

Alkoholbedingte Sterbefälle

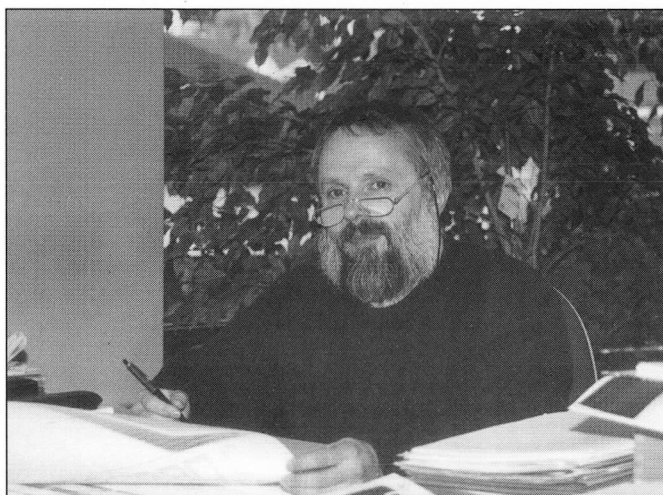
Zwischen 1979 und 1998 hat sich die Zahl der jährlich an alkoholbedingten Krankheiten Verstorbenen in Baden-Württemberg von 1 098 auf 1 640 erhöht. Damit liegt die Zahl dieser Sterbefälle inzwischen auf einem höheren Niveau als Selbstmord und inzwischen sehr deutlich über derjenigen der Kfz-Unfälle mit tödlichem Ausgang. Der Alkohol fordert seine Opfer vor allem unter den Männern, und wer an Alkohol stirbt, stirbt verhältnismäßig früh.

Brauereien beklagen schwindende Absätze. Wirte sorgen sich wegen der Rückgänge im gewinnträchtigen Spirituosenverbrauch. Neuere Untersuchungen wollen nachweisen, daß der tägliche Genuß eines Glases Wein gesundheitsfördernd ist. Noch neuere Ergebnisse sprechen die gleiche Wirkung dem Gerstensaft zu. Es wird von Medizinerseite verbraucherfreundlich (?) mit Grammangaben reinen Alkohols argumentiert, andere sind weniger zimperlich und sagen, 2,8 Liter Bier am Tag sind auf Dauer schädlich. Werbung für Alkohol ist allgegenwärtig, man bedient sich aller Medien. Die dort gezeigte Welt ist voller entspannter und fröhlicher Menschen. Manchmal belohnen sie sich auch mit einem kühlen Pils für einen besonders gelungenen Geschäftsabschluß. Für den Kenner der Materie mag das schon wieder eher problematisch sein.

Churchill ist auch berühmt wegen seines Ausspruchs „no sports, just whisky and cigars“. Die traurigen Eskapaden eines Harald Juhnke beschäftigen nicht nur die einschlägige Presse. Hemingway war dem Trunke zugetan wie Alfred Hitchcock. Der Kabarettist und Schauspieler Helmut Qualtinger ging daran zugrunde.

Jede Kultur verfügt über eine Palette von Genußmitteln, deren Dosierung sich auf die Befindlichkeit der Konsumenten sehr unterschiedlich auswirkt. Allen ist eigen, daß sie einen mäßigen Gebrauch voraussetzen, um das Wohlbefinden zu steigern. Alles Übermäßige dagegen führt zu kurz- wie längerfristig unerwünschten Nebenwirkungen. Einige dieser Mittel sind geeignet, ihren Genießer von sich abhängig zu machen – sicher die unerfreulichste der Nebenwirkungen, da sie den Willen und die freie Entscheidung des Individuums beeinträchtigt oder gar ausschaltet.

Trotz dieser Gefahr sind diese kulturspezifischen Mittel gesellschaftlich nicht nur geduldet, sondern allgemein anerkannt. Der Schaden, den sie anrichten können, wird gewissermaßen toleriert, soweit es sich um eine Droge aus dem Selbstverständnis der eigenen Tradition handelt. In unserer abendländischen Kultur ist sicher der Alkohol das verbreitetste Genuß- und gleichzeitig Suchtmittel. Er ist bei religiösen wie profanen Anlässen allgegenwärtig. Nahezu jeder Angehörige unseres Kulturkreises kommt in seinem Leben mehr oder weniger früh mit ihm in Berührung. Und was für die einen zur gelegentlichen Steigerung ihres Wohlbefindens beiträgt, kann für die anderen die allmähliche Zerstörung der Persönlichkeit, des sozialen Umfelds und schließlich der Existenz bedeuten. Es läßt sich gut moralisieren über diesen Gegenstand. Warum werde ich als alkoholisierte Autofahrer hart bestraft, während der betrunkene Totschläger auf mildernde Umstände rechnen kann? Warum gehört das Demonstrieren scheinbarer Unempfindlichkeit gegen größere Mengen Alkohol zu den Mannbarkeitsritualen, während ange-trunkene Frauen – trotz aller Emanzipation – im Gegensatz zu tabakrauchenden Frauen immer noch als lächerlich oder peinlich empfunden werden? Hier wie in vielen anderen gesellschaftlichen Erscheinungsformen mögen Wertvorstellungen und Bewertungskriterien dominieren, die wohl jenseits des Rationalen anzusiedeln sind.



Der Autor: Dr. Lothar Baumann ist Referent im Referat "Bevölkerungsstand und -bewegung, Gesundheitswesen" des Statistischen Landesamts Baden-Württemberg.

Die amtliche Statistik kann zu derlei anthropologischen Fragen wenig Klärendes beitragen. Dagegen ist sie durchaus in der Lage, eine Reihe von harten Daten bereitzustellen, anhand derer sich Entwicklungen darstellen lassen, die in unmittelbarem Zusammenhang mit übermäßigem Alkoholkonsum stehen.

Datenquellen der amtlichen Statistik

Nach wie vor verfügt die amtliche Statistik über keine umfassende Erkrankungsstatistik der Bevölkerung. Rückschlüsse auf den allgemeinen Gesundheitszustand sind über die Krankenhausdiagnose- sowie über die Todesursachenstatistik möglich. Für die vorliegende Untersuchung muß überwiegend die Todesursachenstatistik herangezogen werden. Dies aus zwei Gründen. Zum einen ist die Krankenhausstatistik, was in Fachkreisen häufig als Mangel empfunden wird, nach der dreistelligen ICD9 verschlüsselt (ICD9 = International Classification of Diseases in der 9. Revision von 1979). Der Dreisteller gibt jedoch gerade bei den Behandlungsfällen im Zusammenhang mit Alkohol nur begrenzt Auskunft über den Umfang der daran Erkrankten. So vermag er zum Beispiel nicht zwischen alkoholischer und nicht-alkoholischer Leberzirrhose zu unterscheiden. Gerade die alkoholischen Lebererkrankungen und hier vorrangig die Zirrhose bestimmen – wie zu zeigen sein wird – das Geschehen bei den alkoholbedingten Sterbefällen in hohem Maße. Aus der gegenwärtigen Krankenhausstatistik lassen sich aus dem psychiatrischen Diagnosekreis nur bestimmte Alkoholkrankungen isolieren. Zum anderen wurde völlig unverständlicherweise versäumt, mit der Einführung der ICD10, also der 10. Revision der Internationalen Klassifikation der Krankheiten, in der Todesursachenstatistik ab dem Berichtsjahr 1998 auch die Kranken-

hausstatistik auf die neue Systematik umzustellen. Das alphanumerische System der ICD10 dürfte die Vergleichbarkeit der beiden Statistiken im dreistelligen Bereich erheblich verbessern. So erlaubt es zum Beispiel die Zusammenfassungen zu Gruppen, wie psychische Störungen durch Alkohol oder alkoholische Leberkrankheiten (*siehe auch Übersicht*).

Die Todesursachenstatistik basiert auf der Auswertung aller Leichenschauscheine nach dem jeweiligen Grundleiden. Dies bedeutet im Zusammenhang mit dieser Untersuchung, daß nur der auf eine alkoholbedingte Erkrankung zurückzuführende Sterbefall berücksichtigt werden kann – der Fall also, in dem Alkohol im Zusammenhang mit dem zugrundeliegenden und zum Tode führenden Leiden auf dem Totenschein genannt ist. Alkohol als zusätzliche Erkrankung angegeben, wird ebensowenig ausgewertet wie etwa der mit Alkoholkonsum in Verbindung stehende tödliche Sturz auf der Kellertreppe, der Verkehrsunfall mit Todesfolge oder der unter Alkoholeinfluß begangene Selbstmord. Diese Todesfälle erscheinen in der Todesursachenstatistik als Unfälle bzw. als Selbstmorde.

Die Umstellung der Todesursachenstatistik auf die neue Systematik führte übrigens zu keinem erkennbaren Bruch in der zeitlichen Entwicklung der alkoholbedingten Sterbefälle (*Tabelle 1*).

Sterbefallzahlen stark gestiegen

Seit Ende der 70er Jahre sterben in Baden-Württemberg jährlich zwischen 91 000 und 99 000 Menschen. Bei einer mittlerweile auf über 10,4 Mill. angewachsenen Gesamtbevölkerung bedeutet dies zwischen 999 und 930 Sterbefälle je 100 000 Einwohner. In den 90er Jahren liegen diese Sterberaten niedriger als in den vorangegangenen Jahrzehnten. An alkoholbedingten Erkrankungen starben in diesem Zeitraum jährlich zwischen knapp 1 100 und gut 1 600 Menschen. Auf die Bevölkerung umgerechnet waren dies zwischen 12 und knapp 16 Todesfälle je 100 000 Einwohner. So gering diese Zahlen zunächst erscheinen mögen, unterliegen sie doch einer ganz anderen Dynamik (*Tabelle 1*). Vor allem in der zweiten Hälfte der 80er Jahre ist ein rasches Ansteigen sowohl der Fallzahlen als auch der Sterberaten zu beobachten. Insgesamt ist gegenüber dem Ausgangsjahr dieser Untersuchung eine absolute Zunahme der Alkoholsterbefälle um 50,2 % und im Verhältnis zur Bevölkerungsgröße um knapp 32,8 % zu verzeichnen. Für die Sterbefälle insgesamt ergeben sich mit knapp + 6 % bzw. – 7 % sowohl absolut wie relativ gesehen völlig anders geartete Änderungsdaten.

Im Jahr 1998 kamen mehr Menschen durch Alkoholkrankungen ums Leben (1 640) als durch Selbstmord (1 565). Die Selbstmord-

Übersicht

Alkoholbedingte Erkrankungen nach der Internationalen Klassifizierung der Krankheiten

ICD 9	ICD 10
291 Alkoholpsychosen	F10 <i>Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol:</i>
291.0 Delirium tremens	F10.0 Akute Intoxikation
291.1 Alkoholisches Korsakow-Syndrom	F10.1 Schädlicher Gebrauch
291.2 Andere Alkoholdemenz	F10.2 Abhängigkeitssyndrom
291.3 Alkohol-Halluzinose	F10.3 Entzugssyndrom
291.4 Pathologischer Rausch	F10.4 Entzugssyndrom mit Delir
291.5 Alkoholischer Eifersuchtswahn	F10.5 Psychotische Störung
291.8 Andere Alkoholpsychosen	F10.6 Amnestisches Syndrom
291.9 Nicht näher bezeichnete Alkoholpsychosen	F10.7 Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung
303 Alkoholabhängigkeit	F10.8 Sonstige psychische und Verhaltensstörung
305.0 Alkoholmißbrauch	F10.9 Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung
357.5 Polyneuropathie durch Alkoholabusus	G31.2 Degeneration des Nervensystems durch Alkohol
425.5 Alkoholische Myokardiopathie	G62.1 Alkohol-Polyneuropathie
535.3 Gastritis durch Alkoholismus	I42.6 Alkoholische Kardiomyopathie
571.0 Alkoholische Fettleber	K29.2 Alkoholgastritis
571.1 Akute alkoholische Hepatitis	K70 <i>Alkoholische Leberkrankheiten:</i>
571.2 Alkoholische Leberzirrhose	K70.0 Alkoholische Fettleber
571.3 Nicht näher bezeichneter alkoholischer Leberschaden	K70.1 Alkoholische Hepatitis
	K70.2 Alkoholische Fibrose und Sklerose der Leber
	K70.3 Alkoholische Leberzirrhose
	K70.4 Alkoholisches Leberversagen
	K70.9 Alkoholische Leberkrankheit, nicht näher bezeichnet

Tabelle 1
Alkoholbedingte Sterbefälle in Baden-Württemberg seit 1979

Jahr	männlich weiblich zusammen	Ins- gesamt	Ver- änderung gegen- über Vorjahr in %	Anteil in %	Gestorbene auf 100 000 der mittleren Bevölkerung	Mittleres Sterbe- alter
1979	m	882	X	78,9	19,6	51,8
	w	230	X	21,1	4,8	54,4
	z	1 092	X	100	11,9	52,4
1980	m	871	+ 1,0	78,7	19,5	52,8
	w	236	+ 2,6	21,3	4,9	53,6
	z	1 107	+ 1,4	100	12,0	52,9
1981	m	886	+ 1,7	77,2	19,8	53,3
	w	261	+ 10,6	22,8	5,4	50,7
	z	1 147	+ 3,6	100	12,4	52,8
1982	m	884	- 0,2	76,9	19,8	52,4
	w	266	+ 1,9	23,1	5,5	53,3
	z	1 150	+ 0,3	100	12,4	52,6
1983	m	901	+ 1,9	77,7	20,2	53,1
	w	259	- 2,6	22,3	5,4	53,7
	z	1 160	+ 0,9	100	12,5	53,2
1984	m	884	- 1,9	77,3	19,8	54,2
	w	260	+ 0,4	22,7	5,4	57,1
	z	1 144	- 1,4	100	12,3	54,9
1985	m	932	+ 5,4	78,7	20,9	53,8
	w	252	- 3,1	21,3	5,3	56,6
	z	1 184	+ 3,5	100	12,8	54,3
1986	m	895	- 4,0	76,5	20,0	56,1
	w	275	+ 9,1	23,5	5,7	52,7
	z	1 170	- 1,2	100	12,6	55,5
1987	m	911	+ 1,8	77,1	20,3	55,1
	w	271	- 1,5	22,9	5,6	55,8
	z	1 182	+ 1,0	100	12,7	55,3
1988	m	909	- 0,2	75,4	20,0	55,1
	w	296	+ 9,2	24,6	6,1	55,2
	z	1 205	+ 1,9	100	12,8	55,1
1989	m	1 035	+ 13,9	76,0	22,5	55,0
	w	326	+ 10,1	24,0	6,7	55,7
	z	1 361	+ 12,9	100	14,3	55,2
1990	m	1 060	+ 2,4	75,3	22,4	56,1
	w	348	+ 6,7	24,7	7,0	55,3
	z	1 408	+ 3,5	100	14,5	55,9
1991	m	1 102	+ 4,0	75,5	22,8	56,4
	w	357	+ 2,6	24,5	7,0	55,0
	z	1 459	+ 3,6	100	14,7	56,1
1992	m	1 034	- 6,2	71,9	20,9	56,6
	w	405	+ 13,4	28,1	7,8	55,1
	z	1 439	- 1,4	100	14,2	56,3
1993	m	1 175	+ 13,6	76,4	23,5	57,3
	w	362	- 10,6	23,6	7,0	56,6
	z	1 537	+ 6,8	100	15,1	57,2
1994	m	1 135	- 3,4	74,0	22,6	57,4
	w	399	+ 10,2	26,0	7,6	58,3
	z	1 534	- 0,2	100	15,0	57,6
1995	m	1 193	+ 5,1	76,4	23,7	57,9
	w	369	- 7,5	23,6	7,0	58,0
	z	1 562	+ 1,8	100	15,2	57,9
1996	m	1 225	+ 2,7	74,8	24,1	58,2
	w	413	+ 11,9	25,2	7,8	57,5
	z	1 638	+ 4,9	100	15,8	58,8
1997	m	1 189	- 2,9	72,3	23,4	58,4
	w	455	+ 10,2	27,7	8,6	58,2
	z	1 644	+ 0,4	100	15,8	58,3
1998	m	1 225	+ 3,0	74,7	24,0	59,0
	w	415	- 8,8	25,3	7,8	58,3
	z	1 640	- 0,2	100	15,8	58,8

zahlen entwickeln sich gegenläufig zu den Alkoholtodesfällen. Über lange Jahre einer Grundlast unserer Gesellschaft ähnlich, ohne bemerkenswerte Ausschläge nach der einen oder der anderen Seite, sinken die Suizidzahlen in den letzten Jahren stetig.

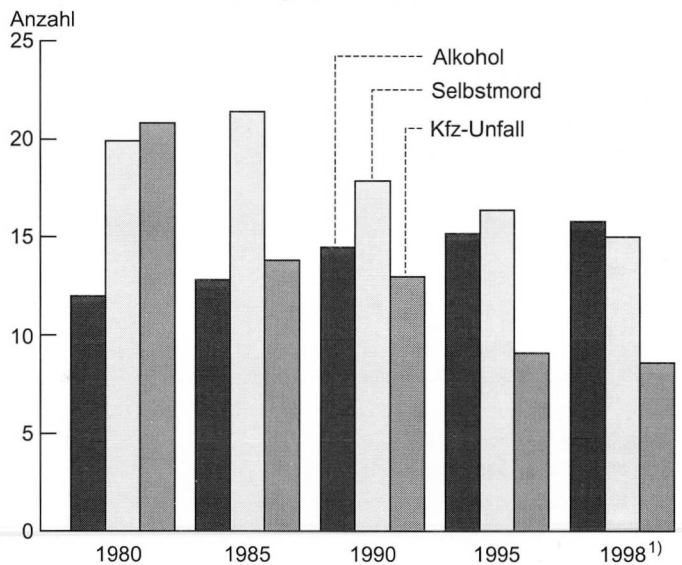
Besonders augenfällig wird der negative Einfluß des Alkohols auf die Entwicklung der Todesursachen im Vergleich mit den Toten infolge von Kfz-Unfällen. Hier hat sich die Zahl seit 1979 auf weniger als die Hälfte verringert. Gegenüber den wegen Alkoholleiden zu Tode Gekommenen von einem doppelt so hohen Niveau ausgehend, ist die Anzahl der Verkehrstopfer heute nur noch halb so groß wie die der Alkoholtoten. Anders formuliert, sterben heute fast doppelt so viele Menschen an einer Form des Alkoholismus als durch einen Kfz-Unfall (*Schaubild 1*). Und an Alkohol sterben auch mehr Menschen als an allen infektiösen und parasitären Krankheiten (1 293) zusammengenommen.

Leberzirrhose besonders gefährlich

Unter den verschiedenen zum Tode führenden Alkoholkrankungen sind es nur zwei, die zu höheren Sterbefallzahlen führen. Zum einen ist es die Alkoholabhängigkeit, die im zeitlichen Vergleich zwischen 275 und 394 Todesfälle verursacht hat (*Tabelle 2: Ergebnisse für 1998 nach ICD10 sind aus methodischen Überlegungen in dieser Tabelle nicht enthalten*). Ihr Potential als Todesursache ist weniger ausgeprägt. Trotz nomineller Zunahmen ist die Entwicklung im Verlauf der Jahre uneinheitlich und unterliegt häufigen Schwankungen. Ganz im Gegensatz dazu steht die Leberzirrhose, die fast durchweg eine steigende Tendenz aufweist und die für das Geschehen maßgeblich geworden ist. Alle anderen alkoholbedingten Todesursachen bringen es auf sehr kleine und zum Teil für das Gesamtergebnis unbedeutende Fallzahlen.

In *Schaubild 2* wird die oben angedeutete Möglichkeit genutzt (*vgl. Übersicht*), die ICD9 auch in tieferer Gliederung als dies in

Schaubild 1
Sterbefälle infolge Alkohol, Selbstmord und Kfz-Unfall auf 100 000 der mittleren Bevölkerung in Baden-Württemberg seit 1980



1) Für Kfz-Unfälle Wert von 1997.

Tabelle 2

Alkoholbedingte Sterbefälle in Baden-Württemberg seit 1979 nach Einzelursachen

Jahr	Insgesamt	Davon gestorben an ... (Pos. Nr. der ICD/9)									
		Alkohol- psychose	Alkohol- abhängigkeit	Alkohol- mißbrauch	Polyneuro- pathie durch Alkohol- abhängigkeit	Alkoholische Myokardio- pathie	Gastritis durch Alkoholis- mus	Alkoholische Fettleber	Akute alkoholische Hepatitis	Alkoholische Leber- zirrhose	Nicht näher bezeichneter alkoholischer Leber- schaden
		(291)	(303)	(305.0)	(357.5)	(425.5)	(535.3)	(571.0)	(571.1)	(571.2)	(571.3)
1979	1 092	56	275	47	2	61	4	18	4	542	83
1980	1 107	54	304	61	-	64	1	17	4	540	62
1981	1 147	63	289	49	1	57	2	12	11	593	70
1982	1 150	37	275	50	-	102	2	14	7	618	45
1983	1 160	35	300	59	-	91	2	13	2	576	82
1984	1 144	38	283	57	-	79	-	2	3	630	52
1985	1 184	32	342	40	1	78	3	2	7	638	41
1986	1 170	15	379	44	-	62	2	5	3	621	39
1987	1 182	20	312	41	2	87	1	10	3	674	32
1988	1 205	11	348	40	5	93	4	5	7	650	42
1989	1 361	20	309	10	3	105	6	6	7	821	74
1990	1 408	32	302	33	1	115	8	15	4	834	64
1991	1 459	32	317	22	2	111	3	4	5	925	38
1992	1 439	22	297	28	3	70	5	8	9	944	53
1993	1 537	31	284	35	1	121	8	2	1	990	64
1994	1 534	38	348	24	1	128	11	6	10	928	40
1995	1 562	24	394	24	1	105	9	6	7	944	48
1996	1 638	27	363	31	3	98	1	4	5	1 047	59
1997	1 644	27	370	33	1	98	3	1	5	1 054	52

Tabelle 1 geschehen, mit der ICD10 zu verbinden. Gut ist zu erkennen, wie stark die Ausprägung der Gesamtkurve von der Entwicklung der alkoholischen Erkrankungen der Leber beeinflusst wird, während die psychischen Störungen durch Alkohol ein eher statisches Verhalten zeigen.

Frauen weniger gefährdet

Männer sind, zumindest was den Umgang mit Alkohol angeht, zweifellos das schwächere Geschlecht. Denn obwohl für Frauen – konstitutionsbedingt – eine geringere Alkoholverträglichkeit angenommen wird, erreicht ihr Anteil an den alkoholbedingten Sterbefällen zusammen in keinem der untersuchten Jahre die 30%-Marke. Im Mittel aller Jahre liegt der Frauenanteil sogar nur bei 24 % (Tabelle 1).

Aus der Krankenhausstatistik 1997 können mit der ICD9 Nr. 291 (Alkoholpsychose) und mit der Position 303 (Alkoholabhängigkeit) mit 2 222 bzw. 16 330 vollstationären Behandlungsfällen die einzigen Vergleichszahlen zur Todesursachenstatistik herangezogen werden (siehe oben). Auch hier schneiden die Frauen im Vergleich zu den Männern mit einem Anteil von knapp 25 bzw. knapp 26 % in etwa der gleichen Größenordnung ab wie bei den Sterbefällen (Tabelle 3).

Ungeachtet dessen muß jedoch auch für die Frauen festgestellt werden, daß sowohl die Zahl der alkoholbedingten Sterbefälle wie auch ihr Anteil an dieser Todesursache im Untersuchungszeitraum erheblich zugenommen hat. Gegenüber 1979 hat sich die Anzahl der Frauen, die an einer Alkoholkrankheit starben, bis

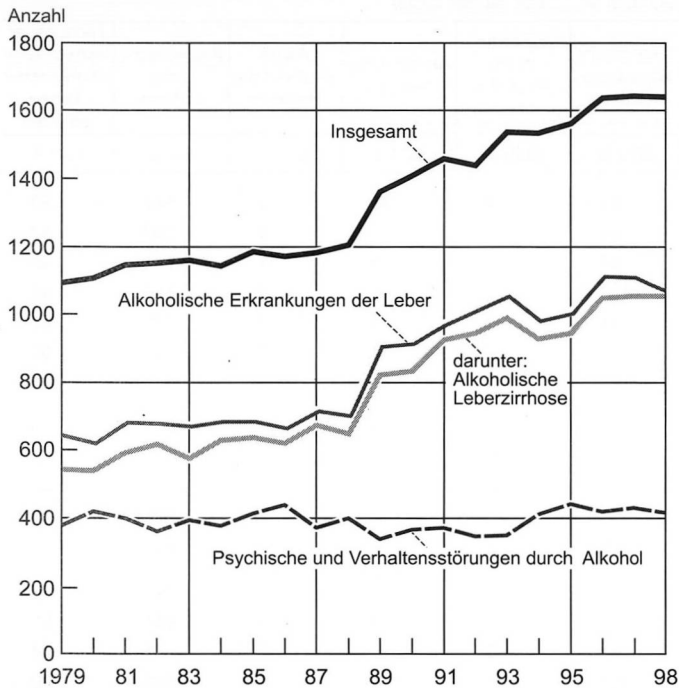
1997 von 230 auf 455 Fälle fast verdoppelt. Für das Jahr 1998 ist dagegen ein leichter Rückgang auf 415 zu beobachten (Tabelle 1). Der Anteil von Frauen an dieser Todesursache stieg gleichzeitig von 21 auf gut 25 %. Auch wenn es sich um verhältnismäßig kleine Fallzahlen handelt, zeigt doch die sichtbar ansteigende Tendenz, daß sich bei den Frauen hinsichtlich des Umgangs mit Alkohol etwas geändert haben muß. Diese Feststellung wird bestätigt, wenn man die Sterbefallzahlen in Relation zur weiblichen Bevölkerung Baden-Württembergs setzt. Starben im Jahre 1979 von 100 000 Frauen erst 4,8 an einer alkoholinduzierten Krankheit, waren es 1998 bereits 7,8 (+ 62,5 %). Vergleichsweise moderat erscheint dagegen im gleichen Zeitraum der Anstieg bei den Männern von 19,6 Fällen auf 23,9 (+ 21,9 %). Dabei darf jedoch nicht übersehen werden, daß sich die Zahlen der betroffenen Männer auf einem sehr viel höheren Niveau bewegen.

Wer an Alkohol stirbt, stirbt früh

Die Entwicklung der alkoholbedingten Sterbefälle wird vor allem durch die überproportionale Beteiligung der Männer sowie durch den dominierenden Diagnosekreis der alkoholischen Erkrankung der Leber bestimmt. Letztere wirkt sich zwangsläufig unmittelbar auf die Altersstruktur aller an Alkohol Verstorbenen aus.

Die höchsten Besetzungszahlen weist die Altersklasse der 55- bis unter 60jährigen auf (Tabelle 4). Der Zusammenhang mit den spezifischen Lebererkrankungen und den Männern ist leicht zu erkennen. Aber auch die zahlenmäßig weniger bedeutenden Einzelursachen zeigen deutlich, daß ihre jeweils höchsten Werte überwiegend in dem Altersbereich 55-65 zu suchen sind.

Schaubild 2
Alkoholbedingte Sterbefälle in Baden-Württemberg seit 1979



Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

463 99

Berechnet man aus den Ergebnissen für die einzelnen Altersgruppen die mittlere Sterbeziffer, so ergibt sich für die Männer 1998 ein mittleres Sterbealter von 59,0 Jahren, für die Frauen dagegen von 58,3 Jahren. Dieses für beide Geschlechter sehr ausgeglichene Ergebnis deutet im Vergleich mit dem Ausgangsjahr 1979 darauf hin, daß das Konsumverhalten der beteiligten Männer vermutlich weitgehend dem der beteiligten Frauen entspricht, auch was den Zeitpunkt des Einstiegs in den Alkoholismus betrifft.

Die meisten Sterbefälle werden von einer Zerstörung der Leber ausgelöst. Es bedarf jedoch einer bestimmten Menge von Alkohol, die über einen bestimmten Zeitraum hinweg eingenommen werden muß, um dieses Organ so stark zu schädigen, daß es seinen Dienst endgültig einstellt. Das heißt, dem Todesfall geht in der Regel eine längere Trinkerkarriere voraus. Über die Ursachen des Anstiegs des mittleren Sterbealters, der für Männer

im Untersuchungszeitraum sehr viel deutlicher ausgefallen ist als für Frauen (+ 7,2 Jahre gegenüber + 3,9 Jahre) mag es viele Gründe geben. Vorstellbar sind unter anderem verbesserte Therapiemöglichkeiten, mit Hilfe derer sich der Zeitpunkt des Todes etwas hinausschieben läßt. Denkbar ist auch eine größere Vielfalt an körperlichen Voraussetzungen, die einfach durch eine größere Grundgesamtheit (höhere Fallzahlen) gegeben sein kann. Es ist dabei auch zu berücksichtigen, daß über die zugrundeliegende Größenordnung der Zahl der Erkrankten insgesamt von seiten der amtlichen Statistik keine Aussagen gemacht werden können.

Das durchschnittliche Sterbealter aller in Baden-Württemberg Verstorbenen lag 1998 bei 78,9 Jahren. Männer schnitten mit 73,6 Jahren deutlich schlechter ab als Frauen mit 83 Jahren. Da bei den alkoholbedingten Todesfällen das mittlere Sterbealter auf dem Niveau desjenigen der Männer lag, ergeben sich für die Geschlechter sehr unterschiedliche Verkürzungen der Lebenszeit. Während die Alkoholkrankheiten mit tödlichem Ausgang zu einer Absenkung des rechnerischen Sterbealters von insgesamt 20 Jahren führen, beläuft sich der Verlust bei den Männern auf 15 Jahre, bei den Frauen jedoch auf 25 Jahre.

Als Lichtblick zeichnet sich ab, wenn heute berichtet wird, daß – worauf ja auch die Klagen der Produzenten und Vertrieber alkoholischer Getränke hinweisen – insgesamt weniger, vor allem aber von jungen Leuten weniger Alkohol konsumiert wird. Die Auswirkungen dieses Wandels im Trinkverhalten werden sich sicher noch nicht in den nächsten Jahren in den Ergebnissen der Todesursachenstatistik niederschlagen können. Die in Betracht kommenden Jahrgänge müssen erst in die Altersgruppen hineinwachsen, die für die alkoholbedingten Todesursachen signifikant werden.

Krankenhausstatistik beleuchtet nur Teilaspekte

Die Krankenhausstatistik, die, wie oben schon erwähnt, nur die beiden Diagnosen aus dem psychiatrischen Bereich darzustellen vermag, wurde erst mit dem Erhebungsjahr 1993 eingeführt. Sie eignet sich deswegen noch nicht für längerfristige Beobachtungen, die mit der Todesursachenstatistik ohne größere Schwierigkeiten möglich sind. Dennoch erlaubt sie, mit den Teilaspekten Alkoholpsychose und Alkoholabhängigkeit den Untersuchungsgegenstand zu ergänzen und auf durchaus aussagekräftige Ergebnisse zu kommen (Tabelle 3).

Tabelle 3
Behandlungsfälle wegen alkoholbedingter Erkrankungen in den Krankenhäusern Baden-Württembergs 1997

Diagnose (ICD 9/1979)	männlich weiblich zusammen	Insgesamt	Davon im Alter von ... bis unter ... Jahren								
			unter 15	15 - 25	25 - 35	35 - 40	40 - 45	45 - 55	55 - 65	65 - 75	75 und mehr
Alkoholpsychose (291)	m	1 675	1	26	166	218	261	426	388	144	45
	w	547	1	7	35	43	71	148	120	75	47
	z	2 222	2	33	201	261	332	574	508	219	92
Alkoholabhängigkeit (303)	m	12 118	11	199	2 002	2 248	2 312	3 103	1 764	403	76
	w	4 212	3	75	575	679	766	1 179	710	178	47
	z	16 330	14	274	2 577	2 927	3 078	4 282	2 474	581	123

Tabelle 4

Alkoholbedingte Sterbefälle in Baden-Württemberg 1998 nach Einzelursachen

Diagnose (ICD 9/1979)		Ins- gesamt	Davon im Alter von ... bis unter ... Jahren														
			unter 20	20 - 25	25 - 30	30 - 35	35 - 40	40 - 45	45 - 50	50 - 55	55 - 60	60 - 65	65 - 70	70 - 75	75 - 80	80 - 85	85 und mehr
Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10)	m	350	-	2	1	10	19	41	40	45	62	50	33	24	11	5	7
	w	111	-	-	1	6	7	23	17	10	13	5	13	7	2	7	
	z	461	-	2	1	11	25	48	63	62	72	63	38	37	18	7	14
Degeneration des Nervensystems durch Alkohol (G312)	m	6	-	-	-	-	1	-	-	1	1	-	1	1	1	-	
	w	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	z	6	-	-	-	-	1	-	-	1	1	-	1	1	1	-	
Alkohol-Polyneuro- pathie (G62.1)	m	2	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	
	w	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	
	z	3	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	1	-	-	-	
Alkoholische Kardi- omyopathie (I42.6)	m	69	-	-	-	1	4	7	9	14	16	11	4	1	1	1	
	w	14	-	-	-	1	1	2	1	2	3	2	1	1	-	-	
	z	83	-	-	-	2	5	9	10	16	19	13	5	2	1	1	
Alkoholgastritis (K29.2)	m	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	w	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	z	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Alkoholische Leber- krankheit (K70)	m	782	-	1	4	9	27	46	73	77	153	140	126	60	44	14	8
	w	287	-	-	-	4	12	25	31	40	48	40	32	29	8	12	6
	z	1 069	-	1	4	13	39	71	104	117	201	180	158	89	52	26	14
Alkoholinduzierte chronische Pankreatitis (K86.0)	m	16	-	-	-	2	1	2	4	2	4	-	-	1	-	-	
	w	2	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	
	z	18	-	-	-	2	1	2	4	2	4	-	-	1	1	-	
Insgesamt	m	1 225	-	3	5	19	49	93	122	135	232	212	170	90	58	21	16
	w	415	-	-	-	5	19	34	57	58	60	56	39	43	16	15	13
	z	1 640	-	3	5	24	68	127	179	193	292	268	209	133	74	36	29

Wegen der variierenden Breite der Altersklassen, wie sie für das Standardtabellenprogramm der Krankenhausdiagnosestatistik vorgesehen wurde, läßt sich das durchschnittliche Alter der vollstationär behandelten Patienten nicht exakt bestimmen. Es liegt bei diesen Erkrankungen zwischen 48 und 49 Jahren.

Bei der Alkoholpsychose beträgt die durchschnittliche Verweildauer des Patienten in der Klinik 22,2 Tage, bei der Alkoholabhängigkeit 17,8. Umgerechnet auf 2 222 bzw. 16 330 Fälle ergeben sich zusammen rund 340 000 Pflage tage. Da aus der Krankenhausstatistik (Teil III: Kosten der Krankenhäuser) auch die Kosten je Pflage tag vorliegen, lassen sich auch begrenzt Aussagen dazu machen, welche Kosten durch diese Formen des Alkoholismus verursacht werden. Da solche Krankheiten in psychiatrischen Abteilungen bzw. in psychiatrischen Krankenhäusern behandelt werden, kann man die Pflage tagkosten der Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen oder derjenigen mit ausschließlich psychiatrischen und neurologischen Betten zugrunde legen. Im Jahr 1997 betragen hier die Kosten je Pflage tag 289 DM bzw. 373 DM. Je nachdem, nach welchem Satz man die Kosten für die beiden alkoholbedingten psychiatrischen Erkrankungen berechnet, kommt man auf Gesamtkosten der Krankenhausbehandlung zwischen gut 98 Mill. DM und knapp 127 Mill. DM. Allein für diese beiden Diagnosen zeichnen sich damit schon ganz erhebliche Kosten ab, die zu Lasten der Allgemeinheit gehen.

Auch wenn für diese Statistik bislang nur wenige Erhebungsjahre zur Verfügung stehen, bestätigen deren Ergebnisse für die Diagnose Alkoholabhängigkeit doch schon die in der Todes-

ursachenstatistik beobachtete Entwicklung des Alkoholproblems insgesamt. Für den kurzen Zeitraum ist eine beachtliche Steigerung der Behandlungsfälle zu verzeichnen, und die geschlechtsbezogenen Zahlen belegen, daß sich der Umgang der Frauen mit Alkohol offensichtlich wandelt.

Seit 1994 – das Jahr 1993 als erstes Erhebungsjahr mit den üblichen Anlaufschwierigkeiten soll hier unberücksichtigt bleiben – stieg die Anzahl der vollstationär wegen Alkoholabhängigkeit versorgten Patienten von 15 127 auf 16 330 im Jahr 1997. Dies bedeutet nicht nur eine Zunahme um immerhin 8 %, sondern auch, daß diese Diagnose, soweit sie Männer betrifft, zu den sechs häufigsten Gründen gehört, sich einer Krankenhausbehandlung zu unterziehen.

Betrug die Zunahme der Fälle bei den Männern in dieser Zeitspanne 5 %, belief sie sich bei den Frauen – zahlenmäßig auf einem sehr viel niedrigeren Niveau – sogar auf 17,5 %. Parallel hierzu sank deshalb der Anteil der Männer an den Behandlungsfällen wegen Alkoholabhängigkeit um zwei Prozentpunkte auf 74,2 %.

Zusammenfassung

Die amtliche Statistik verfügt über keine umfassenden Daten zu den an alkoholbedingten Krankheiten leidenden Personen. Aus der Krankenhausstatistik lassen sich aus systematischen Gründen nur Teilaspekte entnehmen, die jedoch grundsätzlich die für die Todesursachenstatistik ermittelten Tatbestände bestätigen.

Aber auch ohne die Beschränkung auf die Diagnosen Alkoholpsychose und Alkoholabhängigkeit würden alle jene Patienten fehlen, die im Zusammenhang mit ihrem Leiden nicht die Klinik aufsuchen wollen oder können. Dennoch vermittelt diese Statistik allein für die beiden psychiatrischen Erkrankungen den Eindruck von immensen Folgekosten, die durch den Umgang mit Alkohol entstehen können.

Statistisch vollständig erfaßt werden dagegen die durch Alkoholleiden verursachten Sterbefälle. Hier ist von 1979 bis 1998 eine Zunahme um 50,2 % zu verzeichnen. Eine geringere Veränderungsrate weist die bevölkerungsbezogene Sterbeziffer mit 32,8 % auf. Damit übersteigen die alkoholbedingten Sterbefälle – sowohl was absolute Werte als auch was Raten betrifft – die des Selbstmords und insbesondere die der Kfz-Unfälle mit tödlichem Ausgang, beides ebenfalls sehr männerspezifische Todesursachen. Männer haben hier Anteile von 75 % (Alkohol, Selbstmord) und 73 % (Kfz-Unfall).

Zwar schneiden die Frauen bei den alkoholbedingten Sterbefällen sehr viel günstiger ab als Männer, dennoch ist bei den Frauen seit 1979 ein zahlen- wie anteilmäßiger Anstieg der Fälle zu beobachten, was auf eine Änderung ihres Umgangs mit Alkohol schließen läßt. Ergebnisse aus der Krankenhausdiagnosestatistik deuten auf diesen Sachverhalt ebenfalls hin, und dies bereits für einen wesentlich kürzeren Beobachtungszeitraum.

Führt Alkoholismus zum Tode, dann geschieht dies zu einem relativ frühen Zeitpunkt. Das durchschnittliche Sterbealter der an alkoholbedingten Krankheiten Verstorbenen beträgt 58,8 Jahre, wobei die Abweichung zwischen den Geschlechtern gering ist. Für Männer errechnete sich 1998 ein mittleres Sterbealter von 59,0, für Frauen eines von 58,3 Jahren. Im Vergleich dazu liegt das mittlere Sterbealter für alle Todesursachen dieses Jahres geschlechtsspezifisch bei 73,6 bzw. 83,0 Jahren.

Dr. Lothar Baumann



STATISTISCHES LANDESAMT
BADEN-WÜRTTEMBERG

Aktuell

Statistik im Taschenbuchformat

Aus dem Inhalt:

- *Staat und Staatsgebiet*
- *Bevölkerung*
- *Wirtschaft*
- *Finanzen*
- *Volkswirtschaft*
- *Regionale, nationale und internationale Übersichten*

Ihre Bestellung richten Sie bitte an:

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Böblinger Straße 68, 70199 Stuttgart
Telefon (0711) 641-2866, Telefax (0711) 641-2130, E-Mail: vertrieb@stala.bwl.de
Internet: www.statistik.baden-wuerttemberg.de

320 Seiten, 11,5 x 16,5 cm, zahlreiche 2-farbige Schaubilder, DM 25,- (zuzüglich Versandkosten)
Artikel-Nr. 1111 99001, ISBN 3 - 923292 - 85 - 6

