

## KURZBERICHT

Thema	Schätzung alkohol-attribuierbarer Morbidität und Mortalität in Deutschland: Trends und Vergleich zwischen den Jahren 2006 und 2012
Schlüsselbegriffe	Epidemiologie; alkohol-attribuierbare Morbidität und Mortalität; Trends
Ressort, Institut	Bundesministerium für Gesundheit
Auftragnehmer(in)	IFT Institut für Therapieforschung München
Projektleitung	Prof. Dr. Ludwig Kraus; Prof. Dr. Jürgen Rehm
Autor(en)	Ludwig Kraus, Jürgen Rehm
Beginn	15.08.2013
Ende	31.12.2013

### **Vorhabensbeschreibung, Arbeitsziele (max. 1.800 Zeichen)**

Ziel des vorliegenden Projekts sind (1) Trendanalysen stationärer Krankenhaufälle (2000-2012) und Todesfälle (1995-2012), die vollständig auf Alkohol zurückzuführen sind, und (2) die Schätzung der Anzahl stationärer Krankenhaus- und Todesfälle in Verbindung mit Krankheiten und Krankheitskategorien, die vollständig und partiell auf Alkohol zurückzuführen sind. Grundlage dieser Schätzungen für die Jahre 2006 und 2012 sind die Methoden der Global Burden of Disease Studie (Kehoe, Gmel, Shield, Gmel & Rehm, 2012; Rehm et al., 2010) und Expositionsdaten nach Alter und Geschlecht aus Populations-surveys (Kraus & Baumeister, 2008; Kraus, Piontek, Pabst, & Gomes de Matos, 2013).

### **Durchführung, Methodik**

Zugrundeliegende Daten für die Schätzung der alkohol-attribuierbaren Morbidität und Mortalität sind die Daten der „Krankenhausdiagnosestatistik“ sowie die Daten der „Todesursachenstatistik“. Die Daten der Krankenhaufälle beziehen sich auf allgemeine, psychiatrische, psychotherapeutische, neurologische und geriatrische Krankenhäuser und Geburtshäuser, sowie Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. Die Datensätze sind nach Alter (in 5 Jahresgruppen von 15 bis 64 Jahre) und Geschlecht stratifiziert und enthalten 4-stellig differenzierte ICD-10 Kodes. Die Daten für die Trends vollständig attribuierbarer Morbidität basieren vor dem Jahr 2000 und die der Mortalität vor dem Jahr 1998 auf ICD-9. Da die Kodes für Todesursachen 4-stellig, die für Krankenhausdiagnosen nur 3-stellig verfügbar waren, wurde bei den Trends der Morbidität auf die Einbeziehung der Jahre 1995-1999 verzichtet. Zur Berechnung der jährlichen Morbiditäts- und Mortalitätsraten pro 100.000 Personen in der Bevölkerung wurden die Fallzahlen auf die Bevölkerungszahlen der 15- bis 64-Jährigen des jeweiligen Jahres bezogen.

Zur Schätzung der nicht vollständig auf Alkohol zurückzuführenden Krankenhaus- und Todesfälle für die Jahre 2006 und 2012 wurden alkohol-attribuierbare Anteile (AAF) berechnet. Die AAFs wurden auf der Basis der an den Pro-Kopf-Konsum angepassten Verteilung des Alkoholkonsums und der relativen Risiken für alkoholbezogene Morbidität bzw. Mortalität geschätzt. Zur Schätzung der Anzahl alkohol-attribuierbarer Krankenhaus- und Todesfälle wurden dann die AAFs mit den entsprechenden Rohdaten aus der Krankenhaus- und Todesursachenstatistik multipliziert. Für die Alkoholexposition in der Bevölkerung wurden die Daten des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006 und 2012 verwendet.

### **Gender Mainstreaming**

Geschlechtsspezifische Aspekte alkoholbezogener Morbidität und Mortalität nahmen bei der Planung und Durchführung als auch bei der Analyse eine zentrale Rolle ein. Alle Morbiditäts- und Mortalitätsstatistiken wurden nach Geschlecht getrennt ausgewertet und dargestellt.

### **Ergebnisse, Schlussfolgerungen, Fortführung**

Die Ergebnisse des Projekts wurden als Manuskript in einer wissenschaftlichen Zeitschrift eingereicht: Kraus, L., Pabst, A., Piontek, D., Gmel, G., Shield, K. V., Frick, H., Rehm, J. Temporal Changes in Alcohol-Related Morbidity and Mortality in Germany.

### **Ergebnisse, Schlussfolgerungen, Fortführung**

*Trends der Morbiditäts- und Mortalitätsraten, die vollständig auf Alkohol zurückzuführen sind: 1995 / 2000-2012*

Männer wiesen im Jahr 2000 eine um den Faktor 3,2 und im Jahr 2012 eine um den Faktor 2,7 höhere Morbiditätsrate auf als Frauen. Zwischen 2000 und 2012 nahm die Rate 100 % alkohol-attribuierbarer Krankenhaufälle bei Männern um 16 % und bei Frauen um 38 % zu. Die Rate der Krankenhaufälle wegen Alkoholabhängigkeit (F10.2) war bei Männern über die Zeit nahezu konstant, während die der

Frauen leicht anstieg. Insgesamt zeigt der Verlauf der alkoholbezogenen Gesamtmorbiditätsraten sowie der Raten der F10.2 Diagnosen einen stärkeren Anstieg bei Frauen als bei Männern. Die Trends der vollständig alkohol-attribuierbaren Mortalitätsraten zeigen pro 100.000 Personen zwischen 1995 und 2012 bei Männern einen Rückgang von 37 auf 25 Fälle und bei Frauen von 12 auf 8 Fälle, was einem Rückgang um jeweils 33 % entspricht. Parallel zur alkoholbezogenen Gesamtmortalität nahm auch die Sterblichkeitsrate der Diagnose Alkoholabhängigkeit (F10.2) bei Männern um 38 % und bei Frauen um 33 % ab.

#### *Vollständig und partiell alkohol-attribuierbare Morbidität und Mortalität 2006 und 2012*

Obwohl die Rate der Netto-Morbidität (Gesamtzahl der schädlichen abzüglich der günstigen alkohol-attribuierbaren Fälle) pro 100.000 zwischen 2006 und 2012 zunahm, ist der Anteil an der Gesamtmorbidität (alle Krankenhausfälle) mit 5,1 % in beiden Jahren konstant geblieben. Eine Zunahme der Rate pro 100.000 zeigt sich bei beiden Geschlechtern, der Anteil der Netto-Morbidität an der Gesamtmorbidität nahm jedoch bei Männern leicht ab und bei Frauen leicht zu. Die Mortalitätsraten als auch die Anteile alkohol-attribuierbarer Mortalität an der Gesamtmortalität nahmen zwischen 2006 und 2012 in beiden Geschlechtern ab. Die Abnahme alkohol-attribuierbarer Sterblichkeit zeigt sich in allen Krankheitskategorien. Veränderungen der Morbidität entwickelten sich jedoch nach Krankheitskategorien unterschiedlich.

#### *Schlussfolgerungen*

Erwartungsgemäß zeigt sich in Übereinstimmung mit der Literatur auch in Deutschland ein starker Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und alkoholbezogener Sterblichkeit. Unter Berücksichtigung einer zeitlichen Verzögerung zwischen Konsum und Mortalität korrespondiert die Abnahme des Pro-Kopf-Konsums seit Ende der 1970er Jahre mit der Abnahme vollständig alkohol-attribuierbarer Mortalität zwischen 1995 und 2012. Ein Vergleich der alkohol-attribuierbaren Netto-Morbidität (vollständig und partiell) mit der Gesamtmorbidität (alle Krankenhausfälle) macht deutlich, dass nicht nur alkoholbedingte Behandlungen, sondern generell alle Behandlungen im Krankenhaus zugenommen haben. Zur Senkung der Mortalität sind weitere Anstrengungen zur Reduktion des Alkoholkonsums notwendig.

#### *Fortführung*

Da Morbiditäts- und Mortalitätsschätzungen grundsätzlich auf der Basis verfügbarer Expositions- und Ergebnisdaten möglich sind, lassen sich die Schätzungen mit der für 2015 geplanten Erhebung des Epidemiologischen Suchtsurveys (Expositionsdaten) fortschreiben.

### **Umsetzung der Ergebnisse durch das BMG**

Die Studie liefert wichtige Erkenntnisse zu bevölkerungsbezogenen Schäden durch missbräuchlichen Alkoholkonsum. Erstmals konnte in einer Trendanalyse der Zusammenhang zwischen rückgängigem Pro-Kopf-Konsum und Verringerung alkoholbezogener Sterblichkeit nachgewiesen werden. Dem gegenüber steht die zunehmende bzw. anteilmäßig gleichbleibende Krankheitslast durch Alkoholmissbrauch. Die Ergebnisse werden für eine zielgenaue Ausrichtung alkoholpolitischer Maßnahmen bei der Umsetzung der Nationalen Strategie der Drogen- und Suchtpolitik der Bundesregierung genutzt. Neben der wissenschaftlichen Veröffentlichung, werden sie im Drogen- und Suchtbericht 2015 für Fachöffentlichkeit und interessierte Laien aufbereitet.

### **Verwendete Literatur**

KEHOE T., GMEL G., SHIELD K.D., GMEL G., REHM J. Determining the best population-level alcohol consumption model and its impact on estimates of alcohol-attributable harms. *Popul Health Metr* 2012; 10: 6

REHM J., BALIANAS D., BORGES G.L., GRAHAM K., IRVING H., KEHOE T., et al. The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: An overview. *Addiction* 2010; 105(5): 817-43

KRAUS L., PIONTEK D., PABST A., GOMES DE MATOS E. Studiendesign und Methodik des Epidemiologischen Suchtsurveys 2012. *Sucht* 2013; 59(6): 309-20; Open Access: <http://www.psycontent.com/content/j3066072t423x578/fulltext.pdf>

KRAUS L., BAUMESTER S.E. Studiendesign und Methodik des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. *Sucht* 2008; 54(Sonderheft 1): S6-S15