10	9	9	12	3
18	15	20	13	12	14	7	9
19	18	22	16	17	17	23	5
20	17	19	18	14	19	18	10
21	11	11	9	5	12	17	16
22	14	13	22	24	23	8	19
23	3	15	7	18	7	20	20
24	23	18	23	16	18	9	12
25	25	25	25	25	25	25	25
Zusammenhang mit „Akuter Rausch“/„Schädlicher Gebrauch“							
Rangkorrelation τ_{Kendall}	.247	.267	.313	.233	.287	.093	.286
p (Signifikanz)	.084	.062	.028	.102	.045	.513	.045
n	25	25	25	25	25	25	25

Anmerkungen: Rangreihenfolge: Der Kanton mit der jeweilig höchsten Ausprägung der Variable hat den Rang Nummer „1“.

„Rate Akuter Rausch/Schäd. Gebrauch“ = Rate (pro tausend Fälle) aller Haupt- und Nebendiagnosen Akuter Rausch (F10.0) und Schädlicher Gebrauch (F10.1); „Häufigkeit“ = Anzahl Trinkgelegenheiten in den letzten 30 Tagen; „Menge“ = Konsumierte Menge Alkohol bei der letzten Trinkgelegenheit (in g Alkohol); „Volume“ = durchschnittlicher Alkoholkonsum (in g/Tag); „5+“ = Anteil der Jugendlichen, der in den letzten 30 Tagen mindestens einmal bei einer Trinkgelegenheit fünf oder mehr Getränke konsumiert hat; „betrunken“ = Anteil der Jugendlichen, der in den letzten 30 Tagen mindestens einmal betrunken war; „Selbsteinweisung“ = Anteil der Fälle mit Selbsteinweisung (selbst oder von Angehörigen) im Vergleich zu allen Einweisung inkl. durch Rettungsdienst, Arzt oder Polizei; „Anz.Neb.“ = Durchschnittliche Anzahl Nebendiagnosen pro behandelter Person.

Die Angaben zum Alkoholkonsum wurden auf Basis der ESPAD-Studie 2007 geschätzt und bezieht sich auf 14- bis 16-jährige Jugendliche (Gmel et al., 2007 – Abschlussbericht). Für die Spitaleinweisungen wurden die Jahre 2006 und 2007 zusammengefasst und die Angaben der 10- bis 23-Jährigen verwendet.

Besonders für kleine Kantone sind die Befunde aus der ESPAD-Studie nur ein grober Indikator des jeweiligen Trinkmusters. Aus diesem Grund wird in der Tabelle der Name der Kantone nicht berichtet und statt den absoluten Werten (e.g. Prävalenz von Rauschtrinken), nur deren relative Ausprägung (d.h. Rangreihenfolge) verwendet.

Tabelle A4a: Veränderungen der Haupt- und Nebendiagnose Alkohol-Intoxikation bei männlichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen, nach Altersgruppen zwischen 2005 und 2007

			ungewichtet			gewichtet			gewichtet & adjustiert		
			2005	2007	Zunahme	2005	2007	Zunahme	2005	2007	Zunahme
10-11 Jahre	gesamt	Nebendiagnose	3647	3779	4%	3796	3863	2%			
	Alkohol-Intoxikation	Hauptdiagnose	0	5	--	0	5	--	0	5	--
		Nebendiagnose	0	0	--	0	0	--	0	0	--
		gesamt	0	5	--	0	5	--	0	5	--
12-13 Jahre	gesamt	Nebendiagnose	4442	4326	-3%	4606	4418	-4%			
	Alkohol-Intoxikation	Hauptdiagnose	20	34	70%	21	35	67%	21	35	67%
		Nebendiagnose	2	2	0%	2	2	0%	2	2	4%
		gesamt	22	36	64%	23	37	61%	23	37	61%
14-15 Jahre	gesamt	Nebendiagnose	5017	5754	15%	5204	5884	13%			
	Alkohol-Intoxikation	Hauptdiagnose	107	119	11%	111	121	9%	111	121	9%
		Nebendiagnose	19	18	-5%	20	18	-10%	20	15	-23%
		gesamt	126	137	9%	131	139	6%	131	136	4%
16-17 Jahre	gesamt	Nebendiagnose	6309	6801	8%	6538	6954	6%			
	Alkohol-Intoxikation	Hauptdiagnose	112	112	0%	116	114	-2%	116	114	-2%
		Nebendiagnose	67	67	0%	69	69	0%	69	65	-6%
		gesamt	179	179	0%	185	183	-1%	185	179	-3%
18-19 Jahre	gesamt	Nebendiagnose	6933	8049	16%	7176	8229	15%			
	Alkohol-Intoxikation	Hauptdiagnose	102	141	38%	106	143	35%	106	143	35%
		Nebendiagnose	85	86	1%	88	87	-1%	88	74	-16%
		gesamt	187	227	21%	194	230	19%	194	217	12%
20-21 Jahre	gesamt	Nebendiagnose	7475	8342	12%	7748	8529	10%			
	Alkohol-Intoxikation	Hauptdiagnose	86	87	1%	89	89	0%	89	89	0%
		Nebendiagnose	113	109	-4%	117	112	-4%	117	100	-14%
		gesamt	199	196	-2%	206	201	-2%	206	189	-8%
22-23 Jahre	gesamt	Nebendiagnose	8164	8756	7%	8448	8948	6%			
	Alkohol-Intoxikation	Hauptdiagnose	80	76	-5%	82	78	-5%	82	78	-5%
		Nebendiagnose	107	142	33%	111	146	32%	111	139	26%
		gesamt	187	218	17%	193	224	16%	193	217	13%
alle	gesamt	Nebendiagnose	41987	45807	9%	43517	46826	8%			
	Alkohol-Intoxikation	Hauptdiagnose	507	574	13%	525	584	11%	525	584	11%
		Nebendiagnose	393	424	8%	407	434	7%	407	403	-1%
		gesamt	900	998	11%	932	1018	9%	932	987	6%

Bemerkungen: Zunahme = $[(\text{Häufigkeit}_{2007} - \text{Häufigkeit}_{2005}) / \text{Häufigkeit}_{2005}] * 100$; Gewichtung = Teilnahmequote; Adjustierung für Nebendiagnosen: $\text{Häufigkeit}_{2005\text{adjustiert}} = \text{Häufigkeit}_{2007} - (\text{Zunahme Nebendiagnosen}_{2005-2007 \text{ in } \%} * \text{Häufigkeit}_{2005})$; „--“ = wenn im Jahr 2005 oder 2007 keine Fälle registriert wurden, wir auch keine Veränderung berichtet.

Tabelle A4b: Veränderungen der Haupt- und Nebendiagnose Alkohol-Intoxikation bei weiblichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen, nach Altersgruppen zwischen 2005 und 2007

			ungewichtet			gewichtet			gewichtet & adjustiert		
			2005	2007	Zunahme	2005	2007	Zunahme	2005	2007	Zunahme
10-11 Jahre	gesamt	Nebendiagnose	2896	2927	1%	3005	2986	-1%			
	Alkohol-Intoxikation	Hauptdiagnose	0	0	--	0	0	--	0	0	--
		Nebendiagnose	0	0	--	0	0	--	0	0	--
		gesamt	0	0	--	0	0	--	0	0	--
12-13 Jahre	gesamt	Nebendiagnose	3617	3397	-6%	3735	3468	-7%			
	Alkohol-Intoxikation	Hauptdiagnose	13	21	62%	13	21	62%	13	21	62%
		Nebendiagnose	0	0	--	0	0	--	0	0	--
		gesamt	13	21	62%	13	21	62%	13	21	62%
14-15 Jahre	gesamt	Nebendiagnose	5643	6041	7%	5836	6167	6%			
	Alkohol-Intoxikation	Hauptdiagnose	97	128	32%	100	131	31%	100	131	31%
		Nebendiagnose	24	17	-29%	25	18	-28%	25	17	-34%
		gesamt	121	145	20%	125	149	19%	125	148	18%
16-17 Jahre	gesamt	Nebendiagnose	6881	7063	3%	7132	7233	1%			
	Alkohol-Intoxikation	Hauptdiagnose	62	83	34%	63	84	33%	63	84	33%
		Nebendiagnose	28	47	68%	30	48	60%	30	48	59%
		gesamt	90	130	44%	93	132	42%	93	132	41%
18-19 Jahre	gesamt	Nebendiagnose	9296	10265	10%	9616	10520	9%			
	Alkohol-Intoxikation	Hauptdiagnose	50	78	56%	52	80	54%	52	80	54%
		Nebendiagnose	37	65	76%	38	66	74%	38	62	64%
		gesamt	87	143	64%	90	146	62%	90	142	58%
20-21 Jahre	gesamt	Nebendiagnose	13995	14627	5%	14496	15017	4%			
	Alkohol-Intoxikation	Hauptdiagnose	48	52	8%	50	53	6%	50	53	6%
		Nebendiagnose	39	68	74%	41	69	68%	41	68	65%
		gesamt	87	120	38%	91	122	34%	91	121	32%
22-23 Jahre	gesamt	Nebendiagnose	19710	20971	6%	20382	21498	5%			
	Alkohol-Intoxikation	Hauptdiagnose	34	41	21%	35	42	20%	35	42	20%
		Nebendiagnose	59	79	34%	62	81	31%	62	78	25%
		gesamt	93	120	29%	97	123	27%	97	120	23%
alle	gesamt	Nebendiagnose	62038	65291	5%	64201	66889	4%			
	Alkohol-Intoxikation	Hauptdiagnose	304	403	33%	313	411	31%	313	411	31%
		Nebendiagnose	187	276	48%	195	282	45%	195	274	40%
		gesamt	491	679	38%	508	693	36%	508	685	35%

Bemerkungen: Zunahme = $[(\text{Häufigkeit}_{2007} - \text{Häufigkeit}_{2005}) / \text{Häufigkeit}_{2005}] * 100$; Gewichtung = Teilnahmequote; Adjustierung für Nebendiagnosen: $\text{Häufigkeit}_{2005\text{adjustiert}} = \text{Häufigkeit}_{2007} - (\text{Zunahme Nebendiagnosen}_{2005-2007 \text{ in } \%} * \text{Häufigkeit}_{2005})$; „--“ = wenn im Jahr 2005 oder 2007 keine Fälle registriert wurden, wir auch keine Veränderung berichtet.

Tabelle A4c: Veränderungen der Haupt- und Nebendiagnose Alkoholabhängigkeit bei männlichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen, nach Altersgruppen zwischen 2005 und 2007

			ungewichtet			gewichtet			gewichtet & adjustiert		
			2005	2007	Zunahme	2005	2007	Zunahme	2005	2007	Zunahme
10-11 Jahre	gesamt	Nebendiagnose	3647	3779	4%	3796	3863	2%			
	Alkoholabhängigkeit	Hauptdiagnose			--			--	0	0	--
		Nebendiagnose	0	2	--	0	0	--	0	0	--
		gesamt	0	2	--	0	0	--	0	0	--
12-13 Jahre	gesamt	Nebendiagnose	4442	4326	-3%	4606	4418	-4%			
	Alkoholabhängigkeit	Hauptdiagnose	1	0	--	1	0	--	1	0	--
		Nebendiagnose	0	0	--	0	0	--	0	0	--
		gesamt	1	0	--	1	0	--	1	0	--
14-15 Jahre	gesamt	Nebendiagnose	5017	5754	15%	5204	5884	13%			
	Alkoholabhängigkeit	Hauptdiagnose	3	0	--	3	0	--	3	0	--
		Nebendiagnose	0	4	--	0	4	--	0	0	--
		gesamt	3	4	33%	3	4	33%	3	0	--
16-17 Jahre	gesamt	Nebendiagnose	6309	6801	8%	6538	6954	6%			
	Alkoholabhängigkeit	Hauptdiagnose	11	4	-64%	11	4	-64%	11	4	-64%
		Nebendiagnose	15	22	47%	16	22	38%	16	21	31%
		gesamt	26	26	0%	27	26	-4%	27	25	-7%
18-19 Jahre	gesamt	Nebendiagnose	6933	8049	16%	7176	8229	15%			
	Alkoholabhängigkeit	Hauptdiagnose	23	36	57%	24	36	50%	24	36	50%
		Nebendiagnose	38	33	-13%	40	34	-15%	40	28	-30%
		gesamt	61	69	13%	64	70	9%	64	64	0%
20-21 Jahre	gesamt	Nebendiagnose	7475	8342	12%	7748	8529	10%			
	Alkoholabhängigkeit	Hauptdiagnose	33	66	100%	34	66	94%	34	66	94%
		Nebendiagnose	48	58	21%	50	59	18%	50	54	8%
		gesamt	81	124	53%	84	125	49%	84	120	43%
22-23 Jahre	gesamt	Nebendiagnose	8164	8756	7%	8448	8948	6%			
	Alkoholabhängigkeit	Hauptdiagnose	36	55	53%	37	56	51%	37	56	51%
		Nebendiagnose	92	89	-3%	95	91	-4%	95	85	-10%
		gesamt	128	144	13%	132	147	11%	132	141	7%
alle	gesamt	Nebendiagnose	41987	45807	9%	43517	46826	8%			
	Alkoholabhängigkeit	Hauptdiagnose	107	161	50%	110	162	47%	110	162	47%
		Nebendiagnose	193	208	8%	201	213	6%	201	198	-2%
		gesamt	300	369	23%	311	375	21%	311	360	16%

Bemerkungen: Zunahme = [(Häufigkeit₂₀₀₇ - Häufigkeit₂₀₀₅) / Häufigkeit₂₀₀₅] * 100; Gewichtung = Teilnahmequote; Adjustierung für Nebendiagnosen: Häufigkeit_{2005adjustiert} = Häufigkeit₂₀₀₇ - (Zunahme Nebendiagnosen₂₀₀₅₋₂₀₀₇ in % * Häufigkeit₂₀₀₅); „--“ = wenn im Jahr 2005 oder 2007 keine Fälle registriert wurden, wir auch keine Veränderung berichtet.

Tabelle A4d: Veränderungen der Haupt- und Nebendiagnose Alkoholabhängigkeit bei weiblichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen, nach Altersgruppen zwischen 2005 und 2007

			ungewichtet			gewichtet			gewichtet & adjustiert		
			2005	2007	Zunahme	2005	2007	Zunahme	2005	2007	Zunahme
10-11 Jahre	gesamt	Nebendiagnose	2896	2927	1%	3005	2986	-1%			
	Alkoholabhängigkeit	Hauptdiagnose	0	0	--	0	0	--	0	0	--
		Nebendiagnose	0	0	--	0	0	--	0	0	--
		gesamt	0	0	--	0	0	--	0	0	--
12-13 Jahre	gesamt	Nebendiagnose	3617	3397	-6%	3735	3468	-7%			
	Alkoholabhängigkeit	Hauptdiagnose	0	1	--	0	1	--	0	1	--
		Nebendiagnose	0	0	--	0	0	--	0	0	--
		gesamt	0	1	--	0	1	--	0	1	--
14-15 Jahre	gesamt	Nebendiagnose	5643	6041	7%	5836	6167	6%			
	Alkoholabhängigkeit	Hauptdiagnose	0	0	--	0	0	--	0	0	--
		Nebendiagnose	1	3	200%	1	3	200%	1	0	--
		gesamt	1	3	200%	1	3	200%	1	0	--
16-17 Jahre	gesamt	Nebendiagnose	6881	7063	3%	7132	7233	1%			
	Alkoholabhängigkeit	Hauptdiagnose	3	3	0%	3	3	0%	3	3	0%
		Nebendiagnose	18	10	-44%	18	10	-44%	18	10	-46%
		gesamt	21	13	-38%	21	13	-38%	21	13	-39%
18-19 Jahre	gesamt	Nebendiagnose	9296	10265	10%	9616	10520	9%			
	Alkoholabhängigkeit	Hauptdiagnose	12	13	8%	12	14	17%	12	14	17%
		Nebendiagnose	24	24	0%	25	25	0%	25	23	-9%
		gesamt	36	37	3%	37	39	5%	37	37	-1%
20-21 Jahre	gesamt	Nebendiagnose	13995	14627	5%	14496	15017	4%			
	Alkoholabhängigkeit	Hauptdiagnose	23	17	-26%	24	17	-29%	24	17	-29%
		Nebendiagnose	33	54	64%	34	55	62%	34	54	58%
		gesamt	56	71	27%	58	72	24%	58	71	22%
22-23 Jahre	gesamt	Nebendiagnose	19710	20971	6%	20382	21498	5%			
	Alkoholabhängigkeit	Hauptdiagnose	16	39	144%	16	40	150%	16	40	150%
		Nebendiagnose	53	62	17%	55	65	18%	55	62	13%
		gesamt	69	101	46%	71	105	48%	71	102	44%
alle	gesamt	Nebendiagnose	62038	65291	5%	64201	66889	4%			
	Alkoholabhängigkeit	Hauptdiagnose	54	73	35%	56	75	34%	56	75	34%
		Nebendiagnose	129	153	19%	133	158	19%	133	152	15%
		gesamt	183	226	23%	189	233	23%	189	227	20%

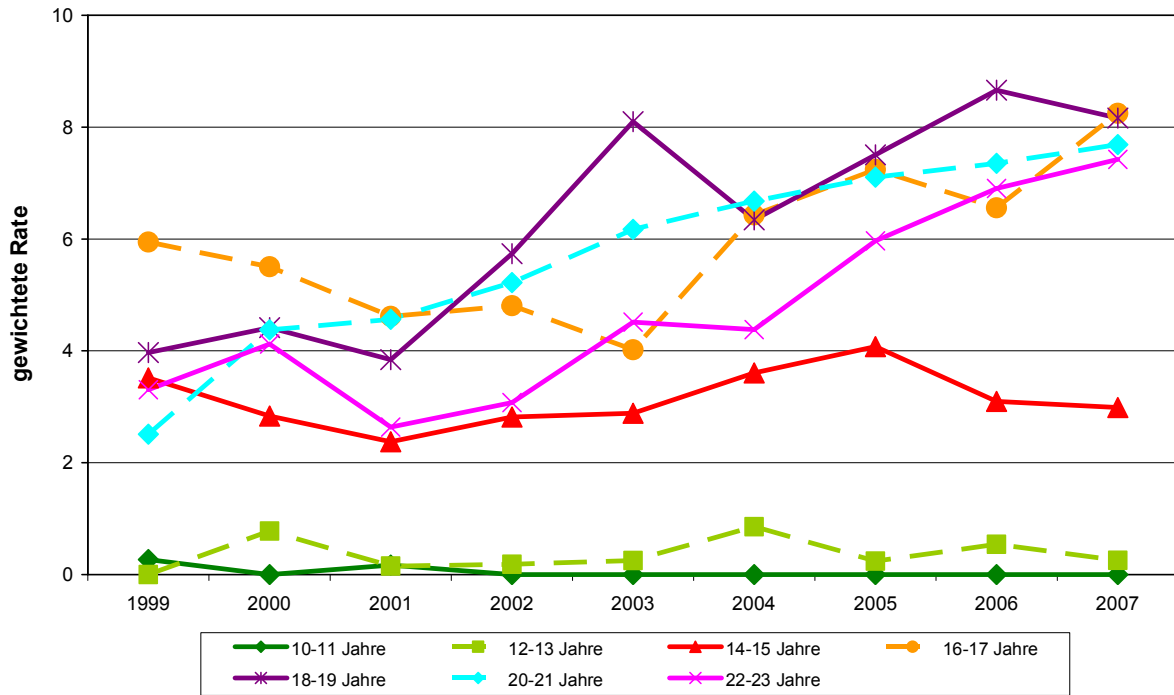
Bemerkungen: Zunahme = $[(\text{Häufigkeit}_{2007} - \text{Häufigkeit}_{2005}) / \text{Häufigkeit}_{2005}] * 100$; Gewichtung = Teilnahmequote; Adjustierung für Nebendiagnosen: $\text{Häufigkeit}_{2005\text{adjustiert}} = \text{Häufigkeit}_{2007} - (\text{Zunahme Nebendiagnosen}_{2005-2007 \text{ in } \%} * \text{Häufigkeit}_{2005})$; „--“ = wenn im Jahr 2005 oder 2007 keine Fälle registriert wurden, wir auch keine Veränderung berichtet.

Tabelle A4e: Gewichtete und adjustierte Veränderungen der Haupt- und Nebendiagnose „Alkohol-Intoxikation“ und „Alkoholabhängigkeit“ zwischen 2003 und 2005 bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen, nach Altersgruppen

	Jungen/Männer			Mädchen/Frauen		
	Hauptdiag.	Nebendiag.	Haupt- und Nebendiag.	Hauptdiag.	Nebendiag.	Haupt- und Nebendiag.
Alkohol-Intoxikation						
10-11 Jahre	--	--	--	--	--	--
12-13 Jahre	72%	[109%]	75%	[164%]	--	[121%]
14-15 Jahre	41%	8%	35%	85%	114%	90%
16-17 Jahre	68%	136%	86%	15%	49%	23%
18-19 Jahre	37%	1%	20%	11%	-27%	-8%
20-21 Jahre	33%	43%	38%	123%	-29%	18%
22-23 Jahre	60%	32%	44%	41%	31%	35%
alle Altersgruppen	47%	43%	46%	50%	5%	30%
Alkoholabhängigkeit						
10-11 Jahre	--	--	--	--	--	--
12-13 Jahre	--	--	--	--	--	--
14-15 Jahre	--	[-100%]	[-83%]	--	--	[-100%]
16-17 Jahre	[68%]	[23%]	41%	--	[107%]	[96%]
18-19 Jahre	31%	93%	62%	[71%]	110%	94%
20-21 Jahre	-21%	-6%	-14%	22%	63%	43%
22-23 Jahre	-35%	4%	-13%	-34%	8%	-7%
alle Altersgruppen	-13%	8%	-1%	-5%	36%	20%

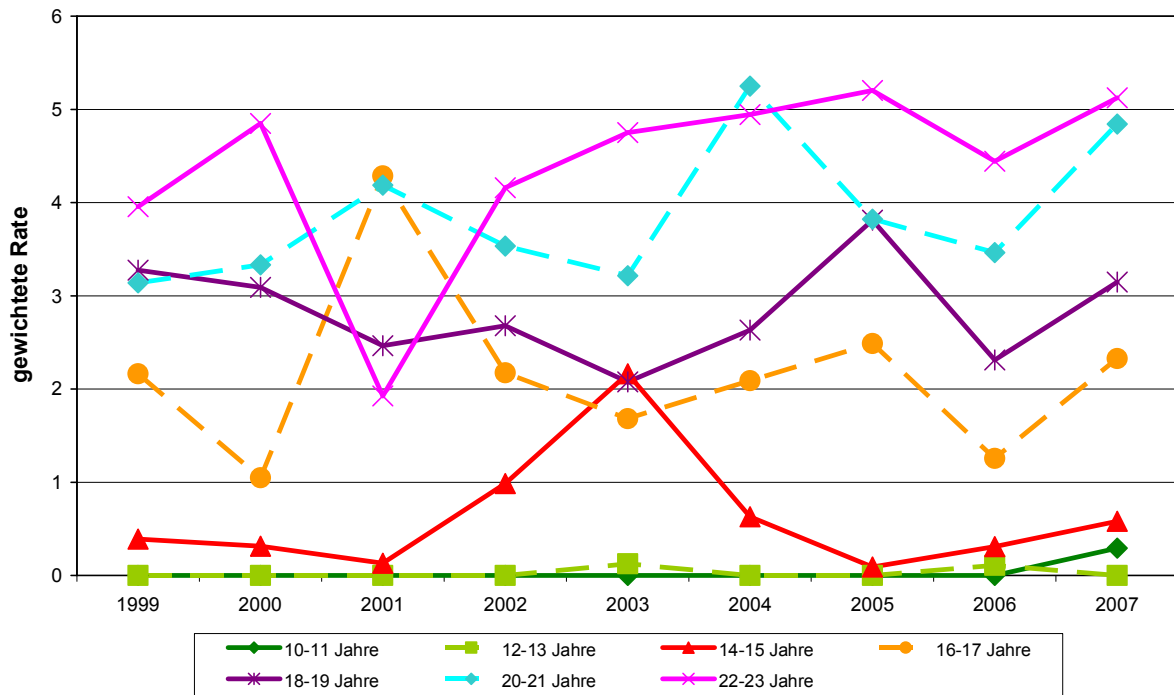
Bemerkungen: Für Altersgruppen bei denen Diagnosen „Alkoholabhängigkeit“ selten sind (in beiden Jahren jeweils nicht mehr als 19 Fälle), wird die Veränderung in eckigen Klammern dargestellt. Wenn es in beiden Jahren jeweils nicht mehr als 4 Fälle gab, werden keine Veränderungen dargestellt. Alle Häufigkeiten wurden zum Ausgleich von unterschiedlichen Teilnahmequoten über die Jahre gewichtet; die Häufigkeiten der Nebendiagnosen im Jahr 2005 wurden zusätzlich für die Ausführlichkeit der Dokumentation von Nebendiagnosen adjustiert (siehe Kapitel 2.5.1.3).

Abbildung A1: Gewichtete Rate (pro 1000 Nebendiagnosen) von Nebendiagnosen der Gruppe "Alkohol-Intoxikation" (F10.0, F10.1, T51.0), nach Alter und Erhebungsjahr



Bemerkung: Gewichtung zum Ausgleich von unterschiedlichen Teilnahmequoten über die Jahre. Rate (pro 1000): Anteil der Nebendiagnose "Alkohol-Intoxikationen" an allen Nebendiagnosen

Abbildung A2: Gewichtete Rate (pro 1000 Nebendiagnosen) von Nebendiagnosen der Gruppe "Alkoholabhängigkeit" (F10.2 -F10.9), nach Alter und Erhebungsjahr



Bemerkung: Gewichtung zum Ausgleich von unterschiedlichen Teilnahmequoten über die Jahre. Rate (pro 1000): Anteil der Nebendiagnose "Alkoholabhängigkeit" an allen Nebendiagnosen