

Handbuch Alkohol – Österreich

Band 3: Ausgewählte Themen

Wissenschaftlicher Bericht

Im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz



Handbuch Alkohol – Österreich

Band 3: Ausgewählte Themen

Wissenschaftlicher Bericht

Autorinnen und Autoren:

Julian Strizek
Deniz Akartuna
Sylvia Gaiswinkler
Monika Nowotny
Alexandra Puhm
Alfred Uhl

Fachliche Begleitung:

Claudia Rafling
Alice Schogger

Lektorat:

Elisabeth Breyer
Markus Tinhof

Projektassistenz:

Monika Löbau
Yvonne Schatz

Die Inhalte dieser Publikation geben den Standpunkt der Autorinnen/Autoren und nicht unbedingt jenen des Auftraggebers wieder.

Wien, im Jänner 2026

Im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Zitierungsvorschlag: Strizek, Julian; Gaiswinkler, Sylvia; Nowotny, Monika; Puhm, Alexandra; Uhl, Alfred (2026): Handbuch Alkohol – Österreich. Band 3: Ausgewählte Themen. Gesundheit Österreich, Wien

Zl. P4/11/5063

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich GmbH,
Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Website: www.goeg.at

Dieser Bericht trägt zur Umsetzung der Agenda 2030 bei – insbesondere zum Nachhaltigkeitsziel (SDG) 3, „Gesundheit und Wohlbefinden“, sowie zu den Unterzielen SDG 3.5 (Die Prävention und Behandlung des Substanzmissbrauchs, namentlich des Suchtstoffmissbrauchs und des schädlichen Gebrauchs von Alkohol, verstärken) sowie SDG 3.a (Die Durchführung des Rahmenübereinkommens der Weltgesundheitsorganisation zur Eindämmung des Tabakgebrauchs in allen Ländern nach Bedarf stärken).

Kurzfassung

Hintergrund

Das Handbuch Alkohol – Österreich (HBAÖ) besteht aus drei Bänden und hat zum Ziel, einen möglichst umfassenden Überblick über unterschiedliche alkoholrelevante Themenbereiche zu bieten. Band 1 beinhaltet „Statistiken und Berechnungsgrundlagen“ und Band 2 „Gesetzliche Grundlagen“ zu Alkoholkonsum in Österreich. Der vorliegende Band 3 („Ausgewählte Themen“) stellt wesentliche empirische Erkenntnisse zur Epidemiologie des Alkoholkonsums in Österreich bereit und bietet darüber hinaus auch zu einzelnen Themen eine ausführliche Auseinandersetzung mit Grundlagen, Methoden und Konzepten. Die vorliegende Version wurde im Vergleich zu den Versionen der Vorjahre komplett aktualisiert und zudem ein neues Kapitel zum Thema „Grenzmengen eines risikoarmen Alkoholkonsums“ (Kap. 4.2) ergänzt.

Methoden

Die Basis der vorliegenden Arbeit bilden Literaturrecherchen und Sekundäranalysen bestehender Datenquellen.

Ergebnisse

Die Forderung nach einer evidenzbasierten Alkoholpolitik übersieht teilweise, dass politische Ansätze unvermeidlich auf Werthaltungen basieren, die aus Gründen der Transparenz Bestandteil der Diskussion sein sollten. Auf europäischer Ebene befindet sich Alkoholpolitik im Spannungsfeld zwischen den beiden Polen eines alkoholkritischen Kontrollansatzes und eines problemfokussierten Ansatzes. In Österreich dominiert – wie auch in anderen Ländern des südeuropäischen und alpinen Raumes – traditionell der problemfokussierte Ansatz, während in nordeuropäischen und englischsprachigen Ländern der alkoholkritische Kontrollansatz überwiegt, der auch über internationale Organisationen propagiert wird.

Die Epidemiologie der Alkoholkonsums bedient sich unterschiedlicher Methoden, um Alkoholkonsum und seine Folgen mittels aussagekräftiger Zahlen beschreiben zu können. Dazu gehören Schätzungen auf Basis einerseits von Drittvariablen, andererseits von Verkaufs- und Produktionsstatistiken sowie Befragungsdaten (und Kombinationen aus diesen Schätzmethoden). Hochproblematischer Alkoholkonsum wird mit unterschiedlichen Begriffen (Alkoholismus, Alkoholabhängigkeit, Alkoholsucht) beschrieben. Neben den gängigen Diagnoseschlüsseln (ICD-10 und DSM 5) bestehen auch zahlreiche Typologien, die den pathologischen Alkoholkonsum nach Gensee bzw. Symptomatologie in Kategorien unterteilen.

Schlüsselwörter

Alkohol, Epidemiologie, Erklärungsmodelle, Typologien, Auswirkungen, Politik, Prävention, Behandlungsansätze, Gesetzgebung

Summary

Background

The "Handbook Alcohol – Austria" (HBAÖ) consists of three volumes and aims to provide an overview as comprehensive as possible concerning different alcohol-related topics. Volume 1 ("Statistics and Calculation Bases") and Volume 2 ("Laws") are updated at shorter intervals than Volume 3 ("Selected Topics") due to their smaller size. This Volume 3 provides essential empirical findings on the epidemiology of alcohol consumption in Austria and offers a detailed discussion of basic principles, methods and concepts on individual topics. The present version has been completely updated compared to the versions of previous years, and a new chapter low-risk guidelines for alcohol consumption (Chapter 4.2) has been added."

Methods

The present work is based on literature searches and secondary analyses of existing data sources.

Findings

The demand for an evidence-based alcohol policy commonly ignores the fact that political approaches are inevitably based on value judgments, which should be explicitly part of the debate for reasons of transparency. At the European level, alcohol policy is confronted with a tension between the two poles of alcohol-critical control approach and a problem-focused approach. In Austria – as in other countries of the Southern European and Alpine regions – the problem-focused approach has traditionally dominated, while in Northern European and English speaking countries the restrictive alcohol control approach has dominated. The alcohol-critical control approach dominates the discourses of international organisations.

The epidemiology of alcohol consumption utilises different methods to describe alcohol consumption and its consequences with conclusive figures. These include estimates based on tertiary variables, estimates based on sales and production statistics, and survey data (and combinations of these estimation methods). Highly problematic alcohol consumption is characterised by different terms (alcoholism, alcohol dependence, alcohol addiction). In addition to the common diagnostic codes (ICD-10 and DSM 5), there are also numerous typologies that divide pathological alcohol consumption into sub-categories according to its cause or its symptomatology.

Discussion

Knowledge of the underlying assumptions leading to epidemiological estimation models is required to adequately assess meaning and precision of the findings and progressions presented.

Keywords

alcohol, epidemiology, explanatory models, typologies, effects, politics, prevention, treatment approaches, legislation

Inhalt

Kurzfassung	III
Summary.....	IV
Abbildungen	IX
Tabellen.....	XI
Abkürzungen	XII
1 Einleitung	1
2 Alkoholpolitik: Grundlagen und Strategien.....	2
2.1 Evidenzbasierung und Werthaltungen in der Alkoholpolitik.....	2
2.1.1 Unzulässige Gleichsetzungen: Wirksamkeit/Messbarkeit, faktische/normative Aussagen	3
2.1.2 Unterschiedliche Trinkkulturen und die Akzeptanz alkoholpolitischer Maßnahmen	5
2.1.3 Argumentationsunterschiede in Bezug auf unterschiedliche Substanzen.....	6
2.1.4 Europäische Alkoholpolitik im Spannungsfeld zwischen alkoholkritischem Kontrollansatz und problemfokussierendem Ansatz.....	6
2.1.5 EU-Forschungsprojekte, europäische Positionspapiere und die Rolle von Advocacy-Groups	8
2.1.6 Historische Entwicklung und zentrale alkoholpolitische Dokumente	12
2.2 Alkoholpolitik in Österreich	32
2.2.1 Was ist eine „Alkohol-Policy“?.....	32
2.2.2 Gibt es eine österreichische „Alkohol-Policy“?	33
2.2.3 Alkoholpolitische Maßnahmen in Österreich mit Bezug zum Europäischen Handlungsrahmen	34
2.2.4 Weitere alkoholpolitische Maßnahmen in Österreich	43
2.3 Gesundheitsbezogene Warnhinweise auf alkoholischen Getränken.....	46
2.3.1 Definitionen und rechtliche Grundlagen.....	47
2.3.2 Aktuelle Einsatzformen von Warnhinweisen	50
2.3.3 Beurteilung der Wirksamkeit von Warnhinweisen	51
2.3.4 Ethische Grundlagen der Informationsvermittlung in Zusammenhang mit alkoholischen Getränken	56
2.4 Die Bedeutung digitalen Marketings im Bereich alkoholischer Getränke.....	59
2.4.1 Ausformungen digitalen Marketings zur Bewerbung alkoholischer Getränke.....	60
2.4.2 Spezifische Charakteristika digitalen Marketings	62
2.4.3 Mögliche Ansatzpunkte zur Regulierung digitalen Marketings	64
3 Grundlagen der Alkoholepidemiologie	68
3.1 Operationalisierung der konsumierten Alkoholmenge	68
3.1.1 Durchschnittlicher Alkoholgehalt von Getränken.....	69
3.1.2 Messung in Standardglas.....	70
3.1.3 Durchschnittskonsum in Gramm pro Tag bzw. Liter pro Jahr	71
3.2 Schätzungen auf der Basis offizieller Produktions-, Verkaufs-, Verwertungs-, Import- und Exportzahlen.....	72
3.2.1 Bierverbrauch nach der „Versorgungsbilanz Bier“	73
3.2.2 Weinverbrauch nach der „Versorgungsbilanz Wein“	73

3.2.3	Spirituosenverbrauch	74
3.2.4	Dunkelzifferschätzung des Mostkonsums.....	74
3.3	Schätzungen über den Zusammenhang zwischen Alkoholverbrauch und bekannten Drittvariablen	75
3.3.1	Ledermann-Modell	75
3.3.2	Theorie der Gemeinsamkeit innerhalb trinkender Kulturen vs. Polarisierungshypothese	76
3.3.3	Alkoholkonsum und Leberzirrhoesterblichkeit – die „Jellinek-Formel“	77
3.4	Schätzungen auf der Basis von Befragungsergebnissen.....	79
3.4.1	Kombinierte Ansätze	79
3.4.2	Regelmäßig durchgeführte österreichweite Erhebungen und Befragungen.....	81
4	Alkoholbezogene Konzepte, Diagnosen und Klassifikationssysteme.....	85
4.1	Beschreibung des Konsumverhaltens mittels Befragungsdaten: Konzepte und Indikatoren	85
4.1.1	„Alkoholrausch“ und „Betrunkensein“	85
4.1.2	„Binge-Drinking“	86
4.1.3	Erstkonsumalter	87
4.2	Grenzmengen eines risikoarmen Alkoholkonsums	88
4.2.1	Kurzer Abriss der Entwicklung von Grenzmengen.....	89
4.2.2	Grenzmengen in unterschiedlichen europäischen Staaten	90
4.2.3	Rezente Diskurse im Zusammenhang mit Grenzmengen eines risikoarmen Konsums	91
4.2.4	Zusammenfassung und Implikationen für die Praxis	100
4.3	Alkoholismus, Alkoholabhängigkeit, Alkoholsucht	101
4.4	Typologien für alkoholassoziierte Störungen	104
4.4.1	Typologie nach Jellinek	104
4.4.2	Typologie nach Cloninger	105
4.4.3	Primärer Alkoholismus vs. sekundärer Alkoholismus nach Schuckit	106
4.5	Klassifikationssysteme	106
4.5.1	Kategoriale vs. dimensionale Diagnostik	106
4.5.2	Klassifikation nach ICD-11	107
4.5.3	Klassifikation nach DSM-5	113
4.5.4	Vergleich der Änderungen und ihre Implikationen für die Praxis	116
4.6	Klassifizierung nach dem selbstberichteten Alkoholkonsumverhalten	116
5	Auswirkungen des akuten und chronischen Alkoholkonsums	119
5.1	Alkoholmetabolismus	119
5.1.1	Alkoholaufnahme	119
5.1.2	Theoretischer und tatsächlicher Gipfel des Blutalkoholspiegels	120
5.1.3	Berechnung des theoretischen Alkoholspiegels	121
5.1.4	Abbau des Ethylalkohols	124
5.1.5	Abbau des Methylalkohols	127
5.1.6	Messung der Blutalkohol-, Atemalkohol- und Urinalkoholkonzentration	127
5.1.7	Konsumierte Alkoholmenge und Promillewert	128
5.1.8	Identische vs. äquivalente Alkoholkonsummengen	129
5.1.9	Rausch und Vergiftung	130
5.2	Alkohol und Morbidität	131
5.2.1	Beurteilung der gesundheitlichen Belastung durch Alkohol	131

5.2.2	Begleit- und Folgeerkrankungen von Alkoholkonsumstörungen.....	134
5.2.3	Komorbidität von Alkoholkonsumstörungen und psychischen Störungen.....	137
5.2.4	Bedeutungen von Komorbidität für die Behandlung von Menschen, die Alkoholerkrankungen aufweisen	140
5.2.5	Art und Ausmaß der psychiatrischen Komorbidität bei Alkoholabhängigkeitserkrankungen in Österreich.....	143
5.3	Alkohol und Mortalität.....	150
5.3.1	Akut tödliche Alkoholdosis.....	151
5.3.2	Häufigkeit des akuten Alkoholtodes.....	152
5.3.3	Anzahl der Menschen, die jährlich an Alkohol sterben	153
5.3.4	Verlorene Lebensjahre durch Alkoholismus und Alkoholmissbrauch.....	157
5.4	Alkohol und Krebs	160
5.4.1	Wirkmechanismen zwischen Alkoholkonsum und Krebs	162
5.4.2	Epidemiologische Schätzungen des Ausmaßes und der Verteilung alkoholassozierter Krebserkrankungen	162
5.4.3	Die Bedeutung von Brustkrebs innerhalb des Alkohol-Krebs-Diskurses	163
5.4.4	Herausforderungen bei der Beurteilung des Risikos geringer Alkoholmengen in Bezug auf Krebserkrankungen.....	164
5.4.5	Implikationen für Gesundheitsinformation und alkoholpolitische Maßnahmen.....	165
5.5	Alkohol und Suizidalität.....	167
5.5.1	Einflussfaktoren des Suizidrisikos	168
5.5.2	Suizid und Alkoholabhängigkeit	169
5.5.3	Suizid und akute Effekte durch Alkoholkonsum	170
5.5.4	Einfluss von Alter und Geschlecht.....	171
5.5.5	Daten zur Stärke des Zusammenhangs zwischen Alkohol und Suizidalität.....	173
5.6	Alkohol, Geschlecht und Gender	175
5.6.1	Einflussfaktoren	175
5.6.2	Konvergenz des Alkoholkonsumverhaltens.....	177
5.6.3	Alkoholkonsumstörungen und Geschlecht.....	179
5.7	Gesundheitsfördernde Alkoholwirkung oder Risikofaktor Alkoholabstinenz?.....	182
5.7.1	Wirkungsmodelle zur Erklärung des J-Zusammenhangs	183
5.7.2	Selbstselektionsmodelle zur Erklärung des J-Zusammenhangs	184
5.7.3	Zusammenfassende Beurteilung der sieben genannten Modelle	186
5.8	Beeinträchtigung durch den Alkoholkonsum anderer („harm from others' drinking“).....	187
5.9	Alkohol und Sexualität	188
6	Spezielle Probleme in unterschiedlichen Settings und Subpopulationen	189
6.1	Alkohol und Schwangerschaft	189
6.1.1	Alkoholkonsum in der Schwangerschaft.....	189
6.1.2	Auswirkungen auf das Ungeborene – Fatale Alkoholspektrumstörungen.....	190
6.1.3	Implikationen für die Prävention und Versorgung	194
6.2	Alkoholkonsum und Stillen	199
6.3	Akute Alkoholvulnerabilität von Kindern.....	201
6.4	Alkohol und Behinderung.....	202
6.5	Jugend und Alkohol	209
6.6	Kinder aus alkoholbelasteten Familien.....	210

6.7	Das Konzept Co-Abhängigkeit	211
6.8	Alkoholvulnerabilität von Frauen.....	213
6.9	Übermortalitatsbias und Unterschätzung von Alkoholproblemen im Alter	214
6.10	Alkohol am Arbeitsplatz	215
6.11	Alkohol im Straßenverkehr	215
7	Alkoholkonsum in Österreich.....	218
7.1	Charakteristik und Entwicklung des Alkoholkonsums in Österreich.....	218
7.2	Alkoholkonsum Jugendlicher	221
7.3	Problematischer Alkoholkonsum in der erwachsenen Bevölkerung	222
7.4	Pravenz, Gesamtlebenszeitpravenz und Inzidenz des Alkoholismus in Österreich.....	223
7.5	Entwicklung der Behandlung von Alkoholismus nach Geschlecht.....	225
7.6	Durchschnittlicher Alkoholkonsum alkoholkranker und nichtalkoholkranker Personen.....	226
7.7	Alkoholkonsum und Alkoholpreis	229
7.8	Alkoholberauschung, bezogen auf Alter und Geschlecht.....	235
8	Alkoholabhängigkeit und Stigma.....	237
8.1	Was ist Stigma?.....	237
8.2	Stereotype und Vorurteile gegenüber Menschen mit Alkoholerkrankungen	240
8.3	Folgen von Stigma für Betroffene	241
8.4	Besonderheiten im Kontext von Stigma bei Alkoholerkrankungen.....	243
8.5	Ziele und Interventionsmöglichkeiten zum Abbau von Stigma bei Alkoholerkrankungen.....	248
8.6	Was wird in Österreich getan, um das Stigma bei Suchterkrankungen abzubauen?	251
9	Alkoholsuchtprävention	254
9.1	Die Entwicklung der modernen Suchtprävention	255
9.2	Klassifikation von Prävention und Präventionsmaßnahmen.....	257
9.3	Theoretische Ansätze in der Suchtprävention	258
9.3.1	Verhältnisorientierte Ansätze den Alkohol betreffend	260
9.3.2	Verhaltensorientierte Ansätze	261
9.4	Evidenzbasierte Alkoholsuchtprävention.....	268
9.5	Die Rolle der Fachstellen für Suchtprävention in den Bundesländern und Beispiele für suchtpravitative Maßnahmen in Österreich	271
10	Behandlung des Alkoholismus in Österreich	276
10.1	Historische Entwicklung des professionellen Behandlungs- und Betreuungsangebots für alkoholkranke Menschen in Österreich	276
10.2	Aktuelle Entwicklungen.....	277
10.3	Unterstützung für Angehörige alkoholkranker Menschen.....	279
10.4	Selbsthilfe für alkoholkranke Personen und deren Angehörige in Österreich.....	279
11	Alkohol als Wirtschaftsfaktor	282
11.1	Ausgaben der Österreicher:innen für alkoholische Getränke.....	282
11.2	Haushaltsausgaben im internationalen Vergleich	284
11.3	Steuereinnahmen in Zusammenhang mit alkoholischen Getränken	285
11.4	Kosten des Alkoholkonsums: Messbarkeit und Auswirkungen.....	288
12	Quellen.....	291

Abbildungen

Abbildung 1: Bewerbung alkoholischer Getränke auf Social Media durch humoristisch geprägte Inhalte	62
Abbildung 2: Bewerbung alkoholischer Getränke durch Einsatz von Augmented Reality	62
Abbildung 3: Schätzung des Anteils alkoholkranker Personen in Österreich, basierend auf der Jellinek-Formel.....	78
Abbildung 4: Abbau des Ethylalkohols.....	125
Abbildung 5: Anteil der Verstorbenen mit alkoholassoziierten Todesursachen und mit allen Todesursachen nach Alter zum Todeszeitpunkt (2023)	156
Abbildung 6: Alkoholassoziierte Todesfälle in Prozent aller Verstorbenen nach Geschlechtern im Zeitverlauf (1955 bis 2023).....	157
Abbildung 7: Anzahl der Suizide in absoluten Zahlen, pro 100.000 Einwohner:innen und pro 1.000 Todesfälle (Durchschnitt pro Jahr im Zeitraum 2010–2019 und getrennt für Männer und Frauen)	168
Abbildung 8: Entwicklung der Alkoholtest- und der Anzeigenanzahl wegen Alkohols am Steuer.....	216
Abbildung 9: Entwicklung von alkoholassoziierten Unfällen und Verkehrstoten sowie Unfällen, Verletzten und Verkehrstoten insgesamt, jeweils in Relation zur Anzahl zugelassener Personenkraftwagen	217
Abbildung 10: Prävalenz von Alkoholkonsum nach Altersgruppen	218
Abbildung 11: Verlauf des durchschnittlichen Pro-Kopf-Konsums für Personen ab 15 Jahren in Gramm Alkohol (1955–2023)	220
Abbildung 12: Durchschnittskonsum pro Tag nach Geschlecht (in Gramm Alkohol)	222
Abbildung 13: Problematischer Konsum (mehr als 40 g bzw. 60 g Alkohol pro Tag) nach Geschlecht und Alter	223
Abbildung 14: Entwicklung der Anzahl stationärer Aufenthalte wegen Alkoholabhängigkeit für Männer und Frauen.....	226
Abbildung 15: Pro-Kopf-Reinalkoholkonsum der Erwachsenen und reale Alkoholpreise, Basisjahr 1958 = 100 (1958–2023)	232
Abbildung 16: Pro-Kopf-Reinalkoholkonsum der Erwachsenen und Alkoholpreise relativ zur Kaufkraft, Basisjahr 1976 = 100 (1976–2023)	233
Abbildung 17: Spirituosenhaltiger Alkopopkonsum in Österreich und Deutschland 1994 bis 2008.....	234
Abbildung 18: Monatsprävalenz Berauschgung nach Alter	236
Abbildung 19: Dynamisches Modell individueller und sozialer Verantwortung bei Suchterkrankungen	247

Abbildung 20: Anteil der Ausgaben für Alkohol (Heimkonsum) an privaten Haushaltsausgaben in europäischen Ländern 2022	285
Abbildung 21: Steuereinnahmen durch alkoholrelevante Steuern im Zeitverlauf (absolutes Steuervolumen in Millionen Euro pro Jahr).....	286
Abbildung 22: Steuereinnahmen aus alkoholrelevanten Steuern im Zeitverlauf (relatives Steuervolumen, gemessen an allen Gütersteuern pro Jahr)	287

Tabellen

Tabelle 1: Übersicht über wichtige internationale alkoholpolitische Entwicklungen und Dokumente.....	14
Tabelle 2: Textinhalte für gesundheitsbezogene Hinweise in Ländern der WHO European Region.....	50
Tabelle 3: Umrechnung von Mengen alkoholischer Getränke auf Standardglas (ÖSG bzw. ASG).....	71
Tabelle 4: Verhältnis von Rohangaben und Korrekturfaktoren für den durchschnittlichen Pro-Kopf-Konsum laut vier Repräsentativerhebungen in Österreich.....	80
Tabelle 5: Grenzmengen des täglichen Alkoholkonsums für ein moderat bzw. stark erhöhtes Gesundheitsrisiko	90
Tabelle 6: Alkoholassoziierte Störungen nach ICD-11	108
Tabelle 7: Gegenüberstellung der Kriterien für Alkoholabhängigkeit, ICD-11 und ICD-10	110
Tabelle 8: Kriterien für eine Alkoholkonsumstörung nach DSM-5.....	114
Tabelle 9: Alkoholinduzierte Störungen nach DSM-5	115
Tabelle 10: Kategorien nach selbstberichtetem Alkoholkonsumverhalten im Rahmen der österreichischen Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch	118
Tabelle 11: Beispiele für die praktische Anwendung der Widmark'schen Formel	124
Tabelle 12: Gegenüberstellung zweier idealtypischer Ansätze zur Beurteilung der gesundheitlichen Belastung durch Alkohol	133
Tabelle 13: Anteil der Patientinnen und Patienten mit Hauptdiagnose Alkoholabhängigkeit im Jahr 2019, die zusätzlich im selben Jahr eine der folgenden Erkrankungen als Nebendiagnose gestellt bekamen (nach Geschlecht, Auswertungsebene „Diagnosegruppen“ bzw. „Dreisteller“)	146
Tabelle 14: Patientinnen und Patienten mit stationärer Behandlung wegen einer Suchtdiagnose (exklusive Alkohol) bzw. einer F-Diagnose (exklusive Suchtdiagnosen) innerhalb der letzten fünf Jahre pro 1.000 Personen mit Alkoholabhängigkeitsdiagnose bzw. pro 1.000 EW (nach Geschlecht, Auswertungszeitraum 2015 bis 2019, Auswertungsebene „Diagnosegruppen“ bzw. „Dreisteller“).....	149
Tabelle 15: Explizit in Zusammenhang mit Alkohol stehende Todesursachen und Todesursachen mit begünstigender Wirkung exzessiven Alkoholkonsums (2023, getrennt nach Geschlechtern).....	155
Tabelle 16: Zahlen zu Alkohol und Suizidalität im Überblick	174
Tabelle 17: Die doppelte Verdünnung des Alkoholgehalts beim Stillen	200

Tabelle 18: Alkoholgehalt in Speisen und Getränken.....	200
Tabelle 19: Primärer vs. sekundärer Alkoholismus bei stationären Patientinnen und Patienten des API	214
Tabelle 20: Prävalenz, Gesamtlebenszeitprävalenz und Inzidenz des chronischen Alkoholismus in Österreich.....	224
Tabelle 21: Alkoholkonsum von Klientinnen und Klienten des Anton Proksch Instituts vor Antritt einer stationären Behandlung wegen Alkoholproblemen	227
Tabelle 22: Täglicher Pro-Kopf-Alkoholkonsum alkoholkranker und nichtalkoholkranker Menschen in Österreich nach Geschlecht.....	228
Tabelle 23: Verteilung des Gesamtkonsums reinen Alkohols nach Alkoholkonsumklassen.....	229
Tabelle 24: Stufen der Verhaltensänderung im transtheoretischen Modell.....	264
Tabelle 25: Unterschiede zwischen kurativer Medizin und Suchtprävention im Kontext der Evidenzbasierung.....	268
Tabelle 26: Methodische Unterschiede in der Evidenzgenerierung zwischen kurativer Medizin und Suchtprävention	269
Tabelle 27: Handlungsempfehlungen der ARGE Suchtvorbeugung zur Förderung eines verantwortungsvollen Umgangs mit Alkohol in Österreich	273
Tabelle 28: Verbrauchsausgaben für den Heimkonsum alkoholischer Getränke in Relation zu Ernährungs- und Gesamtausgaben.....	284

Abkürzungen

AA	Alcoholics Anonymous (Anonyme Alkoholiker)
AAK	Atemalkoholkonzentration
ADH	Alkohol-Dehydrogenase
ADS	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
ALDH	Aldehyd-Dehydrogenase
ALKGEW	Gesamtgewicht des konsumierten Reinalkohols (zur Berechnung des Blutalkoholspiegels)
Al-Anon	Alcoholics Anonymous Family Groups (Angehörigengruppen der Anonymen Alkoholiker)
ATHIS	Österreichische Gesundheitsbefragung (Austrian Health Interview Survey)
ARGE	Arbeitsgemeinschaft
ASG	angelsächsisches Standardglas
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test
BAK	Blutalkoholkonzentration
BMASGK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz
BMASGPK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
BWAK	Blutwasseralkoholkonzentration (zur Berechnung des Blutalkoholspiegels)
BWK	Blutwasserkonzentration (zur Berechnung des Blutalkoholspiegels)
CAGE	Alkoholscreeningtest (Akronym aus den Anfangsbuchstaben der Items „Cut-down Drinking“, „Annoyance“, „Guilt“, „Eye Opener“ [Trinkreduktion, Verärgerung, Schuldgefühle, Augenöffner])
CAN	Swedish Council for Information on Alcohol and Drugs
ChAPAPs	children affected by parental alcohol problems
CIDI	Composite International Diagnostic Interview
CNAPA	Committee on National Alcohol Policy and Action
COA	children of alcoholics
COICOP	Classification of the individual consumption expenditures by purpose
COVID-19	coronavirus disease 2019
DALY	disability-adjusted life years (behinderungsbereinigte Lebensjahre)
DDR	Deutsche Demokratische Republik
DNA	Desoxyribonukleinsäure
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EAAP 1	Erster Europäischer Alkohol-Aktionsplan
EAAP 2	Zweiter Europäischer Alkohol-Aktionsplan
EDV	elektronische Datenverarbeitung
ENCARE	European Network for Children Affected by Risky Environments within the Family
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (Europäisches Schülerbefragungsprojekt zu Alkohol und anderen Drogen)
EU	Europäische Union
EUROCARE	European Council for Alcohol Research Rehabilitation and Education
EUROSTAT	Statistisches Amt der Europäischen Union
FAS	fetales Alkoholsyndrom
FAE	fetaler Alkoholeffekt

FASD	fetal alcohol spectrum disorder
GABA	Gamma-Aminobuttersäure
GO	Gewerbeordnung
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GPS	General Population Survey (Repräsentativerhebung)
HBAÖ	Handbuch Alkohol – Österreich
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children
HIV/AIDS	humane Immundefizienz-Virus / acquired immunodeficiency syndrome
IACR	International Association of Cancer Registries
IARD	International Alliance for Responsible Drinking
ICAP	International Center for Alcohol Policy
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
KBS	Kettil Bruun Society for Social and Epidemiological Research on Alcohol
KGEW	Körpergewicht (zur Berechnung des Blutalkoholspiegels)
KGR	Körpergröße
KWAK	Körperwasseralkoholkonzentration (zur Berechnung des Blutalkoholspiegels)
KWGEW	Körperwassergewicht (zur Berechnung des Blutalkoholspiegels)
KWK	Körperwasserkonzentration (zur Berechnung des Blutalkoholspiegels)
KWVOL	Körperwasservolumen (zur Berechnung des Blutalkoholspiegels)
LKF	leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
MA	Magistratsabteilung
MEOS	mikrosomales ethanoloxidierendes System
Mio.	Million(en)
MI	Motivational Interviewing
NESARC	National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions
NGO	Non-Governmental Organisation (Nichtregierungsorganisation)
NIAAA	National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung)
ÖSG	österreichisches Standardglas
Pkw	Personenkraftwagen
PTSD	posttraumatische Belastungsstörung
QALY	quality-adjusted life year (qualitätskorrigiertes Lebensjahr)
RAPS	Rapid Alcohol Problem Screen
RARHA	Reducing Alcohol Related Harm
RED	Reduktionsfaktor (zur Berechnung des Blutalkoholspiegels)
REM	rapid eye movement
SPG	Sicherheitspolizeigesetz
TBC	Tuberkulose
UAK	Urinalkoholkonzentration
UNICEF	United Nations Children's Fund (Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen)
UVT	ursachenbezogene vorzeitige Todesfälle
WCRF	World Cancer Research Fund International
WHA	World Health Assembly (Weltgesundheitsversammlung), das Entscheidungsgremium der WHO
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)
WHO-EURO	Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation

1 Einleitung

Eine der Aufgaben des Kompetenzzentrums Sucht an der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) ist es, im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMASGPK) alkoholrelevante Daten und Informationen systematisch zu sammeln und sie Interessierten als Druck- bzw. Webversion zur Verfügung zu stellen.

Die vorliegende Ausgabe des *Bandes 3: Ausgewählte Themen* ist Teil der 5. Auflage des *Handbuch Alkohol – Österreich* (HBAÖ) – nach den Auflagen der Jahre 1999, 2001, 2009 und 2016. Weil die Datenmenge zum Thema Alkohol im Laufe der Jahre zunehmend angewachsen ist und zusätzliche Inhalte in das HBAÖ integriert wurden, wurde dieses im Jahr 2015 in zunächst vier Teile gegliedert. Nachdem sämtliche Inhalte des bisherigen „Bandes 2: Einrichtungen“ in den Suchthilfekompass¹ integriert wurden und nun ebendort ausschließlich online zur Verfügung gestellt werden, setzt sich das *Handbuch Alkohol – Österreich* nunmehr aus drei Bänden zusammen:

HBAÖ, Band 1: Statistiken und Berechnungsgrundlagen ist ein Band mit aktuellen alkoholbezogenen Statistiken inklusive einer Auflistung relevanter Formeln und rechnerischer Grundlagen (in der aktuellsten Fassung von Bachmayer et al. 2025).

HBAÖ, Band 2: Gesetzliche Grundlagen (bis zur Ausgabe 2019 noch als Band 3 ausgewiesen) gibt einen Überblick über die Entwicklung und den aktuellen Stand alkoholbezogener Gesetze und alkoholpolitischer Strategien (in der aktuellsten Fassung von Uhl et al. 2025).

HBAÖ, Band 3: Ausgewählte Themen bietet eine Übersicht über die wichtigsten Daten in puncto Alkoholkonsum in Österreich sowie ausführliche theoretische Auseinandersetzungen mit ausgewählten alkoholbezogenen Themen.

Durch die Aufteilung in drei Bände ist es möglich, schneller auf Änderungen und Neuerungen zu reagieren.

¹ <https://suchthilfekompass.goeg.at> (letzter Abruf: 26.06.2025)

2 Alkoholpolitik: Grundlagen und Strategien

2.1 Evidenzbasierung und Werthaltungen in der Alkoholpolitik

Ohne Zweifel sollen Entscheidungen – im privaten sowie auch im politischen Bereich – auf Basis einer möglichst umfassenden Informiertheit getroffen werden. Die Bereitstellung von Information ist die Aufgabe einer (im optimalen Fall vorurteilsfrei agierenden) Wissenschaft, die mit der Forderung nach „evidence-based policy“² versucht, sich auf politischer Ebene für ihre Erkenntnisse Gehör zu verschaffen. Diese Forderung ist absolut zu unterstützen, allerdings sollte hier beachtet werden, dass alle Informationen bewertet werden müssen, um als Grundlage für Entscheidungen nutzbar zu sein, wobei es oft nicht einfach ist, die Fakten- und die Bewertungsebene voneinander zu trennen.

Jedes politische Handeln fußt letztendlich auf normativen Überzeugungen und Werturteilen, die in ihrer Summe eine bestimmte Weltanschauung oder ein bestimmtes Menschenbild ergeben und entscheidend dafür sind, welchen Themen Bedeutung zugemessen wird und welche Zustände und Ziele als erstrebenswert erscheinen bzw. vermieden werden. Abhängig von diesen Urteilen rücken unterschiedliche Aspekte ins Zentrum der Aufmerksamkeit.

Veranschaulichen lässt sich dieser Umstand im Alkoholbereich beispielsweise in der Diskussion darüber, ob Alkoholkonsum in der gesundheitspolitischen Kommunikation per se als Problem präsentiert werden soll (weil bereits geringe Alkoholmengen mit einem geringfügig erhöhten Gesundheitsrisiko assoziiert werden = **alkoholkritische Perspektive**) oder ob ausschließlich jener Alkoholkonsum, bei dem aufgrund von Art und Menge des Konsums auch mit deutlich erhöhten Gefahren und Schäden zu rechnen ist, problematisiert werden sollte (**problemfokussierende Perspektive**) (vgl. Kap. 2.1.4). Diese beiden Haltungen spiegeln sich in den populären Schlagworten „Weniger ist besser!“ (womit implizit ausgesagt wird, dass am besten gar kein Alkohol konsumiert werden soll) auf der einen Seite und „Trinke verantwortungsbewusst“ bzw. „Trinke moderat“ (womit moderater Konsum nicht problematisiert wird) auf der anderen Seite wider.

Eng damit verbunden ist die Frage, ob man aus einer risikoaversen Grundhaltung heraus jegliche Gefahren und Risiken meiden sollte oder ob man im Sinne einer hedonistischen Grundhaltung den subjektiven Nutzen gegen potenzielle Risiken so abwägen sollte, dass man Wohlbefinden maximiert, ohne sich übermäßig großen Gefahren auszusetzen. Ergänzend zur Frage, welche Grundhaltung zum eigenen Alkoholkonsum man für angemessen hält, stellt sich die Frage, welche Interventionen die Öffentlichkeit ergreifen darf bzw. ergreifen muss, wenn Menschen im Zusammenhang mit ihrem Alkoholkonsum sich selbst oder andere erheblich schädigen. Suchtpolitik befindet sich hier im Spannungsfeld ethischer Zielkonflikte, anhand deren zwischen einschränkenden Maßnahmen und individueller Entscheidungsfreiheit abgewogen muss (Busch et al. 2023). Derartige grundlegende Standpunkte werden nur selten explizit zur Diskussion gestellt,

² Der Begriff „policy“ ist ein in der englischen Sprache gebräuchlicher und stark mehrdeutiger Ausdruck, den man je nach Kontext mit Worten wie „Handlungsplan“, „Verhaltensregel“, „Handlungsprinzip“, „verbindliche Grundsätze des Handelns“, „Gesetz(e)“, „Verordnung(en)“, „Direktive(n)“, „Hausordnung“ u. v. m. umschreiben kann. Ohne weitere Präzisierung des Begriffs ist unklar, ob es sich bloß um einen Plan oder um ein gültiges Prinzip handelt, ob die Festlegung unverbindlich oder verbindlich ist, ob die Bestimmung vage oder konkret ist, ob diese bloß implizit existiert, verbal ausgedrückt wurde oder niedergeschrieben ist, ob es sich um ein konsistentes Prinzip oder eine nicht genau festgelegte Sammlung von Prinzipien, Dokumenten oder Vorschriften handelt.

sind aber entscheidend für die Ausrichtung alkoholpolitischer Strategien und Maßnahmen, weil diese Grundhaltungen sich nicht aus empirischen Fakten ableiten lassen.

2.1.1 Unzulässige Gleichsetzungen: Wirksamkeit/Messbarkeit, faktische/normative Aussagen

Seit vielen Jahrzehnten existiert eine Gruppe renommierter internationaler – überwiegend aus dem skandinavischen bzw. angelsächsischen Raum stammender – Alkoholforscher:innen, die es sich, in enger Kooperation mit der WHO, zur Aufgabe gemacht haben, wissenschaftlich fundierte Schlussfolgerungen zu möglichen alkoholpolitischen Maßnahmen zu formulieren und zu begründen (vgl. auch Kap. 2.1.4).

Wichtige Schlüsselpublikationen zur Epidemiologie von Alkoholkonsum, teilweise verfasst von denselben Autoren und Autorinnen³, stammen von Bruun et al. (1975), Edwards et al. (1994) und Babor et al. (2003)⁴. Die Hauptthese dieser Publikationen ist, dass man vor allem auf strukturelle Alkoholkontrollmaßnahmen setzen sollte, die auf eine Beschränkung der Alkoholverfügbarkeit abzielen (Steuererhöhung, Begrenzung der Zahl alkoholanbietender Geschäfte und Lokale sowie Begrenzung der Öffnungszeiten derartiger Betriebe), auf eine Senkung der tolerierten Blutalkohollimits im Straßenverkehr sowie auf verstärkte Kontrollen und auf konsequente Strafen bei Übertretungen. Vor allem in der letzten der drei genannten Schlüsselpublikationen findet sich ein starkes Plädoyer für den alkoholkritischen Kontrollansatz und wird die Wirksamkeit personenorientierter Primärprävention, von Werbebeschränkungen und von Suchttherapie explizit als relativ gering eingeschätzt. Babor et al. (2003) leiten in ihrem Buch „Alcohol: No Ordinary Commodity“⁵ den Gültigkeitsanspruch ihrer Schlussfolgerungen zur Suchtprävention davon ab, dass harte Belege für die Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen fehlen würden und es daher im Sinne einer „evidenzbasierten“ Alkoholpolitik unwissenschaftlich sei, an diesen „weitgehend ineffektiven“ Maßnahmen festzuhalten.

Vom Attribut „nicht nachgewiesenermaßen effektiv“ auf „unwirksam“ zu schließen ist allerdings forschungslogisch unhaltbar, wie z. B. Romanus (2003) in einem Kommentar zur ersten Auflage von „Alcohol. No Ordinary Commodity“ sehr gut begründete:

“The authors conclude that there is very little scientific evidence that education and public service messages have effect on drinking habits and alcohol problems. They also indicate low efficiency for the strategy ‘advertising bans’, implying, I take it, that alcohol advertising does not have any considerable effect on alcohol consumption and harm. However, the fact that no studies have shown sustained effects of education, alcohol risk information and/or advertising does not prove that such effects do not exist. It is possible that these activities

³ Drei Autoren haben an allen drei Schlüsselpublikationen mitgeschrieben und sechs Autorinnen bzw. Autoren an jeweils zwei dieser Bücher, wobei an den drei Büchern jeweils zwischen elf und siebzehn Autorinnen/Autoren beteiligt waren.

⁴ Dieses Buch liegt in einer deutschen Übersetzung vor, die auch ergänzende Kapitel enthält, in denen deutsche, schweizerische und österreichische Expertinnen und Experten (Uhl et al. 2005a) die Aussagen des Buches aus der jeweiligen nationalen Perspektive kommentieren.

⁵ Im Jahr 2022 wurde die dritte Auflage des Standardwerks „Alcohol: No Ordinary Commodity“ publiziert, die im Wesentlichen die zentralen Standpunkte und Aussagen der ersten beiden Auflagen repliziert (mit einem Fokus vorrangig auf Populationsansatz und Maßnahmen der Angebotsreduktion als kosteneffektivste Interventionen). Im Vergleich zu den Vorgängerversionen wird zudem der Rolle der Alkoholindustrie sowie Entwicklungen in ärmeren Ländern ein größerer Stellenwert eingeräumt (für eine Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse vgl. Babor et al. 2022)

have long-term effects, which are very hard to separate from other influences and document in scientific studies. I happen to believe that both education, public service information about the risks connected with the consumption of alcohol, and commercial advertising for alcohol have long-term effects on alcohol consumption. Consequently, it would be very risky to stop alcohol education in schools, to refrain from public service messages, and – above all – to accept commercial advertising without any restrictions." (Romanus 2003, 1367)

Von Personen, deren Forderungen auf dem Buch „Alcohol: No Ordinary Commodity“ aufbauen, werden die proklamierten politischen Forderungen durchwegs so dargestellt, als ließen sie sich zwingend aus vorliegenden Forschungsergebnissen ableiten, ohne zwischen der faktischen und der normativen Ebene zu unterscheiden (Uhl 2005).

Diese Argumentationslinie baut auf einem „naturalistischen Fehlschluss“ auf, denn ethische Forderungen („Wie man sich verhalten soll“) lassen sich logisch nicht aus der Empirie („Was faktisch ist“) ableiten. Sachaussagen, die im Zusammenhang mit der alkoholpolitischen Diskussion formuliert werden, sollten zwar empirisch möglichst gut fundiert sein, aber ohne zusätzliche normative Zielvorstellungen lassen sich aus der empirischen Situation keine praktischen Handlungsanweisungen ableiten. Seit Hume (1740) ist das in der Erkenntnistheorie weitgehend anerkannt. „Naturalistische Fehlschlüsse“ führen dazu, dass implizite Werturteile verschleiert und als Sachurteile getarnt werden, anstatt erstere zum expliziten Gegenstand der wissenschaftlichen Erörterung zu machen (Diekmann 2007). Der Ausdruck „evidenzbasierte Suchtpolitik“ im Sinne einer Politik, deren Entscheidungen sich allein aus empirischer Forschung ableiten lassen, entpuppt sich bei logischer Analyse als Widerspruch in sich (Uhl 2005). Als Gegenentwurf kann der Begriff einer „reflexiven Suchtforschung“ verstanden werden, die sich der Bewusstmachung impliziter Konstitutionsbedingungen von Wissen zum Thema Suchterkrankungen verpflichtet (Dollinger et al. 2007).

In Zusammenhang mit der Evaluation von Präventionsprojekten wäre es wichtig, realistisch abzuschätzen, ob bestimmte Fragestellungen beantwortbar sind und welche Zugänge einen relevanten Informationsgewinn ermöglichen. Dazu muss man von der Vorstellung abrücken, dass man Effekte von Maßnahmen grundsätzlich experimentell überprüfen kann bzw. muss. Wo viele unkontrollierte Einflüsse auftreten, wo die Wirkperspektive sehr lange ist und wo Effekte nur schwer verlässlich messbar sind, sind alternative Forschungszugänge unabdingbar und legitim (Beywl et al. 2002; Uhl 1999; Uhl 2000b). Vor allem im Zusammenhang mit universeller Prävention geht es um das sukzessive Verändern von Einstellungen, Konventionen und Verhaltensweisen in der Gesellschaft. Da ältere Personen in der Regel weit weniger bereit sind, von etablierten Haltungen und Gewohnheiten Abstand zu nehmen als jüngere, setzen sich viele relevante Änderungen der Alltagskultur nur langsam über den Generationenwechsel durch. Viele Evaluationsvorhaben erweisen sich bei genauerem Hinsehen als „Pseudoevaluationen“, die der häufig formulierten – wenngleich in dieser Form überzogenen – Forderung, alles hinsichtlich der Wirksamkeit zu evaluieren, bloß vordergründig nachkommen. Evaluationen werden selbst dann durchgeführt, wenn das mit den intendierten Zielvorstellungen weder möglich noch sinnvoll ist (zum Begriff der Evalopathie vgl. Uhl 2000a).

2.1.2 Unterschiedliche Trinkkulturen und die Akzeptanz alkoholpolitischer Maßnahmen

Im englischsprachigen und nordeuropäischen Raum herrschen tendenziell explosive Trinksitten vor, d. h. Personen, die Alkohol konsumieren, tun dies im Durchschnitt seltener, dann aber häufig in einem exzessiven Ausmaß. Derartige Trinksitten führen dazu, dass auch Unbeteiligte bzw. Personen, die keinen Alkohol konsumieren, in alkoholverursachte Probleme involviert werden. Aus diesem Grund sind in diesen Ländern Strategien gegen jeglichen Alkoholkonsum erheblich leichter durchzusetzen als im mediterranen und alpinen Raum, wo integrative Trinkmuster überwiegen, d. h. Alkohol von vielen Personen regelmäßig getrunken wird, wohingegen Rauschexzesse verhältnismäßig selten vorkommen und gesellschaftlich verpönt sind. Gleichzeitig treten vergleichsweise weniger Probleme pro Liter getrunkenen Reinalkohols auf, und nur wenige Menschen leben völlig alkoholabstinent (Leifman et al. 2002). In mediterranen/alpinen Trinkkulturen – und damit auch in Österreich – finden daher Maßnahmen, die auf einen problematischen oder risikobehafteten Alkoholkonsum fokussieren (z. B. „Punktnüchternheit“ im Straßenverkehr, während der Arbeit oder in der Schwangerschaft), tendenziell auf breitere Zustimmung in der Bevölkerung als restriktive Maßnahmen, die alle Menschen gleichermaßen treffen (für Einstellungen zu alkoholpolitischen Aussagen in Österreich vgl. Strizek et al. 2021).

Aufbauend auf Einstellungen zum Alkoholkonsum, unterscheidet Pittman (1964) vier Trinkkulturen:

- Abstinenzkulturen (abstinent cultures)
- Ambivalenzkulturen (ambivalent cultures)
- Permissivkulturen (permissive cultures)
- extreme Permissivkulturen (over-permissive cultures)

In „Ablinenzkulturen“, z. B. in manchen islamischen Ländern, ist Alkoholkonsum gesetzlich verboten, und dieses Verbot wird von der Bevölkerungsmehrheit auch anerkannt.

In „Ambivalenzkulturen“, z. B. den nordeuropäischen Staaten, gibt es in Teilen der Bevölkerung starke Vorbehalte gegen jeglichen Alkoholkonsum, aber auch viele Personen, die ein kategorisches Alkoholverbot nicht als anstrebenswert erleben und auch nicht tolerieren würden.

In Permissivkulturen, zu denen unter anderem Österreich und Deutschland zählen, wird der moderate Alkoholkonsum vom überwiegenden Teil der Bevölkerung akzeptiert, und nur exzessiver Konsum, der deutliche Probleme versursacht, wird problematisiert.

In extremen Permissivkulturen wird auch exzessiver Konsum, der zur deutlichen Berauschtung führt, weitgehend akzeptiert. Eine extrem permissive Haltung im Sinne Pittmans kann man in Österreich und Deutschland bei einem Teil der Bevölkerung anlassbezogen feststellen, z. B. bei Zeltfesten, dem Münchner Oktoberfest, Hochzeiten, Silvesterfeiern etc.

Zu beachten ist hierbei, dass der Begriff Trinkkultur sehr unterschiedliche Aspekte des Alkoholkonsums umfassen kann und Trinkkulturen zeitlichen Änderungen unterworfen sind und nicht homogen für alle Personen einer Population gelten. Savic et al. (2016) verweisen in diesem Zusammenhang auf die Wechselwirkung zwischen Trinkkulturen auf Makro- sowie auf Mikroebene (z. B. das Verhältnis von der Trinkkultur eines Landes zu einzelnen Subkulturen spezifischer Bevölkerungsgruppen) sowie auf die Vielzahl von Dimensionen, die in Zusammenhang mit Alkoholkonsum durch eine Trinkkultur beeinflusst werden können: Wie oft wird Konsum akzeptiert?

Welches Verhalten wird unter Alkoholeinfluss akzeptiert und welches nicht? Was wird als problematisches Konsumverhalten erachtet? In welchen Settings und zu welchen Zeitpunkten ist Konsum akzeptiert? Welche Bedeutung wird Alkoholkonsum zugeschrieben? Welche Formen der sozialen Kontrolle werden angewandt?

2.1.3 Argumentationsunterschiede in Bezug auf unterschiedliche Substanzen

Es wäre eine unzulässige Verkürzung, Befürworterinnen und Befürwortern von (restriktiven) Kontrollmaßnahmen im Alkoholbereich pauschal eine paternalistische Werthaltung in Suchtfragen zu unterstellen bzw. – im Gegenschluss – bei Befürworterinnen und Befürwortern eines (liberalen) problemfokussierten Ansatzes pauschal liberale Werthaltungen in Suchtfragen zu vermuten. Tatsächlich ist erstaunlich häufig das Gegenteil der Fall: Manche Personen, die bei Alkohol – und in einem noch größeren Ausmaß bei Tabak – sehr restriktive Positionen einnehmen, sprechen sich für eine liberale Politik hinsichtlich illegaler Substanzen aus (etwa gegen Sanktionen für Konsumentinnen und Konsumenten von Cannabis oder für dessen kontrollierte Abgabe anstelle eines generellen Cannabisverbots). Viele Personen hingegen, die Alkoholkonsum (und Tabakkonsum) nur wenig problematisieren, nehmen eine sehr restriktive Haltung in Bezug auf den Konsum illegalisierter Drogen ein.

Dieser scheinbare Widerspruch ergibt sich aus dem Legalstatus sowie dem Grad der gesellschaftlichen Akzeptanz der verschiedenen Substanzen. Während diese unterschiedlichen Rahmenbedingungen manche Personen veranlassen, Alkohol zu verharmlosen und illegale Substanzen zu verteufeln, orten andere hinter dem gesetzlichen Verbot illegalisierter Drogen eine willkürliche Entscheidung, was eine kritischere Haltung zu den legalen Substanzen Alkohol und Tabak bewirkt. Argumentiert wird von letzteren Personen, dass der Einfluss einer lobbyierenden Alkohol- und Tabakindustrie es erforderlich mache, ihm vehement entgegenzuwirken, wodurch gewisse Übertreibungen oder kritische Konsumentenbeschreibungen zulässig erschienen, während im Bereich der illegalen Substanzen Dramatisierungen und stigmatisierende Aussagen über Konsumentinnen und Konsumenten unzulässig seien, da sie das Leid der Betroffenen noch vergrößern und die Implementierung schadensbegrenzender Maßnahmen erschweren würden.

2.1.4 Europäische Alkopolitik im Spannungsfeld zwischen alkoholkritischem Kontrollansatz und problemfokussierendem Ansatz

Vor ihrer Einbindung in die Europäische Union (EU) konnten die europäischen Staaten ihre Alkopolitik weitgehend souverän gestalten. Im Zuge der wirtschaftlichen Integration Europas mit wegfallenden Zollgrenzen, europäischen Deregulierungsbestrebungen und der wachsenden Zahl europaweiter Gesetze und Regulative zur Sicherstellung des freien Warenverkehrs gingen den Nationalstaaten wichtige wirtschaftspolitische Werkzeuge (z. B. Preisgestaltung, staatliche Monopole, eingeschränkte Öffnungszeiten) verloren.

Im Gegensatz zu wirtschaftspolitischen Agenden sind Gesundheitsfragen nach wie vor im Bereich nationaler Agenden angesiedelt. Alkopolitik im Sinne gesetzlicher Regelungen wie z. B. in Bezug auf Jugendschutzmaßnahmen oder auf die Organisation von Beratung und Behandlung findet daher nach wie vor in den einzelnen EU-Nationalstaaten statt. Insgesamt hat der Gestaltungsspielraum der einzelnen Staaten infolge des Wegfalls der Grenzen und Zölle jedoch deutlich abgenommen. Dadurch ist die Notwendigkeit entstanden, andere Staaten bzw. Gremien der

Europäischen Union von den eigenen Vorstellungen aktiv zu überzeugen, wenn man die traditionelle Alkoholpolitik im eigenen Land beibehalten möchte. Weitgehende Einigkeit herrscht in Europa in Gesundheitspolitik und Forschung darüber, dass Alkoholmissbrauch und Alkoholismus große gesellschaftliche Probleme verursachen und hier Handlungsbedarf besteht. Abweichende Vorstellungen gibt es allerdings hinsichtlich der Frage, wie die Ziele der Alkoholpolitik konkret zu definieren sind bzw. welche präventiven Maßnahmen gesetzt werden sollen.

„Bevölkerungsansatz“ oder „alkoholkritischer Kontrollansatz“

Auf der einen Seite besteht eine alkoholkritische Position, die im Alkoholkonsum generell ein Übel sieht und kaum zwischen moderatem Alkoholkonsum und Alkoholmissbrauch unterscheidet. Diese alkoholkritische Position spielt in den angelsächsischen Ländern sowie in den protestantisch geprägten nordeuropäischen Regionen eine große Rolle – also in jenen Kulturen, die Pittman (1967) in Hinblick auf Alkoholkonsum als „Ambivalenzkulturen“ bezeichnete (vgl. Kap. 2.1.2). Da hier paternalistisch motivierte strukturelle Kontrollmaßnahmen zur Begrenzung jeglichen Alkoholkonsums begrüßt werden, die auf die gesamte Bevölkerung zielen, wird diese Position häufig als „Bevölkerungsansatz“ oder „Kontrollansatz“ bezeichnet. Die Vorstellung, dass im Sinne des Bevölkerungsansatzes auch der moderate Alkoholkonsum, also jeglicher Alkoholkonsum in der Gesellschaft, erschwert werden müsse, leitet sich primär aus der „Theorie der Gemeinsamkeit innerhalb trinkender Kulturen“ ab (vgl. Kap. 3.3.2).

Da in Nordeuropa infolge der wirtschaftlichen Integration Europas Umfang und Ausmaß von Alkoholkontrollmaßnahmen reduziert wurden und gleichzeitig der Alkoholkonsum zu steigen begann⁶, sind seither Aktivitäten forciert worden, dieses nordische Modell der Alkoholpolitik verstärkt für ganz Europa zu propagieren. Die Dominanz dieses Modells in der europäischen Alkoholforschung liegt unter anderem darin begründet, dass in skandinavischen Ländern im Gegensatz zum restlichen Europa schon über Jahrzehnte sehr viel Geld in epidemiologische Alkoholforschung investiert wurde. In weiterer Folge stammt ein Großteil der international renommierten europäischen Alkoholepidemiologinnen und -epidemiologen aus diesem Raum und ist von dieser Perspektive geprägt. Die bereits erwähnten von der WHO geförderten alkoholpolitischen Publikationen (vgl. Kap. 2.1.1) wurden überwiegend von Forschenden verfasst, die von der Tradition der nordeuropäischen und angelsächsischen Alkoholpolitik geprägt sind, und dienen unter anderem dazu, diese Position europaweit und international zu popularisieren.

„Personenbezogener Ansatz“ oder „problemfokussierender Ansatz“

Auf der anderen Seite findet man eine problemfokussierende Position, die zwar Alkoholmissbrauch und Alkoholismus als wichtige Problemfelder anerkennt, aber moderaten Alkoholkonsum als einen Bestandteil von Kultur betrachtet, der sich positiv auf die Lebensqualität auswirken kann, und diesen nicht problematisiert sehen will. Hier wird klar zwischen Problemkonsum und unproblematischem Konsum unterschieden. Die problemfokussierende Position dominiert in

⁶ Dieser Konsumanstieg wird in Nordeuropa meist im Sinne der Hypothese „Konsum reagiert auf Policy-Änderungen“ interpretiert und nicht im Sinne der angesichts der Datenlage zumindest ebenso plausiblen „Policy-unabhängigen europäischen Konvergenzhypothese“.

den katholisch geprägten alpinen und südeuropäischen Kulturen, die Pittman (1967) als „Permissivkulturen“ (vgl. Kap. 2.1.2) bezeichnete. Da Vertreter:innen der problemfokussierenden Position einerseits auf Maßnahmen zur Aufklärung und Erziehung von Individuen und andererseits auf die emanzipatorische Förderung protektiver Faktoren im Sinne der Ottawa-Charta (WHO 1986) setzen, wird dieser Ansatz oft auch als „personenbezogener Ansatz“ oder auch als „Gesundheitsförderungsansatz“ bezeichnet.

2.1.5 EU-Forschungsprojekte, europäische Positionspapiere und die Rolle von Advocacy⁷-Groups

Die populäre Forderung nach einer „evidenzbasierten Alkoholpolitik“ hat dazu geführt, dass auf europäischer Ebene wiederholt groß angelegte EU-Forschungsprojekte ins Leben gerufen wurden, in denen unterschiedliche alkoholpolitisch relevante Schwerpunktthemen untersucht wurden. In diese Projekte wurden zwar Repräsentantinnen und Repräsentanten aus ganz Europa einbezogen, geprägt wurden sie jedoch durch jene namhaften Alkoholepidemiologinnen/-epidemiologen aus Nordeuropa bzw. der angelsächsischen Welt, die dem Bevölkerungsansatz anhängen und teilweise auch Autorinnen/Autoren der genannten Schlüsselpublikationen (vgl. Kap. 2.1.1) waren. Dementsprechend dominierte in diesen Projekten die Kontrollperspektive gegenüber einer problemfokussierten Perspektive und wird dieser Umstand mit dem Schlagwort „evidenzbasierte Alkoholpolitik“ gerechtfertigt. EU-Forschungsprojekte stehen zudem in einem wechselseitigen Zusammenhang mit Positionspapieren supranationaler Organisationen wie der WHO oder der Europäischen Kommission: Positionspapiere bilden die Rahmenbedingungen für Forschungsprojekte und legen die Schwerpunkte fest. Die Ergebnisse dieser Projekte bilden in weiterer Folge die Basis für Positionspapiere auf EU-Ebene.

Europäische Forschungsprojekte zur Epidemiologie des Alkoholkonsums

Von 1998 bis 2001⁸ wurde ein von der EU und Schweden finanziertes Projekt, die **European Comparative Alcohol Study (ECAS)**, durchgeführt, das vom schwedischen „National Institute of Public Health“ koordiniert wurde, einen systematischen Überblick über die Alkoholpolitik der EU-Staaten bot und sich grundlegend an den genannten Schlüsselpublikation (vgl. Kap. 2.1.1) orientierte (Leifman et al. 2002; Österberg 2002).

Daran anschließend (2004–2006) fand das von EUROCARE⁹ initiierte EU-Projekt **Bridging the Gap (BtG)** statt, das von der WHO, einigen europaweiten Initiativen und den Regierungen von Finnland, Schweden, Norwegen, Polen sowie Slowenien kofinanziert wurde. Die Ergebnisse wurden von Anderson et al. (2006) in einem Bericht zusammengefasst, wobei die Schlussfolgerungen von Babor et al. (2003) in wesentlichen Zügen wiederholt wurden. Der „Anderson-Baumberg-Report“ kann nach den bereits erwähnten Schlüsselpublikationen als weitere wichtige Referenzquelle bezeichnet werden und stellte eine zentrale Grundlage der im Jahr 2006 veröffentlichten

⁷ Der Ausdruck „advocacy“ bedeutet argumentatives Stimmungsmachen für eine bestimmte Sache, ähnlich wie der Ausdruck „lobbying“, hat aber anders als „Stimmungsmache“ und „Lobbying“ eine positive Konnotation, weswegen man „advocacy“ nicht einfach durch einen deutschen Ausdruck ersetzen sollte.

⁸ Die folgende Aufzählung stellt einen Abriss dieses Prozesses dar, eine ausführliche Beschreibung der Positionspapiere ist Kapitel 2.1.6 zu entnehmen.

⁹ Hintergrund und Zielsetzung von EUROCARE werden einige Absätze weiter unten beschrieben.

„EU-Strategie zur Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Verringerung alkoholbedingter Schäden“ (2006/14851/06 KOM (2006)0625) dar. Die Vorschläge des Anderson-Baumberg-Reports wurden auf EU-Ebene mit Vertreterinnen und Vertretern unterschiedlicher Interessengruppen erörtert, wodurch sich eine Mittelposition im Sinne eines Interessenausgleichs zwischen allen betroffenen Gruppen ergab. Im Sinne des Spannungsfelds zwischen den in Kapitel 2.1.4 dargestellten Positionen wird in der EU-Strategie explizit betont, dass die geplanten Maßnahmen nicht auf den Alkoholkonsum generell zielen sollten (alkoholkritische Perspektive), sondern bloß auf den exzessiven Alkoholkonsum (problemfokussierende Perspektive) und dass auch nicht daran gedacht sei, die Subsidiarität der EU-Mitgliedstaaten in Gesundheitsfragen einzuschränken.

Unmittelbar nach „BtG“ (2007–2010) und quasi als dessen Fortsetzung fand, koordiniert von der slowenischen Public Health Executive Agency, das EU-Projekt **Building Capacities** statt, wobei Teilnehmer:innen und Ausrichtung weitestgehend identisch blieb.

Darauf folgte von 2010 bis 2013 das EU-Projekt **AMPHORA** (Alcohol Measures for Public Health Research Alliance), das aus sieben inhaltlichen Arbeitspaketen bestand (Anderson et al. 2012), die eine Bandbreite von „Policy-Analysen“ über soziale und kulturelle Rahmenbedingungen von Alkoholkonsum, den Einfluss von Marketing, jenen von Preis und Verfügbarkeit bis zur Rolle von Kurz- und Frühinterventionen abdeckten. Diese inhaltliche Breite geht jedoch in der Kurzfassung verloren. Wenn Kurzfassung und Disseminationsmaterialien des Projekts („Amphora Manifesto“, Executive Summary, Promotionsvideo¹⁰) betrachtet werden, wird deutlich, dass sie einen eindeutigen Fokus auf Kontrollmaßnahmen richten und die „three best buys“ in den Mittelpunkt stellen: Die Reduktion der Verfügbarkeit und höhere Preise alkoholischer Getränke sowie ein Werbeverbot für diese seien demnach die wirksamsten Werkzeuge, um alkoholverursachte Probleme zu reduzieren.

Eine evidenzbasierte Alkoholpolitik auf europäischer Ebene ist natürlich in erster Linie auf vergleichbare Daten aus verschiedenen europäischen Ländern angewiesen. Im Projekt **RARHA** (Reducing Alcohol Related Harm Alliance, 2015–2017) lag ein wesentliches Augenmerk darauf, bestehende Befragungsdaten zu harmonisieren und neue Befragungsdaten unter Einsatz eines einheitlichen Instruments („Standardised European Alcohol Survey“ [SEAS]) zu erheben (Moskalewicz et al. 2016). Ein wesentliches Merkmal dieses Erhebungsinstruments ist die umfassende Bedeutung, die dem Themenbereich „harm from others‘ drinking“ zugemessen wird, wodurch soziale Probleme und negative Auswirkungen durch den Alkoholkonsum anderer an Stellenwert gewinnen (vgl. dazu Kap. 5.7).

Ausschließlich mit Alkoholwerbung beschäftigte sich von 2005 bis 2007 das EU-Projekt **ELSA** (Enforcement of National Laws and Self-Regulation on Advertising and Marketing of Alcohol)¹¹, wobei hier teilweise die gleichen Expertinnen und Experten wie bei den bereits genannten Projekten tonangebend waren.

Parallel dazu fand von 2011–2016 das EU-Projekt **ALICE-RAP** (Addiction and Lifestyles in Contemporary Europe – Reframing Addictions Project) statt, in dem zwar eine substanzübergreifende Perspektive verfolgt wurde, aus der aber auch alkoholspezifische Forderungen an Forschung und Politik abgeleitet wurden (Anderson 2012), etwa jene, dass als Problemindikator in

¹⁰ verfügbar unter <https://cordis.europa.eu/project/id/223059> (zuletzt aufgerufen am 25.01.2025)

¹¹ https://www.stap.nl/elsa/elsa_project (zuletzt aufgerufen am 25.01.2025)

erster Linie das Ausmaß der konsumierten Alkoholmenge in Gramm Reinalkohol im Mittelpunkt stehen sollte. Das wird einerseits mit forschungsmethodologischen Überlegungen begründet (der Einsatz von Instrumenten auf Basis klinischer Kriterien für Alkoholismus wie dem CIDI¹² ist mit vielfältigen Problemen verbunden), andererseits unterstützt die Betonung der konsumierten Alkoholmenge eine Haltung, die jeglichen Alkoholkonsum problematisiert („There is no drinking level without risk“), was auf ein sehr spezielles Verständnis von Risiko rückschließen lässt. Als Werkzeuge für die somit angezielte Verringerung des Pro-Kopf-Konsums (= Bevölkerungs- oder Kontrollansatz) werden die bereits aus dem AMPHORA-Projekt bekannten „three best buys“ propagiert und gleichzeitig andere Maßnahmen (speziell Aufklärungs- und Präventionsmaßnahmen oder auch gemeindeorientierte Programme) als unwirksam diskreditiert.

Die vorläufig letzte der seitens der EU finanzierten Initiativen zur Verringerung alkoholbedingter Schäden bildet das AlHaMBRA-Projekt (Alcohol Harm Measuring and Building Capacity for Policy Response and Action), das eine Reihe von Workshops und Forschungsaktivitäten beinhaltete, Ende 2022 abgeschlossen wurde und das Ziel verfolgte, die Mitgliedstaaten der EU bei der Entwicklung wirksamer Alkoholpolitik zu unterstützen. Zentrale Themen dieses Projekts waren unter anderem der Einsatz von E-Health-Instrumenten zur Reduzierung alkoholbedingter Schäden, die Auswirkungen digitaler Werbung auf den Alkoholkonsum sowie Strategien zur Bekämpfung von Alkoholkonsum am Arbeitsplatz.

Zwischen Forschung, „advocacy“ und „conflict of interest“

Bei kritischer Betrachtung sind die erwähnten Schlüsselpublikationen und EU-Forschungsprogramme im Graubereich zwischen Forschung und Advocacy¹³ anzusiedeln, indem eine Gruppe etablierter Forscher:innen Ergebnisse produziert bzw. reproduziert, die eine bestimmte Perspektive unterstützen, anstatt auf Fragestellungen ergebnisoffen zuzugehen. Dabei ist eine klare Orientierung an der alkoholkritischen Kontrollperspektive festzustellen, wie sie von nordeuropäischen Staaten, Alkohol-Advocacy-Gruppen und einer Mehrzahl der in der Kettil Bruun Society¹⁴ organisierten Forscher:innen unterstützt wird.

Eine eindeutig im Bereich „alcohol advocacy“ anzusiedelnde Organisation ist die EU-umspannende Europäische Allianz für Alkoholpolitik (European Alcohol Policy Alliance [EUROCARE])¹⁵, deren Akronym sich von der offiziellen Bezeichnung „European Council for Alcohol Research Rehabilitation and Education“ ableitet. EUROCARE wurde im Jahre 1990 gegründet, umfasste mit Stand 2018 60 ehrenamtliche Nichtregierungsorganisation (NGOs) sowie Public-Health-Organisationen und agiert als Pressure-Group für die europaweite Umsetzung der in den genannten Schlüsselpublikationen (vgl. Kap. 2.1.1) empfohlenen alkoholpolitischen Maßnahmen. Wie schon erwähnt, initiierte EUROCARE das EU-Projekt „Bridging the Gap“ und war auch in zahlreiche andere EU-Forschungsprojekte involviert.

¹² Das „Composite International Diagnostic Interview“ (CIDI) der WHO ist ein strukturierter Interviewleitfaden zur Erfassung psychiatischer Erkrankung. Das Interview wurde für epidemiologische Studien konzipiert, um von Interviewerinnen und Interviewern durchgeführt zu werden, die nicht klinisch ausgebildet sind und nur wenig Zeit für die Befragung aufwenden können (Robins 1989).

¹³ vgl. Kapitel „Englische Fremdworte im Text“

¹⁴ <https://www.kettilbruun.org> (zuletzt aufgerufen am 30.06.2025)

¹⁵ <https://www.eurocare.org> (zuletzt aufgerufen am 30.06.2025)

Viele der Autorinnen und Autoren der genannten Schlüsselpublikationen sowie viele maßgebliche Wissenschaftler:innen in den erwähnten EU-Forschungsprojekten sind in der 1985 gegründeten **Kettil Bruun Society for Social and Epidemiological Research on Alcohol (KBS)** organisiert, die nach dem Hauptautor der ersten der genannten Schlüsselpublikation (Bruun et al. 1975) benannt ist. Kettil Bruun war ein finnischer Sozialwissenschaftler, der das bedeutende „Sozialforschungsinstitut für Alkoholstudien“ in Finnland leitete, Sekretär der „Finnischen Stiftung für Alkoholstudien“ war, an der Universität von Stockholm unterrichtete, wiederholt als Experte der WHO tätig war und 1983 starb. Die KBS ist gegenwärtig die wichtigste Vereinigung international anerkannter Forscher:innen, die sich mit Alkoholepidemiologie und Alkoholpolitik auseinandersetzen, und vertritt auch eine dezidiert alkoholkritische Kontrollperspektive.

Ebenfalls im Bereich der „alcohol advocacy“ anzusiedeln, wenn auch mit einer gänzlich anderen Orientierung, sind Initiativen, die primär von der Alkoholindustrie finanziert werden, eine problemfokussierende Perspektive vertreten, einen verantwortungsbewussten Umgang mit Alkohol fordern sowie eine Partnerschaft zwischen Alkoholindustrie, Forschung und Gesundheitswesen anstreben. Als wichtigste Organisationen in diesem Zusammenhang sind das **International Center for Alcohol Policy (ICAP; 1995–2015)** und dessen Folgeorganisation **International Alliance for Responsible Drinking (IARD; seit 2015)¹⁶** zu nennen. ICAP wurde im Jahr 1995 von Marcus Grant in Washington gegründet, der zuvor 10 Jahre lang in der WHO leitend für Alkohol- und Drogenfragen zuständig gewesen war. IARD wird – wie davor ICAP – von führenden internationalem Alkoholerzeugern finanziert und sieht sich in einer Mittlerfunktion zwischen Industrie, Wissenschaft und Gesundheitswesen. Die von ICAP und IARD geförderten Publikationen – z. B. das Buch „Alcohol and Pleasure“¹⁷ (Peele et al. 1999) – wenden sich dezidiert gegen eine ausschließlich negative Darstellung des Alkoholkonsums.

Unter dem Titel „Interessenkonflikte“ wird immer wieder heftig diskutiert, ob es in der Alkoholforschung eine sinnvolle Kooperation zwischen Wissenschaft, Politik und Wirtschaft geben kann, sofern strenge Regeln die inhaltliche Einflussnahme der Industrie begrenzen, oder ob Forschungsfinanzierung ausschließlich durch die öffentliche Hand (z. B. durch Universitäten oder über öffentlich finanzierte Forschungsförderungstöpfe) oder alkoholkritische Advocacy-Gruppen zulässig ist. In diesem Zusammenhang vertraten z. B. Bühringer et al. (2004) den Standpunkt, dass eine Kooperation mit der Industrie vertretbar sei, wenn man einen ethischen Kodex penibel einhalte. Room (2000) hingegen lehnt jede Kooperation mit der Alkoholindustrie in Forschungsfragen kategorisch ab und vertritt die Meinung, dass sich der Industrieeinfluss längerfristig nachteilig auf Forschung und Alkoholpolitik auswirke.

Unbestreitbar ist, dass Aktivitäten seitens der Alkoholindustrie – wie jegliches unternehmerische Handeln – letztendlich durch kommerzielle Interessen geleitet werden. Kooperationen mit Akteurinnen und Akteuren der Wissenschaft sind für die Industrie prinzipiell strategisch sinnvoll, weil sie zur Verbesserung des Images beitragen. Zugeständnisse in Form gewisser Selbstein-schränkungen und Maßnahmen können zudem helfen, weitergehende bzw. restiktivere Maßnahmen abzuwenden.

Ein populäres Argument gegen Industriebeteiligung in der Forschung lautet, dass wegen der kommerziellen Interessenlage von Alkoholerzeugern die Industrie immer nur Gegnerin und nie

¹⁶ <https://www.iard.org/> (zuletzt aufgerufen am 25.01.2025)

¹⁷ „Alkohol und Genuss“

Partnerin gesundheitsrelevanter Forschung sein kann, weil die Zielsetzungen von Gesundheitsforschung und jene der Alkoholindustrie einander grundsätzlich diametral gegenüberstehen. Für diese Position spricht, dass weitreichende Maßnahmen gegen den Alkoholkonsum das bestehende Geschäftsmodell von Alkoholproduzenten gefährden und Umsatzeinbußen verursachen können. Dagegen spricht, dass bei einer entsprechenden Anpassung von Unternehmensstrategien auch bei sinkenden Verkaufsmengen alkoholhaltiger Produkte Gewinne erzielt werden können (etwa durch höherpreisige Produkte oder durch solche mit einem geringeren Alkoholgehalt), weswegen ein Rückgang der umgesetzten Alkoholmenge nicht automatisch mit den kommerziellen Interessen der Getränkeindustrie kollidieren muss.

Ein zweites Argument lautet, dass die kommerzielle Interessenlage von Alkoholerzeugern zwangsläufig bedingt, dass industriefinanzierte Forschung nicht dem wissenschaftlichen Anspruch von Unabhängigkeit genügen kann. Für diese Schlussfolgerung spricht, dass Werturteile bei der Auswahl von Forschungsthemen grundsätzlich immer eine große Rolle spielen, sowohl bei der Auswahl dessen, was untersuchungswürdig ist, als auch bei der Interpretation von Ergebnissen (Diekmann 2007). Handelt es sich um Auftragsforschung durch kommerzielle Auftraggeber, werden Forschungsfragen zumindest teilweise vom Auftraggeber festgelegt.

Die derzeit übliche Praxis, Interessenkonflikte („conflicts of interest“) wissenschaftlich tätiger Personen ausschließlich bei Auftragsforschung durch kommerzielle Auftraggeber zu vermuten, stellt allerdings eine starke Verkürzung des Problems dar. Auch öffentliche Auftraggeber (etwa Ministerien oder EU-Behörden) und Alcohol-Advocacy-Groups verfolgen ganz konkrete Interessen abseits eines reinen Erkenntnisinteresses. Im Alkoholbereich nehmen dabei, wie bereits mehrmals erwähnt, alkoholkritische Positionen aus öffentlich finanziert nordeuropäischer Forschung eine markante Rolle ein. Und schließlich sind auch wissenschaftlich Tätige keine meinnungslosen Personen, sondern in der Schwerpunktsetzung ihrer Forschungsarbeit von normativen Überzeugungen darüber geleitet, was wichtig und was weniger wichtig ist, und müssen sich mehr oder weniger stark an den Vorgaben ihrer Auftraggeber:innen orientieren. Dazu kommt einerseits, dass die Bearbeitung vieler angewandter Forschungsfragen generell nur möglich ist, wenn wichtige Stakeholder:innen kooperieren, und andererseits, dass die erfolgreiche Umsetzung von Maßnahmen, die auf Forschungsergebnissen aufbauen, einen aktiven Dialog zwischen allen Interessengruppen erfordert – inklusive der Wirtschaft, wie die Europäische Kommission 2007 im Zuge der Konstituierung des „Europäischen Alkohol- und Gesundheitsforums“ betonte.

2.1.6 Historische Entwicklung und zentrale alkoholpolitische Dokumente

Entsprechend der in Kapitel 2.1.5 beschriebenen Verzahnung maßgeblicher Forschungsprojekte und alkoholpolitischer Strategiepapiere ist die alkoholpolitische Entwicklung auf europäischer Ebene als eine zeitliche Abfolge unterschiedlicher Prozesse und Ereignisse zu verstehen (vgl. Tabelle 1), die in ihrer Summe die Rahmenbedingungen für die alkoholpolitische Entwicklung auf europäischer Ebene darstellen.

Hier können folgende Prozess- oder Ereignisarten unterschieden werden:

- wissenschaftliche Arbeiten, die kein explizites ideologisches Ziel verfolgen sollen, aber durch die thematische Auswahl und Schwerpunktsetzung gewisse Perspektiven eindeutig in den Vordergrund stellen

- Gründung und anschließende Lobbyingtätigkeit von Advocacy-Groups und Interessenorganisationen, die sowohl in Richtung Förderung von Alkoholabstinenz (EUROCARE) als auch gegen Abstinenzorientierung (ICAP/IARD) agieren
- WHO-Grundlagendokumente und Strategiepapiere, die Alkoholkonsum als einen Aspekt unter mehreren behandeln (z. B. die Strategie „Health for all“ oder „Action Plans on Non-Communicable Diseases“)
- WHO-Strategiepapiere, die ausschließlich auf Alkoholkonsum abzielen (z. B. European Alcohol Action Plan)
- Empfehlungen und Strategien seitens der EU-Kommission bzw. des Europäischen Rates

Insbesondere die Unterschiede zwischen WHO-Papieren und Strategien des Europäischen Rates bzw. der Kommission sind relevant, da Erstere ausschließlich durch den Gesundheitssektor geprägt sind, während in Strategien des Europäischen Rates bzw. der Kommission neben dem Gesundheitssektor auch andere Sektoren der Verwaltung (Landwirtschaft, Handel, Tourismus, Finanz etc.) involviert sind, wodurch sich andere Schwerpunktsetzungen bzw. Priorisierungen von Zielen ergeben.

Tabelle 1: Übersicht über wichtige internationale alkoholpolitische Entwicklungen und Dokumente

1946	Definition von „Gesundheit“ durch die WHO bei deren Gründungsversammlung (WHO 1946) in New York im Rahmen der WHO-Satzung (engl. WHO Constitution)
1975	Publikation von „Alcohol Control Policies in Public Health Perspective“ (Bruun et al. 1975)
1977	Entschluss „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ bei der 30. Weltgesundheitsversammlung (World Health Assembly WHA) in Genf
1980	Die Vertreter:innen der Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO einigen sich auf eine „Europäische Strategie zur Erreichung des Ziels ‚Gesundheit für alle‘“.
1984	Das Regionalbüro der WHO für Europa präzisierte 38 Ziele zur Erreichung des Ziels „Gesundheit für alle“ inklusive einer 25-prozentigen Reduktion des durchschnittlichen Alkoholkonsums bis zum Jahr 2000 (Ziel 17).
1986	Verabschiedung der Ottawa-Charta auf der „Ersten Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung“, die den Begriff „Empowerment“ ins Zentrum von Gesundheitsförderung stellt
1987	Gründung der Kettil Bruun Society for Social and Epidemiological Research on Alcohol
1990	Gründung von EUROCARE
1991	Bestätigung von „Ziel 17“ des Aktionsplans „Gesundheit für alle“
1992	Beschluss des „Ersten Europäischen Alkohol-Aktionsplans“ (EAAP 1) durch die WHO
1994	Publikation von „Alcohol Policy and the Public Good“ (Edwards 1997)
1995	Beschluss der „Europäischen Charta Alkohol“ und Aufforderung an die Mitgliedstaaten, alkoholpolitische Konzepte zu erarbeiten und Programme umzusetzen, um die Ziele des EAAP 1 zu erreichen
1995	Gründung des „International Center for Alcohol Politics“ (ICAP)
1997	Verabschiedung der „Dublin Principles“ durch eine Versammlung von Vertreterinnen und Vertretern der Wissenschaft, der Industrie und der öffentlichen Verwaltung auf Einladung des industrienahen Instituts ICAP sowie des National College of Ireland
1998	Neufassung des Ziels „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ unter dem Namen „Gesundheit 21 – Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert“; Evaluation des Ersten europäischen Alkohol-Aktionsplans durch die WHO; Vorstellen des Entwurfs eines Zweiten europäischen Alkohol-Aktionsplans
1999	Beschluss des „Zweiten Europäischen Alkohol-Aktionsplans 2000–2005“ (EAAP 2) ohne das Kriterium „Reduktion des Durchschnittskonsums um 25 Prozent“ zugunsten einer „Reduktion des schädlichen Gebrauchs“
2000	Erarbeitung von „The Geneva Partnership on Alcohol – Towards a Global Charter“ unter der Leitung von ICAP
2001	zweite europäische Ministerkonferenz zu Alkohol in Paris mit Arbeitsschwerpunkt „Jugend und Alkohol“
2001	Veröffentlichung der „Empfehlung des Rates vom 5. Juni 2001 zum Alkoholkonsum von jungen Menschen, insbesondere von Kindern und Jugendlichen“ (Rat der Europäischen Union 2001)
2003	Publikation von „Alcohol: No Ordinary Commodity – Research and Public Policy“ (Babor et al. 2003)
2005	Verabschiedung des „Handlungsrahmens für eine Alkoholpolitik“ (Framework for Alcohol Policy) durch die WHO als Nachfolgedokument des „Zweiten Europäischen Alkohol-Aktionsplans“
2006	Publikation von „Alcohol in Europe: A Public Health Perspective“ (Anderson/Baumberg 2006)
2006	Finalisierung und Veröffentlichung der „EU-Strategie zur Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Verringerung alkoholbedingter Schäden“ durch die EU-Kommission
2006	Etablierung des Committee on National Alcohol Policy and Action (CNAPA)
2007	Beschluss der „Charta, die das Europäische Alkohol- und Gesundheitsforum installiert“ durch die Europäische Kommission
2009–2012	Durchführung des EU-Projekts AMPHORA
2010	Verabschiedung der „Globalen Strategie zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums“ (Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol) durch die WHO
2011	Ratifizierung des „Europäischen Aktionsplans zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums 2012–2020“ (kurz: Europäischer Aktionsplan) durch alle 53 Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO

2011–2016	Durchführung des EU-Projekts „ALICE-RAP“ (Addiction and Lifestyles in Contemporary Europe – Reframing Addictions Project)
2012	Ratifizierung von „Gesundheit 2020 – Rahmenkonzept und Strategie der Europäischen Region für das 21. Jahrhundert“ (kurz: „Gesundheit 2020“, „A European Policy Framework and Strategy for the 21st Century“)
2013	Ratifizierung des „Globalen Aktionsplans zur Verhütung und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten“ (Global Action Plan for the Prevention and Control of Non-Communicable Diseases)
2012–2015	Durchführung des EU-Projekts RARHA (Reducing Alcohol Related Harm Alliance)
2014	Verabschiedung des „Action Plan on Youth Drinking and on Heavy Episodic Drinking (Binge Drinking) (2014–2016)“ durch das CNAPA-Gremium
2015	Auflösung des International Center for Alcohol Policy (ICAP), Gründung der International Alliance for Responsible Drinking (IARD)
2017	Diskussionspapier der WHO zum Thema Etikettierungsvorschriften (englisch Labelling), das zusätzliche Angaben zum Inhalt und Warnhinweise mit Piktogrammen auf alkoholischen Getränken fordert
2019–2022	Durchführung des EU-Projekts AlHaMBRA (Alcohol Harm Measuring and Building Capacity for Policy Response and Action)
2021	Lancierung des „Europe's Beating Cancer Plan“, der unter anderem auch problematischen Alkoholkonsum als Risikofaktor für bestimmte Krebskrankungen thematisiert
2022	Publikation des European framework for action on alcohol 2022–2025 von WHO Europe
2024	Ratifizierung des „Global alcohol action plan 2022–2030“ der WHO

Quellen: vgl. den nachfolgenden Fließtext; Darstellung: GÖG

1946: Die Definition von „Gesundheit“ der WHO wird bei deren Gründungsversammlung (WHO 1946) in New York im Rahmen der **WHO-Satzung** (engl. WHO Constitution) beschlossen, hat seitdem alle Novellierungen unverändert überstanden, ist damit auch noch heute Grundlage für das Selbstverständnis der WHO und durch den Beitritt Österreichs zur WHO Teil des österreichischen Rechts.

„Die Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen physischen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht bloß das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.“ (WHO 1946)¹⁸

1975: Einige international renommierte Alkoholforscher:innen publizieren das Buch „Alcohol Control Policies in Public Health Perspective“ (Bruun et al. 1975), das durch die im nordeuropäischen Raum gebräuchliche Alkoholkontrollstrategie geprägt ist und in der Folge starken Einfluss auf die alkoholpolitische Linie des Regionalbüros der WHO in Europa ausübt.

1977: Bei der 30. Weltgesundheitsversammlung (World Health Assembly [WHA]) in Genf wird der Entschluss „**Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000**“ (Resolution WHA 30.43) angenommen, der besagt, dass das Hauptziel der Regierungen und der WHO im Sozialbereich in den kommenden Jahrzehnten darin bestehen sollte, dass alle Menschen auf der Welt bis zum Jahr 2000 ein Gesundheitsniveau erreichen, das es ihnen erlaubt, ein sozial und wirtschaftlich produktives Leben zu führen (WHO 1977).

1980: Die Vertreter:innen der Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO einigen sich in Fes (Marokko) auf eine **Europäische Strategie zur Erreichung des Ziels „Gesundheit für alle“**.

¹⁸ Die offizielle österreichische Übersetzung des englischen Originaltextes findet sich als Teil des österreichischen Rechts im „Schlussakt der Internationalen Gesundheitskonferenz (BGBl. III Nr. 7/2006, zuletzt aufgerufen am 16.02.2023). Der englische Ausdruck „constitution“ wird dabei nicht als „Verfassung“, sondern als „Satzung“ übersetzt.

1984: Das Regionalbüro der WHO für Europa arbeitet 38 Ziele zum Erreichen des Ziels **Gesundheit für alle** aus (WHO 1985). Ziel 17 dieses Aktionsplans bezieht sich auf eine Verringerung der gesundheitsschädigenden Einflüsse von Alkohol, Tabak und psychoaktiven Substanzen in Europa, indem darin bezüglich Alkohol eine **25-prozentige Reduktion des durchschnittlichen Alkoholkonsums** bis zum Jahr 2000 angestrebt wird, wobei als Vergleichsbasis der Konsum des Jahres 1980 dient (WHO 1993b). Im Kriterium „Reduktion des Durchschnittskonsums um 25 Prozent“ spiegelt sich deutlich eine Orientierung am Bevölkerungsansatz wider, auch wenn der Zusatz „mit besonderem Augenmerk auf die Reduktion des schädlichen Gebrauchs“ ein gewisses Zugeständnis an die Vertreter:innen des „problemfokussierenden Ansatzes“ darstellt.

1986: Bei der Ersten Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Ottawa wurde die seither so genannte **Ottawa-Charta** verabschiedet, die den Begriff Empowerment ins Zentrum von Gesundheitsförderung stellt. Zudem wird darin der Gesundheitsbegriff im Sinne der WHO-Satzung sehr umfassend definiert sowie eine breitere Verankerung von Gesundheitsthemen in unterschiedlichen Politiksektoren („Health in all Policies“) gefordert (WHO 1986b).

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl Einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit ebenso betont wie die körperlichen Fähigkeiten. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden.“ (WHO 1986b)

In einem weiterführenden Papier zu Grundlagen der Ottawa-Charta weisen die Autorinnen und Autoren derselben auf das ethische Dilemma möglicher Interventionen in Bezug auf individuelle Handlungssentscheidungen hin und betonen, dass Gesundheitsförderung nicht eine bevormundende Haltung einnehmen solle.

„In Zusammenhang mit Gesundheitsförderung könnte passieren, dass Gesundheit als ultimatives Lebensziel angesehen wird. Diese Ideologie wird manchmal als „Gesundheitswahn“ (Healthism) bezeichnet. Das könnte dazu führen, dass andere Individuen vorschreiben, was diese für sich selbst tun sollen und wie sie sich zu verhalten haben. Das ist genau das Gegen teil von dem, was Gesundheitsförderung anstrebt.“ (WHO 1986a)

1987: Gründung der Kettil Bruun Society for Social and Epidemiological Research on Alcohol, der viele international renommierte Alkoholepidemiologinnen und -epidemiologen angehören, die seit damals starken Einfluss auf die alkoholpolitische Diskussion in Europa und darüber hinaus ausüben.

1990: Gründung von EUROCARE (vgl. Kap. 2.1.5)

1991: Bei der 41. Sitzung des WHO-Regionalkomitees für Europa in Lissabon bestätigen die Delegierten das Ziel 17 des Aktionsplans **Gesundheit für alle** und beschließen ferner, dass Alkohol-

konsum ein Problem mit hoher Priorität darstellt. Die Zielsetzung einer 25-prozentigen Reduktion des durchschnittlichen Alkoholkonsums bis zum Jahr 2000 wird in der Annahme, so indirekt auch eine signifikante Reduktion des gesundheitsschädigenden Alkoholkonsums erzielen zu können, bestätigt (WHO 1993a).

1992: In der 42. Sitzung des Regionalkomitees der WHO für Europa in Kopenhagen legt das Regionalbüro den **Ersten Europäischen Alkohol-Aktionsplan (EAAP 1)** vor (WHO 1993a), der dann von den Delegierten beschlossen wird. Die wesentlichen Überlegungen, die dem EAAP 1 zugrunde liegen, sind:

- *Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Pro-Kopf-Alkoholkonsum und den durch Alkohol verursachten Problemen wie etwa Leberzirrhosen.*
- *Kosten durch alkoholverursachte Probleme betreffen nicht nur Individuen, sondern auch gesellschaftliche Institutionen wie das Gesundheits- oder Sozialsystem, weswegen Alkohol nicht wie andere Konsumgüter gehandhabt werden kann.*
- *Alkohol ist aufgrund von Export sowie des hohen Konsumniveaus für viele Länder ein wichtiger Wirtschaftsfaktor.*
- *Die Bedeutung, die Alkohol und seiner Wirkung zugemessen wird, unterscheidet sich stark zwischen unterschiedlichen europäischen Ländern.*

Aufbauend auf diesen Überlegungen werden **neun konkrete Ziele** festgelegt:

- *Stärkung der Gesundheitsförderungspolitik in den Mitgliedsländern zur Prävention alkoholbedingter Gesundheitsschäden*
- *Konsensbildung mit internationalen Organisationen und Vereinigungen über gemeinsame Aktionen zur Prävention alkoholbedingter Gesundheitsschäden*
- *Stärkung von Praktiken in der Alkoholindustrie und im Gastgewerbe, welche die Prävention alkoholbedingter Gesundheitsschäden unterstützen*
- *Schaffung gesundheitsfördernder Lebensbereiche, die Motivation und Fähigkeiten der/des Einzelnen stärken, Gesundheitsschäden durch Alkohol entgegenzuwirken*
- *Unterstützung kommunaler Initiativen zur Prävention und Bewältigung alkoholbedingter Gesundheitsschäden*
- *Medienkampagnen, um die öffentliche Unterstützung für einen sicheren Umgang mit Alkohol zu stärken*
- *Erhöhung des Beitrags der Gesundheitsdienste, insbesondere der primären Gesundheitsversorgung, zur Prävention und Bewältigung alkoholbedingter Gesundheitsschäden*
- *Erhöhung des Beitrags der Sozialdienste zur Prävention alkoholbedingter Gesundheitsschäden*
- *Erhöhung des Beitrags der Strafverfolgungsbehörden zur Prävention alkoholbedingter Gesundheitsschäden*

(WHO 1993a, Übersetzung aus dem Englischen durch die Autorinnen und Autoren)

1994: Eine Reihe international renommierter Alkoholforscher:innen (Edwards et al. 1994) publiziert das Buch **Alcohol Policy and the Public Good** als Aktualisierung des 1975 veröffentlichten Buchs „Alcohol Control Policies in Public Health Perspective“, das wie das Vorgängerbuch starken Einfluss auf die alkoholpolitische Linie des Regionalbüros der WHO in Europa ausübt – und auch in deutscher Übersetzung verfügbar ist (Edwards 1997).

1995: Bei der ersten Europäischen Konferenz der WHO zum Thema „Gesundheit, Gesellschaft und Alkohol“ in Paris wird die **Europäische Charta Alkohol** beschlossen, die zwar keine Rechtsverbindlichkeit besitzt, aber die Mitgliedstaaten auffordert, alkoholpolitische Konzepte zu erarbeiten und einschlägige Programme umzusetzen, um die Ziele des EAAP 1 zu erreichen. Die Charta wurde von Österreich mitbeschlossen und legt unter anderem „ethische Prinzipien zum Umgang mit Alkohol“ sowie „zehn Strategien für alkoholbezogene Maßnahmen“ fest, die in Einklang mit den unterschiedlichen kulturellen, sozialen, rechtlichen und wirtschaftlichen Gegebenheiten in den Mitgliedstaaten umzusetzen sind (Anderson 1996; WHO 1995).

Ethische Prinzipien der Europäischen Charta Alkohol zum Umgang mit Alkohol

- Alle Menschen haben ein Recht auf ein vor Unfällen, Gewalttätigkeit und anderen negativen Folgen des Alkoholkonsums geschütztes Familien-, Gesellschafts- und Arbeitsleben.
- Alle Menschen haben von früher Jugend an ein Recht auf korrekte, unparteiische Information und Aufklärung über die Folgen des Alkoholkonsums für Gesundheit, Familie und Gesellschaft.
- Alle Kinder und Jugendlichen haben ein Recht, in einer Umwelt aufzuwachsen, in der sie vor den negativen Folgen des Alkoholkonsums und so weit wie möglich vor Alkoholwerbung geschützt werden.
- Alle alkoholgefährdeten oder alkoholgeschädigten Menschen und ihre Familienangehörigen haben ein Recht auf Zugang zu Therapie und Betreuung.
- Alle Menschen, die keinen Alkohol trinken möchten oder die aus gesundheitlichen oder anderen Gründen keinen Alkohol trinken dürfen, haben ein Recht darauf, keinem Druck zum Alkoholkonsum ausgesetzt und in ihrem abstinenteren Verhalten bestärkt zu werden.

(Originaltext WHO 1995)

Zehn Strategien der Europäischen Charta Alkohol für alkoholbezogene Maßnahmen

- Informiere die Bevölkerung – im Rahmen von Aufklärungsprogrammen – von früher Jugend an über die Folgen des Alkoholkonsums für Gesundheit, Familie und Gesellschaft und über wirkungsvolle Maßnahmen, die zur Verhinderung oder Verringerung schädlicher Folgen ergriffen werden können.
- Fördere ein öffentliches, privates und berufliches Umfeld, in dem die Bevölkerung vor Unfällen, Gewalttätigkeit und anderen negativen Folgen des Alkoholkonsums geschützt ist.
- Beschließe und exekutiere wirkungsvolle Gesetze, die vom Lenken eines Fahrzeuges in alkoholisiertem Zustand abschrecken.
- Betreibe Gesundheitsförderung durch Einschränkung der Verfügbarkeit alkoholischer Getränke, z. B. für Jugendliche, und durch Einflussnahme auf den Alkoholpreis, z. B. über Steuern.
- Führe strenge Kontrollmaßnahmen ein, die direkte und indirekte Bewerbung alkoholischer Getränke betreffen, wobei auf die in manchen Ländern bereits existierenden Werbeeinschränkungen und -verbote Rücksicht genommen werden soll, und stelle sicher, dass sich keine Form der Werbung spezifisch an Jugendliche richtet, z. B. durch die Verbindung von Alkohol mit Sportausübung.
- Gewährleiste, dass alkoholgefährdete oder alkoholgeschädigte Personen und deren Familienangehörige Zugang zu effizienten Therapie- und Rehabilitationseinrichtungen mit geschultem Personal haben.
- Fördere ein ethisches und rechtliches Verantwortungsbewusstsein bei denjenigen, die für die Vermarktung oder den Ausschank alkoholischer Getränke zuständig sind, gewährleiste eine strenge Kontrolle der Produktsicherheit und setze angemessene Maßnahmen gegen illegale Alkoholherstellung und illegalen Verkauf.

- Verbessere die Fähigkeit der Gesellschaft, mit Alkohol umzugehen, durch Schulungsmaßnahmen für Fachkräfte aus unterschiedlichen Bereichen, z. B. aus Gesundheits-, Sozial-, Erziehungs- und Rechtswesen, sowie durch Stärkung von Gemeindeentwicklung und -föhrung.
- Unterstütze nichtstaatliche Organisationen und Selbsthilfeinitiativen, die einen gesunden Lebensstil fördern, speziell solche, die die Verhinderung oder Verringerung alkoholbedingter Schäden zum Ziel haben.
- Entwickle breit gefächerte Programme in den Mitgliedstaaten auf der Basis der vorliegenden Charta Alkohol, gib klare Ziele und Ergebnisindikatoren vor, miss den Fortschritt und gewährleiste eine regelmäßige Aktualisierung der Programme auf Grundlage einer Evaluierung.

(Originaltext WHO 1995)

1995: Gründung des **International Center for Alcohol Politics** (ICAP; vgl. Kap. 2.1.5)

1997: Verabschiedung der **Dublin Principles** durch eine Versammlung von Vertreterinnen und Vertretern aus Wissenschaft, Industrie und öffentlicher Verwaltung auf Einladung des industrienahen Instituts ICAP sowie des National College of Ireland, die festlegen, dass jede der involvierten Parteien Verantwortung für das gesundheitliche Wohlergehen der Bevölkerung trägt und dass alle Beteiligten zu diesem Zweck kooperieren sollten. Im Sinne derartiger Kooperationen werden etwa Selbstbeschränkungsaufgaben für den Vertrieb alkoholischer Getränke oder Rahmenbedingungen für industriefinanzierte Forschung im Bereich Alkohol definiert (National College of Ireland 1997).

1998: Im Mai 1998 nimmt die 51. Weltgesundheitsversammlung der WHO eine Neufassung des Ziels „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ unter dem Namen **Gesundheit 21 – Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert** an und legt diese zur Umsetzung in den einzelnen Mitgliedsländern vor (WHO 1998). Zudem führt die WHO eine Evaluation des ersten Europäischen Alkohol-Aktionsplans durch und stellt beim vierten Treffen der nationalen Counterparts¹⁹ für den Europäischen Alkohol-Aktionsplan im Oktober 1998 in Madrid einen **Entwurf des zweiten Europäischen Alkohol-Aktionsplans** vor. Bei dieser Tagung wurde in Reaktion auf Diskussionsbeiträge der Teilnehmenden die allgemeine Orientierung dahingehend verändert, dass der Schwerpunkt von der Reduktion jeglichen Alkoholkonsums um 25 Prozent weg auf eine signifikante, quantitativ aber nicht bestimmte Reduktion des problematischen Alkoholkonsums gelegt werden sollte, was eine deutliche semantische Verschiebung vom Bevölkerungsansatz in Richtung des problemfokussierenden Ansatzes bedeutet (WHO 1998).

Evaluierung der Umsetzung des EAAP 1

Die Evaluierung der Umsetzung des EAAP 1 im Zeitraum 1992–1998 erfolgte auf Grundlage eines von 33 Ländern beantworteten Fragebogens. Zusammengefasst ergaben daraus sich die folgenden wichtigsten Resultate:

- Über die Hälfte der Länder arbeitet an einem landesspezifischen „Aktionsplan Alkohol“ und hat ein für die Umsetzung zuständiges Koordinationsgremium geschaffen.

¹⁹ „Counterparts“ der WHO sind von den WHO-Mitgliedstaaten nominierte Expertinnen/Experten, die bei bestimmten von der WHO organisierten Treffen ihre Expertise einbringen und die Positionen ihrer Staaten vertreten, um mit den WHO-Vertreterinnen und -Vertretern gemeinsame Lösungen zu finden und offizielle Beschlüsse vorzubereiten.

- Gesetzliche Maßnahmen, die für hilfreich gehalten werden, sind unter anderem: strenge Bestimmungen für die Vermarktung von Alkohol, auf Prävention ausgerichtete Steuererhöhungen sowie in einigen Ländern eine Straffung der sich gegen Alkohol am Steuer richten den Bestimmungen.
- Die in einigen Ländern zu beobachtende Senkung der Alkoholsteuer war teilweise durch den Versuch einer Steuerharmonisierung in der Europäischen Union bedingt, wobei man auch meinte, dass dies das Risiko alkoholbedingter Schäden erhöhe.
- Insgesamt war man der Ansicht, dass die Alkoholindustrie in der Verhütung von alkoholbedingten Schäden nur eine unzureichende Rolle spielt. Zu beobachten war, dass sich die Alkoholindustrie verstärkt um eine intensivierte Vermarktung bemühte, was als ein wichtiges Hindernis für die Umsetzung des EAAP 1 empfunden wurde.
- Junge Menschen und alle, die sich mit Alkohol im Blut ans Steuer setzen, waren die wichtigsten Zielgruppen der Programme. Einrichtungen der primären Gesundheitsversorgung und Allgemeinkrankenhäuser galten in vielen Ländern als die wichtigsten Stützen für das Auffinden und Behandeln von Personen mit alkoholbedingten Problemen.
- Von den Ländern, für die zur Zeit der Evaluierung Daten vorlagen, hatten elf einen Rückgang des Pro-Kopf-Konsums erlebt, drei (Italien, Polen, Spanien) hatten das in der Politik „Gesundheit für alle“ (GFA) festgesetzte Ziel einer 25-prozentigen Reduktion erreicht, während der Konsum in elf Ländern seit 1992 gestiegen war.

(Originaltext WHO 1999a)

1999: In Florenz beschließt das Regionalkomitee der WHO den „Zweiten Europäischen Alkohol-Aktionsplan (EAAP 2) 2000–2005“ (WHO 1999a), dessen Ausgangspunkt das Ziel 12 („Verringerung der durch Alkohol, Drogen und Tabak verursachten Schäden“) des WHO-Rahmenkonzepts „Gesundheit 21“ (WHO 1999b) bildet, dem zufolge bis zum Jahr 2015 in allen Mitgliedstaaten die gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die auf den Konsum suchterzeugender Substanzen wie Tabak, Alkohol und psychotroper Substanzen zurückzuführen sind, signifikant reduziert werden sollten. Das Kriterium „Reduktion des Durchschnittskonsums um 25 Prozent“ wird, wie beim Treffen der nationalen Counterparts für den Europäischen Alkohol-Aktionsplan im Oktober 1998 in Madrid angeregt, nun tatsächlich fallen gelassen und ein Ziel mit einer quantitativ nicht bestimmten „Reduktion des schädlichen Gebrauchs“ festgelegt.

Die konkreten Ziele des EAAP 2 sind vor allem

- die Implementierung einer geeigneten Gesundheitspolitik in den Mitgliedstaaten in Hinblick auf Schadensminderung,
- die Reduktion des Risikos, das mit Alkohol vor allem am Arbeitsplatz und in anderen Settings verbunden ist,
- die Reduktion der Folgeschäden, die durch Alkohol verursacht werden (Unfälle, Gewalt, Kindesmissbrauch und -vernachlässigung, Familienprobleme etc.),
- die effiziente therapeutische Versorgung und verbesserter Schutz von Kindern und Jugendlichen.

Dem letzten Punkt sollte durch die Verabschiedung einer Deklaration zum Thema „Jugend und Alkohol“ auf der Ministerkonferenz in Stockholm 2001 entschieden Nachdruck verliehen werden. Für die Umsetzung der anderen Ziele wurden entsprechende Maßnahmen und Evaluationskriterien definiert. Die übergeordneten Ziele des „Zweiten Europäischen Aktionsplans Alkohol“ (EAAP 2) lauten:

- Es soll ein verstärktes Bewusstsein für gesundheitspolitische Konzepte geschaffen werden, mit denen die Aufgabe angegangen werden kann, die Schäden, die der Alkohol verursachen würde, zu verhüten.
- Das Risiko alkoholbedingter Probleme, die in den unterschiedlichsten Zusammenhängen, beispielsweise zu Hause, am Arbeitsplatz, in der Gemeinschaft oder bei Anlässen, wo getrunken wird, auftreten könnten, soll verringert werden.
- Alkoholbedingte Schäden wie Todesfälle, Unfälle, Gewalttätigkeit, Missbrauch und Vernachlässigung von Kindern sowie Familienkrisen sollen sowohl vom Umfang als auch von der Tiefe ihrer Wirkung her verringert werden.
- Menschen, deren Alkoholverbrauch als gefährlich und schädlich zu bezeichnen ist, und Alkoholabhängigen soll eine zugängliche und wirksame Behandlung angeboten werden.
- Kinder, junge Menschen und alle, die keinen Alkohol trinken wollen, sollen besser vor dem von ihrer Umwelt ausgehenden Druck geschützt werden.

(Originaltext nach WHO 1999a)

Der wesentliche Unterschied zwischen EAAP 1 und EAAP 2 liegt darin, dass Letzterer deutlich konkretere Zielsetzungen formuliert und auch explizit Maßnahmen nennt, die für eine Zielerreichung als sinnvoll erachtet werden, wohingegen im EAAP 1 noch vermehrt allgemeine strategische Formulierungen verwendet wurden.

„Bis zum Jahr 2005 sollten“, so besagt der Einleitungssatz, auf den sich alle nachfolgend zitierten und unterschiedlichen Teilaspekten zugeordneten Aussagen beziehen, „alle Länder der Europäischen Region ...“

Information und Aufklärung

- ... in der Öffentlichkeit das Bewusstsein für die Schäden wecken, die der Alkohol bewirken kann, und ihr die Konsequenzen für Gesundheit und Wohlergehen des Einzelnen, der Familie und ganzer Gemeinschaften vor Augen führen.
- ... Unterstützung für eine Gesundheitspolitik schaffen, die mit dem „Europäischen Aktionsplan Alkohol“ übereinstimmt.
- ... dafür sorgen, dass Kinder und junge Menschen wirksam imstande sind, gesundheitszutragliche Entscheidungen zu treffen, und dass sie gefestigt genug sind, um dem Druck zum Trinken vor dem gesetzlichen Mindestalter zu widerstehen.

Öffentliche Räume, Privatsphäre und Arbeitsplatz

- ... das Vorkommen alkoholbedingter Probleme in der Öffentlichkeit, vor allem die bei Freizeitaktivitäten und Sportveranstaltungen auftretenden Probleme, verringern.
- ... das Risiko alkoholbedingter Schäden in der Familie verringern und ein nicht gefährdendes häusliches Umfeld für Kinder sicherstellen.
- ... die Schäden, die der Alkohol am Arbeitsplatz anrichten kann, vor allem Unfälle und Gewalt, verringern.

Alkohol am Steuer

- ... sich darum bemühen, die Zahl der alkoholbedingten Unfälle, Todesfälle und Verletzungen, die auf Alkohol am Steuer zurückzuführen sind, erheblich zu verringern.

Verfügbarkeit alkoholischer Produkte

- ... eine Steuerpolitik verfolgen, die dazu beiträgt, die Schäden, die der Alkohol bewirken kann, zu verringern.
- ... das Ausmaß des Trinkens von Minderjährigen, vor allem von ganz jungen Jugendlichen, verringern.

Werbung für Alkoholprodukte

- ... Maßnahmen zum Schutz von Kindern und Jugendlichen vor Alkoholwerbung einführen.

Behandlung

- ... eine zugängliche und wirksame Behandlung für die Personen (und ihre Familien) sicherstellen, deren Alkoholkonsum in den Bereich des gefährlichen oder schädlichen Konsums fällt und bis zur Alkoholabhängigkeit reicht.

Verantwortung der Alkoholwirtschaft und des Gastgewerbes

- ... die alkoholbedingten Probleme in dem Milieu, in dem getrunken wird, verringern.
- ... dafür sorgen, dass weniger Betrunkene eine Gaststätte verlassen und danach in Täglichkeiten, Gewalt und alkoholbedingte Verkehrsunfälle verwickelt werden.
- ... zweckgerechte Maßnahmen umsetzen, die jungen Menschen den Zugang zu Alkohol erschweren.

Die Fähigkeit der Gesellschaft, auf alkoholbedingte Schäden zu reagieren

- ... verstärkt bürgernahe Maßnahmen einsetzen, die darauf abzielen, die alkoholbedingten Probleme im Nahbereich (z. B. Verkehrsunfälle, bei denen Alkoholkonsum eine Rolle spielt; Verkauf von alkoholischen Getränken an Minderjährige) durch einen verantwortlicheren Getränkeausschank und den verstärkten Einsatz kommunaler Bestimmungen zu verringern.
- ... unter allen staatlichen Sektoren, die einen Einfluss auf eine wirksame Alkoholpolitik haben können, das Problembeusstsein und die entsprechende Kompetenz stärken.

Nichtstaatliche Organisationen

- ... nichtstaatliche Organisationen und Selbsthilfebewegungen unterstützen, die Initiativen fördern, die alkoholbedingte Schäden verhindern oder verringern sollen.

Aufstellung, Umsetzung und Verlaufsbeobachtung der Politik

- ... eine umfassende, auf eine breite Grundlage gestützte Alkoholpolitik führen.
 - ... ein Meldesystem für den Alkoholkonsum sowie Verlaufsbeobachtung und Evaluierung der Umsetzung der Alkoholpolitik sowie der Schäden, die durch Alkohol bewirkt werden, betreiben.
- (Originalformulierungen nach WHO 1999a)

2000: „The Geneva Partnership on Alcohol – Towards a Global Charter“²⁰ wird unter der Leitung von ICAP gemeinsam mit Vertreterinnen und Vertretern von Alkoholwirtschaft, Forschung und Gesundheitsberufen erarbeitet (ICAP 2000). Dieses Dokument enthält einerseits ein starkes Zu-

²⁰ „Genfer Partnerschaft für Alkoholfragen – in Richtung einer globalen Charta“

geständnis der Industrie an Regierungen und Gesundheitsberufe dahingehend, Probleme in Zusammenhang mit Alkohol gezielt zu bekämpfen, andererseits wird im Gegenzug das Recht des Individuums, in verantwortlichem Umfang Alkohol zu konsumieren, sowie eine Partnerstellung der Industrie bei alkoholpolitischen Entscheidungen gefordert.

2001: In Stockholm wird in Nachfolge der Konferenz von Paris die zweite europäische Ministerkonferenz zu Alkohol abgehalten, deren Arbeitsschwerpunkt das Thema „Jugend und Alkohol“ ist. Die im Rahmen dieser Ministerkonferenz verabschiedete Deklaration (WHO 2001) fordert ein Bündel alkoholpolitischer Maßnahmen in vier großen Bereichen:

1. *Schutz von Kindern und Heranwachsenden vor Alkoholwerbung und -sponsoring bzw. die Steuerung des Zugangs zu Alkohol durch ein festzulegendes Mindestalter und andere wirtschaftliche Maßnahmen wie etwa Preisgestaltung*
2. *Aufklärung im Rahmen von Gesundheitsförderungsprogrammen, die auch Alkoholfragen in Settings wie Bildungseinrichtungen, Jugendorganisationen, Arbeitsplätzen und Gemeindeeinrichtungen behandeln sollen, wobei auch das Erwerben von „life skills“ durchaus in den Bereich „Aufklärung“ fällt*
3. *Schaffung eines stützenden Umfelds als Voraussetzung dafür, dass Alternativen zur Trinkkultur entwickelt werden können*
4. *Schadensminderung durch Training von Gastgewerbepersonal, Festlegen von Promillegrenzen und Strafen für Fahren unter Alkoholeinfluss sowie durch geeignete Therapieprogramme für Jugendliche mit Alkoholproblemen*

Diese Maßnahmen sollen dabei helfen, die folgenden Ziele zu erreichen:

- *die Zahl der Jugendlichen, die mit Alkoholkonsum beginnen, erheblich verringern*
- *das Alter des Alkoholkonsumbeginns bei Jugendlichen erhöhen*
- *das Auftreten und die Häufigkeit hochriskanter Alkoholkonsums bei jungen Menschen, insbesondere Jugendlichen und jungen Erwachsenen, erheblich verringern*
- *sinnvolle Alternativen zum Alkohol- und Drogenkonsum anbieten bzw. ausweiten und Ausbildung von Personen, die mit jungen Menschen arbeiten, verbessern*
- *junge Menschen in gesundheitsbezogene Jugendpolitikfelder verstärkt einbeziehen, insbesondere in Hinblick auf alkoholbezogene Fragen*
- *die Aufklärung über Alkohol unter jungen Menschen verbessern*
- *den Druck auf Jugendliche, Alkohol zu konsumieren, insbesondere in Bezug auf Alkoholwerbung, kostenlose Verteilaktionen, Werbung, Sponsoring und Verfügbarkeit so gering wie möglich halten – mit speziellem Bezug zu besonderen Anlässen*
- *Unterstützung von Maßnahmen gegen den illegalen Verkauf von Alkohol*
- *den Zugang zu Gesundheits- und Beratungsdiensten gewährleisten und/oder verbessern, insbesondere für Jugendliche mit Alkoholproblemen und/oder alkoholabhängigen Eltern bzw. Familienangehörigen*
- *alkoholbedingte Schäden reduzieren – insbesondere Unfälle, Übergriffe und Gewalt – vor allem wenn sie von jungen Menschen erfahren werden müssen*

(Originalformulierung nach WHO 2001)

2001: Veröffentlichung der „Empfehlung des Rates vom 5. Juni 2001 zum Alkoholkonsum von jungen Menschen, insbesondere von Kindern und Jugendlichen“ (Rat der Europäischen Union 2001). Besonderer Wert wird hier darauf gelegt, dass die Maßnahmen durch die Entwicklung eines umfassenden Ansatzes, der nicht unbedingt nur auf Alkohol beschränkt ist, gemeinsam mit

jungen Menschen umgesetzt und evaluiert werden sollen. Auch die – gemeinsam mit den Herstellern und Vertreibern alkoholischer Getränke sowie mit einschlägigen NGOs zu fördernde – Einführung bzw. der Ausbau wirksamer Mechanismen in den Bereichen Werbung, Vermarktung und Abgabe an den/die Verbraucher:in nimmt eine wesentliche Rolle in diesem Dokument ein.

2003: Eine Reihe international renommierter Alkoholforscher:innen publiziert das Buch **Alcohol: No Ordinary Commodity – Research and Public Policy** (Babor et al. 2003) als Aktualisierung des 1975 veröffentlichten Buchs „Alcohol Policy and the Public Good“, das wie seine Vorgänger starken Einfluss auf die alkoholpolitische Linie des Regionalbüros der WHO in Europa und nunmehr auch auf die Europäische Kommission ausübt. Dieses Buch ist auch in deutscher Übersetzung verfügbar (Babor et al. 2005). Wie die Vorgängerbücher argumentiert diese Publikation unter Bezugnahme auf Forschungsergebnisse, dass man im Sinne einer „evidenzbasierten Alkoholpolitik“ primär auf Alkoholkontrollmaßnahmen setzen solle, da nur diese effektiv und kostenwirksam seien (vgl. Kap. 2.1.1). Dieses Buch wurde zuletzt 2022 in einer neuen Auflage publiziert und richtet dabei einen größeren Fokus auf Entwicklungen in ärmeren Staaten sowie auf die Rolle der Alkoholindustrie (Babor et al. 2022).

2005: Das WHO-Regionalkomitee für Europa verabschiedet in Bukarest das Dokument **Handlungsrahmen für eine Alkoholpolitik²¹ (Framework for Alcohol Policy)** (WHO 2006), das als Nachfolgedokument des EAAP 2 gilt, und verfasst eine Resolution an die Mitgliedstaaten mit der Forderung, den „Handlungsrahmen“ tatkräftig umzusetzen und diese Umsetzung in weiterer Folge zu evaluieren. Zentraler Inhalt des „Handlungsrahmens für eine Alkoholpolitik“ ist die Bekräftigung der von Babor et al. (2003) vertretenen Forderung nach einer Beschränkung der Alkoholverfügbarkeit. Zusätzlich werden die „Europäische Charta Alkohol“ und die „zehn Strategien für alkoholbezogene Maßnahmen“ wiederholt und bekraftigt.

2006: Anderson et al. (2006) publizieren im Rahmen des EU-Projekts **Bridging the Gap** das Buch **Alcohol in Europe: A Public Health Perspective**. Dieses vertritt ähnliche Alkoholkontrollpositionen wie Babor et al. (2003) und wurde von der Europäischen Kommission als Grundlage für eine Mitteilung an den Rat unter dem Titel „Eine EU-Strategie zur Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Verringerung alkoholbedingter Schäden“ in Auftrag gegeben.

2006: Im selben Jahr erfolgt die Finalisierung und Veröffentlichung der soeben erwähnten **EU-Strategie zur Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Verringerung alkoholbedingter Schäden** (Kommission der europäischen Gemeinschaften 2006). Im Gegensatz zu den Forderungen von Babor et al. (2003) sowie Anderson et al. (2006) vertritt diese EU-Strategie keine erklärte Alkoholkontrollpolitik, sondern eine moderate Mittelposition im Sinne eines Interessenausgleichs zwischen allen betroffenen Interessengruppen. Es wird darin explizit betont, dass die geplanten Maßnahmen nicht auf den Alkoholkonsum generell, sondern nur auf exzessiven oder problembehafteten Alkoholkonsum zielen würden und dass nicht daran gedacht sei, die Subsidiarität der EU-Mitgliedstaaten in Gesundheitsfragen zu beschränken bzw. bestehende nationale Maßnahmen durch Maßnahmen der Gemeinschaft zu ersetzen. Außerdem wird betont, dass es Aufgabe der Wirtschaft (Erzeuger, Handel und Gastronomie) sei, hohe ethische Standards

²¹ Der englische Ausdruck „Framework for Alcohol Policy“ (WHO 2006) wurde in der offiziellen WHO-Übersetzung mit „Handlungsrahmen für die Alkoholpolitik“ übersetzt, was zum einen inhaltlich insofern inkorrekt ist, als man „policy“ nicht einfach mit „Politik“ übersetzen kann, und zum anderen im internationalen Diskurs immer wieder für Verwirrung sorgt. Um auf dieses Problem hinzuweisen, wird in den folgenden Abschnitten, wenn „Alkoholpolitik“ als Übersetzung von „alcohol policy“ zitiert wird, in Klammern der englische Originalausdruck ergänzt.

einzuhalten, um an der Verringerung alkoholbezogener Probleme mitzuwirken, und dass bei der Gestaltung der Alkoholpolitik neben Akteuren des Gesundheitssektors und der Forschung auch die Wirtschaft einzubeziehen sei. In diesem Zusammenhang wird die Gründung eines Europäischen Alkohol- und Gesundheitsforums angekündigt.

Folgende Themen werden für gemeinschaftliche Aktivitäten auf europäischer Ebene in Ergänzung zu nationalen Zielsetzungen als prioritätär und sinnvoll erachtet:

- *Schutz von Jugendlichen, Kindern und der Kinder im Mutterleib*
- *Senkung der Zahl der Verletzungen durch alkoholbedingte Straßenverkehrsunfälle*
- *Vorbeugung alkoholbedingter Schädigung bei Erwachsenen und Verringerung der negativen Auswirkungen auf den Arbeitsplatz*
- *Information, Aufklärung und Bewusstseinsbildung in Bezug auf die Auswirkungen schädlichen und riskanten Alkoholkonsums und auf angemessene Konsummuster*
- *Aufbau und Aktualisierung einer gemeinsamen Grundlage wissenschaftlich gesicherter Erkenntnisse auf EU-Ebene*

(Kommission der europäischen Gemeinschaften 2006)

2006: In Verbindung mit der „EU-Strategie zur Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Verringerung alkoholbedingter Schäden“ wird das **Committee on National Alcohol Policy and Action** (CNAPA) etabliert, das sich aus Repräsentantinnen/Repräsentanten der Mitgliedstaaten zusammensetzt, die von den einzelnen Regierungen ernannt werden. Durch einen regelmäßigen Austausch (mindestens zwei Treffen pro Jahr) über aktuelle Entwicklungen und darauf aufbauende Diskussionen dient CNAPA der weiteren Koordination und Abstimmung in Hinblick auf Entwicklungen im Bereich „alcohol policy“ in Europa, wobei die Annäherung der unterschiedlichen Positionen als Ziel formuliert wird (European Commission 2006).

2007: Die Europäische Kommission beschließt eine **Charta, die das Europäische Alkohol- und Gesundheitsforum installiert** (European Commission 2007). Dieses Forum ist eine Plattform unter Vorsitz der Generaldirektion für Gesundheit und Konsumentenschutz der europäischen Kommission mit Interessenvertreterinnen und -vertretern aus Behörden, Nichtregierungsorganisationen und der Wirtschaft, die sich dazu verpflichten, relevante Schritte zu setzen, um Probleme in Zusammenhang mit Alkohol zu verringern. Eine Mitgliedschaft ist europaweit agierenden Dachorganisationen vorbehalten, die in der Lage sind, bei der Verringerung alkoholassoziierter Probleme in der EU eine aktive Rolle zu spielen, und bereit sind, sich konkret und überprüfbar aktiv für die Ziele zu engagieren.

2009–2012: Die Autorinnen und Autoren des Berichts zum EU-Projekt „Alcohol Measures for Public Health Research Alliance“ (**AMPHORA**) wiederholen die in den alkoholepidemiologischen Standardwerken propagierten Thesen, dass die kostengünstigsten und zugleich effizientesten Strategien gegen alkoholbedingte Schäden die Reduktion der Verfügbarkeit von Alkohol, höhere Preise und ein Werbeverbot für alkoholische Getränke seien (Anderson et al. 2012) und übernehmen in diesem Zusammenhang den von World Economic Forum und WHO (2011) geprägten Ausdruck „three best buys“.

2010: Verabschiedung der **Globalen Strategie zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums (Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol)** (WHO 2010). Darin wird „harmful use“ (schädlicher Gebrauch) als Konsumverhalten definiert, das negative gesundheitliche oder

soziale Folgen für die konsumierende Person, deren soziales Umfeld oder die Gesellschaft insgesamt mit sich bringt, sowie als Konsummuster, die mit einem erhöhten Risiko für negative Gesundheitsauswirkungen einhergehen. Während auf die zahlreichen negativen Auswirkungen eines schädlichen Gebrauchs hingewiesen wird und darauf, dass bei manchen Erkrankungen das Risiko mit steigenden Mengen immer weiter ansteige, wird gleichzeitig festgestellt, dass geringe Konsummengen nicht zwingend mit einem erhöhten Risiko einhergehen müssten. Herausforderungen werden unter anderem in der Notwendigkeit intersektoraler Zusammenarbeit unterschiedlicher Stakeholder gesehen (unterschiedliche Sektoren der öffentlichen Verwaltung, aber auch Zivilgesellschaft und ökonomische Stakeholder), deren Interessen teilweise in Konflikt zueinander stehen können. Auch der Einfluss sozialer Ungleichheit, der bewirkt, dass ärmere Bevölkerungsgruppen bei identischen Alkoholmengen häufiger mit negativen Auswirkungen konfrontiert sind, wird betont. Dementsprechend wird ein spezifischer Fokus auf negative Auswirkungen für marginalisierte Personengruppen gefordert. Maßnahmen werden zu folgenden zehn Aktionsbereichen gruppiert (eine genauere Beschreibung bietet Kap. 2.2.3):

- 1 Führungsstärke, Bewusstsein und Entschlossenheit
- 2 Maßnahmen des Gesundheitswesens
- 3 Maßnahmen in der Gemeinschaft und am Arbeitsplatz
- 4 Promillegrenzen im Verkehr und ihre Durchsetzung
- 5 Verfügbarkeit von Alkohol
- 6 Vermarktung alkoholischer Getränke
- 7 Preispolitik
- 8 Verringerung der negativen Folgen des Trink- und Rauschverhaltens
- 9 Verringerung der gesundheitspolitischen Folgen illegalen und unregistriert erzeugten Alkohols
- 10 Beobachtung und Überwachung

2011: Der Europäische Aktionsplan zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums 2012–2020 (kurz: Europäischer Aktionsplan) wird von allen 53 Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO ratifiziert (WHO 2012).

Als Voraussetzungen für eine effektive „alcohol policy“ werden die folgenden Punkte genannt:

- *Alkoholkonzepte in die umfassendere Wirtschafts- und Wohlfahrtspolitik einbinden und zur erfolgreichen Entwicklung der Gesellschaft und des gesellschaftlichen und gesundheitlichen und wirtschaftlichen Nutzens beitragen*
- *das gemeinsame Vorgehen unterschiedlicher Regierungsressorts und Bereiche aufeinander abstimmen und die erforderlichen positiven Anreize für einzelne Sektoren und die Gesellschaft insgesamt benennen und schaffen*
- *öffentliche wie private Akteure aufeinander abstimmen und einbinden und positive Anreize für die maßgeblichen öffentlichen und privaten Akteure benennen und schaffen*
- *Alkoholkonzepte in alle übrigen Maßnahmen für Wohlbefinden und gesunde Lebensweisen und gegen nichtübertragbare und übertragbare Krankheiten einbeziehen*
- *Städten, Lokalverwaltungen und Bürgergruppen Raum und Gelegenheit zur Umsetzung wirksamer Alkoholkonzepte und -programme geben, die auf alle Ebenen der Gesellschaft zugeschnitten sind*
- *Anreize sowie Negativanreize für Einzelpersonen und Familien schaffen, die ihnen gesundheitsförderliche Entscheidungen in Bezug auf ihren Alkoholkonsum erleichtern*

- die Nachfrage in Angriff nehmen und Alkohol als bedeutenden Faktor neben anderen im Leben der Menschen aufgreifen
- die jeweiligen Rollen von Einzelpersonen, Gruppen, örtlichen Einrichtungen der Gesundheits- und Sozialfürsorge, nichtstaatlichen Organisationen, Alkoholbranche und Staat anerkennen

Die fünf übergeordneten Ziele des Aktionsplans 2012–2020 bauen auf den früheren Aktionsplänen auf und lauten folgendermaßen:

- Bewusstsein für Ausmaß und Art der gesundheitlichen, gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Belastung durch schädlichen Alkoholkonsum schaffen und Regierungen stärker zur Bewältigung dieser Last verpflichten
- Das Grundlagenwissen über Ausmaß und bestimmende Faktoren der alkoholbedingten Schäden sowie wirksame Maßnahmen zur Reduktion und Prävention dieser Schäden erweitern und verbreiten
- fachliche Unterstützung der Mitgliedstaaten ausweiten und ihre Fähigkeit zur Verringerung alkoholbedingter Schäden und zur Behandlung von Alkoholmissbrauch und damit verknüpften Erkrankungen stärken
- Partnerschaften stärken und Koordinierung zwischen Akteuren verbessern sowie mehr Mittel für gemeinsame Maßnahmen gegen den schädlichen Alkoholkonsum mobilisieren
- Systeme zur Beobachtung und Überwachung auf subnationaler, nationaler und regionaler Ebene verbessern und so eine wirksamere Verbreitung und Anwendung von Informationen für die Überzeugungsarbeit, Politikgestaltung und Auswertung sichern

(Originaltext nach WHO 2012)

Die auf diesen Zielen aufbauenden zehn Aktionspunkte werden aus der „Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol“ übernommen, auch wenn die konkrete Ableitung von Empfehlungen teilweise anders ausfällt und insgesamt eine stärkere Orientierung am Kontrollansatz erkennen lässt (vgl. auch Kap. 2.2.3).

2011–2016 werden im EU-Projekt **ALICE-RAP** (Addiction and Lifestyles in Contemporary Europe – Reframing Addictions Project) neben Alkohol auch die Bereiche illegale Substanzen, neue psychoaktive Substanzen und Glücksspiel untersucht. Es wird somit eine substanzübergreifende Perspektive forciert. Die Ergebnisse im Alkoholbereich schließen im Wesentlichen aber an Forderungen aus Vorgängerprojekten an (Anderson 2012).

2012 ratifiziert das WHO-Regionalkomitee für Europa das Dokument **Gesundheit 2020 – Rahmenkonzept und Strategie der Europäischen Region für das 21. Jahrhundert** (kurz: **Gesundheit 2020**) (WHO 2013). Alkohol wird dort in einem breiteren Kontext, jenem von Gesundheits- und Wohlfahrtpolitik, behandelt, etwa in Zusammenhang mit psychischer Gesundheit und sozialer Ungleichheit. Es werden nichtübertragbare Erkrankungen und die dahinterstehenden Risikofaktoren als Schwerpunkt der Gesundheitspolitik definiert, wodurch den Lebensstilfaktoren wie Alkoholkonsum, aber auch Rauchen und unzureichender Bewegung eine wesentliche Bedeutung zugemessen wird, um Gesundheit und Wohlbefinden in Europa steigern zu können. Steuerliche Maßnahmen, Angebotsreduktion und Werbeverbote werden auch hier als kosteneffektive alkoholpolitische Maßnahmen propagiert. Als ebenfalls wirksam, wenngleich weniger kostengünstig werden Maßnahmen gegen Alkohol am Steuer, ärztliche Kurzinterventionen und Therapieangebote betreffend alkoholbedingte Störungen gesehen. Gleichzeitig wird betont, dass die Effekte fiskalischer Maßnahmen nur schwer vorhersehbar seien, vor allem Niedrigeinkommensgruppen trafen und auch soziale und ökonomische Determinanten thematisiert werden müssten, die zur

Ungleichverteilung von Risikofaktoren führen würden, zu denen auch Alkoholkonsum gehöre. Alkoholkonsum wird in dem Dokument primär als Ursache für psychiatrische und soziale Probleme präsentiert. Auf den Umstand, dass dieser Zusammenhang zu einem relevanten Teil auch umgekehrt erklärbar ist, wird nicht eingegangen.

2013: Die Weltgesundheitsversammlung ratifiziert den **Globalen Aktionsplan zur Verhütung und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten** (Global Action Plan for the Prevention and Control of Non-Communicable Diseases) (WHO 2013), der inhaltlich ähnliche Zielsetzungen, Strategien und Maßnahmen wie das europäische WHO-Dokument „Gesundheit 2020“ aufweist.

Bei genauerer Betrachtung lässt sich aber eine etwas andere Perspektive erkennen. Die Unterschiede verhalten sich analog zu den semantischen Unterschieden zwischen dem „Europäischen Aktionsplan zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums 2012–2020“ (WHO 2011) und der Globalen Strategie zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums“ (WHO 2010). Das europäische Strategiepapier „Gesundheit 2020“ orientiert sich stärker an der Zielsetzung einer alkoholkritischen Kontrollpolitik und stellt Alkoholkonsum generell als Problem dar (verdeutlicht durch Formulierungen wie „Strategien gegen Alkohol“, „Herausforderungen wie Alkoholkonsum“). Politische Überzeugungsarbeit soll dabei helfen, kulturelle Gegebenheiten im Sinne dieser Vorstellungen zu beeinflussen. Im Gegensatz dazu ist der „Globale Aktionsplan“ stärker durch eine problemfokussierte Perspektive geprägt, indem darin ausschließlich „schädlicher Alkoholkonsum“ kritisiert wird und in Maßnahmenvorschlägen empfohlen wird, auch kulturelle Aspekte zu berücksichtigen.

2012–2015: Im EU-Projekt RARHA (Reducing Alcohol Related Harm Alliance) kommt unter anderem erstmalig ein einheitliches Erhebungsinstrument zur Messung des Alkoholkonsums und damit verbundener Probleme in 19 europäischen Ländern zum Einsatz (Moskalewicz et al. 2016).

2014: Das CNAPA-Gremium verabschiedet den **Action Plan on Youth Drinking and on Heavy Episodic Drinking (Binge Drinking) (2014–2016)**. Aufbauend auf den fünf Zielen der „EU-Strategie zur Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Verringerung alkoholbedingter Schäden“ aus dem Jahr 2006, werden sechs Aktionsbereiche definiert, die sich speziell dem Schutz von Jugendlichen und Kindern widmen:

- *Reduktion episodenhaften Rauschtrinkens („binge drinking“)*
 - *Reduktion der Verfügbarkeit alkoholischer Getränke für Jugendliche*
 - *Reduktion der Exposition von Jugendlichen gegenüber Alkoholwerbung*
 - *Reduktion des Schadens durch Alkohol während der Schwangerschaft*
 - *Sicherstellung einer gesunden und sicheren Umwelt für Jugendliche*
 - *Unterstützung von Monitoringaktivitäten und Intensivierung von Forschung*
- (CNAPA 2014, Übersetzung durch die Autorinnen und Autoren)

2015: Auflösung des International Center for Alcohol Policy (ICAP) und Gründung der **International Alliance for Responsible Drinking (IARD; vgl. Kap. 2.1.5)**

2017: Ein Diskussionspapier der WHO (2017a) zum Thema Etikettierungsvorschriften (englisch: Labelling) erscheint, das zusätzliche Inhaltsangaben und Warnhinweise mit Piktogrammen auf alkoholischen Getränken fordert. Dabei wird auf den Aktionsbereich 8 der im Jahr 2010 verabschiedeten **Globalen Strategie zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums** (WHO 2010) Bezug genommen, in der die Angabe von Inhaltsstoffen und insbesondere des Kaloriengehalts

gefordert wurde. In dem Dokument wird kritisiert, dass mit der EU-Verordnung Nr. 1169/2011 (2011) des Europäischen Parlaments und des Rates alkoholische Getränke ausdrücklich von der Verpflichtung ausgenommen wurden, detaillierte Inhaltsangaben machen zu müssen. Der Diskurs über die Frage, welche Angaben den Konsumentinnen und Konsumenten auf alkoholischen Getränken angeboten werden sollten, gewinnt in diesem Zusammenhang zunehmend an Bedeutung.

2019–2022: Durchführung des EU-Projekts **AlHaMBRA** (Alcohol Harm Measuring and Building Capacity for Policy Response and Action) mit Fokus auf den Einsatz von E-Health-Instrumenten zur Reduzierung alkoholbedingter Schäden, die Auswirkungen digitaler Werbung auf den Alkoholkonsum sowie Strategien zur Bekämpfung von Alkoholkonsum am Arbeitsplatz

2021: Start der Initiative „Europe's Beating Cancer Plan“, der unter anderem auch problematischen Alkoholkonsum als Risikofaktor für bestimmte Krebserkrankungen thematisiert. Um eine Reduktion des schädlichen Alkoholkonsum zu erreichen, werden (1) eine Überarbeitung steuerlicher Vorschriften, (2) eine Einführung verpflichtender Zutatenverzeichnisse, Nährwertdeklarationen und Warnhinweise auf allen alkoholischen Getränken, (3) die Implementierung von Kurzinterventionen sowie (4) Maßnahmen gegen Alkoholwerbung auf digitalen Plattformen empfohlen (European Commission 2021).

2022: Ratifizierung des „European framework for action on alcohol 2022–2025“ des Regionalbüros für Europa der WHO (WHO Europe 2022a) und eines begleitenden Hintergrunddokuments (WHO Europe 2022b). Der Handlungsrahmen weist sechs priorisierte Arbeitsbereiche auf (Preisgestaltung, Verfügbarkeit, Marketing, Gesundheitsinformation und Labelling, Maßnahmen der Gesundheitsdienste, Gemeinwesen), die im Hintergrunddokument jeweils mit priorisierten Aktionspunkten konkretisiert werden. Diese lauten folgenderweise:

1. Preisgestaltung

- a) Preispolitik auf Grundlage der besten verfügbaren Erkenntnisse, um sicherzustellen, dass Alkohol weder für die gesamte Bevölkerung noch für bestimmte Gruppen, die besonders gefährdet sind, erschwinglicher wird
- b) regelmäßige Aktualisierung der gesamten alkoholbezogenen Steuerpolitik, einschließlich der Besteuerung, entsprechend der Inflation
- c) sektorenübergreifender Dialog und Planung der Alkoholpreisgestaltung in allen Regierungsstellen, einschließlich der Gesundheits- und Finanzministerien
- d) transnationaler und sektorenübergreifender Informationsaustausch und Überwachung zur Planung der Zusammenarbeit in Bezug auf die Preispolitik und grenzüberschreitenden Handel

2. Verfügbarkeit

- a) nationale Lizenzierungssysteme für Alkoholverkauf, die lokale Lizenzentscheidungen unterstützen und dabei die Auswirkungen der Alkoholverfügbarkeit auf die öffentliche Gesundheit wirksam berücksichtigen – insbesondere in sozial benachteiligten Gebieten
- b) Beschränkungen der Anzahl und Dichte von Verkaufsstellen sowie der Verkaufszeiten und -tage sowie die Regulierung des Alkoholkonsums in öffentlichen Außenbereichen
- c) Altersbeschränkungen für den Verkauf von Alkohol
- d) Erwägung eines vollständigen Verbots des Alkoholverkaufs bei und rund um Sport- und Kulturveranstaltungen, bei denen Minderjährige anwesend sind

- e) vorgeschriebene Schulungen für Beschäftigte in der Gastronomie und Verkaufspersonal als Voraussetzung für die Lizenzerteilung
- f) Erwägung neuer Maßnahmen, sofern es Belege aus verschiedenen Ländern gibt, dass diese wirksam sein können

3. Marketing

- a) Einrichtung multisektoraler Arbeitsgruppen, um die besten Wege zur Vermeidung und Verringerung der Risiken und Schäden im Zusammenhang mit Alkoholwerbung in traditionellen und digitalen Kontexten zu finden – in Anerkennung der Tatsache, dass ein globaler und umfassender Ansatz erforderlich ist, um Alkoholwerbung so weit wie möglich aus allen Kontexten zu entfernen
- b) sektorenübergreifender Dialog und gemeinsame Planung über alle Regierungsstellen hinweg, einschließlich der Gesundheits- und Finanzministerien sowie der Ministerien, die für digitale Technologien zuständig sind
- c) Beschränkungen des Inhalts und Umfangs kommerzieller Alkoholwerbung – zum Beispiel durch die Begrenzung von Botschaften und Bildern auf sachliche Inhalte ohne Verknüpfungen zu Prominenten oder Influencerinnen/Influencern oder durch ein Verbot jeglicher Werbung im Fernsehen, Radio, in Filmen und im Sportsponsoring
- d) Regelwerke, die festlegen, was erlaubt ist, statt was verboten ist, unter der gesetzlich festgelegten Prämisse, dass alles, was nicht ausdrücklich genannt wird, nicht erlaubt ist
- e) Aufbau von Beziehungen zu Anbietern von Internetplattformen zur Unterstützung neuer innovativer Ansätze, die Alkoholwerbung messen, kontrollieren und einschränken können, mit neuen Regulierungen, wo erforderlich
- f) Maßnahmen, die Alkoholhersteller verpflichten, ihre Marktdaten über Konsumentinnen/Konsumenten in verschiedenen Medien zu öffentlichen Gesundheitszwecken zu teilen
- g) Partnerschaften und Kooperationen mit anderen Ländern und internationalen Organisationen mit dem Ziel, die grenzüberschreitende Zusammenarbeit bei Überwachung und Durchsetzung zu verbessern
- h) Erwägung neuer Steuersysteme, einschließlich E-Commerce-Steuern, und Sicherstellung, dass Aktivitäten zur Alkoholwerbung nicht steuerlich absetzbar sind

4. Gesundheitsinformation und Labelling

- a) unabhängige Festlegung, Überwachung und Durchsetzung dessen, was auf allen Alkohol-etiketten erscheint – im Interesse der öffentlichen Gesundheit und des Konsumentenschutzes und frei von Einflussnahme oder Einmischung durch Unternehmensinteressen
- b) gesetzliche Etikettierungsvorgaben auf Grundlage der WHO-Empfehlungen, mit Etiketten, die Nährwertangaben, Inhaltsstoffe sowie Gesundheitswarnungen enthalten
- c) Falls Mitgliedstaaten beschließen, Selbstregulierung zuzulassen, sollten Alkoholhersteller nachweisen müssen, dass sie den Rat unabhängiger und national anerkannter öffentlicher Gesundheitsbehörden eingeholt und befolgt haben
- d) Erwägung des Prinzips eines gesetzlichen „Rechts auf Wissen“ für Verbraucher:innen in Bezug auf den Inhalt alkoholischer Getränke und die damit verbundenen Risiken

5. Maßnahmen der Gesundheitsdienste

- a) nationale Leitlinien und Investitionen zur Förderung integrierter Versorgungsmodelle, unter Berücksichtigung der Vermittlung von Gesundheitsinformationen, Screening und Kurzinterventionen, der Kombination aus biopsychosozialen Behandlungsstrategien und langfristigen gemeindenahen Unterstützungsangeboten, Maßnahmen zur Auf-

- rechterhaltung des Kontakts, zur Bereitstellung von Kriseninterventionen und zu bedarfsgerechter Unterstützung auf unterschiedlichen Intensitätsstufen, mit aktiver Anbindung an Angebote der Selbsthilfe (einschließlich klinisch orientierter Zwölf-Schritte-Programme)
- b) gezielte Maßnahmen zur Verringerung von Stigma und Diskriminierung, die Menschen daran hindern, alkoholbezogene Unterstützungsangebote in Anspruch zu nehmen
 - c) Ausbau alkoholbezogener Screenings und Kurzinterventionen in der Primärversorgung sowie verwandten Settings auf evidenzbasierter Grundlage
 - d) angemessene Bereitstellung psychosozialer und – wo erforderlich – pharmakologischer Behandlungen, einschließlich aufsuchender Hilfen für besonders gefährdete Bevölkerungsgruppen
 - e) nationale klinische Leitlinien für alle alkoholbezogenen Unterstützungsangebote, mit besonderem Augenmerk auf Komorbiditäten im Zusammenhang mit anderem Substanzkonsum und gesundheitlichen Erkrankungen, die umfassenden Evaluationen unterzogen werden und auf Basis der Ergebnisse regelmäßig angepasst werden
 - f) Sensibilisierung von Gesundheits- und Sozialarbeiterinnen/-arbeitern sowie in der medizinischen und gesundheitlichen Ausbildung für Risiken und Schäden durch Alkohol, einschließlich der Schäden für Familien und Kinder durch das fetale Alkoholsyndrom
 - g) Öffentlichkeitsarbeit zu vorhandenen spezialisierten Fachangeboten und Angeboten des Gemeinwesens mit dem Ziel der verstärkten Nutzung durch verbesserte Zugangswege und Informationsaustausch

6. Gemeinwesen

- a) Berücksichtigung von Gesetzgebung, die lokale Gemeinschaften befähigt, informierte Entscheidungen zu treffen, die ihre alkoholbezogenen Risikoumgebungen betreffen, z. B. indem sie Einfluss auf Lizenzentscheidungen nehmen können
- b) evidenzbasierte Programme in Schulen, im Gemeinwesen und am Arbeitsplatz, die einen Fokus auf die Reduzierung von Stigmatisierung und Diskriminierung legen, ohne Einflussnahme von wirtschaftlichen Akteuren aus Alkoholwirtschaft oder Handel, und mit Ressourcen für die Evaluierung und Anpassung auf Grundlage der Ergebnisse
- c) Sensibilisierung für die Schäden, die Alkoholkonsum anderen verursachen kann, einschließlich der Familien und Kinder durch fetale Alkohol-Spektrum-Störungen (FASD), sowie für alkoholbedingte Gewalt und Trunkenheit am Steuer
- d) Initiativen mit jungen Menschen unter Nutzung ihrer persönlichen Erfahrungen für die Entwicklung kohärenter Strategien zur Reduzierung des Risikos von Schäden durch Alkoholkonsum für ihre Peers und zukünftige Generationen
- e) Abstimmung nationaler und lokaler Strategien, damit alle Ressourcen des Gemeinwesens – einschließlich professioneller Organisationen, NGOs, Selbsthilfe- und Peer-Support-Einrichtungen, Menschen mit erlebten Erfahrungen im Umgang mit Alkoholproblemen, religiöser Organisationen sowie Schulen und anderer Bildungseinrichtungen – zur Genesung von Einzelpersonen, Familien und Gemeinschaften beitragen können

(WHO Europe 2022b)

2024: Ratifizierung des „Global alcohol action plan 2022–2030“ der WHO (2024), der die folgenden sechs Aktionsbereiche umfasst:

- a) Umsetzung hochwirksamer Strategien und Interventionen
- b) Advocacy, Bewusstseinsbildung und Engagement
- c) Partnerschaft, Dialog und Koordination

- d) technische Unterstützung und Kapazitätsaufbau
- e) Wissensproduktion und Informationssysteme
- f) Mobilisierung von Ressourcen

Da sich der „Global action plan“ an eine heterogenere Gruppe von Staaten richtet, sind seine Empfehlungen weniger konkret formuliert als jene des WHO-Regionalbüros für Europa. Ein wesentlicher Unterschied liegt auch darin, dass im „Global action plan“ die Formulierung „harmful use of alcohol“ verwendet wird, wohingegen die Dokumente des Regionalbüros stärker auf eine Reduktion jeglichen Alkoholkonsums abzielen.

2.2 Alkopolitik in Österreich

2.2.1 Was ist eine „Alkopolitik“?

In international vergleichenden Studien sowie in internationalen Organisationen ist häufig von „alcohol policy“ die Rede, wenn gesetzliche und politische Rahmenbedingungen verschiedener Länder verglichen werden. „Policy“ ist ein in der englischen Sprache allgemein gebräuchlicher Ausdruck, der in allen englischsprachigen Originaltexten der WHO und der EU zur Alkopolitik eine zentrale Rolle spielt. Für den Ausdruck „policy“ existiert aber leider keine adäquate deutsche Übersetzung. Am besten lässt sich „policy“ mit „mehr oder weniger verbindlichen Verhaltensregeln in bestimmten Situationen“, mit „Handlungsprinzipien“ oder auch mit „Grundsätzen des Handelns“ umschreiben (vgl. dazu auch Fußnote 2).

Die Antwort auf die Frage, wie die „Alkopolitik“ in einem Land gestaltet ist, hängt erheblich davon ab, ob man „Alkopolitik“ unspezifisch als „Summe aller Regelungen für den Umgang mit Alkohol“ versteht oder spezifisch als „Summe aller Regelungen, die das erklärte Ziel haben, alkoholspezifische Probleme zu verringern“. Verkehrsgesetze, die Blutalkoholgrenzen zur Sicherung der Verkehrssicherheit festlegen, zielen dabei grundsätzlich auf eine Verringerung alkoholspezifischer Probleme ab, während bei der alkoholbezogenen Steuerpolitik überwiegend oder sogar ausschließlich fiskalische und wirtschaftliche Hintergründe vorrangig sein können, ohne dass dahinter eine explizite Intention zur Minimierung alkoholverursachter Probleme erkennbar wäre. Selbst bei einem spezifischen Verständnis von „alcohol policy“ ist davon auszugehen, dass jedes Land über eine solche verfügt, da es wohl kein Land gibt, in dem nicht irgendein Gesetz oder irgendeine Regelung mit der ausdrücklichen Intention beschlossen wurde, alkoholbezogene Probleme zu verringern.

In Ländern mit einer alkoholkritischen Kontrollperspektive wird davon ausgegangen, dass sämtliche Bestimmungen in Bezug auf Alkohol auf eine Verringerung des Durchschnittskonsums abzielen. Im Gegensatz dazu rücken in Ländern mit einer problemfokussierten Perspektive nur dann Gesundheitsüberlegungen stärker ins Zentrum, wenn massive Probleme im Zusammenhang mit Alkohol verortet werden. Wegen des hohen Stellenwerts der Alkopolitik gibt es in ersteren Staaten oft offizielle Dokumente, Strategien oder Aktionspläne, die alle geplanten bzw. bereits umgesetzten alkoholbezogenen Maßnahmen des Staates unter der Zielsetzung „Verringerung des Alkoholkonsums“ zusammenfassen und die offiziell als „Alkopolitik-Dokumente“ bezeichnet werden – Dokumente, die es in dieser Form in der zweiten Gruppe von Staaten eher nicht gibt.

Interpretiert man die Frage „Gibt es in dem Land eine ‚alcohol policy‘?“ in diesem Lichte, gewinnt die Frage einen anderen Sinn. Sie bedeutet dann „Werden in dem Land alle alkoholbezogenen Fragen mit der Zielsetzung ‚Reduktion des Durchschnittskonsums‘ aus einer Kontrollperspektive diskutiert und einschlägige Entscheidungen auf ebendieser Grundlage getroffen, und gibt es offizielle Dokumente, die das inhaltlich untermauern?“ Ganz auf dieser Linie liegen auch Instrumente zur Erfassung der „Strenge der ‚alcohol policy‘“ wie der Fragebogen von Karlsson et al. (2001) oder der von der WHO mit Unterstützung dieser beiden Autoren entwickelte WHO-Fragenbogen zur Vergleichsmessung der „alcohol policy“ in unterschiedlichen Staaten (WHO 1997).

2.2.2 Gibt es eine österreichische „Alkohol-Policy“?

Alkoholpolitische Maßnahmen in Österreich sind im Gegensatz zu dem oben beschriebenen Ansatz dadurch gekennzeichnet, dass sie nicht vor dem Hintergrund einer expliziten und alkoholspezifischen Strategie durchgeführt werden.

Die für unterschiedliche Aspekte mit Alkoholrelevanz verantwortlichen Ministerien und Landesbehörden stimmen sich zwar inhaltlich bis zu einem gewissen Grad ab und erfolgte 2019 zumindest teilweise eine bundesweite Harmonisierung von Jugendschutzbestimmungen. Auch manche Strategien wie etwa Maßnahmen zur Weinabsatzförderung durch das Landwirtschaftsressort oder Präventionsideen des Gesundheitsministeriums zur Begrenzung des exzessiven Alkoholkonsums stehen in Widerspruch zueinander und werden nur begrenzt ressortübergreifend abgestimmt (einen Überblick über alle gesetzlichen Grundlagen bieten Uhl et al. 2025).

Zwei Veränderungen sind jedoch zu beobachten: Erstens verdeutlicht das zunehmend aus Fachkreisen formulierte Prinzip von „Health in all Policies“, dass es auch in Österreich Bestrebungen gibt, gesundheitspolitische Zielsetzungen verstärkt als Querschnittsmaterie in unterschiedlichen Sektoren der Verwaltung zu verankern. Zweitens sind im Suchtbereich diese Bemühungen eher in Form eines substanzübergreifenden Ansatzes als in Form einer umfassenden „Alkohol-Policy“ zu beobachten, was sich unter anderem in der Verabschiedung der „Suchtpräventionsstrategie“ verdeutlicht (BMG 2015).

Diese nationale Suchtpräventionsstrategie soll die Grundlagen für eine kohärente Präventions- und Suchtpolitik bieten und dabei sowohl die Bereiche legale und illegale psychoaktive Substanzen als auch Glücksspiel abdecken. Die österreichische Suchtpräventionsstrategie kann somit auch für den Alkoholbereich Gültigkeit beanspruchen (BMG 2015). Es gibt allerdings noch keinen darauf aufbauenden und detaillierten österreichweiten Aktionsplan mit konkreten Schritten und keine Vorstellung über die Finanzierung, wohingegen auf Länderebene derartige Aktionspläne teilweise bereits verabschiedet wurden (Land Steiermark 2013).

Einen wesentlichen Inhalt dieser österreichischen Suchtpräventionsstrategie bilden grundlegende ethische Haltungen und Ziele der österreichischen Präventions- und Suchtpolitik. Konkret werden darin folgende Ziele definiert:

- negative Auswirkungen durch den Gebrauch psychotroper Substanzen und durch Verhaltenssüchte so gering wie möglich halten, das heißt, durch suchtpräventive Maßnahmen Probleme in diesem Zusammenhang möglichst nicht entstehen zu lassen bzw. Probleme, wenn sie aufgetreten sind, durch Suchtberatung, Therapie, Rehabilitation, Überlebenshilfe/

Schadensminimierung sowie soziale und berufliche Integrations- bzw. Reintegrationsmaßnahmen begrenzen bzw. lösen

- suchtkranke Menschen, häufig mit chronischem Krankheitsverlauf, bedarfsorientiert im Gesundheits- und Sozialsystem betreuen, dafür Sorge tragen, dass Menschen mit einer Suchtproblematik sowohl objektiv als auch subjektiv gesünder werden und in das gesellschaftliche Leben integriert bleiben bzw. werden
- Suchtkranken eine selbstbestimmte und sinnstiftende Lebensführung mittels (Re-)Integration in den Arbeitsmarkt und sozialer (Re-)Integration ermöglichen
- ein sozial verträgliches Mit- oder Nebeneinander aller Menschen im öffentlichen Raum sowie im Gemeinwesen bewirken

Maßnahmen zur Vermeidung eines problematischen Konsums, die Förderung von Risikokompetenz und die Reflexion des Konsumverhaltens werden als spezifische Zielsetzungen im Bereich Alkoholkonsum genannt.

Im Jahre 2007 wurde unter der Leitung des damaligen Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend ein nationales „Alkoholforum“ gegründet, dem neben Vertreterinnen und Vertretern von Ministerien und Ländern auch eine Reihe von Expertinnen und Experten aus Interessenvertretungen, Prävention, Forschung und Therapie angehörten. Entgegen der ursprünglichen Intention entwickelte sich aus dem Alkoholforum allerdings keine dauerhafte Institution, auch wenn es nie zu seiner formalen Auflösung kam und wiederholt seine Wiederbelebung in unterschiedlichen Formen überlegt wurde. Die geplante Umwandlung des bestehenden Bundesdrogenforums (mit einem ausschließlichen Mandat für illegale Substanzen) in ein Bundessuchtforum (mit einem Mandat für illegale und legale Substanzen sowie stoffungebundene Süchte) ist ein neuer Anlauf, ein intersektorales Gremium zur Behandlung alkoholpolitischer Fragestellungen zu etablieren.

Die Rolle der Fachstellen für Suchtprävention in den Bundesländern, ihre Positionspaper mit 20 Handlungsempfehlungen zur Förderung eines verantwortungsvollen Umgangs mit Alkohol in Österreich (ARGE Suchtvorbeugung 2016) sowie Beispiele für suchtpräventive Maßnahmen in Österreich wird in Kapitel 9.5 behandelt.

2.2.3 Alkoholpolitische Maßnahmen in Österreich mit Bezug zum Europäischen Handlungsrahmen

Die folgenden Überlegungen orientieren sich an den sechs im Europäischen Handlungsrahmen (WHO Europe 2022b) priorisierten Arbeitsbereichen (Preisgestaltung, Verfügbarkeit, Marketing, Gesundheitsinformation und Labelling, Maßnahmen der Gesundheitsdienste, Gemeinwesen).

2.2.3.1 Aktionsbereich 1: Preisgestaltung

Steuererhöhungen und andere Maßnahmen der Preisgestaltung (z. B. Mindestpreise) sind eine der drei Maßnahmen, die seitens der WHO wiederholt unter dem Schlagwort „best buy“ als kostengünstig und besonders wirksam propagiert werden (WHO 2017b). Auch andere internationale Strategiepapiere (OECD 2021) legen Steuerpolitik als ein Instrument nahe, um alkoholische Getränke zu verteuern und so den Zugang zu Alkohol zu begrenzen und alkoholassoziierte Probleme zu verringern. Sie postulieren, dass Preisveränderungen den Konsum konsequent indirekt proportional beeinflussen. Diese Auffassung entspricht dem aktuellen wissenschaftlichen

Mainstream, und es steht außer Frage, dass deutlich erhöhte Steuern auf alkoholische Getränke und die damit verbundene Preissteigerung den Zugang zu Alkohol erschweren, auch wenn es international einige Beispiele dafür gibt, dass Alkoholpreise und Konsum anders zusammenhängen, als das die Befürworter:innen von Steuererhöhungen vorhersagen.²²

Gegner:innen von Steuererhöhungen argumentieren, dass moderate Preisänderungen den Konsum nur geringfügig beeinflussen würden und dass erhebliche Steuererhöhungen zu illegaler Alkoholerzeugung führen würden, was Kriminalität fördere und den Konsumentenschutz unterminiere. Außerdem treffen Preismaßnahmen überproportional ökonomisch schwächere Personen. Abseits gesundheitspolitische Argumente werden aus der Perspektive Wirtschaftstreibender Umsatzeinbußen in der Gastronomie und in alkoholerzeugenden Betrieben befürchtet.

Weitere und spezifische im Rahmen von Preispolitik diskutierte Maßnahmen sind etwa das Festsetzen eines Minimumpreises, die Orientierung des Steuersatzes am Alkoholgehalt von Getränken, das Verbieten von Fixpreisen für eine unbegrenzte Konsummenge (Flatrates) oder gesetzliche Vorgaben bzw. das Setzen von Anreizen für die Gastronomie, billige alkoholfreie Getränke anzubieten.

Alkoholpolitische Preismaßnahmen in Österreich

Die Besteuerung alkoholischer Getränke wird in Österreich in erster Linie als eine fiskalische und kaum als gesundheitspolitische Maßnahme gesehen. Derzeit werden auf alkoholische Getränke folgende Verbrauchsteuern erhoben: Alkoholsteuer, Biersteuer, Schaumweinsteuern und Zwischenerzeugnissteuer (Details und Beispielrechnungen dazu finden sich im Abschnitt „Aktuelle Steuern und Abgaben im Zusammenhang mit Alkohol“ in „HBAÖ, Band 2: „Gesetzliche Grundlagen“). Durch den EU-Beitritt Österreichs und die deutliche Erhöhung der Grenzmengen für abgabenfreie Eigenimporte aus den EU-Nachbarstaaten für den Privatgebrauch²³ haben sich die Möglichkeiten, über steuerliche Maßnahmen auf den Alkoholpreis Einfluss zu nehmen, erheblich verringert.

Eine dezidiert gesundheitspolitisch motivierte Preismaßnahme ist die gesetzliche Regelung, dass Gastgewerbetreibende, die alkoholische Getränke ausschenken, zumindest zwei Sorten nichtalkoholischer Getränke anbieten müssen, die nicht teurer sein dürfen als das billigste kalte alkoholische Getränk, wobei Obstwein als Vergleichsgetränk ausgenommen ist (Gewerbeordnung § 114 Abs. 4). Das Positionspapier der ARGE Suchtvorbeugung (2016) spricht sich in seinen Handlungsempfehlungen insbesondere gegen Billigangebote und Flatrate-Angebote aus.

²² So ist z. B. in Österreich seit den 1970er-Jahren zwar der reale Bierpreis annähernd konstant geblieben, aber der reale Wein- und der reale Spirituosenpreis sind um rund 50 Prozent gesunken. Der üblichen ökonomischen Theorie entsprechend hätte man ein Ansteigen der Nachfrage erwarten müssen. Es ist aber das Gegenteil passiert: Der durchschnittliche Alkoholkonsum der erwachsenen Bevölkerung ist in diesem Zeitraum um mehr als 20 Prozent gesunken, und es hat auch keine Verlagerung des Konsums weg von Bier stattgefunden. Auch die Konsumentwicklung der ehemals mit viel Argwohn betrachteten Alkopops legt nahe, dass andere Faktoren, abseits der Preisgestaltung, eine wichtige Rolle spielen: Der Alkopops-Pro-Kopf-Konsum entwickelte sich in Ländern, die um das Jahr 2004 eine Alkopopsteuer eingeführt haben (z. B. Deutschland, Schweiz, Frankreich) nahezu identisch zum Pro-Kopf-Konsum in Österreich, wo keine derartige Steuer eingeführt wurde.

²³ 110 Liter Bier, 90 Liter leichter Wein/Schaumwein (davon maximal 60 Liter Schaumwein) und 10 Liter Spirituosen können eingeführt werden, ohne dass dafür Verbrauchssteuern fällig werden.

2.2.3.2 Aktionsbereich 2: Verfügbarkeit

Dem Aktionsbereich „Verfügbarkeit von Alkohol“ kommt aus Sicht der alkoholkritischen Kontrollperspektive wohl die größte Bedeutung zu. Er umfasst die Begrenzung der Zahl der Geschäfte und Gastronomiebetriebe, die zum Verkauf bzw. zum Ausschank von Alkohol berechtigt sind und die Regelung der Öffnungszeiten. Auch Jugendschutzgesetze und deren Einhaltung sowie der Ausschank von Alkohol an Betrunkene fallen in diesen Bereich.

Maßnahmen zur Einschränkung der Verfügbarkeit von Alkohol in Österreich

Eine Alkoholprohibition wie in den USA oder Schweden hat es in Österreich nie gegeben und wäre angesichts der allgemeinen gesellschaftlichen Akzeptanz von Alkohol auch kaum durchsetzbar. Auch Verkaufsmonopole wie in den skandinavischen Ländern wurden in Österreich nie ernsthaft erwogen.

Der Vergleich der Bestimmungen über Öffnungszeiten mit jenen in anderen Ländern im Rahmen internationaler Vergleichsstudien ist äußerst schwierig. Was in manchen Regionen als Selbstverständlichkeit erlebt wird, ist in anderen Regionen unbekannt. Lizenzen, um Alkohol verkaufen oder ausschenken zu dürfen, werden in Nordeuropa und der angelsächsischen Welt primär als Möglichkeiten diskutiert, um den Alkoholkonsum zu begrenzen. Die Verpflichtung, Gewerbelizenzen für Geschäfte und Gastronomiebetriebe zu erwerben, gibt es zwar auch in Ländern wie Österreich, aber hier ist die Erteilung der Lizenzen nicht an alkoholpolitische Überlegungen geknüpft. Wer in Österreich eine Gewerbeberechtigung für ein Lebensmittelgeschäft oder einen Gastronomiebetrieb bekommt, ist automatisch dazu berechtigt, Alkohol auszuschenken. Analoges gilt auch für Öffnungszeiten, die in Nordeuropa und der angelsächsischen Welt mit alkoholpolitischen Argumenten gerechtfertigt werden, in Österreich ausschließlich mit sozialen und ordnungspolitischen Argumenten. Auch die in Nordeuropa und der angelsächsischen Welt mit alkoholpolitischen Argumenten begründete Beschränkung der Anzahl an Geschäften und Gastronomiebetriebe, die Alkohol verkaufen bzw. ausschenken dürfen, ist in Österreich unbekannt.

Verkaufseinschränkungen hinsichtlich bestimmter Personengruppen bestehen in Österreich in Form von Jugendschutzgesetzen, die den Ausschank bzw. Verkauf an Jugendliche unter dem gesetzlichen Schutzzalter verbieten²⁴, oder in Form des Verbots eines Ausschanks an betrunkene Personen²⁵.

Die Nichterteilung einer Gewerbelizenz für Geschäfte und Gastronomiebetriebe oder der Verlust der Gewerbelizenz im Zusammenhang mit alkoholbezogenen Problemen kommt in Österreich zwar auch vor, ist aber vergleichsweise selten. Solche Fälle kommen dann zustande, wenn gravie-

²⁴ Jugendschutzbestimmungen in Österreich sind auf Ebene der Bundesländer angesiedelt und legen Mindestaltersgrenzen für den öffentlichen Konsum oder für jeglichen Konsum von Alkohol durch junge Menschen bzw. die Abgabe von Alkohol an diese fest. Die von Bundesland zu Bundesland differierenden Regelungen stellen für alle Beteiligten eine verwirrende Situation dar; es gibt schon seit Langem starke Bestrebungen, die Jugendschutzgesetze der Bundesländer zu vereinheitlichen. Ein erster Schritt in Richtung Vereinheitlichung ist die Harmonisierung des Jugendschutzzalters für Spirituosen auf 18 Jahre und für Bier und Wein auf 16 Jahre (bislang galt in drei Bundesländern auch für Spirituosen die Altersgrenze von 16 Jahren; Details in „HBAÖ, Band 2: Gesetzliche Grundlagen“).

²⁵ Laut Gewerbeordnung (§ 112 Abs. 5) dürfen Gastgewerbetreibende Personen, die durch Trunkenheit, durch ihr sonstiges Verhalten oder ihren Zustand die Ruhe und Ordnung im Betrieb stören, keine alkoholischen Getränke ausschenken. Da man unterschiedlicher Auffassung darüber sein kann, wann ein Gast Ruhe und Ordnung im Betrieb stört und wie Trunkenheit zu verstehen ist, stellt die Bestimmung de facto aber kein „umfassendes Verbot des Alkoholausschanks an Betrunkene“ dar.

rende Verstöße aufgrund von Problemen zu befürchten sind oder bereits wiederholt stattgefunden haben – z. B. Ruhestörung oder gewalttätige Auseinandersetzungen. Diese Probleme können, müssen aber nicht zwangsläufig mit übermäßigem Alkoholkonsum in Verbindung stehen.

Ob eine zahlenmäßige Begrenzung von Geschäften und Gastronomiebetrieben, die Alkohol im Angebot haben, gesellschaftlich durchsetzbar wäre und ob eine generelle Begrenzung der Öffnungszeiten zu einem relevanten Rückgang des Problemkonsums in Österreich führen würde, ist schwer zu beurteilen. Die Tatsache, dass es in Österreich seit dem EU-Beitritt zur weitgehenden Deregulierung der Öffnungszeiten von Geschäften und Gastronomiebetrieben gekommen ist und entgegen den Erwartungen keine Steigerung des Alkoholdurchschnittskonsums eingetreten ist, sondern im Gegenteil zu einem deutlichen Rückgang, lässt auch Zweifel am Stellenwert einer solchen Maßnahme auftreten. Auch andere in Österreich bestehende Begrenzungsmaßnahmen, die indirekt zu einer Angebotsreduktion führen, wie die Stilllegung von Weingärten und die Begrenzung der Weinanbauflächen sind nicht als gesundheitspolitische Maßnahme zu sehen, sondern rein wirtschaftspolitisch motiviert, um die Qualität der Weine zu gewährleisten und Überproduktion zu verhindern (vgl. Uhl et al. 2018).

Spezielle Maßnahmen, die sich gegen konkrete Probleme durch Alkoholkonsum richten, sind hingegen lokale Alkoholkonsumverbote an Orten, an denen eine verstärkte Störung der öffentlichen Ordnung wahrgenommen wurde, wie etwa in Bahnhöfen und auf deren Vorplätzen. Derartige lokale Konsumverbotszonen wurden in Österreich in letzter Zeit wiederholt ausgesprochen.

2.2.3.3 Aktionsbereich 3: Marketing

Es ist sehr plausibel, dass Werbung Konsumententscheidungen beeinflusst – zu diesem Zweck wird Werbung ja in Auftrag gegeben –, aber der quantitative Nachweis längerfristiger Werbeeffekte ist angesichts der Fülle gleichzeitig auftretender unkontrollierbarer Trends, Modeströmungen und Einflüsse wissenschaftlich kaum verlässlich möglich. Auf derartige methodische Herausforderungen verweist auch eine systematische Review zu Werbebeschränkungen, die zudem deren Wirksamkeit zur Reduktion von Alkoholkonsum anzweifelt (Manthey et al. 2024). Aus einer wirtschaftspolitischen Perspektive ist auch zu bedenken, dass ein kategorisches Werbeverbot etablierte Anbieter begünstigt und verhindert, dass neue Anbieter auf den Markt kommen können.

Einschränkung der Bewerbung alkoholischer Getränke in Österreich

Werbung für Alkohol ist im Gegensatz zu Werbung für Tabakprodukte in Österreich nicht prinzipiell verboten, sondern erlaubt, sofern sie nicht gesetzlichen Vorgaben und Beschränkungen widerspricht (Details und gesetzliche Bestimmungen zu Werbebeschränkungen finden sich in „HBAÖ, Band 2: Gesetzliche Grundlagen“). Im Wesentlichen bestehen in Österreich gesetzliche Bestimmungen zur Alkoholwerbung im ORF-Gesetz, im Privatradiogesetz, im Audiovisuelle-Mediendienste-Gesetz und im Europäischen Übereinkommen über grenzüberschreitendes Fernsehen. In diesen nationalen Gesetzentexten werden die Einschränkungen der EU-Richtlinie über

audiovisuelle Mediendienste umgesetzt²⁶ und wird festgelegt, welche Aussagen und Inhalte in der Bewerbung alkoholischer Getränke zulässig sind. Darüber hinaus ist in Österreich Werbung für Spirituosen sowohl im öffentlichen Rundfunk als auch im Privatradio und -fernsehen generell verboten. Ebenso besteht ein generelles Werbeverbot in Bezug auf alkoholische Getränke in Schulen.

Abgesehen von den gesetzlich verbindlichen Beschränkungen findet eine Einschränkung der Alkoholwerbung über freiwillige Selbstbeschränkungsmaßnahmen der Werbewirtschaft (Richtlinien des österreichischen Werberates) bzw. der Alkoholproduzenten statt (Kommunikationskodex der österreichischen Brauwirtschaft bzw. der österreichischen Spirituosenindustrie). Die Selbstbeschränkungen von Werbewirtschaft und Alkoholproduzenten legen in ähnlicher Weise wie Mediengesetze fest, welche Aussagen und Inhalte in alkoholbezogener Werbung unzulässig sind. Bei Zu widerhandeln gegen diese Selbstbeschränkungsauflagen kann beim Österreichischen Werberat Beschwerde eingereicht werden. Für den Fall von Verstößen gibt es allerdings keine Sanktionen, nur veröffentlichte Kritik.

Indirekte Formen der Werbung wie Produktplatzierung oder Sponsoring sind nicht prinzipiell untersagt und unterliegen denselben Einschränkungen wie direkte Produktwerbung. Einschränkungen in Hinblick auf das Ausmaß der Werbung bestehen beim öffentlich-rechtlichen Rundfunk allerdings insofern, als die Werbezeiten für jegliche Werbung insgesamt beschränkt sind.

Sponsoring von Sport- und Kulturveranstaltungen durch Alkoholerzeuger ist in Österreich nicht verboten. Dies bedeutet aber nicht, dass Veranstalter nicht selbst Einschränkungen vornehmen können, wie dies etwa beim Internationalen Skiverband (FIS) der Fall ist (Verbot von Alkoholwerbung durch aktive Sportler:innen und Beschränkung der Werbefläche für Alkoholprodukte bei Skirennen auf maximal 25 Prozent der Gesamtwerbefläche).

Werbung im Bereich Social Media sowie im Internet (mit Ausnahme des Internetauftritts des ORF, für den die Beschränkungen aus dem ORF-Gesetz gelten) ist teilweise der freiwilligen Selbstbeschränkung der Werbewirtschaft unterworfen, aber nur dann, wenn es sich bei den tätigen Unternehmen um offizielle Werbefirmen oder Alkoholproduzenten handelt. Eine ausführliche Diskussion über die Herausforderungen im Bereich der Werbung im digitalen Raum findet sich in Kapitel 2.4.

2.2.3.4 Aktionsbereich 4: Gesundheitsinformation und Labelling

Eine ausführliche Diskussion zum Thema „Gesundheitsbezogene Warnhinweise auf alkoholischen Getränken“ erfolgt in Kapitel 2.4.

²⁶ Im Sinne dieser EU-Richtlinie muss Werbung für alkoholische Getränke folgenden Kriterien entsprechen: a) Sie darf nicht speziell an Minderjährige gerichtet sein und insbesondere nicht Minderjährige beim Alkoholgenuss darstellen, b) es darf keinerlei Verbindung zwischen einer Verbesserung der physischen Leistung und Alkoholgenuss oder dem Führen von Kraftfahrzeugen und Alkoholgenuss hergestellt werden, c) es darf nicht der Eindruck erweckt werden, Alkoholgenuss fördere sozialen oder sexuellen Erfolg, d) sie darf nicht eine therapeutische, stimulierende, beruhigende oder konfliktlösende Wirkung von Alkohol suggerieren, e) Unmäßigkeit im Genuss alkoholischer Getränke darf nicht gefördert und Enthaltsamkeit oder Mäßigung nicht negativ dargestellt werden, f) die Höhe des Alkoholgehalts von Getränken darf nicht als positive Eigenschaft hervorgehoben werden (Richtlinie über audiovisuelle Mediendienste 2010).

2.2.3.5 Aktionsbereich 5: Maßnahmen der Gesundheitsdienste

Die österreichische Alkoholpolitik legte schon sehr früh einen eindeutigen Schwerpunkt auf Behandlung (Eisenbach-Stangl 1991a). So wurde die erste größere österreichische Trinkerheilstätte in Wien bereits 1922 gegründet. Als wesentliches positives Merkmal im internationalen Vergleich ist hervorzuheben, dass der Zugang zum spezialisierten Behandlungssystem für alle Bürger:innen – inklusive Arbeitsloser und Sozialhilfebezieher:innen ohne Krankenversicherungsschutz – finanziell abgesichert ist (vgl. Kap. 6.2). Das Erfordernis der Bereitstellung einer breiten Palette unterstützender, kurativer und integrativer Maßnahmen (Suchtberatung, Therapie, Rehabilitation, Überlebenshilfe/Schadensminimierung, soziale und berufliche Integrations- bzw. Reintegrationsmaßnahmen) wird auch in der „Österreichischen Suchtpräventionsstrategie“ festgehalten (BMG 2015).

Im Vergleich zu anderen europäischen Ländern spielen in Österreich Früherkennung und Vorbeugung im nichtspezialisierten Setting im Sinne von Primär- und Sekundärprävention (etwa bei niedergelassenen Medizinerinnen und Medizinern für Allgemeinmedizin oder in der akutmedizinischen Versorgung) nur eine untergeordnete Rolle (Wolstenholme et al. 2012), auch wenn in den letzten Jahren diesem Thema auch in Österreich mehr Bedeutung beigemessen wurde und etwa eine Kurzversion des AUDIT²⁷-Fragebogens in die von den Krankenversicherungen propagierten und finanzierten Vorsorgeuntersuchungen integriert wurde. Internationale Vergleiche zwischen bestimmten Behandlungsangeboten in unterschiedlichen Ländern sind nur mit großen Einschränkungen möglich, da die Existenz oder das Fehlen eines spezifischen Angebots immer nur in Relation zum Gesamtsystem interpretiert werden kann. In diesem Sinne sollte das geringe Ausmaß an – international immer wieder propagierten – Kurzinterventionen nicht als Mangel im österreichischen Behandlungssystem interpretiert werden, sondern im Kontext mit anderen Systemparametern beurteilt werden (etwa mit dem überdurchschnittlich gut ausgebauten System an spezialisierten ambulanten und stationären Behandlungs- und Beratungsangeboten).

Die strategische Planung alkoholspezifischer Versorgungsangebote wird – wie auch andere Dienstleistungen der Gesundheitsversorgung – im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) festgelegt, der gemeinsam von Bund, Ländern und Gemeinden beschlossen wird und als qualifiziertes Sachverständigungsgutachten die Grundlage für die (per Verordnung verbindlichen) Regionalen Strukturpläne Gesundheit darstellt. Mit Bezug auf die Versorgung von Personen, die Alkoholprobleme aufweisen, wird im ÖSG (BMSGPK 2025a) ein Richtwert von einem stationären Behandlungsplatz für Personen mit Abhängigkeitserkrankungen pro 6.500 Einwohner:innen im Einzugsgebiet einer Versorgungsregion angestrebt. Von diesen Behandlungsplätzen sind drei Viertel für Personen mit Abhängigkeitserkrankungen aus den Bereichen Alkohol- und Medikamentensucht sowie substanzgebundene Sünden und ein Viertel für Personen mit Abhängigkeitserkrankungen durch illegale Drogen vorgesehen (Behandlungsplätze für akuten Entzug sind davon ausgenommen).

Allgemein ist für Abhängigkeitserkrankungen – wie auch für andere psychische Erkrankungen – eine modulare Versorgung vorgesehen, die intramurale (stationäre Behandlung, Tageskliniken), extramurale (Beratungsstellen, niederschwellige Angebote, ambulante Einrichtungen, Nachbe-

²⁷ Der Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) wurde von der WHO zur Selbsttestung entwickelt und besteht aus 10 Fragen, die über das Ausmaß alkoholbezogener Probleme Auskunft geben. Ab einem gewissen Punktwert wird ein problematischer Alkoholkonsum und ab einem höheren Wert ein pathologisches Alkoholkonsumverhalten angenommen.

treuung) und komplementäre (z. B. Einrichtungen für Wohnen, Arbeit und Tagesstruktur) Versorgungsangebote umfasst. In Wien ist das im Jahr 2014 als Pilotprojekt begonnene Modell der integrierten Versorgung namens „Alkohol. Leben können.“²⁸ inzwischen in den Regelbetrieb übergegangen. Die Gesamtplanung der Versorgung suchterkrankter Personen wird in allen Bundesländern zwischen dem Gesundheits- und dem Sozialbereich unter Einbezug der Suchtkoordinatoren des jeweiligen Bundeslands abgestimmt.

Für den Bereich der ambulanten Versorgung werden im ÖSG (BMSGPK 2025a) unter der Rubrik „Früherkennung/Prävention/Beratung“ entsprechende Angebote als Qualitätskriterien für die Fachbereiche Innere Medizin, Chirurgie und Zahnmedizin genannt.

Im Rahmen eines mehrstufigen Delphi-Prozesses (einer anonymisierten und aus mehreren Feedbackrunden bestehenden Form der Expertenbefragung) wurden Empfehlungen zur Verbesserung der Versorgung suchtkranker Menschen entwickelt (Strizek et al. 2023a), welche die Bereiche gesetzliche und administrative Rahmenbedingungen, Finanzierung, Einstieg in die Suchthilfe, integrierte Versorgung, Telehealth und Digitalisierung, Ausdifferenzierung von Unterstützungsangeboten und soziale Integration umfassen. Dieses Positionspapier stellt einen möglichen Input für einen Aktionsplan zur Umsetzung der Österreichischen Suchtpräventionsstrategie im Bereich der Suchthilfe dar. Im Rahmen der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung²⁹ wurden die Angehörigen der Gesundheits- und Sozialberufe als eine zentrale Zielgruppe zur Reduktion direkter Stigmatisierung definiert und für diese Berufsgruppen u. a. folgende Zielsetzungen festgelegt (Strizek et al. 2022a):

- Steigerung des Wissens über psychische Gesundheit und psychische Erkrankungen, Stigma (Stigmatisierungsprozesse und ihre Folgen), Menschenrechte, das soziale Modell der Behinderung, Recovery-Orientierung, somatische Komorbidität bei psychischen Erkrankungen, effektive Therapiekonzepte für Selbstentstigmatisierung
- Abbau von Vorurteilen, Steigerung der Sensibilität für Stigma durch Reflexion der eigenen Vorurteile, Haltungen und Handlungen
- Erlernen von Skills für den stigmatischen Umgang mit Menschen mit psychischen Erkrankungen
- Schaffung von Bewusstsein für die eigene Rolle im Stigmatisierungsprozess
- Schaffung von Bewusstsein für strukturelle Benachteiligungen im Gesundheits- und psychosozialen Versorgungssystem
- Einbeziehung von Erfahrungsexpertinnen und Erfahrungsexperten sowie Angehörigen in individuelle und allgemeine Behandlungs- und Versorgungsentscheidungen
- Aufwertung von Erfahrungswissen (Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung und Angehörige) und dessen Inklusion in Forschung, Versorgung, Aus- und Weiterbildung
- Verbesserung der somatischen Versorgung psychisch erkrankter Personen (somatische [Erst-]Versorgung in somatischen Abteilungen, bessere Vernetzung der Psychiatrie mit der somatischen Medizin)

²⁸ <https://sdw.wien/projekt/alkohol-leben-koennen> [zuletzt abgerufen am 02.12.2025]

²⁹ https://goeg.at/KG_Entstigmatisierung [zuletzt abgerufen am 02.12.2025]

2.2.3.6 Aktionsbereich 6: Gemeinwesen

Die Gestaltung gesundheitsfördernder Rahmenbedingungen in verschiedenen Settings (u. a. Betrieb, Schule, Familie, Gemeinde) ist eine explizite Empfehlung des Positionspapiers der ARGE Suchtvorbeugung (ARGE Suchtvorbeugung 2016) und wird auch von den Fachstellen für Suchtprävention umgesetzt. Darüber hinaus geht auch von gewissen rechtlichen Rahmenbedingungen eine suchtpräventive Wirkung aus.

Ansätze zur Abwendung negativer Folgen des Alkoholkonsums im **Setting Familie** bestehen zunächst darin, Akutmaßnahmen insbesondere zum Schutz betroffener Frauen und Kinder zu ermöglichen, die das österreichische Rechtssystem zulässt. Frauenhäuser ermöglichen etwa die rasche Aufnahme von Frauen gemeinsam mit Kindern, wenn diese vor gewalttätigen Männern flüchten müssen. Aufgrund einer Novellierung des Sicherheitspolizeigesetzes sowie der Exekutivverordnung ist es zudem seit 1997 möglich, Personen, von welchen eine Bedrohung für Leben oder Gesundheit ausgeht, bis zu 14 Tage die Rückkehr in die Wohnung zu verbieten (Betretungsverbot und Wegweisung zum Schutz vor Gewalt, § 38a SPG); dies geschieht mittels einer einstweiligen Verfügung eines Zivilgerichts, die sofort exekutiert werden kann. Unterstützungsmöglichkeiten für belastete Familien werden in Österreich auch durch das Netzwerk „Frühe Hilfen“ geboten, das unter anderem Eltern mit psychischen Belastungen bzw. psychischen Erkrankungen, zu denen auch Suchterkrankungen zählen, als Zielgruppe definiert und das im Jahr 2023 insgesamt 3.975 Familien betreute (Marbler et al. 2024). Stärker spezialisierte Angebote zur (Mit-)Behandlung betroffener Familienmitglieder sind inzwischen Standard in vielen spezialisierten Suchteinrichtungen (vgl. Kap. 8.2), wobei mittlerweile – unter bestimmten Bedingungen – auch die Kosten für eine Familientherapie von den Krankenkassen übernommen werden können. Zusätzlich zu professionellen Angeboten gibt es Selbsthilfegruppen, die sich speziell an Angehörige Alkoholkranker wenden (Al-Anon, vgl. Kap. 8.4).

Das **Setting Schule** ist traditionell jenes Setting, in dem ein Großteil sowohl der Maßnahmen zur Suchtprävention wie auch allgemeiner Maßnahmen zur Gesundheitsförderung angesiedelt ist. Für Letztere wurde im Jahr 1993 das Netzwerk gesundheitsfördernder Schulen ins Leben gerufen und ein Leitfaden für Lehrer:innen und Schulleiter:innen entworfen (Dietscher 2001; Lobnig et al. 1998). Zudem wurde per Grundsatzvertrag „Gesundheitserziehung“ als Unterrichtsprinzip festgelegt, das einem umfassenden Gesundheitsbegriff (psychische, physische, soziale Gesundheit) folgt und einen zentralen Bestandteil in allen Unterrichtsgegenständen und Schularten darstellen soll. Die Zielsetzung dabei ist sowohl die Förderung eines gesundheitsfördernden Arbeits- und Lernumfelds in Schulen als auch jene von Gesundheitskompetenz der Schüler:innen in Hinblick auf gesundheitsbewusstes, eigenverantwortliches Handeln (Rundschreiben Nr. 7/1997 1997).

Schulische Suchtprävention ist zu einem Großteil substanzübergreifend, wobei Materialien insbesondere vom Gesundheits- und vom Unterrichtsressort, aber auch von den Fachstellen für Suchtprävention zur Verfügung gestellt werden. Eine zentrale Stellung in der Schulprävention nehmen hier die Programme „Gemeinsam stark werden“ (seit 2002 im Einsatz, Zielgruppe: Schüler:innen der Primarstufe) und „plus“ (seit 2009 in allen neun Bundesländern im Einsatz, Zielgruppe: Schüler:innen der Sekundarstufe) ein, die einen primärpräventiven Ansatz verfolgen. „plus“ besteht aus 40 Unterrichtseinheiten, die in einem Zeitraum von 4 Schuljahren von geschulten Lehrkräften umgesetzt werden (ARGE Suchtvorbeugung 2018). Eine Evaluation, die teilnehmende und nichtteilnehmende Klassen betrachtete, bescheinigt „plus“ eine präventive Wirkung

in Bezug auf Alkohol- und Nikotinkonsum (Juen et al. 2017). Als dritte universalpräventive Maßnahme wurde im Schuljahr 2021/22 das Programm „Wetterfest“ für die Zielgruppe Schüler:innen ab der 9. Schulstufe ins Leben gerufen. Indizierte Präventionsmaßnahmen werden im schulischen Setting im Rahmen des Projekts „Step by Step“ (bzw. teilweise adaptiert und unter einem anderen Namen) angeboten (BMBWF 2018). Eine ausführliche Beschreibung von Tätigkeiten und Programmen der Suchtprävention in Österreich ist dem Bericht zur Drogensituation zu entnehmen (Busch et al. 2024).

Seit einiger Zeit gibt es im **Setting Arbeitsplatz** einen zunehmenden Trend zu innerbetrieblichen Alkoholpräventionsprogrammen, um Alkoholprobleme am Arbeitsplatz zu verringern bzw. zu vermeiden und Personen mit Alkoholproblemen bei deren Lösung zu unterstützen. Die Programme umfassen sowohl primärpräventive Ansätze (Arbeitsplatzbelastung, Angebot alkoholfreier Getränke in Kantinen und bei Betriebsfeiern etc.) als auch Sekundärprävention (Früherkennung Gefährdeter, Motivationsgespräche etc.) und sogar die Behandlung bereits erkrankter Mitarbeiter:innen (über sogenannte Stufenprogramme) mit dem Ziel, Mitarbeiter:innen mit Problemen nach Möglichkeit auch weiterhin im Betrieb zu halten. Mittlerweile gibt es ein breit gefächertes Angebot an Seminaren, in denen Führungskräfte mit Strategien zur Reduktion des Alkoholproblems in Betrieben vertraut gemacht werden (vgl. Kap. 6.9), wobei in letzter Zeit – in Analogie zu Entwicklungen in der Suchtpräventionslandschaft im Allgemeinen – der Fokus von reiner Alkoholprävention am Arbeitsplatz auf Suchtprävention am Arbeitsplatz erweitert wurde (Leoni et al. 2016).

Kommunale Suchtprävention als Strategieprozess im **Setting Gemeinde** versucht über die Zusammenarbeit verschiedener Akteurinnen und Akteure – allen voran der Verantwortungsträger:innen einer Gemeinde – die Rahmenbedingungen in einer Gemeinde zu verbessern. In Niederösterreich setzt die Fachstelle für Suchtprävention beispielhaft einen Schwerpunkt zur kommunalen Suchtprävention und unterstützt Gemeinden über einen Zeitraum von jeweils mindestens zweieinhalb Jahren beim Aufbau bzw. bei der Verbesserung suchtpräventiver Strukturen unter Einbindung der Bevölkerung (Busch et al. 2024). Auch gemeindeorientierte oder sozialraumorientierte Ansätze der Suchtprävention werden seit einigen Jahren verstärkt als erfolgversprechende Maßnahme propagiert und gehören inzwischen zum Standardrepertoire der österreichischen Fachstellen für Suchtprävention. Das Ziel dabei ist, Kooperationen zwischen Institutionen auf Gemeindeebene zu stärken und Maßnahmen den vorliegenden Bedürfnissen entsprechend möglichst passgenau zu entwickeln, um komplexe Probleme nachhaltiger lösen zu können (Horvath et al. 2009).

Nationale Strategien und Beratungsgremien in Österreich

Im Jahr 2015 wurde eine nationale Suchtpräventionsstrategie verabschiedet, die Grundlagen für eine kohärente Präventions- und Suchtpolitik bieten soll und dabei sowohl die Bereiche legale und illegale psychoaktive Substanzen als auch Glücksspiel abdeckt. Die österreichische Suchtpräventionsstrategie kann somit auch für den Alkoholbereich Gültigkeit beanspruchen (BMG 2015). Es gibt allerdings noch keinen darauf aufbauenden und detaillierten österreichweiten Aktionsplan mit konkreten Schritten und keine Vorstellung über die Finanzierung, wohingegen auf Länderebene derartige Aktionspläne teilweise bereits verabschiedet wurden (Land Steiermark 2013).

Ein wesentlicher Inhalt dieser österreichischen Suchtpräventionsstrategie sind grundlegende ethische Haltungen und Ziele der österreichischen Präventions- und Suchtpolitik. Konkret werden dort folgende Ziele definiert:

- negative Auswirkungen durch den Gebrauch psychotroper Substanzen und durch Verhaltenssüchte so gering wie möglich halten, das heißt, durch suchtpräventive Maßnahmen Probleme in diesem Zusammenhang möglichst nicht entstehen zu lassen bzw. Probleme, wenn sie aufgetreten sind, durch Suchtberatung, Therapie, Rehabilitation, Überlebenshilfe/Schadensminimierung sowie soziale und berufliche Integrations- bzw. Reintegrationsmaßnahmen begrenzen bzw. lösen
- suchtkranke Menschen, häufig mit chronischem Krankheitsverlauf, bedarfsorientiert im Gesundheits- und Sozialsystem betreuen, Sorge tragen, dass Menschen mit einer Suchtproblematik sowohl objektiv als auch subjektiv gesünder werden und in das gesellschaftliche Leben integriert bleiben bzw. werden
- Suchtkranken eine selbstbestimmte und sinnstiftende Lebensführung mittels (Re-)Integration in den Arbeitsmarkt und sozialer (Re-)Integration ermöglichen
- ein sozial verträgliches Mit- oder Nebeneinander aller Menschen im öffentlichen Raum sowie im Gemeinwesen bewirken

Maßnahmen zur Vermeidung eines problematischen Konsums, die Förderung von Risikokompetenz und die Reflexion des Konsumverhaltens werden als spezifische Zielsetzungen im Bereich Alkoholkonsum genannt.

Im Jahre 2007 wurde unter der Leitung des damaligen Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend ein nationales „Alkoholforum“ gegründet, dem neben Vertreterinnen und Vertretern von Ministerien und Ländern auch eine Reihe von Expertinnen und Experten aus Interessenvertretungen, Prävention, Forschung und Therapie angehörten. Entgegen der ursprünglichen Intention entwickelte sich aus dem Alkoholforum – auch wenn es nie zu seiner formalen Auflösung kam und wiederholt seine Wiederbelebung in unterschiedlichen Formen überlegt wurde – allerdings keine dauerhafte Institution.

Zur Rolle der Fachstellen für Suchtprävention in den Bundesländern, zu deren Positionspaper mit 20 Handlungsempfehlungen zur Förderung eines verantwortungsvollen Umgangs mit Alkohol in Österreich sowie zu Beispielen für suchtpräventive Maßnahmen in Österreich vergleiche Kapitel 9.5.

2.2.4 Weitere alkoholpolitische Maßnahmen in Österreich

In diesem Abschnitt werden alkoholpolitische Maßnahmen dargestellt, die keinen direkten Bezug auf die sechs priorisierten Aktionsbereiche des Europäischen Handlungsrahmens haben, denen aber dennoch eine hohe Bedeutung für die Verhinderung alkoholassozierter Probleme zu kommt und die teilweise in anderen WHO-Strategiepapieren adressiert wurden.

2.2.4.1 Promillegrenzen im Straßenverkehr und ihre Durchsetzung

Die Festlegung von Promillegrenzen im Straßenverkehr und deren Durchsetzung mit dem Ziel, letztlich tödliche und nichttödliche Verkehrsunfälle unter Alkoholeinfluss zu reduzieren, wurde

im „Global alcohol action plan 2022–2030“ (WHO 2024) unter der Rubrik „Implementation of high-impact strategies and interventions“ adressiert.

Maßnahmen zu Alkohol im Straßenverkehr in Österreich

Die Gesetzgebung zum Alkoholkonsum im Straßenverkehr hat in Österreich eine lange Tradition. Bereits im 19. Jahrhundert existierten erste Vorschriften, die den Umgang mit Alkohol im Schiffs- und Eisenbahnverkehr reglementierten (Eisenbach-Stangl 1991b), doch erst Ende der 1950er-Jahre setzte sich die Alkoholgesetzgebung in den Straßenverkehrsgesetzen durch. Im Jahr 1960 wurde das Lenken eines Kraftfahrzeugs in einem alkoholbeeinträchtigten Zustand von mehr als 0,8 Promille Blutalkoholkonzentration (BAK) definitiv verboten. Seit 1998 ist das Lenken von Kraftfahrzeugen mit einem Blutalkoholwert von mehr als 0,5 Promille verboten. Gleichzeitig ist es verboten, in alkoholbeeinträchtigtem Zustand Kraftfahrzeuge zu lenken, was bedeutet, dass unter gewissen Umständen auch Blutalkoholwerte unter 0,5 Promille sanktioniert werden können. Für Führerscheinneulinge und Berufskraftfahrer:innen gilt seit 1990 eine 0,1-Promille-Grenze, was de facto einem Alkoholkonsumverbot im Zusammenhang mit dem Lenken von Kraftfahrzeugen gleichkommt. Ausführliche Informationen zur Entwicklung und zur aktuellen Gesetzgebung in puncto Alkohol und Straßenverkehr finden sich in „HBAÖ, Band 2: „Gesetzliche Grundlagen“.

Die hohe Bedeutung, die Maßnahmen gegen Alkoholkonsum im Straßenverkehr zukommt, spiegelt den Stellenwert wider, den Punktüchterheit in alkoholpolitischen Maßnahmen in Österreich einnimmt. Im Zeitvergleich zeigt sich dieser Bereich als Erfolgsgeschichte, indem er stark rückläufige Zahlen zu alkoholassoziierten Unfällen aufweisen kann (vgl. Abschnitt 6.10). In Österreich eingesetzte einschlägige Maßnahmen reichen von Atemluftkontrollen über strenge Auflagen für Führerscheinneulinge, Strafen und Schulungen bei Vergehen bis zum Einsatz von Alkoholocks. Alkohol im Straßenverkehr ist auch jener Problembereich, der am häufigsten in Medienkampagnen thematisiert wurde. Die Forderung nach einem Ausbau des öffentlichen Verkehrs in diesem Zusammenhang findet sich als Handlungsempfehlung im Positionspapier der ARGE Suchtvorbeugung (ARGE Suchtvorbeugung 2016). Maßnahmen gegen Alkohol im Straßenverkehr stoßen traditionell auch auf breite Zustimmung in der Bevölkerung (Strizek et al. 2016).

2.2.4.2 Verringerung der gesundheitspolitischen Folgen des illegal bzw. unregistriert erzeugten Alkohols

Unregistrierte – also behördlich weder erfasste noch kontrollierte – Alkoholproduktion spielt in manchen Staaten eine bedeutende Rolle und stellt aufgrund des Fehlens formaler Qualitätskontrollen teilweise ein relevantes Gesundheitsrisiko dar. „Registrierter Alkohol“ wird im bäuerlichen, gewerblichen oder industriellen Bereich erzeugt. Maßnahmen gegen unregistrierten Alkohol werden ebenfalls im „Global alcohol action plan“ der (WHO 2024) unter der Rubrik „Implementation of high-impact strategies and interventions“ empfohlen. Unregistrierter Alkohol unterteilt sich in die folgenden drei Kategorien:

1. illegal produzierter oder illegal importierter Alkohol (Schwarzbrünnen, Schmuggel)
2. unregistriert – abseits staatlicher Kontrollmechanismen – hergestellter Alkohol
(nichtregistrierte legale Produktion oder legale Eigenproduktion)

3. missbräuchliche Verwendung nicht für den Konsum gedachter alkoholhaltiger Produkte (Surrogat-Alkohol)

Insbesondere sehr restiktive alkopolitische Maßnahmen (Hochsteuerpolitik, Verkaufsmonopole) oder im Vergleich zum Einkommensniveau als sehr hoch wahrgenommene Alkoholpreise können die Attraktivität des offiziellen Alkoholmarkts einschränken und einen Anreiz für die Entwicklung eines illegalen oder informellen Alkoholmarkts darstellen. In Europa sind vor allem Skandinavien und Osteuropa mit diesem Problem konfrontiert.

Die effektivste Möglichkeit, nichtkontrollierte toxische alkoholische Getränke vom Markt zu halten und illegale Aktivitäten im Zusammenhang mit Produktion und Schmuggel zu verhindern, ist, in ausreichenden Mengen qualitativ hochwertigen Alkohol zu moderaten Preisen zur Verfügung zu stellen. Diese Strategie widerspricht aber dem Bestreben, den Alkoholkonsum durch eine drastische Begrenzung der Bezugsmöglichkeiten und durch hohe Preise einzudämmen. Um bei einer Politik, die stark auf Beschränkungen der Verfügbarkeit setzt, gesundheitliche Probleme durch toxische Alkoholprodukte zu minimieren, werden in diesen Ländern Informationen über bedenkliche Produkte gesammelt und entsprechende Warnungen weitergegeben sowie gezielte Schritte gegen den illegalen Verkehr dieser Produkte unternommen.

Illegal und informell produzierter Alkohol in Österreich

In Österreich spielen hochtoxische alkoholische Getränke und organisierte Kriminalität im Zusammenhang mit der Erzeugung und dem Schmuggel von Alkohol nur eine sehr geringe Rolle, weil über formale Märkte ausreichend qualitativ hochwertiger Alkohol zu moderaten Preisen zur Verfügung steht. Da die Alkoholpreise in Österreich relativ zum Einkommen als nicht überhöht erlebt werden, besteht wenig Anreiz, bedenkliche alkoholische Produkte zu schmuggeln, qualitativ minderwertige alkoholische Produkte für den Eigenkonsum herzustellen oder gar Surrogat-Alkohol zu konsumieren. Sowohl im bäuerlichen als auch im gewerblichen und industriellen Bereich gibt es präzise Regeln für die Alkoholerzeugung, die Einhaltung dieser Bestimmungen wird genau kontrolliert.

Abgesehen von gebranntem Alkohol, ist die private Erzeugung alkoholischer Getränke für den Eigenbedarf weder meldepflichtig noch steuerpflichtig, spielt aber außer im bäuerlichen Umfeld nur eine geringe Rolle. Der Anreiz für Laiinnen und Laien, qualitativ minderwertige alkoholische Produkte für den Eigenkonsum herzustellen, ist eher gering. Die Produktion von Spirituosen, Bier und Sekt kann daher über die eingenommene Verbrauchssteuer relativ gut quantitativ abgeschätzt werden; in der Weinproduktion erlaubt ein engmaschiges Netz der Qualitätssicherung eine gute Dokumentation.

In Bezug auf die Produktion von Spirituosen gibt es eine gewisse Dunkelziffer durch nichtangemeldetes Brennen, wobei dies nach Einschätzung von Zoll und Wirtschaftsverbänden in Relation zur registrierten Produktion nur eine marginale Rolle spielen dürfte. Einzig bei Obstwein aus Äpfeln und Birnen (= Most) fehlen jegliche offizielle Statistiken. Seine Erzeugung ist weder meldepflichtig noch verbrauchssteuerpflichtig. Zu bedenken ist auch, dass relative große Mengen innerhalb der EU ohne Anmeldung importiert und exportiert werden dürfen. Man kann aber mutmaßen, dass die exportierten und die importierten Mengen einander weitgehend entspre-

chen, weil es kein großes Preisgefälle zu den Nachbarstaaten gibt (Details zur Besteuerung alkoholischer Getränke finden sich im „HBAÖ, Band 2: „Gesetzliche Grundlagen“; Details zur Schätzung des durchschnittlichen Alkoholkonsums in Kap. 7).

2.2.4.3 Monitoring und Dokumentation

Ein umfangreiches Monitoring aller verfügbaren Informationen und Daten zu Alkoholkonsum ist die Voraussetzung für eine evidenzgestützte Beurteilung einschlägiger Entwicklungen. Dies erfordert neben nationalen Monitoringaufgaben auch die Teilnahme an Datensammlungen auf internationaler Ebene bzw. den Austausch mit Institutionen wie WHO oder OECD. Im Bereich der illegalen Substanzen erfolgt durch die Tätigkeiten und Vorgaben der Drogenagentur der Europäischen Union (EUDA) ein derartiges Monitoring in einem hohen Maße standardisiert in allen Ländern der Europäischen Union und werden zudem eine Reihe von Vernetzungsaktivitäten zum regelmäßigen Austausch zwischen nationalen Expertinnen und Experten betrieben. Da das Mandat der EUDA ausschließlich auf illegale Substanzen beschränkt ist, fehlt ein vergleichbares Forum im Alkoholbereich, was nur zu einem sehr geringfügigen Ausmaß durch die Aktivitäten der WHO kompensiert wird.

Dokumentation und Monitoring alkoholrelevanter Daten in Österreich

In Österreich werden vom Kompetenzzentrum Sucht der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMASGPK) systematisch Daten zu Alkohol und Alkoholkonsum gesammelt und mittels Bevölkerungsbefragungen zusätzliche Daten erhoben. Diese Tätigkeiten bauen auf einer langjährigen Forschungstradition auf, die Anfang 2000 durch die Gründung der Alkoholkoordinations- und -informationsstelle (AKIS) initiiert wurde. Ergebnisse dieses Alkoholmonitorings wurden ursprünglich in einer einzigen und sehr umfassenden Publikation, dem „Handbuch Alkohol – Österreich“, veröffentlicht, das nunmehr in drei Bände aufgeteilt ist (Band 1: „Statistiken und Berechnungsgrundlagen“, Band 2: „Gesetzliche Grundlagen“ sowie der gegenständliche Band 3: „Ausgewählte Themen“). Wesentliche Ziele des Alkoholmonitorings in Österreich sind die Bereitstellung von Daten und die Beschreibung der Entwicklung von Indikatoren. Darüber hinaus wird Wert darauf gelegt, zentrale Diskurse und theoretische Positionen darzustellen, um eine kritische Auseinandersetzung mit den Hintergründen der alkoholspezifischen Entwicklungen und den alkoholpolitischen Einflussmöglichkeiten zu erarbeiten.

2.3 Gesundheitsbezogene Warnhinweise auf alkoholischen Getränken

Gesundheitsbezogene Hinweise auf Behältnissen alkoholischer Getränke (in der englischen Literatur als „alcohol health warning labels“ bezeichnet, hier im Weiteren kurz „Warnhinweise“ genannt) sind eine Form der behördlichen Intervention, die im alkoholpolitischen Diskurs zusehends an Bedeutung gewinnt. Argumentiert wird hier einerseits mit der **Idee des Konsumentenschutzes** – das Anrecht der Bevölkerung, zu wissen, welche Risiken mit einem Produkt verbunden sind – und andererseits damit, dass man durch ihre Platzierung auf Getränken ohne großen finanziellen Aufwand **eine hohe Anzahl potenzieller Konsumentinnen und Konsumenten** im Moment der Kauf- oder Konsumententscheidung erreichen und beeinflussen kann.

Durch die Koinzidenz einerseits der Einführung gesundheitsbezogener Warnhinweise und andererseits eines rückläufigen Tabakkonsums gelten Erstere in der Tabakprävention als **Erfolgsgeschichte** (Cunningham 2022). Viele Fachleute gehen davon aus, dass ihre Übertragung auf alkoholische Getränke zu einer relevanten Senkung des durchschnittlichen Alkoholkonsums beitragen kann, und befürworten daher die Implementierung alkoholspezifischer Warnhinweise.³⁰ Auch der zunehmende Stellenwert der Vermeidung von Krebsrisiken im gesundheitspolitischen Diskurs – vieles spricht dafür, dass es einen Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und manchen Krebserkrankungen gibt (vgl. Kap 5.4) – unterstützt die Forderung, alkoholspezifische Warnhinweise einzuführen.

Gleichzeitig gibt es unterschiedliche Positionen in Bezug auf die **inhaltliche Ausrichtung der Intervention** (welche Informationen oder Warnungen sollen im Vordergrund stehen?), die zu adressierenden **Zielgruppen** (Personen mit erhöhtem Risikoprofil oder alle potenziellen Konsumentinnen und Konsumenten) und die angemessenen **Methoden zur Zielerreichung** (Wissensvermittlung oder gezielte Beeinflussung zur Veränderung von Normen).

Das folgende Kapitel 2.3.1 beschreibt einleitend einschlägige **Definitionen und rechtliche Grundlagen** von Warnhinweisen. Anschließend wird die Bandbreite des derzeitigen Einsatzes von Warnhinweisen in unterschiedlichen Ländern in Bezug auf **Zielgruppen und Inhalte** dargestellt. In Kapitel 2.3.3 werden empirische Ergebnisse zur Wirksamkeit unterschiedlicher Warnhinweise zusammengefasst, die abschließend durch Bezugnahme auf dahinterliegende implizite ethische Positionen (vgl. Kap. 2.3.4) wird.

2.3.1 Definitionen und rechtliche Grundlagen

Definition und Abgrenzung

Warnhinweise sind eine spezifische Form der Beschriftung oder Kennzeichnung alkoholischer Getränke, die sich an Konsumentinnen und Konsumenten richtet und potenzielle **gesundheitsrelevante Folgen des Alkoholkonsums in Form von Texten oder visuellen Darstellungen (Piktogrammen)** kommuniziert. Anders als von den Produzenten kreierte Inhalte, die der Vermarktung eines Produkts dienen (Branding), werden Warnhinweise durchwegs gesetzlich bzw. behördlich veranlasst (national oder international).

In der englischsprachigen Literatur werden gesundheitsbezogene Warnhinweise auf alkoholischen Getränken unter **alcohol labelling** subsumiert. Warnhinweise sind eines von fünf Elementen, die laut einer Übersichtsarbeit von Martin-Moreno et al. (2013) als gesundheitsrelevante Informationen für Konsumentinnen und Konsumenten alkoholischer Getränke empfohlen werden. Die anderen vier Elemente sind: Inhaltsstoffe, Nährwertdeklaration, Kalorienangaben pro definierte Einheit und Trinkempfehlungen für risikoarmen Alkoholkonsum, z. B. im Sinne einer maximalen Konsummenge pro Tag oder im Tagesdurchschnitt über längere Zeiträume.

³⁰ zu allgemeinen alkoholpolitischen Zielsetzungen und der Kontroverse zwischen dem Bevölkerungs- und dem Problemzugang – die rund um die Frage ausgetragen wird, ob man auf eine Verringerung jeglichen Alkoholkonsums oder bloß auf eine Verringerung des problematischen Alkoholkonsums abzielen sollte – vgl. Kap. 2.1.4.

In der (Forschungs-)Praxis besteht jedoch **keine einheitliche Grenzziehung zwischen gesundheitsrelevanten Informationen und Warnhinweisen**. Dies verdeutlicht sich beispielsweise in zwei rezenten systematischen Übersichtsarbeiten zu Warnhinweisen, die eine jeweils unterschiedliche Grenzziehung vornehmen. So schließen Kokole et al. (2021) z. B. in ihrer Review zum Thema „Warnhinweise“ Trinkempfehlungen oder Hinweise auf Standarddrinks explizit aus, während Giesbrecht et al. (2022) auch Studien einbeziehen, welche diese Form der Konsumenteninformation unter dem Begriff Warnhinweise subsumieren.

Rechtliche Grundlagen zur Kennzeichnung alkoholischer Getränke

Die **EU-Lebensmittelinformationsverordnung (LMIV)**³¹ gilt seit Ende 2014 in allen Mitgliedstaaten und ist damit auch in Österreich geltendes Recht. Die LMIV regelt, dass bei Getränken mit einem Alkoholgehalt von mehr als 1,2 Volumenprozent der Alkoholgehalt in Volumenprozent verpflichtend anzugeben ist (Artikel 9, Absatz k). Ferner muss bei Getränken mit einem Alkoholgehalt von zehn oder mehr Volumenprozent kein Mindesthaltbarkeitsdatum angegeben werden (Anhang X, Punkt 1, Absatz d) und können bei Getränken mit einem Alkoholgehalt von mehr als 1,2 Volumenprozent die in anderen Unionsvorschriften festgelegten verpflichtenden Angaben von Zutaten und Nährwerten unterbleiben (Artikel 16, Absatz 4). Das gilt allerdings nicht für Wein und Obstwein, bei denen die **Verordnung zur Änderung der gemeinsamen Marktorganisation (GMO)** aus dem Jahr 2021³² mit dem Ziel einer gesteigerten Verbraucherinformation die Einführung eines Zutatenverzeichnisses und einer Nährwertdeklaration festlegt, wobei diese Bestimmung seit Dezember 2023 EU-weit verpflichtend umzusetzen ist. Wein, der vor diesem Datum nach den bis dahin geltenden Kennzeichnungsanforderungen hergestellt wurde, darf allerdings weiterhin ohne diese Kennzeichnungen zum Verkauf gelangen, bis die Bestände erschöpft sind.

In Österreich bestehen keine über die Bestimmungen der LMIV bzw. GMO hinausgehenden gesetzlichen Kennzeichnungspflichten für alkoholische Getränke.³³

Die Sonderrolle Irlands

Innerhalb der EU-Staaten nimmt derzeit **Irland eine Sonderrolle** ein, da es sich in Form der nationalen Public Health (Alcohol) (Labelling) Regulations 2023 als erstes EU-Land zu umfangreichen und uneingeschränkten Gesundheitswarnungen auf alkoholischen Getränken verpflichtet hat. Nach einer dreijährigen Übergangsphase sind dort ab 2026 folgende Informationen³⁴ verpflichtend auf allen alkoholischen Getränken anzuführen:

- Kalorienangaben
- Gesamtalkoholmenge in Gramm Alkohol
- Warnung vor Alkoholkonsum in der Schwangerschaft in Form eines Piktogramms

³¹ <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=CELEX:02011R1169-20180101> [abgerufen am 25.01.2025]

³² <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=CELEX:32021R2117&qid=1680785933794&from=DE> [abgerufen am 25.01.2025]

³³ Eine Beschränkung der Bewerbung positiver Aspekte des Alkoholkonsums existiert hingegen in Österreich für den Bereich der Radio- und Fernsehwerbung (vgl. Kap. 4.1 in Band 2: „Gesetzliche Grundlagen 2023“).

³⁴ <https://www.irishstatutebook.ie/eli/2023/si/249/made/en/pdf> [abgerufen am 25.01.2025]

- Hinweis, dass Alkohol Erkrankungen der Leber verursacht (im Original: „Drinking alcohol causes liver disease“)
- Hinweis, dass es eine direkte Verbindung zwischen Alkoholkonsum und Krebs gibt (im Original: „There is a direct link between alcohol and fatal cancers“).

Die **grafische Gestaltung** dieser Hinweise ist weitestgehend standardisiert und gesetzlich vorgegeben wie etwa eine Mindestgröße für die gesamte den Informationen dienende Fläche (mindestens 6 mal 3 Zentimeter) auf dem alkoholischen Getränk oder die Farbgestaltung und Größe von Schriftzügen und Piktogrammen. Analoge Hinweise müssen auch gut sichtbar in **alkoholausschenkenden Lokalen** ausgehängt bzw. auf Websites platziert werden, über die Alkohol verkauft wird (Quelle vgl. Fußnote 34).

Nationale Marktbeschränkungen eines EU-Staats können einen Widerspruch zu EU-weiten Vorgaben zur Sicherstellung eines gemeinsamen EU-Binnenmarkts darstellen, sind aber zulässig, sofern diese Einschränkungen als verhältnismäßig eingestuft werden (Zöckler 2022). In einer Prüfung des irischen Vorhabens durch die EU-Kommission wurde festgehalten, dass aus deren Sicht **kein Verstoß gegen die Single Market Transparency Directive vorliege** und mögliche Einschränkungen des Binnenmarkts durch die vorgeschlagenen Kennzeichnungspflichten als verhältnismäßig in Relation zum verfolgten Ziel (Gesundheitsförderung) beurteilt würden (European Commission 2023).³⁵

Initiativen auf europäischer Ebene

Im zuvor erwähnten Kommentar der EU-Kommission zu den geplanten Maßnahmen in Irland wird auch auf **Initiativen zur Einführung gesundheitsrelevanter Informationen und Warnhinweise auf EU-Ebene** verwiesen. Im Europe's Beating Cancer Plan (European Commission 2021) wird das Ziel festgelegt, verpflichtende Zutatenverzeichnisse und Nährwertdeklarationen bis Ende 2022 und bis Ende 2023 verpflichtende Warnhinweise auf allen alkoholischen Getränken einzuführen. Auch im Handlungsrahmen für die Alkoholpolitik in der Europäischen Region (2022–2025) der WHO (2022b) ist Gesundheitsinformation – mit einem expliziten Fokus auf Kennzeichnungspflichten für alkoholische Getränke – einer von sechs priorisierten Bereichen. Diese Priorisierung findet sich auch in dem von der WHO finanzierten Projekt EVID-ACTION wieder, das eine Verbesserung der Kennzeichnungsvorschriften für alkoholische Getränke als eines von drei Zielen definiert³⁶.

³⁵ im Original: „[...] the Commission considered that the Irish authorities demonstrated that the notified measures were justified on public health grounds considering the situation in Ireland and that any resulting restrictions for the internal market that the measures may have were proportionate to the objective pursued.“ Die gesamte Reaktion der EU-Kommission ist online verfügbar unter https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/E-9-2023-000108-ASW_EN.pdf [abgerufen am 25.01.2025].

³⁶ <https://www.who.int/europe/de/news/item/07-12-2022-new--10-million-who-eu-project-will-translate-evidence-into-action-to-reduce-alcohol-consumption-and-harms> [abgerufen am 25.01.2025]

2.3.2 Aktuelle Einsatzformen von Warnhinweisen

Wo werden welche gesundheitsbezogenen Informationen eingesetzt?

Laut dem Global Information System on Alcohol and Health (GISAH) der WHO werden mit Stand 2023 in **47 von 197 Ländern weltweit** Warnhinweise auf alkoholischen Getränken eingesetzt.³⁷ Einer Publikation des Health Evidence Network der WHO (Jané-Llopis et al. 2020) zufolge bestehen in über einem Viertel aller Staaten der WHO European Region Verpflichtungen, spezifische gesundheitsbezogene Informationen auf alkoholischen Getränken anzubringen; am häufigsten ist dies in Staaten außerhalb der Europäischen Union der Fall³⁸.

Innerhalb der Europäischen Union werden laut dem Health Evidence Network der WHO mit Stand 2020 in **vier der insgesamt 27 EU-Staaten entsprechende Warnhinweise** vorgeschrieben (Frankreich, Deutschland, Irland und Litauen). Die umfassendsten Warnhinweise bestehen dabei in Irland (vgl. Abschnitt zuvor). In Frankreich (Text und Piktogramm) und Litauen (Piktogramm) wird ausschließlich der Alkoholkonsum in der Schwangerschaft problematisiert. In Deutschland sind Hinweise ausschließlich auf Alkopops vorgeschrieben und beinhalten die Information, dass diese Getränke erst ab 18 Jahren konsumiert werden dürfen (Jané-Llopis et al. 2020).

Explizite und verpflichtende Vorgaben für die Größe und Darstellungsform der Warnhinweise existieren derzeit innerhalb der EU ausschließlich in Irland und Litauen. Rotierende Informationen – wie sie etwa bei Tabakprodukten eingesetzt werden, um eine „Informationssättigung“ der Konsumentinnen und Konsumenten abzuwenden – werden in keinem der untersuchten Länder der WHO European Region eingesetzt (Jané-Llopis et al. 2020).

Tabelle 2: Textinhalte für gesundheitsbezogene Hinweise in Ländern der WHO European Region

Textinhalt	Land
allgemeine Gesundheitswarnung	
Excessive consumption of alcohol is dangerous to your health.	Armenien, Weißrussland, Kasachstan, Kirgistan, Russische Föderation
Warning: Excessive consumption of alcohol is life-threatening and is detrimental to health.	Israel
Alcohol is not for children and teenagers up to age 18, pregnant and nursing women, or for persons with diseases of the central nervous system, kidneys, liver, and other digestive organs.	Russische Föderation
Alcoholic beverages are harmful to your health!	Turkmenistan
The excessive consumption of alcoholic beverages leads to severe diseases of the human nervous system and internal organs.	Usbekistan
Drinking alcohol causes liver disease. There is a direct link between alcohol and fatal cancers.	Irland

³⁷ <https://www.who.int/data/gho/data/themes/global-information-system-on-alcohol-and-health> [abgerufen am: 25.01.2025]

³⁸ Die Definition der WHO European Region weicht sowohl von den geografischen Grenzen des Kontinents Europas als auch von jenen der Europäischen Union ab und umfasst beispielsweise auch die Russische Föderation, die zentralasiatischen Republiken, die Türkei oder Israel. Warnhinweise in der Russischen Föderation, Kasachstan, Weißrussland, Kirgistan und Armenien werden einheitlich durch Vorgaben der Eurasian Economic Union geregelt (Jané-Llopis et al. 2020).

Schwangerschaft	
Consumption of alcoholic beverages during pregnancy, even in small amounts, can have serious consequences for the child's health.	Frankreich
Konsum durch Minderjährige	
Sale is prohibited to persons under 18 under § 9 of the Youth Protection Act.*	Deutschland
andere	
Warning: Contains alcohol – it is recommended to refrain from excessive consumption.	Israel
Alcohol is not your friend.	Türkei

Anmerkung: Warnungen in Form von Piktogrammen werden zusätzlich in Bezug auf das Lenken von Kraftfahrzeugen (Türkei), Schwangerschaft (Frankreich, Irland, Republik Moldau, Türkei, Litauen) sowie für Alkoholkonsum durch Minderjährige (Türkei) verwendet. Für eine etwas ältere Sammlung weiterer Beispiele von außerhalb der WHO European Region vgl. Stockwell (2006)

*betrifft ausschließlich Alkopops, aber keine anderen alkoholischen Getränke

Quelle: WHO Health Evidence Network Synthesis Report 68 (Jané-Llopis et al. 2020); Ergänzung zu Irland durch GÖG; Darstellung: GÖG 2023

In den Vereinigten Staaten von Amerika besteht mit dem „Alcoholic Beverage Labeling Act³⁹ seit 1988 eine gesetzliche Verpflichtung, eine US-weit einheitliche gesundheitsbezogene Warnung auf sämtlichen Behältnissen anzubringen, die alkoholische Getränke beinhalten. Diese Warnung bezieht sich dabei ausschließlich auf Alkoholkonsum in der Schwangerschaft⁴⁰ sowie das Lenken von Fahrzeugen bzw. Bedienen von Maschinen unter dem Einfluss von Alkohol⁴¹. Dass eine US-weit standardisierte Formulierung vorgeschrieben ist, wird im Gesetzestext damit begründet, dass abweichende bzw. missverständliche Botschaften sowie Hindernisse im Warenverkehr zwischen Bundesstaaten, die auf unterschiedlichen Kennzeichnungsanforderungen gründen, vermieden werden sollen.

2.3.3 Beurteilung der Wirksamkeit von Warnhinweisen

Welcher Wirkungseffekt soll überhaupt erzielt werden?

Aussagen über die Effektivität von Warnhinweisen sind grundsätzlich davon abhängig, welche Kriterien für eine solche Beurteilung herangezogen werden. Übliche Kriterien sind

- das Wissen über Zusammenhänge zwischen Alkohol und bestimmten Krankheiten,
- Kauf- oder Konsumintentionen,
- bestimmte Emotionen (z. B. Angst vor gesundheitlichen Folgen) oder

³⁹ <https://www.govinfo.gov/content/pkg/USCODE-2014-title27/pdf/USCODE-2014-title27-chap8-subchapII.pdf> [abgerufen am 25.01.2025]

⁴⁰ Schwangere Frauen sind eine schon seit langer Zeit adressierte Zielgruppe gesundheitsbezogener Warnhinweise, deren Bedeutung durch das wachsende Bewusstsein für negative Auswirkungen des Konsums auch geringer Alkoholmengen während der Schwangerschaft sowohl auf die Schwangerschaft selbst (z. B. in Form von Fehl- oder Frühgeburtlichkeit) als auch auf die Entwicklung des Kindes (fetale Alkoholspektrum-Störungen (FASD) noch weiter zugenommen hat (zu Alkohol in der Schwangerschaft vgl. auch Kapitel 6.1). Die in unterschiedlichen Ländern zum Einsatz kommenden Warnhinweise unterscheiden sich ebenso wie Warnhinweise für andere Zielgruppen hinsichtlich der Verbindlichkeit (verpflichtend vs. freiwillig), der zu verwendenden Formulierungen, der Verwendung schriftlicher Warnhinweise versus den Einsatz von Piktogrammen und der Details für die Verwendung (Schriftgröße, Platzierung). (Thomas et al. 2014)

⁴¹ der volle Wortlaut im Original: „GOVERNMENT WARNING: (1) According to the Surgeon General, women should not drink alcoholic beverages during pregnancy because of the risk of birth defects. (2) Consumption of alcoholic beverages impairs your ability to drive a car or operate machinery, and may cause health problems.“

- Einstellungen (bzw. der Umstand, ob Warnhinweise akzeptiert werden oder ob ihnen geglaubt wird).

Wie sich diese Kriterien auf das tatsächliche Kauf- oder Konsumverhalten auswirken, wird hingegen seltener gemessen (Kokole et al. 2021).

Zum Verständnis der teilweise sehr divergierenden Einschätzungen in Bezug auf die Sinnhaftigkeit von Warnhinweisen ist es zudem sinnvoll, zwischen **direkten Effekten**, die auf eine unmittelbare Veränderung des Konsumverhaltens abzielen, und **indirekten Effekten** zu unterscheiden. Giesbrecht et al. (2022) verweisen in Bezug auf indirekte Effekte darauf, dass Warnhinweise die Unterstützung für restriktive und in der Bevölkerung häufig unbeliebte alkoholpolitische Maßnahmen (z. B. Preiserhöhungen, Angebotsreduktion, Werbebeschränkungen) bzw. deren Legitimität erhöhen können. Wilkinson et al. (2009) schrieben in diesem Zusammenhang von dem Potenzial von Warnhinweisen, „to change the conversation about alcohol“ und somit zur Unterstützung einer strengeren Regulierung von Alkohol beizutragen oder auch soziale Normen in Richtung Abstinenz bzw. Konsumreduktion zu verschieben (Thomas et al. 2014).

Ein zusammenfassendes Urteil über die Wirksamkeit gesundheitsbezogener Informationen wird dadurch erschwert, dass – wie bereits in Kap. 2.3.2 dargelegt – ihre Form und Gestaltung stark variieren. Das gilt sowohl in Bezug auf ihre grafische Gestaltung als auch hinsichtlich der **adressierten Zielgruppe** und der damit verbundenen Auswahl der Inhalte.

An wen sind Warnhinweise adressiert?

Da es in den USA seit 1988 verpflichtende Hinweise auf alkoholischen Getränken gibt, die sich im Speziellen an **schwangere Frauen und Lenker:innen von Kraftfahrzeugen** richten, existiert eine große Zahl von Publikationen zur Wirksamkeit derartiger Hinweise. In Summe lautet das zusammenfassende Urteil, dass diese Warnhinweise zwar das Bewusstsein für die kommunizierten Risiken erhöht haben, aber zu keinen messbaren Veränderungen des Konsumverhaltens geführt haben (Stockwell 2006; Wilkinson et al. 2009).

Relativiert wird die negative Beurteilung der Wirksamkeit dieser Warnhinweise u. a. von Stockwell (2006), der die hohe öffentliche Unterstützung für Warnhinweise betont und den Umstand, dass sich Risikogruppen (schwangere Frauen, Konsumentinnen/Konsumenten großer Mengen Alkohols) in besonderem Maße an die Inhalte der Warnhinweise erinnern können. Auch hatten Personen, die sich an entsprechende Warnhinweise erinnern konnten, seltener mit Problemen durch Alkohol im Straßenverkehr zu tun. Dem stehen Befunde gegenüber, wonach Warnhinweise den größten Effekt auf Gelegenheitskonsumentinnen und -konsumenten haben, aber kaum bis gar keinen Effekt auf stark konsumierende Personen (Thomas et al. 2014). Kritisch zu Warnhinweisen äußern sich Kersbergen et al. (2017) in Hinblick darauf, dass sogar Personen, die ihren Konsum reduzieren wollen, Warnhinweisen nur wenig Aufmerksamkeit schenken.

Kritik besteht auch in Hinblick auf die Gestaltung dieser Warnhinweise und daran, dass sie nur an bestimmte Zielgruppen gerichtet und zu wenig direktiv gestaltet seien, wodurch ihr Potenzial, Einstellungen oder Verhalten zu verändern, nicht ausgeschöpft werde (Giesbrecht et al. 2022). Die Frage, wie sachlich bzw. direktiv Interventionen zur Gesundheitsförderung sein sollen, ist jedoch nicht wissenschaftlich zu beantworten (im Sinne dessen, „was wirkt“), wie das Giesbrecht et al. (2022) implizieren, sondern tangiert in hohem Maße ethische Fragen dahingehend, welche

Maßnahmen mit Grundprinzipien der Gesundheitsförderung bzw. Krankheitsprävention vereinbar sind (vgl. dazu auch Kap. 2.3.4).

Bei der Zielgruppe schwangerer Frauen wird der allgemeine Diskurs zu Warnhinweisen durch feministische Überlegungen ergänzt, inwiefern es gerechtfertigt sei, Frauen die alleinige Verantwortung für Abstinenz während der Schwangerschaft (vgl. auch Kap. 6.1) zu übertragen, wie es beispielsweise in Form eines Piktogramms einer schwangeren Frau mit einem Glas / einer Flasche in einem rot umrandeten und durchgestrichenen Kreis der Fall ist (Chikritzhs et al. 2021). Um die Bedeutung der Partner beim Alkoholverzicht ihrer Partnerinnen zu untermauern, wird beispielsweise vorgeschlagen, ein solches Piktogramm um einen Mann zu ergänzen, um damit werdende Väter zu adressieren, denen ein wichtiger Part beim Konsumverhalten der Frauen während der Schwangerschaft zugeschrieben wird (Caprara et al. 2004). Die Angelegenheit ist allerdings nicht unproblematisch, da es aus einer feministischen Sicht wohl ebenso kritisch zu beurteilen ist, wenn werdende Väter und das Umfeld schwangerer Frauen dies als Auftrag interpretieren, Druck auf Schwangere auszuüben, damit diese keinen Alkohol konsumieren.

Der Sonderfall des Yukon-Experiments

Um die Wirksamkeit von Warnhinweisen zu untersuchen, werden häufig Experimente durchgeführt, bei denen Versuchspersonen mit unterschiedlichen Kennzeichnungen auf alkoholischen Getränken konfrontiert werden, deren Reaktion darauf gemessen wird. Die künstliche „Labor-situation“ sowie der in der Regel kurze Beobachtungszeitraum (Kokole et al. 2021) erlauben nur sehr bedingt belastbare Rückschlüsse dahingehend, ob die praktische Implementierung dieser Warnhinweise sich längerfristig relevant und positiv auf das Alkoholkonsumverhalten der Bevölkerung auswirken würde (geringe externe Validität). Erschwerend kommt hinzu, dass in der Regel nicht Alkoholkonsumverhalten, sondern Wissen über alkoholspezifische Risiken, Emotionen oder Einstellungen abgefragt werden, bei denen ein Kausalzusammenhang zum tatsächlichen Alkoholkonsumverhalten nur vermutet werden kann.

Ein interessanter Forschungszugang, der belastbarere Interpretationen zulässt, liegt dem sogenannten **Yukon-Experiment** zugrunde. Dabei kamen in einem quasiexperimentellen Design unterschiedliche Warnhinweise im tatsächlichen Alkoholverkauf zum Einsatz, deren konkrete Auswirkungen mittels Selbstauskunft und Verkaufszahlen evaluiert wurden (Zhao et al. 2020).

Die Durchführung des Yukon-Experiments erfolgte in zwei kanadischen Gebieten (Whitehorse in Yukon und Yellowknife in den Nordwestterritorien) mit vergleichbarem Pro-Kopf-Alkoholkonsum (Hobin et al. 2020). In Kanada gibt es bereits seit 1991 verpflichtende Warnhinweise, die Verbraucher:innen auf Risiken des Alkoholkonsums während der Schwangerschaft, beim Führen von Fahrzeugen und beim Bedienen von Maschinen sowie auf mit Alkoholkonsum assoziierte gesundheitliche Folgen hinweisen (Schoueri-Mychasiw et al. 2020). In Whitehorse wurden für einen Monat zusätzlich neu konzipierte Warnhinweise implementiert (Interventionsregion) und in Yellowknife wurden keine Veränderungen der herkömmlichen Warnhinweise vorgenommen (Kontrollregion). Die im Rahmen der Studie neu konzipierten Warnhinweise verwiesen auf mögliche Krebserkrankungen durch Alkohol, auf nationale Richtlinien für den Alkoholkonsum und boten Informationen zum Alkoholgehalt eines Standardglasses (Zhao et al. 2020).

In der Interventionsregion sank der Pro-Kopf-Umsatz der Alkoholverkäufe mit den neu konzipierten Warnhinweisen um circa sechs Prozent, wohingegen der Pro-Kopf-Umsatz jener alkoholischen Getränke mit den herkömmlich gekennzeichneten Warnhinweisen (ein sehr geringer Anteil, der noch vor der neuen Regelung erzeugt worden war) um circa sieben Prozent zunahm. Die Umsätze in Spirituosengeschäften in den anderen Regionen Yukons (also außerhalb der Interventionsregion Whitehorse) stiegen in diesem Zeitraum leicht an, und in Yellowknife, der Kontrollregion, wurden keine Veränderungen beobachtet (Zhao et al. 2020). Da es in den Regionen um die Versuchsregion zu einer Zunahme kam und auch alte Produkte ohne die neuen Warnhinweise häufiger verkauft wurden, ist nicht klar, ob die neuen Warnhinweise zu einer kurzfristigen Reduktion des durchschnittlichen Alkoholkonsums geführt haben oder bloß zu einer Verschiebung der Einkäufe hin zu alten Produkten in der Versuchsregion oder deren näherer Umgebung. Erschwert wird die Interpretation der Effekte auch, weil das Experiment nur einen Monat lang dauerte und danach aufgrund rechtlicher Beschwerden durch die kanadische Alkoholwirtschaft abgebrochen werden musste.

Einfluss der grafischen Gestaltung von Warnhinweisen

Zahlreiche Studien beschäftigen sich damit, welche **Form der Darstellung** die stärksten Effekte auslöst. Untersucht wird dabei sowohl die Gestaltung (Schrift, Piktogramme, Bilder und verschiedene Kombinationen daraus) als auch der Einsatz gleichbleibender bzw. wechselnder Botschaften (Kokole et al. 2021).

In Bezug auf die Inhalte der Botschaften lautet die wenig überraschende Erkenntnis, dass eine deutliche Betonung des Kausalzusammenhangs zwischen Alkoholkonsum und dessen negativen Auswirkungen die Überzeugungskraft der Botschaft verstärkt (Sillero-Rejon et al. 2018) und dass Bilder im Vergleich zu reinen Textbotschaften in einem stärkeren Ausmaß Gefühle (Angst, negative Gefühlsregungen) auslösen können (Kokole et al. 2021). Ebenso auf der Wirksamkeit der Intuition beruhen Ergebnisse, die zeigen, dass die Platzierung auf der Vorderseite der Getränkeverpackung, eine große und farblich auffallende Gestaltung oder der kombinierte Einsatz von Bild- und Textbotschaften zu mehr Aufmerksamkeit führen (Giesbrecht et al. 2022; Jones et al. 2021). In einer Studie (Sillero-Rejon et al. 2018) ergab sich, dass der Einsatz abschreckender Bilder im Vergleich zu neutraleren Bildern die Aufmerksamkeit zwar nicht erhöht, dass damit aber verstärkt negative Reaktionen ausgelöst werden (Probandinnen und Probanden erachteten den Hinweis z. B. häufiger als manipulierend, überzogen oder unangenehm), wobei die selbstberichtete Motivation, zukünftig weniger zu trinken, aber nichtsdestoweniger zunahm.

Bewertung selbstaufgerlegter Warnhinweise der Alkoholwirtschaft

Bis dato gibt es nur wenige Untersuchungen, die sich mit Effekten selbstaufgerlegter Warnhinweise der Alkoholwirtschaft beschäftigen. Auf Basis einer Onlineerhebung zur Evaluation einer in Kooperation mit der Industrie gestalteten „Get the facts“-Kampagne in Australien mit dem Ziel, einer breiten Öffentlichkeit Gesundheitsbotschaften zu vermitteln, stellen Coomber et al. (2015) kritisch fest, dass sich von 500 Personen niemand an das Logo der Kampagne und nur ein Sechstel der Befragten sich an Warnhinweise erinnern konnte und dass weniger als jede:r Zwölftes die mit weiterführenden Informationen versehene Website „DrinkWise“ besuchte.

Bedeutung von Warnhinweisen in puncto Krebs

Den Stellenwert des Themas „Alkohol und Krebs“⁴² im aktuellen Diskurs verdeutlicht der Umstand, dass in einer Übersichtsarbeit von Kokole et al. (2021) 19 von 27 berücksichtigten Primärstudien zu alkoholspezifischen Warnhinweisen unter anderem einen Warnhinweis in Bezug auf Krebserkrankungen beinhalteten. Die Implementierung von Warnhinweisen mit Bezug zu Krebserkrankungen wird unter anderem damit argumentiert, dass eine enorme **Diskrepanz zwischen der hohen Zahl alkoholassozierter Krebserkrankungen** (vgl. dazu Kap. 5.4) **und dem geringen Wissen in der Bevölkerung** um diesen Zusammenhang besteht. Auswertungen des World Drug Survey (Winstock et al. 2020) zeigten, dass von sieben Statements zu den gesundheitlichen Auswirkungen von Alkoholkonsum der Zusammenhang zwischen Alkohol und Krebs am wenigsten bekannt war. Insbesondere in Bezug auf den Zusammenhang zwischen Alkohol und Brustkrebs wird unzureichendes Wissen in der Bevölkerung attestiert (Kokole et al. 2021). Hobin et al. (2020) vertreten die Position, dass der Einsatz von Warnhinweisen zum Thema Alkohol und Krebs das diesbezügliche Wissen der Bevölkerung erhöhen könne und dass dieses Wissen auch mit einer gesteigerten Akzeptanz von Warnhinweisen einhergehe. Unterschiedliche Befunde bestehen (jeweils basierend auf groß angelegten Onlineexperimenten) dazu, inwieweit Hinweise auf Krebsgefahren in einem relevanten Ausmaß Verhaltensänderungen begünstigen: Blackwell et al. (2018) beurteilen Hinweise auf ein Krebsrisiko am ehesten als Auslöser für Verhaltensänderung. Gold et al. (2021) finden hingegen in ihrer Untersuchung in ergänzenden Warnhinweisen zu Krebs keinen zusätzlichen Effekt dahingehend, dass Personen sich von einer Konsumreduktion einen gesundheitlichen Gewinn erhoffen würden oder sie dadurch motiviert seien, zukünftig weniger zu trinken.

Nichtintendierte Nebeneffekte

Wie Maynard et al. (2018) ausführen, können gesundheitsbezogene Informationen neben den erwünschten Effekten auch **unerwünschte Nebeneffekte** erzeugen. Sie verweisen darauf, dass Kalorienangaben auf alkoholischen Getränken mitunter dazu führen könnten, dass vor dem Alkoholkonsum weniger gegessen werde, was die unmittelbare und mittelbare Alkoholwirkung verstärke. Angaben zu Getränkeeinheiten könnten Personen, bei denen Berauschtung ein wesentliches Konsummotiv darstelle, zu einer „Effizienzsteigerung“ verleiten, in dem Sinne, dass möglichst billige Getränke mit einer besonders hohen Alkoholmenge konsumiert würden.

Im Diskurs zu Warnhinweisen für schwangere Frauen werden Befürchtungen in Bezug auf **Stigmatisierungen und unerwünschte Nebeneffekte durch einschlägige Warnhinweise** geäußert: Alkohol konsumierende Schwangere könnten aus Angst vor einer moralischen Verurteilung Schwangerenvorsorgeuntersuchungen vermeiden, wodurch sich zusätzliche negative Auswirkungen auf die Gesundheit der Frauen bzw. Kinder ergeben (Chikritzhs et al. 2021). Eine übermäßige Verängstigung von Frauen, die vor dem Bekanntwerden der Schwangerschaft moderat Alkohol konsumiert haben, kann, obwohl kein relevantes Schädigungsrisiko besteht, in manchen

⁴² Ethanol (= reiner Alkohol) wird vom World Cancer Research Fund et al. (2022) mit der obersten Evidenzstärke als karzinogener Wirkstoff klassifiziert. Ausreichende Belege für eine krebsfördernde Wirkung des Alkoholkonsums bestehen für Krebs der Mundhöhle, des Kehlkopfs und Rachens, der Speiseröhre, der Leber, des Dickdarms und der weiblichen Brust (nach der Menopause). Für die meisten dieser Krebsarten ergibt sich ein erhöhtes Risiko allerdings erst bei größeren Konsummengen. Die Ausnahme stellt hier der weibliche Brustkrebs dar, für den Studien eine leichte, aber nahezu lineare Risikozunahme bereits bei geringen Konsummengen ausweisen (für eine ausführliche Diskussion des Themas Alkohol und Krebs vgl. Kap. 5.4).

Fällen zu Schwangerschaftsabbrüchen führen (Caprara et al. 2004). Nach der Geburt kann es zu belastenden Schuldgefühlen kommen, wenn übliche Probleme in den Entwicklungsphasen von Kindern und Jugendlichen fälschlich auf den Alkoholkonsum während der Schwangerschaft zurückgeführt werden. Das alles unterstreicht die Notwendigkeit differenzierter und ausgewogener Formulierungen (Thomas et al. 2014).

Zusammenfassung zur Wirksamkeit von Warnhinweisen

Die aufgezeigten und teilweise einander widersprechenden Urteile über die Sinnhaftigkeit bzw. Wirksamkeit von Warnhinweisen machen deutlich, dass ein eindeutiges und präzises wissenschaftliches Urteil über diese Fragestellung nicht vorliegt. Zu bedenken ist hier, dass viele Interpretationen auf nichtexperimentellen Beobachtungsdaten aufbauen, die nur sehr bedingt kausal interpretierbar sind, weil parallel zu eingeführten Warnhinweisen auch viele andere Veränderungen und Trends stattgefunden haben. Bei experimentellen Untersuchungen ist das zentrale Problem, dass es eigentlich um langfristige Veränderungen des kulturell geprägten Alkoholkonsums gehen sollte, man aber durchwegs nur kurzfristige Effekte erfasst oder dass statt des Alkoholkonsumverhaltens andere Kriterien wie Einstellungen, Wissen oder Emotionen herangezogen werden, die sich nicht zwangsläufig auf das konkrete Verhalten der Bevölkerung auswirken müssen.

2.3.4 Ethische Grundlagen der Informationsvermittlung in Zusammenhang mit alkoholischen Getränken

In einer an Menschenrechten orientierten Demokratie müssen alle von der öffentlichen Hand initiierten Maßnahmen verhältnismäßig sein, was sowohl wissenschaftliche Diskurse (z. B. zur Wirksamkeit) als auch ethische Diskurse (inklusive Werturteilen) erfordert. Kommerzielle Kommunikation (als erweiterter Begriff für unterschiedliche Formen der Werbung oder auch die Gestaltung von Etiketten) erfolgt ebenso wie Gesundheitskommunikation aus dem Public-Health-Bereich innerhalb eines ethischen Rahmens, in dem grundlegende Prinzipien und Grenzen diskutiert werden, innerhalb deren sowohl positive Eigenschaften des Produkts in den Vordergrund gestellt als auch Hinweise zu dessen möglichen schädlichen Folgen oder Risiken kommuniziert werden können.

Gesetzliche Grundlagen und ethische Überlegungen zur kommerziellen Kommunikation (Werbung)

Der Sinn von Werbung aus der Perspektive der Wirtschaft besteht darin, neue sowie bestehende Konsumentinnen und Konsumenten durch die Vermittlung ausgewählter Informationen (z. B.: Wie viel kostet das Produkt? Wo kann ich es kaufen? Welche Eigenschaften hat es?) davon zu überzeugen, ein Produkt (weiterhin) zu benutzen (Chapman 1996). Werbung darf laut § 2 des

Bundesgesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG⁴³) **keine unrichtigen Angaben enthalten oder sonst dazu geeignet sein, Marktteilnehmer:innen zu Entscheidungen zu bewegen, welche diese ohne Täuschung nicht getroffen hätten**⁴⁴.

Aufgrund der Begrenztheit der Aufmerksamkeit potenzieller bzw. bestehender Konsumentinnen und Konsumenten **muss Werbung immer selektiv sein**. Die Auswahl bereitgestellter Informationen dient in erster Linie dazu, ein Produkt möglichst attraktiv erscheinen zu lassen und positive Assoziationen mit ihm zu wecken. Mögliche Risiken und negative Auswirkungen eines Produkts auf individueller oder gesellschaftlicher Ebene sind aus diesem Grund in aller Regel nicht Gegenstand kommerzieller Kommunikation, sofern dies nicht explizit gesetzlich vorgeschrieben ist.⁴⁵ In diesem Spannungsfeld findet die Diskussion statt, inwiefern eine ausschließlich positive Gestaltung kommerzieller Kommunikation bei bestimmten Produkten zu einer „**Täuschung durch Unterlassung**“ (Chapman 1996) führt, weil die negativen Auswirkungen als so gravierend eingeschätzt werden, dass verpflichtende Warnungen als Gegenpol zur positiven Darstellung der kommerziellen Kommunikation gefordert werden.

Ein permanenter Diskurs besteht dazu, ob man **Werbung für bestimmte Produkte generell verbieten oder stark einschränken** soll. Ein weitgehendes Werbeverbot gibt es in Österreich und vielen anderen Staaten z. B. für Zigaretten. Auch für alkoholische Getränke gibt es in manchen Bereichen Werbeverbote sowie gesetzliche (z. B. Verbot von Spirituosenwerbung im Fernsehen) und freiwillige Werbebeschränkungen (vgl. Handbuch Alkohol Bd. 2, Kapitel 0: Alkohol und Werbung). Als Argument für Werbebeschränkungen wird oft angeführt, dass sie leichter durchzusetzen seien als andere alkoholpolitische Maßnahmen zur staatlichen Marktregulierung wie etwa eine Angebotsreduktion oder Steuererhöhungen. Werbebeschränkungen werden von der Bevölkerung als deutlich weniger einschränkend erlebt und sind daher populärer als restriktive Maßnahmen. Ein völliges Verbot führt jedoch zu Problemen in Hinblick auf den freien Wettbewerb, da in diesem Fall neue Anbieter ihre Produkte nur schwer bekannt machen können und sich daraus ein deutlicher Vorteil für etablierte Anbieter ergibt.

Ethische Grundlagen gesundheitsbezogener Informationsmaßnahmen

Informationen an die Bevölkerung über gesundheitsschädigende Auswirkungen von Produkten – ganz gleich, ob das über Broschüren, Informationskampagnen oder Warnschilder auf Produkten erfolgt, werden häufig unter dem Begriff **Gegenwerbung** (engl. „counter advertisement“) zusammengefasst, weil diese Aktivitäten teilweise gesetzt werden, um den Einfluss der kommerziellen Werbung zu kompensieren (Agostinelli et al. 2002). Fox (2005) weist jedoch darauf hin, dass alkoholpolitische Maßnahmen von der Bevölkerung eher unterstützt würden, wenn sie **sachlich und ethisch gerechtfertigt erschienen** und wenn nicht der Eindruck erweckt werde, dass sie bloß Ausdruck eines „Kampfes gegen die Alkoholwirtschaft“ seien.

⁴³ <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10002665&FassungVom=2023-08-31>
[zuletzt abgerufen am 25.01.2025]

⁴⁴ Der Großteil kommerzieller Kommunikation funktioniert jedoch ohnehin über Konnotation – d. h. setzt stark auf Assoziationen und positive Gefühle – und entzieht sich damit einem Urteil zwischen „wahr“ oder „falsch“.

⁴⁵ Dieser Grundsatz gilt jedoch keinesfalls ausschließlich für alkoholische Getränke. Auch Werbung für Autos setzt beispielsweise auf positive Assoziationen mit dem beworbenen Produkt und enthält keinerlei Information zu möglichen negativen Auswirkungen wie einem erhöhten Unfallrisiko oder Umweltbelastungen.

Novotny et al. (2005) nennen grundlegende Prinzipien, die seitens des Public-Health-Sektors im Rahmen der Regulierung von Tabakprodukten⁴⁶ einer Abwägung bedürften: die **Wahrung der Autonomie des individuellen Handelns**, die **Steigerung von Gesundheit und Wohlbefinden**, das **Abwenden von Schäden** sowie die **Förderung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit**. Fox (2005) betont, dass diese Prinzipien teilweise in Konkurrenz zueinander stünden wie etwa die Abwendung von Schäden bei gleichzeitiger Wahrung der Autonomie des individuellen Handelns. Er plädiert zudem allein aus pragmatischen Gründen dafür, der Wahrung der Autonomie individuellen Handelns genügend Raum zuzugestehen, da sonst die Alkoholwirtschaft die Position „Sicherung individueller Freiheiten“ unwidersprochen für ihre Interessen beanspruchen könnte (Fox 2005).

Ein wichtiges Kriterium, wenn es um die Beurteilung der Legitimität von Gesundheitsinterventionen geht, ist, ob Konsumierende sich primär selbst schädigen oder ob durch deren Verhalten relevante Risiken für Dritte entstehen. Maßnahmen zur Verhinderung von **Fremdschädigungen** (z. B. im Zusammenhang mit Alkoholeinfluss im Straßenverkehr oder während der Schwangerschaft) sind erheblich einfacher zu rechtfertigen und werden von der Bevölkerung daher auch leichter akzeptiert als Maßnahmen, die auf **selbstschädigendes Verhalten abzielen**.⁴⁷

Wenn es um eine erhebliche Selbstschädigung durch den Konsum von Speisen oder Getränken geht, ist noch ein weiteres Unterscheidungskriterium relevant. Handelt es sich um eine nicht oder nur schwer vermeidbare Risikoexposition wie z. B. gegenüber giftigen Inhaltsstoffen im Trinkwasser, sind konsequente behördliche Interventionen zum Schutze der Bevölkerung unerlässlich (und ist damit **starker Paternalismus** gerechtfertigt). Sind mit dem Konsum verbundene vermeidbare Risiken aber vielen Menschen nicht bewusst, ist eine konsequente **Risikoaufklärung** zweckmäßig – was allerdings nicht zwangsläufig bedeutet, dass dieses Ziel über Warnhinweise auf den Produkten erreicht werden muss. Wird eine Risikoexposition hingegen von mündigen und informierten Erwachsenen bewusst in Kauf genommen, spricht zwar nichts gegen neuerliche Informationsvermittlung und Überzeugungsarbeit (**sanfter Paternalismus**), die aber laut dem gängigen Verständnis von Gesundheitsförderung Menschen eine möglichst umfassende Grundlage für eigenständige gesundheitsrelevante Entscheidungen bieten sollen, aber nicht so weit gehen sollten, dass Menschen vorgeschrieben wird, wie sie zu leben haben (WHO 2009).

Ein Problem im Zusammenhang mit Wissensvermittlung zur Verringerung schädlicher Verhaltensweisen ist, dass Wissen über Gefahren nicht zwangsläufig zu entsprechenden Verhaltensänderungen führt, da menschliche Entscheidungsprozesse **nicht immer rational ablaufen**. So beschreibt z. B. Fox (2005), dass viele Personen dazu neigen, jeweils dieselben Risiken für die eigene Gesundheit zu unterschätzen und für andere Personen zu überschätzen. Die Vermittlung von Gesundheitsinformationen muss zudem ebenso wie Werbung Zugeständnisse in Hinblick darauf machen, **wie viel Information über ein ausgewähltes Medium transportiert werden kann** und wie viel Information der oder die Adressat:in aufzunehmen bereit oder fähig ist. Diese allgemeine

⁴⁶ Diese Überlegungen entstammen Diskursen aus dem Bereich der Tabakkontrolle. Ähnlich wie bei Fragen zur Wirkungsweise und Effektivität von Warnhinweisen, bei denen häufig auf den Tabakkbereich verwiesen wird, können auch bei ethischen Fragestellungen Diskurse aus dem Tabakkbereich als Grundlage für Überlegungen im Alkoholbereich herangezogen werden.

⁴⁷ Wie bereits oben skizziert, lag der Fokus bei den seit den späten 1980er-Jahren bestehenden alkoholspezifischen Warnhinweisen in den USA zunächst primär auf schwangeren Frauen und Kfz-Lenkenden, also auf fremdschädigendem Verhalten. In der letzten Zeit beziehen sich Warnhinweise allerdings zusehends auch auf Auswirkungen, welche die Gesundheit der Konsumentinnen und Konsumenten selbst betreffen.

Einschränkung gilt im Falle von Warnhinweisen im Besonderen, da der Platz auf Etiketten beschränkt ist und es schwieriger als bei Informationskampagnen ist, ausgewogen und differenziert zu informieren. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, **komplexe Zusammenhänge auf leicht kommunizierbare Botschaften** („Frames“) zu reduzieren.

Angesichts dieser Rahmenbedingungen ist es verlockend, zur Beeinflussung des Verhaltens anderer Menschen **vorrangig Assoziationen und Gefühle** zu wecken, anstatt Informationsvermittlung in den Vordergrund der Kommunikation zu rücken. Kommerzielle Werbung folgt nahezu ausschließlich diesem Prinzip, wohingegen im Falle behördlicher Gesundheitsförderung die Frage legitim ist, ob und in welchem Ausmaß diese auch zu manipulativen Strategien greifen darf, indem einseitig ausgewählte und übertriebene Inhalte (im Extremfall in Form von „Schockbildern“) verwendet werden dürfen, um Gefühle und Assoziationen als Instrument zur Beeinflussung von Konsumententscheidungen nutzbar zu machen.

In der Praxis ist der **Übergang zwischen einer vorrangig auf Informationsvermittlung setzenden und einer vorrangig emotionsfördernden Kommunikation fließend**. Die Angabe von Inhaltsstoffen, eine Nährwertdeklaration oder Kalorienangaben sind eindeutig der Informationsvermittlung zuzuordnen. Zusammenhänge zwischen Alkoholkonsum und Gesundheitsrisiken können aber auf eine Weise kommuniziert werden, die versucht, entweder möglichst viel Komplexität des Inhalts beizubehalten (z. B. über die grafische Darstellung von Dosis-Risiko-Kurven, vgl. Kap. 5.7.1) oder diese Komplexität stark zu verkürzen⁴⁸. In letzterem Fall ist die Frage berechtigt, inwieweit eine undifferenzierte und stark emotionalisierte Vermittlung von Gesundheitsinformationen als gerechtfertigt beurteilt wird (im Sinne einer „Waffengleichheit“ eines „counter advertising“ als Gegenstück zur kommerziellen Kommunikation) oder im Sinne der bereits genannten Täuschung durch Unterlassung bzw. durch eine selektive Informationsvermittlung als Manipulation abzulehnen ist.

2.4 Die Bedeutung digitalen Marketings im Bereich alkoholischer Getränke

Werbeschränkungen sind ein wesentliches Element von Alkoholpolitik und können entweder den Schutz bestimmter Zielgruppen (z. B. Minderjähriger) oder eine allgemeine Reduktion des Pro-Kopf-Konsums zum Ziel haben und in Form eines allgemeinen Werbeverbots für alkoholische Getränke oder in spezifischen Beschränkungen (zeitliche Beschränkungen, Verbot spezifischer Inhalte wie z. B. eines bewussten Einsatzes von Falschinformationen) bestehen.

Werbefreiungen werden von der WHO neben steuerlichen Maßnahmen und Maßnahmen zur Reduktion der Verfügbarkeit alkoholischer Getränke als eines von drei kosteneffektiven Mitteln zur Reduktion des Alkoholkonsums („three best buys“) propagiert. Im Rahmen eines rezenten Strategiepapiers der WHO (2022b) stellen Maßnahmen im Bereich von Alkoholmarketing eines von sechs Handlungsfeldern dar, wenngleich eine jüngst erschienene systematische Review den

⁴⁸ Die in Irland geplante Warnung „There is a direct link between alcohol and fatal cancers“ zielt darauf ab, den Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Krebs in einer einfachen Formulierung zu kommunizieren, verzichtet damit aber auch auf eine genauere Differenzierung. Damit steht hier wohl die Absicht im Vordergrund, eine möglichst große emotionale Wirkung zu erzielen, anstatt in wissenschaftlich fundierter Weise die Dosis-Risiko-Relation zu beschreiben. Im Gegensatz dazu differenziert die französische Gesetzgebung zwischen unterschiedlichen Konsumformen in Zusammenhang mit Alkohol und schreibt folgende verpflichtende Warnung vor: „Alkoholmissbrauch ist gefährlich für die Gesundheit.“

Einfluss von Maßnahmen zur Beschränkung von Werbeaktivitäten als gering bewertet (Manthey et al. 2024).

Digitale Marketingstrategien gewinnen sowohl allgemein als auch speziell im Bereich der Bewerbung alkoholischer Getränke im Vergleich zu traditionellen Werbeformen wie Zeitungsanzeigen, Plakatwerbung oder Radio- und Fernsehwerbung zunehmend an Bedeutung. Im Gegensatz zur unidirektionalen Ausrichtung dieser traditionellen Werbeformen weisen digitale Marketingstrategien eine große Bandbreite an Einsatzformen auf. Die wesentlichsten Charakteristika digitalen Marketings sind

- die Ausweitung der potenziellen Reichweite über Smartphones,
- die Kombination mit personalisierten bzw. zielgruppenspezifischen Inhalten und
- die aktive Einbindung von Nutzerinnen und Nutzern über Influencer:innen oder andere Peer-to-Peer-Techniken (Radoš Krnel et al. 2023).

2.4.1 Ausformungen digitalen Marketings zur Bewerbung alkoholischer Getränke

Digitales Marketing alkoholproduzierender Unternehmen nutzt unterschiedliche digitale Kanäle wie z. B. Social-Media-Plattformen, Websites oder Apps, um den Absatz ihrer Produkte zu fördern.

Mit der steten technologischen Entwicklung erweitern sich auch die Möglichkeiten digitalen Marketings. Im Zusammenhang mit Alkohol lassen sich derzeit die folgenden Formen digitalen Marketings unterscheiden (WHO 2021):

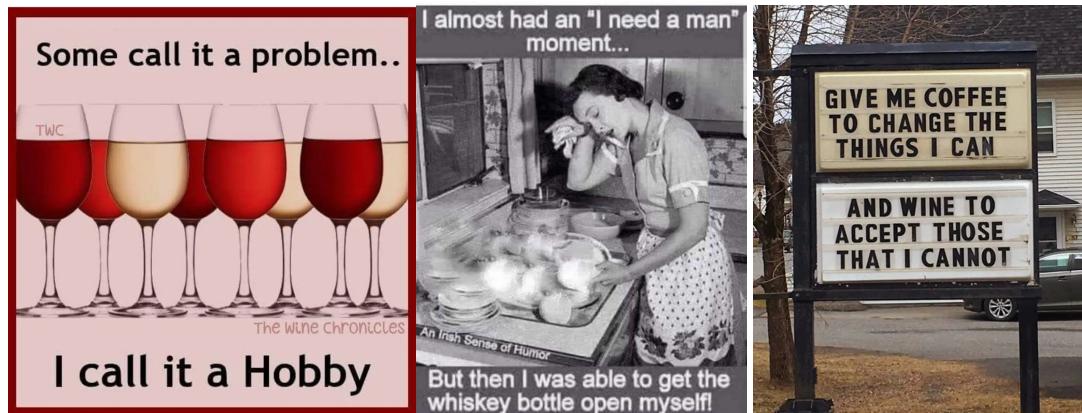
- Im Rahmen von **Sponsoring** fördern Unternehmen (vornehmlich) Sport- oder Kulturveranstaltungen oder sind namensgebend für Spielstätten oder Veranstaltungsräume. Unternehmen der Alkoholindustrie verwenden dabei zum Teil anstelle ihres Logos nur Bestandteile daraus wie z. B. Slogans, um Werberegulierungen umgehen zu können. Auch digitales Sponsoring von E-Sport-Veranstaltungen gewinnt zunehmend an Bedeutung und steht vor allem wegen der zum Teil minderjährigen Zielgruppe dieser Veranstaltungen unter besonderer Kritik.
- Unter **viralem Marketing** werden Botschaften verstanden, die aufgrund eines als besonders mitteilungswürdig empfundenen Inhalts (z. B. humoristischer Inhalte) in sozialen Medien von Nutzerinnen und Nutzern selbst geteilt werden, ohne dass die Urheber:innen dieser Botschaften noch weitere Maßnahmen setzen müssen (vgl. Beispiele in Abbildung 1).
- Bei **Content-Marketing** werden Inhalte geteilt, die bei den Nutzerinnen und Nutzern den Eindruck erwecken, wertvolle Informationen zu einem Produkt zu erhalten, z. B. Informationen zum Alkoholgehalt. Die Bewerbung der Marke nimmt hingegen eine subtilere Gestalt an, stellt aber das eigentliche Ziel der Kommunikation dar.
- Bei **Produktplatzierungen** werden Marken in andere Kontexte eingebettet, z. B. eine bestimmte Marke eines alkoholischen Getränks bei Anleitungen zum Mixen von Cocktails. Produktplatzierungen existierten bereits in analogen Medienformaten (z. B. im Fernsehen) und unterliegen dort Kennzeichnungspflichten und Beschränkungen⁴⁹; die Besonderheit von

⁴⁹ vgl. dazu z. B. § 16 des ORF-Gesetzes: <https://www.ris.bka.gv.at/NormDokument.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10000785&Paragraf=16> [zuletzt abgerufen am 25.01.2025]. Für eine ausführliche Diskussion der Beschränkung von Werbung für Alkohol in Radio und Fernsehen vgl. Kap. 4.2 in „HBAÖ, Band 2: Gesetzliche Grundlagen“.

Produktplatzierungen im digitalen Bereich liegt in der Möglichkeit, je nach vermuteter Präferenz bei verschiedenen Nutzerinnen und Nutzern unterschiedliche alkoholische Produkte bewerben zu können.

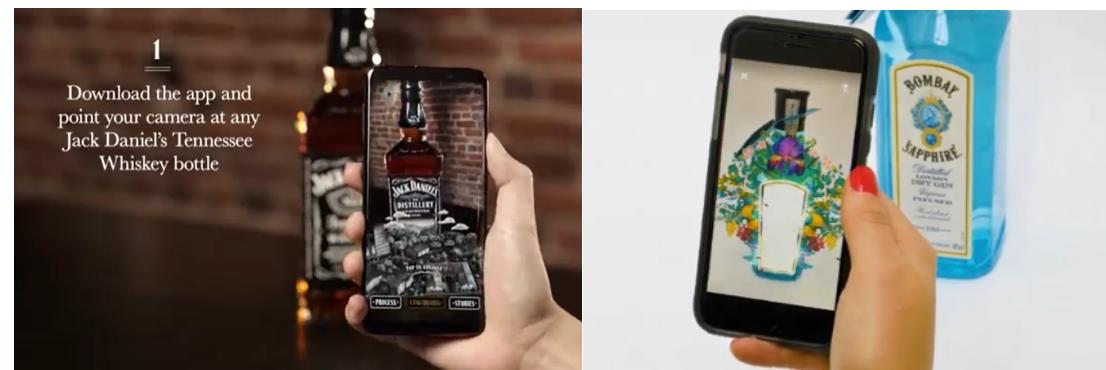
- **Native Marketing** stellt einen der Produktplatzierung ähnlichen Bereich dar, der von redaktionellen Inhalten kaum unterscheidbar und für Nutzer:innen daher nur schwer als Werbung identifizierbar ist.
- **Augmented-Reality-Techniken** (computergestützte Erweiterung der Realitätswahrnehmung) finden beispielsweise in Form von Filtern im Rahmen bestimmter Apps Anwendung, wenn etwa Nutzer:innen eigene Fotos mit Filtern so verändern, dass sie dem Branding von Firmen entsprechen. Diese Techniken können auch dafür genutzt werden, über die Kombination aus Smartphone und Verpackung (z. B. durch Scannen eines QR-Codes) Werbeinhalte zu vermitteln.
- Manche Unternehmen vermarkten ihre Produkte über berühmte Persönlichkeiten bzw. **Influencer:innen**, d. h. Personen, deren digitale Aktivitäten in erster Linie dazu dienen, sich selbst als interessante und beachtenswerte Persönlichkeit darzustellen, wodurch die von ihnen dargestellten Inhalte aber auch maßgeblich Einfluss auf die (Kauf-)Entscheidung ihrer Anhängerschaft ausüben. Algorithmen sorgen dafür, dass Videos oder Texte (Vlogs/Blogs) mit unterschwelligem Alkohol- bzw. Produktbezug für spezielle Zielgruppen ausgewählt werden, deren Inhalte den Zusehenden oft eher beiläufig erscheinen.
- Manche Unternehmen nutzen **Gewinnspiele**, um ihre Produkte zu bewerben, etwa indem Teilnehmende sich beim Konsum eines Produkts fotografieren und dieses Foto dann im digitalen Raum teilen.
- **Digitale Spiele im Werbekontext**, sogenannte Advergames, dienen auf den ersten Blick der Unterhaltung, zielen aber durch die Nutzung von Brandings darauf ab, eine positive Assoziation bzw. Identifikation mit einer Marke oder einem Produkt herzustellen.
- **Lokale digitale Marketingmaßnahmen** nutzen die Funktion des Geotargeting von Nutzern und Nutzern, um Events oder gastronomische Angebote in der Nähe zu bewerben.
- Bei **Werbung in Suchmaschinen** wird kommerzielle Kommunikation in Suchmaschinen gegen Bezahlung vorgereiht und wird auf diese Weise für Personen sichtbarer, die aus unterschiedlichen Gründen (z. B. Konsumwunsch oder Unterstützungsbedürfnis) alkoholspezifische Suchanfragen stellen.

Abbildung 1: Bewerbung alkoholischer Getränke auf Social Media durch humoristisch geprägte Inhalte



Quelle: Pinterest bzw. America's best pics⁵⁰

Abbildung 2: Bewerbung alkoholischer Getränke durch Einsatz von Augmented Reality



Quelle: Blend Media⁵¹

2.4.2 Spezifische Charakteristika digitalen Marketings

1. Digitales Marketing verwischt die Trennlinie zwischen Werbetreibenden und Kundinnen/Kunden

Social-Media-Plattformen spielen eine entscheidende Rolle im digitalen Marketing, da hier Unternehmen interaktiv mit ihren Kundinnen/Kunden kommunizieren bzw. Nutzer:innen durch Kommentierung und Teilen bestehender Inhalte oder durch das Generieren neuer Inhalte eine aktive Rolle einnehmen. Usergenerierte Inhalte oder von Nutzerinnen und Nutzern weiterbearbeitete Inhalte werden verstetigt.

⁵⁰ <https://americasbestpics.com/picture/i-almost-had-an-need-man-moment-but-then-i-mFem53nXA> bzw. <https://in.pinterest.com/pin/524458319110475092> bzw. <https://www.pinterest.com/pin/give-me-coffee-to-change-the-things-i-can-and-wine-to-accept-those-that-i-cannot-1147010598818297921> [letzter Abruf jeweils 25.01.2025]

⁵¹ <https://blend.media/blog/5-ar-experiences-from-the-drinks-industry> [zuletzt abgerufen am 25.01.2025]

beitete Inhalte führen dazu, dass sowohl die Grenzen zwischen Kundinnen/Kunden und Werbetreibenden als auch jene zwischen kommerzieller Kommunikation und reiner Unterhaltung zunehmend verwischt werden (Radoš Krnel et al. 2023).

Die Interaktion zwischen Unternehmen und Nutzerinnen/Nutzern kann dabei eine kommerzielle Basis haben (z. B. Influencer:innen, die für die Verbreitung von Inhalten vergütet werden) oder nicht (z. B. Personen, die Inhalte aus intrinsischen Motiven weiterleiten).

Dieses Verschwimmen klarer Trennlinien ist auch aus regulatorischer Sicht von besonderer Bedeutung, da für Eingriffe in private Kommunikation andere Rechtsgrundlagen zu beachten sind (Meinungsfreiheit) als für solche in kommerzielle Kommunikation (unternehmerische Freiheiten).

2. Digitales Marketing ist allgemein weniger sichtbar und weniger gut als solches erkennbar denn traditionelles Marketing

Digitale Werbung ist auf bestimmte Zielgruppen zugeschnitten und in vielen Fällen auch nur für eine bestimmte Zeit sichtbar. Beides führt dazu, dass digitales Marketing weniger sichtbar ist als traditionelle und öffentlich gut sichtbare Werbemaßnahmen (z. B. Plakate oder Werbeschaltungen im Fernsehen) und ein Monitoring solcher Aktivitäten sowie die Möglichkeit einer effektiven Sanktionierung bei Vergehen erschwert ist (Carah et al. 2021).

Auch Influencer:innen unterscheiden sich darin, ob und wie transparent ein kommerzielles Verhältnis zwischen ihnen und Produzentinnen/Produzenten kommuniziert wird (WHO 2023).

3. Digitales Marketing ermöglicht personalisierte Werbung

Während herkömmliche Werbung für alle Nutzer:innen eines Mediums (z. B. Zuseher:innen einer TV-Sendung oder Leser:innen eines Printmediums) gleich ist, ermöglicht digitales Marketing personalisierte – d. h. auf Informationen über Nutzer:innen (z. B. Alter, Geschlecht, Ausbildung) sowie deren individuelle Vorlieben (z. B. bisheriges Nutzungsverhalten in Bezug auf Websites oder Apps) bzw. auf Kaufverhalten abgestimmte – Inhalte. Aus suchtpräventiver Sicht ist dies insbesondere dann relevant, wenn dieses Nutzungsverhalten in Zusammenhang mit einer erhöhten Vulnerabilität für alkoholspezifische Störungen steht (z. B. wenn online Alkohol gekauft wird). Die Mehrzahl der bislang durchgeföhrten einschlägigen Studien legt zudem nahe, dass im Bereich des digitalen Marketings eine effektive Kontrolle von Altersgrenzen derzeit nicht stattfindet (Radoš Krnel et al. 2023). Insgesamt erhöht die Ausrichtung von Werbung an den Vorlieben von Zielgruppen die Effektivität von Werbemaßnahmen (WHO 2021).

4. Algorithmen gewinnen an Bedeutung, Inhalte verlieren an Bedeutung

Bei der Regulierung traditioneller Werbemaßnahmen standen Platzierung und Inhalt im Mittelpunkt der Regulierungsabsichten, deren Ziel es war, Werbung für als gefährlich erachtete Produkte etwa zu bestimmten Zeiten (z. B. im Rahmen des Kinderfernsehprogramms) oder an bestimmten Orten (z. B. in der Nähe von Schulen) zu beschränken oder zu verbieten.

Die Möglichkeit einer verstärkten Personalisierung digitaler Kommunikation hat zur Folge, dass der Erfolg von Werbemaßnahmen in erster Linie davon abhängt, wie gut Algorithmen diese Mechanismen zur Personalisierung umsetzen, wie erfolgreich nutzbare Profile von Zielgruppen erstellt werden bzw. wie effektiv Konsumentinnen und Konsumenten zum Zielobjekt von Werbemaßnahmen werden. Die zentrale Bedeutung dieser Algorithmen für den unternehmerischen Erfolg zieht aber auch nach sich, dass Unternehmen zumeist keinen Einblick in die von ihnen verwendeten Algorithmen gewähren.

5. Digitales Marketing agiert über nationale Grenzen hinweg

Da digitales Marketing alkoholischer Getränke über Ländergrenzen hinweg stattfindet, haben potenzielle Konsumentinnen und Konsumenten theoretisch Zugang zu globalen Inhalten. Dementsprechend ist auch die Anforderung zur Regulierung derartiger Werbeaktivitäten nicht auf Ländergrenzen beschränkt. Da verschiedene Länder unterschiedliche Vorschriften in Bezug auf die Regulierung digitalen Marketings aufweisen, fehlt es in diesem Bereich auf internationaler Ebene jedoch an Konsistenz (WHO 2022a).

6. Digitales Marketing kann Onlinekäufe befördern

Onlinekäufe sind unabhängig von Öffnungszeiten jederzeit möglich und bieten durch die Zuhaltung von Produkten nach Hause eine bequeme Alternative zum herkömmlichen Einkaufen im stationären Einzelhandel. Der Weg von einer digitalen Bewerbung zum Onlinekauf ist in der Regel einfacher (schneller, weniger Aufwand durch Hauszustellung) als jener von einer traditionellen Bewerbung in Form von Plakaten oder Fernsehwerbung zum Einkauf im stationären Einzelhandel. Zudem sind bei Onlinebestellungen alkoholischer Getränke bestimmte Einschränkungen weniger leicht zu kontrollieren (z. B. Alterskontrollen bei Hauszustellungen) oder sind zumindest noch nicht in demselben Ausmaß etabliert, wie dies bei herkömmlichen Bezugswegen der Fall ist (Radoš Krnel et al. 2023).

2.4.3 Mögliche Ansatzpunkte zur Regulierung digitalen Marketings

Der grundlegenden Unterscheidung zwischen einem Problemansatz und einem Populationsansatz (vgl. Kap. 2.1.4) folgend, können Maßnahmen zur Beschränkung von Werbung sowohl einem Populationsansatz zugerechnet werden, sofern ihr vorrangiges Ziel darin besteht, die Bevölkerung insgesamt vor alkoholkonsumfördernden Maßnahmen zu schützen, als auch einem Problemansatz, sofern es um den Schutz bestimmter als vulnerabel erachteter Zielgruppen geht (z. B. Minderjährige). Eine Beurteilung des tatsächlichen Effekts von digitalem Marketing bzw. dessen Beschränkungen ist insbesondere dadurch erschwert, dass die Exposition von Personen gegenüber digitalem Marketing nur sehr schwer messbar ist.

In einer systematischen Übersicht über bisherige Regulationsvorhaben von Radoš Krnel et al. (2023) wird insbesondere selbstbeschränkende Maßnahmen von Produzentenseite eine geringe Effektivität ausgewiesen: Diese scheitern größtenteils daran, Altersgrenzen effektiv zu kontrollieren und damit Minderjährige vor Werbeinhalten zu schützen. Auch bestehende Selbstbeschränkungen der Alkoholproduzenten in Bezug auf bestimmte Inhalte (z. B. keine Assoziation

von Alkohol mit sozialer oder sexueller Attraktivität) werden demnach im digitalen Raum regelmäßig überschritten, sind dort aber weniger sichtbar und damit auch weniger leicht sanktionierbar als in herkömmlichen Medien (Radoš Krnel et al. 2023).

Zudem besteht bei sozialen Plattformen (z. B. Facebook, Instagram) für Nutzer:innen teilweise die Möglichkeit, Einschränkungen in Bezug auf die Inhalte selbst vorzunehmen. Eine Beurteilung, inwieweit dies eine effektive Möglichkeit darstellt, spezifische Werbeinhalte zu blockieren, ist dadurch erschwert, dass derartige technische Features regelmäßig von sozialen Plattformen adaptiert werden⁵².

Aktuelle Ansätze und Möglichkeiten der Regulierung digitalen Marketings spezieller Produkte (nicht nur alkoholischer Getränke) wurden in einem Bericht der WHO (2023)⁵³ dargestellt, in dem folgende Prinzipien für Regulationsansätze hervorgehoben werden:

- 1. Verfolgen eines breiten Ansatzes, um sämtliche Formen digitalen Marketings zu erfassen**

Die thematische Breite sowie die Fragmentierung von Rechtsmaterien und Zuständigkeiten in Bezug auf digitales Marketing erfordern die Kooperation unterschiedlicher Akteurinnen und Akteure, die mit Agenden aus den Bereichen Gesundheit, Konsumentenschutz, Datenschutz oder Werbung befasst sind. Dabei kommt dem Gesundheitsbereich die koordinierende Rolle zu, gesundheitsrelevante Rechtsmaterien und Möglichkeiten zur effektiveren Regulation digitaler Werbung im Allgemeinen oder für spezifische Produkte (wie alkoholische Getränke) zu identifizieren, entsprechende sektorenübergreifende Arbeitsgruppen einzurichten und das gemeinsame Vorgehen in allen Verwaltungsbereichen zu planen (WHO 2021; WHO 2023).

- 2. Definieren klarer juristischer Zuständigkeitsbereiche**

Regulationsmöglichkeiten bestehen für Nationalstaaten prinzipiell in Hinblick auf (1) Handlungen ihrer Staatsangehörigen, (2) Handlungen innerhalb ihres Hoheitsgebiets und (3) Handlungen mit Auswirkungen oder wahrscheinlichen Auswirkungen in ihrem Hoheitsgebiet. In vielen Fällen kann es sein, dass erstens die Produzentinnen und Produzenten von Inhalten, zweitens Personen, die an der Verbreitung dieser Inhalte beteiligt sind, sowie drittens die Konsumentinnen und Konsumenten von Inhalten in unterschiedlichen Hoheitsgebieten beheimatet sind. In manchen Fällen kann es vorkommen, dass Regulationen zwar in Bezug auf Handlungen in einem Hoheitsgebiet gesetzt werden können, nicht aber in Bezug auf Handlungen aus dem Ausland, auch wenn diese mit Auswirkungen für das entsprechende Hoheitsgebiet verbunden sind.

⁵² vgl. dazu etwa die Darstellung auf <https://www.drinkershelper.com/new-blog/2022/1/30/tips-to-see-fewer-alcohol-ads-online-yYyMh> [zuletzt abgerufen am 25.01.2025] und die darunter stehenden Erfahrungsberichte

⁵³ Der technische Bericht der WHO bezieht sich nicht ausschließlich auf alkoholische Getränke, sondern auch auf Tabakprodukte, Nahrungsmittel und Getränke sowie Folgemilch.

3. Einschränkung der Anwendung nutzergenerierter Inhalte

Die Regulation nutzergenerierter Inhalte kann beispielsweise darauf abzielen, allgemein die Unterscheidbarkeit zwischen Werbung und anderen Inhalten zu erleichtern (z. B. durch eindeutige Kennzeichnungspflichten) oder im Speziellen den Einsatz nutzergenerierter Inhalte oder kommerzielle Kooperationen mit Influencerinnen/Influencern bei bestimmten Produktkategorien wie alkoholischen Getränken gänzlich zu verbieten.

4. Einschränkung der Anwendung von Targeting-Techniken zum Schutz Minderjähriger und anderer Bevölkerungsgruppen

Die Entwicklung effektiverer Maßnahmen zur Alterskontrolle kann dazu beitragen, Minderjährige besser vor alkoholspezifischen Inhalten zu schützen. Neben solchen für Minderjährige fehlt es an eindeutigen Kriterien für zusätzliche vulnerable Gruppen, für die ein spezieller Schutz vor digitalem Marketing definiert wird und auf die keine Werbung für alkoholische Getränke abzielen darf. Aus diesem Grund könnten verbesserte Möglichkeiten zum Selbstschutz dazu beitragen, dass Personen, die keine digitale Alkoholwerbung sehen wollen, auch tatsächlich nicht von dieser adressiert werden.

5. Etablierung von Mechanismen, die ein besseres Monitoring digitaler Marketingmaßnahmen ermöglichen

Durch die Personalisierung digitalen Marketings entziehen sich diese Aktivitäten weitgehend einer allgemeinen bzw. behördlichen Sichtbarkeit. Diesem Problem kann durch den Einsatz künstlicher Intelligenz, speziell für Monitoringzwecke geschaffener Onlineprofile oder durch Kooperation mit zivilgesellschaftlichen Akteurinnen/Akteuren (z. B. durch das European Centre for Monitoring Alcohol Marketing⁵⁴⁾ entgegengetreten werden. Der wohl effektivste – wenngleich regulatorisch am schwersten umsetzbare – Weg zu einem besseren Monitoring sind Offenlegungsverpflichtungen für Werbetreibende oder digitale Plattformen in Bezug auf Ausmaß, Platzierung, Inhalt und Zielgruppe ihrer digitalen Werbeaktivitäten (WHO 2022a).

6. Einrichtung von Durchsetzungsbefugnissen und Festlegung von Durchsetzungsmaßnahmen gegen unrechtmäßige Marketingpraktiken

Maßnahmen zur Durchsetzung von Regulationen können in unterschiedlichen Formen erfolgen: entweder gesetzliche Sanktionen gegen Betreiber:innen digitaler Plattformen, Werbetreibende bzw. Produzenten alkoholischer Getränke oder Selbstbeschränkungen ihrerseits. Sie können präventiv (im Sinne von Vorgaben) oder auch reaktiv (im Sinne von gesetzlichen Sanktionen⁵⁵, Beschwerdemöglichkeiten, Unterlassungsverpflichtungen) wirken.

⁵⁴ <https://eucam.info> [zuletzt abgerufen am 25.01.2025]

⁵⁵ So besteht etwa in Norwegen die Möglichkeit, Geldstrafen gegenüber Firmen auszusprechen, wenn diese gegen das Verbot von Alkoholwerbung auf Social Media verstößen (vgl. <https://www.nordicalcohol.org/post/norway-it-will-now-hurt-to-advertise-alcohol-on-social-media#:~:text=This%20means%20that%20those%20engaging,has%20adopted%20a%20penalty%20fee> [zuletzt abgerufen am 25.01.2025]).

Die Legitimation für sämtliche regulatorische Eingriffe vonseiten nationalstaatlicher Behörden bilden grundlegende Rechtsprämissen wie die staatliche Pflicht zum Schutz von Gesundheit, der Privatsphäre oder der Rechte Minderjähriger und die Einhaltung des Verbraucherschutzes. Gleichzeitig dürfen die Regulationen nur in begründeten Ausnahmefällen dazu führen, dass es zu Einschränkungen der unternehmerischen Freiheit oder der Regelungen bestehender Handelsabkommen oder gar der Meinungsfreiheit kommt. Eine solche Ausnahme ist nur dann begründet, wenn sie dem Schutz der öffentlichen Gesundheit dient, nicht diskriminierend gestaltet ist (z. B. gegenüber bestimmten Marktteilnehmerinnen und -teilnehmern), zur Erreichung der angestrebten Ziele geeignet und erforderlich ist und in einem angemessenen Verhältnis zu diesen Zielen steht. Dafür ist es notwendig, dass vor regulatorischen Eingriffen klare Gesundheitsziele festgelegt werden, Belege für deren Notwendigkeit gesammelt werden (bzw. auf aktuelle Risiken verwiesen werden kann) und die Effektivität der geplanten Regulation gut abschätzbar ist (WHO 2023).

3 Grundlagen der Alkoholepidemiologie

Wenn über Probleme im Zusammenhang mit Alkohol diskutiert wird, werden häufig Fragen zum Durchschnittskonsum, zum Ausmaß des Alkoholmissbrauchs und zur Anzahl alkoholkranker Menschen gestellt. Meist werden auch Fragen zum Alkoholkonsum in unterschiedlichen Bevölkerungssegmenten und zu alkoholbezogenen Trends aufgeworfen. Zur Beantwortung dieser Fragen bietet die Epidemiologie vier Zugänge:

- Schätzungen, die auf offiziellen Produktions-, Verkaufs-, Verwertungs-, Import- und Exportzahlen aufbauen (vgl. Kap. 3.2)
- Schätzungen betreffend den Zusammenhang mit bekannten Drittvariablen (z. B. die Schätzung der Anzahl an Menschen mit Alkoholerkrankung aus der Leberzirrhosensterblichkeit oder aus dem durchschnittlichen Alkoholkonsum, vgl. Kap. 3.3)
- Schätzungen, die auf Befragungsergebnissen beruhen (vgl. Kap. 3.4)
- Schätzungen, die auf einer Kombination der genannten Methoden basieren (vgl. Kap. 3.4.1)

3.1 Operationalisierung der konsumierten Alkoholmenge

Das wesentliche Datum aus gesundheitspolitischer Sicht ist nicht die gesamte Menge alkoholhaltiger Getränke, die eine Person zu sich nimmt, sondern die darin enthaltene Alkoholmenge (die präzise Ethylalkohol- bzw. Reinalkoholmenge) sowie weitere im Getränk enthaltene gesundheitsschädigende Substanzen (besonders Methylalkohol und andere Fuselalkohole sowie mitunter auch weitere giftige Inhaltsstoffe). Auf Fuselalkohole und andere giftige Inhaltsstoffe wird in diesem Abschnitt nicht näher eingegangen. Diese liegen bei kontrollierter Erzeugung durchwegs unter den zulässigen Grenzwerten. Bei unkontrolliert erzeugten Produkten kann man allerdings nicht ausschließen, dass von diesen Zusatzstoffen ein erhebliches Gesundheitsrisiko ausgeht⁵⁶.

Die Bestimmung der konsumierten Reinalkoholmenge ist dadurch erschwert, dass verschiedene alkoholische Getränke unterschiedliche Alkoholanteile aufweisen, die sowohl zwischen als auch innerhalb von Getränkekategorien stark variieren können und sich auch im internationalen Vergleich erheblich unterscheiden.

Daten sind oft nur in Form von Mengenangaben über alkoholhaltige Getränke verfügbar, sei es auf Basis von Produktionszahlen oder auf Basis von Selbstauskünften von Konsumentinnen und Konsumenten. In diesen Fällen ist eine approximative Umrechnung auf der Grundlage von Durchschnittswerten erforderlich (vgl. Kap. 3.1.1). Nur für Spirituosen, die nach dem enthaltenen Alkohol besteuert werden, ist die Menge des erzeugten, importierten, exportierten oder gelagerten Reinalkohols über die Alkoholsteuer unmittelbar berechenbar. Der Alkoholgehalt alkoholischer Getränke wird in der Regel in Volumprozent (Vol.-%) ausgewiesen, die Angabe in Gewichtsprozent (Gew.-%) ist theoretisch aber ebenfalls möglich. Reinalkoholmengen werden in der Regel in Liter (Volumen) gemessen, bei geringen Mengen ist aber auch die Angabe in Gramm

⁵⁶ Illegal erzeugte und verkaufte alkoholische Getränke mit hohem Methylalkoholgehalt verursachen in zahlreichen Ländern immer wieder Häufungen von Todesfällen durch Methylalkoholvergiftung, in Österreich kommen solche tödlichen Vergiftungsfälle aber nur sehr selten vor.

(Gewicht) üblich (für detaillierte Formeln und Umrechnungsbeispiele vgl. „HBAÖ, Band 1: Statistik und Berechnungsgrundlagen“).

Will man Aussagen über Subgruppen generieren, so ist es notwendig, Informationen darüber zu sammeln, welche Bevölkerungsgruppen mehr und welche weniger konsumieren. Diese Aussagen können nicht über Verkaufs- oder Produktionsstatistiken gewonnen werden, sondern benötigen Informationen aus Befragungsdaten. Selbstauskünfte zum Alkoholkonsum sind allerdings mit unterschiedlichen Fehlerquellen behaftet und erfordern Unterstützung für die Befragten (vgl. Kap. 3.1.2 und 3.4).

3.1.1 Durchschnittlicher Alkoholgehalt von Getränken

Der durchschnittliche Alkoholgehalt von Bier, Wein und Spirituosen ist von Land zu Land verschieden. Das hängt mit gesetzlichen Bestimmungen und Traditionen bezüglich Produktion und Konsum alkoholischer Getränke zusammen. So machen beispielsweise Leichtbiere (definiert als Biere mit weniger als 3,7 Vol.-% Alkohol) in den USA einen wesentlichen Anteil am Bierkonsum aus, spielen hingegen in Österreich so gut wie keine Rolle (Verband der Brauereien Österreichs 2025).

Die Kategorie Spirituosen umfasst sowohl Liköre (großteils 20 Vol.-% Alkohol) als auch gebrannte Schnäpse (um die 40 Vol.-% Alkohol) und hochprozentigen Rum (60–80 Vol.-% Alkohol). Auch bei Weinen ergibt sich aus dem Umstand, dass Südweine und Dessertweine, auch unter dem Begriff Likörweine bekannt, einen höheren Alkoholgehalt haben als Durchschnittsweine und dass Obstweine teilweise einen deutlich niedrigeren Alkoholgehalt haben als Durchschnittsweine, eine ähnliche Problematik. Es ist daher zweckmäßig, Berechnungen, die auf dem durchschnittlichen Alkoholgehalt von Getränken aufzubauen, soweit wie möglich auf die spezifischen Gegebenheiten im jeweiligen Land abzustimmen.

In Österreich liegt der durchschnittliche Alkoholgehalt von Bier bei etwa 5 Vol.-%, wobei rund 90 Prozent des österreichischen Bierausstoßes (exklusive alkoholfreies Bier) dieser Kategorie zuzuordnen sind (Lager/Märzenbier, Pilsbier, Weizenbier, Spezialbier, Vollbier). Leichtbier mit unter 3,7 Vol.-%, Schankbier mit rund 4,3 Vol.-% und Starkbiere mit über 6,2 Vol.-% Alkohol sowie Radler spielen mit einem Marktanteil von 0,1 Prozent (Leichtbier), 2,6 Prozent (Schankbier), 0,3 Prozent (Starkbier) bzw. 3,2 Prozent (Radler) nur eine untergeordnete Rolle. Die Anteile der Biersorten am Konsum sind laut Brauereiverband nur geringen Schwankungen unterworfen (Verband der Brauereien Österreichs 2025).

Der Alkoholgehalt österreichischer Weine lag in der Zwischenkriegszeit deutlich unter dem heutzutage üblichen Wert und schwankte zwischen 8 und 10 Vol.-% (Eisenbach-Stangl 1991b). Der Alkoholgehalt des Weins ist in erster Linie vom Zuckergehalt der Trauben und vom beigefügten Zucker abhängig. Mit dem Weingesetz 1961 und dem EU-Beitritt 1995 wurde die Aufzuckerungsgrenze deutlich reduziert, die Produktionsbedingungen wurden homogener gestaltet. Im Jahr 1998 lag der durchschnittliche Alkoholgehalt des österreichischen Weines zwischen 11 und 12 Vol.-%, weswegen man bei Berechnungen von ca. 11,5 Vol.-% ausgehen konnte (Bandion 1998). Seit geraumer Zeit liegt der durchschnittliche Alkoholgehalt von Weißwein eher um 12,5 Vol.-% und von Rotwein um 13,5 Vol.-% (Eder 2018).

Die in der Versorgungsbilanz Wein ausgewiesene Weinmenge umfasst nur den Wein aus Weintrauben, jedoch keine Obstweine. Über die Produktion von Obstweinen, die in Österreich meist als Most bezeichnet werden, gibt es keine offiziellen Statistiken. In Österreich produzierter Most ist überwiegend „Apfel- und Birnenmost“, also „Kernobstwein“, dessen Alkoholgehalt zwischen 4 und 8 Vol.-% (vgl. Weingesetz in „HBAÖ Band 2: Gesetzliche Grundlagen“) liegen muss. Durchschnittlich hat Most 6 Vol.-% Alkohol (Lukas 1998).

In einer langfristigen historischen Perspektive ist der Alkoholgehalt von Spirituosen in Österreich gesunken. In der Zwischenkriegszeit wurde der Alkoholgehalt von Branntwein⁵⁷ noch mit 50 Vol.-% angegeben (Eisenbach-Stangl 1991b), inzwischen liegt der durchschnittliche Alkoholgehalt von Spirituosen bei 37,5 Vol.-% und von Likören bei etwa 22 Vol.-% (80-prozentiger Inländerrum ist von dieser Berechnung ausgenommen) (Mayer 2010).

Zusammenfassend kann man festhalten: Der durchschnittliche Alkoholgehalt von Bier liegt in Österreich um die 5 Vol.-%, jener von Wein um die 13 Vol.-%, jener von Most um die 6 Vol.-% und jener von Spirituosen um die 35 Vol.-%.

3.1.2 Messung in Standardglas

Nur wenige Menschen sind ohne ausführliche Erläuterungen und Taschenrechner in der Lage, den Alkoholgehalt von Getränken spontan in Gramm oder Milliliter reinen Alkohols umzurechnen. Die in der österreichischen Bevölkerung übliche Form, Alkohol zu konsumieren, bilden das „Krügel“ bzw. die „Halbe“ (0,5 l), das „Seidel“ (0,3 l) oder die Flasche Bier (0,5 l), das „Achtel“ (0,125 l) oder das „Viertel“ Wein (0,25 l), das kleine oder große Stamperl Schnaps (20 ml bzw. 40 ml). Aus diesem Grund hat es sich bewährt, in Befragungen und Veröffentlichungen die abstraktere Einheit „Gramm Reinalkohol pro Tag“ durch die wesentlich anschaulichere Einheit „Standardgläser“ oder „Standardeinheiten“ zu ergänzen bzw. zu ersetzen.

Als praktikabel für die Messung und Darstellung der Konsumgewohnheiten in Österreich hat sich das „österreichische Standardglas“ (ÖSG) mit rund 20 Gramm reinem Alkohol erwiesen, das umgerechnet etwa 0,5 Liter Bier oder Most, einem Viertelliter leichten Weins oder 3 kleinen Stamperln Spirituosen entspricht. Dabei wird der Alkoholgehalt von Bier und Most mit 5 Vol.-%, jener von Wein mit 10 Vol.-%, jener von Likören mit 20 Vol.-% und jener von höherprozentigen Spirituosen mit 40 Vol.-% angenommen. Man nimmt dabei bewusst in Kauf, dass der durchschnittliche Alkoholgehalt von Spirituosen etwas zu hoch und jener von Wein und Most etwas zu niedrig angesetzt ist. Wenn der Alkoholkonsum an bestimmten Tagen abgefragt wird, empfiehlt es sich, nach den üblichen Glasgrößen und der Art der Getränke zu fragen, weil das zu wesentlich genaueren Ergebnissen führt.

Im angelsächsischen Raum, wo alkoholische Getränke üblicherweise in kleineren Einheiten ausgeschenkt und konsumiert werden und Biere und Wein im Durchschnitt wesentlich schwächer sind als in Österreich, hat sich eine andere Standardglaseinheit (meist als Drink, Standarddrink oder Standardunit bezeichnet) eingebürgert. Dieses „angelsächsische Standardglas“ (ASG) enthält rund 8 Gramm reinen Alkohols und entspricht grob einem Zehntelliter leichten Weins oder

⁵⁷ Mit „Branntwein“ bezeichnete man früher alle durch Brennen (Destillation) hergestellten Getränke und Mischungen mit diesen wie Liköre. Inzwischen ist dafür der Ausdruck Spirituosen gebräuchlicher, „Branntwein“ wird nur mehr für Weindestillate verwendet, die nicht mit anderen Getränken oder Stoffen versetzt wurden (vgl. „HBAÖ, Band 1: Statistiken und Berechnungsgrundlagen“).

einem Viertelliter des im angelsächsischen Raum üblichen Leichtbieres (Health Education Council 1989).

Tabelle 3: Umrechnung von Mengen alkoholischer Getränke auf Standardglas (ÖSG bzw. ASG)

	Bier/Most	Wein/Sekt	Spirituosen	Südwein/Likör
österreichisches Standardglas („ÖSG“) à 20 Gramm Alkohol	½ Liter Normalbier od. Most (5 Vol.-%)	¼ Liter (10 Vol.-%)	⅓ Liter, das sind 3 kleine Schnäpse à 20 Milliliter (40 Vol.-%)	⅔ Liter (20 Vol.-%)
angelsächsisches Standardglas („ASG“) à 8 Gramm Alkohol	¼ Liter Leichtbier od. Most (3,5 Vol.-%)	⅛ Liter (8 Vol.-%)	1 kleiner Schnaps à 25 Milliliter (40 Vol.-%)	50 Milliliter (20 Vol.-%)

Die Umrechnung „österreichischer Standardglaseinheiten“ (ÖSG à 20 Gramm Alkohol) in „angelsächsische Standardglaseinheiten“ (ASG à 8 Gramm Alkohol) und umgekehrt erfolgt nach Formel 1 bzw. Formel 2 (vgl. unten).

Quelle: ÖSG: eigene Recherchen, ASG: Health Education Council (1989)

Versuche, eine international verbindliche und einheitliche Glaseinheit einzuführen, sind bislang an den landestypischen Gewohnheiten, an denen sich die Definitionen durch Expertinnen und Experten auf Landesebene orientieren müssen, gescheitert. Internationale Befragungsergebnisse haben zudem gezeigt, dass der Bekanntheitsgrad einer Standardglaseinheit für alkoholische Getränke stark variiert (Tricas-Sauras et al. 2015): In manchen Ländern geben über 80 Prozent der Befragten an, dass ihnen dieses Konzept vertraut ist (Dänemark, Finnland, Schweden), während in anderen Ländern dieser Wert unter 30 Prozent betrug (Deutschland, Griechenland, Tschechische Republik).

Formel 1: Umrechnung angelsächsischer in österreichische Standardglaseinheiten

$$\text{ASG} * 2,5 = \text{ÖSG}$$

Formel 2: Umrechnung österreichischer in angelsächsische Standardglaseinheiten

$$\text{ÖSG} * 0,4 = \text{ASG}$$

3.1.3 Durchschnittskonsum in Gramm pro Tag bzw. Liter pro Jahr

Der Durchschnittsalkoholkonsum eines Landes wird üblicherweise in „Gramm Alkohol pro Tag“ oder in „Liter Alkohol pro Jahr“ angegeben. Diese beiden Größen können mittels Formel 3 und Formel 4 (vgl. unten) leicht wechselseitig umgerechnet werden. Als grobe Relation entsprechen 20 Gramm Alkohol pro Tag ca. 9 Liter Alkohol pro Jahr (exakt: 9,24 Liter) und entsprechen 10 Liter Alkohol pro Jahr knapp 22 Gramm pro Tag (exakt: 21,6 Gramm).

Formel 3: Umrechnung von „Gramm Alkohol pro Tag“ in „Liter Alkohol pro Jahr“

$$\frac{\text{Gramm Alkohol pro Tag} \times 356}{0,789 \times 1000} = \text{Liter Alkohol pro Jahr}$$

Formel 4: Umrechnung von „Liter Alkohol pro Jahr“ in „Gramm Alkohol pro Tag“

$$\frac{\text{Liter Alkohol pro Jahr} \times 0,789 \times 1000}{365} = \text{Gramm Alkohol pro Tag}$$

3.2 Schätzungen auf der Basis offizieller Produktions-, Verkaufs-, Verwertungs-, Import- und Exportzahlen

Der Vorteil von Schätzungen, die auf offiziellen Produktions-, Verkaufs-, Verwertungs-, Import- und Exportzahlen (im weiteren Sinne Wirtschaftsdaten) aufbauen, liegt darin, dass diese nicht auf Selbstauskünften von Konsumentinnen und Konsumenten beruhen, sondern Aufzeichnungen einbeziehen, die aufgrund gesetzlicher Vorgaben professionell geführt werden. Der Umstand, dass der auf Basis von Wirtschaftsdaten geschätzte Pro-Kopf-Alkoholkonsum nur geringe Schwankungen im Zeitverlauf unterworfen ist und konstant deutlich höher ist als die Schätzung des Pro-Kopf-Konsums auf Basis von Befragungsergebnissen, ist einerseits ein Indiz für die Verlässlichkeit von Wirtschaftsdaten und verdeutlicht andererseits, dass Wirtschaftsdaten weniger anfällig für eine Unterschätzung des Konsumverhaltens sind als Befragungsdaten. Der große Nachteil von Wirtschaftsdaten ist, dass man bei diesem Zugang nur den Durchschnittskonsum der gesamten Bevölkerung, jedoch keine differenzierteren Aussagen ableiten kann.

Schätzungen, die auf offiziellen Produktions-, Verkaufs-, Verwertungs-, Import- und Exportzahlen aufbauen, sind in jenen Ländern besonders verlässlich, in denen

- die Erzeuger gesetzlich verpflichtet sind, Produktions- und Lagerbestände zu melden,
- alle oder zumindest ein Großteil der alkoholischen Getränke einer speziellen Steuer unterliegen,
- die Mengen alkoholischer Getränke, die unregistriert importiert oder exportiert werden können, gering sind,
- infolge moderater Preise weder Schwarzmarktpproduktion noch Schmuggel ein großes Ausmaß erreichen und
- sich der touristische Inlandskonsum durch Ausländer:innen und der touristische Auslandskonsum durch Inländer:innen weitgehend ausgleichen.

Bei Statistiken zum Pro-Kopf-Konsum von Alkohol wird üblicherweise der Mostkonsum nicht berücksichtigt (Eisenbach-Stangl 1991b). Historische Untersuchungen des Mostverbrauchs von Eisenbach-Stangl (1991b) kamen zu dem Ergebnis, dass ca. 4–6 Prozent des Reinalkohol-Pro-Kopf-Konsums im Jahre 1920 auf Mostkonsum entfielen. Auf Basis wiederholt durchgeföhrter Befragungen (Strizek et al. 2016; Strizek et al. 2021; Uhl et al. 1996; Uhl et al. 2005b; Uhl et al. 2009b) wurde festgestellt, dass die Menge des konsumierten Mosts tendenziell rückläufig ist, wobei aktuell davon ausgegangen werden kann, dass rund drei Prozent des in Österreich eingenommenen Reinalkohols über Apfel- oder Birnenmost konsumiert werden.

Sieht man von Erhebungsschwierigkeiten im Bereich des Mostkonsums ab, war die Erhebungssituation in Österreich bis Anfang der Neunzigerjahre relativ gut. Insbesondere seit dem EU-Beitritt (1995) können aber weit größere Mengen alkoholischer Getränke ohne statistische Erfassung die Grenze passieren (vgl. Veränderung der Zollregelungen in „HBAÖ, Band 2: Gesetzliche Grundlagen“), daher wurde die Datenlage im Bereich Import/Export unsicherer. Verpflichtende

Instrastat-Meldungen⁵⁸ müssen Unternehmen derzeit nur erstatten, wenn die Summe ihrer EU-weiten Warenlieferung einen jährlichen Schwellenwert von 750.000 Euro überschreitet (UPS 2018); Lieferungen unter dieser Schwelle, Kleinsendungen und sogenannte Kofferraumexporte werden nicht erfasst (ÖWM 2018).

Statistik Austria erstellt zu diversen Produktionsbereichen sogenannte „Versorgungsbilanzen“, in welchen unter Berücksichtigung von Produktionsziffern, Bestandsveränderungen, Import und Export die für den heimischen Verbrauch zur Verfügung stehenden Mengen – insgesamt und pro Kopf – berechnet werden. Die „Versorgungsbilanz Bier“ und die „Versorgungsbilanz Wein“ werden von Statistik Austria jährlich veröffentlicht. Für die Spirituosen erstellt der Verband der Spirituosenindustrie (im Fachverband der Nahrungs- und Genussmittelindustrie Österreichs) eine jährliche Produktionsstatistik.

Für Wein und Bier wird in der offiziellen österreichischen Statistik ausschließlich die Gesamtmenge des Getränks und nicht der enthaltene Alkoholanteil ausgewiesen. Die Menge konsumierten Alkohols wird deswegen durch Multiplikation der Gesamtmenge mit dem durchschnittlichen Alkoholgehalt geschätzt. Für Österreich wurden dafür bisher 5 Volumprozent für Bier und Most, 11,5 Volumprozent für Wein⁵⁹ und 35 Volumprozent für Spirituosen herangezogen. Die Auswertung des Pro-Kopf-Konsums erfolgt internationalen Konventionen zufolge für die Bevölkerung im Alter von 15 Jahren und älter, um zu verhindern, dass bei internationalen Vergleichen bzw. bei Zeitreihenanalysen demografische Entwicklungen die Ergebnisse verzerrten.⁶⁰

3.2.1 Bierverbrauch nach der „Versorgungsbilanz Bier“

In die von Statistik Austria erstellte „Versorgungsbilanz Bier“ fließen die von den Produktionsbetrieben gemeldeten Bierausstoßmengen ein, die sich aus der Konjunkturstatistik des produzierenden Bereichs bzw. aus der für Nahrungsmittelbetriebe bestehenden monatlichen Meldeverpflichtung sowie aus Import- und Exportdaten der Außenhandelsstatistik zusammensetzen (vgl. „HBAÖ, Band 1: Statistiken und Berechnungsgrundlagen“).

Da Bier üblicherweise (mit Ausnahme von Spezial- und Bockbieren) nicht sonderlich lange gelagert wird, kann angenommen werden, dass trotz Nichtberücksichtigung von Lagerveränderungen die für den Konsum zur Verfügung stehende Menge durch die Erzeugungsmenge recht gut abgebildet wird.

3.2.2 Weinverbrauch nach der „Versorgungsbilanz Wein“

Die Bestimmungen des Weingesetzes 1999 (für Auszüge aus dem Weingesetz vgl. Uhl et al. 2018) sehen genaue Ernte- und Bestandsmeldungen vor. Die von Statistik Austria jährlich erstellte „Versorgungsbilanz Wein“ berücksichtigt darauf aufbauend sowohl die von den Weinbaubetrieben

⁵⁸ Das Erhebungssystem Instrastat erfasst grenzüberschreitende Warentransaktionen innerhalb der EU und liefert einen wesentlichen Beitrag zur Erstellung der monatlichen Außenhandelsstatistik Österreichs.

⁵⁹ Um dem steigenden durchschnittlichen Alkoholgehalt von Wein in Österreich Rechnung zu tragen, ist zukünftig eine Erhöhung des Faktors für Wein geplant.

⁶⁰ Ein überdurchschnittlich hohes oder niedriges Bevölkerungswachstum führt zu einem überdurchschnittlich hohen bzw. niedrigen Anteil von Kindern an der Bevölkerung, die normalerweise keinen Alkohol konsumieren.

gemeldete Jahresernte und Bestandveränderung als auch Ein- und Ausfuhr (aus der Außenhandelsstatistik) und industrielle Verwertung (aus der Konjunkturstatistik, z. B. Wein für Branntwein-, Essig- oder Wermuterzeugung). Die sich daraus ergebende Menge (inklusive Schaumwein) entspricht dann der für die Ernährung verbrauchten Weinmenge (vgl. „HBAÖ, Band 1: Statistiken und Berechnungsgrundlagen“).

3.2.3 Spirituosenverbrauch

Abweichend von den beschriebenen Ernährungs- oder Versorgungsbilanzen erfolgt die Schätzung des Spirituosenkonsums primär über Steuerstatistiken der Zollbehörden. Die zentrale Datenquelle ist dabei die von den Zollbehörden eingehobene Alkoholsteuer, die sowohl für in Österreich produzierten als auch für nach Österreich importierten gebrannten Alkohol fällig wird⁶¹. Die Alkoholsteuer umfasst sowohl die Herstellung gebrannten Alkohols unter Abfindung als auch die Herstellung gebrannten Alkohols in Verschlussbrennereien. Auch steuerfrei („Hausbrand“ unter Abfindung) oder zu einem reduzierten Steuersatz erzeugte Mengen werden in den Statistiken der Zollbehörden erfasst. Da für den Fall, dass bereits versteuerter gebrannter Alkohol ins Ausland exportiert wird, die Alkoholsteuer rückerstattet wird, sind auch die exportierten Mengen gebrannten Alkohols gut dokumentiert. Nicht erfasst wird mit dieser Schätzmethode lediglich jener Alkohol, der im Rahmen des Reiseverkehrs nach Österreich importiert bzw. exportiert wird, sowie jener, der illegal hergestellt wird (Schwarzbrennen). Da sich legale Exporte und Importe im Reiseverkehr zumindest teilweise ausgleichen, kann man mutmaßen, dass sich daraus keine wirklich relevanten Fehleinschätzungen ergeben. Das Ausmaß des Schwarzbrennens in Österreich wird sowohl vonseiten der Wirtschaftsvertretung als auch vonseiten der Kontrollbehörde in Relation zur offiziell erfassten Menge ebenfalls als vernachlässigbar eingeschätzt.

3.2.4 Dunkelzifferschätzung des Mostkonsums

Die landwirtschaftliche Erzeugung vergorenen Mosts (Obstweine, in Österreich primär Apfel- und Birnenmost) ist nicht meldepflichtig, und es gibt auch keine offizielle Statistik, aus der man die Produktion oder den Verbrauch dieser Getränkeart ablesen könnte. Ein möglicher Zugang ist hier, aus Bevölkerungsbefragungen zu schätzen, wie groß der Verbrauch vergorenen Mosts relativ zu anderen alkoholischen Getränken ist, den darin enthaltenen Alkoholanteil zu schätzen und darauf aufbauend Hochrechnungen durchzuführen. Laut Befragungsergebnissen (Strizek et al. 2021) werden etwa drei Prozent des konsumierten reinen Alkohols in Österreich in Form von Most getrunken. Auch ausgehend von der Mostobsterzeugung und einer Schätzung des Anteils jenes Mostobstes, das in die Mosterzeugung geht, kommt man zu ungefähr demselben Ergebnis, und zwar dass etwas mehr als drei Prozent des in Österreich konsumierten Reinalkohols über vergorenen Most getrunken wird (Details in Uhl et al. 2009a).

⁶¹ Jegliche Erzeugung und jeglicher Transport gebrannten Alkohols muss den Zollbehörden angezeigt werden. Wenn Alkohol aus der Produktion bzw. aus dem Import lediglich in ein Alkohollager transportiert wird, kann die Steuerpflicht vorläufig ausgesetzt werden, wird aber schlagend, sobald der Alkohol ausgelagert, also in den für den oder die Verbraucher:in zugänglichen Handel übergeführt wird.

3.3 Schätzungen über den Zusammenhang zwischen Alkoholverbrauch und bekannten Drittvariablen

Der Vorteil von Schätzungen zum Zusammenhang zwischen Alkoholverbrauch und bekannten Drittvariablen ist, dass man rasch und ohne großen empirischen Aufwand aus leicht verfügbaren Statistiken zu groben Schätzungen für Regionen, Zeitpunkte und/oder Teilgruppen kommt, für die verlässlichere und genauere Schätzungen (noch) nicht vorliegen. Die Genauigkeit der Schätzung hängt im Wesentlichen davon ab, ob die Annahmen über den Zusammenhang zwischen Konsum und Drittvariablen zutreffen. Die beiden im Kontext der Alkoholepidemiologie bekanntesten Ansätze sind hier das Ledermann-Modell und das Jellinek-Modell, das zur Gruppe der Indikator-Multiplikationsmodelle gehört.

Andere Indikator-Multiplikationsmodelle sowie multivariate Indikatormodelle wie z. B. Capture-Recapture-Ansätze zur Schätzung unbekannter Populationen gehören im Bereich der Epidemiologie des Konsums illegaler Substanzen zum Standardrepertoire (Bühringer et al. 1997; EMCDDA 1997; Simon et al. 1998) und wären grundsätzlich auch für die Epidemiologie von Alkoholkonsum geeignet, spielen hier aber bloß eine untergeordnete Rolle.

3.3.1 Ledermann-Modell

Ledermann (1964) vertrat die Ansicht, dass der Alkoholkonsum in einer homogenen Population von Alkoholkonsumentinnen und -konsumenten „log-normal“ verteilt sei. Homogen bedeutet in diesem Fall, dass die Konsumverteilung innerhalb von Subgruppen, z. B. Männern und Frauen, möglichst identisch ist und somit auch der Verteilung in der Gesamtpopulation entspricht. Trifft diese Annahme in der Realität zu und kennt man den Pro-Kopf-Verbrauch dieser Population, so kann man daraus

- berechnen, wie viele Personen in problematischem Umfang Alkohol konsumieren (wobei man als Problemgrenze jede beliebige Alkoholmenge ansetzen kann), und
- abschätzen, wie sich eine Veränderung des Durchschnittskonsums auf die Zahl der Problemtrinker:innen auswirken würde.

Vieles deutet darauf hin, dass die Verteilung des Alkoholverbrauchs in gewissen Fällen durch eine log-normale Funktion grob angenähert werden kann, und es ist daher auch durchaus möglich, auf der Basis der Ledermann-Formel grobe Schätzungen über Problembereiche abzugeben. Man sollte sich allerdings auch nicht zu sehr auf diesen Ansatz stützen, da Teilgruppen natürlicher Populationen hinsichtlich ihrer Alkoholkonsumgewohnheiten oft erheblich unterschiedliche Verteilungen aufweisen und sich teilweise aus diesem Grund in der Praxis empfindliche Abweichungen von der Log-Normalverteilung in natürlichen Populationen zeigen.

Ganz sicher eignet sich das Ledermann-Modell nicht als Argument in der kontroversiellen Entweder-oder-Fragestellung,

- ob es durch gezielte Präventionsmaßnahmen möglich ist, erfolgreich gegen den Problemkonsum vorzugehen, ohne einen hemmenden Einfluss auf moderate Alkoholkonsumentinnen und -konsumenten auszuüben und
- ob jede erfolgreiche Präventionspolitik zwangsläufig auch einen Rückgang des Alkoholkonsums im moderaten Bereich bedingt.

Dass es bei einer deutlichen Zunahme des Durchschnittskonsum über soziale Prozesse in der Regel längerfristig auch zu mehr Problemkonsum kommen kann, ist ebenso plausibel wie die Annahme, dass Veränderungen des Alkoholkonsums in Teilpopulationen stattfinden können, ohne dass zwangsläufig auch alle Teilpopulationen diese Veränderung synchron mitmachen.

3.3.2 Theorie der Gemeinsamkeit innerhalb trinkender Kulturen vs. Polarisierungshypothese

In engem Zusammenhang mit dem Ledermann-Modell steht die auf Skog (1985) zurückgehende „Theorie der Gemeinsamkeit innerhalb trinkender Kulturen“ („Theory of the Collectivity of Drinking Cultures“). Diese Theorie besagt, dass die Individuen einer Alkohol trinkenden Kultur sich bezüglich ihres Alkoholkonsums in gleichförmiger Richtung beeinflussen, was durchaus plausibel ist. Wie Skog in späteren Publikationen betonte (Skog 1999), ist diese Theorie aber kein Naturgesetz, das einen definitiven Zusammenhang zwischen Durchschnittskonsum und dem Ausmaß des Problemkonsums postuliert. Laut Skog kann es grundsätzlich sein, dass moderat trinkende Teilgruppen weniger und stark trinkende Teilgruppen mehr trinken (was zu einer Zunahme der Varianz führt) oder umgekehrt (was zu einer Abnahme der Varianz führt). Skog schließt auch nicht aus, dass man gezielt auf Problemkonsum Einfluss nehmen kann, ohne die moderaten Konsumentinnen und Konsumenten einzuschränken.

Die „Theory of the Collectivity of Drinking Cultures“ ist im alkoholpolitischen Diskurs vor allem deswegen sehr wichtig, weil die Anhänger:innen einer konsequenten Alkoholkontrollpolitik daraus unmittelbar ableiten, dass man den Alkoholdurchschnittskonsum durch Maßnahmen, die auch moderat Konsumierende betreffen, verändern müsse, um so die Anzahl der Problemkonsumentinnen und -konsumenten indirekt zu beeinflussen, während die Anhänger:innen eines problemfokussierten Ansatzes die Meinung vertreten, dass vor allem spezielle Maßnahmen zur Verringerung des Problemkonsums, die moderat Konsumierende nicht tangieren, angemessen seien, um Probleme im Zusammenhang mit Alkoholmissbrauch zu verringern. Wie Skog meinte, ist die Frage, welche Strategie man bevorzugt, eher eine weltanschauliche als eine wissenschaftliche Frage.

Common Sense und internationale Beobachtungen legen nahe, dass Veränderungen des Trinkverhaltens in einer Gesellschaft nicht in allen Subgruppen in genau dem gleichen Maße ablaufen müssen, dass es also keine ganz starre gesetzmäßige Verteilung des Konsumverhaltens im Sinne eines Naturgesetzes gibt.

Common Sense sagt aber auch, dass von einer Kultur, in der Alkoholkonsum unpopulär ist, über soziale Kontrollmechanismen ein positiver Einfluss auf jene Personen ausgeübt werden kann, die zum Alkoholmissbrauch neigen, was aus einer gesundheitspolitischen Sicht positiv zu beurteilen wäre. Umgekehrt ist allerdings auch denkbar, dass massive Einflussnahmen gegen Alkoholkonsum eine gesellschaftliche Polarisierung fördern, wodurch die Trinkgewohnheiten der mäßigen Alkoholkonsumentinnen/-konsumenten und jene der exzessiven Trinker:innen in entgegengesetzter Richtung beeinflusst werden könnten. Insbesondere die Stigmatisierung extremer Verhaltensmuster kann auch dazu führen, dass Individuen in ihren Gewohnheiten fixiert und verstärkt werden. Eine Intervention, die zu einem Bumerangeffekt im Sinne der Polarisierungshypothese führt, wäre aus gesundheitspolitischer Sicht kontraproduktiv.

Für alle denkbaren Erklärungsansätze gibt es Argumente und diverse internationale Beispiele zur Illustration, die aber nur begrenzt auf andere Regionen und Zeiten übertragbar sind. Die Art und

das Ausmaß des Zusammenhangs zwischen Durchschnittskonsum und dem Anteil der Problemkonsumentinnen/-konsumenten sagen aber nichts darüber aus, welche der genannten Entwicklungen eingetreten ist bzw. eintreten könnte. Durchschnittskonsum und der Anteil der problematisch Konsumierenden sind keine unabhängigen Variablen, die man willkürlich beeinflussen kann, sondern sie ergeben sich aus dem Alkoholkonsumverhalten der Bevölkerung. Zwei diametrale Annahmen zeigen das anschaulich:

- Angenommen, es gelingt, das Ausmaß des Problemkonsums in einer Gesellschaft deutlich zu verringern, ohne dass sich das Alkoholkonsumverhalten der unproblematisch trinkenden Bevölkerung verändert: Da problematische und pathologische Alkoholkonsumentinnen und -konsumenten ca. zwei Drittel des in Österreich konsumierten Reinalkohols trinken, nähme nicht nur die Anzahl der problematisch Konsumierenden ab, sondern sänke auch der Durchschnittskonsum erheblich.
- Angenommen, alle Menschen in einer Region reduzieren die von ihnen konsumierte Alkoholmenge gleichmäßig um 50 Prozent: Auch in diesem Fall nähme sowohl die Anzahl der Problemkonsumentinnen und -konsumenten als auch der Durchschnittskonsum deutlich ab.

Der Zusammenhang zwischen der Anzahl der Problemkonsumentinnen/-konsumenten und dem Durchschnittskonsum kann also durch völlig diametrale Entwicklungen zustande kommen – daher kann man aus diesem Zusammenhang nicht auf eine bestimmte Entwicklung rückschließen.

3.3.3 Alkoholkonsum und Leberzirrhosesterblichkeit – die „Jellinek-Formel“

Es ist seit Langem bekannt, dass die Alkoholismusrate und die Wahrscheinlichkeit, an Leberzirrhose zu erkranken, hoch miteinander korrelieren. Oft zitiert, aber auch oft kritisiert wurde die weitverbreitete „Jellinek-Formel“, mit der Jellinek versuchte, den Anteil der Menschen mit Alkoholerkrankung (A) in einer Gesellschaft aus der offiziellen Zirrhosesterberate (D) hochzurechnen. Dazu benötigt man zusätzlich den Prozentsatz der Leberzirrhosen, die durch Alkoholismus verursacht werden (P), den Anteil aller alkoholkranken Menschen, die pro Jahr an Leberzirrhose sterben (K), und das Verhältnis aller alkoholkranker Personen zu jenen, die an alkoholverursachten Krankheiten leiden (R).

Formel 5: Die Jellinek-Formel

$$R \times \frac{P \times D}{K} = A$$

Quelle: Expert Committee on Mental Health (1951)

Das folgende konkrete Berechnungsbeispiel soll die Jellinek-Formel etwas anschaulicher machen: So schätzte Brenner (1959) für die USA, dass von vier alkoholkranken Personen eine an einer alkoholverursachten Krankheit litt (R = 4), dass mindestens 49 Prozent der Leberzirrhosen alkoholverursacht waren (P = 0,49) und dass pro Jahr ca. 0,7 Prozent der Alkoholkranken mit alkoholverursachten Krankheiten aufgrund der offiziellen Todesursache „Leberzirrhose“ starben (K = 0,007). Ferner gab er an, dass pro Jahr sechs von 100.000 Erwachsenen mit der Diagnose Leberzirrhose starben (D = 0,00006). Setzt man diese Werte in die Jellinek-Formel ein, ergibt sich eine Schätzung, nach der 1959 rund 1,7 Prozent der US-amerikanischen Erwachsenen an Alkoholismus erkrankt waren.

Formel 6: Rechenbeispiel für die Jellinek-Formel

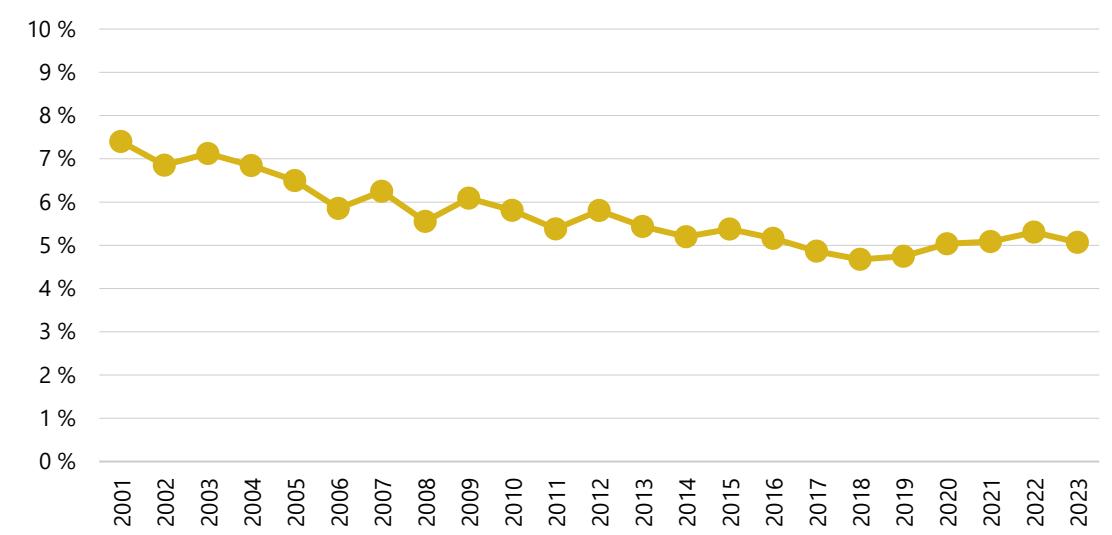
$$4 \times \frac{0,49 \times 0,00006}{0,007} = 0,0168 = 1,68 \%$$

Quelle: Brenner (1959)

In Österreich starben 2023 bei einer Wohnbevölkerung von 7.509.125 Personen ab 15 Jahren (Statistik Austria 2025a) 1.410 Personen an „chronischen Leberkrankheiten und Leberzirrhose“ (vgl. „HBAÖ, Band 1: Statistiken und Berechnungsgrundlagen“), was, sofern man alle Fälle zunächst als Leberzirrhogetote interpretiert, einen Wert D von 0,000181 ergibt. Nimmt man nun die Werte R, P und K als Konstante an, wie das von Jellinek ursprünglich intendiert war, ergeben sich unter Anwendung von Formel 6 für Österreich 5,1 Prozent alkoholkranker Personen im Jahr 2023 in der Bevölkerung ab 15 Jahren.

Werden Daten zum Bevölkerungsstand sowie zur Anzahl der Leberzirrhogetoten für die Jahre 2001 bis 2017 in die Jellinek-Formel eingesetzt, zeigt sich ein Rückgang um etwa 2 Prozentpunkte. Aufgrund der starken Abhängigkeit dieser Schätzung von nur zwei empirischen Parametern sowie der Annahme, dass alle weiteren Parameter konstant sind, kann dies aber lediglich als Indiz für einen allgemeinen Trend gewertet werden, die einzelnen Werte sollten nicht als exakte Schätzwerte (miss)interpretiert werden.

Abbildung 3: Schätzung des Anteils alkoholkranker Personen in Österreich, basierend auf der Jellinek-Formel



Quelle: Bevölkerung zu Jahresbeginn (Statistik Austria 2025a) und BMASGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation

Der mit der Jellinek-Formel grob geschätzte Anteil alkoholkranker Personen in der Bevölkerung liegt im Jahr 2001 mit 7,5 Prozent deutlich über der von den Autorinnen und Autoren des vorliegenden Handbuchs an anderer Stelle ausgeführten Schätzung von 5 Prozent (vgl. Kap. 7.4), nähert sich bis 2023 aber diesem Wert an. Auch wenn man festhält, dass diese Formel nur sehr grobe Schätzungen ermöglicht und man daher die Verlässlichkeit der Daten in Abbildung 3 nicht

überschätzen sollte, leitet sich daraus doch ein Hinweis darauf ab, dass die Zahl der alkoholkranken Personen in den letzten Jahren etwas rückläufig gewesen sein könnte.

3.4 Schätzungen auf der Basis von Befragungsergebnissen

Für eine detaillierte Beschreibung von Konsummustern ist es wichtig, nach der Qualität (Art des konsumierten Getränks), Quantität (Menge des konsumierten Alkohols) und der Frequenz (Häufigkeit der Alkoholeinnahme) unterscheiden zu können.

Der Vorteil von Schätzungen, die auf Befragungsergebnissen beruhen, liegt im Umstand, dass diese Informationen auf Individualebene vorliegen und somit Zusammenhänge zwischen Alkoholgewohnheiten und anderen Variablen hergestellt werden können, während Wirtschaftsdaten bloß Auskunft über den Durchschnittskonsum auf Populationsebene bieten. Der Nachteil von Repräsentativbefragungen ist, dass man mit dieser Methode nach allen bestehenden Erfahrungen den tatsächlichen Pro-Kopf-Konsum von Alkohol in der Gesamtbevölkerung erheblich unterschätzt.

Die auf Befragungsergebnissen basierende Unterschätzung des Alkohol-Pro-Kopf-Konsums lässt sich durch drei Hauptkomponenten erklären:

- **Stichprobenverzerrungen:** Alkoholkranke Personen und Personen mit sehr hohem Alkoholkonsum sind in üblichen Befragungsstichproben durchwegs stark unterrepräsentiert („Under-sampling“).
- **Fehlangaben:** Auch mehr oder weniger bewusste Fehlangaben spielen eine wesentliche Rolle. Personen, die zu viel trinken, und/oder Personen, die das Gefühl haben, dass andere ihren Alkoholkonsum kritisch beurteilen, tendieren häufig dazu, ihr Konsumverhalten mehr oder weniger bewusst zu beschönigen. Alkoholkranke Personen untertreiben ihren Alkoholkonsum oft sehr lange, bis sich das Problem nicht mehr leugnen lässt und sie – z. B. im Zusammenhang mit einer Entziehungsbehandlung – sich selbst und ihrer Umgebung eingestehen müssen, dass sie alkoholkrank sind. Auch Personen, die nicht an Alkoholismus erkrankt sind, neigen dazu, ihren Alkoholkonsum nicht korrekt anzugeben, d. h. zu untertreiben („Underreporting“) oder – deutlich seltener – zu übertreiben („Overreporting“).
- **Vergessen:** Da Alkoholkonsum für die meisten Personen nichts besonders Bemerkenswertes darstellt, was man sich unweigerlich genau einprägt, und da darüber hinaus der tägliche Alkoholkonsum großen Schwankungen unterworfen ist, fällt es vielen Menschen nicht leicht, sich verlässlich und detailliert an den Alkoholkonsum der letzten Tage zu erinnern. Mit zunehmendem zeitlichem Abstand zum Tag der Befragung treten immer stärkere Erinnerungsverzerrungen im Sinne einer erheblichen Unterschätzung auf.

3.4.1 Kombinierte Ansätze

Repräsentativerhebungen unterschätzen den gesamten Alkoholkonsum einer Population aus den eben angeführten Gründen erheblich. Schätzungen, die auf offiziellen Produktions-, Verkaufs-, Verwertungs-, Import- und Exportzahlen beruhen, ermöglichen hingegen keine detaillierten Angaben über Teilgruppen. Aus diesem Grund ist es zweckmäßig, beide Ansätze und so die Vorteile beider Ansätze zu kombinieren.

Eine darauf beruhende Strategie wurde in der österreichischen „Repräsentativerhebung 1993/94“ (Uhl et al. 1996) sowie in den Folgeerhebungen 2004, 2008, 2015 und 2020 gewählt (Strizek et al. 2016; Strizek et al. 2021; Uhl et al. 2005b; Uhl et al. 2009b). Auf die adjustierten Ergebnisse dieser Studien wird im Zuge der vorliegenden Publikation wiederholt Bezug genommen. In allen anderen Erhebungen, die in Kapitel 3.4.2 beschrieben sind, werden Rohdaten präsentiert, weil die beschriebene Adjustierung ausschließlich bei Befragungen möglich ist, welche die gesamte alkoholkonsumierende Population zur Zielgruppe haben⁶² und bei denen Zugang zu den Rohdaten besteht.

Die Auswertungen der Rohdaten zum durchschnittlichen Pro-Kopf-Konsum liegen in den vier Repräsentativerhebungen jeweils deutlich unter dem Pro-Kopf-Konsum laut Wirtschaftsdaten und decken diesen Wert nur etwa zu einem Drittel ab (zwischen 30 % im Jahr 2004 und 37 % im Jahr 2020). Tabelle 4 zeigt das Ausmaß der Unterschätzung sowie das in weiteren Berechnungen ermittelte Ausmaß der drei beschriebenen Fehlerquellen (Vergessensbias, Underreporting und Undersampling) an der Gesamtdiskrepanz. Aufgrund einer Änderung des Fragemoduls in den Erhebungen 2015 und 2020 konnte die Vergessenskorrektur hier nicht berechnet werden.

Tabelle 4: Verhältnis von Rohangaben und Korrekturfaktoren für den durchschnittlichen Pro-Kopf-Konsum laut vier Repräsentativerhebungen in Österreich

	1993/94	2004	2008	2015	2020
adjustierter Gesamtwert (entspricht Wirtschaftsdaten; durchschnittliche Gramm Alkohol pro Kopf und Tag)	31,2	27,4	27,9	27,2	26,4
Rohwert (Gramm Alkohol bzw. Anteil an adjustier- tem Wert)	11,8 (38 %)	11,4 (42 %)	8,3 (30 %)	9,2 (34 %)	9,8 (38 %)
dazu geschätzte Korrekturmenge (Gramm Alkohol bzw. Anteil an adjustier- tem Wert)	19,4 (62 %)	16 (58 %)	19,6 (70 %)	18 (66 %)	16,6 (62 %)
... von dieser Korrekturmenge entfällt auf den Korrekturfaktor „Undersampling“ (Gramm Alkohol)	6,8	6,6	6,6	7,9	6,8
... von dieser Korrekturmenge entfällt auf den Korrekturfaktor „Underreporting“ (Gramm Alkohol)	6,8	4,1	10,5	10,1	9,8
... von dieser Korrekturmenge entfällt auf den Korrekturfaktor „Vergessen“ (Gramm Alkohol)	5,8	5,3	2,5	*	*

*aufgrund einer Vereinfachung der Fragebogenstruktur nicht berechenbar

Quelle: Strizek et al. (2016); Uhl et al. (1996); Uhl et al. (2005b); Uhl et al. (2009b)

Da man, wenn es um die Ergebnisse von Befragungen geht, in der Regel mit Rohdaten konfrontiert ist, die erheblich unter den realistischeren Wirtschaftsdaten liegen, ist es bei intra- und internationalen Vergleichen unbedingt wichtig, zu beachten, ob es sich um (1) Befragungsrohdaten oder um (2) an die Wirtschaftsdaten adjustierte Befragungsdaten bzw. um Wirtschaftsdaten handelt, weil der Vergleich ersterer Ergebnisse mit letzteren Ergebnissen hochgradig irreführend ist.

⁶² Da Wirtschaftsdaten nicht für Subpopulationen vorliegen, bestehen keine Referenzwerte für das Ausmaß des Alkoholkonsums Ju-gendlicher.

3.4.2 Regelmäßig durchgeführte österreichweite Erhebungen und Befragungen

Fragen zum Alkoholkonsum finden sich in unterschiedlichem Ausmaß sowohl in suchtspezifischen Erhebungen als auch in allgemeinen Gesundheitsbefragungen. Zur ersten Gruppe gehört die ESPAD-Erhebung (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) sowie die bereits erwähnte Repräsentativ- oder Bevölkerungserhebung zum Substanzgebrauch (international häufig mit GPS [General Population Survey] abgekürzt). In der Gruppe der allgemeinen Gesundheitsbefragungen sind vor allem die österreichische Gesundheitsbefragung ATHIS (Austrian Health Interview Survey) und die HBSC-Studie (Health Behaviour in School-Aged Children) zu nennen.

Das zweite Unterscheidungskriterium betrifft die Zielgruppe, die einerseits die gesamte Wohnbevölkerung (Bevölkerungserhebung zu Substanzgebrauch und ATHIS) und andererseits eine Schülerpopulation (ESPAD, HBSC) umfasst. Bei den vier genannten Erhebungsprojekten wurden in Österreich bereits mehrere Erhebungswellen durchgeführt; durch die Verwendung weitgehend standardisierter Fragebögen sind auch Vergleiche mit Erhebungen in anderen europäischen Ländern möglich und sinnvoll.

Neben diesen vier regelmäßig durchgeführten Erhebungen werden in unregelmäßigen Abständen auch zusätzliche österreichweite und regionale Repräsentativerhebungen zum Thema „Alkohol“ durchgeführt, z. B. von der Allgemeinen Unfallversicherung im Jahr 2014 unter dem Titel „Alkoholismus in Österreich“ (GfK 2014). Regionale Datenerhebungen finden zusätzlich auf Landesebene statt, z. B. das Wiener Suchtmittelmonitoring oder das Oberösterreichische Drogenmonitoring, die beide ebenfalls Fragen zu Alkoholkonsum enthalten. Auf europäischer Ebene sind weiters die Eurobarometer-Erhebungen zu nennen, die sich in unregelmäßigen Abständen immer wieder auch mit dem Thema Alkoholkonsum beschäftigen. Letztere Erhebung weist für detailliertere Auswertungen auf nationaler Ebene aber eine zu geringe Fallzahl auf. Darüber hinaus gibt es noch eine große Anzahl kleiner Erhebungen, die aber nur auf eine sehr eingeschränkte Population abzielen (z. B. das Konsumverhalten von Studentinnen/Studenten im Rahmen wissenschaftlicher Abschlussarbeiten), und Erhebungen, die gar nicht auf Repräsentativität abzielen (wie z. B. der Global Drug Survey) und aus diesem Grund nicht für Prävalenzaussagen herangezogen werden können.

Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)

Das HBSC-Projekt entstand 1982 durch die Initiative von Forscherinnen/Forschern aus anfänglich vier Ländern: England, Finnland, Norwegen und Österreich. Seit 1986 werden im Vier-Jahres-Rhythmus repräsentative Surveys unter der Patronanz und mit Unterstützung der Weltgesundheitsorganisation (WHO-Regionalbüro für Europa) durchgeführt. Aktuell nehmen alle EU-Staaten sowie weitere OECD-Mitgliedstaaten teil.

Inhalte des Surveys sind Fragen zur Gesundheit, zum Gesundheitsverhalten und zu relevanten Gesundheitsdeterminanten mittels Selbstausfüllerfragebogen. Seine Zielgruppe sind Schüler:innen im Alter von 11, 13, 15 und (seit der Erhebung 2010) auch 17 Jahren.

Die übergeordneten Zielsetzungen des HBSC-Projekts sind (HBSC 2016),

- neue Einblicke in Gesundheit und Wohlbefinden junger Menschen zu gewinnen,

- soziale Determinanten von Gesundheit zu verstehen und
- Politiker:innen und Entscheidungsträger:innen über Möglichkeiten zu informieren, wie das Leben junger Menschen verbessert werden kann.

Die Ergebnisse des HBSC-Surveys werden vom WHO-Regionalbüro für Europa (Kopenhagen) als eine der wesentlichen Informationsquellen zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Europa genutzt. Auch die Europäische Kommission und andere Organisationen wie etwa die UNICEF greifen auf die Ergebnisse der HBSC-Studie zurück. Die letzten verfügbaren Publikationen aus Österreich im Rahmen der HBSC-Studie basieren auf den Daten der Erhebung von 2018 (Felder-Puig et al. 2019).

Eurobarometer

Das Eurobarometer ist eine in regelmäßigen Abständen von der Europäischen Kommission in Auftrag gegebene Meinungsumfrage. Die erste Erhebung fand im Jahr 1974 statt. In den Ländern der EU werden dabei halbjährlich ca. 1.000 Personen mittels persönlicher Interviews befragt. Das sogenannte Standard-Eurobarometer wird zweimal jährlich durchgeführt.

Zusätzlich zum Standard-Eurobarometer existieren die beiden Erhebungsformate „Special Eurobarometer“ zu ausgewählten Schwerpunktthemen sowie „Flash Eurobarometer“, die anlassspezifisch in Auftrag gegeben werden. Insgesamt wurden vier „Special Eurobarometer“ zu explizit alkoholspezifischen Fragestellungen durchgeführt. Während in der Erhebung von 2003 unter dem Titel „Health, Food and Alcohol and Safety“ (Special Eurobarometer 2003) ausschließlich Konsummuster erhoben wurden, standen bei den Erhebungen von 2007 („Attitudes towards Alcohol“, Special Eurobarometer 2007) und 2009 („EU Citizens' Attitudes towards Alcohol“, Special Eurobarometer 2010) auch Einstellungen wie etwa die Wahrnehmung von Risiken in Zusammenhang mit Alkoholkonsum oder Zustimmung bzw. Ablehnung alkoholpolitischer Maßnahmen im Zentrum des Interesses. Der auf Jugendliche abzielende „Special Eurobarometer“ mit dem Titel „Attitudes and Opinions of Young People in the European Union on Drugs“ (Special Eurobarometer 2002) wurde in vier weiteren Erhebungswellen im Format „Flash Eurobarometer“ weiterverfolgt, wobei allerdings nicht Alkoholkonsummuster, sondern erneut Risikoeinschätzungen im Vordergrund standen (Flash Eurobarometer 2004; Flash Eurobarometer 2008; Flash Eurobarometer 2011; Flash Eurobarometer 2014). In jüngerer Zeit wurden suchtspezifische Erhebungen vorrangig zu Nikotinprodukten und keine Eurobarometer-Umfragen zu explizit alkoholspezifischen Fragestellungen durchgeführt.⁶³

The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD)

Das Projekt „The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs“ (ESPAD) ist eine europaweite und alle vier Jahre stattfindende Erhebung zu Konsum von und Einstellungen zu Alkohol, Tabak und anderen Drogen. Seit der Erhebungswelle von 2015 wurden aufgrund des steigenden Interesses an stoffungebundenen Süchten auch die Themen Glücksspiel und

⁶³ Eine Übersicht über alle Themenschwerpunkte der Eurobarometer Umfragereihe ist unter <https://europa.eu/eurobarometer/screen/home> (zuletzt abgerufen am 07.07.2025) zu finden

„Gaming“ (Computerspielen) sowie die Nutzung von Social-Media-Seiten inkludiert. In der Erhebungswelle von 2020 wurden zusätzlich Fragen zu psychischen Belastungen und Wohlbefinden inkludiert.

Österreich, Deutschland und die Schweiz beteiligten sich 2003 erstmals an der Schülerbefragung; Daten aus Österreich stehen zudem für die Erhebungswellen aus den Jahren 2007 und 2015 zur Verfügung. Zusätzlich zur quantitativen Erhebung wurde in Österreich im Jahr 2007 eine qualitative Validierungsstudie durchgeführt, um herauszufinden, in welchem Ausmaß und auf welche Weise Fragen des ESPAD-Fragebogens missverstanden, gar nicht verstanden bzw. nicht ernst genommen werden und wie sich diese Verzerrungen auf die Ergebnisse auswirken (Schmutterer et al. 2008).

ESPAD wurde lange Jahre vom Swedish Council for Information on Alcohol and Drugs (CAN) koordiniert und von der Co-operating Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs (Pompidou Group) des Europäischen Rates unterstützt. Nach der Erhebungswelle im Jahr 2015 übernahm die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht in Lissabon (EBDD)⁶⁴ die Koordinationsfunktion.

Der wesentliche Vorteil der ESPAD-Erhebung liegt in der – im Vergleich zur HBSC-Studie – umfassenderen Erhebung unterschiedlicher Konsumindikatoren sowie in der internationalen Vergleichbarkeit und der Kontinuität des Erhebungsinstruments, wodurch gleichermaßen internationale Vergleiche und Zeitreihenanalysen ermöglicht werden.

Österreichweite repräsentative Bevölkerungserhebung zu Substanzerbrauch (General Population Survey – GPS)

In den Jahren 1994, 2004 und 2008 führte das Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung (LBISucht) und 2015 sowie 2020 die Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag des jeweils für Gesundheit zuständigen Bundesministeriums sowie in Kooperation mit Marktforschungsinstituten österreichweite repräsentative Bevölkerungserhebungen zu Substanzerbrauch durch, deren Zielgruppe jeweils die österreichische Wohnbevölkerung ab 15 Jahren war.

Fragen zu Alkohol waren Bestandteil aller fünf Erhebungswellen. Damit bietet diese Erhebungsreihe die umfassendste Datenquelle zum Alkoholkonsum in Österreich. In der Erhebung 2015 wurde erstmals davon abgewichen, ausschließlich Face-to-Face-Interviews durchzuführen, die Hälfte der Befragungen erfolgte mittels eines Onlinefragebogens.⁶⁵ Für die Erhebung 2015 ergab sich auch eine leichte Adaption der alkoholspezifischen Fragen durch Anpassungen an das EU-Projekt RARHA (Moskalewicz et al. 2016), in dem erstmals ein einheitlicher Fragebogen in 19 europäischen Ländern zum Einsatz kam. In der Erhebungswelle 2020 wurden – unter anderem den Kontaktbeschränkungen aufgrund der COVID-19-Pandemie geschuldet – sämtliche Interviews mittels Onlinefragebogen durchgeführt.

⁶⁴ EBDD wird häufig auch mit dem englischen Akronym EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) abgekürzt.

⁶⁵ Analysen der Prävalenzraten nach Erhebungsmethode ließen keine relevanten Unterschiede zwischen dem Onlinesample und dem Face-to-face-Sample erkennen (Strizek et al. 2016).

Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS)

Im Jahr 2019 wurde in Österreich (nach 2006 und 2014) zum dritten Mal eine repräsentative Gesundheitsbefragung durchgeführt, die unter anderem auch ein Modul zu Alkoholkonsum enthielt. Die Stichprobe von ATHIS ist die mit Abstand größte, die in Österreich im Gesundheitsbereich zur Verfügung steht.

Die Gesundheitsbefragung zielt darauf ab, Zusammenhänge von Krankheitshäufigkeiten (Morbidity), Gesundheitsverhalten und gesundheitsrelevanten Risikofaktoren zu analysieren und Unterschiede nach Alter, Geschlecht sowie weiteren sozialen und umweltbedingten Einflussfaktoren darzustellen. Zudem gibt die Gesundheitsbefragung Auskunft über die Inanspruchnahme von Versorgungseinrichtungen und die Teilnahme der Bevölkerung an Präventions- und Früherkennungsangeboten (Klimont 2020).⁶⁶

⁶⁶ Der gesamte Kernbereich des Fragenkatalogs umfasst die Module „Subjektive Gesundheitswahrnehmung“, „Chronische Krankheiten und Gesundheitsprobleme“, „Unfälle/Verletzungen“, „Funktionelle Beeinträchtigungen“, „Psychische Gesundheit“, „Lebensqualität“, „Risikofaktoren und gesundheitsrelevantes Verhalten“, „Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems“, „Vorsorgeverhalten“ und „Soziodemographische Merkmale“.

4 Alkoholbezogene Konzepte, Diagnosen und Klassifikationssysteme

Problematischer Alkoholkonsum und Alkoholismus sind komplexe und vielschichtige Phänomene und daher nicht einfach messbar. Im klinischen Bereich bestehen standardisierte Klassifikationssysteme (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD; Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM), die für unterschiedliche alkoholspezifische Erkrankungen Kriterien festlegen, nach denen medizinisches Personal bzw. Therapeutinnen und Therapeuten Einschätzungen vornehmen sollen, ob ein krankheitswertiger Zustand vorliegt oder nicht (vgl. Kap. 4.5). Die Kriterien aus diesen Diagnoseinstrumenten richten sich dezidiert an ausgebildete Fachleute.

Ein generelles Problem in diesem Zusammenhang ist auch, dass viele gebräuchliche Begriffe nur vage und mehrdeutig definiert sind (vgl. Kap. 4.1). Werden komplexe Phänomene einer klinisch relevanten Alkoholerkrankung wie etwa die Kriterien Toleranzentwicklung oder Vernachlässigung anderer Verpflichtungen ohne entsprechendes Hintergrundwissen und ohne Erfahrungen von Laiinnen und Laien beurteilt, ist mit gravierenden Fehleinschätzungen zu rechnen. Aus diesem Grund sind Selbstausfüllerbögen und nicht durch aufwändig geschultes Personal durchgeführte Interviews nur wenig dazu geeignet, das Ausmaß von Alkoholproblemen in einer Gesellschaft zu erheben.

Bekannt ist aus der Behandlungspraxis, dass Personen mit Alkoholproblemen keine homogene Gruppe bilden, sondern durch sehr unterschiedliche Konsummuster und -verläufe charakterisiert sind. Darauf aufbauend wurden unterschiedliche Typologien Alkoholkranker entwickelt, auf die in Kap. 4.4 eingegangen wird.

4.1 Beschreibung des Konsumverhaltens mittels Befragungsdaten: Konzepte und Indikatoren

4.1.1 „Alkoholrausch“ und „Betrunkensein“

„Rausch“ ist in unserem Kulturkreis ein vieldeutiger Begriff. Im Sinne eines Oberbegriffs für jegliche Beeinträchtigung durch Alkoholkonsum umfasst „Rausch“ die Spanne von einer kaum merklichen geringfügigen Beeinträchtigung („leichter Schwips“) über eine deutlich wahrnehmbare Berausung bis zu einer sehr starken Berausung („Vollrausch“) mit sehr auffälliger Beeinträchtigung sowie „Kater“ und Erinnerungslücken am nächsten Tag. Gleichzeitig existieren auch engere Begriffsverständnisse, die erst ab einem bestimmten Grad der Berausung (im Sinne von „deutlicher Beeinträchtigung“ oder im Sinne von „Vollrausch“) von „Rausch“ sprechen. Die Bandbreite des Verständnisses von „Rausch“ verdeutlicht sich, wenn explizit nach unterschiedlichen Graden der Berausung gefragt wird. So gab in der „Repräsentativerhebung 2008“ (Uhl et al. 2009b) knapp mehr als die Hälfte der Befragten (51 %) an, in den letzten 12 Monaten einen leichten Schwips gehabt zu haben, während lediglich vier Prozent von einem Vollrausch im gleichen Zeitraum berichteten.

Auch im Rahmen der ESPAD-Erhebung 2007 (Strizek et al. 2008) wurde auf zwei unterschiedliche Arten nach Räuschen gefragt: einmal allgemein nach der Anzahl der Räusche in einem bestimmten Zeitraum und anschließend spezifiziert nach Anzeichen eines schweren Rausches. In der begleitenden ESPAD-Validierungsstudie (Schmutterer et al. 2008) wurde mittels qualitativer Interviews erhoben, wie die Fragen zur Berauschtung verstanden wurden und welche Kriterien zur Abgrenzung zwischen einem undefinierten „Rausch“ und einem „schweren Rausch“ herangezogen wurden. Daraus ergab sich, dass „nicht näher spezifizierter Rausch“ im Verständnis der Befragten eine Bandbreite von „jede Beeinträchtigung inklusive leichten Schwipses“ bis „auschließlich schwere Berauschtung“ einnahm. Was unter „Rausch“ ohne Präzisierung verstanden wird und was ein „schwerer Rausch“ ist, wird von Person zu Person recht unterschiedlich beurteilt: Manche Befragte zogen die Anzahl der konsumierten Getränke als Kriterium heran, für andere war entscheidend, ob der Alkoholkonsum zu Erbrechen führte oder nicht. Vier Prozent der Befragten hatten die Unterscheidung zwischen „Rausch“ und „schwerem Rausch“ in der schriftlichen Erhebung gar nicht bemerkt oder verstanden und gaben eine höhere Anzahl „schwerer Räusche“ als von „Räuschen“ ohne Präzisierung an.

Insbesondere wenn es um Kinder und Jugendliche geht, sollte man bedenken, dass alkoholunfahrene Personen schon bei geringen Alkoholmengen eine Beeinträchtigung im Sinne eines Rausches erleben. Aus diesem Grund ist es weniger bedenklich, wenn alkoholunfahrene 16-jährige Jugendliche, die in Österreich ja bereits legal in der Öffentlichkeit Alkohol konsumieren dürfen, sich nach einem Glas Wein oder Bier beschwipst fühlen, als wenn Jugendliche eine so hohe Alkoholtoleranz entwickelt haben, dass sie auch bei großen Alkoholmengen keine Anzeichen von Beeinträchtigung erleben.

4.1.2 „Binge-Drinking“

„Binge-Drinking“ ist ein Begriff, der auch abseits der Fachwelt Bekanntheit erlangte und durch sehr unterschiedliche Bedeutungen und teilweise unpassende Konnotationen gekennzeichnet ist.

Wörtlich übersetzt bedeutet der englische Ausdruck „binge“ ein „Sauf- oder Fressgelage“ (Messinger 1994). Der Herausgeber des renommierten „Journal of Studies on Alcohol“ definierte „Binge-Drinking“ im Sinne dieses traditionellen Verständnisses als „über mehrere Tage hinweg anhaltenden Alkoholkonsum bis zur Berauschtung, wobei übliche Aktivitäten und Verpflichtungen vernachlässigt werden“ (Schuckit 2006)⁶⁷.

Ein ganz anderes Verständnis geht auf Wechsler et al. (1994) zurück, die „Binge-Drinking“ als „Konsum von mindestens fünf Glas Alkohol ohne zeitliche Begrenzung“ festlegten, wobei ein Glas mit 0,12 Liter leichten Weins, 0,36 Liter Bier oder 0,04 Liter Spirituosen quantifiziert wurde (insgesamt also rund 60 Gramm Reinalkohol, Kap. 3.1.2).

Während „Binge-Drinking“ im Sinne des traditionellen Verständnisses eine bei uns relativ seltene Form des exzessiven Alkoholkonsums darstellt, ist es nach der wechslerischen Definition ein weitverbreitetes und vergleichsweise wenig dramatisches Phänomen, sofern die fünf Glas nicht erheblich überschritten und in kurzer Zeit getrunken werden. An der wechslerischen Definition (mindestens fünf Glas) orientiert sich auch der Fragebogen der ESPAD-Erhebung.

⁶⁷ Im Original: „...the term ‘binge’ should only be used to describe an extended period of time (usually two or more days) during which a person repeatedly administers alcohol or another substance to the point of intoxication, and gives up his/her usual activities and obligations in order to use the substance. It is the combination of prolonged use and the giving up of usual activities that forms the core of the definition of a ‘binge.’“ (Schuckit 2006)

Das US-amerikanische National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) entschied sich für eine ähnliche Definition, schränkte allerdings ein, dass dabei ein Blutalkoholspiegel von mindestens 0,8 Promille erreicht werden müsse⁶⁸. Diese Einschränkung ist eine Reaktion auf den Umstand, dass Binge-Drinking im Sinne der wechslerischen Definition unter Umständen nicht einmal zu einem leichten Schwips führen muss, sofern der Alkoholkonsum über einen Zeitraum von mehreren Stunden stattfindet und die Person alkoholerfahren ist.

Medial wird „Binge-Drinking“ häufig mit „Kampf- oder Wettrinken“, „bewusstem Rauschtrinken“, „Trinken bis zum Umfallen“ oder „Komasaufen“ gleichgesetzt, was dem Ausdruck eine weitere, völlig andere Bedeutung zuweist. Das Thema „Binge-Drinking“ im Sinne von „Komasaufen“ wird insbesondere im Zusammenhang mit jugendlichem Alkoholkonsum bzw. jugendlichen Alkoholintoxikationen thematisiert. Zwei Studien (Starzer et al. 2009; Strizek et al. 2009), die zeitgleich stattfanden, kamen dabei zum Ergebnis, dass die häufig in der öffentlichen Diskussion thematisierten Aspekte – geplanter Konsum, der regelmäßig stattfindet und bewusst zu komatösen Zuständen führt – die Ausnahme und nicht die Regel darstellen. Von 54 in Wien befragten Jugendlichen, die am Vortag wegen einer Alkoholintoxikation ins Krankenhaus eingeliefert worden waren, waren drei zur Zeit der Einlieferung in einem komatösen und 16 in einem präkomatösen Zustand. Nur 13 Jugendliche hatten bereits in der Vergangenheit schwere Räusche gehabt. Drei Jugendliche waren bereits zuvor aufgrund von Alkoholintoxikation im Spital behandelt worden. 13 Jugendliche hatten zuvor überhaupt noch nie (8) bzw. maximal zwei- bis dreimal pro Jahr (5) Alkohol getrunken. Lediglich drei der Jugendlichen gaben an, einen „Vollrausch“ angestrebt zu haben. Insbesondere bei Erstkonsumtinnen/-konsumenten und Jugendlichen mit wenig Konsumerfahrung muss eine schwere Alkoholisierung primär als nichtintendiertes Ergebnis von Unerfahrenheit und geringer Alkoholtoleranz interpretiert werden (Strizek et al. 2009).

Definitionen können, logisch betrachtet, weder falsch noch richtig sein, und es sei daher jedem unbenommen, den Ausdruck „Binge-Drinking“ dem persönlich favorisierten Konzept entsprechend zu interpretieren. Inakzeptabel ist hingegen, inhaltlich „Binge-Drinking“ als gezieltes exzessives Rauschtrinken zu verstehen und die Häufigkeit des Phänomens aus Befragungen abzuleiten, die darunter Konsumformen verstehen, die teilweise nicht einmal einen merklichen Schwips verursachen.

4.1.3 Erstkonsumalter

Häufig werden in Erhebungen Fragen dazu inkludiert, wann die Befragten zum ersten Mal ein bestimmtes Verhalten gezeigt haben, also z. B. das erste Mal ein ganzes Glas Alkohol getrunken haben oder zum ersten Mal betrunken waren. Der Hintergrund derartiger Fragen ist, dass bei jüngeren Menschen eine höhere Vulnerabilität in Bezug auf Alkoholkonsum (z. B. mögliche Schäden in Hinblick auf die Entwicklung des Gehirns) vermutet wird und ein früherer Konsumbeginn als Risikofaktor für späteren Problemkonsum interpretiert wird.

⁶⁸ Weil die auf Wechsler zurückgehende Definition immer wieder kritisiert wurde, da beim Konsum derartiger Alkoholmengen über längere Zeiträume häufig nicht einmal eine leichte Berausung auftritt, hat das NIAAA (2004) die Definition dahingehend geändert, dass jener Alkoholkonsum, der eine Blutalkoholkonzentration von mindestens 0,8 Promille erzeugt, als „Binge-Drinking“ zu bezeichnen ist.

Bezüglich des Zusammenhangs zwischen früherem Konsumbeginn und späterem Problemkonsum ist zu beachten, dass alle Risiko- und Problemverhaltensweisen Jugendlicher deutlich korrelieren, d. h., ein überdurchschnittlich früher Alkoholkonsum geht meist auch mit anderen Risikofaktoren einher, die sich im Lebensverlauf negativ auf das Verhalten und die Gesundheit auswirken können (Problem-Behavior Theory nach Jessor 1987). Wenn nun retrospektiv festgestellt wird, dass Menschen mit Alkoholproblemen überdurchschnittlich häufig auch schon sehr früh damit begonnen haben, Alkohol zu trinken, lässt sich ohne eine sehr umfassende Drittvariablenkontrolle nicht feststellen, ob es sich bei diesem Zusammenhang tatsächlich um einen kausalen Zusammenhang oder lediglich um eine Scheinkorrelation handelt, die durch „dahinterliegende“ Faktoren (wie etwa eine schlechte Eltern-Kind-Beziehung) zustande gekommen ist.

Das Erfassen des Erstkonsumalters ist sowohl für Jugendliche als auch für Erwachsene mit gravierenden methodischen Problemen verbunden: Älteren Menschen ist es zumeist schlicht nicht möglich, das Alter anzugeben, in dem sie etwas, das für sie rückblickend keinen großen Einfluss auf ihr weiteres Leben gehabt hat (in den meisten Fällen hat weder das erste Glas Alkohol noch der erste Rausch eine bedeutsame Wendung im Leben verursacht), zum ersten Mal getan haben. Jüngeren Menschen mag der Zeitpunkt des ersten Glases oder der erste Rausch in vielen Fällen noch in Erinnerung sein, älteren Menschen wird eine präzise Angabe in der Regel nicht möglich sein.

Für viele Personen ist zudem das Probieren kleiner Mengen (Erstkonsum) nicht mit dem Einstieg in ein mehr oder weniger regelmäßiges Trinken gleichzusetzen. Korrekt ist es daher, von „Erstkonsumalter“ zu sprechen, nicht aber von einem „Einstiegsalter“, das den Einstieg in den mehr oder weniger regelmäßigen Alkoholkonsum beschreibt, also den Zeitpunkt, zu dem Alkoholkonsum Teil des Soziallebens wurde. Insbesondere in permissiven Kulturen ist es nicht unüblich, auch Kinder sehr geringe Mengen Alkohol kosten zu lassen, ihnen regelmäßigen Alkoholkonsum aber klar zu verbieten, wodurch „Erstkonsumalter“ und „Einstiegsalter“ stark voneinander abweichen können.

Sieht man von diesen Problemen ab, ist die korrekte Darstellung des Einstiegs in den Alkoholkonsum eine Verlaufskurve, die anzeigt, wie viele Personen in einem gewissen Alter schon eingestiegen sind. Aus dieser Kurve kann man aber kein „durchschnittliches Einstiegsalter“ (Mittelwert) oder „mittleres Einstiegsalter“ (Median) ableiten, weil die Daten censiert sind; d. h., bei all jenen, die noch nicht eingestiegen sind, weiß man nicht, ob und wann sie einsteigen werden. Diese Information ist aber unerlässlich, um das durchschnittliche oder mittlere Einstiegsalter berechnen zu können. Wer nun Angaben über das durchschnittliche oder mittlere Einstiegsalter formuliert – und das kommt in der Fachwelt oft vor –, behandelt die Daten der Personen, die noch nicht eingestiegen sind, fälschlicherweise als „fehlende Werte“ und impliziert damit, dass diese Personen nie einsteigen werden. Als Folge dieser Nichtberücksichtigung von Späteinsteigerinnen/Späteinsteigern wird das tatsächliche Einstiegsalter systematisch unterschätzt.

4.2 Grenzmengen eines risikoarmen Alkoholkonsums

Abseits von Konsummustern eines abhängigen Alkoholkonsums stellt sich aus Public-Health-Sicht die Frage, unter welchen Konsumbedingungen Alkoholkonsum in Bezug auf andere Folgeerkrankungen als gesundheitsbedenklich eingestuft werden muss und von staatlicher oder behördlicher Seite Warnungen bzw. Empfehlungen zu einer Konsumreduktion ausgesprochen werden sollten. Von besonderem Stellenwert sind hier Empfehlungen hinsichtlich durchschnittlicher

Konsummengen, um längerfristige gesundheitliche Risiken zu minimieren.⁶⁹ Dabei besteht weitgehend Konsens dahingehend, dass längerfristige gesundheitliche Risiken primär durch das Ausmaß der konsumierten Menge Ethanols bedingt sind und damit von der Art des alkoholischen Getränks unabhängig sind (Shield et al. 2024) ⁷⁰.

4.2.1 Kurzer Abriss der Entwicklung von Grenzmengen

Die frühesten in der Literatur erwähnten und mit empirischen Daten begründeten Grenzmengen für den Alkoholdurchschnittskonsum stammen von Péquignot (1961). Diese werden heute generell als viel zu hoch erachtet: Péquignot beurteilte einen Durchschnittskonsum von 80 Gramm reinem Alkohol pro Tag (etwa 4 große Bier oder ein Liter leichter Wein) als relativ unbedenklich und postulierte erst für einen Durchschnittskonsum von 160 Gramm (etwa 8 große Bier oder zwei Liter leichter Wein) ein hohes Gesundheitsrisiko. Diese Einschätzungen wurden später aber von Péquignot selbst deutlich herabgesetzt. Eine weitere frühe Publikation, welche eine Grenze definierte, ab der ein hohes Gesundheitsrisiko gegeben ist, stammt vom Royal College of Psychiatrists (1979) mit rund 60 Gramm Alkohol pro Tag (das entspricht 3 großen Bieren oder 0,7 Liter leichtem Wein oder 4 doppelten Schnäpsen).

In den 1990er-Jahren beobachteten Saunders et al. (1993) im Rahmen eines WHO-Projekts über die Früherkennung von Personen mit Alkoholproblemen, dass unter Expertinnen und Experten im Wesentlichen zwei Vorstellungen über eine „Gefährdungsgrenze“ vorherrschen:

- eine höhere Variante mit 60 Gramm (Männer) und 40 Gramm (Frauen) pro Tag
- eine niedrigere Variante mit 40 Gramm (Männer) und 20 Gramm (Frauen) pro Tag

Die unterschiedliche Grenzziehung für Männer und Frauen bzw. das Mengenverhältnis von 3:2 begründet sich in der Wirkungsäquivalenz dieser Mengen. Frauen erzielen im Durchschnitt mit zwei Dritteln der Alkoholmenge den gleichen Blutalkoholspiegel wie Männer, was durch Unterschiede in Körpergewicht und Fettgehalt erklärbar ist (vgl. Kap. 5.1.8). Exemplarisch wurden in weiterer Folge vom britischen Health Education Council (1989) und vom Health Education Board for Scotland (Robertson 1990) eine Untergrenze und eine Obergrenze in Standardeinheiten⁷¹ publiziert. Umgerechnet auf Gramm Alkohol, bedeuten diese, dass unter der Voraussetzung einer ansonsten guten gesundheitlichen Verfassung ein täglicher Durchschnittskonsum bis 16 Gramm Alkohol für Frauen bzw. bis 24 Gramm Alkohol für Männer (also etwas weniger bzw. etwas mehr als großes Bier) kein relevantes Gesundheitsrisiko hervorruft. Durchschnittsmengen ab 40 Gramm Alkohol für Frauen bzw. 60 Gramm Alkohol für Männer wurden hingegen als stark gesundheits-

⁶⁹ Shield et al. (2024) unterscheiden diese Form von Empfehlungen von anderen Empfehlungen, die sich etwa an vulnerable Personengruppen (z. B. Schwangere, Kinder und Jugendliche) richten oder auf bestimmte Situationen abzielen, in denen Berausung mit einem besonders erhöhten Risiko verbunden ist wie etwa im Straßenverkehr (vgl. zu diesen Themen Kap. 6).

⁷⁰ Im Alltag werden häufig unterschiedliche alkoholische Getränke mit einem unterschiedlichen Image in Bezug auf ihr Gesundheitsrisiko versehen. So werden etwa Spirituosen deutlich stärker mit gesundheitlichen Problemen assoziiert als andere Getränke, was zu einem Teil mit einer durch sie schnelleren Berausung argumentiert wird, zum Teil aber auch durch Drittvariablen der konsumierenden Personen und Trinksituationen bedingt ist.

⁷¹ Während man sich bei der Festlegung der oberen Grenze auf einige empirische Untersuchungen berufen konnte, gab es für die untere Grenze keine entsprechenden empirischen Grundlagen.

gefährdend eingestuft. Zwischen diesen beiden Grenzen wurde ein moderat erhöhtes Gesundheitsrisiko postuliert. Diese Grenzen wurden in der Folge auch in einer WHO-Publikation⁷² (Anderson 1990) international popularisiert (vgl. Tabelle 5). Für Menschen mit bestimmten Erkrankungen sowie für Menschen, die regelmäßig Medikamente einnehmen müssen, können deutlich niedrigere Grenzmengen oder kompletter Alkoholverzicht indiziert sein.

Tabelle 5: Grenzmengen des täglichen Alkoholkonsums für ein moderat bzw. stark erhöhtes Gesundheitsrisiko

	Männer	Frauen
moderat erhöhtes Gesundheitsrisiko	ab 24 Gramm reiner Alkohol pro Tag ≈ 0,6 Liter Bier ≈ 0,3 Liter leichter Wein	ab 16 Gramm reiner Alkohol pro Tag ≈ 0,4 Liter Bier ≈ 0,2 Liter leichter Wein
stark erhöhtes Gesundheitsrisiko	ab 60 Gramm reiner Alkohol pro Tag ≈ 1,5 Liter Bier ≈ 0,75 Liter leichter Wein	ab 40 Gramm reiner Alkohol pro Tag ≈ 1 Liter Bier ≈ 0,5 Liter leichter Wein

Quelle: Health Education Council (1989)

Diese Grenzmengen für ein moderat bzw. stark erhöhtes Risiko wurden von Uhl et al. (1996) übernommen und bildeten die Grundlage für epidemiologische Schätzungen von Alkoholkonsumgruppen seit der ersten einschlägigen repräsentativen Bevölkerungsbefragung in Österreich. Aus Gründen der Konsistenz wurde diese Einteilung auch für alle folgenden Befragungen verwendet und damit in Österreich weitgehend popularisiert. In Ermangelung anderer Empfehlungen werden diese Grenzmengen teilweise auch zur Orientierung für die Bevölkerung verwendet⁷³, häufig in Kombination mit der Empfehlung, wöchentlich mindestens auch zwei konsumfreie Tage einzuhalten. In Österreich wurden bislang weder Studien zur Entwicklung von Konsumempfehlungen in Auftrag gegeben, noch gibt es in Österreich Institutionen, die mit der Kommunikation solcher Grenzmengen offiziell betraut sind.

4.2.2 Grenzmengen in unterschiedlichen europäischen Staaten

Im Rahmen des EU-Projekts RARHA (Montonen et al. 2016; Scafato et al. 2016) wurden Grenzwerte für einen Alkoholkonsum mit geringfügig erhöhtem Risiko („low risk drinking guidelines“) zwischen verschiedenen Ländern verglichen. Den Ergebnissen zufolge lag Österreich mit den zuvor erwähnten 16 bzw. 24 Gramm pro Tag im Mittelfeld der europäischen Staaten. Auch die Europäische Kommission stellt Übersichtssammlungen zu „low risk drinking guidelines“ in unterschiedlichen Mitgliedstaaten zur Verfügung, die ein ähnliches Bild ergeben⁷⁴.

Abweichungen in diesen Empfehlungen bzw. das Fehlen einheitlicher Grenzwerte in unterschiedlichen Ländern wird damit begründet, dass

⁷² Da WHO-Publikationen üblicherweise von internationalen Expertinnen und Experten im Auftrag der WHO verfasst und von der WHO gedruckt und vertrieben werden, ohne dass die WHO diese Inhalte als offizielle WHO-Position ausgibt, ist es nicht korrekt, diese Grenzen als „WHO-Grenzen“ oder als „von der WHO empfohlene Grenzen“ anzuführen. In der Regel vertreten unterschiedliche Expertinnen/Experten in verschiedenen WHO-Publikationen voneinander abweichende Positionen.

⁷³ vgl. die Darstellung auf der Website der Dialogwoche Alkohol, die von der ARGE Suchtvorbeugung durchgeführt wird: <https://www.dialogwoche-alkohol.at/wissen/wie-viel-ist-zu-viel> (zuletzt abgerufen am 02.12.2025)

⁷⁴ vgl. dazu die Darstellung unter https://knowledge4policy.ec.europa.eu/health-promotion-knowledge-gateway/national-low-risk-drinking-recommendations-drinking-guidelines_en (zuletzt abgerufen am 19.08.2025)

- Staaten historisch bedingt unterschiedliche Grenzwerte propagieren und aus Konsistenzgründen an diesen festhalten wollen,
- Empfehlungen zur leichten Orientierung für Konsumentinnen und Konsumenten teilweise lokal verfügbaren Getränkegrößen (= Standardunits) angepasst werden und diese sich regional unterscheiden,
- in europäischen Ländern mit einer sehr kritischen alkoholpolitischen Haltung Vorbehalte existieren, „low risk guidelines“ zu verabschieden, weil befürchtet wird, dass diese Angaben zum Alkoholkonsum animieren könnten,
- bei der verbalen Bezeichnung von Grenzmengen immer auch normative Grundhaltungen mitschwingen,
- die Bezeichnungen „Niedrigrisikogrenze“ bzw. „Harmlosigkeitsgrenze“ grundsätzlich sehr ähnliche Sachverhalte beschreiben, nämlich eine Grenze, *ab der* ein niedriges Risiko besteht bzw. *bis zu der* ein zu vernachlässigendes Risiko besteht. Speziell Proponentinnen und Proponenten einer alkoholkritischen Perspektiven bevorzugen jedoch die Betonung des Worts Risiko, um negative Auswirkungen in den Vordergrund zu rücken bzw. sprechen sich dagegen aus, das Wort Harmlosigkeit in Zusammenhang mit Alkoholkonsum zu erwähnen.

4.2.3 Rezente Diskurse im Zusammenhang mit Grenzmengen eines risikoarmen Konsums

Besondere Aufmerksamkeit erfuhren zuletzt Empfehlungen des Canadian Centre on Substance Use and Addiction (Paradis et al. 2023) zu einem risikoarmen Alkoholkonsum, die auch im deutschsprachigen Raum Widerhall – etwa in Form von Positionspapieren der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (Richter et al. 2024) oder der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS 2023) – fanden.

Die medial am stärksten rezipierte Aussage dieser kanadischen Empfehlungen lautet, dass den zugrunde liegenden Modellierungen zufolge bereits der Konsum von 14 Gramm Alkohol innerhalb einer Woche (das entspricht etwa einem $\frac{1}{4}$ Liter Wein) dazu führt, dass Personen in relevantem Ausmaß Lebenszeit verlieren. Zentrale Überlegungen, die zu diesen Empfehlungen geführt haben, wurden zwar von den Autorinnen und Autoren der kanadischen Empfehlungen ausgeführt und publiziert (Shield et al. 2024), aber in der öffentlichen Diskussion weniger stark aufgegriffen, als die faktisch interpretierte Aussage, dass nun endlich geklärt sei, dass jeglicher Alkoholkonsum mit einem Risiko verbunden sei. Die folgenden Textpassagen versuchen, diese Verkürzung der Empfehlungen aus Kanada durch Hinweise auf methodische und ethische Entscheidungen zu kontextualisieren.

„Less is better“: Risikoverläufe anstelle von Grenzmengen

Die bereits im vorangegangenen Abschnitt geschilderte Haltung, jede Form des Alkoholkonsums als risikobehaftet einzustufen, findet auch ihren Ausdruck in dem vom angelsächsischen Raum ausgehenden und durch die WHO geförderten Motto „there is no safe limit“ bzw. dem sehr ähnlich formulierten „less is better“. Gestützt wird diese Haltung zunehmend mit Verweisen auf den Zusammenhang zwischen Alkohol und Krebs (vgl. dazu ausführlich Kap. 5.4), wobei hierbei Brustkrebs bei Frauen und (mit weniger eindeutiger Evidenz) Darmkrebs bei Männern eine Sonderstellung einnehmen, da für diese beiden Krebsarten ein nahezu linearer Zusammenhang und damit ein erhöhtes Risiko bereits bei geringen durchschnittlichen Konsummengen vermutet wird (Bagnardi et al. 2015; Choi et al. 2018).

Im Sinne dieses Paradigmas wird die Meinung vertreten, Konsumempfehlungen sollten an alle Konsumentinnen und Konsumenten adressiert sein und nicht primär an jene, die bestimmte Grenzmengen überschreiten. Die Konsumempfehlungen des Canadian Centre on Substance Use and Addiction (Paradis et al. 2023) stellen dieser Perspektive entsprechend kontinuierliche Risikoverläufe in den Vordergrund und weniger konkrete Grenzmengen. Dies ist empirisch gut begründbar, da Verlaufskurven eine genauere Beschreibung des Dosis-Risiko-Zusammenhangs ermöglichen als kategoriale Grenzen zur Unterteilung nach Risikogruppen.

Unzulässig ist unserer Meinung jedoch, aus einer Darstellung von Risikoverläufen abzuleiten,

- dass aus gesundheitlichen Gründen ausschließlich Alkoholabstinenz empfohlen werden sollte – das ist sachlich nicht gerechtfertigt, weil eine Reihe von Aspekten aus normativen Gründen ausgeblendet wird. Radikale Empfehlungen in diesem Sinne sind daher eher als Advocacy und weniger als wissenschaftlich fundierte Aussage zu interpretieren. Die Autorinnen und Autoren der kanadischen Empfehlungen betonen, dass eine Differenzierung in unterschiedliche Risikozonen den pragmatischen Vorteil biete, unterschiedliche Konsumtypen in ihrer jeweiligen Lebensrealität abzuholen und realistische und abgestufte Zielsetzungen anzubieten (Shield et al. 2024) –,
- dass unabhängig vom Konsumniveau immer dieselbe Dringlichkeit besteht, den Alkoholkonsum zu reduzieren. Die Betonung möglicher moderater Risiken bei geringen Konsummengen sollte nicht zu einer Nivellierung des Risikobegriffs führen. Das individuelle Risiko ist bei hohen Konsummengen drastisch erhöht, auch wenn aus einer Public-Health-Perspektive einem minimalen Gesundheitsgewinn bei sehr vielen Personen eine hohe Bedeutung zugemessen wird (vgl. dazu auch den letzten Abschnitt dieses Kapitels).

Der Umgang mit „Sick Quitters“ und daraus abgeleitete Forderungen nach niedrigeren Grenzmengen

Bereits 2018 erregte eine im Fachjournal *The Lancet* veröffentlichte Metaanalyse (Wood et al. 2018) erhebliche Aufmerksamkeit. Sie kam zu dem Schluss, dass die damals geltenden Alkoholgrenzwerte zu hoch angesetzt seien. Im Unterschied zu früheren Untersuchungen wurden alkoholabstinenten Personen – deren Sterberisiko im Vergleich zu moderat Konsumierenden tendenziell erhöht ist (j-förmiger Kurvenverlauf, vgl. Kap. 5.7) – aus der Analyse ausgeschlossen. Die Autorinnen und Autoren begründeten dieses Vorgehen mit der sogenannten Sick-Quitter-Hypothese (vgl. Kap. 5.7.2), der zufolge manche Personen ihren Alkoholkonsum aufgrund gesundheitlicher Probleme beenden – die höhere Krankheitslast Abstinenter also nicht eine Folge der Alkoholabstinenz, sondern deren Ursache ist.

Dass die auf Beobachtungsdaten beruhenden, nichtexperimentell gewonnenen J-Kurvenverläufe nicht unreflektiert als Beleg dafür gewertet werden können, dass moderater Alkoholkonsum gesundheitsfördernd sei, ist aus methodologischen Gründen unbestreitbar. Bei der Ableitung von Zusammenhängen aus Beobachtungsdaten muss stets berücksichtigt werden, dass zahlreiche unkontrollierte Faktoren das Ergebnis beeinflussen. Allerdings ist es ebenso wenig gerechtfertigt, aus der Vielzahl möglicher Erklärungsansätze für Scheinzusammenhänge eine einzelne Hypothese auszuwählen und alle anderen zu ignorieren – genau dies taten aber Wood et al. (2018), wie Astrup et al. (2018) in einer Folgenummer der Zeitschrift betonten. Selbst bei jenen Abstinenten, die nie in ihrem Leben Alkohol konsumiert hatten, liegt das Sterberisiko deutlich über

jenem moderat konsumierender Personen – ein Befund, der die exklusive Bezugnahme auf die Sick-Quitter-Hypothese konterkariert.

Die Berücksichtigung der Sick-Quitter-Hypothese bei der Interpretation des Zusammenhangs zwischen Alkoholkonsum und Erkrankungs- bzw. Sterberisiko gilt in der Alkoholepidemiologie mittlerweile als Standard. Diese Praxis ist durchaus gerechtfertigt, da eine unabhängige Review von Stockwell et al. (2024) zeigte, dass der Ausschluss sogenannter Sick Quitters dazu führt, dass der scheinbare Überlebensvorteil moderat Trinkender gegenüber Abstinenten verschwindet oder zumindest abnimmt. Dieses Vorgehen wurde auch bei der Ableitung der aktuellen kanadischen Empfehlungen berücksichtigt. Dennoch ist es nicht gerechtfertigt, alle abstinenten Personen pauschal als Sick Quitters zu klassifizieren und andere in diesem Zusammenhang relevante Hypothesen systematisch auszublenden.

Ideal wäre es in diesem Zusammenhang – wie Gmel (2017) argumentierte –, langfristige Experimente durchzuführen. Diese sind jedoch de facto nicht realisierbar, weshalb lediglich versucht werden kann, verschiedene Störeinflüsse in Beobachtungsdaten zu erfassen und statistisch zu kontrollieren. Relevante Störvariablen lassen sich allerdings nur begrenzt identifizieren und berücksichtigen, weshalb laut Gmel (2017) nicht einmal mit Sicherheit ausgeschlossen werden kann, dass moderater Alkoholkonsum einen leicht positiven Einfluss auf die Gesundheit hat – so wie es eine naive Interpretation der J-Kurve vermuten ließe. Für die Annahme, dass moderater Alkoholkonsum tatsächlich gesundheitlich förderliche Effekte haben könnte – insbesondere im Hinblick auf koronare Herzkrankheiten –, sprechen sich auch Kannel et al. (1996) aus, die sich auf Ergebnisse der groß angelegten Whitehall-Studie stützen.

Umgekehrt lässt sich ebenso wenig ausschließen, dass auch moderater Alkoholkonsum geringfügig negative Auswirkungen auf die Gesundheit und damit auf die Lebenserwartung hat. Zahlreiche plausible Hypothesen stützen diese Sichtweise. So ist etwa denkbar, dass Personen, die sich gesund fühlen und durch ein insgesamt positives Gesundheitsverhalten ihre Gesundheit fördern, eher zu moderatem Alkoholkonsum neigen. In diesem Fall wären moderate Trinkgewohnheiten nicht Ursache, sondern Folge eines guten Gesundheitszustands – auch das ist ein klassischer Selektionseffekt.

Analoge Überlegungen gelten selbstverständlich auch für Personen mit sehr hohem Alkoholkonsum. Wenn Menschen mit psychischen Problemen – deren Gesundheitszustand und Lebenserwartung auch ohne starken Alkoholkonsum bereits deutlich reduziert sind – zu exzessivem Trinken neigen und dadurch ihre Gesundheit zusätzlich schädigen, ist ein Teil der verringerten Lebenserwartung nicht als Folge, sondern als Ursache des exzessiven Alkoholkonsums zu interpretieren. Darauf wiesen unter anderem Astrup et al. (2018), Schernhammer (2018) und Thomson (2018) hin. Die unbestritten stark negativen gesundheitlichen Folgen übermäßigen Alkoholkonsums werden dadurch systematisch überschätzt.

Am Befund, dass die in Beobachtungsstudien regelmäßig beobachtete J-Kurve nicht als Beleg für eine gesundheitsfördernde Wirkung moderaten Alkoholkonsums interpretiert werden darf, besteht kein Zweifel – ebenso wenig daran, dass die Sick-Quitter-Hypothese einen Teil der beobachteten Zusammenhänge plausibel erklärt. Unzulässig ist jedoch, aus der Vielzahl möglicher Erklärungen für Verzerrungen in diesem Kontext ausschließlich auf diese eine Hypothese Bezug zu nehmen und alle anderen denkbaren oder plausiblen Ansätze systematisch auszublenden. Ein

solches einseitiges Vorgehen führe, wie Rehm et al. (2016) in einem Kommentar zu dieser anhaltenden Diskussion betonte, zu einem argumentativen Bias.

Unzureichende Messung der Risikoexposition, fehlende Berücksichtigung von Konsummustern und problematische Wahl des Beobachtungszeitraums

In den meisten epidemiologischen Beobachtungsstudien zum Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Gesundheitsoutcomes basiert die Messung der Risikoexposition (= Ausmaß des Alkoholkonsums) auf einmaligen selbstberichteten Angaben beim Beginn der Untersuchungsreihe. Diese Angaben werden dann mit unterschiedlichen Gesundheitsoutcomes (Krankheiten, Tod) bis zum Ende des Beobachtungszeitraums in Verbindung gesetzt.

Ein solches Design ist mit unterschiedlichen Fehlerquellen behaftet: Zum einen stellt sich die Frage, wieweit eine einmalige, selbstberichtete Angabe zu konsumierten Alkoholmengen tatsächlich eine valide Einschätzung des tatsächlichen Risikos erlaubt, da

- weder Schwankungen im Konsum über unterschiedliche Lebensphasen hinweg berücksichtigt werden noch
- selbstberichtete Angaben frei von bewussten und unbewussten Verzerrungen sind. Vergleiche zwischen selbstberichteten Konsumangaben und Schätzungen des tatsächlichen Alkoholkonsums auf Basis von Produktionsstatistiken zeigen, dass selbstberichtete Angaben das reale Konsumniveau deutlich unterschätzen (in Österreich entsprechen sie nur etwa einem Drittel der tatsächlich verkauften Alkoholmengen. Ähnliche Ergebnisse berichten Rehm et al. (2004b) in einer internationalen Übersicht). In der Folge werden in derartigen Studien die gesundheitlichen Folgen mit einem deutlich zu niedrig angesetzten selbstberichteten Konsumniveau in Verbindung gebracht – wodurch das tatsächliche Risiko bei bestimmten Konsummengen systematisch überschätzt wird.

Wie Naimi et al. (2017) und Stockwell et al. (2024) argumentieren, wäre es in diesem Zusammenhang optimal, junge Personen zu erfassen und diese über einen möglichst langen Zeitraum zu beobachten – wobei sowohl das Alkoholkonsumverhalten als auch der Gesundheitszustand regelmäßig dokumentiert werden sollten. Werden ältere Personen untersucht, ohne deren Konsumvorgeschichte systematisch zu erfassen, finden sich in der Stichprobe überproportional viele Personen, die ihren Alkoholkonsum aus Gesundheitsgründen bereits stark reduziert oder aufgegeben haben (der zuvor beschriebene Sick-Quitter-Bias). Ebenso werden in älteren Stichproben Personen, die infolge alkoholbedingter Ursachen früh verstorben sind, gar nicht erfasst, was ebenfalls zu einer erheblichen Unterschätzung alkoholbedingter Probleme führt. Eine lange Studiendauer ist allerdings, wie Gmel (2017) betont, auch nicht frei von anderen spezifischen Verzerrungen. Mit zunehmender Beobachtungszeit ist infolge einer hohen Ausfallsrate von Teilnehmerinnen und Teilnehmern (Study-Attrition-Bias) mit einer deutlichen Verzerrung der Ergebnisse zu rechnen.

Abschließend sei darauf hingewiesen, dass die meisten epidemiologischen Schätzungen ausschließlich auf die durchschnittlich pro Tag konsumierte Alkoholmenge abzielen und das Konsumuster nicht berücksichtigen (also etwa wie häufig es zu einer starken Berausung kommt). Gerade im Zusammenhang mit Unfällen ist jedoch nicht die über einen längeren Zeitraum durchschnittlich konsumierte Alkoholmenge ausschlaggebend, sondern die innerhalb kurzer Zeit konsumierte Alkoholmenge und das sich daraus ergebende Ausmaß der akuten Beeinträchtigung.

Wenn man nur den durchschnittlichen Alkoholkonsum erfasst, werden Einflüsse der jeweiligen „Trinkkultur“ auf die gesundheitlichen Auswirkungen des Alkoholkonsums – im positiven wie im negativen Sinne – nur unzureichend berücksichtigt (vgl. Kap. 2.1.2).

Anhand welcher Gesundheitsoutcomes sollen Grenzwerte berechnet werden?

Ab einem gewissen Ausmaß des Alkoholkonsums wirkt sich dieser zweifellos negativ auf Gesundheit und Lebenserwartung von Menschen aus. Wenn Konsumgrenzen definiert werden, ab denen das Risiko als deutlich erhöht oder unvertretbar hoch gilt, muss zunächst festgelegt werden, anhand welcher Indikatoren diese Auswirkungen gemessen werden. In Betracht kommen dabei etwa die Zahl der Todesfälle, der vorzeitigen Todesfälle, der verlorenen Lebensjahre, die Dauer eingeschränkter Lebensqualität oder eine Kombination aus Lebenszeitverlust und reduzierter Lebensqualität (Shield et al. 2024).

Für Berechnungen auf Basis der durch Alkoholkonsum verlorenen Lebenszeit – wie sie im Rahmen der kanadischen Guidelines vorgenommen wurden (die ausführliche Beschreibung findet sich in deren technischem Begleitbericht von Levesque et al. 2022) – spricht, dass damit Todesfälle jüngerer Menschen, die mehr Lebenszeit verlieren, stärkeres Gewicht verliehen wird als Todesfällen älterer Personen.⁷⁵ Die Kombination aus verlorener Lebenszeit und krankheitsbedingten Einschränkung der Lebensqualität stellt zwar ein noch umfassenderes Maß dar, kommt jedoch in den meisten Empfehlungen (z. B. auch in den kanadischen Guidelines) nicht zur Anwendung, da die subjektive Komponente bei der Bewertung der Lebensqualitätseinschränkung als zu groß eingeschätzt wird⁷⁶.

Die zweite wesentliche Entscheidung betrifft die Frage, in welchen Fällen eine Messung dieses Outcomes erfolgen soll bzw. welche Populationen in Hinblick auf dieses Outcome miteinander verglichen werden sollen. Dabei stehen zwei Ansätze zur Verfügung: Der All-Cause-Mortality-Ansatz oder Gesamtmortalitätsansatz vergleicht *alle* Personen mit einer Risikoexposition (z. B. einem unterschiedlichen Ausmaß an Alkoholkonsum) mit *allen* Personen ohne eine solche Risikoexposition, unabhängig von der konkreten Todesursache. Im Gegensatz dazu berücksichtigt der Cause-specific-Ansatz oder ursachenspezifische Mortalitätsansatz ausschließlich Todesursachen, für die – nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft – ein kausaler Zusammenhang mit dem Risikofaktor Alkoholkonsum angenommen wird.

Der ursachenspezifische Mortalitätsansatz setzt voraus, dass Todesfälle korrekt als ausschließlich oder teilweise alkoholverursacht klassifiziert werden. Bei Todesursachen, die nicht ausschließlich auf Alkoholkonsum zurückzuführen sind, muss der kausal dem Alkoholkonsum attribuierbare Anteil geschätzt werden – was häufig nur unzureichend oder hochgradig spekulativ möglich ist.

⁷⁵ Die Berechnung auf Basis aller alkoholassoziierten Todesfälle ist im Gegensatz dazu indifferent gegenüber dem Zeitpunkt des Todes. Ein alkoholassozierter Tod mit 25 Jahren zählt genauso viel wie ein solcher mit 60 Jahren. Berechnungen auf Basis vorzeitiger Todesfälle ignorieren hingegen Todesfälle, die sich nach jenem Alter ereignen, das hier als Grenze festgelegt wird: So wird ein vorzeitiger Tod mit 66 Jahren nicht gezählt, wenn die Grenze bei 65 Jahren lag. Eine Grenze von 65 Jahren liegt z. B. der Gesundheitsberichterstattung der deutschen Länder zugrunde (Romppel 2020).

⁷⁶ Damit verbunden ist eine Unterschätzung der alkoholbedingten Gesundheitslast im Sinne eines Ignorierens nichtletalaler, aber eingeschränkter Gesundheitszustände.

Welche Diagnosen bei der Totenbeschau vorrangig vergeben werden, hängt stark von zeittypischen Moden und ärztlichen Gepflogenheiten ab.⁷⁷ Aus diesem Grund sind Vergleiche über längere Zeiträume oder zwischen verschiedenen Ländern nur sehr eingeschränkt aussagekräftig.

In welchem Ausmaß Todesursachen durch bestimmte Verhaltensweisen vermeidbar wären, ist vor allem dann relevant, wenn deren Verringerung oder Wegfall tatsächlich zu einer höheren Lebenserwartung führt – also wenn dieser nicht durch die Zunahme anderer Todesursachen teilweise oder vollständig kompensiert wird. Daher stellt die gesamte Lebenserwartung ein deutlich aussagekräftigeres Maß dar als die bloße Vermeidung einzelner Todesursachen.

Beim Gesamt mortalitätsansatz ist es nicht erforderlich, einzelne Todesursachen ganz oder anteilig als alkoholverursacht zu klassifizieren, weil es hier ja nicht darum geht, woran Menschen alkoholbedingt versterben, sondern ausschließlich darum, wie viel Lebenszeit sie durch ein bestimmtes Ausmaß an Alkoholkonsum verlieren bzw., sofern man eine gewisse positive Wirkung des moderaten Alkoholkonsums nicht von vornherein kategorisch ausschließt, gegebenenfalls gewinnen. Im Rahmen des Gesamt mortalitätsansatzes sind die störenden Einflüsse nicht kontrollierter Drittvariablen offensichtlich, wenngleich diese zum Teil in Analysen statistisch kontrolliert werden. Dabei ist aber ganz klar, dass angesichts der großen Zahl der möglichen Störvariablen und des Umstands, dass viele relevante Faktoren nicht oder nur unbefriedigend messbar sind, diesen Korrekturmöglichkeiten Grenzen gesetzt sind.

Weitere Einschränkungen des Gesamt mortalitätsansatzes ergeben sich daraus, dass sich die Verteilung der Todesursachen in den zugrunde liegenden Studien von jener in der Allgemeinbevölkerung unterscheiden können. So sind in Kohortenstudien überdurchschnittlich viele Personen aus der Mittelschicht vertreten, während sozial benachteiligte Gruppen unterrepräsentiert sind. Dadurch treten etwa kardiovaskuläre Todesursachen in diesen Studien häufiger auf, während Leberzirrhosen oder andere „deaths of despair“⁷⁸ (King et al. 2022) seltener vorkommen. Dies schränkt die Aussagekraft jener Berechnungen ein, die den Einfluss von Alkoholkonsum auf die Mortalität in der Allgemeinbevölkerung abbilden sollen.

Ein zentrales Problem beider Ansätze besteht darin, dass die ihnen zugrunde liegenden Daten meist nicht aus randomisierten experimentellen Studien, sondern aus Beobachtungsstudien oder Routinedokumentationen stammen. Nur bei randomisierten Experimenten kann davon ausgegangen werden, dass sich unkontrollierte Störfaktoren nicht systematisch auf die Ergebnisse auswirken. Werden Zusammenhänge auf Basis nichtexperimentell erhobener Beobachtungsdaten berechnet, ist immer damit zu rechnen, dass nichterfasste oder nichterfassbare Einflüsse die Resultate deutlich verzerrn. Im Gegensatz zu direkten Todesfällen (z. B. aufgrund einer Überdosierung) stellt bei indirekten Todesfällen das Ableben das Ende einer langen Kausalkette dar. Die Lebensdauer wird von einer Vielzahl von Risikoverhaltensweisen und protektiv wirkenden Faktoren beeinflusst. Beide Ansätze sind dadurch mit dem grundlegenden Problem konfrontiert,

⁷⁷ So ist etwa die Unterscheidung zwischen alkoholbedingten und anderen Leberzirrhosen im Rahmen der Leichenbeschau ohne genaue Kenntnis der Vorgeschichte Verstorbener bzw. ohne Obduktion kaum verlässlich vorzunehmen. Hinzu kommt, dass bei stark stigmatisierten Erkrankungen – wie Leberzirrhosen – aus Rücksicht auf Hinterbliebene oft eine neutralere Diagnose gewählt wird. Aber selbst wenn eine alkoholbedingte oder andere Leberzirrhose neben weiteren schweren Erkrankungen bei der Leichenbeschau korrekt dokumentiert wurde, kann diese Diagnose unberücksichtigt bleiben, wenn im Rahmen der gesetzlich vorgeschriebenen monokausalen Todesursachenstatistik eine der anderen Erkrankungen als relevanter eingestuft wird (Uhl 2020).

⁷⁸ Gemeint sind damit Todesursachen, die stark mit anderen psychosozialen Belastungen einhergehen (wörtlich übersetzt: „Tod aus Verzweiflung“)

Effekte durch Alkohol von Effekten von Drittvariablen zu isolieren bzw. statistisch zu kontrollieren. Dies ist vor allem dann ein Problem, wenn die Risikoexposition stark mit anderen Einflussfaktoren korreliert, die ebenfalls die – allgemeine oder krankheitsspezifische – Mortalität beeinflussen, und diese Effekte nicht statistisch kontrolliert werden können (wenn z. B. überproportional viele Alkoholkonsumentinnen und -konsumenten auch Raucher:innen sind und aus diesem Grund durchschnittlich früher sterben oder wenn ein bestimmtes Alkoholkonsumverhalten in einer ökonomisch besser gestellten Bevölkerungsschicht vorkommt, in der entsprechende sozio-ökonomische Einflussfaktoren lebensverlängernd wirken).

Der Unterschied zwischen diesen beiden Berechnungsansätzen ist enorm: Die kanadischen Empfehlungen (Paradis et al. 2023) werden entsprechend dem ursachenspezifischen Mortalitätsansatz berechnet und weisen bereits bei einem Konsum von 14 Gramm pro Woche ein erhöhtes Risiko für ein frühzeitiges Versterben aus. Aktuelle Metastudien auf Basis eines Gesamtmortalitätsansatzes kommen hingegen zum gänzlich anderen Ergebnis, wonach moderate Konsumentinnen und Konsumenten von Alkohol (d. h. mit einem Konsum bis 20 Gramm Alkohol pro Tag; das entspricht etwa einem großen Bier oder etwas weniger als einem ¼ Liter Wein) seltener (Zhao et al. 2023) oder zumindest nicht häufiger (Stockwell et al. 2024) vorzeitig sterben als Personen, die gar keinen Alkohol konsumieren. Zu einem gleichlautenden Ergebnis kam auch eine aktuelle „Review on Evidence“ der US-amerikanischen National Academies of Sciences (2025), das ebenfalls auf Basis eines Gesamtmortalitätsansatzes berechnet wurde.

Je nach Berechnungsansatz werden also zwei widersprüchliche Aussagen kommuniziert, wonach entweder (1) ein wöchentlicher Konsum von einem Glas Wein bereits das Risiko erhöht, Lebenszeit zu verlieren (ursachenspezifischer Mortalitätsansatz) oder (2) ein täglicher Konsum einer sogar größeren Menge (etwa eines großen Bieres) nicht dazu führt, dass man früher stirbt als Personen, die gänzlich auf Alkohol verzichten (Gesamtmortalitätsansatz). Insgesamt wird in der wissenschaftlichen Literatur derzeit methodischen Hintergründen für derart abweichende Ergebnisse zu wenig Aufmerksamkeit zugeteilt.

Die Unmöglichkeit einer objektiven Bewertung eines „akzeptablen“ Risikos

Neben empirischen Aspekten sind im Diskurs um einen risikoarmen Alkoholkonsum auch ethische Aspekte explizit anzusprechen. Die Entscheidung, wann ein Risiko unvertretbar ist, erfordert ein Urteil, das die erwarteten Vorteile und Nachteile gegeneinander abwägt. Die Gewichtung unterschiedlicher Auswirkungen kann dabei nur subjektiv erfolgen, weil persönliche Einstellungen und Lebensumstände hier eine wichtige Rolle spielen. Wie viel der mit Alkoholkonsum empfundene Genuss im Vergleich zu einem etwas erhöhten Krankheits- oder Sterberisiko zählt, lässt sich nicht unabhängig von den Betroffenen bewerten und ist in den meisten Fällen auch starken Schwankungen im Lebensverlauf unterworfen. Auch Nicholls et al. (2025) weisen darauf hin, dass die häufige Bevorzugung einer langen Lebenszeit gegenüber unmittelbaren positiven Erfahrungen – wie Rauscherfahrungen mit Alkohol – keine naturgegebene Wahrheit darstellt, sondern eine normative Entscheidung ist.

Häufig wird, wenn es um Risiken geht, suggeriert, dass man auf empirischen Grundlagen allein ableiten könne, welches Verhalten akzeptabel und welches inakzeptabel sei. Diese Überzeugung ist in Anlehnung an Moore (1903) als naturalistischer Fehlschluss grundsätzlich zurückzuweisen.

Ungeachtet dieses prinzipiellen Vorbehalts besteht die plausible Überzeugung, dass eine Unterscheidung zwischen freiwilligen Risiken, die Menschen bewusst eingehen (wie etwa Alkohol), und unfreiwilligen Risiken, denen man gegen den eigenen Willen ausgesetzt ist (wie etwa Umweltgiften), sinnvoll ist und sich mit der Lebensrealität vieler Menschen deckt. Die Autorinnen und Autoren der kanadischen Grenzwertberechnung beziehen sich, dieser Argumentation folgend, auf Starr (1969) und postulieren, dass ein zusätzlicher Todesfall unter 100.000 Personen bei unfreiwillig eingegangenen Risiken akzeptabel sei, während für freiwillig in Kauf genommene Gesundheitsrisiken ein zusätzlicher Todesfall unter 1.000 bzw. unter 100 Personen relevant sei. Es sei darauf hingewiesen, dass diese Entscheidung nicht auf empirischen Daten, sondern grundsätzlich auf subjektiven Werturteilen beruht, was etwa auch von Holmes et al. (2024) kritisch kommentiert wird.

Die subjektiven Werturteile zur Bereitschaft, sich freiwillig Risiken auszusetzen bzw. unfreiwillig Risiken ausgesetzt zu werden, können sowohl zwischen Populationen und zwischen Individuen als auch im Lebensverlauf variieren:

- Kulturelle Gepflogenheiten führen zu einer unterschiedlichen Gewichtung der Bedeutung von Alkohol als Genussmittel zwischen Populationen und damit des Benefits, der mit Alkoholkonsum assoziiert wird. Es ist anzunehmen, dass in einem Hochkonsumland wie Österreich im Durchschnitt ein höheres Risiko in Verbindung mit Alkohol als akzeptabel betrachtet wird als z. B. in einem Land, in dem Alkoholkonsum aus religiösen Gründen als moralisch verwerflich erachtet wird.
- Persönliche Einstellungen und Lebensumstände (psychologische, aber auch soziale) lassen sowohl den Benefit von Alkoholkonsum als auch die Bedeutung eines frühzeitigen Todes innerhalb einer Population variieren. Überspitzt formuliert: Wer Berauschung als ein hohes Gut betrachtet, sein Leben als insgesamt wenig lebenswert empfindet, kommt zu einer gänzlich anderen Einschätzung eines akzeptablen Risikos als eine Person, für die Berauschung keine Bedeutung hat und für die ein möglichst langes Leben eine hohe Bedeutung hat.
- Das Abwägen von Benefits und Risiken des Alkoholkonsums wird zudem im Lebensverlauf deutlichen Schwankungen unterworfen sein. Ein Jugendlicher, für den Alkoholkonsum ein bedeutendes Element des sozialen Lebens darstellt und mögliche Alkoholfolgeerkrankungen in weiter Ferne liegen, wird höchstwahrscheinlich zu einer anderen Bewertung kommen als dieselbe Person Jahre oder Jahrzehnte später.

Welchen Zweck sollen Empfehlungen erfüllen?

Zur Beantwortung der Frage, welchem Zweck Konsumempfehlungen dienen sollen, ist eine Unterscheidung zwischen einer individualistischen Perspektive und einer kollektiven Perspektive hilfreich, die stark der in Kap. 2.1.4 getroffenen Unterscheidung zwischen einem Populationsansatz und einem Problemansatz ähnelt. Aufklärende Empfehlungen, die auf Selbstbestimmung zielen, sind ethisch anders zu bewerten, als wenn diese als Instrument zur Verschiebung der Norm in Richtung kritischere Einstellung zum Alkoholkonsum oder zur Rechtfertigung restriktiver Maßnahmen herangezogen werden und individuelle Handlungsspielräume einschränken. Relevant ist ferner auch, ob Menschen Risiken wissend eingehen (z. B. intensiver Alkoholkonsum trotz bekannter Gesundheitsgefahr), ob sie Gefahren mangels Information nicht erkennen (woraus eine Aufklärungspflicht folgt) oder ob sie sich unfreiwillig bestimmten Risiken nicht entziehen können (z. B. bei nichtdeklarierten schädlichen Inhaltsstoffen in Getränken).

Geht es um aufklärende Empfehlungen, welche die personale Autonomie von Individuen nicht einschränken, können Angaben über Grenzmengen zur Orientierung durchaus sinnvoll sein. Dabei ist aber zu fordern, dass deren Herleitung, Logik und Unsicherheiten transparent kommuniziert werden. Nur so können evidenzbasierte Empfehlungen aufklären, ohne falsche Eindrücke zu erwecken oder bestimmte Verhaltensweisen moralisch zu bewerten.

Geht es darum, mit diesen Grenzmengenangaben aus einer gemeinwohlorientierten Public-Health-Position restiktive Schutzmechanismen zu etablieren und strukturelle Risiken zu minimieren, sind Realismus und Sachlichkeit noch erheblich wichtiger, damit es nicht zu ungerechtfertigten Einschränkungen des Rechtes auf rationale Selbstbestimmung kommt, eines Rechtes, das Menschen auch unvernünftige Entscheidungen zugesteht, solange Dritte dadurch nicht wesentlich geschädigt werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass objektives Risiko und subjektive Risikowahrnehmung stark divergieren. Menschen reagieren nicht proportional zur tatsächlichen Gefährdung, sondern nach emotionaler Bedeutung und sozialer Vermittlung (Gigerenzer 2013). Das führt zu Verzerrungen, die rationale Entscheidungen erschweren. Das Ziel sollte daher sein, „Risikokompetenz“ nicht nur individuell, sondern als kollektive Fähigkeit einer informierten Öffentlichkeit zu fördern (Ball et al. 2020).

Dem steht das Ziel der Verschiebung einer kollektiven Norm gegenüber, die insgesamt Alkohol als ein Konsumgut versteht, das verstärkt kritisch betrachtet werden sollte. Dementsprechend werden generalisierte Aussagen präferiert und dienen weniger als Grundlage für individuelle Risikoentscheidungen. Die Diskussion über Grenzwerte ist hier nicht primär als Werkzeug zur Ermächtigung Einzelner gedacht, sondern als Mittel zum Zweck gesellschaftlicher Veränderung. Wilkinson et al. (2009) beschreiben in Zusammenhang mit Warnhinweisen auf alkoholischen Getränken weniger deren direkte Auswirkungen auf unmittelbare Kaufentscheidungen von Individuen als vielmehr deren Potenzial, „to change the conversation about alcohol“ und somit zu einer Verschiebung sozialer Normen in Richtung Abstinenz⁷⁹ bzw. Konsumreduktion beizutragen.

Diese abstrakt anmutende Diskussion kann anhand der Frage, wie spezifisch Empfehlungen kommuniziert werden sollen, verdeutlicht werden: So wurden etwa in den Modellierungen, welche den bereits mehrmals zitierten kanadischen Empfehlungen zugrunde liegen, unterschiedliche Grenzwerte für unterschiedliche Altersgruppen und ebenfalls Grenzwerte für unterschiedliche alkoholassoziierte Erkrankungen berechnet (Shield et al. 2023). Da sich Dosis-Risiko-Verläufe für unterschiedliche Erkrankungen und die Zusammensetzung der Todesursachen zwischen Altersgruppen unterscheiden, fallen diese Ergebnisse sehr unterschiedlich aus. So steigt laut den Berechnungen von (Shield et al. 2024) etwa das Risiko für Unfälle und Selbstverletzung nahezu linear schon bei geringen Konsummengen an, wohingegen sich bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen

⁷⁹ Das theoretische Fundament einer kollektiven Anstrengung zur Veränderung sozialer Normen in Bezug auf Alkoholkonsum ist die auf Skog (1985) zurückgehende „Theorie der Gemeinsamkeit innerhalb trinkender Kulturen“ („Theory of the Collectivity of Drinking Cultures“), der zufolge Individuen einer trinkenden Kultur sich bezüglich ihres Alkoholkonsums gegenseitig in gleichförmige Richtung beeinflussen. Ein Rückgang des Alkoholdurchschnittskonsums moderat Konsumierender würde dieser These entsprechend dazu führen, dass Alkoholkonsum weniger populär wird, wodurch indirekt über soziale Kontrollmechanismen ein positiver Einfluss auch auf jene Personen ausgeübt werden kann, die einen problematischen oder einen pathologischen Konsum aufweisen. Dieser These über kollektive Trinkkulturen steht die These einer Polarisierung von Konsumverhaltensweisen, die – allgemeiner formuliert – auch als „Ungleichheitsparadoxon“ in der Anwendung von Populationsmaßnahmen in der Gesundheitsförderung diskutiert wird (Frollich/Potvin 2008) diametral entgegen. Letzterer These zufolge kann eine einseitige und massive Intervention gegen Alkoholkonsum die gesellschaftliche Polarisierung fördern und unterschiedliche gesundheitliche Auswirkungen für moderate und für exzessive Alkoholkonsumentinnen und -konsumenten bedingen: Während ohnehin moderat Konsumierende ihren Konsum noch weiter reduzieren, könnte die Stigmatisierung extremer Alkoholkonsummuster dazu führen, dass Schäden durch eine verspätete Hilfesuche verstärkt werden bzw. Individuen reaktant reagieren und so in ihren Gewohnheiten fixiert und verstärkt werden (vgl. dazu auch Kap. 3.3.2).

erst bei sehr großen Konsummengen ein Risiko ergibt (bei geringen Mengen hingegen protektive Effekte). Da Unfälle und Selbstverletzung bei jungen Menschen eine relativ hohe Bedeutung einnehmen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen hingegen überwiegend ältere Menschen betreffen, ergeben sich folgerichtig unterschiedliche Grenzmengen, ab denen eine relevante Erhöhung des Gesundheitsrisikos im Einzelfall besteht. Aus strategischen Gründen sprechen sich Shield et al. (2024) dennoch dafür aus, in der Kommunikation der Grenzmengen das gesamte Gesundheitsrisiko in den Vordergrund zu stellen und keine Differenzierung nach Altersgruppen vorzunehmen. Eine zu differenzierte Darstellung widerspreche demnach einem Public-Health-Ansatz, möglichst alle Personen zu einer Konsumreduktion zu bewegen. Zudem wird die Gesundheitskompetenz von Konsumentinnen und Konsumenten angezweifelt, bei zu differenzierten Informationen gesundheitsfördernde Entscheidungen zu treffen. Im Einzelfall ist es aber naheliegend, dass beispielsweise für eine psychisch labile junge Person mit einem überdurchschnittlichen Risiko für Verkehrsunfälle und Selbstverletzung und einem unterdurchschnittlichen Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen niedrigere Konsumempfehlungen gelten sollten als für eine deutlich ältere Person mit einem unterdurchschnittlichen Risiko für Verkehrsunfälle und Selbstverletzung und einem überdurchschnittlichen Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen).

Auch die Autorinnen und Autoren der letzten Publikation der „Global Burden of Disease“-Reihe (Bryazka et al. 2022) sprechen sich für altersspezifische Empfehlungen aus, um Unterschieden in der demografischen Zusammensetzung der Bevölkerung (in Hinblick auf Alter und das damit verbundene Krankheitsprofil) gerecht zu werden.

4.2.4 Zusammenfassung und Implikationen für die Praxis

Die Frage, ab welchem Ausmaß Alkoholkonsum ein erhöhtes Gesundheitsrisiko darstellt, beruht zwar auf empirischen Daten, ist jedoch wesentlich durch methodische Entscheidungen, implizite Werturteile sowie strategische Überlegungen hinsichtlich der intendierten Wirkungen von Konsumempfehlungen geprägt. Dementsprechend sind widersprüchliche Befunde zu dieser Frage kaum überraschend – wenn auch für Konsumentinnen und Konsumenten von Alkohol mitunter irritierend.

Auf wissenschaftlicher Ebene ist eine kritische und transparente Darlegung der begrenzten Datenlage erforderlich. Diese Einschränkung resultiert aus der langen Latenzzeit mancher alkohol-assozierter Erkrankungen, dem unvermeidbaren Einfluss von Drittvariablen und Selektionseffekten – insbesondere an den Rändern der Konsumverteilung (Abstinenz und hoher Konsum) – sowie aus der praktisch und ethisch nicht möglichen Durchführung randomisierter Studien.

Ebenso sollten die ethischen Implikationen und empirischen Hintergrundannahmen, die maßgeblich zu den Ergebnissen von Modellierungen beitragen, offen und transparent reflektiert werden. Diese Reflexion sollte auch die Frage einbeziehen, inwiefern die Bereitschaft, kollektive Gesundheitsziele über individuelle Entscheidungen zu stellen, zugleich eine Abkehr von grundlegenden Prinzipien der Gesundheitsförderung⁸⁰ bedeutet – sei es durch die stärkere Fokussierung auf Gesundheit statt auf Wohlbefinden, durch die Betonung von Risikovermeidung anstelle der

⁸⁰ Der Definition der WHO zufolge ist Gesundheit ein „Zustand des völligen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen.“ (WHO 1946)

Förderung individueller oder sozialer Ressourcen (Empowerment) oder durch eine veränderte Gewichtung individueller Entscheidungsfreiheit.

Weitgehend Einigkeit unter Expertinnen und Experten besteht darin, dass hoher Alkoholkonsum gesundheitsschädigend ist. Ebenso herrscht Konsens darüber, dass Gesundheitsbehörden geringe Alkoholmengen nicht als gesundheitsfördernd darstellen sollten (das „gesunde Glas Rotwein“), selbst wenn empirische Ergebnisse in höheren Altersgruppen einen gewissen protektiven Effekt nahelegen. Angesichts der kulturellen Verankerung und der intensiven kommerziellen Werbung von Alkohol ist es sinnvoll, eine kritische Auseinandersetzung mit Alkoholkonsum und den damit verbundenen Gesundheitsrisiken zu fördern. Eine verkürzte oder pauschale Dämonisierung des Konsums birgt jedoch das Risiko, die Lebensrealitäten und -erfahrungen von Konsumentinnen und Konsumenten zu erkennen – und damit an Glaubwürdigkeit zu verlieren.

Vor diesem Hintergrund und unter Berücksichtigung unterschiedlicher Ausgangsbedingungen sowie Zielsetzungen lassen sich folgende Konsumempfehlungen für die Praxis ableiten:

- Personen, die regelmäßig größere Mengen Alkohol trinken, sollten sich selbstkritisch mit möglichen Abhängigkeitssymptomen auseinandersetzen und ihren Konsum deutlich reduzieren. Sie sollten keinesfalls mehr als 40 Gramm (Frauen) bzw. 60 Gramm (Männer) Reinalkohol pro Tag zu sich nehmen.
- Personen, die regelmäßig und moderat Alkohol konsumieren, sollten darauf achten, ihre durchschnittliche Konsummenge unter 20 Gramm Alkohol pro Tag zu halten (grobe Orientierung: ein halber Liter Bier enthält ca. 20 Gramm Alkohol). Außerdem sollten auch regelmäßig konsumfreie Tage eingehalten werden, um das Risiko möglichst gering zu halten.
- Personen, denen Abstinenz leichtfällt, tun ihrer Gesundheit etwas Gutes, wenn sie weitgehend auf Alkohol verzichten. Das bedeutet aber nicht, dass sie komplett abstinenz leben müssen oder dass jeder Schluck Alkohol eine Gefahr darstellt.
- Unabhängig davon gibt es Lebenssituationen (Schwangerschaft, bestimmte Erkrankungen, das Hantieren mit gefährlichen Maschinen etc.), in denen komplett Abstinenz zu fordern ist.

Eine solche Kompromissposition findet sich auch in einem Kommentar von Rehm et al. (2016), der mit der Feststellung schließt, dass „less is better“ eine sinnvolle allgemeine Konsumempfehlung für die breite Mehrheit der Alkoholkonsumierenden darstelle. Zugleich betonen die Autorinnen und Autoren, dass die Frage, ob geringe Konsummengen im Einzelfall einen leicht protektiven oder leicht gesundheitsförderlichen Effekt haben, wahrscheinlich von individuellen, sozialen und genetischen Dispositionen sowie von der jeweils vorherrschenden Trinkkultur abhängt – und daher nicht eindeutig zu beantworten ist.

4.3 Alkoholismus, Alkoholabhängigkeit, Alkoholsucht

Der Begriff Alkoholismus, wie er heute verstanden wird, geht auf Magnus Huss (1849, zit. in WHO 1994) zurück. Bis dahin wurden mit „Alkoholismus“ hauptsächlich die körperlichen und organischen Erkrankungen als Folge eines lang anhaltenden, starken Alkoholkonsums bezeichnet, ohne dass psychische Abhängigkeit berücksichtigt wurde. Was heute unter „Alkoholismus“ – zumeist synonym mit „Alkoholabhängigkeit“ – verstanden wird, wurde zu dieser Zeit mit dem inzwischen kaum mehr verwendeten Begriff Trunksucht bezeichnet.

Der erste Definitionsversuch der WHO (1950) zielte auf die kulturellen Rahmenbedingungen ab, wurde aber bereits kurze Zeit später (1951) durch Probleme im Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum ergänzt:

„Der Begriff ‚Alkoholismus‘ bezeichnet eine Art des Trinkens, die in ihrem Ausmaß über die traditionelle und gebräuchliche Ernährungsform oder die gesellschaftlichen Trinksitten der entsprechenden Gemeinschaft hinausgeht, ohne Rücksicht auf ätiologische Faktoren, die zu einem solchen Verhalten führen, und ungeachtet des Ausmaßes, in dem derartige Faktoren von Vererbung und Konstitution oder neu entwickelten physiopathologischen und stoffwechselbedingten Einflüssen abhängen.“.

(WHO 1950, Übersetzung durch die Autorinnen und Autoren)

„Alkoholiker sind exzessive Trinker, deren Abhängigkeit vom Alkohol einen solchen Grad erreicht hat, dass sie deutliche Störungen oder Konflikte in ihrer körperlichen oder geistigen Gesundheit, ihren menschlichen Beziehungen, ihren sozialen oder wirtschaftlichen Funktionen aufweisen; oder sie zeigen Vorstufen einer solchen Entwicklung“.

(WHO 1952, Übersetzung durch die Autorinnen und Autoren)

Insgesamt wurde lange Zeit der Begriff Alkoholismus seitens der WHO als eine sehr weite Kategorie verstanden, die sowohl „Alkoholabhängigkeit“ als auch „Alkoholmissbrauch“ einschloss.

„Der Begriff Alkoholismus bedeutet keine nosologische Einheit, sondern es handelt sich dabei um einen Kollektivausdruck für eine ganze Familie von Problemen, die mit Alkohol verwandt sind.“

(WHO 1954, Übersetzung durch die Autorinnen/Autoren)

Ein Meilenstein in der Entwicklung der Alkoholismusdefinitionen war das Buch „The Disease Concept of Alcoholism“ (Jellinek 1960). Darin wird zwischen „Alkoholismus“ im Sinne des weiten Begriffsverständnisses der WHO als jegliches Trinken, das zu irgendwelchem Schaden führt, und „Alkoholkrankheit“ als Teilphänomen des Alkoholismus unterschieden. Als „alkoholkrank“ bezeichnete Jellinek Personen, die im Sinne seiner Typologie den Kategorien „Gamma-Alkoholismus“, „Delta-Alkoholismus“ und „Epsilon-Alkoholismus“ zugewiesen werden konnten (vgl. Kap. 4.4.1). Die Kategorien „Alpha-Alkoholismus“ und „Beta-Alkoholismus“ bezeichnete er als „Vorstufen der Alkoholkrankheit“.

„Die aktuelle Mehrheitsmeinung, der ich mich anschließe und anschloss, ist, dass abnormale Formen der Aufnahme von Narkotika und Alkohol wie z. B. der Kontrollverlust und die körperliche Abhängigkeit von einem physiopathologischen Prozess verursacht werden und eine Krankheit darstellen.“

(Jellinek 1960, Übersetzung durch die Autorinnen und Autoren)

Vorstufen der Alkoholkrankheit wurden in der Folge dann auch als „akuter Alkoholismus“ oder „Alkoholmissbrauch“ bezeichnet; für „Alkoholkrankheit“ haben sich danach auch die Begriffe „chronischer Alkoholismus“, „Alkoholsucht“ und – seit sich die WHO (1964) zum Vorschlag entschloss, den Begriff „Sucht“ durch „Abhängigkeit“ zu ersetzen – „Alkoholabhängigkeit“ und „Alkoholabhängigkeitssyndrom“ etabliert. Verwirrend ist, dass heute der Begriff Alkoholismus allein kaum mehr im umfassenden Sinne der ursprünglichen Definitionen von WHO und Jellinek gebraucht wird, sondern zur Kurzform des Begriffs chronischer Alkoholismus wurde und als Synonym von Alkoholabhängigkeit verwendet wird, was einer neuerlichen Bedeutungsverschiebung gleichkommt: von einer ursprünglich engen Definition mit Fokus auf ausschließlich somatische

Probleme durch Alkoholkonsum (Verständnis nach Huss) zu einer weit gefassten Definition sämtlicher Konsumformen mit negativen Folgen (Verständnis nach Jellinek) und weiter zu einer wieder eng gefassten Definition mit Fokus auf die Abhängigkeitskomponente (aktueller Verständnis).

Um der Mehrdeutigkeit des Begriffs Alkoholismus zu entgehen, wurde in der neunten Revision der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-9) durch die WHO im Jahr 1980 die Unterscheidung zwischen „Alkoholmissbrauch“ und „Alkoholabhängigkeit“ eingeführt und der Begriff „Alkoholismus“ nicht mehr verwendet. Diese Unterscheidung und der Verzicht auf den Begriff Alkoholismus findet sich auch im „Diagnostischen und statistischen Manual psychischer Störungen“ (DSM-IV) der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung wieder (Saß et al. 2003).

Bei der Weiterentwicklung zu ICD-10 (10. Revision) erfolgte eine weitere Unterteilung des Begriffs „Missbrauch“ in „schädlicher Gebrauch“ und „akute Intoxikation (akuter Rausch)“. Der englische Begriff Alcohol Dependence Syndrome wurde in ICD-10 mit „Abhängigkeitssyndrom“ übersetzt.

Im DSM-IV-TR⁸¹ wurde die Diagnosekategorie „Missbrauch“ zunächst beibehalten, die Unterscheidung zwischen Missbrauch und Abhängigkeit in der Weiterentwicklung des Manuals (DSM-5) jedoch gänzlich aufgegeben. Beide Störungsbilder werden in DSM-5 als Stadien derselben Dimension betrachtet. Entsprechend der Orientierung an einem eindimensionalen quantitativen Störungsmodell kann nach DSM-5 zwischen unterschiedlichen Ausprägungen oder Schweregraden einer Substanzgebrauchsstörung (Substance Use Disorder) differenziert werden. Dies ersetzt die bisherige kategoriale Logik, der zufolge für die beiden Diagnosekategorien jeweils nur die dichotomen Ausprägungen „zutreffend“ bzw. „nicht zutreffend“ zur Verfügung standen. Als weitere Änderung ersetzt das DSM-5 die bisherige Oberbezeichnung „Substanzbezogene Störungen“ durch die Bezeichnung „Sucht und zugehörige Störungen“ (Addiction and Related Disorders), wodurch nun auch stoffgebundene Süchte unter diese Kategorie subsumiert werden können (Rumpf et al. 2011). Die Übersetzung des englischen Ausdrucks Alcohol Use Disorder mit Alkoholkonsumstörung ist zwar sprachlich eher befremdlich, weil man im Deutschen krankheitswertige Zustände üblicherweise nicht als Störungen bezeichnet, diese Übersetzung hat sich in Fachkreisen aber nichtsdestoweniger inzwischen weitgehend durchgesetzt.

Die Abkehr vom Begriff Abhängigkeit (Substance Dependence) und sein Ersatz durch „Sucht“ (Addiction) sollen jene Aspekte einer Suchterkrankung betonen, die sich nicht somatisch manifestieren (Toleranzentwicklung und Entzugssymptome) und in der Kriterienliste des DSM-5 die Mehrzahl darstellen. Das Argument von Rumpf et al. (2011), dass dadurch auch eine Entstigmatisierung von suchtkranken Menschen bewirkt werden solle, mutet allerdings zumindest im deutschen Sprachgebrauch seltsam an, da auch die zuvor vollzogene Abkehr vom Begriff Sucht (im Deutschen abgeleitet von „siechen“) und dessen Ersatz durch „Abhängigkeit“ mit demselben Argument begründet wurde.

Abseits der fachlichen Diskussionen im Zusammenhang mit ICD und DSM ist der Ausdruck Alkoholismus im allgemeinen Sprachgebrauch nach wie vor weitverbreitet. Obwohl „Alkoholismus“

⁸¹ DSM-IV-TR ist eine Textrevision des DSM-IV, die aktuelle Forschungsergebnisse zu Komorbidität, Prävalenz, Verlauf, familiären Beziehungsmustern, Alters- und Geschlechtsmerkmalen sowie zur Differenzialdiagnose der einzelnen Störungen beinhaltet. Zudem wurden weitreichende Ergänzungen zu einigen Störungsbildern, zu denen bei Erscheinen des DSM-IV noch keine ausreichenden Daten vorgelegen hatten, vorgenommen.

weder in ICD-10 noch in DSM-5 vorkommt, wird der Ausdruck in der Praxis weiterhin häufig synonym mit Ausdrücken wie Alkoholabhängigkeit, Alkoholsucht oder Alkoholkrankheit verwendet. Im neuen ICD-11 werden ebenso synonym dazu die Begriffe „Alkoholkonsumstörung“ bzw. „Alkoholgebrauchsstörung“ verwendet.

4.4 Typologien für alkoholassoziierte Störungen

Der traditionelle Ausdruck Alkoholismus und der aktuelle Ausdruck Alkoholkonsumstörung bezeichnen beide kein einheitliches Erkrankungsbild, sondern eines, das sich in Entstehungs geschichte, Symptomatik, Verläufen und Prognose recht unterschiedlich darstellt und unterschiedliche Behandlungsstrategien erfordert. In der Vergangenheit gab es zahlreiche Versuche, sinnvolle Unterkategorien anhand des Trinkverhaltens oder biologischer und genetischer Aspekte zu erstellen. Die folgenden Typologien haben neue Blickwinkel eingeführt und dadurch Bedeutung für die klinische Arbeit gehabt.

4.4.1 Typologie nach Jellinek

Die unter Alkoholismusexpertinnen und -experten über viele Jahre gebräuchlichste Klassifikation des Alkoholismus geht auf Jellinek (1960) zurück, der Personen mit Alkoholproblemen primär anhand des Trinkstils nach fünf Kategorien unterteilte und diese mit den griechischen Buchstaben Alpha bis Epsilon bezeichnete. Die Trinkformen des Alpha- und Beta-Typus bezeichnete er als Vorstufen der Alkoholkrankheit, Gamma-, Delta- und Epsilon-Trinker:innen bezeichnete er als alkoholkrank.

Alpha-Typ

- Für diesen Typus sind auch die Bezeichnungen Problemtrinker:innen, Erleichterungstrinker:innen und Konflikttrinker:innen zutreffend.
- Alpha-Typen sind von der Alkoholwirkung psychisch abhängig in dem Sinne, dass sie Alkohol verwenden, um körperliche oder seelische Probleme zu behandeln (Selbstmedikation) bzw. leichter zu ertragen.
- Das Trinken ist zwar undiszipliniert, aber die Fähigkeit zur Abstinenz ist noch vorhanden.
- Es kommt zu keinem Kontrollverlust beim Trinken, und
- es gibt auch keine Anzeichen einer körperlichen Abhängigkeit.

Beta-Typ

- Beim Beta-Typ handelt es sich um „Gelegenheitstrinker:innen“,
- die weder psychisch noch körperlich abhängig sind,
- bei denen sich aber ernste gesundheitliche Folgen des Alkoholkonsums wie Polyneuropathie, Gastritis, Leberzirrhose etc. abzeichnen.

Gamma-Typ

- Für diesen Typus sind auch die Bezeichnungen süchtige Trinkerin / süchtiger Trinker oder Rauschtrinker:in zutreffend, da Gamma-Alkoholkranke im Tagesverlauf unregelmäßig trinken und sich Phasen der starken Berauschung mit relativ unauffälligen Phasen abwechseln.
- Gamma-Typen zeichnen sich durch eine erhöhte Alkoholtoleranz aus,
- Die psychische Abhängigkeit ist stärker ausgeprägt als die ebenfalls vorhandene körperliche Abhängigkeit.
- Typisch für Gamma-Alkoholkranke ist, dass sie im Verlauf eines Trinkaktes nicht mehr aufhören können zu trinken, auch wenn sie selbst das Gefühl haben, bereits genug zu haben (Kontrollverlust).
- Sie können phasenweise zwar abstinent bleiben, wenn sie trinken, kommt es allerdings zum Kontrollverlust.

Delta-Typ

- Für diesen Trinktyp sind auch die Bezeichnungen Spiegeltrinker:in oder Gewohnheitstrinker:in gebräuchlich. Die Vertreter:innen dieses Typus müssen täglich und kontinuierlich trinken und zeigen keine Rauschsymptome.
- Delta-Typen zeichnen sich durch stark erhöhte Alkoholtoleranz aus, die körperliche Abhängigkeit ist stärker ausgeprägt als die ebenfalls vorhandene psychische Abhängigkeit.
- Es kommt beim Trinken zwar nicht zum Kontrollverlust, aber Delta-Alkoholkranke können sich des Alkoholkonsums nicht enthalten („Unfähigkeit zur Abstinenz“), da sie sonst unter Entzugserscheinungen zu leiden hätten.

Epsilon-Typ

- Für diesen Trinktyp ist auch die Bezeichnung Quartalssäufer:in gebräuchlich, da Epsilon-Alkoholkranke oft monatelang abstinent leben und dann in unregelmäßigen Abständen ausbruchsartig während kurzer Phasen exzessivem Alkoholkonsum frönen.
- Beim Epsilon-Typ ist die psychische Abhängigkeit wesentlich stärker ausgeprägt als die körperliche.
- Kontrollverluste sind typisch in den Trinkphasen, es besteht aber die Fähigkeit zur Abstinenz.

4.4.2 Typologie nach Cloninger

Die Typologie von Cloninger et al. (1996) wurde aufgrund der Ergebnisse von Adoptionsstudien und Familienuntersuchungen mit dem Fokus auf genetische Aspekte entwickelt. Cloninger et al. unterscheiden zwei pathologische Trinktypen anhand des Alters bei Beginn des problematischen Trinkens, von Persönlichkeitsmerkmalen und Alkoholfolgebeschwerden:

Typ I

Typ I ist durch den größeren Einfluss von Umweltfaktoren und durch einen Beginn der Sucht-krankheit nach dem 25. Lebensjahr gekennzeichnet. Dieser Typ kommt im gleichen Umfang bei

Männern und Frauen vor und ist durch einen milderen Verlauf des Alkoholmissbrauchs gekennzeichnet. Bei ihm steht die psychische Abhängigkeit im Vordergrund, die Betroffenen haben starke Schuldgefühle und große Angst, abhängig zu werden.

Typ II

Typ II ist eher von hereditären Faktoren abhängig und durch einen Beginn der Suchtkrankheit vor dem 25. Lebensjahr charakterisiert. Dieser Typ kommt vor allem bei Männern vor und ist durch starkes Alkoholverlangen, asoziale Persönlichkeitseigenschaften und Aggressionsausbrüche gekennzeichnet.

4.4.3 Primärer Alkoholismus vs. sekundärer Alkoholismus nach Schuckit

Eine für Praxis und Theorie besonders wichtige Unterscheidung ist jene nach primärem und sekundärem Alkoholismus nach Schuckit (1979).

Primärer Alkoholismus

Primärer Alkoholismus entwickelt sich infolge übermäßigen Alkoholkonsums (Primärproblematik) – meist vergleichsweise langsam –, wobei in der Folge psychische, körperliche und soziale Probleme (Sekundärproblematik) auftreten.

Sekundärer Alkoholismus

Sekundärer Alkoholismus entsteht, wenn Personen infolge psychischer, körperlicher und/oder sozialer Auffälligkeiten (Primärproblematik) beginnen, in großem Umfang Alkohol zur Selbstmedikation einzusetzen (Khantzian 1985; Khantzian 1997), und dann – meist recht rasch – von Alkohol abhängig werden (Sekundärproblematik).

In der Praxis ist die Frage, ob es sich bei einer vorliegenden Alkoholproblematik um eine primäre oder um eine sekundäre Problematik handelt, nicht immer leicht zu beantworten; es treten durchaus auch Mischformen auf.

4.5 Klassifikationssysteme

4.5.1 Kategoriale vs. dimensionale Diagnostik

Unter kategorialer (bzw. klassifikatorischer) Diagnostik versteht man die Gruppierung diagnostizierter Merkmale (Symptome) und die Zuordnung dieser Merkmalsgruppen in ein System von Kategorien (Klassen). Diesem Vorgehen liegt die Annahme zugrunde, dass es sinnvolle Gruppierungen beobachtbarer Merkmale gibt und dass sich diese Gruppen auch ausreichend voneinander unterscheiden, so dass die Bildung von Klassen bzw. Typen gerechtfertigt ist. Die beiden Diagnosesysteme ICD (International Classification of Diseases and Related Health Problems / Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme)

sowie DSM (Diagnostic and Statistical Manual on Mental Disorders / Diagnostisches und Statisches Handbuch Psychischer Störungen) waren bzw. sind ein Beispiel für kategoriale Diagnostik und werden in den Kapiteln 4.5.2 und 4.5.3 in der jeweils aktuell gültigen Version ausgeführt.

Eine Alternative zum kategorialen Ansatz ist die „mehrdimensional-quantitative Diagnostik“, die berücksichtigt, dass es unterschiedliche Symptome eines bestimmten Phänomens gibt, die ertens nicht zwangsläufig gemeinsam auftreten müssen und zweitens in ihrer Intensität unterschiedlich stark ausgeprägt sein können. So können z. B. im Zusammenhang mit einer Alkoholkonsumstörung negative körperliche, psychische oder soziale Probleme, aber keine Entzugs-symptome auftreten – und umgekehrt. Außerdem ist es z. B. wenig sinnvoll, mit den Optionen „ja“ oder „nein“ zu fragen, ob bereits eine Toleranzentwicklung stattgefunden hat, weil eine solche ja bei jeder Person stattfindet, die Alkohol getrunken hat. Sinnvoll ist nur, zu fragen, wie stark ausgeprägt diese Toleranzentwicklung im individuellen Fall ist. Nur wenn die Bedingungskonstellationen und Auswirkungen einer Alkoholkonsumstörung detailliert erfasst werden, ist eine differenzierte und effektive Therapieplanung möglich.

4.5.2 Klassifikation nach ICD-11

In Österreich werden sowohl eine international vergleichbare Spitalsentlassungsstatistik als auch eine Todesursachenstatistik geführt. Die Datensammlung für beide Statistiken sowie deren Dokumentation ist Aufgabe von Statistik Austria. Die Grundlage für beide Statistiken ist das von der WHO entwickelte Diagnosesystem Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD⁸²), deren 11. Version 2019 verabschiedet wurde und am 1. Jänner 2022 in Kraft trat. Für die Implementierung von ICD-11 bzw. die Umstellung von ICD-10 auf ICD-11 sind mehrjährige Übergangsfristen vorgesehen⁸³. Ein konkretes Datum für den Start der ICD-11 bzw. das Ende der Übergangsfrist in Österreich ist mit Stand 12/2025 noch nicht fixiert.

Seit 1873 werden regelmäßig Krankenanstaltenstatistiken erstellt (Statistik Austria 2005). Im Jahr 1953 wurden die Heil- und Pflegeanstalten per Erlass zur monatlichen Berichtlegung von Morbiditätsstatistiken an das Österreichische Statistische Zentralamt veranlasst. In Folge der Novelle 1988 des Krankenanstaltengesetzes wird ab 1989 die Erfassung, Übermittlung und Auswertung der Spitalsentlassungsstatistik EDV-unterstützt vorgenommen. Die Einführung des LKF-Systems⁸⁴ bewirkte ab dem Berichtsjahr 1997 einen ersten Bruch. Weitere Brüche entstehen regelmäßig durch Umstellungen der Dokumentationssysteme, wie zuletzt zum Jahreswechsel 2000/2001 mit der Umstellung von ICD-9 auf ICD-10.

Die Todesursachenstatistik basiert auf einer Auswertung der amtlichen Totenscheine, die von jener Ärztin bzw. jenem Arzt, die/der den Tod feststellt, ausgefüllt werden müssen. Auf dem Totenschein werden Begleitumstände, Grundleiden und die unmittelbare Todesursache festgehalten. Entsprechend der international üblichen monokausalen Todesursachenstatistik fand bis 2018 immer nur eine Todesursache Eingang in die offizielle Statistik. Seit 2019 führt Österreich eine multikausale Todesursachenstatistik, d. h., neben der zugrunde liegenden Todesursache

⁸² Die Abkürzung ICD steht für International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Die ICD wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben und ist eine ihrer Kernklassifikationen, deren Ziel es ist, die weltweite Erforschung von Morbidität und Mortalität mit einer international einheitlichen Systematik zu ermöglichen.

⁸³ <https://www.who.int/standards/classifications/frequently-asked-questions/icd-11-implementation> (zuletzt abgerufen am 26.08.2025)

⁸⁴ LKF steht für leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung.

werden auch andere Erkrankungen kodiert (Statistik Austria 2022a). Weil die Diagnosesysteme regelmäßig aktualisiert werden, sind internationale Vergleiche und Verlaufsdarstellungen immer mit großer Vorsicht zu interpretieren. Bisherige Brüche gab es zum Jahreswechsel 1968/69 (Umstellung auf ICD-8), zum Jahreswechsel 1979/80 (Umstellung auf ICD-9) und zum Jahreswechsel 2001/02 (Umstellung auf ICD-10).

Die ICD-11 beinhaltet sowohl Störungsbilder des Kapitels „Störungen durch Substanzgebrauch oder Verhaltenssüchte“ als auch eine Reihe explizit alkoholassozierter Störungen (vgl. Tabelle 6). Die diagnostischen Leitlinien für Störungen durch Alkohol werden in Kapitel 4.5.2.1 ausgeführt.

Tabelle 6: Alkoholassoziierte Störungen nach ICD-11

Code	Bezeichnung
Störungen durch Substanzgebrauch oder Verhaltenssüchte	
6C40	Störungen durch Alkohol
6C40.0	Episode des schädlichen Gebrauchs von Alkohol
6C40.1	Schädliches Muster des Gebrauchs von Alkohol
6C40.2	Alkoholabhängigkeit
6C40.3	Alkoholintoxikation
6C40.4	Alkoholentzug
6C40.5	Alkoholinduziertes Delir
6C40.6	Psychotische Störung durch Alkohol
6C40.70	Affektive Störung bedingt durch Alkohol
6C40.71	Angststörung bedingt durch Alkohol
6C40.Y	Sonstige näher bezeichnete Störungen durch Alkohol
6C40.Z	Störungen durch Alkohol, nicht näher bezeichnet
Neurokognitive Störungen	
6D72.10	Amnestische Störung durch Alkohol
6D84.0	Demenz durch Alkohol
Krankheiten des Nervensystems	
8D44	Alkoholbedingte neurologische Störungen
8D44.0	Alkoholpolyneuropathie
8D44.1	Alkoholmyopathie
8D44.Y	Sonstige näher bezeichnete alkoholbedingte neurologische Störungen
8D44.Z	Alkoholbedingte neurologische Störungen, nicht näher bezeichnet
Krankheiten des Kreislaufsystems	
BC43.01	Nichtfamiliäre dilative Kardiomyopathie
DA51.50	Alkoholduodenitis
Krankheiten des Verdauungssystems	
DB94	Alkoholische Leberkrankheit
DB94.0	Alkoholische Fettleber
DB94.1	Alkoholische Hepatitis
DB94.2	Alkoholische Leberfibrose
DB94.3	Alkoholische Leberzirrhose ohne Hepatitis
DB94.Y	Sonstige näher bezeichnete alkoholische Leberkrankheit
DB94.Z	Alkoholische Leberkrankheit, nicht näher bezeichnet

Code	Bezeichnung
	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben
KA06.2	Schädigung des Fetus oder Neugeborenen durch Alkoholkonsum der Mutter
	Entwicklungsanomalien
LD2F.00	Fetales Alkoholsyndrom
	Verletzungen, Vergiftungen oder bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen
NE61	Schädliche Wirkungen von oder Exposition gegenüber schädlichen, vorwiegend nicht medizinisch verwendeten Substanzen, anderenorts nicht klassifiziert

Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2025)

4.5.2.1 Leitlinien für ICD-11-Diagnosen im Kapitel „Störungen durch Alkohol“

Die Quelle für die folgenden Textauszüge zu den Diagnosen im Kapitel „Störungen durch Alkohol“ ist das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2025) und dessen online publizierte deutsche Entwurfsversion der ICD-11.

6C40.0 Episode des schädlichen Gebrauchs von Alkohol

Eine Episode des Alkoholgebrauchs, welche die körperliche oder geistige Gesundheit der betreffenden Person geschädigt hat (durch Verhalten im Rahmen einer Intoxikation, durch direkte oder sekundäre toxische Wirkungen auf Körperorgane/-systeme oder eine schädliche Verabreichungsart) oder zu einem Verhalten geführt hat, das die Gesundheit anderer schädigt (jede Form körperlicher Schädigung, einschließlich Trauma, oder psychischer Störung, die direkt auf das Verhalten der Person zurückzuführen ist, auf die sich die Diagnose des einmaligen schädlichen Gebrauchs bezieht, und zwar aufgrund der Alkoholintoxikation).

exklusive:

Schädliches Muster des Gebrauchs von Alkohol
Alkoholabhängigkeit

6C40.1 Schädliches Muster des Gebrauchs von Alkohol

Ein Muster des Gebrauchs von Alkohol über einen Zeitraum von mindestens 12 Monaten (episodischer Gebrauch) oder mindestens einem Monat (kontinuierlicher Gebrauch). Das Muster des Alkoholgebrauchs hat die körperliche oder geistige Gesundheit der betreffenden Person geschädigt (durch Verhalten im Rahmen einer Intoxikation, durch direkte oder sekundäre toxische Wirkungen auf Körperorgane/-systeme oder eine schädliche Verabreichungsart) oder zu einem Verhalten geführt, das die Gesundheit anderer schädigt (jede Form körperlicher Schädigung, einschließlich Trauma, oder psychischer Störung, die direkt auf das Verhalten der Person zurückzuführen ist, auf die sich die Diagnose des einmaligen schädlichen Gebrauchs bezieht, und zwar aufgrund der Alkoholintoxikation).

Unterteilung:

- 6C40.10 Schädliches Muster des Gebrauchs von Alkohol, episodisch
- 6C40.11 Schädliches Muster des Gebrauchs von Alkohol, kontinuierlich
- 6C40.1Z Schädliches Muster des Gebrauchs von Alkohol, nicht näher bezeichnet

exklusive:

Alkoholabhängigkeit

Episode des schädlichen Gebrauchs von Alkohol

6C40.2 Alkoholabhängigkeit

Bei der Alkoholabhängigkeit handelt es sich um eine Störung der Steuerung des Alkoholgebrauchs, die durch wiederholten oder kontinuierlichen Alkoholgebrauch entsteht. Gekennzeichnet ist dies durch die in Tabelle 7 genannten Merkmale. Diese Merkmale zeigen sich über einen Zeitraum von mindestens 12 Monaten, bzw. kann die Diagnose auch gestellt werden, wenn der Alkoholgebrauch über einen Zeitraum von mindestens drei Monaten kontinuierlich (täglich oder fast täglich) erfolgt.

Tabelle 7: Gegenüberstellung der Kriterien für Alkoholabhängigkeit, ICD-11 und ICD-10

ICD-11*	ICD-10
1. Beeinträchtigung der Kontrolle über den Alkoholkonsum – in Bezug auf Beginn, Menge, Umstände oder Ende des Konsums. Häufig, aber nicht notwendigerweise begleitet von einem subjektiven Gefühl des Drangs oder Verlangens, Alkohol zu konsumieren	1. Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, Alkohol zu konsumieren
2. Physiologische Merkmale (die auf eine alkoholbezogene Neuroadaptation hinweisen), die sich durch (i) Toleranz, (ii) Entzugserscheinungen nach Beendigung oder Verringerung des Alkoholkonsums oder (iii) wiederholten Konsum von Alkohol zur Verhinderung oder Linderung von Entzugssymptomen äußern. Die Entzugserscheinungen müssen für das Alkoholentzugssyndrom charakteristisch sein und dürfen nicht einfach einen Katereffekt widerspiegeln.	2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums
3. Der Alkoholkonsum nimmt einen immer höheren Stellenwert im Leben ein, so dass dem Konsum Vorrang vor anderen Interessen oder Vergnügungen, täglichen Aktivitäten, Verantwortlichkeiten, der Gesundheit oder der persönlichen Pflege eingeräumt wird. Der Alkoholkonsum nimmt eine zunehmend zentrale Rolle im Leben der Person ein, verdrängt andere Lebensbereiche an die Peripherie und wird oft trotz des Auftretens von Problemen fortgesetzt.	3. Ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums, nachgewiesen durch die alkoholspezifischen Entzugssymptome oder durch die Aufnahme der gleichen oder einer nahen verwandten Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden
	4. Nachweis einer Toleranz. Um die ursprünglich durch niedrigere Dosen erreichten Wirkungen hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich.
	5. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums, erhöhter Zeitaufwand, um Alkohol zu bekommen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen
	6. Anhaltender Konsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen. Es sollte dabei festgestellt werden, dass die/der Betreffende sich tatsächlich über Art und Ausmaß der schädlichen Folgen im Klaren war oder dass zumindest davon auszugehen ist.

*Bei den Kriterien handelt es sich um eine Übersetzung der diagnostischen Leitlinien von Saunders et al. (2019) durch die Autorinnen und Autoren, da für das Deutsche nur eine Entwurfsversion bzw. noch keine gültige Übersetzung vorliegt. Änderungen sind möglich.

Quelle: Saunders et al. (2019), Dilling et al. (2000)

Zusätzlich kann ein episodischer bzw. kontinuierlicher Gebrauch sowie die Remission (frühe/anhaltende Remission sowie Teil-/Vollremission) kodiert werden.

Unterteilung:

6C40.20 Alkoholabhängigkeit, gegenwärtiger Gebrauch, kontinuierlich

6C40.21 Alkoholabhängigkeit, gegenwärtiger Gebrauch, episodisch

6C40.22 Alkoholabhängigkeit, frühe Vollremission

6C40.23 Alkoholabhängigkeit, anhaltende Teilremission

6C40.24 Alkoholabhängigkeit, anhaltende Vollremission

6C40.2Z Alkoholabhängigkeit, nicht näher bezeichnet

inklusive:

Chronischer Alkoholismus

Dipsomanie⁸⁵

exklusive:

Episode des schädlichen Gebrauchs von Alkohol

Schädliches Muster des Gebrauchs von Alkohol

6C40.3 Alkoholintoxikation

Klinisch bedeutsamer vorübergehender Zustand, der sich während oder kurz nach dem Alkoholgebrauch entwickelt. Er ist gekennzeichnet durch Störungen des Bewusstseins, der Kognition, der Wahrnehmung, des Affekts, des Verhaltens oder der Koordination, die durch die pharmakologischen Wirkungen des Alkohols verursacht werden und deren Intensität mit der konsumierten Alkoholmenge zusammenhängt. Sie sind zeitlich begrenzt und klingen ab, wenn der Alkohol aus dem Körper abgebaut wird. Zu den Symptomen gehören Aufmerksamkeitsstörungen, unangemessenes oder aggressives Verhalten, Stimmungsschwankungen und Emotionen, Beeinträchtigung des Urteilsvermögens, schlechte Koordination, unsicherer Gang, leichter Nystagmus und undeutliche Sprache.

exklusive:

Alkoholvergiftung

Gefährlicher Alkoholgebrauch

6C40.4 Alkoholentzug

Klinisch bedeutsamer, in Schweregrad und Dauer variierender Komplex von Symptomen, Verhaltensweisen und/oder physiologischen Merkmalen, die nach Beendigung oder Reduzierung des Alkoholgebrauchs bei Personen auftreten, die eine Alkoholabhängigkeit entwickelt oder über einen längeren Zeitraum oder in großen Mengen Alkohol konsumiert haben. Symptome des Alkoholentzugs sind verstärkte autonome Aktivität, verstärktes Zittern der Hände, Übelkeit, Würgen oder Erbrechen, Schlaflosigkeit, Angstzustände, psychomotorische Unruhe, depressive oder dysphorische Stimmung, vorübergehende visuelle, taktile oder auditive Illusionen oder Halluzinationen und Ablenkbarkeit. Seltene Komplikationen können sich durch generalisierte tonisch-klonische epileptische Anfälle ergeben. Der Entzug kann in eine sehr schwere Form des Delirs übergehen, in solchen Fällen sollte auch die separate Diagnose eines alkoholinduzierten Delirs gestellt werden.

⁸⁵ Dipsomanie bezeichnet das episodische Trinken von Alkohol, vergleichbar mit dem Epsilon-Typus von Jellinek (vgl. Kap. 4.4.1).

Unterteilung:

- 6C40.40 Alkoholentzug, ohne Komplikationen
- 6C40.41 Alkoholentzug, mit Wahrnehmungsstörungen
- 6C40.42 Alkoholentzug, mit epileptischen Anfällen
- 6C40.43 Alkoholentzug, mit Wahrnehmungsstörungen und epileptischen Anfällen
- 6C40.4Z Alkoholentzug, nicht näher bezeichnet

6C40.5 Alkoholinduziertes Delir

Ein akuter Zustand von Aufmerksamkeitsstörungen und Bewusstseinsstörungen mit spezifischen Delir-Merkmalen wie Bewusstseinsstörungen mit Desorientiertheit, lebhaften Halluzinationen und Illusionen, Schlaflosigkeit, Wahnsymptomen, Unruhe, Aufmerksamkeitsstörungen sowie begleitendem Zittern und physiologischen Symptomen des Alkoholentzugs. Der Zustand entwickelt sich während oder kurz nach einer Substanzintoxikation oder einem Entzug oder während des Alkoholgebrauchs. Die Menge und die Dauer des Alkoholgebrauchs müssen ausreichend sein, ein Delir zu verursachen. Die Symptome lassen sich nicht besser durch eine primäre psychische Störung, durch den Gebrauch oder Entzug einer anderen Substanz oder durch einen anderen Gesundheitszustand erklären, der nicht unter psychische Störungen, Verhaltensstörungen und neuromentale Entwicklungsstörungen fällt.

inklusive:

- Delir, durch Alkoholentzug ausgelöst
- Delirium tremens

exklusive:

- Gefährlicher Alkoholgebrauch

6C40.6 Psychotische Störungen durch Alkohol

Gekennzeichnet durch psychotische Symptome, die während oder kurz nach einer Alkoholintoxikation oder einem Alkoholentzug auftreten. Die Intensität oder Dauer der Symptome geht deutlich über die psychoseähnlichen Wahrnehmungs-, Kognitions- oder Verhaltensstörungen hinaus, die für eine Alkoholintoxikation oder einen Alkoholentzug charakteristisch sind. Die Menge und die Dauer des Alkoholgebrauchs müssen ausreichend sein, psychotische Symptome hervorzurufen. Die Symptome lassen sich nicht besser durch eine primäre psychische Störung erklären, wie dies der Fall sein könnte, wenn die psychotischen Symptome vor dem Beginn des Alkoholgebrauchs auftraten, wenn die Symptome über einen längeren Zeitraum nach Beendigung des Alkoholgebrauchs oder des Alkoholentzugs fortbestehen oder wenn es andere Hinweise auf eine vorbestehende primäre psychische Störung mit psychotischen Symptomen gibt.

Unterteilung:

- 6C40.60 Psychotische Störung durch Alkohol, mit Halluzinationen
- 6C40.61 Psychotische Störung durch Alkohol, mit Wahnsymptomen
- 6C40.62 Psychotische Störung durch Alkohol, mit gemischten Symptomen
- 6C40.6Z Psychotische Störung durch Alkohol, nicht näher bezeichnet

exklusive:
Gefährlicher Alkoholgebrauch

4.5.2.2 Änderungen von ICD-10 auf ICD-11

Eine wesentliche Änderung der ICD-11 gegenüber der ICD-10 ist die Umgruppierung der Kriterien für die Abhängigkeit. Jeweils zwei der sechs Kriterien der ICD-10 wurden in der ICD-11 zu einem neuen Kriterium gepaart. Für die Diagnose einer Alkoholabhängigkeit müssen zwei dieser Kriterien erfüllt sein (anstelle dreier Kriterien wie im ICD-10), wobei es ausreichend ist, dass pro Paar jeweils nur ein Symptom erfüllt ist.

In der ICD-11 wurde mit der „Einzelepisode eines schädlichen Gebrauchs von Alkohol“ eine neue Kategorie eingeführt. Des Weiteren wurden Änderungen bei den alkoholinduzierten mentalen Störungen, die außerhalb des Kapitels angeführt werden, durchgeführt, und die alkoholinduzierten neurokognitiven Störungen wurden in das Kapitel „Neurokognitive Störungen“ verschoben (Saunders et al. 2019).

4.5.3 Klassifikation nach DSM-5

DSM ist die Abkürzung für Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen), das in seiner ersten Fassung (DSM-I) von der American Psychiatric Association (APA) erstmals 1952 herausgegeben wurde. Die aktuelle Version DSM-5 hat 2013 die Vorgängerversion DSM-IV⁸⁶ abgelöst.

Im DSM-5 sind Störungen im Zusammenhang mit Substanzen im Kapitel „Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen und abhängigen Verhaltensweisen“ („Substance-Related and Addictive Disorders“) zusammengefasst. Sie unterteilen sich in (1) Störungen durch Substanzkonsum (ausgeführt in Kap. 4.5.3.1) und (2) substanzinduzierte Störungen (vgl. Tabelle 9).

4.5.3.1 Störungen durch Alkoholkonsum

Zu den Störungen durch Alkoholkonsum gehören im Wesentlichen die Alkoholkonsumstörung, die Alkoholintoxikation und der Alkoholentzug. Die folgende Darstellung beruht zum einen auf den deutschsprachigen diagnostischen Leitlinien des DSM-5 (American Psychiatric Association 2020), zum anderen auf dem originalen DSM-5 (American Psychiatric Association 2013).

Alkoholkonsumstörung

Die Alkoholabhängigkeit wird durch eine Reihe von Verhaltens- und körperlichen Symptomen definiert, zu denen Entzug, Toleranz und Verlangen gehören können (vgl. Tabelle 8).

⁸⁶ Bis zur vierten Version wurden zur Kennzeichnung der jeweiligen Version römische Ziffern, ab der fünften werden nun arabische Ziffern verwendet.

Tabelle 8: Kriterien für eine Alkoholkonsumstörung nach DSM-5

Kriterium	Beschreibung
A	Ein problematisches Muster von Alkoholkonsum führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigungen oder Leiden, wobei mindestens zwei der folgenden Kriterien innerhalb eines Zeitraums von 12 Monaten vorliegen.
1	Alkohol wird häufig in größeren Mengen oder länger als beabsichtigt konsumiert.
2	Anhaltender Wunsch oder erfolgslose Versuche, den Alkoholkonsum zu verringern oder zu kontrollieren
3	Hoher Zeitaufwand, um Alkohol zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von seiner Wirkung zu erholen
4	Craving oder starkes Verlangen, Alkohol zu konsumieren
5	Wiederholter Alkoholkonsum, der zu einem Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause führt
6	Fortgesetzter Alkoholkonsum trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme, die durch die Auswirkungen von Alkohol verursacht oder verstärkt werden
7	Wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des Alkoholkonsums aufgegeben oder eingeschränkt.
8	Wiederholter Alkoholkonsum in Situationen, in denen der Konsum zu einer körperlichen Gefährdung führt
9	Fortgesetzter Alkoholkonsum trotz Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden körperlichen oder psychischen Problems, das wahrscheinlich durch Alkohol verursacht wurde oder verstärkt wird
10	Toleranzentwicklung, definiert durch eines der folgenden Kriterien: Verlangen nach ausgeprägter Dosissteigerung, um einen Intoxikationszustand oder einen erwünschten Effekt herbeizuführen Deutlich verminderte Wirkung bei fortgesetztem Konsum derselben Menge an Alkohol
11	Entzugssymptome, die sich durch eines der folgenden Kriterien äußern: Charakteristisches Entzugssyndrom in Bezug auf Alkohol Alkohol (oder eine sehr ähnliche Substanz wie etwa Benzodiazepine) wird konsumiert, um Entzugssymptome zu lindern oder zu vermeiden

Quelle: American Psychiatric Association (2020)

Hinsichtlich des Schweregrads wird zwischen einer leichten (2–3 Kriterien), einer mittleren (4–5 Kriterien) und einer schweren Alkoholkonsumstörung (6 oder mehr Kriterien) unterschieden. Zusätzlich sind bei der Alkoholkonsumstörung weitere Bestimmungen vorgesehen: Waren die Kriterien für eine Alkoholkonsumstörung zuvor vollständig erfüllt, aber war keines der Kriterien (Ausnahme: Craving) in mindestens drei Monaten und weniger als 12 Monaten erfüllt, wird „frühremittiert“ kodiert bzw. „anhaltend remittiert“, wenn dieser Zeitraum mehr als 12 Monate beträgt. Die Zusatzkodierung „in geschützter Umgebung“ kann dann vergeben werden, wenn sich die Person in einer Umgebung mit eingeschränktem Zugang zu Alkohol aufhält.

Alkoholintoxikation

Die Diagnose einer Alkoholintoxikation setzt das Vorhandensein klinisch signifikanter problematischer Verhaltensweisen oder psychologischer Veränderungen (z. B. unangemessenes sexuelles oder aggressives Verhalten, Stimmungslabilität, beeinträchtigtes Urteilsvermögen, Beeinträchtigung der sozialen oder beruflichen Funktion) voraus, die sich während oder kurz nach der Alkoholaufnahme entwickeln. Diese Veränderungen gehen mit Anzeichen einer Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit und des Urteilsvermögens einher und können bei starker Intoxikation zu ei-

nem lebensbedrohlichen Koma führen. Die Symptome sind nicht auf einen anderen medizinischen Zustand zurückzuführen, nicht Ausdruck eines Delirs und stehen nicht im Zusammenhang mit einer Intoxikation mit einer anderen Substanz wie z. B. Benzodiazepinen.

Die Zusatzkodierung „mit Wahrnehmungsstörungen“ ist bei Vorliegen von Halluzinationen bei intakter Realitätskontrolle oder akustischer, visueller oder taktiler Illusionen, ohne dass ein Delir vorliegt, zu vergeben.

Alkoholentzug

Wesentliches Merkmal eines Alkoholentzugs ist ein charakteristisches Entzugssyndrom, das innerhalb weniger Stunden bis zu einigen Tagen nach Beendigung bzw. Reduktion eines schweren und anhaltenden Alkoholkonsums beginnt. Das Entzugssyndrom umfasst zwei oder mehr der in Kriterium B aufgeführten Symptome (autonome Hyperaktivität, verstärkter Tremor, Schlaflosigkeit, Übelkeit/Erbrechen, vorübergehende Halluzinationen, psychomotorische Unruhe, Angst, generalisierte tonisch-klonische Krampfanfälle) und Angst widerspiegeln, sowie gastrointestinale Symptome. Die Entzugssymptome verursachen klinisch signifikanten Stress oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen. Die Symptome sind nicht auf einen anderen medizinischen Zustand zurückzuführen und nicht besser durch eine andere psychische Störung erklärbar (einschließlich einer Intoxikation oder des Entzugs einer anderen Substanz).

Weitere **alkoholinduzierte Störungen** (vgl. Tabelle 9) werden in anderen Kapiteln des DSM-5 beschrieben.

Tabelle 9: Alkoholinduzierte Störungen nach DSM-5

Bezeichnung
Alkoholinduzierte Psychotische Störung
Alkoholinduzierte Bipolare Störung
Alkoholinduzierte Depressive Störung
Alkoholinduzierte Angststörung
Alkoholinduzierte Schlafstörung
Alkoholinduzierte Sexuelle Funktionsstörung
Alkoholinduzierte Schwere und Leichte Neurokognitive Störung
Alkoholintoxikationsdelir
Alkoholentzugsdelir

Quelle: American Psychiatric Association (2020)

4.5.3.2 Änderungen von DSM-IV auf DSM-5

Änderungen in puncto Sucht zeigen sich zunächst darin, dass mit Gambling Disorder erstmalig eine nicht stoffgebundene Störung in das Kapitel „Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Verhaltensweisen und abhängigen Verhaltensweisen“ aufgenommen wurde. Des Weiteren wurde die Unterscheidung zwischen Missbrauch und Abhängigkeit aufgegeben, stattdessen wurden unterschiedliche Ausprägungsstufen einer Alkoholkonsumstörung eingeführt, d. h., es fand ein Wechsel von kategorialer in Richtung dimensionaler Diagnostik statt. Das Kriterium der

wiederkehrenden alkoholassoziierten Probleme mit dem Gesetz wurde fallengelassen, während das Kriterium „Craving“ hinzugefügt wurde.

Eine Alkoholkonsumstörung wird im DSM-5 anhand von elf Kriterien definiert. Im Vergleich zum DSM-IV hat sich der Schwellenwert für die Diagnosestellung verändert: Während im DSM-IV bereits ein Kriterium für die Diagnose eines Missbrauchs bzw. mindestens drei Kriterien für die Diagnose einer Abhängigkeit erforderlich waren, ist für die Diagnose einer Alkoholkonsumstörung nach DSM-5 das Vorliegen mindestens zweier Kriterien vonnöten. Anstelle des Begriffs Sucht findet im DSM-5 der neutralere Begriff Substanzkonsumstörung Verwendung, da er als weniger stigmatisierend gilt und das gesamte Spektrum der Störung von leichten bis hin zu schweren Ausprägungen besser abbildet (American Psychiatric Association 2020).

4.5.4 Vergleich der Änderungen und ihre Implikationen für die Praxis

Während in der ICD-11 die Unterscheidung zwischen schädlichem Gebrauch und Abhängigkeit und damit der kategoriale Ansatz beibehalten wird, verfolgt das DSM-5 einen dimensionalen Ansatz, indem die Diagnosen Missbrauch und Abhängigkeit zugunsten verschiedener Ausprägungen einer Alkoholkonsumstörung aufgegeben werden.

In beiden Klassifikationssystemen haben sich durch die Umstellung auf die jeweils aktuelle Version die Schwellenwerte für die Diagnose einer Alkoholabhängigkeit bzw. einer Alkoholkonsumstörung verringert. In der ICD-11 sind mindestens zwei anstelle dreier Kriterien für die Diagnose einer Alkoholabhängigkeit notwendig, eine Alkoholkonsumstörung nach DSM-5 erfordert ebenfalls das Vorliegen mindestens zweier Kriterien. Diese Änderungen bewirken in erster Linie eine Zunahme an Personen, bei denen unter Verwendung von ICD-11 eine Alkoholabhängigkeit bzw. unter DSM-5 eine Alkoholkonsumstörung diagnostiziert wird (Degenhardt et al. 2019).

4.6 Klassifizierung nach dem selbstberichteten Alkoholkonsumverhalten

Bei Befragungen zum Alkoholkonsum ist es üblich, die Befragungsteilnehmer:innen im Rahmen der Auswertung in qualitative Kategorien einzuteilen. Die wichtigste Grundlage für eine solche Gliederung in Konsumgruppen bilden zumeist die Trinkfrequenz und die durchschnittliche Trinkmenge, die eine Kategorisierung in Abstinente und Nichtabstinente erlauben, wobei Letztere anhand der durchschnittlichen Konsummenge pro Tag weiter differenziert werden.

Im Rahmen der österreichweiten „Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch“ wurden in nunmehr fünf Erhebungswellen (Strizek et al. 2016; Strizek et al. 2021; Uhl et al. 1996; Uhl et al. 2005b; Uhl et al. 2009b) die Befragten in sechs qualitative Kategorien unterteilt (vgl. Tabelle 10). Bei der Interpretation dieser Klassifikation sind folgende Präzisierungen zu beachten:

- Der Ausdruck „in der Regel“ zur Beschreibung der Wahrscheinlichkeit möglicher Gesundheitsprobleme bei geringem Alkoholkonsum und bei problematischem Konsum bezieht sich auf den Umstand, dass zwischen der konsumierten Alkoholmenge und den darauf zurückzuführenden zu erwartenden Gesundheitsbeeinträchtigungen ein statistischer Zusammenhang vorliegt, der nicht in jedem Einzelfall zutreffen muss. Es gibt anfällige Personen, für die bereits geringe Alkoholmengen ein erhebliches Gesundheitsrisiko bedeuten, und

Personen, die einen relativ hohen Alkoholkonsum über einen langen Zeitraum ohne nachweisbare Gesundheitsbeeinträchtigung aufrechterhalten können.

- Der ungewöhnliche Ausdruck Abstinente bzw. Fastabstinent spiegelt den Umstand wider, dass ein halbes Glas Sekt zu Silvester und ein Glas Wein bei einem Geburtstag, dem sich auch erklärte Alkoholgegner:innen mitunter nicht entziehen können oder wollen, diese nicht daran hindert, sich als „abstinent“ zu bezeichnen, auch wenn sie bei strenger Auslegung natürlich nicht als „Abstinente“ bezeichnet werden können.
- Da es bei Befragungen üblicherweise nicht möglich ist, die klinische Diagnose „Alkoholismus“ bzw. „Alkoholabhängigkeit“ sinnvoll zu stellen (etwa wenn „Selbstausfüllerfragebögen“ verwendet werden oder wenn die Interviewer:innen nicht über eine entsprechende einschlägige Ausbildung verfügen), werden „Personen mit extremem Alkoholkonsum“ über eine festgelegte Alkoholmenge zunächst pauschal als „Problemkonsumentinnen/-konsumenten“ ausgewiesen und ein bestimmter Teil von ihnen anschließend der Kategorie „alkoholkranke Personen“ zugeordnet. Letztere Zuordnung erfolgt nicht auf der Basis von Befragungsergebnissen, sondern über eine unabhängige Schätzung (vgl. Kap. 7.4).
- Die Harmlosigkeits- bzw. Gefährdungsgrenze wurde, wie in Kapitel 4.2 ausgeführt, in Übereinstimmung mit Empfehlungen des britischen Health Education Council (1989) definiert – eine Grenzziehung, die auch über WHO-Publikationen⁸⁷ (z. B. Anderson 1990) international popularisiert wurde. Will man eine Veränderung von Konsumgruppen über mehrere Erhebungswellen hinweg vergleichen, ist es unabdingbar, dass identische Grenzmengen verwendet werden. Aus diesem Grund werden im Rahmen der österreichischen Repräsentativeerhebung zu Substanzgebrauch über alle Erhebungszeitpunkte hinweg die in Tabelle 10 dargestellten Grenzmengen verwendet, auch wenn immer wieder Diskussionen über die Angemessenheit dieser Grenzmengen stattfinden und in anderen Ländern bzw. anderen Surveys andere Grenzmengen zur Anwendung kommen.

⁸⁷ Da WHO-Publikationen üblicherweise von internationalen Expertinnen und Experten im Auftrag der WHO verfasst und von der WHO dann gedruckt und vertrieben werden, ohne dass die WHO die Inhalte als offizielle WHO-Position ausgibt, ist es nicht korrekt, diese Grenzen als „WHO-Grenzen“ oder als „von der WHO empfohlene Grenzen“ anzuführen. In der Regel vertreten andere Expertinnen und Experten in anderen WHO-Publikationen davon abweichende Positionen.

Tabelle 10: Kategorien nach selbstberichtetem Alkoholkonsumverhalten im Rahmen der österreichischen Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch

Konsumkategorie	Beschreibung
primär Abstinente bzw. Fastabstinente	Personen, die ihr Leben lang (fast) keinen Alkohol getrunken haben, konkret: maximal einmal pro Vierteljahr Alkohol zu sich genommen haben
sekundär Abstinente bzw. Fastabstinente	Personen, die zwar früher getrunken haben, seit einem längeren Zeitraum aber (fast) abstinenter leben, konkret: früher getrunken, im letzten Vierteljahr aber maximal einmal Alkohol zu sich genommen haben
Personen mit geringem Alkoholkonsum	Personen, deren Alkoholkonsum in der Regel kein Gesundheitsproblem darstellt, konkret: Alkoholkonsum unter der „Harmlosigkeitsgrenze“, d. h. Frauen bzw. Männer, die durchschnittlich nicht mehr als 16 g bzw. 24 g Alkohol pro Tag trinken
Personen mit mittlerem Alkoholkonsum	Personen, deren Alkoholkonsum ein Gesundheitsproblem darstellen könnte, konkret: Alkoholkonsum zwischen „Harmlosigkeitsgrenze“ und „Gefährdungsgrenze“.
Personen mit problematischem Alkoholkonsum	Personen, deren Alkoholkonsum in der Regel ein erhebliches Gesundheitsproblem darstellt, konkret: Alkoholkonsum über der „Gefährdungsgrenze“, d. h. Frauen bzw. Männer, die durchschnittlich mehr als 40 g bzw. 60 g Alkohol pro Tag trinken
alkoholkranke Personen	Personen, die nach ICD-10 als „alkoholabhängig“ klassifiziert würden

Quelle: Repräsentativerhebung 2015 (Strizek et al. 2016); Darstellung: GÖG

Befragungsdaten bieten den großen Vorteil, neben der durchschnittlichen Konsummenge auch andere Variablen erheben zu können, die über das Konsumverhalten Auskunft geben und daher zur Unterscheidung von Trinkmustern herangezogen werden. Zu diesen Variablen gehören unter anderem

- die Trinkfrequenz, also die Anzahl der Tage pro Monat oder pro Jahr, an denen Alkohol konsumiert wurde, wobei hierbei zumeist das Ziel ist, jene Personen zu identifizieren, die täglich oder fast täglich Alkohol trinken,
- die Anzahl der Räusche in einem bestimmten Zeitraum,
- die Anzahl der Trinksituationen, die als „Binge-Drinking“ oder – weitgehend synonym – als „heavy episodic drinking“ zu bezeichnen sind.

Sowohl die Anzahl der Räusche als auch jene der Trinksituationen⁸⁸, die mit „Rauschtrinken“ oder „heavy episodic drinking“ bezeichnet werden können, werden in erster Linie dazu herangezogen, zwischen explosiven Alkoholkonsumkulturen (gekennzeichnet durch eine hohe Anzahl solcher Gelegenheiten) und gemäßigten Alkoholkonsumkulturen (gekennzeichnet durch eine geringe Anzahl solcher Gelegenheiten) zu unterscheiden. Diese Unterscheidung ist nicht zuletzt dann relevant, wenn es um gesundheitliche und soziale Probleme geht, die mit Alkoholkonsum verbunden sind, da bekannt ist, dass insbesondere in Hinblick auf Unfälle und Probleme mit Gewalt nicht primär die längerfristig getrunkene Alkoholmenge entscheidend ist, sondern die Art und Weise, wie diese Alkoholmenge konsumiert wird (Rehm et al. 1996; Rehm et al. 2003).

⁸⁸ Zu definitorischen und konzeptionellen Problemen mit Begriffen wie Rausch, Binge-Drinking und Trinkgelegenheit vgl. Abschnitt 4.1. Wegen erheblicher Unschärfen und Mehrdeutigkeiten sind empirische Ergebnisse, die mit diesen Begriffen operieren, grundsätzlich mit Vorsicht zu interpretieren.

5 Auswirkungen des akuten und chronischen Alkoholkonsums

Der wesentlichste bei der alkoholischen Gärung entstehende und zum Genuss geeignete Alkohol (C_2H_5OH) wird in der Chemie als „Ethanol“ oder „Ethylalkohol“ und umgangssprachlich als „Weingeist“, „reiner Alkohol“, „Reinalkohol“ oder schlicht als „Alkohol“ bezeichnet. Der bei der alkoholischen Gärung ebenfalls, wenn auch in weit geringerem Umfang, entstehende und zum Genuss ungeeignete Alkohol (CH_3OH) wird in der Chemie als „Methanol“ oder „Methylalkohol“ bezeichnet. Die Giftigkeit von Methanol entsteht durch das beim Alkoholabbau im Körper entstehende Formaldehyd. Infolge des unterschiedlichen Siedepunkts von Ethanol und Methanol (78,3 °C bzw. 64,7 °C) kann bei der Spirituosenerzeugung durch Destillieren eine Trennung der beiden Alkoholarten durchgeführt werden.

5.1 Alkoholmetabolismus

Alkoholkonsum kann akute und langfristige gesundheitsrelevante Auswirkungen auf den Menschen haben. Als kurzfristig sind vor allem das erhöhte Unfallrisiko und die enthemmende Wirkung erwähnenswert. Letztere bringt Menschen dazu, Dinge zu tun, die sie im nüchternen Zustand unterlassen würden. Ein sehr hoher Alkoholisierungsgrad (Blutalkoholkonzentration zwischen 3 und 6 Promille) kann auch zum plötzlichen Tod durch Atemstillstand und/oder Kreislaufversagen führen (vgl. Kap. 5.4.1). Langfristig kann vor allem der exzessive Alkoholkonsum zu einer Reihe ernster gesundheitlicher Beeinträchtigungen führen, weswegen er in den meisten Ländern der Erde ein Gesundheitsproblem ersten Ranges darstellt. Unbestreitbar ist, dass viele Erkrankungen unmittelbar auf übermäßigen Alkoholkonsum zurückgeführt werden können bzw. dass manche Gesundheitsprobleme bei Personen mit exzessivem Alkoholkonsum erheblich öfter auftreten als bei solchen mit mäßigem Alkoholkonsum und bei Abstinenten. Ob mäßiger Alkoholkonsum auch eine relevante positive Auswirkung auf die Gesundheit von Menschen haben kann, ist nach wie vor Gegenstand teilweise recht heftig geführter Kontroversen (vgl. Kap. 5.7).

5.1.1 Alkoholaufnahme

Üblicherweise wird der Großteil des Alkohols im Magen (10–30 %) und im Darm (70–90 %) absorbiert. Grundsätzlich kann Alkohol aber auch über jede Körperoberfläche einschließlich Mund, Haut und Lunge aufgenommen werden. Nach der Einnahme verteilt sich der Alkohol zunächst über den Blutstrom und danach durch Diffusion im gesamten Körperwasser (Van Haaren et al. 1999).

Bei der Alkoholaufnahme kann man unterscheiden zwischen

- einer resorptiven Phase bis zum Erreichen des maximalen Blutalkoholspiegels und
- einer postresorptiven Phase, in der die Blutalkoholkonzentration wieder sinkt (Widmark 1932).

Rund 30–60 Minuten nach der Aufnahme (Resorptionsphase) ist die höchste Alkoholkonzentration im Blut erreicht. Die gleichmäßige Verteilung des Alkohols im gesamten Körperwasser ist etwa 60–90 Minuten nach der letzten Alkoholaufnahme (Diffusionsphase) abgeschlossen. Von

diesem Zeitpunkt an entspricht die Alkoholkonzentration des Blutes weitgehend jener des Gewebes (Feuerlein 1979). Der Alkoholgehalt des Gehirns entspricht im Wesentlichen dem Blutalkoholspiegel (Van Haaren et al. 1999).

5.1.2 Theoretischer und tatsächlicher Gipfel des Blutalkoholspiegels

Der theoretisch maximal mögliche Gipfel des Alkoholspiegels (der sich ergibt, wenn der konsumierte Alkohol sich gleichmäßig im gesamten Körperwasser verteilt hat und in der Resorptionsphase kein Alkoholabbau stattfindet) hängt ab von

- der konsumierten Menge reinen Alkohols und
- dem Gewicht des Körperwassers (Körpergewicht minus dem Gewicht der nichtwässrigen Körperanteile) (Kohlenberg-Müller et al. 1990).

Da sich der tatsächlich erreichte Alkoholspiegelverlauf aus der Differenz der Invasionskurve (Anstieg des Blutalkoholspiegels, wenn kein Alkoholabbau stattfände) und der Eliminationskurve (Abbaukurve, wenn kein weiterer Alkohol mehr ins Blut gelangt) ergibt (Mallach 1987b), kann der theoretisch mögliche Blutalkoholspiegel tatsächlich nie erreicht werden. Besonders stark liegt der tatsächliche Alkoholspiegelgipfel unter dem theoretischen Alkoholspiegelgipfel, wenn die Resorptionsgeschwindigkeit verringert und die Abbaugeschwindigkeit hoch ist.

Wie Mallach (1987a) ausführt, gibt es eine Fülle von Faktoren, welche die Alkoholresorptionsgeschwindigkeit direkt oder indirekt beeinflussen. Der Alkoholspiegel steigt unter folgenden Bedingungen besonders rasch an:

- wenn das Alkoholkonzentrationsgefälle zwischen Magen bzw. Darm und dem umliegenden Gewebe groß ist: Daher führen Alkoholkonsum auf leeren Magen sowie der Konsum hochprozentiger Getränke in der Regel zu einem erheblich rascheren Anstieg des Alkoholspiegels.
- wenn die Oberfläche, an der Alkohol aufgenommen werden kann, besonders groß ist: Daher ist der Anstieg des Alkoholspiegels verlangsamt, wenn der alkoholhaltige Mageninhalt nicht oder nur langsam vom Magen in den Dünndarm weitergeleitet bzw. dort nur langsam weiterbewegt wird. Da Nahrungsaufnahme, bestimmte Nahrungs inhaltsstoffe, Hungergefühl, Übelkeit usw. die Verweildauer des Mageninhalts sowie die Magen- bzw. Darmbeweglichkeit stark beeinflussen, determinieren diese Faktoren indirekt auch die Geschwindigkeit des Alkoholspiegelanstiegs.
- wenn die Magen- und Darmschleimhaut gut durchblutet und nicht durch wasserabweisende Substanzen (wie Fett und Öl) bedeckt ist. Auf diese Weise kann eine Temperatur von Getränken, welche die Magendurchblutung fördert, den Alkoholspiegelanstieg beschleunigen, der Konsum fetter und öriger Speisen kann den Alkoholspiegelanstieg verzögern.

Infolge der Komplexität der Zusammenhänge ist es nur schwer möglich, im Einzelfall zu prognostizieren, welches konkrete Verhalten die Alkoholresorptionsgeschwindigkeit – und damit auch den tatsächlichen Alkoholspiegelgipfel – erhöht.

Von kohlensäurehaltigen und/oder zuckerhaltigen alkoholischen Getränken wird oft behauptet, dass sie die Alkoholresorption erheblich beschleunigen würden. Die wissenschaftlichen Belege für diese Behauptung sind allerdings keinesfalls eindeutig und weisen teilweise – zumindest den Zucker betreffend – sogar geringfügig in die entgegengesetzte Richtung (Clark et al. 1973).

Um das Problem an einem konkreten Beispiel zu illustrieren: Wer auf nüchternen Magen Schnaps trinkt, erzeugt ein stärkeres Alkoholkonzentrationsgefälle (als dies bei der gleichen Menge an Alkohol über Bier der Fall wäre) zwischen Magen und dem umliegenden Gewebe, was die Alkoholaufnahme beschleunigt. Wenn damit der Magen allerdings sehr stark gereizt wird oder gar Übelkeit hervorgerufen wird, wird der Mageninhalt nicht in den Dünndarm weitergeleitet, wodurch die Oberfläche, an der Alkohol aufgenommen werden kann, auf den Magen beschränkt bleibt und die Alkoholaufnahme verzögert wird.

Generell kann man sagen, dass die Resorptionsgeschwindigkeit durch Nahrungsaufnahme vor oder während des Alkoholkonsums erheblich verzögert wird, was bewirkt, dass der tatsächliche Alkoholspiegelgipfel viel geringer ausfällt als der theoretische (Van Haaren et al. 1999). Wie sich hier die konkrete Zusammensetzung der Nahrung im Einzelfall auswirkt, kann aber nur schwer prognostiziert werden, weil hier eine Fülle individueller Faktoren und Wechselwirkungen eine Rolle spielen und die Zusammenhänge noch nicht ausreichend quantitativ untersucht sind.

Der nach einer bestimmten Alkoholeinnahme rechnerisch mögliche theoretische Alkoholspiegel kann deswegen nie erreicht werden, weil ein Teil des Alkohols bereits vor dem Erreichen des Blutkreislaufs über die Leberpassage (First-Pass-Metabolismus) abgebaut wird und weil darüber hinaus der Alkoholabbau im Organismus sofort beginnt, wenn Alkohol konsumiert wird – also bevor der Maximalspiegel im Blut erreicht wird (Van Haaren et al. 1999). Der Alkoholabbau erfolgt weitgehend linear zwischen 0,1 und 0,2 Promille pro Stunde. Nur bei Personen, die regelmäßig sehr große Mengen Alkohol konsumieren, kann der Alkoholabbau über das sogenannte MEOS-System⁸⁹ noch erheblich rascher vonstatten gehen (vgl. Kap. 5.1.4).

Die naheliegende Vorstellung, dass eine Verzögerung der Alkoholaufnahme, ganz besonders stark durch das Essen fetter Speisen, den Prozess von der Anflutung bis zur vollständigen Ausnützung bloß verzögert, ist falsch. Wird die Alkoholresorption verzögert, ist der maximal erreichte Blutalkoholspiegel zwar geringer, die Dauer bis zur vollständigen Ausnützung aber unverändert, da der Alkoholabbau unabhängig vom Alkoholspiegel annähernd linear erfolgt. Der durchschnittliche Alkoholspiegel – und damit die Belastung des Organismus durch Alkohol – über den gesamten Zeitraum bis zur vollständigen Ausnützung ist in diesem Fall aber deutlich geringer, als wenn Alkohol auf nüchternen Magen getrunken wird.

5.1.3 Berechnung des theoretischen Alkoholspiegels

Auch wenn der theoretische Alkoholspiegelgipfel tatsächlich nie ganz erreicht werden kann, weil der Alkoholabbau bereits beginnt, bevor die Resorption und Diffusion des Alkohols im Körperwasser abgeschlossen ist, erlauben die folgenden Überlegungen dennoch eine grobe Approximation des durch eine bestimmte Alkoholeinnahme erzielbaren Alkoholspiegels. Realistische Promillerechner im Internet, welche die Nahrungsaufnahme, den First-Pass-Metabolismus und den Abbau während der Anflutungsphase rechnerisch berücksichtigen, kommen zu geringeren Werten als die folgenden Überlegungen zum theoretisch möglichen maximalen Alkoholspiegel (ohne Berücksichtigung des gleichzeitig stattfindenden Alkoholabbaus).

⁸⁹ MEOS = mikrosomales ethanoloxidierendes System

Der Alkoholspiegel im Blut (Blutalkoholkonzentration, BAK) wird in Österreich in „Gramm Alkohol pro Liter Blut“ (Mischpromille) und in Deutschland abweichend davon als „Gramm Alkohol pro Kilogramm Blut“ (Gewichtspromille) gemessen (Grubwieser et al. 2002). Da die Dichte von Blut 1,03 g/ml beträgt (Iffland et al. 2003), ist ein in Österreich gemessener BAK-Wert durch 1,03 zu dividieren, um den für Deutschland relevanten BAK-Wert zu erhalten. Bei allen folgenden Ausführungen findet die für Österreich relevante BAK-Berechnungsmethode Anwendung.

Für die Berechnung des theoretischen Alkoholspiegelgipfels ist es notwendig, das Gesamtgewicht des konsumierten Reinalkohols (ALKGEW) und das Körperwassergewicht (KWGEW) bzw. das damit numerisch identische⁹⁰ Körperwasservolumen (KWVOL) der betreffenden Person zu kennen oder zu schätzen. Daraus kann man die Alkoholkonzentration im Körperwasser (Körperwasseralkoholkonzentration = KWAK = ALKGEW : KWVOL) errechnen. Nach einiger Zeit ist die Körperwasseralkoholkonzentration (KWAK) identisch mit der Alkoholkonzentration im wässrigen Blutanteil (Blutwasser), weswegen man bei Berechnungen die KWAK mit der Blutwasseralkoholkonzentration (BWAK) gleichsetzen kann. Kennt man nun den Wassergehalt des Blutes (Blutwasserkonzentration = BWK = Liter Blutwasser pro Liter Blut), so kann man aus der Blutwasseralkoholkonzentration (BWAK) durch Multiplikation mit der Blutwasserkonzentration (BWK) die Blutalkoholkonzentration (BAK) errechnen. Beim Menschen liegt die BWK relativ konstant um die 80 Prozent (Grüner 1995, Seite 551). Aus diesen Überlegungen ergibt sich Formel 7:

Formel 7: Formel zur Berechnung des maximal erreichbaren BAK-Werts

$$BAK \text{ (in Promille)} = \frac{ALKGEW \text{ (in g)} \times BWK}{KWVOL \text{ (in l)}} = \frac{ALKGEW \text{ (in g)} \times 0,8}{KWVOL \text{ (in l)}}$$

In der Regel ist das Körperwasservolumen (KWVOL) einer bestimmten Person nicht bekannt, ihr Körpergewicht aber leicht festzustellen. In diesem Fall kann man das Körperwasservolumen, das ja mit dem Körperwassergewicht (KWGEW) numerisch identisch ist, grob schätzen, indem man das Körpergewicht (KG EW) mit der durchschnittlichen Körperwasserkonzentration (KWK) des Menschen multipliziert ($KWGEW = KGEW \times KWK$). Völlig gleichwertig mit der Angabe der KWK ist die Angabe des sogenannten Reduktionsfaktors (RED), der das Verhältnis zwischen Blutwasserkonzentration (BWK) und Körperwasserkonzentration beschreibt, da diese beiden Werte durch Multiplikation bzw. Division mit 0,8 leicht in den jeweils anderen Wert umrechenbar sind (vgl. Formel 8).

Formel 8: Formel zur Umrechnung der Körperwasserkonzentration in den Reduktionsfaktor

$$RED = \frac{KWK}{BWK} = \frac{KWK}{0,8}$$

⁹⁰ Da die Dichte von Wasser eins beträgt, entspricht ein Liter Wasser einem Kilogramm Wasser, weswegen der in der Literatur gebräuchliche Begriff Körperwasservolumen mit „Körperwassergewicht“ im alltagssprachlichen Sinn und mit „Körperwassermasse“ im physikalischen Sinn identisch ist.

Berechnungen der BAK, die das Körperwasservolumen über das Körpergewicht und die durchschnittliche Körperwasserkonzentration bzw. den Reduktionsfaktor schätzen, sind allerdings ungenau, da die Körperwasserkonzentration zwischen Menschen sehr stark variiert.

So empfehlen z. B. Gerchow et al. (1980), von folgenden Durchschnittswerten auszugehen:

- Personen mit hohem Körperfettanteil: $RED \cong 0,6$, woraus folgt: $KWK \cong 48 \text{ Gew.-\%}$
- Personen mit durchschnittlichem Körperfettanteil: $RED \cong 0,7$, woraus folgt:
 $KWK \cong 56 \text{ Gew.-\%}$
- Personen mit niedrigem Körperfettanteil: $RED \cong 0,8$, woraus folgt: $KWK \cong 64 \text{ Gew.-\%}$

Widmark (1932) unterscheidet zwischen den Geschlechtern⁹¹ und gibt folgende Werte an:

- Frauen: $RED \cong 0,7$, woraus folgt: $KWK \cong 56 \text{ Gew.-\%}$
- Männer: $RED \cong 0,8$, woraus folgt: $KWK \cong 64 \text{ Gew.-\%}$

Van Haaren et al. (1999) geben folgende Werte an:

- Frauen: $KWK \cong 50 \text{ Gew.-\%}$, woraus folgt: $RED \cong 0,63$
- Männer: $KWK \cong 60 \text{ Gew.-\%}$, woraus folgt: $RED \cong 0,75$

Schmidt et al. (2003) geben folgende Werte an:

- Frauen: $KWK \cong 51 \text{ Gew.-\%}$, woraus folgt: $RED \cong 0,64$
- Männer: $KWK \cong 65 \text{ Gew.-\%}$, woraus folgt: $RED \cong 0,81$

Wie man sieht, schwanken die Angaben unterschiedlicher Autorinnen/Autoren zur durchschnittlichen Körperwasserkonzentration von Männern und Frauen erheblich. Einigkeit besteht allerdings darin, dass die Körperwasserkonzentration von Männern um einen relevanten Faktor (14 % bis 27 %) größer ist, weil Frauen durchschnittlich einen höheren Fettanteil aufweisen.

Formt man Formel 7 so um, dass man das Körpergewicht (KGEW) und die Körperwasserkonzentration (KWK) bzw. den Reduktionsfaktor (RED) einsetzen kann, so ergibt sich Formel 9:

Formel 9: Widmark'sche Formel

$$BAK (\text{in Promille}) = \frac{ALKGEW (\text{in g}) \times BWK (\text{in \%})}{KGEW (\text{in kg}) \times KWK (\text{in \%})} = \frac{ALKGEW (\text{in g})}{KGEW (\text{in kg}) \times RED (\text{in \%})}$$

Unter Anwendung von Formel 9 ergeben sich, wenn man von einer fettleibigen Person einerseits und einer hageren Person andererseits ausgeht, die BAK-Werte in Tabelle 11.

⁹¹ Der Geschlechterunterschied erklärt sich dadurch, dass Frauen einen höheren Fettgewebeanteil haben als Männer (vgl. 5.1.8).

Tabelle 11: Beispiele für die praktische Anwendung der Widmark'schen Formel

Parameter der Metabolisierung	Blutalkohollevel
1 ÖSG, d. h. 20 g reiner Alkohol, bei einer 120 kg schweren, sehr fettleibigen Person (Körperwasserkonzentration 40 % bzw. Reduktionsfaktor 0,5)	BAK von 0,33 Promille
1 ÖSG, d. h. 20 g reiner Alkohol, bei einer 60 kg schweren, sehr hageren Person (Körperwasserkonzentration 72 % bzw. Reduktionsfaktor 0,9)	BAK von 0,37 Promille

Zur Definition des österreichischen Standardglasses (ÖSG) vgl. Tab. 3.1.2

Quelle: Widmark (1932); Darstellung: GÖG

Präziser als der Ansatz, der von einer durchschnittlichen Körperwasserkonzentration (KWK) nach geschätztem Körperfett bzw. Geschlecht ausgeht, zieht der Zugang von Watson (1981) zusätzlich auch Körpergröße (KGR) und Lebensalter (LA) heran, um das gesamte Körperwasservolumen (KWVOL) zu schätzen.

Formel 10: Körperwasservolumen für Frauen und Männer nach Watson

$$\begin{aligned} KWVOL (\text{Frauen}) &= 2,097 + 0,1069 \times KGR (\text{cm}) + 0,2466 \times KGEW (\text{kg}) \\ KWVOL (\text{Männer}) &= 2,447 - 0,09516 \times LA (\text{Jahre}) + 0,1074 \times KGR (\text{cm}) + 0,3362 \times KGEW (\text{kg}) \end{aligned}$$

Für Frauen ergibt sich durch die Berücksichtigung des Alters keine signifikante Verbesserung der Schätzpräzision (Watson 1981), weswegen das Alter nur in Bezug auf Männer Berücksichtigung findet.

Wird Formel 10 so umgeformt, dass man das Körperwasservolumen (KWVOL) einsetzen kann, ergibt sich die inhaltlich äquivalente Formel 11.

Formel 11: Körperwasservolumen nach Watson

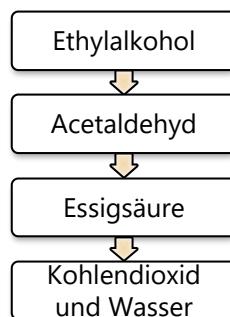
$$BAK (\text{in Promille}) = \frac{ALKGEW (\text{in g}) \times BWK}{KWVOL (\text{in l})} = \frac{ALKGEW (\text{in g}) \times 0,80}{KWVOL (\text{in l})}$$

Durch Umformung von Formel 9 bis Formel 12 kann aus der Blutalkoholkonzentration (BAK) auf die eingenommene Alkoholmenge rückgerechnet werden.

5.1.4 Abbau des Ethylalkohols

Nur ein kleiner Teil des Ethylalkohols wird über Atemluft, Urin, Schweiß, Tränenflüssigkeit etc. ausgeschieden, der größte Teil (90 %) wird mittels verschiedener Enzymsysteme vor allem in der Leber zu Kohlendioxid und Wasser abgebaut (oxidiert) (Grüner 1995). Der Abbau erfolgt enzymgesteuert über mehrere Schritte (Van Haaren et al. 1999):

Abbildung 4: Abbau des Ethylalkohols



Quelle: Van Haaren et al. (1999); Darstellung: GÖG

Der Abbau von Ethylalkohol zu Acetaldehyd erfolgt durch vier Enzymsysteme:

- Alkohol-Dehydrogenase (ADH)
- mikrosomales ethanoloxidierendes System (MEOS)
- Katalase
- Bindung an Glucuronsäure

Dabei spielen die beiden letzten nur eine unwesentliche Rolle (Mallach 1987a). Das MEOS ist im Gegensatz zur ADH induzierbar und deshalb für den beschleunigten Alkoholabbau bei alkoholkranken Personen verantwortlich (Feuerlein 1979).

Acetaldehyd wird vom Enzym Aldehyd-Dehydrogenase (ALDH) zu Essigsäure und dann im Zitratzyklus zu Kohlendioxid und Wasser abgebaut. Es gibt vier ALDH-Untergruppen in Gestalt von vier Isoenzymen, von denen ALDH-II das wesentlichste ist. Bei manchen Menschen ist das Enzym ALDH-II genetisch bedingt inaktiv, wodurch sich beim Alkoholabbau ein Acetaldehydstau ergibt, der sich als Alkoholunverträglichkeit manifestiert (Flush-Reaktion). Der Anteil der Personen mit Alkoholunverträglichkeit an der Gesamtbevölkerung wird unter Europäerinnen und Europäern auf fünf Prozent, bei ostasiatischen und indigenen Völkern hingegen auf 80 Prozent geschätzt (Agarwal et al. 1999).

Der Alkoholabbau erfolgt großteils in der Leber, es gibt aber Hinweise darauf, dass ein relevanter Teil des Abbaus bereits in Magen und Darm stattfindet. Letzteres ist vor allem in Zusammenhang mit dem sogenannten First-Pass-Metabolismus von Bedeutung, der konsumierten Alkohol in Magen, Darm und Leber abbaut, noch bevor dieser den peripheren Blutkreislauf erreicht (Mallach 1987a).

Der Abbau des Alkohols im Blut erfolgt weitgehend linear mit einer Eliminationsrate zwischen 0,1 Promille und 0,2 Promille pro Stunde. Durchschnittlich kann man von einer Eliminationsrate von 0,15 Promille pro Stunde ausgehen (Feuerlein 1979). Mit Formel 12 kann man darauf aufbauend den minimalen, den mittleren und den maximalen Alkoholspiegelabbau in Promille in Abhängigkeit von der Zeit (in Stunden nach dem Alkoholkonsum) berechnen.

Formel 12: Minimale, durchschnittliche und maximale BAK in Promille

$$0,1 \times \text{Zeit in Stunden} = \text{minimale BAK} - \text{Abnahme in Promille}$$

$$0,15 \times \text{Zeit in Stunden} = \text{durchschnittliche BAK} - \text{Abnahme in Promille}$$

$$0,2 \times \text{Zeit in Stunden} = \text{maximale BAK} - \text{Abnahme in Promille}$$

In Zusammenhang mit der praktischen Rückrechnung des Blutalkoholwerts nach Verkehrsdelikten wird von der Eliminationsuntergrenze (0,1 Promille pro Stunde) ausgegangen, was im Sinne der/des Beschuldigten liegt (Grüner 1995). Liegt es jedoch in deren/dessen Sinne, eine höhere Elimination anzunehmen, ist forensisch natürlich die Eliminationsobergrenze (0,2 Promille pro Stunde) anzunehmen⁹².

5.1.5 Abbau des Methylalkohols

Alkoholische Getränke enthalten neben Ethylalkohol auch den weit giftigeren Methylalkohol (Methanol), der zu Formaldehyd und danach in Ameisensäure metabolisiert wird. Methylalkohol wird von den gleichen Strukturen abgebaut wie Ethylalkohol, allerdings erst, wenn der Ethylalkohol bereits vollständig metabolisiert ist. Aus diesem Grund ist es möglich, das weitere Ansteigen des Formaldehydspiegels im Zuge einer Methylalkoholvergiftung durch Zufuhr von Ethylalkohol zu blockieren, bis der Formaldehydspiegel so weit abgesunken ist, dass der restliche Methylalkohol ohne akute Schädigung des Organismus abgebaut werden kann (Swift et al. 1998).

5.1.6 Messung der Blutalkohol-, Atemalkohol- und Urinalkoholkonzentration

Die Blutalkoholkonzentration (BAK) wird in Österreich weder in Gewichtsprozent (wie in Deutschland) noch in Volumprozent, sondern in einer Mischform (Gewicht pro Volumen) angegeben. „Promille BAK“ bedeutet „Gramm Alkohol pro Liter Blut“ und 0,5 Promille BAK bedeutet demnach 0,5 Gramm Alkohol pro Liter Blut. Die Atemalkoholkonzentration (AAK) wird in „Milligramm Alkohol pro Liter Atemluft“ definiert. Bluttests gelten meist als die verlässlichste Methode zur Messung der BAK, wenngleich auch sie nicht perfekt sind, wie Fous et al. (1987) anhand empirischer Ergebnisse feststellten.

Bei der Kontrolle des Alkoholisierungsgrads von Kfz-Lenkerinnen und -Lenkern kommt derzeit vor allem die AAK-Messung zur Anwendung. Zur Erfassung der AAK ist in Österreich gesetzlich der Alkomat vorgesehen, wobei seit 2005 auch der Einsatz von Vortestgeräten gesetzlich erlaubt ist (für eine ausführliche Darstellung vgl. „HBAÖ, Band 2: Gesetzliche Grundlagen“).

Die Umrechnung der AAK („Milligramm Alkohol pro Liter Atemluft“) in BAK („Gramm Alkohol pro Liter Blut“) erfolgt approximativ durch die Multiplikation des AAK mit dem Faktor 2 (0,25 Milligramm Alkohol pro Liter Atemluft entsprechen demnach 0,5 Gramm Alkohol pro Liter Blut, was gleichbedeutend mit 0,5 Promille BAK ist)⁹³. Der Umrechnungsfaktor 2 ist implizit im Gesetz (vgl. Uhl et al. 2018) verankert, indem bei den Grenzangaben entsprechende BAK- und AAK-Werte

⁹² Das ist z. B. dann relevant, wenn bei Gericht auf späteren Messungen basierende Behauptungen über Trinkmengen auf Plausibilität hin untersucht werden.

⁹³ Wenn man bei BAK und AAK die gleiche Maßeinheit (für beide Gramm oder für beide Milligramm) einsetzt, beträgt der Umrechnungsfaktor 2000.

gleichwertig nebeneinander gestellt werden. Empirisch ergibt sich – abweichend von dieser Konvention – ein Faktor von ca. 2,1. Die Abrundung auf 2 wirkt sich dabei zugunsten der Überprüften aus („Trinkerprivileg“, vgl. Kaltenegger 2001).

Fous et al. (1987) vertreten die Meinung, dass die Chance, bei einer Alkomatmessung als unauffällig durchzukommen, auch wenn man eigentlich einen erhöhten BAK-Wert aufweist, erheblich größer sei als jene, mit einem im erlaubten Rahmen liegenden BAK-Wert bei der Alkomatmessung beanstandet zu werden. Die zentrale Frage nach der konkreten Wahrscheinlichkeit, bei einer Alkomatmessung ungerechtfertigt beanstandet zu werden, beantworten sie dahingehend, dass sie vernachlässigbar gering sei – wobei sie allerdings einräumen, dass in rund 3 von 1.000 Fällen (0,26 %) bei der Atemluftkontrolle unerklärliche Ausreißer zu beobachten seien.

Die letztlich extrem gute Übereinstimmung der BAK- mit den AAK-Werten bei Fous et al. (1987) erklärt sich dadurch, dass die Autoren diese Ausreißer vor der Berechnung der Übereinstimmung zwischen BAK und AAK eliminierten. Auch Kaltenegger (2001) beschreibt mögliche Probleme bei der Alkomatmessung, vertritt aber wie Fous et al. (1987) die Ansicht, dass die Anwendung des Alkomaten ohne ergänzenden Bluttest trotzdem zu vertreten sei. Die zentrale Frage ist hier nicht, ob völlig nüchterne und stark alkoholisierte Personen korrekt klassifiziert werden, sondern wie groß die Wahrscheinlichkeit für eine auf der AAK basierende Fehldiagnose ist, wenn die BAK knapp unter 0,5 Promille liegt. Hier scheint das Bild keinesfalls so positiv zu sein, wie die genannten Autoren dies vertreten. Es gibt einige empirische Befunde (Grubwieser et al. 2002; Jachau et al. 2000), die – basierend auf den Resultaten umfangreicher Trinkversuche – besagen, dass wegen der sehr großen Schwankungsbreite der Quotienten aus BAK und AAK die Umrechnung von AAK auf BAK eigentlich nicht zu rechtfertigen ist.

Wie auch immer man den Umstand der Unsicherheit in der Umrechnung von AAK auf Blutalkoholkonzentration beurteilt: Rechtlich gilt das Ergebnis einer Alkomatmessung als verbindlich, sofern keine Messung der Blutalkoholkonzentration durchgeführt wurde, wie ein Erkenntnis des Verwaltungsgerichtshofs vom 28. Mai 1993 feststellt (VwGH, 93/02/0092). Wer glaubt, dass das für ihn ungünstige Alkomatmessergebnis nicht stimmt, sollte sich daher rasch um eine Messung der Blutalkoholkonzentration bemühen – diese Möglichkeit steht Beschuldigten nach der Gesetzeslage offen. Es ist allerdings nicht möglich, eine solche Validierung der Alkomatmessung durch einen Bluttest seitens der Polizei einzufordern.

Die Urinalkoholkonzentration (UAK) steht in keinem konstanten Verhältnis zur BAK. In der Aufnahmephase ist sie niedriger als die Alkoholkonzentration im Blut, in der Abbauphase ist der Urinalkohol höher als der Blutalkoholspiegel. Ein sicherer Rückschluss von der UAK auf das jeweilige Niveau des BAK ist daher ganz eindeutig nicht möglich (Feuerlein 1979).

5.1.7 Konsumierte Alkoholmenge und Promillewert

Die Frage, wie viel man trinken kann, ohne den gesetzlichen Grenzwert von 0,5 Promille zu überschreiten, beschäftigt natürlich viele Fahrzeuglenker:innen, wird aber von den verantwortlichen Expertinnen und Experten angesichts großer interindividueller Unterschiede nur ungern beantwortet. Setzt man die Grenze zu niedrig an, wird sie von Personen, die aus Einzelbeispielen und Trinkversuchen wissen, dass man auch mit weit größeren Mengen einen Alkomattest ohne Probleme überstehen kann, nicht ernst genommen. Setzt man die Grenze zu hoch an, kann man

mitverantwortlich dafür sein, dass Personen, die sich genau an die Empfehlung halten, mit der Straßenverkehrsordnung in Konflikt geraten.

Generell ist es immer anzuraten, keinen Alkohol zu trinken, wenn man vorhat, ein Fahrzeug zu lenken. Dazu kommt auch, dass man im Falle eines Unfalls auch dann ernste Probleme haben kann, wenn der Alkoholisierungsgrad unter der gesetzlich festgelegten maximal zulässigen Blutalkoholkonzentration von 0,5 Promille liegt.

Versucht man allerdings, sich anhand der Berechnungsformeln in Kap. 5.1.3 zu orientieren, sollte man Folgendes bedenken:

- Die Menge Alkohol, die man trinken kann, um eine bestimmte BAK-Grenze nicht zu überschreiten, ist nicht direkt vom Körpergewicht, sondern ausschließlich vom Gewicht des Körperwassers abhängig (das Körperwassergewicht entspricht dem Produkt aus Körpergewicht und Körperwasserkonzentration). Fettleibige können daher trotz weit höheren Gewichts nicht mehr Alkohol zu sich nehmen als Schlanke, wenn sie die Promillegrenze einhalten wollen. Allerdings ist kaum jemandem die eigene Körperwasserkonzentration bzw. das eigene Körperwassergewicht genau bekannt.
- Die Alkoholaufnahme, der Anstieg der Blutalkoholkonzentration und der Alkoholabbau werden von einer Reihe von Faktoren beeinflusst (Art des Getränks, zusätzliche Nahrungsaufnahme, Gewöhnung an Alkohol, psychische Faktoren, individuelle Stoffwechsel-eigenschaften etc.), weswegen die Orientierung an Mittelwerten problematisch ist (vgl. Kap. 5.1.2).
- Der Abbau des Blutalkohols variiert zwischen 0,1 und 0,2 Promille pro Stunde. Aus Sicherheitsgründen sollte man immer vom niedrigeren Wert ausgehen. Wie bereits erwähnt, wird in der Praxis bei der Rückrechnung des Blutalkoholwerts nach Verkehrsdelikten von 0,1 Promille Abbau pro Stunde ausgegangen, was im Sinne der Beschuldigten liegt⁹⁴.
- Die Messung mit dem Alkomat – aber auch mittels Bluttest – ist wie jede Messung nicht hundertprozentig verlässlich (vgl. Kap. 5.1.6), weswegen man grundsätzlich auch mit knapp unterkritischen BAK-Werten einen positiven Alkoholtest erzielen kann, wenngleich der umgekehrte Fall, dass man mit leicht überkritischen BAK-Werten durchkommt, wahrscheinlicher zu sein scheint.
- Keinesfalls sollte man aus Berichten anderer schließen, wie viel man trinken kann, ohne die gesetzliche Grenze zu überschreiten. Die Blutalkoholkonzentration variiert ja nicht nur stark in Abhängigkeit von der konsumierten Alkoholmenge, sondern auch in Abhängigkeit von Rahmenbedingungen. Infolge der Ungenauigkeit des Messgeräts kann es vorkommen, dass jemand einmal bei einer deutlichen Überschreitung des Grenzwerts durchkommt und beim nächsten Mal mit einer geringen Überschreitung positiv getestet wird.

5.1.8 Identische vs. äquivalente Alkoholkonsummengen

Um sachlich fundiert über die Frage, ob Kinder und Frauen empfindlicher auf Alkohol reagieren, diskutieren zu können, ist es unbedingt notwendig, eine Unterscheidung zu treffen, und zwar zwischen

⁹⁴ Dieser „Vorteil des Beschuldigten“ ergibt sich natürlich nur dann, wenn ein gewisser Zeitraum zwischen der Messung und dem relevanten Zeitpunkt (= Unfallzeitpunkt) liegt, für den eine BAK geschätzt werden soll.

- „äquivalenten Alkoholmengen“, also Mengen, die zu identischen Blutalkoholkonzentrationen führen, und
- „identischen Alkoholmengen“, also absolut gleichen Mengen eines alkoholischen Getränks.

Da Frauen durchschnittlich nur zwei Drittel des Körperwasservolumens von Männern haben, erreichen sie mit zwei Dritteln der Alkoholmenge eine identische Blutalkoholkonzentration (vgl. Kap. 5.1.3). Bei kleinen Kindern sind die Gewichtsunterschiede gegenüber Erwachsenen – und weitgehend proportional damit auch die Unterschiede im Körperwasservolumen – noch um ein Vielfaches größer. Es steht außer Frage, dass Frauen und Kinder mit durchschnittlichem Körperwasservolumen (KVV) zum einen auf identische Alkoholmengen in der Regel stärker reagieren als Männer mit durchschnittlichem Körperwasservolumen und zum anderen eine höhere Blutalkoholkonzentration erzielen.

Die Begriffe Alkoholvulnerabilität und Alkoholtoleranz sind nur in Zusammenhang mit dem Maß „äquivalente Mengen“ sinnvoll verwendbar, wie der nachstehende Extremvergleich illustrieren soll. Kaum jemand würde die auf dem Maß „identische Alkoholmengen“ basierende Aussage akzeptieren, dass Wale oder Elefanten um ein Vielfaches alkoholtoleranter seien als Mäuse oder Fliegen, da Letztere in Alkoholmengen ertrinken, die bei Ersteren nicht einmal eine messbare Erhöhung der Blutalkoholkonzentration hervorrufen.

5.1.9 Rausch und Vergiftung

Die akute Alkoholwirkung führt zu einem in seiner Intensität dosisabhängigen Rauschzustand. Man kann vier Stadien des Rausches unterscheiden (Soyka et al. 2008):

Leichte Rauschzustände (0,5–1,2 Promille Alkohol)

Neurologische Auffälligkeiten:

- Gang- und Standunsicherheit, verwaschene Sprache
- Beeinträchtigung komplexerer motorischer Funktionen
- Störungen der Koordination und der Augenbewegungen, eventuell auch Nystagmus (unkontrollierbare, rhythmische Bewegungen der Augen)
- Typisch ist eine Gesichtsrötung.

Psychischer Bereich:

- allgemeine Enthemmung, Verminderung der Kritikfähigkeit und hemmender psychischer Funktionen bzw. der Selbstkontrolle
- häufig Antriebssteigerung
- umgekehrt auch zunehmende Müdigkeit oder Schläfrigkeit, Beeinträchtigung von Konzentration und Gedächtnis möglich
- allgemein vermehrter Rede- und Tatendrang, Beeinträchtigung der Fähigkeit zur kritischen Selbstkontrolle, erhöhte Bereitschaft zu sozialen Kontakten, häufig ein subjektives Gefühl erhöhter Leistungsfähigkeit
- In der Regel sind die höheren psychischen Funktionen bei leichten Rauschzuständen aber nicht gravierend beeinträchtigt.

Mittelgradige Rauschzustände (1,5–2,5 Promille Alkohol)

Neurologische und motorische Störungen: vgl. oben, doch häufig in verstärkter Form

Psychischer Bereich:

- Höhere psychische Funktionen können beeinträchtigt sein, wobei das Denken aber meist noch geordnet und die Orientierung erhalten ist.
- Umweltkonstellationen und ihre soziale Bedeutung werden meist richtig erkannt.
- Verminderung der Selbstkritik, insbesondere gegenüber der eigenen Rolle in der gegenwärtigen Situation
- affektive Enthemmung und häufig auch eine gehobene Stimmungslage bis hin zur Euphorie
- andererseits auch Benommenheit und psychomotorische Unruhe
- leicht ablenkbar, nach außen orientiert, Erleben auf die unmittelbare, unreflektierte Bestrebung, triebhafte Bedürfnisse zu befriedigen, eingeengt
- Das Verhalten ist in besonderem Maße abhängig von der jeweiligen äußeren Situation, was sich im schnellen Wechsel der Intentionen, im Fehlen zielgerichteter Konstanz und in der Bereitschaft zu basalen, vorwiegend explosiven Reaktionsweisen zeigt.

Schwere Rauschzustände (2,5–4,0 Promille Alkohol)

Neurologische Symptome in verstärkter Form:

- Gleichgewichtsstörungen
- Dysarthrie, Schwindel, Ataxie und andere Symptome des zerebellovestibulären Systems

Psychischer Bereich

- zunehmende Bewusstseins- und Orientierungsstörungen
- Benommenheit
- aber auch illusionäre Verkennungen, Angst oder Erregung

Alkoholisches Koma (ab 4,0 Promille Alkohol)

- BAK über 4 Promille: in der Regel akute Lebensgefahr (vgl. Kap. 5.4.1)
- BAK über 5 Promille: Letalität bei über 50 Prozent
- besonders gefährlich: einerseits die alkoholbedingte Dämpfung der Atmung und des Atemzentrums, andererseits die Aspiration von Erbrochenem
- Bei der Sektion findet sich neben einer Leberverfettung eine vermehrte Blutfülle des Gehirns.

5.2 Alkohol und Morbidität

5.2.1 Beurteilung der gesundheitlichen Belastung durch Alkohol

Groß angelegte kontrollierte Experimente, bei denen Personen nach Zufallsprinzip in Kontroll- und Versuchsgruppen aufgeteilt werden, denen über viele Jahrzehnte vorgeschrieben wird, ob

und in welchem Umfang sie Alkohol konsumieren dürfen bzw. müssen, sind aus ethischen, praktischen und ökonomischen Gründen nicht durchführbar. Daher sind verlässliche quantitative Aussagen über die Auswirkungen des langfristigen Alkoholkonsums auf die Gesundheit und Lebenserwartung nur eingeschränkt möglich. Es ist zwar möglich, Menschen über ihre Alkoholkonsumgewohnheiten zu befragen und ihren Gesundheitszustand zum Zeitpunkt der Befragung zu erheben und mitunter auch die Entwicklung des Gesundheitszustands über viele Jahre bzw. bis zum Tod weiterzuverfolgen. Derartige **Beobachtungsdaten** lassen aber nur sehr bedingt Schlüsse darauf zu, ob und in welchem Ausmaß beobachtete Unterschiede ursächlich mit dem Alkoholkonsum der betreffenden Personen zusammenhängen oder über Drittvariablen zu erklären sind.

Menschen, die übermäßig Alkohol konsumieren, unterscheiden sich von Personen, die dies nicht tun, nicht ausschließlich in ihrem Alkoholkonsumverhalten, sondern auch bezüglich zahlreicher **anderer Risikofaktoren** wie z. B. sozialer und psychischer Belastungen oder Risikoverhaltensweisen. Es ist daher nicht zulässig, alle negativen gesundheitlichen Folgen undifferenziert dem Alkohol zuzuschreiben. Vielmehr müssen ungünstige soziale Verhältnisse, psychische (Vor-)Erkrankungen sowie alle in der Folge ebenfalls vermehrt auftretenden gesundheitsgefährdenden Verhaltensweisen als potenzielle Verursacher von Gesundheitsproblemen berücksichtigt werden.

Der ausschließliche Fokus auf Alkohol als Ursache für alle gesundheitlichen Probleme, die im Zusammenhang mit stärkerem Alkoholkonsum gehäuft auftreten, ist besonders bei Menschen mit komorbidem psychischen Erkrankungen fragwürdig. Wenn Menschen, deren Lebenserwartung z. B. aufgrund einer psychischen Erkrankung oder widriger sozialer Lebensumstände auch ohne Alkoholkonsum deutlich verringert ist, zur Verbesserung ihrer Stimmung Alkohol einsetzen (Selbstmedikation; vgl. Khantzian 1985; Khantzian 1997) und dann krankheitsbedingt früher sterben, ist zwar plausibel, dass der übermäßige Alkoholkonsum die Situation noch weiter verschärft, die Übermortalität aber ausschließlich dem Risikofaktor Alkoholkonsum anzulasten ist methodologisch unzulässig – wenngleich gängige Praxis.

Gleichzeitig steht außer Zweifel, dass exzessiver Alkoholkonsum oft zu schwerwiegenden Gesundheitsproblemen und in der Folge zu vorzeitigem Tod führt. Eindeutig ist das vor allem dort, wo der Zusammenhang zwischen exzessivem Alkoholkonsum und ernsten Erkrankungen sehr stark ausgeprägt ist und wo die Wirkmechanismen, welche die Krankheit verursachen, wissenschaftlich gut belegt sind.

Zu den alkoholassoziierten Erkrankungen zählen zum einen Erkrankungen, die in der Gesundheitsstatistik gänzlich auf Alkoholkonsum zurückgeführt werden (etwa das Alkoholabhängigkeitssyndrom oder alkoholische Leberzirrhosen), und zum anderen solche, bei deren Entstehung Alkohol eine große Bedeutung zugewiesen wird, aber auch andere Risikofaktoren eine Rolle spielen können. Bei Ersteren sehen die Diagnosemanuale eine alkoholspezifische Kodierung vor. Für Letztere werden im Zuge der Diagnosestellung, basierend auf wissenschaftlichen Untersuchungen, sogenannte **zurechenbare Anteile** (attributable fractions) geschätzt, die angeben, welcher Anteil dieser Erkrankungen dem Alkoholkonsum zuzurechnen ist. Da die Entstehung von Krankheiten meist durch eine Vielzahl von Faktoren begünstigt wird, sind alle Aussagen, welche Krankheiten ausschließlich auf einen bestimmten Faktor zurückführen, kritisch zu beurteilen. Ferner muss man bedenken, dass für Diagnosen oft nur wenig Zeit zur Verfügung steht und dass selbst eine sehr ausführliche Anamnese und Untersuchung nur ein begrenztes Bild der Kausalzusammenhänge im vergangenen Krankengeschehen liefern können. Ganz besonders unsicher

ist hier die Todesursachenstatistik, bei der in der Regel mit der verstorbenen Person nicht vertraute Ärztinnen/Ärzte rasch Urteile fällen müssen, wobei es aus Pietätsgründen kaum möglich ist, die Angehörigen detailliert zu befragen (Uhl 2020).

Ein großer Unterschied ergibt sich, je nachdem ob die Beurteilung der durch Alkohol verursachten Krankheitslast aus einer Suchtbehandlungsperspektive erfolgt und primär auf pathologischen Alkoholkonsum und damit verbundene Krankheiten abzielt oder ob man aus einer Public-Health-Perspektive auch solche Krankheiten berücksichtigt, die bereits bei regelmäßigem Alkoholkonsum (und somit bei einer deutlich größeren Bevölkerungsgruppe) gehäuft auftreten (vgl. Tabelle 12). Die Wahl der Perspektiven hängt im Wesentlichen von normativen Entscheidungen dahingehend ab, welches Ausmaß an individuellem Risiko, Schaden und Prävalenz eine kritische Beurteilung von Alkoholkonsum rechtfertigt sowie welche Qualität den Datenquellen zugemesen wird, die dafür herangezogen werden. Welche Perspektive hier gewählt wird, hängt aber auch davon ab, in welchem beruflichen Umfeld die Betrachter:innen tätig sind. Für Suchttherapeutinnen/-therapeuten steht in der Regel die Behandlerperspektive im Vordergrund, während für Personen, die im Public-Health-Bereich tätig sind, die Public-Health-Perspektive überwiegt.

Tabelle 12: Gegenüberstellung zweier idealtypischer Ansätze zur Beurteilung der gesundheitlichen Belastung durch Alkohol

	Behandlerperspektive	Public-Health-Perspektive
gesundheitliche Probleme mit großer Bedeutung	Leberzirrhosen, Alkoholabhängigkeit, Alkoholpsychosen, neurologische Erkrankungen	Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen
übergeordneter Fokus	Behandlung Suchtkranker	Minimierung negativer Auswirkungen auf Bevölkerungsebene
Datenquelle	Behandlungsdaten	Beobachtungsdaten
abgeleitete alkoholpolitische Konsequenzen	indizierte Prävention und Zugang zu spezialisierter Behandlung erleichtern	universalpräventive Maßnahmen und Angebotsreduktion

Quelle und Darstellung: GÖG

Den bereits angesprochenen methodologischen Problemen, die eine präzise Quantifizierung der Alkoholeffekte auf die Gesundheit nicht zulassen, steht eine häufig unkritische Rezeption von Schätzungen der durch Alkoholkonsum verursachten Krankheitslast gegenüber. Das ist insbesondere eine Folge der häufig zitierten Ergebnisse der Studie **Global Burden of Disease** (GBD), die in regelmäßigen Abständen Angaben über die Krankheitslast durch unterschiedliche Risikofaktoren (darunter Alkoholkonsum) publiziert. Bei kritischer Betrachtung methodischer und normativer Aspekte sind unter anderem folgende Problemstellungen zu beachten (Strizek et al. 2014):

- Ein **Kausalzusammenhang** zwischen dem Risikofaktor Alkoholkonsum und einem bestimmten eingeschränkten Gesundheitszustand liegt immer dann vor, wenn dieser ohne Alkoholkonsum nicht eingetreten wäre. Bloße Zusammenhänge zwischen Alkoholkonsum und Krankheitsgeschehen sind allerdings kein Beweis dafür, dass Alkoholkonsum die gesundheitlichen Probleme tatsächlich verursacht hat. Zusammenhänge können auch bloß Scheinkorrelationen sein – wenn sowohl exzessiver Alkoholkonsum als auch ein eingeschränkter Gesundheitszustand von einer Drittvariable wie etwa einer genetischen Disposition oder bestimmten sozialen Bedingungen verursacht werden. Denkbar ist hier auch ein umgekehrtes Kausalitätsverhältnis, das sich z. B. ergibt, wenn ein Krankheitsgeschehen wie etwa eine Depressionserkrankung zu erhöhtem Alkoholkonsum führt.

- Außerdem sind von einem bestimmten Faktor verursachte Effekte nicht immer vermeidbar, auch wenn man den Kausalfaktor eliminiert. Selbst wenn es gelingt, präzise anzugeben, wie viele Lebensjahre durchschnittlich als Folge eines bestimmten Alkoholkonsumverhaltens verloren gehen, kann man nicht grundsätzlich davon ausgehen, dass dieser Verlust an Lebensjahren vermeidbar wäre, stünde kein Alkohol zur Verfügung. Das wäre nur der Fall, wenn dieser **Risikofaktor nicht durch einen anderen substituiert** wird. So ist z. B. denkbar, dass anstelle des Alkohols eine andere der Gesundheit abträgliche Substanz konsumiert wird, die vergleichbare gesundheitliche Probleme verursacht. In der Praxis ist Letzteres häufig zu beobachten und wird unter dem Schlagwort Suchtverlagerung diskutiert.
- Um die Beeinträchtigung der Lebensqualität bei unterschiedlichen Krankheiten auf einer einheitlichen Skala messen zu können, wird unterschiedlichen Krankheiten ein Gewicht („disability weight“) zugewiesen. Diese Gewichte werden durch die Befragung von Laiinnen und Laien ermittelt, die persönlich von der Krankheit nicht betroffen sind. Wegen des mit Suchterkrankungen **verbundenen gesellschaftlichen Stigmas** werden Suchterkrankungen (wie allen psychiatrischen Erkrankungen) tendenziell höhere Gewichte zugeordnet (= stärkere Reduktion der Lebensqualität) als somatischen Erkrankungen. Dieses Urteil muss nicht mit dem Urteil tatsächlich Betroffener übereinstimmen. Auch werden diese „disability weights“ unabhängig vom sozialen Kontext verwendet, d. h. es wird nicht berücksichtigt, ob in einem Land für bestimmte Erkrankungen Behandlungsoptionen zur Verfügung stehen, die das Ausmaß der Lebensqualitätsverringerung mildern, oder nicht.

5.2.2 Begleit- und Folgeerkrankungen von Alkoholkonsumstörungen

Im Zusammenhang mit (exzessivem) Alkoholkonsum treten unterschiedliche Erkrankungen gehäuft auf. Bei einigen Erkrankungen ist es üblich, sie als „ausschließlich alkoholverursacht“ zu präsentieren – z. B. „Alkoholabhängigkeitssyndrom“ oder „Alkoholmissbrauch“ (oder andere Diagnosen aus der Diagnosegruppe F10x). Bei anderen wird im Einzelfall bei der Kodierung entschieden, ob das ergänzende Attribut „alkoholverursacht“ indiziert ist, was zu Diagnosen wie „alkoholische Leberzirrhose“, „Alkoholgastritis“ oder „alkoholische Kardiomyopathie“ führt. Und in wieder anderen Fällen handelt es sich um Erkrankungen, die erfahrungsgemäß zwar stark mit Alkoholmissbrauch in Zusammenhang stehen, bei denen der explizite Zusammenhang zum Alkoholkonsum in der Diagnostik aber nicht hergestellt wird, z. B. bei „Ösophagusvarizenblutungen“.

Neuropsychiatrische Folgeschäden

- **Alkoholdelir, Delirium tremens:** Dieses Zustandsbild kann bei lang dauerndem, chronischem Alkoholismus infolge einer Reduktion der Alkoholmenge entstehen. Es kündigt sich durch ein Prädelir an, das durch unruhige Träume und Schlafstörungen sowie vegetative Erscheinungen, vor allem im Sinne von Schwitzen und Zittern, gekennzeichnet ist. Unbehandelt geht das Prädelir in ein Delir über, dessen Leitsymptome Störungen des Bewusstseins und der Orientierung (hinsichtlich Zeit, Raum und Situation), psychomotorische Unruhe und Angst, Wahn (Verfolgungs- und Beeinträchtigungsideen), optische Halluzinationen (meist kleine bewegte Objekte (Weiße-Mäuse-Sehen) sind. Es besteht ein grobschlägiger Tremor, und die vegetative Erregung schlägt sich u. a. in Schwitzen, Herzjagen oder Fieber nieder. Ein Delir stellt eine schwerwiegende und lebensbedrohliche Komplikation dar, die Letalität liegt hier bei ca. 20 Prozent (Gass et al. 2002). Ein Prädelir ist heute pharmakologisch gut

behandelbar, weswegen Delirien bei adäquater medizinischer Behandlung meist vermeidbar sind.

- **Alkoholhalluzinose:** Diese tritt vergleichsweise selten bei chronischem Alkoholismus auf. Bei dieser Erkrankung überwiegen akustische Halluzinationen (Stimmenhören), bisweilen aber auch solche optischer Natur. Das Bewusstsein bleibt klar, Orientierung ist vorhanden, und die Stimmungslage ist sehr ängstlich und gespannt. Es besteht kein Tremor, generell sind die vegetativen Erscheinungen wesentlich schwächer ausgeprägt als bei einem Delirium tremens. Die Halluzinose verläuft akut, dauert aber Wochen bis Monate an. Hält sie länger als ein halbes Jahr an, spricht man von einer „chronischen Halluzinose“.
- **organisches Psychosyndrom:** Eine organische Hirnveränderung kann verschiedene Ursachen haben und zu neuropsychiatrischen Störungen führen. Bei alkoholkranken Personen lassen sich Wesens- und Leistungsveränderungen, Störungen des Langzeitgedächtnisses und der Merkfähigkeit, eine Herabsetzung der Aufmerksamkeit, gesteigerte Ermüdbarkeit, Abnahme der Urteils- und Kritikfähigkeit, gesenkte Konzentrationsleistung, gesteigerte Beeinflussbarkeit, Verlust von Interessen, Unzuverlässigkeit, Affektlabilität oder Stimmungsschwankungen beobachten.
- **alkoholische Kleinhirnatrophie:** Als Hirnatrophie bezeichnet man eine Erweiterung der Hirnräume infolge eines Verlusts an Nervenzellstrukturen. Infolge übermäßigen Alkoholkonsums kann es auch zur Schrumpfung des Kleinhirns und zu einem Verlust von Zellsubstanz kommen.
- **Wernicke-Korsakow-Syndrom:** Diese Erkrankung setzt sich aus einerseits einer Wernicke-Enzephalopathie mit Gangunsicherheit (Schmerzen, Gefühllosigkeit, schlaffe Lähmung), Störungen der Augenbewegung und Desorientiertheit und andererseits der Korsakow'schen Psychose zusammen, die aus einem Verlust des Langzeitgedächtnisses bei gleichzeitiger Unfähigkeit, sich neue Inhalte zu merken, Konfabulationsneigungen, einer Verschlechterung des Auffassungsvermögens und einer Verminderung der Initiative und Spontaneität besteht.
- **alkoholische Polyneuropathie:** Sie ist die häufigste neurologische Folgeerkrankung des chronischen Alkoholismus und betrifft zwischen 25 und 66 Prozent der chronisch Alkoholkranken (Chopra et al. 2012). Dabei kommt es zu sensomotorischen Ausfällen, Schwächen, Schmerzen und Parästhesien in den Beinen sowie zu einer Gangunsicherheit.
- **Krampfanfälle:** Im Rahmen eines Entzugs leiden alkoholkranke Personen in unterschiedlicher Häufigkeit unter epileptischen Anfällen, die meist als Grand-Mal-Anfälle verlaufen. In der überwiegenden Mehrheit der Fälle treten diese in den ersten 7–48 Stunden nach Absetzen des Alkohols auf. Die Krampfanfälle gelten dann als alkoholassoziert, wenn sie eindeutig als Abstinenzerscheinungen auftreten oder wenn sie im Rahmen eines langjährigen chronischen Alkoholismus bei Personen in Erscheinung treten, die vorher keine Anfallsbereitschaft zeigten und bei denen andere Ursachen auszuschließen sind.

Erkrankungen des Verdauungssystems

- **Lebererkrankungen:** Alkohol übt eine direkte Giftwirkung auf die Leber aus. Die Schäden infolge chronischen Alkoholmissbrauchs manifestieren sich zuerst als Fettleber (bei ca. 90 %), später als Alkoholhepatitis (bei ca. 50 %) und bei fortgesetztem Konsum als Leberzirrhose (bei ca. 20–30 %) (Bode et al. 2002). Die Funktion aus Alkoholmenge und dem Risiko einer Leberzirrhose verläuft laut der Metareview von Rehm et al. (2010) eher exponentiell

als linear, d. h. für eine geringe Menge erhöht sich das Risiko nur in einem geringen Ausmaß und steigt gleichzeitig bei höheren Mengen dann steil an. Bei einem täglichen Konsum von 48 bis 60 Gramm Alkohol pro Tag (das entspricht vier bis fünf angelsächsischen Standardgläsern à 12 Gramm Alkohol oder 2½–3 großen Bier) beträgt das relative Risiko⁹⁵, an einer Leberzirrhose zu erkranken, das 5,9-Fache bei Frauen bzw. das 2,3-Fache bei Männern (jeweils in Relation zu Personen, die gar keinen Alkohol trinken).

Rehm et al. (2017) ergänzen im Rahmen einer weiteren Metareview aus einer breiter gefassten Public-Health-Perspektive folgende negative gesundheitliche Auswirkungen sowie möglicherweise gesundheitsfördernde Wirkungen im Zusammenhang mit Alkoholkonsum:

- **übertragbare Krankheiten:** Exzessiver Alkoholkonsum kann das Immunsystem schwächen und somit das Risiko, an Tuberkulose (TBC) zu erkranken, erhöhen und den Krankheitsverlauf verschlechtern. Da die TBC-Prävalenz in Österreich relativ gering ist (im Jahr 2021 wurden 396 Fälle gemeldet, AGES 2025), ist dieser Zusammenhang zwar global von Bedeutung, aber vor allem in weniger entwickelten Ländern mit einer hohen TBC-Prävalenz ein Thema. Die immunschwächende Wirkung des exzessiven Alkoholkonsums wirkt sich auch negativ auf den Verlauf von HIV/AIDS-Erkrankungen und von Erkrankungen der unteren Atemwege aus.
- **Krebserkrankungen:** Es bestehen Hinweise darauf, dass chronischer Alkoholkonsum das Risiko für Krebserkrankungen des Verdauungssystems sowie bei Frauen für Brustkrebskrankungen erhöht. Als Wirkmechanismus für Krebserkrankungen des Verdauungstrakts wird hauptsächlich Acetaldehyd verantwortlich gemacht, auch wenn der genaue biochemische bzw. molekulare Mechanismus nicht zur Gänze klar ist (für eine ausführliche Beschreibung des Zusammenhangs zwischen Alkoholkonsum und Krebs vgl. Kap. 5.4).
- Ein gewisser protektiver Zusammenhang wird zwischen moderatem Alkoholkonsum und **Diabetes Typ II** vermutet.
- Der Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und **ischämischen Herzerkrankungen** ist komplex und nichtlinear: Bei geringen Konsummengen zeigen sich leicht protektive Effekte, aber negative Effekte bei großen Konsummengen. Exzessiver Alkoholkonsum kann das Herz im Sinne einer Herzmuskelerkrankung beeinträchtigen, die auf eine Herzmuskelerweiterung, verbunden mit einer Herzschwäche, zurückzuführen ist. Keine eindeutigen Effekte sind in Bezug auf den Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Schlaganfällen zu beobachten, wobei ein erhöhtes Risiko für hämorrhagische Schlaganfälle vermutet wird, hingegen ein protektiver Effekt gegen ischämische Schlaganfälle.
- Zudem bestehen Hinweise darauf, dass chronischer exzessiver Alkoholkonsum das Risiko für **Bauchspeicheldrüsenentzündungen** erhöht.
- Im Bereich akuter gesundheitlicher Auswirkungen erhöht Alkohol wie jede andere berauschende Droge die Wahrscheinlichkeit, bei **Unfällen** verletzt zu werden.
- Hohe Bedeutung kommt auch dem Zusammenhang zwischen Alkohol und **psychischen Erkrankungen** zu, der in den folgenden Kapiteln ausführlicher dargestellt wird.

⁹⁵ Das relative Risiko beschreibt hier die Relation der Auftrittswahrscheinlichkeit von Leberzirrhosen zwischen zwei Gruppen, die sich in einem bestimmten Merkmal unterscheiden (in diesem Fall: Alkoholkonsum in einer bestimmten Menge vs. kein Alkoholkonsum). Ein relatives Risiko von 5,9 bedeutet, dass die Wahrscheinlichkeit für Frauen mit einem täglichen Konsum von 48 bis 60 Gramm Alkohol, an einer Leberzirrhose zu erkranken, 5,9-mal höher ist als bei Frauen, die gar keinen Alkohol trinken. Das relative Risiko sagt aber nichts darüber aus, wie hoch die Wahrscheinlichkeit für Frauen ist, die eine bestimmte Alkoholmenge konsumieren, an einer Leberzirrhose zu erkranken (das wäre das absolute Risiko).

5.2.3 Komorbidität von Alkoholkonsumstörungen und psychischen Störungen

Personen mit Alkoholkonsumstörungen weisen überdurchschnittlich häufig weitere psychische Erkrankungen auf, wobei vor allem **affektive Störungen** (Depressionen, bipolare Störungen) eine bedeutende Rolle spielen. Liegen bei einer Person mehrere, diagnostisch voneinander abgrenzbare Störungen oder Erkrankungen in einem bestimmten Zeitraum gleichzeitig oder nacheinander vor, spricht man von Komorbidität. Handelt es sich dabei um eine Suchterkrankung und eine psychische Störung, wird dafür auch der Begriff Doppeldiagnosen verwendet. Eine präzise Diagnostik und Beschreibung der Zusammenhänge zwischen den Störungen ist nicht nur aus epidemiologischer Sicht relevant, sondern hat auch weitreichende Implikationen für die Wahl geeigneter Behandlungsstrategien (vgl. Kap. 5.2.4).

Komorbiditätskonzepte, die veranschaulichen, ob und welche Zusammenhänge zwischen psychischen Störungen bestehen, integrieren verschiedene in der Praxis gängige Theorien, allen voran die **Selbstmedikationshypothese** (Khantzian 1997), um zumindest partielle Wirkungszusammenhänge innerhalb eines Konzepts zu erklären. Die Modelle lassen sich folgendermaßen kategorisieren, ohne dass sie sich in der Praxis gegenseitig ausschlössen⁹⁶:

- **Unidirektionale Modelle** basieren auf der Annahme, dass eine primäre Störung der Entwicklung einer sekundären vorausgeht und drücken damit sowohl eine zeitliche als auch eine kausale Beziehung aus. Diesem Verständnis zufolge ist eine Alkoholerkrankung entweder Ursache für die Entwicklung einer weiteren psychischen Erkrankung oder Folge einer psychischen Erkrankung.
- **Bidirektionale Modelle** gehen davon aus, dass beide Störungen miteinander interagieren, d. h. sich gegenseitig verstärken.
- Modelle, die von **gemeinsamen zugrunde liegenden Faktoren** ausgehen: Genetische Faktoren wie auch die Exposition gegenüber bestimmten Umweltfaktoren erhöhen die Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung beider Störungen unabhängig voneinander.

Neben den genannten Modellen besteht grundsätzlich auch die Möglichkeit, dass zwei Störungen völlig unabhängig voneinander existieren oder dass es sich um eine einzige Störung⁹⁷ handelt (Entitätsmodell) (Moggi et al. 2004). Aus empirischen Befunden kann man Hinweise zur Plausibilität der unterschiedlichen Modelle gewinnen, aber da ihnen meist nur Beobachtungsdaten und keine experimentell gewonnenen Daten zugrunde liegen, können daraus nur selten verbindliche Aussagen über Kausalzusammenhänge abgeleitet werden. Zur Frage, welche Modelle die Zusammenhänge zwischen einer Alkoholkonsumstörung und einer psychischen Störung am besten erklären, vertreten Moggi et al. (2004) die Ansicht, dass dies auch von der **Art der psychischen Störung** abhängig sei. Laut diesem Autor und dieser Autorin entwickeln sich Alkoholkonsumstörungen bei einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) meist eindeutig sekundär, während sich die Zusammenhänge zwischen Depressionen und Alkoholkonsumstörungen komplexer gestalten.

⁹⁶ An Erkrankungen können gleichzeitig unidirektionale und bidirektionale Zusammenhänge sowie solche mit Drittvariablen gemeinsam beteiligt sein, bzw. kann sich im Zeitverlauf aus einem unidirektionalen Zusammenhang ein bidirektonaler Zusammenhang entwickeln.

⁹⁷ Das Entitätsmodell unterscheidet sich von dem Modell zugrunde liegender Faktoren dadurch, dass es z. B. nicht die Existenz einer Depression und einer Angsterkrankung postuliert, sondern vertritt, dass es sich um eine Angsterkrankung mit depressiven Symptomen handelt, wodurch korrechterweise die eigenständige Diagnose „Depression“ ungerechtfertigt erscheint.

Komorbiditätsstudien kommen auch zu interessanten Ergebnissen bezüglich der von Praktikerinnen und Praktikern als bedeutsam eingestuften **Selbstmedikationshypothese**, der zufolge der Alkoholkonsum dazu dient, unangenehme Symptome einer psychischen Erkrankung oder unangenehme Emotionen infolge von Belastungssituationen zu mildern (für eine Beschreibung der molekularen Grundlagen dieser Wirkung vgl. Wolfe et al. 2016). Wird diese Strategie kurzfristig als wirksam erlebt, entsteht eine positive Erwartungshaltung gegenüber dem Alkohol, wodurch die Wahrscheinlichkeit eines wiederholten und/oder längerfristigen Einsatzes – und damit jene der Entstehung einer Alkoholkonsumstörung – steigt. Umgekehrt kann aber auch anhaltender Alkoholkonsum das Auftreten psychischer Symptome wie etwa Angstzustände oder depressiver Symptome hervorrufen bzw. verstärken. Der Versuch, diese sekundären Auswirkungen des übermäßigen Alkoholkonsums zu lindern, führt dann zu einem Teufelskreis. Rehm et al. (2017) vertreten zwar die Meinung, dass alle zuvor genannten Komorbiditätsmodelle durch empirische Daten gestützt würden, sind allerdings der Auffassung, dass es für das Modell, dass Alkoholkonsum Depressionen verursacht, am meisten empirische Unterstützung gebe. Demzufolge nimmt die Selbstmedikationshypothese bei der Erklärung der Zusammenhänge komorbider Störungen einen geringeren Stellenwert ein, als Praktiker:innen vermuten. Die Autorinnen/Autoren erklären die scheinbare Diskrepanz damit, dass **Praktiker:innen den Begriff Selbstmedikation weiter fassen** würden und auch dann von Selbstmedikation gesprochen werde, wenn Alkohol zur Erleichterung als unangenehm erlebter Zustände getrunken werde, aber diese Zustände nicht Symptome psychischer Erkrankungen seien. Ein Grundproblem in diesem Zusammenhang ist, dass sowohl psychische Zustände wie Angst und Depression als auch übermäßiger Alkoholkonsum ein **Kontinuum darstellen**, das von relevant beeinträchtigend bis extrem bedrohlich reicht. Zur Abgrenzung zwischen problematischen Zuständen und krankhaften Zuständen liegen nur sehr grobe und intersubjektiv kaum objektivierbare Grenzen vor. Dieses Problem wird dadurch verschleiert, dass im Sprachgebrauch die Dichotomie problematische Zustände vs. pathologische Zustände verwendet wird, was eine klare Abgrenzung suggeriert und die Grenzziehungsprobleme verschleiert.

In eine ganz andere Richtung weist eine Erhebung betreffend stationär behandelte Patientinnen und Patienten im Anton Proksch Institut (Springer et al. 2006; Uhl et al. 2003), bei der mittels einer systematischen retrospektiven Exploration festgestellt wurde, dass nur sechs Prozent der behandelten Frauen und 43 Prozent der behandelten Männer als „primär alkoholkranke Personen“ zu bezeichnen sind. Dieser Ausdruck umschreibt hier Personen, deren exzessiver Alkoholkonsum begann, ohne dass bei ihnen zuvor eine gravierende psychiatrische Grundproblematik aufgetreten ist, die eine psychiatrische Behandlung erfordert hätte. Umgekehrt waren 94 Prozent der behandelten Frauen und 57 Prozent der behandelten Männer „sekundär alkoholkranke Personen“, im Sinne von Personen, bei denen vor dem Beginn des exzessiven Trinkens eine psychiatrische Erkrankung diagnostiziert und/oder behandelt wurde, was nahelegt, dass der exzessive Alkoholkonsum durch die psychiatrische Grunderkrankung erheblich begünstigt wurde. Die Unterscheidung in **primären und sekundären Alkoholismus** entspricht semantisch der Typologie

von Schuckit (vgl. Kap. 4.4.3), die 1979 publiziert wurde und einen frühen Ansatz zur Beschreibung unterschiedlicher Erkrankungsverläufe und Prognosen darstellt. Dieser Ansatz ist in die Kategorie der unidirekionalen Modelle einzuordnen.⁹⁸

Primär alkoholkranke Patientinnen und Patienten, wie sie im Anton Proksch Institut befragt wurden, begannen in der Regel **vergleichsweise früh im Leben**, exzessiv Alkohol zu konsumieren, wodurch das durchschnittliche Manifestationsalter des primären Alkoholismus weit früher anzusetzen ist als jenes des sekundären Alkoholismus. Die Latenzzeit vom Beginn des problematischen Trinkens bis zur Behandlungsaufnahme ist hingegen bei primärem Alkoholismus erheblich länger als bei sekundärem Alkoholismus, d. h., es dauert relativ lange, bis sich aus exzessivem Alkoholkonsum eine primäre Alkoholabhängigkeit entwickelt, während diese Entwicklung beim sekundären Alkoholismus relativ rasch vor sich gehen kann. Aus diesem Grund ist sekundärer Alkoholismus unter jüngeren Alkoholpatientinnen/-patienten im Vergleich zu älteren überproportional häufig anzutreffen. Da sekundärer Alkoholismus in etwa gleich häufig bei Männern und Frauen vorkommt, bei Männern aber eine große Gruppe primär alkoholkranker Personen hinzukommt, während es nur wenige primär alkoholkranke Frauen gibt, entsteht bei einer relativen Betrachtungsweise der Eindruck, dass psychologische Grunderkrankungen bei Frauen mit Alkoholproblemen eine größere Rolle spielen als bei Männern, obwohl bei **Betrachtung der absoluten Zahlen** die Anzahl der alkoholkranken Männer mit psychologischen Grunderkrankungen und jene der ebensolchen alkoholkranken Frauen sich ungefähr die Waage halten.

Zu betonen ist hier auch, dass sich das Profil primär bzw. sekundär alkoholkranker Personen im Anton Proksch Institut deutlich von jenem der von Schuckit (1979) beschriebenen US-amerikanischen Klientel unterscheidet. Bei der amerikanischen Untersuchung ist der sekundäre Alkoholismus überwiegend durch Persönlichkeitsstörungen als Grunderkrankung charakterisiert, während in der Stichprobe des Anton Proksch Instituts sekundärer Alkoholismus sich primär als Folge von Depressionen und Angsterkrankungen manifestierte. Diese Unterschiede sind vermutlich maßgeblich durch den **unterschiedlichen Zugang zum Gesundheitssystem** in Österreich und den USA zu erklären. Während in Österreich marginalisierte Personen, die psychiatrisch auffällig sind und nicht straffällig wurden, größtenteils einen guten Zugang zum medizinischen Behandlungssystem haben, erfolgt die Diagnostik und Behandlung wegen psychiatrischer Probleme inklusive Suchtproblemen bei marginalisierten Personen in den USA häufiger nur dann, wenn die Betroffenen straffällig werden und im Rahmen einer Haftstrafe psychiatrisch behandelt werden, weil sie meist über keine Krankenversicherung verfügen. Personen mit Persönlichkeitsstörungen werden eher straffällig als solche, die an Depressionen oder Ängsten leiden.

Die Spannbreite bei Angaben über die **Prävalenz komorbider Störungen** in Verbindung mit pathologischem Alkoholkonsum ist teilweise auf methodische Unterschiede bei den Studien zurückzuführen. Dazu zählt zum einen der Erhebungszeitrahmen (aktuell, bestimmter Zeitraum oder Lebenszeit) und zum anderen die unterschiedliche Erfassung von Störungen. Diese erfolgt anhand verschiedener Befragungsinstrumente, die sich an den gängigen Diagnosemanualen orientieren, oder stützt sich auf nichtstandardisierte Methoden wie selbstberichtete Konsummengen.

⁹⁸ Als wichtiges Detail ist hier zu beachten, dass die Unterscheidung in primären und sekundären Alkoholismus im Rahmen der Studie im Anton Proksch Institut rein deskriptiv anhand der Frage stattfand, ob es vor dem Beginn des exzessiven Trinkens eine ernste psychiatrische Grunderkrankung gegeben hat oder nicht. Diese Befunde sollten allerdings nicht ausschließlich unidirektional interpretiert werden. Auch wenn eine psychiatrische Erkrankung exzessiven Alkoholkonsum begünstigt und so die Wahrscheinlichkeit für die Entstehung eines sekundären Alkoholismus fördert, ist anzunehmen, dass der exzessive Alkoholkonsum die psychiatrische Grundproblematik oft noch weiter steigert und dass diese Steigerung wiederum das Alkoholproblem verstärkt.

Letzteres kann dazu führen, dass auch subklinische Zustandsbilder als krankhaft klassifiziert werden. Zudem können Neuauflagen der Klassifikationssysteme DSM oder ICD Änderungen bei den Cut-off-Scores bewirken, was quasi über Nacht zu einer Zu- bzw. Abnahme der ausgewiesenen Prävalenz bestimmter Störungen bzw. der Prävalenz von Komorbiditäten führen kann.

5.2.4 Bedeutungen von Komorbidität für die Behandlung von Menschen, die Alkoholerkrankungen aufweisen

Bei Aussagen über die Bedeutung von Komorbidität bei der Behandlung von Personen, die Alkoholabhängigkeitserkrankungen haben, wird nahezu gänzlich auf gleichzeitig auftretende andere **psychische Erkrankungen** fokussiert. Somatische Begleiterkrankungen spielen in der Suchtliteratur zum Thema Komorbidität bloß eine untergeordnete Rolle⁹⁹. Diese Schwerpunktsetzung spiegelt sich auch in Behandlungsleitlinien wider, die für psychische Begleiterkrankungen deutlich umfassender ausfallen als für somatische Begleiterkrankungen: Die entsprechenden Kapitel in den aktuellen S3-Leitlinien in Deutschland umfassen 112 Seiten bzw. 20 Seiten (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften 2020). Als Bezeichnung für Suchtpatientinnen und -patienten mit komorbiden psychischen Erkrankungen hat sich auch der Begriff „Patientinnen/Patienten mit dualer Diagnose“ etabliert.

Die Behandlung von Patientinnen/Patienten, denen duale Diagnosen gestellt wurden, ist mit erhöhter **Non-Compliance**, einer höheren **Rückfallquote** und größeren **organisatorischen Schwierigkeiten** verbunden. Trotz des Wissens, dass psychiatrische Erkrankungen und Abhängigkeitserkrankungen häufig gemeinsam auftreten, wurde deren Behandlung lange Zeit nicht von einer Stelle umfassend in Angriff genommen, sondern entweder sequenziell organisiert oder die Behandlungen erfolgten parallel zueinander (van Wamel et al. 2015):

- Eine **sequenzielle Behandlung** basiert auf der Annahme, dass es eine eindeutige primäre Erkrankung gibt, die behandelt werden muss, bevor die Behandlung der sekundären Erkrankung zweckmäßig oder möglich ist. Der Nachteil einer sequenziellen Behandlung liegt zunächst darin, dass oft nicht eindeutig feststellbar ist, welche der beiden psychischen Erkrankungen die primäre Erkrankung darstellt. Außerdem ist sowohl bei psychischen Erkrankungen als auch bei Suchterkrankungen eine vollständige Heilung oft nicht möglich, weswegen die Behandlung der sekundären Erkrankung nie beginnen kann und beide Erkrankungen wechselseitig dem Genesungsprozess der jeweils anderen entgegenwirken.
- Bei einer **parallelen Behandlung** einer psychischen Erkrankung und einer Suchterkrankung werden beide gleichzeitig, aber in unterschiedlichen Einrichtungen behandelt, was häufig mit administrativen und organisatorischen Problemen (z. B. unterschiedlichen Behandlungsphilosophien, unklarer Zuständigkeit) verbunden ist.

⁹⁹ Jede erfolgreiche Intervention, die auf eine Reduktion des Alkoholkonsumverhaltens abzielt, hat positive Auswirkungen auf den Verlauf somatischer Begleiterkrankungen (z. B. Lebererkrankungen). Akute somatische Probleme suchtkranker Menschen werden in der Regel nicht in Suchtkliniken, sondern in anderen Versorgungsbereichen (z. B. im Rahmen der internen Medizin) behandelt, die besser als Suchteinrichtungen auf akutmedizinische Eingriffe ausgelegt sind. Es wäre allerdings durchaus zweckmäßig, wenn Interventionen gegen alkoholassoziierte somatische Folgeerkrankungen auch im Zuge der Suchtbehandlung einen höheren Stellenwert einnehmen.

Als Alternative zu diesen beiden Behandlungsansätzen wird in der Literatur nahezu einheitlich eine **integrierte Behandlung**¹⁰⁰ gefordert, die dadurch gekennzeichnet ist, dass die Behandlung beider Störungen gleichzeitig in einem Setting und durch ein Behandlungsteam erfolgt. In Fällen, bei denen das nicht möglich ist, ist zumindest eine gute Koordination mittels Case-Management zweckmäßig (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften 2020). Integrierte Versorgungsmodelle – wie sie auch in Österreich in Form von „Alkohol. Leben können.“ in Wien zur Anwendung kommen – sollen dabei helfen, die Effektivität der Behandlung zu erhöhen und den Klientinnen/Klienten den Organisations- und Koordinationsaufwand abnehmen, der sich ergibt, wenn man sich in einem fragmentierten Behandlungssystem zurechtfinden muss. Weitere zentrale Elemente einer integrierten Suchtbehandlung sind (van Wamel et al. 2015)

- ein **Behandlungsplan**, basierend auf einer umfassenden Diagnostik, in Abstimmung mit allen involvierten Fachleuten, um sicherzustellen, dass Interventionen in Bezug auf die Suchterkrankung und solche in Betreff der Begleiterkrankung aufeinander abgestimmt werden,
- eine **umfassende Versorgung**, die nicht nur die psychiatrische Versorgung, sondern auch die psychosoziale Versorgung betreffend Wohnsituation, Schulden oder soziale Beziehungen abdeckt und
- eine **langfristige Perspektive**, da sich bei Patientinnen/Patienten mit dualer Diagnose eher langsam Veränderungen anstelle kurzfristiger Behandlungserfolge zeigen (im Sinne einer schnellen Konsumreduktion oder Abstinenz). Dies ist u. a. darauf zurückzuführen, dass sie erst Fähigkeiten entwickeln müssen, die Personen ohne Suchterkrankungen meist bereits im Jugendalter erworben haben.

Die **Diagnostik** von Patientinnen und Patienten mit dualer Diagnose ist prinzipiell dadurch erschwert, dass Symptome von Suchterkrankungen und solche zeitgleich vorliegender psychiatrischer Erkrankungen einander häufig überlappen. Eine längere Phase der Abstinenz würde die Differenzialdiagnostik erleichtern, also die Entscheidung, ob vorliegende Symptome der psychiatrischen Erkrankung zuzuschreiben oder als Entzugserscheinungen zu werten sind). Diese Voraussetzung liegt in der klinischen/therapeutischen Praxis allerdings kaum vor. Auch kommt im Behandlungsverlauf der **Wechselwirkung zwischen Substanzeinnahme und psychischen Symptomen** eine wesentliche Bedeutung zu. So ist es möglich, dass die Symptome einer psychischen Erkrankung mit der Abstinenz abklingen (etwa bei einer alkoholinduzierten Depression), es kommt aber durchaus auch vor, dass Symptome verstärkt werden, wenn diese zuvor durch Alkoholkonsum unterdrückt wurden (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften 2020).

Auch das **Alter der Personen** mit Suchterkrankungen und psychiatrischen Erkrankungen spielt hier eine wichtige Rolle. Bei älteren Patientinnen/Patienten gewinnen infolge organischer Beeinträchtigungen häufig zusätzliche Erkrankungsbilder (z. B. Demenz) an Bedeutung, weswegen für

¹⁰⁰ Trotz dieses grundsätzlichen Konsenses über die Notwendigkeit eines intensiven und integrierten Behandlungsangebots für Personen mit dualen Diagnosen ist dessen Umsetzung in der Behandlungspraxis oft nicht leicht. Dies verdeutlicht beispielsweise eine niederländische Studie, die das Scheitern des Versuchs beschreibt, ein erfolgreiches Behandlungsprogramm (Integrated Dual Diagnosis Treatment, IDDT) für Patientinnen/Patienten mit dualer Diagnose aus den USA auch in den Niederlanden zu etablieren (Kikkert et al. 2018): 37 Klinik:innen wurden zu diesem Programm drei Tage lang geschult, und zwölf Monate später konnte weder aufseiten der Klinik:innen das gewünschte Ergebnis erzielt werden (z. B. erhöhte Fähigkeiten im Bereich „Motivational Interviewing“), noch zeigten sich konsistente positive Veränderungen auf der Patientenseite (wie eine Steigerung der Lebensqualität, der Änderungsbereitschaft oder der Behandlungsmotivation).

ältere Personen mit dualen Diagnosen andere Behandlungsansätze erforderlich sind als für jüngere derartige Patientinnen/Patienten (Searby et al. 2020).

Einigkeit besteht weitgehend darin, dass Personen mit Suchterkrankungen und psychischen Erkrankungen häufig einer **höheren Belastungsintensität** ausgesetzt sind, etwa einer erheblichen Beeinträchtigung der sozialen Funktionsfähigkeit und Lebensführung, sowie auch einem erhöhten Suizidrisiko (vgl. auch Kap. 5.4) unterliegen (Preuss et al. 2014). Aus dieser erhöhten Vulnerabilität wird die Forderung nach einer bedürfnisgerechteren Behandlung abgeleitet, mithilfe deren ungünstige Krankheitsverläufe vermieden werden können. Daten aus der US-amerikanischen Längsschnittbefragung NESARC legen nahe, dass Personen mit einer Depressions- und Abhängigkeitserkrankung mit höherer Wahrscheinlichkeit eine Behandlung in Anspruch nehmen als Abhängige ohne Depressionserkrankung (Burnett-Ziegler et al. 2012). Dieselbe Erhebungsreihe kommt aber auch zum Ergebnis, dass nur ein Fünftel aller Personen, die auf Basis ihrer Selbstauskunft die Kriterien einer Alkoholkonsumstörung erfüllen, sich zuvor bereits in Behandlung begeben hat (Grant et al. 2015).

Moggi (2014) meinte, dass eine Formulierung von **Behandlungsempfehlungen** bzw. Leitlinien für Patientinnen und Patienten mit dualen Diagnosen aufgrund der enormen Heterogenität der möglichen psychischen Erkrankungen sowie der Bandbreite des Schweregrads beider Erkrankungen kaum möglich sei oder aber diese sehr allgemein gehalten sein müssten bzw. stark nach unterschiedlichen Erkrankungsarten differenzieren müssten. Schließlich würde sowohl eine Person mit einem leichten Cannabismisbrauch und einer Spinnenphobie als auch eine Person mit schwerem Opiatmissbrauch und einer ausgeprägten Persönlichkeitsstörung das Kriterium einer dualen Diagnose erfüllen. Stattdessen differenzieren Behandlungshandbücher (Dom et al. 2016) sowie Behandlungsrichtlinien auf Deutsch (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften 2020) bzw. Englisch (National Institute for Health Clinical Excellence 2011) zwischen unterschiedlichen Arten psychischer Erkrankungen. Dementsprechend werden Behandlungsmodule zunehmend für spezielle Kombinationen von Diagnosen entwickelt (z. B. posttraumatische Belastungsstörung und Sucht).

Für Patientinnen und Patienten mit einer schwerwiegenden psychiatrischen Diagnose (z. B. psychotische Störungen, bipolare Störungen und schwere Depression) werden tendenziell eher **stationäre Behandlungsangebote** empfohlen, die entsprechend dem transtheoretischen Modell gestuft, d. h. der jeweiligen Veränderungsbereitschaft angepasst angeboten werden und je nach störungsspezifischem Bedarf Komponenten aus einem breiten Spektrum an Interventionen (z. B. Motivational Interviewing, Kontingenzmanagement, Rückfallprävention oder kognitiv-verhaltenstherapeutische Intervention) beinhalten. Substanzkonsum sollte dabei zumindest reduziert oder stabilisiert werden (Moggi 2014).

Die **pharmakologische Behandlung** ist bei dualer Diagnose prinzipiell erschwert, weil Interaktionseffekte zwischen der Medikation und einem anhaltenden Substanzkonsum auftreten können. Zudem wird darauf hingewiesen, dass zur pharmakologischen Behandlung von Patientinnen und Patienten, denen eine duale Diagnose gestellt wurde, verhältnismäßig nur wenige Studien vorhanden sind, weil eine Alkohol- oder Substanzmittelkonsumstörung häufig einen Ausschlussgrund für Studien zum Wirksamkeitsnachweis von Medikamenten darstellen (Preuss et al. 2014).

Wie auch in anderen Behandlungsbereichen wird für Patientinnen und Patienten mit duality Diagnose verstärkt der Einsatz von Angeboten aus dem Bereich der **Telemedizin**¹⁰¹ untersucht (O'Reilly et al. 2019), wobei bislang allerdings nur kurzfristige positive Effekte nachgewiesen werden konnten. Insgesamt erschweren die Vielzahl unterschiedlicher Behandlungssettings sowie Unterschiede in der Definition von Erfolgskriterien (Minderung des Suchtverhaltens, Minderung der psychischen Störung oder Erhöhung des Funktionsniveaus) die Beurteilung der Wirksamkeit unterschiedlicher Versorgungsmodelle anhand verfügbarer Studien (Moggi 2014).

5.2.5 Art und Ausmaß der psychiatrischen Komorbidität bei Alkoholabhängigkeitserkrankungen in Österreich

Österreichweite Daten zum Ausmaß komorbider Erkrankungen bei Personen mit Alkoholabhängigkeitserkrankungen sind über die Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten verfügbar, wobei zwei unterschiedliche Analysemöglichkeiten zur Verfügung stehen:

- Einerseits können Nebendiagnosen dargestellt werden, die Personen mit einer Alkoholabhängigkeitserkrankung im Rahmen einer stationären Behandlung erhalten haben (**Komorbiditätsanalyse**).
- Andererseits kann eine **Patientenanalyse** durchgeführt werden, d. h. die Erfassung zeitlich vorangegangener stationärer Aufenthalte von Patientinnen und Patienten, die in einem bestimmten Jahr die Diagnose Alkoholabhängigkeitserkrankung erhalten haben.

Wie im Folgenden gezeigt wird, ergeben sich deutliche Unterschiede, je nachdem welche der beiden Methoden angewandt wird. Da diese Auswertungen mit einem hohen Aufwand verbunden sind, beziehen sich die folgenden konkreten Zahlen auf eine Komorbiditätsanalyse auf Basis stationärer Behandlungsdaten aus dem Jahr 2019. Es ist sehr plausibel, dass Zusammenhänge zwischen Alkoholabhängigkeit und anderen Erkrankungen relativ konstant sind und keinen großen jährlichen Schwankungen unterworfen sind, so dass die Aussagekraft der zentralen Erkenntnisse weitgehend erhalten bleibt.

Auswertung mittels Komorbiditätsanalyse (auf Basis von Nebendiagnosen bei einem Aufenthalt)

In Tabelle 13 wird jeweils für Frauen und für Männer getrennt der Anteil aller Patientinnen bzw. Patienten mit einer Alkoholabhängigkeitserkrankung (F10.2 und F10.3) dargestellt, bei denen zusätzlich auch eine andere psychiatrische Erkrankung als Nebendiagnose festgestellt wurde. Dabei wird der Anteil für alle Komorbiditäten pro Diagnosegruppe ausgewiesen, die mehr als zehn Prozent aller Patientinnen und Patienten mit einer Alkoholabhängigkeitserkrankung aufweisen, und erfolgt eine genauere Aufschlüsselung auf Ebene von „Dreistellern“ (zum hierarchischen Aufbau der Diagnosecodes in ICD-11 vgl. Kap. 4.5.2).¹⁰²

Andere psychiatrische Nebendiagnosen

¹⁰¹ Unter Telemedizin versteht man die Diagnostik und Therapie unter Überbrückung einer räumlichen oder auch zeitlichen Distanz zwischen Ärztin/Arzt bzw. Therapeutin und Patientinnen/Patienten.

¹⁰² Eine Auswertung auf Ebene des Kapitels (F-Diagnosen) ist inhaltlich nicht sinnvoll zu interpretieren, da bei dieser Auswertungsmethode die Hauptdiagnose mitgezählt wird und sich somit ein Wert von 100 Prozent ergibt.

Auf Ebene von Diagnosegruppen sind **Affektive Störungen** die häufigste Nebendiagnose bei Personen, die wegen Alkoholabhängigkeit stationär behandelt werden: 59 Prozent aller Patientinnen und 40 Prozent aller Patienten erhalten diese Nebendiagnose. Etwa ein Viertel (26 %) erhält zusätzlich eine Nebendiagnose aus dem Bereich **Neurotische, Belastungs- und somatoforme Erkrankungen** (F40–F48), und 13 Prozent erhalten zusätzlich eine Diagnose aus dem Bereich **Persönlichkeits- bzw. Verhaltensstörungen** (F60–F69). Werden diese F-Diagnosen (psychiatrische Diagnosen exklusive Suchtdiagnosen) auf Ebene von „Dreistellern“ unterteilt, zeigt sich, dass innerhalb der Diagnosegruppe „Affektive Störungen“ depressive Erkrankungen überwiegen (F32, F33), während bipolare Störungen (F31) nur vergleichsweise selten diagnostiziert werden. Bei den „Neurotischen, Belastungs- und somatoformen Erkrankungen“ überwiegen Angststörungen oder Phobien. Frauen mit Alkoholabhängigkeitsdiagnosen erhalten, relativ betrachtet, häufiger eine psychiatrische Nebendiagnose als Männer.

Andere suchtspezifische Nebendiagnosen

Bei Nebendiagnosen aus dem Bereich der Suchtdiagnosen spielen, abgesehen von Alkoholkonsumstörungen (F11–F19; Analyseebene „Dreisteller“), tabakspezifische **Nebendiagnosen** (38 % aller Personen mit F10.2 bzw. F10.3) bzw. Nebendiagnosen in Verbindung mit **Sedativa oder Hypnotika** (19 %) die größte Rolle. Cannabisspezifische Diagnosen und Diagnosen in Verbindung mit multiplem Substanzkonsum werden jeweils bei etwa sieben Prozent der Patientinnen/Patienten mit Alkoholabhängigkeitsdiagnosen ausgewiesen. Diagnosen in Verbindung mit anderen Substanzen wurden bei weniger als drei Prozent der Personen mit der Hauptdiagnose Alkoholabhängigkeit gestellt. Ausgeprägte **Geschlechterunterschiede** sind insbesondere in Zusammenhang mit Sedativa bzw. Hypnotika zu beobachten, wobei Frauen hier – wiederum in Relation zur Anzahl der Personen des jeweiligen Geschlechts mit einer Alkoholabhängigkeitsdiagnose – deutlich häufiger betroffen sind als Männer.

Tabelle 13: Anteil der Patientinnen und Patienten mit Hauptdiagnose Alkoholabhängigkeit im Jahr 2019, die zusätzlich im selben Jahr eine der folgenden Erkrankungen als Nebendiagnose gestellt bekamen (nach Geschlecht, Auswertungsebene „Diagnosegruppen“ bzw. „Dreisteller“)

Diagnosegruppe	Dreisteller	Männer	Frauen	gesamt
	(F10) Alkohol (Hauptdiagnose)	100 %	100 %	100 %
Suchtdiagnosen		*	*	*
	(F11) Opioide**	3 %	3 %	3 %
	(F12) Cannabinoide**	8 %	5 %	7 %
	(F13) Sedativa oder Hypnotika**	16 %	26 %	19 %
	(F14) Kokain**	2 %	2 %	2 %
	(F15) andere Stimulanzien, einschließlich Koffein**	1 %	1 %	1 %
	(F17) Tabak**	38 %	38 %	38 %
	(F19) multipler Substanzgebrauch / Konsum anderer psychotroper Substanzen**	7 %	7 %	7 %
(F30–F39) Affektive Störungen		40 %	59 %	46 %
	(F31) Bipolare affektive Störung	4 %	4 %	4 %
	(F32) Depressive Episode	20 %	31 %	23 %
	(F33) Rezidivierende depressive Störung, Rezidivierende Episoden	28 %	45 %	33 %
(F40–F48) Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen		22 %	36 %	26 %
	(F40) Phobische Störungen	2 %	1 %	2 %
	(F41) Andere Angststörungen	7 %	11 %	8 %
	(F43) Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	14 %	27 %	18 %
(F60–F69) Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen		12 %	17 %	13 %
	(F60) Spezifische Persönlichkeitsstörungen	8 %	14 %	10 %
	(F61) Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen	5 %	4 %	5 %
	(F63) Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle	2 %	1 %	2 %
Grundgesamtheit		4.188	1.911	6.099

* nicht sinnvoll interpretierbar, weil die Hauptdiagnose (F10.2 oder F10.3) auf Ebene der Diagnosegruppe mitgezählt wird und somit eine Summe von 100 Prozent ergäbe.

** Die vollständige Bezeichnung für die Diagnosen F11 bis F19 lautet „Psychische und Verhaltensstörungen durch ...“.

Quelle: Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten; Darstellung: GÖG

Auswertung mittels Patientenanalyse (auf Basis vorangegangener Hauptdiagnosen)

Aussagen zu Komorbidität mittels Patientenanalysen werden über weitere stationäre Aufenthalte innerhalb eines definierten Zeitraums getroffen. Nebendiagnosen wie im Fall einer Komorbiditätsanalyse werden dabei nicht einbezogen. Dazu werden die Datensätze zu einzelnen Aufenthalten mittels einer anonymisierten Patienten-ID verknüpft, so dass mehrere Aufenthalte von einer und derselben Person zusammengeführt werden können. Als Auswahlkriterium wurde festgelegt, dass alle Patientinnen/Patienten ausgewertet werden, die im Jahr 2019 wegen einer Alkoholabhängigkeitserkrankung stationär behandelt wurden. Derzeit ist aus technischen Gründen

eine Rückschau über die **letzten fünf Jahre** möglich (2015–2019). Nach Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit fehlenden IDs standen 54.574 Aufenthalte von 6.099 Patientinnen und Patienten, die im Jahr 2019 wegen der Hauptdiagnose Alkoholabhängigkeit (F10.2 bzw. F10.3 [Entzugssyndrom bei Abhängigkeit]) behandelt worden waren, zur Verfügung.

Um die Relation zwischen der Häufigkeit psychischer Begleiterkrankungen in der **Teilpopulation** der Personen mit Alkoholabhängigkeitsdiagnosen und der Häufigkeit psychischer Begleiterkrankungen (jeweils bezogen auf die letzten fünf Jahre) in der österreichischen Wohnbevölkerung (Referenzpopulation) zu bestimmen, wurde für beide Populationen eine Rate pro 1.000 Personen berechnet. Zudem wird für beide Populationen die Geschlechterverteilung der Sucht- bzw. der F-Diagnosen dargestellt¹⁰³ (vgl. Tabelle 14).

Andere psychiatrische Hauptdiagnosen

300 von 1.000 Personen (30 %) mit einer Alkoholabhängigkeitsdiagnose im Jahr 2019 waren im Zeitraum der letzten fünf Jahre auch wegen einer anderen psychiatrischen Hauptdiagnose (exklusive Suchtdiagnosen) in stationärer Behandlung, am häufigsten aufgrund von Diagnosen aus den Bereichen **Affektive Störungen** (197 von 1.000), **Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen** (110 von 1.000) sowie **Persönlichkeits- bzw. Verhaltensstörungen** (50 von 1.000; jeweils bezogen auf Personen mit einer Alkoholkonsumstörung). In relativen Zahlen betrachtet, wurden Patientinnen mit einer Alkoholabhängigkeitserkrankung im Verlauf der letzten fünf Jahre deutlich häufiger auch wegen einer anderen psychiatrischen Erkrankung stationär behandelt als ihre männlichen Pendants (401 von 1.000 gegenüber 254 von 1.000 oder um den Faktor 1,6 häufiger). Dabei ist allerdings zu beachten, dass Männer viel öfter als Frauen wegen einer Alkoholerkrankung behandelt werden (in der Patientenanalyse wurden Daten von 4.189 Patienten und 1.910 Patientinnen berücksichtigt). In absoluten Zahlen gibt es somit deutlich mehr Männer mit Alkoholkonsumstörung, die in den letzten fünf Jahren zusätzlich wegen einer anderen psychiatrischen Diagnose stationär behandelt wurden, als dies bei Frauen der Fall ist (vgl. dazu die Ausführungen zur Häufigkeit von primärem und sekundärem Alkoholismus bei Männern und Frauen in Kap. 5.2.3).

Dem stehen etwa **26 von 1.000 Personen** aus der österreichischen Wohnbevölkerung gegenüber, die in den letzten fünf Jahren wegen anderer psychiatrischer Diagnosen (exklusive Suchtdiagnosen) stationär behandelt wurden, auch hier am häufigsten aufgrund von Diagnosen aus den Bereichen **Affektive Störungen** (10 von 1.000) sowie **Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen** (8 von 1.000). Im Gegensatz zur Population der Personen mit Alkoholkonsumstörungen ist die Rate für Persönlichkeitsstörungen in der Wohnbevölkerung nicht nur deutlich niedriger (1 von 1.000), sondern spielt auch im Vergleich zu anderen F-Diagnosen eine untergeordnete Rolle. Frauen werden auch in der Wohnbevölkerung häufiger wegen anderer F-Diagnosen stationär behandelt (die relative Häufigkeit bei Frauen ist um den Faktor 1,3 erhöht).

¹⁰³ Zu beachten ist bei diesem Vergleich, dass sich die Teilpopulation der Personen mit Alkoholabhängigkeitserkrankung in unterschiedlichen Merkmalen deutlich von der österreichischen Wohnbevölkerung unterscheidet (etwa in Hinblick auf die Geschlechts- oder Altersverteilung). Zudem ist die Gruppe „Personen mit Alkoholabhängigkeitserkrankungen“ eine Subgruppe der österreichischen Wohnbevölkerung, da es technisch nicht möglich ist, eine Patientenanalyse für alle Personen exklusive jener mit F10.2- bzw. F10.3-Diagnose – die logisch korrekte Referenzgruppe – durchzuführen.

Andere suchtspezifische Hauptdiagnosen

Insgesamt wurden **89 von 1.000 Personen** (ca. 9 %), die im Jahre 2019 wegen einer Alkoholstörung behandelt wurden, im Zeitraum der letzten fünf Jahre auch wegen einer **anderen Suchtdiagnose** (Diagnosecodes F11–F19, d. h. exklusive alkoholspezifischer Diagnosen) stationär behandelt. Der höchste Anteil (43 bzw. 42 von 1.000 Personen mit Alkoholkonsumstörung) an stationären Aufenthalten ist in Zusammenhang mit dem Konsum von **Sedativa bzw. Hypnotika** sowie für **multiplen Substanzgebrauch** zu verzeichnen. Bei Sedativa bzw. Hypnotika ist der relative Anteil unter Frauen etwa doppelt so hoch wie unter Männern (62 von 1.000 vs. 34 von 1.000 Personen mit Alkoholkonsumstörung), und auch insgesamt sind Suchtdiagnosen – relativ betrachtet – häufiger bei Frauen als bei Männern (105 von 1.000 vs. 82 von 1.000 Personen mit Alkoholkonsumstörung oder um den Faktor 1,3 häufiger). Auch hierbei muss man allerdings beachten, dass Männer viel häufiger wegen einer Alkoholerkrankung behandelt werden (in der Patientenanalyse wurden Daten von 4.189 Patienten und 1.910 Patientinnen berücksichtigt). In absoluten Zahlen gibt es somit mehr Männer mit Alkoholkonsumstörung, die in den letzten fünf Jahren zusätzlich wegen einer anderen Suchterkrankung behandelt wurden, als dies bei Frauen der Fall ist (vgl. dazu die Ausführungen zur Häufigkeit von primärem und sekundärem Alkoholismus bei Männern und Frauen in Kap. 5.2.3).

Dem stehen etwa 2 von 1.000 Personen aus der österreichischen Wohnbevölkerung gegenüber, die in den letzten fünf Jahren wegen einer **anderen Suchtdiagnose** (Diagnosecodes F11 bis F19, d. h. exklusive alkoholspezifischer Diagnosen) stationär behandelt wurden. Diese Diagnosen sind in relativen Zahlen etwa doppelt so häufig unter Männern anzutreffen als unter Frauen (und aufgrund der nahezu gleichen Anzahl von Frauen und Männern in der Wohnbevölkerung ergibt sich eine sehr ähnliche Relation auch in absoluten Zahlen). Behandlungen aufgrund des Konsums von Sedativa bzw. Hypnotika finden in der Wohnbevölkerung nahezu gleich häufig unter Frauen wie unter Männern statt.

Vergleich von Patientenanalyse und Komorbiditätsanalyse

Mit wenigen Ausnahmen kommen beide Analysemethoden zu einem ähnlichen Ergebnis hinsichtlich der Bedeutung komorbider psychischer Erkrankungen, die insbesondere in den Bereichen affektive Störungen sowie Belastungsstörungen verortet sind. Beide Analysen weisen zudem einen höheren relativen Anteil komorbider Erkrankungen unter Frauen aus, der jedoch durch die höhere Anzahl männlicher Personen mit Alkoholkonsumstörungen mehr als ausgeglichen wird, womit, absolut betrachtet, die Kombination aus Alkoholkonsumstörung und psychischer Erkrankung unter Männern häufiger ist als unter Frauen (vgl. Kap. 5.2.3).

Hingegen unterscheiden sich die Ergebnisse in Hinblick auf das Ausmaß der Komorbidität. Der Anteil der Personen mit zeitgleichen psychiatrischen Nebendiagnosen ist deutlich höher als jener der Personen mit zusätzlichen stationären Aufenthalten (aufgrund psychiatrischer Hauptdiagnosen) innerhalb der letzten fünf Jahre. Dies liegt darin begründet, dass bei der Patientenanalyse Erkrankungen, die in der Praxis nur **selten eine stationäre Behandlung zur Folge** haben, nicht oder weniger ins Gewicht fallen, wenngleich damit ein durchaus relevantes Gesundheitsrisiko verbunden ist. Dies betrifft in einem besonderen Ausmaß psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak (in der Komorbiditätsanalyse die häufigste Suchtnebendiagnose, in der Patienten-

analyse 1 von 1.000 Personen), aber auch sämtliche anderen Erkrankungen, die in der Komorbiditätsanalyse teilweise deutlich häufiger aufscheinen als in der Patientenanalyse. Dieser Gefahr einer Unterschätzung des Ausmaßes im Rahmen der Patientenanalyse steht die tendenziell höhere Aussagekraft einer Hauptdiagnose gegenüber, die per Definition einen Krankenhausaufenthalt rechtfertigt, während Nebendiagnosen auch geringfügige Belastungen abbilden können.

Tabelle 14: Patientinnen und Patienten mit stationärer Behandlung wegen einer Suchtdiagnose (exklusive Alkohol) bzw. einer F-Diagnose (exklusive Suchtdiagnosen) innerhalb der letzten fünf Jahre pro 1.000 Personen mit Alkoholabhängigkeit diagnostiziert bzw. pro 1.000 EW (nach Geschlecht, Auswertungszeitraum 2015 bis 2019, Auswertungsebene „Diagnosegruppen“ bzw. „Dreisteller“)

		*ALK m.	ALK w.	ALK ges.	ALK w/m	*GES m.	GES w.	GES ges.	GES w/m
Diagnose- gruppe	Dreisteller								
Suchtdiagnose (F11 bis F19, exkl. F10x)		82	105	89	1,3	2,7	1,4	2,1	0,5
	(F11) Opioide**	11	14	12	1,3	0,8	0,3	0,6	0,4
	(F12) Cannabinoide**	8	3	7	0,4	0,4	0,1	0,2	0,3
	(F13) Sedativa oder Hypnotika**	34	62	43	1,8	0,5	0,6	0,5	1,1
	(F14) Kokain**	<0,5	2	1	3,3	0,1	0,0	0,1	0,2
	(F15) Andere Stimulanzen, einschließlich Koffein**	3	2	3	0,7	0,1	0,1	0,1	0,4
	(F16) Halluzinogene**	<0,5	1	<0,5	1,1	0,1	0,0	0,0	0,3
	(F17) Tabak**	1	2	1	2,9	0,1	0,1	0,1	0,6
	(F18) flüchtige Lösungs- mittel**	0	0	0	***	0,0	0,0	0,0	0,8
	(F19) multipler Substanz- gebrauch / Konsum anderer psychotroper Substanzen**	44	38	42	0,9	1,2	0,5	0,8	0,4

		*ALK	ALK	ALK	ALK	*GES	GES	GES	GES
F-Diagnose (F00–F99, exkl. F1x)		254	401	300	1,6	22,8	29,9	26,4	1,3
	(F00–F09) Organische, ein- schließlich symptomatischer psychischer Störungen	17	21	18	1,3	4,7	6,3	5,5	1,3
	(F20–F29) Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	21	19	21	0,9	2,9	2,7	2,8	0,9
	(F30–F39) Affektive Störungen	167	263	197	1,6	7,7	12,2	10,0	1,6
	(F40–F48) Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	87	159	110	1,8	6,8	9,7	8,2	1,4
	(F50–F59) Verhaltensauffäl- ligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	1	18	6	19,2	0,4	1,1	0,8	2,6
	(F60–F69) Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	37	79	50	2,1	1,3	1,6	1,4	1,2
	(F70–F79) Intelligenzstörung	1	1	1	0,9	0,3	0,2	0,2	0,8
	(F80–F89) Entwicklungs- störungen	<0,5	0	<0,5	***	0,6	0,3	0,4	0,5
	(F90–F98) Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	3	3	3	1,1	1,1	0,6	0,8	0,6
	(F99–F99) Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	<0,5	0	<0,5	***	0,0	0,0	0,0	0,6
Grundgesamtheit		4.189	1.910	6.099	—	4,3 Mio.	4,4 Mio.	8,7 Mio.	—

*ALK = Zahlenwerte in diesen Spalten entsprechen der Rate pro 1.000 Personen mit einer F10.2- bzw. F10.3-Diagnose im Jahr 2019.

GES = Zahlenwerte in diesen Spalten entsprechen der Rate pro 1.000 Einwohner:innen.

w/m = Geschlechterverhältnis (Rate für Frauen, dividiert durch Rate für Männer)

Mio. = Millionen

** Die vollständige Bezeichnung für die Diagnosen F11 bis F19 lautet „Psychische und Verhaltensstörungen durch ...“.

*** Das Geschlechterverhältnis ist nicht berechenbar, weil einer der beiden Werte 0 beträgt.

Quelle: Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten; Darstellung: GÖG

5.3 Alkohol und Mortalität

Wer sich mit Krankheiten sowie riskanten und gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen beschäftigt, von denen vermutet wird, dass sie die Lebenserwartung Betroffener erheblich verringern, findet die Idee, das Ausmaß der Bedrohung durch die Anzahl der Personen, die infolge dieser Faktoren vorzeitig sterben (ursachenbezogene vorzeitige Todesfälle, UVT) zu quantifizieren, meist intuitiv plausibel. Bei intensiverem Nachdenken stellt man aber fest, dass die Sache keinesfalls so einfach und unproblematisch ist.

Es besteht eine nahezu unbegrenzte Fülle gleichzeitig wirkender Faktoren, welche die Lebensdauer von Menschen verkürzen oder verlängern (Uhl 2020). In der Praxis ist es unmöglich, all jene

Faktoren aufzuzählen, die das Leben einer Person verkürzt haben. Darüber hinaus können einzelne Faktoren nicht isoliert werden, daher lässt sich auch nicht bestimmen, wie lange Menschen gelebt hätten, wären einzelne Faktoren bzw. Kombinationen von Faktoren nicht vorgelegen. Zusätzlich stellt sich eine Reihe konzeptioneller Fragen (für eine detaillierte Auseinandersetzung vgl. Uhl 2003; Uhl et al. 2006; Uhl 2020):

- Wie viele Minuten, Stunden, Tage oder Jahre muss eine Person infolge eines bestimmten Faktors X früher sterben, damit der Tod als UVT durch Faktor X zu werten ist?
- Da die Mehrzahl vorzeitiger Todesfälle gleichzeitig auf eine Vielzahl von Faktoren zurückzuführen ist, kommt es zwangsläufig zu einer großen Anzahl Doppelzählungen. Die meisten vorzeitigen Todesfälle müssen korrekterweise als UVT wegen einer Fülle unterschiedlicher Ursachen verbucht werden.
- Wie sind jene zu zählen, die infolge eines Faktors X in relevantem Umfang länger leben¹⁰⁴? Ist ihre Anzahl von den UVT wegen des Faktors X abzuziehen?
- Wie geht man damit um, dass viele der empirischen Daten, die man für diese Schätzungen unbedingt benötigen würde, derzeit gar nicht vorliegen? Wie geht man damit um, dass es manche Daten aus forschungslogischen bzw. forschungsethischen Gründen selbst mit größtmöglichem Forschungsaufwand gar nicht geben kann und damit alle derzeit vorliegenden Berechnungen zwangsläufig nur auf begrenzt verlässlichen Daten und reinen Spekulationen aufbauen?

Aus den genannten Gründen erscheint es zwar grundsätzlich zweckmäßig, ursachenbezogene akute Todesfälle, bei denen ein bestimmter Faktor unmittelbar zum Tod geführt hat, zu zählen (z. B. Todesfälle durch Überdosierungen oder Alkoholvergiftungen, Todesfälle durch Unfälle usw.), bei vorzeitigen Todesfällen infolge langfristiger und multikausaler Auswirkungen ist dies aber mit enormen methodischen Problemen verbunden. Insgesamt lässt sich das Ausmaß der Mortalität weit sinnvoller über die Zahl der durch den Substanzkonsum ursachenbezogen verlorenen Lebensjahre erfassen (am geläufigsten in der englischen Abkürzung von YLL [years of life lost]), da hier auch das Sterbealter berücksichtigt wird (vgl. Kap. 5.4.4).

5.3.1 Akut tödliche Alkoholdosis

Die tödliche Dosis beträgt bei Erwachsenen etwa 6 bis 8 Gramm Alkohol pro Kilogramm Körpergewicht, was einer Blutalkoholkonzentration zwischen 3 und 6 Promille entspricht (Grüner 1995). Die mittlere Letaldosis, also jene Menge einer Substanz, die zum Tode von 50 Prozent der Individuen führt (LD_{50}), setzt Feuerlein (1979) mit 4 Promille an.

Wer wissen will, welche Menge alkoholischer Getränke tödlich wirken kann, also mit welcher Getränkemenge man eine Blutalkoholkonzentration von 3 bis 6 Promille erreicht, kann das unter Anwendung der Formeln aus Abschnitt 5.1.3 recht einfach errechnen. Dazu das folgende Rechenbeispiel:

¹⁰⁴ Abgesehen davon, dass moderater Alkoholkonsum nach Ansicht mancher Autorinnen/Autoren das Auftreten koronarer Herzerkrankungen und von Diabetes Typ 1 unwahrscheinlicher macht, sind hier noch viele andere teilweise kurios anmutende Zusammenhänge denkbar. Beispiele: Bei manchen, die eine schwere depressive Verstimmung mit Alkohol bekämpfen, kann ein Selbstmord dadurch verhindert oder zumindest aufgeschoben werden; wer infolge seines Alkoholkonsums zu Hause vor dem Fernseher sitzt, kann in dieser Zeit nicht beim Klettern im Hochgebirge oder bei einem Verkehrsunfall tödlich verunglücken.

- Bei einem stark übergewichtigen Menschen mit 105 kg Körpergewicht und einer durchschnittlichen Körperwasserkonzentration von 40 Prozent oder
- bei einem durchschnittlichen Menschen mit 75 kg Körpergewicht und einer durchschnittlichen Körperwasserkonzentration von 56 Prozent oder
- bei einem sehr schlanken Menschen mit 58 kg Körpergewicht und einer durchschnittlichen Körperwasserkonzentration von 64 Prozent

ergeben sich 3–6 Promille Blutalkoholkonzentration bei Aufnahme von jeweils 160 bis 320 Gramm reinem Alkohol in relativ kurzer Zeit¹⁰⁵. Die Menge von 160–320 Gramm reinem Alkohol entspricht einer Alkoholmenge, die in 8 bis 16 österreichischen Standardgläsern (ÖSG) enthalten ist. Das entspricht z. B.

- ½ bis 1 Liter Spirituosen à 40 Vol.-% oder
- 2 bis 4 Litern Wein oder
- 4 bis 8 Litern Bier.

Die Konsummenge von reinem Alkohol, die sich im konkreten Einzelfall tödlich auswirkt, hängt noch von etlichen weiteren Faktoren ab. Die wichtigsten davon sind

- die Dauer und die zeitliche Verteilung des Alkoholkonsums (je länger der Zeitraum ist, desto mehr Alkohol kann konsumiert werden, ohne einen tödlichen Alkoholspiegel zu erreichen, weil pro Stunde durchschnittlich 0,15 Promille abgebaut werden),
- die Gewöhnung an Alkohol (wer regelmäßig große Mengen Alkohol trinkt, überlebt größere Mengen als alkoholunfahrene Personen),
- der allgemeine körperliche Zustand der Person (Menschen in guter körperlicher Verfassung überleben größere Mengen als Personen mit schlechtem Gesundheitszustand).

Akute Todesfälle kommen auch bei schweren Alkoholvergiftungen nur relativ selten vor, da sich der Organismus bei Überdosierungen meist durch Erbrechen oder Bewusstlosigkeit¹⁰⁶ schützt.

Die meisten Todesfälle wegen akuter Alkoholvergiftung weisen beim Todeseintritt einen Blutalkoholspiegel zwischen 1,8 und 6,7 Promille auf. Diese Werte entsprechen aber nicht dem Wert zum Höhepunkt der Alkoholisierung. Der Tod tritt im Allgemeinen erst nach fünf bis zwölf Stunden in tiefer Bewusstlosigkeit durch Atemlähmung oder durch Herzversagen und Lungenödem ein. Da in diesem Zeitraum laufend Alkohol abgebaut wird, ist die Blutalkoholkonzentration zum Todeszeitpunkt in der Regel deutlich niedriger als zum Höhepunkt der Alkoholisierung (Gipfelkonzentration).

5.3.2 Häufigkeit des akuten Alkoholtodes

Wie viele Personen in Österreich pro Jahr an einer akuten Alkoholvergiftung sterben, lässt sich aus der Todesursachenstatistik nicht abschätzen, da in dieser primär das Grundleiden und nur selten die unmittelbare Todesursache vermerkt wird.

¹⁰⁵ Die drei Beispiele sind so gewählt, dass sich jeweils die gleiche Menge Reinalkohol ergibt. Geht man von anderen Annahmen aus, ergeben sich andere Alkoholmengen, um diese Werte zu erzielen.

¹⁰⁶ Wer bewusstlos ist, kann nicht mehr weitertrinken.

Eine gerichtsmedizinische Erhebung zum akuten Alkoholtod über die Jahre 1984 bis 1997 (Berzlanovich et al. 1998) ermöglicht allerdings eine realistische Abschätzung dieser Zahl. Darauf aufbauend schätzten Uhl et al. (2001), dass jährlich rund 100 Personen in Österreich an einer reinen „akuten Alkoholvergiftung“ sterben. Da sich in Österreich pro Jahr rund 88.900 (Stand 2023) Todesfälle ereignen, entsprechen 100 Fälle einem Anteil von 0,11 Prozent an allen Todesfällen.

Nicht berücksichtigt wurden von Berzlanovich et al. (1998) alle Verstorbenen,

- die zum Obduktionszeitpunkt weniger als 3,5 Promille Blutalkohol aufwiesen,
- bei denen infolge stärkerer Fäulnis eine exakte Analyse des Blutalkoholwertes zum Todeszeitpunkt unmöglich war,
- die abgesehen vom Alkoholeinfluss auch noch unter dem Einfluss von illegalen Drogen und/oder Medikamenten standen,
- die indirekten Folgen der Alkoholisierung (Unfällen, Unterkühlung, Aspiration von Erbrochenem etc.) zum Opfer gefallen waren,
- die unter Alkoholeinfluss durch Selbstmord starben.

5.3.3 Anzahl der Menschen, die jährlich an Alkohol sterben

Im ersten Teil des Abschnitts 5.4 haben wir argumentiert, dass es wenig sinnvoll ist, vorzeitige Todesfälle durch eine bestimmte Ursache auszuweisen, falls die Ursache länger zurückliegt (indirekte Todesfälle), diese den Tod also nicht unmittelbar verursacht hat. Keine logischen Probleme ergibt die Zählung direkter Todesfälle, also solcher, bei denen der Tod als Folge der Ursache unmittelbar eintrat. Da es in der Literatur üblich ist, im Zusammenhang mit Substanzkonsum auch indirekte Todesfälle anzugeben, wird im folgenden Abschnitt auch auf diese Zugänge Bezug genommen.

Bezüglich der Unterscheidung zwischen direkten Todesfällen und indirekten Todesfällen orientieren wir uns an der Terminologie der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD)¹⁰⁷:

- Direkte Todesfälle betreffen jene, die unmittelbar an den Folgen des Substanzkonsums sterben – gleichgültig, ob es sich um einen beabsichtigten Selbstmord oder um einen Überdose rungsunfall handelt.
- Indirekte Todesfälle betreffen jene, die indirekt an den Folgen des Substanzkonsums sterben – gleichgültig, ob sie in substanzeinträchtigtem Zustand bei einem Unfall oder an Krankheitsspätfolgen gestorben sind (Busch 2006).

Die Unterscheidung zwischen Personen, die direkt oder indirekt alkoholbedingt frühzeitig versterben, ist dadurch erschwert, dass bei Hinweisen auf Alkoholabhängigkeit oder eine alkoholbedingte Folgeerkrankung (z. B. Leberzirrhose) auch bei einer akuten Alkoholvergiftung der Diagnosecode „Alkoholabhängigkeit“ (F10.2) oder die Diagnosecodes entsprechender alkoholbedingter Folgeerkrankungen (z. B. K70) vergeben werden. Akute Alkoholvergiftungen ohne Hinweis auf Alkoholabhängigkeit oder auf eine alkoholbedingte Folgeerkrankung sind jedenfalls verhältnismäßig selten (Diagnosecodes F10.1, T51.0, T51.9 nach ICD-10).

¹⁰⁷ Inzwischen wurden die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht umbenannt in Drogenagentur der Europäischen Union (EUDA) – ohne Ausrichtung oder Aufgabenstellung maßgeblich zu verändern.

Unterschieden werden kann aber zwischen Todesursachen, bei denen die begünstigende Wirkung von Alkohol auf den Krankheitsverlauf explizit genannt wird, und solchen, bei denen lediglich eine begünstigende Wirkung vermutet wird, ohne dass dieser Zusammenhang explizit in Diagnosecodes aufscheint.

Unter den **explizit mit Alkoholkonsum in Verbindung** stehenden Todesursachen dominieren mengenmäßig „Alkoholische Lebererkrankungen“ (K70) und „Alkoholabhängigkeit“ (F10.2, F10.3). Im Jahr 2023 wurde bei 688 Verstorbenen die Diagnose K70 gestellt und bei 552 Verstorbenen die Diagnose F10.2 bzw. F10.3 (bei rund 89.800 Verstorbenen insgesamt). Ebenso eindeutig auf Alkoholkonsum zurückgeführt werden die – allerdings zahlenmäßig deutlich seltener codierten – Diagnosen „Alkoholpsychose“ (F10.4, F10.5, F10.7) und „Alkoholmissbrauch“ (F10.0, F10.1).

Schwieriger gestaltet sich der Fall von Erkrankungen, bei denen **eine begünstigende Rolle des Alkohols** angenommen wird, was aber nicht der Todesursachenstatistik ablesbar ist, weil eindeutige Indizien für eine Alkoholverursachung nicht vorlagen oder nicht kodiert wurden. Dies betrifft in erster Linie Personen, die an einer sonstigen „Fibrose und Zirrhose der Leber“ (K74) verstorben sind (720 Personen im Jahr 2023), und in einem geringeren Ausmaß Erkrankungen des Verdauungstrakts wie Pankreatitis und sonstige Krankheiten des Pankreas (K85x, K86x), Gastroenteritis und Duodenitis (K29x) oder Ösophagusvarizen (I85; in Summe 200 Verstorbene im Jahr 2023). Auch bei Suiziden (X60–X84) wird, vermittelt über psychiatrische Erkrankungen wie z. B. Depression, eine begünstigende Rolle von Alkohol vermutet (1.306 Verstorbene im Jahr 2023). Verlässliche Zahlen in Hinblick auf den Anteil der Todesfälle, die in diesem Bereich in Verbindung mit einem exzessiven Alkoholkonsum stehen, existieren nicht.

In Summe wurden somit 1,5¹⁰⁸ Prozent aller gerundet 89.800 Todesfälle in Österreich im Jahr 2023 explizit auf alkoholassoziierte Krankheiten zurückgeführt (vgl. Tabelle 15). Da ein unbekannter Anteil an alkoholassoziierten Lebererkrankungen fälschlicherweise als nicht alkoholassoziiert erfasst wird und übermäßiger Alkoholkonsum auch andere psychische und physische Erkrankungen begünstigt oder auch zu Suizid beitragen kann, ohne dass dies in einer Todesursachenstatistik erfasst werden kann, stellt diese Zahl auf jeden Fall die Untergrenze für eine Schätzung dar.

¹⁰⁸ 1,5 Prozent ergeben sich durch die Addition der ersten vier Werte der Spalte „Gesamt (absolut)“ aus Tabelle 15 dividiert durch die Gesamtzahl der Verstorbenen des Jahres: $(32 + 688 + 552 + 97) / 89.760 = 1,5$ Prozent. Würde man analog der Darstellung in Tabelle 15 auch nichtalkoholassoziierte Lebererkrankungen (K74x) und Erkrankungen des Verdauungstrakts mitzählen, würde sich dieser Anteil auf 2,6 Prozent erhöhen. Eine ausführliche Beschreibung der Schwierigkeit in der Interpretation alkoholassozierter und nichtalkoholassozierter Lebererkrankungen findet sich in „HBAÖ, Band 1: Statistiken und Berechnungsgrundlagen“.

Tabelle 15: Explizit in Zusammenhang mit Alkohol stehende Todesursachen und Todesursachen mit begünstigender Wirkung exzessiven Alkoholkonsums (2023, getrennt nach Geschlechtern)

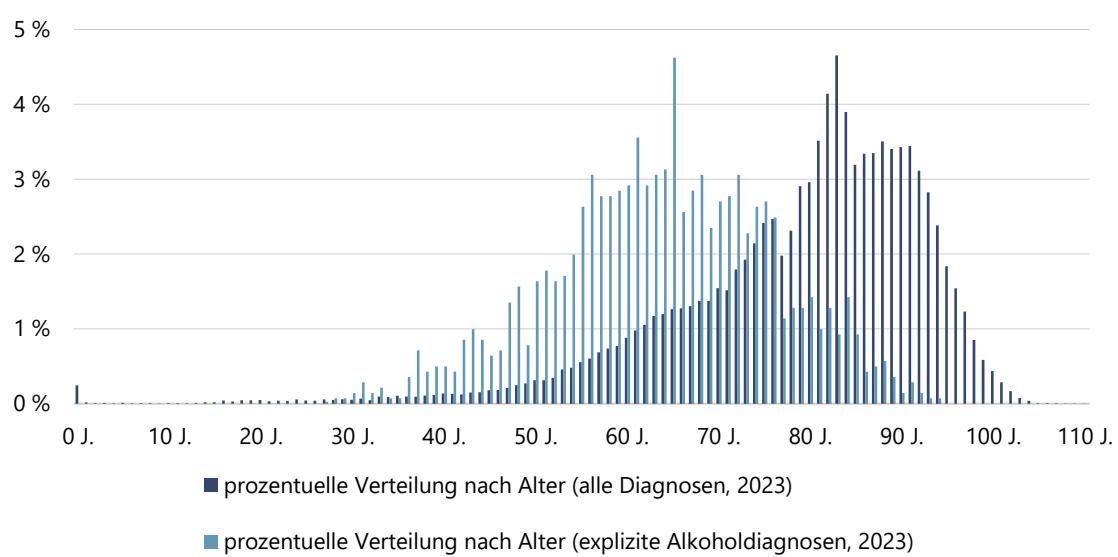
	Gesamt (absolut)	Gesamt (pro 10.000 Verstor- bene)	Männer (absolut)	Männer (pro 10.000 Verstor- bene)	Frauen (absolut)	Frauen (pro 10.000 Verstor- bene)
Toxische Wirkung und Alkoholmissbrauch (F10.1, T51.0, T51.9)	32	7	23	5	9	2
Alkoholische Lebererkrankung (K70.x)	688	152	508	113	180	40
Alkoholabhängigkeit (F10.2, F10.3)	552	122	436	97	116	26
Alkoholpsychose (F10.4, F10.6, F10.7, F10.9)	97	21	72	16	25	6
Sonstige Lebererkrankungen (K74x)	720	160	497	110	223	50
Pankreatitis und sonstige Krankheiten des Pankreas (K85.x, K86.x),	158	35	109	24	49	11
Gastritis und Duodenitis (K29.x)	25	6	9	2	16	4
Ösophagusvarizen (I85)	17	4	15	3	2	0
Suizid (X60–84)	1.306	289	1.017	225	289	65
Verstorbene (alle Todesursachen)	89.760		45.120		44.640	

Quelle: Todesursachenstatistik, Statistik Austria. Auswahl der Diagnose-Cluster vgl. „HBAÖ, Band 1: Statistiken und Berechnungsgrundlagen“; Darstellung: GÖG

Eindeutig zeigt sich hingegen ein klarer Geschlechterunterschied: Männer versterben etwa viermal so häufig an Todesursachen, die mit Alkohol in Verbindung stehen, wie Frauen (vgl. Tabelle 13).

Ein weiteres gesichertes und nicht zu vernachlässigendes Merkmal von Personen, die aufgrund einer mit exzessivem Alkoholkonsum in Verbindung stehenden Todesursache sterben, besteht darin, dass sie **deutlich früher** sterben als andere (vgl. Abbildung 5).

Abbildung 5: Anteil der Verstorbenen mit alkoholassoziierten Todesursachen und mit allen Todesursachen nach Alter zum Todeszeitpunkt (2023)

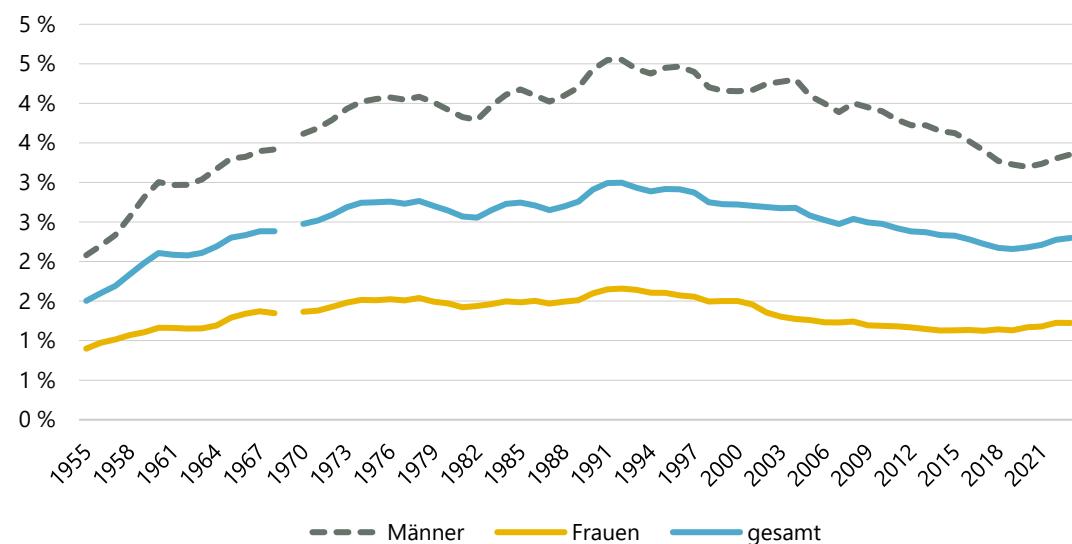


Quelle: Todesursachenstatistik, Statistik Austria; Darstellung: GÖG

Im **Zeitverlauf** in der unten stehenden Abbildung 6 zeigt sich, dass alkoholassoziierte Todesursachen seit den 1990er-Jahren sowohl bei Männern als auch bei Frauen tendenziell rückläufig sind. Diese Entwicklung tritt etwa 20 Jahre später zutage als der Rückgang des Pro-Kopf-Konsums, der in den 1970er-Jahren seinen Höhepunkt erreichte (vgl. Kap. 7.1). Eine mögliche Erklärung für diese Verschiebung könnte die Latenzzeit schwerwiegender Alkoholerkrankungen wie Lebererkrankungen oder Alkoholabhängigkeit sein¹⁰⁹.

¹⁰⁹ Diese Hypothese lässt sich mittels Daten auf Populationsebene nicht überprüfen, da auch bei einem Rückgang des durchschnittlichen Pro-Kopf-Konsums das Risiko für z. B. Leberzirrhosen in einer Population ansteigen kann (etwa wenn die wenigen Extremkonsumentinnen/-konsumenten noch mehr trinken und die vielen moderaten Konsumentinnen/Konsumenten gar nichts mehr trinken). Sollte die den Zusammenhang zwischen Pro-Kopf-Konsum und Alkoholfolgeerkrankungen betreffende Hypothese stimmen, wäre für die nächsten Jahre eine weitere Abnahme von Alkoholfolgeerkrankungen zu erwarten.

Abbildung 6: Alkoholassoziierte Todesfälle in Prozent aller Verstorbenen nach Geschlechtern im Zeitverlauf (1955 bis 2023)



Berücksichtigt wurden die Diagnosecodes für „Alkoholabhängigkeit“: ICD-10: F10.2, F10.3; „Alkoholpsychose“: ICD-10: F10.4, F10.5–F10.7; „Alkoholmissbrauch“: ICD-10: F10.0, F10.1; „Chronische Lebererkrankungen“: ICD-10: K70.*; K73.*; K74.*; „Alkoholvergiftung“: ICD-10: T51.0, T51.9.

Aufgrund der Umstellung von ADS auf ICD-8 liegen für das Jahr 1969 keine elektronisch erfassten Zahlen vor. Im Gegensatz zur Darstellung in Tabelle 15 werden hier sämtliche Lebererkrankungen mitgezählt, was aufgrund des unklaren und variablen Ausmaßes an Fehlcodierungen insbesondere bei längeren Zeitreihen sowie bei internationalen Vergleichen anzuraten ist.

Quelle: Todesursachenstatistik, Statistik Austria. Kategorien und Daten aus „HBAÖ, Band 1: Statistiken und Berechnungsgrundlagen“; Darstellung: GÖG

5.3.4 Verlorene Lebensjahre durch Alkoholismus und Alkoholmissbrauch

Das Erfassen der durch Alkoholismus und Alkoholmissbrauch bedingten erhöhten Mortalität in der Bevölkerung mittels verlorener Lebensjahre (YLL, years of life lost) anstelle ursachenbezogener vorzeitiger Todesfälle (UVT) bietet den Vorteil, dass einem frühzeitigen Tod in jüngeren Jahren stärkeres Gewicht zugemessen wird als einem (immer noch) frühzeitigen Tod in höherem Alter.¹¹⁰

Schätzungen der verringerten Lebenserwartung alkoholkranker Männer und Frauen reichen von 10–12 Jahren (Leu 1981) über 24 Jahre (Lesch et al. 1986) bis 28 Jahre (Single et al. 1996). Bühringer et al. (2000) schätzen – basierend auf der Auswertung der amtlichen Todesursachenstatistik der Bundesrepublik Deutschland – für alkoholkranke Männer in den ehemals westdeutschen Bundesländern durchschnittlich 17 verlorene Lebensjahre und für alkoholkranke Frauen durchschnittlich 20 verlorene Jahre.

¹¹⁰ International ist es zudem inzwischen üblich, nicht nur die absolute Zahl der verlorenen Lebensjahre zu zählen, sondern zusätzlich die Lebensqualität in dem Sinne zu berücksichtigen, dass nur Jahre mit voller Lebensqualität voll zählen und Jahre mit verringriger Lebensqualität entsprechend weniger. Die in diesem Zusammenhang verwendeten Begriffe sind qualitätsadjustierte (QALY) bzw. behinderungsadjustierte (DALY, disability-adjusted life years) Lebensjahre (Gmel et al. 2006).

Hierzu muss man allerdings bedenken, dass alle diese Schätzungen bloß aus Beobachtungsdaten abgeleitet wurden, weil die experimentelle Erforschung der langfristigen toxischen Wirkung des Alkohols auf Menschen nicht möglich ist. Wie weit beobachtete Unterschiede in der Lebenserwartung das Ergebnis exzessiven Alkoholkonsums sowie alkoholismusbedingter Lebensumstände sind und wie weit sich hier unabhängige Faktoren (z. B. psychische und somatische Probleme, welche die Entstehung von Alkoholismus begünstigen und die Lebenserwartung auch ohne Alkoholprobleme reduzieren würden) manifestieren, ist bei einem solchen Forschungsdesign nicht letztgültig zu beantworten (Uhl et al. 2006).

Übernimmt man die Werte von Bühringer et al. (2000) für Österreich und geht man davon aus, dass 14 Prozent der Männer und 6 Prozent der Frauen im Laufe ihres Lebens an Alkoholismus erkranken (Gesamtlebenszeitprävalenz des Alkoholismus, vgl. Abschnitt 7.5), so ergibt sich, dass die Lebenserwartung der Österreicher:innen um 1,8 Jahre¹¹¹ steige, wenn es keine Menschen mit Alkoholabhängigkeitserkrankungen gäbe. Da man aber nicht feststellen kann, wie viele verlorene Lebensjahre bei diesen Personen tatsächlich auf den Alkoholkonsum und dessen Folgen und wie viele auf das Konto relevanter Drittvariablen wie etwa psychischer Erkrankungen und sozialer Probleme zurückgehen, kann man derzeit nur spekulieren, wie viele der theoretisch erreichbaren zusätzlichen 1,8 Lebensjahre für die Lebenserwartung der Gesamtbevölkerung real erreichbar wären, wenn man alle potenziellen Menschen mit Alkoholabhängigkeitserkrankungen von Kindheit an dazu bewegen könnte, ihren Alkoholkonsum jenem der Restbevölkerung anzupassen.

Die derzeit wohl am stärksten rezipierten Publikationen zum Thema Alkohol und Mortalität stammen aus der sogenannten GBD-Studie (Global Burden of Disease), die federführend vom Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) in Seattle durchgeführt wird und regelmäßig Daten zu frühzeitigen Todesfällen und DALYs („disability-adjusted life years“) publiziert. Im Zentrum stehen dabei allerdings nicht verlorene bzw. gesundheitlich eingeschränkte Lebensjahre infolge bestimmter Erkrankungen (wie etwa Alkoholabhängigkeit), sondern verlorene Lebensjahre durch bestimmte Risikofaktoren (wie z. B. Alkoholkonsum).

Gemäß Analysen von Griswold et al. (2018) im Rahmen der GBD-Studie werden weltweit 2,2 Prozent aller Todesfälle von Frauen und 6,8 Prozent aller Todesfälle unter Männern auf den Risikofaktor Alkoholkonsum zurückgeführt. In der umfassenden Maßzahl DALY (als Summe von verlorenen Lebensjahren und Lebensjahren mit eingeschränkter Gesundheit) wird Alkohol für 1,6 Prozent aller gesundheitlichen Belastungen unter Frauen und für 6 Prozent aller gesundheitlichen Belastungen unter Männern verantwortlich gemacht. Für bestimmte Alterskohorten (z. B. junge Erwachsene, die sonst nur einem geringen Risiko für Erkrankungen bzw. frühzeitigen Tod ausgesetzt sind) und für bestimmte Regionen (z. B. Westeuropa, wo übertragbare Erkrankungen und entsprechende Todesfälle nur eine geringe Rolle spielen) ist die relative Bedeutung von Lebensstilrisikofaktoren wie Alkohol, aber auch Tabakkonsum und Ernährungsgewohnheiten, deutlich höher.

Die Daten der GBD-Studie stehen auch für andere Forscher:innen zur Verfügung und können unter <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool> abgerufen werden. Damit können etwa alkoholassoziierte Todesfälle, verlorene Lebensjahre und DALYs speziell für Österreich ausgewiesen werden. Eine solche Auswertung (alle Werte für das Jahr 2016) ergibt für österreichische Männer

¹¹¹ $14\% \times 50\% \times 17 + 6\% \times 50\% \times 20 = 1,8$

97.899 verlorene Lebensjahre und für österreichische Frauen 30.864 verlorene Lebensjahre durch den Risikofaktor Alkoholkonsum (gesamt: 128.763). In DALYs ergeben sich Werte von 124.871 für österreichische Männer und 42.070 für Frauen (gesamt: 166.941). Diese Zahlen lesen sich gleichermaßen spektakulär auf Populationsebene, wie sie unspektakulär auf Individualebene anmuten. Umgerechnet auf eine Wohnbevölkerung von knapp 8,7 Millionen Menschen in Österreich (Stand: 2016), würde diesen Berechnungen zufolge im Durchschnitt jeder Menschen 5 Tage länger leben bzw. 7 Tage länger und bei voller Gesundheit leben, gäbe es überhaupt keinen Alkoholkonsum in Österreich.

Der hohen Transparenz der Ergebnisse der GBD-Studie steht entgegen, dass die dahinterliegenden und enorm komplexen Berechnungen nur sehr schwer nachvollziehbar sind und teilweise auf Annahmen und Modellparametern basieren, die durchaus diskussionswürdig sind. Berücksichtigt werden sollten unter anderem folgende Punkte (Strizek et al. 2014):

- Der Referenzwert der GBD-Studie zur Messung der verlorenen Lebenszeit ist eine fiktive globale Sterbetafel und nicht jene, die den jeweiligen Regionen tatsächlich entspricht. Dadurch werden Unterschiede in der Lebenserwartung, die auf die Summe aller regionalen Einflüsse zurückzuführen sind (und dazu führen, dass die Menschen in Japan älter werden als in Österreich) auf jene ausgewählten Risikofaktoren „gebucht“, die als relevant im Modell inkludiert sind. Auch dies führt zu einer systematischen Überschätzung der Lebenszeit, die durch das Ausschalten eines Risikofaktors (kontrafaktisches Szenario) gewonnen werden könnte.
- Die Messung nichtletalaler Gesundheitseinschränkungen (YLD = „years lived with disease“ als zweiter Bestandteil von DALYs) erfordert zwangsläufig eine Bewertung dieser gesundheitlichen Beeinträchtigung, die im Falle der GBD-Studie durch Befragung von Laiinnen und Laien erfolgte. Dabei wird die Beeinträchtigung durch Suchterkrankungen, ebenso wie jene durch andere psychiatrische Erkrankungen, von persönlich nicht davon Betroffenen als sehr hoch eingeschätzt, worin sich teilweise eine höhere Stigmatisierung psychiatrischer Erkrankungen ausdrückt und nur teilweise die objektive Belastung der Betroffenen durch Suchtprobleme. Zudem werden Gesundheitseinschränkungen global verwendet, was bedeutet, dass die gesellschaftliche Reaktion auf eine Erkrankung (etwa eine gute oder schlechte medizinische Versorgung) nicht berücksichtigt wird.
- Generell stellen sich grundsätzliche Probleme hinsichtlich der Richtung der Kausalität, was konfundierende Drittvariablen in der Berechnung attribuierbarer Anteile einer Krankheitslast auf einzelne Risikofaktoren betrifft. Es ist nicht nur so, dass Risikofaktoren wie übermäßiger Alkoholkonsum Probleme verursachen, sondern Probleme führen auch zur Entwicklung von Risikofaktoren.
- Ebenfalls zu bedenken sind alternative Risikoverhaltensweisen, die im Fall der Reduktion eines Risikofaktors kompensatorisch ansteigen könnten (etwa mehr Drogenkonsum bei einer geringeren Verfügbarkeit von Alkohol). Die Berechnungen der GBD gehen hier von Ceteris-paribus-Bedingungen aus, also davon, dass sich keine Verschiebung zu anderen Risikoverhaltensweisen ergebe. Die im klinischen Bereich häufige Beobachtung, dass psychische Erkrankungen die Entstehung einer Alkoholabhängigkeit begünstigen und dass die erfolgreiche Behandlung der Alkoholabhängigkeit eine Suchtverlagerung begünstigt, sprechen gegen diese Annahme.

5.4 Alkohol und Krebs

Um die Krebsmortalität zu erfassen, gibt es grundsätzlich drei Zugänge. Man kann erstens den **relativen Anteil aller Krebstodesfälle an den Todesfällen** eines bestimmten Zeitraums¹¹² eruieren. Die relative Zu- bzw. Abnahme einer bestimmten Todesursache bedeutet bei dieser Betrachtungsweise zwangsläufig, dass der relative Anteil anderer Todesursachen sich genau gegenläufig verändern muss, weil die Summe der relativen Anteile immer 100 Prozent ausmacht. Dieses Prinzip gilt in abgeschwächter Form auch dann, wenn man die Anzahl der Krebstodesfälle relativ zur Wohnbevölkerung¹¹³ darstellt (**Krebsmortalitätsrate**). Die Zu- bzw. Abnahme einer bestimmten Todesursache wird hier nicht völlig durch eine gegenläufige Veränderung anderer Todesursachen kompensiert, da die Bevölkerung als Referenzgröße herangezogen wird – und nicht alle Verstorbenen –, womit auch eine Veränderung der Gesamt mortalität Berücksichtigung findet. Bestimmte Todesursachen können sowohl deshalb an Bedeutung verlieren, weil Menschen ebenso vorzeitig an anderen Todesursachen versterben, als auch dadurch, dass diese Todesursachen erfolgreich bekämpft werden und Menschen in der Folge länger leben und erst später an anderen Todesursachen versterben. Besonders aussagekräftig sind **altersstandardisierte Krebsmortalitätsraten**, die sich auf eine Standardbevölkerung beziehen. Der Vorteil standardisierter Mortalitätsraten ist, dass man durch sie Unterschiede in der Alterszusammensetzung ausgleichen kann, was es ermöglicht, Staaten oder unterschiedliche Zeitpunkte mit einer unterschiedlichen Altersverteilung in der Bevölkerung sinnvoll zu vergleichen.

Insgesamt empfiehlt es sich, die Entwicklung einzelner Todesursachen nicht isoliert zu betrachten, sondern stattdessen auch die Gesamt mortalität bzw. die unmittelbar damit zusammenhängende Lebenserwartung zu berücksichtigen. So ist in Entwicklungsländern, wo viele Menschen in jungen Jahren an Infektionen, Unfällen und eigentlich gut behandelbaren Krankheiten versterben, der Anteil der Menschen, die an Krebs sterben deutlich geringer als in **Regionen mit einer hohen Lebenserwartung**, was weniger auf eine verringerte Exposition gegenüber krebsfördernden Risikofaktoren als auf eine höhere Bedeutung konkurrierender Erkrankungen sowie auf eine jüngere Bevölkerungsstruktur zurückzuführen ist.

Krebs wurde im Jahre 2023 in Österreich nach „Erkrankungen des Kreislaufsystems“ (35 %) als **zweithäufigste Todesursache** angegeben (24 %). Nur etwas weniger als die Hälfte der Bevölkerung (41 %) verstirbt an einer der restlichen Todesursachen (Statistik Austria 2025d).

2023 wurde in Österreich bei ca. **46.500 Menschen** eine Krebserkrankung diagnostiziert, was angesichts des Umstands, dass in diesem Jahr ca. **22.000 Menschen** an einer Krebserkrankung verstarben, als deutlicher Hinweis darauf zu sehen ist, dass Krebserkrankungen heute nicht mehr unbedingt bedeuten, dass die Erkrankten auch an Krebs versterben (Statistik Austria 2025d). Krebserkrankungen verursachen großes individuelles Leid und sind eine bedeutende Belastung für die Gesundheitssysteme, weswegen es auf verschiedenen Ebenen verstärkt Bestrebungen zur **Prävention und Früherkennung von Krebserkrankungen** und zur optimalen Versorgung der Erkrankten gibt.

¹¹² meist ein Jahr

¹¹³ meist pro 100.000 Personen der Wohnbevölkerung

Die Internationale Agentur für Krebsforschung (IACR), eine Einrichtung der Weltgesundheitsorganisation (WHO), sieht ausreichende Evidenz dafür, dass **Ethanol beim Menschen karzinogen wirkt**¹¹⁴. Alkohol wird daher, wie auch ein hoher Body-Mass-Index, ungesunde Ernährung, körperliche Inaktivität, übermäßige Strahlungs- und Sonnenexposition, Rauchen, Viren/Infektionen und vieles mehr zu den **beeinflussbaren Risikofaktoren**¹¹⁵ für die Entstehung bestimmter Krebs-erkrankungen gezählt.

Der World Cancer Research Fund International (WCRF) beurteilt – gestützt auf wissenschaftliche Publikationen – die Evidenz dafür, dass Alkoholkonsum das Risiko für bestimmte Krebserkrankungen erhöht oder senkt, nach den Kategorien „überzeugend“, „wahrscheinlich“ bzw. „begrenzt“¹¹⁶. Ein überzeugender krebsfördernder Effekt von Alkohol wird für Krebserkrankungen der **Mundhöhle, des Kehlkopfs und Rachens, der Speiseröhre, der Leber, des Dickdarms und der weiblichen Brust** (nach der Menopause) postuliert¹¹⁷. Ein wahrscheinlich krebsfördernder Effekt von Alkohol wird für Krebserkrankungen der **Bauchspeicheldrüse, der Lunge, der Haut**¹¹⁸ und der weiblichen Brust (vor der Menopause) angegeben. Ein überzeugender krebsverringern-der Alkoholeffekt wird für **Nierenkrebs** postuliert¹¹⁹. Bei allen anderen Krebsarten wird die For-schungsfrage als uneindeutig dargestellt (World Cancer Research Fund et al. 2022). Die Rolle des Alkoholkonsums bei der Entwicklung von Krebserkrankungen fand erst in den letzten Jahren verstärkt Beachtung. Weil die dem Alkohol zuschreibbaren Anteile bei keiner Krebsart die Mehr-heit der Fälle verursachen – anders als das etwa beim Einfluss von Tabak auf die Entwicklung von Lungenkrebs oder beim Einfluss von Alkohol auf die Entstehung von Leberzirrhosen der Fall ist –, vertreten Rehm et al. (2021) die Position, dass es schwierig sei, der Öffentlichkeit zu vermitteln, dass Alkohol bei der Entwicklung von Krebs eine relevante Rolle zukomme. Erst in den letzten Jahren zielen öffentliche Maßnahmen zur Krebsprävention verstärkt auch auf den Alkoholkon-sum ab. Der im Jahr 2021 von der EU-Kommission vorgestellte Europäische Plan zur Krebsbe-kämpfung (European Commission 2021), der verschiedene Leitinitiativen und begleitende Maß-nahmen zur Krebsbekämpfung enthält, formuliert die **Reduktion des schädlichen Alkoholkon-sums** als eines von mehreren Zielen. Die Formulierung „schädlicher Konsum“ ist insofern von Bedeutung, als damit nicht undifferenziert jeglicher Alkoholkonsum problematisiert wurde, ohne dass jedoch präzisiert wurde, ab welchen Mengen Alkoholkonsum als schädlich erachtet wird.

¹¹⁴ Die IACR stuft Ethanol in die oberste von fünf Gruppen von Risikofaktoren ein. Die Einteilung in diese fünf Kategorien (karzinogen, wahrscheinlich karzinogen, möglicherweise karzinogen, nicht eingestuft und wahrscheinlich nicht karzinogen) erfolgt nicht nach der Ausprägung des Risikos, sondern anhand der Evidenzstärke (<https://monographs.iarc.who.int/list-of-classifications>, zuletzt aufgerufen am 25.01.2025).

¹¹⁵ Alter, Ethnizität, familiäre Vorbelastung, Rasse oder Geschlecht zählen zu den nichtbeeinflussbaren Risikofaktoren.

¹¹⁶ Zusätzlich gibt es die Kategorie „weder eine Erhöhung noch eine Senkung erscheint wahrscheinlich“.

¹¹⁷ Dabei beurteilten die Autorinnen und Autoren diesen Effekt bei Magen, Bauchspeicheldrüse sowie Leber erst ab Mengen von durch-schnittlich 45 g Alkohol pro Tag als gesichert.

¹¹⁸ Melanome, nicht aber Basaliome

¹¹⁹ Dabei beurteilten die Autorinnen und Autoren diesen Effekt nur für Alkoholmengen bis durchschnittlich 30 g reinen Alkohols pro Tag als gesichert.

5.4.1 Wirkmechanismen zwischen Alkoholkonsum und Krebs

Ethanol – also reiner Alkohol – gilt als ein **Prokarzinogen**, d. h. als eine Substanz, die nicht direkt krebserregend wirkt, sondern vom menschlichen Metabolismus erst in karzinogene Stoffe umgewandelt wird (Rehm et al. 2021). Die Wirkmechanismen, die das erhöhte Krebsrisiko durch den Konsum alkoholischer Getränke verursachen, sind nicht vollständig geklärt und haben je nach Krebsart einen unterschiedlichen Stellenwert. Liu et al. (2015) unterscheiden hier vier Aspekte:

- **Acetaldehyd**, das beim Abbau von Alkohol durch die Alkoholdehydrogenase als Zwischenprodukt entsteht (vgl. Kap. 5.1.4), wirkt mutagen und kanzerogen und kann Krebswachstum auslösen bzw. fördern sowie die Fähigkeit zur Zellreparatur beeinträchtigen.
- **Oxidativer Stress** entsteht, wenn freie Radikale, reaktionsfreudige Sauerstoffverbindungen als Zwischenprodukt des Stoffwechsels, nicht durch Antioxidanzien ausgeglichen werden. In-vitro-Studien legen nahe, dass Alkoholkonsum oxidativen Stress verstärken und damit in weiterer Folge die DNA und deren Reparaturfähigkeit beeinträchtigen sowie Krebswachstum auslösen oder fördern kann.
- **Folsäuremangel und DNA-Methylierung:** Folsäuremangel kann die Methylierung der DNA, einen regulatorischen Prozess zur Steuerung der Genaktivität, beeinträchtigen. Dieser Mangel kann durch Alkoholeinfluss direkt bzw. durch die mit exzessivem Alkoholkonsum häufig einhergehende ungesunde Ernährung verursacht werden. Diese Wirkmechanismen stehen vor allem mit der Entstehung von Darmkrebs in Verbindung.¹²⁰
- **hormonelle Veränderungen** (Östrogenspiegel). Hormone sind im Körper unter anderem für die Regulierung des Zellwachstums und der Zellteilung zuständig. Alkoholkonsum bewirkt einen Anstieg des Östrogenspiegels, und dieser ist mit dem Risiko für bestimmte Krebsarten assoziiert.

5.4.2 Epidemiologische Schätzungen des Ausmaßes und der Verteilung alkoholassozierter Krebserkrankungen

Im Zuge von Modellrechnungen im Rahmen der „Global Burden of Disease“-Studie (Rumgay et al. 2021) wurden im Jahr 2020 **4,1 % aller Krebsneuerkrankungen als alkoholassoziiert¹²¹ eingestuft**. In diesen Modellierungen wird auf Basis von Schätzungen der Prävalenz unterschiedlicher Krebsarten, der Verteilung des Alkoholkonsums in der Bevölkerung sowie der Risikorelation zwischen bestimmten Alkoholkonsummengen und der Entwicklung von Krebserkrankungen berechnet, welcher Anteil der alkoholassoziierten Krankheitslast auf welche Krebsarten bzw. Bevölkerungsgruppen entfällt (für eine kritische Auseinandersetzung mit Schätzungen zur alkoholspezifischen Morbidität und Mortalität laut „Global Burden of Disease“-Studie vergleiche die Kap. 5.2.1 und 5.3.4). Etwa drei von vier alkoholassoziierten Krebsfällen entfallen diesen Schätzungen zufolge auf Männer. Dabei wird etwa die **Hälfte (47 %) aller alkoholassoziierten Krebserkrankungen** jener relativ kleinen Personengruppe zugewiesen, die täglich durchschnittlich mehr als 60 Gramm Alkohol konsumiert (zur Veranschaulichung: 60 Gramm entsprechen etwa drei halben Litern Bier)

¹²⁰ Ob und wieweit man bei der Beurteilung negativer Alkoholwirkungen auch Auswirkungen von Verhaltensweisen, die mit dem Alkoholkonsum assoziiert sind wie ungesunde Ernährungsgewohnheiten, berücksichtigen kann, ist kritisch zu hinterfragen und wird im Abschnitt „Herausforderungen bei der Beurteilung des Risikos geringer Alkoholmengen in Bezug auf Krebserkrankungen“ noch ausführlicher diskutiert werden.

¹²¹ Hier ist zu betonen, dass das Wort „assoziert“ einen Zusammenhang, aber nicht zwingend einen Kausalzusammenhang beschreibt. Ein Teil der Zusammenhänge könnte demnach grundsätzlich auch über gemeinsame Drittvariablen oder durch eine umgekehrte Richtung der Kausalität erklärbar sein.

oder einer 0,7-Liter-Flasche leichten Weins). Weitere 39 Prozent entfallen auf Personen, die 20 bis 60 Gramm pro Tag konsumieren und nur 14 Prozent auf Personen, die weniger als 20 Gramm Alkohol pro Tag konsumieren. Bezuglich alkoholassozierter Krebsarten wird **Speiseröhrenkrebs**, **Leberkrebs** und **Brustkrebs** weltweit die größte Bedeutung zugewiesen (Rumgay et al. 2021).

Frauen und Männer sind in unterschiedlichem Ausmaß von verschiedenen Krebsarten betroffen, die unterschiedliche Dosis-Risiko-Zusammenhänge aufweisen. Brustkrebs bei Frauen gehört zu jenen Krebsarten, für die ein nahezu linearer Dosis-Risiko-Verlauf postuliert wird. Dies ist insofern bemerkenswert, als bei anderen Krebsarten der Dosis-Risiko-Zusammenhang mit Alkoholkonsum erst bei relativ hohen Konsummengen – dann allerdings sehr steil – anzusteigen scheint. Damit wird bei Frauen schon mit relativ geringen Alkoholkonsummengen ein erhöhtes Brustkrebsrisiko angenommen (Choi et al. 2018), was bewirkt, dass bei **Frauen der Anteil alkoholassozierter Krebserkrankungen in Niedrigkonsumgruppen bis moderaten Konsumgruppen deutlich höher geschätzt wird als bei Männern.**

5.4.3 Die Bedeutung von Brustkrebs innerhalb des Alkohol-Krebs-Diskurses

Der eben beschriebene Verlauf der Dosis-Risiko-Kurve sowie die relativ hohe Prävalenz von Brustkrebs bei Frauen sind dafür verantwortlich, dass der Themenkomplex „Alkohol und Brustkrebs“ **besondere Aufmerksamkeit erhält**. Brustkrebs ist bei Frauen in Österreich die häufigste Krebsform. Etwa 6.900 Frauen erhielten 2023 diese Diagnose (Statistik Austria 2025d), was, hochgerechnet auf die durchschnittliche Lebenserwartung österreichischer Frauen von 84 Jahren, und bei einer Wohnbevölkerung von etwa 4.600.000 Frauen¹²² bedeutet, dass ca. zehn Prozent aller Frauen im Laufe ihres Lebens an Brustkrebs erkranken. Dabei kommt verschiedenen Risikofaktoren eine unterschiedliche Rolle zu. Als Risikofaktoren für die Entstehung von Brustkrebs gelten bei Frauen neben nichtveränderbaren Faktoren wie z. B. Alter, Dichte des Brustgewebes, Familiengeschichte mit Brustkrebs auch eine Reihe modifizierbarer Risikofaktoren wie das Alter bei der ersten Schwangerschaft, die Anzahl der Schwangerschaften, Stillen, hormonelle Verhütung, Hormonersatztherapien, Übergewicht und der Konsum von Alkohol. Zusätzlich zu den bereits beschriebenen allgemeinen werden auch spezifische Wirkmechanismen im Zusammenhang mit Alkohol und Brustkrebs diskutiert (Liu et al. 2015):

- Es liegen Hinweise vor, dass es zwischen der Menarche und dem Ende der ersten Schwangerschaft eine besonders hohe biologische Vulnerabilität des Brustgewebes gibt, Krebs zu entwickeln.
- Eine längere Exposition mit Östrogen (etwa aufgrund von Hormonersatztherapien bei Frauen nach der Menopause) scheint die Wahrscheinlichkeit für die Entstehung von Brustkrebs ebenfalls zu erhöhen.
- Alkoholkonsum kann die Östrogenempfindlichkeit des Brustgewebes erhöhen und auf diese Weise das Ausmaß entsprechender Hormonrezeptoren von Krebszellen beeinflussen, was wiederum für die Vermehrung von Krebszellen ausschlaggebend ist (Östrogen regt das Zellwachstum sowohl gesunder Zellen als auch von Krebszellen an).

¹²² Daten abrufbar unter <https://statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/gesundheit/gesundheitszustand/lebenserwartung-in-gesundheit> [zuletzt aufgerufen am 25.01.2025]

- Bei mäßigem Konsum kann Alkohol den insulinähnlichen Wachstumsfaktor (IGF-1) erhöhen, der die Produktion von Brustgewebszellen steigern kann. Das betrifft sowohl Krebszellen als auch gesunde Zellen.

5.4.4 Herausforderungen bei der Beurteilung des Risikos geringer Alkoholmengen in Bezug auf Krebserkrankungen

Während Einigkeit darüber besteht, dass Alkoholkonsum in größeren Mengen das Risiko für bestimmte Krebserkrankungen deutlich erhöht, fällt die **Beurteilung des Krebsrisikos durch geringe Konsummengen** deutlich weniger eindeutig aus.

Wenn es um die Entstehung von Krebs geht, kommen experimentelle Studien am Menschen nicht infrage, und Experimente an Tieren oder Zellgeweben lassen sich nur sehr bedingt auf Menschen übertragen. Als aussagekräftigste nichtexperimentelle Studien gelten **prospektiv angelegte Kohortenstudien**, bei denen eine sehr große Anzahl von Personen mittels Fragebögen über den Gesundheitszustand, Verhaltensweisen und Rahmenbedingungen befragt und die weitere Entwicklung dieser Größen über mehrere Jahre beobachtet wird. Wichtige Verhaltensweisen und Rahmenbedingungen sind z. B. Ernährungsgewohnheiten, Freizeitverhalten, soziale Situation, Arbeitssituation, Wohnsituation und vieles mehr. Die Verlässlichkeit prospektiver Kohortenstudien ist dadurch eingeschränkt, dass viele Angaben auf Selbstauskünften der Studienteilnehmer:innen basieren und Krebserkrankungen stark durch eine **multifaktorielle Genese¹²³** geprägt sind (stärker etwa als Leberzirrhosen), was es selbst bei einer Kontrolle von Drittvariablen erschwert, die Effekte einzelner Variablen zu isolieren.

Ein anderer nichtexperimenteller Ansatz sind **Case-Control-Studien**, bei denen üblicherweise zu krebskranken Patientinnen und Patienten andere Patientinnen und Patienten ohne Krebserkrankung, die bezüglich wichtiger Kriterien mit Ersteren identisch sind (mindestens Alter und Geschlecht, aber idealerweise mehr), einander paarweise zugeordnet werden und retrospektiv nach möglichen Gründen für Erkrankungen (bzw. deren Abwesenheit) gesucht wird. Der Vorteil der Case-Control-Studien ist, dass die Erfassung der Erkrankungen hier in der Regel nicht von klinischen Laiinnen und Laien, sondern von Medizinerinnen und Medizinern vorgenommen wird. Der Nachteil dieses Ansatzes liegt darin, dass im Vergleich zu Kohortenstudien die Stichproben aus der Normalbevölkerung ziehen, die Auswahl und Rekrutierung der Kontrollgruppe komplexer ist, das retrospektive Design hohe Anforderungen an die Erinnerung von Verhaltenswissen erfordert und Fälle sowie Control-Fälle sich zusätzlich in zahlreichen Dimensionen mehr oder weniger stark voneinander unterscheiden.

Noch fehleranfälliger sind reine Querschnittsbeobachtungsstudien, bei denen Krebserkrankungen und Verhaltensweisen sowie Rahmenbedingungen von Personen in einer repräsentativen Stichprobe abgefragt werden. Neben den bereits bei den anderen Studiendesigns erwähnten Fehlerquellen (fehlerbehaftete Selbstauskunft, hohe Erinnerungsanforderung für retrospektive Angaben) wirkt hier zusätzlich ein Selektionseffekt, weil Personen, die in der Vergangenheit bereits an Krebs gestorben sind, in diesen Stichproben nicht mehr vorkommen.

¹²³ Die multifaktorielle Genese ist bei Krebserkrankungen deutlich stärker ausgeprägt als z. B. bei Leberzirrhosen.

Bei allen drei genannten Designs gelangt man zu Zusammenhängen zwischen bestimmten Faktoren und Krebserkrankungen, die von Drittvariablen (z. B. konsumfördernden Faktoren wie psychischen Erkrankungen oder sozialer Deprivation) überlagert werden und daher selbst bei einer Kontrolle der wichtigsten Drittvariablen mehr oder weniger stark verzerrt sind. Eine weitere Unsicherheit ergibt sich daraus, dass zur Berechnung des Dosis-Risiko-Zusammenhangs die Risikoexposition (also die Alkoholkonsummenge) auf selbstberichteten Konsumangaben von Studienteilnehmerinnen und -teilnehmern basiert. Diese Angaben sind jedoch durchwegs stark verzerrt. Menschen können sich nur schwer an die genauen Alkoholmengen erinnern, die sie über die letzten Tage konsumiert haben. Besonders jene, die eher viel trinken, erinnern sich nur sehr ungenau. Dazu kommt der Effekt sozialer Erwünschtheit, d. h. das bewusste „Beschönigen“ der Konsummengen, das in der Mehrzahl der Fälle eine deutliche Unterschätzung bewirkt. Werden die angegebenen Konsummengen mit bestimmten Auswirkungen verbunden wie etwa mit Krebserkrankungen, führt dies zur systematischen Überschätzung des Risikos, welches von bestimmten Konsummengen ausgeht (Sarich et al. 2021). Dass dieser Effekt eine relevante Rolle spielt, ist auch den Autorinnen und Autoren der „Global Burden of Disease“-Studie bewusst, welche diesem Umstand teilweise Rechnung trugen, indem sie das errechnete Ausmaß alkohol-assozierter Krebserkrankungen um den Faktor 0,8 nach unten korrigierten (Rumgay et al. 2021; Shield et al. 2020)¹²⁴. Ob ein Korrekturfaktor von 0,8 tatsächlich ausreicht, ist kritisch zu hinterfragen, wenn man bedenkt, dass bei auf Selbstangaben fußenden Alkoholerhebungen in unterschiedlichen Ländern nur rund 30 bis 40 Prozent des tatsächlichen Pro-Kopf-Konsums (relativ valide messbar auf Basis von Wirtschaftsdaten) abgebildet werden (Rehm et al. 2004b).

Wie unterschiedlich die Ergebnisse umfangreicher Metaanalysen zu diesen Themen ausfallen können, zeigt der Vergleich der Metaanalyse von Bagnardi et al. (2015) mit jener von Choi et al. (2018): Choi et al. (2018) kritisieren bei Bagnardi et al., dass diese – nach Meinung Ersterer fehleranfälliger – Case-Control-Studien mit robusteren Kohortenstudien vermischt hätten und so für viele Krebsarten bereits bei geringem Alkoholkonsum ein signifikant erhöhtes Risiko ausgewiesen hätten. Die Metaanalyse von Choi et al. (2018) inkludierte ausschließlich Kohortenstudien und kam zum Ergebnis, dass geringer Alkoholkonsum ausschließlich in Bezug auf Brustkrebs bei Frauen und auf Darmkrebs bei Männern ein signifikant erhöhtes Krebsrisiko verursache, nicht aber bei Rachen- und Speiseröhrenkrebs, wie Bagnardi et al. (2015) aus ihrer Studie abgeleitet hatten.

5.4.5 Implikationen für Gesundheitsinformation und alkoholpolitische Maßnahmen

Die mit methodologischen Herausforderungen verbundenen Unsicherheiten, die in wissenschaftlichen Arbeiten als „Limitationen“ immer wieder offen diskutiert werden, finden nur selten Berücksichtigung bei der weiteren Kommunikation von Forschungsergebnissen. Ganz generell stellt sich die Frage, in welcher Form Risiken kommuniziert werden sollen. Speziell bei seltenen Erkrankungen klaffen das relative Risiko und das absolute Risiko enorm auseinander (vgl. dazu z. B. Gigerenzer et al. 2007): Tritt z. B. eine bestimmte Erkrankung nach Risikoexposition (z. B.

¹²⁴ Im Gegensatz zu jenen Studien, die sich auf den Zusammenhang von Alkoholkonsum und einer bestimmten Erkrankungswahrscheinlichkeit beziehen und auf deren Basis relative Risiken für unterschiedliche Konsumgruppen berechnet werden, werden zur Berechnung des Ausmaßes der Krankheitsbelastung (vereinfacht: die Multiplikation von relativem Risiko und Risikoexposition in der Bevölkerung) in der „Global Burden of Disease“-Studie korrigierte Konsummengen anstelle roher Befragungsdaten herangezogen. Diese Korrektur besteht darin, dass – wiederum vereinfacht ausgedrückt – die Gesamtmenge des konsumierten Alkohols auf Schätzungen von Wirtschaftsdaten (z. B. Verkaufszahlen) beruht und nur dessen Verteilung innerhalb der Bevölkerung auf Befragungsergebnisse zurückgeht. Dieses Verfahren kommt zu deutlich höheren Schätzwerten und gilt allgemein als deutlich weniger anfällig für verzerrnde Effekte als die Schätzung auf Basis roher Befragungsdaten.

nach längerfristigem Konsum einer bestimmten Alkoholmenge) im Vergleich zu nichtexponierten Personen doppelt so oft auf, klingt das zunächst nach einem relevanten Risiko. Erkranken dabei jedoch tatsächlich pro 100.000 Einwohner:innen statt einer Person (ohne Exposition) zwei Personen (mit Exposition), bedeutet eine solche Verdoppelung des relativen Risikos wenig. Erkranken allerdings 20.000 Personen statt 10.000 Personen, entspricht die Verdoppelung einem bedeutenden Unterschied. Präsentiert man also ergänzend zu relativen Unterschieden auch absolute Unterschiede, gelingt es besser, die tatsächliche Relevanz von Risiken einzuschätzen und, darauf aufbauend, fundierte Entscheidungen zu treffen. Diese Überlegung ist insbesondere bei seltenen Krebserkrankungen von Bedeutung.

Auf der **Policy-Ebene** ist die Beurteilung des (relativen und absoluten) Risikos für Krebserkrankungen bei unterschiedlichen Konsummengen von Alkohol ausschlaggebend dafür, welche alkoholpolitischen Maßnahmen empfohlen werden. Die Empfehlung von Rehm et al. (2021), Warnhinweise im Sinne von „Alkohol kann Krebs verursachen“ auf Etiketten und Verpackungen alkoholischer Getränke anzubringen, basiert auf der – wie bereits erwähnt durchaus umstrittenen – Annahme, dass auch bereits geringfügige Mengen Alkohol mit einem deutlich erhöhten Krebsrisiko verbunden sind. Entsprechend propagieren diese Autoren Alkoholkontrollmaßnahmen (Werbebeschränkungen, Angebotsreduktion, Steuererhöhungen), die auf eine Reduktion des Pro-Kopf-Alkoholkonsums abzielen. Choi et al. (2018) vertreten hier eine Mittelposition und plädieren für Gesundheitsinformationen, die zwar darauf hinweisen, dass eine Mäßigung des Alkoholkonsums das Risiko des Auftretens von Krebserkrankungen senken kann, sehen Abstinenzempfehlungen aber ausschließlich in Hinblick auf die Vermeidung des weiblichen Brustkrebses und des Darmkrebses bei beiden Geschlechtern als gerechtfertigt an. Die dritte Position ist, dass es wenig sinnvoll erscheint, auf das Auftreten einzelner Erkrankungen zu fokussieren, sondern dass es primär um die Gesamtkrankheitsbelastung und die damit verbundene Lebenserwartung geht. Bezuglich des Zusammenhangs zwischen Alkoholkonsum und Gesamtsterblichkeit ergibt sich bei nahezu allen Beobachtungsstudien regelmäßig ein j-förmiger Zusammenhang. Das heißt, sowohl Alkoholabstinenten als auch stärkere Trinker:innen weisen gegenüber moderaten Alkoholkonsumentinnen bzw. -konsumenten ein erhöhtes Mortalitätsrisiko auf (vgl. Kap. 5.7.1).

Wie bei allen mittels nichtexperimenteller Studien gefundenen Zusammenhängen steht man auch bei der j-förmigen Kurve vor der Frage, wieweit diese Zusammenhänge legitimerweise kausal interpretiert werden dürfen. Dennoch erscheint es nicht unplausibel, anzunehmen, dass unter Berücksichtigung sämtlicher potenziell schädlicher sowie positiver Alkoholeffekte (insbesondere in Bezug auf Herzerkrankungen) moderater Alkoholkonsum im Vergleich zu Abstinenz **keine relevant reduzierte Lebenserwartung** verursacht (Skovenborg et al. 2020).

Darüber, dass stärkerer Alkoholkonsum die Lebenserwartung im Durchschnitt deutlich verringert und in diesem Zusammenhang auch das Krebsrisiko bei einer Reihe von Organ systemen erhöht, kann angesichts der Faktenlage aber kaum ein Zweifel bestehen.

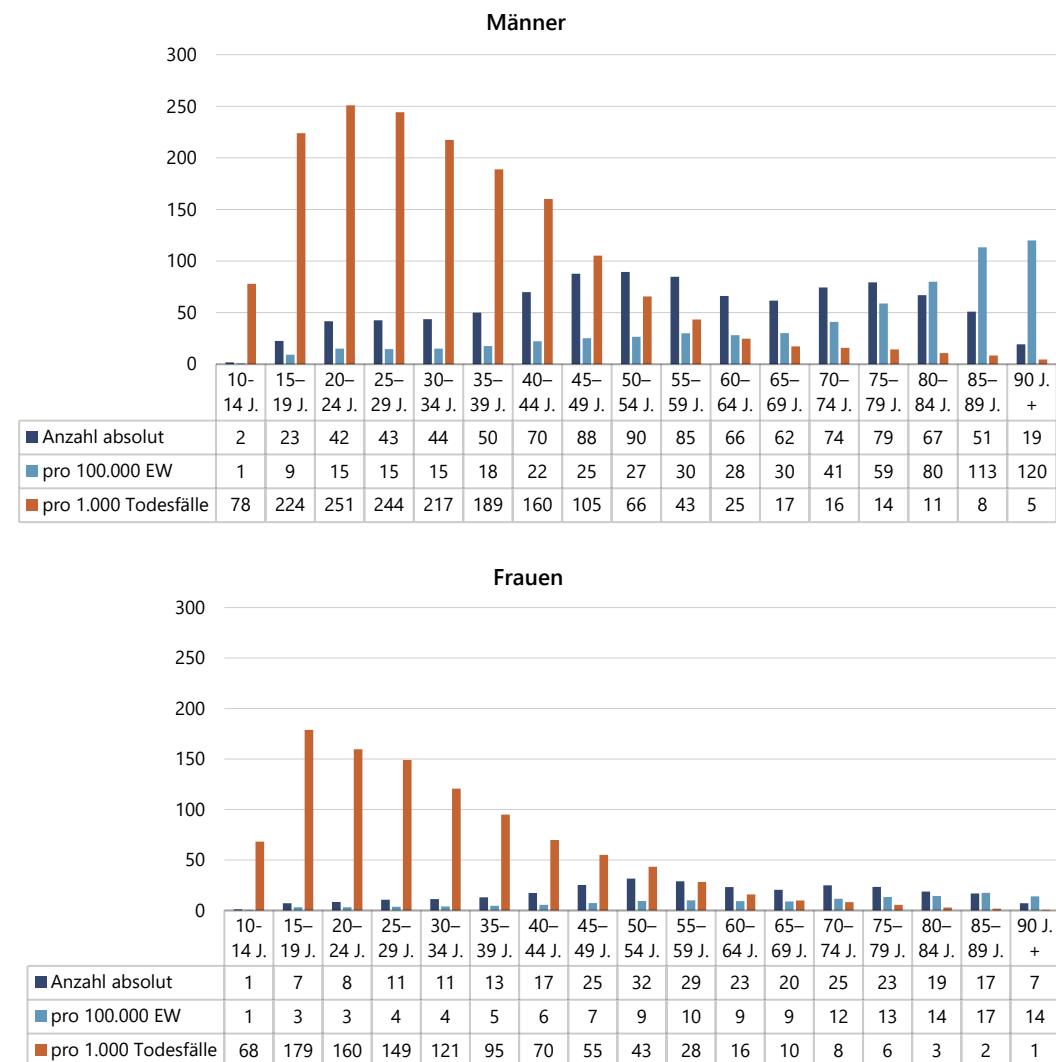
5.5 Alkohol und Suizidalität¹²⁵

Laut Suizidbericht 2024 (BMSGPK 2024) starben im Jahr 2023 in Österreich 1.212 Personen durch Suizid. Das entspricht einem Anteil von 1,4 Prozent aller Verstorbenen, das sind fast dreimal so viele Todesopfer wie im Straßenverkehr. Ferner ergibt sich daraus einer altersstandardisierte Suizidrate von 14 pro 100.000 Einwohner:innen. Seit den 1980er-Jahren war ein deutlicher Rückgang der Suizidhäufigkeit zu beobachten, der sich mit Beginn der weltweiten Wirtschaftskrise zwischen 2008 und 2014 stark verlangsamte. Der relative Rückgang seit 1986 ist bei Frauen stärker ausgeprägt als bei Männern. Acht von zehn Suizidtoten sind Männer.

In Österreich ist Suizid sowohl bei Männern als auch bei Frauen bis zum 50. Lebensjahr eine der häufigsten Todesursachen, in der Altersgruppe 15 bis 29 Jahre sogar die zweithäufigste. Hier ist zu bedenken, dass in diesem Alter die Sterblichkeit noch sehr gering ist, weswegen, absolut gesehen, wenige Todesfälle, relativ betrachtet, viel ausmachen. Das absolute Suizidrisiko steigt jedoch mit dem Alter an. Die Suizidrate in der Altersgruppe der 75- bis 79-Jährigen ist fast zweieinhalbmal, in jener der 85- bis 89-Jährigen fast fünfeinhalbmal so hoch wie im Durchschnitt der Bevölkerung (BMSGPK 2024).

¹²⁵ Suizidalität umfasst alle Handlungen, Pläne sowie Gedanken, die darauf abzielen oder zum Inhalt haben, sich das Leben zu nehmen. Unter suizidalem Verhalten sind somit Suizidankündigungen (direkte oder indirekte Suizidhinweise, Suiziddrohungen), Suizidversuche und Suizide zu verstehen. Der Begriff Suizid stammt aus dem Lateinischen und lässt sich mit „Selbsttötung“ übersetzen. Als Suizid wird eine selbstausgeführte Handlung, die zum Tod führt, bezeichnet. Ferner werden dafür auch die Wörter „Selbstmord“ oder „Freitod“ verwendet. Diese Begriffe sind in der Fachwelt jedoch nicht mehr gebräuchlich, da das Wort „Selbstmord“ den Suizid sprachlich mit Verbrechen in Verbindung bringt, Suizid jedoch kein krimineller Akt ist. Zudem wird durch „Freitod“ fälschlicherweise angedeutet, dass der Suizid eine völlig freie Entscheidung ist. Ist jedoch ein Mensch verzweifelt und hoffnungslos, seine Sicht auf die Dinge dunkel und eingeengt, werden Entscheidungen nicht wie sonst getroffen. Insbesondere Menschen, die sich in einer akuten Krisensituation befinden oder psychisch erkrankt sind, können suizidal werden. In den meisten Fällen verschwinden bei Bewältigung der Krise die Suizidgefahr. (Quelle: <https://www.gesundheit.gv.at/leben/suizidpraevention/wissenwertes/was-ist-suizid.html>, zuletzt aufgerufen am 09.07.2025)

Abbildung 7: Anzahl der Suizide in absoluten Zahlen, pro 100.000 Einwohner:innen und pro 1.000 Todesfälle (Durchschnitt pro Jahr im Zeitraum 2010–2019 und getrennt für Männer und Frauen)



Anmerkung: Sämtliche Werte stellen einen jährlichen Durchschnittswert dar, der auf Daten der Todesursachenstatistik aus den Jahren 2010 bis 2019 basiert. Angaben in gerundeten Werten

Quelle: Todesursachenstatistik der Statistik Austria, Berechnung und Darstellung: GÖG

5.5.1 Einflussfaktoren des Suizidrisikos

Nach aktuellem wissenschaftlichem Konsens ist das Suizidrisiko von einem multifaktoriellen Zusammenspiel biologischer, psychischer und sozialer Faktoren abhängig. Je nach Fachdisziplin, Forschungs- und Handlungsfeld wird der Fokus hier unterschiedlich stark auf neurobiologische, psychologische oder soziale Erklärungsansätze gerichtet (BMASGK 2018).

In der Suizidforschung wird auf die wichtige Differenzierung zwischen Suizidgeudenken, konkreten Suizidabsichten und ausgeführten Suiziden hingewiesen. Menschen reagieren aufgrund bio-

logischer (genetischer) oder psychosozialer (lerngeschichtlicher und situativer) Faktoren unterschiedlich auf Belastungen. In der Mehrzahl der Fälle führen Suizidgedanken nicht zu Suiziden (O'Connor 2011; Watzka 2015). Die große Mehrzahl versuchter und vollendeter Suizide steht in Zusammenhang mit psychischen Störungen. Substanzgebundene Abhängigkeitserkrankungen wie Alkoholismus¹²⁶ zählen neben affektiven Störungen, Persönlichkeitsstörungen und Psychosen zu den häufigsten Störungsbildern, die mit einem erhöhten Risiko für suizidale Verhaltensweisen in Zusammenhang stehen (Preuss et al. 2012).

Verflechtungen zwischen Alkohol und Suizidalität

Statistische Zusammenhänge zwischen Alkoholkonsum und Suizidalität sind unbestritten, aber zu den Ursachen für diese Zusammenhänge und über die Art der Zusammenhänge sind präzise Aussagen schwierig. Solche Aussagen wären aber wichtig, um fundiert sinnvolle Interventionen vorschlagen zu können. Generell wird zwischen den beiden Kategorien *Suizidalität in Zusammenhang mit Alkoholabhängigkeit* und *Suizidalität in Zusammenhang mit akuten Effekten durch Alkoholkonsum* unterschieden (vgl. die Kap. 5.5.2 und 5.5.3).

5.5.2 Suizid und Alkoholabhängigkeit

Das erhöhte Suizidrisiko bei Abhängigkeitserkrankungen ist mittlerweile gut dokumentiert. In Österreich stellt die Alkoholabhängigkeit neben der Nikotinabhängigkeit das zahlenmäßig größte Problem unter den substanzgebundenen Abhängigkeitserkrankungen dar (Anzenberger et al. 2024). Alkoholabhängigkeit ist nach Conner et al. (2019) die zweithäufigste psychische Störung (nach Depressionen) unter Suizidopfern. Der Grund dafür, dass Alkoholabhängigkeit stark mit einem erhöhten Suizidrisiko assoziiert ist, ist ihre komplexe Verflechtung mit weiteren Abhängigkeiten, depressiven Episoden, instabilen Partnerschaften (z. B. Trennungen, Scheidungen) usw. Langjährige Alkoholabhängigkeit erhöht das Mortalitätsrisiko durch Suizid deutlich, ein relevanter Anteil der Suizidopfer hatte vor dem Suizid in irgendeiner Form Alkoholprobleme. Das Risiko der Suizidalität steigt auch mit der Dauer und Schwere der Suchterkrankung (Anzenberger et al. 2018; Hall 1999; Watzka 2015).

Chronischer problematischer Alkoholkonsum kann einen indirekten Einfluss auf die Suizidwahrscheinlichkeit ausüben, indem bestimmte Risikofaktoren für Suizide durch ihn verstärkt werden (z. B. indem der chronische Alkoholkonsum unmittelbar Depressionen verstärkt oder indem er Konsequenzen auslöst, die Verzweiflung und Depressionen fördern, wie etwa Arbeitsplatzverlust, Probleme mit dem oder der Partner:in, Wohnungsverlust, rechtliche Probleme u. v. m.). Wenn eine Kombination aus Depression und chronischem Alkoholkonsum das Risiko für suizidales Verhalten erhöht (Sher 2006), steht die Frage nach dem Kausalitätsverhältnis der Zusammenhänge im Raum, d. h. die Fragen, welche Suizide längerfristig hätten verhindert werden können, wenn der chronische Alkoholkonsum hätte vermieden werden können, und welche Suizide, z. B. wegen einer alkoholunabhängigen Depression, auch ohne Alkoholeinfluss passiert wären. In jenen Fällen, bei denen eine zugrunde liegende Depression sowohl problematischen Alkoholkonsum bewirkt als auch suizidale Tendenzen erzeugt, bei denen also problematischer Alkoholkonsum und

¹²⁶ zu den unterschiedlichen Begrifflichkeiten wie Alkoholismus, Alkoholabhängigkeit oder Alkoholsucht vgl. Kap. 4.3

Suizidalität Symptome der gleichen zugrunde liegenden Erkrankung sind, dient der problematische Alkoholkonsum bloß als Hinweis (Indikator) auf ein erhöhtes Suizidrisiko, aber ist nicht dessen Ursache.

Ein weiterer kritischer Bereich betrifft Phasen während eines Alkoholentzugs oder während einer therapeutischen Maßnahme. Therapien lösen häufig einen für den Therapieerfolg zwar notwendigen, aber oft stark belastenden Reflexionsprozess aus. Der Prozess der verstärkten Selbstwahrnehmung kann dazu führen, dass die eigene Situation stärker als ausweglos erlebt wird und sich ein Gefühl der Hoffnungs- und Perspektivlosigkeit breitmacht, welches das Suizidrisiko steigert (Dittrich et al. 2005). Diese Gemütsverfassung wird oft dadurch noch verstärkt, dass im Zuge der Behandlungsaufnahme immer wieder problematische Veränderungen drohen oder sich bereits ereignet haben wie der Verlust des Jobs, der Wohnung oder einer Partnerschaft, was zusätzlich psychisch labilisiert und das Suizidrisiko noch weiter steigert.

5.5.3 Suizid und akute Effekte durch Alkoholkonsum

Aber nicht nur der chronisch-problematische Alkoholkonsum, sondern auch akute Effekte durch Alkoholkonsum spielen eine wichtige Rolle im Zusammenhang mit Suizidalität. Von Personen, die Suizidversuche überleben, ist bekannt, dass viele von ihnen Alkohol als Mittel einsetzen, um die Durchführung eines Suizids zu erleichtern (sich Mut antrinken), wobei in diesem Fall Alkoholkonsum nicht die Ursache für den Suizid ist, aber die Erfolgswahrscheinlichkeit dafür erhöht. Dazu kommt, dass Alkoholkonsum psychische Veränderungen bewirkt, welche die Entscheidung zum Suizid begünstigen können. So können z. B. depressive Stimmungen durch Alkoholkonsum verstärkt werden, indem die Kontrolle der Impulssteuerung gemindert wird, indem kognitive Ressourcen eingeschränkt werden, indem Impulsivität gesteigert wird und indem Aggressivität gegen andere und Autoaggressivität zunehmen (Conner et al. 2019). Als entgegengesetzter Ansatz könnte Alkoholkonsum in manchen Fällen auch eine euphorisierende, aufhellende Wirkung haben, die sich eventuell suizidvermeidend auswirken kann. In der Fachliteratur wird eine solche protektive Alkoholwirkung jedoch meist nicht als Denkoption mitreflektiert.¹²⁷

Alkoholkonsum ist auch mit der Wahl der Suizidmethode assoziiert. Die Wahl harter Suizidmethoden (z. B. Suizid durch eine Schusswaffe), die mit hoher Sicherheit zum Tod führen, dürfte im Zusammenhang mit einer Alkoholintoxikation öfter vorkommen (Sher 2006). Dafür, dass Personen, die einen Suizid vorhaben, sich oft Mut antrinken, spricht unter anderem eine Studie (Conner et al. 2019), bei der rund ein Viertel der Personen, die nach Suizidversuchen in einer Klinik befragt wurden, angaben, sich Mut angetrunken zu haben – mit der Absicht, ihr Suizidvorhaben zu unterstützen, indem sie Ängste betäuben und den Schmerz des Sterbens lindern. Wie zuvor schon erwähnt, sind die Zusammenhänge zwischen akuten Effekten durch Alkoholkonsum, Suizidabsicht und suizidaler Handlung so komplex, dass es kaum möglich ist, sie verlässlich und präzise zu analysieren und die Richtung der Ursache-Wirkung-Zusammenhänge verlässlich zu beschreiben (Bagge et al. 2015; Conner et al. 2019).

¹²⁷ Vieles spricht natürlich dafür, dass die suizidfördernde Funktion des akuten Alkoholkonsums dessen suizidverhindernde Funktion erheblich übersteigt, aber eine gewisse protektive Funktion in manchen Fällen ist durchaus plausibel (etwa weil psychische Spannungen reduziert werden oder indem Alkohol bis zum Zustand der Volltrunkenheit konsumiert wird, was die Durchführung eines Suizids unmöglich macht). Dieser Aspekt wird von der Forschung kaum thematisiert, u. a. weil protektive Faktoren von Suiziden schwieriger zu untersuchen sind, da Personen mit Suizidgefanken oder -plänen, bei denen aber ein Suizidversuch aus unterschiedlichen Gründen ausblieb oder auf längere Zeit aufgeschoben wurde, meistens im Hilfesystem nicht auffallen.

5.5.4 Einfluss von Alter und Geschlecht

In der Suizidforschung werden unter anderem alters- und geschlechtsspezifische Faktoren diskutiert. Entsprechende Unterschiede lassen sich Daten zu Suiziden ablesen. Im vorliegenden Kapitel werden Risikofaktoren in Zusammenhang mit problematischem Alkoholkonsum nach Alter und Geschlecht getrennt beschrieben.

Risikofaktoren bei jungen Menschen

Sowohl Suizidalität als auch problematischer Substanzkonsum gewinnen in der Adoleszenz an Bedeutung, was diese Entwicklungsphase zu einem wichtigen Ziel für Präventionsmaßnahmen macht. Laut WHO¹²⁸ steht bei jungen Menschen zwischen 15 und 29 Jahren Suizid bei den Haupttodesursachen weltweit an dritter Stelle, wenngleich mit starken regionalen Unterschieden. Hier ist allerdings zu beachten, dass die Sterblichkeit in diesen Altersgruppen sehr niedrig ist, weswegen eine vergleichsweise geringe Anzahl an Suiziden, relativ betrachtet, einen hohen Stellenwert einnimmt. Im hohen Alter ist die Sterblichkeit viel höher, weswegen eine vergleichsweise hohe Anzahl an Suiziden, relativ betrachtet, einen geringen Stellenwert einnimmt. Absolut gesehen, ist die Suizidrate bei betagten Menschen deutlich höher als bei jungen (vgl. Kap. 5.5.1).

Vom Canadian Centre of Substance Abuse stammen viele Studien, die bei Jugendlichen einen Zusammenhang zwischen Alkoholmissbrauch, dem Missbrauch anderer Substanzen und Suizid belegen. In einer Querschnittsstudie (Canadian Centre on Substance Abuse 2016) in den USA wurde bei 14.000 Highschool-Schülerinnen/-Schülern ein früher Beginn des problematischen Alkoholkonsums mit vermehrten Berichten über Suizidgedanken und -versuche festgestellt. Früher problematischer Alkoholkonsum korrespondiert mit einem erhöhten Suizidrisiko im späteren Leben. Eine frühzeitige Entwicklung von Alkoholproblemen („early onset“ in der englischsprachigen Diskussion) wird deswegen häufig als besonderer Risikofaktor bezeichnet. Erklärt wird das damit, dass diese Personen keine ausreichenden Kompetenzen und Ressourcen entwickeln konnten, die zur Bewältigung von Belastungssituationen im späteren Leben notwendig sind. Beachtet werden sollte hier jedoch auch, dass die frühzeitige Entwicklung von Alkoholproblemen mit einer Reihe anderer sozialer Risikofaktoren (z. B. geringe elterliche Unterstützung, sozioökonomisch benachteiligte Umgebung, Perspektivlosigkeit etc.) und psychischer Probleme (depressive Stimmungen, Ängstlichkeit, soziale Unsicherheit etc.) assoziiert ist, weswegen es nur schwer möglich ist, die Effekte einzelner Risikofaktoren zu isolieren und zu beschreiben.

Risikofaktoren bei älteren Menschen

Die Ursachen für das steigende Suizidrisiko für Personen mit Alkoholproblemen im Alter sind vielfältig. Einerseits erhöht sich das Suizidrisiko mit zunehmendem Alter unabhängig vom Alkoholkonsum, und bei Personen mit Alkoholproblemen steigt laut Conner et al. (2003a) das Risiko noch zusätzlich mit der Dauer der Alkoholerkrankung. Menschen mit langjähriger Alkoholkrankheit sind aufgrund der Erkrankungsdauer und der damit einhergehenden schädlichen Wirkungen von Alkohol körperlich und psychisch stärker beeinträchtigt, was sich hier auswirken kann. Mit zunehmendem Alter mehren sich körperliche Beeinträchtigungen generell und ganz besonders

¹²⁸ vgl. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide> [zuletzt abgerufen am 09.07.2025]

in Verbindung mit problematischem Alkoholkonsum, was zum einen eine höhere Rate an Suizidversuchen erklärt und zum anderen auch den Umstand, dass diese vermehrt tödlich enden.

Geschlecht

Im Jahr 2023 verübten in Österreich 973 Männer und 239 Frauen Suizid. Das entspricht einer Suizidrate für Männer von 22 pro 100.000 EW und für Frauen von 5 pro 100.000 EW und einer Gesamtsuizidrate von 14 pro 100.000 EW. Der relative Rückgang der Suizidraten im Vergleich der Jahre 1986 und 2023 ist mit rund 62 Prozent bei den Frauen stärker ausgeprägt als bei den Männern mit etwa 36 Prozent. (BMSGPK 2024).

Männer

Riskanter Alkoholkonsum und ein damit verbundenes erhöhtes Suizidrisiko lässt sich nach Scourfield (2005) vor allem bei Männern unter anderem auch mit einem traditionellen, stereotypen Männlichkeitsbild erklären, in dem Aktivitäten mit hohem Risiko in Hinblick auf die körperliche Unversehrtheit als männlich attribuiert wurden. Zu solchen Risikoverhaltensweisen zählt auch der Missbrauch von Alkohol und Drogen. Als bislang männlich dominierte Kulturpraktik gilt der Alkoholkonsum vor allem für Männer in westlichen Industrieländern als Risikofaktor. Laut Repräsentativerhebung zu Substanzkonsum (Strizek et al. 2021) weisen Männer etwa doppelt so häufig einen problematischen Alkoholkonsum auf wie Frauen. Auch täglicher Konsum wird deutlich häufiger von Männern (25 %) als von Frauen (12 %) berichtet. Dieses Konsumverhalten schlägt sich auch in alkoholassoziierter Morbidität und Mortalität nieder: Männer erhalten mehr als doppelt so häufig alkoholassozierte Diagnosen im stationären Versorgungsetting und sterben etwa viermal so häufig wie Frauen an einer alkoholassoziierten Todesursache.

Männer weisen nach wie vor ein im Vergleich zu Frauen deutlich geringer ausgeprägtes Hilfesuchverhalten auf (Faltermaier et al. 2016). Sie wählen auch öfter harte Suizidmethoden, die eher zu vollendeten Suiziden führen (BMASGK 2018). Obwohl sich mittlerweile der geschlechtsspezifische Unterschied im Missbrauch von Substanzen zunehmend auflöst und Frauen immer häufiger problematischen Alkoholkonsum bzw. Männer zunehmend einen moderateren Alkoholkonsum aufweisen, sind dennoch nach wie vor überwiegend Männer davon betroffen. Daher muss in Zusammenhang von erhöhtem Suizidrisiko und Alkoholkonsum weiterhin von einem Phänomen ausgegangen werden, das überproportional häufig Männer betrifft (BMASGK 2018).

Frauen

Zunehmend gibt es auch Suizidstudien mit einem verstärkten Fokus auf Frauen wie beispielsweise Untersuchungen zu einer erhöhten Suizidalität bei Frauen in Verbindung mit einer Behandlung aufgrund von Alkoholabhängigkeit. Conner et al. (2019) berichten auf Basis einer Metanalyse von einem erhöhten Suizidrisiko für Frauen bei Alkoholabhängigkeit (alcohol use disorder, AUD) im Vergleich zu Männern. Frauen haben laut der Analyse im Rahmen einer stationären Behandlung wegen ihrer Alkoholabhängigkeit ein etwa 16-fach erhöhtes Suizidrisiko im Vergleich zu Frauen in der Allgemeinbevölkerung, während bei Männern das entsprechende Verhältnis neun zu eins beträgt. Die Sterblichkeitsrate aufgrund problematischen Alkoholkonsums ist laut Conner et al. (2003b) bei Frauen höher als bei Männern. Wenn es um Substanzkonsum und

Suizid geht, sind Frauen mit einer Alkoholproblematik einem erhöhten relativen Risiko ausgesetzt. Nach Schmidtke et al. (2008) hat sich zudem insbesondere der Anteil älterer Frauen – über 70-Jähriger – an allen Suiziden in den letzten Jahren überproportional erhöht.

Die Notwendigkeit, die geschlechtsspezifischen Unterschiede beim Alkoholabhängigkeitsrisiko zu untersuchen, wird durch die Trends der letzten Jahrzehnte in den Vereinigten Staaten unterstrichen, die einen wesentlich stärkeren Anstieg der Suizidrate und der Prävalenz von Alkoholabhängigkeit bei Frauen als bei Männern zeigen (Conner et al. 2019).

5.5.5 Daten zur Stärke des Zusammenhangs zwischen Alkohol und Suizidalität

In der Literatur finden sich unzählige unterschiedliche Angaben über den Zusammenhang zwischen Suizidalität und Alkoholkonsum, wobei die publizierten Zahlen stark schwanken und sich teilweise widersprechen (vgl. Tabelle 16).

In einer groß angelegten Metaanalyse, basierend auf 249 Studien über Suizide in Risikopopulationen, von denen sich 32 auf die Suizidrate bei Alkoholismus bezogen hatten, errechneten (Harris et al. 1997), dass das Suizidrisiko bei alkoholkranken Menschen im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung um das Sechsfache erhöht ist. In einem Konsensus-Statement der Österreichischen Gesellschaft für Neuropsychopharmakologie und Biologische Psychiatrie (ÖGBP 2011) wird von einem sechs- bis 13-fach höheren Risiko gesprochen. Das Lebenszeitsuizidrisiko bei Menschen mit Alkoholabhängigkeit liegt bei etwa sieben Prozent (Inskip et al. 1998) und ist in etwa gleich hoch wie das Suizidrisiko bei Personen, die unter affektiven Störungen leiden. Angesichts des Umstands, dass Alkoholabhängigkeit und affektive Störungen gehäuft gemeinsam auftreten und die Tendenz des Kausalzusammenhangs in jede Richtung gehen kann bzw. sich bidirektional verstärken kann, sind quantitative Aussagen darüber, welcher Teil der alkoholassoziierten Übermortalität auf das Konto der affektiven Störungen und welcher Teil auf das Konto des Alkoholkonsums geht, nur sehr spekulativ zu treffen (vgl. Kap. 5.2).

Der Anteil alkoholkranker Menschen an Suizidentinnen/Suizidenten wurde von Roy (1995), aufbauend auf fünf Studien aus den USA, Großbritannien, Schweden und Australien, auf 20 Prozent geschätzt¹²⁹. Diese Schätzung basiert darauf, dass in den erwähnten Studien zwischen 17 und 27 Prozent der Suizidentinnen/Suizidenten zuvor die Primärdiagnose „Alkoholismus“ erhielten. Unter Rücksichtnahme darauf, dass „Alkoholismus“ oft bloß als Sekundärdiagnose neben anderen gravierenden Gesundheitsproblemen aufscheint¹³⁰ oder gar nicht diagnostiziert wird, ist eine diesbezüglich deutlich höhere Rate unter Suizidentinnen/Suizidenten zu vermuten. Sonneck (2000) schätzt den Anteil der substanzabhängigen Menschen (Alkohol-, Medikamenten- und/oder Drogenabhängige) an den Menschen, die Suizid begangen haben, auf rund ein Drittel, wobei festzuhalten ist, dass in Österreich der überwiegende Teil der Menschen mit Substanzabhängigkeit ausschließlich oder unter anderem von Alkohol abhängig ist.

¹²⁹ Beispiel: Wenn die Suizidrate wie im Jahr 2019 1,3 % der Verstorbenen beträgt, das relative Risiko sechsfach und eine Gesamtlebenszeitprävalenz von Alkoholismus in der Bevölkerung von 10 % angenommen wird, ergibt sich daraus, dass sich 5,2 % der alkoholkranken suizidieren und dass 40 % der Suizidopfer Alkoholkranke sind. 20 % erscheinen nach der oben durchgeföhrten Plausibilitätsrechnung gering, eventuell liegt die Diskrepanz in Länderunterschieden.

¹³⁰ Bei einer medizinischen Behandlung kann grundsätzlich nur eine Primärdiagnose, aber eine unbegrenzte Anzahl von Sekundärdiagnosen gestellt werden.

Hall (1999) fand bei 68 Prozent der Personen nach Suizidversuchen auf einer Intensivstation Hinweise auf Substanzmissbrauch. Der Anteil stationär behandelter alkoholabhängiger Patientinnen und Patienten, die in der Anamnese zumindest einen Suizidversuch aufweisen, beträgt nach Preuss et al. (2012) 42 Prozent.

Zum Einfluss einer Alkoholintoxikation auf suizidales Verhalten berichtet Wetterling (2015) auf Basis einer Stichprobe von 288 wegen suizidalen Verhaltens stationär aufgenommenen Patientinnen/Patienten, dass knapp die Hälfte von ihnen (48 %) zum Zeitpunkt der Aufnahme alkoholisiert war (> 1 Promille). In derselben Studie wird jedoch auf die diesbezüglichen großen Schwankungen in der Literatur verwiesen (Cherpitel et al. 2004), wonach die Aussagen in den Publikationen inkonsistent sind, sie bewegen sich zwischen jeweils ca. zehn und 70 Prozent.

In Tabelle 16 werden einige Indikatoren ausgewiesen, die einen groben Überblick über den Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Suizidalität geben.

Tabelle 16: Zahlen zu Alkohol und Suizidalität im Überblick

Indikator	Schätzung/ Schätzbereich	Quelle
Zusammenhang zwischen Suizidalität und Alkoholabhängigkeit		
Suizidrisiko bei Alkoholabhängigkeit im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung	6-fach höher 6- bis 13-fach höher	Harris 1997 ÖGPB 2011
Lebenszeitsuizidrisiko bei Alkoholabhängigkeit	7 %	Inskip 1998
Anteil vollendeter Suizide von Personen mit Alkoholabhängigkeit	20 % 5–10 %	Hall 1999 Harris/Barracough 1997
Anteil der stationär behandelten alkoholabhängigen Patientinnen/Patienten, deren Anamnese Suizidgedanken aufweist	42 %	Preuss 2012
Zusammenhang zwischen Suizidalität und akuter Alkoholintoxikation		
Nachweis des Substanzmissbrauchs bei Aufnahme in einer Intensivstation nach einem Suizidversuch	68 %	Hall 1999
Anteil der Personen mit Alkoholintoxikation unter Suizidopfern	10–69 %	Cherpitel 2004
Anteil der Personen mit Alkoholintoxikation unter Personen mit Suizidversuch	10–73 %	Cherpitel 2004
Anteil alkoholisierter Personen unter stationären Aufnahmen wegen Suizidalität in einer psychiatrischen Klinik	48 %	Wetterling 2015

Quellen: vgl. Tabelle; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Insgesamt finden sich in der Literatur in Relation zu anderen mit Alkohol assoziierten Todesursachen vergleichsweise wenige Studien zum Zusammenhang zwischen Alkohol und Suizid. Obwohl immer wieder Hinweise auf den Einfluss von Alkohol auf Suizidalität zu finden sind, werden diese selten konkret ausgeführt oder mit weiterführenden Informationen versehen. Sofern konkrete Daten und Zahlen genannt werden, wird eine starke Diskrepanz evident und stimmen Daten aus einer Studie nicht mit ähnlichen Daten aus anderen Studien überein. Dies hängt unter anderem damit zusammen, dass keine klare und standardisierte Terminologie (u. a. in Hinblick auf Suizidversuche, Suizidgedanken, Alkoholismus, Alkoholkrankheit usw.) verwendet wird. Vor

allem aber besteht die Hürde, dass vorhandene Datenbestände, die Erkrankungen dokumentieren (und damit Auskunft über Alkoholabhängigkeitserkrankungen geben), und Datenbestände, die Todesursachen dokumentieren (und damit Auskunft über Suizidalität), in den meisten Fällen (so auch aktuell in Österreich) nicht verknüpft werden können. Als Folge dieser konzeptionellen und methodischen Probleme kursieren sehr unterschiedliche Zahlen zur Quantifizierung des Effekts von Alkohol auf Suizidalität. Dementsprechend ist ein zentrales Ergebnis dieses Kapitels, dass für gesicherte Aussagen zum Zusammenhang von Alkohol und Suizid in einer umfassenden Weise Daten fehlen und weiterer Forschungsbedarf besteht.

5.6 Alkohol, Geschlecht und Gender

Weltweit bestehen geschlechtsspezifische Unterschiede bei unterschiedlichen Indikatoren des Alkoholkonsumverhaltens sowie der alkoholassozierten Störungen (OECD/European Union 2020; WHO 2018), wobei das Ausmaß der Unterschiede zwischen Kulturen variiert (Bloomfield et al. 2006). Auch Daten aus Österreich (Strizek et al. 2021) zeigen, dass Männer doppelt so häufig täglich oder fast täglich konsumieren (25 % vs. 12 % der Frauen; vgl. Kap. 7.1), seltener abstinenter bzw. fast abstinenter sind (13 % vs. 16 % der Frauen; vgl. Kap. 7.1), häufiger berauscht sind (12 % vs. 8 % der Frauen; vgl. Kap. 7.8) und öfter in einem problematischen Ausmaß konsumieren (19 % vs. 11 % der Frauen; vgl. Kap. 7.3). Weitere empirische Daten zu geschlechtsspezifischen Unterschieden im Alkoholkonsumverhalten in Österreich finden sich in Kapitel 7 bzw. in „HBAÖ, Band 1: Statistiken und Berechnungsgrundlagen“.

5.6.1 Einflussfaktoren

Für diese geschlechtsspezifischen Unterschiede werden sowohl **biologische** als auch **soziokulturelle Einflüsse** verantwortlich gemacht, wobei soziokulturelle Aspekte Implikationen für die Wahrnehmung alkoholassozierter Probleme und den Umgang damit haben.

Physiologische/Biologische Einflussfaktoren¹³¹

Verschiedene Daten wie etwa zu Alkoholfolgeschäden (z. B. alkoholbedingter Leberzirrhose) legen bei oberflächlicher Betrachtung eine biologisch bedingte erhöhte Alkoholvulnerabilität von Frauen nahe. Identische Trinkmengen wirken aufgrund der weiblichen Physiologie mit einem geringeren durchschnittlichen Körpergewicht sowie einem niedrigeren Körperwassergehalt bei Frauen zwar durchschnittlich stärker als bei Männern (vgl. Kap. 5.1.8) und schlagen sich auch in einer höheren Blutalkoholkonzentration nieder¹³². Betrachtet man hier jedoch äquivalente Alkoholmengen, also solche, die dem Körperwasservolumen entsprechen (vgl. Kap. 5.1.8), lässt sich die Annahme einer erhöhten Alkoholvulnerabilität von Frauen weitgehend entkräften (vgl. Kap. 6.8).

¹³¹ Eine ausführliche Diskussion erfolgt in den jeweiligen Referenzkapiteln.

¹³² Analog dieser Sichtweise könnte man zur Überzeugung gelangen, dass große Männer oder große Frauen mit einem hohen Körpergewicht alkoholtoleranter sind als kleine Männer bzw. Frauen mit einem niedrigen Körpergewicht.

Soziokulturelle Einflussfaktoren

Alkoholkonsum ist in westlichen Gesellschaften eng mit **Geschlechterrollen** und -verhältnissen verwoben. Alkoholpraktiken unterliegen u. a. auch einem strengen geschlechterspezifischen Reglement, das letztendlich auch der Kontrolle von Rollenerwartungen gegenüber Frauen und Männern dient (Wilsnack et al. 2005). Die verschiedenen Zuschreibungen betreffen Aspekte wie die Wahrnehmung von Stärke und Risikobereitschaft, Sexualität oder soziale Verantwortung (Wilsnack et al. 2013).

Bei Männern und Frauen spielt Alkoholkonsum eine wichtige Rolle bei Riten des Übergangs vom Jugend- ins Erwachsenenalter. Im Erwachsenenalter gilt Alkoholkonsum als Ausdruck von Männlichkeit und als Möglichkeit, Ausdauer, Selbstbeherrschung, Nonkonformität oder Risikobereitschaft unter Beweis stellen zu können (Wilsnack et al. 2000). Eine erhöhte Risikobereitschaft bei Männern ist teilweise durch physiologische Ursachen (mehr Testosteron) erklärbar, aber auch sozialen Zuschreibungen geschuldet, wonach Risikobereitschaft als männlich gilt bzw. für Frauen Vorsicht angemessen ist. Entsprechend dieser Zuschreibung entspricht Alkoholkonsum unter Männern der gesellschaftlichen Norm und gelten nichtkonsumierende junge Männer als suspekt oder werden als unmännlich abgewertet (Hößelbarth et al. 2013). Alkoholkonsum in großen Mengen ist jedoch nicht nur ein risikoreiches Verhalten, sondern trägt zusätzlich dazu bei, Risiken in riskanten Situationen zu ignorieren. Die geschlechterspezifischen Bedeutungen von Alkoholpraktiken stehen somit in engem Zusammenhang mit traditionellen Geschlechterrollen und dem Idealtypus der hegemonialen Männlichkeit (Patrón-Hernández et al. 2020). Letzteres wird auch medial, insbesondere in der Alkoholwerbung, aufgegriffen und in Zusammenhang mit dem Produkt inszeniert (Hall et al. 2018).

Weibliche Stereotype betreffen in erster Linie Sexualität und soziale Verantwortung. Der Alkoholkonsum von Frauen wird – trotz steigender sozialer Akzeptanz – häufiger mit einem abweichenden Verhalten und mit moralisch negativen Eigenschaften wie Promiskuität in Verbindung gebracht (Keyes et al. 2021). In der Öffentlichkeit trinkende Frauen gelten in vielen Fällen immer noch als oberflächlich, dümm oder unmoralischer, wie eine US-amerikanische Untersuchung zeigt (Riemer et al. 2018). Starker Alkoholkonsum bei Frauen wird aus Furcht vor seinen negativen Auswirkungen auf das Sozialverhalten und die Verantwortlichkeiten von Frauen mit stärkeren sozialen Sanktionen belegt. Weitverbreitet sind Vorstellungen, dass Alkoholkonsum Frauen – in einem stärkeren Ausmaß als Männer – entweder sexuell enthemmter (Wilsnack et al. 2000) und anfälliger für Gewalt oder ungeschützten Sex werden lässt (Törrönen et al. 2019) oder zu potentiellen Opfern sexueller Übergriffe macht (Hößelbarth et al. 2013). Wenngleich Alkoholkonsum bei Frauen eine über die Jahre steigende soziale Akzeptanz zeigt, wird starker Alkoholkonsum bei Frauen trotzdem immer noch weniger toleriert als bei Männern (Hößelbarth et al. 2013), als abstoßend erachtet (Lennox et al. 2018) und nach wie vor als unvereinbar mit der traditionellen häuslichen Rolle der Frau angesehen (Wilsnack et al. 2000). Der Verhaltenscodex in Bezug auf Alkoholpraktiken bei Frauen sieht einen Rahmen zwischen Abstinenz und gemäßigtem Konsum vor, wobei diese Gratwanderung eine entsprechende Kontrolle des Alkoholkonsums erfordert.

Es ist einerseits prinzipiell zu begrüßen, dass seit einigen Jahren ein steigendes Bewusstsein für die negativen gesundheitlichen Folgen von Alkoholkonsum in der Schwangerschaft für das ungeborene Kind (vgl. Kap. 6.1) existiert. Andererseits kann dieser zunehmende Konsens in Richtung vollkommene Abstinenz während der Schwangerschaft dazu führen, dass bereits der Kon-

sum sehr geringer Mengen Alkohols vonseiten der professionellen Helfer:innen stark problematisiert wird und es in weiterer Folge Frauen, die während der Schwangerschaft nicht zur Abstinenz fähig sind, schwerer fällt, dieses Thema offen anzusprechen, und dass entsprechende Hilfsangebote nur unzureichend in Anspruch genommen werden.

Zur Frage, welchen Einfluss Geschlechternormen auf das **Stigma** (vgl. Kap. 8) bei Alkoholerkrankungen haben, gibt es zwei Hypothesen. Weitverbreitet ist die Hypothese, dass das Nichteinhalten von Geschlechterrollen aufgrund der damit verbundenen sozialen Sanktionen auch stärker stigmatisiert wird, d. h. dass Frauen mit Alkoholerkrankungen in doppelter Hinsicht von Stigma betroffen sind. Von dieser Dynamik berichten sowohl professionelle Helfer:innen als auch Betroffene aus der Praxis¹³³. Die zweite Hypothese vertritt die Annahme, dass Krankheitssymptome mit höherer Konformität mit Geschlechterstereotypen stärker von Stigma betroffen sind, da geschlechtertypische Fälle (z. B. Depression bei Frauen oder Alkoholerkrankungen bei Männern) häufiger als Charakterschwäche angesehen werden, wohingegen geschlechteruntypische Fälle öfter mit biologischen Erklärungsmodellen assoziiert und daher eher als psychische Erkrankung anerkannt werden. Diese Hypothese konnten Wirth et al. (2009) in ihrer Onlinestudie mit Fallvigetten bestätigen. Geschlechtertypische Fälle wurden dabei stärker stigmatisiert (mehr negative Affekte und weniger Sympathie) als geschlechteruntypische. Insgesamt existieren nur wenige wissenschaftliche Untersuchungen zu psychischen Erkrankungen, die Einstellungen gegenüber männlichen und weiblichen Fallbeispielen messen und Vergleiche anstellen, um die eine oder die andere Hypothese eindeutig zu unterstützen (denkbar ist zudem, dass beide Hypothesen gegensätzlich wirksam sind).

5.6.2 Konvergenz des Alkoholkonsumverhaltens

In Österreich lässt sich wie in vielen anderen Ländern ein Trend zu einer zunehmenden Angleichung zwischen dem Alkoholkonsumverhalten von Männern und jenem von Frauen beobachten. Diese Entwicklung manifestiert sich in Befragungsdaten, die zunehmend geringere Unterschiede zwischen Männern und Frauen im durchschnittlichen Alkoholkonsum ausweisen. Diese Angleichung ist insbesondere auf ein moderateres Konsumverhalten nachrückender männlicher Geburtskohorten zurückzuführen (Strizek et al. 2021). In Hinblick auf gesundheitliche Folgen des Alkoholkonsums ist eine Angleichung der Gesundheitslast bei Frauen an jene bei Männern zu beobachten. Unterschiede zwischen Männern und Frauen in der Anzahl der wegen Alkoholabhängigkeit bzw. wegen chronischer Lebererkrankungen Behandelten werden tendenziell kleiner, wobei auch hier dieser Effekt vor allem auf positive Entwicklungen bei Männern zurückzuführen ist (Anzenberger et al. 2024). Trotz dieser Tendenz zu einer stärkeren Angleichung der Geschlechter aneinander ist es wichtig, zu betonen, dass im Erwachsenenalter nach wie vor Männer – auch wenn nicht absolute, sondern äquivalente Alkoholmengen betrachtet werden (vgl. Kap. 5.1.8) – deutlich mehr Alkohol konsumieren als Frauen und auch häufiger mit Alkoholfolgeerkrankungen konfrontiert sind. Schülerbefragungen deuten hingegen darauf hin, dass sich in der Altersgruppe

¹³³ vgl. z. B. Darstellungen auf Homepages diverser Hilfseinrichtungen:

<https://www.therecoveryvillage.com/drug-addiction/women-stigmatized> [zuletzt abgerufen am 25.01.2025]

<https://aviaryrecoverycenter.com/women-more-stigma-addiction-substance-use-disorder> [zuletzt abgerufen am 25.01.2025]

<https://accessu.hubbardschool.org/addiction/2018/04/30/stigma-of-addiction-hit-college-women-harder-and-may-prevent-students-from-entering-recovery/index.html> [zuletzt abgerufen am 25.01.2025]

<https://englishmountain.com/does-stigma-substance-abuse-hit-women-harder> [zuletzt abgerufen am 25.01.2025]

der 14- bis 17-Jährigen Mädchen in ihrem Alkoholkonsumverhalten kaum von Burschen unterscheiden. Auch hier ist ein zunehmend moderates Konsumverhalten von Burschen und nicht ein Anstieg des Konsums bei Mädchen die treibende Kraft dieser zunehmenden Angleichung (vgl. auch Kap. 6.4).

Verantwortlich für diese Konvergenz zeichnen soziale Faktoren wie etwa veränderte Einstellungen gegenüber Alkoholkonsum und Geschlechternormen, die in allgemeine soziale und kulturelle Entwicklungen eingebettet sind und historischen Veränderungen unterliegen.

Frauen als neues Kundensegment der Alkoholwerbung als Folge von Gleichberechtigung und Emanzipation

Einstellungen zur Rolle der Frau in Gesellschaft, Arbeitswelt und Familie haben sich im Rahmen gesellschaftlicher Entwicklungen in den letzten Jahrzehnten verändert. Rollen bzw. Lebensentscheidungen, die häufig einen geringeren Alkoholkonsum mit sich bringen wie z. B. Heirat oder Kindererziehung, werden aufgeschoben oder abgelehnt (Keyes et al. 2021). Gleichzeitig haben sich auch sozioökonomische Rahmenbedingungen zugunsten von Frauen verändert. Verfügten Anfang der 1970er-Jahre 70 Prozent der Frauen in Österreich zwischen 25 und 64 Jahren lediglich über einen Pflichtschulabschluss, sank dieser Anteil im Jahr 2023 auf 18 Prozent (Statistik Austria 2025b). Zudem sind auch immer mehr Frauen erwerbstätig, die Erwerbstägenquote unter Frauen stieg allein in den letzten 25 Jahren von 46 Prozent auf 54 Prozent (Statistik Austria 2025c).

Die Kombination aus steigenden ökonomischen Ressourcen, weniger einschränkenden sozialen Normen und einem im Vergleich zu Männern geringeren Alkoholkonsum macht Frauen zu einer strategisch wichtigen Zielgruppe für die Alkoholindustrie, die – zusätzlich zu den häufig traditionelle männliche Rollenbilder aufgreifenden Werbesujets – auf Frauen zugeschnittene Produkte und Werbekampagnen entwickelt. Vor allem die Entwicklung von Bier-, Cider- oder Spirituosen-mixgetränken mit Fruchtgeschmack, Alkopops (RTD [ready to drink]) bzw. von Produkten mit einem geringeren Alkohol- bzw. Kaloriengehalt wird unter diesem Gesichtspunkt gesehen, ebenso wie bunte bzw. rosafarbene Verpackungen oder schlankere (Bier-)Dosen/-Flaschen (Atkinson et al. 2019; EUCAM 2008). Während Produkte mit einem geringeren Alkoholgehalt grundsätzlich als „alkoholarme“ Alternative begrüßt werden, gibt es Kritik einiger Suchtexpertinnen und -experten dahingehend, dass diese Produkte primär zur Erschließung zusätzlicher Zielgruppen entwickelt wurden und damit auch Jüngere und schwangere Frauen erreicht werden (Atkinson et al. 2019).

Hinsichtlich der Vermarktung zeigt die Analyse von Alkoholwerbungen nicht nur die Entwicklung rosafarbener Alkoholprodukte, sondern auch die Verwendung von Bildern, die stereotype weibliche Interessen bzw. Aktivitäten abbilden und mit hoher Wahrscheinlichkeit Frauen ansprechen wie etwa Mode oder Make-up sowie Sujets in Verbindung mit gesundheitsbezogenen Angaben wie niedrigem Zuckergehalt, wenig Kalorien und natürlichen Inhaltsstoffen (Atkinson et al. 2019; Public Health Advocacy Institute of WA et al. 2019). Obwohl Alkoholwerbung im Laufe der Zeit zunehmend die Gleichheit der Geschlechter darstellt, werden darin geschlechtsspezifische Stereotype wie Schönheit, Mode oder Shopping beibehalten. Die Vermarktung erfolgt in Frauenzeitschriften und über vermehrt von Frauen genutzte Social-Media-Kanäle, geschlechtsspezifische Aktivitäten und Events (z. B. Muttertag), das Sponsoring bei Frauen populärer Events sowie durch Kooperationen mit Influencerinnen und Marken bzw. Produkten, die Frauen ansprechen (Atkinson et al. 2019).

Änderungen des geschlechtsspezifischen Trinkverhaltens

Törrönen et al. (2019) beschreiben eine Tendenz zu vielfältigerem Alkoholkonsumverhalten, das sowohl bei Männern als auch bei Frauen neue Trinkkulturen hervorgebracht hat. Durch die allgemeinen Veränderungen geschlechtsspezifischer Identitäten entstanden neue Möglichkeiten dafür, wie junge Menschen Männlichkeit und Weiblichkeit zum Ausdruck bringen können. Historisch gesehen, war Rauschtrinken eine männliche Tradition, die ein akzeptiertes und zentrales Ritual beim Übergang zum Erwachsensein darstellte und mittlerweile an Stellenwert verloren hat. Männlichkeit kann zunehmend auch in anderen Bereichen und wettbewerbsorientierten Aktivitäten, bei denen Männer soziale und gesellschaftliche Anerkennung für ihre Männlichkeit bekommen wie zum Beispiel im Sport oder in Computerspielen, ausgedrückt werden. Konstruktionen von Männlichkeit sind dadurch flexibler geworden und weniger an starken Alkoholkonsum gebunden. Bei jungen Frauen hingegen kann ein geringer Alkoholkonsum daran liegen, dass sie sich vor Gewalt, sexuellen Übergriffen und einem moralisierenden sozialen Umfeld (z. B. soziale Sanktionen bei starker Berausung) schützen wollen (Törrönen et al. 2019).

Eine bedeutsame Rolle im Zusammenhang mit dem Trinkverhalten insbesondere junger Frauen spielen soziale Medien, die das Potenzial haben, durch das Teilen von Bildern private Trinksituationen in die Öffentlichkeit zu verlagern. Junge Frauen sind deswegen dazu genötigt, digitale Räume aktiv zu überwachen, um anrüchige Bilder zu verhindern.

Die Ergebnisse einer Studie von Simonen et al. (2013) zum Einfluss von Veränderungen femininer und maskuliner Zuschreibungen auf das Trinkverhalten zeigen, dass Frauen nicht einfach das Rauschtrinken von Männern übernommen haben, sondern das Trinken mit ihrer weiblichen Identität verknüpfen, indem sie sich eine größere Bandbreite situationsgebundenen Trinkverhaltens aneignen. Weibliche Trunkenheit unterliegt nach wie vor einer stärkeren sozialen Kontrolle als männliche Trunkenheit und wird als unweiblich stigmatisiert.

5.6.3 Alkoholkonsumstörungen und Geschlecht

Alkoholassoziierte Probleme weisen nach wie vor große Geschlechtsunterschiede auf: Die Schätzung für ein problematisches Konsumverhalten in Österreich liegt bei 19 Prozent der Männer und bei elf Prozent der Frauen. Pathologischer Alkoholkonsum betrifft ca. 2,5 Prozent der erwachsenen Frauen und 7,5 Prozent der erwachsenen Männer. Auch in anderen Ländern konsumieren Männer häufiger problematisch als Frauen (Strizek et al. 2021).

Geschlechtsspezifische Einflüsse zeigen sich hinsichtlich der Identifikation problematischer Alkoholkonsumformen und der Inanspruchnahme von Suchtbehandlungen, bzw. machen therapierelevante Geschlechtsunterschiede die Implementierung geschlechterspezifischer Angebote erforderlich.

Identifizierung von Alkoholkonsumstörungen

Die Annahme, dass Alkoholkonsumstörungen bei Frauen unterdiagnostiziert sind, wird zum einen mit bestimmten Konsumformen (Frauen tendieren eher dazu, heimlich zu trinken) und zum anderen mit Rollenzuschreibungen begründet: Die Annahmen, dass hoher Alkoholkonsum typisch männlich ist und Frauen wenig trinken, verleiten dazu, Alkoholprobleme bei Frauen zu

übersehen bzw. zu unterschätzen (Wilsnack et al. 2005). Dem steht die Einschätzung gegenüber, dass es keine höhere Rate unentdeckter alkoholkranker Frauen gibt, sondern Frauen mit hohem Konsum nur in der öffentlichen Wahrnehmung weniger sichtbar sind, weil sie weniger sozial auffälliges Verhalten im Zuge der Alkoholisierung zeigen wie z. B. Schlägereien, wohingegen ihre Alkoholprobleme für nahestehende Personen wie Familie oder Kollegen sehr wohl augenscheinlich sind (Fillmore et al. 1995). Die Frage, ob Alkoholprobleme bei Frauen eher unterschätzt werden als bei Männern, lässt sich demnach, basierend auf dem empirischen Forschungsstand, nicht zuverlässig beantworten.

Inanspruchnahme von Suchtbehandlungen

Da Männer häufiger von Suchterkrankungen betroffen sind als Frauen, sind suchtspezifische Behandlungen in vielen Ländern tendenziell stärker auf eine männliche Klientel zugeschnitten. Darauf gestützt, werden etwa auf Basis der US-amerikanischen NESARC-Studie geschlechtsspezifische Barrieren dafür verantwortlich gemacht, dass Frauen in Relation zum Ausmaß, in dem sie von Suchterkrankungen betroffen sind, suchtspezifische Behandlungen seltener in Anspruch nehmen¹³⁴ (z. B. Khan et al. 2013). Ein weiterer Unterschied im Hilfesuchverhalten dürfte darin liegen, dass Frauen mit Alkoholproblemen häufiger (wiederum in Relation zur Gesamtanzahl aller betroffenen Frauen, vgl. dazu die Unterscheidung zwischen primärem und sekundärem Alkoholismus in Kap. 4.4.3) psychische Probleme aufweisen und eher psychiatrische als alkoholspezifische Behandlungseinrichtungen in Anspruch nehmen (Gilbert et al. 2019). Bestimmte Zugangsbarrieren existieren zwar für beide Geschlechter, sind aber bei Frauen aufgrund der Geschlechterrollen besonders stark ausgeprägt. Für Frauen gelten häufiger Scham, die Angst, andere könnten von der Behandlung erfahren, die Einschätzung, das Problem sei nicht ausreichend gravierend (Verissimo et al. 2017), die Angst vor dem Verlust des Sorgerechts, der Mangel an adäquaten Betreuungsmöglichkeiten sowie der Widerstand von Familienmitgliedern (Tuchman 2010) als Barrieren für eine Inanspruchnahme von Suchthilfeangeboten¹³⁵. Nicht nur die Angst vor Stigmatisierung wird von Frauen häufiger denn von Männern als Grund für eine Nichtinanspruchnahme von Suchtbehandlung genannt (Khan et al. 2013), sondern auch familiäre Rollen und Verpflichtungen scheinen für Frauen die Inanspruchnahme von Hilfe stärker zu erschweren (Fillmore et al. 1995). Denkbar ist allerdings auch, dass genau diese Verpflichtung für Frauen eine Motivation für eine Behandlung darstellt. Die höhere Sichtbarkeit männlicher Alkoholerkrankungen durch sozial auffälliges Verhalten wiederum könnte ein Grund dafür sein, dass sozialer Druck, eine Behandlung aufzunehmen, für Männer häufiger größer ist als für Frauen mit einer Alkoholerkrankung.

Das Wissen um geschlechtsspezifische Barrieren erfordert Maßnahmen zu ihrem Abbau, wozu Verissimo et al. (2017) anmerken, dass bei diesen Bemühungen der Fokus meist auf Schwangeren liegt.

¹³⁴ Bei sämtlichen Aussagen zu einer verspäteten oder gänzlich ausbleibenden Versorgung durch professionelle Behandlung (im Englischen: „treatment lag“ oder „treatment gap“) ist ein fehlender Konsens in Bezug auf die Definition der grundlegenden Parameter ausschlaggebend dafür, dass sehr unterschiedliche Ergebnisse zur Schätzung einer Unterversorgung bestehen (Schaub 2020). Nicht zuletzt ist es fraglich, inwieweit Ergebnisse aus bestimmten Ländern auch auf andere Länder übertragen werden können, da sich Behandlungssysteme von Land zu Land deutlich unterscheiden.

¹³⁵ Die Ergebnisse sind aufgrund unterschiedlicher nationaler Strukturen von Suchthilfeangeboten und unterschiedlicher untersuchter Populationen nur bedingt verallgemeinerbar.

Suchtverlauf bei Frauen

Frauen mit einer Alkoholabhängigkeit zeigen laut Daten aus Behandlungseinrichtungen und nationalen Surveys gegenüber Männern ein höheres Durchschnittsalter bei Beginn des problematischen Alkoholkonsums, eine kürzere Zeitspanne bis zur Inanspruchnahme von Hilfe sowie ein höheres Ausmaß psychischer Auffälligkeiten bzw. psychischer Komorbiditäten (Uhl 1994). Aus diesen Umständen kann dennoch keine größere Alkoholvulnerabilität von Frauen abgeleitet werden (Uhl 2015b), weil diese Unterschiede wesentlich durch die Unterscheidung in einen primären (deutlich häufiger bei Männern anzutreffenden) oder sekundären Alkoholismus erklärbar sind (vgl. Kap. 4.4.3 und Kap. 6.8). Wenn man diese Unterscheidung vornimmt und beim Vergleich zwischen primärem und sekundärem Alkoholismus differenziert, verschwinden die beobachteten Unterschiede in Krankheitsprofil und -verlauf zwischen Männern und Frauen großteils.

Profil alkoholabhängiger Frauen

Auch wenn die Geschlechterunterschiede nicht zwangsläufig ein Indikator für eine erhöhte Alkoholvulnerabilität sind, haben Unterschiede zwischen alkoholabhängigen Männern und alkoholabhängigen Frauen für Prävention und Behandlung eine hohe Relevanz. Eine bedeutsame Divergenz liegt in der (in Relation zur gesamten Anzahl behandelter Frauen mit Alkoholerkrankung) häufigeren psychischen Komorbidität alkoholabhängiger Frauen (Khan et al. 2013) (vgl. Kap. 5.2.5). Die zeitliche Abfolge der Entstehung, d. h. der Umstand, ob eine psychische Erkrankung der Alkoholabhängigkeit vorausgeht oder sich in deren Folge entwickelt, ist zumeist nicht eindeutig zu beantworten. Lediglich bei der posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) ist in Bezug auf die Abfolge der beiden Erkrankungen zu vermuten, dass Alkohol zur Bewältigung der traumatischen Erlebnisse dient und somit eine Alkoholkonsumstörung die Folge einer PTSD ist (Vollmer et al. 2019).

Frauen mit einer Alkoholabhängigkeit weisen im Vergleich zu alkoholabhängigen Männern, relativ gesehen, häufiger Erfahrungen auf, die als Risikofaktoren für die Entwicklung von Suchtstörungen gelten wie beispielsweise familiäre Vorbbelastungen mit Suchterkrankungen bzw. Depressionen oder ein belastendes familiäres Umfeld (Khan et al. 2013). Das ist unter anderem damit zu erklären, dass bei Frauen primäre Alkoholabhängigkeit ohne grundlegende psychische Probleme kaum vorkommt, während Männer vergleichsweise oft ohne ernste Grundproblematik in eine Alkoholabhängigkeit und exzessiven Alkoholkonsum „schlittern“. Bei absoluter Betrachtung der betroffenen Männer und Frauen treten diese Unterschiede nicht auf.

Eine wesentliche Differenz zeigt sich auch darin, dass Frauen mit einer Alkoholabhängigkeit signifikant häufiger mit einem alkoholkranken Partner verheiratet waren/sind (Khan et al. 2013), was unter anderem damit zu erklären ist, dass es rund dreimal so viele alkoholabhängige Männer wie ebensolche Frauen gibt.

Einschränkend ist darauf hinzuweisen, dass bei Aussagen zu Geschlechterunterschieden bei Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit, die auf Daten aus Behandlungseinrichtungen beruhen, Selektionseffekte zu berücksichtigen sind, da nur ein kleiner Teil der Erkrankten eine suchtspezifische Behandlung in Anspruch nimmt. Eine Verallgemeinerung von Aussagen in Hinblick auf die Gesamtheit aller Personen mit Alkoholabhängigkeit ist aus diesem Grund nur eingeschränkt möglich.

5.7 Gesundheitsfördernde Alkoholwirkung oder Risikofaktor Alkoholabstinenz?

Alkoholkonsum ist für eine Reihe schwerwiegender gesundheitlicher Probleme verantwortlich, gleichzeitig wurde Alkohol in der Menschheitsgeschichte aber auch immer wieder als Heilmittel eingesetzt, und die gesundheitsfördernde Wirkung von Spirituosen, Wein und Bier als „Hausmittel“ wurde und wird regelmäßig in Medien und populärwissenschaftlichen Büchern vertreten. Seit Jahren existieren auch zahlreiche seriöse Forschungsergebnisse, die eine gesundheitsfördernde Wirkung geringer Mengen Alkohols zumindest nahelegen. Konkret zeigt sich immer wieder, dass nicht nur übermäßiger Konsum, sondern auch die Alkoholabstinenz mit einem erhöhten Risiko für gesundheitliche Problemen assoziiert ist – ein Phänomen, das in der Literatur meist unter dem Schlagwort „j-förmiger“ oder „u-förmiger“ Zusammenhang abgehandelt wird und das oft als Beleg für die gesundheitsfördernde Wirkung von Alkohol angeführt wird.

Ein besonders interessantes Beispiel für einen j-förmigen Zusammenhang ergab sich in der groß angelegten und sorgfältig geplanten „Grand Rapids Studie“ (Borkenstein et al. 1974), die bis heute eine der zentralen Studien zur Begründung der Blutalkoholkonzentrationsgrenzen im Straßenverkehr darstellt. Die erste Auswertung (Hurst 1973) ergab, dass sowohl starker alkoholisierte als auch völlig nüchterne Verkehrsteilnehmer:innen ein erhöhtes Risiko aufweisen, Unfälle im Straßenverkehr zu verursachen. Anfänglich wurde vermutet, dass geringe Mengen Alkohol die Leistungsfähigkeit im Straßenverkehr erhöhen. Eine detailliertere Analyse der Daten machte dann aber deutlich, dass dem keinesfalls so war, sondern dass es sich somit um ein Artefakt handelte. Wertet man die Daten für Personengruppen mit ähnlichen Alkoholkonsumgewohnheiten getrennt aus, so zeigt sich ganz deutlich, dass in jeder dieser homogenen Teilgruppen das Unfallrisiko mit steigendem Alkoholisierungsgrad kontinuierlich steigt. Das nunmehr überraschende Ergebnis war, dass Alkoholabstinenten, die immer völlig nüchtern sind, rund viermal so viele Unfälle verursachen wie nüchterne Personen, die normalerweise Alkohol trinken. Da die so stark unfallgefährdeten Alkoholabstinenten allerdings nur in der Gruppe mit 0,0 Promille BAK zu finden sind, wurde dieser BAK-Wert anfangs mit einem erhöhten Unfallrisiko assoziiert. Personen, die regelmäßig Alkohol trinken, werden erst bei einem BAK-Wert um 0,8 Promille im Straßenverkehr so gefährlich wie Alkoholabstinenten.

J-förmige Zusammenhänge zwischen Alkohol und Problembelastungen wurden auch in zahlreichen anderen Studien gefunden (hier ein Auszug):

Shaper et al. (1988) stellten fest, dass sowohl Alkoholabstinenten als auch Personen mit exzessivem Konsum eine deutlich niedrigere Lebenserwartung haben als Personen mit mittlerem Alkoholkonsum. Marmot et al. (1993) fanden, dass Alkoholabstinenten rund doppelt so oft krank sind wie mäßige Alkoholkonsumentinnen bzw. -konsumenten und dabei auch noch doppelt so lang krank sind. Letenneur et al. (1993) stellten fest, dass ältere Alkoholabstinenten kognitiv weit weniger leistungsfähig seien als mäßige Alkoholkonsumentinnen/-konsumenten. Lipton (1994) stellte fest, dass sowohl Alkoholabstinenten als auch Personen mit exzessivem Konsum deutlich depressiver sind als mäßige Trinker:innen. Uhl et al. (1996) fanden, dass sowohl Alkoholabstinenten als auch Personen mit exzessivem Konsum deutlich mehr psychologische, soziale, psychiatrische und neurologische Beeinträchtigungen aufweisen als mäßige Trinker:innen. Shedler et al. (1990) demonstrierten einen ähnlichen Zusammenhang auch in Bezug auf soziale Angepasstheit und Cannabiskonsum. Uhl et al. (2005b) konnten in einer österreichweiten Erhebung neuerlich einen

entsprechenden Zusammenhang in Bezug auf Alkoholkonsum feststellen. Analoge Ergebnisse traten bei dieser Erhebung auch hinsichtlich Nikotin- und Cannabiskonsum auf.

Auch in der Metastudie von Zhao et al. (2023) zur Messung der Auswirkungen von Alkohol auf die Gesamtmortalität¹³⁶ (All-Cause-Mortality) wurde ein j-förmiger Zusammenhang berechnet, wobei in einer darauf aufbauenden Folgestudie (Stockwell et al. 2024) die Ausprägung des protektiven Effekts geringer Alkoholmengen niedriger ausfiel (bzw. nicht mehr eine signifikante Ausprägung zu verzeichnen war), wenn ausschließlich Studien berücksichtigt wurden, denen eine hohe Qualität attestiert wurde.

Angesichts der großen wirtschaftlichen Bedeutung, die Erzeugung, Vertrieb und Ausschank von Alkohol in unserer Gesellschaft haben, kann es kaum verwundern, dass empirische Befunde, die so interpretiert werden können, dass geringe Mengen Alkohol der Gesundheit und der Leistungsfähigkeit zuträglich seien, von der Wirtschaft mit viel Engagement aufgegriffen und über die Medien verbreitet werden.

Es gehört allerdings zu den fundamentalsten Grundlagen empirischer Forschung, dass empirisch festgestellte Zusammenhänge nicht einfach als Ursache-Wirkung-Zusammenhänge interpretiert werden dürfen, ohne sich kritisch mit den dahinter liegenden Wirkmechanismen auseinanderzusetzen. Grundsätzlich gibt es zwei diametrale Erklärungsansätze für den j-förmigen Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Problemen: Der Zusammenhang könnte einerseits über die Wirkung des Alkohols erklärbar sein (Wirkungsmodell) oder andererseits dadurch zustande kommen, dass Personen mit Problemen zu abweichenden Alkoholkonsummustern tendieren (Selektionsmodell). Es gibt gute Gründe, anzunehmen, dass beim Zustandekommen des J-Zusammenhangs sowohl Alkoholwirkung als auch Selektionsmechanismen eine Rolle spielen. Konkret lassen sich in diesem Zusammenhang drei Wirkungsmodelle und vier Selektionsmodelle anführen, die im Folgenden dargestellt und diskutiert werden.

5.7.1 Wirkungsmodelle zur Erklärung des J-Zusammenhangs

Alkohol als toxische Substanz

Dieses Modell erklärt den rechten Schenkel des J-Zusammenhangs, also warum bei höherem Konsum mehr Probleme auftreten. Seit Langem ist bekannt, dass Alkohol erheblich lebertoxisch wirkt und auch etliche andere negative gesundheitliche Auswirkungen begünstigt. Die Frage, ob diese Wirkung erst ab einer gewissen Grenzmenge einsetzt oder ob auch ganz geringe Mengen Alkohol in geringem Ausmaß toxisch wirken, ist nach wie vor umstritten, bzw. ist anzunehmen, dass für unterschiedliche Erkrankungen unterschiedliche Wirkungszusammenhänge gelten. Die Grenze, ab der längerfristig ein deutlich erhöhtes Leberzirrhoserisiko anzunehmen ist, wird in Österreich für Frauen mit 40 g Alkohol pro Tag (das entspricht $\frac{1}{2}$ Liter leichtem Wein bzw. einem Liter Bier) und für Männer mit 60 g Alkohol pro Tag (das entspricht $\frac{3}{4}$ Liter leichtem Wein bzw. eineinhalb Litern Bier) angegeben. Es besteht aber eine Vielzahl anderer Grenzwerte, um zwischen einem riskanten und einem risikoarmen Konsum zu differenzieren (vgl. Kap. 4.2).

¹³⁶ Zu den divergierenden Ergebnissen in der Beurteilung des Risikos eines moderaten Alkoholkonsums auf Basis von All-Cause-Mortality und Disease-Specific-Mortality-Ansätzen vgl. Kap. 4.2

Alkohol als spezifisch protektive Substanz (gegen koronare Herzerkrankungen)

Dieses Modell erklärt den linken Schenkel des J-Zusammenhangs, also warum bei Abstinenten vermehrt Probleme auftreten. Der j-förmige Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und koronaren Herzerkrankungen wird oft dahingehend interpretiert, dass geringe und mittlere Dosen Alkohols einen positiven Einfluss auf den Cholesterinspiegel haben (Verringerung von LDL-Cholesterin und Erhöhung von HDL-Cholesterin) (Gaziano et al. 1993). Der Zusammenhang wurde oft als „french paradox“ bezeichnet, da sich die stark Wein trinkende Bevölkerung Frankreichs durch eine relativ niedrige Inzidenz an Koronarerkrankungen auszeichnet (Renaud et al. 1992; Renaud et al. 1998). Die Metanalyse von Corrao et al. (2000) fand protektive Effekte auf koronare Herzerkrankungen bis zu einem Konsum von 70 Gramm pro Tag für Männer (für Frauen ist die Menge für einen protektiven Effekt niedriger), wohingegen die Metastudie von Zhao et al. (2017) nahelegt, dass ein Teil des protektiven Effekts durch Selektionseffekte zu erklären ist und dieser geringer ausfällt, werden höhere Qualitätskriterien bei der Studienauswahl angewandt.

Alkohol als allgemein protektive Substanz (gegen stressinduzierte Erkrankungen)

Auch dieses Modell erklärt den linken Schenkel des J-Zusammenhangs, also warum bei Abstinenten mehr Probleme auftreten. In empirischen Studien zeigt sich der J-Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Gesundheitsproblemen nicht nur in Bezug auf Koronarerkrankungen, sondern auch auf andere Erkrankungen. Manche Autorinnen/Autoren erklären das damit, dass Alkohol zur Stressreduktion beiträgt und so indirekt einen protektiven Effekt auf die menschliche Gesundheit ausüben kann (Lipton 1994; Wannamethee et al. 1988).

5.7.2 Selbstselektionsmodelle zur Erklärung des J-Zusammenhangs

Wenn Personen nicht zufällig Gruppen zugewiesen werden können (experimentelles Design), sondern aufgrund bestimmter Merkmale in bestimmten Gruppen vorzufinden sind und das zu untersuchende Merkmal nicht statistisch von den im Selektionsprozess involvierten Merkmalen unabhängig ist, erklären sich beobachtbare Unterschiede zwischen den Gruppen hinsichtlich des zu untersuchenden Merkmals nicht ausschließlich durch den Faktor der Gruppenzugehörigkeit, sondern zusätzlich durch jene Faktoren, die bereits die Gruppenzuweisung beeinflussten. Das Problem der nicht zufälligen Einteilung in relevante Gruppen nennt man in der Forschungsmethodologie „Selbstselektion“, unerwünschte Unterschiede, die sich durch Selbstselektion ergeben, werden als „Selbstselektionsartefakte“ bezeichnet.

Ehemalige-Alkoholkonsumenten-Hypothese

Die „Ehemalige-Alkoholkonsumenten¹³⁷-Hypothese“ oder „Sick-Quitters-Hypothese“ (Gmel et al. 2003) geht davon aus, dass Abstinente häufig früher mehr oder weniger stark Alkohol getrunken haben. Auch dieses Modell erklärt den linken Schenkel des J-Zusammenhangs, also warum bei Abstinenten mehr Probleme auftreten. Eine immer wieder formulierte Erklärung auf die Frage, warum Abstinente generell erheblich weniger gesund sind als mäßige Konsumentinnen

¹³⁷ Auf Englisch wird von „former drinker hypothesis“ gesprochen, wobei „drinker“ auf Englisch mit „Alkoholkonsument:in“ und nicht mit „Trinker:in“ im Sinne von Alkoholkranker gleichzusetzen ist.

bzw. Konsumenten von Alkohol, ist, dass ein relevanter Anteil gesundheitlich beeinträchtigter Alkoholkonsumentinnen und -konsumenten ihren Alkoholkonsum endgültig aufgeben. Ein höheres Ausmaß an gesundheitlichen Problemen bei Abstinenten ist dieser Hypothese nach nicht Folge der Abstinenz, sondern Ursache für die Abstinenz (Shaper 1996). Uhl et al. (1996) kamen hingegen zu dem Ergebnis, dass primär Abstinente (also Personen, die nie Alkohol konsumiert haben) sogar noch deutlich stärker beeinträchtigt sind als die Gruppe der Personen, die ihren früheren Alkoholkonsum aufgegeben haben. Die Bedeutung von „sick quitters“ ist weitgehend anerkannt und hat zur Folge, dass diese zur Berechnung von Risikoverläufen häufig ausgeschlossen werden (Stockwell et al. 2024).

Soziokulturelle Regelungshypothese

Dieses Modell erklärt sowohl den rechten als auch den linken Schenkel des J-Zusammenhangs, also warum sowohl Abstinente als auch Personen, die mehr trinken, durch mehr körperliche, psychische und soziale Probleme charakterisiert sind. Personen, die psychisch und körperlich in guter Verfassung sind, die auch sozial gut integriert und erfolgreich leben, passen ihren Alkoholkonsum an die kulturelle Norm an; d. h., sie leben in Permissivkulturen in der Regel weder abstinenter noch zeichnen sie sich durch extreme Konsumformen aus. Für diese Hypothese spricht z. B. eine Reihe von Detailergebnissen, die Uhl et al. (1996) gefunden haben. Auch Marmot et al. (1981) zieht eine Erklärung in diesem Sinne in Erwägung.

Selbstschutz-/Selbstmedikationshypothese

Auch dieses Modell erklärt beide Schenkel des J-Zusammenhangs. Die plausibelste Erklärung für den J-Zusammenhang, dass nämlich psychisch und/oder körperlich Kranke – gleichsam als Selbstschutzmechanismus – entweder völlig auf den Alkoholkonsum verzichten oder diesen als Selbstmedikation gegen ihre Krankheiten einsetzen, was dann eben rasch zu extremen Konsumformen führt, lässt sich ebenfalls aus Ergebnissen von Uhl et al. (1996) ableiten. Auf den Stellenwert der Selbstmedikation in der Entstehung von Alkoholismus weist z. B. Khantzian (1997) ausführlich hin. Für viele Erkrankungsformen und Problembereiche, die besonders häufig bei primär Abstinenten gefunden werden konnten, schließt sich jegliche andere Erklärung des Zusammenhangs weitgehend aus.

Selektive Konsumsteigerungshypothese

Die „selektive Konsumsteigerungshypothese“ besagt, dass stark problembelastete Personen, die zunächst noch unproblematischen Substanzkonsum betreiben, mit deutlich erhöhter Wahrscheinlichkeit zu problematischen Konsummustern wechseln, wodurch sich deren Anteil an den mäßigen Konsumentinnen und Konsumenten systematisch verringert, während er bei den Problemkonsumentinnen und Problemkonsumenten systematisch ansteigt (Uhl 2002b). Da eine kontinuierliche Konsumsteigerung bei Abstinenten nicht auftritt, erfolgt in dieser Gruppe keine entsprechende Abwanderung der Problempersonen in Gruppen mit problematischem Alkoholkonsum. In der mittleren Gruppe der mäßigen Konsumentinnen und Konsumenten bleiben infolge dieses Mechanismus primär wenig problembelastete Personen.

5.7.3 Zusammenfassende Beurteilung der sieben genannten Modelle

Es steht außer Frage, dass Alkohol eine Substanz ist, die insbesondere bei stärkerem Konsum eine Fülle von Krankheiten und Problemen verursachen kann und in zahlreichen Fällen auch verursacht.

Diese Interpretation legt nahe, dass der J-Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Gesundheitsproblemen nur zu einem geringen Teil über die oft kolportierte protektive Wirkung des Alkohols gegen koronare Herzerkrankungen oder gegen Stresserkrankungen erklärbar ist und dass mäßiger Alkoholkonsum daher weit weniger gesundheitsfördernd ist, als häufig angenommen wird. Der protektive Alkoholeffekt wird in der Regel weit überschätzt, weil in der Argumentation ausschließlich auf die Alkoholwirkung Bezug genommen wird, ohne Selektionsprozesse zu bedenken.

Der Umstand, dass Abstinente gesundheitlich und leistungsmäßig wesentlich schlechter abschneiden als Personen mit mäßigem Alkoholkonsum, ist nach unserer Ansicht primär durch die soziokulturelle Regelungshypothese, durch die Selbstschutz-/Selbstmedikationshypothese und durch die selektive Konsumsteigerungshypothese zu erklären, was der gängigen Ansicht in der Alkoholepidemiologie entspricht (Stockwell et al. 2024).

Ausgehend von der „soziokulturellen Regelungshypothese“ und der „Selbstschutz-/Selbstmedikationshypothese“, kann man erwarten, dass gesundheitsfördernde Maßnahmen, die darauf abzielen, die Problemlast der Zielgruppe zu reduzieren, gleichzeitig zu einem Sinken des Problemkonsums und zu einem Anstieg des unproblematischen Konsums führen würden (Uhl 2000c).

Um einem möglichen Missverständnis vorzubeugen: Der j-förmige Zusammenhang zwischen Problemen und Alkoholkonsum bedeutet, dass völlige Alkoholabstinenz, verglichen mit mäßigem Alkoholkonsum, bei Personen ein Hinweis auf vermehrte Probleme sein kann, nicht jedoch, dass man einen positiven Beitrag zur Reduktion dieser Probleme oder des problematischen Alkoholkonsums leisten könnte, indem man Abstinente aktiv zum Konsum animiert. Wahrscheinlich wäre genau das Gegenteil der Fall: Wenn eine Person erkennt, dass sie – im Sinne einer Selbstschutzstrategie – die Hände vom Alkohol lassen sollte, weil sie diesen weit schlechter im Griff hätte als weniger belastete Personen, dann sollte man die Person in dieser Entscheidung unterstützen und nicht kritisieren. Gleichzeitig sollte man aber versuchen, jenen, die wegen persönlicher Probleme völlige Abstinenz wählen, eine Hilfestellung bezüglich ihrer Grundproblematik angedeihen zu lassen.

Bei allen Ausführungen handelt es sich um statistische Durchschnittsaussagen, die nicht auf Einzelne bezogen werden können und sollen. Auch wenn sich unter Abstinents mehr Personen mit ernsten Problemen befinden als in der Gruppe mäßig Konsumierender, bedeutet das natürlich keinesfalls, dass die Entscheidung zur Abstinenz nicht auch auf ganz anderen Motiven aufbauen kann. Die Entscheidung zur Alkoholabstinenz ist generell zu begrüßen und die eben angestellten Ausführungen zur Erklärung des j-förmigen Zusammenhangs zwischen Problemen und Alkoholkonsum sollten nicht als Anlass dienen, diese Entscheidung in ein negatives Licht zu rücken.

Unzulässig sind aus Sicht der Autorinnen und Autoren Versuche, den j-förmigen Zusammenhang unter den Tisch fallen zu lassen, indem man etwa abstinente Personen aus der Analyse ausschließt, um nahezu lineare Effekte durch Alkoholkonsum zu erhalten. Ein solches Vorgehen wurde etwa von Wood et al. (2018) gewählt, die ausschließlich auf Basis Alkoholkonsumierender Personen Risikorelationen für unterschiedliche Alkoholmengen und die Gesamt morbidität errechneten.

Aufbauend auf diesen Ergebnissen, wird die Forderung erhoben, niedrigere Grenzmengen zu propagieren. Gegen diese Forderung kann aus methodischer Sicht dasselbe Argument ins Treffen geführt werden, das auch von Wood et al. (2018) verwendet wird, um abstinenten Personen aus der Analyse auszuschließen, nämlich der Einfluss von Drittvariablen. Diese Drittvariablen sind im Sinne der eben beschriebenen Selbstselektionshypothese dafür verantwortlich, dass Personen mit überdurchschnittlicher Problembelastung in einer Gesellschaft, in der moderates Trinken die Norm ist, dazu tendieren, entweder sehr viel oder überhaupt keinen Alkohol zu trinken. Stimmt man diesem Argument zu, ist es nicht zulässig, den Einfluss von Drittvariablen auf ein Extremverhalten methodisch zu eliminieren, denselben Einfluss auf das andere Extremverhalten aber in die Analyse mit einzubeziehen. Die Schlussfolgerungen von Wood et al. werden in einer Folgenummer der Zeitschrift, in der Wood et al. (2018) ihre Analyse publizierten, kritisch kommentiert und grundlegend relativiert (Astrup et al. 2018; Schernhammer 2018; Thomson 2018).

5.8 Beeinträchtigung durch den Alkoholkonsum anderer ("harm from others' drinking")

In der internationalen Alkoholepidemiologie werden die negativen Folgen von Alkoholkonsum zunehmend nicht nur im Sinne physiologischer oder sozialer Probleme in Hinblick auf die konsumierende Person gemessen, sondern gewinnen auch alkoholassoziierte Schäden, die Dritte erleiden, zunehmend an Bedeutung.

Genauer betrachtet, wird dabei aber kein neues Phänomen untersucht, da schwerwiegende Beeinträchtigungen Unbeteiligter durch Alkohol konsumierende Personen – etwa durch alkoholbezogene Straßenverkehrsunfälle oder familiäre Gewalt – immer schon ein wichtiges Themenfeld darstellten. Neu ist hingegen der Versuch, mittels Befragungen in der Gesamtbevölkerung oder in Schulerhebungen eine sehr breite Palette an Auswirkungen auf unbeteiligte Dritte zu erfassen. Im Wesentlichen beruht dabei der Themenbereich „harm from others“ auf einer Perspektivenumkehrung des Themenfelds „soziale Folgen durch Alkoholkonsum“: Unter dem Stichwort „harm from others“ werden Personen aus einer Opferperspektive befragt, während sie üblicherweise als potenzielle Verursacher:innen eigener Probleme befragt werden.

Erste Versuche zur Erhebung von „harm from others“ fanden in den 1990er-Jahren statt (Bloomfield et al. 2013) und beinhalteten unter anderem Items zu Streit, Aggression und Gewalt, familiären Problemen, Vandalismus oder Lärmbelästigung. Im Rahmen der EU Joint Action RARHA (Reducing Alcohol Related Harm Alliance) wurde eine Version des SMART-Fragebogens adaptiert und wurden Fragen zu „harm from others“ für den Bericht (Moskalewicz et al. 2016) ausgewertet. Die vergleichende Analyse über 18 europäische Länder hinweg ergibt, dass Personen aus osteuropäischen Ländern die entsprechenden Fragen tendenziell eher mit „ja“ beantwortet haben als Personen aus west- oder südeuropäischen Ländern.

Zweifellos sind alkoholassoziierte häusliche Gewalt oder familiäre Probleme wie alkoholverursachte Unfälle im Straßenverkehr sehr wichtige Problemfelder. Fraglich ist allerdings, ob eine Bevölkerungsbefragung generell ein geeignetes Mittel ist, um das Ausmaß und die Ausgestaltung dieser Problemfelder valide zu beschreiben, oder ob nicht die Herausforderungen bei Befragungen (soziale Erwünschtheit bei heiklen Themen, Unterrepräsentierung sozialer Randgruppen) zu schwerwiegend sind, um auf dieser Datenbasis sinnvolle Aussagen zu gewinnen.

Aus methodologischer Sicht kritisch zu beurteilen ist die Vorgehensweise einer Indexbildung aus einzelnen Items, die sehr unterschiedliche Problemintensitäten im Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum anderer Personen erfassen. Dadurch erhalten Personen, die einmal in der Nacht wegen eines betrunkenen Nachbarn aufgeweckt wurden, und Personen, die regelmäßig der körperlichen Gewalt eines alkoholkranken Partners ausgesetzt sind, dieselbe Kodierung, wodurch komplett unterschiedliche Phänomene zusammen erfasst werden. Außerdem wird über derartige Ergebnisse – wenn jede geringfügig negative Erfahrung im Laufe eines Jahres mit einer Person, die Alkohol konsumiert hat, als relevante Beeinträchtigung gezählt wird, ohne das durch negative Erfahrungen mit Personen, die keinen Alkohol konsumiert haben, zu relativieren – der ungerechtfertigte Eindruck erweckt, dass die Mehrzahl der Menschen unter dem Alkoholkonsum anderer erheblich leidet.

5.9 Alkohol und Sexualität

Wenn es um emotionell stark besetzte Themen wie „Kinder und Alkohol“ oder „Alkohol und Sexualität“ geht, werden sachlich-wissenschaftliche Auseinandersetzungen unweigerlich mit ethischen Grundhaltungen vermischt. So findet sich in Präventionsmaterialien, die an Kinder und Jugendliche gerichtet sind, oft die Behauptung, dass Alkoholkonsum der Sexualität generell abträglich sei – eine These, die der Erfahrung vieler Menschen erheblich widerspricht. Es gibt hier positive und negative Aspekte – wobei die positiven eher in Verbindung mit moderatem Alkoholkonsum und die negativen in Verbindung mit exzessivem Alkoholkonsum auftreten.

Alkohol erleichtert infolge seiner enthemmenden und kontrollreduzierenden Wirkung die Kontaktaufnahme, eine Funktion, die gerade bei Jugendlichen bei der Anbahnung von Kontakten beliebt ist, aber durchaus auch von Erwachsenen gerne genutzt wird. Dass exzessiver Alkoholkonsum die Chancen für eine erfolgreiche Kontaktaufnahme verringert und unerwünschte Verhaltensweisen begünstigt, die im nüchternen Zustand nicht gesetzt würden – mit der Gefahr, unangenehme Erfahrungen zu machen, ungewollte Schwangerschaften zu erleben oder an Geschlechtskrankheiten zu erkranken –, gehört zum tradierten Wissen in der Gesellschaft.

Ab einem gewissen Blutalkoholspiegel verändert sich die Sexualfunktion im Sinne einer Ejakulationsverzögerung, was von manchen Menschen durchaus positiv erlebt werden kann. Der Möglichkeit, dass die Erektion durch Alkoholeinfluss abgeschwächt werden kann, steht entgegen, dass die angstreduzierende Funktion des Alkohols sich auch positiv auf die Erektionsfähigkeit auswirken kann.

Eine eindeutig negative Wirkung auf Hormonhaushalt und Sexualität hat hingegen anhaltender, exzessiver Alkoholkonsum sowohl bei Männern als auch bei Frauen. Chronischer Alkoholismus setzt zwar oft das sexuelle Verlangen nicht herab, beeinträchtigt aber sehr wohl die Sexualfunktion, was mit alkoholbedingten Störungen des Hormonhaushalts erklärbar ist. Der Geschlechtszyklus alkoholkranker Frauen wird oft schwer gestört, die hormonelle Kybernetik bricht zusammen, der Eisprung bleibt aus, Unregelmäßigkeiten der Menstruation bis hin zum Ausbleiben der Regel sind die Folge.

6 Spezielle Probleme in unterschiedlichen Settings und Subpopulationen

Im folgenden Kapitel werden relevante Aspekte verschiedener Teilstichprobengruppen dargestellt: Die jeweils speziellen Problemstellungen werden nach Altersgruppe, Geschlecht und Setting (z. B. Alkohol am Arbeitsplatz) abgehandelt.

6.1 Alkohol und Schwangerschaft

Das Thema „Alkoholkonsum in der Schwangerschaft“ hat an **gesundheitspolitischer Relevanz** gewonnen und ist in verschiedenen Strategiepapieren wie zum Beispiel dem *Action Plan on Youth Drinking and on Heavy Episodic Drinking (Binge Drinking) (2014–2020)* der Europäischen Kommission (European Commission 2014) oder dem *Aktionsplan Alkohol* der Europäischen Union (Kommission der europäischen Gemeinschaften 2006) als Handlungsfeld bzw. Schwerpunktbereich verankert.

Im Vordergrund der Bemühungen zur Reduktion des Alkoholkonsums in der Schwangerschaft stehen die **Folgen für die embryonale Entwicklung** der Ungeborenen bzw. die lebenslangen Folgen für betroffene Kinder. Studien belegen auch zahlreiche weitere **negative Auswirkungen auf den Schwangerschaftsverlauf**. So erhöht Alkoholkonsum in der Schwangerschaft das Risiko für Fehl- (Sundermann et al. 2019), Früh- und Totgeburten (Bailey et al. 2011; Mamluk et al. 2017).

6.1.1 Alkoholkonsum in der Schwangerschaft

Daten zum Alkoholkonsum in der Schwangerschaft beruhen meist auf Selbstangaben schwangerer Frauen und unterliegen daher verfälschenden Effekten, die über die aus Konsumbefragungen in der Allgemeinbevölkerung bekannten Verzerrungen (vgl. Kap. 3.4) hinausgehen (O'Keeffe et al. 2015): Sowohl Angst vor dem Entzug der Obsorge (Lange et al. 2014) als auch Angst vor Stigmatisierung und Verurteilung (Roberts et al. 2010) spielen beim Alkoholkonsum in der Schwangerschaft eine besondere Rolle und verstärken so die allgemeine Tendenz zur sozialen Erwünschtheit, also das Bestreben, den eigenen Alkoholkonsum geringer anzugeben oder fälschlicherweise Abstinenz zu behaupten.

Hinsichtlich der **Prävalenz des Alkoholkonsums während der Schwangerschaft** zeigt eine Befragung von Wöchnerinnen in Wien¹³⁸ aus dem Jahr 2022, dass ungefähr sechs Prozent der Befragten angeben, während der Schwangerschaft zumindest gelegentlich Alkohol (0,3 Prozent täglich / fast täglich und 5,4 Prozent manchmal/selten¹³⁹) konsumiert zu haben. 92 Prozent der Frauen, die vor Bekanntwerden der Schwangerschaft zumindest gelegentlich Alkohol konsumiert haben, geben an, diesen Konsum beendet zu haben, sobald ihnen die Schwangerschaft bewusst wurde (Puhm et al. 2023).

¹³⁸ Die Angaben basieren auf einer repräsentativen Erhebung unter Wöchnerinnen (N = 888), die in einem Wiener Krankenhaus entbunden haben. Für Restösterreich können diese Prävalenzen ebenfalls angenommen werden. Erfasst wurde der Konsum ab Bekanntwerden der Schwangerschaft.

¹³⁹ manchmal = mindestens einmal monatlich, aber nicht täglich; selten = weniger als einmal pro Monat

Europäische Studien zum Konsumverhalten kommen zu sehr unterschiedlichen Ergebnissen, die vermutlich nicht ausschließlich durch tatsächliche Unterschiede im Konsumverhalten der Frauen zu erklären sind, sondern vielmehr die methodischen Herausforderungen bei derartigen Studien verdeutlichen: Während der Anteil der Frauen, die in der Schwangerschaft Alkohol konsumieren, nach einer schwedischen Studie bei sechs Prozent liegt (Nilsen et al. 2008), beträgt er bei einer Studie im Nachbarland Norwegen 35,8 Prozent (Alvik et al. 2006). Eine Metastudie kommt zu dem Ergebnis, dass in Europa rund 25,2 Prozent der Frauen Alkohol während der Schwangerschaft konsumieren – weltweit 9,8 Prozent (Popova et al. 2017).

Unterschiede im Erhebungsdesign, etwa in Hinblick auf den Zeitpunkt der Erfassung (unterschiedliche Zeitpunkte im Schwangerschaftsverlauf bzw. retrospektive Erhebung nach der Geburt) oder auf den Zeitraum des Konsums (Konsum ausschließlich vor oder auch nach Bekanntwerden der Schwangerschaft), sowie der Umstand, auf welche Weise Befragungsteilnehmerinnen selektiert werden, tragen zu Divergenzen in den Prävalenzschätzungen bei und erschweren die Vergleichbarkeit der Daten.

6.1.2 Auswirkungen auf das Ungeborene – Fatale Alkoholspektrumstörungen

Alkohol überwindet die Plazentaschranke, daher kann sich mütterlicher Alkoholkonsum während der Schwangerschaft auf die embryonale Entwicklung auswirken. Schädigungen infolge einer intrauterinen (während der Schwangerschaft erfolgenden) Alkoholexposition wurden erstmals 1968 in Frankreich unter der Bezeichnung *fetales Alkoholsyndrom* (FAS) beschrieben (Löser 1999). Im deutschen Sprachraum war lange auch die Bezeichnung *Alkoholembryopathie* gebräuchlich (etwa in Majewski et al. 1977). Während der Fokus lange auf den ausgeprägten Folgen des Konsums größerer Alkoholmengen lag, rücken zunehmend auch geringere Alkoholmengen ins Blickfeld von Expertinnen und Experten. Mittlerweile werden unter dem Begriff *fetal alcohol spectrum disorder* (FASD) nicht nur FAS, sondern auch weitere Krankheitsbilder infolge mütterlichen Alkoholkonsums in der Schwangerschaft subsumiert (Landgraf et al. 2012).

Klinisches Erscheinungsbild

Das klinische Erscheinungsbild eines **fatalen Alkoholsyndroms** ist durch (1) Wachstumsauffälligkeiten (geringes Geburtsgewicht und geringe -größe), (2) Veränderungen im Gesichtsbereich (z. B. fehlendes Philtrum, kurze Lidspalten und schmale Oberlippen) sowie (3) funktionale und strukturelle Auffälligkeiten des zentralen Nervensystems (ZNS; z. B. Intelligenzminderungen und geringe Leistungen in Bereichen wie Feinmotorik, exekutive Funktionen, Lernfähigkeit u. a. sowie Mikrozephalie) geprägt. Während FAS die stärksten Beeinträchtigungen am Kontinuum von FASD beschreibt, können je nach Vorliegen bzw. Ausprägung dieser Kriterien **weitere Krankheitsbilder** diagnostiziert werden: Beim partiellen FAS (pFAS) sind zur Diagnose entweder Wachstumsauffälligkeiten *oder* strukturelle Auffälligkeiten erforderlich, bei der alkoholbedingten entwicklungs-neurologischen Störung (*alcohol-related neurodevelopmental disorder*; ARND) stehen funktionale Auffälligkeiten des ZNS im Vordergrund, bei alkoholbedingten angeborenen Fehlbildungen (*alcohol-related birth defects*; ARBD) körperliche Fehlbildungen [für genauere Diagnosekriterien vgl. S3-Leitlinien (Landgraf et al. 2012)].

Die Ausprägungen der Schädigungen sind nicht nur von Konsummengen, Konsummustern („binge drinking“) und dem Zeitpunkt der Alkoholexposition im Schwangerschaftsverlauf¹⁴⁰ abhängig, sondern werden auch von anderen Einflussfaktoren wie der genetischen Ausstattung, dem Alter, Ernährungszustand, Rauchen oder dem Ausmaß an Stressbelastungen der Mutter beeinflusst (May et al. 2011). Bei Schädigungen durch schädliche Stoffe in den ersten beiden Wochen nach der Befruchtung (d. h. zu einem Zeitpunkt, da eine Frau noch nicht weiß, dass eine Schwangerschaft vorliegt) kommt das „Alles-oder-nichts-Gesetz“ zum Tragen, d. h. eine geschädigte Eizelle nistet sich nicht in der Gebärmutter ein, weswegen eine frühe Schädigung (z. B. durch Alkohol) bei einer erfolgreichen Einnistung weitgehend ausgeschlossen werden kann (Paulus 2016).

Die **Entwicklungsverläufe betroffener Individuen** gestalten sich in Abhängigkeit von Art und Ausmaß der Schädigungsmuster bzw. der Funktionseinschränkungen sehr unterschiedlich. Schädigungen durch eine intrauterine Alkoholexposition bestehen lebenslang und führen in vielen Fällen zu sekundären Problemen wie z. B. schulischen Schwierigkeiten (z. B. Schulabbrüche), Konflikten mit dem Gesetz oder Problemen im Kontext von Berufstätigkeit (Streissguth et al. 1996).

Die häufigsten **Komorbiditäten** von Personen mit FASD sind Fehlbildungen der Augen bzw. Ohren sowie psychische und Verhaltensstörungen (analog den entsprechenden Kapiteln der ICD). Im Vergleich zu Personen ohne FASD werden bestimmte Störungen bei von FASD betroffenen Personen signifikant häufiger diagnostiziert: Störungen des Sozialverhaltens (zehnfach), hyperkinetische Störungen (achtfach), expressive und rezeptive Sprachstörungen (zehn- bzw. elffach), nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörungen (97-fach) sowie psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (vierfach) (Popova et al. 2016).

Diagnostik und Klassifizierung

Die Diagnostik fetaler Alkoholspektrumstörungen erfolgt anhand verschiedener diagnostischer Systeme, die sich etwa durch unterschiedliche Definitionen pränatalen Alkoholkonsums oder Schwellenwerte für bestimmte diagnostische Elemente voneinander unterscheiden (Popova et al. 2023). Für Praktiker:innen stehen im deutschsprachigen Raum darauf basierende diagnostische Leitlinien zur Verfügung, etwa im Rahmen der S3-Leitlinie *Diagnose der Fetalen Alkoholspektrumstörungen FASD* (AWMF 2016).

Für die Diagnosestellung fetaler Alkoholspektrumstörungen ist neben Wachstumsauffälligkeiten, fazialen Veränderungen und Auffälligkeiten des ZNS eine Alkoholexposition während der Schwangerschaft erforderlich. Für eine FAS-Diagnose müssen – definitionsbedingt – alle drei Kriterien erfüllt sein – und weil das klinische Erscheinungsbild eindeutig ist¹⁴¹, ist die Bestätigung einer Alkoholexposition während der Schwangerschaft für die Diagnosestellung nicht zwingend erforderlich. Bei den anderen Krankheitsbildern unter dem Überbegriff FASD ist ein bestätigter

¹⁴⁰ In der intrauterinen Entwicklung bestehen Phasen unterschiedlicher Empfindlichkeit gegenüber Alkohol: In den ersten drei Monaten ab der Befruchtung der Eizelle findet die Differenzierung der Organe statt, und Alkohol führt je nach Zeitraum bei unterschiedlichen Organ-systemen zu Schädigungen. Ab dem vierten Monat sind die Organe weitgehend ausgebildet – mit Ausnahme u. a. des Nervensystems (Paulus 2016), bei dem eine Alkoholexposition zu funktionellen Schädigungen führen kann.

¹⁴¹ Bei der Diagnostik von FASD sind Differenzialdiagnosen zu berücksichtigen. Ein Überblick über mögliche Differenzialdiagnosen, in deren Rahmen prä- bzw. postnatale Wachstumsstörungen, faziale Auffälligkeiten bzw. ZNS-Auffälligkeiten auftreten können, findet sich in der S3-Leitlinie zur Diagnostik von FASD (Landgraf et al. 2012).

oder ein wahrscheinlicher (definiert als mündliche oder schriftliche Angabe durch Fremdanamnese) Konsum für die Diagnosestellung erforderlich (Landgraf et al. 2012). In diesem Zusammenhang zeigt sich auch fehlende Einigkeit darüber, welche Quellen für die Alkoholanamnese zulässig¹⁴² sind bzw. welche Schwellenwerte relevant sind, damit das Kriterium des Alkoholkonsums als erfüllt anzusehen ist¹⁴³ (Landgraf et al. 2012).

Die Frage nach dem Schwellenwert, ab dem Alkohol zu Schädigungen im Sinne von FASD führen kann, ist nicht nur im Zusammenhang mit der Diagnostik der entsprechenden Schädigungen relevant, sondern auch hinsichtlich der Begründung von Konsumempfehlungen. Während Schädigungen durch Exposition mit größeren Alkoholmengen außer Frage stehen, lassen sich Schädigungen durch gelegentliche und geringe Alkoholmengen nicht nachweisen. Ergänzend ist zu beachten, dass der menschliche Organismus laufend autonom Alkohol erzeugt (durch Gärung und Fermentation) und daher davon auszugehen ist, dass diese Alkoholmengen keine negativen Auswirkungen auf die Schwangerschaft hervorrufen (Uhl 2006a).

In einer Metaanalyse¹⁴⁴ haben Mamluk et al. (2017) die Auswirkungen von Alkoholmengen bis maximal 32 Gramm pro Woche auf den Schwangerschaftsverlauf und die Entwicklung der Kinder analysiert und konnten keinen kausalen Zusammenhang zwischen dem Konsum geringer Alkoholmengen und negativen Auswirkungen finden – mit Ausnahme der Frühgeburtlichkeit. Es ist ein Grundprinzip der empirischen Wissenschaft, dass sich starke Effekte gut nachweisen lassen, ein Nachweis geringer Effekte mit realistischem Aufwand aber kaum möglich ist (Ball et al. 2020).

Die **Klassifizierung von FASD** erfolgt im DSM-5 als *Störung der neuronalen und mentalen Entwicklung bei pränataler Alkoholexposition* (F88) und ist zudem im Forschungsteil¹⁴⁵ unter *Verhaltensstörung aufgrund pränataler Schädigung durch Alkohol* verankert. Bei Letzterem liegt der Fokus auf den Funktionsbeeinträchtigungen und Verhaltensauffälligkeiten des Individuums und nicht auf den körperlichen Auffälligkeiten wie Wachstumsauffälligkeiten und kraniofazialen Dysmorphien. Sowohl in der ICD-10 (Q86.0, *Alkohol-Embryopathie [mit Dysmorphien]*) als auch in der ICD-11 (LD2F.00, *Fetales Alkoholsyndrom*) ist die Diagnose von FAS vorgesehen, zusätzlich existiert in der ICD-11 die Kategorie *Neuronales Entwicklungssyndrom durch pränatale Alkoholexposition* (6A0Y).

Prävalenz von FASD

Die Prävalenz von FASD kann entweder indirekt durch modellhafte Schätzungen oder durch direkte Erhebungen geschätzt werden (Lange et al. 2017; Popova et al. 2017; Schölin et al. 2021). Bei Ersteren werden, basierend auf erfassten Prävalenzen des Alkoholkonsums während der Schwangerschaft und der Wahrscheinlichkeit, dass bei Alkoholkonsum während der Schwangerschaft FASD auftritt, Modellrechnungen zur Schätzung der FASD-Prävalenz durchgeführt (z. B. in

¹⁴² Betroffene Kinder wachsen häufig in Pflege- oder Adoptivfamilien auf, in diesen Fällen ist die Anamnese einer intrauterinen Alkoholexposition oftmals schwierig.

¹⁴³ z. B. sechs Getränke pro Woche für zwei oder mehr Wochen, drei oder mehr Getränke pro Gelegenheit mindestens zweimal pro Schwangerschaft oder auch soziale/legale Probleme im Zusammenhang mit Alkohol in unmittelbarer zeitlicher Nähe zur Schwangerschaft. Dies liegt unter der Grenze, die das NIAAA als Binge-Drinking ansieht (Wozniak et al. 2019b).

¹⁴⁴ Berücksichtigt wurden prospektive Studien und quasiexperimentelle Studien, um z. B. den Recall-Bias auszuschließen.

¹⁴⁵ Im Forschungsteil des DSM werden Diagnoseinstrumente und Modelle, die sich in Entwicklung befinden, sowie aktuelle Forschungsschwerpunkte beschrieben.

Popova et al. 2017). Bei direkten Erhebungen werden Fälle von FASD anhand klinischer Kriterien direkt erfasst.

Expertinnen und Experten gehen im Zusammenhang mit FASD von vielen **undiagnostizierten Fällen** bzw. einer **hohen Dunkelziffer** aus (Wozniak et al. 2019b). Gründe dafür sind der zeitliche Abstand zwischen der Schwangerschaft und dem Auftreten von Symptomen wie etwa Verhaltensauffälligkeiten (Schölin et al. 2021), die durch das Fehlen augenscheinlicher fazialer Veränderungen (wie sie bei FAS vorliegen) nicht an eine intrauterine Alkoholexposition als Ursache für entwicklungsneurologische und Verhaltensprobleme denken lassen (Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2019). Zudem kann Alkoholkonsum während der Schwangerschaft grundsätzlich und ganz besonders Jahre später nur sehr unsicher erhoben werden. Das ist besonders gravierend bei Pflege- oder Adoptivkindern, in deren Fall man über das Alkoholkonsumverhalten der leiblichen Mütter während der Schwangerschaft meist nur unzureichende Informationen hat (Landgraf et al. 2013). Als weitere Gründe werden die mangelnde Sensibilität des Gesundheitspersonals für FASD (Schölin et al. 2021), das Fehlen einheitlicher Diagnoseleitlinien für FASD¹⁴⁶ und Überlappungen mit anderen Störungen wie ADHS (Wozniak et al. 2019b), die geringe Zuweisung von Personen mit Verdacht auf FASD zu einem geeigneten diagnostischen Prozess oder die Befürchtung des Gesundheitspersonals, dass eine Diagnosestellung nicht nur nicht hilfreich, sondern auch stigmatisierend und damit nachteilig sein kann (Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2019), vermutet.

Eine Metaanalyse aus dem Jahr 2017 berichtet eine weltweite **Prävalenz von FASD in der Allgemeinbevölkerung** von 7,7 Betroffenen pro 1.000 Geburten, wobei die Rate in Europa mit 19,8 pro 1.000 am höchsten und im östlichen Mittelmeerraum mit 0,1 pro 1.000 am niedrigsten ausfällt¹⁴⁷ (Lange et al. 2017). Diese Schätzungen für den europäischen Raum wurden allerdings von einigen Autorinnen/Autoren als unglaublich hoch kritisiert (Pichini et al. 2017; Strandberg-Larsen et al. 2017). Da diese Zahlen auf Angaben einerseits dazu aufbauen, wie viele Frauen während der Schwangerschaft Alkohol trinken, und andererseits dazu, welcher Anteil der betroffenen Frauen Kinder mit FAS bzw. FASD zur Welt bringt – Zahlen, die nur sehr ungenau erfassbar sind –, sollte man diese Ergebnisse bezüglich ihrer Präzision nicht überbewerten und Unterschiede zwischen Ländern nur sehr vorsichtig interpretieren.

In Bezug auf das Risiko der Entwicklung von **FAS bei Kindern von Frauen, die in der Schwangerschaft Alkohol konsumierten**, zeigt sich, dass es mit zunehmendem Alkoholkonsum deutlich erhöht ist: So wird geschätzt, dass 30–45 Prozent aller Schwangeren mit einem täglichen Durchschnittskonsum von (ca. 1,5 Litern Wein entsprechenden) 140 Gramm reinem Ethanol (Steinhauen 1995), aber nur vier Prozent der Frauen mit einem durchschnittlichen Konsum zweier Drinks pro Tag (ca. ein Viertelliter Wein) oder fünf bis sechs Drinks (ca. ein Dreiviertelliter Wein) pro Trinkgelegenheit (Abel 1995) ein Kind mit FAS zur Welt bringen.

Unterscheidet man nicht danach, wie viel Alkohol während der Schwangerschaft getrunken wird, lautet die Schätzung, dass eine von 67 alkoholkonsumierenden Schwangeren (1,5 %) ein Kind

¹⁴⁶ für einen Überblick vgl. Popova et al. (2023)

¹⁴⁷ Hier wird ein Quotient geschätzt, der besagt, wie viele konsumierende Schwangere auf einen Fall von FAS kommen, der dann auf die Prävalenz des Alkoholkonsums in der Schwangerschaft umgelegt wird. Liegt in einem Land keine oder nur eine Studie zu FAS bzw. FASD vor, wird der Quotient von Ländern, die über Daten verfügen, übernommen (Popova et al. 2017).

mit FAS zur Welt bringt (Popova et al. 2017) und eine von 13 alkoholkonsumierenden Schwangeren (7,7 %) ein Kind mit FASD (Lange et al. 2017). Aufbauend auf den genannten Schätzungen von Popova bzw. von Lange, dass ungefähr 13 Prozent der schwangeren Frauen in Österreich während der Schwangerschaft in irgendeinem Umfang Alkohol konsumieren, und dem Umstand, dass im Jahr 2022 in Österreich 82.627 Kinder geboren wurden¹⁴⁸, ergibt das für 2022 rund 161 Kinder, die mit FAS, und rund 827 Kinder, die mit FASD geboren wurden¹⁴⁹.

Eine rezente empirische Erhebung unter Schwangeren in Wien kam zum Ergebnis, dass sechs Prozent aller Schwangeren Alkohol konsumieren (Puhm et al. 2023). Führt man die Schätzungen auf Basis dieses Prozentsatzes durch, ergeben sich für 2022 in Österreich rund 74 Kinder, die mit FAS, und 382 Kinder, die mit FASD geboren werden¹⁵⁰.

Diese Zahlen können nur als grobe quantitative Orientierung dienen, was schon am Umstand erkennbar ist, dass zwei stark voneinander abweichende Schätzungen für den Anteil der während der Schwangerschaft Alkohol konsumierenden Frauen in Österreich angenommen wurden. Die beschriebenen methodischen Herausforderungen sollen aber nicht die zentrale Aussage überdecken, dass FAS(D) ein relevantes Thema darstellt, das Anstrengungen erfordert, das Ausmaß der Problematik zu reduzieren und Betroffene und ihr soziales Umfeld bestmöglich zu unterstützen.

6.1.3 Implikationen für die Prävention und Versorgung

Maßnahmen zur Prävention von Alkoholkonsum in der Schwangerschaft bzw. zur Unterstützung von Personen mit FASD adressieren unterschiedliche Zielgruppen (Popova et al. 2023), auf die im Folgenden näher eingegangen wird.

Allgemeinbevölkerung

Bewusstseinsbildende Maßnahmen aus dem Bereich der **universalen Prävention** für die Allgemeinbevölkerung hinsichtlich der gesundheitlichen Folgen von Alkohol in der Schwangerschaft umfassen beispielsweise Awarenessstrategien, die unterschiedliche Zielgruppen adressieren, Informationsmaterialien wie Broschüren mit Hilfsangeboten, aber auch Warnhinweise auf alkoholischen Getränken (Popova et al. 2023). Bei der Kommunikation gesundheitlicher Risiken durch Alkoholkonsum in der Schwangerschaft sind allerdings auch nichtintendierte Folgen zu berücksichtigen. Dies betrifft etwa die Verstärkung unbegründeter Ängste hinsichtlich einer möglichen Schädigung des Fötus, etwa durch den Verzehr alkoholhaltiger Speisen oder durch Alkoholkonsum vor dem Bekanntwerden der Schwangerschaft (Puhm et al. 2023). Problematische Auswirkungen hat auch die Beschämung bzw. Stigmatisierung von Frauen, die während der Schwangerschaft trinken bzw. getrunken haben, und von Müttern von Kindern mit FASD, weil daraus weitere negative gesundheitliche Auswirkungen für Mütter und Kinder resultieren können (z. B.

¹⁴⁸ <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/geburten/demographische-merkmale-von-geborenen> [zuletzt abgerufen am 25.01.2025]

¹⁴⁹ FAS = $82627 \times 13\% \times 1,5\% = 161$
FASD = $82627 \times 13\% \times 7,7\% = 827$

¹⁵⁰ FAS = $82627 \times 6\% \times 1,5\% = 74$
FASD = $82627 \times 6\% \times 7,7\% = 382$

Verschweigen von Alkoholkonsumgewohnheiten, was rechtzeitige therapeutische Interventionen erschwert, oder Vermeiden von Terminen im Rahmen der Schwangerenvorsorge).

Die häufig benutzte Botschaft „FASD ist zu 100 % verhinderbar“¹⁵¹ weist pointiert auf das große Präventionspotenzial bei FASD hin. Ein Kritikpunkt bezüglich dieses Ansatzes beruht darauf, dass derartige Botschaften an die gesamte Gesellschaft kommuniziert werden, gleichzeitig aber ausschließlich das „schuldhafte“ Verhalten von Frauen, die während der Schwangerschaft nicht auf Alkohol verzichten können, thematisiert wird – und so indirekt die Verantwortung allein bei diesen verortet wird. Die Rolle von Partnerinnen/Partnern oder Familienangehörigen, die über ihren Alkoholkonsum die Schwangere beeinflussen, wird dabei vernachlässigt. Derlei Botschaften können alkoholkonsumierende Schwangere verstärkt stigmatisieren und in der Folge die Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen erschweren (Popova et al. 2023).

Frauen im gebärfähigen Alter mit einem hohen Risiko für Alkoholkonsum während der Schwangerschaft

Adressantinnen **selektiver Präventionsmaßnahmen** sind Frauen im gebärfähigen Alter, die keine Kinder bekommen wollen, mit hohem Risiko für eine alkoholexponierte Schwangerschaft (risikantes Alkoholkonsumverhalten¹⁵² und fehlende bzw. unsichere Verhütung). (Kurz-)Interventionen¹⁵³ für diese Zielgruppe basieren meist auf motivierender Gesprächsführung (Motivational Interviewing, MI) und zielen auf die Reduktion bzw. Beendigung des Alkoholkonsums der Frauen und/oder die Sicherstellung einer verlässlichen Verhütung ab (Schölin 2016).

Schwangere Frauen

Für schwangere Frauen als Zielgruppe spielen sowohl **bewusstseinsbildende Maßnahmen** als auch gezielte **Interventionen zur Reduktion bzw. Beendigung des Alkoholkonsums** eine wichtige Rolle.

Gynäkologinnen und Gynäkologen sowie Hebammen kommt im Rahmen der Schwangerenvorsorge bei der Prävention von Gesundheitsschäden durch Alkohol für die Mutter und das Ungeborene eine besonders große Bedeutung zu. Die Weltgesundheitsorganisation WHO empfiehlt in den *Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy* die **Exploration** des aktuellen und zurückliegenden **Alkoholkonsumverhaltens** aller schwangeren Frauen nicht nur möglichst früh im Schwangerschaftsverlauf, sondern auch bei weiteren Folgeterminen (WHO 2014).

Die konkreten Ausgestaltungen der Konsumexploration in unterschiedlichen Ländern differieren nach adressierter Zielgruppe (alle schwangeren Patientinnen oder selektive Exploration anhand bestimmter Kriterien bzw. nur im Verdachtsfall), der Art der Exploration (Screeningtool vs. Fragen

¹⁵¹ z. B. <https://www.niaaa.nih.gov/fetal-alcohol-spectrum-disorders-fasd-prevention-and-intervention> [zuletzt abgerufen am 25.01.2025]

¹⁵² Die entsprechenden Definitionen variieren und inkludieren einerseits Drinks pro Gelegenheit, andererseits Drinks innerhalb eines Zeitraums, beispielsweise einer Woche (Schölin 2016).

¹⁵³ Ein Beispiel für eine Intervention für diese Zielgruppe ist CHOICES (Schölin 2016).

mit Ja-/Nein-Antworten), dem Umfang (Erhebung des vergangenen und/oder aktuellen Konsums, Konsummengen) oder dem Zeitpunkt der Exploration (einmalig vs. zu mehreren Zeitpunkten während der Schwangerenvorsorge).

In Österreich gehört sowohl die **Exploration** des Alkoholkonsumverhaltens als auch die **Information** der werdenden Mutter über mögliche gesundheitliche Folgen einer Alkoholexposition während der Schwangerschaft für die Entwicklung des Kindes zu den Aufgaben der behandelnden Gynäkologin bzw. des behandelnden Gynäkologen. Obwohl im Mutter-Kind-Pass¹⁵⁴ sowohl eine Exploration des Alkoholkonsums¹⁵⁵ wie auch die Information über dessen Folgen vorgesehen ist (BMSGPK 2020a), erfolgt diese Informationsvermittlung nicht ausnahmslos bei jeder schwangeren Frau: Bei einer Onlinebefragung von Wöchnerinnen gaben nur sieben von zehn Frauen an, von ihrer Gynäkologin / ihrem Gynäkologen nach dem Alkoholkonsum gefragt worden zu sein, und weniger als die Hälfte der Frauen wurde über mögliche Folgen des Alkoholkonsums informiert. Acht von zehn Gynäkologinnen und Gynäkologen¹⁵⁶ erheben nach eigenen Angaben bei jeder Schwangeren den Alkoholkonsumstatus, sechs von zehn gaben an, ausnahmslos jede Schwangere über die Folgen des Alkoholkonsums in der Schwangerschaft zu informieren (Puhm et al. 2023). Der unvollständige Einsatz eines Alkoholkonsumscreenings bzw. die ungenügende Weitergabe einschlägiger Informationen wird am häufigsten mit beschränkten zeitlichen Ressourcen, Resignation (die Einschätzung, ohnehin keine Konsumveränderung bewirken zu können) oder fehlenden Informationen zu Unterstützungsangeboten begründet (Puhm et al. 2023). Diese Ergebnisse aus Österreich decken sich mit Erfahrungen aus anderen Ländern. Zusätzliche in der Literatur genannte Barrieren betreffen einen als unzureichend erlebten Wissensstand, das Fehlen einschlägiger Aus- und Fortbildungen sowie eine Priorisierung konkurrierender Themen wie Nikotinkonsum in der Schwangerenvorsorge oder fehlende Screeninginstrumente (Dozet et al. 2021). Aber auch die Einschätzungen des Gesundheitspersonals, dass Alkohol in ihrer Klientel kein Thema sei, dass Frauen ohnehin informiert seien oder den Alkoholkonsum ohnehin reduziert hätten, spielt hier eine Rolle (France et al. 2010).

Manchen Vorbehalten des Gesundheitspersonals gegen eine systematische Exploration des Alkoholkonsumverhaltens bei allen schwangeren Frauen (France et al. 2010) ist entgegenzusetzen, dass eine Exploration des Konsumverhaltens nicht nur zur Identifizierung des Bedarfs an weiterführenden Maßnahmen dient, sondern dass bereits das Ansprechen das Bewusstsein für die Folgen erhöhen und in weiterer Folge Veränderungen im Konsumverhalten bewirken kann (Dozet et al. 2021). Eine Exploration und Information jeder schwangeren Frau vermeidet die Stigmatisierung, die entsteht, wenn nur bei „Risikogruppen“ exploriert und informiert wird (Popova et al. 2023). Dabei kann auch sichergestellt werden, dass auch jene Frauen über die Folgen von Alkoholkonsum in der Schwangerschaft informiert werden, die ihren Konsum verschweigen.

Das Risiko des Konsums geringer Alkoholmengen zu kommunizieren ist eine Gratwanderung. Einerseits ist es sinnvoll, sicherheitshalber zur vollständigen Alkoholabstinenz während der Schwangerschaft zu raten, andererseits gibt es keine belastbaren Befunde dafür, dass auch geringe Alkoholmengen ein Problem darstellen können. Ehrliche Aufklärung darüber wird von

¹⁵⁴ Im Zuge der Überführung des Mutter-Kind-Passes in eine digitale Version wurde dieser in Eltern-Kind-Pass umbenannt.

¹⁵⁵ Unter dem Punkt *Anamnese und allgemeine Befunde* wird im Mutter-Kind-Pass der Alkoholkonsum (ja/nein) während der Schwangerschaft erfragt; ebenfalls zu vermerken ist, ob über die Folgen von Alkohol in der Schwangerschaft aufgeklärt wurde (BMSGPK 2020a).

¹⁵⁶ Die Angaben basieren auf einer Onlinebefragung, die unter Gynäkologinnen und Gynäkologen in Wien durchgeführt wurde.

manchen als Verharmlosung des Alkoholkonsums während der Schwangerschaft erlebt, und kategorische Abstinenzforderungen, ohne Bezug zur Forschungslage, können als paternalistisch empfunden werden (Ujhelyi Gomez et al. 2022). Rose (2022) rät dazu, die Grundlagen für Empfehlungen zu erklären. Eine korrekte und differenzierte Darstellung der Situation kann verhindern, dass unterschiedliche Empfehlungen, die auf Basis gleicher Studienlage erfolgen, Schwangere verunsichern bzw. bewirken, dass Konsumempfehlungen grundsätzlich infrage gestellt werden.

Der Fokus auf die Auswirkungen geringer Alkoholmengen auf die embryonale Entwicklung hat über die letzten Jahre zugenommen. Das lässt sich den **Konsumempfehlungen relevanter Fachgesellschaften** ablesen: Während in aktuellen Empfehlungen Frauen durchgängig geraten wird, in der Schwangerschaft bzw. bereits in der Planungsphase dafür sicherheitshalber – „precautionary principle“; Thom et al. (2020) – gänzlich auf den Konsum von Alkohol zu verzichten¹⁵⁷ (American College of Obstetricians and Gynecologists 2023; BZgA 2021; Royal College of Obstetricians & Gynaecologists 2015), enthielten frühere Versionen für bestimmte Zielgruppen auch Empfehlungen zur Konsumreduktion ohne Abstinenzforderung. In diesen wurde zur Vermeidung bestimmter Konsummuster – v. a. von „binge drinking“¹⁵⁸ (NICE 2008) –, des Konsums zu bestimmten Zeitpunkten – in den ersten drei Schwangerschaftsmonaten (NICE 2008)– oder von *Situationen mit hohem Alkoholkonsum* (BzgA 2002, S. 13) aufgerufen und Frauen, für die ein Verzicht auf Alkohol in der Schwangerschaft keine Option darstellt, gleichzeitig zu *einer möglichst geringen Menge* (BzgA 2002, S. 13), *maximal ein Standardglas pro Tag und dies nicht jeden Tag* (sfa o. D., S. 1), oder zu „*nicht mehr als ein bis zwei Einheiten*¹⁵⁹ *ein- bis zweimal pro Woche*“ (NICE 2008) geraten.

Interventionen zur Reduktion bzw. Beendigung des Konsums während der Schwangerschaft umfassen einerseits (Kurz-)Interventionen unterschiedlichen Umfangs, die auch im Kontext der Schwangerenvorsorge umgesetzt werden können, auf die Zielgruppe abgestimmte niederschwellige Angebote¹⁶⁰, spezifische oder allgemeine Angebote der Suchthilfe für Frauen mit einem Behandlungsbedarf.

Gesundheitspersonal

Die einschlägige Weiterbildung und Unterstützung des Gesundheitspersonals hat zum Ziel, alkoholexponierte Schwangerschaften zu reduzieren, konsumierende Schwangere bei der Reduktion bzw. Beendigung ihres Konsums adäquat zu unterstützen und für Personen mit FASD und ihre Familien eine bedarfsgerechte Versorgung zu gewährleisten.

¹⁵⁷ Im Jahr 1999 erfolgte die Empfehlung des Royal College of Obstetricians & Gynaecologists noch mit dem expliziten Hinweis, dass es keine Belege dafür gebe, dass sich geringe Mengen Alkohol negativ auf ungeborene Kinder auswirken können (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 1999).

¹⁵⁸ definiert als fünf oder mehr Standardeinheiten (oder 7,5 UK-Einheiten) bei einer Gelegenheit (genauere Ausführungen zu Binge-Drinking vgl. Kapitel 4.1.2 und zu Standardeinheiten vgl. Kapitel 3.1.2)

¹⁵⁹ Gemeint sind Einheiten von zehn Gramm Alkohol, die in etwa in einem Achtelliter Wein enthalten sind.

¹⁶⁰ z. B. IRIS: <https://www.iris-plattform.de> [abgerufen am 25.01.2025]

Zielgruppenspezifische Qualifizierungsmaßnahmen im Rahmen der Aus- und Weiterbildung zur Sensibilisierung sowie die Entwicklung von Gesprächsleitfäden¹⁶¹ und Materialien zu Angeboten für Schwangere zur Konsumreduktion sind zentrale Maßnahmen, um die Schwangerenversorgung durch den Abbau angebotsseitiger Barrieren zu verbessern. Weitere Inhalte von Qualifizierungsmaßnahmen sind Kurzinterventionen zur Veränderung des Konsumverhaltens, die unter anderem auch im Rahmen der Schwangerenvorsorgeuntersuchungen durchgeführt werden können¹⁶².

Ein zweiter Fokus von Qualifizierungsmaßnahmen für Gesundheitspersonal sollte auf dem Erkennen von Personen mit FASD liegen. Eine (rechtzeitige) Diagnose von FASD ist eine Voraussetzung, um möglichst früh geeignete Unterstützungsmaßnahmen in die Wege leiten zu können und die Entwicklungschancen für betroffene Personen zu verbessern (Landgraf et al. 2012; Popova et al. 2023). Die Diagnostik erfolgt idealerweise durch ein multiprofessionelles Team in spezialisierten Einrichtungen; im Sinne einer effektiven Früherkennung sind aber auch spezifische Berufsgruppen wie Allgemeinmediziner:innen, Kinderärztinnen/-ärzte, Psychologinnen/Psychologen außerhalb von auf FASD spezialisierten Einrichtungen zu schulen, da diese oftmals erste Ansprechpartner:innen sind (Popova et al. 2023).

Personen mit FASD und ihre Familien

Behandlungs- bzw. Unterstützungsangebote für Kinder und Jugendliche mit FASD sowie für ihre Familien sollten auf die individuellen Einschränkungen und Bedürfnisse der Betroffenen abgestimmt werden (Popova et al. 2023; Wozniak et al. 2019a); dementsprechend kommen verschiedene Maßnahmen zum Einsatz, die sich unabhängig von der Ursache an den vorliegenden Einschränkungen orientieren.

Es gibt nur wenige spezifisch auf **Kinder und Jugendliche mit FASD abgestimmte Interventionen**. Die vorhandenen Ansätze sind sehr unterschiedlich, und Aussagen über ihre Effektivität sind daher nur sehr eingeschränkt möglich (Reid et al. 2015). Spezifische Interventionen für Personen mit FASD¹⁶³ sollen auf die Verbesserung jener Funktionen abzielen, die bei ihnen häufig eingeschränkt sind wie Selbstregulation, Aufmerksamkeit, Exekutivfunktionen oder soziale Fertigkeiten (Petrenko et al. 2017; Reid et al. 2015). Da eine spezifische medikamentöse Behandlung für FASD nicht zur Verfügung steht, liegt der Fokus der medikamentösen Behandlung auf komorbid Störungen wie z. B. ADHS (Petrenko et al. 2017).

Interventionen für **Eltern** von Kindern und Jugendlichen mit FAS oder FASD zielen darauf ab, das Verständnis für die Erkrankung zu erhöhen, die Erziehungsfähigkeit zu verbessern bzw. Skills im Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen zu erlernen. Entsprechende Angebote bieten Eltern emotionale und praktische Unterstützung und verbessern zudem ihr Wohlbefinden (Reid et al. 2015). Angebote für Personen, die betroffene Kinder und Jugendliche außerhalb der Familie

¹⁶¹ Gesprächsleitfäden für die Beratung schwangerer Frauen (<https://www.wien.gv.at/gesundheit/beratung-vorsorge/frauen-frauengesundheit/pdf/beratung-schwangere.pdf>) bzw. für die medizinische Beratung schwangerer Frauen (<https://www.wien.gv.at/gesundheit/beratung-vorsorge/frauen-frauengesundheit/pdf/medizinische-beratung-schwangere.pdf>) wurden beispielsweise vom Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele in der Wiener MA 24 entwickelt [zuletzt abgerufen am 25.01.2025].

¹⁶² Die WHO empfiehlt Gesundheitspersonal die Durchführung von Kurzinterventionen mit allen schwangeren Frauen mit einem Alkohol- und/oder Drogenkonsum (WHO 2014).

¹⁶³ für einen Überblick über spezifische Programme vgl. Petrenko et al. (2017)

betreuen, können zudem dazu beitragen, dass es bei diesen seltener zu einem Wechsel von Unterbringungsstellen kommt (Reid et al. 2015).

6.2 Alkoholkonsum und Stillen

Häufig wird nicht nur der Alkoholkonsum während der Schwangerschaft, sondern auch während des Stillens problematisiert. Bei oberflächlicher Betrachtung ist eine gewisse Analogie zwischen Alkoholkonsum während der Schwangerschaft und während der Stillzeit plausibel. Die Mutter trinkt Alkohol und ein Teil des Alkohols erreicht das ungeborene bzw. bereits geborene Kind. Bei näherer Betrachtung erweist sich diese Analogie allerdings als sachlich unhaltbar. Während in der Schwangerschaft der im Getränk enthaltene Alkohol über den Organismus der Mutter einfach verdünnt ins Blut des Kindes gelangt, wird er im Zuge des Stillens zweifach verdünnt: über den Organismus der Mutter und den Organismus des Babys. Aus diesem Grund können beim Stillen nur irrelevante Alkoholmengen in das Baby gelangen. Das lässt sich, wie Uhl (2005) aufzeigte, mit einem Rechenbeispiel exemplarisch gut belegen.

Gehen wir von einer schlanken Frau mit 70 kg Körpergewicht und einer Körperwasserkonzentration von 57 Prozent aus, die einen Liter Bier mit 5 Vol.-% Alkohol trinkt. Nehmen wir an, dass sich der im Bier enthaltene Alkohol gleichmäßig im Körperwasser der Frau verteilt, ohne First-Pass-Metabolismus und ohne dass in der Anflutungsphase bereits Blutalkohol abgebaut wird (zum theoretischen Alkoholspiegel vgl. Kap. 5.1.3), dann ergibt sich für die Frau eine Blutalkoholkonzentration (BAK) von 0,8 Promille¹⁶⁴ bzw. – in Volumprozent ausgedrückt – ein Alkoholgehalt im Blut von 0,1 Vol.-%. Das Verhältnis Alkoholgehalt im Bier zum Alkoholgehalt im mütterlichen Blut beträgt somit 1:50. Wichtig ist noch, Folgendes zu wissen: Die BAK im Organismus eines ungeborenen Kindes bzw. die Alkoholkonzentration in der Muttermilch ist weitgehend identisch mit der BAK der Mutter.

Trinkt nun ein Baby in einer Muttermilchmahlzeit rund 15 ml/kg oder 1,5 Prozent seines Körpergewichts an Muttermilch, erfolgt eine zweite Verdünnung des Alkoholgehalts von der Muttermilch zum Blut des Babys im Verhältnis 1:50. Wenn wir an das vorherige Beispiel anschließen, ergibt sich im gestillten Baby eine BAK von 0,002 Prozent bzw. 0,0016 Promille. Der Alkoholgehalt des Bieres steht zu jenem im Blut des gestillten Babys im Verhältnis 1:2500.

Zu beachten ist dabei, dass diese Berechnungen auf dem nur theoretisch maximal erreichbaren Blutalkoholspiegel aufbauen, einem Wert, der in der Realität deutlich unterschritten wird. Ein Teil des Alkohols wird ja bereits vor Erreichen des Blutkreislaufs metabolisiert (First-Pass-Metabolismus), darüber hinaus findet zusätzlicher Alkoholabbau sowohl in der Mutter als auch im gestillten Baby während der Anflutungsphase statt. Außerdem werden Babys meist nicht genau zum Zeitpunkt des maximalen Alkoholspiegels in der Muttermilch gestillt.

Die Mutter benötigt zum vollständigen Abbau von 0,8 Promille BAK rund 5 Stunden, das gestillte Baby für den Abbau von 0,0016 Promille BAK rund 6 Minuten. Trinkt die Mutter nur ein Krügel Bier, reduzieren sich alle Werte auf die Hälfte. Berücksichtigt man den First-Pass-Metabolismus

¹⁶⁴ Im Bier sind 50 ml bzw. 40 g Alkohol enthalten, die sich gleichmäßig auf das Körperwasser der Frau verteilen, wobei zu beachten ist, dass Blut zu 80 Prozent aus Wasser besteht. Die theoretische Blutalkoholkonzentration errechnet sich dann folgendermaßen: 40 g / 40 l × 80 % = 0,8 Promille BAK

und den Alkoholabbau während des Anflutens, ist fraglich, ob in diesem Fall im Baby überhaupt ein messbarer Alkoholspiegel entstehen kann.

Tabelle 17: Die doppelte Verdünnung des Alkoholgehalts beim Stillen

	Vol.-% Alkohol	g Alkohol pro Liter (Promille)
Bier*	5	40
mütterliches Blut*	0,1	0,8
Blut des ungeborenen Kindes*	0,1	0,8
Muttermilch*	0,1	0,8
Blut des gestillten Säuglings**	0,002	0,0016

* erste Verdünnung durch den Trinkakt der Mutter im Verhältnis 1:50

** zweite Verdünnung durch den Trinkakt des Säuglings, wiederum im Verhältnis 1:50

Quelle: Uhl (2005); Darstellung: GÖG

Die zuvor errechnete Zunahme der Blutalkoholkonzentration im Blut des gestillten Säuglings von 0,0016 Promille entspricht einem Zwanzigstel des natürlichen Alkoholspiegels im menschlichen Blut von 0,03 Promille, der ohne externe Alkoholzufuhr durch natürliche Gärung als Stoffwechselnebenprodukt entsteht (Pfannhauser 2004). Da im menschlichen Organismus laufend Alkohol entsteht, der allerdings rasch wieder abgebaut wird, ist die Fähigkeit zum Alkoholabbau bereits im Säugling entsprechend ausgebildet.

Das Problem durch mütterlichen Alkoholkonsum während der Stillzeit lässt sich zudem über einen Vergleich von Muttermilch mit anderen Getränken und Speisen relativieren. Ein Alkoholgehalt von 0,8 g pro Liter Muttermilch ist erheblich geringer als jener in vielen alltäglichen Lebensmitteln. So enthält z. B. ein Liter frisch gepresster Apfelsaft 2 g Alkohol, Apfelsaft 6 Stunden nach der Pressung 6 g Alkohol, ein kg Mischbrot 2–4 g Alkohol, ein kg reife Banane 8 Tage nach dem Einkauf 5 g Alkohol, ein kg Sauerkraut 5 g Alkohol oder Kefir 5 g Alkohol (Pfannhauser 2004).

Tabelle 18: Alkoholgehalt in Speisen und Getränken

	Vol.-% Alkohol	Gramm Alkohol (Promille) pro Liter Flüssigkeit bzw. Kilogramm Speise
Muttermilch, wenn die Mutter 0,8 Promille Blutalkoholkonzentration hat	0,1	0,8
Traubensüßmost	0,8 (max. laut Gesetz)	6,4
Kefir	0,63	5
Sauerkraut	0,63	5
Mischbrot	0,25–0,5	2–4
alkoholfreies Bier	0,5 (max. laut Gesetz)	4
Apfelsaft frisch gepresst	0,25	2
Apfelsaft 6 Stunden nach der Pressung	0,75	6
reife Banane nach 8 Tagen	0,63	5

Quelle: Pfannhauser (2004); Darstellung: GÖG

Auch eine umfassende Review über 41 Studien zum Thema Alkohol und Stillen von Haastrup et al. (2014) kommt zu dem Schluss, dass moderater und gelegentlicher Alkoholkonsum in der Stillzeit keine nennenswerten negativen Auswirkungen auf Säuglinge hat.

Der Erkenntnis, dass leichter Alkoholkonsum der Mutter während des Stillens – zumindest bezüglich des damit erzielbaren Blutalkoholgehalts beim Säugling – nicht gefährlich ist, wird von Behörden und offiziellen Stellen allerdings häufig keine Beachtung geschenkt, die stattdessen von Alkoholkonsum während des Stillens generell abraten. Dieser Standpunkt entspringt somit weniger dem Anspruch einer akkuraten Vermittlung wissenschaftlicher Erkenntnisse als der Angst, dass eine differenzierte Informationsvermittlung mit Grenzmengen missverstanden wird und das Absehen von einem rigorosen Alkoholverbot als Rechtfertigung für exzessiven Alkoholkonsum während des Stillens missbraucht werden könnte.

Eine weitere Argumentationslinie rät stillenden Müttern gleichfalls von Alkoholkonsum ab: (Mennella et al. 1991) fanden heraus, dass Kinder, deren Mütter ein alkoholhaltiges Getränk konsumiert hatten, weniger Muttermilch zu sich nahmen, als wenn vor dem Stillen Fruchtsaft getrunken worden war. Auch die Übersichtsarbeit von Haastrup et al. (2014) kommt zu diesem Ergebnis. Da Kinder einen einmaligen Minderkonsum mit Folgemahlzeiten leicht ausgleichen können und eine adäquate Versuchsanordnung auch den Einfluss anderer Nahrungs- und Genussmittel berücksichtigen müsste, ist die praktische Relevanz dieser Ergebnisse allerdings fraglich.

Auch die Hypothese, dass Alkoholgeschmack in der Muttermilch bewirke, dass Kinder später eher Alkohol konsumieren, ist ebenso nicht gesichert wie die Hypothese, dass ein erhöhter Alkoholspiegel die Milchproduktion verringere (Mennella 2001). Es gibt daher keinen vernünftigen Grund, stillenden Müttern zu raten, ihre Milch vor dem Alkoholkonsum abzupumpen und die Kinder später mit der Flasche zu füttern. Das wichtigste Argument, stillenden Müttern von regelmäßigerem stärkeren Alkoholkonsum abzuraten, ist die eigene Gesundheitsvorsorge sowie die Beachtung der Grenzwerte für Alkoholkonsum, die auch für die restliche Bevölkerung gelten.

6.3 Akute Alkoholvulnerabilität von Kindern

In Bezug auf die Alkoholvulnerabilität von Kindern wird in der Literatur häufig die Aussage vertreten, dass die tödliche Dosis für Kinder und Jugendliche erheblich geringer sei als jene für Erwachsene, weil Erstere wesentlich empfindlicher auf Alkohol reagieren und für Kleinkinder bereits ein Alkoholspiegel von 0,5 Promille tödlich sein kann (BZgA 2004). In diesem Zusammenhang relevant erscheint auch die Aussage von Feuerlein (1979), dass das für den Alkoholabbau primär verantwortliche Enzym ADH (vgl. Kap. 5.1.4) erst bei Kindern im Alter von fünf Jahren vollständig entwickelt ist, weswegen Kleinkinder Alkohol nur sehr langsam abbauen können. Empirische Quellen zur Untermauerung beider Behauptungen werden dabei nicht angeboten.

Eine Arzneimittelfirma, die Alkohol als Lösungsmittel für Medikamente verwendet, die auch Kindern verabreicht werden, wollte der Sache auf den Grund gehen und hat sich auf die Suche nach einschlägigen Quellen gemacht. Dabei wurde eine Arbeit gefunden, die belegt, dass Babys und Kleinkinder durch Alkohol bei weitem nicht so stark akut gefährdet sind, wie oft behauptet wird. Der Leiter einer Intensivstation in den USA ließ alle Aufnahmen wegen Alkoholvergiftung kleiner Kinder ausheben und stellte fest, dass diese enorm hohe Blutalkoholwerte überlebten, dass kein einziges dieser Kinder verstorben ist und dass in keinem einzigen Fall Intensivbehandlung nötig gewesen ist (Ragan et al. 1979).

Auch die Mutmaßung, dass Säuglinge und Kleinkinder Alkohol gar nicht oder nur sehr langsam abbauen können, hält einer empirischen Überprüfung nicht stand. Es gibt eine ethisch sehr bedenkliche, aber wegen ihrer Einzigartigkeit sehr interessante Untersuchung aus der DDR zum Alkoholabbau bei Kleinkindern (Schippan et al. 1975). Mit dem Vorwand, Kinder im Notfall mit Alkohol ernähren zu müssen, wurde Kleinkindern Alkohol verabreicht und die Abbaugeschwindigkeit studiert. Dabei stellte sich heraus, dass bei ihnen der Abbau pro Stunde mit 0,13 Promille nur geringfügig unter dem durchschnittlichen Abbau bei Erwachsenen mit 0,15 Promille pro Stunde liegt.

Die Erkenntnis, dass Kleinkinder bezüglich der Alkoholeffekte nicht extrem vulnerabel sind und dass der Alkoholabbau auch bei Kleinkindern bereits effizient funktioniert, passt auch zum Umstand, dass im menschlichen Organismus laufend Alkohol erzeugt wird. Der Körper erzeugt aus Zucker, Stärke und Milchsäure laufend Alkohol (Pfannhauser 2004) – ein Umstand, der sich in häufigen Blähungen bei Babys manifestiert. Würde der entstehende Alkohol von Kleinkindern nicht abgebaut, käme es innerhalb weniger Tage zu einer tödlichen Alkoholvergiftung.

Um sachlich fundiert über akute Alkoholvulnerabilität oder Alkoholtoleranz von Kindern diskutieren zu können, ist es notwendig, zwischen „äquivalenten Alkoholmengen“, also Mengen, die zu identischen Blutalkoholkonzentrationen führen, und „identischen Alkoholmengen“, also absolut gleichen Mengen eines alkoholischen Getränks, zu unterscheiden, wobei im Zusammenhang mit „Alkoholvulnerabilität“ ausschließlich „äquivalente Mengen“ relevant sind (vgl. Kap. 5.1.8). Hierbei muss man betonen, dass es vorkommt, dass Kinder in unbeobachteten Momenten von wohlschmeckenden Getränken wie z. B. Likören oder Dessertweinen kosten und – auf ihr Körpergewicht bezogen – recht große Mengen davon trinken können. Dies kann, selbst wenn Kinder auf äquivalente Alkoholmengen nicht anders reagieren als Erwachsene, sehr gefährlich werden. Trinkt ein alkoholunerfahrenes Kleinkind mit 10 kg Körpergewicht ein Achtel Eierlikör mit 20 Vol.-% Alkohol, entspricht das einem Liter Eierlikör für einen 80 kg schweren Erwachsenen. Das alkoholunerfahrene Kleinkind, das noch nie Alkohol getrunken hat, würde infolge der fehlenden Alkoholgewöhnung erheblich heftiger reagieren als ein alkoholgewöhnter 80 kg schwerer Erwachsener. Ein Liter Eierlikör mit 20 Vol.-% Alkohol entspricht der äquivalenten Menge Alkohol aus 4 Litern Bier mit 5 Vol.-% Alkohol (wird diese Menge in kurzer Zeit von einer Person mit 80 kg getrunken, ist ein Blutalkoholwert von mehr als 3 Promille zu erwarten).

6.4 Alkohol und Behinderung

Die Berührungspunkte zwischen den Themen „Alkohol“ und „Behinderung“ sind vielfältig und erfahren trotz ihrer hohen Relevanz für Epidemiologie, Prävention und Behandlung bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt verhältnismäßig wenig Aufmerksamkeit. Im Rahmen des Nationalen Aktionsplans Behinderung (NAP Behinderung) wurde eine Verbesserung der Datenlage zu Suchtproblemen von Menschen mit Behinderung angeregt (BMSGPK 2022) und infolgedessen eine Erhebung unter Einrichtungen der Behindertenhilfe in Österreich durchgeführt (Ergebnisse vgl. Ende des Kapitels).

Definition und Kategorien von Behinderung

Definitionen und Klassifikationen von Behinderung sind vielgestaltig und unterliegen zudem einem ständigen gesellschaftlichen Wandel. Trotz einiger Unterschiede zeigen aktuelle Ansätze eine Abkehr von einer rein medizinischen hin zu einer um soziale und gesellschaftliche Aspekte erweiterten Betrachtungsweise. Laut UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) zählen „zu den Menschen mit Behinderungen [...] Menschen, die langfristige körperliche, psychische, intellektuelle oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen und wirksamen Teilhabe, gleichberechtigt mit anderen, an der Gesellschaft hindern können“ (BMSGPK 2016). Herkömmliche Klassifikationen unterscheiden sich durch einen abweichenden Fokus, etwa aus medizinischer oder pädagogischer Perspektive, umfassen aber im Wesentlichen den in der Konvention genannten Umfang.

Der Begriff psychische Beeinträchtigung (gemäß UN-BRK) umfasst im Wesentlichen psychische Erkrankungen (nach ICD und DSM), die nicht nur vorübergehend sind, sondern zumindest sechs Monate andauern. Diese Definition entspricht auch der diesbezüglichen Formulierung im Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz (BGStG) § 3. Das gemeinsame Auftreten von psychischer Beeinträchtigung und Alkoholkonsumstörung wird im Kapitel 5.2.3, „Komorbidität“, ausgeführt und deshalb im Folgenden nicht berücksichtigt.

Alkoholkonsum und Alkoholkonsumstörungen bei Menschen mit Behinderung

Prävalenzschätzungen zu Alkoholkonsum bzw. Alkoholkonsumstörungen bei Personen mit Behinderung zeigen eine enorme Spannbreite. Diese Unterschiede sind zumindest teilweise methodisch bedingt und auf unterschiedliche zugrunde liegende Definitionen und Ausprägungen von „Behinderung“ und „Substanzstörung“ oder abweichende Zielgruppen (Konsum[störungen] bei Menschen mit Behinderung, Behinderung bei Menschen mit Konsumstörungen) zurückzuführen. Auch psychische Komorbiditäten können zur hohen Varianz derartiger Prävalenzschätzungen beitragen (Juberg et al. 2017; McGillicuddy 2006; Taggart et al. 2008; van Duijvenbode et al. 2019).

Trotz dieser Einschränkungen gibt es Indizien für eine unterschiedliche Vulnerabilität einzelner Subgruppen. Die meisten Prävalenzschätzungen zu Alkoholkonsum bzw. Alkoholkonsumstörungen in Verbindung mit Behinderung liegen über Personen mit einer milden bis mittleren intellektuellen Behinderung (IQ 50–85) vor. Im Zuge einer zunehmenden Deinstitutionalisation zur Förderung der Inklusion leben mehr Betroffene (auch im Vergleich zu Personen mit schwererer Intelligenzminderung) selbstständig, unterliegen dadurch weniger Kontrolle, verfügen eher über eigenes Geld (Rimmer et al. 1995), haben vermehrt Zugang zu Alkohol und sind eher mit sozialen Trinksituationen konfrontiert. Dadurch erhält das Thema „Alkoholkonsum und Behinderung“ größere gesundheitspolitische Relevanz.

Menschen mit einer milden bis mittleren Intelligenzminderung weisen eine im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung **geringere Prävalenz von Alkoholkonsum** auf, bzw. ist in dieser Gruppe eine höhere Rate abstinenter Personen zu finden (McGillicuddy 2006; Taggart et al. 2006; van Duijvenbode et al. 2019). Weniger einheitlich ist die Erkenntnislage zu Alkoholkonsumstörungen in dieser Gruppe, allerdings weist die Mehrheit der Studien für Personen mit milden/mittleren intellektuellen Behinderungen ein **höheres Risiko** aus, eine **Alkoholkonsumstörung** zu entwickeln (Lin et al. 2016; Taggart et al. 2006; van Duijvenbode et al. 2019). Die **Risikofaktoren** dafür

sind teils mit jenen in der Allgemeinbevölkerung vergleichbar, teils existieren spezifische Risikofaktoren für Menschen mit Behinderung, bzw. spielen sie für diese Personen eine besondere Rolle. Diese Risikofaktoren sind naturgemäß von der Art der Beeinträchtigung abhängig. Bei Personen mit intellektuellen Beeinträchtigungen gelten Störungen der Exekutivfunktionen (z. B. Schwierigkeiten beim Belohnungsaufschub sowie bei der Verhaltenskontrolle), leichte Beeinflussbarkeit durch Peer-Einflüsse, eingeschränkte kognitive und soziale Skills bzw. eingeschränkte Copingstrategien als Risikofaktoren (van Duijvenbode et al. 2016; van Duijvenbode et al. 2019). Letztere erschweren es Personen mit einem Abstinenzwunsch, Alkohol in sozialen Situationen abzulehnen (Degenhardt 2009). Eigenständig zu leben gilt für diesen Personenkreis in Bezug auf Alkoholkonsum als Risikofaktor (Taggart et al. 2006).

Personen mit intellektuellen Beeinträchtigungen weisen ähnliche **Motive** für Alkoholkonsum auf wie Personen ohne Behinderung, z. B. Konsum zur Entspannung. Sozialen Motiven für Alkoholkonsum – etwa um Kontakte zu knüpfen, dazugehören und sozial inkludiert zu sein – kommt bei Menschen mit Behinderung aufgrund von Stigmatisierungserfahrungen, sozialer Isolation, eingeschränkter sozialer Skills und der geringeren Möglichkeiten, in Kontakt mit Gleichaltrigen ohne Behinderung zu kommen, eine größere Bedeutung zu (Degenhardt 2009), bzw. stellt Alkoholkonsum für sie eine Möglichkeit dar, diese negativen Erfahrungen zu kompensieren (Taggart et al. 2008).

Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen dient Alkohol häufig zur Schmerzbewältigung und spielt vor allem in Phasen der Anpassung und Trauer bei erworbenen körperlichen Behinderungen eine große Rolle (Smith 2021). Alkoholkonsum bzw. Alkoholkonsumstörungen bei Menschen mit Sinnesbehinderungen werden in der Literatur kaum ausgeführt.

Alkohol als Risikofaktor für die Entstehung und Verstärkung von Behinderungen

Alkoholkonsum gilt in vielerlei Hinsicht als **Risikofaktor für die Entstehung von Behinderungen**:

- Anhaltender, exzessiver Alkoholkonsum kann zu **körperlichen sowie psychischen Folge- und Begleiterkrankungen** führen (vgl. Kap. 5.2.3), die als Behinderung eingestuft werden.
- Der übermäßige Konsum von Alkohol bzw. eine Alkoholisierung geht mit einem deutlich **erhöhten Unfallrisiko**, z. B. im Straßenverkehr, einher und kann bleibende Behinderungen zur Folge haben. Erhebungen in verschiedenen Settings (z. B. Rehabilitationseinrichtungen) und betreffend ausgewählte Formen von Beeinträchtigungen (z. B. Schädel-Hirn-Trauma oder Rückenmarksverletzungen) zeigen, dass Alkoholkonsum bei Unfällen, die zu diesen Beeinträchtigungen geführt haben, eine wesentliche Rolle gespielt hat bzw. vor dem Unfall signifikante Alkoholprobleme bestanden haben (Stroud et al. 2011).
- **Alkoholkonsum während der Schwangerschaft** zählt mit Trisomie 21 zu den häufigsten Ursachen für Behinderungen bei Kindern. Die unterschiedlich ausgeprägten Störungsbilder bei den Nachkommen werden unter der Diagnose „*fetale Alkoholspektrumstörungen*“ („*fetal alcohol spectrum disorder*“; FASD) subsumiert (nähre Ausführungen dazu in Kap. 6.1). Funktionelle Auffälligkeiten des zentralen Nervensystems wie eine globale Intelligenzminderung oder eingeschränkte Leistungen in Bereichen wie Sprache, Feinmotorik, räumlich-visuellen/räumlich-konstruktiven Fähigkeiten, Lern- oder Merkfähigkeit, exekutiven Funktionen, Rechenfähigkeiten, Aufmerksamkeit oder sozialen Fertigkeiten sind neben fazialen Fehlbildungen und Wachstumsstörungen Kriterien zur Diagnose von FASD (AWMF 2016).

Zudem kann Alkoholkonsum **bestehende Beeinträchtigungen verschlimmern** und komorbide psychische Erkrankungen verstärken (Lin et al. 2016). Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen weisen auch häufiger körperliche Erkrankungen (v. a. des Herz-Kreislauf-Systems, des Verdauungstrakts oder der Atemwege) auf (Degenhardt 2009). Zu beachten sind in diesem Kontext auch mögliche Wechselwirkungen zwischen Alkohol und der im Zusammenhang mit den genannten Erkrankungen erforderlichen Medikation (Degenhardt 2009).

Erfassung epidemiologischer Daten / Screening

Manche Autorinnen und Autoren epidemiologischer Studien gehen von einer Unterschätzung alkoholassoziierter Probleme bzw. der Prävalenz von Alkoholkonsumstörungen bei Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen aus (VanDerNagel et al. 2014). Verzerrungen entstehen oftmals durch die Stichprobenauswahl, die zumeist auf Personen, die in Kontakt mit einer Einrichtung der Behindertenhilfe stehen, beschränkt ist (Public Health England 2017). Zusätzlich zu allgemeinen systematischen Fehlern bei der Schätzung des Konsumverhaltens mittels Befragungsdaten (vgl. Kap. 3.4) kommt es bei der Nutzung herkömmlicher Instrumente bei Personen mit intellektuellen Beeinträchtigungen zu weiteren Verfälschungen. Diese basieren auf eingeschränkten kognitiven Kapazitäten (konzeptuelles Verständnis), mangelndem substanzbezogenem Wissen, sprachlichen Hürden (z. B. lange Sätze, schwierige Formulierungen oder doppelte Verneinungen), der Tendenz, gestellten Fragen eher zuzustimmen, und einem überdurchschnittlich ausgeprägten Antwortverhalten im Sinne sozialer Erwünschtheit bei Fragen zu sozialen Tabus (VanDerNagel et al. 2013). Gegenwärtig besteht ein Mangel an (validierten) Screeninginstrumenten für Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen. Wegen dieser Einschränkungen sind Face-to-Face-Datenerhebungen (mit der Möglichkeit, Fragen zu wiederholen und Missverständnisse aufzuklären) schriftlichen oder Onlineerhebungen aufgrund der eingeschränkten Lese- und Schreibfähigkeiten von Menschen mit intellektuellen Behinderungen deutlich vorzuziehen (McGillicuddy 2006).

Der in den Niederlanden entwickelte SumID-Q (*Substance Use and Misuse in Intellectual Disability Questionnaire*) ist ein Instrument zur Erhebung des Substanzmittelkonsums bzw. -missbrauchs von Menschen mit Intelligenzminderung. Zu Beginn des SumID-Q-Interviews wird anhand vorgelegter Bilder die Vertrautheit der Interviewten mit verschiedenen Substanzen eingeschätzt. Die von ihnen genutzte Terminologie wird auch im weiteren Verlauf des Interviews verwendet, um Missverständnisse zu minimieren. Inhalte des SumID-Q sind der Substanzgebrauch, das Wissen über Substanzen und die Einstellung zu deren Konsum.

Suchtprävention

Die höhere Prävalenz von Alkoholkonsumstörungen bei Personen mit intellektuellen Behinderungen wird – zusätzlich zu den bereits angeführten Risikofaktoren – auch mit fehlenden gesundheitsfördernden bzw. suchtpräventiven Maßnahmen für diese Zielgruppe oder einem eingeschränkten Zugang dazu erklärt. Menschen mit intellektuellen Behinderungen sind u. a. aufgrund eingeschränkter Kommunikationsfähigkeiten im Zugang zu gesundheitsbezogenen Informationen und damit in der selbstbestimmten Entscheidungsfindung hinsichtlich ihrer Gesundheitsförderung eingeschränkt (Geukes et al. 2019). Die Aufbereitung gesundheitsbezogener Informationen

in leichter Sprache zielt darauf ab, Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen zu befähigen, besser für ihre Gesundheit zu sorgen. Ebenso ist für die Zielgruppe der Menschen mit Sinnesbeeinträchtigungen eine entsprechende Bereitstellung adäquaten (Präventions-)Materials erforderlich. Der Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen sowie die Sucht- und Drogenkoordination Wien entwickelten aus diesem Grund ein Praxisbuch (Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen / Sucht- und Drogenkoordination Wien 2022), das dazu dienen soll, Mitarbeiter:innen der Behindertenhilfe für Suchthemen zu sensibilisieren, um suchtrelevante problematische Verhaltensweisen bei Menschen mit Behinderung frühzeitig erkennen zu können und davon Betroffene bei weiteren Schritten zu unterstützen.

Universelle und selektive Präventionsprogramme für Zielgruppen ohne intellektuelle Behinderungen sind nur vereinzelt an die Fähigkeiten und Bedürfnisse der sehr heterogenen Gruppe der Menschen mit Behinderungen adaptiert. Angebote, die speziell für Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen entwickelt wurden, sind zumeist nicht hinsichtlich ihrer Wirksamkeit überprüft (Schijven et al. 2021).

Suchtbehandlung von Personen, die Behinderungen aufweisen

Personen mit (intellektuellen) Behinderungen zeigen im Vergleich zu Personen ohne Behinderung eine **geringere Inanspruchnahme** suchtspezifischer Behandlungen (McGillicuddy 2006). Die **Barrieren** dafür sind zum einen struktureller Art wie beispielsweise das Fehlen adäquater Behandlungskonzepte, Paradigmenkonflikte bei der Behandlung, fehlende Barrierefreiheit (auch bei Selbsthilfegruppen) oder beruhen auf Finanzierungsproblemen (Slayter 2010). Zudem bestehen unklare Zuständigkeiten: Während in Suchthilfeeinrichtungen intellektuelle Beeinträchtigungen oftmals ein Ausschlusskriterium für eine Behandlung darstellen und Behandelnde für die Arbeit mit dieser Zielgruppe nicht geschult sind (Public Health England 2017), fehlt in Einrichtungen der Behindertenhilfe oft Wissen zur Beurteilung von Substanzkonsumstörungen und zum Umgang mit diesen (Taggart et al. 2006; van Duijvenbode et al. 2012; van Duijvenbode et al. 2019). Dadurch wird die Problematik in dieser Klientel oft nicht erkannt, werden bestehende Probleme erst bei stärkerer Ausprägung entdeckt und wird eine frühzeitige Intervention erschwert. Das Interesse am Thema „Sucht und Behinderung“ ist in der Fachwelt nicht sehr groß. Dazu kommt, dass wissenschaftliche Publikationen zu diesem Themenkomplex größtenteils in Journals aus dem Fachbereich Behinderung erfolgen und nicht in suchtspezifischen Journals (van Duijvenbode et al. 2019).

Zusätzlich zu strukturellen Barrieren stellen auch eine geringere Introspektions- und Selbstreflexionsfähigkeit sowie Schwierigkeiten bei der Verbalisierung inneren Erlebens Herausforderungen für die Inanspruchnahme suchttherapeutischer Interventionen dar (Buschkämper 2012). Die besonders geringe Inanspruchnahme von Suchtbehandlungen durch Frauen mit Behinderung erfordert gendergerechte Angebote, die den besonderen Lebenssituationen dieser Gruppe gerecht werden (Slayter 2010).

Für Menschen mit Intelligenzminderung wurden vereinzelt Behandlungskonzepte entwickelt bzw. adaptiert, allerdings lassen methodisch mangelhafte Studien mit kleiner Stichprobengröße, fehlenden Kontrollgruppen oder zu kurzen Beobachtungszeiträumen keine belastbaren Aussagen zur Durchführbarkeit, Eignung und Effektivität dieser Ansätze zu (Kerr et al. 2013). Ein Großteil der evaluierten Programme zielt auf eine Verbesserung des Wissens und der Motivation zur

Verhaltensänderung ab (Kerr et al. 2013). Im Rahmen der suchtspezifischen Arbeit mit Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen haben sich einige Elemente als hilfreich erwiesen: kurze und öfters wiederholte Informationen, die Vermeidung stark kognitiv basierter Therapie und der Einsatz von Kontingenzmanagement und Verstärkung (Degenhardt 2009). Das Therapieziel Abstinenz hat gegenüber kontrolliertem Trinken den Vorteil, dass es bei Abstinenz nur eine und nicht mehrere Regeln gleichzeitig zu beachten gilt (Degenhardt 2009).

Um eine adäquate Suchtbehandlung für Menschen mit Behinderungen zu gewährleisten, spricht Public Health England (2017) folgende Empfehlungen aus:

- Sensibilisierung des Personals in Suchthilfeinrichtungen für die Thematik „Menschen mit Behinderung“ bzw. Benennung einer dafür zuständigen Person innerhalb des Teams
- Bereitstellung leicht lesbarer Informationen in Form von Broschüren und auf der Homepage
- Nutzung von Screeninginstrumenten, um Menschen mit intellektuellen Behinderungen im Bereich der Suchthilfe zu identifizieren
- Anpassung der Gegebenheiten vor Ort an die Bedürfnisse der Betroffenen (barrierefreier Zugang, angemessene Beschilderung)
- Kooperation bzw. Aufbau eines Zuweisungssystems zwischen Suchthilfe und Behindertenhilfe

Strategien und Maßnahmen

Die **Europäische Strategie zugunsten von Menschen mit Behinderungen 2010–2020** postuliert u. a. Folgendes: **Erneuertes Engagement für ein barrierefreies Europa** fordert unter anderem im Bereich Gesundheit einen gleichberechtigten Zugang zu Gesundheitsleistungen für Menschen mit Behinderungen (Europäische Kommission 2010).

Der **Nationale Aktionsplan Behinderung 2012–2020** (NAP) der österreichischen Bundesregierung (BMASGK 2012) wurde unter Einbeziehung aller Ministerien, der Sozialpartner und von Organisationen für Menschen mit Behinderung erstellt und hat zum Ziel, die UN-Behindertenrechtskonvention umzusetzen. Der Aktionsplan enthält politische Zielsetzungen und 250 Maßnahmen zu verschiedenen Schwerpunkten, unter anderem auch zum Bereich „Gesundheit und Rehabilitation“. Maßnahmen aus diesem Bereich umfassen beispielsweise den Ausbau der psychiatrischen Versorgung, die Ausarbeitung eines Plans für ein „barrierefreies Gesundheitswesen“ sowie Aus- und Fortbildung für Mitarbeiter:innen des Gesundheitswesens hinsichtlich der Bedürfnisse behinderter Menschen. Die Erstellung des neuen NAP 2021–2030 erfolgte zusätzlich unter Partizipation der Länder (BMSGPK 2020b).

Das Thema „übermäßiger Alkoholkonsum und Behinderung“ ist ohne Frage ein wichtiges gesundheitspolitisches Thema, dem man sich vermehrt widmen sollte. Die Fokussierung auf dieses Thema birgt aber auch eine erhebliche immanente Gefahr in sich. So könnten im Zusammenhang mit dieser Thematik in Betreuungseinrichtungen weitgehend überkommen geglaubte paternalistische Tendenzen wieder verstärkt werden, die dort jeglichen Alkoholkonsum von Menschen mit Behinderung generell verbieten oder auch deren moderaten Alkoholkonsum dämonisieren, was keinesfalls wünschenswert wäre.

Informationen und Daten aus Österreich

Anlässlich der Zielsetzung im Nationalen Aktionsplan Behinderung (BMSGPK 2022), den Wissensstand zu Suchtverhalten von Menschen mit Behinderung zu verbessern (Zielsetzung 247), führte die Gesundheit Österreich GmbH dazu sowohl qualitative als auch quantitative Erhebungen durch.

Im Rahmen qualitativer Experteninterviews wurden zunächst Problemstellungen und Versorgungsbarrieren identifiziert (Strizek et al. 2022b). In diesem Zusammenhang wurde festgehalten, dass die enorme Bandbreite des Behindertenbegriffs generalisierende Aussagen zu Unterschieden zwischen Menschen mit Behinderung und solchen ohne Behinderung erschwert. Tendenziell scheinen im Falle Ersterer legale Substanzen (Alkohol und Tabak) eine ähnliche Rolle wie bei Menschen ohne Behinderung zu spielen, illegale Substanzen eine geringere Rolle und Medikamente eine größere Rolle. Das Konsumverhalten und gegebenenfalls daraus resultierende Probleme sind nicht nur durch individuelle Einflüsse (Fähigkeit zur Reflexion des Konsumverhaltens, Risikokompetenz), sondern auch durch die sozialen und rechtlichen Rahmenbedingungen geprägt (mögliche Betreuungsform, Ausmaß an Autonomie). Die größten Barrieren in der Versorgung bestehen nach Ansicht der befragten Expertinnen und Experten in unzulänglichen Möglichkeiten für Menschen mit Behinderung, suchtspezifische Angebote zu erreichen, sowie in deren Passung zum Erzielen guter Versorgungsergebnisse.

Aufbauend auf diesen qualitativen Ergebnissen, wurden in einem zweiten Studienabschnitt alle Einrichtungen der Behindertenhilfe in Österreich zur Teilnahme an einer Onlineerhebung eingeladen, durch die Informationen zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial bei Menschen mit Behinderung von 183 Fachleuten aus diesen Einrichtungen erhoben werden konnten.

Die Studienergebnisse dieser Onlineerhebung (Strizek et al. 2023b) legen nahe, dass Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial ein weitverbreitetes Thema in Einrichtungen der Behindertenhilfe sind, insbesondere in solchen, die Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen betreuen. Alkohol- und Nikotinkonsum sowie die Nutzung digitaler Spiele werden am häufigsten als Problem wahrgenommen: In 44 Prozent der Einrichtungen wird Alkoholkonsum zumindest in Einzelfällen als problematisch wahrgenommen (Nikotinkonsum: 32 Prozent, Nutzung digitaler Spiele: 26 Prozent). Probleme in Zusammenhang mit Alkohol umfassen u. a. aggressives oder unkooperatives Verhalten gegenüber Betreuenden oder Mitklientinnen und Mitklienten, einen erhöhten Betreuungsaufwand sowie Wechselwirkungen mit bestehender Dauermedikation.

Risikofaktoren für ein problematisches Konsumverhalten bei der Klientel der Behindertenhilfe weisen Parallelen zu einschlägigen Risikofaktoren in der Allgemeinbevölkerung auf (z. B. psychische Komorbidität oder familiäre Vorbelastungen wie Suchterkrankungen der Eltern). Wie in der Gesamtbevölkerung zeigen sich geschlechtsspezifische Unterschiede: Klienten sind häufiger mit Suchtproblemen konfrontiert als Klientinnen. Probleme in Zusammenhang mit Alkohol werden eher bei älteren Klientinnen und Klienten beobachtet, Probleme in Zusammenhang mit Gaming, Glücksspiel und Cannabis hingegen eher bei jüngeren Klientinnen und Klienten. Intellektuelle Beeinträchtigungen werden als spezifische Risikofaktoren bei Glücksspiel, Gaming, aber auch Alkoholkonsum genannt.

Unterstützung durch anlassbezogene (Team-)Supervision ist für Betreuer:innen der Behindertenhilfe die am häufigsten genannte Ressource zur Bewältigung suchtrelevanter Probleme ihrer

Klientel. Zwei Drittel der Befragten können zudem bei Bedarf auf bereits bestehende Kooperationen mit externen Einrichtungen bzw. Expertinnen und Experten oder auf Informationsmaterialien zurückgreifen. Nur ein Drittel der Befragungsteilnehmer:innen beurteilt die eigene Qualifikation als ausreichend, um suchtrelevante Probleme ohne externe Hilfe zu bewältigen.

Hindernisse in der Versorgung liegen in erster Linie darin, dass es schwierig ist, Klientinnen und Klienten dazu zu motivieren, externe Hilfe in Anspruch zu nehmen. Zudem sind vorhandene suchtspezifische Angebote oft unzureichend auf die Zielgruppe zugeschnitten.

Die wenigsten Einrichtungen verfügen über ein standardisiertes Prozedere im Umgang mit potentiellen Suchterkrankungen. Sucht als ein Ausschlussgrund für die Betreuung kann ein Problem in der Versorgung darstellen.

6.5 Jugend und Alkohol

In der öffentlichen Diskussion wird unter anderem in Bezug auf exzessive Konsumformen („Komatrinken“) besonders die Gruppe der Jugendlichen fokussiert. Alkoholkonsum führt bei vielen Jugendlichen zweifelsfrei zu psychischen, physischen und sozialen Problemen, was geeignete Präventionsmaßnahmen bzw. Interventionen rechtfertigt. Dennoch stellt sich die Frage, inwieweit die Fokussierung auf diese Altersgruppe aufgrund entsprechender Daten gerechtfertigt ist.

Fest steht, dass Jugendliche in Österreich hinsichtlich des Alkoholkonsums nicht die Hauptproblemgruppe sind. Die meisten Problemkonsumentinnen/-konsumenten, den höchsten Alkoholdurchschnittskonsum sowie den höchsten Anteil täglicher Konsumentinnen/Konsumenten findet man derzeit bei den 50- bis 59-Jährigen (eine umfassende Darstellung der Entwicklung des Alkoholkonsumverhaltens Jugendlicher in Österreich erfolgt in Kapitel 7.2 bzw. ist in „HBAÖ, Band 1: Statistiken und Berechnungsgrundlagen“ oder in Strizek (2020) zu finden).

Längerfristig ist die Entwicklung des Alkoholkonsums bei Jugendlichen durch drei Faktoren maßgeblich geprägt:

- **Übergang vom Jugend- ins Erwachsenenleben:** Unter dem Schlagwort Akzeleration wurde lange Zeit die These vertreten, dass Kinder immer früher in die Pubertät kommen, sich früher körperlich entwickeln und früher zu relativ selbstständigen Jugendlichen werden. Dadurch machen Kinder auch früher erste relevante Erfahrungen mit Alkohol und Nikotin. Dem steht in Zusammenhang mit rückläufigen Alkoholkonsumzahlen in vielen westlichen, wohlhabenden Staaten die These einer Verlängerung der Adoleszenz gegenüber, wonach insbesondere die Ausdehnung von Ausbildungszeiten dazu führt, dass Jugendliche später über ein eigenes Einkommen verfügen, länger gemeinsam mit ihren Eltern wohnen und ein frühzeitiger Kontakt mit anderen Erwachsenen (z. B. in einem Lehrberuf) seltener stattfindet (Twenge et al. 2019).
- **Aufbrechen traditioneller/klassischer/enger Geschlechterrollen:** Dies bedeutet in diesem Zusammenhang, dass sich das Freizeitverhalten und in weiterer Folge auch Alkoholkonsumgewohnheiten junger Frauen und Männer in der Langzeitperspektive deutlich verändert haben und damit die Substanzkonsummengen von Männern und jene von Frauen sich zunehmend aneinander angleichen.
- **Globalisierung der Alkoholkonsumkultur:** Dieses Schlagwort bedeutet, dass wie bei allen Wirtschaftsgütern auch bei alkoholischen Getränken das lokal verfügbare Angebot immer

vielfältiger und gleichzeitig auf der ganzen Welt ähnlicher wird. In Europa kann man eine weitgehende Anpassung der Trinkgewohnheiten in Richtung eines europäischen Durchschnitts feststellen, in den traditionellen Niedrigkonsumländern eine deutliche Steigerung und in den Hochkonsumländern einen Rückgang der durchschnittlichen Konsummenge.

6.6 Kinder aus alkoholbelasteten Familien

Mit der Bezeichnung „children of alcoholics“ (COA) werden in der internationalen Literatur Kinder und Jugendliche bezeichnet, die mit der Alkoholabhängigkeit eines Elternteils oder beider Eltern konfrontiert sind. In Österreich sind das ca. zehn Prozent aller Kinder und Jugendlichen bis zum Alter von 18 Jahren (Uhl 2004). Da nicht nur Kinder von Eltern mit einer manifesten Alkoholerkrankung belastet sein können, ist man dazu übergegangen, den Fokus auch auf Kinder und Jugendliche zu richten, deren Eltern zwar keine Abhängigkeit, jedoch ein problematisches Alkoholkonsumverhalten aufweisen, bzw. auch auf jene Kinder und Jugendliche, die mit dem problematischen Alkoholkonsum anderer Familienmitglieder oder relevanter Bezugspersonen (z. B. Pflegeeltern, Großeltern, älterer Geschwister und anderer Verwandter) konfrontiert sind. Diesem erweiterten Kreis können ca. 50 Prozent aller Minderjährigen in Österreich zugerechnet werden (Uhl 2004). Der Begriff der „children affected by parental alcohol problems“ (ChAPAPs) trägt ebenfalls einem erweiterten Verständnis Rechnung, hat sich aber in der internationalen Literatur nicht durchgesetzt.

Die Frage nach den Auswirkungen einer elterlichen Alkoholerkrankung oder eines problematischen Alkoholkonsums der Eltern auf die Kinder kann nicht pauschal beantwortet werden, da sie von einer Vielzahl an Einflussfaktoren abhängig sind wie etwa dem Geschlecht des abhängigen Elternteils, der elterlichen Komorbidität bzw. dem Alter und Geschlecht des Kindes. Des Weiteren stellt nicht nur die elterliche Alkoholerkrankung einen Risikofaktor für die kindliche Entwicklung dar, sondern auch damit häufig assoziierte Belastungen wie Gewalt, elterliche Disharmonie, sozioökonomische Nachteile (z. B. durch Arbeitslosigkeit der Eltern) bzw. deren Wechselwirkung. Das Kontinuum reicht von Kindern, die trotz einer Vielzahl an Risikofaktoren eine gesunde Entwicklung durchlaufen, bis zu Kindern, die durch die elterliche Erkrankung und die damit assoziierten Risikofaktoren in ihrer Entwicklung massiv gefährdet sind.

Kinder alkoholkranker Eltern stellen die Hauptschadensgruppe für die Entwicklung eigener Suchterkrankungen dar, zudem weisen sie ein erhöhtes Risiko für Probleme im emotionalen Bereich wie etwa für affektive Störungen auf. Für viele Kinder bedeutet das Zusammenleben mit einem alkoholkranken Elternteil einen chronischen Stresszustand. Sie erleben häufiger eine familiäre Atmosphäre, die durch Instabilität, Inkonsistenz, elterliche Disharmonie und Gewalt gekennzeichnet ist. Sie sind mit ambivalenten Gefühlen gegenüber ihren Eltern konfrontiert, und Alkohol ist sowohl innerhalb als auch außerhalb der Familie häufig ein Tabuthema. Die Folge davon ist oft eine zunehmende soziale Isolation des Kindes bzw. der gesamten Familie.

In diesem Zusammenhang ist es wichtig, zu betonen, dass Alkohol nicht als alleinige Ursache für die vermehrten Probleme in der Folgegeneration interpretiert werden darf. Psychische und soziale Probleme wie Depression, Ängstlichkeit oder Arbeitslosigkeit der Eltern bewirken auch ohne erhöhten elterlichen Alkoholkonsum in der Folgegeneration häufig ähnliche Problemlagen. Da diese Probleme in beiden Generationen die Entstehung sekundärer Alkoholprobleme begünstigen.

gen, korreliert damit zwangsläufig auch der Alkoholkonsum. Wie weit der Zusammenhang zwischen elterlichen Problemen und Problemen in der Kindergeneration durch den Faktor Alkoholkonsum hervorgerufen wird bzw. wie weit dieser Zusammenhang als Scheinzusammenhang über andere Probleme zu erklären ist, lässt sich angesichts des gegenwärtigen Forschungsstands nicht befriedigend klären.

Die Diskussion zum Thema Kinder alkoholkranker Eltern ist zunehmend von einer ressourcenorientierten Sichtweise geprägt, die den Blick auf Resilienzfaktoren betroffener Kinder und Jugendlicher richtet, die es ihnen ermöglichen, sich trotz risikoreicher familiärer Bedingungen gesund zu entwickeln.

Bei der Überlegung, wie die betroffenen Kinder und Jugendlichen bzw. deren Familien sinnvoll zu unterstützen sind, ist zu beachten, (1) dass nicht alle Kinder aus alkoholbelasteten Familien unterstützender Maßnahmen bedürfen, (2) ob die Maßnahmen nicht die Gefahr einer zusätzlichen Stigmatisierung für die Kinder und Jugendlichen bedeuten und (3) dass die spezifischen Bedürfnisse der Betroffenen und ihrer Familien ausreichend berücksichtigt werden.

Um Minderjährigen aus alkoholbelasteten Familien effektiv helfen zu können, wurden von der EU insgesamt fünf aufeinanderfolgende Projekte unter dem Titel ENCARE (European Network for Children Affected by Risky Environments within the Family) finanziert, die sich mit unterschiedlichen familiären Risikofaktoren befassen. Diese Projekte haben – auch in Österreich – zu einer größeren Sensibilisierung gegenüber dem Thema geführt. Unterstützungsmöglichkeiten für junge oder werdende Eltern mit psychischen Belastungen bzw. psychischen Erkrankungen – und damit auch für Personen mit Suchterkrankung – stehen auch im Rahmen des Netzwerks Frühe Hilfen zur Verfügung.

6.7 Das Konzept Co-Abhängigkeit

Es steht außer Frage, dass eine Alkoholerkrankung nicht nur davon Betroffene selbst, sondern in erheblichem Ausmaß auch andere Familienmitglieder belastet. Diese entwickeln unterschiedliche Strategien, um mit den Schwierigkeiten, die durch das Zusammenleben mit einer alkoholkranken Person entstehen, umzugehen. Die Suchterkrankung verändert so sukzessive die Familienstrukturen: Die Partnerin bzw. der Partner übernimmt z. B. Aufgaben, die welche alkoholkranke Person zunehmend nicht mehr leisten kann (u. a. in erzieherischen und finanziellen Belangen). Aber auch Kinder sind gezwungen, in unterschiedlichen Bereichen Verantwortung in einem erhöhten Ausmaß zu übernehmen, was vielfach Überforderung bewirkt.

Der Begriff der Co-Abhängigkeit, der sich zentral mit der Frage auseinandersetzt, welche Rolle Bezugspersonen einer suchtkranken Person bei der Entstehung, Verstärkung und Aufrechterhaltung des Suchtverhaltens spielen (Marx 2004), ist sehr vielschichtig und mehrdeutig. Positiv an den unterschiedlichen Konzepten ist – vor allem aus historischer Sicht – der Fokus auf systemische Aspekte der Suchterkrankung. Andererseits sind an dieser Begrifflichkeit mehrere Aspekte als problematisch zu werten, weswegen in der Wissenschaft auch eine kritische Rezeption des Co-Abhängigkeitskonzepts zu finden ist (Dear 1996; Gierymski et al. 1986; Harper et al. 1990; Miller 1994).

Popularisiert wurde das Konzept Co-Abhängigkeit durch die Selbsthilfebewegung Al-Anon, die 1950 in den USA gegründet wurde und Angehörige alkoholkranker Personen nach dem Zwölf-Schritte-Programm der Anonymen Alkoholiker unterstützt. In der Literatur geht eine der frühesten Beschreibungen von Partnerinnen Alkoholkranker auf Whalen (1953) zurück. Basierend auf ihren Erfahrungen in der Beratung von Partnerinnen, beschrieb die Autorin vier Typen von Frauen:

- „Suffering Susan“, die einen alkoholkranken Mann aufgrund ihres Bedürfnisses heiratet, sich selbst zu bestrafen
- „Controlling Catherine“, die einen schwachen Mann heiratet, um alles kontrollieren zu können
- „Wavering Winnifred“, die schwankend und unsicher ist und Männer sucht, die von ihrer Fürsorge abhängig sind
- „Punitive Polly“, die in einer Partnerschaft mit einem schwachen Mann ihre aggressiven Impulse ausleben kann

Frauen gehen nach Auffassung von Whalen Beziehungen mit alkoholkranken Männern in erster Linie ein, um eigene pathologische Bedürfnisse zu befriedigen. Damit wurde den Frauen pauschal die Schuld und Verantwortung an Entstehung, Verstärkung bzw. Aufrechterhaltung der Alkoholerkrankung ihrer Partner zugeschrieben.

„Co-Abhängigkeit“ in diesem umfassenden Sinne ist ein Überbegriff für alle Verhaltensweisen von Angehörigen, Arbeitskolleginnen und -kollegen, Therapeutinnen und Therapeuten usw., welche die Suchtproblematik der abhängigen Person begünstigen. Der Umstand, dass Sucht in diesem Zusammenhang aus systemtheoretischer Perspektive analysiert wird, ist sehr zu begrüßen. Probleme ergeben sich mit dem Begriff in der Praxis jedoch, weil nicht immer eindeutig zu beurteilen ist, welche Verhaltensweisen im konkreten Fall die Aufrechterhaltung einer Sucht tatsächlich fördern – wobei häufig suggeriert wird, dass hier immer einfache Zuordnungen möglich seien. Probleme ergeben sich auch aus dem Umstand, dass Handlungen von allen Menschen und damit auch von „Co-Abhängigen“ in den meisten Fällen nicht bloß auf ein Ziel, wie die „Überwindung der Suchtkrankheit der/des Betroffenen“, gerichtet sein können, sondern dass bei Entscheidungen meist auch zahlreiche anderer wichtige Motive eine Rolle spielen.

Probleme ergeben sich letztlich auch aus dem Umstand, dass der Begriff Co-Abhängigkeit als Synonym für „inadäquates, die Abhängigkeit unterstützendes Verhalten“ der co-abhängigen Person konnotativ Schuld bzw. Mitschuld zuschreibt und weniger die Opferrolle zuweist und diese teilweise auch noch pathologisiert, indem Co-Abhängigkeit als eigenständige Krankheit definiert wird (Harper et al. 1990). Die Schuldzuschreibungen drücken sich auch in den Begriffen aus, mit denen Angehörige bezeichnet werden. So gibt es neben eher neutralen Ausdrücken wie „co-alcoholic“ und „para-alcoholic“ auch schuldzuschreibende Bezeichnungen wie „enabler“ oder „provocatrice“ (Harper et al. 1990).

Wie Uhl et al. (2007) betonen, ermöglicht der Begriff Co-Abhängigkeit einerseits eine komplexe systemtheoretische Analyse sowie das Identifizieren von Problemfeldern, welche die Abhängigkeit aufrechterhalten, und macht damit das Auffinden angemessener Lösungsstrategien für alle Beteiligten wahrscheinlicher. Andererseits verleitet der Begriff aber auch zur Verantwortungsdelegation an Personen aus dem sozialen Umfeld suchtkranker Menschen, indem er diesen sowie allen anderen involvierten Personengruppen oder auch der allgemeinen Öffentlichkeit eine

Argumentationsschiene dafür anbietet, die Hauptverantwortung an der Aufrechterhaltung des Problems undifferenziert den Angehörigen und dem Umfeld zuzuschreiben¹⁶⁵.

6.8 Alkoholvulnerabilität von Frauen

Immer wieder findet sich die Behauptung, dass Frauen im Vergleich zu Männern erheblich weniger alkoholtolerant seien und Alkohol langsamer abbauen. Die Auffassung von der erhöhten Alkoholvulnerabilität von Frauen ist allerdings nicht haltbar, wenn man sich auf „äquivalente Alkoholmengen“ im Sinne von Mengen, die eine identische Blutalkoholkonzentration (BAK) bewirken, bezieht (Uhl et al. 2003).

Grob geschätzt, ist das Körperwassergewicht (KWGEW) von Männern aufgrund eines höheren Körpergewichts und eines geringeren Fettanteils durchschnittlich um rund 50 Prozent höher als jenes von Frauen – wobei rund die Hälfte dieser Differenz durch das höhere Körpergewicht und die andere Hälfte durch den geringeren Fettanteil zu erklären ist. Wenn durchschnittliche Männer um 50 Prozent mehr Alkohol trinken als Frauen, erreichen demnach beide Geschlechter die gleiche Blutalkoholkonzentration.

Wenn Frauen unter vergleichbaren Bedingungen identische Alkoholmengen (z. B. $\frac{3}{4}$ Liter leichten Wein) konsumieren, erzielen sie also einen um 50 Prozent höheren Alkoholspiegel als Männer und brauchen auch entsprechend länger, um den gesamten Alkohol wieder abzubauen. Die Ausführungen von Feuerlein (1995), der beschreibt, dass der Alkoholabbau pro kg Körpergewicht bei Männern stündlich rund 0,1 g Alkohol und bei Frauen rund 0,085 g Alkohol ausmacht, korrespondiert mit dieser Aussage¹⁶⁶. Trinken Männer und Frauen hingegen „äquivalente Alkoholmengen“ (z. B. der Mann $\frac{3}{4}$ Liter leichten Wein und die Frau $\frac{1}{2}$ Liter leichten Wein), erzielen sie identische Alkoholspiegel und bauen den Alkohol annähernd im gleichen Zeitraum ab. Die Eliminationsraten, gemessen in Promille pro Stunde, sind bei Frauen und Männern annähernd gleich. „Annähernd“ deswegen, weil geringfügige enzym- bzw. hormonbedingte Unterschiede in den Eliminationsraten zwischen Männern und Frauen derzeit nicht ausgeschlossen werden können. So vertritt Mader (2001) in diesem Zusammenhang die Ansicht, dass die Eliminationsrate bei Frauen geringfügig niedriger sei, weil die weibliche Leber das für den Alkoholabbau benötigte Enzym Alkoholdehydrogenase (ADH) in geringerem Ausmaß aufweise. Rommelspacher (2003) hingegen vertritt die Ansicht, dass die Eliminationsrate bei Frauen geringfügig höher sei, weil das männliche Sexualhormon Testosteron wie Ethylalkohol vom Enzym ADH abgebaut werde, wodurch sich der Abbau der beiden Stoffe wechselseitig behindere.

Der Vergleich von „äquivalenten Alkoholmengen“ statt von „identischen Alkoholmengen“ im Zusammenhang mit der Frage nach der behaupteten „erhöhten Alkoholvulnerabilität von Frauen“ ist unter anderem auch durch den Umstand gerechtfertigt, dass Frauen ihren Alkoholkonsum an ihre körperlichen Rahmenbedingungen anpassen, also sowohl im moderaten Konsumbereich als auch im extremen Konsumbereich Frauen durchschnittlich weit weniger trinken als Männer.

¹⁶⁵ Natürlich gibt es Fälle, in denen ziemlich eindeutig bestimmte Bezugspersonen als Hauptverursachende einer Suchterkrankung zu identifizieren sind, aber häufig sind Kinder, Partner:in und andere Beziehungspersonen primär als Opfer zu sehen – wobei es hier natürlich nicht um „Schuld“ im moralischen Sinn geht, sondern um kausales Bewirken im deskriptiven Sinn.

¹⁶⁶ Dieser Unterschied ist geringer als das Verhältnis 2:3, weil nur die Hälfte des Körperwasserunterschieds zwischen durchschnittlichen Frauen und Männern auf Unterschiede im Körpergewicht zurückzuführen ist.

Bei Untersuchungen stellt sich immer wieder heraus, dass alkoholkranke Frauen durchschnittlich psychisch erheblich auffälliger sind als alkoholkranke Männer und generell eine schlechtere Prognose haben, was oft fälschlich als Zeichen einer erhöhten Alkoholvulnerabilität von Frauen interpretiert wird. Tatsächlich ist aber die Wahrscheinlichkeit, im Laufe des Lebens an Alkoholismus zu erkranken, für einen österreichischen Mann rund dreimal so groß wie für eine österreichische Frau. Angesichts des Umstands, dass der überwiegende Anteil der österreichischen Männer und Frauen zumindest gelegentlich Alkohol konsumiert, werden letztlich mehr männliche als weibliche Personen von Alkohol abhängig, was eher eine deutlich höhere Alkoholvulnerabilität von Männern impliziert.

Dieser scheinbare Widerspruch löst sich auf, wenn man zwischen primärem Alkoholismus und sekundärem Alkoholismus unterscheidet (vgl. Kap. 4.4.3) (Springer et al. 2006; Uhl et al. 2003). Wie die bereits erwähnte Untersuchung stationärer Patientinnen und Patienten des Anton Proksch Instituts (API) durch Springer et al. (2006) ergab, lag bei 94 Prozent der behandelten alkoholkranken Frauen und bei 57 Prozent der alkoholkranken Männer bereits vor Beginn des problematischen Trinkens eine behandlungswürdige psychiatrische Grunderkrankung (Primärerkrankung) vor, welche die Entstehung eines sekundären Alkoholproblems (im Sinne der Selbstmedikationshypothese) begünstigte. Nur bei 6 Prozent der Frauen und bei 43 Prozent der Männer entstand die Alkoholproblematik ohne eine psychiatrische Grunderkrankung (primäres Alkoholproblem; vgl. Tabelle 19).

Tabelle 19: Primärer vs. sekundärer Alkoholismus bei stationären Patientinnen und Patienten des API

	primärer Alkoholismus	sekundärer Alkoholismus
Frauen	6 %	94 %
Männer	43 %	57 %

Quelle: Springer et al. (2006)

Da alkoholkranke Frauen in Österreich diesem Ergebnis entsprechend fast ausschließlich dem sekundären Alkoholismus zurechenbar sind, während fast die Hälfte der alkoholkranken Männer dem primären Alkoholismus zuzurechnen ist, entspricht das Durchschnittsprofil einer alkoholkranken Frau jenem des sekundären Alkoholismus, während das Durchschnittsprofil eines alkoholkranken Mannes eine Mischung aus primärem und sekundärem Alkoholismus darstellt. Anschaulicher formuliert: Wenn zu einer stark psychiatrisch auffälligen Gruppe eine relevante Anzahl weniger auffälliger Personen dazukommt, wird die Gruppe größer, gleichzeitig aber das Durchschnittsprofil unauffälliger. Die Vorstellung der erhöhten Alkoholvulnerabilität von Frauen ist im Licht dieses Befundes keinesfalls aufrechthalten.

6.9 Übermortalitätsbias und Unterschätzung von Alkoholproblemen im Alter

Wird der Verlauf des Alkoholkonsums nach Altersgruppen analysiert, ergibt sich bei unterschiedlichen Konsumindikatoren ein Peak auf Personen zwischen 40 und 60 Jahren (vgl. Abbildung 13). Daraus sollte aber nicht naiv empiristisch abgeleitet werden, dass viele Personen im hohen Alter deutlich weniger Alkohol konsumieren. Vielmehr kommt dieser Effekt dadurch zustande, dass

alkoholkranken Personen bzw. Personen, die nicht an Alkoholismus erkrankt sind, aber überdurchschnittlich große Menge von Alkohol konsumieren, erheblich früher sterben als Personen, die Alkohol maximal in moderatem Ausmaß konsumieren. Diese Übermortalität stark konsumierender Personen führt dazu, dass Alkoholprobleme im Alter tendenziell unterschätzt werden.

6.10 Alkohol am Arbeitsplatz

Exzessiver Alkoholkonsum und Alkoholismus verursachen vielen Betrieben empfindliche Kosten. Es existiert eine Reihe gesetzlicher Bestimmungen, die den Alkoholkonsum in Zusammenhang mit bestimmten beruflichen und andersartigen Tätigkeiten beschränken (Reissner 2015) und für den Fall des Zu widerhandelns direkte oder indirekte Konsequenzen vorsehen (für eine ausführliche Beschreibung der rechtlichen Rahmenbedingungen vgl. „HBAÖ, Band 2: Gesetzliche Grundlagen“).

Betriebliche Alkoholpräventionsprogramme sind inzwischen in Österreich etabliert und werden etwa über die Fachstellen für Suchtprävention angeboten. Als besonders erfolgreich in diesem Zusammenhang erweisen sich umfassende Programme, die universalpräventive Maßnahmen (Verringerung der Belastungen am Arbeitsplatz, Angebot alkoholfreier Getränke in Kantinen und bei Betriebsfeiern etc.), selektive Präventionsmaßnahmen (Früherkennung Gefährdeter, Motivationsgespräche etc.) und indizierte Präventionsmaßnahmen, d. h. die Behandlung bereits erkrankter Mitarbeiter:innen (über sogenannte Stufenprogramme) kombinieren (Beiglböck 1994).

Beiglböck et al. (2015) weisen auf eine Reihe von Problemen in österreichischen Unternehmen hin, die Alkoholprobleme begünstigen und eine erfolgreiche Reduktion der Probleme erschweren. Diese lassen sich schlagwortartig wie folgt zusammenfassen:

- Alkoholabhängige Mitarbeiter:innen werden in Schutz genommen.
- Alkoholprobleme der Mitarbeiter:innen werden bagatellisiert.
- Alkoholmissbrauch ist ein Tabu.
- Das Problem wird erst thematisiert, wenn die Situation verfahren ist.
- fehlende Problemeinsicht der Führungskräfte
- fehlende Information der Führungskräfte über Alkohol, Alkoholismus, Früherkennung etc.
- Führungsverantwortung wird in diesem Bereich nicht wahrgenommen.
- Bierautomaten im Unternehmen trotz offiziellen Alkoholverbots
- Ausschank von Alkohol bei externen Schulungen auf Kosten des Unternehmens
- Alkoholabhängigkeit wird durch Co-Alkoholismus gefördert.
- keine Unterstützung für Führungskräfte, falls sie aktiv werden
- schwierige Trennung von alkoholabhängigen Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern

6.11 Alkohol im Straßenverkehr

In Relation zu anderen alkoholpolitischen Bereichen ist der Themenkomplex „Alkohol und Straßenverkehr“ in Österreich traditionell sehr ausführlich geregelt. Wesentliche rezente Veränderungen in der gesetzlichen Regelung von Alkohol betreffen die Senkung des maximal zulässigen

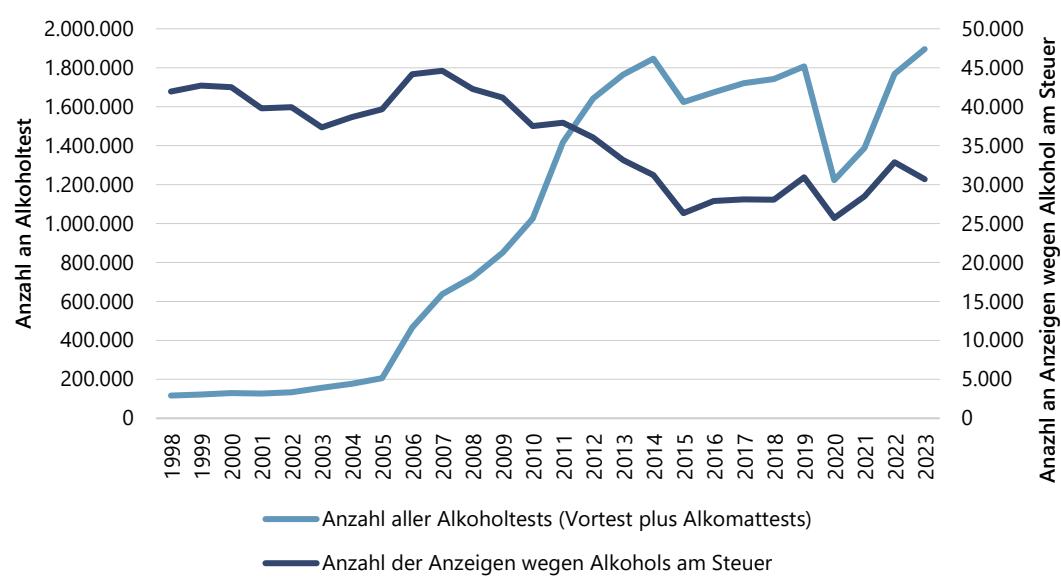
Blutalkoholgehalts für Lenker:innen von Kraftfahrzeugen von 0,8 Promille auf 0,5 Promille¹⁶⁷ im Jahr 1998 sowie die Ausweitung des Einsatzes von Alkoholmessgeräten („Alkomaten“) seit den 1990er-Jahren und der Einsatz von Vortestgeräten seit 2005.

Eine ausführliche Darstellung der gesetzlichen Grundlagen, deren historischer Entwicklung von Sanktionsmöglichkeiten bei Vergehen sowie Zahlenmaterial und Hintergrundinformationen zu Verkehrsstatistiken befindet sich in „HBAÖ, Band 2: Gesetzliche Grundlagen“.

Zwei wesentliche Entwicklungen der Verkehrsstatistik können hervorgehoben werden:

Erstens wurde in den letzten Jahrzehnten die Kontrollfrequenz erheblich erhöht, ohne dass dies zu einem Anstieg der Anzeigen wegen Alkohols am Steuer geführt hat (vgl. Abbildung 8), was auf eine deutliche Sensibilisierung der Verkehrsteilnehmer:innen in Bezug auf das Thema Alkohol hinweist.

Abbildung 8: Entwicklung der Alkoholtest- und der Anzeigenanzahl wegen Alkohols am Steuer



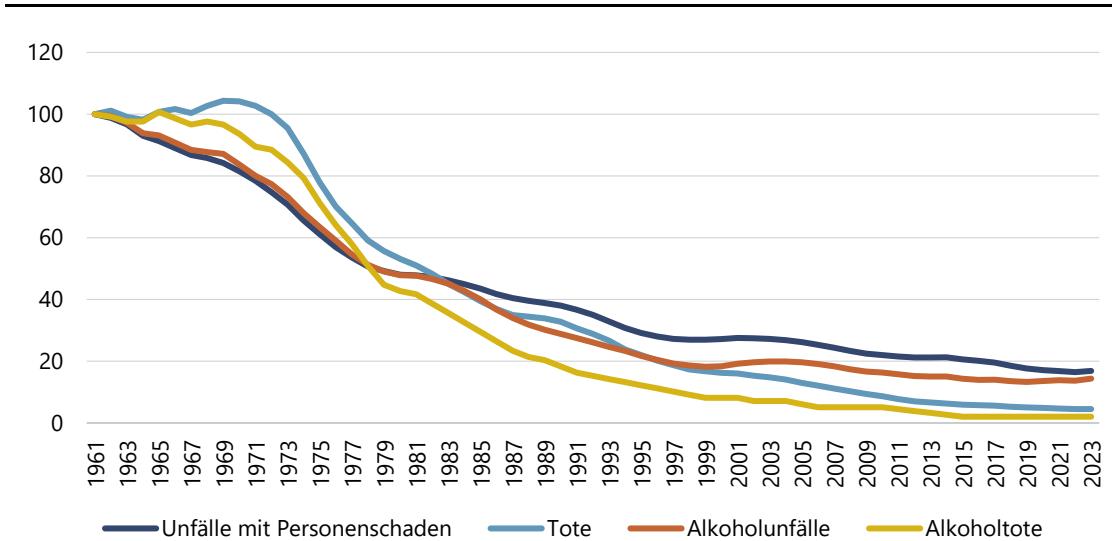
Quelle: Verkehrsüberwachung Alkohol (BMI 2024); Darstellung: GÖG

Zweitens ist in einer längerfristigen Perspektive ein deutlicher Rückgang alkoholassozierter Todesfälle und Unfälle im Straßenverkehr zu beobachten. Waren im Jahr 1961 noch 3.641 alkoholassoziierte Verkehrsunfälle zu verzeichnen und 268 alkoholassoziierte Todesopfer im Straßenverkehr zu beklagen, sanken diese Werte bis zum Jahr 2023 auf 2.676 alkoholassoziierte Unfälle und 26 alkoholassoziierte Verkehrstodesopfer. Dieser Rückgang steht im Einklang mit einer generellen drastischen Zunahme der Verkehrssicherheit in Österreich. Trotz einer deutlichen Zunahme der Anzahl der Personenkraftwagen (Pkw) bei einer annähernd gleichbleibenden Anzahl gefahrener

¹⁶⁷ Fahruntüchtigkeit im Sinne eines vorübergehenden Zustands, in dem die betroffene Person nicht mehr die volle Herrschaft über ihren Geist und ihren Körper besitzt, kann allerdings auch schon bei einer deutlich geringen Alkoholisierung als 0,5 Promille gegeben sein. Darüber hinaus gilt für manche Personengruppe die 0,1-Promille-Grenze, z. B. für Probeführerscheinbesitzer:innen, Lenker:innen von Fahrzeugen der Klasse C (Lkw) und D (Busse) oder Lenker:innen von Fahrzeugen im Linienverkehr. Für Radfahrer:innen gelten nach wie vor 0,8 Promille als Grenzwert.

Kilometer pro Pkw konnte durch unterschiedliche Maßnahmen die Anzahl der Unfälle, Verletzten und Verkehrstoten deutlich gesenkt werden. Der Rückgang alkoholassozierter Unfälle, Verletzter und Verkehrstoter fällt dabei noch deutlicher aus als jener dieser drei Indikatoren insgesamt. In Abbildung 9 wird diese Entwicklung in Relation zur Anzahl zugelassener Personenkraftwagen dargestellt, wobei das Jahr 1962 als Indexjahr (= 100 %) herangezogen wird.

Abbildung 9: Entwicklung von alkoholassoziierten Unfällen und Verkehrstoten sowie Unfällen, Verletzten und Verkehrstoten insgesamt, jeweils in Relation zur Anzahl zugelassener Personenkraftwagen



Ausgangswerte aus dem Jahr 1961 = 100 %; Kurve geglättet auf Basis von Gleitmittelwerten über fünf Jahre. Durch unterschiedliche Änderungen in der Definition Alkoholtoter, durch die Umstellung der Höhe des gesetzlich erlaubten maximalen Blutalkoholspiegels sowie durch Änderungen in der Datenerfassung ist die Vergleichbarkeit über diesen langen Zeitraum nur mit deutlichen Einschränkungen gegeben. Für Details dieser Berechnungsgrundlagen vergleiche „HBAÖ, Band 1: Statistiken und Berechnungsgrundlagen“.

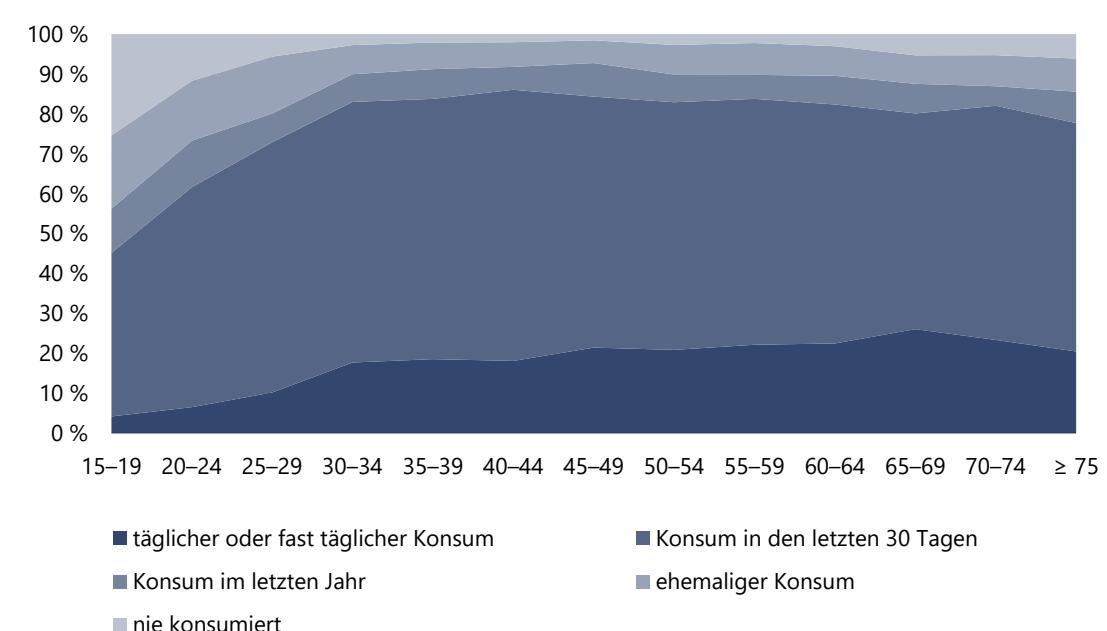
Quelle: Straßenverkehrsunfälle mit Personenschaden (Statistik Austria 2024c); Darstellung: GÖG

7 Alkoholkonsum in Österreich

7.1 Charakteristik und Entwicklung des Alkoholkonsums in Österreich

Alkohol¹⁶⁸ ist jene psychoaktive Substanz, mit der in Österreich die meisten Personen Erfahrungen machen. Im Gegensatz zu illegalen psychoaktiven Substanzen, aber auch im Vergleich zu Tabak ist Alkoholkonsum für viele Menschen ein relativ konstantes Verhalten im Lebensverlauf: Alkohol wird von vielen Personen bereits sehr früh, aber auch noch bis ins hohe Alter konsumiert, und es gibt nur sehr wenige Personen, die im Laufe ihres Lebens komplett aufhören, Alkohol zu konsumieren. Ein weiteres Spezifikum des Alkohols ergibt sich daraus, dass zwar in allen Altersgruppen eine deutliche Mehrheit der Personen aktuell Alkohol konsumiert (d. h. innerhalb der letzten 30 Tage Alkohol getrunken hat), aber nur ein relativ geringer Prozentsatz dies täglich oder fast täglich tut¹⁶⁹, wobei dieser Anteil tendenziell mit zunehmendem Alter ansteigt (vgl. Abbildung 10).

Abbildung 10: Prävalenz von Alkoholkonsum nach Altersgruppen



Quelle: Repräsentativerhebung zu Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial 2020 (Strizek et al. 2021); Darstellung: GÖG

Laut der Repräsentativerhebung zu Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial (Strizek et al. 2021) haben über alle Altersgruppen hinweg etwa 18 Prozent der Befragten in den letzten zwölf Monaten **täglich oder fast täglich** Alkohol getrunken, wobei dies Männer deutlich häufiger tun (ca. 25 %)

¹⁶⁸ Teile dieses Kapitels werden auch jährlich im „Epidemiologiebericht Sucht“ (Anzenberger et al. 2024) publiziert.

¹⁶⁹ definiert als Alkoholkonsum an 5 bis 6 Tagen pro Woche

als Frauen (12 %). Die Gesundheitsbefragung ATHIS (Klimont 2020) kommt auf deutlich niedrigere Werte (8,9 % für Männer bzw. 2,5 % für Frauen), die allerdings zum Teil dadurch zustande kamen, dass hier im Gegensatz zur Repräsentativerhebung Rohwerte und nicht „korrigierte“ Werte¹⁷⁰ verwendet wurden.

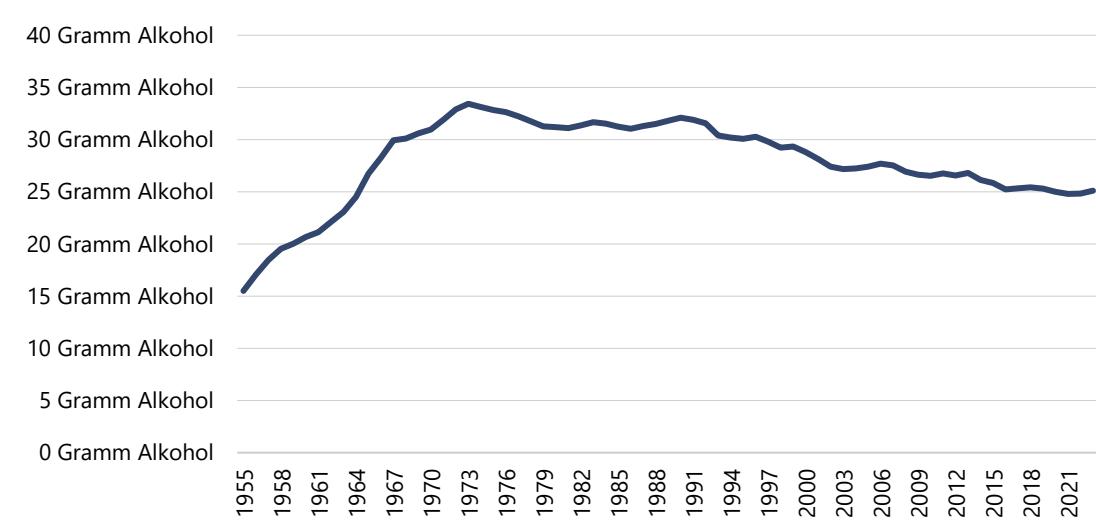
Etwa jeder achte Mann (13 %) und jede siebte Frau (16 %) in Österreich lebte laut Repräsentativerhebung zu Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial in den letzten zwölf Monaten **alkoholabstinent oder zumindest fast abstinent**¹⁷¹, wobei hier die österreichische Gesundheitsbefragung auf etwas höhere ähnliche Werte (16 % der Männer und 24 % der Frauen) kommt. Vollkommen abstinent lebten laut der Repräsentativerhebung vier Prozent der männlichen und sechs Prozent der weiblichen Befragten (Strizek et al. 2021).

In einer langfristigen Perspektive verlief der Pro-Kopf-Konsum in den letzten hundert Jahren im Wesentlichen parallel zur wirtschaftlichen Entwicklung, sank während der beiden Weltkriege und während der Großen Depression Ende der Zwanzigerjahre auf ein sehr niedriges Niveau und nahm danach jeweils wieder langsam zu (Eisenbach-Stangl 1994a). In Abbildung 11 ist der Pro-Kopf-Konsum-Verlauf in Österreich, bezogen auf die Gesamtbevölkerung ab 15 Jahren, von 1950 bis 2023 dargestellt. Der Verlauf der Werte zeigt, dass nach dem Erreichen des Maximalwerts von 33,7 g/Tag im Jahre 1973 der durchschnittliche Konsum leicht abnahm und in weiterer Folge bis Anfang der 1990er-Jahre konstant zwischen 31 und 32 g/Tag schwankte. Ab 1993 ist hingegen eine deutliche Trendwende in Form eines kontinuierlichen und anhaltenden Rückgangs des Durchschnittskonsums erkennbar. Dieser Trend steht im Einklang mit ähnlichen Beobachtungen in Deutschland (Bühringer et al. 2000) sowie mit der Beobachtung eines rückläufigen Alkoholkonsums unter Jugendlichen in vielen westlichen Industriestaaten (Kraus et al. 2018; Pennay et al. 2018). Im Jahr 2023 wurden in der erwachsenen Bevölkerung ab 15 Jahren pro Kopf etwa 25 Gramm Alkohol pro Tag konsumiert. Diese Menge entspricht etwas mehr als einem großen Bier oder einem Viertelliter leichten Weines.

¹⁷⁰ Die Sinnhaftigkeit eines solchen Korrekturverfahrens ergibt sich dadurch, dass wiederholt und in unterschiedlichen Ländern festgestellt wurde, dass die auf Basis von Selbstanzeigen errechneten durchschnittlichen Alkoholkonsummengen aus unterschiedlichen Gründen bloß rund 30 bis 40 Prozent des Pro-Kopf-Konsums abbilden (Rehm et al. 2004a). Hinsichtlich der Grundlagen und Details des Korrekturverfahrens vergleiche Strizek et al. (2016). Die Vergleichbarkeit von Indikatoren eines stärkeren oder problematischen Alkoholkonsums mit jenen anderer Erhebungen (wie etwa der österreichischen Gesundheitsbefragung ATHIS) ist dadurch stark eingeschränkt.

¹⁷¹ Dies umfasst die Kategorien „primär Abstinente“ (= nie getrunken), „sekundär Abstinente“ (= früher getrunken, aber nicht mehr in den letzten 12 Monaten) und „sekundär Fastabstinente“ (= maximal fünfmaliger Konsum in den letzten 12 Monaten).

Abbildung 11: Verlauf des durchschnittlichen Pro-Kopf-Konsums für Personen ab 15 Jahren in Gramm Alkohol (1955–2023)



Die Werte sind mittels gleitender Mittelwerte über drei Werte geglättet.

Quelle: Handbuch Alkohol Österreich, Band 1: „Statistiken und Berechnungsgrundlagen“; Darstellung: GÖG

Die Vorliebe der Österreicher:innen für bestimmte alkoholische Getränkekategorien sind langfristig nur geringen Schwankungen unterworfen. Als Konstante über die letzten 60 Jahre wird deutlich, dass etwa 80 Prozent des konsumierten Alkohols in Form von Bier und Wein getrunken werden. Der Stellenwert des Bieres schwankte von 1955 bis 2024 zwischen 45 Prozent und 54 Prozent Anteil am Reinalkoholkonsum. Der Stellenwert des Weines schwankte – diametral zum Bier – zwischen 27 Prozent und 37 Prozent. Spirituosen schwankten im ganzen Zeitraum zwischen zehn und 16 Prozent. Bei Most wird von 1955 bis 1993 ein konstanter Wert von sechs Prozent, dann bis 2003 ein konstanter Rückgang auf drei Prozent und danach ein konstanter Wert von drei Prozent angenommen. Da es keine regelmäßigen Statistiken über den Mostkonsum gibt, mussten die Zwischenräume zwischen jenen Zeitpunkten, für die Daten vorliegen, linear interpoliert werden.

Die Vorrangstellung von Bier ist insbesondere durch männliche Konsumvorlieben geprägt: Bei den befragten Männern entfallen 62 Prozent der Gesamtkonsummenge auf Bier, während bei Frauen Wein das mit Abstand am meisten konsumierte alkoholische Getränk ist (64 % der gesamten Alkoholkonsummenge). Je höher der formale Bildungsgrad, desto höher ist auch der Anteil von Wein an der Gesamtalkoholkonsummenge: Bei Personen mit Pflichtschule als höchster Ausbildung liegt der Anteil von Wein bei 27 Prozent, bei Personen mit Matura als höchster Ausbildung hingegen bei 48 Prozent der gesamten Alkoholkonsummenge (für Details vergleiche „HBAÖ, Band 1: Statistiken und Berechnungsgrundlagen“).

7.2 Alkoholkonsum Jugendlicher

Auch die große Mehrheit (82 %) der 14- bis 17-jährigen Jugendlichen hat laut ESPAD-Erhebung¹⁷² von 2024 (Strizek et al. 2025) zumindest schon einmal im Leben Alkohol getrunken. Sechs von zehn befragten Schülerinnen/Schülern haben in den letzten 30 Tagen Alkohol konsumiert. Referenzwerte aus der HBSC-Studie von 2021/22 (Felder-Puig et al. 2023) kommen auf geringfügig niedrigere Werte.

Etwa jede:r Fünfte der in ESPAD befragten Jugendlichen trinkt regelmäßig oder berichtet davon, in den letzten 30 Tagen mindestens einmal stärker berauscht gewesen zu sein; Rauscherfahrungen können zwar das Risiko – etwa von Verletzungen – erhöhen, stellen aber nicht zwangsläufig einen brauchbaren Indikator für problematischen Konsum dar, weil sie – sofern sie nicht regelmäßig stattfinden und bewusst herbeigeführt werden – auch ein Indiz für mangelnde Konsumerfahrungseinheit sein können. Allerdings geben etwa drei Prozent der Befragten an, dass sie in den letzten 30 Tagen sechsmal oder häufiger stark berauscht gewesen seien. Auch andere Indikatoren eines potenziell problematischen Alkoholkonsums aus der ESPAD-Studie weisen darauf hin, dass etwa vier bis fünf Prozent der befragten Schüler:innen ein Konsumverhalten zeigen, das aufgrund von Konsumfrequenz (Konsum an 20 von 30 Tagen) und Konsummenge (mehr als 40 bzw. 60 Gramm Alkohol pro Tag) längerfristig mit einem relevanten Gesundheitsrisiko assoziiert ist. Neun Prozent weisen zumindest einen Indikator für einen stark risikobehafteten Alkoholkonsum auf (Strizek et al. 2025).

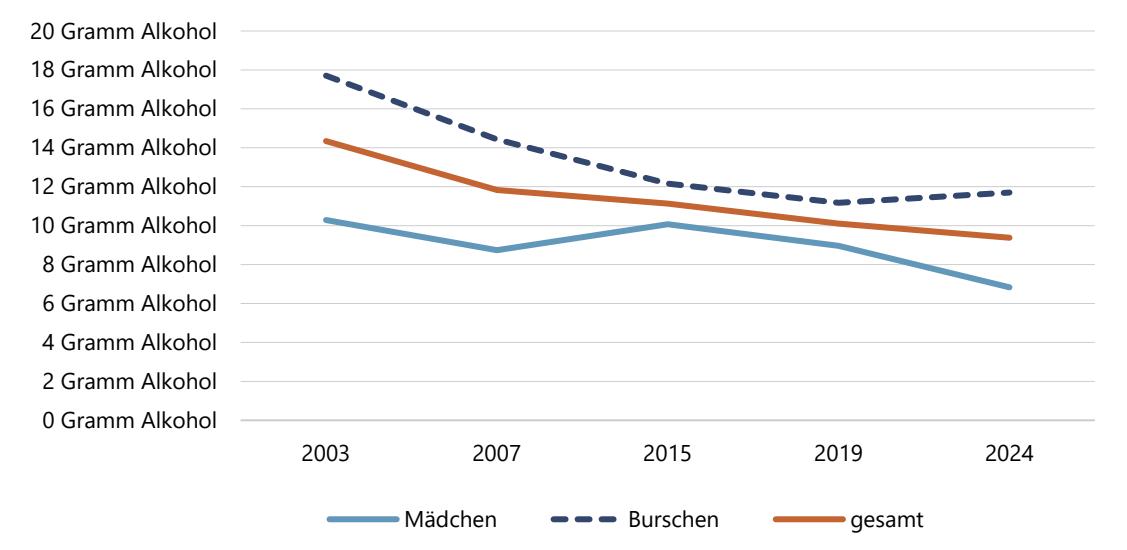
In Summe fallen Geschlechterunterschiede im Alkoholkonsumverhalten sowohl laut ESPAD als auch laut HBSC bei Jugendlichen entschieden weniger eindeutig aus als bei erwachsenen Personen. Burschen trinken tendenziell genauso oft Alkohol wie Mädchen, aber im Durchschnitt größere Mengen. Ein ähnliches Bild zeigt sich laut ESPAD 2024 auch in Hinblick auf Unterschiede zwischen Schultypen. Schüler:innen aus polytechnischen Schulen und Berufsschulen trinken tendenziell genauso oft wie Schüler:innen aus weiterführenden Schulen, aber im Durchschnitt größere Mengen und häufiger risikoreich (Strizek et al. 2025).

Im Zeitverlauf zeigt sich zwischen den ESPAD-Erhebungen von 2003, 2007, 2015, 2019 und 2024 insgesamt ein Rückgang des Alkoholkonsums unter Jugendlichen: So stieg etwa der Anteil lebenszeitabstinenter Jugendlicher sei 2007 von 4 Prozent auf 18 Prozent im Jahr 2024 und sank im selben Zeitraum der Anteil aktueller Konsumentinnen und Konsumenten (von 79 % auf 57 %). Auch der tägliche Durchschnittskonsum sank im selben Zeitraum von 14 Gramm auf 9 Gramm (vgl. Abbildung 12) und verdeutlicht darüber hinaus, dass sich Mädchen und Burschen in ihrem Konsumverhalten einander zunehmend angleichen (Strizek et al. 2025). Auch Zeitreihen auf Basis der HBSC-Erhebung weisen auf einen rückläufigen Trend bei Alkoholkonsumindikatoren hin (Felder-Puig et al. 2023). Insgesamt steht die Entwicklung in Österreich im Einklang mit Ergebnissen der internationalen Forschungsliteratur, die in einer Vielzahl von (westlichen) Ländern einen Rückgang des jugendlichen Alkoholkonsums beschreibt (ESPAD Group 2020). Bisherige Forschungsergebnisse konnten für diese Entwicklung keine überzeugende monokausale Erklärung

¹⁷² Daten in Bezug auf Alkoholkonsum unter Jugendlichen entstammen im Wesentlichen zwei im Vier-Jahres-Rhythmus durchgeführten Schulerhebungen, die allerdings nicht exakt dieselbe Zielgruppe erfassen. Die Erhebung European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) zielt auch auf Jugendliche in der 9. und 10. Schulstufe ab, die zwischen 14 und 17 Jahre alt sind, aber größtenteils auf 15- und 16-jährige Schüler:innen. Inhalt der Erhebung sind ausschließlich der Konsum von und die Einstellungen zu psychoaktiven Substanzen. Die Erhebung Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) erfasst unabhängig von der Schulstufe 11-, 13-, 15- und 17-jährige Schüler:innen und hat allgemeine Aspekte des Gesundheitsverhaltens zum Inhalt (vgl. Kap. 3.4.2).

finden und verweisen stattdessen auf eine tiefergreifende und kulturelle Veränderung der Bedeutung und sozialen Funktion von Alkohol im Leben Jugendlicher (Ball et al. 2024; Pape et al. 2018; Vashishtha et al. 2019).

Abbildung 12: Durchschnittskonsum pro Tag nach Geschlecht (in Gramm Alkohol)

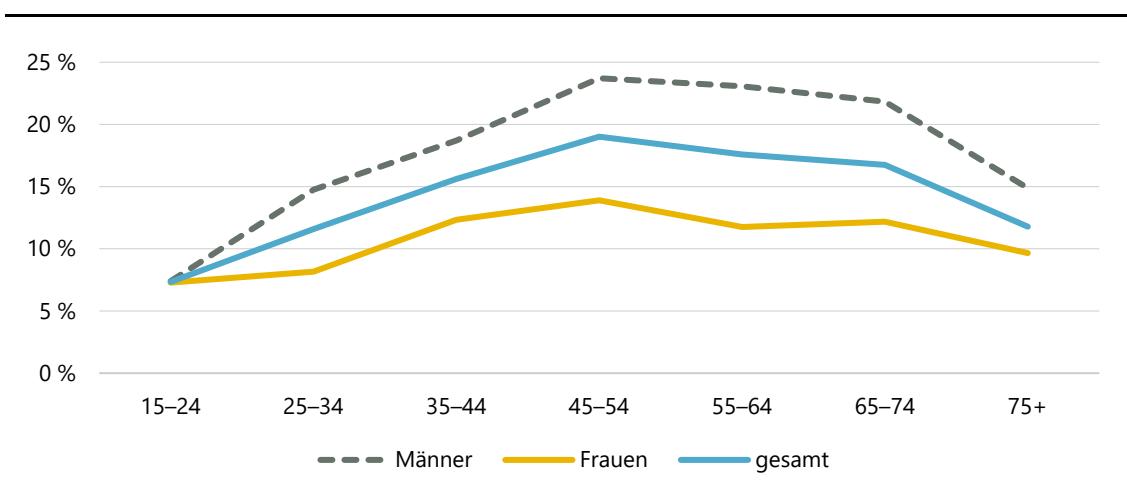


Quelle: ESPAD 2024 (Strizek et al. 2025); Darstellung: GÖG

7.3 Problematischer Alkoholkonsum in der erwachsenen Bevölkerung

Schwerwiegende gesundheitliche Probleme durch Alkoholkonsum ergeben sich in erster Linie durch die toxische Wirkung des chronischen Missbrauchs, d. h. eines Konsums großer Mengen Alkohols über einen längeren Zeitraum oder durch die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit. In beiden Fällen trifft dieses Problem durch die Latenzzeit der Erkrankungen in erster Linie erwachsene Personen. Als Grenzwerte für eine Konsummenge, ab der ein deutlich erhöhtes Risiko einer Gesundheitsgefährdung für gesunde erwachsene Personen gegeben ist, werden in Österreich seit vielen Jahren ein täglicher Konsum von 40 Gramm Reinalkohol für Frauen bzw. 60 Gramm Reinalkohol für Männer definiert (vgl. Kap. 4.2). Werden diese Grenzwerte auf die korrigierten Angaben (vgl. Fußnote 170) der Repräsentativerhebung zu Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial 2020 angewandt, zeigen 15 Prozent der Befragten (19 % der Männer bzw. 11 % der Frauen) einen gesundheitsgefährdenden Alkoholkonsum. Abbildung 13 verdeutlicht nicht nur die enormen Geschlechterunterschiede, sondern auch den Umstand, dass problematischer Alkoholkonsum bis ins höhere Erwachsenenalter (50 bis 60 Jahre) ansteigt und erst danach – unter anderem aufgrund der erhöhten Mortalität alkoholkranker Personen – wieder deutlich abnimmt.

Abbildung 13: Problematischer Konsum (mehr als 40 g bzw. 60 g Alkohol pro Tag) nach Geschlecht und Alter



Quelle: Repräsentativerhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial (Strizek et al. 2021); Darstellung: GÖG

Im Zeitverlauf zeigt sich – auf Basis von fünf Erhebungswellen (1994, 2004, 2008, 2015 und 2020) mit identischen Berechnungsweisen – eine leichte Abnahme des Anteils problematischer Konsumentinnen/Konsumenten von 18 Prozent (1994) auf 15 Prozent (2020).

7.4 Prävalenz, Gesamtlebenszeitprävalenz und Inzidenz des Alkoholismus in Österreich

Anhand der Spitalsentlassungsdiagnosen, des Anteils erstmals behandelter alkoholkranker Personen im Anton Proksch Institut und einer Dunkelzifferabschätzung hat Uhl (1994) grob geschätzt, dass im Querschnitt rund fünf Prozent der Österreicher:innen ab dem 16. Geburtstag als „chronisch alkoholkranke Personen“ im Sinne von ICD-10 zu klassifizieren sind (Prävalenz). Bei 7,8 Millionen Österreicherinnen und Österreichern in der Altersgruppe ab dem 15. Geburtstag ergibt das für das Jahr 2024 rund 392.000 chronisch alkoholkranke Männer und Frauen. Im Rahmen eines Suchtberichts für das Bundesland Vorarlberg (Haller et al. 2018) wurde die Schätzmethode repliziert und ein Wert von vier Prozent errechnet.

Von dieser Dunkelzifferschätzung deutlich unterschieden werden Prävalenzschätzung zur Anzahl alkoholkranker Personen, die ausschließlich auf den empirischen Ergebnissen von Befragungsdaten beruhen. Diese Ergebnisse sind aufgrund unterschiedlicher Faktoren (etwa infolge von „undersampling“ tatsächlicher Problemkonsumentinnen und -konsumenten sowie fehlerhafter Angaben der Befragten) sehr unverlässlich.

Tabelle 20: Prävalenz, Gesamtlebenszeitprävalenz und Inzidenz des chronischen Alkoholismus in Österreich

	Männer	Frauen	Gesamt
Prävalenz (Zahl der alkoholkranken Personen im Querschnitt)	7,5 % der Jugendlichen und Erwachsenen ab dem 15. Geburtstag, ca. 280.000 Personen	2,5 % der Jugendlichen und Erwachsenen ab dem 15. Geburtstag, ca. 100.000 Personen	5 % der Jugendlichen und Erwachsenen ab dem 15. Geburtstag, ca. 392.000 Personen
Gesamtlebenszeitprävalenz (Zahl jener, welche die Krankheit im Laufe ihres Lebens durchmachen)	14 % der Geborenen	6 % der Geborenen	10 % der Geborenen
Inzidenz (Neuerkrankungsrate beim chronischen Alkoholismus pro Jahr)	0,19 % ¹⁷³ der männlichen Bevölkerung, ca. 8.600 Personen	0,07 % ¹⁷⁴ der weiblichen Bevölkerung, ca. 3.300 Personen	0,13 % der Bevölkerung, ca. 11.900 Personen

Kommentar: Die Berechnungen zur Gesamtlebenszeitprävalenz und Inzidenz werden in den folgenden Kapiteln durchgeführt und erklärt. Absolutzahlen, berechnet für das Jahr 2021 auf Basis des Bevölkerungsstands zur Jahresmitte

Quelle: Uhl (1994)

Der in der Literatur unübliche Begriff **Gesamtlebenszeitprävalenz** wird an dieser Stelle gewählt, um eine klare Abgrenzung zur gebräuchlichen Interpretation von „Lebenszeitprävalenz“ als „Auftrittsrate im bisherigen Leben der Zielpersonen“ (d. h. von der Geburt bis zum Erhebungszeitpunkt) zu erreichen. Die Gesamtlebenszeitprävalenz im von den Autorinnen/Autoren vorgesehenen Sinne ist die geschätzte Auftrittsrate eines Phänomens von der Geburt bis zum Tod eines Menschen.

Durchschnittlich erkranken Männer im 26. Lebensjahr und Frauen im 34. Lebensjahr an Alkoholismus (Uhl 1994). Nach Bühringer et al. (2000) ist die Lebenserwartung alkoholkranker Frauen um durchschnittlich 20 Jahre und jene alkoholkranker Männer um durchschnittlich 17 Jahre reduziert. Aus dem Umstand, dass alkoholkranke Menschen im Durchschnitt deutlich nach dem 15. Geburtstag an Alkoholismus erkrankt sind und um viele Jahre früher sterben als nichtalkoholkranke Menschen, ergibt sich, dass die Gesamtlebenszeitprävalenz (die Zahl jener Personen, die im Laufe ihres Lebens an Alkoholismus erkranken) erheblich höher sein muss als die Alkoholismusprävalenz (Anteil der alkoholkranken Personen an den ab 15-Jährigen im Querschnitt).

Geht man für Männer von einer durchschnittlichen Lebenserwartung von 75 Jahren aus und nimmt man an, dass die Alkoholkranken unter ihnen durchschnittlich mit 26 Jahren beginnen, pathologisch zu trinken, sowie um 17 Jahre früher sterben, so ergibt sich, dass die Gesamtlebenszeitprävalenz 1,88-mal¹⁷⁵ so hoch ist wie die Prävalenz im Querschnitt. 7,5 Prozent Prävalenz bedeuten demnach, dass – gleichbleibende Bedingungen vorausgesetzt – rund 14 Prozent der österreichischen Männer im Laufe ihres Lebens an chronischem Alkoholismus erkranken werden (vgl. Tabelle 20 und Abbildung 10).

¹⁷³ ausgehend von einer durchschnittlichen Lebenserwartung von 75 Jahren

¹⁷⁴ ausgehend von einer durchschnittlichen Lebenserwartung von 81 Jahren

¹⁷⁵ $(75-17) : ([75-17] - 26) = 1,88$

Geht man für Frauen von einer durchschnittlichen Lebenserwartung von 81 Jahren aus und nimmt man an, dass alkoholkranke Frauen durchschnittlich mit 34 Jahren beginnen, pathologisch zu trinken, sowie um 20 Jahre früher sterben, so ergibt sich, dass die Gesamtlebenszeitprävalenz 2,44-mal¹⁷⁶ so hoch ist wie die Prävalenz im Querschnitt. 2,5 Prozent Prävalenz bedeuten demnach, dass – gleichbleibende Bedingungen vorausgesetzt – rund sechs Prozent der österreichischen Frauen im Laufe ihres Lebens an chronischem Alkoholismus erkranken werden (vgl. Tabelle 20).

Weil das Verhältnis zwischen männlichen und weiblichen Geburten annähernd ausgewogen ist, bedeuten 14 Prozent Gesamtlebenszeitprävalenz bei Männern und sechs Prozent bei Frauen, dass die Gesamtlebenszeitprävalenz für die Bevölkerung zehn Prozent¹⁷⁷ beträgt. Fünf Prozent Prävalenz im Querschnitt der Gesamtbevölkerung ab 15 Jahren bedeuten demnach, dass – gleichbleibende Bedingungen vorausgesetzt – rund jede zehnte Österreicherin / jeder zehnte Österreicher im Laufe ihres/seines Lebens an chronischem Alkoholismus erkranken wird (vgl. Tabelle 20).¹⁷⁸

Bei einer Gesamtlebenszeitprävalenz von 14 Prozent (Männer) bzw. sechs Prozent (Frauen), einer durchschnittlichen Lebenserwartung von rund 75 Jahren (Männer) bzw. 81 Jahren (Frauen) ergibt sich ferner, dass rund 0,19 Prozent der Männer, 0,07 Prozent der Frauen bzw. 0,13 Prozent aller Österreicher:innen pro Jahr an chronischem Alkoholismus neu erkranken (**Inzidenz**). Bei einer Wohnbevölkerung von ca. 9,1 Millionen Menschen entspricht eine Inzidenz von 0,13 Prozent rund 11.900 Neuerkrankungen jährlich.

7.5 Entwicklung der Behandlung von Alkoholismus nach Geschlecht

Auch wenn der Anteil der Problemkonsumenten an allen Männern nach wie vor deutlich höher ist als jener der Problemkonsumentinnen an allen Frauen und obgleich auch der Durchschnittskonsum von Männern deutlich höher ist als jener von Frauen, werden tendenziell diese Unterschiede immer geringer (vgl. Kap. 5.6). Dies ergeben sowohl Befragungsdaten in Bezug auf die Gesamtbevölkerung und solche zum Konsumverhalten von Schülerinnen und Schülern als auch Daten aus der Alkoholismusbehandlung.

Daten bezüglich medizinischer Behandlung akuter und chronischer Folgen des übermäßigen Alkoholkonsums stehen ausschließlich aus dem stationären Versorgungsbereich zur Verfügung, zur Behandlung im ambulanten Bereich liegen keine österreichweiten Daten vor.

Im Jahr 2023 entfielen auf 100.000 österreichische Männer etwa 149 stationäre Behandlungen, bei denen die Hauptdiagnose „Alkoholabhängigkeit“ gestellt wurde (in absoluten Zahlen: gerundet 6.700 Aufnahmen). Auf 100.000 Österreicherinnen entfielen 66 einschlägige stationäre Aufnahmen in Krankenanstalten (in absoluten Zahlen: gerundet 3.100 Aufnahmen). Als Folge der Coronapandemie kam es hier im Jahr 2020 zu einem deutlichen und kurzfristigen Einbruch im Vergleich zu den Vorjahren; die Behandlungszahlen für 2023 liegen dennoch deutlich unter den

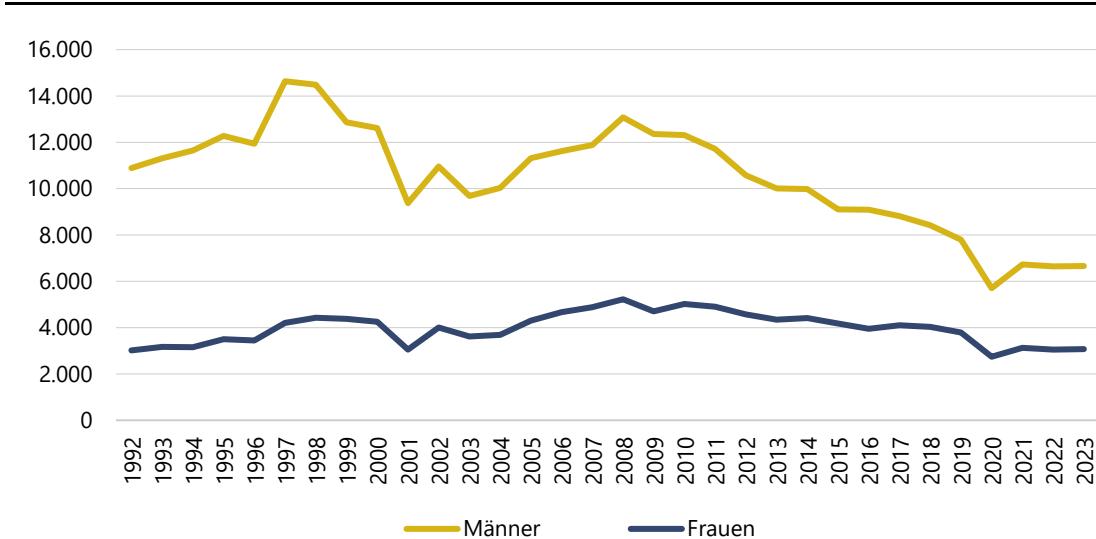
¹⁷⁶ $(81-15) : ([81-20] - 34) = 2,44$

¹⁷⁷ $(6 \% + 14 \%) : 2 = 10 \%$

¹⁷⁸ Daraus folgt, dass auch 10 Prozent der Verstorbenen zum Zeitpunkt ihres Todes entweder ehemalige Alkoholkranke waren oder bis zu ihrem Tod Alkoholkranke blieben.

Werten, die vor der COVID-19-Pandemie erhoben wurden. Unabhängig davon hatte sich aber schon zuvor ein stark rückläufiger Trend der Aufnahmen bei Männern gezeigt und kam es langfristig zu einer Angleichung zwischen der Anzahl der Aufnahmen von Männern und der Anzahl jener von Frauen. In absoluten Zahlen ist diese Entwicklung Abbildung 14 zu entnehmen.

Abbildung 14: Entwicklung der Anzahl stationärer Aufenthalte wegen Alkoholabhängigkeit für Männer und Frauen



Anmerkung: Alkoholabhängigkeit umfasst die Diagnosecodes F10.2 und F10.3.

Quelle: Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten (Statistik Austria); Details vgl. „HBAÖ, Band 1: Statistiken und Berechnungsgrundlagen“; Darstellung: GÖG

Der Frauenanteil an den behandelten Personen mit Hauptdiagnose „Alkoholismus“ ist somit von 22 Prozent im Jahr 1992 auf rund 32 Prozent im Jahr 2023 angestiegen.¹⁷⁹ Für einen Trend in Richtung Zunahme des relativen Anteils alkoholkranker Frauen im letzten Jahrzehnt spricht auch, dass im gleichen Zeitraum ein Anstieg des Frauenanteils bei der Nebendiagnose „Alkoholismus“ von 18 Prozent auf 29 Prozent festzustellen war (für Details vgl. „HBAÖ, Band 1: Statistiken und Berechnungsgrundlagen“).

7.6 Durchschnittlicher Alkoholkonsum alkoholkranker und nichtalkoholkranker Personen

Es ist kaum möglich, den durchschnittlichen Alkoholkonsum alkoholkranker Personen verlässlich zu bestimmen, da es unmöglich ist, eine zufällige Repräsentativstichprobe dieser Personen zu ziehen und Angaben über deren Trinkmenge noch unverlässlicher sind als Konsumangaben moderater Konsumentinnen und Konsumenten. Eine grobe Abschätzung der Trinkmenge konnte aus der Patientendokumentation des Anton Proksch Instituts gewonnen werden (vgl. Tabelle 21),

¹⁷⁹ Die Annahme, dass der Anteil der Frauen an den Alkoholkranken im letzten Jahrzehnt deutlich gestiegen ist, basiert auf der Analyse von Spitalsentlassungsdiagnosen. Denkbar wäre natürlich auch, dass ein Teil des Trends dadurch zu erklären ist, dass Frauen mit Alkoholproblemen in letzter Zeit eher zur Behandlung bereit sind.

wo alkoholkranke Patientinnen und Patienten, die sich einer Behandlung unterziehen, routinemäßig über ihren Alkoholkonsum vor Behandlungsbeginn befragt werden.

Tabelle 21: Alkoholkonsum von Klientinnen und Klienten des Anton Proksch Instituts vor Antritt einer stationären Behandlung wegen Alkoholproblemen

Alkoholkonsum in Gramm reiner Alkohol pro Tag	Anteil der Patientinnen/Patienten in dieser Kategorie
0–100	18 %
101–200	41 %
201–300	25 %
302–400	11 %
401–500	3 %
501–	1 %

100 g reiner Alkohol entsprechen ca. 1,25 Liter leichtem Wein oder 2,5 Litern Bier.

Quelle: Uhl (1994)

Alkoholkranke Menschen trinken diesen Angaben zufolge durchschnittlich 210 g Alkohol pro Tag, wobei der Durchschnittskonsum bei Frauen mit rund 148 g Alkohol deutlich unter jenem der Männer mit rund 231 g Alkohol liegt. Den Pro-Kopf-Konsum der nichtalkoholkranken Personen kann man aus adjustierten Befragungsdaten gewinnen, bzw. ergibt er sich rechnerisch, wenn man den Pro-Kopf-Konsum reinen Alkohols von alkoholkranken Personen, den Pro-Kopf-Konsum reinen Alkohols der erwachsenen Gesamtbevölkerung und die Prävalenz von Menschen mit Alkoholerkrankung in der Gesamtbevölkerung kennt.

Tabelle 22: Täglicher Pro-Kopf-Alkoholkonsum alkoholkranker und nichtalkoholkranker Menschen in Österreich nach Geschlecht

	alkoholkranke Personen ab dem 15. Geburtstag	nichtalkoholkranke Personen ab dem 15. Geburtstag*	Gesamt ab dem 15. Geburtstag (adjustiert)**	Gesamt ab dem 15. Geburtstag (Rohwerte)***
Männer und Frauen				
Gramm Reinalkohol durchschnittlich pro Tag	210	17	26	10
Liter Reinalkohol durchschnittlich pro Jahr	97,1	7,9	12,0	4,6
Männer				
Gramm Reinalkohol durchschnittlich pro Tag	231	22	38	13
Liter Reinalkohol durchschnittlich pro Jahr	106,9	10,2	17,6	6,0
Frauen				
Gramm Reinalkohol durchschnittlich pro Tag	148	11	15	7
Liter Reinalkohol durchschnittlich pro Jahr	68,5	5,1	6,9	3,2

* Die Konsummenge der nichtalkoholkranken Personen wurde auf Basis getränkespezifischer Frequenz- und Mengenangaben für die letzten zwölf Monate (underreportingadjustiert) berechnet.
** adjustiert mittels Underreporting- und Undersamplingkorrektur
*** Rohwerte entsprechen den Angaben mittels Selbstauskunft ohne Adjustierung.
210 g reiner Alkohol entsprechen ca. 2,5 Litern Wein oder 5 Litern Bier.

Quellen: Uhl (1994), Strizek et al. (2021)

Geht man bei der österreichischen Bevölkerung zwischen 15 und 99 Jahren von einem durchschnittlichen Tagesverbrauch von 25 Gramm reinem Alkohol aus (Strizek et al. 2021) und davon, dass in dieser Altersgruppe fünf Prozent als chronische alkoholkranke Personen zu bezeichnen sind, die durchschnittlich 210 g pro Tag konsumieren, ergibt sich daraus, dass alkoholkranke Personen allein für rund 40 Prozent¹⁸⁰ des insgesamt in Österreich getrunkenen reinen Alkohols verantwortlich sind.

¹⁸⁰ $(210 \text{ g} \times 5\%) : (17 \text{ g} \times 95\% + 200 \text{ g} \times 5\%) = 42\%$

Tabelle 23: Verteilung des Gesamtkonsums reinen Alkohols nach Alkoholkonsumklassen

	Anteil an der ab 15-jährigen Bevölkerung	Anteil am konsumierten Reinalkohol	Durchschnittskonsum der ab 15-jährigen Bevölkerung in Gramm reiner Alkohol pro Tag
Abstinente und Fastabstinente	14 %	0 %	0 g
Personen mit geringem Alkoholkonsum	57 %	12 %	6 g
Personen mit mittlerem Alkoholkonsum	15 %	18 %	33 g
Personen mit problematischem Alkoholkonsum (ohne alkoholkranke Personen)	10 %	29 %	81 g
alkoholkranke Personen	5 %	40 %	210 g
Gesamt	100 %	100 %	26 g

Die Konsummenge der nichtalkoholkranken Personen wurde auf Basis getränkespezifischer Frequenz- und Mengenangaben für die letzten zwölf Monate (underreportingadjustiert) berechnet. 20 g reiner Alkohol entsprechen ca. ¼ Liter Wein oder ½ Liter Bier. Ein Liter Reinalkohol entspricht 789 Gramm Reinalkohol.

Quelle: Uhl (1994), Strizek et al. (2021)

Auf Basis von Befragungsdaten ist eine genauere Betrachtung des Alkoholkonsums nach Alkoholkonsumklassen in der nichtalkoholkranken Bevölkerung möglich (vgl. Tabelle 23). Daraus ergibt sich, dass etwa ein Drittel der gesamten Konsummenge (30 %) von Personen konsumiert wird, die bezüglich ihres Alkoholkonsums als „relativ unproblematisch“¹⁸¹ bzw. „unproblematisch“ zu bezeichnen sind, und rund 70 Prozent von Personen konsumiert werden, deren Konsum zumindest als problematisch eingeschätzt werden kann (alkoholkranke Personen plus Personen mit einem problematischen Konsum). Eine – aus gesundheitspolitischen Überlegungen wünschenswerte – deutliche Reduktion des Alkoholmissbrauchs würde somit unvermeidlich auch zu einem erheblichen Rückgang des Alkoholkonsums führen.

7.7 Alkoholkonsum und Alkoholpreis

Wenn ein Produkt durch gravierende Steuererhöhungen so teuer gemacht wird, dass es sich viele Menschen nur mehr stark eingeschränkt oder gar nicht mehr leisten können, kann man davon ausgehen, dass es weniger konsumiert wird. Diese Art „negativer Preiselastizität“¹⁸² kann zunächst auch für das Produkt Alkohol angenommen werden. Besonders preiselastisch sind Produkte, auf die man leicht verzichten kann und/oder die man durch funktional äquivalente Alternativprodukte ersetzen kann; weniger preiselastisch sind Produkte, auf die man nur schwer verzichten kann und/oder für die es keine funktional gleichwertigen Alternativen gibt¹⁸³. Es gibt

¹⁸¹ Das Wort relativ bezieht sich auf den Umstand, dass „mittlerer Alkoholkonsum“ bereits über der „Harmlosigkeitsgrenze“, aber immerhin noch unter der „Gefährdungsgrenze“ liegt (vgl. Kap. 4.2).

¹⁸² Wenn der Konsum sich trotz Preisveränderung nicht ändert, beträgt die Preiselastizität „0“. Das Ausmaß der Preiselastizität wird als Quotient aus „Konsumveränderung in Prozent“ und „Preisveränderung in Prozent“ berechnet. Anschaulicher: Wenn der Preis um 2 % zunimmt (= Veränderung um +2 %) und der Konsum um 4 % abnimmt (= Veränderung um -4 %), ergibt sich ein Quotient von „-4:2 = -2“, also eine Preiselastizität von -2.

¹⁸³ Relativ leicht würden sich Konsumentinnen und Konsumenten durch gezielte Preiserhöhungen von einer bestimmten Spirituosenorts zu einer anderen umlenken lassen, weit schwieriger wären sie vom Spirituosenkonsum zum Bierkonsum zu motivieren und am schwierigsten zum Umstieg auf alkoholfreie Getränke.

sogar Fälle mit umgekehrter (= positiver) Preiselastizität – z. B. dann, wenn der Anbieter eines Produkts das Image seines Produkts so gestalten kann, dass ein hoher Preis als Zeichen von Exklusivität interpretiert wird und deswegen die Verkaufsmenge steigt („Snob-Effekt“).

Stellt man trotz empfindlicher Preissteigerung bei Alkohol eine weitgehende Preisinelastizität fest, kann das auf mehrere Ursachen zurückgeführt werden – beispielsweise darauf, dass jene Alkoholkonsumentinnen und -konsumenten, für die das Produkt einen sehr hohen Stellenwert hat, versuchen, der Konsumeinschränkung zu entgehen, indem sie z. B. Umschichtungen im Haushaltsbudget vornehmen, auf mindere Qualität umsteigen, selbst Spirituosen produzieren, illegal erzeugte bzw. geschmuggelte Billigprodukte erwerben usw. Das kann eine Reihe unerwünschter Sekundärfolgen nach sich ziehen wie z. B. die Vernachlässigung der eigenen Ernährung oder der Unterhaltsleistungen für Kinder, eine Gesundheitsbedrohung durch den Konsum von Produkten mit hohem Methylalkoholgehalt, eine Zunahme der organisierten Kriminalität und vieles mehr. Negative Konsequenzen dieser Art waren es ja, die letztlich zur Aufhebung der US-amerikanischen Alkoholprohibition (1920–1933) geführt haben (Levine et al. 2004). Erwünschte Effekte und negative Begleiterscheinungen des Versuchs, über drastische Preiserhöhungen bzw. Verknappung des Angebots den Konsum zu senken, können dabei durchaus zeitversetzt auftreten. Wie Berridge (2003) in Zusammenhang mit der US-amerikanischen Alkoholprohibition betont, haben die durch den Konsumrückgang bedingten positiven Effekte auf die Gesundheit der Bevölkerung anfangs überwogen, und erst später hat sich eine deutlich negative Gesamtbilanz abgezeichnet.

Preise können den Alkoholkonsum sicherlich beeinflussen, aber der Stellenwert von Preisänderungen scheint bei weitem nicht so groß zu sein, wie Babor et al. (2003) postulierten. So zeigten Leppänen et al. (2001), dass in Europa über die letzten 30 Jahre nur elf Prozent der Unterschiede im Alkoholkonsum zwischen den Ländern bzw. der Schwankungen im Zeitverlauf mit den (inflationsbereinigten) Preisen korrelieren. Aus forschungslogischen Gründen darf selbst von diesen elf Prozent nur ein kleiner Teil auf den Kausalzusammenhang zwischen Preisgefüge und Konsumniveau zurückgeführt werden. Ein relevanter Teil dieses recht schwachen Zusammenhangs könnte über den gemeinsamen Zusammenhang beider Variablen mit relevanten Drittvariablen (Scheinkorrelation¹⁸⁴) erklärbar sein – wobei im gegenständlichen Fall als Drittvariable primär die Zeit, d. h. der generelle Trend zum europäischen Durchschnitt, zu erwähnen ist.

Zum Zusammenhang zwischen Preispolitik und Alkoholkonsum werden im Wesentlichen zwei Erklärungsmodelle diskutiert:

- die von Babor et al. (2003) vertretene „Konsum-reagiert-auf-Policy-Änderungen-Hypothese“, die der Alkoholpreisentwicklung einen zentralen Stellenwert bezüglich des Alkoholkonsumverhaltens einer Region beimisst

¹⁸⁴ Zur Erklärung des Begriffs Scheinkorrelation folgendes Beispiel: Im Zuge der wirtschaftlichen Entwicklung Europas stiegen sowohl die Umweltverschmutzung als auch die Lebenserwartung kontinuierlich an. Ganz offensichtlich ist aber weder die steigende Umweltverschmutzung Ursache für die steigende Lebenserwartung noch umgekehrt die steigende Lebenserwartung Ursache für die steigende Umweltverschmutzung. Der ungerechtfertigte Schluss von einem derartigen Zusammenhang auf einen Kausalzusammenhang wird in der Fachliteratur als „Cum-hoc-Fehlschluss“ bezeichnet.

- die „policyunabhängige europäische Konvergenzhypothese“, die den Zusammenhang zwischen Preis und Konsum primär als ökologische Korrelation¹⁸⁵ begreift

Plausibel sind auch Mischformen in dem Sinne, dass beide Hypothesen gleichzeitig zutreffen, dass also ein gewisser Teil der beobachteten Konsumveränderungen kausal auf die Preisveränderungen zurückzuführen und der Rest über den Trend zum europäischen Durchschnitt erklärbar ist.

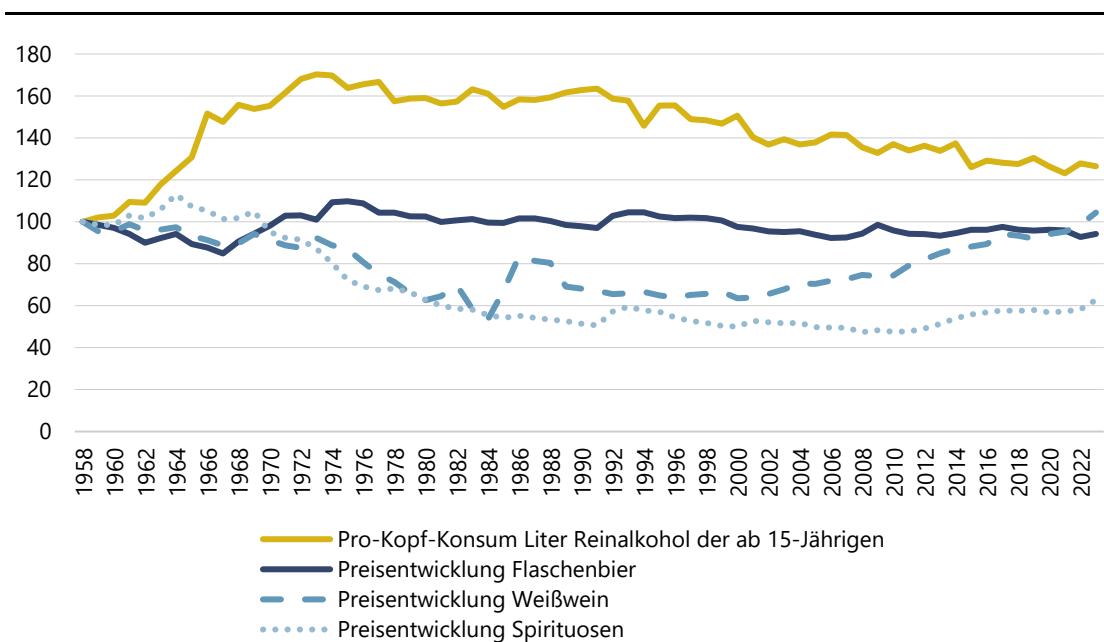
Wie Leppänen et al. (2001) bemerkten, fällt Österreich in Bezug auf Alkoholpreise und Alkoholkonsum völlig aus dem Rahmen. Der Umstand, dass die österreichische Regierung über die letzten Jahrzehnte keine restriktiven Maßnahmen (z. B. Steuererhöhungen) zur Einschränkung des Alkoholkonsums verfügt hat, begründet nun die aus wissenschaftlicher Sicht günstige Situation eines Quasiexperiments. Dieses liefert Hinweise auf den Stellenwert der Konsum-reagiert-auf-Policy-Änderungen-Hypothese relativ zur policyunabhängigen europäischen Konvergenzhypothese.

In der Zeit zwischen 1958 und 1973 sind die realen Alkoholpreise relativ konstant geblieben, und der Alkoholkonsum hat in dieser Zeit um rund zwei Drittel zugenommen. Seit dem Höchstwert im Jahr 1973 kam es zu einem kontinuierlichen Rückgang der durchschnittlichen Konsummenge (bis 2023 im Ausmaß von etwa 25 %), obwohl im gleichen Zeitraum die realen (= inflationsbereinigten) Preise zumindest nicht anstiegen (vgl. Abbildung 15). In diesem Zeitraum sind die realen Preise für Spirituosen deutlich gesunken, für Weißwein zwischenzeitlich deutlich gesunken und in den letzten Jahren wieder auf das Ausgangsniveau gestiegen und die realen Preise für Bier relativ konstant geblieben (Referenzwert 1958 = 100). Diese Entwicklung steht in krassem Widerspruch zur „Konsum-reagiert-auf-Policy-Änderungen-Hypothese“ und legt den Schluss nahe, dass sich Alkoholpreise und Konsummuster weitgehend unabhängig voneinander entwickeln können.

Auffallend ist hingegen der kurzfristige Anstieg des Weinpreises nach dem Weinskandal 1985. Der Weinskandal hat zu deutlich strengerem Gesetzen und Kontrollen in der Weinerzeugung und damit auch zu einem vorübergehend starken Preisanstieg geführt.

¹⁸⁵ Als „ökologische Korrelation“ bezeichnet man den Zusammenhang zwischen Gruppenmittelwerten, von denen man nicht auf Zusammenhänge auf der Individualebene schließen kann. Der als Demonstrationsbeispiel beliebteste ökologische Zusammenhang ist jener zwischen der Storchenpopulation einer Region und der Geburtenrate. Dieser Zusammenhang ist über die Drittvariable „ländliche vs. städtische Region“ erklärbare und kann weder als Indiz dafür gelten, dass Störche die Bevölkerung beeinflussen, mehr Kinder zu bekommen, noch dafür, dass Störche die Häuser kinderreicher Familien systematisch vorziehen.

Abbildung 15: Pro-Kopf-Reinalkoholkonsum der Erwachsenen und reale Alkoholpreise,
Basisjahr 1958 = 100 (1958–2023)

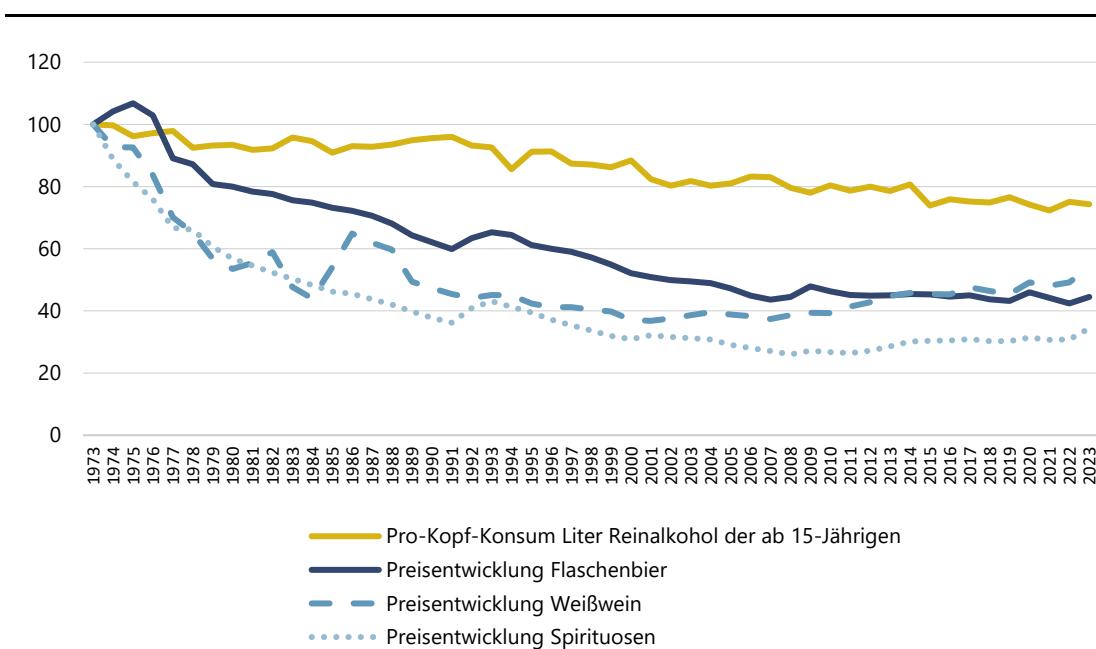


Bis 2005 wurden im Warenkorb Weißweindoppel liter berücksichtigt und ab 1986 Weißweinbouteillen. In der Grafik erfolgt die Umstellung der Indexreihe Weißweindoppel liter auf Weißweinbouteillen ab 1996. Spirituosen bedeutet hier: Weinbrand, Weinbrandverschnitt, da nur diese Spirituosenklasse lang genug im Warenkorb erfasst ist. Die Werte sind mittels gleitenden Mittelwerts über 5 Werte geglättet, um längerfristige Entwicklungen deutlicher zu machen. Für die tabellarische Darstellung vergleiche „HBAÖ, Band 1: Statistiken und Berechnungsgrundlagen“.

Quelle: Bierbilanz bzw. Weinbilanz und volkswirtschaftliche Gesamtrechnung (Statistik Austria 2024d; Statistik Austria 2024a; Statistik Austria 2024b)

In den letzten dreißig Jahren ist die Kaufkraft erheblich gestiegen, d. h. ein immer kleinerer Teil des Einkommens ist notwendig, um die gleiche Alkoholmenge zu erwerben. Setzt man die Preise für Wein (Weißwein), Flaschenbier und Spirituosen (Weinbrand, Weinbrandverschnitt) in Relation zu den Pro-Kopf-Konsumausgaben (vgl. Abbildung 16), stellt man fest, dass im Jahr 2023 etwa die Hälfte des 1976 dafür noch notwendigen Einkommensanteils für Bier und Wein und etwa ein Drittel des damals notwendigen Einkommensanteils für Spirituosen aufgewandt werden muss – wobei der Konsum trotzdem nicht erheblich gestiegen, sondern im Gegenteil um rund ein Viertel gesunken ist.

Abbildung 16: Pro-Kopf-Reinalkoholkonsum der Erwachsenen und Alkoholpreise relativ zur Kaufkraft, Basisjahr 1976 = 100 (1976–2023)



Bis 2005 wurden im Warenkorb Weißweindoppelliter berücksichtigt und ab 1986 Weißweinbouteillen. In der Grafik erfolgt die Umstellung der Indexreihe Weißweindoppelliter auf Weißweinbouteillen ab 1996. Spirituosen bedeutet hier: Weinbrand, Weinbrandverschnitt, da nur diese Spirituosenklasse lang genug im Warenkorb erfasst ist. Die Werte sind mittels gleitenden Mittelwerts über 5 Werte geglättet, um längerfristige Entwicklungen deutlicher zu machen. Für die tabellarische Darstellung vergleiche „HBAÖ, Band 1: „Statistiken und Berechnungsgrundlagen“.

Quelle: Bierbilanz bzw. Weinbilanz und volkswirtschaftliche Gesamtrechnung (Statistik Austria 2024d; Statistik Austria 2024a; Statistik Austria 2024b)

Das Quasiexperiment Österreich – wo eine kontinuierliche Konsumreduktion ohne Verschärfung der Preis- und Steuerpolitik zu beobachten ist – zeigt also, dass hier eine Entwicklung stattfand, die nicht mit der „Konsum-reagiert-auf-Policy-Änderungen-Hypothese“, die u. a. Babor et al. (2003) vertreten, konform geht, sondern mit der „Trend-zum-europäischen-Durchschnitt-Hypothese“ erklärbar ist: Österreich ist ein traditionelles Alkoholhochkonsumland, in dem der Durchschnittskonsum zum europäischen Durchschnitt nach unten strebt, obwohl die österreichische Regierung auf Gesetzesebene den europäischen Trend zu mehr Kontrollmaßnahmen bislang nicht mitgemacht hat.

Der Kausaleinfluss der Preispolitik auf den Alkoholkonsum wird daher von Babor et al. (2003) deutlich überschätzt. Ein erheblicher Teil der Konsumveränderungen in jenen Ländern, in denen Preissenkungen mit einem Konsumanstieg korrelieren, ist demnach über einen generellen Anleichungsprozess der europäischen Trinksitten zu erklären. In eine ähnliche Richtung, dass nämlich der Einfluss von Preiserhöhungen stark überschätzt wird, weisen auch die Erfahrungen mit Alkopops in Europa.

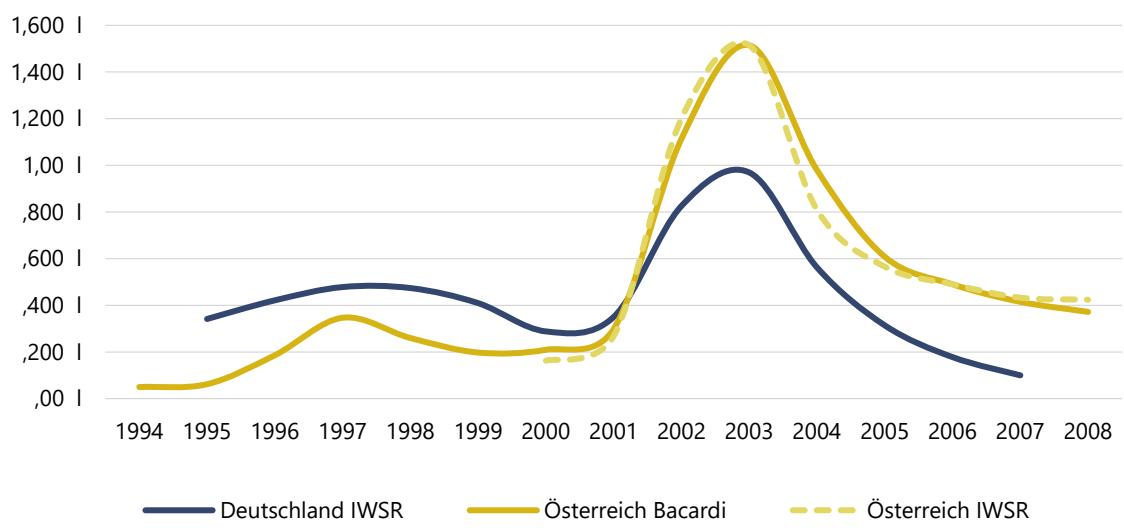
Auf dem Höhepunkt des Alkopopbooms in den 1990er-Jahren haben manche europäische Länder spezielle Alkopopsteuern eingeführt. Alkopops wurden dabei im steuerrechtlichen Zusam-

menhang ausschließlich als „spirituosenhaltige Premixgetränke“ definiert, wobei außer Acht gelassen wurde, dass es eine Reihe funktionell völlig äquivalenter süßer Alternativen zu Alkopops auf Wein-, Obstwein- und Bierbasis gibt, die keine Spirituosen enthalten.

In jenen Staaten, die Sondersteuern auf spirituosenhaltige Premixgetränke eingeführt hatten, wurde der danach zu beobachtende Umsatzrückgang in Bezug auf die betroffenen Produkte auf die Einführung dieser steuerlichen Maßnahmen zurückgeführt, was zunächst auch sehr plausibel erscheint. Die Entwicklung des Alkopopmarkts in Österreich lässt aber ebenso plausibel erscheinen, dass es sich hierbei um einen maßnahmenunabhängigen Trend handelt, der eher als relativ kurzlebige Modeerscheinung verstanden werden sollte und Analogien zu Wellen anderer süßer alkoholhaltiger Mischgetränke wie z. B. „wine coolers“ aufweist (Kusserow 1991; Montgomery 1988).

Besonders aussagekräftig ist ein Vergleich der Entwicklung zwischen 2001 und 2010 in Deutschland (wo eine Alkopopsteuer eingeführt wurde) und Österreich (wo keine Maßnahmen gegen spirituosenhaltige Premixgetränke gesetzt wurden); daraus ergab sich die aus Forschungsperspektive günstige Situation eines natürlichen Experiments. Obwohl keine Maßnahmen gesetzt wurden, war in Österreich vom Absatzhöhepunkt im Jahr 2003 bis 2007 ein Umsatzeinbruch um 85 Prozent auf weniger als ein Sechstel des Höchstwerts zu verzeichnen. In den folgenden Jahren zeigte die Konsummenge in Österreich nur mehr geringe Schwankungen. Wird ausschließlich der Absatzrückgang zwischen 2003 und 2004 betrachtet, fiel dieser in Deutschland (von 79,7 Mio. Liter auf 46,2 Mio. Liter) sogar etwas schwächer aus als in Österreich (von 12,7 Mio. Liter auf 6,9 Mio. Liter) im gleichen Zeitraum (Rückgang von 42 % in Deutschland und 45 % in Österreich).

Abbildung 17: Spirituosenhaltiger Alkopopkonsum in Österreich und Deutschland 1994 bis 2008



Quelle: Machacek (2008); Darstellung: GÖG

Erwähnenswert ist hierzu auch, dass in Deutschland die Getränkeindustrie als Reaktion auf die Alkopopsteuer verstärkt auf bierhaltige und weinhaltige Alkopops setzte, während eine analoge Entwicklung in Österreich nicht stattfand. Bezuglich des Rückgangs in Österreich könnte man allerdings auch einen gewissen „Sogeffekt“ vermuten, d. h. dass die öffentliche Debatte und die

Entwicklung in den Nachbarstaaten eine Sensibilisierung der Alkoholindustrie bewirkte, die daraufhin – eventuellen imageschädigenden gesetzlichen Maßnahmen vorgreifend – mit einer Zurücknahme der offensiven Marketingstrategien für Alkopops reagiert haben könnte.

7.8 Alkoholberauschung, bezogen auf Alter und Geschlecht

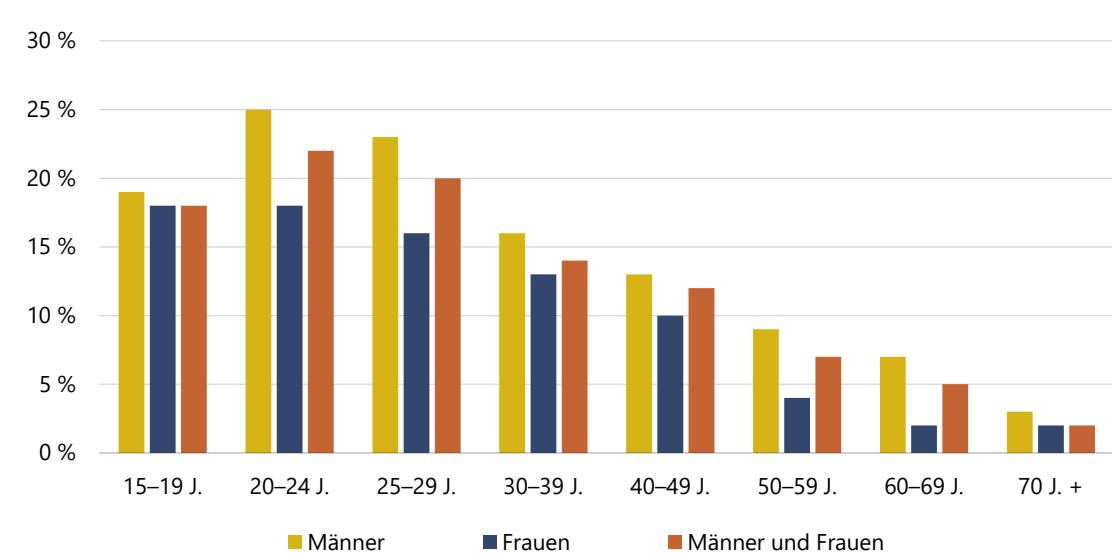
Wie bereits ausgeführt (vgl. Kap. 4.1), ist es wenig sinnvoll, im Zuge von Befragungen undifferenziert nach Alkoholräuschen zu fragen, weil das Verständnis des Begriffs Alkoholrausch von einer kaum merkbaren geringfügigen Beeinträchtigung („leichter Schwips“) über eine deutlich merkbare Berauschung bis zur sehr starken Berauschung („Vollrausch“ mit sehr auffälliger Beeinträchtigung sowie Kater und Erinnerungslücken am nächsten Tag) reichen kann.

Die letzte bundesweite Befragung, die sehr detailliert nach unterschiedlichem Rauschmaß gefragt hat, war die „Repräsentativerhebung 2008“¹⁸⁶ (Uhl et al. 2009b). Dabei zeigte sich, dass einerseits Rauscherfahrung unter Männern unabhängig von der Rauschintensität häufiger zu finden ist als unter Frauen, andererseits Unterschiede in der Rauschprävalenz zwischen Männern und Frauen mit zunehmender Rauschintensität größer werden: Ist bei einem leichten Schwips das Verhältnis 77 Prozent zu 66 Prozent, vergrößert sich dieses Ungleichverhältnis für einen starken Rausch auf 42 Prozent zu 21 Prozent (= doppelt so hoher Anteil bei männlichen Befragten) und für Vollrausch auf 21 Prozent zu sechs Prozent (= dreifacher Anteil bei Männern).

In der letzten Bevölkerungserhebung (Strizek et al. 2021) konnte aufgrund der Länge des Fragebogens nicht ähnlich detailliert nach dem Berauschungsgrad gefragt werden. Stattdessen wurde ausschließlich eine Definition von Berauschung erhoben („Wie oft haben Sie in den letzten 30 Tagen so viel getrunken, dass Sie sich unsicher auf den Beinen gefühlt haben oder Ihre Aussprache undeutlich wurde?“). Etwa zwölf Prozent der befragten Männer und acht Prozent der befragten Frauen gaben an, einen solchen Rausch in den letzten 30 Tagen erlebt zu haben. Mit Ausnahme der jüngsten Altersgruppe (15–19 Jahre) weisen Männer in allen Altersgruppen höhere Rauschprävalenzen auf als Frauen. Ab der Altersgruppe 20 bis 24 Jahre werden Rauscherfahrungen in den letzten 30 Tagen immer seltener berichtet (vgl. Abbildung 18).

¹⁸⁶ Dabei wurden die Befragten gebeten, sich an den folgenden Definitionen zu orientieren: (1) leichter Schwips: ein Rausch, bei dem man etwas spürt, aber kaum beeinträchtigt ist, (2) mittlerer Rausch: ein Rausch, bei dem man schon deutlich verändert ist, aber alles unter Kontrolle hat und sich am nächsten Tag an alles erinnern kann, (3) starker Rausch: charakterisiert durch Taumeln, Lallen, Einschlafen am Tisch, Erbrechen, Erinnerungslücken am nächsten Tag, (4) Vollrausch: Bewusstlosigkeit bzw. tiefer Schlaf, aus dem man nicht oder kaum erweckbar ist.

Abbildung 18: Monatsprävalenz Berauschung nach Alter



Quelle: Repräsentativerhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial 2020 (Strizek et al. 2021)

8 Alkoholabhängigkeit und Stigma

Aufgrund von Charakteristika und Ätiologie der Erkrankung gehört Alkoholabhängigkeit zu den am stärksten stigmatisierten psychischen Krankheiten überhaupt. Gleichzeitig nimmt im Vergleich zu anderen psychischen Erkrankungen dieses Thema in der suchtspezifischen wissenschaftlichen Forschung einen relativ geringen Stellenwert ein (Schomerus 2017).

8.1 Was ist Stigma?

Stigmatisierung ist ein gesellschaftliches Phänomen, das überall dort auftritt, wo Menschen aufgrund bestimmter Merkmale, Zustände oder Etiketten als minderwertig betrachtet, unter Druck gesetzt, in ihrer Identität beschädigt, diskriminiert oder gar aus einer Gesellschaft ausgeschlossen werden. Mit **Stigmatisierung** ist dieser komplexe Prozess der sozialen Diskreditierung und Exklusion von Personen bzw. Personengruppen gemeint. Mit **Stigma** wird strenggenommen das diesen Prozess einleitende, fest mit kulturell geprägten negativen Vorurteilen behaftete Merkmal bezeichnet. Eine wesentliche Eigenschaft von Stigma liegt darin, dass es sich häufig nur schwer oder gar nicht mehr entfernen lässt (Rüscher 2020).

Aufgrund des zirkulären und prozesshaften Charakters des Phänomens werden Stigma und Stigmatisierung in der Literatur oft auch synonym verwendet. Im Folgenden wird der diskreditierende Merkmal-Vorurteil-Komplex, wo möglich, als Stigma, und der Prozess der pauschalen Abwertung und Diskriminierung von Menschen mit einer Alkoholerkrankung als Stigmatisierung bezeichnet.

Stigmatisierung ist eine spezifische Form der Ausübung sozialer Macht, die auf einer unzulässigen und unkorrekten Stereotypisierung der sozialen Realität basiert, die für betroffene Personen mit schwerwiegenden Konsequenzen verbunden ist. Die lange Zeit populäre Idee, alle Menschen mit Suchterkrankungen seien willensschwache Menschen, ist beispielsweise ein Stereotyp, das keinesfalls auf alle Menschen mit Suchterkrankungen zutrifft, andere Aspekte der Person negiert und dazu benutzt wurde, um moralischen Druck auszuüben und eine Personengruppe pauschal abzuwerten.

Das bedeutet nicht, dass es stigmatisierend (und damit moralisch verwerflich) ist, negative Urteile, Einstellungen und Haltungen gegenüber einzelnen Menschen zu treffen/haben bzw. einzunehmen. Es handelt sich nicht um Stigmatisierung, wenn eine Person eine Handlung setzt oder eine Entscheidung trifft, die negative Folgen für einen Menschen mit einer Alkoholerkrankung zeitigt (z. B. wenn eine Frau einen Partner mit Alkoholerkrankung verlässt), wenn diese Entscheidung auf dafür relevanten Erfahrungen beruht (z. B. aggressives Verhalten bei Berauschkung). Sehr wohl wäre es Stigmatisierung, wenn aufgrund dieser Erfahrung alle Menschen mit identischen Merkmalen (Mann, Alkoholerkrankung) als gewalttätig eingestuft werden. Es betrachten auch nur wenige Menschen als Stigmatisierung, wenn eine Ungleichbehandlung relevante und gesellschaftlich akzeptierte Gründe hat (etwa ein Fahrverbot im Straßenverkehr bei einem Blutalkoholgehalt von mehr als 0,5 Promille). Sehr wohl handelt es sich aber um Stigmatisierung, wenn bei einem Verstoß gegen diese Regel in manchen US-amerikanischen Bundesstaaten Autos von Übertreterinnen bzw. Übertretern sichtbar gekennzeichnet werden (Williamson et al. 2015). Es handelt sich auch nicht um Stigmatisierung, wenn die mediale Darstellung von Menschen mit

Alkoholerkrankungen auch negative Aspekte beinhaltet, aber sehr wohl, wenn die dargestellte Personengruppe ausschließlich auf dieses Merkmal reduziert wird und Bestandteil ausschließlich negativer Berichterstattung ist.

Sozialpsychologische und soziologische Erklärungsmodelle

Das sozialpsychologische Modell zur Beschreibung von Stigma unterscheidet drei Elemente: **Stereotype, Vorurteile und Diskriminierung**. Analog kann zwischen einer kognitiven, einer affektiven und einer Handlungsebene unterschieden werden (Rüschi 2020). Dieses Modell eignet sich insbesondere gut zur Verdeutlichung der Wirkungsmechanismen von Stigmatisierung, die zwischenmenschliche Interaktionen prägen.

- **Stereotype** sind pauschale Zuschreibungen in Bezug auf Gruppen von Personen. Es handelt sich dabei um Vereinfachungen, die als Orientierung den Umgang in einer komplexen sozialen Umwelt erleichtern und somit eine wichtige Funktion erfüllen. Beim Stereotyp steht der Informationsgehalt im Vordergrund, und es enthält an sich noch kein Werturteil. Stereotype können auf einzelne Personen mehr oder weniger zutreffen oder auch gar nicht zutreffen. Individuen können ihnen zustimmen und sie annehmen oder sie als falsch ablehnen. Finden Stereotype eine weite Verbreitung in einer Gesellschaft, kommt es zur Bildung kultureller Konstruktionen, die in weiterer Folge unhinterfragt als Wissen angenommen werden, deren Durchsetzung von Machtdynamiken innerhalb einer Gesellschaft abhängig ist und die in Verbindung mit normativen Werturteilen zum Vor- oder Nachteil ganzer Personengruppen ausgelegt und im Interesse der dominanten Gruppe eingesetzt werden können.
- **Vorurteile** zeichnen sich dadurch aus, dass einem Stereotyp zugestimmt, dieses negativ beurteilt und mit einem negativen Affekt beladen wird. Häufige affektive Reaktionen im Zusammenhang mit Stigmatisierung sind Angst, Misstrauen, Ärger oder auch Mitleid¹⁸⁷. Wichtig ist in Zusammenhang mit Stigmatisierung, dass das Vorurteil wiederum auf weitverbreitete Akzeptanz stößt und letztendlich unhinterfragt einem oder einer Merkmalsträger:in allein aufgrund des vorhandenen Merkmals zugesprochen wird. Diese kulturell konstruierten Vorurteile beeinflussen in weiterer Folge soziale Interaktionen oder die Gestaltung sozialer Strukturen.
- **Diskriminierung** folgt schließlich aus einem ablehnenden Verhalten gegenüber einer stigmatisierten Personengruppe und kann sehr unterschiedliche Formen annehmen wie zum Beispiel Vermeidung, abwertende Behandlung, Aggression im Rahmen von Interaktionen oder auch die Etablierung oder Akzeptanz benachteiligender Strukturen.

Das soziologische Stigmamodell (Link et al. 2001)bettet die drei Elemente des sozialpsychologischen Modells in einen breiteren sozialen Kontext und erweitert diesen um den Faktor Macht. Vorurteile müssen demnach nicht zwangsläufig zu Stigmatisierung führen, stattdessen ist ein **Machtgefälle** zwischen der *stigmatisierenden* Gruppe und der *stigmatisierten* Gruppe eine notwendige Voraussetzung für Diskriminierung. Personen mit einer Alkoholerkrankung können gleichermaßen Vorurteile gegenüber Ärztinnen und Ärzten haben wie umgekehrt, aber nur Ärztinnen und Ärzte verfügen gegenüber Menschen mit Alkoholerkrankungen über die Handlungsmacht, diesem Vorurteil auch eine wirkungsvolle Diskriminierung folgen zu lassen.

¹⁸⁷ Stigma kann auch in Form einer gut gemeinten, aber entmündigenden Haltung auftreten (Benevolenzstigma).

Ebenen von Stigmatisierung

Stigmatisierung kann auf unterschiedlichen Ebenen erfolgen und ist nicht auf die Interaktion zwischen zwei Menschen (direkte Stigmatisierung) beschränkt, sondern kann darüber hinaus auch innerhalb eines betroffenen Individuums (Selbststigmatisierung) oder auf Ebene des sozialen Systems (kulturelle oder strukturelle Stigmatisierung) negative Auswirkungen haben (Seear 2020). Im Rahmen der Arbeiten der „Kompetenzgruppe Entstigmatisierung“¹⁸⁸ werden vier Ebenen von Stigmatisierung unterschieden (Meise 2020).

- **Direkte Stigmatisierung** ist die am deutlichsten sichtbare Dimension: Eine Person setzt aufgrund von Vorurteilen gegenüber einer anderen Person eine diskriminierende Handlung. Direkte Stigmatisierung kann in unterschiedlichen Settings stattfinden, etwa am Arbeitsplatz, innerhalb der Familie oder im Behandlungs- bzw. Versorgungssetting.
- **Strukturelle Stigmatisierung** beschreibt institutionalisierte Formen von Ungleichbehandlung, Benachteiligung oder Diskriminierung, die auch ohne Handlungsintention einzelner Personen wirkt. Strukturelle Stigmatisierung zeigt sich etwa in Gesetzen (Einschränkung von Rechten ohne triftigen Grund) oder in einer unausgewogenen Vergabe von Ressourcen (z. B. eine geringere Ressourcenausstattung von Versorgungsangeboten für Menschen mit psychischen Erkrankungen).
- **Kulturelle Stigmatisierung** bezieht sich auf die Manifestation von Vorurteilen in Sprache oder kulturellen Gütern wie Büchern oder Filmen. Kulturelle Stigmatisierung in Form einer pauschalierten Abwertung von Personengruppen kann dazu dienen, strukturelles oder auch direktes Stigma zu legitimieren.
- **Selbststigmatisierung** wird dann wirksam, wenn Betroffene die gegen sie gerichteten Vorurteile akzeptieren und verinnerlichen. Die Folgen dieses Prozesses sind ein verringertes Selbstwertgefühl bzw. ein Gefühl der unzureichenden Selbstwirksamkeit.

Differenzierung von Stigma und Erkrankungssymptomen

Der oben beschriebene Stigmaprozess beschreibt die Dynamik der gesellschaftlichen Abwertung bis hin zur Ausgrenzung einer Personengruppe allein aufgrund eines bestimmten Merkmals. Unabhängig davon können auch bestimmte Erkrankungssymptome nicht nur Betroffene, sondern auch deren Angehörige oder andere Mitmenschen (z. B. im Freundeskreis oder Arbeitskontext) an ihre Belastungsgrenzen bringen, was ebenfalls eine Reduktion des sozialen Netzwerks oder einen Verlust sozialer Rollen zur Folge haben kann.

Es ist wichtig, zwischen Stigma und Erkrankungssymptomen (bzw. zwischen Stigmatisierung und Folgen von Erkrankungssymptomen) zu unterscheiden und gleichzeitig anzuerkennen, dass es sich hier nicht um zwei einander ausschließende Konzepte, sondern um zwei unterschiedliche Prozesse handelt, die einander verstärken und damit auch die Heilungschancen und den Behandlungserfolg erschweren können. Während die Krankheitsbewältigung eine unumgängliche Realität für Betroffene und deren Angehörige darstellt, stellen Stigmatisierung und Diskriminie-

¹⁸⁸ Eingebettet in das österreichische Gesundheitsziel 9, „Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern“, verfolgt die „Kompetenzgruppe Entstigmatisierung“, sich auf einen Mental-Health-in-All-Policies-Ansatz (MHiAP) stützend, das Ziel, vorhandene Expertise aus Wissenschaft, psychosozialer Versorgungspraxis, Verwaltung, Kultur, Medien und Erfahrungswissen zum Thema Stigma zu bündeln und auf der Basis bestehender Evidenz und von Best-Practice-Beispielen ein koordiniertes multistategisches Vorgehen gegen das Stigma psychischer Erkrankungen zu entwickeln.

rung hingegen einen Angriff auf die Menschenwürde und damit auch eine Menschenrechtsverletzung dar, die es zu verhindern gilt. Der Stigmaprozess geht aufgrund der unreflektierten Übernahme der kulturell vorherrschenden Stereotype und Vorurteile, die pauschal einer Personengruppe zugeschrieben werden, weitgehend unbemerkt vonstatten. Daher ist gerade die diesbezügliche Reflexion vonnöten, um eine differenzierte Sicht auf die Alkoholerkrankung und deren individuelle Ausprägungen zu gewinnen und gleichzeitig Stigmatisierung als eigenständigen sozialen Exklusionsprozess zu verhindern. Schomerus (2017) weist darauf hin, dass gerade bei Suchterkrankungen manche Stereotype durchaus gehäuft zutreffen können, was die Unterscheidung der beiden Prozesse und damit auch die Bekämpfung des Stigmas bei Alkoholerkrankung erschwert. Abbau von Stigma bedeutet weder die Einführung einer neuen Hülsendebatte über politische Korrektheit noch ein Verbot subjektiver Beurteilungen, eine Verleugnung realer Probleme oder eine Beschönigung unter Umständen sehr belastender Lebenslagen. Abbau von Stigma bedeutet Reflexion der handlungsleitenden kulturellen Vorurteile, Vermeidung von Pauschalurteilen und Wiederherstellung der Menschenwürde einer Personengruppe, um auf individuelle Bedarfslagen eingehen zu können und eine respektvolle und wertschätzende soziale und professionelle Unterstützung sowie Behandlung zu gewährleisten.

8.2 Stereotype und Vorurteile gegenüber Menschen mit Alkoholerkrankungen

In Bevölkerungsstudien konnte wiederholt gezeigt werden, dass gegenüber Menschen mit Alkoholerkrankungen besonders negative Stereotype und Vorurteile bestehen (Corrigan et al. 2017b; Schomerus et al. 2011b). Daten dazu stehen dank der MOPUSTIA-Studie¹⁸⁹ (Monitoring Public Stigma in Austria, Grausgruber et al. 2019) auch für Österreich zur Verfügung.

Menschen mit Alkoholerkrankungen werden Attribute wie gefährlich und unberechenbar zugeschrieben. Grausgruber et al. (2019) verweisen dabei auf Ähnlichkeiten zu Vorurteilen gegenüber Menschen mit Schizophrenie und auf Unterschiede in Hinblick auf Vorurteile gegenüber Menschen mit Depression. Auch laut Schomerus et al. (2011b) wird Menschen mit Suchterkrankungen und Menschen mit Schizophrenie häufiger Gefährlichkeit attestiert, wohingegen Menschen mit anderen psychischen Erkrankungen (z. B. Depression, Angsterkrankungen, Essstörungen oder Demenz) deutlich seltener als gefährlich einstuft werden.

Menschen mit Alkoholerkrankungen stoßen auch auf größere soziale und emotionale Ablehnung: Der Wunsch nach sozialer Distanz (Meidung in den Bereichen Wohnen, Nachbarschaft oder im Arbeitssetting sowie in zwischenmenschlichen Beziehungen) ist gegenüber Menschen mit Alkoholerkrankungen stärker ausgeprägt als gegenüber Menschen mit Schizophrenie und deutlich stärker als ebendieser Wunsch gegenüber Menschen mit narzisstischen Persönlichkeitsstörungen, depressiven Erkrankungen oder Panikstörungen (Angermeyer et al. 2004; Angermeyer et al. 2014; Grausgruber et al. 2019).

Im Vergleich zu anderen psychischen Erkrankungen werden Alkoholerkrankungen seltener als psychische Erkrankungen anerkannt. Menschen mit Alkoholerkrankungen werden hingegen

¹⁸⁹ Diese Studie widmet sich mittels repräsentativer Bevölkerungsbefragungen Einstellungen und Vorstellungen in der österreichischen Bevölkerung zu drei psychischen Erkrankungen (Depression, Schizophrenie und Alkoholerkrankung). Daten in puncto Einstellungen zu Alkoholerkrankungen stehen ausschließlich für das Jahr 2018 zur Verfügung, wohingegen Einstellungen zu Schizophrenie und Depression auch schon in zwei vorangegangenen Erhebungswellen (1998, 2007) untersucht wurden.

häufiger als willensschwach beschrieben, und ihnen wird in einem stärkeren Ausmaß als bei Depression oder Schizophrenie die Schuld an ihrem Zustand zugeschrieben (Corrigan et al. 2017b; Grausgruber et al. 2019). Alkoholabhängigkeit wird nicht nur häufiger als selbstverschuldet erlebt denn andere psychische Erkrankungen, sondern auch im Vergleich mit anderen Erkrankungen, die durch riskante Verhaltensweisen begünstigt werden können, z. B. Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Schomerus et al. 2011b).

In der Bevölkerung zeigt sich zudem eine größere Bereitschaft zu Einsparungen in der Versorgung Alkoholkranker als in jener von Menschen, die eine Depression oder Schizophrenie aufweisen (Grausgruber et al. 2019), was wiederum mit der erhöhten wahrgenommenen Selbstverschuldung im Falle Ersterer in Zusammenhang steht (Schomerus et al. 2011b).

Sowohl die Zeitreihenanalyse als auch wiederholt durchgeführte systematische Übersichtsarbeiten (Angermeyer et al. 2014; Kilian et al. 2021; Schomerus et al. 2011b) weisen darauf hin, dass sich Einstellungen gegenüber Menschen mit Alkoholerkrankungen in den letzten Jahrzehnten kaum geändert haben und Spezifika von Stereotypen und Vorurteilen gegenüber Menschen mit Alkoholerkrankungen im Zeitverlauf relativ konstant existieren.

Einstellungen der Bevölkerung spiegeln sich auf struktureller Ebene in einer unzureichenden Ausstattung mit benötigten Versorgungsangeboten (z. B. Psychotherapie) wider. Psychischer Gesundheit wird zudem ein geringerer Stellenwert im Vergleich zu körperlicher Gesundheit beigemessen. Ein Memorandum der deutschen Gesellschaft für Sucht (Schomerus et al. 2017) hält fest, dass, gemessen an der hohen Prävalenz psychischer Erkrankungen und an der dadurch bedingten hohen Krankheitslast, entsprechende Versorgungsangebote nur mit geringen Ressourcen ausgestattet sind und ihnen in Planungs- und Policydokumenten eine zu geringe Bedeutung zugemessen wird. Auch Einschränkungen für und Ausschlüsse von Menschen mit Suchterkrankungen im Rahmen sozialer Unterstützungs- und Integrationsmaßnahmen (etwa bei Maßnahmen der Arbeitsmarktintegration oder durch Auflagen in der Wohnungslosenhilfe) können dann als strukturelle Stigmatisierung verstanden werden, wenn sie sachlich nicht gerechtfertigt sind.

8.3 Folgen von Stigma für Betroffene

Im Gesundheitskontext wird Stigmatisierung von Menschen mit psychischen oder anderen Erkrankungen aufgrund der durch Stigma und Diskriminierung verursachten weitreichenden Folgen als „zweite Erkrankung“ bezeichnet, welche die Prognose der ursprünglichen Erkrankung verschlechtert. Stigma gilt es mithin auch deshalb zu bekämpfen, um die damit verbundene Erkrankung überhaupt erfolgreich behandeln zu können (Finzen 2000).

Die mit einem Merkmal, Zustand oder Etikett verbundenen negativen Zuschreibungen und Vorurteile leiten einen **Exklusionsprozess** ein, der mit Statusverlust einhergeht und den Zugang zu Ressourcen erschwert. Die Folgen sind geringere Chancen am Arbeits- und Wohnungsmarkt, geringere Bildungschancen und eine geringere Qualität der Gesundheitsversorgung. Das Stigma bei Alkoholerkrankung aggraviert somit jene sozialen Auswirkungen, die sich häufig bereits als Folge der Erkrankung einstellen und verstärkt soziale Exklusion von Personen, die besonders auf soziale Unterstützung angewiesen wären.

Stigma kann dazu führen, dass sich Menschen aus dem Umfeld Betroffener von diesen abwenden, und damit die **Gefahr sozialer Isolation** erhöhen (Glass et al. 2013). Soziale Unterstützung ist jedoch eine wichtige Ressource für die Aufrechterhaltung von Genesungsprozessen und Konsumreduktionen (Williamson et al. 2015). Auf psychischer Ebene kann Stigma eine Schwächung des Selbstwertgefühls, Scham, Kränkungen, Verletzungen zur Folge haben. Vermittelt sowohl über soziale als auch psychische Belastungen, kann Stigma auch die Entstehung von Suchtverhalten begünstigen bzw. bestehende maladaptive Verhaltensstrategien bestärken.

Neben Betroffenen können auch **Angehörige** von Menschen mit Alkoholerkrankungen unter Stigmatisierung leiden. Bei Angehörigen kann die Vermeidung von Stigmatisierungserfahrungen ebenso zu Verhaltensstrategien führen, welche die Krankheitsprognose der Betroffenen verschlechtern (z. B. Unterstützung bei der Verheimlichung einer Suchterkrankung; vgl. Konzept der Co-Abhängigkeit in Kap. 6.7).

Insbesondere wenn für medizinisches Personal einschlägige Ausbildungen im Umgang mit Suchtpatientinnen/-patienten und Unterstützungsstrukturen dafür fehlen, können auch bei Profis im Gesundheitsbereich unreflektierte Haltungen und negative Einstellungen zu **iatrogenem Stigma**¹⁹⁰ gegenüber Menschen mit Suchterkrankungen führen (Rüsch 2020). Negative Einstellungen des medizinischen Personals können unter anderem auf einer pauschalierten Angst vor Gewalt und Manipulation fußen und zu einem verringerten Engagement und einer geringeren Bereitschaft zum empathischen Umgang mit Suchtklientinnen und -klienten führen (Van Boekel et al. 2013). Iatrogenes Stigma kann gerade im Gesundheitssystem einen besonderen Schaden verursachen, weil professionelle Helfer:innen den Stigmaprozess auf allen Ebenen beeinflussen und somit eine zentrale Rolle in der Verbreitung oder Bekämpfung von Stigma psychischer Erkrankungen einnehmen: Als Meinungsbildner:innen können sie kulturelle Vorurteile verhärten oder korrigieren. Als Behandler:innen können sie durch eine entmündigende Haltung den Recoveryprozess behindern und Selbststigma bei ihren Patientinnen und Patienten verstärken oder aber als unterstützende Partnerin / unterstützender Partner den Genesungsprozess begleiten und Empowerment fördern. Als Fachexpertinnen und -experten können sie benachteiligende Strukturen unreflektiert übernehmen (dazu gehören u. a. auch handlungsleitende Behandlungs- und Krankheitsmodelle) oder sich für eine Verbesserung der Gesundheitsversorgung ihrer Patientinnen und Patienten einsetzen.

Eine **verringerte Inanspruchnahme von Hilfsangeboten** oder eine verzögerte Hilfesuche kann als Folge iatrogenen Stigmas auftreten, kann aber auch Folge der Angst sein, von Personen außerhalb des Gesundheitssystems als Mensch mit einer Alkoholerkrankung abgestempelt zu werden („label avoidance“) (Radcliffe et al. 2008). Aber auch Selbststigmatisierung kann die Hilfesuche verhindern¹⁹¹. Der sogenannte „Why try“-Effekt (Corrigan et al. 2016) beschreibt, dass Personen aus einem Mangel an Selbstwert oder einer unzureichenden Zuversicht in Bezug auf die Fähigkeit, eine Verbesserung ihrer Situation bewirken zu können (Selbstwirksamkeit), auf das Aufsuchen externer Hilfsangebote verzichten. Selbststigmatisierung gefährdet auf dieselbe Weise auch das Erreichen von Therapiezielen (Schomerus et al. 2011a) oder kann die Gefahr von

¹⁹⁰ iatrogen = durch ärztliches Einwirken entstanden

¹⁹¹ An dieser Stelle ist es wichtig, zwischen Selbststigma und Krankheitseinsicht zu unterscheiden. Selbststigma ist durch die Übernahme einer Abwertung der eigenen Personen charakterisiert, die nicht durch die Erkrankung gerechtfertigt ist und damit Resignation fördern kann. Krankheitseinsicht wäre demgegenüber durch eine realistische Einschätzung der eigenen Möglichkeiten und Grenzen charakterisiert, die in vielen Fällen eine Voraussetzung oder eine Motivation darstellt, sich externe Hilfe zu suchen.

Rückfällen erhöhen (Randles et al. 2013). Jede ausbleibende („treatment gap“) oder verspätete Hilfesuche („treatment lag“) erhöht das Risiko für eine schlechtere Krankheitsprognose und verstärkt soziale Folgen von Alkoholerkrankungen.

Stigma kann auch dazu führen, dass wichtige Themen nicht angesprochen werden und dies in weiterer Folge **gesundheitspräventive Maßnahmen** behindert. Kuitunen-Paul et al. (2021) verweisen darauf, dass die Tabuisierung von Alkoholkonsum in der Schwangerschaft eine offenes Ansprechen der Thematik erschwert und die Stigmatisierung von Frauen, die in der Schwangerschaft aus unterschiedlichen Gründen nicht gänzlich auf Alkohol verzichten, letztlich die Prävention fetaler Alkoholspektrumstörungen (FASD) erschwert. Auf sehr ähnliche Weise verhindert die Tabuisierung von Suchtkrankheiten in der Arbeitswelt eine rechtzeitige unterstützende Intervention durch Kolleginnen und Kollegen oder Vorgesetzte bzw. die Offenlegung von Suchtproblemen durch Betroffene, wobei durch dieses Zuhalten Probleme verstärkt werden können (Schomerus et al. 2017).

Eine Folge der geringen Ressourcenausstattung und somit der **strukturellen Stigmatisierung psychischer Erkrankungen** insgesamt ist das unzureichende Angebot psychotherapeutischer Interventionen. Psychische Begleit- oder Grunderkrankungen sind bei Menschen mit Alkoholerkrankungen sehr häufig (vgl. Kap. 5.2.3), und aufgrund von Wartezeiten ist für sie insbesondere bei akuten Krisen eine angemessene Versorgung häufig nicht möglich.

8.4 Besonderheiten im Kontext von Stigma bei Alkoholerkrankungen

Notwendige Differenzierung von Alkoholkonsum, Berauschung und Abhängigkeit

Alkohol ist gleichermaßen sowohl ein weitverbreitetes Konsumgut als auch eine Substanz, die starke Berauschung und Abhängigkeit verursachen kann. Entsprechend können unterschiedliche Aspekte des Alkohols Gegenstand von moralischen Werturteilen, sozialer Kontrolle oder Stigmatisierung sein:

1. **Alkoholkonsum** per se ist eine symbolisch aufgeladene Handlung (Room 2005). In Hochkonsumländern wie Österreich wird jeglicher Alkoholkonsum nur von bestimmten Gruppen (z. B. aus religiösen Motiven) abgelehnt oder beschränkt sich eine gesellschaftliche Sanktionierung auf bestimmte Personen (z. B. schwangere Frauen) oder Situationen (z. B. Konsum in Verbindung mit Straßenverkehr). Alkoholkonsum kann – wie der Konsum jeder anderen psychoaktiven Droge – auch als Instrument zur Stärkung der Gruppenidentität genutzt werden, wodurch Abstinenz in einer Gesellschaft, in der Alkoholkonsum zur Norm gehört, zu sozialer Exklusion beitragen kann (Room 2005).
2. Der Konsum größerer Mengen Alkohols führt unweigerlich zu **Berauschung**, die bei vielen Menschen Enthemmung fördert und das Verhalten Betrunkener für andere Menschen schwerer berechenbar macht. Ein solches Verhalten steht in den meisten Bereichen des Lebens in der Moderne (z. B. im Erwerbsleben, in den meisten Bereichen des öffentlichen Lebens) im Widerspruch zur Norm der Fähigkeit zur Selbstkontrolle. Entsprechend wird ein Kontrollverlust durch Alkoholkonsum als moralisches Fehlverhalten bewertet. Gleichzeitig

bestehen in alkoholaffinen Kulturen soziale Übereinkünfte, in welchem Rahmen Beraus-
schung akzeptiert wird (z. B. Silvester) oder eine fehlende Berauschtung sogar einer sozialen
Norm widerspricht (z. B. Junggesellenabend).

3. Die **Abhängigkeit** von Alkohol oder anderen Drogen ist im Gegensatz zur Berauschtung
nicht nur durch einen kurzfristigen, sondern durch einen chronischen Kontrollverlust cha-
rakterisiert und steht somit noch stärker dem modernen Dogma eines frei entscheidenden
und verantwortungsvollen Individuums entgegen.¹⁹²

Krankheitstheorien (-erklärungsmodelle) und Stigma

Krankheitstheorien bzw. -erklärungsmodelle bilden die theoretische Basis nicht nur für die Entwicklung von Therapie und Behandlungsstrategien, sondern prägen letztendlich auch die kulturelle Sichtweise auf abweichende Phänomene. Umgekehrt entstehen wissenschaftliche Theorien und Konzepte immer auch im Kontext kultureller Grundannahmen, die den wissenschaftlichen Diskurs wesentlich mitbestimmen. Beide Flussrichtungen spiegeln sich auch heute in den wissenschaftlichen Debatten rund um die Ätiologie und Behandlung von Alkoholerkrankungen mit unterschiedlichen Auswirkungen auf das kulturelle Stigma bei Alkoholerkrankung wider.

In vormodernen Zeiten wurden Alkoholerkrankungen in erster Linie als ein moralisches Versagen betrachtet, an dem betroffene Individuen mit ihrer „rücksichtslos hedonistischen Lebensweise“ selbst Schuld tragen. Dieses moralische Versagen legitimiere eine entsprechende Behandlung Betroffener mit Bestrafung und Zwang. In Abgrenzung zu diesen moralischen Konzepten von Alkoholismus versuchte Mitte des zwanzigsten Jahrhunderts Elvin Morton Jellinek mit seinem Werk „The Disease Concept of Alcoholism“ (vgl. Kap. 4.4.1) **Alkoholabhängigkeit als Erkrankung** zu etablieren. Durch die Klassifizierung als Erkrankung wird Menschen, die unter einer Alkoholabhängigkeit leiden, die freie Entscheidungsfähigkeit betreffend ihren Konsum abgesprochen und die Alkoholerkrankung in die medizinische Zuständigkeit aufgenommen. Dadurch wird Betroffenen der Zugang zu medizinischen Therapie- und Behandlungsangeboten ermöglicht. Jüngeren Ansätzen zufolge ist Alkoholabhängigkeit eine biologische Erkrankung, die auf genetische und/oder neurobiologische Ursachen zurückzuführen ist. Vertreter:innen dieser Modelle argumentieren, dass biologische Krankheitsmodelle durch Entmoralisierung des Verhaltens auch eine entstigmatisierende Wirkung hätten (Volkow et al. 2015).

Der Einfluss **biologischer Erklärungsmodelle auf das Stigma psychischer Erkrankungen** wurde wiederholt untersucht. In einer Metaanalyse 28 experimenteller Studien zur Wirkung biogenetischer Erklärungsmodelle für psychische Erkrankungen konnte zwar eine Reduktion der Schuldzuschreibungen, allerdings auch eine Verstärkung der Stereotype der Gefährlichkeit und der Unheilbarkeit gefunden werden. Der prognostische Pessimismus stellt zudem insbesondere für Betroffene eine Barriere für den Recoveryprozess¹⁹³ dar (Kvaale et al. 2013). Lebowitz et al. (2017) fanden als zusätzlichen Effekt genetischer Erklärungsmodelle von Suchterkrankungen ein erhöhtes Vertrauen in Pharmakotherapie und ein verringertes Vertrauen zum einen in Psychotherapie und zum anderen in die Möglichkeit zur Selbstbestimmtheit und Selbstkontrolle Betroffener.

¹⁹² Damit ist nicht gemeint, dass ein Kontrollverlust (ein entscheidendes Kriterium in der Diagnostik von Alkoholabhängigkeit) ein gänzlich sozial konstruiertes Merkmal darstellt, sondern dass Funktionseinschränkungen generell sozialen Bewertungen unterliegen, die sich zeitlich und kulturell voneinander unterscheiden können.

¹⁹³ Unter „Recovery“ wird der Weg zu einem befriedigenden, hoffnungsvollen und sozial eingebetteten Leben, gegebenenfalls innerhalb der krankheitsbedingten Grenzen, bezeichnet (Anthony 1993).

Biologische Krankheitsmodelle ändern somit zwar das Zuschreibungsprofil, erweisen sich aber als zweischneidiges Schwert, indem sie andere Aspekte des Stigmas psychischer Erkrankungen als unerwünschte Wirkung verstärken können.

Wissenschaftliche Diskurse zu **Theorien von Alkoholabhängigkeit bzw. Suchterkrankungen** kreisen um die Frage des Grades der Selbstbestimmtheit Betroffener, dessen Bandbreite zwischen den Polen der zur Gänze freien Entscheidung und des vollkommenen Fehlens der Selbstbestimmtheit in biologischen Krankheitsmodellen liegt (Frank et al. 2017; Heather 2017). Auch wenn der Grad der Selbstbestimmtheit einen zentralen Aspekt darstellt, sind die Ansätze reduktionistisch und bilden die Komplexität von Abhängigkeitserkrankungen nicht ausreichend ab, um die multifaktorielle Genese der Alkoholabhängigkeit zu erklären.

Die Rolle von „Recovery vs. Abstinenz“ in Hinblick auf Selbststigma

Der englische Begriff „recovery“ lässt sich nur schwer übersetzen, bedeutet im engeren Wortsinn die Wiederherstellung eines Zustands, der vor dem Eintritt eines bestimmten Ereignisses geherrscht hat, und wird meistens mit „Genesung“ übersetzt. Vertreter:innen der Recoveryidee verbinden mit diesem Begriff aber viel mehr als die Bewältigung einer Krankheit, er umfasst etwa auch die Überwindung des mit einer Erkrankung einhergehenden Stigmas sowie die damit verbundenen persönlichen Erfahrungen und Entwicklungen (im Gegensatz zur nach objektiven Kriterien von außen festgestellten Heilung). Recovery ist kein Resultat, sondern ein Prozess, an dem erkrankte Personen wachsen und mittels dessen sie Grenzen akzeptieren, aber auch neue Möglichkeiten entdecken (Amering et al. 2007). Im Stigmadiskurs besitzt das Konzept von Recovery deswegen Bedeutung, weil es Betroffenen mehr Gestaltungsmöglichkeiten zuspricht und damit **Selbststigma** entgegenwirken kann.

White et al. (2004) weisen darauf hin, dass **Genesung und Selbstbestimmung** bei Suchterkrankungen traditionell oft eine andere Bedeutung haben als bei anderen psychischen Erkrankungen. Wird Genesung bei anderen psychischen Erkrankungen stärker als ein Kontinuum gedacht, ist bei vielen Modellen von Suchtkrankheit Genesung nach wie vor als ein Zustand konzipiert, der kategorisch mit Abstinenz verbunden ist. Auch laut der aktuellsten Revision der International Classification of Diseases (ICD-11) setzt eine vollkommene Genesung (im englischen Original: full remission) Abstinenz voraus, wohingegen eine partielle Genesung (partial remission) durch eine Reduktion der Trinkmenge sowie die Absenz von Krankheitssymptomen definiert ist¹⁹⁴. Gleichzeitig findet eine Entwicklung statt, bei der in der professionellen Behandlung Abstinenz als wichtiges Mittel zur Zielerreichung dient, ohne dass Abstinenz das ultimative Ziel selbst darstellt, und andere Therapieziele („kontrolliertes Trinken“) an Bedeutung gewonnen haben¹⁹⁵ (El-Guebaly 2012).

Auch in Hinblick auf die **Triebfeder von Genesungsprozessen** lassen sich Unterschiede beschreiben: Im Verständnis der (abstinentenorientierten) Anonymen Alkoholiker beginnt die Genesung mit Hoffnungslosigkeit, dem Erreichen des Tiefpunkts (im Englischen: „hitting bottom“) und ist nur dann möglich, wenn die Betroffenen ihre Machtlosigkeit gegenüber dem Alkohol erkennen

¹⁹⁴ Im Gegensatz dazu basiert die DSM-5-Definition von Remission ausschließlich auf dem Fehlen von Krankheitssymptomen ohne Berücksichtigung von Konsummengen.

¹⁹⁵ im englischen Original: „abstinence now emerges as significant means to an end but not the end itself“ (El-Guebaly 2012)

(White et al. 2004). Während Selbststigma und ein geringes Vertrauen in die eigene Gestaltungsmacht bei psychischen Erkrankungen als Faktoren gelten, die Unterversorgung (vgl. „why try“) und eine geringere Lebensqualität begünstigen (Corrigan et al. 2016), spielt Selbststigma bei manchen suchtspezifischen Unterstützungsangeboten als Erfolgsfaktor für die Erlangung und Beibehaltung von Abstinenz eine zentrale Rolle. Kritisiert wird daran, dass dieses abverlangte Eingeständnis der eingeschränkten Handlungsfähigkeit die Mobilisierung von Ressourcen behindere und es alkoholkranken Menschen dadurch erschwert werde, die Rolle der/des Kranken wieder zu verlassen (Schomerus et al. 2011a).

Recovery stellt die **Chronizität und Unheilbarkeit** einer Erkrankung infrage, weil damit prospektiv eine Unveränderbarkeit einhergeht und dies dazu führen kann, dass mit dem Schwinden der Hoffnung eine wichtige Ressource für Recovery verlorengeht (Ameling et al. 2007). Dies stützt sich nicht zuletzt auf hohe Remissionsraten bei Personen, die auch ohne formale Unterstützung von Alkoholerkrankungen genesen (Bischof et al. 2005).

Menschen mit Recoveryerfahrung sollen diese an andere Betroffene weitergeben, worin sich auch die **Bedeutung von Recovery für Anti-Stigma-Aktivitäten** (Ameling 2020) konkretisiert: Die Kommunikation zwischen Betroffenen, deren Angehörigen und professionellen Helferinnen bzw. Helfern auf „Augenhöhe“ in Form eines „Trialogs“ soll allen Beteiligten ermöglichen, sich gemeinsam und gleichberechtigt über Probleme auszutauschen und den persönlichen sowie gesellschaftlichen Kontext von Erkrankungen und die damit verbundenen Einschränkungen in den Fokus zu rücken. Die Einbeziehung von Erfahrungsexpertinnen/-experten und Angehörigen in der psychiatrischen Praxis kann in weiterer Folge dazu beitragen, dass Selbstbestimmungs- und Anspruchsrechte (etwa in Bezug auf Wohnen oder Lebensstandards) stärker Berücksichtigung finden und die Forderung nach entsprechenden Unterstützungsangeboten (z. B. Supported Employment und Job-Coaching, betreutes Wohnen) stärker formuliert wird. Auf diese Weise werden Menschenrechte von Menschen mit psychischen Erkrankungen betont und wird ihr Schutz vor Marginalisierung, Ausschluss und Ablehnung gestärkt.

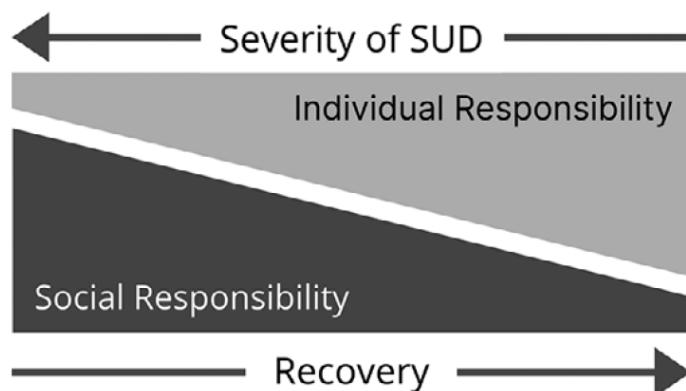
Zusammenfassend kann hervorgehoben werden, dass beim Begriff Recovery im Kontext von Suchterkrankungen je nach Perspektive unterschiedliche Aspekte im Vordergrund stehen. Eine systematische Literaturanalyse (Inanlou et al. 2020) verweist im **Suchtbereich auf fünf Attribute, die mit Recovery verbunden werden:**

1. die Betonung des Prozesscharakters (anstelle eines statischen Verständnisses)
2. ein holistischer Ansatz (der nicht auf das Konsumverhalten eingeschränkt ist, sondern auch psychologische und soziale Aspekte umfasst)
3. Patientenzentrierung (Eigenschaften und Präferenzen der Patientinnen/Patienten determinieren Zielsetzungen, Ablauf, Geschwindigkeit und Intensität des Recoveryprozesses)
4. Erlernen gesundheitsfördernder Copingstrategien (Suche nach neuen und besseren Wege, um mit den Stressfaktoren des Lebens umzugehen)
5. Mehrstufigkeit des Prozesses (in unterschiedlichen Phasen werden unterschiedliche Zielsetzungen verfolgt)

Sucht zwischen individueller und sozialer Verantwortung

Die Zuschreibung von Schuld oder Verantwortung kann wesentlich zur Stigmatisierung beitragen, aber auch ein Ansatzpunkt für deren Reduzierung sein. Dabei besteht ein scheinbarer Widerspruch zwischen dem Krankheitsmodell (geringe individuelle Eigenverantwortung) und einem Modell, das Suchterkrankungen als Folge individuellen Verhaltens versteht (und damit eine hohe individuelle Eigenverantwortung zugrunde legt). Dieser Widerspruch kann laut Schomerus et al. (2022) durch ein dynamisches und erweitertes Verständnis von Verantwortung aufgelöst werden, das nicht nur das betroffene Individuum berücksichtigt, sondern auch dessen soziales Umfeld. Dieses trägt Mitverantwortung – etwa betreffend das Ausmaß der Verfügbarkeit von Substanzen oder durch mangelnde Hilfsangebote. In einem dynamischen Modell verschieben sich individuelle und soziale Verantwortung je nach Schwere der Erkrankung: Je schwerer die Suchterkrankung, desto mehr Verantwortung liegt beim sozialen Umfeld (z. B. durch Unterstützung). Genesung bedeutet dann, dass die betroffene Person schrittweise wieder mehr Eigenverantwortung übernimmt. Dieses Modell könnte helfen, Schuldzuweisungen zu verringern und gleichzeitig aufzeigen, dass sowohl gesellschaftliche Hilfe als auch individuelle Veränderung notwendig sind.

Abbildung 19: Dynamisches Modell individueller und sozialer Verantwortung bei Suchterkrankungen



SUD = Substance Use Disorder

Quelle: Schomerus et al. (2022)

Stigma als Werkzeug zur Prävention von Suchterkrankungen bzw. Substanzkonsum

Im Kontext psychischer Erkrankungen wird Stigma ausschließlich als ein Aspekt behandelt, der zu Diskriminierung Betroffener und negativen Folgen für sie führt. Entsprechend ist die **Aufhebung jeglicher Stigmatisierung** eine häufige Forderung. In Hinblick auf Menschen mit Suchterkrankungen oder einem problematischen Konsum psychoaktiver Substanzen ist weder eine ausschließlich negative Beurteilung von Stigma noch einevehemente Forderung zur Abschaffung jedweder Stigmatisierung vorzufinden (Corrigan et al. 2017b). Stattdessen spielen hier auch Überlegungen aus dem Bereich der Kriminologie eine Rolle, in der Stigma als (zumindest unter gewissen Umständen) zulässiges Mittel zur Verhinderung abweichenden Verhaltens betrachtet wird (Room 2005). Stigma stellt demnach eine besondere Form sozialer Kontrolle dar und beruht

auf denselben Mechanismen (Auswahl von Kriterien zur Bewertung menschlichen Handelns und deren moralische Beurteilung). Stigma zielt jedoch stärker auf Personen und ihre Merkmale ab und versucht klare und unveränderbare Grenzen zwischen Personengruppen zu ziehen. Soziale Kontrolle zielt hingegen stärker auf Handlungen ab und versucht Konformität innerhalb einer Gruppe von Personen durch eine Veränderung unerwünschter Verhaltensweisen zu erhöhen. Stigma kann aber auch als letzte Konsequenz sozialer Kontrolle eingesetzt werden, wenn das eigentlich gewünschte Ergebnis (konformes Handeln) nicht eintritt.

Die Einschränkung von Handlungsfreiheiten von Konsumentinnen/Konsumenten psychoaktiver Substanzen ist gesellschaftlich weitgehend akzeptiert und äußert sich auf rechtlicher Ebene in generellen Konsumverboten bei illegalen Drogen oder partiellen Konsumverboten bei Tabak oder Alkohol. Der bewusste Einsatz abschreckender Bilder ist etabliert und als eine Strategie zur „Denormalisierung des Tabakkonsums“ (Williamson et al. 2015) weitgehend akzeptiert. Selbst manche Stigmaforscher:innen halten Scham als mögliches Werkzeug für die Prävention bzw. Linderung von Problemen im Umgang mit psychoaktiven Substanzen für legitim (Rüsch 2020) bzw. verweisen darauf, dass der Einsatz von Stigma zur Prävention von Suchterkrankungen häufig auf breite Akzeptanz trifft (Corrigan 2018). Zusammenfassend könnte man diese Ambitionen als **Public-Health-Agenda** bezeichnen, die sich von den Agenden, welche den Anti-Stigma-Aktivitäten zugrunde liegen, dadurch unterscheidet (vgl. nächster Abschnitt), dass ihr primäres Ziel die Gesundheitsförderung und die Prävention von Alkoholerkrankungen und nicht die Reduktion von Stigma ist.

Gegen den bewussten Einsatz von Stigma im Sinne der Gesundheitsprävention sprechen zunächst ethische Bedenken: Er steht im Widerspruch zur Idee einer Gesundheitsförderung, die auf informierten Entscheidungen mündiger Bürger:innen basiert, und kann das Vertrauen stigmatisierter Gruppen in staatliche oder lokale Unterstützungsangebote mindern (Williamson et al. 2015). Der Begriff der **Stigmasättigung** (Room 2005) beschreibt hingegen den Umstand, dass ein häufiger Einsatz von Abwertung mit Dauer an Kraft verliert. Schomerus et al. (2011a) verweisen zudem in Bezug auf Alkohol darauf, dass die Anwendung von Stigma als Strategie zur Krankheitsprävention zu spät einsetzt, da weder der Alkoholkonsum per se noch der Rauschzustand, sondern erst der Kontrollverlust als Teil der Abhängigkeit Gegenstand von Stigmatisierung ist, also erst wenn sich bereits eine Krankheit manifestiert hat. Rüsch (2020) verweist darauf, dass Stigma in Bezug auf Suchterkrankungen zwar sozialen Druck in Richtung Abstinenz fördern, gleichzeitig die Auswirkungen des Konsums aber verschlimmern kann. Die österreichische Suchtprävention bekennt sich aus all diesen Gründen (BMG 2015) zur Vermittlung sachlicher, fundierter und sensibel aufbereiteter Informationen über problematische Substanzen/Verhaltensweisen und spricht sich damit implizit gegen den Einsatz abschreckender Botschaften aus.

8.5 Ziele und Interventionsmöglichkeiten zum Abbau von Stigma bei Alkoholerkrankungen

Entsprechend der Komplexität des Phänomens Stigma gibt es eine Reihe von Ansatzmöglichkeiten für Interventionen, um Stigma abzubauen. Dabei ist es notwendig, nachhaltig und auf mehreren Ebenen gleichzeitig anzusetzen, um einen solchen sozialen Wandel hervorzubringen (Stuart 2017). Es bedarf dafür eines Umdenkens der Bevölkerung, der Abschaffung benachteiligender

Strukturen und der Schaffung von Angeboten, die Recovery fördern. Ein solches multistrategisches Vorgehen erfordert gleichzeitig die Abstimmung potenziell divergierender Zielvorstellungen.

Ziele und Agenden in der Anti-Stigma-Arbeit

Anti-Stigma-Aktivitäten können **unterschiedliche Ziele oder Agenden** verfolgen, die einander ergänzen, aber auch für jeweils andere Ziele nachteilige Wirkungen haben können. Dies ist bei der Planung von Interventionsmaßnahmen zu berücksichtigen, da unterschiedliche Ziele bei begrenzten Ressourcen miteinander konkurrieren können (Corrigan 2016; Corrigan et al. 2017a).

Vorrangiges Ziel der **Behandlungsagenda** ist es, negativen Zuschreibungen entgegenzuwirken, die eine Inanspruchnahme von Hilfsangeboten behindern. Hierbei wird eine Enttabuisierung der Krankenbehandlung sowie eine Verbesserung der „mental health literacy“ (u. a. Erkennen von Symptomen, Strategien zur Bewältigung psychischer Erkrankungen und zu deren Vorbeugung, Informationen zu Hilfsangeboten und Therapien) durch Öffentlichkeitskampagnen in der Bevölkerung oder in bestimmten Personengruppen (z. B. männerspezifische Programme) angestrebt. Zudem soll mit Informationsvermittlung und Medienkampagnen Vorbehalten in der Bevölkerung entgegengewirkt werden, so dass ungerechtfertigte Vorurteile gegenüber Suchterkrankungen (z. B. Unheilbarkeit) sowie Vorbehalte gegen Unterstützungseinrichtungen reduziert werden. Auch dies soll dazu dienen, dass Behandlungsangebote bei Bedarf stärker in Anspruch genommen werden.

Die **Menschenrechtsagenda** verfolgt das Ziel der Anerkennung von Bürgerrechten sowie der Förderung von Inklusion nach Vorgabe der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK). Die UN-BRK verpflichtet die Vertragsstaaten, tiefgreifende soziale Benachteiligungen von Menschen mit Behinderungen (darunter fallen auch Menschen mit länger andauernden psychosozialen Beeinträchtigungen und somit auch von einer Alkoholerkrankung betroffene Personen) zu beseitigen, die Menschenrechte und Grundfreiheiten für sie zu gewährleisten und ihre gesellschaftliche Teilhabe auf der Grundlage der Chancengleichheit zu fördern.

Die **Selbstwertagenda** zielt darauf ab, Selbststigma und Scham abzubauen und durch Selbstwert und Empowerment zu ersetzen. Interventionen mit diesem Ziel sind oft peergeleitet, und die Agenda wird vor allem von Betroffenen, die unter Selbststigma und stigmainduzierter Scham leiden, sowie von Peerorganisationen, die sich für Persönlichkeitsentwicklung und sozialen Wandel einsetzen, verfolgt.

Interventionsmöglichkeiten auf der Ebene kulturellen Stigmas

Ein wichtiges Medium für die Verbreitung von Stigma ist die **Sprache**. Während der Mechanismus bei gängigen Schimpfwörtern und Metaphern bekannter ist, gibt es auch subtilere Formen des stigmatisierenden Sprachgebrauchs. Zum Beispiel sind Begriffe wie „psychisch Kranke“, „Alkoholiker:in“, „Alkoholkranke“ oder „Suchtkranke“ stigmatisierend, da sie den Menschen mit einer Erkrankung oder Diagnose gleichsetzen und somit auf diese reduzieren (Ashford et al. 2018). Während sich in der psychosozialen Fachwelt die Verwendung von Bezeichnungen, welche die Person (als Träger:in einer Diagnose) in den Vordergrund stellen, z. B. „Menschen mit psychischen Erkrankungen“, weitgehend durchgesetzt hat, steht ein solcher Bewusstseinswandel unter Suchtexpertinnen und Suchtexperten noch weitgehend aus.

Auf der Ebene der **kulturellen Stigmatisierung** spielen zudem Medien eine zentrale Rolle, da sie negative Stereotype und Vorurteile durch sensationsträchtige oder einseitige Tagesberichterstattung oft bekräftigen und so zur Reproduktion und Aufrechterhaltung von Stigma beitragen können. Medienempfehlungen sind ein Ansatzpunkt von Anti-Stigma-Programmen und bezwecken eine realistischere Darstellung stigmatisierter Personengruppen sowie eine Steigerung der Zahl von Beiträgen zu Gesundheitsinformationen, auf Erlebtem beruhenden und individuellen Erfahrungsberichten sowie zu erfolgreichen Bewältigungsstrategien in Krisensituationen. Um das Stigma psychischer Erkrankungen abzubauen, gibt es in vielen Ländern, neuerdings auch in Österreich¹⁹⁶, Medienempfehlungen zur stigmafreien Berichterstattung über psychische Erkrankungen. Damit auch die spezifischen Aspekte von Suchterkrankungen in der Berichterstattung Berücksichtigung finden, werden auch Medienleitfäden zur nichtstigmatisierenden Berichterstattung über Suchtkrankheiten empfohlen (Schomerus et al. 2017).

Interventionsmöglichkeiten auf der Ebene direkter Stigmatisierung

Auf der Ebene der direkten Stigmatisierung sollen zielgruppenspezifische Schulungen mit den Elementen Edukation und Kontakt dabei helfen, negative Stereotype und Vorurteile zu reduzieren. **Edukationsmaßnahmen** gehen von der Annahme aus, dass mehr Wissen über psychische Erkrankungen zu einer Reduktion von Stigma und Diskriminierung führen. Studien zeigen die Notwendigkeit einer differenzierten Betrachtung und Auswahl der Wissensinhalte bei Edukationsmaßnahmen. So konnte z. B. gezeigt werden, dass die Verbreitung biologischer Erklärungsmodelle insbesondere bei Schizophrenie und Alkoholerkrankungen zu einer Verstärkung des Stigmas führen (Schomerus et al. 2012) (vgl. Abschnitt „Krankheitstheorien“).

Der **Kontaktansatz** verfolgt die Annahme, dass Stigma am besten durch direkten Kontakt mit Personen aus der stigmatisierten Gruppe abgebaut werden kann (Pettigrew 1998). Bei kontaktbasierten Interventionen mit direkter Begegnung und/oder durch Erzählungen über gelebte Erfahrung und erfolgreiche Bewältigung treten individuelle Lebensgeschichten in den Vordergrund. Damit wird die affektive Ebene, auf der Vorurteile fest verankert sind, angesprochen.

Studien belegen, dass beide Ansätze Stigma psychischer Erkrankungen reduzieren können. Bei einem Vergleich der beiden Ansätze konnten Mehta et al. (2015) in ihrer Systematic Review keinen Unterschied feststellen. In einer Metaanalyse von Corrigan et al. (2012) waren hingegen kontaktbasierte Interventionen edukativen Maßnahmen beim Abbau von Stigma in der erwachsenen Bevölkerung überlegen. Dabei war direkter Kontakt im Vergleich zu indirektem Kontakt (Video oder online) effektiver. Die Metaanalyse ergab auch eine nachhaltigere Wirkung der kontaktbasierten Interventionen nach einem Follow-up-Zeitraum. Livingston et al. (2012) untersuchten die Effektivität von Anti-Stigma-Interventionen bei Suchterkrankungen und schließen in ihrer Systematic Review, dass die **Verbreitung positiver Erfahrungsberichte** in der Bevölkerung und **kontaktbasierte Trainings- und Edukationsprogramme** bei professionellen Helferinnen bzw. Helfern und Medizinstudierenden effektive Strategien zur Reduktion von Stigma bei Suchterkrankungen darstellen.

Aufgrund der zentralen Rolle **professioneller Helfer:innen** im Stigmaprozess wird für sie die Vermittlung entsprechender Anti-Stigma-Kompetenz empfohlen (Schomerus et al. 2017). Neben

¹⁹⁶ vgl. www.stigma-frei.at [zuletzt abgerufen am 25.01.2025]

kontaktbasierten Elementen können reflexive Schulungselemente ihr Problembewusstsein und die damit verbundene Verantwortung stärken und durch die Vermittlung von Skills dem Unbehagen der Behandler:innen im Umgang mit Patientinnen und Patienten entgegenwirken (Livingston et al. 2012). Durch Reflexion der eigenen Haltung soll auch ein respektvoller Umgang mit Betroffenen erzielt werden. Nicht Abwertung, Ausgrenzung und Disziplinierung, sondern Wertschätzung und Befähigung sollen im Zentrum von Prävention und Behandlung sowie des alltäglichen Umgangs mit Suchtkrankheiten stehen (Schomerus et al. 2017).

Interventionsmöglichkeiten auf der Ebene des Selbststigmas

Auch bei der Bekämpfung von Selbststigma kommen edukative und kontaktbasierte Elemente zum Einsatz. Bei edukativen Strategien werden internalisierte Vorurteile durch Gegenüberstellung von Mythen und Fakten sowie durch kognitive Umstrukturierungsstrategien für die durch das Stigma geprägten Selbstbilder abgebaut (z. B. auf der Grundlage unterschiedlicher kognitiv-verhaltenstherapeutischer Ansätze). Kontaktbasierte Ansätze beruhen auf der Annahme, dass vermehrter Kontakt mit und Unterstützung durch Peers Empowerment fördern und Selbststigma abbauen (Corrigan et al. 2017a). Schomerus et al. (2017) empfehlen zudem, dass Betroffene und deren Angehörige, um ihr Empowerment zu fördern, durch Information über ihre Rechte gezielt dabei unterstützt werden, sich gegen Ausgrenzung und Diskriminierung zu wehren.

Interventionsmöglichkeiten auf der Ebene struktureller Stigmatisierung

Um strukturellen Benachteiligungen von Menschen mit Suchterkrankung im Hilfssystem entgegenzuwirken, wäre insbesondere dessen entsprechende Ausstattung mit Ressourcen wie etwa in Form der bedarfsgerechten Bereitstellung von Psychotherapieplätzen ein zentraler Ansatzpunkt. Zudem sollten Präventionsstrategien und Botschaften auf Policyebene auf mögliche stigmatisierende Effekte geprüft werden und sollte die Forschung zu Stigmafolgen bei Suchterkrankungen und zu Entstigmatisierung gezielt gefördert werden (Corrigan et al. 2017a; Schomerus et al. 2017).

Durch gezielte Kommunikationsstrategien – insbesondere durch die Kombination aus individuellen Erfahrungsberichten und Schilderungen struktureller Barrieren in der Behandlung von Suchterkrankungen – sollte zudem die Öffentlichkeit von der Notwendigkeit von Investitionen in Behandlungs- und Unterstützungsangebote für Menschen mit einer Alkoholerkrankung überzeugt werden (McGinty et al. 2018).

8.6 Was wird in Österreich getan, um das Stigma bei Suchterkrankungen abzubauen?

Im Zuge der Tätigkeiten der „Kompetenzgruppe Entstigmatisierung“ (vgl. Fußnote 188) wurden 2019 im Rahmen einer umfassenden **Bestandserhebung** Aktivitäten aus dem Bereich der Anti-Stigma-Arbeit in Österreich erhoben. Insgesamt wurden dabei über 200 Aktivitäten in die Sammlung aufgenommen und nach Themenschwerpunkten, Interventionsebenen, Zielgruppen, Settings und Bereichen kategorisiert. Sucht ist dabei mit 24 gemeldeten Aktivitäten einer der am häufigsten genannten Themenschwerpunkte der rückgemeldeten Anti-Stigma-Aktivitäten (Nowotny et al. 2020).

Über die Hälfte der eingemeldeten Anti-Stigma-Interventionen im Suchtbereich zielen auf (vorrangig edukative) **Bewusstseinsbildung** ab und erfolgen am häufigsten in Form von Schulungen, Workshops oder Seminaren für unterschiedliche Zielgruppen (z. B. Angehörige sozialer und medizinischer Berufsgruppen, Kinder und Jugendliche, Eltern, pädagogische Fachkräfte) und in unterschiedlichen Settings (z. B. Schule, Betrieb). Deutlich seltener werden auch Kunst- und Kulturveranstaltungen (z. B. in Form von Kabarett oder Theater) oder Vorträge für bestimmte Berufsgruppen eingesetzt. Nur zwei Projekte der Interventionsebene Bewusstseinsbildung beinhalteten kontaktbasierte Elemente mit Betroffenen oder deren Angehörigen im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit, und ein kontaktbasiertes Präventionsprogramm für unterschiedliche Zielgruppen und Settings wurde eingemeldet.

Merkblätter, Handlungsleitfäden und Kooperationsvereinbarungen (z. B. zwischen einzelnen Versorgungsdienstleisterinnen und -dienstleistern, die mit suchtkranken Menschen zu tun haben) werden eingesetzt, um die Qualität der Versorgung von Menschen, die Suchterkrankungen aufweisen, in unterschiedlichen Versorgungsprozessen sicherzustellen und somit Barrieren zu entfernen, die **struktureller Stigmatisierung** zugeordnet werden können.

Die Förderung von **Inklusion und sozialer Teilhabe** von Menschen mit Suchterkrankung steht im Mittelpunkt von Aktivitäten, die im Setting Arbeit (z. B. Maßnahmen zum Erhalt des Arbeitsplatzes oder Fördermaßnahmen wie sozialökonomische Betriebe zur beruflichen Reintegration), im Setting Gemeinde (z. B. Förderung des sozialen Zusammenhalts durch eine gemeinsame Gestaltung des Wohn- und Lebensumfelds) oder im öffentlichen Raum (z. B. aufsuchende Sozialarbeit zur Vermittlung zwischen Parteien im öffentlichen Raum) stattfinden. Auch Kooperationen mit Kultureinrichtungen, die gleichermaßen Zugang zu Kultur und das Erleben eigenen, gestalterischen Arbeitens ermöglichen sollen, dienen der Förderung sozialer Teilhabe.

Nur selten vorgefunden wurden Aktivitäten, die vorwiegend einen Mental-Health-Advocacy-Ansatz verfolgen oder eine stärkere Beteiligung Betroffener als explizites Ziel verfolgen. Auch unabhängig von der primären Zielsetzung der jeweiligen Anti-Stigma-Aktivität werden nur bei einem Fünftel aller Maßnahmen Angehörige Betroffener oder Erfahrungsexpertinnen und -experten eingebunden, obwohl dies ein zentrales Prinzip für erfolgreiche Anti-Stigma-Interventionen darstellt.

Ausblick

Die Bestandserhebung schließt mit daraus abgeleiteten Empfehlungen für die Verbesserung der Anti-Stigma-Arbeit in Österreich (Nowotny et al. 2020). Zwei Aspekte, die den Suchtbereich besonders betreffen, werden im Folgenden herausgegriffen: Im Suchtbereich scheint sich die Einbindung und Nutzung von Erfahrungsexpertise für die Anti-Stigma-Arbeit noch nicht etabliert zu haben (Einbindung von Erfahrungsexpertinnen/-experten in die Planung und Durchführung von Anti-Stigma-Maßnahmen). Dies stellt nicht nur in der Anti-Stigma-Arbeit, sondern auch für die Verbesserung der Versorgung und der Lebensbedingungen von Menschen, die eine Alkoholerkrankung aufweisen, ein ungenütztes Potenzial dar (z. B. Einbindung von Interessenvertreterinnen/-vertretern in Gesundheitsplanung und Entscheidungsgremien sowie Einsatz von Peer-Arbeiterinnen/-Arbeitern in der Versorgung von Menschen, die eine Alkoholerkrankung aufweisen).

Suchtstigma unterliegt, u. a. aufgrund seiner besonderen Nähe zur sozialen Kontrolle von Handlungen, einer gegenüber Stigmatisierungsprozessen bei psychischen Erkrankungen etwas anders

gelagerten Dynamik. Dementsprechend ist auch die Übertragbarkeit der Anti-Stigma-Interventionen aus dem Bereich der psychischen Erkrankungen auf den Suchtbereich noch unzureichend erforscht. Der vermehrte Einsatz von Wirkungsmessung soll daher nicht nur zur Evaluation von Interventionen, sondern auch gezielt zur Erforschung des Suchtstigmas angewandt werden.

Insgesamt liegt der Schwerpunkt der meisten einschlägigen Aktivitäten primär auf Gesundheitsförderung und Prävention, und es fehlt noch ein spezifischer Fokus bzw. eine explizite Strategie, um Stigma bei Alkoholerkrankungen abzubauen. Wie bereits eingangs beschrieben, sollen die durch das Stigma verbreiteten negativen Stereotype und Vorurteile weder durch positive Verallgemeinerungen ersetzt werden, noch soll der Alkoholkonsum verharmlost werden. Durch realistische Darstellungen individueller Lebensgeschichten und Bewältigungsstrategien hingegen sollen die Probleme und der Unterstützungsbedarf greifbar und verständlich gemacht werden.

9 Alkoholsuchtprävention

Der Begriff Prävention, gleich ob in der Alltagskommunikation oder im wissenschaftlichen Kontext, hat zunächst die relativ simple Bedeutung, dass irgendetwas mit irgendwelchen Methoden verhindert werden soll (Uhl 2007). Dem Begriff kommt mithin erst durch die Bezugnahme auf ein bestimmtes Ereignis oder Verhalten eine inhaltliche Bedeutung zu. Diese Tatsache macht die Verwendung des Begriffs Prävention im Zusammenhang mit dem Thema Sucht bzw. Alkoholsucht mehrdeutig¹⁹⁷.

Für eine Konkretisierung des Begriffs ist es daher nützlich, sich für den Suchtbereich an dem Vier-Säulen-Modell der Suchtpolitik zu orientieren, das zwischen den Bereichen Repression, Prävention, Therapie und Schadensbegrenzung unterscheidet (Uhl 2007). Diesem Modell folgend, sind zwei Interpretationen von Prävention möglich. Einerseits kann mit dem Begriff Prävention die Gesamtheit des Vier-Säulen-Modells verstanden werden, nämlich als „Prävention im weiteren Sinn“, als Überbegriff für *jegliches (sucht)politische Handeln*, das die Verhinderung oder Vermeidung von Suchtproblemen zum Ziel hat. Andererseits kann man Prävention als „Prävention im engeren Sinne“ interpretieren und entsprechend der Innendifferenzierung des Vier-Säulen-Modells darunter ausschließlich die Präventionssäule verstehen; in diesem Fall dient Prävention als Überbegriff für *nicht repressive Intervention an Personen, bei denen es (noch) keiner therapeutischen Intervention bedarf* (Uhl 2007).

Grundsätzlich lassen sich sowohl Interventionen der Prävention im weiteren Sinn als auch der Prävention im engeren Sinn dahingehend präzisieren, dass sie Aktivitäten umfassen, die dazu beitragen, dass die Zahl von Neuerkrankungsfällen, Unfällen im Zusammenhang mit exzessivem Konsum sowie weiteren Problemen, die durch gesundheitsriskanten Alkoholkonsum verursacht werden, sinkt (John et al. 2011).

Neben verhaltenspräventiven Maßnahmen, die auf eine Beeinflussung von Personen dahingehend abzielen, deren Gefährdung durch Substanzmissbrauch und süchtigen Substanzkonsum zu verringern, wird in den letzten Jahren verstärkt auch auf „strukturelle Prävention“ (auch bekannt als Verhältnisprävention) gesetzt. Verhältnisprävention ist der Versuch, nicht die Zielgruppe direkt zu beeinflussen, sondern indirekt – über strukturelle Maßnahmen wie Gesetzesänderungen, gezielte Beschäftigungspolitik oder die Schaffung sozialer Unterstützungsstrukturen etc. – Rahmenbedingungen zu schaffen, die einen suchtpräventiven Charakter haben (vgl. Kap. 9.3.1).

¹⁹⁷ Zum besseren Verständnis sei festgehalten, dass es sich bei den im Folgenden beschriebenen Theorien, Ansätzen und Methoden um Werkzeuge der Suchtprävention im Allgemeinen handelt, unabhängig davon, ob damit die Prävention gesundheitlicher oder sozialer Auswirkungen illegaler Substanzen einerseits oder legaler Substanzen wie etwa Alkohol oder von Verhaltensweisen wie z. B. Glücksspiel andererseits adressiert wird. Aus diesem Grund werden nachfolgend die Begriffe Suchtprävention und Prävention dort verwendet, wo es um allgemeine Prinzipien geht, die auch immer im Zusammenhang mit Alkoholsuchtprävention von Relevanz sind. Der Begriff Alkoholsuchtprävention wird dann verwendet, wenn eine inhaltliche Einschränkung auf Alkohol sinnvoll ist. Ergänzend ist hier zu betonen, dass der Ausdruck Suchtprävention als Kurzbezeichnung für „Prävention von Sucht und schädlichem Gebrauch“ steht, also nicht nur auf die Vermeidung „physischer, psychischer und sozialer Abhängigkeit von Substanzen und Verhaltensweisen“, sondern auch auf „schädlichen Gebrauch“ zielt, der negative körperliche oder psychische Folgen erwarten lässt (Uhl et al. 2002).

9.1 Die Entwicklung der modernen Suchtprävention

Die Entwicklung der Suchtprävention steht in einem direkten Zusammenhang mit der kulturhistorischen Entwicklung des Suchtbegriffs (Spode 1993). Gesundheit wurde in der Antike in erster Linie als Ergebnis einer ausbalancierten Lebensführung gesehen, für deren Aufrechterhaltung dem Individuum, aber auch der Gesellschaft eine große Verantwortung beigemessen wurde. So findet man bereits bei Aristoteles den Gedanken, dass jeder Einzelne sich von Anfang an um eine gesunde Lebensführung bemühen solle und dass auch der Staat durch die Bereitstellung eines staatlichen Erziehungs- und Gesundheitssystems zur Gesundheitsvorsorge beitragen solle (Hoff et al. 2015). Allerdings fehlte für die Entwicklung suchtverringernder Präventionsmaßnahmen in der Antike noch ein entsprechendes Krankheitskonzept. Maßnahmen, die vor Trinkexzessen schützen sollten, folgten eher ordnungspolitischen Vorstellungen als einem gesundheitsorientierten Konzept.

Zu einem wichtigen Thema wurde Alkoholmissbrauch im Europa des 16. Jahrhunderts. Damals begann eine religiös motivierte Umdeutung des Alkoholkonsums. Der zu dieser Zeit übliche und weitverbreitete Bierkonsum mit gelegentlichen Exzessen wurde zunehmend kritisch gesehen. Angetrieben von den Predigern der neuen evangelischen Bewegungen, wurde das lasterhafte Trinken einem „Saufteufel“ zugeschrieben, dem man nur durch eine fromme und gottesfürchtige Lebensweise beikommen konnte (Klein 2015). Übermäßigiges Trinken wurde als moralisches Problem, als Willensschwäche angesehen. Das religiös motivierte Ziel war nicht die Abstinenz, sondern die Mäßigung. Alkohol wurde zu dieser Zeit auch als Nahrungsmittel (Biersuppe) gesehen.

In der Folge teilte sich die Bevölkerung in zwei Lager auf, eines davon vertrat die totale Alkoholabstinenz und trat für Prohibition ein, während das andere zur Mäßigung aufrief und dem moderaten Alkoholkonsum positiv gegenüberstand. Eine besondere Bedeutung erlangte die Abstinenzbewegung mit dem 1905 gegründeten Arbeiter-Abstinentenbund, der die bis dahin österreichweit bestehenden einzelnen Arbeiterabstinenzvereine zusammenfasste. Die Arbeiterbewegung sah im Kampf gegen den Alkohol einen wichtigen Schritt gegen die Verelung der Arbeiterklasse und hatte den Victor Adler zugeordneten Ausspruch „*Der denkende Arbeiter trinkt nicht, und der trinkende Arbeiter denkt nicht*“ als Leitspruch. Erklärtes Ziel dieses Bundes war es, neben Aufklärung und Information auch Hilfe für alkoholkranke Menschen und deren Angehörige anzubieten. Auch von den Nationalsozialisten wurde die Alkoholabstinenz aus „rassenhygienischen“ Gründen propagiert. Das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ legalisierte die Unfruchtbarmachung „Erbkranker“ und Alkoholkranker durch Sterilisation, die auch als Zwangsterilisation durch ein Amtsgericht angeordnet werden konnte. alkoholkranke Menschen, die nicht der Zwangsterilisation zum Opfer fielen, erwartete oft ein anderes Schicksal. Als „asoziale“ (gemeinschaftsfremde) Personen wurden sie in „Trinkerlisten“ erfasst und mussten in „Konzentrationslagern“, „Asozialenkolonien“ oder „Arbeitserziehungslagern“ Zwangsarbeit leisten. Die meisten Alkoholkranken überlebten die ersten Tage in diesen Lagern aufgrund ihrer körperlichen Schwächung durch den Zwangsentzug meist nicht.

Der Prohibitionsbewegung gelang es aber in Österreich – anders als in den USA und nordeuropäischen Staaten – nie, eine dominierende Position im alkoholpolitischen Diskurs einzunehmen. Da die Abstinenzbewegung und die „Rassenhygiene“-Bewegung vor und während des Zweiten Weltkriegs gemeinsam aufgetreten waren, verlor mit dessen Ende und dem Untergang des nationalsozialistischen Gedankenguts auch die Abstinenzbewegung weitestgehend an Bedeutung (Spode 1993).

Beginnend in den Sechzigerjahren des 20. Jahrhunderts, nahmen Probleme um den Konsum illegalisierter Drogen in den Medien der westlichen Welt einen großen Stellenwert ein, und der Kampf gegen die Drogen wurde von öffentlicher Seite in Form von Abschreckungsbotschaften, gepaart mit Abschreckungsszenarien, unter dem Titel „Drogenprävention“ geführt, wobei in diesem Zusammenhang Alkohol und Tabak noch kaum ein Thema waren (Klein 2015). Den *emanzipatorischen Ideen* der 68er-Generation galt Drogenkonsum als Resultat der schlechten sozialen Bedingungen, unter denen Menschen leben mussten. Drogen wurden, so die Überlegungen dazu, aufgrund ihrer eskapistischen bzw. stressreduzierenden Wirkung genutzt, um dem Alltag zu entkommen. Als Urheberin dafür erachtete man die Politik, die durch Ausbeutung und politische Unterdrückung für die schlechten Lebensverhältnisse verantwortlich sei. Diese Sichtweise wurde von kritischen Vertreterinnen und Vertretern der Sozialarbeit, Psychologie, Politologie und Soziologie bereitwillig aufgegriffen, hatte jedoch zunächst keinen unmittelbaren Einfluss auf die Drogenpolitik. Erst mit dem Eintritt der 68er-Generation in das Berufsleben begann sich die emanzipatorische Grundhaltung in unterschiedlichen Bereichen zu etablieren.

Ab Mitte der 1980er-Jahre ging diese Phase in die *psychologische Phase* über, in welcher der Mensch und seine individuellen Fähigkeiten im Mittelpunkt standen. In dieser Phase der Suchtprävention ist bereits der starke Einfluss der Gesundheitsförderung zu erkennen. Aus diesem Grund finden sich in der Suchtprävention wie auch in der Gesundheitsförderung die gleichen Konzepte wie z. B. Empowerment, Kompetenzförderung und Copingstrategien wieder. Zentral in dieser Phase ist, dass das Individuum als für seinen Drogenkonsum verantwortlich angesehen wurde. Der Konsum selbst galt nach wie vor als Flucht- oder Vermeidungsverhalten, hier aber nicht um sozialen Problemen zu entfliehen, sondern um ein Verhalten zu bewältigen, das auf individuellen Defiziten im Bereich Anpassungsfähigkeit, Stresstoleranz und Persönlichkeitsstruktur fußt (Klein 2015). Ziel der Suchtprävention war es nunmehr, Menschen durch entsprechende Trainings (sofern spezifische Defizite identifiziert worden sind) bzw. durch die allgemeine Schulung der Lebenskompetenzen¹⁹⁸ so vorzubereiten bzw. zu ermächtigen, ihr Lebensumfeld zu ändern, dass die Person sich vor übermäßiger Belastung schützen kann. Hierbei kam der *affektiven Erziehung* eine besondere Bedeutung zu. Menschen sollten damit in die Lage versetzt werden, die Quelle ihrer Emotionen zu erkennen und kontrollieren zu können.

In der letzten Phase der Entwicklung tritt die *Risikokompetenz* der Konsumentinnen und Konsumenten in den Vordergrund. Damit werden diese als selbstverantwortliche Individuen wahrgenommen, die über ihren Substanzkonsum selbst entscheiden. Ausgestattet mit Informationen über die betreffenden Substanzen und die Folgen von deren Konsum, soll der oder die Konsument:in selbst in einem Prozess der Risikoabschätzung entscheiden, ob es zum Konsum kommt oder nicht. Aufgabe der Suchtprävention ist es nun einerseits, die notwendigen Informationen zu vermitteln, damit eine solche Risikoabschätzung möglich ist, und andererseits den Konsumierenden Strategien zu vermitteln, wie sie Risiken vermeiden oder reduzieren können.¹⁹⁹ Zentral dabei ist, dass hier auch Informationen dazu weitergegeben werden, was zu tun ist, wenn ein Notfall eintritt, ebenso erfolgt eine Aufklärung über rechtliche Fakten.

¹⁹⁸ mehr zu Lebenskompetenzen vgl. Kapitel 9.3.2.2

¹⁹⁹ besser bekannt unter dem Begriff „safer use“. Dies reicht von Anleitungen zum sicheren Konsum illegaler Substanzen, z. B. im Falle intravenös injizierter Substanzen wie Heroin, bis hin zu Tipps für Verhaltensweisen, etwa den Konsum nur in der Freizeit zu praktizieren oder nach einem solchen kein Fahrzeug zu lenken.

In Österreich wurden entsprechend dieser in den drei vorangegangenen Absätzen skizzierten Entwicklung von öffentlicher Seite zunächst abschreckende „Drogenaufklärungskampagnen“ geführt. Beginnend 1993, wurden sodann erste Fachstellen für Suchtprävention in den Bundesländern gegründet (Uhl et al. 2002), wobei vonseiten der finanziierenden öffentlichen Stellen der Schwerpunkt auf illegalisierte Drogen gesetzt wurde. Engagierte Sozialarbeiter:innen und Psychologinnen/Psychologen in den Fachstellen für Suchtprävention erkannten aber rasch, dass Übertreibung und Abschreckung eher kontraproduktiv waren, setzten verstärkt auf Emanzipation und Partizipation im Sinne der Ottawa-Charta (WHO 1986b) und inkludierten zusehends auch den exzessiven Umgang mit Alkohol und Tabak in ihr Aufgabenfeld. Massive Unterstützung für diese Richtung ergab sich durch die *Expertise zur Primärprävention des Substanzmissbrauchs* (Künzel et al. 1993), die als erstes deutschsprachiges einschlägiges Werk, gestützt auf internationale Literatur, eine deutliche Absage an das Abschreckungsparadigma formulierte und sich für einen substanzübergreifenden Zugang aussprach. In weiterer Folge fand eine Professionalisierung der Suchtprävention in Österreich statt. In allen Bundesländern wurden Suchtpräventionsfachstellen eingerichtet, die eng miteinander kooperieren²⁰⁰ und inzwischen weitgehend unumstritten als zentrale Einrichtungen zur Umsetzung suchtpräventiver Inhalte in Österreich gesehen werden. Im Rahmen der professionellen Suchtprävention ist in Österreich heute die Risikokompetenzförderung etabliert und sind die Konsumentinnen/Konsumenten illegalisierter Drogen als mündige Menschen anerkannt (Uhl et al. 2002).

9.2 Klassifikation von Prävention und Präventionsmaßnahmen

Die Suchtprävention ringt seit ihrer Etablierung als eigenständiges Handlungsfeld um ihre Identität. Grundsätzlich geprägt von ihrem medizinischen Ausgangspunkt, Erkrankungen zu verhindern bzw. gesundheitliche Risiken zu reduzieren, der auch in den jüngsten Strömungen der „evidenzbasierten Suchtprävention“ (vgl. Kap. 2.1.1) zu finden ist, war die Suchtprävention lange Zeit durch die in der Medizin gebräuchlichen Begriffe und Klassifikationen geprägt.

Die ersten Versuche einer Klassifikation von Präventionsmaßnahmen erfolgten in den 50er- und 60er-Jahren des 20. Jahrhunderts und sind bis heute noch weitverbreitet. 1957 von der Commission on Chronic Illness eingeführt und später auf Wirken von Suchtexpertinnen und -experten erweitert und inhaltlich verändert, wurde eine Klassifikation festgelegt, die sich auf den Zeitpunkt bezieht, wann eine Intervention, Behandlung oder Maßnahme erfolgt (Uhl 2007).

Eine der bekanntesten und nach wie vor – vor allem im Suchtbereich – populärsten Klassifikationen, die auf den ersten Vorschlägen der Commission on Chronic Illness basiert, ist jene nach Caplan (1964). Sie unterscheidet prinzipiell nach dem Zeitpunkt, wann Maßnahmen ansetzen. Die drei Ebenen der Klassifikation sind

- *Primärprävention*, die sich auf Maßnahmen bezieht, bei deren Setzen schon erste Anzeichen einer Krankheit vorhanden sind, diese sich aber noch nicht manifestiert hat,
- *Sekundärprävention*, die Maßnahmen umfasst, die nach der Manifestation einer Krankheit einsetzen und darauf ausgerichtet sind, die Dauer einer Krankheit zu verringern, und
- *Tertiärprävention*, die Maßnahmen beinhaltet, die zum Zweck haben, Auswirkungen (Rückfall, Chronifizierung, Folgeschäden) einer Krankheit zu verringern.

²⁰⁰ <https://www.suchtvorbeugung.net> [zuletzt abgerufen am 26.08.2025]

Für die Unterteilung von Präventionsmaßnahmen erwies sich die Klassifikation von Caplan jedoch in Zusammenhang mit Suchterkrankungen nur bedingt als sinnvoll, da die Unterteilung Menschen, die kein dysfunktionales oder pathologisches Konsumverhalten haben, nicht erfasst.

Eine in der Prävention mittlerweile weitverbreitete Unterteilung ist jene von Gordon (1983), die als Unterscheidungskriterium sich auf Personen bzw. Personengruppen bezieht, die aufgrund ihres Konsumverhaltens ein mehr oder weniger großes Risiko haben, eine Suchterkrankung zu entwickeln, bzw. von einer solchen bereits betroffen sind. Gordons Klassifikation unterscheidet dementsprechend zwischen *universellen* Maßnahmen, die auf die Allgemeinheit abzielen, *selektiven* Maßnahmen, die auf Risikogruppen gerichtet sind, und *indizierten* Maßnahmen, die auf Personen mit manifesten Problemen zielen.

Die von Gordon entwickelte Unterteilung wird zunehmend zum Standard in der neueren Präventionsliteratur und wird z. B. von renommierten Institutionen wie dem US-amerikanischen National Institute on Drug Abuse (NIDA) oder der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA 2019) verwendet.

Die Abkehr von einer durch den Gesundheits- bzw. Krankheitsstatus geprägten Unterteilung hin zu einer am Risikopotenzial ausgerichteten Unterteilung hat mehrere Ursachen. Zum einen haben sich neben der Medizin auch andere wissenschaftliche Disziplinen mit dem Thema Sucht auseinanderzusetzen begonnen (Psychologie, Soziologie etc.) und dem Verständnis von Sucht aus ihrer Disziplin heraus eigene theoretische Ansätze und Blickwinkel hinzugefügt. War die bzw. der „Süchtige“ in der Frühphase der modernen Suchtprävention in den 1960er-Jahren noch Opfer der eigenen moralischen Verfehlungen, erweiterte sich diese Sichtweise mit der Zeit durch die stärkere Betonung des Umstands, dass individuelle Umweltbedingungen, psychische Disposition, traumatische Erlebnisse etc. eine wichtige Rolle bei der Entstehung einer Abhängigkeits-erkrankung spielen. Gleichzeitig wurden auch die Konsumierenden immer weniger als passive Opfer einer Suchterkrankung verstanden, sondern zunehmend als mündige Personen, die durch ihre Entscheidungen ihre Gesundheit selbst bestimmen.

Auch die Politik hat die Prävention zunehmend als Handlungsfeld entdeckt, in dem man nicht nur politisch reagieren muss, wenn Probleme auftreten, sondern in Kombination mit anderen Maßnahmen der Entwicklung gesellschaftspolitischer Probleme vorbeugen kann. Hierfür wird aber eine andere Terminologie benötigt als im medizinischen Kontext und sind Konzepte wie jene der Verhaltens- oder Verhältnisprävention oder eben auch jene der universellen, selektiven oder indizierten Suchtprävention sinnvoll.

Ein dritter wesentlicher Grund für die Orientierung am Risikopotenzial liegt darin, dass sich die Konzepte und Ansätze, die in suchtpräventiven Maßnahmen umgesetzt werden, mit Kategorien der Krankheitsbehandlung nicht angemessen erfassen lassen. Besonders deutlich wird dies am Beispiel der Lebenskompetenz oder wenn sich Maßnahmen zur Aufklärung an Zielgruppen richten, bei denen keine Erkrankung, aber auch keine besondere Gefährdung vorliegt.

9.3 Theoretische Ansätze in der Suchtprävention

Suchtprävention, wie sie derzeit umgesetzt wird, vereint eine Vielzahl von Theorien, Ansätzen und Methoden, die darauf abzielen, das Konsumverhalten so zu verändern, dass sich daraus

keine gesundheitlichen oder sonstigen Probleme ergeben. Im Lauf der Evolution der Suchtprävention wurde der Zugang des bloßen „Informierens“ und „Aufklärens“²⁰¹ unterschiedlicher Zielgruppen deutlich erweitert. Zum einen wurden Ansätze und Methoden entwickelt wie z. B. die motivierende Gesprächsführung, die darauf abzielten, die intrinsische Motivation zur Verhaltensänderung in den Betroffenen zu aktivieren. Zum anderen wurden Ansätze entwickelt, die darauf fokussierten, die Verhältnisse, in denen Personen leben, so zu verändern, dass gesundheitsschädliches Konsumverhalten zum einen weder entsteht noch gefördert wird oder zum anderen in ein nicht oder weniger schädliches Verhalten abgeändert wird. Ersteres, also das Ziel, das Verhalten von Personen zu verändern, wird unter dem Begriff der verhaltensorientierten Ansätze zusammengefasst und bildet den größten Teil des Präventionsangebots in Österreich und auch international. Jene Maßnahmen, welche die Verhältnisse adressieren, sogenannte verhältnisorientierte Ansätze, sind in der Minderheit, erfreuen sich aber zunehmender Beliebtheit. Dies liegt einerseits daran, dass die Relation zwischen verhaltenspräventiven und verhältnispräventiven Maßnahmen als einseitig kritisiert wird und die Gründe für die Entstehung von Suchterkrankungen stärker in den Verhältnissen als in einem dem individuellen Handeln zugänglichen Bereich verortet werden. Andererseits resultiert die steigende Beliebtheit verhältnispräventiver Maßnahmen auch aus einem zunehmenden Druck, Präventionsmaßnahmen zu evaluieren und zu legitimieren. Da die anvisierten Effekte verhältnispräventiver Maßnahmen (im Alkoholbereich beispielsweise die Ausweitung von Zugangs- und Altersbeschränkungen oder die Einschränkung der Verfügbarkeit von Alkohol) einer Veränderungsmessung besser zugänglich sind als manche verhaltenspräventive Maßnahmen (die beispielsweise auf den Aufbau grundlegender Lebens- und Risikokompetenzen von Individuen abzielen), fällt es teilweise leichter, öffentliche und politische Unterstützung für verhältnispräventive Maßnahmen zu finden.

Die in weiterer Folge dargestellten Ansätze und Maßnahmen auf der Verhaltens- und auf der Verhältnisebene (vgl. Kap. 9.3.1 und Kap. 9.3.2) sowie auch die Evidenz in puncto Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen (Kap. 9.4) sind grundsätzlich kritisch zu betrachten. Während Maßnahmen auf der Verhältnisebene durch ihre Regelung mittels Gesetzen deutlich einen Präventionscharakter im engeren Sinne haben, indem nämlich der Gebrauch, die Abgabe etc. eindeutig geregelt werden, um einem Missbrauch vorzubeugen, ist die Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen auf der Verhaltensebene nicht so deutlich. Maßnahmen auf der Verhaltensebene zielen allgemein auf eine Veränderung der Kultur im weiteren Sinne ab. Die Wirksamkeit lässt sich hier allerdings nur schwer auf einzelne Maßnahmen zurückführen. In diesem Sinne ist im Bereich verhaltenspräventiver Maßnahmen besonders der Begriff der Evidenzbasierung zu hinterfragen.

Die Darstellungen in den folgenden Kapiteln beziehen sich auf gängige Ansätze, Erkenntnisse und Praktiken, die in der Suchtprävention allgemein und somit auch in der Alkoholsuchtprävention im Speziellen zur Anwendung kommen²⁰².

²⁰¹ Die Komponente des „Informierens“ und „Aufklärens“ ist Grundbestandteil einer jeden Präventionsmaßnahme, da es grundsätzlich darum geht, der Adressatin bzw. dem Adressaten die Konsequenzen eines bestimmten der Gesundheit förderlichen oder die Gesundheit schädigenden Verhaltens näherzubringen.

²⁰² Hierbei ausschließlich auf alkoholspezifische Inhalte zu fokussieren würde eine inhaltliche Verkürzung bedeuten, die den aktuellen Erkenntnisstand in Wissenschaft und Forschung nicht adäquat widerspiegelt, weshalb hier auch Ansätze, Erkenntnisse und Praktiken dargestellt werden, bei denen es Hinweise darauf gibt, dass sie einen Beitrag zur Vermeidung einer „Suchtentwicklung“ leisten können.

9.3.1 Verhältnisorientierte Ansätze den Alkohol betreffend

Bei verhältnisorientierten Maßnahmen in Bezug auf Alkohol handelt es sich, wie eingangs erwähnt, um solche, die darauf abzielen, Verhältnisse, die Alkoholkonsum begünstigen, so zu verändern, dass Alkohol nicht oder in einem nicht gesundheitsgefährdenden Maß konsumiert wird. Dazu hat sich in den letzten zwanzig Jahren in der Prävention eine deutliche Tendenz in Richtung einer Restauration des Paternalismus abgezeichnet. Nach primär von den USA ausgehenden massiven Antirauchkampagnen wurde europaweit ab der Jahrtausendwende auch der Alkoholkonsum zusehends problematisiert. Nachdem die traditionell auf Kontrolle und Sanktionen setzende Alkoholpolitik des europäischen Nordens und des angelsächsischen Raums im Zuge der europäischen Integration unter Druck geraten war, ihre diesbezüglichen Regelungen dem mittel- und südeuropäischen Stand anzugleichen, versuchten viele nordeuropäische Entscheidungsträger:innen den dortigen alkoholpolitischen Status quo durch Sonderkonditionen abzusichern, was jedoch angesichts des starken Drucks in Richtung einer europaweiten Harmonisierung im Wirtschafts- und Steuersektor rasch scheitern musste (Uhl 2007). Als Reaktion darauf kam es zum Versuch des europäischen Nordens, die gesamteuropäische Alkoholpolitik in eine restriktivere Richtung zu bewegen, was mit Unterstützung der in diesen Ländern tätigen Alkoholepidemiologinnen und -epidemiologen anfangs sehr erfolgreich verlief. Die von namhaften Alkoholforschenden verfassten und von der WHO unterstützten Bücher *Alcohol Control Policies in Public Health Perspectives* (Bruun et al. 1975), *Alcohol Policy and the Public Good* (Edwards 1994) sowie *Alcohol: No Ordinary Commodity – Research and Public Policy* (Babor et al. 2003) wurden in ganz Europa zum Inbegriff des wissenschaftlich fundierten State of the Art der Alkoholprävention bzw. -politik. Die Autorinnen und Autoren dieser Publikationen prägten den Begriff evidenzbasierte Alkoholpolitik, verliehen dieses Attribut aber nur jenen Strategien, die auf ihren eigenen Schlussfolgerungen basierten und im Wesentlichen der traditionellen nördlichen Alkoholpolitik entsprachen. Sie vertreten den Standpunkt, dass aus wissenschaftlicher Sicht nur die konsequente Verringerung der Alkoholverfügbarkeit zur Reduktion alkoholassoziierter Probleme zu empfehlen sei. Maßnahmen im Bereich von Prävention und Therapie – also Informationsvermittlungskampagnen, gesundheitsfördernde Primärprävention und Suchttherapie, wie sie z. B. in Österreich etabliert sind, wurden stattdessen als teuer und ineffektiv beurteilt und in ein negatives Licht gerückt.

Neben den klassischen Ansätzen zu gesetzlichen Regelungen und Preisgestaltung (Straftheorie, ökonomische Perspektive) sind mit dem Konzept des „Aufforderungscharakters und Angebotscharakters einer Situation“ und auf Basis neurowissenschaftlicher Befunde auch zwei theoretische Sichtweisen im Bereich verhältnisbezogener Maßnahmen diskutiert worden, die abseits der aktuell als State of the Art geltenden Ansätze (gesetzliche Maßnahmen und Preisgestaltung) stehen (Bühler et al. 2013).

9.3.1.1 Aufforderungscharakter und Angebotscharakter

Nach Gibson (1982) lassen sich in Bezug auf die Verhältnisse zwei analytische Ebenen unterscheiden: einerseits die Ebene der Situation, in der man sich als Individuum befindet, und andererseits die Ebene der Dinge oder Gegenstände, die in dieser Situation vorkommen. Dinge besitzen laut Gibson einen Angebotscharakter, während Situationen einen Aufforderungscharakter haben, der bewirkt, in einer bestimmten Situation spezifisch zu handeln. Dabei wird der Angebotscharakter von Gegenständen als unabhängig von dem oder der Betrachter:in gesehen, während der Aufforderungscharakter einer Situation sowohl von der physischen Welt als auch von den Bedürfnissen der in der Situation befindlichen Person bestimmt ist (Bühler et al. 2013). Verhältnisse

präventiv zu gestalten kann demnach heißen, den Konsum insofern zu beeinflussen, als die Situation und/oder der Angebotscharakter von Dingen bewusst verändert werden (Bühler et al. 2013). Demnach bedeutet es einen Unterschied, ob Alkohol in kleineren oder größeren Gläsern serviert wird und ob Situationen wie etwa Trinkwettbewerbe zum exzessiven Konsum animieren.

9.3.1.2 Neurowissenschaftliche Befunde

Nach Steinberg (2008) werden im zweiten und dritten Lebensjahrzehnt spezifische neuronale Entwicklungen vollzogen, die für vermehrtes Risikoverhalten verantwortlich sind. Neurowissenschaftlich wird zwischen einem sozioemotionalen Netzwerk, das soziale und emotionale Information verarbeitet, und dem kognitiv-kontrollierenden Netzwerk, das Verhalten und Entscheidungen reguliert, unterschieden. In der Entwicklung Jugendlicher kommt es mit dem Eintritt in die Pubertät zu einem Ungleichgewicht in der Entwicklung beider Netzwerke. Während das sozioemotionale System einen schnellen Entwicklungssprung macht, entwickelt sich das kognitiv-kontrollierende deutlich langsamer und ist erst gegen Mitte des dritten Lebensjahrzehnts ausgereift. Dadurch entsteht bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen ein Ungleichgewicht zulasten der Verhaltensregulierung. Hinzu kommt, dass die Anwesenheit Gleichaltriger das sozioemotionale Netzwerk aktiviert und das kognitiv-kontrollierende in solchen Situationen weniger Einfluss ausübt, wodurch die Wahrscheinlichkeit riskanter Verhaltensweisen zusätzlich steigt (Bühler et al. 2013). Hinsichtlich der Entwicklung von Abhängigkeiten sind diese Erkenntnisse besonders interessant, weil es neuronale Überschneidungen zwischen dem sozioemotionalen Netzwerk und dem Belohnungssystem gibt. Für die Prävention sieht Steinberg zwei Möglichkeiten:

- Förderung der Reifung der selbstregulatorischen Kompetenzen
- Setzen verhältnispräventiver Maßnahmen in der Gesellschaft und der Familie, um die Gelegenheit für unreflektierte Entscheidungen und negative Folgen einzuschränken und nicht darauf zu bauen, Jugendliche „weiser, weniger impulsiv oder weniger kurzfristig orientiert zu machen“ (Bühler et al. 2013).

9.3.2 Verhaltensorientierte Ansätze

Damit sich Menschen für ein Verhalten entscheiden, das ihrer Gesundheit förderlich ist, brauchen sie als Entscheidungsgrundlage Informationen und Wissen. Das Wissen, welche Entscheidung die „richtige“ ist, ist aber nicht ausreichend, da auch Motivation notwendig ist, um ein entsprechendes Verhalten zu setzen. Darüber hinaus sind für die Umsetzung von Handlungen auch andere Kompetenzen notwendig wie beispielsweise Resilienz zur Bewältigung auftretender Probleme und zur Verarbeitung sich ergebender Frustrationen. Auch die Stärkung des Selbstvertrauens, der Selbstwirksamkeit sowie der Beziehungs- und Kommunikationsfähigkeit spielen bei der Umsetzung gesundheitsrelevanter Entscheidungen eine zentrale Rolle und sind daher zentrale Anliegen der Verhaltensprävention.

9.3.2.1 Theorien der Verhaltensänderung

Es gibt zahlreiche theoretische Modelle, die sich mit dem Prozess der Verhaltensänderung auseinandersetzen und sich darin unterscheiden, welcher Schwerpunkt im Prozess der Verhaltensänderung betrachtet wird, wobei zu betonen ist, dass die verschiedenen Modelle einander nicht

ausschließen. Nachfolgend werden die in der Suchtprävention am häufigsten angesprochenen Modelle kurz erörtert.

Health-Belief-Modell

Das Modell der gesundheitlichen Überzeugung, so die deutsche Übersetzung von „health belief“, wurde ursprünglich von Psychologinnen und Psychologen des U.S. Public Health Service in den 1950er-Jahren entwickelt und zählt bis heute zu den bedeutendsten und am weitesten verbreiteten Modellen zur Erklärung von Veränderungen bzw. der Aufrechterhaltung gesundheitsbezogener Verhaltensweisen (Champion et al. 2008; Glanz et al. 2010).

Der Kern des Modells besteht aus mehreren Konzepten, aus denen Vorhersagen abgeleitet werden, warum Menschen bestimmte Handlungen durchführen, um Erkrankungen vorzubeugen, sich untersuchen lassen oder sich in Behandlung begeben (Champion et al. 2008). Die zentralen Elemente dieses Modells sind:

- **die subjektive Einschätzung der eigenen Krankheitsanfälligkeit** (perceived susceptibility), die sich darauf bezieht, als wie wahrscheinlich man es einschätzt zu erkranken. Je stärker eine Person es als wahrscheinlich annimmt, selbst an Alkoholabhängigkeit erkranken zu können, desto eher wird sie sich einer Beratung bzw. einer Behandlung unterziehen.
- **die Bewertung der Gefährlichkeit der Erkrankung** (perceived severity), basierend auf der Einschätzung, welche medizinischen Auswirkungen (Schmerzen, körperliche und geistige Einschränkungen, Tod etc.) bzw. sozialen Konsequenzen (soziale Beziehungen, Arbeit, Familie etc.) mit einer nichtbehandelten Erkrankung einhergehen. Die subjektive Einschätzung der Bedrohung (perceived threat) ergibt sich aus der Kombination der Beurteilung der eigenen Krankheitsanfälligkeit und jener der Gefährlichkeit der Erkrankung.
- Auch dann, wenn die subjektive Einschätzung der eigenen Krankheitsanfälligkeit zu einer Verhaltensänderung motivieren würde, muss der **Nutzen von Maßnahmen** zur Reduktion des Erkrankungsrisikos für die Person erkennbar sein, und die **Kosten und auferlegten Einschränkungen**, die mit dieser Verhaltensänderung verbunden sind, müssen in einem angemessenen Verhältnis zu deren Nutzen stehen. In einer unbewussten Kosten-Nutzen-Rechnung wähgt das Individuum die potenziellen Vor- und Nachteile ab, die durch eine Verhaltensänderung entstehen (Kosten, negative Nebeneffekte, Zeitaufwand etc.).
- **Die Einschätzung der Effektivität eigenen präventiven Verhaltens** im Sinne des Konzepts der Selbstwirksamkeit nach Bandura (1997) setzt voraus, dass man sich selbst als kompetent genug erlebt, sein Verhalten verändern zu können, um so eine Änderung des Gesundheitszustands zu erreichen.

Eine gesundheitsbezogene Verhaltensänderung kommt somit gemäß dem Health-Belief-Modell dadurch zustande, dass eine Person ihre Gesundheit durch ihr aktuelles Verhalten als ernsthaft bedroht wahrnimmt („perceived susceptibility“ und „perceived severity“), davon überzeugt ist, dass eine Änderung des Verhaltens bei akzeptablem Aufwand einen positiven Effekt hat und sich kompetent fühlt, hinderliche Gründe zu überwinden und aktiv zu werden (Champion et al. 2008).

Theorie des überlegten Handelns und Theorie des geplanten Verhaltens

Die Theorie des überlegten Handelns („theory of reasoned action“, TRA) wurde ursprünglich zum besseren Verständnis der Verbindungen zwischen Einstellungen, Verhaltensabsicht und dem tatsächlichen Verhalten entwickelt (Fishbein 1967). Die TRA basiert auf der Überzeugung, wonach Menschen als vernunftgesteuerte Wesen dazu fähig sind, Informationen systematisch zu verarbeiten und sich in Übereinstimmung mit dem subjektiv wahrgenommenen Nutzen zu verhalten (Ajzen et al. 1980; Fishbein et al. 1989). Fishbein geht dabei davon aus, dass der beste Prädiktor für ein Verhalten die Verhaltensabsicht ist, welche wiederum von der Einstellung des Individuums zu diesem Verhalten und den wahrgenommenen subjektiven Normen determiniert wird. Letztere entsprechen dabei der Summe der sozialen und der normativen Annahmen, die eine Person in Bezug auf ihre Handlungsabsicht berücksichtigt. Nach Fishbeins Annahmen trinken Menschen Alkohol, weil aus ihrer Sicht die Nettoeffekte des Trinkens positiver sind als jene des Nichttrinkens (Jonas et al. 1996).

Die Theorie des geplanten Verhaltens („theory of planned behaviour“, TPB) stellt eine Erweiterung der TRA dar und wurde von Fishbein et al. (1975) entwickelt. Im TPB bleibt das Grundkonstrukt der TRA erhalten, wird jedoch um das Konzept der „Verhaltenskontrolle“ erweitert, in der sich die Erwartung widerspiegelt, wie einfach oder schwierig die Umsetzung des geplanten Verhaltens ist. Mit dem Konzept der Verhaltenskontrolle wurde die TRA um einen Punkt ergänzt, der vor allem bei solchen Verhaltensweisen zum Tragen kommt, über die zumindest manche Personen nur eine eingeschränkte persönliche Kontrolle haben.

Transtheoretisches Modell

Das transtheoretische Modell (TTM) dient der Beschreibung, Erklärung, Vorhersage und Beeinflussung intentionaler Verhaltensänderungen (Marzinzik et al. 2005). Entstanden ist dieses Modell aus vergleichenden Analysen von Theorien aus dem Feld der Psychotherapie sowie aus empirischen Studien mit Personen, die gesundheitliche Verhaltensweisen ohne professionelle Hilfe verändert haben (Marzinzik et al. 2005; Prochaska et al. 2008). In Untersuchungen zur Veränderung des Rauchverhaltens fanden Prochaska et al. (2008) heraus, dass sich anhand mehrerer Prozesse identifizieren lässt, ob jemand den Rauchausstieg erfolgreich schafft oder nicht bzw. dass Verhaltensänderungen sich entlang einer Reihe von Stufen bzw. Stadien entwickeln (Prochaska et al. 2008).

Im TTM wird somit die Veränderung gesundheitsrelevanten Verhaltens nicht als ein einmaliges Ereignis betrachtet, sondern als ein lang andauernder Prozess, der sich in sechs Stadien unterteilen lässt (vgl. Tabelle 24).

Tabelle 24: Stufen der Verhaltensänderung im transtheoretischen Modell

Stufen der Verhaltensänderung	Beschreibung
Absichtslosigkeit	keine Intention, das Verhalten in den kommenden sechs Monaten zu ändern
Absichtsbildung	Intention, in den kommenden sechs Monaten zu versuchen, das Verhalten zu verändern
Vorbereitung	feste Absichten, in den nächsten 30 Tagen das Verhalten zu verändern, wobei bereits erste Schritte dafür unternommen wurden
Aktion	Das Verhalten wurde geändert, und die Änderung wurde für weniger als sechs Monate aufrechterhalten.
Aufrechterhaltung	Das Verhalten wurde geändert, und die Änderung wurde für mehr als sechs Monate aufrechterhalten.
Abschluss	Das neue Verhalten ist dauerhaft verinnerlicht und wird aufrechterhalten.

Quelle: Prochaska et al. (2008); Darstellung GÖG (2019)

Das TTM ist für die Prävention besonders relevant, weil es klarmacht, dass man, um Veränderungen einleiten zu können, Zeit braucht, damit in diesem Zusammenhang notwendige Umformungen der Einstellung und Sichtweise passieren können. Das TTM beschreibt Prozesse hinter Veränderungen und die Weise, wie diese stattfindet. So spielen in den ersten Stadien vor allem jene Prozesse eine Rolle, die auf die Wahrnehmung des eigenen Verhaltens und der persönlichen Betroffenheit sowie auf die Neubewertung der persönlichen Umwelt und des eigenen Verhaltens fokussieren (vgl. Tabelle 24). In den Stadien, in denen es vorrangig um die Durchführung und Aufrechterhaltung des neuen Verhaltens geht, stehen Prozesse wie Selbstverpflichtung, Gegen konditionierung oder Selbstverstärkung im Mittelpunkt (Marzinzik et al. 2005; Prochaska et al. 2008).

Wichtig ist das TTM in dem von Miller et al. (1991) entwickelten Konzept der „motivierenden Gesprächsführung“ (vgl. Kap. 9.3.2.2), in dem das Stadienmodell der TTM mit dem Konzept der „motivierenden Kurzberatung“ verknüpft wird. Miller und Rollnick gehen davon aus, dass Motivation ein beeinflussbarer und situationsabhängiger Zustand von Veränderungsbereitschaft (bzw. der Aufrechterhaltung einer Verhaltensveränderung) ist. Wird der aktuelle Motivationszustand einer Person in einer Beratungssituation nicht erkannt und agieren der oder die Berater:in mit einer nichtangemessenen Intervention, führt dies in der Regel zu Widerstand bei der Person (Marzinzik et al. 2005). Durch die Verbindung der motivierenden Kurzintervention mit dem TTM wird die Aufmerksamkeit darauf gerichtet, in welchem Stadium der Motivation sich eine Person gerade befindet und dementsprechend die Strategie so gewählt, dass eine Verhaltensänderung wahrscheinlich wird. Darin liegt der konzeptionelle Unterschied zur klassischen kognitiv-behavioralen Therapie, die grundsätzlich davon ausgeht, dass eine vorhandene Bereitschaft zur Veränderung vorliegt und die Person – aus der Sicht der Beraterin oder des Beraters – mit der Irrationalität ihres Verhaltens zu konfrontieren ist. So soll die Person Einsicht in ihr Verhalten erlangen und dieses in weiterer Folge ändern (Britt et al. 2004). Die motivierende Gesprächsführung gilt im Vergleich zu beiden zuvor erwähnten Modellen als stärker personenzentrierter Ansatz, da der aktuelle Motivationszustand des Gegenübers in die Intervention einbezogen wird. Das TTM ist dabei eine Unterstützung für die Therapeutin bzw. den Therapeuten dabei, die Klientin bzw. den Klienten nicht zur Veränderung zu drängen, sondern dem Prozess der Veränderung Zeit einzuräumen.

9.3.2.2 Ansätze zur Verhaltensänderung

Lebenskompetenzförderung

Die Förderung von Lebenskompetenzen hat sich als einer der wirksamsten Ansätze der verhaltensorientierten Suchtprävention erwiesen – vor allem in Bezug auf die Verzögerung des Konsumeinstiegs, in beschränktem Maße aber auch hinsichtlich der Verringerung des Substanzgebrauchs, insbesondere beim Tabakkonsum (Botvin et al. 2004). Bei den Lebenskompetenztrainings, die insbesondere in der schulischen Suchtprävention verbreitet sind, geht es um die Vermittlung und das Einüben allgemeiner Lebensfertigkeiten („life skills“) wie etwa der Selbstwahrnehmung, der Empathie, des kreativen und kritischen Denkens, der Stress- und Gefühlsbewältigung sowie der Fähigkeit, Entscheidungen zu treffen und Probleme zu lösen. In vielen der evaluierten Lebenskompetenzprogramme wird darauf hingewiesen, dass sie keine direkte Wirkung auf den Substanzgebrauch haben, sondern eine über verschiedene Faktoren vermittelte Wirkung²⁰³. Erfolgreiche derartige Programme umfassen neben suchtpräventiven Zielsetzungen auch explizit andere Interventionsziele wie beispielsweise den Umgang mit Aggression und Frustration (Botvin et al. 2004).

Als relevante Bestandteile von Lebenskompetenzprogrammen gelten substanz- bzw. verhaltensspezifische Komponenten, vorausgesetzt, dass sich die Adressatinnen und Adressaten aktiv mit den Inhalten auseinandersetzen. Eine ebenso wichtige Komponente ist der Umstand, ob die Programme interaktiv gestaltet sind oder nicht. Eine Vielzahl von Evaluationsstudien weist darauf hin, dass interaktive Programme gegenüber nichtinteraktiven Programmen (Bühler et al. 2013) größere Erfolge erzielen. Nichtinteraktive Programme führen im besten Fall zu einem Wissenszuwachs. Die aktive Beteiligung der Zielpersonen kann hingegen zu einer Zunahme kritischer Einstellungen und einer Abnahme des tatsächlichen Konsums beitragen. Zusätzlich zur Wissensvermittlung hat das didaktische Vorgehen zum Ziel, Diskussion, Reflexion und das Herstellen eines Bezugs zur eigenen Person zu fördern. Auch das Einüben neuer Fertigkeiten (zum Beispiel durch Rollenspiele) und das Erproben von Fertigkeiten im Alltag sind hier zentrale Bestandteile. Zudem zeigen Projekte, die auf Teambuilding setzen, umfangreichere Effekte als Maßnahmen, die ausschließlich eine individuelle Ansprache beinhalten. Ein frühzeitiger Beginn und ein langfristiger Ansatz (Programme mit „Auffrischungssitzungen“) tragen entscheidend zur Wirksamkeit von Programmen bei, während bei punktuell präventiven Aktivitäten keine nachhaltige Wirkung nachgewiesen werden kann (Botvin et al. 2004; Bühler et al. 2013).

Peer-Involvement-Ansätze

Partizipative Arbeitsformen, insbesondere das aktive Einbeziehen Jugendlicher in Projekte und Programme, haben seit Anfang der 2000er-Jahre zunehmend an Bedeutung gewonnen. Aus dieser Perspektive eignen sich Peer-Involvement-Ansätze als sinnvolle Alternative zu den traditionellen Ansätzen der Prävention. Ersteren liegt die Sichtweise zugrunde, dass Jugendliche nicht nur Betroffene eines Problems sind, sondern auch aktiv dessen Lösung mitgestalten können. Kritisch hinterfragt wird allerdings, inwieweit es sich dabei um echte Partizipation Jugendlicher

²⁰³ Die Beschaffenheit der hier wirkenden Mechanismen und Faktoren ist Gegenstand aktueller Forschungsvorhaben, für die aber bis dato keine uns bekannten Ergebnisse vorliegen.

handelt oder ob es hier zu einer Scheinpartizipation kommt, bei der das Einbinden Jugendlicher vor sich geht, ohne ihnen tatsächliche Gestaltungsmöglichkeiten zu gewähren. Das Risiko liegt also darin, dass Jugendliche instrumentalisiert werden (Bauch 1997).

Aus dieser Problemstellung folgt die Forderung nach maximaler Transparenz von Anfang an, damit für alle nachvollziehbar ist, welche Form von Partizipation dem Projekt zugrunde liegt. Die Forderung nach Transparenz umfasst auch den Auswahlprozess in puncto Peers. Die Frage, ob die Wahl durch die Jugendlichen selbst oder durch Bezugspersonen wie etwa Lehrpersonen oder durch Expertinnen und Experten der Präventionsarbeit, die das Projekt vorstellen, erfolgen soll, wird von Praktikerinnen und Praktikern (BMG 2003) damit beantwortet, dass eine Mischform dieser Verfahren am zielführendsten sei.

Es bedarf zudem einer klaren Definition, wie weit Rolle und Funktion der Peers reichen und ab wann man eher von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sprechen sollte (Koller 1999):

- Peers gehören derselben Sozialgruppe an wie die Zielgruppe und sind auch in dieser präventiv tätig.
- Multiplikatorinnen bzw. Multiplikatoren gehören einer anderen Gruppe als ihre Adressatinnen/Adressaten an (z. B. Schüler:innen einer höheren Klasse, die in einer anderen Klasse präventive Arbeit leisten).

Die Auswahl der Teilnehmenden sollte zu einem Projekt im Projekt werden. Flemming Licht (BMG 2003) fasst grundlegende Qualitätsansprüche an Peer-Group-Education-Projekte wie folgt zusammen:

- Jugendliche müssen an Peer-Aktivitäten freiwillig teilnehmen können.
- Peers sollten nicht als Trendsetter:innen, sondern als alltagsgetreue Rollenmodelle verstanden werden.
- Jugendliche Peers haben nicht die Aufgabe, Mitglieder ihrer Gruppe von Normen und Werten der Erwachsenenwelt zu überzeugen.
- Jugendliche Peers sollten die Möglichkeit haben, das zu vermitteln, was sie in ihrem eigenen Leben und für dieses als aufregend und interessant empfinden.
- Die Unterstützung jugendlicher Peers durch Erwachsene ist essenziell.

Die Unterstützung und Schulung jugendlicher Peers durch Erwachsene ist ein wesentlicher Aspekt erfolgreicher Peer-Projekte. Projektmitarbeiter:innen, die für die Peer-Betreuung zuständig sind, benötigen für eine erfolgreiche Peer-Arbeit unter anderem folgende Kenntnisse und Kompetenzen (Kern-Scheffeldt 2005):

- Wissen im Bereich Gruppendynamik
- die Bereitschaft zur Reflexion der eigenen Lebensart und zur Vermittlung eigener Erfahrungen
- Kommunikations- und Moderationsfähigkeiten
- Flexibilität
- Konfliktmanagement
- Fähigkeit zur Teamarbeit mit Jugendlichen. Echte Peer-Projekte sind umfassend und zeit-aufwändig, da sie idealerweise die Partizipation der Jugendlichen bereits in der Entwicklung und nicht nur in der Ausführung präventiver Maßnahmen vorsehen.

Massenmediale Kampagnen

Massenmediale Kampagnen umfassen in der Regel kurze, wiederkehrende Botschaften mit dem Ziel, Information bereitzustellen sowie Wissen zu vermitteln. Obwohl seit geraumer Zeit in diesem Bereich geforscht wird, gibt es nur wenige valide Studien über die Wirksamkeit klassischer massenmedialer Kampagnen in der Suchtprävention. Wie alle Maßnahmen, die auf bloßer Informationsvermittlung beruhen, zeigen isolierte massenmediale Kampagnen keinen langfristig messbaren Effekt auf das Konsumverhalten. Ursachen hierfür sind v. a. die Vielzahl der Faktoren, die individuelles Verhalten beeinflussen, sowie die Einbettung des individuellen Verhaltens in soziale und institutionelle Kontexte. Wenn sie in einen umfassenden Maßnahmenkatalog eingebunden werden, können Kampagnen insofern eine Wirkung aufweisen, als sie einen Beitrag zur Wissensvermehrung und Beeinflussung von Einstellungen leisten – weniger jedoch in Hinblick auf Verhaltensintentionen und Verhaltensänderungen. Voraussetzung dafür ist, dass die Botschaft die Adressatinnen und Adressaten nicht nur erreicht, sondern von diesen auch verstanden und akzeptiert wird. Insbesondere die Wirkung medial erzeugter Furchtappelle muss diesbezüglich sehr differenziert betrachtet werden (Barth et al. 1998).

Im Vergleich zu den Anfängen massenmedialer Kommunikation hat sich seit der zweiten Dekade der 2000er-Jahre die Struktur und Quantität massenmedialer Ansprachemöglichkeiten stark verändert. Durch den erweiterten Ausbau digitaler Kommunikationswege (Internet, Smartphones) und deren omnipräsente Nutzung besteht inzwischen die Möglichkeit, nicht nur in eine Richtung (von Sender:in zu Empfänger:in) zu kommunizieren, sondern mit den Adressatinnen und Adressaten zeitnah, themenspezifisch und individuell zu interagieren und sie als aktive Partner:innen für präventive Maßnahmen zu mobilisieren. Diese Möglichkeiten werden derzeit jedoch noch wenig genutzt. Versuche hierzu finden im Rahmen von Pilotprojekten statt wie etwa einem Schweizer Projekt, in dem Chatbots zur Frühintervention und Behandlungsbegleitung bei Alkoholproblemen (Haug 2019) eingesetzt werden.

Motivierende Gesprächsführung

Einer der relevantesten Ansätze für die Praxis ist die „motivierende Gesprächsführung“ (Miller et al. 1991). Dabei handelt es sich um ein klientenzentriertes Interventionsverfahren mit dem Ziel, eine intrinsische Motivation zur Verhaltensänderung durch die Arbeit an den Ambivalenzen der Klientinnen und Klienten aufzubauen. Dadurch sollen Entscheidungsprozesse gefördert und soll eine freiwillige Verhaltensänderung ausgelöst werden. Historisch löst die motivierende Gesprächsführung die konfrontative Beratung ab (Singer et al. 2011).

Motivierende Gesprächsführung beinhaltet allgemeine (Kommunikations-)Techniken und eine spezifische Sammlung von Grundprinzipien. Zu Letzteren zählen

- eine empathische Grundhaltung der Beraterin bzw. des Beraters,
- die Förderung der Wahrnehmung von Diskrepanzen zwischen den Zielen der Person und ihrem gesundheitsriskanten Alkoholkonsum,
- das Arbeiten am Widerstand und das
- Fördern der Erfahrung von Selbstwirksamkeit (Hapke et al. 2006).

Die Techniken der motivierenden Gesprächsführung beinhalten

- das Richten offener, nichtgeschlossener Fragen an die Klientin bzw. den Klienten,

- das reflektierende Zuhören gegenüber der Klientin bzw. dem Klienten,
- das Bestätigen und Unterstützen der Klientin bzw. des Klienten,
- das Zusammenfassen der Äußerungen der Klientin bzw. des Klienten sowie
- das Herausarbeiten von Äußerungen zur Eigenmotivation der Klientin bzw. des Klienten.

9.4 Evidenzbasierte Alkoholsuchtprävention

Der Begriff der Evidenzbasierung hat in den letzten Jahren in vielen Bereichen an Bedeutung gewonnen (Bühler et al. 2013). Ursprünglich in der kurativen Medizin der Definition von Sackett et al. (1997) folgend, hat der Begriff auch in der Alkoholpolitik und gleichfalls in der Alkoholsuchtprävention an Popularität gewonnen. Aus den inhaltlichen Unterschieden zwischen kurativer Medizin und Suchtprävention (vgl. Tabelle 25) ergeben sich auch wesentliche Unterschiede bei der Generierung von Evidenz (vgl. Tabelle 26).

Tabelle 25: Unterschiede zwischen kurativer Medizin und Suchtprävention im Kontext der Evidenzbasierung

kurative Medizin	Suchtprävention
biomedizinisches Modell	biopsychosoziales Modell
Krankheitsbehandlung	Gesundheitsbehandlung
Zielsetzung: Intervention zur Heilung bzw. Linderung eines definierten Krankheitsbildes	Zielsetzung: Risikoreduktion und Schutzfaktorenstärkung
speziell in der Suchtmedizin: Ziel der Verhaltensänderung	Ziel der Verhaltensänderung, aber auch andere Zielkriterien: z. B. Wissen, Einstellung, Risiko- und Schutzfaktoren, Lebensstile (Gesundheitsverhalten), Selbstwirksamkeit
Einflussfaktoren eines bestehenden Problems	Einflussfaktoren eines zukünftigen Problems
Zielgrößenmessung meist über objektive Parameter	Zielgrößenmessung meist aus Selbstbericht
Forschung an selektierten Patientengruppen	Forschung an sehr heterogenen Zielgruppen

Hoff et al. (2015); Darstellung: GÖG (2019)

Die Anwendung des Konzepts der evidenzbasierten Medizin auf die Suchtprävention erfolgt zum Leidwesen der Prävention zu unreflektiert und undifferenziert (Hoff et al. 2015). Ein wesentliches Problem liegt dabei in der Unterscheidung zwischen Evidenzgenerierung und Evidenzbasierung sowie in jener zwischen suchtpräventiver Praxis und Suchtpräventionsforschung.

Grundsätzlich kann es als ureigene Aufgabe der Forschung angesehen werden, mittels wissenschaftlicher Methoden anwendungsorientiertes Wissen und Wirkungsnachweise zu generieren. In der suchtpräventiven Praxis wird dann von „evidenzbasiert“ gesprochen, wenn bei der Konzeption von Interventionen das verfügbare Wissen aus der Forschung systematisch aufgearbeitet und integriert wurde.

In der evidenzbasierten Medizin (Sackett et al. 1997) hingegen bezieht sich der Begriff auf die Forderung, dass medizinische Behandlungen nach Möglichkeit auf der Grundlage ihrer empirisch nachgewiesenen Wirksamkeit bestimmt werden. Diese Forderung wurde allerdings in der Praxis, vor allem wenn sie auf andere Bereiche wie z. B. die Suchtprävention übertragen wurde, oft missinterpretiert, nämlich dahingehend, dass die einzige zulässige Evidenz jene ist, die durch Wirkungsnachweise im Rahmen randomisierter, kontrollierter Studien generiert wurde – etwas, was gerade in der Suchtprävention nahezu unmöglich ist. Diese Fehlinterpretation übersieht,

dass die von der Evidence-Based Medicine Working Group (Sackett et al. 1997) erhobene Forderung für jene Fälle, bei denen keine Forschungsergebnisse der höchsten Evidenzstufe vorliegen, darauf verweist, auf die beste vorhandene Evidenz – unter Umständen ausschließlich auf Erfahrung und Intuition – zurückzugreifen. Dort, wo also eine sehr schwache „Evidenzgrundlage“ vorhanden ist, bezeichnet der Begriff evidenzbasiert bloß, dass das Handeln auf Basis einer soliden methodologischen Grundlage beruht, die das bestmögliche Ergebnis „verspricht“ (Uhl 2015a).

Tabelle 26: Methodische Unterschiede in der Evidenzgenerierung zwischen kurativer Medizin und Suchtprävention

kurative Medizin	Suchtprävention
Unerwartete Interventionseffekte sind meist klein und vorhersehbar.	Unerwartete Interventionseffekte sind größer und häufiger nicht vorhersehbar.
Wechselwirkungen zwischen verschiedenen medizinischen Interventionen sind meist bekannt.	Wechselwirkungen zwischen verschiedenen Interventionen sind meist unbekannt.
Die Einflussnahme externer Akteure (z. B. ergänzender gesundheitspolitischer Maßnahmen) ist eher synergetisch.	Die Einflussnahme externer Akteure (z. B. von Werbemaßnahmen der herstellenden Industrie) ist eher kontraproduktiv.
Der Kenntnisstand in puncto Grundlagen ist umfangreich.	Der Kenntnisstand in puncto Grundlagen ist eher gering.
Die Placebowirkung bei der Behandlung ist stärker erforscht.	Die Placebowirkung bei Präventionsmaßnahmen ist unbekannt.
Kontrollgruppen sind meist rekrutierbar.	Das Zustandebringen einer Kontrollgruppe (im Sinne einer unbehandelten oder einer nicht von der Intervention erfassten Gruppe) ist deutlich schwieriger.
Zielgruppe: Patientinnen und Patienten, meist mit (krankheitsbedingtem) Leidensdruck und Thera- piemotivation	Zielgruppe: Klientinnen und Klienten, meist ohne Leidensdruck, deren Motivationslage in Hinblick auf eine Veränderung ambivalent ist.

Hoff et al. (2015); Darstellung: GÖG (2019)

Im Jahr 2013 erstellten Bühler und Thrul im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in Deutschland eine Expertise über die Wirksamkeit suchtpräventiver Interventionsansätze und -maßnahmen, in der sie Ergebnisse 64 wissenschaftlicher Reviews und Metaanalysen aus den Jahren 2004 bis 2014 auswerteten. Als wirksam wurden dabei alle Maßnahmen definiert, die zur Verhinderung, Verzögerung oder Reduktion des Konsums von Alkohol durch universelle und selektive Ansätze (vgl. Kap. 9.2) beitragen (Bühler et al. 2013). Die im Rahmen dieser Expertise dargestellten Ergebnisse sind nach Handlungsfeldern unterteilt, die wiederum substanzspezifisch – aufgegliedert nach Tabak, Alkohol, Cannabis, anderen illegalen Drogen und „undifferenziert“ – dargestellt wurden.

Im Folgenden werden die zentralen Erkenntnisse von Bühler et al. (2013) in Hinblick auf die Alkoholprävention angeführt. Ergebnisse in Betreff anderer Substanzen bzw. als undifferenziert kategorisierte Ergebnisse werden hier aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht dargestellt.

Handlungsfeld Familie

Familienorientierte Programme, die einem umfassenden Ansatz folgen und die gesamte psychosoziale Entwicklung fördern, sind effektiv in der Prävention eines problematischen Alkoholkonsums und anderer problematischer Verhaltensweisen. Die bisherige Forschung hat gezeigt, dass familienorientierte Prävention kleine, aber konsistente sowie mittel- und langfristige bleibende Effekte erzielt.

Handlungsfeld Schule

Die derzeitige Evidenz weist darauf hin, dass psychosoziale und entwicklungsorientierte Präventionsprogramme im Handlungsfeld Schule wirksam sein können. Dabei zeigten sowohl alkoholspezifische Programme als auch allgemeine Programme Auswirkungen auf den Alkoholkonsum. Interventionen in allgemeinen Programmen resultierten in signifikant geringerem Alkoholkonsum in der Gesamtgruppe oder in Untergruppen. Die meisten beobachteten positiven Änderungen bei beiden Programmarten gab es im Falle von Maßnahmen gegen Berausung und Binge-Drinking.²⁰⁴

Handlungsfeld Freizeit

Hinsichtlich Interventionen im außerschulischen Setting herrscht generell ein Mangel an qualitativ hochwertigen Studien. Dies ist vor allem dem Umstand geschuldet, dass hier besonders viele variable Einflussfaktoren zusammentreffen, die sich kaum standardisieren bzw. kontrollieren lassen.

Verallgemeinernd halten Bühler et al. (2013) fest, dass außerschulische Programme zur Förderung der personalen und sozialen Kompetenz einen allgemeinen präventiven Effekt auf den Substanzkonsum haben, wenn sie qualitativ hochwertig sind. „Qualitativ hochwertig“ bedeutet in diesem Zusammenhang, dass die Programme beim Lernen schrittweise vorgehen, interaktive Methoden einsetzen, ausreichend Zeit und Raum für das Erlernen der Fertigkeiten vorsehen und spezifische Lernziele und Ergebnisparameter (z. B. reduzierten Alkoholkonsum) beinhalten.

Handlungsfeld Medien

Allgemein können internet- und computergestützte präventive Interventionen an Schulen einen präventiven Effekt auf den Konsum von Alkohol haben. Im Bereich der massenmedialen Aufklärung zeigen sich keine präventiven Effekte auf den Alkoholkonsum. Hinsichtlich Alkoholwerbung ziehen Bühler et al. (2013) die Schlussfolgerung, dass Alkoholwerbung einen geringen, aber signifikanten Effekt auf das Trinkverhalten Jugendlicher hat.

Handlungsfeld Gesundheitsversorgung

In verschiedenen Behandlungs- und Beratungssettings zeigt der Einsatz einmaliger persönlicher Kurzinterventionen nach dem Konzept des Motivational Interviewing, unabhängig von der Profession, Effekte zur Risikominimierung des Alkoholkonsums.

²⁰⁴ Bühler et al. (2013) schreiben dazu: „Von elf Studien, die mit einer alkoholspezifischen Intervention arbeiteten, gab es bei sechs Evidenz für eine Wirksamkeit des Programms gegenüber dem normalen Schulunterricht. In 14 von 39 Studien, in denen allgemeine Programme – meist längerfristiger als bei den alkoholspezifischen Maßnahmen – untersucht wurden, resultierte die Intervention in signifikant geringerem Alkoholkonsum entweder in der Gesamtstichprobe oder in Untergruppen. [...] bei diesen Programmen handele es sich insbesondere um das Lebenskompetenztraining, das ‚Unplugged Program‘ und das ‚Good Behaviour Game‘.“

Kommune

Alkoholpolitische Veränderungen auf kommunaler Ebene können laut (Bühler et al. 2013) den Alkoholkonsum und dessen negative Folgen unter Jugendlichen und Erwachsenen beeinflussen. Es gibt aber Hinweise dahingehend, dass es dabei Änderungen auf unterschiedlichen Ebenen (z. B. Regelungen und Maßnahmen) bedarf.

Gesetzliche Rahmenbedingungen

Bühler et al. (2013) kamen zum Schluss, dass höhere Alkoholsteuern und ein höherer -kaufpreis mit einer Reduktion des allgemeinen wie des exzessiven Alkoholkonsums einhergehen. Dabei gibt es Hinweise darauf, dass dieser Effekt in Bevölkerungsgruppen mit exzessivem Alkoholkonsum stärker ist. Es gibt allerdings auch Hinweise dahingehend, dass der Einfluss des Alkoholpreises auf den Alkoholkonsum wesentlich geringer ist als immer wieder postuliert. So sind z. B. in Österreich seit 1970 die realen Alkoholpreise erheblich gesunken, gleichzeitig ist auch der durchschnittliche Alkoholkonsum um ein Viertel gesunken.

9.5 Die Rolle der Fachstellen für Suchtprävention in den Bundesländern und Beispiele für suchtpräventive Maßnahmen in Österreich

Eine zentrale Rolle in Zusammenhang mit Prävention nehmen die in allen neun Bundesländern installierten Fachstellen für Suchtprävention ein (Adressen unter <https://www.suchtvorbeugung.net>), welche die Suchtpräventionsarbeit an österreichischen Schulen unterstützen, sich auch stark in der außerschulischen Jugendarbeit engagieren und der Öffentlichkeit als qualifizierte Beratungseinrichtungen für diverse Aufgabenstellungen zur Verfügung stehen.

Die Fachstellen haben gemeinsam mit dem Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung eine Delphi-Studie zur Entwicklung eines Leitbilds durchgeführt, die im Jahr 2000 abgeschlossen und 2002 veröffentlicht wurde (Uhl et al. 2002). Diesem Leitbild entsprechend, orientiert sich die Suchtprävention in Österreich am allgemeinen Gesundheitsförderungsansatz, wie er von der WHO empfohlen wird. Dieser ist im Wesentlichen substanzspezifisch und ist demokratisch-emanzipatorisch konzipiert (Uhl 2002a).

Die ARGE Suchtvorbeugung als Dachorganisation der Fachstellen für Suchtprävention hat im Jahr 2016 ein Positionspapier verfasst (ARGE Suchtvorbeugung 2016), das 20 Handlungsempfehlungen zur Förderung eines verantwortungsvollen Umgangs mit Alkohol in Österreich festlegt. Dieses Positionspapier versucht – aufbauend auf den Grundlagen der österreichischen Suchtpräventionsstrategie – Handlungsmöglichkeiten im Bereich Alkohol zu präzisieren und zu konkretisieren und verfolgt die Zielsetzung, negative Auswirkungen und Probleme durch riskanten oder abhängigen Konsum für konsumierende Personen, dritte Personen und die Gesellschaft gar nicht entstehen zu lassen bzw. so gering wie möglich zu halten. Entsprechend dem Aufgabenbereich der Fachstellen wird dort ein Policy-Mix aus Verhältnisprävention und individuellen Präventions- und Hilfsangeboten propagiert. Die Handlungsempfehlungen sind von einem emanzipatorischen Präventionsansatz (Fokus auf Aufklärung, Förderung von Lebens- und Risikokompetenz, Empowerment von Eltern) geprägt, der – dem bislang in Österreich vorherrschenden

Problemansatz folgend – Punktnüchternheit einfordert (vgl. Kap. 9.1). Übermäßiger Alkoholkonsum wird problematisiert, aber moderates Alkoholkonsumverhalten als Bestandteil der österreichischen Gesellschaft akzeptiert. Gleichzeitig wird auch die Bedeutung verhältnispräventiver Maßnahmen betont und etwa „nudging“²⁰⁵ explizit als Interventionsmöglichkeit erwähnt. Preispolitik und Angebotsreduktion – Herzstücke der nordischen Kontrollpolitik – werden nur begrenzt gefordert, etwa wenn eine (nichtspezifizierte) „bewusste Alkohol-Preispolitik“ wie z. B. ein Verbot von Flat-Rate-Partys und von Billigangeboten sowie das verpflichtende Angebot attraktiver und kostengünstiger alkoholfreier Getränke in der Gastronomie verlangt wird. Auch in der Forderung nach situationsbezogenen oder zeitlichen Verkaufsbeschränkungen sind gewisse Anleihen beim Kontrollansatz nordischer Staaten zu finden.

²⁰⁵ „Nudge“ bedeutet auf Englisch Stups oder Schubs. Der Ausdruck Nudging im Sinne der Verhaltensbeeinflussung geht auf Thaler et al. (2011) zurück. Die Autoren verstehen darunter eine Methode, das Verhalten von Menschen zu beeinflussen, ohne dabei auf Verbote und Gebote zurückgreifen oder ökonomische Anreize verändern zu müssen.

Tabelle 27: Handlungsempfehlungen der ARGE Suchtvorbeugung zur Förderung eines verantwortungsvollen Umgangs mit Alkohol in Österreich

	Handlungsfeld	Empfehlung
1	österreichweite Voraussetzungen	einen langfristigen österreichweiten Aktionsplan entwickeln und umsetzen
2	österreichweite Voraussetzungen	österreichweite Daten betreffend Alkohol kontinuierlich erheben, den Markt prüfen und Trends berücksichtigen
3	österreichweite Voraussetzungen	Gestaltung einer suchtpräventiven Gesamtpolitik fördern (Sozial-, Bildungs-, Familien-, Jugend-, Arbeitsmarktpolitik usw.)
4	Prävention	Sensibilisierung und Wissensvermittlung zum Thema Alkohol forcieren
5	Prävention	Lebenskompetenzprogramme für das Kindes- und Jugendalter ausbauen
6	Prävention	altersadäquat und zielgruppengerecht die Kompetenz von Kindern und Jugendlichen im Umgang mit Alkohol fördern
7	Prävention	Eltern und Erwachsene in ihrer Vorbildrolle stärken
8	Prävention	förderlich gestaltete Rahmenbedingungen in verschiedenen Settings schaffen (z. B. Betrieb, Schule, Gemeinde, außerschulische Jugendarbeit und Jugendqualifizierung)
9	Prävention	eine verantwortungsvolle Festkultur stärken
10	Prävention	Punktnüchternheit bei bestimmten Personengruppen, in bestimmten Situationen und in bestimmten Lebensräumen fördern
11	Prävention	Angebote für Kinder aus suchtbelasteten Familien und Fortbildungen für das professionelle Bezugssystem forcieren
12	Prävention	Mitarbeiter:innen von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen in Früherkennung und motivierender Kurzintervention schulen
13	Beratung, Behandlung und Rehabilitation	Beratungs-, Behandlungs- und Rehabilitationsangebote für Betroffene und Angehörige sicherstellen
14	gesetzliche Maßnahmen	zehn Prozent der Steuereinnahmen aus alkoholischen Produkten für die Prävention zweckwidmen
15	gesetzliche Maßnahmen	den Alkoholpreis bewusst gestalten
16	gesetzliche Maßnahmen	die Verfügbarkeit von Alkohol situationsbezogen und temporär einschränken
17	gesetzliche Maßnahmen	den Jugendschutz bundesweit vereinheitlichen und konsequent kontrollieren
18	gesetzliche Maßnahmen	Alkoholwerbung auf europäischer Ebene wirksam regulieren
19	gesetzliche Maßnahmen	auf Alkoholprodukten Ansprechstellen vermerken und Verkaufsflächen zur Informationsvermittlung nutzen
20	gesetzliche Maßnahmen	Produkte mit Informationen zum Alkoholgehalt versehen

Quelle: ARGE Suchtvorbeugung (2016); Darstellung: GÖG

Beispiele für Bewusstseinsbildung in der Bevölkerung durch Informations- und Aufklärungskampagnen

Massenmediale Kampagnen in Fernsehen, Radio oder Print- und Onlinemedien als Mittel zur Suchtprävention allgemein und zur Alkoholprävention im Besonderen spielen in Österreich eine eher untergeordnete Rolle. Konkret ist es in den letzten Jahrzehnten zu folgenden alkoholspezifischen Aktionen gekommen: Die Kampagnen mit Schwerpunkt Alkohol im Straßenverkehr „Don't drink and drive“ (BMVIT 1989) „STO,OP! Null Promille, null Probleme“ (BMWV 1998), „Alkoholselfkontrolle“ (BMI 2003) und „Alkohol am Steuer – Könnten Sie damit leben?“ (BMVIT 2009) sowie die Kampagnen mit Schwerpunkt auf jugendlichem Alkoholkonsum „Mehr Spaß mit Maß“ (FGÖ 2006) und „Nachdenken statt nachschenken“ (FGÖ 2007). Teilweise wird ein problematischer Alkoholkonsum als Bestandteil von Medienkampagnen thematisiert, die psychische

Gesundheit im Allgemeinen zum Gegenstand haben. Hier kann beispielhaft die Kampagne „darüber reden wir“²⁰⁶ des Psychosozialen Dienstes Wien genannt werden, deren primäres Ziel aber die Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen ist.

Während bei Kampagnen gegen Alkohol am Steuer teilweise auch Schockeffekte eingesetzt wurden, um die Botschaft zu verdeutlichen, versuchten die beiden im vorigen Absatz genannten und auf den Alkoholkonsum Jugendlicher abzielenden Kampagnen moralisierende Darstellungen zu vermeiden. Das bereits bekannte Motto „Don't drink and drive“ wurde im Jahr 2017 durch die Lebensmittelindustrie mit geringerer Reichweite wieder aufgegriffen, indem in über 160 Bars, Lokalen und Gastronomiebetrieben Gästen eine zweite Rechnung präsentiert wurde, auf der ihnen die Kosten eines Autounfalls hinzugerechnet wurden.

Im Mai 2017 wurde – in Anlehnung an bestehende Veranstaltungsformate in Deutschland und der Schweiz – die „Erste Österreichische Dialogwoche Alkohol“ veranstaltet (Suchtvorbeugung 2017). Dieses Format wurde seitdem alle zwei Jahre wiederholt, zuletzt 2025 unter dem Motto „Weniger Alkohol, mehr vom Leben“²⁰⁷. Die Dialogwoche Alkohol verfolgt dabei folgende Zielsetzungen:

- Informationsstand in der Bevölkerung erhöhen
- Bereitschaft zu einer sachlichen Diskussion über Alkohol initiieren
- Tipps für einen risikoarmen Alkoholkonsum bzw. für eine Konsumreduktion vermitteln
- Menschen zu Gesprächen über Alkohol motivieren
- Menschen, die wenig oder keinen Alkohol trinken, unterstützen
- Angebote der Prävention, Beratung und Behandlung vorstellen

Beispiele für österreichweite Maßnahmen zur Suchtvorbeugung

Neben regional spezifischen Angeboten und Maßnahmen, die von den jeweiligen Fachstellen für Suchtprävention in den Bundesländern umgesetzt werden, gibt es österreichweit realisierte Programme und Angebote, die unter der Schirmherrschaft der ARGE Suchtvorbeugung in den Bundesländern durchgeführt werden.²⁰⁸

Gemeinsam stark werden

„Gemeinsam stark werden“ ist ein Unterrichtsprogramm zur Förderung der Lebenskompetenzen von Kindern im Volksschulalter (1.–4. Schulstufe), das in mindestens 10 Unterrichtseinheiten zur Förderung personaler und sozialer Kompetenzen beitragen soll.

Als universelles Präventionsprogramm orientiert sich „Gemeinsam stark werden“ am Lebenskompetenzansatz der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und leistet einen Beitrag zur Sucht-, Gewalt- und Suizidprävention sowie zur Prävention psychischer Störungen.

²⁰⁶ <https://darueberredenwir.at> [zuletzt abgerufen am 26.08.2025]

²⁰⁷ <https://www.dialogwoche-alkohol.at/ueber-uns> [zuletzt abgerufen am 26.08.2025]

²⁰⁸ In dieser Aufstellung werden nur jene Angebote angeführt, die für die Prävention des Alkoholkonsums relevant sind. Eine ausführliche und jährlich aktualisierte Darstellung aller Aktivitäten findet sich im Kapitel „Suchtprävention“ des Berichts zur Drogensituation (Busch et al. 2024)

plus

„plus“ ist ein Unterrichtsprogramm zur Förderung von Lebenskompetenzen für Schüler:innen der fünften bis achten Schulstufe. Das Programm bildet Lehrer:innen bzw. Erzieher:innen in jährlichen Schulungen und Reflexionstreffen darin, die Förderung von Lebenskompetenzen in den Unterricht zu integrieren. Einen hohen Stellenwert nimmt in diesen Schulungen die Praxisnähe ein, weshalb der Erfahrungsaustausch unter den Teilnehmerinnen und Teilnehmern, neben methodischen und fachlichen Inhalten, im Mittelpunkt steht.

Wetterfest

„Wetterfest“ wurde im Schuljahr 2021/22 eingeführt und wird mittlerweile in allen Bundesländern umgesetzt (unter dem Titel „klartext“ in Vorarlberg). Es richtet sich an Schüler:innen ab der 9. Schulstufe (im Alter ab 14 Jahren) und schließt verschiedene Schultypen ein: berufsbildende mittlere und höhere Schulen (BMS, BHS), allgemeinbildende höhere Schulen (AHS), polytechnische Schulen (PTS) und Berufsschulen.

movin' bzw. switch

Das Angebot „movin“ ist eine Ausbildung in Motivational Interviewing (MI) für Vertreter:innen von Professionen, die im Suchtpräventionsbereich tätig sind, und basiert auf dem Konzept von Miller et al. (1991).²⁰⁹ Die Fortbildung dauert etwa 20 Stunden und richtet sich an Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, die mit (riskant) konsumierenden Jugendlichen arbeiten. Als Weiterentwicklung von „movin“ bietet das Pilotprojekt „switch“ seit Herbst 2021 eine ähnliche Fortbildung für Ärztinnen und Ärzte in der Primärversorgung, in Betrieben und anderen Settings. Die Teilnehmer:innen werden während dieser achtständigen Fortbildung mit Techniken des Motivational Interviewing vertraut gemacht und dadurch befähigt, in ihrer hausärztlichen Praxis bzw. bei Vorsorgeuntersuchungen adäquate und zielgerichtete Kurzinterventionen mit Patientinnen und Patienten in Bezug auf problematischen Alkohol- und Nikotinkonsum zu setzen.

²⁰⁹ mehr zu dem Thema „Motivational Interviewing“ vgl. Kapitel 9.3.2.2

10 Behandlung des Alkoholismus in Österreich

Sozialwissenschaftliche Forschung zur Behandlung von Alkoholismus sowie zur Entwicklung von Selbsthilfeangeboten in Österreich baut in erster Linie auf Arbeiten von Irmgard Eisenbach-Stangl auf, auf deren Publikationen auch hier zurückgegriffen wird (u. a. Eisenbach-Stangl 1991b; Eisenbach-Stangl 1994b) und die punktuell ergänzt und aktualisiert wurden.

Umfangreiche Statistiken zur Behandlung alkoholkranker Menschen sind in „HBAÖ, Band 1: „Statistiken und Berechnungsgrundlagen“ zu finden. Informationen zu Behandlungseinrichtungen (z. B. Kontaktdaten, Angebote, Aufnahmemodalitäten) werden in elektronischer Form über den Suchthilfekompass (<https://suchthilfekompass.goeg.at>) bereitgestellt.

10.1 Historische Entwicklung des professionellen Behandlungs- und Betreuungsangebots für alkoholkranke Menschen in Österreich

Bis 1918 gab es in Österreich weder geschlossene noch offene Trinkerheilstätten (als „geschlossene Anstalten“ bezeichnet man Einrichtungen, in die Patientinnen und Patienten auch zwangs eingewiesen werden können, als „offene Anstalten“ solche, die Patientinnen und Patienten ausschließlich auf freiwilliger Basis aufnehmen). Die wenigen Trinkerheime, die vor dem Ersten Weltkrieg existierten, stellten während des Krieges die Arbeit ein.

Nach dem Ersten Weltkrieg begann der Auf- und Ausbau eines speziellen Behandlungssystems für Alkoholkranke. Diese Entwicklung kann folgendermaßen zusammengefasst werden:

- Professionalisierung der stationären Alkoholismusbehandlung in öffentlichen psychiatrischen Krankenanstalten, begleitet von der Gründung eigener Abteilungen für alkoholkranke Menschen
- Entstehen spezieller offener Behandlungseinrichtungen für alkoholkranke Menschen mit privaten Trägern
- Ausbau ambulanter Einrichtungen zur Beratung und Behandlung alkoholkranker Personen, die in der Regel mit den stationären Behandlungseinrichtungen eng kooperieren und vor allem Vorbetreuung und Nachbehandlung für den stationären Sektor übernehmen

Erste Behandlungsangebote waren die Trinkerheilstätte als eigene Abteilung auf den Wiener Steinhofgründen, ins Leben gerufen 1922, sowie das 1961 in Wien-Liesing eröffnete Genesungshaus Kalksburg, betrieben von der gleichnamigen Stiftung und später in Anton Proksch Institut Wien umbenannt. Seitdem wurden in ganz Österreich stationäre Angebote – entweder als Sonderkrankenhäuser, als Abteilungen in psychiatrischen Fachkliniken oder organisatorisch integriert in Fachabteilungen für Psychiatrie – geschaffen, beispielsweise das Krankenhaus de La Tour (1983) in Treffen am Ossiacher See (Kärnten), das Krankenhaus Maria Ebene (1976) in Frastanz (Vorarlberg), die Alkoholstation der Landesnervenklinik Sigmund Freud Graz (1967), die Abteilung für Alkoholkranke im Landesklinikum Mostviertel Amstetten-Mauer (1970er-Jahre), eine ebensolche Abteilung im Therapiezentrum Ybbs (Niederösterreich) sowie eine Entzugs- und Entgiftungsstation an der Christian-Doppler-Klinik in der Stadt Salzburg.

10.2 Aktuelle Entwicklungen

Um die Jahrtausendwende kam es sukzessive zu verschiedenen Neuausrichtungen des professionellen Behandlungssystems in Österreich, die im Folgenden stark komprimiert skizziert werden.

Die Neuorientierung besteht etwa darin, dass Frauen und Männer immer häufiger gemeinsam behandelt werden und teilweise auch die strenge Trennung zwischen Alkoholklientel und Drogenklientel aufgelöst wird. Außerdem wurden zusehends auch Nikotinabhängigkeit und stoffungebundene Süchte als Indikationen für eine Behandlung im System akzeptiert, wodurch insgesamt eine stärkere Durchmischung der zuvor getrennt behandelten Suchtklientelen stattfand.

Während Suchttherapeutinnen und -therapeuten anfänglich oft der Meinung waren, dass man bei suchtkranken Personen abwarten muss, bis ihre Probleme so groß sind, dass sie keine andere Möglichkeit haben, als sich in Behandlung zu begeben, und dass sie sich dann im Behandlungssetting den Anforderungen der Therapeutinnen und Therapeuten bedingungslos zu unterwerfen haben (im englischen als „hit rock bottom“ beschrieben), hat im Laufe der Zeit zusehends eine stärker klientenzentrierte Sicht an Bedeutung gewonnen. Suchtkranke Personen werden zusehends als Personen verstanden, mit denen man partnerschaftlich Konzepte erarbeiten muss, denen man die Zeit einräumen muss, sich für eine grundlegende Änderung zu entscheiden, und bei denen man nicht durch überzogene Forderungen Widerstand gegen Therapeutinnen bzw. Therapeuten oder gegen die Behandlung im Allgemeinen provozieren sollte. In diesem Sinne hat das Prinzip der motivierenden Gesprächsführung (Motivational Interviewing, vgl. Miller et al. 1991) in der Suchtbehandlung zusehends an Bedeutung gewonnen.

In unmittelbarem Zusammenhang damit wird Sucht zusehends als chronisch rezidivierende Erkrankung (McLellan 2002) verstanden, bei der man zwar die Situation der Betroffenen durch Therapie und Betreuung erheblich verbessern kann, endgültige Abstinenz aber nur in einer begrenzten Zahl von Fällen realistisch ist. Immer mehr Behandler:innen akzeptieren, dass es nicht gerechtfertigt ist, Rückfälle nach Therapieende als Vertrauensbruch zu bewerten und weitere Behandlungen abzulehnen. Sie anerkennen, dass Rückfälle integrale Bestandteile einer chronischen Erkrankung darstellen. Wie McLellan betont, ist es auch bei anderen chronischen Erkrankungen nicht üblich, Behandlungen abzubrechen, wenn sich die Patientinnen und Patienten nicht an die Anweisungen der Behandler:innen halten. Damit erfahren Suchtklientinnen und -klienten zunehmend eine ähnliche Behandlung wie andere chronisch kranke Menschen: Diabetiker:innen, die trotz gegenteiligen Rates eine süße Mehlspeise zu sich nehmen, oder Hypertoniker:innen, die Blutdruckmittel nicht regelmäßig einnehmen, werden schließlich ebenfalls nicht von der Behandlung ausgeschlossen.

Generell wird auch anerkannt, dass es zweckmäßig ist, eine integrierte Behandlungskette anzubieten (vgl. dazu etwa das Behandlungskonzept von „Alkohol. Leben können.“ Sucht und Drogenkoordination Wien²¹⁰), um unnötige Behandlungspausen zu verhindern, die mögliche Therapieerfolge gefährden. Während es z. B. in Deutschland bei abstinenzorientierten Behandlungsformen oft vorkommt, dass der Entzug und die Entwöhnung in unterschiedlichen Einrichtungen stattfinden und längere Pausen dazwischen – mit erhöhter Rückfallgefahr – die Regel sind, kommt es in Österreich zwischen Entzug und Entwöhnung üblicherweise nicht zu solchen Pausen. Auch auf

²¹⁰ <https://sdw.wien/projekt/alkohol-leben-koennen> [zuletzt abgerufen am 26.08.2025]

strategischer Ebene wird der stärkeren Einbindung suchtspezifischer Betreuungsleistungen in andere medizinische, therapeutische und soziale Unterstützungsangebote im Sinne integrierter Versorgung zunehmend Bedeutung zugemessen. Im Vergleich zu anderen europäischen Ländern sind Suchtbehandlungsangebote außerhalb des spezialisierten Suchtbehandlungssystems (z. B. Maßnahmen zur Früherkennung von Alkoholproblemen im hausärztlichen Setting) nur in geringem Ausmaß vorhanden. Aufgrund der ausreichenden Kapazität des spezialisierten Behandlungssystems wurde bislang auch kaum diesbezüglicher Bedarf geäußert. Nach wie vor können in Österreich Personen mit einer Alkoholerkrankung relativ rasch und unentgeltlich behandelt werden.

Auch die Bedeutung ambulanter Angebote hat sich stark geändert, da zusehends anerkannt wird, dass ambulante Behandlung nicht nur als Vorbereitung für bzw. Nachbehandlung nach stationärer Behandlung geeignet ist, sondern auch als eigenständige Behandlungsmodalität Berechtigung hat. Gleichzeitig haben sich zusehends Angebote entwickelt, die sich nicht an dem früher ausschließlich vorherrschenden Abstinenzparadigma orientieren, sondern alternative Behandlungsziele verfolgen (z. B. Trinkmengenreduktion, soziale Stabilisierung). Diese Entwicklung lässt sich mit Begriffen wie „kontrolliertes Trinken“ (Körkel 2002) umschreiben.

Während zu Beginn der professionalisierten Suchtbehandlung Betroffene sich direkt an Behandlungseinrichtungen wandten und die Krankenversicherungsträger den Einrichtungen die Behandlungskosten refundierten, wurden in letzter Zeit auf Länderebene zusehends zentrale Strukturen geschaffen, die Patientinnen und Patienten zunächst begutachten und sie dann mit einem konkreten Therapieplan ambulanten oder stationären Einrichtungen zuweisen. In Wien wurde eine solche Vorgangsweise unter dem Titel „Alkohol. Leben können.“ (davor: „Alkohol 2020“) beschlossen (Reuvers 2015). Die wesentliche Erwartung an derartige Strukturmaßnahmen ist, das Ausmaß des Behandlungsaufwands im Sinne von „stepped care“ am tatsächlichen Bedarf zu orientieren, um sie so gering wie möglich zu halten und den Klientinnen und Klienten besser passende Behandlungsangebote vermitteln zu können. „Stepped care“ umschreibt den Grundsatz, zunächst eine möglichst wenig invasive Behandlungsintervention und kostengünstige Behandlungsoption zu wählen, die nur geringe Auswirkungen auf das sonstige Leben der Patientin bzw. des Patienten hat (also in der Regel ambulant stattfinden kann) und möglichst wenig in die Entscheidungsfreiheit der Personen eingreift (kein Abstinenzgebot, wenn nicht notwendig). Eine schrittweise Intensivierung der Maßnahmen findet nach diesem Modell erst dann statt, wenn der Erfolg ausbleibt.

In den meisten Behandlungseinrichtungen umfasst die Behandlung Suchtkranker, unabhängig von der Art der Suchterkrankung, eine Kombination aus medikamentöser Behandlung, Psychotherapie und sozialarbeiterischer Betreuung. In vielen Einrichtungen stellt die Stärkung von Ressourcen einen wesentlichen Teil der Therapie dar.

Richtwerte und Planungsgrundlagen für die stationäre Versorgung Suchtkranker werden wie für alle anderen Erkrankungen im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (BMSGPK 2025b) festgelegt, dessen Vorgaben auf Länderebene umgesetzt werden. Derzeit ist als Richtwert für den stationären Bereich festgelegt, dass ein Behandlungsplatz pro 6.500 Einwohner:innen für die Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen vorgesehen ist (exklusive akuter Entzug); davon wiederum sind 75 Prozent für Alkohol-, Medikamentenabhängigkeit und stoffungebundene Süchte vorgesehen. Dieser Richtwert entspricht etwas mehr als 1.000 Behandlungsplätzen in Österreich.

Zudem wird die Früherkennung von Alkoholproblemen als eine Basisaufgabe für Behandlungsbereiche wie Innere Medizin, Zahnmedizin und Chirurgie definiert.

10.3 Unterstützung für Angehörige alkoholkranker Menschen

Angebote für Angehörige erkrankter Personen haben in den letzten Jahren deutlich zugenommen, wobei stärker spezialisierte Angebote zur (Mit-)Behandlung betroffener Familienmitglieder inzwischen Standard in vielen spezialisierten Suchteinrichtungen sind. Mittlerweile können die Kosten unter bestimmten Bedingungen – auch die Kosten für eine Familientherapie – von den Krankenkassen übernommen werden. Für belastete Familien in Österreich bestehen Unterstützungsmöglichkeiten durch das Netzwerk Frühe Hilfen. Dieser Ansatz steht unter anderem werden den oder jungen Eltern mit psychischen Belastungen bzw. psychischen Erkrankungen, zu denen auch Suchterkrankungen zählen, bis zum dritten Lebensjahr des Kindes zur Verfügung. Im Jahr 2023 wurden im Rahmen der Frühen Hilfen insgesamt 3.975 Familien betreut (Marbler et al. 2024).

In Deutschland wurde unter dem Titel „Community Reinforcement and Family Training“ (CRAFT) eine nichtkonfrontative Strategie für Angehörige Suchtkranker entwickelt, die mittels motivationaler Strategien und verhaltensorientierter Interventionen auf eine Verbesserung der Lebensqualität Angehöriger abzielt. Durch systematisches Coaching der Angehörigen werden nicht nur diese unterstützt, sondern wird mittelbar auch die Behandlungsbereitschaft der betreffenden suchtkranken Person erhöht, falls diese zunächst noch nicht zur Behandlung bereit ist (Bischof 2012).

Kinder alkoholkranker Eltern sind von der elterlichen Suchterkrankung in vielfacher Weise (mit)betroffen (vgl. Kap. 6.5), dennoch gibt es in Österreich nur wenige spezifische Unterstützungsangebote für solche Kinder und Jugendlichen. Ein Großteil der Angebote, die sich an die Zielgruppe Kinder und Jugendliche mit suchtkranken Eltern richten, besteht aus Gruppenberatungen bzw. Beratungen im Einzelsetting. Aufgrund der möglichen Stigmatisierung von Kindern und Jugendlichen aus suchtblasteten Familien und der Schwierigkeiten, diese Zielgruppe mit spezifischen Angeboten überhaupt zu erreichen (Puhm et al. 2008), werden zunehmend Ansätze favorisiert, die eine indirekte Unterstützung der Betroffenen anstreben. In erster Linie sind das Maßnahmen zur Problemsensibilisierung aller Fachkräfte, die in ihrem beruflichen Alltag mit Kindern und Jugendlichen konfrontiert sind, sowie Schulungen darin, im Rahmen des jeweiligen Settings situationsangemessen reagieren und vor dem Hintergrund der eigenen beruflichen und persönlichen Fähigkeiten angemessen unterstützen zu können.

10.4 Selbsthilfe für alkoholkranke Personen und deren Angehörige in Österreich

Die Anfänge der Selbsthilfe für alkoholkranke Menschen in Österreich gehen auf Initiativen von Abstinenzvereinen in den ersten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts zurück. Die Selbsthilfe entstand somit zur gleichen Zeit wie die professionelle Behandlung alkoholkranken Personen. Ab den 1960er-Jahren, als ein spezielles Betreuungs- und Behandlungssystem für alkoholkranke Menschen aufgebaut wurde, nahm auch die Zahl der Selbsthilfegruppen stark zu. Selbsthilfegruppen wurden zu Beginn von den auf Alkoholismusbehandlung spezialisierten Psychiaterinnen und Psychiatern als Konkurrenz durch Laiinnen und Laien kritisch gesehen, dann aber nach und nach als Partner akzeptiert, die sowohl zur Behandlungsmotivation beitragen können als auch zur

Aufrechterhaltung der Abstinenz nützliche Dienste leisteten. Die nachfolgenden Darstellungen basieren auf Arbeiten von Eisenbach-Stangl und wurden punktuell ergänzt (Eisenbach-Stangl 1992b; Eisenbach-Stangl 1992a; Eisenbach-Stangl et al. 1995; Eisenbach-Stangl 1998).

Vier Arten von Selbsthilfegruppen für alkoholkranke Menschen lassen sich unterscheiden:

- **professionell organisierte Gruppen:** Das sind Gruppen, die in fast allen Bundesländern existieren, in Dachorganisationen eingebettet sind und ausschließlich oder neben anderen Aufgaben ambulante Hilfe (Vor- und Nachsorge) für alkoholkranke Personen und deren Angehörige anbieten. Diese Gruppen werden vorwiegend von Fachkräften aus unterschiedlichen Disziplinen (Psychologie, Medizin, Sozialarbeit) geleitet oder bestehen in Form geleiteter Selbsthilfegruppen, weshalb die Bezeichnung Selbsthilfe nicht ganz zutreffend ist. Die meisten der professionell organisierten Selbsthilfegruppen wurden als „Nachsorgegruppen“ für stationär behandelte alkoholkranke Menschen und deren Angehörige gegründet. Das Ziel der eigenständigen Betreuung kam erst im Laufe der Zeit hinzu. Der primären Zielsetzung entsprechend kooperieren diese Selbsthilfegruppen bzw. deren Leiter:innen und die Dachorganisationen eng mit den stationären Einrichtungen der professionellen Suchthilfe.
- **Gruppen in Institutionen:** Das sind Gruppen, die im Rahmen einzelner stationärer bzw. medizinischer Einrichtungen gegründet wurden. Bei den Institutionen, in deren Rahmen einzelne Selbsthilfegruppen gegründet wurden, handelt es sich vorwiegend um private, kirchliche oder auch staatliche Einrichtungen, die suchtkranke Menschen, Menschen mit psychischen Erkrankungen oder sonstige marginalisierte Bevölkerungsgruppen betreuen.
- **Gruppen der Anonymen Alkoholiker (AA) und Selbsthilfegruppen für Angehörige von Alkoholikerinnen und Alkoholikern (Al-Anon-Familiengruppen):** Die Gemeinschaft der Anonymen Alkoholiker (AA) wurde 1935 in den USA durch zwei Menschen mit Alkoholerkrankung gegründet. Sie breitete sich in den ersten beiden Jahrzehnten vor allem im angloamerikanischen Raum und in den beiden folgenden Jahrzehnten auch in südamerikanischen und europäischen Ländern aus. In Wien wurde die erste AA-Gruppe im Jahr 1960 gegründet. Die AA verstehen sich nicht als Selbsthilfebewegung, sondern als „Gemeinschaft“. Sie wollen nicht die Gesellschaft umgestalten, sondern ausschließlich sich selbst – mit Unterstützung gleichermaßen Betroffener – ändern. In der Präambel der AA-Gemeinschaft wird als Hauptzweck genannt, „nüchtern zu bleiben und anderen Alkoholikerinnen/Alkoholikern zur Nüchternheit zu verhelfen“. Auch das „Basisprogramm“ der AA – die „Zwölf Schritte“ – enthält die Aufforderung, die „Botschaft an Alkoholiker:innen weiterzuleiten“. Dies ist im Verständnis der AA Notwendigkeit für jede:n, die/der nüchtern bleiben will. Die „Botschaft weiterzuleiten“ ist gemäß AA-Prinzipien freiwillig und unbezahlt. Ein weiteres grundlegendes Prinzip der AA-Gemeinschaft ist die Gleichheit aller Zugehörigen. Die Anonymität – die Gruppenmitglieder sprechen sich mit dem Vornamen an – dient unter anderem dazu, diese Gleichheit zu fördern. Auch die AA kennen eine Autorität, allerdings keine personelle, sondern die „höhere Macht“ oder die „Macht, größer als wir selbst“ oder auch „Gott, wie ich ihn verstehe“. Das schriftlich und mündlich überlieferte Programm leitet zu ihrer Anerkennung an. Ursprünglich nahmen an AA-Meetings auch Angehörige alkoholkranker Personen teil. Bald ging man jedoch zu einer strikten Trennung von Betroffenen und deren Angehörigen über. Im Jahr 1951 wurden die sogenannten Al-Anon Family Groups in den USA gegründet, die nach modifizierten AA-Prinzipien arbeiten, aber ausschließlich Angehörigen alkoholkranker Menschen offenstehen. Die „Zwölf Schritte“ bilden das „Basisprogramm“ beider Gemeinschaften.

Die erste Al-Anon-Gruppe in Österreich wurde 1974 gegründet. AA-Gruppen sind finanziell, politisch und konfessionell dezidiert unabhängig.

- **Gruppen, die dem österreichischen Blauen Kreuz angehören:** Das Blaue Kreuz ist eine der evangelischen Kirche nahestehende internationale Abstinenzorganisation, die 1877 in der Schweiz gegründet wurde und seit 1905 auch in Österreich tätig ist. Der österreichische Zweig des Blauen Kreuzes (BKÖ) ist ein eigenständiger Verein. Seine Tätigkeiten umfassen die Organisation von „Begegnungsgruppen, Besinnungstagen und therapeutischen Wochen“ für alkoholkranke Menschen, gegebenenfalls auch für Menschen mit anderen Suchterkrankungen und deren Angehörige, in denen den Betroffenen „fachliche Beratung, Lebenshilfe und seelsorgerischer Beistand“ angeboten wird. Die Teilnahme an den Begegnungsgruppen steht, mit gewissen Einschränkungen, allen interessierten Personen offen, seien sie Betroffene oder nicht. Einschränkungen sind dabei, dass jede Gruppe entscheiden kann, ob eine Person, falls sie nicht selbst betroffen ist, „Dauergast“ sein darf. Reguläres Mitglied kann man nur im Verein des Blauen Kreuzes werden. Voraussetzung ist das Akzeptieren der Richtlinien des BKÖ, die Totalabstinenz verlangen, und eine mündliche wie schriftliche Beitrittserklärung. „Ehemalige“ alkoholkranke Menschen müssen ein Jahr abstinenz gewesen sein, bevor sie Mitglied werden können.

11 Alkohol als Wirtschaftsfaktor

Kostenargumente sind sehr beliebt, wenn es darum geht, öffentliche Maßnahmen zu fordern oder abzulehnen. In Zusammenhang mit Alkohol ergeben sich zweifelsfrei hohe gesundheitliche und soziale Kosten, die durch Alkoholmissbrauch und Alkoholismus verursacht werden und die alle Österreicher:innen direkt oder indirekt mittragen müssen. Auf der anderen Seite steht der „Wirtschaftsfaktor Alkohol“, der Einkommen und Wohlstand für viele Menschen gewährleistet und einen wesentlichen Anteil zum Wirtschafts- und Steueraufkommen von Gemeinden, Ländern und Bund beiträgt. Eine kritische und systematische Auseinandersetzung über Kosten-Nutzen-Argumente ist oft nicht leicht zu führen, da diese Argumente handfeste wirtschaftliche und politische Interessen berühren.

Besonders volkswirtschaftliche Kosten-Nutzen-Überlegungen zum Alkohol eignen sich infolge der Willkürlichkeit der Annahmen und der Beliebigkeit des Ansatzes als Argumentationsgrundlage für alle Seiten: sowohl für jene, die sich gegen, als auch für jene, die sich für effiziente Kontrollmaßnahmen aussprechen. Beide Seiten haben, wie sich immer wieder zeigt, großes Interesse daran, den volkswirtschaftlichen Kostenansatz in ihrem Sinne zu interpretieren, und wenig Interesse daran, eigene Argumente kritisch zu hinterfragen (Uhl 2006b).

11.1 Ausgaben der Österreicher:innen für alkoholische Getränke

Haushaltsbudgeterhebungen im weitesten Sinn haben in Österreich eine lange Tradition. Nach 1945 wurde, beginnend mit 1954/55, zunächst alle zehn Jahre eine Konsumerhebung durchgeführt; seit 1999/2000 findet diese alle fünf Jahre statt (die letzten verfügbaren Daten stammen aus der Konsumerhebung 2019/20). Dabei werden unter anderem die Haushaltsausgaben insgesamt (privater Konsum), die Ausgaben für Ernährung, die Ausgaben für alkoholische Getränke und die Ausgaben für nichtalkoholische Getränke erhoben. Die Ausgaben werden hierbei pro Haushalt und pro Person berechnet. Da die Haushaltsgröße von 1954 bis 2019 von 2,87 Personen auf 2,20 Personen pro Haushalt gesunken ist (Statistik Austria 2022b) und da der Verbraucherpreisindex im gleichen Zeitraum auf das 8,6-Fache gestiegen ist, ist es für Vergleichszwecke sinnvoller, indexbereinigte (= valorisierte) Pro-Kopf-Berechnungen heranzuziehen.

Ein Zeitreihenvergleich der Haushaltsausgaben beinhaltet allerdings einige wesentliche Probleme, auf die ausdrücklich hingewiesen werden soll: Bei den ersten drei Konsumerhebungen (1954/55, 1964 und 1974) wurden die Ausgaben pro Haushalt einfach durch die Personenanzahl pro Haushalt dividiert (ungewichtete Methode), während in allen folgenden Konsumerhebungen eine Gewichtung nach Personenanzahl und Alter durchgeführt wurde. Um die Vergleichbarkeit der unterschiedlichen Berechnungen zu gewährleisten, wurden die Pro-Kopf-Ausgaben der letzten fünf Erhebungen zusätzlich nach der alten (ungewichteten) Methode errechnet und weitere Berechnungen ausschließlich auf Basis der ungewichteten Methode durchgeführt.

Eine zweite methodische Einschränkung für Zeitvergleiche liegt an der Einführung der Ausgabenklassifikation COICOP (Classification of Individual Consumption Expenditures by Purpose; ein den internationalen Empfehlungen entsprechendes Konzept für die Untergliederung der Verbrauchsausgaben) ab der Konsumerhebung 1999/2000.

Zusätzliche Einschränkungen ergeben sich daraus, dass 1954/55 nur die Konsumausgaben der Bevölkerung aus Städten mit mehr als 10.000 Einwohnerinnen/Einwohnern berücksichtigt wurden. Im Jahr 1964 wurden auch die Konsumausgaben einer gemischt städtisch-ländlichen Bevölkerung einbezogen, und erst ab 1974 wurden die Verbrauchsausgaben aller Bevölkerungsschichten erfasst. Außerdem erfolgte die Bewertung der Ausgaben bis 1974 mit Erzeugerpreisen, ab 1984 mit Verbraucherpreisen.

Bei jeder Interpretation dieser Werte ist zu bedenken, dass es sich dabei nicht um „harte“ Wirtschaftsdaten im Sinne von Verkaufs- oder Bilanzzahlen handelt, sondern um Konsumangaben, die Personen in ein eigens dafür angelegtes Haushaltbuch eintrugen. In bestimmten Bereichen – besonders in Bezug auf alkoholische Getränke, Tabakwaren und Wettspiele – unterliegen die Angaben in den Haushaltsbüchern einer deutlichen Unterschätzung, wie in einem Vergleich mit der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung belegt werden konnte (Kronsteiner 1996).

In der aktuellen Konsumerhebung von 2019/20 listeten 7.139 Haushalte jeweils zwei Wochen lang ihre Verbrauchsausgaben in einem Haushaltbuch auf und beantworteten zusätzlich Fragen zu den im Haushalt lebenden Personen, der Wohnung und der Ausstattung der Haushalte. Die Erhebung wurde als repräsentative Stichprobenerhebung von Mai 2019 bis Juni 2020 durchgeführt, umfasste somit ein ganzes Jahr und schließt auch Ausgaben für besondere Anlässe (z. B. Weihnachten) ein. Die Haushalte wurden zufällig ausgewählt, und die Mitwirkung an der Erhebung war freiwillig (Statistik Austria 2022b).

In den Kategorien „alkoholische Getränke“ und „alkoholfreie Getränke“ wird jeweils nur der Konsum zu Hause ausgewiesen. Der Umfang des Außer-Haus-Konsums an den Ernährungsausgaben²¹¹ wird zwar erhoben (Kronsteiner 1996), allerdings nur als Gesamtkategorie „Café & Restaurant“, aus der sich der Anteil alkoholischer Getränke nicht herausrechnen lässt.

Betrachtet man die Entwicklung der Ausgaben für den Heimkonsum alkoholischer und nichtalkoholischer Getränke in Relation zu den gesamten Haushaltsausgaben sowie zu den im längeren Zeitverlauf deutlich sinkenden Ernährungsausgaben, ergibt sich folgendes Bild: Im Jahr 1954 liegt der Anteil der Ausgaben für alkoholische Getränke bei 2,7 Prozent des gesamten Haushaltsbudgets bzw. bei 5,4 Prozent der gesamten Ernährungsausgaben. Der Pro-Kopf-Alkoholkonsum der Bevölkerung ab 15 Jahren hingegen ist mit 5,9 Litern pro Jahr verhältnismäßig niedrig. Im Jahr 2020 liegt der Pro-Kopf-Alkoholkonsum mit 9,9 Litern pro Jahr (vgl. HBAÖ, Band 1: „Statistiken und Berechnungsgrundlagen“) deutlich höher, und der Anteil der Ausgaben für alkoholische Getränke zu Hause beträgt 1,3 Prozent des gesamten Haushaltsbudgets bzw. 6,5 Prozent der gesamten Ernährungsausgaben (Statistik Austria 2021).

Infolge des gestiegenen Wohlstands müssen also die Österreicher:innen immer weniger ihres Gesamtbudgets für alkoholische Getränke im Speziellen bzw. für Nahrungsmittel im Allgemeinen ausgeben, wohingegen in Relation zu den gesamten Ernährungsausgaben die Ausgaben für alkoholische Getränke nahezu gleich geblieben sind (vgl. Tabelle 28).

²¹¹ Die Kategorie „Ernährungsausgaben“ entspricht der Summe der Einzelkategorien „Ernährung“, „alkoholfreie Getränke“, „alkoholische Getränke“ und „Café & Restaurant“.

Tabelle 28: Verbrauchsausgaben für den Heimkonsum alkoholischer Getränke in Relation zu Ernährungs- und Gesamtausgaben

Jahr	Anteil an den Gesamtausgaben: alkoholische Getränke	Anteil an Ernährungsausgaben*: alkoholische Getränke	Liter Reinalkohol pro Jahr
1954/55**	2,7 %	5,4 %	5,9
1964**	2,6 %	7,7 %	9,5
1974**	2,0 %	7,4 %	11,8
1984**	1,3 %	5,7 %	11,7
1993/94**	1,2 %	6,9 %	11,1
1999/00**	1,2 %	5,8 %	11,7
2004/05**	1,1 %	5,8 %	10,6
2009/10**	1,1 %	5,9 %	10,4
2014/15**	1,0 %	5,6 %	10,0
2019/20**	1,3 %	6,5 %	9,9

* Die Kategorie „Ernährungsausgaben“ entspricht der Summe der Einzelkategorien „Ernährung“, „alkoholfreie Getränke“, „alkoholische Getränke“ sowie „Café & Restaurant“.

** Methode = ungewichtet

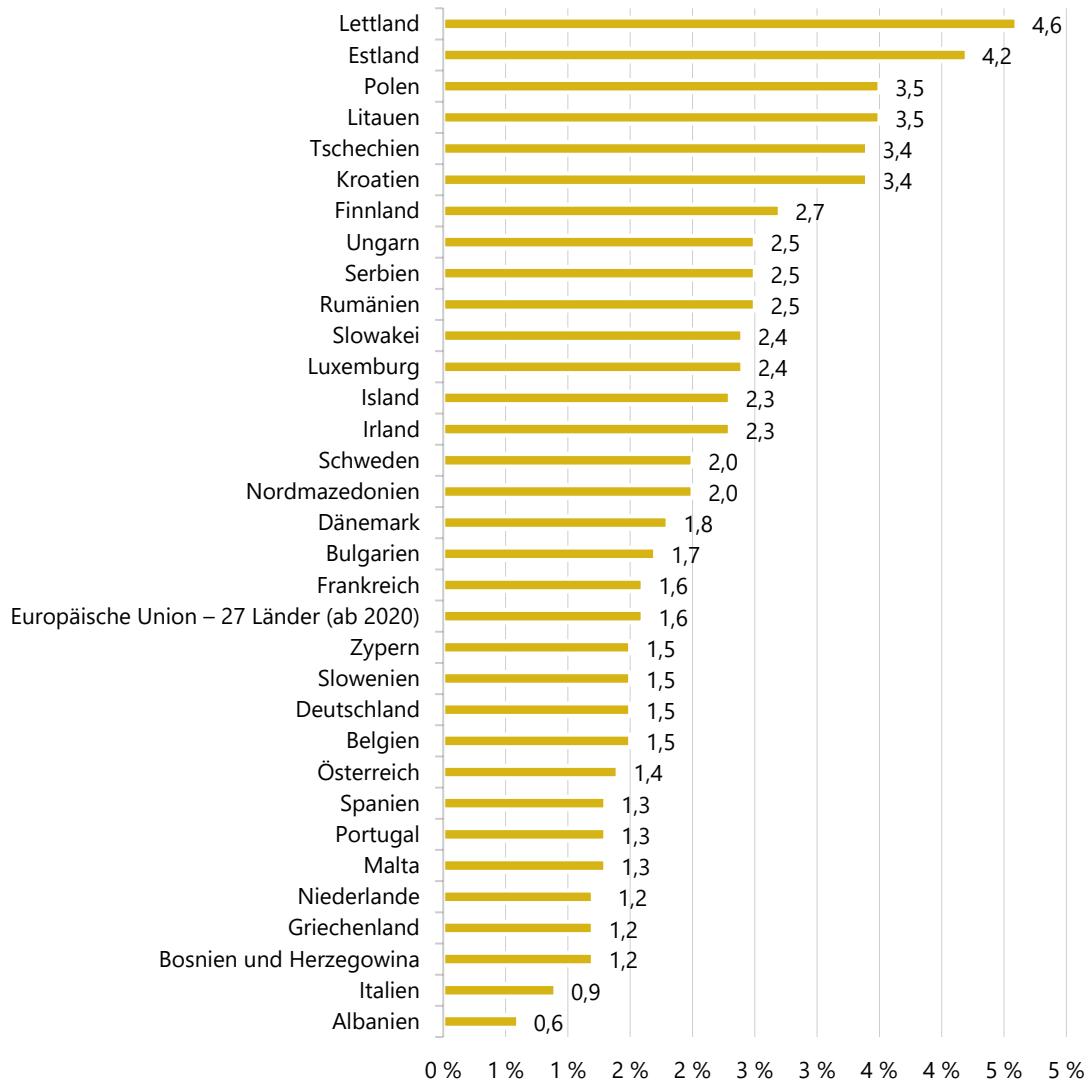
Quelle: Konsumerhebung (Statistik Austria 2021) bzw. Pro-Kopf-Konsum HBAÖ, Band 1: „Statistiken und Berechnungsgrundlagen; Berechnungen: GÖG

11.2 Haushaltsausgaben im internationalen Vergleich

Die EU-Mitgliedschaft Österreichs und die damit verbundene Durchsetzung europaweiter Standards ab der Erhebung 1999/2000 haben die internationale Vergleichbarkeit deutlich erleichtert. Internationale Vergleichsdaten bezüglich der Verbrauchsausgaben privater Haushalte werden vom Statistischen Amt der EU (EUROSTAT) regelmäßig erstellt und veröffentlicht.

Dennoch sollten derartige Daten nur mit Vorsicht interpretiert werden. Trotz der zunehmenden Harmonisierung von Erhebungsstandards ist vor allem zu bedenken, dass die jeweilige nationale Preisstruktur für alkoholische Getränke in der Gastronomie einen starken Einfluss auf die Menge und Ausgabenhöhe des Heimkonsums hat.

Abbildung 20: Anteil der Ausgaben für Alkohol (Heimkonsum) an privaten Haushaltsausgaben in europäischen Ländern 2022



Quelle: Konsumausgaben der privaten Haushalte nach Verwendungszwecken (COICOP-Dreisteller) für alle Länder mit verfügbaren Daten für 2022; Quelle: Eurostat (2025); Darstellung: GÖG

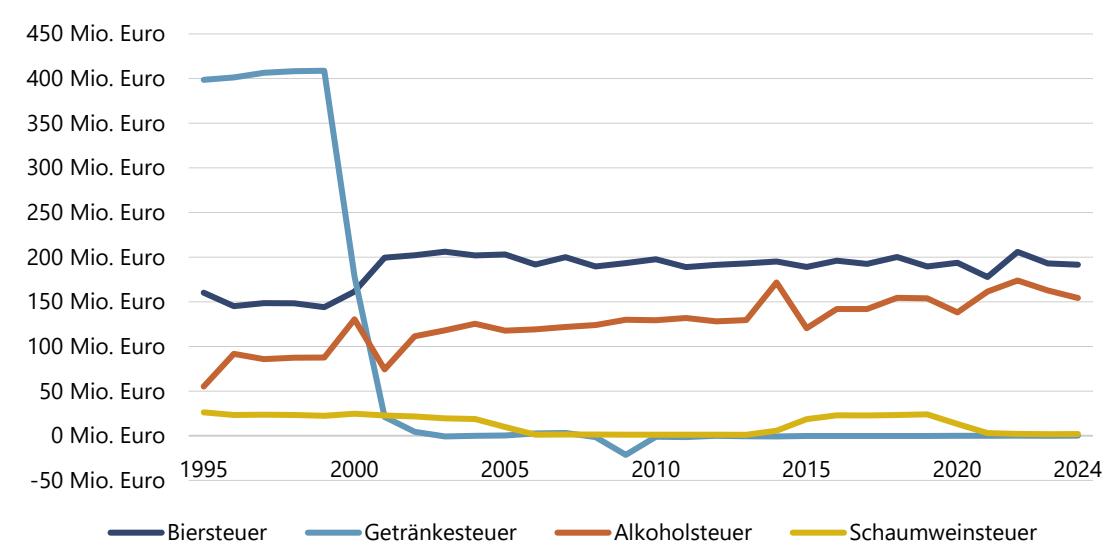
11.3 Steuereinnahmen in Zusammenhang mit alkoholischen Getränken

Wenn alkoholische Getränke in Verkehr gesetzt werden, fallen in Österreich Verbrauchsteuern (Alkoholsteuer, Biersteuer sowie Zwischenerzeugnis- und Schaumweinsteuer) und Umsatzsteuer an. Die einst eingehobene Alkoholabgabe betrug 10 Prozent für alle in Handel und Gastronomie ausgeschenkten alkoholischen Getränke und wurde im Jahr 1992 aufgehoben. Die Getränkesteuer wird seit März 2000 für alkoholische Getränke nicht mehr eingehoben, die Schaumweinsteuer wurde seit 2006 teilweise nicht eingehoben und wieder in Kraft gesetzt, ist aktuell (2025)

aber mit 0 Euro festgelegt (vgl. „HBAÖ, Band 2: Gesetzliche Grundlagen“). (Details zur Entwicklung von Steuern mit Relevanz für alkoholische Getränke siehe Uhl et al. 2018)

In Abbildung 21 werden Einnahmen aus unterschiedlichen alkoholbezogenen Abgabenarten im Zeitverlauf dargestellt. Bezüglich der Getränkesteuer, die bis 1992 für alkoholische und alkoholfreie Getränke gleichermaßen 10 Prozent betrug und seit 1992 für alkoholfreie Getränke auf 5 Prozent gesenkt wurde, kann man annehmen, dass seit 1992 rund drei Viertel der Getränkesteuer auf alkoholische Getränke fortgefallen war. Der Wegfall der Getränkesteuer, die in den letzten Jahren vor ihrer Abschaffung im Jahr 2000 mehr als die Hälfte der alkoholbezogenen Gesamtabgaben ausmachte, wurde durch die Erhöhung der Alkoholsteuer sowie der Bier- und Zwischenerzeugnissteuer lediglich zu einem geringen Teil ausgeglichen, wenn die Steuereinnahmen in absoluten Zahlen betrachtet werden (vgl. Abbildung 21). Werden die Steuereinnahmen durch alkoholische Getränke in Relation zu allen Einnahmen durch Gütersteuern gesetzt (vgl. Abbildung 22), zeigt sich sogar ein leicht rückläufiger Anteil der Bedeutung der Biersteuer und ein konstanter Anteil der Alkoholsteuer. Keine Auswirkung auf die hier erörterten alkoholspezifischen Abgaben zeitigt die Erhöhung der Umsatzsteuer für die „Abgabe von Speisen und bestimmten Getränken zum Verzehr an Ort und Stelle“ (BGBl. I Nr. 29/2000) von 10 Prozent auf 14 Prozent²¹², da die Umsatzsteuer auf Alkoholika bei 20 Prozent blieb. Insbesondere in Hinblick auf die hohe Inflation der letzten Jahre ist zudem anzumerken, dass die Steuersätze für Bier und Spirituosen als Absolutbeträge fixiert sind und daher aufgrund von Inflation in Relation zur Kaufkraft an Wert verlieren.

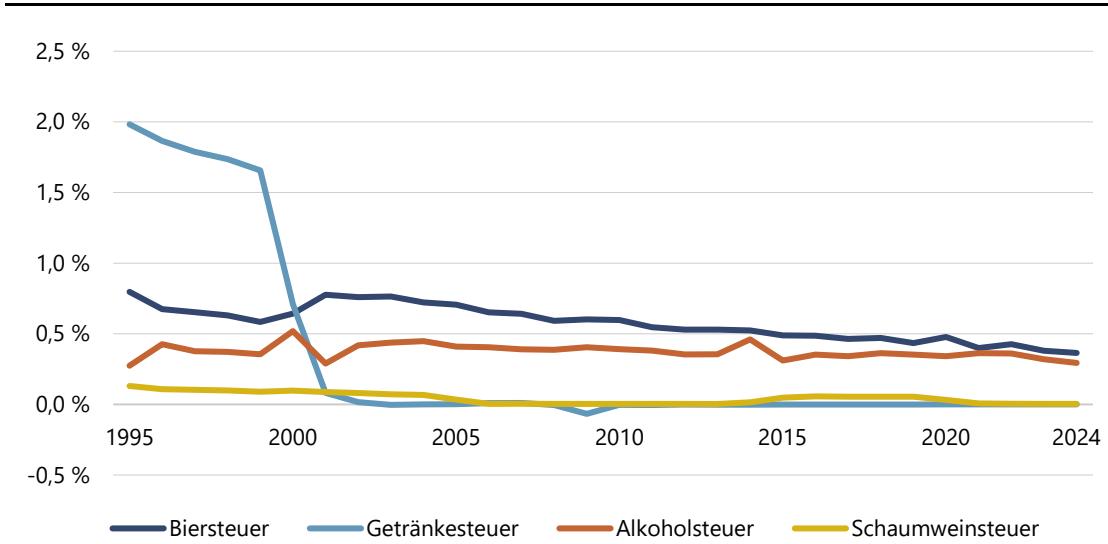
Abbildung 21: Steuereinnahmen durch alkoholrelevante Steuern im Zeitverlauf (absolutes Steuervolumen in Millionen Euro pro Jahr)



Quelle: Steuern und Sozialbeiträge in Österreich: Einzelsteuerliste / National Tax List, Einnahmen des Staates und der EU (Statistik Austria 2025e)

²¹² Diese wurde im Zusammenhang mit dem Entfall der Getränkesteuer eingeführt und sollte – gekoppelt mit neuen Finanzausgleichsregelungen zwischen Bund und Gemeinden – den finanziellen Verlust der Gemeinden aufgrund des Getränkesteuerentfalls verringern.

Abbildung 22: Steuereinnahmen aus alkoholrelevanten Steuern im Zeitverlauf (relatives Steuervolumen, gemessen an allen Gütersteuern pro Jahr)



Quelle: Steuern und Sozialbeiträge in Österreich: Einzelsteuerliste / National Tax List, Einnahmen des Staates und der EU (Statistik Austria 2025e)

Die Frage, wie sich die umfassenden steuerlichen Änderungen auf die Verkaufspreise auswirken, lässt sich insgesamt nicht beantworten. In den meisten Fällen ergibt sich eine deutliche Verbilligung für die Konsumentinnen und Konsumenten, wenn man davon ausgeht, dass Handel und Gastronomie den Preis vor Steuer unverändert lassen.

Um die gesamten volkswirtschaftlichen Einnahmen aus Alkoholkonsum schätzen zu können, müssen zusätzlich zu spezifischen alkoholbezogenen Steuern auch jene Einnahmen aus der Umsatzsteuer berücksichtigt werden, die infolge des Verkaufs von Alkohol in Gastronomie und Handel anfallen. Dies erfordert eine komplexe Berechnung, in die neben Produktionsstatistiken auch Schätzungen zu Menge und Ausgabenhöhe für Heimkonsum bzw. Konsum in der Gastronomie Eingang finden müssen. Eine derartige Schätzung kam für das Jahr 1997 zu dem Ergebnis, dass in Österreich annähernd 4,5 Prozent der Wertschöpfung und mindestens 5 Prozent der eingenommenen Abgaben direkt oder indirekt mit Alkohol in Verbindung standen.²¹³

²¹³ Dabei wurden die Konsumausgaben für den Heimkonsum alkoholischer Getränke laut Konsumerhebung von Statistik Austria (ÖSTAT 1998), die Umsatzzahlen alkoholischer Getränke in Einzelhandel und Gastronomie (Nielsen 1997) sowie die Durchschnittspreise in der Gastronomie (Gergely 1997) herangezogen. Die alkoholbezogenen Gemeinde- und Bundesabgaben im Jahr 1997 wurden in Relation zu den Gesamteinnahmen gesetzt. Dabei wurde ermittelt, dass rund 6,6 Prozent der Gemeindeabgaben, 2,5 Prozent der Bundesabgaben und 2,9 Prozent aller Abgaben direkt alkoholbezogen sind. Der alkoholrelevante Anteil an der in den Bundesabgaben enthaltenen Umsatzsteuer machte im Jahr 1997 somit 4,5 Prozent aus. Werden weitere Steueranteile (Einkommen-, Lohn-, Körperschaftsteueranteile usw.), die bei Alkoholerzeugung, -vertrieb und -ausschank anfallen, hinzugefügt, kann man grob schätzen, dass im Jahr 1997 in Österreich annähernd 4,5 Prozent der Wertschöpfung und mindestens 5 Prozent der eingenommenen Abgaben direkt oder indirekt mit Alkohol in Verbindung standen.

11.4 Kosten des Alkoholkonsums: Messbarkeit und Auswirkungen

Fragen und Aussagen zu den negativen Auswirkungen (Kosten bzw. Schäden) bzw. positiven Effekten (Nutzen) des Alkoholkonsums sind überaus schwierig zu beurteilen. Kosten für eine Seite sind oft Nutzen für die andere, häufig sind unmittelbare Folgen gegen Spätfolgen aufzurechnen. Grundsätzlich ist zu fragen, von welcher Warte (Kostenträger bzw. Nutzenempfänger) das Problem zu analysieren ist und in welchem Ausmaß die Kosten ursächlich mit dem Indexverhalten zusammenhängen (Uhl 2006b).

Für Kosten-Nutzen-Berechnungen braucht man in der Regel eine Fülle empirischer Daten. Manche dieser Daten kann man offiziellen Statistiken entnehmen, andere kann man in publizierten Forschungsberichten finden, und wieder andere kann man mit mehr oder weniger großem Aufwand selbst erheben. Dann bleibt aber immer noch eine Reihe relevanter Größen, über die keinerlei empirische Angaben vorliegen und die man aus finanziellen, technischen oder methodologischen Gründen auch gar nicht erheben kann. Da man aber auf diese Angaben meist nicht gänzlich verzichten kann, muss man sie auf Basis vorhandener Informationen schätzen. Dadurch ergibt sich ein hohes Ausmaß an Spekulation und Ungenauigkeit.

Verlässliche Aussagen über die Kosten und den Nutzen des Umgangs mit Alkohol sind nur dann möglich, wenn man dessen Einfluss auf die relevanten Größen aus einer bestimmten Perspektive hinlänglich genau bestimmen kann. Dazu reicht es natürlich nicht, zu erfassen, welche Kosten bzw. welchen Nutzen die Zielgruppe (je nach Fragestellung Alkoholkonsumentinnen und -konsumenten, alkoholisierte Personen, Menschen mit Alkoholerkrankung) aus welcher Perspektive (also für wen) verursacht, sondern man muss auch noch abschätzen können, welche Anteile durch Alkoholabstinenz in einem kontrafaktischen Szenario hätten vermieden werden können, d. h. welcher Anteil dieser Kosten bzw. des Nutzens tatsächlich alkoholverursacht ist.

In diesem Zusammenhang lassen sich drei Fragen stellen, die unterschieden werden müssen:

- Frage 1: „Welche Kosten ergeben sich bzw. welcher Nutzen ergibt sich durch die Zielgruppe für wen?“

Die Antwort darauf sagt nichts darüber aus, welche Kosten bzw. welcher Nutzen auf die Indexsituation bzw. das Indexverhalten zu buchen sind.

- Frage 2: „Welche zusätzlichen Kosten ergeben sich bzw. welcher zusätzliche Nutzen ergibt sich relativ zu einer repräsentativen Gruppe von Durchschnittspersonen?“

Die Antwort darauf ermöglicht bereits ein etwas realistischeres Urteil, da aber relevante Drittvariablen nicht berücksichtigt werden, ist das Ergebnis nur mit Vorsicht interpretierbar.

- Frage 3: „Welche zusätzlichen Kosten ergeben sich bzw. welcher zusätzliche Nutzen ergibt sich relativ zu einer Vergleichsgruppe von Personen, die – abgesehen vom Indexverhalten – gleiche Eigenschaften und Verhaltensweisen aufweisen?“

Die Antwort auf diese Frage ermöglicht ein relativ verlässliches Urteil, allerdings ist der Vergleich einer Situation mit einer kontrafaktischen Situation grundsätzlich nicht möglich (man kann nicht für dieselbe Situation eine Bedingung einführen und gleichzeitig nicht einführen). Ein gut geplantes Experiment kommt dieser Situation aber nahe. Aus ethischen, ökonomischen und praktischen Gründen ist es undenkbar, über viele Jahre hinweg in zwei verschiedenen Regionen, zwischen denen kein Austausch stattfinden darf, ein Experiment durchzuführen und in einer Region eine Intervention zu setzen (Verbot von Alkohol) und in

der anderen keine. Der einzige gangbare Weg ist, sich diesem Experiment über ein Modell anzunähern, wobei die Modellannahmen logisch adäquat und die empirischen Grundlagen sachlich richtig sein müssen.

Die zu diesem Unterfangen notwendigen empirischen Grundlagen sind zum größten Teil gar nicht oder nur sehr unpräzise vorhanden. Dazu kommt, dass die logischen Überlegungen zur Modellbildung in vielerlei Hinsicht äußerst unrealistisch sind, was sich in einer Fülle sehr divergierender Schätzungen des gleichen Sachverhalts manifestiert, die inhaltlich kaum interpretierbar sind, weil unterschiedliche Perspektiven vermischt werden.

Wenn es um Kosten geht, ist zwischen internen Kosten, die der bzw. die Verursachende selbst trägt, und externen Kosten, für die andere aufkommen müssen, grundsätzlich zu unterscheiden. Eine weitere wichtige Unterscheidung ist jene in monetäre Kosten, die in Geldwerten ausgedrückt werden können, und nichtmonetäre Kosten, die sich nur sehr bedingt in Geldwerte umrechnen lassen. Eine weitere wichtige Unterscheidung ist jene in indirekte Kosten, im Sinne von Produktivitätsverlusten durch Arbeitslosigkeit, Krankheit und Tod, und indirekte Kosten im Sinne von Ausgaben, die zur Vermeidung und Behandlung von Problemen entstehen.

In weiterer Folge werden die Probleme der Kosten-Nutzen-Berechnungen im Zusammenhang mit Alkoholkonsum nicht systematisch dargestellt, sondern exemplarisch einzelne Aspekte herausgestrichen.

Indirekte Kosten

In volkswirtschaftlichen Kostenberechnungen werden häufig unter dem Begriff „indirekte Kosten“ negative Begleiterscheinungen des Alkoholkonsums im Sinne verringelter Produktivität durch Arbeitslosigkeit, Krankheit und Tod addiert, wobei der Eindruck erweckt wird, dass diese Kosten in ihrer Gesamtheit externe Kosten darstellen, die ohne Alkoholkonsum nicht auftreten, und die Bevölkerung insgesamt belasten. Dabei wird meist die Produktivität einer durchschnittlichen Person pro Monat mit der Zahl der durch Arbeitslosigkeit, Krankheit und vorzeitigen Tod verlorenen Arbeitsproduktivität multipliziert und das daraus resultierende Produkt als indirekte Kosten ausgewiesen. Diese Betrachtung ist aus drei Gründen unzulässig:

- Ein Teil dieser Kosten entsteht nicht als Folge des exzessiven Alkoholkonsums, sondern als Folge jener Grundproblematik, die den exzessiven Alkoholkonsum verursacht hat. Schwer depressive Menschen mit gravierenden sozialen Problemen und andere Problemgruppen, die ihre Probleme durch übermäßigen Alkoholkonsum kompensieren (sekundäre Alkoholproblematik), würden auch ohne Alkoholkonsum erheblich weniger oft arbeiten, weniger leisten und früher sterben.
- Bei Kranken und Arbeitslosen ist das zur Verfügung stehende Einkommen erheblich geringer als das Durchschnittseinkommen der Bevölkerung, weswegen sich diese Personen weniger leisten können und zumindest die derart entstehende Differenz durch Konsumverzicht selbst finanzieren (interne Kosten). Nur das, was die Öffentlichkeit an Krankengeld und Sozialhilfe zur Verfügung stellt, wird von Dritten finanziert (externe Kosten).
- Bei Personen, die vorzeitig versterben, entstehen in der Regel aus einer volkswirtschaftlichen Sicht überhaupt keine indirekten Kosten, da jemand, der nichts produziert, auch nichts konsumiert und damit für den Produktionsverlust selbst aufkommt (ausschließlich interne Kosten).

Direkte Kosten

Neben indirekten Kosten werden häufig auch direkte Kosten akkumuliert, die im Zusammenhang mit der Vorbeugung gegen die alkoholassoziierten Probleme bzw. mit deren Behandlung entstehen. Das sind unter anderem Kosten, die dem Gesundheitssystem durch die Behandlung alkoholassozierter Krankheiten entstehen. Zumeist wird hier nicht berücksichtigt, dass höhere Behandlungskosten für alkoholassoziierte Krankheiten zwar als Kosten zu verbuchen sind, dass diese Summen allerdings Ersparnisse in anderen Bereichen gegenzurechnen sind, und zwar im Ausmaß jener theoretischen Kosten, die wegen der Alkoholproblematik *nicht* auftreten. Wer in mittlerem Alter erhöhte Kosten für die Behandlung einer Leberzirrhose verursacht und vorzeitig daran verstirbt, kann nicht in höherem Alter wegen einer Alterserkrankung oder wegen Alzheimer hohe Kosten für das Gesundheitssystem verursachen. Dazu kommt, dass Personen, die infolge ihres Alkoholkonsums vorzeitig sterben, weniger lang Leistungen aus dem Pensions- bzw. Sozialsystem beziehen, woraus sich für die öffentliche Hand ebenfalls Einsparungen ergeben, die gegenzurechnen sind.

Kosten oder Gewinn

Zusammenfassend kann man sagen, dass es nicht leicht ist, zu beurteilen, welche Kosten dem Staat und dem Sozialsystem durch problematischen Alkoholkonsum erwachsen, weil man zwar einzelne Kostenkomponenten grob schätzen kann, aber schwer abzuschätzen ist, wo sich im Ge- genzug Einsparungen ergeben und wie sich das gesamte Wirtschafts- und Sozialsystem entwickeln würde, wenn Alkohol langfristig nicht mehr verfügbar wäre. Sicher ist nur, dass gängige Berechnungen die tatsächlichen Kosten erheblich überschätzen und nicht auszuschließen ist, dass sich für den Staat insgesamt finanzielle Vorteile ergeben. Idealtypisch können aus wirtschaftlicher Sicht drei Typen unterschieden werden:

- Ein klarer finanzieller Gewinn für Staat und Sozialversicherung ergibt sich beim Typ eines alkoholkranken Menschen, der sein ganzes Leben lang berufstätig bleibt und nach einer alkoholbedingten Erkrankung knapp vor dem Pensionsantritt verstirbt. Dass bei diesem Typ deutlich früher und vermehrt Krankenbehandlungskosten anfallen als bei der Restbevölkerung, wird durch den Wegfall der Behandlungs- und Pflegekosten im Alter mehr als ausgeglichen.
- Auch bei psychisch und sozial sehr auffälligen Personen, die, auch ohne den Alkohol zu verfallen, nie zu einer geregelten Arbeit gefunden hätten und die nun durch eine alkoholbedingte Erkrankung weit früher sterben als die Durchschnittsbevölkerung, kann exzessiver Alkoholkonsum einen Gewinn für Staat und Sozialsystem verursachen, weil diesfalls die Zeitspanne, in der diese Personen dem Sozialsystem Kosten verursachen, deutlich kürzer ist, als sie ohne Alkoholkonsum wäre.
- Nur bei jenem Personenkreis, der ohne Alkohol ein arbeitsameres Leben geführt hätte und bei dem sich infolge alkoholbedingter Probleme mehr Abgabenausfälle und Behandlungskosten ergeben, als sich Staat und Sozialversicherung später durch eine kürzere Pensionsdauer ersparen, geht die Rechnung zuungunsten des Staates aus.

Auch nach Single et al. (1996) kann die zynisch anmutende Frage, ob – rein wirtschaftlich betrachtet – Staat und Sozialsystem von Alkoholmissbrauch und Alkoholismus profitieren oder ob sich die Gesamtrechnung zum Nachteil von Staat und Sozialsystem auswirkt, nicht endgültig geklärt werden.

12 Quellen

- Abel, Ernest L (1995): An update on incidence of FAS: FAS is not an equal opportunity birth defect. In: Neurotoxicology and teratology 17/4:437-443
- Agarwal, Dharma Pal; Agarwal-Kozlowski, Kamayni (1999): Genetische Aspekte von Alkoholismus und alkoholassoziierten Organschäden. In: Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten. Hg. v. Singer, M. V.; Teyssen, S. Springer, Berlin ,S. 108-121
- AGES (2025): Tuberkulose in Österreich [online]. Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit. <https://www.ages.at/mensch/krankheit/krankheitserreger-von-a-bis-z/tuberkulose#c5964> [Zugriff am 25.01.2025]
- Agostinelli, Gina; Grube, Joel W (2002): Alcohol counter-advertising and the media: A review of recent research. In: Alcohol Research & Health 26/1:15
- Ajzen, I.; Fishbein, M. (1980): Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior. N.J.Prentice Hall, Englewood Cliffs
- Alvik, Astrid; Heyerdahl, Sonja; Haldorsen, Tor; Lindemann, Rolf (2006): Alcohol use before and during pregnancy: a population-based study. In: Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica 85/11:1292-1298
- American College of Obstetricians and Gynecologists (2023): Alcohol and Pregnancy. Washington
- American Psychiatric Association (2013): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. APA, Arlington
- American Psychiatric Association (2020): Diagnostische Kriterien DSM-5®: Deutsche Ausgabe herausgegeben von Peter Falkai und Hans-Ulrich Wittchen, mitherausgegeben von Manfred Döpfner, Wolfgang Gaebel, Wolfgang Maier, Winfried Rief, Henning Saß und Michael Zaudig. Hogrefe Verlag GmbH & Company KG,
- Amering, Michaela (2020): Recovery–mehr als Genesung. Hilfreiche Beziehungen gestalten, Psychosozial-Verlag
- Amering, Michaela; Schmolke, Margit (2007): Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit. Psychiatrie-Verlag, Bonn
- Anderson, Peter (1990): Management of Drinking Problems. European Series. Hg. v. Publications, WHO Regional, Copenhagen
- Anderson, Peter (Hg.) (1996): Alcohol - Less Is Better. In: WHO Regional Publications, European Series. Hg. v. WHO. Copenhagen
- Anderson, Peter (2012): Policy Brief 1: Alcohol - the neglected addiction. Steering group ALICE RAP project

Anderson, Peter; Baumberg, B. (2006): Alcohol in Europe: A Public Health Perspective. Institute of Alcohol Studies, London

Anderson, Peter; Braddick, F.; Reynolds, J.; Gual, A. (2012): Alcohol Policy in Europe: Evidence from AMPHORA. European Commission

Angermeyer, M. C.; Matschinger, H. (2004): Public attitudes to people with depression: have there been any changes over the last decade? In: J Affect Disord 83/2-3:177-182

Angermeyer, M. C.; Matschinger, H.; Carta, M. G.; Schomerus, G. (2014): Changes in the perception of mental illness stigma in Germany over the last two decades. In: Eur Psychiatry 29/6:390-395

Anthony, William A (1993): Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. In: Psychosocial rehabilitation journal 16/4:11

Anzenberger, Judith; Akartuna, Deniz; Busch, Martin; Klein, Charlotte; Schmutterer, Irene; Schwarz, Tanja; Strizek, Julian (2024): Epidemiologiebericht Sucht 2024. Illegale Drogen, Alkohol und Tabak. Gesundheit Österreich, Wien

Anzenberger, Judith; Busch, Martin; Grabenhofer-Eggerth, Alexander; Kerschbaum, Johann; Klein, Charlotte; Schmutterer, Irene; Strizek, Julian; Tanios, Aida (2018): Epidemiologiebericht Sucht 2018. Illegale Drogen, Alkohol und Tabak. Gesundheit Österreich, Wien

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (2020): S3 Leitlinie "Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen" - Aktualisierung 2020 AWMF-Register Nr. 076-001. Hg. v. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN); Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-SUCHT)

ARGE Suchtvorbeugung (2016): 20 HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN zur Förderung eines verantwortungsvollen Umgangs mit Alkohol in Österreich - Positionspapier der Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung. Suchtvorbeugung, ARGE, Graz, Klagenfurt, Eisenstadt, Wien, St. Pölten, Linz, Salzburg, Innsbruck, Bregenz und Bozen

ARGE Suchtvorbeugung (2018): plus - Das österreichische Präventionsprogramm für die 5 bis 8. Schulstufe. Suchtvorbeugung, ARGE

Ashford, R. D.; Brown, A. M.; Curtis, B. (2018): Substance use, recovery, and linguistics: The impact of word choice on explicit and implicit bias. In: Drug Alcohol Depend 189/:131-138

Astrup, Arne; Costanzo, Simona; de Gaetano, Giovanni (2018): Comment on Risk thresholds for alcohol consumption. In: Lancet 392/:2165-2167

Atkinson, Amanda M.; Sumnall, Harry R.; Begley, Emma; Jones, Lisa (2019): A rapid narrative review of literature on gendered alcohol marketing and its effects: exploring the targeting and representation of women. Institute for Alcohol Studies, London

AWMF (2016): S3-Leitlinie "Diagnose der Fetalen Alkoholspektrumstörungen FASD" AWMF Registernr.: 022-025. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, AWMF Online - Portal der wissenschaftlichen Medizin

Babor, Thomas F; Casswell, Sally; Graham, Kathryn; Huckle, Tasia; Livingston, Michael; Rehm, Jürgen; Room, Robin; Rossow, Ingeborg; Sornpaisarn, Bundit (2022): Alcohol: no ordinary commodity—a summary of the third edition. In: Addiction 117/12:3024-3036

Babor, Thomas; Raul, Caetano; Casswell, Sally; Edwards, Griffith; Giesbrecht, Norman; Graham, Kathryn; Grube, Joel; Gruenewald, Paul; Hill, Linda; Holder, Harold; Homel, Ross; Österberg, Esa; Rehm, Jürgen; Room, Robin; Rossow, Ingeborg (2003): Alcohol: No Ordinary Commodity - Research and Public Policy. . Oxford University Press, New York

Babor, Thomas; Raul, Caetano; Casswell, Sally; Edwards, Griffith; Giesbrecht, Norman; Graham, Kathryn; Grube, Joel; Gruenewald, Paul; Hill, Linda; Holder, Harold; Homel, Ross; Österberg, Esa; Rehm, Jürgen; Room, Robin; Rossow, Ingeborg (2005): Alkohol - Kein gewöhnliches Konsumgut Forschung und Alkoholpolitik. Hogrefe, Göttingen

Bachmayer, Sonja; Strizek, Julian; Uhl, Alfred (2025): Handbuch Alkohol – Österreich. Band 1: Statistiken und Berechnungsgrundlagen. Datenjahr 2023. Gesundheit Österreich, Wien

Bagge, Courtney L. ; Conner, Kenneth R.; Reed, Louren; Dawkins, Milton; Murray, Kevin (2015): Alcohol Use to Facilitate a Suicide Attempt: An Event-Based Examination. In: Journal of studies on alcohol and drugs 76/4:474-481

Bagnardi, Vincenzo; Rota, Matteo; Botteri, Edoardo; Tramacere, Irene; Islami, Farhad; Fedirko, Volodymyr; Scotti, Lorenza; Jenab, Mazda; Turati, Federica; Pasquali, Elena (2015): Alcohol consumption and site-specific cancer risk: a comprehensive dose-response meta-analysis. In: British journal of cancer 112/3:580-593

Bailey, Beth A; Sokol, Robert J (2011): Prenatal alcohol exposure and miscarriage, stillbirth, pre-term delivery, and sudden infant death syndrome. In: Alcohol Research & Health 34/1:86

Ball, D; Humpherson, Ed; Johnson, Branden; McDowell, Michelle; Ng, Reuben; Radaelli, Claudio; Renn, Ortwin; Seedhouse, David; Spiegelhalter, David; Uhl, Alfred (2020): Improving society's management of risks-a statement of principles. Atomium – European Institute for Science, Media and Democracy, Brussels

Ball, Jude; Pettie, Michaela A; Poasa, Loleseti; Abel, Gillian (2024): Understanding youth drinking decline: similarity and change in the function and social meaning of alcohol use (and non-use) in adolescent cohorts 20 years apart. In: Drug and alcohol review 43/3:664-674

Bandion, Franz / Bundesamt und Forschungszentrum für Landwirtschaft, Institut für Getränkeanalytik (1998): Alkoholgehalt im Wein. Bestätigung eines Gesprächsprotokolls an Uhl, Alfred, LBISucht, am 21.08.1998

Bandura, A. (1997): Self-Efficacy: The Exercise of Control. New York: WH Freeman.

Barth, J.; Bengel, J. (1998): Prävention durch Angst? Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Bd. Band 4. Köln

- Bauch, J. (1997): Peer-Education und Peer-Involvement - Ein neuer Königsweg in der Gesundheitsförderung? In: Prävention - Zeitschrift für Gesundheitsförderung 1997/20:35-37
- Beiglböck, Wolfgang (1994): Alkohol am Arbeitsplatz - Probleme und Handlungsmöglichkeiten der Arbeitnehmervertretungen. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 17/3/4:47-53
- Beiglböck, Wolfgang; Feselmayer, Senta (2015): Sucht am Arbeitsplatz. In: Drogen und Alkohol am Arbeitsplatz. Hg. v. Reissner, G.-P. . Aufl. 2. Auflage. Verlag Österreich, Wien, S. 1-20
- Berridge, V. (2003): Alcohol Policy and the Flux of Ideologies. Comment on Chapter 1: Setting the Policy Agenda. In: Addiction 98/:1351-1370
- Berzlanovich, A.; Sofeit, L.; Muhm, M.; Reyer, I.; Stimpfl, T.; Bauer, G. (1998): Alkoholintoxikationen - Eine retrospektive Analyse von Obduktionsfällen. In: Rechtsmedizin 8/Suppl I:A34-77
- Beywl, W.; Brauns, D.; Drewello, H.; Hellmann, A.; Kuby, T.; Müller, S.; Uhl, Alfred; Wagner, G.; Winnubst, H. (2002): Standards für Evaluation. (DeGEval), Deutsche Gesellschaft für Evaluation, Köln
- Bischof, Gallus (2012): Das „Community Reinforcement and Family Training“ CRAFT. In: Sucht-Magazin 1/:30-32
- Bischof, Gallus; Rumpf, H-J; Meyer, Christian; Hapke, Ulfert; John, Ulrich (2005): Influence of psychiatric comorbidity in alcohol-dependent subjects in a representative population survey on treatment utilization and natural recovery. In: Addiction 100/3:405-413
- Blackwell, Anna KM; Drax, Katie; Attwood, Angela S; Munafò, Marcus R; Maynard, Olivia M (2018): Informing drinkers: Can current UK alcohol labels be improved? In: Drug and Alcohol Dependence 192/:163-170
- Bloomfield, K.; Gmel, G.; Wilsnack, S. (2006): Introduction to special issue 'Gender, Culture and Alcohol Problems: a Multi-national Study'. In: Alcohol Alcohol Suppl 41/1:i3-7
- Bloomfield, Kim; Hope, Ann; Kraus, Ludwig (2013): Alcohol survey measures for Europe: A literature review. In: Drugs: education, prevention and policy 20/5:348-360
- BMASGK (2012): Nationaler Aktionsplan Behinderung 2012-2020. Strategie der österreichischen Bundesregierung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention, Wien
- BMASGK (2018): Gender-Gesundheitsbericht Schwerpunkt Psychische Gesundheit am Beispiel Depression und Suizid. Hg. v. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien
- BMBWF (2018): Step by Step - Frühintervention in der Schule. Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung & ARGE Suchtvorbeugung, Wien
- BMG (2003): 4. Bericht zur Lage der Jugend in Österreich Teil B: Prävention in der außerschulischen Jugendarbeit, BMG, Wien.
- BMG (2015): Österreichische Suchtpräventionsstrategie - Strategie für eine kohärente Präventions- und Suchtpolitik. Bundesministerium für Gesundheit, Wien

- BMI (2003): Kampf dem Alkohol am Steuer (Kampagne „Alkoholselbstkontrolle“). Kuratorium für Verkehrssicherheit, Wien
- BMI (2024): Verkehrsüberwachung – Alkohol (laufende Jahre). Bundesministerium für Inneres - Referat II/12/a (Verkehrsdienst), Wien
- BMSGPK (2016): UN-Behindertenrechtskonvention. Deutsche Übersetzung der Konvention und des Fakultativprotokolls. BMSGPK, Wien
- BMSGPK (2020a): Leitfaden zum Ausfüllen des Mutter-Kind-Passes. Geburtshilflicher Teil. BMSGPK, Wien
- BMSGPK (2020b): Nationaler Aktionsplan Behinderung. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien
- BMSGPK (2022): Nationaler Aktionsplan Behinderung 2022–2030. Österreichische Strategie zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien
- BMSGPK (2024): Suizid und Suizidprävention in Österreich. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien
- BMSGPK (2025a): ÖSG 2023 - Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2023 - gemäß Beschluss der Bundes-Zielsteuerungskommission vom 15. Dezember 2023 inklusive der bis 25. April 2025 beschlossenen Anpassungen. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien
- BMSGPK (2025b): ÖSG 2023 – Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2023 inklusive Großgeräteplan gemäß Beschluss der Bundesgesundheitskommission vom 15. Dezember 2023 inklusive der bis 25. April beschlossenen Anpassungen. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur, Wien
- BMVIT (1989): Don't drink and drive. produziert v. Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie, Wien
- BMVIT (2009): Alkohol am Steuer - Könnten Sie damit leben. Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie, Wien
- BMWV (1998): STO,OP! Null Promille, null Probleme! Eine Verkehrssicherheitskampagne gegen Alkohol am Steuer. Wien
- Bode, C.; Bode, J.C.; Hahn, E.G.; Rossol, S.; Schäfer, C.; Schuppan, D. (2002): Alkohol und Leber. In: Kompendium Alkohol. Hg. v. Singer, M.; Teyssen, S. Springer, Berlin, HeidelbergS. 199–222
- Borkenstein, R.F.; Crowther, R.F.; Shumate, R.P.; Ziel, W.P.; Zylman, R. (1974): Die sogenannte Grand Rapids Studie. In: Blutalkohol11:1-131
- Botvin, G.; Griffin, K. (2004): Life Skills Training: Empirical findings and future directions. In: The Journal of Primary Prevention 2004/25:211-232

- Brenner, B. (1959): Estimating the Prevalence of Alcoholism: Toward a Modification of the Jellinek Formula. In: *Quarterl Journal for Studies on Alcohol*:255-260
- Britt, E.; Hudson, S.; Blanpied, N. (2004): Motivational interviewing in health settings: a review. In: *Patient education and counselling* 53/2:147-155
- Bruun, K.; Edwards, G.; Lumio, M.; Mäkelä, K.; Pan, L.; Popham, R.E.; Room, R.; Schmidt, W; Skog, O.J.; Sulkunen, P.; Österberg, E. (1975): *Alcohol Control Policies in Public Health Perspectives*. . Finish Foundation for Alcohol Studies. Bd. Volume 25.
- Bryazka, Dana; Reitsma, Marissa B; Griswold, Max G; Abate, Kalkidan Hassen; Abbafati, Cristiana; Abbasi-Kangevari, Mohsen; Abbasi-Kangevari, Zeinab; Abdoli, Amir; Abdollahi, Mohammad; Abdullah, Abu Yousuf Md (2022): Population-level risks of alcohol consumption by amount, geography, age, sex, and year: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2020. In: *The Lancet* 400/10347:185-235
- Bühler, A.; Thrul, J. (2013): Expertise zur Suchtprävention – Aktualisierte und erweiterte Neuauflage der »Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs«. *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*. BZgA, Köln
- Bühringer, G.; Adelsberger, F.; Heinemann, A.; Kirschner, J.; Knauß, I.; Kraus, L.; Püschel, K.; Simon, R. (1997): Schätzverfahren und Schätzungen zum Umfang der Drogenproblematik in Deutschland. In: *Sucht* 43/Sonderheft 2:
- Bühringer, G.; Augustin, R.; Bergmann, E.; Bloomfield, K.; Funk, W.; Junge, B.; Kraus, L.; Merfert-Diete, C.; Rumpf, H.J.; Simon, R.; Töppich, J. (2000): Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland. Baden - Baden
- Bühringer, G.; Batra, A. (2004): Industriesponsoring: Teufelszeug, akzeptable, sinnvolle oder notwendige Finanzierungsquelle? In: *Sucht* 50/2:99-101
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2025): ICD-11 für Mortalitäts- und Morbiditätsstatistiken [online]. https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html [Zugriff am 10.12.2025]
- Burnett-Zeigler, Inger; Zivin, Kara; Islam, Khairul; Ilgen, Mark A (2012): Longitudinal predictors of first time depression treatment utilization among adults with depressive disorders. In: *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 47/10:1617-1625
- Busch, Martin (2006): Der epidemiologische Schlüsselindikator "Drogenbezogene Todesfälle und Mortalität von Drogenkonsumentinnen und Drogenkonsumenten" in der Europäischen Union und in Norwegen. In: *Suchttherapie* 7/4:154-161
- Busch, Martin; Anzenberger, Judith; Brotherhood, Angelina; Klein, Charlotte; Priebe, Birgit; Schmutterer, Irene; Schwarz, Tanja (2024): Bericht zur Drogensituation 2024. *Gesundheit Österreich*, Wien
- Busch, Martin; Brotherhood, Angelina; Klein, Charlotte; Puhm, Alexandra; Strizek, Julian; Schwarz, Tanja; Uhl, Alfred (2023): *Sucht: Freiheit im Spannungsfeld ethischer Zielkonflikte*.

In: Gesundheit für alle: Reflexionen und Zukunftstrends. Hg. v. Gesundheit Österreich GmbH. Verlag Österreich, WienS. 101-110

Buschkämper, S. (2012): "Geistige Behinderung und Sucht / Substanzmissbrauch" - Hilfreiche Interventionsstrategien und Anforderungen an das Betreuungssetting In: Normal be-rauscht? Geistige Behinderung und Sucht / Substanzmissbrauch. Hg. v. Westfalen-Lippe, Landschaftsverband, MünsterS. 37-58

BzgA (2002): Auf dein Wohl, mein Kind! Ein Ratgeber zum Thema Alkohol für werdende Eltern. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

BZgA (2004): "Bist du stärker als Alkohol" - FAQ. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklä-rung, Köln

BZgA (2021): Alkohol? Kenn dein Limit. Informationen zu Alkohol für Schwangere und ihre Partner. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

Canadian Centre on Substance Abuse (2016): Substance Use and Suicide among Youth: Pre-vention and Intervention Strategies, Canada

Caplan, G. (1964): Principles of Preventive Psychiatry. Basic books. New York

Caprara, Daniela; Soldin, Offie; Koren, Gideon (2004): To label or not to label: The pros and cons of alcohol warning labels in pregnancy. In: Journal of FAS international 2/1:1-3

Carah, Nicholas; Brodmerkel, Sven (2021): Alcohol marketing in the era of digital media plat-forms. In: Journal of studies on alcohol and drugs 82/1:18-27

Champion, VL.; Skinner, CS. (2008): The health belief model. In: Health behavior and health ed-ucation: Theory, research, and practice. Hg. v. Glanz, K.; Rimer, BK; Viswanath, K. John Wiley, San Francisco. S. 65-S. 45

Cherpitel, Cheryl J; Borges, Guilherme LG; Wilcox, Holly C (2004): Acute alcohol use and suicidal behavior: a review of the literature. In: Alcoholism: Clinical and Experimental Research 28/:18S-28S

Chikritzhs, Tanya; Dangardt, Frida; Pettigrew, Simone (2021): Pregnancy, partners and alcohol warning labels. In: Addiction 116/8:1949-1951

Choi, Yoon-Jung; Myung, Seung-Kwon; Lee, Ji-Ho (2018): Light alcohol drinking and risk of cancer: a meta-analysis of cohort studies. In: Cancer research and treatment: official journal of Korean Cancer Association 50/2:474-487

Chopra, K.; Tiwari, V. (2012): Alcoholic neuropathy: possible mechanisms and future treatment possibilities. In: Br J Clin Pharmacol 73/3:348-362

Clark, E.R.; Hughes, I.E.; Letley, E. (1973): The Effect of Oral Administration of Various Sugars on Blood Ethanol Concentrations in Man. In: J Pharm Pharmacol:319-323

Cloninger, R.C.; Sigvardson, S.; Bohman, M. (1996): Type I and Type II Alcoholism: An Update. In: 20/1:18-23

CNAPA (2014): Action Plan on Youth Drinking and on Heavy Episodic Drinking (Binge Drinking) (2014-2016) Committee on National Alcohol Policy and Action

Conner, Kenneth R.; Bagge, Courtney L. (2019): Links Between Alcohol Use. Disorder and Acute Use of Alcohol. In: *Alcohol Research* 40/1:4

Conner, Kenneth R.; Beautrais, Annette L.; Conwell, Yeates (2003a): Moderators of the relationship between alcohol dependence and suicide and medically serious suicide attempts: analyses of Canterbury Suicide Project data. In: *Alcohol Clin Exp Res* 27/7:1156–1161

Conner, Kenneth R.; Beautrias, Annette L. ; Conwell, Yeates (2003b): Risk Factors for Suicide and Medically Serious Suicide, Attempts among Alcoholics: Analyses of Canterbury Suicide Project Data. In: *Journal of studies on alcohol*:551-554

Coomber, Kerri; Martino, Florentine; Barbour, I Robert; Mayshak, Richelle; Miller, Peter G (2015): Do consumers 'Get the facts'? A survey of alcohol warning label recognition in Australia. In: *BMC public health* 15/1:1-9

Corrao, Giovanni; Rubbiati, Luca; Bagnardi, Vincenzo; Zambon, Antonella; Poikolainen, Kari (2000): Alcohol and coronary heart disease: a meta-analysis. In: *Addiction* 95/10:1505-1523

Corrigan, P. (2016): Lessons learned from unintended consequences about erasing the stigma of mental illness. In: *World Psychiatry* 15/1:67-73

Corrigan, P. (2018): *The Stigma Effect - Unintended Consequences of Mental Health Campaigns*. Columbia University Press New York

Corrigan, P.; Bink, A. B.; Schmidt, A.; Jones, N.; Rusch, N. (2016): What is the impact of self-stigma? Loss of self-respect and the "why try" effect. In: *J Ment Health* 25/1:10-15

Corrigan, P.; Morris, S. B.; Michaels, P. J.; Rafacz, J. D.; Rusch, N. (2012): Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcome studies. In: *Psychiatr Serv* 63/10,:963-973

Corrigan, P.; Schomerus, G.; Shuman, V.; Kraus, D.; Perlick, D.; Harnish, A.; Kulesza, M.; Kane-Wil lis, K.; Qin, S.; Smelson, D. (2017a): Developing a research agenda for reducing the stigma of addictions, part II: Lessons from the mental health stigma literature. In: *Am J Addict* 26/1:67-74

Corrigan, P.; Schomerus, G.; Shuman, V.; Kraus, D.; Perlick, D.; Harnish, A.; Kulesza, M.; Kane-Wil lis, K.; Qin, S.; Smelson, D. (2017b): Developing a research agenda for understanding the stigma of addictions Part I: Lessons from the Mental Health Stigma Literature. In: *Am J Addict* 26/1:59-66

Cunningham, Rob (2022): Tobacco package health warnings: a global success story. 31, BMJ Publishing Group Ltd, 272-283

Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen / Sucht- und Drogenkoordination Wien (2022): Um-gang mit Sucht bei Menschen mit Behinderungen - Ein Praxisbuch für Mitarbeiter_innen in der Behindertenhilfe, Wien

Dear, G. (1996): Blaming the Victim: Domestic Violence and the Codependency Model. In: International victimology: selected papers from the 8th International Symposium: proceedings of a symposium held 21-26 August 1994. Hg. v. Sumner, C. et al. Australian Institute of Criminology, Canberra. S. 290-S. 287

Degenhardt, Louisa (2009): Interventions for people with alcohol use disorders and an intellectual disability: A review of the literature. In: Journal of Intellectual & Developmental Disability 25/2:135-146

Degenhardt, Louisa; Bharat, Chrianna; Bruno, Raimondo; Glantz, Meyer D; Sampson, Nancy A; Lago, Luise; Aguilar-Gaxiola, Sergio; Alonso, Jordi; Andrade, Laura Helena; Bunting, Brendan (2019): Concordance between the diagnostic guidelines for alcohol and cannabis use disorders in the draft ICD-11 and other classification systems: analysis of data from the WHO's World Mental Health Surveys. In: Addiction 114/3:534-552

DHS (2023): Empfehlungen zum Umgang mit Alkohol. hg. v. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen.)

Diekmann, A. (2007): Empirische Sozialforschung - Grundlagen, Methoden, Anwendungen. 18. vollständig überarbeitete und erweiterte Neuauflage Aufl., rowohlts enzyklopädie, Reinbek

Dietscher, C. (2001): Schritt für Schritt zur gesundheitsfördernden Schule - Ein Leitfaden für LehrerInnen und SchulleiterInnen. Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen und Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kunst, Wien

Dilling, H.; Mombour, W.; Schmidt, M.H. (2000): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien. 4., durchges. und erg. Aufl. Hans Huber, Bern

Dittrich, Isabel; Haller, Reinhart; Richter, Rainer; Kocsis, Esther; Hinterhuber, Hartmann (2005): Interpersonelle Merkmale von Alkoholikern mit anamnestischem Suizidversuch im Vergleich zu Alkoholikern ohne Suizidversuch in der Anamnese. In: Suizidprophylaxe 32/2:57-65

Dollinger, B.; Schmidt-Semisch, H. (2007): Reflexive Suchtforschung. In: Sozialwissenschaftliche Suchtforschung. Hg. v. Dollinger, B.; Schmidt-Semisch, H., Wiesbaden, S. 7-34

Dom, G.; Moggi, F. (2016): Co-occurring addictive and psychiatric disorders. Springer, Heidelberg

Dozet, Danijela; Burd, Larry; Popova, Svetlana (2021): Screening for alcohol use in pregnancy: a review of current practices and perspectives. In: International Journal of Mental Health and Addiction:1-20

Eder, R. / HBLAuBA Klosterneuburg (2018): Durchschnittlicher Alkoholgehalt in Österreichischen Weinen. Auskunft per Mail an Schullian, G., Österreich Wein Marketing GmbH, am 03.09.2018

Edwards, G. (Hg.) (1997): Alkoholkonsum und Gemeinwohl. Enke, Stuttgart

Edwards, G.; Anderson, Peter; Babor, T.F.; Casswell, S.; Ferrence, R.; N., Giesbrecht; Godfrey, C.; Holder, D.H.; Lemmens, P.; Mäkelä, K.; Midanik, L.T.; Norström, T.; Österberg, E.; Romelsjö, A.; Room, R.; Simpura, J.; Skog, O.J. (1994): *Alcohol Policy and the Public Good*. Oxford University Press, New York

Edwards, G., Anderson, P., Babor, T.F., Casswell, S., Ferrence, R., Giesbrecht N., Godfrey, C., Holder, D.H., Lemmens, P., Mäkelä, K., Midanik, L.T., Norström, T., Österberg, E., Romelsjö, A., Room, R., Simpura, J., Skog, O.J., (1994): *Alcohol Policy and the Public Good*. Oxford University Press, Oxford

Eisenbach-Stangl, Irmgard (1991a): Alkoholkonsum, alkoholbezogene Probleme und Alkoholpolitik. Österreich in den 80er Jahren. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 14/1/2:27-33

Eisenbach-Stangl, Irmgard (1991b): Eine Gesellschaftsgeschichte des Alkohols - Produktion, Konsum und soziale Kontrolle alkoholischer Rausch- und Genussmittel in Österreich 1918-1984. Campus, Frankfurt

Eisenbach-Stangl, Irmgard (1992a): Die Gemeinschaft der Anonymen Alkoholiker in Österreich. Ausgewählte Ergebnisse einer internationalen Vergleichsstudie. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 15/3:27-34

Eisenbach-Stangl, Irmgard (1992b): Eine gutmütige Anarchie. Geschichte und Struktur der Anonymen Alkoholiker in Österreich. In: Trunksucht und Selbstreform – die Gemeinschaft der Anonymen Alkoholiker in Deutschland, Österreich, der Schweiz und Italien. Hg. v. Eisenbach-Stangl, I.; Rehm, J., Drogalkohol 3. S. 172-S. 153

Eisenbach-Stangl, Irmgard (1994a): Die neue Nüchternheit. In: Wartezeit - Studien zu den Lebensverhältnissen Jugendlicher in Österreich. Hg. v. Janig, H.; Rathmayr, B. Österreichischer Studienverlag, Innsbruck

Eisenbach-Stangl, Irmgard (1994b): Ein „Alkoholportrait“ Österreichs - Alkoholkonsum, Alkoholwirtschaft, alkoholbezogene Probleme und alkoholbezogene Kontrollen. In: Suchtkrankheit - Das Kalksburger Modell und die Entwicklung der Behandlung Abhängiger - Festschrift für Rudolf Mader zum 60 Geburtstag. Hg. v. Springer, A. et al. Springer, Wien

Eisenbach-Stangl, Irmgard (1998): How to live a sober life in a wet society: Alcoholics Anonymous in Austria. In: Diversity in Unity Studies of Alcoholics Anonymous in Eight Societies. Hg. v. Eisenbach-Stangl, I.; Rosenqvist, P. NAD publication 33. S. 148-S. 131

Eisenbach-Stangl, Irmgard; Uhl, Alfred (1995): Selbsthilfe für Alkoholkranke und Angehörige von Alkoholkranken in Österreich. Ergebnisse einer Studie an Selbsthilfegruppen. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 18/3:27-46

El-Guebaly, Nady (2012): The meanings of recovery from addiction: Evolution and promises. In: Journal of addiction medicine 6/1:1-9

EMCDDA (Hg.) (1997): Estimating the Prevalence of Problem Drug Use in Europe In: EMCDDA Scientific Monograph Series. Hg. v. Stimson, G. et al., Luxembourg

EMCDDA (2019): European Prevention Curriculum: a handbook for decision-makers, opinion-makers and policy-makers in science-based prevention of substance use, Publications Office of the European Union, Luxembourg

ESPAD Group (2020): ESPAD Report 2019: results from the european school survey project on alcohol and other drugs. Publications Office of the European Union, Luxembourg

EU-Verordnung Nr. 1169/2011 (2011): Verordnung (EU) Nr. 1169/2011 des Europäischen Parlamentes und des Rates vom 25. Oktober 2011 betreffend die Information der Verbraucher über Lebensmittel und zur Änderung der Verordnungen (EG) Nr. 1924/2006 und (EG) Nr. 1925/2006 des Europäischen Parlaments und des Rates und zur Aufhebung der Richtlinie 87/250/EWG der Kommission, der Richtlinie 90/496/EWG des Rates, der Richtlinie 1999/10/EG der Kommission, der Richtlinie 2000/13/EG des Europäischen Parlaments und des Rates, der Richtlinien 2002/67/EG und 2008/5/EG der Kommission und der Verordnung (EG) Nr. 608/2004 der Kommission

EUCAM (2008): Women - the new market. Trends in alcohol Marketing. European Centre for Monitoring Alcohol Marketing

Europäische Kommission (2010): Europäische Strategie zugunsten von Menschen mit Behinderungen 2010-2020: Erneuertes Engagement für ein barrierefreies Europa. Europäische Kommission, Brüssels

European Commission (2006): Committee on National Alcohol Policy and Action: Mandate, Rules of Procedure and Work Plan

European Commission (2007): Charter establishing the European Alcohol and Health Forum. Commission, European, Brussels

European Commission (2014): Action Plan on Youth Drinking and on Heavy Episodic Drinking (Binge Drinking) (2014-2020). Hg. v. Safety, Directorate-General for Health and Food. EU, Brüssel

European Commission (2021): Europe's Beating Cancer Plan - Communication from the commission to the European Parliament and the Council [online]. https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-02/eu_cancer-plan_en_0.pdf [Zugriff am 10.12.2025]

European Commission (2023): Answer given by Ms Kyriakides on behalf of the European Commission. E-000108/2023

Eurostat (2025): Konsumausgaben der privaten Haushalte nach Verwendungszwecken (COICOP-Dreisteller). Eurostat, Luxemburg

Expert Committee on Mental Health (1951): Report on the First Session of the Alcoholism Subcommittee, Geneva

Faltermaier, Toni; Hübner, Inga-Marie (2016): Psychosoziale Gesundheitstheorien aus Geschlechterperspektive. In: Handbuch Geschlecht und Gesundheit. Hg. v. Kolip, Petra; Hurrelmann, Klaus. Hogrefe, Bern, S. 45–57

- Felder-Puig, Rosemarie; Teutsch, Friedrich; Ramelow, Daniela; Maier, Gunter (2019): Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern - Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2018. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK), Wien
- Felder-Puig, Rosemarie; Teutsch, Friedrich; Winkler, Roman (2023): Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2021/22, Wien
- Feuerlein, W. (1979): Alkoholismus - Missbrauch und Abhängigkeit. 2. überarbeitet und erweiterte Auflage. Aufl., Thieme, Stuttgart
- Feuerlein, W. (1995): Definition, Diagnose, Entstehung und Akuttherapie der Alkoholkrankheit. In: Handbuch Alkohol, Alkoholismus, Alkoholbedingte Organschäden. Hg. v. Seitz, H. K.; Lieber, C. S.; Simanowski, U. A. Barth, Leipzig
- FGÖ (2006): Mehr Spaß mit Maß. Fonds Gesundes Österreich, Wien
- FGÖ (2007): Nachdenken statt nachschenken. Fonds Gesundes Österreich, Wien
- Fillmore, K.M.; Golding, J.M.; Kniep, S.; Leino, V.; Schoemaker, C.; Ager, C.R.; Ferrer, H.P. (1995): Gender Differences for the Risk of Alcohol-Related Problems in Multiple National Contexts. In: Alcoholism and Women. Hg. v. Galanter, M. Kluwer, New York. S. 21-S. 410-440
- Fishbein, M. (1967): A behavior theory approach to the relations between beliefs about an object and the attitude toward the object. In: Readings in attitude theory and measurement. Hg. v. Fishbein, M. John Wiley & Sons, New York. S. 400-S. 389
- Fishbein, M.; Ajzen, I. (1975): Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Fishbein, M.; Middlestadt, SE. (1989): Using the theory of reasoned action as a framework for understanding and changing AIDS-related behaviors. In: Primary prevention of AIDS: Psychological approaches. Hg. v. Mays, VM.; Albee, G.; Schneider, S. CA: Sage, Newbury Park
- Flash Eurobarometer (2004): Young people and drugs. Flash Eurobarometer. European Commission, Brussels
- Flash Eurobarometer (2008): Young people and drugs. Flash Eurobarometer. European Commission, Brussels
- Flash Eurobarometer (2011): Youth attitudes on drugs. Flash Eurobarometer. European Commission, Brussels
- Flash Eurobarometer (2014): Young people and drugs. Flash Eurobarometer. European Commission, Brussels
- Fous, R.; Wermuth, M. (1987): Praxistest zum Vergleich von Blut- und Atemalkohol. Zeitschrift für Verkehrsrecht. In: 32/5:150-160

- Fox, Brion J (2005): Framing tobacco control efforts within an ethical context. In: Tobacco Control 14/suppl 2:ii38-ii44
- France, Kathryn; Henley, Nadine; Payne, Jan; D'Antoine, Heather; Bartu, Anne; O'Leary, Colleen; Elliott, Elizabeth; Bower, Carol (2010): Health professionals addressing alcohol use with pregnant women in Western Australia: barriers and strategies for communication. In: Substance Use & Misuse 45/10:1474-1490
- Frank, L. E.; Nagel, S. K. (2017): Addiction and Moralization: the Role of the Underlying Model of Addiction. In: Neuroethics 10/1:129-139
- Gass, Achim; Hennerici, Michael G (2002): Alkohol und Neurologie. In: Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten: Grundlagen-Diagnostik-Therapie. SpringerS. 461-471
- Gaziano, J.M.; Burning, J.E.; Breslow, J.L.; Goldhaber, S.Z.; Rosner, B.; VanDenburgh, M.; Willett, W.; Hennekens, C.H. (1993): Moderate Alcohol Intake, Increased Levels of High-Density Lipoprotein and its Subfractions, and Decreased Risk of Myocardial Infarction. In: New England Journal of Medicine 329/25:1829-1834
- Gerchow, J.; Heberle, B. (1980): Alkohol Alkoholismus Lexikon. Neuland-Verlagsgesellschaft, Hamburg
- Gergely, S.M. (1997): Gastro-Barometer 97 - Trends in der österreichischen Gastronomie. Fachverband Gastronomie, Wien
- GfK (2014): Alkoholismus in Österreich. AUVA, Wien
- Gibson, J. (1982): Wahrnehmung und Umwelt. Urban & Schwarzenberg, München
- Gierymski, Tadeusz; Williams, Terence (1986): Codependency. In: Journal of Psychoactive Drugs 18/1:7-13
- Giesbrecht, Norman; Reisdorfer, Emilene; Rios, Isabelle (2022): Alcohol health warning labels: a rapid review with action recommendations. In: International journal of environmental research and public health 19/18:11676
- Gigerenzer, G. (2013): Risiko. Wie man die richtigen Entscheidungen trifft. C. Bertelsmann, München
- Gigerenzer, Gerd; Gaissmaier, Wolfgang; Kurz-Milcke, Elke; Schwartz, Lisa M.; Woloshin, Steven (2007): Helping doctors and patients make sense of health statistics. In: Psychological science in the public interest 8/2:53-96
- Gilbert, P. A.; Pro, G.; Zemore, S. E.; Mulia, N.; Brown, G. (2019): Gender Differences in Use of Alcohol Treatment Services and Reasons for Nonuse in a National Sample. In: Alcohol Clin Exp Res 43/4:722-731
- Glanz, K.; Bishop, D.B. (2010): The Role of Behavioral Science Theory in Development and Implementation of Public Health Interventions. In: Annu Rev Public Health 2010/31:399-418

- Glass, J. E.; Mowbray, O. P.; Link, B. G.; Kristjansson, S. D.; Bucholz, K. K. (2013): Alcohol stigma and persistence of alcohol and other psychiatric disorders: a modified labeling theory approach. In: Drug Alcohol Depend 133/2:685-692
- Gmel, G.; Gutjahr, E.; Rehm, Jürgen (2003): How Stable is the Risk Curve Between Alcohol and all-cause Mortality and what factors influence the Shape? A Precision-Weighted Hierarchical Meta-Analysis. In: European Journal of Epidemiology 18/6:631-642
- Gmel, G.; Rehm, Jürgen (2006): Zusammenfassende Gesundheitsmaße von Sterblichkeit und Krankheit: Der steinige Weg zwischen PALL, YLD, DALY, und HALE. In: Suchttherapie 7/4:143-153
- Gmel, Gerhard (2017): Beneficial effects of moderate alcohol use—a case for Occam's razor? In: Addiction 112/2:215-217
- Gold, Natalie; Egan, Mark; Londakova, Kristina; Mottershaw, Abigail; Harper, Hugo; Burton, Robyn; Henn, Clive; Smolar, Maria; Walmsley, Matthew; Arambepola, Rohan (2021): Effect of alcohol label designs with different pictorial representations of alcohol content and health warnings on knowledge and understanding of low-risk drinking guidelines: a randomized controlled trial. In: Addiction 116/6:1443-1459
- Gordon, R. (1983): An Operational Classification of Disease Prevention. In: Public Health Reports 98/2:107-109.
- Grant, Bridget F; Goldstein, Risë B; Saha, Tulshi D; Chou, S Patricia; Jung, Jeesun; Zhang, Haitao; Pickering, Roger P; Ruan, W June; Smith, Sharon M; Huang, Boji (2015): Epidemiology of DSM-5 alcohol use disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions III. In: JAMA psychiatry 72/8:757-766
- Grausgruber, A.; Hackl, E.; Moosbrugger, R.; Prandner, D. (2019): Monitoring Public Stigma Austria 1998 – 2018. Teilprojekt 3: Stigmaerfahrungen und Stigmamanagement. Ergebnisbericht. Johannes Kepler Universität, Linz
- Griswold, Max G; Fullman, Nancy; Hawley, Caitlin; Arian, Nicholas; Zimsen, Stephanie RM; Tymeson, Hayley D; Venkateswaran, Vidhya; Tapp, Austin Douglas; Forouzanfar, Mohammad H; Salama, Joseph S (2018): Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. In: The Lancet 392/10152:1015-1035
- Grubwieser, P.; Haidekker, A.; Pavlic, M.; Steinlechner, M. (2002): BAK-AAK-Quotient im Konzentrationsbereich von 0, 5 Promille (0, 25 mg/l Ausatemluft). In: Rechtsmedizin 12/1:104-108
- Grüner, O. (1995): Forensische Aspekte des Alkohols. In: Handbuch Alkohol, Alkoholismus, Alkoholbedingte Organschäden. Hg. v. Seitz, H. K.; Lieber, C. S.; Simanowski, U. A. Barth, Leipzig
- Haastrup, Maija Bruun; Pottegård, Anton; Damkier, Per (2014): Alcohol and breastfeeding. In: Basic & clinical pharmacology & toxicology 114/2:168-173

- Hall, Gregory; Kappel, Robert (2018): Gender, alcohol, and the media: The portrayal of men and women in alcohol commercials. In: *The Sociological Quarterly* 59/4:571-583
- Hall, R.C.W. (1999): Suicide Risk Assessment: A Review of Risk Factors for Suicide in 100 Patients Who Made Severe Suicide Attempts - Evaluation of Suicide Risk in a Time of Managed Care. In: *Psychosomatics* 40/1:18-27
- Haller, Reinhard; Schmutterer, Irene; Anzenberger, Judith; Busch, Martin; Puhm, Alexandra; Strizek, Julian; Tanios, Aida; Uhl, Alfred; Oberacher, Herbert; Grabher, Anna-Lena; Prenn, Andreas; Blatter, Nikolaus; Bliem, Harald R.; Ludescher, Manuel (2018): Vorarlberger Suchtbericht 2018. Amt der Vorarlberger Landesregierung, Bregenz
- Hapke, U.; Rumpf, H.J.; John, U. (2006): Früherkennung und Interventionen bei Patienten mit risikantem Konsum, Missbrauch und Abhängigkeit von Alkohol in der medizinischen Versorgung. In: *Psychosoziale Versorgung in der Medizin*. Hg. v. S., Pawil; U., Koch. Schattauer, Stuttgart. S. 275-S. 265
- Harper, J.; Capdevila, C. (1990): Codependency: A Critique. In: *Journal of Psychoactive Drugs* 22/3:285-292
- Harris, E. Clare; Barraclough, Brian (1997): Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. In: *BJPsych - The British Journal of Psychiatry*, 170:205-228
- Haug, S. (2019): Chatbots zur Frühintervention und Behandlungsbegleitung bei Alkoholproblemen. *SuchtMagazin*, 45(2):22-24. In: Zurich Open Repository and Archives of General Psychiatry:
- HBSC (2016): Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health Policy for Children and Adolescents. Hg. v. Inchley, J. et al. WHO
- Health Education Council (1989): That's the Limit - A Guide to Sensible Drinking. Council, Health Education, London
- Heather, N. (2017): Q: Is Addiction a Brain Disease or a Moral Failing? A: Neither. In: *Neuroethics* 10/1:115-124
- Hobin, Erin; Weerasinghe, Ashini; Vallance, Kate; Hammond, David; McGavock, Jonathan; Greenfield, Thomas K; Schoueri-Mychasiw, Nour; Paradis, Catherine; Stockwell, Tim (2020): Testing alcohol labels as a tool to communicate cancer risk to drinkers: a real-world quasi-experimental study. In: *Journal of studies on alcohol and drugs* 81/2:249-261
- Hoff, Tanja; Klein, Michael (Hg.) (2015): Evidenzbasierung in der Suchtprävention. Möglichkeiten und Grenzen in Forschung und Praxis. Springer, Berlin-Heidelberg
- Holmes, J.; Angus, C. R. (2024): The unacceptability of evidence on acceptable risks. In: *Addiction* 119/1:24-25
- Horvath, I.; Eggerth, A.; Fröschl, B.; Weigl, M. (2009): Die präventive Rolle der offenen Jugendarbeit. Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend, Wien

- Hößelbarth, S.; Seip, C.; Stöver, H. (2013): Doing gender - Bedeutungen und Funktionen des Alkoholkonsums und des Rauschtrinkens bei der Inszenierung von Männlichkeiten und Weiblichkeit. In: Kontrollierter Kontrollverlust. Hg. v. Hößelbarth, S.; Schneider, J.; Stöver, H. Fachhochschulverlag, Frankfurt, S. 45-55
- Hume, D. (1740): A Treatise of Human Nature: Book 3 of Morals. Thomas Longman, London
- Hurst, P.M. (1973): Epidemiological Aspects of Alcohol in Driver Crashes and Citations. In: Journal of Safety Research 5/3:130-147
- ICAP (2000): The Geneva Partnership on Alcohol - Towards a Global Charta on Alcohol Policies, International Center for Alcohol, Geneva
- Iffland, R.; Balling, P.; Herold, C.; Fischer, T. (2003): Spezifische Dichte und Wassergehalt von Serum. In: Rechtsmedizin 13/5:306-310
- Inanlou, Mehrnoosh; Bahmani, Bahman; Farhoudian, Ali; Rafiee, Forough (2020): Addiction recovery: A systematized review. In: Iranian journal of psychiatry 15/2:172
- Inskip, H; Harris, EC; Barraclough, B (1998): Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia. In: British Journal of Psychiatry 172/:35-2
- Jachau, K.; Schmidt, U.; Witing, H.; Römhild, W.; Krause, D. (2000): Zur Frage der Transformation von Atem- in Blutalkoholkonzentrationen. In: Rechtsmedizin 3/10:96-101
- Jané-Llopis, Eva; Kokole, Daša; Neufeld, Maria; Hasan, Omer Syed Muhammad; Rehm, Jürgen (2020): Who health evidence network synthesis report 68. WHO, Copenhagen
- Jellinek, E.M. (1960): The Disease Concept of Alcoholism. Reprint 2010 Aufl., Martino Publishing Mansfield
- Jessor, R. (1987): Problem-Behavior Theory, Psychosocial Development, and Adolescent Problem Drinking. In: British Journal of Addiction 82/:331-342
- John, Ulrich; Meyer, Christian; Bischof, Gallus; Freyer-Adam, Dennis; Ulbricht, Sabina; Rumpf, Hans-Jürgen (2011): Prävention und Frühintervention. In: Alkohol und Tabak - Grundlagen und Folgeerkrankungen. Hg. v. Singer, Manfred; Batra, Anil; Mann, Karl, Stuttgart. S. 543-S. 533
- Jonas, K.; Doll, J. (1996): Eine kritische Bewertung der Theorie überlegten Handelns und der Theorie geplanten Verhaltens. In: Zeitschrift für Sozialpsychologie 27/1:18-31
- Jones, Daniel; Moodie, Crawford; Purves, Richard I; Fitzgerald, Niamh; Crockett, Rachel (2021): Health information, messaging and warnings on alcohol packaging: a focus group study with young adult drinkers in Scotland. In: Addiction Research & Theory 29/6:469-478
- Juberg, A.; Rostad, M.; Sondena, E. (2017): Substance use problems among people with mild/borderline intellectual disability: Challenges to mainstream multidisciplinary specialist substance treatment in Norway. In: Nordisk Alkohol Nark 34/2:173-185

- Juen, F.; Polleichtner, I. (2017): PLUS: Österreichisches Präventionsprogramm für die 5. - 8. Schulstufe. In: SuchtMagazin 2017/6:21-24
- Kaltenegger, A. (2001): Beweissichere Atemalkoholmesstechnik. In: Zeitschrift für Verkehrsrecht 46/9:299-304
- Kannel, William B; Ellison, R Curtis (1996): Alcohol and coronary heart disease: the evidence for a protective effect. In: Clinica Chimica Acta 246/1-2:59-76
- Karlsson, T.; Österberg, E. (2001): A scale of formal alcohol control policy in 15 European countries. In: Nordic studies on alcohol and drugs 18/:117-131
- Kern-Scheffeldt, W. (2005): Peer-Education und Suchtprävention. In: SuchtMagazin 2005/5:5-10
- Kerr, S.; Lawrence, M.; Darbyshire, C.; Middleton, A. R.; Fitzsimmons, L. (2013): Tobacco and alcohol-related interventions for people with mild/moderate intellectual disabilities: a systematic review of the literature. In: J Intellect Disabil Res 57/5:393-408
- Kersbergen, Inge; Field, Matt (2017): Visual attention to alcohol cues and responsible drinking statements within alcohol advertisements and public health campaigns: Relationships with drinking intentions and alcohol consumption in the laboratory. In: Psychology of addictive behaviors 31/4:435
- Keyes, K. M.; Platt, J.; Rutherford, C.; Patrick, M. E.; Kloska, D. D.; Schulenberg, J.; Jager, J. (2021): Cohort effects on gender differences in alcohol use in the United States: How much is explained by changing attitudes towards women and gendered roles? In: SSM Popul Health 15/:100919
- Khan, S.; Okuda, M.; Hasin, D. S.; Secades-Villa, R.; Keyes, K.; Lin, K. H.; Grant, B.; Blanco, C. (2013): Gender differences in lifetime alcohol dependence: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. In: Alcohol Clin Exp Res 37/10:1696-1705
- Khantzian, E.J. (1985): The Self-Medication Hypothesis of Addictive Disorders: Focus on Heroin and Cocaine Dependence. In: American Journal of Psychiatry 142:1259-1264
- Khantzian, E.J. (1997): The Self-Medication Hypothesis of Substance Use Disorders: A Reconsideration and Recent Applications. In: Harvard Review of Psychiatry 4/5:231-244
- Kilian, Carolin; Manthey, Jakob; Carr, Sinclair; Hanschmidt, Franz; Rehm, Jürgen; Speerforck, Sven; Schomerus, Georg (2021): Stigmatization of people with alcohol use disorders: An updated systematic review of population studies. In: Alcoholism: Clinical and Experimental Research 45/5:899-911
- King, Lawrence; Scheiring, Gábor; Nosrati, Elias (2022): Deaths of despair in comparative perspective. In: Annual Review of Sociology 48/1:299-317
- Klein, M. (2015): Geschichte der Suchtprävention. In: Evidenzbasierung in der Suchtprävention - Möglichkeiten und Grenzen in Praxis und Forschung. Hg. v. Hoff, T.; Klein, M. Springer, Berlin/Heidelberg

Klimont, Jeannette (2020): Österreichische Gesundheitsbefragung 2019. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation. Statistik Austria, Wien

Kohlenberg-Müller, K.; Bitsch, I. (1990): Neue Methoden zur pharmakokinetischen Beschreibung des Alkohols und seiner Metaboliten bei weiblichen und männlichen Versuchspersonen. In: Blutalkohol 27/:40- 48

Kokole, Daša; Anderson, Peter; Jané-Llopis, Eva (2021): Nature and potential impact of alcohol health warning labels: a scoping review. In: Nutrients 13/9:3065

Koller, G. (1999): Meet the need - Guidelines for peer-group-education preventing addiction in out-of-school-youthwork. Münster

Kommission der europäischen Gemeinschaften (2006): Eine EU-Strategie zur Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Verringerung alkoholbedingter Schäden. Mitteilung der Kommission an den Rat, das europäische Parlament, den europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuß und den Ausschuß der Regionen, Brüssel

Körkel, J. (2002): Kontrolliertes Trinken: Eine Übersicht. In: Suchttherapie 3/2:87-96

Kraus, Ludwig; Seitz, Nicki-Nils; Piontek, Daniela; Molinaro, Sabrina; Siciliano, Valeria; Guttormsson, Ulf; Arpa, Sharon; Monshouwer, Karin; Leifman, Håkan; Vicente, Julian (2018): 'Are The Times A-Changin'? Trends in adolescent substance use in Europe. In: Addiction

Kronsteiner, C. (1996): Konsumerhebungen 1993/94: Monatliche Verbrauchsausgaben der Haushalte. In: Statistische Nachrichten 12/1996/:935-944

Kuitunen-Paul, Sören; Kilian, Carolin; Binder, Annette; Luderer, Mathias; Reichl, Daniela; Speerforck, Sven (2021): Alkohol - wie abhängig sind Hilfe und Stigmatisierung voneinander? In: 8 Alternativer Drogen- und Suchtbericht. Hg. v. akzept eV Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane DrogenpolitikS. 20

Künzel, J.; Bühringer, G.; Janik-Konecny, T. (1993): Expertise zur Primärprävention des Substanzmissbrauches. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit Nomos Verlagsellschaft, Baden Baden

Kusserow, R.P. (1991): Youth and Alcohol: National Survey: Drinking Habits, Access, Attitudes, and Knowledge. DHHS Pub. No. OEI-09-91-00652. General, Office of the Inspector, Washington D. C.

Kvaale, E. P.; Haslam, N.; Gottdiener, W. H. (2013): The 'side effects' of medicalization: a meta-analytic review of how biogenetic explanations affect stigma. In: Clin Psychol Rev 33/6:782-794

Land Steiermark (2013): Steirischer Aktionsplan Alkoholprävention. Empfehlungen für die Planungs- und Umsetzungsphase 2014–2020.

Landgraf, Mirjam N; Nothacker, Monika; Kopp, Ina B; Heinen, Florian (2013): The diagnosis of fetal alcohol syndrome. In: Deutsches Ärzteblatt International 110/42:703

- Landgraf, MN; Heinen, Florian (2012): S3-Leitlinie. In: Diagnostik des Fetalen Alkoholsyndroms:022-025
- Lange, Shannon; Probst, Charlotte; Gmel, Gerrit; Rehm, Jürgen; Burd, Larry; Popova, Svetlana (2017): Global prevalence of fetal alcohol spectrum disorder among children and youth: a systematic review and meta-analysis. In: JAMA pediatrics 171/10:948-956
- Lange, Shannon; Shield, Kevin; Koren, Gideon; Rehm, Jürgen; Popova, Svetlana (2014): A comparison of the prevalence of prenatal alcohol exposure obtained via maternal self-reports versus meconium testing: a systematic literature review and meta-analysis. In: BMC pregnancy and childbirth 14/1-11
- Lebowitz, M. S.; Appelbaum, P. S. (2017): Beneficial and detrimental effects of genetic explanations for addiction. In: Int J Soc Psychiatry 63/8:717-723
- Ledermann, S. (1964): Mortalité, morbidité, accidents du travail. Presses Universitaires de France, Paris
- Leifman, H.; Österberg, E.; Ramstedt, M. (2002): Alcohol in Postwar Europe, ECAS II: A Discussion of Indicators on Consumption and Alcohol-Related Harm. . National Institute of Public Health, Stockholm
- Lennox, J.; Emslie, C.; Sweeting, H.; Lyons, A. (2018): The role of alcohol in constructing gender & class identities among young women in the age of social media. In: Int J Drug Policy 58:/13-21
- Leoni, Thomas; Uhl, Alfred (2016): Fehlzeitenreport 2016 - Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich. Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung, Wien
- Leppänen, K.; Sullström, R.; Suoniemi, I. (2001): The Consumption of Alcohol in Fourteen European Countries - A Comparative Econometric Analysis. Gummerus, Saarijärvi/Finnland
- Lesch, O.M.; Lesch, E.; Diezel, M. (1986): Chronischer Alkoholismus - Alkoholfolgekrankheiten - Todesursachen. In: Wiener medizinische Wochenschrift 19/20:505-515
- Letenneur, L.; Orgogozo, J.M. (1993): Wine Consumption in the Elderly. In: Annals of internal medicine 11/4:317-318
- Leu, R. (1981): Kosten und Nutzen des Alkoholkonsums aus volkswirtschaftlicher Sicht. In: Drogalkohol 5/2:3-10
- Levesque, C.; Sanger, N.; Edalati, H.; Paradis, C. (2022): Update of Canada's Low-Risk Alcohol Drinking Guidelines: Evidence review technical report. . Canadian Centre on Substance Use and Addiction, Ottawa, Ontario
- Levine, Harry G.; Reinarman, Craig (2004): Alcohol prohibition and drug prohibition. Lessons from alcohol policy for drug policy. Hg. v. CEDRO. Amsterdam
- Lin, E.; Balogh, R.; McGarry, C.; Selick, A.; Dobranowski, K.; Wilton, A. S.; Lunsky, Y. (2016): Substance-related and addictive disorders among adults with intellectual and developmental disabilities (IDD): an Ontario population cohort study. In: BMJ Open 6/9:e011638

- Link, Bruce G.; Phelan, Jo C. (2001): Conceptualizing stigma. In: Annual Review of Sociology 27/1:363-385
- Lipton, R.I. (1994): The Effect of Moderate Alcohol Use on the Relationship between Stress and Depression. In: American Journal of Public Health 84/12:1913-1917
- Liu, Ying; Nguyen, Nhi; Colditz, Graham A. (2015): Links between alcohol consumption and breast cancer: a look at the evidence. In: Women's health 11/1:65-77
- Livingston, J. D.; Milne, T.; Fang, M. L.; Amari, E. (2012): The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: a systematic review. In: Addiction 107/1:39-50
- Lobnig, Hubert; Dietscher, Christina; Wurz, M. (1998): Gesunde Schule /8 - Gesundheit fördern - Sucht verhindern - Zusammenfassende Dokumentation Februar 1998. Ludwig Boltzmann-Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie, Wien
- Löser, H. (1999): Alkohol und Schwangerschaft - Alkoholeffekte bei Embryonen, Kindern und Jugendlichen. In: Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten. Hg. v. Singer, M. V.; Teyssen, S. Springer, BerlinS. 431-451
- Lukas, Wolfgang / Landwirtschaftskammer (1998): Persönliche Mitteilung über den Alkoholgehalt im Most. an Uhl, Alfred, LBISucht, am 24.08.1998
- Machacek, Leopold / Bacardi-Martini GmbH (2008): Mitteilung über IWSR Zahlen für RTD in Österreich. schriftliche Mitteilung an Uhl, Alfred, Institut, Anton Proksch, am 08.07.2008
- Mader, P. (2001): Alkohol Basisinformation. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e. V., Hamm
- Majewski, Frank; Bierich, Jürgen R; Michaelis, Richard (1977): Diagnose: Alkoholembryopathie. In: Dt Ärzteblatt 74/17:1133-1135
- Mallach, H.J. (1987a): Besondere Einflüsse auf Alkoholaufnahme, -verteilung, -abbau und -auscheidung. In: Alkoholwirkung beim Menschen: Pathophysiologie, Nachweis, Intoxikation, Wechselwirkungen. Hg. v. Mallach, H. J.; Hartmann, H.; Schmidt, V. Thieme, Stuttgart
- Mallach, H.J. (1987b): Konzentrationsverlauf im Blut. In: Alkoholwirkung beim Menschen: Pathophysiologie, Nachweis, Intoxikation, Wechselwirkungen. Hg. v. Mallach, H. J.; Hartmann, H.; Schmidt, V. Thieme, Stuttgart
- Mamluk, Loubaba; Edwards, Hannah B; Savović, Jelena; Leach, Verity; Jones, Timothy; Moore, Theresa HM; Ijaz, Sharea; Lewis, Sarah J; Donovan, Jenny L; Lawlor, Debbie (2017): Low alcohol consumption and pregnancy and childhood outcomes: time to change guidelines indicating apparently 'safe'levels of alcohol during pregnancy? A systematic review and meta-analyses. In: BMJ Open 7/7:e015410
- Manthey, Jakob; Jacobsen, Britta; Klinger, Sinja; Schulte, Bernd; Rehm, Jürgen (2024): Restricting alcohol marketing to reduce alcohol consumption: a systematic review of the empirical evidence for one of the 'best buys'. In: Addiction 119/5:799-811

- Marbler, Carina; Sagerschnig, Sophie; Scolik, Fiona; Winkler, Petra (2024): Frühe Hilfen. Zahlen, Daten und Fakten 2023. FRÜDOK-Jahresbericht. Gesundheit Österreich, Wien
- Marmot, M.G.; North, F.; Feeney, A.; Head, J. (1993): Alcohol Consumption and Sickness Absence from The Whitehall II Study. In: *Addiction* 88:369-382
- Marmot, M.G.; Shipley, M.J.; Rose, G.; Thomas, B.J. (1981): Alcohol and Mortality - A U-Shaped Curve. In: *Lancet*:580-583
- Martin-Moreno, Jose M; Harris, Meggan E; Breda, Joao; Møller, Lars; Alfonso-Sanchez, Jose L; Gorgojo, Lydia (2013): Enhanced labelling on alcoholic drinks: reviewing the evidence to guide alcohol policy. In: *The European Journal of Public Health* 23/6:1082-1087
- Marx, R. (2004): Co-Abhängigkeit. In: *Sucht und Suchtbehandlung - Problematik und Therapie in Österreich*. Hg. v. Brosch, R.; Mader, R. . LexisNexis, Wien. S. 360-S. 341
- Marzinzik, K.; Fiedler, A. (2005): Band 28: MOVE - Motivierende Kurzintervention bei konsumierenden Jugendlichen Evaluationsergebnisse des Fortbildungsmanuals sowie der ersten Implementierungsphase. *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*. BZgA, Köln
- May, Philip A; Gossage, J Phillip (2011): Maternal risk factors for fetal alcohol spectrum disorders: not as simple as it might seem. In: *Alcohol Research & Health* 34/1:15
- Mayer, B. / Fachverband für Nahrungs- und Genussmittelindustrie (Lebensmittelindustrie) (2010): Produktion Spirituosen 2000-2009. an Uhl, Alfred, LBISucht
- Maynard, Olivia M; Langfield, Tess; Attwood, Angela S; Allen, Emily; Drew, Imogen; Votier, Alex; Munafò, Marcus R (2018): No impact of calorie or unit information on ad libitum alcohol consumption. In: *Alcohol and alcoholism* 53/1:12-19
- McGillicuddy, N. B. (2006): A review of substance use research among those with mental retardation. In: *Ment Retard Dev Disabil Res Rev* 12/1:41-47
- McGinty, E.; Pescosolido, B.; Kennedy-Hendricks, A.; Barry, C. L. (2018): Communication Strategies to Counter Stigma and Improve Mental Illness and Substance Use Disorder Policy. In: *Psychiatr Serv* 69/2:136-146
- McLellan, T.A. (2002): Editorial: Have We Evaluated Addiction Treatment Correctly? Implications from a Chronic Care Perspective. In: *Addiction* 97/:249-252
- Mehta, Nisha; Clement, Sarah; Marcus, Elena; Stona, A-C; Bezborodovs, Nikita; Evans-Lacko, Sara; Palacios, Jorge; Docherty, M; Barley, Elizabeth; Rose, Diana (2015): Evidence for effective interventions to reduce mental health-related stigma and discrimination in the medium and long term: systematic review. In: *The British Journal of Psychiatry* 207/5:377-384
- Meise, Ullrich (2020): Stigma psychischer Erkrankung. In: *Bestandserhebung Anti-Stigma-Aktivitäten in Österreich – Teil 1 Ergebnisbericht*. Hg. v. Nowotny, Monika; Strizek, Julian; Ladurner, Joy. *Gesundheit Österreich GmbH*, Wien S. 5-6
- Mennella, J. (2001): Alcohol's Effect on Lactation. In: *Alcohol Research & Health* 25/3:230-234

- Mennella, J.; Beauchamp, G. (1991): The Transfer of Alcohol to Human Milk Effects on Flavor and the Infant's Behavior. In: The New England Journal of Medicine 325/14:981-985
- Messinger, H. (1994): Langenschiedts Handwörterbuch Englisch. Langenscheid, Berlin
- Miller, K. (1994): The Co-Dependency Concept: Does It Offer a Solution for the Spouses of Alcoholics? In: Journal of Substance Abuse Treatment 11/4:339-345
- Miller, W.R.; Rollnick, S. (1991): Motivational Interviewing - Preparing People to Change Addictive Behavior. Guilford Press, New York
- Moggi, F. (2014): Ist eine wirksame psychosoziale Behandlung von Patienten mit Suchterkrankungen und komorbidien psychischen Störungen eine unmögliche Aufgabe? In: Suchttherapie 15/1:9-15
- Moggi, F.; Donati, R. (2004): Psychische Störungen und Sucht: Doppeldiagnosen. Hogrefe, Göttingen
- Montgomery, A. (1988): Nutrition Action Healthletter: The Cooler Illsuion - Slick Marketing for Wine Coolers. Hg. v. Center for Science in the Public Interest (Gale Group). USA
- Montonen, M.; Mäkelä, P.; Scafato, E.; Gandin, C. (2016): Good practice principles for low risk drinking guidelines. National Institute for Health and Welfare (THL)
- Moore, GE (1903): Principia Ethica (second paperback edition, 1960). Cambridge University Press, Cambridge
- Moskalewicz, J.; Room, R.; Thom, B. (Hg.) (2016): Comparative monitoring of alcohol epidemiology across the EU. Baseline assessment and suggestions for future action. Synthesis report. Warschau
- Naimi, Timothy S; Stockwell, Timothy; Zhao, Jinhui; Xuan, Ziming; Dangardt, Frida; Saitz, Rich; Liang, Wenbin; Chikritzhs, Tanya (2017): Selection biases in observational studies affect associations between 'moderate' alcohol consumption and mortality. In: Addiction 112/2:207-214
- National Academies of Sciences, Engineering and Medicine (2025): Review of Evidence on Alcohol and Health. The National Academies Press, Washington, DC
- National College of Ireland (1997): The Dublin Principles. National College of Ireland, Dublin
- National Institute for Health Clinical Excellence (2011): Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence. NICE, London
- NIAAA (2004): NIAAA Newsletter Nr. 2. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, Bethesda
- NICE (2008): Antenatal Care. NICE, London
- Nicholls, James; Hunt, Geoffrey (2025): Taking pleasure seriously: Should alcohol research say more about fun? In: Addiction:

- Nielsen, A.C. (1997): Gastronomiestudie 1996. AC Nielsen, Wien
- Nilsen, Per; Holmqvist, Marika; Hultgren, Eva; Bendtsen, Preben; Cedergren, Marie (2008): Alcohol use before and during pregnancy and factors influencing change among Swedish women. In: *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica* 87/7:768-774
- Novotny, Thomas E; Carlin, D (2005): Ethical and legal aspects of global tobacco control. In: *Tobacco Control* 14/suppl 2:ii26-ii30
- Nowotny, M.; Strizek, J.; Ladurner, J. (2020): Bestandserhebung Anti-Stigma-Aktivitäten in Österreich – Teil 1 und 2. Gesundheit Österreich, Wien
- O'Connor, RC. (2011): The Integrated Motivational-Volitional Model of Suicidal Behavior. In: *Crisis - The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention* 32/6:295-8
- O'Keeffe, Linda M; Kearney, Patricia M; McCarthy, Fergus P; Khashan, Ali S; Greene, Richard A; North, Robyn A; Poston, Lucilla; McCowan, Lesley ME; Baker, Philip N; Dekker, Gus A (2015): Prevalence and predictors of alcohol use during pregnancy: findings from international multicentre cohort studies. In: *BMJ Open* 5/7:e006323
- OECD (2021): Preventing Harmful Alcohol Use. OECD Health Policy Studies. OECD Publishing, Paris
- OECD/European Union (2020): Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle. OECD Publishing, Paris
- ÖGBP (2011): Suizidalität - Konsensus-Statement State of the art 2011. In: *CliniCum neuropsy Sonderausgabe April 2011*:1-20
- ÖSTAT / Österreichischen Statistischen Zentralamtes, Abteilung 5, Sozialstatistik (1998): Konsumentenbefragungen - Zeitvergleich 1954/55 - 1993/94. Unveröffentlichte Spezialauswertung. schriftliche Mitteilung an Uhl, Alfred
- Österberg, E.; Karlsson, T. (Hg.) (2002): Alcohol Policies in EU Member States and Norway. A Collection of Country Reports. Stakes, Helsinki
- ÖWM (2018): Dokumenation Österreich Wein 2016/17. Österreich Wein Marketing GmbH
- Pape, Hilde; Rossow, Ingeborg; Brunborg, Geir Scott (2018): Adolescents drink less: How, who and why? A review of the recent research literature. In: *Drug and alcohol review* 37/98-114
- Paradis, C.; Butt, P.; Shield, K.; Poole, N.; Wells, S.; Naimi, T; Sherk, A. (2023): Canada's Guidance on Alcohol and Health: Final Report. Canadian Centre on Substance Use and Addiction., Ottawa, Ontario
- Patró-Hernández, R.M.; Robles, N.; Liminana-Gras, R.M. (2020): The relationship between Gender Norms and Alcohol Consumption: A Systematic Review. In: *Addicciones* 32/2:145-158
- Paulus, Wolfgang E (2016): Embryologie und Teratologie. In: *Die Geburtshilfe*:83-113

- Peele, S.; Grant, M. (1999): Alcohol and Pleasure: A Health Perspective. Series on Alcohol in Society. Hg. v. Policies, International Center For Alcohol. Philadelphia
- Pennay, Amy; Holmes, John; Törrönen, Jukka; Livingston, Michael; Kraus, Ludwig; Room, Robin (2018): Researching the decline in adolescent drinking: The need for a global and generational approach. In: Drug and alcohol review 37:115-119
- Péquignot, G. (1961): Die Rolle des Alkohols bei der Ätiologie von Leberzirrhosen in Frankreich. Ergebnisse und Bedeutung einer systematischen Umfrage. In: Münchener Medizinische Wochenschrift 31:1464-1468
- Petrenko, Christie LM; Alto, Michelle E (2017): Interventions in fetal alcohol spectrum disorders: An international perspective. In: European journal of medical genetics 60/1:79-91
- Pettigrew, Thomas F (1998): Intergroup contact theory. In: Annual review of psychology 49/1:65-85
- Pfannhauser, W. (2004): Alkohol: Freund oder Feind? Aspekte der Lebensmittelchemie. ÖGE - Symposium "Alkoholprävention" am 19 September, Graz
- Pichini, Simona; Busardò, Francesco Paolo; Ceccanti, Mauro; Tarani, Luigi; Pacifici, Roberta (2017): Unreliable estimation of prevalence of fetal alcohol syndrome. In: The Lancet Global Health 5/6:e574
- Pittman, D.J. (1964): Gesellschaftliche und kulturelle Faktoren der Struktur des Trinkens, pathologische und nichtpathologischen Ursprungs – Eine internationale Übersicht. DHS: 27 Internationaler Kongreß: Alkohol und Alkoholismus, Hamm
- Pittman, D.J. (1967): International overview: Social and cultural factors in drinking patterns, pathological and nonpathological. In: Alcoholism:3-20
- Popova, Svetlana; Charness, Michael E; Burd, Larry; Crawford, Andi; Hoyme, H Eugene; Mukherjee, Raja AS; Riley, Edward P; Elliott, Elizabeth J (2023): Fetal alcohol spectrum disorders. In: Nature Reviews Disease Primers 9/1:11
- Popova, Svetlana; Lange, Shannon; Probst, Charlotte; Gmel, Gerrit; Rehm, Jürgen (2017): Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: a systematic review and meta-analysis. In: The Lancet Global Health 5/3:e290-e299
- Popova, Svetlana; Lange, Shannon; Shield, Kevin; Mihic, Alanna; Chudley, Albert E; Mukherjee, Raja AS; Bekmuradov, Dennis; Rehm, Jürgen (2016): Comorbidity of fetal alcohol spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis. In: The Lancet 387/10022:978-987
- Preuss, UW; Koller, G; Wong, JWM (2012): Gibt es einen Einfluss alkoholinduzierter somatischer Erkrankungen auf Suizidales Verhalten bei Alkoholabhängigen? In: Suizidprophylaxe 39/2:58-64
- Preuss, UW; Wong, JWM; Wurst, FM (2014): Komorbidität von bipolar affektiven Störungen und Alkoholabhängigkeit: Häufigkeit, Konsequenzen und Therapiemöglichkeiten. In: Suchttherapie 15/01:29-34

- Prochaska; Redding; Evers (2008): The transtheoretical model and stages of change. In: Glanz, K., Rimer B., Viswanath, K., (Eds.) Health Behavior and health Education. Theory, Research and Practice. Jossy-Bass, San Francisco
- Public Health Advocacy Institute of WA; Cancer Council WA (2019): The Instagrammability of Pink Drinks. How Alcohol is Marketed to Women in Australia, Perth
- Public Health England (2017): Substance misuse and people with learning disabilities: making reasonable adjustments to services, London
- Puhm, Alexandra; Antony, Katharina; Brotherhood, Angelina; Klein, Charlotte; Santner, Martina (2023): Alkohol-und Zigarettenkonsum in Schwangerschaft und Stillzeit. Gesundheit Österreich, Wien
- Puhm, Alexandra; Gruber, Christine; Uhl, Alfred; Grimm, Gerhard; Springer, Nadja; Springer, Alfred (2008): Kinder aus suchtbelasteten Familien – Theorie und Praxis der Prävention. Ludwig-Boltzmann Institut für Suchtforschung, AlkoholKoordinations- und InformationsStelle des Anton Proksch Instituts, Wien
- Radcliffe, Polly; Stevens, Alex (2008): Are drug treatment services only for 'thieving junkie scumbags'? Drug users and the management of stigmatised identities. In: Social science & medicine 67/7:1065-1073
- Radoš Krnel, Sandra; Levičnik, Gorazd; van Dalen, Wim; Ferrarese, Giulia; Tricas-Sauras, Sandra (2023): Effectiveness of regulatory policies on online/digital/internet-mediated alcohol marketing: a systematic review. In: Journal of Epidemiology and Global Health 13/1:115-128
- Ragan, F.A.; Samuels, M.S.; Hite, S.A. (1979): Ethanol Ingestion in Children. A Five-Year Review. In: The Journal of the American Medical Association 242/25:2787-2788
- Randles, Daniel; Tracy, Jessica L (2013): Nonverbal displays of shame predict relapse and declining health in recovering alcoholics. In: Clinical Psychological Science 1/2:149-155
- Rat der Europäischen Union (2001): Empfehlung des Rates vom 5. Juni 2001 zum Alkoholkonsum von jungen Menschen, insbesondere von Kindern und Jugendlichen
- Rehm, Jürgen; Ashley, M.J.; Room, R.; Single, E.; Bondy, S.; R., Ferrence; Giesbrecht, N. (1996): On the emerging paradigm of drinking patterns and their social and health consequences. In: Addiction 91/11:1615-1621
- Rehm, Jürgen; Gmel, G. E., Sr.; Gmel, G.; Hasan, O. S. M.; Imtiaz, S.; Popova, S.; Probst, C.; Roerecke, M.; Room, R.; Samokhvalov, A. V.; Shield, K. D.; Shuper, P. A. (2017): The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease-an update. In: Addiction 112/6:968-1001
- Rehm, Jürgen; Roerecke, Michael; Room, Robin (2016): All-cause mortality risks for "moderate drinkers": What are the implications for burden-of-disease studies and low risk-drinking guidelines? In: Journal of studies on alcohol and drugs 77/2:203-204

Rehm, Jürgen; Room, Robin; Graham, Kathryn; Monteiro, Maristela; Gmel, Gerhard; Sempes, Christopher T (2003): The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: an overview. In: Addiction 98/9:1209-1228

Rehm, Jürgen; Room, Robin; Monteiro, Maristela; Gmel, Gerhard; Graham, Kathryn; Rehn, Nina; Sempes, Christopher T.; Frick, Ulrich; Jernigan, David (2004a): Alcohol Use. In: Comparative Quantification of Health Risks: Global and Regional Burden of disease due to Selected Major Risk Factors. Hg. v. Ezzati, M et al. WHO, Geneva. S. 1108-S. 959

Rehm, Jürgen; Room, Robin; Monteiro, Maristela; Gmel, Gerhard; Graham, Kathryn; Rehn, Nina; Sempes, Christopher T.; Frick, Ulrich; Jernigan, David (2004b): Alcohol Use. In: Comparative Quantification of Health Risks: Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors. Hg. v. Ezzati, Majid et al. WHO, GenevaS. 959-1108

Rehm, Jürgen; Shield, Kevin D. (2021): Alcohol use and cancer in the European Union. In: European addiction research 27/1:1-8

Rehm, Jürgen; Taylor, Benjamin; Mohapatra, Satya; Irving, Hyacinth; Baliunas, Dolly; Patra, Jayadeep; Roerecke, Michael (2010): Alcohol as a risk factor for liver cirrhosis: a systematic review and meta-analysis. In: Drug and alcohol review 29/4:437-445

Reid, Natasha; Dawe, Sharon; Shelton, Douglas; Harnett, Paul; Warner, Judith; Armstrong, Eleanor; LeGros, Kim; O'Callaghan, Frances (2015): Systematic review of fetal alcohol spectrum disorder interventions across the life span. In: Alcoholism: Clinical and Experimental Research 39/12:2283-2295

Reissner, G.P. (Hg.) (2015): Drogen und Alkohol am Arbeitsplatz. 2. Auflage Aufl., Verlag Österreich, Wien

Renaud, S.; De-Lorgeril, M. (1992): Wine, Alcohol, Platelets, and the French Paradox for Coronary Heart Disease. In: Lancet 339/:1523-1526

Renaud, S.C.; Guéguen, R.; Schenker, J.; d'Houtaud, A. (1998): Alcohol and Mortality in Middle-Aged Men from Eastern France. In: Epidemiology 9/2:184-188

Reuvers, L. (2015): Alkohol 2020 – Integrierte Versorgung von Menschen mit einer Alkoholerkrankung: Das Wiener Modell

Richter, Margrit; Tauer, Jessica ; Conrad, Johanna; Heil, Eleonore; Kroke, Anja ; Virmani, Kiran ; Watzl, Bernhard (2024): Alkohol – Zufuhr in Deutschland, gesundheitliche sowie soziale Folgen und Ableitung von Handlungsempfehlungen Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Ernährung - Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Ernährung. In: Ernährungs Umschau 71/10:

Richtlinie über audiovisuelle Mediendienste (2010): RICHTLINIE 2010/13/EU DES EUROPÄISCHEN PARLAMENTS UND DES RATES vom 10. März 2010 zur Koordinierung bestimmter Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten über die Bereitstellung audiovisueller Mediendienste

- Riemer, Abigail R.; Gervais, Sarah J.; Skorinko, Jeanine L. M.; Douglas, Sonya Maria; Spencer, Heather; Nugai, Katherine; Karapanagou, Anastasia; Miles-Novelo, Andreas (2018): She Looks like She'd Be an Animal in Bed: Dehumanization of Drinking Women in Social Contexts. In: *Sex Roles* 80/9-10:617-617-629
- Rimmer, James H.; Braddock, David; Marks, Beth (1995): Health characteristics and behaviors of adults with mental retardation residing in three living arrangements. In: *Research in Developmental Disabilities* 16/6:489-489-499
- Roberts, Sarah CM; Nuru-Jeter, Amani (2010): Women's perspectives on screening for alcohol and drug use in prenatal care. In: *Women's Health Issues* 20/3:193-200
- Robertson, I. (1990): How Much Do You Drink? Health Education Board for Scotland, Edinburgh
- Robins, L.N.; Wing, J.; Wittchen, H.U.; Helzer, J.E.; Babor, T.F.; Burke, J.; Farmer, A.; Jablenski, A.; Pickens, R.; Regier, D.A.; Sartorius, N.; Towle, L.H.; (1989): The Composite International Diagnostic Interview: An Epidemiologic Instrument Suitable for Use in Conjunction With Different Diagnostic Systems and in Different Cultures. . In: *Archives of General Psychiatry* 45/12:1069-1077
- Romanus, Gabriel (2003): Don't prejudge what is 'politically possible'. Comment on Chapter 16. In: *Addiction* 98/10:1366-1367
- Rommelspacher, H. (2003): Substanzeigenschaften. In: *Alkoholabhängigkeit*. Hg. v. Schmidt, L. et al. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e. V., Hamm
- Romppel, M. (2020): Vorzeitige Sterbefälle und verlorene Lebensjahre in der amtlichen Statistik: Aussagemöglichkeiten und Grenzen. In: *Über Prävention berichten—aber wie? Methodenprobleme der Präventionsberichterstattung*. Robert Koch-Institut, BerlinS. 31-37
- Room, R. (2000): Letter to the Editor. In: *Addiction* 95/4:627-629
- Room, Robin (2005): Stigma, social inequality and alcohol and drug use. In: *Drug and alcohol review* 24/2:143-155
- Rose, Abigail K (2022): Attitudes to maternal drinking and factors associated with increased alcohol use during pregnancy and motherhood. Lisbon Additions, Lissabon
- Roy, A. (1995): Psychiatric Emergencies. In: *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Hg. v. Kaplan, H. I.; Sadock, B. J. Aufl. 6. William and Wilkins, Baltimore
- Royal College of Obstetricians & Gynaecologists (2015): Alcohol and pregnancy [online]. <https://www.rcog.org.uk/media/buohxsmmp/pi-alcohol-and-pregnancy.pdf> [Zugriff am 25.01.2025]
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (1999): Alcohol consumption and the outcomes of pregnancy [online]. https://www.alcoholpolicy.net/files/RCOG_Alcohol_pregnancy_March_06.pdf [Zugriff am 25.01.2025]
- Royal College of Psychiatrists (1979): *Alcohol and Alcoholism*. Tavistock, London

- Rumgay, Harriet; Shield, Kevin; Charvat, Hadrien; Ferrari, Pietro; Sornpaisarn, Bundit; Obot, Isidore; Islami, Farhad; Lemmens, Valery E.P.P.; Rehm, Jürgen; Soerjomataram, Isabelle (2021): Global burden of cancer in 2020 attributable to alcohol consumption: a population-based study. In: *The Lancet Oncology* 22/8:1071-1080
- Rumpf, Hans-Jürgen; Kiefer, Falk (2011): DSM-5: Die Aufhebung der Unterscheidung von Abhängigkeit und Missbrauch und die Öffnung für Verhaltenssüchte: DSM-5: Removal of the Distinction between Dependence and Abuse and the Opening for Behavioural Addictions. In: *Sucht* 57/1:45-48
- Rundschreiben Nr. 7/1997 (1997): Grundsatzverlasse zum Unterrichtsprinzip Gesundheitserziehung
- Rüscher, Nicolas (2020): Das Stigma psychischer Erkrankung. Strategien gegen Ausgrenzung und Diskriminierung. Elsevier, München
- Sackett, D.L.; Rosenberg, W. M.; Gray, J.A.; Haynes, R.B.; Richardson, W.B. (1997): Was ist Evidenz-basierte Medizin und was nicht? In: *Münchener medizinische Wochenschrift* 139/44:644-645
- Sarich, Peter; Canfell, Karen; Egger, Sam; Banks, Emily; Joshy, Grace; Grogan, Paul; Weber, Marianne F. (2021): Alcohol consumption, drinking patterns and cancer incidence in an Australian cohort of 226,162 participants aged 45 years and over. In: *British journal of cancer* 124/2:513-523
- Saß, H.; Wittchen, H.-U.; Zaudig, M.; Houben, I. (2003): Diagnostisches und statistisches Manual Psychischer Störungen - Textrevision - DSM-IV-TR. Göttingen, Hogrefe
- Saunders, John B; Degenhardt, Louisa; Reed, Geoffrey M; Poznyak, Vladimir (2019): Alcohol use disorders in ICD-11: Past, present, and future. In: *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 43/8:1617-1631
- Savic, Michael; Room, Robin; Mugavin, Janette; Pennay, Amy; Livingston, Michael (2016): Defining "drinking culture": A critical review of its meaning and connotation in social research on alcohol problems. In: *Drugs: education, prevention and policy* 23/4:270-282
- Scafato, E.; Galluzzo, L.; Ghirini, S.; Gandin, C.; Martire, S. (2016): Low risk drinking guidelines in Europe: overview of RARHA survey results. Istituto Superiore di Sanità, Italy
- Schaub, Michael Patrick (2020): How to achieve greater comparability-suggested ways to improve the determination of treatment gap and treatment lag. In: *Drugs and Alcohol Today* 21/1:45-53
- Schernhammer, E. (2018): Comment on Risk thresholds for alcohol consumption. In: *Lancet* 392/:2165-2167
- Schijven, E. P.; Hulsmans, D. H. G.; VanDerNagel, J. E. L.; Lammers, J.; Otten, R.; Poelen, E. A. P. (2021): The effectiveness of an indicated prevention programme for substance use in individuals with mild intellectual disabilities and borderline intellectual functioning: results of a quasi-experimental study. In: *Addiction* 116/2:373-381

- Schippan, R.; Wagler, S.; Zschocke, D. (1975): Untersuchungen zur Äthanolelimination bei Kindern. In: Kinderärztliche Praxis 43/5:193-201
- Schmidt, Lutz; Konrad, Norbert; Rommelspacher, Hans; Schmidt, Kai; Singer, Manfred; Teyssen, Stephen (2003): Alkoholabhängigkeit. Suchtmedizinische Reihe. Bd. Band 1. Hg. v. V., Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e. Hamm
- Schmidtko, Armin; Sell, Roxane; Löhr, Cordula (2008): Epidemiologie von Suizidalität im Alter. In: Zeitschrift für gerontologie und geriatrie 41/1:3-13
- Schmutterer, Irene; Uhl, Alfred; Strizek, Julian; Bachmayer, Sonja; Puhm, Alexandra; Koprna, Ulrike; Grimm, Gerhard; Springer, Alfred (2008): ESPAD AUSTRIA 2007. Europäische SchülerInnenstudie zu Alkohol und anderen Drogen - Band 2: Validierungsstudie. Validierungsstudie. Hg. v. Suchtforschung, Ludwig-Boltzmann-Institut für. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Schölin, Lisa (2016): Prevention of harm caused by alcohol exposure in pregnancy: Rapid review and case studies from Member States. World Health Organization. Regional Office for Europe, Copenhagen
- Schölin, Lisa; Mukherjee, Raja AS; Aiton, Neil; Blackburn, Carolyn; Brown, Sarah; Flemming, Kate M; Gard, Paul R; Howlett, Helen; Plant, Moira; Price, Alan D (2021): Fetal alcohol spectrum disorders: an overview of current evidence and activities in the UK. In: Archives of disease in childhood 106/7:636-640
- Schomerus, G. (2017): [Understanding and Overcoming the Stigma of Addiction]. In: Psychiatr Prax 44/5:249-251
- Schomerus, G.; Corrigan, P.; Klauer, T.; Kuwert, P.; Freyberger, H.; Lucht, M. (2011a): Self-stigma in alcohol dependence: consequences for drinking-refusal self-efficacy. In: Drug and Alcohol Dependence 114/1:12-17
- Schomerus, G.; Lucht, M.; Holzinger, A.; Matschinger, H.; Carta, M. G.; Angermeyer, M. C. (2011b): The stigma of alcohol dependence compared with other mental disorders: a review of population studies. In: Alcohol Alcohol 46/2:105-112
- Schomerus, G.; Schwahn, C.; Holzinger, A.; Corrigan, P.; Grabe, H. J.; Carta, M. G.; Angermeyer, M. C. (2012): Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analysis. In: Acta Psychiatr Scand 125/6:440-452
- Schomerus, Georg; Bauch, Alexandra; Elger, Bernice; Evans-Lacko, Sara; Frischknecht, Ulrich; Klingemann, Harald; Kraus, Ludwig; Kostrzewska, Regina; Rheinländer, Jakob; Rummel, Christina; Schneider, Wiebke; Speerforck, Sven; Stolzenburg, Susanne; Sylvester, Elke; Tremmel, Michael; Vogt, Irmgard; Williamson, Laura; Heberlein, Annemarie; Rumpf, Hans-Jürgen (2017): Memorandum - Das Stigma von Suchterkrankungen verstehen und überwinden. In: Sucht 63/:253-259
- Schomerus, Georg; Corrigan, Patrick (2022): Understanding the Stigma of Substance Use Disorders. In: The stigma of substance use disorders. Hg. v. Schomerus, Georg; Corrigan, Patrick. Cambridge University Press, CambridgeS. 1-13

- Schoueri-Mychasiw, Nour; Weerasinghe, Ashini; Vallance, Kate; Stockwell, Tim; Zhao, Jinhui; Hammond, David; McGavock, Jonathan; Greenfield, Thomas K; Paradis, Catherine; Hobin, Erin (2020): Examining the impact of alcohol labels on awareness and knowledge of national drinking guidelines: A real-world study in Yukon, Canada. In: Journal of studies on alcohol and drugs 81/2:262-272
- Schuckit, M.A. (1979): A Treatment of Alcoholism in Office and Outpatient Settings. In: Diagnosis and Treatment of Alcoholism. Hg. v. Mendelson, J. H.; Mello, N. K. McGraw-Hill Book Comp., New YorkS. 79-95
- Schuckit, M.A. (2006): Guidance for authors on the policy of the Journal of Studies on Alcohol regarding the appropriate use of the term 'binge'. Center of Alcohol Studies - RUTGERS, San Diego
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2019): Children and Young People Exposed Prenatally to Alcohol. SIGN Edinburgh, Scotland
- Scourfield, Jonathan (2005): Suicidal Masculinities. In: Sociological Research Online 10/2:
- Seear, Kate (2020): Addressing alcohol and other drug stigma: Where to next? In: Drug and alcohol review 39/2:109-113
- sfa (o. D.): Schwangerschaft & Alkohol Drogenprobleme, Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere, Lausanne
- Shaper, A.G. (1996): Sensible but Not Particularly Logical. In: Addiction 91/1:29-31
- Shaper, A.G.; Wannamethee, G.; Walker, M. (1988): Alcohol and Mortality in British Men: Explaining the U-Shaped Curve. In: Lancet:1267-1273
- Shedler, J.; Block, J. (1990): Adolescent Drug Use and Psychological Health - A Longitudinal Inquiry. In: American Psychologist 45/5:612-630
- Sher, L. (2006): Alcohol consumption and suicide. In: Q J Med 99/:57-61
- Shield, Kevin; Manthey, Jakob; Rylett, Margaret; Probst, Charlotte; Wettlaufer, Ashley; Parry, Charles D.H.; Rehm, Jürgen (2020): National, regional, and global burdens of disease from 2000 to 2016 attributable to alcohol use: a comparative risk assessment study. In: The Lancet Public Health 5/1:e51-e61
- Shield, Kevin; Paradis, Catherine; Butt, Peter; Naimi, Tim; Sherk, Adam; Asbridge, Mark; Myran, Daniel; Stockwell, Tim; Wells, Samantha; Poole, Nancy (2024): New perspectives on how to formulate alcohol drinking guidelines. In: Addiction 119/1:9-19
- Sillero-Rejon, Carlos; Attwood, Angela S; Blackwell, Anna KM; Ibáñez-Zapata, José-Angel; Munafò, Marcus R; Maynard, Olivia M (2018): Alcohol pictorial health warning labels: the impact of self-affirmation and health warning severity. In: BMC public health 18/1:1-9
- Simon, R.; Kraus, L.; Bauernfeind, R. (1998): National Prevalence Estimates - Improvement of Comparability of National Estimates of Addiction Prevalence - Final Report. . Hg. v. EMCDDA, Lisbon

Simonen, Jenni; Törrönen, Jukka; Tigerstedt, Christoffer (2013): Femininities of drinking among Finnish and Swedish women of different ages. In: *Addiction Research & Theory* 22/2:98-108

Single, Eric; Collins, David; Easton, Brian; Harwood, Henrick; Lapsley, Helen; Maynard, Alan (1996): International Guidelines for Estimating the Costs of Substance Abuse. . Canadian Centre on Substance Abuse, Ottawa

Skog, Ole-Jørgen (1985): The Collectivity of Drinking Cultures: A Theory of the Distribution of Alcohol Consumption. In: *British Journal of Addiction* 80/1:83-99

Skog, Ole-Jørgen (1999): Alcohol Policy: Why and Roughly How? In: *Nordic studies on alcohol and drugs* Vol. 16/:

Skovborg, Erik; Grønbæk, Morten; Ellison, R. Curtis (2020): Benefits and hazards of alcohol - the J-shaped curve and public health. In: *Drugs and Alcohol Today* 21/1:54-15

Slayter, E. (2010): Medicaid-covered alcohol and drug treatment use among people with intellectual disabilities: evidence of disparities. In: *Intellect Dev Disabil* 48/5:361-374

Smith, C. (2021): Disabilities and Alcoholism [online]. <https://www.alcoholrehabguide.org/resources/disabilities/> [Zugriff am 25.01.2025]

Sonneck, G. (2000): Suizidprävention in Österreich. Hg. v. Wien, Kriseninterventionszentrum. Wien

Soyka, M.; Küfner, H. (2008): Alkoholismus - Missbrauch und Abhängigkeit. Stuttgart, New York

Special Eurobarometer (2002): Attitudes and Opinions of Young People in the European Union on Drugs. Special Eurobarometer. European Commission, Brussels

Special Eurobarometer (2003): Health, Food and Alcohol and Safety. Special Eurobarometer. European Commission, Brussels

Special Eurobarometer (2007): Attitudes towards Alcohol. Special Eurobarometer. European Commision, Brussels

Special Eurobarometer (2010): EU Citizens' Attitudes Towards Alcohol. European Commission, Brussels

SPG: Bundesgesetz über die Organisation der Sicherheitsverwaltung und die Ausübung der Sicherheitspolizei (Sicherheitspolizeigesetz – SPG), BGBl. Nr. 566/1991, in der geltenden Fassung

Spode, Hasso (1993): Die Macht der Trunkenheit. Kultur- und Sozialgeschichte des Alkohols in Deutschland. Leske&Budrich, Opladen

Springer, Nadja; Gruber, Christine; Springer, Alfred (2006): Beziehungsstrukturen und Konflikt-lösestrategien bei primären und sekundären Alkoholikern. In: *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung* 29/1-2:43-48

- Starr, Chauncey (1969): Social benefit versus technological risk: what is our society willing to pay for safety? In: Science 165/3899:1232-1238
- Starzer, A.; Uhl, Alfred; Puhm, Alexandra; Strizek, Julian; Auracher, U.; Kampusch, A. (2009): Alkoholintoxikationen bei Kindern und Jugendlichen in Oberösterreich. Hg. v. Schriftenreihe "Gesundheitswissenschaften", Band 37, Wien
- Statistik Austria (2005): Standard-Dokumentation Metainformationen (Definitionen, Erläuterungen, Methoden, Qualität) zur Spitalsentlassungsstatistik. Statistik Austria, Wien
- Statistik Austria (2021): Verbrauchsausgaben. Hauptergebnisse der Konsumerhebung. Statistik Austria, Wien
- Statistik Austria (2022a): Standard-Dokumentation Metainformationen zur Todesursachenstatistik. Statistik Austria, Wien
- Statistik Austria (2022b): Verbrauchsausgaben. Sozialstatistische Ergebnisse der Konsumerhebung 2019/20. Statistik Austria, Wien
- Statistik Austria (2024a): Diverse Auskünfte und Publikationen zur Versorgung mit Bier (Bierbilanz) von 1955-2023. Statistik Austria, Wien
- Statistik Austria (2024b): Diverse Auskünfte und Publikationen zur Versorgung mit Wein (Weinbilanz) von 1955-2023. Statistik Austria, Wien
- Statistik Austria (2024c): Straßenverkehrsunfälle 2023 - Mit Personenschaden. Statistik Austria, Wien
- Statistik Austria (2024d): Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen (VGR). Statistik Austria, Wien
- Statistik Austria (2025a): Bevölkerung zu Jahresbeginn ab 2002 (einheitlicher Gebietsstand 2017). (xls), Statistik Austria, Wien
- Statistik Austria (2025b): Bildungsstand der Bevölkerung seit 1971. Statistik Austria, Wien
- Statistik Austria (2025c): Erwerbstätigengquoten nach Alter und Geschlecht seit 1994. Statistik Austria, Wien
- Statistik Austria (2025d): Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2023. Statistik Austria, Wien
- Statistik Austria (2025e): Steuern und Sozialbeiträge in Österreich: Einzelsteuerliste / National Tax List, Einnahmen des Staates und der EU. Statistik Austria, Wien
- Steinberg, L. (2008): A social neuroscience perspektive on adolescent risk-taking. In: Development Review 28/1:78-106
- Stockwell, Tim (2006): A review of research into the impacts of alcohol warning labels on attitudes and behaviour. In:

- Stockwell, Tim; Zhao, Jinhui; Clay, James; Levesque, Christine; Sanger, Nitika; Sherk, Adam; Naimi, Timothy (2024): Why do only some cohort studies find health benefits from low-volume alcohol use? A systematic review and meta-analysis of study characteristics that may bias mortality risk estimates. In: Journal of studies on alcohol and drugs 85/4:441-452
- Strandberg-Larsen, Katrine; Andersen, Anne-Marie Nybo; Kesmodel, Ulrik S (2017): Unreliable estimation of prevalence of fetal alcohol syndrome. In: The Lancet Global Health 5/6:e573
- Streissguth, Amy P; Barr, Helen M; Kogan, Julia; Bookstein, Fred L (1996): Understanding the occurrence of secondary disabilities in clients with fetal alcohol syndrome (FAS) and fetal alcohol effects (FAE). In: Final report to the Centers for Disease Control and Prevention (CDC):96-06
- Strizek, J.; Busch, M.; Puhm, A.; Schwarz, T.; Uhl, A. (2021): Repräsentativerhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial. Gesundheit Österreich, Wien
- Strizek, Julian (2020): Alkoholkonsum unter Jugendlichen in Österreich vor dem Hintergrund der aktuellen Debatte zu „Youth Drinking in Decline“. In: Rausch: Wiener Zeitschrift für Suchttherapie 9/2:
- Strizek, Julian; Akartuna, Deniz; Busch, Martin; Schwarz, Tanja (2025): ESPAD Österreich 2024. Gesundheit Österreich, Wien
- Strizek, Julian; Brotherhood, Angelina; Busch, Martin; Priebe, Birgit; Puhm, Alexandra; Uhl, Alfred (2023a): Empfehlungen für die Verbesserung der Versorgungssituation von Menschen mit Suchterkrankungen in Österreich. Ergebnisbericht einer Delphi-Befragung. Gesundheit Österreich, Wien
- Strizek, Julian; Nowotny, Monika; Antony, Katharina (2022a): Empfehlungen zur Reduktion direkter Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Zwischenbericht der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung. Gesundheit Österreich, Wien
- Strizek, Julian; Puhm, A.; Uhl, Alfred; Auracher, U.; Kampusch, A.; Starzer, A.; Kurz, H. (2009): Alkoholintoxikationen bei Kindern und Jugendlichen in Wien. Forschungsbericht des LBISucht, Wien
- Strizek, Julian; Puhm, Alexandra; Schmidt, Andrea; Schwarz, Tanja (2022b): Sucht und Behinderung: Problemstellungen und Versorgungsbarrieren. Gesundheit Österreich, Wien
- Strizek, Julian; Puhm, Alexandra; Schwarz, Tanja (2023b): Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial bei Menschen mit Behinderung. Ergebnisse einer Befragung von Behindertheilfeeinrichtungen. Research Brief. Gesundheit Österreich, Wien
- Strizek, Julian; Uhl, Alfred (2014): Gesundheitsindikatoren als zweifelhafte Grundlage für suchtpolitische Entscheidungen. In: Suchtmedizin in Forschung und Praxis 16/5:223-231
- Strizek, Julian; Uhl, Alfred (2016): Bevölkerungserhebung zu Substanzgebrauch. Band 1: Forschungsbericht. Gesundheit Österreich, Wien

- Strizek, Julian; Uhl, Alfred; Schmutterer, Irene; Grimm, G.; Bohrn, K.; Fenk, R.; Koprna, Ulrike; Springer, Alfred (2008): ESPAD Austria 2007: Europäische SchülerInnenstudie zu Alkohol und anderen Drogen Band 1: Forschungsbericht. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Stroud, M. W.; Bombardier, C. H.; Dyer, J. R.; Rimmele, C. T.; Esselman, P. C. (2011): Preinjury alcohol and drug use among persons with spinal cord injury: implications for rehabilitation. In: *J Spinal Cord Med* 34/5:461-472
- Suchtvorbeugung, ARGE (2017): Österreichische Dialogwoche Alkohol - Wie viel ist zu viel? ARGE Suchtvorbeugung
- Sundermann, Alexandra C; Zhao, Sifang; Young, Chantay L; Lam, LeAnn; Jones, Sarah H; Velez Edwards, Digna R; Hartmann, Katherine E (2019): Alcohol use in pregnancy and miscarriage: a systematic review and meta-analysis. In: *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 43/8:1606-1616
- Swift, R.; Davidson, D. (1998): Alcohol Hangover: Mechanism and Mediators. In: *Alcohol Health Research World* 22:54-60
- Taggart, L.; Huxley, A.; Baker, G. (2008): Alcohol and illicit drug misuse in people with learning disabilities: implications for research and service development. In: *Advances in Mental Health and Learning Disabilities* 2/1:11-21
- Taggart, L.; McLaughlin, D.; Quinn, B.; Milligan, V. (2006): An exploration of substance misuse in people with intellectual disabilities. In: *Journal of Intellectual Disability Research* 50/8:588-597
- Thaler, R.H.; Sunstein, C.R. (2011): Nudge - Wie man kluge Entscheidungen anstößt. Ullstein, Berlin
- Thom, B; Herring, R; Milne, E (2020): Drinking in pregnancy: shifting towards the 'precautionary principle'. In: *Risk and Substance Use: Framing Dangerous People and Dangerous Places*. Routledge
- Thomas, Gerald; Gonneau, Ginny; Poole, Nancy; Cook, Jocelynn (2014): The effectiveness of alcohol warning labels in the prevention of Fetal Alcohol Spectrum Disorder: A brief review. In: *International Journal of Alcohol and Drug Research* 3/1:91-103
- Thomson, Warren (2018): Comment on Risk thresholds for alcohol consumption. In: *Lancet* 392/2167-2168
- Törrönen, Jukka; Roumeliotis, Filip; Samuelsson, Eva; Kraus, Ludwig; Room, Robin (2019): Why are young people drinking less than earlier? Identifying and specifying social mechanisms with a pragmatist approach. In: *International Journal of Drug Policy* 64/13-20
- Tricas-Sauras, Sandra; Kaczmarek, Aleksandra; San Martin, Leticia (2015): Consumer survey on communication of alcohol associated risks. RARHA - WP5 Final Report. European Alcohol Policy Alliance
- Tuchman, E. (2010): Women and addiction: the importance of gender issues in substance abuse research. In: *J Addict Dis* 29/2:127-138

- Twenge, J. M.; Park, H. (2019): The decline in adult activities among US adolescents, 1976–2016. In: Child Development 90/2:638-654
- Uhl, Alfred (1994): Die Anstalt und ihre Patienten unter besonderer Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Unterschiede. In: Suchtkrankheit - Das Kalksburger Modell und die Entwicklung der Behandlung Abhängiger - Festschrift für Rudolf Mader zum 60 Geburtstag. Hg. v. Springer, Alfred et al. Springer, Wien
- Uhl, Alfred (1999): Evaluation. In: Suchtlexikon. Hg. v. Stimmer, F., Oldenbourg, München. S. 234-S. 228
- Uhl, Alfred (2000a): Evaluation vs. Evalopathy: Support for Practical Improvement vs. Irrational Nuisance. 3rd Nordic Health Promotion Research Conference. 6-9 September 2000, Tampere
- Uhl, Alfred (2000b): The limits of evaluation In: Evaluation: a key tool for improving drug prevention. Hg. v. EMCDDA. European Commission. S. 157-S. 143
- Uhl, Alfred (2000c): Non-Problematic Use' - 'Problematic Use': A Paradox. In: Illicit Drugs: Patterns of Use - Patterns of Response Proceedings of the 10th Annual ESSD Conference on Drug Use and Drug Policy in Europe. Hg. v. Springer, Alfred; Uhl, Alfred. Studienverlag, Innsbruck. S. 322-S. 309
- Uhl, Alfred (2002a): Medien und Suchtprophylaxe. In: Medienimpulse, Beiträge zur Medienpädagogik 11/41:61-71
- Uhl, Alfred (2002b): Schutzfaktoren und Risikofaktoren in der Suchtprophylaxe. In: Prävention und Gesundheitsförderung Bd II. Hg. v. Röhrle, B. . DGVT, Tübingen
- Uhl, Alfred (2003): Was sind eigentlich 'Drogenopfer'? In: Opiatabhängigkeit Interdisziplinäre Aspekte für die Praxis Hg. v. Beubler, E.; Halmayer, H.; Springer, Alfred. Springer, Wien. S. 235-S. 219
- Uhl, Alfred (2004): Problems in Assessing Prevalence of Alcoholism with Questionnaires. In: ESSD: Book of Abstracts, 15th Annual Conference, 14-16 October 2004. Hg. v. Research, European Society for Social Drug, Munich
- Uhl, Alfred (2005): Alkoholpolitik und wissenschaftliche Forschung: Wirksamkeit struktureller Prävention. Suchtprävention, Bielefeld. 8.-10.11.2004, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen
- Uhl, Alfred (2006a): Alkoholpolitik und wissenschaftliche Forschung. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 29/3:5-22
- Uhl, Alfred (2006b): Darstellung und kritische Analyse von Kostenberechnungen im Bereich des Substanzmissbrauchs. In: Sucht 52/2:121-132
- Uhl, Alfred (2007): Begriffe, Konzepte und Menschenbilder in der Suchtprävention. In: Sucht-Magazin 4/3-11

- Uhl, Alfred (2015a): Evidence-based research, epidemiology and alcohol policy: a critique. In: *Contemporary Social Science* 10/2:221-231
- Uhl, Alfred (2015b): Higher Alcohol Vulnerability in Women - A Classical Simpson's Paradox? 41st Annual Alcohol Epidemiology Symposium of the Kettl Bruun Society, Munich
- Uhl, Alfred (2020): Vorzeitige Sterblichkeit unter Risikofaktoren-Exposition auf der Basis attributabler Risiken: Grundlegende methodische Probleme. In: Über Prävention berichten – aber wie? Methodenprobleme der Präventionsberichterstattung Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Hg. v. Robert Koch-Institut; Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit. RKI, Berlin
- Uhl, Alfred; Bachmayer, Sonja; Koprna, Ulrike; Puhm, Alexandra; Springer, Alfred; Kopf, Niklaus; Beiglböck, Wolfgang; Eisenbach-Stangl, Irmgard; Preinsperger, Wolfgang ; Musalek, Michael (2009a): Handbuch Alkohol – Österreich: Zahlen, Daten, Fakten, Trends 2009 dritte, überarbeitete und ergänzte Auflage Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Uhl, Alfred; Bachmayer, Sonja; Schmutterer, Irene; Strizek, Julian (2018): Handbuch Alkohol – Österreich Band 3: Gesetzliche Grundlagen 2017. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Uhl, Alfred; Bachmayer, Sonja; Strizek, Julian (2025): Handbuch Alkohol – Österreich. Band 2: Gesetzliche Grundlagen. Gesundheit Österreich, Wien
- Uhl, Alfred; Beiglböck, Wolfgang; Fischer, F.; Haller, B.; Haller, R.; Haring, Ch.; Koprna, U.; Lagemann, Ch.; Marx, B.; Musalek, M.; Scholz, H.; Schopper, Johanna; Springer, Alfred (2005a): Alkoholpolitik in Österreich - Status Quo und Perspektiven. In: Alkohol - Kein gewöhnliches Konsumgut Forschung und Alkoholpolitik. Hg. v. In: Babor, T.; Caetano R.; Casswell, S.; Edwards, G.; Giesbrecht, N.; Graham, K.; Grube, J.; Gruenewald, P.; Hill, L.; Holder, H.; Homel, R.; Österberg, E.; Rehm, J.; Room, R.; Rossow, I.: . Hogrefe, Göttingen. S. 333-S. 313
- Uhl, Alfred; Koprna, Ulrike (2001): Alkoholkonsum und Alkoholismus in Österreich. In: Alkohol am Arbeitsplatz. Hg. v. Brosch, R.; Mader, R. . Orac, Wien. S. 61-S. 27
- Uhl, Alfred; Koprna, Ulrike (2003): Epidemiologie des geschlechtsspezifischen Alkoholgebrauchs. . In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 26/3/4:5-19
- Uhl, Alfred; Kraus, Ludwig (2006): Substanzkonsum und Sterblichkeit: Das Dilemma der Kausalität. In: Suchttherapie 7/4:141-142
- Uhl, Alfred; Puhm, Alexandra (2007): Co-Abhängigkeit – ein hilfreiches Konzept? In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 30/2/3:13-20
- Uhl, Alfred; Springer, Alfred (1996): Studie über den Konsum von Alkohol und psychoaktiven Stoffen in Österreich unter Berücksichtigung problematischer Gebrauchsmuster. Repräsentativerhebung 1993/94. Ludwig Boltzmann-Institut für Suchtforschung, Wien
- Uhl, Alfred; Springer, Alfred (2002): Professionelle Suchtprävention in Österreich: Leitbildentwicklung der österreichischen Fachstellen für Suchtprävention. Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen, Wien

- Uhl, Alfred; Springer, Alfred; Kobra, U.; Gnambs, T.; Pfarrhofer, D. (2005b): Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch. Erhebung 2004. Bericht. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien
- Uhl, Alfred; Strizek, Julian; Puhm, A.; Kobra, U.; Springer, Alfred (2009b): Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch. Band 1: Forschungsbericht. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Ujhelyi Gomez, Katalin; Goodwin, Laura; Chisholm, Anna; Rose, Abigail K (2022): Alcohol use during pregnancy and motherhood: Attitudes and experiences of pregnant women, mothers, and healthcare professionals. In: PloS one 17/12:e0275609
- UPS (2018): Statistische Meldungen - Aktuelle Informationen über statistische Meldungen, elektronische Meldungen, Leistungs- und Strukturerhebung, Konjunkturerhebung, Intrastat-Meldung etc. Unternehmensservice Portal
- Van Boekel, Leonieke C; Brouwers, Evelien PM; Van Weeghel, Jaap; Garretsen, Henk FL (2013): Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: systematic review. In: Drug and Alcohol Dependence 131/1-2:23-35
- van Duijvenbode, N.; Didden, R.; Voogd, H.; Korzilius, H. P.; Engels, R. C. (2012): Cognitive biases in individuals with mild to borderline intellectual disability and alcohol use-related problems. In: Res Dev Disabil 33/6:1928-1936
- van Duijvenbode, N.; VanDerNagel, J. E. L. (2019): A Systematic Review of Substance Use (Disorder) in Individuals with Mild to Borderline Intellectual Disability. In: Eur Addict Res 25/6:263-282
- van Duijvenbode, Neomi; Didden, Robert; Korzilius, Hubert P. L. M.; Engels, Rutger C. M. E. (2016): The Usefulness of Implicit Measures for the Screening, Assessment and Treatment of Problematic Alcohol Use in Individuals with Mild to Borderline Intellectual Disability. In: Advances in Neurodevelopmental Disorders 1/1:42-42-51
- Van Haaren, M.; Hendriks, H. (1999): Alkoholstoffwechsel. In: Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten. Hg. v. Singer, M. V.; Teyssen, S. . Springer, Berlin
- van Wamel, Anneke; van Rooijen, Sonja; Kroon, Hans (2015): Integrated treatment: The model and European experiences. In: Co-occurring addictive and psychiatric disorders. Hg. v. Dom, Geert; Moggi, Franz. Springer, Heidelberg, S. 27-45
- VanDerNagel, J. E. L.; Kemna, L.; Didden, R. (2013): Substance Use Among Persons with Mild Intellectual Disability: Approaches to Screening and Interviewing. In: The NADD Bulletin 16/5:87-92
- VanDerNagel, Joanneke E. L.; Kiewik, Marion; Postel, Marloes G.; van Dijk, Marike; Didden, Robert; Buitelaar, Jan K.; de Jong, Cor A. J. (2014): Capture recapture estimation of the prevalence of mild intellectual disability and substance use disorder. In: Research in Developmental Disabilities 35/4:808-808-813

Vashishtha, Rakhi; Livingston, Michael; Pennay, Amy; Dietze, Paul; MacLean, Sarah; Holmes, John; Herring, Rachel; Caluzzi, Gabriel; Lubman, Dan I (2019): Why is adolescent drinking declining? A systematic review and narrative synthesis. In: Addiction Research & Theory:1-14

Verband der Brauereien Österreichs (2025): Jahresbericht 06/2024 - 06/2025. Verband der Brauereien Österreichs - Gesellschaft der österreichischen Brauwirtschaft

Verissimo, A. D.; Grella, C. E. (2017): Influence of gender and race/ethnicity on perceived barriers to help-seeking for alcohol or drug problems. In: J Subst Abuse Treat 75/:54-61

Volkow, N. D.; Koob, G. (2015): Brain disease model of addiction: why is it so controversial? In: Lancet Psychiatry 2/8:677-679

Vollmer, H.C.; Domma, J. (2019): Geschlechtsspezifische Unterschiede bei alkoholabhängigen Patienten zu Beginn stationärer Behandlung. In: Suchttherapie 20/:85-91

Wannamethee, G.; Shaper, A.G. (1988): Men Who Do Not Drink: A Report from the British Regional Heart Study. In: International Journal of Epidemiology 17/2:307-316.

Watson, P.E.; Watson, I.; Batt, R. (1981): Prediction of Blood Alcohol Concentrations in Human Subjects. In: Journal of studies on alcohol 42/7:547-556

Watzka, Carlos (2015): Suizide und ihre biopsychosozialen Bedingungsfaktoren. Epidemiologische Analysen auf Basis von Aggregat- und Individualdaten. Springer Fachmedien, Wiesbaden

Wetterling, Tilman (2015): Einfluss einer Alkoholintoxikation auf suizidales Verhalten bei stationär aufgenommenen Patienten. In: Suizidprophylaxe 42/3:98-102

Whalen, T. (1953): Wives of Alcoholics: Four Types Observed in a Family Service Agency. In: Quarterly Journal of Studies on Alcohol 14/:641-632

White, W; Boyle, M; Loveland, D (2004): Recovery from addiction and recovery from mental illness: Shared and contrasting lessons. In: Recovery and mental illness: Consumer visions and research paradigms:233-258

WHO (1946): The WHO Constitution. Organisation, World Health, New York

WHO (1950): Expert Committee on Mental Health: Report on the first Session of the Alcoholism Subcommittee. Technical Report Series 42, Geneva

WHO (1952): Expert Committee on Mental Health: Alcoholism Subcommittee. Second Report Technical Report Series 48, Geneva

WHO (1954): Expert Committee on Alcohol: First Report. Technical Report Series 84, Geneva

WHO (1964): Expert Committee on Addiction-Producing Drugs, Thirteenth Report. Technical Report Series 273, Geneva

WHO (1977): Official Records of the World Health Organization no. 240 thirtieth World Health Assembly Geneva, 2 -19 May 1977, Part I: Resolutions and Decisions. Assembly, World Health, Geneva

WHO (1985): Einzelziele für „Gesundheit 2000“. Europa, WHO-Regionalbüro für, Kopenhagen

WHO (1986a): Health Promotion: A Discussion Document on the Concepts and Principles. In: Health Promotion 1/ 73-76:

WHO (1986b): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung - WHO-autorisierte Übersetzung: Hildebrandt/Kickbusch auf der Basis von Entwürfen aus der DDR und von Badura sowie Milz. Hg. v. WHO. WHO, Geneva

WHO (1993a): European Alcohol Action Plan, Copenhagen

WHO (1993b): Health for all Targets. The Health Policy for Europe. Hg. v. WHO-EURO. Copenhagen

WHO (1994): Lexicon of alcohol and drug terms. Hg. v. Organisation, World Health. Brussels

WHO (1995): Europäische Charta Alkohol - verabschiedet von der Europakonferenz Gesundheit, Gesellschaft und Alkohol. WHO, Paris

WHO (1997): Policy in action: A tool for measuring alcohol policy implementation. World Health Organization, Copenhagen

WHO (1998): Health 21 - An introduction to the health for all policy framework for the WHO European Region European Health for All Series. Hg. v. WHO. WHO, Copenhagen

WHO (1999a): Europäischer Aktionsplan Alkohol 2000-2005. Europa, WHO Regionalbüro für, Copenhagen

WHO (1999b): Gesundheit 21 - Das Rahmenkonzept "Gesundheit für alle" für die Europäische Region der WHO. Europäische Schriftenreihe. WHO, Copenhagen

WHO (2001): Declaration on Young People and Alcohol. Organization, World Health, Stockholm

WHO (2006): Framework for alcohol policy in the WHO European Region. Copenhagen

WHO (2009): Milestones in Health Promotion - Statements from Global Conferences. World Health Organization, Geneva

WHO (2010): Global strategy to reduce the harmful use of alcohol, Geneva

WHO (2012): Europäischer Aktionsplan zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums (2012–2020). WHO Europe, Copenhagen

WHO (2013): Gesundheit 2020 Rahmenkonzept und Strategie der Europäischen Region für das 21. Jahrhundert, Copenhagen

- WHO (2014): Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. WHO, Geneva
- WHO (2017a): Alcohol labelling - A discussion document on policy options. Hg. v. Organization, World Health, Copenhagen
- WHO (2017b): Tackling NCDs - 'Best buys' and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases. World Health Organisation - Department for Management of NCDs, Disability, Violence and Injury Prevention (NVI), Geneva
- WHO (2018): Global status report on alcohol and health 2018. World Health Organization, Geneva
- WHO (2021): Digital marketing of alcohol: challenges and policy options for better health in the WHO European Region. WHO Europe, Copenhagen
- WHO (2022a): Turning down the alcohol flow. Background document on the European framework for action on alcohol, 2022–2025. World Health Organization. Regional Office for Europe
- WHO (2022b): Turning down the alcohol flow. Background document on the European framework for action on alcohol, 2022–2025. Europe, WHO Regional Office for, Copenhagen
- WHO (2023): Restricting digital marketing in the context of tobacco, alcohol, food and beverages, and breast-milk substitutes: existing approaches and policy options. World Health Organization, Geneva
- WHO (2024): Global alcohol action plan 2022–2030, Geneva
- WHO Europe (2022a): European framework for action on alcohol 2022–2025. Regional Committee for Europe. 72nd session, Tel Aviv
- WHO Europe (2022b): Turning down the alcohol flow. Background document on the European framework for action on alcohol, 2022–2025 Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen
- Widmark, E.M.P. (1932): Die theoretischen Grundlagen und die praktische Verwendbarkeit der gerichtsmedizinischen Alkoholbestimmung. Urban Schwarzenberg, Berlin
- Wilkinson, Claire; Room, Robin (2009): Warnings on alcohol containers and advertisements: international experience and evidence on effects. In: Drug and alcohol review 28/4:426-435
- Williamson, L.; Thom, B.; Stimson, G. V.; Uhl, A. (2015): Stigma as a public health tool: Implications for health promotion and citizen involvement - A response to Bayer and Fairchild. In: Int J Drug Policy 26/7:615-616
- Wilsnack, R.W.; Vogeltanz, N.D.; Wilsnack, S.C.; Harris, R.T. (2000): Gender Differences in alcohol consumption and adverse drinking consequences: cross-cultural patterns. In: Addiction 95/2:251-265

- Wilsnack, R.W.; Wilsnack, S.C. (2013): Gender and alcohol: consumption and consequences. In: Alcohol: Science, Policy, and Public Health. Hg. v. Boyle, P. et al. University Press, Oxford, S. 153-160
- Wilsnack, R.W.; Wilsnack, S.C.; Obot, I. (2005): Why study gender, alcohol and culture? In: Alcohol, Gender und Drinking Problems Perspectives from Low and Middle Income Countries. Hg. v. Obot, I.; Room, R. World Health Organization, Geneva, S. 1-25
- Winstock, Adam R; Holmes, John; Ferris, Jason A; Davies, Emma L (2020): Perceptions of alcohol health warning labels in a large international cross-sectional survey of people who drink alcohol. In: *Alcohol and alcoholism* 55/3:315-322
- Wirth, James H; Bodenhausen, Galen V (2009): The role of gender in mental-illness stigma: A national experiment. In: *Psychological Science* 20/2:169-173
- Wolfe, Sarah A; Workman, Emily R; Heaney, Chelcie F; Niere, Farr; Namjoshi, Sanjeev; Cacheaux, Luisa P; Farris, Sean P; Drew, Michael R; Zemelman, Boris V; Harris, R Adron (2016): FMRP regulates an ethanol-dependent shift in GABA BR function and expression with rapid anti-depressant properties. In: *Nature communications* 7/1:1-13
- Wolstenholme, A.; Drummond, C.; Deluca, P.; Davey, Z.; Elzerbi, C.; Gual, A.; Robles, N.; Goos, C.; Strizek, Julian; Godfrey, C.; Mann, K.; Zois, E.; Hoffman, S.; Gmel, G.; Kuendig, H.; Scafato, E.; Gandin, C.; Coulton, S.; Kaner, E. (2012): Alcohol interventions and treatments in Europe. In: *Alcohol Policy in Europe: Evidence from AMPHORA*. Hg. v. Anderson, P. et al. European Commission, Brussels
- Wood, Angela M; Kaptoge, Stephen; Butterworth, Adam S; Willeit, Peter; Warnakula, Samantha; Bolton, Thomas; Paige, Ellie; Paul, Dirk S; Sweeting, Michael; Burgess, Stephen (2018): Risk thresholds for alcohol consumption: combined analysis of individual-participant data for 599 912 current drinkers in 83 prospective studies. In: *The Lancet* 391/10129:1513-1523
- World Cancer Research Fund; American Institute for Cancer Research (2022): Diet, Nutrition, Physical Activity and the Prevention of Cancer. Summary of Strong Evidence [online]. wcrf.org/cupmatrix assessed [Zugriff am 27.04.2022]
- World Economic Forum und WHO (2011): From burden to "best buys": reducing the economic impact of non-communicable diseases in low- and middle-income countries. World Economic Forum, Geneva
- Wozniak, Jeffrey R; Riley, Edward P; Charness, Michael E (2019a): Clinical presentation, diagnosis, and management of fetal alcohol spectrum disorder. In: *The Lancet Neurology* 18/8:760-770
- Wozniak, Jeffrey R; Riley, Edward P; Charness, Michael E (2019b): Diagnosis, epidemiology, assessment, pathophysiology, and management of fetal alcohol spectrum disorders. In: *The Lancet Neurology* 18/8:760
- Zhao, Jinhui; Stockwell, Tim; Naimi, Tim; Churchill, Sam; Clay, James; Sherk, Adam (2023): Association between daily alcohol intake and risk of all-cause mortality: a systematic review and meta-analyses. In: *JAMA network open* 6/3:e236185-e236185

Zhao, Jinhui; Stockwell, Tim; Roemer, Audra; Naimi, Timothy; Chikritzhs, Tanya (2017): Alcohol consumption and mortality from coronary heart disease: an updated meta-analysis of cohort studies. In: Journal of studies on alcohol and drugs 78/3:375-386

Zhao, Jinhui; Stockwell, Tim; Vallance, Kate; Hobin, Erin (2020): The effects of alcohol warning labels on population alcohol consumption: an interrupted time series analysis of alcohol sales in Yukon, Canada. In: Journal of studies on alcohol and drugs 81/2:225-237

Zöckler, M. (2022): Einschränkungen des Alkoholmarketings. Rechtliche Rahmenbedingungen. In: Suchttherapie 23/12