

Alkoholpolitik und Verhältnismäßigkeit

Alfred Uhl

Zusammenfassung

Politische Maßnahmen müssen in einer modernen Demokratie dem Prinzip der Verhältnismäßigkeit genügen. Die Frage, ob Maßnahmen verhältnismäßig sind, tangiert sowohl wichtige ethische als auch wissenschaftliche Aspekte. Mit der populären Forderung nach einer „evidenzbasierten Politik“ wird suggeriert, dass politische Entscheidungen ausschließlich aufgrund von Faktenwissen getroffen werden könnten – was einen völlig falschen Eindruck erweckt und den Stellenwert von Werturteilen maßgeblich verschleiert. Wie Wertfragen entschieden werden, hängt – ganz besonders wenn es um Alkoholpolitik geht – stark mit dem zugrundeliegenden Menschenbild, dem Gesellschafts- und Weltbild zusammen. Eine fundierte Beurteilung von Sachfragen setzt große inhaltliche und auch methodologische Kompetenz sowie eine Grundhaltung, die Unsicherheiten und Mehrdeutigkeiten offen zur Kenntnis nimmt, voraus. In einem Feld, in dem ein Großteil der empirischen Daten aus Beobachtungsstudien stammt, weil denkbare Experimente an unüberwindbaren Erkenntnisgrenzen scheitern, ist es für Forscher unverzichtbar, kreativ zu sein, viele unterschiedliche Hypothesen zur Erklärung der Wirklichkeit zu entwickeln und diese durch gezielte empirische Forschung und methodologisch korrektes Denken kritisch zu hinterfragen. Fortschritte sind hier nur möglich, wenn Unsicherheiten und Mehrdeutigkeiten offen ausgesprochen und nicht verschleiert werden. Das ist allerdings nicht leicht, weil unser primär intuitiv-assoziativ arbeitendes kognitives System irreführende Vereinfachungen und das Weglassen zentraler Aspekte in der Regel kaum bemerkt – ganz besonders, wenn wir von der Richtigkeit bestimmter Sichtweisen oder der Notwendigkeit bestimmter Maßnahmen überzeugt sind und daher nach Argumenten suchen, um unsere Überzeugungen plausibel vertreten zu können, anstatt diese kritisch zu hinterfragen.

Schlüsselwörter: Alkoholpolitik, Verhältnismäßigkeit, Ethik, Evidenzbasiertheit, Simplifizierung in der Forschung

Summary

In a modern democracy, political measures must comply with the principle of proportionality. The question whether measures are proportionate touches upon important ethical as well as scientific aspects. The popular demand for an “evidence-based policy” suggests that political decisions could be based exclusively on facts – creating a wrong impression and concealing the importance of value judgements. How value issues are decided – especially concerning alcohol policy – is strongly related to the underlying conception of man, society and the world. Well-founded assessment of factual issues requires a high level of competence in content and methodology as well as readiness to openly acknowledge uncertainties and ambiguities. In a domain where a large part of empirical data originates from observational studies, since conceivable experiments are not feasible due to insurmountable research limitations, it is indispensable for researchers to be creative, to develop many different hypotheses explaining reality, and to critically question them through targeted empirical research, as well as thinking in a methodologically correct way. Progress is only possible if uncertainties and ambiguities are openly expressed and not concealed. To do so is not easy, however, since cognitive system primarily works intuitive-associative and hardly notices misleading simplifications and the omission of essential aspects. This is particularly true if we are convinced that certain points of view are correct or that certain measures are necessary and therefore look for arguments to defend our convictions instead of questioning them critically.

Keywords: alcohol policy, proportionality, ethics, evidence-based approach, simplification in research

1 Einleitung

Alkohol wird seit Jahrtausenden konsumiert. Er wird in vielen Kulturen als wichtiger Bestandteil des kulinarischen, kulturellen und sozialen Lebens geschätzt und mit Genuss und Wohlbefinden in Zusammenhang gebracht. Gleichzeitig ist aber auch offensichtlich, dass die Substanz Alkohol im Falle übermäßigen Gebrauchs gravierende Probleme für die betroffenen Individuen, deren Umwelt und die Gesellschaft verursacht. Aus diesem Grund war und ist Alkohol in manchen Kulturen kategorisch verboten bzw. wird der Alkoholkonsum erheblich eingeschränkt. Dass Alkohol gleichzeitig als „Genussmittel“ geschätzt und als „Suchtgift“ verpönt ist, macht den Umgang damit ambivalent und komplex. Treffend hat Sigmund Freud (1905/1925) diese Ambivalenz beschrieben, indem er Alkohol in einem einzigen Satz gleichzeitig als „wertvolles Gut“ und als „Gift“ bezeichnete: *„Die Veränderung der Stimmungslage ist das Wertvollste, was der Alkohol dem Menschen leistet, weshalb dieses ‚Gift‘ nicht für jeden gleich entbehrlich ist.“*

Hinsichtlich der Haltung unterschiedlicher Kulturen zum Alkohol unterschied Pittman (1964, S. 5–20) vier Varianten: „Abstinenzkulturen“, die jeglichen Alkoholkonsum verbieten, „Ambivalenzkulturen“, die Alkoholkonsum mehrheitlich ablehnen, aber begrenzt tolerieren, „Permissivkulturen“, in denen moderater Alkoholkonsum von der Bevölkerungsmehrheit geschätzt, aber exzessiver Alkoholkonsum abgelehnt wird, und „extreme Permissivkulturen“¹, in denen auch Alkoholexzesse in bestimmten Situationen oder generell akzeptiert werden.

Die Grundhaltungen von Abstinenzkulturen und extremen Permissivkulturen spielen für den gegenwärtigen alkoholpolitischen Diskurs in Europa wenig Rolle und können daher hier vernachlässigt werden. Der Diskurs bewegt sich im Spannungsfeld zwischen den Ambivalenzkulturen (alkoholkritische Grundhaltung) und den Permissivkulturen (alkoholtolerante Grundhaltung). Der puritanisch-protestantisch geprägte Norden Europas und Teile der englischsprachigen Welt sind von einer alkoholkritischen Grundhaltung gezeichnet, während der katholisch und orthodox geprägte Süden und Osten Europas sowie der

alpine Raum eher durch eine alkoholtolerante Grundhaltung gekennzeichnet sind. Der Leitspruch der alkoholkritischen Grundhaltung lautet *„Weniger ist besser!“*, ein Motto, das z. B. als Titel der Publikation über die Pariser WHO-Konferenz zu Gesundheit, Gesellschaft und Alkohol gewählt wurde (Anderson, 1996). Der Leitspruch der alkoholtoleranten Position ist *„Trinke verantwortungsbewusst!“*², ein Slogan, der sich zum Beispiel auf einer Internetseite des US-amerikanischen „Center for Disease Control“ (CDC, 2019) findet. Beide Schlagworte erleben die Vertreter der jeweils anderen Position als klare Provokationen. Anhänger der alkoholkritischen Position interpretieren den Slogan *„Trinke verantwortungsbewusst!“* als inakzeptable Aufforderung zu trinken, die ihrer Grundintention zuwiderläuft, jeglichen Alkoholkonsum negativ erscheinen zu lassen. Anhänger der alkoholtoleranten Position interpretieren den Slogan *„Weniger ist besser!“* als ungerechtfertigte Kritik am moderaten und gesellschaftlich integrierten Alkoholkonsum.

Lange Zeit konnten alle europäischen Staaten ihre alkoholpolitischen Vorstellungen völlig selbstständig festsetzen. Das hat sich im Zuge der Integration Europas verändert. In einem gemeinsamen Wirtschaftsraum ohne Zollgrenzen ist es kaum möglich, eine stark restriktive Alkoholpolitik durchzuhalten, wenn Alkohol in Nachbarländern vergleichsweise billig angeboten wird. Die nordeuropäischen Staaten begannen daher, einerseits ihre Alkoholpolitik weniger restriktiv zu gestalten und gleichzeitig in der EU verstärkt für eine restriktive Alkoholpolitik zu lobbyieren. Wenn alle EU-Länder beschließen würden, ihre Alkoholpolitik restriktiv zu gestalten, wäre es möglich, traditionell restriktive Maßnahmen aufrechtzuerhalten bzw. wieder zu diesen zurückzukehren. Für Länder mit einer liberalen Alkoholpolitik entstand im Zuge der europäischen Integration kein unmittelbarer Druck. Diese konnten ihre traditionelle Alkoholpolitik beliebig beibehalten oder, falls sie das für zweckmäßig erachteten, sich in Richtung einer restriktiveren Alkoholpolitik bewegen. Sollte es allerdings jenen Staaten, die für eine restriktive Alkoholpolitik eintreten, gelingen, ihre Vorstellungen auf EU-Ebene verbindlich durchzusetzen, geraten erstmals auch jene Länder unter Druck, die bis dato eine liberale Alkoholpolitik aufrechterhalten haben.

Wenn nun alkoholkritische Staaten und alkoholkritische Interessengruppen auf der europäischen Ebene Überzeugungsarbeit (engl.

¹ In der in der deutschsprachigen Literatur häufig zitierten Übersetzung wird statt Permissivkultur „Zulassungskultur“ bzw. „genehmigende Kultur“ und statt extremer Permissivkultur „genehmigende-funktionsgestörte Kultur“ verwendet (Pittmann, 1967, S. 3–20). Beides sind eher unglückliche Übersetzungen der englischen Originalausdrücke („permissive cultures“ bzw. „over-permissive cultures“), weswegen ich mich dieser Übersetzung nicht anschloss.

² „Drinking in moderation!“

advocacy) für ihre alkoholpolitischen Überzeugungen und restriktiven alkoholpolitischen Maßnahmen betreiben und alkoholtolerante Staaten gemeinsam mit Vertretern jener Wirtschaftsbereiche, die mit Alkoholerzeugung, -ausschank und -handel befasst sind, dagegen auftreten, stellt sich die Frage, welche Rolle die Wissenschaft in diesem Interessenkonflikt einnimmt. Während die erklärte Aufgabe von Lobbyisten und Aktivisten darin besteht, in der Öffentlichkeit und bei Entscheidungsträgern Überzeugungsarbeit zu leisten, ist die inhärente Aufgabe von Forschern die Erkenntnissuche. Während die Aufgabe von Lobbyisten und Aktivisten darin besteht, selektiv nach Argumenten für ihre Position zu suchen und dabei auf Plausibilität abzielen, ist die Aufgabe von Forschern, alle Positionen – inklusive der eigenen – konsequent und kritisch zu hinterfragen, Unklarheiten und Unsicherheiten nicht zu verschleiern, sondern diese offen zu diskutieren (Ball et al., 2019), um sich so kontinuierlich einem korrekten, logisch konsistenten Bild der Wirklichkeit anzunähern. Wie es Popper (1934/1976) im Sinne des kritischen Rationalismus formulierte, geht es in der Wissenschaft darum, möglichst viele unterschiedliche Hypothesen und Theorien zu entwickeln und diese durch systematische Kritik so lange zu hinterfragen, bis die aus empirischen und rationalen Gründen am besten vertretbaren Optionen übrig bleiben, wodurch man sich sukzessive der Wahrheit annähert. Popper formulierte in diesem Zusammenhang: *„Wer seine Gedanken der Widerlegung nicht aussetzt, spielt nicht mit im Spiel der Wissenschaft“*.

Der vorliegende Artikel beschäftigt sich kritisch mit der Rolle der empirischen Wissenschaft im Rahmen alkoholpolitischer Diskurse. Diskutiert wird dabei die Frage, wie weit der Ausdruck „evidenzbasierte Politik“ verwendet bzw. missbraucht wird, um einen überhöhten Geltungsanspruch zu begründen bzw. um von zentralen ethischen Fragen abzulenken. Die hier relevanten ethischen Fragen hängen unmittelbar mit dem Menschenbild, dem Gesellschaftsbild und Weltbild der beurteilenden Personen zusammen. Darüber hinaus werden in diesem Text einige Probleme aufgezeigt, die dann auftreten können, wenn assoziativ-intuitives Denken das logisch-analytische Denken ersetzt, wenn bestimmte Formen der Ergebnisdarstellungen fast zwingend falsche Schlussfolgerungen suggerieren und wenn Befunde, die unerwünschte Interpretationen nahelegen, wissentlich oder unwissentlich ignoriert, verschleiert oder wegrationalisiert werden.

2 Verhältnismäßigkeit

Politische Maßnahmen tangieren in der Regel viele Menschen und schränken deren Freiheit, sich so zu verhalten, wie sie wollen, mehr oder weniger stark ein. Eine populäre, aber bei wörtlicher Auslegung in dieser radikalen Form unsinnige Maxime besagt: „Die Freiheit des Einzelnen hört dort auf, wo die Freiheit des anderen eingeschränkt wird“. Man kann und muss nicht konsequent auf alles verzichten, was andere beeinträchtigen könnte. Wer z. B. das Recht für sich in Anspruch nimmt, am Abend Freunde einzuladen und sich mit den Gästen in moderater Lautstärke zu unterhalten, schränkt in vielen hellhörigen Wohnhäusern das Recht der Nachbarn ein, ohne Lärmbelästigung zu schlafen. Hier steht das unbestreitbare Recht auf Sozialleben gegen das ebenfalls unbestreitbare Recht auf Nachtruhe. Bei derartigen Interessenkonflikten sind Kompromisse notwendig. Aber wie gewichtet man das Recht auf übliche Sozialkontakte im Vergleich zum Recht auf Nachtruhe? Wie oft und wie laut dürfen derartige Sozialkontakte stattfinden und welcher Lärmpegel darf dabei nicht überschritten werden? Noch schwieriger wird die Entscheidung, wenn sich Menschen durch ihr Verhalten selbst erheblich gefährden oder schaden, weil hier die Legitimation von Einschränkung angesichts eines modernen Menschenrechtsverständnisses sehr gering ist.

Welche Einschränkungen durch politische Maßnahmen legitim sind, wird in modernen Demokratien unter dem Schlagwort „Verhältnismäßigkeit“ abgehandelt, wobei diese auf vier Säulen ruht: Legitimität, Rationalität, Notwendigkeit und Verhältnismäßigkeit im engeren Sinn (Barak, 2012, zit. in Huscroft, 2014). „Legitimität“ bedeutet, dass die gesetzten Maßnahmen einen angemessenen Zweck verfolgen müssen. „Rationalität“ bedeutet, dass die Maßnahmen geeignet sein müssen, um diesen Zweck zu erreichen. Notwendigkeit bedeutet, dass es keine weniger einschränkenden Mittel gibt, mit denen der Zweck ebenfalls erreicht werden könnte. Und „Verhältnismäßigkeit im engeren Sinn“ bedeutet, dass die zu erwartenden Vorteile die Nachteile, die Dritten erwachsen, so deutlich überwiegen, dass diese gerechtfertigt erscheinen.

Wer nun als Lobbyist oder Aktivist die Öffentlichkeit oder wichtige Entscheidungsträger davon überzeugen möchte, dass bestimmte Maßnahmen gerechtfertigt sind, muss überzeugen, dass das Ziel legitim ist, dass die vorgeschlagenen Maßnahmen effektiv sind, dass es keine geeigneten weniger restriktiven Maßnahmen gibt und dass die Vorteile der Maß-

nahme die Nachteile klar überwiegen. Ob die intendierten Maßnahmen geeignet sind, die gewünschten Ziele zu erreichen, und ob es gelindere Maßnahmen gibt, diese Ziele zu erreichen, sind ihrer Natur nach Sachfragen. Ob die Ziele legitim und die Nachteile für Betroffene gerechtfertigt sind, sind Wertfragen und erfordern eine ethische Analyse. Hinsichtlich der für Wertfragen relevanten Menschen-, Gesellschafts- und Weltbilder kann man hier zwei sehr unterschiedliche Sichtweisen unterscheiden: den Gesundheitsförderungsansatz der Ottawa-Charta und jenen, der häufig als Public-Health-Ansatz bezeichnet wird.

3 Gesundheitsförderungsansatz vs. Public-Health-Ansatz

Als ich in den 1990er Jahren begann, mich grundlegend mit dem Thema Suchtprävention auseinanderzusetzen, überwog eine Grundhaltung, welche die in den Jahrzehnten davor populären Ansätze zur Angsterzeugung und normativen Beeinflussung konsequent ablehnte und deutlich auf emanzipatorisch-partizipative Methoden der Lebenskompetenzförderung setzte. Schlagworte wie „Empowerment“ (Rappaport, 1987) und „Risikokompetenz“ (Koller, 1995) prägten den Diskurs. Häufig wurden in Präventionskreisen eine vom Institut für Therapieforschung (IFT) in München veröffentlichte deutschsprachige Expertise (Künzel-Böhmer et al., 1993) und die Ottawa-Charta (WHO, 1986a) zitiert. In der Ottawa-Charta wird Gesundheitsförderung ausdrücklich mit Empowerment gleichgesetzt:

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können.“

Dieser Zugang entsprach – und entspricht auch heute noch – meinem persönlichen Menschen- und Gesellschaftsbild, wobei ich diesen Zugang in einigen Publikationen als „demokratisch-emanzipatorisch“ umschrieb und in einen Gegensatz zum früher populären „paternalistisch-kontrollierenden“ Zugang stellte. Ich umschrieb den demokratisch-emanzipatorischen Zugang folgendermaßen:

„Die Zielpersonen werden als Subjekte wahrgenommen, im Sinne von InteraktionspartnerInnen, bei denen man die Fähigkeit fördern will, Lebensbedingungen selbst aktiv zu ändern und zu verbessern, um damit die Wahrscheinlichkeit des Flüchtens in ausweichendes und selbstzerstörerisches Verhalten zu verringern“ (Uhl, 2007).

Ein ergänzender Text der Autoren der Ottawa-Charta (WHO, 1986b), der von der WHO (2009) wiederveröffentlicht wurde, drückt eindeutig aus, dass die Ottawa-Charta demokratisch-emanzipatorisch gemeint war:

„Personen, die in der Gesundheitsförderung tätig sind, sollten sich über mögliche Interessenkonflikte sowohl auf gesellschaftlicher als auch auf individueller Ebene im Klaren sein. Es besteht die Gefahr, dass im Rahmen der Gesundheitsförderung Gesundheit als das ultimative Lebensziel angesehen wird. Diese Ideologie, die manchmal auch als ‚Gesundheitswahn‘ bezeichnet wird, könnte dazu führen, dass manche Menschen anderen vorschreiben, was diese zu tun haben und wie sie sich verhalten sollen; ein Verhalten, das im Gegensatz zu den Prinzipien der Gesundheitsförderung steht.“³

Der Gesundheitsförderungsansatz im Sinne der Ottawa-Charta ist allerdings nicht unumstritten. Im Tabakbereich kommen zusehends weltweit stark paternalistische Tendenzen aus den USA zum Tragen, im Alkoholbereich kommen ähnliche Tendenzen aus dem europäischen Norden und aus Teilen der englischsprachigen Welt. So forderten z. B. Wiley und Kollegen (2013) die Experten auf, nicht der persönlichen Selbstverantwortung das Wort zu reden, sondern sich auf einen demokratischen Prozess zu berufen („Anstatt sprachlich die persönliche Verantwortung zu betonen, schlagen wir vor, die Sprache des demokratischen Prozesses zu gebrauchen⁴). Diesem Demokratieverständnis entsprechend wird der Mehrheit das Recht eingeräumt, den Willen von Minderheiten zu ignorieren, sobald es darum geht, die Gesundheit dieser Minderheiten mit restriktiven Maßnahmen zu schützen. Karlsson und Kollegen (2020) bezeichnen den restriktiven Zugang zur Alko-

³ Englischer Originaltext: Those involved in health promotion need to be aware of possible conflicts of interest both at the social and the individual level. There is a possibility with health promotion that health will be viewed as the ultimate goal incorporating all life. This ideology sometimes called healthism, could lead to others prescribing what individuals should do for themselves and how they should behave, which is contrary to the principles of health promotion.

⁴ Englischer Originaltext: Instead of reaffirming the language of personal responsibility, we suggest utilizing the language of the democratic process.

holpolitik als „Public-Health-Ansatz“ und den auf Eigenverantwortung setzenden Ansatz als „neoliberalen Ansatz im Interesse der Alkoholindustrie“.

Schon in den gewählten Bezeichnungen liegt eine deutliche Wertung. Zwar sind die Ausdrücke „Gesundheitsförderung“ bzw. „demokratisch-emanzipatorisch“ auf der einen Seite und „Public Health“ auf der anderen Seite positiv, aber die Attribute der jeweiligen Gegenpole – „paternalistisch-kontrollierend“ bzw. „neoliberal, im Interesse der Alkoholindustrie“ – sind deutlich negativ konnotiert.

4 Evidenzbasierung

Die populäre Forderung nach „evidenzbasiertem Handeln“ ruft unter Experten und Entscheidungsträgern gegenwärtig kaum Widerspruch hervor. Die Maxime, Entscheidungen an Vernunft und Fakten und nicht an Vorurteilen und Spekulationen zu orientieren, wurde mit der Aufklärung zum Dogma des Common Sense. Man sollte hier allerdings keinesfalls kritiklos alles übernehmen, was als evidenzbasiert präsentiert wird. Erstens ist vieles, was mit dem Prädikat „evidenzbasiert“ versehen wird, sachlich und rational viel weniger gut fundiert, als es den Anschein haben soll, und zweitens kann Handeln, wie zuvor schon betont wurde, nie alleine aus dem abgeleitet werden, was ist (Sachurteil). Da ist immer auch noch ein Werturteil (was sein soll) notwendig – ein Umstand, der durch den Hinweis auf Evidenzbasiertheit allerdings maßgeblich verschleiert wird. Die Idee, dass man aus Fakten ableiten könne, was zu geschehen hat, wird bezugnehmend auf Hume (1740/1911) und Moore (1903) als „Sein-Sollen-Fehlschluss“ oder „Naturalistischer Fehlschluss“ bezeichnet (Uhl, 2012).

Es ist allerdings für Forscher riskant, sich gegen Schlussfolgerungen zu wenden, die als evidenzbasiert präsentiert werden. Liessmann (2009) spricht in diesem Zusammenhang von der „normativen Selbstimmunisierung von Begriffen“. Liessmann beschreibt in diesem Zusammenhang einige Ausdrücke, die wie Zauberworte unsere Kritik und unser Denken blockieren, indem sie nach einem einfachen Schema funktionieren:

„Sie bezeichnen nie das, was die Wortbedeutung nahelegt, verbergen aber, was durch sie tatsächlich indiziert wird.“

Liessmann meint, dass jeder, der solche Begriffe verwendet,

„immer schon gewonnen hat, da diese Begriffe ihre Negation nur um den Preis der Selbstbeschädigung zulassen. Denn natürlich will niemand in den Verdacht geraten, Leistungen nicht messen zu wollen, der Qualität kein Augenmerk zu schenken, sich dem Wettbewerb nicht zu stellen und damit in der Provinzialität zu versinken.“

Der Ausdruck „Evidenzbasierung“ gehört ohne Frage zum Kanon der Zauberworte, die Liessmann über das Prinzip der „performativen Selbstimmunisierung von Begriffen“ kritisch hinterfragt.

Der Ausdruck „Evidenzbasierung“ wird aktuell auf drei unterschiedliche Arten interpretiert, was den Zauberwort-Charakter dieses Ausdrucks noch erheblich potenziert (Uhl, 2015).

Definition 1: Manche verstehen unter „Evidenzbasierung“ ausschließlich Erkenntnisse, die über sauber geplante experimentelle Forschung zustande gekommen sind. Dieses Verständnis ist sowohl empirisch als auch methodologisch gut fundiert, hat aber den entscheidenden Nachteil, dass in vielen human- und sozialwissenschaftlichen Bereichen experimentelle Forschung aus ethischen, ökonomischen und ontologischen Gründen nicht durchführbar ist und mitunter auch gar nicht nötig ist, wie Smith und Pell (2003) pointiert und überzeugend ausführen. Wissenschaftliche Erkenntnis ausschließlich mit experimenteller Forschung gleichzusetzen, reduziert Forschung auf wenige naturwissenschaftliche Bereiche und wertet andere Forschungsbereiche konsequent als unwissenschaftlich ab – was nicht sinnvoll sein kann. Wir müssen laufend Entscheidungen treffen; und überall dort, wo es keine oder noch keine sehr gut fundierten Entscheidungsgrundlagen gibt, müssen wir auf Interpretationen aufbauen, deren Geltungsanspruch begrenzt ist.

Definition 2: Ein anderes Verständnis von „Evidenzbasierung“ setzt Evidenz mit beliebigen empirischen Sachverhalten gleich und ignoriert grundlegende methodologische Prinzipien. Hier feiert der in der Wissenschaftstheorie seit langem abgeschriebene naive Empirismus – oft völlig unerkant – fröhliche Urstände. Bei diesem Zugang besteht zwar ein Bezug zur Empirie, es fehlt aber jegliche methodologische Fundierung.

Definition 3: Zwischen diesen beiden Extremen liegt eine pragmatische Interpretation von Evidenzbasierung im Rahmen der evidenzbasierten Medizin von Sackett und Kollegen (1997):

„EBM ist der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten. Die Praxis der EBM bedeutet die Integration individueller klinischer Expertise mit der bestmöglichen externen Evidenz aus systematischer Forschung.“

Die von Sackett, einem der Väter der evidenzbasierten Medizin, vertretene pragmatische Zwischenposition ist ohne Frage sinnvoll, lässt aber ziemlich offen, was unter „vernünftigem Gebrauch“ und „bestmöglicher Evidenz“ zu verstehen ist.

Von Vorteil für jene, die mit dem Ausdruck „evidenzbasierte Politik“ agieren, ist der Umstand, dass sie beliebig zwischen den drei unterschiedlichen Bedeutungen wechseln können. Wenn man irgendwelche empirische Daten erhoben hat, kann man den Anspruch erheben, evidenzbasiert vorgegangen zu sein (Definition 2), man kann gleichzeitig den enorm hohen Geltungsanspruch systematischer experimenteller Forschung suggerieren (Definition 1) und, falls der Geltungsanspruch der Schlussfolgerungen fundiert hinterfragt wird, kann man sich auf die pragmatische Position von Sackett und Kollegen (Interpretation 3) zurückziehen, die im Sinne der performativen Selbstimmunisierung des Begriffs kaum angreifbar ist. Wie soll man auch jemanden kritisieren, der bloß vertritt, man solle sich auf die besten vorhandenen Daten beziehen (Uhl, 2018). Wie Hofstadter und Sander (2014) betonen, fällt es Beobachtern kaum auf, wenn sich die Bedeutung der verwendeten Worte im Laufe eines Diskurses ständig verändert.

5 Evidenzbasierte Alkoholpolitik

Ein Begriff, den Liessmann zwar nicht anführte, auf den seine Kritik allerdings perfekt zutrifft, ist „evidenzbasierte Alkoholpolitik“ – ein Ausdruck, der von namhaften internationalen Alkohol-Epidemiologen seit langem über Standardwerke konsequent popularisiert wird. Ganz wichtig sind in diesem Zusammenhang die Publikationen „Alcohol Control Policies in Public Health Perspectives“ (Bruun et al., 1975), „Alcohol Policy and the Public Good“ (Edwards et al., 1994) und „Alcohol, No Ordinary Commodity“, das seit dem erstmaligen Erscheinen bereits einmal überarbeitet wiederveröffentlicht wurde (Babor et al., 2003, 2010). Bei den genannten Werken handelt es sich jeweils um Aktualisierungen der zuvor publizierten Werke. In allen Fällen waren Autoren der jeweiligen Vor-

gängerversion beteiligt – wobei immer einige Autoren wegblieben und andere dazukamen. Gemeinsam ist allen Büchern, dass sie sich mit der vorhandenen empirischen Literatur gründlich und kompetent auseinandersetzen, dabei Widersprüchlichkeiten und Unsicherheiten durchaus kritisch würdigten, abschließend aber simplifizierende Schlussfolgerungen ziehen, die angesichts der in den Werken diskutierten Probleme so keinesfalls gerechtfertigt sind. Von besonderer Bedeutung ist hier auch eine Publikation von Anderson und Baumberg (2006), die im Rahmen des groß angelegten EU-Projekts „Bridging the Gap“ erstellt wurde, wobei die Autoren neben Alkoholforschern aus nahezu allen EU-Staaten auch wichtige Autoren der zuvor genannten Bücher involvierten.

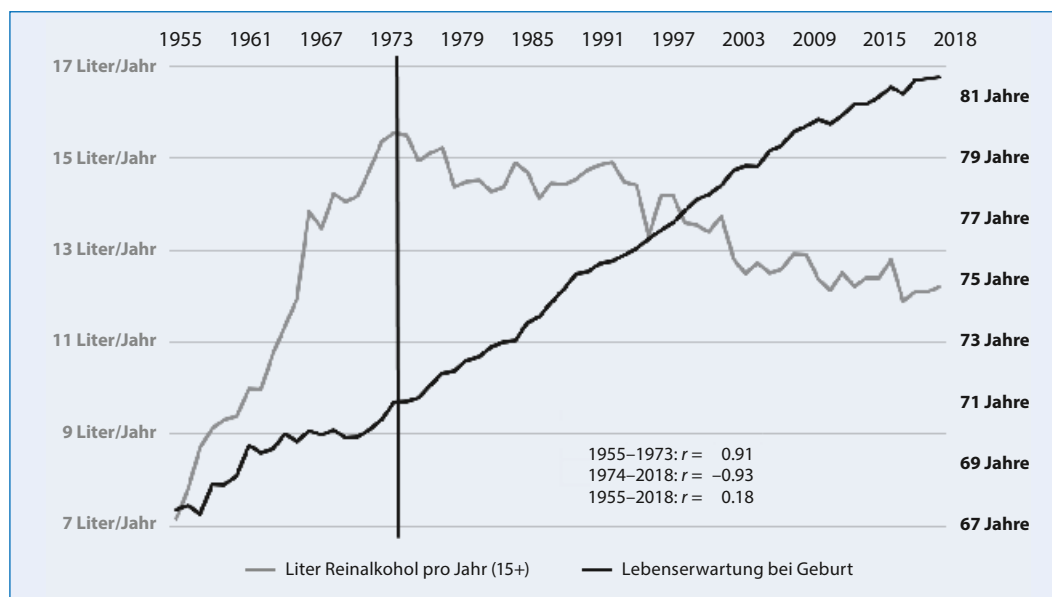
In einem von der WHO und dem Weltwirtschaftsforum herausgegebenen Text (Bloom et al., 2011) wurden die zentralen Forderungen der genannten Bücher dann schlagwortartig auf die „drei besten Angebote“ (Three Best Buys) verkürzt. Das sind für die Autoren

- 1) höhere Steuern auf Alkohol,
- 2) eine starke Beschränkung der Orte, an denen Alkohol gekauft bzw. ausgeschenkt wird, in Verbindung mit einer Beschränkung der Öffnungszeiten und
- 3) ein konsequentes Werbeverbot für alkoholische Getränke.

Argumentiert werden diese Forderungen, wie schon der Titel nahelegt, damit, dass diese – und nur diese – Methoden sowohl wirksam als auch für den Staat finanziell günstig seien. Dafür sind primär Gesetzesänderungen notwendig. Für diese ergeben sich von staatlicher Seite bloß geringfügig höhere Kosten durch vermehrte Kontrolle und Sanktionen bei Verstößen, aber gleichzeitig auch höhere Einnahmen durch Steuern und Strafgelder. Unabhängig davon, ob man im Sinne einer alkoholkritischen Grundhaltung das Idealziel einer möglichst alkoholfreien Gesellschaft vor Augen hat oder ob man im Sinne einer alkoholtoleranten Grundhaltung als Idealziel eine Gesellschaft ohne Alkoholmissbrauch vor Augen hat, – geplante Maßnahmen zum Erreichen dieser Ziele müssen in einer modernen Demokratie verhältnismäßig sein.

6 Grafische Simplifizierungen, die inadäquate Schlussfolgerungen nahelegen

Zahlreiche empirische Studien weisen darauf hin, dass die Einstellungen der Menschen zum Alkohol und ihre Alkoholkonsumgewohnheiten sowie die Auswirkungen des Alkoholkon-

**Abbildung 1**

Alkoholkonsum
und Lebenserwartung
1955–2018 (Quellen:
Bachmayer et al., 2020;
Statistik Austria, 2020)

sums auf die Konsumenten und deren Umwelt nur über ein komplexes Bedingungsgefüge befriedigend erklärbar sind. Wer allerdings von einfachen Erklärungen und einfachen Lösungsvorschlägen überzeugt ist und für diese Überzeugungsarbeit leisten will, kann basierend auf empirischen Daten simple Zusammenhangsmodelle konstruieren, die diese Überzeugungen scheinbar stützen, und muss nur selten mit massiver Kritik rechnen. Unser intuitiv-assoziatives Denken bemerkt derart fragwürdiges Vorgehen in der Regel nur, wenn Schlussfolgerungen unseren Überzeugungen diametral widersprechen. Wenn das der Fall ist, wird Nachdenken subjektiv unumgänglich und das logisch-analytische Denken wird involviert (Kahneman, 2012).

Zentrale Aspekte des intuitiv-assoziativen Denkens sind die Beschränkung der Argumentation auf das, was erwähnt wird, simplifizierende Kategorisierung und unzulässige Kausalinterpretationen aufgrund von empirischen Assoziationen. Kahneman (2012) nennt die Fokussierung auf das, was gerade gedanklich präsent ist, und das Ausblenden anderer Aspekte „WYSIATI“ (What You See Is All There Is). Hofstadter & Sander (2014) betonen, dass wir im Alltag Kategorien meist nicht infrage stellen und bei üblichen Ausdrücken weder Heterogenität noch unklare Grenzen bemerken. Chabris & Simons (2011) beschreiben recht anschaulich die „Ursachen-Illusion“, also das spontane Gefühl, dass beobachtete Zusammenhänge kausaler Natur seien. Wir erleben im Alltag Kausalität so unmittelbar, wie wir Farben erleben, argumentierte Michotte (1992). Um unzutreffende Kausalitätserlebnisse zu korrigieren, ist es nötig, unmittelbare Wahrnehmungsergebnisse

se durch eine gedanklich analytische Leistung unter Anwendung inhaltlichen und methodischen Wissens zu dekonstruieren (Kriz et al., 1990).

Um zu zeigen, wie leicht wir simplifizierenden Darstellungen auf den Leim gehen, habe ich den durchschnittlichen Alkoholkonsum der ≥ 15 -Jährigen und deren Lebenserwartung bei der Geburt in Österreich zwischen 1973 und 2018 grafisch gegenübergestellt (Abbildung 1). Wie man der Grafik entnehmen kann, gibt es im Jahr 1973 einen deutlichen Bruch in der Entwicklung des durchschnittlichen Alkoholkonsums: Während er nach dem Zweiten Weltkrieg bis 1973 relativ rasch und kontinuierlich anstieg, sank er seit 1973 langsam und ebenfalls kontinuierlich. Die Lebenserwartung stieg über den gesamten Zeitraum kontinuierlich an.

Würde man in einer Grafik ausschließlich den Zeitraum 1973–2018 präsentieren, würde das von den meisten Betrachtern spontan als empirischer Beweis für ein ad hoc formuliertes allgemeines Gesetz „Rückgang des Alkoholkonsums bewirkte steigende Lebenserwartung!“ interpretiert werden. Ohne die Werte für den Zeitraum 1955–1973 zu sehen, wäre es vermutlich kaum möglich, Rezipienten davon zu überzeugen, dass diese Grafik keinesfalls so interpretiert werden darf. „Assoziation bedeutet nicht Kausalität“ – das ist ein Grundsatz, der in jeder einleitenden Statistik- und Forschungsmethodologie-Vorlesung gebetsmühlenartig wiederholt wird. Da dieser Grundsatz bei Experten allgemein bekannt ist, würde ein Hinweis darauf eine kurze Verunsicherung auslösen. Diese wäre aber kaum nachhaltig, weil man sich der Suggestionskraft der Grafik kaum entziehen kann, wenn man ausschließlich mit

der Entwicklung des Zeitraums 1973–2018 konfrontiert ist. Würde man ausschließlich die Daten von 1955–1973 präsentieren, müssten diese demselben Prinzip entsprechend als Beweis für das allgemeine Gesetz „Steigerung des Alkoholkonsums bewirkt steigende Lebenserwartung“ interpretiert werden. Da diese Schlussfolgerung den Erwartungen der meisten Rezipienten diametral widerspricht, würden sie diese allerdings kaum akzeptieren und vom intuitiv-assoziativen Interpretationsmodus auf einen rational-analytischen umstellen. Sie würden zur Erklärung weitere Größen einbeziehen, die Komplexität des Gesamtsystems betonen und häufig auch den Satz „Assoziation bedeutet nicht Kausalität“ ins Treffen führen.

Bei der Betrachtung des Gesamtzusammenhangs im Zeitraum 1955–2018 könnte man plausibel folgendermaßen argumentieren:

- 1) Die Lebenserwartung nach dem Zweiten Weltkrieg ist infolge positiver gesellschaftlicher und wirtschaftlicher Veränderungen kontinuierlich angestiegen.
- 2) Der Alkoholkonsum ist nach den Mangeljahren im Zweiten Weltkrieg parallel mit dem steigenden Wohlstand im Sinne eines Aufholprozesses bis zu einem Sättigungspunkt im Jahr 1973 ebenfalls kontinuierlich angestiegen.
- 3) Seit 1973 ist es infolge anderer gesellschaftlicher Prozesse wieder zu einem langsamen, aber kontinuierlichen Rückgang des durchschnittlichen Alkoholkonsums gekommen.

Vermutlich würde auch diese Interpretation häufig ohne Widerspruch akzeptiert werden. Es sollte aber klar sein, dass damit die Entwicklung des Alkoholkonsums und die Entwicklung der Lebenserwartung völlig unabhängig voneinander erklärt wurden. Das bedeutet, dass die zunächst sehr überzeugend wirkende kausale Interpretation des Kurvenverlaufs 1973–2018 argumentativ ad absurdum geführt wurde.

Da die Daten in Abbildung 1 meines Wissens in dieser Form noch nie publiziert und interpretiert wurden, handelt es sich hier nicht um die Kritik an einer publizierten Interpretation von Daten, sondern um den Versuch,

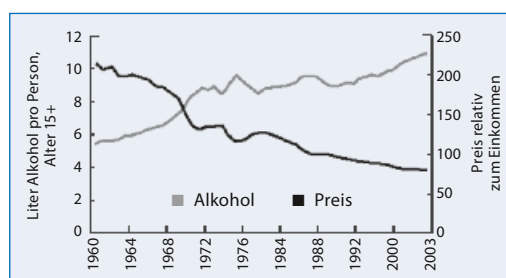
Probleme im Zusammenhang mit unserem intuitiv-assoziativen Interpretieren von Daten einfach zu demonstrieren. In der Forschungsliteratur gibt es allerdings eine Fülle von ähnlich gelagerten Beispielen, die tatsächlich inadäquat interpretiert werden. Ein interessantes Beispiel findet sich z. B. in einer Publikation der „Scottish Health Action on Alcohol Problems“ (SHAAP, 2007), das den durchschnittlichen Alkoholkonsum und den Alkoholpreis in Großbritannien relativ zum Einkommen zwischen 1990 und 2002 in ein Verhältnis setzt (Abbildung 2). Wie beim zuvor beschriebenen Beispiel kann man sich auch hier dem spontanen Eindruck kaum entziehen, diese Grafik beweise, dass der Alkoholkonsum deswegen gestiegen sei, weil der Alkoholpreis gesunken ist – auch wenn diese Schlussfolgerung logisch völlig unhaltbar ist.

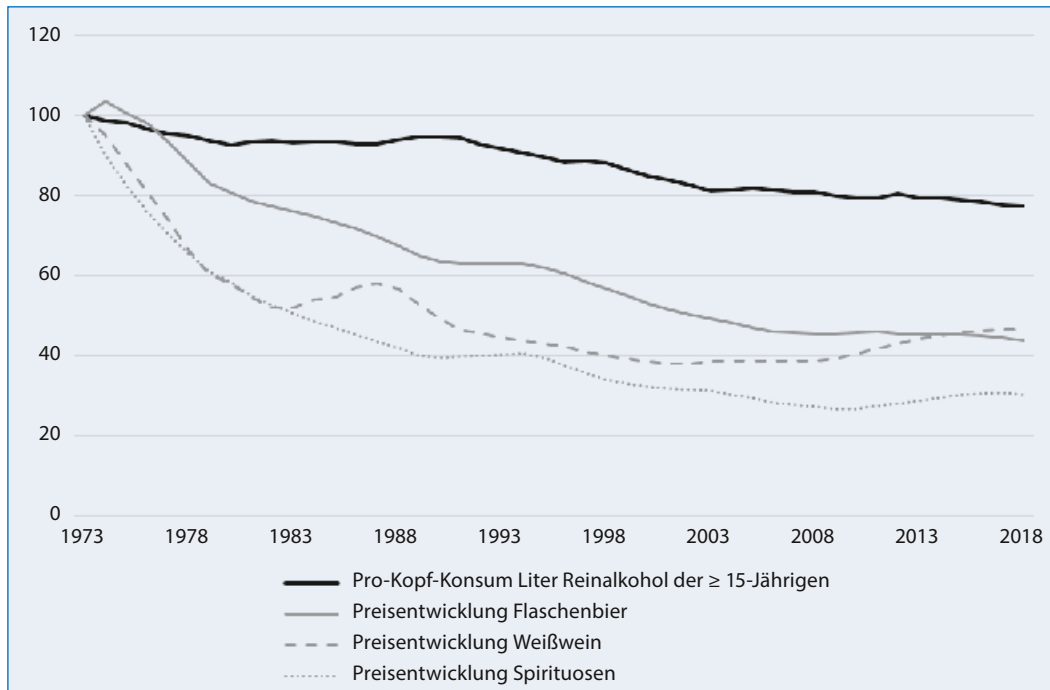
Um nicht missverstanden zu werden: Dass der Alkoholpreis einen Einfluss auf den Alkoholkonsum hat, ist plausibel und durchaus anzunehmen. Es ist aber auch plausibel, dass es keinen streng funktionalen Zusammenhang zwischen diesen beiden Größen gibt, wie das zwischen physikalischen Größen der Fall ist und wie das die Grafik intuitiv nahelegt. Der dargestellte Zusammenhang sagt darüber nichts aus, auch wenn man sich diesem Eindruck kaum entziehen kann. Um es in der Sprache der Gerichtsbarkeit auszudrücken: Wenn aus sachlichen Gründen ein Indiz zum Beweis der Schuld eines Angeklagten abgelehnt werden muss, kann man daraus nicht ableiten, dass der Angeklagte unschuldig sei. Falls er schuldig ist, kann man die Schuld aber nicht beweisen.

Ein genauer Blick auf die Zahlen in Abbildung 2 ergibt, dass die Alkoholpreise im Beobachtungszeitraum gar nicht gesunken, sondern gestiegen sind. Unter Bezugnahme auf offizielle Statistiken (Office of National Statistics, 2020a, 2020b; Bank of England, 2020) kann man errechnen, dass die Preise für Alkohol nominal ungefähr auf das 18fache gestiegen sind und real (inflationsbereinigt), wie im Text auch angegeben wird, um das 1.3fache. Ein Rückgang der Alkoholpreise ergibt sich nur relativ zum durchschnittlichen Einkommen, ein Umstand, der von den Autoren angegeben wird, bei oberflächlicher Lektüre aber übersehen werden kann. Die Wirtschaftsleistung ist in Großbritannien pro Kopf um das 2.7fache gestiegen (Office of National Statistics, 2020a) und damit auch das durchschnittliche Einkommen der Briten. Nun ist es sicherlich legitim, Preise relativ zum Einkommen auszudrücken. Wenn das durchschnittlich verfügbare Einkommen real erheblich steigt, muss man für ein Produkt, das

Abbildung 2

Durchschnittlicher
Alkoholkonsum und Preis
relativ zum Einkommen
1960–2003
(Quelle: SHAAP, 2007)



**Abbildung 3**

Alkoholkonsum und einkommensbezogener Preis in Österreich, 1973–2018 (Quelle: Uhl, Strizek & Hojny, 2020)

real gleich viel kostet wie zuvor, nur mehr einen geringeren Teil des Einkommens aufwenden.

Konsequent weitergedacht bedeutet das aber, dass fast alle Produkte des täglichen Lebens sich in diesem Zeitraum relativ zum zur Verfügung stehenden Einkommen ähnlich stark verbilligten. Man könnte daher in Abbildung 2 statt der Zeitreihe für Alkohol zahlreiche ähnlich verlaufende Zeitreihen für andere Güter des täglichen Lebens einsetzen und würde zu sehr ähnlichen Grafiken gelangen. Würde in der Grafik der Preis relativ zum Einkommen für ein anderes Produkt des täglichen Lebens, wie Butter, eingesetzt werden, würden sich die meisten Menschen spontan dagegen sträuben, einen Kausalzusammenhang herzustellen. Warum sollte auch die Verbilligung von Butter relativ zum Einkommen den Anstieg des Alkoholkonsums erklären?

Ergänzend möchte ich nun noch die Preise für Bier, Wein und Spirituosen relativ zum durchschnittlichen Alkoholkonsum in den Jahren 1973–2018 in Österreich präsentieren (Abbildung 3). Auch in Österreich haben diese Preise relativ zum Einkommen um mehr als 50 Prozent abgenommen – aber anders als in Großbritannien ist der Konsum in diesem Zeitraum nicht angestiegen, sondern um rund 25 Prozent gesunken. Von einem allgemeinen Gesetz, dass der Alkoholkonsum ansteigt, wenn sein Preis relativ zum Einkommen fällt, kann demnach sicherlich nicht die Rede sein.

Auch wenn man angesichts der präsentierten Grafiken unweigerlich versucht ist, diese intuitiv als Beweis für Kausalzusammenhän-

ge zu interpretieren, ist diese Interpretation unrichtig. Das Prinzip, einen Zusammenhang immer dann konsequent als ursächlich aufzufassen, wenn das die eigene Überzeugung stützt, und die Ursächlichkeit zu bezweifeln, wenn es der eigenen Meinung widerspricht, kann nicht als legitime Vorgangsweise akzeptiert werden. Außerdem sollte klar sein, dass es wenig sinnvoll ist, Ursachen sowie Folgen des Alkoholkonsums zu beschreiben, ohne zwischen unterschiedlichen Konsumformen und Konsummengen zu unterscheiden, und dass es inadäquat ist, alle anderen Aspekte, die hier eine Rolle spielen könnten, in reduktionistischer Weise auszublenden.

7 „Unstatistik“ des Monats

Wer aus einer alkoholkritischen Perspektive Alkoholkonsum undifferenziert problematisieren möchte, für den kommen empirische Befunde, die nahelegen, dass moderater Alkoholkonsum keine relevanten Risiken hervorrufen würde oder sogar positive Effekte haben könnte, ziemlich ungelegen. Eine Art, das Problem zu lösen, ist – wie im letzten Abschnitt beschrieben – ganz undifferenziert von den Effekten des Alkoholkonsums zu sprechen, wodurch man die negativen Wirkungen des exzessiven Alkoholkonsums implizit auf jede Art von Alkoholkonsum übertragen kann. Eine andere Vorgangsweise ist, Befunde, die positive Effekte des Alkoholkonsums zu Recht oder zu Unrecht nahelegen, einfach zu verstecken. Im Folgen-

den werden zwei Beispiele angeführt, wo genau das passiert ist.

Die Frage, ob moderater Alkoholkonsum gesundheitsfördernde Wirkung hat, beschäftigt die Menschheit schon seit langem. Traditionell wurde Alkohol in der Volksmedizin als Heilmittel oft positiv beurteilt. Ein heißes Getränk mit Schnaps und Honig, um gegen Erkältungskrankheiten vorzubeugen, ein Schnaps nach einem fetten Essen, um die Verdauung zu fördern, ein Bier vor dem Stillen, um die Muttermilchproduktion zu fördern, oder Rotwein, um die Blutbildung anzuregen, das sind nach wie vor in manchen Kreisen populäre Vorschläge, wenn es um Hausmittel geht. Moderne Ärzte empfehlen solche Hausmittel zwar kaum noch, aber während der amerikanischen Alkoholverbote in den 1920er- und 1930er Jahren durften Ärzte aus medizinischen Gründen Spirituosen verordnen, die dann in Apotheken bezogen werden konnten (Courtwright, 2003). Buchtitel wie „Jungbrunnen Bier – Gesunder Genuss“ (Walzl & Hlatky, 2004) oder „Wein ist Gesundheit! – Zum Wohl!“ (ÖWM, 2017) zeigen, dass Alkohol als Heilmittel auch heute noch in vielerlei Hinsicht angepriesen wird. Heute steht zwar fest, dass viele früher populäre Anwendungen sachlich nicht gerechtfertigt sind oder sogar kontraproduktiv wirken, aber es gibt auch heute noch durchaus Befunde, die eine positive Wirkung moderaten Alkoholkonsums auf die Gesundheit zumindest nahelegen und von manchen Autoren auch so interpretiert werden.

Als Gmel und Kollegen (2003) aufbauend auf eine Metaanalyse über 75 empirische Unter-

suchungen belegen konnten, dass das relative Sterberisiko für moderate Alkoholkonsumenten deutlich geringer ist als für Alkoholabstinenten und für Personen mit starkem Alkoholkonsum, interpretierten sie das im Sinne einer relevanten gesundheitsfördernden Wirkung, wobei sie die Ansicht vertraten, dass diese Wirkung primär kardioproduktiver Natur sei, moderater Alkoholkonsum also gegen koronare Herzerkrankungen vorbeugt. Konkret ergab sich, dass das Sterberisiko von Männern bei einem durchschnittlichen Tageskonsum von 15 g Reinalkohol um ca. 13 Prozent geringer ist als von Personen, die gar keinen Alkohol trinken, wobei das Sterberisiko von Männern, die durchschnittlich 125 g reinen Alkohol pro Tag konsumieren, um 60 Prozent höher ist als von Alkoholabstinenten (Abbildung 4).

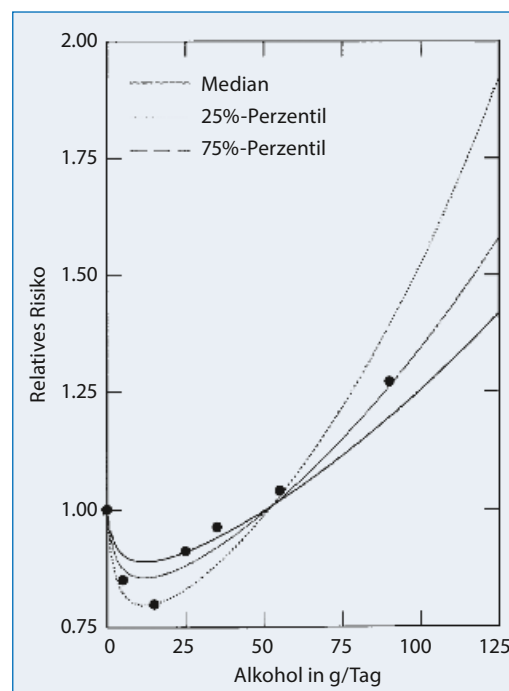
Da die Kurven nicht in allen Studien völlig gleich verlaufen, werden in Abbildung 4 neben der mittleren Verlaufskurve auch noch die beiden Grenzen ausgewiesen, ab denen 25 Prozent der Studien einen stärker ausgeprägten J-Verlauf bzw. 25 Prozent der Studien einen weniger stark ausgeprägten J-Verlauf aufweisen.

Wie im letzten Abschnitt ausgeführt wurde, darf man aus dem Verlauf der J-Kurve, also eines beobachteten Zusammenhangs allein, nicht auf einen Kausalzusammenhang (hier im Sinne einer gesundheitsfördernden Wirkung des moderaten Alkoholkonsums) schließen. Wie Rothman und Greenland (2005) sehr detailliert ausführten, ist es nur dann zulässig, aus Zusammenhängen auf Kausalität zu schließen, wenn man die dahinterliegenden Mechanismen gut versteht und diese empirisch und logisch gut abgesichert sind. Immer wieder zitierte populäre Kriterien, um zu beurteilen, ob Zusammenhänge kausaler Natur sind – wie die bekannten Kriterien von Hill (1965) –, reichen keinesfalls aus, um die Entscheidung für oder gegen Kausalinterpretationen zu rechtfertigen, wie Rothman und Greenland überzeugend argumentieren.

Für die von Gmel und Kollegen formulierte gesundheitsfördernde Wirkung des moderaten Alkoholkonsums sprechen durchaus auch einige experimentell überprüfbare biologische Mechanismen (Strotmann & Ertl, 2003). Umgekehrt ist es aber auch plausibel, dass die Kausalität in die andere Richtung weist, also dass die somatische und psychische Gesundheit sowie die soziale Situation von Menschen das durchschnittliche Alkoholkonsumverhalten beeinflussen (Uhl, Strizek & Hojni, 2020). Für Länder, wo Alkohol einen integrierten Teil der Kultur und des gesellschaftlichen Lebens darstellt, ist anzunehmen, dass sich gesunde, erfolgreiche und gut integrierte Personen der

Abbildung 4

Relatives Sterberisiko und durchschnittlicher Alkoholkonsum pro Tag (Männer)
(Quelle: Gmel et al., 2003)



20 g Reinalkohol sind in einem halben Liter durchschnittlichen Biers bzw. in einem Viertelliter leichtem Weins enthalten.

Kultur anpassen, also weder völlig alkoholabstinent leben noch sich regelmäßig betrinken (soziokulturelle Regelungshypothese). Dass Personen, die moderat Alkohol konsumierten und organisch erkrankten, manchmal aus gesundheitlichen Gründen ihren Alkoholkonsum gänzlich einstellen (Kranke-Alkohol-konsumenten-Hypothese), ist plausibel. Dass Personen, die an Schmerzen, psychischen Problemen oder psychiatrischen Erkrankungen leiden, häufig Alkohol zur Symptombekämpfung einsetzen (Selbstmedikationshypothese), konnte ebenfalls immer wieder belegt werden. Grundsätzlich sind hier noch viele plausible Zusammenhangshypothesen denkbar, die den Zusammenhang über nicht kontrollierte Drittvariablen erklären können, wobei all diese Hypothesen keinen alleinigen Geltungsanspruch begründen können. Sehr plausibel ist, dass viele Mechanismen gleichzeitig wirken und sich daraus der empirisch beobachtete J-förmige Zusammenhang ergibt.

Eine endgültige Entscheidung darüber, ob von moderatem Alkoholkonsum tatsächlich eine gewisse gesundheitsfördernde Wirkung ausgeht oder nicht, lässt sich zum aktuellen Zeitpunkt nicht verbindlich beantworten. Darüber gehen die Expertenmeinungen nach wie vor stark auseinander. Man kann aber mit relativer Sicherheit sagen, dass von moderatem Alkoholkonsum weder ein erhebliches Gesundheitsrisiko ausgeht, noch dass es sinnvoll ist, Alkohol als lebensverlängerndes Tonikum zu empfehlen.

Vermutlich wird die Diskussion über die Art und Quantität der Zusammenhänge noch länger andauern. Völlig unzulässig ist es allerdings, diesen Diskurs abzukürzen, indem man Teile der J-Kurve verschweigt oder wegargumentiert, wie das Wood und Kollegen (2018) gemacht haben. Die weit über 100 Autoren wiederholten die Metaanalyse von Gmel und Kollegen, indem sie neuere empirische Studien einbezogen, und ließen das erhöhte Sterberisiko für Abstinente in ihrer Publikation einfach weg. Bei dieser Darstellung kann bei Rezipienten die Idee, dass moderater Alkoholkonsum der Gesundheit förderlich sein könnte, erst gar nicht aufkommen (Abbildung 5).

Diese Verschleierungstaktik wurde aber bereits in der nächsten Nummer der Zeitschrift heftig kritisiert und die fehlenden Werte betreffend Abstinente ergänzt (Abbildung 6). Noch deutlich heftiger fiel die Kritik von Bauer et al. (2018) aus, die die Darstellung von Wood et al. zur „Unstatistik des Monats August“ kürten.

Eine ähnliche Situation ergab sich Jahre vorher in Zusammenhang mit der Grand-Rapids-Studie. Die Autoren einer methodologisch äu-

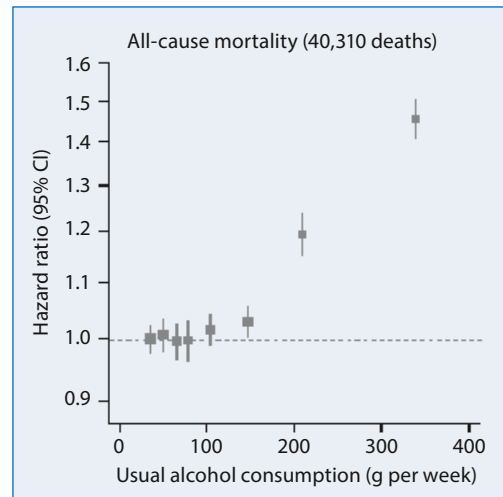


Abbildung 5

Darstellung des relativen Sterberisikos in Relation zum durchschnittlichen Alkoholkonsum pro Tag (Männer) (Quelle: Wood et al., 2018)

20 g Reinalkohol sind in einem halben Liter durchschnittlichen Biers bzw. in einem Viertelliter leichten Weins enthalten.

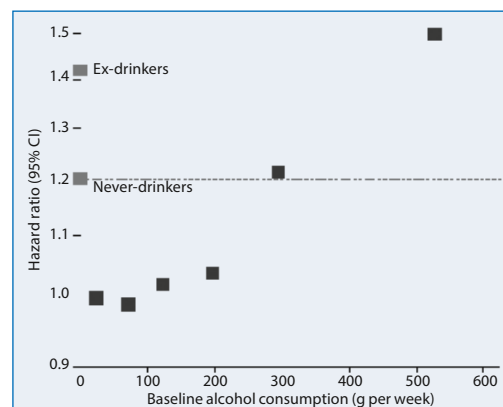


Abbildung 6

Vollständige Darstellung des relativen Sterberisikos in Relation zum durchschnittlichen Alkoholkonsum pro Tag (Männer) (Quelle: Astrup et al., 2018)

20 g Reinalkohol sind in einem halben Liter durchschnittlichen Biers bzw. in einem Viertelliter leichten Weins enthalten.

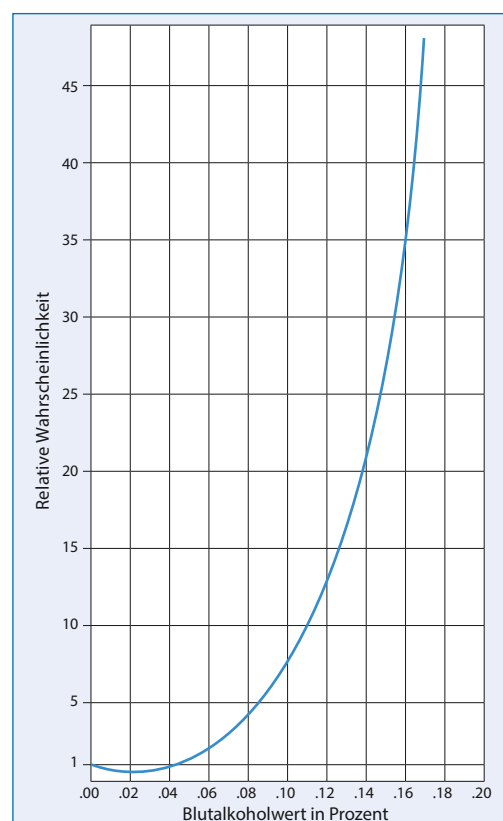


Abbildung 7

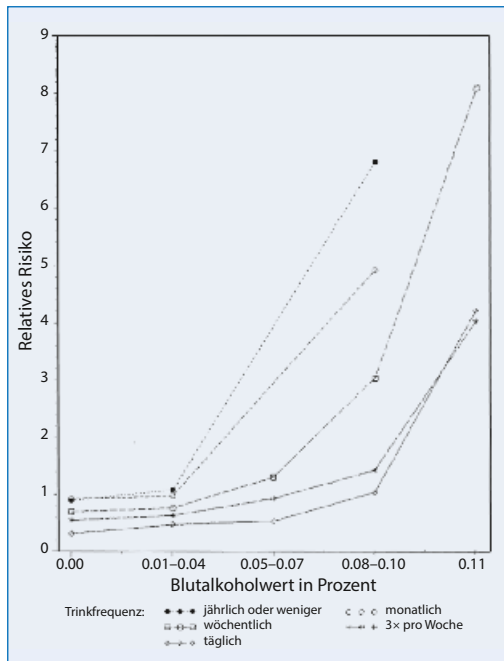
Grand-Rapids-Studie (Quelle: Borkenstein et al., 1964)

0.01% = 0.1‰

Abbildung 8

Re-Analyse der
Grand-Rapids-Studie
(Quelle: Hurst et al., 1994)

0.01% = 0.1‰



berst gut geplanten Studie zur Quantifizierung des Verkehrsunfallrisikos im Zusammenhang mit Alkoholkonsum stellten ebenfalls einen J-Zusammenhang zwischen dem Alkoholisierungsgrad und dem Verkehrsunfallrisiko fest (Borkenstein et al., 1964). Der Umstand, dass Personen mit einem Blutalkoholwert von 0.2 Promille am wenigsten unfallgefährdet erschienen, wurde als „Grand Rapids Dip“ bezeichnet (Abbildung 7).

Eine Re-Analyse der Daten durch Hurst und Mitarbeiter (1994) ergab, dass die erste Interpretation von Borkenstein et al. irreführend war. Wenn man die Stichprobe nach dem Trinkverhalten stratifizierte, zeigte sich, dass das Unfallrisiko mit zunehmendem Alkoholisierungsgrad in allen Teilgruppen monoton anstieg. Allerdings zeigte sich auch, dass das Unfallrisiko von Personen, die nie Alkohol trinken, bereits mit 0.0 Promille so hoch war wie das Unfallrisiko von regelmäßigen Alkoholkonsumenten mit 1.0 Promille (Abbildung 8). Das erklärt den J-Verlauf, also den „Grand Rapids

Dip“: Die stark unfallgefährdeten Personen, die nie Alkohol trinken, finden sich logischerweise ausschließlich in der Gruppe, die mit 0.0 Promille angetroffen wird. Wieso das Unfallrisiko dieser Personengruppe so hoch ist, ließ sich allerdings bis dato nicht ergründen; man ist hier auf Spekulationen angewiesen.

Wer – in durchaus legitimer Weise – den Alkoholkonsum im Straßenverkehr problematisieren möchte, für den ist die Erkenntnis, dass das Unfallrisiko mit steigendem Alkoholisierungsgrad kontinuierlich ansteigt, durchaus nützlich beim Argumentieren. Große Schwierigkeiten ergeben sich allerdings, wenn man auch das zweite Ergebnis berücksichtigt, nämlich dass Personen, die nie Alkohol trinken, eine Hochrisikogruppe im Straßenverkehr darstellen. Ein sachlicher und ehrlicher Zugang ist, derartige Ergebnisse zu beschreiben, über die Ursachen zu spekulieren und sich Forschungsstrategien zu überlegen, um dieses Phänomen aufklären zu können. Eine pragmatische, aber aus wissenschaftlicher Sicht sehr bedenkliche Strategie ist, den erwünschten Teil der Ergebnisse aufzuzeigen und den unerwünschten einfach zu verschleiern, wie das das U.S.-Department of Transportation und die National Highway Traffic Safety Administration (1991) machten, indem sie Differenzen bildeten (Abbildung 9). Diese Darstellung wurde später in der zuvor bereits zitierten Publikation von Edwards und Kollegen (1994) abgedruckt.

Der fälschlich angenommene „Grand Rapids Dip“ führte übrigens dazu, dass in zahlreichen Sportarten Alkohol vor dem Wettkampf für Athleten als Dopingmittel verboten wurde. Obwohl seit Hurst und Kollegen (1994) bekannt sein sollte, dass es sich beim „Grand Rapids Dip“ bloß um ein Artefakt handelte, wurde Alkohol von den letzten Sportdisziplinen erst 2018 aus der Liste der Dopingmittel gestrichen (Uhl, Bachmayer, Schmutterer & Strizek, 2020).

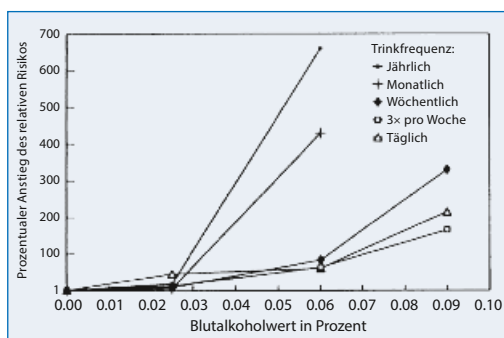
8 Zusammenfassung

Da Alkohol sowohl ein integraler Bestandteil des kulinarischen, gesellschaftlichen und sozialen Lebens ist, der zu Genuss und Wohlbefinden beiträgt, als auch ein Problemstoff und Suchtmittel, welches im Falle übermäßigen Konsums große Probleme für die Konsumenten und die Öffentlichkeit verursacht, wird die Frage, wie die Alkoholpolitik eines Landes gestaltet werden soll, durchaus kontroversiell diskutiert. In einer modernen Demokratie ist klar, dass politische Maßnahmen dem Prinzip der Verhältnismäßigkeit gehorchen müssen. Dadurch werden ethische und wissenschaftliche

Abbildung 9

Verschleierung der Ausgangswertunterschiede
(Quelle: U.S. Department of Transportation, National Highway Traffic Safety Administration, 1991)

0.01% = 0.1‰



Fragestellungen aufgeworfen. Versuche, im Diskurs zwischen unterschiedlichen alkoholpolitischen Positionen zu punkten, indem man durch das eloquente Spiel mit dem Begriff „evidenzbasierte Alkoholpolitik“ die dahinterliegenden ethischen Grundprinzipien verschleiert, sind in diesem Zusammenhang ebenso zu kritisieren wie Versuche, durch simplifizierende Darstellungen oder gezielte Weglassung Überzeugungsarbeit für die eigene Position zu leisten. In der Wissenschaft sollte – im Gegensatz zu einem nur auf vordergründige Plausibilität abzielenden Lobbyismus bzw. Aktivismus – das Erkenntnisziel im Vordergrund stehen. Das ist nur möglich, wenn man sich offen und systematisch mit den ethischen, empirischen und methodologischen Grundlagen auseinandersetzt und bereit ist, sich Unsicherheiten und Mehrdeutigkeiten zu stellen.

Danksagung

Herzlichen Dank an Elisabeth Breyer für Anregungen und Lektorat.

Literatur

- Anderson, P. (Ed.). (1996). *Alcohol – Less Is Better* (WHO Regional Publications, European Series, No. 70). Copenhagen.
- Anderson, P. & Baumberg, B. (2006). *Alcohol in Europe: A public health perspective*. London: Institute of Alcohol Studies. Retrieved from http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_europe_en.pdf
- Astrup, A., Costanzo, S. & de Gaetano, G. (2018). Comment on risk thresholds for alcohol consumption. *Lancet*, 392, 2165–2167.
- Babor, T., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K. et al. (2003). *Alcohol: No ordinary commodity – research and public policy*. New York: Oxford University Press.
- Babor, Th., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K. et al. (2010). *Alcohol: No ordinary commodity research and public policy* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Bachmayer, S., Strizek, J., Hojini, M. & Uhl, A. (2020). *Handbuch Alkohol – Österreich. Bd. 1: Statistiken und Berechnungsgrundlagen 2019* (7. Aufl.). Wien: Gesundheit Österreich.
- Ball, D., Humpherson, E., Johnson, B., McDowell, M., Ng, R., Radaelli, C. et al. (2019). *Improving society's management of risks – a statement of principles. Collaboration to explore new avenues to improve public understanding and management of risk (CAPUR)*. Brussels: Atomium-EISMD.
- Bank of England (2020). *Inflation calculator*. <https://www.bankofengland.co.uk/monetary-policy/inflation/inflation-calculator> (28.05.2020).
- Bauer, T. K., Gigerenzer, G., Krämer, W. & Schüller, K. (2018). *Unstatistik des Monats: 0,5 Prozent erhöhtes Gesundheits-Risiko bei einem Drink pro Tag*. Max-Planck-Institut. <https://www.mpib-berlin.mpg.de/unstatistik-auswirkungen-von-alkohol> (30.8.2017)
- Bloom, D. E., Chisholm, D., Jané-Llopis, E., Prettner, K., Stein, A. & Feigl, A. (2011). *From burden to "best buys": reducing the economic impact of non-communicable diseases in low- and middle-income countries*. Geneva: World Economic Forum and WHO.
- Borkenstein, R. F., Crowther, R. F., Shumate, R. P., Ziel, W. P. & Zylman, R. (1964). *The role of the drinking driver in traffic accidents*. Bloomington, IN: Department of Police Administration, Indiana University. (Reprinted in *Blutalkohol*, 1974, 11, 1–131).
- Bruun, K., Edwards, G., Lumio, M., Mäkelä, K., Pan, L., Popham, R. E. et al. (1975). *Alcohol control policies in public health perspectives* (Vol. 25). Helsinki: Finish Foundation for Alcohol Studies.
- CDC (2019). *Dietary guidelines for alcohol*. Centers for Disease Control and Prevention <https://www.cdc.gov/alcohol/fact-sheets/moderate-drinking.htm> (16.05.2020).
- Chabris, Ch. F. & Simons, D. J. (2011). *Der unsichtbare Gorilla – Wie sich unser Hirn täuschen lässt*. München: Piper.
- Courtwright, D. T. (2001). *Forces of habit*. Cambridge: Harvard University Press.
- Edwards, G., Anderson, P., Babor, T. F., Casswell, S., Ferrence, R., Giesbrecht, N. et al. (1994). *Alcohol policy and the public good*. Oxford: University Press.
- Freud, S. (1905/1925). Der Witz und seine Beziehung zum Unbewussten. In A. Freud & A. J. Storfer (Hrsg.), *Gesammelte Schriften von Sigmund Freud* (Bd. 9, S. 1–269). Leipzig: Internationaler Psychoanalytischer Verlag.
- Gmel et al. (2003). How stable is the risk curve between alcohol and all-cause mortality and what factors influence the shape? – A precision-weighted hierarchical meta-analysis. *European Journal of Epidemiology*, 18, 631–642.
- Hill, A. B. (1965). The environment and disease: association or causation? *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 58, 5, 295–299.
- Hofstadter, D. & Sander, E. (2014). *Die Analogie – das Herz des Denkens*. Stuttgart: Klett.
- Hume, D. (1911). *A treatise of human nature*. London: Dent & Sons. (Original: 1st ed. 1740. London: Thomas Longman).

- Hurst, P. M., Harte, D. & Frith, W. J. (1994). The grand rapids dip revisited. *Accident Analysis and Prevention*, 26, 5, 647–654.
- Huscroft, G. (2014). Proportionality and pretence. *Constitutional Commentary*, 383. Available at: <https://scholarship.law.umt.edu/concomm/383>
- Kahneman, D. (2012). *Schnelles Denken, langsames Denken*. München: Siedler.
- Karlsson, T., Mäkelä, P., Tigerstedt, Ch. & Keskimäki, I. (2020). The road to the alcohol act 2018 in Finland: A conflict between public health objectives and neoliberal goals. *Health Policy*, 124, 1–6.
- Koller, G. (1995). *Zu Mutungen – Ein Leitfaden zur Suchtvorbeugung für Theorie und Praxis*. Wien: Bundesministerium für Umwelt, Jugend und Familie.
- Kriz, J., Lück, H. E. & Heidbrink, H. (1990). *Erkenntnis- und Wissenschaftstheorie*. Opladen: Leske
- Künzel-Böhmer, J., Bühringer, G. & Janik-Konecny, T. (1993). *Expertise zur Primärprävention des Substanzmissbrauchs* (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit). Baden-Baden: Nomos.
- Liessmann, K. (2009). *Theorie der Unbildung – Die Irrtümer der Wissensgesellschaft* (2. Aufl.). München: Piper.
- Marmot, M. (2004). Evidence based policy or policy based evidence? *BMJ*, 328, 906–907.
- Michotte, A. (1982). *Gesammelte Werke, Bd. 1: Die phänomenale Kausalität*. Bern: Huber.
- Moore, G. E. (1960). *Principia Ethica*. Cambridge: University Press. (Original: 1st ed. 1903).
- Office of National Statistics (2020a). *Gross domestic product index: CVM: Seasonally adjusted*. London. <https://www.ons.gov.uk/economy/grossdomesticproductgdp/timeseries/ybez/pn2> (28.05.2020).
- Office of National Statistics (2020b). *UK population estimates and projections, 1960 to 2030*. London. <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/populationandmigration/populationestimates/articles/overviewoftheukpopulation/mar2017/previous/v1> (28.05.2020).
- ÖWM (2017). *Wein ist Gesundheit! – Zum Wohl! – Die gesundheitlichen Aspekte des Weingenusses* [Folder]. Wien: Österreichische Weinmarketing Service GmbH.
- Pittman, D. J. (1964). Gesellschaftliche und kulturelle Faktoren der Struktur des Trinkens, pathologischen und nichtpathologischen Ursprungs – Eine internationale Übersicht. In DHS (Hrsg.), *27. Internationaler Kongress: Alkohol und Alkoholismus* (S. 5–20). Geesthacht: Neuland.
- Pittman, D. J. (Ed.). (1967). *Alcoholism*. New York: Harper & Row.
- Popper, K. R. (1934/1976). *Logik der Forschung* (6. verbesserte Aufl.). Tübingen: Mohr.
- Rappaport, J. (1987). Terms of empowerment/exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 15, 2, 121–148.
- Rothman, K. J. & Greenland, S. (2005). Causation and causal inference in epidemiology. *American Journal of Public Health, Supplement 1*, 95, S1, 144–150.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, M., Haynes, B. & Richardson, S. (1997). Editorial: Was ist Evidenz-basierte Medizin und was nicht? (Übersetzung aus dem Englischen: M. Perleth). *Münchener medizinische Wochenschrift*, 139, 44, 644–645.
- SHAAP (2007). *Alcohol: price, policy and public health*. Edinburgh: Scottish Health Action on Alcohol Problems.
- Smith, G. & Pell, J. (2003). Parachute use to prevent death and major trauma related to gravitational challenge: systematic review of randomised controlled trials. *British Medical Journal*, 327, 1459–1461.
- Statistik Austria (2018). *Gestorbene 2018 nach Todesursachen, Alter und Geschlecht*. Wien.
- Statistik Austria (2020). *Lebenserwartung für ausgewählte Altersjahre 1868/71 bis 2010/12, 1951 bis 2018*. Wien. https://www.statistik.at/wcm/idc/idcplg?IdcService=GET_NATIVE_FILE&RevisionSelectionMethod=LatestReleased&DocName=022521 (26.05.2020).
- Strotmann, J., Ertl, G. (2003). Alkohol und Herz-Kreislauf-System. In M. V. Singer & S. Teysen, (Hrsg.), *Kompodium Alkohol: Folgekrankheiten Klinik Diagnostik Therapie* (S. 335–352). Berlin: Springer.
- U.S. Department of Transportation, National Highway Traffic Safety Administration (1991). *Driving under the influence: a report to congress on alcohol limits, part 83*. Washington.
- Uhl, A. (2007). Begriffe, Konzepte und Menschenbilder in der Suchtprävention. *Sucht magazin* 33, 3–11.
- Uhl, A. (2012). Methodenprobleme bei der Evaluation komplexer Sachverhalte: Das Beispiel Suchtprävention. In Robert-Koch-Institut, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg.), *Evaluation komplexer Interventionsprogramme in der Prävention: Lernende Systeme, lehrreiche Systeme* (RKI-Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, S. 57–78). Berlin.
- Uhl, A. (2015). Evidence-based research, epidemiology and alcohol policy: a critique. *Contemporary Social Science*, 10, 2, 221–231.
- Uhl, A. (2018). Blindheitsblindheit in der Suchtforschung und im Umgang mit Ergebnissen?

- Rausch – Wiener Zeitschrift für Suchttherapie*, 7, 1, 36–44.
- Uhl, A., Bachmayer, S., Schmutterer, I. & Strizek (2020). *Handbuch Alkohol – Österreich. Bd. 2: Gesetzliche Grundlagen 2020*. Wien: Gesundheit Österreich.
- Uhl, A., Strizek, J. & Hojni, M. (2020). *Handbuch Alkohol – Österreich. Bd. 3: Ausgewählte Themen*. Wien: Gesundheit Österreich.
- Walzl, M. & Hlatky, M. (2004). *Jungbrunnen Bier – Gesunder Genuss*. Wien: Verlagshaus der Ärzte.
- WHO (1986a). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, verabschiedet anlässlich der 1. Internationalen Konferenz für Gesundheitsförderung am 21. November 1986*. Genf: Weltgesundheitsorganisation.
- WHO (1986b). Health promotion: A discussion document on the concepts and principles. *Health Promotion*, 1, 73–76.
- WHO (2009). *Milestones in health promotion – statements from global conferences*. Geneva: WHO.
- Wiley, L. F., Berman, M. L. & Blanke, D. (2013). Who's your nanny? Choice, paternalism and public health in the age of personal responsibility. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 41, Suppl 1, 88–91.
- Wood, A. M. et al. (2018). Risk thresholds for alcohol consumption: combined analysis of individual-participant data for 599,912 current drinkers in 83 prospective studies. *Lancet*, 391, 1513–1523.



Priv.-Doz. Dr. Alfred Uhl

Gesundheitspsychologe, seit 1977 in der Suchtforschung tätig. Abteilungsleiter Stv. des Kompetenzzentrums Sucht der Gesundheit Österreich GmbH und stv. Leiter des englischen PhD-Programms der Fakultät für Psychotherapiewissenschaft an der Sigmund-Freud-Privatuniversität in Wien. Forschungsschwerpunkte: Epidemiologie, Prävention, Suchtpolitik, Evaluation, Forschungsmethodologie
alfred.uhl@sfu.ac.at