

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
tossicomanie*

Lausanne
Februar 2008

Diese Studie wurde finanziert mit Mitteln des
Bundesamtes für Gesundheit
Vertrag: 07.005484 / 204.0001-155

Abschlussbericht

Forschungsbericht

Alkohol-Intoxikationen Jugendlicher und junger Erwachsener. Ein Update der Sekundäranalyse der Daten Schweizer Hospitäler bis 2005

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 Layout des Berichtes.

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 2007
ISBN :	

Inhaltsverzeichnis

Executive Summary	1
Ausgangslage	1
Daten und Methoden	1
Ergebnisse	2
Diskussion	3
Résumé	5
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
2.5.1 <i>Datenaggregation und Gewichtung</i>	14
2.5.1.1 Analysen der ungewichteten Daten von 2003, 2004 und 2005 für die gesamte Schweiz	15
2.5.1.2 Zusammengefasste Analyse der ungewichteten Daten registrierter Fälle von 2002 bis 2005	16
2.5.1.3 Trendanalysen von 1999 bis 2005.....	16
3. Ergebnisse	18
3.1 Hauptdiagnosen alkoholbedingter Störungen in den Jahren 2003 bis 2005	18
3.2 Nebendiagnosen alkoholbedingter Störungen in den Jahren 2003 bis 2005	21
3.3 Kantonale Auswertungen alkoholbedingter Störungen	28
3.4 Aufenthaltsdauer und Behandlungsart alkoholbedingter Störungen	30
3.5 Trendanalysen.....	32
3.5.1 <i>Diagnosen der Gruppe „Alkohol-Intoxikationen“</i>	33
3.5.2 <i>Diagnosen der Gruppe „Alkoholabhängigkeit“</i>	37
3.6 Vergleiche mit Deutschland und Österreich	42
4. Diskussion	43
5. Literatur.....	48
6. Appendix	50

Executive Summary

Ausgangslage

Sporadisch-exzessiver Alkoholkonsum bzw. Trunkenheit im Jugendalter ist mit einer Vielzahl von negativen Konsequenzen assoziiert. Aus diesem Grund empfehlen sowohl die Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2001) als auch der EU-Gesundheitsministerrat (2001) die Verbreitung und Häufigkeit von Trinkgewohnheiten, die mit hohen Risiken verbunden sind, unter jungen Menschen wesentlich zu verringern, Jugendliche über Alkohol besser aufzuklären und ein stützendes Umfeld zu schaffen. Trotz allgemein vermuteter hoher Validität des selbst-berichteten Konsums in Jugendbefragungen (Hibell et al., 2004) sollten solche Ergebnisse durch objektivere Messungen abgestützt werden. Dies gilt insbesondere für alkoholbedingte Konsequenzen. Die vorliegende Studie analysiert deshalb die medizinischen Statistiken der Schweizer Krankenhäuser und im Besonderen alkoholbezogene Diagnosen, die Interventionen in Spitälern notwendig gemacht haben. Hauptaugenmerk wird dabei auf den akuten Missbrauch, in der Regel Alkohol-Intoxikationen, also akute Rauschzustände, gelegt.

Daten und Methoden

Die Daten umfassen die Erhebung von Patienten und entsprechenden Diagnosen der medizinischen Statistik der Krankenhäuser (Krankenhausstatistik) der Schweiz von 1999 bis 2005. Die Krankenhausstatistik verwendet den ICD-10 Diagnoseschlüssel. Die vorliegende Arbeit fokussiert dabei auf Alkohol-Intoxikationen. Unter diesem Begriff werden hier 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 Entwicklung von Verläufen über das Alter in gleich grossen Altersgruppen von jeweils 2 Jahrgängen und andererseits die Betrachtung bestimmter alkoholpolitisch relevanter Altersschwellen wie das legale Konsumalter für vergorene alkoholische Getränke (16 Jahre) bzw. gebrannter alkoholischer Getränke (18 Jahre). Die Datenqualität der seit 1998 bestehenden Spitalstatistik nahm kontinuierlich zu. Für die Jahre 2003 bis 2005 ergibt dies eine annähernde Vollerhebung: Die Teilnahmequote der Krankenhäuser lag bei 99-100%, dabei wurden 93-98% der Fälle dokumentiert.

Es wird zwischen drei Arten von Analysen unterschieden:

1. Analyse der Daten von 2003, 2004 und 2005 für die gesamte Schweiz.
2. Analysen der ungewichteten Daten von registrierten Fällen zusammengefasst über die Jahre 2002 bis 2005. Diese Zusammenfassung wurde bei Detailanalysen, z.B. kantonalen Auswertungen, vorgenommen, bei denen die Fallzahlen für eine Betrachtung der einzelnen Erhebungsjahren zu gering war.
3. Für unterschiedliche Teilnahmequoten gewichtete Analysen der Entwicklung von Alkohol-diagnosen über den Zeitraum von 1999 bis 2005.

Ergebnisse

Die Zahl der Alkohol-Intoxikationen (als Hauptdiagnose) steigt bei den registrierten Personen ab einem Alter von 14 Jahren sprunghaft an. In den Jahren 2004/2005 wurden pro Jahr bei den 14- bis 19-Jährigen innerhalb jedes Jahrganges durchschnittlich etwa 32 Mädchen und 50 Jungen wegen Alkohol-Intoxikation hospitalisiert. Ein Rückgang der Hauptdiagnose Alkohol-Intoxikation zeigt sich bei Mädchen etwa ab einem Alter von 16 Jahren und bei Jungen ab 18 Jahren.

Insgesamt wurden im Jahr 2004 684 Jugendliche und junge Erwachsene mit der Hauptdiagnose Alkohol-Intoxikation eingeliefert, 2005 stieg deren Zahl auf 838 Personen. In beiden Jahren waren Intoxikationen bei Jungen/Männern etwa 1.7 Mal häufiger als bei Mädchen/Frauen.

Zusätzlich zu den Hauptdiagnosen kamen bei der Alkohol-Intoxikation noch einmal fast so viele Nebendiagnosen dazu: insgesamt wurden in den Jahren 2004 und 2005 jeweils etwa 850 männliche Jugendliche und junge Erwachsene mit Alkohol-Intoxikation als Haupt- oder Nebendiagnose in Schweizer Spitälern behandelt, bei gleichaltrigen Mädchen/Frauen waren es jährlich etwa 460.

Bei einer Nebendiagnose Alkohol-Intoxikation lauten etwa 85% der Hauptdiagnosen auf „Psychische Störungen und Verhaltensstörungen“ sowie „Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äusserer Ursachen“ (ICD-Diagnosegruppen). Dies bestätigt die in der Literatur umfangreich dokumentierten Befunde, dass eine hohe Co-Morbidität zwischen Alkoholmissbrauch und anderen psychischen Krankheiten besteht (Petrakis, Gonzalez, Rosenheck, & Krystal, 2002), und, dass gerade bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen Unfälle eine der häufigsten alkoholbedingten Folgen sind (Hingson, Heeren, Winter, & Wechsler, 2005). Es zeigt auch, wie wichtig es ist die Nebendiagnosen zu betrachten. Viele alkoholbedingte Hospitalisierungen beispielsweise aufgrund von Unfällen unter Alkoholeinfluss würden in den Hauptdiagnosen nicht erkannt werden.

Mit der Haupt- oder Nebendiagnose Alkoholabhängigkeit (Abhängigkeitssyndrom und alkoholbedingte Störungen) mussten in den Jahren 2004/2005 jährlich knapp 500 Jugendliche und junge Erwachsene in Schweizer Spitälern stationär oder teilstationär behandelt werden. Dabei finden sich die meisten Fälle bei den über 19-Jährigen und die Zahl der Personen mit diagnostizierter Alkoholabhängigkeit steigt mit zunehmendem Alter.

Insgesamt wurden im Jahr 2004 in der Altersgruppe der 10- bis 23-Jährigen 1650 Personen mit Haupt- oder Nebendiagnosen Alkohol-Intoxikation oder Alkoholabhängigkeit hospitalisiert, im 2005 stieg deren Anzahl auf 1890. Knapp zwei Drittel davon betrafen Jungen und Männer. 2004 erhielten durchschnittlich also täglich gut 4 Jugendliche und junge Erwachsene in Schweizer Spitälern eine alkoholbedingte Diagnose; 2005 waren es täglich etwa 5 Jugendliche und junge Erwachsene.

Diagnosen in Verbindung mit Alkoholabhängigkeit steigen dabei bei der Altersgruppe der 10- bis 23-Jährigen mit zunehmendem Alter stetig an. Dagegen nehmen Diagnosen in Verbindung mit Alkohol-Intoxikationen ab einem Alter von etwa 22 Jahren ab oder bleiben stabil. Insgesamt wird jedoch der Rückgang bei den Alkohol-Intoxikationen durch die steigende Zahl der Abhängigkeitsdiagnosen mehr als wett gemacht.

In Bezug auf die durchschnittliche Behandlungsdauer zeigt 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 liegt zwischen diesen Polen, was auch darauf hindeutet, dass es sich bei dieser Diagnose häufig um ein Krankheitsbild handelt, das in Richtung eines chronischen Gesundheitsproblems im Zusammenhang mit übermässigem Alkoholkonsum geht, also eher um eine Vorstufe der Alkoholabhängigkeit als um einen einmaligen Überkonsum. In der Gruppe der alkoholbezogenen Hauptdiagnosen Alkohol-Intoxikation macht der akute Rausch und nicht etwa der schädliche Gebrauch den Hauptanteil aus.

Akute Rausche werden etwa zur Hälfte teilstationär behandelt, das Alkoholabhängigkeitssyndrom oder andere Störungen durch übermässigen Alkoholkonsum jedoch in der Regel stationär.

Trendanalysen zeigen, dass Alkohol-Intoxikationen zwischen 2003 und 2005 wie auch in den Vorjahren deutlich zugenommen haben. Im Jahr 2003 wurde bei 566 Jugendlichen und jungen Erwachsenen eine Hauptdiagnose Alkohol-Intoxikation gestellt, 2005 waren es etwa 838 Fälle. Dies entspricht einem Anstieg der Rate (an allen Hauptdiagnosen) von 5.1 auf 7.7 und einer Zunahme um 51%. Wenn zusätzlich Nebendiagnosen berücksichtigt werden, haben Alkohol-Intoxikationen als Fallzahlen innerhalb von zwei Jahren insgesamt um 40% zugenommen – bei Jungen/Männern (46%) stärker als bei Mädchen/Frauen (30%). Besonders stark war die Zunahme bei 14- und 15-jährigen Mädchen und 16- und 17-jährigen Jungen. Betrachtet man die zu den Nebendiagnosen Intoxikation gehörenden Hauptdiagnosen, so haben sich im beobachteten Zeitraum von 2002 bis 2005 die relativen Anteile der Hauptdiagnosen verschoben: Während „Psychische Störungen und Verhaltensstörungen“ als Hauptdiagnose bei einer Nebendiagnose „Alkohol-Intoxikation“ von 54% stetig auf 43% zurückgegangen ist, ist der relative Anteil für „Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äusserer Ursachen“ von 31% auf 46% angestiegen. Dies deutet klar darauf hin, dass insbesondere das Rauschtrinken in der Allgemeinbevölkerung diesen Alters zugenommen hat.

Alkoholabhängigkeit bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen hat zwischen 1999 und 2005 ebenfalls deutlich zugenommen; dabei stieg die Rate der Hauptdiagnosen in diesem Zeitraum von 1.1 auf 1.5. Der Anstieg ist aber vor allem auf die Zunahme in den Jahren 2002 und 2003 zurückzuführen. Zwischen 2003 und 2005 hat die Häufigkeit der Haupt- und Nebendiagnosen „Alkoholabhängigkeit“ nur um 6% zugenommen (Hauptdiagnose: Abnahmen um 11%, Nebendiagnosen Zunahmen 18%). Während in den älteren Altersgruppen Alkoholabhängigkeit leicht abgenommen hat (-5%), gibt es bei 16- bis 19-Jährigen eine deutliche Zunahme um 69%. Bei männliche Jugendlichen und junge Erwachsene gleichen sich die Veränderungen über die Altersgruppen hinweg aus, so dass es insgesamt kaum Veränderungen gab, während bei Mädchen/Frauen insgesamt eine Zunahme von 20% zu beobachten ist.

Diskussion

Insgesamt wurden 2004 und 2005 in der Schweiz pro Tag durchschnittlich gut 4 bzw. etwa 5 Jugendliche und junge Erwachsene aufgrund direkt alkoholbezogener Diagnosen hospitalisiert. 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 die Polizei nach Hause bringt, oder Behandlungen von Betrunknen bei Hausärzten

oder in spital-unabhängigen Notfallstationen werden hier ebenso wenig berücksichtigt wie entsprechende Fälle, die in ambulanten Drogenbehandlungsstellen auftauchen.

Es stellt sich die Frage, inwieweit der alkoholbezogene Jugendschutz in der Schweiz greift. Im Hinblick auf die Häufigkeit der Alkohol-Intoxikationen macht es kaum einen Unterschied, ob Jugendliche bereits das Alter erreicht haben, mit welchem sie legal Alkohol erwerben können, oder nicht. Ab einem Alter von 20 Jahren nehmen ferner jene Hauptdiagnosen zu, welche der Alkoholabhängigkeit zugeordnet werden müssen. Im Jahr 2004/2005 wurde in der Altersgruppe der 20- bis 23-Jährigen jährlich bei etwa 120 Personen die Hauptdiagnose Alkoholabhängigkeit gestellt. Die ersten Fälle mit dieser Diagnose finden sich jedoch bereits bei 14-Jährigen.

Vergleicht man die vorliegenden Ergebnisse mit Befunden aus den Nachbarländern Österreich und Deutschland, so kann der Schweiz kein gutes Zeugnis ausgestellt werden. In Österreich wurde 2005 bei 14- bis 19-Jährigen pro 1000 Fälle etwa 5-Mal die Diagnose Alkohol-Intoxikation gestellt (Schweiz: 18 pro 1000). In Deutschland lag 2004 die Rate der Diagnosen „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ bei 10- bis 14-jährigen Jugendlichen bei knapp 1 von 1000 Diagnosen (Schweiz: 4 pro 1000), bei 15- bis 19-Jährigen bei etwa 3 von 1000 Diagnosen (Schweiz: 16 pro 1000). Diese Unterschiede könnten möglicherweise zum Teil durch unterschiedliche methodische Vorgehensweisen bedingt. Es zeigt sich jedoch, abgesehen von den absoluten Ausprägungen der Raten, sowohl in Österreich, als auch in Deutschland, der selbe Trend wie in der Schweiz: Die Häufigkeit der Diagnosen der Gruppe „Alkohol-Intoxikation“ bzw. „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ haben während des beobachteten Zeitraums zugenommen.

Résumé

Point de départ

A l'adolescence, consommation excessive sporadique d'alcool et ivresse ont quantité d'effets négatifs. 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 chez les jeunes l'étendue et la fréquence d'habitudes de boire qui présentent des risques élevés, ainsi que de mieux les informer sur l'alcool et de créer un environnement qui leur soit favorable. Bien que la consommation rapportée par les jeunes dans les enquêtes les concernant soit généralement considérée comme hautement fiable (Hibell et al., 2004), ces résultats devraient être confortés par des mesures plus objectives, en particulier quant aux conséquences dues à l'alcool. Aussi la présente étude analyse-t-elle la statistique médicale des hôpitaux suisses, et notamment les diagnostics liés à l'alcool ayant nécessité des interventions en milieu hospitalier. Une attention toute spéciale est accordée à cet égard aux abus aigus – en général des intoxications alcooliques aiguës – soit 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 2005. La statistique suisse des hôpitaux se réfère à cet effet aux codes diagnostiques de la CIM-10. Sur cette base, le présent travail se centre sur les intoxications alcooliques aiguës et rassemble sous ce concept les diagnostics suivants de la CIM-10: 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). On y analyse de plus aussi les tableaux cliniques liés à la dépendance à l'alcool (F10.2-F10.9). Ces données permettent de surcroît l'analyse des diagnostics principaux et secondaires. Ces analyses distinguent généralement le sexe et l'âge (de 10 à 23 ans), chaque groupe d'âge regroupant toutefois 2 années. Cette procédure permet ainsi d'observer l'évolution liée à l'âge dans des groupes d'âge de taille égale de 2 ans chacun. 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 – inaugurée en 1998 – n'a cessé de progresser au point que, pour les années 2003 à 2005, 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%.

On y distingue trois sortes d'analyses:

4. Analyse des données de 2003, 2004 et 2005 pour l'ensemble de la Suisse.
5. Analyse des données non pondérées des cas enregistrés, regroupés sur la période 2002 à 2005. Regroupement effectué lors d'analyses de détails – p.ex. de données strictement cantonales – où le nombre de cas était trop faible certaines années.
6. Analyses pondérées - pour divers taux de participation - de l'évolution des diagnostics liés à l'alcool pour la période 1999 à 2005.

Résultats

Le nombre d'intoxications à l'alcool (en tant que diagnostic principal) augmente très rapidement dès l'âge de 14 ans chez les personnes recensées. En 2004/2005, quelque 32 filles et 50 garçons de 14 à 19 ans ont été hospitalisés chaque année – et ce dans chaque classe d'âge – pour intoxication éthylique. Cela étant, le nombre d'intoxications éthyliques recule, en tant que diagnostic principal, vers l'âge de 16 ans chez les filles et de 18 ans chez les garçons.

En 2004, 684 jeunes ou jeunes adultes furent au total hospitalisé-e-s avec pour diagnostic principal une intoxication à l'alcool. En 2005, leur nombre a crû à 838. Durant ces deux ans, ces intoxications furent environ 1.7 fois plus fréquentes chez les garçons que chez les filles.

Aux diagnostics principaux d'intoxication éthylique, il faut ajouter presque autant de diagnostics secondaires: en 2004 et 2005 quelque 850 adolescents et jeunes hommes ont été hospitalisés chaque année, en Suisse, avec pour diagnostic principal ou secondaire une intoxication à l'alcool. Quant aux adolescentes et jeunes femmes, elles furent chaque année quelque 460 dans ce cas.

Lors de diagnostic secondaire d'intoxication éthylique, près de 85% 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 (Petraakis, Gonzalez, Rosenheck, & Krystal, 2002) et qu'en particulier chez les adolescent-e-s 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 aussi combien il faut tenir compte des diagnostics secondaires. Nombre d'hospitalisations liées à l'alcool et ayant par exemple pour cause des accidents dus à l'alcool ne seraient, sinon, pas identifiées comme telles dans les diagnostics principaux.

En 2004/2005, près de 500 adolescent-e-s et jeunes adultes durent être admis-es chaque année dans un hôpital ou une structure hospitalière semi-résidentielle de Suisse avec pour diagnostic principal ou secondaire une dépendance à l'alcool (syndrome de dépendance à l'alcool ou troubles dus à l'alcool). A noter que les plus de 19 ans constituent l'essentiel de ces cas et que le nombre de personnes dépendantes croît avec l'âge.

En 2004, un total de 1'650 personnes âgées de 10 à 23 ans furent hospitalisées avec pour diagnostic principal ou secondaire une intoxication ou une dépendance à l'alcool, chiffre qui monta à 1'890 en 2005. Près des deux tiers d'entre elles étaient des adolescents ou de jeunes hommes. Les hôpitaux suisses ont donc posé, chaque jour de 2004, en moyenne un diagnostic lié à l'alcool chez au moins 4 jeunes ou jeunes adultes. Chiffre qui a passé à 5 jeunes ou jeunes adultes en 2005.

A 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 éthyliques diminuent ou restent stables dès l'âge de 22 ans environ. Globalement toutefois, le recul de ces intoxications est plus que largement contrebalancé par le nombre croissant de diagnostics de dépendance.

Pour ce qui est de la durée moyenne de traitement, on constate – comme il fallait s'y attendre – que les ivresses alcooliques aiguës n'entraînent que des séjours hospitaliers de courte durée

mais que le traitement du syndrome de dépendance s'étend généralement sur des semaines. La durée de traitement de l'usage nocif d'alcool se situe entre ces deux pôles, ce qui indique aussi que ce diagnostic présente fréquemment un tableau clinique proche d'un problème chronique de santé lié à une consommation excessive d'alcool, soit plutôt 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.

Environ la moitié des ivresses éthyliques aiguës est traitée semi-ambulatoirement, 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 de tendances montrent que les intoxications à l'alcool ont, comme les années précédentes, nettement augmenté entre 2003 et 2005. En 2005, 838 adolescent-e-s et jeunes adultes se virent poser un diagnostic principal d'intoxication à l'alcool, contre 566 en 2003. Ce qui correspond à une élévation des taux de tous les diagnostics principaux de 5.1 à 7.7, soit une augmentation de 51%. Si l'on prend aussi les diagnostics secondaires en considération, on constate que le nombre de cas d'intoxication à l'alcool a globalement augmenté de 40% en deux ans – et ce plus fortement chez les hommes (46%) que chez les femmes (30%). Une augmentation qui fut particulièrement marquée chez les filles de 14-15 ans et les garçons de 16-17 ans. Si l'on examine les diagnostics principaux liés aux diagnostics secondaires d'intoxication, les pourcentages relatifs de diagnostics principaux se sont déplacés entre 2002 et 2005. Alors que les „troubles mentaux et du comportement“ n'ont cessé de reculer, passant de 54% à 43% en tant que diagnostic principal lié au diagnostic secondaire „intoxication à l'alcool“, le pourcentage relatif de „lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes“ a, lui, augmenté de 31% à 46%. Ce qui montre clairement que l'ivresse en particulier a augmenté dans l'ensemble de la population de cet âge.

La dépendance à l'alcool a également nettement augmenté chez les jeunes et les jeunes adultes entre 1999 et 2005, période durant laquelle le taux de diagnostics principaux y relatifs a passé de 1.1 à 1.5. Cette augmentation est avant tout à mettre au compte des années 2002 et 2003, la fréquence des diagnostics principal et secondaire „dépendance à l'alcool“ n'ayant crû que de 6% entre 2003 et 2005 (diagnostic principal: diminution de 11%; diagnostic secondaire: augmentation de 18%). Alors que la dépendance à l'alcool a légèrement diminué chez les personnes plus âgées (- 5%), on enregistre une nette augmentation (+ 69%) chez les jeunes de 16 à 19 ans. Chez les adolescents et les jeunes hommes ces modifications s'équilibrent avec l'âge de sorte qu'on ne constate finalement guère de changement, alors qu'on observe une augmentation globale de 20% chez les adolescentes et les jeunes femmes

Discussion

Globalement, au moins 4, voire 5 adolescent-e-s et jeunes adultes ont été en moyenne hospitalisé-e-s chaque jour en Suisse pour des diagnostics directement liés à l'alcool. Que cela ne représente que la pointe de l'iceberg est évident si l'on songe qu'on n'a pris ici en compte que les personnes admises dans un hôpital. Les jeunes en état d'ivresse que la police ramène à la maison et les traitements administrés à des personnes ivres par les généralistes ou dans des services d'urgence privés ne sont pas plus pris ici en considération que les cas assumés par les unités ambulatoires pour toxicomanes.

Se pose donc la question de savoir dans quelle mesure la protection de la jeunesse est efficace en Suisse. Au vu de la fréquence de leurs intoxications éthyliques, le fait que les adolescents aient atteint ou non l'âge auquel de l'alcool peut légalement leur être remis n'a guère d'importance. De plus, les diagnostics principaux devant être attribués à la dépendance à l'alcool augmentent dès l'âge de 20 ans. En 2004/2005, le diagnostic principal de dépendance à l'alcool a été posé chaque année chez quelque 120 personnes âgées de 20 à 23 ans. Les cas les plus précoces de jeunes présentant ce diagnostic interviennent néanmoins dès l'âge de 14 ans.

Si l'on compare les présents résultats avec ceux de l'Autriche et l'Allemagne voisines, la Suisse ne peut prétendre à un certificat de bonne conduite. Alors qu'en Autriche on trouvait en 2005 environ 5 intoxications à l'alcool pour 1'000 cas chez les 14-19 ans, la Suisse présentait un taux de 18 pour 1000. Quant à l'Allemagne, le taux de diagnostics „Troubles mentaux et du comportement dus à l'alcool“ y était tout juste de 1 pour 1000 chez les jeunes de 10 à 14 ans (Suisse: 4 pour 1000) et d'environ 3 pour 1000 chez les 15-19 ans (Suisse: 16 pour 1000). Si l'on peut partiellement imputer ces variations à des procédures méthodologiques différentes, on constate néanmoins, au-delà de ces variations, les mêmes tendances en Autriche et en Allemagne qu'en Suisse. La fréquence des diagnostics du groupe „Intoxication à l'alcool“ et „Troubles mentaux et du comportement dus à l'alcool“ y ont en effet également fortement augmenté durant la période examinée.

1. Ausgangslage

Sporadisch-exzessiver 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, Rehm, & Kuntsche, 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 an negativen Konsequenzen ist in der Schweiz der sporadisch-exzessive Alkoholkonsum 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, Delgrande Jordan, Kuntsche, & Kuendig, 2003). In einer kurz darauf folgenden Untersuchung, dem European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD), im Jahre 2003 gaben 45% der Jungen und 32% der Mädchen derselben Altersgruppe an, bereits mehr als zweimal betrunken gewesen zu sein (Hibell et al., 2004). In der aktuellen HBSC Studie von 2006 gingen die Prävalenzen von regelmässigem Alkoholkonsum und von Trunkenheit leicht zurück, lagen aber noch immer höher als 1998 und in den Jahren davor (Schmid, Delgrande Jordan, Kuntsche, Kuendig, & Annaheim, 2007). Diese Ergebnisse lassen vermuten, dass sich in den letzten Jahren das Rauschtrinken im Jugendalter auf hohem Niveau etabliert hat.

Trotz allgemein vermuteter hoher Validität des selbstberichteten Konsums in Jugendbefragungen (Hibell et al., 2004) 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 fehlt in solchen Befragungen oftmals die medizinische Klassifikation risikoreichen Alkoholkonsums sowie die Dokumentation gesundheitlicher Risiken aus medizinischer Sicht.

Der Bericht „Alkohol-Intoxikationen Jugendlicher und junger Erwachsener - eine Sekundäranalyse der Daten Schweizer Spitäler“ (Gmel & Kuntsche, 2006) untersuchte erstmalig nicht

alleinig die Befragungsdaten zur Trunkenheit, sondern basierte auf alkoholbezogenen Diagnosen der medizinischen Statistik der Schweizer Krankenhäuser („Krankenhausstatistik“) der Jahre 1999-2003. Die vorliegende Studie gibt ein Update für die Jahre 2004 und 2005. Nach einigen Anlaufschwierigkeiten ist die Krankenhausstatistik seit 2002 fast vollständig erhältlich, so dass nun erstmals 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 2005 schliesslich berichteten 99% aller Krankenhäuser die Statistiken von 98% aller gemäss dem rechtlich-wirtschaftlichem 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 Rausche 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 Entgeltsystem 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" (black-outs), 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 OÖ, 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 Spitäler. 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 sieben 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 „Alkoholabhäangi-

gkeit“ 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.

2.5.1 Datenaggregation und Gewichtung

Da sich die Datenqualität aufgrund unterschiedlicher Vollständigkeit der Statistiken in den Erhebungsjahren von 1999 bis 2005 unterscheidet, werden zwischen drei Arten von Analysen unterschieden:

1. Analysen der ungewichteten Daten von 2003, 2004 und 2005 für die gesamte Schweiz
2. Zusammengefasste Analyse der ungewichteten Daten registrierter Fälle von 2002 bis 2005
3. Gewichtet berechnete Trendanalysen von 1999 bis 2005

Die Unvollständigkeit der Daten in Erhebungen vor 2002 wirft ein Hauptproblem auf, das anhand von Trenddaten erläutert werden soll. 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 2004 und 2005 jeweils 43%. 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 Rate stellen dann unverzerrte Trends dar, wenn die Verwendung alkohol- und nichtalkoholbezogener Diagnosen in den Nebendiagnosen proportional zugenommen haben, also im Verhältnis gleich geblieben sind.

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.

2.5.1.1 Analysen der ungewichteten Daten von 2003, 2004 und 2005 für die gesamte Schweiz

Für die Jahre 2003, 2004 und 2005 liegt eine fast vollständige Datenbasis vor: Die Teilnahmequote der Krankenhäuser lag bei 99 bzw. 100%, dabei wurden 93-98% 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.

2.5.1.2 Zusammengefasste Analyse der ungewichteten Daten registrierter Fälle von 2002 bis 2005

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 vier 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 Alterstruktur 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.

2.5.1.3 Trendanalysen von 1999 bis 2005

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 (Bundesamt für Statistik (BFS), 2005, 2006, 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. Berichtet in einem Kanton in einem Jahr 100% aller Krankenhäuser 100% aller Fälle, so ist das entsprechende Gewicht $\frac{1}{1*1} = 1$, 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 $\frac{1}{.8*.9} = 1.389$. 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
ZH	1.37	1.14	1.23	1.22	1.1	1.02	1.05
BE	2.2	1.45	1.23	1.09	1.04	1.30	1.28
LU	1.1	1.12	1.1	1.1	1.1	1.08	1.08
UR	1	0.99	1	0.99	1.01	1.03	1.02
SZ	1.2	1.1	1.04	1.02	1.02	1.01	1.01
OW	1	1	1	1	1	1.04	1.05
NW	0.99	0.99	1	0.99	1	0.96	0.99
GL	2.17	3.29	1.08	1.04	2.08	1.45	1.00
ZG	1.22	1.07	1.05	1	1	1.64	1.28
FR	2.45	1.98	1.08	1.08	0.93	0.99	1.16
SO	1.03	1.05	3.33	1.03	1.01	1.39	0.99
BS	3.43	2.4	1.05	1.01	1.01	1.09	1.02
BL	2.79	2.24	1.01	1	1	1.10	1.11
SH	1.77	1.07	1.09	0.88	1.06	1.00	1.00
AR	3.58	1.29	1.14	1.06	1.05	1.00	1.00
AI	1.08	1.4	1.45	1.37	1.56	1.10	1.06
SG	1.82	1.89	1.43	1.06	1.09	0.94	0.95
GR	1.73	1.28	1.05	1.02	0.99	1.03	1.01
AG	1.49	1.31	1.12	0.88	1.03	1.00	1.00
TG	2.2	2.33	1.32	1	1.03	1.09	1.06
TI	1.09	1.12	1.09	1.01	1.11	1.06	1.05
VD	1.14	1.08	1.07	1.03	1.03	0.99	1.00
VS	1.33	1.17	1.08	1.08	1.01	1.04	1.04
NE	11.01	1.81	1.49	1.25	1.25	1.00	1.01
GE	1.37	1.41	2.11	1.52	1.37	1.00	1.00
JU	1.28	1.27	1.19	1.22	1.23	1.04	1.02
Gewicht Gesamtschweiz	1.74	1.39	1.29	1.1	1.08	1.07	1.03

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), 2005)

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 2003 und 2005 zusammengefasst analysiert werden. Da sich 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 2005 für die zu erwartende Veränderung in der Anzahl der Nebendiagnosen zwischen 2003 und 2005 adjustiert. Je nach Altersgruppe hat die Zahl der dokumentierten Nebendiagnosen in diesem Zeitraum entweder um 7% abgenommen bzw. um 27% 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 2003 50 mal dokumentiert wurde, innert zwei Jahren auf 55 gestiegen ist. Die Adjustierung der Häufigkeit im Jahr 2005 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 2003 bis 2005

Wie Abbildung 1 zeigt, steigen Alkohol-Intoxikationen als Hauptdiagnosen ab einem Alter von 14 Jahren sprunghaft an. In der Altersgruppe der 14- bis 15-Jährigen wurde 2005 bei 97 Mädchen und bei 107 Jungen 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 die Hauptdiagnosen der Gruppe „Alkohol-Intoxikationen“ insgesamt bei Jungen/Männern aller Altersgruppen etwa 1.7 Mal so häufig wie bei Mädchen/Frauen. Zwischen 2003 und 2005 hat die Häufigkeit der Hauptdiagnose

„Alkohol-Intoxikation“ besonders bei 14- und 15-jährigen Mädchen und 16- und 17-jährigen Jungen stark zugenommen.

Abbildung 1: Hauptdiagnosen der Gruppe „Alkohol-Intoxikationen“ (F10.0; F10.1; T51.0) nach Alter und Geschlecht in den Jahren 2003, 2004 und 2005, ungewichtete Daten

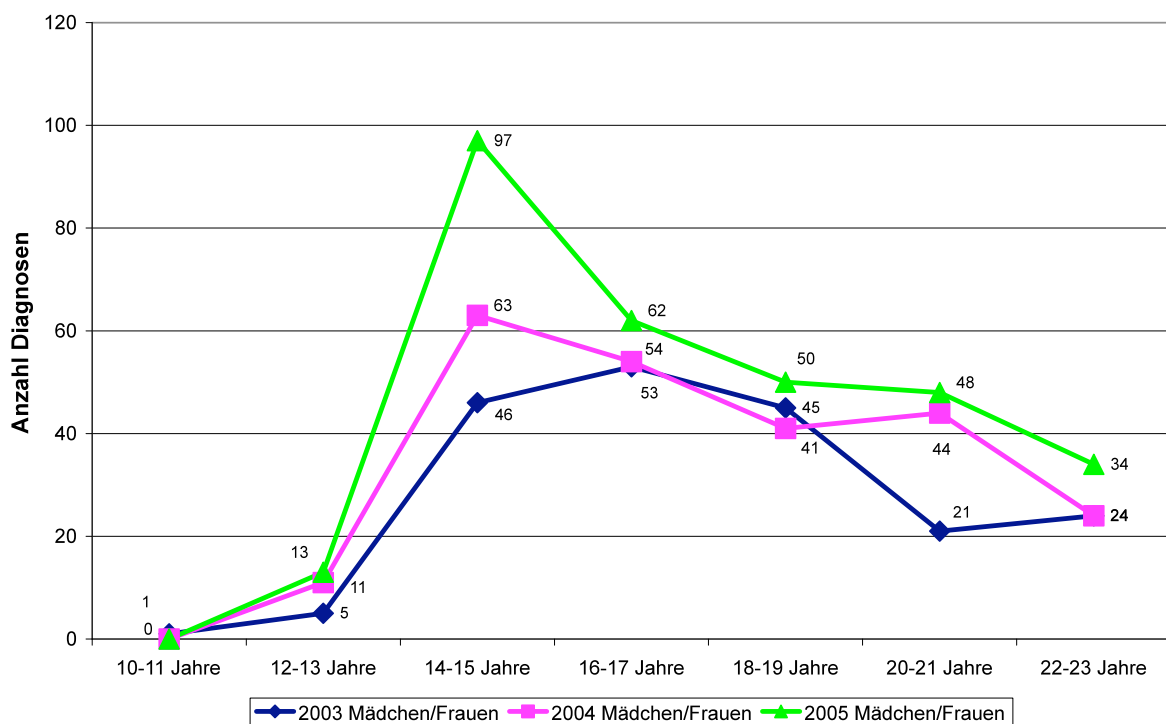
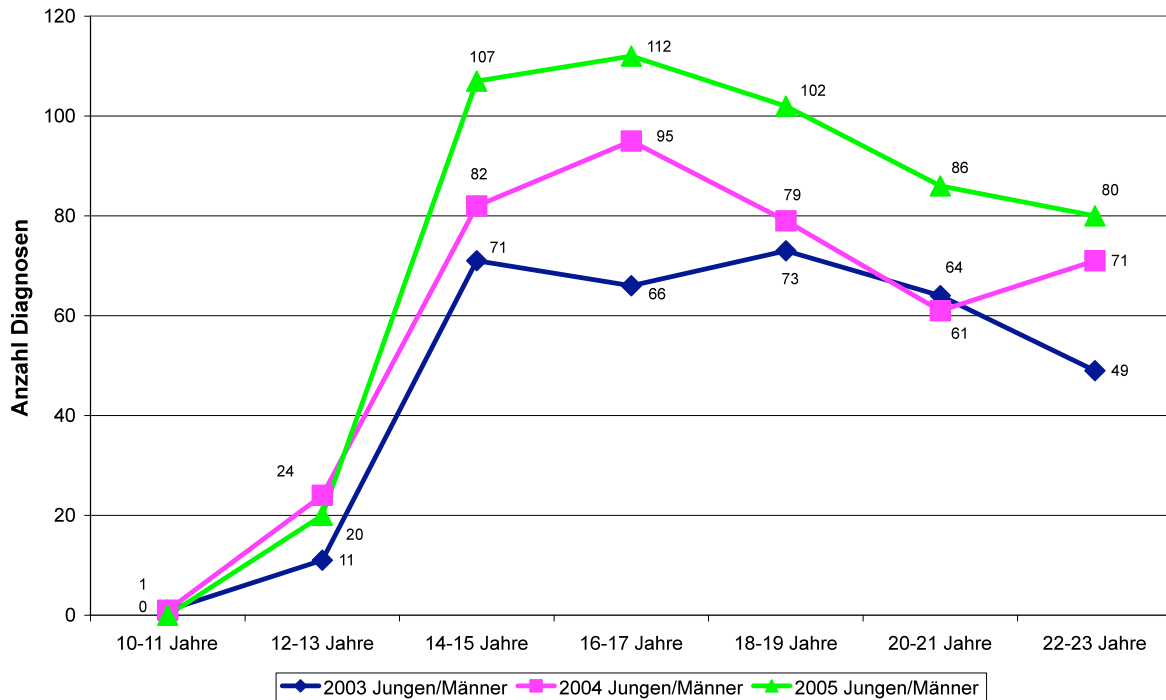
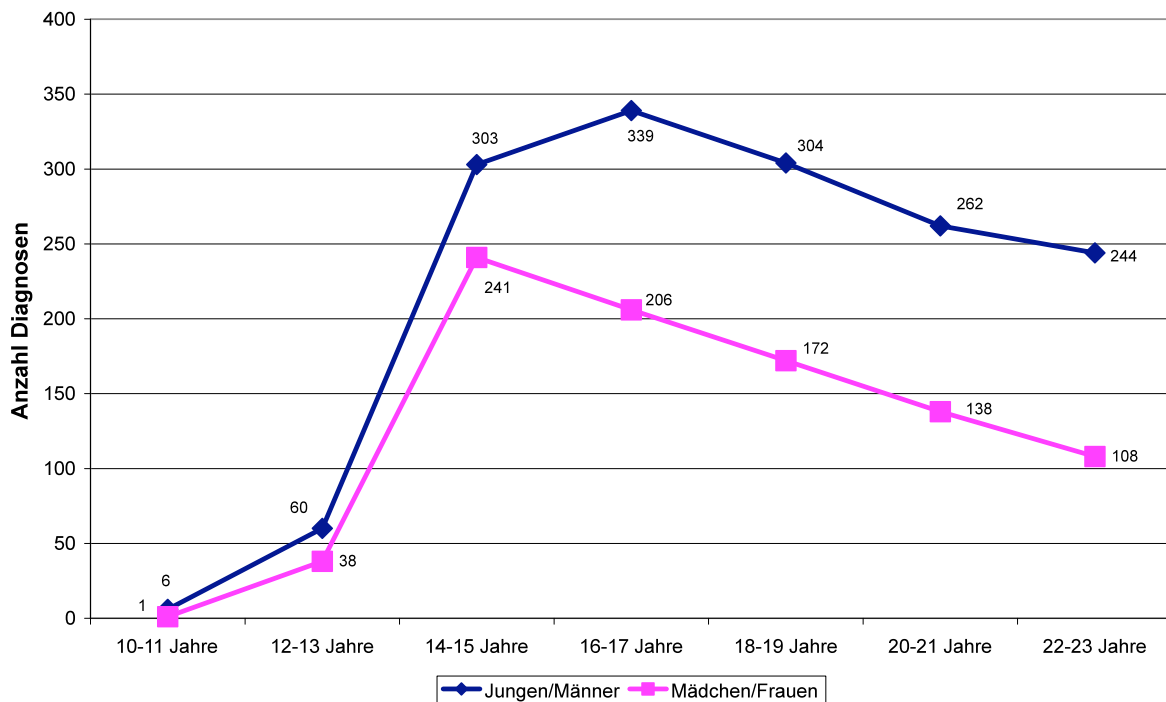


Abbildung 2: *Registrierte Diagnosen der Gruppe "Alkohol-Intoxikationen" (F10.0; F10.1; T51.0) als Hauptdiagnose, zusammengefasst über 2002 - 2005, ungewichtete Daten*



Um mögliche Artefakte in der Altersverteilung durch geringe Fallzahlen in einzelnen Jahren auszuschliessen, wurden im Folgenden die Jahre 2002 bis 2005 zusammengefasst. Abbildung 2 zeigt den Rückgang der „Alkohol-Intoxikationen“ als Hauptdiagnosen ab einem Alter von etwa 18 Jahren bei Jungen/Männern und 16 Jahren bei Mädchen/Frauen, wobei die Diagnose bei Jungen/Männern in allen Altersgruppen deutlich häufiger ist als bei Mädchen/Frauen. Die Abbildung 2 stellt die registrierten, d.h. dem Bundesamt für Statistik gemeldeten, Fälle dar, und ist aufgrund der unvollständigen Teilnahmequoten eine leichte Unterschätzung.

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 Fehldiagnose als „Alkohol-Intoxikation“ wenig an der Gesamtstatistik ändern würde. Bemerkenswert ist, dass in der Altersgruppe der 10- bis 23-Jährigen, hauptsächlich jedoch beginnend mit einem Lebensalter ab 20 Jahren, jährlich etwa 160 bis 170 Fälle dokumentiert wurden, in denen Jugendliche und junge Erwachsene in Schweizer Spitälern hauptsächlich wegen „Alkoholabhängigkeit“ (Alkoholabhängigkeitssyndrom und alkoholbedingten Störungen) stationär oder teilstationär behandelt werden müssen. Die Fälle mit Diagnosen der Gruppe „Alkoholabhängigkeit“ steigen dabei mit zunehmendem Alter an. Über die drei betrachtete Jahre hinweg ist die Hauptdiagnose „Alkoholabhängigkeit“ bei Jungen/Männern etwa 1.8 Mal so häufig wie bei Mädchen/Frauen.

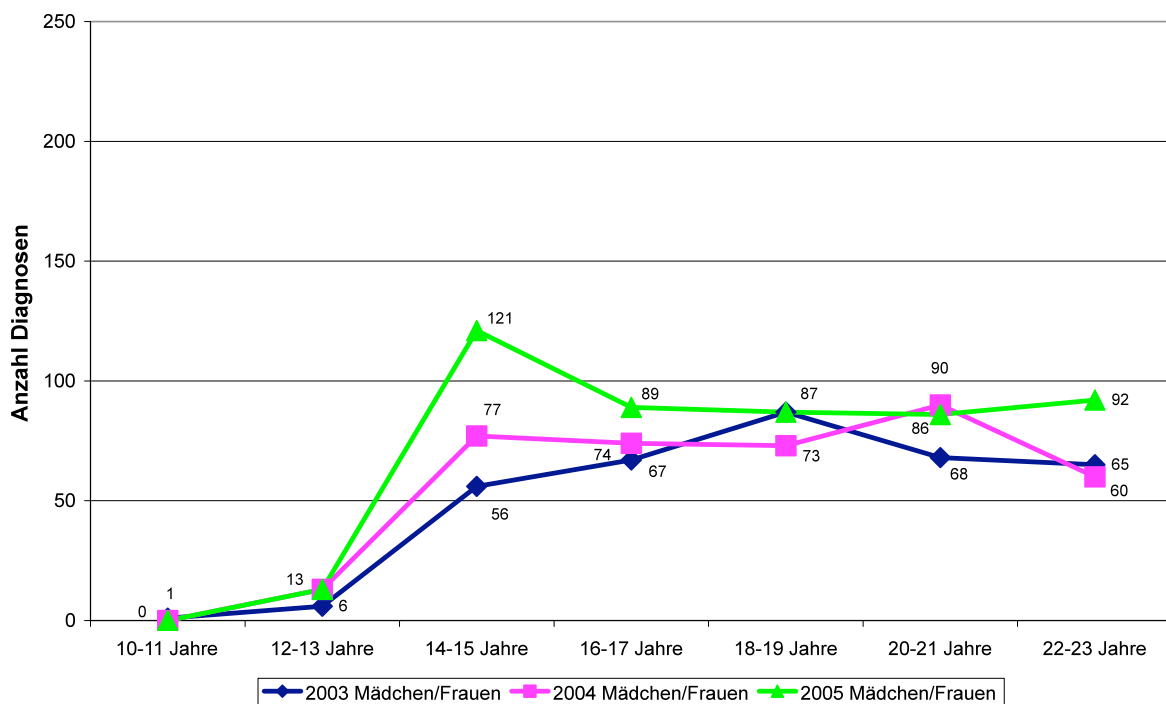
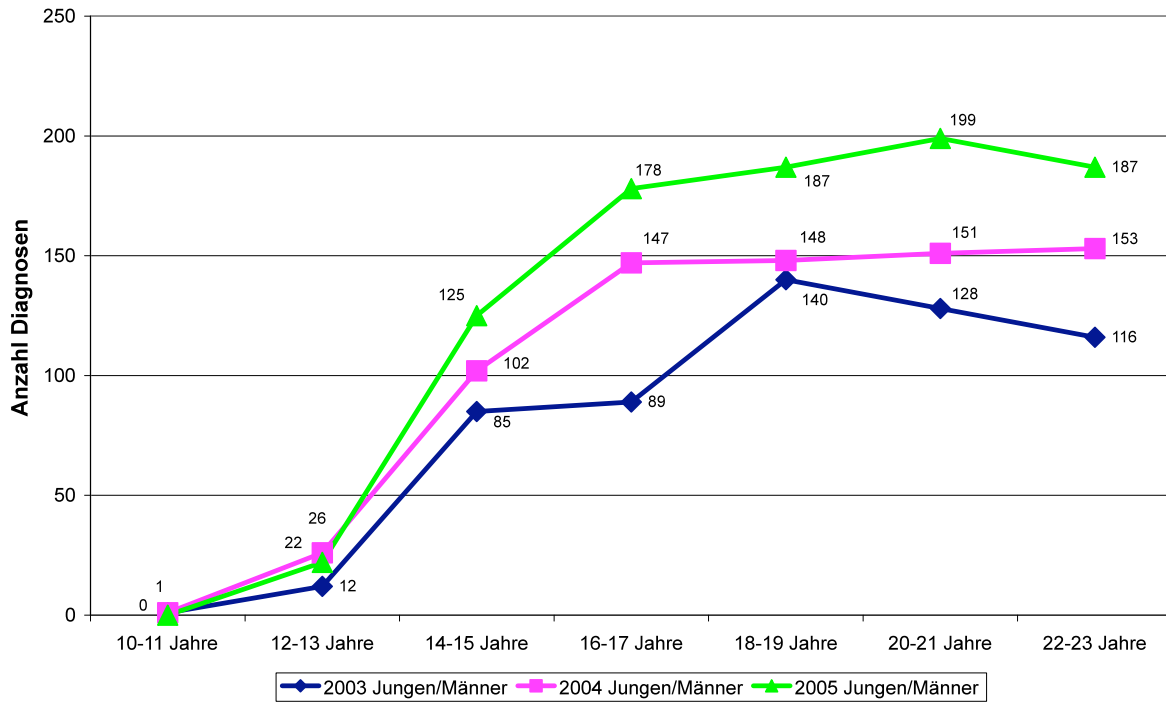
Tabelle 2: *Hauptdiagnosen alkoholbedingter Störungen nach Alter und Geschlecht in den Jahren 2003, 2004 und 2005, ungewichtet*

		10-11	12-13	14-15	16-17	18-19	20-21	22-23	Total
		Jahre	Jahre	Jahre	Jahre	Jahre	Jahre	Jahre	
2003									
<i>Jungen/Männer</i>									
Intoxikation	akuter Rausch (F10.0)	1	11	62	59	61	53	40	287
	schädlicher Gebrauch (F10.1)	0	0	8	5	8	8	7	36
	unfallmässige Vergiftung (T51.0)	0	0	1	2	4	3	2	12
Abhängigkeit	Abhängigkeitssyndrom (F10.2)	0	0	0	3	14	34	49	100
	Störungen durch Alkohol (F10.3-F10.9)	0	0	1	3	3	6	4	17
<i>Mädchen/Frauen</i>									
Intoxikation	akuter Rausch (F10.0)	1	3	36	50	38	18	14	160
	schädlicher Gebrauch (F10.1)	0	1	7	0	7	3	7	26
	unfallmässige Vergiftung (T51.0)	0	1	3	3	0	0	3	10
Abhängigkeit	Abhängigkeitssyndrom (F10.2)	0	0	1	2	6	14	21	44
	Störungen durch Alkohol (F10.3-F10.9)	1	0	3	0	1	4	2	11
2004									
<i>Jungen/Männer</i>									
Intoxikation	akuter Rausch (F10.0)	1	21	74	80	71	53	57	357
	schädlicher Gebrauch (F10.1)	0	1	3	10	6	6	10	36
	unfallmässige Vergiftung (T51.0)	0	2	5	5	2	2	4	20
Abhängigkeit	Abhängigkeitssyndrom (F10.2)	0	0	0	6	16	23	37	82
	Störungen durch Alkohol (F10.3-F10.9)	0	0	1	2	1	5	6	15
<i>Mädchen/Frauen</i>									
Intoxikation	akuter Rausch (F10.0)	0	11	62	49	35	37	20	214
	schädlicher Gebrauch (F10.1)	0	0	0	2	3	7	3	15
	unfallmässige Vergiftung (T51.0)	0	0	1	3	3	0	1	8
Abhängigkeit	Abhängigkeitssyndrom (F10.2)	0	1	3	6	7	22	22	61
	Störungen durch Alkohol (F10.3-F10.9)	0	0	0	0	3	4	0	7
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

3.2 Nebendiagnosen alkoholbedingter Störungen in den Jahren 2003 bis 2005

Diagnosen der Gruppe „Alkohol-Intoxikation“ werden nicht nur in den Haupt-, sondern auch in den Nebendiagnosen gestellt. Wie Abbildung 3 belegt, kamen in Form von Nebendiagnosen fast noch einmal so viele „Alkohol-Intoxikationen“ hinzu.

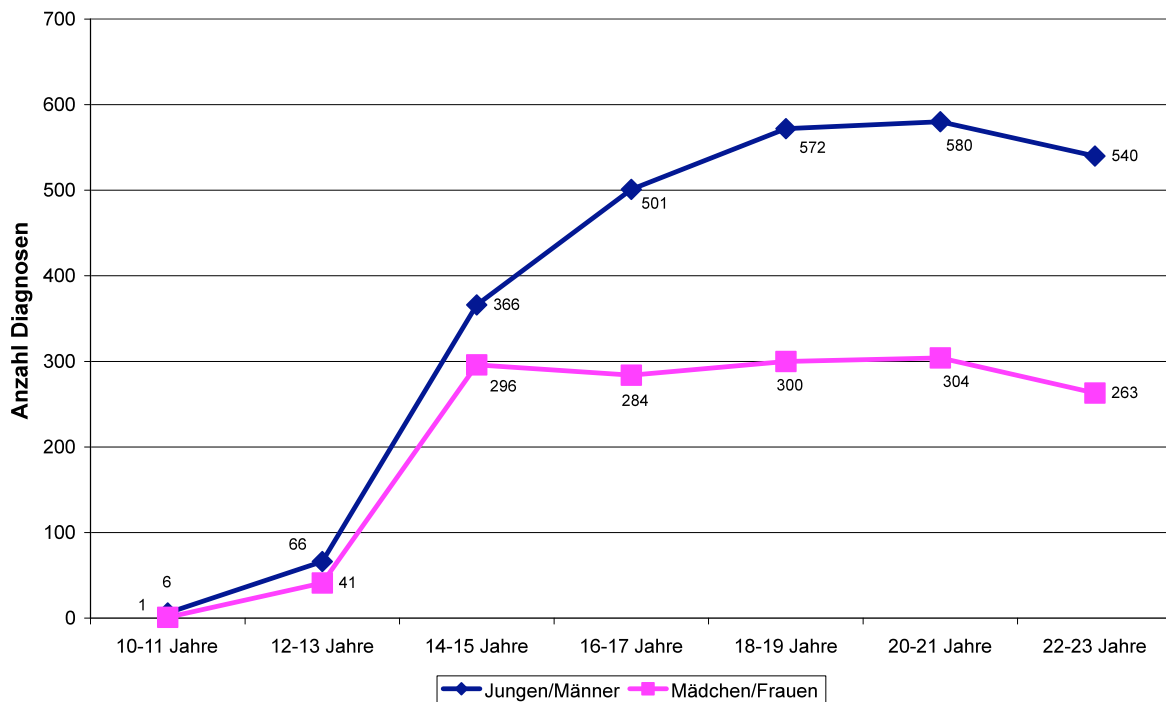
Abbildung 3: „Alkohol-Intoxikationen“ (F10.0, F10.1, T51.0) in Haupt- und Nebendiagnosen, 2003, 2004 und 2005, ungewichtet



Im Vergleich zu der exklusiven Betrachtung der Hauptdiagnosen lassen sich drei 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 21 Jahren weiter zu und beginnt nicht schon ab 19 Jahren zu sinken. Bei Mädchen/Frauen bleibt die Häufigkeit der „Alkohol-Intoxikationen“ im

Altersbereich von 14 bis 21 Jahren äusserst stabil. Diese Ergebnisse werden auch in der Summierung aller Daten von 2002 bis 2005 bestätigt (Abbildung 4), wobei vermutlich in der ältesten Gruppe der 22- bis 23-Jährigen die Häufigkeit „Alkohol-Intoxikationen“ wieder leicht zurückgeht.

Abbildung 4: Diagnosen der Gruppe „Alkohol-Intoxikationen“ (F10.0, F10.1, T51.0) als Haupt- und Nebendiagnose, zusammengefasst über 2002-2005, 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 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
V	Psychische und Verhaltensstörungen	54.2	48.1	45.9	42.6
XIX	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äusserer Ursachen	30.9	36.6	41.9	45.9
Rest		14.9	15.3	12.2	11.6

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 Gewalttaten. Dies bestätigt die umfangreiche Literatur, die eine hohe Co-Morbidität zwischen Alkoholmissbrauch und anderen psychiatrischen Krankheiten feststellt (Petraakis et al., 2002), aber auch, dass gerade

bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen Unfälle eine der häufigsten alkoholbedingten Folgen sind (Hingson et al., 2005). Im beobachteten Zeitraum von 2002 bis 2005 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 43% zurückgegangen, ist der Anteil für „Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äusserer Ursachen“ von 31% auf 46% angestiegen. Dies deutet klar darauf hin, dass insbesondere das Rauschtrinken in der Allgemeinbevölkerung diesen Alters zugenommen hat und damit ein erhöhtes Risiko für Unfälle nach starkem Alkoholkonsum einhergeht. Es erscheint unwahrscheinlich, dass die Prävalenz mentaler Störungen innerhalb von wenigen Jahren so deutlich zurückgeht. Mit anderen Worten sinken die relativen Anteile an mentalen Störungen in den Hauptdiagnosen, da Unfälle unter Alkoholeinfluss infolge Rauschtrinkens deutlich zugenommen haben.

Tabelle 4 gibt einen Überblick zu allen alkoholbedingten Diagnosen in den Jahren 2003 bis 2005. Im Jahr 2003 wurden insgesamt 1294 Diagnosen entweder der Gruppe „Alkohol-Intoxikation“ oder der Gruppe „Alkoholabhängigkeit“ in der Altersgruppe der 10- bis 23-Jährigen registriert, 2004 stieg die Zahl auf 1556 Diagnosen und 2005 waren es 1830 Diagnosen. Unter Berücksichtigung der nicht vollständigen Teilnahmequoten der Krankenhäuser bedeutet dies, dass 2003 etwa 1390 Jugendliche und junge Erwachsene wegen Alkohol-Intoxikation oder Alkoholabhängigkeit hospitalisiert wurden, 2004 etwa 1650 und 2005 etwa 1890 (vgl. gewichtete Fallzahlen in der Tabelle A2g im Anhang). In allen Jahren fand sich bei Jungen/Männern eine etwa 1.7 bis 1.8 Mal häufigere Alkoholdiagnose als bei 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 stark angestiegen: von knapp 4 Personen pro Tag im Jahr 2003 auf über 5 Personen pro Tag 2005. Dies entspricht einer gewichteten und adjustierten Zunahme von 29% in nur zwei Jahren.

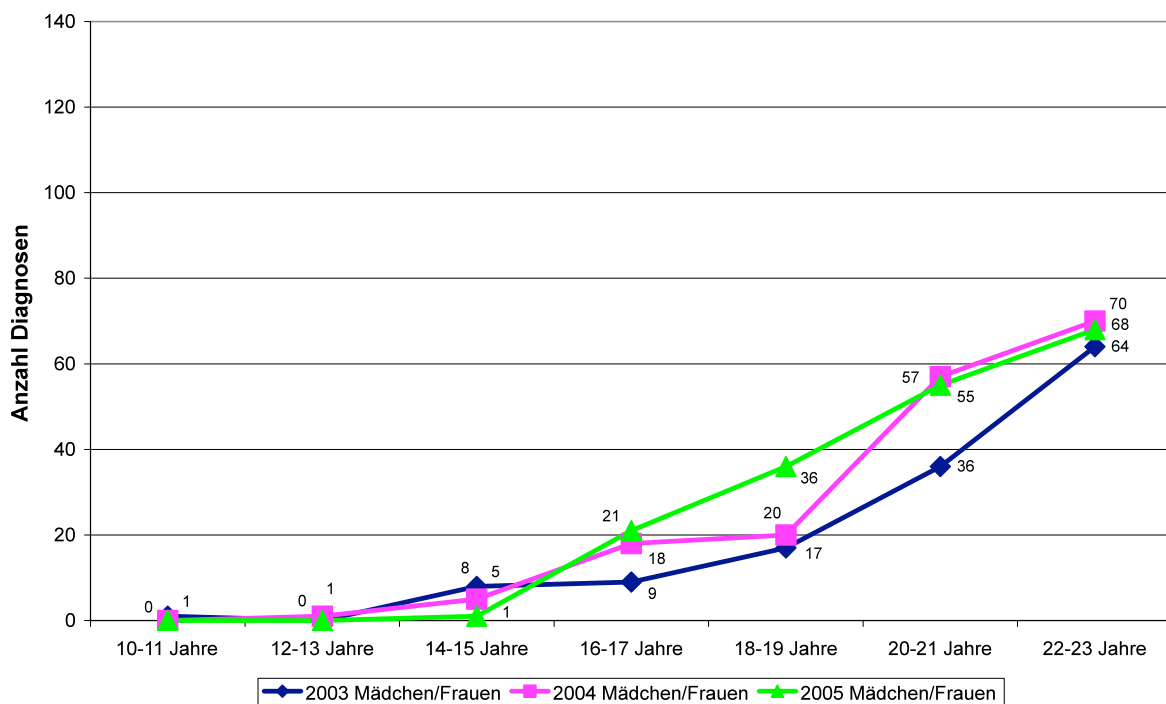
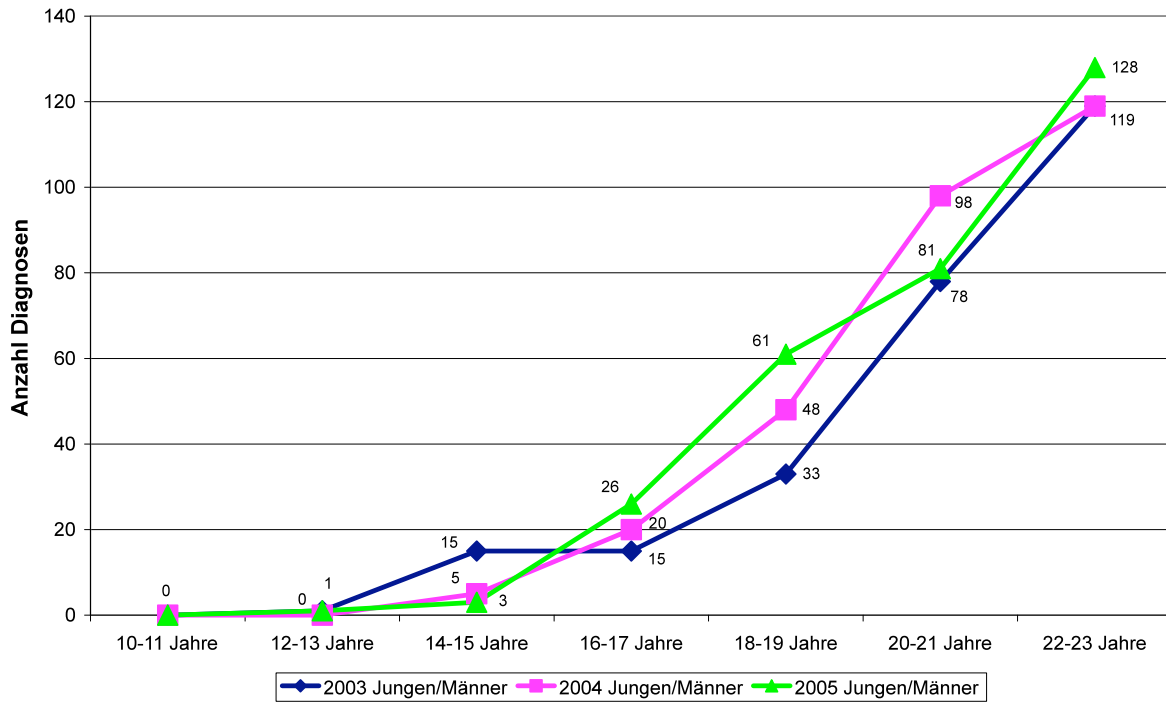
Während die Diagnosen der Gruppe „Alkohol-Intoxikation“ ab einem Alter von etwa 22 Jahren abnehmen oder stabil bleiben (Tabelle 4), steigen Diagnosen der Gruppe „Alkoholabhängigkeit“ (F10.2-F10.9) über die Altersgruppen von 10- bis 23-Jahren hinweg stetig an (Abbildung 5). In den Jahren 2004/2005 wurde „Alkoholabhängigkeit“ bei etwa 500 10- bis 23-Jährigen die Haupt- oder Nebendiagnosen „Alkoholabhängigkeit“ gestellt (vgl. gewichtete Fallzahlen in der Tabelle A2f im Anhang); etwa zwei Drittel der Fälle waren männliche Jugendliche und junge Erwachsene.

Tabelle 4: Kombinationen von Haupt- und Nebendiagnosen für „Alkohol-Intoxikation“ (F10.0, F10.1, T51.0) und „Alkoholabhängigkeit“ (F10.2-F10.9), 2003, 2004 und 2005

Hauptdiagnosen	Nebendiagnosen	10-11 Jahre	12-13 Jahre	14-15 Jahre	16-17 Jahre	18-19 Jahre	20-21 Jahre	22-23 Jahre	Total
2003									
<i>Jungen/Männer</i>									
Intoxikation		1	11	65	65	71	64	45	322
	Intoxikation	0	1	14	23	67	64	62	231
	Intoxikation und Abhängigkeit	0	0	0	0	0	0	3	3
Intoxikation	Abhängigkeit	0	0	6	1	2	0	4	13
Abhängigkeit	Intoxikation	0	0	0	0	0	0	2	2
Abhängigkeit		0	0	1	6	17	40	51	115
	Abhängigkeit	0	1	8	8	14	38	59	128
<i>Mädchen/Frauen</i>									
Intoxikation		1	5	46	53	45	19	24	193
	Intoxikation	0	1	10	13	42	46	40	152
	Intoxikation und Abhängigkeit	0	0	0	1	0	1	1	3
Intoxikation	Abhängigkeit	0	0	0	0	0	2	0	2
Abhängigkeit	Intoxikation	0	0	0	0	0	0	0	0
Abhängigkeit		1	0	4	2	7	18	23	55
	Abhängigkeit	0	0	4	6	10	15	40	75
2004									
<i>Jungen/Männer</i>									
Intoxikation		1	24	82	94	77	60	69	407
	Intoxikation	0	2	20	51	68	87	79	307
	Intoxikation und Abhängigkeit	0	0	0	1	1	3	3	8
Intoxikation	Abhängigkeit	0	0	0	1	2	1	2	6
Abhängigkeit	Intoxikation	0	0	0	0	0	0	0	0
Abhängigkeit		0	0	1	8	17	28	43	97
	Abhängigkeit	0	0	4	10	28	66	71	179
<i>Mädchen/Frauen</i>									
Intoxikation		0	11	62	52	41	44	23	233
	Intoxikation	0	2	14	20	32	46	34	148
	Intoxikation und Abhängigkeit	0	0	0	0	0	0	2	2
Intoxikation	Abhängigkeit	0	0	1	2	0	0	1	4
Abhängigkeit	Intoxikation	0	0	0	0	0	0	0	0
Abhängigkeit		0	1	3	6	10	26	22	68
	Abhängigkeit	0	0	1	10	10	31	45	97
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		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		0	0	0	3	12	23	16	54
	Abhängigkeit	0	0	1	17	22	30	48	118

Lesebeispiel: Im Jahr 2003 wurde bei 3 männlichen 22- bis 23-Jährigen eine nicht-alkoholbezogene Hauptdiagnose, (mindestens) eine Nebendiagnose der Gruppe „Alkohol-Intoxikation“ und (mindestens) eine Nebendiagnose der Gruppe „Alkoholabhängigkeit“ gestellt.

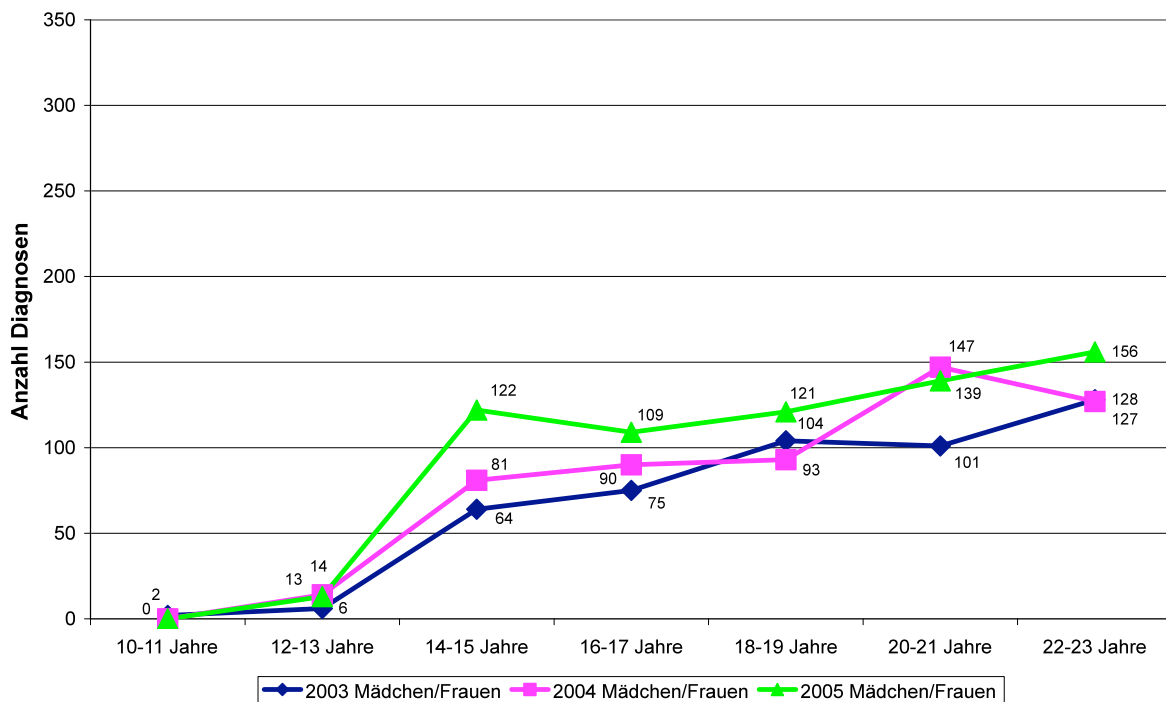
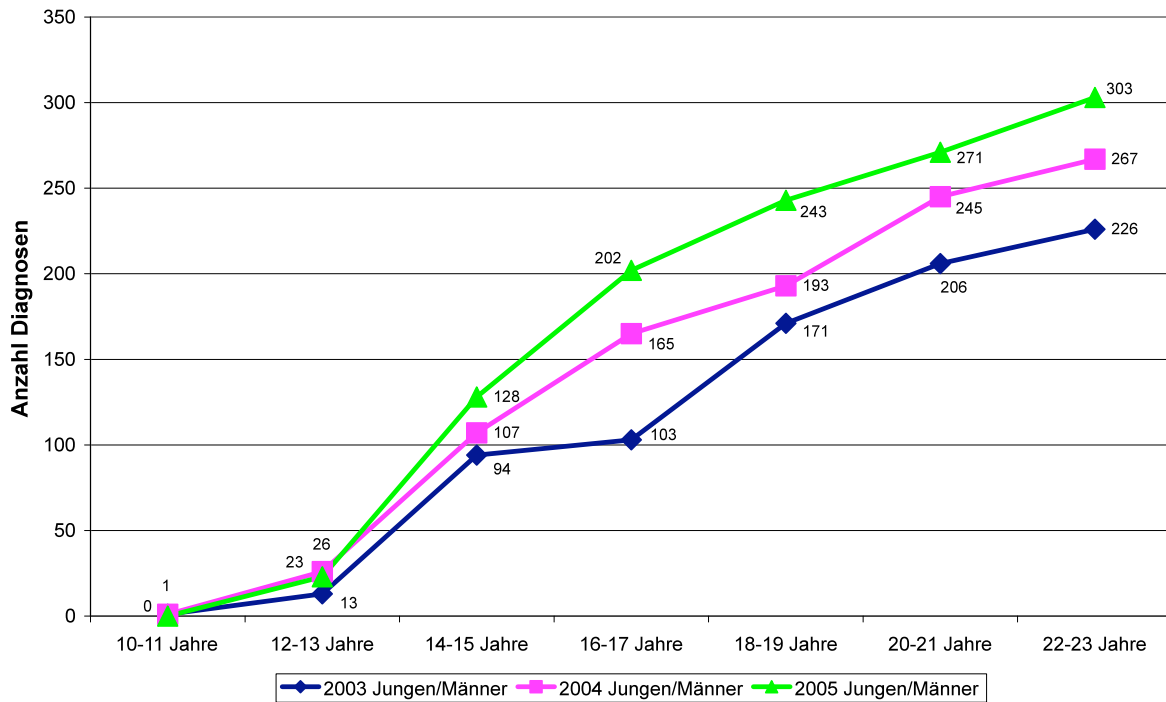
Abbildung 5: „Alkohol-Abhängigkeit“ (F10.2, F10.3-F10.9) in Haupt und Nebendiagnosen, 2003, 2004 und 2005, ungewichtete Daten



Insgesamt zeigt sich in den Jahren 2003 bis 2005, dass alle hier analysierten alkoholbezogenen Diagnosen zusammengenommen mit dem Alter stetig ansteigen, d. h. dass der Rückgang in den „Alkohol-Intoxikationen“ im jungen Erwachsenenalter durch steigende Zahlen in „Abhängigkeitsdiagnosen“ mehr als wettgemacht wird (Abbildung 6). Wie schon bei den

separaten Analysen zu „Alkohol-Intoxikation“ und „Alkoholabhängigkeit“ zeigen sich auch hier wieder deutliche Geschlechtsunterschiede.

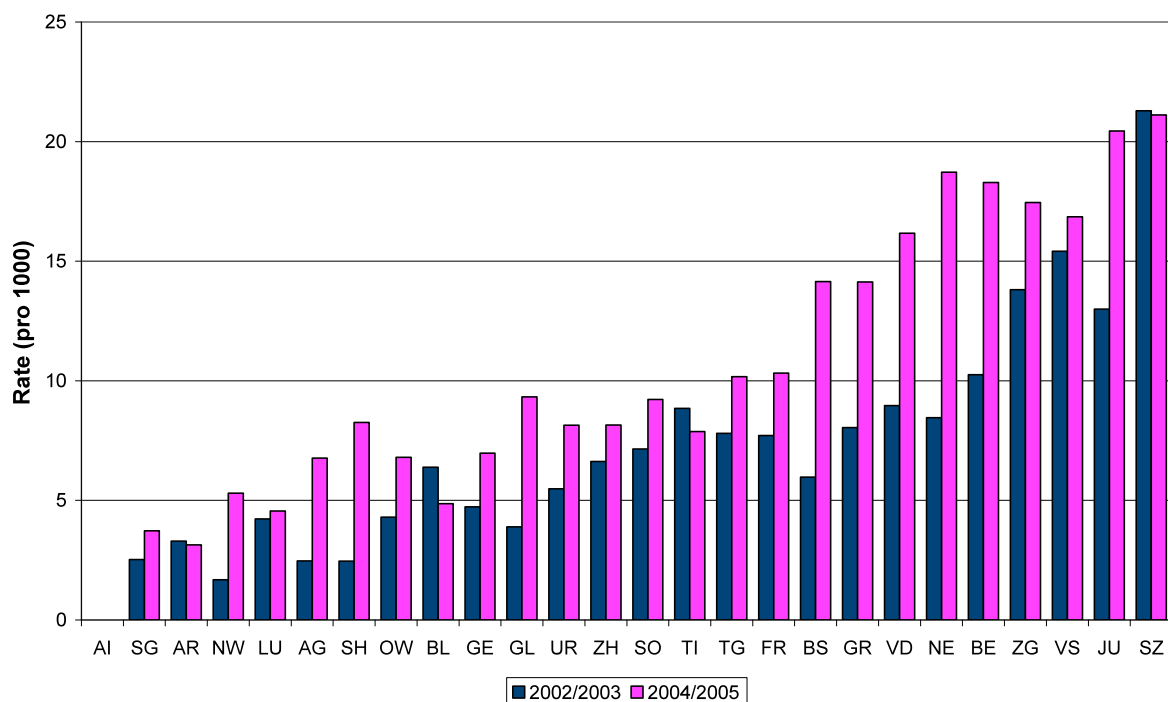
Abbildung 6: Alkoholbezogene Diagnosen insgesamt („Alkohol-Intoxikation“ und „Alkoholabhängigkeit“) in Haupt- und Nebendiagnosen, 2003



3.3 Kantonale Auswertungen alkoholbedingter Störungen

Für die folgenden kantonalen Analysen wurden jeweils zwei Jahre 2002/2003 und 2004/2005 zusammengefasst, da sich anderenfalls zu kleine Fallzahlen ergeben würden. Da aufgrund der Teilnahmequoten absolute Aussagen stark fehlerbehaftet sind, zeigt Abbildung 7 den Anteil der beiden häufigsten Diagnosen der Gruppe „Alkohol-Intoxikation“ an allen Fällen. Bei der Rate von „Alkohol-Intoxikationen“ 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 der Hospitalisierung und nicht der Wohnort der Hospitalisierten. Bei der Betrachtung des Wohnortes als Basis würden sich die Gesamtaussagen jedoch kaum ändern.

Abbildung 7: Rate (pro Tausend Fälle) aller Haupt- und Nebendiagnosen "Akuter Rausch" (F10.0) und "Schädlicher Gebrauch" (F10.1) an allen Diagnosen, zusammengefasst für die Jahre 2002/2003 und 2004/2005, ungewichtete Daten, aufsteigend sortiert als Mittelwert von 2002/2003 und 2004/2005



Der Kanton Schwyz (SZ) weist über alle Kantone weg bei Hospitalisierungen die meisten Diagnosen der Gruppe „Alkohol-Intoxikation“ auf. Auch befinden sich die meisten Kantone mit französischsprachigen Regionen 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 2002/2003 wurde in den Schweizer Spitäler durchschnittlich bei knapp 8 von 1000 dokumentierten Fällen der Altersgruppe von 10 bis 23 Jahren akuter Rausch oder schädlicher Gebrauch als Haupt- oder Nebendiagnose gestellt, zwei Jahre später 2004/2005 stieg die Zahl auf gut 11 Fälle.

Tabelle 5: Rate (pro 1000 Fälle) von Haupt- und Nebendiagnosen "Akuter Rausch" (F10.0) und "Schädlicher Gebrauch" (F10.1) bei 10- bis 23-Jährigen, für die Jahre 2002/2003 und 2004/2005, nach Kanton; 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	2002/2003	1.6	0.0	0.0	9.4	6.4	1.9	6.1	2.7	0.0	4.7	12.0	2.2	8.5	0.0	0.0	1.4	6.7	5.0	17.6	3.2	4.4	0.0	6.5	8.2	4.6	3.4	5.3		
	2004/2005	2.7	0.0	0.0	16.0	1.7	1.8	8.3	4.4	17.5	8.5	18.9	3.2	15.4	0.0	0.0	2.7	9.6	5.1	19.6	5.8	5.6	0.0	14.6	12.8	4.8	3.8	8.1		
Nebendiagnose	2002/2003	0.3	0.0	0.0	1.2	0.5	0.0	0.0	0.7	0.0	1.0	0.0	0.6	2.8	0.0	4.0	0.5	0.0	1.3	1.4	2.1	0.3	0.0	0.3	0.7	2.3	0.2	0.7		
	2004/2005	0.9	0.0	1.3	0.6	0.2	1.4	0.0	0.2	0.0	1.0	0.0	0.5	0.6	0.0	0.0	0.2	0.0	1.3	0.0	2.4	0.8	0.0	1.2	0.2	0.0	0.7	0.6		
<i>schädlicher Gebrauch</i>																														
Hauptdiagnose	2002/2003	0.3	0.0	0.0	1.1	0.5	0.5	4.8	1.1	2.9	2.0	3.3	1.7	2.3	0.0	0.0	0.5	0.0	0.6	6.3	0.5	5.8	0.0	2.3	3.5	8.1	1.3	1.7		
	2004/2005	3.2	0.0	1.3	4.2	2.2	0.9	3.8	1.6	0.0	5.0	9.4	2.0	8.3	3.6	0.0	1.1	2.7	5.1	10.5	1.5	4.5	0.0	5.7	6.2	14.5	3.1	3.7		
Nebendiagnose	2002/2003	1.7	0.0	4.1	2.5	1.5	2.8	2.0	1.7	2.9	2.2	0.0	1.1	2.3	0.0	0.0	1.4	0.0	1.9	4.9	9.0	1.2	7.0	1.7	3.0	5.8	3.3	2.4		
	2004/2005	2.7	0.0	2.6	3.2	1.5	9.9	1.3	1.1	0.0	4.3	0.0	2.7	3.2	7.3	9.4	1.4	0.0	2.6	1.4	8.7	1.1	12.0	2.7	3.2	12.1	3.9	3.0		
Mädchen/Frauen																														
<i>akuter Rausch</i>																														
Hauptdiagnose	2002/2003	0.3	0.0	2.5	4.5	2.4	0.3	1.8	2.1	0.0	4.1	2.3	1.3	2.0	0.0	0.0	0.9	0.0	2.9	9.7	0.0	2.9	0.0	4.0	9.2	3.9	2.0	2.8		
	2004/2005	2.4	0.0	0.0	9.0	2.8	0.3	5.2	4.5	2.0	3.8	9.8	0.5	5.6	0.0	0.0	1.1	4.2	3.5	7.7	1.1	3.2	4.2	5.6	7.7	0.0	2.3	4.2		
Nebendiagnose	2002/2003	0.1	0.0	0.0	0.6	0.7	0.0	0.0	0.8	0.0	0.3	0.0	0.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0	0.7	0.4	0.0	0.0	0.2	1.1	0.0	0.3	0.4		
	2004/2005	0.1	0.0	1.2	0.7	0.0	1.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.9	0.0	0.0	0.1	0.0	1.0	0.0	0.8	0.0	0.9	0.2	1.1	0.4	0.4			
<i>schädlicher Gebrauch</i>																														
Hauptdiagnose	2002/2003	0.0	0.0	0.0	0.4	0.0	0.0	0.6	0.3	0.0	0.5	4.7	0.3	0.5	3.4	0.0	0.4	0.0	0.5	0.7	0.0	1.9	0.0	1.9	2.2	0.0	0.9	0.7		
	2004/2005	0.3	0.0	0.0	1.5	0.7	0.3	1.5	1.1	0.0	1.6	2.5	0.0	2.8	0.0	0.0	0.4	0.0	0.0	2.6	0.4	0.6	0.0	1.8	1.8	2.1	0.7	1.0		
Nebendiagnose	2002/2003	0.8	0.0	0.0	0.7	0.9	6.2	0.6	0.3	2.3	1.5	3.5	1.3	0.0	0.0	4.6	0.4	0.0	1.5	1.4	2.0	1.0	3.8	1.5	2.9	3.9	2.2	1.4		
	2004/2005	1.5	0.0	0.0	1.4	0.7	12.1	0.6	1.3	0.0	3.8	0.0	0.2	2.8	0.0	4.4	1.0	1.0	1.0	1.9	1.5	0.0	0.0	1.4	1.6	2.1	1.9	1.7		

Tabelle 5 gibt einen Überblick, wie sich diese Raten nach Haupt- und Nebendiagnosen aufteilen. Im Durchschnitt über alle Kantone überwiegt bei den Hauptdiagnosen der akute Rausch, bei den Nebendiagnosen jedoch der schädliche Gebrauch. Es zeigen sich jedoch auch offensichtliche Unterschiede zwischen den Kantonen in der Diagnosestellung. Beispielsweise haben der Kanton Basel-Land (BL) und Basel-Stadt (BS) 2002/2003 in etwa die gleiche Rate für Diagnosen der Gruppe „Alkohol-Intoxikation“, diese verteilen sich jedoch völlig unterschiedlich. Während ein Grossteil in Basel-Land auf die Hauptdiagnose akuter Rausch entfiel, war es in Basel-Stadt sehr häufig der schädliche Gebrauch als Nebendiagnose. Die Zunahme der Nebendiagnose „Schädlicher Gebrauch“ hat in Basel-Stadt massgeblich dazu geführt, dass sich die Rate alkoholbezogener Haupt- und Nebendiagnosen (vgl. Abbildung 7) zwischen 2002/2003 und 2004/2005 mehr als verdoppelt hat, während die Rate für Basel-Land im gleichen Zeitraum leicht abgenommen hat. Eine Vielzahl von Faktoren mag diese Unterschiede erklären. Unterschiedliche Konsummuster in den beiden Kantonen kommen dabei ebenso in Frage wie unterschiedlicher Zugang zu Krankenhäusern. Zum Beispiel könnten in der Stadt Patienten später ins Krankenhaus gehen, so dass Alkoholeffekte als Nachwirkungen (Alkoholkater) erscheinen und dann fälschlicherweise als „schädlicher Gebrauch“ diagnostiziert werden. Denkbar sind jedoch auch kantonal unterschiedlicher Interpretationen der entsprechenden Diagnostik oder ein unterschiedlicher Umgang mit der Erstellung von alkoholbezogenen Haupt- und Nebendiagnosen. Letztendlich müssen Interpretationen hier spekulativ bleiben, es zeigt sich aber, wie wichtig es ist, neben der Hauptdiagnose auch Nebendiagnosen in die Analyse mit einzubeziehen.

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 liegt die Behandlungsdauer für den schädlichen Gebrauch in etwa zwischen diesen Polen, was auch 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, können Unterschiede zwischen den Jahren kaum als systematische Veränderung interpretiert werden. Eine klarer Abnahme zeigt sich jedoch bei der Behandlung von männlichen 10- bis 23-Jährigen mit der Hauptdiagnose „Abhängigkeitssyndrom“ (bei gleichaltrigen Mädchen/Frauen kann die Veränderung durch einzelne Extremwerte erklärt werden).

Tabelle 6: Aufenthaltsdauer (in Tagen) in Spitälern von 10- bis 23-Jährigen nach Hauptdiagnose, 2003, 2004 und 2005, ungewichtete Daten

	Jungen/Männer	Mädchen/Frauen	Total
2003			
akuter Rausch (F10.0)	1.1	1.3	1.2
schädlicher Gebrauch (F10.1)	16.3	[6.9]	12.5
unfallmässige Vergiftung (T51.0)	[0.3]	[1.3]	[0.8]
Abhängigkeitssyndrom (F10.2)	30.1	35.7	31.8
Störungen durch Alkohol (F10.3-F10.9)	[6.6]	[10.4]	[8.1]
alle Diagnosen (alkohol- und nicht-alkoholbezogen)	10.3	8.1	9.2
2004			
akuter Rausch (F10.0)	1.0	0.9	1.0
schädlicher Gebrauch (F10.1)	5.9	[15.7]	8.9
unfallmässige Vergiftung (T51.0)	[0.9]	[2.5]	[1.4]
Abhängigkeitssyndrom (F10.2)	22.7	25.8	24.1
Störungen durch Alkohol (F10.3-F10.9)	[3.7]	[16.7]	[7.9]
alle Diagnosen (alkohol- und nicht-alkoholbezogen)	7.8	8.6	8.2
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-alkoholbezogen)	8.8	7.9	8.3

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 etwa zur Hälfte 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 teilstationäre 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, 2003, 2004 und 2005, ungewichtete Daten*

	Jungen/Männer			Mädchen/Frauen		
	ambulant	teilstationär	stationär	ambulant	teilstationär	stationär
2003						
akuter Rausch (F10.0)	0.3	50.9	48.8	0.0	50.6	49.4
schädlicher Gebrauch (F10.1)	5.6	36.1	58.3	8.0	44.0	48.0
unfallmässige Vergiftung (T51.0)	0.0	58.3	41.7	0.0	20.0	80.0
Abhängigkeitssyndrom (F10.2)	6.0	6.0	88.0	2.3	4.5	93.2
Störungen durch Alkohol (F10.3-F10.9)	0.0	5.9	94.1	0.0	27.3	72.7
2004						
akuter Rausch (F10.0)	2.5	47.6	49.9	2.8	49.5	47.7
schädlicher Gebrauch (F10.1)	0.0	22.2	77.8	0.0	20.0	80.0
unfallmässige Vergiftung (T51.0)	0.0	50.0	50.0	0.0	25.0	75.0
Abhängigkeitssyndrom (F10.2)	1.2	1.2	97.6	3.3	1.6	95.1
Störungen durch Alkohol (F10.3-F10.9)	0.0	26.7	73.3	0.0	42.9	57.1
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	0.0	25.0	75.0

Bemerkungen: Ambulante Behandlungen beruhen nur auf der freiwilligen Meldung einiger weniger Krankenhäuser und sind somit nicht repräsentativ.

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 Spitälern 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 adjustieren. 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.

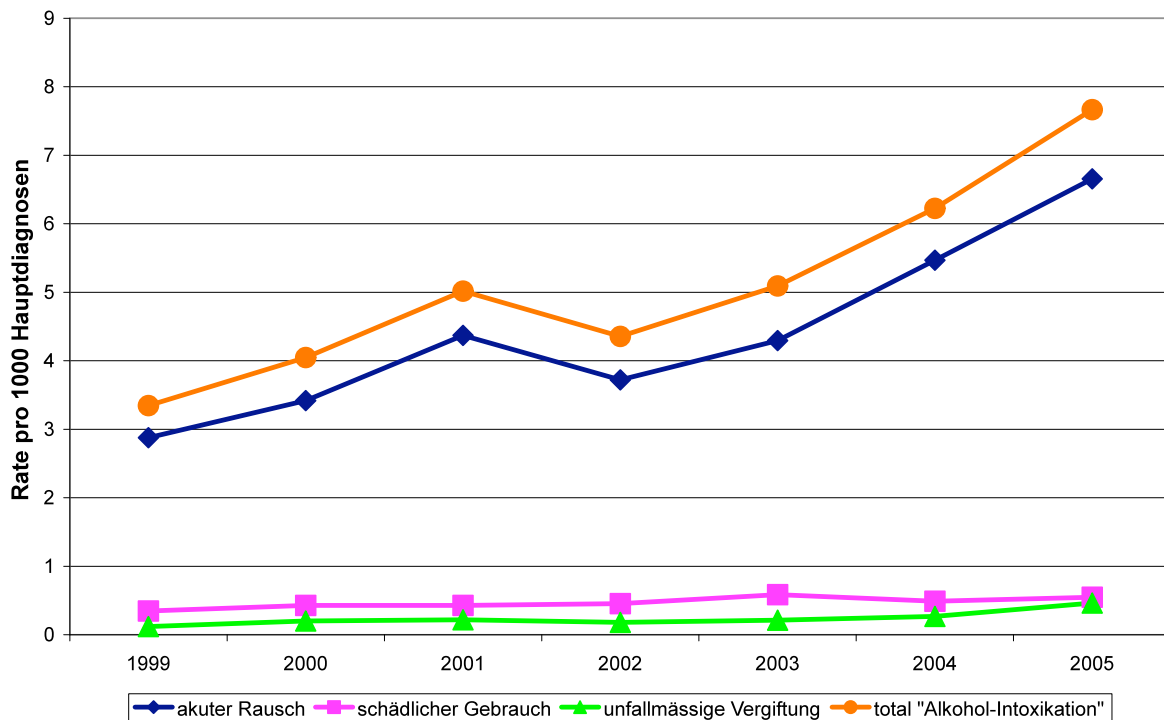
3. Schliesslich werden Veränderungen der gewichteten und adjustierten Häufigkeiten von Haupt- und Nebendiagnosen zwischen 2003 und 2005 berichtet. Dies erlaubt eine möglichst genaue Schätzung der Veränderung, wobei die unterschiedlichen Teilnahmequoten mit Hilfe der Gewichtung berücksichtigt wird. Zusätzlich wird die Häufigkeit der Nebendiagnosen im Jahr 2005 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. Zudem wird das Hauptaugenmerk bei der Trendanalyse auf die Jahre 2003 bis 2005 gerichtet.

3.5.1 Diagnosen der Gruppe „Alkohol-Intoxikationen“

Wie Abbildung 8 zeigt, steigen die ungewichtete Raten der Hauptdiagnose „Alkohol-Intoxikation“ (F10.0, F10.1, T51.0) seit 1999 kontinuierlich an, nur 2002 gab es einen leichten Rückgang. Etwa 3.3 von 1000 Hauptdiagnosen bei 10- bis 23-Jährigen wurden 1999 in der Gruppe „Alkohol-Intoxikation“ gestellt, 2003 waren es 5.1 und 2005 7.7 von 1000 Hauptdiagnosen. Zwischen 1999 und 2005 ist somit die Rate der Hauptdiagnosen „Alkohol-Intoxikation“ um 130% angestiegen, zwischen 2003 und 2005 gab es eine Zunahme um 51%. 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 8: 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, für unterschiedliche Teilnahmequoten zu adjustieren. Abbildung 9 zeigt den Trend der Hauptdiagnosen der Gruppe „Alkohol-Intoxikation“ (F10.0, F10.1, T51.0) für die Jahre 1999 bis 2005. Die Schlussfolgerungen bezüglich des Trends über die Jahre wird durch die Gewichtung nicht beeinflusst; im Vergleich zu der ungewichteten Trendanalyse (Abbildungen 8 und 12) verändern sich die gewichteten Raten und Häufigkeiten über die Jahre hinweg bemerkenswert ähnlich und sind seit 2002 fast parallel.

Abbildung 9: Gewichtete Rate (pro 100) und gewichtete Fallzahlen von Diagnosen der Gruppe „Alkohol-Intoxikation“ (Hauptdiagnosen F10.0, F10.1, T51.0) nach Erhebungsjahr

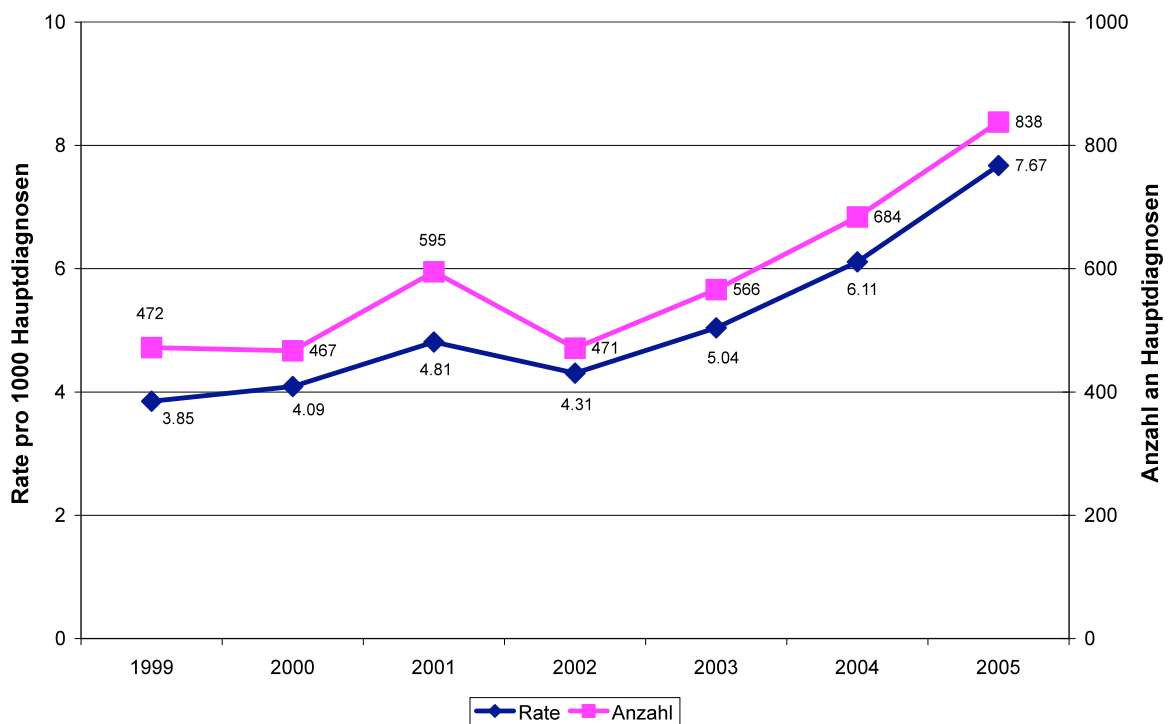
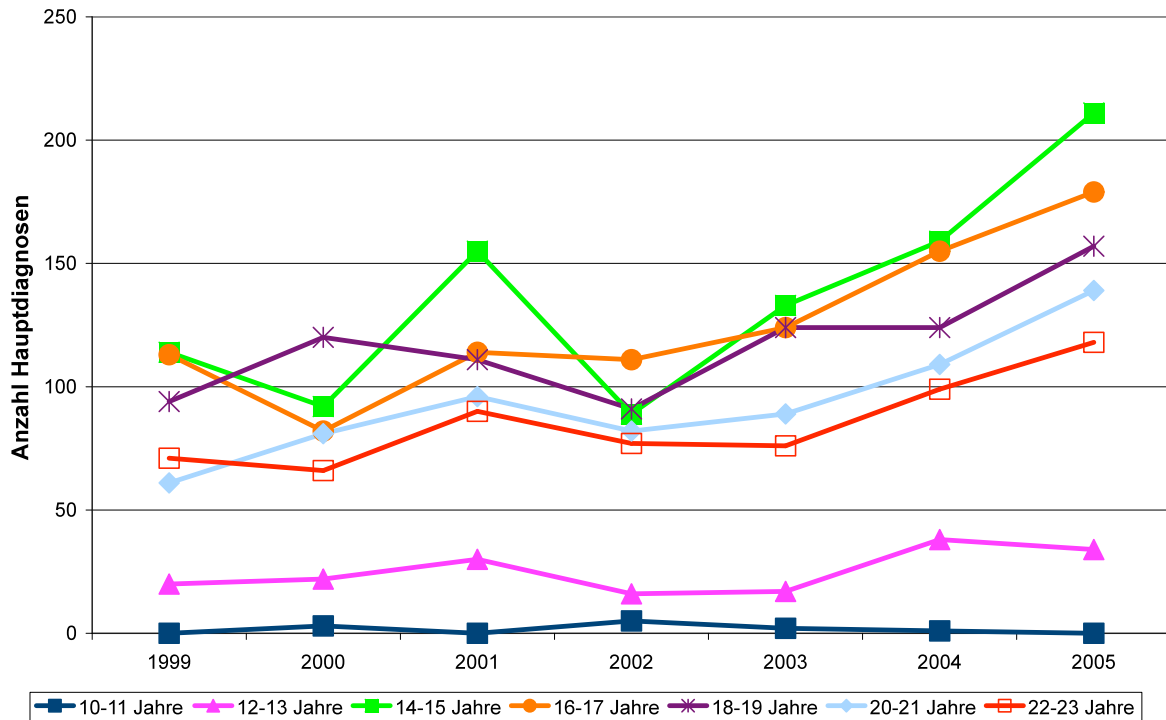


Abbildung 10 zeigt die gewichtete Häufigkeit der Hauptdiagnose „Alkohol-Intoxikation“ nach Altersgruppen (die Detailergebnisse sind in der Tabelle A2a im Anhang abgebildet). Zwischen 2002 und 2005 hat sich die Anzahl bei 12- bis 15-jährigen Jugendlichen mehr als verdoppelt, bei 16- bis 23-Jährigen zeigt diese Hauptdiagnose im Vergleich geringere, wenn auch immer noch deutliche Anstiege.

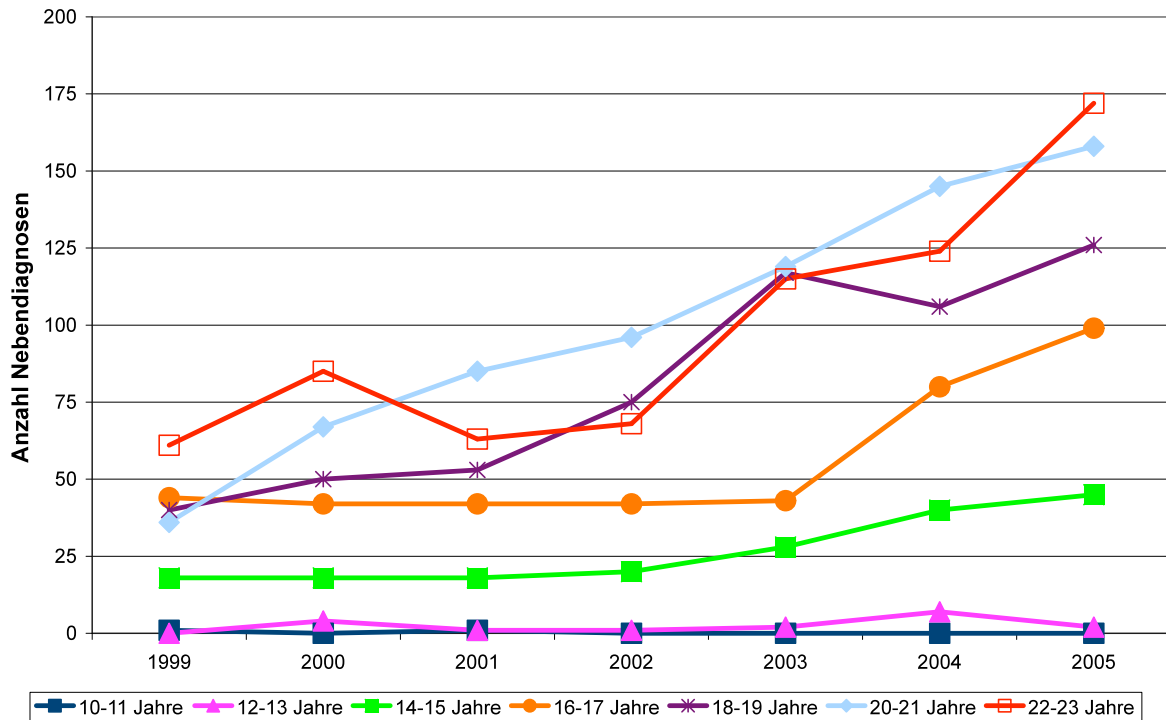
Abbildung 10: Gewichtete Anzahl Hauptdiagnosen der Gruppe "Alkohol-Intoxikation" (F10.0, F10.1, T51.0) nach Alter und Erhebungsjahr



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 11 zeigt die gewichtete (für unterschiedliche Teilnahmequoten) Entwicklung dieser Nebendiagnosen über die vergangenen Jahre (Tabelle A2b und A2c im Anhang zeigen die Detailergebnisse). Bis zu einem Alter von etwa 17 Jahren blieb die Häufigkeit der Nebendiagnosen der Gruppe „Alkohol-Intoxikation“ bis 2003 fast konstant, danach haben sie bei den 14- bis 17-Jährigen stark zugenommen. Für 18-jährige und ältere Erwachsene nehmen die Nebendiagnosen schon seit 1999 stetig zu, und dies deutlicher als die Hauptdiagnosen. Teil der Begründung für diese Zunahme mag sein, dass behandelnde Ärzte in den letzten Jahre 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 11: 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 2003 und 2005 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 2005 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 2003 und 2005 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	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	47%	43%	46%	50%	5%	30%

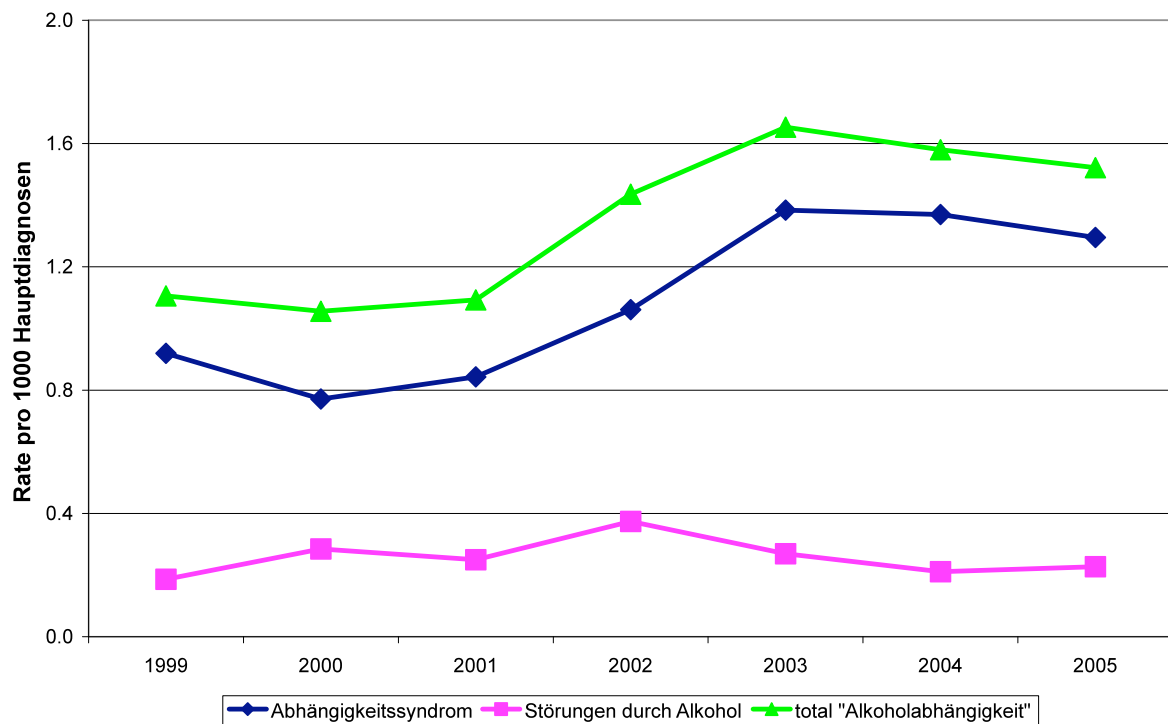
Bemerkungen: Für Altersgruppen bei denen Diagnosen „Alkohol-Intoxikation“ selten sind (in beiden Jahren jeweils nicht mehr als 19 Fälle), wird die Veränderung in eckigen Klammern dargestellt. Wenn es in beiden Jahren jeweils nicht mehr als 4 Fälle gab, werden keine Veränderungen dargestellt. Alle Häufigkeiten 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).

Während 2003 schätzungsweise 566 Personen im Alter von 10 bis 23 Jahren mit der Hauptdiagnose „Alkohol-Intoxikationen“ eingeliefert worden sind, stieg die Zahl 2004 auf 684 Personen und 2005 auf 838. Dies entspricht einer Zunahme um 47% seit 2003 bei männlichen und um 50% bei weiblichen 10- bis 23-Jährigen. Bemerkenswert ist dabei insbesondere der Anstieg an Alkohol-Intoxikationen bei 14- und 15-jährigen Mädchen. Die Häufigkeit von Nebendiagnosen „Alkohol-Intoxikation“ ist zwischen 2003 und 2005 bei männlichen Jugendlichen und Jungen Erwachsenen um 43% gestiegen bei gleichaltrigen Mädchen/Frauen nur um 5%. Dies entspricht insgesamt einer gewichteten und adjustierten Zunahme von Haupt- und Nebendiagnosen der Gruppe „Alkohol-Intoxikation“ um 40% (bei Jungen/Männern 46% und bei Mädchen/Frauen 30%).

3.5.2 Diagnosen der Gruppe „Alkoholabhängigkeit“

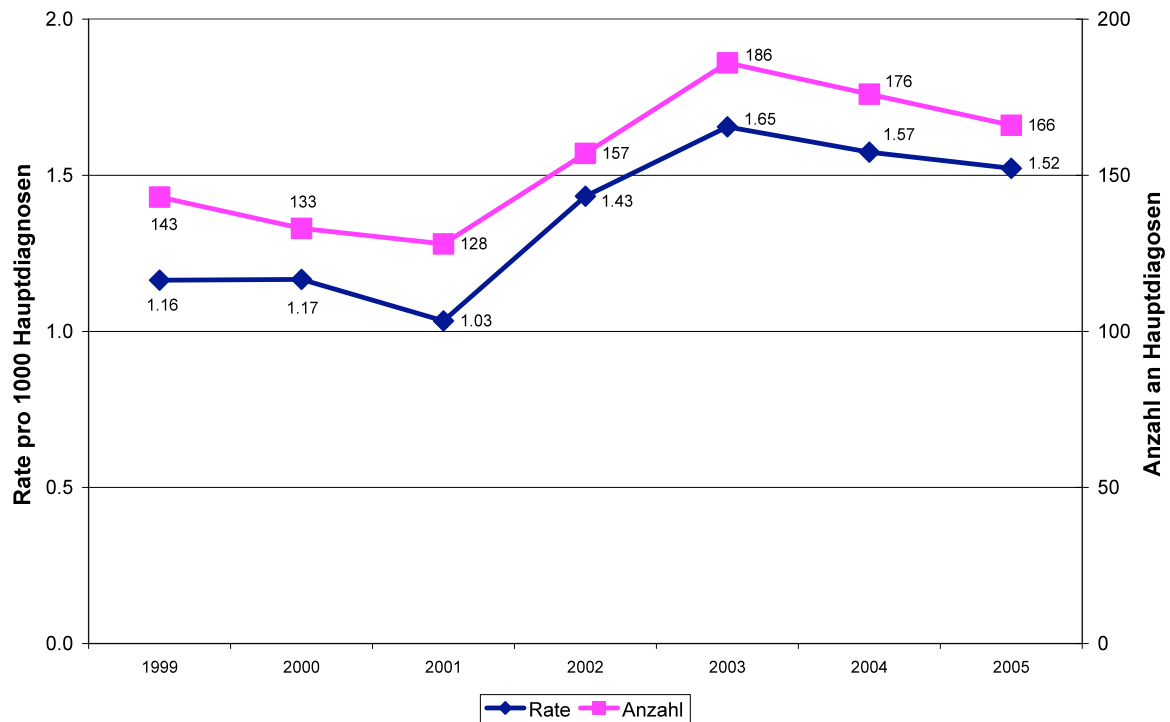
Abbildung 12 zeigt die Veränderungen der ungewichteten Rate von Hauptdiagnosen der Gruppe „Alkoholabhängigkeit“ (F10.2-F10.9). In den Jahren 2002/2003 ist die Rate von „Alkoholabhängigkeit“ stark angestiegen. Wurden 2001 noch bei 1.1 von 1000 Fällen die Hauptdiagnose „Alkoholabhängigkeit“ gestellt, waren 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). Insgesamt ist die Rate von Hauptdiagnosen „Alkoholabhängigkeit“ zwischen 1999 und 2005 um 38% angestiegen; zwischen 2003 und 2005 gab es jedoch eine Abnahme um etwa 8%. Das Abhängigkeitssyndrom macht den grössten Anteil der Gruppe „Alkoholabhängigkeit“ aus. Detailergebnisse für die Diagnosen der Gruppe „Alkoholabhängigkeit“ nach Alter werden in der Tabelle A1b im Anhang dargestellt.

Abbildung 12: Ungewichtete Rate (pro 1000 Fälle aller Diagnosen) von Hauptdiagnosen der Gruppe „Alkoholabhängigkeit“ (F10.2 - F10.9) bei 10- bis 23-Jährigen, nach Erhebungsjahr



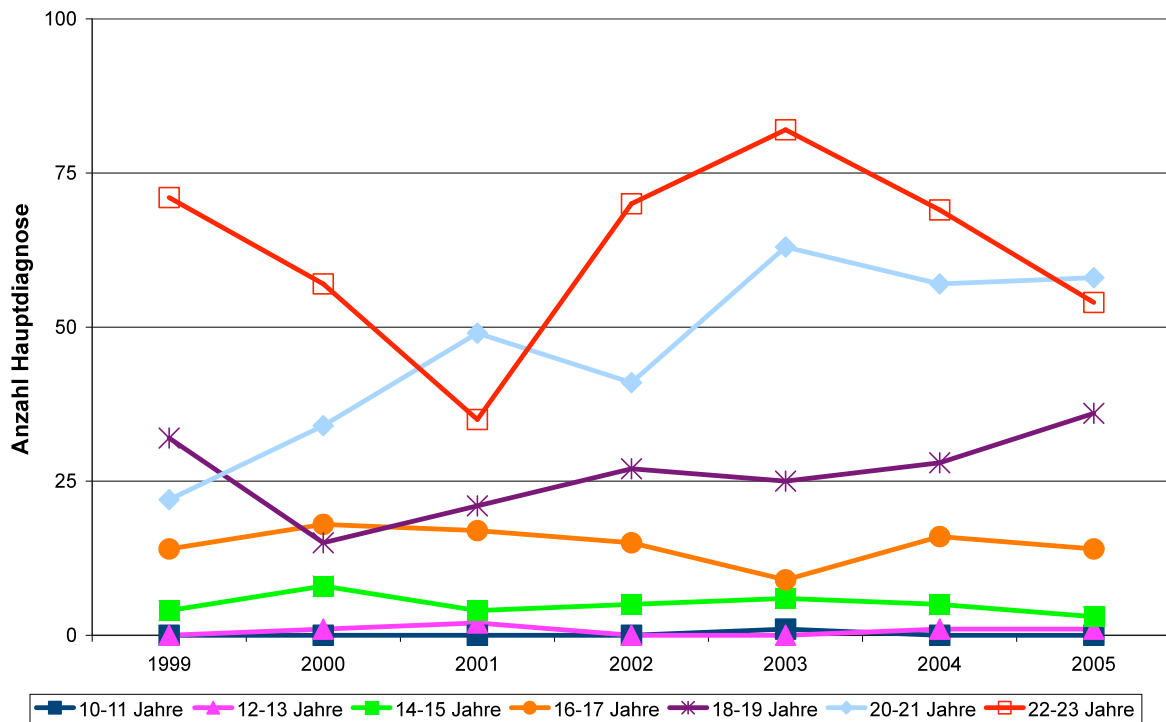
Die folgenden Analysen beziehen sich wiederum auf gewichtete Daten. In der Abbildung 13 werden die gewichteten Häufigkeiten und gewichteten Raten der Hauptdiagnosen der Gruppe „Alkoholabhängigkeit (F10.2 - F10.9)“ für die Jahre 1999 bis 2005 dargestellt. Die Trends über die Jahre hinweg sind dabei den ungewichteten Trendanalysen sehr ähnlich (Abbildung 12).

Abbildung 13: 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, dass der allgemeine Rückgang (vgl. Abbildung 12 und 13) massgeblich durch die älteste Gruppe der 22- bis 23-Jährigen beeinflusst wurde, für die jüngeren Altersgruppen lässt sich kein entsprechender Trend feststellen (siehe Abbildung 14; die Tabelle A2d, zeigt die Detailergebnisse).

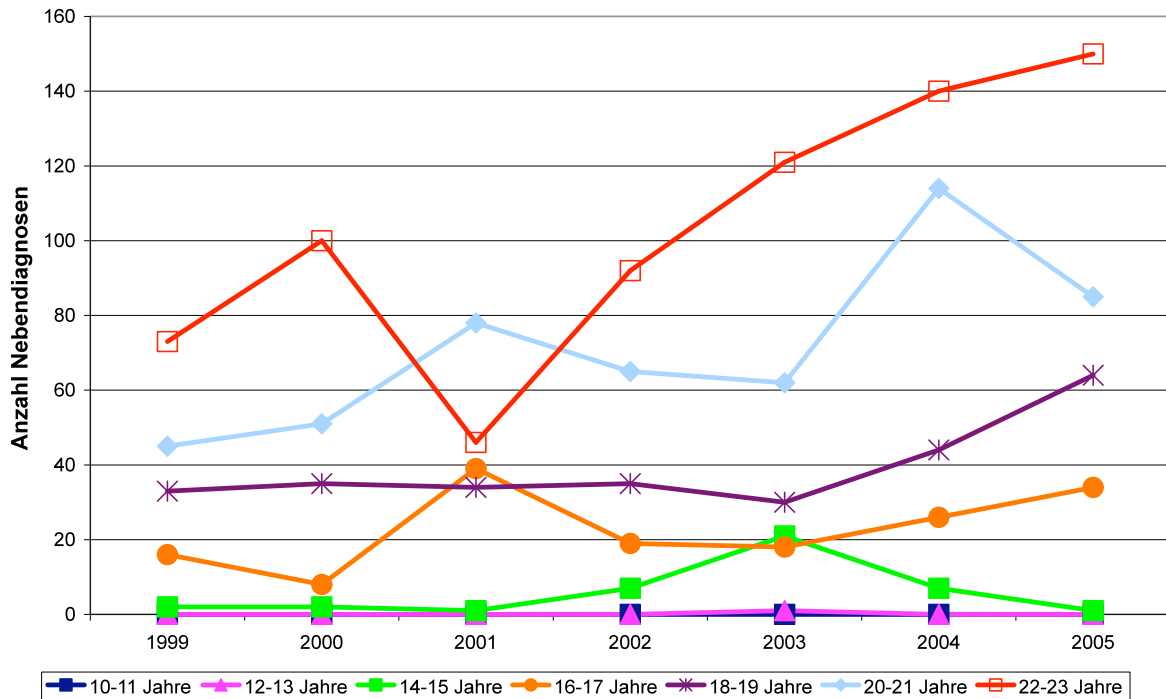
Abbildung 14: Gewichtete Anzahl Hauptdiagnosen der Gruppe "Alkoholabhängigkeit" (F10.2 -F10.9) nach Alter und Erhebungsjahr



Bemerkung: Gewichtung zum Ausgleich von unterschiedlichen Teilnahmequoten über die Jahre

Mehr als die Hälfte der Diagnosen der Gruppe „Alkoholabhängigkeit“ entfallen auf Nebendiagnosen, Abbildung 15 zeigt den Trend über die Jahre hinweg. Während bei 10- bis 15-Jährigen die Nebendiagnose „Alkoholabhängigkeit“ in allen Jahren 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 15: 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 2003 und 2005 (Tabellen A2c und A2d zeigen die Detailergebnisse). Bereits 2003 war „Alkoholabhängigkeit“ häufiger eine Nebendiagnose als eine Hauptdiagnose (vgl. Tabelle 4), dies hat sich 2005 noch verstärkt: Über alle Altersgruppen hinweg haben Hauptdiagnosen der Gruppe „Alkoholabhängigkeit“ um 13% (bei Jungen/Männern) bzw. 5% (bei Mädchen/Frauen) abgenommen, während Nebendiagnosen um 8% (bei Jungen/Männern) bzw. 36% (bei Mädchen/Frauen) gestiegen ist. Somit ist die Häufigkeit von Haupt- und Nebendiagnosen der Gruppe „Alkoholabhängigkeit“ insgesamt um 6% angestiegen, bei männlichen 10- bis 23-Jährigen hat sie sich kaum verändert, bei gleichaltrigen Mädchen/Frauen gab es eine Zunahme um 20%. In den älteren Altersgruppen hat die Häufigkeit der Diagnose „Alkoholabhängigkeit“ abgenommen: bei 20- bis 23-jährigen Männern um 13% und bei 22- bis 23-jährigen Frauen um 7%. In den mittleren Altersgruppen sind Diagnosen „Alkoholabhängigkeit“ zwar vergleichsweise weniger häufig, haben jedoch zwischen 2003 und 2005 zugenommen: Bei 16- bis 19-jährigen Jungen/Männern gab es eine Zunahme der Diagnose „Alkoholabhängigkeit“ um 55%, bei 16- bis 21-jährigen Mädchen/Frauen beträgt die Zunahme 64%. In der jüngsten Altersgruppe der 10- bis 15-Jährigen sind Diagnosen „Alkoholabhängigkeit“ nach wie vor selten.

Tabelle 9: Gewichtete und adjustierte Veränderungen der Haupt- und Nebendiagnose „Alkoholabhängigkeit“ zwischen 2003 und 2005 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	--	[-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	-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).

Unter der Berücksichtigung der Teilnahmequote der Krankenhäuser (Gewichtung) und der Ausführlichkeit der Dokumentation von Nebendiagnosen (Adjustierung), hat die Häufigkeit von Haupt- und Nebendiagnose von „Alkohol-Intoxikation“ und „Alkoholabhängigkeit“ bei 10- bis 23-Jährigen um 29% zugenommen - bei männlichen Jugendlichen und Jungen Erwachsenen um 31% und bei gleichaltrigen Mädchen und Frauen um 27% (vgl. Tabelle 10).

Tabelle 10: Übersicht der gewichtete und adjustierte Veränderungen der Haupt- und Nebendiagnosen „Alkohol-Intoxikation“ und „Alkoholabhängigkeit“ zwischen 2003 und 2005 bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen

	Jungen/Männer	Mädchen/Frauen	Total
Alkohol-Intoxikation	46%	30%	40%
Alkoholabhängigkeit	-1%	20%	6%
Total	31%	27%	29%

Bemerkungen: 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).

3.6 Vergleiche mit Deutschland und Österreich

Vergleiche mit anderen Ländern stellen sich immer ein wenig problematisch dar, da man nie genau wissen kann, ob exakt die gleiche Vorgehensweise gewählt worden ist.

Der deutsche Bericht spricht beispielsweise von Alkoholdiagnosen, die stationär behandelten wurden, so dass nicht sicher ist, ob darunter auch teilstationäre Behandlungen fallen, die in der Schweiz etwa 40% der Diagnosen (vgl. Tabelle 7) betreffen. Auch werden die einzelnen Diagnosen der Diagnosegruppe F10 unterschiedlich detailliert berichtet. Wie in der Schweiz wurde in Österreich unter Alkohol-Intoxikationen die drei Diagnosen akuter Rausch (F10.0),

schädlicher Gebrauch (F10.1) und toxische Wirkungen durch Alkohol (T51) in der Haupt- oder Nebendiagnose verstanden. Für Deutschland wurden vom Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE) alle Diagnosen F10 „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ zusammengefasst, so dass „Alkohol-Intoxikation“ (exkl. T51.0) und „Alkoholabhängigkeit“ gemeinsam dargestellt werden. Da die Diagnosen der „Alkoholabhängigkeit“ im Vergleich zur „Alkohol-Intoxikation“ viel seltener ist, kann die Diagnosegruppe F10 als Näherungswert für Alkohol-Intoxikation und schädlichen Gebrauch herangezogen werden.

Wir haben die Schweizer Daten jeweils an die Altersgruppen in Deutschland und Österreich angepasst. Vergleicht man mit aller gebotenen Vorsicht, die Ergebnisse hier mit Befunden aus den Nachbarländern Österreich und Deutschland, so kann man jedoch mit Sicherheit sagen, dass die Schweiz nicht besser dasteht als ihre Nachbarn, vermutlich eher schlechter (Tabelle 11).

Tabelle 11: Raten (pro 1000 Fälle) von Haupt- oder Nebendiagnosen der Gruppe „Alkohol-Intoxikation“ (F10.1, F10.2 und T51.0) und „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ (F10) in Österreich, Deutschland und der Schweiz

		2000	2001	2002	2003	2004	2005
<i>Alkoholintoxikation (F10.1, F10.2 und T51.0)</i>							
Österreich	15-19-jährig				4.0	4.8	5.4
Schweiz	15-19-jährig				12.2	14.3	17.9
<i>Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10)</i>							
Deutschland	10-14-jährig	0.5	0.6	0.6	0.7	0.7	
	15-19-jährig	2.1	2.4	2.6	2.7	3.1	
Schweiz	10-14-jährig	2.3	3.3	2.7	3.3	4.2	
	15-19-jährig	10.5	11.4	11.6	13.8	16.4	

Bemerkung: Schweiz: Gewichtung zum Ausgleich von unterschiedlichen Teilnahmequoten über die Jahre

Der Trend der zunehmenden „Alkohol-Intoxikation“ bzw. der „Psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ im beobachteten Zeitraum, findet sich auch in Österreich und Deutschland. In Österreich wurde 2003 bei 14- bis 19-Jährigen bei etwa 4 von 1000 Fälle die Diagnose „Alkohol-Intoxikation“ gestellt, bis 2005 stieg diese Rate auf 5.4 (Institut für Suchtprävention - Pro Mente OÖE, 2004, 2005, 2006). Auch in Deutschland nahm die Häufigkeit der Diagnosen „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ zwischen 2000 und 2004 stetig zu: Bei 10- bis 14-Jährigen nahm sie um 35% zu, bei den 15- bis 19-Jährigen um 50% (Prognos AG, 2007).

4. Diskussion

Studien über problematischen Alkoholkonsum bei Jugendlichen in der Schweiz basierten bis anhin 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. So gaben beispielsweise im Jahr 2002 in der Studie zum Health Behavior of School Aged Children (HBSC) 42% der 15-/16-jährigen Jungen und 25% der gleich alten

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), im Jahre 2003 gaben 45% der Jungen und 32% der Mädchen derselben Altersgruppe an, bereits mehr als zweimal betrunken gewesen zu sein (Hibell et al., 2004). In der aktuellen Studie zum HBSC von 2006 gingen die Prävalenzen von regelmässigem Alkoholkonsum und von Trunkenheit leicht zurück, lagen aber noch immer höher als 1998 und in den Jahren zuvor. So alarmierend diese Zahlen sind, stellt sich immer die Frage, was Jugendliche unter „betrunken sein“ verstehen. „Betrunken sein“ kann von einem Schwips bis zur Bewusstlosigkeit reichen, und entsprechende Statistiken hängen somit stark mit der Interpretation und der Wahrhaftigkeit der Aussagen Jugendlicher ab: diese Aussagen können von Verleugnung aber auch Profiliertehabe 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 werden. 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 Entzugssyndrom (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, die in der Regel nur durch lang dauernden 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 nur die Spitze des Eisberges darstellen. Dies wird klar, wenn man berücksichtigt, dass hier nur von Hospitalisierungen in Schweizer Spitälern gesprochen wird. Betrunkene Jugendliche, welche die Polizei nach Hause bringt, oder Behandlungen bei Hausärzten oder nicht an Spitäler angegliederte Notfallstationen werden hier ebenso wenig berücksichtigt wie bestimmte Beratungsstellen.

Analysiert wurden Hauptdiagnosen und Nebendiagnosen. Eine Hauptdiagnose bedeutet dabei, dass der Alkoholkonsum, beispielsweise ein akuter Rausch, die Hauptursache für die Hospitalisierung war. Bei Nebendiagnosen vermerkt der behandelnde Arzt beispielsweise einen Rausch, gibt aber andere Ursachen als Hauptgrund für die Hospitalisierung an. Dies kann beispielsweise eine Unfall mit verschiedenen Brüchen sein, der unter Alkoholeinfluss passiert ist.

In Schweizer Spitälern steigt die Häufigkeit der Hauptdiagnose „Alkohol-Intoxikation“ ab einem Alter von 14 Jahren massiv an. Es stellt sich also 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 2004 und 2005 Jahr im Durchschnitt bei den 14- bis 19-Jährigen pro Jahrgang etwa 32 Mädchen und etwa 50 Jungen hauptsächlich wegen Trunkenheit hospitalisiert wurden, also „Alkohol-Intoxikation“ als Hauptdiagnose gestellt wurde. Hospitalisierungen traten dabei bereits ab einem Alter von 12 Jahren auf.

Ab einem Alter von 16 Jahren bei Mädchen/Frauen und 18 Jahren bei Jungen/Männern sinken die Hauptdiagnosen der Gruppe „Alkohol-Intoxikation“. Dies darf jedoch nicht so interpretiert werden, dass akute Rausche ein vorübergehendes Phänomen sind, welches ausschliesslich bei Jugendlichen auftritt. Nimmt man zum einen neben den Hauptdiagnosen noch die Nebendiagnosen hinzu, so steigt die Anzahl der Alkohol-Intoxikationen bis zu einem Alter von 21 Jahren bei den Männern und bleibt bei den Mädchen/Frauen ab 16 Jahren in etwa stabil. Zum anderen steigt etwa ab diesem Alter Hauptdiagnosen der Gruppe „Alkoholabhängigkeit“ an. Auch wenn Querschnittsdaten keine Aussagen über individuelle Trinkkarrieren erlauben, so deutet dieses Ergebnis doch darauf hin, dass „betrunkene Jugendliche“ sich im frühen Erwachsenenalter teilweise zu Alkoholabhängigen entwickeln. Während Mediziner bei Personen im jungen Alter eher zu Alkohol-Intoxikationsdiagnosen zu tendieren scheinen, wird vermutlich mit steigendem Alter zunehmend die hinter dem akuten Rausch stehende Alkoholabhängigkeit diagnostiziert. 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 Jugendlichen, die mit akuten Rauschen in Krankenhäusern hospitalisiert werden, später im Erwachsenenalter eine Alkoholabhängigkeit diagnostiziert wird? Zur Zeit sind solche Aussagen nicht möglich, da datenschutzrechtliche Bedenken die Zuordnung einer Patientenidentifikation verunmöglichen 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.

Personen, die mit einer Nebendiagnosen „Alkohol-Intoxikation“ stationiert werden, hatten zu etwa 85% einen Unfall (ICD-Kapitel XIX) oder wiesen psychische Störungen oder Verhaltensauffälligkeiten (ICD-Kapitel V) als Hauptdiagnose auf. Diese Art der Komorbidität ist in der internationalen Literatur bekannt und wird zu einem hohen Teil durch Alkohol mitverursacht. Dass aber gerade das Rauschtrinken in der Allgemeinbevölkerung diesen Alters zugenommen hat, zeigt dass der relative Anteil von Unfällen in der Hauptdiagnose deutlich gestiegen ist, jener von Hauptdiagnosen „mentale Störung“ jedoch zurückgegangen ist.

Die ersten so diagnostizierten Fälle von „Alkoholabhängigkeit“ treten bereits in einem Alter von 14 Jahren auf, mit zunehmendem Alter wird auch die Diagnose häufiger. In den Jahren 2004 und 2005 wurde pro Jahr in der Altersgruppe der 18- bis 23-Jährigen bereits bei etwa 440 Personen die Haupt- oder Nebendiagnose „Alkoholabhängigkeit“ gestellt. 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 bis zur Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit braucht. Dies weist entweder darauf hin, dass einige Jugendliche in der Schweiz bereits sehr früh mit dem starken Alkoholkonsum beginnen, oder darauf, dass sich Alkoholabhängigkeit im Jugendalter aufgrund stärkerer Vulnerabilität für Alkoholeffekte schneller entwickelt.

Die medizinische Statistik der Schweizer Krankenhäuser existiert zwar seit 1998, in den ersten Jahren gab es jedoch einige Anlaufschwierigkeiten und die Teilnahmequoten der Spitäler war relativ tief, Veränderungen in diesem Zeitraum können deshalb nur vorsichtig als Trend interpretiert werden. Seit 2002 ist die Krankenhausstatistik fast vollständig erhältlich. Das Hauptaugenmerk wurde daher bei der Trendanalyse auf die Jahre 2003 bis 2005 gerichtet.

Zwischen 1999 und 2005 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 junge Erwachsene im Alter von 10-23 Jahren eine Haupt- oder Nebendiagnose „Alkohol-Intoxikation“ gestellt. 2003 stieg die Anzahl auf etwa 980 Fälle, 2005 waren es 1434 Fälle, dies entspricht einer Zunahme um 48% innert zwei Jahren (47% bei Jungen/Männern, 50% bei Mädchen/Frauen). Die Häufigkeit von Nebendiagnosen „Alkohol-Intoxikation“ ist zwischen 2003 und 2005 bei männlichen Jugendlichen und Jungen Erwachsenen um 43% gestiegen bei gleichaltrigen Mädchen/Frauen nur um 5%. Dies entspricht insgesamt einer gewichteten und adjustierten Zunahme von Haupt- und Nebendiagnosen der Gruppe „Alkohol-Intoxikation“ um 46% bei Jungen/Männern und um 30% bei Mädchen/Frauen. Besonders stark war die Zunahme bei 14- und 15-jährigen Mädchen und 16- und 17-jährigen Jungen.

Die Zahl der Haupt- und Nebendiagnosen der Gruppe „Alkoholabhängigkeit“ hat zwischen 1999 und 2005 ebenfalls deutlich zugenommen; der Anstieg ist aber vor allem auf die Zunahme in den Jahren 2002 und 2003 zurückzuführen. In Schweizer Spitälern wurden im Jahre 2005 etwa 500 Jugendliche und junge Erwachsene mit einer Haupt- oder Nebendiagnose „Alkoholabhängigkeit“ behandelt. Zwischen 2003 und 2005 hat die Häufigkeit der Diagnose „Alkoholabhängigkeit“ insgesamt leicht zugenommen (6%). In diesem Zeitraum ist die Häufigkeit von „Alkoholabhängigkeit“ in den älteren Altersgruppen (20- bis 23-jährigen Männern, 22- bis 23-jährigen Frauen) leicht gesunken; in der mittleren Altersgruppe jedoch weiter angestiegen (um 54% bei 16- bis 19-jährigen Jungen/Männern und um 67% bei 16- bis 21-jährigen Mädchen/Frauen). In der jüngsten Altersgruppe der 10- bis 15-Jährigen sind Diagnosen „Alkoholabhängigkeit“ nach wie vor selten.

Insgesamt kann man also davon ausgehen, dass seit der Jahrtausendwende zunächst ein Anstieg in den Abhängigkeitsdiagnosen eingetreten ist, dieser aber in den letzten drei Jahren (2003-2005) verhältnismässig stabil ist. Dagegen hat jedoch das Rauschtrinken klar und deutlich weiter zugenommen. Wurden 2003 durchschnittlich täglich knapp 4 Jugendliche (gewichtete Daten) und junge Erwachsene im Alter zwischen 10 und 23 Jahren wegen ihres Alkoholkonsums in Schweizer Spitäler eingeliefert, stieg deren Anzahl bis 2005 um etwa 29% auf über 5 Personen pro Tag.

Vergleicht man die Ergebnisse hier mit Befunden aus den Nachbarländern Österreich und Deutschland, so kann der Schweiz kein gutes Zeugnis ausgestellt werden. In Österreich wurde unter Alkohol-Intoxikationen ebenfalls die drei Diagnosen akuter Rausch (F10.0), schädlicher Gebrauch (F10.1) und toxische Wirkungen durch Alkohol (T51) verstanden, zwischen Haupt- und Nebendiagnosen wurde jedoch nicht unterschieden. 2005 wurde bei 14- bis 19-Jährigen pro 1000 Fälle etwa 5-Mal die Diagnose Alkohol-Intoxikation gestellt (Institut für Suchtprävention - Pro Mente OOE, 2006). In der Schweiz liegt die Rate gemäss der hier vorgestellten Daten im Jahr 2005 bei etwa 18 pro 1000 Diagnosen. Für Deutschland wurden vom Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE) alle Diagnosen F10 „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ zusammengefasst, so dass „Alkohol-Intoxikation“ (exkl. T51.0) und „Alkoholabhängigkeit“ gemeinsam dargestellt werden. In Deutschland lag 2004 die Rate der Diagnosen „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ bei 10- bis 14-jährigen Jugendlichen bei knapp 1 von 1000 Diagnosen, bei 15- bis 19-Jährigen bei etwa 3 von 1000 Diagnosen. Ebenfalls im Jahr 2004 lagen die selben Raten für die 10- bis 14-Jährige in der Schweiz bei etwa 4 und für 15- bis 19-Jährige bei etwa 16. Abgesehen von den absoluten Raten zeigt sich jedoch sowohl in Österreich, als auch in Deutschland der selbe Trend wie in der Schweiz: Die Häufigkeit der Diagnosen der Gruppe „Alkohol-Intoxikation“

bzw. „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ hat während dem beobachteten Zeitraum stark zugenommen.

Es ist unklar, ob es in den drei Hochkonsumländern unterschiedliche Praktiken beim Erstellen von alkoholbezogenen Diagnosen gibt, die diese Unterschiede teilweise erklären könnten. Ebenso mögen unterschiedliche Herangehensweisen in der Methodik zu Unterschieden zwischen den Ländern geführt haben. Beispielsweise wird 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, dass in allen drei Ländern für die letzten Jahre ähnliche Trends zu beobachten sind und dass dringender Handlungsbedarf besteht.

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).

Bundesamt für Statistik (BFS). (2005). Tabellen der Gesundheitsstatistik. Medizinische Statistik 2003. Neuchâtel: BFS.

Bundesamt für Statistik (BFS). (2006). Tabellen der Gesundheitsstatistik. Medizinische Statistik 2004. Neuchâtel: BFS.

Bundesamt für Statistik (BFS). (2007). Tabellen der Gesundheitsstatistik. Medizinische Statistik 2005. Neuchâtel: BFS.

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). Diagnoseschlüssel: ICD-10 BMSG 2001, available from http://www.bmgf.gv.at/cms/site/attachments/8/6/4/CH0369/CMS1128332460003/icd-10_bmsg_2001_-_alphabetisches_verzeichnis.pdf

Gmel, G., & Kuntsche, E. N. (2006). Alkohol-Intoxikationen Jugendlicher und junger Erwachsener. Eine Sekundäranalyse der Daten Schweizer Spitäler, available from http://www.sfa-isp.ch/DocUpload/RR_Intoxikationen_06.pdf

Gmel, G., Rehm, J., & Kuntsche, E. N. (2003). Binge drinking in Europe: definitions, epidemiology, and consequences. *Sucht*, 49(2), 105-116.

Hibell, B., Andersson, B., Bjarnason, T., Ahlström, S., Balakireva, O., Kokkevi, A., et al. (2004). 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).

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, available from http://wwwtest.skgev.de/service/DKR_V2004_Endversion_030923.doc

Institut für Suchtprävention - Pro Mente OÖ (2004). Drogenmonitoring OÖ - LKF-Daten 2003, available from http://www.praevention.at/upload/documentbox/LKF_Daten_2003_030.pdf

Institut für Suchtprävention - Pro Mente OOE (2005). Abhängigkeit und Substanzkonsum: Factsheet, available from http://praevention.at/upload/documentbox/Factsheet_Sucht_013.pdf

Institut für Suchtprävention - Pro Mente OOE (2006). Drogenmonitoring OÖ - LKF-Daten 2005, available from http://praevention.at/upload/documentbox/LKF_Daten_2005_050.pdf

Med-Kolleg (2005). Portal für Medizin und Gesundheit, available from <http://www.med-kolleg.de/icd/E/8240.htm>

Mundle, G., Banger, M., Mugele, B., Stetter, F., Soyka, M., Veltrup, C., et al. (2003). AWMF-Behandlungsleitlinie: Akutbehandlung alkoholbezogener Störungen. *Sucht*, 49(3), 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(2), 81-89.

Prognos AG (2007). Riskanter Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen – Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung des HaLT-Modellprogramms. Pressekonferenz der Drogenbeauftragten der Bundesregierung, available from http://www.bmg.bund.de/nm_989058/DE/Themenschwerpunkte/Drogen-und-Sucht/Alkohol/HaLT-Ergebnisse-pdf.templateId=raw.property=publicationFile.pdf/HaLT-Ergebnisse-pdf.pdf

Schmid, H., Delgrande Jordan, M., Kuntsche, E., Kuendig, H., & Annaheim, B. (2007). Der Konsum psychoaktiver Substanzen von Schülerinnen und Schülern in der Schweiz - Ausgewählte Ergebnisse einer Studie, durchgeführt unter der Schirmherrschaft der Weltgesundheitsorganisation (WHO) (No. Forschungsbericht Nr. 42). Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA).

Schmid, H., Delgrande Jordan, M., Kuntsche, E. N., & 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) (Forschungsbericht No. 39). 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, available from <http://www3.who.int/icd/vol1htm2003/fr-icd.htm>

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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
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

Bemerkung: Gewichtung zum Ausgleich von unterschiedlichen Teilnahmequoten über die Jahre

Tabelle A2a:

Veränderungen der Haupt- und Nebendiagnose Alkohol-Intoxikation bei männlichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen nach Altersgruppen zwischen 2003 und 2005

			ungewichtet			gewichtet			gewichtet & adjustiert		
			2003	2005	Zunahme	2003	2005	Zunahme	2003	2005	Zunahme
10-11 Jahre	gesamt	Nebendiagnose	3894	3647	-6%	4218	3796	-10%			
	Alkohol-Intoxikation	Hauptdiagnose	1	0	--	1	0	--	1	0	--
		Nebendiagnose	0	0	--	0	0	--	0	0	--
		gesamt	1	0	--	1	0	--	1	0	--
12-13 Jahre	gesamt	Nebendiagnose	4258	4442	4%	4630	4606	-1%			
	Alkohol-Intoxikation	Hauptdiagnose	11	20	82%	12	21	72%	12	21	72%
		Nebendiagnose	1	2	100%	1	2	108%	1	2	109%
		gesamt	12	22	83%	13	23	75%	13	23	75%
14-15 Jahre	gesamt	Nebendiagnose	4462	5017	12%	4826	5204	8%			
	Alkohol-Intoxikation	Hauptdiagnose	71	107	51%	79	111	41%	79	111	41%
		Nebendiagnose	16	19	19%	17	20	16%	17	19	8%
		gesamt	87	126	45%	96	131	36%	96	129	35%
16-17 Jahre	gesamt	Nebendiagnose	4728	6309	33%	5091	6538	28%			
	Alkohol-Intoxikation	Hauptdiagnose	66	112	70%	69	116	68%	69	116	68%
		Nebendiagnose	24	67	179%	26	69	164%	26	62	136%
		gesamt	90	179	99%	95	185	94%	95	178	86%
18-19 Jahre	gesamt	Nebendiagnose	5518	6933	26%	5907	7176	21%			
	Alkohol-Intoxikation	Hauptdiagnose	73	102	40%	77	106	37%	77	106	37%
		Nebendiagnose	68	85	25%	72	88	22%	72	72	1%
		gesamt	141	187	33%	149	194	30%	149	178	20%
20-21 Jahre	gesamt	Nebendiagnose	5710	7475	31%	6124	7748	27%			
	Alkohol-Intoxikation	Hauptdiagnose	64	86	34%	67	89	33%	67	89	33%
		Nebendiagnose	65	113	74%	69	117	69%	69	99	43%
		gesamt	129	199	54%	136	206	51%	136	188	38%
22-23 Jahre	gesamt	Nebendiagnose	6356	8164	28%	6831	8448	24%			
	Alkohol-Intoxikation	Hauptdiagnose	49	80	63%	51	82	60%	51	82	60%
		Nebendiagnose	67	107	60%	71	111	56%	71	94	32%
		gesamt	116	187	61%	122	193	58%	122	176	44%
alle	gesamt	Nebendiagnose	34926	41987	20%	37628	43517	16%			
	Alkohol-Intoxikation	Hauptdiagnose	335	507	51%	357	525	47%	357	525	47%
		Nebendiagnose	241	393	63%	256	407	59%	256	367	43%
		gesamt	576	900	56%	613	932	52%	613	892	46%

Bemerkungen: Zunahme = $[(\text{Häufigkeit}_{2005} - \text{Häufigkeit}_{2003}) / \text{Häufigkeit}_{2003}] * 100$; Gewichtung = Teilnahmequote; Adjustierung für Nebendiagnosen: $\text{Häufigkeit}_{2005\text{adjustiert}} = \text{Häufigkeit}_{2005} - (\text{Zunahme Nebendiagnosen}_{2003-2005 \text{ in } \%} * \text{Häufigkeit}_{2003})$; „--“ = wenn im Jahr 2003 oder 2005 keine Fälle registriert wurden, wir auch keine Veränderung berichtet.

Tabelle A2b: Veränderungen der Haupt- und Nebendiagnose Alkohol-Intoxikation bei weiblichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen nach Altersgruppen zwischen 2003 und 2005

			ungewichtet			gewichtet			gewichtet & adjustiert		
			2003	2005	Zunahme	2003	2005	Zunahme	2003	2005	Zunahme
10-11 Jahre	gesamt	Nebendiagnose	2869	2896	1%	3107	3005	-3%			
	Alkohol-Intoxikation	Hauptdiagnose	1	0	--	1	0	--	1	0	--
		Nebendiagnose	0	0	--	0	0	--	0	0	--
		gesamt	1	0	--	1	0	--	1	0	--
12-13 Jahre	gesamt	Nebendiagnose	3127	3617	16%	3374	3735	11%			
	Alkohol-Intoxikation	Hauptdiagnose	5	13	160%	5	13	164%	5	13	164%
		Nebendiagnose	1	0	--	1	0	--	1	0	--
		gesamt	6	13	117%	6	13	123%	6	13	123%
14-15 Jahre	gesamt	Nebendiagnose	4529	5643	25%	4885	5836	19%			
	Alkohol-Intoxikation	Hauptdiagnose	46	97	111%	54	100	85%	54	100	85%
		Nebendiagnose	10	24	140%	11	25	133%	11	23	114%
		gesamt	56	121	116%	65	125	93%	65	123	90%
16-17 Jahre	gesamt	Nebendiagnose	5165	6881	33%	5605	7132	27%			
	Alkohol-Intoxikation	Hauptdiagnose	53	62	17%	55	63	15%	55	63	15%
		Nebendiagnose	16	28	75%	17	30	76%	17	25	49%
		gesamt	69	90	30%	72	93	30%	72	88	23%
18-19 Jahre	gesamt	Nebendiagnose	7881	9296	18%	8539	9616	13%			
	Alkohol-Intoxikation	Hauptdiagnose	45	50	11%	47	52	11%	47	52	11%
		Nebendiagnose	42	37	-12%	45	38	-15%	45	33	-27%
		gesamt	87	87	0%	91	90	-2%	91	84	-8%
20-21 Jahre	gesamt	Nebendiagnose	12115	13995	16%	13155	14496	10%			
	Alkohol-Intoxikation	Hauptdiagnose	21	48	129%	22	50	123%	22	50	123%
		Nebendiagnose	48	39	-19%	50	41	-19%	50	35	-29%
		gesamt	69	87	26%	72	90	25%	72	85	18%
22-23 Jahre	gesamt	Nebendiagnose	16997	19710	16%	18641	20382	9%			
	Alkohol-Intoxikation	Hauptdiagnose	24	34	42%	25	35	41%	25	35	41%
		Nebendiagnose	41	59	44%	44	62	40%	44	57	31%
		gesamt	65	93	43%	69	97	41%	69	93	35%
alle	gesamt	Nebendiagnose	52683	62038	18%	57307	64201	12%			
	Alkohol-Intoxikation	Hauptdiagnose	195	304	56%	209	313	50%	209	313	50%
		Nebendiagnose	158	187	18%	167	195	17%	167	175	5%
		gesamt	353	491	39%	376	508	35%	376	488	30%

Bemerkungen: Zunahme = [(Häufigkeit₂₀₀₅ - Häufigkeit₂₀₀₃) / Häufigkeit₂₀₀₃]*100; Gewichtung = Teilnahmequote; Adjustierung für Nebendiagnosen: Häufigkeit_{2005adjustiert} = Häufigkeit₂₀₀₅ - (Zunahme Nebendiagnosen₂₀₀₃₋₂₀₀₅ in % * Häufigkeit₂₀₀₃); „--“ = wenn im Jahr 2003 oder 2005 keine Fälle registriert wurden, wir auch keine Veränderung berichtet.

Tabelle A2c: Veränderungen der Haupt- und Nebendiagnose Alkoholabhängigkeit bei männlichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen nach Altersgruppen zwischen 2003 und 2005

			ungewichtet			gewichtet			gewichtet & adjustiert		
			2003	2005	Zunahme	2003	2005	Zunahme	2003	2005	Zunahme
10-11 Jahre	gesamt	Nebendiagnose	3894	3647	-6%	4218	3796	-10%			
	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	4258	4442	4%	4630	4606	-1%			
	Alkoholabhängigkeit	Hauptdiagnose	0	1	--	0	1	--	0	1	--
		Nebendiagnose	1	0	--	1	0	--	1	0	--
		gesamt	1	1	0%	1	1	-1%	1	1	-1%
14-15 Jahre	gesamt	Nebendiagnose	4462	5017	12%	4826	5204	8%			
	Alkoholabhängigkeit	Hauptdiagnose	1	3	200%	1	3	178%	1	3	178%
		Nebendiagnose	14	0	--	16	0	--	16	0	--
		gesamt	15	3	-80%	18	3	-83%	18	3	-83%
16-17 Jahre	gesamt	Nebendiagnose	4728	6309	33%	5091	6538	28%			
	Alkoholabhängigkeit	Hauptdiagnose	6	11	83%	7	11	68%	7	11	68%
		Nebendiagnose	9	15	67%	10	16	51%	10	13	23%
		gesamt	15	26	73%	17	27	58%	17	24	41%
18-19 Jahre	gesamt	Nebendiagnose	5518	6933	26%	5907	7176	21%			
	Alkoholabhängigkeit	Hauptdiagnose	17	23	35%	18	24	31%	18	24	31%
		Nebendiagnose	16	38	138%	18	40	115%	18	36	93%
		gesamt	33	61	85%	37	63	73%	37	59	62%
20-21 Jahre	gesamt	Nebendiagnose	5710	7475	31%	6124	7748	27%			
	Alkoholabhängigkeit	Hauptdiagnose	40	33	-18%	43	34	-21%	43	34	-21%
		Nebendiagnose	38	48	26%	42	50	20%	42	39	-6%
		gesamt	78	81	4%	85	85	-1%	85	73	-14%
22-23 Jahre	gesamt	Nebendiagnose	6356	8164	28%	6831	8448	24%			
	Alkoholabhängigkeit	Hauptdiagnose	53	36	-32%	57	37	-35%	57	37	-35%
		Nebendiagnose	67	92	37%	74	95	28%	74	78	4%
		gesamt	120	128	7%	132	133	1%	132	115	-13%
alle	gesamt	Nebendiagnose	34926	41987	20%	37628	43517	16%			
	Alkoholabhängigkeit	Hauptdiagnose	117	107	-9%	127	110	-13%	127	110	-13%
		Nebendiagnose	145	193	33%	162	201	24%	162	176	8%
		gesamt	262	300	15%	289	311	8%	289	286	-1%

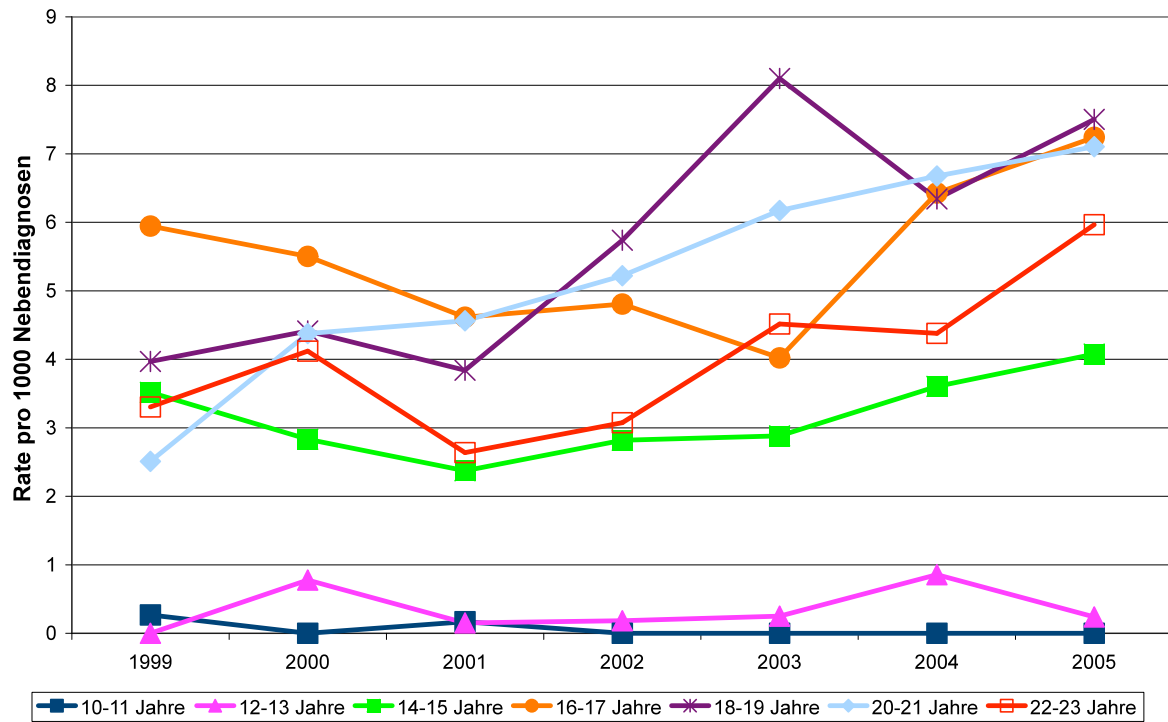
Bemerkungen: Zunahme = $[(\text{Häufigkeit}_{2005} - \text{Häufigkeit}_{2003}) / \text{Häufigkeit}_{2003}] * 100$; Gewichtung = Teilnahmequote; Adjustierung für Nebendiagnosen: $\text{Häufigkeit}_{2005\text{adjustiert}} = \text{Häufigkeit}_{2005} - (\text{Zunahme Nebendiagnosen}_{2003-2005 \text{ in } \%} * \text{Häufigkeit}_{2003})$; „--“ = wenn im Jahr 2003 oder 2005 keine Fälle registriert wurden, wir auch keine Veränderung berichtet.

Tabelle A2d: Veränderungen der Haupt- und Nebendiagnose Alkoholabhängigkeit bei weiblichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen nach Altersgruppen zwischen 2003 und 2005

			ungewichtet			gewichtet			gewichtet & adjustiert		
			2003	2005	Zunahme	2003	2005	Zunahme	2003	2005	Zunahme
10-11 Jahre	gesamt	Nebendiagnose	2869	2896	1%	3107	3005	-3%			
	Alkoholabhängigkeit	Hauptdiagnose	1	0	--	1	0	--	1	0	--
		Nebendiagnose	0	0	--	0	0	--	0	0	--
		gesamt	1	0	--	1	0	--	1	0	--
12-13 Jahre	gesamt	Nebendiagnose	3127	3617	16%	3374	3735	11%			
	Alkoholabhängigkeit	Hauptdiagnose	0	0	--	0	0	--	0	0	--
		Nebendiagnose	0	0	--	0	0	--	0	0	--
		gesamt	0	0	--	0	0	--	0	0	--
14-15 Jahre	gesamt	Nebendiagnose	4529	5643	25%	4885	5836	19%			
	Alkoholabhängigkeit	Hauptdiagnose	4	0	--	5	0	--	5	0	--
		Nebendiagnose	4	1	-75%	4	1	-78%	4	0	--
		gesamt	8	1	-88%	9	1	-89%	9	0	--
16-17 Jahre	gesamt	Nebendiagnose	5165	6881	33%	5605	7132	27%			
	Alkoholabhängigkeit	Hauptdiagnose	2	3	50%	2	3	55%	2	3	55%
		Nebendiagnose	7	18	157%	8	18	134%	8	16	107%
		gesamt	9	21	133%	10	21	118%	10	19	96%
18-19 Jahre	gesamt	Nebendiagnose	7881	9296	18%	8539	9616	13%			
	Alkoholabhängigkeit	Hauptdiagnose	7	12	71%	7	12	71%	7	12	71%
		Nebendiagnose	10	24	140%	11	25	122%	11	23	110%
		gesamt	17	36	112%	18	37	102%	18	36	94%
20-21 Jahre	gesamt	Nebendiagnose	12115	13995	16%	13155	14496	10%			
	Alkoholabhängigkeit	Hauptdiagnose	18	23	28%	20	24	22%	20	24	22%
		Nebendiagnose	18	33	83%	20	34	73%	20	32	63%
		gesamt	36	56	56%	39	58	48%	39	56	43%
22-23 Jahre	gesamt	Nebendiagnose	16997	19710	16%	18641	20382	9%			
	Alkoholabhängigkeit	Hauptdiagnose	23	16	-30%	25	16	-34%	25	16	-34%
		Nebendiagnose	41	53	29%	46	55	18%	46	50	8%
		gesamt	64	69	8%	71	71	0%	71	67	-7%
alle	gesamt	Nebendiagnose	52683	62038	18%	57307	64201	12%			
	Alkoholabhängigkeit	Hauptdiagnose	55	54	-2%	59	56	-5%	59	56	-5%
		Nebendiagnose	80	129	61%	90	133	48%	90	122	36%
		gesamt	135	183	36%	149	189	27%	149	178	20%

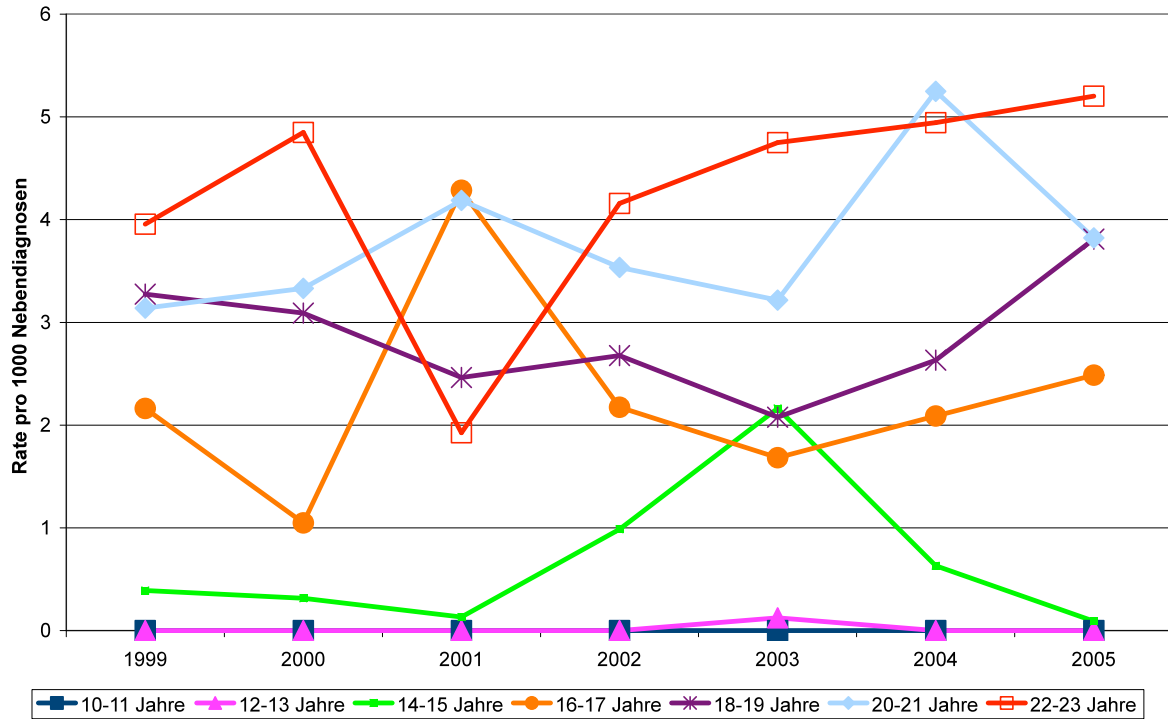
Bemerkungen: Zunahme = [(Häufigkeit₂₀₀₅ - Häufigkeit₂₀₀₃) / Häufigkeit₂₀₀₃] * 100; Gewichtung = Teilnahmequote; Adjustierung für Nebendiagnosen: Häufigkeit_{2005adjustiert} = Häufigkeit₂₀₀₅ - (Zunahme Nebendiagnosen₂₀₀₃₋₂₀₀₅ in % * Häufigkeit₂₀₀₃); „--“ = wenn im Jahr 2003 oder 2005 keine Fälle registriert wurden, wir auch keine Veränderung berichtet.

Abbildung A1: Gewichtete Rate (pro 1000) 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 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