

Zum Wandel der sozialen Konstruktion von Risiken am Beispiel der Prävention von Alkoholfolgeschäden. Eine historisch-soziologische Skizze

Hasso Spode

Zusammenfassung

Im Netz kursiert ein anonymer Text, der darlegt, warum alle, die vor 1980 geboren wurden, noch „Helden“ waren – während die Jüngeren „Warmduscher“ seien:¹ Es ist „zurückblickend kaum zu glauben, dass wir so lange überleben konnten! Die Fläschchen aus der Apotheke konnten wir ohne Schwierigkeiten öffnen, [...] Türen und Schränke waren eine ständige Bedrohung für unsere Fingerchen. Auf dem Fahrrad trugen wir nie einen Helm. Wir haben uns geschnitten, brachen Knochen und Zähne, und niemand wurde deswegen verklagt. Es waren eben Unfälle“. Und stolz wird bilanziert: „Unsere Generation hat eine Fülle von innovativen Problemlösern und Erfindern mit Risikobereitschaft hervorgebracht. Wir hatten Freiheit, Misserfolg, Erfolg und Verantwortung. Mit alldem wussten wir umzugehen.“

Nun ist das Lamento der Älteren über die Dekadenz der Jüngeren nichts Neues. Doch in der Tat: wir haben es mit stark zunehmenden Ängsten vor körperlichen Schädigungen zu tun. Beobachtet man in großstädtischen Parkanlagen, wie Mittelschichteltern ihre Sprösslinge nicht mehr ohne Sturzhelm aufs Bobby-Car lassen, als ob bei 50 Zentimeter Fallhöhe ein Schädel-Hirn-Trauma drohe, wird die Abnahme der Risikotoleranz exemplarisch greifbar. Prävention ist das Gebot der Stunde. Das betrifft, wen wundert es, auch den Umgang mit alkoholischen Getränken.

Schlüsselwörter: Risiko, Prävention, Alkohol, Mäßigkeitsbewegung, Rassenhygiene, Prohibition

Abstract

An anonymous text circulating on the Internet explains why all those born before 1980 were still ‘heroes’ – while the younger ones seem to be wimps¹: It is ‘hard to believe, looking back, that we were able to survive for so long! We were able to open the bottles from the pharmacy without difficulty, [...] doors and cupboards were a constant threat to our little fingers. We never wore a helmet on the bike. We cut ourselves, broke bones and teeth, and no one was sued for it. These were just accidents’. And proudly, they sum up, ‘Our generation produced an abundance of innovative problem solvers and inventors with a willingness to take risks. We had freedom, failure, success and responsibility. We knew how to deal with all of that’.

The lament of older people about the decadence of younger people is nothing new. But in fact: we are dealing with strongly increasing fears of physical damage. If you go to a park in a big city and watch how middle-class parents no longer allow their offspring to ride a bobby car without a helmet, as if a fall of 50 centimeters could result in a craniocerebral trauma, the decrease in risk tolerance becomes tangible in an exemplary way. Prevention is the order of the day. This also applies to the use of alcoholic beverages.

Keywords: risk, prevention, alcohol, temperance movement, eugenics, prohibition

¹ Zit. n. www.hipp.de/forum/viewtopic.php?t=34128

1 Risiko und Prävention

Vorab ein Wort zu den Begriffen „Risiko“ und „Prävention“. Die Definitionen sind uneinheitlich, doch meist wird das Risiko als Gegenbegriff zur Chance aufgefasst, als die Wahrscheinlichkeit, mit der ein unerwünschtes Ereignis bzw. ein Schaden eintritt; dann gilt: Risikowert = Eintrittswahrscheinlichkeit $\times$ Schadenhöhe. Wenn wir Risiko sagen, meinen wir also (oder sollten dies meinen) eine *berechenbare* Gefahr. Dies wird meist in Prozent ausgedrückt. So beträgt das Sterberisiko eines Neugeborenen 100 Prozent. Darauf verweist auch die einst an vielen Uhren zu lesende Mahnung *mors certa, hora incerta*. Doch mit einem großen Unterschied: In vormodernen Gesellschaften war es Hybris, die Stunde des Todes vorhersagen zu wollen; sie lag in Gottes Hand. Heute macht sich ein Heer von mehr oder weniger epidemiologisch geschulten Experten anheischig, die menschliche Lebensdauer als Resultante von „Risikofaktoren“ exakt zu beziffern. Analog wird in vielen anderen Bereichen verfahren, von der Technikfolgenabschätzung bis zum betrieblichen Risk Management; in Deutschland wurde sogar eine Behörde eingerichtet, die Gefahren von Amts wegen quantifiziert, das Bundesinstitut für Risikobewertung. Dabei wird oft vergessen (oder unterschlagen), dass erstens die Lebenserwartung einen rechnerischen Durchschnitt darstellt, der lediglich eine vage Prognose auf der Basis derzeitiger Sterbetafeln ist; zweitens dass Schadenereignisse häufig aus dem kontingenten Zusammentreffen vieler Ursachen resultieren; drittens dass die Zahl der Risikofaktoren potenziell grenzenlos ist; und aus all dem resultierend viertens, dass Risiken nicht objektiv „da“ sind, sondern in einem tieferen Sinn menschengemacht – anders gesagt: historisch – sind (Castel, 1983; Bonß, 1993): Sie stellen das Ergebnis gesellschaftlicher Konstruktions- und Auswahlprozesse dar. Gelingt es nun engagierten Akteuren, ein Risiko als besonders gravierend zu kommunizieren, wird es zu einem „sozialen Problem“, an dessen Lösung sich Staat und Gesellschaft versuchen (Schetsche, 2000). Alle Welt ist überzeugt, dass etwas getan werden muss. Doch nicht selten trägt der Schein eines dringenden Handlungsbedarfs. Soziale Probleme sind schließlich ebenso menschengemacht wie die postulierten Risiken, die es zu eliminieren gilt; sie sind das Resultat des Kampfes um Aufmerksamkeit (Franck, 2019), der immer auch ein Kampf um Deutungsmacht ist und damit um Macht schlechthin (Bourdieu, 2016). Wie geschickt in diesem Kampf auf politischer, publizistischer und wissenschaftlicher Ebene agiert wird, kann selbstredend kein Kri-

terium für den Realitätsgehalt eines Problems sein.

Das Leben des Einzelnen wie ganzer Populationen ist zahllosen Gefahren ausgesetzt, die wir gar nicht kennen oder die wir bewusst oder unbewusst ausblenden.² Das Denken in (vermeintlich) kalkulierbaren Risiken ist dabei eine Errungenschaft moderner Gesellschaften, doch jede Zeit und jede Kultur ängstigt sich vor ihren eigenen Gefahren, mal zurecht, mal offenkundig zu unrecht. Ob die Kelten seit einem Meteoriteneinschlag fürchteten, dass – wie es bei Strabon und bei Asterix heißt – ihnen der Himmel auf den Kopf fällt, sei dahingestellt. Sicher ist, dass Europa am Beginn der Neuzeit in panischer Angst vor dem Jüngsten Gericht zitterte; nicht zuletzt Luther fürchtete, das Armageddon noch selbst erleben zu müssen. Über weite Strecken des 20. Jahrhunderts war dann ein beherrschendes soziales Problem die „Rassenverderbnis“, die zum Untergang der Menschheit führen müsse, wenn nicht eugenische Maßnahmen ergriffen werden (s. Kapitel 6.2). Aus jüngerer Zeit wissen wir von dem kleinen Volk der Lele im Kongo, dass dort bittere Armut und zahlreiche Krankheiten grassieren, aber nur drei Dinge große Frucht auslösen: Unfruchtbarkeit, Atemwegsentszündung und vom Blitz getroffen zu werden.

Mit magischen Praktiken, wie Amuletten, versuchen die Lele, diese Heimsuchungen abzuwenden.³ Damit sind wir bei der Vorbeugung oder wie es genuin fachsprachlich heißt, der Prävention.⁴ Während das Risiko einen auf die Moderne beschränkten Sonderfall der Gefahr darstellt, ist der Wunsch nach Prävention wohl ein universelles Phänomen – das freilich die verschiedensten Lebensbereiche betreffen und die verschiedensten Formen annehmen kann. Ich beschränke mich im Folgenden auf die Krankheitsprävention (die oft mit Prävention gleichgesetzt wird); auch sie kann die verschiedensten Lebensbereiche betreffen und

² Man denke an schlummernde Supervulkane wie den Yellowstone, die – *hora incerta* – eine Eiszeit auslösen werden, oder an die „Bevölkerungsexplosion“, jahrzehntelang als soziales Problem Nummer Eins gehandelt, das sich als unlösbar erwies und somit ad acta gelegt wurde. Es wurde vom Diskurs über die „Klimakatastrophe“ abgelöst, bei dem die in Afrika und Asien ungebrochene Bevölkerungszunahme keine Rolle spielt; stattdessen versuchen reiche Länder mit Elektroautos und Windrädern präventiv gegen das Abschmelzen der Polkappen vorzugehen.

³ Kein Grund zur Überheblichkeit: Was werden unsere Enkel zu Verordnungen sagen, die durch das Tragen von Schutzmasken an der frischen Luft das Corona-Virus bekämpfen wollten?

⁴ Erst in den 1980er Jahren wurde „Prävention“ allgemeinsprachlich und übertrifft heute deutlich die im späten 19. Jahrhundert aufgekommene „Prophylaxe“, ebenso die seit der selben Zeit vermehrt verwendete „Vorbeugung“; hinzukommen seit der Jahrtausendwende das „proaktive Handeln“ und die auf die Sozialmedizin beschränkte „Salutogenese“ bzw. „Gesundheitsförderung“, die Lehrbüchern zum Trotz letztlich ebenfalls Prävention meint (vgl. Digitales Wörterbuch der deutschen Sprache: dwds.de).

die verschiedensten Formen annehmen. Heute ist sie eng mit dem Risikobegriff verknüpft. Präventionsmaßnahmen sollen mit dem oben erwähnten Risikowert korrespondieren: Ein hoher Wert erfordert „harte“ Maßnahmen, ein niedriger weniger einschneidende. Er wird häufig mittels Sterbefallszahlen quantifiziert, ist doch der Tod der größte gesundheitliche Schaden, der eintreten kann.

Das klingt solide, ist es aber nicht. Sterbefallszahlen können ganz unterschiedlich gemessen⁵ und bewertet⁶ werden. Besonders bei Tabak, Ernährung und Alkohol sind krasse Übertreibungen an der Tagesordnung.⁷ Der Risikowert ist, so Wolfgang Bonß, eine „pseudomathematische“ Größe. Doch mit wichtiger „Evidenz“-Rhetorik beanspruchen bevorzugt die Advokaten einschneidender Maßnahmen ein Wahrheitsmonopol, reklamieren für sich, im alleinigen Besitz der „Fakten“ zu sein, und stigmatisieren andere wissenschaftliche Erkenntnisse und Sichtweisen als laienhafte Ignoranz oder gar böswillige Leugnung dieser vorgeblichen Fakten.⁸ Womit sie zumindest in den Medien regelmäßig Erfolg haben, gilt doch hier allemal die Maxime *bad news are good news*.

Bezüglich der Formen bzw. Ebenen der Krankheitsprävention kursiert eine verwirrlige Vielfalt an Unterteilungen und Definitionen.⁹ Ihr empirischer Gehalt ist begrenzt, sind sie doch *in praxi* oft wenig trennscharf und die Maßnahmen auf den verschiedenen Ebenen laufen oft synchron und sollen Synergieeffekte erzeugen. Hauptsächlich finden zwei, sich teils überlappende Klassifikationssysteme Anwendung.

Erstens: Bezogen auf die Zielgruppe wird unterteilt in Primär-, Sekundär- und Tertiär-

prävention, mit bisweilen leicht abweichender Bedeutung („Spezifitätsmodell“) auch universelle, selektive und indizierte Prävention genannt. „Primär“ meint die Gesamtpopulation (bisweilen bezogen auf eine Altersgruppe, etwa impfpflichtige Kinder). „Sekundär“ meint die Beschränkung auf mehr oder weniger scharf eingegrenzte „Risikogruppen“ (etwa Infektionsgefährdete aufgrund bestimmter Sexualpraktiken). Da allerdings jeder Mensch irgendwelchen Risikofaktoren ausgesetzt ist (Skrabanek & MacCormick, 1992), kann die Sekundär-tendenziell zur Primärprävention werden. Die Hinzufügung einer tertiären Ebene verdankt sich berufsständischen Interessen der Helferszene: Sie meint Beratung für Menschen, bei denen sich ein Risiko bereits als eine Erkrankung manifestiert hat. Dafür ist eigentlich die Therapie, sprich Medizin und Psychologie zuständig. Von Vorbeugung lässt sich nur insofern sprechen, als eine Verschlechterung eines (austherapierten) Zustands oder ein Rückfall verhindert werden soll. Bei dieser – wie jeder anderen – Unterteilung handelt es sich erkenntnistheoretisch um Idealtypen, die realiter in dieser Reinheit selten anzutreffen sind. So setzt die Unterscheidung von Sekundär- und Tertiärprävention die Binärcodierung „gesund/krank“ voraus (Vogd, 2005). Häufig aber besteht hier ein Kontinuum – nur die Götter sind gesund.¹⁰ Nicht zuletzt sind die Übergänge zwischen pathologischem und nicht-pathologischem Trinken bekanntlich fließend und entsprechend umstritten und historisch variabel. Die Suchthilfe umfasst daher sowohl sekundär die vorbeugende Beratung als auch tertiär die Rückfallprävention. Und jene Aktivisten der Helferszene, die für eine Senkung des Pro-Kopf-Verbrauchs kämpfen, arbeiten sogar im Bereich der Primärprävention.

Zweitens: Eine weitere Klassifikation betrifft die Objekte bzw. die Methoden der Prävention in Gestalt einer Unterteilung in Verhältnisprävention und Verhaltensprävention. „Verhältnis“ meint den gesamten gegebenen Lebensraum, das Bio- und Soziotop eines Menschen; „Verhalten“ dessen persönlichen Lebensstil.¹¹ Verhältnisprävention zielt auf strukturelle Faktoren: auf die Verbesserung von gesellschaftlichen und physischen Umweltbedingungen – von der Sozialpolitik über den Arbeitsschutz bis zum Verbot gesundheitsschädlicher Substanzen. In diesem Sinne nannte einst Rudolf Virchow Typhus und Tuberkulose „künstliche“, also durch die schlechten Lebensbedingungen der Unter-

⁵ Die epidemiologische Relevanz zahlreicher Todesursachen beruht auf vagen Schätzungen. Das gilt besonders für die verhaltensbedingten wie „Fehlernährung“, doch auch für viele infektiösbedingte. Bei multiresistenten Krankenhauskeimen z. B. reichen die Angaben für die BRD von 1000 bis 17000 pro Jahr; „Gripptote“ können lediglich anhand der Übersterblichkeit geschätzt werden; sogar die Zahl der von COVID-19 verursachten Todesfälle ist nicht unumstritten. Noch problematischer ist die Datenlage natürlich, wenn statt der Mortalität die Morbidität beziffert werden soll.

⁶ So hatte die schwere Grippe-Pandemie 1968/70 keine restriktiven Maßnahmen ausgelöst und blieb von der Öffentlichkeit nahezu unbemerkt.

⁷ So werden bei den Kosten rein fiktive Werte, von ominösen „Mortalitätsverlusten“ bis zu „Zigarettenpausen“, veranschlagt, um horrenden Milliardenbeträge zu errechnen: analog werden „Alkoholtote“ aufsummiert (z. B. Singer, 2010, Kap. 1.3.5; dazu Uhl, 2006; Schleim, 2022).

⁸ Typisch das Statement einer Aktivistin in einer TV-Diskussion zur „Volksdroge Alkohol“: „Es gibt ja wissenschaftliche Evidenz und [...] wir können uns die Fakten und die Studien ja angucken, wir können uns doch angucken, was kluge Leute, die ihr Berufsleben damit verbringen, das zu untersuchen, sagen“ (n. Schleim, 2022).

⁹ Vgl. aus systemtheoretischer Sicht Vogd (2005, Kap. 5), zu den Feinheiten am Beispiel der Suchtprävention s. Uhl (2005, S. 39 ff.). Für die geradezu absurde Vielfalt sich oft überlappende Unterteilungen vgl. Franzkowiak (2022).

¹⁰ Diese Formel geht auf Simonidis von Keos (ca. 556–468 v. Chr.) zurück.

¹¹ Wobei der innige Zusammenhang von Soziotop und Lebensstil i. d. R. ausgeblendet wird.

schichten hervorgerufene Krankheiten; „arm zu sein in einer reichen Welt“ war und ist der größte gesundheitliche Risikofaktor (Skrabaneck & McCormick, 1992; historisch: Spree, 1981). Die Verhaltensprävention hingegen zielt auf die Individuen: auf eine Veränderung gesundheitsrelevanter Aspekte ihres Lebensstils, primär durch Aufklärung (bzw. „Volkserziehung“ wie es bis in 1950er Jahre in schöner Offenheit hieß) – von der Körperpflege über sportliche Betätigung bis zum Ernährungsverhalten. „Eßt Vollkornbrot, denn es ist besser und gesünder“, mahnte etwa ein Plakat in der NS-Zeit. Auch hier sind die Grenzen *in praxi* fließend, wenn etwa verhältnispräventive Rauchverbote Hand in Hand gehen mit verhaltenspräventiven Ekelbildern auf den Zigarettenpackungen oder Erhöhungen der Alkoholsteuer mit Kampagnen à la „Kenn dein Limit“. Verhältnispräventive Maßnahmen wie Verbote und Steuererhöhungen sind in der Regel effektiver im Sinne der Intentionen ihrer Befürworter; sie lassen sich oft auch zwanglos im ersten Klassifikationssystem unter Primärprävention rubrizieren.

2 Zyklus und Prozess

Zu dem eingangs angedeuteten Wandel der Risikotoleranz sei hier die These aufgestellt, dass hierbei zwei Faktorenbündel zusammenwirken: Zum einen ein zyklisches Auf und Ab der Hegemonie¹² hedonistisch-permissiver und asketisch-kontrollaffiner Grundwerte in einer Gesellschaft (zum Alkohol: Spode, 2010a). Zum anderen lässt sich aber auch eine sehr langfristige Tendenz einer „Rationalisierung der Lebensführung“ (Weber, 1905/2009) feststellen. Es gilt Gefahren durch Selbst- und Fremdkontrollen zu minimieren, wobei sich die Zeithorizonte verlängern bzw. umgekehrt die Spontaneität abnimmt (Elias, 1939/1978). Seit dem 18. Jahrhundert fungiert hier als zentrale normgebende Instanz die Sozialmedizin, zunächst die „medizinische Policey“, später die „Hygiene“, heute die „Public Health“. Dabei werden seit dem späten 19. Jahrhundert unkalkulierbare Gefahren in kalkulierbare Risiken umgewandelt, was die Deutungsmacht wissenschaftlicher Experten enorm stärkte (Spree, 1981; Labisch, 1992; Roeßiger & Merk, 1998).

Beiden Faktorenbündeln ist gemeinsam, dass sie nicht auf ein Land beschränkt bleiben; bei allen Unterschieden im Detail ist der „Zeitgeist“ eher ein globales Phänomen denn ein

nationales. Dies gilt auch für die jüngste Phase des Anziehens der Schrauben der Sicherheitsstandards. Gemessen an der Lebenserwartung scheint dies durchaus Erfolge zu zeitigen – wenngleich der entscheidende Faktor hier weniger im Gesundheitsverhalten, als in verhältnispräventiven Maßnahmen, vor allem in der Notfallmedizin, zu suchen ist. Wir werden jedenfalls immer älter, doch zugleich immer besorgter, dass unseren zarten Alabasterkörpern etwas zustoße.

Viele meinen daher, diejenigen Gefahren, die als Risiken identifiziert wurden, sollten gefälligst gänzlich ausgeschaltet werden. Doch ein völliges Eliminieren von Risiken muss angesichts der Komplexität der Welt und der Sterblichkeit des Menschen ein frommer Wunsch bleiben. Bei vielen Risiken gibt es notgedrungen eine Obergrenze rationaler Prävention; auch hier gilt das aus der Wirtschaftswissenschaft bekannte *Gesetz des abnehmenden Grenznutzens*: Mit immer restriktiveren Maßnahmen werden immer geringere Fortschritte erzielt, bis schließlich die psychischen, sozialen, politischen, finanziellen und bisweilen selbst die gesundheitlichen Kosten die gesundheitlichen Gewinne übersteigen; spricht: nicht-intendierte Negativfolgen nehmen offenkundig überhand.¹³ Axiomatisch zu Ende gedacht, muss das Ideal perfekter Risikovermeidung in einen freudlosen Überwachungsstaat führen, in tödliche Erstarrung und Agonie. Risikovermeidung wird dann selbst zum größten Risiko für Individuum und Gesellschaft. Diese Axiomatik ist es hauptsächlich, die das Auf und Ab der Hegemonie hedonistischer und asketischer Grundwerte im Innersten antreibt: Sowohl eine sehr hohe Risikotoleranz als auch eine sehr hohe Risikointoleranz stoßen irgendwann an ihre Grenzen, verlieren an Akzeptanz und es setzt eine Trendumkehr ein.

Auch die Suchtprävention unterliegt diesem zyklischen Auf und Ab. Nach dem Zweiten Weltkrieg rangierte der Alkohol in der gesundheitspolitischen Agenda unter ferner liefen; doch um 1990 setzte eine neue Thematisierungskonjunktur ein. Frankreich erließ ein Werbeverbot, andere Länder folgten und die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren erhob den Alkohol abrupt zum „sozial-medizinischen Problem Nr. 1“ (Spode, 2010a). In die Defensive gedrängt, reagierte dann auch die Alkoholwirtschaft auf den mentalen Klimawandel und lancierte Präventionsaktionen, in flottem Englisch verpackt: „Don’t drink and drive“ und „Wine in Moderation“. Die staatliche Gesundheitspädagogik weiß zu den „Folgen von Alko-

¹² Hegemonie heißt nicht Einheitlichkeit: In einigen Milieus werden Werte und Praktiken hochgehalten, die konträr sind zum jeweiligen Mainstream; sie bilden oft die Keimzelle für den nächsten Zyklus.

¹³ Unlängst waren wir coronabedingt unfreiwillige Zeugen dieses Mechanismus.

holkonsum“ nur Medizinisches zu berichten und hierbei selbstredend nur Schlechtes (BZgA, o.J.). In den Medien ist der Alkohol derweil ein Daueraufreger (Keller, 2003). TV-Sender strahlen mit schöner Regelmäßigkeit Reportagen über Kampftrinker am Ballermann und Diskussionsrunden über die „Volksdroge“ aus; und die Printmedien bringen alljährlich einen Aufmacher zum „beängstigend zunehmenden“ Alkoholproblem, gestützt auf alkoholkritische Fachleute, garniert mit Lebensbeichten von Anonymen Alkoholikern und ergänzt mit einem Selbsttest – ein wildes Massenscreening, das als ein riesiges Erziehungsprogramm fungiert und für Nachschub an Klientel für die Helferszene sorgen soll.¹⁴ Die Zeichen stehen mithin auf Konsumreduzierung. Den Zeitgeist zieht es mit Macht zur Nüchternheit.

3 Das rechte Maß

Nun ist es keineswegs so, dass die Menschen in früheren Zeiten völlig enthemmt und regellos getrunken hätten (Übersichten: Spode, 1993; Gros, 1996; Hengartner & Merki, 2001; Singer, 2010). Die soziale Einhegung des Trinkens ist eine historische Universalie; die magische Macht der vergorenen Getränke erfordert Kontrollmechanismen. Dabei waren Alkoholika am Festtag unentbehrliche Rauschmittel und im Alltag hoch geschätzte Nahrungs-, Stärkungs- und Heilmittel. Bei Plutarch heißt es: Mit Wasser vermischt ist „der Wein unter den Getränken das wohlthuendste, unter den Arzneien die angenehmste und unter den edlen Speisen die am wenigsten übersättigende“ (Υγιεινὰ παραγγέλματα, 19; Übers. H.S.)

Wohl gab es immer wieder einmal religiös motivierte Abstinenzgebote (Hinduismus, Buddhismus, antike und christliche Sekten, Manichäer, Katharer etc.), doch bis auf das Alkoholverbot im Koran war ihre gesamtgesellschaftliche Bedeutung begrenzt. Sekten wie die biblischen Rechabiter (Jer. 35,2–10) hatten zwar demonstriert, dass es sich auch ohne den Wein leben lässt, indes fungiert ein solcher Verzicht statuspolitisch genauso wie andere Nahrungstabus: Er ist ein Zeichen spiritueller Auserwähltheit und/oder ein Mittel der sozialen Distinktion (Bourdieu, 2016) und muss da-

her in dem Moment prekär werden, in dem er für alle verbindlich gemacht werden soll: Dann übernimmt das Trinken die distinktive Funktion des Nicht-Trinkens – die Grundparadoxie jeder Prohibition.

Die Einhegung des potenziell gefährlichen Rauschtranks variierte historisch stark, die argumentative Grundstruktur lieferte jedoch immer die rhetorische Figur des *usus et abusus*. Demnach war der „rechte Gebrauch“ unstrittig, der Missbrauch aber ein Verstoß gegen das Gebot der Mäßigung in allen Dingen, der *mesotes* bzw. der *temperantia* im Sinne der aristotelischen Ethik. Sie machte auch den Kern der humoralpathologischen Gesundheitslehre aus, wonach ein optimaler Zustand von Körper und Geist in einem ausgewogenen Mischungsverhältnis der vier Säfte bestehe; zur Aufrechterhaltung dieses Gleichgewichts war die Zufuhr von Alkoholika unabdingbar. Ein „rechter Gebrauch“ lag immer dann vor, wenn Wein oder Bier zur Nahrung oder auch Heilung dienten, durchaus in Quantitäten, die heute als pathologisch gelten würden. Auch gelegentliches Rauschtrinken beim Symposium und bei religiösen Festen lag im Rahmen der *mesotes*, nicht aber die exzessive Askese völliger Enthaltung. Mit dem Aufstieg des Christentums wurde der Wein – beim Abendmahl das Blut Christi – dann sogar zu einem untrüglichen Zeichen der Rechtgläubigkeit. Augustinus lehrte, er sei eine Gabe Gottes an die Menschen; den Wein ablehnen, hieß Gott ablehnen.

Im Hoch- und Spätmittelalter ist dann von einem täglichen Verbrauch in Städten und Klöstern von einem Liter Wein oder Bier auszugehen, bei den leibeigenen Bauern weniger, bei Adel und Patriziat weit mehr. Die Trinkmenge war auch ein Statussymbol, Wassertrinken war gefährlich und das Zeichen bitterster Armut. Missbrauch lag nach Ansicht von Sittenlehrern wie Berthold von Regensburg vor, wenn über die „Sättigung“ hinaus gezecht wurde. Eine verbreitete Unsitte, die stets kollektiv und stets nach den ehernen Regeln des Zutrinkens und Bescheidtuns¹⁵ praktiziert wurde: eine kontrollierte Aufhebung der Kontrollen. Einen dargebotenen Trunk auszuschlagen, war eine Beleidigung, die mit Blut gesühnt werden konnte. Niemand betrank sich allein; die sporadisch-exzessive Berausung war eine soziale Institution, die die Gruppe magisch zusammenschweißte. Freilich konnte das Trinkritual auch entgleisen, dann gab es Hiebe, wenn nicht

¹⁴ So auch der BZgA-Test (BZgA, o.J.): Scored nur eine von zehn Testfragen, heißt es: Achtung, riskanter Konsum! Die zwei Items: Mindestens zwei alkoholfreie Tage pro Woche? Und: Mehr als ein Glas (Frauen) bzw. zwei Gläser (Männer) an einen nicht-alkoholfreien Tag? stellen dabei eine Normenfalle i. S. von Hubert Treibers Militärsoziologie dar: Man macht immer etwas falsch. Die BZgA stuft 1 bzw. 2 Gläser (à 10–12 g rA) täglich, also 7 bzw. 14 wöchentlich, als „risikoarm“ ein; selbst wer diese weltfremde Vorgabe einhält, kann den Test nicht bestehen: entweder zu wenig alkoholfreie Tage oder mehr Gläser als erlaubt.

¹⁵ Auf das Wohl eines Zechgenossen wurde ein Becher „zuge-trunken“ und in einem Zug geleert; der so Geehrte hatte auf gleiche Art „Bescheid zu tun“, sodann einem anderen zuzutrinken usf.; bisweilen wurde dieses Ritual bis zur Bewusstlosigkeit durchgehalten (Spode, 1993; Dunphy & Gow, 2016, s. v. Drinking Culture und Alcohol Consumption).

Mord und Totschlag. Unumstritten war das noch aus der Stammesgesellschaft überkommene „archaische Gelage“ nicht. Als besonders verwerflich galten gemischtgeschlechtliche Gelage (es gab gesonderte „Weiber-Zechen“), doch auch in vielen Klöstern war der Trinkexzess den Fratres (seltener den Äbten) untersagt und vereinzelt versuchten Herrscher, voran Karl der Große, mit Erlassen gegen die „beschworenen Vereinigungen beim Trunk“ einzuschreiten.

Eine Scharnierphase im Kampf gegen das archaische Gelage bildete dann die Reformation. Indem sie den Ablass, die Reliquien, die Ohrenbeichte und die bußfertige Tat verwarf, versperrte sie den Weg, sich von seinen Sünden zu reinigen. Gott lässt sich nicht bestechen. Die „protestantische Ethik“ (Weber, 1905/2009) zielte auf eine hermetische Verinnerlichung der christlichen Gebote, auf eine stabile Selbstkontrolle, 24 Stunden am Tag, 365 Tage im Jahr. Die Trunkenheit, als partielle Aufhebung der Selbstkontrolle, musste den besonderen Zorn der Reformatoren erregen. Umso mehr als sie sich sicher waren, sie würde auch Gott erzürnen und ein neues Sodom und Gomorra heraufbeschwören.

Angestoßen von Martin Luther entfachten sie um 1500 eine breite Kampagne gegen den „Saufteufel“ (Spode, 1993; Tlusty, 2001). Stadträte und auch Kaiser Maximilian erließen detaillierte Verbote des Zutrinkens, da, so der Nürnberger Rat, aus ihm „gotzlesterung, haderei, zoren, verwundung und mannschlacht“ entspringe. Es drohten deftige Geldstrafen, bisweilen wurden Männer und Frauen, die sich im Suff erbrochen hatten, auch in einem Käfig zur Schau gestellt. Ziel der unzähligen Mahnworte und Verordnungen waren weder die Substanzen Wein und Bier noch deren reichlicher nutritiver Gebrauch im Alltag.¹⁶ Als Gottesgabe waren sie *per se* gut – der Saufteufel meinte deren „Verschwendung“ beim Trinkgelage, diesem „teuflisch, verdamlich, ja unmenschlich, viehisch und sewisch, [ge]fährlich und schedlich laster“, wie es im „Sendbrief an die vollen Brüder“ des Pfarrherrn Matthäus Friedrich hieß.

Doch Mitte des 16. Jahrhunderts ebte die hitzige Debatte ab und Luther bilanzierte enttäuscht, er habe geschrien und gepredigt gegen dieses Laster, aber der Sauf bleibe ein allmächtiger Abgott bei den Deutschen. Indes, mittelfristig zeigte sich: Die Institution des archaischen Gelages war angeschlagen; mehr und mehr

wurde der kollektive Trinkzwang gelockert und in soziale Enklaven wie den studentischen Trinkkomment abgedrängt. Mit dieser ersten Präventionskampagne¹⁷ in der Geschichte war ein Modell in die Welt gesetzt, das noch eine große Wirkungsmacht entfalten sollte.

4 Vom Trinkverhalten zum Getränk

Zuerst in England. In der ersten Hälfte des 18. Jahrhunderts erschütterte hier ein rasant steigender Branntweinkonsum die Gemüter – der „Gin-Wahn“ (Spode, 1993; Blocker, 2003; Singer, 2010). Wie eine Flutwelle, so schien es dem Bürger, hatte der Gin¹⁸ die Elendsquartiere überspült und das „gesunde Bier“ ersetzt. Gemessen am kalorischen Nährwert war Gin sogar billiger als Brot. Der Verbrauch war in der Tat fantastisch. In London erreichte er bei Männern durchschnittlich 63 Liter pro Jahr. 7000 Kaschemmen verkauften hier Spirituosen; manche boten ein Strohlager an, um den Rausch auszuschlafen. Wortreich schrieben prominente Bürger Armut, Gewalt, Kriminalität und die hohe Kindersterblichkeit (nur ein Viertel erreichte das fünfte Lebensjahr) auf das Konto des „künstlichen Gifts genannt Gin“ und setzten damit das Parlament unter Handlungsdruck. Nach einigem Hin und Her gelang es mit strikten Produktions- und Schanklizenzen im Gin Act von 1751 – im Verbund mit Senkungen der Tee- und der zuvor erhöhten Biersteuer, die ein Auslöser der Gin-Epidemie gewesen war – den Konsum wieder zu drosseln. Diese Präventionsmaßnahmen richteten sich erstmals¹⁹ nicht gegen ein zu tadelndes Verhalten, sondern gegen eine Substanz: den destillierten Alkohol.

Die Hinwendung zur Substanz ging Hand in Hand mit der Herausbildung einer neuen Klasse von Konsumgütern: den Genussmitteln (Sandgruber, 1986; Hengartner & Merki, 2001;

¹⁷ Sie war Verhaltensprävention, die zugleich zwischen Primärprävention (niemand soll am Gelage teilnehmen) und Sekundärprävention lag (Hauptadressaten bzw. „Risikogruppen“ waren Stadtbürger und Adel).

¹⁸ Wobei unter Gin nicht nur der Wachholderschnaps Genever, sondern jeglicher Billigfusel verstanden wurde. Der „gebrannte Wein“ war im 11. Jahrhundert von Alchimisten erfunden worden und galt als magisches „Lebenswasser“ (aqua vitae); seit dem 16. Jahrhundert wurde er aber meist aus Getreide gemacht, dennoch blieb er teuer; bei der Kampagne gegen den Saufteufel spielte er keine Rolle. Der Verbrauch stieg auch auf dem Kontinent, hielt sich aber, außer bei Berg- und Seeleuten, noch lange in engeren Grenzen (Dunphy & Gow, 2016, s. v. Brandy).

¹⁹ Einzuschränken ist: Im 14. Jahrhundert, als der Branntwein ein neuartiger Luxus war, hatten Frankfurt und Würzburg kurzfristige Verbote erlassen, zudem wurden in Zeiten der Teuerung bisweilen Brenn- und Brauverbote verfügt, um das Brotgetreide zu sichern (Spode, 1993). Und im kolonialen Amerika bzw. den USA gab es immer wieder Verbote des Verkaufs von „Feuerwasser“ an Eingeborene und Sklaven, die freilich wenig effektiv waren (Lender & Martin, 1987).

¹⁶ Luther besaß eine Braugerechtigkeit und pries angeblich Wein, Weib und Gesang. Strenger war da Calvin, der in Genf die Wirtshäuser schließen ließ, sie allerdings bald als „Abteien“ wieder öffnen musste, wo dann Tanzen, Lachen und Zutrinken verboten waren; doch auch er dachte – anders als drei Jahrhunderte später seine geistigen Erben in Amerika, die Puritaner – nicht an ein Weinverbot.

Dunphy & Gow, 2016). Ein Prozess, der punktuell bereits im Spätmittelalter einsetzte, aber erst im absolutistischen Territorialstaat des 18. Jahrhunderts zu einer stabilen diskursiven Struktur wurde. Demnach zählen bestimmte Substanzen, die der Mensch sich einverleibt und die ihm lediglich „Genuss“ bereiten, nicht zur „rechten Nahrung“, die jedem treuen Untertan zusteht. Es sind Luxusgüter, meist teure Importwaren, im Zweifel entbehrlich, wenn nicht schädlich für die Gesundheit und vor allem für die Handelsbilanz. Ihrer Kontingentierung oder Extrembesteuerung konnte daher argumentativ wenig entgegengesetzt werden. Dies zumal als eine lange Kälteperiode (die „kleine Eiszeit“ sollte noch bis weit ins 19. Jahrhundert anhalten) die Ernteerträge und damit den Lebensstandard breiter Schichten deutlich sinken ließ; sie sollten die knappen Mittel nicht für Luxus verschwenden. Seither gilt: Wenn der Staat Geld braucht, sind Steuern auf Genussmittel die erste Wahl. Adam Smith konstatierte:

„Zucker, Rum und Tabak sind Waren, die nirgendwo zu den lebensnotwendigen Gütern gehören [...] und die daher äußerst geeignete Gegenstände der Besteuerung sind.“ (Smith, 1776/1818, S. 341; Übers. H.S.)

Um 1900 wurden die Genussmittel erstmals als „Genussgifte“ bezeichnet, und besonders in den letzten Jahren werden die fiskalischen Motive gesundheitspolitisch überlagert und/oder verbrämt; wenn etwa, wie zuerst in Frankreich, eine „Strafsteuer“ auf zuckerreiche Softdrinks eingeführt wurde, oder wenn, wie in Deutschland, alkoholische Getränke und Zigaretten aus dem Warenkorb des Grundbedarfs für Sozialhilfeempfänger gestrichen wurden. Solche Maßnahmen werden von einer knappen Mehrheit gutgeheißen – sollen die Armen doch gefälligst Leitungswasser trinken und das Rauchen einstellen. Als Genussmittel galten ursprünglich die kostspieligen Kolonialwaren Rohrzucker, Gewürze, Kaffee, Tee, Schokolade und Tabak, doch wurde dies bald auf Spirituosen, später auch auf Wein und Bier ausgeweitet (was freilich noch lange strittig blieb²⁰). So empfahlen Erziehungsratgeber im 18. Jahrhundert erstmals das Wassertrinken, was zuvor ein sittenwidriges Ansinnen gewesen wäre (Giles, 1991). Die amtlich-medizinische Umdeklarierung der flüssigen Nahrungs-, Stärkungs- und

²⁰ Bis weit ins 19. Jahrhundert wurden Kranke und Wöchnerinnen mit Rotwein gestärkt; bis heute gelten Wein oder Bier in manchen Regionen eher als Nahrungsmittel; und der Branntwein verlor seinen Nimbus als Stärkungsmittel, das selbst Gefängnisinsassen zustand, auch nicht über Nacht (in der DDR war verbilligter „Bergarbeiter-Trink-Branntwein“ quasi ein Lohnbestandteil und erst 1970 schaffte die britische Kriegsmarine die tägliche Rumration ab).

Heilmittel Wein, Bier und Branntwein in bloße Genussmittel machte den Weg frei zu ihrer grundsätzlichen Infragestellung, bis hin zum Verbot.²¹

Auf dieser Basis entspann sich um 1800 zum ersten Mal eine weltweite Fachdebatte um den Alkohol. Einige Mediziner in Großbritannien, den USA und Deutschland beschrieben ein seltsames Phänomen: eine schwere Seelenstörung, die durch Branntwein hervorgerufen wird (Spode, 1993, 2004a; Wiesemann, 2000). Ein mitleidiger Blick fällt auf den Trinker. Er wird vom Sünder zum Opfer seines Getränks – eines schleichenden Gifts, dessen Wirkung darin besteht, allmählich den Willen zu zerstören. Mit dem ersten unschuldigen Rausch hat sich er sich „infiziert“; fortan wird er immer höhere Dosen einnehmen müssen, die schließlich auch seinen Körper zerstören. Erst die tödliche Crisis macht seinem Leiden ein Ende. Die Obrigkeit müsse daher gegen die „Brannweinsuche“ einschreiten – die Geburt des Suchtvorbeugung. Indes, obwohl diese Deutung des Vieltrinkens von zwei der einflussreichsten Ärzte der Zeit – Benjamin Rush in den USA und Christoph Wilhelm Hufeland in Deutschland – mit Nachdruck propagiert wurde,²² fand sie zunächst wenig Anhänger. Nach einiger Zeit ebte die erbitterte medizinische Kontroverse ab und die Suchttheorie geriet in Vergessenheit. Aus gutem Grund, konnte sie doch nicht erklären, warum viele trinken, aber nur wenige der „Trunksucht“ bzw. „Dipsomanie“ verfallen.²³ Das häufige Saufen war eben eine schlechte Angewohnheit („Gewohnheitstrinker“). Nicht anders als in Antike und Mittelalter blieb für die meisten Fachleute und Laien²⁴ die „habituelle Trunkenheit“, wie es nun medizinisch hieß, ein moralisches Fehlverhalten, ein Las-

²¹ Kurz nach dem englischen gin craze führte Schweden ein Schnaps- und Kaffeeverbot ein, das offiziell 1756–1776 galt, allerdings kaum Wirkung zeigte.

²² In seiner berühmten *Makrobiotik* nannte Hufeland 1796 den Branntwein ein „narcotisches Gift“, das „immer mehr nothwendig“ mache; 1802 forderte er in seiner Schrift *Ueber die Vergiftung mit Branntwein* präventive Maßnahmen; 1819 schrieb er das Vorwort zu dem Werk *Ueber die Trunksucht und eine rationelle Heilmethode derselben* des in Moskau praktizierenden Arztes Constantin von Brühl-Cramer, der damit der neuen Geisteskrankheit (die auch durch Bier und Wein ausgelöst werde) einen Namen gab.

²³ Bis heute herrscht wenig ätiologische Klarheit (Spode, 2004a), jede Fachdisziplin sagt etwas anderes; vgl. die Zusammenstellung bei Voigtel (2022, Teil I).

²⁴ In den USA kam es aber in den 1840er Jahren zu organisierten Versuchen der Trinkerselbsthilfe, voran durch die fromme Washingtonian Temperance Society. Indem sie die Erfahrung eines inneren Trinkzwangs artikulierten, war sie der großen Mehrheit der Schulmedizin voraus. Nach wenigen Jahren lösten sich solche Vereine freilich auf. Einzig der 1851 entstandene Guttempler-Orden (IOGT), wo Männer und Frauen dem Alkohol abschworen und dazu pseudo-freimaurerische Rituale abhielten, überlebte trotz schwerer interner Querelen (Blocker, 2003).

ter, das körperliche Erkrankungen nach sich zieht.²⁵

5 Die erste Mäßigkeitsbewegung

Diese Sicht prägte auch die erste Massenbewegung gegen den Alkohol. Ein globales Phänomen, das seinen Ausgang in den USA genommen hatte und sich in den 1830/40er Jahren vorwiegend in Großbritannien und Irland, Nord- und Mitteleuropa, Australien und anderen britischen Kolonien ausbreitete (zum Kapitel 5: Fahrenkrug, 1984, 1986; Sandgruber, 1986; Lender & Martin, 1987; Barrows & Room, 1991; Spode, 1993; Tappe, 1994; Blocker, 2003). Im deutschsprachigen Raum war die Bewegung vor allem in den protestantischen Staaten aktiv, aber auch in Österreich und der Schweiz. Örtliche „Mäßigkeitsvereine“ schossen wie Pilze aus dem Boden; allein in Deutschland gelobten 0,6 Millionen Menschen feierlich, mit Gottes Hilfe nie wieder Branntwein zu trinken. Wie beim „Gin-Wahn“ hundert Jahre zuvor, war der Verbrauch in den Unterschichten beängstigend angestiegen und wie zuvor wurde für das Massenelend – „Deutschland, wir weben dein Leichentuch“, schrieb Heinrich Heine – nicht der Kapitalismus, sondern der billige Fusel verantwortlich gemacht. Strafsteuern oder gar ein Verbot standen aber nicht zur Debatte. Der von Geistlichen angeführte „Kreuzzug wider den Branntwein“ setzte auf Aufklärung und Bekehrung, d. h. man agierte strikt verhaltenspräventiv; auch blieb die Rolle der „natürlichen Getränke“ Bier und Wein unangetastet. Unermüdlich warnte man vor dem „teuflichen“ Schnaps, der Körper und Gesellschaft gleichermaßen zerrütete. Der Konsum ging in Preußen und Mitteldeutschland (Maischraumsteuergebiet) um rund ein Drittel zurück. Doch in der März-Revolution 1848 brach dieser „Kreuzzug“ wie ein Kartenhaus zusammen. Der Weltuntergang durch eine grassierende „Branntweinpest“ war offenkundig ausgeblieben. Die Menschen schlichen zum Schnaps zurück, der Verbrauch erreichte wieder die alten Höhen – aber daran störte sich kaum jemand mehr. Schon zuvor waren die frommen Temperenzler mit Hohn und Spott überzogen worden, nun war der Zeitgeist über sie hinweggegangen.

Analog und doch anders die Entwicklung in Amerika. Von Anbeginn gab es hier puritanisch-fromme Vereinigungen, deren Mitglieder nicht nur dem *demon rum* abschworen, sondern

auch Wein und Bier in diesen Schwur einschlossen. Einige kämpften sogar dafür, dies für alle verbindlich zu machen, was sie zunächst durch Bekehrung, bald aber durch den Staat erreichen wollten. Der radikale „trockene“ Flügel der Mäßigkeitsbewegung, die *dry*, gewann die Oberhand über die *wet* und die Wortbedeutung von „Mäßigkeit“ verkehrte sich ins Gegenteil: *temperance* meinte nun *teetotalism*, d. h. völlige Abstinenz. Die uralte Unterscheidung von Ge- und Missbrauch war somit aufgehoben, jeglicher Konsum war Missbrauch. In diesem Sinne führten fünfzehn Bundesstaaten eine Prohibition ein, die denkbar konsequenteste Verhältnisprävention. Doch die Gesetze waren unpopulär und mussten bald widerrufen werden und spätestens mit dem Bürgerkrieg 1861/65 schien die Bewegung auch in Amerika am Ende zu sein. Hier hatte sie allerdings zeitweilig eine hohe Reputation genossen, verschwand nicht gänzlich von der Bildfläche und hinterließ eine hochgradig ambivalente Trinkkultur – die „Temperenzkultur“ (Spode, 2010b).

6 Die zweite Mäßigkeitsbewegung

6.1 Die Anfänge

In den 1880er Jahren setzte erneut eine weltweite Thematisierung des Alkohols ein, obschon der Konsum in den meisten Ländern rückläufig war (zum Kapitel 6: Fahrenkrug, 1984, 1986, 1994; Sandgruber, 1986; Lender & Martin, 1987; Barrows & Room, 1991; Spode, 1993, 2004a, 2010a; Tappe, 1994; Blocker, 2003; Spöhring, 2017; sowie Hauschildt, 1995; Proctor, 1998; Heckmann, 2010; Welskopp, 2010; Große, 2014). Ein halbes Jahrhundert lang sollte die „Alkoholfrage“ fortan die Gemüter erhitzen. Die Hauptakteure waren nicht mehr Kirchenleute, sondern Wissenschaftler. In Mitteleuropa führend war zunächst der Deutsche Verein gegen Mißbrauch geistiger Getränke (DVMG). Seine Gründung 1883 stand im Zeichen der neuartigen Fabrikarbeit, schließlich verlangte die Bedienung einer komplexen Maschinerie nüchterne Operateure. Bald traten zudem erneut generelle medizinische, soziale und wirtschaftliche Folgegeschäden des Alkoholkonsums in den Blick, die nun aber „streng wissenschaftlich“ mit zahllosen Tabellen, Graphiken und Horrorbildern belegt wurden.

Im Fokus stand zunächst die Arbeiterschaft; die „Alkoholfrage“ galt als ein Teilbereich der großen „sozialen Frage“. Vom DVMG wurde ein Bündel von Maßnahmen vorgeschlagen und zunehmend auch umgesetzt, das bis heute das ABC der Alkoholpolitik bildet – ein Mix aus

²⁵ Darunter, ähnlich der Bleivergiftung, eine Schädigung des Nervensystems, den *alcoholismus chronicus*, wie es seit 1852 hieß; erst um 1900 wird unter „Alkoholismus“ auch die Trunksucht i. S. Brühl-Cramers verstanden (Spode, 2004a).

Verhaltens- und Verhältnisprävention: Aufklärungskampagnen, Steuererhöhungen und eine restriktive Schanklizenzierung sowie (eher aus wirtschaftlichen Gründen) Produktionskontingentierungen. Hauptziel war zunächst der Umstieg von destillierten Alkoholika auf vergorene, und dieses Ziel wurde auch erreicht. Im deutschen Kaiserreich halbierte sich der Schnapskonsum auf neun Liter, während der Bierkonsum auf über hundert Liter um zwei Drittel zunahm (der Wein blieb mit rund sechs Litern ein Luxusgetränk); ähnlich die Entwicklung in Österreich und der Schweiz. In vielen Staaten wurde zudem der Absinth verboten, da dieser Kräuterschnaps den „Absinthismus“ hervorrufe, eine schreckliche Geisteskrankheit, die zu grausamen Mordtaten führe.²⁶

Doch der Wirbel um die „Grüne Fee“ war nur ein Nebenschauplatz im Krieg gegen den Alkohol. Er richtete sich zunehmend auch gegen Bier und Wein. Kaum erzielte die Mäßigkeitsbewegung erste Erfolge, spaltete sie sich nach dem amerikanischen Muster der *wet* und *dry* in „Mäßige“ und „Abstinenten“. Sie wurden erbitterte Feinde. Der Konflikt erreichte 1903 auf dem Internationalen Kongress gegen den Alkoholismus (heute: International Council on Alcohol and Addictions) in Bremen einen ersten Höhepunkt. Wüste Beschimpfungen gingen buchstäblich in Raufhändel über. Auslöser waren die Rede des deutschen Rassenforschers Alfred Ploetz, der die „Mäßigen“ scharf angriff und die „Eliminierung“ unheilbarer Trinker forderte, andererseits eine vom DVMG herausgegebene Schrift, in der es hieß, mäßiger Alkoholkonsum sei unschädlich – sie musste eingestampft werden.

6.2 Biologisierung der „Alkoholfrage“

Diese Spaltung ging von den Temperenzkulturen aus, zu denen neben Amerika und Skandinavien auch protestantische Schweizer Kantone zählten. Schon 1886 hatte der Baseler Physiologe Gustav v. Bunge die auf den DVMG gemünzte Parole ausgegeben: „Die Verführer sind die Mäßigen!“ (Zitate im Folgenden n. Spode, 1993, 2004b). Global agierende Organisationen, voran der *International Order of Good Templars* und die *Woman's Christian Temperance Union*, kämpften für die Abschaffung des Alkohols, wobei sie sich zunehmend einer neuen, progressiven Wissenschaft bedienten: der Eugenik, oder wie es auf Vorschlag von Ploetz zumal

²⁶ Als Ersatzprodukt wurde der Pastis kreiert. Obschon längst feststand, dass Absinthismus ein Phantasieprodukt ist, wurden die Verbote erst seit den 1990er Jahren aufgehoben, zuletzt – gegen den Widerstand der Pastisproduzenten – in Frankreich 2011.

in germanischen Sprachen hieß, der Rassenhygiene. Denn das gefährlichste „Rassengift“ sei der Alkohol. Und die gefährlichste Konsumform sei die mäßige: Während der exzessive Schnapssäufer der „Alkoholausjäte“ zum Opfer falle, da er zum Glück früh sterbe, verbreite der moderate Biertrinker sein alkoholgeschädigtes Erbgut ungestört im ganzen „Volkskörper“ – es drohe die kollektive „Degeneration“.²⁷ Das „Alkoholkapital“, worunter vor allem die mächtige Brauindustrie verstanden wurde, opfere das Überleben der Menschheit dem Profitinteresse. Ein „Staatsverbot“, wie es in einigen US-Bundesstaaten erneut eingeführt wurde, sei daher, so v. Bunge, ein Akt der „Notwehr“. Vormann der Abstinenten in Europa wurde der schweizer Psychiatrieprofessor und Ameisenforscher August Forel, ein enger Weggefährte von Alfred Ploetz. Wegweisend setzte er in der Therapie anstelle der üblichen Konsumreduzierung die Totalabstinenz durch. Für Forel war die Abstinenz indes weit mehr als ein therapeutisches Ziel. Der umtriebige Sozialist, Frauenrechtler und Pazifist kämpfte für die Rettung der Welt durch wissenschaftlich, und zwar evolutionsbiologisch fundierte Prävention. Den Trinker sah er als „Pestbeule an unserem gesellschaftlichen Körper“, dessen Fortpflanzung verhindert werden müsse. Und so experimentierte er schon früh mit Sterilisierungen:

„Die Gescheiten, Tüchtigen und Kräftigen sollten sich energisch vermehren; die Schwachen, Elenden, Schlechten und Dummen dagegen gar nicht.“

Die zentrale Primär- und Verhältnisprävention aber bilde die „Ausrottung“ des Alkohols. Die „Alkoholfrage“ sei keine soziale Frage, wie der DVMG meinte, sondern eine „Rassenfrage“. Den Schweizer Guttempler-Orden baute Forel von einer belächelten Selbsthilfeorganisation zum Instrument der Abstinenzpropaganda aus; in Deutschland half er beim Aufbau von anderen Propagandavereinen, wie dem Arbeiter-Abstinenten-Bund. In punkto Mitgliederzahlen hatten die „Abstinenten“ die „Mäßigen“ hier weit überflügelt. Sie gaben rund 65 Zeitschriften heraus, die „Mäßigen“ neun; vor allem aber: sie dominierten den wissenschaftlichen Diskurs.

In der Alkoholforschung bzw. „Alkoholologie“ waren Psychiater und andere Mediziner

²⁷ Hilfen für „erbminderwertige“ Trinker wurden als „kontraselektorisches“ abgelehnt; freilich fehlten Kriterien, „geborene“ von „erlernten“ Trinkern zu unterscheiden. Auch Letztere, so die lamarckistische Theorie, würden Irre, Verbrecher und Trinker zeugen, wenn sie durch den Alkohol ihr Erbgut („Keimplasma“) zerstört hätten; logischerweise waren dann auch sie an der „Fortpflanzung“ zu hindern.

tonangebend. Ihr Arbeitsfeld schloss den Umgang mit Patienten ein, doch ihr Hauptinteresse galt nicht der Therapie, sondern der Prävention. Getreu dem Leitsatz „vorbeugen ist besser als heilen“ sahen sie sich als Speerspitze einer umfassenden Hygienisierung der Gesellschaft. Die Rassenhygiene war davon nur ein Teilgebiet, aber sie konnte die Rolle der Königsdisziplin beanspruchen. Gesundheitsrisiken versuchte man nun exakt zu beziffern, vor allem mittels des von dem britischen Eugeniker Karl Pearson entwickelten Korrelationskoeffizienten.²⁸ Diese Risiken „auszuschalten“ war ein Traum, den viele hatten. Über fünf Millionen Besucher strömten 1911 in die Dresdener Internationale Hygiene-Ausstellung. Programmatisches Symbol der Schau war das allsehende Auge – nun nicht mehr das Auge Gottes, sondern des Gesundheitsexperten. Prophylaxe wurde zum Modewort.²⁹ Die Eindämmung von Infektionskrankheiten hatte unstrittig Fortschritte gemacht, der Alkohol aber blieb höchst umstritten: Auch die Brauindustrie hatte in Dresden einen Pavillon, und der führende deutsche Sozialhygieniker, der Sozialdemokrat Alfred Grotjahn, stimmte zwar mit Forel überein, dass die Gesellschaft von „Kranken, Hässlichen und Minderwertigen“ zu reinigen sei, hielt aber mäßigen Alkoholkonsum dem Wohlbefinden und der Gesundheit für zuträglich. Doch das waren Rückzugsgefechte. Im Diskurs war der „mäßige Standpunkt“ in die Defensive gedrängt – schließlich stand nicht weniger auf dem Spiel als das Schicksal der Menschheit. In Mitteleuropa ging das „Geschrei der Wasserapostel“ den meisten Menschen gehörig auf die Nerven, aber ihrem missionarischen Elan und wissenschaftlichen Sachverstand – bewehrt mit eindrucksvollen Statistiken – war wenig entgegenzusetzen. Wer wollte bestreiten, dass Darwins Gesetze der Auslese auch für die menschliche Spezies gelten und dass der Alkohol in diesem Selektionsprozess eine furchtbare Rolle spielt? Die wenigen Wissenschaftler, die dieses Gedankengebäude in Frage stellten, wurden als Leugner in Diensten des „Braukapitals“ denunziert und aus der Zunft der „Alkoholologen“ ausgegrenzt. Die vielen Laien, die ebenso dachten, hatten keine legitime Stimme mehr. Sie tranken weiterhin – aber mit schlechtem Gewissen.

6.3 Triumph und Niedergang

Eine als Wissenschaft „verkappte“ Religion (vgl. Bry, 1924) schickte sich an die Welt zu erobern. Gleich Forel forderte etwa 1914 die *American Psychiatric Association*, dass „alle Geistesschwachen [und] alle unverbesserlichen Trunkenbolde sterilisiert“ werden müssen; dann können wir deren Fortpflanzung „zum Erliegen bringen, [so] wie wir die Pocken ausrotten könnten, wenn jedermann auf der Welt erfolgreich geimpft würde“ (dt. n. Castels, 1983, S. 57).

Ihren Triumph erlebte die Antialkoholbewegung nach dem Ersten Weltkrieg. Sie verlor zwar an Schwung und Mitgliedern, aber sie gewann an Deutungsmacht, an politischem und moralischem Einfluss. Die „Alkoholologie“ der Vorkriegsjahre fuhr die Ernte ihres unermüdlichen Wirkens ein. Knapp ein Dutzend Staaten beschlossen den Alkohol zu verbieten, voran 1918 die neue Weltmacht USA, wo 1920 die *National Prohibition* in Kraft trat. Aber auch in Ländern ohne ein „Staatsverbot“, wie in Deutschland und Österreich, fiel der Verbrauch auf historische Tiefststände – dessen ungeachtet beklagten Experten eine „wachsende Alkoholnot“ und die Einweisungen von Trinkern und Trinkerinnen nahmen drastisch zu. Als aber in den 1930er Jahren in der Weltwirtschaftskrise das Geld knapp wurde, wurden sie wieder rückläufig. Jetzt entfaltete das eugenische Paradigma – das kostengünstige Prävention satt teurer Therapie versprach – sein volles Potenzial. Fast die Hälfte der Staaten des Völkerbunds erließ rassenhygienische Zwangsgesetze, die Krüppeln, Irren, Verbrechern, Asozialen und Säufern Heiratsverbot, Asylierung und Sterilisierung androhten. Den Auftakt machten einige US-Bundesstaaten (wo auch wiederholter Autodiebstahl zur Sterilisation führen konnte), der Kanton Waadt und dann landesweit Dänemark 1929.

Daraufhin wurde auch in der Weimarer Republik ein solches Gesetz vorbereitet, das dann 1933 vom inzwischen gleichgeschalteten Reichstag verabschiedet wurde (wobei die zuvor strittige Anordnung der Unfruchtbarmachung selbstredend zugelassen war). Die meisten „alkoholgegnerischen“ Verbände hatten die neuen Herren freudig begrüßt, wähten sie doch den „Führer“ höchstselbst auf ihrer Seite, den prominentesten Feind der „Genußgifte“ Tabak und Alkohol. So tönten die Guttempler: „Der Lösung der Judenfrage hat die Lösung der Alkoholfrage zu folgen. Um der Reinheit und Sauberkeit unseres Volkes, um der Kraft und Gesundheit der Nation – Deutschland vom Alkohol frei!“ Indes dachte Hitler nicht im Traum daran, die Prohibition einzuführen –

²⁸ Auch heute noch die wohl wichtigste Maßzahl der Epidemiologie, wobei weiterhin Korrelation gerne mit Kausalität verwechselt wird, besonders bei Zeitreihen. Doch die Abnahme der Storchpopulation ist nicht die Ursache des Geburtenrückgangs.

²⁹ Siehe Anmerkung 4.

schließlich endete sie in Amerika gerade in einem Fiasko. Das Regime zwang stattdessen „Mäßige“ und „Abstinente“ unter das gemeinsame Dach der Reichsstelle gegen die Alkohol- und Tabakgefahren (heute Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen).³⁰ Das 1933 verabschiedete „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ war keineswegs etwas typisch Nationalsozialistisches.³¹ Es sah die Zwangssterilisierung bei acht Erkrankungen, etwa Corea Huntington, vor; „ferner kann unfruchtbar gemacht werden, wer an schwerem Alkoholismus leidet“. Diese Kann-Bestimmung berücksichtigte den Umstand, dass es unentscheidbar war, ob man es mit erbtem oder erworbenen Alkoholismus zu tun hatte und ob bei letzterem eine irreversible Schädigung des „Keimplasmas“ vorlag. Desungeachtet wurden dann wahrscheinlich 30 000 Menschen – überwiegend männliche Unterschichtangehörige – aufgrund der Diagnose „schwerer Alkoholismus“ sterilisiert, damals ein schwerer, durchaus lebensgefährlicher Eingriff. Andere fielen dem Euthanasieprogramm zum Opfer; wieder andere wurden als „im Kern Gesunde“ zur „Besserung“ in Konzentrations- und Arbeitslager deportiert.

Zwei Monate nach Hitlers Ernennung zum Reichskanzler wurde in Amerika ein neuer Präsident gewählt. Erste Amtshandlung von Franklin D. Roosevelt war die Aufhebung der *National Prohibition*. Im Triumph der Abstinenzbewegung 1918 war bereits der Keim ihres Untergangs angelegt gewesen. Zurecht hatten ihre Gegner davor gewarnt. Der Grenznutzen war überschritten, mehr und mehr traten dann die nicht-intendierten Folgen konsequenter Primärprävention zu Tage. Das betraf nicht nur wirtschaftliche Einbußen und den blühenden Schwarzmarkt – Stichwort Al Capone –, sondern auch, und wohl am wichtigsten, ethische und emotionale Folgekosten: die Einschränkung der Lebensqualität, das Gefühl der Bevormundung, die grassierende Bigotterie.³² Da offiziell niemand mehr trinken durfte, wurde es schick, zu trinken.

Die „trockenen Jahre“ waren den meisten Amerikanern wie ein böser Traum erschienen. Die konsumorientierten Mittelschichten triumphten; und als dann auch noch der Weltkrieg gewonnen war, obsiegte endgültig der hedonistische Zeitgeist. Alkoholkontrollpolitik galt als eine Sache von Landeiern und Betschwestern, reichliches Trinken wurde zum Signet des *American way of life*. Die durch Prohibition und Rassenhygiene gleichermaßen desavouierte Primärprävention war weltweit *out*.³³ Die Politik beschränkte sich, wenn sie den Alkohol überhaupt thematisierte, auf halbherzige Risikogruppenprävention und Plakataktionen. Die Pro-Kopf-Verbräuche erklommen immer neue Höhen. Spätestens als dann die sinnenfrohen „68er“ die kulturelle Hegemonie errangen, schien es, als sei der Anti-Alkoholismus eine abgeschlossene Episode in der Geschichte.

7 Schlussbetrachtung

Was zuzeiten altmodisch ist, kann auch wieder modern werden. Im späten 20. Jahrhundert setzte eine erneute Kehrtwende des ominösen Zeitgeists ein, die sozialmoralische Waage begann sich erneut vom Hedonismus zum Asketismus zu neigen. Damit war auch der Gipfelpunkt des Alkoholverbrauchs überschritten, und die jüngste Thematisierungskonjunktur des Alkohols – bald verstärkt durch präventionspolitische Vorgaben der WHO und der EU – nahm ihren Lauf.

1984 konstatierte der Soziologe Burkart Lutz: Der „Traum immerwährender Prosperität“ ist ausgeträumt. Die Unbekümmertheit war dahin, Öko-Schocks, Ölkrisen und Arbeitslosigkeit hatten den naiven Zukunftsglauben der Nachkriegsjahre in tiefen Pessimismus verwandelt. Seither haben wir es mit der Auflösung der festgefügteten „Arbeitsgesellschaft“ zu tun. In einer Kette von Krisen wird sie zur „Risikogesellschaft“. In solch unsicheren Zeiten greifen die mittleren sozialen Lagen instinktiv zu einem prononciert „rationalen“ Lebensstil. Demonstrative Askese ist ein kostengünstiges Mittel der Selbstaufwertung. Ihr Preis sind allerdings mächtige Ängste, zusätzlich angefacht durch Horrormeldungen zu immer neuen Gesundheitsrisiken und durch eine „gesundheit-

³⁰ Die führende Rolle errang dort der Guttempler-Orden; da Himmler eine panische Angst vor Freimaurern umtrieb, musste er sich allerdings von seinen Ritualen, den Jugendgruppen und seinem Namen trennen.

³¹ Es kann nicht genug betont werden, dass die Rassenhygiene eine international boomende Wissenschaft war, die mit Antisemitismus nichts zu tun haben wollte. In ihrem lebensreformerischen Impetus vereinte sie Rechte, Liberale und Linke; wohl die Mehrheit sympathisierte, wie Forel und Ploetz, mit sozialistischen Ideen. Im Dritten Reich diente sie sich dann allerdings dem Regime an; Ploetz ließ sich für den Nobelpreis nominieren.

³² Für Wohlhabende waren Alkoholika problemlos erhältlich. Selbst Roosevelts Vorgänger Hoover, ein glühender Verfechter der Prohibition, bot seinen Gästen Whiskey und Gin Fizz an.

³³ In den USA und der BRD konnten viele Eugeniker zunächst weiter arbeiten. Doch einzig die nordischen Länder, wo die Guttempler stark blieben, trotzten dem Zeitgeist. Bis in die 1970er Jahre wurden Zwangssterilisierungen durchgeführt und es herrschte eine Alko-Bürokratie orwellischen Ausmaßes. 1993 wurden dann Experten aus diesen Temperenzkulturen zur treibenden Kraft des kryptoprohibitionistischen „Europäischen Aktionsplans Alkohol“ der WHO, der auf den durchschnittlichen Pro-Kopf-Verbrauch und damit erneut auf die Masse der „mäßigen“ Konsumenten zielte (Sulkunen 2000; Spode 2004b).

liche Aufklärung“, die vor allem dazu angetan ist, ein schlechtes Gewissen zu erzeugen.³⁴ Und so stellt man das Rauchen ein, quält sich beim Joggen, kauft teures Obst im Bio-Laden, setzt Fahrradhelme auf, ernährt sich fleischlos und laktosefrei und leidet unter Flugscham. Bloß nicht ins Prekariat abrutschen, wo um den eigenen Körper so wenig Aufhebens gemacht wird wie um die Rettung der Welt.³⁵ Anders gesagt: Im gegenwärtigen Risikodiskurs verbirgt sich – wieder einmal – ein gesellschaftlicher Machtkampf. Im Kampf um die „Durchsetzung einer legitimen Weltsicht“ (Bourdieu, 2016) agieren die urbanen Bildungsschichten mit moralischer Überheblichkeit und Intoleranz. Diese Intoleranz ist von dem ansonsten so rigide eingeforderten Toleranz- bzw. Diversitätsgebot stillschweigend ausgenommen. Das wird sich irgendwann rächen.

Literatur

- Barrows, S. & Room, R. (Eds.). (1991). *Drinking. Behavior and belief in modern history*. Berkeley: University of California Press.
- Blocker, J. et al. (Eds.). (2003). *Alcohol and temperance in modern history* (2 vols.). Santa Barbara: ABC-CLIO.
- Bonß, W. (1993). *Vom Risiko. Unsicherheit und Unge-wißheit in der Moderne*. Hamburg: Hamburger Edition.
- Bourdieu, P. (2016). *Sozialer Raum und „Klassen“*. Berlin: Suhrkamp.
- Bry, C. C. (1924). *Verkappte Religionen*. Gotha: Perthes.
- BZgA. (o.J.). *Alkohol? Kenn dein Limit*. Hrsg. v. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. www.kenn-dein-limit.de
- Castel, R. (1983). Von der Gefährlichkeit zum Risiko. In M. M. Wambach (Hrsg.), *Der Mensch als Risiko* (S. 51–74). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Dunphy, G. & Gow, A. C. (Eds.). (2016). *Encyclopedia of early modern history* (15 vols.). Leiden: Brill.
- Elias, N. (1978). *Der Prozeß der Zivilisation* (2 Bde.). Frankfurt am Main: Suhrkamp. (Erstveröffentlichung 1939)
- Fahrenkrug, H. (1984). *Alkohol, Individuum und Gesellschaft. Zur Soziologiegeschichte des Alkohols in den USA*. Frankfurt am Main: Campus.
- Fahrenkrug, H. (Hrsg.). (1986). *Zur Sozialgeschichte des Alkohols in der Neuzeit Europas*. Lausanne: Ruckstuhl.
- Fahrenkrug, H. (1994). La fin merveilleuse de la fée verte. *Traverse*, 1, 40–51.
- Franck, G. (2019). *Ökonomie der Aufmerksamkeit*. München: Hanser.
- Franzkowiak, P. (1992). Risikofaktoren und das „prinzipiell richtige“ Leben. In A. Trojan & B. Stumm (Hrsg.), *Gesundheit fördern statt kontrollieren* (S. 252–265). Frankfurt am Main: Fischer.
- Franzkowiak, P. (2022). *Prävention und Krankheitsprävention*. Hrsg. v. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/>
- Giles, G. (1991). Temperance before the temperance movements. *History Education*, 20, 295–305.
- Gros, H. (Hrsg.). (1996). *Rausch und Realität. Eine Kulturgeschichte der Drogen* (Bd. 1). Stuttgart: Klett.
- Große, J. et al. (Hrsg.). (2014). *Biopolitik und Sittlichkeitsreform*. Frankfurt am Main: Campus.
- Hauschildt, E. (1995). „Auf den richtigen Weg zwingen...“ *Trinkerfürsorge 1922 bis 1945*. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Heckmann, W. (2010). Alkohol und Alkohologie unter der Nazi-Diktatur. In K. Wassenberg & S. Schaller (Hrsg.), *Der Geist der deutschen Mäßigkeitsbewegung* (S. 79–98). Halle: Mitteldeutscher Verlag.
- Hengartner, T. & Merki, C. M. (Hrsg.). (2001). *Genussmittel. Eine Kulturgeschichte*. Frankfurt am Main: Insel.
- Keller, U. (2003). Bilder vom Alkohol. Ein „kulturelles Lebensmittel“ im Spiegel populärer Zeitschriften. *Vokus*, 13, 46–84.
- Labisch, A. (1992). *Homo Hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit*. Frankfurt am Main: Campus.
- Lender, M. E. & Martin, J. K. (1987). *Drinking in America*. New York: Free Press.
- Proctor, R. N. (1998). *Racial hygiene. Medicine under the Nazis*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Roefiger, S. & Merk, H. (Hrsg.). (1998). *Hauptsache gesund! Gesundheitsaufklärung zwischen Disziplinierung und Emanzipation*. Marburg: Jonas.
- Sandgruber, R. (1986). *Bittersüße Genüsse. Kulturgeschichte der Genussmittel*. Wien: Böhlau.
- Schechtsche, M. (2000). *Wissenssoziologie sozialer Probleme*. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Schleim, S. (2022). *Blog Menschen-Bilder*. <https://scilogs.spektrum.de/menschen-bilder/> – Posts vom 27.07. und 01.08.
- Singer, M. V. et al. (Hrsg.). (2010). *Alkohol und Tabak*. Stuttgart: Thieme.

³⁴ Vgl. Anmerkung 14; dazu kritisch Franzkowiak, 1992. Für die humoralpathologische Medizin war es zentral, dass die Menschen eine unterschiedliche Konstitution aufweisen, heute wird normiert: Frauen täglich ein Glas à 12 g Reinalkohol und Männern zwei zu „empfehlen“, ist als sollten wir nur zwei Konfektionsgrößen kaufen.

³⁵ Es regiert wieder die Bigotterie: Grünen-Wähler fliegen weit mehr als andere (Spiegel-Online v. 12.11.2014); generell korreliert der CO₂-Ausstoß mit Bildung und Einkommen, die Unterschichten leben am wenigsten „klimaschädlich“ (Siegard Neckel in kontrast.at v. 14.07.2022).

- Skrabanek, P. & McCormick, J. (1992). *Torheiten und Trugschlüsse in der Medizin*. Mainz: Kirchheim.
- Smith, A. (1818). *An inquiry into the nature and causes of the wealth of nations* (2 vols.). Hartford: Cooke & Hale. (Erstveröffentlichung 1776)
- Spode, H. (1993). *Die Macht der Trunkenheit*. Opladen: Leske & Budrich.
- Spode, H. (2004a). Was ist Alkoholismus? In B. Dollinger & W. Schneider (Hrsg.), *Sucht als Prozess* (S. 89–122), Berlin: VWB.
- Spode, H. (2004b). Der „Europäische Aktionsplan Alkohol“ und seine Vorläufer. Wissenschaft als moralischer Interessenverband. In H. J. Teuteberg (Hrsg.), *Die Revolution am Esstisch* (S. 295–318), Stuttgart: Steiner.
- Spode, H. (2010a). Thematisierungskonjunkturen des sozialen Problems „Alkohol“. In K. Wasenberger & S. Schaller (Hrsg.), *Der Geist der deutschen Mäßigkeitsbewegung* (S. 180–204). Halle: Mitteldeutscher Verlag.
- Spode, H. (2010b). Trinkkulturen in Europa. In J. Wienand & C. Wienand (Hrsg.), *Die kulturelle Integration Europas* (S. 361–391). Wiesbaden: VS.
- Spöhring, F. (2017). *Mission und Sozialhygiene*. Göttingen: Wallstein.
- Spree, R. (1981). *Soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Sulkunen, P. et al. (Eds.). (2000). *Broken spirits. Power and ideas in nordic alcohol control*. Helsinki: Hakapaino.
- Tappe, H. (1994). *Auf dem Weg zur modernen Alkoholkultur*. Stuttgart: Steiner.
- Thurst, B. A. (2001). *Bacchus and civic order*. Charlottesville: University Press of Virginia.
- Uhl, A. (2005). Präventionsansätze und -theorien. *Wiener Z Suchtforschung*, 28, 39–45.
- Uhl, A. (2006). Alkoholpolitik und wissenschaftliche Forschung. *Wiener Z Suchtforschung*, 29, 5–22.
- Vogd, W. (2005). Medizinsystem und Gesundheitswissenschaften. *Soziale Systeme*, 11, 236–270.
- Voigtel, R. (2022). *Der Sinn der Sucht*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Weber, M. (2009). *Die protestantische Ethik und der Geist des Kapitalismus*. Köln: Jokers. (Erstveröffentlichung 1905)
- Welskopp, T. (2010). *Amerikas große Ernüchterung*. Paderborn: Schöningh.
- Wiesemann, C. (2000). *Die heimliche Krankheit*. Stuttgart: Frommann-Holzboog.



© Ernst Brandt

Prof. Dr. Hasso Spode

Historiker, Soziologie und Archivar. Promotion und Habilitation zum Wandel der Alltagspharmakologie und des Suchtbegriffs. Seine wissenschaftlichen Arbeiten wurden in elf Sprachen übersetzt; zudem zahlreiche Medienbeiträge.

Technische Universität Berlin (HAT)

Hardenbergstraße 16–18

D-10623 Berlin

www.hasso-spode.de