

Zwischenstation Krankenhaus – Jugendliche und der Alkohol



Dr. Lothar Baumann, Inge Günther

Das Trinkverhalten von Kindern und Jugendlichen und seine Auswirkungen rücken in den letzten Jahren zunehmend in den Blickpunkt der Öffentlichkeit. Während in der Vergangenheit bewusst exzessiver Umgang mit alkoholischen Getränken eher in Randgruppen zu beobachten war, ist das Trinkverhalten junger Menschen und vor allem dessen unmittelbare Folgen inzwischen ein gesamtgesellschaftliches Phänomen geworden, was letztendlich auch die Politik auf den Plan gerufen hat. Ergebnisse von Trinkgelagen lassen sich verlässlich allerdings nur dann in Zahlen fassen, wenn es zu einer Notversorgung kommt. Polizei, Rettungsdienste, Ärzte und Krankenhäuser haben mit den Fällen zu tun, denen durch das übermäßige Zuführen von Alkoholika Gefahr für Leib und Leben droht. Vorkommnisse solcher Art finden sich bislang nirgends zusammengefasst dargestellt. Allein die amtliche Krankenhausstatistik ermöglicht einen Überblick über die wachsende Zahl zumindest der vollstationär versorgten jungen Alkoholpatienten. Zudem lassen sich Aussagen über die Entwicklung in den relevanten Altersjahren und zu regionalen Schwerpunkten treffen. Bei der Beurteilung dieser Ergebnisse ist dabei immer zu berücksichtigen, dass auch in diesen jungen Jahren nicht jede alkoholbedingte Ausfallerscheinung zwangsläufig im Klinikbett enden muss.

Jährliche Ergebnisse seit 2001 möglich

Erst mit der Umstellung der Krankenhausdiagnosestatistik auf die neue und tiefer greifende Systematik der internationalen Klassifikation der Krankheiten wurde es möglich darzustellen, wie sich die Folgen exzessiven Alkoholkonsums in der stationären Versorgung der Krankenhäuser Baden-Württembergs niederschlagen (*siehe i-Punkt*). Mit Pressemitteilungen machte das Statistische Landesamt schon früh auf das wachsende Problem aufmerksam. Im Vordergrund standen zunächst die Absolutzahlen der Patienten nach Geschlecht und in 5-Jahresaltersgruppen auf Landesebene. Neben einer Landtagsanfrage führte das zunehmende Interesse verschiedener Stellen, die sich vor allem Präventionsaufgaben widmen, dazu, Ergebnisse

auch auf Ebene der Wohnkreise zu erzeugen und zur Verfügung zu stellen. Als weiterer Schritt bot sich an, die für diese Zwecke aus bestimmten Gründen doch eher groben Altersklassen weiter zu differenzieren. Auch aus epidemiologischer Sicht spielen hier vor allem die *einzelnen* Altersjahre eine wichtige Rolle, die unterschiedliche und durchaus nennenswerte Fallzahlen aufweisen. Die tatsächliche Größenordnung des Problems wird allerdings erst fassbar, wenn man die wohnortbezogenen Fallzahlen auf die jeweilige Einwohnerzahl bezieht.

Auffällig werden Kinder und Jugendliche, die sich aufgrund ihres Alkoholkonsums in stationäre Krankenhausbehandlung begeben müssen, in einem Alter, das man zwar altbacken



Zur Krankenhausstatistik (Teil II, Diagnosen) liefern alle Krankenhäuser Baden-Württembergs Angaben zu den durch sie vollstationär versorgten Behandlungsfällen. Der Begriff „vollstationär“ schließt sowohl die Fälle ein, die in die sogenannte Mitternachtsstatistik eingehen, also über Nacht im Krankenhaus bleiben, als auch die sogenannten Stundenfälle, die am Tag der Aufnahme in die Klinik auch wieder entlassen werden. Diese Unterscheidung ist insofern von Bedeutung, als Erstere Pflege- bzw. Berechnungstage erzeugen, Letztere nicht, was aber für diese Untersuchung keine Rolle spielt.

Bei den Angaben handelt es sich um Einzeldatensätze, die neben Merkmalen zur Person (Alter, Geschlecht) und der Hauptdiagnose auch den Herkunftsort enthalten. Mit dem Berichtsjahr 2001 wurde die Krankenhausdiagnosestatistik von der 3-stelligen (numerischen) ICD 9 (International Code of diseases) auf die 10-stellige (alphanumerische) ICD 10 umgestellt. Erst mit dieser Umstellung wurde es möglich, bestimmte Krankheitsgruppen bzw. Einzelkrankungen darzustellen.

Bei den Angaben handelt es sich um Einzeldatensätze, die neben Merkmalen zur Person (Alter, Geschlecht) und der Hauptdiagnose auch den Herkunftsort enthalten. Mit dem Berichtsjahr 2001 wurde die Krankenhausdiagnosestatistik von der 3-stelligen (numerischen) ICD 9 (International Code of diseases) auf die 10-stellige (alphanumerische) ICD 10 umgestellt. Erst mit dieser Umstellung wurde es möglich, bestimmte Krankheitsgruppen bzw. Einzelkrankungen darzustellen.

Dr. phil. Lothar Baumann ist Referent im Referat „Bevölkerungsstand und -bewegung, Gesundheitswesen“ des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg.

Inge Günther ist Sachgebietsleiterin im selben Referat.

T Alkoholbedingte Krankenhausbehandlungen in Baden-Württemberg seit 2001

Jahr	13 bis 19 Jahre zusammen	Vollendete Altersjahre								
		11	12	13	14	15	16	17	18	19
männlich										
2001	1 128	2	13	54	121	171	188	196	213	185
2002	1 147	7	18	54	113	169	189	228	208	186
2003	1 354	4	21	73	162	171	262	235	247	204
2004	1 625	7	15	62	143	258	326	293	302	241
2005	1 831	2	18	62	184	292	361	333	313	286
2006	1 887	5	16	78	173	304	396	352	305	279
weiblich										
2001	641	0	8	59	104	121	106	92	94	65
2002	748	0	9	57	115	125	138	124	91	98
2003	822	1	19	49	118	156	159	131	105	104
2004	990	2	11	90	144	179	166	142	154	115
2005	1 171	1	13	81	162	191	253	194	158	132
2006	1 143	0	18	69	163	211	204	167	175	154
zusammen										
2001	1 769	2	21	113	225	292	294	288	307	250
2002	1 895	7	27	111	228	294	327	352	299	284
2003	2 176	5	40	122	280	327	421	366	352	308
2004	2 615	9	26	152	287	437	492	435	456	356
2005	3 002	3	31	143	346	483	614	527	471	418
2006	3 030	5	34	147	336	515	600	519	480	433
auf 10 000 der jeweiligen Bevölkerung										
männlich										
2001	26,5	0,3	2,1	8,4	19,5	27,9	32,0	33,2	36,1	30,2
2002	26,6	1,1	2,8	8,5	17,4	27,1	30,5	38,4	34,8	31,0
2003	30,8	0,6	3,3	11,1	25,5	26,2	41,8	37,7	41,2	33,6
2004	36,5	1,1	2,4	9,8	21,8	40,5	49,8	46,5	48,1	39,7
2005	40,8	0,3	2,9	9,9	28,9	44,3	56,5	50,7	49,4	45,1
2006	42,2	0,9	2,7	12,7	27,6	47,8	60,1	55,0	46,3	43,6
weiblich										
2001	15,8	0,0	1,3	9,6	17,8	20,7	19,0	16,5	16,5	10,9
2002	18,1	0,0	1,4	9,4	18,5	21,2	23,4	21,9	15,9	16,5
2003	19,6	0,2	3,1	7,8	19,4	25,1	26,9	22,1	18,3	17,7
2004	23,3	0,3	1,9	14,9	23,0	29,4	26,6	23,8	25,6	19,4
2005	27,3	0,2	2,2	13,7	26,7	30,4	41,4	30,9	26,2	21,4
2006	26,8	0,0	3,2	11,8	27,7	34,8	32,5	27,3	27,7	25,1

aber treffend als Teenageralter bezeichnet. Bei den 11-Jährigen tauchen landesweit vereinzelt Fälle auf und bei den 12-Jährigen bleiben die Zahlen im unteren 2-stelligen Bereich und steigen auch nicht stetig an. 3-stellig werden die Ergebnisse erst ab einem Alter von 13 Jahren. Um bei der Berechnung alkoholbedingter Behandlungsraten Verzerrungen nach Möglichkeit zu vermeiden, werden die unter 13-Jährigen in der Darstellung nicht immer berücksichtigt.

Alkohol für alle leicht verfügbar

Der teilweise Ausschluss der unter 13-Jährigen von dieser Untersuchung ist kein Bagatellisierungsversuch. Denn 9 Kinder im Alter von 11 Jahren oder 40 im Alter von 12 Jahren, deren Zustand nach dem Konsum alkoholischer Getränke eine stationäre Krankenhausversorgung erforderlich macht, sind 49 Fälle zu viel. Entgegen aller gesetzlichen Bestimmungen ist es in diesem

Alter also nicht nur möglich an Alkohol zu kommen, sondern obendrein noch in einer Menge, die ausreicht sich so zu betrinken, dass nur noch das Krankenhaus helfen kann. Diese Feststellung gilt in gleichem Maße natürlich auch für die 13-, 14-, 15- und 16-Jährigen, deren alkoholbedingte Krankenhausaufenthalte von 924 Fällen im Jahr 2001 auf 1 598 Fälle im Jahr 2006 zunahmen und die Jahr für Jahr etwas über der Fallzahl lagen, die von den 17-, 18- und 19-Jährigen produziert wurden, denen der Gesetzgeber Zugang zu alkoholischen Getränken nur schrittweise (zum Beispiel Spirituosen) gewährt. Genau genommen besteht also kein nennenswerter Unterschied zwischen denen, die noch nicht dürfen und denen, die schon dürfen (Tabelle).

Auch wenn die Krankenhausstatistik darüber keine Auskunft geben kann, darf doch vermutet werden, dass sich Trinkgelegenheiten mit derart schwerwiegenden Folgen eher nicht im Schoße der Familie ergeben, sondern weitgehend unkontrolliert im Kreise von Altersgenossen oder Gleichgesinnten.

Alles eine Frage des Preises?

In der Öffentlichkeit wurden in der Vergangenheit als eine Ursache des Problems zum Beispiel sogenannte Alkopops ausgemacht; süße, spirituosehaltige Mixgetränke, deren Wirkung sich nicht nur wegen des – vielleicht für Erwachsene – relativ geringeren Alkoholgehaltes gleichsam schleichend einstellt und die wegen ihrer vordergründigen Bekömmlichkeit eher von Mädchen und jungen Frauen bevorzugt werden. Hier hat der Gesetzgeber versucht, über eine spezielle Besteuerung dieses Produkts einzugreifen.¹ Es dürften aber vor allem zwei Faktoren ausschlaggebend sein: das Betrinken in der Gruppe durch Selbstbeschafftes oder durch die berechtigten Flatrate-Parties, mit denen vermutlich versucht wird, zum einen publikumschwache Geschäftszeiten auszugleichen und zum anderen neue Kundschaft an den Betrieb heranzuführen. Diese Flatrate-Parties sucht man über eine Reihe ordnungspolitischer Maßnahmen bis hin zum Konzessionsverlust in den Griff zu bekommen. Als weitere Maßnahmen sind generelle zeitlich begrenzte Verkaufsverbote von Alkohol an Tankstellen und in Einkaufsmärkten vorgesehen. Hiermit soll die Spontanschaffung eingedämmt werden, die vor allem auch von der Polizei seit Längerem beklagt wird.

Sieht man einmal von Happy-Hour-Angeboten oder von den Flatrate-Parties als einer besonderen Form einer betriebswirtschaftlich scheinbar unökonomischen Variante des Alkoholver-

kaufs ab, so ist doch festzustellen, dass Alkohol erst einmal gegen Geld erworben werden muss. Auch das offenbar seit Langem beliebte „Vor-glühen“ vor dem für später eingeplanten Disco-besuch, also der schnelle Wodka oder anderes Höherprozentiges, kosten Geld, versetzt aber – hier wird von den jugendlichen Konsumenten durchaus wirtschaftlich gedacht und gehandelt – schon für vergleichsweise geringen finanziellen Aufwand in eine offenbar als wünschenswert erachtete Stimmung, für deren Erreichen mit den gleichen Getränken zu Discopreisen ein ungleich höherer Geldeinsatz notwendig wäre.

Wie man es auch drehen mag: offenbar sind heute bei vielen jungen Leuten, die in diesem Alter ganz überwiegend noch über kein geregeltes Einkommen verfügen dürften, finanzielle Mittel in nicht unerheblichem Maße vorhanden. Zumal ja auch auf anderen Gebieten, die nicht unbedingt im Krankenhaus enden müssen, sichtbar konsumiert wird. Hier sei nur beispielhaft daran erinnert, dass 20 Mark monatliches Taschengeld in den 60er-Jahren des letzten Jahrhunderts nicht weit reichten, wenn eine LP (Langspielplatte) 18 Mark kostete, eine Schachtel Zigaretten 2 Mark und ein Bier in der Kneipe 1,50. Ein Ortsgespräch aus der Telefonzelle schlug mit 2 Groschen zu Buche. Womit nicht gesagt sein soll, dass es sich damals um die gute alte Zeit handelte, wo allgemeine Abstinenz herrschte und jede/r brav zu Hause saß und seinen 5 Langspielplatten lauschte. Aber, und das macht wohl einen der Unterschiede aus, die Mittel waren begrenzt und man musste schon etwas mit ihnen haushalten.

Hauptsache Party

Der Umgang mit Alkoholika ist in unserem Kulturkreis – von Altersbeschränkungen bei der Weitergabe einmal abgesehen – nicht verboten. Er ist vielmehr fester Bestandteil unserer kulturellen und gesellschaftlichen Tradition. Gleichzeitig gehörte das „Was-Vertragen-Können“ zum richtigen Mann dazu, was bei den Heranwachsenden seit jeher zu allerlei Initiationsriten geführt hat, und nicht nur in manchen Burschenschaften weiterbetrieben wird. Alkohol ist allgegenwärtig. Und gab in den 60er-Jahren das markante Dressman-Gesicht für eine Wodkawerbung noch den als erstrebenswert erachteten Typ des harten Mannes vor, so ist an seine Stelle längst das Event getreten. Oder auch nur die Verheißung, in Gesellschaft anderer junger attraktiver Menschen gut drauf zu sein, scheint als Anlass zu genügen – Stichwort „Hauptsache Party“. Und zur flüchtigen Leichtigkeit des Seins gehört eben auch das jeweils passende Getränk.

¹ Vgl. Alkopopsteuergesetz von 2004.

2 Vgl. Hierzu Stuttgarter Nachrichten Nr. 151 vom 1. Juli 2008, S. 18.



Zu 98 % wird bei den wegen Alkoholmissbrauchs in ein Krankenhaus eingelieferten Kindern die Diagnose „Akute Intoxikation“ vergeben (Position-Nr. F101 der ICD 10). Die Diagnose wird definiert als „ein Zustandsbild nach Aufnahme einer psychotropen Substanz mit Störungen von Bewusstseinslage, kognitiven Fähigkeiten, Wahrnehmung, Affekt und Verhalten oder anderer psychophysiologischer Funktionen und Reaktionen. Die Störungen stehen in einem direkten Zusammenhang mit den akuten pharmakologischen Wirkungen der Substanz und nehmen bis zur vollständigen Wiederherstellung mit der Zeit ab ...“ Zu dieser „akuten Intoxikation“ zählen der akute Rausch bei Alkoholabhängigkeit, der pathologische Rausch und der Rausch ohne nähere Angabe. Letzterer dürfte als Aufnahmegrund für die frühen Altersjahre am ehesten infrage kommen.

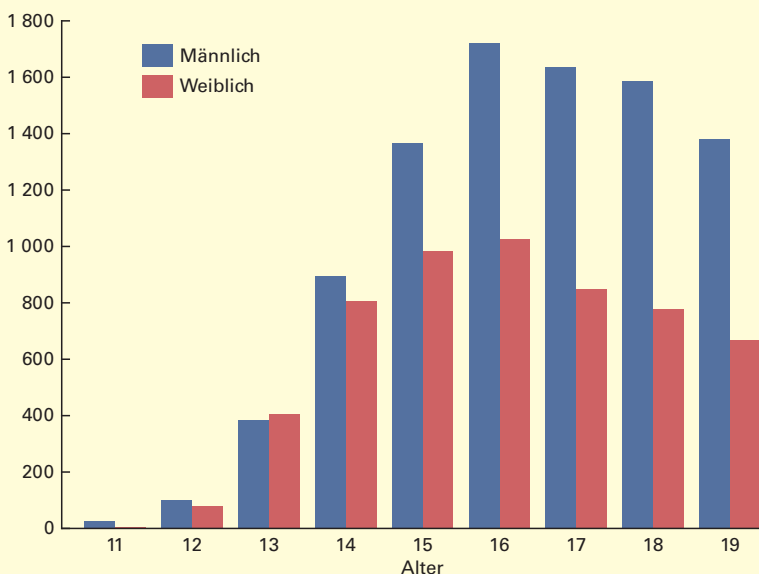
Es ist nicht ganz zu übersehen, wenn bei sportlichen Großereignissen Brauereien als Sponsoren auftreten und das inzwischen Mode gewordene Public-Viewing von Sportereignissen in der Regel mit Getränkeständen umstellt ist, an denen nicht in erster Linie Sprudel verkauft wird. Abgesehen von den offiziellen Sponsoren sollen Gemeinden, die derartige Großveranstaltungen mit mehreren 10 000 Menschen

ausrichten, am Umsatz des Bierverkaufs prozentual beteiligt sein, um die eigenen Kosten so gering wie möglich zu halten.² Was nichts anderes heißt, als dass der Deckungsgrad in dem Maße steigt, je mehr getrunken wird (so lässt sich natürlich trefflich darüber diskutieren, wie man dem öffentlichen Alkoholkonsum entgegenzutreten kann). Auf das Suchtpotenzial, das Glücksspielen innewohnt, weist zwar die Totto/Lotto-Werbung hin, Vergleichbares sucht man aber auf dem Etikett einer Flasche billigen Fusels derzeit ebenso vergeblich wie auf dem eines „Premium-Getränks“

Die Folgen von Alkoholkonsum treffen wie schon früher dort auf Grenzen, wo gesellschaftliche Normen verletzt werden. So gibt es für betrunkene Mädchen und Frauen wenig Akzeptanz. Bei heranwachsenden und gestandenen Männern dagegen darf das schon mal vorkommen, solange es nicht zur Regel wird. Trinken in der Öffentlichkeit war lange reine Männersache, vergleichbar dem Rauchen. Als Frau tat man das nicht. Die fortschreitende Gleichstellung der Geschlechter hat wohl auch vor diesen Tabus nicht Halt gemacht. Das geht bis zu dem berüchtigten „binge-drinking“, ein Anglizismus der das umschreibt, was in den 80er- und 90er-Jahren sehr viel brutaler als „Komasaufen“ bekannt war, also das vorsätzliche Herbeiführen eines Vollrausches. Dieses Verhalten hat nun nichts mehr mit dem eher beiläufig zustande gekommenen Rausch, dem unbeabsichtigten oder zufälligen Überschreiten der persönlichen Grenzen zu tun. In ihm zeigt sich vielmehr ein geradezu selbstzerstörerischer Zug, der allein schon im Begriff „Koma“ zum Ausdruck kommt.

S1

Zusammengefasste Behandlungsfälle infolge Alkoholkonsums in den Krankenhäusern Baden-Württembergs 2001 bis 2006



Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

628 08

Das Ergebnis des absichtlich und des unbewusst herbeigeführten Übermaßes findet sich undifferenziert in der Krankenhausstatistik wieder. Aber eben erst ab 2001, wobei längst in den allgemeinen Sprachgebrauch eingegangene Begrifflichkeiten wie „Komasaufen“ oder „Kampftrinken“ darauf hindeuten, dass die Alkoholproblematik nicht erst mit dem Jahr 2001 aufgetreten ist. Die typische Krankenhausdiagnose für Einlieferungen dieser Altersjahre ist die sogenannte „Akute Intoxikation“, womit in diesem Zusammenhang der akute Rausch bezeichnet wird (siehe i-Punkt).

Seit 2001 steigen die Fallzahlen: betroffen sind vor allem die 16-Jährigen

Im Jahr 2001 wurden in den Krankenhäusern Baden-Württembergs 1 769 Fälle im Alter von 13 bis einschließlich 19 Jahren vollstationär versorgt. Bis 2006 war diese Zahl auf 3 030 Fälle angestiegen, das bedeutet ein Plus von 70 %.

Auf die Jahre verteilt ergaben sich jedoch unterschiedliche Zuwächse. Zur bislang größten prozentualen Veränderung gegenüber dem Vorjahr kam es 2004. Im Vergleich zu 2003 gingen die Behandlungszahlen um gut 20 % nach oben. Der geringste Anstieg war 2006 mit knapp 1 % zu verzeichnen. Gegenüber 2005 wurden noch 30 Behandlungsfälle mehr gezählt.

Während seit 2001 in jedem Berichtsjahr die Zahl der männlichen jugendlichen und heranwachsenden Patienten gestiegen ist, war bei den Mädchen und jungen Frauen 2006 erstmals ein geringfügiger Rückgang der Fallzahlen zu beobachten (- 28). Allerdings sind sie über alle erfassten Jahre mit 36 bis gut 39 % weit unterdurchschnittlich an derartigen Krankenhausaufnahmen beteiligt. Die bisher höchste Zahl wurde 2005 mit insgesamt 1 171 Alkoholpatientinnen gezählt.

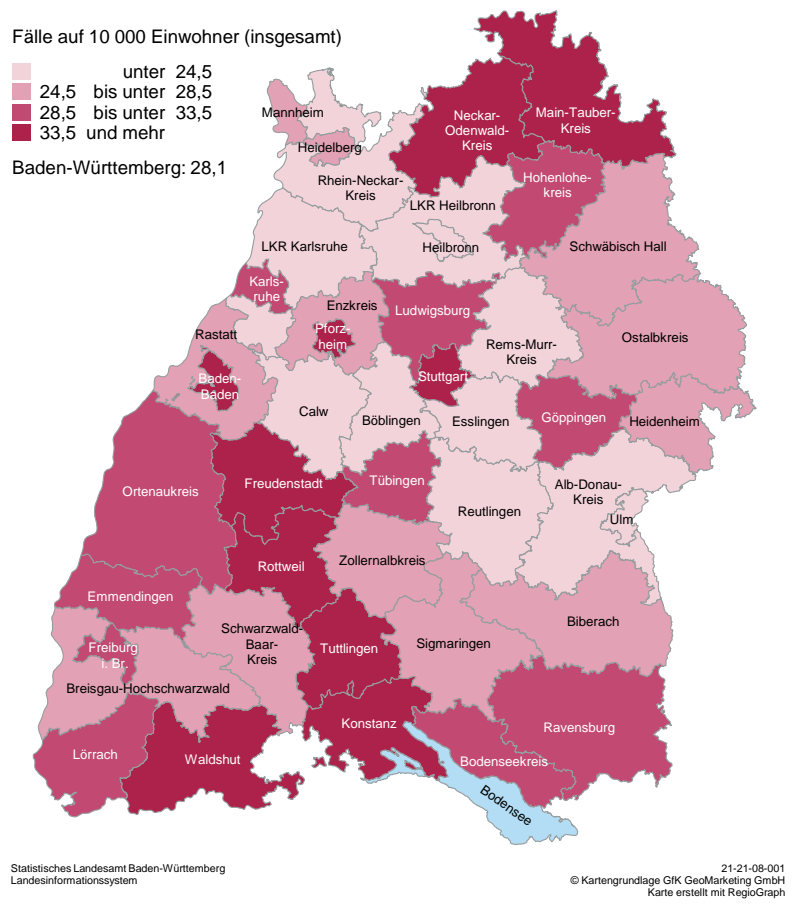
In der Betrachtung nach Altersjahrgängen fällt bei den männlichen wie bei den weiblichen Heranwachsenden besonders die Entwicklung bei den 16-Jährigen auf. Hier hat sich die Zahl der Behandlungsfälle bis 2006 innerhalb von 5 Jahren etwas mehr als verdoppelt (auf 396 bei den Jungen) bzw. fast verdoppelt (auf 204 bei den Mädchen). Das Ergebnis des Jahres 2005 fiel bei den Mädchen in diesem Altersjahr mit 253 Fällen sogar noch ungünstiger aus. Dieses Altersjahr weist für beide Geschlechter die höchsten Werte auf. Während die männlichen Krankenhauspatienten am zweithäufigsten mit 17 betroffen sind, sind es die weiblichen bereits mit 15 Jahren, (Tabelle).

Diese altersbezogenen Schwerpunkte treten besonders deutlich hervor, wenn die Berichtsjahre zusammengefasst werden, wobei hier aus Gründen der Verdeutlichung die 11- und 12-Jährigen in die Darstellung mit einbezogen sind. Die Verteilung ist bis zum Alter von 14 Jahren bei Jungen wie Mädchen nahezu identisch. Während bei den Jungen bis ins Alter von 16 Jahren der Anstieg ungebremst weitergeht, fällt von diesem Alter an der Anstieg bei den Mädchen weniger steil aus und beginnt früher als bei den Jungen zurückzugehen, (Schaubild 1).

Auswertung nach dem Wohnort zeigt regionale Schwerpunkte

Gestatten die Jahresergebnisse nach einzelnen Altersjahren und Geschlecht eine verhältnismäßig übersichtliche Darstellung, wird diese Merkmalskombination rasch unhandlich, sobald man die Ergebnisse regionalisieren will. Geht das noch auf der Ebene eines einzelnen

S2 Krankenhausbearbeitungen von 13- bis 19-Jährigen infolge Alkoholkonsums in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs 2001 bis 2006 zusammengefasst (insgesamt)



Landkreises, stößt eine vergleichende Übersicht aller Kreise Baden-Württembergs an die Grenzen der Überschaubarkeit.

Wählt man zur Darstellung die absoluten Zahlen der einzelnen Kreise, so ist davon auszugehen, dass Kreise mit einer hohen Zahl von Einwohnern in einem bestimmten Alter dort mehr Krankenhausbearbeitungen vorzuweisen haben, als Kreise, in denen diese spezifischen Einwohnerzahlen sehr viel niedriger sind. Was die alkoholbedingten Krankenhausbearbeitungen angeht, wäre demnach Stuttgart immer Spitzenreiter, weil hier die größte Zahl jugendlicher Einwohner auf die größtmögliche Zahl an Gelegenheiten und Anlässen zum Alkoholkonsum trifft.

Nicht nur die Fallzahlen in den einzelnen Altersjahren verändern sich im Zeitablauf, sondern auch die Bevölkerungszahlen in diesem Altersbereich. So nimmt im Beobachtungszeitraum die Zahl der Bevölkerung im Teenageralter auf Landesebene bis 2005 jährlich zu. Im Jahr 2006 ist jedoch sowohl bei der männlichen wie bei der weiblichen Bevölkerung ein Rückgang um fast 876 bzw. um knapp 1 455 Personen auf

447 591 bzw. auf 426 749 festzustellen, was sich auf das Landesergebnis im Anbetracht der relativ kleinen Fallzahlen kaum auswirkt, (Tabelle).

Erst wenn zwischen den absoluten Patientenzahlen und der zugehörigen Bevölkerungsgröße ein Bezug hergestellt ist, lassen sich die Kreisergebnisse auch tatsächlich miteinander vergleichen. Um nach Möglichkeit zu vermeiden, dass das Resultat eines einzelnen Berichts-

jahres durch ein singuläres Ereignis in einem einzelnen oder in mehreren Stadt- und Landkreisen zu stark beeinflusst wird, sind die Kreisergebnisse aller untersuchten Jahre zu einem Ergebnis zusammengezogen worden. Anhand des Durchschnitts über 6 Jahre hinweg lässt sich recht verlässlich feststellen, ob sich bei den Behandlungsfällen regionale Schwerpunkte bilden. Wie *Schaubild 2* zeigt, gibt es in der Tat zum Teil deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Kreisen Baden-Württembergs.

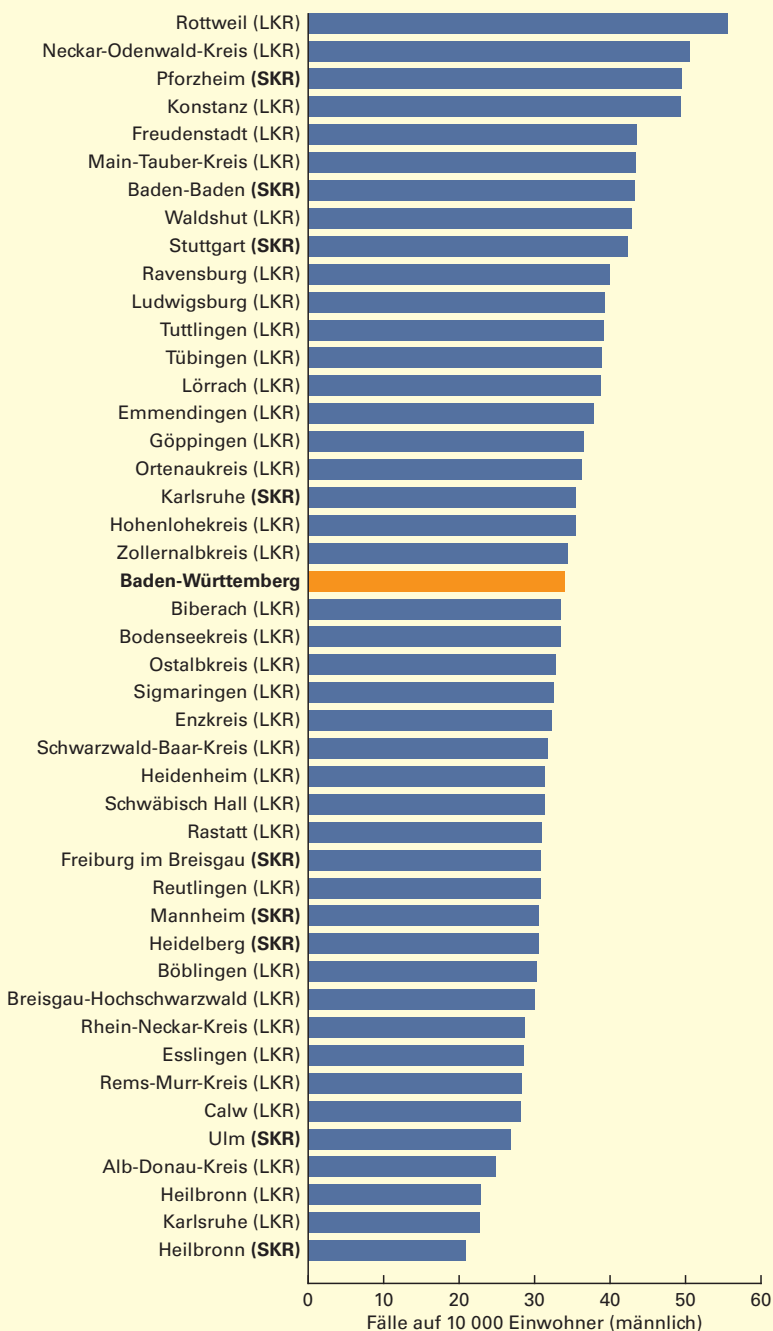
Die Spitzenstellung nimmt dabei der Landkreis Rottweil mit einer Behandlungsrate von 41,4 Fällen auf 10 000 der Bevölkerung im entsprechenden Alter ein. Den „günstigsten“ Wert weist nach dieser Berechnung dagegen der Landkreis Heilbronn mit 18,5 Patienten aus. Der Landesdurchschnitt beträgt 28,1. Unter den 10 Kreisen mit der höchsten Rate liegt Baden-Baden etwas überraschend auf dem 2. Platz. Mit einer Behandlungsrate von 36 Fällen je 10 000 Jugendliche belegt die Landeshauptstadt Stuttgart in dieser Gruppe einen mittleren Platz. Als dritter Stadtkreis gehört auch Pforzheim zu den 10 Kreisen mit erhöhter Problematik. Dagegen befindet sich unter den 11 Kreisen mit den auf die Bevölkerung bezogen wenigsten Behandlungsfällen neben Heilbronn mit Ulm nur noch ein weiterer Stadtkreis.

Ein Blick auf die Karte Baden-Württembergs (*Schaubild 2*) zeigt bei der Verteilung nach den 10 Kreisen mit der höchsten und den 11 Kreisen mit der niedrigsten Behandlungsrate von Kindern und Jugendlichen von 13 bis einschließlich 19 Jahren eine doch deutliche Aufteilung des Landes. Die Kreise mit den günstigeren Ergebnissen entwickelten sich vom Nordwesten des Landes her ohne Unterbrechung über Heilbronn, den Rems-Murr-Kreis, Esslingen und Reutlingen bis zum östlichen Alb-Donau-Kreis. Vom Rhein-Neckar-Kreis ausgehend stößt ein Ausläufer über die Landkreise Karlsruhe, Calw und Böblingen vom Westen her auf die Landkreise Esslingen und Reutlingen. Die Kreise mit den zehn ungünstigsten Ergebnissen bilden keine derartig geschlossene Einheit. So ist ein Block mit dem Neckar-Odenwald- und dem Main-Tauber-Kreis im äußersten Norden des Landes zu finden. Davon deutlich getrennt beginnt eine Kette von 4 Kreisen von Freudenstadt bis Konstanz. Ein unmittelbarer Anschluss an den ebenfalls betroffenen Kreis Waldshut besteht ebenfalls nicht. Die 3 Stadtkreise Baden-Baden, Pforzheim und Stuttgart bilden Exklaven.

Bei einer geschlechtsspezifischen Betrachtung der regionalen Verteilung wirken sich die höheren Behandlungsraten der Jungen auf die Ver-

S3

Krankenhausbehandlungen von 13- bis 19-Jährigen infolge Alkoholkonsums in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs 2001 bis 2006 zusammengefasst (männlich)



teilung der Behandlungsraten insgesamt aus. Im direkten Vergleich der Behandlungshäufigkeiten männlicher und weiblicher Krankenhauspatienten ergibt sich allerdings eine auffallende Verschiebung der regionalen Schwerpunkte (Schaubild 3 und 4). Während bei den männlichen Kindern und Jugendlichen unter den schlechtesten zehn Ergebnissen die 3 oben genannten Stadtkreise vertreten sind, sind es bei den Mädchen und jungen Frauen insgesamt 5 Stadtkreise. Zu den bereits genannten Stadtkreisen gesellen sich hier noch Karlsruhe und Freiburg im Breisgau. Der Verlauf vom Nord-Westen über die Landesmitte nach Osten oder Ost/Südost ist bei beiden Gruppen erkennbar. Die Aufteilung der ungünstigeren Raten bei den Mädchen ergibt aber ein doch etwas anderes Bild. Dazu trägt zum einen die höhere Anzahl der Stadtkreise, zum anderen der fehlende Schwerpunkt im äußersten Norden des Landes bei.

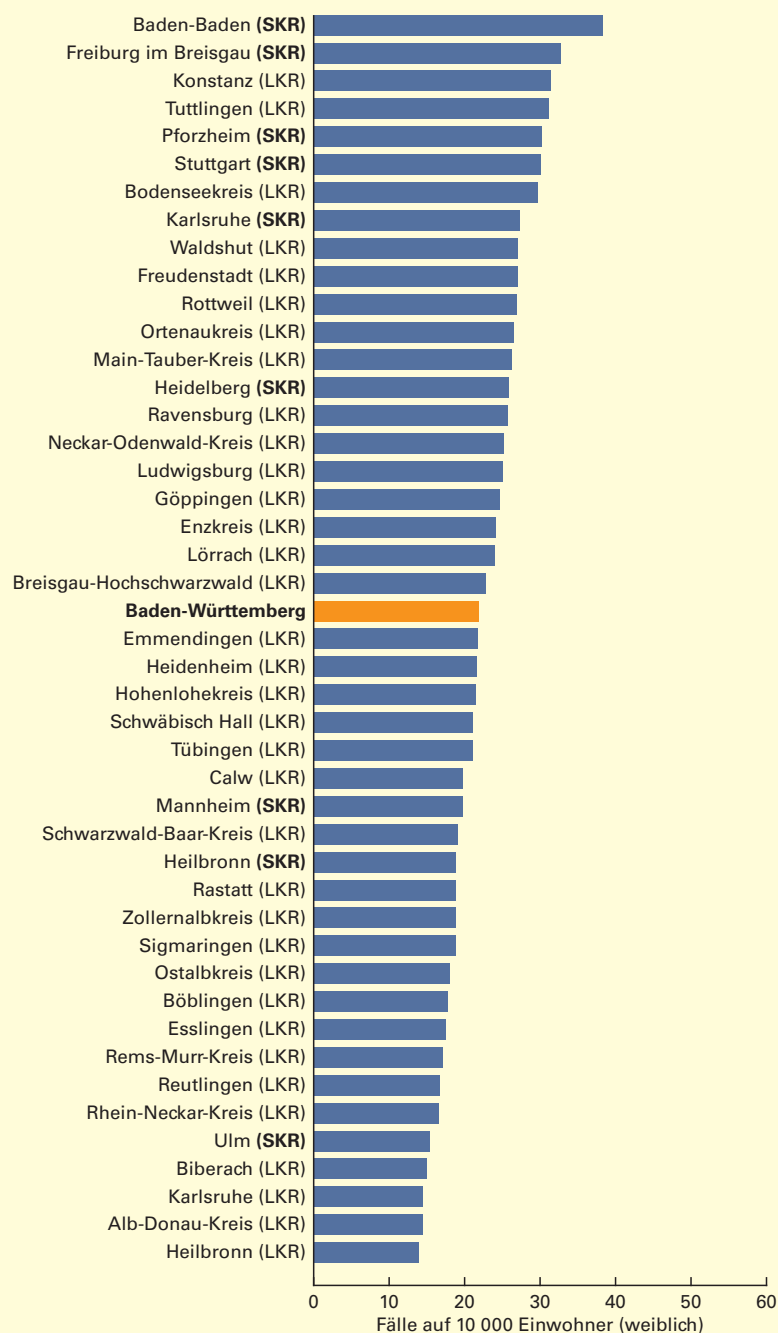
Ist die Versuchung auch groß, lassen sich Gründe für ein ungünstigeres Abschneiden nur schwer mit regionalen Besonderheiten in Verbindung zu bringen. So gibt es zum Beispiel weiße Flecken auf der Karte auch dort, wo Hochburgen schwäbisch-alemannischer Fasnet vermutet werden dürfen. Ebenso wenig lassen sich die Spitzenwerte nach schlechten ländlichen und guten urbanen Räumen trennen. Da die Behandlungsfälle nach dem Wohnortprinzip ermittelt wurden, nicht nach dem Krankenhausstandort in dem sie versorgt wurden, stellt sich die Frage, inwieweit es einen Zusammenhang zwischen eben diesem Wohnort und der Art seines freizeitbezogenen Angebot besteht. Diese Frage lässt sich – was Stuttgart betrifft – verhältnismäßig leicht beantworten. Sowohl in der männlichen wie in der weiblichen Gruppe ist die Landeshauptstadt unter den 10 Kreisen mit den ungünstigsten Ergebnissen zu finden ist. Auch Pforzheim und Baden-Baden fallen mit Spitzenwerten auf. Alle 3 Stadtkreise haben – was diese Untersuchung betrifft – keinen erkennbaren Einfluss auf die Behandlungszahlen ihrer Nachbarkreise, die für sie als Zentren ja die Einzugsgebiete darstellen müssten. Bei den Mädchen und jungen Frauen gilt das auch für die Stadtkreise Freiburg im Breisgau und Karlsruhe. Dagegen glänzen die Stadtkreise Heilbronn und Ulm mit Bestwerten und gänzlich unauffällig sind Heidelberg und Mannheim. Es können auch keine singulären Ereignisse sein, die zu einem guten oder schlechteren Platz in der Rangfolge führen. Die Zusammenfassung der Berichtsjahre zu einem Ergebnis schließt das in aller Regel aus.

Ebenso wenig ist es von zwingender Logik anzunehmen, dass es sich bei den Behandlungs-

fällen um einen harten Kern handelt, der nach der Drehtürmethode jedes Jahr einen Krankenhausaufenthalt wegen Alkoholmissbrauchs absolviert. Jedes Jahr wird die Besetzung eines Altersjahrs komplett ausgewechselt. Es zeigt sich, dass das Eingangsalter noch mit verhältnismäßig kleinen Raten aufwartet und in den Alterjahren 18 und 19 diese Raten wieder zurückgehen (vgl. Tabelle). Das Risikoverhalten baut sich offenbar in jedem Berichtsjahr für die am stärksten betroffenen Altersjahre

S4

Krankenhausbehandlungen von 13- bis 19-Jährigen infolge Alkoholkonsums in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs 2001 bis 2006 zusammengefasst (weiblich)



neu auf. Es muss demnach Spezifika geben, auf die eine Antwort zum einen nur durch die vor Ort angetroffenen Verhältnisse möglich ist. Zum anderen zeichnen sich bestimmte Altersjahre durch eine erhöhte Risikobereitschaft aus.

Zusammenfassung

Die wenigen Berichtsjahre der Krankenhausdiagnosestatistik, die zur vollstationären Behandlung von Kindern und Jugendlichen in Baden-Württemberg infolge Alkoholkonsums Auskunft geben, können nur einen Teilbereich des Problems „Jugend und Alkohol“ wiedergeben, den aber doch recht umfassend. Betroffen sind vor allem 16- und 17-jährige männliche und 15- und 16-jährige weibliche Jugendliche. Sie weisen innerhalb der Gruppe der 11- bis 19-Jährigen die höchsten Behandlungsraten auf. Davor steigen Sie an, danach

gehen sie zurück; insgesamt aber ist ein jährlicher Zuwachs zu verzeichnen, der 2006 allerdings nur mehr gering ausfiel.

Zusammengefasst lassen sich Stadt- und Landkreise mit einer höheren Rate und solche mit einer niedrigeren Rate identifizieren. Spitzenreiter insgesamt ist der Landkreis Rottweil, der deutlich vom Landesdurchschnitt abweicht, am anderen Ende der Skala steht mit Heilbronn ebenfalls ein Landkreis. Geschlechtsspezifisch ergeben sich bei der regionalen Verteilung Unterschiede, wobei die Städte Baden-Baden, Pforzheim und Stuttgart stets in der Spitzengruppe zu finden sind. ■

Weitere Auskünfte erteilen
Dr. Lothar Baumann, Telefon 0711/641-25 80,
Lothar.Baumann@stala.bwl.de
Inge Günther, Telefon 0711/641-25 84,
Inge.Guenther@stala.bwl.de

kurz notiert ...

Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2008

Diese Gemeinschaftsveröffentlichung der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder enthält alle Einrichtungen in Deutschland (nach Bundesländern getrennt), die am 31. Dezember des Berichtsjahres 2006 in Deutschland zur stationären Versorgung der Bevölkerung vorhanden waren, sofern ihre Zustimmung zu einer Veröffentlichung vorlag. Nicht aufgenommen sind Krankenhäuser im Straf- oder Maßregelvollzug sowie Polizeikrankenhäuser.

Die Veröffentlichung enthält Informationen zu Name und Adresse, Telefon- und Telefaxnummer, E-Mail- und Internetadresse, Name und Art des Trägers sowie Bettenausstattung nach Fachabteilungen.

Das Verzeichnis ist im Excel-Format zum Preis von 49,00 Euro erhältlich unter www.statistik-bw.de. Die Datei wird per E-Mail versendet. Hierzu ist die Angabe Ihrer E-Mail-Adresse bei der Bestellung erforderlich. Eine Rücksendung der Ware ist nicht möglich.

Auch 2007 wieder weniger Tote infolge eines akuten Herzinfarkts

Von den 39 680 Menschen mit Wohnsitz in Baden-Württemberg, die im Jahre 2007 an den Folgen einer Kreislaufkrankung verstarben, erlitten 6 729 einen akuten Herzinfarkt. Während

bei der Zahl der Kreislauffoten gegenüber dem Vorjahr insgesamt eine geringfügige Zunahme (+ 84 Fälle) zu verzeichnen war, stellte das Statistische Landesamt bei den infolge eines akuten Herzinfarkts Gestorbenen einen Rückgang der Fallzahlen um 276 oder 4 % fest.

Zu Beginn der 70er-Jahre waren 37 % der an einem akuten Herzinfarkt (Myokardinfarkt) verstorbenen Männer 70 Jahre und älter. Bis zum Jahr 1990 ist dieser Anteil bereits auf 56 % angestiegen. Im aktuellen Jahr 2007 waren sogar 65 % der an dieser Krankheit verstorbenen Männer 70 Jahre und älter. Verlagerte sich bei den Männern der Schwerpunkt erst noch in die höhere Altersgruppe, waren 1970 schon 60 % aller an einem akuten Herzinfarkt verstorbenen Frauen 70 Jahre und älter. 2007 betrug ihr Anteil an allen infolge dieser Ursache Verstorbenen sogar 90 %.

Bezogen auf die Bevölkerung Baden-Württembergs sank die Sterberate des akuten Myokardinfarkts bei Männern von 102,9 Verstorbenen auf 100 000 männliche Einwohner Baden-Württembergs im Jahr 1970 spürbar auf 68,5 im Jahr 2007. Im gleichen Zeitraum stieg dagegen die der Frauen, bezogen auf die weibliche Bevölkerung, von 51 auf 56,9. Dies ist auf die überproportionale Zunahme der weiblichen Bevölkerung in den kritischen Altersjahren von 70 und älter zurückzuführen. So ging der Zuwachs der weiblichen Bevölkerung (+ 857 480) zu fast 50 % zugunsten dieser Altersgruppe, bei den Männern (+ 993 766) waren es nur 32 %. ■



Artikel-Nr. E8047 08001