

Kapitel in: Brosch, R.; Mader, R. (Hrsg): Sucht - Problematik und Behandlung in Österreich. LexisNexis, Wien, 2004

Epidemiologie des Alkoholkonsums

Alfred Uhl / Ulrike Kobrna

1 Einleitung

Der Ausdruck „Epidemiologie“ stammt vom griechischen Wort „epidemios“ ab, das soviel wie „im Land verbreitet“ bedeutet. Der Begriff „Epidemiologie“ bedeutet nach Duden (1997) die Wissenschaft von der Entstehung, Verbreitung, Bekämpfung und den sozialen Folgen von Epidemien, zeittypischen Massenerkrankungen und Zivilisationsschäden. Angesichts des Umstandes, dass mäßiger Alkoholkonsum weder als Erkrankung noch als Zivilisationsschaden zu beurteilen ist, ist der Ausdruck „Epidemiologie des Alkoholkonsums“ damit streng genommen logisch inkorrekt. Nachdem die umfassende Analyse der Entstehungszusammenhänge von alkoholkonsumbedingten Problemen aber auch Phänomene wie Alkoholabstinenz und mäßigen Alkoholkonsum einschließen muss, schien es uns vertretbar den Artikel trotzdem mit „Epidemiologie des Alkoholkonsums“ zu überschreiben.

2 Die Einstellung zum Alkoholkonsum

Die Entstehung von Problemen in Zusammenhang mit psychoaktiven Substanzen, wie dem Alkohol, wird, wie Zinberg (1984) betonte, nicht nur von den Eigenschaften der Substanz („Drug“), sondern auch von der konsumierenden Person („Set“) und deren Umgebung („Setting“) determiniert. Unter dem Terminus „Set“ sind beispielsweise die individuellen Einstellungen der AlkoholkonsumentInnen zum Alkoholkonsum relevant, im Zusammenhang mit dem Terminus „Setting“ die Einstellung der gesamten Gesellschaft zu diesem Thema. Da man nicht davon ausgehen kann, dass Einstellungen sich nur einseitig auf das Konsumverhalten auswirken, sondern umgekehrt auch Konsumgewohnheiten die Einstellungen zum Konsum determinieren, ist es leicht nachvollziehbar, dass es keinesfalls einfach ist, Richtung und Art der Kausalbeziehungen empirisch zu quantifizieren. Das bedeutet dass die Mindestvoraussetzung dafür, sich auf eine sinnvolle und differenzierte Art und Weise mit dem Phänomen „Einstellung zum Alkoholkonsum“ auseinandersetzen zu können ist, sich mit unterschiedlichen Einstellungen und Konsummotiven vertraut zu machen. Dazu gibt es in der Literatur einige interessante Ansätze, von denen zwei oft zitierte in der Folge angeführt werden sollen:

Bales (1946) unterschied vier Haltungen den Alkoholkonsum betreffend: Der Konsum von Alkohol kann in einer Kultur verboten sein („*Abstinenzorientierung*“ – „complete abstinence orientation“), er kann eine Rolle in Zusammenhang mit religiösen Ritualen spielen („*rituelle Konsummotivation*“ – „ritual attitude towards drinking“), er kann ein

wichtiger Bestandteil des sozialen Lebens sein („soziale Konsummotivation“ - „convivial attitude towards drinking“) oder er kann aufgrund der psychoaktiven Funktion der Substanz erfolgen (*utilitaristische Konsummotivation* - „utilitarian attitude towards drinking“). Nach Bales sind „Abstinenzorientierung“ sowie „rituelle Konsummotivation“ primär *religiös motiviert*, während die „soziale Konsummotivation“ sowie die „utilitaristische Konsummotivation“ auf Wirkung abzielen, also *funktional* sind. Unter „sozialer Konsummotivation“ versteht Bales das funktionale Konsumziel „Entspannung und Enthemmung zur Erleichterung von Sozialkontakten“. Sind die Ziele des funktionalen Konsums dagegen „Selbstmedikation gegen psychische Probleme“, „hedonistischer Genusskonsum“ oder „Alkoholkonsum um Entzugssymptome zu bekämpfen“ so spricht er von „utilitaristischer Konsummotivation“¹⁾.

Während Bales versuchte die Konsummotivation in qualitative Kategorien zu unterteilen, versuchte Pittman (1964, 1967) eine quantitative Einteilung zu treffen, die er in der Folge auf ganze Kulturen anwandte. Pittman (1967) unterschied hinsichtlich des Alkoholkonsums „Abstinenzkulturen“ („abstinent cultures“), „Ambivalenzkulturen“ („ambivalent cultures“), „Permissivkulturen“ („permissive cultures“) und „extreme Permissivkulturen“ („over-permissive cultures“)²⁾. Zu den „Abstinenzkulturen“ zählen nach Pittman z.B. die islamischen Kulturen, die den Alkoholkonsum generell verbieten. Zu den „Ambivalenzkulturen“, sind z.B. die nordeuropäischen Länder oder die USA zu zählen, weil es dort starke Konflikte zwischen Gruppen gibt, die völlige Alkoholabstinenz fordern und solchen, die auf ihrem Recht Alkohol konsumieren zu dürfen, bestehen. Zu den „Permissivkulturen“ zu zählen sind beispielsweise die mittel- und südeuropäischen Länder, in denen Alkoholkonsum kaum problematisiert wird, der Umgang mit Alkoholkonsum aber kulturell geregelt ist und Alkoholexzesse eher verpönt sind. Unter „extremen Permissivkulturen“ sind, z.B. manche südamerikanischen Länder einzuordnen, in denen nicht nur moderater Alkoholkonsum, sondern auch exzessiver Alkoholkonsum, der auf vollständige Berausung abzielt auf breites Verständnis stößt. Pittman betont allerdings ausdrücklich, dass es sich bei diesen vier Kategorien um idealtypische Konstruktionen und nicht um Taxonomien³⁾ handelt. Konkret bedeutet das, dass es in allen Kulturzonen Individuen und Gruppen gibt, die von der lokal vorherrschenden Einstellung zum Alkoholkonsum erheblich abweichen, das heißt aber auch, dass viele konkrete Staaten nicht eindeutig einer bestimmten Kategorie zuzuordnen sind.

Österreich kann im Sinne der Pittman'schen Klassifikation am ehesten als

-
- 1) Die Bezeichnung „*utilitaristische Konsummotivation*“ ist unseres Erachtens etwas unglücklich gewählt, weil die „*soziale Konsummotivation*“ im Bales'schen Sinne ja auch auf eine bestimmte Wirkung zielt und somit auch als „utilitaristisch“ bezeichnet werden könnte.
 - 2) In einer deutschen Veröffentlichung eines Vortrags von Pittman (1964) wird „*permissive culture*“ eher unglücklich mit „*Zulassungskultur*“ bzw. „*genehmigende Kultur*“ und „*over-permissive culture*“ mit „*zulassend-funktionsgestörte Kultur*“ übersetzt. Seither werden die letzten beiden Kategorien dieser recht populären Klassifikation in der deutschsprachigen Fachliteratur meist mit „*Permissivkultur*“ und „*funktionsgestörte Permissivkultur*“ übersetzt, wobei uns letztere Übersetzung irreführend und sprachlich kaum nachvollziehbar scheint.
 - 3) Eine Taxonomie ist ein Kategoriensystem, das eine eindeutige und vollständige Zuordnung von Objekten zu Kategorien ermöglicht.

„Permissivkultur“ bezeichnet werden, wobei in manchen Teilen der Bevölkerung, ganz besonders in Zusammenhang mit Feierlichkeiten und Freizeitaktivitäten (Hochzeits- und Geburtstagsfeiern, Feiertage wie Silvester, Vereinsfeste von Musikkapellen, Feuerwehren, Sportvereinen, etc. und Urlaubsreisen) durchaus auch deutliche Anzeichen einer „extremen Permissivkultur“ feststellbar sind. So wurden bei einer „Repräsentativerhebung 1993/94“ (Uhl & Springer, 1996) mehr als 2000 erwachsene ÖsterreicherInnen, darüber befragt, in welchen Situationen⁴⁾ für sie „Alkoholkonsum an sich“, eine „leichte Berauschung“ bzw. eine „richtige Berauschung“ vertretbar seien. Berücksichtigt man nur jene Personen, die die Fragen beantwortet haben, so schwankt der Anteil jener, die Alkoholkonsum für vertretbar hielten zwischen 11% „in Zusammenhang mit Sport“ bzw. 19% „während der beruflichen Arbeit zwischen den Mahlzeiten“ und 87% bei „Lokalbesuchen abends mit Freunden oder Bekannten“ bzw. 92% bei „Festen oder Feiern, wie Hochzeit, Geburtstag, Silvester“. Das Urteil darüber, in welchen Situationen eine Beeinträchtigung durch Alkohol vertretbar sei, reichte von 1% „in Zusammenhang mit Sport“ bzw. 1% „während der beruflichen Arbeit zwischen den Mahlzeiten“ bis 28% bei „Lokalbesuchen abends mit Freunden oder Bekannten“ bzw. 56% bei „Festen oder Feiern, wie Hochzeit, Geburtstag, Silvester“, wobei zu betonen ist, dass hier das ganze Kontinuum vom leichten Schwips bis hin zum richtigen Rausch inkludiert ist. Bei expliziter Einschränkung auf „richtiger Rausch“, wurde dieser in den meisten Situationen nur von vereinzelten Interviewpartnern als vertretbar erachtet. Die höchsten Werte ergaben sich in den Situationen „Lokalbesuche abends mit Freunden oder Bekannten“ und bei „Festen oder Feiern, wie Hochzeit, Geburtstag, Silvester“, wo 5% bzw. 19% der befragten Personen, auch einen „richtigen Rausch“ für vertretbar erachteten. Auf die bereits rund zehn Jahre alten Ergebnisse von Uhl & Springer muss an dieser Stelle deshalb zurückgegriffen werden, weil es in Österreich im Gegensatz zu vielen anderen Ländern keine Tradition gibt, regelmäßig Repräsentativerhebungen zum Thema „Alkoholkonsum“ durchzuführen mangels neuerer Ergebnisse können in Bezug auf Einstellungsveränderungen bezüglich Alkoholkonsum in der letzten Dekade leider nur Vermutungen angestellt werden.

3 Wie viel Alkohol konsumieren die ÖsterreicherInnen im Durchschnitt

Grundsätzlich gibt es zwei Möglichkeiten den Pro-Kopf-Alkoholkonsum einer Nation zu erfassen. Entweder über die offiziellen Produktions-, Verkaufs-, Import- und Exportzahlen (*Statistikmethode*) oder über repräsentative Bevölkerungsumfragen (*Umfragemethode*). Beide Methoden weisen spezifische Mängel auf:

Die *Statistikmethode* erfasst nicht:

- (1) jene Produktionen, die weder gemeldet werden müssen noch steuerpflichtig sind
- (2) die Differenz aus nicht meldepflichtigen legalen Importen und nicht meldepflichtigen legalen Exporten
- (3) die Differenz aus dem Alkoholkonsum von inländischen TouristInnen im Ausland und dem Alkoholkonsum von ausländischen TouristInnen im Inland
- (4) illegale Alkoholproduktion und Alkoholschmuggel

4) Hier wurden 36 konkrete Situationen genannt.

Die *Statistikmethode* ermöglicht außerdem nur eine Gesamtangabe des Pro-Kopf-Alkoholkonsums für einen Staat, aber keine Aussagen über den Konsum von Untergruppen, differenziert nach Geschlecht und Alter.

Die *Umfragemethode* ist durch drei systematische Fehler belastet, die alle zu einer Unterschätzung des Alkoholkonsums führen:

- (1) AlkoholikerInnen werden, wie dies auch für andere Extrem- bzw. Randgruppen gilt, bei Repräsentativerhebungen weit unterproportional erfasst („*Undersampling Fehler*“)
- (2) die interviewten Personen geben den Konsum des Vortages zu niedrig an („*Underreporting Fehler*“)
- (3) die interviewten Personen geben, wenn man sie über den Alkoholkonsum von weiterzurückliegenden Tagen als den Vortag fragt, eine noch geringere Alkoholmenge, als die schon zu niedrige des Vortages an („*Vergessensfehler*“)

Wie weit mittels der *Statistikmethode* der tatsächliche Alkoholkonsum unterschätzt wird, kann teilweise mit Umfragen und spezifischen Forschungsprojekten zu klären versucht werden. So ergab die „Repräsentativerhebung 1993/94“ (Uhl & Springer, 1996), dass rund 6% des in Österreich getrunkenen reinen Alkohols in Form von – nicht in Statistiken erfassten – *vergorenen Most konsumiert* wird. Ein Ergebnis, das z.B. zur Dunkelzifferkorrektur bei der *Statistikmethode* herangezogen werden kann. Wenn man davon ausgeht, dass sich in Österreich, einem Land, welches bezüglich der Alkoholpreise im europäischen Mittelfeld liegt, nicht registrierte Privatimporte und -exporte weitestgehend kompensieren ⁵⁾, d.h. der Alkohol, den ÖsterreicherInnen im Ausland trinken, gleicht jenen, den AusländerInnen in Österreich trinken aus, unter der Annahme, dass illegale Alkoholproduktion und Alkoholschmuggel keine sehr große Rolle spielen, so kann man vermuten, dass der aus Statistiken errechnete Pro-Kopf-Alkoholkonsum relativ verlässlich ist. Letzteres gilt dann, wenn man die 6% nicht berücksichtigten Reinalkohol aus vergorenem Most rechnerisch berücksichtigt ⁶⁾ und sofern der österreichischen Situation entsprechende, durchschnittliche Alkoholgehalte für die Reinalkoholberechnung aus der konsumierten Bier-, Wein- und Spirituosenmenge eingesetzt werden. Eine gewisse Dunkelziffer bei der nicht-gewerblichen Spirituosenproduktion von maximal 1,6% ist hier vernachlässigbar ⁷⁾.

-
- 5) Realistischerweise muss hier aber festgehalten werden, dass die Verlässlichkeit der Pro-Kopf-Alkoholkonsumstatistik seit dem Österreichbeitritt zum EWR (Europäischen Wirtschaftsraum) 1994 und noch mehr seit dem EU-Beitritt 1995, erheblich an Verlässlichkeit eingebüßt hat, weil seither weit größere Mengen Alkohols die Grenzen legal ohne registriert zu werden passieren. So wurden die Mengen an alkoholischen Getränken, die abgabenfrei – und damit unregistriert – aus den EU-Nachbarländern importiert bzw. an sie exportiert werden können, bei Spirituosen von 1 auf 10 Liter, bei Wein von 2,25 auf 90 Liter und bei Bier von 3 auf 110 Liter Bier erhöht.
 - 6) Wenn rund 6% des in Österreich getrunkenen reinen Alkohols über – nicht in Statistiken erfassten – vergorenen Most konsumiert wird, muss man diese Rohschätzung durch 0,94 dividieren, um zur Dunkelzifferadjustierten Schätzung zu gelangen.
 - 7) Laut einer Schätzung des Spirituosenverbands sind diese nicht dokumentierten Mengen mit maximal 10% der „offiziellen“ Werte anzusetzen (Mayer, 1999), was angesichts des Umstands, dass Spirituosen seit 1955 für 10% bis 16% des Gesamtkonsums an Reinalkohol verantwortlich waren, eine Unterschätzung um maximal 1.6% bedeutet.

Beim Vergleich mit internationalen Angaben, wie sie z.B. vom Productschap voor Gedistilleerde Dranken (1998) veröffentlicht werden, ist zu bedenken, dass diese Angaben über den Bierkonsum (Liter Bier), Weinkonsum (Liter Wein) und Spirituosenkonsum (Liter in den Spirituosen enthaltener Reinalkohol) pro Land zugrundelegen und den Reinalkoholanteil in Bier und Wein mittels internationaler Alkoholgehaltsdurchschnittswerte errechnen. Da diese Werte für die österreichischen Verhältnisse um einiges zu niedrig angesetzt sind⁸⁾, ergibt sich eine empfindliche Unterschätzung des Alkoholkonsums (vgl. Tab. 1, Zeile b). Dazu kommt noch, dass bei den internationalen Statistiken der alkoholhaltige Most mangels offizieller Moststatistiken nicht mitberücksichtigt werden kann, was eine weitere Unterschätzung des Pro-Kopf-Alkoholkonsums um ca. 6%⁹⁾ bewirkt (vgl. Tab. 1, Zeile c).

In Tab. 1 finden sich Angaben über das Jahr 1994, in dem die Diskrepanz zwischen der *realistischen österreichischen Schätzung* und der *internationalen Schätzung* 11% (5% plus 6%) ausmachten. Diese Diskrepanz beträgt in manchen Jahren über 20%¹⁰⁾, das Jahr 1994 wurde hier deswegen gewählt, weil für dieses Jahr auch Daten aus der letzten alkoholspezifischen „Repräsentativerhebung 1993/94“ (Uhl & Springer, 1996) vorliegen. Die Angaben in (Tab. 1) enthalten sowohl Angaben in „Gramm Reinalkohol pro Tag (g/t)“ als auch in „Liter Reinalkohol pro Jahr (l/j)“, da diese beiden Größen leicht ineinander umrechenbar sind¹¹⁾.

Die übliche Berechnung des Pro-Kopf-Konsums bezogen auf die Gesamtbevölkerung ergibt – ganz besonders bei Vergleichen über längere Zeiträume hinweg oder beim Vergleich zwischen unterschiedlichen Ländern – ziemlich irreführende Werte. Weil Kinder und Jugendliche bis zum 15. Geburtstag kaum in nennenswertem Mengen Alkohol zu sich nehmen, ist es international üblich, die insgesamt konsumierte Alkoholmenge auf die Bevölkerung die älter als 15 Jahre ist, zu beziehen. Durch diese Vorgehensweise werden Länder bzw. auch Zeitepochen mit einem größeren Kinder- und Jugendlichenanteil hinsichtlich des Alkoholkonsums ungerechtfertigter Weise gemäßiger erscheinen. Aus diesem Grund wird in Tab. 1 der Alkoholgesamtkonsum sowohl auf die Gesamtbevölkerung („Pro-Kopf-Alkoholkonsum“) als auch auf die Bevölkerung ab dem 15. Lebensjahr („Pro-Kopf-Alkoholkonsum der trinkenden Bevölkerung“) bezogen, dargestellt.

Für LeserInnen, die sich unter der Mengenangabe „Gramm Reinalkohol“ sich nicht

8) Für internationale Berechnungen wird der durchschnittliche Alkoholgehalt von Bier mit 4,5 Vol.-% und jener von Wein mit 10,0 Vol.-% angesetzt. Der Durchschnittsalkoholgehalt von Bier beträgt in Österreich jedoch ca. 5,0 Vol.-% und jener von Wein ca. 11,5 Vol.-%.

9) Die Schätzung des Konsums von alkoholhaltigem Most in Österreich basiert auf der „Repräsentativerhebung 1993/94“ (Uhl & Springer, 1996).

10) Die unterschiedlich stark ausgeprägte Diskrepanz zwischen den internationalen Alkoholkonsumstatistiken und der österreichischen Alkoholkonsumstatistik erklärt sich teilweise dadurch, dass die internationalen Statistiken zwecks Pro-Kopf-Berechnung jedes Jahr mit vorläufigen Schätzungen der Wohnbevölkerung operieren und diese Berechnungen später, bei Vorliegen der konkreten Wohnbevölkerungszahl nicht mehr korrigieren, während die österreichischen Statistiken auf die von Statistik Austria endgültig festgelegte Wohnbevölkerungszahl aufbauen.

11) "Liter Alkohol pro Jahr" = "Gramm Alkohol pro Tag" × 365 : 789 (vgl. Uhl et al., 2001).

konkret etwas vorstellen können sei erwähnt, dass 20g Reinalkohol in etwa einem „österreichischen Standardglas“ von 1/4 Liter Wein oder 1/2 Liter Bier entsprechen (vgl. Uhl et al., 2001). Der in Tab. 1 für „Ab-15-Jährige“ ausgewiesene durchschnittliche Tagesalkoholkonsum von 28,9 Gramm Alkohol entspricht somit ca. 3/8 Liter Wein bzw. ca. 3/4 Liter Bier, der durchschnittliche Jahresalkoholkonsum von 13,4 Litern Reinalkohol entspricht rund 270 Litern Bier, 120 Litern Wein oder 34 Litern Schnaps mit 40 Vol.-%.

Tab. 1: Pro-Kopf-Alkoholkonsum in Österreich im Jahre 1994

	Methode	pro EW	pro EW ab 15 Jahre	pro EW	pro EW ab 15 Jahre	Anteil am realistisch geschätz. Konsum
a	internationale Statistiken	21,2 g/t	25,7 g/t	9,8 l/j	11,9 l/j	89%
b	Fehler durch Annahmen über den Alkoholgehalt von alkoholischen Getränken, die der österreichischen Situation nicht entsprechen	1,2 g/t	1,4 g/t	0,6 l/j	0,7 l/j	5%
c	Dunkelziffer: Konsum von alkoholhaltigem Most	1,4 g/t	1,7 g/t	0,7 l/j	0,8 l/j	6%
d	Umfragemethode: basierend auf Alkoholwochenkonsum	9,0 g/t	11,0 g/t	4,2 l/j	5,1 l/j	38%
e	Umfragemethode Undersampling Fehler	5,2 g/t	6,3 g/t	2,4 l/j	2,9 l/j	22%
f	Umfragemethode Underreporting Fehler	5,2 g/t	6,3 g/t	2,4 l/j	2,9 l/j	22%
g	Umfragemethode Vergessensfehler	4,4 g/t	5,4 g/t	2,0 l/j	2,5 l/j	19%
a+b+c bzw. d+e+f+g	Berechnung mit realistischen Alkoholgehaltswerten unter Berücksichtigung des alkoholhaltigen Mostkonsums (Uhl & Springer,)	23,8 g/t	28,9 g/t	11,0 l/j	13,4 l/j	100%

Quelle: Uhl & Springer (1996); Uhl et al. (2001); eigene Berechnungen

Uhl & Springer (1996) konnten zeigen, dass man mit der *Umfragemethode* nur etwas mehr als ein Drittel (38%) des tatsächlich konsumierten Alkohols erfasst werden kann (Tab. 1, Zeile d). Über ein relativ kompliziertes Untersuchungsdesign gelang es Uhl & Springer den Anteil der drei Fehlerquellen an der 62%igen Unterschätzung quantitativ zu bestimmen: 35% der Unterschätzung (das entspricht 22% der tatsächlich konsumierten Reinalkoholmenge) sind zurückzuführen auf den *Undersampling Fehler*, weitere 35% der Unterschätzung (das entspricht 22% der tatsächlich konsumierten Reinalkoholmenge) sind zurückzuführen auf mehr oder weniger bewusste Fehlangaben im Sinne des *Underreporting Fehlers* und 30% der Unterschätzung (das entspricht 19% der tatsächlich konsumierten Reinalkoholmenge) sind zurückzuführen auf den *Vergessensfehler* (vgl. Tab. 1, Zeilen e bis g).

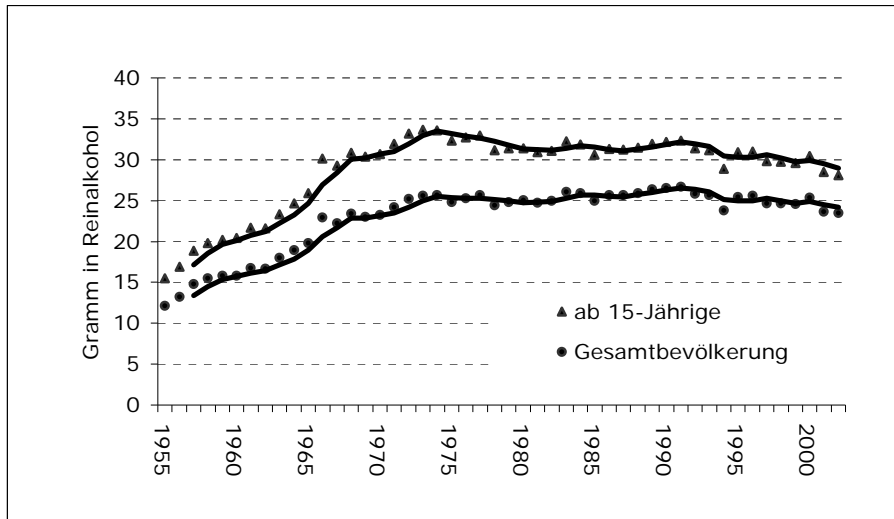
Um ein einigermaßen verlässliches Bild des Alkoholkonsums, getrennt nach Alter und Geschlecht zeichnen zu können, ist es sinnvoll auf Umfragedaten aufzubauen, und die dieser Methode wie oben beschrieben, anhaftenden Fehler rechnerisch zu kompensieren, wie das Uhl & Springer (1996) basierend auf die „Repräsentativerhebung 1993/94“ taten. Werden in der Folge Ergebnisse aus der „Repräsentativerhebung 1993/94“ dargestellt, so handelt es sich dabei grundsätzlich nicht um simple Auswertungen von Fragebogenrohdaten, sondern um komplexe Schätzungen, bei denen systematische Verzerrung durch den *Undersampling Fehler*, den *Underreporting Fehler* und den *Vergessensfehler rechnerisch kompensiert worden sind*. Es ist daher wenig sinnvoll diese Ergebnisse mit üblicherweise unkorrigierten Auswertungen von Repräsentativerhebungen zu vergleichen, da diese, wie wir in Tab. 1 aufzeigten, nur etwas mehr als ein Drittel des tatsächlich erfolgten Alkoholkonsums erfassen.

4 Die Entwicklung des Alkoholkonsums in Österreich

Wenn man die Entwicklung hinsichtlich des „*Pro-Kopf-Alkoholkonsum der trinkenden Bevölkerung*“ seit 1955 verfolgt, so fällt ein *rascher Anstieg* von 1955 (rund 15 g Reinalkohol pro Tag und Person) bis Mitte der 1970er Jahre (rund 33 g Reinalkohol pro Tag und Person) auf. Danach kommt es wieder zu einem langsamen aber *kontinuierlichen Absinken* des Konsums bis 2002 (28 g Reinalkohol pro Tag und Person). Gab es in den ersten drei Dekaden nach 1955 einen Anstieg des Durchschnittskonsums auf 220% so kann man über die letzten drei Dekaden einen *kontinuierlichen Abfall um 15%* feststellen (Abb. 1).

Angesichts des Umstandes, dass der Anteil der Unter-15-Jährigen an der Gesamtbevölkerung von 24% Mitte der 1970er Jahre, auf 16% im Jahre 2002 gesunken ist, wäre es unsinnig Veränderungen des „*Pro-Kopf-Alkoholkonsum der Gesamtbevölkerung*“ auf dieser Basis inhaltlich zu interpretieren. Es könnte dabei, bei naiver Betrachtung nämlich leicht der fälschliche Eindruck entstehen, dass der durchschnittliche Alkoholkonsum von der Mitte der 1970er Jahre bis zum Jahr 1990 leicht angestiegen ist, und dass er danach langsam wieder auf das Niveau der 1970er Jahre zurückgegangen sei (Abb. 1).

Abb. 1: Entwicklung des Pro-Kopf-Konsums von Reinalkohol in Österreich (geglättet)

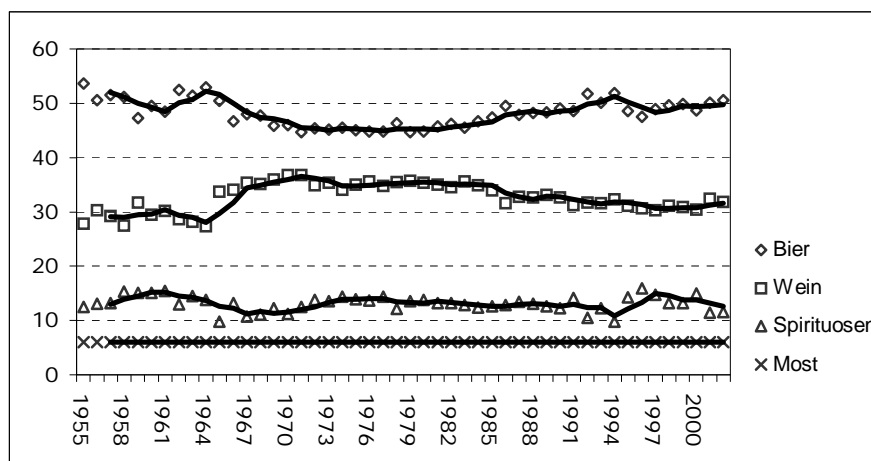


(Quelle: Statistik Österreich, 2003; österreichischer Spirituosenverband, 2003; eigene Berechnungen)
Kommentar: Die Werte sind mittels Gleitmittelwertbildung über 3 Werte geglättet.

Teilt man die Statistiken nach Bier, Wein, Most und Spirituosen auf, kann man aus den Tabellen auch den Anteil dieser Kategorien am Gesamtalkoholkonsum im langfristigen Zeitvergleich ersehen. In Abb. 2 werden diese Veränderungen der relativen Bedeutung übersichtlich dargestellt. Dabei zeigt sich, dass die Vorliebe der ÖsterreicherInnen für bestimmte alkoholische Getränkearten langfristig keinen sehr großen Schwankungen unterworfen war.

Der Stellenwert des Biers schwankte von 1955 bis 2002 zwischen 45% und 54% Anteil am Reinalkoholkonsum, wobei sich in der Mitte des Beobachtungszeitraums ein langanhaltendes Minimum abgezeichnet hat. Der Stellenwert des Weines schwankte – diametral zum Bier – zwischen 27% und 37%. Spirituosen schwankten im ganzen Zeitraum zwischen 10% und 16% und bei Most ergibt sich in Abb. 2 eine konstante Linie, da mangels geeigneter Statistiken ein gleich bleibender Anteil von 6% am Gesamtalkoholkonsum angenommen wurde.

Abb. 2: Relativer Anteil der Getränkearten am Konsum reinen Alkohols in Österreich (geglättet)



Quelle: Statistik Österreich, 2003; österreichischer Spirituosenverband, 2003; eigene Berechnungen.
 Kommentar: Die Werte sind mittels Gleitmittelwertbildung über 3 Werte geglättet.

5 durchschnittlicher Alkoholkonsum in Österreich

Bei der Auswertung der Repräsentativerhebung 1993/94 (Uhl & Springer, 1996) erfolgte eine Unterteilung der Personen nach deren Umgang mit Alkohol in Kategorien. Von zentraler Bedeutung waren hierbei die „Harmlosigkeitsgrenze“, bis zu der der Alkoholkonsum bei gesunden Erwachsenen als unbedenklich gelten kann, und die „Gefährdungsgrenze“, ab der Alkoholkonsum längerfristig als erheblich gesundheitsgefährdend eingestuft werden muss. Bezüglich dieser beiden Grenzen orientierten wir uns an den Empfehlungen des britischen Health Education Council (1994), das einen täglichen Durchschnittskonsum bis 16 Gramm Alkohol bei Frauen und bis 24

Gramm Alkohol bei Männern als harmlos, und einen täglichen Alkoholkonsum von mehr als 40 Gramm Alkohol bei Frauen und von mehr als 60 Gramm Alkohol bei Männern als gesundheitsgefährdend einstuft. Diese Empfehlungen wurden inzwischen auch über WHO-Publikationen (z.B. Anderson, 1990) international popularisiert (Tab. 2).

Tab. 2: „Harmlosigkeitsgrenze“ und „Gefährdungsgrenze“ lt. Health Education Council (1994)

	Männer	Frauen
Harmlosigkeitsgrenze: Konsum als unbedenklich eingestuft	bis 24 Gramm reiner Alkohol pro Tag ≈ 0,6 Liter Bier ≈ 0,3 Liter Wein	bis 16 Gramm reiner Alkohol pro Tag ≈ 0,4 Liter Bier ≈ 0,2 Liter Wein
Gefährdungsgrenze: Konsum als gesundheits-gefährdend eingestuft	ab 60 Gramm reiner Alkohol pro Tag ≈ 1,5 Liter Bier ≈ 0,75 Liter Wein	ab 40 Gramm reiner Alkohol pro Tag ≈ 1 Liter Bier ≈ 0,5 Liter Wein

Quelle: "Handbuch: Alkohol – Österreich" (Uhl et al., 2001)

Konkret unterschieden wir anhand der Alkoholkonsumgewohnheiten sechs Kategorien von Personen

- „Primäre Abstinente bzw. Fastabstinente“; das sind Personen, die noch nie getrunken haben, bzw. maximal einmal pro Vierteljahr Alkohol zu sich genommen haben.
- „Sekundäre Abstinente bzw. Fastabstinente“; das sind Personen, die früher getrunken haben, jetzt aber abstinent leben bzw. im letzten Vierteljahr maximal einmal Alkohol zu sich genommen haben.
- „Personen mit geringem Alkoholkonsum“; das sind Frauen bzw. Männer, die durchschnittlich nicht mehr als 16g bzw. 24g Alkohol pro Tag trinken.
- „Personen mit mittlerem Alkoholkonsum“; das sind Frauen bzw. Männer, die durchschnittlich mehr als 16g bzw. 24g Alkohol, aber weniger als 40g bzw. 60g Alkohol pro Tag trinken.
- „Personen mit problematischem Alkoholkonsum“ („AlkoholmissbraucherInnen“); das sind Frauen bzw. Männer, die durchschnittlich mehr als 40g bzw. 60g Alkohol pro Tag trinken.
- „AlkoholikerInnen“; das sind Personen, die den ICD-10 Diagnose Kriterien für „chronische Alkoholabhängigkeit“ entsprechen.

Wie man Tab. 3 entnehmen kann trinken 60,3% der ÖsterreicherInnen Alkoholmengen, die unter der Harmlosigkeitsgrenze liegen, 21,4% soviel, dass sie zwischen der Harmlosigkeitsgrenze und der Gefährdungsgrenze liegen und 18% der ÖsterreicherInnen sind als AlkoholmissbraucherInnen zu bezeichnen. Männer trinken zu 28,7% in gesundheitsgefährdendem Ausmaß, bei den Frauen beträgt der Anteil derer, die in gesundheitsgefährdendem Ausmaß trinken 8,5%. In diesen Prozentangaben enthalten sind 7,5% Alkoholiker unter den Männern und 2,5% Alkoholikerinnen unter den Frauen. Aus

der Repräsentativerhebung von 1993/94 direkt wurde nur die Anzahl der ProblemkonsumentInnen inkl. AlkoholikerInnen geschätzt. Die Unterteilung in AlkoholikerInnen und andere problematische AlkoholkonsumentInnen in Tab. 3 erfolgte anhand von Überlegungen, die in Kap. 8 näher erläutert werden.

Tab. 3: Gruppen nach Alkoholkonsumgewohnheiten und Geschlecht

16-99Jährige	Kategorie	Männer	Frauen	ges.
unter „Harmlosigkeitsgrenze“	primäre Alkoholabstinenz / Fastabstinenz	6,4%	17,3%	12,0%
	sek. Alkoholabstinenz/ Fastabstinenz	6,8%	15,5%	11,3%
	geringer Alkoholkonsum	31,3%	42,2%	37,0%
zwischen den Grenzen	mittlerer Alkoholkonsum	26,7%	16,5%	21,4%
über „Gefährdungsgrenze“	problematischer Alkoholkonsum (Alkoholmissbrauch)	21,2%	6,0%	13,3%
	Alkoholismus	7,5%	2,5%	5,0%
		100,0%	100,0%	100,0%
	Stichprobenumfang	5.330	5.819	11.150

Quelle: „Repräsentativerhebung 1993/94“, Uhl & Springer, 1996

6 Alkoholtrinkfrequenz in Österreich

Auch Angaben über die Frequenz, mit der die ÖsterreicherInnen Alkohol konsumieren, sind der Repräsentativerhebung 1993/94 (Uhl & Springer, 1996) entnommen, wobei auch hier systematische Fehler („Undersampling“) durch geeignete mathematische Methoden kompensiert wurden. Wie man Tab. 4 entnehmen kann trinken 12% der Ab-16-Jährigen täglich und weitere 4% fast täglich Alkohol. Bei den Männern findet sich täglicher und fast täglicher Alkoholkonsum in 25% der Fälle, bei den Frauen in 8% der Fälle. Eine Darstellung der Verteilung des täglichen Alkoholkonsums und eine Diskussion der Dynamik der Konsumfrequenz mit zunehmendem Alter findet sich in Kap. 12.

Tab. 4: Alkoholkonsumfrequenz in den letzten 3 Monaten

Alkoholkonsumfrequenz 16-99Jährige	Frauen	Männer	ges.
an 7 Tagen/Woche	6%	20%	12%
an 6 Tagen/Woche	2%	5%	4%
an 5 Tagen/Woche	3%	8%	5%
an 4 Tagen/Woche	3%	7%	5%
an 3 Tagen/Woche	7%	14%	10%
an 2 Tagen/Woche	12%	13%	12%
an 1 Tag/Woche	12%	8%	10%
1-mal in 14 Tagen	11%	5%	8%
1-mal pro Monat	10%	5%	8%
seltener als 1-mal pro Monat oder nie	35%	16%	26%
	100%	100%	100%
Stichprobenumfang	3 957	3 685	7 642

Quelle: Uhl & Springer (1996)

7 Alkoholberauschung bezogen auf Alter und Geschlecht

Im Zuge der Repräsentativerhebung 1993/94 (Uhl/Springer, 1996) wurden die

interviewten Personen nach der Häufigkeit von „Schwips“, „Rausch“ und „Vollrausch“ befragt, wobei die Begriffe

- „Schwips“ als „leichte Berausung“,
- „Rausch“ als „stärkere Berausung, bei der man sich am nächsten Tag allerdings noch an alles erinnern kann“ und
- „Vollrausch“ als „sehr starke Berausung mit Erinnerungslücken am nächsten Tag“ definiert wurden.

Die mehr oder weniger starke Berausung mit Alkohol gehört zumindest gelegentlich zum Leben der ÖsterreicherInnen. Aus Tab. 5 kann man ersehen, dass 75% der ÖsterreicherInnen nach eigenen Angaben bereits mindestens einmal einen Schwips (d.h. einen Schwips oder mehr), 60% mindestens einmal einen Rausch (d.h. einen Rausch oder mehr) und 52% mindestens einmal einen Vollrausch gehabt haben. Ein Vollrausch in den letzten 3 Monaten wurde von 8% Befragten angegeben.

Tab. 5: Alkoholberauschung

	Frauen	Männer	ges.
Schwips o.m. mindestens einmal pro Woche	6%	19%	12%
mindestens einmal im letzten Vierteljahr	23%	37%	29%
nie im letzt. Vierteljahr aber früher	39%	29%	34%
nie im Leben Schwips o.m.	32%	16%	25%
Rausch o.m. mindestens einmal pro Woche	2%	8%	4%
mindestens einmal im letzten Vierteljahr	7%	24%	15%
nie im letzt. Vierteljahr aber früher	41%	42%	41%
nie im Leben Rausch o.m.	50%	27%	39%
Vollrausch mindestens einmal pro Woche	1%	3%	2%
mindestens einmal im letzten Vierteljahr	3%	10%	6%
nie im letzt. Vierteljahr aber früher	38%	51%	44%
nie im Leben Vollrausch	58%	36%	48%
Anzahl	3 954	3 529	7 483

Quelle: Uhl & Springer (1996)

Aus diesen Ergebnissen kann man auch ersehen wie unsinnig es ist, undifferenziert nach dem Phänomen „Rausch“ zu fragen und für die Befragten damit offen zu lassen, ob man Schwips, Rausch oder Vollrausch meint. Wenn man hier detailliert nach der Art des Rausches fragt, zeigt sich, dass 38% der ÖsterreicherInnen während der letzten drei Monaten einen Schwips hatten, aber nur 8% für dieses Zeitintervall einem Vollrausch angaben.

Da Männer öfter und größere Mengen Alkohol trinken, ist es auch nicht verwunderlich, dass alle drei Formen des Rausches bei Männern erheblich öfter vorkommen als bei Frauen. Ein detaillierter Verlauf der Berausung im Altersvergleich findet sich in Kap. 12.

8 Alkoholismus in Österreich

Anhand der Spitalsentlassungsdiagnosen, dem Anteil erstmals behandelter AlkoholikerInnen im Anton-Proksch-Institut und einer Dunkelzifferabschätzung hat Uhl

(1994) grob geschätzt, dass im Querschnitt rund 5% der ÖsterreicherInnen im trinkfähigen Alter als „AlkoholikerInnen“ zu klassifizieren sind (*Prävalenz*). Bei 6,8 Millionen ÖsterreicherInnen in der Altersgruppe ab dem 15. Geburtstag ergibt das für das Jahr 2003 rund 340.000 AlkoholikerInnen. Nimmt man ferner an, dass der Frauenanteil unter den AlkoholikerInnen rund 25% beträgt, so ergibt sich, eine Alkoholismusprävalenz bei Männern von 7,5% (absolut 255.000 Alkoholiker) und bei Frauen von 2,5% (absolut 85.000 Alkoholikerinnen, Tab. 6).

Tab. 6: Prävalenz, Gesamtlebenszeitprävalenz und Inzidenz des chronischen Alkoholismus in Österreich

	Männer	Frauen	Männer und Frauen
<i>Prävalenz</i> (Zahl der AlkoholikerInnen im Querschnitt)	7,5% der Jugendlichen und Erwachsenen ab dem 15. Geburtstag ca. 255.000 Personen	2,5% der Jugendlichen und Erwachsenen ab dem 15. Geburtstag ca. 85.000 Personen	5% der Jugendlichen und Erwachsenen ab dem 15. Geburtstag ca. 340.000 Personen
<i>Gesamtlebenszeitprävalenz</i> (Zahl jener, welche die Krankheit im Laufe ihres Lebens durchmachen)	14% der Geborenen	6% der Geborenen	10% der Geborenen
<i>Inzidenz</i> (Neuerkrankungsrate an Alkoholismus pro Jahr)	0,19% der männl. Bevölk. ca. 6.400 Personen pro Jahr	0,07% der weibl. Bevölk. ca. 2.600 Personen pro Jahr	0,13% der Gesamtbevölk. ca. 9.000 Personen pro Jahr
<i>Mortalität:</i> AlkoholikerInnen, die pro Jahr sterben	14% der männl. Verstorb. ca. 7.500 Personen pro Jahr	6% der weibl. Verstorb. ca. 2.500 Personen pro Jahr	10% aller Verstorbenen ca. 10.000 Personen pro Jahr

Quelle: Uhl (1994), weitere Berechnungen

Aus dem Umstand, dass männliche AlkoholikerInnen durchschnittlich um das 26. Lebensjahr und weibliche um das 34. Lebensjahr an Alkoholismus erkranken (Uhl, 1994), dem Umstand, dass männliche AlkoholikerInnen durchschnittlich um 17 Jahre und weibliche durchschnittlich um 20 Jahre früher sterben als Nicht-AlkoholikerInnen (Bühringer et al., 2000), ausgehend von einer durchschnittlichen Lebenserwartung von 75 Jahren für Männer und von 81 Jahren für Frauen ergibt sich, dass die *Gesamtlebenszeitprävalenz* (die Zahl jener Personen, die im Laufe ihres Lebens an Alkoholismus erkranken) bei Männern rund 1,88-mal¹²⁾ so hoch ist wie die Prävalenz im Querschnitt der Ab-15-jährigen Männer und bei Frauen rund 2,44-mal¹³⁾ so hoch. Da das Verhältnis der männlichen und weiblichen Geburten annähernd ausgewogen ist, bedeuten

12) $(75-15) : ((75-17)-26) = 1,88$

13) $(81-15) : ((81-20)-34) = 2,44$

14% Gesamtlebenszeitprävalenz bei Männern und 6% bei Frauen, dass die Gesamtlebenszeitprävalenz für die Bevölkerung 10% ¹⁴⁾ beträgt. Anders ausgedrückt: Wenn sich die Alkoholismus-Neuerkrankungsrate (*Inzidenz*) pro Jahr langfristig nicht ändert, kann man davon ausgehen, dass rund 10% der ÖsterreicherInnen (6% der Frauen und 14% der Männer) im Laufe ihres Lebens an chronischem Alkoholismus erkranken werden.

Die jährliche Alkoholismus Neuerkrankungsrate (*Inzidenz*) kann man – konstante Rahmenbedingungen vorausgesetzt – errechnen indem man die *Gesamtlebenszeitprävalenz* durch die *Lebenserwartung* dividiert. Die absolute Zahl der Neuerkrankungen pro Jahr erhält man, indem man die Neuerkrankungsrate mit der Wohnbevölkerungszahl multipliziert ¹⁵⁾.

Konstante Bedingungen vorausgesetzt, kann man aus der Gesamtlebenszeitprävalenz des Alkoholismus unmittelbare Rückschlüsse auf den Anteil der AlkoholikerInnen unter den Verstorbenen ziehen. Betrachtet man auch zum Zeitpunkt des Todes abstinenten AlkoholikerInnen, in Übereinstimmung mit der herrschenden Auffassung, noch als AlkoholikerInnen ¹⁶⁾, so muss der Prozentsatz der AlkoholikerInnen unter den Verstorbenen langfristig der Gesamtlebenszeitprävalenz des Alkoholismus entsprechen. Da derzeit in Österreich rund 80.000 Personen pro Jahr sterben, bedeutet das, dass 10% davon, also 8.000 Verstorbene, AlkoholikerInnen waren. Damit sind wir in der Nähe der populären Frage angelangt, wie viele Menschen pro Jahr an Alkoholismus sterben.

9 Alkohol und Mortalität

Die Frage „Wie viele Menschen sterben durch Alkoholmissbrauch und Alkoholismus?“ wird zwar häufig gestellt - von ExpertInnen auch immer wieder mit konkreten Zahlenangaben beantwortet – die Frage ist aber als solche, *logisch betrachtet völlig unsinnig*. Diese Frage wäre nur dann sinnvoll, wenn es für den vorzeitigen Tod eines Menschen, zumindest in den meisten Fällen, eine eindeutige Ursache gäbe. Das trifft aber nicht zu. Am vorzeitigen Tod von Individuen sind fast immer eine Fülle unterschiedlicher Ursachen beteiligt. Man kann aber nicht jemanden, dessen Lebenserwartung durch exzessiven Alkoholkonsum, durch Nikotinkonsum, durch übermäßigen Fleischkonsum, durch Bewegungsarmut, durch Stress und vieles mehr erheblich verkürzt wurde, gleichzeitig als „Alkoholtoten“, als „Nikotintoten“, als „Fleischtoten“, als „Bewegungsmangeltoten“, als „Stresstoten“ usw. klassifizieren und so in Kauf nehmen, dass die Summe der Toten nach Todesursachen aufgelistet, ein Vielfaches von 100% ergibt (vgl. dazu Uhl, 2002).

Logisch sinnvoller im Zusammenhang mit alkoholspezifischer Mortalität, wenn auch nur mit großem Forschungsaufwand bestimmbar, sind folgende *nicht-kausalen Fragen*:

14) $(6\% + 14\%) : 2 = 10\%$

15) $0.13\% \times 6.800.000 = 8840 \approx 9000$

16) Auch AlkoholikerInnen, denen es gelingt phasenweise oder gänzlich alkoholabstinent zu leben, gelten in der Medizin als „AlkoholikerInnen“. Die grundlegende Suchtproblematik bleibt nämlich auch im Falle der anhaltenden Abstinenz weiterhin bestehen.

„Um wie viel ist die Lebenserwartung von AlkoholikerInnen verringert?“, „Wie viele Menschen sterben pro Jahr durch akute Alkoholvergiftungen“ und „Wie viele Menschen sterben durch Unfälle mit alkoholisierten Beteiligten?“

- Erstere Frage haben wir bereits im Kap. 8 behandelt. Man kann annehmen, dass die Lebenserwartung von Alkoholikern um durchschnittlich 17 Jahre und jene von Alkoholikerinnen um durchschnittlich 20 Jahre verringert ist.
- Bezüglich der zweiten Frage kann man schätzen, dass in Österreich rund 100 Menschen pro Jahr an *reinen Alkoholvergiftungen* sterben, wobei hier Todesfälle durch Mischintoxikationen mit Alkohol und anderen psychoaktiven Substanzen, Unfälle im Vollrausch (Stürze, Aspirieren von Erbrochenem, Erfrieren usw.) nicht enthalten sind (Uhl & Kobrna, 2001 gestützt auf Berzlanovich et al., 1998). Dazu kommen noch pro Jahr rund 100 Tote¹⁷⁾ die bei *Verkehrsunfällen* mit alkoholisierten Beteiligten ums Leben kamen; das sind rund 10% aller Verkehrstoten¹⁸⁾. Dazu kommt auch noch eine Dunkelziffer von Todesopfern bei Verkehrsunfällen, bei denen eine Alkoholisierung der Beteiligten nicht bemerkt und/oder festgehalten wurde. Da Tote in Zusammenhang mit Verkehrsunfällen nur rund ein Drittel *aller Unfalltote* in Österreich ausmachen (Statistik Austria, 2002), kann man unter der willkürlichen Ad-hoc-Annahme¹⁹⁾, dass Alkoholisierung bei anderen Unfällen eine ähnliche Rolle spielt wie im Straßenverkehr, ganz grob geschätzt noch bei mindestens weiteren 200 Unfalltoten einen Zusammenhang mit Alkoholkonsum herstellen. Insgesamt ergibt das pro Jahr grob geschätzt für Österreich *mindestens 400 Unfalltote in Zusammenhang mit Alkoholkonsum*.

Auch wenn das in der Öffentlichkeit oft anders dargestellt wird ist zu betonen, dass „in Zusammenhang mit Alkohol“ nicht einfach mit „verursacht durch Alkohol“ gleichgesetzt werden darf. Um *Kausalfragen*, die nur auf einen unklaren Zusammenhang sondern auf das Ursache-Wirkungsgefüge abzielen, beantworten zu können, ist es nötig den kausal auf den Alkoholkonsum attribuierbaren Anteil des Zusammenhangs zu schätzen, und das ist ohne Frage der forschungsmäßig schwierigste Zugang. Solche Kausalfragen sind z.B: „Wie viele Lebensjahre gehen durch Alkoholismus durchschnittlich verloren?“ bzw. „Wie viele tödliche Unfälle werden durch Alkoholkonsum verursacht?“ Zur Frage des kausal attribuierbaren Anteils am Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Mortalität ist folgendes zu sagen:

- Es steht außer Frage, dass starker Alkoholkonsum viele menschliche Organe

17) Im Jahre 1972 hatte die Zahl der Verkehrstoten mit alkoholisierten Beteiligten mit der Anzahl von 449 Toten ein Maximum erreicht. Seit damals sank die Zahl kontinuierlich und erreichte im Jahre 2000 mit 66 Toten ein Minimum. Im Jahre 2002 waren es dann wiederum 92 Verkehrstote mit alkoholisierten Beteiligten.

18) Der Anteil der Verkehrstoten mit alkoholisierten Beteiligten an allen Verkehrstoten ist, ausgehend von einem Maximum von 19% im Jahre 1963 kontinuierlich auf 7% in den Jahren 2000 und 2001 abgesunken, und 2002 wieder auf 10% angestiegen.

19) Darüber, bei wie vielen Nicht-KFZ-Unfällen mit Todesopfern alkoholisierte Personen beteiligt waren, liegen uns keine Informationen vor.

schwer schädigt, wodurch die Lebenserwartung drastisch verringert wird. Es ist aber auch bekannt, dass psychische und somatische Primärerkrankungen, die an sich schon eine erheblich verringerten Lebenserwartung begründen, Risikofaktoren für die Entstehung des Phänomens „sekundärer Alkoholismus“ darstellen. Welcher Teil der bei AlkoholikerInnen verlorenen Lebensjahre dem Alkoholismus zuzuschreiben ist und welcher den dem Alkoholismus zugrundeliegenden Grunderkrankungen, lässt sich gegenwärtig nur recht spekulativ beantworten. Außer Frage steht jedoch, dass es unzulässig ist, den gesamten Verlust an Lebenszeit bei AlkoholikerInnen einfach dem Alkoholkonsum anzulasten.

- Eine ähnliche Argumentation trifft auch in Bezug auf Unfälle zu. Da Personen natürlich auch im nicht-alkoholisierten Zustand in Unfälle verwickelt werden, kann man nicht alle Unfälle im Zusammenhang mit Alkohol einfach dem Alkoholkonsum zur Last legen, wie das gegenwärtig gerne getan wird. Gegenwärtig gilt z.B. ein Unfall, bei dem ein alkoholisierte KFZ-Lenker vor einer roten Ampel steht und von einem nüchternen Lenker gerammt wird, als „Alkoholunfall“ und falls es zu Todesopfern kommt, werden diese als „Getötete bei Alkoholunfällen“ klassifiziert. Ein Teil der sogenannten „Alkoholunfälle“, nämlich jene, die auch ohne Alkoholisierung stattgefunden hätten, müssten unter einem kausalen Gesichtspunkt abgezogen werden. Dass dies nicht passiert liegt einerseits daran, dass viele ExpertInnen aus „pädagogischen Gründen“ – im Sinne einer Abschreckung - an möglichst hohen Zahlen interessiert sind, und andererseits daran, dass die adäquate Bestimmung der tatsächlich dem Alkoholkonsum zuzuschreibenden Unfalltoten mit einem recht großem Forschungsaufwand verbunden sind und auch den ForscherInnen einiges methodologisches Wissen abverlangen.

10 Selbstmord in Zusammenhang mit Alkoholismus vs. Abhängigkeit von illegalen Drogen

Die Selbstmordrate in der österreichischen Gesamtbevölkerung (AlkoholikerInnen und Nicht-AlkoholikerInnen) beläuft sich aktuell auf 2% der Verstorbenen (Statistik Österreich, 2002). In einer groß angelegten Metaanalyse basierend auf 249 Studien über Selbstmord in Risikopopulationen, von denen sich 32 auf die Suizidrate bei Alkoholismus bezogen, errechneten Harris & Barraclough (1997), dass die Selbstmordwahrscheinlichkeit unter AlkoholikerInnen im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung um das 6fache erhöht ist, was auf Österreich übertragen bedeuten würde, dass 12% der AlkoholikerInnen durch Selbstmord sterben. Geht man von 10% Gesamtlebenszeitprävalenz des Alkoholismus aus (vgl. Kap. 8), woraus zwangsläufig folgt, dass 10% der Verstorbenen AlkoholikerInnen sind, so kann man errechnen, dass die Selbstmordrate unter Nicht-AlkoholikerInnen 0,9%²⁰⁾ beträgt (vgl. Tab. 7) woraus wieder folgt, dass die Selbstmordrate bei AlkoholikerInnen rund 13mal so hoch ist, wie bei Nicht-AlkoholikerInnen und dass 60% der Selbstmorde von AlkoholikerInnen verübt werden.

20) $(2\% - 12\% \times 10\%) : 90\% = 0.9\%$

Tab. 7:

Anzahl (Spaltenprozent) (Zeilenprozent)	AlkoholikerInnen	Nicht- AlkoholikerInnen	Gesamtbevölkerung
Tod durch Selbstmord	12 (12,0%) (60,0%)	8 (0,9%) (40,0%)	20 (2,0%) (100,0%)
andere Todesursache	88 (88,0%) (9,0%)	892 (99,1%) (91,0%)	980 (98,0%) (100,0%)
alle Todesursachen gesamt	100 (100,0%) (10,0%)	900 (100,0%) (90,0%)	1000 (100,0%) (100,0%)

Der in Tab. 7 ausgewiesene Anteil von 60% AlkoholikerInnen unter SelbstmörderInnen erscheint ohne Frage recht hoch. Er ist auch rund doppelt so hoch wie die Schätzung von Sonneck et al. (2000), die die Zahl der Substanzabhängigen („Alkohol-, Medikamenten- und/oder Drogenabhängige“) unter den SelbstmörderInnen in Österreich auf rund ein Drittel schätzt. Da in Österreich der überwiegende Teil der Substanzabhängigen ausschließlich oder unter anderem von Alkohol abhängig ist, kann man Sonnecks Schätzung die Substanzabhängigen betreffend auch als grobe Schätzung die Alkoholabhängigen betreffend interpretieren.

Noch niedriger liegen die Schätzungen von Roy (1995), aufbauend auf 5 Studien aus den USA, Großbritannien, Schweden und Australien, die den Anteil der AlkoholikerInnen unter den SelbstmörderInnen auf nur 20% schätzen. Wenn man bedenkt, dass man mit 10% AlkoholikerInnen unter den SelbstmörderInnen rechnen müsste, selbst wenn es keinen Zusammenhang zwischen Alkoholismus und Selbstmord gäbe, und angesichts des Umstandes, dass bei sehr vielen AlkoholikerInnen eine Depression vorliegt, ist eine Rate von 20% nur wenig plausibel. Die Ursache für diese niedrige Schätzung liegt wahrscheinlich sowohl in der Methode der Erhebung. Roy hat nur solche SelbstmörderInnen als AlkoholikerInnen eingestuft, die zuvor mit der Primärdiagnose „Alkoholismus“ in einer Krankenanstalt behandelt worden waren, wodurch alle AlkoholikerInnen, deren „Alkoholabhängigkeit“ nur als Sekundärdiagnose neben anderen gravierenden Gesundheitsproblemen festgestellt wurde²¹⁾, oder bei denen nie die Diagnose „Alkoholabhängigkeit“ gestellt wurde, nicht berücksichtigt wurden.

Angesichts großer Mess- und Schätzprobleme in Zusammenhang mit Selbstmord und Alkoholismus kann man den Anteil der AlkoholikerInnen unter SelbstmörderInnen nur ganz grob, zwischen 1/3 und 2/3 ansetzen.

Um einer weit verbreiteten Fehlinterpretation vorzubeugen, muss auch an dieser Stelle

²¹ Bei einer medizinischen Behandlung kann grundsätzlich nur eine Primärdiagnose, aber eine unbegrenzte Anzahl von Sekundärdiagnosen gestellt werden.

wieder betont werden, dass man Selbstmorde bei AlkoholikerInnen natürlich wiederum nicht ausschließlich der Suchtproblematik zuschreiben darf. Wenn ein erheblich selbstmordgefährdeter depressiver Mensch versucht seine Depression mit Alkohol zu bekämpfen anstatt gleich Selbstmord zu begehen, in der Folge alkoholabhängig wird, und letztlich dann, wenn er bemerkt, dass auf diese Weise seine Probleme nicht gelöst werden können, seinem Leben durch Selbstmord ein Ende setzt, so ist dieser Tod fraglos primär der Depression zuzuschreiben und kann wohl nicht dem „sekundären Alkoholismus“ angelastet werden. Wie viele der jährlich durch Selbstmord sterbenden AlkoholikerInnen, sich auch dann das Leben genommen hätten, wenn man ihnen jeglichen Alkohol kategorisch vorenthalten hätte, darüber können nur Spekulationen angestellt werden. Angesichts des Umstandes, dass viele Menschen mit ernsthaften psychischen Problemen oder auch psychiatrischen Störungsbildern Alkohol zur Selbstmedikation einsetzen, zeigt sich in der Praxis der Alkoholbehandlungen und auch, dass es sich dabei nicht um eine vernachlässigbare Anzahl von Betroffenen handelt.

11 Das Geschlechterverhältnis beim Alkoholismus

Für alle in österreichische Krankenanstalten und Sonderkrankenanstalten stationär aufgenommenen PatientInnen wird seit 1989 bei der Entlassung eine Hauptdiagnose und dazu eine unbegrenzte Anzahl an Zusatzdiagnosen nach ICD-9, seit 2001 nach ICD-10, gestellt. Diese Diagnosen werden einmal jährlich in anonymisierter Form dem jeweils zuständigen Bundesministerium (derzeit BM für Gesundheit und Frauen) gemeldet und als „Spitalsentlassungsstatistik“ veröffentlicht. In der folgenden Statistik sind die in Österreich behandelten Personen, die keinen Wohnsitz in Österreich haben, nicht inkludiert. Zu beachten ist ferner, dass eine Person pro Jahr öfter als einmal stationär behandelt werden kann, und trifft dies zu, auch öfter als einmal in der Statistik aufscheint. Es gibt derzeit allerdings keine Möglichkeit den Umfang von Doppel- und Mehrfachzählungen in der Spitalsentlassungsstatistik zu bestimmen, da die Meldung der Diagnosen anonym erfolgt. Bezieht man die Spitalsaufnahmen auf die alkoholtrinkende Bevölkerung (15- bis 99-Jährige) des gleichen Geschlechts, so kommt man von zu den in Tab. 8 ausgewiesenen Prozentwerten. Wie man Tab. 8 entnehmen kann, kamen im Jahr 2001 auf 1000 männliche Österreicher ab dem 15. Geburtstag durchschnittlich 7 stationäre Behandlungen (0,70%), im Rahmen derer die Hauptdiagnose „Alkoholismus“ gestellt wurde. Bei Frauen kam es im selben Jahr auf 1000 Personen gleichen Alters nur zu 1,9 entsprechenden stationären Aufnahmen (0,19%).

Tab. 8: Alkoholismusdiagnosen österreichischer Krankenanstalten bezogen auf 15- bis 99-Jährige gleichen Geschlechts

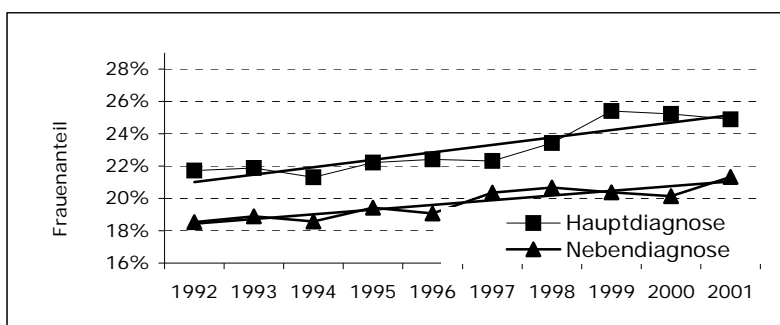
Jahr	Hauptdiagnose			Nebendiagnose			Haupt- und Nebendiagnosen		
	männl.	weibl.	ges.	männl.	weibl.	ges.	männl.	weibl.	ges.
1992	0,35%	0,09%	0,21%	0,19%	0,04%	0,11%	0,54%	0,13%	0,32%
1993	0,36%	0,09%	0,22%	0,22%	0,05%	0,13%	0,58%	0,14%	0,35%
1994	0,37%	0,09%	0,22%	0,24%	0,05%	0,14%	0,61%	0,14%	0,36%
1995	0,39%	0,10%	0,24%	0,26%	0,06%	0,16%	0,65%	0,16%	0,40%
1996	0,37%	0,10%	0,23%	0,33%	0,07%	0,19%	0,70%	0,17%	0,43%
1997	0,46%	0,12%	0,28%	0,44%	0,10%	0,26%	0,89%	0,22%	0,55%
1998	0,45%	0,13%	0,28%	0,42%	0,10%	0,26%	0,87%	0,23%	0,54%
1999	0,40%	0,13%	0,26%	0,44%	0,10%	0,27%	0,84%	0,23%	0,52%
2000	0,39%	0,12%	0,25%	0,46%	0,11%	0,27%	0,84%	0,23%	0,52%
2001	0,32%	0,10%	0,21%	0,38%	0,09%	0,23%	0,70%	0,19%	0,44%

Quelle: BMSG - Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 1992-1999 (ÖBIG, 2003); eigene Berechnungen

Legende: Zur Alkoholismusdiagnose zusammengefasst wurden die ICD9-Codes: 303., 303.0, 303.1, 303.9 bzw. seit 2001 die ICD-10-Codes: F10.- F10.2, F10.3

Der Rückgang der Alkoholismusdiagnosen von 2000 auf 2001 in Tab. 8 darf nicht inhaltlich interpretiert werden, da von 2000 auf 2001 eine Umstellung des Kodierungssystems von ICD-9 auf das bezüglich Suchtdiagnosen erheblich anders strukturierte ICD-10 erfolgte. Aus diesem Grund sind die alkoholspezifischen Diagnosen vor und nach der Umstellung nur begrenzt vergleichbar. Es ist aber auch nach der Umstellung durchaus noch sinnvoll, den Anteil der Diagnosen bei Frauen und bei Männern in ein Verhältnis zu setzen.

Abb. 3: Frauenanteil an den Alkoholismusdiagnosen



Der Frauenanteil, der mit Hauptdiagnose „Alkoholismus“ behandelten Personen ist von 1992 mit 21,7% auf rund 24,9% im Jahre 2001 angestiegen, woraus man grob schätzen kann, dass rund 25% der diagnostizierten AlkoholikerInnen weiblichen Geschlechts sind.

Der relative Anteil der alkoholkranken Frauen an allen AlkoholikerInnen, der von Uhl & Springer 1996 noch mit 1:4 geschätzt worden war, wird in Folge dieses Trends nunmehr mit 1:3 angenommen²²⁾. Für die Existenz eines Trends in Richtung Zunahme des relativen Anteils alkoholkranker Frauen im letzten Jahrzehnt spricht auch, dass im gleichen Zeitraum ein analoger, wenn auch weniger stark ausgeprägter Anstieg der Nebendiagnose „Alkoholismus“ von 18% auf 21% festzustellen war (Abb. 3).

12 Gibt es ein Alkoholproblem im Alter?

In Kap. 12 wird der Verlauf einiger Trinkindikatoren aufgeschlüsselt und nach Altersgruppen und Geschlecht dargestellt. Konkret geht es hier um die Häufigkeit täglichen Alkoholkonsums (Abb. 4), um die durchschnittlich pro Tag konsumierte Menge an Reinalkohol (Abb. 5), um die Häufigkeit des problematischen Alkoholkonsums (Abb. 6) und um die Häufigkeit von leichten bis schweren Rauschen im Vierteljahr vor der Befragung (Abb. 7).

Wenn man die Kurven in Abb. 4 bis Abb. 6 betrachtet, ist man verführt die Veränderungen als „Lebenszykluseffekte“ aufzufassen, das heißt dahingehend zu interpretieren, dass der Höhepunkt des mengenmäßigen Trinkens („Alkoholdurchschnittskonsum, Abb. 5) im 5. Lebensjahrzehnt liegt. Diese Interpretation ist aber, wie man leicht zeigen kann, so nicht richtig. Im Lebenszyklus der ÖsterreicherInnen steigt Konsumfrequenz und Durchschnittskonsum mit zunehmendem Alter kontinuierlich an. Der artifizielle Eindruck des Rückganges im 6. Lebensjahrzehnt entsteht dadurch, dass es bei AlkoholikerInnen ab dem 50. Lebensjahr zu einer Zunahme der Todesrate kommt. Um eine sinnvolle Interpretation der Graphiken hinsichtlich des Lebenszykluseffektes zu ermöglichen, wurde daher jener Effekt geschätzt und in den Graphiken Abb. 4 bis Abb. 7 dargestellt (gestrichelte Linie), der sich unter der Annahme, dass die überlebenden ÖsterreicherInnen ihr Trinkverhalten ab dem 5. Lebensjahrzehnt nicht mehr verändern (*Konstanzannahme*) ergeben würde. Liegt die tatsächliche Kurve nun über der gestrichelten Linie kann dies als Indiz für einen Anstieg des Alkoholkonsums mit steigendem Alter gelten, liegt die tatsächliche Kurve unter der gestrichelten Linie ist dies als Indiz für einen Rückgang des Alkoholkonsums mit zunehmendem Alter zu interpretieren.

Der zu erwartende Rückgang des durchschnittlichen Alkoholkonsums (unter der Konstanzannahme) vom 5. Lebensjahrzehnt bis ins hohe Alter macht grob geschätzt rund 2/3 aus²³⁾. Die zu erwartende Verringerung der Personen, die täglich trinken und der

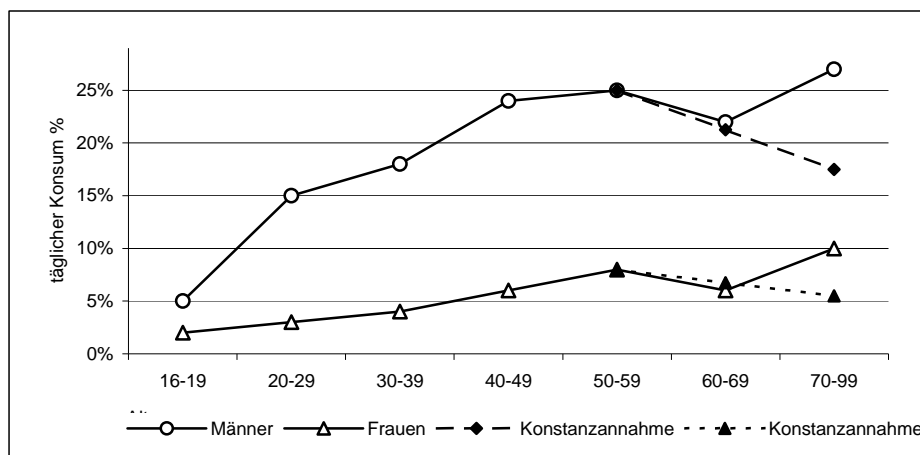
22) Die Annahme, dass sich der Anteil der Frauen unter den Alkoholkranken im letzten Jahrzehnt deutlich erhöht hat, basiert auf der Analyse von Spitalsentlassungsdiagnosen. Wünschenswert wäre es, das Ergebnis auch noch unabhängig zu überprüfen. So wäre natürlich auch denkbar, dass ein Teil dieses Trends dadurch zu erklären ist, dass sich die Behandlungsbereitschaft von Frauen mit Alkoholproblemen in letzter Zeit erhöht hat, bzw. spezifische Behandlungsangebote für Frauen mehr geworden sind, die Stigmatisierung von Frauen mit Alkoholproblemen abgenommen hat, etc.

23) Wenn die 5% AlkoholikerInnen sterben, die 1/3 des Alkohols getrunken haben, und die verbleibenden 95% Nicht-AlkoholikerInnen, die restlichen 2/3 des Alkohols trinken, überleben, so reduziert sich die durchschnittlich getrunkene Alkoholmenge auf 70,2% ($2/3 : 95\% = 70,2\%$). In diesem Zeitraum versterben aber natürlich auch Nicht-AlkoholikerInnen. Da Nicht-AlkoholikerInnen, die exzessiv trinken, ebenfalls vorzeitig sterben, ist sogar noch mit einer deutlich größeren

ProblemtrinkerInnen ab dem 5. Lebensjahrzehnt kann bei den Frauen auf mindestens 2,5% und bei den Männer auf mindestens 7,5% geschätzt werden, da angenommen werden kann, dass die vorzeitig versterbenden AlkoholikerInnen durchwegs täglich Alkohol konsumieren und daher definitionsgemäß zu den problematischen AlkoholkonsumentInnen zu zählen sind²⁴). Eine Studie, die diese recht grobe Schätzung des Lebenszykluseffekts (gestrichelten Linie) datengestützt zu präzisieren sucht, wird aktuell durchgeführt. Bis die diesbezüglichen Ergebnisse vorliegen, kann allerdings nur der Vergleich mit der vorläufigen, stärker approximativen Kurve erfolgen.

Vergegenwärtigt man sich den Verlauf der Trinkfrequenz in Abb. 4 ohne die zuvor angestellten Überlegungen, gewinnt man den Eindruck, dass ein Teil der ÖsterreicherInnen, die im 6. Lebensjahrzehnt täglich Alkohol konsumiert haben, im drauffolgenden 7. Lebensjahrzehnt weniger konsumieren und kommt zu dem Schluss, dass der tägliche Alkoholkonsum erst ab dem 70. Lebensjahr wieder zunimmt. Um zu erkennen, dass es sich dabei um einen Artefakt handelt, ist es notwendig einen Vergleich mit der Darstellung des Lebenszykluseffekts unter der Konstanzannahme (gestrichelten Linie) vorzunehmen. Dadurch wird deutlich, dass es sich bei dem aus einer naiven Betrachtung der Graphik ableitbaren Einbruch im 7. Lebensjahrzehnt nur um einen Artefakt handelt, und dass die Zunahme des täglichen Alkoholkonsums nach dem 70. Lebensjahr noch viel deutlicher ausgeprägt ist.

Abb. 4: Trinkfrequenz – Täglicher Alkoholkonsum nach Geschlecht und Alter



Quelle: Uhl et al. (2001), Ergänzungen

Erklärung: Die gestrichelte Linie repräsentiert jenen Verlauf, den man erwarten würde, wenn alle

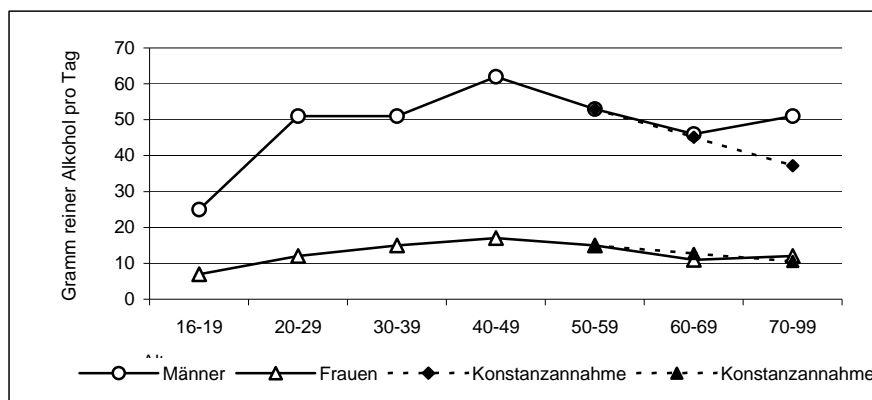
Reduktion als 70,2% zu rechnen. Die 70,2% sind daher als Obergrenze zu interpretieren, weshalb im Text daher von „mindestens“ 2/3 gesprochen wird.

24) Da auch unter den Nicht-AlkoholikerInnen tägliche KonsumentInnen und ProblemkonsumentInnen eher sterben als andere, sind auch diese Schätzungen als Obergrenzen zu interpretieren. Und auch hier wird im Text daher von „mindestens“ 2,5% bzw. „mindestens“ 7,5% Abnahme gesprochen.

ÖsterreicherInnen ab dem 50. Lebensjahr ihr Trinkverhalten nicht mehr verändern würden, und wenn man davon ausgeht, dass AlkoholikerInnen um 20 Jahre früher sterben

Das Bild in Abb. 5, den durchschnittlichen Reinalkoholkonsum betreffend, unterscheidet sich nur wenig von Abb. 4. Auch hier entspricht der scheinbare Rückgang des Alkoholkonsums im 7. Lebensjahrzehnt nur einem Artefakt. Im Gegensatz dazu ist der tatsächliche Anstieg des Alkoholkonsums nach dem 70. Lebensjahr - relativ zur gestrichelten Linie - bei den Männern als gravierend einzustufen. Bei Frauen sind die Abweichungen zur gestrichelten Linie weniger deutlich ausgeprägt als bei den Männern.

Abb. 5: Durchschnittlicher Alkoholkonsum 1993 aufgeteilt nach Geschlecht und Alter



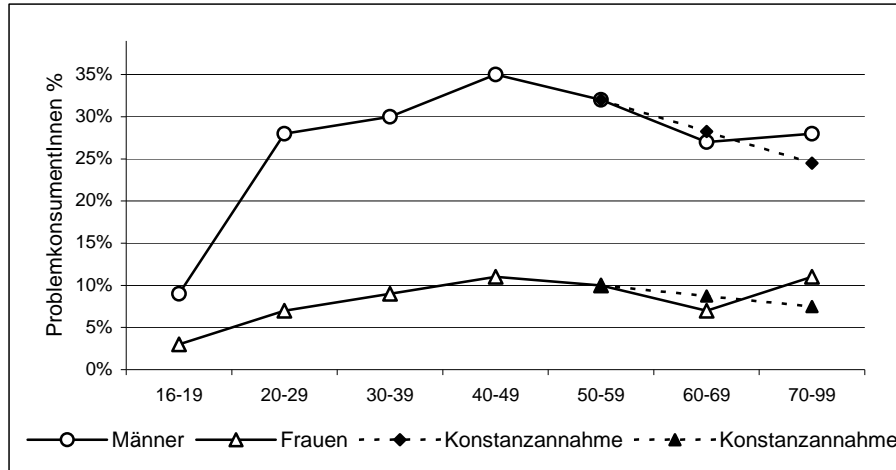
Quelle: Uhl et al. (2001), Ergänzungen

Erklärung: Die gestrichelte Linie repräsentiert jenen Verlauf, den man erwarten würde, wenn alle ÖsterreicherInnen ab dem 50. Lebensjahr ihr Trinkverhalten nicht mehr verändern würden, und unter der Annahme, dass AlkoholikerInnen um 20 Jahre früher sterben

Ein etwas anderes Bild zeigt sich in Abb. 6: Hier stellt sich sowohl bei Frauen als auch bei Männern ein geringfügiger Rückgang den Problemkonsum betreffend dar, auch unter der Konstanzannahme, d.h. wenn man den Vergleich mit der gestrichelten Linie herstellt. Der Anstieg nach dem 70. Lebensjahr - relativ zur gestrichelten Linie - ist aber auch hier wieder, sowohl bei Männern als auch bei Frauen, recht deutlich ausgeprägt.

Die Ergebnisse dieses Vergleichs der empirischen Kurven mit den jeweiligen gestrichelten Kurven (Konstanzannahme) können als deutliches Indiz dafür gelten, dass es mit zunehmendem Alter zu einer Zunahme der Alkoholproblematik kommt. Dies zeigt sich sowohl unter dem Kriterium „täglicher Alkoholkonsum“, als auch beim Durchschnittskonsum und in Bezug auf den Problemkonsum. Offensichtlich wird die durch eine erhöhte Sterblichkeit bedingte Abnahme von AlkoholikerInnen dadurch mehr als nur ausgeglichen, dass andere, vormals nicht zu den ProblemtrinkerInnen zählende Personen nun in diese Gruppe einzuordnen sind bzw. durch den Umstand, dass Nicht-AlkoholikerInnen ihren Alkoholkonsum quantitativ steigerten.

Abb. 6: ProblemkonsumentInnen nach Geschlecht und Alter



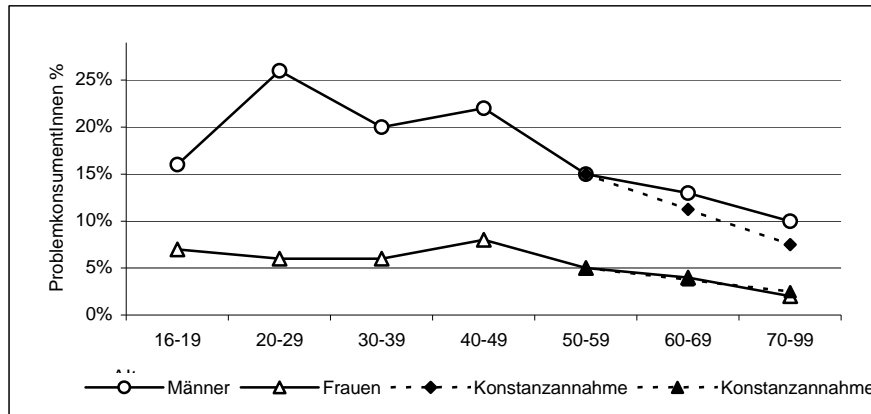
Quelle: Uhl et al. (2001), Ergänzungen

Erklärung: Die gestrichelte Linie repräsentiert jenen Verlauf, den man erwarten würde, wenn alle ÖsterreicherInnen ab dem 50. Lebensjahr ihr Trinkverhalten nicht mehr verändern würden, unter der Annahme dass AlkoholikerInnen um 20 Jahre früher sterben

Einen ganz anderer Altersverlauf als den in den drei Graphiken - Abb. 4 bis Abb. 6 – dargestellten, ergibt sich mittels des Indikators „Schwips oder stärkere Rausche im letzten Vierteljahr“ (Abb. 7). Während sowohl Alkoholkonsummenge als auch Alkoholkonsumfrequenz mit steigendem Alter zunehmen, nimmt die Häufigkeit von leichten bis schweren Rauschen im Sinne von „Schwips oder mehr“ mit steigendem Alter deutlich ab. Leichte bis starke Rausche spielen sowohl bei Männern als auch bei Frauen in der Altersgruppe der 20-29-Jährigen die größte Rolle und werden von Personen aus den höheren Altersgruppen immer seltener berichtet. Anders als bei den in Abb. 4 bis Abb. 6 dargestellten Indikatoren, kann dieses Absinken nur zu einem sehr geringen Teil durch die erhöhte Mortalität von AlkoholikerInnen ab dem 5. Lebensjahrzehnt erklärt werden.

Die Häufung von Rauschen bei jüngeren Menschen ist, wie ein Vergleich mit den Indikatoren in Abb. 4 bis Abb. 6 deutlich macht, ganz offensichtlich nicht die Folge exzessiven Alkoholkonsums bei jüngeren Menschen, sondern resultiert aus der noch geringen Alkoholgewöhnung und aus dem Umstand, dass jüngere Menschen seltener regelmäßig Alkohol trinken. Alkohol ruft, wie man weiß, bei nicht an Alkohol gewöhnte Personen bereits bei relativ geringen Mengen deutliche Rauschzeichen hervor, während an Alkohol gewöhnte Personen auch nach dem Konsum relativ großer Mengen Alkohol weder als beeinträchtigt erscheinen noch subjektiv eine Beeinträchtigung erleben.

Abb. 7: „Schwips oder stärkere Rausche in den letzten drei Monaten“ nach Geschlecht und Alter



Wichtig ist auch noch zu erwähnen, dass es sich bei den in den Abb. 4 bis Abb. 7 dargestellten Daten nicht um Verlaufsdaten, sondern um Querschnittsdaten handelt. Die Frage, ob die älteren ÖsterreicherInnen erst im Alter verstärkt zu trinken begonnen haben (*Lebenszykluseffekt*), eine Annahme, die diesem Kapitel zugrundegelegt wurde, oder ob letztere ihr ganzes Leben lang deutlich mehr Alkohol konsumiert haben als es die folgenden Generationen tun werden (*Kohorteneffekt*), lässt sich aus diesen Daten nicht schlüssig beantworten.

13 Jugend und Alkohol

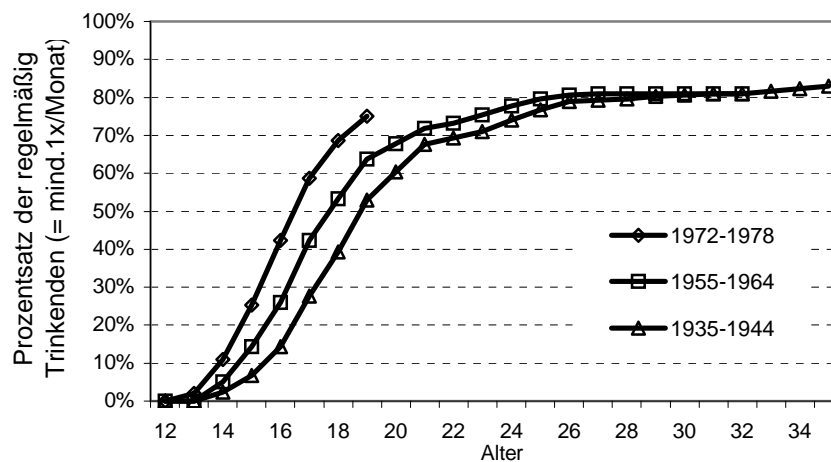
Die Entwicklung des Alkoholkonsumverhaltens in unserer Gesellschaft ist aktuell geprägt von drei, in der Folge ausführlicher dargestellten Entwicklungen:

- **Akzeleration:** Dieser Begriff besagt, dass das Einsetzen der Pubertät bei Kindern immer früher passiert, d.h. dass Kinder früher körperlich entwickelt sind und sich auch früher zu relativ selbständigen Jugendlichen entwickeln. Dadurch bedingt, machen Kinder auch früher erste relevante Erfahrungen mit Alkohol, wobei hier nicht der, in unserer Kultur übliche, begrenzte Probierkonsum bei kleinen Kindern gemeint ist.
- **Emanzipation:** Unter diesem Begriff ist in diesem Zusammenhang zu verstehen, dass Frauen immer aktiver am öffentlichen Leben teilnehmen und, sich auch bedingt dadurch an die Substanzkonsumgewohnheiten der Männer angleichen. In Bezug auf den Alkoholkonsum bedeutet das, da der Gesamtalkoholkonsum seit Jahrzehnten rückgängig ist, eine Zunahme des Alkoholkonsums bei Frauen bei gleichzeitiger Abnahme des Alkoholkonsums bei Männern.
- **Globalisierung der Trinkkulturen:** D.h. – wie bei allen Wirtschaftsgütern – wird auch bei alkoholischen Getränken das Angebot immer größer und es kommt zu einer globalen Angleichung der Angebotspalette in den verschiedenen Ländern. In

Europa kann eine weitgehende Anpassung der Trinkgewohnheiten in Richtung europäischer Durchschnitt festgestellt werden. Das bedeutet, dass in den traditionellen Niedrigkonsumländern eine deutliche Konsumsteigerung und in den Hochkonsumländern ein deutlicher Konsumrückgang zu vermerken ist.

Österreich verfügt über keine Tradition darin, regelmäßige Erhebungen des Alkoholkonsums durchzuführen. Aus diesem Grund muss für viele epidemiologische Fragestellungen auf ausländische Untersuchungsergebnisse zurückgegriffen werden. Für eine anschauliche Darstellung des Phänomens der Akzeleration in Bezug auf den Alkoholkonsum wird eine Untersuchung von Kraus et al. (2000) herangezogen. Weil die Trinkkultur in Deutschland sowohl in quantitativer als auch in qualitativer Hinsicht der österreichischen vergleichbar ist, sind diese Ergebnisse recht gut auf österreichische Verhältnisse übertragbar.

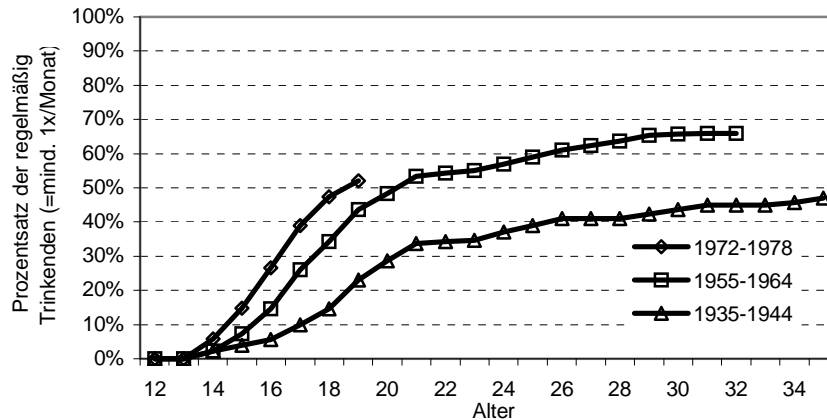
Abb. 8: Alkoholeinstiegalter: Beginn des regelmäßigen Trinkens
Männer in Deutschland Geburtsjahrg. 1972-1978, 1955-1964 u. 1935-1944



Quelle: Kraus et al. (2000); eigene Graphik

Betrachtet man die Entwicklung der letzten 43 Jahre in Abb. 8 und Abb. 9, so kann festgestellt werden, dass das Alter, ab dem Kinder anfangen erste Erfahrungen mit Alkohol zu machen (um das 13. Lebensjahr) im Wesentlichen konstant blieb, d.h. es zeigt sich keine Verschiebung der Einstiegskurve. In den darauffolgenden Altersgruppen zeigt sich aber, dass die Zahl jener, die bereits mit einem regelmäßigen Konsum von Alkohol begonnen haben, weit höher ist (Stauchung der Einstiegskurve) als das bei früheren Generationen der Fall war, was als eine Bestätigung der „Akzelerationshypothese“ gelten kann. Bei den Frauen manifestiert sich auch das unter dem Begriff „Emanzipation“ beschriebene Phänomen in der Darstellung recht deutlich darin, dass der Anteil der Frauen, die mindestens einmal im Monat Alkohol trinken von 1935 bis 1978 erheblich angestiegen ist (Abb. 9). Das bedeutet, dass ein größerer Anteil der Bevölkerung als früher, zumindest gelegentlich Alkohol konsumiert.

Abb. 9: Alkoholeinstiegalter – Beginn des regelmäßigen Trinkens
 Frauen in Deutschland Geburtsjahrg. 1972-1978, 1955-1964 u. 1935-1944



Quelle: Kraus et al. (2000); eigene Graphik

Diese Befunde sind auch von großer theoretischer und in der Folge auch praktischer Bedeutung vor allem in Bezug auf die Vorbeugung, weil sie, in Verbindung mit der Beobachtung, dass der Alkoholdurchschnittskonsum in der Bevölkerung zurückgeht, zwei populäre Thesen der Suchtprävention in Frage stellen: Nämlich die Annahme, dass ein früherer Einstieg in den Alkoholkonsum zwangsläufig zu stärkerem Konsum im Erwachsenenalter und zu mehr Problemen in Zusammenhang mit Alkohol führen muss („*Early Onset Theorie*“) und die Annahme, dass es, wenn mehr Menschen in einer Gesellschaft Alkohol konsumieren zwangsläufig mehr Gesamtkonsum und Problemkonsum geben muss („*Konsumverteilungstheorie*“). (vgl. zur Kritik an diesen beiden Theorien unter den Schlagworten „*Early Onset Mythos*“ und „*Konsumverteilungsmythos*“ auch die Ausführungen von Uhl & Gruber in diesem Buch)

Die Ergebnisse aus der in Österreich regelmäßige durchgeführte bundesweite Erhebung, in der auch einige Aspekte des Alkoholkonsums Jugendlicher (11-Jähriger, 13-Jähriger und 15-Jähriger) erhoben werden (HBSC Studie, viermal durchgeführt zwischen 1990 und 2001, vgl. dazu Dür et al., 2002) korrespondieren recht gut mit den in Abb. 8 und Abb. 9 dargestellten bundesdeutschen Verhältnissen. Beachtet man, dass das Alter, ab dem Jugendliche beginnen erste relevante Erfahrungen mit Alkohol zu machen um das 13. Lebensjahr liegt, verwundert es nicht, dass in der Altersgruppe der 11-Jährigen im Rahmen der HBSC Studie noch kaum relevante Erfahrungen mit Alkohol aufscheinen. Mindestens einmal wöchentlich Alkoholkonsum wurde in dieser Altersgruppe durchschnittlich bei 1% der Mädchen und bei 3% der Burschen angegeben, darin ergab sich auch keine signifikante Veränderung der Prozentsätze in der Dekade zwischen 1990 und 2001. Etwas höher waren die Angaben den mindestens einmal wöchentlichen Alkoholkonsum betreffend in der Altersgruppe der 13-Jährigen (4% bei den Mädchen und 8% bei den Burschen), wobei sich auch hier keine signifikanten Veränderungen über die Dekade zwischen 1990 und 2001 abzeichneten. Relativ hohe Angaben den mindestens

einmal wöchentlichen Alkoholkonsum betreffend im Vergleich zu den in Abb. 8 und Abb. 9 dargestellten Werten gab es in der Altersgruppe der 15-Jährigen (34% bei den Mädchen und 36% bei den Burschen). Auch hier ließen sich keine signifikanten Veränderungen über die Dekade zwischen 1990 und 2001 feststellen.

Relativ hoch lagen in der HBSC Studie die Angaben über Alkoholrauscherfahrungen. Es muss allerdings im Sinne einer Relativierung berücksichtigt werden, dass hier eine sehr unspezifische Fragestellung völlig offen ließ, ob es sich beim Rausch um eine geringfügige Beeinträchtigung im Sinne eines Schwipses (der sich bei nicht an Alkohol gewöhnten Kindern ja schon bei geringsten Alkoholmengen einstellt) oder um deutlich erlebte Rauschzustände oder gar um lebensbedrohliche Vollräusche mit Bewusstlosigkeit gehandelt hat. Aus der Gruppe der 11-Jährigen berichteten 15% der Burschen und 9% der Mädchen bereits einmal einen Rausch gehabt zu haben, bei den 13-Jährigen waren die entsprechenden Prozentsätze 27% bei den Burschen und 22% bei den Mädchen; bei den 15-Jährigen gaben 47% der Burschen und 52% der Mädchen an, Rauscherfahrungen gehabt zu haben. Um die Angaben über die Rauscherfahrungen der Kinder und Jugendlichen sinnvoll bewerten zu können, wären erheblich detailliertere Untersuchungen notwendig und wünschenswert. In allen 6 Gruppen nach Geschlecht und Alter, mit einer Ausnahme, ergab sich über die 4 Befragungszeitpunkte hinweg ein Rückgang des Rauscherfahrenanteils, lediglich in der Gruppe der 15-Jährigen Mädchen ergab sich über die Dekade zwischen 1990 und 2001 ein Anstieg der Rauscherfahrenrate von 47% auf 55%.

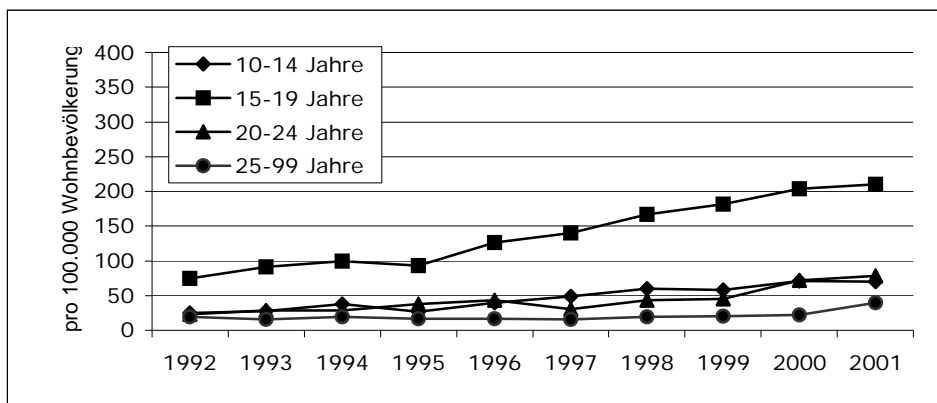
Unabhängig davon, ob man von der relativ hohen Anzahl an Kindern und Jugendlichen, die bereits über Rauscherfahrungen berichten schockiert ist oder nicht, kann aus der HBSC Studie abgeleitet werden, dass sich über die Dekade zwischen 1990 und 2001, global betrachtet, kein Anstieg des Alkoholkonsumverhaltens bei Kindern und Jugendlichen abgezeichnet hat. Der Zunahme der Rauscherfahrung bei den 15-Jährigen Mädchen steht eine Abnahme an Rauscherfahrungen in den anderen fünf nach Alter und Geschlecht gebildeten Kohorten gegenüber. Bezüglich der Trinkfrequenz ergab sich ebenfalls kein Trend nach oben.

Ein ganz anders Bild ergibt sich, wenn man die stationären Aufnahmen alkoholisierter Kinder und Jugendlichen in Krankenanstalten analysiert. So berichtet Müller (2002), dass die Zahl der Kinder und Jugendlichen, die in der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde Graz wegen akuter Alkoholvergiftung behandelt wurden, von 1992 bis 2000 von nahe Null auf 140 Personen angestiegen ist. Die meisten dieser stationär aufgenommenen Kinder und Jugendlichen fielen in die Altersgruppe der 15 bis 17-Jährigen. Aufnahmen von Kindern unter 13. Jahren kamen nur vereinzelt vor. Spitalsaufnahmen von Personen ab dem 18. Lebensjahr zur Behandlung von Alkoholintoxikationen nimmt, möglicherweise infolge der zunehmenden Gewöhnung an Alkohol (Toleranzentwicklung), wieder ab.

Um zu eruieren, ob es sich bei den in Graz gefundenen extremen Trends um ein lokales Spezifikum handeln könnte, wurden zu Vergleichszwecken die Spitalsentlassungsdiagnosen aus ganz Österreich ausgewertet. Wie man Abb. 10 und Abb. 11 entnehmen kann, ist der Bundestrend in Bezug auf Rauscherfahrungen bei 15-19-Jährigen beiderlei Geschlechts zwar ebenfalls ansteigend, das Ausmaß ist jedoch erheblich weniger stark ausgeprägt als bei den in die Universitätsklinik für Kinder- und

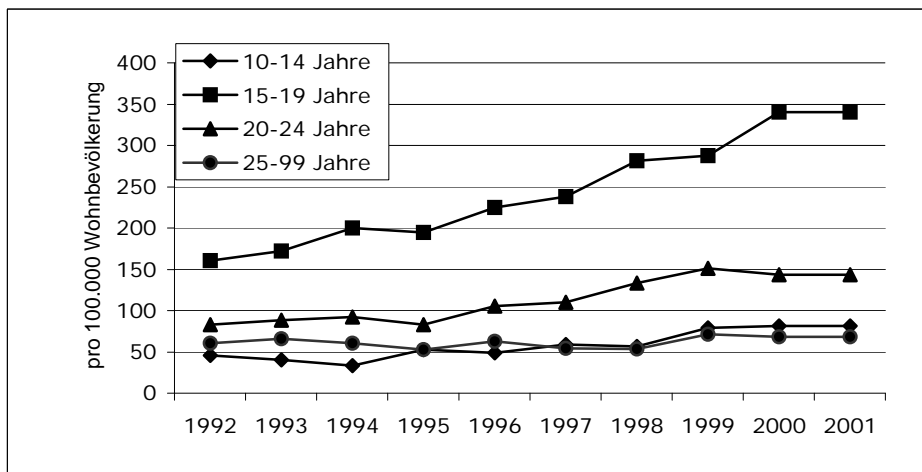
Jugendheilkunde Graz aufgenommenen Kindern und Jugendlichen mit Alkoholintoxikationen. Für den Zeitraum zwischen 1992 und 2001 ergab sich bei den 15-19-jährigen Burschen (bundesweit) ein Anstieg der Aufnahmen auf 211% von, in konkreten Zahlen ausgedrückt, 161 Aufnahmen zu 340 Aufnahmen (Abb. 11) und bei Mädchen auf 280%, das entspricht konkret einer Steigerung von 75 Aufnahmen auf 210 Aufnahmen (Abb. 10).

Abb. 10: stationäre Aufnahmen wegen Alkoholintoxikation im Kindes- und Jugendalter nach Altersklassen (Mädchen und Frauen)



Quelle: Uhl (2003) aufbauend auf die Spitalsentlassenenstatistik (2002)

Abb. 11: stationäre Aufnahmen wegen Alkoholintoxikation im Kindes- und Jugendalter nach Altersklassen (Burschen und Männer)



Quelle: Uhl (2003) aufbauend auf die Spitalsentlassenenstatistik (2002)

Bei der Interpretation von Spitalsentlassungsdiagnosen ist allerdings große Vorsicht geboten, insofern, als die Erstellung der Diagnosen über den Beobachtungszeitraum unter unterschiedlichen Rahmenbedingungen erfolgte. Auf eine Routinephase, in der die Diagnosen einfach gemeldet wurden, folgte eine Phase, in der die Diagnosen zur Erstellung eines Berechnungsschlüssels für die leistungsorientierte Krankenanstalten-Finanzierung (LKF) herangezogen wurden. Seit 1997 werden die Diagnosen nunmehr als Grundlage für die LKF-Leistungsabrechnung herangezogen. Angesichts der enormen Veränderung der ökonomischen Bedeutung der Spitalsentlassungsdiagnostik für die Krankenanstalten vor und nach der Umstellung auf die LKF-Leistungsabrechnung wäre es nahezu ein Wunder, wenn dies keinen verzerrenden Einfluss auf die Diagnosepraxis genommen hätte. Das Ausmaß der möglichen Verzerrung kann an der Zahl der Haupt- plus Nebendiagnosen „Nikotinabusus“ abgelesen werden, die von 1992 bis 2000 auf das rund siebenfache angestiegen sind, obwohl in diesem Zeitraum nicht von einer deutlichen Zunahme des Rauchverhaltens in der Bevölkerung gesprochen werden kann.

Alarmierend ist die Zunahme an Berichten über exzessiven Alkoholkonsum, und der sich daraus ableitbaren Zunahme an Spitalsaufnahmen von Kindern und Jugendlichen aufgrund von Alkoholvergiftungen allemal. Die besonders drastisch imponierenden Zahlen aus der Untersuchung an der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde Graz - von vereinzelt aufgenommen auf 140 Aufnahmen pro Jahr - werden zwar im Vergleich zur österreichweiten Entwicklung etwas relativiert; ein Anstieg um rund 100% bei 15-19-jährigen Burschen und von rund 200% bei 15-19-jährigen Mädchen auf gesamtösterreichischer Ebene ist aber nichtsdestoweniger beachtenswert, beängstigend und Handlungsbedarf signalisierend.

Es stellt sich also primär die Frage, wie dieser dramatische Anstieg der durch übermäßigen Alkoholkonsum bedingten Spitalsaufnahmen zustande kam. Gegenwärtig gibt es als Antwort darauf nur wenig Erhellendes zu berichten, es können in der Folge nur einige Hypothesen aufgestellt werden, die es zukünftig zu überprüfen gilt

- Einen denkbaren Erklärungsanteil könnte der Umstand liefern, dass sich hinter den alarmierend angestiegenen Aufnahmezahlen ein Aufzeichnungsartefakt verbirgt, der analog zu den Haupt- plus Nebendiagnosen „Nikotinabusus“ zustande gekommen ist. Dass ein weiterer Erklärungsanteil des Phänomens mit der zunehmenden Bereitschaft der Ärzte ihrer Diagnose- und Berichtsverpflichtung nachzukommen erklärbar ist, kann ebenfalls angenommen werden. Es ist weiters auch plausibel, dass ÄrztInnen infolge der über vermehrte Öffentlichkeitsarbeit zunehmenden Sensibilisierung für das Thema „Jugend und Alkohol“ in vergleichbaren Fällen zusehends statt neutraleren, einzelne Symptome beschreibenden Diagnosen wie „Kreislaufversagen“ eher zu, bisher aus Gründen der stigmatisierenden Wirkung eher vermiedenen, aber korrekteren alkoholspezifischen Diagnosen tendieren (Sensibilisierungsbias).
- Denkbar ist auch, dass die Zahl der Spitalsaufnahmen nach Alkoholintoxikation bei Jugendlichen tatsächlich stark gestiegen ist. Dahinter können sich aber nicht

nur zunehmende Alkoholexzesse bei Jugendlichen sondern auch geänderte Rahmenbedingungen als Ursache verbergen. So ist denkbar, dass sich die Konsumorte verstärkt in öffentliche Bereiche verlagert haben und unbeteiligte Dritte im Falle eines Verdachts auf Alkoholvergiftung eher die Rettung rufen als Bezugspersonen. Es könnte aber auch eine Rolle spielen, dass infolge der oben schon erwähnten größeren Sensibilisierung für das Thema „Jugend und Alkohol“ und dem daraus ableitbaren steigenden Bewusstsein, dass Alkoholvergiftungen auch letal ausgehen können, auch Eltern, Freunde oder andere Bezugspersonen eher professionelle Hilfe suchen als dies möglicherweise noch vor einem Jahrzehnt der Fall war.

- Denkbar ist aber auch, dass sich hinter diesem Phänomen ein tatsächlicher Anstieg exzessiven Trinkverhaltens bei Kindern und Jugendlichen abbildet. Die Annahme, dass dieses Verhalten aber nur für eine kleine Extremgruppe von Kindern und Jugendlichen zutrifft, würde auch erklären, warum diese Effekte sich bei Erhebungen, die einen Querschnitt der Kinder und Jugendlichen einbeziehen, nicht entsprechend abbilden.
- Am plausibelsten erscheint uns jedoch – ohne auf exaktere Informationen zurückgreifen zu können –, dass alle genannten Erklärungsansätze über mögliche Ursachen einen gewissen Beitrag zur Klärung der Entstehung des Phänomens liefern. Darüber, wie stark die jeweiligen Einflussgrößen sind, kann allerdings nur gemutmaßt werden.

Ohne ergänzende qualitative Untersuchungen dieses Phänomens betreffend, kann auch keine Aussage darüber getroffen werden, ob es sich bei den betreffenden Kindern und Jugendlichen immer wieder um dieselben Personen handelt, die mehrmals alkoholisiert ins Krankenhaus eingeliefert werden (gezählt werden in der Statistik Aufnahmen und nicht behandelte Personen), oder ob es sich jeweils um unterschiedliche Personen handelt. Unklar ist auch, ob es sich um einmalige Vorkommnisse bei Kindern und Jugendlichen handelt, die ansonsten bezüglich Alkohol unauffällig sind, oder um Personen, deren Alkoholkonsumverhalten generell als bedenklich zu beurteilen ist. Interessante Einblicke kann man sich von einer aktuell geplanten qualitativen Untersuchung der Kinderklinik Innsbruck erhoffen, die dem Phänomen, dass dort die alkoholintoxikationsbedingten Aufnahmen von Kindern und Jugendlichen in den letzten fünf Jahren auf das fast Doppelte angestiegen sind, einer umfassenden Analyse unterziehen will (Sprenger, 2003).

Ob alkoholbedingte Probleme bei Kindern und Jugendlichen allgemein zunehmen, ob dies nur auf kleinere Extremgruppen zutrifft, oder ob es sich dabei um einen wenig bedeutsamen vorübergehenden Trend oder möglicherweise sogar um einen Artefakt handelt, lässt sich anhand der aktuell vorliegenden empirischen Befunde nicht eindeutig klären. Dass Alkoholmissbrauch und Alkoholismus gravierende gesellschaftliche Probleme darstellen, und dass diesbezüglich ein großer Handlungsbedarf besteht, ist unumstritten. Probleme im Zusammenhang mit übermäßigem Alkoholkonsum sind – auch wenn dies vielen Erwachsenen unangenehm ist – primär ein Problem der Erwachsenen, jedoch in den Auswirkungen – d.h. im Sinne indirekter Betroffenheit - für Kinder und Jugendlichen. Wenn Kinder und Jugendliche über alarmierende Medienberichte als primär Betroffene exklusiv ins Zentrum des Interesses gerückt werden, so ist dem mit großer Vorsicht

gegenüberzutreten. Diese Vorgehensweise weckt den Verdacht, dass sie dazu dient vom problematischen Alkoholkonsum Erwachsener - abzulenken, indem man den Fokus einseitig auf Kinder und Jugendliche im Sinne direkter Betroffenheit legt, mit der Folge, dass immer strengere Kontrollmaßnahmen und Strafbestimmungen überlegt werden. Dies scheint uns, auch angesichts des hohen Bedarfs an sinnvollen Präventionsmaßnahmen im Zusammenhang mit „Risikokindern und –jugendlichen“ mit suchtkranken Eltern und Angehörigen weder sachlich gerechtfertigt noch ethisch vertretbar.

14 Trinkmenge in Bezug auf die verschiedenen Wochentage

Primär ist diesbezüglich festzustellen, dass an Wochenenden generell mehr getrunken wird als während der Woche. Der Durchschnittskonsum an Alkohol an Wochentagen (Montag bis Donnerstag) liegt mit 12% des Wochenkonsums an Alkohol deutlich unter dem Wochenendkonsum (Freitag bis Sonntag) an Alkohol mit durchschnittlich 17%. Der Tag mit dem höchsten Alkoholkonsum ist der Samstag, an dem durchschnittlich 19% des Wochenkonsums an Alkohol getrunken wird (Tab. 9).

Tab. 9: Relativer Anteil des Alkoholkonsums pro Wochentag

	gesamt	Männer	Frauen	Abs/g.A	mittl.A	probl.A
Montag	11%	12%	9%	6%	10%	13%
Dienstag	13%	13%	12%	7%	12%	15%
Mittwoch	13%	13%	12%	9%	11%	14%
Donnerstag	13%	13%	11%	7%	11%	14%
Freitag	17%	16%	17%	15%	17%	16%
Samstag	19%	18%	21%	30%	23%	15%
Sonntag	16%	15%	18%	25%	18%	13%
	100%	100%	100%	100%	100%	100%

	Alter						
	16-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-99
Montag	8%	10%	10%	11%	12%	12%	15%
Dienstag	7%	12%	12%	14%	14%	15%	14%
Mittwoch	11%	12%	12%	13%	14%	14%	14%
Donnerstag	9%	12%	13%	12%	13%	13%	14%
Freitag	19%	19%	17%	16%	15%	15%	14%
Samstag	29%	22%	20%	18%	16%	15%	14%
Sonntag	17%	15%	15%	16%	16%	16%	15%
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Quelle: Repräsentativerhebung 1993/94 (Uhl/Springer, 1996);
 „Abs/g.A“ = Abstinente und Personen mit geringem Alkoholkonsum
 „mittl.A“ = mittlerer Alkoholkonsum, zwischen Harmlosigkeits- und Gefährdungsgrenze
 „probl.A“ = Problemkonsumenten (Missbraucher und Alkoholiker)

Eine Steigerung des Alkoholkonsums am Wochenende ist bei Frauen etwas stärker ausgeprägt als bei Männern. Frauen trinken von Freitag bis Sonntag 56% ihres Wochenkonsums an Alkohol, während der entsprechende Anteil bei Männern nur 49% beträgt. Am stärksten ausgeprägt ist die Tendenz zum Wochenendtrinken bei Personen mit generell geringem Alkoholkonsum (70% Freitag bis Sonntag) und bei Jugendlichen

zwischen 16 und 19 Jahren (65% Freitag bis Sonntag). Gleichmäßiger über die gesamte Woche verteilt wird der Alkoholkonsum beim Konsum einer generell höheren Gesamtmenge Alkohol und mit zunehmendem Alter (Tab. 9).

15 Wie würde sich der durchschnittliche Alkoholkonsum der ÖsterreicherInnen ändern, wenn die Personen die einen problematischen Konsum mit Alkohol aufweisen, plötzlich weniger Alkohol trinken würden

AlkoholikerInnen, sie machen einen Bevölkerungsanteil von 5 % aus, konsumieren rund ein Drittel des insgesamt in Österreich getrunkenen reinen Alkohols, jene 13% der Bevölkerung die man als „AlkoholmissbraucherInnen“ bezeichnet, die (noch) keine AlkoholikerInnen sind, verbrauchen ein weiteres Drittel. Das letzte Drittel wird von jenen verbleibenden Personen konsumiert wird, die bezüglich ihres Alkoholkonsums als „relativ unproblematisch“²⁵⁾ bzw. als „völlig unproblematisch“ einzustufen sind (Tab. 10).

Tab. 10: Abnahme des Gesamtkonsums an reinem Alkohol, wenn jene, die derzeit Alkohol missbrauchen und/oder in einem Ausmaß, das über der Harmlosigkeitsgrenze liegt, trinken, ihren Konsum entsprechend einschränken würden

	Anteil an der ab-16-jährigen Bevölkerung	Durchschnittskonsum in Gramm reiner Alkohol pro Tag, wenn		
		alle so weiter trinken würden wie bisher	keiner über der Gefährdungsgr. trinken würde	keiner über der Harmlosigkeitsg. trinken würde
Personen mit maximal geringem Alkoholkonsum	60.3 %	5 g	5 g	5 g
Personen mit mittlerem Alkoholkonsum	21.4 %	36 g	36 g	22 g
MissbraucherInnen, die (noch) keine AlkoholikerInnen sind	13.3 %	78 g	51 g	21 g
AlkoholikerInnen	5.0 %	200 g	56 g	22 g
Gesamt	100.0 %	31 g	20 g	11 g
Reduktion um		0 %	35 %	65 %

Quelle: Uhl et al. (2001).

Falls eine – aus gesundheitspolitischen Überlegungen sehr wünschenswerte – Reduktion des Alkoholmissbrauchs stattfindet, ist ein Rückgang des Alkoholkonsums unvermeidlich.

25) Das Wort „relativ“ bezieht sich auf den Umstand, dass „mittlerer Alkoholkonsum“ bereits über der von der WHO empfohlenen „Harmlosigkeitsgrenze“, aber noch im Bereich unter der „Gefährdungsgrenze“ liegt.

Wenn man die wirtschaftliche Bedeutung von Alkohol bedenkt, so drängt sich die Frage auf, um wie viel der durchschnittliche Alkoholkonsum in Österreich abnehmen würde, wenn alle ÖsterreicherInnen plötzlich ihr Trinkverhalten auf ein unproblematisches Maß reduzieren würden. Anhand der Daten der Repräsentativerhebung 1993/94 (Uhl & Springer, 1996) konnten entsprechende Berechnungen durchgeführt werden, deren Ergebnisse in der Folge kurz skizziert werden:

Konkret ergibt sich dass

- der durchschnittliche Alkoholkonsum der ab-16-jährigen Bevölkerung um 35% zurückgehen würde, wenn jene Personen, die in einem eindeutig gesundheitsgefährdendem Ausmaß, d.h. über der „Gefährdungsgrenze“²⁶⁾ trinken, ihren Alkoholkonsum auf ein Ausmaß das unter der „Gefährdungsgrenze“ liegt, beschränken würden (Tab. 10),
- und dass der durchschnittliche Alkoholkonsum der ab-16-jährigen Bevölkerung um 65% zurückgehen würde, wenn jene, die mehr trinken, als die WHO empfiehlt, d.h. über der „Harmlosigkeitsgrenze“²⁷⁾ trinken, ihren Konsum auf ein Ausmaß unter der „Harmlosigkeitsgrenze“, einschränken würden (Tab. 10).

16 Literatur

- Anderson, P. (1990): Management of Drinking Problems. WHO Regional Publications, European Series, 32, Copenhagen
- Bales, R.F. (1946): Cultural Differences in Rates of Alcoholism. Quarterly Journal of Alcohol Studies, 6, 480-499
- Berzlanovich, A.; Sofeit, L.; Muhm, M.; Reyer, I.; Stimpfl, T.; Bauer, G. (1998): Alkoholintoxikationen – Eine retrospektive Analyse von Obduktionsfällen. Rechtsmedizin, 8 Suppl I, A34, 77. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin, Hannover
- 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. Nomos, Baden-Baden
- Duden (1997): Fremdwörterbuch - Duden Band 5. Dudenverlag, Mannheim
- Dür, W.; Mravlag, K.; Stidl, T.; Wannemacher, G. (2002): Gesundheit und Gesundheitsverhalten bei Kindern und Jugendlichen, Bericht zur Gesundheit der 11-, 13- und 15-Jährigen in Österreich – Aufbereitung der Daten des 6. WHO-HBSC-Surveys 2001 und die Trends für 1990 – 2001. Ludwig-Boltzmann-Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie, Wien

26) 40 Gramm reiner Alkohol pro Tag bei Frauen und 60 Gramm reiner Alkohol pro Tag bei Männern

27) 16 Gramm reiner Alkohol pro Tag bei Frauen und 24 Gramm reiner Alkohol pro Tag bei Männern

- Health Education Council (Hrsg.) (1994): That's the Limit. London
- Kraus, L.; Bloomfield, K.; Augustin, R.; Reese, A. (2000): Prevalence of Alcohol Use and the Association Between Onset of Use and Alcohol-Related Problems in a General Population Sample in Germany. *Addiction*, 95 (9), 1389-1401
- Mayer, B. (1999): Persönliche Mitteilung über nicht erfasste Spirituosenproduktion. Wien
- Müller, W. (2002): Alkoholintoxikation im Kindes- und Jugendalter. persönliche Mitteilung, Graz
- Pittman, D.J. (1964): Gesellschaftliche und kulturelle Faktoren der Struktur des Trinkens, pathologische und nichtpathologische Ursprünge - Eine internationale Übersicht. in: DHS: 27. Internationaler Kongress: Alkohol und Alkoholismus. Neuland, Hamm
- Pittman, D.J. (1967): International Overview: Social and Cultural Factors in Drinking Patterns, Pathological and Nonpathological. in: Pittman, D.J. (eds): *Alcoholism*. Harper & Row, New York
- Productschap voor Gedistilleerde Dranken (1998): World Drink Trends 1998 - International Beverage Alcohol Consumption and Production Trends. NTC Publications LTD, UK
- Roy, A. (1995): Psychiatric Emergencies. in: Kaplan, H.I.; Sadock B.J. (eds.): *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 6th ed.. William and Wilkins, Baltimore
- Sprenger, M. (2003): Geplante Studie in Innsbruck. Persönliche Mitteilung.
- Statistik Austria (2002): Statistisches Jahrbuch Österreichs 2003. Verlag Österreich, Wien
- Uhl, A. (1994): Die Anstalt und ihre Patienten unter besonderer Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Unterschiede. In: Springer, A.; Feselmayer, S.; Burian, W.; Eisenbach-Stangl, I.; Lentner, S.; Marx, R. (Hrsg.): *Suchtkrankheit - Das Kalksburger Modell und die Entwicklung der Behandlung Abhängiger*, Springer, Wien
- Uhl, A. (2002): Todesfälle durch Substanzkonsum: Wie sinnvoll ist dieses Konzept? *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 25, 1/2, 23-32 (www.api.or.at/lbi/download.htm)
- Uhl, A. (2003): Jugend und Alkohol - mit besonderer Berücksichtigung des rauschhaften Trinkens. *prae.v.doc*, 1, 3-10 (www.api.or.at/lbi/download.htm)
- Uhl, A.; Koberna, U. (2001): Alkoholkonsum in Österreich. In: Brosch, R.; Mader, R. (Hrsg.): *Alkohol am Arbeitsplatz*. Orac, Wien
- Uhl, A.; Kopf, N.; Springer, A.; Eisenbach-Stangl, I.; Koberna, U.; Bachmayer, S.; Beiglböck, W.; Preinsberger, W.; Mader, R. (2001): *Handbuch: Alkohol - Österreich: Zahlen, Daten, Fakten, Trends 2001*. Zweite, überarbeitete und

ergänzte Auflage. BMAGS, Wien (www.api.or.at/lbi/download.htm)

Uhl, A.; Springer, A. (1996): Studie über den Konsum von Alkohol und psychoaktiven Stoffen in Österreich unter Berücksichtigung problematischer Gebrauchsmuster - Repräsentativerhebung 1993/94 Textband. Originalarbeiten, Studien, Forschungsberichte des BMGK, Wien (www.api.or.at/lbi/download.htm)

Zinberg, N.E. (1984): Drug, Set, and Setting: The Basis for Controlled Intoxicant Use. Yale University Press, New Haven