

Autorinnen und Autor:

Alexander Rommel, Anke-Christine Saß,
Martina Rabenberg

Journal of Health Monitoring · 2016 1(1)

DOI 10.17886/RKI-GBE-2016-022

Robert Koch-Institut, Berlin

Alkoholbedingte Mortalität bei Erwachsenen

Abstract

Der riskante, missbräuchliche und abhängige Konsum alkoholischer Getränke birgt hohe Risiken für die Gesundheit der Konsumierenden, kann Dritte schädigen, hat Auswirkungen auf das soziale Umfeld der Konsumierenden und verursacht volkswirtschaftlich beträchtliche Kosten. Nationale und internationale Aktionsprogramme streben daher eine Reduktion des Alkoholkonsums und seiner Folgen an. Die alkoholbezogene Mortalität ist die schwerwiegendste Folge übermäßigen Alkoholkonsums. Hierzu weist die Todesursachenstatistik eine Reihe einschlägiger Diagnosen aus. Im Jahr 2014 wurde in Deutschland bei 14.095 verstorbenen Erwachsenen (20,8 von 100.000 Einwohnern) eine alkoholbedingte Todesursache festgestellt. Die betreffenden Diagnosen werden bei Männern deutlich häufiger gestellt als bei Frauen und weisen einen Spitzenwert in der Gruppe der 55- bis 64-Jährigen auf. Insgesamt ist die alkoholbedingte Mortalität in Deutschland rückläufig. Da Deutschland international einen relativ hohen Verbrauch alkoholischer Getränke aufweist, besteht weiterhin Handlungsbedarf.

ALKOHLABHÄNGIGKEIT · ALKOHOISSBRAUCH · MORTALITÄT · ERWACHSENE

Einleitung

Der riskante, missbräuchliche und abhängige Konsum alkoholischer Getränke birgt hohe Risiken für die Gesundheit der Konsumierenden, kann Dritte schädigen, hat Auswirkungen auf das soziale Umfeld und verursacht volkswirtschaftlich beträchtliche Kosten [1]. Daher stellt die Prävention alkoholbedingter Folgen einen wichtigen Bestandteil vieler Public-Health-Strategien dar. Der “Global action plan for the prevention and control of non-communicable diseases 2013–2020” der WHO fordert eine relative Reduzierung des riskanten Alkoholkonsums um 10 % zwischen den Jahren 2010 und 2025 [2]. In Deutschland hat die Bekämpfung des Alkoholkonsums und seiner Folgen Eingang in die Nationalen Gesundheitsziele

gefunden. Auch hier wird eine Reduktion des Konsums alkoholischer Getränke in der deutschen Bevölkerung angestrebt [3].

Um das Ausmaß der Zielerreichung abschätzen zu können, ist ein kontinuierliches Monitoring zentraler Indikatoren unerlässlich. Entsprechend schlägt die Weltgesundheitsorganisation (WHO) in ihrem Aktionsplan die Messung des Pro-Kopf-Verbrauchs reinen Alkohols, der Prävalenz starken Rauschtrinkens und der alkoholbedingten Morbidität und Mortalität als Kernindikatoren vor und empfiehlt, diese Liste im nationalen Kontext zu erweitern. In der vorliegenden Ausgabe des Journals of Health Monitoring werden Informationen zum riskanten Alkoholkonsum und zum Pro-Kopf-Verbrauch im Focus

2014 starben 14.095 voll-jährige Personen an einer direkt durch Alkoholmissbrauch verursachten Erkrankung.

Alkoholkonsum von Erwachsenen in Deutschland: Riskante Trinkmengen, Folgen und Maßnahmen aufbereitet. Darüber hinaus finden sich Fact sheets zu [Alkoholvergiftungen mit stationärer Behandlung](#) und zu [Verkehrsunfällen unter Alkoholeinfluss](#). Das vorliegende Fact sheet ergänzt diese Informationen um die alkoholbedingte Mortalität als schwerwiegendste Folge übermäßigen Alkoholkonsums.

Indikator

Die Indikatoren zu Sterbefällen werden der Todesursachenstatistik entnommen, die eine jährliche Vollerhebung aller Todesfälle in Deutschland darstellt. Grundlage ist die von den Ärztinnen und Ärzten ausgestellte Todesbescheinigung, auf der die Krankheiten aufgelistet sind, die zum Tode geführt haben. Die Todesursachenstatistik wird nach den Regeln der WHO unikausal aufbereitet, d. h. von den Eintragungen im Leichenschauschein wird nur das Grundleiden für die Statistik herangezogen. Seit dem 1. Januar 1998 wird die 10. Revision der „Internationalen

statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ (ICD-10) in der amtlichen Todesursachenstatistik angewandt. Zur Ermittlung der alkoholbedingten Sterbefälle wird auf eine Liste der vollständig durch Alkohol verursachten Erkrankungen zurückgegriffen [4]. Unter diesen sind die Diagnosen F10 (Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol) sowie K70 (Alkoholische Leberkrankheit) für über 90% der alkoholbedingten Sterbefälle verantwortlich und werden im Folgenden gesondert ausgewiesen [5, 6]. Todesursachen wie Herz-Kreislauf- oder Krebserkrankungen, an denen ein übermäßiger Alkoholkonsum einen bedeutenden Anteil haben kann, sind in der folgenden Darstellung nicht enthalten. Es werden ausschließlich Informationen zu vollständig alkoholbedingten Todesursachen nach Alter, Geschlecht und Jahr ausgewertet. Die insgesamt durch Alkohol bedingte Mortalität wird damit unterschätzt. Berichtet werden für die Bevölkerung ab 18 Jahren absolute Sterbefälle und Sterbefälle pro 100.000 Einwohner. Die Altersstan-

Tabelle 1
Alkoholbedingte Mortalität bei Erwachsenen
im Jahr 2014 (≥18 Jahre)

Quelle: Todesursachenstatistik [6]



		Sterbefälle	Sterbefälle je 100 Tsd. Einwohner (rohe Raten)
K70 Alkoholische Leberkrankheit	Gesamt	7.864	11,6
	Frauen	2.256	6,5
	Männer	5.608	17,0
F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	Gesamt	5.113	7,5
	Frauen	1.192	3,4
	Männer	3.921	11,9
Alkoholbedingte Sterbefälle insgesamt	Gesamt	14.095	20,8
	Frauen	3.672	10,5
	Männer	10.423	31,6

Etwa drei Viertel aller unmittelbar alkoholbedingten Todesfälle entfallen auf Männer.

Standardisierung bei Zeitvergleichen erfolgt anhand der „alten Europastandardbevölkerung“ bezogen auf alle Altersgruppen ab 0 Jahren.

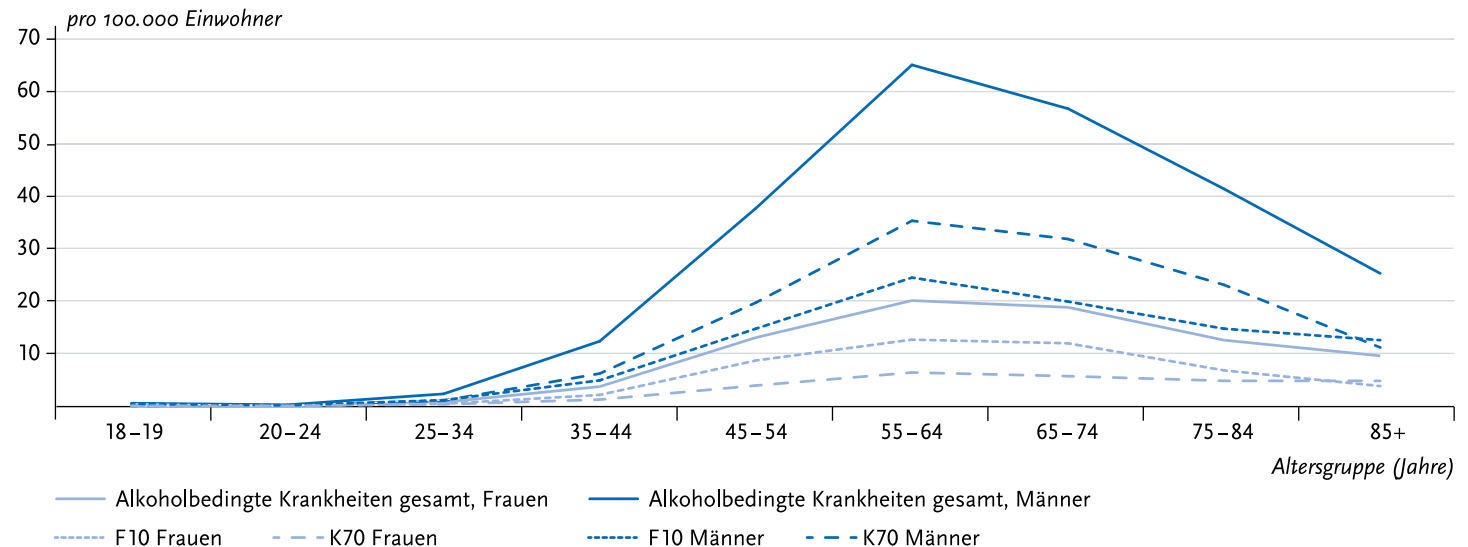
Einordnung der Ergebnisse

Insgesamt wurde im Jahr 2014 in Deutschland bei 14.095 verstorbenen Erwachsenen eine alkoholbedingte Erkrankung als Todesursache festgestellt. Damit starben 20,8 von 100.000 Einwohnern ab 18 Jahren an einer direkt mit dem Alkoholkonsum assoziierten Erkrankung. Männer sind deutlich häufiger von alkoholbedingten Todesursachen betroffen als Frauen (Tabelle 1). Nahezu drei Viertel dieser Todesfälle entfallen damit auf Männer.

Regional ist die alkoholbedingte Sterblichkeit in den neuen Ländern, aber auch in Bremen deutlich überdurchschnittlich ausgeprägt [6]. Zudem ist die Sterb-

lichkeit aufgrund alkoholbedingter Störungen stark altersassoziiert. Insgesamt, wie auch bei den wichtigsten Einzeldiagnosen, zeigt sich ein nennenswerter Anstieg erst in der Altersgruppe der 35- bis 44-Jährigen. Danach nimmt die alkoholbedingte Sterblichkeit stark zu und erreicht einen Höhepunkt in der Gruppe der 55- bis 64-Jährigen. Bei diesen liegt die alkoholbedingte Sterblichkeit bei 20,2 pro 100.000 Einwohnerinnen bei den Frauen und bei 65,4 pro 100.000 Einwohnern bei den Männern. Parallel zum altersbedingten Anstieg in der Sterblichkeit nimmt also auch der Geschlechterunterschied zugunsten der Männer im Altersgang deutlich zu. Besonders in jüngeren Altersjahrgängen unterscheiden sich Frauen und Männer in der alkoholbedingten Sterblichkeit nur wenig voneinander (Abbildung 1).

Abbildung 1
Alkoholbedingte Mortalität bei Erwachsenen nach Alter im Jahr 2014 (Sterbefälle pro 100.000 Einwohner)
Quelle: Todesursachenstatistik [6]



Ab der Altersgruppe der 35- bis 44-Jährigen steigt die alkoholbedingte Sterblichkeit stark an und erreicht einen Höhepunkt in der Gruppe der 55- bis 64-Jährigen.

Die geschlechtsspezifische Verteilung der alkoholbedingten Todesursachen findet ihre Entsprechung in den Konsummustern, wie sie bereits im jungen Erwachsenenalter ausgeprägt sind: Risikokonsum und Rauschtrinken finden sich unabhängig vom Alter deutlich häufiger bei Männern als bei Frauen [7, 8] (**Focus**). Mit dem Alter gehen manche Konsummuster, wie das Rauschtrinken, zwar bei beiden Geschlechtern zurück [7], bei einem Teil der Personen manifestiert sich aber ein dauerhafter Alkoholmissbrauch. Die vergleichsweise hohe alkoholbedingte Sterblichkeit im mittleren Lebensalter ist somit der Tatsache geschuldet, dass diese Personen Erkrankungs- und Sterberisiken über eine längere Lebensspanne hinweg akkumulieren.

Ähnlich gilt für die regionalen Unterschiede in der alkoholbedingten Mortalität, dass sie mit unterschiedlichen Konsummustern korrespondieren: So liegt der Alkoholkonsum in den neuen Ländern seit dem Mauerfall bis heute über dem Konsum der alten Bundesländer. Allerdings ist dies bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen kaum noch festzustellen [9]. Es besteht also Grund zur Hoffnung, dass sich die tendenzielle Reduzierung der Ost-West-Unterschiede in der alkoholbedingten Mortalität weiter fortsetzt [6].

Im Zeitverlauf zeigt sich ein Rückgang der alkoholbedingten Mortalität in Deutschland [6]. Bezogen auf alle Altersgruppen (ab 0 Jahren) sind bei Männern die altersstandardisierten Raten von 29,1 Sterbefällen pro 100.000 Einwohnern im Jahr 1998 auf 20,1 im Jahr 2014 zurückgegangen. Auf niedrigerem Niveau fiel der entsprechende Rückgang von 9,0 auf 6,5 Sterbefälle bei Frauen schwächer aus. Auch die zeitliche Entwicklung

in der alkoholbedingten Sterblichkeit findet ihre Entsprechung in rückläufigen Konsummustern: im Zeitverlauf zeigen unterschiedliche Studien übereinstimmend, dass der Anteil an Personen, die in riskanten Mengen Alkohol konsumieren, in den letzten drei Jahrzehnten abgenommen hat [10] (**Focus**). Grundsätzlich sind in Deutschland damit positive Entwicklungen im Sinne der nationalen und internationalen Zielvorgaben zu verzeichnen. Da Deutschland aber nach wie vor zu jenem Viertel der OECD-Mitgliedsstaaten mit dem höchsten Pro-Kopf-Verbrauch an Alkohol zählt, und auch weltweit einen relativ hohen Konsum aufweist, besteht weiterhin Handlungsbedarf [11, 12]. Mögliche Ansätze reichen von Informations- und Aufklärungsmaßnahmen, welche die Konsumierenden direkt ansprechen, bis hin zu verhältnisorientierten Maßnahmen, mit denen die Werbung für alkoholische Getränke, die Preisgestaltung oder auch die Verfügbarkeit von Alkohol in den Blick genommen werden können (**Focus**). Zur Vermeidung der alkoholbedingten Mortalität kommt den Angeboten der Suchthilfe große Bedeutung zu, indem Alkoholabhängigkeit durch sie rechtzeitig erkannt und behandelt werden kann. Da Alkoholkonsum und alkoholbedingte Sterblichkeit stark männlich geprägte Phänomene sind, bedarf es in Prävention und Therapie geschlechtssensibler Ansätze, um spezifische Verhaltensmuster von Männern und Frauen adäquat zu adressieren [13].

Literatur

1. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2015) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und DESTATIS. RKI, Berlin. www.rki.de/gesundheitsbericht (Stand: 23.08.2016)

2. World Health Organisation (2013) Global Action Plan for the Prevention and Control of Non-Communicable Diseases 2013-2020. WHO, Geneva

3. gesundheitsziele.de (2015) Nationales Gesundheitsziel „Alkoholkonsum reduzieren“. GVG, Köln

4. Rübenach SP (2007) Die Erfassung alkoholbedingter Sterbefälle in der Todesursachenstatistik 1980 bis 2005. Wirtschaft und Statistik 2007(3):278-290

5. Kraus L, Pabst A, Piontek D et al. (2015) Temporal Changes in Alcohol-Related Morbidity and Mortality in Germany. Eur Addict Res 21(5):262-272

6. Statistisches Bundesamt (2016) Sterbefälle, Sterbeziffern (je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert) (ab 1998). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht, Nationalität, ICD-10, Art der Standardisierung. <http://www.gbe-bund.de>

7. Hapke U, von der Lippe E, Gaertner B (2013) Riskanter Alkoholkonsum und Rauschtrinken unter Berücksichtigung von Verletzungen und der Inanspruchnahme alkoholspezifischer medizinischer Beratung: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 56(5-6):809-813

8. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2014) Alkoholkonsum. Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2012«. RKI, Berlin. www.rki.de/gbe (Stand: 23.08.2016)

9. Prütz F, Rommel A, Kroll L et al. (2014) 25 Jahre nach dem Fall der Mauer: Regionale Unterschiede in der Gesundheit. Hrsg. Robert Koch-Institut, Berlin. GBE kompakt 5(3). www.rki.de/gbe (Stand: 23.08.2016)

10. Kraus L, Pabst A, Piontek D et al. (2013) Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen: Trends in Deutschland 1980–2012. Sucht 59(6):333-345

11. John U, Hanke M, Meyer C et al. (2016) 2.1 Alkohol. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg) Jahrbuch Sucht 2016. Pabst Science Publishers, Lengerich, S37-54

12. Gaertner B, Freyer-Adam J, Meyer C et al. (2015) 2.1 Alkohol- Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg) Jahrbuch Sucht 2015. Pabst Science Publishers, Lengerich, S39-71

13. Robert Koch-Institut (2014) Gesundheitliche Lage der Männer in Deutschland. RKI, Berlin. www.rki.de/gbe (Stand: 23.08.2016)

Impressum

Journal of Health Monitoring

Institution(en) der beteiligten Autorinnen und Autoren

Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring,
Robert Koch-Institut, Berlin

Korrespondenzadresse

A. Rommel
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
E-Mail: RommelA@rki.de

Interessenkonflikt

Der korrespondierende Autor gibt für sich und seine
Koautorinnen an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion

Martina Rabenberg
Alexander Rommel
Dr. Livia Ryl
Dr. Anke-Christine Saß
Dr. Thomas Ziese
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
Tel.: 030-18 754-3400
E-Mail: healthmonitoring@rki.de
www.rki.de/journalhealthmonitoring

Zitierweise

Rommel A, Saß AC, Rabenberg M (2016) Alkohol-
bedingte Mortalität bei Erwachsenen. Journal of Health
Monitoring 1(1):37–42 DOI 10.17886/RKI-GBE-2016-022



Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im
Geschäftsbereich des Ministeriums für Gesundheit