



SACHSEN-ANHALT

Ministerium für
Gesundheit und Soziales

Alkoholbezogene Krankheitslast und Sterblichkeit in Sachsen-Anhalt

Fokusbericht der Gesundheitsberichterstattung des Landes



Alkoholbezogene Krankheitslast und Sterblichkeit in Sachsen-Anhalt

Fokusbericht
der
Gesundheitsberichterstattung des Landes

Impressum:

Titel: Alkoholbezogene Krankheitslast und Sterblichkeit in Sachsen-Anhalt

Herausgeber: Ministerium für Gesundheit und Soziales
des Landes Sachsen-Anhalt
Referat Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Turmschanzenstraße 25
39114 Magdeburg
Telefon: 0391/567-4608
Fax: 0391/567-4622
Email: ms-presse@ms.sachsen-anhalt.de
buergernah@ms.sachsen-anhalt.de

Internet: www.ms.sachsen-anhalt.de

Redaktion: Dr. rer.nat. Goetz Wahl
Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt
Fachbereich Hygiene

Druck: Halberstädter Druckhaus GmbH

Vorwort

Zu viel Konsum von Alkohol kann zu großen gesundheitlichen Problemen führen. Neben der Gesundheit stehen nicht selten auch die Familie, Freundschaften und andere soziale Beziehungen auf dem Spiel. In Deutschland konsumieren 9,5 Millionen Menschen Alkohol in riskanter Weise, 1,3 Millionen sind alkoholabhängig. Man spricht auch von der „Volksdroge“ Alkohol. Besonders bedenklich ist der frühzeitige Beginn des Alkoholkonsums. Durch gesetzliche Regelungen ist zwar der Konsum von Alkopops deutschlandweit zurückgegangen. Die Konsummengen von Alkohol bei Kindern und Jugendlichen haben allerdings stark zugenommen. Auch das sogenannte „binge drinking“, also der Konsum von 5 oder mehr alkoholhaltigen Getränken hintereinander, nahm in jüngster Zeit zu.

In Sachsen-Anhalt können wir die Auswirkungen des Alkoholmissbrauchs anhand der alkoholbezogenen Morbidität und Mortalität erkennen. Im vorliegenden Bericht zur alkoholbezogenen Krankheitslast und Sterblichkeit in Sachsen-Anhalt wurden bestimmte Gesundheitsstörungen als Indikatoren herangezogen, bei denen Alkohol als Hauptursache feststeht oder bei denen Alkohol begünstigend auf die Entstehung von Krankheiten und deren Verlauf wirkt. Zudem wurden Indikatoren einbezogen, die zwar keine Krankheiten darstellen, aber auch Auswirkungen auf unsere Gesellschaft, beispielsweise in Form von volkswirtschaftlichen Schäden haben.

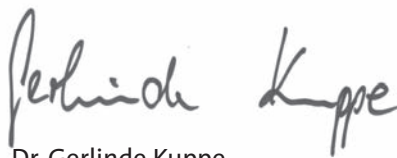
Die untersuchten Daten zeigen, dass Alkoholmissbrauch in Sachsen-Anhalt leider weit verbreitet ist, vor allem bei Männern. Bedauerlicherweise nehmen noch zu wenig Betroffene Hilfeleistungen in Anspruch, obwohl es entsprechende Angebote gibt. Hierzu zählen Beratungsangebote in den Suchtberatungsstellen, die wichtige Motivationsarbeit vor Behandlungsbeginn leisten, Entgiftungs- und Entwöhnungsangebote aber auch Nachsorgeeinrichtungen, die dabei helfen, die Rückfallgefahr einzudämmen. Ganz besonders die Rehabilitationsleistungen müssen noch stärker in Anspruch genommen werden. Dafür ist einerseits die frühe Erkennung der Krankheit notwendig, andererseits aber auch ein möglichst unbürokratischer Zugang zu den Rehabilita-

tionsleistungen. Mit dem sogenannten „Nahtlosverfahren“ will die Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland dazu einen Beitrag leisten.

Die Daten zeigen, dass das Gesundheitsziel des Landes, die alkoholbedingten Gesundheitsschäden zu senken, nach wie vor aktuell ist. Die Arbeitsgruppe „Legale Suchtmittel“ hat zur Zielerreichung eine Reihe von sehr lobenswerten Aktivitäten entwickelt. Das Gesundheitsministerium bietet Unterstützung an für Projekte der Suchtprävention, für die Förderung von Suchtberatungsstellen und den Erhalt von Strukturen in der Suchtprävention. Zur Verbesserung der Datenlage soll das Konsumverhalten von Schülerinnen und Schülern in einer Studie untersucht werden.

Um die Anzahl alkoholbedingter Krankheiten und Todesfälle zu senken, ist weiterhin ein Mix aus Maßnahmen der Prävention und Hilfe erforderlich. Gesetzliche Regelungen und deren Einhaltung sind ebenso von Bedeutung wie verhaltenspräventive Maßnahmen. Das frühzeitige Erkennen und Interventions bei alkoholbezogenen Krankheiten ist ebenso wichtig wie die Behandlung selbst und im Nachgang das Aufrechterhalten des Behandlungserfolges.

Ich danke allen Akteurinnen und Akteuren, die mit daran arbeiten, unser Gesundheitsziel zu erreichen. Ebenso bedanke ich mich beim Landesamt für Verbraucherschutz und allen an der Erstellung des Berichtes Beteiligten.



Dr. Gerlinde Kuppe
Ministerin für Gesundheit und Soziales
Sachsen-Anhalt



Inhaltsverzeichnis

A. Zusammenfassung	7
B. Hinweise zu Abbildungen und Tabellen	8
C. Einleitung / Hintergrund	9
D. Ergebnisse der Datenrecherche	13
1. Alkoholbedingte Gesundheitsschäden	13
1.1. F10 und K70 als Indikatoren alkoholbedingter Morbidität und Mortalität	13
1.2. Medizinischer Zusammenhang zwischen F10 und K70	14
1.3. Krankenhausfälle	14
1.4. Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung	23
1.5. Gesetzliche Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit	29
1.6. Sterblichkeit	34
2. Krankenhausfälle ausgewählter alkoholassoziierter Diagnosen	43
2.1. Neubildungen	44
2.2. Epilepsie	46
2.3. Herz-Kreislaufkrankheiten	47
3. Weitere „Alkohol-Indikatoren“:	48
3.1. Straßenverkehrsunfälle unter Alkoholeinfluss	48
3.2. Straftaten unter Alkoholeinfluss	50
E. Diskussion	51
F. Schlussfolgerungen	61
G. Literatur	63
H. Anhang	65

A. Zusammenfassung

Ein aktuelles Gesundheitsziel des Landes Sachsen-Anhalt ist es, die alkoholbedingten Gesundheitsschäden in der Bevölkerung zu senken. Im vorliegenden Bericht soll die aktuelle Situation und Trendentwicklung der alkoholbezogenen Morbidität und Mortalität in Sachsen-Anhalt dargestellt und mit dem Bundesdurchschnitt verglichen werden. Dazu wurden unter Verwendung amtlicher Statistiken für den Zeitraum 2000-2006 acht alkoholbedingte Indikatoren (bei denen Alkohol als eindeutige Hauptursache fest steht), sechs alkoholassoziierte Indikatoren (bei denen Alkohol ein begünstigender Faktor ist) und zwei weitere Alkoholindikatoren (welche keine Krankheiten darstellen) untersucht. Die Datenrecherche ergab, dass jährlich etwa 13.000 Einwohner aufgrund alkoholbedingter Gesundheitsschäden im Krankenhaus behandelt wurden, fast 1.000 eine alkoholbedingte Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung in Anspruch nahmen, 400 erstmalig eine gesetzliche Frührente wegen Alkohols erhielten und 800 an den Folgen einer Alkoholkrankheit starben. Etwa 12.500 Einwohner wurden jährlich im Krankenhaus aufgrund von Krankheiten behandelt, die zumindest zum Teil durch Alkohol ausgelöst werden. Weiterhin wurden bei Straßenverkehrsunfällen unter Alkoholeinfluss jährlich fast 900 Personen verletzt und fast 11.000 der jährlich ermittelten Straftatverdächtigen standen unter Alkoholeinfluss. Diese Fallzahlen stellen nur einen Teil der tatsächlichen alkoholbezogenen Schäden in der Bevölkerung dar, vor allem, weil 1) weder ambulant behandelte noch unbehandelte (okkulte) Fälle berücksichtigt sind, 2) im Krankenhaus als Nebendiagnose ermittelte Alkoholschäden nicht in der amtlichen Statistik erscheinen, 3) bei einem erheblichen Teil von Sterbefällen, die eigentlich alkoholbezogen sind, der Alkohol nicht als Todesursache erfasst wird, 4) nur eine kleine Auswahl von alkoholassoziierten Krankheiten untersucht wurde und 5) Rehabilitationsleistungen und Frührentenzugänge anderer Versicherungsträger (außer der gesetzlichen Rentenversicherung) nicht berücksichtigt sind.

Stellt man die Fallzahlen als bevölkerungsbezogene Quoten (pro 100.000 Einwohner) oder als Anteile („Alkoholanteil“ bei Straßenverkehrsunfällen und Tatverdächtigen) dar, so zeigt sich, dass bei 13 der 16 untersuchten Indikatoren die Quoten / Anteile im Vergleich zum Bundesdurchschnitt erhöht waren, zum Teil um mehr als das Doppelte. Mehr noch als im Bundesdurchschnitt waren von der alkoholbezogenen Krankheitslast und Sterblichkeit in Sachsen-Anhalt in aller erster Linie Männer betroffen (80-85% aller Fälle). Obwohl Frauen nur einen kleinen Anteil an der gesamten Alkoholmorbidity in Sachsen-Anhalt haben, ist auch bei ihnen das individuelle Risiko,

einen alkoholbezogenen Gesundheitsschaden zu erleiden, im Vergleich zum Bundesdurchschnitt erhöht. Sowohl bei Frauen als auch bei Männern traten die alkoholbezogenen Gesundheitsschäden in jüngeren Altersklassen auf als im Bundesdurchschnitt. Die zeitlichen Trends der alkoholbezogenen Schäden in Sachsen-Anhalt seit dem Jahr 2000 geben derzeit keinen Anlass zur Entwarnung.

Die volkswirtschaftlichen Kosten der alkoholbezogenen Gesundheitsschäden werden in Sachsen-Anhalt auf 600 Millionen Euro für die „bundesdurchschnittlichen“ Alkoholschäden und auf zusätzliche 300 Millionen Euro für die „landesspezifisch erhöhten“ Alkoholschäden geschätzt.

Bei vielen Indikatoren wurden die Morbiditäts- und Mortalitätsdaten auch mit dem Durchschnitt aller neuen Bundesländer (inklusive Sachsen-Anhalt) verglichen. Es zeigte sich, dass die hohe Alkoholmorbidity in Sachsen-Anhalt nicht in erster Linie ein landesspezifisches Problem ist, sondern auch auf die Gesamtheit aller neuen Länder zutrifft.

Aus der Datenlage lassen sich folgende Schlussfolgerungen ziehen:

- 1) Die Morbiditäts- und Mortalitätsdaten der amtlichen Statistik lassen auf eine weite Verbreitung und eine langjährige Persistenz des Alkoholmissbrauchs in Sachsen-Anhalt - vor allem bei Männern - schließen. Dies sollte zu einer Überprüfung existierender Präventionskonzepte und Zielgruppenorientierungen führen und gegebenenfalls zur Entwicklung neuer Präventionsstrategien veranlassen.
- 2) Die Daten der Jahre 2000-2005 deuten auf eine bisher zu geringe Quote alkoholbedingter Rehabilitationsleistungen im Vergleich zur faktisch existierenden hohen alkoholbedingten Morbidität (u.a. alkoholbedingte Frühberentung) in Sachsen-Anhalt hin. Es sollte deshalb beobachtet werden, ob die im Jahr 2007 eingeleitete Veränderung der Zugangswege zur Suchtrehabilitation zu einer besseren rehabilitativen Versorgung der Betroffenen führen wird.
- 3) Es herrscht in Sachsen-Anhalt ein dringender Bedarf an aktuellen und vergleichbaren Daten zum Alkoholkonsum in der Bevölkerung. Dieser Bedarf könnte durch landeseigene Studien oder durch Stichprobenerweiterungen bei Bundes-Surveys gedeckt werden.

B. Hinweise zu Abbildungen und Tabellen

In diesem Bericht werden zur besseren Lesbarkeit alle Diagramme und Übersichtstabellen, die im Textteil gezeigt werden als „Abbildungen“ (Abb.) bezeichnet, alle Tabellen im Anhang als „Tabellen“ (Tab.). Um Abbildungen und Tabellen besser den einzelnen Kapiteln zuordnen zu können, werden sie unter folgenden Kürzeln geordnet:

- A = übergreifende Abbildungen/Tabellen allgemeiner Art
- KH = alkoholbedingte Krankenhausfälle (F10, K70)
- RH = alkoholbedingte stationäre Leistungen zur Rehabilitation (F10, K70)
- RT = alkoholbedingte Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (F10, K70)
- ST = alkoholbedingte Sterbefälle (F10, K70)
- NB = alkoholassozierte bösartige Neubildungen (C15, C19-C20, C22)
- EP = Epilepsie (G40-G41)
- HK = alkoholassozierte Herz-Kreislaufkrankheiten (I10-I15, I42)
- VS = alkoholassozierte Straßenverkehrsunfälle
- KS = alkoholassozierte Kriminalstatistik
- D = Zusammenfassende Abbildungen im Diskussionsteil

C. Einleitung / Hintergrund

Alkoholkonsum in Deutschland und weltweit:

In Deutschland werden etwa 10 Liter reiner Alkohol pro Person pro Jahr konsumiert¹. Im Jahr 2003 stellte dies den vierthöchsten Pro-Kopf-Verbrauch in Europa² und – bezogen auf >15-Jährige – den achthöchsten Pro-Kopf-Verbrauch weltweit dar³. Im Jahr 2000 war Deutschland neben Luxemburg das Land mit dem weltweit geringsten Anteil von Abstinenzlern in der Bevölkerung³. Deutschland ist – wie auch die meisten anderen europäischen Nationen – eine Trinkergesellschaft: trotz eines langsamen Konsumrückgangs seit den 1980er Jahren, wird in keiner anderen Region der Welt annähernd soviel Alkohol pro Person getrunken wie in Europa^{3,4}.

Die jüngsten Untersuchungen über den Alkoholkonsum in Deutschland sind beunruhigend. Zwar verringerte sich die Häufigkeit von riskantem Alkoholkonsum (Männer >30g, Frauen >20g reiner Alkohol pro Tag) unter Erwachsenen in Deutschland von 1993 bis 2003 geringfügig^{5,6}. Doch neue, umfangreiche Surveys des Robert Koch-Institutes⁷ und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung⁸ unter Jugendlichen ermittelten für den Zeitraum 2003–2007, dass unter 11–17-jährigen Jugendlichen 16–22% der Mädchen und 26–39% der Jungen schon regelmäßig (mindestens 1x pro Woche) Alkohol trinken, unter 16/17-Jährigen sogar 31–40% der Mädchen und 54–67% der Jungen. Nicht nur die Häufigkeit, auch Menge und Art des Alkoholkonsums unter Jugendlichen geben zur Sorge Anlass: die BZgA-Studie ermittelte, dass 16/17-Jährige schon 105 Gramm reinen Alkohol pro Monat zu sich nehmen, dies entspricht etwa 7 Litern reinen Alkohols pro Jahr. Auch wurde bei den Jugendlichen ein Trend hin zu „härteren“ Alkoholika (Spirituosen) und eine Zunahme des Rauschtrinkens (>5 alkoholische Getränke an einem Tag) festgestellt⁸. In allen Studien wird deutlich, dass sowohl bei Jugendlichen als auch bei Erwachsenen jeweils Jungen/Männer deutlich häufiger und mehr Alkohol trinken als Mädchen/Frauen.

Gesundheitliche Folgen des Alkoholkonsums:

Die negativen Wirkungen von regelmäßigem erhöhtem und/oder periodischem hohem Alkoholkonsum auf die Gesundheit des Menschen sind umfänglich untersucht und dokumentiert. Dabei unterscheidet man solche Erkrankungen, bei denen der Alkoholkonsum eindeutig als Hauptursache ausgemacht werden kann (diese haben eigene ICD-Diagnoseschlüssel erhalten) und Erkrankungen, deren Entwicklung durch Alkoholkonsum gefördert wird. Im deutschen Sprachgebrauch wird deshalb oft zwischen „alkoholbedingten“ und „alkoholasso-

ziierten“ Krankheiten unterschieden, wobei beide Kategorien auch unter den Begriffen „alkoholbezogene“, „alkoholassoziierte“ oder „alkoholattributable Krankheiten“ zusammengefasst werden. Insgesamt schätzt man, dass in den Industrienationen (wo die infektionsbedingte Krankheitslast gering ist) der Alkoholkonsum für 7–9% aller Gesundheitsschäden und vorzeitigen Todesfälle verantwortlich ist und Alkoholkonsum damit das dritthöchste Gesundheitsrisiko nach Rauchen und Bluthochdruck darstellt^{3,4}. Alkoholiker haben eine um 10–15 Jahre reduzierte Lebenserwartung.

Einen Überblick über die alkoholbezogenen Krankheiten gibt Abb. A1. Die häufigsten bzw. wichtigsten sind: Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, alkoholbedingte Leber- und Pankreaserkrankungen, alkoholbedingte Schädigung des Embryo / Fetus / Neugeborenen, bösartige Neubildungen des Verdauungstraktes und der Leber, Brustkrebs, Hochdruckkrankheit und Epilepsie^{9,10,11}.

Uneinigkeit besteht in der Frage, ob es einen Schwellenwert für die täglich aufgenommene Alkoholmenge gibt, unterhalb dessen der Konsum von Alkohol ungefährlich oder sogar förderlich ist, weil er bezüglich bestimmter Erkrankungen (v.a. koronare Herzkrankheiten) schützend wirkt^{3,9,11,12,13}.

Alkoholbezogene Kosten:

Die volkswirtschaftlichen Kosten der alkoholbezogenen Schäden werden in Deutschland auf mindestens 20 Milliarden Euro pro Jahr beziffert. Rund ein Drittel davon wird allein durch die alkoholbezogene erhöhte Sterblichkeit verursacht. Der weitaus größte Teil der Gesamtkosten wird durch Männer verursacht¹⁴.

Alkoholkonsum in Sachsen-Anhalt:

Die Daten zum Alkoholkonsum in Sachsen-Anhalt sind lückenhaft, wenig aktuell und/oder nicht miteinander vergleichbar, weil in den verschiedenen Studien ganz unterschiedliche Erhebungskriterien verwendet wurden. Es lassen sich aus diesen Daten derzeit keine Hinweise auf erhebliche Abweichungen vom Bundesdurchschnitt ableiten:

Eine schriftliche Befragung in 22 Schulen im Jahr 2003 ergab, dass unter etwa 1.900 Jugendlichen im Alter von 14–17 Jahren 33% regelmäßig/öfter Bier oder Wein tranken und 16% nach eigener Auskunft regelmäßig/öfter Schnaps konsumierten. Dies war eine deutliche Steigerung im Vergleich zum Jahr

1998 bei einer gleich angelegten Studie in Sachsen-Anhalt^{15,16}.

Für Erwachsene (18-59 Jahre) ergab die Auswertung der epidemiologischen Suchtsurveys der Jahre 1995 und 1997, dass in der kumulierten Stichprobe der beiden Jahre in Sachsen-Anhalt der Anteil Abstinenzler etwas geringer und die Häufigkeit von mindestens riskantem Alkoholkonsum (Männer >30g, Frauen >20g reiner Alkohol pro Tag) und die mittlere täglich aufgenommene Alkoholmenge etwas höher waren als im Bundesdurchschnitt¹⁷. Im epidemiologischen Suchtsurvey des Jahres 2003 zeigten die Angaben der (allerdings sehr kleinen und nicht repräsentativen) Teilpopulation aus Sachsen-Anhalt keine auffallenden Unterschiede zum Bundesdurchschnitt^{18,19} (Tab. A 1). Auch in einem Bevölkerungssurvey im Jahr 2003 zum allgemeinen Gesundheitszustand von Erwachsenen in Sachsen-Anhalt kam man zum Urteil, dass der Alkoholkonsum der Probanden (18-65 Jahre) keinesfalls höher, eher geringer als im Bundesdurchschnitt sei²⁰.

Frühere Angaben zu alkoholbedingter Morbidität und Mortalität in Sachsen-Anhalt:

Im Gegensatz dazu wurde schon in früheren Gesundheitsberichten des Landes Sachsen-Anhalt auf eine starke Häufung der (vor allem männlichen) Krankenhausfälle aufgrund von alkoholbedingten psychischen und Verhaltensstörungen^{21,22} und auf eine erhöhte alkoholbedingte Sterbeziffer^{21,23} hingewiesen. Eine Analyse der Krankheitsdaten der AOK in Sachsen-Anhalt zeigte ebenfalls eine auffallende Häufigkeit stationärer Behandlungen von Männern aufgrund von alkoholbedingten psychischen und Verhaltensstörungen²⁴. Ausgehend von diesen beunruhigenden Meldungen wurde in Sachsen-Anhalt 1998 als Gesundheits(teil)ziel formuliert, den Alkoholkonsum in allen Altersgruppen der Bevölkerung zu senken. Im Jahr 2004 wurden die Landesgesundheitsziele neu justiert und bzgl. des Alkohols nunmehr eine Senkung der alkoholbedingten Gesundheitsschäden auf Bundesdurchschnitt anvisiert.

Im vorliegenden Bericht sollen die aktuell verfügbaren Daten zu alkoholbezogener Krankheitslast und Sterblichkeit in Sachsen-Anhalt zusammengestellt werden, mit den entsprechenden Bundesdaten verglichen werden und damit eine Basis für den Gesundheitszielprozess „Reduktion der alkoholbedingten Gesundheitsschäden“ geschaffen werden.

Abb. A1: Alkoholbezogene Gesundheitsstörungen

a. Alkoholbedingte Gesundheitsstörungen (Alkohol ist die eindeutige Hauptursache):

ICD-10

E24.4	Alkoholinduziertes Pseudo-Cushing-Syndrom
E52	Pellagra (alkoholbedingt)
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol
F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation
F10.1	Schädlicher Gebrauch von Alkohol
F10.2	Alkohol-Abhängigkeitssyndrom
F10.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom
F10.4	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom mit Delirium
F10.5	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Psychotische Störung
F10.6	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Amnestisches Syndrom
F10.7	Psych./Verh.st. durch Alkohol: Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung
F10.8	Psych./Verh.st. durch Alkohol: Sonstige psychische und Verhaltensstörungen
F10.9	Psych./Verh.st. durch Alkohol: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung
G31.2	Degeneration des Nervensystems durch Alkohol
G62.1	Alkohol-Polyneuropathie
G72.1	Alkoholmyopathie
I42.6	Alkoholische Kardiomyopathie
K29.2	Alkoholgastritis
K70	Alkoholische Leberkrankheit
K70.0	Alkoholische Fettleber
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
K85.2	Alkoholinduzierte akute Pankreatitis
K86.0	Alkoholinduzierte chronische Pankreatitis
O35.4	Betreuung der Mutter bei (Verdacht auf) Schädigung des Feten durch Alkohol
P04.3	Schädigung des Feten und Neugeborenen durch Alkoholkonsum der Mutter
Q86.0	Alkohol-Embryopathie (mit Dismorphien)
R78.0	Nachweis von Alkohol im Blut
T51.0	Toxische Wirkung: Äthanol
T51.9	Toxische Wirkung Alkohol, nicht näher bezeichnet

b. Alkoholassoziierte Gesundheitsstörungen¹ (Alkohol fördert die betreffende Gesundheitsstörung):

C00-C14	Bösartige Neubildungen der Lippe, der Mundhöhle und des Pharynx
C15	Bösartige Neubildungen des Ösophagus
C18	Bösartige Neubildungen des Kolons
C19-C20	Bösartige Neubildungen des Rektosigmoideums und des Rektums
C21	Bösartige Neubildungen des Anuskanals und des Anus
C22	Bösartige Neubildung der Leber
C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse
G40-G41	Epilepsie
I10-I15	Hypertonie
I42	Kardiomyopathie
	Verkehrsunfälle, Verletzungen, Vergiftungen, Selbstbeschädigungen

¹nach Rehm et al. (2006) und Singer et al. (2007)

in diesem Bericht untersuchte Diagnosen

D. Ergebnisse der Datenrecherche

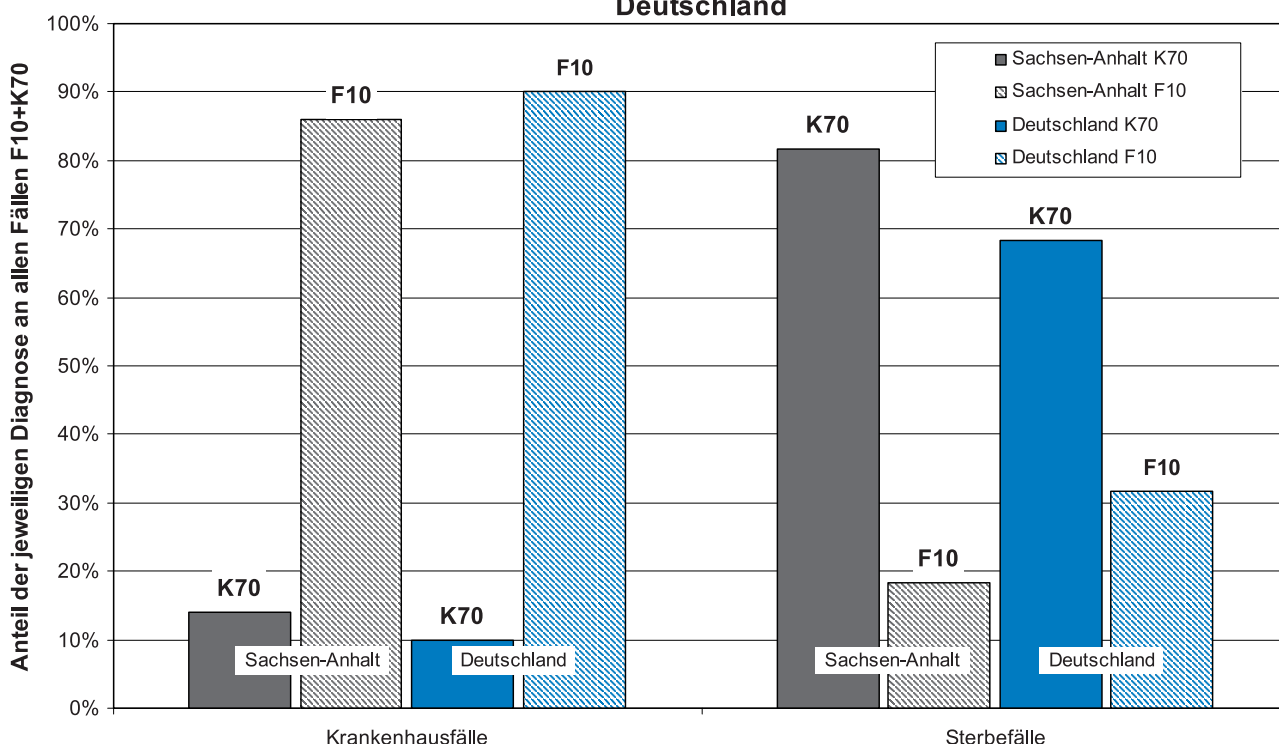
1. Alkoholbedingte Gesundheitsschäden:

1.1. Die ICD-10-Diagnosen F10 und K70 als Indikatoren für alkoholbedingte Morbidität und Mortalität:

Die ICD-10-Diagnosen F10 (psychische und Verhaltensstörungen wegen Alkohol) und K70 (alkoholische Leberkrankheit, ganz überwiegend K70.0 = alkoholische Fettleber, K70.1 = alkoholische Hepatitis und/oder K70.3 = alkoholische Leberzirrhose) machen im langjährigen Mittel zusammen über 90% der alkoholbedingten Hauptdiagnosen in der Krankenhaus-, Todesursachen-, Rehabilitations- und Frührentenstatistik aus. „Alkoholbedingte Gesundheitsschäden“ werden deshalb durch Darstellungen nur dieser beiden Diagnosen recht gut abgebildet; in den meisten Morbiditäts- und Mortalitätsstatistiken werden zum Thema „Alkohol“ deshalb auch nur diese beiden Diagnosen gesondert aufgeführt. Auch dieser Bericht beschränkt sich auf die beiden Diagnosen F10 und K70, wohl wissend, dass einige

weitere „Alkoholdiagnosen“ nennenswerte Häufigkeiten zeigen (z.B. K86.o = alkoholinduzierte chronische Pankreatitis) und andere in den amtlichen Statistiken zwar selten erscheinen, aber eine hohe Dunkelziffer besitzen und von großer gesellschaftlicher Bedeutung sind (z.B. alkoholbedingte Schädigungen des Embryo, Fetus oder Neugeborenen). Naturgemäß hat die Diagnose F10 (psychische und Verhaltensstörungen wegen Alkohols) bei Krankenhausfällen und Rehabilitation ein starkes Übergewicht gegenüber der Diagnose K70 (alkoholische Leberkrankheit), in der Todesursachenstatistik ist es hingegen umgekehrt (Abb. A2, Tab. KH1, Tab ST1). Dieser Verhältnisse eingedenk, werden im Folgenden für Bundes- und zeitliche Vergleiche von alkoholbedingten Gesundheitsschäden die Fallzahlen / Quoten dieser beiden wichtigsten Alkoholdiagnosen bisweilen addiert, um so eine bessere Übersichtlichkeit zu gewährleisten. Zur besseren Lesbarkeit werden im Folgenden die beiden Diagnosen bisweilen stark vereinfachend als „Alkoholmissbrauch“ (F10) bzw. „Alkoholleber“ (K70) bezeichnet.

Abb. A2: Verhältnis der Diagnosen F10 und K70 bei der alkoholbedingten Morbidität bzw. Mortalität, 7-Jahresmittelwerte 2000-2006, Sachsen-Anhalt / Deutschland



1.2. Medizinischer Zusammenhang zwischen F10 und K70:

Mit den Diagnosen der Gruppe F10 werden Zustände und Erkrankungen verschlüsselt, die sich unmittelbar durch den übermäßigen oder schädlichen Genuss von Alkohol bzw. durch eine Alkoholabhängigkeit ergeben. Es handelt sich hierbei um das „reine“ Abhängigkeitssyndrom, eine Erkrankung, bei der sich das Wirkungsfeld von Psychiatern, Allgemeinmedizinern und Internisten überschneidet. Meist erfolgt bei einer Alkoholabhängigkeit die „primäre Entgiftung“ (Entzugsbehandlung) in internistischen Abteilungen eines Krankenhauses (z. T. unter intensivmedizinischer Überwachung) und die Entwöhnung dann in Rehabilitationskliniken in Federführung der Rentenversicherung oder in psychiatrischen Einrichtungen.

Es ist allgemein bekannt, dass sich durch übermäßigen Alkoholgenuss gesundheitliche Schäden und zahlreiche internistische und neurologische Erkrankungen entwickeln können. Eine der häufigsten Erkrankungen ist der alkoholbedingte Leberschaden. Bei 90% der Alkoholiker (also solche Patienten, auf die auch eine Diagnose der F10-Gruppe zutrifft) entwickelt sich mit der Zeit eine Fettleber (mehr als 50% betroffene Leberzellen). Durch bisher nicht vollständig geklärte Mechanismen kann sich daraus in 10-20% der Fälle eine alkoholische Hepatitis entwickeln, die bei kritischem Verlauf bereits mit einer Letalität von 70% einhergeht. Bis zu diesem Stadium ist der Zustand vollständig reversibel. Die alkoholische Hepatitis ist jedoch eine direkte Vorstufe zur Leberzirrhose, einer irreversiblen Leberschädigung, durch deren Folgen und Komplikationen es früher oder später zum Tod kommt. Insgesamt lässt sich sagen, dass bei 10-15% der Alkoholiker mit exzessivem Alkoholgenuss eine Leberzirrhose entsteht. Die Zeit bis zur Entwicklung einer Leberzirrhose steht in direktem Zusammenhang zur konsumierten Alkoholmenge. Ein täglicher Alkoholkonsum von 60-80 g erhöht die Zirrhosemorbidity bei Männern um den Faktor 15, bei Frauen sogar um den Faktor 500. Weitere Risikofaktoren sind eine Infektion mit dem Hepatitis-C-Virus, bestimmte genetische Faktoren (Alkoholabbauraten) sowie zusätzliche leberschädigende Einflüsse (z. B. Medikamente). In 10-40% der Fälle erfolgt die Diagnose erstmals zufällig bei einem operativen Eingriff im Bauchraum oder bei einer Obduktion. Oftmals erfolgt der erste „medizinische Kontakt“ durch das Auftreten schwerer Komplikationen. Die Patienten versterben häufig im Rahmen einer akuten Ösophagusvarizenblutung oder hepatischen Enzephalopathie.

1.3. Alkoholbedingte Krankenhäusfälle:

Infobox: Krankenhausdiagnosestatistik:

Das Bundesstatistikgesetz schreibt seit 1993 vor, dass jedes Krankenhaus dem betreffenden Statistischen Landesamt jährlich die Diagnosedaten sämtlicher Patientinnen und Patienten meldet, die innerhalb des betreffenden Jahres behandelt wurden. Dabei wird innerhalb eines Jahres nicht zwischen einmaligen und Wiederholungsfällen unterschieden. Gemeldet werden: Geschlecht, Geburtsmonat, Geburtsjahr und Wohnort des Patienten, das Zugangs- und Abgangsdatum, die Hauptdiagnose, ob eine Operation stattgefunden hat (ja/nein), ob der Patient verstorben ist (ja/nein) und die Fachabteilung, in der der Patient am längsten gelegen hat. Die Meldung der Diagnosen erfolgt nach Verschlüsselung entsprechend der International Statistical Classification of Diseases and Related Health (ICD). Die Daten sämtlicher Statistischen Landesämter werden dann beim Statistischen Bundesamt zusammengeführt. Es handelt sich also sowohl auf Landes- als auch auf Bundesebene um eine Vollerhebung. Die Krankenhausdiagnosestatistik ist für die Zeiträume bis 1998 bzw. ab 1998 nicht ohne Weiteres vergleichbar, weil 1998 eine einschneidende Änderung der ICD-Codierung stattfand, welche seit 1998 in ihrer 10. Überarbeitung vorliegt (ICD-10). Die Krankenhausdiagnosestatistik ist weiterhin für die Zeiträume bis 2000 bzw. ab 2000 nicht ohne Weiteres vergleichbar, weil ab 2000 Stundenfälle als Fälle zählen (vorher nur Übernachtpatienten). Ab dem Jahr 2003 werden auch die Diagnosedaten von Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen mit mehr als 100 Betten erfasst. Die hier verwendeten Daten entstammen einer öffentlich zugänglichen online-Datenbank der Abteilung „Gesundheitsberichterstattung des Bundes“ des Statistischen Bundesamtes (www.gbe-bund.de). In dieser Datenbank erscheinen die Hauptdiagnosen meist nicht in 4-stelligen Codes (wie in der Originalstatistik), sondern nur in 3-stelliger Form.

Gesamtsituation:

In Sachsen-Anhalt wurden im Mittel der Jahre^a jährlich fast 13.000 Einwohner wegen alkoholbedingter Gesundheitsstörungen im Krankenhaus behandelt (Tab. KH 1). Bezogen auf 100.000 Einwohner war dies im Ländervergleich die dritthöchste bevölkerungsbezogene Quote von alkoholbedingten Krankenhäusfällen (Abb. KH1). Da Sachsen-Anhalt gleichzeitig die höchste Krankenhausfallquote insgesamt hat, belegt das Land bezüglich des Quotienten alkoholbedingte / allgemeine Krankenhäusfälle den sechsten Platz (Abb. KH1).

^a = im Folgenden bezieht sich dieses Jahresmittel immer auf die Jahre 2000-2006 (Krankenhaus- und Sterbefälle) bzw. 2000-2005 (Reha-Leistungen und Frührenten).

Abb. KH1

Krankenhausfälle je 100.000 Einwohner (altersstandardisiert¹), insgesamt und alkoholbedingt (F10, K70), Ländervergleich, 7-Jahresmittelwerte 2000-2006

Alle Krankenhausfälle A00-T98		F10		K70		F10+K70		Anteil ² F10+K70			
ST	20.523	MV	502	MV	57	MV	559	HB	2,74%	Sachsen-Anhalt	ST
MV	20.468	HB	439	ST	55	HB	472	MV	2,73%	Baden-Württemberg	BW
SL	20.115	ST	406	BB	52	ST	461	SH	2,47%	Bayern	BY
BB	19.742	SH	398	SN	52	SH	426	BE	2,35%	Berlin	BE
TH	19.563	BB	364	TH	49	BB	416	SN	2,28%	Brandenburg	BB
NW	18.976	NI	350	BE	38	SN	401	ST	2,25%	Bremen	HB
RP	18.889	SN	349	SL	36	BE	380	NI	2,14%	Hamburg	HH
BY	17.763	BE	342	HH	35	NI	376	BB	2,11%	Hessen	HE
SN	17.582	NW	342	HB	34	NW	376	BW	1,99%	Mecklenburg-Vorp.	MV
NI	17.541	BY	321	NW	34	TH	368	NW	1,98%	Niedersachsen	NI
SH	17.254	TH	319	BY	30	BY	351	BY	1,98%	Nordrhein-Westfalen	NW
HB	17.219	SL	313	RP	30	SL	349	HH	1,91%	Rheinland-Pfalz	RP
HE	17.119	RP	290	SH	29	RP	320	TH	1,88%	Saarland	SL
BE	16.163	BW	283	BW	28	BW	311	HE	1,75%	Sachsen	SN
BW	15.621	HE	272	HE	27	HE	300	SL	1,74%	Schleswig-Holstein	SH
HH	15.484	HH	261	NI	27	HH	296	RP	1,69%	Thüringen	TH
D	17.834	D	330	D	33	D	363	D	2,04%	Deutschland	D
W	17.600	W	321	W	28	W	349	W	1,98%	Früh. Bundesgebiet ³	W
O	19.247	O	377	O	54	O	431	O	2,24%	Neue Länder ⁴	O

Quelle: Statistisches Bundesamt
Krankenhausstatistik

¹ an alter Europabevölkerung

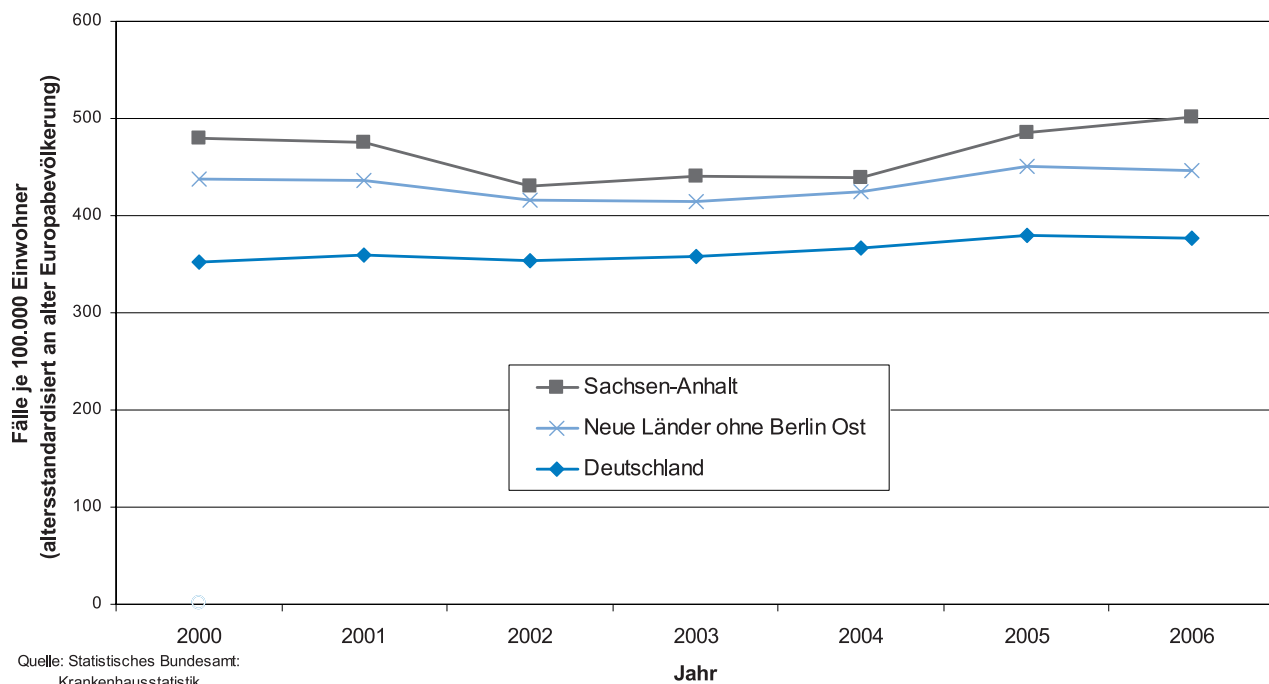
² (Quote F10+K70)*100/Quote A00-T98

³ mit Berlin Ost ⁴ ohne Berlin Ost

Die kumulierte alkoholbedingte Krankenhausfallquote (F10+K70) war in Sachsen-Anhalt nicht nur im Mittel der Jahre, sondern in jedem einzelnen der 7 Beobachtungsjahre deutlich höher als im Bundesdurchschnitt und auch jeweils geringfügig höher als im Schnitt der Gesamtheit der neuen Länder

(Abb. KH2). Im zeitlichen Trend zeigt sich nach einer Besserung bis zum Jahr 2002 wieder eine Zunahme. Dieser Trend ist allerdings auch – in etwas schwächerer Form – in den neuen Ländern insgesamt und in Deutschland insgesamt erkennbar.

Abb. KH2: Quote von Krankenhausfällen "aufgrund von Alkohol" (F10+K70), Sachsen-Anhalt / Deutschland / Neue Länder im Zeitvergleich



Differenzierung der alkoholbedingten Krankenhausfälle nach F10/K70:

In vielen europäischen Ländern gehört der Alkoholmissbrauch (F10) zu den häufigsten Diagnosen im Krankenhaus. Während so in den Jahren 2005+2006 der Alkoholmissbrauch im Bundesdurchschnitt unter allen Krankenhausdiagnosen (außer ICD Z38: Lebendgeborene) die dritthäufigste Diagnose war, belegte sie in Sachsen-Anhalt im selben Zeitraum sogar den zweiten Rang (KH3). Bei diesen „Ranglisten“ (Abb. KH3) ist zu beachten, dass sie sich – anders als alle anderen verwendeten Krankenhausdaten – nicht auf den Wohnsitz der Fälle, sondern nur auf den Behandlungsort beziehen, d.h. es könnte sich in den drei verglichenen Populationen jeweils ein kleiner Anteil „nicht indigener“ Fälle befinden. Der

dadurch entstehende Fehler ist jedoch höchstwahrscheinlich gering.

Insgesamt wurden in Sachsen-Anhalt im Zeitraum 2000-2006 jährlich etwa 11.000 Einwohner wegen psychischer und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10) im Krankenhaus behandelt (Tab. KH1), dies entspricht einer jährlichen Quote von etwa 400 Krankenhausfällen pro 100.000 Einwohnern (Tab. KH2). Diese Quote ist 1,2 Mal höher als im Bundesdurchschnitt (Tab. KH2). Bei der Diagnose F10 muss in besonderem Maße beachtet werden, dass unter den in der Krankenhausstatistik für ein Jahr gemeldeten Fällen auch Wiederholungsfälle sein können (vgl. Infobox am Anfang des Kapitels und Diskussion).

Abb. KH3

**Die 10 häufigsten Diagnosen¹ in Krankenhäusern², alle Altersgruppen,
Sachsen-Anhalt / Deutschland / Neue Länder, 2005,2006**

	Sachsen-Anhalt				Deutschland				Neue Länder ohne Berlin Ost			
	2005	2006	Rang ³	% ³	2005	2006	Rang ³	% ³	2005	2006	Rang ³	% ³
I50 Herzinsuffizienz	12.418	12.739	1	2,21%	306.736	317.485	1	1,83%	59.276	63.776	1	2,11%
F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	11.443	11.780	2	2,04%	299.428	298.955	3	1,75%	57.202	56.081	2	1,94%
I20 Angina pectoris	9.251	9.319	3	1,63%	315.552	301.009	2	1,80%	50.771	50.657	3	1,74%
E11 Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-II-Diabetes]	8.979	8.668	4	1,55%					43.576	42.465	4	1,47%
J18 Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	7.161	7.311	5	1,27%	224.130	211.934	4	1,28%	34.836	34.980	8	1,20%
K80 Cholelithiasis	7.154	7.207	6	1,26%	207.176	205.160	7	1,21%	38.068	38.058	6	1,30%
I21 Akuter Myokardinfarkt	6.976	7.287	7	1,25%	206.194	208.425	6	1,21%	36.192	36.322	7	1,24%
C34 Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	6.952	7.105	8	1,23%								
S06 Intrakranielle Verletzung	6.717	7.038	9	1,21%	203.784	214.971	5	1,23%	40.156	40.922	5	1,39%
I10 Essentielle (primäre) Hypertonie	6.691	7.033	10	1,20%					33.567	35.118	10	1,18%
I25 Chronische ischämische Herzkrankheit					206.133	202.502	8	1,20%				
I48 Vorhofflattern und Vorhofflimmern					181.686	190.556	10	1,09%				
I63 Hirninfarkt					184.165	198.917	9	1,12%	33.092	35.754	9	1,18%
Alle Diagnosen / Behandlungsanlässe	571.477	569.095		100%	17.033.775	17.142.476		100%	2.907.014	2.929.089		100%

Datenquelle: Statistisches Bundesamt:
Krankenhausstatistik

¹ ohne Geburten

² nach Behandlungsort

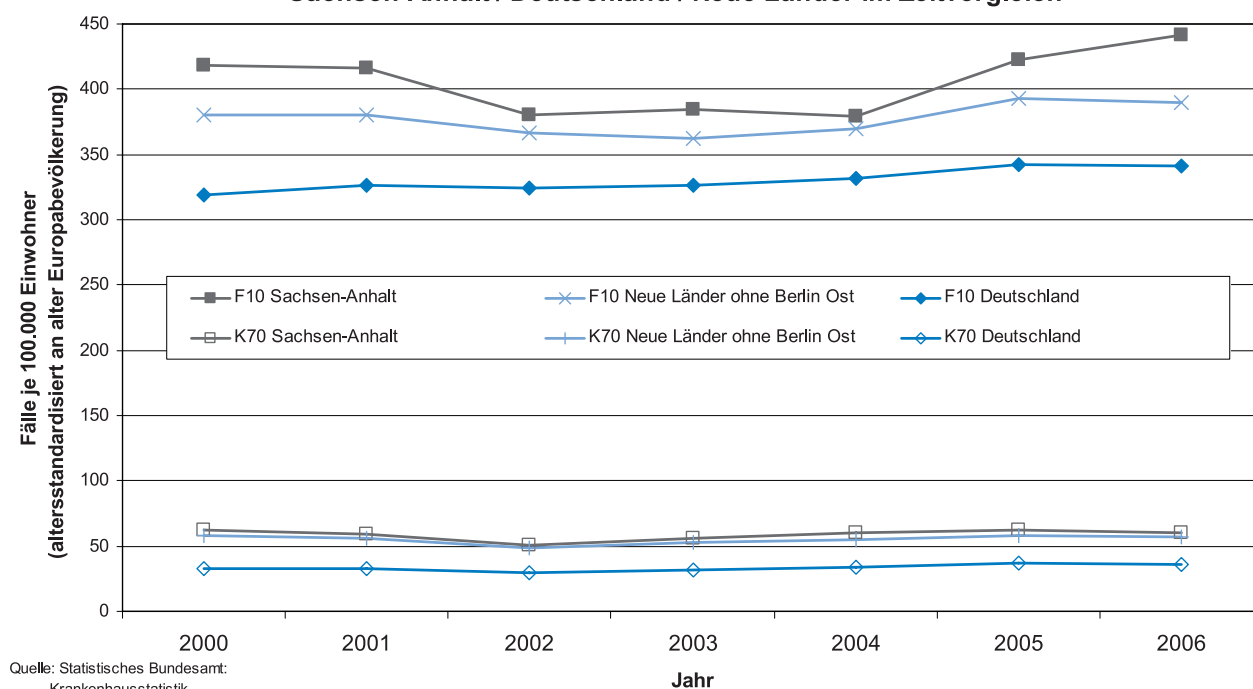
³ von allen Fällen (nach kumulierten Fallzahlen 2005+2006)

Die alkoholische Leberkrankheit (K70) entwickelt sich relativ spät, bleibt zunächst oft unerkannt, ist deshalb eine wesentlich seltenere Krankenhausdiagnose als F10 und erscheint folglich nicht unter den „Top-50“ der Krankenhausdiagnosen (vgl. Kapitel 1.2). In Sachsen-Anhalt werden jedes Jahr jedoch immerhin etwa 1.800 Fälle gemeldet (Tab. KH1). Die bevölkerungsbezogene Behandlungsquote wegen K70 ist in Sachsen-Anhalt noch viel deutlicher erhöht als die F10-Behandlungsquote: sie ist im Ländervergleich die zweithöchste und ist 1,7 Mal höher als die Bundesquote (Abb. KH1, Tab. KH2). Dies spiegelt sich

auch in einem größeren Quotienten $K70/F10$ bei den Krankenhausfällen wider (Abb. A2, Kapitel 1.1).

Auch bei getrennter Betrachtung der Diagnosen waren beide Behandlungsquoten (F10 und K70) nicht nur im Mittel der Jahre, sondern in jedem der 7 Beobachtungsjahre höher als im Bundesdurchschnitt (Abb. KH4, Tab. KH2). Der oben gezeigte Gesamtrend der alkoholbedingten Krankenhausmorbidity spiegelt sich in etwa in beiden Einzeldiagnosen wider (bzgl. Abweichung K70/Frauen: siehe unten).

Abb. KH4: Quote von Krankenhausfällen aufgrund von Alkoholmissbrauch (F10) bzw. alkoholischer Leberkrankheit (K70), Sachsen-Anhalt / Deutschland / Neue Länder im Zeitvergleich

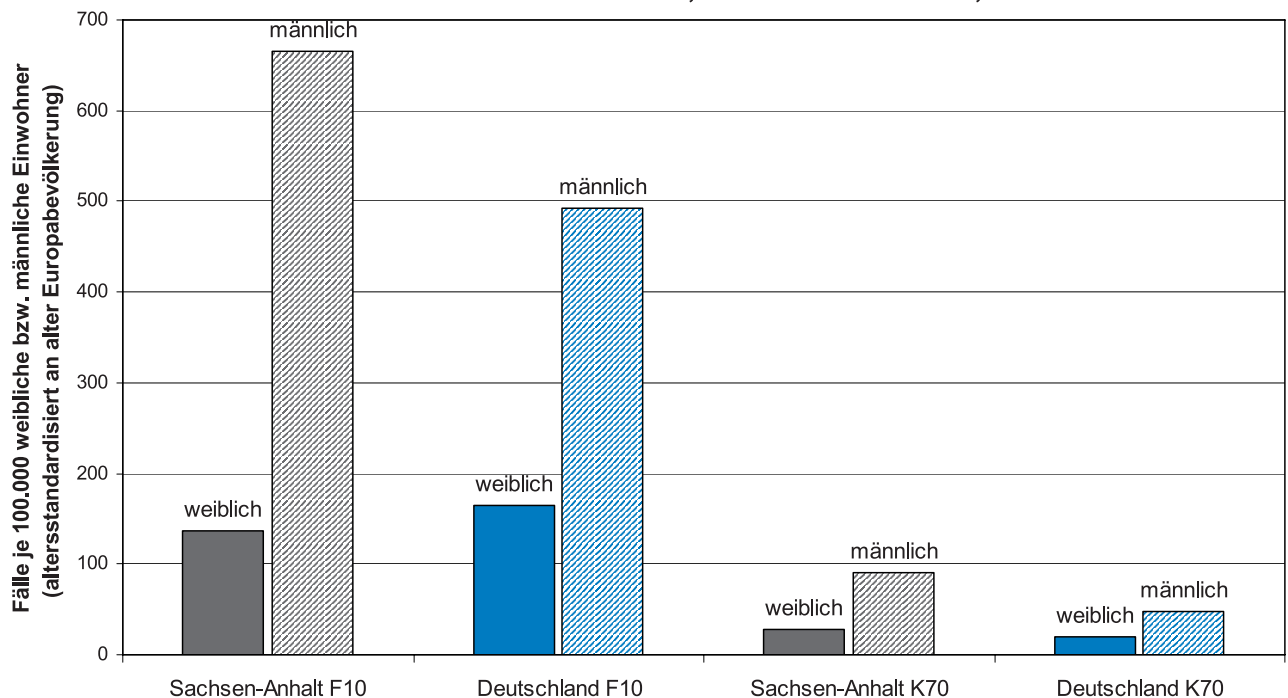


Geschlechtsunterschiede:

Wie in praktisch allen Gesellschaften werden auch in Deutschland und in Sachsen-Anhalt Männer wesentlich häufiger wegen Alkohols im Krankenhaus behandelt als Frauen. Dieser Geschlechtsunterschied ist in Sachsen-Anhalt im Vergleich zu Gesamtdeutschland besonders stark ausgeprägt: 83% aller alkoholbedingten Krankenhausfälle in den Jahren 2000-2006 waren in Sachsen-Anhalt männlich (Tab. KH1) und Männer wurden 4,9 Mal (F10) bzw. 3,2 Mal (K70) häufiger wegen Alkohols im Krankenhaus

behandelt als Frauen; die entsprechenden Zahlen im Bundesdurchschnitt waren „nur“ 75% bzw. 3,0 Mal bzw. 2,4 Mal (Abb. KH5, Tab. KH1+2).. Berücksichtigt man weiterhin, dass Frauen in Sachsen-Anhalt sogar seltener wegen Alkoholmissbrauch (F10) im Krankenhaus behandelt werden als im Bundesdurchschnitt (Abb. KH5, Tab. KH2), so bedeutet dies, dass die insgesamt sehr auffällige Mehrbehandlung wegen Alkohols in Sachsen-Anhalt (Abb. KH1) ausschließlich durch männliche Einwohner des Landes verursacht wird.

Abb. KH5: Quote von Krankenhausfällen aufgrund von Alkoholmissbrauch (F10) bzw. alkoholischer Leberkrankheit (K70) nach Geschlecht, Sachsen-Anhalt / Deutschland, 7-Jahresmittelwerte, 2000-2006

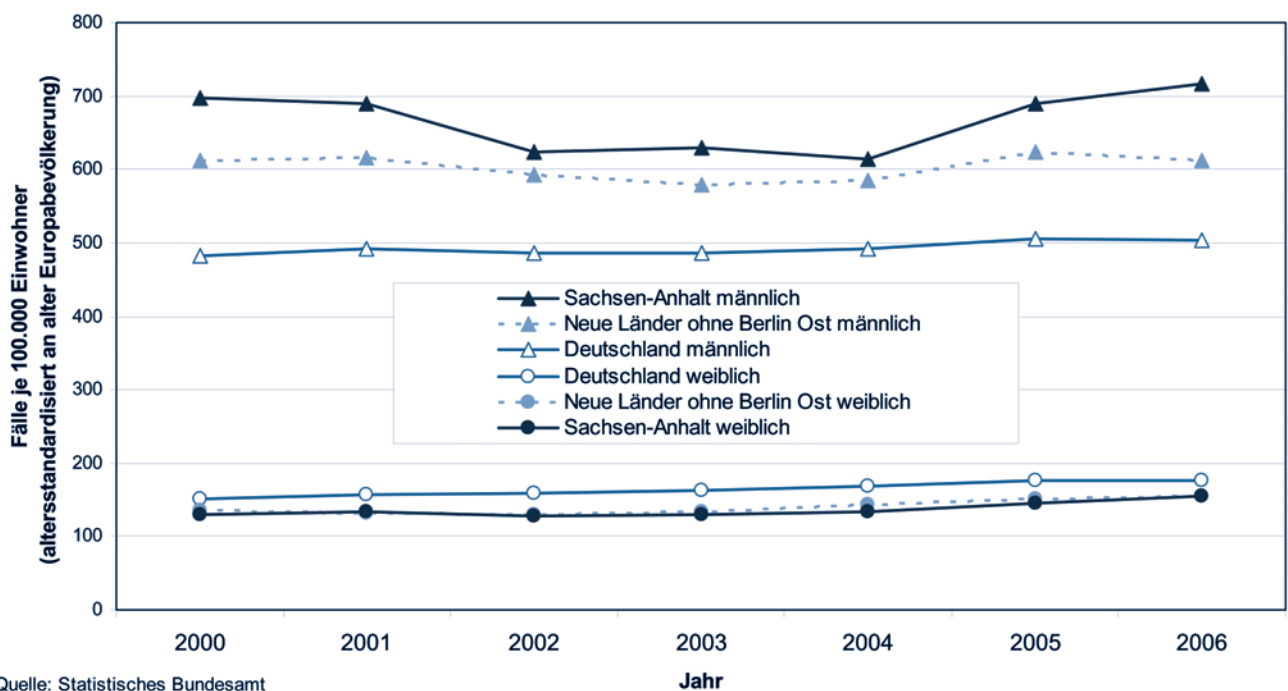


Quelle: Statistisches Bundesamt:
Krankenhausstatistik

Betrachtet man die Daten getrennt nach den beiden Diagnosen und getrennt nach Geschlechtern (Tab. KH2, Abb. KH6+7), so fällt auf, dass sich die Krankenhausfallquoten bei den Männern in Sachsen-Anhalt bezüglich F10 und K70 gleichsinnig verhalten (deut-

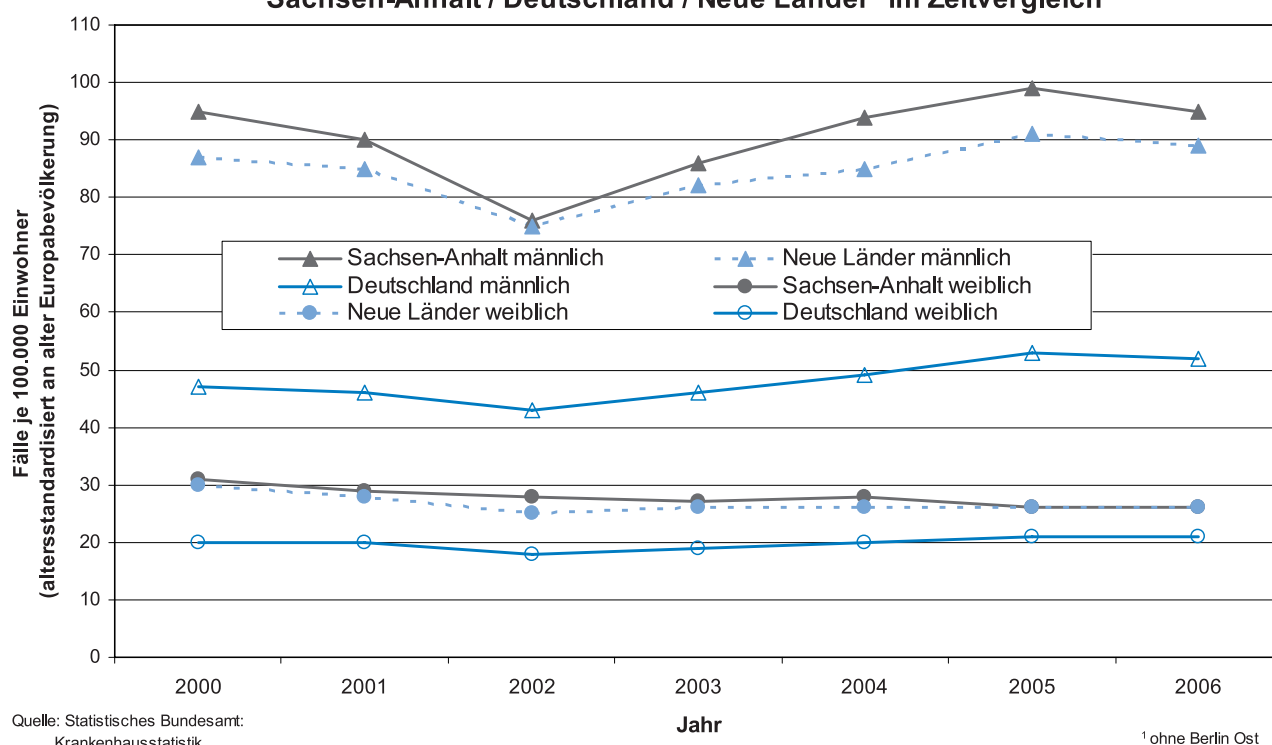
liche Erhöhung gegenüber dem Bundesdurchschnitt (BD), Anstieg seit 2002), bei den Frauen jedoch gegenseitig (K70: deutlich höhere Quote als BD, Abnahme seit 2002, F10: niedrigere Quote als BD, Zunahme seit 2002).

Abb. KH6: Quote von Krankenhausfällen aufgrund von Alkoholmissbrauch (F10) nach Geschlecht, Sachsen-Anhalt / Deutschland / Neue Länder im Zeitvergleich



Quelle: Statistisches Bundesamt

Abb. KH7: Quote von Krankenhausfällen aufgrund von alkoholischer Leberkrankheit (K70) nach Geschlecht, Sachsen-Anhalt / Deutschland / Neue Länder¹ im Zeitvergleich



Altersabhängigkeit der alkoholbedingten Krankenhausfälle:

Die folgenden Betrachtungen beziehen sich nur auf männliche Einwohner, da diese den ganz überwiegenden Anteil an alkoholbedingten Krankenhausfällen haben.

Nicht nur war die Quote der alkoholbedingten männlichen Krankenhausfälle in Sachsen-Anhalt stark erhöht, sondern diese ereigneten sich anschei-

nend auch früher als im Bundesdurchschnitt: während in Sachsen-Anhalt im Mittel der Jahre 58 % aller F10-Krankenhausfälle und 21% aller K70-Fälle jünger als 45 Jahre waren, betrugen diese Anteile im Bundesdurchschnitt nur 53% bzw. 17% (Tab. KH3). Eine genauere Altersaufgliederung der Krankenhausfälle zeigt, dass dieser überproportional hohe Anteil „junger Alkoholfälle“ in Sachsen-Anhalt vor allem für die Altersgruppe der 25-44-Jährigen zutrifft. (Abb. KH8+9).

Abb. KH8: Altersverteilung der männlichen Krankenhausfälle aufgrund von Alkoholmissbrauch (F10), Sachsen-Anhalt / Deutschland, 7-Jahresmittelwert, 2000-2006

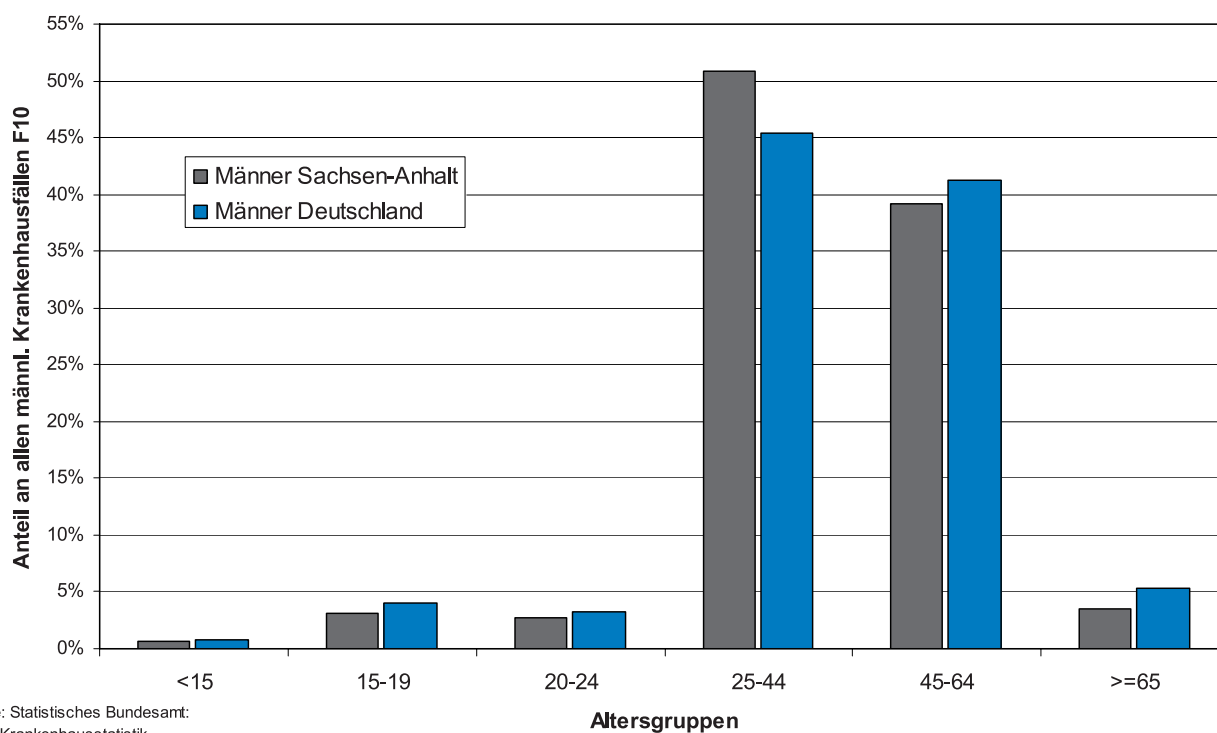
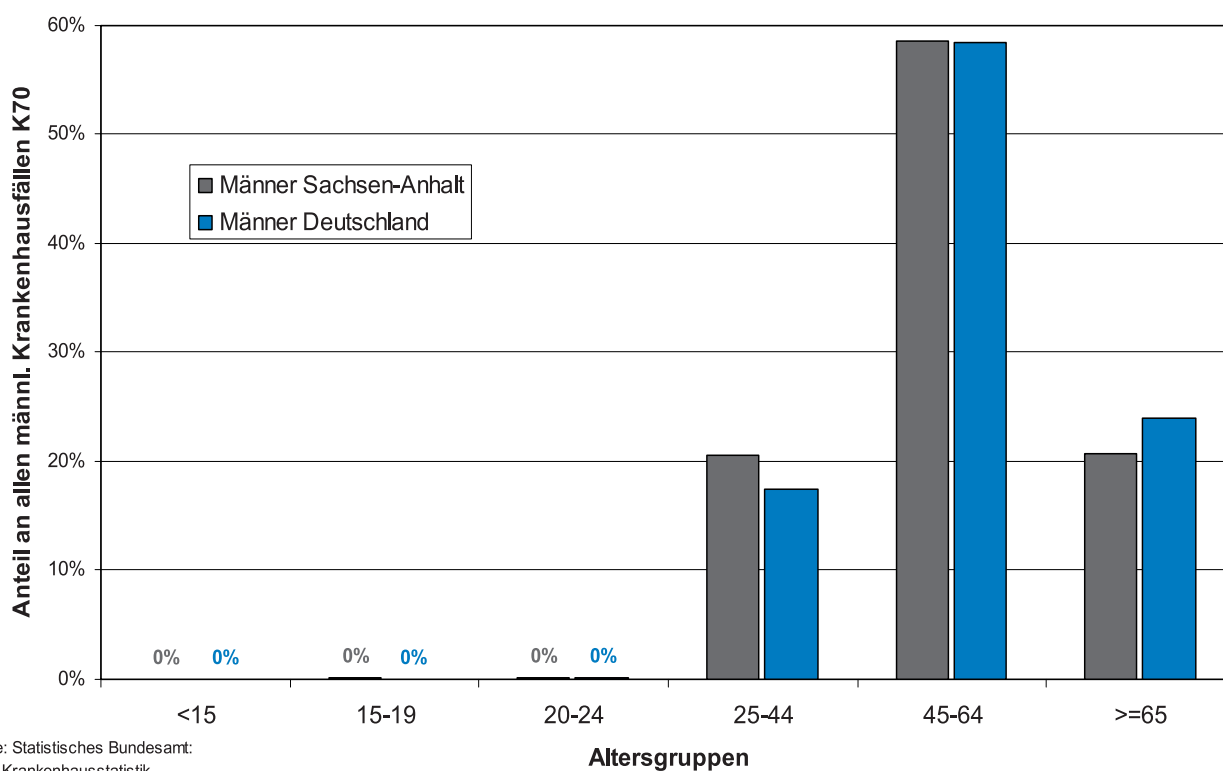


Abb. KH9: Altersverteilung der männlichen Krankenhausfälle aufgrund von alkoholischer Leberkrankheit (K70), Sachsen-Anhalt / Deutschland, 7-Jahresmittelwert, 2000-2006



Die Abbildungen KH10 und KH11 zeigen, dass in Sachsen-Anhalt die alkoholbedingten Behandlungsquoten der männlichen Einwohner in 4 von 6 (F10) bzw. 5 von 6 (K70) der Altersgruppen gegenüber dem Bundesdurchschnitt erhöht waren. Besonders auffallend war die alkoholbedingte Mehrbehand-

lung jedoch wiederum in der Altersgruppe der 25-44-Jährigen, wo die Fallquote 1,7 Mal (F10) bzw. sogar 2,5 Mal (K70) erhöht war. Diese stark erhöhte bevölkerungsbezogene Behandlungsquote führt auch zu der Häufung von Fällen in dieser Altersgruppe (Abb. KH 8+9).

Abb. KH10: Quote von Krankenhausfällen aufgrund von Alkoholmissbrauch (F10) nach Alter, Männer, Sachsen-Anhalt / Deutschland, 7-Jahresmittelwert, 2000-2006

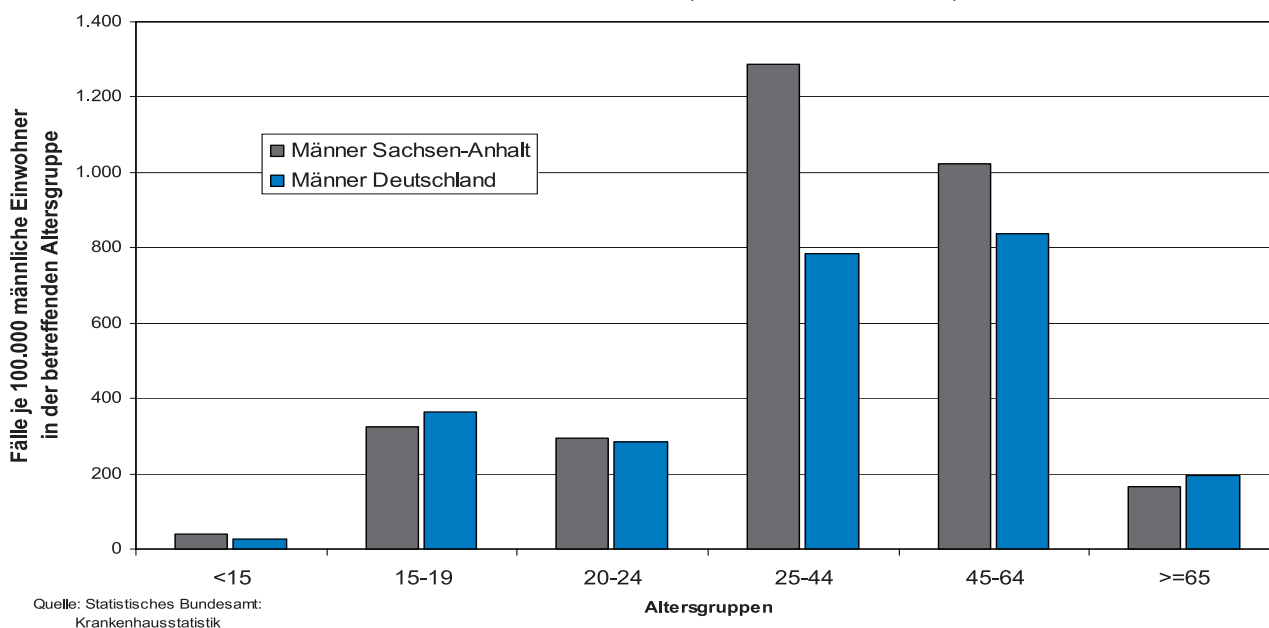
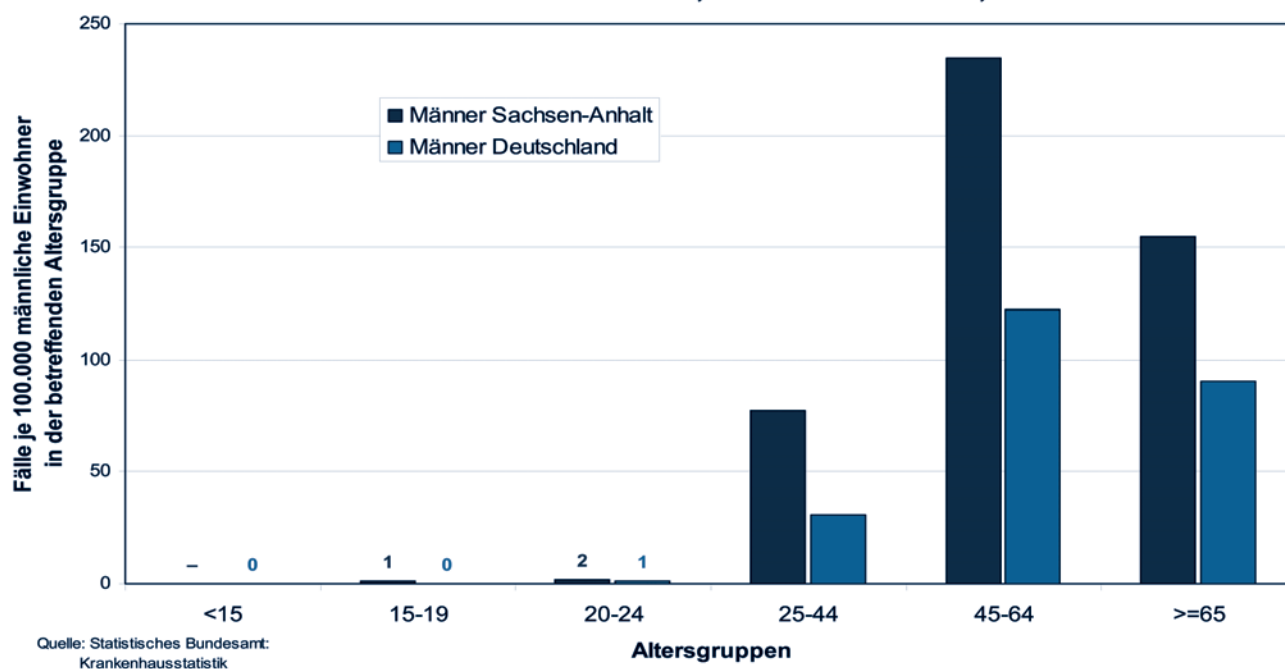


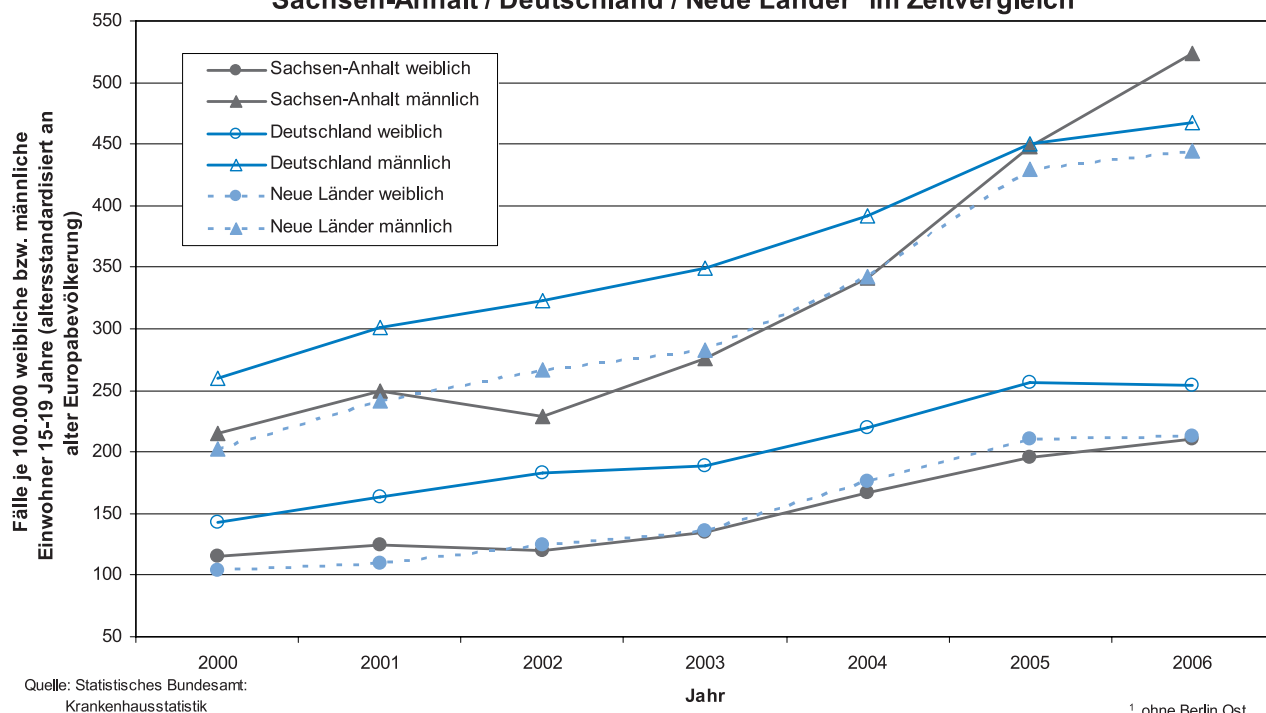
Abb. KH11: Quote von Krankenhausfällen aufgrund von alkoholischer Leberkrankheit (K70) nach Alter, Männer, Sachsen-Anhalt / Deutschland, 7-Jahresmittelwerte, 2000-2006



Auch wenn die unter 20-Jährigen nur einen relativ geringen Anteil an allen alkoholbedingten Krankenhausfällen haben (in Sachsen-Anhalt etwa 4%, Tab. KH4), so zeigt eine genauere Aufschlüsselung der Daten eine erschreckende Situation für Sachsen-Anhalt: erstens ist die F10-Behandlungsquote von sehr jungen Menschen (<15 Jahre) höher als im Bundesdurchschnitt (Abb. KH 10, Tab. KH6), zweitens nimmt in der Gruppe der 15-19-Jährigen männlichen

Jugendlichen seit 2002 die Quote der F10-Krankenhaushäufigkeit (welche bisher unter dem Bundesdurchschnitt gelegen hatte) so dramatisch zu, dass sie inzwischen über den Quoten für Deutschland und für die Gesamtheit der neuen Länder liegt (Abb. KH12). Zwar zeigen die Quoten der 15-19-Jährigen auch im Bundes- und Neue-Länder-Schnitt einen Aufwärtstrend, doch ist derjenige der männlichen Jugendlichen in Sachsen-Anhalt besonders alarmierend.

Abb. KH12: Quoten von Krankenhausfällen aufgrund von Alkoholmissbrauch (F10) nach Geschlecht, Altersgruppe 15-19 Jahre, Sachsen-Anhalt / Deutschland / Neue Länder¹ im Zeitvergleich



1.4. Stationäre Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur sonstigen Teilhabe („Reha-Maßnahmen“) der gesetzlichen Rentenversicherungsträger

Infobox:

Rehabilitation:

Ziel der Rehabilitation ist es, 1) die Auswirkungen einer Krankheit zu überwinden, ihre Verschlimmerung zu verhüten und Krankheitsbeschwerden zu lindern, 2) im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung den dabei erzielten Behandlungserfolg zu sichern, 3) eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen oder 4) einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken (Vorsorge). Rehabilitationsmaßnahmen werden unterteilt in 1) Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe, 2) Leistun-

gen zur Teilhabe am Arbeitsleben, 3) unterhalts-sichernde und andere ergänzende Leistungen, 4) Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemein-schaft. Etwa 70% aller Reha-Maßnahmen sind Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

Leistungsträger der Rehabilitation können sein: 1) die Rentenversicherungen, 2) die Krankenver-sicherungen, 3) die Unfallversicherungen, 4) das Arbeitsamt, 5) das Sozialamt oder 6) die Versor-gungsämter. Welches der jeweils zuständige Versicherungs-träger ist, ergibt sich aus dem Ver-sicherungs- bzw. Berufstätigkeitsstatus des Versi-cherten und dem die Rehabilitationsmaßnahme auslösenden Defizit bzw. dessen Ursache. Wenn die Reha-Maßnahme eine drohende Erwerbs-minderung/Frühverrentung verhindern soll, dann sind in erster Linie die Rentenversicherungen zu-ständig („Reha vor Rente“), wenn eine Pflegebe-dürftigkeit oder Behinderung verhindert werden soll, in erster Linie die Krankenkassen („Reha vor

Pflege“), bei (Wieder-) Eingliederung ins Arbeitsleben das Arbeitsamt usw.. Den mit Abstand größten Teil aller Rehabilitationsleistungen tragen die gesetzlichen Rentenversicherungen = GRV (ca. 60%) und die gesetzlichen Krankenkassen = GKV (ca. 30%).

Statistik der Reha-Leistungen:

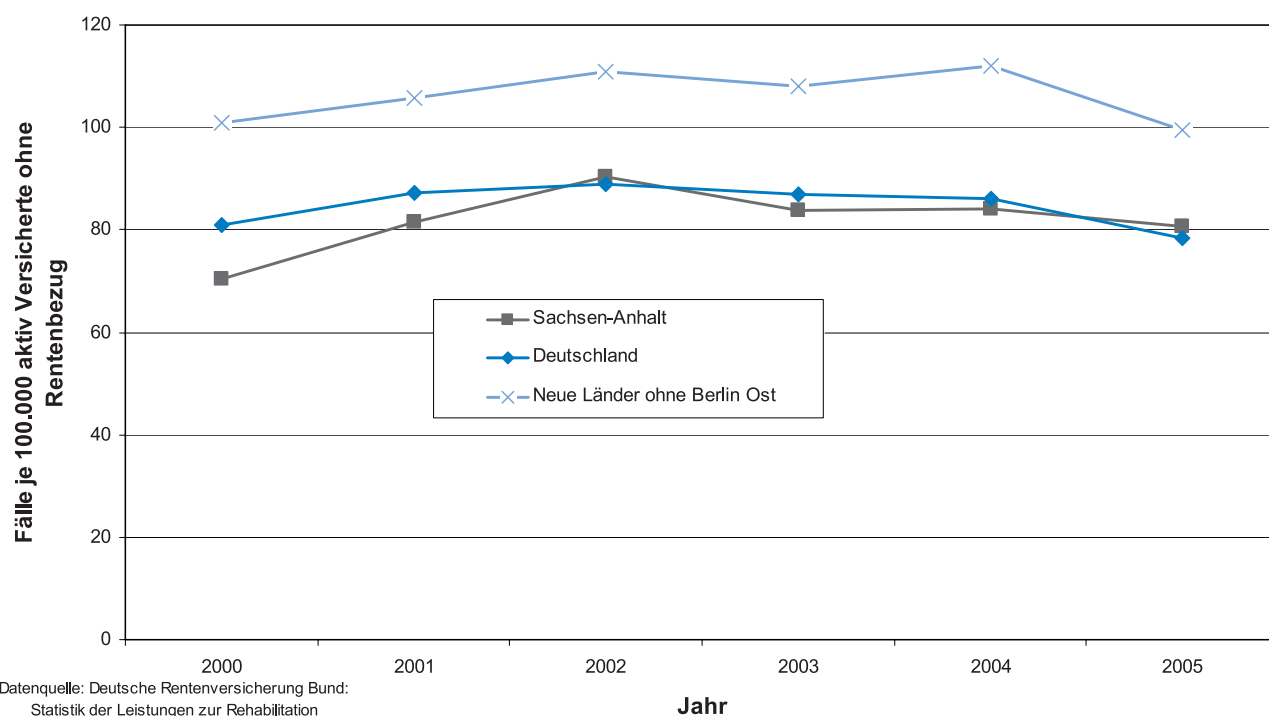
Der vorliegende Bericht beschränkt sich auf Daten zu Reha-Leistungen **der GRV**. Eine zentrale Statistik der Reha-Leistungen aller gesetzlichen Rentenversicherungsträger wird seit 1954 geführt. Gegenwärtig laufen die Daten aller Reha-Leistungen (mit den nach ICD verschlüsselten Hauptdiagnosen) aus sämtlichen Zweigen der GRV (Allgemeine (=Arbeiter- + Angestellten-) und knappschaftliche Rentenversicherung) bei der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV) zusammen. Die in diesem Bericht verwendeten Daten zu Reha-Leistungen der GRV stammen nicht direkt von der DRV, sondern aus einer öffentlich zugänglichen online-Datenbank der Abteilung „Gesundheitsberichterstattung des Bundes“ des Statistischen Bundesamtes (www.gbe-bund.de), welche jedoch auf der DRV-Statistik beruht. In der online-Datenbank werden nur „abgeschlossene

stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe für Erwachsene“ dargestellt, d.h. keine ambulanten Reha-Leistungen, keine Kinderheilbehandlungen und keine „sozialen“ Reha-Leistungen. Die hier interessierenden, alkoholbedingten Reha-Leistungen aufgrund von F10 oder K70 sind sämtlich enthalten. In der hier verwendeten Datenbank (www.gbe-bund.de) erscheinen die ICD-Diagnosen meist nur in 3-stelliger Form. Die in diesem Bericht verglichenen „Reha-Quoten“ berechnen sich aus der jährlichen Anzahl F10- bzw. K70-Reha-Leistungen für Erwachsene bezogen auf die bei der DRV aktiv Versicherten („Beitragszahler“), und zwar auf aktiv Versicherte ohne Rentenbezug.

Gesamtsituation:

In den Jahren 2000-2005 erhielten jährlich im Mittel etwa 940 Einwohner Sachsen-Anhalts eine alkoholbedingte Rehabilitation durch den gesetzlichen Rentenversicherungsträger (Tab. RH1). Auf jeweils 100.000 aktiv Versicherte ohne Rentenbezug bezogen, bedeutet dies im Mittel der Beobachtungsjahre eine ähnliche Alkohol-Reha-Quote wie im Bundesdurchschnitt und eine deutlich geringere als in der Gesamtheit der neuen Länder (Abb. RH1).

Abb. RH1: Quoten von stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstigen Maßnahmen zur Teilhabe "aufgrund von Alkohol" (F10+K70), Sachsen-Anhalt / Deutschland / Neue Länder im Zeitvergleich



Differenzierung nach F10/K70:

Aufgrund der unterschiedlichen Häufigkeit und der unterschiedlichen Heilungschancen der beiden Alkoholdiagnosen waren naturgemäß die allermeisten (96%) der Rehabilitationsleistungen Alkoholentwöhnungsmaßnahmen (F10), nur ein kleiner Teil (etwa 40 Fälle pro Jahr) waren Leistungen wegen alkoholischer Leberkrankheit (Tab. RH1). Während sich

die Quote der F10-Reha- nicht auffallend von derjenigen des Bundesdurchschnittes unterschied und über den Beobachtungszeitraum auf etwa gleichem Niveau blieb (Abb. RH2), scheint die K70-Reha-Quote gegenüber dem Bundesdurchschnitt und gegenüber dem Schnitt der neuen Länder erhöht (Abb. RH3). Allerdings muss die geringe jährliche Anzahl an K70-Maßnahmen beachtet werden.

Abb. RH2: Quoten von stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstigen Maßnahmen zur Teilhabe aufgrund von Alkoholmissbrauch (F10), Sachsen-Anhalt / Deutschland / Neue Länder im Zeitvergleich

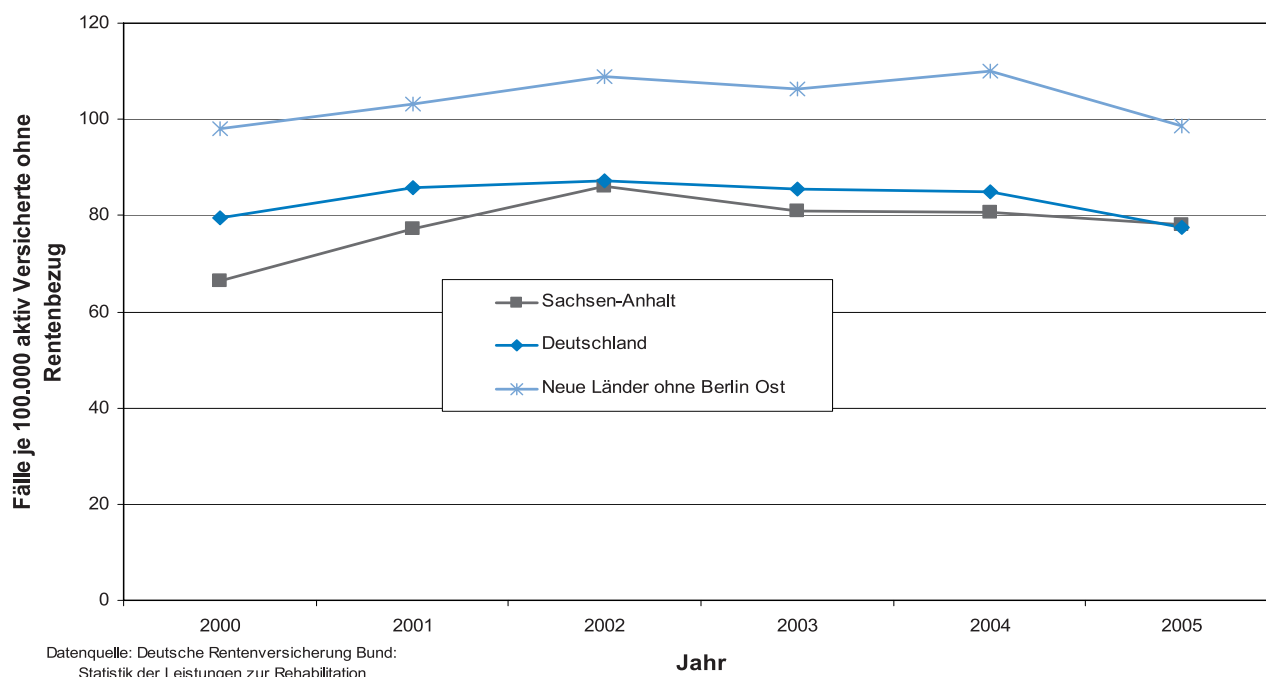
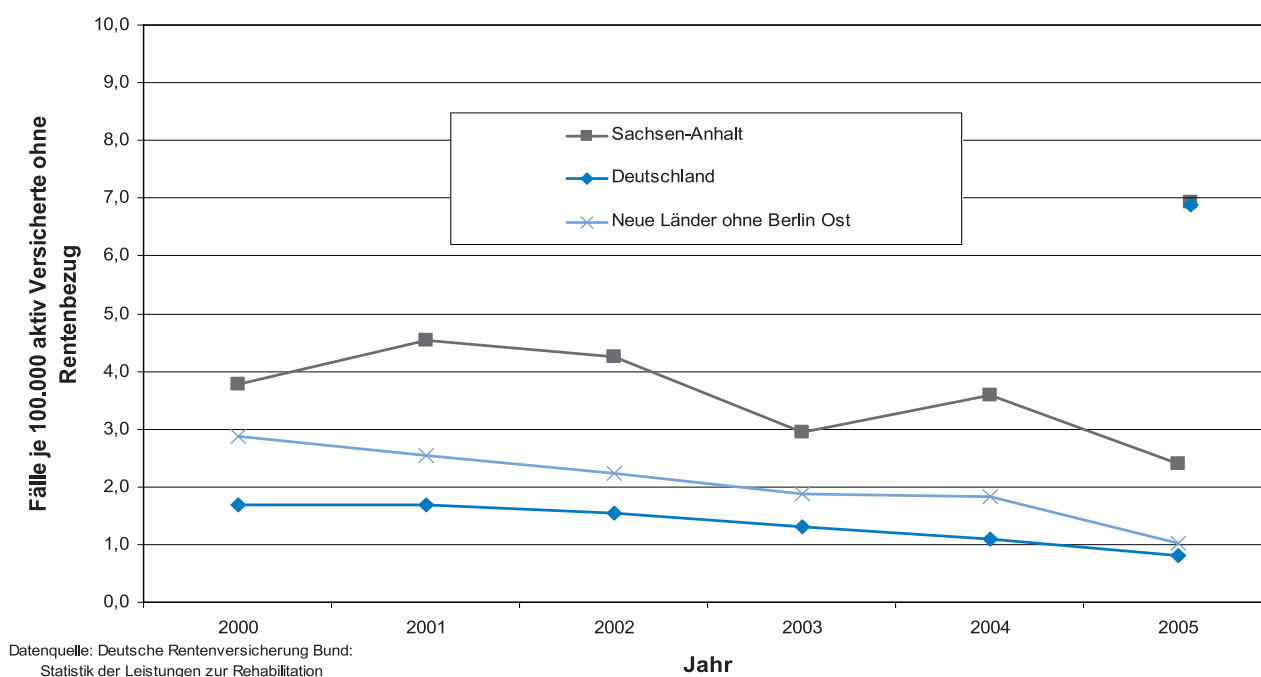


Abb. RH3: Quoten von stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonst. Maßnahmen zur Teilhabe aufgrund von alkohol. Leberkrankheit (K70), Sachsen-Anhalt / Deutschland / Neue Länder im Zeitvergleich

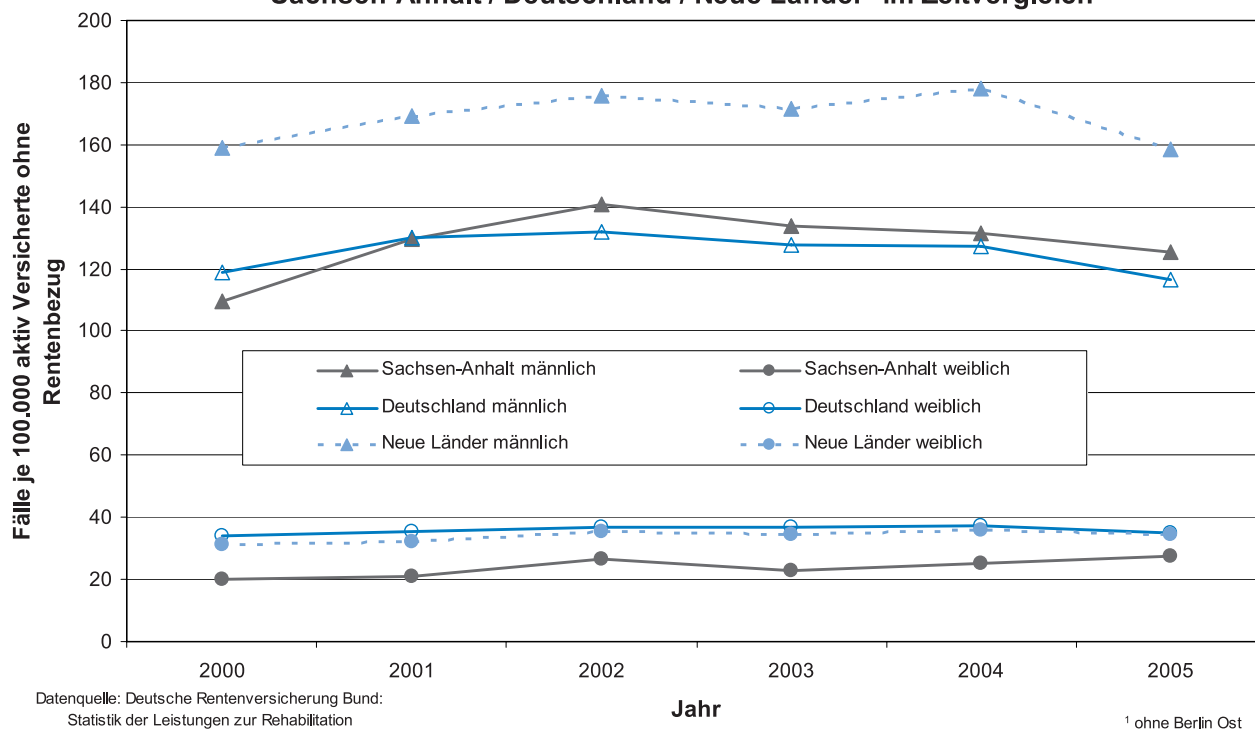


Geschlechtsunterschiede:

Entsprechend der ungleichen Geschlechterverteilung der Alkoholkrankheiten in der Bevölkerung gingen von den geleisteten Rehabilitationsmaßnahmen 85% (F10) bzw. 78% (K70) an Männer (Tab. RH 1). Auch hier war das Übergewicht der männlichen Fälle wieder ausgeprägter als im Bundesdurchschnitt.

Die F10-Reha-Quote der Männer in Sachsen-Anhalt war – anders als bei den Krankenhausfällen – nicht deutlich vom Bundesdurchschnitt unterschieden und deutlich geringer als die Quote in der Gesamtheit der neuen Länder; Frauen erhielten sogar deutlich seltener Entwöhnungs-Maßnahmen (F10) als im Bundesdurchschnitt (Abb. RH4, Tab. RH2).

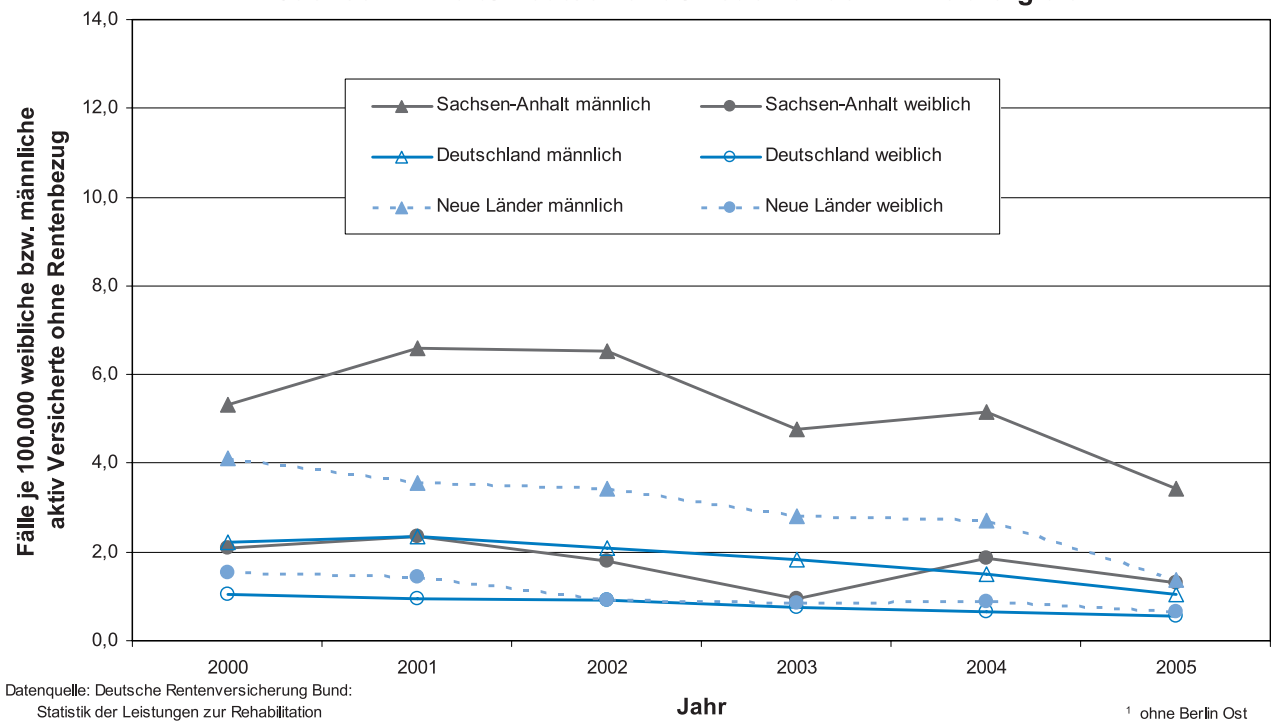
Abb. RH4: Quote von stat. Leistungen zur med. Rehabilitation und sonst. Maßnahmen zur Teilhabe aufgrund von Alkoholmissbrauch (F10) nach Geschlecht, Sachsen-Anhalt / Deutschland / Neue Länder¹ im Zeitvergleich



Die K70-Reha-Quoten hingegen scheinen im Beobachtungszeitraum in Sachsen-Anhalt sowohl bei Männern als auch bei Frauen im Vergleich zu Bundes-

und Neue-Länder-Durchschnitt erhöht gewesen zu sein – allerdings sind auch hier wieder die geringen Fallzahlen zu beachten (Abb. RH5, Tab. RH1+2)

Abb. RH5: Quote von stat. Leistungen zur med. Rehabilitation und sonst. Maßnahmen zur Teilhabe wegen alkoholischer Leberkrankheit (K70) nach Geschlecht, Sachsen-Anhalt / Deutschland / Neue Länder¹ im Zeitvergleich



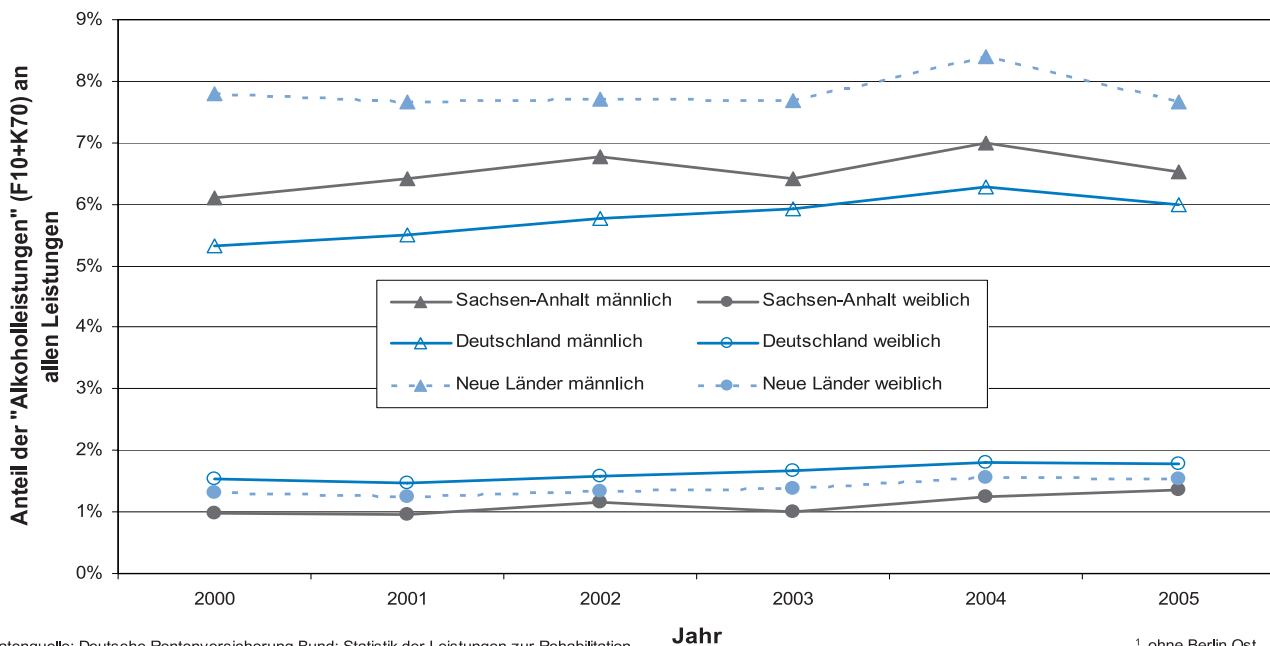
Korrektur für potenzielle Störfaktoren:

Da bei der Gewährung bzw. Inanspruchnahme von Reha-Maßnahmen eine Vielzahl von Faktoren – zum Teil auch administrativer Art – eine Rolle spielen, war zu prüfen, ob die oben gezeigten Ähnlichkeiten bzw. Abweichungen der F10- und K70-Reha-Quoten tatsächlich „alkoholbedingt“ waren, oder ob sie durch Ähnlichkeiten bzw. Unterschiede in den Gesamt-Reha-Quoten (alle Diagnosen) beeinflusst waren. Deshalb wurden die kumulierten alkoholbedingten Reha-Fälle (F10+K70) ins Verhältnis zu den im selben

Jahr insgesamt in Anspruch genommenen Reha-Maßnahmen gesetzt (vgl. Tab RH 1).

Es bestätigten sich in etwa die Ergebnisse aus dem direkten Vergleich der Quoten: der „Alkoholanteil“ an allen Reha-Maßnahmen in Sachsen-Anhalt war bei Männern nur leicht gegenüber dem Bundesdurchschnitt erhöht, bei Frauen war er wieder deutlich niedriger. Die relative Häufigkeit von Alkoholmaßnahmen war bei beiden Geschlechtern wieder niedriger als im Durchschnitt der neuen Bundesländer (Abb. RH6).

Abb. RH6: Anteil alkoholbedingter Leistungen (F10+K70) an allen stat. Leistungen zur med. Rehabilitation und sonst. Maßnahmen zur Teilhabe nach Geschlecht, Sachsen-Anhalt / Deutschland / Neue Länder¹ im Zeitvergleich

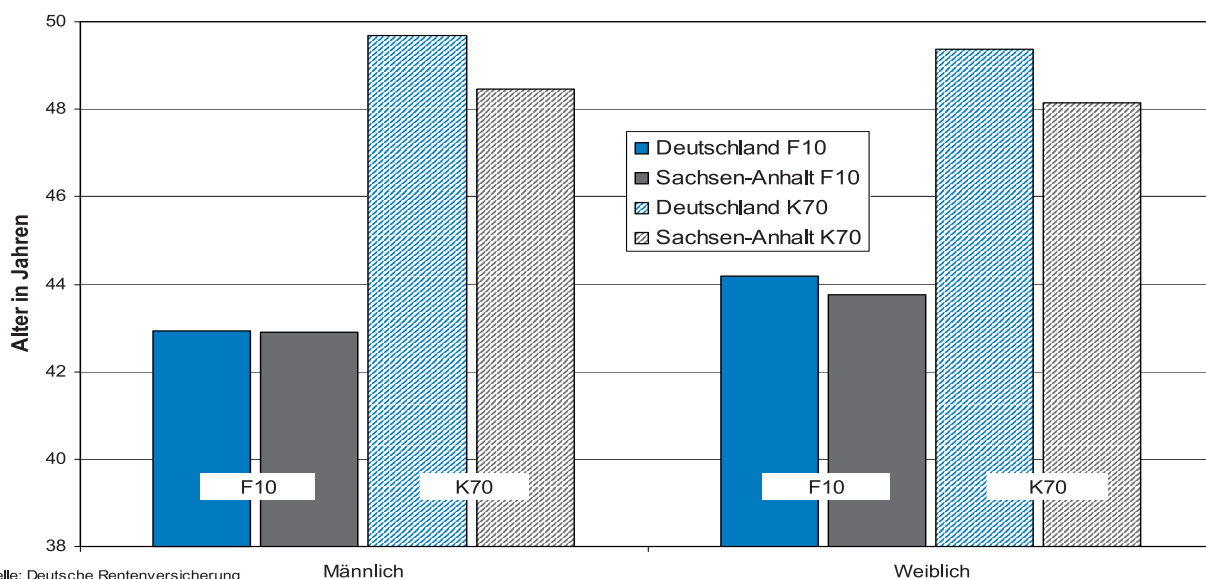


Altersabhängigkeit der alkoholbedingten Rehabilitationsmaßnahmen:

Einwohner Sachsen-Anhalts mit alkoholischer Leberkrankheit (K70) begaben sich im Mittel der Jahre etwa 1,3 Jahre früher in Rehabilitation als der Bundesdurchschnitt, bei F10-Reha-Maßnahmen waren

bei Frauen keine, bei Männern nur geringe Unterschiede im Zugangsalter auszumachen (Abb. RH7). Ein genauerer Vergleich der verschiedenen Altersgruppen ist hier nicht möglich, weil uns keine Altersgruppierung der Bundesdaten vorlag.

Abb. RH7: Alter bei Inanspruchnahme von stat. Leistungen zur med. Rehabilitation und Maßnahmen zur sonstigen Teilhabe "aufgrund von Alkohol" (F10, K70), Sachsen-Anhalt / Deutschland, 6-Jahresmittelwert, 2000-2005



1.5. Zugänge von gesetzlichen Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit („Frührenten“):

Infobox:

Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (Frührenten):

Frührenten im engeren Sinne sind Renten aufgrund einer gesundheitlichen Einschränkung, welche die Erwerbstätigkeit nicht oder nur eingeschränkt ermöglichen. Bis zum 1.1.2001 wurde zwischen **Berufsunfähigkeitsrente = 2/3-Rente** („unter 50% Arbeitsvermögen im Haupt- oder Verweisungsberuf“) und **Erwerbsunfähigkeitsrente = Vollrente** („keine regelmäßige Erwerbstätigkeit möglich“) unterschieden. Ab 01.01.2001 werden alle entsprechenden Renten nur noch als **Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit** bezeichnet, wobei nach teilweiser Erwerbsminderung („Halbrente“) und voller Erwerbsminderung („Vollrente“) unterschieden wird. Berufsunfähigkeitsrenten vor dem 01.01.2001, die weiterhin bestehen, werden für die Statistik in den Folgejahren bei den **Renten wegen teilweiser Erwerbsminderung** ausgewiesen, Renten wegen Erwerbsunfähigkeit vor dem 1.1.2001, die weiterhin bestehen, als **Renten wegen voller Erwerbsminderung**. Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit werden überwiegend von der gesetzlichen Rentenversicherung (DRV) getragen. Aus der Kostenverteilung der Gesamtausgaben für gesundheitsbedingte Frührenten in Deutschland lässt sich grob schätzen, dass ca. 60% der Renten von der DRV getragen werden. Weitere Leistungsträger sind: die Beamtenversorgung (ca. 15%), die betriebliche Zusatzversorgung (ca. 12%), die gesetzliche Unfallversicherung (ca. 11%) und einige sonstige (2%).

Statistik der Rentenzugänge:

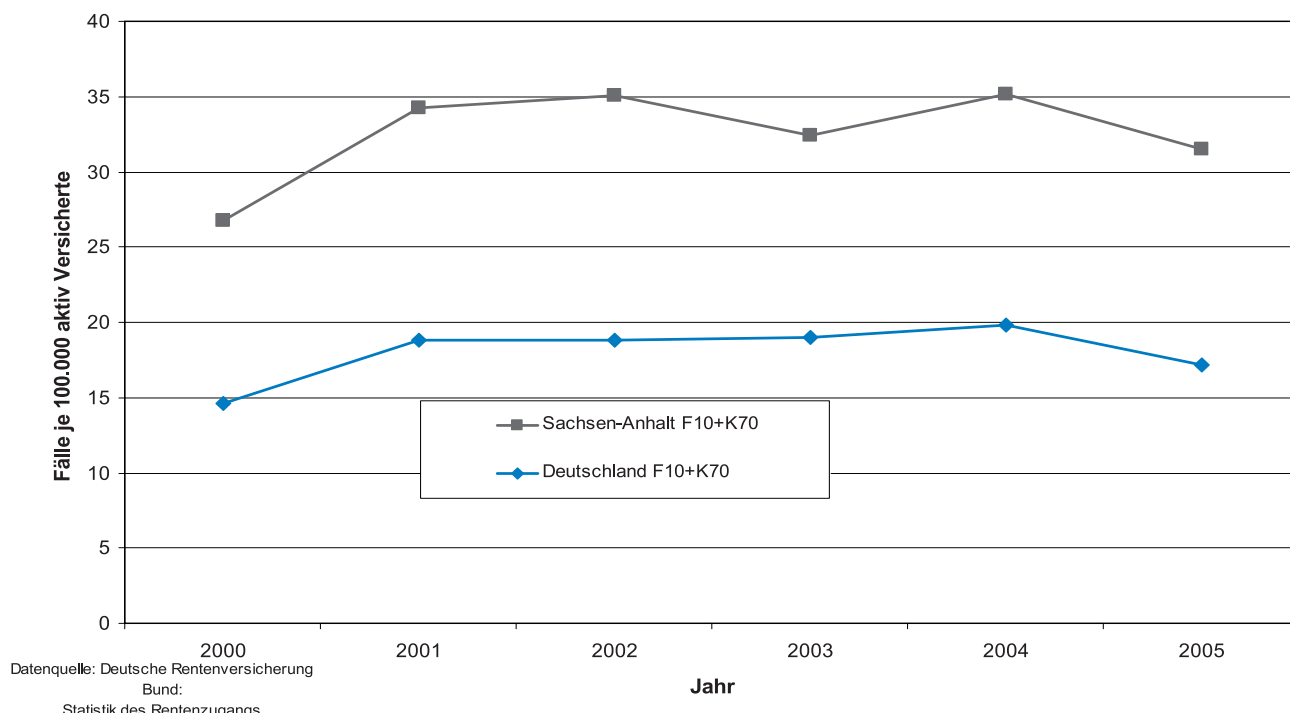
Der vorliegende Bericht beschränkt sich auf Daten zu Frührenten der **GRV**. Eine zentrale Statistik der Frührenten aller gesetzlichen Rentenversicherungsträger wird seit 1950 geführt. Gegenwärtig laufen die Daten der Frührenten (mit den nach ICD verschlüsselten Hauptdiagnosen) aus sämtlichen Zweigen der GRV (Allgemeine und knappschaftliche Rentenversicherung) bei der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV) zusammen. Die Daten zu den Frührenten in Sachsen-Anhalt wurden direkt bezogen, die Daten zu den Frührenten im gesamten Bundesgebiet stammen aus einer öffentlich zugänglichen online-Datenbank der Abteilung „Gesundheitsberichterstattung des Bundes“ des Statistischen Bundesamtes (www.gbe-bund.de), welche auf der DRV-Statistik beruht. In dieser Datenbank erscheinen die ICD-Diagnosen meist nur in 3-stelliger Form. Die in diesem Bericht verglichenen „Frühberentungsquoten“ berechnen sich aus der jährlichen Anzahl F10- bzw. K70-Frührentenzugänge bezogen auf die aktiv Versicherten („Beitragszahler“).

Gesamtsituation:

Ein Vergleich der Frührentenzugänge in Sachsen-Anhalt ist nur mit dem Bundesdurchschnitt möglich: Daten bezogen auf die Gesamtheit der neuen Länder liegen uns nicht vor.

In den Jahren 2000-2005 erhielten in Sachsen-Anhalt im Mittel jährlich etwa 400 Einwohner eine gesetzliche Frührente wegen alkoholbedingter Gesundheitsschäden (Tab. RT 1). Bezogen auf 100.000 aktiv Versicherte ist dies eine deutlich höhere (1,8 Mal) alkoholbedingte Frühberentungsquote als im Bundesdurchschnitt. Die jährlichen Frühberentungsquoten in Sachsen-Anhalt und in Deutschland zeigten im Beobachtungszeitraum keine deutlichen Aufwärts- oder Abwärtstrends (Abb. RT1).

Abb. RT1: Zugänge von Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit "aufgrund von Alkohol" (F10+K70), Sachsen-Anhalt / Deutschland im Zeitvergleich

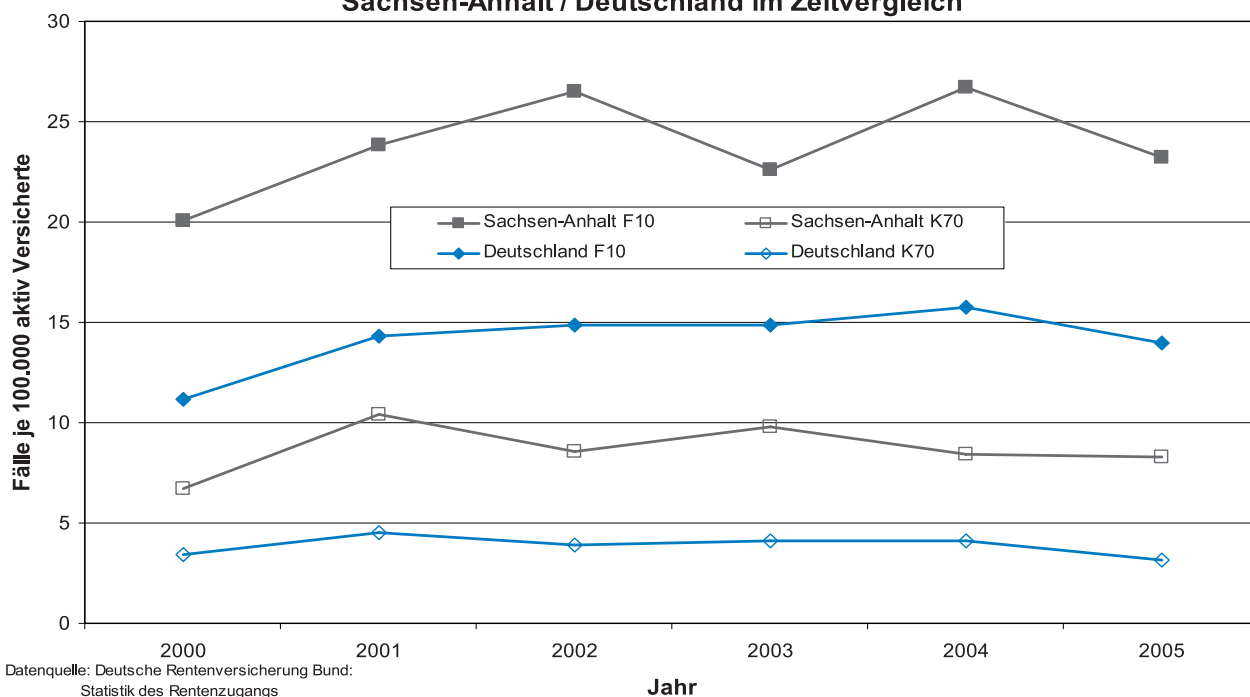


Differenzierung nach F10/K70:

Bedingt durch die unterschiedlichen Heilungschancen der beiden Alkoholdiagnosen ist der Quotient K70/F10 bei den alkoholbedingten Frührenten deutlich höher als bei den Reha-Maßnahmen. In Sachsen-Anhalt wurden im Beobachtungszeitraum von insgesamt etwa 400 jährlichen alkoholbedingten

Frührentenzugängen etwa ein Viertel aufgrund von alkoholischer Leberkrankheit und drei Viertel aufgrund von Alkoholsucht in Anspruch genommen (Tab. RT1). Bei keiner der beiden Diagnosen (F10 oder K70) ließen sich deutliche Aufwärts- oder Abwärtstrends feststellen (Abb. RT2).

Abb. RT2: Zugänge von Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aufgrund von Alkoholmissbrauch (F10) bzw. alkoholischer Leberkrankheit (K70), Sachsen-Anhalt / Deutschland im Zeitvergleich



Geschlechtsunterschiede:

Wiederum ging der ganz überwiegende Teil der Frührenten (F10: 84%, K70: 79%) an Männer (Tab. RT1). Die alkoholbedingte Frühberentungsquote der Männer war deutlich, nämlich 1,7 Mal (F10) bzw. 2,2 Mal (K70), höher als im Bundesdurchschnitt (Abb. RT3+4, Tab. RT 2). Anders als bei den Reha-Maßnah-

men, scheinen auch Frauen in Sachsen-Anhalt häufiger eine alkoholbedingte Frührente zu bekommen als der weibliche Bundesdurchschnitt. Allerdings sind auch hier die weiblichen Fallzahlen in Sachsen-Anhalt gering (Tab. RT1) und es lässt sich kaum eine sichere Aussage treffen.

Abb. RT3: Zugänge von Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aufgrund von Alkoholmissbrauch (F10) nach Geschlecht, Sachsen-Anhalt / Deutschland im Zeitvergleich

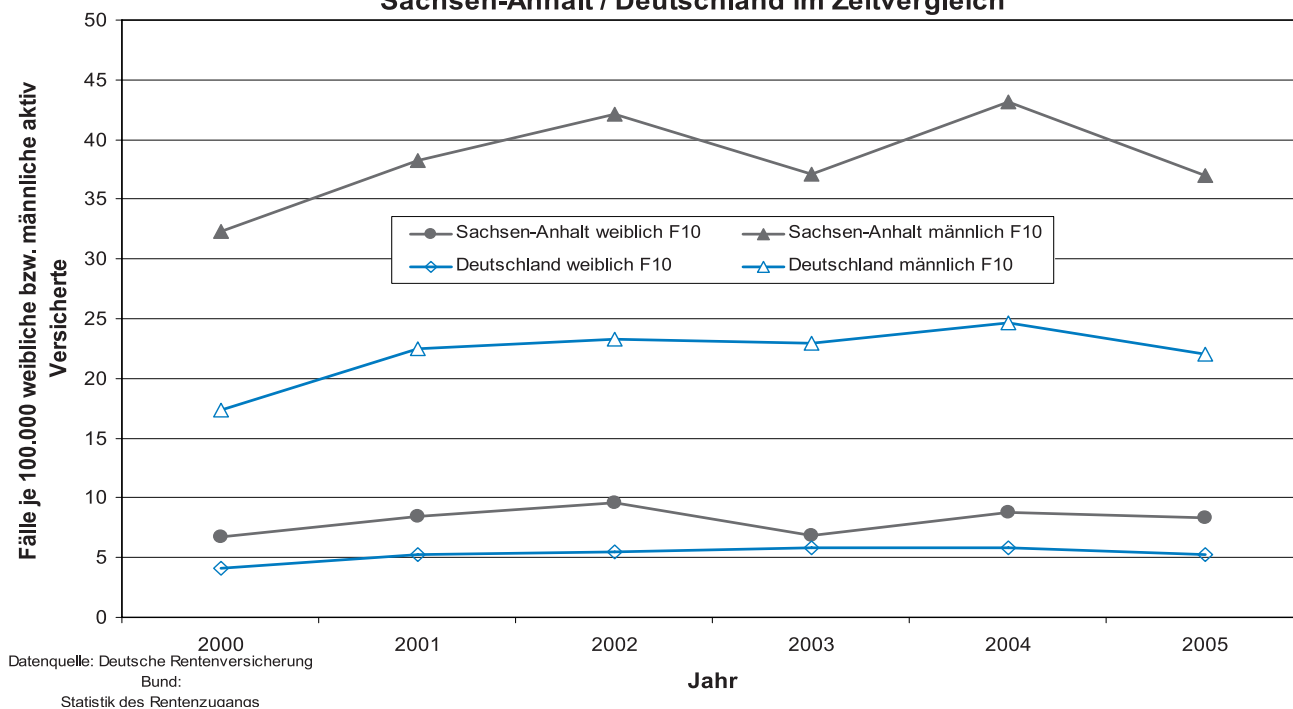


Abb. RT4: Zugänge von Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aufgrund von alkoholischer Leberkrankheit (K70) nach Geschlecht, Sachsen-Anhalt / Deutschland im Zeitvergleich

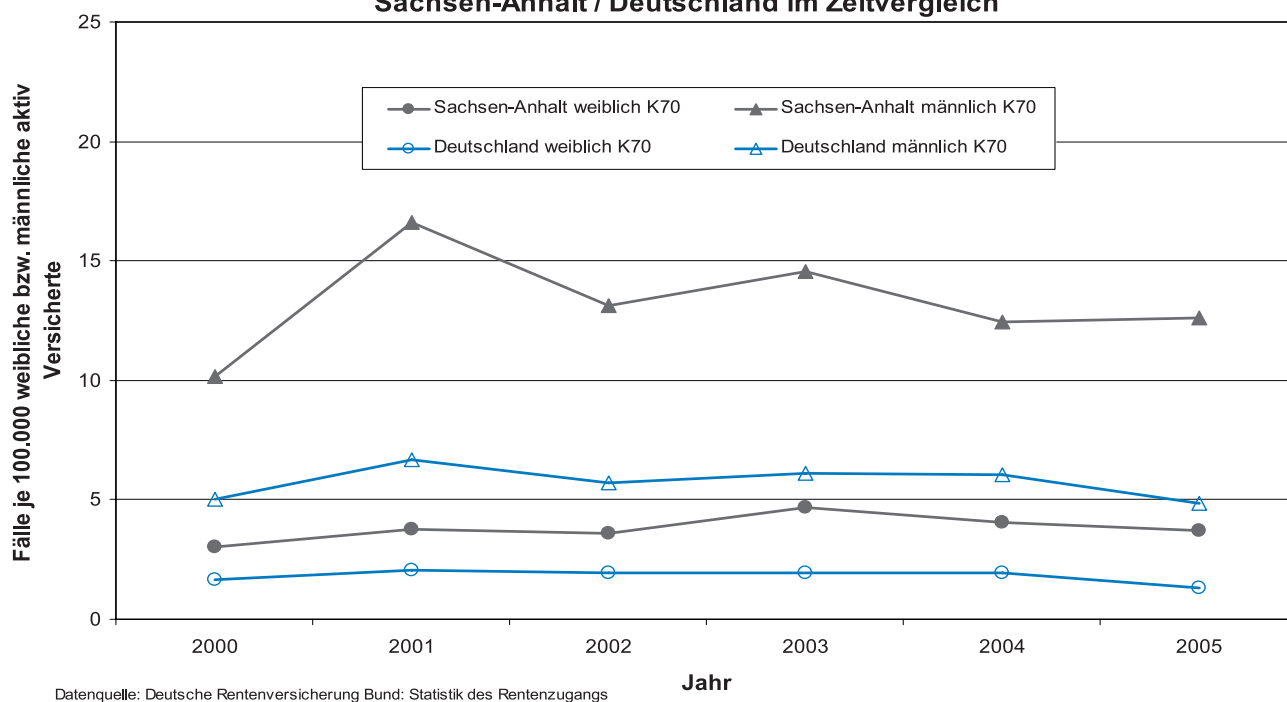
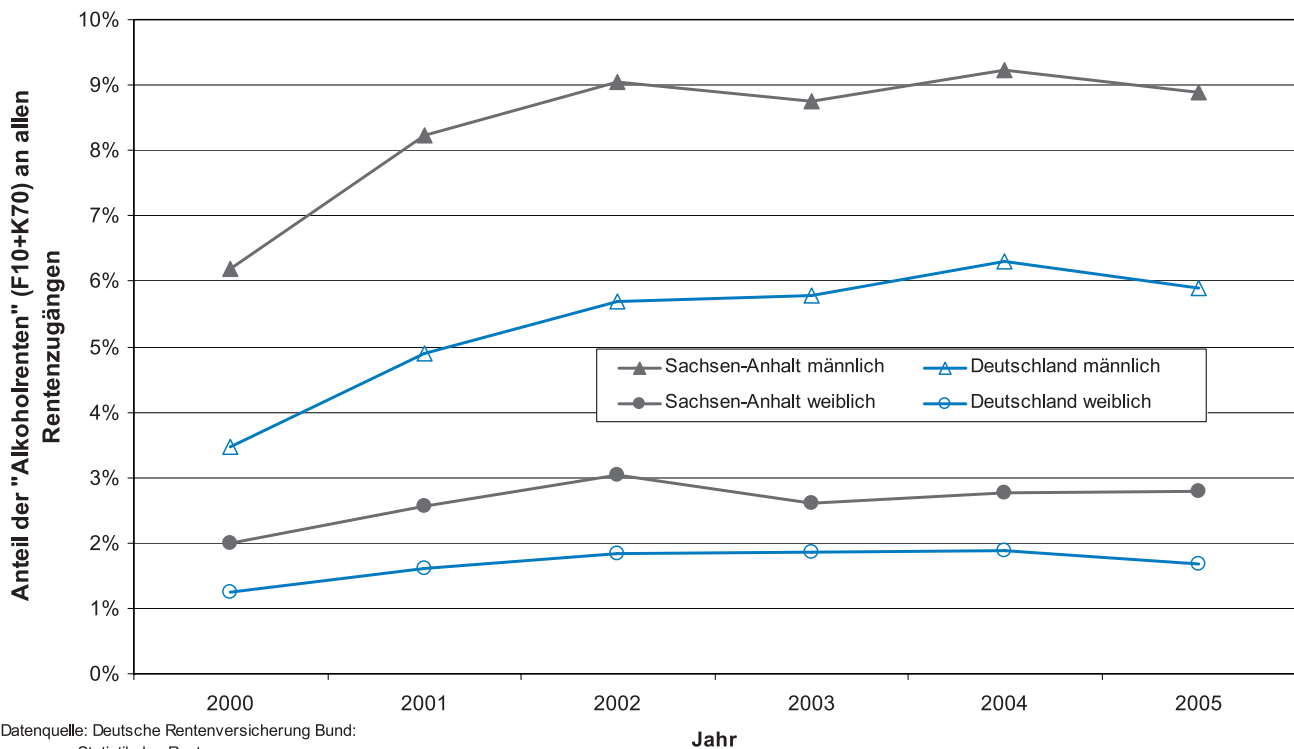


Abb. RT5: Zugänge von Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit "aufgrund von Alkohol" (F10+K70), Sachsen-Anhalt / Deutschland im Zeitvergleich



Korrektur für potenzielle Störfaktoren:

Analog zu den Überlegungen bei den Reha-Maßnahmen (Kapitel 1.4) war zu prüfen, ob die höhere „Alkoholberentungsquote“ nicht eventuell von einer insgesamt häufigeren Frühberentung in Sachsen-Anhalt überlagert wird. Deshalb wurden - wie

oben - die alkoholbedingten Fälle ins Verhältnis zur Gesamtzahl gewählter Frührenten gesetzt (vgl. Tab. RT 1). Auch nach dieser Korrektur zeigte sich ein deutlich erhöhter alkoholbedingter Frühberentungsanteil in Sachsen-Anhalt (Abb. RT5).

Abb. RT6: Zugangsalter bei Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit "aufgrund von Alkohol" (F10, K70), Sachsen-Anhalt / Deutschland, 6-Jahresmittelwert, 2000-2005

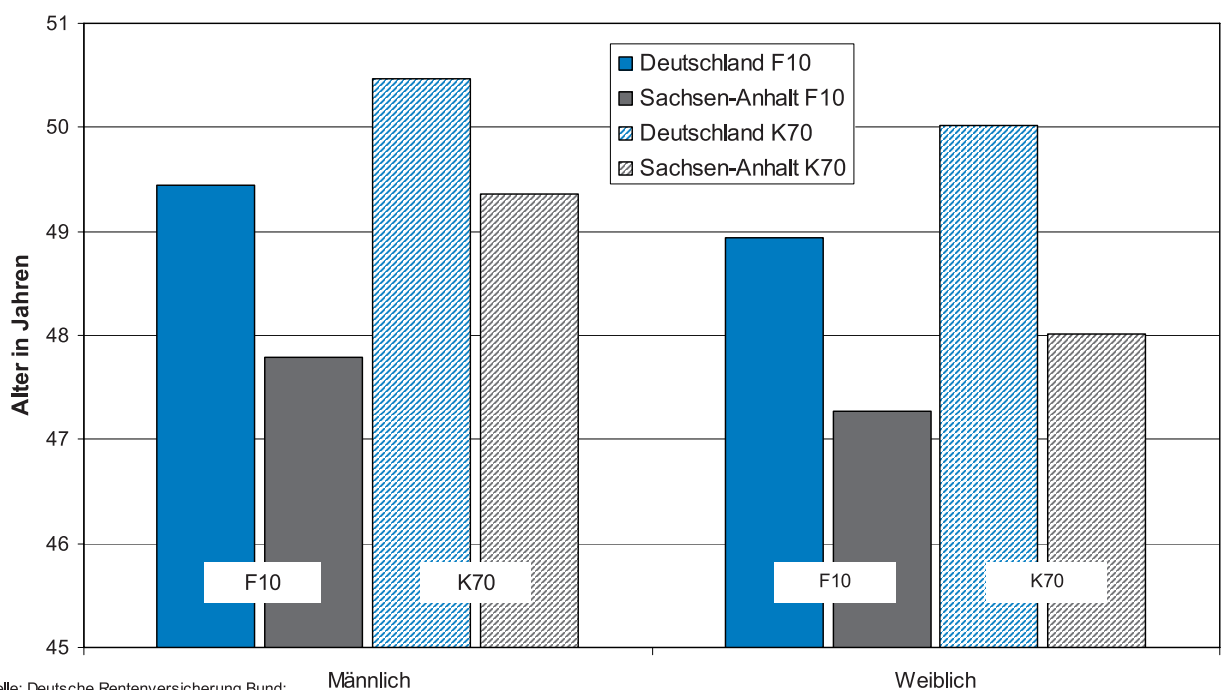
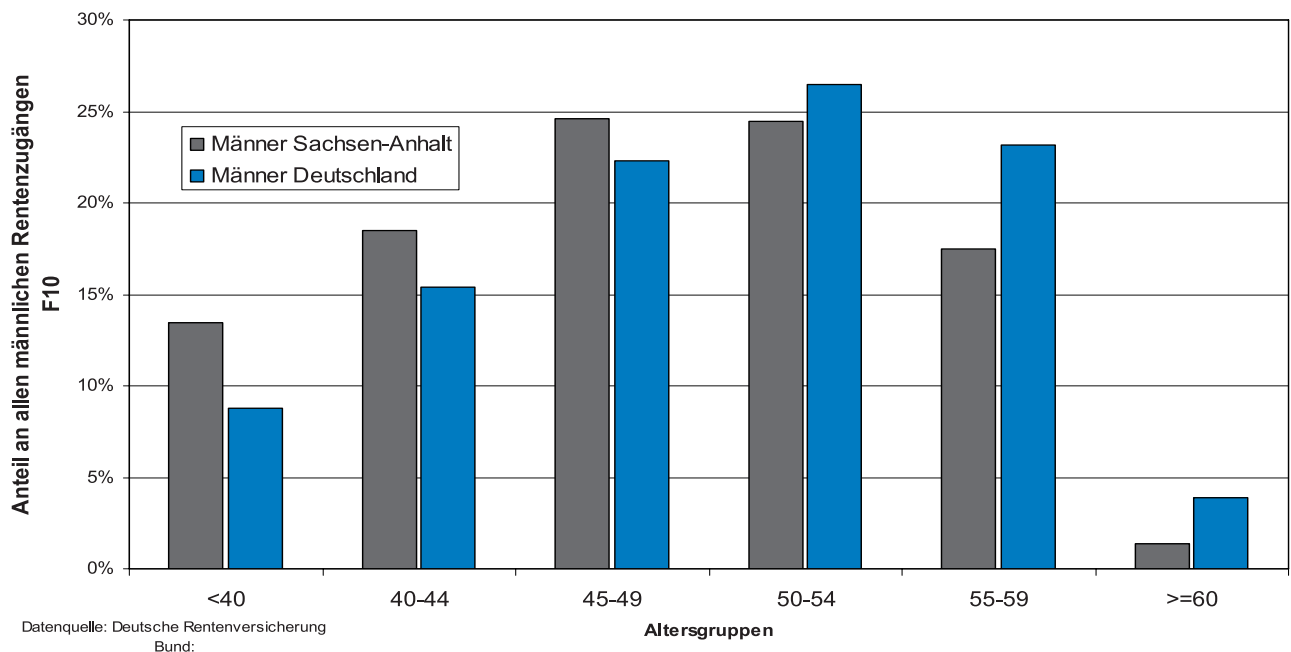


Abb. RT7: Altersverteilung von Rentenzugängen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aufgrund von Alkoholmissbrauch (F10), Männer, Sachsen-Anhalt / Deutschland, 6-Jahresmittelwerte 2000-2005

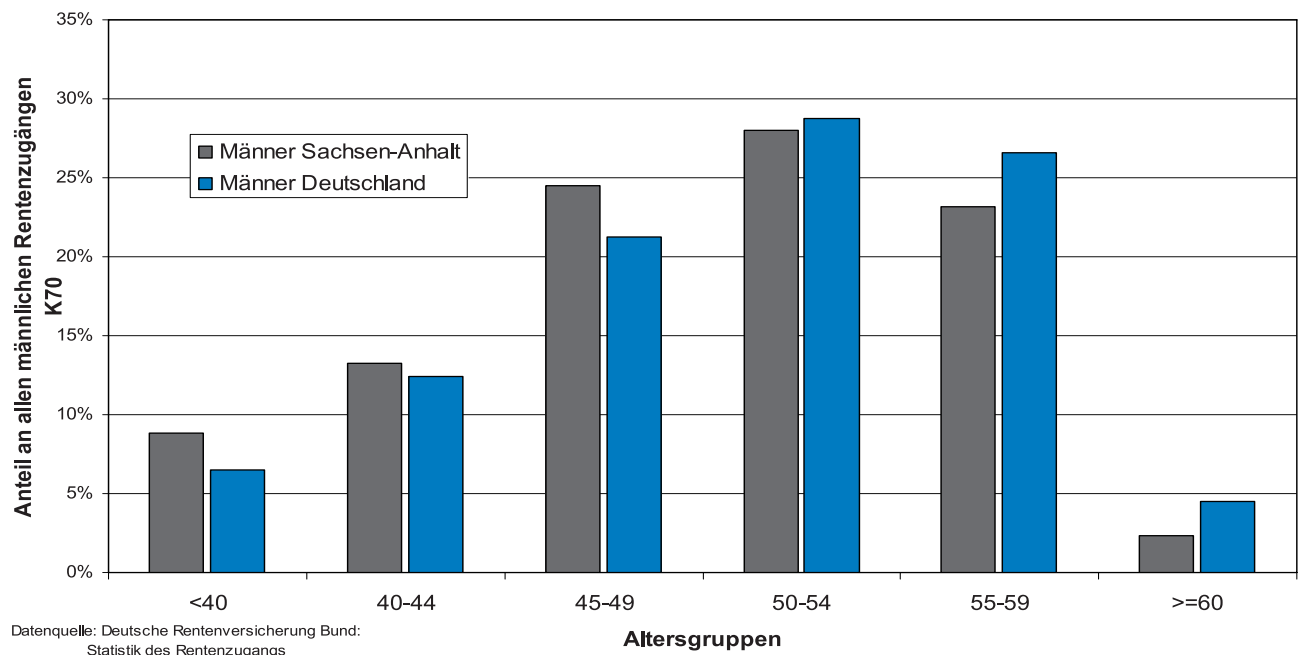


Altersabhängigkeit der alkoholbedingten Frühberentung:

Nicht nur war die alkoholbedingte Frühberentungsquote in Sachsen-Anhalt deutlich höher als allgemein in Deutschland, sondern die „Alkohol-Frührentner“ in Sachsen-Anhalt waren auch jünger: das mittlere Zugangsalter war sowohl bei Männern als auch bei Frauen und sowohl bei F10 als auch bei K70 geringer als im Bundesdurchschnitt (Abb. RT6).

Vergleicht man bei den Männern (welche den Großteil der Alkoholrenten stellen) die Altersverteilungen, so zeigt sich in Sachsen-Anhalt im Vergleich zu Deutschland für F10 und für K70 eine Verschiebung hin zu jüngeren Altersklassen (Abb. RT7+8).

Abb. RT8: Altersverteilung von Rentenzugängen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aufgrund von alkoholischer Leberkrankheit (K70), Männer, Sachsen-Anhalt / Deutschland, 6-Jahresmittelwerte 2000-2005



1.6. Sterblichkeit:

Infobox: Todesursachenstatistik:

Das Gesetz über die Statistik der Bevölkerungsbewegung und die Fortschreibung des Bevölkerungsstandes schreibt vor, dass alle Sterbefälle registriert werden und dabei die Todesursache in Form eines „Grundleidens“ ermittelt wird (zugrunde liegendes Leiden, das am Anfang einer Kausalkette von Leiden steht, welche letztendlich zum Tode führt). Dazu tragen die Ärzte ein Grundleiden und andere wesentliche Krankheitszustände in den Leichenschauschein ein, außerdem noch die Wohngemeinde, Sterbedatum, Geschlecht und Nationalität (deutsche Nationalität ja/nein). Die Todesscheine werden an die Statistischen Landesämter übermittelt, welche sie auswerten und das Grundleiden entsprechend der International Statistical Classification of Diseases and Related Health (ICD) verschlüsseln. Die Daten der Sterbefälle werden fortlaufend an das Statistische Bundesamt übermittelt. Die Todesursachenstatistik ist somit auf Landes- und Bundesebene eine Vollerhebung. Sie wird mit ähnlichem Grund-

prinzip in Deutschland seit 1892 geführt. Die hier verwendeten Daten entstammen einer öffentlich zugänglichen online-Datenbank der Abteilung „Gesundheitsberichterstattung des Bundes“ des Statistischen Bundesamts (www.gbe-bund.de). In dieser Datenbank erscheinen die Todesursachen meist in 3-stelliger Form. Die Todesursachenstatistik ist für die Zeiträume bis 1998 bzw. ab 1998 nicht ohne Weiteres vergleichbar, weil 1998 eine einschneidende Änderung der ICD-Codierung stattfand, welche seit 1998 in ihrer 10. Überarbeitung vorliegt (ICD-10).

Gesamtsituation:

In Sachsen-Anhalt starben im Mittel der Jahre jährlich etwa 800 Einwohner an alkoholischer Leberkrankheit oder Alkoholmissbrauch (Tab. ST 1). Bezogen auf 100.000 Einwohner (= „Sterbeziffer“) nimmt Sachsen-Anhalt damit im Ländervergleich der kumulierten alkoholbedingten Sterbeziffer (F10+K70) den 3. Rang ein (Abb. ST1). Aufgrund der bundesweit höchsten allgemeinen Sterbequote belegt Sachsen-Anhalt bezüglich des Quotienten alkoholbedingte/allgemeine Sterbeziffer den 5. Platz.

Abb. ST1

Sterbefälle je 100.000 Einwohner (altersstandardisiert¹) insgesamt und alkoholbedingt (F10, K70), Ländervergleich, 7-Jahresmittelwerte 2000-2006

	Alle Sterbefälle A00-T98		F10		K70		F10+K70		Anteil ² F10+K70
ST	722,8	HB	21,5	MV	23,0	MV	34,0	MV	4,74%
MV	716,5	MV	11,0	ST	20,7	HB	30,6	HB	4,64%
SL	707,3	HH	10,2	BB	19,2	ST	25,4	SN	3,74%
BB	697,6	BE	10,1	SN	19,1	BB	24,6	BB	3,53%
TH	689,3	BB	5,5	TH	15,0	SN	24,3	ST	3,51%
NW	661,1	NW	5,4	NI	11,0	HH	21,0	HH	3,31%
HB	659,5	RP	5,3	HH	10,8	BE	19,5	BE	3,00%
BE	650,8	SN	5,3	SH	10,4	TH	19,4	TH	2,81%
SN	650,1	SH	4,9	BW	9,6	NI	15,8	NI	2,43%
NI	648,9	NI	4,7	BE	9,4	SH	15,3	SH	2,37%
SH	646,9	ST	4,7	HB	9,1	RP	13,2	BW	2,13%
RP	646,6	TH	4,4	SL	8,8	NW	12,8	RP	2,04%
HH	633,9	SL	3,8	HE	8,7	SL	12,6	HE	2,00%
BY	622,2	HE	3,6	BY	8,5	BW	12,4	NW	1,93%
HE	617,1	BY	3,4	RP	7,9	HE	12,3	BY	1,92%
BW	579,8	BW	2,7	NW	7,4	BY	11,9	SL	1,78%
D	643,6	D	5,0	D	10,6	D	15,7	D	2,43%
W	634,7	W	4,9	W	8,9	W	13,7	W	2,16%
O	687,0	O	5,8	O	19,2	O	24,9	O	3,63%

Sachsen-Anhalt	ST
Baden-Württemberg	BW
Bayern	BY
Berlin	BE
Brandenburg	BB
Bremen	HB
Hamburg	HH
Hessen	HE
Mecklenburg-Vorp.	MV
Niedersachsen	NI
Nordrhein-Westfalen	NW
Rheinland-Pfalz	RP
Saarland	SL
Sachsen	SN
Schleswig-Holstein	SH
Thüringen	TH
Deutschland	D
Früh. Bundesgebiet ³	W
Neue Länder ⁴	O

Quelle: Statistisches Bundesamt
Todesursachenstatistik

¹ an alter Europabevölkerung

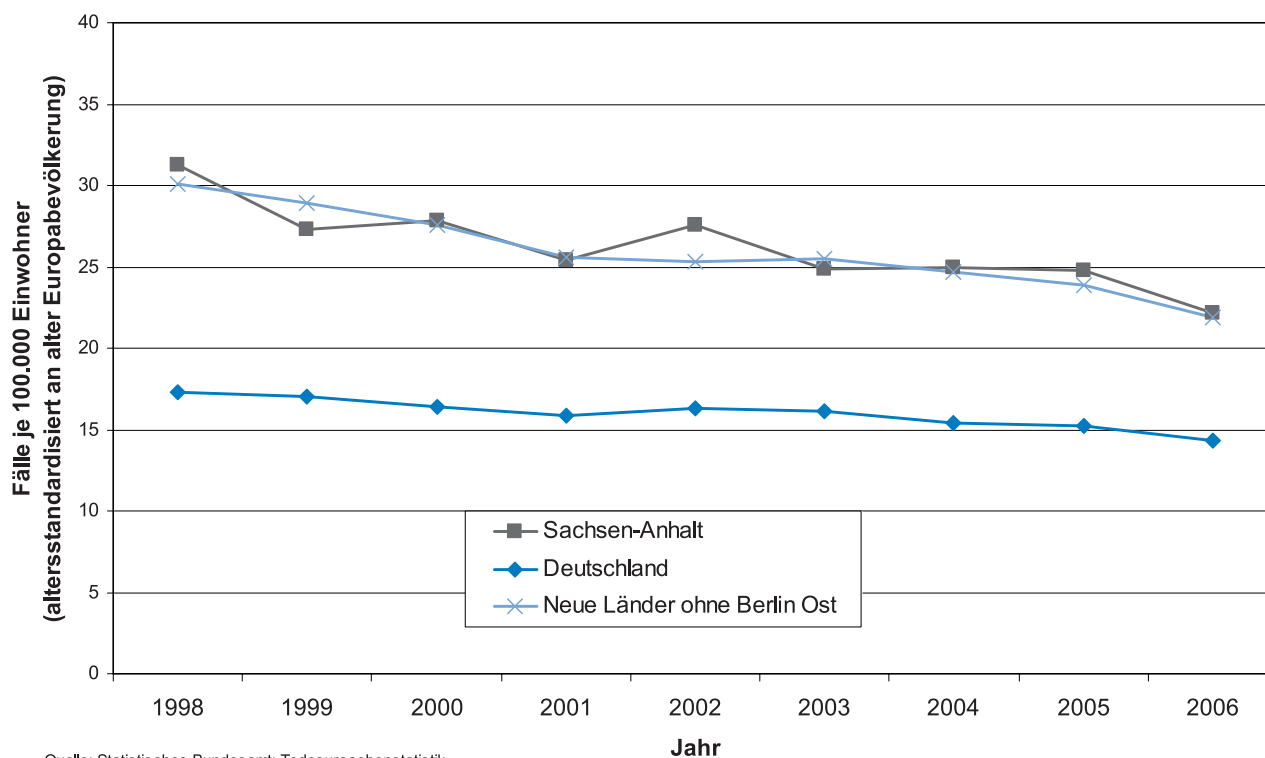
² (Sterbeziffer F10+K70)*100/Sterbeziffer A00-T98

³ mit Berlin, Ost ⁴ ohne Berlin Ost

Die alkoholbedingte Sterbeziffer $F_{10}+K_{70}$ sinkt seit 1998 sowohl in Sachsen-Anhalt als auch im Bundesdurchschnitt kontinuierlich, wenn auch nur allmählich (Abb. ST2). Trotz eines etwas stärker abnehmenden Trends als in Gesamtdeutschland, war die Quote der Alkoholtoten in Sachsen-Anhalt im

Jahr 2006 immer noch 1,6 Mal höher als im Bundesdurchschnitt. Die jährlichen Quoten und der zeitliche Trend in Sachsen-Anhalt entsprechen dabei ziemlich genau dem Durchschnitt der neuen Länder (Abb. ST2, Tab. ST 2).

Abb. ST 2: Sterbefälle je 100.000 Einwohner "aufgrund von Alkohol" ($F_{10}+K_{70}$), Sachsen-Anhalt / Deutschland / Neue Länder im Zeitvergleich



Differenzierung nach F_{10}/K_{70} :

Da die alkoholische Leberkrankheit (K_{70}) einen „Endpunkt“ in der Entwicklung alkoholbedingter Gesundheitsschäden darstellt (vgl. Kapitel 1.2) ist sie unter den alkoholbedingten Todesursachen wesentlich häufiger als die Diagnose F_{10} (psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol). Letztere ist zudem schwieriger als Grundleiden im Totenschein zu diagnostizieren (vgl. Infobox und Diskussion). In Sachsen-Anhalt wurden im Beobachtungszeitraum pro Jahr bei etwa 650 Sterbefällen die alkoholische

Leberkrankheit als Grundleiden diagnostiziert, bei etwa 150 der Alkoholmissbrauch (Tab. ST1). Auf 100.000 Einwohner bezogen ist die K_{70} -Sterblichkeit in Sachsen-Anhalt damit erschreckend hoch: sie belegte im Mittel der Jahre unter allen Bundesländern den 2. Rang und war etwa doppelt so hoch wie im Bundesdurchschnitt (Abb. ST1, Tab. ST2). Während die alkoholische Leberkrankheit in Sachsen-Anhalt die zehnthäufigste Todesursache war, belegte sie im Bundesdurchschnitt nur Rang 18 (Abb. ST3).

Abb. ST3

Die 20 häufigsten Todesursachen¹ in Sachsen-Anhalt, in Deutschland bzw. in den Neuen Ländern, 7-Jahresmittelwerte 2000-2006

Todesursache	Sachsen-Anhalt		Deutschland		Neue Länder	
	mittlere Fallzahl 2000-2006	Rang	mittlere Fallzahl 2000-2006	Rang	mittlere Fallzahl 2000-2006	Rang
I25 Chronische ischämische Herzkrankheit	3.955	1	87.951	1	19.738	1
I21 Akuter Myokardinfarkt	2.727	2	63.384	2	13.355	2
C34 Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	1.444	3	39.579	4	6.792	3
I64 Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet	1.092	4	35.945	5	5.951	4
I50 Herzinsuffizienz	1.064	5	53.297	3	5.331	5
I11 Hypertensive Herzkrankheit	919	6	15.210	11	3.942	7
I67 Sonstige zerebrovaskuläre Krankheiten	868	7	9.791	19	4.391	6
E11 Nicht primär insulinabh. Diabetes mellitus [Typ-II-Diabetes]	809	8			2.967	11
I63 Hirninfarkt	719	9	12.124	14	3.318	8
K70 Alkoholische Leberkrankheit	654	10	10.342	18	3.197	9
C18 Bösartige Neubildung des Dickdarmes	617	11	19.620	6	1.593	19
I70 Atherosklerose	567	12	13.109	12	2.354	16
J44 Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	518	13	19.513	7	2.735	13
C16 Bösartige Neubildung des Magens	512	14	11.930	15	3.180	10
C50 Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	502	15	17.749	9	2.565	15
C25 Bösartige Neubildung des Pankreas	430	16	12.941	13	2.289	17
C61 Bösartige Neubildung der Prostata	357	17	11.301	17	1.780	18
E14 Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus	325	18	15.852	10		
C20 Bösartige Neubildung des Rektums	314	19				
T71 Erstickung	311	20				
I61 Intrazerebrale Blutung					1.525	20
R98 Tod ohne Anwesenheit anderer Personen			11.836	16		
C80 Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation			8.838	20		
Summe der angezeigten ICD-Positionen	18.703		470.312		87.003	
alle Krankheiten und Folgen äußerer Ursachen (A00-T98)	29.575		833.299		148.335	
Prozent der angezeigten von allen Todesursachen A00-T98	63,2%		56,4%		58,7%	

Datenquelle:

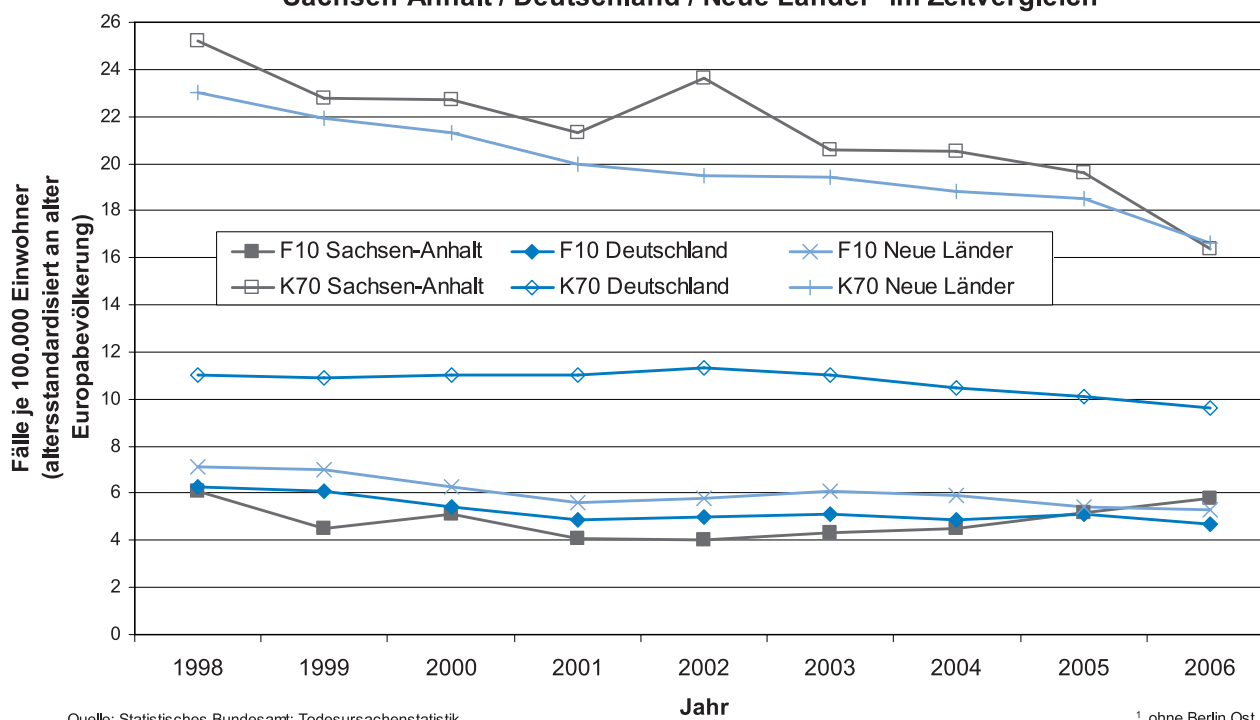
Statistisches Bundesamt

¹ sortiert nach der Rangfolge in Sachsen-Anhalt

Im starken Gegensatz zur erhöhten K70-Sterbeziffer lag die F10-Sterbeziffer in Sachsen-Anhalt bis zum Jahr 2004 unter dem Bundesdurchschnitt und unter dem Schnitt der neuen Länder (Abb. ST4, Tab. ST2). Insgesamt ergab sich deshalb für die Jahre 2000-2006 im Ländervergleich eine durchschnittliche F10-Sterblichkeit (Abb. ST1). Während jedoch die Sterblichkeit aufgrund von K70 in Sachsen-Anhalt im

Beobachtungszeitraum kontinuierlich zurück ging, hat die F10-Sterblichkeit – nach anfänglicher Besserung – in den letzten Jahren des Beobachtungszeitraums wieder deutlich zugenommen und lag zuletzt, im Jahr 2006, über dem gesamtdeutschen Niveau und auch über dem Durchschnitt der neuen Länder und hat wieder das Niveau von 1998 erreicht (Abb. ST4).

Abb. ST 4: Sterbefälle je 100.000 Einwohner aufgrund von Alkoholmissbrauch (F10) bzw. aufgrund von alkoholischer Leberkrankheit (K70), Sachsen-Anhalt / Deutschland / Neue Länder¹ im Zeitvergleich



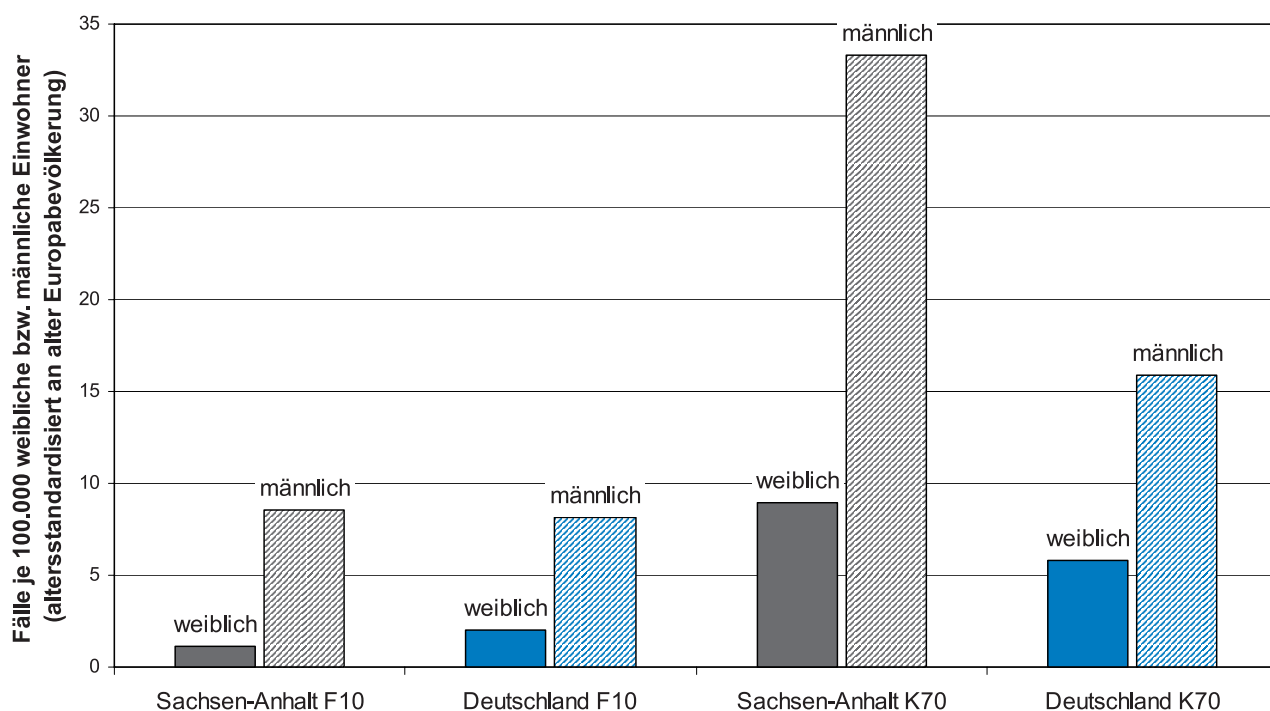
Geschlechtsunterschiede:

Als Konsequenz des ungleichen Geschlechterverhältnisses der alkoholbedingten Morbidität (Vgl. Kapitel 1.3, 1.4, 1.5), sterben natürlich auch wesentlich mehr Männer als Frauen einen alkoholbedingten Tod. Auch hier – wie bei Krankenhausfällen und Reha-Maßnahmen – war der Geschlechtsunterschied in Sachsen-Anhalt noch ausgeprägter als im Bundesdurchschnitt: unter den jährlich gemeldeten Alkoholtoten waren im Beobachtungszeitraum 80% (ca. 640 Fälle) Männer und nur 20% (ca. 160 Fälle) Frauen (Tab. ST 1). Starben Männer in Deutschland im Zeitraum 2000-2006 etwa 2,7 Mal häufiger an alkoholischer Leberkrankheit und 4,1 Mal häufiger an Alkoholmissbrauch als Frauen, so waren die entsprechenden Faktoren in Sachsen-Anhalt sogar 3,7 bzw. 7,8 (Abb. ST5, Tab. ST 2).

Zwar starben in Sachsen-Anhalt 4 Mal weniger Frauen als Männer einen alkoholbedingten Tod, aber ihre alkoholbedingte Sterblichkeit aufgrund von alkoholischer Leberkrankheit (K70) war dennoch – genau wie bei den Männern – deutlich gegenüber dem Bundesdurchschnitt erhöht (Abb. ST5).

Im starken Gegensatz zur K70-Sterblichkeit war in Sachsen-Anhalt die F10-Sterblichkeit – bezogen auf den ganzen Beobachtungszeitraum – bei Männern nur geringfügig (und nicht signifikant) höher als der Bundesdurchschnitt, bei Frauen lag sie sogar deutlich darunter (Abb. ST5, Tab. ST2).

Abb. ST 5: Quote von Sterbefällen "aufgrund von Alkohol" (F10,K70) nach Geschlecht, Sachsen-Anhalt / Deutschland, 7-Jahresmittelwerte, 2000-2006

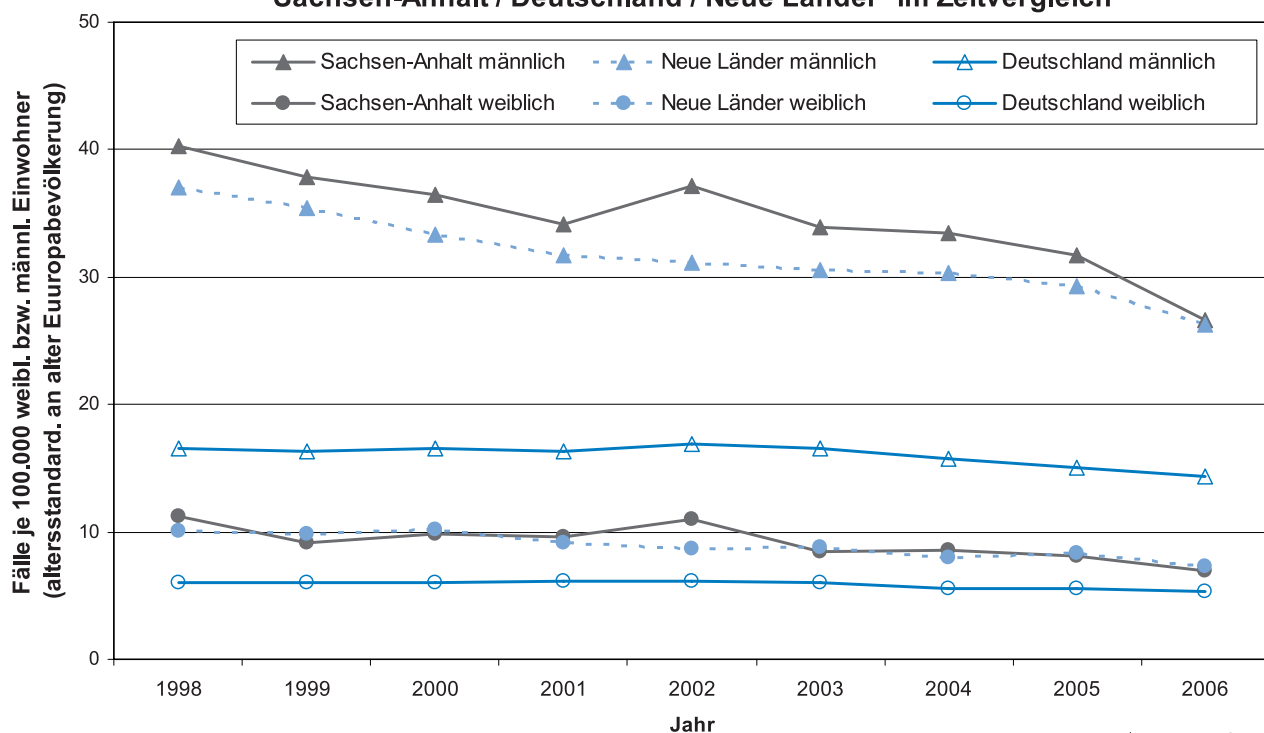


Quelle: Statistisches Bundesamt: Todesursachenstatistik

Der oben beschriebene allgemeine Trend der beiden Todesursachen K70 und F10 (kontinuierlicher Rückgang bei K70, Wiederanstieg bei F10) findet sich bei beiden Geschlechtern in etwa wieder (Abb. ST6+7).

Der starke Anstieg der männlichen F10-Sterblichkeit in Sachsen-Anhalt seit 2002 steht dabei im Gegensatz zu den Trends in Deutschland und den neuen Ländern.

Abb. ST6: Sterbefälle je 100.000 Einwohner aufgrund von alkoholischer Leberkrankheit (K70) nach Geschlecht, Sachsen-Anhalt / Deutschland / Neue Länder¹ im Zeitvergleich

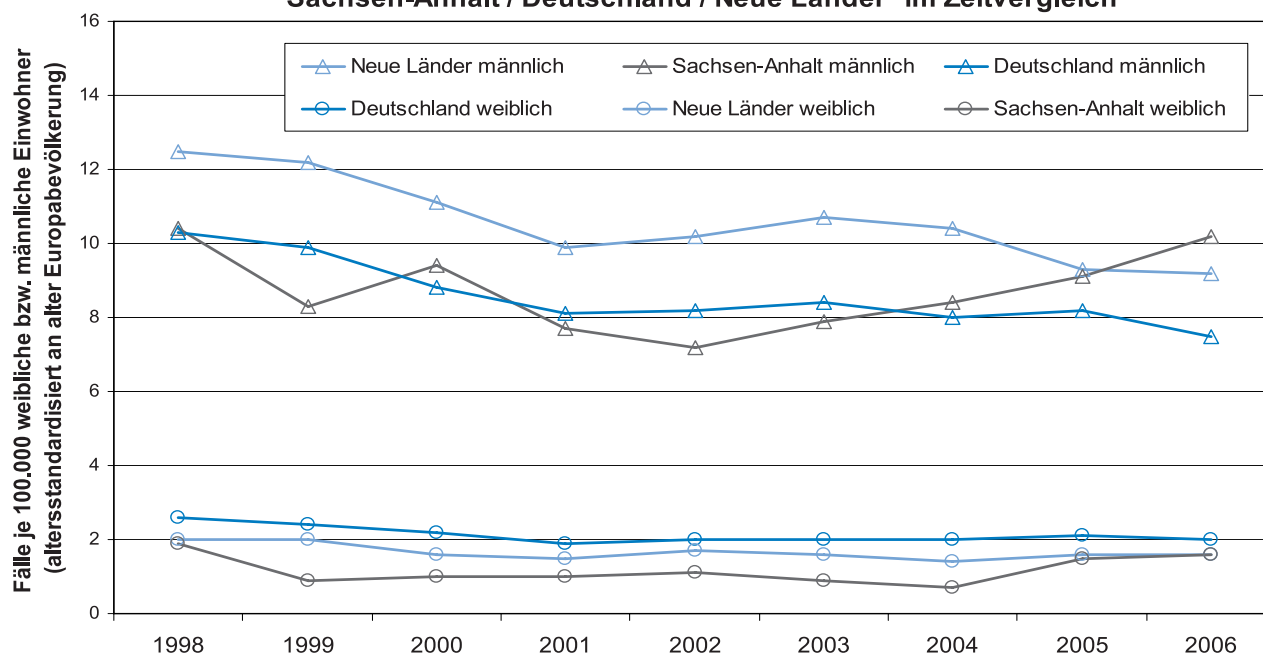


Quelle: Statistisches Bundesamt: Todesursachenstatistik

¹ ohne Berlin Ost

Abb. ST7: Sterbefälle je 100.000 Einwohner aufgrund von Alkoholmissbrauch (F10) nach Geschlecht,

Sachsen-Anhalt / Deutschland / Neue Länder¹ im Zeitvergleich



Quelle: Statistisches Bundesamt: Todesursachenstatistik

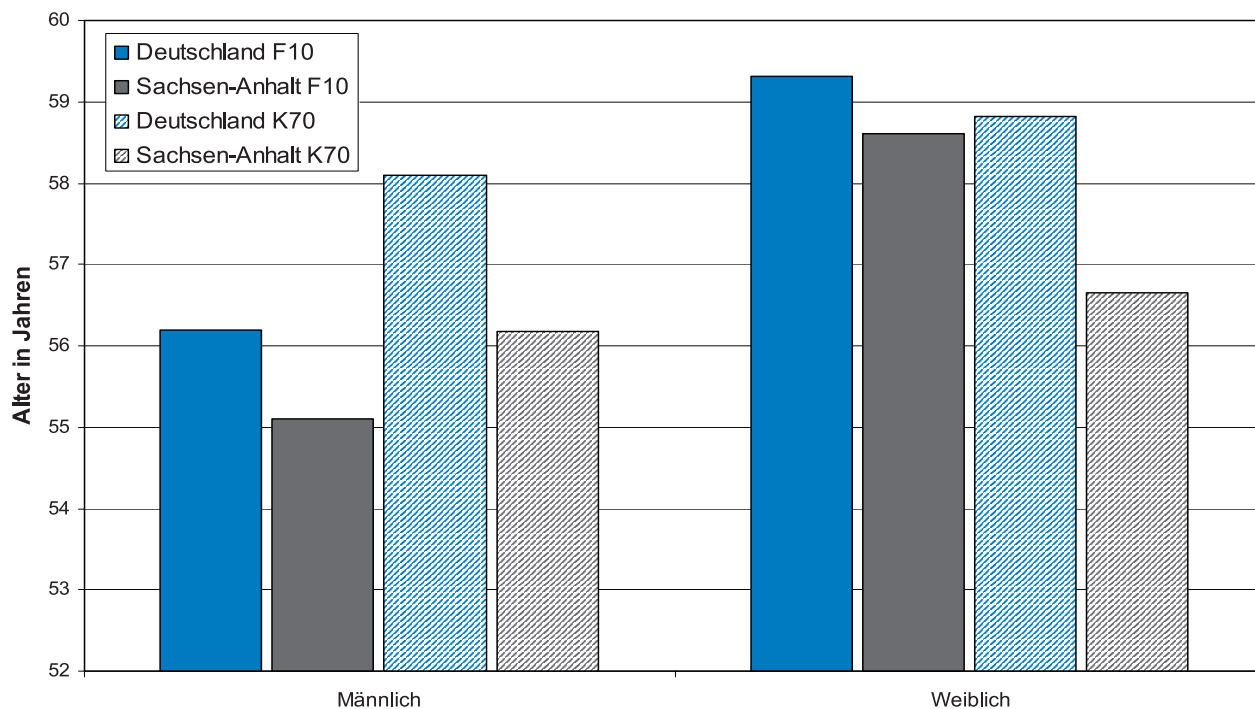
¹ ohne Berlin Ost

Alkoholbedingtes Sterbealter:

Wie bei den alkoholbedingten Krankenhausfällen, Reha-Maßnahmen und Frührenten traten auch alkoholbedingte Sterbefälle in Sachsen-Anhalt früher auf als im Bundesdurchschnitt (Abb. ST8). Dies gilt

für beide Diagnosen und sowohl für Frauen als auch für Männer. Besonders groß war der Unterschied bei der Todesursache K70, wo sowohl Frauen als auch Männer etwa 2 Jahre früherer starben als im Bundesdurchschnitt.

Abb. ST 8: Sterbealter "aufgrund von Alkohol" (F10, K70), Sachsen-Anhalt / Deutschland, 7-Jahresmittelwert, 2000-2006



Quelle: Statistisches Bundesamt: Todesursachenstatistik

Eine Aufteilung der männlichen Sterbefälle in Sachsen-Anhalt (mit 80% hauptverantwortlich für das gesamte alkoholbedingte Sterbegeschehen) nach den beiden Diagnosen und nach Altersgruppen und ein Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt zeigt für

Sachsen-Anhalt wiederum eine Verschiebung hin zu jüngeren Altersgruppen mit einer auffälligen, überproportionalen Häufung von K70-Sterbefällen in der relativ jungen Altersgruppe der 25-44-Jährigen (Abb. 9+10, Tab. ST 3+4).

Abb. ST 9: Altersverteilung der männlichen Sterbefälle aufgrund von alkoholischer Leberkrankheit (K70), Sachsen-Anhalt / Deutschland, 7-Jahresmittelwert, 2000-2006

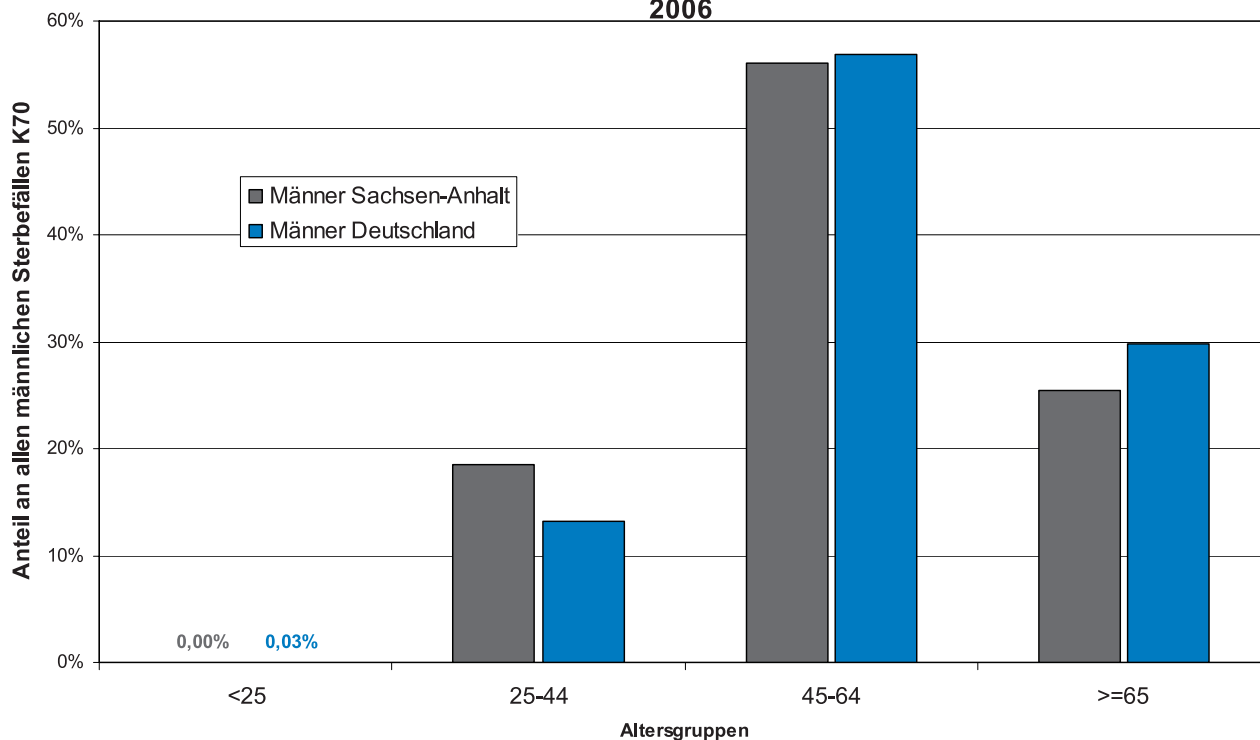
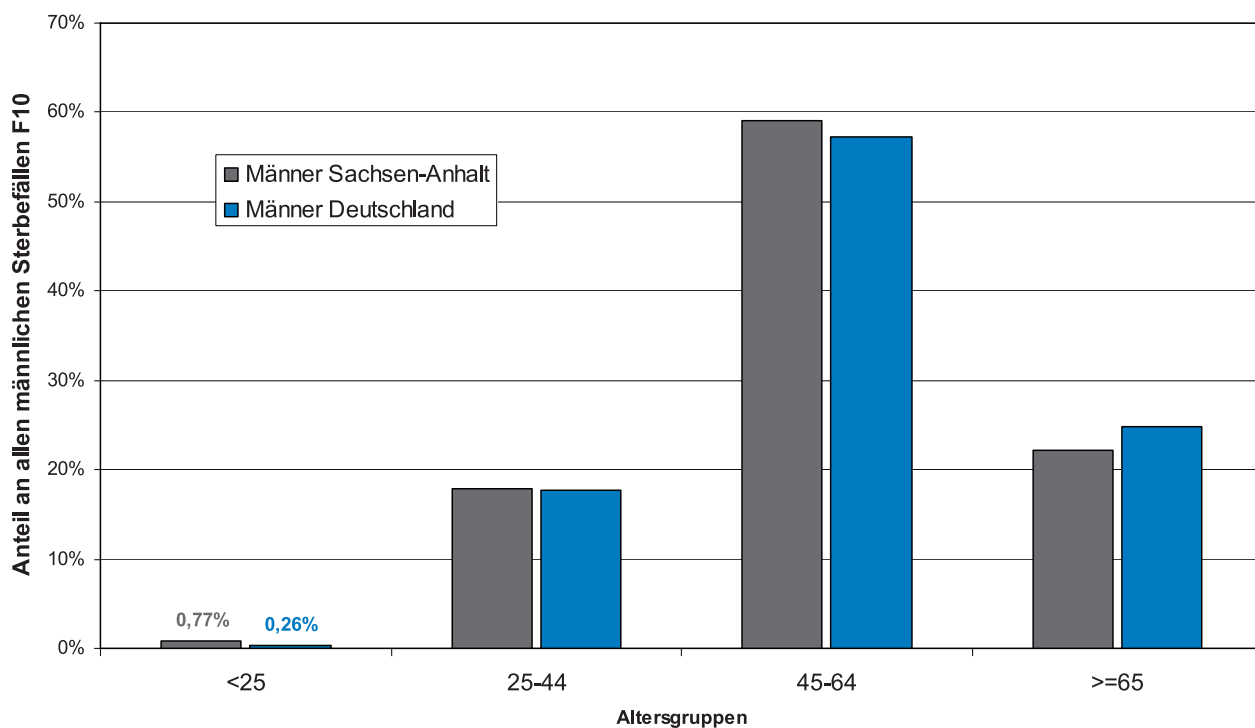


Abb. ST 10: Altersverteilung der männlichen Sterbefälle aufgrund von Alkoholmissbrauch (F10), Sachsen-Anhalt / Deutschland, 7-Jahresmittelwert, 2000-2006



Die männlichen Sterbeziffern (männliche Sterbefälle je 100.000 männliche Einwohner der betreffenden Altersgruppe) waren in Sachsen-Anhalt bei K70 in allen Altersgruppen ab 25 Jahre deutlich erhöht, bei

F10 waren sie in den „jungen“ Altersgruppen (0-64 Jahre) geringfügig erhöht, dagegen in der ältesten Gruppe (>=65 Jahre) etwas niedriger als im Bundesdurchschnitt. (Abb. ST 11+12)

Abb. ST 11: Sterbeziffern aufgrund von alkoholischer Leberkrankheit (K70) nach Alter, Männer, Sachsen-Anhalt / Deutschland, 7-Jahresmittelwert, 2000-2006

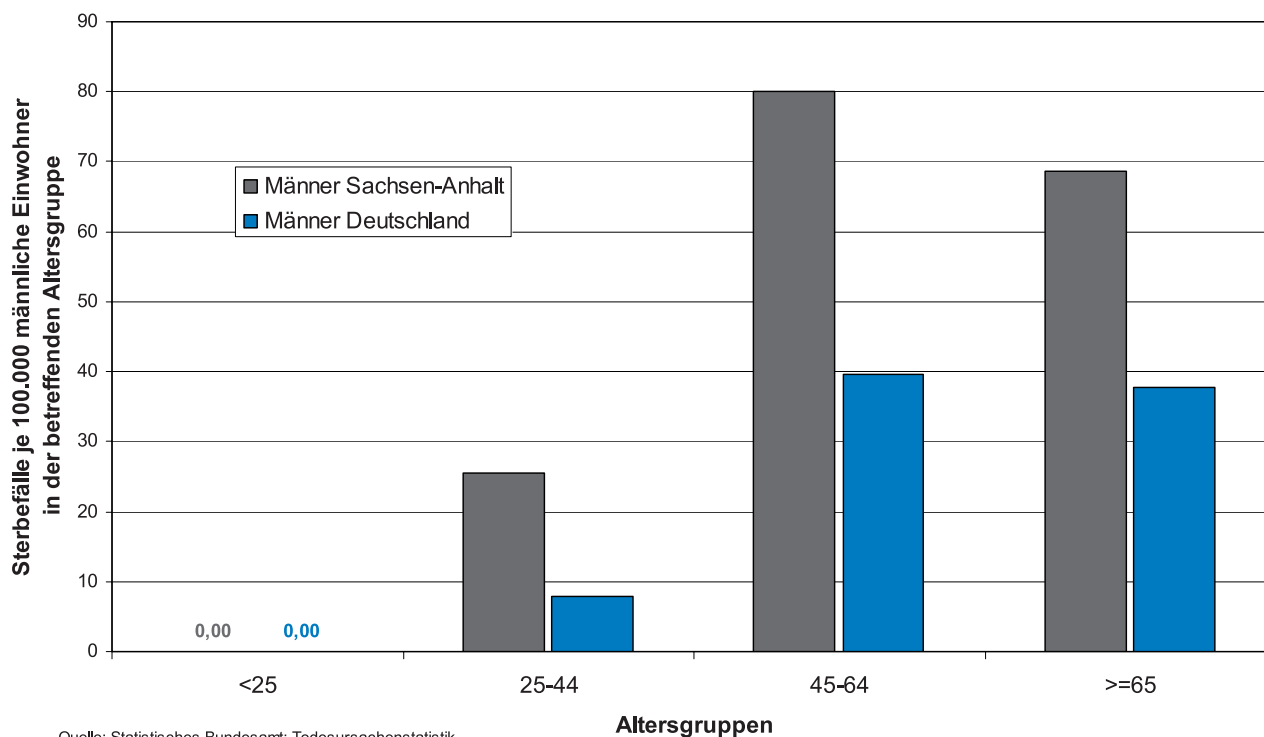
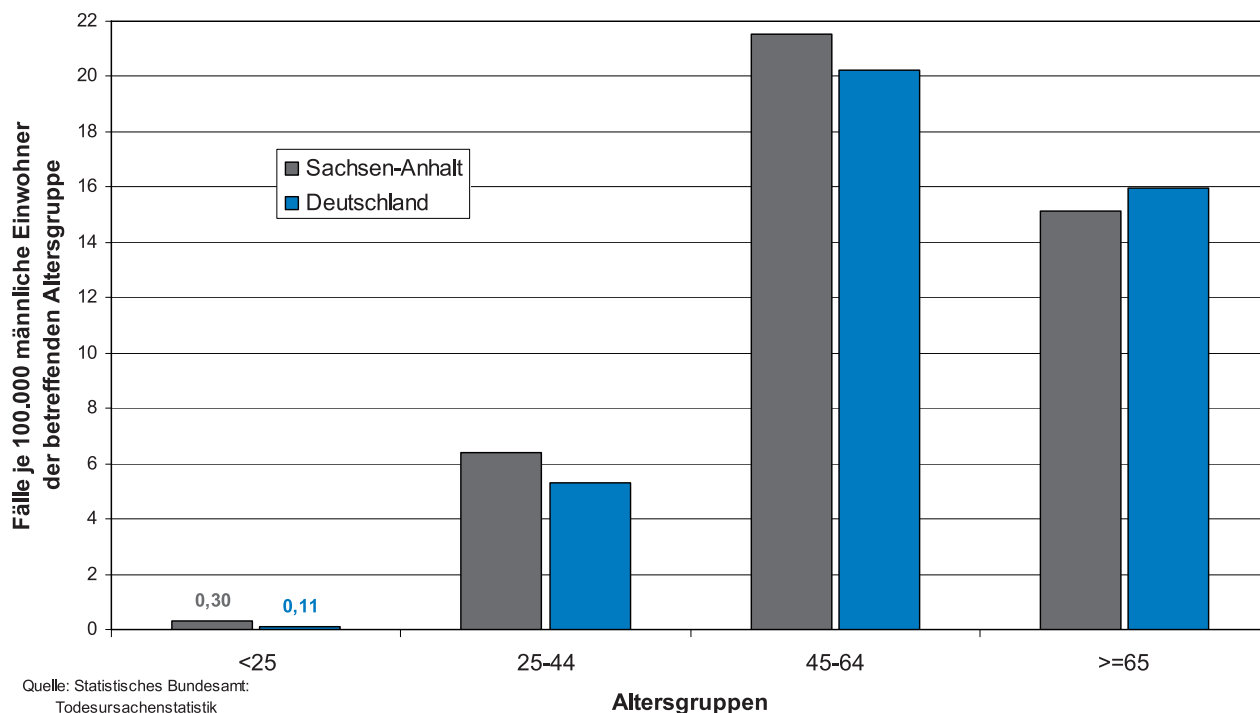


Abb. ST 12: Sterbeziffern aufgrund von Alkoholmissbrauch (F10) nach Alter, Männer, Sachsen-Anhalt / Deutschland, 7-Jahresmittelwert, 2000-2006



Vorzeitige Sterblichkeit:

Als „vorzeitige Sterbefälle“ werden solche bezeichnet, die sich vor dem „normalen“ Sterbealter ereignen. Dieses wird auch heute noch meist mit 65 Jahren definiert.

In Sachsen-Anhalt starben im Zeitraum 2000-2006 jährlich etwa 500 Einwohner vorzeitig an alkoholischer Leberkrankheit und etwa 100 vorzeitig an Alkoholmissbrauch, d.h. nur 25% aller alkoholbedingten Sterbefälle waren über 64 Jahre alt (Tab. ST 3+5).

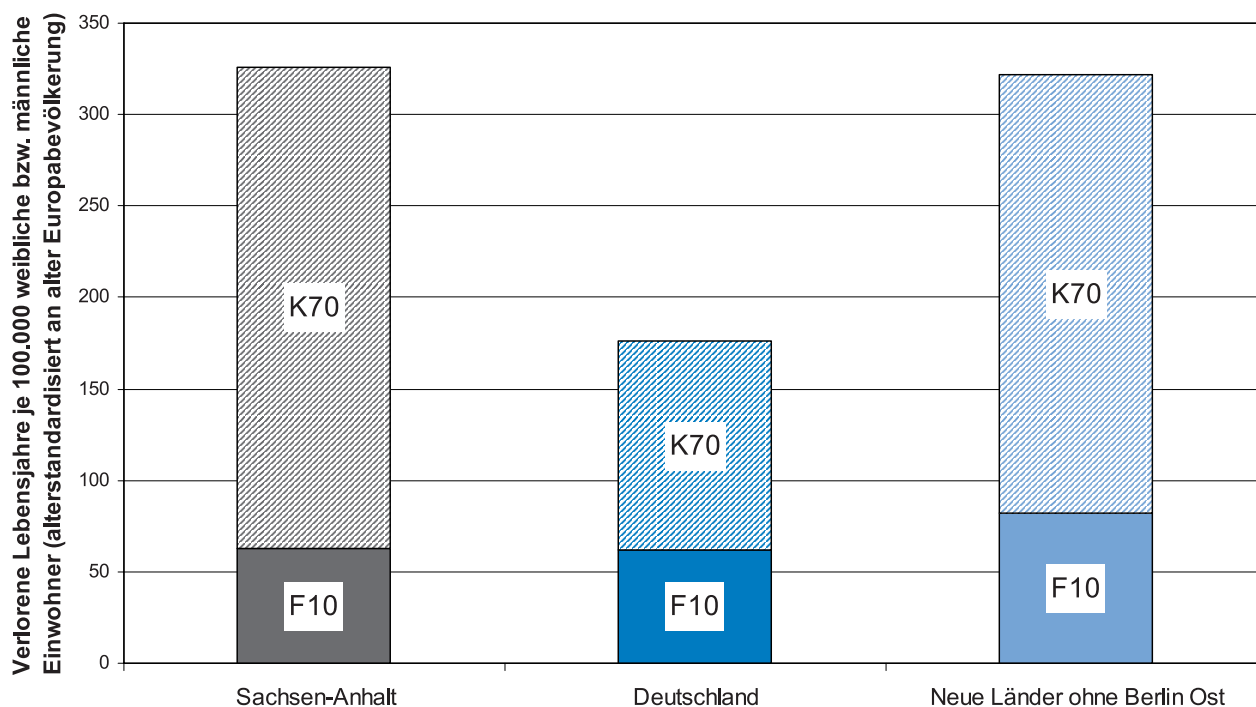
Die „vorzeitige Sterblichkeit“ (Sterbefälle <65 Jahre je 100.000 Einwohner) war in Sachsen-Anhalt damit bezüglich der (selteneren) Diagnose F10 etwa gleich wie im Bundesdurchschnitt, bezogen auf die (häufigere) Todesursache K70 jedoch doppelt so hoch wie in Deutschland (Tab. ST 5).

Als „verlorene Lebensjahre“ bezeichnet man diejenigen Lebensjahre die vom Eintritt des vorzeitigen

Todes bis zum Erreichen des „normalen“ Sterbealters (hier: 65 Jahre) verloren gehen. Zur besseren Vergleichbarkeit werden oft die verlorenen Lebensjahre aller individuellen vorzeitigen Todesfälle (z.B. in einem Bundesland) aufsummiert und auf 100.000 Einwohner bezogen. Anders als bei der „vorzeitigen Sterblichkeit“ (s. oben), geht hier das tatsächliche Sterbealter ein, d.h. für die Zählung ist es erheblich, ob der Tod mit 60 Jahren oder mit 30 Jahren eintritt. Die so berechnete bevölkerungsbezogene Quote verlorener Lebensjahre weist - über das individuelle Schicksal der vorzeitig Gestorbenen hinaus - auf die verlorenen Arbeitsjahre für die betreffende Volkswirtschaft hin.

Abbildung ST 13 zeigt, dass im Mittel der Jahre in Sachsen-Anhalt jährlich etwa 330 Jahre pro 100.000 Einwohner aufgrund von vorzeitigem alkoholbedingtem Tod verloren gingen, das sind fast doppelt so viele wie im Bundesdurchschnitt. Auf das ganze Land bezogen gehen in Sachsen-Anhalt alkoholbedingt pro Jahr etwa 8.200 Lebens- und Arbeitsjahre verloren.

Abb. ST 13: Verlorene Lebensjahre je 100.000 Einwohner "aufgrund von Alkohol" (F10,K70) nach Geschlecht, Sachsen-Anhalt / Deutschland, 7-Jahresmittelwerte, 2000-2006



Quelle: Statistisches Bundesamt: Todesursachenstatistik

2. Krankenhausfälle ausgewählter alkoholassoziierter Diagnosen:

Infobox: Datenquelle für alkoholassozierte Krankenhausfälle:

Alle hier gezeigten Daten entstammen der Krankenhausdiagnosestatistik des Statistischen Bundesamtes (zitiert nach www.gbe-bund.de) und beziehen sich auf die Jahre 2000-2006.

Neben solchen Krankheiten, die ausschließlich oder hauptsächlich durch Alkohol verursacht werden (sog. alkoholbedingte Krankheiten), haben bestimmte Krankheiten zwar meist andere Hauptursachen, werden jedoch durch erhöhten Alkoholkonsum in

ihrer Häufigkeit, ihrer Entwicklungsgeschwindigkeit und/oder ihrer Schwere verstärkt (sog. alkoholassozierte Krankheiten). Das Spektrum alkoholassoziierter Krankheiten und die Stärke des Alkoholeinflusses auf diese Krankheiten ist empirisch erwiesen und ausführlich dokumentiert (siehe z.B. 4,9). Auf eine genauere Darstellung der Berechnungsmethoden zu Alkohol-Risikofaktoren für die verschiedenen alkoholassozierten Krankheiten kann an dieser Stelle nicht näher eingegangen werden. Diesbezüglich und bezüglich der wichtigsten alkoholassozierten Krankheiten wird auf die Untersuchungen und Metaanalysen von Rehm et al. ^{10,11} verwiesen, die unter anderem in die Alkoholberichterstattung der WHO und der EU eingehen^{3,4} (Abb. A3)

Abb. A3

Alkoholassozierte Krankheiten und Risikofaktoren

Risikofaktor in Abhängigkeit von Konsumkategorie¹

		Kategorie 1			Kategorie 2			Kategorie 3		
		Männer			Frauen					
		0,25 - <40g/Tag			0,25 - <20g/Tag			40 - <60g/Tag		
		w	m	w/m	w	m	w/m	w	m	w/m
C00-C14	Bösartige Neubildungen der Lippe, der Mundhöhle und des Pharynx			1,45			1,85			5,39
C15	Bösartige Neubildung des Ösophagus			1,80			2,38			4,36
C18-C21	Bösartige Neubildungen: Kolon, Rektosigmoid, Rektum, Anuskanal, Anus			1,00			1,16			1,41
C22	Bösartige Neubildung der Leber			1,45			3,03			3,60
C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse	1,1			1,4			1,5		
G40-G4	Epilepsie	1,34	1,23		7,22	7,52		7,52	6,83	
I10-I15	Hypertonie	1,15	1,33		1,53	2,04		2,19	2,91	
	Verkehrsunfälle, Verletzungen, Vergiftungen, Selbstbeschädigungen	deutlich erhöht								

¹nach Rehm et al. (2006)

Unter zusätzlicher Berücksichtigung der aktuellen Erkenntnisse über die Mechanismen der schädigenden Einflüsse des Alkohols durch Singer et al. 9, wurden für den vorliegenden Bericht folgende alkoholassoziierte Krankheiten zur genaueren Untersuchung ausgewählt:

C15	Bösartige Neubildungen des Ösophagus
C22	Bösartige Neubildungen der Leber
C19-C20	Bösartige Neubildungen des Rektosig- moids und des Rektums
G40-G41	Epilepsie
I10-I15	Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
I42	Kardiomyopathie

Die Daten zu alkoholassoziierten Krankheiten in Sachsen-Anhalt dienen in diesem Bericht in erster Linie dazu, die Ergebnisse der alkoholbedingten Morbidität und Mortalität durch F10 und K70 (Kapitel 1) zu bestätigen oder aber mögliche Widersprüche aufzudecken. Wir betrachten deshalb hier nur die alkoholassoziierte Morbidität (in der Annahme, dass die alkoholassoziierte Mortalität ein Abbild davon ist), beschränken uns auf Krankenhausfälle (weil Reha- und Rentendaten schwerer interpretierbar sind), verzichten auf eine Untersuchung der Altersabhängigkeit (da diese bezüglich F10 und K70 schon in Kapitel 1 untersucht wurde) und vergleichen die Daten nur mit dem Bundesdurchschnitt und nicht mit demjenigen der neuen Bundesländer (da die Ähnlichkeit der alkoholbezogenen Gesundheitsschäden in Sachsen-Anhalt und in der Gesamtheit der neuen Länder schon in Kapitel 1 gezeigt wurde).

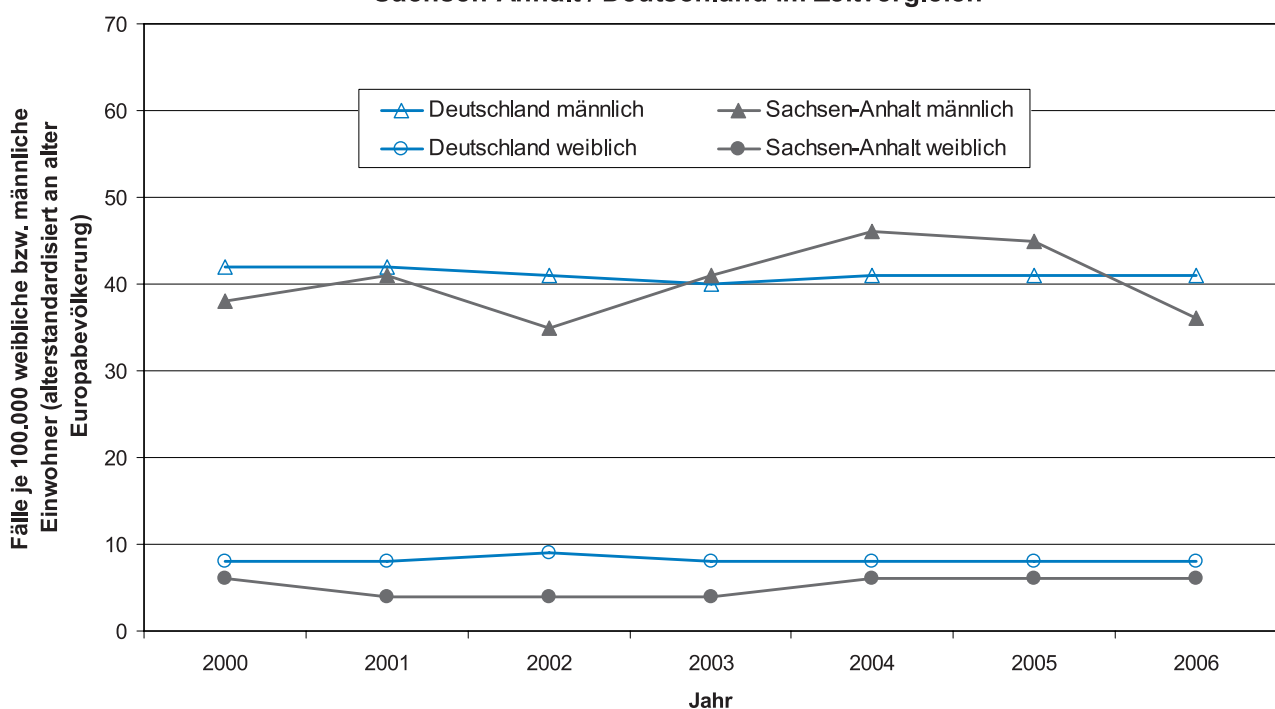
2.1. Bösartige Neubildungen:

Bösartige Neubildungen des Ösophagus (C15):

Aus der sehr heterogenen Gruppe der bösartigen Neubildungen des oberen Verdauungstraktes (C00-C15) soll hier einzig der Speiseröhrenkrebs (C15) dargestellt werden, da bei den übrigen Neubildungen der Einfluss des Tabakkonsums eine größere Rolle spielt. An der Speiseröhre kommt es durch Alkohol zur Hemmung des so genannten Ösophagusphinkter (muskuläre Struktur, die für den Verschluss in Richtung Magen und damit der Magensäure zuständig ist) sowie zu einer komplexen Störung der regulären Peristaltik, die die Speisen in den Magen befördert. Konzentrationsabhängig wird die Schleimhaut der Speiseröhre auch direkt geschädigt. Auf Grundlage dieses chronischen Entzündungsgeschehens kann es über verschiedene Vorstufen zur Krebsentstehung kommen⁹.

Etwa 110 Frauen und 630 Männer erkrankten im Beobachtungszeitraum in Sachsen-Anhalt jährlich an Speiseröhrenkrebs (Tab. NB1). Die bevölkerungsbezogenen Krankenhausfallquoten zeigten keinen auffälligen Trend und waren bei den Männern etwa gleich wie im Bundesdurchschnitt, bei den Frauen sogar niedriger (Abb. NB1, Tab. NB1).

Abb. NB 1: Quote von Krankenhausfällen aufgrund von bösartigen Neubildungen des Ösophagus (C15) nach Geschlecht, Sachsen-Anhalt / Deutschland im Zeitvergleich



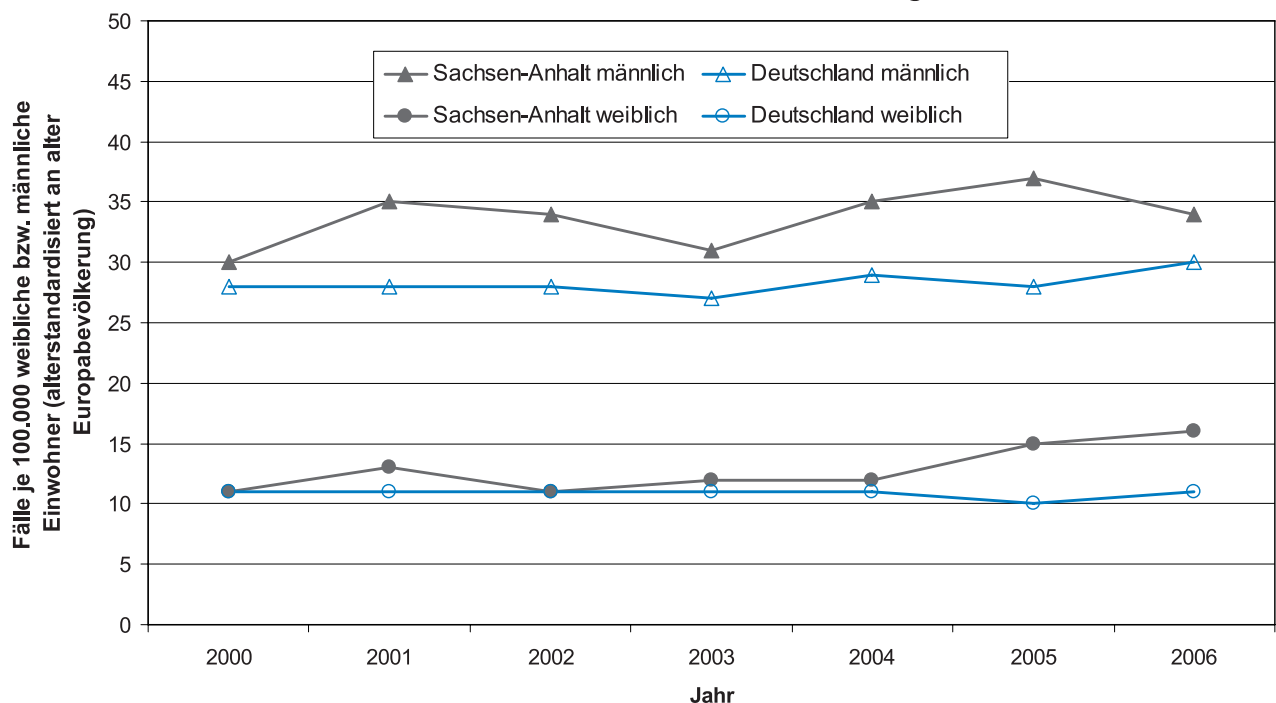
Bösartige Neubildungen der Leber (C22):

Auch die Entstehung des Leberkrebses ist ein multifaktorielles Geschehen. Die Rolle des Alkohols bei der Entwicklung von Leberkrebs wird jedoch dann sofort dominant, wenn bei Personen mit chronischem Alkoholkonsum eine Hepatitis-C-Infektion vorliegt: durch den chronischen Alkoholkonsum kommt es zu einer schnelleren Virusvermehrung, zu einem vermehrt progressiven Verlauf einer chronischen Hepatitis und zu einer häufigeren und schnelleren Entwicklung einer Leberzirrhose und eines hepatozellulären Karzinoms (einer Form des Leberkrebses)⁹. Da Hepatitis C allgemein keine sehr seltene Krankheit ist (in Deutschland jährlich etwa 9 Krankheits-

fälle je 100.000 Einwohner, Quelle: www.gbe-bund.de) und ihre Prävalenz zudem bei Menschen mit vermehrtem Alkoholkonsum deutlich erhöht ist, wird die Gesamthäufigkeit des Leberkrebses in einer Population auf diesem „indirekten“ Weg durch den Alkoholkonsum in der Population erhöht.

Etwa 280 Frauen und 560 Männer mussten in Sachsen-Anhalt jährlich wegen Leberkrebs im Krankenhaus behandelt werden (Tab. NB 2). Die bevölkerungsbezogene Behandlungsquote war damit sowohl bei Frauen als auch bei Männern gegenüber dem Bundesdurchschnitt erhöht (Abb. NB2, Tab. NB2). Bei den Frauen deutet sich in den letzten Jahren ein Aufwärtstrend an.

Abb. NB 2: Quote von Krankenhausfällen aufgrund von bösartigen Neubildungen der Leber (C22) nach Geschlecht, Sachsen-Anhalt / Deutschland im Zeitvergleich



Ausgewählte bösartige Neubildungen des „unteren Verdauungstraktes“:

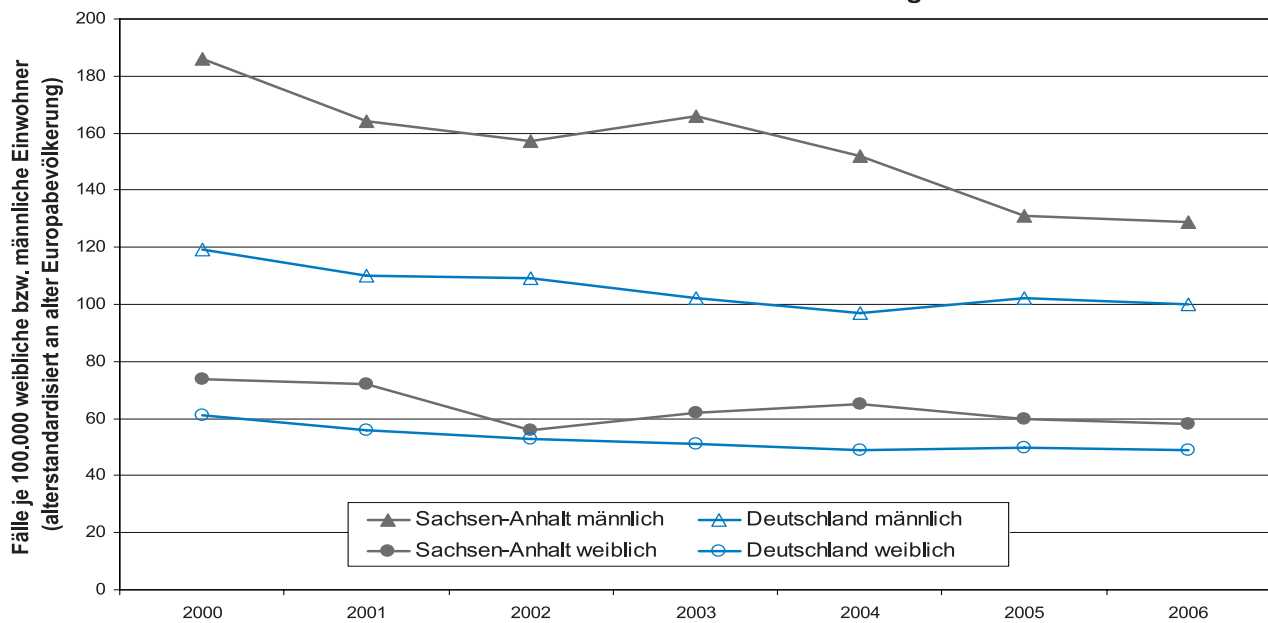
Rektosigmoid (C19) und Rektum (C20):

Aus der heterogenen Gruppe der Neubildungen des unteren Verdauungstraktes (C18-C21) soll hier nur der Krebs des Rektums (C20) bzw. des rektosigmoidalen Übergangs (C19) dargestellt werden, da hier der Zusammenhang zwischen Alkohol und Krebsentstehung als besonders sicher gilt. Bereits ab einem Konsum von >40g/d Alkohol erhöht sich für Männer das Krebsrisiko dreifach. Hierbei spielt wieder ein direkt toxischer Einfluss auf die Schleimhaut eine Rolle, aber auch die erbgutschädigende Wirkung des Acetaldehyds (Abbauprodukt des Alkohols) und an-

derer in den Getränken enthaltener krebserzeugender Substanzen⁹. Die Diagnosegruppe C19-C20 ist relativ häufig.

In Sachsen-Anhalt wurden im Beobachtungszeitraum jährlich etwa 1.400 Frauen und 2.500 Männer wegen Neubildungen des Rektosigmoids oder des Rektums im Krankenhaus behandelt (Tab. NB3). Damit war die Behandlungsquote pro 100.000 Einwohner bei beiden Geschlechtern im Vergleich zum Bundesdurchschnitt erhöht (Abb. NB3, Tab. NB3). Die Quoten nehmen anscheinend bei beiden Geschlechtern und sowohl in Sachsen-Anhalt als auch in Deutschland insgesamt im Lauf der Jahre ab.

Abb. NB 3: Quote von Krankenhausfällen aufgrund von bösartigen Neubildungen des Rektosigmoids (C19) und des Rektums (C20) nach Geschlecht, Sachsen-Anhalt / Deutschland im Zeitvergleich



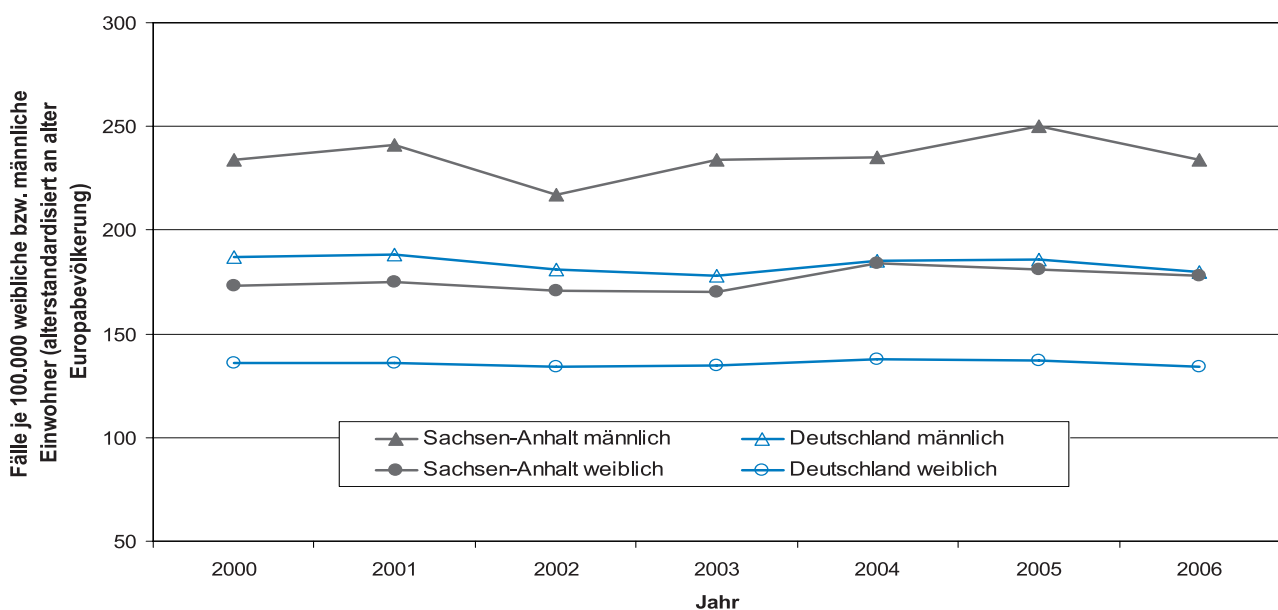
2.2. Epilepsie (G40, G41):

Unter allen alkoholassoziierten Gesundheitsschäden hat Epilepsie das höchste alkoholbezogene Erkrankungsrisiko, zumindest bei höheren Konsumkategorien^{4,10,11} (Abb. A3). Epilepsie ist deshalb ein guter Indikator für alkoholbezogene Morbidität in einer Population.

In Sachsen-Anhalt werden jährlich etwa 2.100 Frauen und 2.800 Männer wegen Epilepsie im Krankenhaus behandelt (Tab. EP 1). Die bevölkerungsbezo-

gene Quote ist damit in beiden Geschlechtern im Vergleich zum Bundesdurchschnitt deutlich erhöht (Abb. EP1, Tab. EP1). Ein Zeittrend ist aus den vorliegenden Daten nicht abzuleiten. Die Gründe für das im Vergleich zu anderen Alkoholindikatoren etwas ausgeglichene Verhältnis zwischen männlichen und weiblichen Epilepsie-Krankenhaufällen – sowohl in Sachsen-Anhalt als auch in Gesamtdeutschland – sind nicht beim Alkohol, sondern bei anderen die Epilepsie verursachenden Faktoren zu suchen.

Abb. EP 1: Quote von Krankenhausfällen aufgrund Epilepsie (G40-G41) nach Geschlecht, Sachsen-Anhalt / Deutschland im Zeitvergleich



2.3. Alkoholassoziierte Herz-Kreislaufkrankheiten:

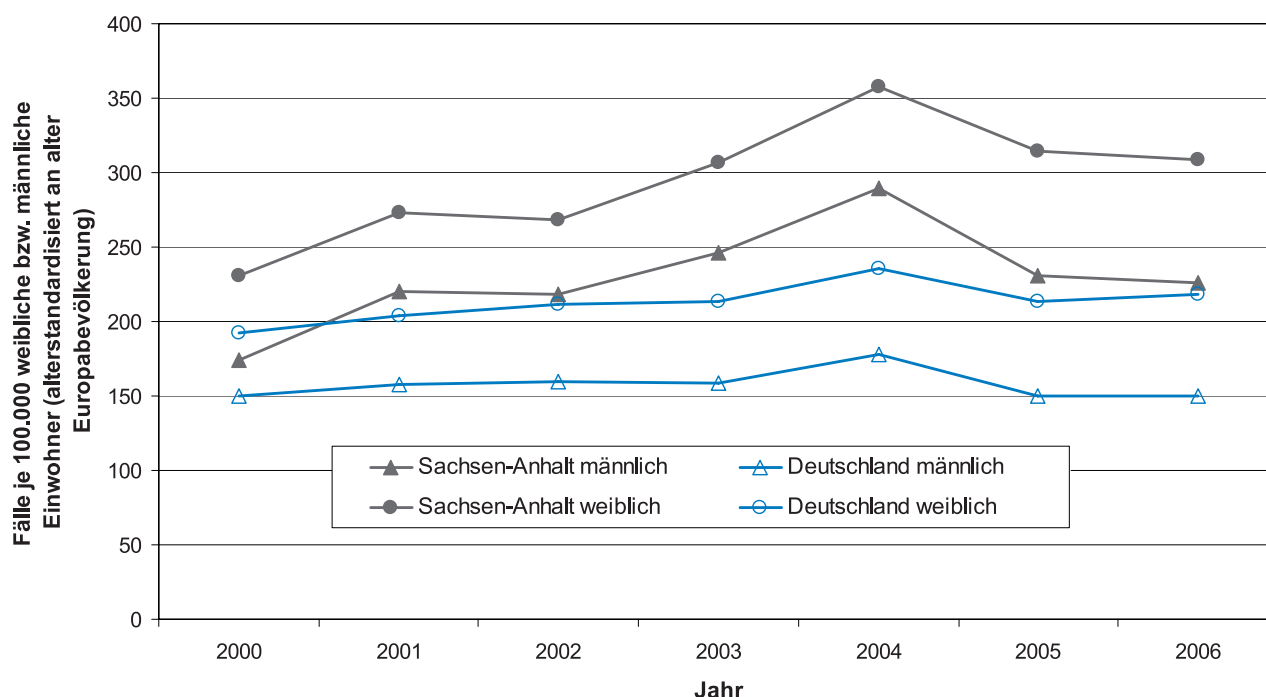
Hypertonie (I10-I15):

Auch bei vielen Herz-Kreislauf-Erkrankungen spielt Alkohol eine begünstigende Rolle. Eine darunter ist die Hypertonie (Hochdruckkrankheit), denn Alkohol wirkt direkt Blutdruck erhöhend, wobei die Beziehung zwischen Alkoholmenge und Blutdruck linear ist⁹. Zwar ist Alkohol nur einer unter vielen auslösenden Faktoren für Hypertonie, sein tatsächlicher Anteil an der Hochdruckkrankheit in der Bevölkerung wird jedoch wahrscheinlich unterschätzt, weil „normale Blutdruckentgleisungen“ häufig nicht zuerst mit Alkoholkonsum in Verbindung gebracht werden. Die Hochdruckkrankheit ist die einzige in diesem Bericht betrachtete Krankheit, bei der Frauen häufiger betroffen sind als Männer. So wie bei der Epilepsie liegen die Ursachen für die hohe Erkrankungsrate der Frauen jedoch nicht im Alkoholkonsum. Hinweise auf die alkoholassoziierte Morbidität in Sachsen-Anhalt lassen sich also nicht aus einem Vergleich Frauen – Männer sondern ausschließlich aus einem Vergleich Sachsen-Anhalt – Deutschland,

getrennt nach weiblichem und männlichem Geschlecht, ziehen.

Unter den hier betrachteten alkoholassoziierten Krankheiten war in Sachsen-Anhalt im Beobachtungszeitraum die Hochdruckkrankheit mit etwa 6.400 weiblichen und 3.500 männlichen Krankenhausfällen die quantitativ wichtigste (Tab. HK1). Die bevölkerungsbezogene Behandlungsquote aufgrund von Hypertonie war sowohl bei Frauen als auch bei Männern etwa 1,4 Mal höher als im Bundesdurchschnitt (Abb. HK1, Tab. HK1). Die Behandlungshäufigkeit stieg bis zum Jahr 2004 in Sachsen-Anhalt stärker als im Bundesdurchschnitt; dann, von 2004 auf 2005, fand bei beiden Geschlechtern, sowohl in Sachsen-Anhalt als auch in Gesamtdeutschland ein auffallender Rückgang der Behandlungsquoten statt. Dieser bildet wahrscheinlich nicht eine tatsächliche Änderung der Gesundheitslage in den beiden beobachteten Populationen ab, sondern steht im Zusammenhang mit den in diesem Zeitraum wirksam werdenden administrativen Veränderungen im deutschen Krankenhauswesen.

**Abb. HK 1: Quote von Krankenhausfällen aufgrund Hochdruckkrankheit (I10-I15)
nach Geschlecht, Sachsen-Anhalt / Deutschland im Zeitvergleich**

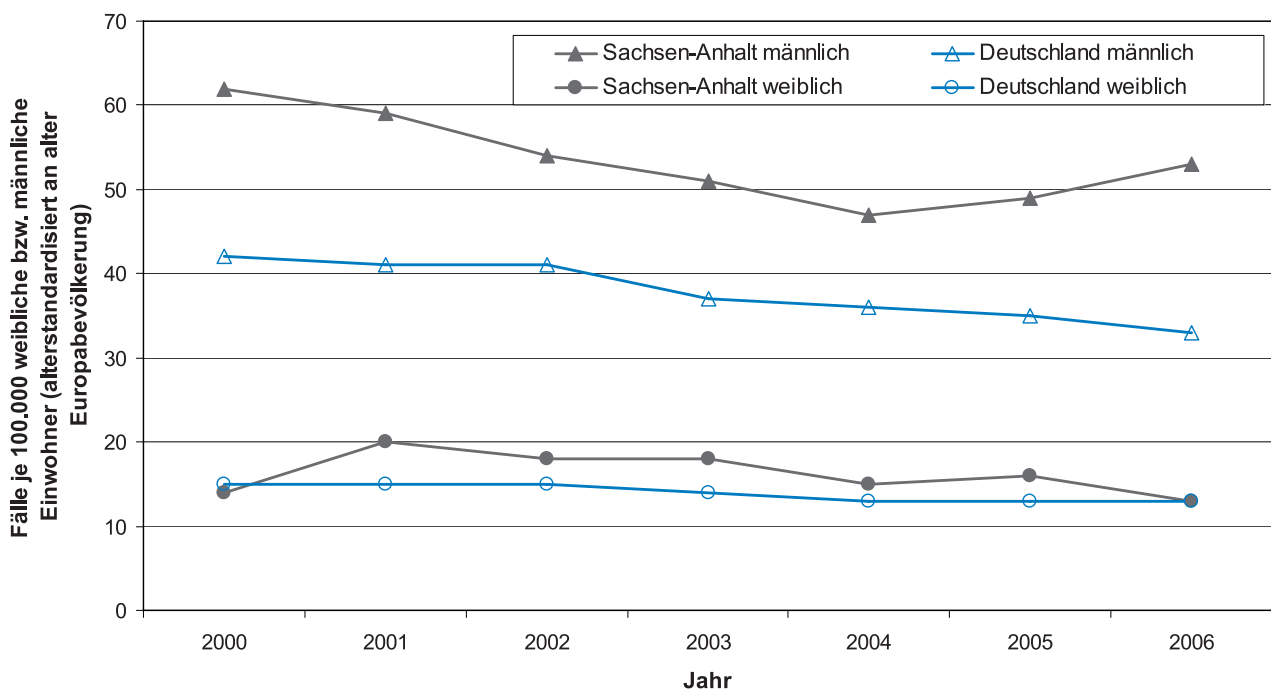


Kardiomyopathie (I42):

Als weitere alkoholassoziierte Erkrankung gilt die Kardiomyopathie (Erkrankung des Herzmuskels). Circa ein Drittel aller Fälle ist alkoholinduziert²⁷. Die Mechanismen der Entstehung sind noch nicht geklärt, die lebenslang kumulativ aufgenommene Alkoholmenge ist jedoch von entscheidender Bedeutung⁹. Die kumulative Alkoholmenge, die sich schädigend auf das Herz auswirkt, ist für Frauen deutlich niedriger als für Männer.

In Sachsen-Anhalt wurden im Mittel der Jahre jährlich etwa 290 Frauen und 810 Männer wegen Herzmuskelerkrankung im Krankenhaus behandelt (Tab. HK2). Bezogen auf je 100.000 Einwohner unterscheidet sich dieser Wert bei Frauen nicht vom Bundesdurchschnitt, bei Männern hingegen ist er deutlich erhöht (Abb. HK2, Tab. HK2). Bei Personen des männlichen Geschlechts steigt die behandlungsbezogene Quote seit 2004 wieder deutlich an.

Abb. HK 2: Quote von Krankenhausfällen aufgrund Kardiomyopathie (I42) nach Geschlecht, Sachsen-Anhalt / Deutschland im Zeitvergleich



3. Weitere „Alkoholindikatoren“:

3.1. Straßenverkehrsunfälle unter Alkoholeinfluss:

Infobox: Datenquelle für Straßenverkehrsunfälle unter Alkoholeinfluss:

Alle hier gezeigten Daten entstammen der Statistik der Straßenverkehrsunfälle des Statistischen Bundesamtes (zitiert nach www.gbe-bund.de) und beziehen sich auf die Jahre 1995-2006.

Der Anteil von Straßenverkehrsunfällen mit Personenschaden, der unter Alkoholeinfluss geschieht, und der Anteil Schwerverletzter und Getöteter in diesen „Alkohol-Unfällen“ nehmen erfreulicherweise in Sachsen-Anhalt und im Bundesdurchschnitt seit 1995 kontinuierlich ab (Abb. VS1+2). Beide An-

teile - der „Alkoholanteil“ und der „Schwerverletztenanteil“ – sind allerdings in Sachsen-Anhalt (und den neuen Ländern insgesamt) im Vergleich zum Bundesdurchschnitt erhöht. Im letzten Beobachtungsjahr (2006) sank in Sachsen-Anhalt zwar der Anteil „Alkoholunfälle“ im Vergleich zum Vorjahr (Abb. VS1), gleichzeitig stieg jedoch der Schwerverletztenanteil bei „Alkoholunfällen“ (Abb. VS2). Insgesamt ereigneten sich in Sachsen-Anhalt im letzten Beobachtungsjahr 679 „Alkohol-unfälle mit 881 verletzten Personen, darunter 34% Schwerverletzte oder Getötete (Tab.SV1+2).

Abb. VS 1: Straßenverkehrsunfälle mit Personenschaden: Anteil von Unfällen unter Alkoholeinfluss, Sachsen-Anhalt / Deutschland / Neue Länder im Zeitvergleich

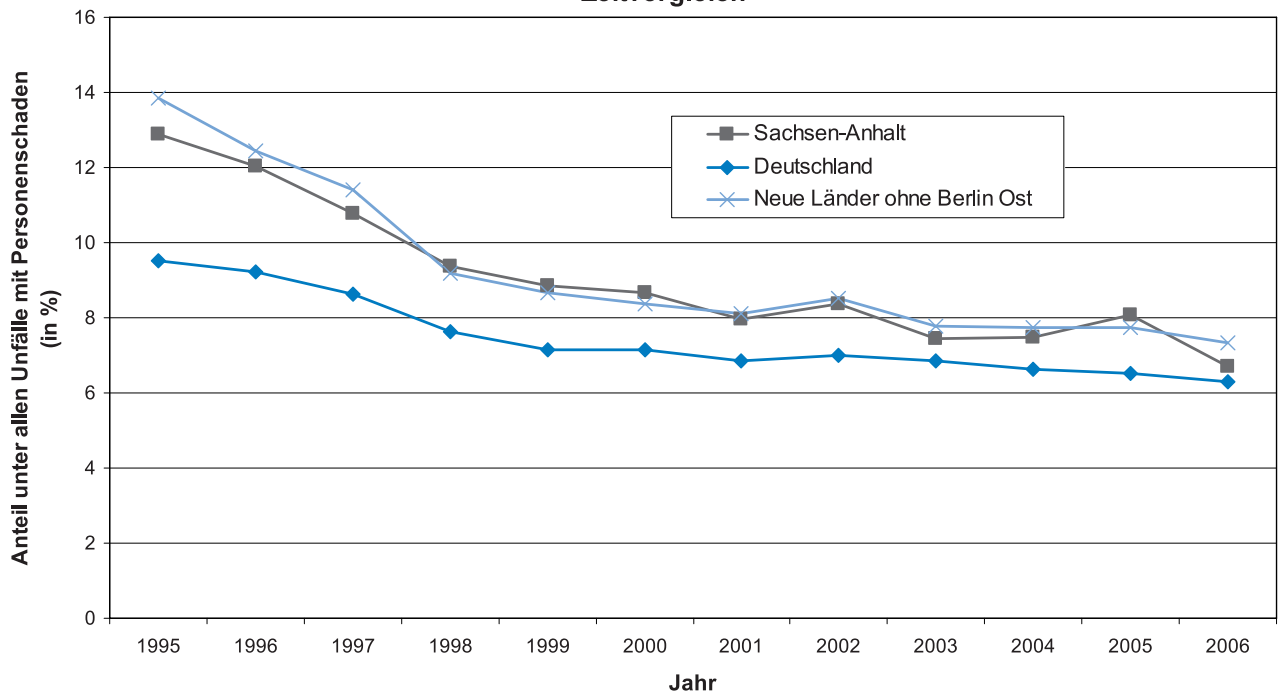
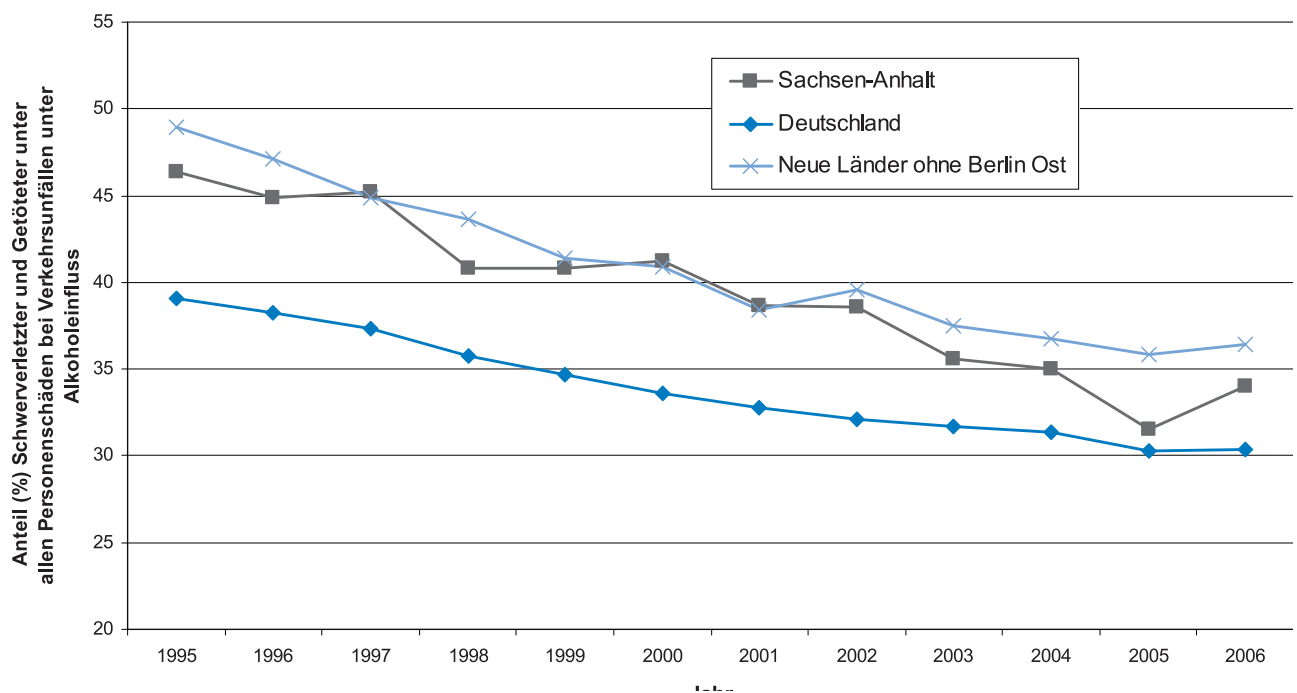


Abb. VS 2: Personenschäden bei Straßenverkehrsunfällen unter Alkoholeinfluss: Anteil Schwerverletzter und Getöteter, Sachsen-Anhalt, Deutschland, Neue Länder im Zeitvergleich



3.2. Straftaten unter Alkoholeinfluss:

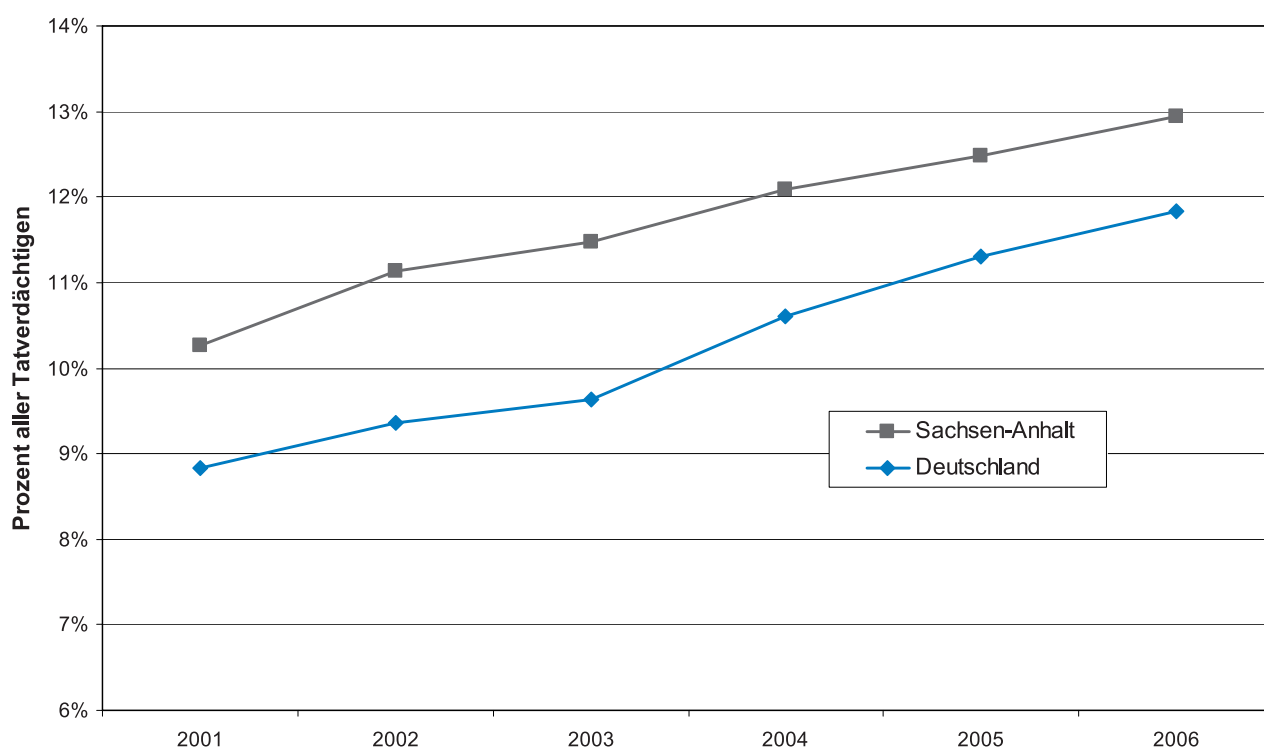
Infobox: Datenquelle für Tatverdächtige unter Alkoholeinfluss:

Die hier gezeigten Daten entstammen der Polizeilichen Kriminalstatistik Sachsen-Anhalt, (www.polizei.sachsen-anhalt.de) bzw. der Polizeilichen Kriminalstatistik Deutschland (www.bka.de) und beziehen sich auf die Jahre 2001-2006.

In Sachsen-Anhalt standen im Mittel der Jahre von jährlich etwa 90.000 ermittelten Tatverdächtigen 11,7% unter Alkoholeinfluss (Tab. KS 1). Die Beteili-

gung von Alkohol an Straftaten in Sachsen-Anhalt war damit etwas größer als im Bundesdurchschnitt. Sowohl in Sachsen-Anhalt als auch in Deutschland insgesamt nimmt der Anteil von Tatverdächtigen unter Alkoholeinfluss seit 2001 kontinuierlich zu (Abb. KS1). Mehr als drei Viertel aller Tatverdächtigen – sowohl in Sachsen-Anhalt als auch in Deutschland insgesamt – sind männlich (Tab. KS 1). Unter alkoholisierten Tatverdächtigen ist der Männeranteil sogar noch höher. In Sachsen-Anhalt waren männliche Tatverdächtige häufiger (14,1%) alkoholisiert als im Bundesdurchschnitt (12,3%).

Abb. KS 1: Tatverdächtige unter Alkoholeinfluss, polizeiliche Kriminalstatistik Sachsen-Anhalt / Deutschland im Zeitvergleich



E. Diskussion

1. Allgemeine Bemerkungen zur Aussagekraft der verwendeten Daten und Statistiken:

1.1. Zuverlässigkeit der Daten (Reliabilität):

Die hier verwendeten Daten entstammen praktisch alle der Datenbank der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (www.gbe-bund.de) beim Statistischen Bundesamt (Ausnahme: Frührentenzugänge und Zahl der aktiv Versicherten Sachsen-Anhalt, Kriminalstatistiken Sachsen-Anhalt und Deutschland). Es wurden auch dann die Daten aus www.gbe-bund.de verwendet, wenn entsprechende eigene, direkt vom Datenhalter bezogene Daten vorhanden waren: damit sollten Abweichungen bei Falldefinitionen und/oder Quotenberechnungen zwischen Landes- und Bundesdatenhalter vermieden und eine echte Vergleichbarkeit Sachsen-Anhalt / Deutschland / neue Länder gewährleistet werden. Die der Datenbank des Statistischen Bundesamtes zugrunde liegenden Statistiken (Krankenhausstatistik, Todesursachenstatistik, Statistik der Leistungen zur Rehabilitation und des Rentenzugangs der gesetzlichen Rentenversicherung) gelten als besonders zuverlässig.

1. 2. Repräsentativität der Daten:

Alle hier zugrunde liegenden Statistiken sind – bezogen auf ihren Geltungsbereich - Vollerhebungen. Während dies bei der Krankenhaus- und Todesursachenstatistik auch Vollerhebung bezogen auf die gesamte untersuchte Population (Sachsen-Anhalt, Deutschland bzw. Neue Länder) bedeutet, bilden die Daten der gesetzlichen Rentenversicherung nur etwa 55-65% des gesamten Reha- bzw. Frührentengeschehens in den untersuchten Populationen ab. Der vorliegende Bericht beschränkt sich dennoch auf die Daten der gesetzlichen Rentenversicherung, da es schwierig bzw. unmöglich ist, vergleichbare Daten von anderen Trägern von Rehabilitationsmaßnahmen und Frührenten zu bekommen. Fast alle hier gezeigten Landesdaten (Ausnahme: Abb. KH3) beziehen sich auf „Fälle“ mit Wohnsitz Sachsen-Anhalt. Verfälschungen durch sich im Untersuchungsjahr nur kurzzeitig / vorübergehend in Sachsen-Anhalt aufhaltende „Fälle“ sind somit ausgeschlossen.

1.3. Abschätzung der Morbidität in der Bevölkerung aus der Krankenhausstatistik:

Bei der Interpretation von Häufigkeiten von ICD-Diagnosen im Krankenhaus („Krankenhaufällen“) ist zu beachten, dass in der Krankenhausstatistik immer nur die Hauptdiagnose gemeldet wird, d.h. Nebendiagnosen nicht in Erscheinung treten, auch wenn sie eventuell der eigentliche Grund für die Hauptdiagnose sind (z.B. Verletzungen bei Alkoholabusus). Dies führt im Allgemeinen und wahrscheinlich für die alkoholbedingten Diagnosen im Besonderen zu einer Unterschätzung der tatsächlichen Häufigkeit der Diagnosen bei Krankenhauspatienten. Andererseits wird innerhalb eines Jahres nicht zwischen Einzel- und Wiederholungsfällen unterschieden. Dies kann – bei unreflektiertem Vergleich - zu einer Überschätzung der Anzahl erkrankter Personen führen, vor allem bei Diagnosen, die zu Rezidiven neigen (wie z.B. „Alkoholmissbrauch“). Allgemein stellen die jährlich gemeldeten Krankenhaufälle natürlich immer nur einen (meist kleineren) Teil der tatsächlichen in der Bevölkerung pro Jahr auftretenden Fälle der betreffenden Krankheit dar: ein großer Teil der Fälle vieler Krankheiten (z.B. auch F10) werden ambulant oder gar nicht („okkulte Fälle“) behandelt. Bei den allermeisten Krankheiten (Ausnahme: „schwere“ Infektionskrankheiten) kann also aus den jährlichen Krankenhaufällen weder die Inzidenz noch die Prävalenz in der Bevölkerung abgeleitet werden.

1.4 Abschätzung der Sterblichkeit in der Bevölkerung aus der Todesursachenstatistik:

Bei der Todesursachenstatistik ist zu beachten, dass diese „monokausal“ eingerichtet ist: sie basiert auf der Identifizierung und ICD-Verschlüsselung eines „Grundleidens“, das ganz am Anfang einer Kausalkette von Leiden steht, welche letztendlich zum Tode führen. Das Grundleiden für die Todesursachenstatistik wird durch Auswertung des Leichenschauscheins (Totenscheins) ermittelt. Dabei findet in aller erster Linie das sofort vom Arzt im Abschnitt I des Totenscheins eingetragene Grundleiden Berücksichtigung, aber auch - in geringerem Maße – die in Abschnitt II eingetragenen „anderen wesentlichen Krankheitszustände“. Diese Methode der Todesursachenstatistik führt mit großer Wahrscheinlichkeit zu

einer erheblichen Unterschätzung alkoholbedingter Sterbefälle, weil 1) in der gebotenen Eile beim Ausfüllen des Totenscheins alkoholbedingte Diagnosen (vor allem aus der F10-Gruppe) relativ schwer als eindeutige Grundleiden ausgemacht werden können, 2) die ausfüllenden Ärzte die Beteiligung des Alkohols am Tod (deshalb) oft eher im Abschnitt II des Totenscheins („andere wesentliche Krankheitszustände“) eintragen, 3) die WHO-Regeln für die Identifizierung und Verschlüsselung des Grundleidens bei alkoholbedingten Leiden Codekombinationen vorsehen, aus denen der Alkohol selbst als auslösender Faktor oft gar nicht erkennbar ist²⁸. Die Unterschätzung der Sterblichkeit ist aus den oben beschriebenen Gründen bei der Diagnose F10 wahrscheinlich wesentlich größer als bei K70. Anders als bei Morbiditätsstatistiken gibt es bei der Todesursachenstatistik naturgemäß keine „Dunkelziffer“ aufgrund von nicht „offenbar werdenden“ Fällen.

1.5. Abschätzung von Morbidität in der Bevölkerung aus der Reha- und Frührentenstatistik:

Daten zur Rehabilitation und zur Frühberentung sind mit einiger Vorsicht als Indikatoren von (alkoholbedingter) Morbidität zu interpretieren, weil die Beantragung und Gewährung von Rehabilitationen und Frührenten stärker als andere gesundheitsbedingte Maßnahmen auch von arbeitsmarktpolitischen, administrativen und volkswirtschaftlichen Faktoren beeinflusst wird und weil diese Faktoren regional variieren können. Im Ergebnisteil wurde versucht, eine potenziell unterschiedliche „allgemeine Zuteilungsrate“ der Reha-Maßnahmen und Frührenten in Sachsen-Anhalt und Deutschland zu korrigieren, indem die Anteile der alkoholbedingten Zuteilungen an allen Zuteilungen verglichen wurden. Dennoch lassen sich die oben genannten Störfaktoren nicht sicher ausschließen.

1.6. Diagnosesicherheit von F10 und K70:

Insgesamt darf für alle verwendeten Statistiken postuliert werden, dass die Diagnose K70 (alkoholische Leberkrankheit) „sicherer“ ist, als die Diagnose F10 (psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol): die Diagnosen F10.0 bis F10.9 sind heterogener

als die Diagnosen K70.0 bis K70.9 (vgl. Abb. A1) und werden stärker durch subjektive Einschätzungen des Arztes beeinflusst. Dies bedeutet jedoch nicht, dass K70-Daten automatisch aussagekräftiger sind als F10-Daten: auch bei der Diagnose K70 wird eine erhebliche Dunkelziffer vermutet, weil diese oft erst bei operativen Eingriffen im Bauchraum oder bei Autopsien entdeckt wird. Weiterhin spielen für die Aussagekraft der Daten auch die Fallzahlen eine entscheidende Rolle, die bei K70 insgesamt wesentlich geringer sind als bei F10. (Abb. D1).

1.7. Statistische Signifikanz der Aussagen:

Vergleiche von alkoholbezogenen Gesundheitsschäden in Sachsen-Anhalt, Deutschland und den Neuen Ländern wurden durch den Vergleich der arithmetischen Mittelwerte der jährlichen bevölkerungsbezogenen Fallquoten in einem Beobachtungszeitraum von 6 bzw. 7 Jahren durchgeführt. Statistische Tests zur Überprüfung der Signifikanz der gefundenen Unterschiede sind nicht ohne Weiteres anwendbar, weil 1) die Fallquoten im Beobachtungszeitraum in den betrachteten Populationen oft einem Trend unterliegen (was schon die Verwendung des arithmetischen Mittels problematisch macht) und 2) die Bevölkerungszahlen Schätzwerte sind (jährliche Fortschreibung des Bevölkerungsstandes auf der Basis einer früher durchgeführten Volkszählung). Um dennoch die Signifikanz der Befunde grob abschätzen zu können, wurde jeweils überprüft, ob sich die 95%-Konfidenzintervalle der Mittelwerte überlappten oder nicht. Mittelwerte deren 95%-Konfidenzintervalle sich nicht überlappten wurden als „verschieden“ interpretiert. Unterschiede in der relativen Häufigkeit von Fällen in bestimmten Altersgruppen sowie das Vorhandensein von zeitlichen Trends werden in diesem Bericht ohne weitere statistische Tests rein deskriptiv festgestellt. Bei allen Betrachtungen müssen die sehr unterschiedlichen Fallzahlen der hier untersuchten ICD-10-Diagnosen beachtet werden (Abb. D1). Trotz zum Teil kleiner jährlicher Fallzahlen in Sachsen-Anhalt, herrschte jedoch in allen untersuchten Parametern eine auffallend niedrige Jahr-zu-Jahr-Varianz. Die geringe Varianz der Beobachtungen zwischen den Beobachtungsjahren bzw. die Stetigkeit der beobachteten Trends machen die Aussagen relativ sicher.

Abb. D1

Fallzahlen alkoholbezogener Diagnosen (gerundet), Sachsen-Anhalt, Jahresmittelwerte 2000-2006

			weiblich	männlich	insgesamt
F10	psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	Krankenhausfälle	1.800	9.200	11.000
		Reha-Maßnahmen	130	770	900
		Frührentenzugänge	50	250	300
		Sterbefälle	20	130	150
K70	alkoholische Leberkrankheit	Krankenhausfälle	450	1.350	1.800
		Reha-Maßnahmen	10	30	40
		Frührentenzugänge	20	90	110
		Sterbefälle	150	500	650
C15	bös. Neubildungen des Ösophagus	Krankenhausfälle	110	630	740
C19-C20	bös. Neubildungen des Rektosigmoids und des Rektums		1.400	2.500	3.900
C22	bös. Neubildungen der Leber		260	550	810
G40-G41	Epilepsie		2.100	2.800	4.900
I10-I15	Hochdruckkrankheit		6.400	3.500	9.900
I42	Kardiomyopathie		290	810	1.100

Vergleiche: Tabellen KH1, RH1, RT1, ST1, NB1-3, EP1, HK1-2

2. Alkoholbedingte Gesundheitsschäden (ICD-10-Diagnosen F10 und K70):

„Jede/r Alkoholranke und jede/r Alkoholtote ist eine/r zu viel!“ Gemäß dieser Selbstverständlichkeit kann in einer Population keinesfalls ein „normales“ Maß an alkoholbedingter Krankheitslast oder alkoholbedingter Sterblichkeit postuliert werden. Aussagen zur „Höhe“ alkoholbedingter Morbidität und Mortalität sind also immer nur in Bezug auf eine Vergleichspopulation sinnvoll. Die Vergleichspopulation ist in diesem Bericht immer an erster Stelle die Gesamtbevölkerung von Deutschland (inklusive Sachsen-Anhalt): der sog. Bundesdurchschnitt. An zweiter Stelle wird mit der Situation in der Gesamtheit aller neuen Bundesländer (inklusive Sachsen-Anhalt) verglichen, um festzustellen, ob es sich bei Abweichungen der Landesdaten vom Bundesdurchschnitt um ein Sachsen-Anhalt-spezifisches

Phänomen oder eher um ein „Ost-West“-Phänomen handelt.

2.1 Hohe alkoholbedingte Morbidität und Mortalität in Sachsen-Anhalt:

Es kann kein Zweifel bestehen, dass die alkoholbedingte Morbidität und Mortalität in Sachsen-Anhalt im Vergleich zum Bundesdurchschnitt deutlich erhöht ist: 6 von 8 diesbezüglich untersuchten Indikatoren zeigten – wenn man beide Geschlechter zusammenfasst – im Mittel der Jahre erhöhte bevölkerungsbezogene Fallquoten (Abb. D2). Beschränkt man die Betrachtung auf die „sicherere“ Diagnose K70 (alkoholische Leberkrankheit), so waren die Fallquoten besonders deutlich, nämlich um das 1,8 bis 2,6-Fache erhöht (Tabellen KH2, RH2, RT2, ST2). Besonders erschreckend sind die Ergebnisse bezüglich

der K70-Sterbeziffer – des „sichersten und folgeschwersten“ der hier untersuchten Parameter: sie ist in Sachsen-Anhalt mit 20,7 Sterbefällen je 100.000 Einwohnern doppelt so hoch wie im Bundesdurch-

schnitt, stellt die zehnthäufigste aller Todesursachen in Sachsen-Anhalt dar und rangiert im Ländervergleich an zweiter Stelle nach Mecklenburg-Vorpommern (Abb. ST 1+3).

Abb. D2

**Alkohol-Indikatoren in Sachsen-Anhalt:
Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt**

				Kranken- hausfälle ¹	Reha- Maßnahmen ²	Frührenten ²	Sterblichkeit ¹
alkoholbezogene Gesundheitsschäden	Frauen	alkoholbedingt	F10	—	— —	++	— —
			K70	++	++	++	++
		alkoholassoziert	C15	—			
			C22	0			
			C19-C20	+			
			G40-G41	+			
			I10-I15	+			
			I42	0			
	Männer	alkoholbedingt	F10	+	0	++	0
			K70	++	++	++	++
		alkoholassoziert	C15	0			
			C22	+			
			C19-C20	+			
			G40-G41	+			
			I10-I15	++			
			I42	++			
	beide Geschlechter	alkoholbedingt	F10	+	0	++	0
			K70	++	++	++	++
		alkoholassoziert	C15	0			
			C22	+			
			C19-C20	+			
			G40-G41	+			
			I10-I15	++			
			I42	+			
Verkehrsunfälle unter Alkoholeinfluss ³				+			
Schwerverletzte bei Unfällen unter Alkoholeinfluss ⁴				+			
Tatverdächtige unter Alkoholeinfluss ⁵			Frauen	0			
			Männer	0			
			beide	0			

+ erhöht, (1,1 bis 1,3 Mal)
 ++ = stark erhöht (>=1,4 Mal)
 – erniedrigt (1,1 bis 1,3 Mal)
 – – stark erniedrigt (>=1,4 Mal)
 0 in etwa gleich

¹ mittlere bevölkerungsbezogene Quote 2000-2006
² mittlere bevölkerungsbezogene Quote 2000-2005
³ mittlerer Anteil unter allen Verkehrsunfällen 2000-2006
⁴ mittlerer Anteil unter allen Verletzten 2000-2006
⁵ mittlerer Anteil unter allen Tatverdächtigen 2000-2006

Die einzigen beiden Alkoholindikatoren, bei denen keine Erhöhung im Vergleich zum Bundesdurchschnitt zu sehen war, sind die F10-Sterblichkeit (Tab. ST2) und die F10-Rehaquote (Tab. RH2). Bei der F10-Sterblichkeit sind die relativ kleinen jährlichen Fallzahlen und die Diagnoseproblematik in der Todesursachenstatistik (vgl. Diskussionspunkt 1.4) zu bedenken. Bei der relativ niedrigen Reha-Quote ist zu bedenken, dass diese für sich allein zwar positiv zu bewerten wäre, im Hinblick auf die hohe alkoholbedingte Frühberentungsquote jedoch eher negativ zu bewerten ist (siehe unten Diskussionspunkt 2.7). Die F10-Morbidität in Sachsen-Anhalt war bei Frauen deutlich geringer als bei Männern (Abb. D2 und Tab. KH2, RH2, ST2). Eine plausible Erklärung für die „Gegensinnigkeit“ der weiblichen Morbiditätsdaten bezüglich F10 (moderat bis unterdurchschnittlich) und K70 (deutlich erhöht) steht noch aus.

Zwar liefert die F10-Morbidität und –Mortalität in Sachsen-Anhalt ein versöhnlicheres Bild als die K70-Gesundheitsschäden, aber sowohl bei den F10-Krankenhausfällen als auch bei den F10-Sterbefällen ist nach einem Rückgang bis zum Jahr 2002 seither wieder eine deutliche Zunahme zu verzeichnen (siehe unten).

2.2. Besonders hohe alkoholbedingte Mortalität und Morbidität bei den Männern:

In Sachsen-Anhalt stellen Männer die überwältigende Mehrheit (80-85%!) aller alkoholbedingten Krankenhaus-, Reha-, Frührenten- bzw. Sterbefälle (Tabellen KH1, RH1, RT1, ST1). Diese Ungleichverteilung der alkoholbedingten Gesundheitsschäden ist noch ausgeprägter als im Bundesdurchschnitt (vgl. dieselben Tabellen). Die oben für Sachsen-Anhalt insgesamt beschriebene, auffallend hohe alkoholbedingte Morbidität und Mortalität ist also in allererster Linie ein Spiegel der erhöhten Alkoholmorbidität und –mortalität der sachsen-anhaltischen Männer.

2.3. Auch Frauen in Sachsen-Anhalt sind alkoholgefährdet:

Zwar geht nur ein relativ kleiner Teil der alkoholbedingten Gesundheitsschäden in Sachsen-Anhalt auf das Konto der Frauen, dennoch ist ihr individuelles Risiko, einen alkoholbedingten Gesundheitsschaden zu erleiden und ggf. daran zu sterben, erhöht: bei 5 der 8 untersuchten Indikatoren (darunter alle K70-Indikatoren!) waren die weiblichen Fallquoten in Sachsen-Anhalt deutlich höher als im Bundesdurchschnitt (Abb. D2). Bezogen auf den gesamten Beobachtungszeitraum (6 bzw. 7 Jahre) waren zwar bei drei der vier F10-Indikatoren die weiblichen Quoten in Sachsen-Anhalt niedriger als im Bundesdurchschnitt (Abb. D2), aber in genau diesen 3 Indikatoren (Krankenhausfälle, Reha-Maßnahmen, Sterblichkeit) war in den letzten Jahren bei den weiblichen Einwohnern eine deutliche Verschlechterung festzustellen (Abb. KH6, RH4, RH6 und ST7). Eine plausible Erklärung für die - im Vergleich zu allen anderen Indikatoren - bisher moderate F10-Morbidität und –Mortalität der Frauen in Sachsen-Anhalt kann hier nicht gegeben werden und bedarf weiterer Recherchen.

2.4. Alkoholbedingte Gesundheitsschäden treten in Sachsen-Anhalt früher auf als im Bundesdurchschnitt:

Bei Frauen traten die alkoholbedingten Gesundheitsschäden in allen der 8 untersuchten Indikatoren früher auf als im Bundesdurchschnitt, bei Männern in 7 der 8 Indikatoren (Abb. D3). Besonders beunruhigend ist die hohe alkoholbedingte Morbidität und Mortalität bei jungen (<45-Jahre) Männern (Tab. KH4, RT4, ST4) und die rasant zunehmende F10-Morbidität bei 15-19-jährigen männlichen Jugendlichen (Abb. KH13).

Die hohe Quote vorzeitiger (<65 Jahre) K70-Sterbefälle zeigt, dass es bezüglich der Prävalenz der alkoholischen Leberkrankheit (und damit noch viel mehr bezüglich der Prävalenz von F10, dem Alkoholmissbrauch) in der Bevölkerung wahrscheinlich eine hohe Dunkelziffer gibt.

Abb. D3

Alkohol-Indikatoren in Sachsen-Anhalt: Eintrittsalter Morbidität und Mortalität im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt

		Krankenhausfälle ¹	Reha-Maßnahmen ²	Frührenten ²	Sterblichkeit ³
Frauen	F10	jünger	jünger	deutlich jünger	jünger
	K70	jünger	jünger	deutlich jünger	deutlich jünger
Männer	F10	jünger	etwa gleich	deutlich jünger	jünger
	K70	jünger	jünger	deutlich jünger	deutlich jünger

¹ erhöhter Anteil von Fällen in der jungen Altersgruppe 0-44 (Mittelwert 2000-2006)

² durchschnittliches Alter bei Inanspruchnahme / Zugang (Mittelwert 2000-2005)

³ durchschnittliches Sterbealter (Mittelwert 2000-2006)

2.5. Die zeitlichen Trends in Sachsen-Anhalt geben keinen Grund zur Entwarnung:

Von den bevölkerungsbezogenen Quoten der 8 untersuchten Indikatoren zeigten im Zeitraum 2000-2006 bei Frauen 5 und bei Männern 7 keinen deutlichen Trend oder nahmen sogar zu (Abb. D4). Dies traf im Besonderen für sämtliche F10-Indikatoren zu, sowohl bei Frauen als auch bei Männern. Ob der Anstieg der Fallquoten bei fast allen F10-Indikatoren (Krankenhausfälle weiblich und männlich, Reha-Maßnahmen weiblich, Sterblichkeit weiblich und männlich) ausschließlich eine Zunahme des „Alkoholmissbrauchs“ in Sachsen-Anhalt abbildet oder auch zum Teil durch eine steigende Sensibilität der betroffenen Patienten und/oder Ärzte für dieses Krankheitsbild bedingt wird, kann hier nicht entschieden werden. Besonders alarmierend ist eine seit 2002 anhaltende, dramatische Zunahme der F10-Krankenhausfälle unter männlichen Jugendlichen (Abb. KH7). Hier ist zu beachten, dass die Diagnosegruppe F10 recht heterogen ist und bei jugendlichen Krankenhausfällen wahrscheinlich die „Missbrauchsdiagnosen“ F10.0 (akute Intoxikation)

und F10.1 (schädlicher Gebrauch) überwiegen, während es bei den älteren Altersgruppen die typische „Suchtdiagnose“ F10.2 (Alkoholabhängigkeitssyndrom) sein wird. Die für eine genauere Aufschlüsselung notwendigen 4-stelligen Krankenhausdiagnosen standen uns leider nicht zur Verfügung.

Erfreulicherweise geht in Sachsen-Anhalt – wie auch in Deutschland insgesamt – die männliche und weibliche Sterblichkeit aufgrund von alkoholischer Leberkrankheit seit vielen Jahren kontinuierlich, wenn auch allmählich, zurück (Abb. ST 2 und ST6). Hier muss jedoch offen bleiben, ob dies ausschließlich eine (ca. 10-15 Jahre zuvor stattfindende) Abnahme des exzessiven Alkoholkonsums darstellt, oder ob der Rückgang auch durch verbesserte Therapiemöglichkeiten bedingt wird.

Die Zunahme der alkoholbedingten Fallquoten im Krankenhaus bei Frauen (F10) und Männern (F10 und K70) im aktuellen Beobachtungszeitraum (2000-2006) spricht auf jeden Fall gegen eine „Entwarnung“ für die zukünftige Entwicklung der alkoholbedingten Gesundheitsschäden in Sachsen-Anhalt.

Abb. D4

Alkohol-Indikatoren in Sachsen-Anhalt: Zeittrend

				Kranken- hausfälle ¹	Reha- Maßnahmen ¹	Frührenten ¹	Sterblichkeit ²
alkoholbezogene Gesundheitsschäden	Frauen	alkoholbedingt	F10	↑	↑	↔	↑
			K70	↓	↓	↔	↓
		alkoholassoziiert	C15	↔			
			C22	↔			
			C19-C20	↓			
			G40-G41	↔			
			I10-I15	↑			
			I42	↔			
	Männer	alkoholbedingt	F10	↑	↑	↔	↑
			K70	↑	↔	↔	↓
		alkoholassoziiert	C15	↔			
			C22	↑			
			C19-C20	↓			
			G40-G41	↔			
			I10-I15	↑			
			I42	↑			
	beide Geschlechter	alkoholbedingt	F10	↑	↑	↔	↑
			K70	↑	↔	↔	↓
		alkoholassoziiert	C15	↑			
			C22	↑			
			C19-C20	↓			
			G40-G41	↔			
			I10-I15	↑			
			I42	↑			
Verkehrsunfälle unter Alkoholeinfluss ³				↓			
Schwerverletzte bei Unfällen unter Alkoholeinfluss ⁴				↓			
Tatverdächtige unter Alkoholeinfluss ⁵			Frauen	↑			
			Männer	↑			
			beide	↑			

↑ zunehmende Tendenz
 ↓ abnehmende Tendenz
 ↔ gleichbleibend oder keine Tendenz erkennbar

¹ bevölkerungsbezogene Quote
² bevölkerungsbezogene Quote
³ Anteil unter allen Verkehrsunfällen
⁴ Anteil unter allen Verletzten
⁵ Anteil unter allen Tatverdächtigen
⁶ bevölkerungsbezogene Quote

2.6. Die Daten in Sachsen-Anhalt ähneln dem Schnitt aller neuen Länder:

Es konnten insgesamt 6 Indikatoren, jeweils bei Frauen und Männern, d.h. 12 Parameter verglichen werden. Auf den ersten Blick bietet sich ein heterogenes Bild, bei dem die alkoholbedingten Fallquoten in Sachsen-Anhalt 6 Mal gleich, 4 Mal niedriger und 2 Mal höher als im Schnitt aller neuen Länder waren (Abb. D5). Beschränkt man sich jedoch auf die „sicheren“ Alkoholindikatoren (F10/K70-Krankenhäusfälle und K70-Sterblichkeit), so war die Übereinstimmung mit den Werten der Gesamtheit der neuen Bundesländer fast vollständig (5 von 6 Parametern, zur geringeren „Indikatortauglichkeit“ der Reha-Maßnahmen: siehe oben).

Da Sachsen-Anhalt bezüglich der alkoholbedingten Morbidität und Mortalität im Vergleich zum Bundesdurchschnitt auffallend „schlecht“ dasteht (siehe oben), soll hier erwähnt werden, dass von 12 alkoholbedingten Fallquoten in Sachsen-Anhalt nur zwei „schlechter“, aber vier „besser“ als der Schnitt der neuen Länder waren. Die beiden einzigen „negativen“ Abweichungen waren entweder recht gering (F10-Krankenhäusfälle Männer: 1,08 Mal) oder bezogen sich auf einen relativ „unsicheren“ Morbiditätsindikator mit geringen jährlichen Fallzahlen in Sachsen-Anhalt (K70-Reha-Maßnahmen).

Abb. D5

Alkoholbedingte Morbidität und Mortalität in Sachsen-Anhalt: Vergleich mit dem Gesamtheit der neuen Bundesländer

		Krankenhäusfälle ¹	Reha-Maßnahmen ²	Sterblichkeit ¹
Frauen	F10	etwa gleich	geringer	geringer
	K70	etwa gleich	etwa gleich	etwa gleich
Männer	F10	höher	geringer	geringer
	K70	etwa gleich	höher	etwa gleich

¹ mittlere bevölkerungsbezogene Quote 2000-2006

² mittlere bevölkerungsbezogene Quote 2000-2005

³ mittlerer Anteil unter allen Verkehrsunfällen 2000-2006

⁴ mittlerer Anteil unter allen Verletzten 2000-2006

⁵ mittlerer Anteil unter allen Tatverdächtigen 2000-2006

2.7. Geringe Quote von F10-Reha-Maßnahmen in Sachsen-Anhalt trotz deutlich erhöhter alkoholbedingter Morbidität:

Die bevölkerungsbezogene Quote von stationären F10-Rehabilitationsmaßnahmen („Entwöhnungskuren“) der gesetzlichen Rentenversicherung war in Sachsen-Anhalt etwa gleich wie im Bundesdurchschnitt und deutlich geringer als im Schnitt der neuen Länder (Abb. RH1, Tab. RH2). Dies könnte – unreflektiert betrachtet – als positiver Befund im Sinne eines geringen Bedarfs, d.h. einer geringen alkoholbedingten Morbidität gedeutet werden. Da jedoch im gleichen Zeitraum alle anderen Alkoholidikatoren und vor allem die alkoholbedingte Frühberentung durch die (selbe) gesetzliche Rentenversicherung deutlich höher als im Bundesdurchschnitt waren, ist die Datenlage – im Gegenteil – negativ zu werten: bei einer in Sachsen-Anhalt faktisch existierenden hohen alkoholbedingten Morbidität von Menschen im arbeitsfähigen Alter sollten die Reha-

bilitationsanstrengungen besonders hoch sein, gemäß dem Grundsatz „Reha vor Rente“, welcher sowohl aus humanitären als auch aus ökonomischen Gründen besteht. Eine mögliche Erklärung für das ungünstige alkoholbedingte Reha/Frührenten-Verhältnis in Sachsen-Anhalt könnten Engpässe bei der Anbahnung/ Zuweisung zur Suchtrehabilitation im betreffenden Zeitraum gewesen sein (siehe F.). Dieser „Flaschenhalseffekt“ könnte zusätzlich dazu geführt haben, dass die Betroffenen sehr spät (zu spät) in den Zuweisungsprozess aufgenommen werden konnten und dann aus medizinischen Gründen häufig „nicht mehr rehabilitierbar“ waren.

2.8 Die Spitze des Eisbergs?

Eine Vielzahl von Gründen führt dazu, dass die hier dargestellten Daten die tatsächliche Prävalenz alkoholbedingter Gesundheitsschäden in allen drei untersuchten Populationen in etwa gleichem Maße

unterschätzt. Die wichtigsten darunter sind: 1) ein erheblicher Teil der Einwohner mit psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10) und ein kleinerer Teil der Einwohner mit alkoholischer Leberkrankheit (K70) wird im betreffenden Beobachtungsjahr (oder zeitlebens) entweder nur ambulant oder gar nicht behandelt, noch erhält er Reha-Leistungen oder alkoholbedingte Frührenten: er bleibt „okkult“ 2) ein erheblicher Teil der im Krankenhaus eintreffenden F10-Patienten und ein kleinerer Teil der K70-Patienten erhalten dort eine Hauptdiagnose, welche den Bezug zum Alkohol nicht mehr erkennen lässt, die jedoch eigentlich von einem Alkoholeiden ausgelöst wurde (dieses erscheint dann in der Nebendiagnose, die jedoch nicht in der öffentlich verfügbaren Krankenhausstatistik erscheint), 3) Sterbefälle, deren zum Tode führendes Grundleiden eigentlich der „Alkoholmissbrauch“ ist, erscheinen unter anderen Todesursachen, weil die Zuordnung von F10 als „zum Tode führendes Grundleiden“ problematisch ist, 4) nur eine kleine Auswahl alkoholassoziierter Krankheiten untersucht wurde und 5) Reha-Leistungen und Frühberentungen anderer Versicherungsträger (außer der gesetzlichen Rentenversicherung) nicht berücksichtigt sind.

3. Alkoholassozierte Gesundheitsschäden:

Der Vergleich der Krankenhausfallquoten von alkoholassozierten Krankheiten in Sachsen-Anhalt mit den entsprechenden Bundesquoten bestätigte insgesamt die oben geschilderten Ergebnisse bezüglich F10 und K70: fünf der sechs ausgewählten alkoholassozierten Krankheiten zeigten in Sachsen-Anhalt eine kumulierte (weibliche und männliche) Fallquote, die höher war als die Bundesquote (Abb. D2). Auch bei diesen alkoholassozierten Krankheiten findet man die besondere Rolle der Männer in Sachsen-Anhalt wieder: während bei Frauen immerhin die Hälfte der Fallquoten gleich oder sogar niedriger als im Bundesdurchschnitt waren, lagen diese bei den Männern bei praktisch allen untersuchten alkoholassozierten Diagnosen über dem Bundesdurchschnitt.

Die einzige alkoholassozierte Diagnose, die „aus dem Bild fiel“, war der Ösophaguskrebs: hier unterschieden sich die männlichen Quoten in Sachsen-Anhalt nicht vom Bundesdurchschnitt und die weiblichen Quoten waren sogar niedriger (Abb. NB1, Tab. NB1). Eine schlüssige Erklärung für diese Abweichung vom übrigen Trend kann derzeit nicht gegeben werden. Die Abschätzung von alkoholbezogenen Gesundheitsschäden in einer Gesellschaft aus der

Inzidenz von alkoholassozierten Krankheiten muss immer mit Vorsicht erfolgen, weil der Alkohol in diesen Krankheiten ja nur einen unter mehreren auslösenden Faktoren darstellt. So ist nicht auszuschließen, dass die erhöhte Morbidität bei bestimmten alkoholassozierten Krankheiten in Sachsen-Anhalt (z.B. Hypertonie) eher durch die schlechtere Lage anderer auslösender Faktoren (z.B. Ernährung, sozialer Stress) bedingt ist.

4. Erhöhter Alkoholeinfluss in Sachsen-Anhalt auch bei Verkehrsunfällen und Straftaten:

Auch die beiden hinzugezogenen „weiteren“ Alkoholindikatoren (Anteil der Straßenverkehrsunfälle unter Alkoholeinfluss, Anteil bei Straftaten ermittelter Tatverdächtiger unter Alkoholeinfluss) bestätigen das Bild eines erhöhten Alkoholproblems in der sachsen-anhaltischen Gesellschaft: es geschehen mehr Verkehrsunfälle und mehr Straftaten unter Alkoholeinfluss als im Bundesdurchschnitt.

5. Volkswirtschaftlicher Schaden der alkoholbezogenen Morbidität und Mortalität:

Vorsichtige Schätzungen aus dem Jahr 2002 bezifferten die Belastung der deutschen Volkswirtschaft im Jahr 1995 durch alkoholbezogene Gesundheitsschäden mit jährlich etwa 40 Milliarden DM¹⁴. 35% dieser Kosten entstehen allein aufgrund der alkoholbedingt erhöhten Mortalität. Geht man - in Aufrechnung der leichten Besserung der alkoholbezogenen Gesundheitslage mit der Inflationsrate - von einer unveränderten Belastung in der Gegenwart aus, so würde dies für Sachsen-Anhalt - bevölkerungsbezogen - eine „normale“ finanzielle Belastung von jährlich fast 600 Millionen Euro bedeuten, wenn Sachsen-Anhalt eine bundesdurchschnittliche alkoholbezogene Morbidität und Mortalität hätte. Nimmt man jedoch aus den oben gezeigten Ergebnissen in einer groben Schätzung eine um den Faktor 1,5 erhöhte alkoholbezogene Morbidität und Mortalität in Sachsen-Anhalt an, so würden dem Land jährlich etwa 300 Millionen Euro „zusätzliche“ alkoholbedingte Kosten entstehen. Diese Schätzung ist insofern vorsichtig, als in Sachsen-Anhalt ja besonders die kostenintensivsten Folgeschäden des Alkohols im Vergleich zum Bundesdurchschnitt deutlich erhöht waren: die alkoholbedingte Sterbeziffer und darunter insbesondere die vorzeitige Sterblichkeit und die verlorenen Lebensjahre.

6. Bedeutung der Ergebnisse für den Gesundheitszielprozess in Sachsen-Anhalt:

Der vorliegende Bericht bestätigt frühere Untersuchungen, die eine erhöhte alkoholbedingte Krankenhausmorbidity und Sterblichkeit in Sachsen-Anhalt feststellten. Er ergänzt diese Untersuchungen mit umfangreicheren und aktuelleren Zahlen und erweitert sie mit neuen Daten: 1) zum alkoholbedingten Rehabilitations- und Frührentengeschehen, 2) zu alkoholassoziierten Krankheiten, 3) zu Straßenverkehrsunfällen unter Alkoholeinfluss und 4) zur Beteiligung von Alkohol bei Straftaten.

Die Gesamtheit der zusammengetragenen Daten zeichnet ein bedenkliches Bild zur Lage der Alkoholschäden in Sachsen-Anhalt und unterstreicht damit die Richtigkeit und Wichtigkeit des neu formulierten, suchtbезогenen Landes-Gesundheitszieles. Dieses lautet in seinem auf den Alkohol bezogenen Teil: „Senkung ... der alkoholbezogenen Gesundheitsschäden auf Bundesdurchschnitt.“ Die hier zusammen getragenen Daten aus den Jahren 2000-2006 können natürlich nicht den erst im Jahre 2004 neu begonnen Gesundheitszielprozess evaluieren, sondern sollen viel mehr die Ausgangslage für diesen Zielprozess dokumentieren.

F. Schlussfolgerungen

1. **Adjustierung und Intensivierung der Präventionsstrategien in Sachsen-Anhalt:**

Die oben besprochenen Befunde zur alkoholbezogenen Morbidität und Mortalität weisen auf eine weite Verbreitung und langjährige Persistenz des „Alkoholproblems“ in der Landesbevölkerung von Sachsen-Anhalt hin. Es scheint deshalb erstens sinnvoll, neben der Universalprävention (Suchtvermeidung in der Allgemeinbevölkerung) verstärkt in die indizierte Prävention (Suchtprävention bei Betroffenen, bis weilen auch „Sekundärprävention“ genannt) zu investieren. Als eine sehr wirkungsvolle Methode dafür gilt das Prinzip der so genannten Kurzintervention in der medizinischen Grundversorgung. Dabei werden Patienten, die sich bereits in der medizinischen Grundversorgung (ambulant oder stationär) befinden und bei denen sich zufällig oder nach gezielter Suche ein Verdacht auf Alkoholmissbrauch stellt, vom Arzt einmalig oder in einigen wenigen Sitzungen über die Gefahren des Alkoholmissbrauchs aufgeklärt und beraten. Die gezielte Suche nach alkoholgefährdeten Patienten in der Grundversorgung (Screening) erfolgt dabei über standardisierte Verfahren. Screening und Kurzintervention benötigen nur einen geringen Fortbildungsbedarf der Ärzte. Es konnte gezeigt werden, dass ärztlich geleitete Kurzinterventionen bei 50% der alkoholgefährdeten (erwachsenen) Patienten zu einer Reduktion des Alkoholkonsums führte und dass schadensmindernde Effekte bis zu 2 Jahre nach der Kurzintervention nachweisbar waren³⁰.

Zweitens sollte in Anbetracht der Daten zu alkoholbedingter Morbidität und Mortalität ein flächendeckendes, leistungsfähiges Netz von Suchtberatungsstellen gewährleistet bzw. ausgebaut werden. Nur so können die notwendigen Einzelberatungen, settingzentrierte Präventionsansätze (z.B. Schulprogramme zur Suchtvorbeugung) und der Aufbau von gemeinwesenbezogenen präventiven Netzwerken gewährleistet werden. Die Verantwortung dafür liegt in erster Linie bei den Kommunen. Das Land fördert Suchtberatungsstellen im Rahmen freiwilliger Leistungen.

2. **Verbesserung des Zugangs zu stationären Leistungen der alkoholbedingten Rehabilitation in Sachsen-Anhalt:**

In Sachsen-Anhalt waren im Zeitraum 2000-2005 die (stationären) alkoholbedingten Reha-Leistungen im Vergleich zur tatsächlichen hohen alkoholbedingten Morbidität in der Landesbevölkerung zu gering (belastbare Daten nach 2005 waren zum Zeitpunkt der Drucklegung nicht verfügbar). Dies könnte durch Engpässe in den bisherigen Zuweisungswegen zur Suchtrehabilitation begründet sein: in Sachsen-Anhalt erfolgte die Zuweisung zur Suchtrehabilitation bis vor kurzem überwiegend durch kommunale Suchtberatungsstellen. Dort wurde die Therapiemotivation erarbeitet und ein umfangreicher Sozialbericht erstellt, welcher Voraussetzung für die Beantragung war. Die Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland hat Möglichkeiten der Verbesserung der Zugangswege zur Rehabilitation geprüft und nunmehr das so genannte „Nahtlosverfahren“ zugelassen. Ziel ist es hierbei, die Zugangswege zur Rehabilitation effizienter zu gestalten. Für einen bestimmten Personenkreis ist jetzt eine direkte Vermittlung in eine Rehabilitationseinrichtung im Anschluss an eine Entzugsbehandlung in psychiatrischen Krankenhäusern bzw. Abteilungen möglich. Darüber hinaus kann auch eine Vermittlung durch die Agentur für Arbeit nach § 125 SGB II erfolgen. Auf einen Sozialbericht wird beim Nahtlosverfahren verzichtet. Es muss nun beobachtet werden, ob diese Maßnahme tatsächlich zu einer dauerhaften Zunahme erfolgreich abgeschlossener Alkoholentwöhnungsmaßnahmen führen wird.

Die Notwendigkeit zum Erhalt bzw. zur Stärkung eines flächendeckenden, leistungsfähigen Netzes von Suchtberatungsstellen in Sachsen-Anhalt bleibt davon in jedem Falle unberührt, nicht zuletzt, weil diesen auch bei der Nachsorge von Sucht-Rehabilitanden eine zentrale Rolle zukommt.

3. Mangel an belastbaren Daten zum Alkoholkonsum in Sachsen-Anhalt:

In Sachsen-Anhalt besteht eine Diskrepanz zwischen der inzwischen soliden Datengrundlage, die eine erhöhte alkoholbedingte Morbidität und Mortalität belegt, und einer lückenhaften, teils widersprüchlichen Datenlage bezüglich des Alkoholkonsums in der Bevölkerung. Um das alkoholbezogene Landes-Gesundheitsziel effektiv umsetzen und eine zielgruppenorientierte Strategie gegen den Alkohol entwickeln zu können, ist es nötig, das Alkoholkonsumverhalten der Bevölkerung in Sachsen-Anhalt genauer zu untersuchen. Dazu bieten sich unter anderem mit einer Fortführung der Untersuchungen der Modernen Drogen- und Suchtprävention Sachsen-Anhalt (MODRUS), mit einer Stichprobenerweiterung für Sachsen-Anhalt beim bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KIGGS) und/oder mit einer Stichprobenerweiterung beim bundesweiten Epidemiologischen Suchtsurvey gute Möglichkeiten. Die dramatische Zunahme der F10-Krankenhausfälle von männlichen Jugendlichen in den letzten Jahren legt insbesondere Studien zum Alkoholkonsumverhalten von Jugendlichen in Sachsen-Anhalt nahe.

G. Literatur/Quellenverzeichnis

Literatur/Quellenverzeichnis:

1. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS), 2007a: Jahrbuch Sucht 2007, Neuland, Geesthacht
2. European Health for All Database (HFA-DB), 2007 (<http://data.euro.who.int/hfad/>)
3. WHO Global Status Report on Alcohol, 2004 (http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_status_report_2004_overview.pdf)
4. Anderson, P. & Baumberg, B., 2006: Alcohol in Europe. A report for the European Commission. (<http://dse.univr.it/addiction/documents/External/alcoholineu.pdf>)
5. Kraus, L., Bühringer, G., Sonntag, D. & Augustin, R., 2006: Monitoring: Gebrauch psychoaktiver Substanzen und substanzbezogene Störungen in Deutschland (<http://www.ift.de/index.php?id=90>)
6. Robert Koch-Institut, 2006: Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit in Deutschland. 2.5 Tabak- und Alkoholkonsum, 107-113. http://www.rki.de/CLN_049/nn_204568/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtId/gesundheitsbericht,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/gesundheitsbericht.pdf
7. Lampert, T & Thamm, M, 2007: Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum von Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz, 5/6, 600 – 608. http://www.kiggs.de/experten/downloads/Basispublikation/Lampert_Tabak_Alkohol_Drogen.pdf
8. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), 2007: Alkoholkonsum der Jugendlichen in Deutschland 2004 – 2007. Ergebnisse der Repräsentativbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. http://www.ginko-ev.de/download/Alkohol_Jugend_2007.pdf
9. Singer, M.V & Teyssen, S., 2007: Kompendium Alkohol: Folgekrankheiten, Klinik Diagnostik, Therapie, Springer-Verlag, Berlin
10. Rehm J, Room R, Monteiro M, Gmel G, Graham K, Rehn T, Sempos CT, Frick U, Jernigan D. Alcohol. (2004) In: WHO (ed), Comparative quantification of health risks: Global and regional burden of disease due to selected major risk factors. Geneva: WHO.
11. Rehm, J., Roerecke, M. & Jayadeep, P., 2006: Alcohol-attributable mortality and burden of disease in Switzerland – Epidemiology and recommendations for alcohol policy. Report No 0214, Research Institut for Public Health and Addiction ISGF, Zurich, Switzerland. http://www.suchtforschung.ch/fileadmin/downloads/Finalreport_BAG_05.001178.pdf
12. Singer, M & Teyssen, S., 2002: Moderater Alkoholkonsum: Gesundheitsförderlich oder schädlich? Deutsches Ärzteblatt, 99/16, 1103 – 1106. <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/pdf.asp?id=31285>
13. Seitz, H. & Bühringer, G, 2007: Empfehlungen des wissenschaftlichen Kuratoriums der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) zu Grenzwerten für den Konsum alkoholischer Getränke. http://www.dhs.de/makeit/cms/cms_upload/dhs/grenzwerte_alkoholkonsum.pdf
14. Bergmann, E. & Horch, K., 2002: Kosten alkoholassoziierter Krankheiten. In: RKI (Hrsg.): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung, Berlin. http://www.rki.de/CLN_049/nn_199884/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/alkoholassozierte_krankheiten,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/alkoholassozierte_krankheiten.pdf
15. Ministerium für Gesundheit und Soziales Sachsen-Anhalt (2000): Moderne Drogen- und Suchtprävention (MODRUS I).
16. Ministerium für Gesundheit und Soziales Sachsen-Anhalt (2004): Moderne Drogen- und Suchtprävention (MODRUS III).
17. Kraus, L., Augustin, R., Bloomfield, K. & Reese, A., 2001: Der Einfluss regionaler Unterschiede im Trinkstil auf riskanten Konsum, exzessives Trinken, Missbrauch und Abhängigkeit. Gesundheitswesen, 63, 775-782.

18. Augustin, R. & Kraus, L., 2005: Alkoholkonsum, alkoholbezogene Probleme und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2003. Sucht, 51 (Sonderheft), S29-S39. http://www.ift.de/literaturverzeichnis/Augustin_Kraus_2005.pdf
19. Institut für Therapieforchung München: Epidemiologischer Suchtsurveys: Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland, 1995, 1997, 2000, 2003. Tabellen für Sachsen-Anhalt. Ministerium für Gesundheit und Soziales Sachsen-Anhalt (unveröffentlichte Daten).
20. Ministerium für Gesundheit und Soziales Sachsen-Anhalt (2005): Daten zur Gesundheit. Fünfter Gesundheitsbericht des Landes Sachsen-Anhalt. http://www.sachsen-anhalt.de/LPSA/fileadmin/Elementbibliothek/Master-Bibliothek/Gesundheit/Aktuelles/5_Gesundheitsbericht.pdf
21. Ministerium für Gesundheit und Soziales Sachsen-Anhalt (2000): Daten zur Gesundheit. Gesundheitsberichterstattung des Landes Sachsen-Anhalt.
22. Ministerium für Gesundheit und Soziales Sachsen-Anhalt (2003): Daten zur Gesundheit. Gesundheitsberichterstattung des Landes Sachsen-Anhalt. Vierter Gesundheitsbericht des Landes Sachsen-Anhalt.
23. Ministerium für Gesundheit und Soziales Sachsen-Anhalt (1994): Daten zur Gesundheit. Gesundheitsberichterstattung des Landes Sachsen-Anhalt.
24. Robra, BP, Swart, E. & Beilke, R., 2007: Alkohol: das größte Krankenhaus-Risiko für Männer im mittleren Lebensalter und ein sektor-übergreifendes Problem. Eine Auswertung der Krankheitsdaten der AOK Sachsen-Anhalt 2003-2005. Symposium der Landesstelle für Suchtfragen im Land Sachsen-Anhalt zum Thema: Alkoholintervention in der medizinischen Akutversorgung, 20.11.2007, Magdeburg.
25. Polizeiliche Kriminalstatistik Sachsen-Anhalt, 2006, Kapitel 2.2.3 (Täterkriterien zum aufgeklärten Fall) und 2.3.6. (weitere Angaben zu Tatverdächtigen). http://www.polizei.sachsen-anhalt.de/fileadmin/redakteure/lka/PKS/Jahrbuch_PKS_2006_gesamt.pdf
26. Polizeiliche Kriminalstatistik Deutschland, 2006, Kapitel 2.2.3. (Täterkriterien zum aufgeklärten Fall) und 2.3.5. (Weitere Angaben zu Tatverdächtigen). <http://www.bka.de/pks/pks2006/index2.html>
27. Dietel, M., Dudenhausen, J., Suttorp, N., (Hrsg.) 2003: Harrisons Innere Medizin 2 (dt. Ausgabe der 15. Auflage). ABW Wissenschaftsverlag, Berlin / Leiben.
28. Rübenach, S.P. (2007). Die Erfassung alkoholbedingter Sterbefälle in der Todesursachenstatistik 1980 bis 2005. Statistisches Bundesamt. Wirtschaft und Statistik. 3, 278-290. <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Querschnittsveroeffentlichungen/WirtschaftStatistik/Gesundheitswesen/AlkoholSterbefaelle,property=file.pdf>
29. Meeßen-Hühne (2008). In: Ministerium für Gesundheit und Soziales (Hrsg.): Kapitel: Alkohol. Gesundheitsziele und Gesundheitsförderung in Sachsen-Anhalt.
30. Richtlinien der deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht) und der deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN). Sucht, 50 (2), 1002-112 (2004)

H. Anhang

Tabelle A 1

Alkoholbezogene Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys (Erwachsene 18-59 Jahre), Sachsen-Anhalt / Deutschland, 2003 (Daten für Sachsen-Anhalt aufgrund der kleinen Stichprobe nicht repräsentativ)

	Sachsen-Anhalt			Deutschland		
	weiblich	männlich	gesamt	weiblich	männlich	gesamt
Anzahl Befragte	139	102	241	4.140	3.413	7.553
Lebenslang abstinent (%)	1,5%	4,2%	2,8%	3,3%	2,1%	2,7%
Nur letzte 12 Monate abstinent (%)	4,7%	1,9%	3,3%	5,6%	4,9%	5,2%
Nur letzte 30 Tage abstinent (%)	13,1%	4,6%	9,0%	12,0%	6,1%	9,0%
Risikoarmer ¹ Konsum (%)	75,7%	71,2%	73,5%	71,5%	70,8%	71,1%
Riskanter ² Konsum (%)	5,0%	12,2%	8,5%	6,3%	12,1%	9,3%
Gefährlicher ³ Konsum (%)	0,0%	5,1%	2,5%	1,2%	3,7%	2,5%
Hochkonsum ⁴ (%)	0,0%	0,7%	0,4%	0,1%	0,4%	0,3%
Bier-Trinker (%*)	22,4%	81,6%	51,2%	38,8%	78,7%	59,3
Menge getrunkenes Bier (Liter pro Woche**)	0,9	3,4	2,8	0,9	2,7	2,1
Wein-/Sekt-Trinker (%*)	70,3%	50,4%	60,6%	68,8%	53,0%	60,6
Menge getrunkenen Wein/Sekt (Liter pro Woche**)	0,4	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5
Spirituosen-Trinker (%*)	20,3%	41,7%	30,7%	24,7%	41,6%	33,4
Menge getrunkene Spirituosen (Liter pro Woche**)	0,03	0,08	0,06	0,04	0,06	0,05
kein Rauschtrinken ⁵ in den letzten 30 Tagen	92,1%	59,5%	75,5%	83,7%	55,4%	68,5%
1-3mal Rauschtrinken ⁵ in den letzten 30 Tagen	1,1%	22,5%	12,0%	11,0%	25,2%	18,7%
4mal oder häufiger Rauschtrinken ⁵ in den letzten 30 T.	6,8%	18,1%	12,5%	5,3%	19,4%	12,9%
AUDIT (≥ 8) ⁶	5,2	38,5	22,1	9,1	34,7	22,7

Datenquelle: Epidemiologischer Suchtsurvey Deutschland 2003, Institut für Therapieforschung München

1 Männer: 0-30g, Frauen: 0-20g reiner Alkohol pro Tag

2 Männer: 30-60g, Frauen: 20-40g reiner Alkohol pro Tag

3 Männer: 60-120g, Frauen: 40-80g reiner Alkohol pro Tag

4 Männer: >120g, Frauen: >80g reiner Alkohol pro Tag

5 Fünf oder mehr Gläser "Alkohol" bei einer Gelegenheit in den letzten 30 Tagen

6 Anteil Alkoholkonsumenten mit einem positiven Screeningbefund im Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)

* mindestens ein Glas in den letzten 30 Tagen

** berechnet für Konsumenten des betreffenden Getränks

Tabelle KH_1

Krankenhausfälle "aufgrund von Alkohol" (F10, K70) nach Geschlecht, Sachsen-Anhalt / Deutschland / Neue Länder im Zeitvergleich

		alle Krankheiten und Folgen äußerer Ursachen (A00-T98)			F10			K70		
		weiblich	männlich	beide	weiblich	männlich	beide	weiblich	männlich	beide
Sachsen-Anhalt	2000	328.599	276.690	605.289	1.809	10.062	11.871	491	1.420	1.911
	2001	326.565	279.214	605.779	1.852	9.822	11.674	457	1.340	1.797
	2002	294.759	254.370	549.130	1.735	8.839	10.574	438	1.149	1.587
	2003	316.339	275.784	592.123	1.749	8.782	10.531	416	1.314	1.730
	2004	307.871	270.820	578.691	1.750	8.498	10.248	438	1.412	1.850
	2005	300.530	270.156	570.686	1.892	9.431	11.323	409	1.503	1.912
	2006	298.940	270.800	569.740	1.974	9.647	11.621	417	1.434	1.851
	Mittelwert	310.515	271.119	581.634	1.823	9.297	11.120	438	1.367	1.805
Deutschland	2000	9.136.194	7.513.644	16.650.010	65.006	211.959	276.967	9.342	21.132	30.474
	2001	9.232.233	7.642.605	16.875.116	67.222	216.763	283.991	9.288	21.138	30.427
	2002	9.246.520	7.739.233	16.986.706	67.613	215.134	282.749	8.673	19.724	28.403
	2003	9.179.928	7.737.844	16.917.854	69.893	214.777	284.670	9.260	21.435	30.695
	2004	8.903.846	7.622.335	16.526.234	72.527	216.849	289.377	9.681	22.946	32.628
	2005	8.751.866	7.559.901	16.311.814	75.813	222.178	297.994	10.210	25.151	35.361
	2006	8.812.136	7.650.617	16.462.969	76.106	221.219	297.328	10.372	25.088	35.460
	Mittelwert	9.037.532	7.638.026	16.675.815	70.597	216.983	287.582	9.547	22.373	31.921
Neue Länder (ohne Berlin Ost)	2000	1.581.734	1.345.788	2.927.525	9.992	47.349	57.341	2.459	6.848	9.307
	2001	1.596.800	1.363.381	2.960.186	9.732	47.127	56.859	2.281	6.718	8.999
	2002	1.578.403	1.357.749	2.936.166	9.509	45.193	54.702	2.075	5.972	8.047
	2003	1.592.445	1.381.940	2.974.386	9.686	43.831	53.517	2.181	6.646	8.827
	2004	1.542.801	1.355.207	2.898.008	10.098	43.992	54.090	2.110	6.828	8.938
	2005	1.520.912	1.358.589	2.879.501	10.546	46.477	57.023	2.187	7.460	9.647
	2006	1.533.102	1.380.302	2.913.420	10.716	45.389	56.105	2.229	7.273	9.502
	Mittelwert	1.563.742	1.363.279	2.927.027	10.040	45.623	55.662	2.217	6.821	9.038

Datenquelle: Statistisches Bundesamt:
Krankenhausstatistik

Tabelle KH_2

Quoten von Krankenhaufällen (je 100.000 Einwohner alterstandardisiert¹) "aufgrund von Alkohol" (F10, K70) nach Geschlecht, Sachsen-Anhalt / Deutschland / Neue Länder im Zeitvergleich

		alle Krankheiten und Folgen äußerer Ursachen (A00-T98)			F10			K70		
		weiblich	männlich	beide	weiblich	männlich	beide	weiblich	männlich	beide
Sachsen-Anhalt	2000	21.708	21.553	21.408	129	697	418	31	95	62
	2001	21.645	21.726	21.462	134	689	416	29	90	59
	2002	19.607	19.695	19.453	127	624	380	28	76	51
	2003	20.896	21.154	20.805	130	629	384	27	86	56
	2004	20.362	20.723	20.344	134	614	379	28	94	60
	2005	19.991	20.600	20.087	145	690	423	26	99	62
	2006	19.965	20.638	20.102	155	717	442	26	95	60
	Mittelwert	20.596	20.870	20.523	136	666	406	28	91	59
Deutschland	2000	18.811	17.972	18.253	152	482	319	20	47	33
	2001	18.854	18.061	18.330	157	492	326	20	46	33
	2002	18.750	18.063	18.286	158	487	324	18	43	30
	2003	18.502	17.838	18.059	162	486	326	19	46	32
	2004	17.832	17.387	17.512	169	492	332	20	49	34
	2005	17.423	17.074	17.160	176	505	342	21	53	37
	2006	17.507	17.132	17.238	177	503	341	21	52	36
	Mittelwert	18.240	17.647	17.834	164	492	330	20	48	34
Neue Länder (ohne Berlin Ost)	2000	19.889	19.768	19.589	135	613	380	30	87	58
	2001	20.015	19.884	19.721	132	616	380	28	85	56
	2002	19.733	19.640	19.467	130	593	367	25	75	49
	2003	19.785	19.745	19.537	134	579	362	26	82	53
	2004	19.035	19.181	18.904	143	585	370	26	85	55
	2005	18.703	19.047	18.675	151	624	393	26	91	58
	2006	18.869	19.194	18.835	154	613	390	26	89	57
	Mittelwert	19.433	19.494	19.247	140	603	377	27	85	55

Datenquelle: Statistisches Bundesamt:
Krankenhausstatistik

¹ an alter Europabevölkerung

Tabelle KH_3

Krankenhaufälle "aufgrund von Alkohol" (F10, K70) nach Alter und Geschlecht, Sachsen-Anhalt / Deutschland,
7-Jahresmittelwerte 2000-2006

		alle Krankheiten und Folgen äußerer Ursachen (A00-T98)			F10						K70					
		weiblich	männlich	beide	weiblich	männlich	beide	weiblich	männlich	beide	weiblich	männlich	beide	weiblich	männlich	beide
Sachsen-Anhalt	<15	23.388	29.117	52.506	44	2%	57	1%	101	1%	–	0%	–	0%	–	0%
	15-19	12.870	9.825	22.696	126	7%	288	3%	413	4%	–	0%	1	0%	1	0%
	20-24	13.708	8.267	21.975	73	4%	255	3%	327	3%	–	0%	2	0%	2	0%
	25-44	55.184	44.465	99.649	781	43%	4.733	51%	5.514	50%	94	22%	281	21%	375	21%
	45-64	74.304	85.284	159.588	688	38%	3.645	39%	4.333	39%	254	58%	802	59%	1.055	58%
	≥65	131.060	94.160	225.220	111	6%	320	3%	431	4%	90	21%	283	21%	373	21%
	insgesamt	310.515	271.119	581.634	1.823	100%	9.297	100%	11.120	100%	438	100%	1.367	100%	1.805	100%
Deutschland	<15	598.211	757.775	1.356.003	1.465	2%	1.641	1%	3.106	1%	2	0%	1	0%	2	0%
	15-19	291.927	221.100	513.034	4.634	7%	8.800	4%	13.434	5%	2	0%	7	0%	9	0%
	20-24	399.939	224.867	624.814	2.463	3%	6.961	3%	9.425	3%	9	0%	25	0%	35	0%
	25-44	1.992.225	1.313.607	3.305.868	27.336	39%	98.651	45%	125.987	44%	1.707	18%	3.909	17%	5.616	18%
	45-64	2.057.850	2.325.492	4.383.403	29.474	42%	89.417	41%	118.892	41%	5.637	59%	13.073	58%	18.711	59%
	≥65	3.697.328	2.795.145	6.492.602	5.224	7%	11.510	5%	16.735	6%	2.191	23%	5.359	24%	7.549	24%
	insgesamt	9.037.532	7.638.026	16.675.815	70.597	100%	216.983	100%	287.582	100%	9.547	100%	22.373	100%	31.921	100%

Datenquelle: Statistisches Bundesamt:
Krankenhausstatistik

Tabelle KH_4

Quoten von Krankenhaufällen (je 100.000 Einwohner¹) "aufgrund von Alkohol" (F10, K70) nach Alter und Geschlecht, Sachsen-Anhalt / Deutschland, 7-Jahresmittelwerte 2000-2006

		alle Krankheiten und Folgen äußerer Ursachen (A00-T98)			F10			K70		
		weiblich	männlich	beide	weiblich	männlich	gesamt	weiblich	männlich	beide
Sachsen-Anhalt	<15	16.628	19.528	18.121	32	38	35	–	–	–
	15-19	15.440	10.954	13.116	153	326	243	–	1	1
	20-24	18.682	9.600	13.779	99	296	205	–	2	1
	25-44	16.367	12.121	14.154	232	1.288	782	26	77	53
	45-64	20.471	23.869	22.158	190	1.021	602	70	234	152
	≥65	42.932	49.802	45.557	37	167	86	30	155	78
Deutschland	<15	10.031	12.055	11.069	25	26	25	0	0	0
	15-19	12.731	9.151	10.895	201	363	284	0	0	0
	20-24	16.986	9.240	13.049	104	285	196	0	1	1
	25-44	16.626	10.445	13.460	228	784	513	14	31	23
	45-64	19.221	21.758	20.489	275	836	555	53	122	87
	≥65	41.889	47.445	44.108	59	194	113	25	90	51

Datenquelle: Statistisches Bundesamt:
Krankenhausstatistik

¹ nicht altersstandardisiert

Tabelle KH 5

Krankenhausfälle aufgrund von psychischen und Verhaltenstörungen wegen Alkohol (F10) nach Geschlecht, Altersgruppe 10-24 Jahre, Sachsen-Anhalt / Deutschland / Neue Länder im Zeitvergleich

		weiblich			männlich			beide Geschlechter		
		10-14	15-19	20-24	10-14	15-19	20-24	10-14	15-19	20-24
Sachsen-Anhalt	2000	51	101	49	66	204	213	117	305	262
	2001	42	108	61	60	232	215	102	340	276
	2002	43	103	53	47	211	198	90	314	251
	2003	40	114	61	57	251	235	97	365	296
	2004	52	139	81	62	304	276	114	443	357
	2005	40	158	87	51	388	309	91	546	396
	2006	42	158	118	44	423	336	86	581	454
	Mittelwert	44	126	73	55	288	255	100	413	327
Deutschland	2000	1.135	3.230	1.710	1.404	6.166	5.625	2.540	9.396	7.335
	2001	1.327	3.684	2.013	1.489	7.136	6.152	2.816	10.821	8.166
	2002	1.390	4.140	2.134	1.568	7.714	6.455	2.958	11.855	8.589
	2003	1.394	4.338	2.409	1.621	8.420	6.760	3.015	12.758	9.169
	2004	1.522	5.114	2.683	1.601	9.574	7.438	3.123	14.689	10.121
	2005	1.691	6.001	3.061	1.839	11.107	7.877	3.530	17.109	10.938
	2006	1.671	5.929	3.234	1.703	11.480	8.423	3.374	17.410	11.657
	Mittelwert	1.447	4.634	2.463	1.604	8.800	6.961	3.051	13.434	9.425
Neue Länder	2000	222	496	219	307	1.030	994	529	1.526	1.213
	2001	245	516	248	285	1.212	1.131	530	1.728	1.379
	2002	253	580	275	289	1.325	1.179	542	1.905	1.454
	2003	229	622	316	306	1.389	1.251	535	2.011	1.567
	2004	272	791	365	269	1.652	1.425	541	2.443	1.790
	2005	243	917	408	290	2.005	1.652	533	2.922	2.060
	2006	172	865	498	220	1.929	1.638	392	2.794	2.136
	Mittelwert	234	684	333	281	1.506	1.324	515	2.190	1.657

Datenquelle: Statistisches Bundesamt:
Krankenhausstatistik

Tabelle KH 6

Quoten¹ von Krankenhaufällen aufgrund von psychischen und Verhaltenstörungen wegen Alkohol (F10) nach Geschlecht, Altersgruppe 10-24 Jahre, Sachsen-Anhalt / Deutschland / Neue Länder im Zeitvergleich

		weiblich			männlich			beide Geschlechter		
		10-14	15-19	20-24	10-14	15-19	20-24	10-14	15-19	20-24
Sachsen-Anhalt	2000	61	115	69	74	215	256	68	167	169
	2001	54	125	83	73	249	251	63	189	174
	2002	62	120	72	64	229	228	63	177	156
	2003	68	135	83	91	276	269	80	208	184
	2004	105	167	109	118	341	316	111	257	221
	2005	97	196	117	116	448	357	107	327	246
	2006	114	210	160	113	524	393	114	373	285
	Mittelwert	80	153	99	93	326	296	87	243	205
Deutschland	2000	49	143	76	58	260	241	54	203	160
	2001	58	164	87	61	301	257	59	234	174
	2002	61	183	90	66	323	265	64	255	179
	2003	63	189	101	70	349	274	67	271	189
	2004	71	220	112	71	392	300	71	308	207
	2005	83	256	128	85	450	319	84	356	225
	2006	84	254	135	81	467	342	83	363	240
	Mittelwert	67	201	104	70	363	285	69	284	196
Neue Länder (ohne Berlin Ost)	2000	49	104	56	65	202	216	57	155	142
	2001	59	110	61	65	241	239	62	178	157
	2002	69	125	67	74	267	245	72	198	163
	2003	73	136	77	92	283	260	83	212	175
	2004	103	176	89	96	343	298	99	263	201
	2005	110	211	99	124	430	349	117	324	233
	2006	87	213	122	105	445	351	96	333	244
	Mittelwert	79	154	82	89	316	280	84	238	188

Datenquelle: Statistisches Bundesamt:

¹ je 100.000 weibliche / männliche / gesamt Einwohner der entsprechenden Altersgruppe

Krankenhausstatistik

Tabelle RH_1

Stationäre Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Maßnahmen zur Teilhabe "aufgrund von Alkohol" (F10, K70) nach Geschlecht, Sachsen-Anhalt / Deutschland / Neue Länder im Zeitvergleich

		alle Maßnahmen			F10			K70		
		weiblich	männlich	beide	weiblich	männlich	beide	weiblich	männlich	beide
Sachsen-Anhalt	2000	12.844	11.651	24.495	115	678	793	12	33	45
	2001	13.665	12.570	26.235	118	767	885	13	39	52
	2002	13.637	13.002	26.639	148	842	990	10	39	49
	2003	12.692	12.677	25.369	123	785	908	5	28	33
	2004	11.611	11.369	22.980	135	765	900	10	30	40
	2005	11.451	11.475	22.926	148	729	877	7	20	27
	Mittelwert	12.650	12.124	24.774	131	761	892	10	32	41
Deutschland	2000	357.655	408.950	766.605	5.317	21.342	26.659	163	400	563
	2001	383.097	426.964	810.061	5.506	23.076	28.582	146	417	563
	2002	377.729	416.255	793.984	5.804	23.603	29.407	143	376	519
	2003	350.520	387.863	738.383	5.710	22.626	28.336	114	321	435
	2004	329.013	362.448	691.461	5.803	22.490	28.293	100	267	367
	2005	326.168	353.148	679.316	5.751	20.956	26.707	92	187	279
	Mittelwert	354.030	392.605	746.635	5.649	22.349	27.997	126	328	454
Neue Länder (ohne Berlin Ost)	2000	75.408	68.324	143.732	938	5.196	6.134	46	134	180
	2001	77.889	70.928	148.817	937	5.331	6.268	42	112	154
	2002	78.644	73.880	152.524	1.032	5.589	6.621	27	109	136
	2003	73.510	70.804	144.314	986	5.361	6.347	24	88	112
	2004	67.269	66.481	133.750	1.019	5.503	6.522	25	84	109
	2005	65.958	64.801	130.759	999	4.916	5.915	19	43	62
	Mittelwert	73.113	69.203	142.316	985	5.316	6.301	31	95	126

Datenquelle: Deutsche Rentenversicherung Bund
Statistik der Leistungen zur Rehabilitation

Tabelle RH_2

Quoten¹ von stationären Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation und sonstigen Maßnahmen zur Teilhabe "aufgrund von Alkohol" (F10, K70) nach Geschlecht, Sachsen-Anhalt / Deutschland / Neue Länder im Zeitvergleich

		alle Maßnahmen			F10			K70		
		weiblich	männlich	beide	weiblich	männlich	beide	weiblich	männlich	beide
Sachsen-Anhalt	2000	2.245,0	1.880,3	2.055,4	20,1	109,4	66,5	2,1	5,3	3,8
	2001	2.455,8	2.127,0	2.286,5	21,2	129,8	77,1	2,3	6,6	4,5
	2002	2.467,2	2.172,8	2.314,2	26,8	140,7	86,0	1,8	6,5	4,3
	2003	2.363,5	2.161,6	2.258,1	22,9	133,9	80,8	0,9	4,8	2,9
	2004	2.172,6	1.953,5	2.058,4	25,3	131,4	80,6	1,9	5,2	3,6
	2005	2.114,3	1.974,8	2.042,1	27,3	125,5	78,1	1,3	3,4	2,4
	Mittelwert	2.303,1	2.045,0	2.169,1	23,9	128,4	78,2	1,7	5,3	3,6
Deutschland	2000	2.293,0	2.274,4	2.283,0	34,1	118,7	79,4	1,0	2,2	1,7
	2001	2.450,7	2.408,0	2.428,0	35,2	130,1	85,7	0,9	2,4	1,7
	2002	2.398,2	2.323,4	2.358,4	36,8	131,7	87,3	0,9	2,1	1,5
	2003	2.275,0	2.191,6	2.230,4	37,1	127,8	85,6	0,7	1,8	1,3
	2004	2.103,4	2.051,9	2.076,1	37,1	127,3	85,0	0,6	1,5	1,1
	2005	1.979,1	1.964,7	1.971,5	34,9	116,6	77,5	0,6	1,0	0,8
	Mittelwert	2.249,9	2.202,3	2.224,6	35,9	125,4	83,4	0,8	1,8	1,4
Neue Länder (ohne Berlin Ost)	2000	2.524,1	2.093,1	2.299,1	31,4	159,2	98,1	1,5	4,1	2,9
	2001	2.662,8	2.248,7	2.448,0	32,0	169,0	103,1	1,4	3,6	2,5
	2002	2.702,2	2.326,2	2.506,0	35,5	176,0	108,8	0,9	3,4	2,2
	2003	2.581,2	2.265,3	2.415,9	34,6	171,5	106,3	0,8	2,8	1,9
	2004	2.375,8	2.151,2	2.258,6	36,0	178,1	110,1	0,9	2,7	1,8
	2005	2.276,4	2.088,2	2.179,1	34,5	158,4	98,6	0,7	1,4	1,0
	Mittelwert	2.520,4	2.195,5	2.351,1	34,0	168,7	104,2	1,0	3,0	2,1

Datenquelle: Deutsche Rentenversicherung Bund
Statistik der Leistungen zur Rehabilitation und eigene Berechnungen

¹ je 100.000 aktiv Versicherte ohne Rentenbezug

Tabelle RT_1

Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit "aufgrund von Alkohol" (F10, K70) nach Geschlecht, Sachsen-Anhalt / Deutschland im Zeitvergleich

		alle EU-Rentenzugänge			F10			K70		
		weiblich	männlich	beide	weiblich	männlich	beide	weiblich	männlich	beide
Sachsen-Anhalt	2000	3.091	4.710	7.801	43	222	265	19	70	89
	2001	2.920	4.374	7.294	52	251	303	23	109	132
	2002	2.663	4.043	6.706	59	279	338	22	87	109
	2003	2.653	3.851	6.504	41	242	283	28	95	123
	2004	2.757	3.879	6.636	52	278	330	24	80	104
	2005	2.574	3.586	6.160	50	238	288	22	81	103
	Mittelwert	2.776	4.074	6.850	50	252	301	23	87	110
Deutschland	2000	82.301	131.716	214.017	730	3.531	4.261	298	1.024	1.322
	2001	80.711	119.793	200.504	934	4.518	5.452	369	1.342	1.711
	2002	73.304	102.710	176.014	994	4.698	5.692	348	1.146	1.494
	2003	73.882	100.397	174.279	1.028	4.591	5.619	342	1.222	1.564
	2004	72.860	96.530	169.390	1.027	4.886	5.913	344	1.195	1.539
	2005	72.604	91.301	163.905	976	4.412	5.388	245	974	1.219
	Mittelwert	75.944	107.075	183.018	948	4.439	5.388	324	1.151	1.475

Datenquelle: Deutsche Rentenversicherung Bund
Statistik des Rentenzugangs

Tabelle RT_2

Quoten von Rentenzugängen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (je 100.000 aktiv Versicherte) "aufgrund von Alkohol" (F10, K70) nach Geschlecht, Sachsen-Anhalt / Deutschland im Zeitvergleich

		alle EU-Rentenzugänge			F10			K70		
		weiblich	männlich	beide	weiblich	männlich	beide	weiblich	männlich	beide
Sachsen-Anhalt	2000	487,9	685,3	590,6	6,8	32,3	20,1	3,0	10,2	6,7
	2001	475,8	666,6	574,4	8,5	38,3	23,9	3,7	16,6	10,4
	2002	434,6	611,0	526,2	9,6	42,2	26,5	3,6	13,1	8,6
	2003	441,7	589,5	518,7	6,8	37,0	22,6	4,7	14,5	9,8
	2004	466,8	602,5	537,6	8,8	43,2	26,7	4,1	12,4	8,4
	2005	431,3	557,3	496,7	8,4	37,0	23,2	3,7	12,6	8,3
	Mittelwert	456,4	618,7	540,7	8,1	38,3	23,8	3,8	13,3	8,7
Deutschland	2000	459,5	647,0	559,2	4,1	17,3	11,1	1,7	5,0	3,5
	2001	449,9	597,2	527,7	5,2	22,5	14,3	2,1	6,7	4,5
	2002	406,4	509,1	460,6	5,5	23,3	14,9	1,9	5,7	3,9
	2003	415,3	502,6	461,5	5,8	23,0	14,9	1,9	6,1	4,1
	2004	410,1	486,9	450,6	5,8	24,6	15,7	1,9	6,0	4,1
	2005	392,6	455,2	425,1	5,3	22,0	14,0	1,3	4,9	3,2
	Mittelwert	422,3	533,0	480,8	5,3	22,1	14,2	1,8	5,7	3,9

Datenquelle: Deutsche Rentenversicherung Bund
Statistik des Rentenzugangs und eigene Berechnungen

Tabelle RT_3

Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit "aufgrund von Alkohol" (F10, K70) nach Alter und Geschlecht, Sachsen-Anhalt / Deutschland, 6-Jahresmittelwerte 2000-2005

		alle EU-Rentenzugänge			F10						K70					
		weiblich	männlich	beide	weiblich		männlich		beide	weiblich		männlich		beide		
Sachsen-Anhalt	<40	388	436	823	8	16%	34	13%	42	3	11%	8	9%	10		
	40-44	334	409	744	9	18%	47	19%	56	5	21%	12	13%	16		
	45-49	485	712	1.197	10	20%	62	25%	72	5	22%	21	25%	26		
	50-54	696	996	1.691	14	28%	62	25%	76	6	25%	24	28%	30		
	55-59	832	1.313	2.146	8	17%	44	17%	52	5	21%	20	23%	25		
	>=60	42	208	250	0	0%	4	1%	4	0	0%	2	2%	2		
	insgesamt	2.776	4.074	6.850	50	100%	252	100%	301	23	100%	87	100%	110		
Deutschland	<40	10.678	11.795	22.473	97	10%	391	9%	488	25	8%	75	6%	100		
	40-44	8.599	9.911	18.509	156	16%	683	15%	838	44	13%	143	12%	186		
	45-49	12.011	14.420	26.431	214	23%	991	22%	1.205	67	21%	245	21%	311		
	50-54	18.120	23.459	41.578	243	26%	1.175	26%	1.418	94	29%	331	29%	425		
	55-59	23.040	36.160	59.199	215	23%	1.028	23%	1.243	86	27%	306	27%	392		
	>=60	3.497	11.331	14.827	23	2%	172	4%	195	9	3%	52	5%	61		
	insgesamt	75.944	107.075	183.018	948	100%	4.439	100%	5.388	324	100%	1.151	100%	1.475		

Datenquelle/Copyright:
Deutsche Rentenversicherung Bund
Statistik des Rentenzugangs

Tabelle RT_4

Quoten von Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (je 100.000 aktiv Versicherte) "aufgrund von Alkohol" (F10, K70) nach Alter und Geschlecht, Sachsen-Anhalt / Deutschland, 6-Jahresmittelwerte 2000 2005

		alle EU-Rentenzugänge			F10			K70		
		weiblich	männlich	beide	weiblich	männlich	beide	weiblich	männlich	beide
Sachsen-Anhalt	<40	141,6	137,4	139,3	3,0	10,7	7,1	0,9	2,4	1,7
	40-44	372,7	460,5	416,4	10,1	52,5	31,2	5,4	13,0	9,2
	45-49	571,2	843,4	706,8	11,8	73,5	42,5	5,9	25,2	15,5
	50-54	920,2	1.333,8	1.125,6	18,1	81,1	49,4	7,6	32,1	19,7
	55-59	1.381,5	2.247,9	1.807,2	13,8	76,3	44,5	8,3	35,3	21,5
	>=60	176,4	588,2	424,2	0,7	9,7	6,1	0,0	5,5	3,3
	insgesamt	456,4	618,7	540,7	8,1	38,3	23,8	3,8	13,3	8,7
Deutschland	<40	118,7	114,5	116,5	1,1	3,8	2,5	0,3	0,7	0,5
	40-44	340,3	366,0	353,6	6,1	25,1	16,0	1,7	5,3	3,6
	45-49	541,6	625,5	584,4	9,6	42,8	26,5	3,0	10,6	6,9
	50-54	940,5	1.167,7	1.056,8	12,5	58,1	35,8	4,9	16,4	10,7
	55-59	1.553,8	2.200,9	1.894,3	14,5	62,9	39,9	5,8	18,7	12,6
	>=60	426,4	1.033,6	774,9	2,8	15,7	10,2	1,1	4,8	3,2
	insgesamt	422,3	533,0	480,8	5,3	22,1	14,2	1,8	5,7	3,9

Datenquelle/Copyright:

Deutsche Rentenversicherung Bund

Statistik des Rentenzugangs und eigene Berechnungen

Tabelle ST_1

Sterbefälle "aufgrund von Alkohol" (F10, K70) nach Geschlecht, Sachsen-Anhalt / Deutschland / Neue Länder im Zeitvergleich

		alle Krankheiten und Folgen äußerer Ursachen (A00-T98)			F10			K70		
		weiblich	männlich	beide	weiblich	männlich	beide	weiblich	männlich	beide
Sachsen-Anhalt	1998	16.515	14.496	31.011	31	153	184	181	600	781
	1999	15.983	14.076	30.059	16	119	135	146	570	716
	2000	15.877	14.298	30.175	17	140	157	158	553	711
	2001	15.667	13.954	29.621	16	115	131	148	516	664
	2002	15.909	14.250	30.159	19	107	126	174	561	735
	2003	15.570	14.062	29.632	15	121	136	137	523	660
	2004	15.116	13.892	29.008	13	129	142	138	515	653
	2005	15.275	14.002	29.277	24	136	160	140	485	625
	2006	15.171	13.980	29.151	25	156	181	112	415	527
	Mittelwert 2000-2006	15.512	14.063	29.575	18	129	148	144	510	654
Deutschland	1998	458.935	393.447	852.382	1.267	4.498	5.765	2.909	7.304	10.213
	1999	455.588	390.742	846.330	1.221	4.387	5.608	2.870	7.279	10.149
	2000	449.816	388.981	838.797	1.053	3.937	4.990	2.891	7.450	10.341
	2001	444.654	383.887	828.541	958	3.675	4.633	2.981	7.480	10.461
	2002	452.570	389.116	841.686	990	3.788	4.778	3.030	7.877	10.907
	2003	457.676	396.270	853.946	1.035	3.897	4.932	2.969	7.752	10.721
	2004	434.883	383.388	818.271	1.013	3.733	4.746	2.802	7.480	10.282
	2005	441.673	388.554	830.227	1.064	3.869	4.933	2.791	7.216	10.007
	2006	435.687	385.940	821.627	1.030	3.573	4.603	2.723	6.953	9.676
	Mittelwert 2000-2006	445.280	388.019	833.299	1.020	3.782	4.802	2.884	7.458	10.342
Neue Länder (ohne Berlin Ost)	1998	82.801	71.030	153.831	164	960	1.124	852	2.855	3.707
	1999	80.775	69.910	150.685	168	954	1.122	803	2.760	3.563
	2000	80.002	70.210	150.212	141	865	1.006	862	2.622	3.484
	2001	78.647	68.785	147.432	135	795	930	764	2.526	3.290
	2002	80.203	69.879	150.082	140	813	953	744	2.500	3.244
	2003	80.157	70.941	151.098	142	858	1.000	743	2.496	3.239
	2004	76.712	68.868	145.580	126	837	963	688	2.489	3.177
	2005	77.784	69.549	147.333	134	751	885	720	2.399	3.119
	2006	76.864	69.747	146.611	131	750	881	634	2.193	2.827
	Mittelwert 2000-2006	78.624	69.711	148.335	136	810	945	736	2.461	3.197

Datenquelle/Copyright:

Statistisches Bundesamt: Todesursachenstatistik

Tabelle ST_2

Sterbefälle je 100.000 Einwohner (alterstandardisiert¹) "aufgrund von Alkohol" (F10, K70)
nach Geschlecht, Sachsen-Anhalt / Deutschland / Neue Länder im Zeitvergleich

		alle Krankheiten und Folgen äußerer Ursachen (A00-T98)			F10			K70		
		weiblich	männlich	beide	weiblich	männlich	beide	weiblich	männlich	beide
Sachsen-Anhalt	1998	625,1	1.083,7	810,0	1,9	10,4	6,1	11,2	40,3	25,2
	1999	591,7	1.037,4	772,4	0,9	8,3	4,5	9,2	37,8	22,8
	2000	581,9	1.032,8	765,0	1,0	9,4	5,1	9,8	36,5	22,7
	2001	568,1	992,9	740,9	1,0	7,7	4,1	9,6	34,1	21,3
	2002	573,3	1.003,5	750,2	1,1	7,2	4,0	11,0	37,1	23,6
	2003	555,2	975,1	732,3	0,9	7,9	4,3	8,5	33,9	20,6
	2004	538,9	931,7	706,1	0,7	8,4	4,5	8,6	33,5	20,5
	2005	530,9	920,3	694,4	1,5	9,1	5,2	8,1	31,7	19,6
	2006	511,7	883,0	670,5	1,6	10,2	5,8	7,0	26,6	16,4
	Mittelwert 2000-2006	551,4	962,8	722,8	1,1	8,6	4,7	8,9	33,3	20,7
Deutschland	1998	556,2	926,8	708,7	2,6	10,3	6,3	6,0	16,5	11,0
	1999	544,9	902,1	693,3	2,4	9,9	6,1	6,0	16,3	10,9
	2000	530,2	877,0	675,6	2,2	8,8	5,4	6,0	16,5	11,0
	2001	518,5	845,9	657,6	1,9	8,1	4,9	6,1	16,3	11,0
	2002	525,1	841,1	661,0	2,0	8,2	5,0	6,1	16,9	11,3
	2003	529,4	840,9	665,2	2,0	8,4	5,1	6,0	16,5	11,0
	2004	500,8	790,6	628,6	2,0	8,0	4,9	5,6	15,7	10,5
	2005	495,7	776,3	620,5	2,1	8,2	5,1	5,5	15,1	10,1
	2006	476,2	744,3	596,6	2,0	7,5	4,7	5,3	14,3	9,6
	Mittelwert 2000-2006	510,8	816,6	643,6	2,0	8,2	5,0	5,8	15,9	10,6
Neue Länder (ohne Berlin Ost)	1998	597,6	1.039,0	773,7	2,0	12,5	7,1	10,1	37,0	23,0
	1999	571,3	999,0	744,2	2,0	12,2	7,0	9,8	35,4	21,9
	2000	554,9	979,2	727,1	1,6	11,1	6,3	10,2	33,3	21,3
	2001	538,8	937,9	702,2	1,5	9,9	5,6	9,2	31,7	20,0
	2002	545,5	939,2	707,8	1,7	10,2	5,8	8,7	31,1	19,5
	2003	543,1	937,5	707,9	1,6	10,7	6,1	8,8	30,6	19,4
	2004	515,9	884,0	671,8	1,4	10,4	5,9	8,0	30,3	18,8
	2005	507,1	862,9	658,4	1,6	9,3	5,4	8,3	29,3	18,5
	2006	485,5	829,8	634,1	1,6	9,2	5,3	7,3	26,3	16,6
	Mittelwert 2000-2006	527,3	910,1	687,0	1,6	10,1	5,8	8,6	30,4	19,2

Datenquelle/Copyright:

Statistisches Bundesamt: Todesursachenstatistik

¹ an alter Europabevölkerung

Tabelle ST_3

Sterbefälle "aufgrund von Alkohol" (F10, K70) nach Alter und Geschlecht, Sachsen-Anhalt / Deutschland,
7-Jahresmittelwerte 2000-2006

		alle Krankheiten und Folgen äußerer Ursachen (A00-T98)			F10						K70					
		weiblich	männlich	beide	weiblich		männlich		beide	weiblich		männlich		beide		
Sachsen-Anhalt	<25	102	203	304	—	0%	1	1%	1	—	0%	—	0%	—		
	25-44	263	697	961	3	17%	23	18%	26	23	16%	94	18%	118		
	45-64	1.446	3.429	4.875	9	47%	77	59%	85	84	58%	286	56%	370		
	≥65	13.701	9.734	23.435	7	36%	29	22%	36	37	26%	129	25%	166		
	insgesamt	15.512	14.063	29.575	18	100%	130	100%	148	144	100%	510	100%	654		
Deutschland	<25	3.163	5.689	8.852	2	0%	10	0%	11	2	0%	2	0%	3		
	25-44	7.761	16.414	24.175	136	13%	670	18%	807	366	13%	988	13%	1.354		
	45-64	41.565	83.065	124.629	552	54%	2.162	57%	2.714	1.628	56%	4.243	57%	5.870		
	≥65	392.791	282.852	675.643	331	32%	939	25%	1.270	889	31%	2.226	30%	3.115		
	insgesamt	445.280	388.019	833.299	1.021	100%	3.782	100%	4.802	2.885	100%	7.459	100%	10.342		

Datenquelle: Statistisches Bundesamt:
Todesursachenstatistik

Tabelle ST_4

Sterbefälle je 100.000 Einwohner (altersstandardisiert¹) "aufgrund von Alkohol" (F10, K70) nach Alter und Geschlecht, Sachsen-Anhalt / Deutschland, 7-Jahresmittelwerte 2000-2006

		alle Krankheiten und Folgen äußerer Ursachen (A00-T98)			F10			K70		
		weiblich	männlich	beide	weiblich	männlich	beide	weiblich	männlich	beide
Sachsen-Anhalt	<25	34,1	62,0	48,7	–	0,3	0,2	–	–	–
	25-44	78,0	189,8	136,2	1,0	6,4	3,8	6,9	25,6	16,6
	45-64	398,5	959,2	676,7	2,4	21,5	11,9	23,0	80,0	51,3
	≥65	4.496,0	5.177,3	4.754,8	2,2	15,1	7,2	12,0	68,6	33,6
	insgesamt	551,4	962,8	722,8	1,1	8,6	4,7	8,9	33,3	20,7
Deutschland	<25	29,8	51,0	40,6	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
	25-44	64,8	130,4	98,4	1,1	5,3	3,3	3,0	7,8	5,5
	45-64	388,2	777,3	582,6	5,2	20,2	12,7	15,2	39,7	27,4
	≥65	4.457,1	4.821,9	4.601,9	3,8	15,9	8,6	10,1	37,8	21,2
	insgesamt	510,8	816,6	643,6	2,0	8,2	5,0	5,8	15,9	10,6

Datenquelle: Statistisches Bundesamt:
Todesursachenstatistik

¹ an alter Europabevölkerung

Tabelle ST_5

Vorzeitige Sterblichkeit (<65 Jahre) "aufgrund von Alkohol" (F10, K70) nach Geschlecht, Sachsen-Anhalt / Deutschland / Neue Länder, 7-Jahresmittelwerte 2000-2006

		alle Krankheiten und Folgen äußerer Ursachen (A00-T98)			F10			K70		
		weiblich	männlich	beide	weiblich	männlich	beide	weiblich	männlich	beide
Sachsen-Anhalt	Gestorbene	1.811	4.329	6.140	12	100	112	107	380	487
	Sterbefälle je 100.000 Einw ohner ¹	142,8	339,5	241,1	0,9	7,8	4,4	8,4	29,4	18,9
	Verlorene Lebensjahre je 100.000 Einw ohner ¹	2.344	5.013	3.707	13	110	63	116	405	263
Deutschland	Gestorbene	52.489	105.167	157.656	690	2.842	3.532	1.995	5.232	7.227
	Sterbefälle je 100.000 Einw ohner ¹	137,3	271,2	204,3	1,8	7,2	4,5	5,1	13,3	9,2
	Verlorene Lebensjahre je 100.000 Einw ohner ¹	2.173	3.981	3.089	23	99	62	64	164	114
Neue Länder (ohne Berlin Ost)	Gestorbene	8.931	21.165	30.096	101	657	758	546	1.844	2.390
	Sterbefälle je 100.000 Einw ohner ¹	133,4	312,8	223,3	1,5	9,6	5,6	8,1	26,9	17,5
	Verlorene Lebensjahre je 100.000 Einw ohner ¹	2.157	4.633	3.427	21	140	82	110	364	240

Datenquelle: Statistisches Bundesamt:
Todesursachenstatistik

¹ altersstandardisiert an alter Europabevölkerung

Tabelle NB_1

**Krankenhausfälle aufgrund von bösartigen Neubildungen des Ösophagus (C15)
nach Geschlecht, Sachsen-Anhalt / Deutschland im Zeitvergleich**

		Fälle			Fälle je 100.000 Einwohner ¹		
		weiblich	männlich	beide	weiblich	männlich	beide
Sachsen-Anhalt	2000	144	582	726	6	38	21
	2001	98	616	714	4	41	21
	2002	81	531	612	4	35	18
	2003	98	638	736	4	41	22
	2004	139	730	869	6	46	25
	2005	110	702	812	6	45	24
	2006	121	597	718	6	36	20
	Mittelwert	113	628	741	5	40	22
Deutschland	2000	4.604	19.341	23.945	8	42	24
	2001	4.795	19.277	24.072	8	42	24
	2002	4.933	19.397	24.330	9	41	24
	2003	4.665	19.329	23.994	8	40	23
	2004	4.653	19.946	24.599	8	41	23
	2005	4.815	20.632	25.447	8	41	24
	2006	5.054	20.887	25.941	8	41	24
	Mittelwert	4.788	19.830	24.618	8	41	24

Datenquelle: Statistisches Bundesamt:
Krankenhausstatistik

¹ alterstandardisiert an alter Europabevölkerung

Tabelle NB_2

Krankenhausfälle aufgrund von bösartigen Neubildungen der Leber (C22) nach Geschlecht, Sachsen-Anhalt / Deutschland im Zeitvergleich

		Fälle			Fälle je 100.000 Einwohner ¹		
		weiblich	männlich	beide	weiblich	männlich	beide
Sachsen-Anhalt	2000	241	481	722	11	30	20
	2001	248	560	808	13	35	22
	2002	230	552	782	11	34	21
	2003	256	508	764	12	31	20
	2004	270	593	863	12	35	22
	2005	331	624	955	15	37	25
	2006	364	608	972	16	34	24
	Mittelwert	277	561	838	13	34	22
Deutschland	2000	6.467	12.948	19.415	11	28	18
	2001	6.613	13.456	20.069	11	28	19
	2002	6.780	13.630	20.410	11	28	19
	2003	6.573	13.659	20.232	11	27	18
	2004	6.613	14.478	21.091	11	29	19
	2005	6.443	14.369	20.812	10	28	18
	2006	7.266	16.060	23.326	11	30	20
	Mittelwert	6.679	14.086	20.765	11	28	19

Datenquelle: Statistisches Bundesamt:
Krankenhausstatistik

¹ alterstandardisiert an alter Europabevölkerung

Tabelle NB_3

Krankenhausfälle aufgrund von bösartigen Neubildungen ausgewählter Organe des unteren Verdauungstraktes (C19: Rektosigmoid, C20: Rektum) nach Geschlecht, Sachsen-Anhalt / Deutschland im Zeitvergleich

		Fälle (C19-C20)			Fälle (C19-C20) je 100.000 Einwohner ¹		
		weiblich	männlich	beide	weiblich	männlich	beide
Sachsen-Anhalt	2000	1.562	2.897	4.459	74	186	123
	2001	1.540	2.577	4.117	72	164	112
	2002	1.200	2.517	3.717	56	157	101
	2003	1.333	2.766	4.099	62	166	108
	2004	1.447	2.573	4.020	65	152	105
	2005	1.319	2.222	3.541	60	131	92
	2006	1.322	2.245	3.567	58	129	91
	Mittelwert	1.389	2.542	3.931	64	155	105
Deutschland	2000	36.721	55.913	92.634	61	119	88
	2001	34.257	52.294	86.554	56	110	81
	2002	33.088	52.843	85.933	53	109	79
	2003	31.689	50.630	82.319	51	102	74
	2004	30.796	49.410	80.206	49	97	71
	2005	31.782	52.718	84.500	50	102	75
	2006	31.004	52.395	83.399	49	100	72
	Mittelwert	32.762	52.315	85.078	53	106	77

Datenquelle: Statistisches Bundesamt:
Krankenhausstatistik

¹ alterstandardisiert an alter Europabevölkerung

Tabelle EP_1

Krankenhausfälle aufgrund von Epilepsie (G40-G41) nach Geschlecht, Sachsen-Anhalt / Deutschland im Zeitvergleich

		Fälle			Fälle je 100.000 Einwohner ¹		
		weiblich	männlich	beide	weiblich	männlich	beide
Sachsen-Anhalt	2000	2.066	2.835	4.901	173	234	203
	2001	2.079	2.851	4.930	175	241	207
	2002	1.990	2.589	4.579	171	217	193
	2003	1.993	2.728	4.721	170	234	201
	2004	2.163	2.758	4.921	184	235	209
	2005	2.258	2.967	5.225	181	250	216
	2006	2.219	2.836	5.055	178	234	206
	Mittelwert	2.110	2.795	4.905	176	235	205
Deutschland	2000	54.856	72.560	127.418	136	187	161
	2001	55.878	73.600	129.479	136	188	161
	2002	56.372	71.539	127.914	134	181	157
	2003	57.268	70.601	127.870	135	178	156
	2004	59.929	74.595	134.525	138	185	161
	2005	60.930	75.505	136.436	137	186	161
	2006	60.649	73.790	134.439	134	180	157
	Mittelwert	57.983	73.170	131.154	136	184	159

Datenquelle: Statistisches Bundesamt:
Krankenhausstatistik

¹ alterstandardisiert an alter Europabevölkerung

Tabelle HK_1

Krankenhausfälle aufgrund von Hochdruckkrankheit (I10-I15) nach Geschlecht, Sachsen-Anhalt / Deutschland im Zeitvergleich

		Anzahl			Quote (je 100.000 Einwohner, alterstandardisiert ¹)		
		weiblich	männlich	beide	weiblich	männlich	beide
Sachsen-Anhalt	2000	4.918	2.569	7.487	231	174	209
	2001	5.807	3.305	9.112	273	220	253
	2002	5.762	3.287	9.049	268	218	250
	2003	6.675	3.756	10.431	307	246	283
	2004	8.113	4.505	12.618	358	289	332
	2005	6.953	3.590	10.543	314	231	281
	2006	6.786	3.531	10.317	309	226	274
	Mittelwert	6.431	3.506	9.937	294	229	269
Deutschland	2000	121.772	67.706	189.479	192	150	176
	2001	130.422	72.738	203.165	204	158	186
	2002	137.918	75.008	212.932	212	160	191
	2003	141.574	76.121	217.695	213	159	191
	2004	161.469	86.974	248.443	236	178	212
	2005	145.363	74.221	219.584	213	150	186
	2006	150.221	75.510	225.733	218	150	189
	Mittelwert	141.248	75.468	216.719	213	158	190

Datenquelle: Statistisches Bundesamt:
Krankenhausstatistik

¹ an alter Europabevölkerung

Tabelle HK_2

Krankenhausfälle aufgrund von Kardiomyopathie (I42) nach Geschlecht, Sachsen-Anhalt / Deutschland im Zeitvergleich

		Fälle			Fälle je 100.000 Einwohner ¹		
		weiblich	männlich	beide	weiblich	männlich	beide
Sachsen-Anhalt	2000	251	910	1.161	14	62	37
	2001	348	867	1.215	20	59	38
	2002	279	814	1.093	18	54	35
	2003	324	787	1.111	18	51	34
	2004	248	709	957	15	47	31
	2005	293	761	1.054	16	49	32
	2006	250	802	1.052	13	53	32
	Mittelwert	285	807	1.092	16	54	34
Deutschland	2000	7.787	18.897	26.684	15	42	28
	2001	8.043	18.843	26.886	15	41	28
	2002	7.971	18.744	26.715	15	41	27
	2003	7.718	17.568	25.286	14	37	25
	2004	7.152	17.163	24.315	13	36	24
	2005	7.559	16.981	24.540	13	35	24
	2006	7.266	16.050	23.317	13	33	23
	Mittelwert	7.642	17.749	25.392	14	38	26

Datenquelle: Statistisches Bundesamt:
Krankenhausstatistik

¹ alterstandardisiert an alter Europabevölkerung

Tab VS 1

Straßenverkehrsunfälle mit Personenschaden: Anteil von Unfällen unter Alkoholeinfluss, Sachsen-Anhalt / Deutschland / Neue Länder¹ im Zeitvergleich

Jahr	Unfälle mit Personenschaden insgesamt			Anteil unter Alkoholeinfluss (%)		
	Sachsen-Anhalt	Deutschland	Neue Länder ¹	Sachsen-Anhalt	Deutschland	Neue Länder ¹
1995	14.451	388.003	74.011	12,9	9,5	13,8
1996	14.312	373.082	72.923	12,0	9,2	12,5
1997	14.125	380.835	72.319	10,8	8,6	11,4
1998	13.556	377.257	69.546	9,4	7,6	9,2
1999	13.683	395.689	71.968	8,8	7,2	8,7
2000	12.650	382.949	67.201	8,7	7,1	8,4
2001	11.620	375.345	63.256	8,0	6,8	8,1
2002	11.145	362.054	58.980	8,4	7,0	8,5
2003	10.900	354.534	57.472	7,4	6,8	7,8
2004	10.400	339.310	53.425	7,5	6,6	7,8
2005	10.444	336.619	53.029	8,1	6,5	7,7
2006	10.111	327.984	51.008	6,7	6,3	7,3
Mittelwert 2000-2006	11.039	354.114	57.767	7,8	6,8	7,9

Statistisches Bundesamt: Statistik der Straßenverkehrsunfälle

¹ ohne Berlin Ost

Tab VS 2

**Personenschäden bei Straßenverkehrsunfällen unter Alkoholeinfluss:
Anteil Schwerverletzter und Getöteter,
Sachsen-Anhalt, Deutschland, Neue Länder im Zeitvergleich**

Jahr	Personenschäden bei Unfällen unter Alkoholeinfluss			Anteil Schwerverletzter und Getöteter (%)		
	Sachsen-Anhalt	Deutschland	Neue Länder	Sachsen-Anhalt	Deutschland	Neue Länder
1995	2.676	51.346	14.547	46,4	39,1	49,0
1996	2.355	47.348	12.544	44,8	38,3	47,1
1997	2.092	45.020	11.412	45,2	37,4	44,9
1998	1.719	38.483	8.636	40,8	35,8	43,6
1999	1.620	38.110	8.481	40,8	34,7	41,4
2000	1.488	36.764	7.598	41,3	33,6	40,9
2001	1.228	34.426	6.909	38,7	32,7	38,4
2002	1.213	33.862	6.669	38,6	32,1	39,6
2003	1.043	32.060	5.796	35,6	31,7	37,5
2004	992	29.521	5.332	35,0	31,4	36,8
2005	1.071	28.436	5.125	31,6	30,3	35,8
2006	881	26.896	4.806	34,1	30,4	36,5
Mittelwert 2000-2006	1.131	31.709	6.034	36,4	31,7	37,9

Statistisches Bundesamt: Statistik der Straßenverkehrsunfälle

Tabelle KS_1

**Tatverdächtige unter Alkoholeinfluss nach Geschlecht,
Sachsen-Anhalt / Deutschland im Zeitvergleich**

	Jahr	Tatverdächtige insgesamt			Tatverdächtige unter Alkoholeinfluss					
		weiblich	männlich	beide	weiblich		männlich		beide	
		Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Sachsen-Anhalt	2001	20.984	73.510	94.494	684	3,3%	9.015	12,3%	9.699	10,3%
	2002	21.465	72.543	94.008	751	3,5%	9.711	13,4%	10.462	11,1%
	2003	21.393	70.226	91.619	841	3,9%	9.668	13,8%	10.509	11,5%
	2004	21.179	68.621	89.800	855	4,0%	10.007	14,6%	10.862	12,1%
	2005	20.679	66.468	87.147	815	3,9%	10.058	15,1%	10.873	12,5%
	2006	19.782	62.584	82.366	810	4,1%	9.849	15,7%	10.659	12,9%
	Mittelw ert	20.914	68.992	89.906	793	3,8%	9.718	14,1%	10.511	11,7%
Deutschland	2001	528.978	1.751.633	2.280.611	15.926	3,0%	185.675	10,6%	201.601	8,8%
	2002	547.600	1.778.549	2.326.149	18.085	3,3%	199.805	11,2%	217.890	9,4%
	2003	555.099	1.800.062	2.355.161	19.042	3,4%	207.654	11,5%	226.696	9,6%
	2004	567.996	1.816.272	2.384.268	21.729	3,8%	230.933	12,7%	252.662	10,6%
	2005	548.724	1.764.412	2.313.136	22.475	4,1%	238.867	13,5%	261.342	11,3%
	2006	550.049	1.733.078	2.283.127	24.030	4,4%	245.969	14,2%	269.999	11,8%
	Mittelw ert	549.741	1.774.001	2.323.742	20.215	3,7%	218.151	12,3%	238.365	10,3%

Datenquelle:

Polizeiliche Kriminalstatistik Sachsen-Anhalt, Deutschland

¹ von allen (weiblichen / männlichen / insgesamt) Tatverdächtigen