

Fazit.

ForschungsSpiegel von Sucht Schweiz

Hospitalisierungen aufgrund von Alkohol-Intoxikation oder Alkoholabhängigkeit bei Jugendlichen und Erwachsenen

Trotz allgemein vermuteter hoher Validität des selbstberichteten Alkoholkonsums in Befragungen sollten subjektive Konsumangaben durch objektive Messungen ergänzt werden. Eine solche Quelle stellen in der Schweiz die Daten der «Medizinischen Statistik der Krankenhäuser» (MS) des Bundesamtes für Statistik (BFS) dar. Die MS dokumentiert schweizweit alle PatientInnen, die in einem Krankenhaus, einem Spital oder einer Klinik mit einer Diagnose «Alkohol-Intoxikation» oder «Alkoholabhängigkeit» stationär behandelt wurden. Die Entwicklung der Hospitalisierungen mit diesen Diagnosen zwischen 2003 bis 2016 wird in diesem Fazit beschrieben.

Quelle:

Wicki, M./Schneider, E. (2019): Hospitalisierungen aufgrund von Alkohol-Intoxikation oder Alkoholabhängigkeit bei Jugendlichen und Erwachsenen – Eine Analyse der Schweizerischen «Medizinischen Statistik der Krankenhäuser» 2003 bis 2016 (Forschungsbericht Nr. 104). Lausanne: Sucht Schweiz. <https://tinyurl.com/uuo5etz>, Zugriff 21.11.2019.

Gerhard Gmel, Matthias Wicki, Eva Schneider
Sucht Schweiz, fazit@suchtschweiz.ch

Einleitung

Hinsichtlich möglicher, mit Hospitalisierungen verbundenen Folgen eines übermässigen Alkoholkonsums sind zwei Dimensionen von Bedeutung: der punktuell und der chronisch risikoreiche Alkoholkonsum. Beim punktuellen Risikokonsum (Rauschtrinken) spielen neben klassischen Vergiftungsfolgen insbesondere Unfälle und Verletzungen, sowohl unabsichtliche wie Verkehrsunfälle und Stürze als auch absichtliche wie Gewaltakte und aggressives Verhalten eine bedeutsame Rolle. Der chronisch risikoreiche Konsum dagegen ist mehrheitlich mit langfristigen chronischen Erkrankungen wie Leberzirrhose, verschiedenen Krebserkrankungen oder Alkoholabhängigkeit assoziiert.

In der Schweizer Allgemeinbevölkerung ging der chronische Risikokonsum im Zeitraum von 1992 bis 2016 leicht zurück (Gmel et al. 2018), dies insbesondere bei Männern. Im Gegensatz dazu nahm aber der episodische Risikokonsum in den letzten zwei Jahrzehnten zu und scheint sich in den letzten Jahren auf hohem Niveau zu stabilisieren.

Trotz allgemein vermuteter hoher Validität des selbstberichteten Konsums in Befragungen (z. B. Kraus et al. 2016), sollten subjektive Konsumangaben durch objektivere Messungen ergänzt werden. Im Rahmen der vorliegenden Studie wurde deshalb die schweizerische «Medizinische Statistik der Krankenhäuser» (MS) des Bundesamtes für Statistik (Bfs) ausgewertet.

Die Studienanlage

Seit 2003 kann die MS als eine fast vollständige Erhebung aller in Schweizer Spitälern vorstelligen PatientInnen und deren Diagnosen bezeichnet werden. Allerdings werden seit 2009 nur stationäre Fälle dokumentiert, sodass für den vorliegenden Trendvergleich auch für die Jahre 2003 bis 2008 nur stationäre Fälle herangezogen wurden. Gemäss Bundesamt für Statistik (Bfs 2018) gelten als «stationäre Behandlung» Aufenthalte im Spital von mind. 24 Stunden zur Untersuchung, Behandlung und Pflege. Fälle von weniger als 24 Stunden werden berücksichtigt, wenn mind. während einer Nacht ein Bett belegt wird bzw. der Patient, die Patientin in ein anderes Spital überwiesen worden ist. Um etwaige Doppelzählungen auszuschliessen, beziehen sich im Bericht die Analysen zu Geschlechts- und Altersunterschieden bzw. zu Trends über die Zeit auf die Anzahl von Personen (bzw. die Rate pro 1000 EinwohnerInnen der ständigen Wohnbevölkerungen) und nicht auf Hospitalisierungen per se. Dies bedeutet auch, dass Personen mit mehreren Hospitalisierungen innerhalb eines Jahres nur einmal gezählt werden. Raten werden insbesondere bei den Trendanalysen verwendet, weil sich die demographische Struktur über die Jahre verändert hat. So nahm bspw. die Population der 75-jährigen und älteren Männer zwischen 2003 und 2016 um 42,9 % zu. Ebenso verändert sich das Verhältnis von Männern zu Frauen. Sind in jungen Jahren noch etwa gleich viele Personen männlich und weiblich, so gibt es bei den über 74-Jährigen etwa 1,5-mal so viele Frauen wie Männer

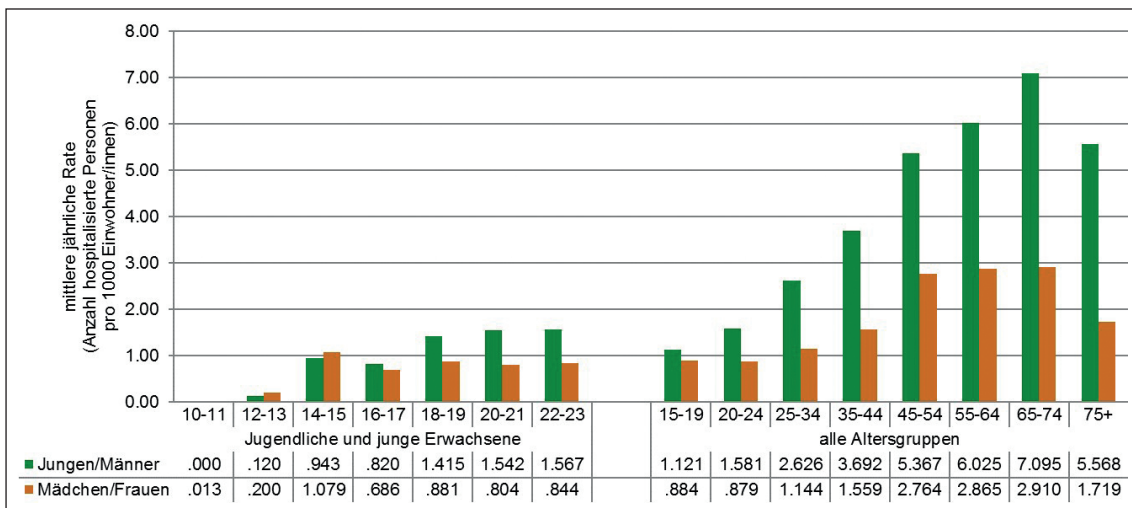


Abbildung 1: Haupt- und Nebendiagnose «Alkohol-Intoxikation» und/oder «Alkoholabhängigkeit». Mittlere Rate hospitalisierter Personen (2014–2016), nach Alter und Geschlecht, Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS).

Die Daten der MS erlauben sowohl die Analyse von Haupt- als auch von Nebendiagnosen. Die Berücksichtigung von Nebendiagnosen ist wichtig, da manche PatientInnen bspw. wegen eines Armbruchs behandelt werden, der infolge eines Sturzes unter Alkoholeinfluss geschehen ist, wobei aber «Alkohol-Intoxikation» oder «Alkoholabhängigkeit» häufig nur in den Nebendiagnosen ausgewiesen wird.

Ergebnisse

Aktuelle Situation 2016

Im Jahr 2016 wurden insgesamt 22 020 Personen ab einem Alter von 15 Jahren wegen «Alkohol-Intoxikation» oder «Alkoholabhängigkeit» behandelt: 11 122 Personen mit der Diagnose «Alkohol-Intoxikation» und 15 672 mit der Diagnose «Alkoholabhängigkeit» (4474 hatten beide Diagnosen). Das entspricht 35 257 Hospitalisierungen; pro Woche gab es also 2016 durchschnittlich 678 Hospitalisierungen: 270 mit einer Diagnose «Alkohol-Intoxikation» und 490 mit einer Diagnose «Alkoholabhängigkeit» (jeweils 83 Personen davon mit einer Diagnose aus beiden Gruppen).

Bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen (10-23 Jahre) waren es 1005 Personen (1231 Hospitalisierungen). Überwiegen bei den Jugendlichen und jungen Erwachsenen noch die Alkohol-Intoxikationen (877 Personen) gegenüber der Alkoholabhängigkeit (203 Personen, dabei 75 Personen mit beiden Diagnosen in Haupt- und Nebendiagnose), so dreht sich dieses Verhältnis mit zunehmendem Alter um. Dies bedeutet jedoch nicht, dass «Alkohol-Intoxikationen» vornehmlich ein Jugendphänomen sind.

Über 90 % aller stationären Behandlungen wegen «Alkohol-Intoxikation» werden bei über 23-Jährigen festgestellt. Es bedeutet nur, dass mit zunehmendem Alter noch mehr Hospitalisierungen wegen «Alkoholabhängigkeit» dazu kommen.

Insgesamt ist die Rate (pro 1000 EinwohnerInnen) einer Haupt- oder Nebendiagnose «Alkohol-Intoxikation» oder «Alkoholabhängigkeit» gemittelt über die Jahre 2014 bis 2016 (um Zufallsschwankungen zu glätten, vgl. Abbildung 1) bei den Männern (4,381) mehr als doppelt so hoch wie bei den Frauen (1,987). Ein Geschlechtseffekt zeigt sich erst ab einem Alter von circa 18/19 Jahren. Mit zunehmendem Alter nimmt dieser Effekt stetig zu: Bei 20- bis 24-Jährigen liegt die Rate für Männer etwa 80 % höher als bei Frauen (1,581 vs. 0,879), bei 75-Jährigen oder älteren Männern ist die Rate gut dreimal so hoch (224 % höher) wie bei gleichaltrigen Frauen (5,568 vs. 1,719).

Trendanalysen 2003-2016

Bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen (10- bis 23-Jährige) haben Diagnosen der Gruppe «Alkohol-Intoxikation» langfristig (2003-2016) um +23 % (Jungen/Männer) bzw. um +36 % (Mädchen/Frauen) zugenommen (vgl. Abbildung 2). Über alle Altersgruppen hinweg gab es bei Jungen/Männern eine leichte Abnahme (-3 %) bzw. bei Mädchen/Frauen eine leichte Zunahme (+6 %).

Allerdings zeigen sich zwei unterschiedliche Trends, die nicht mit Konsumtrends vereinbar

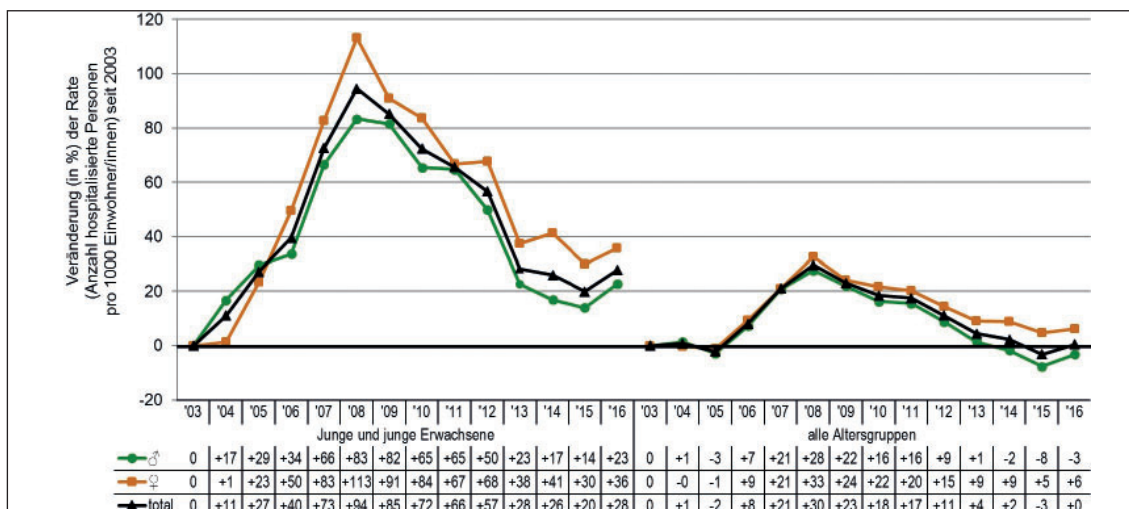


Abbildung 2: Trends für Diagnosen der Gruppe «Alkohol-Intoxikation». (Haupt- und Nebendiagnosen): Veränderung (in %) der jährlichen Rate hospitalisierter Personen (2003–2016), nach Geschlecht.

sind. Nach 2008 zeigt sich eine Trendwende: In fast allen Altersgruppen erreichten die Raten 2008 einen Peak und sanken bis 2016 über alle Altersgruppen hinweg auf ein Niveau in der Nähe von demjenigen von 2003, bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen entspricht das Niveau von 2016 in etwa demjenigen von 2005.

Bei Betrachtung des Zeitraums 2003 bis 2016 zeigen sich für Jugendliche und junge Erwachsene deutliche Schwankungen bezüglich der Diagnose «Alkoholabhängigkeit». Insgesamt gibt es eine Abnahme der Haupt- und/oder Nebendiagnosen «Alkoholabhängigkeit» sowohl bei Jungen/Männern (-49 %) als auch bei Mädchen/Frauen (-24 %). Über alle Altersgruppen gab es längerfristig (2003-2016) ebenfalls eine Abnahme (-40 % bei Jungen/Männern, -35 % bei Mädchen/Frauen).

Fasst man die Trends für die mit der Diagnose «Alkohol-Intoxikation» und/oder «Alkoholabhängigkeit» behandelten Personen zusammen, zeigt sich für Jugendliche und junge Erwachsene (10- bis 23-Jährige) langfristig (2003-2016) eine Zunahme um +3 % (-3 % bei Jungen/Männern, +14 % bei Mädchen/Frauen; vgl. Abbildung 3). Über alle Altersgruppen hinweg gab es langfristig (2003-2016) eine Abnahme um -34 % (-36 % bei Jungen/Männern, -30 % bei Mädchen/Frauen).

Dabei muss beachtet werden, dass bei Personen, die mit einer Diagnose «Alkohol-Intoxikation» oder «Alkoholabhängigkeit» behandelt wurden, mit zunehmendem Alter der relative Anteil «Alkohol-Intoxikationen» abnahm, während derjenige für «Alkoholabhängigkeit» zu-

nahm. Aus diesem Grund wird der für beide Diagnosegruppen zusammengefasste Trend je nach Altersgruppe unterschiedlich stark durch Trends bezüglich «Alkohol-Intoxikation» bzw. «Alkoholabhängigkeit» beeinflusst. Gesamthaft überwiegt für die Population ab 15 Jahren dann der Rückgang in den Hospitalisierungen wegen «Alkoholabhängigkeit».

Diskussion

Vergleicht man sehr grob Konsumtrends in Befragungen (Gmel et al. 2018) mit Trends in den Spitalraten, so lassen sich gewisse Ähnlichkeiten erkennen. Zumindest ergibt sich aus Befragungen, dass im Vergleich zu 2003 bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen die Anteile Rauschtrinkender zugenommen haben, was sich in der Spitalstatistik der «Alkohol-Intoxikationen» widerspiegelt. Dagegen ergibt sich aus Befragungen, dass der chronische Risikokonsum leicht abgenommen hat, womit auch die Abnahme von Hospitalisierungen wegen «Alkoholabhängigkeit» zusammenhängen sollte.

Im Detail stimmen die beiden Statistiken (Befragungen, Medizinische Statistik der Spitäler) jedoch kaum überein. So findet sich in Bevölkerungsbefragungen (Gmel et al. 2018) ein Rückgang im chronischen Konsum im Wesentlichen nur bei den Männern, wogegen er bei den Frauen stabil bleibt. Dagegen ist der Rückgang der Hospitalisierungen wegen «Alkoholabhängigkeit» bei beiden Geschlechtern festzustellen. In Bevölkerungsbefragungen ist eine Zunahme im Rauschtrinken auch bei älteren Generationen (über 23 Jahre) festzustellen

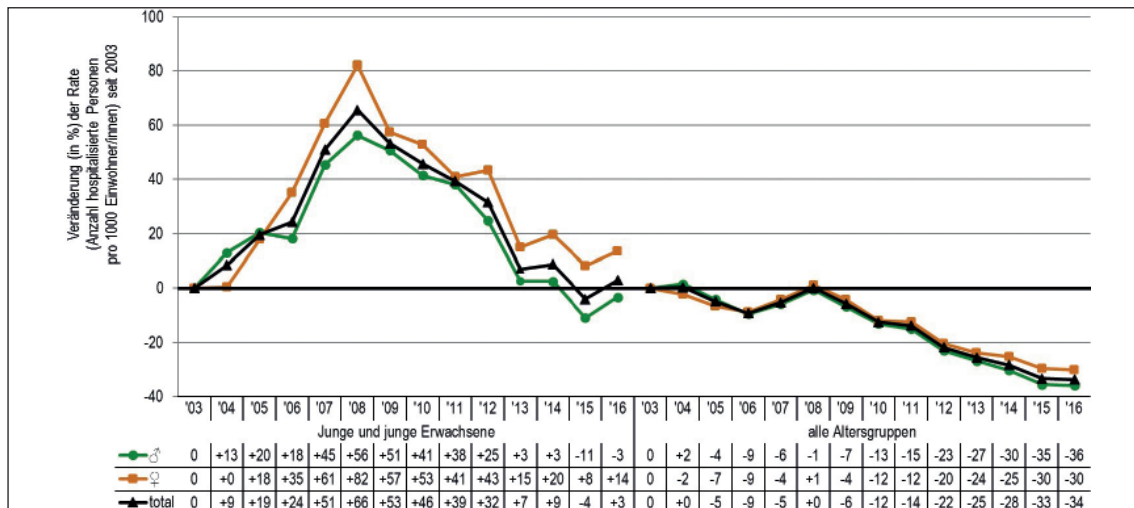


Abbildung 3: Trends für Diagnosen der Gruppen «Alkohol-Intoxikation» und/oder «Alkoholabhängigkeit» (Haupt- und Nebendiagnosen). Veränderung (in %) der jährlichen Rate hospitalisierter Personen (2003-2016), nach Geschlecht.

(Gmel et al. 2018). Die «Alkohol-Intoxikationen» in der Spitalstatistik haben dagegen nur bei bis zu 23-Jährigen leicht zugenommen, bei den älteren Generationen aber eher abgenommen. Ebenso spiegelt sich der starke Anstieg der «Alkohol-Intoxikationen» in der Spitalstatistik bis 2008 bei den Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit einem Rückgang danach nicht in den Anteilen Rauschtrinkender, wie sie sich aus Bevölkerungsbefragungen ergeben, wieder. Es ist in Befragungen eher ein kontinuierlicher Anstieg Rauschtrinkender mit einem eventuellen leichten Rückgang erst seit etwa 2013/14 festzustellen.

Wie lassen sich solche Unterschiede erklären? Zunächst einmal ist zu betonen, dass die Spitalstatistik nur stationäre Behandlungen betrachtet, also Personen, die zumindest über Nacht hospitalisiert worden sind. Die Statistik berücksichtigt also ambulante Fälle in Übernachtungen in Notfallbetten, Ausnüchterungszellen oder Konsultationen bei Hausärzten etc. nicht. Etwa zwei Drittel aller Personen mit «Alkohol-Intoxikationen» werden jedoch nur ambulant behandelt. Dazu kommt, dass mit der Einführung des SwissDRG-Tariffsystems (Swiss Diagnosis Related Groups) im Jahre 2012 beabsichtigt wurde, ambulante Behandlungen zu fördern, um Kosten zu senken. Die Einführung des SwissDRG-Systems hat vermutlich eine Verschiebung von stationären hin zu ambulanten Behandlungen bewirkt (Busato & von Below 2010). Allerdings kann dies nur Teile des Rückgangs erklären, der bei den Intoxikationen ja bereits seit 2008 festzustellen ist. Man könnte vermuten, dass Veränderungen in der Sensibilität gegenüber Betrunknen ebenfalls dazu führen, dass sich die Bereitschaft, betroffene Personen ins Spital zu bringen oder den Notruf zu alarmieren, verändert hat. Veränderungen bezüglich Selbsteinweisung oder Einweisung durch Angehörige können die beobachteten Trends bei Hospitalisierungen aber nur teilweise erklären und widerspiegeln sich in der Trendwende ab 2008 nicht: Über alle Altersgruppen hinweg blieb der Anteil von Einweisungsart «selbst oder von Angehörigen» mit circa 20 % nahezu unverändert. Als weiterer Erklärungsansatz geht die Polarisierungsthese davon aus, dass Konsumveränderungen nicht gleichmässig über das gesamte Spektrum des Konsums stattfinden, sondern dass es mehr sehr stark Konsumierende gibt, aber auch mehr

gering Konsumierende. Konsumkriterien in Bevölkerungsbefragungen (z. B. mind. zwei Mal pro Monat Konsum von 4+/5+ alkoholischen Getränken für Frauen/Männer) sind zu wenig sensitiv (d. h. nicht ausreichend differenziert), um Veränderungen bezüglich extremer Formen des Rauschtrinkens (z. B. Konsum von mehr als 15 alkoholischen Getränken) zu erfassen. Trends in stationären Behandlungen müssen also nicht notwendigerweise gleichsinnig zu Konsumtrends sein, insbesondere dann, wenn stationäre Behandlungen nur die Spitze von Betroffenen und die stärksten Konsummuster wiedergeben.

Aspekte zu Prävention, Früherkennung und Behandlung

Die Analysen der MS zeigen mit fast 100 Einweisungen pro Tag eine enorm hohe Zahl für die Schweiz, was bedeutet, dass weitere Anstrengungen der Prävention und der Politik nötig sind. *Strukturelle Massnahmen*, wie die Einschränkung des Verkaufs, haben sich als besonders wirksam erwiesen und bspw. zu einem deutlichen Rückgang an Hospitalisierungen im Kanton Waadt geführt (vgl. Forschungsspiegel im SuchtMagazin 3/2019; Wicki et al. 2019). Für die Prävention des Rauschtrinkens bei Jugendlichen ist die Einhaltung und Kontrolle der Abgabebestimmungen (Jugendschutzgesetze) wichtig.

Präventionsmassnahmen (z. B. im *schulischen Umfeld*) bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen haben angesichts der erhöhten Vulnerabilität einen besonderen Stellenwert. Genderaspekte sollten dabei Beachtung finden (z. B.: Alkohol vertragen als Zeichen für Männlichkeit oder für weibliche Emanzipation).¹

Zum Verhindern von Alkoholintoxikationen bei Jugendlichen spielen auch die *Eltern* eine wichtige Rolle. Sie können bei Kindern im Jugendalter viel erreichen mit einem Erziehungsstil, der klare Regeln setzt, aber auch emotional warm und von Akzeptanz und Kommunikationsbereitschaft geprägt ist. Faktoren wie z. B. adäquates Monitoring (Wissen, wo und mit wem die Kinder in den Ausgang gehen) oder kritische elterliche Einstellung zu Suchtmittelkonsum tragen zur Prävention bei.

Zur *Frühintervention* im schulischen Umfeld eignet sich z. B. das Programm «Motivierende Gruppenkurzintervention Rauschtrinken» (MBA 2011), welches u. a. positive und negative Folgen des Rauschtrinkens mit betroffenen Jugendlichen thematisiert. Die Tatsache, dass

manche Jugendliche trotz negativer Konsequenzen erneute Alkoholräsche in Kauf nehmen (vgl. Forschungsspiegel im SuchtMagazin 6/2018; Wicki et al. 2018), weist auf die Bedeutung der Entwicklung von Alternativen zum Rauschtrinken hin.

Die Situation einer Spitaleinweisung sollte bei Jugendlichen wie Erwachsenen jeden Alters unbedingt für die Frühintervention genutzt werden. Ziel sollte sein, dass die Betroffenen nicht nur medizinisch versorgt werden, sondern dass auch Kurzinterventionen stattfinden. Diese können die Wahrscheinlichkeit einer erneuten Intoxikation senken, resp. bei verfestigt problematischen Konsummustern oder bei einer Abhängigkeit zu Verhaltensänderungen motivieren.² Die hier besprochene Studie zeigt, dass damit eine sehr relevante Zielgruppe erreicht würde: Mind. 48 % der Personen mit Hauptdiagnose «Alkoholintoxikation» haben die Nebendiagnose «Alkoholabhängigkeit».

Im Zusammenhang mit problematischem Alkoholkonsum ist bekannt, dass psychische und Verhaltensstörungen bedeutsame Risikofaktoren dafür sind – rund zwei Fünftel der wegen Alkohol-Intoxikation hospitalisierten Personen sind von «psychischen und Verhaltensstörungen» betroffen. Der Berücksichtigung von Doppeldiagnosen kommt damit bei der *Behandlung* grosse Bedeutung zu.

Literatur

- BfS – Bundesamt für Statistik (2018): Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2016 – Standardtabellen. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Busato, A./von Below, G. (2010): The implementation of DRG-based hospital reimbursement in Switzerland: A population-based perspective. *Health Research Policy and Systems* 8(31): o. S.
- Gmel, G./Notari, L./Gmel, C. (2018): Rauchen und Alkoholkonsum in der Schweiz: Trends über 25 Jahre, Kohorteneffekte und aktuelle Details in Ein-Jahres-Altersschritten – eine Analyse verschiedener Surveys. Lausanne: Sucht Schweiz.
- Kraus, L./Vicente, J./Leifman, H. (2016): The 2015 ESPAD report. Results from the european school survey project on alcohol and other drugs. Lisbon: EMCDDA.
- MBA – Mittelschul- und Berufsbildungsamt Zürich und Sucht Schweiz (2011): Motivierende Gruppenintervention Rauschtrinken. Anleitung für Fachpersonen zur indizierten Alkoholprävention in weiterführenden Schulen. Lausanne: MBA und Sucht Schweiz. www.tinyurl.com/y4vy3hrz, Zugriff 16.10.2019.
- Sucht Schweiz (2015): Praxishandbuch – Interventionen bei akuter Alkoholintoxikation. Lausanne: Sucht Schweiz. www.tinyurl.com/y46b3zfc, Zugriff 16.10.2019.
- Wicki, M./Delgrande Jordan, M. (2018): Was lernen jugendliche Rauschtrinkende aus den negativen Folgen ihres Alkoholkonsums? *SuchtMagazin* 44(6): 35-38.
- Wicki, M./Bertholet, N./Gmel, G. (2019): Einschränkung der Verkaufszeiten alkoholischer Getränke zum Mitnehmen – Waadtländer Erfahrungen? *SuchtMagazin* 45(3): 50-53.

Endnoten

- ¹ Vgl. z. B. www.genderundpraevention.ch
- ² Vgl. das Praxishandbuch von Sucht Schweiz (2015), welches auch verschiedene Instrumente beschreibt, die in diesem Kontext eingesetzt werden können und die Umsetzung der Kurzintervention erleichtern).