



SUCHT | SCHWEIZ

Lausanne, Oktober 2014

Forschungsbericht Nr. 73

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

Eine Analyse der Schweizerischen „Medizinischen
Statistik der Krankenhäuser“ 2003 bis 2012

Matthias Wicki
Stephanie Stucki

Dieser Bericht wurde vom Bundesamt für Gesundheit in Auftrag gegeben.
Vertragsnummer 14.002052 / 204.0001-1270

Dank

Dem Bundesamt für Gesundheit danken wir für die Finanzierung dieser Studie. Ein herzliches Dankeschön gilt Ruth Flury und Christiane Gmel für die Unterstützung bei der Erstellung von Tabellen, Abbildungen und dem Layout des Berichtes. Weiter bedanken wir uns bei Gerhard Gmel für die Unterstützung bei der Planung der Studie, bei Irene Abderhalden, Gerhard Gmel, Michel Graf, Etienne Maffli, Anna Schmid, Rachel Stauffer Babel und Frank Zobel für die Kommentare und Anregungen und bei Lydie Le Mevel und Anna Katz für die Übersetzung des Abstracts und der Zusammenfassung.

Impressum

Auskunft:	Matthias Wicki, Tel. 021 321 29 61, E-Mail: mwicki@suchtschweiz.ch
Bearbeitung:	Matthias Wicki und Stephanie Stucki, Sucht Schweiz, Lausanne
Bestellnummer:	Forschungsbericht Nr. 73
Grafik/Layout:	Sucht Schweiz
Copyright:	© Sucht Schweiz, Lausanne 2014
ISBN:	978-2-88183-161-4
Zitierhinweis:	Wicki, M. & Stucki, S. (2014). Hospitalisierungen aufgrund von Alkohol-Intoxikation oder Alkoholabhängigkeit bei Jugendlichen und Erwachsenen - Eine Analyse der Schweizerischen „Medizinischen Statistik der Krankenhäuser“ 2003 bis 2012 (Forschungsbericht Nr. 73). Lausanne: Sucht Schweiz.

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	I
Abbildungsverzeichnis	II
Abstract (deutsch)	IV
Abstract (français)	V
Zusammenfassung.....	VII
Résumé	XIV
1. Ausgangslage.....	1
1.1 Episodisch und chronisch risikoreicher Alkoholkonsum.....	1
1.2 Die aktuelle Studie.....	3
2. Daten und Methoden	4
2.1 Die Datenquelle	4
2.2 ICD-10 Diagnosen	4
2.3 Datengrundlage	6
2.4 Analysen	7
2.4.1 Aggregation der Daten.....	7
2.4.2 Gewichtung der Daten	7
2.4.3 Adjustierung für die Ausführlichkeit der Dokumentation der Nebendiagnosen	9
2.4.4 Anzahl Personen vs. Anzahl Hospitalisierungen.....	11
2.4.5 Rate pro 1000 Einwohner/innen	13
2.4.6 Teil-stationäre vs. stationäre Hospitalisierung	13
3. Ergebnisse.....	14
3.1 Aktuelle Situation	14
3.2 Alters- und Geschlechtseffekte.....	14
3.2.1 Hauptdiagnose „Alkohol-Intoxikation“	14
3.2.2 Hauptdiagnose „Alkoholabhängigkeit“	17
3.2.3 Hauptdiagnosen „Alkohol-Intoxikation“ und/oder „Alkoholabhängigkeit“	17
3.2.4 Haupt- und Nebendiagnosen „Alkohol-Intoxikation“.....	18
3.2.5 Haupt- und Nebendiagnosen „Alkoholabhängigkeit“.....	20
3.2.6 Haupt- und Nebendiagnosen „Alkohol-Intoxikation“ und/oder „Alkoholabhängigkeit“	22
3.3 Dauer des Spitalaufenthalts aufgrund alkoholbedingter Störungen	25
3.4 Die Situation in den Kantonen bezüglich alkoholbedingter Störungen	26
3.5 Trendanalysen 2003-2012.....	29
3.5.1 Diagnosen der Gruppe „Alkohol-Intoxikation“	29
3.5.2 Diagnosen der Gruppe „Alkoholabhängigkeit“	33
3.5.3 Diagnosen der Gruppe „Alkohol-Intoxikation“ und/oder „Alkoholabhängigkeit“	37
3.5.5 Nationales Programm Alkohol 2008-2012: Wirkungsziel 2	41
3.6 Vergleich der Trends bezüglich „Alkohol-Intoxikation“ mit anderen Studien.....	43

3.6.1	Vergleich mit selbstberichtetem Rauschtrinken und Pro-Kopf Konsum in der Schweiz	43
3.6.2	Vergleich mit anderen Studien zu Behandlungen aufgrund „Alkohol-Intoxikation“ in Schweizer Spitälern.....	45
3.6.3	Vergleich mit Trends im benachbarten Ausland	46
4.	Diskussion.....	48
4.1	Stärken und Schwächen der vorliegenden Studie	48
4.1.1	Allgemeine Bemerkungen	48
4.1.2	Stärken und Schwächen eines Monitorings basierend auf der MS	48
4.2	Erklärungsansätze für die Trends bezüglich der Hospitalisierungen aufgrund von „Alkohol-Intoxikation“	50
4.2.1	Erklärungsansätze für eine Zunahme.....	50
4.2.2	Erklärungsansätze für eine Abnahme.....	52
5.	Literatur.....	56
	Anhang.....	59

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Gewichtung nach Kantonen und Jahr zum Ausgleich unterschiedlicher Teilnahmequoten an der Statistik	8
Tabelle 2	Indexierte Anzahl Nebendiagnosen pro Hospitalisierung (2007 = 100%), nach Jahr, Geschlecht und Alter	11
Tabelle 3	Anzahl Nebendiagnosen der Gruppe Alkoholabhängigkeit (F10.2-F10.9) bei 25- bis 34-jährigen Frauen: Vergleich zwischen Anzahl Personen vs. Anzahl Hospitalisierungen	12
Tabelle 4	Hauptdiagnose „Alkohol-Intoxikation“ (F10.0; F10.1; T51.0) und/oder „Alkoholabhängigkeit“ (F10.2-F10.9): Diagnosen der hospitalisierten Personen (2010 bis 2012), nach Alter und Geschlecht (in % der Hospitalisierungen)	18
Tabelle 5	Kombination von Haupt- und Nebendiagnose „Alkohol-Intoxikation“ (F10.0, F10.1, T51.0) und „Alkoholabhängigkeit“ (F10.2-F10.9) (Mittelwert der Anzahl hospitalisierter Personen von 2010 bis 2012), nach Alter und Geschlecht (in %).....	24
Tabelle 6	Aufenthaltsdauer (in Tagen pro Jahr) in Spitälern: Mittelwert (2010 bis 2012), nach Hauptdiagnose und Alter.....	25
Tabelle 7	Veränderung der Rate (pro 1000 Einwohner/innen) der Personen mit einer Haupt- und/oder Nebendiagnose „Alkohol-Intoxikation“ (F10.0; F10.1; T51.0): lang-, mittel- und kurzfristige Trends, nach Geschlecht und Alter	31
Tabelle 8	Veränderung der Rate (pro 1000 Einwohner/innen) der Personen mit einer Haupt- und/oder Nebendiagnose „Alkoholabhängigkeit“ (F10.2-F10.9): lang-, mittel- und kurzfristige Trends, nach Geschlecht und Alter	35
Tabelle 9	Veränderung der Rate (pro 1000 Einwohner/innen) der Personen mit einer Haupt- und/oder Nebendiagnose „Alkohol-Intoxikation“ (F10.0, F10.1, T51.0) und/oder „Alkoholabhängigkeit“ (F10.2-F10.9): lang-, mittel- und kurzfristige Trends, nach Geschlecht und Alter	39

Abbildungsverzeichnis

Abbildung I	Trends für die Haupt- und Nebendiagnosen „Alkohol-Intoxikation“ und/oder „Alkoholabhängigkeit“ bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen (10- bis 23-Jährigen): Veränderung (in %) der jährlichen Rate hospitalisierter Personen 2003 bis 2012, nach Geschlecht	XI
Abbildung II	„ Alkohol-Intoxikation “ (F10.0, F10.1, T51.0) bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen (10- bis 23-Jährige): jährliche Anzahl hospitalisierter Personen und Anzahl Hospitalisierungen 2005 bis 2012, nach Alter	XII
Abbildung III	Trends für alkoholbezogene Diagnosen in allen Altersgruppen (≥15-Jährige): Veränderung (in %) der jährlichen Rate hospitalisierter Personen 2003 bis 2012, nach Geschlecht.....	XIII
Figure I	Tendances concernant les diagnostics principaux et secondaires d'« intoxication alcoolique » et/ou de « dépendance à l'alcool » pour les adolescent-e-s et jeunes adultes: évolution (en %) du taux annuel de personnes hospitalisées de 2003 à 2012, selon le sexe	XVIII
Figure II	« Intoxication alcoolique » (F10.0, F10.1, T51.0) parmi les adolescent-e-s et jeunes adultes (10 à 23 ans): nombre de personnes hospitalisées et nombre d'hospitalisations de 2005 à 2012, selon l'âge.....	XIX
Figure III	Tendances concernant les diagnostics liés à l'alcool pour tous les groupes d'âges (15 ans ou plus): changement (en %) du taux annuel de personnes hospitalisées de 2003 à 2012, selon le sexe	XX
Abbildung 1	Selbstberichteter episodischer und chronischer Risikokonsum (Mittelwert über die Jahre 2011 bis 2013), nach Geschlecht.....	2
Abbildung 2	Hauptdiagnose „Alkohol-Intoxikation“ (F10.0; F10.1; T51.0): mittlere Rate hospitalisierter Personen (2010 bis 2012), nach Alter und Geschlecht.....	15
Abbildung 3	ICD-Nebendiagnose bei Hauptdiagnose „Alkohol-Intoxikationen“ (F10.0; F10.1; T51.0): Mittelwert (2010 bis 2012), nach Alter (in % der Hospitalisierungen).....	16
Abbildung 4	Hauptdiagnose „Alkoholabhängigkeit“ (F10.2-F10.9): mittlere Rate hospitalisierter Personen (2010 bis 2012), nach Alter und Geschlecht.....	17
Abbildung 5	Haupt- und Nebendiagnose „Alkohol-Intoxikation“ (F10.0; F10.1; T51.0): mittlere Rate hospitalisierter Personen (2010 bis 2012), nach Alter und Geschlecht	19
Abbildung 6	ICD-Hauptdiagnose bei Nebendiagnose „Alkohol-Intoxikationen“ (F10.0; F10.1; T51.0): Mittelwert (2010 bis 2012), nach Alter (in % der Hospitalisierungen).....	20
Abbildung 7	Haupt- und Nebendiagnose „Alkoholabhängigkeit“ (F10.2-F10.9): mittlere Rate hospitalisierter Personen (2010 bis 2012), nach Alter und Geschlecht.....	21
Abbildung 8	Haupt- und Nebendiagnose „Alkohol-Intoxikation“ und/oder „Alkoholabhängigkeit“ : mittlere Rate hospitalisierter Personen (2010 bis 2012), nach Alter und Geschlecht	22

Abbildung 9	Haupt- und Nebendiagnose „Alkohol-Intoxikation“ (F10.0; F10.1; T51.0): mittlere Rate hospitalisierter Personen (2010 bis 2012), nach Wohnkanton.....	27
Abbildung 10	Haupt- und Nebendiagnose „Alkoholabhängigkeit“ (F10.2-F10.9): mittlere Rate hospitalisierter Personen (2010 bis 2012), nach Wohnkanton.....	28
Abbildung 11	Trend für Diagnosen der Gruppe „Alkohol-Intoxikation“ (F10.0; F10.1; T51.0): jährliche Rate hospitalisierter Personen 2003 bis 2012, nach Alter.....	30
Abbildung 12	Trends für Diagnosen der Gruppe „Alkohol-Intoxikation“ (Haupt- und Nebendiagnosen): Veränderung (in %) der jährlichen Rate hospitalisierter Personen 2003 bis 2012, nach Geschlecht	32
Abbildung 13	Trend für Diagnosen der Gruppe „Alkoholabhängigkeit“ (F10.2-F10.9): jährliche Rate hospitalisierter Personen 2003 bis 2012, nach Alter	34
Abbildung 14	Trends für Diagnosen der Gruppe „Alkoholabhängigkeit“ (Haupt- und Nebendiagnosen) in allen Altersgruppen : Veränderung (in %) der jährlichen Rate hospitalisierter Personen 2003 bis 2012, nach Geschlecht.....	36
Abbildung 15	Trend für Haupt- und/oder Nebendiagnosen der Gruppe „Alkohol-Intoxikation“ (F10.0, F10.1, T51.0) und/oder „Alkoholabhängigkeit“ (F10.2-F10.9): jährliche Rate hospitalisierter Personen 2003 bis 2012, nach Alter.....	38
Abbildung 16	Trends für Diagnosen der Gruppen „Alkohol-Intoxikation“ und/oder „Alkoholabhängigkeit“ (Haupt- und Nebendiagnosen): Veränderung (in %) der jährlichen Rate hospitalisierter Personen 2003 bis 2012, nach Geschlecht	40
Abbildung 17	Trend für Haupt- und/oder Nebendiagnosen „Alkohol-Intoxikation“ (F10.0, F10.1, T51.0) und/oder „Alkoholabhängigkeit“ (F10.2-F10.9) bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen: adjustierte, jährliche Anzahl hospitalisierter Personen und Anzahl Hospitalisierungen 2005 bis 2012 , nach Alter.....	42
Abbildung 18	Selbstberichteter episodischer Risikokonsum (in für die Schweizer Bevölkerung repräsentativen Studien) und Diagnosen der Gruppe „Alkohol-Intoxikation“ (F10.0, F10.1, T51.0), nach Alter, Geschlecht, Studie und Jahr	44
Abbildung 19	Aufgrund von „Alkohol-Intoxikation“ behandelte Personen: Vergleich der MS mit anderen Schweizer Studien, nach Alter, Studie und Jahr.....	46
Abbildung 20	Aufgrund von „Alkohol-Intoxikation“ im Spital behandelte Personen, nach Land, Alter, Geschlecht und Jahr.....	47
Abbildung 21	Illustration von Veränderung des Alkoholkonsums zwischen t1 und t2 entsprechend der Thesen „Kollektivität der Trinkkultur“ und „Polarisierung“	50

Abstract (deutsch)

- Hintergrund** Trotz allgemein vermuteter hoher Validität des selbstberichteten Alkoholkonsums in Befragungen, sollten subjektive Konsumangaben durch objektive Messungen ergänzt werden.
- Ziele** Beschreibung der Personen, die mit einer Haupt- und/oder Nebendiagnose „Alkohol-Intoxikation“ oder „Alkoholabhängigkeit“ in Schweizer Spitälern behandelt wurden (Beschreibung nach Alter, Geschlecht, Dauer des Spitalaufenthalts und Wohnkanton).
Beschreibung von kurz- und längerfristigen Trends von 2003 bis 2012.
- Datengrundlage** Daten der „Medizinischen Statistik der Krankenhäuser“ (MS) des Bundesamtes für Statistik (BFS) von 2003 bis 2012. Die MS umfasst die in einem Schweizer Spital stationär behandelten Patient/innen und deren Diagnosen.
- Diagnosegruppen** „Alkohol-Intoxikation“ (ICD-10 Codes: F10.0, F10.1, T51.0) und „Alkoholabhängigkeit“ (ICD-10 Codes: F10.2-F10.9).
- Resultate** Diagnosen der Gruppe „Alkohol-Intoxikation“ und „Alkoholabhängigkeit“ während eines stationären Aufenthalts sind kein Jugendphänomen: Personen im mittleren und höheren Erwachsenenalter sind deutlich stärker betroffen als Jugendliche und junge Erwachsene.
Personen mit einer Hauptdiagnose „Alkohol-Intoxikation“ haben oft eine Nebendiagnose „Alkoholabhängigkeit“ (41%) oder "psychische und Verhaltensstörungen“, welche nicht direkt mit dem Gebrauch psychoaktiver Substanzen in Verbindung stehen (33%).
Längerfristig (2003 bis 2012) nahmen Hospitalisierungen aufgrund von „Alkohol-Intoxikation“ deutlich zu. Die Zunahme findet sich jedoch nur zwischen 2003 und 2008, danach zeigt sich eine Trendwende, zwischen 2008 und 2012 nahmen die Hospitalisierungen ab.
Bezüglich Hospitalisierungen aufgrund von „Alkoholabhängigkeit“ zeigt sich längerfristig (2003 bis 2012) eine deutliche Abnahme.
- Diskussion** Die MS berücksichtigt nur stationäre Hospitalisierungen und vermag somit nur die Spitze des Eisbergs abzubilden. Es gibt zurzeit jedoch keine andere Statistik, um Trends für ambulante und stationäre Behandlungen für die gesamte Schweiz darzustellen. Zudem eignet sich die MS aufgrund der konstant hohen Datenqualität ziemlich gut für Trendaussagen.
Für die Trends bezüglich „Alkohol-Intoxikation“ (Zunahme: 2003 bis 2008, Abnahme: 2008 bis 2012) gibt es verschiedene Erklärungsansätze: Polarisierung, Konsum im öffentlichen Raum, Einführung des SwissDRG-Systems und Ausnüchterungsstellen. Eine systematische Übersicht zu möglichen Gründen für die beobachtete Entwicklung fehlt jedoch bisher. Insgesamt lässt sich aber sagen, dass es sich beim beobachteten Rückgang nicht nur um ein Artefakt handelt.

Abstract (français)

- Point de départ** Les données concernant la consommation individuelle d'alcool sont issues de mesures auto-rapportées, généralement considérées comme étant très fiables. Cependant, de telles données devraient également être vérifiées par des mesures objectives.
- Objectif** Décrire les personnes ayant reçu un diagnostic principal et/ou secondaire d' « intoxication alcoolique » ou de « dépendance à l'alcool » et ayant été hospitalisées avec un traitement stationnaire (description se basant sur l'âge, le sexe, la durée de traitement et le canton de résidence).
Descriptions des tendances sur le court et long terme, entre 2003 et 2012.
- Base de données** Données de la « statistique médicale des hôpitaux » suisse (MS) de l'Office Fédéral de la Statistique (OFS), pour les années 2003 à 2012. Les données de la MS comprennent les patient-e-s hospitalisé-e-s en traitement stationnaire dans les hôpitaux suisses ainsi que les diagnostics les concernant.
- Diagnostics** « Intoxication alcoolique » (ICD-10 Codes: F10.0, F10.1, T51.0) et « Dépendance à l'alcool » (ICD-10 Codes: F10.2-F10.9).
- Résultats** Les diagnostics du groupe « Intoxication alcoolique » et « Dépendance à l'alcool » lors d'une hospitalisation stationnaire ne reflètent pas un phénomène lié à la jeunesse. Au contraire, en comparaison avec le groupe des adolescent-e-s et des jeunes adultes, les adultes d'âge moyen et avancé sont clairement plus présents dans ce type de contexte.
Les personnes ayant reçu un diagnostic principal « Intoxication alcoolique » ont souvent reçu comme diagnostic secondaire « Dépendance à l'alcool » (41%) ou « Troubles mentaux ou du comportement », ce dernier diagnostic n'étant pas directement en lien avec la consommation de substances psychoactives (33%).
Sur long terme (2003-2012), les hospitalisations en raison d' « Intoxications alcooliques » ont nettement augmenté. L'augmentation se situe toutefois uniquement entre 2003 et 2008. Suite à cela, on peut voir un renversement de la tendance. En effet, les hospitalisations diminuent entre 2008 et 2012.
Concernant les hospitalisations pour « Dépendance à l'alcool », les données montrent une nette diminution sur le long terme (2003-2012).
- Discussion** La MS ne tenant compte que des hospitalisations stationnaires, ne permet que de décrire la pointe de l'iceberg. Malheureusement, il n'y a actuellement pas d'autres statistiques pour décrire les tendances relatives aux traitements ambulatoires et stationnaires pour la population suisse. Toutefois, il est à noter que, malgré cette faiblesse, la MS reste appropriée pour décrire les tendances, en raison de la qualité élevée des données qu'elle contient.
En ce qui concerne les tendances du groupe "Intoxication alcoolique" (augmentation de 2003 à 2008, puis diminution de 2008 à 2012),

différentes explications peuvent être envisagées, comme la polarisation, la consommation dans l'espace public, l'introduction du système SwissDRG ou encore les lieux de dégrisement. Cependant, les données actuelles ne permettent pas encore d'avoir une vue d'ensemble sur les causes possibles de l'évolution de ces tendances. Toutefois, il semble probable que cette diminution soit bien réelle et qu'il ne s'agisse pas seulement d'un effet artificiel.

Zusammenfassung

1. Ausgangslage

Episodisch risikoreicher Alkoholkonsum (bzw. Trunkenheit) und chronisch risikoreicher Alkoholkonsum (bzw. ein hoher Durchschnittskonsum alkoholischer Getränke) sind mit einer Vielzahl von negativen Konsequenzen assoziiert. Trotz allgemein vermuteter hoher Validität des selbstberichteten Konsums in Befragungen (z.B. Hibell et al., 2012), sollten subjektive Konsumangaben durch objektivere Messungen ergänzt werden. Im Rahmen der vorliegenden Studie wurde deshalb die Schweizerische „Medizinischen Statistik der Krankenhäuser“ (MS) des Bundesamtes für Statistik (BFS) ausgewertet. Von besonderem Interesse waren dabei die Interventionen in Spitälern, die aufgrund alkoholbezogener Diagnosen notwendig waren. Hauptaugenmerk wurde auf „Alkohol-Intoxikationen“ und „Alkoholabhängigkeit“ gelegt.

2. Daten und Methoden

Die Daten der MS umfassen die in den Jahren 2003 bis 2012 registrierten stationär in einem Schweizer Spital behandelten Patient/innen und deren Diagnosen. Die MS basiert auf dem ICD-10 Diagnoseschlüssel. Die vorliegende Arbeit fokussiert auf Personen, die im genannten Zeitraum aufgrund von „Alkohol-Intoxikation“ (F10.0, F10.1, T51.0) oder „Alkoholabhängigkeit“ (F10.2-F10.9) hospitalisiert wurden. Die Daten erlauben die separate Betrachtung von Haupt- und Nebendiagnosen. Die Analysen wurden in der Regel getrennt nach Geschlecht und Altersgruppe durchgeführt. Die Datenqualität der MS nahm seit 2003 kontinuierlich zu und entspricht seit 2010 einer Vollerhebung. Ferner hat die Zahl der pro Fall dokumentierten Nebendiagnosen über den Beobachtungszeitraum hinweg deutlich zugenommen.

Für die meisten Analysen wird die Rate der Personen (pro 1000 Gleichaltrige) berichtet, die innerhalb eines Jahres zumindest einmal mit einer entsprechenden Diagnose hospitalisiert wurden. Alle Analysen beruhen auf gewichteten Daten, um so die Veränderungen in der Teilnahmequote der Krankenhäuser und die steigende Anzahl dokumentierter Fälle berücksichtigen zu können. Ferner wurde für die zunehmende Ausführlichkeit der Dokumentation von Nebendiagnosen adjustiert (Referenzjahr = 2007). Anders als in früheren Versionen der vorliegenden Studie wurden für den gesamten Zeitraum (2003 bis 2012) ausschliesslich stationär behandelte Personen berücksichtigt. Diese Anpassung wurde notwendig, weil die MS seit 2009 teilstationäre Fälle nicht mehr ausweist.

3. Ergebnisse

3.1 Aktuelle Situation (2012)

Im Jahr 2012 wurden 1'302 Jugendliche und junge Erwachsene (10- bis 23-Jährige) mit einer Diagnose der Gruppe „Alkohol-Intoxikation“ oder „Alkoholabhängigkeit“ behandelt. Da einzelne

Personen innerhalb dieses Jahres mehrmals behandelt wurden, entspricht dies 1'546 Hospitalisierungen. Betrachtet man die beiden Diagnosegruppen separat, so wurde bei 1'090 10- bis 23-Jährige eine Diagnose „Alkohol-Intoxikation“ und bei 294 eine Diagnose „Alkoholabhängigkeit“ gestellt (dies entspricht 1'205 resp. 388 Hospitalisierungen).

Fasst man alle Altersgruppen (15-Jährige oder ältere) zusammen, so wurden 2012 insgesamt 24'649 Personen mit einer Diagnose der Gruppe „Alkohol-Intoxikation“ oder „Alkoholabhängigkeit“ behandelt, dies entspricht 36'031 Hospitalisierungen. Betrachtet man die beiden Diagnosegruppen separat, so wurden bei 11'679 Personen die Diagnose „Alkohol-Intoxikation“ und bei 17'156 die Diagnose „Alkoholabhängigkeit“ gestellt (dies entspricht 14'180 resp. 25'348 Hospitalisierungen).

3.2 Alterseffekte und Geschlechtseffekte (Querschnittanalysen basierend auf 2010 bis 2012)

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, dass jährlich etwa 360 10- bis 23-jährige Jungen/Männer und 270 gleichaltrige Mädchen/Frauen aufgrund der Hauptdiagnose „**Alkohol-Intoxikation**“, d.h. wegen Trunkenheit, in einem Schweizer Spital stationär behandelt wurden (Durchschnitt über die Jahre 2010 bis 2012). Die Rate der Hauptdiagnose „Alkohol-Intoxikation“ lag bei 14/15-Jährigen deutlich höher als in allen andern Altersgruppen.

Betrachtet man neben den Hauptdiagnosen auch die Nebendiagnosen, wird jedoch deutlich, dass „Alkohol-Intoxikationen“ nicht ein Phänomen ist, welches nur in jungen Jahren auftritt. Bei Jungen/Männern nahm die Rate mit ansteigendem Alter fast stetig zu, bei Mädchen/Frauen war die Rate bei 14/15-Jährigen und 45- bis 74-Jährigen am höchsten. Die leicht tieferen Raten in der höchsten Altersgruppe (≥ 75 -Jährige) lassen sich wahrscheinlich u.a. durch eine erhöhte Mortalität bei Personen mit einem episodisch risikoreichen Alkoholkonsum erklären.

Bis 15 Jahre zeigen sich zwischen männlichen und weiblichen Jugendlichen kaum Unterschiede in den Hospitalisierungsraten aufgrund von „Alkohol-Intoxikation“ (Haupt- oder Nebendiagnosen). Erst ab 18/19 Jahren zeigt sich ein deutlicher Geschlechtseffekt, der sich mit zunehmendem Alter noch verstärkt. Insgesamt liegt die Rate bei Männern (2.44 pro 1000 Einwohner) gut doppelt so hoch wie bei Frauen (1.16 pro 1000 Einwohnerinnen).

Bei vier Fünfteln der Personen, die mit einer Hauptdiagnosen „Alkohol-Intoxikation“ in ein Spital eingewiesen und behandelt wurden, wurde zusätzlich eine Nebendiagnose dokumentiert. Über alle Altersgruppen hinweg war dabei die Nebendiagnose „Alkoholabhängigkeit“ am häufigsten (40.6%), gefolgt von „Psychischen und Verhaltensstörungen“, die nicht mit dem Gebrauch psychotroper Substanzen zusammenhängen (ICD-10 F00-F09 und F20-F99; z.B. affektive, Belastungs- oder somatoforme Störungen; 33.2%). Diagnosen der Gruppe „Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äusserer Ursachen“ (ICD-10 S00-T98) wurde vergleichsweise selten (11.4%) als Nebendiagnose zur Hauptdiagnose „Alkohol-Intoxikation“ gestellt.

Bei Personen, die mit der Nebendiagnose „Alkohol-Intoxikation“ hospitalisiert wurden, war der häufigste Grund für die Hospitalisierung (bzw. die Hauptdiagnose) Unfälle und andere äussere Ursachen (32.7%) gefolgt von „Psychischen und Verhaltensstörungen“, die nicht mit dem Gebrauch psychotroper Substanzen zusammenhängen (19.1%). Diese Zusammenhänge sind

aus der internationalen Literatur bekannt und finden sich insbesondere bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen (z.B. Petrakis et al., 2002). Ab dem mittleren Erwachsenenalter nimmt der Anteil der Hauptdiagnosen Unfall und psychische Störungen oder Verhaltensstörungen bei einer Nebendiagnose „Alkohol-Intoxikation“ deutlich ab, hingegen gewinnen Krankheiten des Kreislaufs-, Atmungs-, Verdauungs- oder Muskel-Skelett-Systems als Hauptdiagnose an Bedeutung.

Erste Fälle von „**Alkoholabhängigkeit**“ treten bereits in einem Alter von 14/15 Jahren auf. Mit zunehmendem Alter wird diese Diagnose jedoch deutlich häufiger gestellt: Bei Männern lag die Spitze bei den 55- bis 74-Jährigen, bei Frauen bei den 45- bis 74-Jährigen. In den Jahren 2010 bis 2012 wurde die Haupt- bzw. Nebendiagnose „Alkoholabhängigkeit“ jährlich etwa 210 männlichen 10- bis 23-Jährigen gestellt, bei den gleichaltrigen Mädchen/Frauen war dies bei etwa 110 Personen der Fall. „Alkoholabhängigkeit“ ist eine Krankheit, welcher in der Regel ein jahrelanger missbräuchlicher Alkoholkonsum vorausgeht. Dies weist möglicherweise darauf hin, dass einige Jugendliche bereits sehr früh mit einem starken Alkoholkonsum beginnen, dass sich „Alkoholabhängigkeit“ im Jugendalter aufgrund einer grösseren Vulnerabilität für Alkoholeffekte schneller entwickelt oder dass die Sensitivität der verwendeten Screening-Instrumente nicht in allen Altersgruppen gleich gross ist.

Eine Zunahme mit dem Alter zeigt sich auch, wenn die beiden alkoholbezogenen Diagnosen „**Alkohol-Intoxikation**“ und „**Abhängigkeit**“ zusammengefasst werden: Die höchsten Raten finden sich bei 55- bis 74-jährigen Männern, bzw. bei 45- bis 74-jährigen Frauen. Nur in der höchsten Altersgruppe (≥ 75 -Jährige) liegen die Raten etwas tiefer, dies lässt sich wahrscheinlich u.a. durch eine erhöhte Mortalität bei Personen mit einem risikoreichen Alkoholkonsum erklären.

Über alle Altersgruppen hinweg betrachtet, wurden deutlich mehr Personen aufgrund einer Diagnose der Gruppe „Alkohol-Abhängigkeit“ behandelt als aufgrund von „Alkohol-Intoxikation“. Nur bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen waren die Raten für „Alkohol-Intoxikation“ vergleichsweise höher als die Raten für „Alkoholabhängigkeit“.

3.3 Behandlungsdauer (Querschnittanalysen basierend auf 2010 bis 2012)

In Bezug auf die durchschnittliche Behandlungsdauer zeigt sich, dass akute Rausche nur kurzfristige Aufenthalte in Spitälern erforderten, Behandlungen des Abhängigkeitsyndroms sich dagegen in der Regel über Wochen erstreckten. Interessanterweise lag die Behandlungsdauer bei der Diagnose „schädlicher Gebrauch“ etwa in der Mitte zwischen der Behandlungsdauer für akuten Rausch und dem Abhängigkeitsyndrom. Dies deutet darauf hin, dass es sich bei Diagnosen dieser Art häufig um ein Krankheitsbild handelt, welches eher in Richtung eines chronischen Gesundheitsproblems im Zusammenhang mit übermässigem Alkoholkonsum zu sehen ist (also eher eine Vorstufe der Alkoholabhängigkeit darstellt als einen einmaligen Überkonsum).

3.4 Kantonale Unterschiede (Querschnittanalysen basierend auf 2010 bis 2012)

Zwischen den Kantonen zeigen sich beachtliche Unterschiede bezüglich der relativen Häufigkeit der Anzahl Personen, die mit einer der beiden alkoholbezogenen Diagnose hospitalisiert wurden: In den Kantonen mit der höchsten Rate für „Alkohol-Intoxikation“ resp. „Alkoholabhängigkeit“ (Anzahl Personen pro 1000 Einwohner/innen, die aufgrund einer Haupt- oder Nebendiagnose behandelt werden mussten) ist diese gut dreimal so hoch wie in den Kantonen mit der niedrigsten Rate.

Das Ziel der Analysen nach Kanton lag weniger darin Detailangaben für einzelne Kantone (z.B. im Sinne eines Rankings) zu gewinnen, sondern Faktoren zu untersuchen, die möglicherweise mit den Raten der Spitaleinweisungen zusammenhängen. In Übereinstimmung mit Bevölkerungsbefragungen (z.B. Annaheim & Gmel, 2004; Gmel et al., 2013; Notari et al., 2009) fanden sich insbesondere in den französischsprachigen Regionen etwas höhere Raten für „Alkohol-Intoxikation“ resp. „Alkoholabhängigkeit“; die einzige Ausnahme war der Kanton Genf bezüglich „Alkohol-Intoxikation“. Neben den Trinkmustern der einzelnen Kantone trägt aber auch die Interpretation der entsprechenden Diagnostik oder der Umgang mit der Erstellung von Nebendiagnosen zu den Unterschieden zwischen den Kantonen bei. So fanden sich beispielsweise in Kantonen, in denen die Nebendiagnosen der im Spital behandelten Personen generell ausführlicher dokumentiert wurden, auch mehr Fälle, bei denen die Nebendiagnose „Alkohol-Intoxikation“ vermerkt wurde.

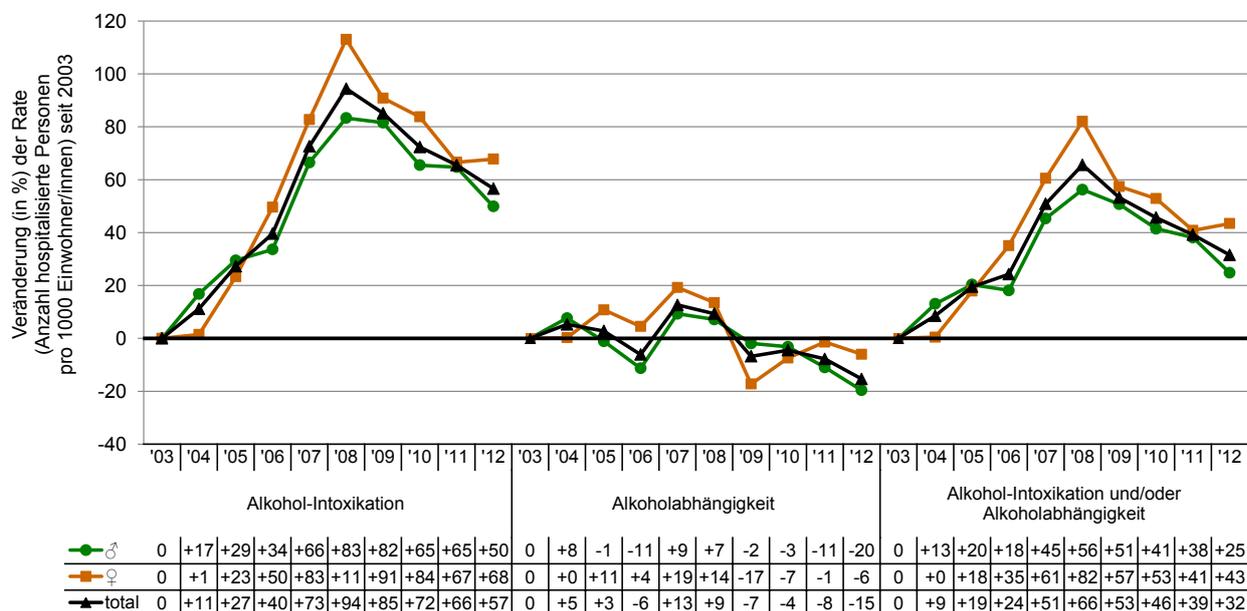
3.5 Trends bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen (Längsschnittanalysen basierend auf 2003 bis 2012)

Im langfristigen Vergleich zeichnet sich in fast allen Altersgruppen eine Trendwende ab: Die Diagnosen der Gruppe „**Alkohol-Intoxikation**“ erreichten 2008 einen Peak und sanken bis 2012 auf ein Niveau unter demjenigen von 2007. Bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen (10- bis 23-Jährige) haben diese Diagnosen langfristig (2003 bis 2012) um +50% (Jungen/Männer) bzw. um +68% (Mädchen/Frauen) zugenommen (vergleiche Abbildung I).

Bei der Rate der Hospitalisierungen aufgrund von „**Alkoholabhängigkeit**“ zeigen sich bei 10- bis 23-Jährige deutliche Schwankungen. Insgesamt scheint der langfristige Trend (2003 bis 2010) eher in Richtung einer Abnahme zu gehen (-20% bei Jungen/Männern, -6% bei Mädchen/Frauen).

Fasst man die Trends für die Anzahl wegen „**Alkohol-Intoxikation**“ **und/oder** „**Alkoholabhängigkeit**“ behandelte Personen zusammen, zeigt sich für Jugendliche und junge Erwachsene (10- bis 23-Jährige) langfristig (2003 bis 2012) eine Zunahme um +32% (+25% bei Jungen/Männern, +43% bei Mädchen/Frauen). Hierbei ist zu berücksichtigen, dass Jugendliche, die wegen einer der beiden alkoholbezogenen Diagnose Behandlung bedurften, zu etwa vier Fünftel wegen „Alkohol-Intoxikation“ behandelt wurden - der Gesamttrend wurde also insbesondere durch Diagnosen der Gruppe „Alkohol-Intoxikation“ beeinflusst.

Abbildung I Trends für die Haupt- und Nebendiagnosen „Alkohol-Intoxikation“ und/oder „Alkoholabhängigkeit“ bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen (10- bis 23-Jährigen): Veränderung (in %) der jährlichen Rate hospitalisierter Personen 2003 bis 2012, nach Geschlecht

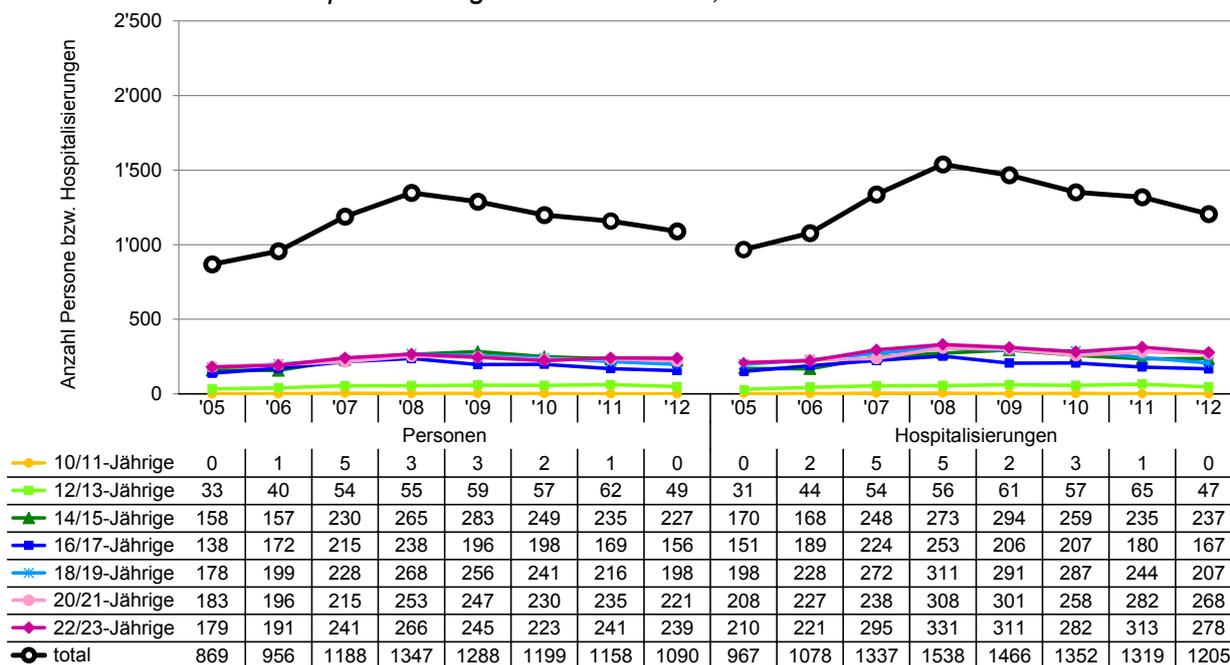


Anmerkungen: Die Daten wurden zum Ausgleich von Unterschieden in der Teilnahmequote der einzelnen Jahre gewichtet und für die variierende Ausführlichkeit der Dokumentation der Nebendiagnosen adjustiert.

Im „Nationalen Programm Alkohol 2008-2012“ (NPA) wird der Zielwert von Wirkungsziel 2 zur Verringerung des problematischen Alkoholkonsum folgendermassen definiert: „Verringerung der Anzahl von in Spitälern diagnostizierten Alkoholintoxikationen von Personen im Alter bis 23 Jahren um 10% bis 2012 (gegenüber Werten von 2005)“ (Bundesamt für Gesundheit (BAG), 2008, S. 10). Aus diesem Grund wurden zusätzlich zu den Trends für die „Anzahl hospitalisierter Personen“ auch die Trends für die „Anzahl Hospitalisierungen“ untersucht. Wie Abbildung II zeigt, sind die langfristigen Trends für die Anzahl Personen resp. die Anzahl Hospitalisierungen weitgehend deckungsgleich.

Zwischen 2005 und 2012 hat die Anzahl Hospitalisierungen von Jugendlichen und jungen Erwachsenen (10- bis 23-Jährige) mit einer Diagnose der Gruppe „Alkohol-Intoxikation“ um +24.6% zugenommen. Wenn die Befunde aus den einzelnen Jahren berücksichtigt werden, zeigt sich, dass es sich dabei nicht um eine stetige Zunahme handelt: Zwischen 2005 und 2008 nahm die Anzahl Hospitalisierungen, entsprechend dem Trend bei den Personen, deutlich zu, ging aber zwischen 2008 und 2012 stetig zurück. Trotz dieser Abnahme seit 2008 konnte das Wirkungsziel 2 des NPA im Jahr 2012 noch nicht erreicht werden.

Abbildung II „Alkohol-Intoxikation“ (F10.0, F10.1, T51.0) bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen (10- bis 23-Jährige): jährliche Anzahl hospitalisierter Personen und Anzahl Hospitalisierungen 2005 bis 2012, nach Alter



Anmerkungen: Die Daten wurden zum Ausgleich von Unterschieden in der Teilnahmequote der einzelnen Jahre gewichtet und für die variierende Ausführlichkeit der Dokumentation der Nebendiagnosen adjustiert.

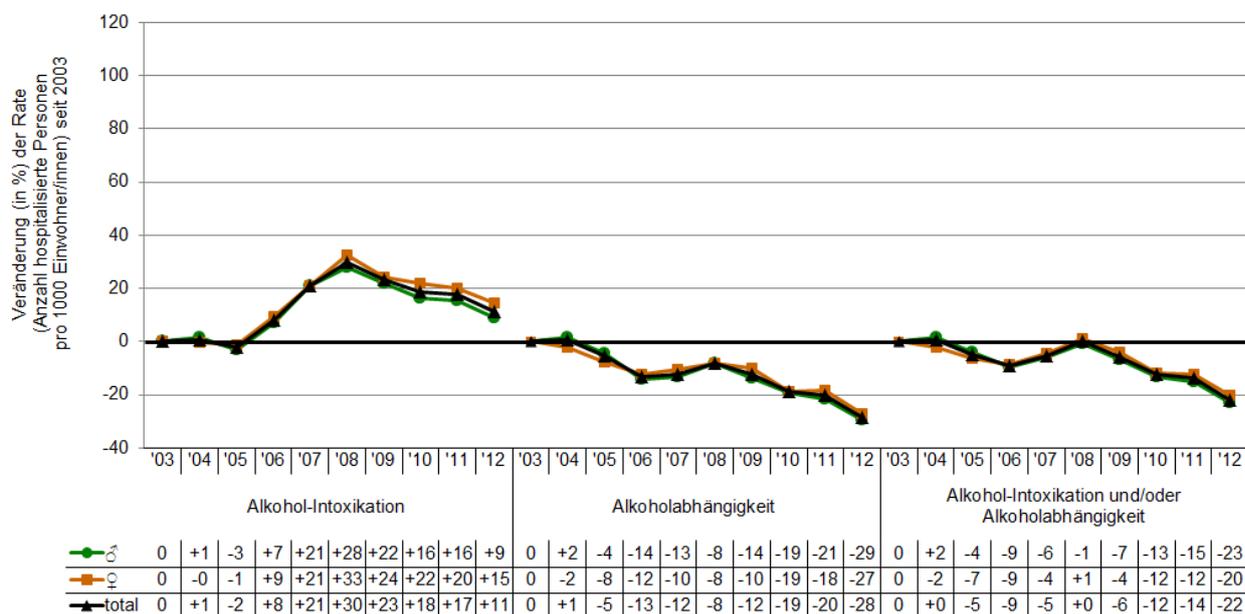
3.6 Trends in der Gesamtbevölkerung (Längsschnittanalysen basierend auf 2003 bis 2012)

Über alle Altersgruppen hinweg (15-Jährig oder älter) gab es langfristig (2003 bis 2012) eine leichte Zunahme von +11% bei Diagnosen der Gruppe „Alkohol-Intoxikation“ (+9% bei Jungen/Männern, +15% bei Mädchen/Frauen) (siehe Abbildung III). Nach 2008 zeigt sich eine Trendwende: Die Raten erreichten in diesem Jahr einen Peak und sanken bis 2012 auf ein Niveau unter demjenigen von 2007.

Über alle Altersgruppen hinweg ist der langfristige Trend (2003 bis 2012) bezüglich der Diagnosen der Gruppe „Alkoholabhängigkeit“ deutlicher als dies bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen der Fall war: Es zeigt sich eine fast stetige Abnahme für Diagnosen dieser Gruppe um insgesamt -28% (-29% bei Jungen/Männern, -27% bei Mädchen/Frauen).

Fasst man die Trends für die Anzahl der Haupt- oder Nebendiagnosen „Alkohol-Intoxikation“ und/oder „Alkoholabhängigkeit“ zusammen, gab es über alle Altersgruppen hinweg zwischen 2003 und 2012 eine Abnahme um -22% (-23% bei Jungen/Männern, -20% bei Mädchen/Frauen). Hierbei ist zu berücksichtigen, dass bei 45-Jährigen oder älteren nur etwa zwei Fünftel der Hospitalisierungen aufgrund einer „Alkohol-Intoxikation“ geschahen. Im Gegensatz zur Entwicklung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen wird also über alle Altersgruppen hinweg gesehen der Gesamttrend deutlicher durch die Entwicklung der Anzahl Diagnosen „Alkoholabhängigkeit“ beeinflusst.

Abbildung III Trends für alkoholbezogene Diagnosen in **allen Altersgruppen** (≥15-Jährige): Veränderung (in %) der jährlichen Rate hospitalisierter Personen 2003 bis 2012, nach Geschlecht



Anmerkungen: Die Daten wurden zum Ausgleich von Unterschieden in der Teilnahmequote der einzelnen Jahre gewichtet und für die variierende Ausführlichkeit der Dokumentation der Nebendiagnosen adjustiert.

4. Diskussion

Im Jahr 2012 wurden 24'649 Personen mit einer Haupt- und/oder Nebendiagnose „Alkohol-Intoxikation“ und/oder „Alkoholabhängigkeit“ in einem Schweizer Spital stationär behandelt. Darunter waren auch etwa 280 10- bis 15-Jährige; dies obwohl Jugendliche in diesem Alter noch keine alkoholische Getränke erwerben dürfen. Dass diese Zahlen nur die Spitze des Eisberges wiedergeben, wird klar, wenn man bedenkt, dass in der vorliegenden Studie nur stationäre hospitalisierte Personen berücksichtigt wurden. Ambulante Behandlungen in Spitälern oder von der Polizei nach Hause gebrachte Betrunkene, konnten ebenso wenig berücksichtigt werden, wie entsprechende Fälle, die in ambulanten Behandlungsstellen auftauchten.

Résumé

1. Point de départ

La consommation ponctuelle excessive d'alcool (l'ivresse) et la consommation chronique excessive d'alcool (consommation moyenne élevée de boissons alcooliques) sont associées à de nombreuses conséquences négatives. Bien que les informations concernant la consommation individuelle auto-rapportée dans les enquêtes de population soient généralement considérées comme étant très fiables (par exemple Hibell et al., 2012), de telles données devraient être corroborées par des mesures plus objectives. Dans ce but, la présente étude s'est penchée sur la base de données « statistique médicale des hôpitaux » suisse (MS) de l'Office Fédéral de la Statistique (OFS). Un intérêt spécifique a été porté aux interventions hospitalières dues à l'alcool. Une attention particulière a été accordée aux « intoxications alcooliques » ainsi qu'à la « dépendance à l'alcool ».

2. Données et méthodes

La MS comprend les données des patient-e-s hospitalisé-e-s (traitement stationnaire) dans les hôpitaux suisses de 2003 à 2012 ainsi que les diagnostics les concernant. La MS se réfère à cet effet aux critères diagnostics de la CIM-10. Le présent travail se focalise sur les personnes qui ont été hospitalisées durant cette période en raison d'une « intoxication alcoolique » (F10.0, F10.1, T51.0) ou d'une « dépendance à l'alcool » (F10.2-F10.9). Les données permettent l'analyse séparée des diagnostics principaux et secondaires. Les analyses étaient en général stratifiées par sexe et groupes d'âge. La qualité des données de la MS s'est accrue de façon continue depuis 2003 et correspond à un recensement depuis l'année 2010. En outre, le nombre de diagnostics secondaires par cas documentés a considérablement augmenté au cours de la période d'observation.

La plupart des analyses sont présentées avec les taux de personnes ayant été hospitalisées au moins une fois dans l'année pour l'un des deux diagnostics mentionnés (en % par rapport à la population du même âge). Toutes les analyses se basent sur des données pondérées, permettant ainsi de tenir compte de l'augmentation du nombre de cas documentés. De plus, les analyses ajustées afin d'obtenir une augmentation du degré d'exhaustivité des diagnostics secondaires ont été rapportées (année de référence = 2007). Contrairement aux versions précédentes, ce rapport ne présente que les personnes ayant été hospitalisées pour un traitement stationnaire sur l'ensemble de la période (2003-2012). Cet ajustement était nécessaire car la MS ne fait plus état des cas semi-stationnaires, ni/ou des traitements ambulatoires depuis 2009.

3. Résultats

3.1 Situation actuelle (2012)

En 2012, 1'302 adolescent-e-s et jeunes adultes âgés de 10 à 23 ans ont été hospitalisés (traitement stationnaire) avec un diagnostic du groupe « intoxication alcoolique » ainsi que « dépendance à l'alcool ». Comme certaines personnes ont été traitées plus d'une fois durant l'année, cela correspond à 1'546 hospitalisations. En considérant les deux groupes de diagnostics séparément, 1'090 jeunes âgés de 10 à 23 ans ont été hospitalisés avec un diagnostic du groupe « intoxication alcoolique » et 294 avec un diagnostic « dépendance à l'alcool » (correspondant respectivement à 1'205 et 388 hospitalisations).

Sur l'ensemble des groupes d'âge (15 ans ou plus), 24'649 personnes au total ont reçu un traitement hospitalier avec un diagnostic du groupe « intoxication alcoolique » ou « dépendance à l'alcool » en 2012, ce qui correspond à 36'031 hospitalisations. En considérant les deux groupes de diagnostics séparément, 11'679 personnes ont été traitées pour un diagnostic « intoxication alcoolique » et 17'156 pour « dépendance à l'alcool » (correspondant respectivement à 14'180 et 25'348 hospitalisations).

3.2 Effets de l'âge et du sexe (analyses transversales basées sur les années 2010 à 2012)

Les résultats de la présente étude montrent que, chaque année, environ 360 garçons/hommes et environ 270 filles/femmes âgés de 10 à 23 ans ont été hospitalisés en Suisse avec, comme diagnostic principal, « intoxication alcoolique » (moyenne sur les années 2010 à 2012). La proportion de diagnostics « **intoxication alcoolique** » en diagnostic principal était nettement plus élevée pour les adolescent-e-s de 14/15 ans que pour tous les autres groupes d'âges.

En considérant les diagnostics secondaires en plus des diagnostics principaux, il apparaît cependant clairement que l' « intoxication alcoolique » n'est pas un phénomène qui se produit exclusivement chez les adolescent-e-s. Chez les garçons/hommes les taux augmentent de façon quasi continue avec l'âge, alors que chez les filles/femmes, les taux sont le plus élevés chez les 14/15 ans et chez les 45 à 74 ans. Les taux légèrement plus faibles dans le dernier groupe d'âge (≥ 75 ans) peuvent probablement être expliqués par un taux de mortalité plus élevé chez les personnes ayant une consommation ponctuelle excessive d'alcool.

Jusqu'à l'âge de 15 ans, il n'y a presque pas de différence de genre quant au taux d'hospitalisation en raison d'une « intoxication alcoolique » (diagnostics principaux et secondaires). En revanche, un effet de genre apparaît à partir de l'âge de 18/19 ans et prend de l'ampleur avec l'âge. Globalement, le taux d'hospitalisation en raison d'une « intoxication alcoolique » chez les hommes (2.44 pour 1000 habitants) équivaut à plus de deux fois celui des femmes (1.16 pour 1000 habitantes).

Un diagnostic secondaire supplémentaire a été donné à 4/5 personnes ayant été admises et traitées dans un hôpital pour un diagnostic principal d' « intoxication alcoolique ». Sur l'ensemble des groupes d'âge présentant un diagnostic principal d' « intoxication alcoolique », le diagnostic

« dépendance à l'alcool » est le diagnostic secondaire le plus fréquent (40.6%), suivi par les « troubles mentaux et du comportement », qui ne sont pas liés à l'utilisation de substances psychotropes (CIM-10 F00-F09 et F20-F99, par exemple, troubles affectifs, de l'humeur, ou somatoformes ; 33.2%). En comparaison, les diagnostics du groupe « Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes » (CIM-10 S00-T98) étaient rarement observés (11.4%).

En ce qui concerne les personnes qui ont été hospitalisées avec comme diagnostic secondaire « intoxication alcoolique », la raison d'hospitalisation (ou le diagnostic principal) la plus fréquente était « accidents et autres causes externes » (32.7%), suivie par « troubles mentaux et comportementaux », ces derniers n'étant pas liés à l'utilisation de substances psychotropes (19.1%). Ces relations sont connues dans la littérature internationale et concernent principalement les adolescent-e-s et les jeunes adultes (p.ex. Petrakis et al., 2002). À partir de l'âge adulte moyen, la proportion de diagnostics principaux relatifs aux accidents, aux troubles mentaux ou aux troubles du comportement accompagnés d'un diagnostic secondaire d'intoxication alcoolique diminue nettement. Inversement, les diagnostics principaux de maladies des systèmes circulatoire, respiratoire, digestif et musculo-squelettique accompagnés d'un diagnostic secondaire d'intoxication alcoolique gagnent en importance.

Les premiers cas de **«dépendance à l'alcool»** apparaissent déjà à l'âge de 14/15 ans. Cependant, ce diagnostic augmente de manière marquée avec l'âge : chez les hommes, le pic se situe chez les 55 à 74 ans et chez les femmes, chez les 45 à 74 ans. Entre 2010 et 2012, le diagnostic principal ou secondaire de « dépendance à l'alcool » a été posé chaque année pour environ 210 garçons/hommes et pour 110 filles/femmes âgés de 10 à 23 ans. La « dépendance à l'alcool » est une maladie qui est généralement précédée d'une consommation abusive d'alcool sur plusieurs années. Cela peut indiquer que certains jeunes en Suisse commencent déjà très tôt à avoir une consommation excessive, que la dépendance à l'alcool se développe plus rapidement à l'adolescence à cause d'une plus grande vulnérabilité aux effets de l'alcool ou que la sensibilité des instruments de dépistage utilisés n'est pas constante pour tous les groupes d'âge.

Les diagnostics relatifs aux groupes **« intoxication alcoolique »** et **« dépendance à l'alcool »** augmentent de manière continue jusqu'à un âge avancé, le maximum s'observant dans le groupe d'âge des 55 à 74 ans chez les hommes et dans le groupe d'âge des 45 à 74 ans chez les femmes. Les taux légèrement plus faibles dans le dernier groupe d'âge (≥75 ans) peuvent probablement être expliqués par un taux de mortalité plus élevé chez les personnes ayant une consommation ponctuelle excessive d'alcool.

Sur l'ensemble des groupes d'âge, le nombre de personnes traitées pour un diagnostic de « dépendance à l'alcool » est nettement plus élevé que pour une « intoxication alcoolique ». Parmi les adolescent-e-s et les jeunes adultes, les taux d'« intoxication alcoolique » sont environ quatre fois plus élevés que ceux de «dépendance à l'alcool ».

3.3 Durée de traitement (analyses transversales basées sur les années 2010 à 2012)

En termes de durée moyenne de traitement, on constate que les intoxications aiguës impliquent uniquement des séjours de courte durée dans les hôpitaux, au contraire des traitements pour syndrome de dépendance qui s'étendent en règle générale sur plusieurs semaines. La durée de traitement relative à l'utilisation d'alcool nocive correspond à la moyenne de celle du syndrome de dépendance et de celle due aux intoxications aiguës. Cela suggère que le diagnostic d'utilisation d'alcool nocive est le plus fréquemment utilisé pour qualifier un état maladif, perçu comme un problème de santé chronique associé à une consommation excessive d'alcool. Il qualifie ainsi plutôt un stade préliminaire à la dépendance à l'alcool qu'un épisode unique de consommation excessive.

3.4 Différences cantonales (analyses transversales basées sur les années 2010 à 2012)

Des différences importantes ont été observées entre les cantons en ce qui concerne la fréquence du nombre de personnes hospitalisées pour l'un des deux diagnostics liés à l'alcool: parmi les cantons ayant le taux le plus élevé d' « intoxication alcoolique » ou de « dépendance à l'alcool », le taux est quasiment trois fois plus élevé que dans les cantons ayant le taux le plus faible (en nombre de personnes pour 1000 habitant-e-s é traité-e-s pour un diagnostic principal ou secondaire).

Le but de l'analyse par canton réside moins dans les résultats spécifiques de chaque canton (par exemple en terme de classement) que dans l'examen des facteurs potentiellement associés aux taux d'admission dans les hôpitaux. De manière concordante avec les enquêtes de populations (voir par exemple Annaheim & Gmel, 2004; Notari et al., 2009), des taux légèrement élevés d' « intoxication alcoolique » ou de « dépendance à l'alcool » se retrouvent principalement dans les régions francophones, à l'exception des « intoxications alcooliques » dans le canton de Genève. Outre les modes de consommation des différents cantons, des différences se retrouvent également au niveau de l'interprétation des diagnostics et de la manière de poser les diagnostics secondaires. Ainsi, on constate par exemple que les cantons dans lesquels les diagnostics secondaires sont documentés de manière plus exhaustive présentent également plus de cas de diagnostics secondaires d' « intoxication alcoolique ».

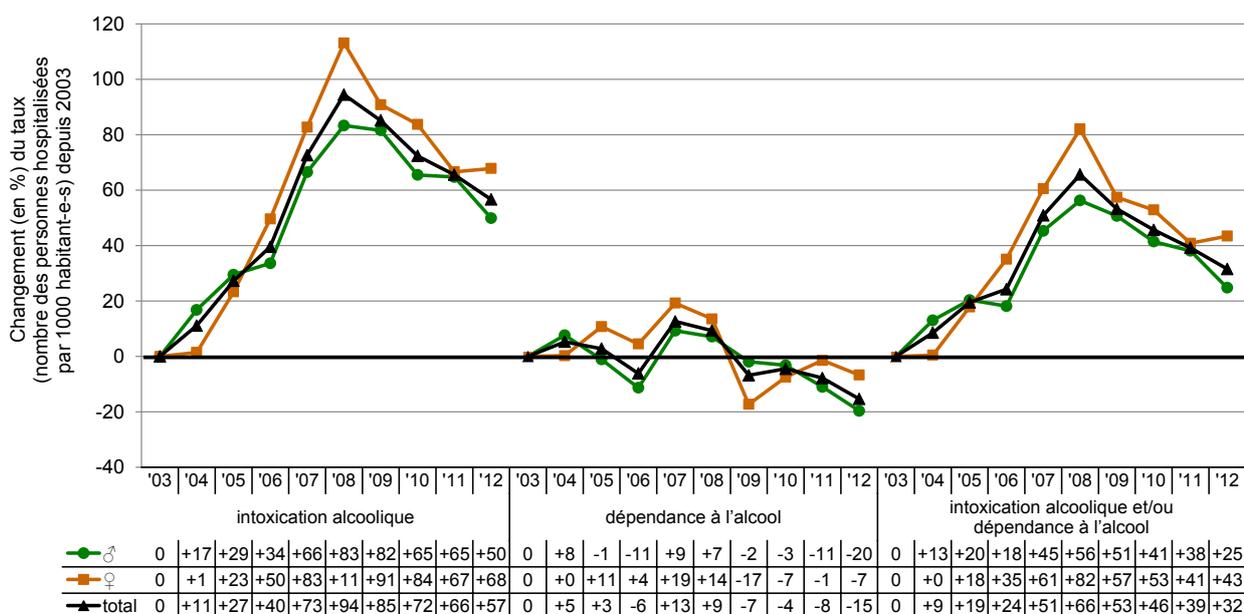
3.5 Tendances pour les adolescent-e-s et jeunes adultes (analyses longitudinales basées sur les années 2003 à 2012)

Sur le long terme, une inversion des tendances se dessine chez les adolescent-e-s et jeunes adultes (10 à 23 ans) : Les diagnostics du groupe « intoxication alcoolique », qui avaient atteints un pic en 2008, ont diminué jusqu'en 2012 pour atteindre un niveau inférieur à celui de 2007. Chez les adolescent-e-s et jeunes adultes, les diagnostics du groupe « intoxication alcoolique » ont toutefois augmenté sur le long terme (entre 2003 et 2012) de respectivement +50% pour les garçons/hommes et de +68% pour les filles/femmes (voir la figure I).

En ce qui concerne le taux d'hospitalisation pour une « **dépendance à l'alcool** », des fluctuations marquées s'observent chez les jeunes âgés de 10 à 23 ans. Dans l'ensemble, la tendance sur le long terme (2003 à 2010) semble aller vers une baisse (-20% pour les garçons/hommes, -6% pour les filles/femmes).

En considérant les deux groupes de diagnostics ensemble, les tendances à long terme (2003 à 2012) relatives aux personnes traitées pour « **intoxication alcoolique** » et/ou « **dépendance à l'alcool** » montrent une augmentation chez les adolescent-e-s et jeunes adultes (10 à 23 ans) de +32% (+25% chez les garçons/hommes, +43% chez les filles/femmes). Notons qu'environ quatre cinquièmes des adolescent-e-s ayant eu besoin d'un traitement pour un des deux diagnostics lié à l'alcool ont été traités pour « intoxication alcoolique » - la tendance générale a donc été particulièrement influencée par les diagnostics du groupe « intoxication alcoolique ».

Figure 1 Tendances concernant les diagnostics principaux et secondaires d' « intoxication alcoolique » et/ou de « dépendance à l'alcool » pour les adolescent-e-s et jeunes adultes: évolution (en %) du taux annuel de personnes hospitalisées de 2003 à 2012, selon le sexe

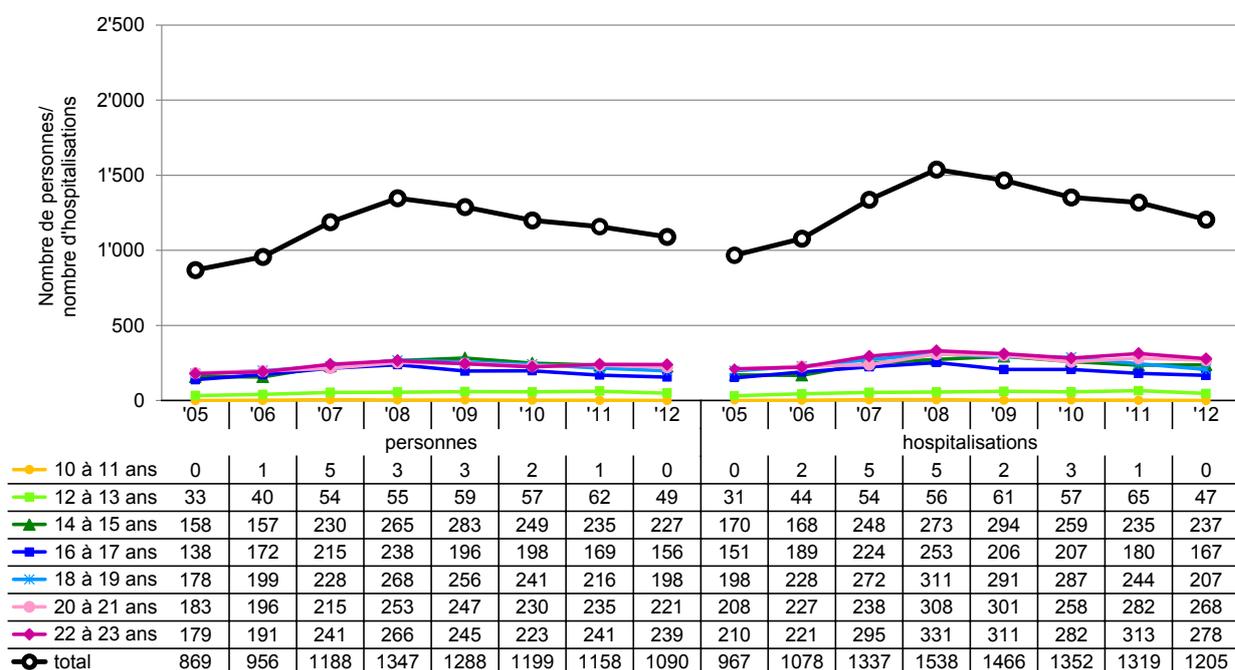


Remarques: Les données ont été pondérées pour compenser les variations du taux de participation. En outre, les données liées aux diagnostics secondaires ont été ajustées afin de compenser un manque d'exhaustivité.

Dans le « Programme national alcool 2008-2012 » (PNA), l'objectif 2 pour réduire la consommation problématique d'alcool, est défini par la valeur cible suivante: « baisse de 10 % du nombre d'intoxications alcooliques diagnostiquées à l'hôpital chez les jeunes jusqu'à 23 ans d'ici à 2012 (par rapport aux chiffres de 2005) » (Bundesamt für Gesundheit (BAG), 2008, S. 10). Pour cette raison, les tendances concernant le « nombre d'hospitalisations » ont été examinées en plus des tendances concernant le « nombre de personnes hospitalisées ». Comme le montre la figure II, les tendances au cours du temps concernant le nombre de personnes hospitalisées sont dans une large mesure congruentes avec celles concernant le nombre d'hospitalisations.

Entre 2005 et 2012, le nombre d'hospitalisations d'adolescent-e-s et de jeunes adultes (10-23 ans) pour un diagnostic de type « intoxication alcoolique » a augmenté de +24.6%. En observant les résultats pour chaque année séparément, on constate qu'il ne s'agit pas d'une augmentation continue. En effet, comme pour la tendance concernant les personnes ayant reçu un traitement stationnaire, le nombre d'hospitalisations a nettement augmenté entre 2005 et 2008. Cependant, une diminution quasi continue a été observée pour les années 2008 et 2012. Malgré cette diminution depuis 2008, l'objectif 2 du NPA ne pouvait être atteint en 2012.

Figure II « Intoxication alcoolique » (F10.0, F10.1, T51.0) parmi les adolescent-e-s et jeunes adultes (10 à 23 ans): nombre de personnes hospitalisées et nombre d'hospitalisations de 2005 à 2012, selon l'âge



Remarques: Les données ont été pondérées pour compenser les variations du taux de participation. En outre, les données liées aux diagnostics secondaires ont été ajustées afin de compenser un manque d'exhaustivité.

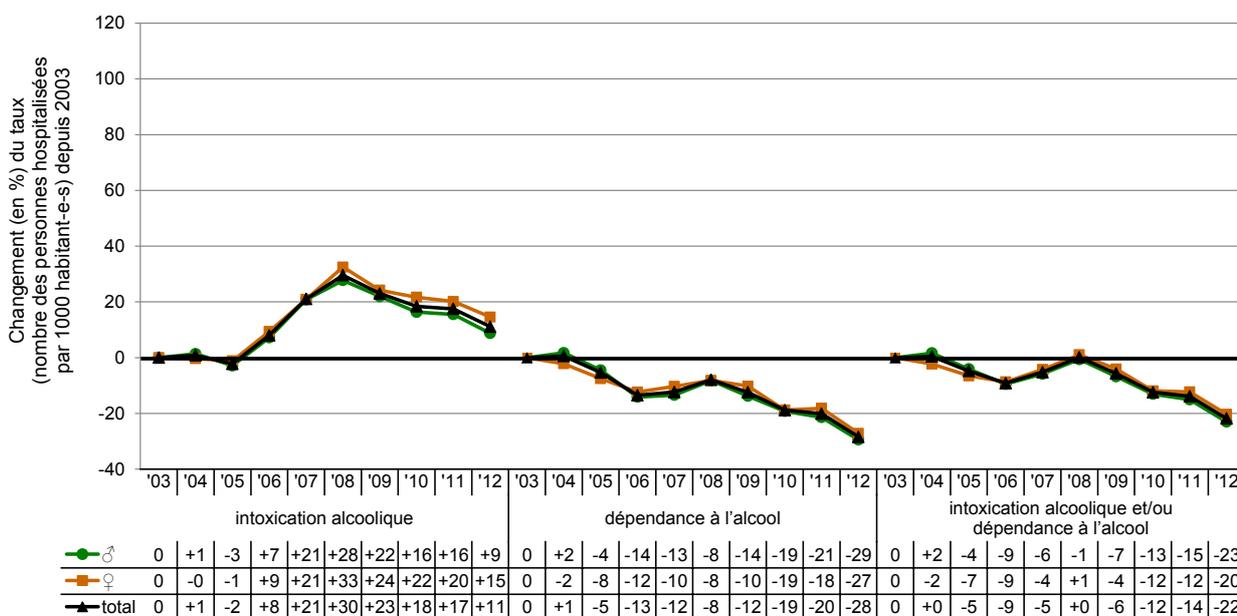
3.6 Tendances pour la population totale (analyses longitudinales basées sur les années 2003-2012)

Dans tous les groupes d'âge (15 ans ou plus), on observe une légère augmentation de +11% sur le long terme (entre 2003 et 2012) concernant le groupe des « **intoxications alcooliques** » (+9% chez les garçons/hommes et +15% chez les filles/femmes; voir la figure III). Dès 2008, une inversion de tendance se dessine : les taux atteignent un pic durant cette année-là, avant de diminuer jusqu'en 2012 pour atteindre un niveau inférieur à celui de 2007.

Sur l'ensemble des groupes d'âge, la tendance pour les diagnostics du groupe « **dépendance à l'alcool** » à long terme (2003-2012) était plus claire que celle des adolescent-e-s et jeunes adultes. On constate une diminution quasi continue de -28% au total (-29% pour les garçons/hommes et -27% pour les filles/femmes).

En considérant les tendances relatives au diagnostic principal ou secondaire « **intoxication alcoolique** » et/ou « **dépendance à l'alcool** », on observe pour tous les groupes d'âges une diminution de -22% (-23% pour les garçons/hommes, -20% pour les filles/femmes) entre 2003 et 2012. Il s'agit ici de prendre en considération le fait que, chez les 45 ans ou plus, environ deux cinquièmes des hospitalisations sont liées à une « intoxication alcoolique ». Contrairement au groupe spécifique des adolescent-e-s et jeunes adultes, la tendance générale pour tous les groupes d'âges est ici clairement influencée par les tendances concernant la « dépendance à l'alcool ».

Figure III Tendances concernant les diagnostics liés à l'alcool pour **tous les groupes d'âges (15 ans ou plus)**: changement (en %) du taux annuel de personnes hospitalisées de 2003 à 2012, selon le sexe



Remarques: Les données sont pondérées pour compenser les variations de taux de participation, le nombre de diagnostics secondaire a en outre été ajusté pour compenser le degré variable (?) d'exhaustivité des diagnostics secondaires (année de référence = 2007).

4. Discussion

En 2012, 24'649 personnes ont reçu un traitement hospitalier en Suisse pour un diagnostic principal et/ou secondaire d' « intoxication alcoolique » et/ou de « dépendance à l'alcool ». Parmi ces personnes se trouvaient environ 280 adolescent-e-s âgés de 10 à 15 ans, alors que les jeunes de cet âge ne sont pas légalement autorisés à acheter de l'alcool. Il est clair que cela ne représente que la pointe de l'iceberg lorsque l'on considère que, dans le cadre de cette étude, seuls les traitements hospitaliers ont été considérés. Ainsi, les traitements ambulatoires

à l'hôpital ou les personnes ivres ramenées à la maison par la police ne sont pas pris en considération dans le présent rapport. Il en est de même pour les cas qui sont pris en charge par d'autres types de postes proposant des traitements ambulatoires (par exemple : samaritains ou bénévoles d'une association de prévention lors d'un festival).

1. Ausgangslage

1.1 Episodisch und chronisch risikoreicher Alkoholkonsum

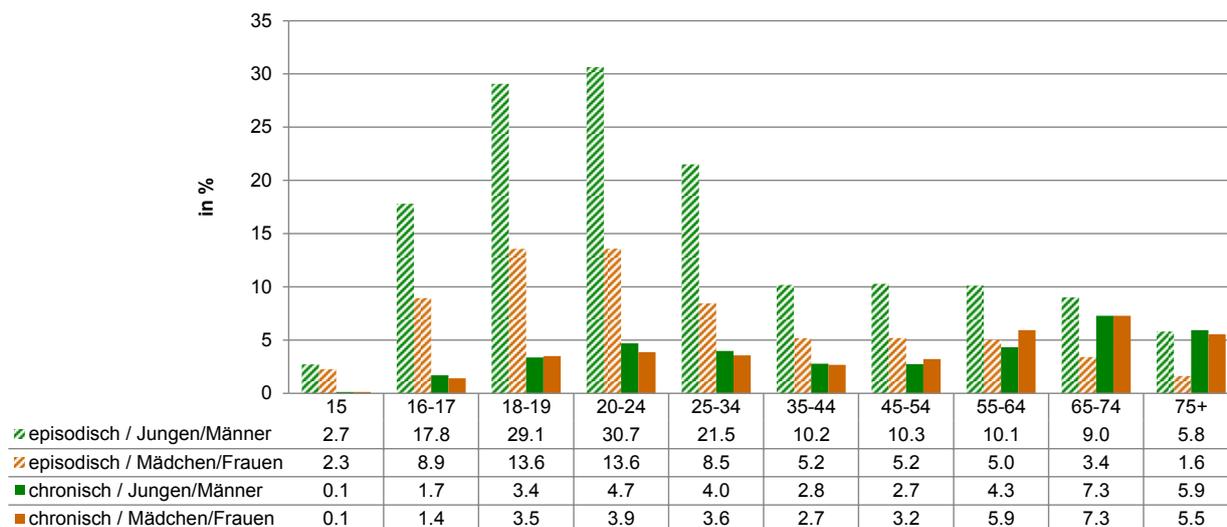
Hinsichtlich der physischen und psychosozialen Folgen von Alkoholkonsum sind insbesondere zwei Aspekte von Bedeutung: der episodisch und der chronisch risikoreiche Alkoholkonsum (Rehm et al., 2004).

Episodisch risikoreicher Alkoholkonsum bzw. Trunkenheit ist mit einer Vielzahl von negativen Konsequenzen assoziiert. Neben den klassischen Vergiftungsfolgen wie Gedächtnislücken, Kopfschmerzen, Übelkeit usw. berichtet die Literatur auch über Konsequenzen im Bereich Schule (Fehlzeiten, schlechte Leistungen usw.), Unfälle und Verletzungen der eigenen bzw. anderer Personen (Fahrzeugunfälle, Stürze, Selbstmord usw.), Gewalt und aggressives Verhalten (Kämpfe, Zerstörung fremden und eigenen Eigentums usw.), Sexualität (ungeplanter und ungeschützter Geschlechtsverkehr, Vergewaltigungen), Beeinträchtigung sozialer Beziehungen (Streit usw.) und Probleme mit Autoritäten wie der Polizei (zusammengefasst u.a. in Gmel et al., 2003).

Chronische risikoreicher Alkoholkonsum, d.h. ein hoher Durchschnittskonsum alkoholischer Getränke, ist in erster Linie verantwortlich für chronische Krankheiten wie Leberzirrhose oder Alkoholabhängigkeit (World Health Organization (WHO), 2000).

In der Abbildung 1 werden die Alters- und Geschlechtseffekte für selbstberichteten episodischen und chronischen Risikokonsum dargestellt. Die Prävalenzen basieren auf der Telefonbefragung im Rahmen des Suchtmonitoring (Mittelwerte über die Jahre 2011, 2012 und 2013). Es zeigt sich deutlich, dass episodischer Risikokonsum während der späten Adoleszenz und dem frühen Erwachsenenalter (18- bis 24-Jährige) besonders hoch ist und danach wieder abnimmt. Trotz der geschlechtersensitiven Definition von Rauschtrinken (einmal wöchentlich oder häufiger ≥ 4 alkoholische Getränke [Frauen] bzw. ≥ 5 alkoholische Getränke [Männer] bei einer Gelegenheit konsumieren) ist die Prävalenz bei Männern deutlich höher als bei Frauen. Die Prävalenz chronischen Risikokonsums nimmt bis zum frühen Erwachsenenalter (20- bis 24-Jährige) mit dem Alter zu, ist während dem mittleren Erwachsenenalter vergleichsweise geringer und ist in der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen am höchsten. Die leicht tiefere Prävalenz in der höchsten Altersgruppe (über 74-Jährige) im Vergleich zu 65- bis 74-Jährigen lässt sich wahrscheinlich u.a. durch eine erhöhte Mortalität bei Personen mit einem episodisch respektive chronisch risikoreichen Alkoholkonsum erklären.

Abbildung 1 Selbstberichteter episodischer und chronischer Risikokonsum (Mittelwert über die Jahre 2011 bis 2013), nach Geschlecht



Anmerkungen: episodischer Risikokonsum = Konsum von 4 bzw. 5 (Frauen/Männer) oder mehr alkoholischen Getränken bei einer Gelegenheit, einmal wöchentlich oder häufiger; chronischer Risikokonsum = Konsum von mehr als durchschnittlich 40 bzw. 60 g/Tag (Frauen/Männer).
Quelle: Telefonbefragung im Rahmen des Suchtmonitoring (eigene Auswertung, Sucht Schweiz, 2014)

In der Schweiz ist der episodisch risikoreiche Alkoholkonsum im Jugendalter in den letzten Jahren deutlich angestiegen. Dies lässt sich beispielsweise in der Befragung „Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)“ zeigen. Während im Jahr 1994 22.2% der 15-jährigen Jungen und 12.4% der gleichaltrigen Mädchen berichteten, in ihrem Leben mehr als einmal betrunken gewesen zu sein, waren es im Jahr 2010 27.6% der Jungen und 21.3% der Mädchen (Windlin et al., 2011). Ein kurzfristiger Rückgang der Prävalenz des Rauschtrinkens zwischen 2002 und 2006 wird durch eine Zunahme zwischen 2006 und 2010 wieder ausgeglichen (vgl. Abbildung 18).

Im Gegensatz zur Situation bei den Jugendlichen ist es schwierig, Tendaussagen für Erwachsene zu episodisch risikoreichem Alkoholkonsum zu machen: Sowohl die Begleitforschung zu möglichen Auswirkungen der gesunkenen Spirituosenpreise nach Steueränderungen (1999 bis 2001) als auch die Studie zur Evaluation der Präventionskampagne „Alles im Griff?“ (1998, 2000 und 2002) umfassten nur eine relativ gering Zeitspanne (vgl. Wicki & Gmel, 2005). In den letzten vier Erhebungswellen der „Schweizerischen Gesundheitsbefragung“ (1997 bis 2012) wurden die Fragen zum Rauschtrinken mehrmals geändert, so dass für Männer nur die Jahre 1997/2002/2007 und für Frauen die Jahre 2002/2007 direkt vergleichbar sind (Notari et al., 2009). Dank der Telefonbefragung im Rahmen des Suchtmonitoring werden aber zu einem späteren Zeitpunkt Tendaussagen zu selbstberichtetem, episodisch risikoreichem Alkoholkonsum möglich sein (zur Zeit liegen die Daten der Befragung von 2011 bis 2013 vor) (Gmel et al., 2013; Gmel et al., 2012; Notari et al., 2014).

1.2 Die aktuelle Studie

Trotz allgemein vermuteter hoher Validität des selbstberichteten Konsums in Befragungen (z.B. Hibell et al., 2012), sollten subjektive Konsumangaben durch objektivere Messungen ergänzt werden. Im Rahmen der vorliegenden Studie wurde deshalb die Schweizerische „Medizinischen Statistik der Krankenhäuser“ (MS) des Bundesamtes für Statistik (BFS) ausgewertet. Die Daten der MS umfassen die Diagnosen aller, in einem Schweizer Spital stationär behandelten Patient/innen. Die Studie stützt sich somit auf objektive Masse der Rauschzustände indem auf die auf den Rausch folgenden ernsthaften Gesundheitsproblemen, d.h. Alkohol-Intoxikation und Alkoholabhängigkeit, Bezug genommen wird. Nach einigen Anlaufschwierigkeiten bezüglich der Ausführlichkeit der Berichterstattung, sind die Daten der MS seit 2003 praktisch vollständig erhältlich (Bundesamt für Statistik (BFS), 2005; Bundesamt für Statistik (BFS), 2014).

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich grösstenteils um eine Überarbeitung und Erweiterung der Studie „Hospitalisierungen aufgrund von Alkohol-Intoxikationen und Alkoholabhängigkeit bei Jugendlichen und Erwachsenen“ (Wicki, 2013). Die Analysestrategie des vorangehenden Berichts (Wicki, 2013) bzw. die Aktualisierungen gegenüber früheren Versionen des Berichts (Gmel & Kuntsche, 2006; Wicki & Gmel, 2008; Wicki & Gmel, 2009a) wurden beibehalten:

- In der MS werden seit 2009 nur noch die stationären Fälle berichtet. Um sinnvolle Trendaussagen machen zu können, werden im vorliegenden Bericht für den gesamten Zeitraum (2003 bis 2012) **nur die stationären Fälle berücksichtigt**.
- Da sich die **Ausführlichkeit der Dokumentation der Nebendiagnosen** über den Beobachtungszeitraum stark verändert hat, werden die Analysen für die Zahl der Nebendiagnosen adjustiert (Referenzjahr = 2007; vgl. Kapitel 2.4.3). Es werden ausschliesslich die adjustierten Häufigkeiten berichtet.
- Nebst den Befunden für Jugendliche und junge Erwachsene (d.h. 10- bis 23-Jährige) werden auch **Befunde für die Gesamtbevölkerung** (15-Jährig oder älter) berichtet.
- Die vorliegende Studie bezieht sich grösstenteils auf die **Anzahl Personen**, die innerhalb eines Jahres mit einer Diagnose „Alkohol-Intoxikation“ oder „Alkoholabhängigkeit“ hospitalisiert wurden und nicht auf die Anzahl der Hospitalisierungen per se (vgl. Kapitel 2.4.4).

Im Vergleich zur Vorversion dieses Berichts (Wicki, 2013) gab es hauptsächlich zwei Neuerungen:

- Es werden alle aktuell erhältlichen Daten des BFS berücksichtigt - einschliesslich der **Jahre 2011 und 2012**.
- Für den gesamten Zeitraum basieren die berichteten Raten, d.h. die Anzahl hospitalisierter Personen pro 1000 Einwohner/innen, auf der **"ständigen Wohnbevölkerung"** statt wie bisher auf der "mittleren Wohnbevölkerung" (vgl. Kapitel 2.4.5).

2. Daten und Methoden

2.1 Die Datenquelle

Seit 1998 wird in der MS eine Vollerhebung aller in Schweizer Spitälern vorstelligen Patient/innen und deren Diagnosen angestrebt. Nach einigen Anlaufschwierigkeiten mit unvollständigen Fallstatistiken bzw. der Nichtteilnahme einiger Krankenhäuser wurden die Daten seit 2003 fast vollständig erfasst. Nahmen 1998 noch 66% der auskunftspflichtigen Spitäler an der Befragung teil und lieferten dabei Angaben zu 62% der gemäss dem rechtlich-wirtschaftlichen Status der Krankenhäuser zu erwartenden Fälle, waren es 2003 bereits 100% der Krankenhäuser mit einer Teilnahmequote der Fälle von 93%. Seit dem Jahr 2010 kann davon ausgegangen werden, dass 100% der Krankenhäuser 100% der Fälle dokumentiert haben (Bundesamt für Statistik (BFS), 2001; Bundesamt für Statistik (BFS), 2005; Bundesamt für Statistik (BFS), 2014). Gemäss Angaben des BFS (pers. Mitt., 13.6.12) ist die Datenqualität ab 2003 genügend gut um Trendaussagen machen zu können.

2.2 ICD-10 Diagnosen

Die Schweizerische MS verwendet den ICD-10 Diagnoseschlüssel. Für die vorliegende Studie sind die Kapitel V (Psychische Störungen und Verhaltensstörungen) und Kapitel XIX (Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äusserer Ursachen) relevant. 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 und klassifizieren eine Vielzahl von Störungen unterschiedlichen Schweregrades und mit verschiedenen Erscheinungsbildern. Die Gemeinsamkeit besteht jedoch im Gebrauch einer oder mehrerer psychotrop wirksamer Substanzen. Für den vorliegenden Bericht sind hauptsächlich folgende ICD-10 Codes von Relevanz:

F10.0 Akute Intoxikation (akuter Rausch)

Eine Person zeigt nach Alkoholaufnahme Störungen der Bewusstseinslage, kognitiven Fähigkeiten, Wahrnehmung, des Affekts und Verhaltens oder anderer psychophysiologischer Funktionen und Reaktionen. Unter diese Kategorie fallen (u.a.): akuter Rausch, pathologischer Rausch, Rausch ohne nähere Angaben.

F10.1 Schädlicher Gebrauch

Gesundheitsschädigungen, welche durch den Alkoholkonsum bedingt sind z.B. das Auftreten einer depressiven Episode nach massivem Alkoholkonsum.

F10.2 Abhängigkeitssyndrom

Eine Gruppe kognitiver und körperlicher Phänomene sowie Verhaltensauffälligkeiten, 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 trotz schädlicher Folgen aufrechterhalten. Dem Alkoholgebrauch wird zudem Vorrang vor anderen Aktivitäten und Verpflichtungen gegeben. Es entwickelt sich eine Toleranzerhöhung und mitunter ein körperliches Entzugssyndrom.

F10.3 Entzugssyndrom

Durch absoluten oder relativen Entzug verursachte Gruppe von Symptomen unterschiedlicher Zusammensetzung und Schwere, nachdem zuvor anhaltend Alkohol konsumiert wurde.

F10.4 Entzugssyndrom mit Delir

Ein Zustandsbild, bei dem das Entzugssyndrom (siehe F10.3) durch ein Delir 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, häufig aber auch auf mehr als einem Sinnesgebiet), Wahnideen (häufig paranoide Gedanken oder Verfolgungsideen), psychomotorische Störungen (Erregung oder Stupor), Wahrnehmungsstörungen sowie abnorme Affekte gekennzeichnet, die von intensiver Angst bis zur Ekstase reichen können. Die Wahrnehmung 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. Während das Kurzzeitgedächtnis deutliche Störungen aufweist und sich auch Effekte im Langzeitgedächtnis finden lassen, bleibt das Ultrakurzzeitgedächtnis gewöhnlich erhalten. Es finden sich zumeist deutliche Störungen des Zeitgefühls und des Zeitgitters, ferner zeigen sich vermehrt 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 bei Kindern

Im vorliegenden Bericht wurde „**Alkohol-Intoxikation**“ als Oberkategorien für die Diagnosen F10.0, F10.1 und T51.0 verwendet. „Alkohol-Intoxikationen“ werden zum einen klar mit der Diagnose F10.0 (akute Intoxikation, siehe oben) umschrieben. Ein wichtiger Aspekt der Diagnose liegt dabei auf der bewussten Alkoholeinnahme. Die Diagnose F10.1 "schädlicher Gebrauch" wird zwar nicht ganz einheitlich gestellt, da sie sowohl im Zusammenhang mit „Alkohol-Intoxikationen“ auch als eine Vorstufe der Alkoholabhängigkeit gesehen wird. In der vorliegenden Arbeit folgen die Autoren vergleichbaren Studien in Deutschland (Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS), 2004; Med-Kolleg, 2005)

und Österreich (Seyer et al., 2010; Uhl et al., 2008) welche die Diagnose F10.1 mit den Diagnosen F10.0 und T51.0 unter „akutem Missbrauch“ bzw. „Alkohol-Intoxikationen“ zusammenfassen. Die Diagnose T51.0 kodiert die „unfallmässige“, d.h. 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 eingenommener Barbiturate. Versehentliche Alkoholvergiftungen treten auch häufig bei kleinen Kindern auf, die beispielsweise Reste alkoholischer Getränke nach einer Party konsumieren, oder versehentlich leicht zugängliche alkoholische Getränke probieren.

Neben „Alkohol-Intoxikationen“ wurden auch Krankheitsbilder in Zusammenhang mit einer „Alkoholabhängigkeit“ analysiert. Für „**Alkoholabhängigkeit**“ wurde vorrangig der ICD-10 Code F10.2 (Abhängigkeitssyndrom, siehe oben) verwendet. Allerdings sind auch die Diagnosen F10.3 bis F10.9 in der Regel zumeist Ergebnisse eines chronischen Überkonsums und damit von akuten Rauschen abzugrenzen. In der vorliegenden Arbeit wurden daher alle Diagnose zwischen F10.2 und F10.9 zum Indikator „Alkoholabhängigkeit“ zusammengefasst.

Zudem wurde auch untersucht, welche zusätzlichen Diagnosen bei Hospitalisierungen mit einer Diagnose der Gruppe „Alkohol-Intoxikation“ gestellt wurden (z.B. Hauptdiagnose bei einer Nebendiagnose „Alkohol-Intoxikation“). Dabei waren die folgenden Diagnosegruppen besonders relevant:

- **Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, exkl. Alkohol (F11-F19)**
Die Unterdiagnosen entsprechen den Codes F10.0-F10.9, ausser dass die psychische oder Verhaltensstörung durch eine andere Substanz als Alkohol verursacht wurde (z.B. Opiode, Cannabinoide, Sedativa, Halluzinogene oder durch multiplen Substanzgebrauch)
- **Psychische und Verhaltensstörungen, exkl. psychotrope Substanzen (F00-F09, F20-F99)**
Diese Diagnosegruppe umfasst beispielsweise organische, affektive, Belastungs- somatoforme Störungen, Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren oder Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen.
- **Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äusserer Ursachen (S00-T98, exkl. „Toxische Wirkungen durch Alkohol: Äthylalkohol“ [T51.0])**

2.3 Datengrundlage

Datengrundlage für den vorliegenden Bericht bildet die Schweizerische MS, welche die stationäre Aufnahme Behandlungssuchender erfasst (teil-stationäre Fälle wurden in der MS nur bis und mit 2008 dokumentiert). Daher sind die Analysen nicht repräsentativ für die Gesamtprävalenz der Diagnosegruppen „Alkohol-Intoxikation“ resp. „Alkoholabhängigkeit“, sondern ausschliesslich für jene Fälle, die in Spitälern stationär behandelt worden sind. Behandlungen durch Hausärzte, in ambulanten Notfallaufnahmen oder teil-stationäre Behandlungen in Krankenhäuser konnten nicht berücksichtigt werden. Vor diesem Hintergrund kann davon ausgegangen werden, dass die hier berichteten Fallzahlen das tatsächliche Ausmass behandlungsbedürftiger Fälle deutlich unterschätzen.

Die MS berücksichtigt zum einen alle Personen, die im jeweiligen Jahr ab dem 1. Januar stationär behandelt wurden und vor dem 31. Dezember entlassen worden sind, oder aber Langzeitpatienten/innen, die vor dem 1. Januar eines Jahres eingetreten und über den 31. Dezember hinaus im Spital verblieben sind (siehe z.B. Bundesamt für Statistik (BFS), 2011). Nicht berücksichtigt wurden hingegen jene Personen, die sich keiner Langzeitbehandlung unterzogen, deren Behandlung jedoch nicht vor dem 31. Dezember abgeschlossen wurde.

Da es sich bei der MS nicht um Stichproben, sondern um Zensusdaten (Vollerhebung) handelt, sind statistische Signifikanztests nicht erforderlich und werden nicht berichtet.

2.4 Analysen

Die Daten der MS erlauben sowohl die Analyse von Haupt- als auch von Nebendiagnosen. Pro Hospitalisierung kann eine Haupt- und bis zu 49 Nebendiagnosen dokumentiert werden.

Die Analysen werden in der Regel getrennt nach Alter und Geschlecht durchgeführt. Entsprechend älteren Versionen der vorliegenden Studie (z.B. Wicki & Gmel, 2009b) wurden für die Analysen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen jeweils zwei Jahrgänge in einer Altersgruppe zusammengefasst, so dass unter anderem die Untersuchung bestimmter alkoholpolitisch relevanter Altersschwellen (16 Jahre für den legalen Verkauf vergorener alkoholischer Getränke; 18 Jahre für jenen gebrannter alkoholischer Getränke) möglich sind. In Anlehnung an das „Suchtmonitoring Schweiz“ (www.suchtmonitoring.ch) werden zudem die Altersgruppen 15- bis 19-Jährige, 20- bis 24-Jährige, 25- bis 34-Jährige, 35- bis 44-Jährige, 45- bis 54-Jährige, 55- bis 64-Jährige, 65- bis 74-Jährige und 75-Jährige oder ältere verwendet.

2.4.1 Aggregation der Daten

Ausser für die Trendanalysen wurden jeweils die Daten der drei aktuellsten Jahre (2010, 2011 und 2012) aggregiert, d.h. der Mittelwert über die drei Jahre verwendet. Auf diese Weise konnte sichergestellt werden, dass beispielsweise die berichteten Geschlechts- und Alterseffekte nicht durch Schwankungen in einzelnen Jahren oder geringe Fallzahlen in einzelnen Teilgruppen verzerrt wurden. In den Anhangtabellen werden die Werte für die einzelnen Jahre separat berichtet.

2.4.2 Gewichtung der Daten

Um zu berücksichtigen, dass die MS insbesondere in früheren Jahren keine Vollerhebung aller Hospitalisierungen in der Schweiz darstellte, wurden die Daten gewichtet. Zwar nahm die Vollständigkeit der Daten seit 2003 kontinuierlich zu, dies führte jedoch gleichzeitig dazu, dass auch die absolute Anzahl der erfassten, d.h. in Statistik beinhalteten Alkoholdiagnosen zunahm. Eine Unterscheidung zwischen der allein durch die bessere Erfassung bedingten Zunahme oder einer eventuell epidemiologisch verursachten Zunahme der Alkoholdiagnosen war in den Anfangsjahren der MS nicht möglich. Ohne Gewichtung wären mögliche epidemiologische Trends also mit Entwicklungen bzgl. der Datenvollständigkeit konfundiert.

Gemäss Angaben des BFS (pers. Mitt., 13.6.12) kann davon ausgegangen werden, dass seit 2003 die Daten von allen Krankenhäuser in die MS einfliessen (d.h. seit 2003 beträgt die Teilnahmequote der Krankenhäuser 100%) und dass 2010 alle Fälle dokumentiert wurden (d.h. für das Jahr 2010 beträgt die Teilnahmequote der Fälle 100%).

Um Unterschieden in der Datenqualität zu begegnen, wurden die Daten auf kantonaler Ebene mit dem Kehrwert der Teilnahmequote der Fälle multipliziert:

$$\text{Gewichtung}_{\text{Kanton(K), Jahr (J)}} = 1 / (\text{Teilnahmequote der Fälle}_{\text{K, J}})$$

Berichten die Krankenhäuser in einem Kanton 80% aller Fälle, so ist das entsprechende Gewicht $1/.80=1.25$, so dass jeder Fall also erwartete 1.25 Fälle in diesem Kanton repräsentiert. Die Gewichte der jeweiligen Jahre für die einzelnen Kantone werden in der Tabelle 1 berichtet.

Tabelle 1 Gewichtung nach Kantonen und Jahr zum Ausgleich unterschiedlicher Teilnahmequoten an der Statistik

Kanton	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Aargau	1.03	1.02	1.05	1.01	1.01	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Appenzell Innerrhoden	1.56	1.30	1.28	1.28	1.01	1.00	1.01	1.00	1.00	1.00
Appenzell Ausserrhoden	1.05	1.08	1.08	1.08	1.08	1.08	1.06	1.00	1.00	1.00
Bern	1.04	1.03	1.02	1.01	1.02	1.01	1.00	1.00	1.00	1.00
Basel-Land	1.00	1.01	1.01	1.02	1.03	0.99	1.01	1.00	1.00	1.00
Basel-Stadt	1.01	1.04	1.05	1.06	1.08	1.08	1.00	1.00	1.00	1.00
Freiburg	.93	.96	.99	.97	.99	1.05	1.03	1.00	1.00	1.00
Genf	1.37	1.45	1.00	.99	.99	1.00	1.05	1.00	1.00	1.00
Glarus	2.08	1.64	1.28	1.33	1.69	1.54	1.00	1.00	1.00	1.00
Graubünden	.99	.99	1.16	1.04	1.03	1.04	1.01	1.00	1.00	1.00
Jura	1.23	1.39	.99	1.01	1.05	1.04	1.04	1.00	1.00	1.00
Luzern	1.10	1.09	1.02	1.02	1.02	1.03	1.01	1.00	1.00	1.00
Neuenburg	1.25	1.10	1.11	1.20	1.15	1.15	1.08	1.00	1.00	1.00
Nidwalden	1.00	1.00	1.00	1.02	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Obwalden	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.01	1.01	1.00	1.00	1.00
St. Gallen	1.09	1.10	1.06	1.09	1.05	1.04	0.99	1.00	1.00	1.00
Schaffhausen	1.06	.94	.95	.89	.85	0.84	1.09	1.00	1.00	1.00
Solothurn	1.01	1.03	1.01	.97	1.03	0.93	1.08	1.00	1.00	1.00
Schwyz	1.02	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Thurgau	1.03	1.09	1.06	1.05	.98	1.02	1.00	1.00	1.00	1.00
Tessin	1.11	1.06	1.05	1.01	1.01	1.01	1.00	1.00	1.00	1.00
Uri	1.01	.99	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Waadt	1.03	1.04	1.04	1.03	1.02	1.02	1.02	1.00	1.00	1.00
Wallis	1.01	1.00	1.01	1.01	1.01	1.00	1.01	1.00	1.00	1.00
Zug	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Zürich	1.10	1.04	1.02	1.02	1.02	1.02	1.01	1.00	1.00	1.00
Gewicht Gesamtschweiz	1.08	1.07	1.03	1.02	1.02	1.02	1.01	1.00	1.00	1.00

Anmerkungen: Gewichte unter 1.00 entstehen, wenn ein Kanton mehr Fälle an die Statistik liefert als die entsprechenden Krankenhäuser gemäss rechtlich-wirtschaftlichem Status ausweisen (Bundesamt für Statistik (BFS), 2011)

Durch die Gewichtung werden beispielsweise für einen Kanton mit einer Teilnahmequote von knapp 50% (z.B. Kanton Glarus im Jahr 2003) doppelt so viele „Alkohol-Intoxikationen“ geschätzt als in der ungewichteten Datenbasis ausgewiesen wurden. Obgleich eine solche Vorgehensweise plausibel erscheint, unterliegt sie der Grundannahme, dass sich die Datenstruktur der an das BFS gelieferten Fälle nicht von derjenigen der nicht gelieferten Fällen unterscheiden. Dies wäre dann nicht gegeben, wenn Spitäler beispielsweise aus versicherungsrechtlichen Bedenken bei Diagnosen diese überproportional häufig nicht an das Bundesamt für Statistik weitergeleitet hätten. Da eine Überprüfung derartiger Annahmen nicht möglich ist, hat das Bundesamt für Statistik auf die Bereitstellung von Gewichten verzichtet. Die in diesem Bericht aufgrund gewichteter Analysen gewonnenen Ergebnisse und Interpretationen liegen somit in der Verantwortung der Autoren. Die im Rahmen des vorliegenden Berichts gewählten Gewichtungen stellen eine, wenn auch nicht hundertprozentig fehlerfreie, Möglichkeit dar, die verschiedenen Erhebungsjahre hinreichend miteinander vergleichbar zu machen. In früheren Versionen dieses Berichtes wurde ausführlich gezeigt, dass die Gewichtung zu stabilen, unverzerrten Schätzungen führt (Gmel & Kuntsche, 2006; Wicki & Gmel, 2008; Wicki & Gmel, 2009b). Aus diesem Grund werden in der vorliegenden Studie keine weiteren Vergleiche zwischen ungewichteten und gewichteten Fallzahlen vorgenommen. Alle im vorliegenden Bericht präsentierten Ergebnisse basieren auf der Analyse gewichteter Daten.

2.4.3 Adjustierung für die Ausführlichkeit der Dokumentation der Nebendiagnosen

Zwischen 2003 und 2012 hat die Zahl der pro Fall dokumentierten Nebendiagnosen stark zugenommen. Je nach Geschlecht und Altersgruppe beträgt die Zunahme +29.8% bis +94.5%. Gründe hierfür mögen u.a. darin liegen, dass sich die MS in diesem Zeitraum besser etabliert hat, dass die Maximalzahl der dokumentierbaren Nebendiagnosen zugenommen hat (2003 bis 2005: max. 8 Nebendiagnosen, 2006 bis 2008: max. 28 Nebendiagnosen, 2009 bis 2012: max. 49 Nebendiagnosen) bzw. dass die Komplexität der behandelten Fälle bei der finanziellen Entschädigung der Krankenhäuser mitberücksichtigt wird.

Ein Vergleich der Anzahl Nebendiagnosen zwischen zwei Jahren lässt sich somit nicht direkt als „Trend über die Zeit“ interpretieren. Dies wird am folgenden fiktiven Beispiel deutlich: Zwischen t_0 und t_1 hat die Zahl der möglichen Nebendiagnosen von „X“ von 50 auf 57 zugenommen; im Vergleich zu t_0 wurden t_1 aber auch 10% mehr Nebendiagnosen dokumentiert. Ein Teil der beobachteten Zunahme in der Anzahl Nebendiagnose „X“ kommt ausschliesslich deshalb zustande, weil sie genauer dokumentiert wurden und nicht weil die Prävalenz von „X“ in der Zwischenzeit zugenommen hätte. Im vorliegenden Beispiel beträgt die zu erwartende Zunahme der Anzahl Fälle aufgrund der ausführlicheren Dokumentation 5 ($10\% \cdot 50$) und die adjustierte Zunahme 2 ($57 - [10\% \cdot 50] - 50$). In Prozenten ausgedrückt beträgt die adjustierte Zunahme der Diagnose zwischen t_0 und t_1 in diesem Beispiel also +4%.

Veränderung der Anzahl Nebendiagnosen „X“ (N_x) zwischen t_0 und t_1 :

$$\Delta N_{x, t_0 \rightarrow t_1} = (N_{x, t_1} / N_{x, t_0}) - 1$$

Veränderung der Ausführlichkeit der Dokumentation der Nebendiagnosen (AD = mittlere Anzahl dokumentierter Nebendiagnosen pro Hospitalisierung) relativ zu t_0 :

$$\Delta AD_{t_0 \rightarrow t_1} = (AD_{t_1} / AD_{t_0}) - 1$$

Erwartete Veränderung der N_x aufgrund der veränderten AD $t_0 \rightarrow t_1$:

$$\Delta N_{x, t_0 \rightarrow t_1, \text{exp}} = \Delta AD_{t_0 \rightarrow t_1} * N_{x, t_0} = [(AD_{t_1} / AD_{t_0}) - 1] * N_{x, t_0}$$

N_x zu t_1 , adjustiert für die veränderten AD (Referenzjahr = t_0):

$$N_{x, t_1, \text{adj}} = N_{x, t_1} - \Delta N_{x, t_0 \rightarrow t_1, \text{exp}} = N_{x, t_1} - [(AD_{t_1} / AD_{t_0}) - 1] * N_{x, t_0}$$

$\Delta N_{x, t_0 \rightarrow t_1, \text{adj}}$, adjustiert für $\Delta AD_{t_0 \rightarrow t_1}$:

$$\Delta N_{x, t_0 \rightarrow t_1, \text{adj}} = (N_{x, t_1, \text{adj}} / N_{x, t_0}) - 1 = \Delta N_{x, t_0 \rightarrow t_1} - \Delta AD_{t_0 \rightarrow t_1}$$

Um möglichst unverzerrte Aussagen machen zu können, wurden deshalb in der vorliegenden Studie die Nebendiagnosen für die veränderte Ausführlichkeit der Dokumentation der Nebendiagnosen adjustiert. Die Adjustierung basiert auf der Annahme, dass die Ausführlichkeit der Dokumentation von Nebendiagnosen der Gruppen „Alkohol-Intoxikation“ bzw. „Alkoholabhängigkeit“ mit der Ausführlichkeit der Dokumentation von anderen Diagnosen vergleichbar ist. Diese Annahme ist zwar plausibel, konnte jedoch basierend auf der MS nicht getestet werden. Aus diesem Grund werden die Trends für Haupt- und Nebendiagnosen jeweils auch separat berichtet, um zu testen, ob sich in beiden Diagnosearten ein vergleichbarer Trend finden lässt. In Hinblick auf das „Nationale Programm Alkohol 2008-2012“ wurde in Absprache mit dem BAG das Jahr 2007 als Referenzjahr (t_0) für die Adjustierung der Anzahl Nebendiagnosen gewählt. Tabelle 2 zeigt die indexierte Anzahl Nebendiagnosen pro Hospitalisierung, wobei die Werte für 2007 als 100% dargestellt sind.

Tabelle 2 Indexierte Anzahl Nebendiagnosen pro Hospitalisierung (2007 = 100%), nach Jahr, Geschlecht und Alter

	Jugendliche und junge Erwachsene							alle Altersgruppen							
	10-11	12-13	14-15	16-17	18-19	20-21	22-23	15-19	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+
2003															
Jungen/Männer	97.2	91.9	88.3	78.2	71.4	69.3	75.6	75.6	72.8	73.5	70.5	69.4	65.9	65.3	63.7
Mädchen/Frauen	96.9	93.0	82.5	80.6	81.3	80.8	80.9	80.6	80.6	78.7	74.1	68.3	65.7	65.7	65.4
2004															
Jungen/Männer	91.8	86.2	93.0	89.7	87.5	83.0	88.9	88.6	85.3	83.6	82.0	79.9	76.9	75.5	73.0
Mädchen/Frauen	93.5	98.5	88.7	88.2	86.6	86.0	86.0	86.8	85.6	86.0	82.0	79.0	75.7	76.7	75.6
2005															
Jungen/Männer	107.5	95.2	98.4	100.4	94.5	94.7	99.9	96.4	97.4	92.3	92.4	92.0	88.7	87.3	84.8
Mädchen/Frauen	104.5	104.4	102.8	100.7	95.6	96.0	92.8	98.0	95.4	94.3	92.1	89.8	88.3	88.8	87.0
2006															
Jungen/Männer	118.3	113.0	115.1	103.3	106.2	100.2	103.9	105.6	101.6	100.1	99.6	100.8	100.3	98.9	97.2
Mädchen/Frauen	116.4	117.5	105.2	102.8	98.2	99.9	96.0	100.2	98.4	98.5	98.5	98.3	98.9	99.7	97.7
2007															
Jungen/Männer	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Mädchen/Frauen	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
2008															
Jungen/Männer	91.4	89.5	95.8	89.6	94.8	90.7	95.3	93.2	92.9	92.3	91.9	91.3	91.3	90.5	91.9
Mädchen/Frauen	97.8	99.5	89.7	92.4	89.2	94.5	92.9	90.4	94.2	96.2	93.9	92.5	91.1	90.6	92.0
2009															
Jungen/Männer	90.8	90.9	98.0	102.0	96.6	96.7	105.6	98.7	100.6	94.1	93.5	91.8	91.9	92.2	94.7
Mädchen/Frauen	92.9	99.8	86.3	97.7	100.6	99.5	100.0	97.1	99.1	103.8	98.9	90.5	92.2	91.9	94.3
2010															
Jungen/Männer	100.4	90.7	103.8	104.2	102.8	99.0	102.2	103.4	100.5	98.3	99.0	94.5	96.5	97.5	100.4
Mädchen/Frauen	97.1	105.3	92.1	103.0	107.0	115.8	116.9	102.8	118.8	130.9	117.3	96.7	98.3	98.2	101.6
2011															
Jungen/Männer	107.2	102.7	109.6	119.1	113.8	107.3	117.2	114.8	110.7	104.6	104.0	101.5	103.3	105.5	109.9
Mädchen/Frauen	109.9	118.2	100.9	112.5	113.5	117.0	119.8	110.5	120.6	135.3	125.3	101.7	106.3	106.2	111.4
2012															
Jungen/Männer	128.5	130.0	122.9	130.3	130.2	118.1	124.9	127.7	121.6	114.9	112.9	110.9	115.1	118.9	123.9
Mädchen/Frauen	125.8	134.0	114.0	121.9	115.4	114.5	116.4	116.5	117.3	127.7	127.3	114.1	118.7	119.6	126.1

Lesebeispiel: Bei 15- bis 19-jährigen Frauen wurden 2012 pro Hospitalisierung +16.5% mehr Nebendiagnosen dokumentiert als im Jahr 2007.

2.4.4 Anzahl Personen vs. Anzahl Hospitalisierungen

In früheren Berichten (Gmel & Kuntsche, 2006; Wicki & Gmel, 2008; Wicki & Gmel, 2009b) wurde jeweils die Anzahl Hospitalisierungen mit einer Diagnose "Alkohol-Intoxikation" und/oder "Abhängigkeit" berichtet. Wurde beispielsweise dieselbe Person innerhalb desselben Jahres zweimal mit einer Diagnose „Alkoholabhängigkeit“ hospitalisiert, wurde sie auch zweimal berücksichtigt. In den einbezogenen Altersgruppen (10- bis 23-Jährige) führte diese Art des Berichtens jedoch zu keiner Verzerrung der Tendaussagen über die Zeit – das Hauptanliegen eines guten „Monitorings“ war also durchaus erfüllt. Zudem hatte dieses Vorgehen den Vorteil, dass die berichteten Fallzahlen auch die durch die jeweiligen Diagnosen verursachten

Kostenlast reflektierte: Wird eine Person mehrmals hospitalisiert, verursacht sie auch mehr Kosten.

In der vorliegenden Studie wurden auch über 23-Jährige berücksichtigt. Bei Personen im mittleren und höheren Erwachsenenalter zeigt sich jedoch, dass einige Personen innerhalb desselben Jahres mitunter recht häufig aufgrund derselben Diagnose hospitalisiert wurden (für ein Beispiel siehe Tabelle 3). Dies gilt insbesondere für Diagnosen bezüglich „Alkoholabhängigkeit“. Auch wenn Trends stärker durch mehrfach hospitalisierte Personen beeinflusst werden, führen Mehrfachhospitalisierungen nicht automatisch zu einer Verzerrung, es sei denn, die Hospitalisierungspraxis verändert sich über die Jahre. Eine robustere Schätzung von Trends ergibt sich, wenn statt der Anzahl Hospitalisierungen die Anzahl Personen berücksichtigt wird, die innerhalb des jeweiligen Jahres aufgrund der Diagnose (zumindest einmal) hospitalisiert wurden. Daher basieren die Analysen in der vorliegenden Studie, wenn nicht explizit erwähnt, auf der Anzahl der hospitalisierten Personen und nicht der Zahl der Hospitalisierungen. Letztere wird jedoch der Vollständigkeit halber im Anhang Kapitel A6 berichtet.

Tabelle 3 Anzahl Nebendiagnosen der Gruppe Alkoholabhängigkeit (F10.2-F10.9) bei 25- bis 34-jährigen Frauen: Vergleich zwischen **Anzahl Personen vs. Anzahl Hospitalisierungen**

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Mehrfachhospitalisierungen aufgrund der Hauptdiagnose F10.9 innerhalb des jeweiligen Jahres										
1-mal	185	185	183	201	196	228	204	190	205	197
2-mal	29	36	39	36	35	44	44	44	31	34
3-mal	6	10	8	16	6	10	14	10	13	11
4-mal	3	3	6	5	6	3	3	3	8	9
5- bis 9-mal	4	4	5	7	2	6	9	3	3	2
10- bis 14-mal	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
15- bis 19-mal	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
20-mal oder häufiger	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
Anzahl Hospitalisierungen aufgrund der Hauptdiagnose F10.9 innerhalb des jeweiligen Jahres	296	324	338	398	341	413	403	335	365	346
Anzahl Personen , die innerhalb des jeweiligen Jahres aufgrund der Hauptdiagnose F10.9 hospitalisiert wurden	227	238	241	266	246	292	274	250	261	253

Lesebeispiel: Im Jahr 2006 wurde eine 25- bis 34-Jährige 15- bis 19-mal aufgrund von „Alkoholabhängigkeit“ (F10.2-F10.9) hospitalisiert.

2.4.5 Rate pro 1000 Einwohner/innen

Um Vergleiche zwischen Altersgruppen, zwischen Jungen/Männern und Mädchen/Frauen und über die Kantone hinweg zu erleichtern, werden neben den absoluten Häufigkeiten zusätzlich die Rate pro 1000 Einwohner/innen der betreffenden Teilpopulation (Alter, Geschlecht und/oder Kanton) berichtet. Dies dient hauptsächlich einer Vereinfachung der Interpretation: Bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist die Population in den einzelnen Altersgruppen in etwa gleich gross und besteht jeweils etwa zur Hälfte aus Jungen/Männern bzw. Mädchen/Frauen. Wird also beispielsweise die Diagnose „X“ bei 18/19-Jährigen doppelt so häufig berichtet wie bei 12/13-Jährigen, kann man davon ausgehen, dass das Risiko eine Diagnose „X“ bei 18/19-Jährigen in etwa doppelt so gross ist, wie für 12/13-Jährige. Hingegen sind in den Altersgruppen des mittleren und höheren Erwachsenenalters die Populationsgrössen und das Verhältnis der Geschlechter nicht gleich verteilt: So leben in der Schweiz beispielsweise deutlich mehr 35- bis 44-Jährige als 65- bis 74-Jährige; in der Gruppe der 75-Jährigen oder älteren gibt es etwa 1.6-mal so viele Frauen wie Männer (vgl. Tabelle A6.12-6.14). Die Raten pro 1000 Einwohner/innen ermöglichen somit eine direkte Interpretation der Befunde, ohne dass die einzelnen Populationsgrössen zusätzlich berücksichtigt werden müssen.

Die Raten ermöglichen es zudem, Befunde zwischen den Erhebungsjahren unverzerrt zu vergleichen. So hat beispielsweise die Population der 74-jährigen und älteren Männer zwischen 2003 und 2012 um 25.7% zugenommen (vgl. Tabelle A6.14). Aufgrund dieser Populationsveränderung wäre zu erwarten, dass die absolute Anzahl einer beliebigen Diagnose „X“ zwischen 2003 und 2012 ebenfalls um etwa 25.7% angestiegen ist, auch wenn sich in dieser Zeit weder die Lebensumstände noch die relativen Risiken für „X“ bei 74-jährigen oder älteren Männer verändert hätten. Auch in diesem Fall ermöglicht die Rate pro 1000 Einwohner/innen eine direkte, unverzerrte Interpretation der Befunde.

Für den gesamten Zeitraum basieren die berichteten Raten, d.h. die Anzahl hospitalisierter Personen pro 1000 Einwohner/innen der betreffenden Teilpopulation (Alter, Geschlecht, Kanton), auf der „ständigen Wohnbevölkerung“. Dies ist der bestmögliche Indikator für die Schweizer Bevölkerung, der für den gesamten Zeitraum 2003 bis 2012 verfügbar ist (BFS, persönliche Kommunikation). Die „ständige Wohnbevölkerung“ ist leicht tiefer als der bisher verwendete Indikator, welcher nur für Jahre bis und mit 2010 erhältlich ist („mittlere Wohnbevölkerung“; für Details siehe Tabellen A6.12-A6.14. Für die Jahre bis und mit 2010 sind somit die geschätzten Raten im vorliegenden Bericht leicht höher als in der letzten Version (Wicki, 2013).

2.4.6 Teil-stationäre vs. stationäre Hospitalisierung

Während im Zeitraum 2003 bis 2008 sowohl teil-stationäre als auch stationäre Fälle in der MS dokumentiert wurden, werden seit 2009 ausschliesslich stationär behandelte Fälle ausgewiesen. Um dennoch sinnvolle Trendaussagen machen zu können, wurden im vorliegenden Bericht für den gesamten Zeitraum (2003 bis 2012) nur stationär behandelte Fälle berücksichtigt. Die berichteten Fallzahlen und Häufigkeiten sind somit nicht mehr direkt mit früheren Berichten (Gmel & Kuntsche, 2006; Wicki & Gmel, 2008; Wicki & Gmel, 2009b) vergleichbar.

3. Ergebnisse

3.1 Aktuelle Situation

Im Jahr 2012 wurden 1'302 Jugendliche und junge Erwachsene (10- bis 23-Jährige) mit einer Diagnose der Gruppe „Alkohol-Intoxikation“ oder „Alkoholabhängigkeit“ behandelt. Da die Personen innerhalb dieses Jahres teilweise mehr als einmal behandelt wurden, entspricht dies 1'546 Hospitalisierungen. Betrachtet man die beiden Diagnosegruppen separat, so wurde bei 1'090 10- bis 23-Jährigen eine Diagnose „Alkohol-Intoxikation“ und bei 294 eine Diagnose „Alkoholabhängigkeit“ gestellt (dies entspricht 1'205 resp. 388 Hospitalisierungen). Primär aufgrund der „Alkohol-Intoxikation“, d.h. mit „Alkohol-Intoxikation“ als Hauptdiagnose, wurden 569 Jugendliche und junge Erwachsene behandelt (dies entspricht 613 Hospitalisierungen); primär aufgrund der „Alkoholabhängigkeit“, d.h. mit „Alkoholabhängigkeit“ als Hauptdiagnose, wurden in derselben Altersgruppe 137 Personen behandelt (dies entspricht 164 Hospitalisierungen).

Fasst man alle Altersgruppen (15-Jährige oder ältere) zusammen, so wurden 2012 insgesamt 24'649 Personen mit einer Diagnose der Gruppe „Alkohol-Intoxikation“ oder „Alkoholabhängigkeit“ behandelt; dies entspricht 36'031 Hospitalisierungen. Betrachtet man die beiden Diagnosegruppen separat, so wurden bei 11'679 Personen die Diagnose „Alkohol-Intoxikation“ und bei 17'156 die Diagnose „Alkoholabhängigkeit“ gestellt (dies entspricht 14'180 resp. 25'348 Hospitalisierungen). Primär aufgrund der „Alkohol-Intoxikation“, d.h. mit „Alkohol-Intoxikation“ als Hauptdiagnose, wurden 3'756 Personen behandelt (dies entspricht 4'628 Hospitalisierungen); primär aufgrund der „Alkoholabhängigkeit“, d.h. mit „Alkoholabhängigkeit“ als Hauptdiagnose, wurden 7'509 Personen behandelt (dies entspricht 10'630 Hospitalisierungen).

Die Details zur Anzahl hospitalisierter Personen finden sich in der Anhangtabelle A2.10; die Details zur Anzahl Hospitalisierungen werden in Anhangtabelle A6.10 berichtet.

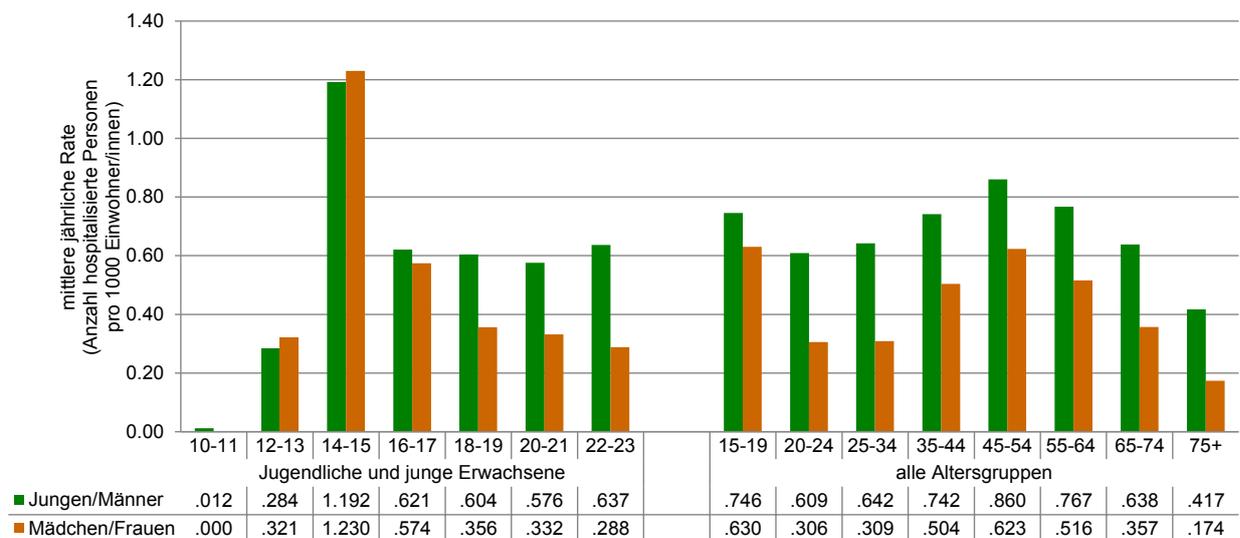
3.2 Alters- und Geschlechtseffekte

Im Folgenden werden jeweils die mittleren jährlichen Raten hospitalisierter Personen berichtet; als Grundlage dafür wurden die Daten der drei aktuellsten Jahre zusammengefasst (2010 bis 2012). Unterschiede zwischen den Altersgruppen werden als „Alterseffekte“ bezeichnet. Die detaillierten Fallzahlen finden sich im Anhang in Kapitel A2 und A4.

3.2.1 Hauptdiagnose „Alkohol-Intoxikation“

Abbildung 2 zeigt die Alters- und Geschlechtseffekte für die Hauptdiagnose „Alkohol-Intoxikation“ (für Details zu den Raten, siehe Anhangtabelle A4.11). Hauptdiagnose bedeutet, dass die „Alkohol-Intoxikation“ der primäre Grund für die Spitaleinweisung war. Dargestellt ist die Rate der Personen (pro 1000 Einwohner/innen), die innerhalb eines Jahres mit der betreffenden Diagnose hospitalisiert und stationär behandelt wurden.

Abbildung 2 **Hauptdiagnose „Alkohol-Intoxikation“ (F10.0; F10.1; T51.0): mittlere Rate hospitalisierter Personen (2010 bis 2012), nach Alter und Geschlecht**



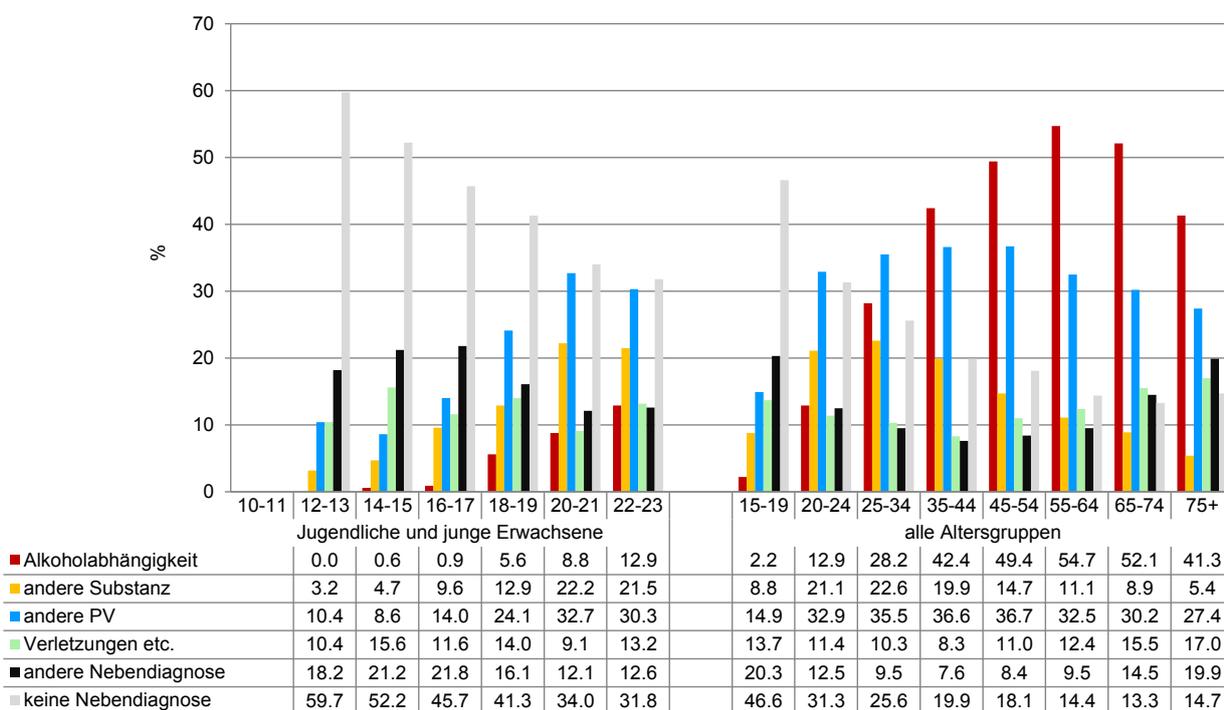
Anmerkungen: Die Daten wurden zum Ausgleich von Unterschieden in der Teilnahmequote der einzelnen Jahre gewichtet und für die variierende Ausführlichkeit der Dokumentation der Nebendiagnosen adjustiert (vgl. Kapitel 2.4).

Betrachtet man Jugendliche und junge Erwachsene, zeigt sich, dass die Rate bei den 14/15-Jährigen am höchsten war, bei den 16/17-Jährigen jedoch wieder deutlich tiefer lag. Über alle Altersgruppen hinweg variieren die Raten, mit etwas höheren Werten bei den 15/19-Jährigen und 35- bis 64-Jährigen.

Während es bei den 10- bis 17-Jährigen Jugendlichen kaum Geschlechtseffekte gab, waren die Hauptdiagnosen „Alkohol-Intoxikation“ bei 18-jährigen oder älteren Jungen/Männern deutlich häufiger als bei Mädchen/Frauen. Über alle Altersgruppen hinweg war die Rate für Männer (0.707) mehr als eineinhalb Mal so hoch wie für Frauen (0.437).

Im Folgenden soll untersucht werden, welche Nebendiagnosen bei Hospitalisierungen mit der Hauptdiagnose „Alkohol-Intoxikation“ gestellt wurden (siehe Abbildung 3). Ein Grossteil der Nebendiagnosen entfiel dabei auf zwei Kapitel des ICD-10 Systems: Kapitel V „Psychische Störungen und Verhaltensstörungen“ (PV) sowie Kapitel XIX „Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äusserer Ursachen“. Um die Interpretation zu erleichtern, wurden die Diagnosen der Gruppe PV in drei Unterkategorien aufgeteilt: Alkoholabhängigkeit, Intoxikation, Missbrauch oder Abhängigkeit einer psychotropen Substanz exkl. Alkohol („andere Substanz“) und affektive, neurotische, Belastungs- oder somatoforme Störungen, die nicht direkt mit einer psychotropen Substanz zusammenhängen („andere PV“).

Abbildung 3 **ICD-Nebendiagnose bei Hauptdiagnose „Alkohol-Intoxikationen“ (F10.0; F10.1; T51.0): Mittelwert (2010 bis 2012), nach Alter (in % der Hospitalisierungen)**



Anmerkungen: Alkoholabhängigkeit = Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanz, Alkoholabhängigkeit (F10.2-F10.9); andere Substanz = Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanz, exkl. Alkohol (F11-F19); andere PV = Psychische und Verhaltensstörungen nicht durch psychotrope Substanz (F00-F09, F20-F99); Verletzungen etc. = Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äusserer Ursachen (S00-T98).
Aufgrund der kleinen Fallzahl (n<30) werden für 10/11-Jährige keine Prozentwerte berichtet (für Details, siehe Anhangtabelle 7.4). Die Daten wurden zum Ausgleich von Unterschieden in der Teilnahmequote der einzelnen Jahre gewichtet (vgl. Kapitel 2.4).
Bei einigen Hospitalisierungen wurden gleichzeitig Nebendiagnosen aus verschiedenen Gruppen gestellt (z.B. Alkoholabhängigkeit und Verletzung/Vergiftung/andere äussere Ursachen).

Bei 44.1% der Hospitalisierungen von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit der Hauptdiagnose „Alkohol-Intoxikation“ wurde keine ergänzende Nebendiagnose gestellt und bei 18.8% eine Nebendiagnose der Gruppe PsyVer, welche nicht direkt mit dem Gebrauch einer psychotropen Substanzen zusammenhängen, 13.1% hatten eine Diagnose der Gruppe „Verletzungen/Vergiftungen“ als Nebendiagnose. Die Nebendiagnose „Alkoholabhängigkeit“ (zur Hauptdiagnose „Alkohol-Intoxikation“) nimmt zwar mit dem Alter zu, ist aber bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen insgesamt noch relativ selten (4.5%). Für Details siehe Abbildung 3 und Anhangtabelle A7.4.

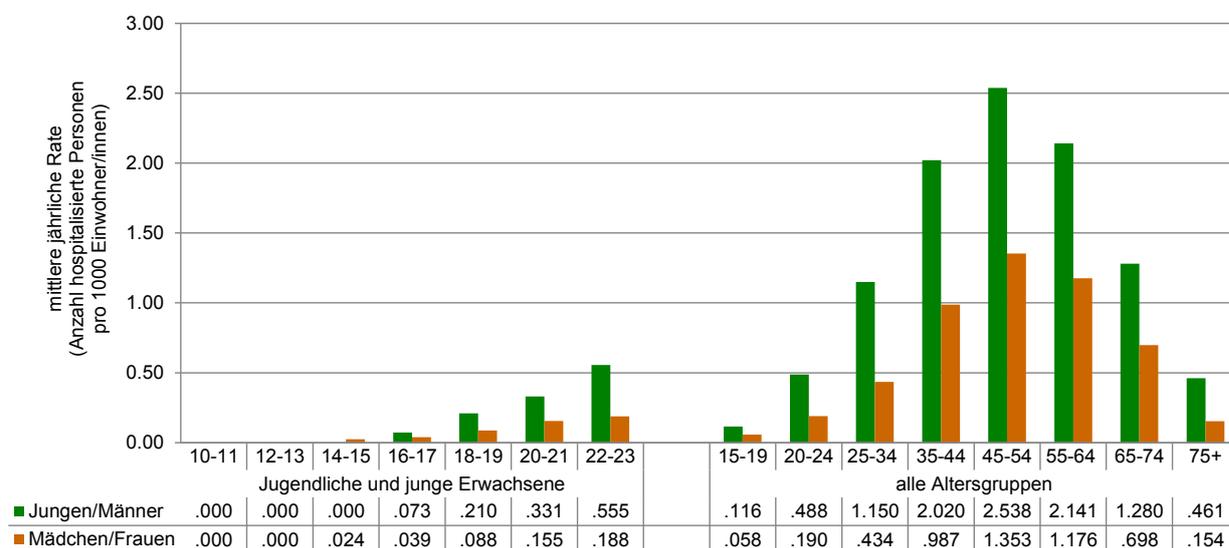
Über alle Altersgruppen hinweg zeigt sich, dass bei 40.6% der Personen mit der Hauptdiagnose „Alkohol-Intoxikation“ zusätzlich die Nebendiagnose „Alkoholabhängigkeit“ gestellt wurde. In der Altersgruppe der 45- bis 74-Jährigen, in welcher die Prävalenz von „Alkohol-Intoxikation“ relativ hoch war (vgl. Abbildung 2), wurde bei der Hälfte der Hospitalisierung die Nebendiagnose „Alkoholabhängigkeit“ gestellt.

3.2.2 Hauptdiagnose „Alkoholabhängigkeit“

Abbildung 4 zeigt die Alters- und Geschlechtseffekte für die Hauptdiagnose „Alkoholabhängigkeit“ (für Details zu den Raten, siehe Anhangtabelle A4.11). Dargestellt ist wiederum die über die Jahre 2010 bis 2012 gemittelte Rate der Personen (pro 1000 Einwohner/innen) die innerhalb eines Jahres mit der entsprechenden Diagnose hospitalisiert wurden.

Über alle Altersgruppen hinweg gab es einen deutlichen Peak in der Gruppe der 45- bis 54-Jährigen. Bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen dagegen wurde die Diagnose „Alkoholabhängigkeit“ verhältnismässig selten gestellt. Bereits ab einem Alter von circa 18/19 Jahren zeigt sich ein Geschlechtseffekt: konstant mehr Jungen/Männern als Mädchen/Frauen wurde die Diagnose „Alkoholabhängigkeit“ zugewiesen. Insgesamt lag bei Männern (1.553) die Rate mehr als doppelt so hoch wie bei Frauen (0.751).

Abbildung 4 Hauptdiagnose „Alkoholabhängigkeit“ (F10.2-F10.9): mittlere Rate hospitalisierter Personen (2010 bis 2012), nach Alter und Geschlecht



Anmerkungen: Die Daten wurden zum Ausgleich von Unterschieden in der Teilnahmequote der einzelnen Jahre gewichtet und für die variierende Ausführlichkeit der Dokumentation der Nebendiagnosen adjustiert (vgl. Kapitel 2.4).

3.2.3 Hauptdiagnosen „Alkohol-Intoxikation“ und/oder „Alkoholabhängigkeit“

Detaillierte Angaben zu den Hauptdiagnosen werden in Tabelle 4 dargestellt. Sowohl für Jugendliche und junge Erwachsene als auch über alle Altersgruppen hinweg machten akute Rausche und nicht etwa der schädliche Gebrauch den Hauptanteil an Diagnosen der Gruppe „Alkohol-Intoxikation“ aus. Dies ist angesichts der Unklarheiten in der Verwendung der zweiten Diagnose (siehe Einleitung) von Bedeutung, zeigen die Zahlen doch, dass eine eventuelle Fehlzuzuordnung des „schädlichen Gebrauchs“ in die Diagnosegruppe „Alkohol-Intoxikation“ (statt „Alkoholabhängigkeit“) wenig an der Gesamtstatistik ändert.

Tabelle 4 Hauptdiagnose „Alkohol-Intoxikation“ (F10.0; F10.1; T51.0) und/oder „Alkoholabhängigkeit“ (F10.2-F10.9): Diagnosen der hospitalisierten Personen (2010 bis 2012), nach Alter und Geschlecht (in % der Hospitalisierungen)

Hauptdiagnose	Jugendliche und junge Erwachsene							alle Altersgruppen										
	10-11	12-13	14-15	16-17	18-19	20-21	22-23	total	15-19	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	total	
Jungen/Männer																		
<i>Intoxikation</i>																		
akuter Rausch	[--]	[--]	80.3	81.5	55.6	46.6	42.3	60.1	71.5	43.6	26.6	20.5	19.0	19.9	24.8	36.3	23.3	
schädlicher Gebrauch	[--]	[--]	2.8	4.1	10.1	11.7	11.1	8.0	6.2	10.6	5.4	3.7	3.6	3.4	4.5	7.8	4.3	
unfallmässige Vergiftung	[--]	[--]	16.9	6.7	5.1	2.3	2.0	6.5	8.1	1.8	1.0	0.5	0.4	0.5	0.4	0.8	0.7	
<i>Abhängigkeit</i>																		
Abhängigkeitssyndrom	[--]	[--]	0.0	5.6	27.2	36.5	42.5	23.7	12.8	41.3	62.9	69.2	69.7	65.8	55.3	36.4	63.9	
Störungen durch Alkohol	[--]	[--]	0.0	2.1	1.9	2.9	2.0	1.7	1.4	2.7	4.0	6.1	7.4	10.4	15.0	18.7	7.8	
Mädchen/Frauen																		
<i>Intoxikation</i>																		
akuter Rausch	[--]	[--]	82.4	80.6	68.5	49.1	43.3	69.0	76.8	45.3	30.1	24.2	23.8	24.2	24.7	38.8	27.1	
schädlicher Gebrauch	[--]	[--]	1.9	7.3	9.2	14.2	12.8	7.4	5.7	12.1	7.6	5.2	3.8	3.4	5.8	10.2	5.0	
unfallmässige Vergiftung	[--]	[--]	13.6	6.1	2.3	2.4	1.8	7.1	8.4	2.3	1.5	0.8	0.6	0.4	0.8	1.5	1.0	
<i>Abhängigkeit</i>																		
Abhängigkeitssyndrom	[--]	[--]	2.2	4.2	18.5	30.8	38.4	14.9	8.0	36.8	58.4	66.8	67.8	65.6	58.8	38.6	62.2	
Störungen durch Alkohol	[--]	[--]	0.0	1.8	1.5	3.6	3.7	1.7	1.1	3.4	2.4	3.1	3.9	6.4	9.9	10.9	4.7	
total																		
<i>Intoxikation</i>																		
akuter Rausch	[--]		89.0	81.4	81.1	59.9	47.5	42.6	63.6	73.8	44.1	27.6	21.8	20.8	21.5	24.7	37.2	24.6
schädlicher Gebrauch	[--]		1.3	2.3	5.6	9.8	12.6	11.6	7.8	6.0	11.0	6.1	4.3	3.6	3.4	5.0	8.7	4.5
unfallmässige Vergiftung	[--]		9.7	15.3	6.4	4.1	2.3	2.0	6.7	8.2	2.0	1.2	0.6	0.5	0.4	0.5	1.1	0.8
<i>Abhängigkeit</i>																		
Abhängigkeitssyndrom	[--]		0.0	1.1	5.0	24.3	34.5	41.4	20.3	10.7	39.9	61.6	68.3	69.0	65.7	56.6	37.2	63.3
Störungen durch Alkohol	[--]		0.0	0.0	1.9	1.8	3.2	2.5	1.7	1.3	2.9	3.5	5.0	6.1	8.9	13.1	15.8	6.7

Anmerkungen: [--] = aufgrund der kleinen Fallzahl (n<30) werden keine Prozentwerte berichtet;
 akuter Rausch = F10.0, schädlicher Gebrauch = F10.1, unfallmässige Vergiftung = T51.0,
 Abhängigkeitssyndrom = F10.2, Störungen durch Alkohol = F10.3-F10.9.

Insgesamt gab es deutlich mehr Hospitalisierungen aufgrund einer Hauptdiagnose der Gruppe „Alkoholabhängigkeit“ (70.1%) als aufgrund einer Diagnose im Zusammenhang mit „Alkohol-Intoxikation“ (29.9%). Nur bei unter 25-Jährigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen (10- bis 23-Jährigen) waren Hospitalisierungen aufgrund von „Alkohol-Intoxikation“ häufiger als solche aufgrund von „Alkoholabhängigkeit“ (78.0% vs. 22.0%); bei über 74-Jährigen waren die beiden Diagnosegruppen in etwa gleich häufig.

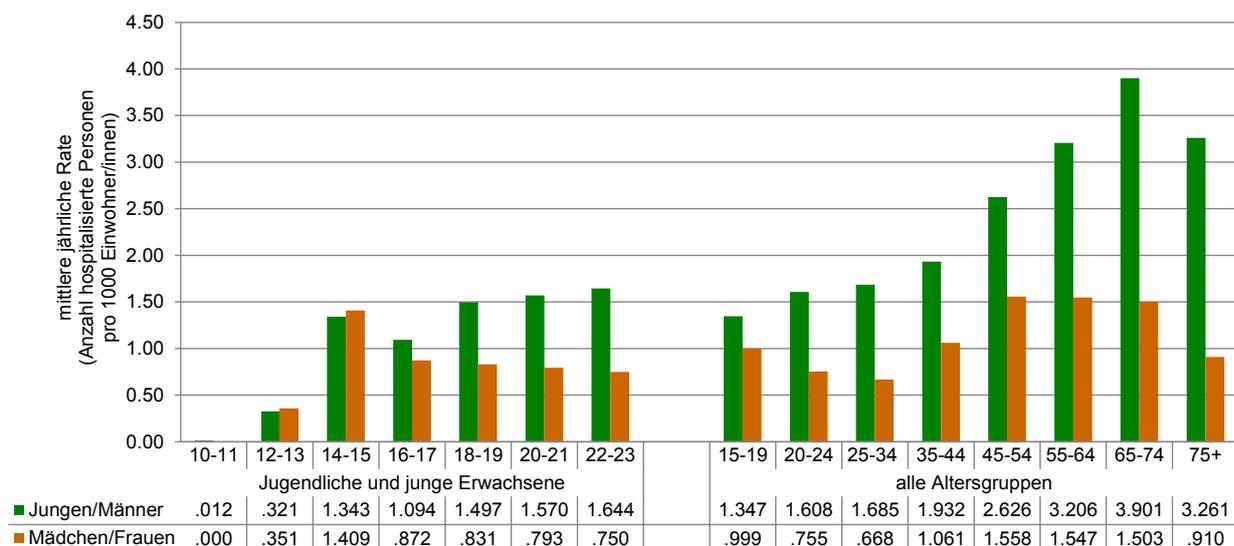
3.2.4 Haupt- und Nebendiagnosen "Alkohol-Intoxikation"

Im Vergleich zur exklusiven Betrachtung der Hauptdiagnosen (vgl. Abbildung 2), fanden sich bei gleichzeitiger Betrachtung der Nebendiagnosen (vgl. Abbildung 5) deutlich Unterschiede bzgl. des Alters. Bei den Jungen/Männern nahm die Rate mit ansteigendem Alter fast stetig zu, bei den Mädchen/Frauen war die Rate bei 14/15-Jährigen und 45- bis 74-Jährigen am höchsten.

Über alle Altersgruppen hinweg zeigt sich deutlich, dass Hospitalisierungen mit der Diagnose „Alkohol-Intoxikation“ kein Jugendphänomen darstellen: Die Raten der Haupt- und Neben-

diagnosen „Alkohol-Intoxikation“ lagen insbesondere bei den Jungen/Männern teilweise beträchtlich über den Raten in jüngeren Altersgruppen. Die leicht tieferen Raten in der höchsten Altersgruppe (≥ 75 -Jährige) lassen sich wahrscheinlich u.a. durch eine erhöhte Mortalität bei Personen mit einem episodisch risikoreichen Alkoholkonsum erklären.

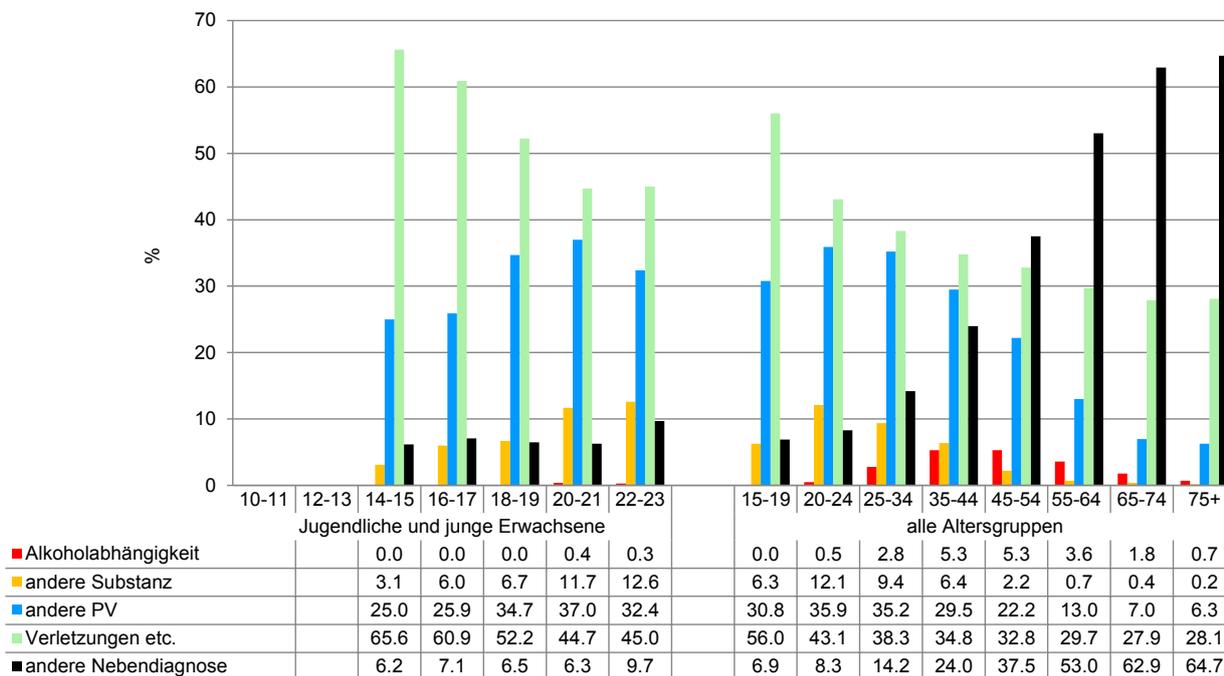
Abbildung 5 Haupt- und Nebendiagnose „Alkohol-Intoxikation“ (F10.0; F10.1; T51.0): mittlere Rate hospitalisierter Personen (2010 bis 2012), nach Alter und Geschlecht



Anmerkungen: Die Daten wurden zum Ausgleich von Unterschieden in der Teilnahmequote der einzelnen Jahre gewichtet und für die variierende Ausführlichkeit der Dokumentation der Nebendiagnosen adjustiert (vgl. Kapitel 2.4).

Bei der Betrachtung von Nebendiagnosen stellt sich die Frage, welche Hauptdiagnose jene Personen aufweisen, die eine „Alkohol-Intoxikation“ als Nebendiagnose erhielten (vgl. Abbildung 6). Über alle Altersgruppen hinweg machten die beiden Kapitel „Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äusserer Ursachen, exkl. psychotrope Substanz“ und „Psychische Störungen und Verhaltensstörungen“ etwa die Hälfte aller Hauptdiagnosen bei einer Nebendiagnose „Alkohol-Intoxikation“ aus (32.7% bzw. 19.1%). Ein grosser Anteil der Hauptdiagnosen entfiel auf die Unterkategorie Psychische Verhaltensstörungen, welche nicht primär durch psychotrope Substanzen ausgelöst wurden (z.B. affektive, neurotische, Belastungs- oder somatoforme Störungen). Dieser Befund ist in Übereinstimmung mit umfangreicher Literatur, die eine hohe Co-Morbidität zwischen Alkoholmissbrauch und anderen psychiatrischen Krankheiten feststellt (z.B. Petrakis et al., 2002). Ab dem mittleren Erwachsenenalter nahm der Anteil der Hauptdiagnosen in Bezug auf PV und Verletzungen/Vergiftungen bei einer Nebendiagnose „Alkohol-Intoxikation“ deutlich ab. Hingegen waren andere Diagnosen, die unter „eine andere Hauptdiagnose“ zusammengefasst wurden, von grösserer Bedeutung (Krankheiten des Kreislaufs-, Atmungs-, Verdauungs- oder Muskel-Skelett-Systems).

Abbildung 6 **ICD-Hauptdiagnose bei Nebendiagnose „Alkohol-Intoxikationen“ (F10.0; F10.1; T51.0): Mittelwert (2010 bis 2012), nach Alter (in % der Hospitalisierungen)**



Anmerkungen: Alkoholabhängigkeit = Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanz, Alkoholabhängigkeit (F10.2-F10.9); andere Substanz = Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanz, exkl. Alkohol (F11-F19); andere PV = Psychische und Verhaltensstörungen nicht durch psychotrope Substanz (F00-F09, F20-F99); Verletzungen etc. = Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äusserer Ursachen (S00-T98). Aufgrund der kleinen Fallzahl (n<30) werden für 10- bis 13-Jährige keine Prozentwerte berichtet (für Details, siehe Anhangtabelle 8.4). Die Daten wurden zum Ausgleich von Unterschieden in der Teilnahmequote der einzelnen Jahre gewichtet.

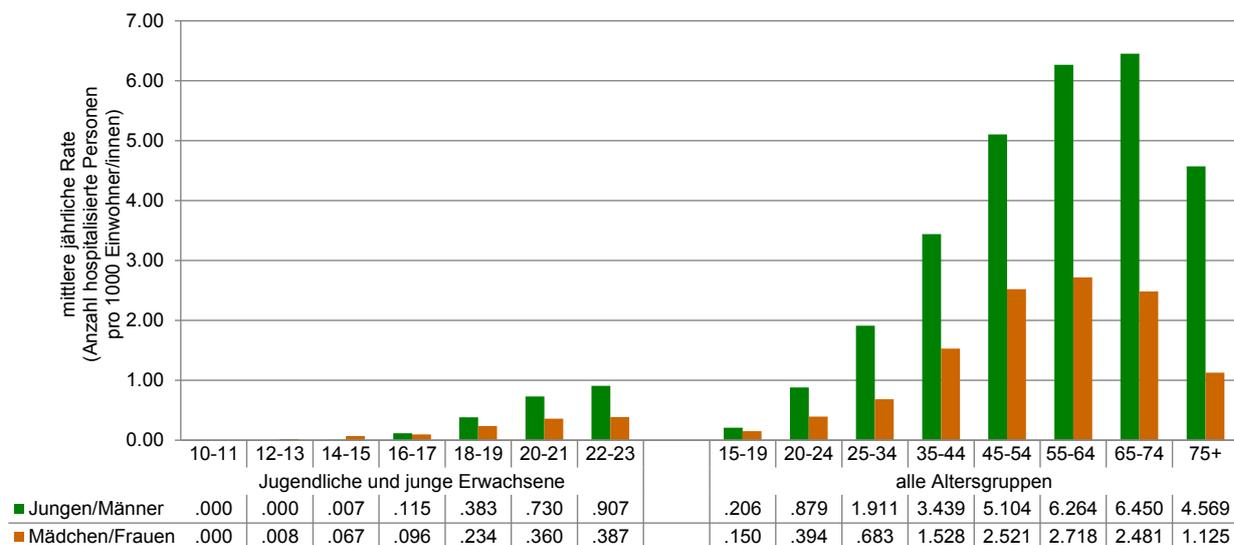
In der Literatur gibt es zwar klare Hinweise darauf, dass das Risiko für Unfälle und Verletzungen nach dem Alkoholkonsum zunimmt (Kuendig et al., 2008). Im einzelnen Fall handelt es sich bei der Nebendiagnose „Alkohol-Intoxikation“ jedoch ausschliesslich um eine medizinische Zusatzdiagnose, die keine direkte Schlussfolgerung zulässt, ob der Alkoholkonsum die Ursache für den Unfall oder die Verletzung war.

3.2.5 Haupt- und Nebendiagnosen „Alkoholabhängigkeit“

Werden zusätzlich zur Hauptdiagnose „Alkoholabhängigkeit“ auch diesbezügliche Nebendiagnosen berücksichtigt, zeigt sich, dass bei den Männern die Rate bei den 55- bis 74-Jährigen am höchsten lag, bei den Frauen war die Rate in der Altersgruppe der 45- bis 74-Jährigen am höchsten (Abbildung 7).

Insgesamt war die Rate der Haupt- oder Nebendiagnose „Alkoholabhängigkeit“ bei den Männern (3.887) mehr als doppelt so hoch wie bei den Frauen (1.630). Dieser Geschlechtseffekt findet sich ab einem Alter von 18/19 Jahren.

Abbildung 7 **Haupt- und Nebendiagnose „Alkoholabhängigkeit“ (F10.2-F10.9): mittlere Rate hospitalisierter Personen (2010 bis 2012), nach Alter und Geschlecht**



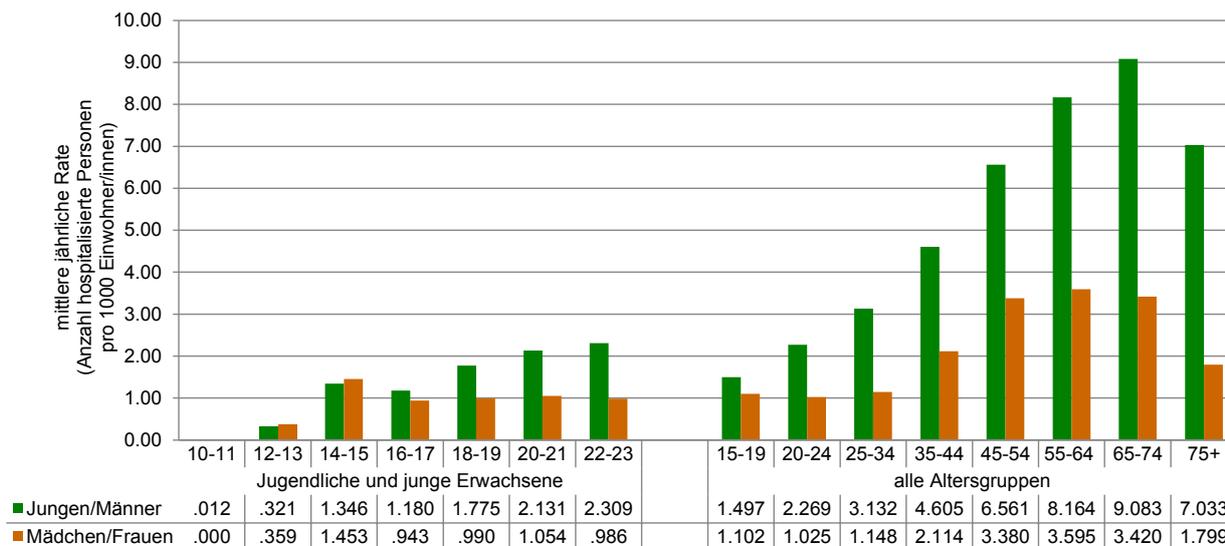
Anmerkungen: Die Daten wurden zum Ausgleich von Unterschieden in der Teilnahmequote der einzelnen Jahre gewichtet und für die variierende Ausführlichkeit der Dokumentation der Nebendiagnosen adjustiert (vgl. Kapitel 2.4).

Erste Diagnosen einer „Alkoholabhängigkeit“ wurden offenbar bereits in einem Alter von 14/15 Jahren gestellt. Mit zunehmendem Alter war diese Diagnosestellung deutlich häufiger. In den Jahren 2010 bis 2012 wurde jährlich bei etwa 210 männlichen 10- bis 23-jährigen Personen die Haupt- bzw. Nebendiagnose „Alkoholabhängigkeit“ gestellt, bei den gleichaltrigen Mädchen/Frauen waren es jährlich etwa 110 Personen. Alkoholabhängigkeit ist eine Krankheit, welcher in der Regel ein jahrelanger missbräuchlicher Alkoholkonsum vorausgeht. Dies weist möglicherweise darauf hin, dass einige Jugendliche bereits sehr früh mit einem starken Alkoholkonsum beginnen, dass sich „Alkoholabhängigkeit“ im Jugendalter aufgrund einer grösseren Vulnerabilität für Alkoholeffekte schneller entwickelt oder dass die Sensitivität der verwendeten Screening-Instrumente nicht in allen Altersgruppen gleich gross ist.

3.2.6 Haupt- und Nebendiagnosen „Alkohol-Intoxikation“ und/oder „Alkoholabhängigkeit“

In Abbildung 8 werden die Raten für alkoholbedingte Haupt- und Nebendiagnosen nach Alter und Geschlecht dargestellt.

Abbildung 8 **Haupt- und Nebendiagnose „Alkohol-Intoxikation“ und/oder „Alkoholabhängigkeit“**: mittlere Rate hospitalisierter Personen (2010 bis 2012), nach Alter und Geschlecht



Anmerkungen: Die Daten wurden zum Ausgleich von Unterschieden in der Teilnahmequote der einzelnen Jahre gewichtet und für die variierende Ausführlichkeit der Dokumentation der Nebendiagnosen adjustiert (vgl. Kapitel 2.4).

Betrachtet man die Diagnosen der Gruppen „Alkohol-Intoxikation“ und „Alkoholabhängigkeit“ zusammen, zeigt sich für die Jungen/Männer eine fast stetige Zunahme bis zum Alter von 65/74 Jahren. Bei den Mädchen/Frauen lagen die Raten bei 45- bis 74-Jährigen am höchsten. Sowohl bei Männern als auch bei Frauen zeigt sich erst in der Altersgruppe der 75-Jährigen oder älteren ein nennenswerter Rückgang der Raten der Hospitalisierungen. Dieser Rückgang lässt sich wahrscheinlich u.a. durch eine erhöhte Mortalität bei Personen mit chronisch oder episodisch risikoreichem Alkoholkonsum erklären. Für Details zu den Altersunterschieden, siehe Anhangtabellen A2.11.

Insgesamt ist die Rate einer Haupt- oder Nebendiagnose „Alkohol-Intoxikation“ oder „Alkoholabhängigkeit“ bei den Männern (5.496) mehr als doppelt so hoch wie bei den Frauen (2.362). Ein Geschlechtseffekt zeigt sich erst ab einem Alter von circa 16/17 Jahren. Mit zunehmendem Alter nimmt dieser Geschlechtseffekt stetig zu: Bei 20- bis 24-Jährigen liegt die Rate für Männer mehr als doppelt so hoch wie für Frauen, bei 75-Jährigen oder älteren Männern ist die Rate fast viermal so hoch wie bei gleichaltrige Frauen.

Von den etwa 26'200 Personen, die pro Jahr aufgrund einer Haupt- oder Nebendiagnose der Gruppe „Alkohol-Intoxikation“ und „Alkoholabhängigkeit“ im Spital behandelt wurden (Mittelwert von 2010 bis 2012), wurden 70.2% der Personen mit einer Diagnose der Gruppe

„Alkoholabhängigkeit“ hospitalisiert (Hauptdiagnose: 29.4%, Nebendiagnose: 40.8%), 45.9% mit einer Diagnose der Gruppe „Alkohol-Intoxikation“ (Hauptdiagnose: 14.6%, Nebendiagnose: 31.3%) und 16.1% mit einer Diagnose beider Gruppen, d.h. sowohl „Alkohol-Intoxikation“ als auch „Alkohol-Abhängigkeit“ (4.1%+2.8%+3.6%+5.6%; vgl. Tabelle 5).

Auch ein Vergleich der Behandlungsraten für „Alkoholabhängigkeit“ (Abbildung 5) mit denen für „Alkohol-Intoxikation“ (Abbildung 7) verdeutlicht, dass mit zunehmendem Alter mehr Personen aufgrund einer „Alkoholabhängigkeit“ und nicht aufgrund einer „Alkohol-Intoxikation“ im Spital behandelt wurden. Beispielsweise bei den 10- bis 23-Jährigen erfolgten 77.1% der Behandlungen mit einer Diagnose „Alkohol-Intoxikation“, 16.5% mit einer Diagnose „Alkoholabhängigkeit“ und 6.5% mit einer Diagnose aus beiden Gruppen. Anders sah es bei 45-Jährigen oder älteren aus, hier erfolgte bei 26.3% eine Behandlung aufgrund „Alkohol-Intoxikation“, bei 57.4% aufgrund „Alkoholabhängigkeit“ und bei 16.3% aufgrund einer Diagnose aus beiden Gruppen.

Mit zunehmendem Alter gewinnen die Nebendiagnosen bezüglich „Alkohol-Intoxikation“ und „Alkoholabhängigkeit“ an Relevanz: Bei 10- bis 19-Jährigen, die mit einer Diagnose „Alkohol-Intoxikation“ oder „Alkoholabhängigkeit“ behandelt wurden, hatten nur 34.6% ausschliesslich eine Nebendiagnose der Gruppe „Alkohol-Intoxikation“ und/oder „Alkoholabhängigkeit“; dieser Anteil nahm mit steigendem Alter stetig zu (etwa 47.7% bei 20- bis 54-Jährigen, 64.1% bei 55- bis 64-Jährigen, 77.7% bei 65- bis 74-Jährigen) und lag bei 75-Jährigen oder älteren bei 86.6% (vgl. Tabelle 5, Anhangtabelle A2.11).

Tabelle 5 Kombination von Haupt- und Nebendiagnose „Alkohol-Intoxikation“ (F10.0, F10.1, T51.0) und „Alkoholabhängigkeit“ (F10.2-F10.9) (Mittelwert der Anzahl hospitalisierter Personen von 2010 bis 2012), nach Alter und Geschlecht (in %)

Diagnose		Jugendliche und junge Erwachsene							alle Altersgruppen									
H_	N_	10-11	12-13	14-15	16-17	18-19	20-21	22-23	total	15-19	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	total
in %																		
H_I		[---]	87.7	85.5	54.8	30.5	24.0	21.1	42.3	50.3	21.9	13.0	7.8	5.2	3.4	2.9	3.4	6.8
H_I	N_A	[---]	0.0	0.8	1.1	2.3	2.6	3.4	2.0	1.5	3.1	4.3	5.1	4.8	4.2	3.4	2.9	4.1
H_A		[---]	0.0	0.4	4.3	8.1	12.3	17.7	9.2	5.1	16.3	28.8	35.1	30.5	22.2	12.3	5.5	22.9
H_A	N_I	[---]	0.0	0.0	0.5	0.8	1.0	1.6	0.8	0.5	1.5	3.3	4.0	3.8	2.7	1.9	0.9	2.8
H_I&A		[---]	0.0	0.0	0.5	1.5	1.9	3.4	1.7	1.0	2.9	5.0	5.7	4.9	3.3	1.7	0.7	3.6
	N_I	[---]	10.5	11.6	35.6	47.1	41.9	39.4	34.8	35.9	39.4	26.4	18.3	18.1	20.2	25.6	32.4	22.9
	N_I&A	[---]	0.0	0.0	0.5	1.5	2.9	3.7	2.0	0.9	3.1	3.1	3.8	5.3	6.6	7.7	7.3	5.6
	N_A	[---]	1.8	1.2	3.2	7.7	13.3	9.6	7.3	4.6	11.9	16.3	20.4	27.5	37.3	44.4	46.9	31.1
<i>H_I total</i>		[---]	87.7	86.3	56.4	34.7	28.6	28.0	46.0	52.8	27.7	22.2	18.5	14.9	10.9	8.0	7.0	14.6
<i>N_I total</i>		[---]	10.5	12.0	36.7	49.4	45.8	44.7	37.5	37.3	44.0	32.8	26.0	27.2	29.5	35.2	40.6	31.3
<i>HN_I total</i>		[---]	98.2	98.3	92.6	84.2	74.4	72.7	83.5	90.1	71.8	55.0	44.5	42.1	40.4	43.3	47.6	45.9
<i>H_A total</i>		[---]	0.0	0.8	5.3	10.8	15.3	22.7	11.6	6.6	20.5	37.0	44.8	39.1	28.2	16.0	7.1	29.4
<i>N_A total</i>		[---]	1.8	1.7	4.8	11.6	19.2	16.8	11.3	7.0	18.2	23.6	29.2	37.6	48.1	55.5	57.1	40.8
<i>HN_A total</i>		[---]	1.8	2.5	10.1	22.4	34.4	39.4	22.9	13.6	38.7	60.7	73.9	76.7	76.4	71.5	64.3	70.2
Anzahl hospitalisierte Personen (n)																		
<i>HN_I&A total</i>		[---]	57	241	188	259	308	322	1376	587	804	2278	3999	6129	5591	4344	2426	26158

Anmerkungen: [---] = aufgrund der kleinen Fallzahl (n<30) werden keine Prozentwerte berichtet.
 I = „Alkohol-Intoxikation“ (F10.0, F10.1, T51.0), A = „Alkoholabhängigkeit“ (F10.2-F10.9),
 Intoxikation/Abhängigkeit = „Alkohol-Intoxikation“ und/oder „Alkoholabhängigkeit“,
 H_ = Hauptdiagnose, N_ = Nebendiagnose, HN_ = Haupt- und/oder Nebendiagnose, *total* = Summe bzw. Total für die betreffende Diagnose unabhängig von den anderen Diagnosen.
 Die Daten wurden zum Ausgleich von Unterschieden in der Teilnahmequote der einzelnen Jahre gewichtet und für die variierende Ausführlichkeit der Dokumentation der Nebendiagnosen adjustiert (vgl. Kapitel 2.4).

Im Jahr 2012 wurden 24'649 Personen mit einer Diagnose „Alkohol-Intoxikation“ und/oder „Alkoholabhängigkeit“ behandelt, davon waren 1'302 Jugendliche oder junge Erwachsene (10- bis 23-Jährige) (vgl. Anhangtabelle A2.10).

Betrachtet man die Zahl der Hospitalisierungen statt die Anzahl behandelter Personen, zeigt sich, dass einige Personen mit einer Diagnose „Alkohol-Intoxikation“ oder „Alkoholabhängigkeit“ innerhalb eines Kalenderjahres mehrmals hospitalisiert wurden (vgl. Anhangtabellen A6.1-A6.11). Insgesamt entsprachen die 24'649 im Jahr 2012 mit einer Diagnose „Alkohol-Intoxikation“ und/oder „Alkoholabhängigkeit“ behandelten Personen 36'031 Hospitalisierungen. Pro Woche gab es 2012 durchschnittlich 693 Hospitalisierungen: 273 mit einer Diagnose „Alkohol-Intoxikation“ und 487 mit einer Diagnose „Alkoholabhängigkeit“ (jeweils 67 Personen davon mit einer Diagnose aus beiden Gruppen). Ebenfalls 2012 wurden wöchentlich durchschnittlich 30 Jugendliche oder junge Erwachsene mit einer Diagnose „Alkohol-Intoxikation“ und/oder „Alkoholabhängigkeit“ hospitalisiert (23 mit einer Diagnose „Alkohol-

Intoxikation“ und 7 mit einer Diagnose „Alkoholabhängigkeit; jeweils 1 Person davon mit einer Diagnose aus beiden Gruppen).

Für die Forschung und die Prävention wäre es bedeutsam, einzelne Fälle im Längsschnitt untersuchen zu können. Wurde bei Personen, die bereits im Jugendalter mit akuten Rauschen in Spitälern behandelt wurden, im Erwachsenenalter vermehrt eine Alkoholabhängigkeit diagnostiziert? Zurzeit ist die Überprüfung solcher Aussagen nicht möglich. Aufgrund datenschutzrechtlicher Bedenken und weil hierfür die Zustimmung der Patientinnen und Patienten notwendig wäre, ist eine Zuordnung der Identifikationsnummer, die jedem Patienten/jeder Patientin zugewiesen wird, über die verschiedenen Erhebungswellen nicht möglich, was eine Aussage über Fallentwicklungen unmöglich macht.

3.3 Dauer des Spitalaufenthalts aufgrund alkoholbedingter Störungen

Tabelle 6 weist die durchschnittliche Behandlungsdauer im Zusammenhang mit den beiden alkoholbezogenen Hauptdiagnosen aus. Diese wurde nur für die Hauptdiagnosen ermittelt, da diese für die Dauer des Spitalaufenthalts wesentlich ist.

Es zeigt sich erwartungsgemäss, dass akute Rausche nur kurze Spitalaufenthalte erforderten, Behandlungen des Abhängigkeitssyndroms sich dagegen in der Regel über Wochen erstreckten. Interessanterweise lag die Behandlungsdauer für die Diagnose "schädlicher Gebrauch" etwa in der Mitte zwischen der Behandlungsdauer für einen akuten Rausch und für ein Abhängigkeitssyndrom. Dies scheint darauf hinzudeuten, dass die Diagnose "schädlicher Gebrauch" häufiger bei einem Krankheitsbild gestellt wird, welches auf einen chronisch risikoreichen Alkoholkonsum hinweist. Es kann also davon ausgegangen werden, dass es sich bei Diagnosen dieser Art eher um eine Vorstufe der Alkoholabhängigkeit als um einen einmaligen Überkonsum handelt.

Tabelle 6 *Aufenthaltsdauer (in Tagen pro Jahr) in Spitälern: Mittelwert (2010 bis 2012), nach Hauptdiagnose und Alter*

Hauptdiagnose	Jugendliche und junge Erwachsene								alle Altersgruppen								
	10-11	12-13	14-15	16-17	18-19	20-21	22-23	total	15-19	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	total
Intoxikation																	
akuter Rausch	[--]	1.1	1.3	1.3	1.8	4.8	2.2	2.0	1.4	3.3	4.1	4.3	4.6	4.2	6.0	5.2	4.3
schädlicher Gebrauch	[--]	[--]	[--]	[--]	14.9	15.9	18.2	14.6	10.6	19.7	13.4	13.6	17.1	17.4	19.2	18.1	16.1
unfallmässige Vergiftung	[--]	[--]	1.1	[--]	[--]	[--]	[--]	1.1	1.1	1.0	1.0	1.5	1.9	2.7	2.0	2.6	1.5
Abhängigkeit																	
Abhängigkeitssyndrom	[--]	[--]	[--]	[--]	31.3	25.6	37.5	32.1	29.3	30.9	28.5	25.3	26.0	26.2	26.9	27.7	26.4
Störungen durch Alkohol	[--]	[--]	[--]	[--]	[--]	[--]	[--]	7.3	6.1	12.1	9.1	11.7	17.0	23.1	25.8	27.2	19.1

Anmerkungen: [--] = aufgrund der kleinen Fallzahl (n<30) werden keine Mittelwerte berichtet.
 akuter Rausch = F10.0, schädlicher Gebrauch = F10.1, unfallmässige Vergiftung = T51.0,
 Abhängigkeitssyndrom = F10.2, Störungen durch Alkohol = F10.3-F10.9.
 Die Daten wurden zum Ausgleich von Unterschieden in der Teilnahmequote der einzelnen Jahre gewichtet (vgl. Kapitel 2.4).

3.4 Die Situation in den Kantonen bezüglich alkoholbedingter Störungen

Die Abbildungen 9 und 10 zeigen die nach Wohnkanton ausgewiesenen mittleren jährlichen Raten an Personen, die mit einer Haupt- und/oder Nebendiagnose „Alkohol-Intoxikation“ bzw. „Alkoholabhängigkeit“ behandelt wurden. Die Rate bezieht sich dabei auf jeweils 1000 Einwohner/innen im betreffenden Kanton (vgl. Kapitel 2.4.5). Ausschlaggebend für diese Analysen war dabei der Wohnort der hospitalisierten Person und nicht der Standort des Spitals, in welches die Person eingewiesen wurde. In früheren Berichten wurde gezeigt, dass sich die Gesamtaussage bei Berücksichtigung des Spitalstandortes statt des Wohnorts kaum ändern würde.

Wie bereits in den vorangegangenen Analysen, wurden auch bei den kantonalen Auswertungen die drei aktuellsten Jahre (2010 bis 2012) zusammengefasst, da sich anderenfalls sehr kleine Fallzahlen und somit sehr ungenaue Schätzungen ergäben. Dennoch ist die Fallzahl in einigen Kantonen sehr gering (<30 Patient/innen innert drei Jahren) und die Raten sollten nur mit Vorsicht interpretiert werden.

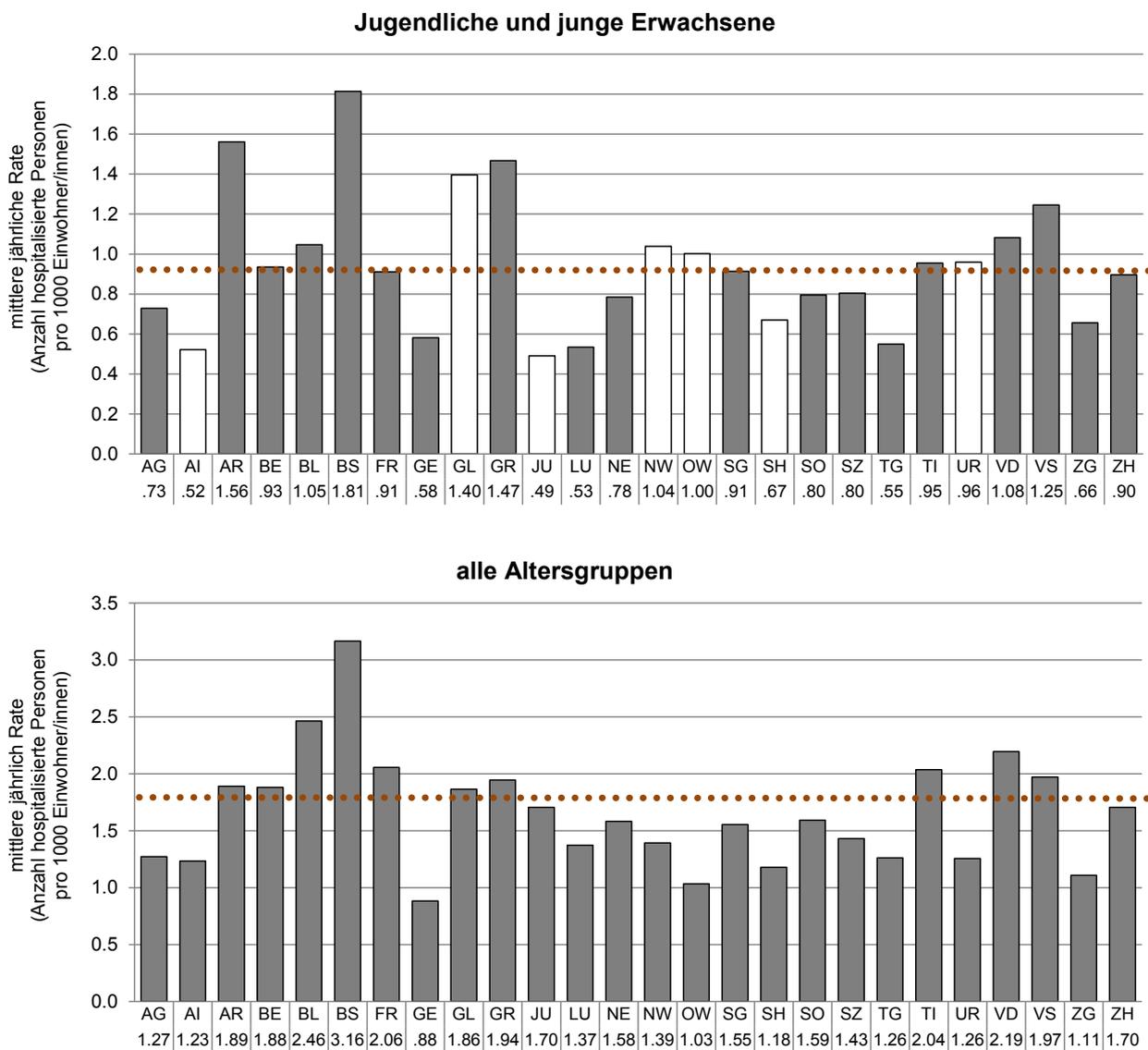
Das Ziel der kantonalen Analysen lag weniger darin, Detailangaben für einzelne Kantone zu berichten (z.B. im Sinne eines Rankings), als vielmehr Faktoren aufzuzeigen, die möglicherweise mit Unterschieden in der Hospitalisierungsrate zusammenhängen.

In der Gesamtbevölkerung (15-Jährige oder älter) finden sich hohe Raten für „Alkohol-Intoxikation“ und „Alkoholabhängigkeit“ vorrangig in den französischsprachigen Regionen. Einzige Ausnahme ist die Rate bezüglich "Alkohol-Intoxikation" im Kanton Genf. Bevölkerungsbefragungen in der Schweiz zeigen konsistent, dass der episodisch bzw. chronisch risikoreiche Alkoholkonsum in der französischsprachigen Schweiz im Vergleich zur deutschsprachigen höher lag (z.B. Gmel et al., 2013; Notari et al., 2009).

Neben den Trinkmustern der einzelnen Kantone mag auch die Interpretation der entsprechenden Diagnostik oder der Umgang mit der Erstellung von alkoholbezogenen Diagnosen zu den Unterschieden zwischen den Kantonen beitragen. So fanden sich beispielsweise in Kantonen, in denen die Nebendiagnosen der im Spital behandelten Personen ausführlicher dokumentiert wurden, mehr Fälle mit einer Nebendiagnose „Alkohol-Intoxikation“ bzw. „Alkoholabhängigkeit“.

Details zur Anzahl Personen mit einer Haupt- oder Nebendiagnose „Alkohol-Intoxikation“ resp. „Alkoholabhängigkeit“ finden sich im Anhang in Kapitel A3.

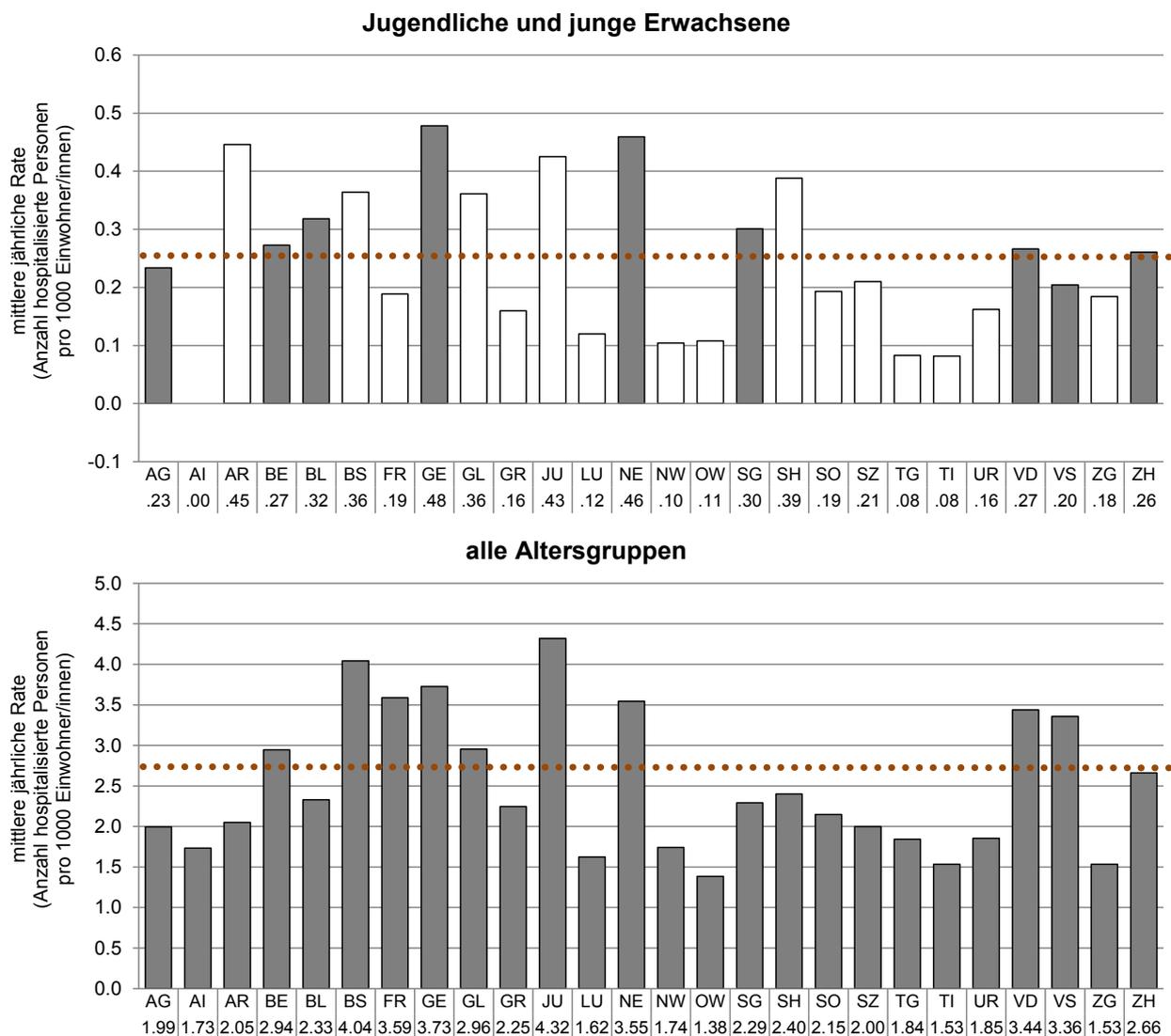
Abbildung 9 **Haupt- und Nebendiagnose „Alkohol-Intoxikation“ (F10.0; F10.1; T51.0):**
mittlere Rate hospitalisierter Personen (2010 bis 2012), nach Wohnkanton



Anmerkungen: = mittlere Rate für die gesamte Schweiz (Jugendliche und junge Erwachsene: 0.92, alle Altersgruppen: 1.78).

Wenn jährlich weniger als 30 Personen behandelt wurden, sind die Balken weiss dargestellt; die betreffenden Raten sollten mit Vorsicht interpretiert werden. Die Daten wurden zum Ausgleich von Unterschieden in der Teilnahmequote der einzelnen Jahre gewichtet und für die variierende Ausführlichkeit der Dokumentation der Nebendiagnosen adjustiert (vgl. Kapitel 2.4).

Abbildung 10 Haupt- und Nebendiagnose „Alkoholabhängigkeit“ (F10.2-F10.9): mittlere Rate hospitalisierter Personen (2010 bis 2012), nach Wohnkanton



Anmerkungen: = mittlere Rate für die gesamte Schweiz (Jugendliche und junge Erwachsene: 0.25, alle Altersgruppen: 2.73).

Wenn jährlich weniger als 30 Personen behandelt wurden, sind die Balken weiss dargestellt; die betreffenden Raten sollten mit Vorsicht interpretiert werden. Die Daten wurden zum Ausgleich von Unterschieden in der Teilnahmequote der einzelnen Jahre gewichtet und für die variierende Ausführlichkeit der Dokumentation der Nebendiagnosen adjustiert (vgl. Kapitel 2.4).

3.5 Trendanalysen 2003-2012

Um valide Trendaussagen machen zu können, bedarf es einer gleichbleibend guten Datenqualität. Aus diesem Grund wurden die den untenstehenden Trendanalysen zugrundeliegenden Daten gewichtet, um so die unterschiedlichen Teilnahmequoten der Krankenhäuser (insbesondere in den ersten paar Jahren des betrachteten Zeitraums) berücksichtigen zu können. Ferner wurde für die über die Jahre ausführlichere Dokumentation der Nebendiagnosen adjustiert. Mögliche Veränderungen in der Populationsstruktur wurden dadurch berücksichtigt, dass statt den absoluten Fallzahlen die Raten pro 1000 Personen der betreffenden Teilpopulation über die Zeit verglichen wurden. Für detaillierte Erklärungen hierzu siehe Kapitel 2.4.

Gemäss Angaben des BFS kann davon ausgegangen werden, dass seit 2003 die Daten von allen Krankenhäuser in die MS einfließen und dass die Datenqualität ausreichend ist, um fundierte Trendanalysen durchzuführen.

Für eine bessere Lesbarkeit wird im Folgenden beispielsweise von einer „Zunahme der Haupt- und Nebendiagnosen Alkohol-Intoxikation“ gesprochen, obwohl es korrekterweise heissen müsste „Zunahme der jährlichen, gewichteten und adjustierten Rate (pro 1000) der Personen, die innerhalb des betreffenden Jahres einmal oder häufiger mit einer Haupt- und/oder Nebendiagnose der Gruppe „Alkohol-Intoxikation“ (F10.0, F10.1, T51.0) hospitalisiert wurden“. Aus dem gleichen Grund wird beispielsweise von einer „Abnahme um -15%“ gesprochen, obwohl eine „Abnahme um 15%“ korrekter wäre.

3.5.1 Diagnosen der Gruppe „Alkohol-Intoxikation“

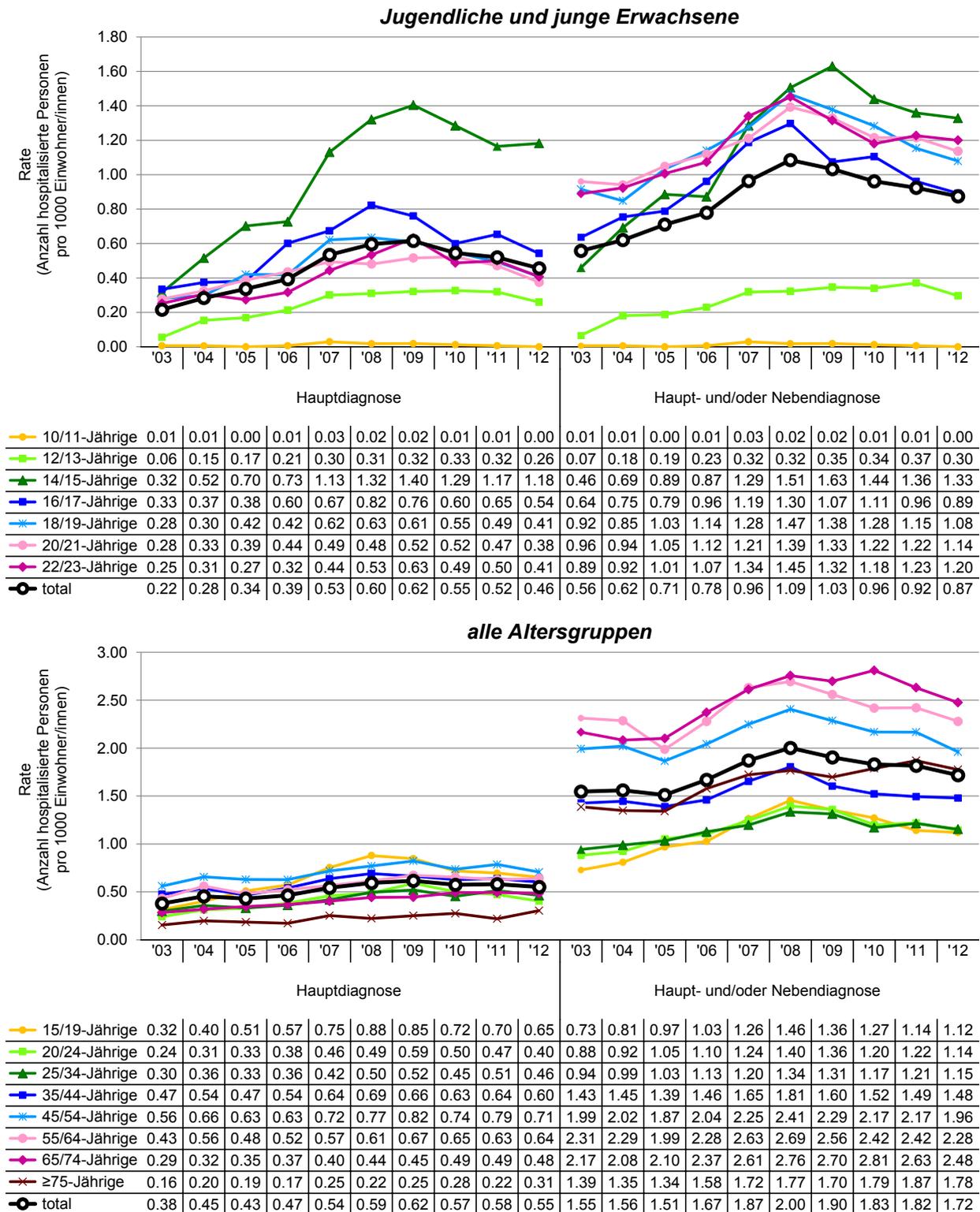
Die Trends bezüglich der Diagnosen der Gruppe „Alkohol-Intoxikation“ werden in Abbildung 11 und Tabelle 7 dargestellt. Details zu den lang-, mittel- und kurzfristigen Trends finden sich zudem in den Anhangtabellen im Kapitel A5.

Zwischen 2003 und 2012 zeigt sich für alle Altersgruppen eine klare Zunahme der Diagnose „Alkohol-Intoxikation“. Die Zunahme war für Jugendlichen und jungen Erwachsenen (+50% bei Jungen/Männern bzw. +68% bei Mädchen/Frauen) und für die Altersgruppe der über 64-Jährigen (insbesondere bei 65-Jährigen oder älteren Frauen) besonders deutlich. Die Zunahme bei den Mädchen/Frauen war, mit wenigen Ausnahmen in einzelnen Altersgruppen, stärker ausgeprägt als bei den Jungen/Männern (für Details, vgl. Tabelle 7).

Nach 2008 scheint sich eine Trendwende abzuzeichnen: In den meisten Altersgruppen erreichten die Raten 2008 einen Peak und sanken bis 2012 leicht unter das Niveau von 2007. Nur in der Altersgruppe der über 74-Jährigen nahmen die Raten weiterhin leicht zu.

Betrachtet man die kurzfristigen Trends (2009→2012), zeigt sich sowohl für Jungen/Männer als auch für Mädchen/Frauen fast in allen Altersgruppen eine Abnahme der Rate von Personen, die aufgrund einer Hauptdiagnose „Alkohol-Intoxikation“ hospitalisiert wurden (Jugendliche/junge Erwachsene: -26%, alle Altersgruppen: -11%) bzw. die mit einer Haupt- und/oder Nebendiagnose „Alkohol-Intoxikation“ behandelt wurden (Jugendliche/junge Erwachsene: -15%, alle Altersgruppen: -10%); einzig bei über 74-jährigen Frauen gab es eine Zunahme (Details finden sich in der Anhangtabelle A5.3).

Abbildung 11 Trend für Diagnosen der Gruppe „Alkohol-Intoxikation“ (F10.0; F10.1; T51.0): jährliche Rate hospitalisierter Personen 2003 bis 2012, nach Alter



Anmerkungen: Die Daten wurden zum Ausgleich von Unterschieden in der Teilnahmequote der einzelnen Jahre gewichtet und für die variierende Ausführlichkeit der Dokumentation der Nebendiagnosen adjustiert (vgl. Kapitel 2.4).

Tabelle 7 **Veränderung der Rate (pro 1000 Einwohner/innen) der Personen mit einer Haupt- und/oder Nebendiagnose „Alkohol-Intoxikation“ (F10.0; F10.1; T51.0): lang-, mittel- und kurzfristige Trends, nach Geschlecht und Alter**

Diagnose	Jugendliche und junge Erwachsene								alle Altersgruppen								
	10-11	12-13	14-15	16-17	18-19	20-21	22-23	total	15-19	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	total
langfristiger Trend																	
2003 → 2012																	
Jungen/Männer	[--]	[--]	+165	+33	+22	+18	+38	+50	+49	+34	+31	+8	-6	-6	+2	+19	+9
Mädchen/Frauen	[--]	[--]	+218	+50	+10	+18	+28	+68	+60	+18	+4	-4	+7	+9	+44	+35	+15
total	[--]	[--]	+189	+40	+18	+18	+35	+57	+54	+30	2+2	+4	-2	-1	+14	+28	11
mittelfristiger Trend																	
2006 → 2012																	
Jungen/Männer	[--]	[--]	+58	-13	+3	+4	+12	+12	+8	+5	+10	+5	-5	-6	-3	+6	+1
Mädchen/Frauen	[--]	[--]	+47	+0	-19	-4	+10	+12	+11	+0	-14	-4	-2	+14	+20	+20	+5
total	[--]	[--]	+52	-7	-5	+2	+12	+12	+9	+4	+2	+1	-4	0	+4	+13	+3
kurzfristiger Trend																	
2009 → 2012																	
Jungen/Männer	[--]	[--]	-24	-28	-22	-14	-5	-17	-23	-12	-8	-7	-15	-16	-11	0	-11
Mädchen/Frauen	[--]	[--]	-11	0	-21	-16	-16	-12	-8	-25	-21	-10	-12	0	-3	+12	-8
total	[--]	[--]	-19	-17	-22	-15	-9	-15	-17	-16	-12	-8	-14	-11	-8	+5	-10

Anmerkungen: Veränderung = Veränderung in % im Vergleich zum Ausgangswert (2003, 2006 bzw. 2009). Die Daten wurden gewichtet und adjustiert. Für Trends, die sich auf einen Ausgangswert von n<30 beziehen, werden keine Werte berichtet [--]. Die Daten wurden zum Ausgleich von Unterschieden in der Teilnahmequote der einzelnen Jahre gewichtet und für die variierende Ausführlichkeit der Dokumentation der Nebendiagnosen adjustiert (vgl. Kapitel 2.4).

Lesebeispiel: Bei 55- bis 64-jährigen Frauen hat die Rate (pro 1000 Einwohnerinnen) der mit einer Haupt- oder Nebendiagnose der Gruppe „Alkohol-Intoxikation“ behandelten Personen mittelfristig um +14% zugenommen.

Als Erklärungsansatz für den gefundenen Anstieg der „Alkohol-Intoxikationen“ kann vermutet werden, dass alkoholisierte Personen im Vergleich zu früher vermehrt durch besorgte Eltern oder Freunde/Freundinnen in die Notaufnahme gebracht wurden. Für die Gesamtbevölkerung wird diese Vermutung durch die Daten jedoch kaum gestützt. Zwischen 2003 und 2012 blieb die Art der Einweisung nahezu unverändert: circa 20% der Einweisung erfolgten durch die Person „selbst oder von Angehörigen“. Bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen hat zwar die Zahl der Einweisungen durch die Person „selbst oder von Angehörigen“ leicht zugenommen von 27.0% (Mittelwert 2003 und 2004) auf 28.3% (Mittelwert 2007 und 2008) und 29.2% (Mittelwert 2011 und 2012). Diese Zunahme der Selbsteinweisung oder Einweisung durch Angehörige kann die Zunahme der Hospitalisierungen also nur teilweise erklären und widerspiegelt sich nicht in der Trendwende bezüglich der Hospitalisierungen ab 2008.

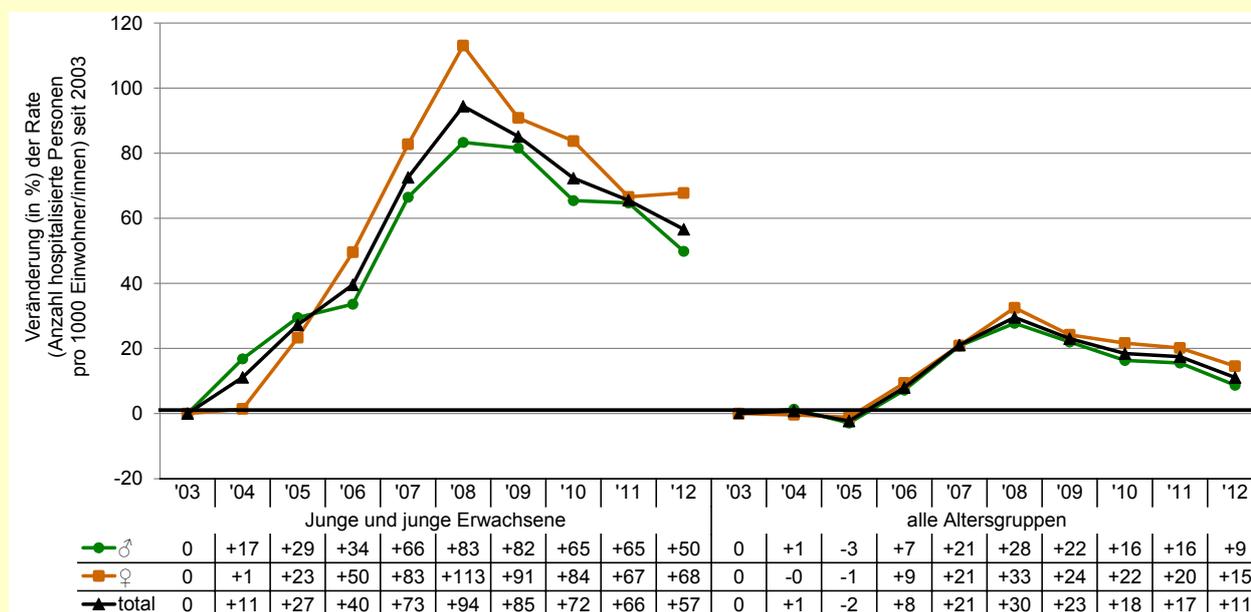
Zwischen 2003 und 2012 gab es dagegen eine deutliche Veränderung in den relativen Anteilen der Einweisungen durch „Rettungsdienste“ bzw. durch „Arzt/Ärztin“. Während die Einweisungen durch Rettungsdienste fast stetig zunahmen (bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen von 26.5% auf 37.9% der Hospitalisierungen, in allen Altersgruppen von 21.1% auf 33.0%) nahmen Einweisungen durch Ärzte/Ärztinnen stetig ab (bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen von 39.6% auf 25.1% der Hospitalisierungen, in allen Altersgruppen von 52.2% auf 37.2%)

Fazit bezüglich der Diagnosen der Gruppe „Alkohol-Intoxikationen“

Bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen (10- bis 23-Jährige) haben Diagnosen der Gruppe „Alkohol-Intoxikation“ langfristig (2003 bis 2012) um +50% (Jungen/Männer) bzw. um +68% (Mädchen/Frauen) zugenommen (vgl. Abbildung 12). Über alle Altersgruppen hinweg gab es eine leichte Zunahme (+9% bei Jungen/Männern, +15% bei Mädchen/Frauen).

Nach 2008 zeigt sich eine Trendwende: In fast allen Altersgruppen erreichten die Raten 2008 einen Peak und sanken bis 2012 auf ein Niveau unter demjenigen von 2007.

Abbildung 12 Trends für **Diagnosen der Gruppe „Alkohol-Intoxikation“** (Haupt- und Nebendiagnosen): Veränderung (in %) der jährlichen Rate hospitalisierter Personen 2003 bis 2012, nach Geschlecht



Anmerkungen: Die Daten wurden zum Ausgleich von Unterschieden in der Teilnahmequote der einzelnen Jahre gewichtet und für die variierende Ausführlichkeit der Dokumentation der Nebendiagnosen adjustiert (vgl. Kapitel 2.4).

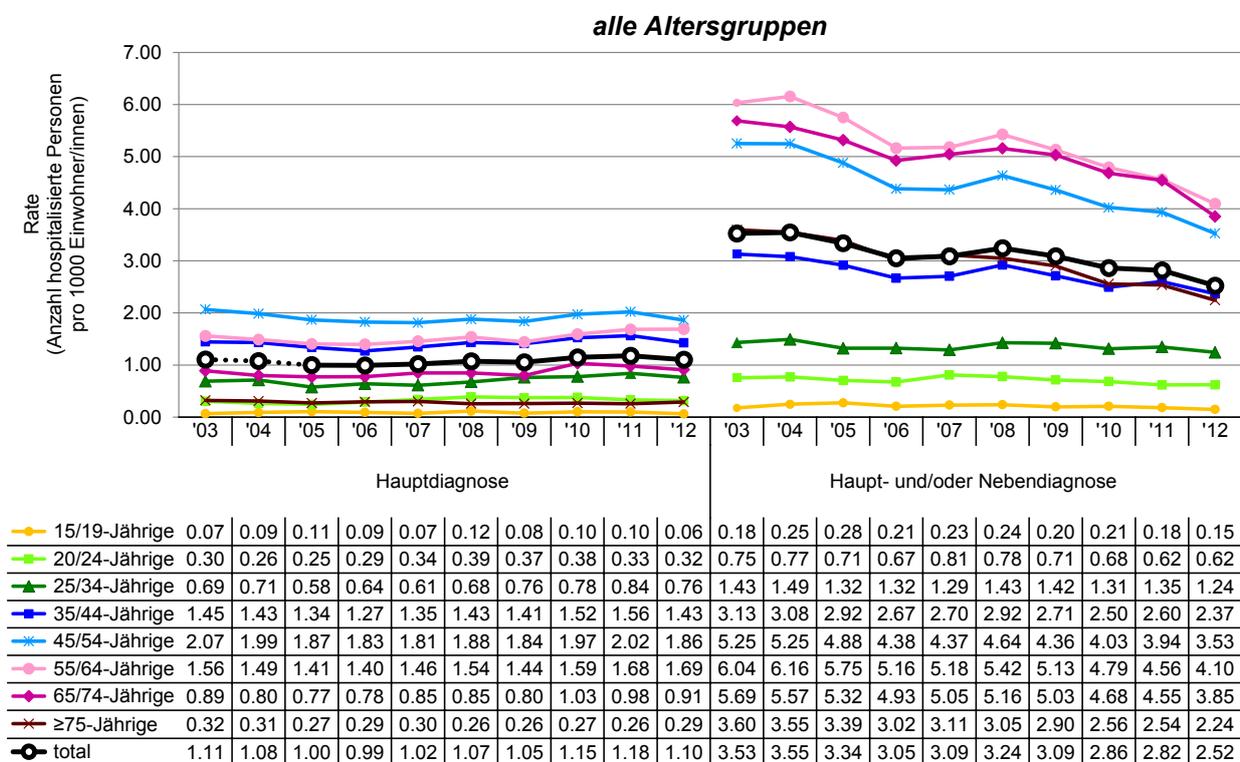
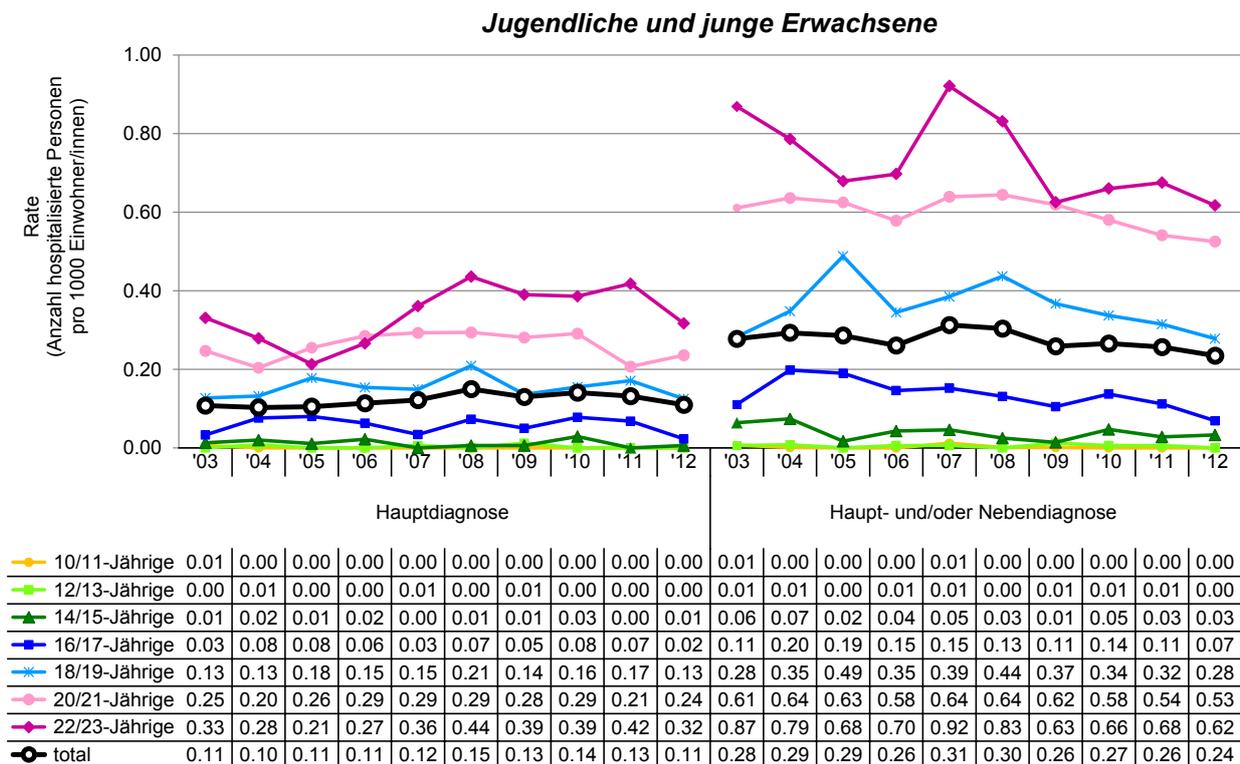
3.5.2 Diagnosen der Gruppe „Alkoholabhängigkeit“

Die Trends bezüglich Diagnosen der Gruppe „Alkoholabhängigkeit“ werden in Abbildung 13 und Tabelle 8 dargestellt. Details zu den lang-, mittel- und kurzfristigen Trends finden sich in den Anhangtabellen im Kapitel A5.

Bei Betrachtung des Zeitraums 2003 bis 2012 zeigen sich für Jugendliche und junge Erwachsene relativ grosse Schwankungen bezüglich der Diagnose „Alkoholabhängigkeit“. Insgesamt zeigt sich für Jugendliche und junge Erwachsene eine leichte Veränderung der Hauptdiagnosen (Jungen/Männer: +3%, Mädchen/Frauen: -2%), während Haupt- und/oder Nebendiagnosen insbesondere bei Jungen/Männern abnahmen (-20%, bei gleichalterigen Mädchen/Frauen: -6%). Über alle Altersgruppen hinweg zeigen sich bei Hauptdiagnosen „Alkoholabhängigkeit“ ebenfalls kaum Veränderungen (Junge/Männer: +3%, Mädchen/Frauen: -6%), während sich bezüglich Haupt- und/oder Nebendiagnosen eine deutliche Abnahme zeigt (Jungen/Männer: -29%, Mädchen/Frauen: -27%).

Eine Erklärung für die im Vergleich zu den älteren Altersgruppen recht grossen Schwankungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen liegt darin, dass die absolute Fallzahl bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen eher gering war, so dass ein paar Fälle weniger oder mehr einen vergleichsweise grossen Einfluss auf die Rate haben.

Abbildung 13 Trend für Diagnosen der Gruppe „Alkoholabhängigkeit“ (F10.2-F10.9): jährliche Rate hospitalisierter Personen 2003 bis 2012, nach Alter



Anmerkungen: Die Daten wurden zum Ausgleich von Unterschieden in der Teilnahmequote der einzelnen Jahre gewichtet und für die variierende Ausführlichkeit der Dokumentation der Nebendiagnosen adjustiert (vgl. Kapitel 2.4).

Tabelle 8 *Veränderung der Rate (pro 1000 Einwohner/innen) der Personen mit einer Haupt- und/oder Nebendiagnose „Alkoholabhängigkeit“ (F10.2-F10.9): lang-, mittel- und kurzfristige Trends, nach Geschlecht und Alter*

Diagnose	Jugendliche und junge Erwachsene								alle Altersgruppen								
	10-11	12-13	14-15	16-17	18-19	20-21	22-23	total	15-19	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	total
langfristiger Trend																	
2003 → 2012																	
Jungen/Männer	[--]	[--]	[--]	[--]	-16	-20	-27	-20	-30	-18	-9	-23	-32	-35	-38	-40	-29
Mädchen/Frauen	[--]	[--]	[--]	[--]	[--]	+1	-33	-6	[--]	-18	-24	-28	-34	-27	-20	-39	-27
total	[--]	[--]	[--]	[--]	-2	-14	-29	-15	-16	-18	-13	-24	-33	-32	-32	-38	-28
mittelfristiger Trend																	
2006 → 2012																	
Jungen/Männer	[--]	[--]	[--]	[--]	-20	-10	-8	-10	-32	-5	-3	-8	-18	-23	-27	-28	-18
Mädchen/Frauen	[--]	[--]	[--]	[--]	[--]	-8	-18	-10	[--]	-15	-15	-18	-23	-15	-10	-26	-17
total	[--]	[--]	[--]	[--]	-19	-9	-11	-10	-29	-8	-6	-11	-20	-21	-22	-26	-17
kurzfristiger Trend																	
2009 → 2012																	
Jungen/Männer	[--]	[--]	[--]	[--]	-26	-30	-4	-18	-32	-16	-9	-9	-18	-22	-25	-25	-18
Mädchen/Frauen	[--]	[--]	[--]	[--]	[--]	+42	+4	+13	[--]	-7	-21	-19	-21	-16	-22	-21	-19
total	[--]	[--]	[--]	[--]	-24	-15	-1	-9	-25	-13	-12	-13	-19	-20	-23	-23	-18

Anmerkungen: Veränderung = Veränderung in % im Vergleich zum Ausgangswert (2003, 2006 bzw. 2009). Die Daten wurden gewichtet und adjustiert. Für Trends, die sich auf einen Ausgangswert von n<30 beziehen, werden keine Werte berichtet [--]. Die Daten wurden zum Ausgleich von Unterschieden in der Teilnahmequote der einzelnen Jahre gewichtet und für die variierende Ausführlichkeit der Dokumentation der Nebendiagnosen adjustiert (vgl. Kapitel 2.4).

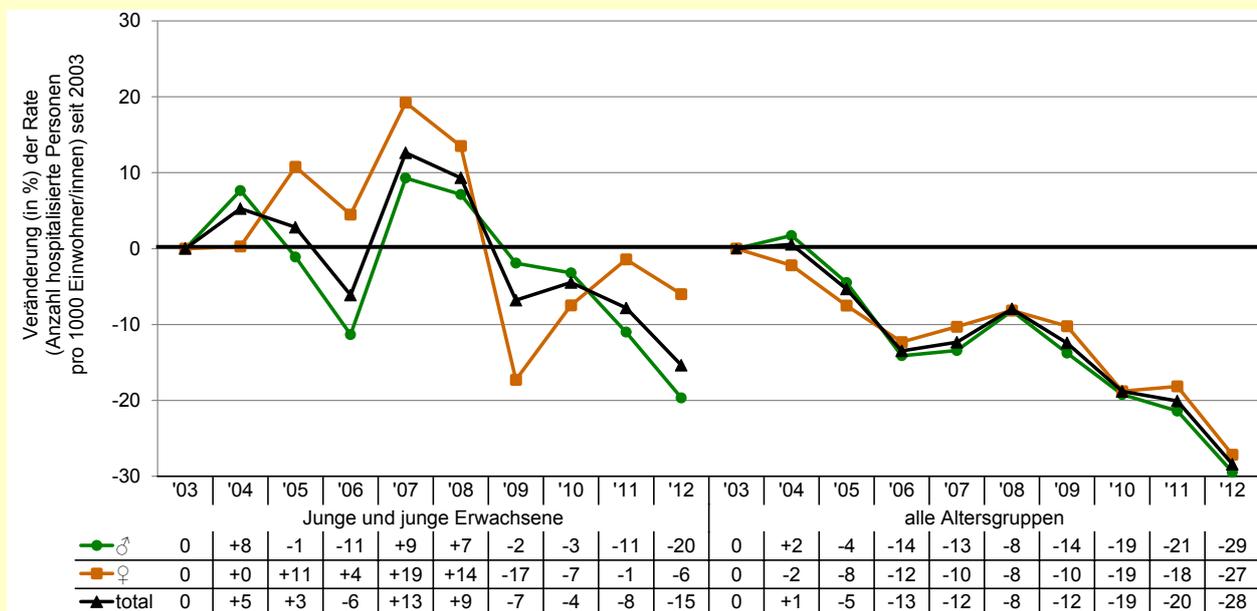
Lesebeispiel: Bei 22- bis 23-jährigen Frauen hat die Rate (pro 1000 Einwohnerinnen) der mit einer Diagnose der Gruppe „Alkoholabhängigkeit“ behandelten Personen langfristig um -33% abgenommen.

Fazit bezüglich der Diagnosen der Gruppe „Alkoholabhängigkeit“

Bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen (10- bis 23-Jährige) zeigen sich deutliche Schwankungen in der Rate der Hospitalisierungen aufgrund von „Alkoholabhängigkeit“, insgesamt scheint der langfristige Trend (2003 bis 2012) eher in Richtung einer Abnahme zu gehen (-20% bei Jungen/Männern, -6% bei Mädchen/Frauen; vgl. Abbildung 14).

Über alle Altersgruppen hinweg fällt der langfristige Trend (2003 bis 2012) deutlicher aus: Es zeigt sich eine fast stetige Abnahme um insgesamt -28% (-29% bei Jungen/Männern, -27% bei Mädchen/Frauen).

Abbildung 14 Trends für **Diagnosen der Gruppe „Alkoholabhängigkeit“** (Haupt- und Nebendiagnosen) **in allen Altersgruppen**: Veränderung (in %) der jährlichen Rate hospitalisierter Personen 2003 bis 2012, nach Geschlecht



Anmerkungen: Die Daten wurden zum Ausgleich von Unterschieden in der Teilnahmequote der einzelnen Jahre gewichtet und für die variierende Ausführlichkeit der Dokumentation der Nebendiagnosen adjustiert (vgl. Kapitel 2.4).

3.5.3 Diagnosen der Gruppe „Alkohol-Intoxikation“ und/oder „Alkoholabhängigkeit“

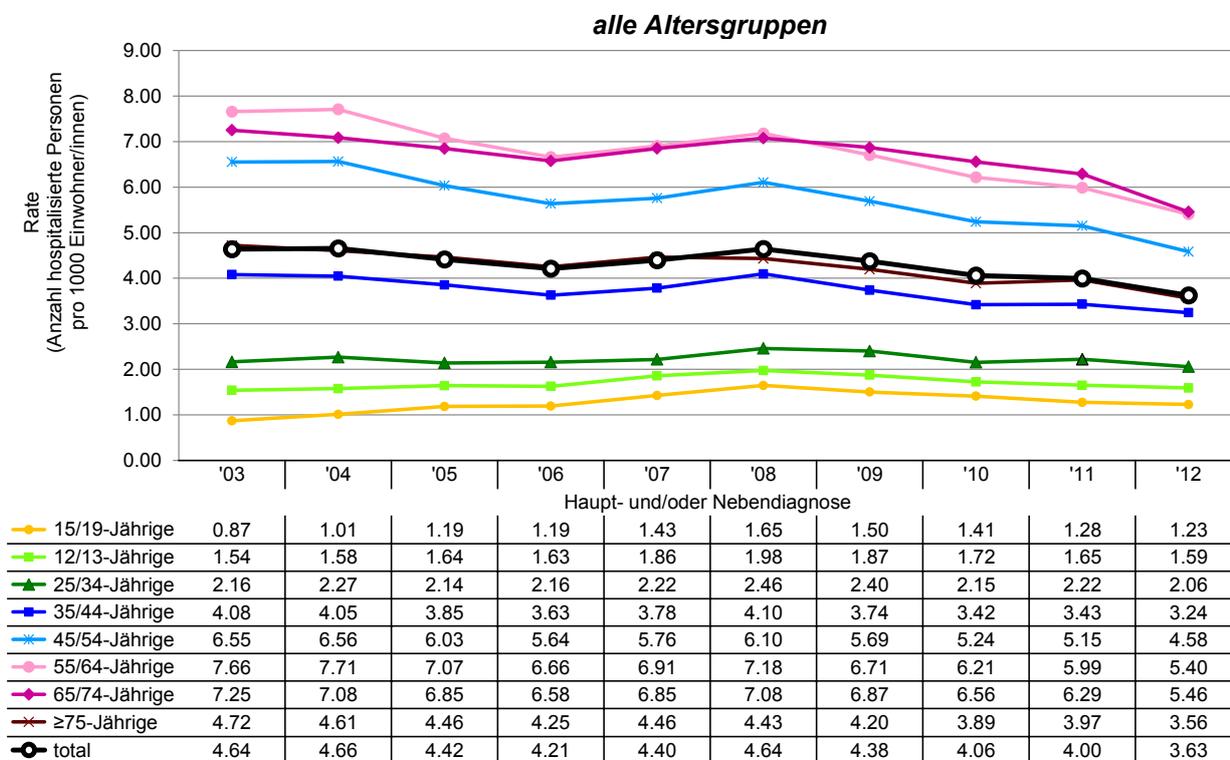
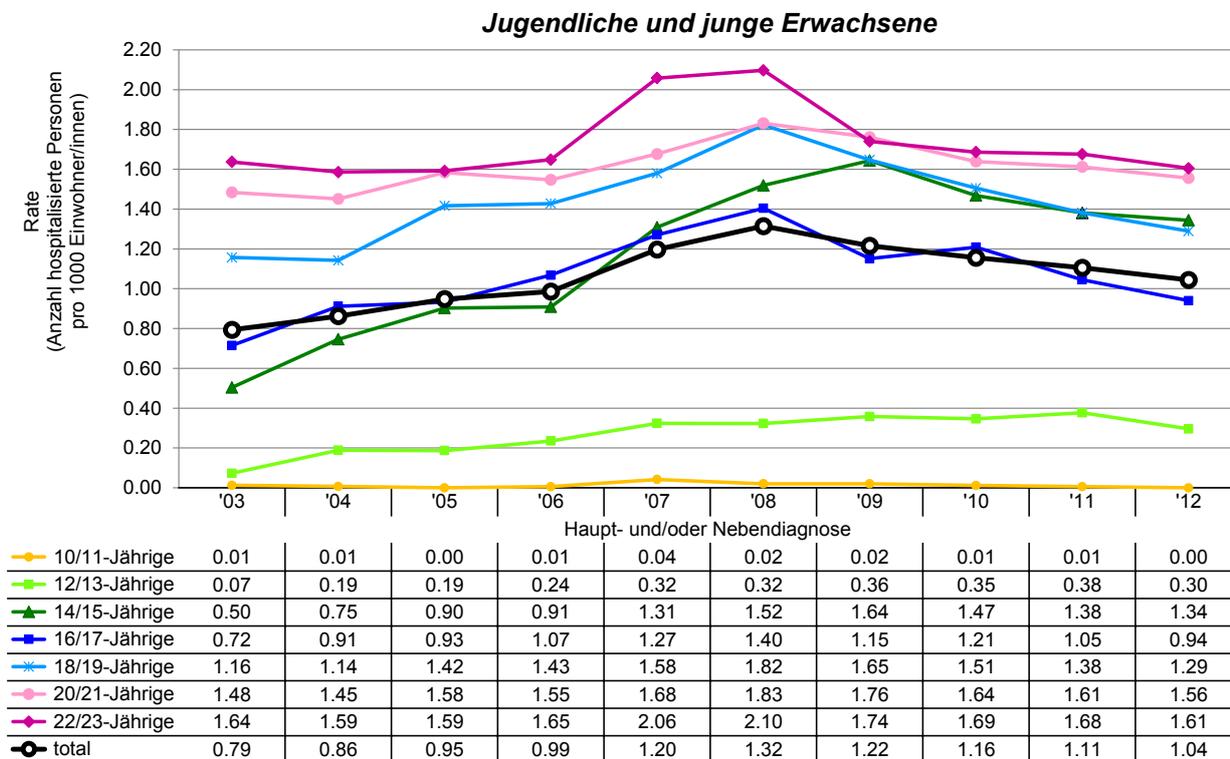
Im Folgenden werden abschliessend beide Diagnosegruppen „Alkohol-Intoxikation“ und/oder „Alkoholabhängigkeit“ gemeinsam analysiert (siehe Abbildung 15 und Tabelle 9). Dabei muss beachtet werden, dass mit zunehmendem Alter der relative Anteil „Alkohol-Intoxikationen“ abnahm, während derjenige für „Alkoholabhängigkeit“ zunahm (vgl. Alterseffekte in Kapitel 3.2). Aus diesem Grund wird der für beide Diagnosegruppen zusammengefasste Trend je nach Altersgruppe unterschiedlich stark durch Trends bezüglich „Alkohol-Intoxikation“ bzw. „Alkoholabhängigkeit“ beeinflusst.

Betrachtet man die grafische Darstellung des Trends in Abbildung 13, zeigt sich für Jugendliche und junge Erwachsene ab 2003 eine fast stetige Zunahme bis 2008 und danach bis 2012 wieder ein deutlicher Rückgang der Raten. Dieser Rückgang zeigt sich in allen Altersgruppen. Dennoch fand sich für Jugendliche und junge Erwachsene langfristig (2003 bis 2012) insgesamt eine deutliche Zunahme um +31%. Diese Zunahme war bei 14/15-Jährigen (+167%) besonders hoch. Die kurzfristige (2009 bis 2012) Entwicklung zeigt für alle Altersgruppen eine Abnahme (Jungen/Männer: -17%, Mädchen/Frauen: -9%).

Bei der Betrachtung der 25-Jährigen oder älteren zeigt sich eine stetige Abnahme: Sowohl langfristige (2003 bis 2012) als auch mittel- (2006 bis 2012) und kurzfristige (2009 bis 2012) Trends zeigen sowohl für Männer als auch für Frauen in allen Altersgruppen eine Abnahme (mit einem leichten Anstieg in den Jahren 2007 und 2008).

Über alle Altersgruppen hinweg (15-Jährige oder ältere) zeigt sich bei Jungen/Männern eine Abnahme um -23%, bei Mädchen/Frauen eine Abnahme um -20%.

Abbildung 15 Trend für Haupt- und/oder Nebendiagnosen der Gruppe „Alkohol-Intoxikation“ (F10.0, F10.1, T51.0) und/oder „Alkoholabhängigkeit“ (F10.2-F10.9): jährliche Rate hospitalisierter Personen 2003 bis 2012, nach Alter



Anmerkungen: Die Daten wurden zum Ausgleich von Unterschieden in der Teilnahmequote der einzelnen Jahre gewichtet und für die variierende Ausführlichkeit der Dokumentation der Nebendiagnosen adjustiert (vgl. Kapitel 2.4).

Tabelle 9 **Veränderung der Rate** (pro 1000 Einwohner/innen) der Personen mit einer Haupt- und/oder Nebendiagnose „**Alkohol-Intoxikation**“ (F10.0, F10.1, T51.0) und/oder „**Alkoholabhängigkeit**“ (F10.2-F10.9): lang-, mittel- und kurzfristige Trends, nach Geschlecht und Alter

Diagnose	Jugendliche und junge Erwachsene								alle Altersgruppen								
	10-11	12-13	14-15	16-17	18-19	20-21	22-23	total	15-19	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	total
langfristiger Trend																	
2003 → 2012																	
Jungen/Männer	[--]	[--]	+151	+19	+9	+1	+3	+25	+33	+5	0	-18	-30	-32	-32	-28	-23
Mädchen/Frauen	[--]	[--]	+184	+48	+15	+13	-12	+43	+55	-3	-17	-26	-30	-24	-9	-25	-20
total	[--]	[--]	+167	+31	+11	+5	-2	+31	+41	+3	-5	-21	-30	-29	-25	-25	-22
mittelfristiger Trend																	
2006 → 2012																	
Jungen/Männer	[--]	[--]	+54	-19	-6	+3	0	+6	0	0	0	-7	-18	-22	-23	-20	-15
Mädchen/Frauen	[--]	[--]	+42	-3	-16	-4	-9	+6	+7	-8	-16	-17	-20	-11	-3	-15	-13
total	[--]	[--]	+48	-12	-10	+1	-3	+6	+3	-2	-5	-11	-19	-19	-17	-16	-14
kurzfristiger Trend																	
2009 → 2012																	
Jungen/Männer	[--]	[--]	-25	-31	-23	-16	-5	-17	-24	-13	-11	-10	-19	-22	-22	-18	-17
Mädchen/Frauen	[--]	[--]	-10	+2	-20	-2	-14	-9	-8	-19	-22	-19	-20	-14	-17	-11	-17
total	[--]	[--]	-18	-18	-22	-12	-8	-14	-18	-15	-14	-13	-20	-19	-21	-15	-17

Anmerkungen: Veränderung = Veränderung in % im Vergleich zum Ausgangswert (2003, 2006 bzw. 2009). Die Daten wurden gewichtet und adjustiert. Für Trends, die sich auf einen Ausgangswert von n<30 beziehen, werden keine Werte berichtet [--]. Die Daten wurden zum Ausgleich von Unterschieden in der Teilnahmequote der einzelnen Jahre gewichtet und für die variierende Ausführlichkeit der Dokumentation der Nebendiagnosen adjustiert (vgl. Kapitel 2.4).

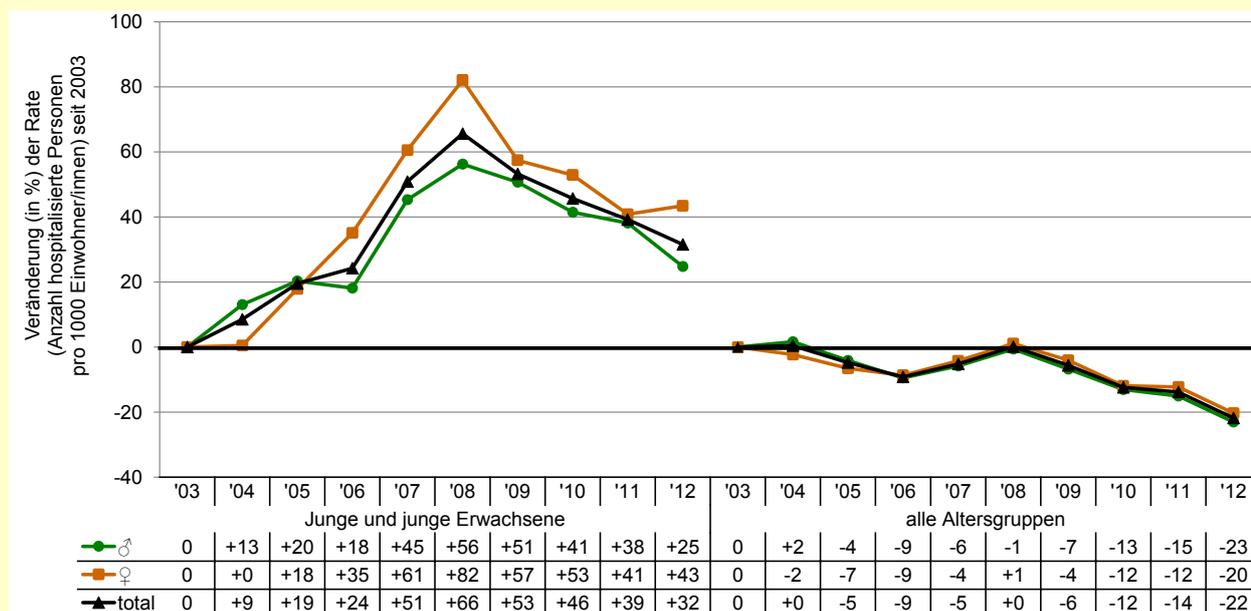
Lesebeispiel: Bei 35- bis 44-jährigen Männer hat die Rate (pro 1000 Einwohnerinnen) der mit einer Diagnose der Gruppe „Alkohol-Intoxikation“ oder „Alkoholabhängigkeit“ behandelten Personen langfristig um -18% abgenommen.

Fazit bezüglich der Diagnosen der Gruppe „Alkohol-Intoxikation“ und/oder „Alkoholabhängigkeit“

Fasst man die Trends für die Anzahl mit der Diagnose „Alkohol-Intoxikation“ und/oder „Alkoholabhängigkeit“ behandelte Personen zusammen, zeigt sich für Jugendliche und junge Erwachsene (10- bis 23-Jährige) langfristig (2003 bis 2012) eine Zunahme um +32% (+25% bei Jungen/Männern, +43% bei Mädchen/Frauen; vgl. Abbildung 16). Über alle Altersgruppen hinweg gab es zwischen 2003 und 2012 eine Abnahme um -22% (-23% bei Jungen/Männern, -20% 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“ zunahm. Aus diesem Grund wird der für beide Diagnosegruppen zusammengefasste Trend je nach Altersgruppe unterschiedlich stark durch Trends bezüglich „Alkohol-Intoxikation“ bzw. „Alkoholabhängigkeit“ beeinflusst.

Abbildung 16 Trends für Diagnosen der Gruppen „Alkohol-Intoxikation“ und/oder „Alkoholabhängigkeit“ (Haupt- und Nebendiagnosen): Veränderung (in %) der jährlichen Rate hospitalisierter Personen 2003 bis 2012, nach Geschlecht



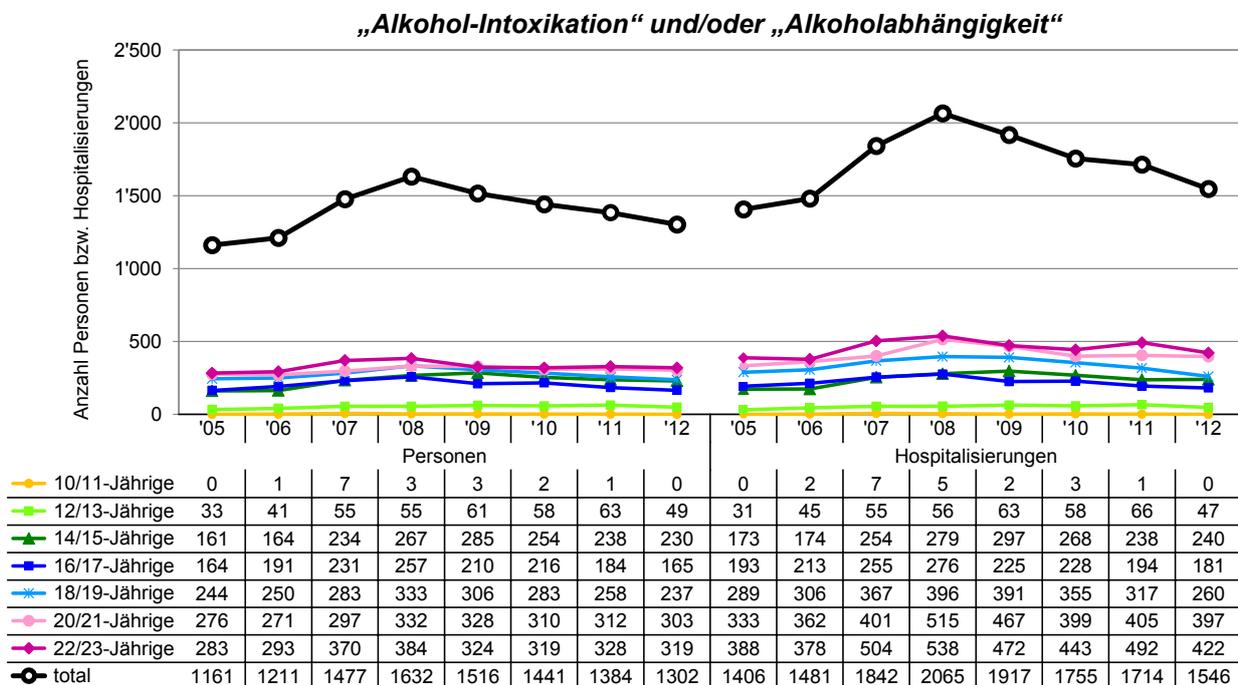
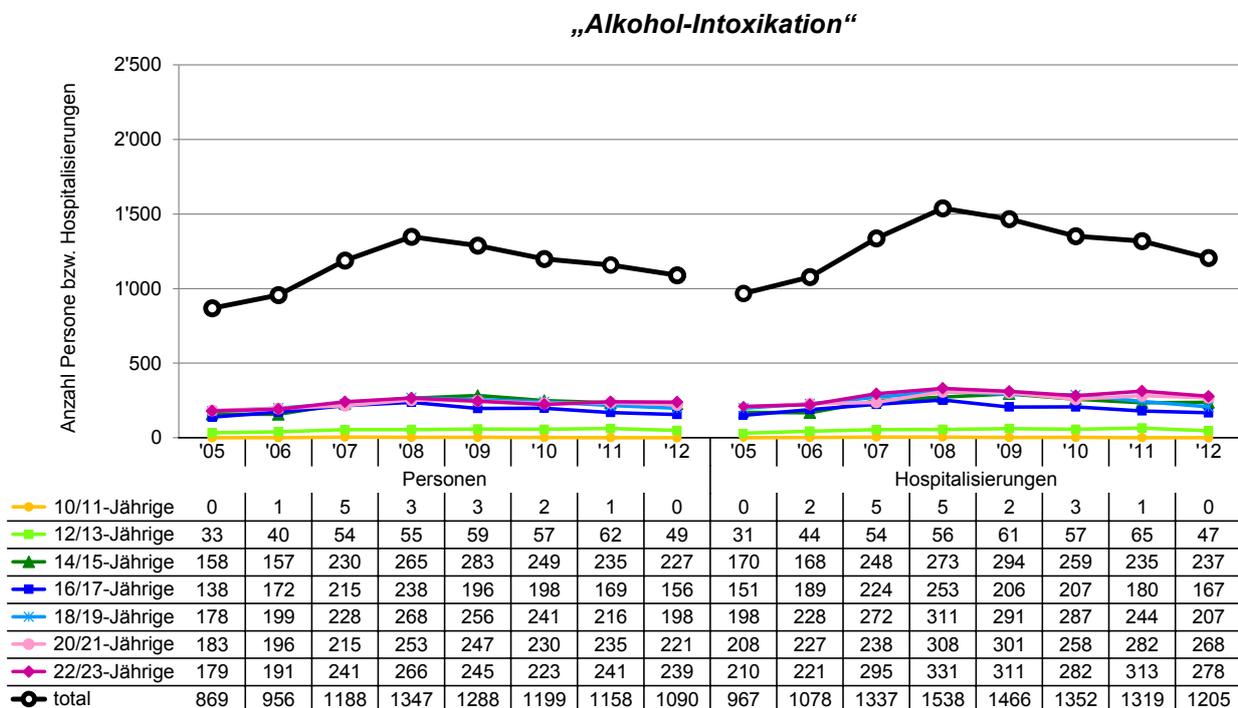
Anmerkungen: Die Daten wurden zum Ausgleich von Unterschieden in der Teilnahmequote der einzelnen Jahre gewichtet und für die variierende Ausführlichkeit der Dokumentation der Nebendiagnosen adjustiert (vgl. Kapitel 2.4).

3.5.5 Nationales Programm Alkohol 2008-2012: Wirkungsziel 2

Eines der drei Wirkungsziele zur Verringerung des problematischen Alkoholkonsum aus dem „Nationalen Programm Alkohol 2008-2012“ (NPA) definiert den Zielwert folgendermassen: „Verringerung der Anzahl von in Spitälern diagnostizierten Alkoholintoxikationen von Personen im Alter bis 23 Jahren um 10% bis 2012 (gegenüber Werten von 2005)“ (Bundesamt für Gesundheit (BAG), 2008, S. 10). Aus diesem Grund sollen an dieser Stelle noch zusätzlich zu den Trends für die „Anzahl hospitalisierter Personen“ auch die Trends für die „Anzahl Hospitalisierungen“ berichtet werden (siehe Abbildung 17). Dabei wurden die Häufigkeiten der Nebendiagnosen für je nach Jahr und Altersgruppe variierende Ausführlichkeit der Dokumentation von Nebendiagnosen adjustiert (vgl. Kapitel 2.4).

Zwischen 2005 und 2012 hat die Anzahl Hospitalisierungen von Jugendlichen und jungen Erwachsenen (10- bis 23-Jährige) mit einer Diagnose der Gruppe „Alkohol-Intoxikation“ um +24.6% (2005: 967; 2012: 1205) zugenommen. Ebenfalls zwischen 2005 und 2012 haben alkoholbezogene Diagnosen insgesamt („Alkohol-Intoxikation“ und „Alkoholabhängigkeit“) um +10.0% (2005: 1406; 2012: 1546) zugenommen. Für weitere Details bezüglich der Auswertungen zu den Anzahl Hospitalisierungen, siehe Kapitel A6 im Anhang. Wenn die Befunde aus den einzelnen Jahren berücksichtigt werden, zeigt sich, dass es sich dabei nicht um eine stetige Zunahme handelt. Wie bereits in den Trends für die Raten der Anzahl behandelter Personen berichtet (vgl. Kapitel 3.5.1-3.5.3), nahmen die Raten zwischen 2005 und 2008 deutlich zu. Danach scheint sich eine Trendwende abzuzeichnen, die Zahl der Hospitalisierungen ging zwischen 2008 und 2012 stetig zurück. Dennoch konnte das Wirkungsziel 2 des NPA im Jahr 2012 noch nicht erreicht werden.

Abbildung 17 Trend für Haupt- und/oder Nebendiagnosen „Alkohol-Intoxikation“ (F10.0, F10.1, T51.0) und/oder „Alkoholabhängigkeit“ (F10.2-F10.9) bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen: adjustierte, jährliche Anzahl hospitalisierter Personen und Anzahl Hospitalisierungen 2005 bis 2012, nach Alter



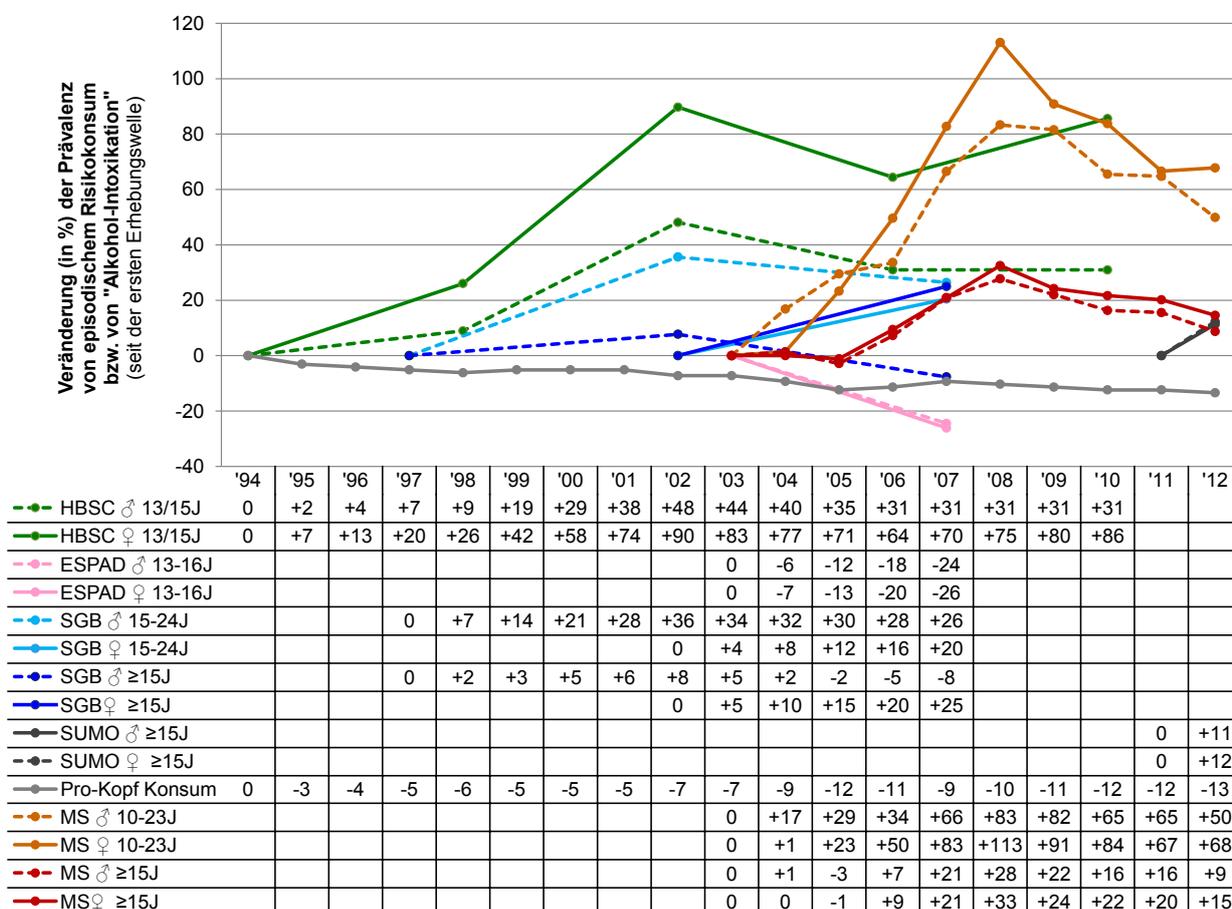
Anmerkungen: Die Daten wurden zum Ausgleich von Unterschieden in der Teilnahmequote der einzelnen Jahre gewichtet und für die variierende Ausführlichkeit der Dokumentation der Nebendiagnosen adjustiert (vgl. Kapitel 2.4). Für Details siehe Kapitel A2 und A6 im Anhang.

3.6 Vergleich der Trends bezüglich „Alkohol-Intoxikation“ mit anderen Studien

3.6.1 Vergleich mit selbstberichtetem Rauschtrinken und Pro-Kopf Konsum in der Schweiz

Im Folgenden sollen die Trends bezüglich „Alkohol-Intoxikationen“ basierend auf der MS mit denjenigen für selbstberichtetes Rauschtrinken und für den Pro-Kopf Konsum von Alkohol verglichen werden (siehe Abbildung 18). Das selbstberichtete Rauschtrinken basiert auf der „Health Behaviour in School-aged Children“-Studie (HBSC), der „European School Survey Project on Alcohol and other Drugs“-Studie (ESPAD), der „Schweizerischen Gesundheitsbefragung“ (SGB) sowie der fortlaufenden telefonischen Befragung der Bevölkerung (Continuous Rolling Survey of Addictive Behaviours and Related Risks, CoRoIAR) im Rahmen des Suchtmonitoring (SUMO). Der „Pro-Kopf Konsum von Alkohol“ entspricht dem durchschnittlichen Alkoholkonsum (gemessen in Litern) der Schweizer Wohnbevölkerung, und zwar unabhängig vom Alter (also auch von Babys, Kindern und Jugendlichen), und basiert nicht auf Selbstberichten, sondern auf Verkaufszahlen (Eidgenössische Alkoholverwaltung (EAV), 2014). Um einen Vergleich der Trends zu erleichtern, wird nur die Veränderung der Prävalenz im Vergleich zur ersten Erhebungswelle dargestellt.

Abbildung 18 **Selbstberichteter episodischer Risikokonsum** (in für die Schweizer Bevölkerung repräsentativen Studien) und Diagnosen der Gruppe „**Alkohol-Intoxikation**“ (F10.0, F10.1, T51.0), nach Alter, Geschlecht, Studie und Jahr



Anmerkungen: **Veränderung:** Veränderung der Prävalenz im Vergleich zur jeweils ersten Erhebungswelle (um die prozentuale Veränderung darzustellen, wurde der Ausgangswert als "0" festgelegt). Die Jahre, in welchen Daten erhoben wurden, sind mit Punkten markiert; für die dazwischenliegenden Jahre wurde jeweils der Mittelwert eingesetzt. **HBSC:** In der Befragung „Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)“ wird die Lebenszeitprävalenz von zweimaliger oder häufigerer Trunkenheit von 13- und 15-Jährigen berichtet; Erhebungsjahre = 1994, 1998, 2002, 2006 und 2010 (Windlin et al., 2011). **ESPAD:** Beim „European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD)“ wird der Anteil der Jugendlichen (13- bis 16-Jährige) berichtet, die in den letzten 30 Tagen zumindest dreimal bei einer Gelegenheit 5 oder mehr Gläser Alkohol konsumiert haben; Erhebungsjahre = 2003 und 2007 (Gmel et al., 2009). **SGB:** In der „Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB)“ wurde je nach Erhebungsjahr eine leicht unterschiedliche Fragestellung verwandt. In der Abbildung wird der Anteil der Personen dargestellt, die mindestens einmal pro Monat ≥ 8 (für Jungen/Männer) respektive ≥ 6 (für Mädchen/Frauen) alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit getrunken haben (für Mädchen/Frauen sind nur die Jahre 2002 und 2007 vergleichbar); Erhebungsjahre = 1997, 2002 und 2007 (Notari et al., 2009). Die Daten für 2012 sind zur Zeit noch nicht verfügbar. **SUMO:** Telefonbefragung im Rahmen des Suchtmonitoring, Anteil der Personen mit monatlichem oder häufigerem Rauschtrinken (≥ 4 Gläser bei Frauen, ≥ 5 Gläser bei Männern), Erhebungsjahre = 2011 und 2012 (Gmel et al., 2013; Gmel et al., 2012). **Pro-Kopf Konsum:** Konsum alkoholischer Getränke je Kopf der Wohnbevölkerung in der Schweiz, Erhebungsjahre = 1994 bis 2012 (Eidgenössische Alkoholverwaltung (EAV), 2014). **MS:** Medizinische Statistik der Krankenhäuser, Hospitalisierung mit Haupt- oder Nebendiagnose "Alkohol-Intoxikation", Erhebungsjahre = 2003 bis 2012.

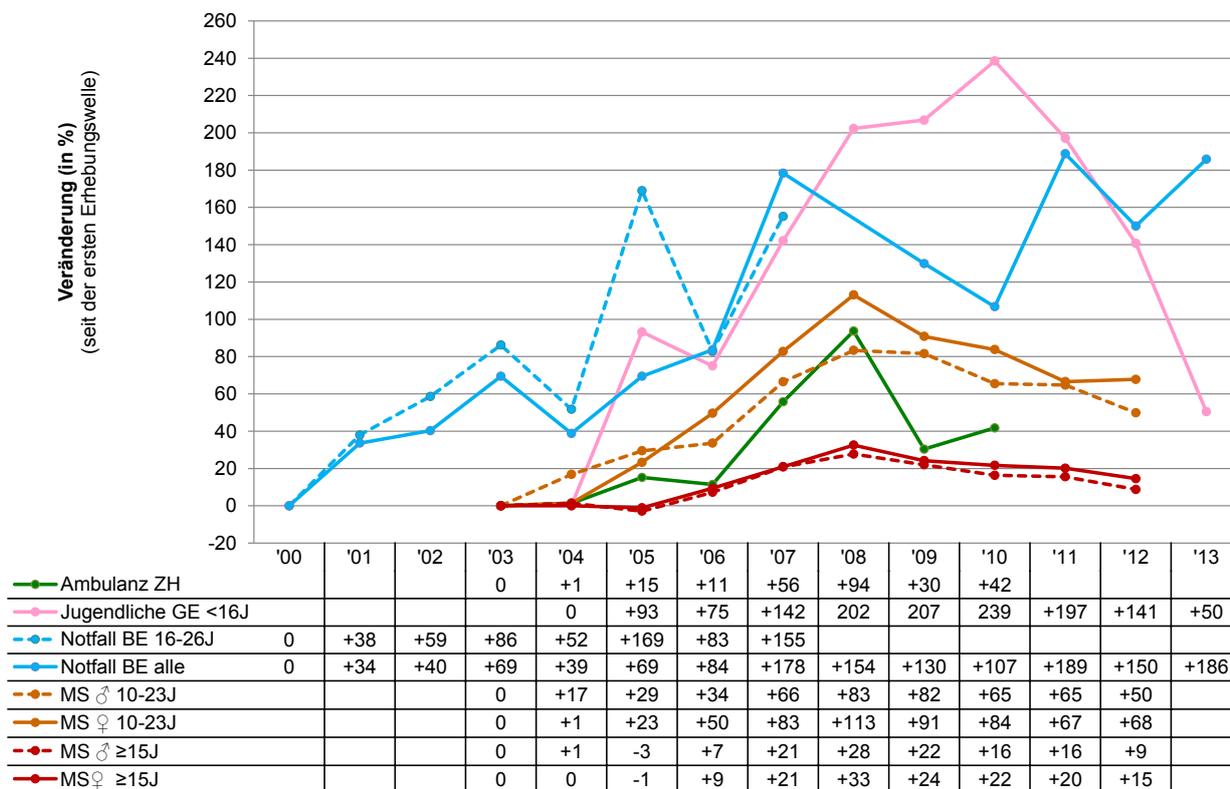
Trotz variierender Operationalisierungen bezüglich des episodisch risikoreichen Alkoholkonsums, zeigen die repräsentativen Studien ein ziemlich einheitliches Bild. Die Befunde der HBSC und der SGB zeigen eine deutliche Zunahme der Trunkenheit zwischen 1994 und 2002. Seit 2002/2003 deutet sich insgesamt eher ein Rückgang der Prävalenzen an. Einzig im SUMO (2011 bis 2012) und bei den im Rahmen der SGB befragten Mädchen/Frauen (2002 bis 2007) fand sich eine deutliche Zunahme des selbstberichteten episodisch risikoreichen Alkoholkonsums. Der Pro-Kopf Konsum hat in der Schweizer Wohnbevölkerung seit 1994 fast stetig abgenommen. Im Gegensatz zum selbstberichteten Rauschtrinken und zum Pro-Kopf Konsum hat die Anzahl der aufgrund einer Haupt- und/oder Nebendiagnose „Alkohol-Intoxikation“ behandelten Personen zwischen 2003 und 2008 deutlich zugenommen und sank erst zwischen 2008 und 2012.

Insgesamt zeigt sich, dass die Trends basierend auf selbstberichtetem Rauschtrinken (HBSC, ESPAD, SGB), dem Pro-Kopf Konsum und den auf objektiven Diagnosen basierenden Trends (MS) oft gegenläufig sind. Dabei muss es sich jedoch nicht notwendigerweise um widersprüchliche Befunde handeln: Erstens verwenden die Bevölkerungsbefragungen eine Definition des Rauschtrinkens (z.B. 4+/5+ alkoholische Getränke für Frauen/Männer), die deutlich unter derjenigen für eine „Alkohol-Intoxikation“ liegt. Zweitens wird entsprechend der „Kollektivität der Trinkkulturen“ (Skog, 1985) zwar angenommen, dass milde resp. extreme Formen eines episodisch risikoreichen Alkoholkonsums in einer Population positiv miteinander korrelieren, dass dies aber nicht immer der Fall ist, zeigen empirische Studien („Polarisierung“, vgl. Kapitel 4.2.2).

3.6.2 Vergleich mit anderen Studien zu Behandlungen aufgrund „Alkohol-Intoxikation“ in Schweizer Spitälern

Im Folgenden werden die Trends der MS mit anderen Studien zu Spitalbehandlungen aufgrund „Alkohol-Intoxikation“ in Schweizer Spitälern verglichen (Abbildung 19). Der Fokus dieser Studien unterscheidet sich leicht von demjenigen der MS (z.B. bzgl. Alter, Einbezug ambulanter Fälle etc.). Holzer et al. (2012) berücksichtigt Personen mit „Alkohol-Intoxikationen“, welche mit der Ambulanz von „Schutz und Rettung Zürich“ transportiert wurden (Zeitraum: 2001-2010). Caflisch & Uldry (2013) berichten Zahlen bezüglich Hospitalisierungen aufgrund von „Alkohol-Intoxikation“ von unter 16-Jährigen am Universitätsspital Genf (Zeitraum: 2004-2013; Zahlen für die Jahre 2012 und 2013 basieren auf Caflisch, pers. Mitt., 20.8.14). Haberkern et al. (2010) beziehen sich auf Patienten/innen mit einer Hauptdiagnose „Alkohol-Intoxikation“, welche in der Notfallstation des Inselspital Bern behandelt wurden (Zeitraum: 2000-2013; Zahlen für die Jahre 2009 bis 2013 basieren auf Exadaktylos, pers. Mitt., 22.8.14).

Abbildung 19 Aufgrund von „Alkohol-Intoxikation“ behandelte Personen: Vergleich der MS mit anderen Schweizer Studien, nach Alter, Studie und Jahr



Anmerkungen: **Veränderung:** Veränderung der Prävalenz im Vergleich zur jeweils ersten Erhebungswelle (um die prozentuale Veränderung darzustellen, wurde der Ausgangswert als "0" festgelegt). Die Jahre, in welchen Daten erhoben wurden, sind mit Punkten markiert; für die dazwischenliegenden Jahre wurde jeweils der Mittelwert eingesetzt. **Ambulanz:** Personen mit einer „Alkohol-Intoxikation“, welche von der Ambulanz „Schutz & Rettung Zürich“ ins Spital gebracht wurden (ambulante und stationäre Fälle, alle Altersgruppen; (Holzer et al., 2012)). **Jugendliche:** Jugendliche (unter 16-Jährige), welche am Universitätsspital Genf aufgrund von „Alkohol-Intoxikation“ behandelt wurden (ambulante und stationäre Fälle; (Cafilisch & Uldry, 2013); Cafilisch, pers. Mitt., 20.8.14). **Notfall:** Personen mit einer Hauptdiagnose „Alkohol-Intoxikation“, welche in der Notfallstation des Berner Inselspitals behandelt wurden. 16-26 = 16- bis 26-Jährige; alle = alle Altersgruppen (ambulante und stationäre Fälle; (Haberker et al., 2010); Exadaktylos, pers. Mitt., 22.8.14). **MS:** Medizinische Statistik der Krankenhäuser, Hospitalisierungen mit Haupt- oder Nebendiagnose „Alkohol-Intoxikation“ (nur stationäre Fälle).

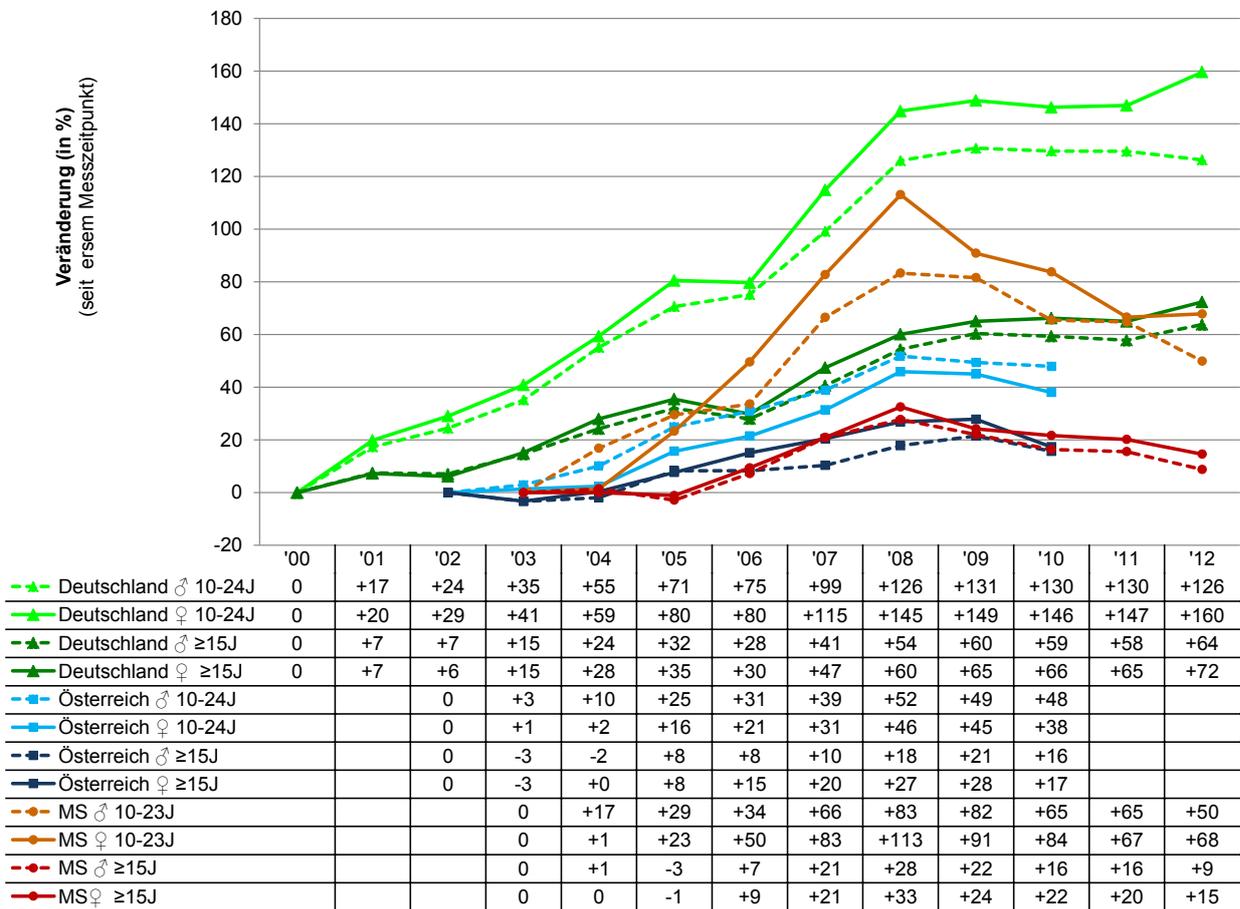
In allen drei Studien zeigt sich zu Beginn eine deutliche Zunahme von Spitalbehandlungen aufgrund von Alkohol-Intoxikation (stationär und ambulant). In Bern stagnieren die Fälle ab 2007 auf relativ hohem Niveau. In Zürich scheint sich ab 2008 eine Trendwende abzuzeichnen (der Spitzenwert im Jahre 2008 war u.a. durch die Fussball-EM mitbeeinflusst worden). In Genf zeigt sich ein sehr deutlicher Rückgang ab 2010.

3.6.3 Vergleich mit Trends im benachbarten Ausland

Die Trends bezüglich Hospitalisierungen aufgrund von "Alkohol-Intoxikation" in der Schweiz werden in Abbildung 20 mit vergleichbaren Trends aus dem umliegenden Ausland verglichen. Für Frankreich und Italien liegen keine vergleichbaren Daten vor, so dass nur Trends für

Deutschland (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2014) und Österreich (Uhl et al., 2013) dargestellt werden können.

Abbildung 20 Aufgrund von „Alkohol-Intoxikation“ im Spital behandelte Personen, nach Land, Alter, Geschlecht und Jahr



Anmerkungen: **Deutschland:** Personen mit einer „Alkohol-Intoxikation“ (F10.0, F10.1), „stationäre Fälle“ (mind. 24h im Spital; Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2014). **Österreich:** Hauptdiagnosen Alkoholmissbrauch (305.0), Intoxikation (F10.0), schädlicher Gebrauch (F10.1) und Toxische Wirkung (980, T51); inkl. PatientInnen, die am Tag der stationären Aufnahme vor Mitternacht wieder entlassen wurden (Uhl et al., 2013). **MS:** Medizinische Statistik der Krankenhäuser, Hospitalisierungen mit Haupt- oder Nebendiagnose „Alkohol-Intoxikation“ (stationäre Fälle).

Ähnliche Trends wie sie basierend auf der MS beobachtet werden können, zeigen sich – wenn auch in einer abgeschwächten Weise – ebenfalls in Österreich und Deutschland. In Deutschland ist die Zahl der Jugendlichen und jungen Erwachsenen (10- bis 24-Jährige) und der Gesamtbevölkerung (≥15-Jährige), die wegen einer akuten Alkoholvergiftung mind. 24h im Spital behandelt werden mussten, zwischen 2000 und 2008/2009 stetig angestiegen. Seit 2008/2009 stagnieren die Fallzahlen. In Österreich stieg die Zahl der Spitalaufnahmen wegen Berausung zwischen 2002 und 2008 (Männer) bzw. 2009 (Frauen) stetig. Danach zeichnet sich eine Trendwende ab.

4. Diskussion

4.1 Stärken und Schwächen der vorliegenden Studie

4.1.1 Allgemeine Bemerkungen

In der Schweiz basieren Studien über problematischen Alkoholkonsum grösstenteils auf Befragungsdaten und somit auf Selbstberichten zu Konsum und Konsumproblemen. Generell stellt sich bei derartigen Befragungen jedoch die Frage, was die Befragten unter „betrunken sein“ verstehen. Der Verständnisspielraum ist gross, so kann „betrunken sein“ von einem Schwips bis zur Bewusstlosigkeit reichen. Entsprechend hängen Statistiken stark von der individuellen Interpretation der Frage und der Wahrhaftigkeit der Aussagen ab, und können sowohl durch Verleugnung als auch Profiliergehabee beeinflusst sein. Im Gegensatz dazu basiert die vorliegende Studie auf der Analyse der im Rahmen der Schweizerischen MS erfassten Diagnosen und stützt sich somit auf objektiv und nicht subjektiv gewonnene Daten. Sie verwendet mit der International Classification of Disease Version 10 (kurz ICD-10) einen international anerkannten Diagnoseschlüssel, wobei die Diagnosestellungen von Ärzten und Ärztinnen vorgenommen wurden.

Trotz der Objektivität und hohen Qualität der Daten, liegt ein zentraler Nachteil dieser Datenquelle darin, dass die im Rahmen einer MS gewonnenen Zahlen naturgemäss nur die Spitze des Eisberges wiedergeben können, liegen diesen Daten doch alleinig die Einweisungen und stationären Behandlungen in Schweizer Spitälern zugrunde. Dieser Aspekt wird im folgenden Kapitel 4.1.2 ausführlich erläutert. Eine weitere Schwäche der basierend auf der MS gewonnenen Befunde besteht darin, dass in der MS zwar die Diagnose erfasst wurde, nicht jedoch deren Schweregrad oder die Symptomatik, aufgrund derer die Diagnose gestellt wurde. So wurden beispielsweise für eine Studie aus Deutschland (Bitzer et al., 2009) Jugendliche, die wegen Alkoholvergiftung ins Spital eingewiesen wurden, nach den Gründen für die Einweisung befragt. Die Mehrheit (72.8%) nannte „mehrfaches Übergeben“ als Begründung; nur bei einer Minderheit war es „Ohnmacht“ (37.5%) oder gar „Komma“ (4.9%). Ebenfalls relativ selten wurden „Verletzung“ (4.3%), „Unfall“ (3.3%) oder „sonstige Geschehnisse“ (13%) genannt (bei der Befragung waren Mehrfachantworten möglich). Ebenso lassen sich aufgrund der Kombination der Diagnosen keine sicheren kausalen Schlüsse ziehen: Obwohl es in der Literatur klare Hinweise dafür gibt, dass das Risiko für Unfälle und Verletzungen nach Alkoholkonsum zunimmt (Kuendig et al., 2008), reichen ICD-10 Diagnosen nicht aus um beispielsweise feststellen zu können, ob ein Unfall aufgrund einer „Alkohol-Intoxikation“ erfolgte.

4.1.2 Stärken und Schwächen eines Monitorings basierend auf der MS

Die im vorliegenden Bericht dargestellten Trends (2003 bis 2012) basieren ausschliesslich auf stationären Fällen. Während im Zeitraum 2003 bis 2008 sowohl teil-stationäre als auch stationäre Fälle in der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (MS) dokumentiert wurden, werden seit 2009 ausschliesslich stationär behandelte Fälle ausgewiesen. Um dennoch sinnvolle Trendaussagen machen zu können, wurden für den gesamten Zeitraum (2003 bis 2012) nur stationär behandelte Fälle berücksichtigt. Gemäss dem Bundesamt für Statistik

(Bundesamt für Statistik (BFS), 2014) gelten als „stationäre Behandlung“ Aufenthalte im Spital von mindestens 24 Stunden zur Untersuchung, Behandlung und Pflege. Fälle von weniger als 24 Stunden werden berücksichtigt, wenn mindestens während einer Nacht ein Bett belegt wird und bei Überweisung in ein anderes Spital. Todesfälle gelten ebenfalls als stationäre Behandlung.

Eine Schätzung der Anzahl ambulanter bzw. teil-stationärer Fälle ist zurzeit nicht möglich. Das BFS plant ab 2015 eine entsprechende Statistik einzuführen (www.hospital-outpatient-data.bfs.admin.ch), in welcher aber vorerst die Diagnosen der behandelten Personen nicht dokumentiert werden sollen. Für die Jahre 2003 bis 2008 der MS ist es ebenfalls nicht möglich abzuschätzen, wie viele Personen ambulant bzw. teil-stationär behandelt wurden, denn die Dokumentation dieser Fälle war (anders als die Dokumentation stationärer Fälle) nicht obligatorisch und somit unvollständig. Zudem gab es gemäss dem BFS relativ grosse Unstimmigkeiten zwischen den einzelnen Kantonen bezüglich der Definition und der Dokumentation eines „teil-stationären“ Falles. Einige Kantone haben zudem kaum oder nie teil-stationäre Fälle dokumentiert.

Weiter kann angenommen werden, dass die Zahlen der MS nur die Spitze des Eisberges zeigen. Die in der MS ausgewiesene Zahl der „Alkohol-Intoxikationen“ unterschätzt wohl die tatsächliche Problemlast, da die MS nur stationäre Fälle erfasst. So werden sowohl ambulante Fälle wie auch Ausnüchterungszellen, Konsultationen bei Hausärzten/innen etc. nicht mitberücksichtigt. In Zürich werden schätzungsweise zwei Drittel der Patienten/innen, welche aufgrund einer „Alkohol-Intoxikation“ mit der Ambulanz transportiert wurden, nur ambulant behandelt und werden in der MS somit nicht dokumentiert (Holzer, pers. Mitt., 18.8.14). Ebenso werden am Universitätsspital Genf (Broers Kayser, pers. Mitt., 22.8.14) und am Inselspital Bern (Exadaktylos, pers. Mitt., 22.8.14) Personen mit der Diagnose „Alkohol-Intoxikation“ oft nur ambulant behandelt (GE: ca. zwei Drittel der Fälle; BE: ca. 60% der Fälle).

Die MS ist dennoch ein geeigneter Indikator für ein Monitoring von „Alkohol-Intoxikationen“. Obwohl im Rahmen der MS nicht alle Fälle erfasst wurden, handelt es sich dabei um eine systematische Unterschätzung der absoluten Fallzahl und nicht um eine verzerrte Schätzung (da dieser Sachverhalt in allen Jahren gleichermassen vorkommt). Unter der Annahme, dass sich der Anteil ambulant vs. stationär behandelter Fälle über die Zeit nicht verändert, lassen sich valide Aussagen über Gruppenunterschiede (z.B. Geschlechts- und Alterseffekte) oder Trends über die Jahre machen.

Abgesehen von der MS gibt es keine alternative Datenbasis bezüglich Hospitalisierungen aufgrund von „Alkohol-Intoxikation“, welche alle Altersgruppen und auch die gesamte Schweiz berücksichtigt. Holzer et al. (2012) berücksichtigt Personen mit „Alkohol-Intoxikationen“, welche mit der Ambulanz von „Schutz und Rettung Zürich“ transportiert wurden (Zeitraum: 2001-2010). Caflisch & Uldry (2013) berichten Zahlen bezüglich Hospitalisierungen aufgrund von „Alkohol-Intoxikation“ von unter 16-Jährigen am Universitätsspital Genf (Zeitraum: 2004-2011). Haberkern et al. (2010) berücksichtigen Patienten/innen mit einer Hauptdiagnose „Alkohol-Intoxikation“, welche in der Notfallstation des Inselspital Bern behandelt wurden. Um Trends über die Zeit interpretieren zu können, ist es deshalb sinnvoll, die Befunde der MS durch Ergebnisse anderer Studien zu ergänzen.

4.2 Erklärungsansätze für die Trends bezüglich der Hospitalisierungen aufgrund von „Alkohol-Intoxikation“

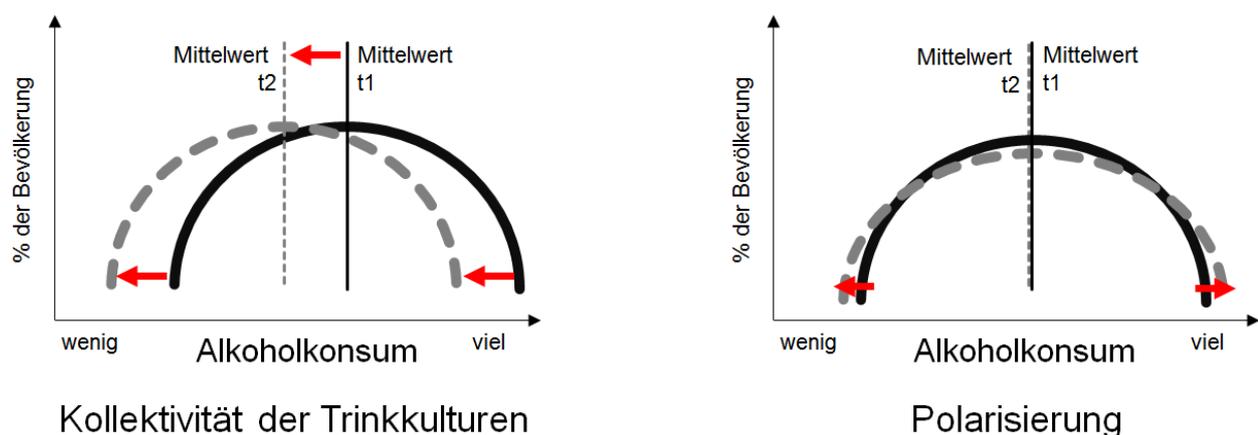
4.2.1 Erklärungsansätze für eine Zunahme

4.2.1.1 Polarisierung: „Es gibt mehr Personen, die extrem viel bzw. wenig trinken“

Basierend auf anderen Indikatoren (Pro-Kops Konsum) und aus anderen Studien (SUMO, SGB, HBSC) kann geschlossen werden, dass der Alkoholkonsum im Allgemeinen nicht zugenommen hat. Das heisst, der Pro-Kopf Konsum und auch die Prävalenzraten von selbstberichtetem Rauschtrinken haben sich in den letzten Jahren nicht parallel zu den Hospitalisierungen verändert (vgl. Abbildung 18).

Ein möglicher Erklärungsansatz für die zum Teil gegenläufigen Trends zwischen der Zahl der Hospitalisierung und den Indikatoren für Rauschtrinken bzw. dem Pro-Kopf Konsum ist eine Polarisierung. Früher ging man davon aus, dass sich der Anteil der Bevölkerung mit einem chronischen oder episodischen Risikokonsum automatisch senkt, wenn der Pro-Kopf Konsum sinkt (bzw. ansteigt, wenn der Pro-Kopf Konsum ansteigt: „Kollektivität der Trinkkulturen“ Theorie von Skog, 1985). In den letzten Jahren konnte jedoch in verschiedenen Studien (Schweden: (Hallgren et al., 2012), UK: (Meier, 2010), Australien: (Livingston, 2008)) eine Polarisierung nachgewiesen werden: das heisst, dass es mehr Personen gibt, welche extrem viel Alkohol konsumieren, während gleichzeitig der Anteil der Personen mit einem sehr geringen Alkoholkonsum ebenfalls zunimmt. In Abbildung 21 wird die Veränderung des Alkoholkonsums zwischen Zeitpunkt 1 (t1) und Zeitpunkt 2 (t2) entsprechend der Thesen „Kollektivität der Trinkkulturen“ (Skog, 1985) und „Polarisierung“ dargestellt.

Abbildung 21 Illustration von Veränderung des Alkoholkonsums zwischen t1 und t2 entsprechend der Thesen „Kollektivität der Trinkkultur“ und „Polarisierung“



Die Polarisierung ist schwierig nachzuweisen, da sich dabei vor allem der Anteil der sehr wenig bzw. sehr viel Alkohol-Konsumierenden verändert, nicht aber der Mittelwert. Die Instrumente, die beispielsweise in der SGB oder bei der Befragung HBSC verwendet werden, um die Prävalenz bzw. die Inzidenz von Rauschtrinken zu schätzen (z.B. mindestens zwei Mal pro Monat Konsum von 4+/5+ alkoholische Getränke 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.

Die Theorie der Polarisierung ist nur deskriptiv, das heisst sie sagt nichts darüber aus, weshalb mehr Personen extrem viel konsumieren. Die Polarisierung beinhaltet, dass es plausibel ist, dass Trends des Pro-Kopf Konsums bzw. von Bevölkerungsbefragungen (z.B. SGB, HBSC) nicht unbedingt parallel zu Trends der Hospitalisierungen verlaufen.

Fazit: Polarisierung ist eine mögliche Erklärung für die teilweise gegenläufigen Trends der MS im Vergleich zum Alkoholkonsum in der Bevölkerung. Es gibt jedoch bisher keinen empirischen Nachweis für eine Polarisierung in der Schweizer Bevölkerung.

4.2.1.2 Erhöhte Sensibilität in der Bevölkerung: Stark alkoholisierte Personen werden heute eher hospitalisiert

Entsprechend diesem Erklärungsansatz ist die Bevölkerung besser über die möglichen Gefahren von „Alkohol-Intoxikationen“ informiert und eher bereit, die betreffenden Personen zu hospitalisieren (z.B. „Besoffene benötigen Hilfe, man darf sie den Rausch nicht einfach ausschlafen lassen“). Dem entsprechend wäre die Hemmschwelle niedriger, den Notruf zu alarmieren, Hilfe zu holen oder eine Person ins Spital zu bringen.

Fazit: Erhöhte Sensibilität in der Bevölkerung ist eine mögliche Erklärung für den Anstieg der Hospitalisierungen. Die Sensibilität in der Bevölkerung wurde jedoch bisher nicht systematisch untersucht.

4.2.1.3 Konsum im öffentlichen Raum

Der Konsum im öffentlichen Raum wurde in den vergangenen Jahren in den Medien oft thematisiert. Konsum im öffentlichen Raum kann dazu führen, dass ...

- stark betrunkene Personen eher auffallen und somit eher hospitalisiert oder in Ausrückerzellen eingeliefert werden.
- Jugendliche ihre alkoholischen Getränke schneller trinken, da sie nicht riskieren wollen, dass ihnen die Getränke abgenommen/weggenommen werden (Caflisch, pers. Mitt., 20.8.14).
- die betrunkenen Personen ihren Rausch nicht einfach ausschlafen können, sondern eher wach bleiben (und evtl. sogar noch mehr konsumieren) (Caflisch, pers. Mitt., 20.8.14).
- es im öffentlichen Raum weniger notwendig ist, auf den Gastgeber Rücksicht zu nehmen. Gemäss Präventionsfachleuten bemühen sich Jugendliche, die bei sich Freunden zuhause trinken, eher, nicht zu randalieren oder nicht so viel zu trinken, dass sie erbrechen müssen

Fazit: Gemäss Präventionsfachleuten führt ein Konsum im öffentlichen Raum wahrscheinlich zu einem risikoreicheren Konsummuster und dazu, dass mehr stark betrunkene Personen eher auffallen und hospitalisiert werden, statt ihren Rausch auszuschlafen.

4.2.2 Erklärungsansätze für eine Abnahme

4.2.2.1 Einführung des SwissDRG-Systems (Swiss Diagnosis Related Groups)

Die Einführung des SwissDRG-Tarifsystems (Swiss Diagnosis Related Groups) hat möglicherweise dazu geführt, dass Personen mit einer „Alkohol-Intoxikation“ eher ambulant statt stationär behandelt werden. Im Jahr 2007 wurde vom Schweizer Parlament entschieden, dass die Fallabrechnung ab 2012 gemäss dem SwissDRG-System gemacht werden muss. Bis 2012 wurden sehr unterschiedliche Abrechnungssysteme verwendet (je nach Kanton, Spital, Sozial- vs. Krankenversicherung etc.). Gemäss Auskünften der relevanten Institutionen (H+, SwissDRG, BAG, GDK) gibt es keine Übersicht, wann in den einzelnen Spitälern „Alkohol-Intoxikationen“ mit dem SwissDRG-System abgerechnet wurden. Somit ist es auch nicht möglich, die Umstellung auf das SwissDRG-System in den Auswertungen der MS zu berücksichtigen.

Mit der Einführung des SwissDRG-Systems wurde u.a. beabsichtigt, ambulante Behandlungen zu fördern um Kosten zu senken. Zudem zeigt eine empirische Studie, dass es durch die Einführung des SwissDRG-Systems eine Verschiebung von stationären hin zu ambulanten Behandlungen gab (Busato & von Below, 2010), eine systematische Untersuchung fehlt jedoch.

Der Rückgang der Anzahl Hospitalisierungen aufgrund von „Alkohol-Intoxikation“, welcher sich in der MS zeigt, kann wahrscheinlich nicht vollständig der Einführung des SwissDRG-Systems zugeschrieben werden. Wenn die Trendwende ausschliesslich aufgrund der Einführung des SwissDRG-Systems stattgefunden hätte (d.h. wenn es ausschliesslich eine Verschiebung von stationären hin zu ambulanten Behandlungen gegeben hätte), wäre zu erwarten, dass die ambulanten Behandlungen im betreffenden Zeitraum zugenommen hätten. Dies zeigt sich jedoch weder in der Ambulanz-Studie aus Zürich (Holzer et al., 2012) noch bei den im Universitätsspital Genf aufgrund von „Alkohol-Intoxikation“ behandelten Jugendlichen (Cafilisch & Uldry, 2013, für Details, siehe Abbildung 4).

Fazit: Die Einführung des SwissDRG-Systems hat möglicherweise dazu geführt, dass es eine Verschiebung von stationären zu ambulanten Behandlungen gab. Das Ausmass dieses Effekts lässt sich zurzeit nicht quantifizieren. Im Hinblick darauf, dass auch die Zahl ambulanter Fälle ab 2008 rückläufig sind (Cafilisch & Uldry, 2013; Holzer et al., 2012), kann jedoch davon ausgegangen werden, dass die Einführung nicht der alleinige Grund für den Rückgang stationärer Behandlungen aufgrund von „Alkohol-Intoxikationen“ war.

4.2.2.2 De-Polarisierung: „Es gibt weniger Personen, die extrem viel trinken bzw. wenig trinken“

Ebenso wie die Polarisierung (Hallgren et al., 2012; Livingston, 2008, vgl. Kapitel 4.3.1.1; Meier, 2010) erklären kann, warum Hospitalisierungen zugenommen haben, während sich diese

Entwicklung in den Konsumzahlen nicht widerspiegelt, kann auch der umgekehrte Effekt (De-Polarisierung) einen Rückgang der Anzahl Hospitalisierungen erklären. Zu den Gründen für den geringeren Konsum lässt sich jedoch nichts sagen.

Fazit: Es ist zwar plausibel, dass eine „De-Polarisierung“ bzw. ein umgekehrter Effekt von Polarisierung zu einer Abnahme der Hospitalisierungen geführt hat. Empirische Hinweise hierfür fehlen jedoch.

4.2.2.3 Konsum im öffentlichen Raum

Jugendliche, welche am Universitätsspital Genf aufgrund ihrer „Alkohol-Intoxikation“ behandelt wurden, wurden u.a. jeweils generell nach ihrem Konsumverhalten und dem Konsum, welcher zur Hospitalisierung geführt hat, befragt (Caflisch, pers. Mitt., 20.8.14). Den am Universitätsspital gefundene Rückgang der Anzahl Hospitalisierungen (Caflisch & Uldry, 2013, Caflisch, pers. Mitt., 20.8.14) erklären die Autorinnen dadurch, dass die Jugendlichen vermehrt wieder bei sich oder bei Freunden/innen zu Hause Alkohol konsumieren statt im öffentlichen Raum. Es führt möglicherweise aber dazu, dass ...

- sich die Jugendlichen mehr Zeit lassen, die alkoholischen Getränke zu konsumieren (Caflisch, pers. Mitt., 20.8.14).
- die Jugendlichen aus Rücksicht auf die Gastgeber (bzw. Eltern der Freunde/innen) auf ihren Alkoholkonsum achtgeben (und beispielsweise vermeiden, soviel zu trinken, dass sie sich übergeben müssen (Caflisch, pers. Mitt., 20.8.14).
- sich die Jugendlichen, wenn sie merken, dass sie zu viel getrunken haben, hinlegen und ihren Rausch ausschlafen (in dieser Zeit werden sie von ihren Freunde/innen nicht einfach im Stich gelassen, sondern beobachtet oder überwacht, Caflisch, pers. Mitt., 20.8.14).

Fazit: Zumindest bei Jugendlichen gibt es Hinweise für eine Trendwende, dass alkoholische Getränke wieder vermehrt im privaten Raum konsumiert werden. Dadurch werden offenbar alkoholische Getränke langsamer konsumiert und stark alkoholisierte Jugendliche legen sich eher schlafen. Ob dieser Erklärungsansatz auch auf Erwachsene zutrifft ist unklar.

4.2.2.4 Übernachtungen in Notfallbetten werden als ambulante Behandlung codiert

In verschiedenen Notfallstationen (z.B. Inselspital Bern, Universitätsspital Genf, Hôpital Neuchâtelois) wurden in den letzten Jahren Betten/Kojen zur Verfügung gestellt, in denen sich Personen, die aufgrund einer „Alkohol-Intoxikation“ eingeliefert wurden, ausschlafen oder ruhig gestellt werden können. Die betreffenden Personen verlassen das Spital meistens, sobald es ihnen wieder besser geht (oft bereits noch in den frühen Morgenstunden).

Obwohl in der MS üblicherweise eine Behandlung als „stationär“ gilt, sobald der Patient / die Patientin eine „Übernachtung mit Bettbenutzung“ hat, werden Übernachtungen in Notfallbetten als ambulante Fälle abgerechnet. Dies bedeutet, dass die betroffenen Personen nicht in der MS dokumentiert werden, da es sich nicht um stationäre Fälle handelt.

Fazit: Die Einführung von Notfallbetten in den Notfallstationen hat wahrscheinlich zu einer Verschiebung von stationären hin zu ambulanten Behandlungen geführt. Im Hinblick darauf, dass es Hinweise auf eine Abnahme ambulanter Fälle ab 2008 gibt (Cafilisch & Uldry, 2013; Holzer et al., 2012), kann jedoch davon ausgegangen werden, dass die Einführung von Notfallbetten nicht der alleinige Grund für den Rückgang stationärer Behandlungen aufgrund von „Alkohol-Intoxikationen“ war.

4.2.2.5 Zentrale Ausnüchterungsstellen

Im März 2010 wurden in der Stadt Zürich die Zentralen Ausnüchterungsstellen (ZAS) eingeführt. In der ZAS werden stark betrunkene Personen unter medizinischer Betreuung ausgenüchtert, die sich und/oder andere gefährdet haben und deshalb von der Polizei in Gewahrsam genommen wurden. Die ZAS eignen sich vor allem für betrunkene Personen, welche ausser einer medizinischen Betreuung keine weitere medizinische Versorgung benötigen. Für Fälle mit starker Trunkenheit oder bei Auftreten von komorbiden Störungen sind ZAS keine Alternative zu einer Hospitalisierung.

Die ZAS wurden hauptsächlich zur Entlastung der Polizei eingeführt und können somit nicht direkt als Alternative zur Notfallstation bezeichnet werden: "75% der zugeführten Personen werden aufgrund ihres fremdgefährdenden Verhaltens (teilweise gekoppelt mit strafprozessualen Haftgründen) in die ZAS gebracht" (Mauch & Cuche-Curti, 2014, S. 4). Bevor die ZAS eingeführt wurde, wurden solche Personen nur selten von der Polizei in ein Spital überwiesen, sondern waren u.a. in Ausnüchterungszellen gebracht.

Punktuell werden auch in anderen Kantonen Ausnüchterungsstellen organisiert (z.B. während der Fastnachtszeit im Kanton Tessin).

Fazit: Die Einführung von Ausnüchterungsstellen hat dazu beigetragen, dass stark alkoholisierte Personen unter medizinischer Aufsicht ausnüchtern können. Da die medizinische Betreuung in ZAS beschränkt ist, werden dort eher leichte bis mittlere Fälle betreut (zumindest aus der Perspektive des medizinischen Behandlungsbedarfs); in den Spitälern hätte für die betreffenden Fälle vermutlich eine ambulante Behandlung ausgereicht. Personen welche in der ZAS betreut werden, waren vor der Einführung der ZAS nur selten in ein Spital eingeliefert worden. Der zu erwartende Einfluss der Einführung der ZAS und vergleichbarer Institutionen auf die Trends basierend auf der MS, welche ausschliesslich die stationären Fälle berücksichtigt, ist als gering einzuschätzen (insbesondere im Hinblick darauf, dass bisher nur in Zürich eine ZAS eingerichtet wurde).

4.2.2.6 Sättigungs-Effekt bezüglich der Sensibilität

Inzwischen ist die Bevölkerung möglicherweise besser über die Risiken von „Alkohol-Intoxikationen“ informiert. Das heisst, dass möglicherweise die Bereitschaft, betroffene Personen ins Spital zu bringen oder den Notruf zu alarmieren, nicht weiter zunimmt. Aus diesem Grund nehmen Hospitalisierungen aufgrund von „Alkohol-Intoxikation“ nicht mehr weiter zu.

Fazit: Dieser Erklärungsansatz ist zwar plausibel, er würde jedoch nur das Stagnieren der Fallzahlen erklären, nicht aber den Rückgang.

4.2.2.7 Geringerer Alkoholkonsum aufgrund struktureller Massnahmen

Im Zeitraum 2003 bis 2012 wurden kaum grössere strukturelle Massnahmen eingeführt, welche zu einer Reduktion des Alkoholkonsums geführt hätten. (Ausnahmen: Im Kanton Genf wurde im Februar 2005 die Erhältlichkeit alkoholischer Getränke eingeschränkt. In den Läden und Kiosken werden seit 2008 ab 22 Uhr keine alkoholischen Getränke mehr verkauft).

Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass auch weitere präventive Massnahmen oder Massnahmen der Frühintervention, die im Rahmen des „Nationalen Programm Alkohol“ des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) umgesetzt wurden, dazu beigetragen haben, dass die Anzahl der Hospitalisierungen aufgrund von „Alkohol-Intoxikationen“ gesunken ist. Umfassende Studien dazu fehlen bisher.

Fazit: Der Rückgang der Hospitalisierungen aufgrund von „Alkohol-Intoxikationen“ ab dem Jahr 2008 lässt sich nicht durch die Einführung struktureller Massnahmen erklären.

4.2.3 Fazit zu den Erklärungsansätzen für Trends bezüglich der Hospitalisierungen aufgrund von „Alkohol-Intoxikation“

Die Zunahme der in der MS dokumentierten „Alkohol-Intoxikationen“ bis 2008 und der Rückgang bis 2012 scheinen kein Artefakt darzustellen. Die Trends finden sich in verschiedenen Teilpopulationen wie Altersgruppen, Geschlecht und Sprachregion (nicht dargestellt), und unabhängig davon, ob Haupt- und/oder Nebendiagnosen betrachtet werden. Ein Zunahme in den 2000er Jahren bis etwa 2008/2009 und danach eine Stagnation oder ein Rückgang findet sich auch in anderen Studien bezüglich Personen, welche aufgrund einer Alkohol-Intoxikation eine Spitalbehandlung benötigten oder in den Trends zu Hospitalisierungen aufgrund von Alkohol-Intoxikation in Deutschland und Österreich.

Eine Veränderung der Konsummuster im Sinne einer (De-)Polarisierung könnte sowohl die Zu- als auch die Abnahme der Hospitalisierungen aufgrund von „Alkohol-Intoxikation“ beschreiben. Und zumindest bei Jugendlichen scheinen die Konsummuster stark mit dem Konsumort zusammenzuhängen.

Verschiedene Faktoren wie die Einführung des SwissDRG-Systems, die Einführung von Notfallbetten in Notfallstellen und von Zentralen Ausnüchterungsstellen haben zwar möglicherweise dazu beigetragen, dass Hospitalisierungen aufgrund von „Alkohol-Intoxikation“ zwischen 2008 und 2012 abgenommen haben. Im Hinblick auf Studien, welche auch ambulante Fälle berücksichtigen, scheinen diese Faktoren jedoch nicht die alleinigen Gründe für den beobachteten Rückgang zu sein. Es kann deshalb davon ausgegangen werden, dass es 2008 in der Zahl der Fälle mit einer „Alkohol-Intoxikation“, welche eine medizinische Behandlung im Spital benötigten, eine Trendwende gab und diese seither rückläufig sind.

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. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA).
- Bitzer, E. M., Grobe, T. G., Schilling, E., Dörning, H. & Schwartz, F. W. (2009). GEK Report Krankenhaus 2009 - Schwerpunktthema: Alkoholmissbrauch bei Jugendlichen. Abgerufen am 17.09.2009, unter <https://www.gek.de/x-medien/dateien/magazine/GEK-Report-Krankenhaus-2009.pdf>
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2008). *Nationales Programm Alkohol 2008 - 2012*. Bern: BAG.
- Bundesamt für Statistik (BFS) (2001). Medizinische Statistik der Krankenhäuser 1999 - Standardtabellen. Neuchâtel: BFS.
- Bundesamt für Statistik (BFS) (2005). Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2003 - Standardtabellen. Neuchâtel: BFS.
- Bundesamt für Statistik (BFS) (2011). Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2009 - Standardtabellen. Neuchâtel: BFS.
- Bundesamt für Statistik (BFS) (2014). Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2012 - Standardtabellen. Neuchâtel: BFS.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) (2004). *Wissenschaftliche Begleitung des Modellprogramms Alkoholvergiftungen bei Kindern und Jugendlichen“ Bundesweite Datenerhebung – Kurzanalyse*. Basel: Prognos.
- 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.
- Cafilisch, M. & Uldry, V. (2013). Lorsque les chemins de l'alcool et de l'adolescence se croisent. *Revue médicale suisse* 374, 406-409.
- Eidgenössische Alkoholverwaltung (EAV) (2014). Alkohol in Zahlen. Abgerufen am 13.10.2014, unter <http://www.eav.admin.ch/dokumentation/00445/00582/index.html?lang=en>
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2014). Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000 (Fälle, Berechnungs- und Belegungstage, durchschnittliche Verweildauer). Gliederungsmerkmale: Jahre, Behandlungsort, Alter, Geschlecht, Verweildauer. Abgerufen am 14.10.2014, unter <http://www.gbe-bund.de/gbe10/i?i=702:13716181D>
- Gmel, G., Kuendig, H., Notari, L., Gmel, C. & Flury, R. (2013). Suchtmonitoring Schweiz - Konsum von Alkohol, Tabak und illegaler Drogen in der Schweiz im Jahr 2012. Lausanne: Sucht Schweiz.
- Gmel, G. & Kuntsche, E. (2006). Alkohol-Intoxikationen Jugendlicher und junger Erwachsener. Eine Sekundäranalyse der Daten Schweizer Spitäler. Abgerufen, unter http://www.sfa-isp.ch/DocUpload/RR_Intoxikationen_06.pdf
- Gmel, G., Kuntsche, E., Wicki, M. & Labhart, F. (2009). Das European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) in der Schweiz: Wichtigste Ergebnisse im Vergleich 2003 und 2007. Abgerufen am April 2009, unter <http://www.sfa-isp.ch/DocUpload/ESPAD2007.pdf>

- Gmel, G., Notari, L., Georges, A. & Wicki, M. (2012). Alkohol, Suchtmonitoring Schweiz / Jahresbericht – Daten 2011. Bern / Lausanne: Bundesamt für Gesundheit / Sucht Schweiz.
- Gmel, G., Rehm, J. & Kuntsche, E. (2003). Binge drinking in Europe: Definitions, epidemiology, and consequences. *Sucht* 49, 105-116.
- Haberker, M., Exadaktylos, A. K. & Marty, H. (2010). Alcohol intoxication at a university hospital acute medicine unit—with special consideration of young adults: an 8-year observational study from Switzerland. *Emergency Medicine Journal* 27, 199-202.
- Hallgren, M., Leifman, H. & Andreasson, S. (2012). Drinking less but greater harm: could polarized drinking habits explain the divergence between alcohol consumption and harms among youth? *Alcohol and Alcoholism* 47, 581-90.
- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A. & Kraus, L. (2012). The 2011 ESPAD report - Substance use among students in 36 European countries. Stockholm: ESPAD.
- Holzer, B. M., Minder, C. E., Schätti, G., Rosset, N., Battegay, E., Müller, S. & Zimmerli, L. (2012). Ten-Year Trends in Intoxications and Requests for Emergency Ambulance Service. *Prehospital Emergency Care* 16, 497-504.
- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK gGmbH) (2004). Deutsche Kodierrichtlinien.
- Kuendig, H., Hasselberg, M., Laflamme, L., Daepfen, J.-B. & Gmel, G. (2008). Acute alcohol consumption and injury: Risk associations and attributable fractions for different injury mechanisms. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 69, 218-226.
- Livingston, M. (2008). Recent trends in risky alcohol consumption and related harm among young people in Victoria, Australia. *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 32, 266-71.
- Mauch, C. & Cucho-Curti, C. (2014). Zürcher Ausnüchterungs- und Betreuungsstelle (ZAB), Etablierung der Einrichtung mittels gesetzlicher Grundlage - Weisung des Stadtrats von Zürich an den Gemeinderat Zürich: Stadtrat Zürich.
- Med-Kolleg (2005). Portal für Medizin und Gesundheit, Berlin.
- Meier, P. (2010). Polarized drinking patterns and alcohol deregulation. Trends in alcohol consumption, harms and policy, United Kingdom 1990 – 2010. *Nordisk Alkohol Nark* 27,
- Notari, L., Delgrande Jordan, M. & Maffli, E. (2009). Zusammenfassende Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragungen 2007, 2002, 1997 und 1992 hinsichtlich des Konsums von Tabak, Alkohol, Medikamenten und illegalen Drogen (Tabellenbericht zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit). Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA).
- Notari, L., Le Mével, L., Delgrande Jordan, M. & Maffli, E. (2014). Zusammenfassende Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragungen 2012, 2007, 2002, 1997 und 1992 hinsichtlich des Konsums von Tabak, Alkohol, Medikamenten und illegalen Drogen Sucht Schweiz.
- Petrakis, I. L., Gonzalez, G., Rosenheck, R. & Krystal, J. H. (2002). Comorbidity of alcoholism and psychiatric disorders: an overview. *Alcohol Research and Health* 26, 81-89.
- Rehm, J., Room, R., Monteiro, M. G., Gmel, G., Graham, K., Rehn, N., Sempos, C. T., Frick, U. & Jernigan, D. (2004). Alcohol use. In M. Ezzati, A. D. Lopez, A. Rodgers & C. J. L. Murray (Eds.), *Comparative Quantification of Health Risks. Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors*, Vol. 1, (pp. 959-1108). Geneva: World Health Organization (WHO).

- Seyer, S., Lehner, R., Gschwandtner, F. & Paulik, R. (2010). Bericht zum Drogenmonitoring 2009. Linz: Institut Suchtprävention, Pro Mente OOE.
- Skog, O.-J. (1985). The collectivity of drinking cultures: a theory of the distribution of alcohol consumption. *British Journal of Addiction* 80, 83-99.
- Uhl, A., Bachmayer, S. & Kobrna, U. (2008). Zunahme der alkoholbedingten Spitalsaufnahmen von Kindern und Jugendlichen LBISucht.
- Uhl, A., Bachmayer, S., Puhm, A., Strizek, J., Kobrna, U. & Musalek, M. (2013). *Handbuch Alkohol – Österreich. Band 1: Statistiken und Berechnungsgrundlagen*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- Wicki, M. (2013). Hospitalisierungen aufgrund von Alkohol-Intoxikation oder Alkoholabhängigkeit bei Jugendlichen und Erwachsenen - Eine Analyse der Schweizerischen „Medizinischen Statistik der Krankenhäuser“ 2001-2010. Lausanne: Sucht Schweiz.
- Wicki, M. & Gmel, G. (2005). Rauschtrinken in der Schweiz - Eine Schätzung der Prävalenz aufgrund verschiedener Umfragen seit 1997. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol und andere Drogenprobleme (SFA).
- Wicki, M. & Gmel, G. (2008). Alkohol-Intoxikationen Jugendlicher und junger Erwachsener. Ein Update der Sekundäranalyse der Daten Schweizer Hospitäler bis 2005. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA).
- Wicki, M. & Gmel, G. (2009a). Alkohol-Intoxikationen Jugendlicher und junger Erwachsener. Ein Update der Sekundäranalyse der Daten Schweizer Spitäler bis 2007. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA).
- Wicki, M. & Gmel, G. (2009b). Alkohol-Intoxikationen Jugendlicher und junger Erwachsener. Ein Update der Sekundäranalyse der Daten Schweizer Spitäler bis 2007 / Alcoholic Intoxication of adolescents and young adults. An update of the secondary analysis of data of Swiss hospitals up until 2007. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA) / Swiss Institute for the Prevention of Alcohol and Drug Problems (SIPA).
- Windlin, B., Kuntsche, E. & Delgrande Jordan, M. (2011). Konsum psychoaktiver Substanzen Jugendlicher in der Schweiz – Zeitliche Entwicklungen und aktueller Stand. Resultate der internationalen Studie «Health Behaviour in School-aged Children» (HBSC). Lausanne: Sucht Info Schweiz.
- World Health Organization (WHO) (2000). International guide for monitoring alcohol consumption and related harm. Abgerufen am 09.10.2013, unter [http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO MSD MSB 00.4.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_MSD_MSB_00.4.pdf)

Anhang