

# Die Entwicklung der Behandlung Alkoholabhängiger in Österreich nach dem Zweiten Weltkrieg – von der Trinkerheilstätte zur integrierten Versorgung

Markus Hojni

## Zusammenfassung

Die Behandlung von „Trinkern“ hat eine lange Tradition in Österreich. Bereits in der Zwischenkriegszeit gab es „Trinkerheilstätten“ und „Abstinenzbünde“, die sich der Unterstützung von alkoholabhängigen Menschen verschrieben. Nach dem Ende des Zweiten Weltkriegs änderten sich die Behandlungslandschaft und die Behandlungspraxis von Alkoholabhängigen sehr rasch. Während die Behandlung von Alkoholabhängigen früher oft die Zwangseinweisung zum Entzug in eine Psychiatrie in Verbindung mit einer „moralischen Therapie“, bei der die persönliche Verfehlung der Selbstkontrolle im Zentrum stand, bedeutete, sah die moderne Behandlung ein anderes Konzept vor. Basierend auf Freiwilligkeit, entkoppelt von Psychiatrien, unterstützt durch Medikamente und ein therapeutisches Konzept, das die Abhängigkeiten nicht als moralische Verfehlung, sondern als Symptom einer Grunderkrankung verstand, begann ein neues Verständnis von Sucht seine Wurzeln zu schlagen. Mit dem seit den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts zunehmenden Ausbau der Behandlung und der Integration von sozialen Umfeld-Maßnahmen als Teil des Therapiekonzepts – unabhängig davon, ob die Abhängigkeit von legalen oder illegalen Substanzen oder Verhaltensweisen herrührt – ist in Österreich eine stark fragmentierte Landschaft entstanden, in der Versorgungsstrukturen und Prozesse nur bedingt aufeinander abgestimmt waren. Hier hatte vor allem der urbane Bereich aufgrund der natürlich gegebenen Nähe von Einrichtungen und Angeboten zueinander andere Herausforderungen zu bewältigen als der ländliche Raum. Mit dem Start des Projekts „Alkohol 2020“, das später in „Alkohol. Leben können“ umbenannt wurde, wurde von Wien ausgehend ein Versuch gestartet, das, was über Jahrzehnte gewachsen war, einer Modernisierung zuzuführen und die Angebote im Bereich der Versorgung alkoholabhängiger Menschen stärker miteinander zu verbinden sowie ressourcenorientierter zu gestalten. Dieser Artikel stellt einen Abriss der Entwicklung der Behandlung alkoholabhängiger Menschen in Österreich nach dem Zweiten Weltkrieg bis zur Gegenwart dar und setzt sich abschließend mit den Herausforderungen des integrierten Versorgungsansatzes in der Alkoholbehandlung in Österreich auseinander.

**Schlüsselwörter:** Alkoholbehandlung, integrierte Versorgung, Entwicklung der Alkoholbehandlung, Trinkerheilstätten, therapeutisches Konzept

## Abstract

The treatment of alcohol-dependent people has a long tradition in Austria. Beginning after World War I there were so called “Trinkerheilstätten” (drinking healing hospitals) and “Abstinenzbünde” (abstinence societies) that were committed to supporting alcohol-dependent people. After the end of World War II, the treatment of alcohol addicts changed very quickly. While the treatment of alcohol addicts often used to be compulsory treatment in psychiatric wards combined with a sort of a “moral therapy”, which focused on self-control, modern treatment instead provided a different concept. A new understanding of addiction based on voluntariness, decoupled from psychiatric institutions, supported by medication and a therapeutic concept that understood the dependencies not as a moral failure but as a symptom of an underlying disease. With the development of treatment concepts and the integration of actions to improve the social environment as part of the therapy concept since the 1970s in Austria a highly fragmented landscape emerged in which supply structures and processes were only partially coordinated. The urban area had to face different challenges than the rural

area due to the natural proximity of treatment facilities. With the start of the “Alcohol 2020” project, which later became “Alkohol. Leben können”, an attempt was started in Vienna to develop a focused approach in alcohol-treatment which is based on the integrated care approach. This article presents an outline of the development of the treatment of alcohol-dependent people in Austria after the Second World War to the present and finally deals with the challenges of the integrated care approach in alcohol treatment in Austria.

**Keywords:** alcohol treatment, integrated care, development of alcohol treatment, alcohol rehab institutions, therapeutic concept

## Einleitung

Dass der chronische Alkoholmissbrauch, d. h. der Konsum großer Mengen Alkohol über einen längeren Zeitraum hinweg („problematischer Alkoholkonsum“), bzw. eine Alkoholabhängigkeit zu ernstesten gesundheitlichen und sozialen Problemen führen kann, ist allgemein bekannt. Derzeit liegt die Prävalenz von Alkoholikern und Alkoholikerinnen in Österreich bei rund fünf Prozent der österreichischen Bevölkerung ab 15 Jahren. Dazu kommen noch rund weitere zehn Prozent mit problematischem Alkoholkonsum. In Zahlen ausgedrückt sind das ungefähr 365 000 Personen mit einer Alkoholabhängigkeit und ca. 657 000 weitere Personen, die in einem schädlichen Ausmaß Alkohol konsumieren. Jährlich erkranken geschätzt 11 000 Menschen neu an einer Alkoholabhängigkeit (Bachmayer et al., 2018). Seriöse Schätzungen bezüglich der Anzahl der Personen, die jährlich erstmalig problematischen Alkoholkonsum entwickeln, gibt es nicht.

Diesem offenkundigen Bedarf stehen österreichweit derzeit 186 ambulante und 50 stationäre Einrichtung mit Angeboten zur Behandlung von Alkoholproblemen und Alkoholabhängigkeit gegenüber.<sup>1</sup> Wenn man bedenkt, dass alleine die Behandlung von alkoholabhängigen Menschen (= Entzug und Entwöhnung) bis zu zwei Jahre in Anspruch nehmen kann<sup>2</sup> (Mechtcheriakov et al., 2017) und dazu in vielen Fällen auch Psychotherapie und psychosoziale Unterstützung notwendig sind, wird offensichtlich, dass die Versorgung alkoholabhängiger Menschen und jener, die gefährdet sind, eine Abhängigkeit zu entwickeln, eine besondere Herausforderung für das Versorgungssystem darstellt.

## Entwicklung der Alkoholbehandlung in Österreich<sup>3</sup>

Der Aufbau eines spezialisierten Behandlungssystems für Alkoholranke begann nach dem Ersten Weltkrieg und war zunächst in öffentlichen psychiatrischen Krankenanstalten integriert. Später, 1922, wurde die erste Trinkerheilstätte als eigenständige Abteilung der Irrenanstalt „Am Steinhof“ gegründet und war für die Behandlung von freiwilligen und zwangsaufgenommenen Patientinnen und Patienten vorgesehen. Die Trinkerheilstätte musste ihre Arbeit im Jahr 1939 einstellen, so wie auch fast alle ambulanten Beratungsstellen, die es damals schon gab. Einer der größten ambulanten Einrichtungen, die Caritas, betreute Trinkerinnen und Trinker nur mehr heimlich in allgemeinen Fürsorgestellen. Grund dafür war die Aktion „Vernichtung lebensunwerten Lebens“, die – in Verbindung mit dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ von 1933 zur Unfruchtbarmachung vermeintlicher Erbkranker und Alkoholiker/-innen – es für die Klientinnen und Klienten zu gefährlich machte, als Trinker/-in identifiziert zu werden (Schmuhl, 1992). Die dunkelsten Stunden der Geschichte machten auch bei den Alkoholikerinnen und Alkoholikern keine Ausnahme. Arbeitshäuser und Konzentrationslager wurden auch für die „Bewältigung“ des Alkoholproblems herangezogen (Eisenbach-Stangl, 1986).

Nach dem Zusammenbruch des Dritten Reichs – und nachdem bereits im Juli 1945 der kommunistische Staatssekretär die Voraussetzungen dafür geschaffen hatte – nahmen sehr schnell Abstinenzverbände, wie z. B. der Arbeiter-Abstinentenbund, ihre Arbeit auf und versuchten Betreuungsstellen für Alkoholiker/-innen aufzubauen. Der Mangel an finanziellen Ressourcen und geeignetem Personal, konkret an Ärztinnen und Ärzten sowie Psychiaterin-

<sup>3</sup> Die Entwicklungsgeschichte wurde nach der Methode der „Oral History“ in Gesprächen mit Dr. Ewald Höld aufbereitet. Dr. Höld ist Psychiater und Psychotherapeut und war bis Oktober 2019 als Medizinische Leitung des Ambulatoriums (vormals Institut für Suchtdiagnostik) der Sucht- und Drogenkoordination Wien tätig. Dr. Höld war an den hier im Artikel beschriebenen Entwicklungen ab den frühen 1970er Jahren beteiligt.

<sup>1</sup> Vgl. [www.suchthilfekompass.goeg.at](http://www.suchthilfekompass.goeg.at)

<sup>2</sup> Die durchschnittliche Behandlungsdauer in stationären betragt Einrichtungen sechs bis acht Wochen.

nen und Psychiater – die waren zu der Zeit mit dem Wiederaufbau des allgemeinen Gesundheitssystems beschäftigt – führte dazu, dass die Verbände, mit der Ausnahme der Caritas, bald wieder ihre Arbeit einstellten (Eisenbach-Stangl, 1986).

Erst mit der Übernahme der Leitung der Psychiatrisch-Neurologischen Klinik der Universität Wien durch Hans Hoff bekam die Forderung nach der Wiedererrichtung einer Trinkerheilstätte neuen Ansehens und mündete 1954 in der Gründung des „Vereins Trinkerheilstätte“. Der Verein hatte das Ziel, eine Einrichtung zu schaffen, in der sich Trinker/-innen freiwillig einer Entwöhnung unterziehen konnten. 1956 wurde der Verein aufgelöst und unter dem Vorsitz des Sozialministers Anton Proksch als „Kuratorium Stiftung Genesungsheim“ neu konstituiert. 1957 gründete das Kuratorium das „Genesungsheim Kalksburg“. 1961 wurde die „Offene Anstalt für Alkoholranke“ unter der Leitung von Univ.-Prof. Dr. Kryspin-Exner eröffnet, allerdings vorerst nur für Männer – Frauen wurden erst 1968 aufgenommen (Eisenbach-Stangl, 1986)<sup>4</sup>. Das Behandlungskonzept war für seine Zeit revolutionär und bestand im Wesentlichen aus drei Komponenten:

- 1) freiwillige Aufnahme von Behandlungswilligen,
- 2) Behandlung innerhalb einer therapeutischen Gemeinschaft und
- 3) ambulante Nachbehandlung.

Damit einhergehend hatten sich auch die Behandlungsmethoden diversifiziert und technisiert und stärker von der behandelnden Person abgelöst. Statt dem abstinenten Vorbild der Behandlerinnen bzw. Behandler gab es nun auch Medikamente und Psychotherapie. Die wichtigsten Behandlungsmethoden waren pädagogisch ausgerichtete „Gruppen-Psychotherapien“ unter ärztlicher Leitung, medikamentöse Therapie der psychischen Grundstörung sowie der sekundären Trinkprobleme, sowie das „therapeutische Milieu“ der Anstalt selbst; d. h. die Übernahme von verantwortungsvoller Arbeit durch die Patienten, was diesen eine gewisse Entscheidungsmacht über die Geschehnisse in der Anstalt verlieh (Eisenbach-Stangl, 1986). Die Aufenthaltsdauer war mit sechs bis acht Wochen relativ kurz. Die Nachbehandlung war bei den Patienten nicht sonderlich beliebt. Sie umfasste damals primäre medizinische Interventionen, wie die Verabreichung von Vita-

min-B-Injektionen und die Kontrolle, ob der Patient rückfällig geworden ist. Die Möglichkeit, Unterstützung durch Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter und von Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern des Arbeitsmarktservices zur Arbeitsintegration in Anspruch zu nehmen, war bereits während des stationären Aufenthalts möglich. Die Nutzung dieses Angebots fand auf rein freiwilliger Basis statt und war nicht Teil des eigentlichen Behandlungskonzepts. Dabei wurde dieser Service von den Patienten nicht sehr oft in Anspruch genommen. Mit den hier grob umrissenen Maßnahmen zur Behandlung alkoholkranker Menschen kehrte man dem in der Zwischenkriegszeit vorherrschenden Bild von der Trunksucht als „moralische Verfehlung“, die nur durch Erziehung zu einem alkoholfreien Leben erfolgsversprechend gelöst werden kann, den Rücken zu und ging dazu über, die „Trunksucht“ als Symptom zu verstehen, der eine Grundkrankheit zugrunde liegt (Hoff, 1956). Damit stand nicht nur mehr das Trinken als behandlungswürdiges Problem im Fokus, sondern es wurde die gesamte Person erfasst und einer Behandlung zugeführt (Eisenbach-Stangl, 1986).

Bis zum Ende der 60er- bzw. Anfang der 70er Jahre des 20. Jahrhunderts wurde – einerseits durch Veränderungen in den Behandlungspraktiken, andererseits durch die Schaffung von spezialisierten Einrichtungen – ein für die damaligen Verhältnisse revolutionärer Status quo in der Alkoholbehandlung in Österreich geschaffen. Während diese neuen Strukturen zur Behandlung des problematischen und pathologischen Alkoholkonsums ihre Arbeit aufnahmen und sich in der Behandlungslandschaft etablierten, richtet sich die öffentliche Aufmerksamkeit verstärkt auf die Verbreitung des Konsums illegaler Substanzen. Die Politik geriet hier zunehmend unter Druck – angetrieben durch eine einseitige mediale Berichterstattung – sich der aufkommenden Drogenproblematik anzunehmen. Der Behandlung von Drogenabhängigen<sup>5</sup> wurde neben der Strafverfolgung in dieser Zeit verstärkte Aufmerksamkeit zuteil. Für den Bereich der Alkoholbehandlung war dies eine wichtige Entwicklung, spielten doch die Erkenntnisse, die über die Behandlung von Drogenabhängigen gewonnen wurden, wenn auch nur indirekt, eine wesentliche Rolle für die zukünftige Entwicklung des Behandlungskonzepts für alkoholabhängige Menschen. Im folgenden Exkurs werden die wesentlichsten Aspekte bei der Behandlung Drogenabhängiger dargestellt,

<sup>4</sup> Die hier geschilderten Entwicklungen und Einrichtungen stellen die Speerspitze der Alkoholbehandlung in Österreich dar. Der Gründung des Genesungsheim Kalksburg folgte die Gründung weiterer Einrichtungen in Österreich entweder als Sonderkrankenhäuser, als Abteilungen in psychiatrischen Fachkliniken oder organisatorisch integriert in Fachabteilungen für Psychiatrie. Siehe hierzu Uhl & Strizek (2018).

<sup>5</sup> Der hier verwendete Begriff „Droge“ bezieht sich ausschließlich auf illegale Substanzen, wie sie in der aktuell gültigen Fassung des Suchtmittelgesetzes (SMG) geführt werden.

die einen Einfluss auf die Entwicklung der Alkoholbehandlung hatten.

### **Im Zeitalter des Wassermanns – Die Drogenarbeit<sup>6</sup> als Vorreiter für neue Wege in Behandlung und Betreuung alkoholkranker Menschen**

Die Behandlung von Drogenabhängigen in den 1970er bzw. frühen 1980er Jahren bedeutete in ihren Grundzügen die stationäre Aufnahme der Patientin bzw. des Patienten, die Durchführung eines Entzugs und die therapeutische Begleitung durch die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt. Einen Therapieplatz zu bekommen, war damals keine Selbstverständlichkeit, ebenso wenig wie diesen zu behalten. Jegliche Behandlung war ausschließlich abstinenzorientiert. Damit man einen der wenigen Plätze in ganz Österreich erhalten konnte, musste die oder der „Werberin oder Werber“ ihre/seine Motivation bei einer „Motivationsprüfung“ unter Beweis stellen. Dies sah z. B. vor, dass im Rahmen der Vorgespräche zur stationären Aufnahme die Personen nicht beeinträchtigt bei den Terminen erscheinen durften, was oftmals – abgesehen von der körperlichen Belastung, da die Werberinnen und Werber dadurch eigentlich bereits einen unbegleiteten Entzug begonnen hatten – für die Personen eine enorme Stressbelastung bedeutete. Die Idee dahinter war, dass damit offengelegt werden sollte, wie ernsthaft die Absichten der Person waren, die Therapie zu beginnen und auch zu Ende zu bringen. Das therapeutische Konzept orientierte sich an jenen Konzepten und Methoden, die von Deutschland kommend von in der Drogenarbeit aktiven Selbsthilfegruppen entwickelt und vertreten wurden. Im Wesentlichen vertraten diese Selbsthilfegruppen die Idee, dass bevor der Aufbau eines neuen, starken und „nicht-süchtigen Ichs“ erfolgen kann, das alte „süchtige Ich“ zerstört werden muss. Dieser Zugang hielt sich jedoch aufgrund der nachteiligen Auswirkungen auf den Therapieverlauf nur wenige Jahre in der Behandlungspraxis.

Bis Ende der 1970er Jahre waren die Konzepte, bei denen im Zentrum die Abstinenz stand, in der Behandlung von Drogenabhängigen sehr ähnlich jener, die bei Alkoholabhängigen angewandt wurden. Mit Ende der 1970er Jahre begann sich die Drogenarbeit allerdings zunehmend in eine andere Richtung weiter-

zuentwickeln. So setzten sich Konzeptw wie „mit der Droge leben“ – eine Aufweichung des Abstinenzkonzepts – und „Harm Reduction“ – zur Verbesserung der Lebensqualität und Steigerung der Überlebenschance der Konsumierenden – in der Drogenarbeit erheblich rascher durch als in der Alkoholbehandlung. Ebenso war im Sinne der gesellschaftlichen Wiedereingliederung eine stärkere Einbeziehung von sozialarbeiterischen Angeboten notwendig. Einen wesentlichen Beitrag dazu, dass der Drogenbereich für Entwicklungen interessanter wurde, leistet auch die Tatsache, dass das gesellschaftspolitische Ziel in der Drogenarbeit ein anderes war als bei der Behandlung von Alkoholabhängigen. In der Drogenpolitik war zu Beginn der Drogenwelle die Vorstellung präsent, dass der süchtige Gebrauch von illegalisierten Substanzen, der in Österreich nur ein paar Tausend Menschen betraf bzw. betrifft – weitaus weniger als die Alkoholsucht – sich als temporäres Gesellschaftsphänomen wieder beseitigen ließe und damit auch alle damit in Verbindung stehenden Probleme. Dazu bräuchte es nur entsprechende Investitionen in Strukturen und Personal für Behandlung und Repression. Dass diese Vorstellung von einem temporären, eliminierbaren Drogenproblem nicht der Realität entspricht, wurde in der Folge aber auch der Politik rasch klar.

Im Gegensatz zur Drogenbehandlung, für die in den 1970er und 1980er Jahren viele Strukturen etabliert wurden, blieb der Bereich der Alkoholtherapie inhaltlich, d. h. von seinen Behandlungskonzepten her relativ stabil. Entwicklungen betrafen hier überwiegend den Ausbau der bestehenden stationären und ambulanten Angebote. Es muss jedoch an dieser Stelle auf zwei Punkte explizit hingewiesen werden, damit nicht der Eindruck entsteht, dass die Behandlung Alkoholabhängiger und der Bereich der Drogentherapie je nach „tagesaktueller“ Popularität im Fokus von Politik, Ärzteschaft etc. stand. Daher:

- 1) In beiden Bereichen wurden die Kapazitäten der Einrichtungen stetig erweitert, um die Versorgungsleistung an den Bedarf anzupassen. Der steigende Bedarf kann als Hinweis dafür interpretiert werden, dass es im Behandlungsbereich eine Änderung der Sichtweise gab, was auch schwierigeren Klienten den Zugang zum Behandlungssystem ermöglichte.
- 2) Anfangs waren viele Alkoholiker älter und hatten ganz oder phasenweise gearbeitet, während die Drogenabhängigen eher jung waren und noch nie gearbeitet hatten. Weltbild und Grundhaltung dieser beiden Patientengruppen passten daher nicht zu-

<sup>6</sup> Der Begriff „Drogenarbeit“ wird hier als Sammelbegriff verstanden, der die therapeutische Behandlung des süchtigen Gebrauchs illegaler Substanzen als auch die sozialarbeiterische Anbindung zur Wiedereingliederung zusammenfasst.

sammen. Sie lehnten sich gegenseitig ab und mussten in getrennten Einrichtungen behandelt werden. Im Lauf der Zeit wurden die Drogenabhängigen im Durchschnitt älter und Drogen wurden auch bei Alkoholkonsumenten zusehends populärer, weshalb die klare Einteilung in Drogen- und Alkohol Klientel immer weniger Sinn ergab. Das führte dazu, dass die Trennung zwischen Alkoholikern und Drogenkonsumenten innerhalb der Einrichtungen zusehends aufgeweicht wurde, wodurch Alkoholtherapeuten die Abstinenz als das einzige legitime Therapieziel sahen, und Drogentherapeuten, für die „Harm Reduction“ und Substitution als „State-of-the-art“ galt, miteinander konfrontiert wurden und sich gegenseitig beeinflussten. Immer öfter wechselten auch im Suchtbereich tätigen Personen zwischen dem Alkohol- und dem Drogenbereich. Der Wissens- bzw. Praxistransfer zwischen den Bereichen führte dazu, dass auch im Alkoholbereich mehr und mehr vom kategorischen Abstinenzziel abgerückt wurde.

Der nächste Entwicklungsschritt im Alkoholtherapiebereich fand im Oktober 2014 statt, als in Wien das Pilotprojekt „Alkohol 2020“ (jetzt „Alkohol. Leben können“) zum Aufbau eines integrierten Versorgungssystems gestartet wurde.

### Neue Wege – die integrierte Versorgung in der Alkoholbehandlung

In den letzten Jahrzehnten ist, wie im Gesundheitssystem allgemein, das Behandlungsangebot rasant um eine Vielzahl an Akteuren angewachsen, die in verschiedenen Teilbereichen Dienstleistungen anbieten. So sind niedergelassene Ärztinnen/Ärzte, Institute, Labore sowie der ambulante und stationäre Bereich in Krankenanstalten in einigen oder teilweise in allen Bereichen von der Prävention über die Diagnose bis zur Therapie und Rehabilitation tätig (Becka & Schauppenlehner, 2011). Dieses strukturelle (Über-)Angebot, das vor allem in Ballungszentren zu finden ist, hat selbstverständlich seine Vor- und Nachteile. Die Vorteile für die Patientin/den Patienten sind, dass sie/er individuell entscheiden kann, welche Leistung sie/er in Anspruch nimmt und bei welchem Anbieter. Sollte ein Anbieter nicht die gewünschte Leistung erbringen können, oder es gibt zu langen Wartezeiten, kann ein anderer Anbieter gesucht werden. Die Nachteile sind jedoch, dass die Patientin/der Patient sich bei der Auswahl und der Suche nach dem richti-

gen Anbieter um alles selbst kümmern muss. Für jede/n Patientin/Patienten bedeutet das, dass sie/er, wenn Leistungen des Gesundheitssystems in Anspruch genommen werden, eine Anzahl an „Nahtstellen“ und „Versorgungsübergängen“ bewältigt werden muss, die viele Patientinnen und Patienten erheblich überfordern können. Insbesondere stellen diese Übergänge eine Herausforderung für jene Personen dar, die an einer Erkrankung wie einer Sucht leiden. Neben den Erschwernissen für die Bewältigung des Alltags sind aufgrund der gesellschaftlichen Stellung einer/s Suchterkrankten die Interaktionen mit unterschiedlichen Personen im Versorgungssystem oftmals eine bedeutende Hürde. Ganz besonders bei Personen, die an einer Suchterkrankung leiden, liegen häufig nicht die besten psychischen und physischen Voraussetzungen vor, um immer wieder Diagnosegesprächen, Aufnahmeverfahren etc. im Versorgungssystem ausgesetzt zu sein. Genau an diesem Punkt setzt das Konzept der integrierten Versorgung an: die Übergänge zwischen unterschiedlichen Behandlungs- und Fachbereichen sollen optimiert und die Nahtstellen zwischen den Subbereichen ganzheitlich, effizient, effektiv und patientenorientiert gestaltet werden (Becka & Schauppenlehner, 2011). So können zwei zentrale Punkte erreicht werden. Einerseits ist es für die Patientin/den Patienten leichter in das Behandlungssystem eintreten, es zu durchlaufen und auch wieder zu verlassen. Andererseits kann durch den Abbau von strukturellen Schwachstellen in den Bereichen Finanzierung und Verwaltung, Nahtstellenmanagement, Vernetzung von Dienstleistern, einheitliche Dokumentation von Leistungen und Diagnosen sowie die Definition von Qualitätsstandards eine Optimierung des Ressourceneinsatzes erreicht werden, was eine Erhöhung der Wirtschaftlichkeit des Versorgungssystems bewirkt (Eger, 2011; Hofmacher & Rack, 2006).

Das Konzept der integrierten Versorgung ist dabei nicht völlig neu. Bereits bevor das Projekt „Alkohol. Leben können“ ins Leben gerufen war, gab es eine Zusammenarbeit zwischen stationären und ambulanten Einrichtungen über Liaisondienste und Zuweisungen sowie Versuche, Behandlungskontinuität zwischen Vorbehandlung, Behandlung und Nachbehandlung sicherzustellen. Mit diesem Projekt, das eine zentrale Koordinationsstelle vorsieht, die zuweist und weitere Behandlungsschritte plant, ist sicherlich eine ganz neue Qualität entstanden.

Ein weiterer Aspekt, der in diesem Zusammenhang zu erwähnen ist, ist die Einführung des „Stepped Care“-Modells für die Behandlung von Bluthochdruck in den späten 1970er

Jahren (Taylor, 1977; Sacket, 1979). Diese Idee stellt nun auch die Grundlage für die Etablierung eines integrierten Versorgungssystems im Bereich der Alkoholbehandlung dar. „Stepped Care“ bedeutet dabei nichts anderes, als dass nicht ein fix vorgegebener Behandlungsplan für jeden Patienten vorliegt, den jede Patientin/jeder Patient unabhängig von ihrer/seiner individuellen Disposition durchläuft, sondern dass Behandlungsmaßnahmen sequenziell erfolgen. Dabei wird zunächst, in Übereinkunft mit der Patientin/dem Patienten, eine Behandlungsintensität gewählt, die entsprechend der Problemlage die geringste Intensität vorsieht, um die individuellen Behandlungsziele zu erreichen. Basierend auf dem beobachteten Behandlungserfolg, wird in weiterer Folge die Behandlungsintensität bei Bedarf sukzessive angepasst, bis sich der gewünschte Erfolg einstellt (Meeuwissen, 2018). Über die Jahre hinweg wurde mittlerweile in mehreren Studien auch die Effektivität des „Stepped Care“-Ansatzes in den unterschiedlichsten Bereichen im Gesundheitswesen untersucht. So gibt es Studien in den Bereichen Diabetes mellitus, Essstörungen, Alkoholabhängigkeit und Tabakabhängigkeit (Ellis, 1984; Fairburn & Peveler, 1990; Sobell & Sobell, 1995; van den Brink, 1996; Hughes, 1996; Schippers, Schramade & Walburg, 2002). Auf dem Weg zur integrierten Versorgung ist der „Stepped Care“-Ansatz ein wichtiger Bestandteil, da er die Behandlung flexibel macht, wodurch unterschiedliche Versorgungsangebote bedarfsorientiert in die Behandlungskette integriert werden können.

Für den Suchtbereich hat 2008 das *Scottish Advisory Committee on Drug Misuse* in seinem Bericht integrierte Versorgung folgendermaßen beschrieben: „An approach that aims to combine and co-ordinate all the services required to meet the assessed needs of the individual“; für dessen Umsetzung sind drei Punkte zentral (SACDM, 2008):

- 1) *treatment, care and support to be person-centred, inclusive and holistic to address the wide-ranging needs of drug and alcohol users;*
- 2) *the service response to be needs-led and not limited by organisational or administrative practices;*
- 3) *collaborative working between agencies and service providers at each stage in the progress of the individual in treatment, from initial assessment onwards.*

Diesen Prinzipien folgend bedarf es also neben der Anpassung der Behandlungskonzepte zusätzlich auch einer Flexibilisierung und Koordination der Versorgungslandschaft und des Aufbaus eines Schnittstellenmanagements, das die Patientenseite entlastet und die Akteure im Gesundheitssystem nicht nur miteinander

lose verknüpft – letzteres war ja bereits ohne das integrierte Versorgungskonzept vorhanden. Entscheidend ist auch die Einführung von Standards, die gewährleisten sollen, dass jede/r Patient/-in den bestmögliche Service erhält.

### Von der Theorie in die Praxis – Herausforderungen für die integrierte Versorgung im Alkoholbereich in Österreich

Da die Etablierung einer integrierten Versorgung eine umfassende Intervention in bestehende organisationale Prozesse bedeutet, gibt es selbstverständlich auch kritische Stimmen. Die Hauptargumente – hier ausschließlich für den Bereich der Behandlung Alkoholabhängiger – sind:

- 1) Die integrierte Versorgung bringt aufgrund der Standardisierung einen wenig flexiblen Behandlungsablauf mit sich, der die persönliche Entscheidungsfreiheit der Behandlerin/des Behandlers/Leistungsanbieters einschränkt, da diese/-r vordefinierte Behandlungselemente (Module) verwenden muss. So wird einer zunehmenden Ökonomisierung der Gesundheit Vorschub geleistet, die es ermöglicht, gezielt Einsparungen vorzunehmen.
- 2) Für Österreich eignet sich ein integriertes Versorgungssystem, bei dem es eine zentrale „Clearing-Stelle“ gibt, nur in Ballungsräumen, in denen eine geografische Nähe zwischen Leistungserbringern und Patientinnen/Patienten herrscht. Im Großteil Österreichs würde eine schwer zu erreichende zentrale Anlaufstelle ein starkes Hindernis für die Nutzung bedeuten. Mehrere Anlaufstellen zu schaffen, um eine entsprechende Flächenabdeckung zu erreichen, würde einen erheblichen zusätzlichen finanziellen Aufwand bedeuten.
- 3) Eine Integration von Angeboten und (Mindest-)Standards der Behandlung bedeutet mitunter eine Änderung der Dokumentationssysteme und der Praxis unterschiedlicher Einrichtungen, was für Einrichtungen mit einem funktionierenden bestehenden System eine erhebliche Herausforderung darstellt.

Da in Österreich integrierte Versorgung eine relativ neue Form der Versorgung darstellt, sind diese Kritikpunkte natürlich zu beachten. Diese weisen auf Aspekte hin, die geklärt werden müssen. Antworten auf diese Fragen können sinnvollerweise nur im Rahmen der praktischen Umsetzung und der kontinuierlichen Adaptierung der Konzepte und Strukturen an

die Bedürfnisse der Versorgungslandschaft und der Patientinnen und Patienten erarbeitet werden.

## Fazit

Die Behandlung alkoholkranker Menschen ist in Österreich in der Mitte des Gesundheitssystems angekommen. Die Umsetzung eines integrierten Versorgungskonzeptes ist eine sinnvolle Weiterentwicklung des bestehenden Versorgungssystems. Das Konzept bzw. die Grundidee der integrierten Versorgung ist zwar nicht neu, doch durch die Pluralisierung der Versorgungslandschaft ist die systematische Verzahnung von Diagnose, Therapie und begleitenden Maßnahmen mit dem Ziel einer doppelten Optimierung notwendiger denn je. Einerseits kann damit die Optimierung der Prozesse auf Patientenseite und andererseits die Optimierung des zielorientierten Ressourceneinsatzes erreicht werden. Mit dem zunehmenden Ausbau der integrierten Versorgung als neuem Standard in der Versorgung alkoholabhängiger Menschen bedarf es neben einer weitreichenden Veränderung von Strukturen und Versorgungspraktiken auch entsprechender Instrumente für die Dokumentation und Evaluation der Abläufe, um diese rasch und effizient optimieren und auf Veränderungen im Bedarf der Patientinnen und Patienten anpassen zu können.

## Literatur

- Bachmayer, S., Strizek, J. & Uhl, A. (2019). *Handbuch Alkohol – Österreich. Bd. 1: Statistiken und Berechnungsgrundlagen 2018. Projekt-Report*. Wien: Gesundheit Österreich.
- Becka, S. & Schauppenlehner, M. (2011). *Integrierte Versorgung – Aufbruch zu neuen Wegen*. Wien: Soziale Sicherheit.
- Eger, K. (2011). *Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen. Status Quo und Ausblick*. St. Pölten: Niederösterreichische Patienten- und Pflegeanwaltschaft.
- Eisenbach-Stangl, I. (1986). Von der Trunksucht zur Alkoholkrankheit zur Geschichte der medizinisch-psychiatrischen Behandlung von Alkoholproblemen in Österreich. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 9 (4), 3–18.
- Ellis, G. J. (1984). Stepped care for diabetes mellitus. *North Carolina Medical Journal*, 45 (6), 383–391.
- Fairburn, C. G. & Peveler, R. C. (1990). Bulimia nervosa and a stepped care approach to management. *Gut*, 31 (11), 1220–1222.
- Hofmayer, M. M. & Rack, H. M. (2006). *Gesundheitssystem im Wandel. Österreich*. WHO-Regionalbüro für Europa. Kopenhagen: Medizinisch-wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Hoff, H. (1956). *Lehrbuch der Psychiatrie (Bd. 1)*. Basel: Schwabe & Co.
- Hughes, J. R. (1996). The future of smoking cessation therapy in the United States. *Addiction*, 91 (12), 1797–1802.
- Mechtcheriakov, S., Brunner, L. & Uhl, A. (2017). *Alkohol „Zwischen Genuss und Gefahr“*. *Gesund werden. Gesund bleiben* (Bd. 8). Wien: Hauptverband der Sozialversicherungsträger.
- Meeuwissen, J. A. C. (2018). *The case for stepped care – Exploring the applicability and cost-utility of stepped-care strategies in the management of depression*. Amsterdam: VU University.
- SACDM (2008). *Psychostimulant project group report*. Scottish Advisory Committee on Drug Misuse. <https://www2.gov.scot/Resource/Doc/224872/0060847.pdf> – 18.06.2020.
- Schmuhl, H. W. (1992). *Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie. Von der Verhütung zur Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ 1890–1945* (2. Aufl.). Göttingen: V & R.
- Schippers, G. M., Schramade, M. & Walburg, J. A. (2002). Reforming Dutch substance abuse treatment services. *Addictive Behaviors*, 27, 995–1007.
- Sobell, M. B. & Sobell, L. C. (1995). Controlled drinking after 25 years: How important was the great debate? *Addiction*, 90, 1149–1153.
- Uhl, A. & Strizek, J. (2018). *Handbuch Alkohol – Österreich. Bd. 3: Ausgewählte Themen*. Wien: Gesundheit Österreich.
- Van den Brink, W. (1996). Effective interventies bij alcoholproblemen. In P. J. Geerlings, W. Van den Brink & G. M. Schippers (Red.), *Behandelstrategieën bij alcoholproblemen*. Houten, NL: Bohn Stafleu van Loghum.



**Mag. Markus Hojni**

Soziologe, Kommunikationswissenschaftler und Publizist  
Kompetenzzentrum Sucht bei der Gesundheit Österreich GmbH, MA 24 – strategische Gesundheitsversorgung der Stadt Wien  
[markus.hojni@gmail.com](mailto:markus.hojni@gmail.com)

# Alte und sehr alte Säuer\*innen

Irmgard Vogt

## Zusammenfassung

Im deutschsprachigen Raum dominieren in den Diskussionen um den demographischen Wandel und die zunehmenden Zahlen von Menschen, die 60 Jahre und älter sind, negative Altersbilder. Dazu passt die Vorstellung, dass viele alte und sehr alte Menschen Alkoholisches konsumieren und daher auch immer häufiger alkoholabhängig werden. Umfrageergebnisse stützen diese Sicht nicht; vielmehr nimmt der Alkoholkonsum systematisch mit dem Alter ab. Jedoch gibt es auch eine relativ kleine Gruppe von Menschen, die erst mit dem Ruhestand Alkoholprobleme entwickeln. Qualitative Studien weisen darauf hin, dass manche Menschen mit dem Bedeutungsverlust, der mit dem Ruhestand einhergeht, nicht gut zurechtkommen; sie versuchen, die Leere mit Alkohol zu füllen. Dieses Verhalten wird von der Allgemeinheit wie von Experten kritisiert. Man erwartet vielmehr von alten und sehr alten Menschen, dass sie sich vernünftig verhalten und keinen Alkohol trinken oder zumindest nicht alkoholabhängig werden. In diesem Kontext stellen sich Fragen danach, ob ältere und sehr alte Menschen das Freiheitsrecht haben, sich selbst zu schaden oder nicht.

**Schlüsselwörter:** Altern, Ruhestand, Alkoholprobleme, Bedeutungsverlust, Freiheitsrechte

## Abstract

In German speaking countries negative stereotypes dominate when discussing demographic changes and the fact that the number of people who are 60 and older increases steadily. It also holds for the notion of old and very old people drinking alcohol and therefore develop alcohol dependency. However, results of surveys show repeatedly that overall alcohol consumption decreases with age. Still, there is a rather small group of elderly people who indeed develop alcohol problems in the years after retirement. Qualitative studies indicate that some people in retirement feel meaningless; they try to fill the void with alcohol. The public as well as experts criticize such a behaviour; they argue that old and very old people should behave sensible and abstain or at least avoid alcohol dependency. In this context the discussion pops up if old and very old people have the liberty to harm themselves or not.

**Keywords:** aging, retirement, alcohol problems, meaninglessness, liberty

## 1 Einleitung

Mit dem Altern ist das so eine Sache: alle wollen alt werden, aber niemand will alt sein oder genauer: niemand will als „Alter“ oder „Alte“ wahrgenommen werden. Das liegt nicht zuletzt an den gängigen Altersbildern, die u. a. über die Medien transportiert werden. Gewiss sind die Altersbilder weder eindimensional noch eindeutig, sondern vielfältig. Darüber informiert ausführlich der sechste Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland aus dem Jahr 2010, der sich dem Thema der Altersbilder in der Gesellschaft widmet. Sieht man ab von den vielen Möglichkeiten, Alter und Alte zu sehen, und beschränkt

man sich auf stereotype Sichtweisen, dann hat man es mit zwei sehr gegensätzlichen Bildern zu tun: einem negativen und einem positiven. Negative Altersbilder kreisen um die gesundheitlichen Beschwerden älterer und alter Menschen und um ihre psychische Verfasstheit. Danach sind alte Menschen gebrechlich und krank, sie sind hilfebedürftig und sehr oft einsam. Sie können zudem rechthaberisch und sogar herrschsüchtig sein, gelegentlich auch feindlich und hinterhältig. In ihren Ansichten sind sie meist starr und nicht in der Lage oder willens, sich mit neuen Entwicklungen und aktuellen gesellschaftlichen Problemen wie z. B. der Klimakatastrophe auseinanderzusetzen.

Selbstverständlich gibt es auch positive Altersbilder: „Beispiele für positive Altersbilder ist der Typus der „perfekten Großeltern“, die als familienorientiert, fürsorglich, unterstützend und vertrauenswürdig eingeschätzt werden, sowie der Typus der Golden Agers, die als zukunftsorientiert, gut informiert, unabhängig, produktiv, gesundheitsbewusst und erfolgreich gesehen werden“ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2010, S. 36). Die positiven Altersbilder sind aber eher die Ausnahme und nicht die Regel. Im Mittelpunkt der Auseinandersetzungen stehen vielmehr negative Stereotype; mit Bezug auf psychoaktive Substanzen also alte Menschen, die Medikamente nehmen und dazu noch rauchen und alkoholische Getränke konsumieren. Das scheint sie mit den ganz Jungen zu verbinden, die man im Umgang mit psychoaktiven Substanzen ähnlich negativ stereotypisiert.

Mit Blick auf den demographischen Wandel und den Anstieg des Anteils von älteren und alten Menschen in Deutschland dominieren zudem Ängste), insofern die gesellschaftlichen Veränderungen eher als Risiken wahrgenommen werden, nicht als Chance. Das wird am deutlichsten, wenn es um die sozialen Sicherungssysteme geht, genauer: um den Ausstieg aus dem Erwerbsleben und um die Rente. Die Jüngeren fürchten sich davor, dass sie immer länger arbeiten müssen, als das von der älteren Generation erwartet worden ist, und dass sie am Ende dennoch nicht finanziell abgesichert sind, weil die Rentenkassen bis dahin leer sind. Dahinter verbergen sich Befürchtungen, dass die ältere Generation die Rentenkassen geleert hat, weil sie früh in Rente gegangen ist, vergleichsweise hohe Rentenzahlungen erhalten hat und weil sie im Vergleich mit früheren Generationen immer älter wird. Mit zunehmendem Alter werden die Alten auch immer teurer, weil sie unter körperlichen Gebrechen und psychischen Störungen wie z. B. Demenz leiden und daher das Gesundheitssystem überdurchschnittlich häufig in Anspruch nehmen und entsprechend belasten. Betrachtet man nur die Gesundheitskosten, die die Älteren und Alten verursachen, sind sie für die Allgemeinheit richtig teuer (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2010, S. 170 ff.). Die Jüngeren befürchten zudem, dass die Politik sich immer mehr nach den Bedürfnissen und Wünschen der älteren Generation ausrichtet – weil sie die Mehrheit im Lande bildet und weil mit ihren Stimmen Wahlen gewonnen werden (z. B. Gründinger, 2016). Die Sorge, dass sich die Politik nicht hinreichend mit den Problemen der jungen Menschen auseinandersetzt, kristallisiert sich aktuell rund um das Thema „Klima-

wandel“ und um Auseinandersetzungen mit der älteren Generation über deren „verschwen- derischen“ Lebensstil und die damit verbundenen Konsequenzen für die Erderwärmung (z. B. Sommer et al., 2019)<sup>1</sup>

Beschränkt man sich auf die ältere Generation und auf die Probleme, die mit ihrer Langlebigkeit einhergehen, spielen gesundheitliche Aspekte eine wichtige Rolle. Solange die Älteren und Alten einigermaßen körperlich fit sind, verursachen sie etwas weniger gesundheitliche Kosten. Daher wird seit den 1990er Jahren der Prävention von gesundheitlichen Beeinträchtigungen im mittleren und höheren Lebensalter ein hoher Stellenwert eingeräumt. Auch ältere und alte Menschen sollen sich körperlich engagieren, um dem Verfall entgegenzuwirken. Sie sollen sich aber auch in anderen Bereichen auf das Altern einstellen, zum Beispiel sollen sie ihre Ernährungsgewohnheiten ihrem Alter anpassen. Darüber hinaus sollen sie den Konsum von Substanzen wie Nikotin, Alkohol, neuerdings auch Haschisch einstellen. Was ihnen bleibt und was ihnen von Ärztinnen und Ärzten reichlich verschrieben wird, sind psychoaktive Medikamente wie Beruhigungs- und Schlafmittel usw.

Ganz in diesem Sinne zielt eine neue Initiative darauf ab, die Älteren und Alten „in Form“ zu bringen:

*„Die neue INFORM-Broschüre gibt Seniorinnen und Senioren Anregungen, wie sie ihre Gesundheit und Lebensqualität Schritt für Schritt steigern können – mit gesunder Ernährung und ausreichend Bewegung. Saisonale Rezepte, der eigene Kräutergarten vor dem Küchenfenster, genug Wasser trinken – eine abwechslungsreiche und ausgewogene Ernährung lässt sich oft mit wenig Aufwand in den Alltag integrieren. Wer statt dem Lift öfter mal die Treppe nimmt und sich mit Freunden zum Wandern trifft, hält sich fit und fühlt sich besser. Was tun mit der freien Zeit im Ruhestand? Auch für die Freizeitgestaltung enthält die Broschüre eine Fülle an Anregungen“ (Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft, 2019).*

So einfach ist das also: Spätestens ab 60 Jahren steigen Mann und Frau Treppen statt den Aufzug zu nehmen, trinken viel Wasser und halten sich vor dem Küchenfenster einen Topf Schnittlauch – und schon kommen sie „in Form“, hat ihr Leben Sinn und Inhalt! So einfach ist das je-

<sup>1</sup> Die Kontroverse, die sich rund um den Vers „Meine Oma ist 'ne alte Umweltsau“ dreht, geht in dieselbe Richtung: Sehr verkürzt gesagt, wird unterstellt, dass die ältere Generation rücksichtslos mit der Umwelt umgeht und so die Lebenschancen der Jungen einschränkt, wenn nicht gar zerstört.

doch mit der Gesundheit im höheren Lebensalter nicht, auch nicht mit dem Sinn des Daseins, wenn man keinen Beruf mehr hat, keine anderen Hobbies und wenn man zudem nicht gut in soziale Netzwerke eingebunden ist. Längst nicht alle älteren und sehr alte Menschen haben Hobbies oder Freundesgruppen, in die sie eingebunden sind. Zumal diese Freunde und Freundinnen ja auch einer nach der anderen einfach wegsterben! Viele sind faktisch allein und müssen selbst zusehen, wie sie ihre Tage inhaltlich füllen. Da mag manchem Alkohol über den Tag und durch die Nacht helfen.

Wie steht es tatsächlich mit dem Alkoholkonsum der Älteren und Alten? Was wissen wir derzeit über ihren Konsum von alkoholischen Getränken? Ein Blick in statistische Datensammlungen sollte uns da weiterhelfen.

## 2 Einige epidemiologische Daten zum Konsum von Alkohol von Menschen, die 60 bzw. 65 Jahre und älter sind

Zum Konsum von alkoholischen Getränken von Menschen, die 65 Jahre und älter sind, liegen in Deutschland vergleichsweise wenige empirische Daten vor; die meisten Datensätze sind zudem mit Methoden erhoben worden, die eher kritisch einzuschätzen sind (für Details vgl. Vogt, 2016). Die Datenlage ist in der Schweiz erheblich besser. Man geht dort davon aus, dass in den Altersgruppen ab 65 Jahren der Anteil der Menschen, die täglich alkoholische Getränke konsumiert, zwischen 22 Prozent und 26 Prozent variiert. Der Anteil derjenigen mit chronisch-risikoreichem Konsum liegt in der Altersgruppe zwischen 65 und 74 Jahren bei sieben Prozent; er geht im höheren Alter deutlich zurück (für mehr Details vgl. Gmel et al., 2016). Das ist gut so, denn mit dem Alter sinkt der Wasseranteil im Körper. „Die gleiche Menge getrunkenen Alkohols verteilt sich bei älteren Menschen deshalb auf weniger Körperflüssigkeit und führt zu einem höheren Alkoholpegel. Mit zunehmendem Alter braucht auch die Leber länger für den Abbau des Alkohols“ (DHS, 2008). Ältere und sehr alte Menschen müssen daher damit rechnen, dass sich Trunkenheit bei ihnen schneller einstellt und dass sie die damit einhergehenden kognitiven und physischen Einschränkungen weniger gut kompensieren können als in jüngeren Jahren. Zu berücksichtigen sind zudem Probleme mit der Wechselwirkung mit Medikamenten und mit körperlichen bzw. psychischen Erkrankungen (z. B. dementieller Abbau). Viele Wirkungen, die man dem Konsum von alkoholischen

Getränken zuschreibt, können auch das Ergebnis solcher Wechselwirkungen sein (z. B. Gmel et al., 2016; Bernd, 2019).

Mit zunehmendem Alter gewöhnen sich Menschen eine Reihe von Verhaltensweisen an, die ihnen lieb und teuer sind. Dazu gehören viele Rituale rund ums Essen und ebenso viele rund um den Konsum von alkoholischen Getränken. Diese Gewohnheiten nehmen sie mit, wenn sie aus dem Erwerbsleben aussteigen und „in Rente“ gehen: sie trinken weiter wie gewohnt manches Bier und manchen Wein. Je nach diesen Gewohnheiten hat man es mit wenig problematischem Konsum zu tun oder bereits mit riskantem Konsum, wenn etwa Frauen mehr als zehn Gramm reinen Alkohol pro Tag und Männer mehr als 20 Gramm reinen Alkohol pro Tag konsumieren. Nach den Schweizer Erhebungen betrifft das ca. sieben Prozent der Älteren und Alten. Es handelt sich dabei um ältere und alte Menschen, die riskante bzw. abhängige Konsummuster aufweisen. Aufgrund der eher unklaren Datenlage lässt sich nicht entscheiden, ob Männer in den Altersklassen ab 60 Jahren stärker gefährdet sind als Frauen, alkoholabhängige Konsummuster zu entwickeln.

In den letzten fünf Jahren sind einige weitere Studien durchgeführt worden, die etwas genauer die Entwicklung von Alkoholabhängigkeit bei älteren und alten Menschen beschreiben. Die Daten der ELDERLY-Studie<sup>2</sup>, die in Dänemark, Deutschland und den USA (New Mexico) durchgeführt worden ist, zeigt zum einen, dass davon auszugehen ist, dass eine relativ große Gruppe von Menschen schon um die Lebensmitte (40–50 Jahre) riskante und exzessive Alkoholkonsum-Muster ausbildet, die sie bis ins hohe Alter beibehält. Sie erfüllen schon vor dem Eintritt in das Rentenalter die Kriterien einer leichten bis mittleren Alkoholkonsum-Störung. Nicht wenige von ihnen sind faktisch alkoholabhängig, was bei manchen allerdings erst im höheren Lebensalter offensichtlich wird.

Darüber hinaus gibt es eine weitere Gruppe von Menschen, die sehr spät im Leben, eben nach dem 60. bzw. dem 65. Lebensjahr, in den exzessiven Konsum von Alkohol einsteigt (vgl. dazu Emiliussen, Nielsen & Andersen, 2017). Als Erklärung für die Alkoholabhängigkeit im Alter verweist die BZgA (2018) auf Folgendes: „Alterstypische Risiken hierfür [für die Alkoholabhängigkeit] können die fehlenden beruflichen oder familiären Aufgaben sein, das Gefühl, überflüssig geworden zu sein, auch

<sup>2</sup> Bei der ELDERLY-Studie handelt es sich um eine internationale multizentrische randomisierte Studie zur Erprobung von zwei manualisierten psychotherapeutischen Behandlungen von Menschen, die 60 Jahre und älter sind und bei denen Alkoholabhängigkeit diagnostiziert worden ist (für mehr Details vgl. Andersen et al., 2015).

Vereinsamung oder eine Altersdepression, die Angst vor Krankheit und Tod. Die Übergänge vom täglichen Glas Wein hin zum Alkoholmissbrauch sind – wie auch im mittleren Lebensalter – fließend“ (BZgA, 2018, S. 2). Emiliussen, Andersen und Nielsen (2017) haben diese Einschätzungen mit einer kleinen qualitativen Studie tendenziell bestätigt und weiter differenziert. Sie haben 12 Menschen (7 Männer, 5 Frauen) danach gefragt, was dazu geführt hat, dass sie so spät in ihrem Leben alkoholabhängig geworden sind. Aus ihrer Sicht stellt der sehr späte Beginn einer schweren Alkoholkonsum-Störung bzw. einer Alkoholabhängigkeit ein komplexes Phänomen dar, das sich nicht einfach auf den Punkt bringen lässt. Anders gesagt: es gibt viele Gründe und Ursachen, die manche Ältere und Alte dazu bringen, exzessiv Alkoholisches zu konsumieren. Wie bereits in anderen Studien belegt, ist es nicht der Ausstieg aus dem Erwerbsleben per se, der dazu geführt hat, dass der Alkoholkonsum bei den Interviewten explodiert ist, sondern es sind neben konkreten Anlässen wie schwere Krankheiten bzw. Tod des Partners/der Partnerin insbesondere Probleme, die mit dem Verlust an persönlicher Bedeutung zusammenhängen, ebenso mit Fragen nach dem Sinn des Lebens. Nicht zuletzt waren es Langeweile, Leere und Ereignislosigkeit, die die Interviewten dazu veranlassen haben, im Zusammensein mit anderen oder auch allein immer häufiger Alkohol zu konsumieren. Auch hat sich die Alkoholabhängigkeit bei etlichen sozusagen eingeschlichen: man hat einfach nur häufiger und immer ein bisschen mehr Alkohol konsumiert und gar nicht wahrgenommen, dass das zur Abhängigkeit geführt hat. Auf die Sinnprobleme, die sich mit dem Alter und dem Ruhestand ergeben, hat Beauvoir (2000, S. 12) in anderem Zusammenhang schon 1970 hingewiesen:

*„Der Ruhestand eröffnet dem Pensionierten keine neuen Möglichkeiten... Er ist dazu verurteilt, in Einsamkeit und Langeweile dahinzuvegetieren, ein purer Nichtsnutz“.*

Besonders schmerzlich kann für diejenigen der Verlust von Sinn und Inhalt sein, die noch ganz bei Sinnen sind und die letzten Lebensjahre in einem Alten- oder Pflegeheim zubringen müssen. Wer sich allerdings dort verliebt und aus Sicht der Pflegenden über die Stränge schlägt, dem geht es auch nicht gut.

*„Ihre Liebe begann so spät wie unverhofft, doch sie endete mit einem Absturz. Sie, 87 Jahre alt, traf ihn, 82, in einem Pflegeheim. Beide waren sie vergesslich, bei ihr war es Demenz. Woran sie*

*sich aber noch gut erinnerte, war ihre Vorliebe für Wein. Auch sein Gedächtnis hatte über die Jahre gelitten, die Ursache dafür war allerdings der Alkohol, den er früher reichlich getrunken hatte. Mit der Liebe kam auch der Wein zurück in sein Leben... Beide hatten sich jeden Tag bis zu einer Flasche Wein geteilt... Und er trank den Löwenanteil“ (Ludwig, 2019).*

Er fiel die Treppe herunter und brach sich den Oberschenkelhals – danach war es aus mit der Liebe und mit dem Wein.

Was an dieser Geschichte verblüfft, ist die Selbstverständlichkeit, mit der die Schreiberin den alten Menschen Alkoholismus unterstellt. Wenn diese beiden alten Menschen sich tatsächlich täglich „bis zu einer Flasche Wein“ – also 0.75 Liter eines Getränks mit vielleicht 12 Prozent Alkohol – geteilt und langsam getrunken haben, ist es schwer vorstellbar, wie sie davon alkoholabhängig geworden sein sollen. Sicherlich ist es bei bestehender Demenz nicht angesagt, Alkoholisches zu konsumieren. Das gilt ebenso für Menschen, die schon einmal alkoholabhängig waren und vielleicht noch immer unter diversen damit zusammenhängenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen leiden. Dennoch braucht es mehr als 0.25 bis 0.5 Liter eines Getränks mit ca. 12 Prozent Alkohol, um jenseits seiner Sinne zu sein, z. B. die Wechselwirkung mit diversen Medikamenten oder mit spezifischen Erkrankungen, insbesondere der Leber, aber auch mit dementiellen Erkrankungen (Koch et al., 2019). Darauf geht die Schreiberin jedoch nicht ein; sie skandalisiert einfach nur den Alkoholkonsum der alten Menschen.

Immerhin zeigt eine zunehmende Zahl von Studien, dass sich Alkoholkonsum-Störungen von älteren und alten Menschen recht gut und sehr erfolgreich behandeln lassen (Behrendt et al., 2019; Braun et al., 2019; Geyer, 2012; Wieben et al., 2018). Die Probleme, die mit der Leere in ihrem Leben verbunden sind, sind damit aber nicht gelöst.

### **Von der Freiheit, auch als alter Mensch unvernünftig zu sein**

Nun gilt aber auch, dass alte und sehr alte Menschen, wenn sie voll bei Sinnen sind, dieselben Rechte haben wie die Jüngeren. Wie diese haben sie das Recht, ihre Persönlichkeit zu entwickeln. Das kann man auf eine Weise tun, die die Mehrheit der Gesellschaft für vernünftig und in unserem Kontext für gesundheitsförderlich hält. Man kann sich aber auch unvernünftig verhalten und z. B. die eigene Gesundheit mit dem Konsum von alkoholischen Getränken

und von Nikotin schädigen. So lange ältere und sehr alte Menschen allein leben und in der Lage sind, sich selbst und ihren Haushalt zu versorgen, können sie in jeder Weise ihre Gesundheit schädigen. Wenn sie allerdings in den Fokus helfender Institutionen geraten, in diesem Fall vor allem in den von Ärzten und Ärztinnen in niedergelassenen Praxen oder Kliniken, von ambulanten Pflegediensten usw., und wenn sie in Alten- und Pflegeheime umziehen müssen, dann reiben sich die individuellen Freiheitsrechte der Alten mit dem Auftrag ebendieser Personen und Institutionen, sich um die Gesundheit ihrer Patienten und Patientinnen zu kümmern. Sehr schnell kann es dann zu erheb-

lichen Einschränkungen der Freiheitsrechte der alten und sehr alten Menschen kommen. Viele dieser Einschränkungen sind in den Klinik- und Hausordnungen kodiert; man muss sie unterschreiben, um in die Einrichtungen aufgenommen zu werden. Auf diesem Wege wird ganz autoritär und quasi ganz selbstverständlich der Zugang zu Zigaretten und zu alkoholischen Getränken blockiert. Das kann durchaus lebensverlängernd sein. Ob es auch lustvoll ist, ist eine ganz andere Frage.

Mit erzieherischen Maßnahmen und allerlei Eingriffen in ihre Freiheitsrechte kann man die Alten davon abhalten, fröhliche Säufer\*innen zu sein.

## Suchtkranke Straftäter: Therapie im Maßregelvollzug erfolgreicher als Haft im Strafvollzug

Etwa zehn Prozent der Suchtkranken, die an harten Drogen hängen, befinden sich in Gefängnissen. „Der anstaltsinterne Drogenmarkt ist arbeitsteilig organisiert und wird von äußerst durchsetzungsfähigen Gefangenen beherrscht. Häftlinge werden zu Konsum und Verschuldung verleitet und in Abhängigkeit gehalten. In Gefahr bringt sich, wer in dieser Subkultur das Gebot ‚nichts hören, nichts sehen, nichts sagen‘ missachtet und sich gar aus Angst einem Beamten anvertraut“, berichtet Dr. Norbert Schalast in seiner Studie „Straffällige mit Suchtproblemen“. Es überrascht nicht, dass Abhängigkeitskranke hinter Gittern von ihrer Szene gefangen gehalten werden – und sich nach der Entlassung meist nicht aus dem kriminellen Drogenmilieu befreien können, d. h. erneut straffällig werden.

Schalast und Kollegen verglichen die Haftbedingungen mit der Unterbringung in sozialtherapeutischen Abteilungen des Strafvollzugs (bzw. im Maßregelvollzug). Hier sieht der forensische Psychologe nicht die perfekten, aber deutlich besseren Rehabilitationsbedingungen. Der Erfolg lässt sich daran messen, dass die Straftäter nach der Entlassung wesentlich seltener rückfällig werden.

„Wenn die Behandlung im Maßregelvollzug einschließlich einer längeren gelockerten Phase mit anschließender Beurlaubung gelingt, wird im günstigen Fall eine Neuorientierung angestoßen, die fast alle Lebensbereiche betrifft: Wohnen, Arbeit, Gesundheitsverhalten, Ernährung, Tag-Nacht-Rhythmus, familiäre Bindungen, soziale Kontakte.“ Eine langfristig kontinuierliche Beratung durch Sozialarbeit vor und nach der Entlassung ist dabei notwendig. Die Studie belegt, dass 70 Prozent der Klienten, die unter diesen Bedingungen leben, zumindest innerhalb der ersten – also kritischen – tausend Tage in Freiheit nicht wieder straffällig werden.

Die Unwägbarkeiten bleiben jedoch bei allem Engagement immens. Dr. Bernd Dimmek und Kollegen untersuchten in ihrer Maßregelvollzugs-Studie „Bewährungsverlauf und Wiedereingliederung suchtkranker Rechtsbrecher“: „Finden die klinischen Prognosen eine Entsprechung in der Rückfälligkeit der Patienten?“ Das Ergebnis überraschte: „Ein Zusammenhang zwischen der prognostischen Einschätzung und der tatsächlichen späteren Rückfalldelinquenz war nicht festzustellen. Lediglich im Extrem „Sehr günstig“ erwies sich die Prognose mit einem Anteil von 89,5 Prozent tatsächlich rückfallfreien Patienten als weitgehend treffsicher. Allerdings blieben 100 Prozent der als „sehr ungünstig“ eingeschätzten Patienten rückfallfrei...“

In der Studie von Dimmek und Kollegen wurden zwar 42 Prozent der Klienten innerhalb der drei Jahre nach Entlassung straffällig, jedoch meist mit Bagatelldelikten. Lediglich 10,6 Prozent mussten erneut wieder hinter Gitter (Strafvollzug oder Maßregelvollzug). Dieses Ergebnis entspricht den Ergebnissen in den meisten Maßregelvollzugskliniken und sozialtherapeutischen Anstalten des Strafvollzugs. In normalen Haftanstalten sind derartige – wenn auch bescheidenen – Erfolge undenkbar.

**Norbert Schalast (Hrsg.)**

***Straffällige mit Suchtproblemen***

**Pabst, 236 Seiten, Hardcover, ISBN 978-3-95853-461-2**

**Bernd Dimmek et al.**

***Bewährungsverlauf und Wiedereingliederung suchtkranker Rechtsbrecher***

**Pabst, Paperback, ISBN 978-3-89967-645-7**

## Literatur

- Andersen, K., Bogenschütz, M. P., Bühringer, G. et al. (2015). Outpatient treatment of alcohol use disorders among subjects 60+ years: design of a randomized clinical trial conducted in three countries (Elderly study). *BMC Psychiatry*, 15, 280. doi:10.1186/s12888-015-0672-x
- Beauvoir, S. de. (2000). *Das Alter*. Reinbek: Rowohlt. (im Original: *La Vieillesse*, 1970).
- Behrendt, S., Braun, B. & Bühringer, G. (2019). Die ELDERLY-Studie: Design und Stichprobe einer Untersuchung zur ambulanten Psychotherapie von Alkoholkonsumstörungen bei älteren Erwachsenen. *Suchttherapie*, 20, 92–99.
- Bernd, I. (2019). Abhängigkeitserkrankungen des alternden und alten Menschen. *Swiss Archives of Neurology, Psychiatry and Psychotherapy*, 170, w03041.
- Braun, B., Berendt, S., Piontek, D. et al. (2019). Therapie bei alkoholbezogenen Störungen im Alter: Ergebnisse der deutschen Stichprobe der randomisiert-kontrollierten ELDERLY-Studie bis zum 12-Monats-Follow-up. *Sucht*, 65, 101–114.
- Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (2019). <https://www.bundesregierung.de/breg-de/service/publikationen/66-tipps-fuer-ein-genussvolles-und-aktives-leben-mit-66--1145352>
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). 2010. *Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Altersbilder in der Gesellschaft*. Berlin.
- BZgA. (2028). *Alkohol-Spiegel*, 6. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. [https://www.bzga.de/fileadmin/user\\_upload/PDF/pressemitteilungen/daten\\_und\\_fakten/bzga\\_infobrief\\_alkohol\\_juni\\_2018\\_rz2\\_ansicht\\_es--1a48c83ca40a94ab5de8c538a881e754.pdf](https://www.bzga.de/fileadmin/user_upload/PDF/pressemitteilungen/daten_und_fakten/bzga_infobrief_alkohol_juni_2018_rz2_ansicht_es--1a48c83ca40a94ab5de8c538a881e754.pdf)
- DHS. (2008). *Informationen zum Thema: Alkohol im Alter*. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen [https://www.dhs.de/fileadmin/user\\_upload/pdf/Factsheets/Alkohol\\_im\\_Alter\\_2008.pdf](https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Factsheets/Alkohol_im_Alter_2008.pdf)
- Emiliussen, J., Nielsen, A. S. & Andersen, K. (2017). Identifying risk factors for late-onset (50+) alcohol use disorder and heavy drinking: a systematic review. *Substance Use & Misuse*, 52, 1575–1588.
- Emiliussen, J., Andersen, K. & Nielsen, A. S. (2017). Why do some older adults start drinking excessively late in life? Results from an Interpretative Phenomenological Study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31, 974–983.
- Geyer, D. (2012). Entwöhnungsbehandlung bei älteren Alkoholabhängigen. *Psychotherapie im Alter*, 9 (2), 253–266.
- Gmel, G., Kuendig, H., Notari, L. & Gmel, C. (2016). *Suchtmonitoring Schweiz – Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen in der Schweiz im Jahr 2015*. Lausanne: Sucht Schweiz.
- Gründinger, W. (2016). *Alte-Säcke-Politik. Wie wir unsere Zukunft verspielen*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Koch, M., Fitzpatrick, A., Rapp, S. R. et al. (2019). Alcohol consumption and risk of dementia and cognitive decline among older adults with or without mild cognitive impairment. *JAMA Network Open*, 2 (9), e1910319. doi:10.1001/jama-networkopen.2019.10319
- Ludwig, K. (2019, 4. Dez.). Methadon zum Frühstück. *Süddeutsche Zeitung*, S. 1.
- Sommer, M., Rucht, D., Haunss, S. & Zajak S. (2019). *Fridays for Future. Profil, Entstehung und Perspektiven der Protestbewegung in Deutschland* (ipb working paper series, 2/2019). Berlin: ipb.
- Vogt, I. (2016). Ältere und alte Männer und Frauen mit Alkohol- und anderen Substanzkonsumproblemen. Übersicht über Behandlungsansätze. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 48, 337–351.
- Wieben, E. S., Nielsen, B., Nielsen, A. S. & Andersen, K. (2018). Elderly alcoholics compared to middle-aged alcoholics in outpatient treatment – 6-month follow-up. *Nordic Journal of Psychiatry*, 72 (7), 9–15. doi:10.1080/08039488.2018.1522373



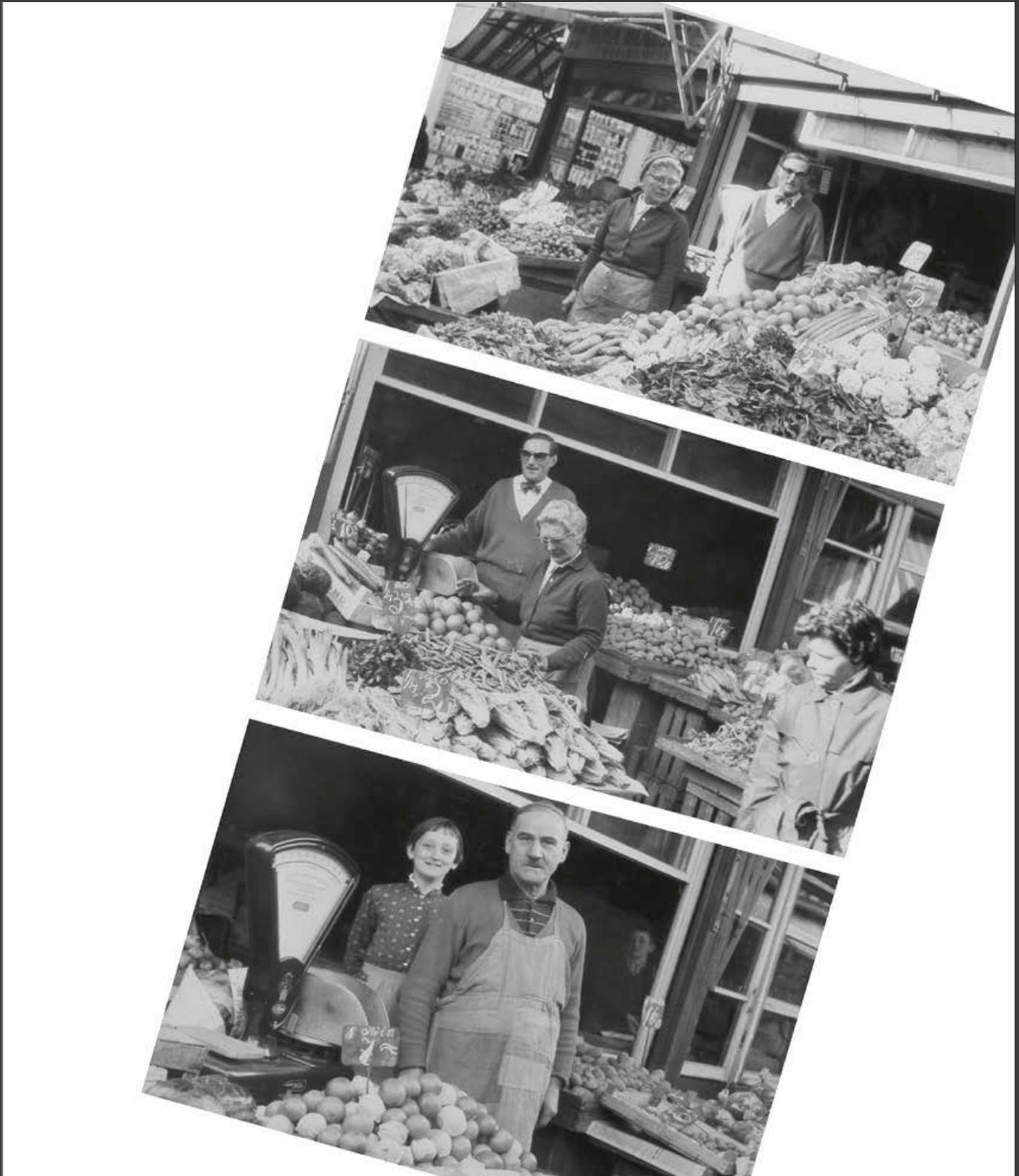
### PD Dr. Irmgard Vogt

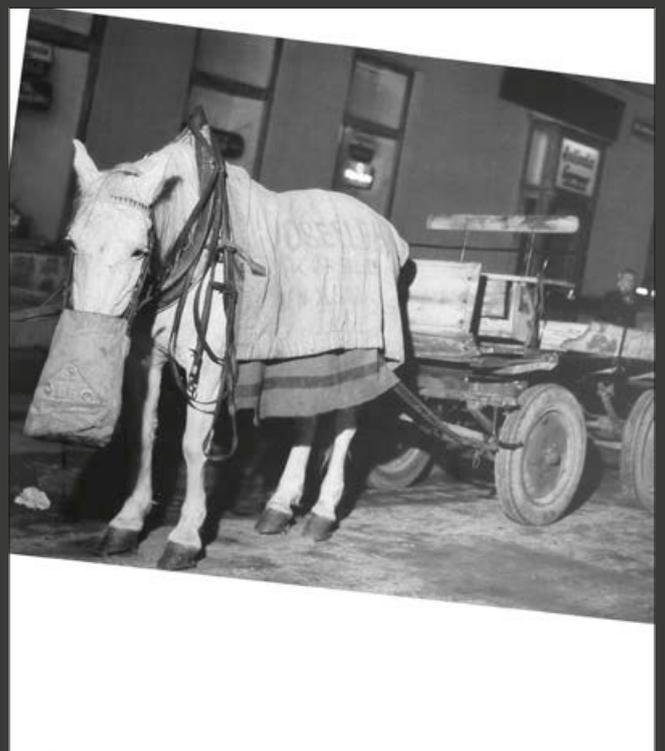
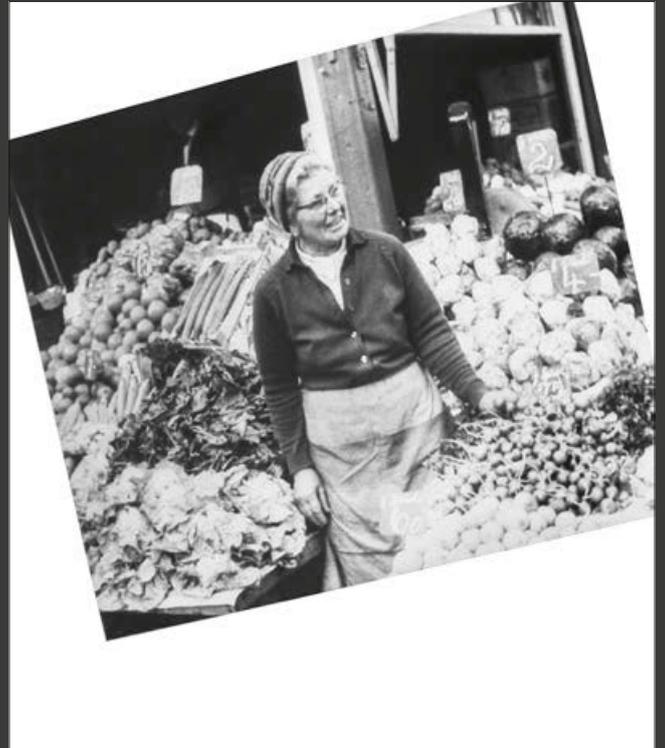
Psychologin, bis 2009 Professorin an der FH Frankfurt am Main, Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit. Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Drogenpolitik/Sucht/Gender/Behandlung; Frauengesundheitsforschung; Beratung in der Sozialen Arbeit  
vogt@fb4.fra-uas.de

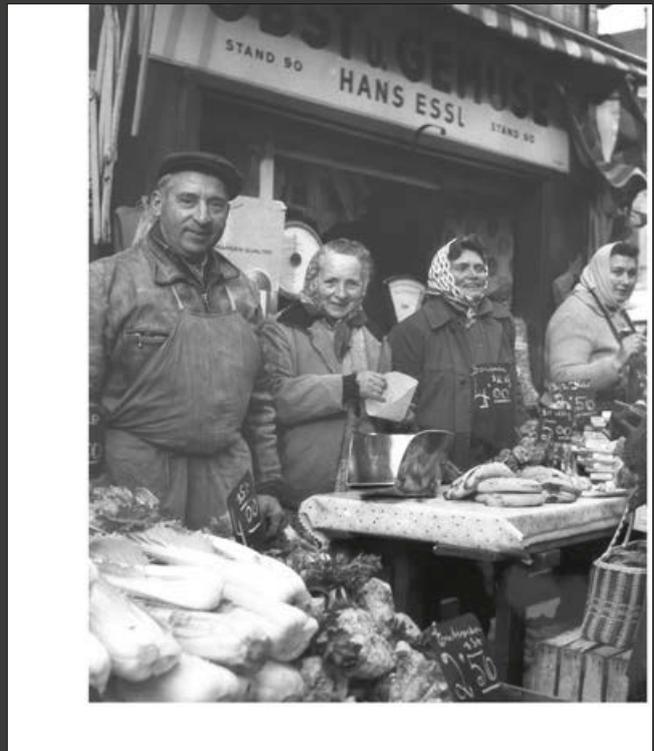
# Historische Fotos vom Viktor-Adler-Markt in Wien

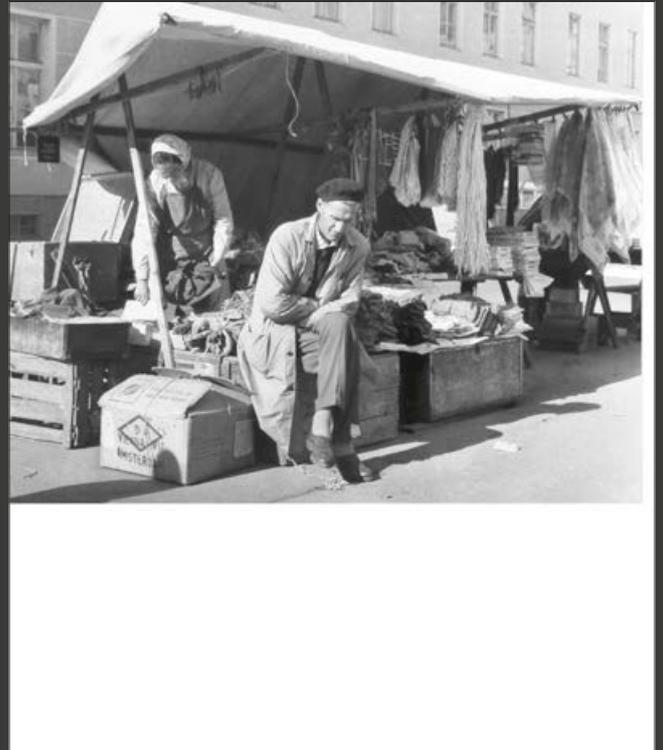
Hans Vogler

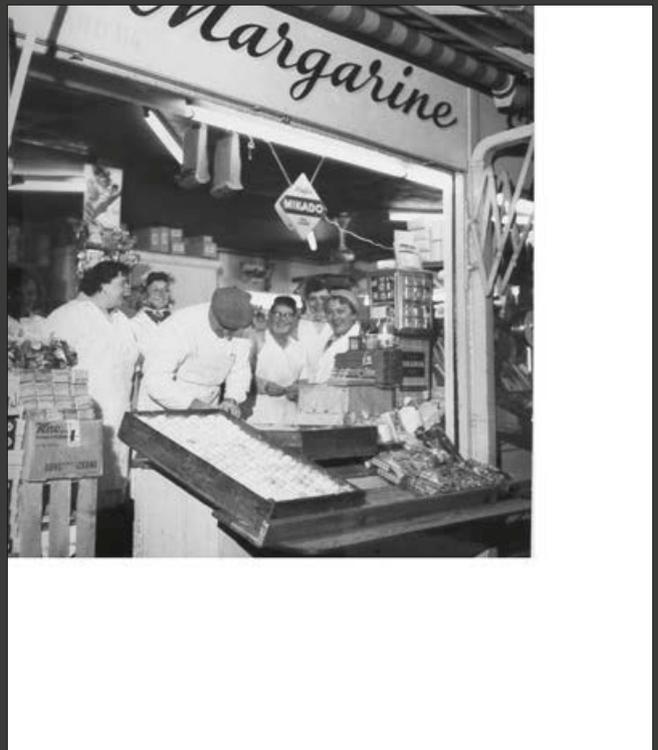
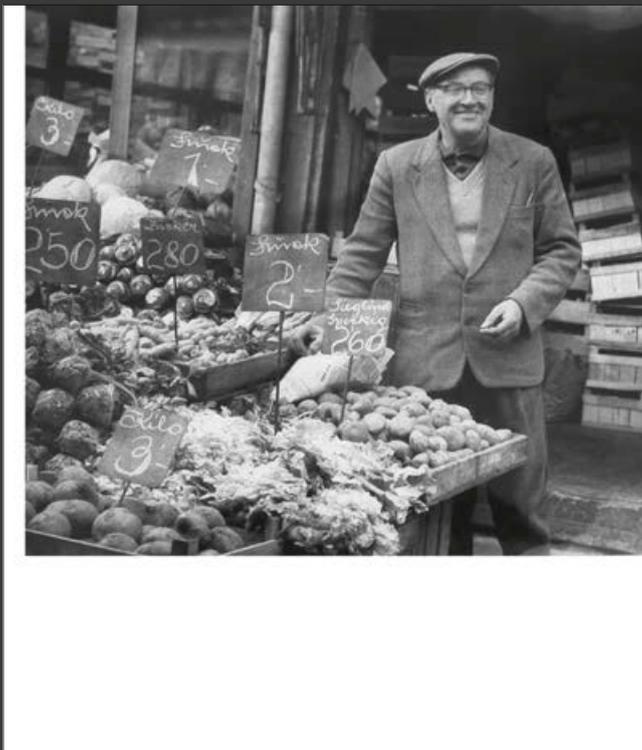
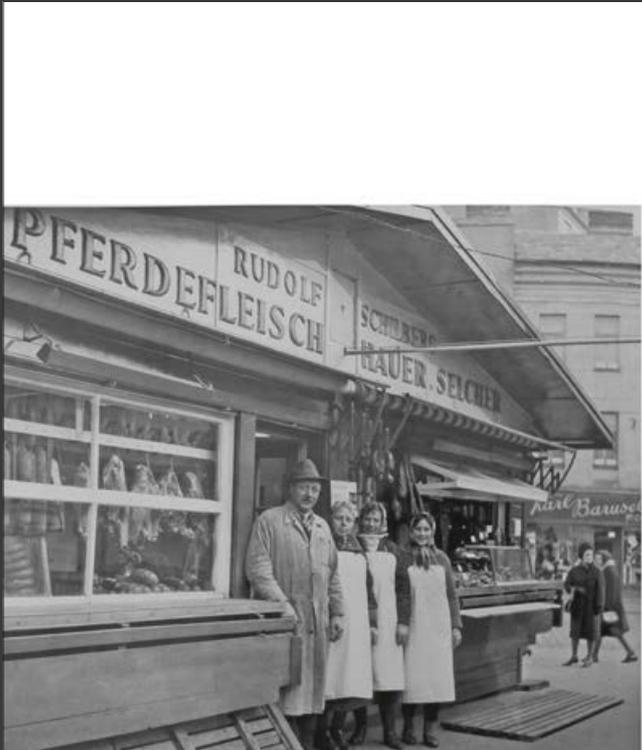
Alle Fotos  
© Hans Vogler











# Alkoholkonsum unter Jugendlichen in Österreich vor dem Hintergrund der aktuellen Debatte zu „Youth Drinking in Decline“

Julian Strizek

## Zusammenfassung

In vielen wohlhabenden, westlichen Staaten ist seit der Jahrtausendwende ein Rückgang des Alkoholkonsums unter Jugendlichen zu beobachten. Auch Daten aus Österreich deuten auf einen solchen Trend hin, wobei insbesondere bei männlichen Jugendlichen eine zunehmende Mäßigung des Alkoholkonsums stattzufinden scheint. Welche Gründe hinter dieser Entwicklung stehen, ist noch nicht geklärt. Die Tatsache, dass sehr ähnliche Konsumveränderungen vor dem Hintergrund sehr unterschiedlicher Ausgangs- und Rahmenbedingungen stattfinden, spricht gegen eine monokausale Verursachung und legt ein Zusammenwirken unterschiedlicher Einflussfaktoren nahe. In dem vorliegenden Text wird die Entwicklung jugendlichen Alkoholkonsums basierend auf aktuellen Ergebnissen der ESPAD-Studie in Österreich beschrieben und eine Reihe von in Frage kommenden Einflussfaktoren auf ihre Plausibilität im österreichischen Kontext diskutiert.

**Schlüsselwörter:** Jugendliche, Alkoholkonsum, Trenddaten, ESPAD

## Abstract

In many western countries, a decline in alcohol consumption among young people has been observed since the turn of the millennium. Data from Austria also point to such a trend and especially young males appear to show a more moderate alcohol consumption than before. The reasons behind this development are not yet clear. The fact that very similar changes in consumption take place in a large number of countries with different settings and conditions speaks against a monocausal effect and rather suggests a combination of different influencing factors. In this paper, the development of youth drinking in Austria is described based on recent survey results from the ESPAD study and possible influencing factors are discussed.

**Keywords:** youth drinking, alcohol consumption, trend analyses, ESPAD

## Jugendlicher Alkoholkonsum im Fokus ...

Wenngleich der Alkoholkonsum von Österreicherinnen und Österreichern bis ins hohe Erwachsenenalter kontinuierlich zunimmt und der problematische Alkoholkonsum bis zur Altersgruppe der 50- bis 59-Jährigen ansteigt (Uhl et al., 2020), ist jugendlicher Alkoholkonsum auch in Österreich seit jeher ein zentrales Beschäftigungsfeld der Alkoholepidemiologie. Teilweise ist die Fokussierung auf Jugendliche dem Umstand geschuldet, dass es seit einigen Jahren verstärkt Diskurse zur erhöhten phy-

siologischen Vulnerabilität von Jugendlichen gegenüber Alkohol gibt – insbesondere unter Bezugnahme auf die noch nicht abgeschlossene Entwicklung des Gehirns. Auch die durchaus begründete Überzeugung, dass man zur Prävention eines schädlichen Alkoholkonsumverhaltens möglichst frühzeitig intervenieren sollte, um Probleme rechtzeitig zu verhindern, und dass derartige Interventionen erfolgversprechender sind, solange problematische Verhaltensweisen noch nicht gefestigt sind, machen junge Konsumentengruppen zu einer bevorzugten Zielgruppe für alkoholpolitische Maßnahmen.

Anhand der alle vier Jahre durchgeführten ESPAD-Erhebung (European School Survey Project on Alcohol and Drugs, letzte Erhebungswelle: 2019), die Schüler/innen der 9. und 10. Schulstufe (14–17 Jahre) über deren Alkohol- und Drogenkonsum befragt, werden im Folgenden die Entwicklung des jugendlichen Alkoholkonsums in Österreich über die letzten 16 Jahre skizziert und mögliche Einflussfaktoren diskutiert.

### ... und im Rückgang

Seit einigen Jahren ist in zahlreichen Ländern ein merklicher Rückgang des jugendlichen Alkoholkonsums zu beobachten. Dieser Rückgang umfasst einerseits die Anzahl jener, die in diesem Alter bereits Alkohol konsumiert haben, andererseits weisen auch Indikatoren für intensivere Konsummuster (etwa in Verbindung mit Berausung oder mit exzessivem Konsumverhalten) rückläufige Tendenzen auf. Ein solcher Trend wird sowohl durch Daten der ESPAD-Studie nahegelegt, wie auch durch Daten der HBSC-Studie (Health Behaviour in School-aged Children). Auch Erhebungsreihen in Nordamerika („Monitoring the Future“) weisen auf abnehmende Trends hin.

Konkret ergeben Trendanalysen des internationalen ESPAD-Berichts (ESPAD Group, 2016), dass der Anteil der Jugendlichen, die in diesem Alter bereits Alkohol konsumiert haben, zwischen 2003 und 2015 in 20 von 28 Ländern rückläufig war, wobei ein solcher Rückgang in fast allen westeuropäischen Staaten zu verzeichnen ist, aber nur in der Hälfte der osteuropäischen Staaten (Kraus et al., 2018; Pennay et al., 2018). Daten der HBSC-Studie weisen außerdem darauf hin, dass ein überproportionaler Rückgang in jenen Ländern (z. B. Irland oder Großbritannien) stattgefunden hat, in denen zu Beginn des Beobachtungszeitraumes überdurchschnittlich viele Jugendliche bereits alkoholerfahren waren (Inchley et al., 2018).

Befragungsstudien im Schulsetting bieten den Vorteil, auf organisatorisch leichte Weise eine große Anzahl an Personen befragen zu können. Gilt für die relevante Zielgruppe noch die allgemeine Schulpflicht, sind zudem bei Schulbefragungen alle Bevölkerungsgruppen adäquat abgebildet, während bei anderen Erhebungsdesigns gewisse Teilpopulationen unterrepräsentiert sind (z. B. aufgrund von Sprachproblemen oder einer geringeren Teilnahmebereitschaft; Simonson, 2009). Eine Zusammenfassung rezenter Studien aus England zum Rückgang des jugendlichen Alkoholkonsums (Oldham et al., 2018) kommt zum

Ergebnis, dass der Rückgang nicht nur jene Alterskohorten betrifft, die in Schulbefragungen, wie der HBSC- oder der ESPAD-Studie berücksichtigt werden, sondern sich auf alle Altersgruppen vom Kindesalter bis zum jungen Erwachsenenalter erstreckt. Hingegen belegen Studien aus Australien, England oder Schweden einen überproportionalen Rückgang des Alkoholkonsums unter Jugendlichen, währenddessen im allgemeinen Durchschnitt der alkoholkonsumierenden Bevölkerung (zumeist klassifiziert als Wohnbevölkerung über 15 Jahren) nur stagnierende oder maximal leicht rückläufige Konsumententwicklungen zu beobachten sind (Kraus et al., 2019; Pennay et al., 2018). Eine ähnliche Entwicklung lässt sich auch für Österreich beschreiben: Zwar ist der Pro-Kopf-Konsum laut Produktionsstatistiken – die keine Unterscheidung zwischen unterschiedlichen Altersgruppen erlauben – in Österreich seit einem Maximalwert aus dem Jahr 1973 (15,6 Liter Reinalkohol pro Jahr oder 34 Gramm Alkohol pro Tag) rückläufig. Seit 2003 – also dem Jahr der ersten ESPAD-Erhebung in Österreich – weist der Pro-Kopf-Konsum in Österreich relativ geringfügige Schwankungen auf und ist in Summe nur geringfügig zurückgegangen (von 12,6 Liter auf 12,0 Liter Reinalkohol; Bachmayer et al., 2019).

Noch relativ wenig Erkenntnis ist vorhanden in Hinblick auf die Fragestellung, ob es zu einer gleichförmigen Verringerung des Alkoholkonsums bei allen Jugendlichen oder zu einer Polarisierung des Konsumverhaltens kommt, sich also exzessiver Alkoholkonsum in spezifischen Risikogruppen konzentriert und gleichzeitig die Anzahl der abstinenten Jugendlichen zunimmt. Pape, Rossow und Brunborg (2018) konstatieren angesichts widersprüchlicher Ergebnisse, dass sich diese Frage nicht schlüssig beantworten lässt. Ein möglicher Grund dafür könnte darin liegen, dass keine einheitliche Definition des Phänomens „Polarisierung der Konsummuster“ vorliegt bzw. dieses unterschiedlich operationalisiert werden kann. Eine schwedische Studie (Norström & Svensson, 2014) verdeutlicht beispielsweise, dass es zur Beantwortung dieser Frage einen enormen Unterschied macht, ob dabei die relative Veränderung oder die absolute Veränderung der Konsummengen betrachtet wird: so liegt der relative Rückgang bei starken jugendlichen Alkoholkonsumenten in Schweden (die obersten fünf Prozent in Bezug auf die konsumierte Menge) bei zwei Prozent pro Jahr, was angesichts eines jährlichen Rückgangs von 29 Prozent bei leichten Trinkern (Jugendliche mit einer Konsummenge unterhalb des Median) auf eine zunehmende Polarisierung von Kon-

summustern schließen lassen würde. Wird hingegen die absolute Veränderung betrachtet, ist ein Großteil des Rückgangs der von jugendlichen konsumierten Alkoholmenge auf das (leicht) veränderte Konsumverhalten von starken jugendlichen Alkoholkonsumenten und -konsumentinnen zurückzuführen und somit die These der Polarisierung abzulehnen.

### Welche möglichen Erklärungen existieren für den rückläufigen Alkoholkonsum unter Jugendlichen?

Eine naheliegende Interpretation des rückläufigen Alkoholkonsums unter Jugendlichen wäre, dass dieser primär auf unterschiedliche alkoholpolitische Maßnahmen von staatlicher Seite, wie z. B. die Einführung von strengeren Jugendschutzbestimmungen oder eine konsequenterere Umsetzung dieser Bestimmungen, zurückgeführt wird. Gegen eine solche monokausale Interpretation spricht allerdings die Tatsache, dass diese Entwicklung in vielen Staaten beobachtet wird, die sehr unterschiedliche alkoholpolitische Maßnahmen gesetzt haben bzw. in denen es zu keinerlei Verschärfung von Jugendschutzbestimmungen gekommen ist (für Tschechien vgl. z. B. Chomynová & Kázmér, 2019). Zudem hat in einigen Ländern ein Rückgang des jugendlichen Alkoholkonsums bereits stattgefunden, bevor strengere alkoholpolitische Maßnahmen ergriffen wurden (Kraus et al., 2019). Naheliegend ist daher, dass es sich um eine Entwicklung handelt, die mit einer tiefer greifenden Veränderung des Verhaltens von Jugendlichen zu erklären ist. So haben etwa Twenge und Park (2019) in den Vereinigten Staaten festgestellt, dass die Verringerung des Alkoholkonsums mit einem Rückgang von anderen Verhaltensweisen einhergeht, die traditionellerweise am Übergang zwischen Adoleszenz und Erwachsenenalter stattfinden (Dating, Sexualität, Berufstätigkeit). Die Autoren weisen darauf hin, dass ein immer größerer Anteil der adoleszenten Sozialisation über digitale Kanäle stattfindet. Sie räumen gleichzeitig aber ein, dass die Veränderungen im Alkoholkonsum großteils bereits vor der weitreichenden Ausbreitung von Internetnutzung und Smartphones begonnen haben, weswegen diese technischen Entwicklungen keinesfalls eine alleinige Erklärung für diese Verhaltensänderungen bieten können. Für eine generelle Abnahme von Risikoverhaltensweisen bei Jugendlichen spricht zudem, dass der Rückgang des Alkoholkonsums bislang nicht zu einem merklichen Konsumanstieg bei anderen psychoaktiven Substanzen geführt hat (Pennay et al., 2018).

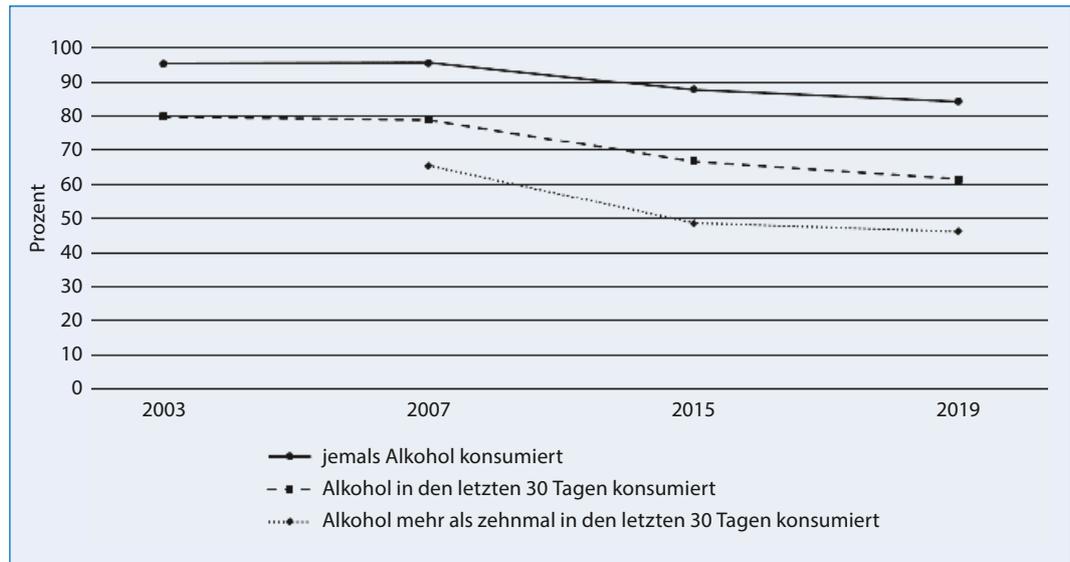
Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass einer Vielzahl an Publikationen, die übereinstimmend eine rückläufige Entwicklung des Alkoholkonsums von Jugendlichen beschreiben, nur wenig kohärente Schlussfolgerungen gegenüberstehen, die eine Erklärung dazu bieten, welche Faktoren in einem relevanten Ausmaß zu diesem Rückgang beigetragen haben (Vashishtha et al., 2019). Am ehesten gibt es einen Konsens dahingehend, dass sich hier eine Vielzahl von Einflussfaktoren gleichzeitig auswirken, weswegen eine multi-kausale Erklärung die Realität deutlich besser abbildet als jeglicher mono-kausale Erklärungsversuch. Als mögliche Gründe für den Rückgang des jugendlichen Alkoholkonsums werden unter anderem folgende Einflussgrößen diskutiert (vgl. u. a. Chomynová & Kázmér, 2019; Oldham et al., 2018; Pennay et al., 2018):

- die zunehmende Bedeutung von digitalen Medien in jugendlichen Sozialisationsriten,
- eine Veränderung des Freizeitverhaltens, wobei tendenziell Aktivitäten außer Haus abnehmen und Aktivitäten innerhalb der eigenen vier Wände zunehmen,
- eine verstärkte Wahrnehmung der Risiken von Alkoholkonsum, eine geringere Bedeutung von Alkohol in Jugendkultur bzw. eine allgemeine Veränderung der sozialen Normen in Bezug auf Alkoholkonsum,
- steigende Bedeutung von traditionellen Familienstrukturen, teilweise in Verbindung mit dem Zuzug von Personen aus überwiegend muslimischen Kulturen bzw. anderen Kulturen, in denen wenig Alkohol konsumiert wird,
- Veränderungen im Erziehungsverhalten,
- verstärkte Umsetzung von Jugendschutzbestimmungen und allgemein restriktiven alkoholpolitischen Maßnahmen, wie etwa Preiserhöhungen oder Werbeverbote.

### Welche Aussagen lassen sich aus den verfügbaren Daten ableiten?

Die Vielzahl und thematische Breite der vermuteten Einflussfaktoren – die zumindest teilweise nicht zu den zentralen Fragestellungen der Suchtepidemiologie gehören – hat zur Folge, dass diese Bandbreite nicht mit einer einzelnen Erhebung abgedeckt werden kann: Befragungen zum Thema Sucht bieten zu wenig Platz für die elaborierte Erhebung einer Fülle von Einflussfaktoren abseits des Substanzkonsums. Befragungen, die den einen oder anderen Lebensbereich sehr ausführlich erheben (etwa die Bedeutung der Sozialisation über digitale Medien), beinhalten zumeist keine oder wenn

Abbildung 1

Konsumindikatoren  
im Zeitverlauf

Anmerkung: Da die Kurven für Mädchen und Burschen annähernd parallel verlaufen, wird auf eine getrennte Darstellung nach Geschlecht verzichtet. Quellen: Hojni et al. (2019), Strizek et al. (2008, 2016), Uhl et al. (2005)

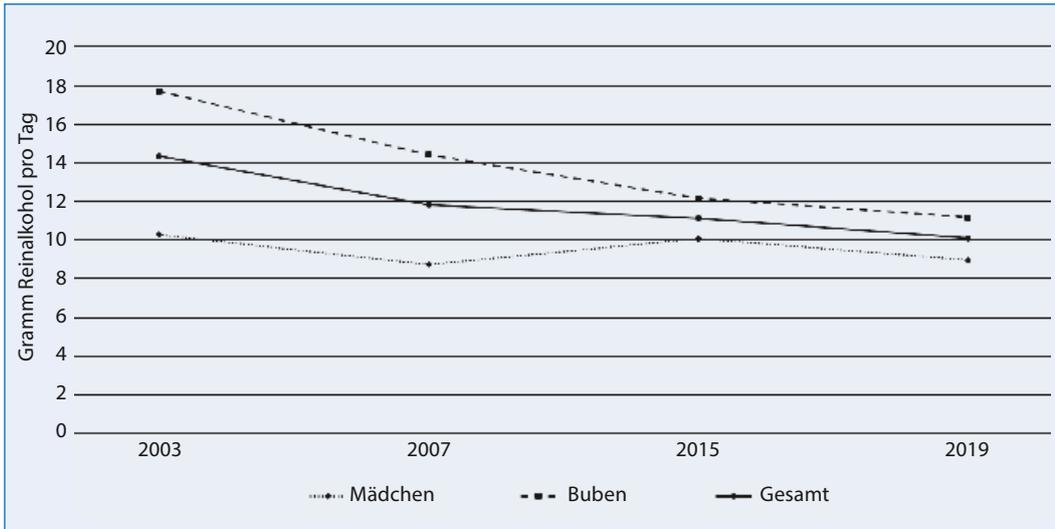
nur eine sehr oberflächliche Erfassung des Alkoholkonsums oder des Konsums anderer psychoaktiver Substanzen. Aus diesem Grund besteht häufig keine Möglichkeit, Zusammenhänge auf der Ebene von individuellen Daten zu prüfen und muss stattdessen auf Korrelationen auf aggregierter Ebene (z. B. auf den Zusammenhang zwischen der Veränderung des durchschnittlichen Alkoholkonsums in einem Land mit soziodemographischen Veränderungen des Landes) zurückgegriffen werden, die nur bedingt Aufschlüsse über Zusammenhänge auf individueller Ebene bieten können. Der theoretisch möglichen Vielzahl an relevanten Einflussgrößen kann aufgrund dieser Problematik zwar einleitend Tribut gezollt werden, die konkret möglichen Analysen sind dann aber zumeist auf einige wenige Einflussvariablen beschränkt.

### Entwicklung des Alkoholkonsums von Jugendlichen in Österreich

ESPAD ist eine im Vierjahresabstand regelmäßig durchgeführte Querschnittsstudie mit annähernd gleichbleibendem Erhebungsdesign und -instrument. Dieser Umstand ermöglicht Zeitreihenanalysen über längere Zeiträume. Der Vergleich der Erhebungswellen 2003 bis 2019 (da Österreich im Jahr 2011 nicht an ESPAD teilgenommen hat, stehen vier Erhebungszeitpunkte zur Verfügung) zeigt, dass die Anzahl der abstinenten Jugendlichen in Österreich in den letzten Jahren deutlich zugenommen hat. (vgl. Abbildung 1). Gaben im Jahr 2003 lediglich fünf Prozent der befragten Schüler/innen

an, noch nie in ihrem Leben Alkohol konsumiert zu haben, stieg dieser Anteil bis zur ESPAD-Erhebung 2019 auf ca. 15 Prozent an. Der Anteil an Jugendlichen, die in den letzten 30 Tagen Alkohol konsumiert haben, sank in demselben Zeitraum von ca. 80 Prozent auf etwa 60 Prozent. Beide Entwicklungen zeigen sich mit geringfügigen Abweichungen sowohl für Burschen als auch für Mädchen. Der Anteil der Jugendlichen, die in den letzten 30 Tagen an mehr als zehn Tagen Alkohol konsumiert haben, sank von mehr als zwei Drittel der Befragten im Jahr 2003 auf weniger als die Hälfte im Jahr 2019. Auch hier hat der Anteil der alkoholkonsumierenden Jugendlichen gleichermaßen bei beiden Geschlechtern abgenommen.

Angesichts des zunehmenden Anteils an alkoholabstinenten Jugendlichen in Österreich ist es wenig erstaunlich, dass auch der durchschnittliche Pro-Kopf-Konsum bei Jugendlichen seit der erstmaligen Teilnahme Österreichs an ESPAD im Jahr 2003 Jahre eine rückläufige Tendenz zeigt (von 14 Gramm Reinalkohol pro Tag auf 10 Gramm pro Tag). Im Gegensatz zur Entwicklung der Anzahl an alkoholabstinenten Jugendlichen zeigen sich hier allerdings unterschiedliche Trends für Mädchen und für Burschen (vgl. Abbildung 2). Der Rückgang beim durchschnittlichen Alkoholkonsum ist nahezu ausschließlich auf eine Verringerung des Alkoholkonsums von Burschen zurückzuführen (von 18 Gramm Reinalkohol pro Tag auf 11 Gramm), wohingegen die durchschnittliche Konsummenge von Mädchen in etwa gleich geblieben ist und aktuell nur noch geringfügig unter dem Niveau ihrer männlichen Alterskollegen liegt (9 g vs. 11 g Reinalkohol pro Tag).



**Abbildung 2**

Zeitverlauf der durchschnittlichen Alkoholkonsummenge pro Tag bei 14- bis 17-Jährigen (gesamte Stichprobe inklusive Abstinente)

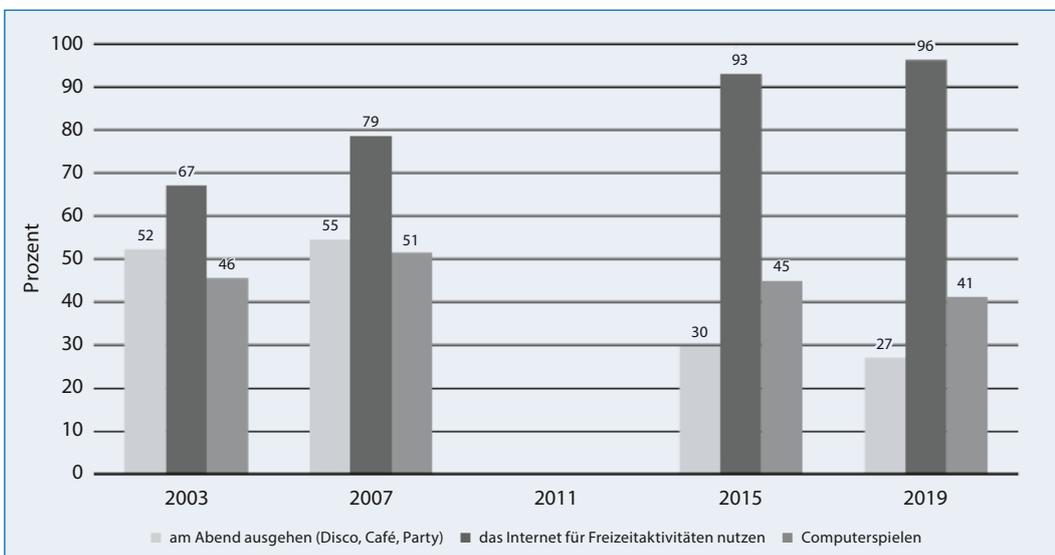
Quellen: Hojni et al. (2019), Strizek et al. (2008, 2016), Uhl et al. (2005)

Der bereits erwähnten „Polarisierungsthese“ zufolge würde der Rückgang der durchschnittlichen Konsummenge ausschließlich oder zu einem Großteil auf die gesunkene Anzahl an Alkoholkonsumenten und -konsumentinnen zurückgeführt werden, während sich das Verhalten der konsumierenden Jugendlichen nicht ändert oder gar extremere Ausmaße zeigt als zuvor. Die verfügbaren ESPAD-Daten aus Österreich sprechen gegen diese Polarisierungsthese: nicht nur der Durchschnittskonsum pro Kopf (inklusive Jugendlicher, die nicht konsumieren) ist rückläufig, sondern auch der Durchschnittskonsum am letzten Trinktag (ausschließlich bezogen auf jene Personen, die Alkohol konsumieren), und zwar von 78 Gramm Reinalkohol im Jahr 2007 auf 55 Gramm im Jahr 2019. Auch hier zeigt sich ins-

besondere bei männlichen Jugendlichen eine eindeutige Tendenz zum moderateren Alkoholkonsum.

### Konsumrückgang als Folge eines veränderten Freizeitverhaltens

Detailauswertungen des ESPAD-Datensatzes aus Tschechien – das analog zu Österreich einen Rückgang des jugendlichen Alkoholkonsums verzeichnet, ohne dass es zu relevanten Veränderungen der alkoholpolitischen Rahmenbedingungen gekommen wäre – legen einen signifikanten Einfluss eines geänderten Freizeitverhaltens auf die durchschnittliche Konsummenge nahe (Chomynová & Kázmér, 2019). Konkret lautet die Schlussfolgerung, dass



**Abbildung 3**

Entwicklung von ausgewählten Freizeitaktivitäten laut ESPAD Daten (Anteil „wöchentlich oder öfter“)

Quellen: Hojni et al. (2019), Strizek et al. (2008, 2016), Uhl et al. (2005)

die Veränderung des Alkoholkonsums über einen Rückgang von „unorganisierten Freizeitaktivitäten außer Haus“ vermittelt wird, dass also weniger Freizeitaktivitäten außerhalb der Kontrolle von Eltern oder anderen Erwachsenen stattfinden.

Die österreichischen ESPAD-Daten offenbaren in Hinblick auf das Freizeitverhalten von Jugendlichen zwischen der Erhebung im Jahr 2003 und jener im Jahr 2019 zwei wesentliche Veränderungen (vgl. Abbildung 3): Erstens wurde die Nutzung des Internets in diesem Zeitraum endgültig zu einer Freizeitaktivität, die von fast jedem Jugendlichen in zumindest regelmäßigem Ausmaß ausgeübt wird. Zweitens halbiert sich in demselben Zeitraum die Anzahl der Jugendlichen, die zumindest wöchentlich am Abend in Cafés, Bars oder auf private Parties gehen; also genau jene Aktivitäten betreiben, die in einem hohen Ausmaß mit dem Konsum von Alkohol assoziiert sind und in der Studie von Chomynová und Kázmér (2019) als Mittler für den Konsumrückgang beim Alkohol beschrieben wurden.

Angesichts der über die letzten Jahre wachsenden Bedeutung, die der Nutzung von Computerspielen Seitens der Suchtprävention zugemessen wurde, überrascht es hingegen, dass die österreichischen ESPAD-Daten keinen Anstieg der Frequenz des Computerspielens zwischen 2003 und 2019 ausweisen. Nur wenig ist bislang bekannt über den Zusammenhang zwischen einer problematischen Nutzung von Computerspielen und Alkoholkonsum. Analysen des internationalen Datensatzes (Strizek et al., 2020) zeigen, dass in wohlhabenden Ländern, wie Österreich, dieser Zusammenhang negativ ausfällt, dass also Jugendliche, die viel spielen, tendenziell weniger trinken. In weniger wohlhabenden Ländern ist diese Assozi-

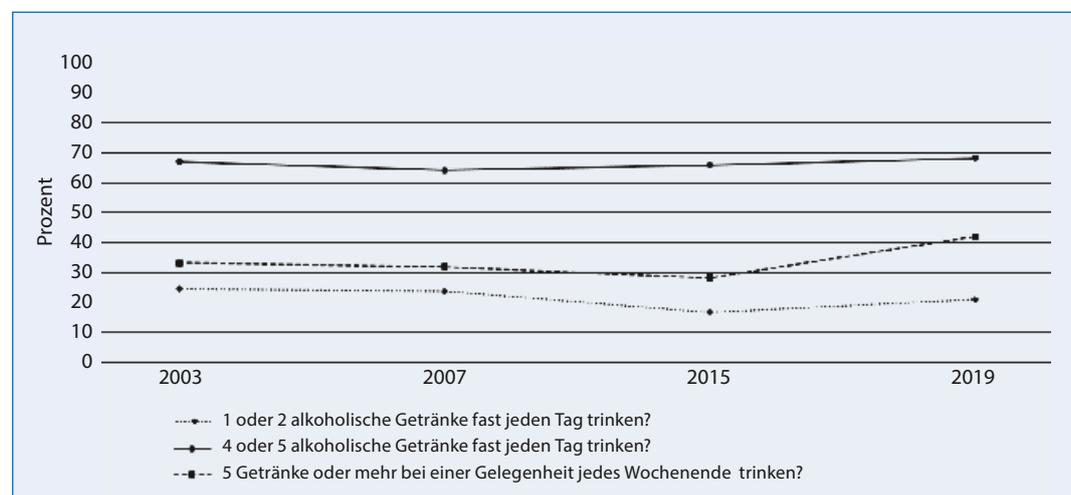
ation hingegen positiv; d. h. Personen, die viel am Computer spielen sind, auch jene, die häufiger Alkohol trinken. Eine mögliche Erklärung für die unterschiedliche Ausrichtung des Zusammenhangs lautet, dass ein gewisses Wohlstandsniveau in einem Land notwendig ist (und damit verbunden eine weitläufige Leistbarkeit von Computern und Alkohol für Jugendliche), bevor aus Alkoholkonsum und Computerspielen zwei Freizeitaktivitäten werden, die zueinander in Konkurrenz stehen können. Sind in Ländern mit einem geringeren Wohlstandsniveau sowohl Computerspiele als auch Alkoholkonsum ein Privileg jener Jugendlichen, die sich beides leisten können, treten beide Verhaltensweisen gemeinsam auf und es entsteht ein positiver Zusammenhang, selbst dann, wenn beide Verhaltensweisen sich in diesen Ländern bei Gruppen mit ähnlichem finanziellen Hintergrund ebenfalls ankonkurrieren.

### Wie riskant werden die unterschiedlichen Konsumverhaltensweisen eingeschätzt?

Es ist bekannt, dass Risikoeinschätzungen und Konsumverhalten stark miteinander korrelieren. So beurteilen alkoholunerfahrene Personen Alkoholkonsum häufiger als riskant als Personen mit entsprechenden Konsumerfahrungen. Aus dieser Korrelation kann man allerdings nicht auf die Richtung des kausalen Zusammenhangs schließen. Ob und wie weit Konsumerfahrungen die Risikoeinschätzung prägen (z. B. überzogene Risikoeinschätzung relativieren) bzw. wie weit das Urteil, dass Alkoholkonsum gefährlich ist, bewirkt, dass Alkoholkonsum gemieden wird, lässt sich aus diesem Zusammenhang nicht ableiten. Da nun

**Abbildung 4**

Zeitverlauf der Einschätzung des Risikos von unterschiedlichen Konsumverhaltensweisen (Anteil an Einschätzungen „großes Risiko“)



Quellen: Hojni et al. (2019), Strizek et al. (2008, 2016), Uhl et al. (2005)

der Alkoholkonsum von 15- und 16-jährigen Jugendlichen von 2003 bis 2019 abgenommen hat und die Anzahl der alkoholabstinenten Jugendlichen dieser Altersgruppe zugenommen hat, könnte man erwarten, dass Alkoholkonsum in der Folge häufiger als riskant beurteilt wird. Dies ist allerdings nicht der Fall: von drei Items zu Alkoholkonsum mit unterschiedlicher Trennschärfe zeigt nur jenes mit der mittleren Risikobewertung („5 Getränke oder mehr jedes Wochenende“; ein Getränk entspricht dabei einem kleinen Bier) einen relevanten Anstieg an Personen, die dieses Verhalten als großes Risiko beurteilten (vgl. Abbildung 4). Sowohl das am stärksten formulierte Item („4 bis 5 Getränke fast jeden Tag“) als auch das am schwächsten formulierte Item („1 bis 2 alkoholische Getränke fast jeden Tag“) werden hingegen über den Zeitraum von 2003 bis 2019 annähernd gleich beurteilt. Somit sprechen die vorhandenen Daten nicht dafür, dass es in den letzten 15 Jahren zu einer stringenten Veränderung der Risikobewertung des Alkoholkonsums unter Jugendlichen gekommen ist, obwohl die Anzahl an konsumierenden Jugendlichen deutlich abgenommen hat.

### Entwicklung von Alkoholrauschdiagnosen unter Jugendlichen

Neben Befragungsdaten bieten Behandlungsdaten (konkret: Spitalsentlassungsdiagnosen aus dem stationären Bereich) eine weitere Quelle zur Beurteilung des Alkoholkonsumverhaltens von Jugendlichen.

Eine Darstellung der Rauschdiagnosen (F10.0, F10.1, T51) für Kinder bis 14 Jahre, für Jugendliche zwischen 15 und 19 Jahren und für junge Erwachsene zwischen 20 und 24 Jahren ergibt für den Zeitraum von 2002 bis 2010 sehr unterschiedliche Verläufe (vgl. Abbildung 5; Originalzahlen in Bachmayer et al., 2019): so steigt die Anzahl an Rauschdiagnosen bei den Altersgruppen „15 bis 19 Jahre“ und „20 bis 24 Jahre“ kontinuierlich an, während sich bei der jüngsten Altersgruppe („10–14 Jahre“) nur bei weiblichen Personen ein solcher Anstieg zeigt. Im Zeitraum von 2010 bis 2018 sind hingegen die Zahlen für sämtliche hier dargestellten Altersgruppen rückläufig. In Summe ergibt sich somit für den gesamten Beobachtungszeitraum ein eindeutiger Rückgang bei der jüngsten Altersgruppe (10–14 Jahre), währenddessen sich die Zahlen für ältere Jugendliche und junge Erwachsene noch leicht über dem Niveau von 2002 befinden (in Summe wurde im Jahr 2018 eine von 1000 Personen im Alter zwischen 15 und 24 Jahren wegen einer Alkoholberauschung in einem Krankenhaus stationär aufgenommen).

Es gibt aber auch hier eine Reihe von Gründen, die die Verlässlichkeit der regelmäßig erfassten und publizierten Spitalsentlassungsdiagnosen in Österreich relativieren. Dazu gehört etwa, dass auch schwere Berausungen meistens nicht zu einer stationären Behandlung führen (Unterschätzung des Problemausmaßes), teilweise auch Jugendliche mit vergleichsweise geringen Beeinträchtigungen bzw. Blutalkoholkonzentrationen stationär behandelt werden (Überschätzung der Problemausmaßes) und generell die Bereitschaft, professionelle Hilfe in

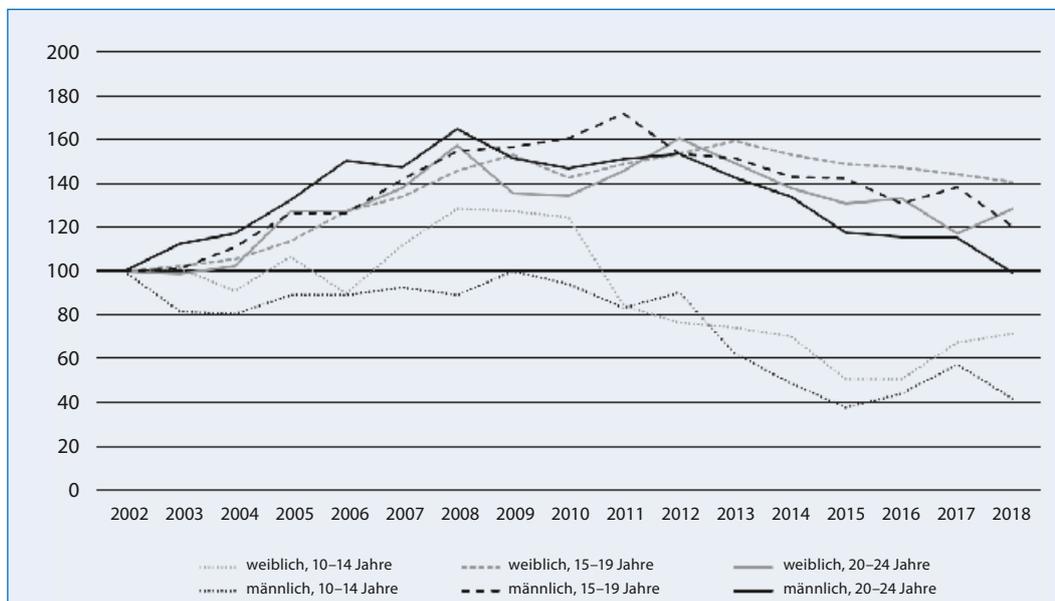


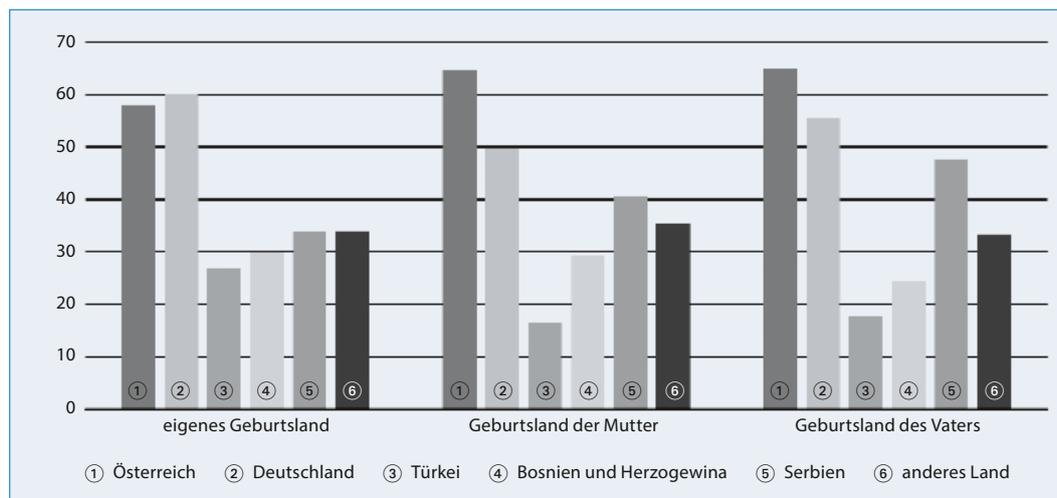
Abbildung 5

Relative Entwicklung von Rauschdiagnosen bei Jugendlichen zwischen 10 und 24 Jahren

Quelle: Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 6

Durchschnittliche  
Alkoholkonsummene pro  
Woche nach Geburtsland



Quelle: Hojni et al. (2019)

Anspruch zu nehmen, ebenso Schwankungen unterworfen ist wie die Wahrscheinlichkeit, ob eine Alkoholisierung auch als solche codiert wird (Strizek et al., 2009).

### Rückgang als Folge demographischer Veränderungen

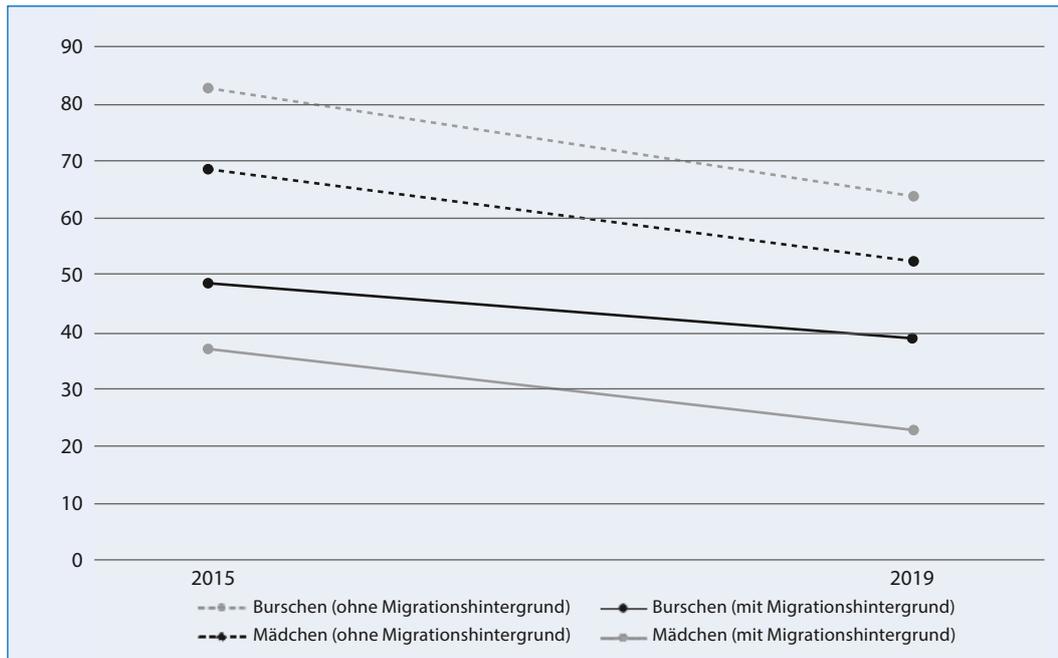
Eine immer wieder vorgebrachte These begründet den rückläufigen Alkoholkonsum bei Kindern und Jugendlichen in westlichen Staaten mit dem steigenden Anteil von Personen, die aus muslimisch geprägten Ländern zugewandert sind. Der Konsumrückgang wäre dieser Interpretation entsprechend die Folge des Anstiegs religiös und kulturell bedingter alkoholaversiver Grundhaltungen in der Bevölkerung, wobei auch damit zusammenhängende traditionelle Familienbilder und Erziehungsstile mit dieser Entwicklung in Zusammenhang gebracht werden. Querschnittsstudien aus Deutschland belegen, dass risikoreicher Alkoholkonsum bei Personen mit Migrationshintergrund seltener aufzufinden ist als bei Personen ohne Migrationshintergrund (Varnaccia et al., 2019).

Im Rahmen der ESPAD-Erhebung ist die Untersuchung der Frage, wie weit der Rückgang des Alkoholkonsums über religiöse Motive erklärbar ist, dadurch erschwert, dass aus datenschutzrechtlichen Gründen weder das eigene Religionsbekenntnis noch jenes der Eltern abgefragt wird. Die einzige Variable, die darüber Auskunft darüber geben kann, welche Rolle Migration bezüglich der Entwicklung des Konsumverhaltens hat, ist die Frage nach dem eigenem Geburtsland sowie jenem der Mutter bzw. des Vaters (vgl. Abbildung 6).

In Österreich lebende Jugendliche, die selbst bzw. deren Eltern in Deutschland geboren wur-

den, zeigen nur geringfügige Unterschiede im durchschnittlichen Alkoholkonsum im Vergleich zu Jugendlichen, die selbst bzw. deren Eltern in Österreich geboren wurden. Hingegen zeigt sich für alle anderen Geburtsländer ein deutlich niedrigerer Durchschnittskonsum. Auf eine mögliche Bedeutung von Religion verweist die Tatsache, dass dieser Unterschied für Jugendliche mit Wurzeln in Serbien (überwiegend christlich-orthodox) geringer ausfällt als für Jugendliche aus Bosnien und Herzegowina oder der Türkei (jeweils überwiegend muslimisch). Eine eindeutige kausale Interpretation lassen diese Zusammenhänge hingegen nicht zu, da Migrationsstatus mit einer Reihe von anderen sozioökonomischen Einflussfaktoren korreliert, wie z. B. das verfügbare Einkommen oder Familienstrukturen, und diese in Detailanalysen kontrolliert werden müssten.

Laut Statistik Austria (2020) ist der Anteil von Personen mit Migrationshintergrund in Österreich – diese Definition umfasst Personen, die selber im Ausland geboren sind oder deren beide Elternteile im Ausland geboren wurden – seit 2008 von 14 Prozent auf 24 Prozent gestiegen. Eine idente Definition von Schülern und Schülerinnen mit Migrationshintergrund auf Basis der ESPAD-Daten zeigt, dass ohne weitere Differenzierung des Geburtslandes sowohl Burschen als auch Mädchen mit Migrationshintergrund deutlich niedrige Alkoholmengen konsumieren als Schüler/innen ohne Migrationshintergrund. Ein Vergleich mit den Daten der ESPAD-Befragung von 2015 mit identer Subgruppeneinteilung verdeutlicht hingegen, dass sowohl bei den Schülern/innen mit Migrationshintergrund als auch bei den Schülern/innen ohne Migrationshintergrund ein deutlicher Konsumrückgang stattgefunden hat (vgl. Abbildung 7) und somit der – ohnehin nur geringfügige Zuwachs an Schülern/innen mit

**Abbildung 7**

Entwicklung der durchschnittlichen Alkoholkonsummenge pro Woche für Schüler/innen mit bzw. ohne Migrationshintergrund

Quellen: Hojni et al. (2019), Strizek et al. (2016)

Migrationshintergrund in den beiden ESPAD-Samples (von 6.9% 2015 auf 8.5% im Jahr 2019) – keinesfalls ausreicht, um den Rückgang des durchschnittlichen Alkoholkonsums zwischen diesen beiden Erhebungszeitpunkten zu erklären.

### Konsumrückgang als Folge veränderter Erziehungsmethoden

Der Übersichtsarbeit von Vashishtha und Kollegen (2019) zufolge existieren unter allen vorhandenen Erklärungsmodellen für jene Studien, die einen Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und dem elterlichen Erziehungsstil herstellen, die überzeugendsten empirischen Belege. Dabei wird elterlicher Erziehungsstil allerdings sehr unterschiedlich operationalisiert und umfasst sowohl restriktive und direkt in Verbindung mit Alkohol stehende Handhabungen (z. B. kein gemeinsamer Konsum, keine Weitergabe von Alkohol an Jugendliche durch ihre Eltern) als auch Dimensionen elterlicher Fürsorge (emotionale Unterstützung) oder Aufsichtspflicht (Wissen, wo Kinder ihre Freizeit verbringen). Ein Anstieg dieser letzten Dimension – also eine größere Anzahl an Eltern, die weiß, wo ihre jugendlichen Kinder ihren Samstagabend verbringen – wurde im Rahmen einer isländischen Trendstudie mit dem Rückgang von jugendlichem Alkoholkonsum in Verbindung gebracht (Kristjansson et al., 2016). Eine analoge Frage ist auch im ESPAD-Fragebogen enthalten und zeigt ebenso für Österreich zwischen 2007 und 2015 einen Anstieg jener

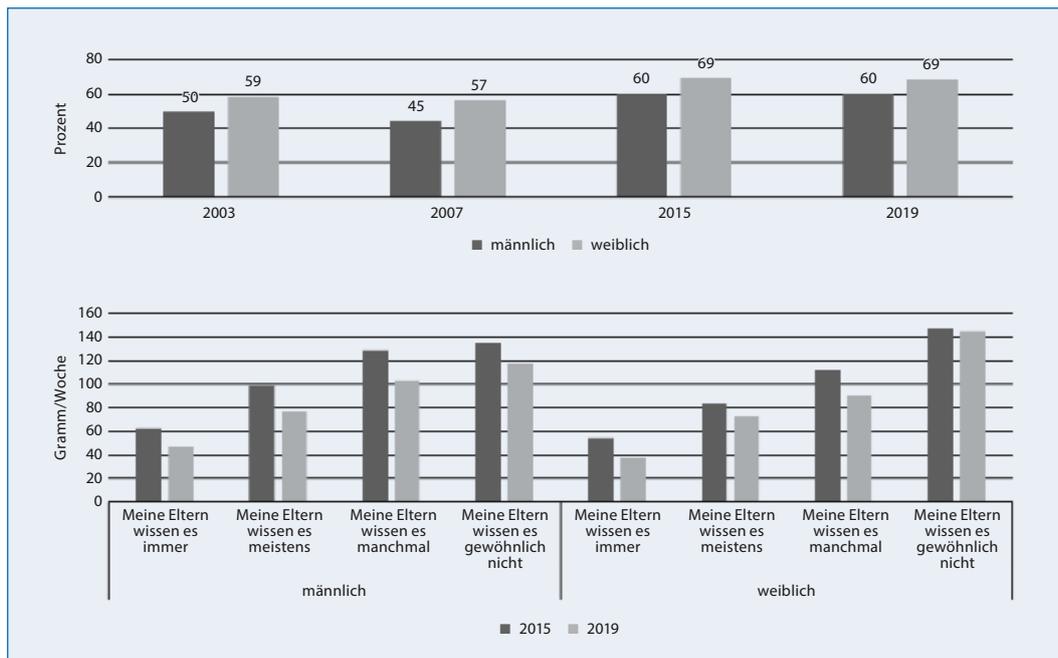
Jugendlichen, die ihren Eltern bescheinigen, immer zu wissen, wo sie sich an einem Samstagabend aufhalten (befragt werden sowohl in Island als auch in Österreich die Jugendlichen, nicht deren Eltern). Tatsächlich besteht auch ein eindeutiger Zusammenhang zwischen dem elterlichen Wissen, wo ihre Kinder sich am Samstagabend aufhalten, und dem jugendlichen Alkoholkonsum. Allerdings zeigt sich zwischen den Erhebungswellen 2015 und 2019 keine Veränderung dieser Einflussvariable und gleichzeitig ein Rückgang der durchschnittlichen Konsummenge in jeder Subkategorie, unabhängig davon, ob Jugendliche angeben, dass ihre Eltern immer, häufig, manchmal oder nie wissen, wo sie ihre Samstagabende verbringen (vgl. Abbildung 8). Somit erscheint auch diese These als mögliche Erklärung für den anhaltenden Rückgang des Alkoholkonsums unter Jugendlichen wenig plausibel.

### Welche Schlüsse lassen sich für den Alkoholkonsum von Jugendlichen in Österreich ziehen?

Zusammenfassend lässt sich anhand der österreichischen ESPAD-Daten festhalten, dass der Alkoholkonsum von 14- und 17-jährigen Jugendlichen zwischen 2003 und 2019 deutlich zurückgegangen ist. Während die Konsumfrequenz bei beiden Geschlechtern parallel abnimmt, ist ein Rückgang der Konsumintensität – gemessen an der durchschnittlichen Konsummenge pro Woche – fast ausschließlich bei den männlichen Jugendlichen festzustellen.

Abbildung 8

Obere Grafik: Anteil an Jugendlichen, die angeben, dass ihre Eltern immer wissen, wo sie sich am Samstagabend aufhalten (Zeitraum: 2003–2019); untere Grafik: Durchschnittliche Konsummengen pro Woche in Gramm Alkohol nach Subgruppen (Zeitraum: 2015 vs. 2019)



Quellen: Hojni et al. (2019), Strizek et al. (2008, 2016), Uhl et al. (2005)

Der rückläufige Alkoholkonsum in Österreich steht im Einklang mit der Entwicklung in anderen europäischen Staaten, wobei der Rückgang in Österreich allerdings geringer ausfiel als beispielsweise in den nordeuropäischen Ländern (ESPAD Group, 2016). Eine Verschiebung von Alkohol hin zu anderen psychoaktiven Substanzen, insbesondere zu Cannabis, ist aus den ESPAD-Daten für Österreich nicht abzuleiten und auch in den meisten anderen europäischen Regionen ist kein Anstieg des Cannabiskonsums zu verzeichnen (Kraus et al., 2018).

Deutliche Veränderungen zeigen sich in Hinblick auf die Frequenz des Ausgehen am Abends (Halbierung des Anteils an Jugendlichen, die das zumindest einmal die Woche tun), wohingegen sich die Einstellung gegenüber Alkohol, erfasst über die Risikoeinschätzung, nur unwesentlich verändert hat. Migrationshintergrund zeigt zwar einen deutlichen Zusammenhang mit der Alkoholkonsummengen, allerdings hat sich der Rückgang der Konsummengen von 2015 bis 2019 für Personen mit und für Personen ohne Migrationshintergrund in Österreich nahezu identisch nach unten entwickelt. Auch die Entwicklung des Alkoholkonsums in Island, wo ein enormer Rückgang jugendlichen Alkoholkonsums mit einer vernachlässigbaren Zuwanderung aus alkoholaversen Kulturen einhergeht (Pape et al., 2018), verdeutlicht, dass monokausale Erklärungsmodelle schnell durch Gegenbeispiele entkräftet werden können.

Die in vielen Ländern zu beobachtende Konvergenz des Alkoholkonsums von Burschen und Mädchen hat in der internationalen Litera-

tur zur Annahme geführt, dass die Rolle von exzessivem Alkoholkonsum als Übergangsritual bzw. als identitätsstiftender Bestandteil männlicher Adoleszenz an Bedeutung verloren hat (Kraus et al., 2019). Dieser These einer neuen Generation von männlichen Jugendlichen, die sinnbildlich lieber im Fitnessstudio als an der Bar ihre Grenzen austesten, steht die These gegenüber, wonach wir es weniger mit einem Kohorten-Effekt zu tun haben (also mit einer Generation von Jugendlichen, die dauerhaft weniger trinkt als die vorangegangene) als mit einem Lebenszykluseffekt (die neue Generation zeigt das Verhalten später als die Generation davor). Für eine solche Verlängerung der Kindheit bzw. Verzögerung der Adoleszenz, wie sie etwa von Twenge und Park (2019) beschrieben wird, spricht, dass es in internationalen Studien die jüngsten Altersgruppen sind, deren Konsum am stärksten zurückgegangen ist, wohingegen das Konsumverhalten von jungen Erwachsenen keine oder nur geringfügige Veränderungen aufweist (Pape et al., 2018). Für Österreich ist diesbezüglich festzuhalten, dass der Konsum von Schülern und Schülerinnen im Vergleich zur Konsummengen der erwachsenen Bevölkerung überproportional stark abgenommen hat, die Entwicklungen für unterschiedliche Altersgruppen aber dennoch in dieselbe Richtung weisen.

Unzulässig wäre die Schlussfolgerung, dass der Rückgang des Alkoholkonsums bei Jugendlichen zwangsläufig auch mit einer generellen Verbesserung der psychosozialen Gesundheit von Jugendlichen einhergeht. So häufen sich

in vielen Staaten, die derzeit einen Rückgang jugendlichen Alkoholkonsums verzeichnen, Beobachtungen über eine Zunahme von Jugendlichen mit psychischen Belastungen (Ball, 2019). Auch Trenddaten aus drei Erhebungswellen der HBSC-Studie (2010–2018) weisen darauf hin, dass eine zunehmende Anzahl der Schülerinnen und Schüler über häufige psychische Beschwerden klagt (Anstieg von 7% bis 17% im Jahr 2010 auf 16% bis 25% im Jahr 2018) und dass dieser Trend sich bei beiden Geschlechtern zeigt (BMASGK, 2019). Keinesfalls soll nahegelegt werden, dass ein rückläufiger Alkoholkonsum negativ auf die psychosoziale Gesundheit von Jugendlichen wirkt, und eine Entwicklung hin zu einem moderateren Alkoholkonsum stellt grundsätzlich einen die Gesundheit förderlichen und somit begrüßenswerten Trend dar. Dennoch besteht noch weiterhin Forschungsbedarf, der dieses Konsumverhalten in einen größeren Kontext von sich wandelnden Rahmenbedingungen des jugendlichen Aufwachsens stellt, um somit Gründe für diese Entwicklungen besser verstehen zu können und in weiterer Folge die psychische und physische Gesundheit von Jugendlichen auf allen Ebenen zu fördern.

## Literatur

- Bachmayer, S., Hojni, M., Strizek, J. & Uhl, A. (2019). *Handbuch Alkohol – Österreich. Bd. 1: Statistiken und Berechnungsgrundlagen* (8. Aufl.). Wien: Gesundheit Österreich.
- Ball, J. (2019). *Sex, drugs, smokes and booze: What's driving teen trends? Describing and explaining trends in adolescent sexual behaviour, cannabis use, smoking and alcohol use in the early 21st century* (Doctoral thesis). University of Otago, NZ.
- BMASGK. (2019). *Die psychische Gesundheit österreichischer Schülerinnen und Schüler HBSC-Factsheet 01: Ergebnisse der HBSC-Studie 2018*. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.
- Chomynová, P. & Kázmér, L. (2019). Leisure-time socializing with peers as a mediator of recent decline in alcohol use in Czech adolescents. *Journal of Substance Use*, 24 (6), 630–637.
- ESPAD Group. (2016). *ESPAD Report 2015. Results from the European school survey project on alcohol and other drugs*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Hojni, M., Delcour, J., Strizek, J. & Uhl, A. (2019). *ESPAD Österreich. Forschungsbericht*. Wien: Gesundheit Österreich.
- Inchley, J. C., Currie, D. B., Vieno, A., Torsheim, T., Ferreira-Borges, C., Weber, M. et al. (2018). *Adolescent alcohol-related behaviours: Trends and inequalities in the WHO European Region, 2002–2014*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Kraus, L., Room, R., Livingston, M., Pennay, A., Holmes, J. & Törrönen, J. (2019). Long waves of consumption or a unique social generation? Exploring recent declines in youth drinking. *Addiction Research & Theory*, 1–11.
- Kraus, L., Seitz, N. N., Piontek, D., Molinaro, S., Siciliano, V., Guttormsson, U., Arpa, S. et al. (2018). Are the times a-changin'? Trends in adolescent substance use in Europe. *Addiction*, 113, 1317–1332.
- Kristjansson, A., L, Sigfusdottir, I. D., Thorlindsson, Th., Mann, M. J., Sigfusson, J. & Allegran-te, J.P. (2016). Population trends in smoking, alcohol use and primary prevention variables among adolescents in Iceland, 1997–2014. *Addiction*, 111 (4), 645–652.
- Norström, Th. & Svensson, J. (2014). The declining trend in Swedish youth drinking: collectivity or polarization? *Addiction*, 109 (9), 1437–1446.
- Oldham, M., Holmes, J., Whitaker, V., Fairbrother, H. & Curtis, P. (2018). *Youth drinking in decline*. University of Sheffield.
- Pape, H., Rossow, I. & Brunborg, G. S. (2018). Adolescents drink less: how, who and why? A review of the recent research literature. *Drug and Alcohol Review*, 37, 98–114.
- Pennay, A., Holmes, J., Törrönen, J., Livingston, M., Kraus, L. & Room, R. (2018). Researching the decline in adolescent drinking: The need for a global and generational approach. *Drug and Alcohol Review*, 37, 115–119.
- Simonson, J. (2009). Klassenzimmerbefragungen von Kindern und Jugendlichen: Praktikabilität, Potentiale und Probleme einer Methode. In M. Weichbold, J. Bacher & C. Wolf (Hrsg.), *Umfrageforschung* (S. 63–84). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Statistik Austria. (2020). *Personen mit Migrationshintergrund seit 2008. Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung (Durchschnitt aller Wochen eines Jahres) Bevölkerung in Privathaushalten*. Wien.
- Strizek, J., Anzenberger, J., Kadlik, A., Schmutterer, I. & Uhl, A. (2016). *ESPAD Österreich. European School Survey Project on Alcohol and other Drugs. Bd. 1: Forschungsbericht*. Wien: Gesundheit Österreich.
- Strizek, J., Puhm, A., Uhl, A., Auracher, U., Kampusch, A., Starzer, A. & Kurz, H. (2009). *Alkoholintoxikationen bei Kindern und Jugendlichen in Wien. Forschungsbericht*. Wien: LBISucht.
- Strizek, J., Uhl, A., Schmutterer, I., Grimm, G., Bohrn, K., Fenk, R. et al. (2008). *ESPAD Austria 2007: Europäische SchülerInnenstudie zu Alkohol und anderen Drogen. Bd. 1: Forschungsbericht*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.

- Twenge, J. M. & Park, H. (2019). The decline in adult activities among US adolescents, 1976–2016. *Child Development, 90* (2), 638–654.
- Uhl, A., Bohrn, K., Fenk, R., Grimm, G., Kobrna, U., Springer, A. & Lantschik, E. (2005). *ESPAD Austria 2003: Europäische Schüler- und Schülerinnenstudie zu Alkohol und anderen Drogen. Bd. 1: Forschungsbericht*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
- Uhl, A., Strizek, J. & Hojni, M. (2020). *Handbuch Alkohol Österreich. Bd. 3: Ausgewählte Themen*. Wien: Gesundheit Österreich.
- Varnaccia, G., Manz, K., Zeiher, J., Rattay, P. & Lange, C. (2019). Risky alcohol consumption and heavy episodic drinking among parents in Germany: results of a nationwide cross-sectional study. *Journal of Environmental and Public Health*. <https://doi.org/10.1155/2019/3673479>
- Vashishtha, R., Livingston, M., Pennay, A., Dietze, P., MacLean, S., Holmes, J. et al. (2019). Why is adolescent drinking declining? A systematic review and narrative synthesis. *Addiction Research & Theory*. <https://doi.org/10.1080/16066359.2019.1663831>



© Efti

**Mag. Julian Strizek**

Soziologe, Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Gesundheit Österreich GmbH. Projektleiter des Epidemiologie-Monitorings für Alkohol. Österreichischer Repräsentant für den Schlüsselindikator „General Population Survey“ der EMCDDA. Seit 2015 Principal Investigator (PI) der österreichischen ESPAD-Erhebung.  
julian.strizek@goeg.at

# Zehn Jahre Alkoholprävention – Was bringt's?

Peter Koler & Magdalena Platzer

## Zusammenfassung

Auf Basis eines von der Südtiroler Landesregierung genehmigten Präventionskonzeptes im Bereich Alkohol wurden ab dem Jahr 2008 insgesamt 13 Sensibilisierungskampagnen entwickelt und umgesetzt. Im vorliegenden Artikel wird das Konzept der Alkoholprävention in Südtirol mit den zugrunde liegenden Zielen, Haltungen und dem Menschenbild beschrieben. Gefolgt vom Überblick der realisierten Kampagnen und deren personen- und strukturorientierten Begleitmaßnahmen. Im zweiten Teil des Artikels werden die aktuellen Forschungserkenntnisse geschildert. Abschließend werden im Fazit relevante Schlussfolgerungen festgehalten. Der Artikel gewährt Einblick in die zehnjährige Erfahrung im Bereich Alkoholprävention und der entsprechenden Kampagnenarbeit unter Berücksichtigung aktueller Erkenntnisse und sich verändernden gesellschaftlichen Bedingungen.

**Schlüsselwörter:** Alkoholprävention, Alkohol, Kampagne, Alkoholpräventionskampagne, Suchtprävention, Alkoholforschung, Alkoholkonzept, Menschenbild

## Abstract

On the basis of a prevention program for alcohol abuse approved by the South Tyrolean provincial government, a total of 13 awareness campaigns have been developed and implemented since 2008. This article describes the prevention program and its contents with its underlying goals, attitudes, and underlying image of humankind. In addition, the article provides an overview of the implemented campaigns and their accompanying person- and structure-oriented measures. The second part of the article describes the latest research findings in the field of alcohol prevention. Finally, relevant conclusions are presented in the summary. The article provides insight into ten years of experience in the field of alcohol prevention and the corresponding campaign work, taking into account latest research findings and changing social conditions.

**Keywords:** alcohol prevention, alcohol, campaign, alcohol prevention campaign, addiction prevention, alcohol research, alcohol program, image of human kind

## Einleitung

Der Artikel liefert einen Überblick über mehr als zehn Jahre Arbeit im Bereich der Alkoholprävention in Südtirol: Ziele, Hintergründe, Umsetzungsmodalitäten, einzelne personenorientierte Maßnahmen und unterschiedliche Kampagnenausgaben werden dargestellt. Weiters werden die Ergebnisse unterschiedlicher Studien, insbesondere eine Umfrage, die Einstellungs- und Konsumveränderungen im Zeitraum von 2006 bis 2019 erhoben hat, vorgestellt.

## Ein Konzept als Basis

Nach langer Vorarbeit, vielen Sitzungen und mehreren Fassungen wurde in Südtirol vor mehr als zehn Jahren (am 25. Februar 2008) von der damaligen Landesregierung ein Konzept zu einer umfassenden Prävention des Alkoholmissbrauchs genehmigt (Koler, Trenkwalder & Girelli, 2008).

In Südtirol haben die Alkoholproduktion sowie der Alkoholkonsum eine lange Tradition, sie sind in der Fest- und Feierkultur fest verankert und stellen einen wichtigen Wirtschaftsfaktor dar. Dies ist u. a. ein Grund, warum es lange gedauert hat, bis eine umfassende

Planung und konkrete Maßnahmen im Bereich der Alkoholprävention möglich wurden. Die Schattenseiten des Alkoholkonsums werden im „Genussland Südtirol“, an der „Sonnenseite der Alpen“ gelegen, gerne unter den Tisch gekehrt. Wer Alkohol produziert, vermarktet, verkauft ausschenkt und ihn zu einem der Aushängeschilder seiner touristischen Marke macht, ist kaum daran interessiert, etwas über die Risiken und Nebenwirkungen seines Produktes zu kommunizieren. Eher werden diese noch verharmlost.

Die Annahme dieses Präventionskonzepts war ein Schlüsselmoment. Endlich wurde der Sicht der Suchtprävention und der Alkoholtherapie ein Platz in der öffentlichen Wahrnehmung gegeben. Ermöglicht wurde dies auch durch die damalige Medienberichterstattung über jugendliche Rauschtrinker/innen – im medialen Hype gerne als „Komasäufer“ be-

zeichnet – und den tatsächlichen Anstieg der Einlieferungen in die Erste Hilfe aufgrund von Alkoholintoxikationen.

Das von den politisch Verantwortlichen genehmigte und mitgetragene Konzept für eine umfassende Prävention des Alkoholmissbrauchs brachte es mit sich, dass im Bereich der Alkoholprävention Mittel und Support zur Verfügung gestellt wurden, damit kontinuierlich und langjährig Kampagnenarbeit geleistet werden konnte. Nicht nur das, darüber hinaus wurde es möglich, eine Vielzahl an neuen Initiativen für unterschiedliche Zielgruppen und Handlungsfelder ins Leben zu rufen. Die Kampagnen wurden innerhalb dieser Strategie zu Schaufenstern, in denen gesundheitsrelevante Informationen hinsichtlich des Alkoholkonsums bereitgestellt wurden, aber auch die Arbeit der Prävention und Behandlung präsentiert werden konnte.

Damit aus der Alkohol-Kampagne mehr als eine Medienkampagne wird und um die weiter unten vorgestellten Ziele zu erreichen, wurde ins Konzept ein Bündel aus bestehenden bzw. zu entwickelnden Maßnahmen in den Bereichen Gemeinde, Gastronomie und Wirtschaft, Familie, Jugendarbeit, Schule, Seniorenarbeit, Gesundheits- und Sozialwesen, Betriebe und Straßenverkehr aufgenommen.

Die gesamte Kampagne sollte aus einzelnen Modulen bestehen, die einerseits personenorientiert und andererseits strukturorientiert wirken.

Zur Begleitung und Planung wurde von der Landesverwaltung eine Steuerungsgruppe ins Leben gerufen. In ihr waren Verwalter/innen aus dem Sozial- und Gesundheitswesen sowie Fachpersonen aus den Bereichen Schule, Jugendarbeit, Suchtprävention und Behandlung vertreten. Diese Steuerungsgruppe sollte über die Jahre Planungssicherheit, eine gute Vernetzung, einen – oft auch regen – Meinungsaustausch über Ausrichtung und Inhalt, letztlich aber auch Konsens über die inhaltliche Basis und die Botschaften der einzelnen Kampagnenmaßnahmen garantieren. Diese Steuerungsgruppe besteht weiterhin.

Begleitend wurden einzelne Maßnahmen evaluiert, die Kampagnen selbst mehrmals auf ihre Sichtbarkeit und Zustimmungsraten (Asat, 2009; Becker, 2013; Coletti & Koler, 2019).

### Ziele, Haltungen, Menschenbild

Insgesamt gab es von 2006 bis heute 13 Kampagnenausgaben, mit unterschiedlichen Ausrichtungen und Schwerpunkten.

**Abbildung 1**

Das Logo der Kampagne blieb bis auf kleine grafische Änderungen über die Jahre dasselbe



Die Wortmarke veränderte sich über die Jahre: „Alles im Griff?“ (2006–2008), „Trinken mit Maß“ (2009–2016) und „Keine Kompromisse“ (2017 bis heute).

Das Logo – ein roter Kronkorken und ein weißes Rufzeichen – wurde 2009 eingeführt und blieb über den gesamten Zeitraum mit leichten grafischen Veränderungen bestehen. Als Marke hat es sich etabliert (Abbildung 1).

Viele Initiativen sind durch das Logo als Teil der Alkoholprävention gekennzeichnet. Damit wird der Wiedererkennungswert verstärkt.

In Anlehnung an das Schweizerische Nationale Programm Alkohol (NPA) 2008–2016 dienten für jedes Kampagnenbriefing folgende Leitgedanken als Grundhaltung. Sie lieferten die Ausgangsbasis für die Entwicklung jeder einzelnen Ausgabe:

- „Wer alkoholische Getränke trinkt, tut dies ohne sich selber und anderen Schaden zuzufügen.“
- Es gilt, pragmatische Antworten auf konkrete Problemlagen zu finden.
- Die Förderung der Eigenverantwortung ist ein zentrales Ziel.
- Strukturelle Maßnahmen zur Förderung des risikoarmen Konsums werden eingeführt.
- Auf Angst- und Drohbotschaften wird verzichtet.

Bereits in diesen Leitgedanken kommt jenes Menschenbild zum Vorschein, dessen Berücksichtigung im Selbstverständnis der Verantwortlichen immer einer der zentralen Ausgangspunkte in der Entwicklung einer präventiven Maßnahme sein muss. Es legt auf der Basis der „Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte der Vereinten Nationen“ aus dem Jahr 1948 fest, dass Menschen frei sind und das unveräußerliche Recht haben, alles zu tun, was anderen nicht schadet. Diese Vision über den Menschen ist für den präventiven Diskurs von hoher Wichtigkeit, weil sie Ausrichtung, Inhalt, Bildmaterial und Methoden einer Kampagne grundlegend beeinflusst. So wird beispielsweise auf Übertreibung, Schrecken und Angstmacherei verzichtet, weil das als Grenzverletzungen gegenüber den Menschen, als regelrechte Übergriffe auf das emotionale Befinden des Einzelnen, angesehen wird.

Eine weitere wichtige Grundlage in diese Richtung ist die Ottawa-Charta der WHO (1986). Sie definiert einen Gesundheitsförderungsansatz, der auf einem demokratisch-emanzipatorischen Menschenbild aufbaut. Zentrale Schlagworte in diesem Zusammenhang sind „Empowerment“, „Partizipation“ und „Risikokompetenz“. Aus diesem Ansatz lässt sich ableiten, dass die meisten Menschen

in der Lage sind, autonom richtige Entscheidungen zu treffen, wenn man sie dabei unterstützt, Lebenskompetenz zu entwickeln, sie umfassend und ausgewogen informiert, sie befähigt, selbstständig Entscheidungen zu treffen und sie anleitet, ein glückliches Leben anzustreben sowie mit Risiken angemessen umzugehen (vgl. Uhl, 2007).

Die vom WHO-Regionalbüro für Europa (WHO, 1999) entwickelten Grundsätze wurden ebenso ins Konzept aufgenommen und dienen weiterhin als Basis für Kampagnenausgaben und die Entwicklung personenbezogener sowie struktureller Präventionsmaßnahmen.

1. Bezogen auf die Gesamtbevölkerung:
  - Verstärkung eines Problembewusstseins und Einstellungsänderung gegenüber dem Umgang mit Alkohol;
  - Förderung von Trinkmustern, die das individuelle Risiko sowie die schädlichen Folgen für die unmittelbare Lebensumwelt und für die Gesellschaft insgesamt mindern.
2. Bezogen auf Risikogruppen, Risikosituationen und spezifische Lebensräume:
  - Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums (Grenzmengenempfehlungen, Konsumempfehlungen bzw. Gesundheitswarnungen);
  - Förderung der sogenannten „Punkt-Nüchternheit“ in bestimmten Situationen (z. B. Straßenverkehr, Arbeitsplatz), bei bestimmten Personengruppen (z. B. Kinder/Jugendliche bis zu einer bestimmten Altersgrenze, Schwangere) und in spezifischen Lebensräumen (z. B. Krankenhaus, Schule, Betrieb).



**Abbildung 2**

Die Übernahme einer Schweizer Kampagne war der erste Schritt hin zur Entwicklung einer eigenständigen lokalen Kampagne

**Abbildung 3**

2011 kommen die Straßenschilder mit dem neuen Logo zum Einsatz



### Kampagnenvielfalt

Auf Grundlage der im oberen Abschnitt genannten Ziele und Grundsätze werden seit dem Jahr 2006 auf Landesebene die Präventionskampagne und unterschiedliche personen- und strukturorientierte Maßnahmen umgesetzt. Einerseits kennzeichnen sich die Kampagnen durch eine Reihe von Gemeinsamkeiten, andererseits lassen sich Unterschiede in Haltungen und Entwicklungen der einzelnen Kampagnen vermerken.

**Abbildung 4**

In der ersten Kampagne mit Testimonials war u. a. ein bekannter Südtiroler Koch zu sehen



In den Jahren 2006-2008 wurde die Alkoholpräventionskampagne *Alles im Griff!?* aus der Schweiz übernommen und für Südtirol adaptiert (Abbildung 2).

Für den Beginn des alkoholbezogenen Maßnahmenpakets eignete sich diese Kampagne gut. Zum einen hatte sie sich in einem anderen Land bereits bewährt, zum anderen war sie sachlich unspektakulär und für ein alkoholaffines Land annehmbar: ein Whisky-Glas als Bildsujet tat niemandem weh, wurde auf nichts „Kultureigenes“ bezogen, provozierte niemanden. Das galt auch für die vorsichtig formulierte Empfehlung „Schau auf dich und nicht zu tief ins Glas“, die Teil der Kampagne war.

Im Jahr 2009 folgte erstmals eine eigene Kampagne mit Einführung des Kampagnenlogos. Seit Kampagnenbeginn bis heute stellen die Straßenschilder (Abbildung 3) ein zentrales Kommunikationsmittel für die Botschaft „Wenn ich trinke, fahre ich nicht“ dar.

Landesweit, entlang der Hauptverkehrsstraßen, wird seitdem jährlich auf mehr als 100 Schildern, im ganzen Land verteilt, für knapp fünf Monate die Botschaft abgebildet. Das Kampagnenmotiv wechselt kontinuierlich, der Slogan bleibt im Kern bestehen.

Die Ergebnisse der ersten Kampagnenevaluation (Astat, 2009) weisen eine hohe Zustimmung seitens der Bevölkerung für Kampagnenarbeit zum Thema Alkohol aus (87%). Zudem gaben bereits 57,7 Prozent der befragten Personen an, dass sie das Markenzeichen roter Kronkorken und weißes Rufzeichen kennen.

Im darauffolgenden Jahr gab es erstmals eine Kampagne mit Testimonials (Abbildung 4).

Im Zentrum der Kampagne standen vier in der Öffentlichkeit bekannte Personen: ein Koch, eine Unternehmerin, ein Jugendarbeiter und eine Schauspielerin. Sie dienten mit ihrer Geschichte und einer positiven Botschaft als Identifikationsfiguren für einen anderen, verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol: „Trinken mit Maß“ wird zu einem Lebensstil, zu einer Haltung. Zielgruppe der Alkoholprävention 2010 waren Verantwortungsträger am Arbeitsplatz, in der Gastronomie, Schule, Familie und Kultur sowie in der Jugendarbeit.

Im Jahr 2011 wird die Webseite der Kampagne neu konzipiert. Die Seite [www.trinkenmitmass.it](http://www.trinkenmitmass.it) wurde zum Schaufenster der Kampagnen und gewährte bis zum Jahr 2017 einen Überblick über die personenorientierten Maßnahmen, gesetzlichen Grundlagen und Informationen zur Substanz Alkohol.

Zunehmend an Bedeutung gewinnt auch die Zusammenarbeit mit den Gemeinden über den Südtiroler Gemeindenverband. Diese ha-

ben vor Ort Kontakt zu den Organisationen und den Bürgerinnen und Bürgern und können so die Botschaft der Kampagne weitertragen. Treffen mit den Gemeindereferent/inn/en und eine Überprüfung, wie viele Gemeinden die Gemeindeverordnung erlassen haben, wurden im Rahmen der Kampagne durchgeführt. Zudem wurden die Aufkleber „Ich stehe zum Jugendschutz“ verteilt. Diese unterstützten die Kaufleute darin, klar Stellung zum Alkoholverkauf an unter 18-Jährige (damals noch unter 16-Jährige) zu beziehen. Dadurch konnte die Zusammenarbeit mit Gastronomie und Handel gestärkt werden. Die Broschüre *Feste feiern*, die Handlungsempfehlungen *10 Punkte Feiern mit Niveau* und die Einhaltung gesetzlicher Bestimmungen stellen zentrale inhaltliche Schwerpunkte in der Zusammenarbeit dar.

Im Jahr 2012 und 2013 folgte eine weitere Kampagne mit Testimonials (Abbildung 5). Im Unterschied zur vorherigen änderte sich die Zielgruppe. Vier junge Erwachsene repräsentierten mit ihrem Lebensstil einen bewussten und verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol. „Feiern gefällt mir, mich daran erinnern auch!“ oder „Ausgehen gefällt mir, übertreiben nicht!“ sind die Botschaften der Kampagne. Die Dachmarke wurde dadurch weiter verbreitet und der Charakter der Kampagne unterstrichen: frisch, authentisch, richtunggebend, modern, nicht autoritär und auf die Verantwortung des Einzelnen bauend. Mit dieser Kampagne wurden eine Reihe neuer Medienmittel erstmals eingesetzt: Printanzeigen in den landesweiten Tages-, Wochen- und Monatszeitschriften wurden abgedruckt, Werbeschilder an Bushaltestellen und Kinospots wurden als Kommunikationsmedien für die Kampagnenbotschaften verwendet.

Im Rahmen der Kampagne wurden erstmals auch soziale Netzwerke zentral: die Facebook-Fanseite „SaufTirol – Alcoladige?“ ([www.facebook.com/sauftirolalcoladige/](http://www.facebook.com/sauftirolalcoladige/)) wurde mit



**Abbildung 5**

Junge Erwachsene standen im Zentrum der Kampagnenausgabe 2012/2013

dem Ziel, mit Jugendlichen offen über das Thema Alkohol zu diskutieren, erstellt. In knapp fünf Monaten erreichte die Seite 10.000 Fans, der Großteil von ihnen aus Südtirol.

„Wer fährt, trinkt nicht“, „Null Alkohol weniger Risiko“, „Danke fürs verantwortungsvolle Fahren“ und „Promillefreie Zone“ sind die



**Abbildung 6**

Einer der Slogans der Straßenschilder aus dem Jahr 2014

Slogans der sehr nüchternen Kampagne 2014 (Abbildung 6).

Die partizipative Arbeit mit Personen aus der Bevölkerung wurde in der Ausgabe 2016 erstmals umgesetzt. Menschen aller Generationen trugen gemeinsam dazu bei, die Bevölkerung für einen verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol zu sensibilisieren. Junge Menschen wurden als Vorbilder gezeigt und rückten so in den Mittelpunkt der Kampagne. Sie kommunizierten die Botschaft „Wenn ich trinke, fahre



**Abbildung 7**

Über 40 Personen aus der Bevölkerung wirkten bei dieser Ausgabe als Testimonials

Abbildung 8

Das neue, kantigere Kampagnenprofil mit Einführung des neuen Slogans „Keine Kompromisse“



ich nicht!“. Eine Reihe von Personen aus der Bevölkerung der Generation 50plus antworteten darauf mit „Ich auch“ (Abbildung 7).

Eine starke Verbindung zwischen zwei Altersgenerationen konnte geschaffen werden. Die Besonderheit lag darin, dass die Teilnehmer/innen nicht die Rolle von klassischen Testimonials einnahmen. Im Rahmen der Kampagne gab es weder Namen, noch Rollen oder Geschichten. Sie standen mit ihrem Gesicht

Abbildung 9

Dieser Post der Kampagne 2018 wurde auf Facebook viral



stellvertretend für einen Großteil der Bevölkerung, die die Botschaft teilt und mitträgt.

Die Kampagne 2017 brachte eine Reihe von Veränderungen mit sich: der Slogan lautete nicht mehr *Trinken mit Maß*, sondern *Keine Kompromisse*. Graphisch unterschied sich die Kampagne stark von den vorangegangenen. Das Kampagnenprofil wurde kantiger, nachdenklicher, dunkler, machte betroffen. Im Mittelpunkt standen vier wahre Geschichten. Vier Persönlichkeiten erzählten, im Sinne des Storytellings, offen ihre Erfahrungen und äußerten sich kritisch zum Thema Alkohol. Eine werdende Mutter, ein Rettungssanitäter, ein überzeugter Nicht-Trinker und ein Elternpaar, das ihren Sohn bei einem Verkehrsunfall mit der Beteiligung eines alkoholisierten Fahrers verloren hatte, erzählten in den von einem professionellen Filmemacher gedrehten Videos von ihren persönlichen Erfahrungen: kritische und manchmal auch dunkle Aspekte des Alkohols wurden beleuchtet. Eine der Botschaften lautete „Mutter-Werden ist eine der schönsten Erfahrungen im Leben. Deshalb sage ich nein zum Alkohol. Meine Entscheidung: Keine Kompromisse“ (Abbildung 8).

Auf der neu gestalteten Landingpage *keinekompromisse.it* wurden die Kurzvideos und die personenorientierten Begleitmaßnahmen veröffentlicht. In den sozialen Netzwerken erreichte die Kampagne fast fünf Millionen Impressionen und nahezu eine Million Videoviews.

Im Zentrum der Kampagne *Keine Kompromisse* 2018 stand die Förderung einer kritischen Haltung zum Alkoholkonsum und somit die Motivation zu einem gesünderen Lebensstil (Abbildung 9).

Neu eingeführt wurden die aus der alltäglichen Handy-Kommunikation bekannten Symbole der Emojis, welche das Thema verbildlicht ansprachen und für eine inhaltliche und vertiefte Auseinandersetzung warben. Graphisch unterschied sich die Kampagne grundlegend von der vorherigen, die Ziele blieben weiterhin unverändert. Auch diese Kampagne legte einen Schwerpunkt auf eine Bewerbung in den Sozialen Netzwerken: In knapp zwei Monaten wurden auf Instagram und Facebook insgesamt 108 223 Personen (Südtirol hat insgesamt ca. 530 000 Einwohner/innen) erreicht. Die Beiträge wurden insgesamt 415 460-mal angesehen. Insgesamt gab es 20 700 Interaktionen (Kommentare, Shares, Vollbildansichten usw.) mit einzelnen Beiträgen.

Die im November 2019 lancierte Kampagnenausgabe (Abbildung 10) rückt die negativen Aspekte, die mit einem stärkeren, abhängigen oder unangemessenen Konsum von Alkohol verbunden sind, ins Zentrum der Aufmerksam-

keit. Inhaltlich befassen sich die Botschaften in erster Linie mit den Risiken, die mit Alkohol verbunden sind. Sachliche, wissenschaftlich fundierte Informationen und die direkten gesundheitlichen Auswirkungen des Zellgifts Alkohol werden kommuniziert. Das Kampagnendesign lehnt sich an die bereits bekannte Grafik für Warnhinweise bei Tabak an.

In den letzten Jahren, mit Beginn der ersten *keinekompromisse*-Testimonial-Kampagne, wurde das Augenmerk verstärkt auf die Veränderung sozialer Normen gelegt: keinen Alkohol trinken wurde nun als Normalität dargestellt. Menschen, die keinen oder sehr wenig Alkohol trinken, sollen sich dafür nicht mehr rechtfertigen müssen.

Ebenso wurde Nüchternheit im Straßenverkehr zur sozialen Norm erklärt.

Fixe Bestandteile einer jeden Kampagne waren die Straßenschilder. Diese haben in Südtirol eine besondere Relevanz, da ansonsten keine weiteren Werbeflächen am Straßenrand bestehen und somit eine erhöhte Sichtbarkeit garantiert ist.

Ansonsten variierten die eingesetzten Medienträger von analog bis digital, wobei die digitalen Anteile immer mehr werden. Oft verwendet wurden Anzeigen in den Printmedien, Radiospots, Werbeflächen auf Bussen, Haltestellen und Bahnhöfen. Auch die Verteilung von Plakaten und Postkarten durch Schulen, Jugendzentren, Arztpraxen, Apotheken, Sozial- und Gesundheitsdienste u. v. m. war Teil vieler Kampagnen. Vereinzelt kamen Giveaways (Buttons, Sticker usw.) zum Einsatz.

Der digitale Bereich entwickelte sich von einfachen Schaltungen von Werbebannern auf lokalen Webseiten hin zu *google advertising* und gezielter Werbung auf sozialen Plattformen wie *Facebook*, *Instagram* und *youtube*.

## Begleitmaßnahmen

Exemplarisch werden hier einige der Initiativen beschrieben, die im Laufe der Jahre im Rahmen der einzelnen Kampagnen entwickelt wurden: Für politisch Verantwortliche auf Gemeindeebene wurde 2012 das *Gemeindekit* entwickelt. Es wurde vom Forum Prävention in Zusammenarbeit mit dem Südtiroler Gemeindenverband erarbeitet und diente der Sensibilisierung auf Gemeindeebene. Neben Informationsmaterialien enthielt es konkrete Maßnahmenvorschläge für Feste und Schulbälle sowie für den Jugendschutz. Teil des Gemeindekits war auch ein *Praxisleitfaden* für alle, die auf Gemeindeebene in der Suchtprävention und Gesundheitsförderung tätig werden möchten. Der Praxisleitfa-



**Abbildung 10**

Den Risiken des Alkohols sind die zentralen Botschaften der Kampagne 2019 gewidmet

den gab einen Überblick, wie unterschiedliche Aktivitäten und Programme in Zusammenarbeit mit Netzwerkpartnern/innen vor Ort zielgerichtet ausgearbeitet und durchgeführt werden können. Das Gemeindekit wurde an 66 Gemeinden (von 116 existierenden Gemeinden) direkt vor Ort übergeben. Eine weitere für die verschiedenen Gemeinden interessante Maßnahme im strukturellen Bereich ist die *Alkoholverordnung*. Nach einem Landesgesetz aus dem Jahr 2006 (Nr. 3, Art. 6) können die Gemeinden des Landes Südtirol mit eigener Verordnung alkoholpräventive Projekte fördern, aber auch einschränkende Maßnahmen erlassen: betreffend Werbung für alkoholische Getränke in sämtlichen Einrichtungen, in Sportanlagen und bei Veranstaltungen, betreffend Aktionen zur zeitlich begrenzten Preissenkung (happy-hour) gegenüber den offiziellen Preislisten und betreffend Aktionen zur Absatzförderung an allen öffentlichen Orten und bei Veranstaltungen. Damit haben Bürgermeister/innen sowohl die Möglichkeit, Prävention auf Gemeindeebene zu fördern, als auch gegen die verbilligte Verabreichung alkoholischer Getränke bei öffentlichen Veranstaltungen einzuwirken.

Für Festveranstalter wurde bereits 2009 das *Handbuch „Feste feiern“* herausgegeben, das u. a. von wichtigen Festveranstaltern – den Verbänden der Feuerwehren, Musikkapellen, Schützenvereinen und Sportvereinen – mitgetragen wurde. Es hatte das Ziel, durch die Vermittlung von Informationen, Anregungen und praktischen Tipps zur Entstehung einer genussorientierten und verantwortungsvollen Fest- und Feierkultur beizutragen. Auch

die 10 Punkte für „Feiern mit Niveau“ wurden für Veranstalter entwickelt. Die zehn Punkte regeln u. a. die Getränkeauswahl (keine Alkoholika über 21%) und Preisgestaltung (nichtalkoholische Getränke billiger, Leitungswasser kostenlos), sie verpflichten zur Einhaltung des Jugendschutzes und sie sehen Shuttles für den Transport der Besucher/innen sowie ein Rahmenprogramm vor. Über ein Unterstützerlogo auf den Plakaten kann gezeigt werden, dass die Veranstaltung die zehn Punkte anwendet. Festveranstalter erhielten dadurch die Möglichkeit, einen bewussten Umgang mit dem Thema Alkohol sichtbar und vorbildlich umzusetzen und andererseits zu zeigen, dass sie sich ihrer Verantwortung gegenüber der Gesellschaft bewusst sind.

Für alle, die zum Feiern unterwegs sind und sicher nach Hause kommen wollen, wurde der *Shuttle Finder* entwickelt. Es handelt sich um eine App, um schnell und unkompliziert in Südtirol einen Shuttle in der Nähe zu finden. Laut letztem Stand (12/2019) werden auf der App 199 Mietwagenunternehmen gelistet. Seit ihrer Veröffentlichung (Juni 2017) wurde sie 4165 heruntergeladen (Android und iOS). Im Schnitt werden über die App 187 Anrufe wöchentlich getätigt.

Zudem wurde für junge Menschen ein interaktiver Alkoholparcours entwickelt. „All-cool“ ist ein universalpräventives Angebot für Schüler/innen zwischen 13 und 18 Jahren, welches von geschulten Jugendarbeiter/innen im Jugendzentrum durchgeführt wird. Mittlerweile wird es in 20 Jugendzentren, Treffs und Jugenddiensten landesweit für Schulklassen angeboten. Im Jahr 2018 wurden 101 Parcours, an denen knapp 2000 Schüler/innen teilgenommen haben, durchgeführt.

Für Eltern wurde die Broschüre „Über Alkohol reden“ erarbeitet. Vorträge vor Ort und Erstberatung gehören zum Standardangebot.

## Forschungsergebnisse

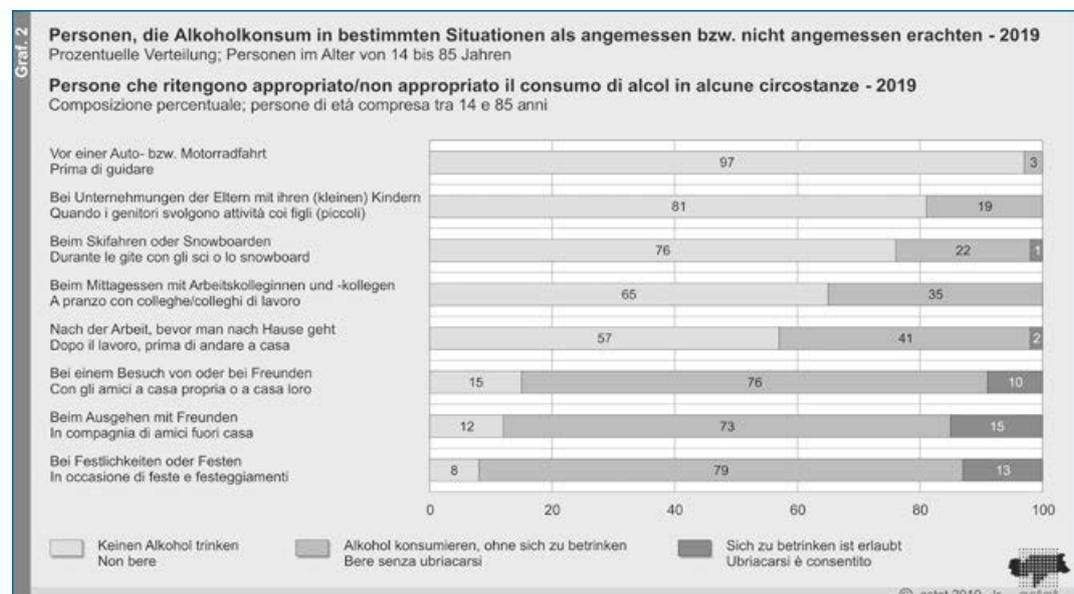
In den letzten Jahren wurde auch die Forschungstätigkeit verstärkt. Im Folgenden wird eine Übersicht gegeben und wo möglich auf Veränderungen und deren Bedeutungshintergründe eingegangen.

Eine der interessantesten Erhebungen ist die des Landesstatistikamtes Astat (2019) zu Alkohol in Südtirol. In der Publikation werden die Ergebnisse einer Umfrage zu den Konsumgewohnheiten, Rauscherfahrungen, Meinungen und Einstellungen zum gesellschaftlichen Umgang mit Alkohol, zur Regulierung seines Konsums und zu seiner Verfügbarkeit für Minderjährige dargestellt. Das Besondere der Studie ist, dass eine vergleichbare bereits im Jahr 2006 durchgeführt wurde und somit Veränderungen in den oben beschriebenen Bereichen verglichen werden können (Koler, 2007). Einige Ergebnisse werden aus den in diesem Text aufgenommenen Abbildungen (Abbildungen 11–14) auch grafisch dargestellt.

Beginnen wir mit den Veränderungen in den Konsumfrequenzen: Während der Anteil der abstinent lebenden Personen mit 21 Prozent gleich bleibt, nimmt der Anteil jener Konsumenten/innen, die aufgrund ihres täglichen Konsums potentiell ein höheres Gesundheitsrisiko eingehen, von 11 Prozent auf sieben Prozent ab. Dementsprechend gab es eine leichte Zunahme der Menschen, die dem niedrigen Konsum zugeordnet werden können: Ungefähr die Hälfte

Abbildung 11

Welches Verhalten in ausgewählten Situationen als angemessen gilt, zeigt diese Grafik



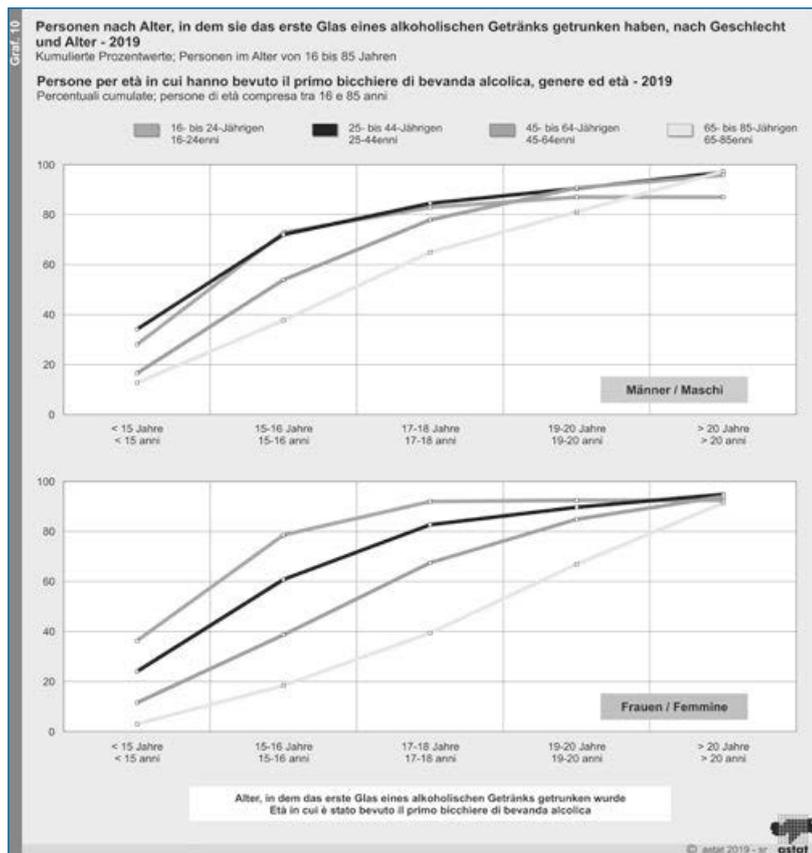
der Südtiroler/innen pflegen einen Konsum an einem oder mehreren Tagen die Woche.

Laut den neuesten Daten des Nationalen Statistkinstituts ISTAT (2018) liegt Südtirol beim täglichen Konsum unter dem nationalen Durchschnitt von 20,6 Prozent: 16,3 Prozent der Südtiroler – 25,4 Prozent (2014: 27,6%) der Männer sowie 7,5 Prozent (2014: 9,9%) der Frauen – konsumieren täglich Alkohol.<sup>1</sup>

Gleichzeitig gehen die Rauscherfahrungen, die sich auf das letzte Jahr beziehen, laut der Astat-Erhebung aus dem Jahr 2019 im Vergleich zur vorherigen Erhebung (Astat, 2007), um ein Drittel zurück. In Kombination mit einer Beteiligung am Straßenverkehr wird Berausung zu einem gesellschaftlich absolut inakzeptablen Verhalten. Das spiegelt sich auch in der Haltung wieder, dass im Straßenverkehr gar keinen Alkohol zu trinken als angemessen gilt; eine Einstellung, die von 97 Prozent der Befragten geteilt wird.

Hier scheint die Sensibilisierungsarbeit in Kombination mit verschärften Strafen eine große Wirkung auf das Verhalten ausgeübt zu haben. In Italien gilt die 0,5-Promille-Grenze. Wer ein Kraftfahrzeug lenkt und einen Blutalkoholgehalt von mehr als 0,5 Promille aufweist, gilt als betrunken und erhält eine Verwaltungsstrafe in der Höhe von mindestens 531 Euro bis maximal 2125 Euro. Der Lenker verliert zehn Punkte und sein Führerschein wird für drei bis sechs Monate entzogen. Eine Untersuchung bei der Ärztekommision wird angeordnet. Bei mehr als 0,8 Promille beträgt die Geldstrafe zwischen 800 und 3200 Euro, der Lenker verliert zehn Punkte und sein Führerschein wird für sechs Monate bis zu einem Jahr entzogen. Zudem ist eine Haftstrafe von bis zu sechs Monaten vorgesehen. Bei mehr als 1,5 Promille beträgt die Geldstrafe zwischen 1500 und 6000 Euro und es werden zehn Punkte abgezogen. Der Führerschein wird für mindestens ein Jahr entzogen, die Haftstrafe beläuft sich auf sechs Monate bis zu einem Jahr und das Fahrzeug wird beschlagnahmt und versteigert. Ist der Lenker nicht der Eigentümer des Fahrzeugs, wird es nicht beschlagnahmt und versteigert; in diesem Fall wird die Dauer des Führerscheinentzuges allerdings verdoppelt. Bei einer Wiederholungstat innerhalb von zwei Jahren wird der Führerschein widerrufen, d. h. für immer entzogen.

Die Veränderungen im Straßenverkehr in Bezug auf den Alkoholkonsum zeigen sich auch bei der über die Jahre rückläufigen An-



zahl der eingezogenen Führerscheine. Im Jahr 2018 wurden laut Landesinstitut für Statistik (2019) 548 Führerscheine wegen Trunkenheit am Steuer eingezogen, 12,2 Prozent weniger als noch im Vorjahr. Von allen wegen Trunkenheit eingezogenen Führerscheinen wurden 497 (90,7%) Männern abgenommen und 51 (9,3%) Frauen. 2008 gab es noch 1160 eingezogene Führerscheine wegen Trunkenheit.

Ebenso bemerkenswert ist es, dass die Ergebnisse der Astat-Erhebung aus dem Jahr 2019 (Abbildung 12) keine weitere Senkung des Einstiegsalters beim Alkoholkonsum der Burschen feststellte. Dass Mädchen mittlerweile gleichgezogen haben und im selben Alter mit dem Alkoholkonsum beginnen, hat mehr mit der gesellschaftlichen Beteiligung in allen Lebenslagen zu tun, als mit dem Thema Alkohol an sich. Sieben von zehn befragten Personen haben im Alter von 16 Jahren bereits ihr erstes Glas Alkohol getrunken.

Laut der letzten in Südtirol erschienenen Jugendstudie des Astat (2017) ist der Alkoholkonsum in der jungen Generation in Südtirol rückläufig. In der Altersgruppe der 14- bis 25-Jährigen sank der aktuelle Konsum, einschließlich des gelegentlichen Trinkens<sup>2</sup>, innerhalb von 12 Jahren um 13 Prozentpunkte (von 89,0% auf 76,1%). Besonders deutlich ist der

**Abbildung 12**

Das Einstiegsalter geht bei den Burschen nicht weiter zurück, bei den Mädchen gleicht es sich an das der Burschen an

<sup>1</sup> Dass die Prozentraten der täglichen Konsumenten/innen hier deutlich höher als bei der Astat-Studie (2019) ausfallen, hat höchstwahrscheinlich mit den Modalitäten der Befragung zu tun.

<sup>2</sup> Frage: „Trinkst du manchmal Alkohol?“

Rückgang des Alkoholkonsums in der jüngsten Altersklasse: Bei den 14- bis 16-Jährigen verringert sich der Prozentsatz in sieben Jahren von 91.5 Prozent um 23.7 Prozent auf 67.8 Prozent.

Die Rauscherfahrungen gehen in einem Zeitraum von 13 Jahren, im Vergleich zur Jugendstudie aus dem Jahr 2004, deutlich zurück. Der Anstieg derjenigen, die in den letzten 12 Monaten keinen Rausch hatten, ist bei allen Altersklassen deutlich sichtbar. So steigt etwa bei der Gruppe der 14- bis 16-Jährigen der Anteil derjenigen ohne Rauscherfahrungen von 24.9 Prozent auf 46 Prozent.

Aus den aktuell vorliegenden Daten kann man schließen, dass der verantwortungsvolle, kontrollierte und gemäßigte Alkoholkonsum<sup>3</sup> zum gesellschaftlichen Mainstream geworden ist. Bedeutsam in dieser Hinsicht ist auch der Anstieg der Zustimmung beim „Mittagessen mit Arbeitskollegen“ nichts zu trinken und nüchtern zu bleiben: dieser erhöht sich um knapp 20 Prozentpunkte.

Es bleiben ein bis fünf Prozent, die wegen ihrer „Alkoholprobleme in Behandlung sind“, „manchmal ihr Trinkverhalten in Frage stellen“ und ihren „Alkoholkonsum als problematisch betrachten“. Im Vergleich zur Erhebung 2006 sind alle Zahlen in diesen Kategorien gesunken. Diese Entwicklung ist stimmig mit den oben beschriebenen Veränderungen hinsichtlich des gemäßigten Konsums und der in den letzten Jahren intensivierten Präventionsarbeit: die Personen, die in Südtirol Probleme mit Alkohol entwickeln, werden weniger. Zu diesen zählen drei Prozent der Befragten, die eine täglich gesundheitlich risikoreiche Dosierung von mehr als 50 Gramm Reinalkohol konsumieren, die Personen (8%) mit mehrfachen Rauscherfahrungen im letzten Jahr und die Personen (3%), die in betrunkenem Zustand ein Fahrzeug gelenkt haben. Auffallend bei der Altersgruppe der 14- bis 19-Jährigen sind die 23 Prozent, die im letzten Jahr mehrfache Rauscherfahrungen<sup>4</sup> angaben.

Erfreulich ist, dass es für die Präventionsarbeit (83%) und die Behandlungsangebote (82%) weiterhin hohe Zustimmung gibt (Abbildung 13). Im Bereich der Kampagnen gegen Alkohol-

missbrauch stimmen sogar neun von zehn Befragten zu, dass diese durchgeführt werden sollen. Jede/r dritte Südtiroler/in (33%) kennt die aktuelle Kampagne „Keine Kompromisse“. Von diesen sind neun von zehn mit der Botschaft, die sie vermittelt, einverstanden. Das bedeutet, dass es den Kampagnen gut gelungen ist, ihre Botschaften verständlich und angemessen zu vermitteln.

Eine besondere Sensibilität besteht weiterhin für den Jugendschutz: die Sorge, dass Jugendliche unter 18 Jahren leicht an Alkohol kommen, ist mit 84 Prozent weiterhin hoch. Andererseits gibt es noch Aufholbedarf bei dessen Einhaltung. Die Einschätzung der leichten Erhältlichkeit, die insgesamt etwas gesunken ist, bleibt insbesondere bei Festen und Schulbällen hoch (82%). Hier sind Veranstalter/innen in ihrer Verantwortungsübernahme verstärkt zu schulen.

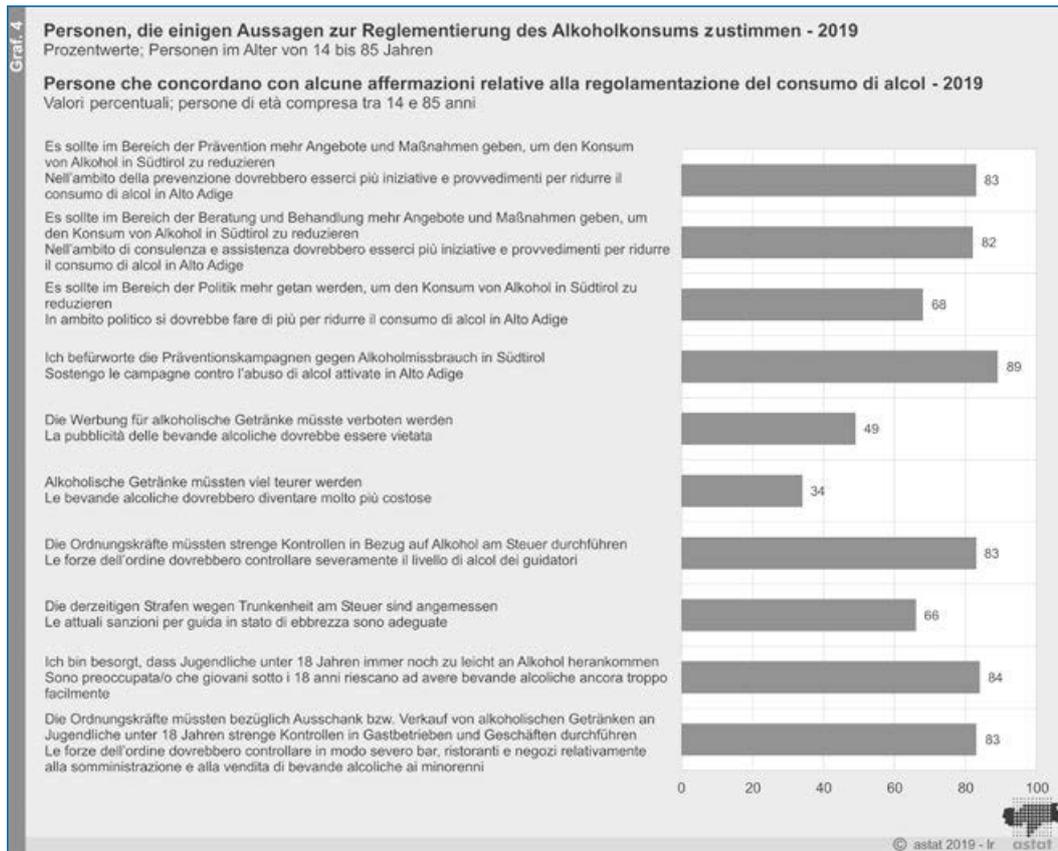
Bemerkenswert ist, dass die Zustimmung zur Aussage „Jugendliche sollten im familiären Rahmen den korrekten Umgang mit Alkohol erlernen“<sup>5</sup> deutlich zugenommen hat: von 49 Prozent auf 83 Prozent (Abbildung 14). Das mag auch mit der Erhöhung des gesetzlichen Mindestalters von 16 auf 18 Jahren bei Erhalt alkoholischer Getränke, die eine öffentliche Auseinandersetzung mit dem Konsum unmöglich macht, zusammenhängen. Andererseits liegt das Einstiegsalter des Konsums (noch weit) unter der gesetzlich vorgeschriebenen Altersschwelle. Dementsprechend bleibt vor allem der familiäre Rahmen für eine Auseinandersetzung mit der Thematik übrig. Gleichzeitig sinken die Befürworter/innen, die „Kinder unter elf Jahren auf Wunsch Alkohol probieren lassen“ würden, um mehr als die Hälfte von 12 Prozent auf fünf Prozent. Zu dieser Entwicklung passt auch, dass die Aussage „Eltern sollten bei Unternehmungen mit ihren kleinen Kindern nichts trinken“ an Zustimmung gewinnt (von 76% auf 81%). In der Vorstellung der Befragten werden somit Eltern zu wichtigen Schlüsselpersonen bei der Vermittlung eines verantwortungsvollen Umgangs mit Alkoholkonsum. Auch die 14- bis 19-Jährigen zeigen sich hiermit einverstanden. Eltern in dieser Kompetenz zu unterstützen, wird auch für die Präventionsarbeit weiterhin ein wichtiger Punkt bleiben.

Einige Ergebnisse lassen erkennen, dass auch die Alkoholindustrie und die Südtiroler

<sup>3</sup> Verantwortungsvoller, kontrollierter bzw. gemäßigter Alkoholkonsum bedeutet hier eine Obergrenze von maximal zwei Standardgläsern am Tag für Männer und von einem Standardglas für Frauen, bei mindestens zwei alkoholfreien Tagen in der Woche sowie dem Einhalten der Punktnüchternheit in gewissen Situationen (z. B. im Straßenverkehr, in der Schwangerschaft). Wer ausnahmsweise mal etwas mehr Alkohol trinkt, sollte sich auf vier (Frauen) bzw. fünf (Männer) Standardgläser beschränken. Mit Standardglas ist diejenige Menge gemeint, die üblicherweise in einem Restaurant ausgeschenkt wird.

<sup>4</sup> Unter Rausch versteht man einen Zustand des veränderten Verhaltens bzw. Bewusstseins, wobei es sich nicht unbedingt um einen vollen Kontrollverlust (Vollrausch) handeln muss.

<sup>5</sup> Hier ist zu betonen, dass in Italien – anders als z. B. in Österreich – nicht der Konsum oder die private Weitergabe unter 18 verboten ist, sondern der Verkauf und Ausschank im öffentlichen Raum. Deshalb ist es möglich, dass Eltern im privaten Rahmen ihren Kindern verantwortungsvollen Alkoholkonsum beibringen können, noch bevor diese in der Öffentlichkeit Alkohol erwerben können.

**Abbildung 13**

Die Grafik zeigt die Zustimmungswerte zu unterschiedlichen Maßnahmen im Bereich der Alkoholprävention

Feste-Veranstalter in den letzten zehn Jahren nicht geschlafen haben und eine gezielte Werbestrategie verfolgt haben, die dem Alkohol praktisch jedes Risiko abspricht und ihn zum angenehmen, harmlosen, genusssteigernden und akzeptierten Begleiter in vielen Lebenslagen macht (Abbildung 11). So senkt sich die Rate derjenigen, für die Alkohol zu einem Fest dazugehört, nur leicht (von 68% auf 64%). Gleichzeitig steigt die Akzeptanz für einen gelegentlichen Rausch (42%, 2006: 31%), – was immer man darunter verstehen möchte, von einem leichten Schwips bis zum Vollrausch. Betrachtet man die Kontexte, in denen ein Rausch als angemessen erachtet wird, so bleiben nur drei übrig und bei jenen ist die Zustimmungsrate zum Teil steigend (Abbildung 11): bei einem Besuch bei bzw. von Freunden (13%, 2006: 6,4%), beim Ausgehen mit Freunden (15%, 2006: 7,3%) und bei Festen (13%, 2006: 13%). Das Bedürfnis nach einem Rauscherleben in einem vorgegebenen Setting steigt im Vergleich zu vor zehn Jahren.

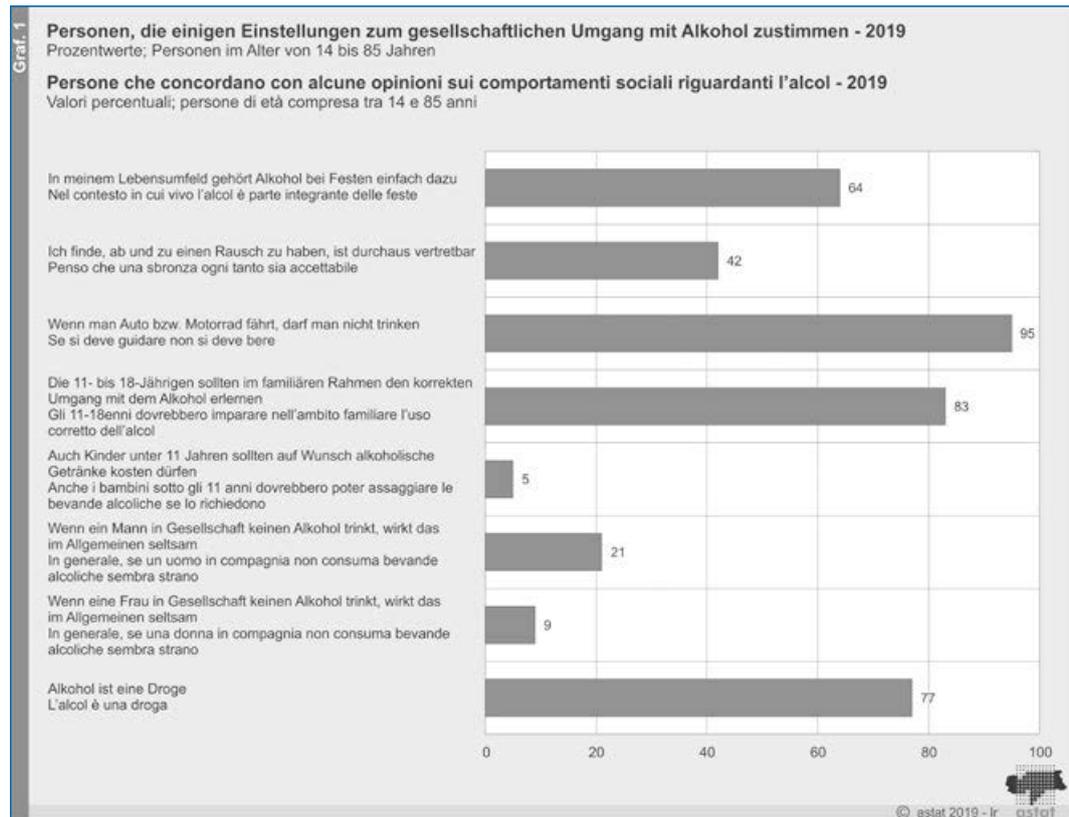
Eine im ersten Augenblick ebenfalls irritierende Veränderung aus der Sicht der Prävention ist der sinkenden Zustimmungswert zur Aussage „Alkohol ist eine Droge“ um zehn Prozentpunkte auf 77 Prozent (Abbildung 14). Das mag damit zusammen hängen, dass neben den Präventionsmaßnahmen auch die Werbemaßnahmen der Alkoholindustrie massiv zugenommen haben. Diese Strategie, die v.a. auf

ein positives Imaging und eine Identifizierung der Konsumenten mit dem Produkt abzielt, verstärkt bei einigen Konsumenten/innen u. a. die Fehleinschätzung, dass es sich bei Alkohol um ein harmloses Produkt handelt, dessen entspannende bis betäubende Wirkung eingesetzt werden kann, um in einem aufgeheizten, schnelllebigen und von der Zukunftsperspektive unsicheren Alltag leichter bestehen zu können.

Es kann aber auch damit zu tun haben, dass der Begriff „Droge“ im öffentlichen Diskurs stark mit den illegalisierten psychoaktiven Substanzen verbunden wird. Die Substanz Alkohol, über die permanent aus verschiedenen Positionen – präventiven und kommerziellen – geredet wird, die praktisch immer verfügbar und sichtbar ist, die beworben wird und legal erhältlich ist, wird häufig nicht als solche wahrgenommen. Eine im Alltag so präsente Substanz kann nicht illegal sein, demzufolge auch keine Droge. Dieser Gedanke wird zusätzlich verstärkt mit dem Umstand, dass alkoholranke Personen zunehmend aus der Südtiroler Öffentlichkeit verschwinden. Die Auswirkungen eines abhängigen Konsums sind lange nicht mehr so sichtbar als wie in den Zeiten, wo in jedem Dorfgasthaus und vielen Bars die „Glas-trinker“ am Tresen standen und als lebende Mahnsäulen wirkten. Der aktuelle Mainstream akzeptiert das nicht funktionierende, kranke,

Abbildung 14

Die Grafik zeigt die Zustimmungswerte zu einigen ausgewählten Einstellungen im gesellschaftlichen Umgang mit Alkohol



abweichende Individuum nur schwer. Alkoholranke müssen ihre Sucht kaschieren, das Stigma, das damit einhergeht, hat sich eher noch verstärkt. Auch das kann mit dem sinkenden Zustimmungswert in Verbindung stehen.

Auch im Bereich der strukturellen Präventionsarbeit sinken die Zustimmungswerte der Bevölkerung (Abbildung 13). Dazu gehören Alkoholwerbverbote (-15%), Preiserhöhungen (-19%), Kontrollen (-6%) und Strafen wegen Trunkenheit am Steuer (-13%). Damit auch zusammenhängen kann die sinkende Zustimmung, dass Politik mehr tun müsste (-10%), weil dies als Eingriff in oben genannte Bereiche verstanden wird. Hier scheint ein für die Befragten tolerables maximales Maß von Einmischung des „Staates“ erreicht worden zu sein.

Wenn die sinkende Zustimmung für Strafen und Kontrollen in Anbetracht der permanenten Verschärfung der italienischen Straßenverkehrsordnung leicht nachvollziehbar ist, auch eine Ablehnung von Preiserhöhung verstehbar ist, so verwundert doch die Ablehnung von Werbeverboten etwas mehr.

Andererseits wird, in Kombination mit den sinkenden Zustimmungen zur Definition des Alkohols als Droge und dem steigenden Rauschbedürfnis (bei sinkendem Rauscherleben), auch ersichtlich, dass die Funktion des Alkohols mit seiner entspannenden Wirkung bei einem beträchtlichen Bevölkerungsanteil ein

wichtiges Bedürfnis stillt. Wenn hier zu radikal und v.a. ohne Alternativen und Kompetenzvermittlung für eine individuelle Regulierung emotionaler Zustände, seien es nun beispielsweise Stressregulationstechniken, Entspannungs- und Achtsamkeitsübungen, „Prävention“ vorangetrieben wird, ist Reaktanz bei der Bevölkerung vorprogrammiert.

## Fazit

Betrachtet man die inhaltliche Entwicklung der einzelnen Kampagnenausgaben, kann man feststellen, dass die Botschaften eindeutiger werden: von einer anfangs diffusen Frage (*Alles im Griff?*) zu einer vorsichtigen Empfehlung (*Trinken mit Maß*) hin zu einer klarer Position (*Keine Kompromisse*) mit Trinkmengenempfehlungen, einem positiven Fokus auf die „Endstigmatisierung der Nicht-Trinker/innen“ und sachlichen, wissenschaftlich belegbaren Informationen über die Risiken des Alkohols. Die Kampagnen sind mutiger geworden und zeigen mehr Profil. Das wurde nur möglich, weil man in einem Zehn-Jahres-Zeitraum arbeiten konnte, neue Ausgaben auf die Erfahrungen, Rückmeldungen und Ergebnisse der vorhergehenden aufbauen konnten und die Einschätzung was einer Gesellschaft, die Alkohol nicht nur kulturell verankert, sondern auch in seiner Seele eingeschrieben hat, zumutbar ist, gut ein-

geschätzt wurde. Hilfreich dafür waren nicht nur die breite Einbindung vieler gesellschaftlicher Kräfte, sondern auch die Ergebnisse aus den Befragungen über die Zustimmungswerte. Tatsächlich blieb Reaktanz als Folge aus.

Ganz im Gegenteil. Mittlerweile kann man fast davon ausgehen, dass sich in Südtirol diese sichtbare Alkoholprävention mit ihren jährlichen Editionen einen festen Platz im gesellschaftlichen Gefüge geschaffen hat und mit ihren über die Jahre selbstbewusster gewordenen Positionen respektiert wird. Insofern zeichnet sich Langfristigkeit hier aus.

Kampagnenarbeit basiert auf unterschiedlichen Ansätzen, partizipative Verfahren in Kombination mit personen- und strukturorientierten Maßnahmen haben sich über die Jahre bewährt. Politischer Support, die Arbeit im Netzwerk sowie der gezielte Einsatz von Kommunikationsmitteln sind von zentraler Bedeutung für die Umsetzung.

Aber auch ein Ansatz, der bereits anderswo als Reflexive Präventionsarbeit (Koler, 2014) definiert wurde. Reflexiv insofern, weil miteinbezogen und berücksichtigt wird, was es für die betroffenen Personen – als Adressaten der Kampagnen – und die mit diesen zusammenhängenden personenorientierten Maßnahmen bedeutet und was es für die Interventionen bedeutet, wenn die subjektiven Befindlichkeiten und Bedürfnislagen wahrgenommen werden.

Prävention braucht eine ethische Grundhaltung, die gekennzeichnet ist durch Respekt vor dem Menschen und darauf aufbauend Reflexion und Feingefühl entwickelt, um zwischen Notwendigem und Vertretbarem zu unterscheiden und beides im rechten Maß zu verbinden.

## Literatur

- Astat. (2007). *Lebensformen und Werthaltungen in Südtirol*. Bozen: Landesinstitut für Statistik.
- Astat. (2009). *Präventionskampagnen gegen Alkoholmissbrauch*. Bozen: Landesinstitut für Statistik.
- Astat. (2017). *Jugendstudie. Werthaltungen, Lebensformen und Lebensentwürfe der Südtiroler Jugend*. Bozen: Landesinstitut für Statistik.
- Astat. (2019). *Verkehrsunfälle und eingezogene Führerscheine*. astatinfo Nr. 49/2019. Bozen: Landesinstitut für Statistik.
- Becker, U. (2013). *„Trinken mit Maß“ – Evaluation der Maßnahmen der Alkoholpräventionskampagne*. Bozen: apollis.
- Coletti, N. & Koler, P. (2019). *Alkohol in Südtirol: Meinungen und Konsum*. astatinfo Nr. 68. Bozen: Landesinstitut für Statistik.
- Koler, P. (2007). Meinungen und Verhalten der erwachsenen Bevölkerung in Bezug auf Alkohol. In Landesinstitut für Statistik (Hrsg.), *Lebensformen und Werthaltungen in Südtirol*. Bozen.
- Koler, P., Trenkwalder, A. & Girelli, N. (2008). *Konzept zu einer umfassenden Prävention des Alkoholmissbrauchs* (unveröffentlicht). Bozen.
- Koler, P. (2014). *Rausch und Identität – Jugendliche in Alkoholszenen*. Bozen: University Press.
- ISTAT. (2018). *Il consumo di alcol in Italia*. www.istat.it/it/archivio/230479
- Uhl, A. (2007). Begriffe, Konzepte und Menschenbilder in der Suchtprävention. *SuchtMagazin*, 33 (4), 3–11.
- WHO. (1986). *Ottawa-Charta*. Genf.
- WHO. (1999). *Europäischer Aktionsplan Alkohol 2000–2005*. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa.



**Dr. Peter Koler**

Psychologe, Notfallpsychologe, Pädagoge. Dissertation zum Dr. phil. an der Fakultät Erziehungswissenschaften der TU Dresden. Trainer in Motivational Interviewing. Direktor des Forum Prävention in Bozen/Südtirol, Lehrbeauftragter an der Freien Universität Bozen  
koler@forum-p.it



**MA Magdalena Platzer**

Sozialpädagogin (BA), Sozialarbeiterin (MA). Seit 2015 inhaltliche Mitarbeiterin im Forum Prävention in Bozen/Südtirol, Fachstelle Suchtprävention und Fachstelle für Essstörungen  
platzer@forum-p.it

# Drogen-Trip ins Krankenhaus – Ulmer Studie zeigt starke Zunahme von Cannabis-Psychosen

*Seit 2011 hat sich am Universitätsklinikum Ulm die Zahl der Psychatriepatienten mit Cannabis-Psychose vervielfacht. Zu diesem Ergebnis kommt eine Studie der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie III. Mögliche Ursache ist der hohe Tetrahydrocannabinol-(THC)-Wert von hochpotenten Neuzüchtungen sowie von synthetischen Cannabis-Produkten. Ein weiterer Grund könnte die ab 2017 geltende gesetzliche Zulassung von medizinischem Cannabis sein, vermuten die Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen. Veröffentlicht wurden die Ergebnisse im Journal of Clinical Psychopharmacology.*

Halluzinationen, Wahnvorstellungen, Zerfahrenheit und Verhaltensstörungen: Diese Symptome können bei einer Cannabis induzierten Psychose auftreten. „Für die Betroffenen ist diese Erfahrung schockierend, denn sie verlieren nicht nur den Bezug zur realen Welt, sondern auch ihr innerstes Selbst“, erklärt Professor Carlos Schönfeldt-Lecuona von der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie III am Universitätsklinikum Ulm. Der Wissenschaftler hat mit weiteren Ulmer Forscherinnen und Forschern in einer Studie untersucht, wie sich die Fallzahlen der Cannabis-Psychosen von 2011 bis 2019 entwickelt haben. Das Ergebnis: Es gibt einen massiven Anstieg. Und das obwohl im Untersuchungszeitraum weder für andere substanzinduzierte Psychosen noch für endogene Psychosen eine Zunahme zu verzeichnen war. Die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler haben dafür in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie III eine Einzelzentrum-Analyse durchgeführt und hierfür die Kranken- und Behandlungsdaten von Patientinnen und Patienten untersucht, die in der Klinik stationär behandelt wurden. Diese Gesamtzahlen schwanken im Untersuchungszeitraum zwischen 1414 (2011) und 1270 (2019) und belegen, dass die Zahl der psychiatrischen Erkrankungen und Verhaltensstörungen insgesamt in dieser Zeit nicht größer geworden ist.

Während im Jahr 2011 nur sieben Patienten und Patientinnen wegen einer Cannabis-induzierten Psychose behandelt wurden, waren es fünf Jahre später bereits 24 und 2019 schließlich sogar 59. Die meisten Fälle betreffen junge Männer. Setzt man die Einzelfälle ins Verhältnis zu den Gesamtpatientenzahlen der in der psychiatrischen Klinik behandelten Menschen, wird der Anstieg noch deutlicher. So erhöhte

sich die relative Häufigkeit des Auftretens von Cannabis-Psychosen von 0,5 Prozent (2011) auf 3,86 Prozent (2019). „Auch wenn die absoluten Häufigkeiten der Cannabis-Psychosen insgesamt eher gering erscheinen, zeigt sich hier bei den relativen Häufigkeiten fast eine Verachtfachung des Ausgangswerts“, erklärt Klinikkollege Professor Maximilian Gahr, der ebenfalls an der Studie beteiligt war.

Eine Ursache für den Anstieg der Patientenzahlen mit Cannabis-Psychosen sehen die Forschenden im teilweise deutlich erhöhten THC-Gehalt von genetisch veränderten Cannabis-Sorten beziehungsweise im hohen THC-Wert von synthetischem Cannabis, das immer leichter verfügbar ist. THC ist eine psychoaktive Substanz, die beim Kiffen von Cannabis für den Rausch verantwortlich ist. Der zweite Hauptwirkstoff ist Cannabidiol (CBD), dem eine entspannende bis angstlösende Wirkung nachgesagt wird, und der die Wirkung von THC möglicherweise sogar abschwächt. Während der THC-Wert in den letzten Jahren von ehemals rund drei Prozent auf heute über 16 Prozent angestiegen ist, enthalten viele hochgezüchteten Cannabissorten, die für den Freizeitkonsum angeboten werden, allerdings nur sehr wenig CBD. Mittlerweile ist bekannt, dass nicht nur ein hoher THC-Wert an sich, sondern insbesondere das Missverhältnis zwischen viel THC und wenig CBD ein erhöhtes Risiko für das Auftreten von Cannabis-Psychosen darstellt.

Ein weiterer Grund sieht das Ulmer Forschungsteam, zu dem auch Wissenschaftler der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie gehören, in der Änderung des rechtlichen Rahmens der Verschreibungspraxis. Denn Anfang März 2017 wurde per

Gesetz eine Verordnung von Cannabinoiden auf Rezept unter gewissen Umständen ermöglicht. Dies hat möglicherweise zur Folge, dass die gefährlichen Nebenwirkungen vor allem von illegal erworbenen Cannabisprodukten unterschätzt werden. „Trotz ihres Potenzials als therapeutische Substanzen bei vielen Störungsbildern ist der Einsatz von Cannabinoiden mit einem nicht zu unterschätzenden gesundheitlichen Risiko verbunden. Dies gilt insbesondere für Personen mit einer psychischen Vorerkrankung. So sind eben immer mehr Cannabis-Psychosen zu beobachten. Andererseits kommt es auch verstärkt zu Abhängigkeiten und zu schädlichem Gebrauch“, erklärt Professor Schönfeldt-Lecuona. So lässt sich in der Studie zeigen, dass der Anstieg der Fälle ab 2017 etwas stärker ausfällt noch einen Tick stärker ausfällt.

Eine derartige Entwicklung von Fallzahlen hat auch auf die psychiatrische Versorgung große Auswirkungen. Aufgrund des Zuschnitts der Studie können die Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen allerdings noch nicht sagen, ob es sich um eine lokale Entwicklung oder um einen allgemeinen Trend handelt. „Es spricht alles dafür, dass wir es hier mit einer allgemeinen Entwicklung zu tun haben, daher halten wir es für ange raten, hier mit weiteren und umfassenderen Untersuchungen nachzuhaken“, so die Ulmer Forschenden.

„Mit dem ‚Gesetz zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften‘ vom 6. März 2017 befinden wir uns in einer Art bundesweitem Experiment. Doch die gesamtgesellschaftlichen Folgen sind noch unklar“, meint Professor Maximilian Gahr. Auf jeden Fall empfehlen die Autoren der Studie eine intensivere Aufklärung über mögliche Risiken des Konsums von Cannabinoiden. Die Wissenschaftler denken dabei sowohl an schmerztherapeutische Einrichtungen und Arztpraxen, die Cannabis verschreiben, als auch an Schulen und Jugendeinrichtungen. Denn eines ist auf jeden Fall klar: harmlos ist der Konsum von Cannabis auf keinem Fall.