BUNDESMINISTERIUM
FÜR GESUNDHEIT

Handbuch
Alkohol – Österreich

Zahlen. Daten. Fakten. Trends

2009



HANDBUCH
ALKOHOL - ÖSTERREICH

Zahlen. Daten. Fakten. Trends

dritte, überarbeitete und ergänzte Auflage 2009

Alfred Uhl – Sonja Bachmayer – Ulrike Kobrna
Alexandra Puhm – Alfred Springer – Nikolaus Kopf
Wolfgang Beiglböck – Irmgard Eisenbach-Stangl
Wolfgang Preinsperger – Michael Musalek

Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung (LBISucht),
AlkoholKoordinations- und InformationsStelle (AKIS)
des Anton Proksch Institut (API)

im Auftrag des
Bundesministeriums für Gesundheit

Das vorliegende „Handbuch Alkohol – Österreich“ ist eine ungekürzte Originalarbeit, die von MitarbeiterInnen des Ludwig-Boltzmann-Instituts für Suchtforschung (LBISucht), der AlkoholKoordinations- und InformationsStelle (AKIS), des Anton Proksch Instituts (API) und des Europäischen Zentrum für Wohlfahrtspolitik (EC) verfasst wurde.
Für den Inhalt zeichnen die Autoren verantwortlich.

Dr. Alfred Uhl – API, LBISucht
Sonja Bachmayer – API, LBISucht
Ulrike Kobrna – API, LBISucht
Dr. Alexandra Puhm – API, LBISucht
Univ.Prof. Dr. Alfred Springer – LBISucht
Dr. Nikolaus Kopf – API
Dr. Wolfgang Beiglböck – API
Univ.Prof. Dr. Irmgard Eisenbach-Stangl – EC
Dr. Wolfgang Preinsperger – API
Univ.Prof. Prim. Dr. Michael Musalek – API

Korrespondenzadresse:
Dr. Alfred Uhl
Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung (LBISucht) und
AlkoholKoordinations- und InformationsStelle (AKIS)
des Anton Proksch Instituts (API)
Gräfin-Zichy-Straße 6a, A-1230 Wien
Tel: +43-(0)1-88010-950
FAX: +43-(0)1-88010-956
E-Mail: akis@api.or.at, www.api.or.at/akis

Eigentümer, Herausgeber und Verleger:
Republik Österreich
Bundesministerium für Gesundheit
Radetzkystraße 2, A-1030 Wien
Bestellmöglichkeiten:
Tel: 0810 – 81 81 64
E-Mail: broschuerenservice@bmg.gv.at
Internet: http://www.bmg.gv.at

Druck:
Hausdruckerei des Bundesministeriums für Gesundheit

1. Auflage 1999: 3000
2. überarbeitete Auflage 2001: 3000
3. überarbeitete Auflage 2009: 3000

Auszugsweiser Abdruck ist nur mit Quellenangabe gestattet,
alle sonstigen Rechte sind vorbehalten.

Handbuch Alkohol – Österreich: Zahlen, Daten, Fakten, Trends 2009
dritte, überarbeitete und ergänzte Auflage
A. Uhl, S. Bachmayer, U. Kobrna, A. Puhm, A. Springer, N. Kopf,
W. Beiglböck, I. Eisenbach-Stangl, W. Preinsperger, M. Musalek
Wien: Bundesministerium für Gesundheit, 2009
Stand 15.6.2009
ISBN 978-3-902611-28-4

Vorwort zur dritten Auflage

Alkohol wird je nach Perspektive als wichtiger Bestandteil des gesellschaftlichen und sozialen Lebens oder als gefährliche Suchtsubstanz gesehen. Alkohol ist ein zentraler Bestandteil unserer Traditionen, gleichzeitig aber stürzt Alkohol eine große Anzahl von Menschen in eine Abhängigkeit und verursacht damit großes persönliches und soziales Leid. Infolge dieser janusköpfigen Natur des Alkohols sind überlegte und ausgewogene Strategien erforderlich, um einerseits energisch und konsequent Maßnahmen zur Eindämmung von Alkoholmissbrauch und Alkoholsucht entwickeln zu können, ohne gleichzeitig auch den moderaten Umgang mit Alkohol zu problematisieren oder zu bekämpfen.

Alkoholpolitische Maßnahmen und gemeinsame Strategien sind zurzeit europaweit ein großes Thema. In den EU-Gremien und der mit diesem Thema befassten Fachwelt wird im Spannungsverhältnis zwischen den unterschiedlichen Zugängen von Nordeuropa und Südeuropa um Kompromisse zwischen den sich hier diametral gegenüberstehenden Interessen alkoholkritischer Akteure, wichtiger Wirtschaftszweige und dem Gesundheitsauftrag für die Bevölkerung gerungen.

Die hier vorliegende dritte Ausgabe des „Handbuch: Alkohol-Österreich“, das vom Bundesministerium für Gesundheit finanziert und von einer Reihe renommierter österreichischer ForscherInnen gestaltet wurde, bietet einen umfassenden Überblick über alle in Österreich verfügbaren alkoholrelevanten Daten und kann so einen wichtigen Beitrag zur Diskussion dieser sensiblen Thematik liefern.

Bearbeitet werden Fragen der Epidemiologie, der Prävention und der Therapie, aber auch des Jugendschutzes, des Alkohols im Verkehr, des Alkohols am Arbeitsplatz und des Alkohols als Wirtschaftsfaktor. Weiters werden die entsprechenden gesetzlichen Rahmenbedingungen eingehend beleuchtet und auch detailliert die aktuellen Entwicklungen und Hintergründe auf EU-Ebene erörtert. Wichtige Inhalte des Handbuchs finden sich auch auf der Homepage der „AlkoholKoordinations- und InformationsStelle“ (AKIS) in übersichtlich aufbereiteter Form. Dort werden diese Daten bis zur nächsten Auflage des Handbuchs regelmäßig aktualisiert.



Alois Stöger dipl.

Bundesminister für Gesundheit

Wien, Mai 2009

Vorwort der Autorinnen und Autoren zur dritten Auflage

Eine der Aufgaben der „AlkoholKoordinations- und InformationsStelle (AKIS)“ des Anton Proksch Instituts ist es, im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit alkoholrelevante Informationen systematisch zu sammeln und sie Interessentinnen und Interessenten zur Verfügung zu stellen – dies einerseits fortlaufen aktualisiert auf der AKIS-Homepage www.api.or.at/akis und andererseits in größeren zeitlichen Abständen zusammengefasst im “Handbuch: Alkohol Österreich”. Die letzte gebundene Fassung des Handbuchs, die zweite Auflage, erschien im Jahre 2001.

In den sieben seither vergangenen Jahren ist themenbezogen so viel geschehen, dass eine umfassende Überarbeitung des Handbuchs unumgänglich wurde.

Wesentliche Änderungen ergaben sich unter anderem dadurch, dass nach der „Repräsentativerhebung 1993/94" (Uhl & Springer, 1996) mit der „Repräsentativerhebung 2004“ (Uhl et al., 2005b) aktuellere epidemiologische Daten über den Alkoholkonsum der Österreicherinnen und Österreicher zur Verfügung standen – wodurch sich in weiten Teilen des Buches Änderungen ergaben. Auch die in den letzten Jahren intensivierte Diskussion auf europäischer Ebene über eine gemeinsame Alkoholpolitik war in der vorliegenden Auflage gebührend zu berücksichtigen. Die Fülle der seit der letzten Auflage gesammelten alkoholrelevanten Informationen und Daten erzwang eine grundlegende Restrukturierung und – so weit es die Verständlichkeit erlaubte – Kürzung von Hintergrundsdokumenten und Gesetzestexten; die Referenztexte können jedoch im vollen Umfang – in ständig aktualisierter und ergänzter Form – auf der AKIS-Homepage nachgelesen und herunter geladen werden. Dies gilt auch für das gesamte Handbuch sowie die meisten zitierten und von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von AKIS verfassten Texte.

Da man auch bei noch so sorgfältiger Arbeit Fehler übersehen kann, bitten wir die Leserinnen und Leser uns auf etwaige Pannen aufmerksam zu machen; besonders leicht geht das mittels E-Mail an akis@api.or.at. Für Hinweise auf alkoholrelevante Fragestellungen, die nicht oder nur ungenügend im Handbuch erfasst sind, sind wir dankbar; wir werden uns bemühen, sie in der nächsten Auflage bzw. auf der AKIS-Homepage in angemessener Weise zu berücksichtigen.

Hinweis zum geschlechtergerechten Sprachgebrauch: wir haben uns in den selbst gestalteten Textteilen an die Prinzipien des geschlechtergerechten Formulierens gehalten; Abweichungen von diesem Grundsatz ergeben sich bei Zitaten und bei eingeführten Fachausdrücken.

Wien, Mai 2009 Die Autorinnen und Autoren

Danksagung

Bei folgenden Personen, die uns durch Ratschläge, Informationen und Materialien beim Zustandekommen dieses Handbuches unterstützt haben, möchten wir uns an dieser Stelle recht herzlich bedanken:

Dr. Franz Bandion (Bundesamt und Forschungszentrum für Landwirtschaft, Institut für Getränkeanalytik), Erika Baldaszti (Statistik Austria), MR. Dipl.-Ing. Kurt Bauer (Bundesministerium für Finanzen), MR Dr. Günter Beier (Bundeskanzleramt, Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen), Dr. Michael Blass (WKÖ, Fachverband der Nahrungs- und Genussmittelindustrie), Adir Otmar Bruckner, (Bundesministerium für Inneres), Dir Ing. Heinz David (Bundesamt für Eich- und Vermessungswesen), Robert Esberger (Statistik Austria), Dr. Janos Fehervary (Bundesministerium für Inneres), Andreas Fischerauer (Landwirtschaftskammer Steiermark), Ing. Karl Frischauf (NÖ Landwirtschaftskammer), DI Werner Fröschl (NÖ Landwirtschaftskammer), DI Gerhard Fülöp (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, ÖBIG), Oberst Martin Germ (Bundesministerium für Inneres) DI Josef Glatt (Österreichischer Weinbauverband), Franz Göls (Media Focus Research GmbH), Karl Grillitsch (Hauptverband der Österr. Sozialversicherungsträger), DI Christoph Grohsebner (Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt- und Wasserwirtschaft), Michael Hafenscher (Zollamt Wien), Gerhard Hengst-Denner (Statistik Austria, Direktion Volkswirtschaft), Johanna Janecek (Statistik Austria), Mag. Armin Kaltenegger (Kuratorium für Verkehrssicherheit), Nikolaus Käfer (ÖBB-Infrastruktur Betrieb AG), Mag. Jutta Kaufmann-Kerschbaum (Verband der Brauereien Österreichs), Walter Kern (Statistik Austria), HR Dr. Franz Kögler (Amt der Burgenländischen Landesregierung), Gerhard Körmer (Bundesministerium für Finanzen), Dr. Doris Kohl (Bundesministerium für Gesundheit), Dr. Friedrich Krenn (Amt der NÖ Landesregierung), Michael Kriesel (Statistik Austria), Mag. Jeannette Klimont (Statistik Austria), Barbara Leitner (Statistik Austria), Andreas Lugauer (WKÖ, Fachverband der Nahrungs- und Genussmittelindustrie), Wolfgang Lukas (Landwirtschaftskammer NÖ), Mag. Gerhard Manner, Mag. Leopold Machacek (Bacardi-Martini GmbH), Dr. Bruno Mayer (Fachverband der Nahrungs- und Genussmittelindustrie, Verband der Spirituosenindustrie), Leopold Milota (Statistik Austria, Konjunkturstatistik), DI Margret Mitteregger (Statistik Austria), Werner Osvald, Maria Özelt (Fachverband der Nahrungs- und Genussmittelindustrie), ADir Anton Panholzer (Bundesministerium für Finanzen), Univ. Prof. Dr. Christian Popow (Universitäts-Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Wien), Mag. Martina Poschik-Paul (ORF), Hermann Reiter (Bundesamt für Eich- und Vermessungswesen), Dr. Bertold Salomon (Österreichische Weinmarketing Service GmbH), DI Dr. Rudolf Schmid (Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft), Dr. Johanna Schopper (Bundesministerium für Gesundheit), Christa Schubert (Statistik Austria), Ing. Anton Schüpany (Bundesamt für Eich- und Vermessungswesen), Dr. Gerhard Schwabl (Bundespolizeidirektion Wien), ARätin Eleonora Sischka (Statistik Austria, Konjunkturstatistik), Karina Skurnik (ÖWM), Brigitte Stadlmann (Österreichisches Normungsinstitut), Dr. Reinfried Strobl (Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Referat Weinbau), Mag. Bärbel Tasch (ÖWR), Heinrich Werner (Verband der Brauereien Österreichs), Dr. Clemens Widensky, Dipl. Ing. Petra Winkler (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen), Erwin Wildling (Statistik Austria), Dr. Thomas Wolf (WKÖ, Fachverband Gastronomie), HR DI Wilhelm Wunderer (Höhere Bundeslehranstalt u. Bundesamt f. Wein- u. Obstbau)

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung 14

2 Alkoholpolitik 15

2.1 Europäische Alkoholpolitik im Spannungsfeld zwischen Kontrollansatz und problemfokussierendem Ansatz 15

2.2 Evidenzbasierte Alkoholpolitik und das EU-Projekt „Bridging the Gap“ 16

2.3 Das Problem den Begriff „Policy“ adäquat zu übersetzen 19

2.4 Jahreszahlen wichtiger alkoholpolitischer Entwicklungen und Dokumente 21

2.5 Zentrale Textstellen aus den erwähnten Dokumenten 24

2.5.1 Die Definition von „Gesundheit“ aus der WHO-Verfassung 24

2.5.2 Die Definition von „Gesundheitsförderung“ im Sinne der „Ottawa Charta“ 24

2.5.3 Drei Hauptüberlegungen zum „Ersten Europäischen Alkohol Aktionsplan“ (EAAP-1) 25

2.5.4 Neun Aktionsziele des „Ersten Europäischen Aktionsplans Alkohol“ (EAAP-1) 26

2.5.5 Ethische Prinzipien der Europäischen Charta Alkohol zum Umgang mit Alkohol 26

2.5.6 Zehn Strategien der Europäischen Charta Alkohol für alkoholbezogene Maßnahmen 27

2.5.7 Evaluierung der Umsetzung des EAAP-1 28

2.5.8 Übergeordnete Ziele des „Zweiten Europäischen Aktionsplans Alkohol“ (EAAP-2) 28

2.5.9 5 Bereiche der aktiven WHO-Unterstützung für den EAAP-2 29

2.5.10 Ziel 12 im WHO Rahmenkonzept „Gesundheit 21“ 29

2.5.11 Gewünschte Resultate bis 2005 im EAAP-2 29

2.5.12 WHO-Handlungsrahmen für eine Alkoholpolitik 31

2.5.13 Resolution des Regionalkomitees zum „Handlungsrahmen für eine Alkoholpolitik“ in der Europäischen Region der WHO 32

2.5.14 Empfehlung des Rates der Europäischen Union zum Alkoholkonsum von jungen Menschen, insbesondere von Kindern und Jugendlichen, 2001 32

2.5.15 EU-Strategie zur Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Verringerung alkoholbedingter Schäden, 2006 35

2.5.16 Charta, die das Europäische Alkohol und Gesundheitsforum installiert 35

2.6 Initiativen der Alkoholindustrie in Zusammenhang mit Alkoholforschung und Alkoholpolitik 36

2.7 Österreich und der „Handlungsrahmen für eine Alkoholpolitik in der Europäischen Region der WHO 38

2.7.1 Zu Strategie Nr. 1 38

2.7.1.1 Medienkampagnen 38

2.7.1.2 Schulische Suchtprävention 40

2.7.1.3 Suchtpräventionsarbeit durch die Exekutive 40

2.7.1.4 Österreichische Fachstellen für Suchtprävention 41

2.7.1.5 Orientierung der Suchtprävention in Österreich 41

2.7.1.6 Evaluation der Ansätze 41

2.7.2 Zu Strategie Nr. 2 ... 42
2.7.2.1 Familie ... 42
2.7.2.2 Arbeitsplatz ... 42
2.7.2.3 Verkehr ... 43
2.7.2.4 Strafvollzug ... 43
2.7.3 Zu Strategie Nr. 3 ... 43
2.7.4 Zu Strategie Nr. 4 ... 43
2.7.4.1 Weingartenstilllegung ... 44
2.7.4.2 Jugendschutz in Bezug auf Alkohol ... 44
2.7.4.3 Gewerbeordnung ... 44
2.7.4.4 Verkaufsbeschränkung oder -verbote ... 44
2.7.4.5 Alkoholbesteuerung: Einflussnahme über den Preis ... 45
2.7.5 Zu Strategie Nr. 5 ... 45
2.7.6 Zu Strategie Nr. 6 ... 46
2.7.7 Zu Strategie Nr. 7 ... 46
2.7.7.1 Schulung im Gastronomiebereich ... 47
2.7.7.2 Produktsicherheit ... 47
2.7.7.3 Kennzeichnungspflicht ... 47
2.7.8 Zu Strategie Nr. 8 ... 48
2.7.9 Zu Strategie Nr. 9 ... 48
2.7.10 Zu Strategie Nr. 10 ... 48
2.7.10.1 Die Gründung AlkoholKoordinations- und Informationsstelle (AKIS) ... 48
2.7.10.2 Die Installierung des österreichischen Alkoholforums ... 49
2.7.11 Regelmäßig durchgeführte Erhebungen und Befragungen national und international ... 49
2.7.11.1 WHO-Studie „Health Behaviour in School-Aged Children" ... 49
2.7.11.2 Eurobarometer ... 50
2.7.11.3 ESPAD ... 50
2.7.11.4 Österreichweite repräsentative Bevölkerungserhebung (General Population Survey – GPS) ... 51

3 Definitionen, Umrechnungsformeln, Messmethoden ... 52
3.1 Grundbegriffe und wichtige Formeln ... 52
3.1.1 Ethylalkohol ... 52
3.1.2 Methylalkohol ... 52
3.1.3 Angaben über Alkoholmenge und -konzentration ... 52
3.1.4 Umrechnung des Alkoholvolumens auf Alkoholgewicht ... 52
3.1.5 Approximative Umrechnung von Volumprozent auf Gewichtsprozent und umgekehrt ... 53
3.1.6 Umrechnung von „Gramm Alkohol pro Tag" in „Liter Alkohol pro Jahr" oder umgekehrt ... 54
3.1.7 Umrechnung von Grad Stammwürzegehalt bei Bier auf Vol.-% bzw. Gew.-% Alkohol ... 54
3.1.8 Umrechnung von Mostgewicht „Grad Klosterneuburger Mostwaage" bei Wein auf Vol.-% bzw. Gew.-% Alkohol ... 56
3.1.9 Alkoholgehalt alkoholischer Getränke ... 58
3.1.10 Messung in Standardglas ... 60
3.1.11 Alkoholaufnahme ... 61

3.1.12 Der theoretisch maximal mögliche Gipfel des Blutalkoholspiegel 62
3.1.13 Berechnung des theoretischen Alkoholspiegels 63
3.1.14 Abbau des Alkohols (Ethylalkohol) 66
3.1.15 Abbau des Methylalkohols 67
3.1.16 Messung der Blutalkohol-, Atemalkohol- und Urinalkoholkonzentration .. 67
3.1.17 Konsumierte Alkoholmenge und Promille-Wert 69
3.1.18 Identische vs. äquivalente Alkoholkonsummengen 70
3.2 Haltungen zum Alkoholkonsum und Funktionen des Alkoholkonsums 70
3.2.1 Qualitative Kategorien der individuellen Konsummotivation 70
3.2.2 Unterteilung von Trinkkulturen 71
3.2.3 Suchttrias – Suchtdreieck 71
3.3 „Alkoholismus“ und verwandte Begriffe 72
3.4 Alkoholismustypologien und Klassifikationssysteme 74
3.4.1 Definition von „Alkoholkrankheit“ und Alkoholismustypologie nach Jellinek (1960) 74
3.4.2 Typologie nach Cloninger 75
3.4.3 Primärer Alkoholismus vs. sekundärer Alkoholismus 76
3.4.4 Typologie nach Lesch 76
3.4.5 Klassifikation nach ICD 77
3.4.5.1 Klassifikation der alkoholverursachten Störungen nach ICD-9 78
3.4.5.2 Klassifikation der alkoholverursachten Störungen nach ICD-10 79
3.4.5.3 Leitlinien für einige wichtige ICD-10-Diagnosen 81
3.4.5.4 Schwierigkeiten in Zusammenhang mit der deutschen Übersetzung der ICD-10 Diagnosen 85
3.4.6 Klassifikation der alkoholverursachten Störungen nach DSM-IV-TR 85
3.4.7 Kategoriale vs. dimensionale Diagnostik 89
3.5 Vage und mehrdeutige Konzepte bei Befragungen 90
3.5.1 Was bedeutet „Alkoholrausch“ oder „Betrunkensein“? 90
3.5.2 Was bedeutet „Binge-Drinking“? 90
3.5.3 Was ist eine „Trinkgelegenheit“? 92
3.6 Klassifizierung nach dem Alkoholkonsumverhalten 92
3.6.1 Einteilung von AlkoholkonsumentInnen nach der durchschnittlichen Trinkmenge 93
3.6.2 Weitere gebräuchliche Unterteilungen von AlkoholkonsumentInnen 94

4 Auswirkungen des akuten und chronischen Alkoholkonsums 95
4.1 Rausch und Vergiftung 95
4.2 Toleranz, Abhängigkeit und Entzugssymptome 95
4.3 Der Kater nach Alkoholkonsum 96
4.4 Alkohol und Mortalität 99
4.4.1 Die akut tödliche Alkoholdosis 100
4.4.2 Die Häufigkeit des akuten Alkoholtodes 101
4.4.3 Anzahl der Menschen, die jährlich an akuten Alkoholvergiftungen sterben 101
4.4.4 Verlorene Lebensjahre durch Alkoholismus und Alkoholmissbrauch 103
4.5 Alkohol und Morbidität 104
4.5.1 Alkoholdelir, Delirium Tremens 104
4.5.2 Alkoholhalluzinose 104

4.5.3 Eifersuchtswahn ... 105
4.5.4 Alkoholische Wesensänderung, Psychoorganisches Syndrom ... 105
4.5.5 Hirnatrophie ... 105
4.5.6 Wernicke-Korsakow-Syndrom ... 105
4.5.7 Alkoholische Kleinhirnatrophie ... 105
4.5.8 Alkoholische Polyneuropathie ... 106
4.5.9 Alkoholepilepsie ... 106
4.5.10 Lebererkrankungen ... 106
4.5.11 Erkrankungen anderer Organe des Bauch- und Verdauungstraktes ... 106
4.5.12 Herzerkrankungen ... 106

5 Spezielle Themen ... 107
5.1 Selbstmordrisiko ... 107
5.2 Gibt es eine erhöhte Alkoholvulnerabilität bei Kindern? ... 108
5.3 Gibt es eine erhöhte Alkoholvulnerabilität bei Frauen? ... 109
5.3.1 Identische vs. äquivalente Alkoholmengen ... 109
5.3.2 Alkoholabhängige Frauen sind stärker mit psychischen Problemen belastet als alkoholabhängige Männer ... 110
5.4 Alkohol und Sexualität ... 110
5.5 Fetales Alkoholsyndrom (FAS), Fetale Alkoholeffekte (FAE) und Alkoholembryopathie (AE) ... 111
5.6 Stillen und Alkoholkonsum – die doppelte Verdünnung ... 112
5.7 Kinder aus alkoholbelasteten Familien ... 115
5.8 Alkoholismus und Co-Abhängigkeit ... 119
5.9 Alkohol am Arbeitsplatz ... 120
5.10 Die „Harmlosigkeitsgrenze“ und die „Gefährdungsgrenze“ ... 121
5.11 Gesundheitsfördernde Alkoholwirkung oder Risikofaktor Alkoholabstinenz? ... 123
5.11.1 U-förmige Zusammenhänge in der Literatur ... 123
5.11.2 Ansätze zur Erklärung des U-Zusammenhangs ... 124
5.11.3 Wirkungsmodelle zur Erklärung des U-Zusammenhangs ... 125
5.11.3.1 Alkohol als toxische Substanz ... 125
5.11.3.2 Alkohol als spezifisch protektive Substanz (gegen koronare Herzerkrankungen) ... 125
5.11.3.3 Alkohol als allgemein protektive Substanz (gegen stressinduzierte Erkrankungen) ... 125
5.11.4 Selbstselektionsmodelle zur Erklärung des U-Zusammenhangs ... 125
5.11.4.1 Ehemalige-Trinker-Hypothese ... 126
5.11.4.2 Soziokulturelle Regelungshypothese ... 126
5.11.4.3 Selbstschutz-Selbstmedikationshypothese ... 126
5.11.4.4 Selektive Konsumsteigerungshypothese ... 126
5.11.5 Zusammenfassende Beurteilung der sieben genannten Modelle ... 127
5.11.6 Zusammenfassende Charakterisierung nach Alkoholkonsumgewohnheiten ... 128

6 Grundlagen der Alkoholepidemiologie ... 130
6.1 Schätzungen auf der Basis offizieller Produktions-, Verkaufs-, Verwertungs-, Import- und Exportzahlen ... 130
6.1.1 Erfassung des Bierverbrauches in Österreich: „Versorgungsbilanz Bier“ ... 131

6.1.2 Erfassung des Weinverbrauches in Österreich: „Versorgungsbilanz Wein“ ... 131
6.1.3 Erfassung des Spirituosenverbrauches in Österreich ... 131
6.1.4 Dunkelzifferschätzung des Mostkonsums ... 132
6.2 Schätzungen über den Zusammenhang zwischen Alkoholverbrauch und bekannten Drittvariablen ... 132
6.2.1 Ledermann-Modell ... 133
6.2.2 Theorie der Gemeinsamkeit innerhalb trinkender Kulturen vs. Polarisierungshypothese ... 133
6.2.3 Alkoholkonsum und Leberzirrhosesterblichkeit – „Jellinek-Formel“ ... 134
6.3 Schätzungen auf der Basis von Befragungsergebnissen ... 135
6.4 Kombinierte Ansätze ... 136

7 Alkoholkonsum in Österreich ... 138
7.1 Chronischer Alkoholismus in Österreich ... 138
7.2 Relative Zunahme des Frauenalkoholismus ... 140
7.3 Prävalenz des Alkoholismus ... 141
7.4 Gesamtlebenszeitprävalenz des Alkoholismus ... 142
7.5 Inzidenz des Alkoholismus ... 143
7.6 Alkoholabstinenz und Alkoholmissbrauch in Österreich ... 143
7.7 Durchschnittskonsum in Österreich ... 145
7.7.1 Berechnung ... 145
7.7.2 Verlauf des Pro-Kopf-Alkoholkonsums ... 148
7.8 Durchschnittlicher Alkoholkonsum bei Alkoholikern und Nichtalkoholikern ... 151
7.9 Wie würde sich der durchschnittliche Alkoholkonsum ändern, wenn die ÖsterreicherInnen plötzlich weniger trinken würden? ... 152
7.10 Durchschnittlicher Pro-Kopf-Alkoholkonsum im internationalen Vergleich ... 153
7.11 Die europäische Konvergenz der Alkoholkonsummuster ... 155
7.12 Alkoholkonsum und Alkoholpreis ... 158
7.13 Alkoholtrinkfrequenz in Österreich ... 162
7.14 Alkoholberauschung bezogen auf Alter und Geschlecht ... 163
7.15 Jugend und Alkohol ... 165
7.15.1 Akzeleration, Emanzipation und Globalisierung ... 165
7.15.2 Trinkmenge und Trinkfrequenz bei Jugendlichen ... 167
7.15.3 Einstellung der ÖsterreicherInnen zum Einstiegsalter in den Alkoholkonsum ... 167
7.15.4 Regelmäßiger Alkoholkonsum bei Jugendlichen ... 168
7.15.5 Regelmäßiger Alkoholkonsum bei Jugendlichen im internationalen Vergleich ... 170
7.15.6 Durchschnittskonsum bei Jugendlichen ... 170
7.15.7 Problemkonsum bei Jugendlichen ... 171
7.15.8 Täglicher Alkoholkonsum bei Jugendlichen ... 172
7.15.9 Erfahrung mit Berauschung ... 172
7.15.10 Zunahme der alkoholbedingten Spitalsaufnahmen von Kindern und Jugendlichen ... 174
7.16 Gibt es ein Alkoholproblem im Alter? ... 178
7.16.1 Übermortalitätsbias: Überschätzung der Abnahme des Alkoholkonsums im Alter ... 178
7.16.2 Empirisch festgestellte Alkoholkonsumveränderungen im Alter ... 179

7.17 Art der konsumierten alkoholischen Getränke ... 181
7.18 Alkoholkonsummenge nach Bundesland ... 183
7.19 Alkoholkonsum nach Berufsbranchen ... 183
7.20 Trinkverbote und Trinkzwänge am Arbeitsplatz ... 184
7.21 Der Stellenwert von alkoholfreiem Bier und Wein in Österreich ... 185
7.22 Trinkmenge nach Wochentagen ... 187
7.23 Trinkgelegenheiten und Vertretbarkeit von Alkoholkonsum ... 188
7.24 Alkohol im Straßenverkehr ... 190

8 Ausgewählte Statistiken als Referenzzahlen für andere Kapitel ... 192
8.1 Todesursachen in Österreich ... 192
8.1.1 Tod durch eine akute Alkoholvergiftung ... 193
8.1.2 Leberzirrhose- und Alkoholismusmortalität ... 194
8.2 Alkoholrelevante Spitalsentlassungsdiagnosen ... 202
8.3 Todesursache „chronische Lebererkrankungen"– Österreich ... 209
8.4 Todesursache Leberzirrhose – international ... 210
8.5 Wohnbevölkerung – Österreich ... 211

9 Definition und steuerliche Behandlung alkoholischer Getränke ... 212
9.1 Alkoholfreie Getränke ... 212
9.1.1 Gesetzliche Grundlagen ... 212
9.1.2 Was gilt als „alkoholfreies Getränk" ... 212
9.2 Bier, bierhaltige Getränke, Radler ... 213
9.2.1 Gesetzliche Grundlagen ... 213
9.2.2 Definition von Bier und Biersorten in Österreich ... 213
9.2.3 Erzeugung von Bier ... 214
9.3 Wein, Obstwein, Schaumwein, Zwischenerzeugnisse ... 214
9.3.1 Gesetzliche Grundlagen ... 214
9.3.2 Definition von Wein, Obstwein, Schaumwein und Zwischenerzeugnis ... 215
9.3.2.1 Definition von Wein und Obstwein ... 215
9.3.2.2 Die drei Kategorien des Schaumweingesetzes ... 218
9.3.2.3 Definition von Obstwein ... 219
9.3.2.4 Schaumwein ... 220
9.3.2.5 Zwischenerzeugnisse ... 220
9.3.3 Erzeugung von Wein, Obstwein, Schaumwein ... 221
9.4 Spirituosen ... 221
9.4.1 Gesetzliche Grundlagen ... 221
9.4.2 Definition von Spirituosen ... 222
9.4.3 Erzeugung von Alkohol bzw. Spirituosen ... 222
9.4.3.1 Herstellung in einer „Verschlussbrennerei" ... 223
9.4.3.2 Herstellung unter „Abfindung" ... 223
9.4.3.3 Unter Abfindung hergestellter „Hausbrand" ... 223
9.5 Alkopops, Radler und andere alkoholhältige Mischgetränke ... 224

10 Fiskalische Bestimmungen - Steuern und Abgaben ... 226
10.1 Allgemeines ... 226
10.2 Steuer- und Abgabensätze – Details ... 226
10.2.1 Umsatzsteuer ... 227
10.2.2 Getränkesteuer (aufgehoben) ... 227
10.2.3 Alkoholabgabe (aufgehoben) ... 228

10.2.4 Biersteuer ... 228
10.2.4.1 Besteuerung von Bier beim Verbrauch – Beispiel ... 229
10.2.5 Weinsteuer (aufgehoben) ... 229
10.2.6 Schaumweinsteuer (aufgehoben) ... 229
10.2.7 Zwischenerzeugnissteuer ... 230
10.2.8 Alkoholsteuer ... 230
10.2.8.1 Besteuerung von Spirituosen beim Verbrauch – Beispiel ... 231
10.2.9 Alkopopsteuer ... 232
10.3 Branntweinmonopol – Alkoholmonopol ... 233
10.4 Bestimmungen über die zollfreie Einfuhr von alkoholischen Getränken durch Privatpersonen ... 233
10.4.1 Regelungen vor dem EU-Beitritt ... 233
10.4.2 Regelungen nach dem EU-Beitritt Österreichs ... 234
10.4.2.1 Einfuhr aus Nicht-EU-Staaten ... 234
10.4.2.2 Einfuhr aus der Europäischen Union ... 235

11 Wirtschaftliche Details zu alkoholischen Getränken ... 238
11.1 Bier ... 238
11.1.1 Braustätten ... 238
11.1.2 Österreichische Versorgungsbilanz Bier und Bierverbrauch international ... 239
11.2 Wein und Schaumwein ... 242
11.2.1 Begrenzung der Weinproduktion ... 243
11.2.2 Weingartenstilllegung nach dem österreichischen Weingesetz ... 245
11.2.3 Weingartenstilllegung nach EU-Recht ... 245
11.2.4 EU-Weinmarktordnung ... 246
11.2.5 Wirtschaftliche Faktoren ... 247
11.2.5.1 Bruttowertschöpfung ... 247
11.2.5.2 Weinpreisentwicklung ... 247
11.2.5.3 Österreichische Weinbilanz und Weinverbrauch international ... 248
11.2.6 Produktionswerte für Schaumwein in Österreich ... 251
11.3 Spirituosen ... 252
11.3.1 Spirituosenerzeugung und -verbrauch in Österreich und international ... 252
11.4 Schätzung des Mostkonsums in Österreich ... 254
11.5 Konsumentwicklung bei Alkopops, Radler und andere alkoholhältige Mischgetränken ... 257
11.6 Gesamtüberblick über Produktion und Verbrauch alkoholischer Getränke in Österreich ... 260

12 Alkohol als Wirtschaftsfaktor ... 265
12.1 Ausgaben der Österreicher für alkoholische Getränke ... 265
12.1.1 Internationaler Vergleich ... 270
12.2 Steuereinnahmen im Zusammenhang mit alkoholischen Getränken ... 271
12.3 Kosten und Nutzen des Alkoholkonsums ... 273
12.3.1 Tangible Kosten vs. intangible Kosten ... 273
12.3.2 Woher kommen die grundlegenden Zahlen? ... 274
12.3.3 Messbarkeit relevanter Dimensionen und der Vermeidbarkeit von Kosten ... 274

12.3.4 Kosten für wen? ... 276
12.3.5 Volkswirtschaftliche Kosten-Nutzen-Berechnungen ... 276
12.3.5.1 Der Stellenwert von Transferleistungen ... 276
12.3.5.2 Die Scheinquantifizierung verlorener Lebensjahre in monetären Einheiten ... 277
12.3.5.3 Kunstgriffe um die wirtschaftliche Bedeutung des Alkohols zu relativieren ... 278
12.3.5.4 Kunstgriff um die Kosten des Alkoholmissbrauchs groß erscheinen zu lassen ... 279
12.3.5.5 Mangelnde Konsistenz empirischer Kostenberechnungen ... 280
12.3.6 Kosten für Staat und Sozialsystem ... 283
12.3.7 Kosten für die Pensionsversicherung ... 284
12.3.8 Kosten für Betriebe ... 287
12.3.9 Kosten für die Familie ... 287

13 Einschränkungen und Verbote bezüglich Bewerbung, Verkauf und Konsum von alkoholischen Getränken ... 288
13.1 Werbebeschränkungen und -verbote für Alkohol ... 288
13.1.1 Selbstbeschränkungssystem der Österreichischen Werbewirtschaft ... 289
13.1.1.1 Verein „Gesellschaft zur Selbstkontrolle der Werbewirtschaft“ ... 289
13.1.1.2 Österreichischer Werberat (ÖWR) ... 290
13.1.2 Allgemeine Geschäftsbedingungen des ORF ... 294
13.1.3 Werberichtlinien des Internationalen Skiverbandes ... 295
13.1.4 Kommunikationskodex der österreichischen Brauwirtschaft ... 295
13.1.5 Gesetzliche Beschränkungen der Werbung in Radio und Fernsehen in Österreich ... 296
13.1.5.1 ORF-Gesetz 1984 idF BGBl. I Nr. 102/2007 ... 297
13.1.5.2 Privatradiogesetz 2001 (PrR-G) idF BGBl. I Nr. 169/2004 ... 298
13.1.5.3 Privatfernsehgesetz 2001 idF BGBl. I Nr. 52/2007 ... 299
13.1.5.4 KommAustria-Gesetz 2001 idF BGBl. I Nr. 15/2007 ... 300
13.1.5.5 Schulunterrichtsgesetz [SchUG – BGBl. Nr. 472/1986 (WV), idF BGBl. I Nr. 28/2008] ... 302
13.1.5.6 Schulorganisationsgesetz 1962 (SchOG) idF BGBl. I Nr. 26/2008 ... 302
13.1.5.7 EASA – European Advertising Standards Alliance ... 303
13.1.5.8 Europäisches Übereinkommen über das grenzüberschreitende Fernsehen 1998 idF BGBl. III Nr. 64/2002 ... 304
13.1.5.9 Europäische Fernsehrichtlinie vom 3. Oktober 1989 ... 304
13.1.5.10 Empfehlung des Rates vom 5. Juni 2001 zum Alkoholkonsum von jungen Menschen, insbesondere von Kindern und Jugendlichen ... 305
13.1.6 Werbeaufwand für alkoholische Getränke in Mio. Euro ... 306
13.2 Weitere Verkaufs-, Zugangs- und/oder Konsumbeschränkungen ... 307
13.2.1 Jugendschutz ... 307
13.2.1.1 Beschäftigung von Kindern und Jugendlichen 1987 (KJBG) idF BGBl. I Nr. 79/2003 ... 307
13.2.1.2 Schulordnung idF BGBl. II Nr. 181/2005 ... 307

13.2.1.3 Jugendschutz im Kompetenzbereich der Bundesländer 307
13.2.1.4 Beurteilung der Jugendschutzbestimmungen durch Österreicher 313
13.2.1.5 Jugendschutz international 314

14 Alkohol und Straßenverkehr 316
14.1 Gesetzliche Grundlagen 317
14.2 Allgemeines 317
14.3 Überblick über die Entwicklung der rechtlichen Situation und Verkehrssicherheitsmaßnahmen in Österreich 320
14.3.1 0,5-Promillegrenze 321
14.3.2 Probeführerschein 322
14.3.3 Punkteführerschein und Vormerksystem 323
14.3.4 Sanktionen 324
14.4 Alkoholgrenzwerte und Sanktionen im Detail 325
14.4.1 Blutalkoholwert bis höchstens 0,1 Promille (Atemalkoholwert bis höchstens 0,05mg/l) 325
14.4.2 Auswirkungen auf das Verwaltungsstrafrecht 325
14.4.2.1 0,1 bis 0,49 Promille 325
14.4.2.2 0,5 bis 0,79 Promille 326
14.4.2.3 0,8 bis 1,19 Promille 326
14.4.2.4 1,2 bis 1,59 Promille 327
14.4.2.5 ab 1,6 Promille oder bei Verweigerung des Alkomattests 327
14.4.3 Führerscheinentzug, Fahrtüchtigkeit, Verkehrszuverlässigkeit, gesundheitliche Eignung 327
14.4.4 Auswirkungen auf das gerichtliche Strafrecht 328
14.5 Rechte und Pflichten der Kraftfahrer bei Alkoholkontrollen 328
14.5.1 Sturztrunk und Nachtrunk 329
14.5.2 Atemalkoholmessgerät – Alkomat 331
14.6 Alkohol-Vortestgerät 332
14.7 Promillegrenzen im europäischen Vergleich 332
14.8 Verkehrsüberwachung – Alkohol 333
14.9 Straßenverkehrsunfälle 334

15 Alkohol und Strafrecht 339
15.1 Auszüge aus gesetzlichen Bestimmungen 339
15.2 Forensische bzw. rechtsmedizinische Aspekte des Alkoholkonsums 339
15.3 Strafrechtliche Aspekte im Zusammenhang mit Produktion, Werbung, Vertrieb und Fiskus 339
15.4 Strafbarkeit von Alkoholisierung 340
15.4.1 Zurechnungsunfähigkeit 340
15.4.2 Verfahrensweise der Exekutive mit Alkoholisierten 340
15.4.3 Alkohol im Strafvollzug 341
15.5 Alkoholkriminalität 342

16 Behandlung des Alkoholismus 343
16.1 Entwicklung des professionellen Behandlungs- und Betreuungsangebots für AlkoholikerInnen in Österreich 343
16.2 Das „Modell Kalksburg“ 345

16.3 Selbsthilfe für Alkoholkranke und Angehörige von Alkoholkranken in Österreich 348
16.3.1 Begegnungsgruppen des Blauen Kreuzes 349
16.3.1.1 Hintergrund und Programm 349
16.3.1.2 Aufnahmekriterien – Mitgliederstruktur – Gruppengröße 349
16.3.1.3 Finanzierung 349
16.3.1.4 Struktur und Verlauf der Treffen 350
16.3.1.5 Umgang mit Berauschung und Ausschluss 350
16.3.2 Professionell organisierte Selbsthilfegruppen 350
16.3.2.1 Hintergrund und Programm 350
16.3.2.2 Aufnahmekriterien – Mitgliederstruktur – Gruppengröße 351
16.3.2.3 Finanzierung 351
16.3.2.4 Struktur und Verlauf der Treffen 352
16.3.2.5 Umgang mit Berauschung und Ausschluss 352
16.3.3 Selbsthilfegruppen in Institutionen 352
16.3.3.1 Hintergrund und Programm 352
16.3.3.2 Aufnahmekriterien – Mitgliederstruktur – Gruppengröße 353
16.3.3.3 Finanzierung 353
16.3.3.4 Struktur und Verlauf der Treffen 353
16.3.3.5 Umgang mit Berauschung und Ausschluss 353
16.3.4 Gruppen der Anonymen Alkoholiker (AA) und der Angehörigen von AlkoholikerInnen (Al-Anon) 354
16.3.4.1 Hintergrund und Programm 354
16.3.4.2 Aufnahmekriterien – Mitgliederstruktur – Gruppengröße 355
16.3.4.3 Finanzierung 355
16.3.4.4 Struktur und Verlauf der Treffen 355
16.3.4.5 Umgang mit Berauschung und Ausschluss 356
16.4 Hilfs- und Behandlungsangebote für Alkoholkranke 357
16.4.1 Ambulante Einrichtungen 357
16.4.1.1 Burgenland 357
16.4.1.2 Kärnten 358
16.4.1.3 Niederösterreich 361
16.4.1.4 Oberösterreich 365
16.4.1.5 Salzburg 368
16.4.1.6 Steiermark 370
16.4.1.7 Tirol 373
16.4.1.8 Vorarlberg 375
16.4.1.9 Wien 376
16.4.2 Stationäre Einrichtungen 378
16.4.2.1 Kärnten 378
16.4.2.2 Niederösterreich 379
16.4.2.3 Oberösterreich 381
16.4.2.4 Salzburg 382
16.4.2.5 Steiermark 383
16.4.2.6 Tirol 385
16.4.2.7 Vorarlberg 385
16.4.2.8 Wien 386

16.5 Suchtkoordinationstellen der Bundesländer und Fachstellen für Suchtprävention 387

17 Gesetzestexte und Dokumente 389

17.1 Gesetzliche Grundlagen zu alkoholischen Getränken 389

17.1.1 Österreichischer Lebensmittelcodex 389

17.1.1.1 Grundlagen 389

17.1.1.2 Biercodex – Kapitel B 13 des Lebensmittelcodex – Stand 1.7.2006 391

17.1.1.3 Spirituosencodex – Kapitel B 23 „Spirituosen“ des Lebensmittelcodex – Stand 1.7.2006 395

17.1.1.4 Codex Alimentarius – weltweiter Codex 403

17.1.2 Lebensmittelsicherheits- und Verbraucherschutzgesetz idF BGBl. I Nr. 112/2007 404

17.1.3 Lebensmittelbewirtschaftungsgesetz 2006 idF BGBl. I Nr. 2/2008 406

17.1.4 Lebensmittelkennzeichnungsverordnung 1993 idF BGBl. II Nr. 165/2008 406

17.1.5 Alkoholangabenverordnung 1997 - StF BGBl. II Nr. 136/1997 407

17.1.6 Zolltarif der EU (kombinierte Nomenklatur) idF VO (EG) Nr. 301/2007 408

17.1.6.1 Auszug Kapitel 20 „Zubereitungen von Gemüse, Früchten, Nüssen oder anderen Pflanzenteilen“ der Kombinierte Nomenklatur (Auszug) *Verordnung (EG) Nr. 301/2007* 409

17.1.6.2 Auszug aus Kapitel 22 „Getränke, alkoholhaltige Flüssigkeiten und Essig“ der Kombinierte Nomenklatur (Auszug) idF *Verordnung (EG) Nr. 301/2007* 409

17.1.7 Umsatzsteuergesetz 1994 idF BGBl. I Nr. 99/2007 411

17.1.8 Biersteuergesetz 1995 idF BGBl. I Nr. 57/2004 412

17.1.9 Weingesetz 1999 idF BGBl. I Nr. 112/2007 414

17.1.10 Weingesetz - Bezeichnungsverordnung 1997 idF BGBl. II Nr. 122/2008 .. 428

17.1.11 Weinverordnung 1992 idF BGBl. I Nr. 13/2006 430

17.1.12 Methodenverordnung 1989 idF BGBl. I. Nr. 141/1999 431

17.1.13 Rebenverkehrsgesetz 1996 idF BGBl. I Nr. 110/2002 432

17.1.14 Schaumweinsteuergesetz 1995 idF BGBl. I Nr. 57/2004 432

17.1.15 Alkoholsteuergesetz 1994 idF BGBl. I Nr. 161/2005 434

17.1.16 Abfindungsverordnung 1995 idF BGBl. II Nr. 319/2006 438

17.1.17 Vergällung und Vergällungsverordnung (Auszug) 439

17.1.18 Bestimmungen über neutralen Alkohol nach ÖNORM C 3001 - 1. September 1997 440

17.1.19 Zollrechts-Durchführungsgesetz idF BGBl. I Nr. 2/2008 441

17.2 Gesetzliche Grundlagen zum Problembereich Alkohol und Straßenverkehr ... 442

17.2.1 Führerscheingesetz 1997 idF BGBl I 31/2008 442

17.2.2 Nachschulungsverordnung 2002 idF BGBl. Nr. 220/2005 451

17.2.3 Führerscheingesetz-Gesundheitsverordnung 1997 idF BGBl. II Nr. 64/2006 455

17.2.4 13. Novelle der Straßenverkehrsordnung 1986 456

17.2.5 Straßenverkehrsordnung 1960 idF BGBl. I Nr. 2/2008 457

17.2.6 Alkomatverordnung 1994 idF BGBl. II Nr. 146/1997 460

17.2.7 Alkoholvortestgeräteverordnung idF BGBl. II 404/2005 461

17.2.8 Kraftfahrgesetz 1967 idF BGBl. I Nr. 99/2006 462

17.2.9 Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherungsgesetz 1994 idF BGBl. I Nr. 37/2007 ... 463
17.2.10 Versicherungsvertragsgesetz 1958 idF BGBl. I 95/2006 ... 463
17.2.11 3. Richtlinie 2006/126/EG des Rates über den Führerschein ... 463
17.3 Gesetzliche Bestimmungen zu Alkoholkonsum und Alkoholisierung (Alkohol und Strafrecht) ... 468
17.3.1 Strafgesetzbuch 1975 idF BGBl. I Nr. 112/2007 ... 468
17.3.2 Strafprozessordnung 1975 idF BGBl. I Nr. 109/2007 ... 470
17.3.3 Europäische Menschenrechtskonvention ... 471
17.3.4 Gesetz über die Zulässigkeit des Verbotes des Betretens von Gast- und Schankgewerbebetrieben 1952 (aufgehoben) ... 471
17.3.5 Sicherheitspolizeigesetz idF BGBl. I Nr. 4/2008 ... 471
17.3.6 Strafvollzugsgesetz idF BGBl. I Nr. 109/2007 ... 472
17.3.7 Unterbringungsgesetz idF BGBl. I Nr. 12/1997 ... 475
17.3.8 Verwaltungsstrafgesetz idF BGBl. I Nr. 5/2008 ... 477
17.3.9 Polizeigefangenenhaus-Hausordnung idF BGBl. II Nr. 185/1998 ... 477
17.3.10 Anhalteordnung – AnhO idF BGBl. II Nr. 439/2005 ... 477
17.4 Gesetzliche Bestimmung zu Vertrieb, Verkauf und Konsum alkoholischer Getränke ... 478
17.4.1 Vertriebsbeschränkungen – Vertriebsrechte ... 478
17.4.2 Regulierungen und Beschränkungen in der Gewerbeordnung 1994 - idF BGBl. I Nr. 42/2008 ... 479
17.4.2.1 Ausnahmen von der Anwendung der Gewerbeordnung – § 2 ... 479
17.4.2.2 Allgemeine Maßnahmen gegen Alkoholmissbrauch, § 112 der Gewerbeordnung ... 481
17.4.2.3 Alkoholausschank an Jugendliche § 114 der Gewerbeordnung ... 481
17.4.2.4 Sperrstunde und Aufsperrstunde, § 113 der Gewerbeordnung ... 481
17.4.2.5 Sonstige Rechte oder Pflichten aus der Gewerbeordnung 1994 ... 483
17.4.3 Berufs-, branchen- oder bereichsspezifische Einschränkungen, Verbote oder Konsequenzen bei Alkoholkonsum oder -abhängigkeit ... 485
17.4.3.1 ArbeitnehmerInnenschutzgesetz 1994 idF BGBl. II Nr. 13/2007 ... 485
17.4.3.2 Bauarbeiterschutzverordnung idF BGBl. II Nr. 13/2007 ... 485
17.4.3.3 Berufsausbildungsgesetz 1969 idF BGBl. I Nr. 82/2008 ... 486
17.4.3.4 Bundes-Bedienstetenschutzgesetz 1999 idF BGBl. I Nr. 2/2008 ... 486
17.4.3.5 Gewerbeordnung 1859 – Gewerbliches Hilfspersonal idF BGBl. Nr. 399/1974 ... 486
17.4.3.6 Ärztegesetz 1998 idF BGBl. I Nr. 57/2008 ... 487
17.4.3.7 Kraftfahrliniengesetz 1952 – Durchführungsverordnung idF BGBl. II Nr. 45/2001 ... 487
17.4.3.8 Betriebsordnung für den nichtlinienmäßigen Personenverkehr – BO 1994 idF BGBl. II Nr. 165/2005 ... 488
17.4.3.9 Luftfahrtgesetz idF BGBl. I Nr. 70/2008 ... 488

17.4.3.10 Zivilluftfahrt-Personalverordnung 1958 idF *BGBl. II Nr. 205/2006* ... 488
17.4.3.11 Luftverkehrsregeln 1967 - LVR 1967 idF BGBl. II Nr. 91/2008 ... 489
17.4.3.12 Schifffahrtsgesetz 1997 idF BGBl. I Nr. 78/2008 ... 489
17.4.3.13 Wasserstraßen-Verkehrsordnung idF BGBl. II Nr. 186/2008 ... 492
17.4.3.14 Seen- und Fluss-Verkehrsordnung idF BGBl. II Nr. 237/1999 ... 492
17.4.3.15 Wehrrecht ... 493
17.4.3.16 Waffengesetz 1996 idF BGBl. I Nr. 4/2008 ... 494
17.4.3.17 2. Waffengesetz-Durchführungsverordnung idF BGBl. II Nr. 459/2003 ... 494
17.4.3.18 Internationales Übereinkommen gegen Doping im Sport 2007 ... 495
17.4.3.19 Tuberkulosegesetz (Auszug) ... 496
17.4.3.20 Anerbengesetz idF BGBl. I Nr. 112/2003 ... 497
17.4.4 Jugendschutzgesetze der Bundesländer ... 498
17.4.4.1 Burgenländisches Jugendschutzgesetz 2002 idF LGBl. Nr. 4/2007 ... 498
17.4.4.2 Kärntner Jugendschutzgesetz idF LGBl Nr. 54/2007 ... 500
17.4.4.3 Niederösterreichisches Jugendgesetz idF 4600-10/2008 ... 502
17.4.4.4 Oberösterreichisches Jugendschutzgesetz 2001 idF LGBl. Nr. 90/2005 ... 503
17.4.4.5 Salzburger Jugendgesetz idF LGBl Nr. 98/2006 ... 504
17.4.4.6 Steiermärkisches Jugendschutzgesetz idF LGBl. Nr. 76/2005 ... 506
17.4.4.7 Tiroler Jugendschutzgesetz 1994 idF LGBl. Nr. 5/2005 ... 507
17.4.4.8 Vorarlberger Jugendgesetz 1999 idF LGBl. Nr. 3/2008 ... 507
17.4.4.9 Wiener Jugendschutzgesetz 2002 idF LGBl. Nr. 23/2008 ... 511
17.4.5 Rechtslage der Bundesländer betreffend das Veranstaltungsrecht im Alkoholbereich ... 512
17.4.5.1 Burgenland ... 512
17.4.5.2 Kärnten ... 513
17.4.5.3 Niederösterreich ... 513
17.4.5.4 Oberösterreich ... 514
17.4.5.5 Salzburg ... 515
17.4.5.6 Steiermark ... 515
17.4.5.7 Tirol ... 516
17.4.5.8 Vorarlberg ... 517
17.4.5.9 Wien ... 518
17.5 Dokumente ... 518
17.5.1 Auszug aus den „Dublin Principles“ ... 518
17.5.2 „Genfer Partnerschaft für Alkoholfragen in Richtung Globale Charta“ ... 519

18 Sonstiges Datenmaterial ... 521

19 Literatur ... 524

1 Einleitung

Das „Handbuch Alkohol – Österreich“ versucht ein möglichst vollständiges Bild über ganz unterschiedliche theoretische und empirische Aspekte zu bieten, die im Zusammenhang mit Alkohol und Alkoholkonsum relevant sind. Ganz besonders großes Augenmerk wurde dabei auf jene Aspekte gelegt, die in Anfragen an das Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung, an Statistik Austria und an das Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend immer wieder angesprochen wurden. Das Handbuch soll also gut fundierte Antworten auf besonders häufig gestellte Fragen bieten und Interessierten auch einen raschen Zugang zu einer vertiefenden Auseinandersetzung ermöglichen.

Es wird versucht, zu jedem Thema einen kurzen und anschaulichen Überblick zu bieten und dort, wo es sinnvoll ist – z.B. bei Gesetzestexten – auch den Originaltext anzubieten. Originaltexte werden immer eingerückt und kursiv dargestellt, um sie eindeutig als solche erkenntlich zu machen. Englische Texte werden meist nur in deutscher Übersetzung angeboten. Wo sinnvolle deutsche Übersetzungen vorliegen, wurden diese verwendet, wo die deutsche Übersetzung nach Ansicht der Autorinnen und Autoren den Inhalt der englischen Originaldokumente nur sehr unzulänglich wiedergab, wurden die Texte neuerlich übersetzt. Grundsätzlich erfolgt bei Texten, die in englischer und in deutscher Sprache veröffentlicht wurden, ein Literaturhinweis auf beide Versionen und – falls nicht die offizielle deutsche Übersetzung angeboten wird – immer auch ein Hinweis, von wem die Übersetzung durchgeführt wurde.

Da die Texte zu den einzelnen Kapiteln im Zuge der Überarbeitungen und Ergänzungen seit der ersten Auflage immer umfangreicher wurden, war es nötig, grundlegende Veränderungen am Handbuch vorzunehmen. Einerseits wurde ein größeres Seitenformat gewählt und andererseits wurden umfangreiche Gesetzestexte und Dokumente im Text auf die wesentlichen Teile reduziert. Die ursprünglich inkludierten umfangreichen Gesamttexte können allerdings einfach über die AKIS-Homepage (www.api.or.at/akis) aus dem Internet herunter geladen werden.

Viele Abschnitte des Handbuchs sind Zusammenfassungen oder besonders relevante Kapitel von umfassenden Publikationen, die teilweise ergänzt und aktualisiert wurden. Grundsätzlich erfolgt dabei immer ein Verweis auf die Quelle und, falls eine Überarbeitung erfolgte, auch darauf, dass der Text vom Original abweicht und von wem der Text überarbeitet worden ist.

Trotz sorgfältigster Bearbeitung kann schon angesichts der fortschreitenden Entwicklungen keine Gewähr dafür übernommen werden, dass die Arbeit in allen Bereichen zum Zeitpunkt der Drucklegung dem aktuellen Stand entspricht. Insbesondere blieben bei Zitierung von Rechtsvorschriften des Bundes mitunter jene Änderungen unberücksichtigt, die sich durch mittels Bundesministeriengesetz normierte Änderungen des Zuständigkeitsbereiches von BundesministerInnen bzw. Bundesministerien gegenüber der Stammfassung der Rechtsvorschrift ergaben.

2 Alkoholpolitik

2.1 Europäische Alkoholpolitik im Spannungsfeld zwischen Kontrollansatz und problemfokussierendem Ansatz

Weitgehende Einigkeit herrscht in Europa unter GesundheitspolitikerInnen und ForscherInnen darüber, dass Alkoholmissbrauch und Alkoholismus große gesellschaftliche Probleme verursachen und dass hier Handlungsbedarf besteht. Abweichende Vorstellungen gibt es innerhalb der europäischen Staaten allerdings hinsichtlich der Frage, wie die Ziele der Alkoholpolitik konkret zu definieren sind bzw. wie man sich dem Problem präventiv annähern soll:

- „bevölkerungsbezogener Ansatz“ oder „Kontrollansatz“:
  Auf der einen Seite existiert eine alkoholkritische Position, die im Alkoholkonsum generell ein Übel sieht, die sich für paternalistische Maßnahmen zur Begrenzung jeglichen Alkoholkonsums ausspricht und die im Konzept kaum zwischen moderatem Alkoholkonsum und Alkoholmissbrauch unterscheidet. Die alkoholkritische Position spielt in den protestantisch beeinflussten, angelsächsisch geprägten und nordeuropäischen Regionen eine große Rolle – in Kulturen also, die Pittman (1967) den Alkoholkonsum betreffend als „Ambivalenzkulturen“ [1] bezeichnete (vgl. Kap. 3.2.2, S. 71). Da hier Maßnahmen begrüßt werden, die auf die gesamte Bevölkerung – auch auf jenen Teil, dessen Konsumverhalten unbedenklich ist – zielen, wird diese Position häufig als „bevölkerungsbezogener Ansatz“ oder „Kontrollansatz“ bezeichnet. Die Vorstellung, dass im Sinne des bevölkerungsorientierten Ansatzes auch der moderate Alkoholkonsum – also jeglicher Alkoholkonsum in der Gesellschaft – erschwert werden müsse, leitet sich primär von der „Theorie der Gemeinsamkeit innerhalb trinkender Kulturen“ ab (vgl. Kap. 6.2.2., S. 133).
- „personenbezogener Ansatz“ oder „problemfokussierender Ansatz“:
  Auf der anderen Seite findet man eine problemfokussierende Position, die zwar Alkoholmissbrauch und Alkoholismus als wichtige Problemfelder erkennt, die den moderaten Alkoholkonsum aber als zentralen Teil von Kultur und Lebensqualität sieht und diese keinesfalls problematisiert sehen will. In der Folge wird hier auch streng zwischen Problemkonsum und unproblematischem Konsum unterschieden. Die problemfokussierende Position dominiert in den katholisch geprägten alpinen und südeuropäischen Kulturen, die Pittman (1967) den Alkoholkonsum betreffend als „Permissivkulturen“ [1] (vgl. Kap. 3.2.2, S. 71) bezeichnete. Da VertreterInnen der problemfokussierenden Position einerseits auf kommunikative Maßnahmen zur Aufklärung und Erziehung der Individuen und andererseits auf die emanzipatorische Förderung von protektiven Faktoren im Sinne der Ottawa Charta (WHO 1986) setzen, wird dieser Ansatz oft auch als „personenbezogener Ansatz“ oder auch als „Gesundheitsförderungsansatz“ bezeichnet.

Wenn man Trinkgewohnheiten und alkoholbezogene Probleme in Europa vergleicht, so stellt man fest, dass Ambivalenzkulturen durch eine restriktive Alkoholpolitik, durch einen relativ niedrigen Alkoholdurchschnittskonsum, aber durch viele Probleme in Zusammenhang mit

1 Pittman unterscheidet hinsichtlich des Alkoholkonsums vier Kategorien: „Abstinenzkulturen“ („abstinent cultures“), „Ambivalenzkulturen“ („ambivalent cultures“), „Permissivkulturen“ („permissive cultures“) und „extreme Permissivkulturen“ („over-permissive cultures“).

Rauschexzessen charakterisiert sind (Leifman et al. 2002). In den Permissivkulturen hingegen, zu denen auch Österreich zählt, gibt es eine liberale Alkoholpolitik, einen relativ hohen Alkoholdurchschnittskonsum, dafür aber vergleichsweise *wenige* Probleme im Zusammenhang mit Rauschexzessen.

Vor der Einbindung in die EU konnten die europäischen Staaten ihre Alkoholpolitik weitgehend souverän gestalten. Der Gestaltungsspielraum der einzelnen Staaten war damals kaum eingeschränkt, jeder Staat konnte seine Vorstellungen im eigenen Einflussbereich umsetzen, und es bestand keine unmittelbare Notwendigkeit, die anderen Staaten von der eigenen Politik aktiv zu überzeugen. Es gab daher nur selten heftige innereuropäische Diskussionen über den „richtigen" Zugang zur Alkoholpolitik. Im Zuge der Integration Europas, der wegfallenden Zollgrenzen, der europäischen Deregulierungsbestrebungen und der wachsenden Zahl europaweiter Gesetze und Regulative hat der alkoholpolitische Gestaltungsspielraum der Einzelstaaten jedoch kontinuierlich abgenommen. In Nordeuropa sanken infolge dieser Entwicklung Umfang und Ausmaß der Alkoholkontrollmaßnahmen und gleichzeitig begann der Alkoholkonsum zu steigen. Dieser Konsumanstieg wird in Nordeuropa meist im Sinne der „Konsum-reagiert-auf-Policy-Änderungen-Hypothese" interpretiert und nicht im Sinne der angesichts der Datenlage zumindest ebenso plausiblen „Policy-unabhängigen-europäischen-Konvergenzhypothese" (vgl. Kap. 7.11, S. 155).

Um das Rad der alkoholpolitischen Entwicklung in ihrem Einflussgebiet zu blockieren bzw. teilweise sogar zurückzudrehen, versuchten die nordischen Staaten anfangs das Recht zu verankern, die traditionellen Säulen ihrer Alkoholpolitik beibehalten zu dürfen. Als sich dann aber mehr und mehr herausstellte, dass man sich dem Druck der gesamteuropäischen Entwicklungen langfristig kaum erfolgreich verschließen kann, verschob sich der Schwerpunkt der Aktivitäten zusehends dahingehend, das nordische Modell der Alkoholpolitik verstärkt für ganz Europa zu propagieren. Sehr zugute kam dem Norden hier, dass dort – im Gegensatz zum restlichen Europa – schon über Jahrzehnte sehr viel Geld in epidemiologische Alkoholforschung investiert worden war. Das hat u. a. zur Folge, dass heute der Großteil der international renommierten AlkoholepidemiologInnen aus diesem Raum stammen, diese kulturell von der nordeuropäischen Perspektive der Alkoholpolitik geprägt sind, die alkoholpolitischen Forderungen des Nordens wohlwollend kommentieren bzw. durch Hinweise auf empirische Forschungsergebnisse stützen und fast eine Monopolstellung erlangt haben.

2.2 Evidenzbasierte Alkoholpolitik und das EU-Projekt „Bridging the Gap"

Seit vielen Jahrzehnten existiert eine Gruppe renommierter internationaler AlkoholforscherInnen, die es sich, in enger Kooperation mit der WHO, zur Aufgabe gemacht hat, wissenschaftlich fundierte Schlussfolgerungen zu möglichen alkoholpolitischen Maßnahmen zu formulieren und zu begründen. Als Hintergrundsinformation dazu sollte man bedenken, dass, wie in Kap. 2.1 begründet, der Großteil dieser EpidemiologInnen aus dem nordeuropäischen und angelsächsischen Raum stammt und deutlich von der nordeuropäischen Perspektive der Alkoholpolitik geprägt ist, sowie dass es vergleichsweise nur wenige international anerkannte EpidemiologInnen gibt, die von der südeuropäisch-alpinen Perspektive geprägt sind.

Wichtige Publikationen in diesem Zusammenhang stammen von Bruun et al. (1975), Edwards et al. (1994) und Babor et al. (2003) [2]. Die Hauptthese von Babor et al. ist, dass man vor allem auf strukturelle Alkoholkontrollmaßnahmen setzen sollte, die auf eine Beschränkung der Alkoholverfügbarkeit abzielen (Steuererhöhung, Begrenzung der Zahl alkoholanbietender Geschäfte und Lokale, sowie Begrenzung der Öffnungszeiten von derartigen Betrieben), auf eine Senkung der tolerierten Blutalkohollimits im Straßenverkehr, auf verstärkte Kontrollen und auf konsequente Strafen bei Übertretungen. Die Wirksamkeit der personenorientierten Primärprävention, von Werbebeschränkungen und der Alkoholismustherapie wird als relativ gering eingeschätzt, wobei gleichzeitig zwar eine weitgehende Ablehnung der personenorientierten Primärprävention und nur begrenzte Sympathie für Therapie – vor allem für Kurzinterventionen bei ProblemtrinkerInnen, aber viel Sympathie für radikale Einschränkungen der Alkoholwerbung durchklingt.

Ein sehr hoher Gültigkeitsanspruch für die Schlussfolgerungen wird dadurch erzeugt, dass einerseits alle Präventionsmaßnahmen, deren Wirksamkeit die AutorInnen als nicht gut belegt beurteilen, als „weitgehend ineffektiv" dargestellt werden und andererseits durch die Verwendung des Begriffs „evidenzbasiert", wodurch alle anderen Zugänge mit dem Stigma der Unwissenschaftlichkeit versehen werden. Vom Attribut „nicht nachgewiesenermaßen effektiv" auf „unwirksam" zu schließen, ist allerdings forschungslogisch unhaltbar, wie z.B. Romanus (2003) in einem Kommentar zum Buch von Babor et al. (2003) sehr gut begründete [3]. Von den Personen, deren Forderungen auf Babor et al. aufbauen, werden die proklamierten politischen Forderungen durchwegs so dargestellt, als ob sie sich zwingend aus den vorliegenden Forschungsergebnissen ergeben würden, was so nicht haltbar ist (Uhl et al., 2005a). Das entspricht aber einem Fehlschluss – in der Forschungsmethodologie als „naturalistischer Fehlschluss" bezeichnet, denn ethische Forderungen („Wie man sich verhalten soll") lassen sich logisch gar nicht aus der Empirie („Was faktisch ist") ableiten [4]. Der Begriff „evidenzbasierte Suchtpolitik" ist eigentlich ein Widerspruch in sich selbst (Oxymoron), was aber kaum jemandem aufzufallen bzw. zu stören scheint (Uhl, 2005a; 2007a).

Im englischsprachigen und nordeuropäischen Raum, wo ein großer Teil der Bevölkerung alkoholabstinent lebt und explosive [5] Trinksitten vorherrschen – wodurch öfter auch Unbeteilige bzw. keinen Alkohol konsumierende Personen in alkoholverursachte Probleme involviert werden, sind Strategien gegen jeglichen Alkoholkonsum erheblich leichter

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

3 "The authors conclude that there is very little scientific evidence that education and public service messages have effect on drinking habits and alcohol problems. They also indicate low efficiency for the strategy 'advertising bans', implying, I take it, that alcohol advertising does not have any considerable effect on alcohol consumption and harm. However, the fact that no studies have shown sustained effects of education, alcohol risk information and/or advertising does not prove that such effects do not exist. It is possible that these activities have long-term effects which are very hard to separate from other influences and document in scientific studies. I happen to believe that both education, public service information about the risks connected with the consumption of alcohol, and commercial advertising for alcohol have long-term effects on alcohol consumption. Consequently, it would be very risky to stop alcohol education in schools, to refrain from public service messages, and - above all - to accept commercial advertising without any restrictions." (Romanus, 2003)

4 Sachaussagen, die in Zusammenhang mit der alkoholpolitischen Diskussion formuliert werden, sollten zwar empirisch möglichst gut fundiert sein, aber darauf aufbauend kann man keine praktischen Handlungsanweisungen ableiten. Seit Hume (1740) ist unter ErkenntnistheoretikerInnen weitgehend unbestritten, dass ethische Forderungen (d.h., was sein soll) nicht aus empirischen Fakten (d.h., was ist) abgeleitet werden können. Derartige Schlüsse hat Moore (1903) als „naturalistische Fehlschlüsse" bezeichnet; eine Methode um implizite Werturteile zu verschleiern und als Sachurteile zu tarnen, anstatt diese, wie namhafte Methodologen fordern, zum expliziten Gegenstand der wissenschaftlichen Erörterung zu machen (Diekmann 1995).

5 D.h. es wird eher selten und eher wenig getrunken, aber Rauschexzesse kommen häufig vor.

durchzusetzen als im mediterranen und alpinen Raum, wo integrative [6] Trinkmuster vorherrschen, wo vergleichsweise weniger Probleme pro Liter getrunkenem Reinalkohol auftreten und wo nur wenige Menschen völlig alkoholabstinent leben (Leifman et al., 2002). In der mediterranen/alpinen Situation – und damit auch in Österreich – sind daher Maßnahmen, die auf den problematischen Alkoholkonsum fokussieren, erheblich angemessener als Maßnahmen, die alle treffen. Als positives Beispiel sei hier eine Kampagne der deutschen Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA, 2000) genannt, die unter dem Motto „Punktnüchternheit" Alkoholabstinenz während der Arbeit, im Straßenverkehr und während der Schwangerschaft propagierte. Man kann vermuten, dass sehr stark einschränkende Maßnahmen angesichts der traditionellen Trinksitten bei der Mehrheit der österreichischen Bevölkerung auf erheblichen Widerspruch stoßen würden.

Seit der Gründung im Jahre 1990 spielt in diesem Zusammenhang auch EUROCARE eine wesentliche Rolle. Der Name EUROCARE ist ein Akronym für „European Council for Alcohol Research Rehabilitation and Education". Im Jahr 2003 wurde EUROCARE in die sogenannte „European Alcohol Policy Alliance" eingegliedert. EUROCARE ist eine EU-umspannende Allianz aus inzwischen 48 (Stand 2007) ehrenamtlichen Nichtregierungsorganisation (NGOs), die versucht, als Pressure Group für die europaweite Umsetzung der in den obigen Publikationen empfohlenen alkoholpolitischen Maßnahmen zu arbeiten. In diesem Zusammenhang leitet EUROCARE von 2004 bis 2006 das EU-Projekt „Alcohol Policy Network in the Context of a Larger Europe: Bridging the Gap (BtG)", das ExpertInnen aus fast allen Staaten der EU einbezieht und darauf abzielt, AlkoholexpertInnen aus Forschung und Gesundheitssektor zu vernetzen und konkrete alkoholpolitische Empfehlungen für die EU zu formulieren bzw. diese umzusetzen, wie z.B. die Empfehlung des Rates vom 5. Juni 2001 zum Alkoholkonsum von jungen Menschen, insbesondere von Kindern und Jugendlichen (2001/458/EG).

Empfehlungen, die stark auf Babor et al. (2003) aufbauen, wurden im Rahmen des „Bridging the Gap"-Projekts von Anderson und Baumberg (2006) formuliert und danach von der europäischen Kommission der interessierten Öffentlichkeit präsentiert. Der Anderson-Baumberg-Report stellt eine zentrale Grundlage der 2006 veröffentlichten „EU-Strategie zur Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Verringerung alkoholbedingter Schäden" (2006/ 14851/06 KOM (2006)0625) dar. Die Vorschläge des Anderson-Baumberg-Reports wurden auf EU-Ebene mit VertreterInnen unterschiedlicher Interessensgruppen erörtert. Aus diesem Prozess ist eine Strategie entstanden, die eine moderate Mittelposition im Sinne eines Interessensausgleichs zwischen allen betroffenen Gruppen darstellt. Es wird in diesem Dokument explizit betont, dass die geplanten Maßnahmen nicht auf den Alkoholkonsum generell (Alkoholkontrollposition), sondern bloß auf den exzessiven Alkoholkonsum zielen (problemfokussierende Position), und dass auch nicht daran gedacht ist, die Subsidiarität der EU-Mitgliedstaaten in Gesundheitsfragen zu beschränken.

Die Auseinandersetzung zwischen AnhängerInnen einer „evidenzbasierten Alkoholpolitik" im Sinne von Babor et al. und GegnerInnen, die deren Unterteilung von Präventionsansätzen in „nachgewiesenermaßen wirksam und billig" vs. „nachgewiesenermaßen unwirksam und teuer" [7] anzweifeln, nimmt an Frequenz und Intensität zu, je mehr diese Ideen aus den wissenschaftlichen Elfenbeintürmen der AlkoholepidemiologInnen in die politische Praxis

6 D.h. es wird eher regelmäßig und eher viel getrunken, aber Rauschexzesse kommen nicht so häufig vor.

7 Auf die im Kapitel 16 des Buches „Alkohol – kein gewöhnliches Konsumgut" von Babor et al. unter der Überschrift „Alkoholpolitik ein Ratgeber" angebotene Bewertung der gängigen Präventionsansätze nach den vier Kategorien „Effektivität", „(wissenschaftliche) Bestätigung", „interkultureller Vergleich" und „Kosten", wird in Abschnitt 1.2. des Buches eingegangen.

getragen werden, je mehr diesen Einfluss auf Positionspapiere von WHO und EU sowie auf nationale und europäische Gesetze zugetraut wird. Daten und weitere Details zum Verlauf der alkoholpolitischen Diskussion in WHO und zuletzt auch in der Europäischen Kommission, findet sich in den folgenden beiden Kap. 2.4 (S. 21) und 2.5 (S. 24). Über die komplementären Entwicklungen auf Seiten der Alkoholerzeuger berichtet Kap. 2.6 (S. 36).

2.3 Das Problem den Begriff „Policy" adäquat zu übersetzen

Im bisherigen Text kam der Begriff „Alcohol Policy" einige Male vor. Leider gibt es für diesen Ausdruck, der in allen englischsprachigen Originaltexten der WHO und der EU zur Alkoholpolitik eine ganz zentrale Rolle spielt, keine adäquate deutsche Übersetzung. In diesem Kapitel wird eine Begriffsklärung versucht und dafür plädiert, den Begriff „Policy" als unübersetzbares Fremdwort in die deutsche Sprache zu integrieren - ähnlich wie die Begriffe „Stakeholder" oder „Public Health". Außerdem wird eine Abgrenzung zu verwandten Begriffen versucht, die – im Gegensatz zu „Policy" – relativ einfach ins Deutsche übertragbar sind: „Alcohol Politics" („Alkoholpolitik"), „Overall Objectives of Alcohol Politics" („übergeordnete Zielvorstellungen der Alkoholpolitik"), „Alcohol Strategy" („Alkoholstrategie") und „Alcohol Action Plan" = („Alkoholaktionsplan").

„Policy" ist ein in der englischen Sprache allgemein gebräuchlicher Ausdruck, der „verbindliche Verhaltensregeln in bestimmten Situationen" umschreibt – man könnte das auch mit einem „Set verbindlich festgelegter Handlungsprinzipien" oder auch als „verbindliche Grundsätze des Handelns" umschreiben. Es gibt „Policies" von Einzelpersonen, die weder offiziell bekannt gegeben noch verschriftlicht sind (z.B. „It's my policy never to drink when I am driving!"), es gibt Verhaltensregeln für Organisationen, wie z.B. Schulen („According to school policy, all children found to have lice have to be picked up from school by their parents"), festgelegte Regeln, wie politische EntscheidungsträgerInnen in gewissen Situationen reagieren („The UK has a strict policy of not negotiating with terrorists"), etc.

Nun zur Abgrenzung der oben erwähnten Begriffe von „Policy": Wenn politische EntscheidungsträgerInnen alkoholbezogene Entscheidungen diskutieren und letztlich treffen, findet Alkoholpolitik statt. „Alkoholpolitik" kann unkoordiniert und - im Sinne übergeordneter alkoholpolitischer Zielsetzungen – „ziellos" stattfinden (d.h. dass in mehreren Gesetzen aus unterschiedlichen Gründen Regelungen getroffen werden, die Alkohol zum Inhalt haben; z.B. werden in der Straßenverkehrsordnung BAK-Grenzen zur Sicherung der Verkehrsicherheit festgelegt, während die Besteuerung diverser alkoholischer Produkte fiskalische und wirtschaftliche Hintergründe hat). Alkoholpolitik kann aber auch an „übergeordneten Zielvorstellungen" orientiert sein, (z.B. an den fünf Zielen in der Zusammenfassung des zweiten Europäischen Alkoholplans, vgl. Kap. 2.5.8, S. 28), wobei hinter den Zielen häufig grundlegende Wertvorstellungen stehen. Um die alkoholpolitischen Zielvorstellungen zu erreichen, sind Strategien (z.B. die zehn Strategien der Europäischen Charta Alkohol, vgl. Kap. 2.5.6, S. 27) zweckmäßig, die in konkreteren Ausformulierungen als „Aktionspläne" bezeichnet werden können. Werden Aktionspläne von den jeweils zuständigen politischen EntscheidungsträgerInnen beschlossen und implementiert (z.B. über Gesetze oder Verordnungen), so stellt die Gesamtheit der festgelegten alkoholrelevanten Handlungsprinzipien die „Alkoholpolicy" dar.

Da Alkohol in allen Staaten der Welt ein wichtiges Thema ist, mit dem sich die politischen EntscheidungsträgerInnen mehr oder weniger intensiv beschäftigen müssen, gibt es in allen Staaten eine mehr oder weniger aktive, mehr oder weniger explizite und mehr oder weniger

konsistente Alkoholpolitik, die alkoholrelevante Gesetze und Regelungen hervorbringt (sei es im Rahmen von Steuerrecht, Verkehrsrecht, Gewerberecht, Jugendschutz etc. oder auch in Form von eigenen Alkoholgesetzen). Diese Gesetze und Regelungen konstituieren in ihrer Gesamtheit die „Alkoholpolicy" der Staaten. Diesem Verständnis von Alkoholpolicy entsprechend ist die Frage, ob es in einem Staat eine Alkoholpolicy gibt, eigentlich unsinnig – eine solche gibt es auf alle Fälle. Man kann bloß fragen, wie die Alkoholpolicy der Staaten konkret aussieht. In den wichtigsten alkoholpolitischen Publikationen, auf die WHO und EU Bezug nehmen, wird in diesem Sinne auch die „Strenge der Alkoholpolitik" in den EU-Staaten quantifiziert und kein einziges Land als „alkoholpolicyfrei" ausgewiesen (z.B. die „Strictness of Alcohol Policy – Scale" von Karlsson & Österberg, 2006, im Kontext des EU Projekts „Bridging the Gap").

In einem deutlichen Gegensatz zur eben entwickelten Definition steht die Definition von „Policy" in einem aktuellen WHO-Fragebogen zur Erfassung der epidemiologischen Rahmenbedingungen und der nationalen Politik (WHO, 2007, analog dazu Substanzmissbrauch betreffend bei WHO, 2008): Dort wird definiert: „Alcohol policy is an organized set of values, principles and objectives for reducing the burden attributable to alcohol in a population". Was hier als „Policy" bezeichnet wird, entspricht nicht dem oben erläuterten Begriff „Policy", sondern einer ganz bestimmten Policy, die explizit mit Grundwerten und Zielvorstellungen der WHO- und EU-Dokumente begründet wird, wo Gesundheitsüberlegungen im Zentrum stehen, in der alle Teilbestimmungen aufeinander abgestimmt sind und die unter dem Überbegriff „Alkoholpolicy" diskutiert und veröffentlicht wurde. Man könnte grob sagen: „Alkoholpolicy im Sinne der Framework for Alcohol Policy (offizielle Übersetzung „Handlungsrahmen für eine Alkoholpolitik", vgl. Kap. 2.5.12, S. 31) sowie deren Begründung aus Wert- und Zielvorstellungen.

Auf die im genannten WHO-Fragebogen gestellte Frage, ob es im entsprechenden Land eine „Alkoholpolicy" gibt, kann man im Sinne der üblichen Definition von „Policy" nur antworten: „Natürlich! Es gibt kein Land ohne Alkoholpolicy! Fragen Sie mich lieber danach, wie diese aussieht!" Ist man bereit, sich auf die im Fragebogen angebotene Definition einzulassen, steht man vor dem Dilemma, ziemlich willkürlich beurteilen zu müssen, ob die vorliegende Alkoholpolicy abgestimmt genug ist sowie ausreichend Werte, Grundsätze und Ziele berücksichtigt, um in den Augen der FragebogenautorInnen das Prädikat „Alkoholpolicy" zu verdienen.

Ganz gleich aber, ob man nun „Policy" im Sinne der englischen Alltagssprache als „verbindlich festgelegte Handlungsprinzipien", unabhängig von den dahinter liegenden Werten, Zielvorstellungen und Strategien versteht [8], oder an eine ganz bestimmte begründete und konzertierte Alkoholpolicy im Sinne der „Framework for Alcohol Policy" denkt – das in den offiziellen WHO- und EU-Übersetzungen üblicherweise verwendete deutsche Wort „Alkoholpolitik" trifft das Wesen beider Definitionen nicht annähernd und ist daher hochgradig irreführend. Zweckmäßiger erscheint es, im Deutschen das Fremdwort „Alkoholpolicy" beizubehalten und zur Erläuterung bzw. zur Schaffung eines gemeinsamen Verständnisses des Begriffes umfassend zu definieren. Anderenfalls leistet die inadäquate Eindeutschung einem grundlegenden Missverständnis Vorschub.

8 Selbstverständlich werden Policies oft mit den dahinter liegenden Werten, Zielvorstellungen und strategischen Überlegungen begründet, aber das macht diese Werte, Zielvorstellungen und strategische Überlegungen sprachlogisch nicht zu Elementen der Policy; so wie die Motivation, einen Kuchen zu backen, und das Kuchenrezept zwar zentral für die Entstehung eines Kuchens sind, nichtsdestoweniger aber nicht als Teile des fertigen Kuchens verstanden werden dürfen. Da „Kuchen" ein Wort der deutschen Sprache ist, wird „das Kuchenrezept" und die „Motivation, diesen zu backen" nur von sehr assoziativ denkenden Menschen mit dem Produkt „Kuchen" verwechselt bzw. gleichgesetzt – bei Fremdwörtern wie „Policy" ist diese Gefahr allerdings erheblich größer.

2.4 Jahreszahlen wichtiger alkoholpolitischer Entwicklungen und Dokumente

1946 definierte die WHO bei ihrer Gründungsversammlung in New York im Rahmen ihrer Verfassung „Gesundheit“ als „einen Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und daher weit mehr als die bloße Abwesenheit von Krankheit oder Gebrechen“ (WHO, 1984). Diese Definition von „Gesundheit“ hat drei Novellierungen der WHO-Verfassung (1975, 1977 und 1984) unverändert überstanden und ist damit auch noch heute Grundlage für das Selbstverständnis der WHO (1984; Kap. 2.5.1, S. 24).

1975 publizierten eine Reihe international renommierter AlkoholforscherInnen das Buch „Alcohol Control Policies in Public Health Perspective“ (Bruun et al., 1975), das sich für die im nordeuropäischen Raum gebräuchliche Alkoholkontrollstrategie einsetzte und in der Folge starken Einfluss auf die alkoholpolitische Linie des Regionalbüros der WHO in Europa ausübte.

1977, bei der 30. Weltgesundheitsversammlung in Genf, wurde die Entschließung „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ angenommen, die besagt, dass das soziale Hauptziel der Regierungen und der WHO in den kommenden Jahrzehnten darin bestehen sollte, dass alle Menschen der Welt bis zum Jahr 2000 ein Gesundheitsniveau erreichen sollten, das es ihnen erlaubt, ein sozial und wirtschaftlich produktives Leben zu führen (Resolution WHO 30.43, zit. in WHO, 1995).

1980 einigten sich die VertreterInnen der Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO in Fez auf eine „Europäische Strategie zur Erreichung des Ziels Gesundheit für alle“ (WHO, 1995).

1984 präzisierte das Regionalbüro der WHO für Europa 38 Ziele zur Erreichung dieses Ziels „Gesundheit für alle“ („Einzelziele für Gesundheit 2000“, WHO, 1985). Das „Ziel 17“ dieses Aktionsplanes bezog sich auf eine Verringerung der gesundheitsschädigenden Einflüsse von Alkohol, Tabak und psychoaktiven Substanzen in Europa. Im „Ziel 17“ wurde bezüglich Alkohol eine 25-prozentige Reduktion des durchschnittlichen Alkoholkonsums bis zum Jahr 2000 vorgeschlagen, wobei als Vergleichsbasis der Konsum des Jahres 1980 herangezogen wurde (Harkin et al., 1995).

1986 wurde bei der „Ersten Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung“ in Ottawa die sogenannte „Ottawa Charta“ verabschiedet, die „Gesundheitsförderung“ als einen Prozess definiert, der Menschen dazu in die Lage versetzen soll, mehr Einfluss auf ihren Gesundheitszustand zu entwickeln und ihre Gesundheit aktiv zu verbessern. Als explizites Ziel wird dabei „ein Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“ definiert, was dadurch erreicht werden soll, dass Individuen und Gruppen unterstützt werden, eigene Wünsche wahrzunehmen und zu realisieren, Bedürfnisse zu befriedigen, sowie die Umgebung zu verändern oder sich an diese anzupassen (WHO, 1986; Kap. 2.5.2, S. 24).

1987 entstand die „Kettil Bruun Society for Social and Epidemiological Research on Alcohol“, der viele international renommierte AlkoholepidemiologInnen angehören, die seit damals starken Einfluss auf die alkoholpolitische Diskussion in Europa und darüber hinaus ausüben.

1990 wurde EUROCARE gegründet, eine EU-umspannende Allianz aus ehrenamtlichen Nichtregierungsorganisation (NGOs), die seit damals versucht, als Pressure Group für die europaweite Umsetzung von alkoholpolitischen Kontrollmaßnahmen zu arbeiten.

1991, bei der 41. Sitzung des Regionalkomitees der WHO für Europa in Lissabon bestätigten die Delegierten das „Ziel 17“ des „Gesundheit für alle - Aktionsplans“ und beschlossen ferner, dass Alkoholkonsum ein Problem mit ganz hoher Priorität darstelle. Dabei wurde auch eine 25-prozentige Reduktion des durchschnittlichen Alkoholkonsums bis zum Jahr 2000 vorgeschlagen, weil man davon ausging, dass so indirekt auch eine signifikante Reduktion des gesundheitsschädigenden Alkoholkonsums erzielt werden könne (WHO, 1993c).

1992, bei der 42. Sitzung des Regionalkomitees der WHO für Europa in Kopenhagen legte das Regionalbüro den „Ersten Europäischen Alkohol Aktionsplan“ (EAAP-1) vor, der von den Delegierten beschlossen wurde (WHO, 1993b, 1993c, Kap. 2.5.3, S. 25 und Kap. 2.5.4, S. 26).

1994 publizierte eine Reihe international renommierter AlkoholforscherInnen (Edwards et al., 1994) das Buch „Alcohol Policy and the Public Good“, als Aktualisierung des 1975 veröffentlichen Buchs „Alcohol Control Policies in Public Health Perspective”, das wie das Vorgängerbuch starken Einfluss auf die alkoholpolitische Linie des Regionalbüros der WHO in Europa ausübte – und auch in deutscher Übersetzung verfügbar ist (Edwards, 1997).

1995, bei der ersten Europäischen Konferenz der WHO in Paris, die unter dem Motto „Gesundheit, Gesellschaft und Alkohol“ stand, wurde die „Europäische Charta Alkohol“ beschlossen. Diese legt unter anderem „ethische Prinzipien zum Umgang mit Alkohol“ und „zehn Strategien für alkoholbezogene Maßnahmen“ fest und wurde von Österreich mitbeschlossen (WHO, 1995). Im Mai 1998 nahm die 51. Weltgesundheitsversammlung der WHO eine Neufassung des Ziels „Gesundheit 2000“ an. Die neugefasste Deklaration, unter dem Namen „Gesundheit 21 – Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert“, liegt damit zur Umsetzung in den einzelnen Mitgliedsländern vor (WHO, 1998, Kap. 2.5.5, S. 26 und Kap. 2.5.6, S. 27).

1998 führte die WHO eine Evaluation des ersten Europäischen Alkohol Aktionsplans durch und stellte beim vierten Treffen der nationalen Counterparts für den Europäischen Alkohol Aktionsplan im Oktober 1998 in Madrid einen Entwurf des zweiten Europäischen Alkohol Aktionsplans vor. Bei dieser Tagung wurde in Reaktion auf Diskussionsbeiträge der Teilnehmenden die allgemeine Orientierung dahingehend verändert, dass der Schwerpunkt von der Reduktion jeglichen Alkoholkonsums um 25% weg auf eine signifikante, quantitativ aber nicht bestimmte Reduktion des problematischen Alkoholkonsums verschoben wurde (Kap. 2.5.7, S. 28).

1999 wurde in Florenz vom Regionalkomitee der WHO der „Zweite Europäische Alkohol Aktionsplan (EAAP-2), 2000-2005“ beschlossen. Das Ziel des EAAP-2 ist vor allem die Implementierung einer geeigneten Gesundheitspolitik in den Mitgliedstaaten in Hinblick auf: Schadensminderung, Reduzierung des Risikos, das mit Alkohol vor allem am Arbeitsplatz und in anderen Settings verbunden ist, Reduktion der Folgeschäden, die durch Alkohol verursacht werden (Unfälle, Gewalt, Kindesmissbrauch und -vernachlässigung, Familienprobleme etc.), effiziente therapeutische Versorgung und verbesserten Schutz von Kindern und Jugendlichen. Letzterem sollte durch die Verabschiedung einer Deklaration zum Thema „Jugend und Alkohol“ bei der Ministerkonferenz in Stockholm entschieden Nachdruck verliehen werden. Für die Umsetzung der anderen Ziele wurden entsprechende Maßnahmen und Evaluationskriterien definiert (Kap. 2.5.8, S. 28 bis Kap. 2.5.11, S. 29).

2001 wurde in Stockholm in Nachfolge der Konferenz von Paris die zweite europäische Ministerkonferenz betreffend Alkohol abgehalten. Arbeitsschwerpunkt der Konferenz war das Thema „Jugend und Alkohol“. Die im Rahmen dieser Ministerkonferenz verabschiedete

Deklaration fordert ein Bündel von wirkungsvollen alkoholpolitischen Maßnahmen in vier großen Bereichen:

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

2001 wurde ein weiteres relevantes Dokument veröffentlicht, nämlich die „Empfehlung des Rates vom 5. Juni 2001 zum Alkoholkonsum von jungen Menschen, insbesondere von Kindern und Jugendlichen". Besonderer Wert wird dabei darauf gelegt, dass die Maßnahmen durch die Entwicklung eines umfassenden Ansatzes – nicht unbedingt nur auf Alkohol beschränkt – gemeinsam mit jungen Menschen umgesetzt und evaluiert werden sollen (Kap. 2.5.14, S. 32).

2003 publizierte eine Reihe international renommierter AlkoholforscherInnen (Babor et al. 2003) das Buch „Alcohol: No Ordinary Commodity – Research and Public Policy", als Aktualisierung des 1975 veröffentlichen Buchs „Alcohol Policy and the Public Good", das wie das Vorgängerbuch starken Einfluss auf die alkoholpolitische Linie des Regionalbüros der WHO in Europa und nunmehr auch auf die Europäische Kommission ausübt. Dieses Buch ist auch in deutscher Übersetzung verfügbar (Babor et al., 2003). Wie die Vorgängerbücher argumentiert diese Publikation unter Bezugnahme auf Forschungsergebnisse, dass man im Sinne einer „evidenzbasierten Alkoholpolitik" primär auf Alkoholkontrollmaßnahmen setzen sollte – da nur diese effektiv und kostenwirksam seien. Ob und inwieweit diese Schlussfolgerungen auf Österreich zu übertragen sind, wird in Kap. 2.2 (S. 16f.) diskutiert. Inwieweit eine Alkoholpolitik evidenzbasiert – im eigentlichen Sinne des Wortes - sein kann und wie weit ethische Grundhaltungen die zentralen Positionen prägen, diskutiert Uhl (2007a).

2005 billigte das WHO-Regionalkomitee für Europa in Bukarest das Dokument „Handlungsrahmen für eine Alkoholpolitik" (engl. Original „Framework for Alcohol Policy", WHO, 2006), das als Nachfolgedokument des zweiten „Europäischen Alkohol Aktionsplans" gilt und verfasste eine Resolution an die Mitgliedstaaten den „Handlungsrahmen" tatkräftig umzusetzen, sowie die Umsetzung zu evaluieren (Kap. 2.5.12 und Kap. 2.5.13, S. 31). Zentraler Inhalt des „Handlungsrahmens für eine Alkoholpolitik" ist die Bekräftigung der von Babor et al. (2003) vertretenen Forderung nach einer Beschränkung der Alkoholverfügbarkeit. Im „Handlungsrahmen" werden die „Europäisch Charta Alkohol" (vgl. Kap. 2.5.5, S. 26) und die „zehn Strategien für alkoholbezogene Maßnahmen" (Kap. 2.5.6, S. 27) wiederholt und bekräftigt. Probleme ergeben sich im internationalen Diskurs regelmäßig aus dem Umstand, dass der englische Begriff „Policy" in vielen Sprachen, wie auch der deutschen Sprache, nicht existiert und dass „Alcohol Policy" von den offiziellen WHO-Übersetzer in der Regel mit „Alkoholpolitik" übersetzt wird, was die Bedeutung nicht annähernd erfasst (vgl. Kap. 2.3, S. 19).

2006 publizierten Anderson & Baumberg im Rahmen des EU-Projektes „Bridging the Gap“ das Buch „Alcohol in Europe: A Public Health Perspective“, das ähnliche Alkoholkontroll-positionen wie Babor et al. (2003) vertritt und von der Europäischen Kommission als Grundlage für eine geplante Mitteilung an den Rat unter dem Titel „Eine EU-Strategie zur Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Verringerung alkoholbedingter Schäden“ in Auftrag gegeben worden war.

2006 erfolgte die Finalisierung und Veröffentlichung der erwähnten „Eine EU-Strategie zur Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Verringerung alkoholbedingter Schäden“. Im Gegensatz zu den Forderungen von Babor et al. (2003) sowie Anderson & Baumberg (2006) vertritt diese EU-Strategie keine erklärte Alkoholkontrollpolitik (vgl. Kap. 2.1, S. 15), sondern eine moderate Mittelposition im Sinne eines Interessensausgleichs zwischen allen betroffenen Interessensgruppen. Es wird explizit betont, dass die geplanten Maßnahmen nicht auf den Alkoholkonsum generell, sondern nur auf den exzessiven Alkoholkonsum zielen (problemfokussierender Ansatz, vgl. Kap. 2.1, S. 15) und dass nicht daran gedacht ist, die Subsidiarität der EU-Mitgliedstaaten in Gesundheitsfragen zu beschränken (vgl. Kap. 2.5.15, S. 35). Aufbauend auf das EU-kofinanzierte Projekt „Bridging the Gap“ entstand das weiterführende Projekt „Building Capacity – Alcohol Policy Network in the Context of a Larger Europe“.

2007 beschloss die Europäische Kommission eine „Charta, die das Europäische Alkohol und Gesundheitsforum installiert“ („Charter establishing the European Alcohol and Health Forum“). Dieses Forum ist eine Plattform mit Interessensvertretern aus Behörden, Nicht-Regierungsorganisationen und der Wirtschaft, die sich dazu verpflichten relevante Schritten zu setzen, um Probleme in Zusammenhang mit Alkohol zu verringern (vgl. Kap. 2.5.16, S. 35).

2.5 Zentrale Textstellen aus den erwähnten Dokumenten

2.5.1 Die Definition von „Gesundheit“ aus der WHO-Verfassung

Gesundheit ist ein Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und daher weit mehr als die bloße Abwesenheit von Krankheit oder Gebrechen.

(Originaltext WHO, 1946; Übersetzung aus dem Englischen durch die AutorInnen)

2.5.2 Die Definition von „Gesundheitsförderung“ im Sinne der „Ottawa Charta“

Gesundheitsförderung ist ein Prozess, der Menschen dazu in die Lage versetzen soll, mehr Einfluss auf ihren Gesundheitszustand zu entwickeln und ihre Gesundheit aktiv zu verbessern. Ziel ist die Erreichung eines Zustandes vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens, der dadurch erreicht werden soll, dass Individuen und Gruppen unterstützt werden, eigene Wünsche wahrzunehmen und zu realisieren, Bedürfnisse zu befriedigen, sowie die Umgebung zu verändern oder sich an diese anzupassen. Gesundheit ist ein positives Konzept, das sowohl soziale und individuelle Ressourcen als auch körperliche Fähigkeiten betont. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt

deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden.

(Übersetzung aus dem Englischen durch die AutorInnen, Originaltext WHO, 1986, Gesamttext unter: www.api.or.at/akis)

2.5.3 Drei Hauptüberlegungen zum „Ersten Europäischen Alkohol Aktionsplan" (EAAP-1)

Gesundheitskonsequenzen und soziale Probleme

Es zeigt sich deutlich, dass in den Ländern mit dem höchsten Alkoholkonsum auch die meisten durch Alkohol verursachten Probleme, wie z.B. Leberzirrhose, zu finden sind. Sie belasten nicht nur das Familienleben und die Gesundheit des einzelnen, sondern sind auch eine große Belastung für das Gesundheits- und Sozialsystem und zeigen Konsequenzen im Verkehrswesen, Strafrecht und am Arbeitsplatz. Das gesamte Gemeinwesen trägt an den Folgen, an den sozialen wie den finanziellen Kosten. In einigen Mitgliedsländern schätzt man die Gesamtkosten, die der Gesellschaft durch den Alkoholkonsum entstehen, auf 5 bis 6% des Bruttosozialprodukts.

Man kann Alkohol nicht wie andere Konsumgüter behandeln, deren Konsumniveau durch die freien Kräfte des Marktes bestimmt werden. Alkohol ist „ein ganz besonderer Saft", könnte man in Abwandlung eines Zitats von Goethe sagen, weil er Abhängigkeit bewirken und sein Konsum zu wirklich schweren Problemen führen kann.

Wirtschaftliche Faktoren

Die zweite Grundüberlegung gilt den wirtschaftlichen Faktoren. Alkohol ist für die Europäische Region ein wichtiger Wirtschaftsfaktor und zwar wegen des hohen Produktions- und Konsumniveaus und wegen des umfangreichen Außenhandels. Die Alkoholproduktion ist zwar für bestimmte Gebiete und Städte der Europäischen Region von besonderer Bedeutung, doch selbst in den wenigen Ländern, die man zu den Großproduzenten und Exporteuren alkoholischer Getränke rechnen muss, macht die Alkoholproduktion vom Wert her unter 2% des Bruttoinlandsprodukts aus.

Die staatlichen Einnahmen aus einer Alkoholsondersteuer können zwar erheblich sein, doch selbst in den Ländern mit hoher Alkoholbesteuerung hat sich ihre relative Bedeutung verringert.

Kulturelle Faktoren

Die dritte Grundüberlegung gilt den kulturellen Faktoren. In den verschiedenen Ländern der Europäischen Region misst man dem Alkohol ganz unterschiedliche Bedeutung bei, was sich entsprechend in den Trinkgewohnheiten niederschlägt. In einigen Mitgliedsländern trinkt man normalerweise keinen Alkohol. In anderen Mitgliedsländern gehört der Alkohol dagegen untrennbar zum gesellschaftlichen Alltag und der Alkoholgenuss ist sozusagen ein Höhepunkt bei besonderen Anlässen und Festen. In vielen Ländern ist das „Sich-Betrinken" häufig Teil einer (noch) meist männlichen Kultur.

In vielen Kulturen verbindet man Alkohol mit der Vorstellung von Entspannung und Geselligkeit, und sicherlich kann Alkoholgenuss auch eine Quelle des Wohlbefindens sein. Inzwischen wird häufig auch auf die präventive Wirkung von Alkohol verwiesen – im Wesentlichen bezieht sich dies auf Männer im mittleren Alter, die durch koronare Herzkrankheiten gefährdet sind. Aber was für das Herz von Männern im mittleren Alter gut sein mag, erhöht andererseits bei Frauen möglicherweise deren Brustkrebsrisiko und diese Krankheit ist ja ebenfalls von außerordentlicher volksgesundheitlicher Bedeutung. Die gleiche Dosis Alkohol kann zudem junge Menschen gefährden, und bei diesen spricht gegenwärtig nichts für eine Schutzwirkung des Alkohols.

Der Alkoholkonsum bei Jugendlichen wird in der Öffentlichkeit vor allem mit unmittelbaren, durch Trunkenheit verursachten Schäden in Verbindung gebracht, z.B. Autounfällen, Kriminalität und „ungeschützter" Sexualität, Untersuchungen aus den USA zeigen inzwischen jedoch auch einen Zusammenhang mit negativen schulischen Leistungen.

(Originaltext WHO, 1993c, S. 2-3, Gesamttext unter: www.api.or.at/akis)

2.5.4 Neun Aktionsziele des „Ersten Europäischen Aktionsplans Alkohol" (EAAP-1)

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

(Originaltext WHO, 1993c, S. 18-22, Gesamttext unter: www.api.or.at/akis, Übersetzung aus dem Englischen durch die AutorInnen)

2.5.5 Ethische Prinzipien der Europäischen Charta Alkohol zum Umgang mit Alkohol

Zur Förderung des „Ersten Europäischen Alkohol Aktionsplans" (EAAP-1) fordert die Konferenz in Paris alle Mitgliedstaaten auf, umfassende alkoholpolitische Konzepte zu erarbeiten und Programme umzusetzen, die - unter Berücksichtigung der unterschiedlichen kulturellen, sozialen, rechtlichen und wirtschaftlichen Gegebenheiten - den folgenden ethischen Prinzipien und Zielen Ausdruck verleihen, wobei davon ausgegangen wird, dass aus diesem Dokument keine Rechtsansprüche hergeleitet werden können.

- *Alle Menschen haben ein Recht auf ein vor Unfällen, Gewalttätigkeit und anderen negativen Folgen des Alkoholkonsums geschütztes Familien-, Gesellschafts- und Arbeitsleben.*
- *Alle Menschen haben von früher Jugend an ein Recht auf korrekte, unparteiische Information und Aufklärung über die Folgen des Alkoholkonsums für Gesundheit, Familie und Gesellschaft.*
- *Alle Kinder und Jugendliche haben ein Recht, in einer Umwelt aufzuwachsen, in der sie vor den negativen Folgen des Alkoholkonsums und soweit wie möglich vor Alkoholwerbung geschützt werden.*

- *Alle alkoholgefährdeten oder alkoholgeschädigten Menschen und ihre Familienangehörigen haben ein Recht auf Zugang zu Therapie und Betreuung.*
- *Alle Menschen, die keinen Alkohol trinken möchten oder die aus gesundheitlichen oder anderen Gründen keinen Alkohol trinken dürfen, haben ein Recht darauf, keinem Druck zum Alkoholkonsum ausgesetzt und in ihrem abstinenten Verhalten bestärkt zu werden.*

(WHO, 1995; Gesamttext unter: www.api.or.at/akis, Übersetzung aus dem Englischen durch die AutorInnen)

2.5.6 Zehn Strategien der Europäischen Charta Alkohol für alkoholbezogene Maßnahmen

Untersuchungen und Erfolgsmeldungen in den Ländern lassen erkennen, dass ein signifikanter gesundheitlicher und wirtschaftlicher Nutzen für die Europäische Region erzielt werden kann, wenn in Hinsicht auf die Verwirklichung der vorstehend genannten ethischen Prinzipien und Ziele bei alkoholbezogenen Maßnahmen die folgenden zehn Gesundheitsförderungsstrategien im Einklang mit den unterschiedlichen kulturellen, sozialen, rechtlichen und wirtschaftlichen Gegebenheiten in jedem Mitgliedstaat umgesetzt werden:

(1) Informiere die Bevölkerung – im Rahmen von Aufklärungsprogrammen – von früher Jugend an über die Folgen des Alkoholkonsums für Gesundheit, Familie und Gesellschaft und über wirkungsvolle Maßnahmen, die zur Verhinderung oder Verringerung schädlicher Folgen ergriffen werden können.

(2) Fördere ein öffentliches, privates und berufliches Umfeld, in dem die Bevölkerung vor Unfällen, Gewalttätigkeit und anderen negativen Folgen des Alkoholkonsums geschützt ist.

(3) Beschließe und exekutiere wirkungsvolle Gesetze, die vom Lenken eines Fahrzeuges in alkoholisiertem Zustand abschrecken.

(4) Betreibe Gesundheitsförderung durch Einschränkung der Verfügbarkeit alkoholischer Getränke, z.B. für Jugendliche und durch Einflussnahme auf den Alkoholpreis, z.B. über Steuern.

(5) Führe strenge Kontrollmaßnahmen ein, die direkte und indirekte Bewerbung alkoholischer Getränke betreffen, wobei auf die in manchen Ländern bereits existierenden Werbeeinschränkungen und -verbote Rücksicht genommen werden soll, und stelle sicher, dass sich keine Form der Werbung spezifisch an Jugendliche richtet, z.B. durch die Verbindung von Alkohol mit Sportausübung.

(6) Gewährleiste, dass alkoholgefährdete oder alkoholgeschädigte Personen und deren Familienangehörige Zugang zu effizienten Therapie- und Rehabilitationseinrichtungen mit geschultem Personal haben.

(7) Fördere ein ethisches und rechtliches Verantwortungsbewusstsein bei denjenigen, die für die Vermarktung oder den Ausschank alkoholischer Getränke zuständig sind, gewährleiste eine strenge Kontrolle der Produktsicherheit und setze angemessene Maßnahmen gegen illegale Alkoholherstellung und illegalen Verkauf.

(8) Verbessere die Fähigkeit der Gesellschaft, mit Alkohol umzugehen, durch Schulungsmaßnahmen für Fachkräfte aus unterschiedlichen Bereichen, z.B. im Gesundheits-, Sozial-, Erziehungs- und Rechtswesen, sowie durch Stärkung von Gemeindeentwicklung und -führung.

(9) Unterstütze nichtstaatliche Organisationen und Selbsthilfeinitiativen, die einen gesunden Lebensstil fördern, speziell solche, die die Verhinderung oder Verringerung alkoholbedingter Schäden zum Ziel haben.

(10) Entwickle breitgefächerte Programme in den Mitgliedstaaten auf der Basis der vorliegenden Charta Alkohol, gib klare Ziele und Ergebnisindikatoren vor, messe den Fortschritt und gewährleiste eine regelmäßige Aktualisierung der Programme auf Grundlage einer Evaluierung.

(WHO, 1995, Gesamttext unter: www.api.or.at/akis; Übersetzung aus dem Englischen durch die AutorInnen)

2.5.7 Evaluierung der Umsetzung des EAAP-1

Ende 1998 führte die WHO eine Evaluierung der Umsetzung des Aktionsplans Alkohol im Zeitraum 1992-1998 durch, und zwar auf der Grundlage eines von 33 Ländern aus der gesamten Region beantworteten Fragebogens. Zusammengefasst ergaben sich als wichtigste Resultate:

- *Über die Hälfte der Länder arbeitete an einem landesspezifischen Aktionsplan Alkohol und hatte ein für die Umsetzung zuständiges Koordinationsgremium geschaffen.*
- *Gesetzliche Maßnahmen, die man für hilfreich hielt, waren unter anderem: strenge Bestimmungen für die Vermarktung von Alkohol, auf Prävention ausgerichtete Steuererhöhungen sowie in einigen Ländern eine Straffung der sich gegen Alkohol am Steuer richtenden Bestimmungen.*
- *Die in einigen Ländern zu beobachtende Senkung der Alkoholsteuer war teilweise durch den Versuch einer Steuerharmonisierung in der Europäischen Union bedingt, wobei man auch meinte, dass dies das Risiko der alkoholbedingten Schäden erhöhe.*
- *Insgesamt war man der Ansicht, dass die Alkoholindustrie bei der Verhütung von alkoholbedingten Schäden nur eine unzureichende Rolle spiele. Zu beobachten war, dass sich die Alkoholindustrie verstärkt um eine intensivierte Vermarktung bemühte, was als ein wichtiges Hindernis für die Umsetzung des EAAP empfunden wurde.*
- *Junge Menschen und alle, die sich mit Alkohol im Blut ans Steuer setzen, waren die wichtigsten Zielgruppen der Programme. Einrichtungen der primären Gesundheitsversorgung und Allgemeinkrankenhäuser galten in vielen Ländern als die wichtigsten Stützen bei der Auffindung und Behandlung von Personen mit alkoholbedingten Problemen.*
- *Von den Ländern, für die zur Zeit der Evaluierung Daten vorlagen, hatten elf einen Rückgang des Pro-Kopf-Konsums erlebt, drei (Italien, Polen, Spanien) hatten das in der Politik „Gesundheit für alle" (GFA) festgesetzte Ziel einer 25%igen Reduzierung erreicht, während der Konsum in elf Ländern seit 1992 gestiegen war.*

(WHO, 1999a, Gesamttext unter: www.api.or.at/akis)

2.5.8 Übergeordnete Ziele des „Zweiten Europäischen Aktionsplans Alkohol" (EAAP-2)

Die übergeordneten Ziele sind folgende:

- *es soll ein verstärktes Bewusstsein für gesundheitspolitische Konzepte geschaffen werden, mit denen die Aufgabe angegangen werden kann, die Schäden, die der Alkohol verursachen würde, zu verhüten;*
- *das Risiko alkoholbedingter Probleme, die in den unterschiedlichsten Zusammenhängen, beispielsweise zu Hause, am Arbeitsplatz, in der Gemeinschaft oder bei Anlässen, wo getrunken wird, auftreten könnten, soll verringert werden;*

- *die alkoholbedingten Schäden wie Todesfälle, Unfälle, Gewalttätigkeit, Missbrauch und Vernachlässigung von Kindern sowie Familienkrisen sollen sowohl vom Umfang als auch von ihrer tief greifenden Wirkung her verringert werden;*
- *Menschen, deren Alkoholverbrauch als gefährlich und schädlich zu bezeichnen ist, und Alkoholabhängigen soll eine für sie zugängliche und wirksame Behandlung angeboten werden;*
- *Kinder, junge Menschen und alle, die keinen Alkohol trinken wollen, sollen besser vor dem von ihrer Umwelt ausgehenden Druck geschützt werden.*

(WHO, 1999a, Gesamttext unter: www.api.or.at/akis)

2.5.9 5 Bereiche der aktiven WHO-Unterstützung für den EAAP-2

Das WHO-Regionalbüro für Europa wird bei der Unterstützung des Aktionsplans in fünf Schlüsselbereichen eine aktive Rolle übernehmen:

- *es wird für den Schutz der Gesundheit eintreten, anhaltende oder neu auftauchende gesundheitliche Bedrohungen aufzeigen sowie auf Politikbereiche, Konzepte und Praktiken hinweisen, die der Gesundheit nützen oder schaden;*
- *es wird durch seine alkoholbezogenen Beobachtungs- und Evaluationssysteme einen Informationsschwerpunkt für gesundheitliche Fragen schaffen und mit seinen wichtigsten Partnern, wie z.B. der Europäischen Kommission, zusammenarbeiten;*
- *es wird die Mitgliedstaaten bei der Entwicklung einer wirksamen Alkoholpolitik unterstützen und dabei die ihm zur Verfügung stehende Forschungsgrundlage und wissenschaftlichen Daten nutzen;*
- *es wird wissenschaftlich abgesicherte Instrumente und Leitlinien bereitstellen, mit denen Konzepte zur Steuerung des Alkoholkonsums in die Praxis umgesetzt werden können;*
- *es wird bei dieser Aufgabe führend vorangehen und durch seine Kooperationsnetze in ganz Europa fachliche Unterstützung leisten sowie ein koordiniertes Handeln ermöglichen.*

(WHO, 1999a, Gesamttext unter: www.api.or.at/akis)

2.5.10 Ziel 12 im WHO Rahmenkonzept „Gesundheit 21“

In „Ziel 12 – Verringerung der durch Alkohol, Drogen und Tabak verursachten Schäden“ heißt es: Bis zum Jahr 2015 sollten in allen Mitgliedstaaten die auf den Konsum von suchterzeugenden Substanzen wie Tabak, Alkohol und psychotropen Substanzen zurückzuführenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen signifikant reduziert werden.

In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende Teilziele erreicht werden: in allen Ländern sollte der Pro-Kopf-Alkoholkonsum nicht zunehmen bzw. 6 Liter pro Jahr nicht übersteigen und in der Altersgruppe unter 15 Jahre nahezu null betragen.

(WHO, 1999b, Gesamttext unter: www.api.or.at/akis)

2.5.11 Gewünschte Resultate bis 2005 im EAAP-2

Bis zum Jahr 2005 sollten alle Länder der Europäischen Region:

Information und Aufklärung

- *in der Öffentlichkeit das Bewusstsein für die Schäden wecken, die der Alkohol bewirken kann, und ihr die Konsequenzen für die Gesundheit und das Wohlergehen des Einzelnen, der Familie und ganzer Gemeinschaften vor Augen führen;*

- *Unterstützung für eine Gesundheitspolitik schaffen, die mit dem „Europäischen Aktionsplan Alkohol“ übereinstimmt;*
- *dafür sorgen, dass Kinder und junge Menschen wirksam imstande sind, gesundheitszuträgliche Entscheidungen zu treffen, und dass sie gefestigt genug sind, um dem Druck zum Trinken vor dem gesetzlichen Mindestalter zu widerstehen.*

Öffentliche Räume, Privatsphäre und Arbeitsplatz

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

Alkohol am Steuer

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

Verfügbarkeit von alkoholischen Produkten

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

Werbung für Alkoholprodukte

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

Behandlung

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

Verantwortung der Alkoholgetränkeindustrie und des Gastgewerbes

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

Die Fähigkeit der Gesellschaft, auf alkoholbedingte Schäden zu reagieren

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

Nichtstaatliche Organisationen

- *nichtstaatliche Organisationen und Selbsthilfebewegungen unterstützen, die Initiativen fördern, die die Schäden, die durch Alkohol bewirkt werden können, verhindern oder verringern sollen.*

Aufstellung, Umsetzung und Verlaufsbeobachtung der Politik

- *eine umfassende, auf eine breite Grundlage gestützte Alkoholpolitik führen;*
- *ein Meldesystem für den Alkoholkonsum sowie Verlaufsbeobachtung und Evaluierung der Umsetzung der Alkoholpolitik sowie der Schäden, die durch Alkohol bewirkt werden, betreiben.*

(WHO, 1999a, Gesamttext unter: www.api.or.at/akis)

2.5.12 WHO-Handlungsrahmen für eine Alkoholpolitik

Der WHO-Handlungsrahmen wurde 2006 als Nachfolgedokument nach dem ersten europäischen Alkoholaktionsplan (1992–1999) und dem zweiten europäischen Alkoholaktionsplan (2000–2005) verabschiedet. Der englische Ausdruck „Framework for Alcohol Policy" (WHO, 2006) wurde in der offiziellen WHO-Übersetzung mit „Handlungsrahmen für die Alkoholpolitik" übersetzt, was inhaltlich inkorrekt ist und im internationalen Diskurs immer wieder für Verwirrung sorgt (vgl. Kap. 2.3, S. 19). Um auf dieses Problem hinzuweisen wird in den folgenden Abschnitten, wenn „Alcohol Policy" mit „Alkoholpolitik" übersetzt wurde, in Klammer der englische Originalausdruck ergänzt.

Der Handlungsrahmen für die Alkoholpolitik („Alcohol Policy") bedeutet eine langfristige Strategie in der Region.

...

Die Produktion und der Verkauf alkoholischer Getränke machen zusammen mit den daran beteiligten Branchen in vielen europäischen Ländern einen wichtigen Wirtschaftszweig aus, der einer großen Zahl von Menschen Arbeit, den betreffenden Unternehmen Exporteinnahmen und dem Staat Steuereinkünfte verschafft. Solche ökonomischen und fiskalischen Interessen sind ein wichtiger politischer Faktor, der Initiativen zum Wohl der öffentlichen Gesundheit behindert. Als Gegengewicht zu diesen Interessen ist die Weiterverbreitung der Forschungsergebnisse aus dem Bereich öffentliche Gesundheit von überragender Bedeutung.

Beschränkungen der Alkoholversorgung und -verfügbarkeit haben sich als einer der wirksamsten und kostenwirksamsten Ansätze zur Begrenzung der durch Alkohol bewirkten Schäden erwiesen.

...

Nationale und lokale Strategien und Aktionspläne:
Alkoholpolitische Initiativen („Alcohol Policy Initiatives") lassen sich auf verschiedenen Ebenen der Gesellschaft durchführen, die Notwendigkeit koordinierter und strategischer nationaler Anstrengungen ist jedoch offensichtlich. Die Aufstellung einer nationalen Alkoholstrategie und eines Aktionsplanes auf nationaler und/oder einer anderen angemessenen Ebene ist innerhalb jedes einzelnen Mitgliedstaates wichtig. Auch werden eine entsprechende Infrastruktur und Kapazitäten für die Durchführung wirksamer und kostenwirksamer Maßnahmen sowie für die Überwachung und Weiterverfolgung des Aktionsplanes benötigt. Die Mitgliedstaaten sind dazu aufgerufen, nationale Strategien und Aktionspläne zu entwickeln und zu überprüfen und dabei Ziel und Gegenstand des neuen Handlungsrahmens in Betracht zu ziehen.

(WHO, 2006, Gesamttext unter: www.api.or.at/akis)

2.5.13 Resolution des Regionalkomitees zum „Handlungsrahmen für eine Alkoholpolitik“ in der Europäischen Region der WHO

Das Regionalkomitee ... bittet die Mitgliedstaaten eindringlich,
a) den Handlungsrahmen für die Formulierung oder, wo angemessen, für die Neuformulierung ihrer nationalen Alkoholpolitik („National Alcohol Policies“) und ihrer nationalen Aktionspläne zu verwenden.

(WHO, 1999a, Gesamttext unter: www.api.or.at/akis)

2.5.14 Empfehlung des Rates der Europäischen Union zum Alkoholkonsum von jungen Menschen, insbesondere von Kindern und Jugendlichen, 2001

Rat der Europäischen Union (2001): Empfehlung des Rates vom 5. Juni 2001 zum Alkoholkonsum von jungen Menschen, insbesondere von Kindern und Jugendlichen 2001/458/EG), Amtsblatt Nr. L 161 vom 16/06/2001 S. 0038 - 0041, Brüssel

Der Rat der Europäischen Union empfiehlt Folgendes:

I. Wenn die Mitgliedstaaten im Rahmen eines gemeinschaftsweiten Vorgehens ihren jeweiligen Gegebenheiten angemessene Strategien ausarbeiten und behördliche oder sonstige Maßnahmen in Bezug auf das Problem Alkohol und junge Menschen, unter besonderer Berücksichtigung von Kindern und Jugendlichen, ergreifen, sollten sie, gegebenenfalls mit Unterstützung der Kommission:

1. *die Erforschung aller einzelnen Aspekte der Probleme im Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum junger Menschen, insbesondere von Kindern und Jugendlichen, im Hinblick auf eine bessere Bestimmung und Bewertung solcher Maßnahmen fördern;*
2. *dafür sorgen, dass bei der Entwicklung, Durchführung und Evaluierung von umfassenden Gesundheitsförderungspolitiken („Health Related Policies“) und -programmen für Kinder und Jugendliche sowie deren Eltern, LehrerInnen und BetreuerInnen auf lokaler, regionaler, nationaler und europäischer Ebene die Alkoholproblematik entsprechend einbezogen wird, wobei organisatorische Strukturen wie Jugend-, Sportverbände und Schulen besonders berücksichtigt und bisherige Erfahrungen, wie die "gesundheitsfördernde Schule", genutzt werden sollten;*
3. *auf Belegmaterial gestützte Informationen über die Faktoren, die junge Menschen, insbesondere Kinder und Jugendliche dazu veranlassen, mit dem Trinken zu beginnen, für alle Betroffenen bereitstellen und verbreiten;*
4. *einen sektorübergreifenden Ansatz zur Unterrichtung junger Menschen über die Alkoholproblematik fördern und damit zur Vorbeugung gegen die negativen Auswirkungen des Alkoholkonsums beitragen, gegebenenfalls unter Einbeziehung der für Bildung, Gesundheit und Jugend zuständigen Dienste, der Strafverfolgungsbehörden, der einschlägigen nichtstaatlichen Organisationen und der Medien;*
5. *Maßnahmen fördern, die die Auswirkungen des Alkoholkonsums insbesondere auf Kinder und Jugendliche und die Folgen für den Einzelnen wie für die Gesellschaft ins allgemeine Bewusstsein rücken;*
6. *junge Menschen stärker in auf ihre Gesundheit bezogene Politiken („Health Related Policies“) und Aktionen einbinden und sich dabei deren etwaige Beiträge insbesondere im Informationsbereich zunutze machen und spezifische von*

Jugendlichen initiierte, geplante, durchgeführte und bewertete Aktivitäten anregen;

7. *die Entwicklung von Beratungsmaterial für Eltern als Ausgangspunkt für die Diskussion der Alkoholproblematik mit ihren Kindern fördern und die Verbreitung dieses Materials über örtliche Netze wie Schulen, Gesundheitsfürsorgedienste, Bibliotheken und Gemeinschaftszentren sowie über das Internet unterstützen;*
8. *spezielle Initiativen für junge Menschen zur Aufklärung über die Gefahren von Alkohol am Steuer unter besonderer Berücksichtigung von Strukturen wie Freizeit- und Unterhaltungsveranstaltungen, Schulen und Fahrschulen weiterentwickeln;*
9. *vorrangig Maßnahmen gegen den illegalen Verkauf von Alkohol an minderjährige VerbraucherInnen treffen und hierzu gegebenenfalls einen Altersnachweis vorschreiben;*
10. *insbesondere die Entwicklung spezieller Konzepte für die Früherkennung und ein konsequentes Eingreifen fördern, das verhindern soll, dass junge Menschen alkoholabhängig werden.*

II. Die Mitgliedstaaten sollten unter Berücksichtigung ihrer unterschiedlichen rechtlichen Rahmenbedingungen oder Selbstkontrollmechanismen gegebenenfalls:

1. *gemeinsam mit den Herstellern und Vertreibern alkoholischer Getränke und einschlägigen Nichtregierungsorganisationen die Einführung wirksamer Maßnahmen in den Bereichen Werbung, Vermarktung und Abgabe fördern, mit denen*
    a) *dafür gesorgt wird, dass die Hersteller keine alkoholischen Erzeugnisse gezielt für Kinder und Jugendliche produzieren;*
    b) *dafür gesorgt wird, dass die Aufmachung alkoholischer Erzeugnisse oder die Werbung für sie nicht auf Kinder und Jugendliche abzielt, wobei unter anderem auf Folgendes besonders zu achten ist:*
        - *Verwendung von Trendsymbolen (wie Zeichen, Motive oder Farben), die mit der Jugendkultur assoziiert werden;*
        - *Einsatz von Kindern, Jugendlichen oder anderen jung wirkenden Models in Werbekampagnen;*
        - *Anspielungen auf den Konsum von Drogen und anderen schädlichen Stoffen, wie Tabak, oder damit assoziierte Bilder;*
        - *Verbindungen mit Gewalt oder gesellschaftsfeindlichem Verhalten;*
        - *Suggestion von sozialem, sexuellem oder sportlichem Erfolg;*
        - *Aufforderung an Kinder und Jugendliche zum Alkoholkonsum, einschließlich des Verkaufs alkoholischer Getränke zu Billigpreisen an Jugendliche;*
        - *Werbung bei Sport- und Musikveranstaltungen oder anderen besonderen Veranstaltungen, bei denen eine nennenswerte Anzahl von Kindern oder Jugendlichen teilnimmt oder zuschaut, oder Sponsoring solcher Veranstaltungen;*
        - *Werbung in Medien, die auf Kinder und Jugendliche abzielen oder die eine erhebliche Zahl von Kindern und Jugendlichen ansprechen;*
        - *kostenlose Verteilung alkoholischer Getränke an Kinder und Jugendliche und Verkauf oder kostenlose Verteilung von Erzeugnissen, mit denen der Absatz alkoholischer Getränke gefördert werden soll und die möglicher-*

weise insbesondere auf Kinder und Jugendliche wirken;

c) gegebenenfalls – unter Berücksichtigung bestehender rechtlicher Beschränkungen des Ausschanks und des Verkaufs von Alkohol an Kinder und Jugendliche – besondere Schulungen des Bedienungs- und Verkaufspersonals in Bezug auf den Kinder- und Jugendschutz entwickelt werden;

d) Herstellern ermöglicht wird, sich vor der Markteinführung eines Produkts oder vor der Investition in ein Produkt sowie vor Beginn einer Marketingkampagne einschlägig beraten zu lassen;

e) sichergestellt wird, dass Beschwerden gegen Produkte, die nicht gemäß den unter den Buchstaben a) und b) genannten Grundsätzen beworben, vermarktet oder verkauft werden, wirksam behandelt werden können und gegebenenfalls die betroffenen Produkte vom Markt genommen und die beanstandeten unangemessenen Vermarktungs- oder Verkaufsförderungsmethoden unterbunden werden können;

2. *die Organisationen, welche Hersteller und Händler alkoholischer Getränke vertreten, nachdrücklich dazu auffordern, sich zur Einhaltung der oben stehenden Grundsätze zu verpflichten.*

III. Die Mitgliedstaaten sollten als Beitrag zur Weiterverfolgung dieser Empfehlung auf Gemeinschaftsebene und gegebenenfalls als geeignete Maßnahme im Rahmen der Durchführung des Programms auf dem Gebiet der öffentlichen Gesundheit der Kommission auf Anfrage über die Durchführung der empfohlenen Maßnahmen Bericht erstatten.

Der Rat der Europäischen Union fordert die Kommission auf, in Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten:

1. *die Mitgliedstaaten bei ihren Bemühungen zu unterstützen, diesen Empfehlungen insbesondere durch Sammlung und Bereitstellung einschlägiger vergleichbarer Daten und durch Erleichterung des Austauschs von Informationen und optimalen Lösungen nachzukommen;*
2. *die Haltung junger Menschen, insbesondere von Kindern und Jugendlichen, gegenüber dem Alkoholkonsum und ihre Gründe für den Alkoholkonsum auf Gemeinschaftsebene weiter erforschen zu lassen und die Beobachtung laufender Entwicklungen zu fördern;*
3. *die Entwicklungen und die in den Mitgliedstaaten und auf Gemeinschaftsebene durchgeführten Maßnahmen zu beobachten, zu bewerten und zu überwachen und dabei einen kontinuierlichen, konstruktiven und ausgewogenen Dialog mit allen Beteiligten zu gewährleisten;*
4. *anhand der von den Mitgliedstaaten bereitgestellten Informationen bis spätestens zum Ablauf des vierten Jahres nach Annahme dieser Empfehlung und danach regelmäßig über die Durchführung der vorgeschlagenen Maßnahmen zu berichten und zu prüfen, inwieweit die Maßnahmen greifen und ob eine Überprüfung oder weitere Maßnahmen notwendig sind;*
5. *alle Gemeinschaftspolitiken („Community Policies"), insbesondere auch das Aktionsprogramm im Bereich der öffentlichen Gesundheit, in vollem Umfang zu nutzen, um die in dieser Empfehlung behandelte Problematik anzugehen.*

2.5.15 EU-Strategie zur Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Verringerung alkoholbedingter Schäden, 2006

Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2006): Eine EU-Strategie zur Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Verringerung alkoholbedingter Schäden, KOM(2006) 625 endgültig, Brüssel

... Die Mitteilung hat daher nicht den Alkoholkonsum an sich zum Gegenstand, sondern dessen Missbrauch und seine schädlichen Folgen. Sie räumt ein, dass es in den verschiedenen Mitgliedstaaten unterschiedliche kulturelle Gewohnheiten in Bezug auf den Alkoholkonsum gibt. Es besteht keine Absicht, die in den meisten Mitgliedstaaten eingeführten einzelstaatlichen Maßnahmen, die gemäß dem Subsidiaritätsprinzip und Artikel 152 des EG-Vertrags nationaler Zuständigkeit unterliegen, durch Maßnahmen der Gemeinschaft zu ersetzen. Insbesondere beabsichtigt die Kommission nicht, im Zuge dieser Mitteilung harmonisierte Rechtsvorschriften im Bereich der Prävention alkoholbedingter Schäden zu erarbeiten.

...

Fünf Schwerpunktbereiche und entsprechende bewährte Verfahren

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

(KOM 2006 625 endgültig, Gesamttext unter: www.api.or.at/akis)

2.5.16 Charta, die das Europäische Alkohol und Gesundheitsforum installiert

Als einen Eckpfeiler im Zuge der Implementierung dieser Strategie, sind die Vertragspartner dieser Charta übereingekommen ein europäisches Alkohol- und Gesundheitsforum zu installieren. Das übergeordnete Ziel dieses Forums ist eine gemeinsame Plattform, für alle Interessensvertreter zur Verfügung zu stellen, die sich dazu verpflichten relevante Schritten zu setzen, um alkoholbezogene Probleme zu verringern, besonders in den folgenden Bereichen:

…

Plenarsitzungen: Das Forum wird zweimal jährlich tagen. Den Vorsitz führt die Generaldirektion für Gesundheit und Konsumentenschutz der Europäischen Kommission. Der Vorsitzende wird dafür sorgen, dass ein kooperativer und aktionsorientierter Ansatz gewählt wird, und dass die Aktivitäten des Forums in Einklang mit dieser Charta und mit den etablierten Handlungsprinzipien („Policies“) der EU sind.

Offenes Forum: Um auch interessierten Institutionen und Organisationen innerhalb der EU und darüber hinaus, die Nicht-Mitglieder des Forums sind, eine Möglichkeit zu bieten die Arbeit des Forums zu verfolgen und ihre Meinungen kundzutun, wird jährlich einmal ein „Offenes Forum“ stattfinden.

Wissenschaftsgruppe: Das Forum wird eine Wissenschaftsgruppe etablieren. Auf Anfrage durch Forumsteilnehmer wird diese Gruppe für die im Forum diskutierten Themen wissenschaftlichen Rat und Unterstützung anbieten.

Projektgruppen: Das Forum kann Projektgruppen ins Leben rufen, normalerweise nicht mehr als zwei gleichzeitig, die auf der Basis eines spezifischen Mandates gemeinsam für die Erreichung von Zielen arbeiten, über die zuvor eine Übereinkunft erzielt worden ist. Die Projektgruppen berichten an das Forum.

…

Mitgliedschaft: Forumsmitglieder sollten europaweit operierende Dachorganisationen sein, die in der Lage sind bei der Verringerung alkoholassoziierter Probleme in der EU eine aktive Rolle zu spielen, und die bereit sind, sich konkret und überprüfbar aktiv für die Ziele zu engagieren.

Organisationen die national oder subnational operieren, können ebenfalls Forumsmitglieder werden, wenn sie bereit sind, sich in einer konkreten und überprüfbaren Art am Forumsprozess zu beteiligen, und wenn ihre europäische Dachorganisation oder Vereinigung Forumsmitglied ist.

Quelle: European Commission, 2007, Gesamttext unter: www.api.or.at/akis; Übersetzung aus dem Englischen durch die AutorInnen

2.6 Initiativen der Alkoholindustrie in Zusammenhang mit Alkoholforschung und Alkoholpolitik

Angesichts der zunehmenden alkoholpolitischen Aktivitäten von WHO, der EU und von Initiativen wie EUROCARE und angesichts der Erfahrungen, dass der Druck auf die Tabak- und Waffenindustrie in den USA infolge analoger Initiativen stark zugenommen hat, ist die internationale Alkoholindustrie seit Jahren bestrebt einer für sie möglicherweise recht kostspieligen Entwicklung zuvorzukommen, indem sie rechtzeitig Kontakte zu wichtigen RepräsentantInnen aus Forschung und Gesundheitswesen knüpft, guten Willen demonstriert und Bereitschaft zu Kompromissen zeigt. Eine wichtige Entwicklung in diesem Zusammenhang war die Gründung des „Internationalen Zentrums für Alkoholpolitik“ (ICAP) in Washington im Jahre 1995. ICAP wurde von den elf führenden internationalen Alkoholerzeugern unter dem Motto „Partnerschaft zwischen Alkoholindustrie, Forschung und Gesundheitswesen“ gegründet und wird von diesen auch laufend finanziert. Der Präsident von ICAP ist Marcus Grant, ein ehemaliger WHO Mitarbeiter, der den Anspruch erhebt mit seinem Institut Mittler zwischen den unterschiedlichen Interessenslagen von Industrie, Forschung und Gesundheitswesen in Fragen von Alkoholpolitik und Alkoholforschung zu sein (Grant, 2000). Im Sinne dieser Mittlerfunktion versucht ICAP einer den Alkohol ausschließlich negativ porträtierenden Sichtweise den Kampf anzusagen (z.B. mit dem Buch „Alcohol and Pleasure” [9], Peele & Grant, 1999) sowie wesentliche RepräsentantInnen von Industrie, Forschung und Gesundheitswesen an einen Tisch zu bringen, um mit diesen gemeinsame Dokumente zu verfassen.

Das erste wichtige Dokument in diesem Zusammenhang waren die „Dublin Principles“ (National College of Ireland, 1997), die festlegen, dass jede Seite eine Verantwortung für das gesundheitliche Wohlergehen der Bevölkerung hat, und dass alle Beteiligten zu diesem Zweck kooperieren sollten. Die Forderungen der „Dublin Principles” beziehen sich auf die

9 „Alkohol und Vergnügen“

Bereiche „Alkohol und Gesellschaft“ sowie „Alkoholindustrie und Forschung“. (Auszüge aus dem Dokument siehe Kap. 17.5.1, S. 518, Originaltext unter www.api.or.at/akis)

Ein weiterer Schritt in diesem Zusammenhang stellt das Mitte 2000 finalisierte Dokument „The Geneva Partnership on Alcohol Towards a Global Charter“ [10] (Auszüge aus dem Dokument siehe Kap. 17.5.2, S. 519, Originaltext unter www.api.or.at/akis) dar, das gemeinsam mit VertreterInnen von Alkoholwirtschaft, Forschung und den Gesundheitsberufen unter der Leitung von ICAP erarbeitet wurde (ICAP, 2000). In diesem Dokument erfolgt einerseits ein starkes Zugeständnis der Industrie an Regierungen und Gesundheitsberufe, Probleme in Zusammenhang mit Alkohol gezielt zu bekämpfen, andererseits wird im Gegenzug das Recht des Individuums, in verantwortlichem Umfang Alkohol zu konsumieren sowie eine Partnerstellung der Industrie bei alkoholpolitischen Entscheidungen gefordert.

Ob die Industrieinitiative in Zusammenhang mit Alkoholforschung und Alkoholpolitik zu begrüßen ist, weil man gemeinsam mehr erreicht, wie das der Präsident von ICAP Marcus Grant (2000) vertrat, ob eine Kooperation mit der Industrie zumindest vertretbar ist, wenn man einen ethischen Kodex penibel einhält, wie Bühringer & Batria (2004) vertreten, oder ob die Kooperation mit der Alkoholindustrie generell abzulehnen ist, weil sie sich längerfristig nachteilig auf Forschung und Alkoholpolitik auswirken könnte, wie Room (2000) befürchtet, wird nach wie vor heftig diskutiert.

Ob und in welchem Umfang die Alkoholindustrie in der Zukunft sinnvolle alkoholpolitische Maßnahmen unterstützen wird, wird die Zukunft zeigen. Aus der kommerziellen Interessenslage der Alkoholerzeuger kategorisch abzuleiten, dass diese im alkoholpolitischen Dialog nicht Partner, sondern bloß Gegner sein können, erscheint uns allerdings überzogen. Aus dieser skeptischen Perspektive dürfte man ebenso SuchtprophylaktikerInnen, SuchtberaterInnen, SuchttherapeutInnen und SuchtforscherInnen – also den AutorInnen dieses Buches – nicht über den Weg trauen, da auch deren Existenzgrundlage beeinträchtigt ist, wenn Suchtprobleme in der Gesellschaft dramatisch abnehmen.

Außer Frage steht, dass die Alkoholerzeuger für den Fall, dass jene, die über der Harmlosigkeitsgrenze (vgl. Kap. 3.6, S. 92) trinken, in Zukunft nur mehr jene Menge Reinalkohol trinken, die der Harmlosigkeitsgrenze entspricht, in Österreich nur mehr ein Drittel des gegenwärtig verkauften Alkohols absetzen könnten (Uhl & Kobrna, 2001). Sie müssten in diesem Fall verstärkt auf nicht-alkoholhältige Alternativprodukte oder qualitativ hochwertige, teure Alkoholprodukte umsteigen, um den quantitativen Rückgang am Alkoholmarkt zu kompensieren.

Festzuhalten ist, dass sich die Europäische Kommission 2007 letztlich, bei der Konstituierung des „Europäischen Alkohol und Gesundheitsforums“ ganz klar für einen aktiven Dialog zwischen allen Interessensgruppen – inklusive der Wirtschaft – ausgesprochen hat und damit allen Forderungen, die Industrie von wichtigen alkoholpolitischen Entscheidungen auszuklammern, eine klare Absage erteilte (vgl. Kap. 2.5.16, S. 35).

10 „Genfer Partnerschaft für Alkoholfragen – In Richtung globale Charta“

2.7 Österreich und der „Handlungsrahmen für eine Alkoholpolitik in der Europäischen Region der WHO

Im „Handlungsrahmen für eine Alkoholpolitik“ („A Framework for Alcohol Policy“) in der Europäischen Region der WHO (2006) werden die zuvor formulierten fünf ethischen Prinzipien und Ziele der Europäischen Charta Alkohol (vgl. Kap. 2.5.5, S. 26) sowie die zehn Strategien der Europäischen Charta Alkohol für alkoholbezogene Maßnahmen bekräftigt (vgl. Kap. 2.5.6, S. 27) und betont, dass jedes Land eine nationale Alkoholstrategie und einen nationalen Aktionsplan entwickeln sollte (vgl. Kap. 2.5.12, S. 31). Die Umsetzung der im „Handlungsrahmen“ empfohlenen Maßnahmen wurde den Mitgliedsstaaten vom Regionalkomitee noch einmal eindringlich empfohlen (vgl. Kap. 2.5.13, S. 32) und in vielen Punkten wurden analoge Vorgaben auch von der EU formuliert („EU-Alkoholstrategie“, Kap. 2.5.15, S. 35)

In den folgenden Kapiteln wird analysiert, wieweit die Ideen von WHO und EU bis dato umgesetzt wurden, wobei als Struktur für die Darstellung die zehn Strategien der Europäischen Charta Alkohol für alkoholbezogene Maßnahmen gewählt wurden. Im Rahmen der Strategie 10 (vgl. Kap. 2.7.10, S. 48) wird besprochen, wie es um die Fortschritte Österreichs bei der Entwicklung einer nationalen Alkoholpolicy (vgl. Kap. 2.3, S. 19) steht.

2.7.1 Zu Strategie Nr. 1

Informiere die Bevölkerung – im Rahmen von Aufklärungsprogrammen – von früher Jugend an über die Folgen des Alkoholkonsums für Gesundheit, Familie und Gesellschaft und über wirkungsvolle Maßnahmen, die zur Verhinderung oder Verringerung schädlicher Folgen ergriffen werden können.

Ursprünglich lag der Schwerpunkt der österreichischen Alkoholpolitik bei Alkoholismus eindeutig auf Behandlung und nicht in der Vorbeugung im Sinne von Primär- und Sekundärprävention (Eisenbach-Stangl, 1991b). Seit einigen Jahren gewinnt allerdings auch die Vorbeugung zusehends an Bedeutung (vgl. Kap. 2.7.5, S. 46).

2.7.1.1 Medienkampagnen

Massenmediale Kampagnen als Mittel zur Suchtprävention allgemein und zur Alkoholprävention im Besonderen spielen in Österreich bloß eine untergeordnete Rolle. Eine Ausnahme stellte die vom Österreichischen Rundfunk (ORF) initiierte und mit dem Kuratorium für Verkehrssicherheit gemeinsam organisierte Aktion „Don't Drink and Drive“ dar, die unter Patronanz des Verkehrsministeriums stand und auf die Gefahren des Alkohols am Steuer hinwies. Diese von 1989 an einige Jahre lang mit unterschiedlicher Intensität durchgeführte und inzwischen abgeschlossene Aktion erschöpfte sich nicht in der Schaltung von Jingles und Spots, sondern umfasste auch begleitende Maßnahmen wie Atemluftüberprüfungen vor Discotheken, einen Discobus etc.

Eine weitere Verkehrssicherheitskampagne gegen Alkohol am Steuer – **„Sto,op! Null Promille, null Probleme“** - wurde am 21. September 1998 vom Verkehrsministerium gestartet. Aus dem Pressetext:

> *„**STO,OP! NULL PROMILLE, NULL PROBLEME**“ ist eine österreichweite Verkehrssicherheits-kampagne, die am 21. September (1998) gestartet wurde. Neben Spots in TV und Hörfunk gab es Printsujets und Außenwerbung auf öffentlichen Verkehrsmitteln.*
>
> ***Wer fährt soll nicht trinken, wer trinkt soll nicht fahren!***

Inhalt und Ziel ist eine Einstellungs- und Verhaltensänderung bei den motorisierten Verkehrsteilnehmern dahingehend herbeizuführen, dass das Lenken eines Kraftfahrzeugs und das Trinken von Alkohol nicht vereinbar ist.

Durch den Einsatz der modernen Mittel der Werbung und der PR wird auf die Gefahren hingewiesen, die durch das Lenken eines Kraftfahrzeuges unter Alkoholeinfluss entstehen. Die 0,5 Promillegrenze stellt nur einen gesetzlichen Grenzwert dar. Bei 0,5 Promille ist die Wahrscheinlichkeit, in einen Unfall verwickelt zu werden, doppelt so groß wie bei 0,1 Promille. Ab 0,5 Promille treten Kontrollverlust und ein starker Wahrnehmungsverlust ein. In der Folge kommt es zu einer Überschätzung der eigenen Fähigkeiten, einer Unterschätzung der Gefahren und damit zu einer Gefährdung anderer, unschuldiger Verkehrsteilnehmer.

„STO,OP! Aktion Co-Pilot"

Neben den Werbemaßnahmen waren auch PR-Maßnahmen geplant. Das Projekt Co-Pilot sollte darauf hinweisen, dass oft die Mitfahrer Opfer von Alkoholunfällen werden. Sie sollten sich ihrer Verantwortung bewusst werden, nicht leichtfertig mit alkoholisierten Lenkern mitzufahren.

Quelle: Presseinformation, BMWV (1998) (Text auch unter: www.api.or.at/akis

Es wurden Radio- und Fernsehspots geschaltet sowie Printsujets verbreitet. Im September 1998 wurde zu dieser Aktion in Kooperation mit der Tageszeitung „KURIER" eine kleine Broschüre mit dem Titel „Sicher nach Hause" verteilt.

In dieser Broschüre werden

- allgemeine Informationen über Fahruntüchtigkeit unter Alkoholeinfluss („Autofahren unter Alkoholeinfluss ist lebensgefährlich"; „Sogar unter 0,5 Promille sind viele fahruntüchtig") gegeben,
- Möglichkeiten der Beeinflussung alkoholisierter LenkerInnen („So überreden Sie Alkolenker zum Autoverzicht") aufgezeigt,
- einige sogenannte „Promille-Dienste" (Nachtbusse, Heurigentaxis etc.) aufgelistet,
- die zu erwartenden Konsequenzen bei Alkoholisierung im Straßenverkehr beschrieben und
- die geltenden Promillegrenzen in Europa dargestellt.

Im Jahr 2002 wurde vom Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie und in Zusammenarbeit mit dem Kuratorium für Verkehrssicherheit eine neue Verkehrssicherheitskampagne zum Thema „Alkohol und Jugendliche" ins Leben gerufen. Im Besonderen soll diese Kampagne die Zielgruppen der LenkerInnen von ein- oder mehrspurigen Kraftfahrzeugen im Alter von 16 bis 29 Jahren sowie deren MitfahrerInnen ansprechen. Mit der Weiterentwicklung des Spruches von „Don't Drink and Drive" zu „Drink + Drive = Death" in der Aufmachung eines Zombie-Filmes mit humorvollem Einschlag, solle vor allem bei jugendlichen Kfz-LenkerInnen Bewusstseinsbildung dahingehend betrieben werden, nicht im alkoholisierten und/oder durch Drogen beeinflussten Zustand ein Fahrzeug in Betrieb zu nehmen. Kfz-MitfahrerInnen sollen soweit sensibilisiert werden, dass sie aktiv Einfluss auf alkoholisierte LenkerInnen ausüben. Die Bekanntmachung erfolgte über TV- und Radiospots. Weiters wurde unter der Web-Adresse: www.sind-sie-sicher.at eine sogenannte „Verkehrssicherheitsplattform" mit den Schwerpunkten „Alkohol am Steuer", „Sicherheitsgurt", „Kindersicherheit" und „Motorradsicherheit" eingerichtet.

Auch die Verkehrskampagnen 2003 und 2004 unter dem Slogan „Alkoholselbstkontrolle“, die gemeinsam vom Innenministerium, Kuratorium für Verkehrssicherheit und dem ORF initiiert wurde, greift die Problematik „Alkohol am Steuer“ erneut auf. Aus dem Pressetext:

> *Mit dieser Kampagne soll informiert und gleichzeitig das Bewusstsein von Verkehrsteilnehmern gestärkt werden, sich selbst zu kontrollieren, bevor es andere tun. „Wenn ich fahr´, dann trink´ ich nicht“, „Wenn ich trink´, dann fahr´ ich nicht“ lautet die Botschaft des neu gestalteten Spots.*
>
> *KfV (2003b): Kampf dem Alkohol am Steuer (Kampagne "Alkoholselbstkontrolle"). Kuratorium für Verkehrssicherheit, Wien*

2.7.1.2 Schulische Suchtprävention

Suchtprävention spielt in der österreichischen Schule eine große Rolle, wobei üblicherweise, im Sinne eines drogenübergreifenden Ansatzes, Alkohol gemeinsam mit Nikotin, illegalen Drogen und psychoaktiven Medikamenten abgehandelt wird und ein demokratisch-emanzipatorischer Zugang im Sinne von Gesundheitsförderung angestrebt wird (Uhl, 2002c). Eine wichtige Funktion nehmen in diesem Zusammenhang zahlreiche unterstützende Materialien ein, die vor allem vom Gesundheitsministerium und vom Unterrichtsministerium zur Verfügung gestellt werden (Informationsbroschüren, Filme, Programme). Recht umfangreiche Materialien zur Suchtprävention in der Schule wurden von Paulik et al. (2002) entwickelt. Auch Lehrgänge und Seminare für Suchtprävention, die von den pädagogischen Akademien und pädagogischen Instituten angeboten werden, sind in diesem Zusammenhang – sowie das Gemeinschaftsprojekt von EU und WHO „Gesundheitsfördernde Schulen“ an dem in Österreich 12 Projektschulen teilgenommen haben – zu erwähnen (Lobnig, et al., 1998).

2.7.1.3 Suchtpräventionsarbeit durch die Exekutive

Exekutivbeamte/-beamtinnen, deren primäre Aufgabe die Kontrolle und Verhinderung von Straftaten ist und die, wenn ihnen Straftaten bekannt werden, zur Anzeige verpflichtet sind, können im Zusammenhang mit Suchtpräventionsarbeit verständlicherweise leicht in einen Konflikt geraten. Während der Einsatz bei der Vorbeugung im Sinne einer Beratung von reinen Opfern (z.B. wie schütze ich mich vor Einbrüchen, Gewalt usw.) unumstritten ist, wird die Präventionsarbeit in Bereichen, in denen die „Opfer“ gleichzeitig auch „TäterInnen“ sind, oft kritisch hinterfragt. Besonders stark war diese Kritik vor Jahren, als die Exekutive sich in den Schulen stark auf illegale Drogen konzentrierte und primär den Ansatz „Substanzkunde und Abschreckung“ wählte. Trotz der anhaltenden Kritik greifen viele Schulen für Suchtpräventionsaufgaben aber nach wie vor immer wieder auf die Exekutive zurück. Das hat dazu geführt, dass auch bei der Exekutive in den letzten Jahren ein deutlicher Trend zur Professionalisierung der Präventionsarbeit festgestellt werden kann. Dieser Trend manifestiert sich in der verstärkten Wahl eines drogenübergreifenden Ansatzes, in verstärktem Interesse am grundlegenden Austausch mit PräventionsexpertInnen außerhalb der Exekutive und in deutlichen Bemühungen, sich an internationale Trends in der Suchtprävention anzugleichen. In Oberösterreich z.B. läuft seit 1999 das sogenannte Projekt „PräGend“, ein Kooperationsprojekt des Instituts für Suchtprävention und der Bundesgendarmerie. Die Schwerpunkte umfassen im Wesentlichen eine jährliche gemeinsame Weiterbildung, die Herausgabe eines Newsletters, die Konzeption und Durchführung gemeinsamer Veranstaltungen, Kooperations- und Reflexionsgespräche zwischen den Partnern und die Ausbildung von ExekutivbeamtInnen im Rahmen des Akademielehrgangs „Suchtprävention“ an der Pädagogischen Akademie des Bundes.

2.7.1.4 Österreichische Fachstellen für Suchtprävention

Besonders hervorzuheben im Zusammenhang mit Prävention sind die inzwischen in allen neun Bundesländern installierten und generell recht gut ausgestatteten Fachstellen für Suchtprävention (Adressen siehe Kap. 16.5, S. 387). Diese unterstützen die Suchtpräventionsarbeit in österreichischen Schulen, engagieren sich auch stark in der außerschulischen Jugendarbeit und stehen der Öffentlichkeit als qualifizierte Beratungseinrichtungen für diverse Aufgabenstellungen zur Verfügung. Nachdem die Primär- und Sekundärprävention lange Zeit von den MitarbeiterInnen von Suchtberatungs- und -behandlungseinrichtungen mitgeleistet wurde, erfolgte über die Einrichtung der Fachstellen für Suchtprävention die Etablierung dieses Aufgabenkomplexes als eigene Disziplin und damit eine generelle Aufwertung der Vorbeugung im Gesamtkontext. Die Fachstellen haben gemeinsam mit dem Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung eine Delphi-Studie zur Entwicklung eines Leitbildes durchgeführt, die im Jahr 2000 abgeschlossen und 2002 unter dem Titel „Professionelle Suchtprävention in Österreich: Leitbildentwicklung der österreichischen Fachstellen für Suchtprävention“ veröffentlicht wurde (Uhl & Springer, 2002).

2.7.1.5 Orientierung der Suchtprävention in Österreich

Generell orientiert sich die Suchtprävention in Österreich am allgemeinen Gesundheitsförderungsansatz, wie er von der WHO empfohlen wird, und ist im Wesentlichen drogenunspezifisch und demokratisch-emanzipatorisch konzipiert (Uhl, 2002c). Dort, wo psychoaktive Substanzen thematisiert werden, wird üblicherweise drogenübergreifend vorgegangen. In letzter Zeit gewinnt Informationsvermittlung über Substanzen und Sucht sowie die Fokussierung auf Risikogruppen (Sekundärprävention) zusehends an Bedeutung (Uhl & Gruber, 2004).

2.7.1.6 Evaluation der Ansätze

Es gibt gegenwärtig keine umfassende Evaluation der Suchtprävention in Österreich, aber eine Fülle von kleinen Evaluationen einzelner Materialien oder Konzepte. So wurde vom Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung eine Evaluation des „Drogenkoffers“ („Materialien zum Thema Drogen für den Unterricht ab der 8. Schulstufe – Drogen, Sucht, Ursachen, Wirkung“) durchgeführt (Uhl & Springer, 1997a) und eine Evaluation eines Projektes des Wiener Instituts für Suchtprävention (ISP) mit dem Titel „Miteinander Leben“ durchgeführt (Gruber et al. 2003). Das Ludwig-Boltzmann-Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie evaluierte das Projekt „Gesundheitsfördernde Schulen“ (Lobnig et al., 1998). Infolge der Professionalisierung der österreichischen Suchtprävention durch die Schaffung der Fachstellen für Suchtprävention kommt es auch von dieser Seite verstärkt zu gut dokumentierten und evaluierten Projekten. Beispielsweise wurden das Projekt „Kinder stark machen“ der Vorarlberger Fachstelle für Suchtprävention „Supro“ (Steiner & Marent, 1998) sowie auch das Projekt „Spielzeugfreier Kindergarten“ des Wiener Instituts für Suchtprävention (Gehmacher et al., 1998) einer umfassenden Evaluation unterzogen.

In Zusammenhang mit der Evaluation von Präventionsprojekten ist es wichtig realistisch abzuschätzen, was möglich und zweckmäßig ist (Uhl, 1999, 2000a; Beywl et al., 2002). Viele konkrete Evaluationen erweisen sich bei genauerem Hinsehen als reine „Pseudoevaluationen“, die der immer häufiger formulierten – wenngleich völlig überzogenen – Forderung, alles zu evaluieren, bloß vordergründig nachkommen. Evaluationen werden

selbst da durchgeführt, wo das weder möglich noch sinnvoll ist (Evalopathie, vgl. Uhl, 2000b).

2.7.2 Zu Strategie Nr. 2

Fördere ein öffentliches, privates und berufliches Umfeld, in dem die Bevölkerung vor Unfällen, Gewalttätigkeit und anderen negativen Folgen des Alkoholkonsums geschützt ist.

In Österreich haben sich vor allem in den vier Bereichen „Familie", „Arbeitsplatz", „Verkehr" und „Strafvollzug" Initiativen zur Umsetzung dieser Strategie gebildet.

2.7.2.1 Familie

Den negativen Folgen des Alkoholkonsums, insbesondere im Hinblick auf Frauen und Kinder, wird im österreichischen Rechtssystem große Aufmerksamkeit geschenkt. Vor allem die Möglichkeit Akutmaßnahmen zu ergreifen wurde in den letzten Jahren zunehmend ausgebaut. Frauenhäuser ermöglichen rasche Aufnahmen gemeinsam mit dem Kind. Auf Grund einer Änderung des Sicherheitspolizeigesetzes sowie der Exekutivverordnung ist es zudem seit 1997 möglich, Personen, von welchen eine Bedrohung auf Leben oder Gesundheit ausgeht, bis zu vierzehn Tage die Rückkehr in die Wohnung zu verbieten; dies geschieht mittels einer einstweiligen Verfügung eines Zivilgerichtes, die sofort exekutiert werden kann. Weiters ist die Mitbehandlung betroffener Familienmitglieder Standard in der Behandlung Alkoholkranker, wobei mittlerweile auch – unter bestimmten Bedingungen – die Kosten für eine Familientherapie von den Krankenkassen übernommen werden.

Ein Problem stellt vorläufig noch die Betreuung von Kindern aus Suchtfamilien dar, die meist von den Auswirkungen der Suchterkrankung eines Familienmitgliedes stark betroffen sind, z.B. in Form erhöhter Suchtgefährdung und/oder durch Entwicklung charakteristischer psychischer Beschwerdebilder (vgl. Beiglböck et al., 1999). Einerseits existieren kaum professionelle Hilfsangebote, andererseits ist dieses Thema dermaßen tabuisiert, dass es sehr schwierig ist, die Betroffenen mit den vorhandenen Angeboten (wie z.B. regelmäßige Informationsabende für Kinder und Jugendliche im Anton Proksch Institut) zu erreichen. In letzter Zeit wird dem Thema „Kinder aus alkoholbelasteten Familien" sowohl international (z.B. EU-Projekt ENCARE) als auch national verstärkt Aufmerksamkeit geschenkt (z.B. Studie des Ludwig-Boltzmann-Instituts für Suchtforschung „Kinder in alkoholbelasteten Familien – Theorie und Praxis der Prävention" (vgl. Kap. 5.7, S. 115).

2.7.2.2 Arbeitsplatz

Seit einigen Jahren ist ein deutlicher Trend zu innerbetrieblichen Alkohol-präventionsprogrammen festzustellen, da Alkoholverbote durch ArbeitnehmerInnen-schutzgesetze wohl den Alkoholkonsum während der Arbeitszeit, aber – aus kompetenzrechtlichen Gründen – nicht ausreichend genug während der Ruhepausen regeln. Auch gibt es diverse berufsgruppenspezifische Gesetze (vgl. Kap. 17.4.3.1, S. 485 bis Kap. 17.4.3.15, S. 493), diesen Regelungen kommt aber keine flächendeckende Effizienz zu. Erfolge sind vielmehr über umfassende Programme zu erwarten, die von primärpräventiven Ansätzen (Arbeitsplatzbelastung, Angebot alkoholfreier Getränke in Kantinen und bei Betriebsfeiern etc.) über Sekundärprävention (Früherkennung von Gefährdeten, Motivationsgespräche etc.) bis zur Behandlung bereits erkrankter MitarbeiterInnen (über sogenannte Stufenprogramme) reichen (Beiglböck, 1995). Das Anton Proksch Institut (vgl. Beiglböck & Feselmayer, 2000) bietet nun schon seit Jahren Seminare an, in denen

Führungskräfte mit Strategien zur Reduktion des Alkoholproblems in den Betrieben vertraut gemacht werden (vgl. Kap. 5.9, S. 120).

2.7.2.3 Verkehr

Informationen zu diesem Punkt finden sich in Kap. 2.7.3, S. 43, und Kap. 14, S. 316.

2.7.2.4 Strafvollzug

Das österreichische Strafrecht sieht eine gesonderte Unterbringung entwöhnungsbedürftiger RechtsbrecherInnen vor, sofern das Delikt mit nicht mehr als zwei Jahren Haftstrafe zu ahnden wäre und ein(e) GutachterIn einen Erfolg einer derartigen Maßnahme annimmt.
Häftlinge mit nicht mehr als drei Jahren Haftstrafe können sich gegen Ende ihrer Haftstrafe freiwillig einer Entwöhnungsbehandlung – in eigenen Haftanstalten oder in Zusammenarbeit mit Rehabilitationseinrichtungen – unterziehen (vgl. dazu die Gesetzestexte in Kap. 17.3.1, S. 468).

2.7.3 Zu Strategie Nr. 3

Beschließe und exekutiere wirkungsvolle Gesetze, die vom Lenken eines Fahrzeuges in alkoholisiertem Zustand abschrecken.

Die Gesetzgebung betreffend Alkohol und Straßenverkehr hat in Österreich eine lange Tradition. Bereits im 19. Jahrhundert existierten erste Vorschriften, die den Umgang mit Alkohol im Schiffs- und Eisenbahnverkehr reglementierten (Eisenbach-Stangl, 1991a). Doch erst Ende der Fünfzigerjahre setzte sich die Alkoholgesetzgebung in den Straßenverkehrsgesetzen durch. 1960 wurde das Lenken eines Kraftfahrzeuges in einem alkoholbeeinträchtigten Zustand von mehr als 0,8 Promille Blutalkoholkonzentration (BAK) definitiv verboten, und seit damals gab es eine Fülle von Gesetzen bzw. Gesetzesnovellen, die auf eine Verringerung der Alkoholbeeinträchtigung im Straßenverkehr abzielen. Ausführliche Informationen und Gesetzesauszüge zum Thema Alkohol und Straßenverkehr finden sich im Kap. 14, S. 316.

2.7.4 Zu Strategie Nr. 4

Betreibe Gesundheitsförderung durch Einschränkung der Verfügbarkeit alkoholischer Getränke, z.B. für Jugendliche und durch Einflussnahme auf den Alkoholpreis, z.B. über Steuern.

Eine Alkoholprohibition wie in den USA hat es in Österreich nie gegeben und wäre angesichts der Rolle, die Alkohol in der österreichischen Gesellschaft spielt, sowie aufgrund der allgemeinen gesellschaftlichen Akzeptanz des Alkohols schwer durchsetzbar.

Auch Verkaufsmonopole wie in den skandinavischen Ländern wurden in Österreich nie ernsthaft erwogen. Es gab in Österreich zwar ein „Branntwein- bzw. Alkoholmonopol“ doch dieses bezog sich neben der Einfuhr von Alkohol und der damit verbundenen Besteuerung lediglich auf die Erzeugung von Spirituosen. Diese durften nur in einem festgelegten Ausmaß produziert werden und nur an die Verwertungsstelle des Alkoholmonopols abgegeben werden. Die Produktion von Spirituosen aus selbstgewonnenen alkoholbildenden Stoffen ist auch nach der – durch den EU-Beitritt notwendig gewordenen – Strukturanpassung behördlich anzumelden, wobei die produzierten Mengen kontrolliert werden. Das

„Branntwein bzw. Alkoholmonopol“ selbst und damit auch die Verwertungsstelle sind im Jahr 2000, fünf Jahre nach dem EU-Beitritt, wegfallen (vgl. Kap. 10.3, S. 233).

Systematische Einschränkungen der Möglichkeit, alkoholische Getränke zu verkaufen oder auszuschenken, ergeben sich zwar aus der Gewerbeordnung (so dürfen z.B. Friseurgeschäfte keine alkoholischen Getränke ausschenken, Blumengeschäfte kein Bier verkaufen usw.), diese Einschränkungen wurden aber nicht geschaffen, um alkoholische Getränke weniger verfügbar zu machen (vgl. Kap. 2.7.4.3, S. 44 u. Kap. 17.4.1, S. 478).

2.7.4.1 Weingartenstilllegung

Im Zusammenhang mit Exportproblemen des Weinmarkts wurde aufgrund einer Sonderrichtlinie des BM für Land- und Forstwirtschaft von 1992 bis 1994 eine Stilllegungsaktion von Weingärten (Rodung für eine sechsjährige Grünbrache) durchgeführt; ab 1995 fand die Aktion nach EU-Recht statt, das keinen Wiederanbau vorsieht. Angesichts des Umstandes, dass in Österreich nur 15 Hektar für diese Form der Stilllegung vorgesehen waren, erfolgte in Österreich gar keine Ausschreibung. Weingartenstilllegungen in Österreich und in der EU sind keine gesundheitspolitischen Maßnahmen, sondern wirtschaftspolitische, um die Weinüberproduktion in den Griff zu bekommen (vgl. Kap. 11.2.2, S. 245).

2.7.4.2 Jugendschutz in Bezug auf Alkohol

Die Jugendschutzbestimmungen der Bundesländer (vgl. Kap. 13.2.1, S. 307) legen Mindestaltersgrenzen für den öffentlichen Konsum oder für jeglichen Konsum von Alkohol durch junge Menschen bzw. die Abgabe von Alkohol an diese fest. Die von Bundesland zu Bundesland differierenden Regelungen stellen für alle Beteiligten eine verwirrende Situation dar. Es gibt zwar schon seit langem starke Bestrebungen, die Jugendschutzgesetze der Bundesländer zu vereinheitlichen, aber bis dato ist ein solcher Schritt nicht gelungen (Details und gesetzliche Grundlagen in Kap. 13.2.1, S. 307).

2.7.4.3 Gewerbeordnung

Ein weiteres Ausschank-, nicht jedoch Verkaufsverbot, sieht die Gewerbeordnung vor: Gastgewerbetreibende dürfen Personen, die durch ihr sonstiges Verhalten oder ihren Zustand die Ruhe und Ordnung im Betrieb stören, keinen Alkohol ausschenken. Da man unterschiedlicher Auffassung darüber sein kann, wann ein Gast Ruhe und Ordnung im Betrieb stört, stellt die Bestimmung kein „umfassendes Alkoholausschankverbot an Betrunkene“ dar. Auch die Frage, wie „Trunkenheit“ im Sinne der Gewerbeordnungsbestimmung zu verstehen ist – denkbar ist hier alles vom kaum merkbaren Schwips bis zum Vollrausch – ist nicht wirklich geklärt (vgl. Kap. 17.4.2, S. 479).

Ferner müssen Gastgewerbetreibende, die alkoholische Getränke ausschenken, zumindest zwei Sorten nichtalkoholischer Getränke anbieten, die nicht teurer sein dürfen als das billigste kalte alkoholische Getränk. Obstwein ist dabei als Vergleichsgetränk ausgenommen (vgl. Kap. 17.4.2, S. 479).

2.7.4.4 Verkaufsbeschränkung oder -verbote

Den Weg, den Verkauf hochprozentiger Alkoholika zu verbieten oder einzuschränken, hat Österreich nie beschritten. Es gibt zwar Richtlinien im Lebensmittelcodex (vgl. dazu in den einzelnen Abschnitten zu Bier Kap. 17.1.1.2, S. 391 und Spirituosen Kap. 0, S. 395), die Unter- und Obergrenzen des Alkoholgehalts bestimmter Getränke festlegen (Lebensmittelkennzeichnungsverordnung, Kap. 17.1.4, S. 406 bzw. Alkoholangabenverordnung Kap. 17.1.5,

S. 407), aber das soll bloß dem Etikettenschwindel vorbeugen und sicherstellen, dass der/die KonsumentIn auch erhält, was sie/er erwartet (vgl. Kap. 17.4.1, S. 478).

2.7.4.5 Alkoholbesteuerung: Einflussnahme über den Preis

Steuern auf alkoholische Getränke führen zu einer Verteuerung von alkoholischen Getränken und erschweren damit den Zugang. Die durch Steuern bewirkte Verteuerung alkoholischer Getränke wurde in Österreich allerdings immer bloß als fiskalische und kaum je als gesundheitspolitische Maßnahme gesehen.

Durch den EU-Beitritt sind Eigenimporte für den Privatgebrauch (Richtmengen: 110 Liter Bier, 90 Liter Wein / Schaumwein (davon maximal 60 Liter Schaumwein) und 10 Liter Spirituosen möglich, ohne dass dafür Verbrauchssteuer fällig wird. Dadurch haben sich die Möglichkeiten Österreichs, über steuerliche Maßnahmen auf den Alkoholpreis Einfluss zu nehmen erheblich verringert (vgl. Kap. 10.4, S. 233).

Nach der Abschaffung der Weinsteuer, der Getränkesteuer und der Schaumweinsteuer auf Traubenschaumwein infolge des EU-Beitritts blieben auf alkoholische Getränke noch Umsatzsteuer, Alkoholsteuer, Biersteuer, Schaumweinsteuer auf Obstschaumwein [11] sowie Zwischenerzeugnissteuer[12] (Details und Beispielrechnungen in den Abschnitten Fiskalische Bestimmungen – Kap. 10, S. 226, Bier – Kap. 9.2, S. 213, Wein – Kap. 9.3, S. 214, Schaumwein – Kap. 9.3, S. 214 und Spirituosen – Kap 9.4, S. 221).

Zum Verhältnis von Preis und Alkoholnachfrage ist bezüglich Österreich Folgendes erwähnenswert: In Österreich ist über die letzten dreißig Jahre der reale Bierpreis zwar annähernd konstant geblieben, sowohl der reale Wein- als auch der reale Spirituosenpreis ist aber um rund 50% gesunken (Abb. 6, S. 159). Der üblichen ökonomischen Theorie entsprechend, hätte man ein Anstiegen des Nachfrage erwarten können, es ist aber das Gegenteil passiert: der durchschnittliche Alkoholkonsum der erwachsenen Bevölkerung ist in diesem Zeitraum um fast 20% gesunken (Kap. 7.7.2, S. 148).

Zum Thema Preis und Alkoholnachfrage ist auch folgende Beobachtung interessant: nach dem Höhepunkt bei Alkopop-Umsatz wurde 2003 in manchen Ländern, beispielsweise in Frankreich, der Schweiz und Deutschland, eine Alkopop-Sondersteuer eingeführt, um die Preise anzuheben. Der darauf folgende dramatische Verkaufsrückgang wurde in diesen Ländern durchwegs als Effekt dieser Sondersteuer interpretiert. In Österreich entwickelten sich die Alkopop-Umsätze allerdings fast parallel, obwohl hier keine Sondersteuer eingeführt worden war. Das legt den Schluss nahe, dass es sich beim Alkopopkonsum bloß um eine kurzfristige Modeerscheinung gehandelt hat, die auch ohne steuerliche Maßnahmen rasch wieder abgeklungen wäre (Kap. 9.5, S. 224).

2.7.5 Zu Strategie Nr. 5

Führe strenge Kontrollmaßnahmen ein, die direkte und indirekte Bewerbung alkoholischer Getränke betreffen, wobei auf die in manchen Ländern bereits existierenden Werbeeinschränkungen und -verbote Rücksicht genommen werden soll, und stelle sicher, dass sich keine Form der Werbung spezifisch an Jugendliche richtet, z.B. durch die Verbindung von Alkohol mit Sportausübung.

---

11 Als Obstschaumwein gelten hier alle nicht aus Weintrauben erzeugte Obstweine, also z.B. Apfel-, Birnen-, Marillen-, Beerenschaumwein – diese werden steuerlich als „Zwischenerzeugnisse“ behandelt.

12 engl. „Intermediate products“

Details und gesetzliche Bestimmungen dazu finden sich im Kapitel 13.1, S. 288. Im Wesentlichen bestehen in Österreich gesetzliche Bestimmungen im ORF-Gesetz, Privatradiogesetz, Privatfernsehgesetz und im Europäischen Übereinkommen über grenzüberschreitendes Fernsehen. Darüber hinaus findet eine Einschränkung der Alkoholwerbung nur über die Selbstbeschränkung der Werbewirtschaft in freiwilliger Form statt. Die Globalisierung der Programmanbieter und die Liberalisierung der Rundfunkgesetzgebung haben aber dazu geführt, dass doch verstärkt gesetzliche Regelungen (ab 1997) eingesetzt wurden, wobei die Werbebeschränkungen bzw. das generelle Werbeverbot für Spirituosen in Rundfunk und Fernsehen zum Teil auch auf private und nicht terrestrische [13] Veranstalter ausgedehnt wurde.

In diesem Zusammenhang ist auch auf den im Jahre 2006 von der österreichischen Brauwirtschaft – angesichts der gesellschafts- und gesundheitspolitischen Diskussion über die Vermarktung alkoholischer Getränke in Österreich und der EU – verfasste sogenannte Kommunikationskodex der österreichischen Brauwirtschaft (Kap.13.1.4, S. 295) hinzuweisen. Der Verband der Brauereien bekennt sich darin zu einem verantwortungsvollen Umgang mit dem alkoholhältigen Genussmittel Bier und zu konsequentem Auftreten gegen jegliches schädliche und missbräuchliche Konsumverhalten. Mit dem Kommunikationskodex wurde ein dritter Schritt neben den gesetzlichen Vorschriften und den Richtlinien des Werberates gesetzt. Ein Fachbeirat, zusammengesetzt aus VertreterInnen des Werberates, der KonsumentInnen, LebensmittelrechtsexpertInnen und der Lebensmittelindustrie, ist mit den den Kommunikationskodex betreffenden Agenden befasst. Alle österreichischen Brauereien haben zugestimmt, den Kommunikationskodex (Kap. 13.1.4, S. 295) einzuhalten.

2.7.6 Zu Strategie Nr. 6

Gewährleiste, dass alkoholgefährdete oder alkoholgeschädigte Personen und deren Familienangehörige Zugang zu effizienten Therapie- und Rehabilitationseinrichtungen mit geschultem Personal haben.

Die österreichische Alkoholpolitik setzte schon sehr früh einen eindeutigen Schwerpunkt in der Behandlung (Eisenbach-Stangl, 1991a). So wurde die erste größere österreichische Trinkerheilstätte in Wien bereits 1922 gegründet. Die therapeutische Versorgung Alkoholkranker in Österreich gilt europaweit als beispielhaft. Der Zugang zum spezialisierten Behandlungssystem ist für alle BürgerInnen – inklusive Arbeitslose und SozialhilfebezieherInnen ohne Krankenversicherungsschutz – finanziell abgesichert (vgl. Kap. 16, S. 343). Erst in den letzten Jahren gewann auch Vorbeugung im Sinne von Primär- und Sekundärprävention sukzessive an Bedeutung (vgl. Kap. 2.7.1, S. 38).

2.7.7 Zu Strategie Nr. 7

Fördere ein ethisches und rechtliches Verantwortungsbewusstsein bei denjenigen, die für die Vermarktung oder den Ausschank alkoholischer Getränke zuständig sind, gewährleiste eine strenge Kontrolle der Produktsicherheit und setze angemessene Maßnahmen gegen illegale Alkoholherstellung und illegalen Verkauf.

13 Als „terrestrisch“ wird eine Übertragung von Fernseh- und Hörfunkprogrammen über herkömmliche, auf der Erde stehende Sender bezeichnet.

2.7.7.1 Schulung im Gastronomiebereich

Der Ausschank von Alkohol ist an eine Konzession oder Gewerbeberechtigung gebunden; konkrete Maßnahmen im Sinne eines „Responsible Server Training“, wie Schulungen über Alkoholmissbrauch, Wissen über den Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Promillegehalt, Umgang mit Alkoholisierten etc. sind derzeit nicht vorgesehen.

Im Jahr 2003 wurde allerdings die Aktion „Jugend-OK-Partnerbetrieb“ ins Leben gerufen. Bei der Aktion handelte es sich um eine Initiative des Jugendreferates des Landes NÖ in Kooperation mit der Wirtschaftskammer zur Entwicklung vorbildhafter Konzepte im Gastronomiebereich für den bewussten Umgang mit Alkohol und Nikotin; die Alkohol-Koordination- und Informationsstelle (AKIS) des Anton Proksch Instituts Wien übernahm eine beratende Funktion. Teilnehmende Gastronomiebetriebe, die den Kriterien entsprachen, erhielten die Auszeichnung „Jugend-OK-Partnerbetrieb“ und wurden in Radio und anderen Medien vorgestellt. Die Betriebe mit den besten Angeboten wurden von einer Expertenjury prämiert; dabei ging es in erster Linie darum, für junge Menschen alkoholfreie bzw. alkoholarme Getränke anzubieten und das in einer Atmosphäre, in der Menschen, die keinen oder nur wenig Alkohol trinken, nicht geringer geschätzt werden. Ziel der Aktion war es, überlegt Rahmenbedingungen zu schaffen, die die Einhaltung der Schutzbestimmungen für Kinder und Jugendliche ermöglichen und auch für (junge) Erwachsene eindeutige Signale in Richtung moderaten Alkoholkonsum zu setzen (Gruber et al., 2004).

2.7.7.2 Produktsicherheit

Da die Alkoholpreise in Österreich nicht als überhöht erlebt werden, und land- und forstwirtschaftliche Betriebe Wein, Most und Spirituosen für den Eigenbedarf ganz offiziell und ohne zusätzliche Kosten herstellen können (vgl. Kap. 10.2.5, S. 229 und Kap. 10.2.8, S. 230) ist der Anreiz für Laien, qualitativ minderwertige alkoholische Produkte herzustellen, eher gering. Minderwertiger Alkohol aus nicht-gewerblichen bzw. bäuerlichen Betrieben spielt daher in Österreich kaum eine Rolle.

Die Produktsicherheit bei der gewerblichen und bäuerlichen Alkoholproduktion kann als weitgehend gegeben (Lebensmittelcodex, Abfindungsverordnung, Vergällungsverordnung etc.) betrachtet werden; die WHO zählt Österreich zu jenen Staaten, die hier umfassende und ausreichende Sicherheitsmaßnahmen ergriffen haben.

2.7.7.3 Kennzeichnungspflicht

Gesonderte Kennzeichnungspflicht besteht lediglich im Hinblick auf Getränke mit einem Alkoholgehalt von mehr als 1,2 Volumprozent, da muss der Alkoholgehalt am Etikett des Gebindes angeführt werden. Gesundheitswarnungen (wie bei Tabakwaren) und wie von manchen gefordert, sind derzeit in Österreich nicht vorgesehen. Derartige Bestimmungen wurden aber in einigen EU-Ländern, wie z.B. in Frankreich und Finnland, bereits beschlossen (siehe dazu Kap. 17.1.4, S. 406).

Quelle: Richtlinie über die Etikettierung und Aufmachung von Lebensmitteln (79/112/EWG)

2.7.8 Zu Strategie Nr. 8

Verbessere die Fähigkeit der Gesellschaft, mit Alkohol umzugehen, durch Schulungsmaßnahmen für Fachkräfte aus unterschiedlichen Bereichen, z.B. im Gesundheits-, Sozial-, Erziehungs- und Rechtswesen, sowie durch Stärkung von Gemeindeentwicklung und -führung.

Der Schulung von Personen im Gesundheits-, Sozial-, Erziehungs- und Rechtswesen in der Alkoholprävention kommt große Bedeutung zu. Entsprechende Maßnahmen erfolgen etwa im Rahmen der Ausbildung zum Facharzt für Psychiatrie, zum/zur klinischen Psychologen/Psychologin sowie in der LehrerInnenausbildung. Weitere Schritte zur Umsetzung stellen von unterschiedlichen Institutionen angebotene Schulungen für in Suchtberatung und -behandlung tätige Berufsgruppen sowie Broschüren des Gesundheits- und Unterrichtsministeriums dar. Der gemeindeorientierte Ansatz der Suchtprävention wird seit einigen Jahren verstärkt als Erfolg versprechende Maßnahme propagiert und gehört inzwischen zum Standardrepertoire der österreichischen Fachstellen für Suchtprävention.

2.7.9 Zu Strategie Nr. 9

Unterstütze nichtstaatliche Organisationen und Selbsthilfeinitiativen, die einen gesunden Lebensstil fördern, speziell solche, die die Verhinderung oder Verringerung alkoholbedingter Schäden zum Ziel haben.

Die Unterstützung nichtstaatlicher Organisationen erfolgt auf politischer und ideeller Ebene. Da der Großteil der Präventionsmaßnahmen über den Erziehungs- und Gesundheitssektor läuft und diese beiden Sektoren dem Bund oder föderalen Einrichtungen unterstehen, fließen dorthin auch die größten finanziellen Mittel. Die finanzielle Unterstützung der nichtstaatlichen Einrichtungen erfolgt im Rahmen konkreter Projekte.

2.7.10 Zu Strategie Nr. 10

Entwickle breitgefächerte Programme in den Mitgliedstaaten auf der Basis der vorliegenden Charta Alkohol, gib klare Ziele und Ergebnisindikatoren vor, messe den Fortschritt und gewährleiste eine regelmäßige Aktualisierung der Programme auf Grundlage einer Evaluierung.

In Österreich existiert zwar eine große Zahl von gesetzlichen Maßnahmen den Alkohol betreffend, die jedoch kaum koordiniert werden, was auch auf die unterschiedlichen Kompetenzen zurückzuführen ist. Erste Ansätze einer Koordinierung alkoholspezifischer Belange gab es bereits 1955 mit der Bildung eines Beirates für Alkoholfragen zur Beratung des Bundesministers für Soziales; ein Entwurf eines Bundesgesetzes zur Bekämpfung des Alkohols wurde erstellt, jedoch nicht verabschiedet.

2.7.10.1 Die Gründung AlkoholKoordinations- und Informationsstelle (AKIS)

Anfang 2000 gründete das Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend gemeinsam mit dem Anton Proksch Institut und dem Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung die AlkoholKoordinations- und Informationsstelle (AKIS), deren Aufgabe es ist alkoholsspezifische Informationen zu sammeln, zusammenzustellen, der Öffentlichkeit zugänglich zu machen und darauf aufbauend bei alkoholpolitisch relevanten Entscheidungen beratend zur Verfügung zu stehen. AKIS beobachtet und dokumentiert seit der Gründung den internationalen sowie nationalen wissenschaftlichen sowie politischen Diskurs zur Alkoholpolitik und erstellt regelmäßig Statistiken über alkoholpolitisch relevante Indikatoren.

2.7.10.2 Die Installierung des österreichischen Alkoholforums

Im Jahre 2007 wurde unter der Leitung des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend ein österreichisches Alkoholforum gegründet, dem neben Vertretern von Ministerien und Ländern auch noch eine Reihe von Experten aus Interessensvertretungen, Prävention, Forschung und Therapie angehören. Beim österreichischen Alkoholforum handelt es sich um eine Einrichtung mit beratendem Charakter, die sich dauerhaft mit Fragen der nationalen Alkoholpolitik beschäftigen soll.

Anfang 2008 waren im Rahmen des österreichischen Alkoholforums folgende vier Arbeitsgruppen installiert und aktiv:

- Arbeitsgruppe „Alkohol und Wirtschaft“
- Arbeitsgruppe Prävention I „Suchtprävention“
- Arbeitsgruppe Prävention II „Suchtbehandlung und Medizin“
- Arbeitsgruppe Prävention III „Fragen zu Beratungs- und Therapieeinrichtungen“

Die vier Arbeitsgruppen werden ihre Empfehlungen bis Anfang 2009 dem Plenum vorlegen – die dann als Grundlage für eine umfassende österreichische Alkoholstrategie bzw. Alkoholpolicy (vgl. Kap. 2.3, S. 19) dienen kann.

2.7.11 Regelmäßig durchgeführte Erhebungen und Befragungen national und international

2.7.11.1 WHO-Studie „Health Behaviour in School-Aged Children”

„Health Behaviour in School-Aged Children“ ist eine regelmäßig wiederholte Studie unter der Patronanz und mit Unterstützung der Weltgesundheitsorganisation (WHO-Regionalbüro für Europa). Der Survey erhebt Daten zur Gesundheit, zum Gesundheitsverhalten und zu relevanten Gesundheitsdeterminanten mittels Selbstausfüllerfragebogen. An der im Jahr 2006 durchgeführten Erhebung bei SchülerInnen im Alter von 11-15 Jahren nahmen 41 Länder teil. In Österreich wird die Befragung seit 1986 zum sechsten Mal durchgeführt. Für die Durchführung und Auswertung ist das Ludwig-Boltzmann-Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie verantwortlich.
Das HBSC-Projekt ist eine internationale vergleichende, sozialepidemiologische Studie, deren primäre Zielsetzungen sind:

- Fundiertes Monitoring der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens junger Menschen,
- die Untersuchung der Determinanten und Einflussfaktoren für Gesundheit in den für diese Population relevanten Settings Familie, Schule, Freizeit sowie der sozioökonomischen und kulturellen Bedingungen von Gesundheit,
- die wissenschaftliche Unterstützung der Entwicklung von Programmen und Politiken zur Förderung der Gesundheit dieser Population und
- die Entwicklung interdisziplinär ausgerichteter Modelle und Konzepte zur Erforschung der Gesundheitsförderung für junge Menschen im Rahmen eines Netzwerks.

Das HBSC-Projekt entstand durch die Initiative von ForscherInnen aus ursprünglich vier Ländern: England, Finnland, Norwegen und Österreich. Seit 1986 werden im Vier-Jahres-Rhythmus repräsentative Surveys durchgeführt. Die teilnehmenden Länder sind

überwiegend mit den Teilnehmerländern der PISA-Studie ident. Weitere Länder aus dem Bereich der früheren Sowjetunion und Vorderasiens wurden in den letzten Jahren ebenfalls eingebunden, 2007 sind z.B. Armenien und Albanien als neue Mitglieder aufgenommen worden.
Die wissenschaftliche Grundlage des HBSC-Projekts basiert auf einem Netzwerk von ca. 180 ForscherInnen der Länderteams, die aus den Bereichen Soziologie, Psychologie, Sozialmedizin, Pädagogik/Erziehungswissenschaft, Politikwissenschaft und Public Health kommen. Das WHO-Regionalbüro für Europa (Kopenhagen) benutzt die Ergebnisse des HBSC-Surveys als eine der wesentlichen Informationsquellen zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Europa. Auch die Europäische Kommission und andere Organisationen wie etwa die UNICEF greifen auf die Ergebnisse der HBSC-Studie zurück.

2.7.11.2 Eurobarometer

Das Eurobarometer ist eine in regelmäßigen Abständen von der Europäischen Kommission in Auftrag gegebene Meinungsumfrage. Die erste Erhebung fand im Jahr 1973 statt. In den Ländern der EU werden halbjährlich ca. 1.000 Personen befragt. Der sogenannte Standardeurobarometer wird zweimal jährlich durchgeführt. Ende der Achtzigerjahre wurden darüber hinaus auch telefonische Befragungen von speziellen Zielgruppen zu spezifischen Themen durchgeführt – die sogenannten Flash Eurobarometer.
Seit 2005 werden die Eurobarometer-Umfragen vom EOS Gallup Europe durchgeführt und seit 2006 hat Gallup Europe auch die Koordination und Durchführung der Flash Eurobarometer übernommen.

2.7.11.3 ESPAD

Das Projekt „The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs“ mit der Abkürzung ESPAD ist eine europaweite Erhebung unter fünfzehn- und sechzehnjährigen SchülerInnen bezüglich Konsum von und Einstellungen zu Alkohol, Tabak und anderen Drogen. Sie wird vom „Swedish Council for Information on Alcohol and Drugs (CAN)“ koordiniert und von der "Co-operating Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs" (Pompidou Group) des Europäischen Rates unterstützt. Sie findet in vierjährigen Abständen statt. 1995 wurde sie in 26 und 1999 in 31 europäischen Ländern durchgeführt. Österreich, Deutschland und die Schweiz beteiligen sich 2003 erstmals an der SchülerInnenbefragung.
Die Daten sollen nicht nur Vergleichsmöglichkeiten mit den anderen beteiligten europäischen Staaten bieten, sondern auch Ansatzpunkte für gezielte Maßnahmen zur Früherkennung und Prävention liefern.
Auf der Website www.espad.org tehen sowohl die gesamteuropäischen als auch die nationalen Berichte der durchgeführten Befragungen als Downloads zur Verfügung. Der Forschungsbericht, die Frequenzauszählungen, die Kreuztabellen und der Fragebogen der im Jahr 2003 in Österreich durchgeführten ESPAD-Studie finden sich auf der Homepage des Ludwig-Boltzmann-Instituts für Suchtforschung (LBI) (www.api.or.at/lbi.

2.7.11.4 Österreichweite repräsentative Bevölkerungserhebung (General Population Survey – GPS)

2004 wurde im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen (BMGF) vom Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung (LBI) in Kooperation mit dem Linzer Institut market, Institut für Markt-, Meinungs- und Mediaforschung, erstmals eine österreichweite repräsentative Bevölkerungserhebung (ab vierzehn Jahre) zu Substanzgebrauch und Konsummustern durchgeführt. Die Ergebnisse wurden 2006 in drei Factsheets – Illegaler Drogenkonsum, Rauchverhalten, Alkoholkonsum – publiziert und sind auf der LBI-Homepage (www.api.or.at/lbi als Downloads verfügbar. Bis zu diesem Zeitpunkt hatte es in Österreich immer nur Erhebungen mit spezifischen Schwerpunkten, wie zur Cannabis- oder Alkoholproblematik, oder eine Reihe von regionalen Umfragen gegeben.

Österreich hat sich im Rahmen des von EMCDDA (Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht) koordinierten Informationsnetzwerks REITOX (Réseau Européen d'Information sur les Drogues et les Toxicomanies) dazu verpflichtet, regelmäßige Bevölkerungsumfragedaten als einen von insgesamt fünf „Schlüsselindikatoren" zu liefern. Die Ergebnisse sind auch wertvolle Ausgangsdaten für die Problemanalysen und Berichte, die das österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) im Bereich des illegalen Drogenkonsums und die Alkoholkoordinations- und Informationsstelle (AKIS) im Bereich des Alkoholkonsums im Auftrag des Gesundheitsministeriums regelmäßig durchführen. Die zweite Befragung hat 2008 stattgefunden, die Ergebnisse werden 2009 vorliegen.

3 Definitionen, Umrechnungsformeln, Messmethoden

3.1 Grundbegriffe und wichtige Formeln

3.1.1 Ethylalkohol

- Der wesentlichste, bei der alkoholischen Gärung entstehende und zum Genuss geeignete Alkohol (C_2H_5OH), wird in der Chemie als „Ethanol“ oder „Ethylalkohol“ und umgangssprachlich als „Weingeist“, „reiner Alkohol“, „Reinalkohol“ oder schlicht als „Alkohol“ bezeichnet.
- Der Siedepunkt von Ethylalkohol beträgt 78,3°C.
- Die Dichte von Ethylalkohol beträgt 0,789g / cm^3.

3.1.2 Methylalkohol

- Der bei der alkoholischen Gärung ebenfalls, wenn auch in weit geringerem Umfang, entstehende und zum Genuss ungeeignete Alkohol (CH3OH) wird in der Chemie als „Methanol“ oder „Methylalkohol“ bezeichnet.
- Der Siedepunkt von Methanol beträgt 64,7°C.
- Die Dichte von Methylalkohol beträgt 0,810g / cm3.
- Die Giftigkeit von Methanol entsteht durch das beim Alkoholabbau im Körper entstehende Formaldehyd.
- Durch den unterschiedlichen Siedepunkt von Methanol und Ethanol bedingt kann bei der Spirituosenerzeugung durch Destillieren eine Trennung der beiden Alkoholarten durch einfache Temperaturmessung durchgeführt werden.

3.1.3 Angaben über Alkoholmenge und -konzentration

- Alkoholmengen werden in der Regel in Litern (Volumen) gemessen, bei geringen Mengen ist aber auch die Angabe in Gramm (Gewicht) üblich.
- Der Alkoholgehalt alkoholischer Getränke wird in der Regel in Volumprozent (Vol.-%) ausgewiesen, die Angabe in Gewichtsprozent (Gew.-%) ist aber ebenfalls möglich.

3.1.4 Umrechnung des Alkoholvolumens auf Alkoholgewicht

Die Umrechnung von Liter Alkohol auf Kilogramm Alkohol, bzw. von Milliliter Alkohol auf Gramm Alkohol lässt sich mit Formel 1 bis Formel 4 einfach durchführen.

Formel 1: Umrechnung von Kilogramm Alkohol auf Liter Alkohol

$$\frac{\text{„Kilogramm Alkohol“}}{0{,}789} = \text{„Kilogramm Alkohol“} \times 1{,}267 = \text{„Liter Alkohol“}$$

Formel 2: Umrechnung von Milliliter Alkohol auf Gramm Alkohol

$$\frac{\text{„Gramm Alkohol“}}{0{,}789} = \text{„Gramm Alkohol“} \times 1{,}267 = \text{„Milliliter Alkohol“}$$

Formel 3: Umrechnung von Kilogramm Alkohol auf Liter Alkohol

„Liter Alkohol“ × 0,789 = „Kilogramm Alkohol“

Formel 4: Umrechnung von Gramm Alkohol auf Milliliter Alkohol

„Milliliter Alkohol“ × 0,789 = „Gramm Alkohol“

Unter Anwendung von Formel 1 und Formel 3 ergeben sich z.B. die folgenden Relationen:

Tab. 1: Beispiele für die praktische Anwendung von Formel 1 und Formel 3

1 kg Alkohol	~	1,267 l Alkohol
1 l Alkohol	~	0,789 kg Alkohol

3.1.5 Approximative Umrechnung von Volumprozent auf Gewichtsprozent und umgekehrt

Erheblich komplexer als die Umrechnung von Alkoholvolumen auf Alkoholgewicht ist die Umrechnung von Volumprozent (Vol.-%) auf Gewichtsprozent (Gew.-%) und umgekehrt (Formel 5 und Formel 6), da man bei dieser Umrechnung sowohl den Alkoholanteil als auch den nicht-alkoholischen Getränkeanteil beachten muss. Wichtig dafür sind folgende Angaben:

- Gewichtsprozent Alkohol (Gew.-%)
- Volumprozent Alkohol (Vol.-%)
- spezifische Dichte Alkohol bei 20°C (ρ_a = 0,7893)
- spezifische Dichte nicht-alkoholischer Anteil bei 20°C (ρ_n)
- spezifische Dichte Gesamtgetränk bei 20°C (ρ_g).

Formel 5: Umrechnung von Alkoholvolumprozent auf Alkoholgewichtsprozent

$$\text{Gew.-\%} = \frac{\text{Vol.-\%} \times \rho_a}{\text{Vol.-\%} \times (\rho_a - \rho_n) + \rho_n} = \frac{\text{Vol.-\%} \times \rho_a}{\rho_g}$$

Formel 6: Umrechnung von Alkoholgewichtsprozent auf Alkoholvolumprozent

$$\text{Vol.-\%} = \frac{\text{Gew.-\%} \times \rho_n}{\text{Gew.-\%} \times (\rho_n - \rho_a) + \rho_a} = \frac{\text{Gew.-\%} \times \rho_g}{\rho_a}$$

Gebrannte Schnäpse bestehen fast nur aus Alkohol und Wasser, weswegen man hier ρ_n mit 0,9982 (spezifische Dichte destiliertes Wasser bei 20°C) ausgehen kann. Unter diesen Annahmen erfolgen die Berechnungen in Tab. 2.

Unter Anwendung von Formel 5 und Formel 6 ergeben sich z.B. die folgenden Relationen:

Tab. 2: Beispiele für die praktische Anwendung von Formel 5 und Formel 6

40,0 Vol.-%	~	34,5 Gew.-%
40,0 Gew.-%	~	45,8 Vol.-%

In der Praxis erfolgt die Umrechnung meist über die Dichte des Gesamtgetränks ρ_g. Übliche Alkopops haben z.B. eine spezifische Dichte zwischen ρ_g=1,03 und 1,04 g/cm³, Liköre zwischen ρ_g=1,03 und 1,09 g/cm³ (Technische Untersuchungsanstalt der Bundesfinanzverwaltung, Körmer, 2009). Geht man z.B. von einem Likör mit hohem Zuckeranteil aus (ein Liter Likör enthält zwischen 100g und 300g Zucker; Franzke, 1999), so errechnet sich angesichts der Dichte von Zucker (1,58 g/cm^3; Eckhart et al., 2007) und unter der Annahme, dass 300g Zucker enthalten sind, sowie dass das Getränk 20 Vol.-% Alkohol enthält, eine spezifische Dichte des nicht-alkoholischer Anteils von ρ_n = 1,14 g/cm^3 und eine spezifische Dichte des Gesamtgetränks von 1,07 g/cm^3. Die zugrundegelegten 20 Vol.-% Alkohol entsprechen nach Formel 5 daher 14,8 Gew.-% Alkohol.

3.1.6 Umrechnung von „Gramm Alkohol pro Tag“ in „Liter Alkohol pro Jahr“ oder umgekehrt

Der Durchschnittskonsum eines Landes wird üblicherweise in „Gramm Alkohol pro Tag“ oder in „Liter Alkohol pro Jahr“ angegeben. Die beiden Größen können mit Formel 7 und Formel 8 leicht wechselseitig umgerechnet werden:

Formel 7: Umrechnung von „Gramm Alkohol pro Tag“ in „Liter Alkohol pro Jahr“

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

Formel 8: Umrechnung von „ „Liter Alkohol pro Jahr“ in Gramm Alkohol pro Tag“

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

Unter Anwendung von Formel 7 und Formel 8 ergeben sich z.B. die folgenden Relationen:

Tab. 3: Beispiele für die praktische Anwendung von Formel 7 und Formel 8

20 g Alkohol pro Tag	~	9,24 l Alkohol pro Jahr
10 l Alkohol pro Jahr	~	21,6 g Alkohol pro Tag

3.1.7 Umrechnung von Grad Stammwürzegehalt bei Bier auf Vol.-% bzw. Gew.-% Alkohol

„Grad Plato“ ist der Stammwürzegehalt des Biers gemessen in Gramm Stammwürze je 100 Gramm Bier – also in Gewichtsprozent. Als Stammwürze bezeichnet man alle im noch nicht vergorenen Bier gelösten Inhaltsstoffe, die nicht Wasser sind. Ein Großteil der Stammwürze besteht aus Zucker, der beim Gärprozess zu annähernd gleichen Gewichtsteilen in Alkohol und Kohlendioxyd umgewandelt wird. Rund 1/3 der Stammwürze – nicht vergärbare Inhaltsstoffe und Restzucker – bleiben erhalten.
Nach dem Gärprozess findet sich dann im fertigen Bier:

- der nicht vergärbare bzw. nicht vergorene Rest der Stammwürze (1/3 der gesamten Stammwürze),
- Alkohol mit einem Gewicht, das rund 50% der vergorenen und 1/3 der gesamten Stammwürze entspricht und

- ein Teil des Kohlendioxyds in gelöster Form (das bei der Gärung entstandene Kohlendioxyd macht gewichtsmäßig ebenfalls rund 50% der vergorenen und 1/3 der gesamten Stammwürze aus – ein Großteil des entstandenen Kohlendioxyds entweicht beim Gärprozess allerdings in die Luft).

Unter der Annahme, dass der nicht vergorene Stammwürzeanteil genau 1/3 des Gewichtes ausmacht, ergibt sich eine einfache Formel, um aus dem ursprünglichen Stammwürzeanteil zum Alkoholgehalt in Gew.-% zu kommen (Formel 9).

Analog dazu kann man aus dem Stammwürzeanteil auch zum Alkoholgehalt in Vol.-% gelangen (Formel 9). Als einfachere Näherungslösung für Formel 9 wird oft auch Formel 10 vorgeschlagen.

Formel 9: Angenäherte Umrechnung „Stammwürze“ auf „Gew.-% Alkohol“

$$\text{Gew.-\% Alkohol} \approx \frac{\text{„Grad Stammwürze“}}{3}$$

Formel 10: Angenäherte Umrechnung „Stammwürze“ auf „Vol.-% Alkohol“ basierend auf Formel 9

$$\text{Vol.-\% Alkohol} \approx 100 \times \frac{\text{„Grad Stammwürze} \times 1{,}267}{300 + \text{„Grad Stammwürze“} \times 0{,}267}$$

Formel 11: Angenäherte Umrechnung „Stammwürze“ auf „Vol.-% Alkohol (Alternativmethode)

$$\text{Vol.-\% Alkohol} \approx \frac{\text{„Grad Stammwürze“}}{2{,}5}$$

Formel 12: Die große Balling’sche Formel

$$St = \frac{100 \times [(2{,}0665 \times A) + E]}{100 + (1{,}0665 \times A)}$$

Legende:
A = der im fertigen Bier enthaltene Alkohol (in Gew.-%)
E = der im fertigen Bier enthaltene, nicht vergorene Stammwürzeextrakt (in Gew.-%)
St = der im nicht vergorenen Bier enthaltene ursprüngliche Stammwürzeextrakt (in Gew.-% = Grad Plato).

Durch Anwendung der Formel 9 bis Formel 10 kommt man, basierend auf dem ursprünglichen Stammwürzeanteil zu den Schätzungen in Tab. 4.

Tab. 4: Beispiele für die praktische Anwendung von Formel 9, Formel 10 und Formel 11

Stammwürzegehalt Grad Plato	geschätzte Gew.-% Alkohol (Formel 9)	geschätzte Vol.-% Alkohol (Formel 10)	geschätzte Vol.-% Alkohol (Formel 11)
1	0,3%	0,4%	0,4%
2	0,7%	0,8%	0,8%
3	1,0%	1,3%	1,2%
4	1,3%	1,7%	1,6%
5	1,7%	2,1%	2,0%
6	2,0%	2,5%	2,4%
7	2,3%	2,9%	2,8%
8	2,7%	3,4%	3,2%
9	3,0%	3,8%	3,6%
10	3,3%	4,2%	4,0%
11	3,7%	4,6%	4,4%
12	4,0%	5,0%	4,8%
13	4,3%	5,4%	5,2%
14	4,7%	5,8%	5,6%
15	5,0%	6,3%	6,0%
16	5,3%	6,7%	6,4%
17	5,7%	7,1%	6,8%
18	6,0%	7,5%	7,2%
19	6,3%	7,9%	7,6%
20	6,7%	8,3%	8,0%
21	7,0%	8,7%	8,4%
22	7,3%	9,1%	8,8%
23	7,7%	9,5%	9,2%
24	8,0%	9,9%	9,6%
25	8,3%	10,3%	10,0%

Die schätzungsweise Rückrechnung des Stammwürzeanteils in „Grad Plato“ aus dem im fertigen Bier enthaltenen Alkohol erfolgt durch Umformung von Formel 9 bis Formel 11.

Kennt man den im vergorenen Bier noch immer enthaltenen Stammwürzegehalt, der in der Regel nicht ganz genau 1/3 des im nicht vergorenen Bier enthaltenen Stammwürzegehalts ausmacht, so kann eine exakte Berechnung nach der „Großen Balling’schen Formel“ (Formel 12) erfolgen.

3.1.8 Umrechnung von Mostgewicht „Grad Klosterneuburger Mostwaage“ bei Wein auf Vol.-% bzw. Gew.-% Alkohol

Anders als „Grad Plato Stammwürze“ zielt „Grad Klosterneuburger Mostwaage“ (Grad KMW) nur auf den Gehalt an vergärbaren Extraktanteilen („Mostgewicht“ = „Alkoholtrocken-extraktgehalt“) im unvergorenen Most. Grad KMW bedeutet Gramm Zucker je 100 Gramm unvergorener Most (also Gewichtsprozent). Der Alkoholtrockenextraktgehalt macht durchschnittlich rund 15% des Gesamttrockenextrakts im unvergorenen Most aus. Der nach dem Gärprozess übrig gebliebene und nicht vergorene Restzuckeranteil wird auch als „potentieller Alkohol“ bezeichnet. Praktisch wird bei der Messung so vorgegangen, dass man ein Siebzehntel des Massegehalts einer 20-prozentigen wässrigen Saccharoselösung als „1 Grad Klosterneuburger Mostwaage“ (1° KMW) festlegt (NÖ Landesregierung, 1997, S. 8). Da Zucker beim Gärprozess zu annähernd gleichen Gewichtsteilen in Alkohol und

Kohlendioxyd umgewandelt wird, ergibt sich, sofern alle vergärbaren Mostanteile vergoren werden, eine einfache Formel, um aus dem ursprünglichen Zuckeranteil (Grad KMW) zum Alkoholgehalt in Gew.-% zu kommen (Formel 13). Analog dazu kann man aus dem Zuckeranteil auch den Alkoholgehalt in Vol.-% errechnen (Formel 14). Als einfachere Näherungslösung für Formel 14 kann Formel 15 vorgeschlagen werden.

Formel 13: Angenäherte Umrechnung „Grad KMW“ auf „Gew.-% Alkohol“

$$\text{Gew.-\% Alkohol} \approx \frac{\text{„Grad KMW“}}{2}$$

Formel 14: Angenäherte Umrechnung „Grad KMW“ auf „Vol.-% Alkohol“ basierend auf Formel 13

$$\text{Vol.-\% Alkohol} \approx 100 \times \frac{\text{„Grad KMW} \times 1{,}267}{200 + \text{„Grad KMW} \times 0{,}267}$$

Formel 15: Angenäherte Umrechnung „Grad KMW“ auf „Vol.-% Alkohol“ (Alternativmethode)

$$\text{Vol.-\% Alkohol} \approx \frac{\text{„Grad KMW“}}{1{,}6}$$

In einer Tabelle der NÖ Landesregierung (1997) über „Erlässe des Bundesministeriums für Land- und Forstwirtschaft betreffend die Abgrenzung des Geltungsbereiches der weinrechtlichen Bestimmungen der EG und Österreichs“ wird eine Korrespondenztabelle zwischen „Grad KMW“ und „Vol.-% Alkohol“ angegeben, die auf Formel 16 aufbaut. Da die geschätzten Alkoholwerte im Bereich bis 5°KMW nach dieser Formel negativ werden, beginnt die Tabelle der NÖ Landesregierung erst mit 8,5°KMW.

Formel 16: Umrechnung „Grad KMW“ auf „Vol.-% Alkohol“ nach NÖ (Landesregierung (1997)

$$\text{Vol.-\% Alkohol} \approx \frac{(\text{„Grad KMW} \times 0{,}71173 - 2{,}55) \times 1{,}267}{100 + (\text{„Grad KMW} \times 0{,}71173 - 2{,}55) \times 0{,}267}$$

Der mit Formel 13 bis Formel 16 geschätzte Alkoholanteil umfasst den „Tatsächlichen Alkoholgehalt“ plus den nicht vergorenen Zuckeranteil („Potentieller Alkoholgehalt“). Die Summe aus dem „Tatsächlichen Alkoholgehalt“ plus dem „Potentiellen Alkoholgehalt“, also der maximal mögliche Alkoholgehalt, wenn der gesamte Zucker restlos vergoren ist, wird mit dem für Laien irreführenden Fachausdruck „Gesamtalkoholgehalt“ bezeichnet. Da in der Regel nicht der gesamte Zucker vergoren wird, liegt der „tatsächliche“ Alkoholgehalt immer mehr oder weniger deutlich unter dem „Gesamtalkoholgehalt“.
Die schätzungsweise Rückrechnung des Zuckeranteils in „Grad KMW“ aus dem im fertigen Wein enthaltenen Alkohol erfolgt durch Umformung von Formel 13 bis Formel 16. Kennt man den im vergorenen Wein noch immer enthaltenen Restextrakt der aus nicht vergorenem Zucker (potentieller Alkohol) und aus nicht vergärbaren Stoffen besteht, so kann man den im nicht vergorenen Most enthaltenen Zuckergehalt nach Formel 17 rückrechnen.

Formel 17: Formel aus Methodenverordnung (BGBl. 495/1989 idF BGBl. 479/1994)

$$Z = A \times 1{,}2 + E \times 0{,}07 + 2{,}5$$

Legende:
A = der im fertigen Wein enthaltene Alkohol (in Vol.-%)
E = der im fertigen Wein enthaltene Restextrakt (in Gramm pro Liter)
Z = der im nicht vergorenen Most enthaltene ursprüngliche Zuckergehalt (in Gew.-% = Grad KMW).

Tab. 5: Beispiele für die praktische Anwendung von Formel 13 bis Formel 16

„Mostgewicht“ Grad Klosterneuburger Mostwaage	geschätzte Gew.-% Alkohol Formel 13	geschätzte Vol.-% Alkohol Formel 14)	geschätzte Vol.-% Alkohol Formel 15	geschätzte Vol.-% Alkohol Formel 16
1	0,5%	0,6%	0,6%	-2,3%
2	1,0%	1,3%	1,3%	-1,4%
3	1,5%	1,9%	1,9%	-0,5%
4	2,0%	2,5%	2,5%	0,4%
5	2,5%	3,1%	3,1%	1,3%
6	3,0%	3,8%	3,8%	2,2%
7	3,5%	4,4%	4,4%	3,1%
8	4,0%	5,0%	5,0%	4,0%
9	4,5%	5,6%	5,6%	4,8%
10	5,0%	6,3%	6,3%	5,7%
11	5,5%	6,9%	6,9%	6,6%
12	6,0%	7,5%	7,5%	7,5%
13	6,5%	8,1%	8,1%	8,3%
14	7,0%	8,7%	8,8%	9,2%
15	7,5%	9,3%	9,4%	10,1%
16	8,0%	9,9%	10,0%	10,9%
17	8,5%	10,5%	10,6%	11,8%
18	9,0%	11,1%	11,3%	12,7%
19	9,5%	11,7%	11,9%	13,5%
20	10,0%	12,3%	12,5%	14,4%
21	10,5%	12,9%	13,1%	15,2%
22	11,0%	13,5%	13,8%	16,0%
23	11,5%	14,1%	14,4%	16,9%
24	12,0%	14,7%	15,0%	17,7%
25	12,5%	15,3%	15,6%	18,6%

3.1.9 Alkoholgehalt alkoholischer Getränke

Der durchschnittliche Alkoholgehalt von Bier, Wein und Spirituosen ist von Land zu Land sehr verschieden. Das hängt mit gesetzlichen Bestimmungen und Traditionen bezüglich der Produktion alkoholischer Getränke sowie des Konsums zusammen. Man denke z.B. an Leichtbiere, die in den USA einen wesentlichen Anteil am Bierkonsum ausmachen, die dagegen in Österreich 2005 mit einem Marktanteil von nur 0,2% so gut wie keine Rolle spielten (Verband der Brauereien Österreichs, 2007). Auch der Umstand, dass zur Kategorie „Spirituosen“ sowohl Liköre (durchschnittlich etwas mehr als 20 Vol.-% Alkohol) als auch gebrannte Schnäpse (um 40 Vol.-%) und hochprozentiger Rum (60-80 Vol.-%) zählen, ist in diesem Zusammenhang von Bedeutung. Auch bei Weinen ergibt sich aus dem Umstand, dass Südweine und Dessertweine, auch unter dem Begriff Likörweine bekannt, einen wesentlich höheren Alkoholgehalt haben als Durchschnittsweine und dass Obstweine teilweise einen beträchtlich niedrigeren Alkoholgehalt haben als Durchschnittsweine, eine ähnliche Problematik. Es ist daher zweckmäßig, Berechnungen, die auf dem Alkoholgehalt von

Getränken aufbauen, soweit wie möglich auf die spezifischen Gegebenheiten im jeweiligen Land abzustimmen.

In Österreich lag 2007 der durchschnittliche Alkoholgehalt von Bier um 5 Vol.-%, wobei rund 90,6% des österreichischen Bierausstoßes dieser Kategorie zuzuordnen sind. Leichtbier mit unter 3,7 Vol.-%, Schankbier mit rund 4,3 Vol.-%, Starkbiere mit über 6,2 Vol.-% Alkohol und Radler spielen mit einem Marktanteil von 0,2% (Leichtbier) bzw. 5,9% (Schankbier) bzw. 0,2% (Bockbier) bzw. 3,0% (Radler) nur eine untergeordnete Rolle. Die Anteile der Biersorten sind laut Brauereiverband nur sehr geringen Schwankungen unterworfen. Lager-/Märzenbier verzeichnete im Jahr 2007 gegenüber dem Jahr 2006 eine Steigerung von 1,4 Prozent, alkoholhältiger Radler, alkoholfreies Bier sowie Weizenbier verzeichneten Zuwächse von 13,5 (Radler) bzw. 4,4 (alkoholfreies Bier) und 1,6 (Weizenbier) Prozent. Alle anderen Biersorten waren 2007 von Absatzverlusten betroffen: sonstiges Vollbier um 14,5 Prozent, alkoholfreier Radler um 11,9 Prozent, Leichtbier um 12,2 Prozent, Spezialbier um 2,9 Prozent, Bockbier um 6,8 Prozent und Pilsbier um 3,9 Prozent (Verband der Brauereien Österreichs, 2008).

Während der Alkoholgehalt österreichischen Weines in der Zwischenkriegszeit zwischen 7,6 und 9,4 Vol.-% schwankte (Eisenbach-Stangl, 1991a) und auch unmittelbar nach dem Krieg noch etwas niedriger lag, schwankt er seit ca. 1955, auf Grund verbesserter Produktionsbedingungen nur zwischen 11 und 12 Vol.-%, deshalb kann man von durchschnittlich ca. 11,5 Vol.-% ausgehen (Bundesamt und Forschungszentrum für Landwirtschaft, 1998). Die in der Versorgungsbilanz Wein ausgewiesene Weinmenge umfasst nur den Wein aus Weintrauben und nicht Obstweine. Über die Produktion von „Obstweinen“, die in Österreich meist als „Most“ bezeichnet werden, gibt es keine offiziellen Statistiken.

In Österreich produzierter Most besteht überwiegend aus „Apfel- und Birnenmost“, also „Kernobstwein“, dessen Alkoholgehalt zwischen 4 und 8 Vol.-% (Weingesetz, Kap. 17.1.10, S. 428) angesiedelt ist. Durchschnittlich hat Most 6 Vol.-% Alkohol (Niederösterreichische Landwirtschaftskammer, 1998).

In der Zwischenkriegszeit wurde der Alkoholgehalt von Branntwein noch mit 50 Vol.-% angegeben (Eisenbach-Stangl, 1991a), inzwischen liegt er um 40 Vol.-%; der durchschnittliche Alkoholgehalt von Spirituosen liegt um 35 Vol.-%. Der vom Verband der Spirituosenindustrie (1994) für die industrielle und gewerbliche Spirituosenproduktion des Jahres 1992 errechnete durchschnittliche Alkoholgehalt ohne Berücksichtigung des 80%igen Inländerrums beträgt rund 33,4 Vol.-% und mit Berücksichtigung des 80%igen Inländerrums 35,2 Vol.-%. Trennt man dabei die Spirituosen nach Branntweinen (ohne 80%igen Inländerrum) und Likören, so ergibt sich für erstere ein durchschnittlicher Alkoholgehalt von 36,0 Vol.-% und für letztere ein Wert um 22,5 Vol.-%. Grob kann man den durchschnittlichen Alkoholgehalt von österreichischen Spirituosen mit 35 Vol.-% ansetzen.

Zusammenfassend kann man festhalten: Der durchschnittliche Alkoholgehalt von Bier liegt in Österreich um 5 Vol.-%, jener von Wein um 11,5 Vol.-%, jener von Most um 6 Vol.-% und jener von Spirituosen um 35 Vol.-%. Für die Erfassung nach „österreichischem Standardglas“ (ÖSG vgl. Kap. 3.1.10, S. 60) ist es zweckmäßig, den Alkoholgehalt für Bier und Most auf 5 Vol.-%, für Wein auf 10 Vol.-% und für Spirituosen auf 40 Vol.-% zu runden (vgl. Tab. 6).

Tab. 6: Alkoholgehalt (Vol.-%) alkoholischer Getränke

	Bier	Wein	Spiri-tuosen	Most	Südwein	Sekt	Likör
erhobene Werte für Österreich "Repräsentativ-erhebungen 1993/94 und 2004" (Uhl & Springer, 1996; Uhl et al., 2005b)	5,0	11,5	35,0	6,0	—	—	—
gerundete Näherungswerte für die Erhebung nach „österreichischen Standardglas (OSG)"; "Repräsentativerhebung 1993/94 und 2004" (Uhl & Springer, 1996; Uhl et al., 2005b)	5,0	10,0	40,0	5,0	20,0	10,0	20,0
Werte für den deutschsprachigen Raum „Dokumentationsstandards 2 für die Behandlung von Abhängigen" (DGSucht, 1992)	5,0	11,0	35,0	—	20,0	12,0	20,0
neue empfohlene durchschnittliche Alkoholgehalte für Deutschland (Bühringer et al., 2000)	4,8[14]	11,0	33,0	—	—	11,0	—
Werte für die Zeit nach dem 2. Weltkrieg; „Eine Gesellschaftsgeschichte des Alkohols" (Eisenbach-Stangl, 1991a)	4,5	10,0	35,0	—	—	—	—

Wie man Tab. 6 entnehmen kann, entsprechen die nicht gerundeten Werte fast genau jenen, die in den „Dokumentationsstandards 2 für die Behandlung von Abhängigen" (DGSucht, 1992) empfohlen werden, und den neuen empfohlenen durchschnittlichen Alkoholgehalten für Deutschland (Bühringer et al., 2000); sie liegen etwas über den Werten, die Eisenbach-Stangl (1991a) für die Berechnung des Pro-Kopf-Alkoholkonsums in Österreich herangezogen hat.

3.1.10 Messung in Standardglas

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

Recht praktikabel für Österreich ist die „österreichische Standardglaseinheit" (ÖSG) mit rund 20 Gramm reinem Alkohol, die sich seit Jahren bei der Routinedokumentation des Anton Proksch Instituts bewährt und auf die unter anderem auch bei der „Repräsentativerhebung 93/94" (Uhl & Springer, 1996) und der „Repräsentativerhebung 2004" (Uhl et al., 2005b) Bezug genommen wurde. Dabei wird der Alkoholgehalt von Bier und Most mit 5 Vol.-%, jener von Wein mit 10 Vol.-%, jener von Likören mit 20 Vol.-% und jener von höherprozentigen Spirituosen mit 40 Vol.-% angenommen. Man nimmt dabei bewusst in Kauf, dass der Alkoholgehalt von Spirituosen etwas zu hoch und jener von Wein und Most etwas zu niedrig angesetzt wird.

14 Die Berechnung erfolgte unter Berücksichtigung von alkoholfreiem Bier und Malztrunk. Würde man sich ausschließlich auf alkoholhaltiges Bier beziehen, so würde sich ein Wert nahe 5 Vol.-% ergeben.

Im angelsächsischen Raum, wo alkoholische Getränke üblicherweise in kleineren Einheiten ausgeschenkt und konsumiert werden, und wo durchschnittliche Biere wesentlich schwächer sind als in Österreich, hat sich eine andere Standardglaseinheit (meist als „Drink", „Standarddrink" oder „Standardunit" bezeichnet) eingebürgert. Dieses „angelsächsische Standardglas" (ASG) enthält rund 8 Gramm reinen Alkohol und entspricht einem zehntel Liter Wein oder einem viertel Liter des im angelsächsischen Raum üblichen Leichtbieres (Health Education Council 1994).

Tab. 7: Umrechnung von Mengen alkoholischer Getränke auf Standardglas (ÖSG bzw. ASG)

	Bier / Most	Wein / Sekt	Spirituosen	Südwein / Likör
Österreichisches Standardglas („ÖSG") à 20 Gramm Alkohol	1/2 Liter Normalbier od. Most	1/4 Liter	1/16 Liter, das sind 3 kleine Schnäpse à 20 Milliliter	1/8 Liter
Angelsächsisches Standardglas („ASG") à 8 Gramm Alkohol	1/4 Liter Leichtbier od. Most	0,1 Liter	1 kleiner Schnaps à 25 Milliliter	50 Milliliter

Die Umrechnung von „österreichischen Standardglaseinheiten" (ÖSG à 20 g Alkohol / à 25 ml Alkohol) in „angelsächsische Standardglaseinheiten" (ASG à 8 g Alkohol / à 10 ml Alkohol) und umgekehrt erfolgt nach Formel 18 bzw. Formel 19:

Formel 18: Umrechnung angelsächsische Standardglaseinheiten in österreichische

$$ASG \times 2{,}5 = ÖSG$$

Formel 19: Umrechnung österreichische Standardglaseinheiten in angelsächsische

$$ÖSG \times 0{,}4 = ASG$$

In einer internationalen Übersichtsarbeit (ICAP, 1998) wird betont, dass der Versuch über die Festlegung von Standardeinheiten internationale Vergleichbarkeit herzustellen, gescheitert ist, weil die Definition nach wie vor in jedem Land anders erfolgt. Dass ICAP in dieser Publikation ein Standardglas für Österreich, basierend auf einer Anfrage im Bundesministerium für Gesundheit, bloß mit einem halben ÖSG festlegt, zeigt, dass nicht einmal von den ExpertInnen innerhalb eines Landes einheitliche Angaben zu erwarten sind. Was ein Standardglas ist, wird eben nicht in einem Normungsinstitut verbindlich festgelegt, sondern ergibt sich, indem die Mehrheit der ForscherInnen sich einer bestimmten Definition anschließen – und diese Festlegung ist weder für alle verbindlich noch für alle Zeiten fixiert.

3.1.11 Alkoholaufnahme

Üblicherweise wird der Großteil im Magen (10-30%) und Darm (70-90%) absorbiert. Grundsätzlich kann Alkohol aber an jeder Körperoberfläche, einschließlich Mund, Haut und Lunge aufgenommen werden. Nach Einnahme verteilt sich Alkohol zunächst über den Blutstrom und danach durch Diffusion im gesamten Körperwasser (van Haaren & Hendriks, 1999).

Bei der Alkoholaufnahme kann man zwischen einer

- resorptiven Phase bis zum Erreichen des maximalen Blutalkoholspiegels und einer
- postresorptiven Phase, in der die Blutalkoholkonzentration wieder sinkt,

unterscheiden (Widmark, 1932).

Rund 30-60 Minuten nach der Aufnahme (Resorptionsphase) ist die höchste Alkoholkonzentration im Blut erreicht; die gleichmäßige Verteilung des Alkohols im gesamten Körperwasser ist etwa 60-90 Minuten nach dem letzten Trunk (Diffusionsphase) abgeschlossen. Von diesem Zeitpunkt an entspricht die Alkoholkonzentration des Blutes weitgehend der des Gewebes (Feuerlein, 1979). Der Alkoholgehalt des Gehirns entspricht im Wesentlichen dem Blutalkoholspiegel (van Haaren & Hendriks, 1999).

3.1.12 Der theoretisch maximal mögliche Gipfel des Blutalkoholspiegel

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

- der konsumierten Menge reinen Alkohols und
- dem Gewicht des Körperwassers (Körpergewicht minus dem Gewicht der nicht-wässrigen Körperanteile) ab (Kohlenberg-Müller & Bitsch, 1990).

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

Wie (Mallach, 1987b) ausführt, gibt es eine Fülle von Faktoren, die die Alkoholresorptions-geschwindigkeit direkt oder indirekt beeinflussen.

- Der Anstieg des Alkoholspiegels erfolgt besonders rasch, wenn das Alkohol-konzentrationsgefälle zwischen Magen/Darm und dem umliegenden Gewebe groß ist: Daher führt Alkoholkonsum auf leeren Magen sowie der Konsum hochprozentiger Getränke in der Regel zu einem erheblich rascheren Anstieg des Alkoholspiegels.
- Wenn die Oberfläche, an der Alkohol aufgenommen werden kann, groß ist, steigt der Alkoholspiegel besonders rasch: Daher ist der Anstieg des Alkoholspiegels verlangsamt, wenn der alkoholhältige Mageninhalt nicht oder nur langsam in den Dünndarm weitergeleitet bzw. dort nur langsam weiterbewegt wird. Da Nahrungsaufnahme, bestimmte Nahrungsinhaltsstoffe, Hungergefühl, Übelkeit usw. die Verweildauer des Mageninhalts im Magen sowie die Magen-/Darmbeweglichkeit stark beeinflussen, determinieren sie indirekt auch die Geschwindigkeit des Alkoholspiegelanstiegs.
- Wenn die Magen- und Darmschleimhaut gut durchblutet und nicht durch wasser-abweisende Substanzen (wie Fett und Öl) bedeckt ist, steigt der Alkoholspiegel besonders rasch: Auf diese Weise kann eine Temperatur bei Getränken, die die Magendurchblutung fördert, den Alkoholspiegelanstieg beschleunigen und der Konsum von fetten und öligen Speisen den Alkoholspiegelanstieg verzögern.

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

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

Um das Problem an einem konkreten Beispiel zu illustrieren: Wer auf nüchternen Magen einen Schnaps trinkt, erzeugt ein stärkeres Alkoholkonzentrationsgefälle – ein stärkeres als dies bei einer äquivalenten Menge Bier der Fall wäre – zwischen Magen und dem umliegenden Gewebe, was die Alkoholaufnahme beschleunigt. Wenn er damit seinen Magen allerdings sehr stark reizt oder wenn gar eine Übelkeit entsteht, wird der Mageninhalt nicht in den Dünndarm weitergeleitet, wodurch die Oberfläche, an der Alkohol aufgenommen werden kann, auf den Magen beschränkt bleibt, wodurch die Alkoholaufnahme verzögert wird.

Generell kann man sagen, dass die Resorptionsgeschwindigkeit durch Nahrungsaufnahme vor oder während des Alkoholkonsums in der Regel erheblich verzögert wird, was bewirkt, dass der tatsächliche Alkoholspiegelgipfel viel geringer ausfällt als der theoretische Alkoholspiegelgipfel (van Haaren & Hendriks, 1999). Wie sich hier die konkrete Zusammensetzung der Nahrung im Einzelfall auswirkt, kann man aber nur schwer prognostizieren, weil hier eine Fülle von individuellen Faktoren und Wechselwirkungen eine Rolle spielen und die Zusammenhänge noch nicht umfassend genug quantitativ untersucht sind.

Der nach einer bestimmten Alkoholeinnahme rechnerisch mögliche theoretische Alkoholspiegel kann auch deswegen nie erreicht werden, weil ein Teil des Alkohols bereits vor dem Erreichen des maximalen Alkoholspiegels metabolisiert wird – wobei hier vor allem dem First-Pass-Metabolismus (Kap. 3.1.14, S. 66) eine große Bedeutung zugemessen wird (van Haaren & Hendriks, 1999). Der Alkoholabbau erfolgt weitgehend linear zwischen 0,1 und 0,2 Promille pro Stunde, worauf in Kap. 3.1.14, S. 66 noch detaillierter eingegangen werden wird.

3.1.13 Berechnung des theoretischen Alkoholspiegels

Unter Kap. 3.1.12 wurde ausgeführt, dass der theoretische Alkoholspiegelgipfel im konkreten Fall nie ganz erreicht werden kann, weil die Elimination bereits beginnt, bevor die Resorption und Diffusion des Alkohols im Körperwasser abgeschlossen ist. Die Überlegungen erlauben aber nichtsdestoweniger eine grobe Approximation des nach einer bestimmten Alkoholeinnahme maximal möglichen Alkoholspiegels.

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

Für die Berechnung des theoretischen Alkoholspiegelgipfels ist es notwendig, das Gesamtgewicht des konsumierten Reinalkohols (ALKGEW) und das Körperwassergewicht (KWGEW) bzw. das damit numerisch identische [15] Körperwasservolumen (KWVOL) der betreffenden Person zu kennen oder zu schätzen. Daraus kann man die Alkoholkonzentration im Körperwasser (Körperwasseralkoholkonzentration = KWAK = ALKGEW : KWVOL) errechnen. Nach einiger Zeit ist die Körperwasseralkoholkonzentration (KWAK) identisch mit der Alkoholkonzentration im wässrigen Blutanteil (Blutwasser), weswegen man bei Berechnungen die KWAK mit der Blutwasseralkoholkonzentration (BWAK) gleichsetzen kann. Kennt man nun den Wassergehalt des Blutes (Blutwasserkonzentration = BWK = Liter Blutwasser pro Liter Blut) so kann man aus der Blutwasseralkoholkonzentration (BWAK) durch Multiplikation mit der Blutwasser-konzentration (BWK) die Blutalkoholkonzentration (BAK) errechnen. Beim Menschen liegt die BWK relativ konstant um 80% (Grüner, 1995, S. 551). Aus diesen Überlegungen ergibt sich die Formel 20:

Formel 20: Formel zur Berechnung des maximal erreichbaren BAK-Werts

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

In der Regel ist das Körperwasservolumen (KWVOL) einer bestimmten Person nicht bekannt, das Körpergewicht aber leicht festzustellen. In diesem Fall kann man das Körperwasservolumen (KWVOL), das ja mit dem Körperwassergewicht (KWGEW) numerisch identisch ist, grob schätzen, indem man das Körpergewicht (KGEW) mit der durchschnittlichen Körperwasserkonzentration (KWK) des Menschen multipliziert (KWGEW = KGEW $\times$ KWK). Völlig gleichwertig mit der Angabe der KWK ist die Angabe des sogenannten Reduktionsfaktors (RED), der das Verhältnis zwischen Blutwasserkonzentration (BWK) und Körperwasserkonzentration (KWK) beschreibt, da diese beiden Werte durch Multiplikation bzw. Division mit 0,8 leicht in einander umrechenbar sind (Formel 21).

Formel 21: Formel zur Umrechnung der Körperwasserkonzentration in den Reduktionsfaktor

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

Berechnung der BAK, die das Körperwasservolumen (KWV) über das Körpergewicht und die durchschnittliche Körperwasserkonzentration (KWK) bzw. den Reduktionsfaktor (RED) schätzen, sind für den Einzelfall allerdings ungenau, da die Körperwasserkonzentration beim Menschen sehr stark variiert.

So empfehlen z.B. Gerchow & Heberle (1980, S. 44) von folgenden Durchschnittswerten auszugehen:

- fettreiche Personen: RED ≈ 0,6 woraus folgt KWK ≈ 48 Gew.-%
- durchschnittliche Personen: RED ≈ 0,7 woraus folgt KWK ≈ 56 Gew.-%
- hagere Personen: RED ≈ 0,8 woraus folgt KWK ≈ 64 Gew.-%

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

Widmark (1932) unterschied zwischen den Geschlechtern 16 und gab folgende Werte an:

- Frauen: RED ≈ 0,7 woraus folgt KWK ≈ 56 Gew.-%
- Männer: RED ≈ 0,8 woraus folgt KWK ≈ 64 Gew.-%

Van Haaren & Hendriks (1999) gaben folgende Werte an:

- Frauen: KWK ≈ 50 Gew.-% woraus folgt RED ≈ 0,63
- Männer: KWK ≈ 60 Gew.-% woraus folgt RED ≈ 0,75

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

- Frauen: KWK ≈ 51 Gew.-% woraus folgt RED ≈ 0,64
- Männer: KWK ≈ 65 Gew.-% woraus folgt RED ≈ 0,81

Wie man sieht, schwanken die Angaben unterschiedlicher Autoren die Körperwasserkonzentration durchschnittlicher Männer und Frauen betreffend erheblich, Einigkeit besteht allerdings darin, dass die Körperwasserkonzentration bei Männern um einen relevanten Faktor (14% bis 27%) größer ist.

Formt man Formel 20 so um, dass man das Körpergewicht (KGEW) und die Körperwasserkonzentration (KWK) bzw. den Reduktionsfaktor (RED) einsetzen kann,
so ergibt sich Formel 22:

Formel 22: Widmark'sche Formel

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

Unter Anwendung von Formel 22 ergeben sich, wenn man von einer fettleibigen Person auf der einen Seite und einer hageren Person auf der anderen Seite ausgeht, die BAK-Werte in Tab. 8 (S. 65).

Tab. 8: Beispiele für die praktische Anwendung von Formel 22

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

Kommentar: Zur Definition des „österreichischen Standardglases (ÖSG)" vgl. Kap. 3.1.10, S. 60.

Präziser als ein Ansatz der von einer durchschnittlichen Körperwasserkonzentrationen (KWK) nach geschätztem Körperfett bzw. Geschlecht ausgeht, wird im Zugang von Watson et al. (1981) zusätzlich auch Körpergröße (KGR) und Lebensalter (LA) herangezogen, um das gesamte Körperwasservolumen (KWVOL) zu schätzen.

$$\text{KWVOL (Frauen)} = -2{,}097 + 0{,}1069 * \text{KGR (cm)} + 0{,}2466 \times \text{KGEW (kg)}$$

$$\text{KWVOL (Männer)} = 2{,}447 - 0{,}09516 \times \text{LA (Jahre)} + 0{,}1074 \times \text{KGR (cm)} + 0{,}3362 \times \text{KGEW (kg)}$$

Bei Frauen ergab sich durch die Berücksichtigung des Alters (Watson et al., 1981) keine signifikante Verbesserung der Schätzpräzision, weswegen das Alter nur in Bezug auf Männer Berücksichtigung fand.

16 Der Geschlechtsunterschied erklärt sich dadurch, dass Frauen einen höheren Fettgewebeanteil haben als Männer (vgl. Kap. 5.3, S. 22).

Aus der so umgeformten Formel 22, dass man das Körperwasservolumen (KWVOL) einsetzen kann, ergibt sich die inhaltlich äquivalente Formel 23.

Formel 23 nach Watson et al. (1981)

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

Durch Umformung von Formel 20 bis Formel 23 kann aus der Blutalkoholkonzentration (BAK) auf die eingenommene Alkoholmenge rückgerechnet werden.

3.1.14 Abbau des Alkohols (Ethylalkohol)

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

- Ethylalkohol (=Trinkalkohol) wird zu
- Acetaldehyd, dann zu
- Essigsäure und letztlich zu
- Kohlendioxyd und Wasser metabolisiert (van Haaren & Hendriks, 1999).

Den Abbau von Ethylalkohol zu Acetaldehyd betreffend sind vier Enzymsysteme bekannt:

- Alkoholdehydrogenase (ADH)
- mikrosomales ethanoloxidierendes System (MEOS)
- Katalase
- über die Bindung an Glucuronsäure,

von denen die letzteren beiden nur eine unwesentliche Rolle spielen (Mallach, 1987a). Das MEOS ist im Gegensatz zur ADH induzierbar und deshalb für die den beschleunigten Alkoholabbau bei AlkoholikerInnen verantwortlich (Feuerlein, 1979, S. 19).

Acetaldehyd wird vom Enzym Aldehyddehydrogenase (ALDH) zu Essigsäure, und dann im Zitratzyklus zu Kohlendioxyd und Wasser abgebaut. Es gibt vier ALDH-Untergruppen (Isoenzyme), von denen ALDH-II das wesentlichste ist. Bei manchen Menschen ist das Enzym ALDH-II genetisch bedingt inaktiv, wodurch sich beim Alkoholabbau ein Acetaldehydstau ergibt, der sich als Alkoholunverträglichkeit manifestiert (Flush-Reaktion). Diese Alkoholunverträglichkeit kommt bei EuropäerInnen nur bei 5% vor, bei mongoloiden und indogenen Völkern in 80% der Fälle (Agarwal & Agarwal-Kozlowski, 1999).

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

Der Abbau des Alkohols im Blut erfolgt weitgehend linear mit einer Eliminationsrate (β) zwischen 0,1 und 0,2 Promille pro Stunde, wobei die Eliminationsrate mit der Gewöhnung an Alkohol zunimmt. Durchschnittlich kann man von einer Eliminationsrate von 0,15 Promille pro Stunde ausgehen (Feuerlein, 1979).

In Zusammenhang mit der praktischen Rückrechnung des Blutalkoholwerts nach Verkehrsdelikten wird von der Eliminationsuntergrenze (0,1 Promille pro Stunde) ausgegangen, was im Sinne des/der Beschuldigten liegt (Grüner, 1995). Bei einer abweichenden Fragestellung, z.B. ob Alkoholkonsumangaben eines/einer Beschuldigten in Zusammenhang mit der Behauptung, erst nach einem Unfall Alkohol getrunken zu haben, korrekt sein können, sind beide Eliminationsrategrenzen zu berücksichtigen. Hier muss man auch noch beachten, dass infolge der in Kap. 3.1.12 (S. 62) beschriebenen Einflussfaktoren auf die Alkoholresorption die beobachteten Alkoholspiegel weit unter dem theoretisch möglichen maximalen Alkoholspiegel liegen können.

Mit Formel 24 bis Formel 26 kann man den minimalen, den mittleren und den maximalen Alkoholspiegelabbau in Promillen in Abhängigkeit von der Zeit (in Stunden nach dem erfolgten Alkoholkonsum) berechnen.

Formel 24: minimale BAK-Abnahme in Promillen

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

Formel 25: durchschnittliche BAK-Abnahme in Promillen

$$1{,}5 \times \text{Zeit in Stunden} = \text{Durchschnittliche BAK-Abnahme in Promillen}$$

Formel 26: maximale BAK-Abnahme in Promillen

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

3.1.15 Abbau des Methylalkohols

Alkoholische Getränke enthalten neben Ethylalkohol auch den weit giftigeren Methylalkohol (Methanol, vgl. Kap. 3.1.2, S. 52), der zu Formaldehyd und danach in Ameisensäure metabolisiert wird. Methylalkohol wird von den gleichen Strukturen abgebaut wie Ethylalkohol, allerdings erst, wenn der Ethylalkohol bereits vollständig metabolisiert ist. Aus diesem Grund ist es möglich, das weitere Ansteigen des Formaldehydspiegels im Zuge einer Methylalkoholvergiftung durch Zufuhr von Ethylalkohol zu blockieren, bis der Formaldehydspiegel soweit abgesunken ist, dass der restliche Methylalkohol ohne akute Schädigung des Organismus abgebaut werden kann (Swift & Davidson, 1998).

3.1.16 Messung der Blutalkohol-, Atemalkohol- und Urinalkoholkonzentration

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

Bei der Kontrolle des Alkoholisierungsgrades von Kfz-LenkerInnen kommt derzeit vor allem die AAK-Messung zur Anwendung. Zur Erfassung der AAK ist in Österreich gesetzlich der Alkomat (siehe Alkomatverordnung (Auszug) Kap. 17.2.6, S. 460) vorgesehen.

Die Umrechnung der AAK („Milligramm Alkohol pro Liter Atemluft“) in BAK („Gramm Alkohol pro Liter Blut“) erfolgt approximativ durch die Multiplikation des AAK mit dem Faktor 2 [17] (0,25 Milligramm Alkohol pro Liter Atemluft entspricht demnach 0,5 Gramm Alkohol pro Liter Blut, was gleichbedeutend mit 0,5 Promille BAK ist). Der Umrechnungsfaktor 2 ist implizit im Gesetz (vgl. Kap. 14.3.1, S. 321) verankert, indem bei den Grenzangaben entsprechende BAK- und AAK-Werte gleichwertig nebeneinander gestellt werden. Empirisch ergibt sich – im Widerspruch zu dieser Konvention – ein Faktor um 2,1. Die Abrundung auf 2 wirkt sich dabei zu Gunsten der Überprüften aus (Fous et al., 1991). Auch, dass vom gemessenen Wert 10% abgezogen werden, um die Messungenauigkeit zu Gunsten der Überprüften auszugleichen, wirkt sich in diesem Sinne aus („Trinkerprivileg“, Kaltenegger, 2001).

Fous & Wermuth (1987) vertraten die Meinung, dass die Chance bei einer Alkomatmessung als unauffällig durchzukommen, auch wenn man eigentlich einen erhöhten BAK-Wert aufweist, erheblich größer sei, als die Chance mit einem im erlaubten Rahmen liegenden BAK-Wert bei der Alkomatmessung beanstandet zu werden. Die zentrale Frage nach der konkreten Wahrscheinlichkeit bei einer Alkomatmessung ungerechtfertigt beanstandet zu werden, beantworten sie dahingehend, dass diese vernachlässigbar gering sei – wobei sie allerdings einräumten, dass in rund 3 von 1000 Fällen (2,6%) bei der Atemluftkontrolle unerklärliche Ausreißer zu beobachten seien. Die letztlich extrem gute Übereinstimmung der BAK-Werte mit den AAK-Werten bei Fous et al. erklärt sich dadurch, dass die Autoren die Ausreißer vor der Berechnung der Übereinstimmung zwischen BAK und AAK eliminierten. Auch Kaltenegger (2001) beschreibt mögliche Probleme bei der Alkomatmessung, vertritt aber wie Fous & Wermuth, dass die Anwendung des Alkomaten ohne ergänzenden Bluttest zu vertreten sei. Die zentrale Frage ist hier, wie groß die Wahrscheinlichkeit für eine Fehldiagnose basierend auf der AAK ist, wenn die BAK knapp unter 0,5 Promille liegt. Hier scheint das Bild keinesfalls so positiv zu sein, wie die genannten Autoren vertreten. Es gibt einige empirische Befunde (z.B. Jachau et al., 2000 oder Grubwieser et al., 2002), die, basierend auf den Resultaten umfangreicher Trinkversuche, besagen, dass wegen der sehr großen Schwankungsbreite der Quotienten aus BAK und AAK die Umrechnung der AAK auf BAK nicht zu rechtfertigen ist.

Wie auch immer man den Umstand der Unsicherheit bei der Umrechnung von AAK auf Blutalkoholkonzentration beurteilt – rechtlich gilt das Ergebnis einer Alkomatmessung als verbindlich, sofern keine Messung der Blutalkoholkonzentration durchgeführt wurde, wie ein Erkenntnis des Verwaltungsgerichtshofs vom 28.5. 1993 feststellt (VwGH, 93/02/0092). Wer glaubt, dass das für ihn ungünstige Alkomatmessergebnis nicht stimmt, sollte sich daher rasch um Messung der Blutalkoholkonzentration bemühen – diese Möglichkeit steht dem/der Beschuldigten offen.

Die Urinalkoholkonzentration (UAK) steht in keinem konstanten Verhältnis zur BAK. In der Aufnahmephase ist sie niedriger als im Blut, in der Abbauphase ist der Urinalkohol höher als der Blutalkoholspiegel. Ein sicherer Rückschluss von der UAK auf das jeweilige Niveau des BAK ist daher ganz eindeutig nicht möglich (Feuerlein, 1979).

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

3.1.17 Konsumierte Alkoholmenge und Promille-Wert

Die Frage, wie viel man trinken kann, ohne den gesetzlichen Grenzwert von 0,5 Promille zu überschreiten, beschäftigt natürlich die KraftfahrerInnen und wird von den verantwortlichen ExpertInnen, angesichts großer interindividueller Unterschiede, nur ungern beantwortet. Setzt man die Grenze zu niedrig an, so wird sie von Personen, die aus Einzelbeispielen und Trinkversuchen wissen, dass man auch mit weit größeren Mengen einen Alkomattest ohne Probleme überstehen kann, nicht ernst genommen. Setzt man die Grenze zu hoch an, so kann man mitverantwortlich dafür sein, dass Personen, die sich genau an die Empfehlung halten, mit der Straßenverkehrsordnung in Konflikt geraten.

Generell ist es immer anzuraten, keinen Alkohol zu trinken, wenn man vorhat, ein Fahrzeug zu lenken. Dazu kommt auch, dass man im Falle von Unfällen auch dann ernste Probleme haben kann, wenn man Alkohol konsumiert hat und der Alkoholisierungsgrad unter der gesetzlich festgelegten maximal zulässigen Blutalkoholkonzentration von 0,5 Promille liegt.

Versucht man allerdings sich anhand der Berechnungsformeln (Formel 20, S. 64 bis Formel 26, S. 67) zu orientieren, so sollte man Folgendes bedenken:

- Die Menge Alkohol, die man trinken kann, um eine bestimmte BAK-Grenze nicht zu überschreiten, ist nicht direkt vom Körpergewicht sondern ausschließlich vom Gewicht des Körperwassers abhängig („Produkt aus Körpergewicht und Körperwasserkonzentration“). Fettleibige können daher trotz weit höherem Gewicht nicht mehr Alkohol zu sich nehmen als Schlanke, und kaum jemand kennt seinen Ganzkörperwasseranteil ganz genau.
- Die Alkoholaufnahme, der Anstieg der Blutalkoholkonzentration und der Abbau wird von einer Reihe von Faktoren beeinflusst (Art des Getränks, ob zusätzlich etwas gegessen wird, Gewöhnung an Alkohol, psychische Faktoren, individuelle Stoffwechseleigenschaften etc.), weswegen die Orientierung an Mittelwerten generell problematisch ist (vgl. Kap. 3.1.12, S. 62).
- Der Abbau des Blutalkohols variiert zwischen 0,1 und 0,2 Promille pro Stunde. Aus Sicherheitsgründen sollte man immer vom niedrigeren Wert (Formel 24, S. 67) ausgehen. Wie in Kap. 3.1.14, S. 66 erwähnt, wird bei der praktischen Rückrechnung des Blutalkoholwerts nach Verkehrsdelikten von 0,1 Promille Abbau pro Stunde ausgegangen, was im Sinne der Beschuldigten liegt.
- Die Messung mit dem Alkomat – aber auch mittels Bluttest – ist wie jede Messung nicht zu 100% verlässlich (vgl. Kap. 3.1.16, S. 67), weswegen man grundsätzlich auch mit knapp unterkritischen BAK-Werten einen positiven Alkoholtest erzielen kann, wenn gleich der umgekehrte Fall, dass man mit leicht überkritischen BAK-Werten durchkommt, wahrscheinlicher ist.
- Keinesfalls sollte man aus Berichten von Anderen schließen, wieviel man trinken kann, ohne die gesetzliche Grenze zu überschreiten. Die Blutalkoholkonzentration variiert ja nicht nur stark in Abhängigkeit von der konsumierten Alkoholmenge, sondern auch in Abhängigkeit von Rahmenbedingungen und infolge der Ungenauigkeit des Messgerätes kann es vorkommen, dass jemand einmal bei einer deutlichen Überschreitung durchkommt und beim nächsten Mal mit einer geringen Überschreitung des Grenzwertes ertappt wird.

3.1.18 Identische vs. äquivalente Alkoholkonsummengen

Um sachlich fundiert über Fragen, ob Kinder und Frauen empfindlicher auf Alkohol reagieren, diskutieren zu können, ist es unbedingt notwendig zwischen

- „äquivalenten Alkoholmengen“, also Mengen, die zu identischen Blutalkoholkonzentrationen führen, und
- „identischen Alkoholmengen“, also absolut gleichen Mengen eines alkoholischen Getränks,

zu unterscheiden.

Da Frauen durchschnittlich nur 2/3 des Körperwasservolumens von Männern haben, erzielen sie mit 2/3 der Alkoholmenge eine identische Blutalkoholkonzentration (Kap. 3.1.13, S. 63); bei kleinen Kindern sind die Gewichtsunterschiede zu Erwachsenen – und weitgehend proportional damit auch die Unterschiede im Körperwasservolumen – noch um ein Vielfaches größer. Es steht außer Frage, dass bezüglich des Körperwasservolumens (KWV) durchschnittliche Frauen und Kinder auf identische Alkoholmengen durchschnittlich stärker reagieren als bezüglich des KWV durchschnittliche Männer, weil sie durch identische Alkoholmengen eine höhere Blutalkoholkonzentration erzielen.

Die Begriffe „Alkoholvulnerabilität“ und „Alkoholtoleranz“ sind nur in Zusammenhang mit dem Maß „äquivalente Mengen“ sinnvoll verwendbar, wie nachstehender Extremvergleich illustrieren soll. Kaum jemand würde die auf dem Maß „identische Alkoholmengen“ basierende Aussage akzeptieren, dass Wale oder Elefanten um ein vielfaches alkoholtoleranter seien als Mäuse oder Fliegen, da letztere in Alkoholmengen ertrinken, die bei ersteren nicht einmal eine messbare Erhöhung der Blutalkoholkonzentration hervorrufen.

3.2 Haltungen zum Alkoholkonsum und Funktionen des Alkoholkonsums

3.2.1 Qualitative Kategorien der individuellen Konsummotivation

Bales (1946) unterschied den Alkoholkonsum betreffend vier Haltungen:

- „Abstinenzorientierung“ („complete abstinence orientation“) – d.h. Alkoholkonsum wird abgelehnt,
- „rituelle Konsummotivation“ („ritual attitude towards drinking“) – d.h. Alkohol spielt eine Rolle in Zusammenhang mit religiösen und kulturellen Ritualen,
- „soziale Konsummotivation“ („convivial attitude towards drinking“) – d.h. Alkohol wird als wichtiger Bestandteil des sozialen Lebens gesehen,
- utilitaristische Konsummotivation („utilitarian attitude towards drinking“) – d.h. Alkohol wird konsumiert, um eine bestimmte Wirkung zu erzielen.

Nach Bales sind „Abstinenzorientierung“ sowie „rituelle Konsummotivation“ primär religiös motiviert, während die „soziale Konsummotivation“ sowie die „utilitaristische Konsummotivation“ auf Wirkung abzielen, also funktional sind.

Unter „sozialer Konsummotivation“ versteht Bales das funktionale Konsumziel „Entspannung und Enthemmung zur Erleichterung von Sozialkontakten“. „Utilitaristische Konsummotivation“ – heute würde man eher von „funktionalem Konsum“ sprechen – liegt z.B. bei „Selbstmedikation gegen psychische Probleme“ (Khantzian, 1985; 1997),

„hedonistischem Genusskonsum“ oder „Alkoholkonsum um Entzugssymptome zu bekämpfen“ vor.

3.2.2 Unterteilung von Trinkkulturen

Die Unterteilung in Trinkkulturen nach Pittman (1964) wird in der Literatur oft fälschlich auf Bales (1946) zurückgeführt, der sich allerdings bloß mit individuellen Haltungen zum Alkoholkonsum und mit Konsummotivationen auseinandersetzte.

Pittman unterteilte Kulturen hinsichtlich des Alkoholkonsums in:

- „Abstinenzkulturen“ („abstinent cultures“),
- „Ambivalenzkulturen“ („ambivalent cultures“),
- „Permissivkulturen“ („permissive cultures“) und
- „extreme Permissivkulturen“ („over-permissive cultures“).

In einer deutschen Veröffentlichung [Pittman (1967)] eines Vortrags von Pittman (1964) wurde „permissive culture“ eher unglücklich mit „Zulassungskultur“ bzw. „genehmigende Kultur“ und „over-permissive culture“ mit „zulassend-funktionsgestörte Kultur“ übersetzt. Seither werden die letzten beiden Kategorien dieser inzwischen recht populären Klassifikation in der deutschsprachigen Fachliteratur meist mit „Permissivkultur“ und „funktionsgestörte Permissivkultur“ übersetzt, wobei letzterer Ausdruck irreführend und sprachlich kaum nachvollziehbar ist (Uhl & Kobrna, 2004).

3.2.3 Suchttrias – Suchtdreieck

Die Idee, dass die Wahrscheinlichkeit für die Entstehung einer Suchtkrankheit nicht nur von der konsumierten Substanz, sondern auch von persönlichen Eigenschaften des Konsumenten/der Konsumentin und von der sozialen Umgebung, in der konsumiert wird, abhängt, ist eigentlich ziemlich trivial. Im deutschen Sprachraum sind dafür die Begriffe „Suchttrias“ und „Suchtdreieck“ gebräuchlich, wobei als Quelle oft Feuerlein (1969) und Kielholz & Ladewig (1973) angegeben werden. Im angelsächsischen Sprachraum, international und vermehrt auch im deutschen Sprachraum, wird in diesem Zusammenhang meist Zinberg (1984) zitiert, der die Trias „Suchtmittel-Konsument-Umwelt“ mit „Drug-Set-Setting“ umschrieb.

Manches „Suchtmittel“ („Drug“) hat ein höheres Suchtpotential als andere, was sich hier erheblich auswirkt. Unter dem Titel „Konsument“ („Set“) sind beispielsweise individuelle Einstellungen der KonsumentInnen zum Alkoholkonsum oder das Vorhandensein psychiatrischer Probleme, die durch Substanzkonsum erträglicher werden, relevant. Unter den Titel „Umwelt“ („Setting“) sind Aspekte wie die folgenden subsumiert: welche Einstellung hat die Gesellschaft zum Thema „Drogen“ und Alkohol, welche Angebote gibt es zur Behandlung von psychiatrischen und zur Lösung von sozialen Problemen, wie verfügbar sind relevante Substanzen etc.

Da die drei Faktoren komplex interagieren, ist es nicht sinnvoll zu fragen, welchen prozentuellen Anteil an der Erklärung von Sucht diese jeweils haben; methodologisch ist es auch keinesfalls einfach, Richtung und Art der Kausalbeziehungen empirisch zu bestimmen (Uhl & Kraus, 2006).

3.3 „Alkoholismus“ und verwandte Begriffe

Der Begriff „Alkoholismus“ wie wir ihn heute verstehen geht auf Magnus Huss (1849, zit. in WHO, 1994) zurück. Bis dahin wurden mit „Alkoholismus“ hauptsächlich die körperlichen Erkrankungen als Folge lang anhaltenden, starken Alkoholkonsums bezeichnet – ein Konzept, das heute im Sinne der Jellinek-Typologie (vgl. Kap. 3.4.1, S. 74) als „Beta-Alkoholismus“ bezeichnet wird. Was wir heute unter „Alkoholismus“ verstehen, wurde zu dieser Zeit mit dem inzwischen kaum mehr verwendeten Begriff „Trunksucht“ bezeichnet.

Lange Zeit wurde dann der Begriff „Alkoholismus“ als eine sehr weite Kategorie, die sowohl „Alkoholabhängigkeit“ als auch „Alkoholmissbrauch“ umfasst, verstanden, wobei der erste Definitionsversuch der WHO auf die kulturellen Rahmenbedingungen und später auf Probleme im Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum abzielten:

> *Der Begriff „Alkoholismus“ bezeichnet eine Art des Trinkens, die in ihrem Ausmaß über die traditionelle und gebräuchliche Ernährungsform oder die gesellschaftlichen Trinksitten der entsprechenden Gemeinschaft hinausgeht ohne Rücksicht auf ätiologische Faktoren, die zu einem solchen Verhalten führen, und ungeachtet des Ausmaßes, in dem derartige Faktoren von Vererbung und Konstitution oder neu entwickelten physiopathologischen und stoffwechselbedingten Einflüssen abhängen.*
>
> *Quelle: WHO (1950)*

> *Alkoholiker sind exzessive Trinker, deren Abhängigkeit vom Alkohol einen solchen Grad erreicht hat, dass sie deutliche Störungen oder Konflikte in ihrer körperlichen oder geistigen Gesundheit, ihren menschlichen Beziehungen, ihren sozialen oder wirtschaftlichen Funktionen aufweisen; oder sie zeigen Vorstufen einer solchen Entwicklung.*
>
> *Quelle: WHO (1951)*

> *Der Begriff Alkoholismus bedeutet keine nosologische Einheit, sondern es handelt sich dabei um einen Kollektivausdruck für eine ganze Familie von Problemen, die mit Alkohol verwandt sind.*
>
> *Quelle: WHO (1954)*

Ein Meilenstein bei der Entwicklung der Alkoholismus-Definitionen war das Buch „The Disease Concept of Alcoholism“, das Jellinek, der als „WHO-Consultant“ maßgeblich an den zitierten WHO-Definitionen beteiligt war, im Jahre 1960 veröffentlichte. Jellinek unterschied zwischen „Alkoholismus“ nach dem weiten Begriffsverständnis der WHO und nach „Alkoholkrankheit“ als Teilphänomen des Alkoholismus. Als „alkoholkrank“ bezeichnete Jellinek „Gamma-Alkoholismus“ „Delta-Alkoholismus“ und „Epsilon-Alkoholismus“ im Sinne seiner Typologie (vgl. Kap. 3.4.1, S. 74). Die Kategorien „Alpha-Alkoholismus“ und „Beta-Alkoholismus“ bezeichnete er als „Vorstufen der Alkoholkrankheit“.

> *„Alkoholismus ist jegliches Trinken, das zu irgendwelchen Schäden führt.*
>
> *Quelle: Jellinek (1960, S. 41); Übersetzung aus dem Englischen durch die AutorInnen*

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

Quelle: Jellinek (1960, S. 40); Übersetzung aus dem Englischen durch die AutorInnen

„Vorstufen der Alkoholkrankheit" wurden in der Folge dann auch als „akuter Alkoholismus" und „Alkoholmissbrauch" bezeichnet; für „Alkoholkrankheit" haben sich auch die Begriffe „chronischer Alkoholismus", „Alkoholsucht" und – seit sich die WHO (1964) zum Vorschlag entschloss, den Begriff „Sucht" durch „Abhängigkeit" zu ersetzen – „Alkoholabhängigkeit" und „Alkoholabhängigkeitssyndrom" eingebürgert.

Verwirrend ist, dass heute der Begriff „Alkoholismus" alleine kaum mehr im umfassenden Sinne der ursprünglichen Definitionen der WHO und von Jellinek gebraucht wird, sondern zur Kurzform des Begriffs „chronischer Alkoholismus" wurde, was einer neuerlichen Bedeutungsverschiebung gleichkommt.

Um der Mehrdeutigkeit des Begriffs „Alkoholismus" zu entgehen, wurde bei der „Neunten Revision der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-9)" durch die WHO (1980) die Unterscheidung zwischen „Alkoholabhängigkeit" und „Alkoholmissbrauch" eingeführt und der Begriff „Alkoholismus" nicht mehr verwendet. Diese Unterscheidung und der Verzicht auf den Begriff „Alkoholismus" findet sich auch im „Diagnostischen und statistischen Manual psychischer Störungen (DSM-IV-TR 18) der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (Saß et al., 2003).

Bei den Weiterentwicklungen dieser beiden Diagnosesysteme ICD-10 (10. Revision) und DSM-IV-TR erfolgte eine weitere Unterteilung des Begriffs „Missbrauch", wobei die gewählten Bezeichnungen in ICD-10 „Alkoholabhängigkeitssyndrom" vs. „schädlicher Gebrauch" vs. „akute Intoxikation" = „Alkoholrausch", und in DSM-IV-TR „Alkoholabhängigkeitssyndrom" vs. „Missbrauch" vs. „akute Intoxikation" lauten.

Obwohl der Begriff „Alkoholismus" bei ICD-9, ICD-10 und DSM-IV-TR nicht vorkommt, wird er in der Praxis weiterhin oft im Sinne von „Alkoholabhängigkeit" bzw. „Alkoholkrankheit" verwendet. So definierte z.B. die Amerikanische Gesellschaft für Suchtmedizin (1990) den Begriff „Alkoholismus" wie folgt:

„Alkoholismus" ist eine primäre, chronische Krankheit, deren Entwicklung und Manifestation von genetischen, psychosozialen und Umweltfaktoren beeinflusst wird.

Quelle: American Society of Addiction Medicine (1990); zit. in WHO (1994, S. 12); Übersetzung aus dem Englischen durch die AutorInnen

Und bei der in der Schweiz entwickelten und in Österreich seit 1989 für die Krankenanstalten vorgeschriebenen Entlassungsdiagnose nach ICD-9 (BMAGS-Version) wurde eine deutsche Übersetzung gewählt, die die Kategorie „Alcohol Dependence Syndrome" mit „Alkoholismus (Alkoholabhängigkeit)" übersetzte (BMAGS 1998a).

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

3.4 Alkoholismustypologien und Klassifikationssysteme

„Alkoholismus“ bezeichnet kein einheitliches Zustandsbild, sondern eine Reihe von in Entstehungsgeschichte, Symptomatik und Prognose recht unterschiedlichen Phänomenen. Es gibt zahlreiche Versuche „Alkoholismus“ nach ähnlichen Zustandsbildern zu unterteilen. Einige der bedeutendsten und für die Praxis besonders relevante Einteilungen werden in der Folge kurz besprochen.

3.4.1 Definition von „Alkoholkrankheit“ und Alkoholismustypologie nach Jellinek (1960)

Die unter AlkoholismusexpertInnen über viele Jahre gebräuchlichste Klassifikation des Alkoholismus geht auf Jellinek (1960) zurück. Jellinek unterteilte Personen mit Alkoholproblemen nach fünf Kategorien von Alpha bis Epsilon. Die Trinkformen des Alpha- und Beta-Typus bezeichnete er als Vorstufen der Alkoholkrankheit, Gamma-, Delta- und Epsilon-Trinker bezeichnete er als alkoholkrank.

Alpha-Typ

- Für diesen Typus sind auch die Bezeichnungen „Problemtrinker“, „Erleichterungs trinker“, und „Konflikttrinker“ gebräuchlich.
- Alpha-Typen sind von der Alkoholwirkung psychisch abhängig, in dem Sinne, dass sie Alkohol verwenden, um körperliche oder seelische Belastungen leichter zu ertragen.
- Das Trinken ist zwar undiszipliniert, aber die Fähigkeit zur Abstinenz ist vorhanden.
- Es kommt zu keinem Kontrollverlust beim Trinken und
- es gibt keine Anzeichen einer körperlichen Abhängigkeit.

Beta-Typ

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

Gamma-Typ

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

Delta-Typ

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

Epsilon-Typ

- Für diesen Trinktyp ist auch die Bezeichnung „Quartalssäufer“ gebräuchlich, da Epsilon-AlkoholikerInnen oft monatelang abstinent leben und dann in unregelmäßigen Abständen durchbruchsartig kurze Phasen exzessiven Alkoholkonsums erleben.
- Beim Epsilon-Typ ist die psychische Abhängigkeit wesentlich stärker ausgeprägt als die körperliche.
- Typisch in den Trinkphasen sind „Kontrollverluste“, es besteht aber die Fähigkeit zur Abstinenz.

3.4.2 Typologie nach Cloninger

Die Typologie von Cloninger et al. (1996) wurde aufgrund der Ergebnisse von Adoptionsstudien und Familienuntersuchungen entwickelt. Cloninger unterschied zwei Typen nach Persönlichkeitsmerkmalen, Alter bei Beginn des problematischen Trinkens und Alkoholfolgebeschwerden:

Typ I

- ist durch einen größeren Einfluss von Umweltfaktoren und durch einen Beginn der Suchtkrankheit nach dem 25. Lebensjahr gekennzeichnet. Dieser Typ kommt bei Männern und Frauen vor und ist durch einen milderen Verlauf des Alkoholmissbrauchs gekennzeichnet. Bei diesem Typus steht die psychische Abhängigkeit im Vordergrund, die Betroffenen haben starke Schuldgefühle und große Angst abhängig zu werden.

Typ II

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

3.4.3 Primärer Alkoholismus vs. sekundärer Alkoholismus

Eine für Praxis und Theorie ganz besonders wichtige Unterscheidung ist die Unterscheidung in primären und sekundären Alkoholismus (Schuckit, 1979):

- **Primärer Alkoholismus**
  entwickelt sich infolge übermäßigen Alkoholkonsums (Primärproblematik) – meist vergleichsweise langsam –, wobei in der Folge psychische, körperliche und soziale Probleme (Sekundärproblematik) auftreten.
- **Sekundärer Alkoholismus**
  entsteht, wenn Personen infolge psychischer, körperlicher und/oder sozialer Auffälligkeiten (Primärproblematik) beginnen, in großem Umfang Alkohol zur Selbstmedikation einzusetzen (Selbstmedikationshypothese, Khantzian, 1985; 1997) und dann – meist recht rasch – vom Alkohol abhängig werden (Sekundärproblematik).

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

Da sekundäre AlkoholikerInnen infolge unterschiedlicher Probleme, die im gesamten Lebensverlauf auftreten können, zur Alkoholabhängigkeit gelangen, während Personen, die später ohne wesentliche Grundproblematik zu primären AlkoholikerInnen werden, durchwegs sehr früh mit dem exzessiven Alkoholkonsum beginnen, ist das durchschnittliche Manifestationsalter beim primären Alkoholismus weit früher anzusetzen, was zunächst paradox anmutet, weil es im Falle des primären Alkoholismus ja wesentlich länger dauert, bis aus exzessivem Alkoholkonsum eine Alkoholabhängigkeit entsteht.

Laien, die an das Problem „Alkoholismus“ oft eher moralisch herangehen und die Substanz Alkohol für alle Probleme im Zusammenhang mit Alkoholismus verantwortlich machen, kommen oft gar nicht auf den Gedanken, dass etwas wie „sekundärer Alkoholismus“ eine große Rolle spielen könnte, während TherapeutInnen und AlkoholismusforscherInnen aufgrund von klinischer Erfahrung bzw. sogenannter Komorbiditätsstudien dem sekundären Alkoholismus einen recht hohen Stellenwert einräumen.

3.4.4 Typologie nach Lesch

Die Typologie von Lesch versucht auf Ursachen, Verlauf und prognostische Aspekte Bezug zu nehmen und daraus Schlussfolgerungen für die praktische Behandlung von AlkoholikerInnen abzuleiten:

- **Typ I: Alkoholkonsum aufgrund von „biologischem Verlangen“**
  Alkoholkonsum führt zu Toleranzentwicklung und schweren Entzugssymptomen. Es sind keine wesentlichen Auffälligkeiten der Persönlichkeit fassbar. Die Kindheit ist unauffällig. Bei diesen Personen kann auch nach langer Abstinenz jeder Rückfall ein starkes Alkoholverlangen auslösen, weswegen stützende Psychotherapie und Selbsthilfegruppen zum Schutz gegen sozialen Trinkdruck Erfolg versprechend sind.
- **Typ II: Alkoholkonsum aufgrund von „psychologischem Verlangen“**
  AlkoholikerInnen dieses Typs verwenden Alkohol als Bewältigungsstrategie bei Konflikten und als Selbsttherapie bei Angst und Unruhe. Maßgeblich sind Störungen in der frühkindlichen und familiären Entwicklung. Eine psychopharmakologische Behandlung kann leicht zu einer Symptomverschiebung in Richtung

Beruhigungsmittelabhängigkeit führen. Therapieziel muss die Verbesserung der Lebensbedingungen sein – absolute Abstinenz ist oft nicht notwendig.

- **Typ III: Alkoholkonsum zur „Behandlung von psychiatrischen Zustandsbildern“** AlkoholikerInnen dieses Typs verwenden Alkohol als Selbstmedikation bei Befindlichkeitsstörungen und Schlafproblemen. Antidepressive Medikation und Medikamente, die phasenprophylaktisch wirken, sollten hier zur Unterstützung psychotherapeutischer Verfahren eingesetzt werden.
- **Typ IV: Alkoholkonsum infolge „frühkindlicher Vorschädigung und Entwicklungsstörungen“**
  Auch hier wird Alkohol als Therapeutikum zur Selbstmedikation eingesetzt. Neben stützenden Gesprächen, der Förderung von Eigenkontrolle und der Bearbeitung von Rückfällen sind niederpotente Neuroleptika und Nootropika angezeigt.

Quelle: Lesch et al. (1990; 1997)

3.4.5 Klassifikation nach ICD

In Österreich wird eine international vergleichbare Spitalsentlassungsstatistik und eine eben solche Todesursachenstatistik geführt. Die Datensammlung für beide Statistiken sowie deren Dokumentation ist Aufgabe von Statistik Austria. Grundlage für beide Statistiken ist das von der Weltgesundheitsorganisation „WHO“ entwickeltes Diagnosesystem „Internationale Klassifikation der Krankheiten“ (ICD[19]), das derzeit in der 10. Revision (ICD-10) vorliegt und verwendet wird.

Laut Statistik Austria (2005b) werden seit 1873 regelmäßig Krankenanstaltenstatistik 1873 erstellt. Im Jahr 1953 wurden die Heil- und Pflegeanstalten über einen Erlass zum monatlichen Vorlegen von Berichten über ihre Morbiditätsstatistik an das Österreichische Statistische Zentralamt veranlasst. Seit der Novelle 1988 des Krankenanstaltengesetzes wird ab 1989 die Erfassung, Übermittlung und Auswertung der Spitalsentlassungsstatistik EDV-unterstützt vorgenommen. Die Einführung des LKF-Systems20 bewirkte ab dem Berichtsjahr 1997 einen Bruch. Weitere Brüche entstehen regelmäßig durch Umstellungen der Dokumentationssysteme, wie zuletzt beim Jahreswechsel 2000/2001 mit der Umstellung von ICD-9 auf ICD-10.

Die Todesursachenstatistik basiert auf einer Auswertung der amtlichen Totenscheine die vom Arzt, der den Tod feststellt, ausgefüllt werden müssen. Am Totenschein werden Begleitumstände, Grundleiden und die unmittelbare Todesursache festgehalten. Da infolge der international üblichen monokausalen Todesursachenstatistik immer nur eine Todesursache in die offizielle Statistik Eingang finden kann, was dem Kodierer einen großen Spielraum einräumt, und da die Diagnosesysteme regelmäßig geändert werden, sind internationale Vergleiche und Verlaufsdaten immer mit großer Vorsicht zu interpretieren. Brüche durch Umstellungen gab es als von der 1955 bis 1968 gültigen deutschen Systematik (ADS) beim Jahreswechsel 1968/69 auf ICD-8 umgestellt wurde, beim Jahreswechsel 1979/80 (Umstellung auf ICD-9) und beim Jahreswechsel 2001/02 (Umstellung auf ICD-10).

19 Die Abkürzung ICD steht für „**I**nternational Statistical **C**lassification of **D**iseases and Related Health Problems“. ICD wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben und ist eine ihrer Kern-Klassifikationen. Ziel ist es, die weltweite Erforschung von Morbidität und Mortalität mit einer international einheitlichen Systematik zu ermöglichen.

20 LKF steht für leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung

Da sowohl die Spitalsentlassungsstatistik als auch die Todesursachenstatistik regelmäßig als zentrale Grundlage für die Diskussion von Ausmaß und Entwicklung alkoholspezifischer Erkrankungen herangezogen wird, wird in den nächsten Abschnitten auf die Diagnosesysteme ICD-9 und ICD-10 näher eingegangen.

3.4.5.1 Klassifikation der alkoholverursachten Störungen nach ICD-9

ICD-9 ist seit 2001 bezüglich der Spitalsentlassungsstatistik und seit 2002 bezüglich der Todesursachenstatistik zwar überholt. Da die ICD-9 Kategorien aber auch heute noch eine gewisse Rolle spielen und bei der Interpretation von Zeitreihen die Kenntnis von ICD-9, von ICD-10 und von den für längere Zeitreihen notwendigen Umkodierungsvorschriften essentiell sind, wird hier auch kurz auf ICD-9 eingegangen. Eine einfach zu handhabende Übersicht über ICD-9 findet man im Internet auf der Homepage[21] des „Deutschen Instituts für medizinische Dokumentation und Information“ (DIMDI, 2008)[22].

Diese DIMDI-Fassung weicht allerdings geringfügig von der in der Schweiz entwickelten und bis 2000 für Österreich für die Krankenanstalten vorgeschriebenen Entlassungsdiagnose nach ICD-9 Version ab (BMAGS 1998a). So wurde die englische Kategorie „Alcohol Dependence Syndrome“ (303) mit „Alkoholismus“ (Alkoholabhängigkeit)“ übersetzte und Alkoholismus ferner auch noch in Alkoholrausch bei Alkoholikern (303.0) und chronischer Alkoholismus (303.1) unterteilt.

Grob kann man nach der BMAGS-ICD-9-Fassung „alkoholassoziierte Störungen in sechs Kategorien unterteilen:

- **Alkoholpsychosen** (291)
- **Alkoholabhängigkeitssyndrom** (303)
- **Alkoholmissbrauch ohne Abhängigkeit** (305.0)
- **toxische Wirkung durch Alkohol** (980)
- **explizit alkoholassoziierte Erkrankungen** (unterschiedliche Codes)

Das **Alkoholentzugssyndrom** kommt in ICD-9 nicht vor.

Das **Alkoholabhängigkeitssyndrom** (303) wird unterteilt nach:

- Alkoholrausch bei Alkoholikern (303.0)
- chronischer Alkoholismus (303.1)

Alkoholpsychosen (291) werden weiter differenziert nach:

- Delirium Tremens (291.0)
- alkoholisches Korsakow-Syndrom (291.1)
- andere Alkoholdemenz (291.2)
- Alkoholhalluzinose (291.3)
- pathologischer Rausch (291.4)
- alkoholischer Eifersuchtswahn (291.5)
- andere Alkoholpsychosen (291.8)
- nicht näher bezeichnete Alkoholpsychosen (291.9)

21 http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/alt/icd-9-kap.htm

22 Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) ist eine nachgeordnete Behörde des deutschen Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), zu dessen Aufgaben es gehört, der fachlich interessierten Öffentlichkeit aktuelle Informationen aus dem gesamten Gebiet der Medizin einfach und schnell zugänglich zu machen. Das DIMDI ist Herausgeber der deutschsprachige ICD-Fassungen.

Wichtige „**explizit alkoholassoziierte Erkrankungen**“ sind:

- alkoholische Polyneuritis (357.5)
- alkoholische Kardiomyopathie (425.5)
- alkoholische Gastritis (535.3)
- alkoholische Fettleber (571.0)
- akute alkoholische Hepatitis (Fettleberhepatitis, 571.1)
- alkoholische Leberzirrhose (Laennec, 571.2)
- alkoholischer Leberschaden, NNB (571.3)
- erhöhter Blutalkoholspiegel (790.3)
- toxische Wirkung durch Äthylalkohol (980.0)
- toxische Wirkung durch Methylalkohol (980.1)
- toxische Wirkung durch Isopropylalkohol (980.2)
- toxische Wirkung durch Sonstige Alkohole (980.8)
- toxische Wirkung durch nicht namentlich bezeichneter Alkohol (980.9)

3.4.5.2 Klassifikation der alkoholverursachten Störungen nach ICD-10

Seit 2001 werden die Spitalsentlassungsstatistik und seit 2002 die Todesursachenstatistik in Österreich nach ICD-10 kodiert. Eine einfach zu handhabende Übersicht über ICD-10 findet man im Internet auf der Homepage [23] des „Deutschen Instituts für medizinische Dokumentation und Information“ (DIMDI, 2008) [22]. Für die Umkodierung von ICD-9 auf ICD-10 bietet DIMDI (2001) einen Umkodierungsschlüssel an [24].

Eine große – benutzerfreundliche – Änderung der Version ICD-10 gegenüber der Version ICD-9 stellt der Umstand dar, dass die erste Stelle des Schlüssels alphanumerisch ist, gefolgt von zwei Ziffern zur groben Bezeichnung der Diagnose („Dreisteller“). Mit der vierten Stelle (nach dem Punkt) werden Unterkategorien bezeichnet und die 5. Stelle dient für zusätzliche Kodierungen, auf die wir hier aber nicht näher eingehen werden. Die Kategorie für Alkoholabhängigkeit „F10.2“ ergibt sich hier aus dem Buchstaben „F“ für „Psychische und Verhaltensstörungen“, der 2. Stelle „1“ für „durch psychotrope Substanzen verursacht“, der 3. Stelle „0“ für „durch Alkohol“ und der 4. Stelle für „Abhängigkeitssyndrom“. Generalisiert man über mehrere Ziffern hinweg, so kann man das durch ein „x“ ausdrücken. So ist z.B. der Code für Abhängigkeitssyndrom ohne Spezifizierung der psychotropen Substanz „F1x.2“.

Während in der Version ICD-9 keine exakte Definition der verwendeten Kategorien angeboten worden waren, gibt es für die Klassifikation ICD-10 präzise diagnostische Leitlinien (Dilling et al., 1991). Diese werden in der Folge für die wichtigsten alkoholrelevanten Diagnosen angegeben.

23 http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2009/index.htm

24 http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icd-10-who/vorgaenger/version13/ueberleitung

Der Dreisteller "**Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol**" (F10) wird unterteilt nach:

- Akute Alkoholintoxikation (akuter Rausch) (F10.0)
- Schädlicher Alkoholgebrauch (F10.1)
- Alkoholabhängigkeitssyndrom (F10.2)
- Alkoholentzugssyndrom (F10.3)
- Alkoholentzugssyndrom mit Delir (F10.4)
- Psychotische Störung durch Alkohol (F10.5)
- Amnestisches Syndrom durch Alkohol (F10.6)
- Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung durch Alkohol (F10.7)
- Sonstige psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10.8)
- Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol (F10.9)

Der Dreisteller „**Toxische Wirkung von Alkohol**“ (T51) wird unterteilt nach:

- Toxische Wirkung von Äthylalkohol (T51.0)
- Toxische Wirkung von Methylalkohol (T51.1)
- Toxische Wirkung von Isopropylalkohol (T51.2)
- Toxische Wirkung von Fuselöl (T51.3)
- Toxische Wirkung von sonstigen Alkoholen (T51.8)

Toxische Wirkung von nicht näher bezeichneten Alkoholen (T51.9)

- Der Dreisteller „**Alkoholische Leberkrankheit**“ (K70) wird unterteilt nach:
- Alkoholische Fettleber (K70.0)
- Alkoholische Hepatitis (K70.1)
- Alkoholische Fibrose und Sklerose der Leber (K70.2)
- Alkoholische Leberzirrhose (K70.3)
- Alkoholisches Leberversagen (K70.4) (akut, chronisch, mit oder ohne Coma hepaticum, subakut, ohne nähere Angabe)
- Alkoholische Leberkrankheit, nicht näher bezeichnet (K70.9)

„explizit alkoholassoziierte Erkrankungen bzw. Probleme“ sind:

- Alkoholinduziertes Pseudo-Cushing-Syndrom (E24.4)
- Degeneration des Nervensystems durch Alkohol (G31.2) (alkoholbedingte Enzephalopathie, alkoholbedingte zerebellare Ataxie, alkoholbedingte zerebellare Degeneration, alkoholbedingte zerebrale Degeneration, Dysfunktion des autonomen Nervensystems durch Alkohol)
- Alkohol-Polyneuropathie (G62.1)
- Alkoholmyopathie (G72.1)
- Alkoholische Kardiomyopathie (I42.6)
- Alkoholgastritis (K29.2)
- Alkoholinduzierte chronische Pankreatitis (K86.0)
- Schädigung des Feten und Neugeborenen durch Alkoholkonsum der Mutter (exkl. Alkohol-Embryopathie (P04.3)
- Alkohol-Embryopathie (mit Dysmorphien) (Q86.0)
- Akzidentelle Vergiftung durch und Exposition gegenüber Alkohol (X45)
- Vorsätzliche Selbstvergiftung durch und Exposition gegenüber Alkohol (X65)
- Vergiftung durch und Exposition gegenüber Alkohol, Umstände unbestimmt (Y15)

3.4.5.3 Leitlinien für einige wichtige ICD-10-Diagnosen

Die Quellen für die folgenden Textauszüge sind DIMDI (2008) und Dilling et al. (1991), wobei eine sprachliche Anpassung an die Substanz Alkohol erfolgte.

F10.0 Akute Intoxikation (akuter Rausch)

Ein Zustandsbild nach Aufnahme einer psychotropen Substanz mit Störungen von Bewusstseinslage, kognitiven Fähigkeiten, Wahrnehmung, Affekt und Verhalten oder anderer psychophysiologischer Funktionen und Reaktionen. Die Störungen stehen in einem direkten Zusammenhang mit den akuten pharmakologischen Wirkungen der Substanz und nehmen bis zur vollständigen Wiederherstellung mit der Zeit ab, ausgenommen in den Fällen, bei denen Gewebeschäden oder andere Komplikationen aufgetreten sind. Komplikationen können ein Trauma, Aspiration von Erbrochenem, Delir, Koma, Krampfanfälle und andere medizinische Folgen sein. Die Art dieser Komplikationen hängt von den pharmakologischen Eigenschaften der Substanz und der Aufnahmeart ab.

inkl. akuter Rausch bei Alkoholabhängigkeit
pathologischer Rausch
Rausch ohne nähere Angabe

exkl.: Intoxikation im Sinne einer Vergiftung (T36-T50)

Diagnostische Leitlinien:

Zwischen der Schwere der Intoxikation und der aufgenommenen Dosis besteht normalerweise ein enger Zusammenhang. Ausnahmen können jedoch bei Personen mit bestimmten organischen Erkrankungen wie etwa Nieren- oder Leberinsuffizienz vorkommen, bei denen schon kleine Dosen unverhältnismäßig schwere Vergiftungserscheinungen hervorrufen können. Enthemmung im sozialen Kontext z.B. auf Parties oder beim Karneval sollten ebenfalls berücksichtigt werden. Die akute Intoxikation ist ein vorübergehender Zustand. Das Ausmaß der Vergiftung wird nach und nach geringer und die Symptome verschwinden ohne erneute Substanzzufuhr nach einiger Zeit vollständig. Die Vergiftungssymptome müssen nicht immer in der typischen Substanzwirkung bestehen.

Bei vielen Substanzen hängt die unterschiedliche Wirkung auch von der aufgenommenen Menge ab. So entfaltet z.B. Alkohol bei niedriger Dosierung eine anregende Wirkung, bei höherer Dosierung kommt es zu Erregung und Aggressivität und bei sehr hohen Blutspiegeln zu eindeutiger Sedierung.

F10.1 Schädlicher Gebrauch

Konsum psychotroper Substanzen, der zu Gesundheitsschädigung führt. Diese kann als körperliche Störung auftreten, etwa in Form einer Hepatitis nach Selbstinjektion der Substanz oder als psychische Störung z.B. als depressive Episode durch massiven Alkoholkonsum.

inkl.Alkoholmissbrauch

Diagnostische Leitlinien:

Die Diagnose erfordert eine tatsächliche Schädigung der psychischen oder physischen Gesundheit des Konsumenten/der Konsumentin.

Schädliches Konsumverhalten wird häufig von anderen kritisiert und hat auch häufig unterschiedliche negative soziale Folgen. Die Ablehnung des Konsumverhaltens oder einer bestimmten Substanz von anderen Personen oder einer ganzen Gesellschaft ist kein

Beweis für den schädlichen Gebrauch, ebenso wenig wie etwaige negative soziale Folgen z.B. Inhaftierung, Arbeitsplatzverlust oder Eheprobleme.

Eine akute Intoxikation (siehe F1x.0) oder ein „Kater" (Hangover) beweisen allein noch nicht den „Gesundheitsschaden", der für die Diagnose „Schädlicher Gebrauch" erforderlich ist. „Schädlicher Gebrauch" ist bei einem „Abhängigkeitssyndrom" (F1x.2), einer „psychotischen Störung" (F1x.5) oder bei anderen spezifischen alkohol- oder substanzbedingten Störungen nicht zu diagnostizieren.

Der Hinweis, dass auch „Alkoholmissbrauch" als „schädlicher Gebrauch" zu bezeichnen ist, ist hier eher unglücklich, da „Alkoholmissbrauch" nach ICD-9 auch den Rausch (F10.0) einschloss und keine tatsächliche Schädigung der psychischen oder physischen Gesundheit des Patienten erforderte.

F10.2 Abhängigkeitssyndrom

Eine Gruppe von Verhaltens-, kognitiven und körperlichen Phänomenen, die sich nach wiederholtem Substanzgebrauch entwickeln. Typischerweise besteht ein starker Wunsch, die Substanz einzunehmen, ferner bestehen Schwierigkeiten, den Konsum zu kontrollieren, und anhaltender Substanzgebrauch trotz schädlicher Folgen. Dem Substanzgebrauch wird Vorrang vor anderen Aktivitäten und Verpflichtungen gegeben. Es entwickelt sich eine Toleranzerhöhung und manchmal ein körperliches Entzugssyndrom.

inkl.Chronischer Alkoholismus
Dipsomanie

Diagnostische Leitlinien:

Die Diagnose „Abhängigkeitssyndrom" soll nur gestellt werden, wenn irgendwann während des letzten Jahres drei oder mehr der folgenden Kriterien vorhanden waren:

1. Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, Substanzen oder Alkohol zu konsumieren.

2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Substanz- oder Alkoholkonsums.

3. Substanzgebrauch, mit dem Ziel, Entzugssymptome zu mildern, und der entsprechenden positiven Erfahrung.

4. Ein körperliches Entzugssyndrom (siehe F1x.4 und F1x.5).

5. Nachweis einer Toleranz. Um die ursprünglich durch niedrigere Dosen erreichten Wirkungen der Substanz hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich (eindeutige Beispiele hierfür sind die Tagesdosen von AlkoholikerInnen und Opiatabhängigen, die KonsumentInnen ohne Toleranzentwicklung schwer beeinträchtigen würden oder sogar zu deren Tod führten).

6. Ein eingeengtes Verhaltensmuster im Umgang mit Alkohol oder der Substanz wie z.B. die Tendenz, Alkohol an Werktagen wie an Wochenenden zu trinken und die Regeln eines gesellschaftlich üblichen Trinkverhaltens außer Acht zu lassen.

7. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zu Gunsten des Substanzkonsums.

8. Anhaltender Substanz- oder Alkoholkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen. Die schädlichen Folgen können körperlicher Art sein (wie z.B. Leberschädigung durch exzessives Trinken), sozialer Art (wie Arbeitsplatzverlust durch eine substanzbedingte Leistungseinbuße) oder psychischer Art (wie bei depressiven Zuständen nach massivem Substanzkonsum).

F10.3 Entzugssyndrom

Es handelt sich um eine Gruppe von Symptomen unterschiedlicher Zusammensetzung und Schwere nach absolutem oder relativem Entzug einer psychotropen Substanz, die anhaltend konsumiert worden ist. Beginn und Verlauf des Entzugssyndroms sind zeitlich begrenzt und abhängig von der Substanzart und der Dosis, die unmittelbar vor der Beendigung oder Reduktion des Konsums verwendet worden ist. Das Entzugssyndrom kann durch symptomatische Krampfanfälle kompliziert werden.

F10.4 Entzugssyndrom mit Delir

Ein Zustandsbild, bei dem das Entzugssyndrom (siehe vierte Stelle .3) durch ein Delir, (siehe Kriterien für F05.-) kompliziert wird. Symptomatische Krampfanfälle können ebenfalls auftreten. Wenn organische Faktoren eine beträchtliche Rolle in der Ätiologie spielen, sollte das Zustandsbild unter F05.8 klassifiziert werden.

inkl. Delirium tremens (alkoholbedingt)

F10.5 Psychotische Störung

Eine Gruppe psychotischer Phänomene, die während oder nach dem Substanzgebrauch auftreten, aber nicht durch eine akute Intoxikation erklärt werden können und auch nicht Teil eines Entzugssyndroms sind. Die Störung ist durch Halluzinationen (typischerweise akustische, oft aber auf mehr als einem Sinnesgebiet), Wahrnehmungsstörungen, Wahnideen (häufig paranoide Gedanken oder Verfolgungsideen), psychomotorische Störungen (Erregung oder Stupor) sowie abnorme Affekte gekennzeichnet, die von intensiver Angst bis zur Ekstase reichen können. Das Sensorium ist üblicherweise klar, jedoch kann das Bewusstsein bis zu einem gewissen Grad eingeschränkt sein, wobei jedoch keine ausgeprägte Verwirrtheit auftritt.

inkl.:Alkoholhalluzinose
Alkoholische Paranoia
Alkoholischer Eifersuchtswahn
Alkoholpsychose ohne nähere Angabe

exkl.:Durch Alkohol oder psychoaktive Substanzen bedingter Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung (F10-F19, vierte Stelle .7)

F10.6 Amnestisches Syndrom

Ein Syndrom, das mit einer ausgeprägten andauernden Beeinträchtigung des Kurz- und Langzeitgedächtnisses einhergeht. Das Immediatgedächtnis ist gewöhnlich erhalten, und das Kurzzeitgedächtnis ist mehr gestört als das Langzeitgedächtnis. Die Störungen des Zeitgefühls und des Zeitgitters sind meist deutlich, ebenso wie die Lernschwierigkeiten. Konfabulationen können ausgeprägt sein, sind jedoch nicht in jedem Fall vorhanden. Andere kognitive Funktionen sind meist relativ gut erhalten, die amnestischen Störungen sind im Verhältnis zu anderen Beeinträchtigungen besonders ausgeprägt.

inkl.: Alkohol- oder substanzbedingte amnestische Störung
Durch Alkohol bedingte Korsakowpsychose
nicht näher bezeichnetes Korsakow-Syndrom

exkl.: Nicht alkoholbedingte(s) Korsakow-Psychose oder -Syndrom (F04)

F10.7 Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung

Eine Störung, bei der alkohol- oder substanzbedingte Veränderungen der kognitiven Fähigkeiten, des Affektes, der Persönlichkeit oder des Verhaltens über einen Zeitraum hinaus bestehen, in dem noch eine direkte Substanzwirkung angenommen werden kann.

Der Beginn dieser Störung sollte in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Gebrauch der psychotropen Substanz stehen. Beginnt das Zustandsbild nach dem Substanzgebrauch, ist ein sicherer und genauer Nachweis notwendig, dass der Zustand auf Effekte der psychotropen Substanz zurückzuführen ist. Nachhallphänomene (Flashbacks) unterscheiden sich von einem psychotischen Zustandsbild durch ihr episodisches Auftreten, durch ihre meist kurze Dauer und das Wiederholen kürzlich erlebter alkohol- oder substanzbedingter Erlebnisse.

inkl.: Alkoholdemenz ohne nähere Angabe
Chronisches hirnorganisches Syndrom bei Alkoholismus
Demenz und andere leichtere Formen anhaltender Beeinträchtigung der kognitiven Fähigkeiten
Residuale affektive Störung
Residuale Störung der Persönlichkeit und des Verhaltens
Verzögert auftretende psychotische Störung durch psychotrope Substanzen bedingt

exkl.: Alkoholbedingt:
Korsakow-Syndrom (F10-F19, vierte Stelle .6)
psychotischer Zustand (F10-F19 , vierte Stelle .5)

F10.8 Sonstige psychische und Verhaltensstörungen

Zu dieser Diagnose bieten die Leitlinien keine Präzisierung an – da dieser Code seit der Umstellung auf ICD-10 im Jahre 2001 bis 2006 weniger als 1% der F10-Diagnosen ausmacht, ist die Frage, wie dieser Code zu interpretieren ist, allerdings bloß von untergeordneter Bedeutung.

F10.9 Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung

Zu dieser Diagnose bieten die Leitlinien keine Präzisierung an – da dieser Code seit der Umstellung auf ICD-10 im Jahre 2001 bis 2006 weniger als 1% der F10-Diagnosen ausmacht, ist die Frage, wie dieser Code zu interpretieren ist, allerdings bloß von untergeordneter Bedeutung.

T51.0 Toxische Wirkung von Methanol

exkl.: Akuter Alkoholrausch oder Alkoholnachwirkungen, "Kater" (F10.0)
Pathologischer Rausch (F10.0)
Trunkenheit (F10.0)

Die Differentialdiagnose F10.0 (Akute Intoxikation - akuter Rausch) vs. T51.0 (Toxische Wirkung von Methanol) ist unbefriedigend geregelt, wie Dilling (2008), der Erstautor der diagnostische Leitlinien (Dilling et al., 1991) auf Anfrage ausführte. Weil die diagnostischen Leitlinien bei Vorliegen von Trunkenheit den Code „T51“ explizit ausschließen, legte das Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (BMGFJ, 2001) klar, dass bei Alkoholräuschen „F10.0“ und nicht „T51.0“ zu kodieren sei. Das wird in der täglichen Diagnosepraxis der Spitäler aber immer weniger beachtet. Der Code T51 wird zusehends für übliche „Alkoholintoxikationen“ populärer und selbst Dilling (2008) findet seine ursprüngliche Präzisierung in den diagnostischen Leitlinien inzwischen unbefriedigend.

Dilling schlägt nunmehr vor, bei Alkoholräuschen beide Codes zu vergeben. Auch das ist aber nicht wirklich befriedigend, da zwei Diagnosen für ein konkretes Zustandsbild bei epidemiologischen Fragestellungen Fehlinterpretationen begünstigen. Hält man weiterhin an den Leitlinien und den Klarstellung des Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend fest, so steht außer Frage, dass die Diagnose „T51.0“ nur Räusche umfasst, bei denen die Berauschten nicht wussten, dass sie Alkohol zu sich genommen haben – etwas das nur in sehr seltenen Ausnahmefällen vorkommt. Das erklärt auch, warum in der österreichischen Todesursachenstatistik (vgl. Tab. 65, S. 201) der Code „T51“ nur sehr selten aufscheint. Von letzterer Interpretation gehen unter Anderem auch die Epidemiologen Gmel & Kuntsche (2007) aus.

3.4.5.4 Schwierigkeiten in Zusammenhang mit der deutschen Übersetzung der ICD-10 Diagnosen

Festzuhalten ist, dass in der deutschen Fassung von ICD-10, wie dem Kapitel 3.4.5.3 zu entnehmen ist,

- schädlicher Gebrauch (F10.1), der „eine tatsächliche Schädigung der psychischen oder physischen Gesundheit“ voraussetzt, implizit mit „Alkoholmissbrauch“ gleichgesetzt wird, was unglücklich ist, weil „Alkoholmissbrauch“ nach ICD-9 auch den Alkoholrausch (F10.0) einschloss und keine tatsächliche Schädigung der psychischen oder physischen Gesundheit des Patienten erforderte,
- dass in Zusammenhang mit Alkoholabhängigkeitssyndrom (F10.2) der Begriff „chronischer Alkoholismus“ implizit wieder eingeführt wird, und
- dass die Differentialdiagnose akute Alkoholintoxikation (F10.0) vs. toxische Wirkung von Ethylalkohol (T51.1) nach den diagnostischen Leitlinien zwar relativ eindeutig möglich ist, sich die Praxis aber immer weniger an den Vorgaben orientiert.

3.4.6 Klassifikation der alkoholverursachten Störungen nach DSM-IV-TR

„DSM-IV“ ist die Abkürzung für die vierte Ausgabe des „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen). Dieses wurde erstmals 1952 in seiner ersten Fassung (DSM-I) von der American Psychiatric Association (APA) herausgegeben. Die aktuell verwendete Fassung ist DSM-IV-TR. DSM-IV-TR ist eine Textrevision des DSM-IV, die aktuelle Forschungsergebnisse zu Komorbidität, Prävalenz, Verlauf, familiären Beziehungsmustern, Alters- und Geschlechtsmerkmalen sowie zur Differenzialdiagnose der einzelnen Störungen beinhaltet. Zudem wurden weitreichende Ergänzungen bei einigen Störungsbildern, zu denen bei Erscheinen des DSM-IV noch unzureichende Daten vorgelegen hatten, vorgenommen (Saß et al., 2003).

Im DSM-IV-TR wird, ähnlich wie in ICD-10, eine Formulierung gewählt, die alle Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen beinhaltet und erst spezifisch auf Alkohol bezogen werden muss. Die in diesem Kontext besonders wichtigen Diagnoseleitlinien des Kapitels „Störungen im Zusammenhang mit Psychotropen Substanzen“, die Kriterien für „Alkoholintoxikation“, „Substanzmissbrauch“ und „Substanzabhängigkeit“ werden hier nachfolgend angeführt.

Alkoholintoxikation (303.00)

[entspricht den Kriterien der „akuten Alkoholintoxikation“ (F10.0) des ICD-10]

A) Kurz zurückliegender Alkoholkonsum

B) Klinisch bedeutsame unangepasste Verhaltens- oder psychische Veränderungen (z.B. unangemessenes aggressives oder Sexualverhalten, Affektlabilität, beeinträchtigtes Urteilsvermögen, Beeinträchtigungen im sozialen oder beruflichen Bereich), die sich während oder kurz nach dem Alkoholkonsum entwickeln.

C) Mindestens eines der folgenden Symptome, die sich währender oder kurz nach dem Alkoholkonsum entwickeln:

- *(1) Verwaschene Sprache,*
- *(2) Koordinationsstörungen,*
- *(3) unsicherer Gang,*
- *(4) Nystagmus (Augenzittern),*
- *(5) Aufmerksamkeits- oder Gedächtnisstörungen,*
- *(6) Stupor oder Koma.*

D) Die Symptome gehen nicht auf einen medizinischen Krankheitsfaktor zurück und können nicht durch eine andere psychische Störung besser erklärt werden.

Alkoholmissbrauch (305.0)

[entspricht den Kriterien für „Schädlichen Gebrauch“ (F1x.1) des ICD-10)]

A) Ein unangepasstes Muster von Substanzgebrauch führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigungen oder Leiden, wobei sich mindestens eines der folgenden Kriterien innerhalb desselben 12-Monate-Zeitraumes manifestiert:

- *(1) Wiederholter Substanzgebrauch, der zu einem Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause führt (z.B. wiederholtes Fernbleiben von der Arbeit und schlechte Arbeitsleistungen in Zusammenhang mit dem Substanzgebrauch, Schulschwänzen, Einstellen des Schulbesuchs oder Ausschluss von der Schule in Zusammenhang mit Substanzgebrauch, Vernachlässigung von Kindern und Haushalt).*
- *(2) Wiederholter Substanzgebrauch in Situationen, in denen es aufgrund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann (z.B. Alkohol am Steuer oder das Bedienen von Maschinen unter Substanzeinfluss).*
- *(3) Wiederkehrende Probleme mit dem Gesetz in Zusammenhang mit dem Substanzgebrauch (Verhaftungen aufgrund ungebührlichen Betragens in Zusammenhang mit dem Substanzgebrauch).*
- *(4) Fortgesetzter Substanzgebrauch trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme, die durch Auswirkungen der psychotropen Substanz verursacht oder verstärkt werden (z.B. Streit mit dem Ehegatten über die Folgen der Intoxikation, körperliche Auseinandersetzungen).*

B) Die Symptome haben niemals die Kriterien für Substanzabhängigkeit der jeweiligen Substanzklasse erfüllt.

Quelle: Saß et al. (2003)

Alkoholabhängigkeit

[entspricht den Kriterien des „Alkoholabhängigkeitssyndroms“ (F10.2) des ICD-10]

Ein unangepasstes Muster von Alkoholgebrauch führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigungen oder Leiden, wobei sich mindestens drei der folgenden Kriterien manifestieren, die zu irgendeiner Zeit in demselben 12-Monate-Zeitraum auftreten:

(1) Toleranzentwicklung, definiert durch eines der folgenden Kriterien:
   (a) Verlangen nach ausgeprägter Dosissteigerung, um einen Intoxikationszustand oder erwünschten Effekt herbeizuführen,
   (b) deutlich verminderte Wirkung bei fortgesetzter Einnahme derselben Dosis.

(2) Entzugssymptome, die sich durch eines der folgenden Kriterien äußern:
   (a) charakteristisches Alkoholentzugssyndrom,
   (b) Alkohol wird eingenommen, um Entzugssymptome zu lindern oder zu vermeiden.

(3) Alkohol wird häufig in größeren Mengen oder länger als beabsichtigt eingenommen.

(4) Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Alkoholgebrauch zu verringern oder zu kontrollieren.

(5) Viel Zeit für Aktivitäten, um Alkohol zu beschaffen (z.B. Besuch verschiedener Ärzte oder Fahrt langer Strecken), sie zu sich zu nehmen (z.B. Kettenrauchen) oder sich von ihren Wirkungen zu erholen.

(6) Wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des Alkoholmissbrauchs aufgegeben oder eingeschränkt.

(7) Fortgesetzter Alkoholmissbrauch trotz Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden körperlichen oder psychischen Problems, das wahrscheinlich durch den Alkoholmissbrauch verursacht oder verstärkt wurde (z.B. fortgesetzter Kokaingebrauch trotz des Erkennens kokaininduzierter Depressionen oder trotz des Erkennens, dass sich ein Ulcus durch Alkoholkonsum verschlechtert).

Es ist zu spezifizieren, ob

- *mit körperlicher Abhängigkeit: Vorliegen von Toleranzentwicklung oder Entzugserscheinungen (Kriterium 1 oder 2 ist erfüllt) oder*
- *ohne körperliche Abhängigkeit: kein Vorliegen von Toleranzentwicklung oder Entzugserscheinungen (weder Kriterium 1 noch 2 ist erfüllt).*

Quelle: Saß et al. (2003)

Für die Substanzabhängigkeit stehen sechs Verlaufszusatzcodierungen zur Verfügung. Die vier die Remission betreffenden Zusatzcodierungen sollten nur angewendet werden, wenn keines der Kriterien für Substanzabhängigkeit für die Dauer von mindestens einem Monat erfüllt war.

Zwei weitere Zusatzcodierungen sind vorgesehen: Bei agonistischer Therapie und in geschützter Umgebung (z. B. in einer Klinik).

Verlaufsspezifikatoren bei Substanzabhängigkeit:

- **Früh vollremittiert**: Diese Zusatzcodierung wird verwendet, wenn seit mindestens einen Monat, aber weniger als insgesamt 12 Monate, keines der Kriterien für Abhängigkeit oder Missbrauch erfüllt war.
- **Früh teilremittiert**: Diese Zusatzcodierung wird verwendet, wenn seit mindestens einem Monat, aber weniger als insgesamt 12 Monate, eines oder mehrere Kriterien für Abhängigkeit oder Missbrauch (nicht aber die vollständigen Kriterien einer Abhängigkeit) erfüllt waren.
- **Anhaltend vollremittiert**: Diese Zusatzcodierung wird verwendet, wenn zu keinem Zeitpunkt innerhalb eines 12-Monats-Zeitraums ein Kriterium für Abhängigkeit oder Missbrauch erfüllt war.
- **Anhaltend teilremittiert**: Diese Zusatzcodierung wird verwendet, wenn innerhalb eines 12-Monats-Zeitraums oder länger nicht die vollständigen Kriterien für Abhängigkeit erfüllt, jedoch eines oder mehrere Kriterien für Abhängigkeit oder Missbrauch, erfüllt waren.
- **Bei agonistischer Therapie:** Diese Zusatzcodierung wird eingesetzt, wenn die Person eine verschriebene agonistische Medikation erhält und kein Kriterium für Abhängigkeit oder Missbrauch für diese Medikamentenklasse mit einer Dauer von mindestens dem letzten Monat erfüllt war (Ausnahme sind Toleranz- und Entzugssymptome auf diesen Agonisten). Diese Kategorie findet auch bei den Personen Anwendung, deren Abhängigkeit mit Hilfe eines partiellen Agonisten/Antagonisten behandelt wird.
- **In geschützter Umgebung**: Diese Zusatzcodierung wird eingesetzt, wenn sich die Person in einer Umgebung befindet, in der nur ein restriktiver Zugang zu Alkohol oder kontrollierten Substanzen möglich ist und kein Kriterium für Abhängigkeit oder Missbrauch mit einer Dauer von mindestens dem letzten Monat erfüllt ist. Beispiele für derartige Einrichtungen sind streng überwachte und substanzfreie Gefängnisse, therapeutische Gemeinschaften oder geschlossene Klinikbereiche.

Während jedoch in der ICD-10 hervorgehoben wird, dass Craving ein zentrales Merkmal des Syndroms ist, findet sich im DSM-IV-TR lediglich der Hinweis, dass Abhängigkeit häufig mit Craving einhergeht. Insbesondere die Forschungskriterien der ICD-10 (Dilling et al., 1991) und das DSM-IV-TR (Saß et al., 2003) sehen eine differenzierte Beschreibung und Kodierung des gegenwärtigen Zustandes (abstinent, in Remission etc.), des Verlaufs (ständiger Konsum vs. episodischer Konsum) und der Subtypen (mit körperlichen Symptomen vs. ohne körperliche Symptome) vor. Die Unterscheidung der beiden Subtypen kann von prognostischer Relevanz sein: Bei körperlicher Abhängigkeit (Entzugserscheinungen, Toleranzentwicklung) ist das Risiko substanzbedingter Folgeerkrankungen und Organschäden deutlich erhöht).

Kriterien für Alkoholentzug

A. *Entwicklung eines alkoholspezifischen Syndroms, das auf die Beendigung (oder Reduktion) von übermäßigen und lang andauerndem Alkoholgebrauch zurückzuführen ist.*
B. *Das alkoholspezifische Syndrom verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.*
C. *Die Symptome gehen nicht auf einen medizinischen Krankheitsfaktor zurück und können nicht durch eine andere psychische Störung besser erklärt werden.*

Quelle: Saß et al. (2003)

Aufgrund des langen Zeitraums, der zwischen dem Erscheinen von DSM-IV im Jahre 1994 und der frühestens für das Jahr 2011 geplanten Veröffentlichung des DSM-V liegt, hat die Amerikanische Psychiatrische Vereinigung das DSM-IV einer Textrevision unterzogen. In DSM-IV-TR wurden zum einen Fehler und Ungenauigkeiten korrigiert, vor allem aber die in den letzten Jahren entstandenen Forschungsergebnisse zu Komorbidität, Prävalenz, Verlauf, familiären Verteilungsmustern, Alters- und Geschlechtsmerkmalen und zur Differentialdiagnose der verschiedenen Störungen einbezogen (Saß et al., 2003).

3.4.7 Kategoriale vs. dimensionale Diagnostik

Unter kategorialer (bzw. klassifikatorischer) Diagnostik versteht man die Gruppierung von diagnostizierten Merkmalen (Symptomen) und die Zuordnung dieser Merkmalsgruppen in ein System von Kategorien (Klassen). Einem solchen Vorgehen liegt die Annahme zugrunde, dass es sinnvolle Gruppierungen von beobachtbaren Merkmalen gibt und dass sich diese Gruppen auch ausreichend voneinander unterscheiden, dass eine Bildung von Klassen bzw. Typen auch gerechtfertigt ist. Die in den Kapiteln 3.4.5 und 3.4.6 vorgestellten Diagnosesysteme ICD-10 und DSM-IV sind typische Vertreter für eine kategoriale Diagnostik. Als Gegensatz zum kategorialen Ansatz kann die „dimensionale Diagnostik“ gesehen werden, die auf der Vorstellung aufbaut, dass beobachtete Phänomene konkrete qualitative Ausprägungen auf einem Kontinuum einer zugrunde liegenden Dimension darstellen.

Musalek (2005) kritisiert an den gängigen Diagnosesystemen ICD-10 und DSM-IV insbesondere, dass diese – in Hinblick auf eine möglichst gute internationale Vergleichbarkeit – nicht nach empirisch-psychopathologischen Gesichtspunkten, sondern von ExpertInnen unter Zuhilfenahme von Diagnosealgorithmen mittels Abstimmungsverfahren entwickelt worden seien. Somit gelange man mit diesen Instrumenten zwar zu reliablen Diagnosen, die jedoch wenig Therapierelevanz aufweisen. Ergebnisse einer dimensionalen Diagnostik stellen nicht Zuordnungen in bestimmte Krankheitskategorien dar, sondern erfassen und beschreiben Einzelphänomene und deren Bedeutung, Herkunft und Auswirkungen. Die zentrale Frage dabei ist die nach den Bedingungskonstellationen hinter dem Auftreten eines bestimmten Einzelphänomens, was eine differenziertere und effektivere Therapieplanung ermöglichen soll als mit herkömmlichen kategorialen Diagnoseansätzen.

3.5 Vage und mehrdeutige Konzepte bei Befragungen

3.5.1 Was bedeutet „Alkoholrausch“ oder „Betrunkensein“?

Der Begriff „Rausch“ ist in unserem Kulturkreis ein vieldeutiger Begriff. Die Bedeutung von „Rausch“ im Sinne eines Oberbegriffs für jegliche Beeinträchtigung im Zusammenhang mit Alkoholkonsum umfasst die Spanne von einer kaum merkbaren geringfügigen Beeinträchtigung („leichter Schwips“) über eine deutlich merkbare Berauschung bis zu einer sehr starken Berauschung („Vollrausch“) mit sehr auffälliger Beeinträchtigung sowie Kater und Erinnerungslücken am nächsten Tag. Gleichzeitig gibt es aber auch ein engeres Begriffsverständnis im Sinne von „deutlicher Beeinträchtigung“ und ein ganz enges Verständnis im Sinne von „Vollrausch“. Man kann also ohne explizite Präzisierung nie wissen, in welchem Sinn die Begriffe „Rausch“ bzw. „betrunken/berauscht sein“ von einer Zielperson im Einzelfall verstanden werden und kann daher deren Angaben über die Auftrittsrate von Räuschen auch nur sehr ungenau inhaltlich interpretieren.

Aus diesem Grund ist es wenig befriedigend, bei Befragungen bloß undifferenziert nach Frequenz und Häufigkeit von „Räuschen“ zu fragen, wie das z.B. bei den ESPAD-Erhebungen der Fall war (Uhl et al., 2005c). Das Ausmaß der Problematik bei derartig unspezifischen Fragen nach Räuschen konnten Uhl & Springer (1996) bei der "Repräsentativerhebung 1993/94" anschaulich aufzeigen. Dabei zeigte sich z.B., dass im Jahre 1994 38% der ÖsterreicherInnen während der letzten drei Monate nach eigenen Angaben einen Schwips, aber nur 8% im gleichen Zeitintervall einen Vollrausch erlebt hatten. Darüber, welche Auftrittsrate sich ergeben hätte, wenn undifferenziert bloß nach „betrunken sein“ oder „Alkoholräuschen“ gefragt worden wäre, kann man nur mutmaßen. Vermutlich ist nur wenigen Personen, die basierend auf Befragungsergebnissen mit der Anzahl der selbstberichteten Räusche konfrontiert werden, bewusst, dass es sich bei einer mehr oder weniger großen Anzahl dieser Räusche nicht um Vollräusche, sondern bloß um minimale Beeinträchtigungen gehandelt hat.

Ganz besonders wenn es um Kinder und Jugendliche geht, sollte man bei der Interpretation solcher Daten unbedingt auch noch bedenken, dass alkoholunerfahrene Personen schon bei den geringsten Alkoholmengen einen Schwips verspüren – im Sinne von ESPAD also berauscht sind. Man sollte auch beachten, dass es kaum bedenklich ist, wenn ein alkoholunerfahrener 16-Jähriger, der in Österreich ja bereits legal in der Öffentlichkeit Alkohol konsumieren darf, sich nach einem Glas Wein oder Bier etwas beschwipst fühlt. Bedenklich wäre vielmehr, wenn ein 16-Jähriger eine so hohe Alkoholtoleranz entwickelt hätte, dass er auch bei großen Alkoholmengen keine Anzeichen von Beeinträchtigung zeigen und sich nicht berauscht fühlen würde.

3.5.2 Was bedeutet „Binge-Drinking“?

Binge-Drinking wurde in Zusammenhang mit Jugendlichen in den letzten Jahren immer mehr zum Modewort, wobei allerdings völlig unklar ist, was darunter zu verstehen ist (ICAP, 1997).

- Das Langenscheidt-Handwörterbuch Englisch (Messinger, 1994) übersetzt „Binge“ mit „Gelage“, also mit „über mehrere Tage andauernde Feiern mit starkem Alkoholkonsum“ sowie mit „einen draufmachen“, also mit einer „Sauftour“.

- Recht ähnlich, aber keinesfalls identisch zu ersterer Definition, präzisierte Schuckit (2006) als Herausgeber des renommierten „Journal of Studies on Alcohol“ „Binge Drinking“ als „über mehrere Tage hinweg anhaltenden Alkoholkonsum bis zur Berauschung, wobei übliche Aktivitäten und Verpflichtungen vernachlässigt werden“. Schuckit legte dabei in den Richtlinien fest, dass die Zeitschrift nur Artikel zur Publikation akzeptieren darf, die sich an dieser Definition orientieren[25].
- Ganz anders ist die auf Wechsler et al. (1994) zurückgehende Definition von „Binge Drinking“ als „Konsum von mindestens fünf Glas Alkohol ohne zeitliche Begrenzung“, wobei ein Glas mit 0,12 Liter Wein, 0,36 Liter Bier oder 0,04 Liter Spirituosen quantifiziert wurde (insg. also rund 60 Gramm Reinalkohol, vgl. Kap. 5.10, S. 121). Während „Binge Drinking“ nach der ursprünglichen Definition eine relativ seltene Form des exzessiven Alkoholkonsums darstellt, ist „Binge Drinking“ nach der Wechsler’schen Definition ein weit verbreitetes und im Vergleich mit ersterer Definition viel weniger dramatisches Phänomen. An der Wechsler-Definition (mindestens fünf Glas) orientierten sich auch die AutorInnen von ESPAD und das US-amerikanische „National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism“ (NIAAA).
- Nachdem die auf Wechsler zurückgehende Definition immer wieder kritisiert wurde, weil beim Konsum derartiger Alkoholmengen über längere Zeiträume häufig nicht einmal eine leichte Berauschung auftritt, hat NIAAA (2004) die Definition dahingehend geändert, dass jener Alkoholkonsum, der eine Blutalkoholkonzentration von mindestens 0,8 Promille erzeugt, als „Binge-Drinking“ zu bezeichnen ist [26].
- Im deutschen Sprachraum wird „Binge-Drinking“ oft auch mit einer Reihe von erheblich anderen Bedeutungen, wie „Kampf- oder Wetttrinken“, „bewusstes Rauschtrinken“ oder „Komasaufen“ gleichgesetzt, was die Sache noch weiter verkompliziert. So findet man z.B. im LEO-Englisch-Deutsch-Wörterbuch [27] die Übersetzungen „Besäufnis“ und „Komasaufen“, im Phrasen-Englisch-Deutsch-Wörterbuch[28] die Übersetzungen „Besäufnis“, „Komasaufen“, „Trinkgelage“ und vom ORF (2007) wurde „Binge-Drinking“ mit „Trinken bis zum Umfallen, auch Koma-Trinken oder Binge Drinking“ übersetzt.

Definitionen können logisch betrachtet weder falsch oder richtig sein und es sei daher jedem unbenommen, „Binge-Drinking“ so zu definieren, wie er es möchte. Es ist aber völlig inakzeptabel sich in einem Text auf eine bestimmte Begriffsbedeutung im Sinne von sehr extremen Konsumformen (z.B. „Komatrinken“) festzulegen und dann die Häufigkeit des Phänomens aus Befragungen abzuleiten, die unter diesem Titel Konsumformen inkludieren, welche teilweise nicht einmal einen deutlichen Rausch verursachen (wie z.B. fünf angelsächsische Standardglas[29] über viele Stunden hinweg konsumiert).

---

25 Guidance for authors on the policy of the Journal of Studies on Alcohol regarding the appropriate use of the term "binge" (2006): In order to avoid the confusion that can potentially arise when different clinical phenomena are being described by the same name, the Journal has now adopted a policy that requires the term "binge" to be used in a specific way in accepted manuscripts. According to the policy, the term "binge" should only be used to describe an extended period of time (usually two or more days) during which a person repeatedly administers alcohol or another substance to the point of intoxication, and gives up his/her usual activities and obligations in order to use the substance. It is the combination of prolonged use and the giving up of usual activities that forms the core of the definition of a "binge" (http://alcoholstudies.rutgers.edu/journal/Binge.html, 15.3.2006)

26 A “binge” is a pattern of drinking alcohol that brings blood alcohol concentration (BAC) to 0.08 gram percent or above. For the typical adult, this pattern corresponds to consuming 5 or more drinks (male), or 4 or more drinks (female), in about 2 hours (NIAAA, 2004).

27 http://dict.leo.org/ende?lang=de&lp=ende&search= (23.8.2008).

28 http://www.phrasen.com/uebersetze,binge-drinking,78293,e.html (23.8.2008).

29 Fünf angelsächsische Standardglas entsprechen z.B. einem halben Liter Wein oder einem Liter Bier.

3.5.3 Was ist eine „Trinkgelegenheit“?

Ein weiterer Begriff, mit dem man vor allem bei internationalen Erhebungen immer wieder konfrontiert wird, ist die „Trinkgelegenheit“. In der nordeuropäischen und angelsächsischen Forschungskultur ist es gebräuchlich, den Alkoholkonsum „pro Trinkgelegenheit“ und nicht „pro Tag“ zu erfassen. Wer den nordeuropäischen Trinkgewohnheiten entsprechend pro Tag maximal an einem Ort und zu einem Zeitpunkt Alkohol konsumiert, für den ist es auch gleichgültig, ob er über die Alkoholkonsummenge pro Trinkgelegenheit oder pro Trinktag befragt wird. Wenn allerdings, wie im alpinen Raum und in Südeuropa üblich ist, bei mehreren unterschiedlichen Gelegenheiten an verschiedenen Orten Alkohol konsumiert wird oder im Laufe des Abend mehrmals die Lokale gewechselt werden, so ist die Frage nach „Trinkgelegenheiten“ uneindeutig, und es wäre daher sinnvoller, nach dem Konsum pro Trinktag zu fragen.

Viele internationale Erhebungen sind allerdings an der nordeuropäischen Forschungstradition orientiert und fragen daher nach Trinkgelegenheiten. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu beachten, dass es ungewiss ist, ob und in welchem Ausmaß die Befragten in jenen Ländern, wo eine Messung pro Trinktag angemessener wäre, die „Trinkgelegenheiten“ automatisch in „Trinktage“ uminterpretieren bzw. in welchem Maße sie den Tageskonsum nach unterschiedlichen Trinkgelegenheiten unterscheiden.

Für den deutschen Sprachraum kommt hier noch erschwerend dazu, dass der deutsche Ausdruck „Trinkgelegenheit“ anders als der angelsächsische „Drinking Occasion“ weit stärker die bloße Möglichkeit zum Alkoholkonsum ausdrückt. Im deutschen Sprachraum kann man ohne weiteres sagen: „Es hat heute viele Trinkgelegenheiten gegeben, aber ich habe keine einzige genützt“ oder „Heute hat es zwanzig Trinkgelegenheiten gegeben und ich habe bei jeder jeweils nur ein Glas getrunken!“

3.6 Klassifizierung nach dem Alkoholkonsumverhalten

In empirischen Untersuchungen über die Alkoholkonsumgewohnheiten ist es üblich, die Befragten im Rahmen der Auswertung nach qualitativen Kategorien einzuteilen, wobei je nach Untersuchung unterschiedlich viele Kategorien gebildet und auch die Grenzen unterschiedlich gezogen werden.

3.6.1 Einteilung von AlkoholkonsumentInnen nach der durchschnittlichen Trinkmenge

Tab. 9: Kategorien nach Alkoholkonsum

primär Abstinente bzw. Fastabstinente	=	Personen, die ihr Leben lang (fast) keinen Alkohol getrunken haben; konkret: maximal einmal pro Vierteljahr Alkohol zu sich genommen.
sekundär Abstinente bzw. Fastabstinente	=	Personen, die zwar früher getrunken haben, seit einem längeren Zeitraum aber (fast) abstinent leben; konkret: früher getrunken, im letzten Vierteljahr aber maximal einmal Alkohol zu sich genommen.
Personen mit geringem Alkoholkonsum	=	Personen, deren Alkoholkonsum in der Regel kein Gesundheitsproblem darstellt; konkret: Alkoholkonsum unter der „Harmlosigkeitsgrenze"; d.h. Frauen bzw. Männer, die durchschnittlich nicht mehr als 16g bzw. 24g Alkohol pro Tag trinken.
Personen mit mittlerem Alkoholkonsum	=	Personen, deren Alkoholkonsum ein Gesundheitsproblem darstellen könnte; konkret: Alkoholkonsum zwischen „Harmlosigkeitsgrenze" und „Gefährdungsgrenze".
Personen mit problematischem Alkoholkonsum	=	Personen, deren Alkoholkonsum in der Regel ein erhebliches Gesundheitsproblem darstellt; konkret: Alkoholkonsum über der „Gefährdungsgrenze"; d.h. Frauen bzw. Männer, die durchschnittlich mehr als 40g bzw. 60g Alkohol pro Tag trinken.
chronische AlkoholikerInnen [30]	=	Personen, die bis 2000 nach ICD-9 und seit 2001 nach ICD-10 als „Alkoholabhängige" klassifiziert wurden oder zumindest die Voraussetzungen für diese Diagnose erfüllen.

Im Rahmen der „Repräsentativerhebung 1993/94" (Uhl & Springer, 1996) und der „Repräsentativerhebung 2004" (Uhl et al., 2005b) erfolgte eine Einteilung der Befragten in sechs qualitative Kategorien (Tab. 9, S. 93). Zu dieser Unterteilung ist Folgendes zu präzisieren:

- Der Ausdruck „in der Regel" bezieht sich auf den Umstand, dass zwischen der konsumierten Alkoholmenge und den zu erwartenden Gesundheitsbeeinträchtigungen bloß ein statistischer Zusammenhang vorliegt, der nicht auf den Einzelfall anzuwenden ist. Es gibt anfällige Personen, für die bereits ganz geringe Alkoholmengen ein erhebliches Gesundheitsrisiko darstellen, und Personen, die einen relativ hohen Alkoholkonsum über einen langen Zeitraum ohne nachweisbare Gesundheitsbeeinträchtigung aufrechterhalten können.
- Der ungewöhnliche Ausdruck „Abstinente bzw. Fastabstinente" spiegelt den Umstand wider, dass ein halbes Glas Sekt zu Silvester und ein Glas Wein bei einem Geburtstag, dem sich auch erklärte AlkoholgegnerInnen mitunter nicht entziehen können oder wollen, diese nicht daran hindert, sich als „abstinent" zu bezeichnen, auch wenn sie bei strenger Auslegung natürlich nicht als „Abstinente" bezeichnet werden können.
- Der Begriff „problematischer Alkoholkonsum" wird häufig auch als „Alkoholmissbrauch" und Personen, die problematischen Alkoholkonsum betreiben, werden häufig als „Alkoholgefährdete" bezeichnet.
- Falls es nicht möglich ist, die klinische Diagnose „Alkoholismus" bzw. „Alkoholabhängigkeit" zu stellen 31, kann man zumindest anhand der konsumierten Alkoholmenge „Personen mit extremem Alkoholkonsum" definieren – beispielsweise Personen, die mehr als das Doppelte der Gefährdungsgrenze konsumieren.

30 Bei der in der Schweiz entwickelten und in Österreich seit 1989 für die Krankenanstalten vorgeschriebenen Entlassungsdiagnose nach ICD-9 (BMAGS-Version) wurde eine deutsche Übersetzung gewählt, die die Kategorie „Alcohol Dependence Syndrome" mit „Alkoholismus" (Alkoholabhängigkeit) übersetzte (BMAGS 1998a).

31 Z.B. wenn bei epidemiologischen Untersuchungen nicht speziell ausgebildete InterviewerInnen Befragungen durchführen oder Selbstausfüllerfragebögen verwendet werden.

Die Harmlosigkeits- bzw. Gefährdungsgrenze (vgl. Kap. 5.10, S. 121) wurde in Übereinstimmung mit Empfehlungen des britischen Health Education Council (1994) definiert – eine Grenzziehungen, die inzwischen auch über WHO-Publikationen [32] (z.B. Anderson, 1990) international popularisiert worden ist.

Angesichts des Umstandes, dass alkoholische Getränke einen unterschiedlichen Alkoholgehalt aufweisen und die KonsumentInnen in der Regel den genauen Alkoholgehalt nicht angeben können, muss man sich bei der Berechnung des konsumierten reinen Alkoholgehalts mit Durchschnittswerten behelfen. Eine grobe Umrechnung von „Gramm Alkohol" bzw. „Milliliter Alkohol" auf gebräuchliche alkoholische Getränke kann nach der Standardglastechnik (vgl. Kap. 3.1.10, S. 60) folgendermaßen erfolgen:

Tab. 10: Umrechnung von „Gramm bzw. Milliliter Alkohol" auf gebräuchliche alkoholische Getränke, basierend auf der Standardglastechnik

Volumen reiner Alkohol	Gewicht reiner Alkohol	Wein in Viertelliter Gläsern	Normalbier in Flaschen à 0,5 Liter	kleine Schnäpse à 0,02 Liter
25 ml	20 g	1	1	3
50 ml	40 g	2	2	6
70 ml	60 g	3	3	9
100 ml	80 g	4	4	12
125 ml	100 g	5	5	15

Wenn es gelingt die Menge der konsumierten alkoholischen Getränke pro Getränkekategorie zu quantifizieren, ist ein präziserer Zugang möglich. Dann kann man die konsumierten Getränke basierend auf den durchschnittlich darin enthaltenen Alkoholgehalt in Reinalkohol umrechnen (vgl. Kap. 3.1.9, S. 58). Bei Repräsentativerhebungen 1993/94 und 2004 (Uhl & Springer, 1996; Uhl et al., 2005b) wurde für Bier 5,0 Vol.-%, für Wein 11,5 Vol.-%, für Spirituosen 35,0 Vol.-% und für vergorenen Most 6,0 Vol.-% eingesetzt.

3.6.2 Weitere gebräuchliche Unterteilungen von AlkoholkonsumentInnen

Abgesehen von der im letzten Kapitel beschriebenen Unterteilung nach dem Durchschnittskonsum wird weiters bei der Auswertung von Repräsentativerhebungen auch noch nach folgenden Kriterien unterteilt:

- der Trinkfrequenz (Tage, an denen durchschnittlich Alkohol konsumiert wurde),
- der Anzahl der Räusche in einem bestimmten Zeitraum und den Trinksituationen, die als „Binge-Drinking" zu bezeichnen sind.

Da es bei empirischen Erhebungen große Probleme mit der Definition „Rausch", „Binge-Drinking" und „Trinkgelegenheit" gibt (vgl. Kap. 3.5, S. 90), sind empirische Ergebnisse, die mit diesen Begriffen operieren, mit großer Vorsicht zu interpretieren (vgl. dazu Uhl et al., 2005b und 2005c).

32 Da WHO-Publikationen in der Regel von internationalen ExpertInnen im Auftrag der WHO verfasst und von der WHO dann gedruckt und vertrieben werden, ohne dass die WHO allerdings die Inhalte als offizielle WHO-Position ausgibt, ist es nicht korrekt, diese Grenzen als „WHO-Grenzen" oder als „von der WHO empfohlene Grenzen" anzuführen. Vermutlich haben andere ExpertInnen in anderen WHO-Publikationen davon abweichende Positionen vertreten.

4 Auswirkungen des akuten und chronischen Alkoholkonsums

Alkoholkonsum hat akute und langfristige Auswirkungen auf den Menschen. Als kurzfristig sind vor allem das erhöhte Unfallrisiko und die enthemmende Wirkung erwähnenswert. Letztere bringt Menschen dazu Dinge zu tun, die sie im nüchternen Zustand unterlassen würden. Langfristig führt vor allem der exzessive Alkoholkonsum zu einer Reihe gesundheitlicher Beeinträchtigungen, weswegen Alkoholkonsum in den meisten Ländern der Erde ein Gesundheitsproblem ersten Ranges darstellt. Unbestreitbar ist, dass viele Erkrankungen unmittelbar auf Alkoholkonsum zurückgeführt werden können bzw. dass diese bei Personen mit exzessivem Alkoholkonsum erheblich öfter auftreten als bei Personen mit mäßigem Alkoholkonsum und bei Abstinenten. Die Frage, ob mäßiger Alkoholkonsum auch eine positive Auswirkung auf die Gesundheit von Menschen haben kann, lässt sich zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht abschließend beurteilen und ist Gegenstand von teilweise recht heftig geführten Kontroversen (vgl. Kap. 5.11, S. 123).

4.1 Rausch und Vergiftung

Die akute Alkoholwirkung führt zu einem in seiner Intensität dosisabhängigen Rauschzustand. Man kann drei Stadien unterscheiden:

- Bei einem Blutspiegel von 0,5 bis 1,2 Promille Alkohol kommt es zur Beeinträchtigung von höheren und komplizierten Hirnfunktionen: Das bedeutet Enthemmung, verminderte Verantwortungsgefühl, oberflächlicher und verlangsamter Gedankenablauf, Unterschätzung von Gefahren, Überschätzung der eigenen Fähigkeiten etc. Die psychomotorischen Fähigkeiten sind leicht beeinträchtigt. Äußere Zeichen einer Berauschung fehlen weitgehend.
- Bei einem Blutspiegel von 1,3 bis 3,0 Promille Alkohol wird die Berauschung auch äußerlich deutlich sichtbar. Die Bewegungen werden unpräzise und unkoordiniert, die Reaktionsfähigkeit wird herabgesetzt, die Aufmerksamkeit sinkt ab, das Tiefensehen und die Weite des Gesichtsfeldes werden eingeschränkt, Doppeltsehen tritt auf, triebhaft gesteuertes Verhalten tritt in den Vordergrund.
- Steigt der Blutspiegel auf über 3,0 Promille Alkohol an, kommt es allmählich zur Lähmung des Nervensystems. Die geistigen Fähigkeiten erlöschen und es tritt schwerer, tiefer Schlaf ein, der in eine tiefe Bewusstlosigkeit übergeht. Der Vergiftete ist weder ansprechbar noch erweckbar. Seine Haut fühlt sich kalt und feucht an, die Körpertemperatur sinkt ab, die Atmung wird langsam und geräuschvoll, der Pulsschlag ist beschleunigt, die Pupillen können erweitert sein.

Bei einem Anstieg des Blutalkoholgehalts auf über 4,0 Promille besteht akute Lebensgefahr (vgl. Kap. 4.4.1, S. 100).

4.2 Toleranz, Abhängigkeit und Entzugssymptome

Gegenüber Alkohol besteht eine initiale Sensibilität („genetische Toleranz“), die eine große Reaktionsvielfalt zwischen Individuen und zwischen verschiedenen ethnischen Gruppen aufweist. Sie ist dafür verantwortlich, ob und wie die Substanz vom Organismus vertragen wird. Bereits beim ersten Trinken kommt es zur akuten Toleranz, bei fortgesetztem Konsum tritt chronische Toleranz ein.

Psychische und körperliche Abhängigkeit entstehen in einem langwierigen, Jahre in Anspruch nehmenden Prozess. Die körperliche Abhängigkeit manifestiert sich in Entzugserscheinungen, die zu Tage treten, wenn der/die abhängig Gewordene aus welchen Gründen auch immer keinen Alkohol trinkt.

Die Entzugserscheinungen sind bei hochgradiger Abhängigkeit gravierend, sie können ernsthafte Komplikationen mit sich bringen, unter Umständen zum Tod führen: vegetative Erregungszustände und Symptome des Gehirns wie epileptische Anfälle und Delirium Tremens, das weiter unten genauer beschrieben wird.

4.3 Der Kater nach Alkoholkonsum

Als „Kater“ [33] (Englisch: Hangover) wird ein Symptomkomplex bezeichnet, der Folge einer akuten Alkoholvergiftung ist und eine hohe Prävalenz aufweist. Der Begriff Kater stellt die Verballhornung des griechischen Wortes *katarhein* (= herunter fließen) dar. Der wissenschaftliche Begriff für Kater – *Veisalgie* – leitet sich von dem norwegischen Wort *kveis* (= Unwohlsein als Folge einer Ausschweifung oder Prasserei) und dem griechischen Wortstamm *algia* (= Schmerz) ab (Haas et al., 2006b).

Swift & Davidson (1998) fassen einschlägige Literatur mit den Feststellungen zusammen, dass etwa 75% der nicht abstinent lebenden Menschen mindestens einmal in ihrem Leben einen Kater gehabt haben und dass bei einer Aufnahme von 1,5g Alkohol pro Kilogramm Körpergewicht bei mindestens der Hälfte der Personen Katersymptome auftreten [34]. Hinsichtlich der Frage, ob AlkoholikerInnen beim Konsum vergleichbarer Alkoholmengen infolge von Toleranzentwicklung und genetischen Faktoren seltener Katersymptome erleben oder ob das Gegenteil der Fall ist, stellen die Autoren fest, dass sich das anhand der Literatur derzeit nicht eindeutig klären lasse. Die Befunde, die letztere Position bekräftigen, sind allerdings als eher fragwürdig zu qualifizieren [35].

Swift & Davidson teilen Katersymptome in acht Kategorien ein: „körperliche Verfassung (Müdigkeit, Schwächegefühl und Durst)“, „Schmerzen (Kopfschmerz und Muskelschmerzen)“, „gastrointestinale Symptome (Übelkeit, Erbrechen, Magenschmerzen)“, „Schlaf und Biorhythmus (verkürzte Schlafdauer, weniger REM-Schlaf, weniger Delta-Wellen-Schlaf)“, „sensorische Symptome (Schwindel, Licht- und Geräuschempfindlichkeit)“, „kognitive Beeinträchtigung (Verringerte Aufmerksamkeit und Konzentration)“, „Befindlichkeit (depressive Verstimmung, Ängstlichkeit, Irritabilität)“, „vegetativ-sympathische Überaktivität (Tremor, Schwitzen, erhöhter Puls, erhöhter systolischer Blutdruck)“.

Slutske et al. (2003) entwickelten einen Kater-Symptom-Fragebogen und identifizierten faktorenanalytisch dreizehn Katersymptome; die sind in der Reihenfolge ihres Auftretens: „Durstgefühl/Dehydrierung“, „überdurchschnittliche Müdigkeit“, „Kopfschmerzen“, „Übelkeit“, „Erbrechen“, „Schwächegefühl“, „Konzentrationsschwierigkeiten“, „Licht- und

33 Das Kapitel 4.3 basiert primär auf Swift & Davidson (1998) sowie Haas et al. (2006b).

34 Diese Menge wäre bei einer Frau mit 65kg nach ca. 2,5 Liter Bier und bei einem Mann mit 80kg nach ca. 3 Liter Bier erreicht.

35 Dass Kinder von AlkoholikerInnen bei gleichem Alkoholkonsum eher einen Kater erleben als Vergleichspersonen, wird aus einer empirischen Arbeit von Newlin & Pretorius (1990) abgeleitet. Die Autoren haben mittels Fragebogen 13 Studenten, die der Meinung waren, dass ihre Eltern Alkoholiker seien („Kinder von Alkoholikern“) und 25 Studenten, die der Meinung waren, dass ihre Eltern keine Alkoholiker seien („Kinder von Nicht-Alkoholikern“) befragt. Die „Kinder von Alkoholikern“ tranken nach eigenen Angaben um 50% mehr als die „Kinder von Nicht-Alkoholikern“ und berichteten über mehr Katersymptome. Der höhere Alkoholkonsum wurde, weil statistisch insignifikant, ignoriert, die höhere Katerfrequenz, weil statistisch signifikant, interpretiert – eine methodologisch hochgradig bedenkliche Strategie. Dazu kommt auch noch, dass nicht gezielt nach, in Zusammenhang mit Kater relevanten, extremen Konsumsituationen, sondern bloß nach dem Durchschnittskonsum gefragt wurde.

Geräuschempfindlichkeit“, „vermehrte Schweißneigung“, „Schlafprobleme“, „Ängstlichkeit“, „depressive Verstimmung“, „Zittern (Tremor)“.

Haas et al. (2006b) erwähnen darüber hinaus noch „Reizbarkeit“, „Durchfall“ sowie „gerötete und trockene Augen“ als Katersymptome.

Katersymptome treten typischerweise erst Stunden nach Beendigung des Alkoholkonsums auf, erreichen in der Regel den Höhepunkt, wenn der Alkohol bereits vollständig abgebaut ist und können bis 24 Stunden danach anhalten. Katersymptome ähneln denen eines leichten Alkoholentzugs, die Mechanismen dahinter unterscheiden sich allerdings erheblich. Die Wahrscheinlichkeit für einen Kater nimmt mit der Menge des konsumierten Alkohols zu, mitunter wird ein Kater aber schon nach sehr geringen Alkoholmengen berichtet (Swift & Davidson, 1998).

Es gibt eine Reihe von physiologischen Mechanismen, die für die Entstehung des Katers verantwortlich gemacht werden. Swift & Davidson (1998) zählen die folgenden auf:

- Flüssigkeitsverlust und Entgleisung des Elektrolythaushalts:
  Alkohol hemmt die Produktion des antidiuretischen Hormons (ADH, Vasopressin), was zu Flüssigkeitsverlust führt, der sich in Durstgefühl, trockenen Schleimhäuten, Schwächegefühl, Schwindel, Benommenheit manifestiert. Durch Schwitzen, Erbrechen und Durchfall wird dieser Flüssigkeitsverlust noch verstärkt – und zusätzlich eine Entgleisung des Elektrolythaushalts begünstigt. Da sich bis dato empirisch keine Elektrolytveränderungen in Zusammenhang mit Kater nachweisen ließen, gilt es laut Haas et al. (2006b) als fraglich, ob Elektrolytveränderungen im Blut eine wesentliche Rolle in Zusammenhang mit der Entstehung des Katers zukommt.
- Gastrointestinale Probleme:
  Alkoholkonsum irritiert Magen- und Darmscheimhaut und führt dadurch zu akuten Entzündungen. Direkt auf die Magenschleimhaut aufgetragene Alkohollösungen bewirken eine bis zu 24 Stunden nachweisbare Schleimhautrötung und ein Schleimhautödem (Knoll et al., 1998). Die akute Magenreizung und Entzündung trägt zu Übelkeit und Erbrechen bei. Die oft vertretene Ansicht, dass alkoholische Getränke die Magensäuresekretion erhöhen und so ebenfalls Entzündungen begünstigen, ist nach Teyssen et. al. (1999) in dieser Formulierung nicht korrekt – weil nicht der Alkohol, sondern die beim Gärungsprozess entstehende Bernsteinsäure und Maleinsäure, die zwar in Bier und Wein, aber nicht in Destillaten vorhanden sind, die Magensäuresekretion verstärken. Der in Zusammenhang mit Kater ebenfalls verstärkt auftretende Durchfall beruht vermutlich auf einer alkoholbedingten verstärkten Darmperistaltik in Verbindung mit verringerter Wasserrückresorption (Haas et al., 2006b).
- Gefäßverengende Wirkung von Ethanol auf die Hirnarterie:
  Die gefäßverengende Wirkung von Ethylalkohol kann bei manchen Menschen ebenfalls Kopfschmerzen begünstigen (Haas et al., 2006).
- Acetaldehyd:
  Acetaldehyd ist das erste Abbauprodukt von Ethylalkohol (vgl. Kap. 3.1.1, S. 52) das in einem weiteren Schritt zu Essigsäure abgebaut wird. Acetaldehyd wird für eine Reihe von alkoholbedingten Organschädigungen und Tumorbildungen verantwortlich gemacht wird (vgl. Kap. 3.1.14, S. 66). Eine Akkumulation von Acetaldehyd durch Hemmung des Acetaldehydabbaus führt zu Kopfschmerz, beschleunigtem Pulsschlag, Herzrasen, Übelkeit und Erbrechen und tritt bei genetisch bedingter Alkohol-unverträglichkeit nach Alkoholkonsum regelmäßig auf Haas et al. (2006).

- Methanol und Fuselstoffe:
  Alkoholische Getränke enthalten neben Ethylalkohol auch den weit giftigeren Methylalkohol (Methanol, vgl. Kap. 3.1.2, S. 52), der zu Formaldehyd und danach in Ameisensäure metabolisiert wird (vgl. Kap. 3.1.15, S. 67) sowie Fuselalkohole. Dafür, dass Methylalkohol beim Zustandekommen eines Katers eine weit wichtigere Rolle als dem Ethylalkohol zukommt, spricht, dass der Methanolspiegel signifikant mit der Schwere von Katersymptomen korreliert, dass Kater primär auftreten, wenn der Ethylalkohol bereits weitgehend abgebaut ist und damit der Methylalkoholabbau einsetzt (Methylalkohol wird erst abgebaut, wenn der Ethylalkohol bereits metabolisiert ist) und dass man Katersymptome durch Zufuhr von Ethylalkohol mindern kann (Swift & Davidson, 1998). Das alles spricht dafür, dass der Konsum billiger alkoholhältiger Getränke mit einem höheren Methylalkohol und Fusel-alkoholanteil eher zum Kater führt als der Konsum von Qualitätsprodukten.
- Tyramin bzw. phenolische Verbindungen:
  Bei prädisponierten Personen können aber auch andere Begleitstoffe wie Tyramin bzw. phenolische Verbindungen in Rotwein zu einer Histaminfreisetzung und Gefäßerweiterung im Gehirn führen, wodurch in diesem Fall schon geringe Alkohol-mengen Kopfschmerz auslösen können (Haas et al., 2006b).
- Müdigkeit:
  Die Müdigkeit als Folge erhöhten Alkoholkonsums ist zum einen darauf zurückzuführen, dass größere Alkoholmengen meist zu Zeiten konsumiert werden, zu denen normalerweise geschlafen wird. Abgesehen davon reduziert Alkohol die Schlafqualität. Indem er auf die Neurotransmitter GABA (γ-Aminobuttersäure) und Glutamat (auf GABA agonistisch, auf Glutamat antagonistisch) wirkt, beruhigt Alkohol und macht müde. Die Einschlafzeit verkürzt sich dadurch zumeist. In der ersten Schlafhälfte treten REM-Phasen (Traumphasen) vermindert auf. In der zweiten Schlafhälfte kommt es vermehrt zu Wachphasen und verminderten Tiefschlafphasen, worunter die Schlafqualität leidet (Haas et al., 2006b).
- Genetische Faktoren:
  Nicht nur, wenn es um den Alkoholabbau geht, sondern auch in Zusammenhang mit einer Reihe anderer Faktoren erweist sich immer deutlicher, dass auch genetische Faktoren einen deutlichen Einfluss darauf haben, ob Personen unter vergleichbaren Trinkbedingungen Katersymptome entwickeln.

Einem Kater kann man nach dem bisher Gesagten am besten vorbeugen:

- indem man geringere Mengen Alkohol trinkt,
- indem man qualitativ hochwertigere alkoholische Getränke (Produkte mit weniger Begleitstoffen wie Methanol oder Fuselstoffe) wählt,
- indem man zusätzlich auch Speisen zu sich nimmt, was einerseits einen gewissen Schutz vor Reizungen oder Entzündungen der Magenschleimhaut durch Alkohol bietet und andererseits das Ansteigen des Alkoholspiegels verzögert,
- indem man zwischen alkoholischen Getränken regelmäßig nicht-alkoholhältige Flüssigkeiten zu sich nimmt, um so den Wasserverlust auszugleichen und
- indem man den Alkoholkonsum über einen längeren Zeitraum hinweg ausdehnt und so keinen sehr hohen Alkoholspiegel erzielt.

Für prädisponierte Personen, die empfindlich auf andere Inhaltsstoffe als Alkohol (z.B. Phenole im Rotwein) reagieren oder auf die Kombination Alkohol plus Zigaretten oder auf zu wenig Schlaf etc., sind individuell angepasste Strategien zweckmäßig.

Der Alkoholabbau lässt sich nicht relevant beschleunigen, aber da am Höhepunkt des Katers die Blutalkoholkonzentration ohnehin bereits nahe Null ist, ist diese Erkenntnis in Zusammenhang mit dem Kater ohne Relevanz. Es kursieren in der Bevölkerung zahlreiche, oft länderspezifisch recht unterschiedliche und teilweise sehr skurril anmutende Tipps zur Behandlung von manifesten Katersymptomen. Dazu gibt es aber nur wenig wissenschaftlich fundierte Ergebnisse. Außer Frage steht, dass Maßnahmen, die konkrete Ursachen für Katersymptome gezielt bekämpfen, wie die Zufuhr von Flüssigkeit bei Dehydrierung, die Wiederherstellung des Normalzustandes beschleunigen können.

4.4 Alkohol und Mortalität

Es gibt eine Fülle von Ursachen, die gemeinsam beeinflussen, in welchem Ausmaß der Tod eines bestimmten Menschen früher oder später erfolgt. Bevor man sich daran machen kann ursachenbezogene vorzeitige Todesfälle (UVT) zu zählen, muss man definieren, was darunter zu verstehen ist und überlegen, welchen praktischen Wert die Kenntnis dieser Zahl hat.

- Wieviele Minuten, Stunden, Tage oder Jahre muss eine Person infolge eines Faktors X früher sterben, damit der Tod als durch Faktor X verursacht zu werten ist?
- Ist die Zahl jener, die infolge des Faktors X um diese Zeitspanne länger leben [36], von ersterer Zahl abzuziehen?
- Wie geht man mit dem Umstand um, dass logisch betrachtet jeder vorzeitige Todesfall gleichzeitig auf eine Vielzahl von Ursachen zurückzuführen ist und dass sich daher die Summe aller ursachenbezogenen vorzeitigen Todesfälle mit der Anzahl der berücksichtigten Ursachen steigt und sich rasch auf viele 100% der Todesfälle addiert?
- Wie geht man damit um, dass es viele der empirischen Daten, die man für diese Schätzungen unbedingt benötigen würde, derzeit nicht gibt, dass es manche aus forschungslogischen Gründen selbst mit größtmöglichem Forschungsaufwand gar nicht geben kann, und dass daher die derzeit vorliegenden Berechnungen zwangsläufig auf nur begrenzt brauchbaren Daten sowie Spekulationen aufbauen.

Eine detaillierte Auseinandersetzung mit den hier angesprochenen Fragen findet sich bei Uhl (2003a) und Uhl & Kraus (2006).

Aus den genannten Gründen erscheint es zwar zweckmäßig, ursachenbezogene akute Todesfälle als Folge des Substanzkonsums (Kap. 4.4.2, S. 101) zu zählen, aber nicht ursachenbezogene vorzeitige Todesfälle (UVT) infolge langfristiger Auswirkungen (Kap. 4.4.3, S. 101). Letztere Auswirkungen lassen sich weit sinnvoller über die Zahl der durch den Substanzkonsum ursachenbezogen verlorenen Lebensjahre (UVL) erfassen (Kap. 4.4.4, S. 103). Auf alle drei Maßzahlen wird in den folgenden drei Kapiteln eingegangen.

36 Abgesehen davon, dass Alkoholkonsum möglicherweise das Auftreten von koronaren Herzerkrankungen unwahrscheinlicher macht, sind hier noch viele andere teilweise kurios anmutende Zusammenhänge denkbar. Beispiele: Bei manchen, die eine Depression mit Alkohol bekämpfen, kann ein Selbstmord verhindert oder zumindest aufgeschoben werden; wer infolge seines Alkoholkonsum zuhause vor dem Fernseher sitzt, kann in dieser Zeit nicht beim Klettern im Hochgebirge oder bei einem Verkehrsunfall tödlich verunglücken.

4.4.1 Die akut tödliche Alkoholdosis

Die tödliche Dosis beträgt für Erwachsene etwa 6 bis 8 Gramm Alkohol pro Kilogramm Körpergewicht, was einer Blutalkoholkonzentration zwischen 3 und 6 Promille entspricht (Grüner, 1995, S. 562). Die mittlere Letaldosis, also diejenige Menge einer Substanz, die zum Tode von 50% der Individuen führt, gibt Feuerlein (1979, S. 21) mit 4 Promille an.

Wer wissen will, welche Mengen an alkoholischen Getränken tödlich wirken können, also mit welchen Getränkemengen man eine Blutalkoholkonzentration von 3 bis 6 Promille erreicht, kann das unter Anwendung der Formel 22 (S. 65) recht einfach errechnen. Dazu das folgende Rechenbeispiel:

- Bei einem stark übergewichtigen Menschen mit 105 kg Körpergewicht und einer durchschnittlichen Körperwasserkonzentration von 40% oder
- bei einem durchschnittlichen Menschen mit 75 kg Körpergewicht und einer durchschnittlichen Körperwasserkonzentration von 56% oder
- bei einem sehr schlanken Menschen mit 58 kg Körpergewicht und einer durchschnittlichen Körperwasserkonzentration von 64%

ergeben sich 3 bis 6 Promille Blutalkoholkonzentration, wenn die Person 160 bis 320 Gramm reinen Alkohol zu sich nimmt.

Die Menge von 160 bis 320 Gramm reiner Alkohol ist, wie man Tab. 7, S. 61, entnehmen kann, jene Alkoholmenge, die in

- 8 bis 16 österreichische Standardglas (ÖSG) enthalten ist. Das entspricht z.B.
- ½ bis 1 Liter Spirituosen à 40 Vol.-% oder
- 2 bis 4 Liter Wein oder
- 4 bis 8 Liter Bier.

Die Konsummenge reinen Alkohols, die sich im konkreten Einzelfall tödlich auswirkt, hängt noch von einer Reihe Faktoren ab. Die wichtigsten davon sind:

- die Dauer und die zeitliche Verteilung des Alkoholkonsums (je länger der Zeitraum ist, desto mehr Alkohol kann konsumiert werden, ohne einen tödlichen Alkoholspiegel zu erreichen);
- die Gewöhnung an Alkohol (wer regelmäßig große Mengen Alkohol trinkt, überlebt größere Mengen als alkoholunerfahrene Personen);
- der allgemeine körperliche Zustand der Person (Menschen in guter körperlicher Verfassung überleben größere Mengen als Personen mit schlechtem Gesundheitszustand).

Akute Todesfälle kommen auch bei schweren Alkoholvergiftungen nur relativ selten vor, da sich der Organismus bei Überdosierungen meist durch Erbrechen und Bewusstlosigkeit schützt. „Relativ selten“ bedeutet bei einer großen Zahl an Vollräuschen pro Jahr aber trotzdem eine nicht zu vernachlässigende Größe, wie im Kap. 4.4.2, S. 101 ausgeführt wird.

Die meisten Todesfälle wegen akuter Alkoholvergiftung weisen beim Todeseintritt einen Blutalkoholspiegel zwischen 1,8 und 6,7 Promille auf. Diese Werte entsprechen aber nicht dem Wert zum Höhepunkt der Alkoholisierung. Der Todeseintritt tritt im Allgemeinen erst nach fünf bis zwölf Stunden in tiefer Bewusstlosigkeit durch Atemlähmung oder durch Herzversagen und Lungenödem ein, und da in diesem Zeitraum ständig Alkohol abgebaut wird, ist die Blutalkoholkonzentration zum Todeszeitpunkt in der Regel deutlich niedriger als zum Höhepunkt der Alkoholisierung (Gipfelkonzentration).

4.4.2 Die Häufigkeit des akuten Alkoholtodes

Wie viele Personen in Österreich pro Jahr an einer akuten Alkoholvergiftung sterben, lässt sich aus der Todesursachenstatistik nicht abschätzen, da in dieser primär das Grundleiden und nur selten die unmittelbare Todesursache vermerkt wird (vgl. dazu Kap. 8.1. S. 192).

Eine gerichtsmedizinische Erhebung zum akuten Alkoholtod über die Jahre 1984 bis 1997 (Berzlanovich et al., 1998) ermöglicht allerdings eine realistische Abschätzung dieser Zahl. Basierend auf Berzlanovich et al. konnten Uhl & Kobrna (2001) schätzen, dass jährlich rund 100 Personen in Österreich an einer reinen „akuten Alkoholvergiftung" sterben. Da sich in Österreich pro Jahr rund 75.000 Todesfälle ereignen (vgl. Tab. 65, S. 201), entsprechen 100 Fälle einem Anteil von 0,13% an allen Todesfällen.

Nicht berücksichtigt in dieser Zahl sind alle Verstorbenen, die zum Obduktionszeitpunkt weniger als 3,5 Promille Blutalkohol aufwiesen, bei denen infolge stärkerer Fäulnis eine exakte Analyse des Blutalkoholwertes unmöglich war, weiters diejenigen, die abgesehen vom Alkoholeinfluss auch noch unter dem Einfluss von illegalen Drogen und/oder Medikamenten gestanden sind, ferner diejenigen, die indirekten Folgen der Alkoholisierung (Unfälle, Unterkühlung, Aspiration von Erbrochenem etc.) zum Opfer gefallen waren, und schließlich solche, die unter stärkerem Alkoholeinfluss durch Selbstmord gestorben waren.

4.4.3 Anzahl der Menschen, die jährlich an akuten Alkoholvergiftungen sterben

Einleitend zu Kap. 4.4 (S. 99) wurde bereits festgestellt, dass es aus logischen und empirischen Gründen wenig sinnvoll erscheint, ursachenbezogene vorzeitige Todesfälle (UVT) zu zählen, und dass es weit zweckmäßiger ist, die langfristigen Auswirkungen von Faktoren auf die Sterblichkeit über ursachenbezogen verlorene Lebensjahre (UVL) zu erfassen. Da sich die Zahl der ursachenbezogenen vorzeitigen Todesfälle, in den Medien und unter PolitikerInnen unter Begriffen wie „Drogenopfer", „Nikotintote", „Alkoholtote" oder zusammenfassend „Substanztote", großer Beliebtheit erfreut, wollen wir auch auf diese Zahlen kurz eingehen:

Wer sich die Mühe macht Aussagen über die Zahl der Substanztoten aus Presse und Fachliteratur zusammenzustellen, stößt auf große Diskrepanzen. Schätzungen der Drogentoten sind in der Regel zwar identisch mit der offiziellen Drogenopferstatistik (Haas et al., 2006a) und je nachdem, ob nur die direkten Drogenopfer (2005 waren das 191 Personen) oder die direkten plus indirekten Drogenopfer ausgewiesen werden (2005 waren das 191+36=227 Personen), ergibt sich bei rund 75.000 Verstorbenen in Österreich (vgl. Tab. 65, S. 201) ein Anteil von 0,25% bzw. 0,3%. Zu Schätzungen der „Nikotintoten" fand Uhl (2003a) in der Literatur Angaben zwischen 12% und 20% aller Verstorbenen und jene der „Alkoholtoten" zwischen 5% und 20% aller Verstorbenen. Ohne weiteres könnte man hier aber noch viele weitere publizierte Aussagen finden, die die Schwankungsbreite der Angaben pro Substanz noch erhöhen würden.

Bei genauer Analyse der unterschiedlichen Angaben wird offensichtlich, dass es eine Fülle unterschiedlicher Konzepte zur Definition des Begriffes „Substanztod" gibt, die man auseinander halten sollte.

In Zusammenhang mit Substanztoten ist es üblich im Sinne der Terminologie der europäischen Drogenbeobachtungsstelle (EBDD) zwischen „direkten Todesfällen“ und „indirekten Todesfällen“ zu unterscheiden.

- Direkte Todesfälle sind jene, die unmittelbar an den Folgen der Substanz sterben – gleichgültig ob es sich um einen beabsichtigten Selbstmord oder um einen Überdosierungsunfall gehandelt hat.
- Indirekte Todesfälle sind jene, die indirekt an den Folgen der Substanz sterben - gleichgültig, ob sie in substanzbeeinträchtigtem Zustand bei einem Unfall oder an Krankheitsspätfolgen sterben (Busch, 2006).

Das was von unterschiedlichen Menschen als Substanztod bezeichnet wird, kann aber auch noch ganz anders unterteilt werden:

- Substanztod im engeren Sinn, d.h. unmittelbar durch die Substanzeinnahme verursachte tödliche Unfälle. Zu unterscheiden sind hier Überdosierungsunfälle und andere substanzbedingte Unfälle.
- Substanztod im weiteren Sinn, hierzu zählen zusätzlich noch auch Todesfälle durch substanzbedingte Erkrankungen. Zu unterscheiden sind hier explizit mit Substanzkonsum in Zusammenhang gebrachte Erkrankungen sowie die kausal zurechenbaren Anteile aller Erkrankungen, die bei SubstanzkonsumentInnen öfter auftreten.
- Substanztod im umfassendsten Sinn, d.h. der Tod von SubstanzgebraucherInnen, -missbraucherInnen oder -abhängigen (Uhl, 2002b).

„Direkte alkoholbedingte Todesfälle“ sind neben den in Kap. 4.4.2 (S. 101) geschätzten 100 Personen in Österreich (0,13% aller Todesfälle), die jährlich an einer reinen „akuten Alkoholvergiftung“ sterben, noch jene, die durch Mischintoxikationen sterben sowie jene, die im Zustand eines schweren Alkoholrausches an aspiriertem Erbrochenen ersticken, ertrinken usw.

Die Zahl der „indirekt alkoholbedingten Todesfälle“ ist die Zahl jener, die an alkoholbedingten Erkrankungen sterben – eine Zahl, die üblicherweise aus der Todesursachenstatistik abgeleitet wird, indem man all jene, die an einer explizit alkoholassoziierten Erkrankung sterben, zählt, und außerdem bei Todesfällen durch andere Erkrankungen die Zahl der auf den Alkoholkonsum attribuierbaren Fälle schätzt und addiert (Gmel et al., 2006). Da es für Österreich keine derartige Berechnung gibt, sei auf eine Berechnung auf dieser Basis aus der Schweiz von Gutjahr et al. (2000) zurückgegriffen. Die Autoren errechneten, dass 3,4% aller Todesfälle in der Schweiz alkoholbedingt seien. Überträgt man diesen Prozentsatz als grobe Annäherung auf Österreich, so ergibt das bei rund 75.000 Todesfällen (vgl. Tab. 65, S. 201) eine Anzahl von 2.550 alkoholbedingten indirekten Todesfällen. Da infolge der international üblichen monokausalen Todesursachenstatistik immer nur eine Todesursache in die offizielle Statistik Eingang finden kann und manche Totenbeschauer im Interesse der Angehörigen zögern alkoholspezifische Todesursachen zu kodieren, ist hier noch mit einer erheblichen Dunkelziffer zu rechnen.

Die Zahl der „Alkoholtoten im engeren Sinn“ umfasst die oben erwähnten 100 Personen in Österreich (0,13% aller Todesfälle), einen Großteil der in Zusammenhang mit alkoholassoziierten Verkehrsunfällen gestorbenen Personen (im Jahre 2005 waren das 57 Personen, vgl. Tab. 126, S. 336) plus eine zahlenmäßig nur schwer quantifizierbare Zahl anderer weiterer alkoholbedingter Unfallsopfer.

Die Zahl der „Alkoholtoten im weiteren Sinn“ entspricht im Wesentlichen den weiter oben indirekt geschätzten 2.550 „indirekt alkoholbedingten Todesfällen“ plus Dunkelziffer.

Die Zahl der „Alkoholtoten im umfassendsten Sinn“ ergibt in Österreich, für den Fall, dass alle alkoholabhängigen Verstorbenen gezählt werden, angesichts einer Gesamt-lebenszeitprävalenz des Alkoholismus von 10% (Tab. 18, S. 141) bei insgesamt 75.000 Verstorbenen 7.500 Fälle. Berücksichtigt man Todesfälle von ehemaligen bzw. aktuellen AlkoholmissbraucherInnen, so erhöht sich die Zahl grob geschätzt sogar auf das doppelte (15.000 Personen bzw. 20% der Verstorbenen). Die recht seltsam anmutende Idee, alle bekannten SubstanzkonsumentInnen, wenn sie versterben, als „Substanztote“ zu werten, war früher in einigen Ländern illegale Drogen betreffend Usus, ist infolge der Standardisierungsbemühungen der europäischen Drogenbeobachtungsstelle (EBDD) inzwischen aber auch im Drogenbereich nicht mehr üblich. Dieser Zugang wurde außerdem in Zusammenhang mit Nikotin und Alkohol nie ernsthaft erwogen. In diesem Sinne müsste man in einem Land wie Österreich 80% der Verstorbenen als alkoholbedingte Todesfälle ausweisen, weil rund 80% der erwachsenen Bevölkerung zumindest in gewissen Lebensphasen nicht alkoholabstinent oder fast alkoholabstinent (d.h. maximal viermal pro Jahr Alkohol konsumiert; vgl. Tab. 19, S. 144) gelebt haben.

4.4.4 Verlorene Lebensjahre durch Alkoholismus und Alkoholmissbrauch

Wie bereits wiederholt ausgeführt erscheint es weit sinnvoller, die durch Alkoholismus und Alkoholmissbrauch bedingte Übersterblichkeit[37] in der Bevölkerung über die Anzahl der dadurch durchschnittlich verlorenen Lebensjahre (ursachenbezogen verlorene Lebensjahre, UVL) zu erfassen und nicht über ursachenbezogene vorzeitige Todesfälle (UVT). International wird es inzwischen immer üblicher hier nicht nur die absolute Zahl der verlorenen Lebensjahre zu zählen, sondern dabei auch noch die Lebensqualität in dem Sinne zu berücksichtigen, dass nur Jahre mit voller Lebensqualität voll zählen und Jahre mit verringerter Lebensqualität entsprechend weniger. Die in diesem Zusammenhang verwendeten Begriffe sind qualitätsadjustierte Lebensjahre (QUALY) bzw. behinderungs-adjustierte (DALY) (vgl. dazu Gmel & Rehm, 2006). Schätzungen der verringerten Lebenserwartung von AlkoholikerInnen, im Sinne von ursachenbezogen verlorenen Lebensjahren (UVL), reichen von 10-12 Jahren (Leu, 1981) über 24 Jahre (Lesch et al., 1986) bis 28 Jahre (Single et al., 1996). Besonders verlässlich erschienen uns Angaben, basierend auf der Auswertung der amtlichen Todesursachenstatistik der Bundesrepublik Deutschland, von Bühringer et al. (2000). Diese weisen für männliche Alkoholiker in den ehemals westdeutschen Bundesländern durchschnittlich 17 verlorene Lebensjahre und für weibliche durchschnittlich 20 aus. Diese Zahlen lassen sich insofern gut auf Österreich übertragen, als die alkoholepidemiologischen Entwicklungen Deutschlands seit vielen Jahren jenen von Österreich stark ähneln.

Hier muss man allerdings bedenken, dass es sich bei Bühringer et al. (2000) bloß um die Interpretation eines Zusammenhangs und nicht um das Ergebnis eines Experiments handelt. Wieweit die Unterschiede in der Lebenserwartung Ergebnis des exzessiven Alkoholkonsums sowie der alkoholismusbedingten Lebensumstände sind, und wie weit sich hier bloß unabhängige Faktoren (z.B. psychische und somatische Probleme, die die Entstehung von Alkoholismus begünstigen und die Lebenserwartung auch ohne Alkoholprobleme reduzieren

37 Dieser Begriff kommt aus der Lebensversicherung. Übersterblichkeit bezeichnet die höhere Sterblichkeit eines Bestandes gegenüber der verwendeten Sterbetafel. Aus der Übersterblichkeit entsteht dem Lebensversicherungsunternehmen ein Sterblichkeitsverlust. Gegensatz: Untersterblichkeit, daraus entsteht ein Sterblichkeitsgewinn.

würden) manifestieren, ist beim gegenwärtigen Forschungsstand nicht zu beurteilen (vgl. Uhl & Kraus, 2006).

Geht man von einer durchschnittlichen Reduktion der Lebenserwartung bei Alkoholikerinnen um 20 und bei Alkoholikern um 17 Jahre aus und davon, dass 14% der Männer und 6% der Frauen im Laufe ihres Lebens an Alkoholismus erkranken (Gesamtlebenszeitprävalenz des Alkoholismus, vgl. Tab. 18, S. 141), so ergibt sich, dass die Lebenserwartung der ÖsterreicherInnen um 1,8 Jahre [38] steigen würde, wenn es keine AlkoholikerInnen gäbe. Da man nicht angeben kann, wieviele verlorene Lebensjahre bei Alkoholkranken auf Alkoholkonsum und alkoholismusbedingte Lebensumstände und wieviele auf das Konto von relevanten Drittvariablen zurückgehen, kann man derzeit bloß spekulieren, wieviele der theoretisch erreichbaren zusätzlichen 1,8 Lebensjahre für die Lebenserwartung der Gesamtbevölkerung real erreichbar wäre, wenn man alle potentiellen Alkoholkranken von Kindheit an dazu bewegen könnte, ihren Alkoholkonsum an jenen der Restbevölkerung anzupassen.

4.5 Alkohol und Morbidität

Das Kapitel 4.5 basiert primär auf einem Text von Springer (2007).

4.5.1 Alkoholdelir, Delirium Tremens

Dieses Zustandsbild kann bei lang dauerndem, chronischem Alkoholismus reaktiv bei jeder Veränderung des Trinkstils eintreten. Allerdings sind nur etwa 15% der AlkoholikerInnen davon betroffen, meist ist es Teil eines Entzugssyndroms. Es kündigt sich durch ein Prädelir an. Dieses Zustandsbild ist gekennzeichnet durch unruhige Träume und Schlafstörungen, vegetative Erscheinungen vor allem im Sinne von Schwitzen und Zittern. Das Prädelir geht, wenn es nicht behandelt wird, in das Delir über. Dieses wieder umfasst Symptome aller Anteile des Nervensystems. Das Bewusstsein ist gestört, es besteht Desorientiertheit hinsichtlich der Zeit, des Raumes und der Situation, nicht aber hinsichtlich der Person. Die PatientInnen sind unruhig, stets beschäftigt. Wahrnehmungsstörungen äußern sich vor allem in optischen Halluzinationen. Es werden kleine bewegte Objekte halluziniert (Weiße-Mäuse-Sehen). Die Stimmung ist oft angehoben, häufig aber auch ängstlich getönt. Es besteht ein grobschlägiges Zittern (Tremor – daher Delirium tremens). Die vegetative Erregung kann beträchtliche Ausmaße annehmen, es besteht Schwitzen, Herzjagen, Fieber. Ein unbehandeltes Delirium dauert 4-10 Tage. Das Zustandsbild ist schwer. Unbehandelte Delirien führen in 15-30% der Fälle zum Tod, wobei ältere Personen und PatientInnen, die unter wiederholten deliranten Zustandsbildern leiden, eine ungünstigere Prognose haben. Heute ist das Delir unter Einsatz der modernen medizinischen Mittel recht gut beherrschbar.

4.5.2 Alkoholhalluzinose

Diese tritt ebenfalls bei chronischem Alkoholismus, jedoch relativ selten, auf. Bei dieser Erkrankung überwiegen Wahrnehmungsstörungen, diese sind meistens akustischer („Stimmen-Hören“), bisweilen aber auch optischer Natur. Das Bewusstsein bleibt klar, die Stimmungslage ist sehr ängstlich und gespannt. Die Trugwahrnehmungen werden meistens als beschimpfend und bedrohlich erlebt, sie lösen Verfolgungsideen aus. Die PatientInnen sind daher sehr unruhig, zeigen Fluchttendenzen und lassen eine Neigung zu gewalttätigen Durchbrüchen erkennen. Es besteht kein Tremor. Vegetative Erscheinungen sind wesentlich

38 14%*50%*17+6%*50%*20 = 1,8

schwächer ausgeprägt als im Falle des Delirium Tremens. Die Halluzinose verläuft akut, dauert aber Wochen bis Monate an. Wenn sie länger als ein halbes Jahr anhält, spricht man von einer „chronischen Halluzinose“. Überwiegen im Rahmen des halluzinatorischen Zustandsbildes die Verfolgungsideen, kann man auch von einer „Alkoholparanoia“ sprechen.

4.5.3 Eifersuchtswahn

Chronische AlkoholikerInnen reagieren häufig mit massiver Eifersucht, die sich bis zur wahnhaften Ausprägung steigern kann. Eifersuchtsideen können auch innerhalb eines Delirium Tremens auftreten. Oft besteht jedoch der Eifersuchtswahn unabhängig von einer Grundpsychose und bleibt auch in abstinenten Phasen erhalten.

4.5.4 Alkoholische Wesensänderung, Psychoorganisches Syndrom

An Wesens- und Leistungsveränderungen bei chronischen AlkoholikerInnen werden beschrieben: Störungen des Altgedächtnisses und der Merkfähigkeit, Herabsetzung der Aufmerksamkeit, gesteigerte Ermüdbarkeit, Abnahme der Urteils- und Kritikfähigkeit, gesenkte Konzentrationsleistung, gesteigerte Beeinflussbarkeit, Verlust von Interessen, Unzuverlässigkeit, Affektlabilität, Stimmungsschwankungen. Die meisten dieser Symptome sind reversibel, d.h. sie verschwinden bei Beendigung des Alkoholkonsums.

Oftmals entstehen diese Defizite aufgrund einer zunehmenden alkoholbedingten organischen Schädigung des Gehirns. In diesen Fällen zeigt die Wesens- und Leistungsänderung einen progredienten Verlauf und endet in einer alkoholischen Demenz, die dann auch unter Abstinenzbedingungen nur mehr bedingt rückbildungsfähig ist.

4.5.5 Hirnatrophie

Als Hirnatrophie bezeichnet man eine Erweiterung der Hirnräume infolge eines Verlusts an Nervenzellstrukturen.

4.5.6 Wernicke-Korsakow-Syndrom

Diese Erkrankung setzt sich zusammen aus Störungen des peripheren Nervensystems im Sinne einer Polyneuritis der Beine (Schmerzen, Gefühllosigkeit, schlaffe Lähmung) und der Korsakow’schen Psychose, die aus einem Verlust des Altgedächtnisses bei gleichzeitiger Unfähigkeit, sich neue Inhalte zu merken, Konfabulationsneigungen, einer Verschlechterung des Auffassungsvermögens und einer Verminderung der Initiative und Spontaneität besteht. Die Psychose ist Ausdruck der somatischen Störung des Gehirns.

4.5.7 Alkoholische Kleinhirnatrophie

Infolge übermäßigen Alkoholkonsums kommt es zur Schrumpfung des Kleinhirns, zu einem Verlust an Zellsubstanz.

4.5.8 Alkoholische Polyneuropathie

Sie ist die häufigste neurologische Folgeerkrankung des chronischen Alkoholismus und erfasst etwa 20% der Alkoholkranken. Es kommt dabei zu schmerzhaften Lähmungen der Beine.

4.5.9 Alkoholepilepsie

In unterschiedlicher Häufigkeit leiden Alkoholiker unter epileptischen Anfällen, die zumeist als große Anfälle (Bewusstlosigkeit, zu Boden stürzen, Zungenbiss, Harnabgang) verlaufen. Von einer echten Alkoholepilepsie sollte man nur dann sprechen, wenn die Anfälle eindeutig als Abstinenzerscheinungen auftreten oder wenn sie im Rahmen eines langjährigen chronischen Alkoholismus bei solchen Personen in Erscheinung treten, die vorher keine Anfallsbereitschaft zeigten und bei denen auch keine anderen Hirnschädigungen bestehen. Diese Gruppe macht ungefähr ein Viertel all jener Alkoholiker aus, die irgendwann einmal unter Anfällen zu leiden haben.

4.5.10 Lebererkrankungen

Der Alkohol übt eine direkte Giftwirkung auf die Leber aus. Die Schäden, die entstehen können, manifestieren sich zuerst als Fettleber und als Alkoholhepatitis. Bei fortgesetztem Konsum kommt es zur Leberzirrhose (Leberschrumpfung). Ein deutlich erhöhtes Zirrhoserisiko tritt bei Männern ab 60 Gramm Alkohol und bei Frauen ab 40 Gramm Alkohol pro Tag auf (20 Gramm Alkohol sind in 1/4 Liter Wein oder 1/2 Liter Bier enthalten; vgl. Tab. 7, S. 61). Man nimmt an, dass chronischer Konsum von mehr als 160 Gramm Alkohol pro Tag mit hoher Wahrscheinlichkeit zur Zirrhose führt. Dementsprechend ist diese schwerste Lebererkrankung unter AlkoholikerInnen auch recht häufig. 10-20% aller Alkoholkranken sind von ihr betroffen. 30-50% aller zirrhotischen Erkrankungen sind auf Alkoholismus zurückzuführen. Man kann sogar die Häufigkeit des Alkoholismus in einer Gesellschaft aus der Leberzirrhosesterblichkeitsrate schätzen (vgl. Kap. 6.2.3, S. 134).

4.5.11 Erkrankungen anderer Organe des Bauch- und Verdauungstraktes

Neben der Leber werden auch andere Organe des Bauch- und Verdauungstraktes beeinträchtigt: die Bauchspeicheldrüse, die Mundhöhle, die Schleimhaut der Speiseröhre, der Magen und der Dünndarm.

4.5.12 Herzerkrankungen

Das Herz kann im Sinne einer Herzmuskelerkrankung beeinträchtigt werden, die auf eine direkte Giftwirkung des Alkohols zurückzuführen ist. Es kommt zu einer Herzmuskel-erweiterung, verbunden mit Herzschwäche. An Beschwerden bestehen dann Müdigkeit, Atemnot bei Belastung, Herzschmerzen, Herzrhythmusstörungen.

5 Spezielle Themen

5.1 Selbstmordrisiko

In einer großangelegten Metaanalyse basierend auf 249 Studien über Selbstmord in Risikopopulationen, von denen sich 32 auf die Suizidrate bei Alkoholismus bezogen, errechneten Harris & Barraclough (1997), dass die Selbstmordwahrscheinlichkeit unter Alkoholikern im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung um das 6-fache erhöht ist. Die Selbstmordrate in der österreichischen Gesamtbevölkerung beläuft sich aktuell auf 1,9% der Verstorbenen (Tab. 65, S. 201). Geht man davon aus, dass die von Harris & Barraclough ausgewiesene Selbstmordrate unter Alkoholikern zutrifft, so bedeutet das, dass rund 11,4% der Alkoholiker durch Selbstmord enden. Geht man ferner von einer Alkoholismus-Gesamtlebenszeitprävalenz von 10% aus, woraus sich zwangsläufig ergibt, dass 10% der Todesfälle Alkoholiker sind (vgl. Kap. 7.4, S. 142), folgt, dass die Selbstmordrate unter Nichtalkoholikern bloß 0,84%[39] beträgt. Das bedeutet, dass sich unter 1.000 gestorbenen Alkoholikern durchschnittlich rund 114 Selbstmörder finden, während von 1.000 gestorbenen Nichtalkoholikern durchschnittlich nur geschätzte 8,4 Personen Selbstmord verübt haben, oder anders ausgedrückt, dass die Selbstmordrate bei Alkoholikern um das 13,6-fache höher ist als bei Nichtalkoholikern und dass 60% der Selbstmorde auf das Konto von Alkoholkranken gehen.

Hall (1999) fand bei Personen nach Selbstmordversuchen in der Intensivstation bei 68% der Fälle Hinweise auf Substanzmissbrauch.

Sonneck (2000) schätzt die Zahl der Substanzabhängigen („Alkohol-, Medikamenten- und/oder Drogenabhängige“) unter den Selbstmördern mit rund einem Drittel, wobei man anmerken muss, dass in Österreich der überwiegende Teil der Substanzabhängigen ausschließlich oder unter anderem von Alkohol abhängig ist.

Der Anteil der Alkoholiker unter Selbstmördern wurde von Roy (1995) aufbauend auf 5 Studien aus den USA, Großbritannien, Schweden und Australien auf 20% geschätzt. Diese Schätzung baut darauf auf, dass in den erwähnten Studien zwischen 17% und 27% der Selbstmörder zuvor mit der Primärdiagnose „Alkoholismus“ diagnostiziert worden waren. Bedenkt man, dass „Alkoholismus“ oft bloß als Sekundärdiagnose neben anderen gravierenden Gesundheitsproblemen aufscheint[40] oder gar nicht diagnostiziert wird, so ist eine deutlich höhere Alkoholikerrate unter Selbstmördern sehr plausibel.

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

Um Fehlinterpretationen vorzubeugen, muss hier allerdings auch betont werden, dass man Selbstmorde bei Süchtigen natürlich nicht gänzlich auf das Konto der Suchtproblematik verbuchen darf. Man muss einerseits bedenken, dass ja auch Nicht-Abhängige Selbstmorde begehen, und dass andererseits viele Personen, die infolge medizinischer, psychischer und/oder sozialer Probleme besonders suchtgefährdet sind, bereits vor Beginn ihrer Suchtproblematik ein stark erhöhtes Selbstmordrisiko aufwiesen. Darüber, wie viele der

39 (1,9% - 11,4% × 10%) : 90% = 0.84%

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

Alkoholkranken, die jährlich durch Selbstmord sterben, auch dann durch Selbstmord enden würden, wenn man ihnen jeglichen Alkohol kategorisch vorenthielte, kann man nur spekulieren.

5.2 Gibt es eine erhöhte Alkoholvulnerabilität bei Kindern?

Ziemlich generell wird in der Literatur vertreten, dass die tödliche Dosis für Kinder und Jugendliche erheblich geringer als beim Erwachsenen ist, weil diese noch wesentlich empfindlicher auf Alkohol reagieren und dass für Kleinkinder bereits ein Alkoholspiegel von 0,5 Promille tödlich sein kann (z.B. BZgA, 2004). In diesem Zusammenhang relevant erscheint auch die Aussage von Feuerlein (1979), dass das für den Alkoholabbau primär verantwortliche Enzym ADH erst beim fünfjährigen Menschen vollständig entwickelt ist.

Auch wenn diese Aussagen die allgemeine Überzeugung in unserer Gesellschaft, dass Kinder keinen Alkohol trinken sollten, untermauern und daher eher wenig Interesse besteht, diese Aussagen zu relativieren, so ist es aus wissenschaftlicher Sicht durchaus wichtig und interessant, sie kritisch zu hinterfragen bzw. zu präzisieren. So stellt sich die Frage, ob Kinder und Jugendliche nur deswegen empfindlicher auf Alkohol reagieren, weil sie durchschnittlich mangels Alkoholkonsum noch nicht an diesen gewöhnt und diesbezüglich mit abstinenten Erwachsenen vergleichbar sind oder ob sie entwicklungsbedingt empfindlicher auf Alkohol reagieren. Dazu gibt es unseres Wissens nach noch keinen wissenschaftlichen Klärungsversuch.

Auch erscheint es interessant zu hinterfragen, ob die aus dem Umstand, dass das ADH-System bei Kleinkindern noch in Entwicklung begriffen ist, theoretisch abgeleitete Behauptung, dass Kinder Alkohol langsamer abbauen und bereits bei einem geringeren Alkoholspiegel in Lebensgefahr kämen, sich empirisch bestätigen lässt. Interessanterweise ist bei der einzigen empirischen Untersuchung, die dieser Frage nachgegangen ist, das genaue Gegenteil herausgekommen. Ragan et al. (1979) sind in ihrer Klinik dieser Frage nachgegangen, indem sie alle Fälle von Kindern (insgesamt 9 Fälle) zwischen 0 und 12 Jahren mit Alkoholvergiftungen über einen gewissen Zeitraum dokumentierten. Sie haben dabei Blutalkoholkonzentrationen zwischen 5,5 und 12,5 Promille Blutalkohol festgestellt, und stellten fest, dass alle ausnahmslos überlebt haben. In einem Fall (18 Monate alter Säugling) haben sie die Alkoholabbaugeschwindigkeit gemessen und diese war mit 0,03 Promille Abbau pro Stunde sogar doppelt so hoch wie beim durchschnittlichen Erwachsenen.

Wie in Kap. 3.1.18 (S. 70) argumentiert wurde, ist es nur dann möglich, sachlich fundiert über Alkoholvulnerabilität oder Alkoholtoleranz von Kindern zu diskutieren, wenn man präzise zwischen „äquivalenten Alkoholmengen“, also Mengen, die zu identischen Blutalkoholkonzentrationen führen, und „identischen Alkoholmengen“, also absolut gleichen Mengen eines alkoholischen Getränks, unterscheidet, wobei in Zusammenhang mit „Alkoholvulnerabilität“ primär „äquivalente Mengen“ relevant sind.

Man muss hier allerdings auch noch beachten, dass bei wohlschmeckenden Getränken, wie z.B. bei Dessertweinen, Kinder in unbeobachteten Momenten, absolut große Mengen trinken können, was dann auch, selbst wenn diese auf äquivalente Alkoholmengen gleich oder sogar unempfindlicher als Erwachsene reagieren, sehr gefährlich werden kann. Wenn ein alkoholunerfahrenes Kleinkind mit 7 kg Körpergewicht einen Viertel Liter Wein trinkt, so entspricht das zehn Vierteln Wein (2,5 Liter Wein) bei einem 70 kg schweren Erwachsenen, der noch nie Alkohol getrunken hat, und der infolge der fehlenden Alkoholgewöhnung erheblich heftiger reagieren würde als ein alkoholgewöhnter 70 kg schwerer Erwachsener.

5.3 Gibt es eine erhöhte Alkoholvulnerabilität bei Frauen?

5.3.1 Identische vs. äquivalente Alkoholmengen

Ähnlich wie im Kap. 5.2, als es um die Fragestellung „Gibt es eine erhöhte Alkoholvulnerabilität bei Kindern?“ ging, ist es auch bezüglich der Frage „Gibt es eine erhöhte Alkoholvulnerabilität bei Frauen geht, wichtig streng zwischen „äquivalenten Alkoholmengen“ und „identischen Alkoholmengen“ (vgl. Kap. 3.1.18, S. 70) zu unterscheiden.

Es wird immer wieder vertreten und mit empirischen Ergebnissen zu untermauern versucht, dass Frauen erheblich weniger alkoholtolerant seien als Männer, und dass Frauen Alkohol langsamer abbauten als Männer. Wie Uhl & Kobrna (2003) zeigen konnten, ist die Auffassung von der „erhöhten Alkoholvulnerabilität der Frau“ allerdings nicht haltbar, wenn man sich auf „äquivalente Alkoholmengen“ im Sinne von Mengen, die eine identische Blutalkoholkonzentration (BAK) bewirken, bezieht.

Österreichische Männer sind im Durchschnitt um 22% schwerer als Frauen [41]. Der Körperwasseranteil (Körperwasserkonzentration KWK) von Männern wird – je nach Quelle – zwischen 14% und 27% höher angegeben (vgl. Kap. 3.1.13, S. 63). Daraus errechnet sich, dass das Körperwassergewicht (KWGEW) des Durchschnittsmannes um rund 50% höher ist als jenes der Durchschnittsfrau, weswegen Männer durchschnittlich um 50% mehr Alkohol trinken könnten als durchschnittliche Frauen, wenn sie die gleiche Blutalkoholkonzentration anstreben würden.

Wenn Durchschnittsfrauen unter vergleichbaren Bedingungen identische Alkoholmengen (z.B. 3/4 Liter Wein), oder identische Alkoholmengen pro kg Körpergewicht konsumieren, erzielen sie in ersterem Fall einen um 50% höheren Alkoholspiegel, in zweiterem Fall einen um 23% höheren Alkoholspiegel als ein Durchschnittsmann und sie brauchen auch entsprechend länger um den gesamten Alkohol wieder abzubauen [42]. Trinken sie hingegen „äquivalente Alkoholmengen“ (z.B. 3/4 Liter Wein der Mann und 2/4 Liter Wein die Frau), so erzielen sie identische Alkoholspiegel und bauen den Alkohol annähernd im gleichen Zeitraum ab (annähernd identische Eliminationsraten).

Das Prädikat „annähernd“ im letzten Absatz zielt auf den Umstand, dass geringfügige enzym-, bzw. hormonbedingte Unterschiede in den Eliminationsraten zwischen Männern und Frauen – basierend auf der Literatur – derzeit nicht ganz ausgeschlossen werden können. So vertritt Mader (2001) in diesem Zusammenhang, dass die Eliminationsrate bei Frauen geringfügig niedriger sei, weil die weibliche Leber weniger des für den Alkoholabbau benötigten Enzyms Alkoholdehydrogenase (ADH) aufweise, während Rommelspacher (2003) vertritt, dass die Eliminationsrate bei Frauen geringfügig höher sei, weil das männliche Sexualhormon Testosteron wie Ethylalkohol vom Enzym ADH abgebaut werde, wodurch sich der Abbau der beiden Stoffe wechselseitig behindere.

Der Vergleich von „äquivalenten Alkoholmengen“ statt von „identischen Alkoholmengen“ im Zusammenhang mit der Frage nach der behaupteten „erhöhten Alkoholvulnerabilität der Frau“ ist unter anderem auch dadurch gerechtfertigt, dass Frauen ihren Alkoholkonsum an ihre körperlichen Rahmenbedingungen anpassen, also durchschnittlich weit weniger trinken

41 Nach dem österreichischen Mikrozensus 1999 (Statistik Austria, 2002d) wiegen in Österreich Frauen ab dem 18. Lebensjahr durchschnittlich 65,5kg und Männer 79,9kg. Die entsprechenden durchschnittlichen Körpergrößen betragen 163,7cm und 175,6cm.

42 Die Ausführungen von Feuerlein (1995), der beschreibt, dass der Alkoholabbau pro kg Körpergewicht bei Männern stündlich rund 0,1 g und bei Frauen rund 0, 085 g Alkohol ausmacht, korrespondiert mit dieser Aussage.

als Männer. Wie man Tab. 25, S. 151 entnehmen kann, trinken durchschnittliche Alkoholikerinnen 130g Reinalkohol pro Tag, während durchschnittliche Alkoholiker 226g Reinalkohol pro Tag zu sich nehmen. Bei der Gruppe der NichtalkoholikerInnen ist der Unterschied im durchschnittlichen Tageskonsum mit 5,1 g (Frauen) vs. 16,2 g (Männer) sogar noch ausgeprägter.

5.3.2 Alkoholabhängige Frauen sind stärker mit psychischen Problemen belastet als alkoholabhängige Männer

Bei Untersuchungen stellt sich immer wieder heraus, dass Alkoholikerinnen psychisch erheblich auffälliger sind als männliche Alkoholiker, was oft fälschlich als Zeichen einer erhöhten Alkoholvulnerabilität von Frauen interpretiert wird. Tatsächlich ist die Wahrscheinlichkeit in Österreich, dass ein Mann im Laufe des Lebens an Alkoholismus erkrankt rund dreimal so hoch, wie dass eine Frau erkrankt (vgl. Kap. 7.2, S. 140). Und das, obwohl in Österreich der überwiegende Teil der Männer und Frauen zumindest gelegentlich Alkohol konsumiert – was real eine deutlich höhere Alkoholvulnerabilität der Männer impliziert.

Die Erklärung für diesen scheinbaren Widerspruch liegt, wie Uhl & Kobrna (2003) ausführten, im Umstand, dass Frauen vor allem als Folge einer psychiatrischen Grundproblematik alkoholabhängig werden (sekundärer Alkoholismus, vgl. Kap. 3.4.3, S. 76) während bei Männern fast die Hälfte als primäre Alkoholiker zu klassifizieren sind (vgl. Tab. 11). Da in der relativ kleinen Gruppe alkoholabhängiger Frauen fast alle infolge psychiatrischer Komorbidität zu Alkoholikerinnen wurden, während in der dreimal so großen Gruppe der alkoholabhängigen Männer fast die Hälfte ohne gravierende psychiatrische Grundproblematik an Alkoholismus erkrankte, ist nicht verwunderlich, dass die weiblichen Alkoholabhängigen durchschnittlich psychiatrisch erheblich auffällig erscheinen als die Männer.

Tab. 11: Primärer vs. sekundärer Alkoholismus bei stationären PatentInnen des Anton Proksch Instituts

	primärer Alkoholismus	sekundärer Alkoholismus
Frauen	6%	94%
Männer	43%	57%

Quelle: (Springer, 2006)

5.4 Alkohol und Sexualität

Immer dann, wenn es um emotionell stark besetzte Themen wie „Kinder und Alkohol“, „Frauen und Alkohol“ oder „Jugendliche und Sexualität“ geht, besteht die Gefahr, dass ethische Grundhaltungen die sachlich-wissenschaftliche Auseinandersetzung erschweren. So findet sich in Präventionsmaterialien, die an Kinder und Jugendliche gerichtet sind, oft die Behauptung, dass Alkoholkonsum der Sexualität generell abträglich sei – eine These, die der tradierten Erfahrung allerdings erheblich widerspricht. Es gibt hier positive und negative Aspekte – wobei die positiven eher in Verbindung mit moderatem Alkoholkonsum und die negativen in Verbindung mit exzessivem Alkoholkonsum auftreten.

Alkohol erleichtert infolge der enthemmenden und kontrollreduzierenden Wirkung die Kontaktaufnahme, eine Funktion, die bei Jugendlichen gerade bei den ersten Kontaktaufnahmen zum anderen Geschlecht beliebt sind, aber durchaus auch bei Erwachsenen gerne in Anspruch genommen wird – wobei hier die Alkoholwirkung und die

Erwartungshaltung in die gleiche Richtung wirken. Dass exzessiver Alkoholkonsum die Chancen zur Kontaktaufnahme verringert und Verhaltensweisen begünstigt, die im nüchternen Zustand nicht gesetzt würden – mit der Gefahr, unangenehme Erfahrungen zu machen, ungewollte Schwangerschaften zu erleben oder mit Geschlechtskrankheiten infiziert zu werden, gehört ebenfalls zum tradierten Wissen in der Gesellschaft.

Die Veränderung der Sexualfunktion ab einem gewissen Blutalkoholspiegel im Sinne von Ejakulationsverzögerung kann von manchen Menschen durchaus positiv erlebt werden; und der Möglichkeit, dass die Erektion durch Alkoholeinfluss abgeschwächt wird, steht entgegen, dass die angstreduzierende Funktion des Alkohol sich auch positiv auf die Erektionsfähigkeit auswirken kann.

Eine eindeutig negative Wirkung auf Hormonhaushalt und Sexualität hat hingegen der anhaltende, exzessive Alkoholkonsum sowohl beim Mann als auch bei der Frau. Bei chronischem Alkoholismus wird zwar das sexuelle Verlangen nicht herabgesetzt, wohl aber die Sexualfunktion schwer beeinträchtigt, wozu auch alkoholbedingte Störungen des Haushalts der Geschlechtshormone beitragen. Auch der Geschlechtszyklus alkoholkranker Frauen wird schwer gestört, die hormonelle Kybernetik bricht zusammen, der Eisprung bleibt aus, Unregelmäßigkeiten der Menstruation bis hin zum Ausbleiben der Regel sind die Folge.

5.5 Fetales Alkoholsyndrom (FAS), Fetale Alkoholeffekte (FAE) und Alkoholembryopathie (AE)

Früher glaubte man, dass alkoholkranke Väter verantwortlich für kranken Nachwuchs seien. Allerdings konnte bis heute kein teratogener (Missbildungen hervorrufender) oder mutagener (Erbgut verändernder) Einfluss väterlichen Alkoholkonsums nachgewiesen werden. Viele Untersuchungen beweisen aber, dass exzessiver mütterlicher Alkoholkonsum einen erheblichen Einfluss auf die embryonale Entwicklung hat und zur Alkoholembryopathie führt, ein Syndrom, das 1968 erstmals durch Lemoine in Frankreich beschrieben wurde (Löser, 1999). Im englischsprachigen und zusehends auch im deutschsprachigen Raum setzen sich die Begriffe "fetales Alkoholsyndrom" (FAS) bzw. für leichtere Formen FAE (fetaler Alkoholeffekt) für die Folgen mütterlichen Alkoholkonsums während der Schwangerschaft durch (Warren & Foudin, 2001). Als Überbegriff für FAS und FAE haben Streissguth and O'Malley (2000) den Begriff FASD (Fetal Alcohol Spectrum Disorder) geprägt (Kopera-Frye et al., 2000). Da Alkohol die Plazentaschranke überwindet, kann er direkten Einfluss auf die Entwicklung von Kindern nehmen. Darüber hinaus können noch indirekte Effekte über alkoholbedingte Organkrankheiten (Lebererkrankungen, Störungen der Sexualhormonhaushalts etc.) sowie alkoholismusassoziierte Lebenszustände (ungesunder Lebenswandel, Mangelernährung) sich problematisch auf die Entwicklung von Ungeborenen auswirken. Für Letzteres spricht nach Löser (1999) unter anderem, dass die FAS-Inzidenz in Gesellschaftsschichten mit niedrigem sozioökonomischem Status erheblich höher ist.

Die Facetten des klinischen Bildes des FAS reichen von der leichten Normabweichung bis zur schweren intrauterinen Schädigung: zu kleiner Kopf (Mikrozephalie), körperliche Schmächtigkeit (postnatale Dystrophie), deutliche muskuläre Schwäche (Hypotonie), Entwicklungsverzögerung (mentale Retardierung), Herzfehler und kleinere Auffälligkeiten im Gesicht (kranofaziale Dysmorphie). Nach der Schwere der Schädigung unterscheidet man leichtes (FAS I), mäßig ausgeprägtes (FAS II) oder schweres fetales Alkoholsyndrom (FAS III).

Eine gründliche Analyse aller bis zum Jahr 1987 durchgeführten internationalen Studien zur Häufigkeit des Syndroms ergab laut Spohr (1997) eine durchschnittliche Häufigkeit von 0,1% FAS-Geburten in der westlichen Welt. Laut Merzenich & Lang (2002) werden in Deutschland pro Jahr 2.200 Säuglinge geboren, die stark durch Alkohol geschädigt sind. Das sind 0,3% aller Geburten und grob geschätzt rund ein Viertel der Kinder, die von alkoholkranken Frauen zur Welt gebracht werden.

Die Langzeitentwicklung der Kinder ist ungünstiger als noch in den Siebzigerjahren angenommen wurde. Obwohl sich die klinischen Auffälligkeiten im Gesicht mit der Zeit zurückbilden, bleiben die kognitiven Defizite bis in das Jugendalter ohne eine Tendenz zur erkennbaren intellektuellen Besserung bestehen. FAS gilt als die dritthäufigste Ursache für Entwicklungsstörungen.

Es gibt keine sichere Alkoholgrenze, bis zu der eine Frau während der Schwangerschaft Alkohol zu sich nehmen kann, ohne den Embryo zu schädigen. Die vom amerikanischen Bundesgesundheitsamt Anfang der Achtzigerjahre ausgesprochene Empfehlung, während der Schwangerschaft überhaupt keinen Alkohol zu trinken, führte in den USA zu einer erheblichen Beunruhigung der Bevölkerung. Seither haben zahlreiche Studien belegt, dass geringe Mengen Alkohol während der Schwangerschaft bei gesunden Frauen keine nachweisbaren Schäden beim Neugeborenen verursachen. Erst ab einem Alkoholkonsum von mehr als 120g reinen Alkohols pro Woche (das entspricht ungefähr einem Krügel Bier pro Tag), konnte eine signifikante Gewichts- und Längenminderung bei ansonsten gesunden Neugeborenen festgestellt werden (Spohr, 1997).

Angesichts des Umstands, dass viele Frauen zumindest bis sie erkennen, dass sie schwanger sind, Alkohol trinken, und angesichts des Umstands, dass es keine empirischen Hinweise dafür gibt, dass moderater Alkoholkonsum während der Schwangerschaft die Gesundheit des Ungeborenen merklich schädigen kann, ist es nicht angezeigt, moderaten Alkoholkonsum während der Schwangerschaft über Gebühr zu dramatisieren und werdende Mütter sowie Frauen, die bereits Kinder geboren haben, über Gebühr zu verunsichern. Diese Ansicht vertritt auch das Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2006). Es rät aber gleichzeitig, während der Schwangerschaft auf Alkohol weitgehend zu verzichten, da man geringfügige negative Effekte auf die ungeborenen Kinder nicht nachweisen kann.

5.6 Stillen und Alkoholkonsum – die doppelte Verdünnung

Häufig wird nicht nur der Alkoholkonsum während der Schwangerschaft, sondern auch jeglicher Alkoholkonsum während des Stillens problematisiert. Auch wenn bei oberflächlicher Betrachtung eine Analogie zwischen Alkoholkonsum während der Schwangerschaft und während der Stillzeit plausibel erscheint, erweist sich sowohl diese Analogie als auch die Warnung, während der Stillzeit keinen Alkohol zu konsumieren, als unhaltbar. Den Unterschied macht, dass der im Getränk enthaltene Alkohol im Blut des Kindes während der Schwangerschaft bloß einfach, während der Stillzeit aber doppelt verdünnt wird. Dies bewirkt im ersten Fall eine durchaus relevante, in letzterem Fall aber eine vernachlässigbare Blutalkoholkonzentration. Dies lässt sich, wie Uhl (2005a) aufzeigte, mit einem Rechenbeispiel belegen:

Wenn eine durchschnittliche Frau einen Liter Bier mit 5 Vol.-% Alkohol trinkt, so erzielt sie maximal eine Blutalkoholkonzentration von 0,1 Vol.-% Alkohol oder 0,8 Promille [43]. Der

43 Promille Blutalkoholkonzentration bedeutet in Österreich Gramm Alkohol pro Liter Blut und in Deutschland Gramm Alkohol pro

Alkoholgehalt im Blut eines ungeborenen Kindes und in der Muttermilch entspricht dann ziemlich genau dem Alkoholgehalt des mütterlichen Blutes. Berechnet man aus dem Alkoholgehalt von Bier (5 Vol.-% oder 40 Promille) den Alkoholgehalt im mütterlichen Blut, in der Muttermilch bzw. im ungeborenen Kind, so ergibt sich eine Verdünnung im Verhältnis 1:50 [44] = 1:2500 (Tab. 12).

Tab. 12: Die doppelte Verdünnung des Alkoholgehalts beim Stillen

	Vol.-% Alkohol	g Alkohol pro Liter (Promille)
Bier	5	40
erste Verdünnung durch Trinkakt der Mutter 1:50		
mütterliches Blut	0,1	0,8
Blut des ungeborenen Kindes	0,1	0,8
Muttermilch	0,1	0,8
zweite Verdünnung durch Trinkakt des Säugling 1:50		
Blut des gestillten Säuglings	0,002	0,016

Quelle: (Uhl, 2005a)

Trinkt ein Säugling bei einer Mahlzeit etwa 15 mL/kg oder 1,5% seines Körpergewichts Muttermilch (0,1 Vol.-% Alkohol), so ergibt sich bei ihm eine Zunahme des Blutalkoholspiegels um 0,002 Vol.-% oder 0,016 Promille (Tab. 12). Vergleicht man nun den Alkoholgehalt von Bier mit dem Blutalkoholgehalt des Säuglings, so ergibt sich hier infolge der „doppelten Verdünnung“ (zweimal im Verhältnis von 1:50) eine Gesamtverdünnung von 1:2500.

Die errechnete Zunahme der Blutalkoholkonzentration im Blut des gestillten Säuglings von 0,016 Promille entspricht fast dem natürlichen Alkoholspiegel im menschlichen Blut von 0,03 Promille, der ohne externe Alkoholzufuhr durch natürliche Gärung als Stoffwechselnebenprodukt entsteht (Pfannhauser, 2004). Diese Menge wäre selbst dann vernachlässigbar gering, wenn jene ExpertInnen recht hätten, die postulieren, dass der Alkoholabbau bei kleinen Kindern erheblich verringert sei. Wie wir in Kap. 5.2 (S. 108) ausgeführt haben, ist darüber hinaus im Licht der empirischen Forschungsergebnisse die These vom verringerten Alkoholabbau bei Kindern stark zu relativieren.

All diese Berechnungen basieren auf dem theoretisch maximal möglichen Blutalkoholspiegels (vgl. Kap. 3.1.12, S. 62), der aber tatsächlich nie erreicht werden kann, weil ein Teil des Alkohols bereits vor dem Erreichen des maximalen Alkoholspiegels metabolisiert wird. Besonders stark überschätzt man den tatsächlichen Alkoholspiegelgipfel mit den oben angestellten Berechnungen, wenn auch Speisen konsumiert werden und/oder wenn der Alkoholkonsum über einen längeren Zeitraum erfolgt.

Das Problem lässt sich aber auch noch über einen Vergleich der Muttermilch mit anderen Getränken und Speisen relativieren. Ein Alkoholgehalt von 0,8g pro Liter Muttermilch ist erheblich weniger als jener in vielen alltäglichen Lebensmitteln. So enthält z.B. ein Liter frisch gepresster Apfelsaft 2g Alkohol, frisch gepresster Apfelsaft 6 Stunden nach der Pressung 6g Alkohol, ein kg Mischbrot 2g bis 4g Alkohol, reife Bananen 8 Tage nach dem Einkauf 5g Alkohol, ein kg Sauerkraut 5g Alkohol oder Kefir 5g Alkohol (Pfannhauser, 2004).

Kilogramm Blut. Da 0,8 g Alkohol ca. 1 ml Alkohol entsprechen, entspricht 1 Vol.-% ziemlich genau 8 Promille.

44 Details zur Rechnung: Der Rechnung wurde eine schlanke Frau mit 70kg Körpergewicht zugrunde gelegt, bei der eine Körperwasserkonzentration von 57% realistisch ist. Ein Liter Bier entspricht in diesem Fall fast exakt 1,5 % des Körpergewichtes – also jener relativen Menge Flüssigkeit, die auch ein Säugling bei einer Mahlzeit zu sich nimmt.

Tab. 13: Alkoholgehalt in Speisen und Getränken

	Vol.-% Alkohol	Gramm Alkohol (Promille) pro Liter Flüssigkeit bzw. Kilogramm Speise
Muttermilch, wenn Mutter 0,8 Promille Blutalkoholkonzentration hat	0,1	0,8
Traubensüßmost	0,8 (max. laut Gesetz)	6,4
Kefir	0,63	5
Sauerkraut	0,63	5
Mischbrot	0,25 – 0,5	2 – 4
alkoholfreies Bier	0,5 (max. laut Gesetz)	4
Apfelsaft frisch gepresst	0,25	2
Apfelsaft frisch gepresst nach 6 Stunden	0,75	6
Reife Bananen nach 8 Tagen	0,63	5

Quelle: Pfannhauser, 2004

Die Erkenntnis, dass leichter Alkoholkonsum der Mutter während des Stillens – zumindest bezüglich des damit erzielbaren Blutalkoholgehalts beim Säugling – nicht gefährlich ist, kommt wohl jenen ungelegen, die im Sinne des Alkoholkontrollansatzes danach trachten, jeglichen Alkoholkonsum zu problematisieren.

Eine weitere Argumentationslinie rät stillenden Müttern vom Alkoholkonsum ab: Mennella & Beauchamp (1991) fanden, dass Kinder, deren Mütter ein alkoholhältiges Getränk konsumiert hatten, weniger Muttermilch zu sich nahmen, als wenn vor dem Stillen Fruchtsaft gegeben wurde. Da es sich hier um einen einmaligen Versuch mit 12 Versuchsmüttern handelte, da die Muttermilch bloß 0,3 Promille Alkohol aufwies, da man ähnliche Effekte auch bei anderen Speisen vermuten kann, und da Kinder einen einmaligen Minderkonsum bei den Folgemahlzeiten leicht ausgleichen können, ist die praktische Relevanz dieser Ergebnisse allerdings fraglich. Eine adäquate Versuchsanordnung müsste auch den Einfluss anderer Nahrungs- und Genussmittel vergleichen und mittels einer längerfristigen Versuchsanordnung prüfen, inwieweit eine durch die Ernährungs-gewohnheiten der Mutter kurzfristig verringerte Nahrungsaufnahme bei späteren Mahlzeiten kompensiert wird.

Auch die Hypothese, dass Alkoholgeschmack in der Muttermilch bewirke, dass Kinder später eher Alkohol konsumieren ist ebenso wenig gesichert wie die Hypothese, dass ein erhöhter Alkoholspiegel die Milchproduktion verringere (Mennella, 2001). Es gibt auch keinen vernünftigen Grund, stillenden Müttern zu raten ihre Milch vor dem Alkoholkonsum abzupumpen und die Kinder später mit der Flasche zu füttern. Das wichtigste Argument, stillenden Müttern von regelmäßigem stärkerem Alkoholkonsum abzuraten, ist die eigene Gesundheitsvorsorge.

5.7 Kinder aus alkoholbelasteten Familien

Mit der Bezeichnung ‚Children of Alcoholics' (COAs) werden in der internationalen Literatur Kinder und Jugendliche bezeichnet, die mit der Alkoholabhängigkeit eines oder beider Elternteile konfrontiert sind. In Österreich sind das ca. 10% aller Kinder und Jugendlichen bis zum Alter von 18 Jahren (Uhl, 2007b). Da nicht nur Kinder von Eltern mit einer manifesten Alkoholerkrankung belastet sein können, ist man dazu übergangen, den Fokus auch auf jene Kinder und Jugendliche zu richten, deren Eltern zwar keine Abhängigkeit, jedoch einen problematischen Alkoholkonsum aufweisen bzw. auch auf jene Kinder und Jugendliche, die mit einem problematischen Alkoholkonsum von anderen Familienmitgliedern oder relevanten Bezugspersonen (z.B. Pflegeeltern, Großeltern, älteren Geschwistern und anderen Verwandten) konfrontiert sind. Zu diesem erweiterten Kreis können ca. 50% aller Minderjährigen in Österreich zugerechnet werden (Uhl, 2007b). Der Begriff der „Children Affected by Parental Alcohol Problems" (ChAPAPs) trägt ebenfalls einem erweiterten Verständnis Rechnung, hat sich aber in der internationalen Literatur bis jetzt noch nicht durchgesetzt.

Die Frage nach den Auswirkungen einer elterlichen Alkoholerkrankung oder eines problematischen Alkoholkonsums auf die Kinder kann nicht pauschal beantwortet werden, da diese von einer Vielzahl an Einflussfaktoren abhängig sind, wie etwa dem Geschlecht des abhängigen Elternteils, der elterlichen Komorbidität bzw. Alter und Geschlecht des Kindes. Des weiteren stellt nicht nur die elterliche Alkoholerkrankung einen Risikofaktor für die kindliche Entwicklung dar, sondern auch damit häufig assoziierte Belastungen wie Gewalt, elterliche Disharmonie, sozioökonomische Nachteile (z.B. durch Arbeitslosigkeit der Eltern) bzw. deren Wechselwirkung. Das Kontinuum reicht von Kindern, die trotz einer Vielzahl an Risikofaktoren eine gesunde Entwicklung durchlaufen, bis hin zu Kindern, die durch die elterliche Erkrankung und die damit assoziierten Risikofaktoren in ihrer Entwicklung massiv gefährdet sind.

Kinder alkoholkranker Eltern stellen die Hauptrisikogruppe für die Entwicklung eigener Suchterkrankungen dar, ebenso weisen sie ein erhöhtes Risiko für Probleme im emotionalen Bereich, wie etwa affektive Störungen auf. Für viele Kinder bedeutet das Zusammenleben mit einem alkoholkranken Elternteil einen chronischen Stresszustand. Sie erleben häufiger eine familiäre Atmosphäre, die durch Instabilität, Inkonsequenz, elterliche Disharmonie und Gewalt gekennzeichnet ist. Sie sind konfrontiert mit ambivalenten Gefühlen ihren Eltern gegenüber, Alkohol ist sowohl innerhalb als auch außerhalb der Familie oft Tabuthema, Folge davon ist oft eine zunehmende soziale Isolation des Kindes bzw. der gesamten Familie.

In diesem Zusammenhang ist es wichtig zu betonen, dass Alkohol nicht als alleinige Ursache für die vermehrten Probleme in der Folgegeneration interpretiert werden darf. Psychische und soziale Probleme, wie Depression, Ängstlichkeit, Arbeitslosigkeit der Eltern usw. bewirken auch ohne erhöhten elterlichen Alkoholkonsum in der Folgegeneration gehäuft ähnliche Problemlagen. Da diese Probleme in beiden Generationen die Entstehung von sekundären Alkoholproblemen (vgl. Kap. 3.4.3, S. 76) begünstigen, korreliert dann zwangs-

läufig auch der Alkoholkonsum. Wie weit der Zusammenhang zwischen elterlichen Problemen und Problemen in der Kindergeneration durch den Faktor Alkoholkonsum bewirkt wird bzw. wie weit der Zusammenhang als Scheinzusammenhang über andere Probleme zu erklären ist, lässt sich beim gegenwärtigen Forschungsstand nicht befriedigend klären.

In den letzten Jahren ist bei der Betrachtung der Gruppe der Kinder alkoholkranker Eltern ein Wandel zu beobachten – weg von einer vorwiegend defizitorientierten hin zu ressourcenorientierten Sichtweise. Der Blickwinkel liegt zunehmend auf den Resilienzfaktoren der betreffenden Kinder und Jugendlichen, die es ihnen ermöglichen, sich trotz risikoreicher familiärer Bedingungen gesund zu entwickeln.

Bei der Überlegung, wie die betroffenen Kinder und Jugendlichen bzw. deren Familien sinnvoll zu unterstützen sind, ist zu beachten, (1) dass nicht alle Kinder aus alkoholbelasteten Familien unterstützender Maßnahmen bedürfen, (2) ob die Maßnahmen nicht die Gefahr einer zusätzlich Stigmatisierung für die Kinder und Jugendlichen bedeuten und (3) dass die spezifischen Bedürfnisse der Betroffenen und ihrer Familien ausreichend berücksichtigt werden.

Um Minderjährigen aus alkoholbelasteten Familien effektiv helfen zu können, wurde von der EU ein Projekt mit dem Titel ENCARE („**E**uropean **N**etwork for **C**hildren **A**ffected by **R**isky **E**nvironments within the Family“) finanziert und in der Folge vier weitere Projekte, die sich mit unterschiedlichen familiären Risikofaktoren in diesem Zusammenhang befassen. Das nicht alkoholspezifisch formulierte Akronym „ENCARE“ sollte die Möglichkeit offen halten, in weiteren Projekten auch auf Risikofaktoren wie elterliche Abhängigkeit von illegalen Substanzen, psychiatrische Erkrankungen der Eltern bzw. familiäre Gewalt eingehen zu können.

ENCARE I – Unterstützung für Kinder aus suchtbelasteten Familien

Am ersten ENCARE-Projekt haben sich ExpertInnen aus 13 EU-Ländern (Belgien, Dänemark, Deutschland, Finnland, Großbritannien, Irland, Italien, Luxemburg, Niederlande, Österreich, Portugal, Schweden und Spanien) beteiligt. Die österreichischen Partner dieses Projekts waren die AlkoholKoordinations- und Informationsstelle (AKIS) des Anton Proksch Instituts Wien (API) und das Institut Suchtprävention (ISP) in Linz.

Ziel des Projekts war es, ExpertInnen (VertreterInnen verschiedener sozialer und pädagogischer Berufe wie JugendarbeiterInnen, SozialarbeiterInnen, ÄrztInnen, Pflegepersonal, ErgotherapeutInnen, SprachheilpädagogInnen, LehrerInnen, SozialpädagogInnen u.v.m.), die im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit in den Bereichen Therapie, Beratung, Prävention, Forschung oder Verwaltung mit der Thematik „Kinder alkoholkranker Eltern“ konfrontiert sind, zu unterstützen; neben der Vernetzung und der Möglichkeit eines unkomplizierten Austausches sollten zentrale Informationen für die ExpertInnen über die internationale (www.encare.info bzw. nationale Internet-Seiten (für Österreich: www.encare.at zugänglich gemacht werden.

Projektdauer: 2003 – 2004

ENCARE II – Gewalterfahrungen, Unfälle und Verletzungen bei Jugendlichen aus alkoholbelasteten Familien (ALC-VIOL)

Im Rahmen des DAPHE II-Programms, einem EU-Programm zur Verhütung von Gewalt gegen Kinder, Jugendliche und Frauen, wurde ein weiters ENCARE-Projekt mit der Bezeichnung ALC-VIOL („**Viol**ence experienced by children living in families with **alc**ohol problems"), das den Schwerpunkt auf familiärer Gewalt in alkoholbelasteten Familien hatte, finanziert.

Neben der Erfassung von Gewalterfahrungen, Ressourcen, Copingstrategien bei 12-18 jährigen Jugendlichen wurden in den am Projekt beteiligten Partnerländern vorhandene Präventionsstrategien und -leitlinien gesammelt, um daraus relevante Strategien abzuleiten (Vellemann & Reuber, 2007).

Projektdauer: März 2005 – Juni 2007

ENCARE III – Familiäre Gewalt und Substanzmissbrauch unter spezieller Berücksichtigung der Perspektive von Kindern (CHALVI)

Das Projekte CHALVI („**Ch**ildren, **al**cohol and **vi**olence") hatte ebenso wie das Projekt ALC-VIOL den Schwerpunkt auf Alkohol und innerfamiliäre Gewalt und wurde ebenfalls durch das DAPHNE II-Programm finanziert. Ziel war es, ProfessionistInnen dabei zu unterstützen, Kinder und Jugendliche, die mit elterlicher Alkoholerkrankung und familiärer Gewalt konfrontiert sind, frühzeitig zu identifizieren und effektive Maßnahmen zu ergreifen bzw. Kinder bei der Bewältigung der familiären Risikosituation zu unterstützen.

Projektdauer: März 2006 – Februar 2008

ENCARE IV – Hilfe für Männer mit Alkohol- und Gewaltproblemen (TAVIM)

Im Rahmen des Projekts TAVIM („**T**reatment of **A**lcoholic **Vi**olent **M**en") wurde ein Gruppenprogramm zur Behandlung von Männern mit Alkohol- und Gewaltproblemen entwickelt und evaluiert. Im Laufe des Projekts wurde das Therapieprogramm manualisiert und von Projektpartnerorganisationen aus vier europäischen Ländern sowohl im stationären als auch ambulanten Setting modellhaft erprobt und evaluiert.

Projektdauer: April 2006 – März 2008

ENCARE V – Kinder und Alkohol in der Familie: Gesundheitsförderung und Schadensbegrenzung (ChAPAPs)

Im Rahmen des Projekts ChAPAPs („Reducing Harm and Building Capacities for **Ch**ildren **A**ffected by **P**arental **A**lcohol **P**roblem**s** in Europe") sollen in den Partnerländern vergleichbare Daten über den psychischen und physischen Gesundheitszustand von betroffenen Kindern und Jugendlichen erhoben werden. Die gewonnen Daten stellen eine Basis für die Entwicklung eines Manuals mit Handlungsempfehlungen dar; gemeinsam mit dem entsprechenden Training für PraktikerInnen soll dieses Manual – vor allem in Ländern mit wenig diesbezüglicher Erfahrung – die Unterstützung für betroffene Kinder und Jugendliche verbessern helfen.

Projektdauer: August 2007 – Juli 2010

Die Sensibilisierung für die Situation von Kindern aus alkoholbelasteten Familien auf europäischer Ebene hat auch in Österreich zu einem steigenden Bewusstsein für die Sinnhaftigkeit von Vernetzung bezüglich dieser Thematik geführt; dies war der Ausgangspunkt für zahlreiche einschlägige Aktivitäten. Die ARGE Suchtvorbeugung hat sich dieser Thematik angenommen und infolge die Fachstellen für Suchtprävention der einzelnen Bundesländer als Verantwortliche für die Schaffung regionaler Netzwerke definiert. Mittlerweile existieren in den meisten österreichischen Bundesländern gut ausgebaute Netzwerke; wichtige Plattform hierfür ist die österreichische ENCARE-Website www.encare.at

Das Forschungsprojekt des Ludwig-Boltzmann-Instituts für Suchtforschung „Kinder aus suchtbelasteten Familien – Theorie und Praxis der Prävention“ hat sich zum Ziel gesetzt, eine bis dahin fehlende systematische Auseinandersetzung mit der Thematik in Österreich zu liefern. Die daraus entstandene Publikation (Puhm et al., 2008) beinhaltet eine theoretische Auseinandersetzung mit relevanten Aspekten der sehr komplexen Thematik, eine Darstellung der in Österreich vorhandenen expliziten Hilfsangebote, die Erfassung impliziter Zugänge, ein Fortbildungscurriculum für Fachkräfte sowie eine Einrichtungs- und Literaturdatenbank.

5.8 Alkoholismus und Co-Abhängigkeit

Es steht außer Frage, dass eine Alkoholerkrankung nicht nur den Betreffenden selbst, sondern in erheblichem Ausmaß auch andere Familienmitglieder belastet. Die Familienmitglieder entwickeln unterschiedliche Strategien um sich den Schwierigkeiten, die durch das Zusammenleben mit einem Alkoholkranken entstehen, anzupassen. Die Suchterkrankung verändert so sukzessive die Familienstrukturen: die Partnerin/der Partner übernehmen z.B. Aufgaben, die der/die Alkoholkranke zunehmend nicht mehr leisten kann (u.a. in erzieherischen und finanziellen Belangen), aber auch Kinder sind gezwungen in unterschiedlichen Bereichen Verantwortung in einem Ausmaß zu übernehmen, das eine Überforderung darstellen kann. Der mittlerweile sehr populäre Begriff der „Co-Abhängigkeit", der sich zentral mit der Frage auseinandersetzt, welche Rolle Bezugspersonen eines/einer Suchtkranken bei der Entstehung und Aufrechterhaltung des süchtigen Verhalten spielen (Marx, 2004), ist sehr vielschichtig und mehrdeutig. „Co-Abhängigkeit" in diesem umfassenden Sinne ist ein Überbegriff für alle Verhaltensweisen von Angehörigen, ArbeitskollegInnen, TherapeutInnen usw., die die Suchtproblematik der abhängigen Person begünstigen – der Umstand, dass Sucht in diesem Zusammenhang aus systemtheoretischer Perspektive analysiert wird, ist sehr zu begrüßen.

Probleme ergeben sich mit dem Begriff in der Praxis jedoch, weil nicht immer eindeutig zu beurteilen ist, welche Verhaltensweisen im konkreten Fall die Aufrechterhaltung einer Sucht tatsächlich fördern – wobei häufig suggeriert wird, dass hier immer einfache Zuordnungen möglich seien. Probleme ergeben sich auch aus dem Umstand, dass Handlungen von allen Menschen, und damit auch von „Co-Abhängigen" in den meisten Fällen nicht bloß auf ein Ziel, wie die „Überwindung der Suchtkrankheit des Betroffenen" gerichtet sein können, sondern dass bei Entscheidungen meist auch eine Reihe anderer wichtiger Aspekte eine Rolle spielen[45]. Probleme ergeben sich letztlich auch aus dem Umstand, dass der Begriff „Co-Abhängigkeit", als Synonym für „inadäquates, die Abhängigkeit unterstützendes Verhalten" dem „Co-Abhängigen" konnotativ primär die Rolle des Schuldigen bzw. Mitschuldigen und weniger die Opferrolle zuweist, und diesen teilweise auch noch pathologisiert, indem „Co-Abhängigkeit" als eigenständige Krankheit definiert wird (Harper et al., 1990).

Damit ermöglicht der Begriff „Co-Abhängigkeit" auf der positiven Seite eine komplexe systemtheoretische Analyse, die Identifizierung von Problemfeldern, die Anhängigkeit aufrecht erhalten und macht damit das Auffinden angemessener Lösungsstrategien für alle Beteiligten wahrscheinlicher. Auf der negativen Seite bietet der Begriff aber auch eine einfache Möglichkeit zur Verantwortungsdelegation bzw. Viktimisierung der Opfer, indem er den Suchtkranken, deren Freunden, deren TherapeutInnen oder der allgemeinen Öffentlichkeit eine Argumentationsschiene anbietet, um die Hauptverantwortung an der Aufrechterhaltung des Problems undifferenziert den Angehörigen und dem Umfeld zuzuschreiben [46].

---

45 So kann man z.B. von der nicht berufstätigen Ehefrau eines Alkoholkranken, die drei kleine Kinder zu versorgen hat, nicht kategorisch verlangen, diesen beim Anruf des Arbeitgebers nicht zu entschuldigen, wenn ein Arbeitsplatzverlust droht und in der Folge die Versorgung der Kinder nicht mehr zu gewährleisten ist. Was bei sorgsamer Abwägung aller Faktoren langfristig das Optimum darstellt, ist nicht immer einfach und schon gar nicht mechanistisch zu beurteilen. Eine derartige Entschuldigung wird aber meist ohne Wenn und Aber als „co-abhängige Verhaltensweise" klassifiziert, da sie den Suchtkranken vor unangenehmen Konsequenzen bewahrt.

46 Natürlich gibt es Fälle, wo man ziemlich eindeutig bestimmte Bezugspersonen als Hauptverursachende einer Suchterkrankung identifizieren kann, aber häufig sind Kinder, PartnerIn und andere Beziehungspersonen primär als Opfer zu sehen – wobei es hier natürlich nicht um „Schuld" im moralischen Sinn geht, sondern im deskriptiven Sinn um kausales Bewirken.

5.9 Alkohol am Arbeitsplatz

Darauf, dass exzessiver Alkoholkonsum und Alkoholismus für viele Betriebe empfindliche Kosten verursacht, wird in Kap. 12.3.8, S. 287 ausführlich hingewiesen. Auch auf eine Reihe gesetzlicher Bestimmungen, die den Alkoholkonsum im Zusammenhang mit bestimmten beruflichen und andersartigen Tätigkeiten beschränken (Institut Suchtprävention, 2004) und für den Fall des Zuwiderhandelns direkte oder indirekte Konsequenzen vorsehen, wird an anderer Stelle hingewiesen (Kap. 17.4.3, S. 485). Aber auch, wenn die durch Alkohol verursachten Kosten für die Unternehmungen unbestreitbar sind und es gesetzliche Möglichkeiten gibt, Druck auf MitarbeiterInnen auszuüben, die während des Dienstes alkoholisiert angetroffen werden, und diese gegebenenfalls zu entlassen, so sind viele Betriebe dem Phänomen „Alkohol am Arbeitsplatz“ nichtsdestoweniger recht hilflos ausgeliefert. Es ist daher nicht verwunderlich, dass es seit einigen Jahren einen zunehmenden Trend zu innerbetrieblichen Alkoholpräventionsprogrammen gibt. Besonders erfolgreich in diesem Zusammenhang erweisen sich umfassende Programme, die Primärprävention (Verringerung der Arbeitsplatzbelastung, Angebot alkoholfreier Getränke in Kantinen und bei Betriebsfeiern etc.), Sekundärprävention (Früherkennung von Gefährdeten, Motivationsgespräche etc.) und Tertiärprävention, d.h. die Behandlung bereits erkrankter MitarbeiterInnen (über sogenannte Stufenprogramme) beinhalten, wie Beiglböck (1995) betonte.

Beiglböck & Feselmayer (1998) wiesen auf eine Reihe von Problemen in österreichischen Unternehmungen hin, die Alkoholprobleme begünstigen und eine erfolgreiche Reduktion der Probleme erschweren. Diese lassen sich schlagwortartig wie folgt zusammenfassen:

- Alkoholmissbrauch ist verpönt und wird daher weder thematisiert noch wahrgenommen.
- Alkoholprobleme in der Kollegenschaft werden lange nicht ernst genommen.
- Alkoholabhängige MitarbeiterInnen werden von KollegInnen über eine zu lange Zeit in Schutz genommen (Co-Alkoholismus).
- Es erfolgt eine indirekte Förderung des Alkoholismus durch Co-Alkoholismus.
- Das Alkoholproblem wird nicht in Angriff genommen, bis die Situation hoffnungslos wird.
- Arbeitsschutzprogramme nehmen auf Alkoholmissbrauch oder entsprechende Präventionsmöglichkeiten zu wenig Rücksicht.
- Es gibt vielfach nur ein mangelndes Problembewusstsein auf Führungsebenen.
- Die diesbezügliche Führungsverantwortung wird oft nicht wahrgenommen.
- Es gibt keine ausreichende Unterstützung für TopmanagerInnen.
- Es gibt oft Schwierigkeiten bei der Kündigung von alkoholabhängigen KollegInnen.
- Besonders Unternehmen im öffentlich-rechtlichen Bereich haben oft Schwierigkeiten, organisatorische Änderungen effektiv umzusetzen, da ihre innerbetrieblichen Rechtsvorschriften, die Bundes- oder Landesgesetze sind, enge Grenzen setzen (insbesondere hinsichtlich disziplinärer Maßnahmen).
- Führungskräfte versuchen oft, Präventionsprogramme zu schnell einzuführen und scheitern aufgrund der Widerstände, die dieses Thema in vielen Unternehmensbereichen hervorruft.

Seminare, die Führungskräften aus österreichischen Unternehmungen Strategien zur Verringerung des Alkoholproblems vermitteln können, werden nun schon seit Jahren vom Anton Proksch Institut Wien (API) angeboten (Feselmayer & Beiglböck, 2001). An diesen Seminaren nehmen jährlich inzwischen bis zu 500 Führungskräfte teil. Anfangs waren das primär Privatunternehmen, in letzter Zeit wird dieses Angebot verstärkt auch von öffentlichen und kommunalen Stellen (z.B. Wiener Krankenanstaltenverbund, Arbeiterkammer, Gewerkschaft der Gemeindebediensteten) genutzt. Auch ein vom Anton Proksch Institut entwickeltes Angebot zur Erarbeitung unternehmensspezifischer Präventionsprogramme wird deutlich mehr angenommen als in den letzten Jahren. Darüber hinaus beschäftigt sich auch die AUVA (Allgemeine Unfallversicherungsanstalt) zunehmend mit dieser Problematik und stellt entsprechende Materialien zur Verfügung (AUVA, 1991). Interessante Informationen zu diesem Thema finden sich auch im Buch „Alkohol am Arbeitsplatz“ (Brosch & Mader, 2001).

5.10 Die „Harmlosigkeitsgrenze“ und die „Gefährdungsgrenze“

Die frühesten, in der aktuellen Literatur zu diesem Thema immer wieder erwähnten, mit empirischen Resultaten begründeten Grenzmengen – jene von Péquignot (1961) – werden heute generell als viel zu hoch erachtet: Péquignot hatte die „Harmlosigkeitsgrenze“ bei 80 Gramm und die „Gefährdungsgrenze“, ab der ein hohes Gesundheitsrisiko gegeben ist, bei 160 Gramm reinem Alkohol pro Tag definiert. Diese Grenzziehung wurde von Péquignot selbst (Péquignot et al., 1974) dahingehend modifiziert, dass er die „Gefährdungsgrenze“ auf 60 Gramm (Männer) und 20 Gramm (Frauen) pro Tag reduzierte. In einer späteren Publikation (Péquignot et al., 1978) hat der Autor dann allerdings, wohl angesichts des inzwischen von ihm festgestellten kontinuierlichen geometrischen Zusammenhanges zwischen Alkoholkonsummenge und Leberzirrhoserisiko überhaupt davon Abstand genommen, Grenzwerte zu formulieren.

Weitere Angaben über die Gefährdungsgrenze, ab der ein hohes Gesundheitsrisiko gegeben ist, bietet das Royal College of Psychiatrists (1979, S. 140) mit rund 60 Gramm Alkohol pro Tag (d.h. 2 Liter englisches Bier oder 0,7 Liter Wein oder 4 doppelte Schnäpse), wobei die Autoren keine geschlechtsspezifische Differenzierung vornehmen.

Im Rahmen eines WHO-Projektes über die Früherkennung von Personen mit Alkoholproblemen vertreten Saunders et al. (1993), dass es aktuell im Wesentlichen zwei unter ExpertInnen übliche Vorstellungen über die „Gefährdungsgrenze“ gibt:

- die höhere Variante bei 60 Gramm (Männer) und 40 Gramm (Frauen) pro Tag
- die niedrigere Variante bei 40 Gramm (Männer) und 20 Gramm (Frauen) pro Tag.

Als Beispiele dafür: Vom britischen Health Education Council (1994) wurde unter dem Titel „That’s the Limit“ in etwa die höhere Variante und 9 Jahre später vom Health Education Board for Scotland (Robertson, 1990) [47] in etwa die niedrigere Variante vertreten.

Das britische Health Education Council (1994) und das Health Education Board for Scotland (Robertson, 1990) betonen in ihren Publikationen allerdings nicht die „Gefährdungsgrenze“, sondern die „Harmlosigkeitsgrenze“ und setzen diese jeweils bei 3 Drinks für Männer und 2 Drinks für Frauen fest, wobei sie darüber hinaus noch zwei abstinente Tage pro Woche

47 Männer: 36 Drinks á 6,6 Gramm pro Woche = 34 Gramm pro Tag (≈ 0,43 Liter Wein bzw. 0,85 Liter Bier pro Tag)
Frauen: 22 Drinks á 6,6 Gramm pro Woche = 21 Gramm pro Tag (≈ 0,26 Liter Wein bzw. 0,53 Liter Bier pro Tag)

empfehlen. Infolge des Umstandes, dass das britische Health Education Council einen Drink mit ca. 8 Gramm Alkohol, das Health Education Board for Scotland einen Drink hingegen mit 6,6 Gramm Alkohol ansetzt, ergeben sich Werte von 24 Gramm (bzw. 20 Gramm; Schottland) pro Tag für Männer und von 16 Gramm (bzw. 13 Gramm; Schottland) pro Tag für Frauen.

Diese inzwischen auch vom Royal College of General Practitioners (1986) und von Anderson (1990) im Rahmen einer WHO Publikation popularisierte – eigentlich recht willkürliche – Grenzziehung [48] wurde 1984 von einer Stichprobe britischer Alkoholismusforscher noch mehrheitlich als zu niedrig befunden (Anderson et al., 1984). Im Durchschnitt vertraten jene 46 von 70 ExpertInnen, die auf den Fragebogen antworteten, für Männer durchschnittlich einen Wert von 31 Gramm pro Tag und für Frauen einen Wert von 19 Gramm pro Tag als „Harmlosigkeitsgrenze".

Ein Jahr später wurden von denselben Autoren (Wallace et al., 1985) neuerlich im Rahmen einer Zufallsstichprobe 200 praktische Ärzte/Ärztinnen zu diesem Thema befragt, und nun ergaben sich, wie die Autoren selbst vermuteten, infolge diverser Kampagnen des britischen Health Education Councils zur Verbreitung der oben genannten „Harmlosigkeitsgrenze", Durchschnittswerte, die mit 18 Gramm pro Tag für Männer und 13 Gramm pro Tag für Frauen sogar unter den genannten Empfehlungen lagen.

Bei der Einteilung in Alkoholkonsumklassen wurde sowohl die „Harmlosigkeitsgrenze" als auch die „Gefährdungsgrenze" den Empfehlungen des britischen Health Education Council (1994) entsprechend definiert. Das bedeutet, dass wir einen täglichen Durchschnittskonsum bis 16 Gramm Alkohol bei Frauen und bis 24 Gramm Alkohol bei Männern als harmlos und von 40 Gramm Alkohol bei Frauen und von 60 Gramm Alkohol bei Männern als gesundheitsgefährdend einstufen (Tab. 14). Nachdem diese Grenzziehungen inzwischen auch über WHO-Publikationen (z.B. Anderson, 1990) international popularisiert wurden, erschien uns diese Festlegung gerechtfertigt [49].

Tab. 14: „Harmlosigkeitsgrenze" und „Gefährdungsgrenze"

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

Quelle: Health Education Council (1994)

Für die Unterschiede in den Grenzziehungen zwischen Männern und Frauen im Verhältnis 3:2 spricht auch, dass diese Mengen hinsichtlich der Wirkung äquivalent sind, also bei durchschnittlichen Frauen und durchschnittlichen Männern zu identischen Blutalkohol-werten führen (vgl. Kap. 5.3, S. 109).

48 Während man sich bei der Festlegung der Gefährdungsgrenze auf einige empirische Untersuchungen berufen kann, gibt es für die Harmlosigkeitsgrenze keine entsprechenden empirischen Grundlagen.

49 Da WHO Publikationen in der Regel von internationalen ExpertInnen im Auftrag der WHO verfasst und von der WHO dann gedruckt und vertrieben werden, ohne dass die WHO allerdings die Inhalte als offizielle WHO-Position ausgibt, ist es nicht korrekt, diese Grenzen als „WHO-Grenzen" oder als „von der WHO empfohlene Grenzen" anzuführen. Vermutlich haben andere ExpertInnen in anderen WHO-Publikationen davon abweichende Positionen vertreten.

5.11 Gesundheitsfördernde Alkoholwirkung oder Risikofaktor Alkoholabstinenz?

Wie im vorigen Kapitel erörtert, ist Alkoholkonsum für eine Reihe von ernsten gesundheitlichen Problemen verantwortlich. Gleichzeitig wurde Alkohol in der Geschichte aber über eine lange Zeit auch immer wieder als bedeutendes Heilmittel eingesetzt und die gesundheitsfördernde Wirkung von Spirituosen, Wein und Bier als „Hausmittel“ wurde und wird regelmäßig über Medien und Sachbücher vertreten. Titel wie „Ansatzschnäpse selbst gemacht „ (Jöbstl, 2002), „Lebenselixier Wein“ (Prokop, 1995) oder „Jungbrunnen Bier - Gesunder Genuss“ (Walzl & Hlatky, 2004) erfreuen sich in der Bevölkerung großer Beliebtheit. Es gibt in letzter Zeit auch zahlreiche Forschungsergebnisse, die eine gesundheitsfördernde Wirkung geringer Mengen Alkohols nahe legen. Bei empirischen Forschungsprojekten zeigt sich immer wieder, dass nicht nur der übermäßige Konsum, sondern auch die Alkoholabstinenz mit mehr gesundheitlichen Problemen assoziiert ist – ein Phänomen, das in der Literatur meist unter dem Schlagwort „U-förmiger“ oder „J-förmiger“ Zusammenhang abgehandelt wird und dass oft als Beleg für die gesundheitsfördernde Alkoholwirkung angeführt wird.

5.11.1 U-förmige Zusammenhänge in der Literatur

Ein besonders interessantes Beispiel für einen U-Zusammenhang ergab sich in der groß angelegten und sauber geplanten „Grand Rapids Studie“ (Borkenstein et al., 1964), die bis heute eine der zentralen Studien zur Begründung der BAK-Grenzen (Blutalkohol-konzentrationsgrenzen im Straßenverkehr) darstellt. Bei der ersten Auswertung (Hurst, 1973) ergab sich, dass sowohl stärker alkoholisierte als auch völlig nüchterne VerkehrsteilnehmerInnen ein erhöhtes Risiko aufweisen, Unfälle im Straßenverkehr zu verursachen. Anfänglich wurde vermutet, dass geringe Mengen Alkohol die Leistungsfähigkeit im Straßenverkehr erhöhen. Eine detailliertere Analyse der Daten machte dann aber deutlich, dass dem keinesfalls so war – dass es sich also um einen Artefakt handelte. Wertet man die Daten für Personengruppen mit ähnlichen Alkoholkonsumgewohnheiten getrennt aus, so zeigt sich nämlich ganz deutlich, dass in jeder dieser homogenen Teilgruppen das Unfallrisiko mit steigendem Alkoholisierungsgrad kontinuierlich steigt. Das nunmehr überraschende Ergebnis war, dass Alkoholabstinente, die natürlich immer völlig nüchtern sind, rund viermal so viele Unfälle verursachen, wie nüchterne Personen, die normalerweise Alkohol trinken. Da die so stark unfallgefährdeten Alkoholabstinenten allerdings nur in der Gruppe mit 0.0 Promille BAK zu finden sind, wurde dieser BAK-Wert anfangs mit einem erhöhten Unfallrisiko assoziiert. Personen, die üblicherweise Alkohol trinken, werden erst bei einem BAK-Wert um 0,8 Promille so gefährlich im Straßenverkehr wie Alkoholabstinente.

Shaper et al. (1988) stellten fest, dass sowohl Alkoholabstinente als auch Personen mit exzessivem Konsum eine deutlich niedrigere Lebenserwartung haben als Personen mit mittlerem Alkoholkonsum.

Marmot et al. (1993) fanden, dass Alkoholabstinente rund doppelt so oft krank sind wie mäßige Trinker und dabei auch noch doppelt so lang krank sind.

Letenneur & Orgogozo (1993) stellten fest, dass ältere Alkoholabstinente kognitiv weit weniger leistungsfähig seien wie mäßige Trinker.

Lipton (1994) stellte fest, dass sowohl Alkoholabstinente als auch Personen mit exzessivem Konsum deutlich depressiver sind als mäßige Trinker.

Uhl & Springer (1996) fanden, dass sowohl Alkoholabstinente als auch Personen mit exzessivem Konsum deutlich mehr psychologische, soziale, psychiatrische und neurologische Beeinträchtigungen aufweisen als mäßige Trinker (ausführliche Darstellung in Kap. 5.11.6, S. 128).

Shedler & Block (1990) demonstrierten einen ähnlichen Zusammenhang auch in Bezug auf soziale Angepasstheit und Cannabiskonsum.

Uhl et al. (2005b) konnten neuerlich einen entsprechenden Zusammenhang den Alkohol betreffend feststellen. Analoge Ergebnisse traten bei dieser Erhebung aber auch hinsichtlich Nikotinkonsum und Cannabiskonsum auf. Beim geschlechts- und altersstandardisierten Vergleich schnitten aktuelle Cannabiskonsumierende und Cannabisunerfahrene hinsichtlich des subjektiv erlebten Gesundheitszustandes, dem Gefühl der Überforderung, der Lebenszufriedenheit und der subjektiv erlebten sozialen Beliebtheit deutlich schlechter ab, als Cannabiserfahrene, die zum Zeitpunkt des Interviews nicht mehr Cannabis konsumierten. Gelegenheits- und Ex-GelegenheitsraucherInnen schnitten hinsichtlich subjektivem Gesundheitszustand, sportlicher Aktivität, positiver Einstellung zum Lebensgenuss und Bildungsniveau etwas besser ab als NichtraucherInnen – wobei die täglichen, starken RaucherInnen allerdings in den meisten Bereichen erheblich schlechter wegkamen als alle anderen Gruppen.

5.11.2 Ansätze zur Erklärung des U-Zusammenhangs

Angesichts der großen wirtschaftlichen Bedeutung, die Erzeugung, Vertrieb und Ausschank von Alkohol in unserer Gesellschaft haben (vgl. Kap. 9, S. 212), kann es kaum verwundern, dass empirische Befunde, die so interpretiert werden können, dass geringe Mengen Alkohols der Gesundheit und der Leistungsfähigkeit zuträglich seien, von der Wirtschaft mit viel Engagement aufgegriffen und über die Medien verbreitet werden.

Es gehört allerdings zu den fundamentalsten Grundlagen empirischer Forschung, dass empirische Zusammenhänge nicht einfach als Ursache-Wirkung-Zusammenhänge interpretiert werden dürfen, ohne dass man sich kritisch mit den hinter dem Zusammenhang liegenden Wirkmechanismen auseinandersetzt. Grundsätzlich gibt es nämlich zwei diametrale Erklärungsansätze für den U-Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Problemen. Der Zusammenhang könnte über die Wirkung des Alkohols erklärbar sein (Wirkungsmodell) oder dadurch zustande kommen, dass Personen mit Problemen zu abweichenden Alkoholkonsummustern tendieren (Selektionsmodell). Es gibt gute Gründe anzunehmen, dass beim Zustandekommen des U-Zusammenhangs sowohl Alkoholwirkung als auch Selektionsmechanismen eine Rolle spielen. Konkret lassen sich in diesem Zusammenhang drei Wirkungsmodelle und vier Selektionsmodelle anführen, die nun dargestellt und diskutiert werden sollen.

5.11.3 Wirkungsmodelle zur Erklärung des U-Zusammenhangs

5.11.3.1 Alkohol als toxische Substanz

Dieses Modell erklärt den rechten Schenkel des U-Zusammenhangs, also warum bei höherem Konsum mehr Probleme auftreten.

Seit langem ist bekannt, dass Alkohol erheblich lebertoxisch wirkt und auch eine Reihe anderer Organsysteme nachhaltig beeinträchtigen kann (vgl. Kap. 4, S. 95ff). Die Frage, ob diese Wirkung erst ab einer gewissen Grenzmenge ansetzt, oder ob auch ganz geringe Mengen Alkohol in geringem Ausmaß toxisch wirken, ist noch nicht ganz ausdiskutiert. Die „Gefährdungsgrenze", also jene Grenze, ab der längerfristig ein deutlich erhöhtes Leberzirrhoserisiko anzunehmen ist, wird derzeit bei Frauen ab 40g Alkohol pro Tag (das entspricht 1/2 Liter Wein bzw. einem Liter Bier) und Männer ab 60g Alkohol pro Tag (das entspricht 3/4 Liter Wein bzw. eineinhalb Liter Bier) angegeben (vgl. auch Tab. 14, S. 122).

5.11.3.2 Alkohol als spezifisch protektive Substanz (gegen koronare Herzerkrankungen)

Dieses Modell erklärt den linken Schenkel des U-Zusammenhangs, also warum bei Abstinenten mehr Probleme auftreten.

Der U-förmige Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und koronaren Herzerkrankungen wird oft dahingehend interpretiert, dass geringe und mittlere Dosen Alkohol einen positiven Einfluss auf den Cholesterinspiegel haben (Verringerung von LDL-Cholesterin und Erhöhung von HDL-Cholesterin z.B. Gaziano et al., 1993). Der Zusammenhang wird oft als „French Paradoxon" bezeichnet, da sich das stark Wein trinkende Volk Frankreichs durch eine relativ niedrige Inzidenz an Koronarerkrankungen auszeichnet (z.B. Renaud & De-Lorgeril, 1992; Renaud, 1998). Weitgehende Einigkeit unter WissenschaftlerInnen herrscht inzwischen darüber, dass der U-förmige Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Mortalität primär durch den Alkoholgehalt der Getränke und nicht durch andere in alkoholischen Getränken ebenfalls enthaltene Stoffe zu erklären ist.

5.11.3.3 Alkohol als allgemein protektive Substanz (gegen stressinduzierte Erkrankungen)

Auch dieses Modell erklärt den linken Schenkel des U-Zusammenhangs, also warum bei Abstinenten mehr Probleme auftreten.

In empirischen Studien zeigt sich der U-Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Gesundheitsproblemen nicht nur in Bezug auf Koronarerkrankungen, sondern auch in Bezug auf andere Erkrankungen. Manche AutorInnen erklären das damit, dass Alkohol zur Stressreduktion beiträgt und so indirekt einen protektiven Effekt auf die menschliche Gesundheit ausüben kann (Lipton, 1994; Wannamethee & Shaper, 1988).

5.11.4 Selbstselektionsmodelle zur Erklärung des U-Zusammenhangs

Wenn die Personen aus unterschiedlichen Hintergründen mit unterschiedlichen Eigenschaften nicht im Experiment zufällig in Gruppen eingeteilt werden, sondern sich bevorzugt zu bestimmten Gruppen begeben, erklären sich beobachtbare Unterschiede nicht nur durch jene Faktoren, die sich nach der Gruppenauswahl ereigneten, sondern auch durch Aspekte, die bereits vor der Gruppenauswahl vorhanden waren. Das Problem der nicht zufälligen Selektion in relevante Gruppen nennt man in der Forschungsmethodologie „Selbstselektion" und unerwünschte Unterschiede, die sich durch Selbstselektion ergeben, werden als „Selbstselektionsartefakte" bezeichnet.

5.11.4.1 Ehemalige-Trinker-Hypothese

Die „Ehemalige-Trinker-Hypothese“ (vgl. Gmel et al., 2003) geht davon aus, dass Abstinente häufiger ehemalige TrinkerInnen sind. Auch dieses Modell erklärt den linken Schenkel des U-Zusammenhangs, also warum bei Abstinenten mehr Probleme auftreten.

Eine immer wieder formulierte Erklärung auf die Frage, warum Abstinente generell erheblich weniger gesund sind als mäßige TrinkerInnen ist, dass ein relevanter Anteil gesundheitlich stark beeinträchtigter TrinkerInnen ihren Alkoholkonsum endgültig aufgeben, wodurch deren alkoholbedingte Beschwerden, wenn man Abstinente und Nicht-Abstinente vergleicht, fälschlich mit Abstinenz in Zusammenhang gebracht werden (Shaper, 1996). Es gibt natürlich eine Reihe von Personen, die ihren Alkoholkonsum erst dann deutlich reduzieren, wenn sie bereits chronisch an Alkoholfolgeerkrankungen leiden. Dieses Faktum reicht aber keinesfalls aus, um den U-Zusammenhang zu erklären. Wie Uhl & Springer (1996) zeigen konnten, sind primär Abstinente (also Personen, die nie Alkohol konsumierten) sogar besonders stark beeinträchtigt, und in der Gruppe sekundär Abstinenter (Personen, die jeglichen Alkoholkonsum aufgegeben haben) fanden sich ebenfalls nur relativ wenige, die früher exzessiv Alkohol konsumiert hatten.

5.11.4.2 Soziokulturelle Regelungshypothese

Dieses Modell erklärt sowohl den rechten als auch den linken Schenkel des U-Zusammenhangs, also warum sowohl Abstinente als auch Personen, die mehr trinken, durch mehr körperliche, psychische und soziale Probleme charakterisiert sind.

Personen, die psychisch und körperlich in guter Verfassung sind, die auch sozial gut integriert und erfolgreich leben, passen ihren Alkoholkonsum an die kulturelle Norm an; d.h. sie leben in der Regel weder abstinent noch zeichnen sie sich durch extreme Konsumformen aus. Für diese Hypothese sprechen z.B. eine Reihe von Detailergebnissen, die Uhl & Springer (1996) gefunden haben. Auch Marmot et al. (1981) zieht eine Erklärung in diesem Sinne in Erwägung.

5.11.4.3 Selbstschutz-Selbstmedikationshypothese

Auch dieses Modell erklärt beide Schenkel des U-Zusammenhangs (Hypothese).

Die plausibelste Erklärung für den U-Zusammenhang, dass nämlich psychisch und/oder körperlich Kranke – gleichsam als Selbstschutzmechanismus – entweder völlig auf den Alkoholkonsum verzichten oder diesen als Selbstmedikation gegen ihre Krankheiten einsetzen, was dann eben rasch zu extremen Konsumformen führt, lässt sich ebenfalls aus Ergebnissen von Uhl & Springer (1996) ableiten. Auf den Stellenwert der Selbstmedikation bei der Entstehung des Alkoholismus weist z.B. Khantzian (1985; 1997) ausführlich hin (vgl. Kap. 3.4.3, S. 76). Bei vielen Erkrankungsformen und Problembereichen, die besonders häufig bei primär Abstinenten gefunden werden konnten, schließt sich jegliche andere Erklärung des Zusammenhangs weitgehend aus.

5.11.4.4 Selektive Konsumsteigerungshypothese

Die „selektive Konsumsteigerungshypothese" besagt, dass stark problembelastete Personen, die zunächst noch unproblematischen Substanzkonsum betreiben, mit deutlich erhöhter Wahrscheinlichkeit zu problematischen Konsummustern wechseln, wodurch sich deren Anteil unter den mäßigen KonsumentInnen systematisch verringert, während deren Anteil unter den ProblemkonsumentInnen systematisch ansteigt (Uhl, 2002a). Da eine

kontinuierliche Konsumsteigerung bei Abstinenten nicht auftritt, erfolgt in dieser Gruppe keine entsprechende Abwanderung der Problempersonen in Gruppen mit problematischem Alkoholkonsum. In der mittleren Gruppe der mäßigen KonsumentInnen bleiben infolge dieses Mechanismus primär wenig problembelastete Personen über.

5.11.5 Zusammenfassende Beurteilung der sieben genannten Modelle

- Es steht außer Frage, dass Alkohol eine Substanz ist, die bei stärkerem Konsum eine Fülle von Krankheiten verursachen kann und in zahlreichen Fällen auch verursacht.
- Diese Interpretation legt nahe, dass der U-Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Gesundheitsproblemen nur zu einem geringen Teil über die oft kolportierte protektive Wirkung des Alkohols gegen koronare Herzerkrankungen oder gegen Stresserkrankungen erklärbar ist, und dass mäßiger Alkoholkonsum daher weit weniger gesundheitsfördernd ist, als häufig angenommen wird. Der protektive Alkoholeffekt wird in der Regel weit überschätzt, weil bei der Argumentation ausschließlich auf die Alkoholwirkung Bezug genommen wird, ohne Selektionsprozesse zu bedenken.
- Der Umstand, dass Abstinente gesundheitlich und leistungsmäßig wesentlich schlechter abschneiden als Personen mit mäßigem Alkoholkonsum, ist primär durch die soziokulturelle Regelungshypothese, durch die Selbstschutz-Selbstmedikationshypothese und durch die selektive Konsumsteigerungshypothese zu erklären.
- Es kommt sicherlich vor, dass bereits deutlich chronisch geschädigte AlkoholikerInnen plötzlich abstinent werden und dann zur Gruppe der Abstinenten gezählt werden, aber zur Erklärung des U-Zusammenhangs trägt dieses Modell nur wenig bei.
- Ausgehend von der „soziokulturellen Regelungshypothese“ und der „Selbstschutz-Selbstmedikationshypothese“ kann man erwarten, dass gesundheitsfördernde Maßnahmen, die darauf abzielen die Problemlast der Zielgruppe zu reduzieren, gleichzeitig zu einem Sinken des Problemkonsums und zu einem Anstieg des unproblematischen Konsums führen würden – ein Umstand, den man mit dem Schlagwort „mäßiger Konsum-Problemkonsum-Paradoxon" umschreiben kann (Uhl, 2000c).
- Um einem Missverständnis vorzubeugen: Der U-Zusammenhang zwischen Problemen und Alkoholkonsum bedeutet, dass völlige Alkoholabstinenz relativ zu mäßigem Alkoholkonsum ein Hinweis auf mehr Probleme ist, nicht jedoch, dass man einen positiven Beitrag zur Reduktion dieser Probleme oder des problematischen Alkoholkonsums leisten könnte, indem man Abstinente aktiv zum Konsum animiert. Wahrscheinlich wäre genau das Gegenteil der Fall: Wenn jemand erkennt, dass er, im Sinne einer Selbstschutzstrategie, die Hände vom Alkohol lassen sollte, weil er diesen weit schlechter im Griff haben würde als weniger belastete Personen, dann sollte man ihn in dieser Entscheidung unterstützen und nicht kritisieren. Gleichzeitig sollte man aber versuchen jenen, die wegen persönlicher Probleme völlige Abstinenz wählen, eine Hilfestellung bezüglich ihrer Grundproblematik angedeihen zu lassen.
- Bei allen Ausführungen handelt es sich um statistische Durchschnittsaussagen, die nicht auf Einzelne bezogen werden können und sollen. Auch wenn sich unter Abstinenten mehr Personen mit ernsten Problemen befinden als in der Gruppe mäßig Konsumierender, so bedeutet das natürlich keinesfalls, dass die Entscheidung zur Abstinenz nicht auch auf ganz anderen Motiven aufbauen kann. Die Entscheidung zur Alkoholabstinenz ist generell zu begrüßen und die eben angestellten Ausführungen zur Erklärung des U-Zusammenhangs zwischen Problemen und Alkoholkonsum sollten nicht als Anlass dienen diese Entscheidung in ein negatives Licht zu rücken.

5.11.6 Zusammenfassende Charakterisierung nach Alkoholkonsumgewohnheiten

In Zusammenhang mit der „Repräsentativerhebung 1993/94" teilten Uhl & Springer (1996) die Befragten anhand ihrer Alkoholkonsumgewohnheiten in sechs Gruppen ein (vgl. Tab. 9, S. 93) – eine in den Sozialwissenschaften übliche Methode. Diese Vorgangsweise ist allerdings nicht ganz unproblematisch, da sie hinsichtlich des kausalen Zusammenhangs leicht zu Fehlinterpretationen führen kann. Aus diesen Gründen möchten wir hier betonen, dass die Unterschiede zwischen den Gruppen primär über Selbstselektionsprozesse und nur zu einem geringen Teil über Auswirkungen des Alkoholkonsums zu erklären sind (vgl. Kap. 5.11.4, S. 125).

Dabei ergaben sich folgende Charakteristika:

- **„Primäre Abstinente“** wohnen überproportional oft in der Großstadt und haben ein überdurchschnittliches Bildungsniveau. Da sie nur wenige Freunde haben, sich auch mit der eigenen Familie nur schlecht verstehen und nach einer Scheidung bzw. dem Tod des Partners/der Partnerin kaum mehr Partnerschaften eingehen, überwiegen in dieser Gruppe die Singles. Sie fühlen sich zu Hause nicht richtig wohl und haben kaum Interesse an irgendwelchen Freizeitaktivitäten. Die „primären Abstinenten“ sind charakterisiert durch einen deutlich erhöhten Anteil an Personen mit psychischen Problemen, neurologischen und psychiatrischen Erkrankungen. Sie definieren sich öfter als pessimistische, wenig unternehmungslustige, passive, wenig humorvolle und wenig gesellige Menschen, die zwar generell nicht glücklich und mit ihrem Leben nicht zufrieden sind, sich aber trotzdem nicht frustriert geben, da sie sich eigentlich nie mehr vom Leben erwartet haben. Jegliche Genussorientierung ist ihnen fremd.
- **„Sekundäre Abstinente/Fastabstinente“**: es muss noch einmal explizit betont werden, dass es sich bei den „sekundären Abstinenten/Fastabstinenten fast nur um Personen handelt, die auch früher nicht sehr viel Alkohol getrunken haben und dass es sich keinesfalls um ehemalige AlkoholikerInnen handelt. „Sekundäre Abstinente/Fastabstinente“ sind eher verheiratete BewohnerInnen des ländlichen Raumes mit unterdurchschnittlichem Bildungsniveau. Auch sie haben kaum Freunde, aber im Gegensatz zu den „primären Abstinenten“ verstehen sie sich gut mit ihrer eigenen Familie. Ähnlich wie die „primären Abstinenten“ sind sie charakterisiert durch einen deutlich erhöhten Anteil an psychischen Problemen, neurologischen und psychiatrischen Erkrankungen. Auch sie erleben sich als wenig gesellig und weniger optimistisch als der Durchschnitt, insgesamt weichen sie aber persönlichkeitsmäßig weniger vom Durchschnitt ab als die „primären Abstinenten“ Der Orientierung an Familie und Heim entsprechend, findet sich der Schwerpunkt ihrer Freizeitaktivitäten im kreativen, häuslichen, familiären Bereich, wobei auch ihnen jegliche Genussorientierung fehlt. Sie beurteilen ihr Leben alles in allem zwar als glücklich und zufrieden stellend, da sie sich aber wesentlich mehr vom Leben erwartet haben, sind sie eher frustriert und beklagen sich über Schicksalsschläge. Generell beurteilen sie ihren Gesundheitszustand von allen Gruppen am schlechtesten und bemühen sich am engagiertesten um eine gesunde Ernährung. Dazu gehört auch, dass in dieser Gruppe „Laufen und Joggen“ am populärsten ist.

- **„Personen mit geringem Alkoholkonsum**“ haben nach eigener Beurteilung den besten Gesundheitszustand. In den meisten der genannten Problemfelder, Einstellungen und Verhaltensweisen liegen sie zwischen den „Abstinenten“ und den „Personen mit mittlerem Alkoholkonsum“ Da sich für diese Gruppe kein charakteristisches Profil ergibt, wird diese hier nicht ausführlich beschrieben.
- „**Personen mit mittlerem Alkoholkonsum**“ stellen die dem Leben gegenüber am positivsten eingestellte, dynamischste und in jeder Beziehung erfolgreichste Teilgruppe dar. Sie beurteilen ihr Leben positiv, haben in höchstem Maße das Gefühl, ihre allgemeinen Lebensziele und ihre beruflichen Karrierevorstellungen realisiert zu haben und haben auch das Gefühl, dass es das Schicksal gut mit ihnen meint. Sie beurteilen ihren Gesundheitszustand als recht gut und sind etwas weniger am Ziel einer gesunden Ernährung orientiert als „sekundäre Abstinente/Fastabstinente“ oder „Personen mit geringem Alkoholkonsum“. „Personen mit mittlerem Alkoholkonsum“ zeichnen sich auch durch eine stark hedonistische Grundhaltung aus, haben einen großen Freundeskreis, verfügen über ausgezeichnete Familienbeziehungen und fühlen sich zu Hause recht wohl. Sie haben überdurchschnittlich oft einen Maturaabschluss gemacht und leben häufiger im ländlichen Raum. Den relativ höchsten Stellenwert in ihrem Freizeitverhalten hat „Partys feiern, Freunde treffen“, „einen gemütlichen Abend zu Hause verbringen“, „Ausflüge machen“ und „Tennis, Squash, Golf spielen“.
- „**Personen mit stärkerem Alkoholkonsum**“ liegen in den genannten Problemfeldern, Einstellungen und Verhaltensweisen meist zwischen den „Personen mit mittlerem Alkoholkonsum“ und den „Personen mit extremem Alkoholkonsum“. Da sich auch hier kein charakteristisches Profil ergibt, wird auch diese Gruppe nicht ausführlich beschrieben.
- „**Personen mit extremem Alkoholkonsum**“ sind überproportional häufig Ledige aus dem ländlichen Raum. Im subjektiven Urteil über den eigenen Gesundheitszustand liegen sie ähnlich schlecht wie die „primären und sekundären Abstinenten“ Im Detail zeigt sich, dass sie zwar etwas weniger stark durch neurologische Erkrankungen belastet sind als „Abstinente“, dass sie in Bezug auf psychische Probleme und psychiatrische Erkrankungen allerdings mit diesen auf gleicher Ebene liegen und dass sie bei einer Reihe von internen Erkrankungen – ganz besonders die Leber betreffend – deutlich vor allen anderen Gruppen liegen. Den höchsten Stellenwert als Freizeitbeschäftigung hat „Partys feiern, Freunde treffen“, „Kegeln, Bowling“, „Videos ansehen“, „Radiohören“, Fernsehen“ und „Zeitungen, Zeitschriften, Comics lesen“. „Personen mit extremem Alkoholkonsum“ schildern sich als besonders gesellig und humorvoll, aber auch als ungeduldig. Der Umstand, dass sie sich zu einer stark hedonistischen Grundhaltung bekennen, steht in krassem Widerspruch zu ihrer objektiven Lebenssituation. Anders als den „Personen mit mittlerem Alkoholkonsum“ gelingt es ihnen nicht, ihr Leben diesen Vorstellungen entsprechend zu gestalten. Sie beurteilen ihr Leben generell eher negativ, waren öfter als alle anderen arbeitslos, berichten häufiger als alle anderen über schwere Schicksalsschläge und haben auch am öftesten das Gefühl, dass ihnen alles über den Kopf wächst.

6 Grundlagen der Alkoholepidemiologie

Wenn über Probleme im Zusammenhang mit Alkohol diskutiert wird, werden häufig Fragen nach dem Durchschnittskonsum der Zahl der AlkoholmissbraucherInnen und der Zahl der AlkoholikerInnen gestellt. Meist werden auch Fragen nach dem Alkoholkonsum in unterschiedlichen Bevölkerungssegmenten und nach Trends gestellt. Zur Beantwortung dieser Fragen bietet die Epidemiologie vier Zugänge:

- Schätzungen, die auf offizielle Produktions-, Verkaufs-, Verwertungs-, Import- und Exportzahlen aufbauen
- Schätzungen über den Zusammenhang zu bekannten Drittvariablen (z.B. die Schätzung der Alkoholikerzahl aus der Leberzirrhosesterblichkeit oder aus dem durchschnittlichen Alkoholkonsum)
- Schätzungen, die auf Befragungsergebnissen beruhen
- Kombinationen aus den bereits genannten Methoden nach Uhl & Springer (1996).

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

Der Vorteil von Schätzungen, die auf offizielle Produktions-, Verkaufs-, Verwertungs-, Import- und Exportzahlen aufbauen, ist, dass es nicht auf die bloße Erinnerung von KonsumentInnen ankommt, sondern, dass man sich auf Aufzeichnungen beziehen kann, die aufgrund gesetzlicher Vorgaben professionell geführt werden. Als Bestätigung für die relative Verlässlichkeit dieser Statistiken kann man den Umstand erachten, dass der auf dieser Basis geschätzte Pro-Kopf-Alkoholkonsum durchwegs deutlich höher ist als der auf der Basis von Befragungsergebnissen geschätzte. Der große Nachteil ist, dass man bei diesem Zugang nur zum Durchschnittskonsum der gesamten Bevölkerung gelangt und keine differenzierteren Aussagen ableiten kann.

Schätzungen, die auf offizielle Produktions-, Verkaufs-, Verwertungs-, Import- und Exportzahlen aufbauen, sind in jenen Ländern besonders verlässlich, in denen die Erzeuger gesetzlich verpflichtet sind, Produktions- und Lagerbestände zu melden, in denen alle oder zumindest ein Großteil der alkoholischen Getränke einer speziellen Steuer unterliegen, in denen die Mengen alkoholischer Getränke, die unregistriert importiert oder exportiert werden können, gering sind, in denen infolge moderater Preise weder Schwarzproduktion noch Schmuggel ein sehr großes Ausmaß einnehmen und in denen sich der touristische Inlandskonsum durch Ausländer und der touristische Auslandskonsum durch Inländer weitgehend ausgleichen.

Sieht man vom Most ab, der nunmehr für rund 3% des Konsums an reinem Alkohol in Österreich verantwortlich ist (vgl. Kap. 6.1.4, S. 132), so war die Erhebungssituation bis Anfang der Neunzigerjahre relativ gut. Seit im Zuge der Veränderungen in den ehemaligen Ostblockländern (nicht erfasster Import durch Zollfreiläden an der Ostgrenze), dem EWR-Beitritt Österreichs (1994) und dem EU-Beitritt (1995) weit größere Mengen an alkoholischen Getränken ohne statistische Erfassung die Grenze passieren (vgl. Veränderung der Zollregelungen im Kap. 10.4, S. 233), wurde die Datenlage erheblich unsicherer. Seit EU-Beitritt basieren die entsprechenden Statistik Austria-Daten innerhalb der EU auf rein statistischen Meldungen der Exporteure und den Instrastat-Meldungen. Letztere müssen von den Exporteuren in Österreich aber nur ab einem Jahresumsatz von 250.000 €

abgegeben werden; Kleinsendungen und so genannte Kofferraumexporte werden somit nicht erfasst (ÖWM, 2006a).

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

6.1.1 Erfassung des Bierverbrauches in Österreich: „Versorgungsbilanz Bier“

In die von Statistik Austria erstellte „Versorgungsbilanz Bier“ fließen die von den Produktionsbetrieben gemeldeten Bierausstoßmengen (Daten aus der Konjunkturstatistik – produzierender Bereich – bzw. aus der für Nahrungsmittelbetriebe bestehenden monatlichen Meldeverpflichtung sowie die Importe und Exporte aus der Außenhandels-statistik ein (siehe Kap. 11.1.2, S. 239).

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

6.1.2 Erfassung des Weinverbrauches in Österreich: „Versorgungsbilanz Wein“

Die Bestimmungen des Weingesetzes 1999 (Auszüge aus dem Weingesetz, vgl. Kap. 17.1.10, S. 428) sehen genaue Ernte- und Bestandsmeldungen vor. Um den Kellereiinspektoren und Mostwägern die Kontrolle des Lesegutes zu ermöglichen, hat auch eine Absichtsmeldung (der Weinlese) zu erfolgen.

Die von Statistik Austria jährlich erstellte „Versorgungsbilanz Wein“ berücksichtigt daher sowohl die von den Weinbaubetrieben gemeldete Jahresernte und Bestandveränderung, als auch Ein- und Ausfuhr (aus der Außenhandelsstatistik) und die industrielle Verwertung (aus der Konjunkturstatistik; wie z.B. Wein für Branntwein-, Essig- oder Wermuterzeugung). Die sich daraus ergebende Menge (inklusive Schaumwein) entspricht dann der für die Ernährung verbrauchten Weinmenge (siehe Kap. 11.2.5.3, S. 248).

6.1.3 Erfassung des Spirituosenverbrauches in Österreich

Abweichend von den vorhin genannten Ernährungs- oder Versorgungsbilanzen ist die Vorgangsweise bei den Spirituosen etwas komplizierter. Die an Statistik Austria im Rahmen der Konjunkturerhebung zu meldenden Werte (gewerbliche und industrielle Produzenten) werden vom Fachverband der Nahrungs- und Genussmittelindustrie mit den diesem Fachverband von seinen Mitgliedern gemeldeten Zahlen abgeglichen und detaillierter in einzelne Produktgruppen aufgeschlüsselt. Die daraus erstellte Produktionsstatistik für Spirituosen weist dann die erzeugten Gesamtmengen (pro Getränkekategorie) und die daraus (nach durchschnittlichem Alkoholgehalt der einzelnen Getränkekategorien)

berechneten reinen Alkoholmengen aus. Aus diesen Mengen wird dann der Pro-Kopf-Konsum an reinem Alkohol berechnet (siehe Kap. 11.3.1, S. 252). Da nur gewerbliche und industrielle Produzenten von dieser Statistik erfasst werden, fehlen darin die unter Abfindung (siehe Kap. 9.4.3.2, S. 223) hergestellten Alkoholmengen. Laut einer Schätzung des Spirituosenverbandes können diese Mengen mit maximal 10% der „offiziellen“ Werte angesetzt werden (Verband der Spirituosenindustrie, 1999).

6.1.4 Dunkelzifferschätzung des Mostkonsums

Die landwirtschaftliche Erzeugung von vergorenem Most (Obstweinen, primär Apfel- und Birnenmost) ist nicht meldepflichtig und es gibt auch keine offizielle Statistik, aus der man die Produktion oder den Verbrauch dieser Getränkeart ablesen könnte. Ein möglicher Zugang ist, aus Bevölkerungsbefragungen zu schätzen, wie groß der Verbrauch an vergorenem Most relativ zu anderen alkoholischen Getränken ist, den darin enthaltenen Alkoholanteil zu schätzen und darauf aufbauend Hochrechnungen durchzuführen. Anhand von Befragungsergebnissen (Uhl et al., 2005b) kann man derzeit schätzen, dass etwas mehr als 2% des konsumierten reinen Alkohols in Österreich in Form von Most getrunken werden (vgl. Kap. 7.7, S. 145).

In Kap. 11.4 (S. 254) wird – basierend auf Mostobsterzeugung und dem Anteil des Mostobstes, das in die Mosterzeugung geht – versucht, sich dem Mostkonsum in Österreich von einer anderen Seite her anzunähern. Dabei ergibt sich, dass etwas mehr als 3% des in Österreich konsumierten Reinalkohols über vergorenen Most konsumiert wird.

Basierend auf diese beiden unterschiedlichen Schätzzugänge wurde bei der „Repräsentativerhebung 2004“ der über Most konsumierte Anteil an Reinalkohol auf rund 3% geschätzt.

6.2 Schätzungen über den Zusammenhang zwischen Alkoholverbrauch und bekannten Drittvariablen

Der Vorteil von Schätzungen über den Zusammenhang zwischen Alkoholverbrauch und bekannten Drittvariablen ist, dass man rasch und ohne großen empirischen Aufwand aus leicht verfügbaren Statistiken zu groben Schätzungen für Regionen, Zeitpunkte und/oder Teilgruppen kommt, für die verlässlichere und genauere Schätzungen (noch) nicht vorliegen. Man muss sich dabei aber bewusst sein, dass die Zusammenhänge in der Regel nicht verlässlich genug sind, um hinreichend genaue Schätzungen begründen zu können. Die beiden im Zusammenhang mit der Alkoholepidemiologie bekanntesten Ansätze sind das Ledermann-Modell und das Jellinek-Modell, das zur Gruppe der Indikator-Multiplikationsmodelle gehört.

Andere Indikator-Multiplikationsmodelle sowie multivariate Indikatormodelle, die sich gegenwärtig im Bereich der Epidemiologie illegaler Drogen zunehmender Beliebtheit erfreuen (vgl. Simon et al., 1998, Bühringer et al., 1997) und die grundsätzlich auch für die Alkoholismusepidemiologie geeignet wären, spielen hier bloß eine untergeordnete Rolle. Aus diesem Grund wird auf diese Modelle hier auch nicht näher eingegangen.

6.2.1 Ledermann-Modell

Ledermann (1956) vertrat die Ansicht, dass der Alkoholkonsum in irgendeiner homogenen Population von AlkoholkonsumentInnen log-normal verteilt sei. Trifft diese Annahme in der Realität zu und kennt man den Pro-Kopf-Verbrauch einer homogenen Population, so kann man daraus

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

Vieles deutet darauf hin, dass die Verteilung des Alkoholverbrauchs in gewissen Fällen durch eine log-normale Funktion grob angenähert werden kann, und es ist daher auch durchaus möglich, auf der Basis der Ledermann-Formel grobe Schätzungen über die Problembereiche abzugeben. Man sollte sich allerdings auch nicht zu viel von diesem Ansatz erwarten,

- da natürliche Populationen hinsichtlich der Alkoholkonsumgewohnheiten durchwegs nicht sehr homogen sind und
- da sich in der Praxis zeigt, dass es teilweise zu empfindlichen Abweichungen von der Log-Normal-Verteilung kommt.

Ganz sicher eignet sich die Ledermann-Formel nicht als Argument bei der kontroversiellen Fragestellung,

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

6.2.2 Theorie der Gemeinsamkeit innerhalb trinkender Kulturen vs. Polarisierungshypothese

In engem Zusammenhang mit dem Ledermann-Modell steht die auf Skog (1985) zurückgehende „Theorie der Gemeinsamkeit innerhalb trinkender Kulturen“ („Theory of the Collectivity of Drinking Cultures”). Diese Theorie besagt, dass die Mitglieder einer Alkohol trinkenden Kultur sich bezüglich ihres Alkoholkonsums in gleichförmiger Richtung beeinflussen. Wenn Skogs Theorie grundsätzlich zutrifft, dann müsste eine Einflussnahme auf mäßige AlkoholkonsumentInnen, die dazu führt, dass diese noch weniger trinken, indirekt bewirken, dass Personen mit problematischem Alkoholkonsum ebenfalls durchschnittlich weniger Alkohol konsumieren. Dann wäre das Ziel „generelle Reduktion des durchschnittlichen Alkoholkonsums in der Gesellschaft“ aus einer gesundheitspolitischen Sicht grundsätzlich positiv zu beurteilen.

Bei massiver Einflussnahme ist es aber umgekehrt auch durchaus denkbar, dass eine gesellschaftliche Polarisierung eintritt; eine Entwicklung in dem Sinn, dass die Trinkgewohnheiten der mäßigen TrinkerInnen und der exzessiven TrinkerInnen sich in entgegengesetzter Richtung beeinflussen. Wer ständig von der anderen Seite wegen seines übermäßigen Alkoholkonsums bzw. seiner Abstinenzhaltung angegriffen wird, kann in seinen Gewohnheiten auch fixiert und verstärkt werden. Eine solche Intervention, die zu einem Bumerangeffekt im Sinne der Polarisierungshypothese führt, wäre aus gesundheitspolitischer Sicht kontraproduktiv.

Die Klärung der Frage, unter welchen Umständen es bei alkoholpolitischen Einflussnahmen zu einer synchronen Reduktion des Alkoholkonsums in allen Segmenten der Gesellschaft kommt und unter welchen Umständen ein Bumerangeffekt im oben zitierten Sinne eintritt, ist von zentraler Bedeutung, wenn es um die Orientierung „generelle Konsumreduktion“ vs. „Reduktion des Problemkonsums“ geht. Eine verlässliche Antwort darauf kann man beim gegenwärtigen Forschungsstand allerdings noch nicht abgeben.

6.2.3 Alkoholkonsum und Leberzirrhosesterblichkeit – „Jellinek-Formel“

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

Formel 27: Die Jellinek-Formel

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

Quelle: Expert Committee on Mental Health (1951)

Um das Ganze etwas anschaulicher zu machen, wird nun ein konkretes Beispiel durchgerechnet. So schätzte Brenner (1959) für die USA, dass von vier Alkoholikern einer an einer alkoholverursachten Krankheit litt (R=4), dass mindestens 49% der Leberzirrhosen alkoholverursacht waren (P=0,49) und dass pro Jahr ca. 0,7% der Alkoholiker mit alkoholverursachten Krankheiten aufgrund der offiziellen Todesursache „Leberzirrhose“ starben (K=0,007). Ferner gab er an, dass pro Jahr 6 von 100.000 Erwachsenen mit der Diagnose Leberzirrhose sterben (D=0,00006). Setzt man diese Werte in die Jellinek-Formel ein, so ergibt sich eine Schätzung, nach der 1959 rund 1,7% der US-amerikanischen Erwachsenen an Alkoholismus erkrankt waren.

Tab. 15: Rechenbeispiel für die Jellinek-Formel

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

Quelle: Brenner (1959)

In Österreich starben 2004, bei einer Wohnbevölkerung von 6.848.736 Personen ab 15 Jahren (vgl. Tab. 76, S. 211), 1.665 Personen an „chronischen Leberkrankheiten und Leberzirrhose“ (vgl. Tab. 64, S. 200), was, sofern man alle Fälle zunächst einmal als Leberzirrhosetote interpretiert, ein D von 0,00024 ergibt. Nimmt man nun die Werte R, P und K als Konstante an, wie das von Jellinek ursprünglich intendiert war, so ergibt die Schätzung für Österreich 6,7% AlkoholikerInnen im Jahre 2004 unter den Ab-15-Jährigen. Wenn man ferner noch bedenkt, dass nicht alle der an „chronischen Leberkrankheiten und Leberzirrhose“ Verstorbenen an einer Leberzirrhose gestorben sind, und die Zahl daher etwas nach unten korrigiert, so kommt man nahe an die tatsächliche Alkoholismusrate in Österreich von 5% (vgl. Tab. 18, S. 141). Trotz dieser für das Jahr 2004 recht guten Übereinstimmung, sollte man die Verlässlichkeit dieser Formel aber nicht überschätzen.

6.3 Schätzungen auf der Basis von Befragungsergebnissen

Inhaltlich sind bei der detaillierten Erfassung des Alkoholkonsums die folgenden Dimensionen zu beachten:

- Qualität – nach der Art des konsumierten Getränkes
- Quantität – nach der Menge des konsumierten Alkohols
- Frequenz – nach der Häufigkeit der Alkoholeinnahme.

Der Vorteil von Schätzungen, die auf Befragungsergebnissen beruhen, liegt im Umstand, dass man nach Teilgruppen auswerten und Zusammenhänge zwischen Alkoholgewohnheiten und anderen Variablen herstellen kann. Positiv ist auch, dass man bei diesem Ansatz detaillierte Aussagen über Teilgruppen ableiten kann, während man über offizielle Statistiken bloß zum Durchschnittskonsum der Gesamtbevölkerung gelangt. Der Nachteil von Repräsentativbefragungen ist, dass man mit dieser Methode den tatsächlichen Alkohol-Pro-Kopf-Konsum erheblich unterschätzt.

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

- Stichprobenverzerrungen:
  AlkoholikerInnen sind in üblichen Befragungsstichproben durchwegs stark unterrepräsentiert („Undersampling“).

- Fehlangaben:
  Mehr oder weniger bewusste Fehlangaben spielen eine wesentliche Rolle. Personen, die zu viel trinken, und/oder Personen, die das Gefühl haben, dass andere ihren Alkoholkonsum kritisch beurteilen, tendieren oft dazu, ihr Konsumverhalten mehr oder weniger bewusst zu beschönigen. AlkoholikerInnen untertreiben ihren Alkoholkonsum häufig sehr lange, bis sich das Problem nicht mehr leugnen lässt und sie – z.B. im Zusammenhang mit einer Entziehungsbehandlung – sich selbst und ihrer Umgebung eingestehen müssen, dass sie alkoholkrank sind. Auch Personen, die nicht an Alkoholismus erkrankt sind, neigen dazu, ihren Alkoholkonsum nicht korrekt anzugeben, d.h. zu übertreiben („Overreporting“) oder zu untertreiben („Underreporting“).

- Vergessen:
  Da Alkoholkonsum für die meisten Personen nichts besonders Bemerkenswertes darstellt, das man sich unweigerlich einprägt, und da darüber hinaus der tägliche Alkoholkonsum vielfach großen Schwankungen unterworfen ist, fällt es vielen Menschen nicht leicht, sich verlässlich und detailliert an den Alkoholkonsum der letzten Tage zu erinnern. Mit zunehmendem zeitlichen Abstand zum Tag der Befragung kann man erwarten, dass es zu einer immer stärkeren Erinnerungsverzerrung kommt.

6.4 Kombinierte Ansätze

Repräsentativerhebungen unterschätzen den gesamten Alkoholkonsum in einer Region aus den in Kap. 6.3 (S. 135) angeführten Gründen erheblich. Schätzungen, die auf offiziellen Produktions-, Verkaufs-, Verwertungs-, Import- und Exportzahlen beruhen (vgl. Kap. 6.1, S. 130), ermöglichen keine detaillierten Angaben über Teilgruppen. Aus diesem Grund ist es zweckmäßig, beide Ansätze zu kombinieren und so die Vorteile beider Ansätze zu verbinden.

Eine solche Strategie wurde bei der österreichischen „Repräsentativerhebung 1993/94“ (Uhl & Springer, 1996) gewählt. Diese Studie wurde an einer repräsentativen Stichprobe von 10.742 Personen im Alter zwischen 16 und 99 Jahren durchgeführt; bei 8.727 Personen erfolgte nur eine einmalige relativ kurze Befragung, bei einer Teilstichprobe von 2.015 Personen erfolgte eine zweimalige umfassende und detaillierte Befragung. Auf die Ergebnisse dieser Studie wird im Zuge der vorliegenden Publikation wiederholt Bezug genommen.

Bei der Auswertung dieser Repräsentativerhebung ergaben sich Mengenangaben, die bloß 38% des tatsächlichen Alkohol-Pro-Kopf-Konsums ausmachten – und das, obwohl die InterviewerInnen ganz genau nach Art und Menge der in den letzten sieben Tagen konsumierten Getränke gefragt hatten.

Über ein relativ kompliziertes Untersuchungsdesign war es dann möglich, den Anteil der drei Fehlerquellen an der 62%igen Unterschätzung quantitativ zu bestimmen:

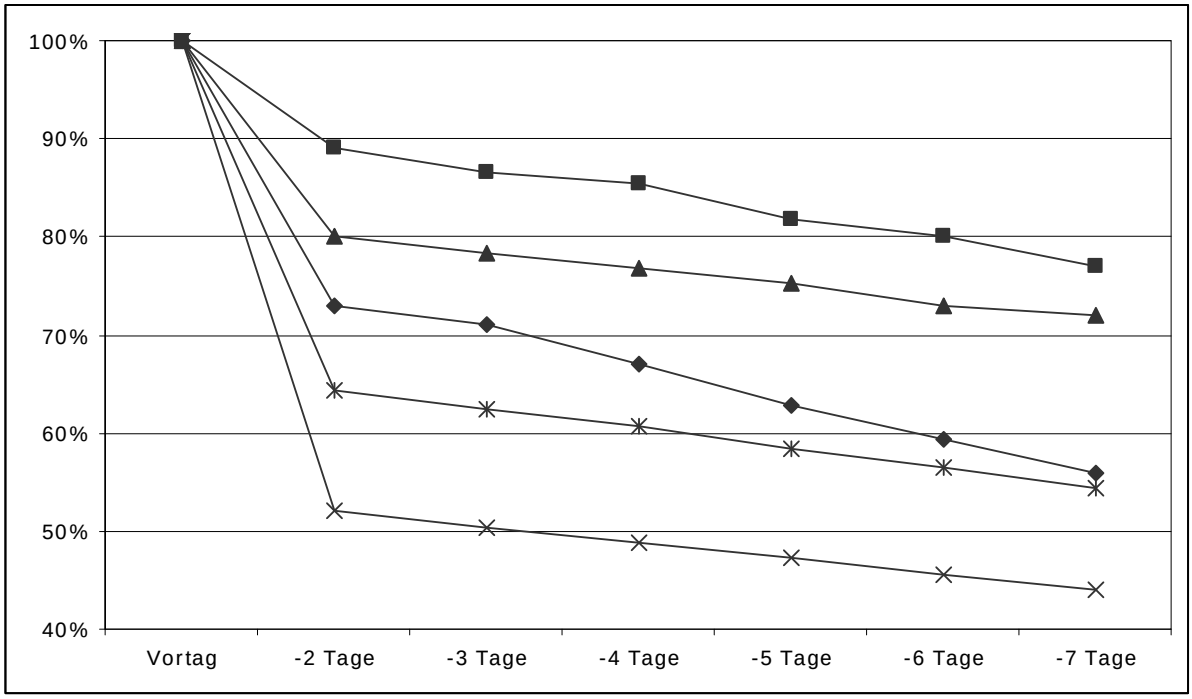
- 35% der Unterschätzung gehen auf das Konto der Stichprobenverzerrung,
- 35% der Unterschätzung gehen auf das Konto mehr oder weniger bewusster Fehlangaben und
- 30% der Unterschätzung gehen auf das Konto des Vergessens.

Recht ähnlich fielen die Ergebnisse zehn Jahre später bei der „Repräsentativerhebung 2004“ (Uhl et al., 2005b) aus. Diesmal fanden 42% des tatsächlich konsumierten Alkohols (58% Unterschätzung) Niederschlag in den Rohwerten und der Anteil der drei Fehlerquellen verteilte sich folgendermaßen:

- 41% der Unterschätzung gehen auf das Konto der Stichprobenverzerrung,
- 26% der Unterschätzung gehen auf das Konto mehr oder weniger bewusster Fehlangaben und
- 33% der Unterschätzung gehen auf das Konto des Vergessens.

Hinsichtlich des Vergessens hatte sich bei der „Repräsentativerhebung 1993/94“ ergeben, dass das Ausmaß der Unterschätzung mit zunehmendem Abstand zum Interviewtag stetig zunimmt, und dass es eine erhebliche Rolle spielt, ob man sich an den Sonntagskonsum, den Samstagskonsum, den Freitagskonsum oder den Konsum an einem Wochentag zwischen Montag und Donnerstag erinnern soll. Am besten erinnerten sich die Befragten an den Samstagskonsum und am schlechtesten an den Wochentagskonsum (Abb. 1).

Abb. 1: Vergessen: Erinnerter Alkoholkonsum relativ zum erinnerten Konsum des Vortags



Quelle: "Repräsentativerhebung 1993/94" (Uhl & Springer, 1996)

7 Alkoholkonsum in Österreich

7.1 Chronischer Alkoholismus in Österreich

Für jeden in österreichische Krankenanstalten und Sonderkrankenanstalten stationär aufgenommenen Patienten wurde von 1989 bis 2000 bei der Entlassung eine Hauptdiagnose und dazu eine unbegrenzte Anzahl an Zusatzdiagnosen nach ICD-9 (BMAGS-Version) gestellt (vgl. Kap. 3.4.5.1, S. 78). Seit 2001 ist für die österreichischen Krankenanstalten der Diagnoseschlüssel ICD-10 (vgl. Kap. 3.4.5.2, S. 79) vorgeschrieben. Die Diagnosen werden einmal jährlich in anonymisierter Form dem jeweils zuständigen Bundesministerium (derzeit BM für Gesundheit, Familie und Jugend) gemeldet und als „Spitalsentlassungsstatistik" veröffentlicht. In Tab. 16 werden die ICD-9-Code: 303, 303.0, 303.1, 303.9 bzw. seit 2001 ICD-10 Diagnosen F10.-, F10.2, F10.3 („Alkoholabhängigkeit") für die Jahre 1992 bis 2004 ausgewiesen. Eine ausführlichere Darstellung alkoholrelevanter Spitalsentlassungs-diagnosen, die auch die Diagnosen „Alkoholpsychose", „Alkoholvergiftung" sowie „chronische Leberkrankheit" und „Leberzirrhose" enthält, findet sich in Tab. 67, S. 203). Da die Erfassung in dieser Form erst 1989 begann und anfangs nicht alle Krankenanstalten einbezogen waren, sind die Zahlen aus den ersten Jahren infolge von Anlaufschwierigkeiten bei der Erfassung und Meldung sicher weniger verlässlich als die neuesten Daten. Infolge der Umstellung von ICD-9 auf ICD-10 Anfang 2001 sollten auch Veränderungen von den Jahren bis 2000 und ab 2001 mit Vorsicht interpretiert werden.

Tab. 16: Alkoholabhängigkeitsdiagnosen österreichischer Krankenanstalten abs. *

	Hauptdiagnosen			Nebendiagnosen			Haupt- und Nebendiagnosen		
Jahr	männl.	weibl.	ges.	männl.	weibl.	ges.	männl.	weibl.	ges
1992	10.886	3.020	13.906	5.773	1.313	7.086	16.659	4.333	20.992
1993	11.311	3.166	14.477	6.921	1.612	8.533	18.232	4.778	23.010
1994	11.645	3.154	14.799	7.579	1.729	9.308	19.224	4.883	24.107
1995	12.277	3.504	15.781	8.414	2.029	10.443	20.691	5.533	26.224
1996	11.935	3.446	15.381	10.453	2.463	12.916	22.388	5.909	28.297
1997	14.637	4.202	18.839	14.026	3.586	17.612	28.663	7.788	36.451
1998	14.485	4.429	18.914	13.625	3.550	17.175	28.110	7.979	36.089
1999	12.865	4.378	17.243	14.271	3.651	17.922	27.136	8.029	35.165
2000	12.617	4.254	16.871	14.766	3.722	18.488	27.383	7.976	35.359
2001	9.372	3.051	12.423	12.114	3.227	15.341	21.486	6.278	27.764
2002	9.398	3.443	12.841	12.782	3.678	16.460	22.180	7.121	29.301
2003	8.069	3.046	11.115	12.133	3.640	15.773	20.202	6.686	26.888
2004	8.383	3.099	11.482	12.602	3.894	16.496	20.985	6.993	27.978
2005	9.492	3.694	13.186	12.318	3.564	15.882	21.810	7.258	29.068
2006	9.863	4.055	13.918	11.958	3.552	15.510	21.821	7.607	29.428

Quelle: ÖBIG (2008); eigene Berechnungen
Legende: „" = ohne Ausländer, Alkoholabhängigkeitsdiagnosen = ICD-9-Code: 303.-, 303.0, 303.1,303.9 bzw. seit 2001 ICD-10-Code: F10.-, F10.2, F10.3*

In der Spitalsentlassungsstatistik sind die in Österreich behandelten Personen, die keinen Wohnsitz in Österreich haben, nicht inkludiert [50]. Außerdem wird die Bezugsgruppe, um die internationale Vergleichbarkeit zu gewährleisten, auf die 15-99-Jährigen festgelegt [51]. Aus diesem Grund ergeben sich Abweichungen zu den von uns in den vorausgegangenen Auflagen veröffentlichten Zahlen. Zu bedenken ist ferner, dass eine Person pro Jahr öfter als einmal stationär behandelt werden kann. Die Zahl der pro Jahr behandelten PatientInnen ist demnach deutlich niedriger als die in Tab. 16 ausgewiesene Zahl der Behandlungen. Es gibt derzeit allerdings keine Möglichkeit den Umfang von Doppelzählungen in der Spitals-entlassungsstatistik zu bestimmen, da die Meldung der Diagnosen anonym erfolgt.

Bezieht man die Spitalsaufnahmen auf die alkoholtrinkende Bevölkerung (15- bis 99-Jährige) des gleichen Geschlechts, so kommt man von Tab. 16 zu den in Tab. 17 ausgewiesenen Prozentwerten.

Tab. 17: Alkoholabhängigkeitsdiagnosen österreichischer Krankenanstalten bezogen auf 15 bis 99-Jährige gleichen Geschlechts

	Hauptdiagnose			Nebendiagnose		
Jahr	männl.	weibl.	ges.	männl.	weibl.	ges.
1992	0,35%	0,09%	0,21%	0,19%	0,04%	0,11%
1993	0,36%	0,09%	0,22%	0,22%	0,05%	0,13%
1994	0,37%	0,09%	0,22%	0,24%	0,05%	0,14%
1995	0,39%	0,10%	0,24%	0,26%	0,06%	0,16%
1996	0,37%	0,10%	0,23%	0,33%	0,07%	0,19%
1997	0,46%	0,12%	0,28%	0,44%	0,10%	0,26%
1998	0,45%	0,13%	0,28%	0,42%	0,10%	0,26%
1999	0,40%	0,13%	0,26%	0,44%	0,10%	0,27%
2000	0,39%	0,12%	0,25%	0,46%	0,11%	0,27%
2001	0,29%	0,09%	0,19%	0,38%	0,09%	0,23%
2002	0,29%	0,10%	0,19%	0,40%	0,11%	0,25%
2003	0,25%	0,09%	0,16%	0,37%	0,10%	0,23%
2004	0,25%	0,09%	0,17%	0,38%	0,11%	0,24%
2005	0,29%	0,10%	0,19%	0,37%	0,10%	0,23%
2006	0,29%	0,11%	0,20%	0,36%	0,10%	0,22%

Quelle: ÖBIG (2008); eigene Berechnungen
Legende: „“ = ohne Ausländer, Alkoholabhängigkeitsdiagnosen = ICD-9-Code: 303.-, 303.0, 303.1,303.9 bzw. seit 2001 ICD-10-Code: F10.-, F10.2, F10.3*

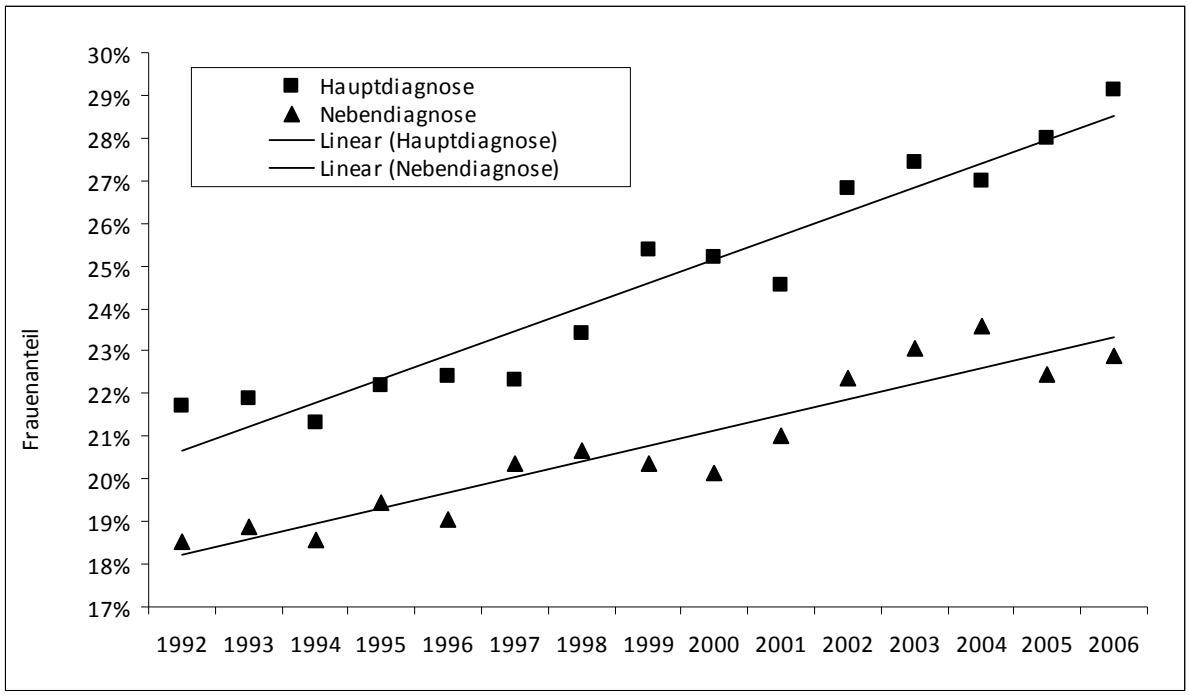
50 In den vorausgegangenen Auflagen wurden alle in Österreich erfolgten Behandlungen – auch jene an TouristInnen – erfasst.

51 In den vorausgegangenen Auflagen wurde auf die Ab-16-Jährigen Bezug genommen.

7.2 Relative Zunahme des Frauenalkoholismus

Wie man Tab. 17 entnehmen kann, kommen im Jahr 2006 auf 1.000 männliche Österreicher ab dem 15. Geburtstag 2,9 (0,29%) stationäre Behandlungen, bei der die Hauptdiagnose „Alkoholabhängigkeit“ gestellt wird. Bei Frauen kommen auf 1.000 Personen gleichen Alters nur rund 1,1 (0,11%) entsprechende stationäre Aufnahmen in Krankenanstalten.

Abb. 2: Frauenanteil an den Alkoholabhängigkeitsdiagnosen



Legende: ICD-10-Code: F10.-, F10.2, F10.3
Quelle: Uhl & Kobrna (2003) plus Ergänzungen

Der Frauenanteil, der mit der Hauptdiagnose „Alkoholismus“ behandelten Personen ist somit von 1992 mit etwas über 20% auf rund 29% im Jahre 2006 angestiegen, woraus man grob schätzen kann, dass nunmehr rund 25% der diagnostizierten Alkoholiker weiblichen Geschlechts sind. Der relative Anteil der alkoholkranken Frauen an allen Alkoholikern, der in den letzten Auflagen noch mit 1:4 geschätzt worden war, wird infolge dieses Trends nun mit 1:3 angenommen [52]. Für die Existenz eines Trends in Richtung Zunahme des relativen Anteils alkoholkranken Frauen im letzten Jahrzehnt spricht auch, dass im gleichen Zeitraum ein analoger Anstieg der Nebendiagnose „Alkoholismus“ von 18% auf 23,4% festzustellen war (Abb. 2).

52 Die Annahme, dass sich der Anteil der Frauen unter den Alkoholkranken im letzten Jahrzehnt deutlich erhöht hat, basiert auf der Analyse von Spitalsentlassungsdiagnosen. Wünschenswert wäre es, das Ergebnis auch noch unabhängig zu überprüfen. Denkbar wäre natürlich auch, dass ein Teil des Trends dadurch zu erklären ist, dass Frauen mit Alkoholproblemen in letzter Zeit eher zur Behandlung bereit sind.

7.3 Prävalenz des Alkoholismus

Anhand der Spitalsentlassungsdiagnosen, dem Anteil erstmals behandelter Alkoholiker im Anton Proksch Institut und einer Dunkelzifferabschätzung hat Uhl (1994) grob geschätzt, dass im Querschnitt rund 5% der Österreicher ab dem 16. Geburtstag als „chronische Alkoholiker" im Sinne von ICD-9 zu klassifizieren sind (Prävalenz). Bei 6,85 Millionen Österreichern in der Altersgruppe ab dem 15. Geburtstag (Tab. 76, S. 211) ergibt das für das Jahr 2004 rund 340.000 chronische Alkoholiker. Nimmt man ferner an, dass der Frauenanteil unter den Alkoholikern rund 25% beträgt, so ergibt sich die erste Zeile von Tab. 18.

Da man immer wieder auch mit abweichenden Angaben konfrontiert wird, ein Hinweis: Wenn man den Anteil der Alkoholabhängigen mit einem Alkoholismusfragebogen über eine Repräsentativbefragung schätzt, so muss man, wie Uhl und Springer (1996) zeigen konnten, mit einer Unterschätzung des Anteils um 50% rechnen. Das folgt aus dem Umstand, dass einerseits der Anteil der Alkoholabhängigen in der Stichprobe nur ein Viertel des tatsächlichen Anteils in der Bevölkerung ausmacht („Undersampling", vgl. Kap. 6.3, S. 135) und dass man andererseits mit rund 50% „falsch positiven Fällen" rechnen muss [53], die zu den erfassten Alkoholabhängigen dazu kommen. Uhl & Springer haben bei der genannten Untersuchung mit dem „Münchner Alkoholismustest" (MALT) rund 2,5% als alkoholabhängig ausgewiesene Personen erhalten und auch die Ergebnisse von Rathner & Dunkel (1998), die den Anteil der Alkoholkranken in Österreich mittels CAGE Fragebogen auf 2,2% schätzten, sind in diesem Licht zu relativieren.

Tab. 18: Prävalenz, Gesamtlebenszeitprävalenz und Inzidenz des chronischen Alkoholismus in Österreich

	Männer	Frauen	Männer und Frauen
Prävalenz (Zahl der Alkoholiker im Querschnitt)	7,5% der Jugendlichen und Erwachsenen ab dem 15. Geburtstag ca. 255.000 Personen	2,5% der Jugendlichen und Erwachsenen ab dem 15. Geburtstag ca. 85.000 Personen	5% der Jugendlichen und Erwachsenen ab dem 15. Geburtstag ca. 340.000 Personen
Gesamtlebenszeitprävalenz (Zahl jener, die die Krankheit im Laufe ihres Lebens durchmachen)	14% der Geborenen	6% der Geborenen	10% der Geborenen
Inzidenz (Neuerkrankungsrate an chronischem Alkoholismus pro Jahr)	0.19% [54] der männl. Bevölkerung ca. 7.500 Personen	0.07% [55] der weibl. Bevölkerung ca. 2.500 Personen	0.13% der Bevölkerung ca. 10.000 Personen

Quelle: Uhl (1994, S. 97ff), Uhl et al. (2005b)
Kommentar: Die Berechnungen zur Gesamtlebenszeitprävalenz und Inzidenz werden in den folgenden Kapiteln durchgeführt und erklärt.

Wenn rund 5% der erwachsenen ÖsterreicherInnen chronische AlkoholikerInnen sind (Prävalenz) und rund 10% der Bevölkerung im Laufe des Lebens an Alkoholismus erkranken (Tab. 18, S. 141), dann ist es interessant, diese Werte mit den entsprechenden Werten des problematischen Drogenkonsums – meist mit Beteiligung von Opiaten – zu vergleichen. Die Prävalenz des problematischen Drogenkonsums macht derzeit rund 0,4% bis 0,5% [56] aus

53 Die Zahl der „falsch positiven Fälle" lässt sich aus der Prävalenz des Phänomens, der Sensitivität des Fragebogens und der Spezifität des Fragebogens unter Anwendung des Theorems von Bayes relativ einfach errechnen.

54 Ausgehend von einer durchschnittlichen Lebenserwartung von 75 Jahren.

55 Ausgehend von einer durchschnittlichen Lebenserwartung von 81 Jahren.

56 25.000 bis 32.000 Personen entsprechen bei 6,9 Millionen ÖsterreicherInnen ab 15 Jahren einem Anteil von 0,4% bis 0,5%.

(Haas et al., 2006a) und man kann gegenwärtig davon ausgehen, dass der Anteil der Personen, die – gleich bleibende Bedingungen vorausgesetzt – im Laufe ihres Lebens von illegalen Drogen abhängig werden (Gesamtlebenszeitprävalenz) um 1% liegt (Uhl & Seidler, 2001). Dafür, dass Alkoholismus rund zehnmal so häufig vorkommt wie problematischer Drogenkonsum, spricht auch der Umstand, dass Rettungseinsätze der Rettungsdienste aufgrund von Alkoholeinfluss in Wien im Jahre 2002 rund zehnmal so häufig waren (5.311 Einsätze) als Einsätze aufgrund von Drogeneinwirkungen (525 Einsätze; Bachinger et al., 2005).

7.4 Gesamtlebenszeitprävalenz des Alkoholismus

Der in der Literatur unübliche Begriff „Gesamtlebenszeitprävalenz“ wurde von uns gewählt, um eine klare Abgrenzung zur gebräuchlichen Interpretation von „Lebenszeitprävalenz“ als „Auftrittsrate im bisherigen Leben der Zielpersonen“ (d.h. von der Geburt bis zum Erhebungszeitpunkt) durchzuführen. Die Gesamtlebenszeitprävalenz im von uns vorgesehenen Sinne ist die geschätzte Auftrittsrate eines Phänomens von der Geburt bis zum Tod eines Menschen.

Durchschnittlich erkranken männliche Alkoholiker nach dem 26. Lebensjahr und weibliche nach dem 34. Lebensjahr an Alkoholismus (Uhl, 1994). Nach Bühringer et al. (2000) ist die Lebenserwartung von Alkoholikerinnen um durchschnittliche 20 Jahre und von Alkoholikern um durchschnittliche 17 Jahre reduziert (vgl. Kap. 4.4.4, S. 103). Aus dem Umstand, dass „Alkoholiker“ durchschnittlich erst Jahre nach dem 15. Geburtstag an Alkoholismus erkranken und um viele Jahre früher sterben als „Nicht-Alkoholiker“, ergibt sich, dass die Gesamtlebenszeitprävalenz (die Zahl jener Personen, die die Krankheit im Laufe ihres Lebens durchmachen) erheblich höher sein muss als die Alkoholismusprävalenz (Zahl der „Alkoholiker“ im Querschnitt unter den Ab-15-Jährigen).

Geht man bei Männern von einer durchschnittlichen Lebenserwartung von 75 Jahren aus und nimmt man an, dass männliche Alkoholiker durchschnittlich mit 26 Jahren beginnen pathologisch zu trinken sowie um 17 Jahre früher sterben, so ergibt sich, dass die Gesamtlebenszeitprävalenz 1,87-mal [57] so hoch ist wie die Prävalenz im Querschnitt. 7,5% Prävalenz bedeuten demnach, dass – gleich bleibende Bedingungen vorausgesetzt – rund 14% der männlichen Österreicher im Laufe ihres Lebens an chronischem Alkoholismus erkranken werden (Tab. 18, S. 141).

Geht man bei Frauen von einer durchschnittlichen Lebenserwartung von 81 Jahren aus und nimmt man an, dass Alkoholikerinnen durchschnittlich mit 34 Jahren beginnen pathologisch zu trinken sowie um 20 Jahre früher sterben, so ergibt sich, dass die Gesamtlebenszeitprävalenz 2,44-mal [58] so hoch ist wie die Prävalenz im Querschnitt. 2,5% Prävalenz bedeuten demnach, dass – gleich bleibende Bedingungen vorausgesetzt – rund 6% der österreichischen Frauen im Laufe ihres Lebens an chronischem Alkoholismus erkranken werden (Tab. 18, S. 141).

57 (75-15) : ((75-17)-26) = 1,88

58 (81-15) : ((81-20)-34) = 2,44

Da das Verhältnis der männlichen und weiblichen Geburten annähernd ausgewogen ist, bedeuten 14% Gesamtlebenszeitprävalenz bei Männern und 6% bei Frauen, dass die Gesamtlebenszeitprävalenz für die Bevölkerung 10% [59] beträgt. 5% Prävalenz im Querschnitt der Gesamtbevölkerung ab 15 Jahren bedeuten demnach, dass – gleich bleibende Bedingungen vorausgesetzt – rund 10% der Österreicher im Laufe ihres Lebens an chronischem Alkoholismus erkranken werden (Tab. 18, S. 141).

Konstante Bedingungen vorausgesetzt, kann man aus der Gesamtlebenszeitprävalenz des Alkoholismus unmittelbare Rückschlüsse auf den Anteil der „Alkoholiker" unter den Verstorbenen ziehen. Betrachtet man zum Zeitpunkt des Todes „abstinente Alkoholiker", in Übereinstimmung mit der herrschenden Auffassung, als „Alkoholiker" [60], so muss der Prozentsatz der „Alkoholiker" unter den Verstorbenen der Gesamtlebenszeitprävalenz des Alkoholismus entsprechen [61]. Damit sind wir in der Nähe der häufig gestellten Frage angelangt, wie viele Menschen pro Jahr an Alkoholismus sterben. Darauf wird in Kapitel 4.1 (S. 95) genauer eingegangen.

7.5 Inzidenz des Alkoholismus

Bei einer Gesamtlebenszeitprävalenz von 14% (Männer) bzw. 6% (Frauen), einer durchschnittlichen Lebenserwartung von rund 75 Jahren (Männer) bzw. 81 Jahren (Frauen) ergibt sich ferner, dass rund 0,19% der Männer, 0,07% der Frauen bzw. 0,13% aller ÖsterreicherInnen pro Jahr an chronischem Alkoholismus neu erkranken (Inzidenz). Bei einer Wohnbevölkerung um 8 Millionen Menschen entspricht eine Inzidenz von 0,13% rund 10.000 Neuerkrankungen jährlich (Tab. 18, S. 141).

7.6 Alkoholabstinenz und Alkoholmissbrauch in Österreich

Bei der „Repräsentativerhebung 2004" ergab sich, dass unter den 14 bis 99-Jährigen ÖsterreicherInnen

- 66,4% bezüglich ihres Alkoholkonsums als „unbedenklich" bezeichnet werden können; (d.h. „primäre Abstinenz", „sekundäre Abstinenz" oder „geringer Alkoholkonsum")
- 18,0% bezüglich der Konsumgewohnheiten als „relativ unproblematisch" gelten können (d.h. „mittlerer Alkoholkonsum"),
- 10,5% als „alkoholgefährdet, aber nicht alkoholabhängig" (d.h. „Alkoholmissbrauch") zu bezeichnen sind, und
- 5,0% als „Alkoholiker" zu bezeichnen sind.

Als „unbedenklich" gilt hier ein Konsum unter der „Harmlosigkeitsgrenze", als „problematisch" ein Konsum über der „Gefährdungsgrenze" (vgl. Kap. 3.6, S. 92). Detailliertere Angaben dazu, die Situation in Österreich betreffend, finden sich in Tab. 19.

59 (6% + 14%) : 2 = 10%

60 Auch AlkoholikerInnen, denen es gelingt phasenweise oder gänzlich alkoholabstinent zu leben, gelten in der Medizin als „Alkoholiker"; die grundlegende Suchtproblematik bleibt nämlich auch im Falle der Abstinenz weiterhin bestehen.

61 10% der Bevölkerung erkranken im Laufe ihres Lebens irgendwann an Alkoholismus und sterben in der Folge dann auch als „Alkoholiker".

Tab. 19: Gruppen nach Alkoholkonsumgewohnheiten und Geschlecht

14-99-Jährige	Kategorie	Männer	Frauen	ges.
unter der „Harmlosigkeitsgrenze“	im letzten Jahr und früher (fast) abstinent (primäre Abstinenz)	13,8%	26,5%	20,4%
	im letzten Jahr (fast) abstinent aber früher nicht abstinent (sekundäre Abstinenz)	9,8%	11,0%	10,4%
	geringer Alkoholkonsum	33,3%	37,8%	35,6%
zwischen den Grenzen	mittlerer Alkoholkonsum	22,1%	14,3%	18,0%
über „Gefährdungsgrenze“	problematischer Alkoholkonsum (Alkoholmissbrauch)	13,5%	7,9%	10,5%
	chronischer Alkoholismus	7,5%	2,5%	5,0%
		100,0%	100,0%	100,0%
	Stichprobenumfang	2.171	2.347	4.518

Quelle: „Repräsentativerhebung 2004“, Uhl et al. (2005b); eigene Berechnungen
Kommentar: Durch die Verschiebung im Geschlechterverhältnis ergeben sich Abweichungen von den im Jahr 2001 publizierten Werten. Eine exakte Beschreibung der relevanten Grenzziehungen und Kategorien findet sich in Kap. 3.6.1, S. 93.

Tab. 20: Gruppen nach Alkoholkonsumgewohnheiten bezogen auf Geschlecht und Alter

Frauen und Männer	14-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-99	14-99
prim. (Fast)abstinenz	23%	14%	19%	19%	22%	25%	30%	20%
sek. (Fast)abstinenz	5%	10%	9%	12%	12%	12%	16%	10%
geringer Alkoholkonsum	46%	38%	34%	38%	32%	30%	32%	36%
mittl. Alkoholkonsum	16%	21%	19%	16%	18%	17%	14%	18%
probl. Alkoholkonsum	10%	17%	19%	14%	16%	17%	8%	16%
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Stichprobenumfang	418	913	901	743	599	697	246	4.518

Männer	14-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-99	14-99
prim. (Fast)abstinenz	23%	13%	13%	12%	13%	15%	11%	14%
sek. (Fast)abstinenz	5%	9%	7%	12%	9%	11%	20%	10%
geringer Alkoholkonsum	51%	31%	34%	35%	28%	28%	34%	33%
mittl. Alkoholkonsum	16%	23%	22%	19%	26%	23%	23%	22%
probl. Alkoholkonsum	4%	24%	23%	22%	24%	23%	11%	21%
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Stichprobenumfang	191	456	441	375	256	348	104	2.171

Frauen	14-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-99	14-99
prim. (Fast)abstinenz	23%	16%	25%	26%	30%	35%	44%	27%
sek. (Fast)abstinenz	5%	10%	11%	12%	13%	13%	13%	11%
geringer. Alkoholkonsum	42%	44%	35%	41%	35%	32%	30%	38%
mittl. Alkoholkonsum	15%	19%	16%	14%	12%	11%	8%	14%
probl. Alkoholkonsum	15%	11%	14%	6%	9%	10%	5%	10%
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Stichprobenumfang	227	457	460	369	343	349	143	2.347

Quelle: „Repräsentativerhebung 2004“, Uhl et al. (2005b); eigene Berechnungen
Kommentar: Eine exakte Beschreibung der relevanten Grenzziehungen und Kategorien findet sich in Kap. 3.6, S. 92. Da die vorliegende Schätzung des Alkoholikeranteils in Österreich (Kap. 7.1, S. 138) zwar eine Unterteilung nach Geschlecht aber nicht nach Altersgruppen zulässt, mussten in der vorliegenden Tabelle die Kategorien „Alkoholmissbrauch“ und „chronischer Alkoholismus“ zusammengefasst werden.

7.7 Durchschnittskonsum in Österreich

7.7.1 Berechnung

Für Österreich kann man bis 1993 annehmen, dass Berechnungen des Pro-Kopf-Alkoholverbrauches auf der Basis von offiziellen Statistiken recht verlässlich waren. Seit dem Beitritt Österreichs zum EWR (Anfang 1994) und ganz besonders seit Österreich der EU beitrat (Anfang 1995), muss man allerdings damit rechnen, dass der nicht von offiziellen Stellen dokumentierte private Import und Export alkoholischer Getränke stark zugenommen hat, wodurch die Verlässlichkeit der offiziellen Statistiken als Grundlage für Schätzungen des Pro-Kopf-Alkoholkonsums relativiert werden muss. Seit EU-Beitritt müssen österreichische Exporteure erst ab einem Jahresumsatz von 250.000 € entsprechenden Meldungen abgegeben; Kleinsendungen und so genannte Kofferraumexporte werden nicht erfasst *(ÖWM, 2006a).*

Bei Statistiken über den Pro-Kopf-Konsum von Alkohol wird üblicherweise der Mostkonsum nicht berücksichtigt (z.B. Eisenbach-Stangl, 1991a; Productschap, 1998). Der Mostverbrauch betrug nach Eisenbach-Stangl (1991a) im Jahre 1920 4-6% des Pro-Kopf-Konsums. Uhl & Springer (1996) haben anhand der „Repräsentativerhebung 1993/94“ festgestellt, dass der Mostkonsum auch 1993/94 noch für rund 6% des in Österreich konsumierten reinen Alkohols verantwortlich ist und vermuteten in diesem Zusammenhang, dass Most in der bäuerlichen Welt Österreichs immer eine vergleichbare Rolle gespielt hat. Sie schlugen daher vor, den Mostanteil von 6% am Pro-Kopf-Konsum rechnerisch zu berücksichtigen.

Bei der „Repräsentativerhebung 2004“ (Uhl et al., 2005b) ergab sich dann, dass nur mehr weniger als 3% des in Österreich konsumierten reinen Alkohols über Most konsumiert wird, weswegen für die darauf aufbauenden Berechnungen eine lineare Abnahme des Mostanteils von 6% im Jahre 1994 auf 3% im Jahre 2004 angenommen wurde (vgl. Kap. 6.1.4, S. 132).

Eine Überprüfung des Alkoholgehalts von in Österreich konsumierten Biersorten und Weinen ergab, dass der durchschnittliche Alkoholkonsum in Bier und Wein in der Vergangenheit zu niedrig angesetzt worden war. Es ergab sich, dass man bei Bier von durchschnittlich 5,0 Vol.-% und bei Wein von durchschnittlich 11,5 Vol.-% Alkohol ausgehen muss (vgl. Tab. 6, S. 60). Darauf, dass der Alkoholanteil in alkoholischen Getränken lange Zeit zu gering angesetzt wurde, weisen auch Bühriger et al. (2000) hin. Auch diese Autoren sahen sich veranlasst, deutsche und internationale Angaben über den durchschnittlichen Verbrauch an Reinalkohol neu zu berechnen. Weil Uhl & Springer (1996) und Uhl et al. (2005b) bei ihren Berechnungen von den oben ausgewiesenen Prozentsätzen ausgingen, und weil sie auch den Most berücksichtigten, weichen die von uns hier veröffentlichten Werte von den bis dato national und international publizierten Daten (z.B. Productschap 1998) etwas ab.

Bei Wein und Bier wird in der offiziellen österreichischen Statistik ausschließlich die Gesamtmenge des Getränkes und nicht der enthaltene Alkoholanteil ausgewiesen. Der Alkoholanteil muss daher über den durchschnittlichen Alkoholgehalt geschätzt werden. Der Alkoholanteil wird in Tab. 86, S. 240 und Tab. 93, S. 249 dargestellt. Da der Alkoholgehalt bei Spirituosen recht unterschiedlich ist und der Spirituosenverband den Alkoholanteil aus unterschiedlichen Produkten nach dem tatsächlichen Alkoholgehalt berechnet und veröffentlicht, wurde in den Tab. 21 und Tab. 22 auf diese Werte Bezug genommen. Die Menge an Spirituosen, die pro Jahr konsumiert wurde, lässt sich unter der vom

Spirituosenverband bestätigten Annahme, dass der durchschnittliche Alkoholgehalt in österreichischen Spirituosen um 35 Vol.-% schwankt, schätzen.

Tab. 21: Durchschnittlicher Alkoholkonsum pro Jahr bezogen auf alle ÖsterreicherInnen

Jahr	Liter Gesamtgetränk		Liter Reinalkohol pro Jahr aus					Gramm Reinalkohol pro Tag
	Bier	Wein	Spiri-tuosen	Bier	Wein	Most	gesamt	gesamt
1955	60,0	13,5	0,7	3,0	1,6	0,3	5,6	12,1
1956	61,9	16,1	0,8	3,1	1,9	0,4	6,1	13,2
1957	70,4	17,4	0,9	3,5	2,0	0,4	6,8	14,8
1958	73,1	17,1	1,1	3,7	2,0	0,4	7,2	15,5
1959	69,0	20,1	1,1	3,5	2,3	0,4	7,3	15,8
1960	72,5	18,7	1,1	3,6	2,2	0,4	7,3	15,8
1961	75,1	20,3	1,2	3,8	2,3	0,5	7,8	16,8
1962	80,9	19,2	1,0	4,0	2,2	0,5	7,7	16,7
1963	85,4	20,3	1,2	4,3	2,3	0,5	8,3	18,0
1964	92,5	20,8	1,2	4,6	2,4	0,5	8,7	18,9
1965	92,4	26,9	0,9	4,6	3,1	0,6	9,2	19,8
1966	98,9	31,4	1,4	4,9	3,6	0,6	10,6	22,9
1967	98,5	31,6	1,1	4,9	3,6	0,6	10,3	22,2
1968	103,0	33,0	1,2	5,2	3,8	0,6	10,8	23,4
1969	97,6	33,2	1,3	4,9	3,8	0,6	10,6	23,0
1970	98,6	34,3	1,2	4,9	3,9	0,6	10,7	23,2
1971	99,7	35,7	1,4	5,0	4,1	0,7	11,2	24,2
1972	105,6	35,3	1,6	5,3	4,1	0,7	11,6	25,2
1973	106,9	36,3	1,6	5,3	4,2	0,7	11,8	25,6
1974	107,9	35,4	1,7	5,4	4,1	0,7	11,8	25,6
1975	103,4	34,9	1,6	5,2	4,0	0,7	11,5	24,8
1976	104,6	36,1	1,6	5,2	4,2	0,7	11,7	25,3
1977	106,2	35,9	1,7	5,3	4,1	0,7	11,8	25,6
1978	104,6	34,8	1,4	5,2	4,0	0,7	11,3	24,4
1979	102,5	35,6	1,6	5,1	4,1	0,7	11,5	24,8
1980	103,6	35,6	1,6	5,2	4,1	0,7	11,6	25,0
1981	104,6	34,8	1,5	5,2	4,0	0,7	11,4	24,7
1982	106,9	34,7	1,5	5,3	4,0	0,7	11,6	25,0
1983	109,8	37,3	1,6	5,5	4,3	0,7	12,1	26,1
1984	111,8	36,3	1,5	5,6	4,2	0,7	12,0	25,9
1985	109,4	34,2	1,5	5,5	3,9	0,7	11,6	25,0
1986	117,3	32,6	1,5	5,9	3,7	0,7	11,9	25,7
1987	113,7	33,8	1,6	5,7	3,9	0,7	11,9	25,7
1988	115,5	34,1	1,6	5,8	3,9	0,7	12,0	25,9
1989	117,8	35,0	1,5	5,9	4,0	0,7	12,2	26,4
1990	120,4	34,8	1,5	6,0	4,0	0,7	12,3	26,6
1991	119,7	33,5	1,7	6,0	3,9	0,7	12,3	26,7
1992	123,7	33,0	1,3	6,2	3,8	0,7	12,0	25,9
1993	119,1	32,6	1,5	6,0	3,7	0,7	11,9	25,7
1994	114,1	30,9	1,1	5,7	3,6	0,6	11,0	23,7
1995	114,3	31,9	1,7	5,7	3,7	0,6	11,7	25,3
1996	112,3	31,6	1,9	5,6	3,6	0,6	11,7	25,4
1997	111,6	30,0	1,7	5,6	3,5	0,5	11,2	24,3
1998	113,2	30,9	1,5	5,7	3,6	0,5	11,2	24,3
1999	113,1	30,5	1,5	5,7	3,5	0,5	11,1	24,1
2000	114,0	30,9	1,8	5,7	3,6	0,4	11,4	24,8
2001	109,7	30,8	1,3	5,5	3,5	0,4	10,7	23,1
2002	111,1	28,4	1,3	5,6	3,3	0,3	10,4	22,6
2003	111,4	29,6	1,3	5,6	3,4	0,3	10,6	23,0
2004	111,9	27,7	1,4	5,6	3,2	0,3	10,5	22,6
2005	107,9	29,7	1,4	5,4	3,4	0,3	10,6	22,9
2006	108,4	31,9	1,5	5,4	3,7	0,3	10,9	23,5
2007	108,1	32,2	1,5*	5,4	3,7	0,3	10,9	23,6

Quellen: Uhl & Springer (1996); Verband der Spirituosenindustrie, (2008a); Statistik Austria (2006c); eigene Berechnungen.Kommentar: Die Werte gehen von 5,0 Vol.-% Alkoholgehalt in Bier und Most sowie von 11,5 Vol.-% Alkohol in Wein aus. Es wird angenommen, dass der Reinalkoholkonsums aus Most zunächst von 3% auf 6% stieg, dann bis 1996 auf 6% blieb und dann bis 2003 wieder auf 3% sank. 20g reiner Alkohol entsprechen einem „österreichischen Standardglas" von 1/4 Liter Wein oder 1/2 Liter Bier, (vgl. Tab. 10, S. 94).Der mit „" gekennzeichneter Wert ist geschätzt*

Tab. 22: Durchschnittlicher Alkoholkonsum pro Jahr bezogen auf 15 bis 99-jährige ÖsterreicherInnen

Jahr	Unter-15-Jährige	Liter Gesamtgetränk		Liter Reinalkohol pro Jahr aus					Gramm Reinalkohol pro Tag
		Bier	Wein	Spirituosen	Bier	Wein	Most	gesamt	
1955	22,1%	76,9	17,4	0,9	3,8	2,0	0,4	7,2	15,5
1956	21,8%	79,2	20,6	1,0	4,0	2,4	0,5	7,8	16,9
1957	21,8%	90,0	22,2	1,2	4,5	2,6	0,5	8,7	18,9
1958	21,8%	93,5	21,9	1,4	4,7	2,5	0,5	9,1	19,8
1959	21,9%	88,3	25,7	1,4	4,4	3,0	0,6	9,3	20,2
1960	22,3%	93,3	24,1	1,4	4,7	2,8	0,6	9,4	20,4
1961	22,7%	97,1	26,3	1,6	4,9	3,0	0,6	10,0	21,7
1962	22,8%	104,8	24,9	1,3	5,2	2,9	0,6	10,0	21,6
1963	23,0%	111,0	26,4	1,6	5,5	3,0	0,6	10,8	23,4
1964	23,3%	120,6	27,1	1,6	6,0	3,1	0,7	11,4	24,7
1965	23,6%	120,9	35,2	1,2	6,0	4,0	0,7	12,0	25,9
1966	23,8%	129,8	41,2	1,8	6,5	4,7	0,8	13,9	30,1
1967	24,1%	129,8	41,6	1,4	6,5	4,8	0,8	13,5	29,3
1968	24,3%	136,0	43,6	1,6	6,8	5,0	0,9	14,3	30,9
1969	24,3%	128,9	43,8	1,7	6,4	5,0	0,8	14,0	30,4
1970	24,4%	130,4	45,4	1,6	6,5	5,2	0,9	14,2	30,7
1971	24,3%	131,8	47,2	1,8	6,6	5,4	0,9	14,7	31,9
1972	24,2%	139,3	46,6	2,1	7,0	5,4	0,9	15,4	33,2
1973	23,9%	140,5	47,8	2,1	7,0	5,5	0,9	15,6	33,7
1974	23,6%	141,2	46,0	2,2	7,1	5,3	0,9	15,5	33,6
1975	23,2%	134,7	45,5	2,1	6,7	5,2	0,9	15,0	32,4
1976	22,7%	135,3	46,7	2,1	6,8	5,4	0,9	15,1	32,7
1977	22,2%	136,5	46,1	2,2	6,8	5,3	0,9	15,2	32,9
1978	21,6%	133,4	44,4	1,7	6,7	5,1	0,9	14,4	31,1
1979	21,0%	129,6	45,0	2,0	6,5	5,2	0,9	14,5	31,4
1980	20,4%	130,2	44,7	2,0	6,5	5,1	0,9	14,5	31,4
1981	20,0%	130,7	43,5	1,9	6,5	5,0	0,9	14,3	30,9
1982	19,5%	132,8	43,2	1,9	6,6	5,0	0,9	14,4	31,1
1983	19,1%	135,7	46,1	1,9	6,8	5,3	0,9	14,9	32,2
1984	18,7%	137,5	44,7	1,8	6,9	5,1	0,9	14,7	31,8
1985	18,3%	133,9	41,8	1,8	6,7	4,8	0,8	14,1	30,6
1986	18,0%	143,1	39,8	1,9	7,2	4,6	0,9	14,5	31,3
1987	17,8%	138,2	41,1	1,9	6,9	4,7	0,9	14,4	31,2
1988	17,6%	140,2	41,4	1,9	7,0	4,8	0,9	14,5	31,5
1989	17,5%	142,8	42,4	1,9	7,1	4,9	0,9	14,8	31,9
1990	17,4%	145,9	42,1	1,8	7,3	4,8	0,9	14,9	32,2
1991	17,4%	145,0	40,6	2,1	7,3	4,7	0,9	14,9	32,3
1992	17,5%	150,0	40,0	1,5	7,5	4,6	0,9	14,5	31,4
1993	17,6%	144,5	39,5	1,8	7,2	4,5	0,9	14,4	31,2
1994	17,6%	138,4	37,5	1,3	6,9	4,3	0,8	13,3	28,8
1995	17,5%	138,6	38,7	2,0	6,9	4,5	0,8	14,2	30,7
1996	17,4%	136,0	38,2	2,3	6,8	4,4	0,7	14,2	30,7
1997	17,3%	134,8	36,2	2,0	6,7	4,2	0,7	13,6	29,4
1998	17,1%	136,5	37,3	1,8	6,8	4,3	0,6	13,5	29,3
1999	16,9%	136,2	36,7	1,8	6,8	4,2	0,6	13,4	29,0
2000	16,7%	136,9	37,1	2,1	6,8	4,3	0,5	13,7	29,8
2001	16,8%	132,0	37,1	1,5	6,6	4,3	0,5	12,8	27,8
2002	16,6%	133,2	34,1	1,5	6,7	3,9	0,4	12,5	27,1
2003	16,4%	133,3	35,4	1,6	6,7	4,1	0,4	12,7	27,5
2004	16,2%	133,5	33,0	1,6	6,7	3,8	0,4	12,5	27,0
2005	16,0%	128,5	35,3	1,7	6,4	4,1	0,4	12,6	27,2
2006	15,7%	128,6	37,9	1,7	6,4	4,4	0,4	12,9	27,9
2007	15,5%	127,9	38,1	1,7	6,4	4,4	0,4	12,9	27,9

Quellen: Uhl & Springer (1996); Statistik Austria, (2008a); Verband der Spirituosenindustrie (2007); eigene Berechnungen
Kommentar: Die Werte gehen von 5.0 Vol.-% Alkoholgehalt in Bier und Most sowie von 11.5 Vol.-% Alkohol in Wein aus. 20 g reiner Alkohol entsprechen einem „österreichischen Standardglas" von 1/4 Liter Wein oder 1/2 Liter Bier (vgl. Tab. 10, S. 94).

Der Pro-Kopf-Konsum von etwa 11 Litern reinem Alkohol entspricht übrigens ziemlich genau dem ebenfalls aus Verbrauchszahlen errechneten Werten für die Bundesrepublik Deutschland von 10,6 Litern Reinalkohol (Bühringer et al., 2000).

7.7.2 Verlauf des Pro-Kopf-Alkoholkonsums

Eine systematische Darstellung des Pro-Kopf-Alkoholkonsums in Österreich von der Zwischenkriegszeit bis in die Achtzigerjahre, basierend auf unterschiedlichsten Quellen, wurde von Eisenbach-Stangl (1991a) veröffentlicht. In dieser Darstellung wird aufgezeigt, dass der Pro-Kopf-Konsum in den letzten hundert Jahren im Wesentlichen mit der wirtschaftlichen Entwicklung parallel verlief. Der Pro-Kopf-Konsum sank während der beiden Weltkriege und der großen Depression Ende der Zwanzigerjahre auf ein sehr niedriges Niveau und nahm danach jeweils wieder langsam zu. Es waren aber auch zwei Einbrüche zu verzeichnen, die nicht unmittelbar mit der wirtschaftlichen Entwicklung zusammenhingen: der erste zu Beginn des 20. Jahrhunderts, noch in der Zeit der österreichisch-ungarischen Monarchie, der wahrscheinlich mit dem Aufkommen der Abstinenzbewegung zusammenhängt (Eisenbach-Stangl 1991a, 1994a); der zweite Einbruch Anfang der Neunzigerjahre, auf den wir im übernächsten Absatz genauer eingehen.

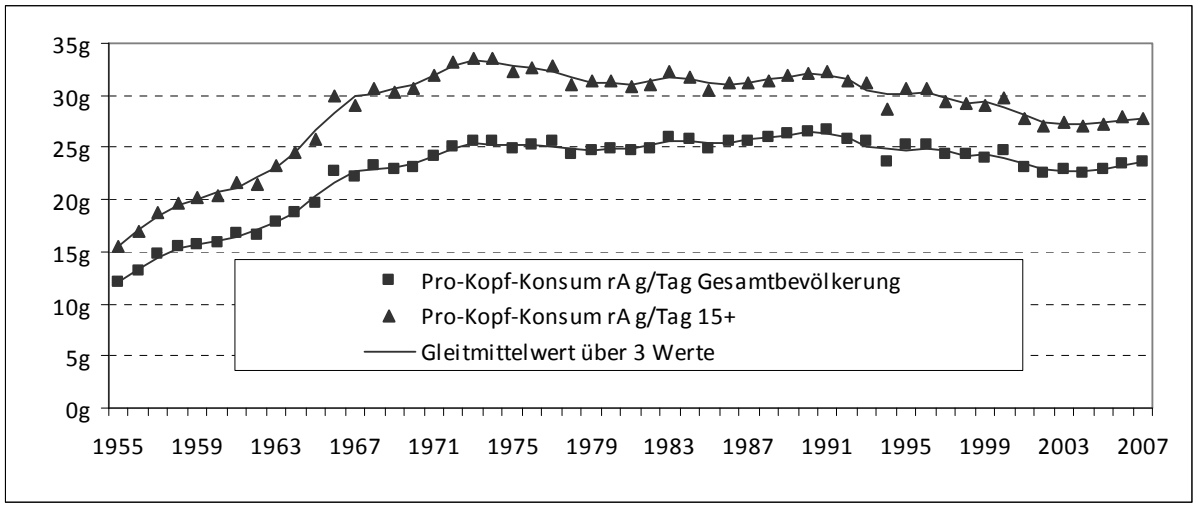
Die übliche Berechnung des Pro-Kopf-Konsums bezogen auf die Gesamtbevölkerung (Tab. 21, S. 146) ergibt allerdings – ganz besonders bei Vergleichen über längere Zeiträume hinweg oder beim Vergleich zwischen unterschiedlichen Ländern – irreführende Werte. Kinder und Jugendliche nehmen bis zum 15. Geburtstag ja kaum in nennenswertem Maße Alkohol zu sich, und es ist daher zweckmäßig, die insgesamt konsumierte Alkoholmenge auf die Ab-15-Jährigen zu beziehen (Tab. 22, S. 147). Die Umrechnung der Werte aus Tab. 21 auf jene in Tab. 22 erfolgt, indem man erstere durch den relativen Anteil der 15 bis 99-Jährigen in der Gesamtbevölkerung dividiert. Dieser Anteil betrug im Jahre 2005 z.B. 84% (100% – 16% = 84%, vgl. Tab. 22, zweite Spalte). Wenn diese Anpassung nicht erfolgt, erscheinen Länder bzw. Epochen mit einem größeren Kinder- und Jugendlichenanteil hinsichtlich des Alkoholkonsums im Vergleich mit anderen in ungerechtfertigter Weise als gemäßigter.

Besonders deutlich wird das, wenn man den Verlauf des Pro-Kopf-Konsums in Österreich bezogen auf die Gesamtbevölkerung und bezogen auf die Ab-15-Jährigen vergleicht (Abb. 3, 149). Nach ersterer Berechnung ergibt sich ein scheinbarer Höhepunkt des Alkoholkonsums um 1990, bei letzterer Berechnung erkennt man, dass der Alkoholkonsum mit 33,7g/Tag den Höhepunkt im Jahr 1973 erreichte, dann über ein halbes Jahrzehnt auf fast 31g/Tag sank und danach bis Anfang der Neunzigerjahre um einen konstanten Wert schwankte. Anfang der Neunzigerjahre ergab sich dann neuerlich eine leichte Trendwende in Richtung weniger Alkoholkonsum. 1997 und 1998 hatte sich der Pro-Kopf-Konsum der Erwachsenen von reinem Alkohol dann auf annähernd 30g/Tag verringert. Für das Jahr 2005 ist ein neuerlicher Rückgang des Alkoholkonsums auf 27,2g/Tag zu verzeichnen (Tab. 22, S. 147). Insgesamt hat der Alkoholkonsum von 1973 bis 2005 um fast ein Fünftel (19%) abgenommen.

Die Frage, ob sich im neuerlichen Rückgang des ausgewiesenen Alkoholkonsums in Österreich ein deutlicher Rückgang verbirgt, oder ob es sich bloß um einen durch globale politische Veränderungen erklärbaren Messfehler handelt (nicht erfasster Import durch neue Zollfreiläden an der Ostgrenze, EWR-Beitritt Österreichs und Veränderungen durch den EU-Beitritt) kann aus den Statistiken allein nicht geklärt werden. Dafür, dass sich im beobachteten Rückgang des Alkoholkonsums ein reales Phänomen und nicht bloß ein Erhebungsartefakt spiegelt, spricht allerdings, dass in der – hinsichtlich der Alkohol-konsumgewohnheiten mit Österreich durchaus vergleichbaren und schon lange zum Kreis

der EU-Länder zählenden – Bundesrepublik Deutschland ein ähnlicher Rückgang des Alkoholkonsums beobachtet werden konnte (Kraus & Bauernfeind, 1998; Bühringer et al., 2000).

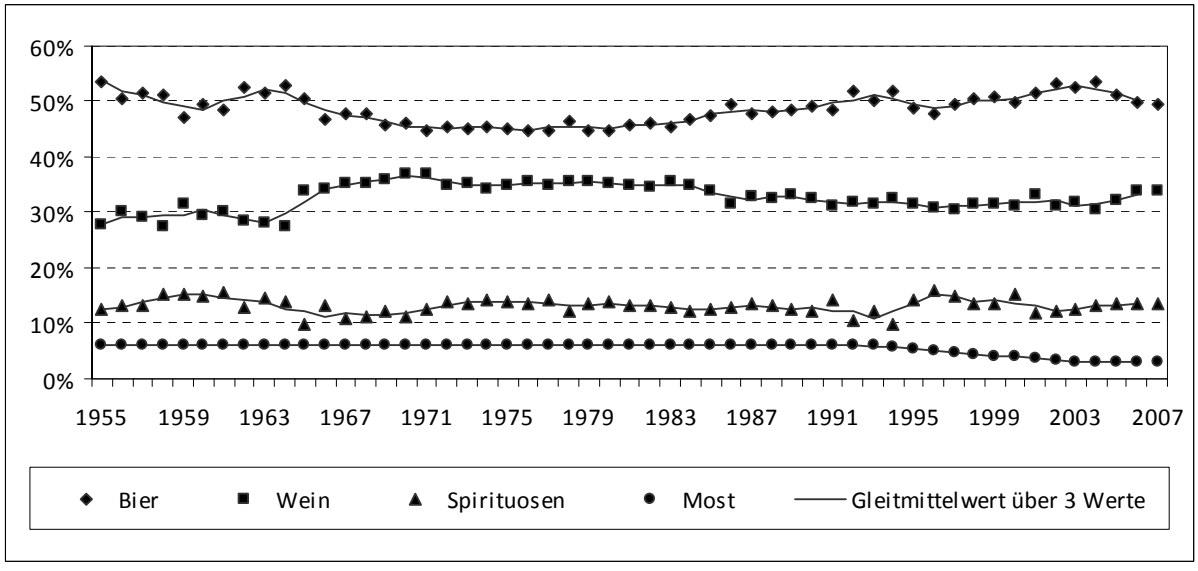
Abb. 3: Entwicklung des Pro-Kopf-Konsums von reinem Alkohol in Österreich (geglättet), 1950-2007



Quelle: Statistik Österreich, (2008a); Österreichischer Spirituosenverband, (2008); eigene Berechnungen Kommentar: Die Werte sind mittels Gleitmittelwertbildung über 3 Werte geglättet.

Da die Statistiken in Tab. 21 (S. 146) und Tab. 22 (S. 147) nach Bier, Wein, Most und Spirituosen aufgeteilt sind, kann man aus den Tabellen auch den Anteil dieser Kategorien am Gesamtalkoholkonsum im langfristigen Zeitvergleich ersehen. In Abb. 4 werden diese Veränderungen der relativen Bedeutung übersichtlich dargestellt. Dabei zeigt sich, dass die Vorliebe der Österreicher für bestimmte alkoholische Getränkekategorien langfristig keinen sehr großen Schwankungen unterworfen war.

Abb. 4: Relativer Anteil der Getränkearten in Prozent am Konsum reinen Alkohols in Österreich (geglättet)



Quelle: Statistik Österreich, (2008a); Österreichischer Spirituosenverband, (2008); eigene Berechnungen Kommentar: Die Werte sind mittels Gleitmittelwertbildung über 3 Werte geglättet. Datenreihenanordnung von oben nach unten: Bier, Wein, Spirituosen, Most

Der Stellenwert des Biers schwankte von 1955 bis 2005 zwischen 45% und 54% Anteil am Reinalkoholkonsum, wobei sich in der Mitte des Beobachtungszeitraums ein lang anhaltendes Minimum abgezeichnet hat. Der Stellenwert des Weines schwankte – diametral zum Bier – zwischen 27% und 37%. Spirituosen schwankten im ganzen Zeitraum zwischen 10% und 16%. Bei Most wird in Abb. 4 von 1955 bis 1993 ein konstanter Wert von 6%, dann bis 2003 ein konstanter Rückgang auf 3% und danach ein konstanter Wert von 3% angenommen. Da es keine regelmäßigen Statistiken über den Mostkonsum gibt, mussten die Zwischenräume zwischen jenen Zeitpunkten, wo Daten vorliegen, linear interpoliert werden (vgl. Kap. 6.1.4, S. 132).

Tab. 23: Durchschnittlicher Alkoholkonsum bezogen auf Geschlecht und Alter

Frauen und Männer	14-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-99	Insgesamt
durchschnittliche Gramm Alkohol pro Tag	17	29	32	27	28	29	17	27
durchschnittliche Liter Alkohol pro Jahr	7,7	13,6	15,0	12,5	12,8	13,3	7,7	12,7
Stichprobenumfang	421	919	910	749	608	700	247	4.554

Männer	14-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-99	Insgesamt
durchschnittliche Gramm Alkohol pro Tag	16	43	48	44	46	44	27	42
durchschnittliche Liter Alkohol pro Jahr	7,4	20,0	22,4	20,1	21,4	20,4	12,4	19,3
Stichprobenumfang	192	459	447	378	259	349	105	2.190

Frauen	14-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-99	Insgesamt
durchschnittliche Gramm Alkohol pro Tag	17	16	17	10	14	14	9	14
durchschnittliche Liter Alkohol pro Jahr	7,9	7,2	7,9	4,6	6,3	6,3	4,3	6,6

*Quelle: „Repräsentativerhebung 2004“, Uhl et al. (2005b); eigene Berechnungen Kommentar: 20g reiner Alkohol entsprechen ca. 1/4 Liter Wein oder 1/2 Liter Bier (vgl. Tab. 10, S. 94). Die Umrechnung von „Gramm Alkohol pro Tag“ auf „Liter Alkohol pro Jahr“ in Tab. 23 erfolgt nach **Formel 7**, S.54.*

Die Berechnung des durchschnittlichen Alkoholkonsums aus offiziellen Statistiken ist zwar weit verlässlicher als die Berechnungen ausschließlich aufgrund von Bevölkerungsbefragungen, erstere Statistiken ermöglichen aber keine detaillierten Angaben nach Alter, Geschlecht und/oder Region, weswegen Uhl & Springer (1996) die Vorteile beider Ansätze verbanden, indem sie die Ergebnisse einer umfassenden repräsentativen Erhebung an 11.150 ÖsterreicherInnen zwischen 16 und 99 Jahren mit den Berechnungen aufgrund offizieller Statistiken kombinierten. Dabei wurden die Angaben der Befragten nach komplexen Rechenalgorithmen in einer Art und Weise angepasst, dass der errechnete Gesamtkonsum dem geschätzten österreichischen Durchschnittskonsum für den Erhebungszeitraum von 31g reinem Alkohol entsprach. Bei der „Repräsentativerhebung 2004“ (Uhl et al., 2005b) wurde analog vorgegangen, wobei der Durchschnittskonsum 2004 für die Auswertung vorläufig mit 27,4g pro Tag und Erwachsenen angenommen wurde. Der endgültige Wert wurde später auf 27,0g korrigiert. Aus diesem Grund entsprechen die Angaben für 2004 in Tab. 22 (S. 147) nicht präzise jenen in Tab. 23 (S. 150).

7.8 Durchschnittlicher Alkoholkonsum bei Alkoholikern und Nichtalkoholikern

Es ist kaum möglich, den durchschnittlichen Alkoholkonsum von Alkoholikern zu bestimmen, da es theoretisch gar nicht möglich ist, eine zufällige Repräsentativstichprobe aller Alkoholiker zu ziehen, und da die Angaben über die Trinkmenge bei Alkoholikern noch unverlässlicher sind als bei Nichtalkoholikern. Eine grobe Abschätzung der Trinkmenge konnten wir allerdings aus der Patientendokumentation des Anton Proksch Instituts gewinnen, wo Alkoholiker, die sich einer Behandlung unterziehen, nun schon seit vielen Jahren routinemäßig über ihren Alkoholkonsum vor Behandlungsbeginn befragt werden. Die Ergebnisse dieser Befragung werden in Tab. 24 dargestellt.

Tab. 24: Alkoholkonsum von Alkoholikern vor einer stationären Behandlung im Anton Proksch Institut

Alkoholkonsum in Gramm reiner Alkohol pro Tag	Anteil der „Alkoholiker" in dieser Kategorie
0-100	18%
101-200	41%
201-300	25%
302-400	11%
401-500	3%
501-	1%
	100%

Quelle: Uhl, 1994, S. 115
Kommentar: 100g reiner Alkohol entsprechen ca. 1,25 Liter Wein oder 2,5 Liter Bier.

Alkoholiker trinken durchschnittlich um 200g Alkohol pro Tag, wobei der Durchschnittskonsum von weiblichen Alkoholabhängigen mit rund 130g Alkohol deutlich unter jenem der Männer mit rund 226g Alkohol liegt (Tab. 25). Kennt man den Pro-Kopf-Konsum an reinem Alkohol von Alkoholikern (Tab. 24), den Pro-Kopf-Konsum an reinem Alkohol der erwachsenen Gesamtbevölkerung (Tab. 22, S. 147) und den Alkoholikeranteil in der Gesamtbevölkerung (Tab. 18, S. 141), so kann man recht einfach auch den Alkohol-Pro-Kopf-Konsum von „Nichtalkoholikern" errechnen (Tab. 25).

Tab. 25: Täglicher Pro-Kopf-Alkoholkonsum von Alkoholikern bezogen auf Geschlecht

Frauen und Männer	Alkoholiker ab dem 15. Lj.	Nichtalkoholiker ab dem 15. Lj.	Alle Österreicher ab dem 15. Lj.
durchschnittliche Gramm Alkohol pro Tag	200	22	27
durchschnittliche Liter Alkohol pro Jahr	92,5	10,2	12,5
Männer			
durchschnittliche Gramm Alkohol pro Tag	226	35	42
durchschnittliche Liter Alkohol pro Jahr	104,6	16,2	19,4
Frauen			
durchschnittliche Gramm Alkohol pro Tag	130	11	14
durchschnittliche Liter Alkohol pro Jahr	60,1	5,1	6,5

Quelle: „Repräsentativerhebung 2004", Uhl et al. (2005b); zusätzliche Berechnungen Kommentar: 200g reiner Alkohol entsprechen ca. 2,5 Liter Wein oder 5 Liter Bier (vgl. Tab. 10, S. 94). Die Umrechnung von „Gramm Alkohol pro Tag" auf „Liter Alkohol pro Jahr" in Tab. 25 erfolgt nach ***Formel 7****, S. 54.*

Geht man bei ÖsterreicherInnen zwischen 15 und 99 Jahren konkret von einem durchschnittlichen Tagesverbrauch von 27g reinem Alkohol aus und davon, dass in dieser Altersgruppe 5% als chronische Alkoholiker zu bezeichnen sind, die durchschnittlich 200g pro Tag konsumieren, so ergibt sich unmittelbar, dass Alkoholiker allein für mehr als ein Drittel [62] des insgesamt in Österreich getrunkenen reinen Alkohols verantwortlich sind (Tab. 26).

Tab. 26: Aufteilung des Gesamtkonsums an reinem Alkohol nach Alkoholkonsumklassen

	Anteil an der ab-15-jährigen Bevölkerung	Anteil am konsumierten Reinalkohol	Durchschnittskonsum der ab-16-jährigen Bevölkerung in Gramm reiner Alkohol pro Tag
Abstinente und Personen mit maximal geringem Alkoholkonsum	67%	10%	4 g
Personen mit mittlerem Alkoholkonsum	18%	22%	34 g
Missbraucher, die (noch) keine Alkoholiker sind	11%	31%	82 g
Alkoholiker	5%	37%	200 g
Gesamt	100%	100%	27 g

Quelle: „Repräsentativerhebung 2004", Uhl et al. (2005b); eigene Berechnungen Kommentar 20g reiner Alkohol entsprechen ca. 1/4 Liter Wein oder 1/2 Liter Bier. 1 Liter Alkohol entspricht 0,789 Kilogramm Alkohol.

Bei genauerer Betrachtung des Alkoholkonsums nach Alkoholkonsumklassen innerhalb der nicht alkoholkranken Bevölkerung ergibt sich, dass etwas weniger als ein weiteres Drittel des insgesamt in Österreich getrunkenen reinen Alkohols von Personen konsumiert wird, die als Alkoholmissbraucher gelten, und dass nur das letzte Drittel von Personen konsumiert wird, die bezüglich ihres Alkoholkonsums als „relativ unproblematisch"[63] bzw. „unproblematisch" zu bezeichnen sind (Tab. 26).

7.9 Wie würde sich der durchschnittliche Alkoholkonsum ändern, wenn die ÖsterreicherInnen plötzlich weniger trinken würden?

In Tab. 26 wurde dargestellt, dass 5% Alkoholiker rund ein Drittel des insgesamt in Österreich konsumierten reinen Alkohols trinken und ein weiteres Drittel von jenen 11% Alkoholmissbrauchern getrunken wird, die (noch) keine Alkoholiker sind. Für den Fall, dass eine – aus gesundheitspolitischen Überlegungen wünschenswerte – deutliche Reduktion des Alkoholmissbrauchs stattfindet, ist also ein erheblicher Rückgang des Alkoholkonsums unvermeidlich. Wenn man die wirtschaftliche Bedeutung von Alkohol bedenkt, so drängt sich die Frage auf, um wieviel der durchschnittliche Alkoholkonsum in Österreich abnehmen würde, wenn alle ÖsterreicherInnen plötzlich ihr Trinkverhalten auf ein unproblematisches Maß reduzieren würden. Basierend auf Tab. 26 ist es leicht möglich die entsprechenden Berechnungen durchzuführen.

Wenn jene, die in eindeutig gesundheitsgefährdendem Ausmaß (d.h. über der „Gefährdungsgrenze" [64]) trinken, ihren Konsum auf das Maß der Gefährdungsgrenze einschränken würden, ginge der Durchschnittskonsum der ab-16-jährigen Bevölkerung von 31g reinem Alkohol pro Tag auf 20g (Reduktion um 35% ausgehend vom aktuellen Niveau) zurück (Tab. 27).

62 $200g \times 5\% : (22g \times 95\% + 200g \times 5\%) = 32\% \approx 1/3$

63 Das Wort „relativ" bezieht sich auf den Umstand, dass „mittlerer Alkoholkonsum" bereits über der von der WHO empfohlenen „Harmlosigkeitsgrenze", aber immerhin noch unter der „Gefährdungsgrenze" liegt (vgl. Tab. 14, S. 22).

64 40 Gramm reiner Alkohol pro Tag bei Frauen und 60 Gramm reiner Alkohol pro Tag bei Männern (vgl. Tab. 14, S.22)

Tab. 27: Hypothetische Abnahme des Konsums an reinem Alkohol, wenn jene, die Alkohol missbrauchen und/oder über der Harmlosigkeitsgrenze trinken, ihren Konsum entsprechend einschränken würden

	Anteil an der ab-15-jährigen Bevölkerung	Durchschnittskonsum in Gramm reiner Alkohol pro Tag für den Fall, dass		
		alle so weiter trinken wie bisher (Angaben: Tab. 26)	keine/r über der „Gefährdungsgrenze“ trinkt	Keine/r über der „Harmlosigkeitsgrenze“ trinkt
Abstinente und Personen mit maximal geringem Alkoholkonsum	67%	4 g	4 g	4 g
Personen mit mittlerem Alkoholkonsum	18%	34 g	34 g	21 g [65]
Missbraucher, die (noch) keine Alkoholiker sind	11%	82 g	53 g [66]	21 g [67]
Alkoholiker	5%	200 g	55 g [68]	22 g [69]
Gesamt	100%	27 g	17 g [70]	10 g [71]
Reduktion des Durchschnittskonsums um		0 %	37 %	63 %

Quelle: „Repräsentativerhebung 2004“, Uhl et al. (2005b); eigene Berechnungen Kommentar: Die mit Fußnoten gekennzeichneten Angaben sind Mischwerte aus dem jeweiligen Grenzwerten für Frauen und für Männer, die sich ergeben, wenn man den relativen Anteil der Männer und Frauen pro Teilgruppe berücksichtigt und das Verhältnis Frauen zu Männer in der Gesellschaft vereinfachend mit 1:1 ansetzt.

Wenn jene, die mehr trinken, als man empfehlen kann (d.h. über der „Harmlosigkeitsgrenze“ [72]), ihren Konsum auf das Maß der Harmlosigkeitsgrenze einschränken würden, ginge der Durchschnittskonsum der ab-16-jährigen Bevölkerung von 31g reinem Alkohol pro Tag auf 11g (Reduktion um 65% ausgehend vom aktuellen Niveau) zurück (Tab. 27).

7.10 Durchschnittlicher Pro-Kopf-Alkoholkonsum im internationalen Vergleich

Beim Vergleich verschiedener Länder hinsichtlich des durchschnittlichen Alkoholkonsums ist Vorsicht angezeigt. Die Erhebung erfolgt in vielen Ländern nur sehr unzuverlässig. Auch in jenen Ländern, in denen eine relativ verlässliche Erhebung möglich ist, divergieren die Schätzungen – je nachdem, welchen durchschnittlichen Alkoholgehalt man für alkoholische Getränke ansetzt, und je nachdem, ob man auch die nicht offiziell dokumentierte Alkoholproduktion, -einfuhr und -ausfuhr dazuschätzt oder nicht. Die in den früheren Ausgaben des Handbuches Alkohol verwendeten Zahlen der Statistik „World Drink Trends“ und „ALCOWEB“ wurden durch die verfügbaren Zahlen der Datenbank der Weltgesundheitsorganisation ersetzt (Global Alcohol Database). In den nachfolgenden Tabellen sind die Verbrauchsmengen für die Jahre 1991-2004 der Bevölkerung über 15 Jahre von 67 Ländern angegeben.

65 (22,1% × 24g + 14,3% × 16g) : (22,1% + 14,3%) = 20,9g ≈ 21 g (Daten aus Tab. 19, S.22 und Tab. 23, S.22).

66 (13,5% × 60g + 7,9% × 40g) : (13,5% + 7,9%) = 52,6g ≈ 53 g (Daten aus Tab. 19, S.22 und Tab. 23, S.22).

67 (13,5% × 24g + ,9% × 16g) : (13,5% + 7,9%) = 21 g ≈ 21 g (Daten aus Tab. 19, S.22 und Tab. 23, S.22).

68 (7,5% × 60g + 2,5% × 40) : (7,5% + 2,5%) = 55 g (Daten aus Tab. 19, S.22 und Tab. 23, S.22).

69 (7,5% × 24g + 2,5% × 16) : (7,5% + 2,5%) = 22 g (Daten aus Tab. 19, S.22 und Tab. 23, S.22).

70 67% × 4g + 18% × 34 + 11% × 53 + 5% × 55 = 17,4 g ≈ 17 g (Daten aus Tab. 19, S.22 und Tab. 23, S.22).

71 67% × 4g +18% × 21 + 11% × 21 + 5% × 22 = 9,9 g ≈ 10 g (Daten aus Tab. 19, S.22 und Tab. 23, S.22).

72 16 Gramm reiner Alkohol pro Tag bei Frauen und 24 Gramm reiner Alkohol pro Tag bei Männern (vgl. Tab. 14, S.22)

Tab. 28: Jährlicher Pro-Kopf-Alkoholkonsum international, in Liter reiner Alkohol pro Kopf

Land	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Luxemburg	15,0	15,1	15,2	13,7	14,3	13,6	15,7	15,2	15,1	15,4	15,3	14,7	15,6	n.v.
Irland	10,6	11,1	11,4	11,6	11,9	12,3	12,6	12,5	12,3	13,7	13,8	13,7	13,7	n.v.
Ungarn	13,2	13,0	13,1	12,9	12,2	12,5	12,3	12,7	12,8	13,1	13,3	13,3	13,6	n.v.
Tschechien	12,4	13,0	12,6	12,6	12,5	12,8	13,1	13,0	13,2	13,2	13,0	12,8	13,0	n.v.
Kroatien	n.v.	11,6	11,4	11,8	11,1	11,2	13,3	13,7	12,0	11,8	12,4	12,8	12,3	n.v.
Deutschl.	12,9	12,9	13,5	13,5	13,0	12,8	12,9	12,6	12,6	12,4	12,3	12,3	12,0	n.v.
GB	9,4	9,4	9,2	9,3	9,6	9,4	9,9	10,1	9,9	10,4	10,3	11,8	11,8	n.v.
Dänemark	11,6	11,8	11,7	12,0	12,1	12,1	12,1	11,6	11,6	11,7	11,7	11,7	11,7	n.v.
Spanien	13,2	12,5	12,0	11,7	11,4	11,1	12,0	11,9	11,6	11,5	11,5	11,2	11,7	n.v.
Zypern	9,2	10,3	9,3	9,5	9,6	8,6	8,5	9,0	9,3	9,7	10,2	11,7	11,5	n.v.
Portugal	15,9	15,4	15,1	14,9	14,7	14,1	13,5	13,3	13,2	13,0	12,4	11,7	11,5	n.v.
Frankreich	14,9	14,8	14,3	14,2	14,2	13,9	13,3	13,3	13,2	12,9	12,9	12,7	11,4	n.v.
Österreich	12,8	12,1	12,3	11,9	11,9	11,7	11,5	11,2	11,2	11,1	10,8	11,0	11,1	n.v.
Schweiz	13,0	12,9	12,2	12,1	11,8	11,4	11,3	11,1	11,0	11,1	11,1	10,9	10,8	n.v.
Belgien	11,5	11,7	11,7	11,2	11,1	11,1	11,1	10,0	10,2	10,3	10,3	10,6	10,6	n.v.
Slowakei	12,2	11,6	11,0	12,0	10,3	10,6	10,8	10,1	10,1	11,1	10,7	10,8	10,4	n.v.
Russ. Föd.	7,5	6,6	7,8	8,5	11,2	9,2	9,1	9,8	10,6	10,5	10,4	10,3	10,3	n.v.
Litauen	n.v.	5,5	n.v.	n.v.	11,8	6,9	7,1	6,1	6,4	7,7	8,5	9,4	9,9	n.v.
Niederlande	10,0	10,0	9,7	9,7	9,8	9,9	10,0	9,9	10,1	10,1	9,9	9,8	9,7	n.v.
Neuseeland	11,3	10,7	10,7	10,5	10,4	10,1	9,5	9,7	9,4	8,8	8,5	9,8	9,7	n.v.
Rumänien	9,6	11,3	12,9	11,0	11,3	11,1	11,7	10,0	9,0	9,1	12,0	10,3	9,7	n.v.
Lettland	7,0	6,9	8,5	9,7	9,2	8,5	8,6	8,8	9,4	9,4	9,1	9,2	9,6	n.v.
Land	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Finnland	9,2	8,9	8,4	8,2	8,3	8,2	8,6	8,6	8,6	8,6	9,0	9,2	9,3	9,9
Australien	10,1	9,9	9,6	9,9	9,7	9,6	9,6	9,7	9,4	9,5	9,3	9,2	9,0	n.v.
Bosn/Herz.	N.v.	10,0	8,6	8,3	8,5	10,9	13,5	12,4	10,7	9,6	10,5	11,9	9,0	n.v.
Griechenland	10,6	10,4	11,1	10,9	10,5	10,0	9,9	9,4	9,9	9,4	9,3	9,1	9,0	n.v.
Serb./Mon.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	7,3	7,7	7,4	6,9	8,6	n.v.
USA	9,5	8,8	8,8	8,6	8,6	8,3	8,4	8,4	8,4	8,7	8,6	8,5	8,6	n.v.
Argentinien	11,0	10,8	10,2	10,0	9,3	9,3	9,2	9,1	9,2	8,8	8,6	8,6	8,4	n.v.
Polen	8,8	8,3	8,4	8,3	8,1	8,1	8,6	8,4	8,3	8,3	7,7	8,0	8,1	n.v.
Italien	10,8	10,5	10,3	10,1	9,6	9,1	9,1	9,0	8,9	9,0	8,6	8,6	8,0	n.v.
Estland	n.v.	4,1	3,8	3,9	4,0	4,3	4,7	5,5	6,3	6,9	6,9	7,5	7,8	n.v.
Kanada	8,3	8,0	7,5	7,5	7,3	7,4	7,2	7,3	7,5	7,6	7,7	7,8	7,8	7,9
Japan	8,0	8,0	7,9	7,9	7,9	8,0	7,6	7,7	7,5	7,6	7,6	7,6	7,6	n.v.
Island	5,2	4,8	4,4	4,6	4,8	4,9	5,1	5,6	5,9	6,1	6,4	6,5	7,0	n.v.
Slowenien	13,2	13,4	14,1	13,2	13,2	11,9	11,1	8,3	7,9	11,7	6,8	7,1	6,7	n.v.
Südafrika	7,8	7,6	7,7	7,4	8,0	7,8	7,8	8,1	7,6	7,3	7,1	6,9	6,7	n.v.
Venezuela	8,9	9,3	9,4	9,2	8,3	8,1	8,4	7,8	7,8	7,3	7,4	7,0	6,7	n.v.
Chile	7,3	7,3	7,3	7,2	8,1	7,0	6,3	7,1	7,5	7,3	6,3	6,5	6,6	n.v.
Ukraine	5,2	5,2	4,5	4,2	3,4	3,1	3,8	3,6	3,9	4,5	4,2	4,9	6,1	n.v.
Malta	6,9	6,8	6,9	6,8	6,9	6,8	6,5	6,4	6,5	6,5	6,2	6,1	6,0	n.v.
Schweden	6,9	6,6	6,5	6,7	6,4	6,0	6,3	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	n.v.
Bulgarien	9,8	10,5	10,1	9,9	9,7	9,4	8,4	8,1	7,9	7,5	7,1	6,4	5,9	n.v.
Brasilien	5,5	5,3	4,9	5,2	5,9	6,0	5,9	5,7	5,9	5,9	5,7	5,8	5,8	n.v.
Kolumbien	7,3	6,2	6,6	6,8	6,9	6,7	6,4	6,5	6,2	6,0	5,9	5,7	5,7	n.v.
Mazedonien	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	4,4	5,6	6,6	4,4	3,4	3,1	3,6	5,7	n.v.
Weißrussl.	8,9	8,5	9,9	9,4	8,8	10,2	10,5	9,8	8,3	7,1	6,4	6,2	5,5	n.v.
Norwegen	4,9	4,7	4,7	4,8	4,8	5,1	5,4	5,2	6,0	6,3	5,5	5,5	5,5	n.v.
China	3,8	3,9	4,2	4,4	5,0	5,1	5,0	5,0	5,1	5,2	5,2	5,1	5,2	n.v.
Land	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004

Mexiko	4,8	5,3	5,2	5,2	5,1	5,3	4,8	4,9	4,8	4,8	4,8	4,6	4,6	4,5
Färöer Inseln	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	4,5	5,2	5,4	4,9	4,4	n.v.
Grönland	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	12,4	10,3	9,7	10,7	3,4	n.v.
Bolivien	3,2	2,9	2,9	3,0	3,0	3,0	3,1	3,2	3,6	3,7	3,4	3,4	3,2	n.v.
Israel	1,7	1,8	2,1	1,7	1,5	1,6	2,0	2,1	2,0	2,1	2,0	2,4	2,5	n.v.
Ecuador	2,2	2,2	2,2	2,0	1,6	1,7	2,0	2,2	1,9	1,2	1,3	1,9	2,4	n.v.
Singapur	1,6	1,8	1,8	1,9	2,0	2,0	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,2	2,2	n.v.
Albanien	1,3	1,3	1,5	2,7	2,8	3,4	2,1	1,5	2,0	1,9	2,5	2,1	2,0	n.v.
Armenien	n.v.	2,4	2,5	3,8	2,5	2,4	1,8	1,6	1,6	1,6	1,4	1,4	1,5	n.v.
Georgien	n.v.	6,6	6,3	5,1	6,8	6,7	5,8	4,0	4,4	1,8	1,7	1,6	1,5	n.v.
Türkei	1,1	1,2	1,4	1,3	1,5	1,5	1,3	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	n.v.
Tunesien	0,8	0,8	0,8	0,9	1,1	1,0	1,0	1,0	1,1	1,1	1,1	1,1	1,2	n.v.
Marokko	0,5	0,5	0,5	0,3	0,3	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,4	n.v.
Indien	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	n.v.
Ägypten	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	n.v.
Algerien	0,5	0,5	0,5	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	n.v.
Indonesien	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	n.v.

Quelle: „Global Alcohol Database" (WHO, 2005), Kommentar: „n.v." = nicht vorhanden

7.11 Die europäische Konvergenz der Alkoholkonsummuster

Wie bereits in Kap. 2.1 (S. 15) erwähnt gibt es in Europa hinsichtlich des Alkoholkonsums seit vielen Jahren eine starke Tendenz zur Annäherung der Konsumgewohnheiten. Im englischsprachigen und nordeuropäischen Raum, wo traditionell explosive [73] Trinksitten vorherrschten, stieg der durchschnittliche Alkoholkonsum kontinuierlich an und im mediterranen und alpinen Raum, wo traditionell integrative [74] Trinkmuster vorherrschten, sank der durchschnittliche Alkoholkonsum (Leifman, 2001).

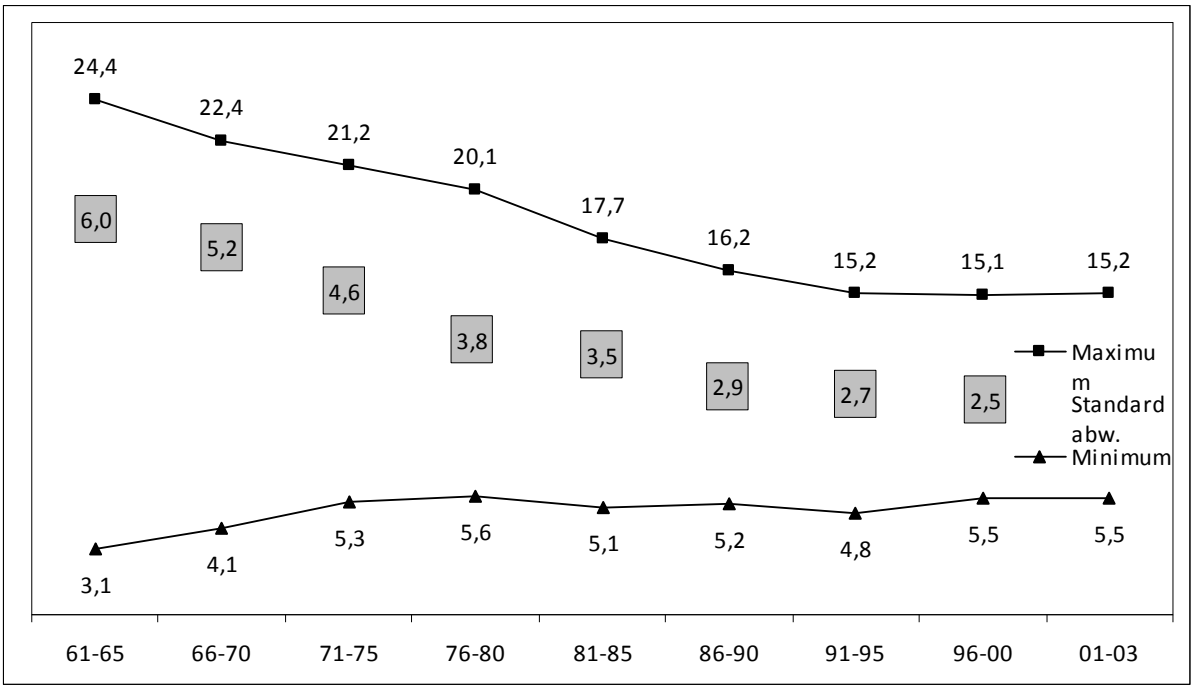
Für Abb. 5 (S. 156) wurde der Durchschnittskonsum in Liter Reinalkohol pro Erwachsenen und Jahr für die EU15-Länder [75] plus Schweiz und Norwegen ausgewertet. Nicht mitausgewertet wurden hier die ehemaligen Ostblockstaaten, die Nachfolgestaaten von Jugoslawien und die Europäischen Nachfolgestaaten der UDSSR, da es erstens aus manchen dieser Staaten keine vollständigen Alkoholkonsumdaten-Zeitreihen gibt und da dort zweitens die Entwicklung infolge des wirtschaftlichen Umbruchs anders zu beurteilen ist. Der Abb. 5 kann man entnehmen, dass im Zeitraum zwischen 1961 und 1965 der Abstand zwischen dem Land mit dem höchsten Alkoholkonsum (Frankreich 24,4 Liter Reinalkohol pro Erwachsenen und Jahr) und dem mit dem geringsten Alkoholkonsum (Finnland 3,1 Liter Reinalkohol) noch 21,3 Liter (Standardabweichung 6,0 Liter) und dass dieser Abstand im Zeitraum zwischen 2001-2003 nur noch 9,7 Liter (Standardabweichung 2,4 Liter) betrug. 2001-2003 war das Land mit dem höchsten Alkoholkonsum innerhalb der ausgewerteten 17 Staaten Luxemburg (15,2 Liter Reinalkohol pro Erwachsenen und Jahr) und das Land mit dem niedrigsten Alkoholkonsum Norwegen (5,5 Liter Reinalkohol pro Erwachsenen und Jahr).

73 D.h. es wird eher selten und eher wenig getrunken, aber Rauschexzesse kommen häufig vor.

74 D.h. es wird eher regelmäßig und eher viel getrunken, aber Rauschexzesse kommen nicht so häufig vor.

75 Belgien, Dänemark, Deutschland, Finnland, Frankreich, Großbritannien, Griechenland, Irland, Italien, Luxemburg, Niederlande, Österreich, Portugal, Schweden, Spanien.

Abb. 5: Annäherung der durchschnittlich konsumierten Alkoholmengen in den EU-15-Staaten, Schweiz und Norwegen



Quelle: „Global Alcohol Database" (WHO, 2005), eigene Berechnungen

Es gibt im Wesentlichen drei Hypothesen, um die Konvergenz der Alkoholkonsummuster in Europa zu erklären:

- Die „**Konsum-reagiert-auf-Policy-Änderungen-Hypothese**"
  nimmt einen einseitigen Ursache-Wirkungs-Zusammenhang zwischen der Lockerung der Kontrollbestimmungen und dem Anstieg des Durchschnittskonsums einerseits und zwischen strengeren Kontrollbestimmungen und einer Abnahme des Durchschnittskonsums andererseits an.
- Die „**Policy-unabhängige-europäische-Konvergenzhypothese**"
  nimmt an, dass sich sowohl die Alkoholkonsumgewohnheiten als auch die Rahmenbedingungen im Zuge der Integration Europas an den europäischen Durchschnitt angleichen, wodurch ein Scheinzusammenhang zu alkoholpolitischen Maßnahmen entsteht – ein genereller Trend, der keinen Ursache-Wirkungs-Zusammenhang repräsentiert.
- Die „**Messartefakt-Reduktions-Hypothese**"
  Ein wichtiges Ziel europäischer Projekte in Zusammenhang mit Epidemiologie ist es, Messinstrumente und -methoden zu standardisieren, um europaweit zu vergleichbaren Maßzahlen zu gelangen. Implizit liegt dahinter die Hypothese, dass es in einzelnen Regionen große Unterschiede dahingehend gibt, wie relevante Indikatoren erhoben werden; formaler ausgedrückt: dass ein relevanter Anteil der Gesamtvarianz zwischen den Staaten nicht über inhaltliche Unterschiede, sondern durch unterschiedliche Messzugänge erklärt werden muss. Wenn diese europäischen Standardisierungsbemühungen erfolgreich sind, müssen die Unterschiede zwischen den Staaten (Varianz) logischerweise selbst dann abnehmen, wenn es inhaltlich zu keiner Angleichung in den relevanten Dimensionen kommt. Oder anders formuliert: ein Teil der europäischen Konvergenz lässt sich im Sinne dieser Hypothese als

Erhebungsartefakt infolge ursprünglich unterschiedlicher Erhebungsmethoden interpretieren.

Es steht außer Frage, dass alle drei Hypothesen einen Stellenwert bei der Erklärung der europäischen Konvergenz der Alkoholkonsumindikatoren haben; die Frage ist nur, welchen Stellenwert die drei Faktoren relativ zueinander einnehmen.

Wieviel der beobachteten Konvergenz der Alkoholkonsumindikatoren in Europa über die Messartefakt-Reduktions-Hypothese zu erklären ist, ließe sich nur mit umfassenden historischen Erhebungen in den einzelnen Staaten abschätzen. Gegenwärtig kann man über den Anteil dieser Hypothese an der Varianzreduktion nur spekulieren.

Wie man Abb. 5 (S. 156) entnehmen kann, ist die Konvergenz der Alkoholkonsummuster im westlichen Europa ein Phänomen, das lange vor dem Beitritt der nördlichen Staaten zur EU begonnen hat, und somit nicht primär als Folge der wegfallenden Handelsbarrieren in Europa durch die verstärkte europäische Integration der letzten Dekade aufzufassen ist. Dieses Faktum spricht dafür, dass ein deutlich größerer Anteil der Varianzreduktion mit der „Policy-unabhängige-europäische-Konvergenzhypothese“ zu erklären ist als mit der „Konsum-reagiert-auf-Policy-Änderungen-Hypothese“ (vgl. Kap. 2.1, S. 15).

Die europäische Konvergenz den Alkoholkonsum betreffend, manifestiert sich allerdings nicht nur als Annäherung der durchschnittlich konsumierten Reinalkoholmengen, sondern auch in dem Sinn, dass die traditionelle Einteilung in Bier-, Wein- und Spirituosenländer an Stellenwert abnimmt, weil die zunehmende Globalisierung des Welthandels bewirkt, dass alle Getränkekategorien in allen Regionen gleichermaßen zur Verfügung stehen und infolge des zunehmenden Tourismus immer mehr Menschen mit den Alkoholkonsumgewohnheiten anderer Staaten vertraut werden und diese dann zu Hause teilweise kopieren. Die Globalisierung der Trinkkulturen führt, wie Klein (1997) betonte, aber nicht nur zu einer Diversifizierung der angebotenen Getränke, sondern auch zu einer Verarmung und Sinnentleerung vieler alter Trink- und Festrituale.

Ob die Zunahme des durchschnittlichen Alkoholkonsums im Norden längerfristig zu weniger Trinkexzessen – im Sinne einer südlichen Trinkkultur – führen wird, und ob der Rückgang des durchschnittlichen Alkoholkonsums in Österreich – und bezüglich des Alkoholkonsums vergleichbarer Staaten – mit einer Zunahme von Rauschexzessen – im Sinne einer nördlichen Trinkkultur – einher geht, ist derzeit nicht eindeutig beantwortbar. Die Zunahme des Rauschtrinkens unter Jugendlichen in Österreich bei gleichzeitigem Rückgang des Durchschnittskonsums in der Gesamtbevölkerung könnte allerdings ein Hinweis in diese Richtung sein.

7.12 Alkoholkonsum und Alkoholpreis

Wenn ein Produkt durch gravierende Steuererhöhungen so teuer gemacht wird, dass es sich viele Menschen nur mehr stark eingeschränkt oder gar nicht mehr leisten können, so kann man davon ausgehen, dass es weniger konsumiert wird. Diese Art von „negativer Preiselastizität“[76] kann zunächst auch für das Produkt Alkohol angenommen werden. Besonders preiselastisch sind Produkte, auf die man leicht verzichten kann und/oder die man durch funktional äquivalente Alternativprodukte ersetzen kann; weniger preiselastisch sind Produkte, auf die man nur schwer verzichten kann und/oder für die es keine funktional gleichwertigen Alternativen gibt[77]. Es gibt sogar Fälle mit umgekehrter (= positiver) Preiselastizität – z.B. dann, wenn der Anbieter eines Produkts das Image seines Produkts so gestalten kann, dass ein hoher Preis als Zeichen von Exklusivität interpretiert und deswegen vermehrt gekauft wird (Snobeffekt).

Stellt man trotz empfindlicher Preissteigerung bei Alkohol eine weitgehende Preisinelastizität fest, so kann das auf mehrere Ursachen zurückgeführt werden, z.B. dass jene AlkoholkonsumentInnen, für die das Produkt einen sehr hohen Stellenwert hat, versuchen, der Konsumeinschränkung zu entgehen, indem sie z.B. Umschichtungen im Haushaltsbudget vornehmen, auf mindere Qualität umsteigen, selbst Spirituosen produzieren, illegal erzeugte bzw. geschmuggelte Billigprodukte erwerben usw. Das kann eine Reihe von unerwünschten Sekundärfolgen nach sich ziehen, wie z.B. die Vernachlässigung der eigenen Ernährung oder der Unterhaltsleistungen für Kinder, eine Gesundheitsbedrohung durch den Konsum von Produkten mit hohem Methylalkoholgehalt, eine Zunahme der organisierten Kriminalität und vieles mehr. Negative Konsequenzen dieser Art waren es ja, die letztlich zur Aufhebung der US-amerikanischen Alkoholprohibition (1920-1933) geführt haben (Levine & Reinarman, 2004). Erwünschte Effekte und negative Begleiterscheinungen des Versuchs, über drastische Preiserhöhungen bzw. Verknappung des Angebots den Konsum zu senken, können dabei durchaus zeitversetzt auftreten. Wie Berridge (2003) in Zusammenhang mit der US-amerikanischen Alkoholprohibition betonte, haben die durch den Konsumrückgang bedingten positiven Effekte auf die Gesundheit der Bevölkerung anfangs überwogen, und erst später hat sich eine deutlich negative Gesamtbilanz abgezeichnet.

Preise können den Alkoholkonsum sicherlich beeinflussen, aber der Stellenwert von Preisänderungen scheint bei weitem nicht so groß zu sein, wie Babor et al. (2003, vgl. Kap. 2.2, S. 16) postulieren. So zeigten Leppänen et al. (2001), dass in Europa über die letzten 30 Jahre nur 11% der Unterschiede beim Alkoholkonsum zwischen den Ländern bzw. Schwankungen im Zeitverlauf mit den (inflationsbereinigten) Preisen korrelieren. Aus forschungslogischen Gründen darf selbst von diesen 11% nur ein kleiner Teil auf den Kausalzusammenhang zwischen Preisgefüge und Konsumniveau zurückgeführt werden. Ein relevanter Teil dieses recht schwachen Zusammenhangs könnte über den gemeinsamen Zusammenhang beider Variablen mit relevanten Drittvariablen (Scheinkorrelation [78])

76 Wenn der Konsum sich trotz Preisveränderung nicht ändert, so beträgt die Preisleastizität „0“. Das Ausmaß der Preiselastizität wird als Quotient der „Konsumveränderung in Prozent“ und der „Preisveränderung in Prozent“ berechnet. Anschaulicher: Wenn der Preis um 2% zunimmt (= Veränderung um +2%) und der Konsum um 4% abnimmt (= Veränderung um -4%), ergibt sich ein Quotient von „-4:2 = -2“, also eine Preiselastizität von „-2“.

77 Relativ leicht würden sich KonsumentInnen durch gezielte Preiserhöhungen von einer bestimmten Spirituosensorte zu einer anderen umlenken lassen, weit schwerer wären sie vom Spirituosenkonsum zum Bierkonsum zu motivieren, und am schwersten zum Umstieg auf alkoholfreie Getränke.

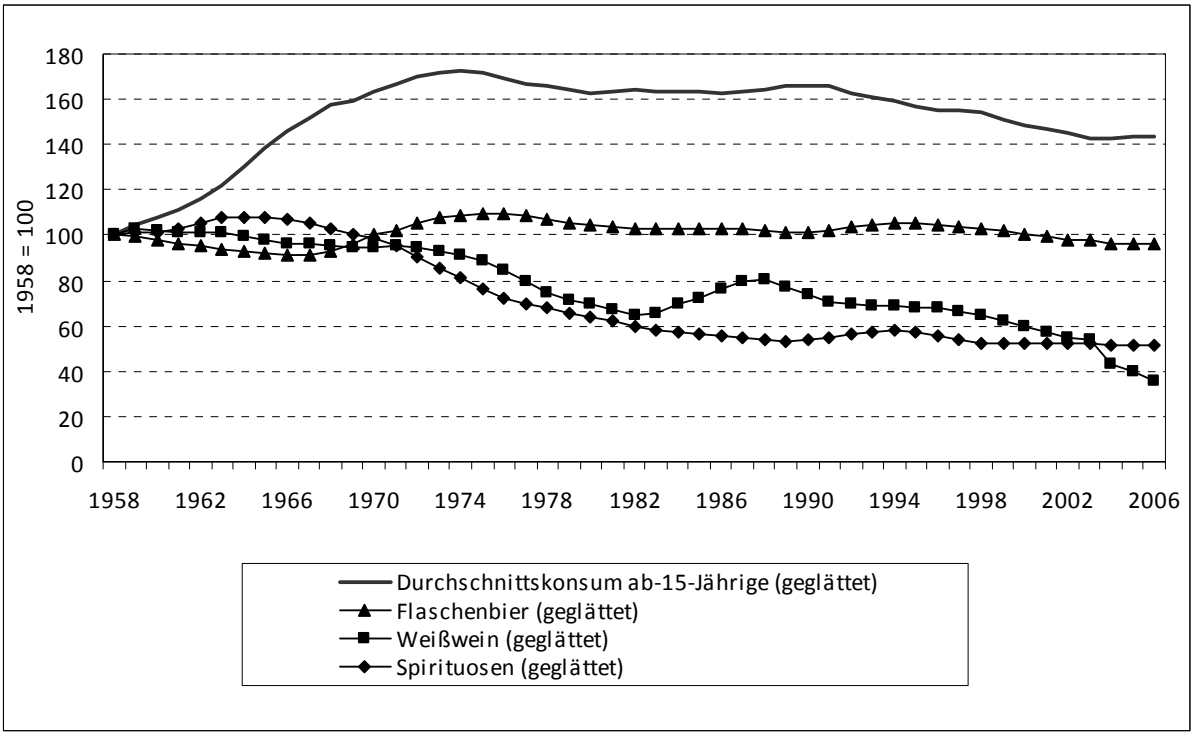
78 Zur Erklärung des Begriffs „Scheinkorrelation“ folgendes Beispiel: Im Zuge der wirtschaftlichen Entwicklung Europas stiegen sowohl die Umweltverschmutzung als auch die Lebenserwartung kontinuierlich an. Ganz offensichtlich ist aber weder die steigende

erklärbar sein; wobei im gegenständlichen Fall als Drittvariable primär die Zeit, d.h. der generelle Trend zum europäischen Durchschnitt (europäische Konvergenz der Alkoholkonsummuster, Kap. 7.11, S. 155) zu erwähnen ist.

Analog zur den im Kap. 7.11, S. 155 beschriebenen Hypothesen werden auch bezüglich des Zusammenhangs zwischen Alkoholpreisen und Konsum im Wesentlichen zwei Erklärungsmodelle diskutiert: die von Babor et al. vertretene „Konsum-reagiert-auf-Policy-Änderungen-Hypothese“, die der Alkoholpreisentwicklung einen zentralen Stellenwert bezüglich des Alkoholkonsumverhaltens einer Region beimisst, und die „Policy-unabhängige-europäische-Konvergenzhypothese“, die den Zusammenhang zwischen Preis und Konsum primär als ökologische Korrelation [79] begreift.

Würden sich die Korrelationen zwischen Alkoholpreis und -konsum nun in allen Ländern so entwickeln, dass Preissteigerungen mit einem Konsumrückgang und Preissenkungen mit einem Konsumanstieg einhergingen, wäre es unmöglich zu beurteilen, ob ein deutlicher Eingriff in die Alkoholsteuergesetzgebung im Sinne ersterer Hypothese einen starken Einfluss auf das Konsumverhalten hätte oder ob diese Effekte im Sinne der zweiteren Hypothese nicht eintreten würden. Plausibel sind auch Mischformen in dem Sinne, dass beide Hypothesen gleichzeitig zutreffen, dass also ein gewisser Teil der beobachteten Konsumveränderungen kausal auf die Preisveränderungen zurückzuführen sind und der Rest über den Trend zum europäischen Durchschnitt erklärbar ist.

Abb. 6: Pro-Kopf-Konsum der Erwachsenen an Reinalkohol und reale Alkoholpreise, Basisjahr 1958=100 (1958-2006)



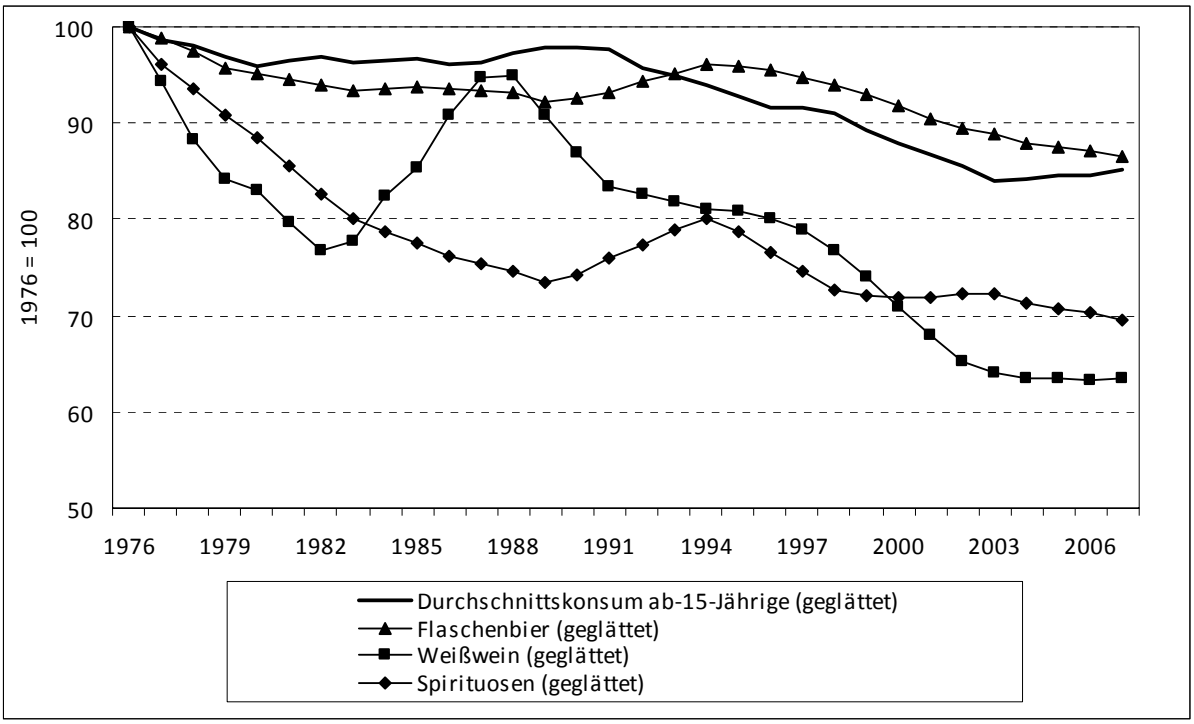
Umweltverschmutzung Ursache für die steigende Lebenserwartung, noch umgekehrt die steigende Lebenserwartung Ursache für die steigende Umweltverschmutzung. Der ungerechtfertigte Schluss von einem derartigen Zusammenhang auf einen Kausalzusammenhang wird in der Fachliteratur als „Cum-hoc-Fehlschluss“ bezeichnet.

79 Als „ökologische Korrelation“ bezeichnet man den Zusammenhang zwischen Gruppenmittelwerten, von denen man nicht auf Zusammenhänge auf der Individualebene schließen kann. Der als Demonstrationsbeispiel beliebteste ökologische Zusammenhang ist jener zwischen der Storchenpopulation einer Region und der Geburtenrate. Dieser Zusammenhang ist über die Drittvariable „ländliche vs. städtische Region“ erklärbar und kann weder als Indiz dafür gelten, dass Störche die Bevölkerung beeinflussen mehr Kinder zu bekommen, noch dafür, dass Störche die Häuser von kinderreichen Familien systematisch vorziehen.

Quelle: Wein- und Bierkonsum: Statistik Austria (2007); Spirituosenkonsum: Österreichischer Spirituosenverband (2007); Preisentwicklung Warenkorb: Statistik Austria (2007); Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung: Statistik Austria (2007); eigene Berechnungen Kommentar: Bis 2005 wurden im Warenkorb Weißweindoppelliter berücksichtigt und ab 1986 Weißweinbouteillen. In der Graphik erfolgt den Weißwein betreffend 1996 die Umstellung der Indexreihe Weißweindoppelliter auf Weißweinbouteillen. Spirituosen bedeutet hier: Weinbrand, Weinbrandverschnitt, da nur diese Spirituosenklasse lang genug im Warenkorb erfasst ist. Die Werte sind mittels Gleitmittelwertbildung über 5 Werte geglättet, um längerfristige Entwicklungen deutlicher zu machen.

Wie Leppänen et al. (2001) bemerkten, fällt in Bezug auf Alkoholpreise und Alkoholkonsum Österreich völlig aus dem Rahmen. Der Umstand, dass die österreichische Regierung über die letzten Jahrzehnte keine restriktiven Maßnahmen (z.B. Steuererhöhungen) zur Einschränkung des Alkoholkonsums verfügt hat, begründet nun die aus wissenschaftlicher Sicht günstige Situation eines Quasi-Experiments. Dieses liefert Hinweise auf den Stellenwert der „Konsum-reagiert-auf-Policy-Änderungen-Hypothese“ relativ zur „Policy-unabhängige-europäische-Konvergenzhypothese“. In der Zeit zwischen 1958 und 1973 sind die realen Alkoholpreise relativ konstant geblieben und der Konsum hat in dieser Zeit um rund zwei Drittel zugenommen. Über die letzten drei Jahrzehnte konnte eine deutliche Verringerung des Alkoholkonsums um ca. 19% festgestellt werden (Abb. 3, S. 149), obwohl im gleichen Zeitraum die realen (=inflationsbereinigten) Preise stark abnahmen (Abb. 6, S. 159). In diesem Zeitraum sind die realen Preise für Spirituosen um rund die Hälfte, für Weißwein um rund ein Viertel und für Bier geringfügig gesunken (Referenzwert 1958 = 100). Beides steht in krassem Widerspruch zur „Konsum-reagiert-auf-Policy-Änderungen-Hypothese“ und legt den Schluss nahe, dass sich Alkoholpreise und Konsummuster weitgehend unabhängig voneinander entwickeln können.

Abb. 7: Pro-Kopf-Konsum der Erwachsenen an Reinalkohol und reale Alkoholpreise, Basisjahr 1976=100 (1976-2006)

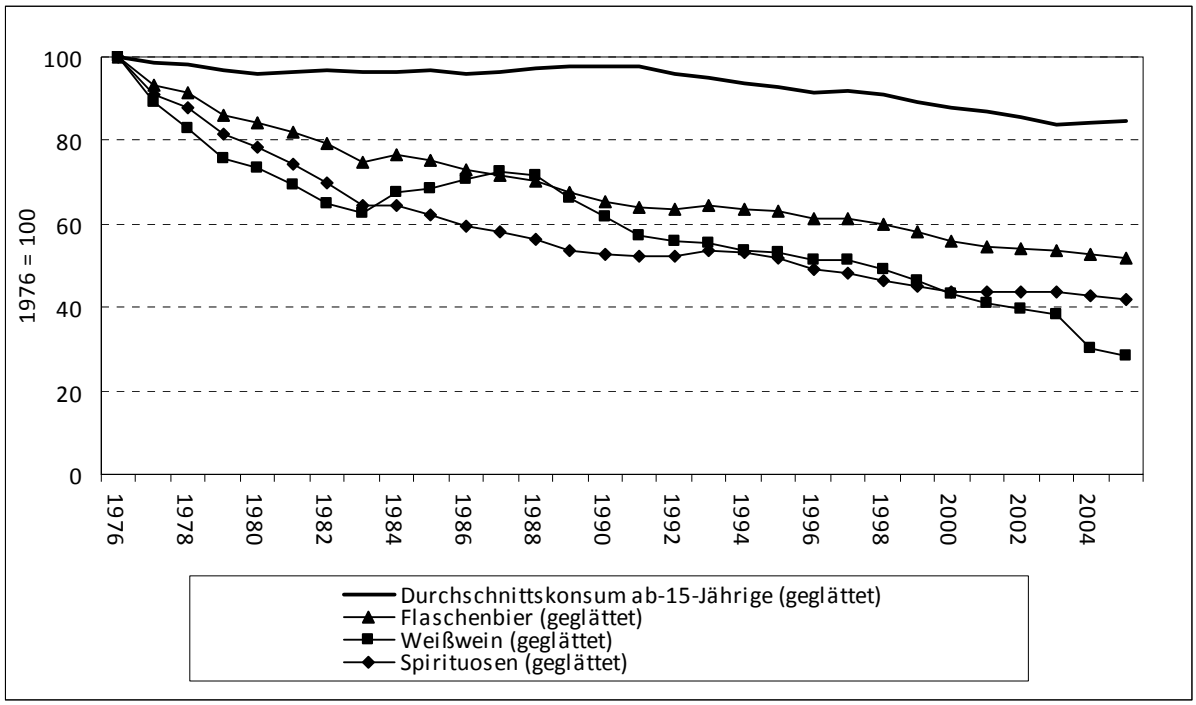


Quelle: Wein- und Bierkonsum: Statistik Austria (2007); Spirituosenkonsum: Österreichischer Spirituosenverband (2007); Preisentwicklung Warenkorb: Statistik Austria (2007); Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung: Statistik Austria (2007); eigene Berechnungen Kommentar: Bis 2005 wurden im Warenkorb Weißweindoppelliter berücksichtigt und ab 1986 Weißweinbouteillen. In der Graphik erfolgt den Weißwein betreffend 1996 die Umstellung der Indexreihe Weißweindoppelliter auf Weißweinbouteillen. Spirituosen bedeutet hier Weinbrand, Weinbrandverschnitt, da nur diese Spirituosenklasse lang genug im Warenkorb erfasst ist. Die Werte sind mittels Gleitmittelwertbildung über 5 Werte geglättet, um längerfristige Entwicklungen deutlicher zu machen.

Der Anfang der Zeitreihe in Abb. 6 mit dem Jahr 1958 erklärt sich daraus, dass uns über den Zeitraum davor keine entsprechenden Zahlen vorliegen. In Abb. 7 erfolgt eine Verkürzung des Beobachtungszeitraums auf die letzten drei Jahrzehnte, also auf jenen Zeitraum, in dem der Rückgang des durchschnittlichen Alkoholkonsums in Österreich stattfand. Durch das Verschieben des Referenzwertes auf 1976 (Abb. 7, S. 160) ändert sich das Gesamtbild etwas. Da die realen Spirituosenpreise zwischen 1965 und 1976 bereits deutlich gefallen waren, ist der weitere Preisverfall zwischen 1976 und 2005 weniger stark ausgeprägt als in Abb. 6; und da der reale Bierpreis 1976 deutlich höher war als 1958, ist zwischen 1976 und 2005 ein stärkerer Rückgang des realen Bierpreises feststellbar. Besonders auffallend in Abb. 7 ist der kurzfristige Höhenflug des Weinpreises nach dem Weinskandal 1985, der zu deutlich strengeren Gesetzen und Kontrollen die Weinerzeugung betreffend und damit auch zu einem vorübergehend starken Preisanstieg geführt hat (vgl. Kap. 11.2.5.2, S. 247).

In den letzten dreißig Jahren ist die Kaufkraft erheblich gestiegen, d.h. ein immer kleinerer Teil des Einkommens ist notwendig, um die gleiche Alkoholmenge zu erwerben. Setzt man die Preise für Wein (Weißwein), Flaschenbier und Spirituosen (Weinbrand, Weinbrandverschnitt) in Relation zu den Pro-Kopf-Konsumausgaben, so stellt man fest, dass 2005 nur mehr die Hälfte des 1976 noch notwendigen Einkommensanteils für Wein und Bier und nur mehr rund 40% für Spirituosen aufgewendet werden musste – wobei der Konsum trotzdem nicht erheblich gestiegen, sondern im Gegenteil, um rund ein Sechstel gesunken ist.

Abb. 8: Pro-Kopf-Konsum der Erwachsenen an Reinalkohol und Alkoholpreise relativ zur Kaufkraft, Basisjahr 1976=100 (1976-2005)



Quelle: Wein- und Bierkonsum: Statistik Austria (2007); Spirituosenkonsum: Österreichischer Spirituosenverband (2007); Preisentwicklung Warenkorb: Statistik Austria (2007); Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung: Statistik Austria (2007); eigene Berechnungen Kommentar: Bis 2005 wurden im Warenkorb Weißweindoppelliter berücksichtigt und ab 1986 Weißweinbouteillen. In der Graphik erfolgt den Weißwein betreffend 1996 die Umstellung der Indexreihe Weißweindoppelliter auf Weißweinbouteillen. Spirituosen bedeutet hier Weinbrand, Weinbrandverschnitt, da nur diese Spirituosenklasse lang genug im Warenkorb erfasst ist. Die Werte sind mittels Gleitmittelwertbildung über 5 Werte geglättet, um längerfristige Entwicklungen deutlicher zu machen.

Das Quasi-Experiment Österreich – wo eine kontinuierliche Konsumreduktion ohne Verschärfung der Preis- und Steuerpolitik zu beobachten ist – zeigt also, dass hier eine

Entwicklung stattfand, die nicht mit der „Konsum-reagiert-auf-Policy-Änderungen-Hypothese“, die u.a. Babor et al. vertreten, konform geht, sondern mit der „Trend-zum-europäischen-Durchschnitt-Hypothese“ erklärbar ist (Österreich ist ein traditionelles Alkoholhochkonsumland, in dem der Durchschnittskonsum zum europäischen Durchschnitt nach unten strebt und die österreichische Regierung hat bislang auf Gesetzesebene den europäischen Trend zu mehr Kontrollmaßnahmen nicht mitgemacht).

Der Kausaleinfluss der Preispolitik auf den Alkoholkonsum wird daher von Babor et al. (2003) deutlich überschätzt. Ein erheblicher Teil der Konsumveränderungen in jenen Ländern, wo Preissenkungen mit einem Konsumanstieg korrelieren, ist demnach über einen generellen Angleichungsprozess der europäischen Trinksitten zu erklären. In eine ähnliche Richtung, dass nämlich der Einfluss von Preiserhöhungen stark überschätzt wird, weisen übrigens auch die Erfahrungen mit Alkopops in Europa (vgl. Kap. 11.5, S. 257).

7.13 Alkoholtrinkfrequenz in Österreich

Tab. 29: Alkoholkonsumfrequenz in den letzten 3 Monaten bezogen auf Alter (Männer und Frauen)

Männer und Frauen	14-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-99	14-99
an 7 Tagen/Woche	4%	5%	7%	9%	11%	14%	15%	9%
an 6 Tagen/Woche	0%	1%	2%	2%	2%	2%	2%	2%
an 5 Tagen/Woche	1%	2%	3%	3%	4%	4%	2%	3%
an 4 Tagen/Woche	3%	5%	5%	6%	4%	5%	1%	4%
an 3 Tagen/Woche	6%	8%	7%	9%	10%	9%	6%	8%
an 2 Tagen/Woche	20%	17%	15%	13%	10%	8%	8%	14%
an 1 Tag/Woche	24%	20%	18%	14%	13%	10%	10%	16%
3x Monat	2%	4%	3%	2%	2%	2%	1%	2%
2x Monat	3%	6%	5%	4%	4%	3%	2%	4%
1x Monat	4%	4%	4%	3%	3%	3%	3%	4%
seltener als 1-mal pro Monat	6%	3%	3%	4%	3%	2%	3%	3%
(fast) abstinent	28%	23%	28%	31%	34%	37%	46%	31%
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Stichprobenumfang	439	960	940	761	618	715	249	4683

Quelle: „Repräsentativerhebung 2004“, Uhl et al. (2005b); eigene Berechnungen

Tab. 30: Alkoholkonsumfrequenz in den letzten 3 Monaten bezogen auf Alter (Männer)

Männer	14-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-99	14-99
an 7 Tagen/Woche	5%	8%	12%	16%	19%	20%	24%	14%
an 6 Tagen/Woche	0%	2%	2%	3%	3%	3%	2%	2%
an 5 Tagen/Woche	2%	5%	5%	5%	6%	6%	5%	5%
an 4 Tagen/Woche	3%	6%	7%	8%	7%	7%	2%	6%
an 3 Tagen/Woche	7%	11%	10%	11%	10%	12%	14%	11%
an 2 Tagen/Woche	15%	17%	17%	13%	13%	10%	10%	14%
an 1 Tag/Woche	26%	16%	16%	13%	15%	10%	7%	15%
3x Monat	2%	4%	2%	2%	1%	1%	0%	2%
2x Monat	3%	4%	5%	3%	1%	2%	2%	3%
1x Monat	3%	4%	3%	3%	1%	2%	1%	3%
seltener als 1-mal pro Monat	6%	2%	2%	2%	0%	1%	2%	2%
(fast) abstinent	28%	22%	20%	24%	23%	26%	32%	24%
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Stichprobenumfang	198	475	461	385	261	358	106	2243

Quelle: „Repräsentativerhebung 2004“, Uhl et al. (2005b); eigene Berechnungen

Tab. 31: Alkoholkonsumfrequenz in den letzten 3 Monaten bezogen auf Alter (Frauen)

Frauen	14-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-99	14-99
an 7 Tagen/Woche	4%	3%	2%	3%	5%	8%	8%	4%
an 6 Tagen/Woche	0%	0%	1%	1%	1%	1%	2%	1%
an 5 Tagen/Woche	0%	0%	2%	1%	2%	3%	1%	1%
an 4 Tagen/Woche	2%	3%	2%	3%	3%	3%	1%	3%
an 3 Tagen/Woche	5%	5%	5%	8%	10%	6%	1%	6%
an 2 Tagen/Woche	24%	18%	13%	13%	9%	6%	7%	13%
an 1 Tag/Woche	21%	25%	20%	16%	12%	11%	13%	17%
3x Monat	3%	4%	3%	3%	2%	2%	2%	3%
2x Monat	3%	8%	6%	6%	6%	4%	2%	5%
1x Monat	4%	5%	6%	3%	4%	5%	5%	5%
seltener als 1-mal pro Monat	6%	5%	5%	5%	5%	4%	3%	5%
(fast) abstinent	27%	24%	35%	38%	42%	48%	57%	37%
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Stichprobenumfang	241	486	480	377	357	356	143	2439

Quelle: „Repräsentativerhebung 2004“, Uhl et al. (2005b); eigene Berechnungen

7.14 Alkoholberauschung bezogen auf Alter und Geschlecht

Wie in Kap. 3.5.1 (S. 90) ausgeführt wurde, ist es wenig sinnvoll bei Befragungen undifferenziert nach Alkoholräuschen zu fragen, da das Verständnis des Begriffs „Alkoholrausch“ von einer kaum merkbaren geringfügigen Beeinträchtigung („leichter Schwips“) über eine deutlich merkbare Berauschung bis zur sehr starken Berauschung („Vollrausch“) – mit sehr auffälliger Beeinträchtigung, sowie Kater und Erinnerungslücken am nächsten Tag – reichen kann.

Die letzte bundesweite Befragung, die detailliert nach unterschiedlichem Rauschausmaß gefragt hat, war die „Repräsentativerhebung 93/94“ (Uhl & Springer, 1996, S. 56), deren Ergebnisse hier dargestellt werden. Da der durchschnittliche Alkoholkonsum seit der Erhebung deutlich abgenommen hat, ist anzunehmen, dass die Frequenz, mit der derzeit Räusche auftreten, unter jener in den Tab. 32 bis Tab. 34 liegt.

Tab. 32: Alkoholberauschung bezogen auf Alter (Männer und Frauen)

Frauen und Männer	16-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-99	16-99
mindestens einmal pro Woche Schwips o.m.	11%	16%	13%	15%	10%	7%	5%	12%
mindestens einmal im Vierteljahr Schwips o.m.	29%	35%	35%	32%	29%	20%	14%	29%
nie im letzt. Vierteljahr aber früher Schwips o.m.	17%	27%	33%	34%	37%	43%	44%	34%
nie im Leben Schwips o.m.	43%	22%	19%	19%	23%	29%	38%	25%
mindestens einmal pro Woche Rausch o.m.	3%	6%	4%	6%	4%	3%	1%	4%
mindestens einmal im Vierteljahr Rausch o.m.	13%	20%	18%	17%	14%	9%	5%	15%
nie im letzt. Vierteljahr aber früher Rausch o.m.	24%	37%	44%	42%	45%	45%	43%	41%
nie im Leben Rausch o.m.	60%	37%	34%	35%	37%	43%	52%	39%
mindestens einmal pro Woche Vollrausch	1%	2%	2%	2%	1%	1%	1%	2%
mindestens einmal im Vierteljahr Vollrausch	5%	8%	7%	8%	6%	5%	2%	6%
nie im letzten Vierteljahr aber früher Vollrausch	28%	43%	48%	48%	46%	45%	40%	44%
nie im Leben Vollrausch	66%	47%	44%	42%	47%	50%	58%	48%
Anzahl	402	1.605	1.490	1.178	1.015	1.271	522	7.483

Quelle: „Repräsentativerhebung 1993/94“, Uhl & Springer (1996, S. 56)

Kommentar: „Schwips o.m.“ („Schwips oder mehr“) = „Schwips oder Rausch oder Vollrausch“, „Rausch o.m.“ („Rausch oder mehr“) = „Rausch oder Vollrausch“.

Bei dieser Befragung (Tab. 32 bis Tab. 34) wurden die Interviewten nach der Häufigkeit von „Schwips“, „Rausch“ und „Vollrausch“ befragt, wobei

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

Tab. 33: Alkoholberauschung bezogen auf Alter (Männer)

Männer	16-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-99	16-99
mindestens einmal pro Woche Schwips o.m.	16%	26%	20%	22%	15%	13%	10%	19%
Mindestens einmal im Vierteljahr Schwips o.m.	33%	37%	41%	40%	40%	29%	22%	37%
nie im letzt. Vierteljahr aber früher Schwips o.m.	17%	21%	25%	27%	34%	41%	43%	29%
nie im Leben Schwips o.m.	34%	15%	14%	11%	12%	17%	25%	16%
mindestens einmal pro Woche Rausch o.m.	5%	11%	7%	8%	6%	6%	3%	8%
mindestens einmal im Vierteljahr Rausch o.m.	17%	28%	27%	28%	23%	17%	11%	24%
nie im letzt. Vierteljahr aber früher Rausch o.m.	26%	35%	41%	43%	49%	48%	51%	42%
nie im Leben Rausch o.m.	52%	26%	24%	21%	22%	29%	35%	27%
mindestens einmal pro Woche Vollrausch	1%	4%	3%	3%	2%	1%	3%	3%
mindestens einmal im Vierteljahr Vollrausch	8%	12%	11%	11%	10%	9%	3%	10%
nie im letzten Vierteljahr, aber früher Vollrausch	32%	47%	53%	57%	56%	53%	48%	51%
nie im Leben Vollrausch	60%	37%	33%	28%	33%	37%	46%	36%
Anzahl	205	812	713	598	499	521	181	3.529

Quelle: „Repräsentativerhebung 1993/94“, Uhl & Springer (1996, S. 56)
Kommentar: „Schwips o.m.“ („Schwips oder mehr“) = „Schwips oder Rausch oder Vollrausch“ „Rausch o.m.“ („Rausch oder mehr“) = „Rausch oder Vollrausch“

Tab. 34: Alkoholberauschung bezogen auf Alter (Frauen)

Frauen	16-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-99	16-99
mindestens einmal pro Woche Schwips o.m.	7%	6%	6%	8%	5%	4%	2%	6%
Mindestens einmal im Vierteljahr Schwips o.m.	25%	32%	30%	23%	19%	14%	9%	23%
nie im letzt. Vierteljahr aber früher Schwips o.m.	17%	33%	41%	41%	41%	45%	45%	39%
nie im Leben Schwips o.m.	51%	29%	24%	27%	34%	37%	44%	32%
mindestens einmal pro Woche Rausch o.m.	2%	1%	2%	3%	2%	1%	0%	2%
mindestens einmal im Vierteljahr Rausch o.m.	10%	12%	9%	7%	6%	3%	2%	7%
nie im letzt. Vierteljahr aber früher Rausch o.m.	21%	40%	47%	42%	41%	43%	38%	41%
nie im Leben Rausch o.m.	68%	48%	42%	48%	51%	53%	60%	50%
mindestens einmal pro Woche Vollrausch	1%	0%	1%	1%	1%	1%	0%	1%
mindestens einmal im Vierteljahr Vollrausch	2%	4%	3%	4%	3%	2%	1%	3%
nie im letzt. Vierteljahr aber früher Vollrausch	25%	39%	43%	39%	36%	39%	36%	38%
nie im Leben Vollrausch	73%	57%	53%	56%	60%	59%	64%	58%
Anzahl	197	793	777	580	516	750	341	3.954

Quelle: „Repräsentativerhebung 1993/94“, Uhl & Springer (1996, S. 56)
Kommentar: „Schwips o.m.“ („Schwips oder mehr“) = „Schwips oder Rausch oder Vollrausch“ „Rausch o.m.“ („Rausch oder mehr“) = „Rausch oder Vollrausch“

Während 12% angeben, wöchentlich einen Schwips zu haben, gaben nur 2% der Befragten einen wöchentlichen Vollrausch an (Tab. 32, S. 163). Dazu ist zu betonen, dass eine Prävalenz von 2% so gering ist, dass man diese nur mit großen Vorbehalten interpretieren kann. Bei auf Befragungen basierenden geringen Prävalenzen muss man nämlich, selbst wenn es keine systematischen Fehlerquellen gibt, infolge des Phänomens der statischen Regression zum Mittelwert mit einer erheblichen Überschätzung des tatsächlichen Ausmaßes rechnen (vgl. dazu Uhl et al. 2005b, S. 21).

Alkoholvollräusche kennt eine knappe Mehrheit der erwachsenen österreichischen Bevölkerung aus eigener Erfahrung und nur ein Viertel der erwachsenen Bevölkerung hat noch keinen Schwips erlebt. Wie man Tab. 32 bis Tab. 34 entnehmen kann, gaben 52% der Bevölkerung an, bereits einen Vollrausch (64% der Männer und 42% der Frauen) und 75% der Bevölkerung einen Schwips (84% der Männer und 68% der Frauen) erlebt zu haben.

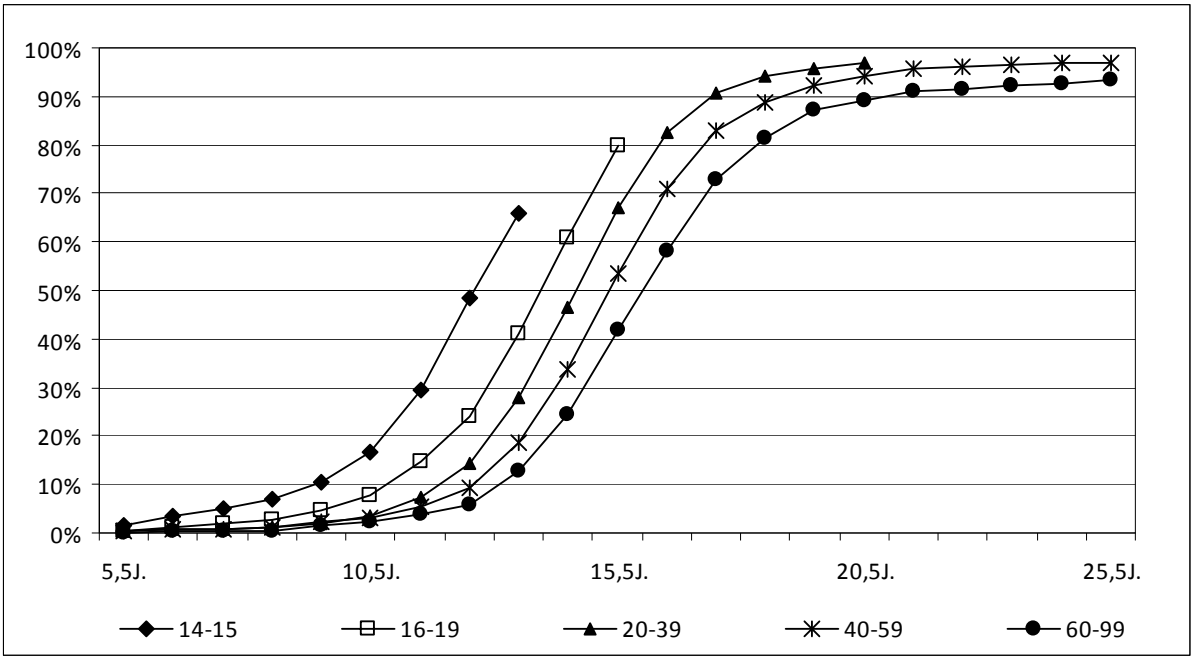
7.15 Jugend und Alkohol

7.15.1 Akzeleration, Emanzipation und Globalisierung

Generell kann man sagen, dass sich aktuell drei Faktoren maßgeblich auf die Entwicklung des Alkoholkonsums im Bereich der Jugendlichen auswirken, die im folgenden Kapitel näher beschrieben werden:

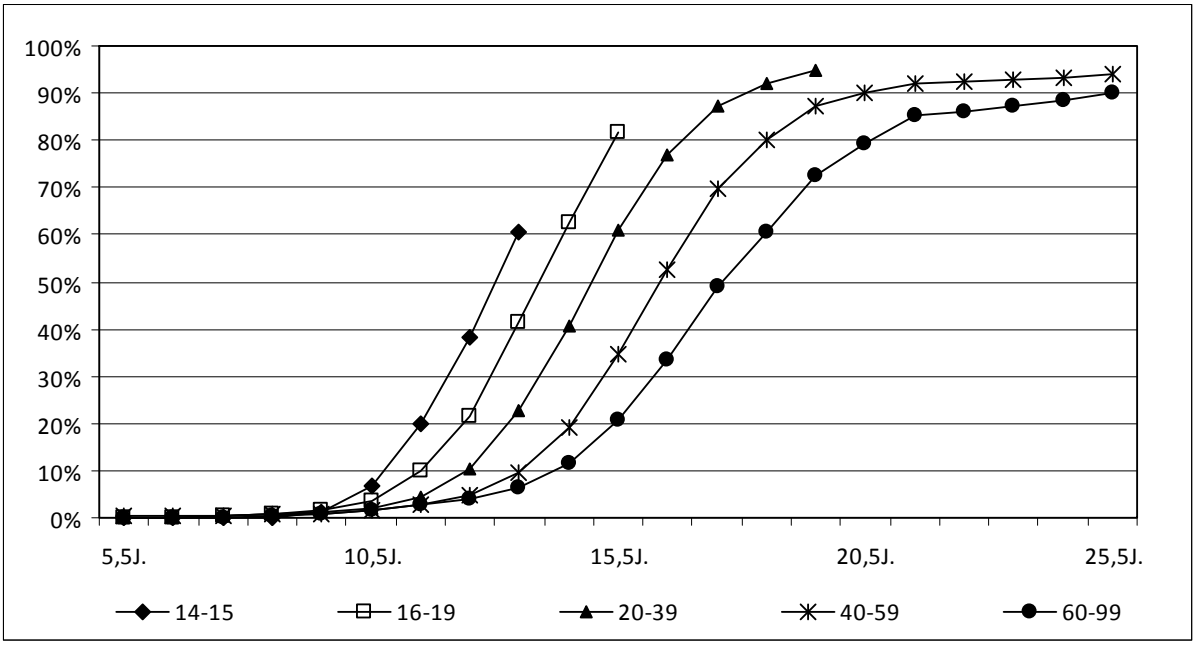
- „**Akzeleration**“ bedeutet in diesem Zusammenhang, dass Kinder immer früher in die Pubertät kommen, sich früher körperlich entwickeln und früher zu relativ selbständigen Jugendlichen werden. Dadurch machen Kinder auch früher erste relevante Erfahrungen mit Alkohol und Nikotin, wobei hier der in unserer Kultur übliche begrenzte punktuelle Probierkonsum bei kleinen Kindern nicht gemeint ist.
- „**Emanzipation**“ bedeutet in diesem Zusammenhang, dass Frauen immer aktiver am öffentlichen Leben teilnehmen und sich die Substanzkonsumgewohnheiten von Männern und Frauen zunehmend mehr aneinander angleichen. Da der Alkoholgesamtkonsum seit Jahrzehnten sinkt bedeutet das, eine Zunahme des Alkoholkonsums bei Frauen bei gleichzeitiger Abnahme des Alkoholkonsums bei Männern.
- „**Globalisierung**“ bezieht sich hier vor allem auf die Alkoholkonsumkultur: Wie bei allen Wirtschaftsgütern wird auch bei alkoholischen Getränken das Angebot immer größer und auf der ganzen Welt ähnlicher. In Europa kann man eine weitgehende Anpassung der Trinkgewohnheiten in Richtung europäischer Durchschnitt feststellen, in den traditionellen Niedrigkonsumländern eine deutliche Konsumsteigerung in der Gesamtbevölkerung und in den Hochkonsumländern einen Konsumrückgang (Europäische Konvergenz, vgl. Kap. 7.11, S. 155).

Abb. 9: Alkoholeinstiegsalter: Das erste ganze Glas Alkohol getrunken – Männer



Quelle: „Repräsentativerhebung 2004“, Uhl et al. (2005b); eigene Berechnungen

Abb. 10: Alkoholeinstiegsalter: Das erste ganze Glas Alkohol getrunken – Frauen



Quelle: „Repräsentativerhebung 2004", Uhl et al. (2005b)

Betrachtet man die letzten vierzig Jahre (vgl. Abb. 9 und Abb. 10), kann man feststellen, dass das Alter, ab dem Kinder anfangen erste Erfahrungen mit Alkohol zu machen (um das 10. Lebensjahr), im wesentlichen konstant bleibt (keine Verschiebung der Einstiegskurve), dass aber in den darauf folgenden Altersgruppen (ab dem 13. Lebensjahr) bei den jüngeren Geburtenjahrgängen die Zahl jener, die bereits mit dem regelmäßigen Konsum begonnen haben, weit höher ist (Stauchung der Einstiegskurve) als das bei früheren Generationen der Fall war („Akzelerationshypothese"). Bei Frauen sind die Veränderungen von einer Geburtsjahrgangsklasse zur nächsten besonders stark ausgeprägt, weil sich hier Akzelerations- und Emanzipationseffekte addieren. Ein ganz ähnliches Ergebnis findet man bei Kraus et al. (2000).

Die deutliche Akzeleration beim Alkoholkonsum über die letzten vierzig Jahre – d.h. die kontinuierliche Zunahme des regelmäßigen Alkoholkonsums bei Jugendlichen – korrespondiert allerdings nicht mit einer Zunahme des Alkoholkonsums in der Gesamtbevölkerung. Ganz im Gegenteil, das Konsumausmaß in der Gesamtbevölkerung ist seit 30 Jahren deutlich rückläufig (vgl. Abb. 3.) Die unter SuchtprophylaktikerInnen populäre These, dass ein früherer Einstieg in den Alkoholkonsum zwangsläufig zu stärkerem Konsum im Erwachsenenalter und zu mehr Problemen in Zusammenhang mit Alkohol führt, erscheint angesichts dieser Befunde als widerlegt.

7.15.2 Trinkmenge und Trinkfrequenz bei Jugendlichen

Die österreichischen Jugendlichen sind hinsichtlich des Alkoholkonsums nicht die Hauptproblemgruppe. Die meisten ProblemkonsumentInnen [80] (Tab. 20, S. 144) und den höchsten Alkoholdurchschnittskonsum (Tab. 23, S. 150) findet man derzeit bei den 30-39-Jährigen. Die meisten täglichen AlkoholkonsumentInnen bei den ab 70-Jährigen (Tab. 29, S. 162).

Bei den 14-19-Jährigen trinken nach eigenen Angaben 10% in gesundheitsgefährdendem Umfang [80] (Tab. 20, S. 144), 58% regelmäßig (im Sinne von mindestens einmal pro Woche), 4% täglich und 28% sind abstinent bzw. fastabstinent (Tab. 29, S. 162).

Bei den männlichen 14-19-Jährigen trinken 4% in gesundheitsgefährdendem Umfang (mehr als 60 Gramm Alkohol pro Tag, Tab. 20, S. 144), 58% regelmäßig (im Sinne von mindestens einmal pro Woche), 5% täglich und 28% sind abstinent bzw. fastabstinent (Tab. 29, S. 162).

Bei den weiblichen 14-19-Jährigen trinken 15% in gesundheitsgefährdendem Umfang (mehr als 40 Gramm Alkohol pro Tag, Tab. 20, S. 144), 56% regelmäßig (im Sinne von mindestens einmal pro Woche), 4% täglich und 27% sind abstinent bzw. fastabstinent (Tab. 29, S. 162). Die 14-19-jährigen Mädchen und Frauen liegen in den genannten Indikatoren vor bzw. gleich mit allen anderen weiblichen Altersgruppen – bezüglich des Problemkonsums liegen sie deutlich vor den gleichaltrigen Burschen und bezüglich täglichem und wöchentlichem Alkoholkonsum sowie Abstinenz bzw. Fastabstinenz in etwa gleich mit ihren männlichen Altersgenossen.

Angesichts des Umstandes, dass die Stichprobe der weiblichen 14-19-Jährigen nur 227 Personen (Tab. 20, S. 144) umfasst und die Werte in der folgenden Altersgruppe (20-29-jährige Frauen) wieder deutlich niedriger liegen, sollte man die Befunde die relativ hohen Werte der weiblichen 14-19-Jährigen betreffend allerdings nicht überbewerten.

7.15.3 Einstellung der ÖsterreicherInnen zum Einstiegsalter in den Alkoholkonsum

Bei der „Repräsentativerhebung 1993/94“ (Uhl & Springer, 1996) wurden Erwachsene darüber befragt, ab welchem Alter sie es für angemessen halten, dass Burschen und Mädchen zu Hause oder bei Partys Alkohol trinken. Dabei zeigt sich, dass – je nach Situation – zwischen 9% und 18% der Befragten Alkoholkonsum bereits vor dem 16. Geburtstag guthießen (Tab. 35).

Tab. 35: Ab wann ist Alkoholkonsum bei Jugendlichen angemessen?

	Bursch zu Hause	Bursch bei Party	Mädchen zu Hause	Mädchen bei Party
vor dem 15. Geburtstag	9%	4%	7%	3%
15.-16. Geburtstag	9%	7%	9%	6%
16.-18. Geburtstag	47%	48%	47%	44%
nach dem 18. Geburtstag	35%	41%	37%	47%

Quelle: „Repräsentativerhebung 1993/94“, Uhl & Springer (1996)
Frage: Ab welchem Alter finden Sie es angemessen, dass Eltern ihrem Sohn bzw. ihrer Tochter erlauben, beim Essen ein Glas Wein oder Bier mitzutrinken bzw. dass diese bei Partys im Freundeskreis Alkohol trinken? Wie alt sollte der Sohn / die Tochter mindestens sein?

Die Mehrzahl (je nach Situation – ob Mädchen oder Bursch, ob zu Hause oder bei einer Party – zwischen 44% und 48%) fand Alkoholkonsum zwischen dem 16. und dem 18. Geburtstag angemessen. Dass man erst ab 18 Jahren Alkohol konsumieren sollte, fanden je nach Situation zwischen 35% und 47% (Tab. 35).

80 Problematisch im Sinne von deutlich gesundheitsgefährdend ist es, wenn Frauen durchschnittlich mehr als 40 Gramm Alkohol pro Tag und Männer durchschnittlich mehr als 60 Gramm Alkohol pro Tag trinken (vgl. Kap 5.10, S. 22 und Tab. 14, S. 22).

Eine knappe Mehrheit der ÖsterreicherInnen war 1994 mit dem Faktum, dass österreichische Jugendliche ab dem 16. Geburtstag auch in der Öffentlichkeit Bier und Wein trinken dürfen, einverstanden. Der Abstand zu jenen, die das Trinkalter generell eher bei 18 Jahren ansiedeln würden, ist allerdings nicht sehr groß. Ob sich in der Zwischenzeit hier relevante Einstellungsveränderungen ergeben haben, ist nicht bekannt.

7.15.4 Regelmäßiger Alkoholkonsum bei Jugendlichen

Will man die Ergebnisse der „Repräsentativerhebung 2004“ (Uhl et al., 2005b) mit anderen Befragungsergebnissen vergleichen, so bieten sich für Österreich die „Repräsentativerhebung 1993/94“ (Uhl & Springer, 1996), die Schülerbefragungen HBSC 1997/98 (Health Behaviour in School-Aged Children) und ESPAD 2003 (The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) an. Da ESPAD die Konsumfrequenz in Form von „Trinkgelegenheiten pro Monat“ erfragte, sind diese Ergebnisse mit den anderen Befragungen, die nach der Zahl der Trinktage pro Monat gefragt haben, allerdings nicht direkt vergleichbar.

Bei der „Repräsentativerhebung 1993/94“ (Uhl & Springer, 1996) wurden nur Personen ab dem 16. Geburtstag befragt; man kann daher keine Aussagen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen bis zum 16. Lebensjahr ableiten. Bei der „Repräsentativerhebung 2004“ (Uhl et al., 2005b) wurden alle Ab-14-Jährigen befragt, bei der HBSC-Studie („Health Behaviour in School-Age Children“, Currie et al., 2000) 11-16-Jährige. In Tab. 36 wird die Inzidenz des regelmäßigen Trinkens im Sinne von „mindestens einmal pro Woche Alkohol konsumiert“ für unterschiedliche Altersgruppen ausgewiesen.

Tab. 36: Regelmäßiges Trinken (mind. wöchentlich) bei Kindern und Jugendlichen

Untersuchung	Alter	männlich	weiblich	Gesamt
„HBSC Schülerbefragung 1997/98“	11 Jährige	3%	1%	2%
„HBSC Schülerbefragung 1997/98“	13 Jährige	8%	4%	6%
„Repräsentativerhebung 2004“	14-15 Jährige	33%	33%	33%
„HBSC Schülerbefragung 1997/98“	15 Jährige	39%	23%	31%
„Repräsentativerhebung 1993/94“	16-17 Jährige	46%	20%	34%
„Repräsentativerhebung 2004“	16-17 Jährige	61%	59%	60%
„Repräsentativerhebung 1993/94“	18-20 Jährige	66%	33%	49%
„Repräsentativerhebung 2004“	18-20 Jährige	69%	61%	64%

Quellen: „Repräsentativerhebung 1993/94“ (Uhl & Springer, 1996); „HBSC Schülerbefragung 1997/98“ (Currie et al. , 2000); „Repräsentativerhebung 2004“ (Uhl et al., 2005b); zusätzliche Auswertung

Tab. 36 kann man entnehmen, dass die großen Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Befragten hinsichtlich des regelmäßigen Alkoholkonsums, die bei der „Repräsentativerhebung 93/94“ und bei der Erhebung „HBSC 1997“ zu beobachten waren, bei der „Repräsentativerhebung 2004“ nicht mehr auftraten. Rund ein Drittel der 14-15-Jährigen beiderlei Geschlechts trinken zumindest einmal pro Woche Alkohol, bei den 16-17-Jährigen sind das bereits zwei Drittel und zur Gruppe der 18-20-Jährigen gibt es dann kaum noch eine Steigerung. Die Veränderungen von „Repräsentativerhebung 93/94“ bis „Repräsentativerhebung 2004“ bei den 16-17-jährigen Burschen sind mit der Akzeleration zu erklären, bei den 16-17-jährigen Mädchen addieren sich hier Akzeleration und Angleichung der Geschlechterrollen (vgl. Kap. 7.15.1, S. 165).

Tab. 37: Mind. wöchentlicher Alkoholkonsum bei Jugendlichen im internationalen Vergleich (HBSC 1997/98)

	Mädchen			Burschen			Mädchen und Burschen		
	11J.	13 J.	15 J.	11 J.	13 J.	15 J.	11 J.	13 J.	15 J.
Wales	7%	24%	54%	12%	32%	58%	10%	28%	56%
England	8%	25%	49%	14%	34%	56%	11%	30%	53%
Niederlande	3%	18%	47%	9%	23%	56%	6%	21%	52%
Malta	3%	18%	40%	9%	21%	56%	6%	20%	48%
Dänemark	2%	8%	44%	4%	15%	50%	3%	12%	47%
Schottland	4%	19%	42%	8%	19%	44%	6%	19%	43%
Deutschland	2%	11%	33%	5%	15%	46%	4%	13%	40%
Belgien (flämisch)	3%	9%	34%	6%	15%	45%	5%	12%	40%
Italien	9%	16%	28%	19%	32%	48%	14%	24%	38%
Österreich	1%	4%	33%	5%	8%	36%	3%	6%	35%
Slowenien	3%	5%	26%	9%	13%	42%	6%	9%	34%
Schweiz	1%	6%	28%	3%	13%	39%	2%	10%	34%
Kroatien	2%	6%	25%	6%	15%	36%	4%	11%	31%
HBSC Durchschnitt	3%	9%	24%	7%	15%	34%	5%	12%	29%
Tschechien	3%	6%	26%	6%	14%	32%	5%	10%	29%
Belgien (franz.)	6%	8%	22%	11%	16%	36%	9%	12%	29%
Kanada	2%	9%	23%	5%	14%	34%	4%	12%	29%
Spanien	2%	4%	25%	5%	10%	32%	4%	7%	29%
Griechenland	3%	8%	18%	11%	15%	38%	7%	12%	28%
Ungarn	2%	5%	19%	8%	11%	34%	5%	8%	27%
Ukraine	3%	8%	19%	9%	14%	29%	6%	11%	24%
Estland	3%	8%	18%	7%	12%	30%	5%	10%	24%
Russland	2%	13%	17%	7%	21%	28%	5%	17%	23%
Schweden	2%	8%	17%	6%	12%	23%	4%	10%	20%
Grönland	1%	8%	11%	1%	5%	29%	1%	7%	20%
Polen	2%	8%	10%	7%	16%	29%	5%	12%	20%
Norwegen	1%	6%	19%	3%	8%	20%	2%	7%	20%
Israel	9%	10%	13%	18%	20%	25%	14%	15%	19%
Mazedonien	5%	3%	11%	8%	9%	26%	7%	6%	19%
Irland	2%	6%	16%	5%	7%	20%	4%	7%	18%
Frankreich	2%	5%	11%	6%	9%	23%	4%	7%	17%
Litauen	1%	6%	15%	4%	11%	19%	3%	9%	17%
Finnland	1%	7%	16%	3%	7%	18%	2%	7%	17%
Portugal	0%	4%	11%	3%	13%	21%	2%	9%	16%
USA	3%	7%	11%	4%	9%	21%	4%	8%	16%

Quelle: Currie et al. (2000)

Kommentar: Die Werte für beiderlei Geschlecht wurden durch Mittelwertbildung aus dem Wert für Burschen und dem Wert für Mädchen errechnet. Die Sortierung der Länder erfolgt nach dem Durchschnittskonsum der 15-Jährigen beiderlei Geschlechts

7.15.5 Regelmäßiger Alkoholkonsum bei Jugendlichen im internationalen Vergleich

Das WHO-Projekt „Health Behaviour of School-Aged Children (HBSC)", das im gleichen Jahr auch in 35 anderen Ländern bzw. Regionen durchgeführt wurde, ermöglicht einen internationalen Vergleich. Aufbauend auf diese Ergebnisse ergibt sich, dass Österreich hinsichtlich des Anteils Jugendlicher mit regelmäßigem (d.h. mindestens wöchentlichem) Alkoholkonsum bei den 11- und 13-Jährigen weit hinten (Platz 27 bis Platz 34 von 35, je nach Altersgruppe und Geschlecht) und bei den 15-Jährigen an der Grenze zum oberen Viertel (Platz 9: 15-jährige Mädchen bzw. Platz 13: 15-jährige Burschen) (Tab. 37) rangiert.

7.15.6 Durchschnittskonsum bei Jugendlichen

In Tab. 23, S. 150 wurde der durchschnittliche Pro-Kopf-Alkoholkonsum der ÖsterreicherInnen bezogen auf Geschlecht und Alter dargestellt. Dort konnte man sehen, dass der höchste Durchschnittskonsum mit 32g Reinalkohol im Tagesdurchschnitt bei den 30-39-Jährigen zu finden ist. Vergleicht man die Werte aus 2004 mit jenen aus 1993/94, so stellt man fest, dass der Durchschnittskonsum bei den 16-17-Jährigen mit 18g Reinalkohol pro Tag doppelt so hoch ist wie 10 Jahre zuvor, dass es bei den 18-20-Jährigen im Verlauf der Dekade eine leichte Zunahme gegeben hat und dass bei den 21-99-Jährigen ein deutlicher Rückgang von 32g auf 28g Reinalkohol pro Person und Tag festzustellen ist (Tab. 38, S. 170).

Tab. 38: Durchschnittlicher Alkoholkonsum bezogen auf Geschlecht und Alter

	1993/94			2004			
Frauen und Männer	16-17	18-20	21-99	14-15	16-17	18-20	21-99
durchschn. Gramm Alkohol pro Tag	9	22	32	13	18	24	28
durchschn. Liter Alkohol pro Jahr	4,2	10,2	14,8	5,9	8,2	11,1	13,1
Stichprobenumfang	291	490	10.369	98	139	307	4.011
Männer	16-17	18-20	21-99	14-15	16-17	18-20	21-99
durchschn. Gramm Alkohol pro Tag	13	37	53	12	17	33	44
durchschn. Liter Alkohol pro Jahr	6,0	17,1	24,5	5,4	7,7	15,2	20,3
Stichprobenumfang	154	231	4.945	49	65	126	1.950
Frauen	16-17	18-20	21-99	14-15	16-17	18-20	21-99
durchschn. Gramm Alkohol pro Tag	5	9	14	14	19	18	14
durchschn. Liter Alkohol pro Jahr	2,3	4,2	6,5	6,4	8,6	8,3	6,3
Stichprobenumfang	137	259	5.424	49	73	181	2.061

Quelle: „Repräsentativerhebung 93/94 (Uhl & Springer, 1996)", „Repräsentativerhebung 2004", Uhl et al. (2005b); weitere Berechnungen

Der Umstand, dass sich in Tab. 38 (S. 170) sowohl bei den 18-20-Jährigen als auch bei den Ab-21-Jährigen ein Rückgang abzeichnete, legt allerdings auch hier nahe, dass es sich beim beobachteten Phänomen eher um ein akzelerationsbedingtes Vorverlegen des Alkoholkonsums als um eine nachhaltige Konsumsteigerung in der Alterskohorte handelt (Tab. 38, S. 170). Besonders stark ist die Zunahme bei weiblichen Jugendlichen, bei denen sich die Effekte von Akzeleration und Angleichung der Geschlechterrollen addieren (vgl. Kap. 7.15.1, S. 165).

7.15.7 Problemkonsum bei Jugendlichen

In Tab. 20, S. 144 wurden die ÖsterreicherInnen anhand des Pro-Kopf-Konsums in Gruppen eingeteilt. In Tab. 39, S. 171 erfolgt eine spezielle Auswertung der 14-15-Jährigen, der 16-17-Jährigen sowie der 18-20-Jährigen aus der „Repräsentativerhebung 2004“ und der 16-17-Jährigen sowie der 18-20-Jährigen aus der „Repräsentativerhebung 93/94“. Dabei zeigt sich, dass problematischer Alkoholkonsum, also ein Tageskonsum, der bei Frauen 40g Reinalkohol und bei Männern 60g Reinalkohol übersteigt (vgl. Tab. 14, S. 122), in der Altersgruppe zwischen dem 14. und 16. Geburtstag in 9% der Fälle, in der Altersgruppe zwischen dem 16. und 18. Geburtstag in 11% der Fälle und zwischen dem 18. und dem 21. Geburtstag in 14% der Fälle vorkommt, was erheblich über den Werten von 1993/94 liegt. Bei der „Repräsentativerhebung 93/94“ waren die entsprechenden Prozentwerte zwischen dem 16. und 18. Geburtstag noch bei 2% und zwischen dem 18. und 21. Geburtstag noch bei 11% gelegen (vgl. Tab. 39, S. 171). Da sich bei den Ab-21-Jährigen über diese Dekade ein Rückgang abzeichnete (vgl. Tab. 38, S. 170), liegt auch hier nahe, dass es sich beim beobachteten Phänomen eher um ein akzelerationsbedingtes Vorverlegen des Alkoholkonsums als um eine nachhaltige Konsumsteigerung in der Alterskohorte handelt.

Tab. 39: Gruppen nach Alkoholkonsumgewohnheiten bezogen auf Geschlecht und Alter

	1993/94			2004			
Frauen und Männer	16-17	18-20	21-99	14-15	16-17	18-20	21-99
primäre Alkoholabst. / Fastabstinenz	37%	21%	11%	47%	21%	12%	20%
sek. Alkoholabstinenz / Fastabstinenz	6%	10%	12%	1%	5%	9%	11%
geringer Alkoholkonsum	41%	39%	37%	32%	49%	44%	35%
mittlerer Alkoholkonsum	14%	18%	22%	11%	14%	22%	18%
Probl. Alkoholkonsum	2%	11%	19%	9%	11%	14%	16%
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Stichprobenumfang	291	487	10.372	98	136	305	3.978
Männer	16-17	18-20	21-99	14-15	16-17	18-20	21-99
primäre Alkoholabst. / Fastabstinenz	31%	12%	5%	42%	25%	9%	13%
sek. Alkoholabstinenz / Fastabstinenz	6%	6%	7%	2%	5%	8%	10%
geringer Alkoholkonsum	41%	42%	30%	38%	55%	47%	32%
mittlerer Alkoholkonsum	19%	23%	27%	12%	11%	23%	23%
probl. Alkoholkonsum	3%	17%	30%	6%	5%	13%	22%
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Stichprobenumfang	154	229	4.947	49	64	125	1.933
Frauen	16-17	18-20	21-99	14-15	16-17	18-20	21-99
primäre Alkoholabst. / Fastabstinenz	43%	30%	16%	51%	18%	13%	27%
sek. Alkoholabstinenz / Fastabstinenz	6%	14%	16%	0%	5%	9%	12%
geringer Alkoholkonsum	42%	37%	43%	27%	44%	43%	37%
mittlerer Alkoholkonsum	9%	14%	17%	10%	16%	21%	14%
probl. Alkoholkonsum	0%	5%	9%	12%	16%	14%	10%
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Stichprobenumfang	137	258	5.426	49	72	180	2.045

Quelle: „Repräsentativerhebung 93/94“ (Uhl & Springer, 1996), „Repräsentativerhebung 2004“, Uhl et al. (2005b); weitere Berechnungen
Kommentar: Eine exakte Beschreibung der relevanten Grenzziehungen findet sich in Kap. 3.6.1, S. 93.

7.15.8 Täglicher Alkoholkonsum bei Jugendlichen

Täglicher Alkoholkonsum ist ein Phänomen, das vor allem bei älteren Personen auftritt. Wie man der detaillierten Aufstellung in Tab. 29 (S. 162) entnehmen kann, kommt täglicher Alkoholkonsum am häufigsten in den Altersgruppen der 60-69-Jährigen (14%) und der Ab-70-Jährigen (15%) vor. Allerdings ist bei Jugendlichen eine deutliche Zunahme über die letzten 10 Jahre zu beobachten. Täglicher Alkoholkonsum kam 1994 bei Jugendlichen bis zum 18. Geburtstag noch kaum vor, spielt im Jahre 2004, mit 3% bei den 14-15-Jährigen und 4% bei den 16-17-Jährigen aber bereits eine durchaus relevante Rolle. Der Umstand, dass sich gleichzeitig sowohl bei den 18-20-Jährigen als auch bei den Ab-21-Jährigen ein Rückgang abzeichnete, legt wieder nahe, dass man das Phänomen eher als akzelerationsbedingtes Vorverlegen des Alkoholkonsums als um eine nachhaltige Konsumsteigerung in der Alterskohorte interpretieren sollte (Tab. 40).

Tab. 40: Täglicher Alkoholkonsum in den letzten drei Monaten bezogen auf Alter

	1993/94			2004			
	16-17	18-20	21-99	14-15	16-17	18-20	21-99
Frauen und Männer	1%	5%	13%	3%	4%	4%	9%
Männer	1%	9%	21%	4%	4%	5%	15%
Frauen	0%	2%	6%	2%	4%	3%	4%

Quelle: „Repräsentativerhebung 93/94" (Uhl & Springer, 1996), „Repräsentativerhebung 2004", Uhl et al. (2005b); weitere Berechnungen

7.15.9 Erfahrung mit Berauschung

Wie unter Kap. 3.5.1 (S. 90) bereits ausführlich diskutiert, sind Zahlen bezüglich Personen, die bereits „Räusche" erlebt haben, nicht sehr aussagekräftig; erstens, weil man unter Rausch alles von einer leichten Beeinträchtigung bis zum Vollrausch verstehen kann und zweitens, weil alkoholunerfahrene Personen bereits bei relativ geringen Alkoholmengen Alkoholräusche erleben. Da allerdings immer wieder nach Räuschen gefragt wird und Räusche in Zusammenhang mit Kindern und Jugendlichen ein relevantes Thema darstellen, wird hier trotz dieser Vorbehalte auf das Thema „Alkoholrausch" eingegangen.

Bei der „Repräsentativerhebung 1993/94" (Uhl & Springer, 1996, S. 56) haben 42% der Mädchen zwischen dem 16. und 18. Geburtstag angegeben, bereits mindestens einen Schwips und/oder einen stärkeren Alkoholrausch gehabt zu haben. Der entsprechende Anteil bei Burschen betrug 61% (Tab. 41). Bei der Altersgruppe zwischen dem 18. und dem 21. Geburtstag betrugen die entsprechenden Prozentsätze 75% (Burschen) und 59% Mädchen (Tab. 41). Vergleichswerte zur „Repräsentativerhebung 2004" gibt es hier nicht, da bei dieser Erhebung nicht nach Alkoholräuschen gefragt worden ist.

Tab. 41: Alkoholrausch bezogen auf Alter und Geschlecht (1993/94)

bereits Schwips oder mehr gehabt	16-17-Jährige	18-20-Jährige	21-99-Jährige	16-99-Jährige
Burschen	61%	75%	85%	73%
Mädchen	42%	59%	69%	50%
Burschen und Mädchen	53%	66%	77%	61%

Quelle: „Repräsentativerhebung 1993/94", Uhl & Springer (1996); zusätzliche Auswertung

Zu vergleichbaren Werten kamen Dür & Huter (1997). Die Anzahl der 15-Jährigen Schülerinnen und Schüler, die angaben, bereits mindestens einen Rausch gehabt zu haben, betrug 51% bzw. 62%. Da Dür & Huter nicht nach dem Schweregrad des Rausches unterschieden, kann man die Werte nur mit der Kategorie „Schwips und/oder mehr" bei Uhl & Springer vergleichen.

Tab. 42: Alkoholrausch bezogen auf Alter und Geschlecht (HBSC)

mindestens einmal einen Alkoholrausch gehabt	11-Jährige	13-Jährige	15-Jährige
Burschen	19%	29%	62%
Mädchen	9%	24%	51%
Burschen und Mädchen	14%	26%	58%

Quelle: „HBSC-Schülerbefragung 1993/94", Dür & Huter (1997, Tabellenanhang, S. 4)

Höher lagen die Werte bei der österreichischen ESPAD Erhebung 2003 (Uhl et al., 2005c). Wenn man den Angaben der befragten SchülerInnen vertraut, so haben unter den 14-Jährigen fast 2/3 und unter den 17-Jährigen 87% bereits einen Alkoholrausch erlebt (Tab. 43, S. 173).

Tab. 43: Alkoholberauschung bezogen auf Alter (ESPAD)

mindestens einmal einen Alkoholrausch gehabt	14-Jährige	15-Jährige	16-Jährige	17-Jährige
Burschen	70%	75%	85%	88%
Mädchen	56%	68%	81%	85%
Burschen und Mädchen	63%	71%	83%	87%

Quelle: „ESPAD – Austria 2003: Schüler- und Schülerinnenstudie zu Alkohol und anderen Drogen", Uhl et al. (2005c); zusätzliche Auswertung

Bei einem Vergleich der HBSC-Erhebungen 1989/90, 1993/94, 1997/98 hinsichtlich der Berauschungsfrequenz haben Dür et al. (2000) nicht die Zahl jener, die bereits einmal einen Alkoholrausch gehabt haben, sondern die Zahl jener, die bereits mindestens vier derartige Räusche erlebt haben, ausgewertet. Dabei zeigt sich, dass es in der Gruppe der 11- und 13-Jährigen keine nennenswerten Veränderungen über den Beobachtungszeitraum hinweg gegeben hat, dass im Verlauf dieser 8 Jahre allerdings eine deutliche Steigerung der Rauscherfahrung bei den 15-Jährigen festzustellen war. Diese Steigerung war bei den Burschen (von 19% auf 28%) und Mädchen (von 9% auf 19%) in etwa gleich stark ausgeprägt (Tab. 44, S. 173). Auch in diesen Zahlen manifestiert sich der Umstand der Akzeleration ganz deutlich und wie schon einige Male davor ist auch hier zu unterstreichen, das akzelerationsbedingtes Vorverlegen einer Verhaltensweise keinesfalls zwangsläufig zu einer nachhaltigen Zunahme des Verhaltens in der Alterskohorte führen muss (vgl. Kap. 7.15.1, S. 165).

Tab. 44: Vier oder mehr Alkoholräusche pro Altersgruppe (HBSC, 1990, 1994, 1998)

mindestens einmal einen Alkoholrausch gehabt	11-Jährige	13-Jährige	15-Jährige	15-Jährige Burschen	15-Jährige Mädchen
1990	0%	3%	14%	19%	9%
1994	1%	4%	19%	23%	13%
1998	1%	3%	23%	28%	19%

Quelle: Gesundheit und Gesundheitsverhalten bei Kindern und Jugendlichen – Ergebnisse des 5. HBSC-, Surveys 1998 und Trends für die 90er Jahre, Dür et al. (2000)

7.15.10 Zunahme der alkoholbedingten Spitalsaufnahmen von Kindern und Jugendlichen

Wie wiederholt betont, sollte die Zahl bezüglich der Jugendlichen, die angeben bereits Alkoholräusche erlebt zu haben, sehr vorsichtig interpretiert werden, weil „Rausch" ja alles von minimaler Beeinträchtigung bis zu Vollrausch bedeuten kann (vgl. Kap. 3.5.1, S. 90) und weil alkoholunerfahrene Personen schon bei relativ geringen Mengen Alkohol deutlich beeinträchtigt sein können. Das Kriterium „Spitalsaufenthalt infolge starker Berauschung" erscheint auf den ersten Blick ein vergleichsweise verlässlicherer Indikator für Alkoholexzesse zu sein, da man ja nur mit einem massiven Rausch in eine Krankenanstalt eingewiesen wird. Wie weiter unten ausgeführt wird, ist allerdings auch dieses Kriterium nur mit Vorsicht zu interpretieren, da nicht alle infolge starker Berauschung ins Spital aufgenommenen Personen mit dieser Diagnose dokumentiert wurden bzw. werden.

Die oft zitierten Zahlen der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde in Graz (Müller, 2008) über alkoholrauschbedingte Aufnahmen von Kindern und Jugendlichen ergeben, dass die Zahl dort von wenigen Fällen im Jahr 1990 bis ins Jahr 2007 rapide angestiegen ist (von 7 Fällen pro Jahr auf 189 Fälle), wobei die Zahlen zwischen 2000 und 2006 in etwa konstant geblieben waren. Die Zahl der männlichen und weiblichen Aufnahmen ist dabei relativ ausgewogen (Abb. 11, S. 175).

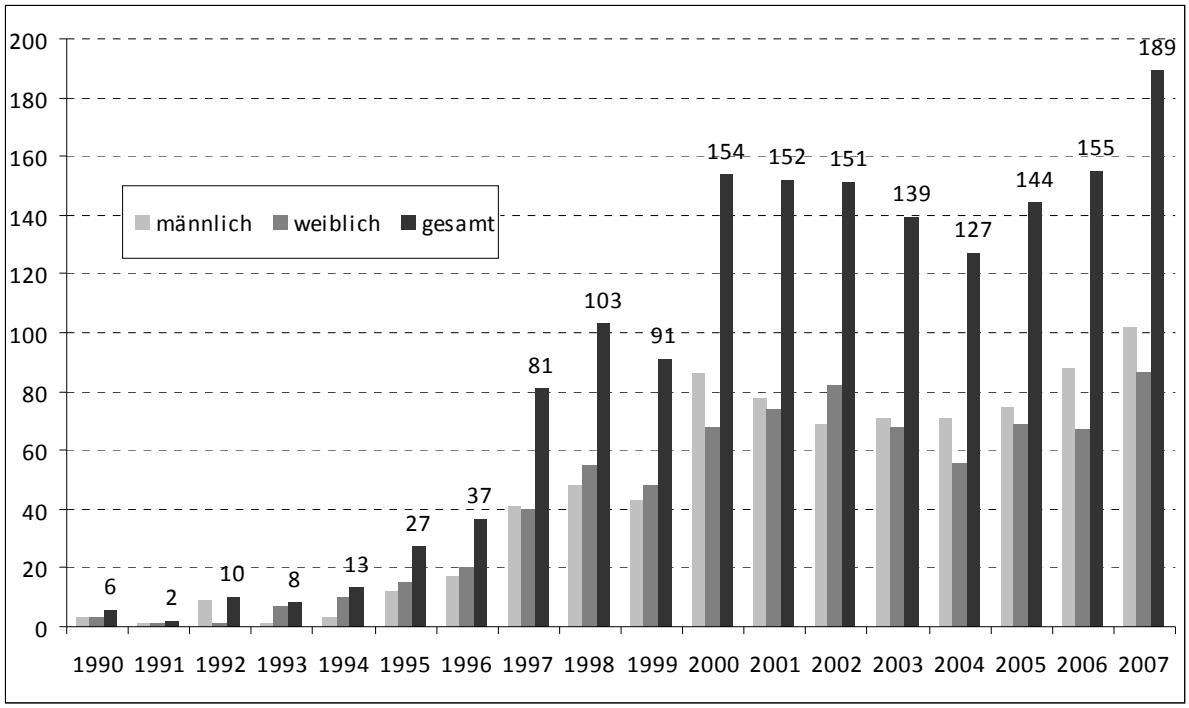
„Alkoholintoxikation“ bzw. „Alkoholrausch“ bedeuten hier bis 2000 die ICD-9 Hauptdiagnosen „305.0“ („Alkoholmissbrauch ohne Abhängigkeit“), „303.0“ („Alkoholrausch bei Alkoholikern“) und „980“[81] („Toxische Wirkung durch Alkohol“) (vgl. Kap. 3.4.5.1, S. 78). Seit 2001 werden nach ICD-10 folgende Hauptdiagnosen (vgl. Kap. 3.4.5.2, S. 79) als weitgehend gleichwertig interpretiert: F10.0 („akuter Alkoholrausch“), F10.1 („schädlicher Gebrauch von Alkohol“) und T51.x („Toxische Wirkung von Alkohol“).

Da Alkoholräusche nach ICD-9 als „303.0“, wenn der Berauschte Alkoholiker war, als „305.0“, wenn dieser kein Alkoholiker war und als „980“, wenn dieser nicht wusste, dass er Alkohol konsumierte. Schwieriger ist die Kodierung seit der Umstellung auf ICD-10. „F10.0“ ist der Code für Alkoholrausch und „T51“ entspricht dem ICD-9 Code „980“. Der Code „F10.1“ (schädlicher Gebrauch von Alkohol) ist aber nur sehr bedingt mit Rausch gleichzusetzen. Für die Gleichsetzung spricht allerdings, dass in den deutschen Richtlinien (Dilling et al., 1991) eine Gleichsetzung von „schädlichem Gebrauch“ mit „Alkoholmissbrauch“ erfolgte, und man daher vermuten kann, dass sich ein Großteil der „F10.1“ Hauptdiagnosen auf alkoholisiert aufgenommene Patienten bezieht.

Interessant zu beobachten ist ferner, dass sich in der Diagnosepraxis eine deutliche Verschiebung von der Diagnose Alkoholintoxikation (F10.0) hin zu toxischer Wirkung von Ethylalkohol (T51.1) abzeichnet, was in Widerspruch zu den deutschen Richtlinien steht (vgl. Kap. 3.4.5.4, S. 85). Eine starke derartige Verschiebung ergab sich beginnend mit dem Jahr 2006 in der Grazer Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde von F10.1-Diagnosen hin zu T51-Diagnosen. Während bis 2005 maximal 9% der mit schweren Alkoholräuschen stationär aufgenommenen Kinder und Jugendlichen mit „T51“ diagnostiziert worden waren, stieg dieser Prozentsatz 2006 auf 43% und 2007 auf 48%.

81 Genaugenommen nur die Codes „980“, „980.0“ und „980.9“, da die anderen 980-er Codes sich auf andere Alkohole beziehen.

Abb. 11: Aufnahmen von Kindern und Jugendlichen wegen „Alkoholrausch und -missbrauch“ in die Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Graz



Quelle: Müller (2005, 2008): Diagnosen: bis Ende 2000 ICD-9 primär 305.0 und 980.x; seit 2001 ICD-10 F10.0, F10.1, T51.x

Abweichungen von den in Abb. 11 (S. 175) angegebenen Werten bis 2004 in früheren Veröffentlichungen (die neuen Werte liegen durchschnittlich um 8% höher als die alten), ergeben sich daraus, dass zunächst die Diagnosen 980 bzw. T51 nicht berücksichtigt worden waren, bei einer neueren Analyse aber ab dem Jahr 1997 rückwirkend inkludiert wurden. Die Zahlen zwischen 1990 und 1996, für die keine Ergebnisse nach der neuen Bewertungsmethode vorliegen, wurden von uns proportional hochgerechnet (d.h. mit 1,08 multipliziert).

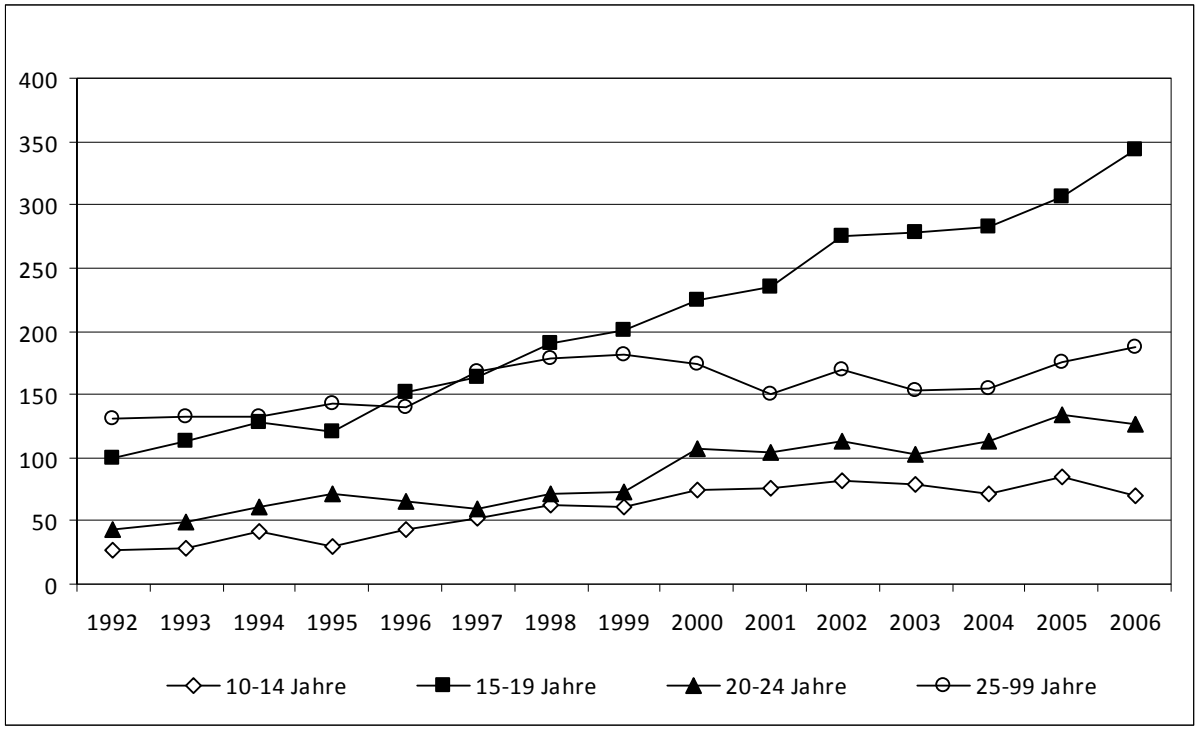
Diese von Müller verwendete Klassifizierung wurde für die von uns durchgeführten österreichweiten Auswertungen der Spitalsentlassungsdiagnosen – im Wissen um die definitorischen Probleme – übernommen, da es keine bessere Möglichkeit gibt, Vergleiche über einen längeren Zeitraum anzustellen.

Wie man Abb. 12 (S. 176) und Abb. 13 (S. 177) entnehmen kann, zeichnet sich auch bundesweit ein deutlicher Anstieg der rauschbedingten Aufnahmen, sowohl bei weiblichen als auch bei männlichen Kindern und Jugendlichen ab. Während es in der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Graz allerdings von 1990 bis 2007 einen raschen Anstieg auf das 27-fache gab, betrug der Anstieg von 1992 bis 2006 (die Zahlen für 2007 liegen noch nicht vor) bei Burschen bloß das 3-fache und bei Mädchen das 4-fache.

Die Erklärung für diese Diskrepanz zwischen Abb. 11 (S. 175) auf der einen Seite und Abb. 12 (S. 176) sowie Abb. 13 (S. 177) auf der anderen Seite, liegt auf der Hand. Traditionellerweise gab es in allen Krankenanstalten wenig Bereitschaft "Alkoholräusche" zu diagnostizieren und zu dokumentieren; einerseits um den betroffenen PatientInnen erhebliche Kosten zu ersparen (die Krankenkasse kann die Kosten bei Krankentransporten und Behandlungen infolge einer Berauschung im Regressweg zurückfordern) und andererseits, um zu verhindern, dass notwendige Hilfeleistungen aus ökonomischen Gründen nicht mehr in Anspruch genommen werden. Seit das Thema „Jugend und Rausch" im öffentlichen Diskurs

allerdings an Bedeutung gewann, gibt es immer mehr namhafte Ärzte/Ärztinnen, die ihre Teams dazu anleiten, Aufnahmen aufgrund von Alkoholintoxikation auch konsequent als solche auszuweisen. Wo das der Fall ist, wie z.B. in der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde in Graz, ergibt sich dann plötzlich eine dramatische Zunahme einschlägiger Diagnosen. Wo das nicht der Fall war, blieb die Diagnose "Alkoholrausch" weiterhin eine Seltenheit – und im Durchschnitt ergibt das dann zwar eine deutliche, aber erheblich weniger stark ausgeprägte Zunahme der Rauschdiagnosen.

Abb. 12: Aufnahmen von Frauen mit der Hauptdiagnose „Alkoholrausch und -missbrauch“ pro 100.000 Einwohner gleichen Alters und gleichen Geschlechts 1992-2006



Quelle: ÖBIG (2008); Statistik Austria (2006a); eigene Berechnungen

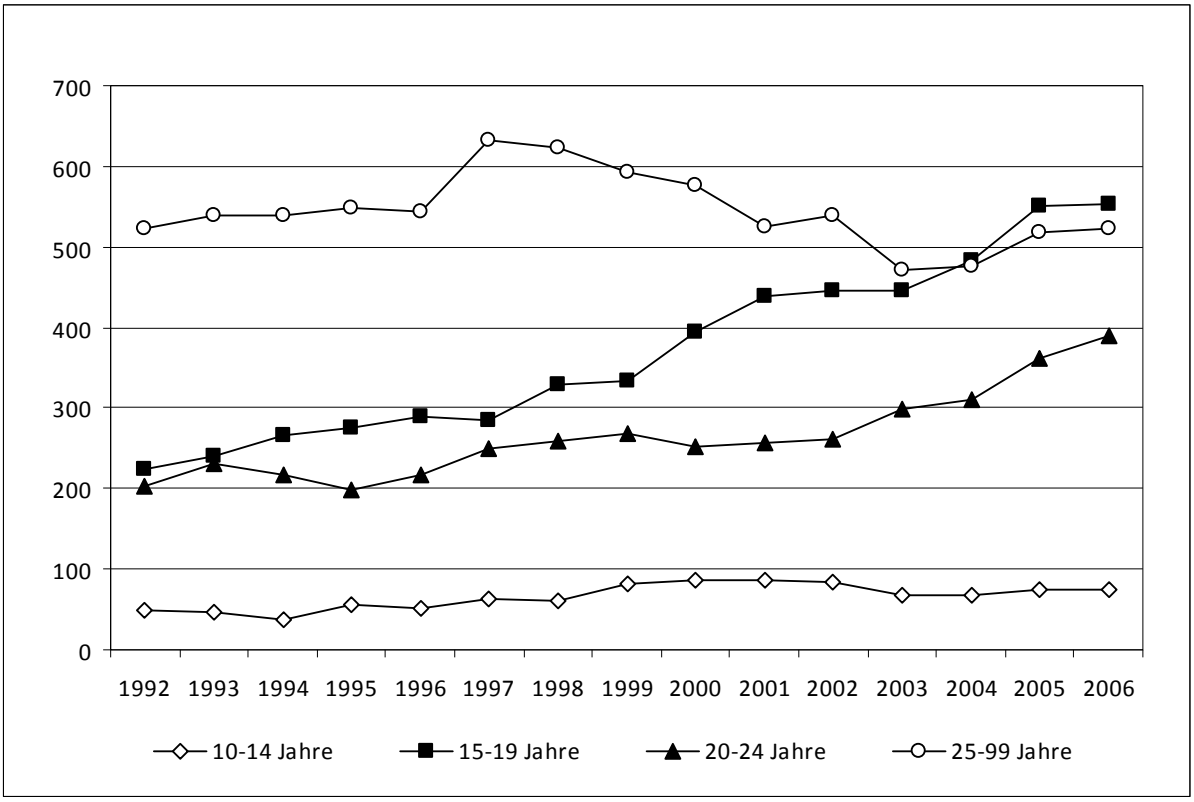
Diese Diskrepanzen machen deutlich, dass man die veröffentlichten Zahlen über die Entwicklung der Spitalsaufnahmen wegen Alkoholräuschen mit sehr großer Vorsicht interpretieren sollte.

- Angesichts des Umstandes der Akzeleration (vgl. Kap. 7.15.1, S. 165), die bewirkt, dass Jugendliche deutlich früher regelmäßig Alkohol zu konsumieren beginnen, ist es nahe liegend, dass nun auch die ersten Räusche früher stattfinden als noch vor zehn Jahren und dass daher eine reale Zunahme der Räusche bei Jugendlichen vorkommt. Auch, dass im Zuge der "europäischen Konvergenz der Trinkgewohnheiten" (vgl. Kap 7.11, S. 155) bei sinkendem Gesamtalkoholkonsum der Bevölkerung das Ausmaß des Rauschtrinkens zunimmt, erscheint durchaus plausibel.
- Gleichzeitig ist aber auch plausibel, dass ein Teil der zusätzlichen Diagnosen als Artefakte zu interpretieren sind – z.B. infolge einer geänderten Sensibilität für das Phänomen des Alkoholrausches in den letzten Jahren; infolge einer generell steigenden Bereitschaft mehr Spitalsentlassungsdiagnosen zu stellen (so ist z.B. die Diagnose "Nikotinabusus" von 1992 bis 2000 bundesweit auf das 10-fache angestiegen, ohne dass sich in dieser Zeit am Rauchverhalten der Bevölkerung Wesentliches geändert hätte); infolge einer Tendenz zu anonymen Großveranstaltungen, bei denen stärker alkoholisierte Jugendliche nicht wie

früher von gleichaltrigen Freunden nach Hause gebracht werden, weswegen den Verantwortlichen nichts anderes übrig bleibt als die Rettung zu rufen (Uhl, 2003b).

- Nicht vergessen sollte man ferner, dass vermutlich ein relevanter Teil der ICD-9-Diagnosen „305.0“ („Alkoholmissbrauch ohne Abhängigkeit“) und der ICD-10-Diagnosen „F10.1“ („schädlicher Gebrauch von Alkohol“) in Fällen vergeben wurden, in denen nicht starke Alkoholberauschung Grund für die Spitalsaufnahme war.

Abb. 13: Aufnahmen von Männern mit der Hauptdiagnose „Alkoholrausch und –missbrauch“ pro 100.000 Einwohner gleichen Alters und gleichen Geschlechts 1992-2006



Quelle: ÖBIG (2008); Statistik Austria (2006a); eigene Berechnungen

Das Phänomen des zunehmenden Rauschtrinkens bei Jugendlichen in Österreich ist derzeit mangels spezifischer Forschungsergebnisse weder quantitativ gut zu präzisieren noch qualitativ gut bestimmbar. Man kann annehmen, dass die Zunahme des Problems zwar weniger stark ausgefallen ist als die Zahlen der Grazer Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde vermuten lassen, dass aber die Frequenz von Vollräuschen bei Jugendlichen über die letzte Dekade nichtsdestoweniger erheblich zugenommen hat. Für letzteres spricht einerseits die Tendenz zur Akzeleration und andererseits der Umstand, dass sich in Europa die Konsumgewohnheiten der Regionen kontinuierlich angleichen und damit nahe liegt, dass nordeuropäische exzessive Trinkmuster auch in Österreich zunehmen (Europäische Konvergenzhypothese, vgl. Kap. 7.11, S. 155).

7.16 Gibt es ein Alkoholproblem im Alter?

7.16.1 Übermortalitätsbias: Überschätzung der Abnahme des Alkoholkonsums im Alter

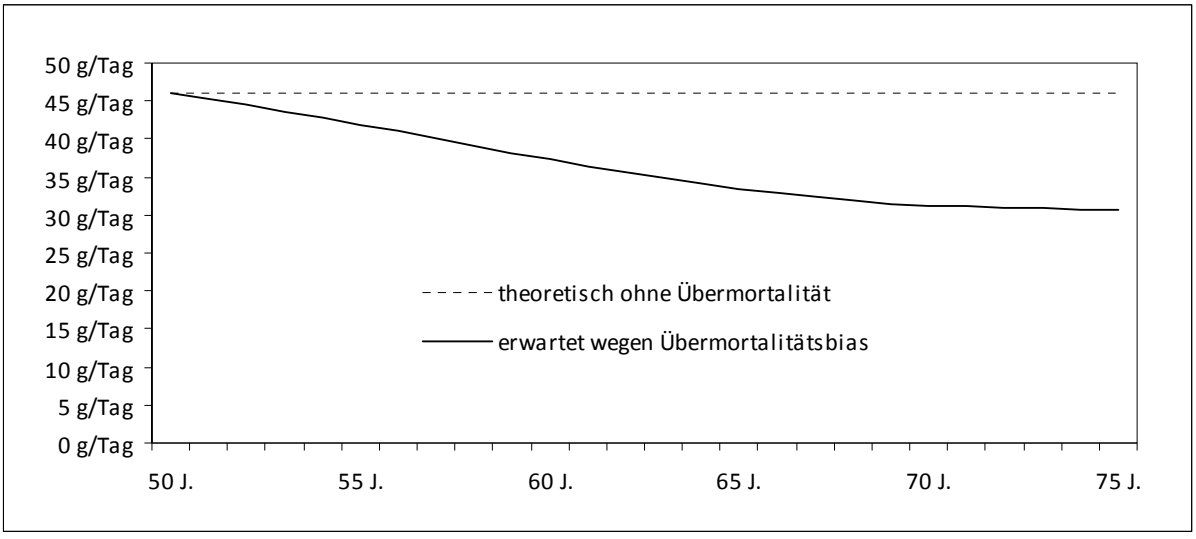
Wenn man den Verlauf des Alkoholkonsums bis ins hohe Alter analysiert, so muss man bedenken, dass AlkoholikerInnen und AlkoholmissbraucherInnen, also Personen, die besonders oft und viel Alkohol trinken, erheblich früher sterben.

Die Eckdaten, um diese Dynamik abschätzen und korrigieren zu können, wurden in Kap. 7.4 (S. 142) und Kap. 7.9 (S. 152) dargestellt.

- Jeder 10. Österreicher erkrankt im Laufe seines Lebens an Alkoholismus,
- AlkoholikerInnen konsumieren in der Regel täglich Alkohol,
- allein auf das Konto von AlkoholikerInnen gehen rund ein Drittel des insgesamt konsumierten Alkohols und
- Alkoholiker sterben durchschnittlich 17 Jahre und Alkoholikerinnen 20 Jahre früher als Nichtalkoholiker bzw. Nichtalkoholikerinnen.

Betrachtet man den Alkoholkonsum eines Geburtsjahrgangs (Alterskohorte) über den Verlauf des gesamten Lebens, so führt die Übermortalität der AlkoholikerInnen beginnend ab dem 50. Lebensjahr zwangsläufig zu einer systematischen Verzerrung des durchschnittlichen Konsumverlaufs ab diesem Alter (Übermortalitätsbias), der hier modellhaft an einem Altersjahrgang von Männern dargestellt werden soll.

Abb. 14: Übermortalitätsbias – Alkoholikeranteil (Modell)



Quelle: Uhl et al, (2005b)

Die durchgezogene Linie in Abb. 14 stellt eine Prognose der künftigen durchschnittlichen Alkoholkonsummenge für eine Alterskohorte von 50-jährigen Männern dar, die im Alter von 50 Jahren durchschnittlichen 45g Reinalkohol pro Tag konsumieren und ihr Alkoholkonsumverhalten von da an bis zu ihrem Tod konstant halten. Die gestrichelte Line zeigt jenen Durchschnittskonsum an, der sich ergeben würde, wenn es keinen Übermortalitätsbias gäbe, d.h. wenn Alkoholiker kein überproportional hohes Sterberisiko hätten.

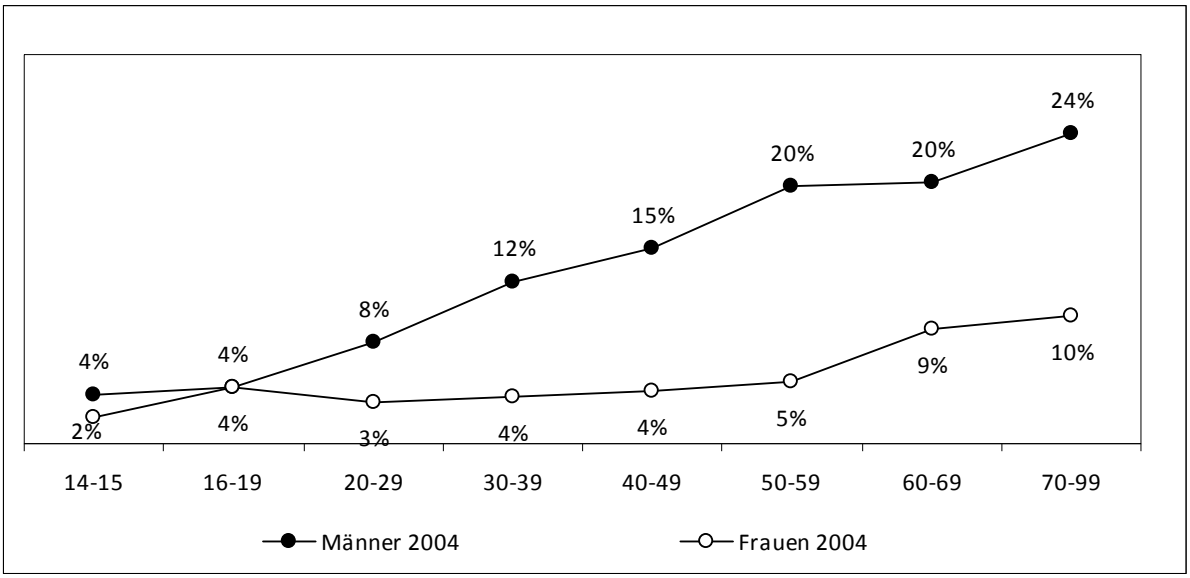
Ergibt sich anhand empirischer Daten nun eine Kurve, die zwar eine fallende Tendenz aufweist, aber nicht so stark fällt wie die durchgezogene Linie in Abb. 14, so bedeutet das, dass der Alkoholkonsum jener, die nicht gestorben sind, durchschnittlich zugenommen hat.

Wer empirische Daten naiv interpretiert, d.h. diese Bevölkerungsdynamik nicht bedenkt, würde bei exakt konstantem Konsumverhalten aller Menschen bis zu ihrem Tod zum völlig falschen Schluss gelangen, dass diese ab dem 50. Lebensjahr im Durchschnitt beginnen seltener bzw. weniger zu trinken. Eine der wesentlichsten Folgen des Übermortalitätsbias ist, dass das tatsächliche Ausmaß des Alkoholproblems im Alter in der Regel erheblich unterschätzt wird.

7.16.2 Empirisch festgestellte Alkoholkonsumveränderungen im Alter

Wie man Abb. 15 (S. 179) entnehmen kann, nimmt die Zahl der Personen in Österreich, die täglich Alkohol trinken, bei beiden Geschlechtern mit steigendem Alter kontinuierlich zu. Berücksichtigt man den Übermortalitätsbias (Kap. 7.16.1, S. 178), also schätzt man die Kurve unter der kontrafaktischen Annahme, dass AlkoholikerInnen gleich lange leben wie Nicht-alkoholikerInnen, so müsste man ab ca. dem 50. Lebensjahre beginnen, die Kurve erheblich steiler zu zeichnen. Um den Verlauf der angepassten Kurve präzise schätzen zu können, müsste man die Bevölkerungsdynamik von AlkoholikerInnen und NichtalkoholikerInnen allerdings erheblich genauer kennen, als das derzeit der Fall ist.

Abb. 15: Trinkfrequenz 2004 – Täglicher Alkoholkonsum nach Geschlecht und Alter



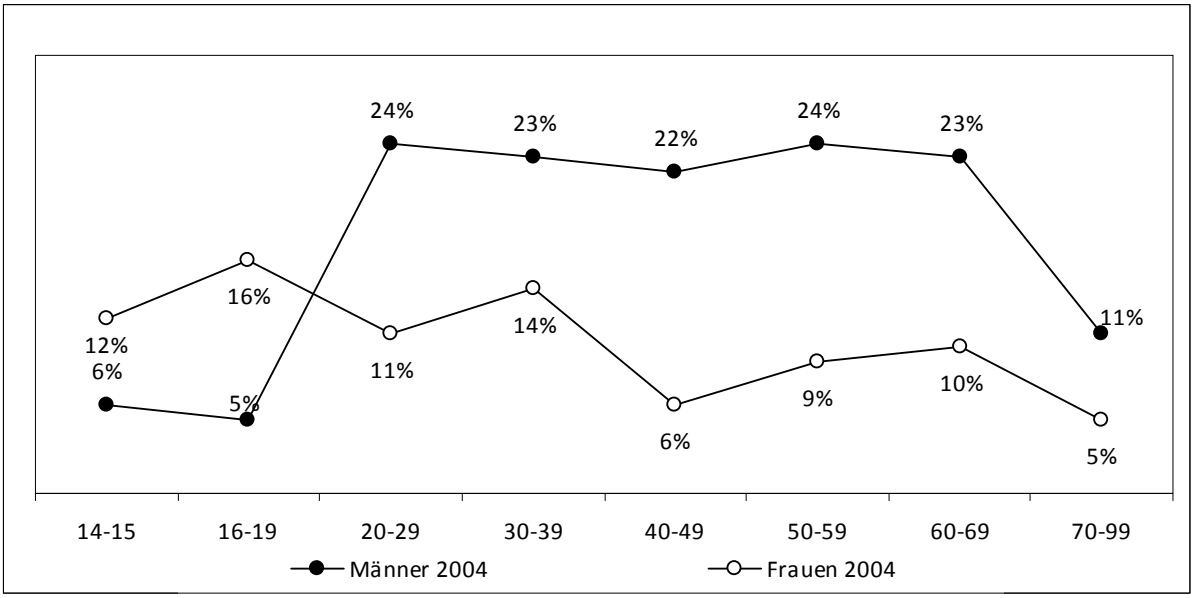
Quelle: „Repräsentativerhebung 2004", Uhl et al. (2005b); eigene Berechnungen Kommentar: Daten zur Graphik in Tab. 30 bis Tab. 31, S. 162

Nicht ganz so einfach ist die Verlaufskurve der Anzahl der AlkoholmissbraucherInnen (Abb. 16, S. 180) und des durchschnittlichen Alkoholkonsums (Abb. 17, S. 180) zu interpretieren.

Bei beiden Kurven fällt auf, dass diese bei Männern in der Altersgruppe der 20-29-Jährigen einen relativ hohen Wert erreicht (24% Alkoholmissbraucher und ein Alkoholdurch-schnittskonsum von 43g), dann bis zur Altersgruppe der 60-69-Jährigen annähernd konstant bleibt und erst bei den Männern ab dem 70. Lebensjahr stark rückläufig ist. Berücksichtigt man den Übermortalitätsbias (Kap. 7.16.1, S. 178) – schätzt man also die Kurven unter der kontrafaktischen Annahme, dass Alkoholiker gleich lange leben wie Nichtalkoholiker – so müsste man ab ca. dem 50. Lebensjahre beginnen, die Kurve erheblich steiler zu zeichnen, wodurch der Eindruck, dass Problemkonsum und Durchschnittskonsum von 20. bis zum 70. Lebensjahr weitgehend gleich bleibt, dahingehend zu korrigieren wäre, dass beide

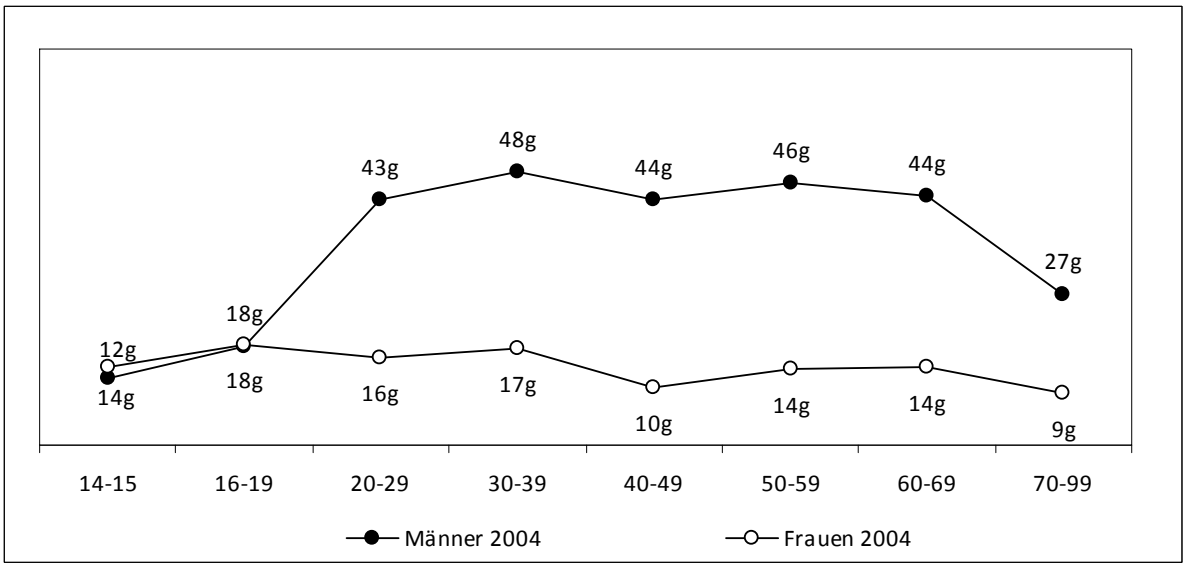
Indikatoren ab dem 50. Lebensjahre deutlich ansteigen und erst im hohen Alter ein Rückgang festzustellen ist.

Abb. 16: Alkoholmissbrauch 2004 nach Geschlecht und Alter



Quelle: „Repräsentativerhebung 2004", Uhl et al. (2005b); eigene Berechnungen Kommentar: Daten zur Graphik in Tab. 23, S. 150

Abb. 17: Durchschnittlicher Alkoholkonsum 2004 aufgeteilt nach Geschlecht und Alter



Quelle: „Repräsentativerhebung 2004", Uhl et al. (2005b); eigene Berechnungen Kommentar: Daten zur Graphik in Tab. 20, S. 144

Die Anzahl der alkoholmissbrauchenden Frauen (Abb. 16, S. 180) und der durchschnittliche Alkoholkonsum bei den Frauen (Abb. 17, S. 180) liegen nur bei den Jugendlichen (bis zum 19. Lebensjahr) über dem der männlichen Altersgenossen und danach durchwegs erheblich unter deren Werten. Auffallend ist, dass der Unterschied bis zum 40 Lebensjahr wesentlich weniger stark ausgeprägt ist als ab dem 40. Lebensjahr – ein Umstand, in dem sich die in Kap. 7.15.1 (S. 165) ausgeführte Angleichung der Geschlechterrollen deutlich manifestiert.

Hier muss allerdings betont werden, dass es sich bei den verwendeten Daten nicht um Verlaufsdaten, sondern um Querschnittsdaten handelt, weswegen bei der Interpretation die Trennung von Lebenszykluseffekten [82] und Kohorteneffekten [83] nur spekulativ möglich ist.

7.17 Art der konsumierten alkoholischen Getränke

Tab. 45: Alkoholmenge aus bestimmen Getränkekategorien 1993/94

	ges.	männl.	weibl.	Pflichts.	Fachs.	Matura
Bier	57%	64%	34%	59%	55%	49%
Wein Sekt	29%	23%	47%	26%	33%	36%
Spirituosen	6%	6%	6%	6%	6%	7%
Aperitifs	2%	1%	5%	2%	3%	3%
Most Sturm	6%	6%	8%	8%	4%	6%
Anzahl	10.696	4.987	5.709	6.740	2.759	1.197

	West	Ost(oW)	Wien	Land	Stadt	L.Hptst
Bier	61%	56%	52%	57%	59%	55%
Wein, Sekt	24%	31%	37%	27%	27%	34%
Spirituosen	7%	5%	6%	5%	7%	7%
Aperitifs	2%	2%	2%	1%	2%	2%
Most, Sturm	7%	7%	3%	10%	5%	2%
Anzahl	3.959	4.305	2.432	4.340	2.699	3.657

	16-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-99
Bier	66%	63%	61%	59%	53%	45%	38%
Wein, Sekt	21%	24%	27%	28%	34%	37%	43%
Spirituosen	7%	6%	7%	5%	5%	6%	5%
Aperitifs	4%	3%	2%	2%	1%	1%	2%
Most, Sturm	3%	5%	4%	6%	8%	10%	13%
Anzahl	573	2.263	2.158	1.688	1.545	1.708	761

Quelle: „Repräsentativerhebung 1993/94", Uhl & Springer (1996, S. 58)

In Kap. 7.7.2 (S. 148) wurde bereits ausgeführt, dass die Vorlieben der ÖsterreicherInnen für bestimmte alkoholische Getränke keinen großen Schwankungen unterliegen. Der Verlauf der Getränkepräferenzen über die letzten 50 Jahre wird in Abb. 4 (S. 149) dargestellt. In Kap. 7.17 (S. 181)wird ein Vergleich der diesbezüglichen Ergebnisse der "Repräsentativerhebung 1993/94" (Tab. 45, S. 181) und der „Repräsentativerhebung 2004" (Tab. 46, S. 182) angestellt. Die Zahlen sind nicht optimal vergleichbar, weil 2004 anders gefragt wurde als 1993/94. Da Alkopops und in Flaschen abgefüllte Radler 1994 noch kein Thema waren, wurden diese nur 2004 abgefragt (vgl. Kap. 9.5, S. 224).

Das wichtigste alkoholische Getränk in Österreich war und ist Bier, aus dem 54% des insgesamt konsumierten reinen Alkohols stammen. Unterteilt man die Getränkepräferenzen nach dem Geschlecht, so zeigt sich, dass dieser Effekt vor allem durch die Vorliebe der Männer zum Bier entsteht. Frauen konsumieren mehr reinen Alkohol aus Wein. Bei Pflichtschulabsolventen und FachschulabsolventInnen ist die Vorliebe für Bier ausgeprägter als bei MaturantInnen. Ferner kann man festhalten, dass Premixgetränke (Alkopops und

82 „Lebenszykluseffekte" sind Effekte, die Entwicklungen des Verhaltens von Altersgruppen über den Verlauf des Lebens beschreiben. Der Umstand, dass ein immer größerer Anteil der ÖsterreicherInnen im Laufe des Lebens täglich Alkohol zu trinken beginnt, ist ein Lebenszykluseffekt.

83 „Kohorteneffekte" sind Effekte, die unterschiedliche Verhaltensweise von unterschiedlichen Geburtsjahrgängen (Alterskohorten) beschreiben. Der Umstand, dass jüngere Frauen sich in ihrem Verhalten stärker an das Verhalten der gleichaltrigen Männer angleichen, als Frauen älterer Generationen im gleichen Lebensalter, ist ein Kohorteneffekt.

Radler) bei jungen Menschen besonders beliebt sind und dass Wein mit zunehmendem Alter eine immer größere Rolle zu spielen beginnt (Tab. 46, S. 182).

Tab. 46: Alkoholmenge aus bestimmen Getränkekategorien 2004

	ges.	männl.	weibl.	Pflichts.	Fachs.	Matura
Bier	54%	64%	31%	52%	59%	46%
Wein, Sekt	27%	21%	42%	28%	25%	32%
Spirituosen	8%	7%	10%	9%	7%	9%
andere Mischgetränke	5%	4%	8%	5%	4%	7%
alkoholhältiger Most	2%	2%	2%	3%	2%	2%
in Flaschen gef. Mischgetränke	4%	3%	7%	4%	3%	5%
Anzahl	4.407	2.084	2.324	1.248	1.865	1.184

	West	Ost (oW)	Wien	Land	Stadt (oW)
Bier	54%	54%	53%	55%	53%
Wein, Sekt	27%	27%	30%	26%	28%
Spirituosen	7%	8%	7%	8%	8%
andere Mischgetränke	5%	5%	5%	5%	6%
alkoholhältiger Most	2%	3%	1%	2%	3%
in Flaschen gef. Mischgetränke	4%	3%	5%	4%	3%
Anzahl	1.139	2.384	885	1.871	1.791

	14-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-99
Bier	50%	53%	54%	60%	55%	37%	46%
Wein, Sekt	17%	23%	23%	26%	32%	53%	43%
Spirituosen	11%	11%	7%	6%	6%	3%	4%
andere Mischgetränke	12%	7%	8%	2%	3%	6%	5%
alkoholhältiger Most	0%	1%	2%	3%	3%	1%	0%
in Flaschen gef. Mischgetränke	8%	5%	5%	3%	1%	0%	1%
Anzahl	416	890	875	723	588	672	243

	ger. Kons.	mittl. Kons.	probl. Kons.
Bier	46%	54%	58%
Wein, Sekt	35%	28%	24%
Spirituosen	6%	5%	10%
andere Mischgetränke	6%	7%	4%
alkoholhältiger Most	2%	3%	2%
in Flaschen gef. Mischgetränke	5%	4%	4%
Anzahl	1.593	807	541

Quelle: „Repräsentativerhebung 2004“, Uhl et al. (2005b); zusätzliche Berechnungen
Kommentar: Die Prozentwerte repräsentieren das Verhältnis der insgesamt in Österreich konsumierten Mengen reinen Alkohols aus den unterschiedlichen Getränkearten – die Spaltensummen betragen daher jeweils 100%.

Unterteilt man die Befragten nach ihren Alkoholkonsumgewohnheiten (vgl. Tab. 9, S. 93), so stellt man fest, dass Personen, die nur wenig Alkohol konsumieren (d.h. unter der Harmlosigkeitsgrenze = „ger. Kons.“) relativ betrachtet mehr Reinalkohol über Wein konsumieren, während mittlere AlkoholkonsumentInnen (mittl. Kons.) und AlkoholmissbraucherInnen (d.h. Personen, die über der Gefährdungsgrenze trinken = „probl. Kons.“, vgl. (Tab. 46, S. 182) relativ gesehen mehr Alkohol über Bier und Spirituosen zu sich nehmen.

7.18 Alkoholkonsummenge nach Bundesland

Angesichts der relativen Stichprobenumfänge pro Bundesland sollte man Unterschiede zwischen den Bundesländern im durchschnittlichen Alkoholkonsum nur sehr vorsichtig interpretieren. Ganz besonders 2004 sind die Unterschiede zwischen den Bundesländern, abgesehen vom Burgenland, das wie schon 1993/94 eine Spitzenplatz einnahm, vernachlässigbar gering, wobei aber die Angaben über das Burgenland, infolge des besonders kleinen Stichprobenumfanges als besonders unsicher zu bezeichnen sind.

Tab. 47: Alkoholdurchschnittskonsum in Gramm Alkohol pro Tag nach Bundesland – Vergleich zwischen „Repräsentativerhebung 93/94“ und „Repräsentativerhebung 2004“

	1993/94	2004	Anzahl 2004
Burgenland	38 g	37 g	157
Oberösterreich	33 g	29 g	766
Vorarlberg	31 g	29 g	193
Steiermark	34 g	29 g	674
Wien	28 g	28 g	908
Salzburg	22 g	28 g	289
Tirol	28 g	25 g	377
Niederösterreich	32 g	24 g	869
Kärnten	35 g	24 g	315 (+200)
Gesamt	31 g	27 g	4.546

Quelle: „Repräsentativerhebung 2004“, Uhl et al. (2005b); eigene Berechnungen
Kommentar: In Kärnten wurde die Anzahl der Befragten um 200 aufgestockt. Die Stichproben in manchen Bundesländern sind so klein, dass die Werte nicht sinnvoll interpretierbar sind.

7.19 Alkoholkonsum nach Berufsbranchen

Der Vergleich einzelner Branchen erfordert, alters- und geschlechtsstandardisierte Werte zu nehmen, da die Alters- und Geschlechtsverteilung in den einzelnen Branchen ungleich ist. Die letzte bundesweite Erhebung, die den Alkoholkonsum nach Branchen erfasst hat, war die "Repräsentativerhebung 1993/94". Aus diesem Grund können hier nur diese relativ alten Werte angegeben werden (Tab. 48, S. 183).

Tab. 48: Alkoholkonsum in Gramm Alkohol pro Tag nach Branchen

	Anzahl	nicht-standardisierte Werte	alters- und geschlechts-standardisierte Werte
Bau- und Bauhilfsgewerbe	85	75 g	62 g
Sicherheitsdienst (Polizei, Gendarmerie, Heer, usw.)	22	64 g	56 g
Gastronomie, Hotellerie, Freizeit	41	45 g	48 g
Transport, öffentlicher Verkehr	45	57 g	47 g
Land- und Forstwirtschaft	62	48 g	47 g
anderes Gewerbe	146	45 g	41 g
freies Gewerbe	23	37 g	39 g
Reinigung, Instandsetzung	41	31 g	38 g
Industrieproduktion	139	40 g	34 g
Unterricht, Forschung, Beratung	31	30 g	33 g
Büro, Verwaltung	231	27 g	32 g
Handel, Verkauf	152	26 g	32 g
Sozial- und Gesundheitswesen	52	16 g	32 g
Gesamtanzahl der Berufstätigen	1.071	39 g	39 g

Quelle: „Repräsentativerhebung 1993/94“, Uhl & Springer (1996, S. 61)

Die Spitzenposition hinsichtlich des Alkoholkonsums nahm 1994 das „Bau- und Bauhilfsgewerbe“, gefolgt von den „Sicherheitsdiensten“ ein; am wenigsten konsumiert wird im „Sozial- und Gesundheitswesen“ sowie in „Handel und Verkauf“. Bedenkt man, dass die ersten beiden Bereiche Domänen der Männer und die letztgenannten Bereiche Domänen der Frauen sind, so relativiert sich der Unterschied allerdings etwas, wie man dem alters- und geschlechtsstandardisierten Werten entnehmen kann.

7.20 Trinkverbote und Trinkzwänge am Arbeitsplatz

Es gibt Arbeitsplätze, an denen Alkoholkonsum strengstens verboten ist, Arbeitsplätze, wo es kaum vermeidbar ist, Alkohol zu konsumieren, und Zwischenstufen.

Tab. 49: Möglichkeit zum Alkoholkonsum während der Arbeitszeit

		Anzahl	relative Häufigkeit
alkoholfeindliches Arbeitsmilieu	Alkoholkonsum ist strengstens verboten (auch ein Bier zum Essen)	251	25%
	Alkoholkonsum ist zwar nicht ausdrücklich verboten aber kaum möglich	226	22%
	Alkoholkonsum wird zwar nicht gern gesehen, aber kleine Mengen (z.B. ein Bier zum Essen) sind möglich	210	21%
neutrales Arbeitsmilieu	Alkoholkonsum ist kein Thema – es kümmert sich niemand darum, ob man während der Arbeitszeit Alkohol trinkt	240	24%
alkoholfreundliches Arbeitsmilieu	Alkoholkonsum ist unter KollegInnen zwar üblich, man wird aber auch voll akzeptiert, wenn man nichts trinkt	63	6%
	Alkoholkonsum ist unter KollegInnen üblich, man muss sich ständig rechtfertigen, wenn man nichts trinkt	14	1%
	Alkoholkonsum ist in meiner Tätigkeit gar nicht vermeidbar (z.B. als KellnerIn oder bei Weinverkostung mit Kunden)	13	1%

Quelle: „Repräsentativerhebung 1993/94“, Uhl & Springer (1996, S. 63)

Fasst man die Möglichkeiten nach den drei Kategorien „alkoholfeindliches Arbeitsmilieu“, „neutrales Arbeitsmilieu“ und „alkoholfreundliches Arbeitsmilieu“ zusammen, so zeigt sich, dass der überwiegende Teil der Arbeitsplätze (68%) bei der "Repräsentativerhebung 1993/94" (Uhl & Springer, 1996) als „alkoholfeindlich“ und nur ein kleiner Teil (8%) als „alkoholfreundlich“ zu bezeichnen ist (Tab. 49, S. 184). Es wäre interessant zu wissen, ob im Zuge der aktuellen Diskussion um die Alkoholpolitik die Zahl der „alkoholfreundlichen“ Betriebe noch weiter abgenommen hat.

In Tab. 50 (S. 185) sieht man, dass die Haltung des Dienstgebers bzw. der KollegInnen den Alkoholkonsum während des Dienstes betreffend deutlich mit dem Durchschnitts-tageskonsum der betroffenen Personen korreliert. Da Männer eher in alkoholfreundlichen Branchen beschäftigt sind als Frauen, fallen die Unterschiede im geschlechts- und altersstandardisierten Vergleich allerdings geringer aus als im nicht-standardisierten Vergleich.

Tab. 50: Alkoholkonsum in Gramm Alkohol pro Tag in Abhängigkeit von der Haltung des Dienstgebers bzw. der Kollegen zum Alkoholkonsum während des Dienstes

	Anzahl	nicht-standardisierte Werte	alters- und geschlechts-standardisierte Werte
alkoholfeindliches Arbeitsmilieu	687	34 g	36 g
neutrales Arbeitsmilieu	240	50 g	46 g
alkoholfreundliches Arbeitsmilieu	90	52 g	48 g

Quelle: „Repräsentativerhebung 1993/94", Uhl & Springer (1996, S. 63)

7.21 Der Stellenwert von alkoholfreiem Bier und Wein in Österreich

Alkoholfreies Bier spielt in Österreich nur eine geringe Rolle. Von 1990 bis 2001 schwankte der Marktanteil am Gesamtbierkonsum zwischen 2,2% und 2,6%. 2002 sank der Wert dann erstmals auf unter 2,0% und lag 2005 bei 1,9%.

Tab. 51: Entwicklung des Marktes von alkoholfreiem Bier in Österreich

Jahr	Liter alkoholfreies Bier pro Jahr	Liter alkoholhaltiges Bier pro Jahr	Anteil des alkoholfreien Biers am Gesamtbierkonsum
1990	2,7	120,4	2,2%
1991	2,9	119,7	2,4%
1992	3,1	123,7	2,4%
1993	3,0	119,1	2,4%
1994	3,0	114,1	2,6%
1995	2,8	114,3	2,4%
1996	2,5	112,3	2,2%
1997	2,6	111,6	2,3%
1998	3,1	113,2	2,6%
1999	2,6	113,1	2,2%
2000	2,5	114,0	2,2%
2001	2,4	109,7	2,2%
2002	2,2	111,1	1,9%
2003	2,2	111,4	2,0%
2004	2,1	111,9	1,8%
2005	2,1	107,9	1,9%
2006	2,1	108,4	1,9%
2007	2,1	108,0	1,9%

Quelle: Verband der Brauereien Österreichs, Werner (2008b)

Alkoholfreier Wein spielt in Österreich keine Rolle, was sich auch recht deutlich in Tab. 52 (S. 186) abzeichnet. Fragt man die KonsumentInnen nach ihrem am häufigsten getrunkenen Getränk auf einer Liste alkoholischer Getränke inkl. alkoholfreiem Bier und Wein, so gaben bei der "Repräsentativerhebung 1993/94" (Uhl & Springer, 1996) rund 4% alkoholfreies Bier an; weitere 14% gaben an, ab und zu alkoholfreies Bier zu trinken, 83% hatten noch nie alkoholfreies Bier getrunken und 30% gaben explizit an, alkoholfreies Bier nicht zu mögen.

Tab. 52: Alkoholfreies Bier und alkoholfreier Wein

	am häufigsten getrunken			ab und zu getrunken			nie getrunken			mag ich gar nicht		
	ges.	männl.	weibl.	ges.	männl.	weibl.	ges.	männl.	weibl.	ges.	männl.	weibl.
Alkoholfr. Bier	4%	4%	4%	14%	17%	10%	83%	79%	86%	30%	35%	27%
Alkoholfr. Wein	0%	1%	0%	2%	2%	1%	98%	98%	99%	31%	37%	25%
Anzahl	2.015	939	1.076	2.015	939	1.076	2.015	939	1.076	2.015	939	1.076

Quelle: „Repräsentativerhebung 1993/94", Uhl & Springer (1996, S. 64)

Gefragt nach dem Bierkonsum der letzten drei Monate gaben 1994 12% aller Befragten und 23% all jener, die in diesem Zeitraum Bier getrunken hatten, an, mindestens einmal alkoholfreies Bier getrunken zu haben, wobei rund die Hälfte dieser Personengruppe (das sind 6% bzw. 11%) angab, dass alkoholfreies Bier nur maximal 10% ihres gesamten Bierkonsums ausmachte (Tab. 53, S. 186).

Tab. 53: Anteil des alkoholfreien Biers am Gesamtbierkonsum in den letzten drei Monaten

	bezogen auf alle Befragten	bezogen auf jene, die in den letzten 3 Monaten Bier getrunken haben
51%-100%	2%	4%
11%- 50%	4%	8%
1%- 10%	6%	11%
in den letzten 3 Mon. kein alkoholfreies Bier, aber Normalbier	42%	77%
in den letzten 3 Monaten kein Bier getrunken	45%	—

Quelle: „Repräsentativerhebung 1993/94", Uhl & Springer (1996)
Frage: Was würden Sie schätzen, wie viel Prozent Ihres Bierkonsums entfiel in den letzten drei Monaten auf alkoholfreies Bier?

Hinsichtlich der Bereitschaft, alkoholfreies Bier zu trinken, teilten sich 1994 die Biertrinker in zwei genau gleich große Lager auf: 50% konnten sich nicht vorstellen, auch alkoholfreies Bier zu trinken, und die restlichen 50% setzten sich aus jenen zusammen, die vorhatten alkoholfreies Bier zu trinken, sowie aus jenen, die das zumindest nicht ausschließen wollten (Tab. 54, S. 186).

Tab. 54 Vorstellung bei BiertrinkerInnen, in Zukunft öfter alkoholfreies Bier zu trinken

	bezogen auf jene, die in den letzten 3 Monaten Bier getrunken haben
Kann mir das bestimmt vorstellen	13%
Kann mir das vielleicht vorstellen	37%
Kann mir das nicht vorstellen	50%

Quelle: „Repräsentativerhebung 1993/94", Uhl & Springer (1996, Datenband, S. 38)
Frage: Können Sie sich vorstellen, in Zukunft (öfter als bisher) alkoholfreies Bier statt Bier mit Alkohol zu trinken oder nicht? Würden Sie sagen …

Von den BiertrinkerInnen war 1994 kaum jemand davon überzeugt, dass alkoholfreies Bier besser schmecke als Normalbier, aber immerhin rund ein Viertel fand alkoholfreies Bier gleich gut wie Normalbier. Rund die Hälfte fand, dass alkoholfreies Bier etwas schlechter schmecke und ein Viertel, dass es viel schlechter schmecke (Tab. 55, S. 187).

Tab. 55: Urteil über alkoholfreies Bier durch BiertrinkerInnen

	bezogen auf jene, die in den letzten 3 Monaten Bier getrunken haben
alkoholfreies Bier schmeckt viel oder etwas besser	2%
alkoholfreies Bier schmeckt gleich gut	26%
alkoholfreies Bier schmeckt etwas schlechter	46%
alkoholfreies Bier schmeckt viel schlechter	26%

Quelle: „Repräsentativerhebung 1993/94", Uhl & Springer (1996, Datenband, S. 38)
Frage: Nach dem, was Sie wissen oder gehört haben: Schmeckt alkoholfreies Bier besser, gleich gut oder schlechter als Bier mit Alkohol? Würden Sie sagen, alkoholfreies Bier schmeckt …

In der „Repräsentativerhebung 1993/94" (Uhl & Springer, 1996) wurden die befragten Personen nach einer Reihe von speziellen Einstellungen befragt. Drei dieser Einstellungen setzten sich mit alkoholfreien Alternativen zu alkoholischen Getränken auseinander. Dabei zeigt sich, dass eine Mehrheit von 60% angab, alkoholische Getränke nicht wegen der Wirkung zu trinken, dass nur wenige (24%) ausdrücklich gegen alkoholfreie Alternativen zu alkoholischen Getränken waren und dass nur 42% kategorisch ausschlossen, auf alkoholfreie Alternativen zu alkoholischen Getränken umzusteigen (Tab. 56, S. 187).

Tab. 56: Einstellung zu alkoholfreien Alternativen

	stimme voll zu	stimme teilw. zu	stimme nicht zu
Wenn ich Bier oder Wein trinke, möchte ich auch eine Wirkung spüren – alkoholfreies Bier oder alkoholfreier Wein wären kein Ersatz	15%	25%	60%
Entweder man trinkt Bier, oder man lässt es sein, alkoholfreies Bier ist kein gleichwertiger Ersatz	24%	32%	44%
Wenn es wirklich gut schmeckende alkoholfreie Biere oder Weine gäbe, würde ich sofort auf diese alkoholfreien Alternativen umsteigen	20%	37%	42%

Quelle: „Repräsentativerhebung 1993/94", Uhl & Springer (1996, Datenband, S. 33)

7.22 Trinkmenge nach Wochentagen

Am Wochenende wurde 2004 generell mehr getrunken als unter der Woche. Der Durchschnittskonsum an Wochentagen (Montag bis Donnerstag) liegt mit 11% des Wochenkonsums deutlich unter dem Wochenendkonsum (Freitag bis Sonntag) mit durchschnittlich 19%. Der Tag mit dem höchsten Alkoholkonsum ist der Samstag, an dem durchschnittlich 26% des Wochenkonsums getrunken wird (Tab. 57, S. 188).

Über die letzten 10 Jahre hat sich die führende Position des Samstag als „Tag um Alkohol zu konsumieren" noch verdeutlicht (26% gegenüber 19%) und der Sonntag hat diesbezüglich an Bedeutung abgenommen (von 16% auf 13%). Man kann annehmen, dass letzteres mit den verschärften Bedingungen am Arbeitsmarkt zusammenhängt, wo eine deutliche Leistungseinbuße am Montag eher zu ernsten Konsequenzen führt als früher.

Tab. 57: Relativer Anteil des Alkoholkonsums pro Wochentag 2004

	gesamt (1993/94)	gesamt (2004)	Männer	Frauen	Abs/g.A	mittl.A	p.A/Alk
Montag	11%	10%	10%	9%	8%	10%	12%
Dienstag	13%	11%	11%	10%	10%	11%	13%
Mittwoch	13%	12%	13%	10%	9%	13%	14%
Donnerstag	13%	12%	11%	12%	11%	11%	12%
Freitag	17%	18%	18%	18%	19%	18%	17%
Samstag	19%	26%	24%	28%	28%	26%	21%
Sonntag	16%	13%	13%	13%	15%	11%	12%

	Alter (2004)						
	14-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-99
Montag	8%	7%	9%	11%	11%	12%	14%
Dienstag	9%	9%	10%	11%	12%	13%	17%
Mittwoch	5%	12%	12%	11%	12%	14%	14%
Donnerstag	10%	11%	12%	12%	13%	11%	11%
Freitag	22%	21%	20%	17%	15%	14%	11%
Samstag	36%	30%	27%	22%	22%	20%	19%
Sonntag	9%	10%	12%	16%	15%	16%	14%

Quelle: „Repräsentativerhebung 2004" (Uhl et al., 2005b); "Repräsentativerhebung 1993/94" (Uhl & Springer, 1996); eigene Berechnungen.
Kommentar: Alle Werte außer in der ersten, besonders gekennzeichneten Spalte, beziehen sich auf das Jahr 2004 „Abs/g.A" = „Abstinente und Personen mit geringem Alkoholkonsum" „mittl.A" = „mittlerer Alkoholkonsum zw. „Harmlosigkeits-" und „Gefährdungsgrenze" „p.A/Alk" = „Problemkonsumenten und Alkoholiker" Eine exakte Beschreibung der relevanten Grenzziehungen findet sich in Kap. Kap. 3.6.1, S. 93.

Die Häufung des Alkoholkonsums am Wochenende ist bei Frauen etwas stärker ausgeprägt als bei Männern. Frauen trinken am Samstag 28% ihres Wochenkonsums, während der entsprechende Anteil bei Männern nur 24% beträgt. Am stärksten ausgeprägt ist die Tendenz zum Wochenendtrinken bei Personen mit geringem Alkoholkonsum (28% am Samstag) und bei Jugendlichen zwischen 14 und 19 Jahren (36% am Samstag). Mit zunehmendem Alkoholkonsum und mit zunehmendem Alter wird der Alkoholkonsum immer gleichmäßiger über die ganze Woche verteilt (Tab. 57, S 188).

7.23 Trinkgelegenheiten und Vertretbarkeit von Alkoholkonsum

Um zu erfassen, welche Situationen man in Österreich mit Alkoholkonsum in Zusammenhang bringt und in welchen Situationen man Alkoholkonsum für nicht vertretbar erachtet, wurde den Personen der Stichprobe bei der "Repräsentativerhebung 1993/94" (Uhl & Springer, 1996) eine Liste mit 36 typischen Situationen vorgelegt und sie wurden befragt, ob in der jeweiligen Situation „kein Alkohol", „1-2 Gläser Alkohol", „ein Schwips (dass man etwas spürt)" oder „manchmal auch ein Rausch" vertretbar sei. Am Antwortmuster zeigt sich, dass Alkoholkonsum von fast allen ÖsterreicherInnen in gewissen Situationen für vertretbar gehalten wird.

Tab. 58: Situationen in denen Alkoholkonsum vertretbar ist

	kein Alkohol	1-2 Gläser	dass man etw. spürt	manchm. Rausch	nicht beantw
Feste, Feiern (wie Hochzeit, Geburtstag, Silvester)	7%	33%	33%	17%	10%
Besuch von Gästen am Abend	11%	59%	17%	2%	12%
Lokalbesuch abends (mit Freunden, Bekannten ausgehen)	12%	51%	20%	5%	13%
Einladung bei Bekannten am Abend	13%	59%	16%	2%	11%
Treffen in einem Verein, Club	19%	44%	11%	2%	25%
Lokalbesuch mit Kollegen unmittelbar nach der Arbeit	20%	47%	8%	2%	23%
Lokalbesuch abends alleine, ohne Verabredung mit Freunden	20%	42%	10%	2%	26%
berufl., dienstl. Essen mit Kunden, dem Chef oder Kollegen	31%	38%	3%	0%	28%
Abendessen zu Hause, ohne Gäste	32%	50%	4%	0%	14%
Frieren an einem kalten Tag	33%	32%	8%	1%	27%
Besuch von Gästen tagsüber	33%	45%	5%	0%	17%
Einladung bei Bekannten tagsüber	33%	45%	5%	1%	17%
ein Abend zu Hause ohne Gäste	34%	44%	6%	1%	16%
Lokalbesuch tagsüber	34%	40%	4%	1%	21%
Mittagessen zu Hause, ohne Gäste	36%	46%	3%	0%	15%
Magenverstimmung, zu üppiges Essen	36%	34%	3%	0%	26%
Fernsehen am Abend	36%	45%	5%	1%	13%
ein erstes Rendezvous mit jemandem	36%	30%	4%	0%	29%
Besuch von Kino, Konzert, Theater	39%	31%	3%	1%	27%
Hemmungen, Schüchternheit	39%	23%	6%	1%	32%
Besuch einer Sportveranstaltung als Zuschauer	39%	31%	4%	1%	25%
Dienstreise, Geschäftsreise	41%	23%	3%	0%	33%
Bedürfnis, auf andere Gedanken zu kommen	44%	18%	7%	2%	30%
Aufkommen einer Verkühlung	44%	23%	7%	2%	25%
Besuch beruflicher Veranstaltungen (Seminar, Kongress)	45%	22%	2%	0%	31%
Mutlosigkeit, Gefühl der Hoffnungslosigkeit	46%	14%	5%	2%	32%
Gefühl der Einsamkeit	46%	16%	6%	2%	30%
Anspannung, Stress, Nervosität	48%	20%	4%	1%	28%
Partnerprobleme	50%	14%	5%	3%	29%
Schwierigkeiten, Probleme	52%	14%	4%	2%	27%
Mahlzeiten (Mittagessen, Jause) im Beruf	52%	28%	2%	0%	18%
berufliche Sorgen	53%	12%	4%	1%	30%
Probleme mit Kindern	58%	7%	3%	1%	31%
Getränke im Beruf zwischen den Mahlzeiten	64%	14%	1%	0%	21%
Sport betreiben	69%	8%	1%	0%	23%
Lenken des Autos nach Geselligkeit	72%	13%	1%	0%	14%

Quelle: „Repräsentativerhebung 1993/94", Uhl & Springer (1996)

Die Situationen, die am stärksten mit Alkoholkonsum in Zusammenhang gebracht werden, sind Feste und Feiern (wie Hochzeiten, Geburtstage, Silvester etc.). Nur 7% der Befragten lehnten Alkoholkonsum in diesen Situationen ab, und rund die Hälfte (50%) fanden bei solchen Gelegenheiten auch eine Berauschung für durchaus vertretbar; 33% einen leichten Schwips und 17% einen Rausch, der mehr als ein Schwips ist (Tab. 58, S. 189).

Auch bei geselligen Sozialkontakten jeglicher Art im privaten Heim, in Lokalen, in Vereinen und in Klubs hat nur eine kleine Minderheit von 10-20% Einwände gegen Alkoholkonsum. Anders als bei Festen und Feierlichkeiten, wird in diesen Situationen allerdings mehrheitlich der mäßige Konsum und maximal ein leichter Schwips für angemessen erachtet. Nur eine kleine Minderheit, zwischen 2% und 5% je nach Situation, findet auch in solchen Situationen einen über einen leichten Schwips hinausgehenden Rausch für vertretbar (Tab. 58, S. 189).

Mehrheitlich gegen jeglichen Alkoholkonsum sprachen sich die Befragten im Zusammenhang mit dem Lenken eines Kraftfahrzeuges (72%) und im Zusammenhang mit aktivem Sport (69%) aus. Die Ablehnung von Alkohol im Zusammenhang mit Sport bezieht sich allerdings nur auf aktiven Sport. Der Anteil jener, die Alkoholkonsum bei einer Sportveranstaltung als Zuschauer unangemessen finden, beträgt nur 39%. 64% der Befragten lehnen Alkoholkonsum während der Arbeit (d.h. „zwischen den Mahlzeiten“) und 52% während den Mahlzeiten ab (Tab. 58, S. 189).

Bei Problemen diverser Art sprach sich rund die Hälfte gegen jeglichen Alkoholkonsum aus (Mutlosigkeit, Gefühl der Hoffnungslosigkeit 46%; Gefühl der Einsamkeit 46%; Anspannung, Stress, Nervosität 48%; Partnerprobleme 50%; Schwierigkeiten, Probleme 52%; berufliche Sorgen 53%; Probleme mit Kindern 58%). Jene, die sich im Zusammenhang mit den genannten Problemen nicht generell gegen Alkohol aussprachen, haben entweder nur 1-2 Gläser als vertretbar erachtet oder sich der Aussage enthalten (Tab. 58, S 189).

7.24 Alkohol im Straßenverkehr

Nur 2% der ÖsterreicherInnen fanden es bei der "Repräsentativerhebung 1993/94" (Uhl & Springer, 1996) akzeptierbar, in alkoholisiertem Zustand (nach mehr als 2 Vierteln Wein oder 2 halben Litern Bier) ein Fahrzeug zu lenken (vgl. Tab. 59, S. 191). Diese Grundhaltung der Bevölkerung war wohl auch einer der Gründe, warum die gesetzliche Absenkung des zulässigen Blutalkoholspiegels am Steuer von 0,8 Promille auf 0,5 Promille in der Bevölkerung auf keinen wesentlichen Widerstand traf.

Auffallend ist aber, dass diese Grundhaltung offensichtlich nicht mit dem tatsächlichen Verhalten korrespondierte: So gaben 6% der Befragten an, im Laufe der letzten drei Monate mindestens einmal mit einem – nach eigener Einschätzung – mehr als 0,8 Promille[84] betragenden Blutalkoholspiegel ein Kraftfahrzeug gelenkt zu haben. Bezieht man diesen Prozentsatz auf die BesitzerInnen einer Kraftfahrzeugzulassung (rund 60% aller erwachsenen ÖsterreicherInnen) – da ja Personen ohne Kraftfahrzeug in der Regel gar nicht in die Situation kommen, alkoholisiert ein Kraftfahrzeug zu lenken – so ergibt sich, dass rund 10% der KraftfahrzeugzulassungsbesitzerInnen 1994 in den letzten drei Monaten alkoholisiert Auto gefahren sind; berücksichtigt man auch noch Ereignisse, die länger als drei Monate zurücklagen, so ergibt sich ein Prozentsatz von 22% aller ÖsterreicherInnen bzw. von rund 37% aller BesitzerInnen einer Kraftfahrzeugzulassung (Tab. 59, S. 191).

84 Gültige Promillegrenze in Österreich: ab 1998 Absenkung auf 0,5 Promille.

Tab. 59: Einstellung und Verhalten Alkohol am Steuer betreffend

	gesamt	Männer	Frauen	Abs/g.A	mittl.A	p.A/Alk
Das Lenken eines Autos nach mehr als 2 Vierteln Wein oder 2 halben Litern Bier ist vertretbar	2%	2%	1%	1%	2%	4%
Ist es in den letzten 3 Monaten vorgekommen, dass Sie ein Auto lenkten, obwohl Sie die 0,8 Promille Grenze erreicht bzw. überschritten hatten?	6%	10%	2%	2%	8%	18%
Ist es in Ihrem bisherigen Leben vorgekommen, dass Sie ein Auto lenkten, obwohl Sie die 0,8 Promille Grenze erreicht bzw. überschritten hatten?	22%	38%	9%	18%	34%	43%

Quelle: „Repräsentativerhebung 1993/94", Uhl & Springer (1996, S. 68)
Kommentar: „Abs/g.A" = „Abstinente und Personen mit geringem Alkoholkonsum" „mittl.A" = „mittlerer Alkoholkonsum, zwischen „Harmlosigkeits-" und „Gefährdungsgrenze" „p.A/Alk" = „Problemkonsumenten und Alkoholiker" Eine exakte Beschreibung der relevanten Grenzziehungen findet sich in Kap. 3.6.1, S. 93.

Unterteilt man die Stichprobe nach Geschlecht und durchschnittlichem Alkoholkonsum, so wird ersichtlich, dass sich Männer weit häufiger alkoholisiert hinter das Steuer setzen (10% in den letzten drei Monaten und 38% jemals im Leben) als Frauen, und dass Alkoholisierung am Steuer bei „Personen mit problematischem Alkoholkonsum" („Alkoholmissbrauch" vgl. Tab. 19, S. 144) natürlich viel öfter vorkommt (18% in den letzten drei Monaten; 43% jemals im Leben) als bei Personen mit „geringem" oder „mittlerem Alkoholkonsum" (Tab. 59).

8 Ausgewählte Statistiken als Referenzzahlen für andere Kapitel

Die folgenden Tabellen geben einen Überblick über einige statistische Zahlen, die im Zusammenhang mit alkoholbedingten Erkrankungen oder als Referenzzahlen von Bedeutung sind, und auf die in vorangegangenen bzw. späteren Kapiteln Bezug genommen wird. Die Daten basieren auf einer Sonderauswertung von ÖSTAT (nunmehr Statistik Austria) über die Jahre 1955-1997 und 1997-2000 (ÖSTAT, entsprechende Jahre). Da die Daten für das Jahr 1969 gegenwärtig nicht in einer Art gespeichert sind, die eine EDV-gestützte Auswertung möglich macht, fehlen die Angaben für dieses Jahr in den Tabellen.

8.1 Todesursachen in Österreich

Die Todesursachenstatistik basiert auf einer Auswertung der amtlichen Totenscheine, die vom Arzt/von der Ärztin, der/die den Tod feststellt, ausgefüllt werden müssen. Am Totenschein werden Begleitumstände, Grundleiden und die unmittelbare Todesursache festgehalten. Die Kodierung der Krankheiten im Österreichischen Statistischen Zentralamt wurde von

- 1955 bis 1968 nach der ausführlichen deutschen Systematik (ADS)
- von 1969 bis 1979 nach ICD-8
- von 1980 bis 2001 nach der 9. ICD-Revision
- und ab 2002 nach den Kriterien der internationalen Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen der ICD-10 vorgenommen (vgl. Kap. 3.4.5.1, S. 78).

In Österreich wird nur eine Todesursache, nämlich das Grundleiden verschlüsselt (monokausale Todesursachenstatistik). Das Grundleiden ist jene Krankheit oder Verletzung, die den Ablauf der direkt zum Tode führenden Krankheitszustände auslöste bzw. die Umstände des Unfalls oder der Gewalteinwirkung, die den tödlichen Ausgang verursachten (WHO-Definition des Grundleidens).

In den folgenden Tabellen Tab. 60 bis Tab. 65 (S. 196ff) wird die Gesamtzahl der Todesfälle pro Jahr, die Anzahl der Selbstmorde und die Anzahl der Todesfälle nach Erkrankungen, die häufig im Zusammenhang mit Alkoholmissbrauch stehen, ausgewiesen. Wie in Kapitel 5.1, S. 107 errechnet, beträgt der Anteil an AlkoholikerInnen unter den SelbstmörderInnen zwischen einem Drittel und zwei Drittel.

Um die Zahlen der folgenden Tabellen korrekt interpretieren zu können, werden nun einige Erläuterungen angeboten.

8.1.1 Tod durch eine akute Alkoholvergiftung

In den Kap. 4.1 (S. 95) und 4.4 (S. 99) haben wir uns umfassend mit der akuten tödlichen Alkoholvergiftung auseinander gesetzt und darauf hingewiesen, dass diese Form des Todes weit verbreiteter ist, als viele ExpertInnen annehmen. Wir haben auch betont, dass man aus der Todesursachenstatistik keine sinnvollen Rückschlüsse auf die Inzidenz dieses Phänomens ziehen kann. Warum das so ist, wird in der Folge erläutert.

Wenn jemand an einer akuten Alkoholvergiftung stirbt, so kann sich das in der Todesursachenstatistik durch eine Reihe unterschiedlicher Codes niederschlagen, wobei man die Phasen 1955-1968 (ADS), 1969-1979 (ICD8), 1980-2001 (ICD-9) und ab 2002 (ICD-10) unterscheiden muss (Tab. 60 bis Tab. 65, S. 196ff.).

- Bei einer Alkoholvergiftung mit tödlichem Ausgang ohne Hinweis auf Alkoholismus oder „(möglicherweise) alkoholbedingte Folgeerkrankungen“ wurde zwischen 1955 bis 1968 der ADS-Code „962“ („Vergiftung durch Alkohol“) und von 1969 bis 1979 der ICD8-Code „980.0“ („Toxische Wirkung durch Ethylalkohol“) vergeben.
- In der Zeit von 1980-2001, also bei der Kodierung nach ICD-9 wurde, sofern der Verstorbene wissentlich Alkohol getrunken und dabei bloß zu viel konsumiert hatte, der ICD-9-Code „305.0“ („Alkoholmissbrauch ohne Abhängigkeit“) vergeben. Der ICD-9-Code „980.0“ („Toxische Wirkung durch Ethylalkohol“) wurde seit 1980 nur mehr vergeben, wenn der Betreffende nicht wusste, dass er Alkohol konsumierte, z.B. weil er ein Etikett falsch gelesen hatte. Es ist daher auch nicht verwunderlich, dass der Code „980.0“ – dieser ist übrigens identisch mit dem sogenannten „externen ICD-9-Code ’E860’“ [85] – seit 1980 nur mehr ganz selten vergeben wurde.
- Gab es im Totenschein Hinweise darauf, dass der/die Verstorbene alkoholabhängig war, so wurde, falls keine gravierende Folgeerkrankung diagnostiziert worden war, auch bei tödlich verlaufenden Alkoholvergiftungen „Alkoholismus“ (ADS-Code „365“, ICD8-Code „303“, ICD-9-Code „303“) gewählt.
- Waren Alkoholfolgeerkrankungen wie z.B. eine Leberzirrhose, eine Alkoholpsychose etc. bekannt, so wurden die entsprechenden Codes für „alkoholische Leberzirrhose“, „Alkoholpsychose“ etc. kodiert.
- Die bis 2001 vergebenen ICD-9-Codes für alkoholbedingte Todesursachen werden für Vergleiche folgendermaßen umkodiert:
  Alkoholismus = ICD-9-Code: 303., 303.0, 303.1,303.9
  bzw. seit 2001 ICD-10-Code: F10.- F10.2, F10.3
  Alkoholpsychosen = ICD-9-Code: 291., 291.0- 291.5,291.9
  bzw. seit 2001 ICD-10-Code: F10.3-F10.7
  Rausch bzw. Alkoholmissbrauch (ohne Rausch bei Alkoholikern)= ICD-9: 980, 980.0, 980.9, 305.0 bzw. seit 2001 ICD-10-Code: T51, T51.0, T51.9, F10.0, F10.1
- Explizit alkoholbedingte Lebererkrankungen = ICD-9: 571.0-571.3
  bzw. seit 2001 ICD-10-Code: K70 [86]
- andere chronische Leberkrankheiten = ICD-9: 571. 571.4-571.9
  bzw. seit 2001 ICD-10-Code: K73, K74 (vgl. in Eurostat-Short-List, Pavillon & Johansson, 2001)

85 Die monokausale Todesursachenstatistik erlaubt grundsätzlich nur eine Diagnose als Todesursache anzugeben. Bei Selbstmord, Unfällen usw. ist darüber hinaus noch eine weitere sogenannte externe Kodierung möglich.

86 wird nur ein „Dreisteller“ angegeben, bedeutet das alle möglichen Unterpunkte

Zusammenfassend kann man sagen:
Der Anteil der an akuter Alkoholvergiftung verstorbenen Nicht-AlkoholikerInnen lässt sich aus der Todesursachenstatistik grob schätzen, indem man für die Jahre 1955 bis 1968 den ADS-Code „962“, für die Jahre 1969 bis 1979 den ICD8-Code „980.0“ und für die Jahre 1980 bis 2000 die beiden ICD-9-Codes „980.0“ und „305.0“ und seit 2001 die beiden ICD-10-Codes „T51.*“ und „F10.0“ bzw. „F10.1“ heranzieht. Vertraut man diesen Statistiken und den eben angestellten Erklärungen, so ergeben sich im langjährigen Durchschnitt pro Jahr 25 Todesfälle von Nicht-Alkoholikern durch akute Alkoholvergiftung.

Wie hoch der Anteil der AlkoholikerInnen mit und ohne Folgeerkrankungen ist, die pro Jahr an einer akuten Alkoholvergiftung sterben, kann man aus der Todesursachenstatistik nicht einmal grob schätzen, da in diesen Fällen ja „Alkoholismus“ oder die entsprechende Alkoholfolgeerkrankung kodiert wird, und da der überwiegende Teil der AlkoholikerInnen nicht an einer akuten Alkoholvergiftung stirbt (vgl. Tab. 60 bis Tab. 65, S. 196ff). Aus der Kenntnis, dass die Gesamtzahl der an einer akuten Alkoholintoxikation Verstorbenen (AlkoholikerInnen und Nicht-AlkoholikerInnen) ca. 100 pro Jahr beträgt (vgl. Kap. 4.4.2, S. 101), kann man durch Differenzbildung die Zahl der an einer akuten Alkoholvergiftung gestorbenen Alkoholabhängigen auf ca. 75 pro Jahr schätzen. Der hier festgestellte Anteil an AlkoholikerInnen von ca. 75% wird auch durch Angaben in der Untersuchung von Berzlanovich et al. (1998) gestützt, wonach sich unter 272 untersuchten Todesfällen aufgrund von akuter Alkoholvergiftung 161 Personen befanden, bei denen chronischer Alkoholismus bekannt war.

8.1.2 Leberzirrhose- und Alkoholismusmortalität

Wenn von einem Verstorbenen bekannt war, dass er alkoholkrank war und sich keine andere spezifische Erkrankung anbot, so wurde als Todesursache „**Alkoholismus**“ bzw. „**Alkoholabhängigkeit**“ (ADS-Code „365“, ICD8-Code „303“, ICD-9-Code „303“, ICD-10-Code „F10.-“, „F10.2“, „F10.3“) kodiert (zu ICD-9 und ICD-10 vgl. Kap. 3.4.5.1 und Kap. 3.4.5.2, S. 78).

Starb ein(e) AlkoholikerIn an einer „**Alkoholpsychose**“ so wurde für die Jahre 1955 bis 1968 der ADS-Code „364“ („sonstige Psychosen“), für die Jahre 1970 bis 1979 der ICD8-Code „291“ („Alkoholpsychose“), für die Jahre 1980 bis 2000 ebenfalls der ICD-9-Code „291“ („Alkoholpsychose“) und ab 2001 der ICD-10-Code „F10.4“ bis „F10.7“ herangezogen.

Seit 1980 wird auch die Diagnose „**Alkoholmissbrauch**“ als Todesursache ICD-9-Codes „305.0“ gestellt, was seit 2000 grob mit ICD-10 „F10.0“ („Rausch“) und „F10.1“ („schädlichen Gebrauch“) gleichzusetzen ist.

Stirbt ein(e) AlkoholikerIn, bei dem/der der Umstand, dass er/sie AlkoholikerIn war, im Totenschein vermerkt war, an einer Leberzirrhose so wird das als „**alkoholische Leberzirrhose**“ registriert. Für die Jahre 1955 bis 1968 wurde der ADS-Code „672“, für die Jahre 1970 bis 1979 die ICD8-Codes „571.0“ bis „571.3“ und für die Jahre 1980 bis 2000 ebenfalls die ICD-9-Codes „571.0“ bis „571.3“ (meist „571.2“ = „alkoholische Leberzirrhose“) und ab 2001 der ICD-10-Code „K70.*“ herangezogen. Nur bei rund einem Drittel der chronischen Lebererkrankungen gibt es im Totenschein einen ausdrücklichen Hinweis auf Alkoholismus, wobei von diesen in mehr als 90% der Fälle eine „alkoholische Leberzirrhose“ kodiert wird.

Bei den verbleibenden zwei Drittel „**chronischen Lebererkrankungen ohne Hinweis auf Alkoholismus“** wurde in mehr als 90% der ICD-9-Code „571.5“ („Leberzirrhose ohne Angabe von Alkohol“) und seit 2001 die ICD-10-Codes „K73.*“ und „K74.*“ genommen. Aus dem Umstand, dass nach ICD-9 auch eine Reihe virusbedingter Hepatitisfälle unter „571“ kodiert werden konnten, und dass nach ICD-10 alle virusbedingten Hepatitisfälle unter B15.* bis B19.* kodiert werden, ist die Vergleichbarkeit über den Zeitpunkt der Umstellung 2000/2001 hinweg nur sehr bedingt gegeben (vgl. Eurostat-Short-List, Pavillon & Johansson, 2001).

Häufig im Zusammenhang mit Alkoholmissbrauch und Alkoholismus stehen auch noch die Todesursachen „Ösophagusvarizen“ (ICD-9-Code „456“, ICD-10-Code „I85“), „Pankreatitis“ (ICD-9-Code „577“, ICD-10-Code „K85“, „K86“) und „Gastritis“ (ICD-9-Code „535“, ICD-10-Code „K29“).

Kommt bei AlkoholikerInnen mit oder ohne alkoholbedingte Folgeerkrankungen allerdings eine andere schwere Erkrankung wie Krebs, Tuberkulose etc. oder eine Todesursache wie Selbstmord oder ein Verkehrsunfall dazu, so bleibt eine etwaige Alkoholismusdiagnose oder Diagnose einer alkoholbedingten Folgeerkrankung unberücksichtigt.

Dazu kommt noch, dass manche den Totenschein ausstellende Ärzte/Ärztinnen (vor allem im ländlichen Raum) die Angehörigen des/der Verstorbenen durch eine unauffällige Todesursache schonen wollen, wodurch in der Todesursachenstatistik noch weitere Hinweise auf Alkoholismus und alkoholbedingte Folgekrankheiten unter den Tisch fallen.

Wie hoch die Dunkelziffer der im Totenschein nicht als AlkoholikerInnen ausgewiesenen Personen, die an einer Lebererkrankung verstorben sind, ist, kann man nur mutmaßen. In den folgenden Tabellen wird die Zahl der Gestorbenen, der durch Selbstmord verstorbenen Personen, der verstorbenen AlkoholikerInnen ohne Alkoholfolgeerkrankungen und der an Alkoholfolgeerkrankung verstorbenen Personen für den Zeitraum 1955 bis 2004 (ohne 1969) ausgewiesen (Tab. 60, S. 196).

Tab. 60: alkoholbedingte Todesursachen und Selbstmorde (Männer absolut)

Jahr	Gest.	SM	Alk. Psy.	Alkabh.	Alkmiss.	Chr. Leb.	Alk. Verg.
1955	43.523	1.069	53	91	-	759	2
1956	44.354	1.054	33	110	-	882	1
1957	45.758	1.114	40	95	-	874	1
1958	43.942	1.082	55	108	-	925	4
1959	45.045	1.176	85	123	-	1.116	29
1960	46.223	1.072	63	89	-	1.189	25
1961	43.794	1.033	63	92	-	1.163	19
1962	46.247	1.095	95	115	-	1.111	17
1963	46.350	1.039	65	127	-	1.169	13
1964	45.038	1.119	51	94	-	1.316	8
1965	47.415	1.084	63	96	-	1.397	5
1966	45.660	1.121	53	69	-	1.403	6
1967	47.788	1.117	44	75	-	1.459	12
1968	48.043	1.113	38	86	-	1.554	7
1969	49.088	1.081	-	-	-	-	-
1970	49.082	1.232	33	71	-	1.619	1
1971	47.872	1.111	50	81	-	1.642	6
1972	47.017	1.170	47	104	-	1.638	11
1973	45.619	1.111	47	80	-	1.613	8
1974	46.341	1.205	51	94	-	1.748	23
1975	46.821	1.259	24	131	-	1.752	9
1976	45.810	1.172	33	111	-	1.648	13
1977	44.522	1.234	24	101	-	1.727	14
1978	45.635	1.294	22	120	-	1.673	14
1979	44.413	1.301	27	114	-	1.625	33
1980	44.139	1.342	33	102	18	1.602	0
1981	44.235	1.437	22	65	24	1.540	0
1982	43.485	1.497	22	81	16	1.521	0
1983	43.945	1.430	32	88	12	1.567	1
1984	41.989	1.442	18	84	12	1.676	1
1985	41.873	1.467	22	106	25	1.602	0
1986	40.366	1.511	26	108	20	1.490	0
1987	39.202	1.444	10	100	21	1.450	0
1988	38.491	1.321	4	115	20	1.385	0
1989	38.746	1.313	7	144	22	1.491	1
1990	38.386	1.284	4	153	25	1.486	0
1991	38.639	1.299	2	182	41	1.569	0
1992	38.508	1.282	3	186	28	1.577	0
1993	38.223	1.242	2	150	16	1.493	1
1994	37.244	1.285	1	140	17	1.442	0
1995	37.640	1.331	5	206	21	1.456	1
1996	37.268	1.335	1	242	10	1.447	0
1997	37.021	1.175	3	214	16	1.376	0
1998	36.382	1.176	1	236	14	1.306	0
1999	35.880	1.124	0	218	9	1.203	0
2000	35.211	1.155	0	227	12	1.241	3
2001	34.500	1.081	1	256	5	1.206	4
2002	35.166	1.189	3	237	1	1.157	16
2003	35.448	1.068	2	296	0	1.279	1
2004	34.616	1.073	5	314	0	1.171	14
2005	34.986	1.043	1	257	0	1.177	3
2006	34.757	997	2	273	0	1.052	4
2007	34.978	965	7	298	0	1.111	1

Quelle: Statistik Austria (2007d); eigene Berechnungen

Legende: „Gest." = „insgesamt Verstorbene", „Sm" = „Selbstmord", „Alk. Psy." = „Alkoholpsychose", „Alkabh." = „Alkoholabhängigkeit" (ICD-10: F10.-, F10.2, F10.3), „Alkmiss." = „Alkoholmissbrauch" (ICD-10: F10.0 F10.1), „Chron .Leb." = „chronische Lebererkrankung" (ICD-10: K73., K74.*), „Alk. Verg." = „Alkoholvergiftung (T51, T51.0, T51.9)*

Tab. 61: alkoholbedingte Todesursachen und Selbstmorde (Männer / 100.000 Gestorbene)

Jahr	SM	Alk. Psy.	Alkabh.	Alkmiss.	Chr. Leb.	Alk. Verg.
1955	2.456	122	209	-	1.744	5
1956	2.376	74	248	-	1.989	2
1957	2.435	87	208	-	1.910	2
1958	2.462	125	246	-	2.105	9
1959	2.611	189	273	-	2.478	64
1960	2.319	136	193	-	2.572	54
1961	2.359	144	210	-	2.656	43
1962	2.368	205	249	-	2.402	37
1963	2.242	140	274	-	2.522	28
1964	2.485	113	209	-	2.922	18
1965	2.286	133	202	-	2.946	11
1966	2.455	116	151	-	3.073	13
1967	2.337	92	157	-	3.053	25
1968	2.317	79	179	-	3.235	15
1969	2.202	-	-	-	-	-
1970	2.510	67	145	-	3.299	2
1971	2.321	104	169	-	3.430	13
1972	2.488	100	221	-	3.484	23
1973	2.435	103	175	-	3.536	18
1974	2.600	110	203	-	3.772	50
1975	2.689	51	280	-	3.742	19
1976	2.558	72	242	-	3.597	28
1977	2.772	54	227	-	3.879	31
1978	2.836	48	263	-	3.666	31
1979	2.929	61	257	-	3.659	74
1980	3.040	75	231	41	3.629	0
1981	3.249	50	147	54	3.481	0
1982	3.443	51	186	37	3.498	0
1983	3.254	73	200	27	3.566	2
1984	3.434	43	200	29	3.992	2
1985	3.503	53	253	60	3.826	0
1986	3.743	64	268	50	3.691	0
1987	3.683	26	255	54	3.699	0
1988	3.432	10	299	52	3.598	0
1989	3.389	18	372	57	3.848	3
1990	3.345	10	399	65	3.871	0
1991	3.362	5	471	106	4.061	0
1992	3.329	8	483	73	4.095	0
1993	3.249	5	392	42	3.906	3
1994	3.450	3	376	46	3.872	0
1995	3.536	13	547	56	3.868	3
1996	3.582	3	649	27	3.883	0
1997	3.174	8	578	43	3.717	0
1998	3.232	3	649	38	3.590	0
1999	3.133	0	608	25	3.353	0
2000	3.280	0	645	31	3.524	9
2001	3.133	3	742	14	3.496	12
2002	3.381	9	674	3	3.290	45
2003	3.013	6	835	0	3.608	3
2004	3.100	14	907	0	3.383	40
2005	2.981	3	735	0	3.364	9
2006	2.868	6	785	0	3.027	12
2007	2.759	20	852	0	3.176	3

Quelle: Statistik Austria (2007d); eigene Berechnungen

Legende: „Gest." = „insgesamt Verstorbene", „Sm" = „Selbstmord", „Alk. Psy." = „Alkoholpsychose", „Alkabh." = „Alkoholabhängigkeit" (ICD-10: F10.-, F10.2, F10.3), „Alkmiss." = „Alkoholmissbrauch" (ICD-10: F10.0 F10.1), „Chron .Leb." = „chronische Lebererkrankung" (ICD-10: K73., K74.*), „Alk. Verg." = „Alkoholvergiftung (T51, T51.0, T51.9)*

Tab. 62: alkoholbedingte Todesursachen und Selbstmorde (Frauen absolut)

Jahr	Gest.	SM	Alk. Psy.	Alkabh.	Alkmiss.	Chr. Leb.	Alk. Verg.
1955	41.472	560	19	23	-	331	0
1956	42.470	540	16	24	-	374	0
1957	43.540	561	9	30	-	416	0
1958	42.038	557	10	23	-	397	1
1959	42.925	573	11	21	-	453	4
1960	43.380	557	11	25	-	456	8
1961	41.879	514	15	15	-	466	4
1962	44.607	503	18	34	-	451	5
1963	45.229	514	12	31	-	463	3
1964	44.043	526	15	12	-	501	0
1965	46.858	567	13	13	-	557	1
1966	45.780	563	20	15	-	614	2
1967	47.650	523	29	28	-	588	1
1968	47.971	499	12	21	-	606	2
1969	49.627	564	-	-	-	-	-
1970	49.737	557	2	20	-	628	1
1971	49.462	583	7	20	-	664	12
1972	48.306	575	5	31	-	629	16
1973	47.149	540	9	25	-	631	21
1974	47.983	579	5	18	-	713	22
1975	49.220	554	10	29	-	694	11
1976	49.330	532	8	25	-	666	12
1977	47.880	593	4	33	-	715	22
1978	48.982	568	1	28	-	672	18
1979	47.599	582	4	26	-	679	22
1980	48.303	590	6	18	4	682	1
1981	48.458	595	5	14	5	657	0
1982	47.854	571	3	22	4	634	1
1983	49.096	611	3	26	4	714	0
1984	46.477	586	3	25	5	653	0
1985	47.705	624	2	26	5	679	1
1986	46.705	628	5	29	3	655	0
1987	45.705	624	3	27	5	665	2
1988	44.772	529	1	33	5	582	0
1989	44.661	585	0	36	8	650	0
1990	44.566	541	1	45	6	658	0
1991	44.789	470	0	43	7	687	0
1992	44.654	477	0	40	2	721	0
1993	44.294	460	0	43	4	670	0
1994	43.440	491	0	37	3	654	0
1995	43.531	454	1	44	7	645	0
1996	43.522	443	0	50	4	648	0
1997	42.411	417	0	51	4	582	0
1998	41.957	382	0	51	1	600	0
1999	42.320	429	0	58	3	543	0
2000	41.569	431	0	56	3	572	4
2001	40.267	408	0	63	3	559	5
2002	40.965	362	1	41	0	487	3
2003	41.761	388	0	63	0	441	2
2004	39.676	345	1	57	0	494	2
2005	40.203	349	1	63	0	419	5
2006	39.538	296	1	61	0	399	1
2007	39.647	315	0	69	0	448	3

Quelle: Statistik Austria (2007d); eigene Berechnungen

Legende: „Gest." = „insgesamt Verstorbene", „Sm" = „Selbstmord", „Alk. Psy." = „Alkoholpsychose" (F10.4, F10.5-F10.7), „Alkabh." = „Alkoholabhängigkeit" (ICD-10: F10.-, F10.2, F10.3), „Alkmiss." = „Alkoholmissbrauch" (ICD-10: F10.0 F10.1), „Chron .Leb." = „chronische Lebererkrankung" (ICD-10: K73., K74.*), „Alk. Verg." = „Alkoholvergiftung (T51, T51.0, T51.9)*

Tab. 63: alkoholbedingte Todesursachen und Selbstmorde (Frauen / 100.000 Gestorbene)

Jahr	SM	Alk. Psy.	Alkabh.	Alkmiss.	Chr. Leb.	Alk. Verg.
1955	1.350	46	55	-	798	0
1956	1.271	38	57	-	881	0
1957	1.288	21	69	-	955	0
1958	1.325	24	55	-	944	2
1959	1.335	26	49	-	1.055	9
1960	1.284	25	58	-	1.051	18
1961	1.227	36	36	-	1.113	10
1962	1.128	40	76	-	1.011	11
1963	1.136	27	69	-	1.024	7
1964	1.194	34	27	-	1.138	0
1965	1.210	28	28	-	1.189	2
1966	1.230	44	33	-	1.341	4
1967	1.098	61	59	-	1.234	2
1968	1.040	25	44	-	1.263	4
1969	1.136	-	-	-	-	-
1970	1.120	4	40	-	1.263	2
1971	1.179	14	40	-	1.342	24
1972	1.190	10	64	-	1.302	33
1973	1.145	19	53	-	1.338	45
1974	1.207	10	38	-	1.486	46
1975	1.126	20	59	-	1.410	22
1976	1.078	16	51	-	1.350	24
1977	1.239	8	69	-	1.493	46
1978	1.160	2	57	-	1.372	37
1979	1.223	8	55	-	1.427	46
1980	1.221	12	37	8	1.412	2
1981	1.228	10	29	10	1.356	0
1982	1.193	6	46	8	1.325	2
1983	1.245	6	53	8	1.454	0
1984	1.261	6	54	11	1.405	0
1985	1.308	4	55	10	1.423	2
1986	1.345	11	62	6	1.402	0
1987	1.365	7	59	11	1.455	4
1988	1.182	2	74	11	1.300	0
1989	1.310	0	81	18	1.455	0
1990	1.214	2	101	13	1.476	0
1991	1.049	0	96	16	1.534	0
1992	1.068	0	90	4	1.615	0
1993	1.039	0	97	9	1.513	0
1994	1.130	0	85	7	1.506	0
1995	1.043	2	101	16	1.482	0
1996	1.018	0	115	9	1.489	0
1997	983	0	120	9	1.372	0
1998	910	0	122	2	1.430	0
1999	1.014	0	137	7	1.283	0
2000	1.037	0	135	7	1.376	2
2001	1.013	0	156	2	1.388	12
2002	884	2	100	0	1.189	7
2003	929	0	151	0	1.056	5
2004	870	3	144	0	1.245	5
2005	868	2	157	0	1.042	12
2006	749	3	154	0	1.009	3
2007	795	0	174	0	1.130	8

Quelle: Statistik Austria (2007d); eigene Berechnungen

Legende: „Gest." = „insgesamt Verstorbene", „Sm" = „Selbstmord", „Alk. Psy." = „Alkoholpsychose" (F10.4, F10.5-F10.7), „Alkabh." = „Alkoholabhängigkeit" (ICD-10: F10.-, F10.2, F10.3), „Alkmiss." = „Alkoholmissbrauch" (ICD-10: F10.0 F10.1), „Chron .Leb." = „chronische Lebererkrankung" (ICD-10: K73., K74.*), „Alk. Verg." = „Alkoholvergiftung (T51, T51.0, T51.9)*

Tab. 64: alkoholbed. Todesursachen und Selbstmorde (Männer u. Frauen absol.)

Jahr	Gest.	SM	Alk. Psy.	Alkabh.	Alkmiss.	Chr. Leb.	Alk. Verg.
1955	84.995	1.629	72	114	-	1.090	2
1956	86.824	1.594	49	134	-	1.256	1
1957	89.298	1.675	49	125	-	1.290	1
1958	85.980	1.639	65	131	-	1.322	5
1959	87.970	1.749	96	144	-	1.569	33
1960	89.603	1.629	74	114	-	1.645	33
1961	85.673	1.547	78	107	-	1.629	23
1962	90.854	1.598	113	149	-	1.562	22
1963	91.579	1.553	77	158	-	1.632	16
1964	89.081	1.645	66	106	-	1.817	8
1965	94.273	1.651	76	109	-	1.954	6
1966	91.440	1.684	73	84	-	2.017	8
1967	95.438	1.640	73	103	-	2.047	13
1968	96.014	1.612	50	107	-	2.160	9
1969	98.715	1.645	-	-	-	-	-
1970	98.819	1.789	35	91	-	2.247	2
1971	97.334	1.694	57	101	-	2.306	18
1972	95.323	1.745	52	135	-	2.267	27
1973	92.768	1.651	56	105	-	2.244	29
1974	94.324	1.784	56	112	-	2.461	45
1975	96.041	1.813	34	160	-	2.446	20
1976	95.140	1.704	41	136	-	2.314	25
1977	92.402	1.827	28	134	-	2.442	36
1978	94.617	1.862	23	148	-	2.345	32
1979	92.012	1.883	31	140	-	2.304	55
1980	92.442	1.932	39	120	22	2.284	1
1981	92.693	2.032	27	79	29	2.197	0
1982	91.339	2.068	25	103	20	2.155	1
1983	93.041	2.041	35	114	16	2.281	1
1984	88.466	2.028	21	109	17	2.329	1
1985	89.578	2.091	24	132	30	2.281	1
1986	87.071	2.139	31	137	23	2.145	0
1987	84.907	2.068	13	127	26	2.115	2
1988	83.263	1.850	5	148	25	1.967	0
1989	83.407	1.898	7	180	30	2.141	1
1990	82.952	1.825	5	198	31	2.144	0
1991	83.428	1.769	2	225	48	2.256	0
1992	83.162	1.759	3	226	30	2.298	0
1993	82.517	1.702	2	193	20	2.163	1
1994	80.684	1.776	1	177	20	2.096	0
1995	81.171	1.785	6	250	28	2.101	1
1996	80.790	1.778	1	292	14	2.095	0
1997	79.432	1.592	3	265	20	1.958	0
1998	78.339	1.558	1	287	15	1.906	0
1999	78.200	1.553	0	276	12	1.746	0
2000	76.780	1.586	0	283	14	1.813	4
2001	74.767	1.489	1	319	6	1.765	9
2002	76.131	1.551	4	278	1	1.644	19
2003	77.209	1.456	2	359	0	1.720	3
2004	74.292	1.418	6	371	0	1.665	16
2005	75.189	1.392	2	320	0	1.596	8
2006	74.295	1.293	3	334	0	1.451	5
2007	74.625	1.280	7	367	0	1.559	4

Quelle: Statistik Austria (2007d); eigene Berechnungen

Legende: „Gest." = „insgesamt Verstorbene", „Sm" = „Selbstmord", „Alk. Psy." = „Alkoholpsychose" (F10.4, F10.5-F10.7), „Alkabh." = „Alkoholabhängigkeit" (ICD-10: F10.-, F10.2, F10.3), „Alkmiss." = „Alkoholmissbrauch" (ICD-10: F10.0 F10.1), „Chron .Leb." = „chronische Lebererkrankung" (ICD-10: K73., K74.*), „Alk. Verg." = „Alkoholvergiftung (T51, T51.0, T51.9)*

Tab. 65: alkoholbedingte Todesursachen u. Selbstmorde (Männer u. Frauen / 100.000 Gestorbene)

Jahr	SM	Alk. Psy.	Alkabh.	Alkmiss.	Chr. Leb.	Alk. Verg.
1955	1.917	85	134	-	1.282	2
1956	1.836	56	154	-	1.447	1
1957	1.876	55	140	-	1.445	1
1958	1.906	76	152	-	1.538	6
1959	1.988	109	164	-	1.784	38
1960	1.818	83	127	-	1.836	37
1961	1.806	91	125	-	1.901	27
1962	1.759	124	164	-	1.719	24
1963	1.696	84	173	-	1.782	17
1964	1.847	74	119	-	2.040	9
1965	1.751	81	116	-	2.073	6
1966	1.842	80	92	-	2.206	9
1967	1.718	76	108	-	2.145	14
1968	1.679	52	111	-	2.250	9
1969	1.666	-	-	-	-	-
1970	1.810	35	92	-	2.274	2
1971	1.740	59	104	-	2.369	18
1972	1.831	55	142	-	2.378	28
1973	1.780	60	113	-	2.419	31
1974	1.891	59	119	-	2.609	48
1975	1.888	35	167	-	2.547	21
1976	1.791	43	143	-	2.432	26
1977	1.977	30	145	-	2.643	39
1978	1.968	24	156	-	2.478	34
1979	2.046	34	152	-	2.504	60
1980	2.090	42	130	24	2.471	1
1981	2.192	29	85	31	2.370	0
1982	2.264	27	113	22	2.359	1
1983	2.194	38	123	17	2.452	1
1984	2.292	24	123	19	2.633	1
1985	2.334	27	147	33	2.546	1
1986	2.457	36	157	26	2.464	0
1987	2.436	15	150	31	2.491	2
1988	2.222	6	178	30	2.362	0
1989	2.276	8	216	36	2.567	1
1990	2.200	6	239	37	2.585	0
1991	2.120	2	270	58	2.704	0
1992	2.115	4	272	36	2.763	0
1993	2.063	2	234	24	2.621	1
1994	2.201	1	219	25	2.598	0
1995	2.199	7	308	34	2.588	1
1996	2.201	1	361	17	2.593	0
1997	2.004	4	334	25	2.465	0
1998	1.989	1	366	19	2.433	0
1999	1.986	0	353	15	2.233	0
2000	2.066	0	369	18	2.361	5
2001	1.992	1	427	8	2.361	12
2002	2.037	5	365	1	2.159	25
2003	1.886	3	465	0	2.228	4
2004	1.909	8	499	0	2.241	22
2005	1.851	3	426	0	2.123	11
2006	1.740	4	450	0	1.953	7
2007	1.715	9	492	0	2.089	5

Quelle: Statistik Austria (2007d); eigene Berechnungen

Legende: „Gest." = „insgesamt Verstorbene", „Sm" = „Selbstmord", „Alk. Psy." = „Alkoholpsychose" (F10.4, F10.5-F10.7), „Alkabh." = „Alkoholabhängigkeit" (ICD-10: F10.-, F10.2, F10.3), „Alkmiss." = „Alkoholmissbrauch" (ICD-10: F10.0 F10.1), „Chron .Leb." = „chronische Lebererkrankung" (ICD-10: K73., K74.*), „Alk. Verg."= „Alkoholvergiftung (T51, T51.0, T51.9)*

8.2 Alkoholrelevante Spitalsentlassungsdiagnosen

Zu den Spitalsentlassungsdiagnosen ist anzuführen, dass dabei Entlassungen und nicht PatientInnen gezählt werden. Jemand, der im Rahmen eines Spitalsaufenthalts z.B. für eine Untersuchung kurz in ein anderes Krankenhaus transferiert wird, wird grundsätzlich zweimal gezählt, auch wenn es sich nur um einen Aufenthalt handelt. Sollte eine Person im Verlauf eines Jahres insgesamt zwanzigmal in unterschiedlichen Krankenanstalten mit der gleichen Diagnose behandelt und entlassen worden sein, so scheint diese Person daher zwanzigmal in der Statistik auf.

Bei der Spitalsentlassungsstatistik ist ferner zu bedenken, dass es sich bei den Hauptdiagnosen „chronische Lebererkrankung" nur in 51% und bei den Nebendiagnosen „chronische Lebererkrankung" nur in 18% der Fälle um eine voll entwickelte Leberzirrhose handelt, und dass man in all den anderen Fällen („primär Fettleber" aber auch „Hepatitis" bzw. „unspezifische Angaben") nicht entscheiden kann, ob sich daraus später noch eine Leberzirrhose entwickeln wird (Tab. 66, S. 202). Seit der Umstellung auf ICD-10 werden in der offiziellen Gesundheitsstatistik, bezugnehmend auf Eurostat/OECD/WHO (2008) die Codegruppe K70 als „alkoholische Leberkrankheiten" und die Codegruppen K71 bis K77 als „andere Leberkrankheiten" ausgewiesen; die Codegruppem K73 und K74 als „chronische Lebererkrankungen".

Tab. 66: Spitalsentlassungsdiagnose „chronische Lebererkrankung" (2004)

	Hauptdiagnose*)	Nebendiagnose*)
Leberzirrhose	51%	18%
Fettleber	17%	55%
Hepatitis	16%	8%
andere	16%	19%

Quelle: ÖBIG 2005; Statistik Austria, 2006a; eigene Berechnungen Kommentar: „" = ohne Ausländer*

In Abb. 18 (S. 206) kann man erkennen, dass bei Männern Behandlungen wegen der Primärdiagnose „Alkoholabhängigkeit" durchschnittlich deutlich früher stattfinden, als bei Frauen, und dass die Behandlungen wegen der Sekundärdiagnose „Alkoholabhängigkeit" bei beiden Geschlechtern später vorkommen. Dass die Sekundärdiagnose „Alkoholabhängigkeit" durchschnittlich später gestellt wird als die Primärdiagnose, erklärt sich aus dem Umstand, dass die Sekundärdiagnose „Alkoholabhängigkeit" in Verbindung mit der Behandlung von Organkrankheiten gestellt wird und dass die Entstehung von körperlichen Erkrankungen mit Trinkdauer und Alter zunimmt.

Dass Frauen durchschnittlich später wegen „Alkoholabhängigkeit" in Behandlung kommen, erklärt sich aus dem Umstand, dass es unter Männern einen erheblich größeren Anteil an primären Alkoholikern gibt, die bereits recht früh ihren exzessiven Alkoholkonsum aufnehmen, und relativ wenige Sekundäralkoholiker (vgl. Kap. 3.4.3, S. 76).

Tab. 67: Alkoholrelevante Spitalsentlassungsdiagnosen – Männer

Jahr	Alkabh.	Alk. Psy.	Alk. Rausch	Chron. Leb. (n. alk. bed.)	chron. Leb. (alk. bed.)	Patientinnen
Männer – Hauptdiagnose*)						
1992	10.886	1.410	2.328	2.833	3.202	803.820
1993	11.311	1.543	2.520	2.470	3.322	815.878
1994	11.645	1.467	2.443	2.518	3.135	852.747
1995	12.277	1.467	2.247	2.829	3.099	866.963
1996	11.935	1.477	2.629	2.679	2.903	883.006
1997	14.637	1.494	2.472	3.685	3.580	947.333
1998	14.485	1.436	2.629	2.840	2.880	985.516
1999	12.865	1.811	3.220	2.374	2.446	1.020.968
2000	12.617	1.834	3.269	2.496	2.325	1.040.373
2001	9.372	1.513	5.270	2.045	2.026	1.106.126
2002	9.398	1.327	5.901	2.714	2.217	1.151.402
2003	8.069	1.176	5.738	2.813	2.229	1.158.856
2004	8.383	1.161	5.883	2.603	1.991	1.191.110
2005	9.492	1.028	6.576	2.575	1.793	1.212.324
2006	9.863	963	6.648	2.617	1.689	1.245.810
Männer – Nebendiagnose*)						
1992	5.773	1.696	925	7.558	8.022	
1993	6.921	1.657	1.058	8.742	9.093	
1994	7.579	1.714	1.167	9.992	8.861	
1995	8.414	1.771	1.075	10.787	9.093	
1996	10.453	2.017	1.521	13.441	9.777	
1997	14.026	2.878	2.673	16.179	13.170	
1998	13.625	2.466	2.670	17.753	12.664	
1999	14.271	2.363	3.540	17.910	12.074	
2000	14.766	2.336	4.057	18.150	11.234	
2001	12.114	1.644	6.440	4.960	7.774	
2202	12.782	1.801	6.996	4.921	6.269	
2003	12.133	1.780	6.609	4.806	6.270	
2004	12.602	1.610	7.477	4.983	5.855	
2005	12.318	1.524	8.383	4.927	5.404	
2006	11.958	1.449	7.972	4.861	4.945	

Quelle: ÖBIG 2008; Statistik Austria, 2006a; eigene Berechnungen

Legende: „Alkabh." = „Alkoholabhängigkeit" (ICD-10: F10.-, F10.2, F10.3)

„Alk. Psy." = „Alkoholpsychose" (ICD-10, F10.4, F10.5, F10.6, F10.7)

„Alk. Rausch" = „Alkoholrausch" = „Toxische Wirkung durch Alkohol" (ICD-10: T51.-, T51.0, T51.9) und „Alkoholmissbrauch" (ICD-10: F10.0 F10.1) zusammengefasst

„chron. Leb. (n. alk. bed.)" = „chronische Lebererkrankung – nicht alkoholbedingt", (ICD-10: K73., K74.*),*

„chron. Leb. (alk. bed.)" = „alkoholbedingte chronische Lebererkrankung", (ICD-10: K70.)*

„Patienten" = „Anzahl der behandelten stationären Patienten", "" = ohne Ausländer*

Tab. 68: Alkoholrelevante Spitalsentlassungsdiagnosen - Frauen

Jahr	Alkabh.	Alk. Psy.	Alk. Rausch	Chron. Leb. (n. alk. bed.)	chron. Leb. (alk. bed.)	Patientinnen
Frauen – Hauptdiagnose*)						
1992	3.020	312	850	1.983	996	990.801
1993	3.166	327	825	1.827	1.071	1.009.620
1994	3.154	325	961	1.948	1.018	1.044.760
1995	3.504	359	887	2.032	993	1.060.754
1996	3.446	326	1.014	1.989	1.011	1.086.852
1997	4.202	484	981	2.888	1.107	1.160.274
1998	4.429	511	1.190	2.264	950	1.213.299
1999	4.378	607	1.275	1.928	784	1.249.920
2000	4.254	499	1.498	1.798	772	1.267.179
2001	3.051	382	2.083	1.150	663	1.303.563
2002	3.443	285	2.528	1.521	681	1.360.413
2003	3.046	248	2.467	1.691	624	1.363.669
2004	3.099	227	2.527	1.493	613	1.408.919
2005	3.694	262	2.767	1.401	588	1.417.902
2006	4.055	199	2.921	1.440	560	1.451.244
Frauen – Nebendiagnose*)						
1992	1.313	349	343	5.679	1.792	
1993	1.612	424	416	6.896	2.406	
1994	1.729	394	405	7.625	2.264	
1995	2.029	426	455	7.721	2.268	
1996	2.463	478	574	10.625	2.601	
1997	3.586	677	1.052	14.056	3.425	
1998	3.550	609	1.138	15.084	3.244	
1999	3.651	574	1.361	14.866	2.994	
2000	3.722	568	1.584	14.714	2.826	
2001	3.227	362	2.363	2.853	1.984	
2202	3.678	472	2.566	2.854	1.645	
2003	3.640	451	2.750	2.853	1.482	
2004	3.894	390	2.873	2.811	1.659	
2005	3.564	408	3.177	2.997	1.473	
2006	3.552	344	3.055	2.958	1.278	

Quelle: ÖBIG 2008; Statistik Austria, 2006a; eigene Berechnungen

Legende: „Alkabh." = Legende: „Alkabh." = „Alkoholabhängigkeit" (ICD-10: F10.-, F10.2, F10.3)

„Alk. Psy." = „Alkoholpsychose" (ICD-10, F10.4, F10.5, F10.6, F10.7)

„Alk. Rausch" = „Alkoholrausch" = „Toxische Wirkung durch Alkohol" (ICD-10: T51.-, T51.0, T51.9) und „Alkoholmissbrauch" (ICD-10: F10.0 F10.1) zusammengefasst

„chron. Leb. (n. alk. bed.)" = „chronische Lebererkrankung – nicht alkoholbedingt", (ICD-10: K73., K74.*),*

„chron. Leb. (alk. bed.)" = „alkoholbedingte chronische Lebererkrankung", (ICD-10: K70.)*

„Patienten" = „Anzahl der behandelten stationären Patienten", "" = ohne Ausländer*

ICD-10-Codes zu den Diagnosen siehe Legende zu Tab. 67

**) = ohne AusländerInnen*

Tab. 69: Alkoholrelevante Spitalsentlassungsdiagnosen – Frauen und Männer

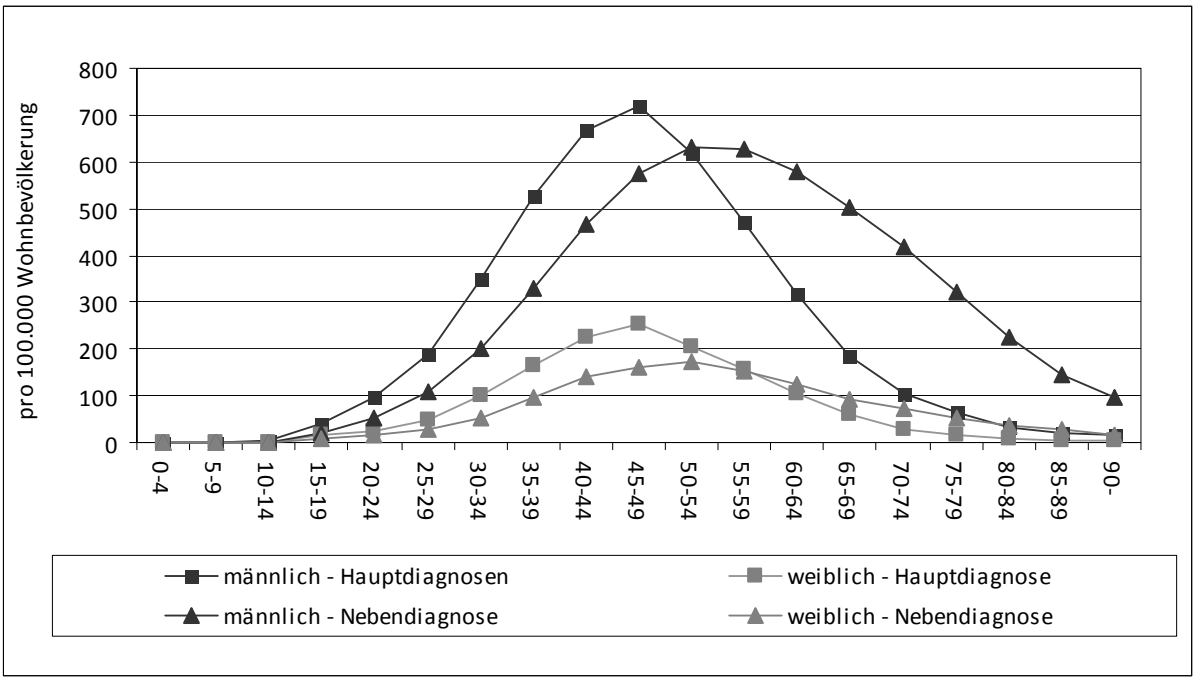
Jahr	Alkabh.	Alk. Psy.	Alk. Rausch	Chron. Leb. (n. alk. bed.)	chron. Leb. (alk. bed.)	PatientInnen
Frauen und Männer – Hauptdiagnose*)						
1992	13.906	1.722	3.178	4.816	4.198	1.794.621
1993	14.477	1.870	3.345	4.297	4.393	1.825.498
1994	14.799	1.792	3.404	4.466	4.153	1.897.507
1995	15.781	1.826	3.134	4.861	4.092	1.927.717
1996	15.381	1.803	3.643	4.668	3.914	1.969.858
1997	18.839	1.978	3.453	6.573	4.687	2.107.607
1998	18.914	1.947	3.819	5.104	3.830	2.198.815
1999	17.243	2.418	4.495	4.302	3.230	2.270.888
2000	16.871	2.333	4.767	4.294	3.097	2.307.552
2001	12.423	1.895	7.353	3.195	2.689	2.409.689
2002	12.841	1.612	8.429	4.235	2.898	2.511.815
2003	11.115	1.424	8.205	4.504	2.853	2.522.525
2004	11.482	1.388	8.410	4.096	2.604	2.600.029
2005	13.186	1.290	9.343	3.976	2.381	2.630.226
2006	13.918	1.162	9.569	4.057	2.249	2.697.054
Frauen und Männer – Nebendiagnose*)						
1992	7.086	2.045	1.268	13.237	9.814	
1993	8.533	2.081	1.474	15.638	11.499	
1994	9.308	2.108	1.572	17.617	11.125	
1995	10.443	2.197	1.530	18.508	11.361	
1996	12.916	2.495	2.095	24.066	12.378	
1997	17.612	3.555	3.725	30.235	16.595	
1998	17.175	3.075	3.808	32.837	15.908	
1999	17.922	2.937	4.901	32.776	15.068	
2000	18.488	2.904	5.641	32.864	14.060	
2001	15.341	2.006	8.803	7.813	9.758	
2002	16.460	2.273	9.562	7.775	7.914	
2003	15.773	2.231	9.359	7.659	7.752	
2004	16.496	2.000	10.350	7.794	7.514	
2005	15.882	1.932	11.560	7.924	6.877	
2006	15.510	1.793	11.027	7.819	6.223	

Quelle: ÖBIG 2008; Statistik Austria, 2006a; eigene Berechnungen

Legende: Legende: „Alkabh." = Legende: „Alkabh." = „Alkoholabhängigkeit" (ICD-10: F10.-, F10.2, F10.3)
„Alk. Psy." = „Alkoholpsychose" (ICD-10, F10.4, F10.5, F10.6, F10.7)
„Alk. Rausch" = „Alkoholrausch" = „Toxische Wirkung durch Alkohol" (ICD-10: T51.-, T51.0, T51.9) und
„Alkoholmissbrauch" (ICD-10: F10.0 F10.1) zusammengefasst
„chron. Leb. (n. alk. bed.)" = „chronische Lebererkrankung – nicht alkoholbedingt", (ICD-10: K73., K74.*),*
„chron. Leb. (alk. bed.)" = „alkoholbedingte chronische Lebererkrankung", (ICD-10: K70.)*
„Patienten" = „Anzahl der behandelten stationären Patienten",
"" = ohne Ausländer*
ICD-10-Codes zu den Diagnosen siehe Legende zu Tab. 67
"" = ohne AusländerInnen*

In Abb. 18 wird die Zahl der stationären Behandlungen mit Hauptdiagnose und mit der Nebendiagnose „Alkoholabhängigkeit“ pro Jahr, Geschlecht und Altersgruppe pro 100.000 Personen gleichen Alters und Geschlechts dargestellt. Dabei zeigt sich, dass die meisten Behandlungen mit der Hauptdiagnose „Alkoholabhängigkeit“ in der Altersgruppe zwischen 40 und 50 Jahren zu finden sind, wobei im Jahre 2006 von 200 Männern zwischen 40 und 45 Jahren einer und von 400 Frauen zwischen 40 und 45 Jahren ca. eine stationär wegen Alkoholabhängigkeit in einer Krankenanstalt behandelt wurde. Um die Graphik ansehnlicher zu machen wurden Gleitmittelwerte jeweils über drei Jahre gerechnet – die exakten Werte finden sich in den Tabellen in Tab. 70 bis Tab. 73 (S. 207 bis S. 208).

Abb. 18: Spitalsentlassungshaupt- und -nebendiagnosen „Alkoholabhängigkeit“ im Altersverlauf (2006)



Quelle: ÖBIG 2008; Statistik Austria, 2006a; eigene Berechnungen, Gleitmittelwerte über 3 Werte, ICD-10-Codes zu den Diagnosen siehe Legende zu Tab. 67
Kommentar: „“ = ohne AusländerInnen,*

Tab. 70: Spitalsentlassungshauptdiagnosen „Alkoholabhängigkeit“ nach Alter und Jahr pro 100000 Einwohner (Männer)

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
0-4	2	0	0	2	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
5-9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10-14	4	6	5	4	4	3	3	3	3	5	1	0	1	1	1
15-19	57	60	60	67	56	42	41	44	40	36	25	24	20	19	25
20-24	112	128	116	105	103	133	118	109	99	67	46	61	60	80	68
25-29	233	215	213	228	216	239	233	200	177	136	132	125	125	130	135
30-34	401	415	413	444	389	418	410	339	349	263	226	223	277	259	263
35-39	551	556	561	607	607	665	643	576	580	419	380	326	336	379	389
40-44	651	681	686	697	666	747	767	758	731	603	571	471	479	533	506
45-49	714	716	746	747	723	972	887	807	714	515	533	511	479	580	624
50-54	536	523	541	595	604	713	856	724	724	507	591	469	463	493	499
55-59	393	408	443	457	432	695	622	479	485	352	483	319	333	405	392
60-64	285	302	312	311	303	472	417	373	346	282	275	182	196	242	275
65-69	189	199	205	212	211	248	233	197	201	149	99	109	129	124	173
70-74	118	139	126	109	132	120	128	107	103	91	62	66	67	79	81
75-79	100	74	79	87	78	86	97	58	52	39	32	32	42	33	46
80-84	31	48	43	48	33	47	38	18	38	31	21	22	17	15	29
85-89	18	34	25	33	19	29	18	7	38	4	0	5	25	9	15
90-99	32	15	14	0	25	12	23	22	21	21	19	0	0	25	0

Quelle: ÖBIG 2008; Statistik Austria, 2006a; eigene Berechnungen ICD-10-Codes zu den Diagnosen siehe Legende zu Tab. 67
Kommentar: „“ = ohne Ausländer*

Tab. 71: Spitalsentlassungshauptdiagnosen „Alkoholabhängigkeit“ nach Alter und Jahr pro 100000 Einwohner (Frauen)

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
0-4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0
5-9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10-14	2	1	3	3	3	3	2	2	2	2	3	1	0	1	0
15-19	24	18	25	22	22	21	21	13	15	15	13	12	8	9	14
20-24	19	18	29	32	21	28	27	24	34	21	22	15	23	21	14
25-29	47	48	45	44	38	48	46	66	57	47	42	41	40	48	50
30-34	94	107	102	105	110	103	106	100	94	82	75	71	72	95	110
35-39	143	171	169	178	166	206	200	186	174	118	122	123	116	125	143
40-44	207	203	197	223	215	219	268	256	237	170	227	177	180	217	220
45-49	245	254	230	224	235	248	274	277	268	185	214	210	210	249	279
50-54	140	159	155	185	211	260	252	266	254	169	193	140	140	173	221
55-59	110	90	96	134	121	192	190	205	208	136	171	141	123	152	139
60-64	71	62	64	82	79	146	176	107	101	97	109	87	100	102	110
65-69	41	48	39	41	42	81	56	91	86	47	32	39	50	68	69
70-74	30	24	32	42	25	33	35	22	32	25	22	23	27	20	22
75-79	19	12	18	21	14	17	23	13	16	13	8	11	7	14	11
80-84	10	8	9	13	7	9	8	6	6	3	1	4	6	7	6
85-89	5	6	3	0	4	8	3	4	3	1	0	2	0	2	3
90-99	13	0	0	4	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5

Quelle: ÖBIG 2008; Statistik Austria, 2006a; eigene Berechnungen, ICD-10-Codes zu den Diagnosen siehe Legende zu Tab. 67
Kommentar: „“ = ohne Ausländerinnen*

Tab. 72: Spitalsentlassungsnebendiagnosen „Alkoholabhängigkeit“ nach Alter und Jahr pro 100000 Einwohner (Männer)

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
0-4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5-9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10-14	0	0	0	0	0	0	2	1	2	0	0	0	1	0	0
15-19	12	16	18	19	16	33	25	29	31	16	23	18	20	13	17
20-24	29	41	41	41	49	67	64	66	67	43	49	48	66	50	51
25-29	68	74	81	79	97	145	124	129	141	104	138	121	124	101	105
30-34	131	157	156	161	188	279	240	215	223	241	217	205	210	204	194
35-39	205	223	235	266	320	430	419	403	388	359	390	321	325	325	304
40-44	288	344	353	363	433	533	518	572	557	501	553	537	473	488	417
45-49	329	390	407	441	573	711	699	715	699	583	597	535	640	626	652
50-54	322	397	445	494	581	847	770	801	841	669	752	656	665	638	581
55-59	349	393	432	484	575	740	746	773	856	667	720	673	710	643	628
60-64	311	365	394	463	608	798	718	819	774	610	568	575	573	543	557
65-69	237	290	326	392	483	637	659	683	707	567	520	515	523	517	494
70-74	202	229	283	300	415	514	503	541	581	431	444	465	478	465	388
75-79	138	164	197	224	310	374	422	437	438	362	341	351	356	335	351
80-84	123	152	198	188	210	283	335	235	320	225	221	255	234	211	207
85-89	111	112	80	138	139	180	161	160	233	117	136	136	148	158	149
90-99	0	15	55	52	136	36	159	144	135	93	134	89	69	102	108

Quelle: ÖBIG 2008; Statistik Austria, 2006a; eigene Berechnungen
Kommentar: „“ = ohne Ausländer, ICD-10-Codes zu den Diagnosen siehe Legende zu Tab. 67*

Tab. 73: Spitalsentlassungsnebendiagnosen „Alkoholabhängigkeit“ nach Alter und Jahr pro 100000 Einwohner (Frauen)

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
0-4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5-9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10-14	0	1	1	0	1	1	1	1	2	0	0	0	0	0	0
15-19	8	7	5	7	7	18	12	11	13	10	6	8	8	8	8
20-24	4	9	7	12	9	16	18	13	27	15	39	23	22	23	17
25-29	14	18	19	15	17	27	30	26	31	28	36	34	33	30	42
30-34	35	37	41	37	36	67	52	55	56	48	58	62	60	67	60
35-39	52	57	68	79	88	129	116	125	104	95	113	99	99	95	97
40-44	74	77	73	94	109	153	181	167	158	150	167	174	193	159	149
45-49	84	103	87	118	142	194	182	179	167	161	181	178	204	195	193
50-54	78	92	102	99	154	220	219	224	236	181	211	183	198	174	181
55-59	59	72	77	97	129	170	170	184	210	183	213	189	200	166	149
60-64	44	52	69	101	108	133	133	143	156	145	142	154	166	155	153
65-69	25	43	63	67	73	118	107	117	122	92	102	121	122	109	118
70-74	33	51	44	55	63	90	86	103	95	85	71	73	80	83	72
75-79	17	26	32	39	49	76	82	69	68	49	49	65	60	47	48
80-84	18	24	22	21	27	55	54	36	43	41	50	48	36	27	32
85-89	13	13	23	24	28	35	29	48	40	33	30	35	22	20	30
90-99	0	8	16	8	22	10	13	16	16	17	19	13	23	15	10

Quelle: ÖBIG 2008; Statistik Austria, 2006a; eigene Berechnungen, ICD-10-Codes zu den Diagnosen siehe Legende zu Tab. 67
Kommentar: „“ = ohne Ausländerinnen*

8.3 Todesursache „chronische Lebererkrankungen“– Österreich

Tab. 74: An „chronischen Lebererkrankungen“ Gestorbene auf 100.000 Lebende

Jahr	altersstandardisiert (österreichische Standardbevölkerung			nicht standardisiert		
Jahr	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
1970	37,7	10,2	21,5	46,0	15,9	30,1
1971	38,2	10,6	22,0	46,4	16,8	30,7
1972	38,9	9,7	21,8	46,0	15,8	30,0
1973	37,8	10,0	21,5	45,0	15,8	29,6
1974	41,6	11,3	23,9	48,6	17,8	32,4
1975	41,7	11,2	23,9	48,9	17,4	32,3
1976	39,7	10,7	22,8	46,1	16,7	30,6
1977	41,5	11,6	24,3	48,3	17,9	32,3
1978	40,2	10,9	23,3	46,8	16,8	31,0
1979	39,4	11,1	23,1	45,6	17,0	30,5
1980	39,1	11,3	23,2	44,9	17,1	30,3
1981	36,7	10,8	21,9	43,0	16,5	29,0
1982	36,3	10,3	21,5	42,4	15,9	28,4
1983	38,0	12,1	23,3	43,7	17,9	30,1
1984	40,0	10,8	23,5	46,7	16,4	30,8
1985	37,8	11,5	22,8	44,5	17,1	30,1
1986	34,9	10,6	21,2	41,3	16,5	28,3
1987	33,5	10,6	20,6	40,1	16,7	27,8
1988	32,0	9,4	19,2	38,1	14,6	25,8
1989	34,0	10,4	20,8	40,7	16,3	28,0
1990	33,4	10,5	20,6	40,0	16,4	27,7
1991	35,2	11,1	21,9	41,7	17,0	28,9
1992	34,9	11,5	22,1	41,3	17,6	29,0
1993	32,3	10,7	20,5	38,6	16,2	27,1
1994	31,0	10,2	19,7	37,1	15,8	26,1
1995	30,8	10,0	19,5	37,3	15,6	26,1
1996	30,2	9,9	19,2	37,0	15,6	26,0
1997	28,1	8,9	17,7	35,1	14,0	24,3
1998	26,1	8,9	16,8	33,3	14,4	23,6
1999	23,9	8,0	15,4	30,6	13,0	21,6
2000	24,0	8,4	15,6	31,5	13,7	22,4
2001	23,0	8,2	15,0	31,0	13,5	22,0
2002	21,6	7,1	13,8	29,7	11,7	20,4
2003	23,6	6,3	14,4	32,5	10,6	21,2
2004	21,1	7,2	13,7	29,5	11,7	20,4
2005	20,8	6,1	13,0	29,4	9,9	19,4
2006	18,2	5,6	11,5	26,1	9,4	17,4

Quelle: „Statistik Austria (2006a, 2006e, 2007d)
Kommentar: Altersstandardisiert nach WHO „Standardbevölkerung Welt“. Diese Werte unterscheiden sich gravierend von den in der letzten Version des Handbuchs dargebotenen, da letztere auf der „Standardbevölkerung Europa“ basierten.

8.4 Todesursache Leberzirrhose – international

Tab. 75: Altersstandardisierte Sterberaten wegen Leberzirrhose (Standardbevölkerung: European Standard Population)

An Leberzirrhose Gestorbene auf 100.000 Einwohner gleichen Geschlechts	Jahr	Todesursachen insgesamt		Leberzirrhose	
		Männer	Frauen	Männer	Frauen
Bulgarien	2004	1344,6	820,3	25,5	5,9
Dänemark	2001	909,6	627,6	19,4	8,7
Deutschland	2004	790,6	500,8	22,7	8,9
Estland	2005	1469,6	687,1	32,4	13,9
Finnland	2005	826,3	463,9	26,0	9,6
Frankreich	2004	751,6	413,2	17,2	6,2
Griechenland	2005	762,6	532,9	8,1	2,3
Irland	2005	749,2	508,5	6,8	3,9
Italien	2001	762,8	451,2	19,4	9,1
Kroatien	2005	1165,5	681,0	36,9	10,6
Lettland	2005	1607,2	774,0	19,7	11,9
Litauen	2005	1571,5	738,3	39,4	15,3
Luxemburg	2005	776,6	486,2	15,1	7,5
Malta	2005	761,6	527,8	9,2	3,8
Niederlande	2004	786,9	516,8	6,0	2,9
Norwegen	2004	727,4	471,0	7,6	2,8
Österreich	2005	773,4	481,9	26,9	7,8
Polen	2005	1178,2	627,3	23,9	7,3
Portugal	2004	874,7	515,2	21,5	6,3
Rumänien	2004	1356,8	845,8	62,5	29,0
Russische Föderation	2005	2226,6	1034,5	.	.
Schweden	2004	693,5	468,9	7,3	3,5
Schweiz	2004	655,6	415,5	10,3	4,0
Slowakei	2005	1268,7	708,5	38,4	13,8
Slowenien	2005	976,8	554,3	34,0	11,5
Spanien	2004	750,0	415,8	14,9	4,7
Tschechische Republik	2005	1076,7	26,8	25,3	8,9
Ungarn	2005	1373,3	754,7	71,0	22,9
Vereinigtes Königreich 2)	2004	772,7	536,8	14,5	7,5
Zypern	2004	792,5	505,8	8,7	3,7

Quelle: Statistik Austria (2008b)
Kommentar: Standardbevölkerung European Standard Population, Todesursachen nach der internationalen Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen, 9. bzw. 10. Revision (WHO)

8.5 Wohnbevölkerung – Österreich

Tab. 76: Österreichische Wohnbevölkerung

Jahr	bis 14 Jahre männlich	bis 14 Jahre weiblich	ab 15 Jahre männlich	ab 15 Jahre weiblich	Gesamtbev.	Personen jünger als 15 Jahre
1955	815.236	781.923	2.412.451	2.937.275	6.946.885	23,0%
1956	800.368	768.006	2.430.932	2.953.053	6.952.359	22,6%
1957	789.765	757.786	2.449.225	2.969.084	6.965.860	22,2%
1958	787.580	755.526	2.463.015	2.981.237	6.987.358	22,1%
1959	791.238	758.789	2.473.698	2.990.606	7.014.331	22,1%
1960	797.117	763.808	2.485.376	3.001.136	7.047.437	22,1%
1961	811.993	777.509	2.490.689	3.006.108	7.086.299	22,4%
1962	832.027	796.580	2.493.655	3.007.602	7.129.864	22,8%
1963	845.472	810.377	2.505.035	3.014.927	7.175.811	23,1%
1964	856.439	821.762	2.520.283	3.025.317	7.223.801	23,2%
1965	869.270	834.182	2.534.465	3.032.972	7.270.889	23,4%
1966	883.327	847.509	2.550.561	3.040.669	7.322.066	23,6%
1967	898.681	861.398	2.567.246	3.049.673	7.376.998	23,9%
1968	913.055	873.682	2.574.838	3.053.828	7.415.403	24,1%
1969	923.799	883.363	2.578.756	3.055.137	7.441.055	24,3%
1970	930.400	888.859	2.587.630	3.060.197	7.467.086	24,4%
1971	933.322	890.583	2.604.207	3.072.370	7.500.482	24,3%
1972	932.567	890.149	2.630.261	3.091.224	7.544.201	24,2%
1973	927.038	885.923	2.660.553	3.112.601	7.586.115	23,9%
1974	916.041	876.608	2.678.157	3.128.232	7.599.038	23,6%
1975	898.899	861.815	2.681.902	3.136.287	7.578.903	23,2%
1976	878.151	842.936	2.694.707	3.149.731	7.565.525	22,7%
1977	856.183	821.958	2.718.897	3.171.392	7.568.430	22,2%
1978	832.269	798.511	2.740.229	3.191.296	7.562.305	21,6%
1979	807.929	774.125	2.758.141	3.209.230	7.549.425	21,0%
1980	787.666	753.729	2.779.515	3.228.523	7.549.433	20,4%
1981	772.848	738.768	2.807.385	3.249.709	7.568.710	20,0%
1982	757.110	723.738	2.829.884	3.264.985	7.575.717	19,5%
1983	738.328	706.428	2.846.992	3.275.268	7.567.016	19,1%
1984	721.608	690.343	2.868.977	3.289.601	7.570.529	18,7%
1985	708.616	677.095	2.890.167	3.302.383	7.578.261	18,3%
1986	698.552	666.392	2.910.622	3.312.423	7.587.989	18,0%
1987	690.802	657.880	2.929.161	3.320.311	7.598.154	17,8%
1988	687.241	653.113	2.947.540	3.327.385	7.615.279	17,6%
1989	688.059	652.468	2.976.806	3.341.468	7.658.801	17,5%
1990	691.899	655.139	3.018.943	3.363.255	7.729.236	17,4%
1991	699.943	662.369	3.062.889	3.387.770	7.812.971	17,4%
1992	712.279	674.085	3.109.838	3.417.610	7.913.812	17,5%
1993	721.331	683.286	3.146.416	3.440.452	7.991.485	17,6%
1994	725.138	688.272	3.166.542	3.449.765	8.029.717	17,6%
1995	723.614	688.033	3.178.720	3.456.168	8.046.535	17,5%
1996	718.945	684.481	3.191.252	3.464.707	8.059.385	17,4%
1997	713.227	679.394	3.204.085	3.475.476	8.072.182	17,3%
1998	706.914	673.306	3.213.215	3.485.014	8.078.449	17,1%
1999	702.098	668.312	3.226.904	3.494.940	8.092.254	16,9%
2000	696.052	662.262	3.244.852	3.507.078	8.110.244	16,7%
2001	693.464	660.018	3.195.725	3.483.719	8.032.926	16,8%
2002	686.324	653.578	3.214.683	3.498.521	8.053.106	16,6%
2003	683.846	649.659	3.254.736	3.529.513	8.117.754	16,4%
2004	679.934	646.063	3.289.256	3.559.480	8.174.733	16,2%
2005	675.527	641.276	3.321.490	3.587.316	8.225.609	16,0%
2006	668.586	635.321	3.360.072	3.617.969	8.281.948	15,7%
2007	658.911	626.629	3.385.513	3.640.846	8.311.899	15,5%

Quelle: Statistik Austria (2006b, 2007c); eigene Berechnungen

9 Definition und steuerliche Behandlung alkoholischer Getränke

9.1 Alkoholfreie Getränke

9.1.1 Gesetzliche Grundlagen

Wesentliche Definitionen zu alkoholfreien Getränken finden sich unter anderem im

- Biercodex – Kapitel B 13 des Lebensmittelcodex – Stand 1.7.2006 (Kap. 17.1.1.2, S. 391)
- Weingesetz - Bezeichnungsverordnung 1997 idF BGBl. II Nr. 122/2008 (Kap. 17.1.10, S. 428)
- Alkoholsteuergesetz 1994 idF BGBl. I Nr. 161/2005 (Kap. 17.1.15, S. 434)
- Schaumweinsteuergesetz 1995 idF BGBl. I Nr. 57/2004 (Kap. 17.1.14, S. 432)
- Zolltarif der EU (kombinierte Nomenklatur) idF VO (EG) Nr. 301/2007 (Kap. 17.1.6, S. 408).

Die für den folgenden Text relevanten Gesetzesstellen finden sich auszugsweise in den genannten Kapiteln, der volle Wortlaut der Gesetze jeweils im Internet unter www.api.or.at/akis/gesetz.htm.

9.1.2 Was gilt als „alkoholfreies Getränk“

Da alle zuckerhaltigen Früchte und Säfte spontan gären und daher so gut wie immer zumindest geringe Alkoholmengen entstehen, ist es nötig einen Grenzwert zur Abgrenzung alkoholfreier Getränke von alkoholhältigen Getränken anzugeben. Diesbezüglich gibt es allerdings keine einheitlichen, international verbindlichen Grenzwerte.

Im Sinne des für die Versteuerung (Verbrauchsteuern) relevanten Zolltarifs der EU (kombinierte Nomenklatur) gelten Fruchtsäfte mit einem Alkoholgehalt von weniger als 0,5 Vol.-% als „alkoholfreie Getränke“. Eine Ausnahme ist im Zolltarif für Traubensaft vorgesehen, der erst ab einem Alkoholgehalt von 1,0 Vol.-% als alkoholhältig gilt. Bier gilt laut Biercodex bis zu einem Alkoholgehalt von 0,5 Vol.-% als „alkoholfreies Bier“. Als „entalkoholisierter Wein“ nach dem Weingesetz gilt Wein mit einem Alkoholgehalt von 0,5 Vol.-% oder weniger. Laut dem „Global Status Report: Alcohol Policy“ (WHO, 2004) liegt Österreich mit diesen 0,5 Vol.-%-Grenzen am unteren Ende der europäischen Staaten. In vielen nordeuropäischen Staaten sind Grenzwerte über 2 Vol.-% Alkohol üblich (z.B. Dänemark 2,2 Vol.-%, Schweden 2,25 Vol.-%, Norwegen 2,51 Vol.-%, Finnland 2,8 Vol.-%).

Während die 0,5% Vol.-%-Grenze bei Bier in Österreich auch steuerrelevant ist – ab 0,5 Vol.-% wird die Biersteuer fällig, liegt die steuerrelevante Grenze für Spirituosen hinsichtlich Alkoholsteuer (Alkoholsteuergesetz) und für Zwischenerzeugnisse (Schaumweinsteuergesetz) bei 1,2 Vol.-%. Als Wein, Perlwein und Schaumwein – ganz gleich, ob aus Trauben oder Obst hergestellt – gilt ein Getränk erst ab mindestens 1,2 Vol.-% Alkohol (Schaumweinsteuergesetz), was aus steuerlicher Sicht derzeit irrelevant ist, weil auf diese Produkte ohnehin keine Verbrauchsteuer eingehoben wird.

Kennzeichnungspflicht für alkoholhältige Getränke besteht generell erst ab einem Alkoholgehalt von mehr als 1,2 Vol.-% (vgl. Kap. 2.7.7.3, S. 47).

9.2 Bier, bierhaltige Getränke, Radler

9.2.1 Gesetzliche Grundlagen

Wesentliche Definitionen zum Bier finden sich unter anderem im

- Biercodex – Kapitel B 13 des Lebensmittelcodex – Stand 1.7.2006 (Kap. 17.1.1.2, S. 391)
- Biersteuergesetz 1995 idF BGBl. I Nr. 57/2004 (Kap. 17.1.8, S. 412)
- Zolltarif der EU (kombinierte Nomenklatur) idF VO (EG) Nr. 301/2007 (Kap. 17.1.6, S. 408).

Die für den folgenden Text relevanten Gesetzesstellen finden sich auszugsweise in den genannten Kapiteln, der volle Wortlaut der Gesetze jeweils im Internet unter www.api.or.at/akis/gesetz.htm.

9.2.2 Definition von Bier und Biersorten in Österreich

Laut Biercodex ist Bier ein aus Zerealien (Malz), Hopfen und Wasser durch Maischen und Kochen hergestelltes, durch Hefe vergorenes, alkohol- und kohlensäurehältiges Getränk.

Tab. 77: österreichische Biersorten

Biertyp/-sorte	Charakteristik	Stammwürze	Alkoholgehalt
alkoholfreies Bier			max. 0,5 Vol.-%
alkoholarmes Bier			max. 1,9 Vol.-%
Leichtbier	besonders leicht		max. 3,7 Vol.-%
Schankbier	leicht mild, hopfenbitter	9 - 11°	ca. 3,6-4,4 Vol.-%
Vollbier	stärker, vollmundig, mild, hopfenbitter	mind. 11 - 15.9°	ca. 4,4-6,4 Vol.-%
Stark- und Bockbier	stark, vollmundig, würzig, fein gehopft, wird im Allgemeinen zu Weihnachten und Ostern verkauft	mind. 16°	ca. ab 6,4 Vol.-%
Lager-/Märzenbier	ausgewogen malzig, mild, hopfenbitteres untergäriges Vollbier	mind. 11°	ca. ab 4,4 Vol.-%
Pilsbier	erfrischend, hellfärbig, stärker gehopftes Vollbier	mind. 11°	ca. ab 4,4 Vol.-%
Spezialbier	vollmundig, ausgewogen würzig, fein gehopft	mind. 12,5°	ca. ab 5 Vol.-%
Weizenbier	erfrischend, spritzig, kohlensäurereich, schwach gehopft, blank oder hefetrüb; aus mind. 50% Weizenmalz	11° - 13°	ca. 4,4-5,2 Vol.-%
Zwickel-/Kellerbier	vollmundig, unfiltriert; Trübung von Hefe und Eiweißstoffen		
Dunkles Bier	vollmundig, schwach gehopft		
Eis-Bier	helles, im Geschmack sehr frisches Bier; hergestellt nach einem speziellen Brauverfahren		
Radler	Mischgetränk aus Bier und Limonade, üblicherweise im Verhältnis 1:1		

Quelle: Biercodex, vgl. Kap. 17.1.1.2, S. 391, eigene approximative Berechnungen
** = es ist zu beachten, dass alle Biere zwischen 11° und 15,9° Stammwürze gemäß Codex als Vollbiere gelten.*

Die österreichischen Biersorten werden gemäß Biercodex im Wesentlichen nach Stammwürze, Alkoholgehalt und spezifischen Typenbezeichnungen unterschieden. Die näherungsweise Umrechnung von Vol.-% auf Grad Stammwürze und umgekehrt kann durch Multiplikation bzw. Division mit dem Faktor 2,5 erfolgen (vgl. Formel 11, S. 55).

Die in Österreich gebräuchlichen Biersorten werden in Tab. 77, S. 213 in übersichtlicher Form dargestellt. Dort, wo im Biercodex die Stammwürze – und nur diese – angegeben wird, erfolgt eine approximative Umrechnung in Vol.-% Alkohol.

9.2.3 Erzeugung von Bier

Bier wird aus Wasser, Malz und Hopfen hergestellt. Aus diesen Grundstoffen wird die sogenannte „Würze“ – eine zuckerhältige (überwiegend Maltose) Lösung – zubereitet. Diese wird mit Hefe versetzt, um die Alkoholgärung einzuleiten. In der Hauptgärung (Dauer bis zu zehn Tage) wird der überwiegende Teil des vorhandenen Zuckers in Alkohol und Kohlensäure umgewandelt. Im anschließenden Lagerungsprozess, der Nachgärung (Dauer 4 Wochen bis mehrere Monate, je nach Biersorte), werden eine Anreicherung mit natürlicher Kohlensäure und eine Klärung erreicht. Die meisten Biere werden anschließend gefiltert und in Flaschen oder Fässer abgefüllt.

Die „Grädigkeit“ des Bieres wird in Österreich in Grad Plato Stammwürze (Extraktmenge in Gramm je 100 Gramm unvergorener Würze) angegeben. Der Alkoholgehalt des Bieres ist abhängig von der Menge der vergärbaren Anteile in der Stammwürze sowie vom Gär- und Lagerverfahren (vgl. Kap. 3.1.7, S. 54).

„Bierhaltige Getränke“, das sind Mischungen zwischen Bier und alkoholfreien Getränken (z.B. Radler) sowie mit Destillationsalkohol angereichertes Bier, werden steuerlich wie Bier behandelt, wobei im Falle einer Anreicherung durch Destillationsalkohol dieser zuvor bereits der Alkoholsteuer unterzogen war. Ob auch Mischungen aus Bier und Wein der Biersteuer unterliegen, ist rechtlich nicht eindeutig geklärt.

9.3 Wein, Obstwein, Schaumwein, Zwischenerzeugnisse

9.3.1 Gesetzliche Grundlagen

Wesentliche Definitionen zum Wein finden sich unter anderem im

- Weingesetz 1999 idF BGBl. I Nr. 112/2007 (Kap. 17.1.9, S. 414)
- Weingesetz - Bezeichnungsverordnung 1997 idF BGBl. II Nr. 122/2008 (Kap. 17.1.10, S. 428)
- Weinverordnung 1992 idF BGBl. I Nr. 13/2006 (Kap. 17.1.11, S. 430)
- Methodenverordnung 1989 idF BGBl. I. Nr. 141/1999 (Kap. 17.1.12, S. 431)
- Rebenverkehrsgesetz 1996 idF BGBl. I Nr. 110/2002 (Kap. 17.1.13, S. 432)
- Schaumweinsteuergesetz 1995 idF BGBl. I Nr. 57/2004 (Kap. 17.1.14, S. 432)
- in den Weinbaugesetzen der Länder (hier nicht angeführt)
- Zolltarif der EU (kombinierte Nomenklatur) idF VO (EG) Nr. 301/2007 (Kap. 17.1.6, S. 408).

Die für den folgenden Text relevanten Gesetzesstellen finden sich auszugsweise in den genannten Kapiteln, der volle Wortlaut der Gesetze jeweils im Internet unter www.api.or.at/akis/gesetz.htm.

9.3.2 Definition von Wein, Obstwein, Schaumwein und Zwischenerzeugnis

9.3.2.1 Definition von Wein und Obstwein

Das österreichische Weingesetz 1985 definierte Wein im § 1. (1) folgendermaßen: „Wein im Sinne dieses Bundesgesetzes ist das durch alkoholische Gärung aus dem Saft frischer und für die Weinbereitung geeigneter Weintrauben hergestellte Getränk." Diese Definition entspricht nach wie vor dem Alltagsverständnis von „Wein im engeren Sinn", wenngleich das Weingesetz 1999 novelliert und im Zuge der Novellierung diese Definition gestrichen wurde.

„Wein" im Sinne des Weingesetzes 1999 idF BGBl. I Nr. 87/2005 schließt eine Fülle von unterschiedlichen Produkten ein, die den Positionen 2204 bis 2206 des Zolltarif der EU entsprechen, wie Traubenwein, Obstwein, aromatisierten Wein, Perlwein, Schaumwein, weinhaltige Getränke und Weinmischgetränke, sofern bestimmte Bedingungen erfüllt sind. Da „Wein" im Sinne des österreichischen Weingesetzes in eine Fülle von Unterkategorien unterteilt wird, die recht präzise definiert werden, ist weitgehende Eindeutigkeit gegeben, wenngleich die Oberkategorie „Wein im weiteren Sinn" hier extrem weit gefasst wird.

Auch das Schaumweinsteuergesetz ist wie das Weingesetz an den Positionen 2204 bis 2206 des Zolltarif der EU orientiert, unterteilt aber aus steuerrechtlichen Gründen die Produktpalette in Wein, Schaumwein und Zwischenerzeugnisse. Um die Kategorisierung nachvollziehen zu können, ist es zunächst zweckmäßig die zur Diskussion stehenden Produkte zu klassifizieren.

Die **vergärbaren Extrakte** (Zuckeranteil) im gepressten Weintrauben-, Kernobst-, Steinobst- oder Beerensaft werden über das „ursprüngliche Mostgewicht" in „Grad Klosterneuburger Mostwaage (KMW)" erfasst (Kap. 3.1.8, S. 56).

Hinsichtlich des Alkoholgehalts unterscheidet der Zolltarif der EU zwischen:

- **vorhandenem Alkoholgehalt:** Vol.-% Reinalkohol im Erzeugnis bei einer Temperatur von 20° Celsius
- **potenziellem Alkoholgehalt:** Vol.-% Reinalkohol, die durch vollständiges Vergären des enthaltenen Zuckers gebildet werden könnte
- **Gesamtalkoholgehalt:** die Summe des vorhandenen und des potenziellen Alkoholgehalts
- **natürlichem Alkoholgehalt:** Gesamtalkoholgehalt des Erzeugnisses, der durch vollständige Gärung ohne Zuckeranreicherung möglich ist

Anhand des Ausgangsprodukts unterscheidet man unter anderem:

- **Traubenwein:** aus Weintrauben und
- **Obstwein:** aus Steinobst, Kernobst oder Beerenobst
- **andere vergorene Getränke**, die weder als Traubenwein, noch als Obstwein, noch als Bier zu bezeichnen sind – wie z.B. Reiswein

Anhand des Kohlesäuregehaltes unterscheidet man:

- **Stillwein** (Kohlensäuredruck unter 1 bar bei 20° Celsius)
- **Perlwein natürlich entstanden** (Kohlensäuredruck zwischen 1 und 2,5 bar bei 20° Celsius)
- **Perlwein mit zugesetzter Kohlensäure** (Kohlensäuredruck zwischen 1 und 2,5 bar bei 20° Celsius)

- **Schaumwein natürlich entstanden** (Kohlensäuredruck von mindestens 3 bar bei 20° Celsius)
- **Schaumwein mit zugesetzter Kohlensäure** (Kohlensäuredruck von mindestens 3 bar bei 20° Celsius)

Ob der Wein aromatisiert wurde:
- **nicht aromatisierte Weine**
- **aromatisierte Weine**

Ob der Most vor der Vergärung aufgezuckert wurde:
- **ohne Anreicherung** hergestellt
- **mit Anreicherung** hergestellt – wobei hier sowohl aufzuckern als auch die Verwendung von Fruchtsaftkonzentrat möglich ist

Ob der unvergorene Saft mit Brennalkohol aufgespritet wurde:
- enthaltene Alkohol **ausschließlich durch Gärung** entstanden
- **aufgespritete Weine**

Ob und in welchem Ausmaß der Wein mit alkoholfreien Getränken vermischt wurde:
- **Wein**, d.h. Vermischung
- **weinhältige Getränke** mit Weinanteil von mindestens 50%
- **Weinmischgetränke** mit einem Weinanteil zwischen 15% und 50%

Unterkategorien im Sinne des Weingesetz - Bezeichnungsverordnung 1997 idF BGBl. II Nr. 122/2008:
- „**Weinbauerzeugnisse**“ sind Getränke, die aus Weintrauben erzeugt werden, wobei in gewissem Umfang der Zusatz von Zucker, Destillationsalkohol und Kohlensäure zulässig ist, konkret Tafelwein, Landwein, Qualitätswein, entalkoholisierter und alkoholarmer Wein sowie Likörwein, Schaumwein, Schaumwein mit zugesetzter Kohlensäure, Perlwein und Perlwein mit zugesetzter Kohlensäure.
- „**aromatisierte Getränke**“ sind aromatisierte Weine, aromatisierte weinhaltige Getränke und aromatisierte weinhaltige Cocktails, die allenfalls mit Zusatz von Kohlendioxid hergestellt wurden.
- „**weinhaltige Getränke**“ sind Getränke, die unter Verwendung von Weinbauerzeugnissen und allenfalls mit Zusatz von Kohlendioxid hergestellt wurden und mindestens 50% Weinbauerzeugnisse enthalten.
- „**Weinmischgetränke**“ sind Getränke, die unter Verwendung von Weinbauerzeugnissen und allenfalls mit Zusatz von Kohlendioxid hergestellt wurden und zwischen 15% und 50% Weinbauerzeugnisse enthalten.
- „**G’spritzter**“ ist ein weinhaltiges Getränk, das mindestens zu 50% Wein, der ausschließlich aus Trauben von Qualitätsweinrebsorten bereitet wurde und höchstens zu 50% aus Sodawasser oder natürlichem Mineralwasser besteht und das einen Alkoholgehalt von mindestens 4,5 Vol.-% aufweist.
- „**Sturm**“ ist Traubenmost im Zustand der Gärung mit einem Alkoholgehalt von mindestens 1,0 Vol.-% und darf nur zwischen 1. August und 31. Dezember des jeweiligen Erntejahres in Verkehr gebracht werden.

Unterkategorien von Traubenweinen im Sinne des Weingesetz 1999 idF BGBl. I Nr. 112/2007 **und des** Zolltarif der EU (kombinierte Nomenklatur) idF VO (EG) Nr. 301/2007**:**

- „**weinhaltige Getränke**“ sind Getränke, die einen Anteil an Tafelwein, Landwein, Qualitätswein, entalkoholisiertem Wein, alkoholarmem Wein, Likörwein, Schaumwein, Schaumwein mit zugesetzter Kohlensäure, Perlwein oder Perlwein mit zugesetzter Kohlensäure von mindestens 50 Vol.-% aufweisen.
- „**entalkoholisierte Weine**“ sind Getränke aus Tafelwein, Landwein oder Qualitätswein, deren Alkoholgehalt im Wege einer geeigneten und schonenden Entgeistung auf 0,5 Vol.-% oder weniger abgesenkt wurde.
- „**alkoholarme Weine**“ sind Getränke, die entweder wie entalkoholisierter Wein oder durch Verschnitt von entalkoholisiertem Wein mit Tafelwein, Landwein oder Qualitätswein hergestellt wurden und einen Alkoholgehalt von mehr als 0,5 Vol.-%, aber höchstens 5,0 Vol.-% haben.
- „**Traubenmost**“ besteht ausschließlich aus Traubensaft und darf maximal einen Alkoholgehalt von 1,0 Vol.-% aufweisen.
- „**Brennweine**“ ist der Grundwein in der Herstellung von Weingeist oder Weinbrand; konkret ein durchgegorener Wein ohne Restzucker, dem ein Weindestillat von bis zu 86 Vol.-% Alkohol zugesetzt wird, wodurch der Brennwein dann einen Alkohol-Gehalt von 18-24 Vol.-% Alkohol hat. Mit diesem erfolgt dann die weitere Destillation.
- „**Likörweine**“ sind alkoholangereicherte Weine mit einem Alkoholgehalt zwischen 15-22 Vol.-%, deren Gesamtalkoholgehalt mindestens 17,5 Vol.-% betragen muss.

„**Traubenwein**“ wird **im Weingesetz** nach der Qualität aufsteigend in Tafelwein, Landwein, Qualitätswein, Kabinettwein und Prädikatswein unterteilt:

- „**Tafelwein**“: Wird die Höchstmenge von 9000 kg Weintrauben oder 6750 Liter Wein je Hektar im Rebflächenverzeichnis eingetragener und bepflanzter Weingartenfläche für Landwein, Qualitätswein und Prädikatswein überschritten, so darf die gesamte Menge der Ernte eines Jahrganges nur als Tafelwein in Verkehr gebracht werden.
- „**Landwein**“ besteht ausschließlich aus Qualitätsweinrebsorten einer einzigen Weinbauregion. Der Saft der Weintrauben muss ein Mostgewicht von mindestens 14° KMW aufgewiesen haben, eine der Bezeichnung typische Eigenart aufweisen und muss einen Gesamtsäuregehalt von mindestens 4 g je Liter haben.
- „**Qualitätswein**“ besteht ausschließlich aus Qualitätsweinrebsorten einer einzigen Weinbauregion und muss in der Region oder einer angrenzenden hergestellt worden sein. Der Saft der Weintrauben muss ein Mostgewicht von mindestens 15° KMW aufgewiesen haben, eine der Bezeichnung typische Eigenart aufweisen und bei der sensorischen Prüfung festgelegten Mindesterfordernissen entsprechen. Der vorhandene Alkoholgehalt muss mindestens 9,0 Vol.-%, bei Prädikatswein mindestens 5,0 Vol.-% betragen und muss einen Gesamtsäuregehalt von mindestens 4 g je Liter haben.
- „**Kabinettwein**“ ist „Qualitätswein“, bei dem der Saft der Weintrauben ein Mostgewicht von mindestens 15° KMW aufgewiesen hat, keine Anreicherung stattgefunden hat, der Gehalt an unvergorenem Zucker höchstens 9 g je Liter betrug, mit einem Gesamtalkoholgehalt von höchstens 13 Vol.-%, bei dem keine Süßung stattgefunden hat.
- „**Prädikatsweine**“ sind folgende Weine:

- „**Spätlesewein**“ ist Wein aus Trauben, die in vollreifem Zustand geerntet worden sind und deren Saft ein Mostgewicht von mindestens 19° KMW aufgewiesen hat;
- „**Auslesewein**“ ist Spätlesewein, der ausschließlich aus sorgfältig ausgelesenen Trauben – unter Aussonderung aller nicht vollreifen, fehlerhaften und kranken Beeren – gewonnen wurde und deren Saft ein Mostgewicht von mindestens 21° KMW aufgewiesen hat;
- „**Beerenauslesewein**“ ist Wein aus dem Saft überreifer und/oder edelfauler Beeren, deren Saft ein Mostgewicht von mindestens 25° KMW aufgewiesen hat;
- „**Ausbruchwein**“ ist Wein, der ausschließlich aus edelfaulen oder überreifen, auf natürliche Weise eingetrockneten Beeren stammt. Zur besseren Auslaugung des natürlichen Zuckergehaltes kann frisch gekelterter Traubenmost oder Wein, der Spätlese, Auslese oder Beerenauslese entspricht und derselben Lage entstammt, dem Lesegut zugesetzt werden; der daraus gewonnene Saft muss ein Mostgewicht von mindestens 27° KMW aufweisen;
- „**Trockenbeerenauslese**“ ist Beerenauslese aus größtenteils edelfaulen, weitgehend eingeschrumpften Beeren, deren Saft ein Mostgewicht von mindestens 30° KMW aufgewiesen hat;
- „**Eiswein**“ ist Wein, der ausschließlich aus Weintrauben hergestellt wurde, die bei der Lese und der Kelterung gefroren waren und deren Saft ein Mostgewicht von mindestens 25° KMW aufgewiesen hat;
- „**Strohwein**“ oder „**Schilfwein**“ ist Wein aus vollreifen und zuckerreichen Beeren, die vor der Kelterung mindestens zwei Monate auf Stroh oder Schilf gelagert oder an Schnüren aufgehängt waren und deren Saft ein Mostgewicht von mindestens 25° KMW aufgewiesen hat.

9.3.2.2 Die drei Kategorien des Schaumweingesetzes

Das Schaumweinsteuergesetz 1995 idF BGBl. I Nr. 57/2004 unterscheidet zwischen folgenden drei Kategorien:

Schaumwein (Kohlensäureüberdruck von mindestens 3 bar bei 20° Celsius), wobei die Basis sowohl Traubenwein als auch aromatisierter Wein als auch Obstwein sein kann. Der Alkoholgehalt kann zwischen 1,2 und 15 Vol.-% liegen, wobei maximal auf 13 Vol.-% aufgespritet werden kann. Schaumwein zwischen 13 und 15 Vol.-% muss durch natürliche Gärung entstanden sein, der Most kann aber aufgezuckert sein.

Wein ist weitgehend analog zu Schaumwein definiert – allerdings muss der Kohlensäuredruck unter 3 bar liegen, damit er nicht als Schaumwein gilt. Aufspriten ist bis maximal 10 Vol.-% und Aufzuckern des Mostes bis maximal 15 Vol.-% zulässig. Da die für die Gärung verantwortlichen Weinhefen unter günstigen Bedingungen 18 Vol.-% Alkohol aushalten, die Gärung also spätestens bei einem Alkoholgehalt von 18 Vol.-% stoppt, ist die natürliche Alkoholobergrenze durch Gärung 18 Vol.-%.

Zwischenerzeugnisse sind alle Produkte auf Traubenwein oder Obstweinbasis bis zu einer Grenze von 22 Vol.-%, die nicht als Schaumwein, Wein oder Spirituosen zu klassifizieren sind. Produkte ab 22 Vol.-% Alkohol gelten steuerrechtlich grundsätzlich als Ethylalkohol (Spirituosen) und sind damit alkoholsteuerpflichtig.

9.3.2.3 Definition von Obstwein

Unterkategorien von Obstweinen im Sinne des Weingesetz 1999 idF BGBl. I Nr. 112/2007:

- **Obstwein** ist das durch alkoholische Gärung des Saftes, von Saftkonzentrat oder der Maische von Kern-, Stein-, Beeren- oder sonstigem Obst hergestellte Getränk, mit mindestens 1,2 Vol.-% Alkohol.
- **Qualitätsobstwein** ist Obstwein mit mindestens 5 Vol.-% Alkohol.
- **Obstwein** unter dem Titel „aus traditionell bäuerlicher Herstellung“ muss ohne Zusatz von Wasser, Zucker, Fruchtsaftkonzentrat, Süßungsmittel, Farbstoffe oder sonstigen Zusatzstoffe, ausgenommen Schwefeldioxyd, erzeugt werden.
- **Obstdessertwein** ist mit Alkohol und/oder Obstbrand, Zucker, Fruchtsaft und/oder Fruchtsaftkonzentrat versetzter Obstwein mit zwischen 13 und 22 Vol.-% Alkoholgehalt, der – den Alkohol in Zucker umgerechnet – mehr als 260 g Zucker pro Liter Getränk enthält.
- **Aromatisierter Obstwein** muss mindestens 75 % Obstwein enthalten, einen Alkoholgehalt zwischen 13 und 22 Vol.-% aufweisen, darf darüber hinaus mit Fruchtsaft, Fruchtsaftkonzentrat, Alkohol, Obstbrand sowie Zucker versetzt werden und muss Aromastoffe enthalten.
- **Aromatisiertes obstweinhaltiges Getränk** muss mindestens 50% Obstwein enthalten, einen Alkoholgehalt zwischen 1,2 **und** weniger als 13 Vol.-% aufweisen, darf darüber hinaus mit Fruchtsaft, Fruchtsaftkonzentrat, Alkohol, Obstbrand sowie Zucker versetzt werden und muss Aromastoffe enthalten.
- **Zider** ist ein Getränk aus einem Gemenge von Fruchtsaft mit Obstwein derselben Obstartgruppe, das bis zu 5 Vol.-% Alkohol und einen Kohlensäureüberdruck von höchstens 2,5 bar bei 20° C aufweist, der Alkoholgehalt, einschließlich des auf Alkohol umgerechneten noch vorhandenen Zuckers, darf 8 Vol.-% nicht überschreiten.
- **Obstperlwein** ist ein Obstwein, der einen vorhandenen Alkoholgehalt von mind. 5 Vol.-% und einen Kohlensäureüberdruck zwischen 1,0 bar und 2,5 bar bei 20° C aufweist.
- **Obstschaumwein** ist ein schäumender Obstwein, der durch alkoholische Gärung aus Fruchtsaft oder zweite alkoholische Gärung von Obstwein gewonnen wurde und einen Kohlensäureüberdruck bei 20° C von mindestens 3 bar aufweist.
- **Obstweinhaltige Getränke** sind Getränke, die aus Obstwein und allenfalls mit Zusatz von Kohlensäure, Zucker, Fruchtsaft, Fruchtsaftkonzentrat sowie Wasser hergestellt wurde, mit mindestens 1,2 Vol.-% Alkohol und einen Grundobstweinanteil von mindestens 50 %.
- **Most** ist Kernobstwein.

Für die Erzeugung von Traubenwein werden die Bestimmungen der EU-Verordnung (VO-EWG) Nr. 822/87 angewendet. Die österreichischen Weinbaugebiete sind der Weinbauzone B zugeordnet und für diese gilt, dass die Trauben einen „Mindestgehalt an natürlichem Alkohol" von 6% Vol. erreichen müssen, dass die Weintrauben daher eine Mindestreife von 10,6°KMW erreichen müssen (Österreichisches Weinmarketing Service GesmbH, 2006).

Laut Weingesetz darf bei Beeren- und Steinobstweinen nur soweit aufgezuckert oder der Saft konzentriert werden, dass der Gesamtalkohol (Alkohol plus der potentielle Alkohol in Form von Restzucker) 13 Vol.-% nicht überschreitet. Beim Kernobstwein dürfen 8 Vol.-% nicht überschritten werden.

Für Qualitätsobstwein oder Qualitätsobstmost aus Äpfeln oder Birnen darf ein Alkoholwert von 5 Vol.-% nicht unterschritten werden (vgl. § 44 Weingesetz, Kap. 17.1.10, S. 428). Fruchtsaft mit weniger als 0,5 Vol.-% Alkohol gilt als Fruchtsaft (alkoholfrei), bei Traubensaft liegt die entsprechende Grenze bei 1,0 Vol.-% Alkohol.

Für natürliche Weine, die nicht aufgezuckert werden, gibt es keine gesetzliche Alkoholobergrenze aber eine natürliche Grenze von rund 18 Vol.-%, da ab diesem Alkoholgehalt die Gärung stoppt.

9.3.2.4 Schaumwein

Schaumwein im Sinne dieses Schaumweinsteuergesetzes sind alle Getränke, die in Flaschen mit Schaumweinstopfen, die durch eine besondere Haltevorrichtung befestigt sind, die bei +20 Grad C einen Kohlendioxidüberdruck von 3 bar oder mehr aufweisen, aus Weintrauben oder anderen Früchten durch Gärung entstandenen sind und im Falle von Traubenwein maximal 15 Vol.-% und im Fall von Obstwein maximal 13 Vol.-% Alkoholgehalt haben.

9.3.2.5 Zwischenerzeugnisse

Die Kategorie „Zwischenerzeugnisse“ gibt es in Österreich erst seit dem EU-Beitritt 1995. Darüber, was „Zwischenerzeugnisse“ sind, gibt es in den einzelnen EU-Staaten allerdings etwas unterschiedliche Interpretationen. Gemeinsam ist allen Interpretationen, dass „Zwischenerzeugnisse“ Produkte sind, die aus einem vergorenen Getränk (Traubenwein oder Obstwein) und Destillationsalkohol (trinkbare Spirituosen oder Reinalkohol) bestehen, einen Alkoholgehalt von mehr als 0,5 Vol.-% Alkohol aufweisen (sonst gelten sie als alkoholfrei) und weniger als 22 Vol.-% aufweisen (sonst gelten sie als „Spirituosen“). Mischungen von Spirituosen, Traubenwein, Obstwein bzw. Bier ausschließlich mit alkoholfreien Getränken – das inkludiert die derzeit am Markt befindlichen „Alkopops – sind im Sinne des Zolltarifs nicht als „Zwischenerzeugnisse“ zu klassifizieren.

Nach einer zolltarifarischen Behördenentscheidung ist ein Gemisch aus Bier und Destillationsalkohol nicht als „Zwischenerzeugnis“ zu klassifizieren, da die beiden Bestandteile Bier und Spirituosen bereits mit einer alkoholspezifischen Verbrauchsabgabe belegt sind.

Besonders kompliziert wird das Ganze noch durch den Umstand, dass Traubenweine, die mit Spirituosen versetzt wurden (aufgespritet) und weniger als 22 Vol.-% Alkoholgehalt aufweisen, im Zolltarif teilweise als „Weine“ im Sinne des Weingesetzes und teilweise als „Zwischenerzeugnisse“ klassifiziert werden, wobei aufgespritete Traubenweine zwischen 10 Vol.-% und 22 Vol.-% Alkoholgehalt unabhängig von dieser Klassifikation aber steuerrechtlich als „Zwischenerzeugnisse“ behandelt werden und damit auch zwischenerzeugnissteuerpflichtig sind. Da die Regelungen im Zolltarif ganz besonders den mit Alkohol aufgespritzten Traubenwein betreffend nicht ganz eindeutig sind, muss die Frage, ob ein neues alkoholisches Getränk als „Zwischenerzeugnis“ zu klassifizieren ist von der zuständigen Finanzbehörde jeweils individuell entschieden werden.

Aufgespritete Trauben- und Obstweine gelten ab einem Alkoholgehalt von 10 Vol.-% als „Zwischenerzeugnisse“ und sind damit zwischenerzeugnissteuerpflichtig. Anders als bei Traubenweinen gelten Obstweine, die durch natürliche Gärung mehr als 15 Vol.-% Alkohol erreichen (z.B. manche Reisweine), als „Zwischenerzeugnisse“ im Sinne des Zolltarifs.

Der Begriff „Zwischenerzeugnisse“ wird im Schaumweingesetz (Kap. 17.1.14, S. 432) als vergorene Getränke oder Mischungen mit vergorenen Getränken (Positionen 2204, 2205 und 2206 der Kombinierten Nomenklatur, Kap. 17.1.6.2, S. 409) mit einem Alkoholgehalt von mehr als 1,2 Vol.-% bis 22 Vol.-%, definiert, sofern das Produkt nicht als Schaumwein, Wein oder Bier zu klassifizieren ist.

Ist der Weinanteil geringer als der Spirituosenanteil, so ist das Produkt nicht als Zwischenerzeugnis, sondern als Spirituose zu klassifizieren. Als Besonderheit kommt für Zwischenerzeugnisse hinzu, dass der zur Verarbeitung gelangende Alkohol bereits mit der Alkoholsteuer belastet ist, aber nicht entlastet werden kann, da dafür keine Steuerbefreiung vorgesehen ist. Ergänzend zu erwähnen ist noch, dass bei der Herstellung von Zwischenerzeugnissen ohne Bewilligung eine Steuerschuld nicht entsteht, sofern die für die Bestandteile („Alkohol“, alkoholische Getränke) entrichteten Verbrauchsteuern insgesamt nicht niedriger sind als die Steuer für das Zwischenerzeugnis. Für die gewerbliche Schaumwein- und Zwischenerzeugnisproduktion ist eine Bewilligung der Steuerbehörde (Zollamt) nötig.

Quelle: Technische Untersuchungsanstalt der Bundesfinanzverwaltung, Körmer (2003), Hafenscher (2006)

9.3.3 Erzeugung von Wein, Obstwein, Schaumwein

Die Wissenschaft von Weinbau und Weinerzeugung ist die Önologie. Wein (Traubenwein) entsteht durch Gärung aus dem Saft von Weintrauben, Obstweine durch Gärung des Saftes, von Saftkonzentrat oder der Maische von Kern-, Stein-, Beeren- oder sonstigem Obst. Schaumweine entstehen durch Gärung von Weintrauben oder anderen Früchten in Flaschen mit Schaumweinstopfen, die durch eine besondere Haltevorrichtung befestigt sind.

9.4 Spirituosen

9.4.1 Gesetzliche Grundlagen

Wesentliche Definitionen zu Spirituosen finden sich unter anderem im

- Spirituosencodex – Kapitel B 23 „Spirituosen“ des Lebensmittelcodex – Stand 1.7.2006 (Kap. 17.1.1.3, S. 395)
- Schaumweinsteuergesetz 1995 idF BGBl. I Nr. 57/2004 (Kap. 17.1.14, S. 432)
- Alkoholsteuergesetz 1994 idF BGBl. I Nr. 161/2005 (Kap. 17.1.15, S. 434)
- Abfindungsverordnung 1995 idF BGBl. II Nr. 319/2006 (Kap. 17.1.16, S. 438)
- Vergällung und Vergällungsverordnung, StF BGBl. Nr. 41/1955 (Kap. 17.1.17, S. 439)
- Bestimmungen über neutralen Alkohol nach ÖNORM C 3001 - 1. September 1997 (Kap. 17.1.18, S. 440)
- Zolltarif der EU (kombinierte Nomenklatur) idF VO (EG) Nr. 301/2007 (Kap. 17.1.6, S. 408).

Die für den folgenden Text relevanten Gesetzesstellen finden sich auszugsweise oder vollständig in Kap. 17, S. 389, der volle Wortlaut jeweils im Internet unter www.api.or.at/akis/gesetz.htm.

9.4.2 Definition von Spirituosen

Der Begriff Spirituosen enthält den lateinischen Ausdruck „Spiritus“ – d.h. Hauch, Atem, (Lebens)geist – und bedeutet damit „geistige Getränke“. Die genaue Abgrenzung, was nun als „Spirituose“ gilt und was nicht, ist allerdings nicht ganz einfach:

Umgangssprachlich werden unter „Spirituosen“ stark alkoholische Getränke wie Branntwein und Liköre verstanden (Duden, Fremdwörterbuch, 1997).

Für die Definition von Spirituosen im rechtlichen Sinn sind einerseits der österreichische Spirituosencodex und andererseits der Europäischen Zolltarif relevant.

Im Sinne des österreichischen **Spirituosencodex** ist eine „Spirituose“ ein alkoholisches Getränk mit mindestens 15 Vol.-% Alkoholgehalt. Die Spirituosen betreffenden Begriffsbestimmungen, Definitionen, zulässigen Erzeugungsmethoden etc. finden sich im „Spirituosencodex“. Dieser Kodex definiert Spirituosen als alle zum menschlichen Genuss bestimmten Getränke, in denen aus vergorenen zuckerhältigen Stoffen durch Brennverfahren gewonnener Alkohol als ein wertbestimmender Bestandteil enthalten ist und deren Mindestalkoholgehalt – vorbehaltlich abweichender Regelungen – 15 Vol.-% beträgt. Da der durch natürliche Gärung erreichbare maximale Alkoholgehalt 18 Vol.-% beträgt, gelten alle alkoholischen Getränke mit höherem Alkoholgehalt grundsätzlich als Spirituosen oder Zwischenerzeugnisse.

Im Sinne des für die Versteuerung relevanten **Zolltarifs** sind alle Getränke, die nicht in die Kategorien Bier, Traubenwein, Obstwein oder Zwischenerzeugnisse fallen alkoholsteuerpflichtige Spirituosen, wobei der Zolltarif allerdings nicht den Begriff „Spirituosen“, sondern den Begriff „andere alkoholische Getränke“ verwendet (Position 2207 und 2208 der kombinierten Nomenklatur, Kap. 17.1.6, S. 408). Alkoholische Getränke ab einem Alkoholgehalt von 22 Vol.-% sind nach dem Zolltarif in allen Fällen als alkoholsteuerpflichtige „andere alkoholische Getränke“ zu klassifizieren.

9.4.3 Erzeugung von Alkohol bzw. Spirituosen

Die Erhebung von Verbrauchsteuern auf Tabak, Mineralöl, Bier, Schaumwein und andere alkoholische Getränke obliegt seit dem EU-Beitritt sowohl bei der Einfuhr als auch bei der Erzeugung im Inland der Zollverwaltung. Das anzuwendende Steuerverfahren ist EU-weit vereinheitlicht, nicht aber die Steuersätze. Mit Ausnahme der Tabaksteuer handelt es sich um gemeinschaftliche Bundesabgaben, deren Ertrag Bund, Ländern und Gemeinden anteilig zufließt.

Die Herstellung von Alkohol (Destillation, Einsatz von besonderen Membranen oder auch durch Positionssprung in der Kombinierten Nomenklatur, Kap. 17.1.6.2, S. 409) ist nur soweit möglich, als dies nach den Bestimmungen des Alkoholsteuergesetzes erlaubt ist. Das gilt auch für private Produzenten, welche nicht gewerblich (also ohne am allgemeinen wirtschaftlichen Verkehr teilzunehmen) produzieren. In Österreich hergestellter oder nach Österreich gebrachter Alkohol oder daraus hergestellte Waren unterliegen, soweit keine Befreiung vorgesehen ist, einer Verbrauchsteuer, der Alkoholsteuer. Für Verbrauchsteuern gilt in der EU allgemein das Bestimmungslandprinzip, nach welchem die Besteuerung dort erfolgt, wo die Ware dem Verbrauch zugeführt wird. Bis zu diesem Zeitpunkt kann die Ware im Aussetzungsverfahren (was soviel wie eine Stundung bedeutet) hergestellt, verarbeitet, gelagert und versandt werden. Als solche Betriebstypen sind Steuerlager (Verschlussbrennerei [Kap. 9.4.3.1, S. 223] und Alkohollager) sowie Verwendungsbetriebe

zugelassen. Aber auch sog. berechtigte Empfänger können alkoholsteuerpflichtige Waren aus Mitgliedstaaten empfangen.

Die Herstellung von Alkohol ist in Österreich grundsätzlich nur in Verschlussbrennereien erlaubt. Für Kleinerzeuger gibt es aber noch das Instrument der Abfindung (Kap. 9.4.3.2, S. 223). Alle mit Alkohol im Zusammenhang stehenden Einrichtungen (Grundstücke, Gebäude, Transportmittel, Geräte und Vorrichtungen etc.) unterliegen der amtlichen Aufsicht. Vorrichtungen zur Erzeugung von Alkohol mit einem Rauminhalt ab 2 Liter sind beim zuständigen Zollamt registrierungspflichtig (Herstellung, Kauf, Verkauf). Spirituosen, welche in Verkehr gebracht werden, haben dem Lebensmittelcodex (Kap. 17.1.1.3, S. 395) zu entsprechen.

9.4.3.1 Herstellung in einer „Verschlussbrennerei“

Unter einer Verschlussbrennerei versteht man einen Betrieb oder Teil eines Betriebs (abgegrenzter Raum), in welchem sich eine verschlusssicher eingerichtete (mit amtlichen Verschlüssen versehene) Herstellungsanlage befindet. Die in solchen Brennereien hergestellte Alkoholmenge wird durch geeignete Vorrichtungen (Messuhr oder Sammelgefäß) erfasst. Für die Errichtung einer Verschlussbrennerei ist – neben allfälligen gewerberechtlichen Erfordernissen – eine Bewilligung des zuständigen Zollamts erforderlich.

9.4.3.2 Herstellung unter „Abfindung“

Grundvoraussetzung für diese Versteuerungsart ist der Besitz von selbstgewonnenen alkoholbildenden Stoffen und die Verwendung eines „einfachen Brenngerätes“ (Größenbeschränkung, einfache technische Ausstattung etc.). Ein Zukauf von Stoffen ist grundsätzlich nicht gestattet. Die zu versteuernden Alkoholmengen werden aus den zu erwartenden Alkoholausbeuten – in Abhängigkeit von den verwendeten Stoffen (Obstsorte, Getreidesorte etc.; siehe dazu Abfindungsverordnung im Kap. 17.1.16, S. 438) – bestimmt. Die Brenndauer ist entsprechend der Leistungsfähigkeit des eingesetzten Brenngeräts und der Maischemenge zu ermitteln. Vor Beginn des Brennbetriebs hat eine entsprechende Anmeldung bei der Steuerbehörde zu erfolgen.

Um Missbrauch zu verhindern, werden außerhalb der angemeldeten Brennzeiten die Brenngeräte amtlich gesichert (verplombt).

9.4.3.3 Unter Abfindung hergestellter „Hausbrand“

Als „Hausbrand“ bezeichnet man jene Menge, die im Rahmen von land- und forstwirtschaftlichen Betrieben unter Abfindung für den Berechtigten selbst und bestimmte Haushaltsangehörige steuerfrei gebrannt werden kann. Die Menge beträgt für den Berechtigten selbst 15 Liter und für bestimmte Haushaltsangehörige ab vollendetem 19. Lebensjahr (mit Ausnahme der Ehegatten) 3 Liter (in Vorarlberg und Tirol 6 Liter) steuerfrei; pro Betrieb darf dabei allerdings eine Höchstmenge von 27 Litern in Vorarlberg und 51 Liter in Tirol nicht überschritten werden.

9.5 Alkopops, Radler und andere alkoholhältige Mischgetränke

Alkopops stellen derzeit in der Öffentlichkeit ein sehr wichtiges Thema dar, obwohl es sich beim Anteil der Alkopops am Gesamtalkoholkonsum um eine vernachlässigbare Größe handelt. Alkopops waren die Antwort der Alkoholindustrie auf den rückläufigen Alkoholkonsum und zielen von ihrem Marketing her vor allem auf jugendliches Publikum, weswegen Alkopops schon seit einigen Jahren zentraler Inhalt der alkoholpolitischen Diskussion sind. Alkopops (auch als „Premixgetränke", „Ready to Drink – RTD" oder „Designer Drinks" bezeichnet) sind fertig gemixte, süße, kohlensäurehältige Limonaden, die mit Spirituosen, Bier, Sekt oder Wein gemischt sind und in poppiger Aufmachung verkauft werden.

Klassische Alkopops existieren auf dem europäischen Markt seit 1995, in Deutschland und Österreich sind sie seit 2003 Gegenstand einer öffentlichen Diskussion. Der Hauptkritikpunkt an der Einführung der Alkopops durch die Industrie ist, dass diese von der poppigen Aufmachung und dem besonderen Marketing her ganz speziell auf ein junges Publikum zielen, und dass man infolge des hohen Zuckergehalts den Alkoholgehalt kaum bis gar nicht schmeckt, was – insbesondere bei alkoholunerfahrenen Jugendlichen – leicht zu einer Unterschätzung des konsumierten Alkohols führen kann. Alkopops haben meist einen Alkoholgehalt zwischen 5 und 6 Vol.-% Alkohol und werden in der Regel in 275 ml Flaschen angeboten. Es gibt aber auch Alkopops mit einem erheblich höheren Alkoholgehalt und abweichende Flaschengrößen.

Die sprachliche Abgrenzung zu anderen Premixgetränken ist äußerst schwierig. Ob nicht süße Premixgetränke, Premixgetränke ohne Kohlensäure bzw. Premixgetränke in Dosen oder Tuben als „Alkopops" zu bezeichnen sind, wird derzeit noch unterschiedlich beantwortet. Ob man auch die nicht „poppig" aufgemachten, vom süßen Geschmack her mit spirituosenhältigen Alkopops aber durchaus vergleichbaren, Bier-Premixgetränke („Radler") – meist in 1/2 Liter Flaschen abgefüllt mit ca. 2,5 Vol.-% Alkohol – oder gar in Flaschen vorgemischte gespritzte Weine („Spritzer") zu den Alkopops zählen soll und kann, ist nicht eindeutig zu beantworten, weil es, wie z.B. „ginko" (2003) feststellte, nach wie vor keine einheitliche und exakte Definition des Begriffs „Alkopops" – als Unterkategorie der alkoholhältigen Premixgetränke – gibt. Wir werden in der Folge zwischen „spirituosenhältigen Premixgetränken", also den klassischen Alkopops, und „bierhältigen Premixgetränken", also Radlern, unterscheiden. Andere Premixgetränke spielen derzeit am österreichischen Markt nur eine untergeordnete Rolle.

Ein Trend, der sich in Großbritannien abzeichnet, sind mit aphrodisierenden Kräutern angereicherte Alkopops, die in der Szene als „Viagrapops" bezeichnet werden. Ein deutscher Hersteller vertreibt seit 2004 – hauptsächlich im Online-Versandhandel – Alkopops in Pulverform, die jedoch aufgrund des von KonsumentInnen nicht sehr attraktiv geschilderten Geschmacks, eines komplizierten Handlings beim Auflösen des Pulvers und des relativ hohen Preises kaum Absatz finden.

Häufig werden spezielle Alkopopsteuern bzw. ein höheres Schutzalter für Alkopops gefordert, womit die Problematik einhergeht, dass dann in den entsprechenden Gesetzen definiert werden müsste, welche Getränke als „Alkopops“ im Sinne dieser Gesetze zu verstehen sind. In einigen Staaten (z.B. Frankreich, Schweiz oder Deutschland) wurden derartige Sondersteuern auf manche spirituosenhältige Premixgetränke auch eingeführt. Um die Definitionsprobleme aufzuzeigen, sei auf das seit Juli 2004 gültige deutsche Alkopopsteuergesetz (AlkopopSTG, 2004) und auf das seit Jänner 2004 gültige Schweizer Alkopopsteuergesetz (Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft, 2004) verwiesen:

- Im Absatz 1 des deutschen Alkopopsteuergesetzes werden Alkopops als „alkoholhaltige Süßgetränke“ eingeführt und die explizite Definition von „Alkopops“ im Absatz 2 ist: „spirituosenhältige in verschlossenen Behältern trinkfertig gemischte Getränke mit einem Alkoholgehalt zwischen 1,2 und 10 Vol.-%“. Der Zuckergehalt der zunächst als „Süßgetränke“ bezeichneten Alkopops wird nicht präzisiert, und Kohlensäure, die in gängigen Beschreibungen von Alkopops immer wieder zu finden ist, wird nicht erwähnt. (Der zuvor erwähnte Hersteller des Alkopop-Pulvers umgeht übrigens dieses Gesetz, indem er sein Mixgetränk nicht „trinkfertig“ anbietet.)
- Die Schweizer Alkopopsteuer wieder definiert Alkopops als „konsumfertig in Flaschen oder anderen Behältnissen gemischte spirituosenhältige Mixgetränke mit einem Alkoholgehalt unter 15 Vol.-% und einem Zuckeranteil von mindestens 5 Gew.-%. Kohlensäure wird auch hier nicht erwähnt.

Sowohl die deutschen als auch die Schweizer Bestimmungen inkludieren also keine Premixgetränke, die durch Mischungen mit Bier, Wein oder Obstwein erzeugt wurden. (Zur Entwicklung des Alkopops- und Radlerumsatzes in Österreich vgl. Kap. 11.5, S. 257).

10 Fiskalische Bestimmungen - Steuern und Abgaben

Auszüge aus diversen gesetzlichen Bestimmungen zu den Getränkekategorien finden sich im Kap. 9 (S. 212) und im Kap. 10.2 (S. 226), wo auch Beispielrechnungen für einzelne Getränke angeführt sind. Hinsichtlich des Steueraufkommens sei auf Kap. 12.2 (S. 271) verwiesen.

10.1 Allgemeines

Neben den für andere Produkte „üblichen“ oder auf breiterer Ebene bekannten Steuern und Abgaben (Mehrwertsteuer, Ertragsbesteuerung über Gewinne etc.) unterliegen manche alkoholische Getränke zusätzlich einer Verbrauchsteuer, welche gewissermaßen bereits an der Quelle eingehoben wird. Konkret geht bzw. ging es hier um Biersteuer (Kap. 10.2.4, S. 228), Alkoholsteuer (Kap. 10.2.8, S. 230), Schaumwein- (Kap. 10.2.6, S. 229) und Zwischenerzeugnissteuer (Kap. 10.2.7, S. 230).

Die frühere Alkoholabgabe (Kap. 10.2.3, S. 228) – sowie die Getränkesteuer (Kap. 10.2.2, S. 227), die seit März 2000 außer Kraft ist – entsprechen einer Umsatzsteuer in dem Sinn, dass sie am Verkaufspreis bemessen wurden. Sowohl die Alkoholabgabe als auch Getränkesteuer erhöhten die Bemessungsgrundlage für die Umsatzsteuer (Kap. 10.2.1, S. 227).

Die anderen genannten Abgaben werden in festen Beträgen entweder

- je Liter reinem Alkohol (Spirituosen),
- nach Stammwürzegehalt (Bier) oder
- pro Liter Getränk (Schaumwein, Zwischenerzeugnisse - das sind z.B. versetzte Weine wie Dessertweine)

eingehoben. Diese Abgaben sind für die KonsumentInnen nicht erkennbar im Warenpreis inkludiert und unterliegen zusätzlich der Umsatzbesteuerung.

Im Zuge der Harmonisierung der Alkoholbesteuerung durch den EU-Beitritt von Österreich mit 1.1.1995 (siehe dazu Kap. 10.3, S. 233) wurde mittels Alkohol-Steuer und Monopolgesetz 1995, Biersteuergesetz 1995 und Schaumweinsteuergesetz 1995 das Branntweinmonopol, die Biersteuer und die Schaumweinsteuer an das Gemeinschaftsrecht angepasst und eine Verbrauchsteuer auf Zwischenerzeugnisse eingeführt. Ziel war dabei u.a. die Einführung des Bestimmungslandprinzips für Verbrauchsteuern in der EU (nach welchem die Besteuerung dort erfolgt, wo die Ware dem Verbrauch zugeführt wird – siehe dazu Kap. 9.4.3, S. 222).

10.2 Steuer- und Abgabensätze – Details

In Österreich wurden die diversen alkoholspezifischen Steuern, anders als im englischsprachigen und nordeuropäischen Raum, kaum je als Instrument zur gesundheitspolitisch motivierten Beschränkung des Alkoholkonsums gesehen, sondern immer primär als Mittel der Wirtschafts- und Fiskalpolitik. Generell hat die alkoholspezifische Gesamtsteuerbelastung, sowohl bedingt durch die Inflation als auch durch den Wegfall von Steuern, deutlich abgenommen, was unter anderem den im letzten Abschnitt beschriebenen realen Preisverfall erklärt.

Wichtige Ereignisse in diesem Zusammenhang waren:

- 1970: Wegfall der Weinsteuer [87],
- 1992: Wegfall der Alkoholabgabe,
- 2000: Abschaffung der Getränkesteuer [88] – wobei letztere teilweise über eine Erhöhung der Biersteuer um 34% [89], der Alkoholsteuer um 37% [90] und der Zwischenerzeugnissteuer um 43% [91] kompensiert wurde.
- 2005: Abschaffung der Schaumweinsteuer [92].

Der Vollständigkeit halber sei hier auch noch erwähnt:

- 1992 bis 1994 temporäre Wiedereinführung der Weinsteuer [93]
- 1995 Senkung der Biersteuer um 4%.

10.2.1 Umsatzsteuer

Wie für die meisten Produkte beträgt die Umsatzsteuer (Mehrwertsteuer) auf alkoholische Getränke 20% des Nettoverkaufspreises. Landwirte, die aus eigenen Trauben Wein erzeugen und Ab-Hof liefern, haben die Möglichkeit, auf selbst erzeugten Wein bloß 12% Umsatzsteuer zu verrechnen. Ausgenommen von dieser Regelung ist, was sie in eigenen Buschenschanken ausschenken (Umsatzsteuergesetz 1994 idF BGBl. I Nr. 99/2007, Kap. 17.1.7, S. 411).

10.2.2 Getränkesteuer (aufgehoben)

Die 10-prozentige Getränkesteuer auf alkoholische Getränke und 5-prozentige auf nichtalkoholische Getränke und Speiseeis wurde in Österreich im Jahre 2002 abgeschafft, weil der Europäische Gerichtshof (EuGH) sie im März 2000 als nicht Eu-konform aufgehoben hatte. Die Getränkesteuer von 10% auf alkoholische Getränke ist seit März 2000 außer Kraft, für nichtalkoholische Getränke und Speiseeis wurde sie noch bis Ende 2000 beibehalten.

Die Getränkesteuer war eine Gemeindeabgabe und betrug bis 1992 sowohl für alkoholische als auch für alkoholfreie Getränke generell 10%, danach wurde sie für nichtalkoholische Getränke auf 5% halbiert. Die Getränkesteuer erhöhte die Bemessungsgrundlage für die Umsatzsteuer (Finanzausgleichsgesetz 1997).

87 Die Weinsteuer betrug 1970 (inflationsbereinigt, Basis 2003) 0,13 € pro Liter Wein.
88 Die Getränkesteuer betrug 10% des Verkaufspreises auf alle alkoholischen Getränke.
89 Die Biersteuer wurde 2000 von 0,17 € auf 0,25 € pro Liter Durchschnittsbier (12 Grad Plato Stammwürze) angehoben.
90 Die Alkoholsteuer wurde 2000 von 7,28 € auf 10,0 € pro Liter Reinalkohol angehoben.
91 Die Zwischenerzeugnissteuer wurde 2000 von 0,51 € pro Liter Getränk auf 0,73 € angehoben.
92 Die Schaumweinsteuer betrug bis Ende 2004 im Regelfall 1,44 € pro Liter Schaumwein.
93 Die Weinsteuer entsprach 1994 (inflationsbereinigt, Basis 2003) 0,10 € pro Liter Wein.

Der Wegfall der Getränkesteuer, die vor dem Jahr 2000 allein mehr als die Hälfte der alkoholbezogenen Gesamtabgaben ausmachte, wurde durch eine Erhöhung der Alkoholsteuer (Kap. 10.2.8, S. 230) sowie der Biersteuer (Kap. 10.2.4, S. 228) und Zwischenerzeugnissteuer (Kap. 10.2.7, S. 230) teilweise ausgeglichen.

10.2.3 Alkoholabgabe (aufgehoben)

Die Alkoholabgabe betrug bis 1992 10% für alle in Handel und Gastronomie ausgeschenkten oder verkauften alkoholischen Getränke. Ebenso wie die Getränkesteuer erhöhte die Alkoholabgabe die Bemessungsgrundlage für die Umsatzsteuer.

10.2.4 Biersteuer

Die Biersteuer ist eine vom Erzeuger oder Händler abzuführende Verbrauchsteuer. Die Höhe der Steuer ist abhängig von der Stärke der Stammwürze („Grad Plato" – siehe Kap. 3.1.7, S. 54) und der Jahresproduktionsmenge der Brauerei (Biersteuergesetz 1995 idF BGBl. I Nr. 57/2004, Kap. 17.1.8, S. 412).

Die Biersteuer betrug bis 2000 im Regelfall 1,45 € pro Hektoliter Bier je Grad Plato Stammwürze. Im Zuge des Wegfalls der Getränkesteuer (Kap. 10.2.2, S. 227) wurde dieser Satz ab 1. Juni 2000 auf 2,08 € angehoben und mit 1. April 2005 auf 2,00 € gesenkt.

Der Regelsatz von 2,00 € ergibt für einen Liter Bier mit 12 Grad Plato Stammwürze eine Biersteuer von 0,24 € bzw. von 0,12 € pro 0,5 Liter Bier [94]. Ermäßigungen bestehen für kleine unabhängige Brauereien mit einer Jahresgesamterzeugung bis 50.000 Hektoliter (Tab. 78, S. 228). In Österreich wurden im Jahr 1999 allerdings nur 6,3% des Gesamtausstoßes an Bier (9.200.997 hl) von Braustätten mit einem Ausstoß bis 50.000 hl erzeugt. Diese 6,3% sind die Menge des unter Steuerermäßigung produzierten Biers. Diese kleinen Brauereien machen allerdings 77% aller Braustätten aus.

Tab. 78: Biersteuertabelle

Gesamtjahreserzeugung	Biersteuer in € je Hektoliter je Grad Plato
bis 12.500 hl	1,20 €
bis 25.000 hl	1,40 €
bis 37.500 hl	1,60 €
bis 50.000 hl	1,80 €
ab 50.000 hl	2,00 €

Quelle: Biersteuergesetz, vgl. Kap. 17.1.8 (S. 412)

94 2,00 € pro Hektoliter dividiert durch 100 (Liter in Hektoliter) mal 12 (Grad Plato) = 0,24 € Biersteuer pro Liter Bier.

10.2.4.1 Besteuerung von Bier beim Verbrauch – Beispiel

Die Abgaben, die der Endverbraucher für Bier bezahlt, hängen von der Stärke des Biers (Biersteuer) und vom Warenwert (20% Umsatzsteuer) ab (vgl. Tab. 79, S. 229). Dazu kommen noch indirekt im Warenwert enthaltene Steueranteile (Einkommensteuer, Lohnsteuer, Körperschaftsteuer usw., die bei Alkoholerzeugung, -vertrieb und -ausschank anfallen), über deren Ausmaß wir allerdings keine präzisen Schätzungen anbieten können. Aus diesem Grund werden letztere Abgabenanteile in Tab. 79, S. 229 nicht ausgewiesen.

Tab. 79: Beispiel für Steuer auf Bier

Bier (0,5 Liter) mit 12 Grad Plato Stammwürze zu einem angenommenen Endverkaufspreis von:	0,72 € im Lebensmitteleinzelhandel	2,50 € in der Gastronomie
Warenwert	0,48 €	1,96 €
Biersteuer 2,00 € pro Grad Plato pro hl	0,12 €	0,12 €
(Umsatzsteuerbasis)	(0,60 €)	(2,08 €)
Umsatzsteuer 20%	0,12 €	0,36 €
Endverkaufspreis (inklusive aller Abgaben)	**0,72 €**	**2,50 €**
Summe der Verbrauchs- und Umsatzsteuer lt. Berechnung	0,24 €	0,48 €

Quelle: eigene Berechnungen

10.2.5 Weinsteuer (aufgehoben)

Die Besteuerung des Weines erfolgte bis zum Jahr 1970 auf verschiedene Art und in unterschiedlichem Umfang (siehe dazu Eisenbach-Stangl, 1991a). Eine Weinsteuer wurde bis Ende 1970 eingehoben und betrug 0,04 € pro Liter Wein und wurde anschließend aufgehoben. In der Zeit von August 1992 bis Dezember 1994 wurde in Verbindung mit der Vergabe der staatlichen Banderole neuerlich 0,08 € pro Liter Wein an Weinsteuer eingehoben (wobei nur in Flaschen abgefüllter Wein dieser Besteuerung unterlag). Im Zuge des EU-Beitritts wurde die Weinsteuer mit 1.1.1995 wieder zur Gänze aufgehoben. Damit fällt weder für Traubenwein noch für Obstwein eine Verbrauchsteuer an.

10.2.6 Schaumweinsteuer (aufgehoben)

Die Schaumweinsteuer war eine vom Erzeuger oder Händler abzuführende Verbrauchsteuer pro Liter Getränk (Schaumweinsteuergesetz 1995 idF BGBl. I Nr. 57/2004, Kap. 17.1.14, S. 432).

Die Schaumweinsteuer betrug bis 2000 für Schaumweine bis 8,5 Vol.-% 0,73 € und für Schaumweine ab 8,5 Vol.-% 1,45 € pro Liter Getränk. Im Zeitraum zwischen der Abschaffung der Weinsteuer im Jahre 1970 und der Abschaffung der Schaumweinsteuer am 1. April 2005, war es im Sinne „kreativer Steuervermeidung“ zweckmäßig, statt Schaumwein (Kohlensäureüberdruck mindestens 3 bar) Perlwein (Kohlensäureüberdruck höchstens 2,5 bar) zu erzeugen. Seit nun, in Anpassung an das EU-Recht, sowohl Traubenschaumwein als auch Obstschaumwein keiner Verbrauchsteuer mehr unterliegen, ist diese Strategie obsolet geworden.

10.2.7 Zwischenerzeugnissteuer

Die Zwischenerzeugnissteuer ist eine vom Erzeuger oder Händler abzuführende Verbrauchsteuer pro Liter Getränk Schaumweinsteuergesetz 1995 idF BGBl. I Nr. 57/2004, Kap. 17.1.14, S. 432).

Die Zwischenerzeugnissteuer betrug bis 2000 im Regelfall 0,51 € pro Liter Getränk und im Falle von Zwischenerzeugnissen mit „schaumweinähnlicher Aufmachung“ (Schaumweinstopfen mit Halterung oder Kohlensäureüberdruck mindestens 3 bar) 1,45 €. Im Zuge des Wegfalls der Getränkesteuer (Kap. 10.2.2, S. 227) wurde der Regelsatz ab 1. Juni 2000 auf 0,73 € angehoben und der Satz für Zwischenerzeugnisse mit „schaumweinähnlicher Aufmachung“ blieb unverändert. Am 1. April 2005 wurde der Satz für Zwischenerzeugnisse mit „schaumweinähnlicher Aufmachung“ minimal auf 1,44 € pro Liter Getränk angehoben, der Regelsatz von 0,73 € blieb unverändert.

10.2.8 Alkoholsteuer

Die Alkoholsteuer ist eine vom Erzeuger oder Händler für Spirituosen abzuführende Verbrauchsteuer pro Liter reinem Alkohol (Alkoholsteuergesetz 1994 idF BGBl. I Nr. 161/2005, Kap. 17.1.15, S. 434). Die Höhe der Steuer ist abhängig von Herstellungsart und/oder Produktionsmenge.

Der normale Steuersatz („Regelsatz“) betrug bis Mai 2000 7,28 € pro Liter reinem Alkohol. Im Zuge des Wegfalls der Getränkesteuer (Kap. 10.2.2, S. 227) wurde der Regelsatz ab 1. Juni 2000 auf 10,00 € angehoben.

Ermäßigte Steuersätze gibt es bei der Herstellung unter Abfindung (Kap. 9.4.3.2, S. 223) und in Verschlussbrennereien (Kap. 0, S. 223):

- 54% des Regelsatzes für die ersten 100 Liter Alkohol unter Abfindung und in Verschlussbrennereien bis zu einer maximalen Jahresproduktionsmenge von 400 Litern erzeugten Alkohol.
- 90% des Regelsatzes für die zweiten 100 Liter Alkohol unter Abfindung.

Die maximale Jahresproduktionsmenge unter Abfindung beträgt 200 Liter Alkohol.

Völlige Steuerbefreiungen sind für den unter Abfindung hergestellten „Hausbrand“ vorgesehen. Dabei bleiben von im Rahmen von land- und forstwirtschaftlichen Betrieben unter Abfindung hergestelltem Alkohol für den Berechtigten 15 Liter und für bestimmte Haushaltsangehörige ab vollendetem 19. Lebensjahr (mit Ausnahme der Ehegatten) 3 Liter (in Vorarlberg und Tirol 6 Liter) steuerfrei. Pro Betrieb darf dabei allerdings eine Höchstmenge von 27 Liter in Vorarlberg und 51 Liter in Tirol nicht überschritten werden.

Für die gewerbliche Weiterverwendung von Alkohol, im Wesentlichen in der Lebens-, Reinigungs- und Arzneimittelproduktion bestehen ebenfalls Steuerbefreiungen.

10.2.8.1 Besteuerung von Spirituosen beim Verbrauch – Beispiel

Die Abgaben, die der Endverbraucher für Spirituosen bezahlt, hängen im Regelfall vom enthaltenen Alkohol (Alkoholsteuer) und vom Warenwert (20% Umsatzsteuer) ab (vgl. Tab. 80, S 231). Dazu kommen noch indirekt im Warenwert enthaltene Steueranteile (Einkommensteuer, Lohnsteuer, Körperschaftsteuer usw., die bei Alkoholerzeugung, -vertrieb und -ausschank anfallen), über deren Ausmaß wir allerdings keine präzisen Schätzungen anbieten können. Aus diesem Grund werden letztere Abgabenanteile in Tab. 80 (S. 231) nicht ausgewiesen. Unter der Annahme, dass im freien gewerblichen Verkauf überwiegend nach Regelsatz versteuerter Alkohol (die Alkoholsteuer beträgt 10 € pro Liter reinem Alkohol) Verwendung findet, lassen sich die folgenden Beispielrechnungen aufstellen.

Bei einem Liter eines Getränkes mit 38 Vol.-% bzw. 45 Vol.-% Alkohol (als fiktives Beispiel ohne Warenwert, um die Höhe der Mindeststeuern zu demonstrieren) erreichen die einzelnen Steuern die in Tab. 80 (S. 231) ausgewiesenen Werte.

Tab. 80: Beispiel für Mindeststeuern auf Spirituosen

Mindeststeuer für 1 Liter Spirituosen (= fiktives Beispiel, bei dem Spirituosen ohne Warenwert angesetzt werden)	38 Vol.-%	45 Vol.-%
Warenwert	0,00 €	0,00 €
Alkoholsteuer 10 € pro Liter	3,80 €	4,50 €
(Umsatzsteuerbasis)	(3,80€)	(4,50 €)
Umsatzsteuer 20%	0,76 €	0,90 €
Summe der Alkohol- und Umsatzsteuer	**4,56 €**	**5,40 €**

Bei einem Liter eines Getränks mit 38 Vol.-% bzw. 45 Vol.-% Alkohol mit einem angenommenen Endverkaufspreis von 12 € setzen sich Steuern und Warenwerte wie in Tab. 81 (S. 231) ausgewiesen zusammen.

Tab. 81: Beispiel für Steuern auf Spirituosen

Spirituosen (1 Liter) zu einem angenommenen Endverkaufspreis von 10,90 €	38 Vol.-%	45 Vol.-%
Warenwert	6,20 €	5,50 €
Alkoholsteuer 10 € pro Liter	3,80 €	4,50 €
(Umsatzsteuerbasis)	(10,00€)	(10,00€)
Umsatzsteuer 20%	2,00€	2,00€
Endverkaufspreis (inklusive aller Abgaben)	**12,00 €**	**12,00 €**
Summe der Verbrauch- und Umsatzsteuer lt. Berechnung	5,80 €	6,50 €

Durch die Aufhebung der Getränkesteuer von 10% und gleichzeitige Erhöhung der Alkoholsteuer im Jahre 2000 von 7,28 € auf 10 € wurden z.B. Spirituosen mit 38 Vol.-% Alkohol ab einem Warenwert von 10,30 € billiger und unter einem Warenwert von 10,30 € teurer, was dort, wo hochwertige und damit entsprechend teure Spirituosen angeboten werden, deutliche Steuervorteile mit sich brachte und billige Spirituosen verteuerte. Für Spirituosen mit einem anderen Alkoholgehalt weichen die entsprechenden Warenwert-grenzen ab. Bei einem niedrigeren Alkoholgehalt liegen die Warenwertgrenzen niedriger und bei einem hohen Alkoholgehalt höher.

10.2.9 Alkopopsteuer

„Alkopops“ (Kap. 9.5, S. 224) sind derzeit ein Thema mit hohem Stellenwert in der Öffentlichkeit. Anders als z.B. in der Schweiz, in Frankreich oder in Deutschland wurde in Österreich bis Mitte 2006 allerdings keine Alkopopsondersteuer eingeführt. Die Alkopopsondersteuer in den genannten Ländern wurde für spirituosenhaltige Alkopops – und nur für diese – eingeführt. Süße alkoholhältige Premixgetränke auf Bier-, Wein- oder Obstweinbasis und süße spirituosenhaltige Getränke ab einem bestimmten Alkoholgehalt (z.B. ab 10 Vol.-% in Deutschland oder ab 15 Vol.-% in der Schweiz) werden von dieser Sondersteuer ebenfalls nicht erfasst. Dieser Umstand ermöglicht es dort, zur „kreativen Alkopopsteuervermeidung“, ähnlich schmeckende, funktional äquivalente Getränke auf den Markt zu bringen, die von der Sondersteuer nicht erfasst werden.

Derzeit gilt in Österreich:

- alkoholhältige süße Premixgetränke (Alkopops im engeren Sinn) unterliegen der Alkoholsteuer,
- Bier- Limonademixgetränke (Radler) unterliegen der Biersteuer,
- Wein- sowie obstweinhältige süße Premixgetränke ohne Spirituosenanteil sind wie Wein verbrauchsteuerfrei,
- Wein- sowie obstweinhältige süße Premixgetränke mit einem Alkoholgehalt bis 10 Vol.-% sind, auch wenn Spirituosen beigefügt wurden, ebenfalls Verbrauchsteuerfrei,
- Wein- sowie obstweinhältige süße Premixgetränke mit einem Alkoholgehalt ab 10 Vol.-% werden, wenn Spirituosen beigefügt wurden, als Zwischenerzeugnisse behandelt (Kap. 9.3, S. 214) und unterliegen damit der Zwischenerzeugnissteuer (Zollamt Wien, Hafenscher, 2006).

Bewilligungen für die Erzeugung und den Vertrieb von alkoholischen Getränken

Es gibt in Österreich – anders als z.B. in den nordeuropäischen Staaten – keine Kontrolle des Umfangs der Erzeugung, des Vertriebs oder des Ausschanks von alkoholischen Getränken über eine Begrenzung von Lizenzen („Licensing“) oder über Monopole. Das Branntweinmonopol trat im Jahre 2000 außer Kraft (vgl. Kap. 10.3, S. 233). Wo gewerberechtliche Bewilligungen erforderlich sind, wird die Bewilligung erteilt, sofern die dafür vorgesehenen Voraussetzungen erfüllt sind.

- Die Erzeugung von Obstwein im privaten und bäuerlichen Bereich ist an keine gesonderte Bewilligung oder Meldung gebunden.
- Auch die Erzeugung von Bier ist im Privatbereich und im Rahmen von Gasthausbrauereien an keine Bewilligung gebunden, allerdings müssen die für die Erzeugung von Bier vorgeschriebenen technischen und hygienischen Voraussetzungen erfüllt sein.
- Die Erzeugung von Wein muss auch im bäuerlichen Umfeld an die Weinaufsichtsbehörde gemeldet werden und es gibt Beschränkungen der zur Weinerzeugung zulässigen Weinanbauflächen, um eine Überproduktion zu verhindern.
- Die Spirituosenerzeugung sowie die gewerbliche Bier-, Schaumwein- und Zwischenerzeugnisproduktion ist an eine Bewilligung durch die Steuerbehörde (Zollamt) gebunden. Vertrieb und Ausschank von alkoholischen Getränken sind, außer im Bereich der bäuerlichen Selbstvermarktung, an die entsprechenden gewerblichen Konzessionen gebunden (Zollamt Wien, Hafenscher, 2006).

10.3 Branntweinmonopol – Alkoholmonopol

Ab dem 18. Jahrhundert bis 1994 bestanden in Österreich vier Staatsmonopole: eines für Salz, eines für Tabak, eines für Glücksspiel und eines für die Branntweinerzeugung (Alkoholmonopol). Mit dem EU-Beitritt sind nach dem Grundsatz des freien Warenverkehrs alle Monopole mit Ausnahme des Glückspielmonopols weggefallen. Das Alkoholmonopol (vor 1995 Branntweinmonopol) wurde mit dem EU-Beitritt Österreichs umgewandelt und umfasste danach nur noch die Produktion von hochprozentigem Alkohol und solchem aus bestimmten landwirtschaftlichen Rohstoffen. Bis zum endgültigen Auslaufen per 31. Dezember 2000 waren degressive Stützungen vorgesehen, um den betroffenen Betrieben eine Strukturumwandlung zu ermöglichen. Das Alkoholmonopol als solches ist de facto mit 31. Dezember 1996 aufgelöst worden. Die letzten Übergangs- bzw. Überführungsvorschriften in die „Monopolfreiheit" traten mit 31. Dezember 2000 außer Kraft. Das mit dem Artikel 24 des Budgetbegleitgesetz 2001 (BGBl. I Nr. 142/2000) geänderte „Alkohol - Steuer und Monopolgesetz" 1995 heißt nunmehr „Bundesgesetz über eine Verbrauchsteuer auf Alkohol und alkoholhaltige Waren" (Kurztitel: Alkoholsteuergesetz).

Die ehemaligen Steuerungsmechanismen des Herstellungsmonopols, die sog. regelmäßigen Brennrechte, wurden im Alkohol - Steuer und Monopolgesetz 1995 bereits als Anteile am Bedarf der Verwertungsstelle des Österreichischen Alkoholmonopols definiert. Diese Anteile konnten bis zum Ablauf des Jahres 2000 auch dann genützt werden, wenn die Verschlussbrennerei, von welcher sie abgeleitet wurden, den Betrieb eingestellt hat. Damit wurde eine Konzentration der Produktion ermöglicht.

Da das Alkoholmonopol praktisch bereits mit Ende 1996 aufgelöst worden ist, sei im Hinblick auf die davor geltenden Normierungen und Aufgaben der Verwertungsstelle auf die umfassenden Ausführungen bei Eisenbach-Stangl (1991a) verwiesen.

10.4 Bestimmungen über die zollfreie Einfuhr von alkoholischen Getränken durch Privatpersonen

Die zulässigen Mengen alkoholischer Getränke, welche von Privatpersonen (die gewerbliche Verbringung in das Inland ist prinzipiell verbrauchsteuerpflichtig) zoll- oder abgabenfrei eingeführt werden können, sind seit dem EU-Beitritt davon abhängig, ob sie aus einem Drittland (hier ist bei einigen Ländern für Bier auch der Reiseweg – Land oder Luft – ausschlaggebend) oder aus einem EU-Mitgliedstaat nach Österreich gebracht werden.

Nicht nur aus den Mitgliedstaaten der EU können seit dem EU-Beitritt wesentlich größere Mengen an alkoholischen Getränken (siehe weiter unten) nach Österreich gebracht werden, sondern auch bei der Einfuhr aus Drittländern sind seither wesentlich höhere Mengen möglich. Das gilt vor allem für Bier, da dieses als „Lebensmittel" nicht unter die mengenmäßigen Alkoholbestimmungen, sondern „nur" unter die Wertbestimmungen fällt.

10.4.1 Regelungen vor dem EU-Beitritt

Als Reisegepäck für den persönlichen Gebrauch bzw. als Reisemitbringsel konnten pro erwachsener Person abgabenfrei eingeführt werden:

- 1 Liter Spirituosen **und** 3 Liter Bier oder 2,25 Liter Wein
  (inkl. Sekt oder eine Zusammenstellung dieser Waren)

Quelle: § 34 Zollgesetz (1988)

10.4.2 Regelungen nach dem EU-Beitritt Österreichs

Seit dem EU-Beitritt Österreichs, richten sich die gesetzlichen Bestimmungen und Formalitäten grundsätzlich danach, ob jemand aus einem EU-Staat oder aus einem Nicht-EU-Staat einreist und danach, ob die Person einen EU-Wohnsitz oder einen Nicht-EU-Wohnsitz hat. Ob die Einreise privat oder beruflich veranlasst ist, ist nicht ausschlaggebend. Waren, die in der EU eingekauft werden, befinden sich im sogenannten „freien Verkehr" der EU. Die Umsatzsteuer und allfällige sonstige Abgaben (z.B. Alkoholsteuer, Biersteuer, Tabaksteuer) sind grundsätzlich im Kaufpreis enthalten und werden in jenem EU-Staat erhoben, in dem die Waren eingekauft werden. Derart erworbene Waren können innerhalb der EU frei bewegt werden.

10.4.2.1 Einfuhr aus Nicht-EU-Staaten

Mit dem EU-Beitritt 1995 wurde ein EU-weit gültiges Zollrechts-Durchführungsgesetz auch für Österreich wirksam, womit sich auch für die Einfuhr aus Nicht-EU-Ländern Änderungen ergaben.

Beim Passieren des Zolls müssen folgende Waren deklariert bzw. eine Zollanmeldung dafür abgegeben werden:

- nicht für den Eigenbedarf bestimmte Waren,
- außerhalb der EU erworbene Waren, die die Freimengen für Tabakwaren, Alkoholika, Parfums, Toilettewasser, Kaffee, Tee, Arzneimittel und die Freigrenze für andere Waren übersteigen,
- Waren, die Einfuhrverboten oder Einfuhrbeschränkungen unterliegen.

Bei der Einfuhr müssen für die im Ausland gekaufte Waren grundsätzlich die darauf entfallenden Eingangsabgaben bezahlt werden. Diese setzen sich – je nach Ware – zusammen aus Zoll und sonstigen Eingangsabgaben, wie z. B. Einfuhrumsatzsteuer, Tabaksteuer, Biersteuer oder Alkoholsteuer. Bei der Berechnung des Eingangsabgabenbetrages wird grundsätzlich vom Kaufpreis ausgegangen. Falls der Kaufpreis vom Einreisenden nicht belegt werden kann, wird von der Zollbehörde von vergleichbaren Einfuhren gekaufter Waren ausgegangen. Sofern der Zollstelle derartige Preise nicht bekannt sind oder die Waren nicht gekauft, sondern z. B. geschenkt wurden, wird der Wert der Waren geschätzt. Die Abgabenhöhe hängt daher primär von Wert und Zollsatz ab.

Folgende alkoholhältigen Waren, die als Eigenbedarf oder als Geschenk eingeführt werden, sind für Ab-17-Jährige abgabenfrei (Ausnahmen bei Einfuhren aus dem Samnauntal und im Grenzverkehr, vgl. weiter unten):

- 1 Liter destillierte Getränke und Spirituosen mit mehr als 22 Vol.-%, unvergällter Ethylalkohol ab 80 Vol.-% oder
- 2 Liter destillierte Getränke und Spirituosen, Aperitifs aus Wein oder ähnliche Getränke bis zu 22 Vol.-%; Schaumweine, Likörweine oder eine anteilige Zusammenstellung dieser Waren
- und zusätzlich 2 Liter nicht schäumende Weine.

Andere Waren bis zu einem Gesamtwert von 20 €, davon:

- Lebensmittel, Bier und nichtalkoholische Getränke max. 4 €.

Mehrere Reisende dürfen ihre Freigrenzen nicht zusammenrechnen, es ist daher z. B. nicht möglich, eine Ware im Wert von 40 € zu zweit abgabenfrei einzuführen. Diese Befreiungen können einmal pro Kalendertag in Anspruch genommen werden (BMF, 2002).

Zu betonen ist in diesem Zusammenhang, dass bei den Grenzbehörden selbst ein Bewertungsspielraum besteht, ob diese Waren auch tatsächlich als für den persönlichen Gebrauch zu beurteilen sind. Wenn die Freigrenzen bereits ausgenützt wurden, richten sich die Zollsätze, die auf die darüber hinausgehenden Waren anzuwenden sind, grundsätzlich nach dem EU-Zolltarif. Für jede Ware bzw. Warengruppe ist ein eigener Zollsatz vorgesehen (BMF, 2006).

Das Zollrechts-Durchführungsgesetz idF BGBl. I Nr. 2/2008 (Kap. 17.1.19, S. 441) legt hier Ausnahmeregelungen fest und zwar für:

- Grenzbewohner (Bewohner von Ortsgemeinden an der Zollgrenze), wenn sie an einem Ort einreisen, der weniger als 15 km Luftlinie vom Gemeindegebiet entfernt ist, und die Reise nachweislich über einen Umkreis von 15 km Luftlinie um den Ort der Einreise nicht hinausgeführt hat,
- Personen, die beruflich auf gewerblich verwendeten Beförderungsmitteln tätig sind und dabei üblicherweise mehr als einmal im Kalendermonat einreisen (z. B. LKW-Fahrer, Buschauffeure, Flugpersonal), und
- Grenzarbeitnehmer, die im Rahmen der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit einreisen (auch bei Fahrten zum und vom Arbeitsplatz).

Diese Ausnahmeregelungen gelten aber nicht, wenn

- Grenzbewohner an einem anderen als dem oben beschriebenen Ort einreisen oder von einer Reise zurückkehren, die nachweislich über den 15-km-Umkreis hinausgeführt hat,
- beruflich auf gewerblich verwendeten Beförderungsmitteln tätige Personen üblicherweise nicht mehr als einmal im Kalendermonat einreisen oder
- Grenzarbeitnehmer außerhalb ihrer beruflichen Tätigkeit einreisen.

In letzteren Fällen kommen die allgemeinen Freimengen und die allgemeine Freigrenze zur Anwendung.

10.4.2.2 Einfuhr aus der Europäischen Union

Da die Einhebung von Verbrauchsteuern mit dem EU-Beitritt vereinheitlicht wurde, gelten für den privaten Kauf prinzipiell keine Beschränkungen. Waren, die in der EU eingekauft werden, befinden sich in der EU im sogenannten "freien Verkehr". Die entsprechenden Steuern wurden bereits im Land, in dem die Waren erworben wurden, eingehoben. Reisende dürfen daher grundsätzlich die von ihnen in einem anderen EU-Mitgliedstaat versteuert (das heißt im normalen Geschäftsverkehr unter Bezahlung der Umsatzsteuer sowie allfälliger sonstiger Abgaben, wie Biersteuer, Schaumweinsteuer oder Alkoholsteuer) erworbenen Waren ohne weitere Erhebung von Abgaben nach Österreich einbringen, sofern diese Waren ihrem Eigenbedarf dienen und sie die Verbringung selbst vornehmen.

Alkoholische Getränke sind nur so weit abgabenfrei, als sie dem Eigenbedarf dienen. Zur Orientierung, ob die Waren für den Eigenbedarf bestimmt sein können, gibt es Richtmengen für die Zollorgane. Die Mitgliedstaaten dürfen in ihrer nationalen Gesetzgebung die von der EU vorgegebenen Richtmengen (Tab. 82, S. 236) nicht unterschreiten.

Die unten genannten Richtmengen gelten in Österreich für Einreisen aus Belgien, Bulgarien, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Italien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Malta, den Niederlanden, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn und Zypern. Für die Einreise aus Grönland, den Faröoer Inseln, Helgoland und Büsingen (deutsche Gemeinde in der Schweiz) besteht kein Unterschied zur Einreise aus Nicht-EU-Staaten. Für die Einreise aus den Ålandinseln, für Frankreichs überseeische Gebiete und Departements, den Kanalinseln und den Kanarische Inseln gelten die Bestimmungen für die Einreise aus Nicht-EU-Staaten hinsichtlich der sonstigen Eingangsabgaben (z. B. Einfuhrumsatzsteuer). Zölle dürfen allerdings nicht erhoben werden.

Tab. 82: Auszug aus der Zolldokumentation

	Artikel 8
Private Verbringungen	Für Waren, die Privatpersonen für ihren Eigenbedarf erwerben und die sie selbst befördern, werden die Verbrauchsteuern nach dem Grundsatz des Binnenmarktes im Erwerbsmitgliedstaat erhoben.
	Artikel 9
Abgrenzung: privat-gewerblich	(2) bei der Feststellung, ob die in Artikel 8 genannten Waren zu gewerblichen Zwecken bestimmt sind, haben die Mitgliedstaaten unter anderem folgende Kriterien zu berücksichtigen: - handelsrechtliche Stellung und Gründe des Besitzers für den Besitz der Waren; - Ort, an dem die Waren sich befinden, oder gegebenenfalls verwendete Beförderungsart; - Unterlagen über die Waren; - Beschaffenheit der Waren; - Menge der Waren.
Richtmengen	Für die Anwendung des fünften Gedankenstrichs von Unterabsatz 2 können die Mitgliedstaaten Richtmengen festlegen, jedoch nur, um einen Anhaltspunkt zu gewinnen. Diese Richtmengen dürfen folgende Werte nicht unterschreiten: b) Alkoholische Getränke 10 Liter Spirituosen 20 Liter Zwischenerzeugnisse 90 Liter Wein (davon höchstens 60 Liter Schaumwein) 110 Liter Bier

Quelle: Zolldokumentation VS-1091, Verbrauchsteuern allgemein, BMF (1995, S. 12)

Werden diese Richtmengen überschritten, wird vermutet, dass diese Waren für gewerbliche Zwecke und somit abgabenpflichtig verwendet werden. Diese Richtmengen sind aber keineswegs mechanistisch anzuwenden, d.h. es muss im Einzelfall nachgewiesen bzw. glaubhaft gemacht werden, dass die Waren im gegebenen Umfang tatsächlich nur für den Eigenbedarf bestimmt sind. Auch in Fällen, in denen diese Richtmengen nicht erreicht werden, kann eine gewerbliche Verbringung angenommen werden, z. B. dann, wenn aus anderen Anhaltspunkten (z.B. Beförderungsart, handelsrechtliche Stellung des Wareninhabers, wiederholte Verbringung etc.) auf eine gewerbliche Verbringung geschlossen werden muss.

Hier liegt ein relativ großer Bewertungsspielraum der Grenzbehörden vor, da diese Mengen – bzw. auch der Hinweis einer „wiederholten Verbringung“ – auf keinen Zeitraum bezogen werden.

Weiters gilt ab 1. Juli 1999 für Duty-free-Verkaufsstellen auf Flug- oder Seehäfen, Schiffen oder Flugzeugen in der Europäischen Union, dass bei innergemeinschaftlichen Reisen keine steuerfreien Waren mehr verkauft werden dürfen. Innergemeinschaftlich ist eine Reise zwischen zwei Häfen oder Flughäfen in der Gemeinschaft ohne Zwischenstopp oder Zwischenlandung in Drittstaaten bzw. außerhalb des EU-Steuergebietes.

Legt ein Fährschiff oder Flugzeug in einem Drittstaat bzw. außerhalb des EU-Steuergebietes einen Zwischenstopp oder eine Zwischenlandung ein, wird die Reisebewegung so behandelt, als wäre sie in diesem Drittstaat bzw. außerhalb des EU-Steuergebietes begonnen worden.

Beginnt eine Reisebewegung in einem Drittstaat bzw. außerhalb des EU-Steuergebietes, so gelten die allgemeinen Bestimmungen für Einreisen nach Österreich aus einem Staat außerhalb der Europäischen Union, unabhängig davon, ob die Waren im Drittland steuerfrei (z.B. in Duty-free-Geschäften) oder versteuert (z.B. in allen anderen Geschäften) erworben wurden (BMF, 2006).

11 Wirtschaftliche Details zu alkoholischen Getränken

11.1 Bier

11.1.1 Braustätten

Tab. 83: Braustätten und Brauereiunternehmen

Jahr	Braustätten	Unternehmen	Jahr	Braustätten	Unternehmen
1980	59	51	1998	93	84
1985	55	48	1999	99	90
1990	63	56	2000	106	98
1991	63	57	2001	115	107
1992	64	58	2002	127	119
1993	66	60	2003	145	137
1994	69	63	2004	143	133
1995	74	68	2005	147	137
1996	78	71	2006	155	146
1997	87	80	2007	168	

Quelle: Verband der Brauereien Österreichs (2007b)
Kommentar: ab 1990 inkl. Gasthausbrauereien

Die Anzahl der Brauereien in Österreich erhöhte sich von 2006 bis 2007 um 13 Betriebe. Diese Neugründungen gehen vor allem auf Gasthausbrauereien zurück, deren Zahl im Jahr 2007 102 Betriebe umfasst. In Österreich werden derzeit in 168 Betrieben mehr als 600 verschiedene Biere gebraut. Die Zahl der Beschäftigten in den Brauereibetrieben ist infolge stark gestiegener Produktivität deutlich zurückgegangen, das Realeinkommen der Beschäftigten ist von 1980 bis 2002 um 32% gestiegen.

Laut dem Verband der Brauereien sind in Österreich rund 4.000 Personen beschäftigt. Betrachtet man die Inlands-Absatzstruktur für Bier für das Jahr 2006, so entfällt auf den Lebensmittelhandel ein Anteil von 64 Prozent, der Anteil der Gastronomie liegt weiterhin bei 33 Prozent. Das heißt, dass der Bierumsatz im Lebensmittelhandel von 1985 bis 2006 von 50% auf über 64% gestiegen ist. Im Jahr 2007 zeichnet sich allerdings eine Trendumkehr ab – der Absatz im Lebensmittelhandel ist gegenüber dem Vorjahr um 5% gesunken, der Absatz in der Gastronomie stieg jedoch um 3% an. Direktverkäufe an Letztverbraucher und Haustrunk ergaben für das Jahr 2007 einen Anstieg auf 5 Prozent. (vgl. Tab. 85, S. 239).

Tab. 84: Beschäftigte, Produktivität, Bruttolohnsumme in der Brauindustrie

Jahr	Beschäftigte Anzahl	Produktivität in hl	Bruttolohn je Beschäftigten in € (nominell)	realer Bruttolohn je Beschäftigten in € (Basis: Verbraucherpreisindex 1996)
1980	7.240	1.051	15,04	25,36
1985	7.100	1.222	19,99	26,53
1990	6.700	1.432	24,20	28,92
1995	5.970	1.618	30,72	31,32
1996	5.530	1.726	32,24	32,24
1997	5.230	1.791	33,21	32,78
1998	4.960	1.780	33,87	33,14
1999	4.750	1.867	34,81	33,86
2000	4.490	1.949	36,88	35,06
2001	4.400	1.952	36,56	33,85
2002	4.300	2.030	36,90	33,58
2004	4.100	2.115		

Quelle: Verband der Brauereien Österreichs (2007a); eigene Berechnungen

Tab. 85: Bier Absatzstruktur Inland (ausgewählte Jahre)

Vertriebsweg/Jahr	1985	1991	1996	1999	2001	2004	2006	2007
Lebensmittelhandel	50%	55%	58%	60%	61%	62%	64%	59%
Gastronomie	43%	39%	37%	35%	35%	34%	33%	36%
Letztverbraucher, Haustrunk, Kantinen	7%	6%	5%	5%	4%	4%	3%	5%

Quelle: Verband der Brauereien Österreichs (2008a)

11.1.2 Österreichische Versorgungsbilanz Bier und Bierverbrauch international

Um aus der insgesamt in Österreich produzierten Menge Bier zu der darin enthaltenen Alkoholmenge zu gelangen, ist es nötig, den durchschnittlichen Alkoholgehalt des österreichischen Biers zu kennen. In Tab. 86 (S. 240) wird von einem durchschnittlichen Alkoholgehalt von 5 Vol.-% ausgegangen (vgl. Kap. 3.1.9, S. 58).

Tab. 86: Bier-Bilanz Österreich 1955-2007

Jahr	Bier (hl) Produktion	Bier (hl) Produktion alkoholfrei	Bier (hl) Verbrauch Ernährung	Verbrauch pro Kopf in Liter Bier	Verbrauch pro Kopf reiner Alkohol aus Bier in Liter (Annahme: 5,0 Vol.-%)
1955	4.170.000		4.165.000	60,0	3,0
1956	4.310.000		4.305.000	61,9	3,1
1957	4.910.000		4.905.000	70,4	3,5
1958	4.850.000		5.110.000	73,1	3,6
1959	5.125.000		4.840.000	69,0	3,5
1960	5.330.000		5.110.000	72,5	3,6
1961	5.780.000		5.320.000	75,1	3,8
1962	6.145.000		5.770.000	80,9	4,1
1963	6.690.000		6.130.000	85,4	4,3
1964	6.720.000		6.680.000	92,5	4,6
1965	7.230.000		6.720.000	92,4	4,6
1966	7.265.000		7.240.000	98,9	5,0
1967	7.620.000		7.270.000	98,5	5,0
1968	7.215.000		7.640.000	103,0	5,2
1969	7.310.000		7.260.000	97,6	4,9
1970	7.410.000		7.365.000	98,6	5,0
1971	7.945.000		7.480.000	99,7	5,0
1972	8.070.000		7.970.000	105,6	5,3
1973	8.070.000		8.110.000	106,9	5,4
1974	7.700.000		8.200.000	107,9	5,4
1975	7.710.000		7.840.000	103,4	5,2
1976	7.880.000		7.910.000	104,6	5,3
1977	7.780.000		8.040.000	106,2	5,4
1978	7.635.000		7.910.000	104,6	5,3
1979	7.770.000		7.735.000	102,5	5,2
1980	7.920.000		7.820.000	103,6	5,2
1981	7.917.192		7.915.000	104,6	5,3
1982	8.170.188		8.096.600	106,9	5,4
1983	8.438.472		8.309.782	109,8	5,5
1984	8.539.172		8.466.676	111,8	5,6
1985	8.442.750		8.291.226	109,4	5,5
1986	9.043.959		8.903.641	117,3	5,9
1987	8.760.413		8.637.072	113,7	5,7
1988	8.840.282		8.797.394	115,5	5,8
1989	9.050.573		9.020.094	117,8	5,9
1990	9.442.989	209.000	9.309.077	120,4	6,0
1991	9.787.456	226.000	9.355.782	119,7	6,0
1992	10.262.402	244.000	9.788.179	123,7	6,2
1993	10.058.104	237.000	9.517.314	119,1	6,0
1994	9.773.876	242.000	9.159.777	114,1	5,7
1995	9.729.753	224.000	9.197.735	114,4	5,7
1996	9.343.523	203.000	9.053.037	112,4	5,6
1997	9.307.566	213.000	9.004.655	111,7	5,6
1998	9.358.947	248.000	9.141.731	113,2	5,7
1999	9.200.997	208.000	9.151.857	113,3	5,7
2000	9.258.147	202.000	9.241.699	113,1	5,7
2001	8.771.369	189.000	8.813.837	114,1	5,5
2002	8.909.327	176.000	8.943.219	108,7	5,6
2003	9.053.560	182.000	9.043.075	111,0	5,6
2004	9.045.564	172.000	9.145.092	112,3	5,6
2005	8.853.804	170.000	8.884.493	108,3	5,4
2006	9.076.225		8.976.980	108,7	5,4
2007	9.183.726		8.983.432	108,2	5,4

Quelle: Statistik Austria (2006c, 2008a); Verband der Brauereien Österreichs (2006)

Österreich liegt international im Pro-Kopf-Bierverbrauch nach Tschechien, Irland und Deutschland mit 6,6 Liter Reinalkohol an vierter Stelle (Tab. 87, S. 241). Die Österreich betreffenden Werte in Tab. 87 weichen geringfügig von Tab. 86 ab. Da beide Tabellen letztlich auf der gleichen Datenquelle fußen, wäre es interessant zu verfolgen, wie diese

Diskrepanzen entstanden sind. Bis dato ist es uns nicht gelungen, diese Frage schlüssig aufzuklären.

Tab. 87: Bierkonsum im internationalen Vergleich – Teil 1: (Liter Bier pro Kopf und Jahr)

Land	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Tschechien	9,3	10,2	9,6	9,7	9,6	9,6	9,8	9,7	9,7	9,6	9,4	9,2	9,3	n.v.
Irland	8,4	8,8	8,5	9,0	9,2	9,5	10,0	9,9	9,9	9,7	9,6	9,3	8,9	n.v.
Deutschland	8,5	8,5	8,1	8,2	8,1	7,9	7,8	7,6	7,6	7,4	7,2	7,2	6,9	n.v.
Österreich	7,5	7,4	7,1	7,1	7,0	6,9	6,9	6,5	6,6	6,5	6,4	6,5	6,6	n.v.
Luxemburg	7,4	7,3	7,4	7,1	7,1	6,9	7,3	6,8	6,7	6,7	6,2	6,7	6,3	n.v.
GB	6,7	6,5	6,3	6,4	6,3	6,3	6,4	6,1	6,1	5,9	6,1	6,2	6,2	n.v.
Dänemark	7,2	7,3	7,2	7,3	7,3	7,1	6,9	6,4	6,2	6,1	6,1	6,0	5,9	n.v.
Venezuela	5,5	6,1	6,0	5,7	5,6	5,8	5,7	5,9	5,6	5,8	5,9	5,9	5,9	n.v.
Belgien	6,8	6,8	6,7	6,5	6,3	6,2	6,1	6,0	6,1	6,0	5,9	5,8	5,8	n.v.
Australien	n.v.	5,8	5,5	5,5	5,4	5,3	5,2	5,1	5,0	5,1	4,9	5,8	5,7	n.v.
Slowakei	6,1	6,1	5,9	6,1	5,7	5,8	5,9	5,4	5,4	5,5	5,4	5,7	5,4	n.v.
USA	5,6	5,5	5,5	5,5	5,4	5,4	5,3	5,3	5,4	5,3	5,3	5,2	5,2	n.v.
Kroatien	2,9	3,5	3,3	4,2	4,2	4,1	4,4	4,3	4,5	5,0	5,2	5,0	5,0	n.v.
Niederlande	5,4	5,5	5,2	5,3	5,3	5,2	5,3	5,2	5,2	5,1	4,9	4,9	4,8	n.v.
Neuseeland	7,0	6,6	6,5	6,5	6,3	6,1	5,4	5,5	5,2	5,3	5,1	4,9	4,8	n.v.
Polen	2,5	2,5	2,2	2,4	2,5	2,7	3,2	3,4	3,7	4,1	4,0	4,3	4,8	n.v.
Spanien	4,4	4,3	4,0	4,0	4,0	3,9	3,9	3,9	4,1	4,2	4,4	4,3	4,6	n.v.
Estland	n.v.	1,9	1,7	1,8	2,0	2,1	2,5	2,9	3,8	3,9	4,1	4,3	4,5	n.v.
Litauen	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	2,0	2,4	2,8	3,2	3,6	3,9	4,5	4,5	n.v.
Finnland	4,8	4,9	4,7	4,6	4,5	4,4	4,5	4,4	4,3	4,3	4,4	4,4	4,4	4,6
Kanada	4,6	4,4	4,4	4,4	4,3	4,3	4,2	4,2	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3
Ungarn	6,2	5,8	5,1	5,2	4,6	4,3	4,2	4,5	4,4	4,4	4,3	4,2	4,3	n.v.
Südafrika	4,2	4,5	4,3	4,5	4,3	4,3	4,4	4,4	4,4	4,3	4,1	4,1	4,1	n.v.
Rumänien	2,7	3,0	3,0	2,6	2,5	2,2	2,1	2,7	3,1	3,4	3,3	3,6	4,0	n.v.
Zypern	3,8	3,6	4,0	3,6	3,8	3,6	3,3	3,3	3,5	3,7	3,7	3,5	3,8	n.v.
Slowenien	3,1	4,8	5,2	5,5	5,5	5,3	5,0	4,6	5,0	3,8	3,8	4,0	3,8	n.v.
Island	1,6	1,4	1,5	1,8	2,0	2,2	2,4	2,6	2,9	3,0	3,1	3,3	3,6	n.v.
Mexiko	3,6	3,8	4,0	3,9	4,0	4,1	3,7	3,7	3,8	3,7	3,6	3,5	3,5	3,5
Portugal	4,2	4,1	4,0	3,9	4,1	4,0	3,9	4,0	3,9	3,8	3,7	3,5	3,5	n.v.
Serbien Montenegro	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	3,7	3,8	3,4	3,3	3,5	n.v.
Schweiz	4,2	4,1	3,9	3,9	3,8	3,7	3,6	3,6	3,5	3,5	3,5	3,3	3,5	n.v.
Brasilien	3,2	2,9	2,8	2,8	3,4	3,4	3,4	3,3	3,5	3,5	3,3	3,4	3,4	n.v.
Schweden	3,7	3,8	3,9	4,2	4,0	3,6	3,8	3,5	3,6	3,5	3,4	3,4	3,3	n.v.
Norwegen	3,3	3,1	3,1	3,2	3,2	3,3	3,3	3,2	3,2	3,2	3,2	3,3	3,2	n.v.
Kolumbien	4,9	3,8	4,3	4,3	4,3	4,2	4,0	4,0	3,7	3,5	3,3	3,1	2,9	n.v.
Argentinien	1,7	2,0	2,2	2,3	2,1	2,0	2,1	2,2	2,4	2,2	2,3	2,3	2,4	n.v.
Griechenland	2,5	2,4	2,6	2,5	2,4	2,3	2,3	2,5	2,5	2,4	2,3	2,3	2,4	n.v.
Malta	3,0	3,0	3,0	2,9	2,9	2,9	2,7	2,6	2,7	2,7	2,6	2,5	2,4	n.v.
Bosnien Herzegowina	n.v.	0,9	0,9	1,1	1,1	1,5	2,4	2,7	2,2	1,8	1,9	2,2	2,3	n.v.
Frankreich	2,5	2,6	2,4	2,4	2,4	2,5	2,3	2,4	2,4	2,2	2,2	2,1	2,2	n.v.
Lettland	1,5	1,3	1,8	1,8	1,7	1,8	1,8	1,8	1,6	1,9	1,6	2,2	2,2	n.v.
Mazedonien	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	2,0	1,7	2,0	1,9	1,8	1,6	1,7	2,0	n.v.
Ukraine	1,5	1,1	0,8	1,1	0,8	0,8	0,8	0,8	1,0	1,3	1,5	1,7	2,0	n.v.
Bolivien	1,3	1,2	1,5	1,5	1,6	1,7	1,7	1,7	2,2	2,2	2,0	2,0	1,9	n.v.
Russische Föderation	1,4	1,2	1,1	1,0	1,5	1,5	1,6	1,6	1,7	1,7	1,8	1,9	1,9	n.v.

Quelle: „Global Alcohol Database" (WHO, 2005)
Kommentar: „n.v." = nicht vorhanden

Tab. 88: Bierkonsum im internationalen Vergleich – Teil 2: (Liter Bier pro Kopf und Jahr)

Land	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Ecuador	1,2	1,2	1,1	0,6	0,5	0,6	1,1	1,4	1,2	1,0	1,0	1,5	1,8	n.v.
Italien	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,4	1,5	1,6	1,6	1,6	1,7	1,6	1,8	n.v.
Chile	1,6	1,7	1,9	1,8	2,4	2,4	2,0	1,9	2,2	1,9	1,9	1,8	1,7	n.v.
Japan	3,3	3,3	3,3	3,4	3,2	3,3	3,0	2,7	2,5	2,4	2,1	1,9	1,6	n.v.
Singapur	1,1	1,2	1,2	1,2	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,4	1,4	n.v.
China	0,5	0,6	0,7	0,8	0,9	0,9	0,9	0,9	1,0	1,1	1,2	1,2	1,3	n.v.
Weißrussl.	1,9	1,8	1,4	1,0	0,9	1,1	1,3	1,3	1,4	1,2	1,1	1,0	1,1	n.v.
Israel	0,9	0,8	1,0	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	1,0	1,1	n.v.
Albanien	0,2	0,1	0,5	1,2	1,0	0,6	0,5	0,4	0,8	0,9	1,1	0,9	0,8	n.v.
Tunesien	0,4	0,3	0,5	0,6	0,6	0,5	0,6	0,6	0,7	0,7	0,7	0,7	0,8	n.v.
Türkei	0,5	0,6	0,7	0,8	0,8	0,8	1,0	0,9	0,8	0,7	0,7	0,8	0,7	n.v.
Bulgarien	3,2	3,5	3,5	3,3	3,2	3,2	2,3	2,0	2,0	1,6	1,5	0,9	0,5	n.v.
Georgien	n.v.	0,0	0,1	0,1	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,4	0,4	n.v.
Marokko	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	n.v.
Ägypten	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,2	n.v.
Algerien	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	n.v.
Armenien	n.v.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,3	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	n.v.
Indien	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	n.v.
Färöer I.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	0,5	0,5	0,5	0,5	0,0	n.v.
Grönland	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	8,8	8,5	7,5	7,5	0,0	n.v.
Indones.	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	n.v.

Quelle: „Global Alcohol Database" (WHO, 2005)
Kommentar: „n.v." = nicht vorhanden

11.2 Wein und Schaumwein

Das Weinhauptanbaugebiet in Österreich liegt in Niederösterreich und dem Burgenland mit 62% bzw. 30% der heimischen Rebflächen. Diese Gebiete wurden mit der Weingesetznovelle 1999 zur neuen Weinbauregion „Weinland Österreich" zusammengefasst. Durch die Novelle 2002 wurde die Weinbauregion Steiermark in Weinbauregion Steirerland umbenannt. In Österreich sind derzeit 4 Weinbauregionen und 19 Weinbaugebiete definiert: Als Weinbauregionen sind das „Weinland Österreich" (die Bundesländer Niederösterreich und Burgenland), das „Steirerland" (das Bundesland Steiermark), „Wien" und das „Bergland Österreich" (die Bundesländer Oberösterreich, Salzburg, Kärnten, Tirol und Vorarlberg) definiert. Zu den Weinbaugebieten zählen das Weinbaugebiet Niederösterreich, das geografisch die Weinbaugebiete Weinviertel, Wachau, Kremstal, Kamptal, Traisental, Wagram (ehemals Donauland)[95], Carnuntum und Thermenregion umfasst; das Weinbaugebiet Burgenland, das geografisch die Weinbaugebiete Neusiedlersee, Neusiedlersee-Hügelland, Mittelburgenland und Südburgenland mit einschließt; das Weinbaugebiet Steiermark mit den weiteren Gebieten Südoststeiermark, Südsteiermark, Weststeiermark; und schließlich Wien als eigenständiges Weinbaugebiet. (Tab. 89, S. 243).

95 Die Umbenennung des Weinbaugebietes Donauland in Wagram wurde 2007 beschlossen, die neue Bezeichnung ist ab dem Jahrgang 2007 gültig. (Presseinfomation ÖWM, Juli 2007)

Tab. 89: Weinbauregionen und Weinbaugebiete 2002

Weinbauregionen und Weinbaugebiete	Fläche in ha	relativ
Weingärten gesamt	48.558	100,00%
bepflanzte Weinbaufläche	48 496	99.87%
bebaute Weinbaufläche	46.488	95,74%
Weinbauregionen		
Weinland Österreich (NÖ und Burgenland)	44.568	91,79%
Steirerland (Steiermark)	3.291	6,77%
Wien	678	1,40%
Bergland Österreich (Ktn, OÖ, Slbg, T, Vbg)	21	0,04%
Weinbaugebiete		
WEINBAUGEBIETE NÖ (gesamt)	30.004	61,79%
Wachau	1.390	2,86%
Kremstal	2.176	4,48%
Kamptal	3.869	7,97%
Wagram (ehemals Donauland)	2.732	5,63%
Traisental	683	1,41%
Carnuntum	892	1,84%
Weinviertel	15.892	32,73%
Thermenregion	2.332	4,80%
ohne Weinbaugebiet	38	0,08%
WEINBAUGEBIETE BURGENLAND (gesamt)	14.564	29,99%
Neusiedlersee	8.326	17,15%
Neusiedlersee-Hügelland	3.912	8,06%
Mittelburgenland	1.877	3,87%
Südburgenland	448	0,92%
WEINBAUGEBIETE STEIERMARK (gesamt)	3.291	
Südsteiermark	1.741	3,59%
Weststeiermark	433	0,89%
Südoststeiermark	1.115	2,30%
ohne Weinbaugebiet	2	0,00%
WEINBAUGEBIET WIEN (gesamt)	678	1,40%
Übrige Bundesländer	21	0,04%

Quelle: ÖWM (2006a)

11.2.1 Begrenzung der Weinproduktion

Die bewirtschafteten Flächen sind in Rebflächenverzeichnissen festgehalten; Neuauspflanzungen sind bewilligungspflichtig.

Die Bestimmungen in den einzelnen Weinbaugesetzen der Länder (Wien, Niederösterreich, Burgenland, Steiermark) sind ähnlich, bzw. sind auch Bestrebungen zur weiteren Vereinheitlichung im Gange.

Für alle Länder außer Wien kann zusammenfassend gesagt werden, dass Flächen bis 500 m² bzw. maximal 100 Rebstöcke bzw. 1 Rebstock pro 6 m^2 als geringfügige Auspflanzung gelten und nicht den Weinbaugesetzen unterliegen. In Wien gilt auch eine Auspflanzung ab 100 m^2 mit mindestens einer Weinrebe pro 6 m^2 als Weingarten; als Weinbaubetrieb wird aber auch eine technisch-wirtschaftliche Einheit mit einer bewirtschafteten Gesamtfläche von mindestens 500 m^2 definiert.

Tab. 90: Rebsorten, Anteile an den Anbauflächen, wichtigste Anbaugebiete im Jahr 2003

Weißwein-Sorte	% der Anbaufläche	Anbaugebiete
Grüner Veltliner	36,0	Niederösterreich, Burgenland, Wien
Welschriesling	8,9	Burgenland, Steiermark, Weinviertel im östl. Teil
Müller-Thurgau (Rivaner)	6,8	in allen
Weißer Burgunder u. Chardonnay	6,1	in allen
Rheinriesling	3,4	Donau (Wachau, Wien und andere Flusstäler)
Neuburger	2,3	Thermenregion, Wachau, Neusiedlersee und Neusiedlersee-Hügelland, Wien
Frühroter Veltliner (Malvasier)	1,3	Niederösterreich
Muskat-Ottonel	0,7	Neusiedlersee und Neusiedlersee-Hügelland
Traminer	0,8	in allen
Goldburger	0,7	Burgenland
Bouvier	0,8	Burgenland
Ruländer (Grauburgunder, Pinot Gris)	0,6	Niederösterreich, Burgenland
Zierfandler (Spätrot) und Rotgipfler	0,5	Thermenregion
Sauvignon Blanc (Muskat-Sylvaner)	0,7	Südsteiermark, Neusiedlersee
Grüner Sylvaner	0,1	in allen Weinbaugebieten
Veltliner Rot	0,5	Niederösterreich
sonstige Qualitätssorten	4,5	in allen Weinbaugebieten
Rotwein-Sorte	% der Anbaufläche	Anbaugebiete
Zweigelt blau	9,0	in allen
Blaufränkisch	5,5	Burgenland
Blauer Portugieser	4,9	Niederösterreich und Burgenland
Blauburger	1,82	Niederösterreich
Blauer Burgunder	0,8	Niederösterreich und Burgenland
Blauer Wildbacher (Schilcher)	1,0	Weststeiermark
St. Laurent	0,9	Niederösterreich und Burgenland
Cabernet Sauvignon	0,6	Burgenland, Thermenregien, Carnuntum
Merlot	0,2	Niederösterreich und Burgenland
sonstige Qualitätssorten	3,5	in allen Weinbaugebieten

Quelle: ÖWM (2006)

Gegenwärtig ist die österreichische Weingartenfläche mit ca. 75% Weißweinreben und ca. 25% Rotweinreben bepflanzt, wobei aber zu erwarten ist, dass sich das Verhältnis zugunsten der Rotweinreben verschieben wird. Vor allem rechnet man im Burgenland aufgrund von Neuauspflanzungen und Rebsortenbereinigungen mit einem Anstieg des Rotweinanteils auf bis zu 50 Prozent.

11.2.2 Weingartenstilllegung nach dem österreichischen Weingesetz

Auf Grund der Sonderrichtlinie des Bundesministers für Land- und Forstwirtschaft (gemäß § 68d des Weingesetzes 1985 zur Entlastung des Weinmarktes durch die Gewährung einer Förderung bei Rodung und Stilllegung eines Weingartens – Förderung der Weingarten-Stilllegung) wurde in den Jahren 1992, 1993 und 1994 eine Stilllegungsaktion von Weingärten durchgeführt. Bedingung für die Förderung war die Rodung der Weingärten mit anschließender Grünbrache von 6 Jahren. Anschließend darf wieder Wein ausgepflanzt werden.

Pro Hektar und Jahr werden 1.090,09 € Förderprämie ausbezahlt, wovon 1/4 vom Land und 3/4 vom Bund bezahlt werden.

Bei der Weingartenerhebung 1999 wurde eine Gesamtrebfläche von ca. 48.500 ha ermittelt. Gegenüber der letzten Weingartenerhebung im Jahr 1992 ist ein Rückgang der Anbauflächen von ca. 8.400 ha festzustellen, was auf Rodungen und Flächenstilllegungen sowie auf Frostschäden zurückzuführen ist.

11.2.3 Weingartenstilllegung nach EU-Recht

Seit 1995 besteht gemäß EU-Recht – VO(EWG) 1442/88 (Verordnung über die Gewährung von Prämien zur endgültigen Aufgabe von Rebflächen in den Weinwirtschaftsjahren 1988/89 bis 1995/96) die Möglichkeit einer Förderung, wobei im Gegensatz zur österreichischen Stilllegung der Weingarten nie mehr ausgepflanzt werden darf (Verlust des Wiederbepflanzungsrechts).

Die Aktion wurde 1996 ausnahmsweise für zwei Jahre verlängert, sodass für die Wirtschaftsjahre 1996/97 und 1997/98 für Österreich 15 Hektar zur Stilllegung mit Prämienauszahlung vorgesehen wurden.

Basis für die Berechnung der Prämienhöhe ist der bisher aus den Erntemeldungen festgestellte durchschnittliche Hektarertrag, das Flächenausmaß oder die Rebsorten die durch die Rodung betroffen sind. In der Folge wird ein Auszug aus der äußerst komplexen Verordnung dargestellt.

Die Prämien bei Betriebsaufgabe pro Hektar betragen: [96]

Für Rebflächen von 10 bis 25 Ar	3.600 Euro
Für Rebflächen über 25 Ar:	
bei einem Hektarertrag bis 20 hl	1.200 Euro
bei einem Hektarertrag von über 20 bis zu 30 hl	2.800 Euro
bei einem Hektarertrag von über 30 bis zu 40 hl	3.500 Euro
bei einem Hektarertrag von über 40 bis zu 50 hl	3.800 Euro
bei einem Hektarertrag von über 50 bis zu 90 hl	5.250 Euro
bei einem Hektarertrag von über 90 bis zu 130 hl	7.150 Euro
bei einem Hektarertrag von über 130 bis zu 160 hl	9.200 Euro
bei einem Hektarertrag über 160 hl	10.200 Euro

96 Die ursprüngliche war „European Currency Unit – ECU“, die mit der Euro-Einführung eins zu eins in Euro übersetzt wurde.

11.2.4 EU-Weinmarktordnung

Die Reform der EU-Weinmarktordnung hat Österreich die Möglichkeit eröffnet, ab dem Weinwirtschaftsjahr 2000/2001 an einem offensiven Beihilfenprogramm für den Weinbau teilzunehmen. Mit den Maßnahmen soll eine Anpassung der Erzeugung an die Marktnachfrage erreicht werden. Mit der reformierten gemeinsamen Marktorganisation für Wein soll die strukturelle Weinüberproduktion der EU nicht mehr wie früher durch Marktintervention (Destillation, Lagerhaltung etc.) sondern durch aktive Anpassung der Produktion an die Markterfordernisse bekämpft werden. Das Landwirtschaftsressort hat die für Österreich zweckmäßigen Maßnahmen in sogenannten Umstellungsplänen festgelegt, aus dem jeder Weinbautreibende die für seinen Betrieb geeigneten Maßnahmen auswählen kann. Dazu zählen Sortenumstellung, Erhöhung der Stockzahl, Kommassierungen, Verlegung von Rebflächen in Hang- und Steillagen, die Anlage von Böschungs- und Steinmauerterrassen (was einen wichtigen Schutz vor Erosion bedeutet), Bewässerung zur Qualitätssicherung sowie eine Entschädigung des Einkommensausfalls bei Rodungen. Mehr als 6.000 Betriebe haben einen Umstellungsplan vorgelegt, dabei werden 5.000 ha Weingarten neu bepflanzt (das entspricht ziemlich genau 10% der Gesamtfläche in Österreich). Auf 1.720 ha wird eine Bewässerungsanlage zur Sicherung der Qualität und der Vermeidung von Ertragsausfällen errichtet. 81 km Böschungsterrassen und 55.000 m2 Steinmauerterrassen werden neu errichtet oder zumindest wieder instand gesetzt, darüber hinaus wurden über 3.100 ha bestehende Weingärten gerodet. Für all diese Maßnahmen sind derzeit sind 42,4 Mio. € Umstellungsbeihilfe fix vergeben; 19,6 Mio. € wurden bereits ausbezahlt. Im Zuge der EU-Umstellungsaktion wird sich die Rotweinfläche um ca. 3400 ha vermehren, das Produktionsverhältnis Rotwein zu Weißwein wird dann 30:70 betragen.

2007 haben sich die EU-Agrarminister in Brüssel auf eine Generalreform der EU-Weinmarktordnung geeinigt. Damit sollen die rund 1,3 Milliarden Euro, die jährlich aus dem EU-Haushalt für den Weinsektor zur Verfügung stehen, in Zukunft vor allem in die Modernisierung des Weinbaus und die bessere Vermarktung fließen. Die bisher übliche Destillation von Weinüberschüssen, die jährlich fast die Hälfte des EU-Weinbudgets verbraucht hat, wird nach einer Übergangsperiode abgeschafft.

Die Weinländer Österreich und Deutschland dürfen weiter Zucker zum Anreichern des Mostes vor der Gärung verwenden. Im ursprünglichen Vorschlag der EU-Kommission war ein Aufzuckerungsverbot vorgesehen gewesen, das aber von der Mehrheit der Länder abgelehnt wurde.

Quelle: ÖWM (2006a), Europäische Gemeinschaft (2008)

11.2.5 Wirtschaftliche Faktoren

11.2.5.1 Bruttowertschöpfung

Tab. 91: Bruttowertschöpfung der Weinwirtschaft (nominell

Jahr	Bruttowertschöpfung Weinwirtschaft in Mrd. €	Bruttoinlandsprodukt Österreich in Mrd. €	Anteil der Weinwirtschaft am Bruttoinlandsprodukt
1990	0,28	133,60	0,21%
1991	0,27	143,23	0,19%
1992	0,23	151,83	0,15%
1993	0,19	156,94	0,12%
1994	0,26	165,41	0,16%
1995	0,23	172,29	0,13%
1996	0,23	178,05	0,13%
1997	0,21	182,49	0,12%
1998	0,29	190,63	0,15%
1999	0,31	197,15	0,16%
2000	0,27	207,04	0,13%
2001	0,29	211,86	0,14%
Durchschnitt 1990-2001	0,26		0,15%

Quelle: ÖWM (2006a); Statistik Austria (2006b)

Die Bruttowertschöpfung der Weinwirtschaft lag in den Jahren 1990 bis 2001 durchschnittlich bei 0,26 Mrd. €, das sind durchschnittlich 0,15% des Bruttoinlandsprodukts pro Jahr in diesem Zeitraum. Die Wertschöpfung der Weinwirtschaft ist von 1990 bis 1997 gesunken, wobei im Jahr 1993 ein besonders starker Einbruch und 1994 eine kompensatorische Gegenbewegung nach oben festzustellen ist. 1998 und 1999 erhöhte sich der Wert für die Bruttowertschöpfung der Weinwirtschaft sprunghaft, womit in diesen beiden Jahren die höchsten Ergebnisse in diesem Jahrzehnt erreicht wurden.

11.2.5.2 Weinpreisentwicklung

Zieht man 1986 als Referenzjahr heran und beobachtet die Preisentwicklung von 1994 bis 2005, so kann man einen Preisverfall bei Fasswein und Wein in 2-Liter Flaschen feststellen, während es bei Bouteillen zu einer Verteuerung gekommen ist (Tab. 92, S. 248). Diese Entwicklung steht im Zusammenhang mit dem Weinskandal 1985, der anfangs zu großen Absatzschwierigkeiten im Ausland und zu einem empfindlichen Preisverfall geführt hat. Das Weingesetz, das daraufhin zur Schadensbegrenzung noch im Jahr 1985 beschlossen worden ist, bewirkte eine für die Erzeuger positive Preisentwicklung beim Qualitätswein (vgl. Kap. 7.12, S. 158).

Tab. 92: Weinpreisentwicklung (Erzeugerpreise in € ohne Mehrwertsteuer; real, Basisjahr 2005=100)

Jahr bzw. Monat	Fass, weiß gem. Satz; Liter	Fass, rot gem. Satz; Liter	2L-Fl. weiß gem. Satz; Liter	2L-Fl. rot gem. Satz; Liter	Bouteillen weiß 0.75l	Bouteillen rot 0.75l	Wein-trauben weiß, kg
1986	1,25	1,42	1,81	1,86	2,56	2,57	0,70
-	-	-	-	-	-	-	-
1994	0,62	0,80	1,70	1,73	3,04	2,95	0,30
1995	0,47	0,55	1,65	1,67	2,80	3,20	0,30
1996	0,65	0,76	1,64	1,69	3,12	3,26	0,41
1997	0,75	0,90	1,68	1,71	3,30	3,30	0,52
1998	0,71	0,87	1,74	1,74	3,28	3,37	0,34
1999	0,40	0,50	1,88	1,94	3,33	3,30	0,26
2000	0,32	0,54	1,84	1,91	3,36	3,44	0,28
2001	0,29	0,63	1,86	1,97	3,38	3,51	0,27
2002	0,28	0,73	1,87	1,95	3,51	3,64	0,32
2003	0,27	0,70	1,83	1,97	3,55	3,73	0,28
2004	0,29	0,59	1,87	2,11	3,68	4,04	0,27
2005	0,29	0,31	-	-	-	-	0,25

Quelle: „Landwirtschaftlicher Paritätsspiegel 1/98" (LBG, 1998); ÖWM (2006a); eigene Berechnungen

Qualitätsweine werden in Österreich zunehmend mehr in Bouteillen abgesetzt, deren Preise eine nicht unerhebliche Bandbreite aufweisen. Unterschiedliche Betriebs- und Vermarktungsstrukturen führen u.a. zu diesen z. T. sehr großen Preisunterschieden. Aus diesem Grund bereitete die Ermittlung gewichteter Durchschnittspreise für Flaschenwein im Rahmen der Statistik „Land- und forstwirtschaftlicher Erzeugerpreise" zunehmend Probleme und musste somit 2005 nach Rücksprache mit dem Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft und der Landwirtschaftskammer Österreich eingestellt werden (ÖWM, 2006b).

11.2.5.3 Österreichische Weinbilanz und Weinverbrauch international

Da die Entwicklung des Weinkonsums bereits in Kap. 7 (S. 138) diskutiert wurde, erübrigt es sich hier nochmals detailliert darauf einzugehen. Die umfassende Tab. 93 (S. 249) dient dazu, einen detaillierten Einblick in die Versorgungsbilanz Wein zu ermöglichen.

Österreich lag im Jahr 1999 hinsichtlich des Weinkonsums im internationalen Vergleich an 10. Stelle. Der Pro-Kopf-Weinkonsum lag dabei mit 30 Litern bei rund der Hälfte des entsprechenden Konsums in Luxemburg und Frankreich, und beim rund Fünffachen des Weinkonsums von Polen, das den geringsten Weinkonsum in Europa aufweist (Tab. 94, S. 250).

Tab. 93: Österreichische Wein-Bilanz (1955-2007)

Jahr	ertragsfähige Weingartenfläche in ha	Wein (hl) Produktion	Wein (hl) Verbrauch Ernährung	Verbrauch p. Kopf in l
1955	32.306	1.470.000	940.000	13,5
1956	32.306	1.164.232	1.120.000	16,1
1957	31.765	390.391	1.210.000	17,4
1958	31.765	1.415.427	1.195.000	17,1
1959	30.868	1.897.077	1.410.000	20,1
1960	30.868	727.952	1.320.000	18,7
1961	30.930	897.487	1.440.000	20,3
1962	30.930	1.328.221	1.370.000	19,2
1963	31.754	1.006.661	1.460.000	20,3
1964	31.754	1.826.741	1.500.000	20,8
1965	35.600	2.840.169	1.955.000	26,9
1966	35.600	1.387.371	2.300.000	31,4
1967	40.195	1.453.588	2.330.000	31,6
1968	40.195	2.594.384	2.450.000	33,0
1969	41.821	2.477.241	2.470.000	33,2
1970	41.821	2.265.281	2.563.860	34,3
1971	42.714	3.096.130	2.678.140	35,7
1972	42.714	1.812.790	2.663.910	35,3
1973	42.714	2.595.615	2.756.838	36,3
1974	44.540	2.404.307	2.689.665	35,4
1975	44.540	1.664.924	2.648.505	34,9
1976	44.540	2.704.467	2.731.677	36,1
1977	44.540	2.901.040	2.714.206	35,9
1978	48.677	2.594.021	2.631.319	34,8
1979	48.677	3.366.278	2.683.880	35,6
1980	53.981	2.773.006	2.686.859	35,6
1981	54.855	3.086.422	2.635.389	34,8
1982	55.694	2.085.168	2.631.575	34,7
1983	56.042	4.905.651	2.823.525	37,3
1984	54.847	3.697.925	2.750.855	36,3
1985	53.622	2.518.918	2.588.095	34,2
1986	54.210	1.125.655	2.476.437	32,6
1987	53.799	2.229.845	2.565.651	33,8
1988	53.811	2.183.623	2.595.399	34,1
1989	54.083	3.502.457	2.681.468	35,0
1990	54.942	2.580.861	2.689.330	34,8
1991	55.028	3.166.290	2.619.022	33,5
1992	53.621	3.093.259	2.608.332	33,0
1993	50.377	2.588.215	2.604.317	32,6
1994	49.285	1.865.479	2.483.102	30,9
1995	49.270	2.646.635	2.567.448	31,9
1996	48.522	2.228.969	2.544.524	31,6
1997	47.729	2.110.332	2.420.328	30,0
1998	47.928	1.801.747	2.498.490	30,9
1999	46.946	2.703.170	2.469.566	30,5
2000	46.534	2.803.383	2.505.291	30,9
2001	46.184	2.338.410	2.476.616	30,8
2002	46.036	2.530.576	2.450.654	28,4
2003	46.487	2.599.483	2.402.987	29,6
2004	–	2.529.846	2.262.683	27,7
2005	45.733	2.734.561	2.442.753	29,7
2006		2.264.015	2.643.468	31,9
2007		2.256.299	2.679.684	32,2

Quelle: Statistik Austria (2006b; 2008a) entsprechende Jahre, Bilanzjahr ab 2000/01: 1.Aug.-31. Juli
Kommentar: der Produktionswert beinhaltet die Ernte aus dem Vorjahr

Tab. 94: Weinkonsum im internationalen Vergleich (Liter Reinalkohol an Wein pro Kopf und Jahr)

Land	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Luxemburg	8,0	8,0	8,1	6,8	7,4	6,8	8,6	8,4	8,4	8,6	8,7	8,0	9,0	n.v.
Frankreich	9,2	8,9	8,7	8,6	8,6	8,2	8,0	7,9	7,8	7,7	7,7	7,6	6,6	n.v.
Italien	8,1	7,9	7,6	7,6	7,2	7,0	6,9	6,7	6,6	6,5	6,4	6,5	6,1	n.v.
Kroatien	7,2	6,4	6,1	5,4	5,0	5,5	6,9	6,7	6,5	5,7	6,1	6,7	5,7	n.v.
Portugal	8,7	8,4	8,2	8,0	7,8	7,6	7,0	6,7	6,7	6,7	6,2	5,7	5,6	n.v.
Schweiz	6,4	6,1	6,1	5,9	5,8	5,8	5,8	5,7	5,8	5,8	5,7	5,5	5,4	n.v.
Argentinien	8,3	7,8	6,9	6,7	6,3	6,3	6,1	5,9	5,9	5,7	5,5	5,4	5,2	n.v.
Ungarn	3,9	4,1	4,3	3,9	3,6	4,1	3,9	4,1	4,3	4,5	4,6	4,7	4,9	n.v.
Dänemark	2,9	3,2	3,3	3,5	3,7	3,8	3,9	3,9	4,0	4,2	4,2	4,3	4,4	n.v.
Griechenland	4,4	4,2	4,7	4,5	4,6	4,5	4,6	4,2	4,6	4,4	4,4	4,4	4,3	n.v.
Österreich	4,5	4,4	4,6	4,4	4,3	4,2	4,0	4,1	4,1	4,0	3,8	3,9	3,9	n.v.
Spanien	5,1	4,5	4,6	4,3	4,0	4,0	4,6	4,6	4,4	4,1	3,9	3,8	3,9	n.v.
Belgien	3,2	3,3	3,4	3,2	3,4	3,3	3,3	2,6	2,7	2,8	2,9	3,2	3,1	n.v.
Deutschland	3,2	3,2	3,0	3,0	2,9	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,1	3,1	3,1	n.v.
Malta	1,8	1,8	1,8	1,9	2,0	2,0	1,9	2,3	2,3	2,7	2,6	2,8	3,0	n.v.
Rumänien	2,7	3,5	4,2	3,2	3,5	3,6	4,4	4,1	3,1	3,1	3,4	3,4	3,0	n.v.
Mazedonien	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	1,7	3,1	3,9	1,6	0,9	1,0	1,2	2,9	n.v.
Australien	n.v.	2,7	2,7	2,7	2,7	2,6	2,7	2,8	2,8	2,8	2,7	2,8	2,8	n.v.
Bulgarien	2,8	3,1	3,0	3,0	2,9	2,9	2,9	2,9	2,8	2,8	2,8	2,8	2,7	n.v.
Chile	3,8	3,5	3,2	3,3	3,4	2,4	2,0	2,8	2,8	2,9	2,4	2,4	2,7	n.v.
GB	1,6	1,6	1,7	1,7	1,7	1,8	1,9	2,0	2,1	2,3	2,5	2,6	2,7	n.v.
Niederlande	2,1	2,1	2,0	2,1	2,2	2,3	2,4	2,5	2,5	2,5	2,6	2,6	2,6	n.v.
Neuseeland	2,4	2,2	2,3	2,3	2,4	2,3	2,4	2,3	2,3	2,7	2,5	2,6	2,6	n.v.
Zypern	2,0	1,7	2,1	1,9	2,0	2,1	2,0	1,9	1,9	2,2	2,3	2,4	2,5	n.v.
Finnland	1,2	1,2	1,2	1,3	1,4	1,5	1,7	1,7	1,9	2,0	2,2	2,3	2,4	2,4
Tschechien	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,2	2,2	2,2	2,2	2,2	n.v.
Schweden	1,7	1,7	1,7	1,8	1,7	1,8	2,0	2,0	2,0	2,1	2,1	2,1	2,2	n.v.
Irland	0,7	0,7	0,8	0,8	0,9	1,0	1,1	1,2	1,4	1,5	1,7	2,0	2,1	n.v.
Slowenien	7,8	8,2	7,7	6,6	6,6	5,9	5,6	3,4	1,9	4,5	2,1	2,4	2,0	n.v.
Island	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,8	0,9	1,0	1,2	1,3	1,4	1,6	1,7	n.v.
Norwegen	0,9	0,9	0,9	0,9	1,0	1,0	1,2	1,2	1,4	1,5	1,5	1,5	1,7	n.v.
Slowakei	2,4	2,2	2,1	2,0	1,9	1,9	2,0	1,8	1,8	1,7	1,8	1,9	1,7	n.v.
Polen	1,3	1,1	1,1	1,0	1,0	1,5	1,8	1,9	1,9	1,6	1,4	1,5	1,6	n.v.
Kanada	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,2	1,2	1,2	1,3	1,4	1,4	1,5	1,5
Südafrika	1,6	1,6	1,5	1,5	1,6	1,7	1,7	1,6	1,6	1,5	1,5	1,5	1,4	n.v.
USA	1,0	1,0	0,9	0,9	0,9	1,0	1,0	1,1	1,2	1,2	1,2	1,2	1,3	n.v.
Serb./Monten.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	1,3	1,4	1,4	1,7	1,2	n.v.
Litauen	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	1,2	0,9	1,0	1,1	0,8	0,9	1,1	1,1	n.v.
Russ. Föder.	0,8	0,5	0,5	0,7	0,8	0,8	0,8	0,8	1,0	1,0	1,0	1,1	1,1	n.v.
Georgien	n.v.	5,1	4,7	4,6	5,9	5,8	4,9	3,2	3,3	1,4	1,2	1,1	1,0	n.v.
Färöer Inseln	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	0,9	0,8	1,0	1,0	0,9	n.v.
Weißrussland	1,3	0,5	0,9	1,2	0,9	1,0	1,4	1,2	0,7	0,6	0,7	0,8	0,8	n.v.
Grönland	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	1,8	1,0	1,1	1,5	0,7	n.v.
Ukraine	0,8	0,6	0,4	0,1	0,2	0,2	0,2	0,3	0,4	0,4	0,5	0,7	0,7	n.v.
Albanien	0,6	0,7	0,6	0,7	1,0	1,7	0,9	0,6	0,7	0,4	0,8	0,4	0,5	n.v.
Lettland	1,0	1,1	1,3	1,3	0,8	0,6	0,7	0,7	0,9	0,6	0,9	0,5	0,5	n.v.
Estland	n.v.	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	n.v.
Japan	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	n.v.
Tunesien	0,4	0,4	0,4	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	n.v.
Brasilien	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	n.v.
Armenien	n.v.	1,2	1,3	1,1	0,5	0,4	0,2	0,1	0,2	0,2	0,3	0,3	0,2	n.v.
Bosn./Herzeg.	n.v.	0,8	0,5	0,4	0,8	0,2	0,0	0,3	0,2	0,2	0,4	0,3	0,2	n.v.
Israel	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,2	0,3	0,3	0,2	0,3	0,2	0,2	0,2	n.v.
Marokko	0,3	0,3	0,3	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	n.v.
Algerien	0,3	0,3	0,3	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	n.v.
Bolivien	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	n.v.
Kolumbien	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	n.v.
Ecuador	0,1	0,1	0,2	0,4	0,2	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	n.v.
Singapur	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	n.v.
Türkei	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	n.v.
Mexiko	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Venezuela	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	n.v.

Quelle: „Global Alcohol Database" (WHO, 2005)
Kommentar: „n.v." = nicht vorhanden

11.2.6 Produktionswerte für Schaumwein in Österreich

Tab. 95: Schaumweinproduktion in Österreich 1954 - 2006

Jahr	Produktion in Litern	Gesamtwert in €	Gesamtwert in € valorisiert (Basis: VPI 1996)	Preis in € pro Liter Basis: VPI 1996
1954	426.863	1.129.738	5.695.305	10,01
1955	564.452	1.381.089	6.791.942	9,02
1956	1.058.210	2.528.212	12.089.244	8,57
1957	1.142.981	2.761.437	12.690.009	8,33
1958	1.225.207	2.924.534	13.299.687	8,14
1959	1.481.624	3.276.312	14.737.331	7,46
1960	2.001.155	3.869.495	17.084.478	6,40
1961	1.309.869	2.832.327	12.071.568	6,91
1962	1.418.352	2.836.361	11.578.733	6,12
1963	1.510.634	3.194.262	12.697.820	6,30
1964	1.529.919	3.270.125	12.517.933	6,14
1965	1.552.821	3.607.894	13.157.458	6,36
1966	1.746.493	3.979.622	14.205.520	6,10
1967	1.832.047	4.194.697	14.397.348	5,89
1968	2.077.500	4.848.468	16.189.821	5,84
1969	2.016.161	4.698.939	15.220.658	5,66
1970	2.384.925	5.494.588	17.055.031	5,36
1971	2.371.470	5.421.286	16.072.783	5,08
1972	3.023.865	7.876.854	21.966.360	5,45
1973	3.096.821	7.864.157	20.386.069	4,94
1974	3.538.672	8.859.941	20.972.236	4,44
1975	4.015.022	9.469.680	20.674.394	3,86
1976	4.208.076	11.379.580	23.145.382	4,12
1977	5.515.351	12.940.861	24.948.754	3,39
1978	6.667.646	14.599.839	27.168.524	3,06
1979	7.206.065	17.786.285	31.929.600	3,32
1980	7.392.029	17.604.561	29.715.038	3,02
1981	8.226.988	23.789.559	37.596.376	3,43
1982	8.271.644	21.539.701	32.284.790	2,93
1983	10.673.318	26.861.005	38.968.382	2,74
1984	6.983.837	18.819.031	25.845.226	2,78
1985	7.914.366	22.660.496	30.143.943	2,86
1986	7.939.173	24.733.627	32.351.584	3,06
1987	9.099.208	33.561.212	43.291.978	3,57
1988	9.546.769	39.242.403	49.641.260	3,90
1989	9.920.179	34.616.566	42.715.536	3,23
1990	10.539.103	44.319.750	52.940.853	3,77
1991	12.133.600	50.519.829	58.426.116	3,61
1992	11.270.678	44.554.426	49.513.330	3,29
1993	13.412.427	54.175.252	58.130.623	3,25
1994	14.816.741	74.656.370	77.747.239	3,94
1995	13.433.670	75.635.714	77.049.465	4,30
1996	14.188.680	52.462.083	52.462.083	2,77
1997	13.347.907	52.705.464	52.038.907	2,92
1998	–	–	–	–
1999	–	–	–	–
2000	–	–	–	–
2001	–	–	–	1,84
2002	–	–	–	1,76
2003	5.446.548	24.164.000	–	1,62
2005	5.236.644	23.268.400		
2006	6.180.708	26.888.400		

Quelle: Statistik Austria, (2008c)

Der Schaumweinverbrauch wird in der Versorgungsbilanz Wein (Kap. 11.2.5.3, S. 248) seit 2003 nicht gesondert erhoben und in der Statistik als Wein behandelt (ÖWM, 2006a).

11.3 Spirituosen

11.3.1 Spirituosenerzeugung und -verbrauch in Österreich und international

Spirituosen spielen in Österreich seit jeher relativ zu Bier und Wein bloß eine untergeordnete Rolle. In den Produktionsstatistiken lässt sich während der letzten zwei Jahrzehnte ein kontinuierlicher Rückgang beobachten, sodass 1999 die Produktion auf ca. 2/3 der Menge von 1980 gesunken ist. Fallende Exportzahlen und steigende Importe gleichen diesen Rückgang in der heimischen Produktion jedoch weitgehend aus, worauf auch der über diesen Zeitraum hinweg relativ konstant gebliebene Pro-Kopf-Konsum hindeutet.

Mit einem Pro-Kopf-Konsum von 1,4 Liter Reinalkohol (laut Verband der Spirituosenindustrie, Tab. 96, S. 252) pro Jahr bzw. 1,6 Liter Reinalkohol (laut Global Alcohol Database, WHO, 2005, Tab. 97, S. 253) aus Spirituosen lag Österreich 2003 international weit hinter den Spitzenreitern Russische Föderation mit 7,4 Liter, Lettland mit 7,2 Liter und Bosnien-Herzegowina mit 6,5 Liter und Zypern 5,0 Liter.

Tab. 96: Spirituosenproduktion und -verbrauch Österreich

Jahr	Spirituosenproduktion in hl	Produktion Weingeist in hl (= l rA)	Pro-Kopf-Verbrauch in l rA	Produktion Rum 80% in hl
1977			1,7	
1978			1,4	
1979			1,6	
1980	366.138		1,6	31.110
1981	353.737	107.393	1,5	27.197
1982	346.808	129.117	1,5	26.088
1983	349.757	109.243	1,6	25.818
1984	323.597	107.124	1,5	24.454
1985	327.396	108.156	1,5	24.013
1986	326.981	108.664	1,5	23.467
1987	324.063	107.723	1,6	21.214
1988	325.008	108.818	1,6	25.100
1989	311.458	103.992	1,5	22.150
1990	307.505	102.425	1,5	15.047
1991	348.081	116.895	1,7	15.561
1992	287.634	96.159	1,3	11.435
1993	301.969	92.220	1,5	12.337
1994	268.113	84.230	1,1	16.661
1995	259.992	81.667	1,7	11.236
1996	273.381	89.032	1,9	11.518
1997	250.210	81.537	1,7	14.910
1998	207.646	69.918	1,5	18.428
1999	188.224	60.584	1,5	11.172
2000	195.361	69.126	1,8	20.867
2001	138.525	40.643	1,3	1.335
2002	145.691	44.684	1,3	2.411
2003	114.347		1,3	
2004	118.293		1,4	
2005	116.750		1,4	
2006	124.233		1,5	

Quelle: Verband der Spirituosenindustrie, entsprechende Jahre; lrA = Liter reiner Alkohol

Tab. 97: Spirituosenkonsum im internationalen Vergleich: Teil 1 (Liter reiner Alkohol pro Kopf und Jahr)

Land	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Russische Föderation	5,3	5,0	6,2	7,0	8,9	6,9	6,9	7,4	8,0	7,9	7,6	7,4	7,4	n.v.
Lettland	4,2	4,2	5,0	6,3	6,4	6,9	7,0	6,9	6,1	5,8	5,5	6,8	7,2	n.v.
Bosnien Herzegowina	n.v.	8,3	7,2	6,7	6,6	9,3	11,0	9,4	8,3	7,7	8,2	9,4	6,5	n.v.
Zypern	3,5	3,7	4,1	3,6	3,5	3,6	3,1	3,3	3,2	3,4	4,0	5,5	5,0	n.v.
Tschechien	4,0	4,0	4,0	4,0	3,9	4,2	4,4	4,3	4,4	4,4	4,4	4,4	4,5	n.v.
Litauen	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	3,6	3,8	2,3	2,0	3,3	3,6	3,8	4,3	n.v.
Slowakei	4,8	4,4	4,1	4,9	5,0	5,1	5,2	4,9	5,0	4,8	4,6	4,3	4,3	n.v.
Ungarn	4,8	4,6	4,5	4,3	4,2	3,9	3,9	3,9	4,0	4,1	4,2	4,1	4,2	n.v.
Japan	2,6	2,5	2,5	2,5	2,6	2,6	2,7	2,9	3,1	3,4	3,8	3,9	4,2	n.v.
China	3,2	3,2	3,5	3,6	4,0	4,1	4,1	4,1	4,0	4,0	4,0	3,9	3,9	n.v.
Serbien Montenegro	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	2,3	2,5	2,5	2,0	3,8	n.v.
Weißrussland	5,7	6,3	7,6	7,2	7,0	8,1	7,9	7,3	6,3	5,3	4,7	4,4	3,7	n.v.
Färöer Inseln	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	3,1	3,9	3,9	3,4	3,4	n.v.
Ukraine	3,4	3,3	3,1	2,9	2,4	2,1	2,8	2,4	2,5	2,8	2,3	2,4	3,4	n.v.
Frankreich	3,1	3,3	3,1	3,1	3,1	3,1	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	2,9	n.v.
Spanien	3,3	3,3	3,0	3,0	3,0	2,9	3,1	2,9	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	n.v.
Grönland	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	1,8	0,8	1,0	1,7	2,7	n.v.
Kolumbien	2,3	2,3	2,3	2,4	2,6	2,4	2,4	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,6	n.v.
Bulgarien	3,5	3,5	3,4	3,5	3,3	3,1	3,0	3,0	2,8	2,8	2,6	2,5	2,5	n.v.
Finnland	3,3	2,8	2,5	2,3	2,4	2,3	2,4	2,5	2,4	2,3	2,4	2,5	2,5	2,9
Irland	2,3	2,2	2,3	2,1	2,1	2,4	2,3	2,5	2,7	3,1	3,1	3,2	2,5	n.v.
USA	2,7	2,7	2,6	2,5	2,4	2,4	2,4	2,4	2,4	2,5	2,4	2,4	2,5	n.v.
Deutschland	3,2	3,2	3,0	2,9	2,6	2,5	2,4	2,4	2,4	2,3	2,2	2,4	2,4	n.v.
Rumänien	3,9	4,5	5,4	4,8	5,0	5,0	4,7	2,8	2,6	2,2	5,0	3,0	2,4	n.v.
GB	2,0	1,8	1,9	2,0	1,7	1,7	1,8	1,7	1,9	1,9	2,0	2,1	2,2	n.v.
Brasilien	2,0	2,1	1,8	2,1	2,2	2,2	2,2	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	n.v.
Kanada	2,5	2,4	2,0	2,0	1,9	1,9	1,9	1,9	2,0	2,0	2,1	2,1	2,1	2,1
Luxemburg	1,9	1,9	1,9	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	n.v.
Griechenland	3,3	3,3	3,4	3,4	3,1	2,9	2,6	2,4	2,4	2,2	2,2	2,1	1,9	n.v.
Schweiz	2,2	1,9	2,0	1,9	1,8	1,8	1,8	1,7	1,7	1,9	1,9	1,9	1,9	n.v.
Niederlande	2,5	2,3	2,3	2,2	2,1	2,2	2,1	2,0	2,1	2,1	2,1	2,0	1,8	n.v.
Neuseeland	1,7	1,6	1,5	1,5	1,5	1,5	1,3	1,7	1,6	1,8	2,0	2,0	1,8	n.v.
Portugal	2,3	2,2	2,1	2,2	2,0	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,7	1,7	1,7	n.v.
Österreich	**2,1**	**1,5**	**1,8**	**1,7**	**1,8**	**1,8**	**1,8**	**1,7**	**1,7**	**1,7**	**1,7**	**1,7**	**1,6**	**n.v.**
Belgien	1,4	1,5	1,5	1,4	1,4	1,4	1,5	1,4	1,4	1,5	1,5	1,5	1,6	n.v.
Estland	n.v.	1,7	1,7	1,5	1,4	1,4	1,4	1,4	1,1	1,3	1,3	1,7	1,6	n.v.
Island	2,8	2,5	2,2	2,0	1,9	1,8	1,7	1,7	1,8	1,7	1,7	1,6	1,6	n.v.
Polen	4,9	4,6	5,0	4,9	4,5	3,7	3,6	3,0	2,6	2,5	2,1	2,1	1,6	n.v.
Australien	n.v.	1,4	1,5	1,7	1,6	1,7	1,6	1,7	1,5	1,6	1,8	1,5	1,5	n.v.
Kroatien	n.v.	1,7	2,0	2,3	1,8	1,6	2,0	2,7	1,0	1,1	1,1	1,2	1,5	n.v.
Dänemark	1,6	1,4	1,3	1,3	1,2	1,3	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	n.v.

Kommentar: „n.v." = nicht vorhanden Quelle: „Global Alcohol Database" (WHO, 2005)

Tab. 98: Spirituosenkonsum im internationalen Vergleich: Teil 2 (Liter Reinalkohol pro Kopf und Jahr)

Land	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Bolivien	1,8	1,5	1,3	1,4	1,4	1,3	1,3	1,4	1,4	1,4	1,3	1,3	1,3	n.v.
Armenien	n.v.	1,2	1,1	2,6	2,1	2,0	1,5	1,2	1,2	1,3	1,0	1,1	1,2	n.v.
Israel	0,4	0,5	0,7	0,5	0,2	0,5	0,8	0,9	0,9	0,9	0,9	1,1	1,2	n.v.
Südafrika	1,7	1,6	1,5	1,8	1,7	1,8	1,8	1,5	1,3	1,4	1,4	1,3	1,2	n.v.
Schweden	2,1	2,0	1,9	1,8	1,6	1,4	1,3	1,3	1,2	1,2	1,2	1,2	1,1	n.v.
Mexiko	1,3	1,4	1,3	1,3	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,0	1,0	1,0	1,0
Norwegen	1,1	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,1	1,0	1,0	1,1	1,0	1,0	1,0	n.v.
Slowenien	2,3	0,5	1,1	1,1	1,2	0,8	0,6	0,3	1,0	3,4	0,9	0,7	1,0	n.v.
Malta	2,1	2,1	2,1	2,0	2,0	2,0	2,0	1,6	1,5	1,3	1,2	1,0	0,9	n.v.
Mazedonien	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	0,7	0,8	0,7	0,9	0,7	0,5	0,7	0,9	n.v.
Albanien	0,5	0,6	0,3	0,8	0,8	1,1	0,7	0,4	0,4	0,6	0,6	0,8	0,7	n.v.
Venezuela	3,7	3,3	3,1	2,6	2,6	2,6	2,1	1,8	1,6	1,6	1,5	1,0	0,7	n.v.
Singapur	0,5	0,5	0,5	0,5	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	n.v.
Ecuador	0,9	0,9	0,9	1,0	1,0	0,9	0,7	0,8	0,7	0,2	0,3	0,4	0,5	n.v.
Italien	1,2	1,2	1,1	1,1	0,9	0,7	0,7	0,7	0,6	0,6	0,5	0,5	0,5	n.v.
Türkei	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,4	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,5	n.v.
Argentinien	0,3	0,3	0,4	0,4	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	n.v.
Indien	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	n.v.
Georgien	n.v.	1,4	1,5	0,4	0,6	0,6	0,7	0,6	0,9	0,2	0,1	0,1	0,1	n.v.
Ägypten	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	n.v.
Indonesien	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	n.v.

Kommentar: „n.v." = nicht vorhanden, Quelle: „Global Alcohol Database" (WHO, 2005)

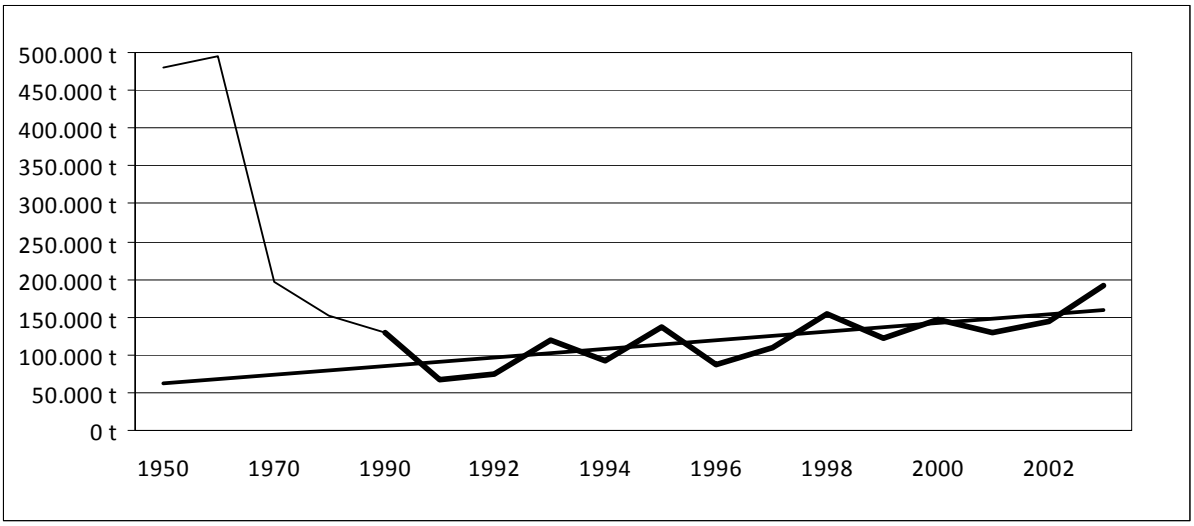
11.4 Schätzung des Mostkonsums in Österreich

In den offiziellen Statistiken, die aus Produktions-, Import- und Exportzahlen errechnet werden, wird üblicherweise zwischen Bier, Wein und Spirituosen unterschieden. Keine offiziellen Angaben gibt es hingegen über den Konsum an vergorenem Most. Anhand der „Repräsentativerhebung 93/94" hatten Uhl & Springer (1996) geschätzt, dass rund 6% des in Österreich konsumierten Reinalkohols aus vergorenem Most stammen. Bei der „Repräsentativerhebung 2004" (Uhl et al., 2005b) ergab sich allerdings bloß ein Mostanteil von 2,1% Gesamtreinalkoholkonsum. Da ein Rückgang des Mostverbrauchs über das letzte Jahrzehnt von 6% auf 2,1% wenig plausibel erscheint, versuchten wir über zusätzliche Informationen zu einem realistischen Bild den Mostkonsum betreffend zu gelangen:

- Laut Eisenbach-Stangl (1991a) lag der Anteil des vergorenen Mosts am Reinalkoholkonsum im Jahre 1920 zwischen 4% und 6%, wobei damals laut Eisenbach-Stangl der Pro-Kopf-Alkoholkonsum der Bevölkerung aber nur rund ein Drittel des heutigen Konsums ausmachte. Das bedeutet, dass die absolute Pro-Kopf-Menge Most, die 1920 4% bis 6% des Anteils am Reinalkoholkonsum ausmachte, heute nur mehr einem Anteil von 1,5% bis 2% am Reinalkoholkonsum entsprechen würde.

- Die Mostäpfelproduktion ist von 1950 bis 2003 von 176.700 t auf 71.831 t auf rund die Hälfte gesunken, die Mostbirnenproduktion ist im gleichen Zeitraum von 303.200 t auf 120.875 t auf rund ein Drittel zurückgegangen, wobei die Mostbirnenproduktion im Jahre 2003 weit über dem langjährigen Durchschnitt lag (Statistik Austria, 2004, 2006b). Das Jahr 2003 sollte hier wegen einer sehr guten Ernte also als Spitze und nicht als Indikator für einen Trend interpretiert werden.
- Betrachtet man nur den Zeitraum zwischen 1994 und 2003 ist die Mostobstproduktion um 41% gestiegen (Abb. 19, S. 255).
- 95% der österreichischen Mostobstproduktion findet in den Bundesländern Oberösterreich (49%), Steiermark (22%), Niederösterreich (17%) und Kärnten (7%) statt (vgl. Abb. 20, S. 256).
- In der Nachkriegszeit bis Ende der Achtzigerjahre ging ein erheblicher Teil des Mostobsts in die industrielle Fruchtsaftproduktion. Heute wird die industrielle Fruchtsaftproduktion in Österreich zu einem erheblichen Teil mit ausländischen – billigeren – Fruchtmarkkonzentraten durchgeführt, wodurch dieser Absatzmarkt für die Obstbauern vor allem in Oberösterreich und Niederösterreich unattraktiv wurde und dort nunmehr verstärkt auf die bäuerliche Produktion von vergorenem Most gesetzt wird. Lukas (Niederösterreichische Landwirtschaftskammer, 2005) und Strebl (2004) [97] schätzen in diesem Zusammenhang, dass die Nichtbelieferung der Industrie den Rohstoffrückgang für die Produktion von vergorenem Most nicht kompensiert hat; d.h. dass die produzierte und damit auch konsumierte vergorene Mostmenge in diesem Zeitraum zurückgegangen ist. Infolge steigender Qualitätsverbesserung, besserem Marketing und gestiegenen Preisen für regional erzeugten vergorenen Most gewinnt dieser in Niederösterreich und Oberösterreich jedoch als Quelle des bäuerlichen Einkommens zusehends an Bedeutung (Niederösterreichische Landwirtschaftskammer, 2005; Strebl, 2004). In der Steiermark hingegen geht nach wie vor mehr als 85% der Mostobstproduktion in die Fruchtsafterzeugung (Landwirtschaftskammer Steiermark, 2005).

Abb. 19: Mostobstproduktion und Mostkonsum in Österreich

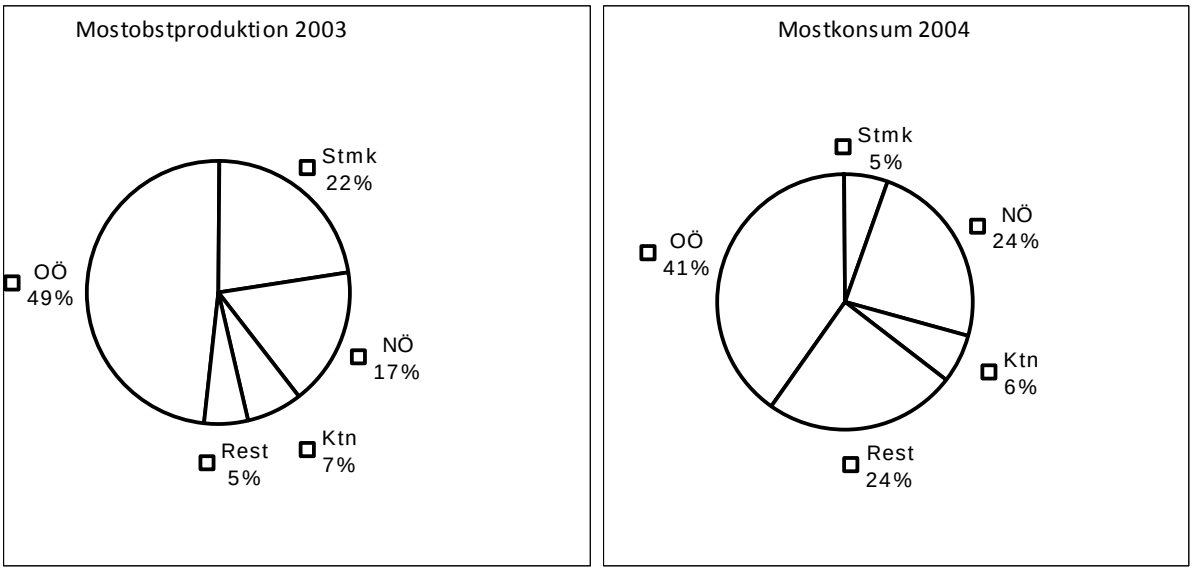


Datenquelle: Statistik Austria (2004, 2006b)
Anmerkung: dünne Linie: 10 Jahresabstände; dicke Linie Jahresabstände, 1990-2003 zusätzlich linearer Trend

97) Strebl (2004) schätzte für Oberösterreich eine Mostproduktion von 35 bis 40 Mio. Liter, was angesichts der oberösterreichischen Mostobstproduktion von 2002 und 2003 impliziert, dass rund 85% der Ernte in die Erzeugung von vergorenem Most gehen.

Aus 1 kg Mostobst kann man ca. 0,5 Liter Fruchtsaft oder vergorenen Most erzeugen. Wenn man annimmt, dass in Niederösterreich und in Oberösterreich je rund 85% der Mostobstproduktion und in der Steiermark rund 15% der Mostobstproduktion zur Erzeugung von vergorenem Most verwendet werden, und man den entsprechenden Anteil an der Mostobstproduktion einsetzt, so errechnet sich für diese drei Bundesländer ein Mischprozentsatz von 67%. Schätzungen für die anderen Bundesländer liegen uns nicht vor, aber da in den restlichen Bundesländern nur 12% der österreichischen Mostobstproduktion stattfindet, erscheint es uns zulässig – weil ohne gravierende Auswirkung auf das Gesamtergebnis – diesen Mischprozentsatz auf die österreichische Gesamtproduktion anzuwenden. Der Umstand, dass in der Steiermark der Großteil der Mostobsternte nach wie vor zu Fruchtsaft verarbeitet wird, erklärt die starke Diskrepanz zwischen Mostobsterzeugung (22% der österreichischen Produktion) und Mostkonsum (5% der österreichischen Produktion; Abb. 20).

Abb. 20: Mostobstproduktion und Mostkonsum in Österreich



Quelle: Mostobstproduktion Statistik Austria (2004, 2006b)
Kommentar: Der Anteil der konsumierten „Mostmenge" pro Bundesland wurde geschätzt, indem die durchschnittliche Konsummenge des Vortages mit der Größe der entsprechenden Wohnbevölkerung ab dem 15 Lebensjahr multipliziert wurde. Die nur wenig Mostobst produzierenden 5 Bundesländer wurden zu einer Restkategorie zusammengefasst.

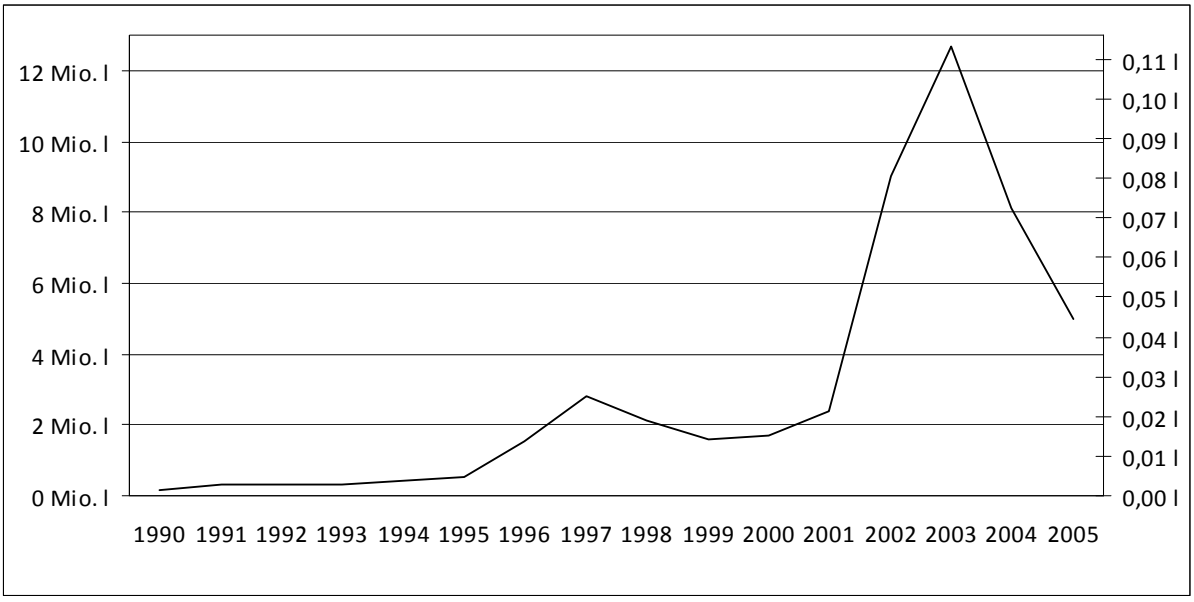
Detailliert dargestellt werden in dieser Grafik nur diejenigen Bundesländer, die einen Stichprobenumfang von mehr als 500 Befragten aufweisen, und jeweils einen bedeutenden Anteil zur gesamtösterreichischen Mostproduktion beitragen. Die Bundesländer Burgenland, Vorarlberg, Salzburg und Tirol, die infolge des geringen Stichprobenumfangs einzeln nicht sinnvoll auszuwerten sind, sowie Wien werden in einer Restkategorie zusammengefasst. Diese Bundesländer sind auch diejenigen mit relativ geringer Bedeutung für die Mostobst- und Mostproduktion; alle 5 Länder gemeinsam trugen im Jahr 2003 mit einem Anteil von 5% zur Mostobstproduktion bei und im Jahr 2004 zu 24% zum gesamtösterreichischen Mostkonsum bei.

Für das Jahr 2002 [98], das einen durchschnittlichen Ernteertrag bei Mostobst verzeichnete, wurde ein Ertrag von 144.600 t Mostobst geschätzt (Abb. 19, S. 255), aus denen man theoretisch rund 70 Mio. Liter Presssaft erzeugen könnte. Wenn man den soeben begründeten Mischprozentsatz von 67% heranzieht, so ergibt das ca. 47 Mio. Liter vergorenen Most. Das entspricht 5,8 Liter Jahreskonsum pro ÖsterreicherIn oder rund 0,75 Gramm Reinalkohol pro Person und Tag. Angesichts eines Gesamtkonsums von 22,9 g Reinalkohol pro Person und Tag im Jahre 2003, kann man schätzen, dass rund 3,3% des in Österreich konsumierten Reinalkohols über vergorenen Most konsumiert wird.

Die bisherigen Berechnungen gehen davon aus, dass die gesamte Mostobstmenge auch verwertet wird. Infolge bestehender Förderungsmaßnahmen für Streuobstwiesen aus Landschaftserhaltungsgründen kann man jedoch annehmen, dass es für manche Bauern sinnvoll ist, Streuobstwiesen aufrechtzuerhalten, auch wenn keine Nutzung des Ertrags vorgesehen ist. Das Ausmaß des so begründeten Schwunds ist numerisch nur schwer zu fassen – es scheint aber durchaus angezeigt, den Anteil des vergorenen Mosts am Reinalkoholkonsum in Österreich von den errechneten 3,3% geringfügig auf 3% abzurunden. Die Schätzung von 3% Mostanteil am Reinalkoholkonsum wird von uns für die Erstellung der Alkoholkonsumstatistik für 2004 herangezogen (Tab. 21, S. 146 bis Tab. 23, S. 150). Ob der von uns für 1993 angenommene Mostanteil von 6% am Reinalkoholkonsum, der auf der Repräsentativerhebung 1993/94 basierte, der damaligen Realität entsprach, oder ob der Stellenwert des Mosts damals überschätzt wurde, kann mit den zur Verfügung stehenden Daten nicht beantwortet werden.

11.5 Konsumentwicklung bei Alkopops, Radler und andere alkoholhältige Mischgetränken

Abb. 21: Entwicklung des spirituosenhältigen Alkopopkonsums in Österreich



Quelle: Bacardi-Martini GmbH, (2005, 2008)
Erläuterung: Auf der linken Seite ist der Gesamtabsatz an spirituosenhältigen Alkopops pro Jahr in Mio. Litern ablesbar, auf der rechten Seite der Pro-Kopf-Jahreskonsum an Reinalkohol aus spirituosenhältigen Alkopops.

98) Da es um die Schätzung der Durchschnittsproduktion als Vergleichswert für die Erhebung 2004 ging, wurden hier die Mengen des durchschnittlichen Jahres 2002 und nicht die Spitzenwerte von 2003 verwendet. In Abb. 20 wurde im Gegensatz dazu auf das letzte ausgewertete Produktionsjahr 2003 Bezug genommen.

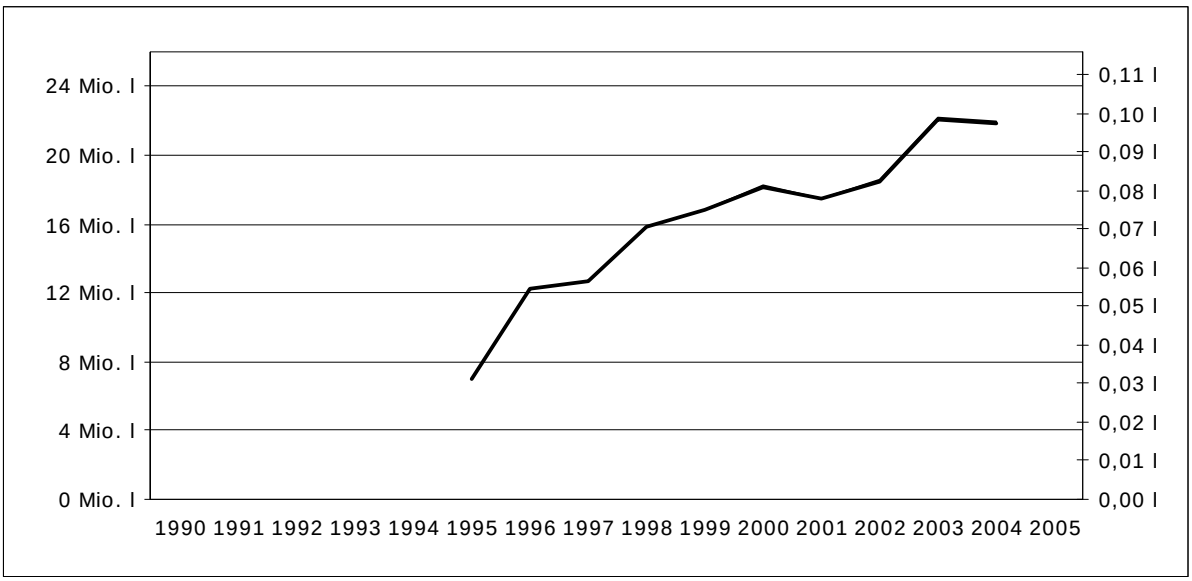
In Kap. 9.5 (S. 224) wurde auf die Schwierigkeiten hingewiesen „Alkopops“ zu definieren und gegen andere süße alkoholische Premixgetränke abzugrenzen. In steuerrechtlichem Zusammenhang, in jenen Ländern, in denen spezielle Alkopopsteuern eingeführt wurden, werden Alkopops ausschließlich als „spirituosenhältige Premixgetränke“ definiert und dabei wird außer Acht gelassen, dass es eine Reihe funktionell völlig äquivalente süße Alternativen zu Alkopops auf Wein-, Obstwein- und Bierbasis gibt, die keine Spirituosen enthalten. In jenen Staaten, die Sondersteuern auf spirituosenhältige Premixgetränke eingeführt haben, wird der seit einiger Zeit zu beobachtende Umsatzrückgang bei den betroffenen Produkten auf die Einführung dieser steuerlichen Maßnahmen zurückgeführt, was zunächst auch sehr plausibel erscheint. Kaum jemand zieht in Erwägung, dass dieser Absatzrückgang auch ein maßnahmenunabhängiger Trend sein könnte. Letzteres erscheint jedoch durchaus plausibel, wenn man historische Beispiele und die Entwicklung des Alkopopmarktes in Österreich berücksichtigt (Uhl et al., 2005b). So hat es in den letzten drei Jahrzehnten bereits einige analoge Wellen mit süßen alkoholhältigen Mischgetränken, z.B. „Wine Coolers“ (vgl. Montgomery, 2004; Kusserow, 1991), gegeben, die sich allerdings immer bloß als relativ kurzlebige Modeerscheinung herausgestellt haben (Room, 2004).

Besonders aussagekräftig ist hier aber die aktuelle Entwicklung in Österreich, wo keine Maßnahmen gegen spirituosenhältige Premixgetränke gesetzt wurden – wodurch sich die aus der Forschungsperspektive günstige Situation eines natürlichen Experiments ergab. Obwohl keine Maßnahmen gesetzt wurden, ergab sich vom Absatzhöhepunkt 2003 bis 2006 ein Umsatzeinbruch um 3/4 (75%) (vgl. Abb. 21, S. 257). Der Absatzrückgang von 2003 bis 2004 war in Deutschland (von 0,7% auf 0,3% des gesamten Reinalkoholkonsums, Bundesministerium der Finanzen, 2005) zwar etwas stärker als der Rückgang in Österreich im gleichen Zeitraum (von 0,7% auf 0,4%), aber 2006 betrug der Anteil auch in Österreich bloß noch 0,2% des Gesamtalkoholkonsums. Dieser ist also fast auf den Wert vor dem Beginn des Alkopopbooms in Österreich zurückgefallen. Insgesamt wurden 2006 in Österreich 3,2 Millionen Liter Alkopops abgesetzt. Das entspricht 0,4 Liter Alkopops pro ÖsterreicherIn und Jahr oder 18g Reinalkohol pro ÖsterreicherIn und Jahr oder, wie zuvor erwähnt, 0,2% des insgesamt in Österreich konsumierten Reinalkohols.

Erwähnenswert ist hier auch, dass in Deutschland die Industrie, als Reaktion auf die Alkopopsteuer, nunmehr verstärkt auf bierhältige und weinhältige Alkopops setzt (Bundesministerium der Finanzen, 2005), während sich eine analoge Entwicklung in Österreich nicht abzeichnet. Bezüglich des Rückgangs in Österreich – als Land, das explizit keine gesetzlichen Maßnahmen gegen Alkopops gesetzt hat, wo aber die Diskussion sehr wohl auch stattgefunden hat bzw. stattfindet – könnte man auch einen gewissen „Sogeffekt“ vermuten; d.h. dass die öffentliche Debatte und die Entwicklung in den Nachbarstaaten eine Sensibilisierung der Alkoholindustrie bewirkt, die daraufhin – eventuellen imageschädigenden gesetzlichen Maßnahmen vorgreifend – mit einer Zurücknahme der offensiven Marketingstrategien bei Alkopops reagiert haben könnte.

Bei den ebenfalls süßen Bier-Premixgetränken, die vom Marketing her nicht direkt an die Zielgruppe Jugendliche adressiert und daher auch noch nicht ins Schussfeld der öffentlichen Kritik geraten sind, ergab sich im gleichen Zeitraum kein Umsatzrückgang (Abb. 22, S. 259).

Abb. 22: Entwicklung des Konsums von Bier-Premixgetränken in Österreich



Quelle: Verband der Brauereien Österreichs, Werner (2005)
Erläuterung: Auf der linken Seite ist der Gesamtabsatz an Bier-Premixgetränken pro Jahr in Mio. Litern ablesbar, auf der rechten Seite der Pro-Kopf-Jahreskonsum an Reinalkohol aus Bier-Premixgetränken.

Ob Premixgetränke nun durch den Zusatz von Spirituosen, die zuvor aus vergorenen Getränken destilliert und dann Limonaden zugefügt werden, oder direkt durch den Zusatz von vergorenen Getränken zu Limonaden erzeugt werden, ist sowohl für die Erzeuger als auch für die KonsumentInnen bedeutungslos. Insbesondere in der deutschen Alkopop-Diskussion wurde allerdings als Argument gegen die Alkopops immer wieder vertreten, dass der Zusatz von gebrannten Alkoholika das besonders Gefährliche sei; eine Meinung die aus medizinischer Sicht jedoch nicht zutreffend ist, weil allein die Höhe des Alkoholgehaltes für die Wirkung ausschlaggebend ist. Die Alkoholindustrie kann also durch eine Umstellung der Erzeugungsform steuerliche Maßnahmen und unterschiedliche Schutzalter für spirituosenhältige Alkopops problemlos umgehen.

Weiters wird die oft behauptete Sonderposition der Alkopops als Einstiegshilfe in den Alkoholkonsum für jene Kinder und Jugendliche, die aus geschmacklichen Gründen nicht zu Bier, Wein oder Spirituosen greifen, erheblich überschätzt. Es gibt viele funktional gleichwertige süße alkoholische Getränke, die nicht als „Alkopops" bezeichnet werden, wie z.B. die nicht poppig aufgemachten vorfabrizierten Bier-Premixgetränke (Radler), und solche, die nie als „Alkopops" bezeichnet werden, wie Liköre (z.B. Cointreau, Baileys, Eierlikör usw.), oder aufgespritete [99] Dessertweine (z.B. Portwein, Sherry usw.). Auch nicht-vorgemischte Mixgetränke (z.B. Cola-Rum, Tee oder Kakao mit Rum, Cocktails, selbst gemischte Radler, Rotwein-Cola, Red Bull-Rotwein und vieles mehr) sind funktional äquivalente Alternativen zu den spirituosenhältigen Alkopops. Auch süße Beerenweine sowie Obstschaumweine (z.B. Ribiselwein oder Marillensekt) haben Kindern und Jugendlichen, aber natürlich auch alkoholunerfahrenen Erwachsenen, über Jahrzehnte als Einstiegshilfe in den Alkoholkonsum

99 „Aufspriten" eines Getränks bedeutet mit Spirituosen versetzen, um den Alkoholgehalt zu erhöhen.

gedient. Nordlund (2004) konnte in diesem Zusammenhang für Norwegen feststellen, dass der über Alkopops konsumierte Alkohol durch einen Rückgang bei anderen alkoholischen Getränken kompensiert wird.

Die unklare Abgrenzung der Kategorie „Alkopops“ gegen die Gesamtgruppe der Premixgetränke und der Umstand, dass viele Menschen trotz sensationsorientierter medialer Berichterstattung, mit diesem Begriff wenig anzufangen wissen, stellt vor allem bei befragungsbasierten Erhebungen des Alkopopskonsums eine erhebliche Schwierigkeit dar.

In manchen Regionen – so z.B. in der Schweiz, in Deutschland und in fünf österreichischen Bundesländern (Kärnten, Oberösterreich, Salzburg, Steiermark und Tirol) – beträgt das Schutzalter für spirituosenhältige Alkopops 18 Jahre, während das Schutzalter für Wein und Bier bei 16 Jahren liegt. Ob Alkopops durch Zusatz von Spirituosen, die aus vergorenen Getränken destilliert wurden, oder unmittelbar durch Zusatz von vergorenen Getränken erzeugt werden, ist sowohl für die Erzeuger als auch für die KonsumentInnen relativ bedeutungslos, und es ist daher nicht verwunderlich, dass viele Handelsmarken zusehends von Spirituosen-Alkopops auf Bier- und Wein-Alkopops umstellen. Damit können sowohl unterschiedliche Schutzalter für Spirituosenmixgetränke als auch etwaige Sondersteuern für Spirituosenmixgetränke umgangen werden.

Bei der „Repräsentativerhebung 2004“ (Uhl et al., 2005b) wurde nach „in Flaschen gefüllte Mischgetränken“ gefragt (vgl. Kap. 7.17, S. 181), woraus sich die Unterscheidung in Alkopops und Radler leider nicht durchführen lässt. Tab. 46 (S. 182) kann man entnehmen, dass im Jahre 2004 rund 4% des konsumierten Reinalkohols über in Flaschen gefüllte Mischgetränke konsumiert wurde.

11.6 Gesamtüberblick über Produktion und Verbrauch alkoholischer Getränke in Österreich

Nachdem in Kap. 11.1 bis Kap. 11.5 (S. 238 bis S. 257) ein Überblick über den durchschnittlichen Alkoholkonsum in Österreich getrennt nach Bier, Wein, Spirituosen, alkoholhältigen Most und Premixgetränken geboten wurde, werden im vorliegenden Kapitel die Kategorien Bier, Wein und Spirituosen in einem Gesamtüberblick dargestellt. Bei Bier und Wein wird in Tab. 99 (S. 261) nur die Gesamtmenge des Getränks ausgewiesen. Bei Spirituosen wird, nicht zuletzt weil über manche Jahre nur diese Information vorliegt, auch auf den im Getränk enthaltenen reinen Alkohol (rA) hingewiesen. Alkoholhältiger Most und Premixgetränke werden in Tab. 99 (S. 261) nicht ausgewiesen, da es dazu nur Punktschätzungen und keine Verlaufdaten gibt. Für Premixgetränke kommt noch dazu, dass der in ihnen enthaltene alkoholische Grundstoff (Bier, Wein oder Spirituosen) in der entsprechenden Kategorie bereits enthalten ist.

Tab. 99: Produktion, Verbrauch und Pro-Kopf-Verbrauch von Bier, Wein und Spirituosen

Jahr	Bier			Wein			Spirituosen			
Jahr	Produktion in hl	Verbrauch in hl	pro Kopf in l	Produktion in hl	Verbrauch in hl	pro Kopf in l	Prod. in hl	Prod. Rum 80% in hl	Prod. in hl reiner Alkohol	Verbrauch pro Kopf in l reiner Alkohol
1955	4.170.000	4.165.000	59,8	1.470.000	940.000	13,5				0,7
1956	4.310.000	4.305.000	61,5	1.164.232	1.120.000	16,0				0,8
1957	4.910.000	4.905.000	69,8	390.391	1.210.000	17,2				0,9
1958	4.850.000	5.110.000	72,9	1.415.427	1.195.000	17,0				1,1
1959	5.125.000	4.840.000	69,0	1.897.077	1.410.000	20,1				1,1
1960	5.330.000	5.110.000	72,3	727.952	1.320.000	18,7				1,1
1961	5.780.000	5.320.000	75,3	897.487	1.440.000	20,4				1,2
1962	6.145.000	5.770.000	81,6	1.328.221	1.370.000	19,4				1,0
1963	6.690.000	6.130.000	85,7	1.006.661	1.460.000	20,4				1,2
1964	6.720.000	6.680.000	92,9	1.826.741	1.500.000	20,9				1,2
1965	7.230.000	6.720.000	92,9	2.840.169	1.955.000	27,0				0,9
1966	7.265.000	7.240.000	99,6	1.387.371	2.300.000	31,6				1,4
1967	7.620.000	7.270.000	99,5	1.453.588	2.330.000	31,9				1,1
1968	7.215.000	7.640.000	104,2	2.594.384	2.450.000	33,4				1,2
1969	7.310.000	7.260.000	98,6	2.477.241	2.470.000	33,5				1,3
1970	7.410.000	7.365.000	99,8	2.265.281	2.563.860	34,6				1,2
1971	7.945.000	7.480.000	100,8	3.096.130	2.678.140	35,9				1,4
1972	8.070.000	7.970.000	106,8	1.812.790	2.663.910	35,5				1,6
1973	8.070.000	8.110.000	108,1	2.595.615	2.756.838	36,8				1,6
1974	7.700.000	8.200.000	108,8	2.404.307	2.689.665	35,4				1,7
1975	7.710.000	7.840.000	104,0	1.664.924	2.648.505	35,1				1,6
1976	7.880.000	7.910.000	105,2	2.704.467	2.731.677	36,3				1,6
1977	7.780.000	8.040.000	107,0	2.901.040	2.714.206	36,1				1,7
1978	7.635.000	7.910.000	105,2	2.594.021	2.631.319	35,0				1,4
1979	7.770.000	7.735.000	103,1	3.366.278	2.683.880	35,8				1,6
1980	7.920.000	7.820.000	104,2	2.773.006	2.686.859	35,8	366.138	31.110		1,6
1981	7.917.192	7.915.000	105,4	3.086.422	2.635.389	35,1	353.737	27.197	107.393	1,5
1982	8.170.188	8.096.600	107,5	2.085.168	2.631.575	34,9	346.808	26.088	129.117	1,5
1983	8.438.472	8.309.782	109,9	4.905.651	2.823.525	37,4	349.757	25.818	109.243	1,6
1984	8.539.172	8.466.676	112,1	3.697.925	2.750.855	36,4	323.597	24.454	107.124	1,5
1985	8.442.750	8.291.226	109,8	2.518.918	2.588.095	34,3	327.396	24.013	108.156	1,5
1986	9.043.959	8.903.641	117,8	1.125.655	2.476.437	32,8	326.981	23.467	108.664	1,5
1987	8.760.413	8.637.072	114,1	2.229.845	2.565.651	33,9	324.063	21.214	107.723	1,6
1988	8.840.282	8.797.394	116,0	2.183.623	2.595.399	34,2	325.008	25.100	108.818	1,6
1989	9.050.573	9.020.094	118,6	3.502.457	2.681.468	35,2	311.458	22.150	103.992	1,5
1990	9.442.989	9.309.077	121,5	2.580.861	2.689.330	35,0	307.505	15.047	102.425	1,5
1991	9.787.456	9.355.782	120,2	3.166.290	2.619.022	33,7	348.081	15.561	116.895	1,7
1992	10.262.402	9.788.179	124,5	3.093.259	2.608.332	33,1	287.634	11.435	96.159	1,3
1993	10.058.104	9.517.314	120,4	2.588.215	2.604.317	32,7	301.969	12.337	92.220	1,5
1994	9.773.876	9.159.777	114,4	1.865.479	2.483.102	31,0	268.113	16.661	84.230	1,1

Fortsetzung der Tabelle										
Jahr	Bier			Wein			Spirituosen			
Jahr	Produktion in hl	Verbrauch in hl	pro Kopf in l	Produktion in hl	Verbrauch in hl	pro Kopf in l	Prod. in hl	Prod. Rum 80% in hl	Prod. in hl reiner Alkohol	Verbrauch pro Kopf in l reiner Alkohol
1995	9.729.753	9.197.735	114,4	2.646.635	2.567.448	31,9	259.992	11.236	81.667	1,7
1996	9.343.523	9.053.037	112,4	2.228.969	2.544.524	31,6	273.381	11.518	89.032	1,9
1997	9.307.566	9.004.655	111,7	2.110.332	2.420.328	30,0	250.210	14.910	81.537	1,7
1998	9.358.947	9.141.731	113,2	1.801.747	2.498.490	30,9	207.646	18.428	69.918	1,5
1999	9.200.997	9.151.857	113,3	2.703.170	2.469.566	30,7	188.224	11.172	60.584	1,5
2000	9.258.147	9.241.699	114,1	2.803.383	2.505.291	30,9	195.361	20.867	69.126	1,8
2001	8.771.369	8.813.837	108,7	2.338.410	2.476.616	30,5	138.525	1.335	40.643	1,3
2002	8.909.327	8.943.219	111,0	2.530.576	2.450.654	28,4	145.691	2.411	44.684	1,3
2003	9.053.560	9.043.075	111,6	2.599.483	2.402.987	29,7	114.347			1,3
2004	9.045.564	9.145.092	112,3	2.529.846	2.262.683	27,8	118.293			1,4
2005	8.853.804	8.884.493	108,3	2.734.561	2.442.753	29,8	116.750			1,4
2006	9.076.225	8976980	108,7	2.264.015	2.643.468	32,0	124.233			1,5
2007	9.183.726	8983432	108,2	2.256.299	2.679.684	32,3				

Quelle: Statistik Austria Versorgungsbilanz für Wein und Bier; Verband der Spirituosenindustrie; entsprechende Jahre

Der Gesamtverbrauch an reinem Alkohol pro Kopf und Jahr in Tab. 100, S. 263 wurde unter Berücksichtigung des Mostverbrauchs (Kap. 6.1.4, S. 132) nach der Methode von Uhl & Springer (1996) errechnet (vgl. Kap. 6.4, S. 136). Es zeigt sich, wie wir schon im Kap. 7.7.2, S. 148 betont haben, dass der durchschnittliche Alkoholkonsum in Österreich von 1955 bis Anfang der Siebzigerjahre kontinuierlich angestiegen, dann bis 1993 recht konstant um 11 Liter schwankte und seit 1994 auf ein etwas geringeres Niveau gesunken ist.

Tab. 100: Konsum reiner Alkohol pro Kopf in Liter; alle Österreicher

Jahr	Bier	Wein	Spirituosen	Most	Gesamt
1955	3,0	1,6	0,7	0,3	5,6
1956	3,1	1,9	0,8	0,4	6,1
1957	3,5	2,0	0,9	0,4	6,8
1958	3,7	2,0	1,1	0,4	7,2
1959	3,5	2,3	1,1	0,4	7,3
1960	3,6	2,2	1,1	0,4	7,3
1961	3,8	2,3	1,2	0,5	7,8
1962	4,0	2,2	1,0	0,5	7,7
1963	4,3	2,3	1,2	0,5	8,3
1964	4,6	2,4	1,2	0,5	8,7
1965	4,6	3,1	0,9	0,5	9,2
1966	4,9	3,6	1,4	0,6	10,6
1967	4,9	3,6	1,1	0,6	10,3
1968	5,2	3,8	1,2	0,6	10,8
1969	4,9	3,8	1,3	0,6	10,6
1970	4,9	3,9	1,2	0,6	10,7
1971	5,0	4,1	1,4	0,7	11,2
1972	5,3	4,1	1,6	0,7	11,6
1973	5,3	4,2	1,6	0,7	11,8
1974	5,4	4,0	1,7	0,7	11,8
1975	5,2	4,0	1,6	0,7	11,5
1976	5,2	4,2	1,6	0,7	11,7
1977	5,3	4,1	1,7	0,7	11,8
1978	5,2	4,0	1,4	0,7	11,3
1979	5,1	4,1	1,6	0,7	11,5
1980	5,2	4,1	1,6	0,7	11,6
1981	5,2	4,0	1,5	0,7	11,4
1982	5,3	4,0	1,5	0,7	11,6
1983	5,5	4,3	1,6	0,7	12,1
1984	5,6	4,2	1,5	0,7	12,0
1985	5,5	3,9	1,5	0,7	11,6
1986	5,9	3,8	1,5	0,7	11,9
1987	5,7	3,9	1,6	0,7	11,9
1988	5,8	3,9	1,6	0,7	12,0
1989	5,9	4,0	1,5	0,7	12,2
1990	6,0	4,0	1,5	0,7	12,3
1991	6,0	3,9	1,7	0,7	12,3
1992	6,2	3,8	1,3	0,7	12,0
1993	6,0	3,7	1,5	0,7	11,9
1994	5,7	3,6	1,1	0,6	11,0
1995	5,7	3,7	1,7	0,6	11,7
1996	5,6	3,6	1,9	0,6	11,7
1997	5,6	3,4	1,7	0,5	11,2
1998	5,7	3,6	1,5	0,5	11,2
1999	5,7	3,5	1,5	0,5	11,1
2000	5,7	3,6	1,8	0,4	11,4
2001	5,5	3,5	1,3	0,4	10,7
2002	5,6	3,5	1,3	0,4	10,4
2003	5,6	3,4	1,3	0,3	10,6
2004	5,6	3,2	1,4	0,3	10,5
2005	5,4	3,4	1,4	0,3	10,6
2006	5,4	3,7	1,5	0,3	10,9
2007	5,4	3,7			

Quelle: Statistik Austria, Verband der Spirituosenindustrie, entsprechende Jahre; Uhl & Springer (1996); eigene Berechnungen

Tab. 101: Konsum reiner Alkohol pro Kopf in Liter; Österreicher 15-99 Jahre

Jahr	Anteil unter 15 Jahren	Bier	Wein	Spirituosen	Most	Gesamt
1955	22,1%	3,8	2,0	0,9	0,4	7,2
1956	21,8%	4,0	2,4	1,0	0,5	7,8
1957	21,8%	4,5	2,6	1,2	0,5	8,7
1958	21,8%	4,7	2,5	1,4	0,5	9,1
1959	21,9%	4,4	3,0	1,4	0,6	9,3
1960	22,3%	4,7	2,8	1,4	0,6	9,4
1961	22,7%	4,9	3,0	1,5	0,6	10,0
1962	22,8%	5,2	2,9	1,3	0,6	10,0
1963	23,0%	5,5	3,0	1,6	0,6	10,8
1964	23,3%	6,0	3,1	1,6	0,7	11,4
1965	23,6%	6,0	4,0	1,2	0,7	12,0
1966	23,8%	6,5	4,7	1,8	0,8	13,9
1967	24,1%	6,5	4,8	1,4	0,8	13,5
1968	22,1%	6,8	5,0	1,6	0,9	14,3
1969	24,3%	6,4	5,0	1,7	0,8	14,0
1970	24,4%	6,5	5,2	1,6	0,9	14,2
1971	24,3%	6,6	5,4	1,8	0,9	14,7
1972	24,2%	7,0	5,4	2,1	0,9	15,4
1973	23,9%	7,0	5,5	2,1	0,9	15,6
1974	23,6%	7,1	5,3	2,2	0,9	15,5
1975	23,2%	6,7	5,2	2,1	0,9	15,0
1976	22,7%	6,8	5,4	2,1	0,9	15,1
1977	22,2%	6,8	5,3	2,2	0,9	15,2
1978	21,6%	6,7	5,1	1,7	0,9	14,4
1979	21,0%	6,5	5,2	2,0	0,9	14,5
1980	20,4%	6,5	5,1	2,0	0,9	14,5
1981	20,0%	6,5	5,0	1,9	0,9	14,3
1982	19,5%	6,6	5,0	1,9	0,9	14,4
1983	19,1%	6,8	5,3	1,9	0,9	14,9
1984	18,7%	6,9	5,1	1,8	0,9	14,7
1985	18,3%	6,7	4,8	1,8	0,8	14,1
1986	18,0%	7,2	4,6	1,9	0,9	14,5
1987	17,8%	6,9	4,7	1,9	0,9	14,4
1988	17,6%	7,0	4,8	1,9	0,9	14,5
1989	17,5%	7,1	4,9	1,9	0,9	14,8
1990	17,4%	7,3	4,8	1,8	0,9	14,9
1991	17,4%	7,3	4,7	2,1	0,9	14,9
1992	17,5%	7,5	4,6	1,5	0,9	14,5
1993	17,6%	7,2	4,5	1,8	0,9	14,4
1994	17,6%	6,9	4,3	1,3	0,8	13,3
1995	17,5%	6,9	4,5	2,0	0,8	14,2
1996	17,4%	6,8	4,4	2,3	0,7	14,2
1997	17,3%	6,7	4,2	2,0	0,7	13,6
1998	17,1%	6,8	4,3	1,8	0,6	13,5
1999	16,9%	6,8	4,2	1,8	0,6	13,4
2000	16,7%	6,8	4,3	2,1	0,5	13,7
2001	16,8%	6,6	4,3	1,5	0,5	12,8
2002	16,6%	6,7	3,9	1,5	0,4	12,5
2003	16,4%	6,7	4,1	1,6	0,4	12,7
2004	16,2%	6,7	3,8	1,6	0,4	12,5
2005	16,0%	6,4	4,1	1,7	0,4	12,6
2006	15,7%	6,4	4,4	1,7	0,4	12,9
2007	15,5%	6,4	4,4			

Quelle: Statistik Austria Verband der Spirituosenindustrie, entsprechende Jahre; Uhl & Springer (1996); eigene Berechnungen

12 Alkohol als Wirtschaftsfaktor

Kostenargumente sind sehr beliebt, wenn es darum geht, öffentliche Maßnahmen zu fordern oder abzulehnen. In Zusammenhang mit Alkohol stehen auf der einen Seite große gesundheitliche und soziale Kosten, die durch Alkoholmissbrauch und Alkoholismus verursacht werden und die alle ÖsterreicherInnen direkt oder indirekt mittragen müssen. Auf der anderen Seite steht der „Wirtschaftsfaktor Alkohol“, der Einkommen und Wohlstand für viele Menschen gewährleistet und einen wesentlichen Anteil zum Wirtschafts- und Steueraufkommen von Gemeinden, Ländern und Bund beiträgt. Eine kritische und systematische Auseinandersetzung über Kosten-Nutzen-Argumente ist oft nicht leicht zu führen. Diese Argumente berühren nämlich handfeste wirtschaftliche und politische Interessen. Das führt häufig dazu, dass viele Menschen zwischen dem Wahrheitsgehalt von Argumenten und jenem der Konklusion nicht unterscheiden können oder wollen.

Besonders volkswirtschaftliche Kosten-Nutzen-Überlegungen zum Alkohol eignen sich infolge der Willkürlichkeit der Annahmen und der Beliebigkeit des Ansatzes als Argumentationsgrundlage für alle Seiten: sowohl für jene, die sich gegen, als auch für jene, die sich für effiziente Kontrollmaßnahmen aussprechen. Beide Seiten haben, wie sich immer wieder zeigt, großes Interesse daran, den volkswirtschaftlichen Kostenansatz in ihrem Sinne zu interpretieren. Wer Argumente pragmatisch als Werkzeuge betrachtet, die bloß eingesetzt werden, um bestimmte Ziele zu rechtfertigen oder zu erreichen, der hat in der Regel nur wenig Interesse daran, eigene Argumente kritisch zu hinterfragen (Uhl, 2004b, 2006).

Neben volkswirtschaftlichen Kosten-Nutzen-Überlegungen gibt es aber auch noch eine Reihe weit relevanterer Kosten-Nutzen-Überlegungen, auf die in diesem Kapitel ebenfalls eingegangen wird.

12.1 Ausgaben der Österreicher für alkoholische Getränke

Haushaltsbudgeterhebungen im weitesten Sinn haben in Österreich eine lange Tradition. Bereits 1916 veröffentlichte das „k&k Arbeitsstatistische Amt im Handelsministerium“ eine Studie namens „Wirtschaftsrechnungen über die Lebensverhältnisse von Wiener Arbeiterfamilien“. Nach 1945 wurde annähernd alle 10 Jahre eine Konsumerhebung durchgeführt: 1954/55, 1964, 1974, 1984, 1993/94 und zuletzt 1999/2000, bei denen unter anderem die Haushaltsausgaben insgesamt („privater Konsum“), die Ausgaben für Ernährung, die Ausgaben für alkoholische Getränke und die Ausgaben für nicht-alkoholische Getränke erhoben wurden (Statistik Austria, 2003). Die Ausgaben wurden dabei pro Haushalt und pro Person berechnet. Da die Haushaltsgröße von 1954 bis 2000 von 2,87 Personen auf 2,49 Personen pro Haushalt gesunken ist und da der Verbraucherpreisindex im gleichen Zeitraum auf das 5,5fache gestiegen ist, ist es für Vergleichszwecke sinnvoller, indexbereinigte (=valorisierte) Pro-Kopf-Berechnungen heranzuziehen (Tab. 103, S. 267 statt Tab. 102, S. 267).

Beim Vergleich der sechs Erhebungen gibt es allerdings einige wesentliche Probleme, auf die ausdrücklich hingewiesen werden soll: bei den ersten drei Konsumerhebungen („1954/55“, „1964“ und „1974“) wurden die Ausgaben pro Haushalt einfach durch die Personenanzahl pro Haushalt dividiert („ungewichtete Methode“), während bei den folgenden drei Konsumerhebungen („1984“ und „1993/94“ und „1999/2000“) eine Gewichtung erfolgte.

Konkret wurde dabei

- die erste erwachsene Person mit 1,00
- jede weitere erwachsene Person mit 0,70
- jedes Kind von 0-3 Jahre mit 0,33,
- jedes Kind von 4-6 Jahre mit 0,38,
- jedes Kind von 7-10 Jahre mit 0,55,
- jedes Kind von 11-15 Jahre mit 0,65,
- jedes Kind von 16-18 Jahre mit 0,70,
- jedes Kind von 19-21 Jahre mit 0,80 und
- jedes Kind von 22-27 Jahre mit 0,70 gewichtet.

Bei der Erhebung über die Verbrauchsausgaben der privaten Haushalte im Jahr 1999/2000 ist außerdem zu berücksichtigen, dass größere methodische Umstellungen erfolgten. Die wesentlichste Neuerung bei der Konsumerhebung 1999/2000 betrifft die Anwendung der Ausgabenklassifikation COICOP (Classification of the Individual Consumption Expenditures by Purpose), ein den internationalen Empfehlungen entsprechendes Konzept für die Untergliederung der Verbrauchsausgaben. Für die Berechnung der Ernährungsausgaben haben wir die Ausgabengruppen „Lebensmittel, Alkoholfreie Getränke“, „Alkoholische Getränke“ und die Gruppe „Cafés, Restaurants“ zusammengefasst (Tab. 76, S. 211). Bei der Konsumerhebung 1999/2000 listeten rund 7.000 Haushalte jeweils zwei Wochen lang ihre Verbrauchsausgaben in einem Haushaltsbuch auf und beantworteten zusätzlich Fragen zu den im Haushalt lebenden Personen, der Wohnung und der Ausstattung der Haushalte. Die Erhebung wurde als repräsentative Stichprobenerhebung von November 1999 bis Oktober 2000 durchgeführt, umfasste somit ein ganzes Jahr, und schließt somit auch Ausgaben für besondere Anlässe (z.B. Weihnachten) ein. Die Haushalte wurden zufällig ausgewählt, die Mitwirkung bei der Erhebung war freiwillig.

Um die Zahlen vergleichbar zu machen, haben wir die Pro-Kopf-Ausgaben für die letzten drei Erhebungen auch nach der alten (ungewichteten) Methode errechnet (Tab. 102, S. 267), und weitere Berechnungen dann ausschließlich auf Basis der ungewichteten Methode durchgeführt (Tab. 103, S. 267; Tab. 104, S. 268).

Die Vergleichbarkeit ist auch noch aus einem anderen Grund eingeschränkt: 1954/55 wurden nur die Konsumausgaben der Bevölkerung aus Städten mit mehr als 10.000 Einwohnern berücksichtigt. 1964 wurden auch die Konsumausgaben einer gemischt-städtischen Bevölkerung einbezogen, und erst ab 1974 wurden die Verbrauchsausgaben aller Bevölkerungsschichten erfasst. Außerdem erfolgte die Bewertung der Ausgaben bis 1974 mit Erzeugerpreisen, ab 1984 mit Verbraucherpreisen.

Beim Vergleich der Werte muss man darüber hinaus noch bedenken, dass es sich nicht um ganz harte Wirtschaftsdaten handelt, sondern um Angaben, die bezahlte Personen in ein eigens dafür angelegtes Haushaltsbuch eintrugen. In bestimmten Bereichen – besonders in den Bereichen „alkoholische Getränke“, „Tabakwaren“ sowie „Wettspiele“ – sind die Angaben in den Haushaltsbüchern deutliche Unterschätzungen, wie ein Vergleich mit der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung belegt (Kronsteiner, 1996) und wie wir in der Folge für das Jahr 1996 zeigen werden.

In den Kategorien „alkoholische Getränke“ und „Säfte, Limonaden, Mineralwässer“ wird nur der Konsum zu Hause ausgewiesen. Der Umfang des Außer-Haus-Konsums an den Ernährungsausgaben wird zwar erhoben (Kronsteiner, 1997), allerdings nur als Gesamtkategorie, aus der sich der Anteil alkoholischer Getränke nicht heraus rechnen lässt (Tab. 103, S. 267).

Nachdem für die Zukunft eine Reduktion der Periodizität auf fünf Jahre angestrebt wird und die Anwendung europäischer Standards in der Erhebungstechnik beibehalten wird, werden kommende Erhebungen wohl besser zeitlich vergleichbar sein, als das bei den vergangenen Konsumerhebungen der Fall war.

Tab. 102: Nominelle (= nicht valorisierte) monatliche Pro-Kopf- Verbrauchsausgaben für alkoholische Getränke in Euro nach alter (ungewichteter) und teilweise neuer (gewichteter) Methode

Jahr	Methode	Personen pro Haushalt	gesamter privater Konsum	Ernährung	alkoholische Getränke zu Hause	Säfte, Limonaden, Mineralw. zu Hause
1954/55	ungewichtet	2,87	54,43	26,67	1,45	0,07
1964	ungewichtet	2,86	126,89	43,46	3,34	0,79
1974	ungewichtet	2,88	260,02	68,89	5,08	1,96
1984	ungewichtet	2,69	548,39	128,63	7,34	3,92
1993/94[100]	ungewichtet	2,61	864,85	148,76	10,25	7,41
1999/2000	ungewichtet	2,49	975,20	195,30	11,29	13,62
1984	gewichtet		744,17	170,12	9,81	5,09
1993/94	gewichtet		1.182,60	190,40	13,81	9,45
1999/2000	gewichtet		1.351,70	264,00	15,20	18,00

Quelle: Statistik Austria (2002, 2006b); eigene Berechnungen

Tab. 103: Reale (=valorisierte) monatliche Pro-Kopf-Verbrauchsausgaben für alkoholische Getränke in Euro nach der alten (ungewichteten) Methode (Basis: Verbraucherpreisindex 2002)

Jahr	Methode	Personen pro Haushalt	gesamter privater Konsum	Ernährung gesamt	alkoholische Getränke zu Hause	Säfte, Limonaden, Mineralw. zu Hause	Anteil der Ernährungs-ausgaben außer Haus
1954/55	ungew.	2,87	294,12	144,12	8,03	0,38	6%
1964	ungew.	2,86	533,77	182,82	14,05	3,32	10%
1974	ungew.	2,88	676,35	179,17	13,21	5,10	13%
1984	ungew.	2,69	827,65	194,11	11,08	5,92	21%
1993/94	ungew.	2,61	989,56	170,20	11,73	8,48	25%
1999/00	ungew.	2,49	1018,35	203,93	11,79	14,22	30%

Quelle: Statistik Austria (2002, 2006b); eigene Berechnungen

100 Da die von der Statistik Austria ausgewiesenen Wohnbevölkerungszahlen im nachhinein berichtigt wurden, ergeben sich Abweichungen zu den von uns in der vorausgegangenen Auflagen veröffentlichten Zahlen.

Auch wenn, wie einleitend bemerkt, die Angaben für die sechs Konsumerhebungen nur sehr begrenzt vergleichbar sind, so zeigen sich nichtsdestoweniger einige recht interessante Entwicklungen (Tab. 103, S. 267):

- Der reale private Konsum (Basis Verbraucherpreisindex 2002) ist von 1954 bis 2000 von 294,12 € auf 1018,35 € pro Person und Monat, also um mehr als das 3,5fache gestiegen.
- Die Ernährungsausgaben sind von 1954 bis 1964 um 27%, von 144,12 € auf 182,82 € gestiegen, bis 1994 eher gleich geblieben und bis 2000 nochmals um 20% gestiegen.
- Die Ausgaben für alkoholische Getränke zu Hause pro Person und Monat haben von 1954 bis 1964 stark zugenommen und sind danach langsam gesunken, wobei der leichte Rückgang im Konsum zu Hause höchst wahrscheinlich durch einen verstärkten Konsum außer Haus mehr als wettgemacht wurde.
- Die Ausgaben für Säfte, Limonaden, Mineralwässer zu Hause pro Person und Monat sind zwischen 1954 und 1964 von 0,38 € um mehr als das 37fache auf 14,22 € pro Person und Monat gestiegen.
- Der Anteil der Ernährungsausgaben außer Haus ist von 6% (1954/55) auf 30% (1999/00) gestiegen.

Betrachtet man die Entwicklung der Ausgaben für alkoholische Getränke und Säfte, Limonaden, Mineralwasser zu Hause relativ zu den gesamten Haushaltsausgaben und relativ zu den Ernährungsausgaben, so ergibt sich folgendes Bild: 1954, als der Pro-Kopf-Alkoholkonsum mit 5,9 Liter pro Jahr noch recht niedrig war, hat der Anteil alkoholischer Getränke zu Hause am gesamten Haushaltsbudget noch 2,7% und an den gesamten Ernährungsausgaben 5,4% betragen. 2000, als der Pro-Kopf-Alkoholkonsum mit 11,7 Liter doppelt so hoch war, betrug der Anteil alkoholischer Getränke zu Hause am gesamten Haushaltsbudget nur noch 1,2% und an den gesamten Ernährungsausgaben 5,8%. Mit anderen Worten, infolge des gestiegenen Wohlstandes müssen die ÖsterreicherInnen immer weniger ihres Gesamtbudgets für alkoholische Getränke ausgeben, wobei allerdings das Verhältnis der Ausgaben für alkoholische Getränke zu Hause relativ zu den gesamten Ernährungsausgaben ziemlich gleich geblieben ist (Tab. 104, S. 268).

Tab. 104: Verbrauchsausgaben für alkoholische Getränke relativ zu Ernährungsausgaben und Gesamtausgaben

		Anteil an den Gesamtausgaben		Anteil an Ernährungsausgaben		
Jahr	Methode	alkoholische Getränke zu Hause	Säfte, Limonaden, Mineralw. zu Hause	alkoholische Getränke	alkoholfreie Getränke	Liter Rein-alkohol pro Jahr
1954/55	ungew.	2,7%	0,1%	5,4%	0,3%	5,9
1964	ungew.	2,6%	0,6%	7,7%	1,8%	9,5
1974	ungew.	2,0%	0,8%	7,4%	2,8%	11,8
1984	ungew.	1,3%	0,7%	5,7%	3,0%	11,7
1993/94	ungew.	1,2%	0,8%	6,9%	5,0%	11,1
1999/00	ungew.	1,2%	1,3%	5,8%	7,0%	11,7

Quelle: Statistik Austria (2002, 2006b); eigene Berechnungen

Der Anstieg der Ausgaben für Säfte, Limonaden und Mineralwässer zu Hause erfolgte proportional zu den Gesamtausgaben, und dieser Ausgabenanteil stieg relativ zu den Ernährungsausgaben überproportional von 0,3% 1954 auf 7,0% 2000 (Tab. 104, S. 268).

Der Vorteil bei Schätzungen der Ausgaben für alkoholische Getränke auf der Basis von Konsumerhebungen liegt im Umstand, dass man dabei längerfristige Trends beobachten kann, der Nachteil darin, dass es sich dabei um eine gewisse Unterschätzung handelt und dass man dabei keine Rückschlüsse auf den Konsum außer Haus ziehen kann.

Das Ausmaß der Unterschätzung der Ausgaben für alkoholische Getränke zu Hause und der Umfang der Ausgaben für alkoholische Getränke außer Haus lässt sich allerdings grob durch einen Vergleich mit einer anderen Schätzung quantifizieren, den wir für das Jahr 1996 durchführen konnten (Tab. 105, S. 269). Diese Schätzung basiert auf den in Österreich konsumierten Alkoholmengen (siehe Kap. 7.7, S. 145 bzw. Kap. 11.6, S. 260) unter Bezugnahme auf Durchschnittspreise aus Gastronomie (Gastro-Barometer 97, Gergely, 1997) und Handel (GFK-Studie, zitiert aus ÖWM, 1997), auf der Verteilung des Umsatzes auf Einzelhandel und Gastronomie sowie auf der Verteilung der Kellererlöse auf alkoholische und alkoholfreie Getränke (AC Nielsen, 1997).

Tab. 105: Geschätzte Ausgaben für Bier, Wein/Sekt und Spirituosen in Haushalt und Gastronomie für 1996

	geschätzte Gesamtausgaben für das Jahr 1996 in Millionen Euro			
	Bier	Wein / Sekt	Spirituos.	Gesamt
alkoholische Getränke in Gastronomie 1996	1.700	1.032	236	2.976
alkoholische Getränke im Haushalt 1996	561	364	150	1.076
alkoholische Getränke in Gastronomie plus Haushalt 1996	2.262	1.403	387	4.052
Vergleichswerte:				
alkoholische Getränke nach Konsumerhebung 1993/94	456	396	136	988

	geschätzte Ausgaben pro Kopf und Monat im Jahr 1996 in Euro			
	Bier	Wein / Sekt	Spirituos.	Gesamt
alkoholische Getränke in Gastronomie 1996	17,59	10,76	2,47	30,74
alkoholische Getränke im Haushalt 1996	5,82	3,78	1,53	11,12
alkoholische Getränke in Gastronomie plus Haushalt 1996	23,40	14,53	3,99	41,86
Vergleichswerte:				
alkoholische Getränke nach Konsumerhebung 1993/94	4,72	4,14	1,38	10,25

Quelle: AC Nielsen (1997), Gergely (1997), GFK-Studie, ÖSTAT (1998)

Konkret wurde dabei vom einem Weinumsatz in der Gastronomie von ca. 0,95 Mrd. Euro im Jahr 1996 (ÖWM, 1997) ausgegangen. Aufgrund der Umsatzaufteilung laut Nielsen wurde damit der gesamte Gastronomieumsatz 1996 (für alkoholische Getränke) geschätzt. Mittels der Durchschnittspreise laut Gastro-Barometer 97 konnten die Mengen ermittelt und von den laut ÖSTAT erhobenen Mengen in Abzug gebracht werden. Diese Mengen wurden mit den durchschnittlichen Verkaufspreisen im Handel hochgerechnet und ergaben damit die Werte für den Konsum zu Hause.

Ein Vergleich der auf der Konsumerhebung 1993/94 basierenden Schätzung mit der Schätzung, basierend auf den in Österreich konsumierten Alkoholmengen, in Tab. 105, S. 269) ergibt, dass die Gesamtausgaben für alkoholische Getränke nach ersterer Methode um rund 8% unterschätzt werden (0,99 Milliarden Euro vs. 1,08 Milliarden Euro).

Insgesamt gaben die ÖsterreicherInnen 1996 und 4,07 Milliarden € für alkoholische Getränke aus. Rund drei Viertel dieser Summe (2,98 Milliarden €) wurden in der Gastronomie ausgegeben und ein Viertel (1,09 Milliarden €) wurde für den Konsum zu Hause aufgewendet. Das bedeutet, dass jede(r) ÖsterreicherIn 1996 durchschnittlich 41,86 Euro pro Monat für alkoholische Getränke ausgab (Tab. 105, S. 269). Da 1996 der private Konsum pro Kopf und Monat 878,83 € betrug (Tab. 102, S. 267), ergibt sich, dass durchschnittlich rund 5% des Haushaltsbudgets in den Erwerb alkoholischer Getränke investiert wurden.

12.1.1 Internationaler Vergleich

Ausgehend von den zuvor angestellten Überlegungen scheint natürlich ein Vergleich mit anderen Ländern nicht uninteressant. In der 1997 erschienenen WHO-Publikation „Wirtschaftliche Aspekte der Alkoholpolitik“, Lehto (1997), findet sich auf S. 39 eine Zusammenstellung von 12 europäischen Staaten aus dem Jahr 1990 (Tab. 106, S. 270). Die prozentuellen Anteile von Alkoholika an den Verbrauchsausgaben schwanken in dieser Auflistung von 1,1% bis 12,1%. Prinzipiell sind solche Daten – auch die vorhin dargestellten Schätzungen für Österreich – mit äußerster Vorsicht zu interpretieren, obwohl die internationale Vergleichbarkeit gegenüber den vorangegangenen Erhebungen wesentlich verbessert werden konnte. Dies ist vor allem auf die EU-Mitgliedschaft Österreichs und die damit verbundene Durchsetzung europäischer Standards in der Erhebung zurückzuführen. Die Konsumerhebung 1999/2000 war Teil einer harmonisierten Erhebungsrunde in den EU-Mitgliedstaaten. Internationale Vergleichsdaten bezüglich der Verbrauchsausgaben privater Haushalte werden vom Statistischen Amt der EU, EUROSTAT, regelmäßig erstellt und veröffentlicht.

Zu bedenken ist dabei vor allem, dass bei der Aufteilung der Konsummengen (bzw. der Ausgaben) zwischen zu Hause und außer Haus die jeweilige nationale Preisstruktur für alkoholische Getränke in der Gastronomie einen stärkeren Einfluss auf die Höhe dieses Prozentsatzes hat.

Tab. 106: Anteil der Alkoholika an den gesamten Verbraucherausgaben in der EU 1990

Land	Anteil des Alkohols an den Ausgaben (%)
Belgien und Luxemburg	2,8
Dänemark	3,1
Deutschland	2,3
Frankreich	1,9
Griechenland	2,2
Irland	12,1
Italien	1,2
Niederlande	1,1
Portugal	1,5
Spanien	1,1
Vereinigtes Königreich	6,3
Gesamt	2,6

Quelle: Lehto (1997)

12.2 Steuereinnahmen im Zusammenhang mit alkoholischen Getränken

Wenn alkoholische Getränke in Verkehr gesetzt werden, fallen Verbrauchsteuern (Alkoholsteuer, Biersteuer sowie Zwischenerzeugnis und Schaumweinsteuer; siehe dazu Kap. 10, S. 226) und Umsatzsteuer an. Die Getränkesteuer wird seit März 2000 für alkoholische Getränke nicht mehr eingehoben. Die Verbrauchsteuern für alkoholische Getränke werden jährlich veröffentlicht, die auf alkoholische Getränke entfallende Getränke- und Umsatzsteuer für das Jahr 1996 lässt sich aus dem Gesamtwert der verkauften alkoholischen Getränke (Tab. 105, S. 269) schätzen.

Tab. 107: Verbrauch-, Getränke- und Umsatzsteuer 1996 in Millionen Euro

	Bier	Wein/Sekt	Spirituosen	Gesamt
Warenwert ohne Steuer	1.568,72	1.039,59	201,45	2.809,75
Verbrauchsteuern	145,13	23,11	91,64	259,88
Getränkesteuer	171,36	106,25	29,29	306,97
Umsatzsteuer	377,03	233,79	64,46	675,35
Summe der Steuern	693,52	363,15	185,39	1.242,20

Quelle: abgeführte Verbrauchsteuern gemäß Bundesrechnungsabschluss – BMF (1998) - und aus dem geschätzten Verbrauch zu Hause und in der Gastronomie - Tab. 105 (S. 269) – errechnete Getränke- und Umsatzsteuer

In Tab. 108 (S. 272) wird ein Überblick über alkoholbezogene Bundes- und Gemeindeabgaben von 1977 bis 2001 gegeben. Die Zahl „0“ bedeutet, dass die Abgabenart in diesem Jahr nicht mehr oder noch nicht eingehoben wurde. Das Zeichen „–“ bedeutet, dass die entsprechenden Werte zum Redaktionszeitpunkt noch nicht vorlagen. Bei der Getränkesteuer, die bis 1992 für alkoholische und alkoholfreie Getränke gleichermaßen 10% betrug und seit 1992 für alkoholfreie Getränke auf 5% gesenkt wurde, kann man annehmen, dass seit 1992 ein großer Teil der Getränkesteuer auf alkoholische Getränke fiel. Nimmt man an, dass die Schätzung der aus alkoholischen Getränken stammenden Getränkesteuer (Tab. 107) der Realität recht nahe kommt, und vergleicht man diesen Wert mit der für 1996 ausgewiesenen Gesamtsumme der Getränkesteuer, so kann man den Anteil dieser Steuer, der auf alkoholische Getränke fiel, auf rund 3/4 schätzen. Ein ähnliches Verhältnis kann man aufgrund der relativ konstanten Entwicklung für den gesamten Zeitraum von 1992 bis zur Abschaffung der Getränkesteuer im Jahr 2000 annehmen. Der Wegfall der Getränkesteuer, die in den letzten Jahren alleine mehr als die Hälfte der alkoholbezogenen Gesamtabgaben ausmachte, wird durch die Erhöhung der Alkoholsteuer (Kap. 10.2.8, S. 230) sowie der Bier- und Zwischenerzeugnissteuer (Kap. 10.2.4, S. 228 und Kap. 10.2.7, S. 230), teilweise ausgeglichen.

Keine Auswirkung auf die hier erörterten alkoholspezifischen Abgaben zeitigt die Erhöhung der Umsatzsteuer für die „Abgabe von Speisen und bestimmten Getränken zum Verzehr an Ort und Stelle“ (BGBl I Nr. 29/2000) von 10% auf 14%, die ebenfalls im Zusammenhang mit dem Entfall der Getränkesteuer eingeführt worden ist und die – gekoppelt mit neuen Finanzausgleichsregelungen zwischen Bund und Gemeinden – den finanziellen Verlust der Gemeinden aufgrund des Getränkesteuerentfalls verringert. Die Umsatzsteuer auf Alkoholika bleibt bei 20%.

Die Frage, ob alkoholische Getränke nunmehr mit mehr oder weniger Abgaben belastet sind, bzw. wie sich die umfassenden steuerlichen Änderungen auf die Verkaufspreise auswirken, lässt sich nicht global beantworten. In den meisten Fällen ergibt sich eine deutliche Verbilligung für die KonsumentInnen, wenn man davon ausgeht, dass Handel und Gastronomie den Preis vor Steuer unverändert lassen. Bei Wein und Sekt kommt es in allen

Fällen zu einer Verbilligung um 9.1%. Bei Bier und Spirituosen hingegen nimmt die Ersparnis mit niedrigerem Verkaufspreis ab und bei ganz niedrigpreisigen Produkten ergibt sich sogar eine Verteuerung. Konkret beträgt der Grenzwert des Verkaufspreises, ab dessen Unterschreitung sich eine Verteuerung ergibt, z.B. bei einem halben Liter Bier mit 12 Grad Plato 0,5 €, bei einem Liter Spirituosen mit 38 Vol.-% 13,81 € und bei einem Liter Spirituosen mit 45 Vol.-% 16,35 €.

Setzt man die direkt alkoholbezogenen Gemeinde- und Bundesabgaben 1997 in Relation zu den Gesamteinnahmen, so ergibt sich, dass rund 6,6% der Gemeindeabgaben, 2,5% der Bundesabgaben und 2,9% aller Abgaben direkt alkoholbezogen sind. Der alkoholrelevante Anteil an der in den Bundesabgaben enthaltenen Umsatzsteuer macht 4,5% aus (Tab. 109, S. 273). Dazu kommen dann noch weitere Steueranteile (Einkommen-, Lohn-, Körperschaftsteueranteile usw.), die bei Alkoholerzeugung, -vertrieb und -ausschank anfallen. Grob kann man schätzen, dass in Österreich annähernd 4,5% der Wertschöpfung und mindestens 5% der vereinnahmten Abgaben direkt oder indirekt mit Alkohol zusammenhängen.

Tab. 108: Alkoholbezogene Bundes- und Gemeindeabgaben 1977-2005 in Millionen Euro

Jahr	Alkohol-steuer	Branntwein-aufschlag	Biersteuer	Schaum-weinsteuer	Wein-steuer	Alkohol-abgabe	Getränke-steuer	Summe
1977	4,72	7,19	46,51	5,09	–	124,20	177,54	365,11
1978	4,43	6,76	45,64	5,67	–	128,70	186,62	377,90
1979	5,16	8,07	45,57	6,54	–	133,06	201,01	399,41
1980	6,10	7,78	44,48	7,34	–	141,93	216,20	423,83
1981	6,18	7,49	48,40	7,56	–	155,08	233,57	458,20
1982	5,23	7,34	48,18	7,99	–	161,84	252,17	482,77
1983	5,60	8,94	49,49	8,36	–	171,07	264,82	508,35
1984	5,96	7,99	46,44	12,14	–	172,82	270,05	515,32
1985	6,25	8,36	51,09	16,57	–	178,85	279,86	540,83
1986	6,61	8,43	53,12	18,02	–	190,04	298,98	575,13
1987	6,98	8,65	52,25	17,88	–	198,54	309,66	594,03
1988	7,63	7,41	53,92	20,13	–	205,30	324,56	619,03
1989	8,65	9,37	52,76	22,02	–	189,82	342,80	625,42
1990	9,81	7,41	55,74	24,56	–	192,95	291,56	582,04
1991	10,17	7,78	55,16	25,80	–	205,45	378,33	682,62
1992	19,69	9,01	156,90	32,48	2,40	59,66	377,68	657,76
1993	21,58	12,06	163,80	33,50	17,66	–	387,42	636,03
1994	21,87	12,28	164,46	31,10	16,64	–	396,94	643,23
1995	55,16	–	160,24	26,16	4,36	–	398,68	644,61
1996	91,64	–	145,13	23,11	–	–	401,59	661,47
1997	85,68	–	148,54	23,55	–	–	406,46	664,23
1998	87,43	–	148,25	23,18	–	–	408,28	667,14
1999	87,64	–	143,96	22,24	–	–	334,30	588,14
2000	130,38	–	161,48	24,64	–	–	–	316,50
2001	123,54	–	203,48	25,44	–	–	–	352,46
2002	111,37	–	202,10	21,57	–	–	–	335,04
2003	118,01	–	206,09	19,44	–	–	–	343,54
2004	125,39	–	201,92	18,67	–	–	–	345,98
2005	117,74	–	203,06	9,76	–	–	–	330,56

Quelle: „Volkswirtschaft-Steuereinnahmen" Statistik Austria (laufende Anfragen); eigene Berechnungen
Kommentar: Die in der Tabelle ausgewiesene Getränkesteuer enthält auch den Anteil für nicht-alkoholische Getränke.Um aus diesen Angaben die Höhe der reinen alkoholbezogenen Abgaben zu schätzen, gilt als Richtwert für die Jahre 1992 bis 1999, dass rund ¼ des Betrages der Getränkesteuer für nicht-alkoholische Getränke in Abzug zu bringen ist.

Tab. 109: Abgabenanteils-Rechnung 1996

Abgabenanteils-Rechnung 1996	Beträge in Millionen Euro	Prozent der Gemeinde-abgaben	Prozent der Bundesabgaben	Prozent aller Abgaben
Alkoholsteuer	91,64	–	0,2%	0,2%
Biersteuer	145,13	–	0,4%	0,3%
Zwischenerzeugnis und Schaumweinsteuer	23,11	–	0,1%	0,1%
alkoholbezogene Umsatzsteuer (ca. 4,5% der gesamten Umsatzsteuer von 14.829,91 Millionen Euro im Jahre 1996)	675,35	–	1,8%	1,6%
alkoholbezogene Getränkesteuer (ca. 3/4 der gesamten Getränkesteuer von 398,68 Millionen Euro im Jahre 1995)	306,97	6,6%	–	0,7%
Summe „alkoholrelevante“ Steuern	1.319,96	6,6%	2,5%	2,9%
alle Abgaben Land/Gemeinde	4.641,69	100,0%	–	–
alle Abgaben Bund	37.875,63	–	100,0%	–
alle Abgaben Total	42.517,31	–	–	100,0%

Quelle: eigene Berechnungen basierend auf BMF (1998)

12.3 Kosten und Nutzen des Alkoholkonsums

Im Kapitel 12.2 (S. 271) wurde geschätzt, dass rund 4,5% der Wertschöpfung und mindestens 5% der vereinnahmten Abgaben direkt oder indirekt mit Erzeugung, Vertrieb und Ausschank von Alkohol zusammenhängen. Zusammenfassende Kosten-Nutzen-Überlegungen die Auswirkungen des Alkoholkonsums betreffend sind überaus komplex. Kosten für eine Seite sind oft Nutzen für die andere, häufig sind unmittelbare Folgen gegen Spätfolgen gegenzurechnen usw. Um dieser Komplexität Rechnung zu tragen, erfolgt nun eine detailliertere Auseinandersetzung mit der Materie, aufbauend auf zwei Publikationen: Uhl, 2004b und Uhl, 2006).

12.3.1 Tangible Kosten vs. intangible Kosten

Nicht in Geldeinheiten fassbare Kosten werden häufig als „intangible“ (engl. für „nicht greifbar“, „unbestimmt“, „vage“ aber auch für „immateriell“) und in Geldeinheiten quantifizierbare Kosten als „tangible“ (engl. für „greifbar“, „handfest“) bezeichnet.

Eigentlich müsste alleine die Betrachtung der „intangiblen Kosten“ des Alkoholmissbrauchs und Alkoholismus ausreichen, um große gesellschaftliche Anstrengungen zur Prävention und Behandlung zu rechtfertigen. Menschliches Leben stellt einen Wert an sich dar, und wenn man festhalten kann, dass die durchschnittliche Lebenserwartung von AlkoholikerInnen je nach Schätzung zwischen 10 Jahren (Leu, 1981) und 28 Jahren (Single et al., 1996) verringert ist und dass auch zahlreiche Dritte bei alkoholverursachten Unfällen ums Leben kommen, so ist eigentlich nicht recht nachvollziehbar, warum man den Verlust an Lebensjahren zwecks besserer Argumentation unbedingt auf Geldeinheiten umrechnen muss.

Es scheint allerdings ein sehr großes Bedürfnis zu geben, bei der Analyse von Alkoholfolgeschäden auch finanzielle Argumente heranzuziehen. Da der Bedarf an solchen Analysen vorliegt, gibt es auch zahlreiche ExpertInnen, die bereit sind, diesen Bedarf zu befriedigen. Es ist allerdings, wie wir in den folgenden Ausführungen zeigen werden, durchaus sinnvoll, sich kritisch mit diesen Berechnungen auseinander zu setzen und konsequent zu erörtern, in welchem Ausmaß die Berechnungen auf Fakten basieren, in

welchem Ausmaß sie auf Spekulationen aufbauen und welche Interpretationen solchermaßen errechneter Werte zulässig sind.

12.3.2 Woher kommen die grundlegenden Zahlen?

Für volkswirtschaftliche Berechnungen braucht man in der Regel eine Fülle von empirischen Daten. Manche dieser Daten kann man offiziellen Statistiken entnehmen, andere kann man in publizierten Forschungsberichten finden und wieder andere kann man mit mehr oder weniger großem Aufwand selbst erheben. Dann bleibt aber immer noch eine Reihe von relevanten Größen, über die überhaupt keine empirischen Angaben vorliegen und die man aus finanziellen, technischen oder methodologischen Gründen auch gar nicht erheben kann. Da man aber auf letztere Angaben meist nicht gänzlich verzichten kann, muss man diese basierend auf vorhandenen Informationen schätzen. Dadurch ergibt sich in der Regel ein hohes Ausmaß an Spekulation und Ungenauigkeit.

12.3.3 Messbarkeit relevanter Dimensionen und der Vermeidbarkeit von Kosten

Verlässliche Aussagen über die Kosten des Alkoholkonsums sind nur möglich, wenn man dessen Einfluss auf die relevanten Größen hinlänglich genau bestimmen kann. Dazu reicht es natürlich nicht aus zu erfassen, welche Kosten die Zielgruppe (je nach Fragestellung AlkoholkonsumentInnen, Alkoholisierte, Alkoholmissbraucherinnen oder AlkoholikerInnen) verursacht, sondern man muss auch abschätzen können, welcher Kostenanteil durch Alkoholabstinenz vermieden hätte werden können, d.h. welcher Anteil dieser Kosten tatsächlich alkoholverursacht ist.

In diesem Zusammenhang lassen sich drei Fragen stellen, die streng unterschieden werden müssen:

- Die Frage 1 lautet: „Welche Kosten entstehen in der Zielgruppe?“
- Die Frage 2 lautet: „Welche Zusatzkosten entstehen in der Zielgruppe relativ zu einer Vergleichsgruppe von Durchschnittspersonen?“
- Die Frage 3 lautet: „Welche Kosten in der Zielgruppe könnten vermieden werden, wenn das für die Zielgruppe relevante Problemverhalten nicht vorhanden wäre?“

Einfach kann man das Grundproblem in Analogie zu „Selbstmorde bei AlkoholikerInnen“ verdeutlichen, wobei die Zielgruppe „AlkoholikerInnen“ ist, das zu vermeidende Verhalten „Alkoholkonsum“ und die Kosten „Tod durch Selbstmord“. Die drei Fragen, speziell für das Beispiel formuliert, lauten:

- Frage 1: Welcher Prozentsatz der AlkoholikerInnen verübt Selbstmord?
- Frage 2: Um wie viel ist die Selbstmordrate bei AlkoholikerInnen höher als bei vergleichbaren Nicht-AlkoholikerInnen?
- Frage 3: Wie viele der Selbstmorde von AlkoholikerInnen hätten vermieden werden können, wenn die AlkoholikerInnen im Verlauf ihres Lebens nie Zugang zu Alkohol gefunden hätten?

In der Praxis ist schon die erste Frage nicht ganz verlässlich zu beantworten. Selbstmorde sind ja nicht immer eindeutig als solche identifizierbar, und nicht alle AlkoholikerInnen werden vor ihrem Ableben als „AlkoholikerIn“ diagnostiziert. Man kann die Verstorbenen nachträglich aber weder befragen, ob ein vermuteter Selbstmord in Wirklichkeit ein Unfall bzw. ein vermuteter Unfall in Wirklichkeit ein Selbstmord war; und man kann im Nachhinein auch nicht immer eindeutig klären, ob ein/eine SelbstmörderIn AlkoholikerIn war oder nicht. Das Ausmaß des Erhebungsfehlers ist hier jedoch in einer sorgfältig geplanten und gut

durchgeführten Untersuchung auf ein akzeptables Maß reduzierbar.

Die Beantwortung der zweiten Frage setzt einerseits eine Antwort auf die erste Frage voraus und darüber hinaus noch die Kenntnis der Selbstmordrate von NichtalkoholikerInnen, und zwar für – hinsichtlich relevanter Kriterien (zumindest Geschlecht und Alter) – mit den AlkoholikerInnen vergleichbare Teilgruppen.

Die größten Probleme ergeben sich in Zusammenhang mit der dritten – für die Kostenüberlegungen eigentlich relevanten – Frage. Im Idealfall erfolgt die Untersuchung der hypothetischen, kontrafaktischen Frage „Was passiert, wenn die relevante Rahmenbedingung experimentell langfristig verändern würde?“. Wenn man im Sinne eines Experiments über viele Jahre hinweg jeglichen Alkoholkonsum in einer bestimmten Region verhindern und in einer anderen, vergleichbaren Region unverändert beibehalten könnte, wäre es möglich, Effekte in Bezug auf die Selbstmordrate direkt zu beobachten und zu quantifizieren. Nachdem ein solches großes soziales Experiment kaum durchführbar ist, muss man zu groben Schätzungen greifen – Näherungslösungen, die teilweise auf unbewiesene und/oder unbeweisbare, mehr oder weniger plausible Annahmen aufbauen müssen.

Im konkreten Beispiel könnte man die Selbstmordrate der AlkoholikerInnen mit jener in einer strukturell vergleichbaren Stichprobe in Beziehung setzen. „Strukturell vergleichbare Stichprobe“ bedeutet hier eine Stichprobe von Nicht-AlkoholikerInnen, die hinsichtlich der allgemeinen Problembelastung AlkoholikerInnen vor Beginn ihrer Alkoholismuskarriere entsprechen. Man muss bedenken, dass oft psychische, psychiatrische und soziale Probleme einen vermehrten exzessiven Alkoholkonsum bei Individuen bewirken, die dann an Alkoholismus erkranken („sekundärer Alkoholismus“). Diese Personen zeichnen sich bereits vor Beginn ihrer Alkoholismuskarriere durch ein stark erhöhtes Selbstmordrisiko aus, und man darf daher dieses erhöhte Risiko nicht in Umkehrung der Kausalität dem Alkohol zur Last legen. Dass ein Teil des erhöhten Selbstmordrisikos dem Alkohol zur Last zu legen ist, ist unbestritten. Die Frage ist nur, wie groß dieser Anteil tatsächlich ist.

In der Praxis wird meist die „Frage 1“ oder „Frage 2“ beantwortet und dann so argumentiert, als ob man „Frage 3“ beantwortet hätte. Ein besonders prominentes Beispiel für diesen logisch unhaltbaren Schritt ist der Umgang mit den sogenannten „alkoholassoziierten Verkehrstoten“, wo Daten im Sinne der „Frage 1“ erhoben [101], aber fast ausschließlich im Sinne der „Frage 3“, also „Verkehrstote verursacht durch Alkohol“ interpretiert werden [102] (vgl. Kap. 14.9, S. 334).

Wenn es hier jedoch um die Kostenvermeidung – im Sinne von weniger tödlichen Unfällen durch weniger Alkoholkonsum – geht, führt das zu einer systematischen Überschätzung der potentiellen Kostenersparnis.

101 Als „Alkoholunfälle“ gelten alle Unfälle, bei denen mindestens ein beteiligter Lenker, Mitfahrer oder Fußgänger alkoholisiert war, wobei die Alkoholisierung von Fußgängern und Mitfahrern nur dann gewertet wird, wenn letztere entweder verletzt wurden oder durch ihr Verhalten wesentlich am Zustandekommen des Unfalls beteiligt waren. Ob die alkoholisierten Beteiligten tatsächlich eine Mitschuld am Unfall trifft, spielt keine Rolle. D.h. z.B. wenn ein vorschriftsmäßig bei einer Ampel stehender alkoholisierter Fahrzeuglenker von einem nüchterner Lenker mit dem Fahrzeug gerammt wird, oder ein am Unfall unbeteiligter alkoholisierter Mitfahrer verletzt wird, so wird der Unfall als Alkoholunfall klassifiziert (KfV, 2006).

102 So verwendet z.B. das Kuratorium für Verkehrssicherheit KfV (2006) in der Verkehrsunfallsstatistik der Begriff „Unfälle durch Trunkenheit“, was eine Ursache-Wirkung-Beziehung suggeriert, obwohl es sich tatsächlich um „alkoholassoziierte Unfälle“ oder anders ausgedrückt um „alkoholbezogene Unfälle“ handelt.

12.3.4 Kosten für wen?

Es ist wenig sinnvoll, Kosten losgelöst von der Frage, wem diese Kosten erwachsen, zu betrachten. Oft bedeuten Verluste für eine Seite, Gewinne für die andere. Darüber hinaus ist oft auch das Ausmaß der Kosten für verschiedene Betroffene recht unterschiedlich.

Die übliche Unterteilung in „persönliche Kosten", die die Betroffenen und ihre unmittelbare Umgebung zu tragen haben, und in „externe Kosten", die andere oder die ganze Gesellschaft zu tragen haben, ist in diesem Sinne eine völlig unzulässige Vereinfachung. So ist z.B. denkbar, dass ein/eine bestimmte(r) AlkoholikerIn, der/die seltener arbeitet, öfter krank ist und früher stirbt, zwar hohe finanzielle Kosten bei Krankenversicherung und Dienstgeber verursacht, gleichzeitig aber durch seinen frühen Tod der Pensionsversicherung Kosten erspart – und somit möglicherweise das öffentliche Budget überhaupt nicht belastet oder sogar entlastet.

12.3.5 Volkswirtschaftliche Kosten-Nutzen-Berechnungen

Eine besonders beliebte Form der Kosten-Nutzen-Berechnungen im Zusammenhang mit den Auswirkungen von Alkoholmissbrauch und Alkoholismus baut auf den Konzepten der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung auf. Letztere berücksichtigt Herstellungskosten und/oder den erzielten Verkaufswert (Marktpreis) aller Güter und Leistungen, die während eines Jahres erzeugt bzw. erbracht werden. In Zusammenhang mit der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung erstellte Koeffizienten wie Volkseinkommen, Bruttoinlandsprodukt (BIP), Bruttonationalprodukt (BNP), Bruttosozialprodukt (BSP) etc., gelten als Indikatoren für die Wirtschaftsleistung bzw. für den Wohlstand der Bevölkerung, sind allerdings als solche nicht unumstritten. Kritisiert wird an dieser Berechnungsform unter anderem, dass unentgeltliche Leistungen innerhalb der Haushalte völlig unberücksichtigt bleiben, obwohl sie für den tatsächlichen Wohlstand der Bevölkerung eine identische Bedeutung haben wie entsprechende Leistungen, die von Dritten gegen Bezahlung erbracht werden. Auch wird immer öfter kritisiert, dass Güter wie eine gesunde Umwelt, eine gute Lebensqualität, Gesundheit und viele Faktoren, die die Lebensqualität der Bevölkerung maßgeblich beeinflussen, sich rechnerisch erst dann zu Buche schlagen, wenn sie gefährdet sind und man für die Beseitigung von Schäden bezahlen muss.

Die volkswirtschaftliche Kosten-Nutzen-Berechnung in der genannten Form widerspricht in vielerlei Hinsicht dem, was man sich landläufig unter Kosten-Nutzen-Berechnungen vorstellt. Wer mit volkswirtschaftlichen Kosten-Nutzen-Überlegungen zum Problem Alkoholmissbrauch und Alkoholismus argumentieren möchte, sollte sich grundlegend mit den dahinter liegenden Modellvorstellungen und Konventionen auseinander setzen und überlegen, ob er bereit ist, sich diesen anzuschließen.

12.3.5.1 Der Stellenwert von Transferleistungen

Vieles, was man üblicherweise als gesellschaftliche Kosten oder gesellschaftlichen Nutzen versteht, ist im Sinne der volkswirtschaftlichen Kosten-Nutzen-Rechnung ein reiner Transfer, der keine Wertschöpfung begründet und daher nicht zu berücksichtigen ist. Konkret bedeutet das z.B. Folgendes:

Wenn bei einem Einbruch Bargeld erbeutet wird, so handelt es sich im Sinne der volkswirtschaftlichen Kosten-Nutzen-Rechnung um keinen Schaden, sondern um einen Transfer, da das Geld ja nur den Besitzer/die Besitzerin wechselt.

Wenn jemand, der ohne seine Suchtproblematik arbeitsfähig wäre, von Sozialhilfeleistungen lebt, entstehen keine volkswirtschaftlich relevanten Kosten, da auch Sozialhilfeleistungen nur Transferzahlungen von der arbeitenden zur nicht arbeitenden Bevölkerung darstellen.

Steuereinnahmen des Staates spielen keine Rolle. Diese sind reine Transferzahlungen von einer Person bzw. Institution zu einer anderen.

Die eben genannten Beispiele sind bezüglich Alkoholproduktion, -vertrieb und -konsum von großer Bedeutung, da ein relevanter Anteil der Kriminalität in ursächlichen Zusammenhang mit Alkoholmissbrauch gebracht wird, da AlkoholikerInnen überdurchschnittlich oft vom Sozialnetz erhalten werden und da 5% der vereinnahmten Abgaben direkt oder indirekt mit Alkohol zusammenhängen.

12.3.5.2 Die Scheinquantifizierung verlorener Lebensjahre in monetären Einheiten

Der große, allerdings nur scheinbare, Vorteil der volkswirtschaftlichen Kosten-Nutzen-Rechnung liegt im Umstand, dass man durch Alkoholmissbrauch und Alkoholismus verlorene Lebensjahre (eigentlich in Geld nicht bewertbare, intangible Kosten) in Geldeinheiten quantifizieren kann. Der Grundgedanke dabei ist, dass Personen, die vorzeitig sterben, am gesellschaftlichen Produktionsprozess nicht mehr teilnehmen können und daher volkswirtschaftliche Kosten (nicht stattfindende Wertschöpfung) verursachen, die man monetär fassen kann.

Diese Quantifizierung ist nur möglich, wenn man sich an der absoluten Wertschöpfung der Gesellschaft als Wohlstandsindikator orientiert, was inhaltlich allerdings nicht sinnvoll ist. Für den/die einzelne(n) BürgerIn zählt ja nicht die gesamte Wertschöpfung, sondern bloß die Wertschöpfung pro EinwohnerIn. Wenn eine Bevölkerung z.B. auf das Hundertfache anwächst, die Wertschöpfung auf das Hundertfache ansteigt und auch hundertmal soviel konsumiert wird, so ergibt sich für den/die DurchschnittsbürgerIn keine Wohlstands-veränderung – aber ein hundertfaches Wachstum der absoluten Wirtschaftsleistung.

Im Sinne der volkswirtschaftlichen Kosten-Rechnung, die den Produktionsausfall bewertet, entspricht:

- der Verlust durch sechs Alkoholiker, die alkoholbedingt jeweils 1/6 ihrer Lebenserwartung einbüßen,
- jenem Verlust, den ein Beamter verursacht, indem er einen Einwanderungsantrag für einen jugendlichen Ausländer ablehnt oder
- jenem Verlust, den jemand verursacht, der beschließt kein weiteres Kind mehr zu bekommen.

Man kann im Rahmen dieses Ansatzes dann – vorausgesetzt man verfügt über die dazu notwendigen Statistiken und findet diese Vorgangsweise zweckmäßig – errechnen, ob der gesellschaftliche Schaden durch Alkoholismus, durch die Einwanderungsbestimmungen oder durch die Empfängnisverhütung größer ist.

Bei relativer Betrachtungsweise (pro Kopf) hingegen wirkt sich eine Veränderung der Bevölkerungszahl (Geburt eines Menschen, Migration oder der Tod) nicht aus, da sich ja bei den Berechnungen Zähler (gesamte Wertschöpfung) und Nenner (Bevölkerungszahl) proportional ändern. Der alkoholbedingte vorzeitige Tod verursacht so gesehen also keine monetären Kosten für die Gesellschaft.

12.3.5.3 Kunstgriffe um die wirtschaftliche Bedeutung des Alkohols zu relativieren

In Kap. 12.2 (S. 271) wurde festgestellt, dass 5% der gesellschaftlichen Wertschöpfung direkt oder indirekt mit Erzeugung, Vertrieb und Ausschank von Alkohol zusammenhängen. Ganz besondere Kunstgriffe sind notwendig, um die mit Alkohol zusammenhängende direkte und indirekte Wertschöpfung abwerten, vernachlässigen oder gar ins Gegenteil umwandeln zu können.

Die erste Argumentationslinie zur Relativierung des Stellenwerts von Alkohol ist folgende: Es wird argumentiert, dass der volkswirtschaftliche Wert eines Produkts vom Preis und dieser wieder vom Nutzen des Produkts für den Konsumenten/die Konsumentin abhängig sei. Wenn ein Produkt dem Konsumenten/der Konsumentin schadet, und diese(r) das Produkt trotzdem konsumiert, weil er/sie davon abhängig ist, so wird dieses Prinzip der Preisbildung außer Kraft gesetzt. Bei Alkoholabhängigen muss man daher den Wert des von ihnen konsumierten, für sie aber schädlichen Alkohols mit Null ansetzen (vgl. Single, 1996). In Österreich, wo rund ein Drittel des konsumierten Alkohols von AlkoholikerInnen und ein weiteres Drittel von AlkoholmissbraucherInnen konsumiert wird (vgl. Kap. 7.9, S. 152), dürfte man dieser Argumentationslinie folgend nur zwei Drittel bzw. gar nur ein Drittel der wirtschaftlichen Bedeutung des Alkohols bei volkswirtschaftlichen Überlegungen im positiven Sinne berücksichtigen.

Die zweite Argumentationslinie, nach der die volkswirtschaftliche Bedeutung des Alkohols völlig in Frage gestellt wird, zielt darauf ab, dass Alkohol vollständig durch andere, unschädliche Produkte ersetzt werden kann, ohne dass sich daraus irgendwelche wirtschaftlichen Nachteile ergeben. Wenn nämlich all jene, die gegenwärtig ihre Kaufkraft für alkoholische Getränke verwenden, ihr Geld für den Erwerb anderer Produkte einsetzen, und wenn in der Folge alle, die gegenwärtig direkt oder indirekt mit Erzeugung, Vertrieb und Ausschank von Alkohol befasst sind, ihre Arbeitskraft in den Dienst der Produktion bzw. des Vertriebes der anderen, unschädlichen Produkte investieren, so ändert sich – abgesehen von einer für manche schwierigen Übergangsphase – nichts am Grad der Beschäftigung, der Kaufkraft und der Wertschöpfung (vgl. Leu, 1981 und Single, 1996).

Beide Argumente muten zunächst irgendwie schlüssig an. Kaum jemand wird bestreiten, dass jene Alkoholproduktion, die zur Aufrechterhaltung von Alkoholmissbrauch und Alkoholismus benötigt wird, eine Problemgröße darstellt und dass die Alkoholproduktion in der Volkswirtschaft grundsätzlich durch andere Produkte ersetzbar ist. Wenn man diese beiden Argumente allerdings im Rahmen von volkswirtschaftlichen Kosten-Nutzen-Rechnungen in der Art und Weise anwendet, wie das oben beschrieben wurde, so führt man den volkswirtschaftlichen Ansatz radikal ad absurdum. Der Wohlstand jener Personen, die ihren Lebensunterhalt mit Alkoholerzeugung, -vertrieb und -ausschank bestreiten, basiert auf diesen Tätigkeiten, und die Frage, ob die Produkte, mit denen sie konkret zu tun haben, für Dritte in irgendeinem Sinne nützlich, unbedeutend oder schädlich sind, ist im Rahmen einer volkswirtschaftlichen Betrachtungsweise, die ja bloß Wirtschaftsleistung und Wohlstand der Bevölkerung mittels definierter Größen zu quantifizieren sucht, unerheblich. Lässt man solche Bewertungen zu, so kann man beliebig weite Wirtschaftsbereiche, die man

aus irgendwelchen Gründen als schädlich erlebt, radikal aus den volkswirtschaftlichen Kosten-Nutzen-Rechnungen eliminieren.

Bei der zweiten Argumentationslinie, bei der man im Gegensatz zur ersteren nicht einmal mehr behaupten muss, dass die betreffenden Produkte für die Betroffenen schädlich seien, kann man dann überhaupt völlig willkürlich fast alle Sektoren der Volkswirtschaft – abgesehen vielleicht von den wenigen, die der Befriedigung von elementaren Grundbedürfnissen dienen – als ersetzbar definieren und für volkswirtschaftliche Kosten-Nutzen-Rechnungen als irrelevant abqualifizieren.

12.3.5.4 Kunstgriff um die Kosten des Alkoholmissbrauchs groß erscheinen zu lassen

Der Wert von Ausbildung, Krankenbehandlung, Forschung, staatlicher Verwaltung etc. wird in der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung als Beitrag zu Wirtschaftsleistung und Wohlstand der Bevölkerung berücksichtigt. Es wird zwar mitunter kritisiert, dass bei dieser Betrachtungsweise Naturkatastrophen, Seuchen, Kriege etc., die große Reparaturarbeiten notwendig machen, als Motor für Wirtschaftswachstum und Wohlstandssteigerung erscheinen, obwohl doch eigentlich nur Schäden behoben werden. Die Forderung nach einem Maß für ein Wirtschaftswachstum, das den Wohlstand der Bevölkerung besser abbildet als die aktuell international üblichen Koeffizienten, ist nachvollziehbar und zu begrüßen. Das sollte aber nicht zu völliger Willkürlichkeit und Zirkularität führen, wie das durch die Einbeziehung gewisser Kosten im Rahmen von volkswirtschaftlichen Kosten-Nutzen-Rechnungen der Fall ist.

Letzteres soll durch ein paar Beispiele verdeutlicht werden: In Zusammenhang mit Alkoholmissbrauch und Alkoholismus werden in volkswirtschaftlichen Kosten-Nutzen-Rechnungen häufig Kosten einbezogen, die bloß sehr indirekt verursacht werden, nichtsdestoweniger aber als „direkte Kosten“ bezeichnet werden (vgl. Single et al., 1997).

- Es ist evident, dass man das Phänomen „Alkoholmissbrauch und Alkoholismus“ nur beforschen kann, weil es das Phänomen überhaupt gibt. Würde es dieses nicht geben, müssten jene, die als „AlkoholismusforscherInnen“ tätig sind, zwangsläufig in anderen Bereichen tätig werden. Alle Kosten, die anfallen, um AlkoholismusforscherInnen zu dieser Tätigkeit zu befähigen, werden im Sinne dieses Ansatzes als „Kosten des Alkoholkonsums“ bezeichnet. Da man die fragwürdige implizite Logik dieses Ansatzes durch konsequente Anwendung leicht ad absurdum führen kann, wird in der Praxis nur jener Teil der möglichen Kostenanteile berücksichtigt, die noch recht nahe zur Alkoholismusforschung stehen. Man findet in Aufstellungen die alkoholismusrelevanten Anteile an Forschungsausgaben und jene der universitären Ausbildung von AlkoholismusforscherInnen, aber nicht Ausbildungskosten bis zurück in den Kindergarten und auch nicht den Pflegeaufwand während der Kindheit für zukünftige AlkoholismusforscherInnen.
- Analog zum eben genannten Beispiel lassen sich auch alle alkoholrelevanten Anteile in Zusammenhang mit Prävention und Behandlung von Alkoholmissbrauch und Alkoholismus als „Kosten des Alkoholkonsums“ definieren. Auch hier kann man weitgehend willkürlich beschließen, wie weit man bereit ist zu gehen.
- Besonders offensichtlich werden die Implikationen dieser Berechnungsform, wenn man, wie in der volkswirtschaftlichen Kosten-Nutzen-Rechnung durchaus üblich, auch alle alkoholrelevanten Kosten für Strafverfolgung und Strafvollzug als „Kosten des Alkoholkonsums“ verbucht. Ein(e) straffällig gewordene(r) AlkoholmissbraucherIn wird in diesem Sinne für die anteiligen Kosten, die bei Ausbildung und Tätigkeit von

PolizistInnen, von AnwältInnen, von RichterInnen, von StrafvollzugsbeamtInnen usw. – ja sogar von Personen, die deren Tätigkeit ermöglichen (z.B. Schreibkräfte der betreffenden JuristInnen, MaurerInnen, die Strafanstalten bauen etc.) verantwortlich gemacht. Auf diese Art und Weise werden, je nach dem, was man konkret berücksichtigt oder vernachlässigt, ganz enorme Kosten zusammengetragen. Dabei entsteht die seltsame Situation, dass ein(e) straffällige(r) Alkoholabhängige(r), der/die eigentlich bloß einen Minimalschaden verursacht, infolge der Reaktion des Staates für volkswirtschaftliche Kosten verantwortlich gemacht wird, die ins Uferlose gehen. Mitunter werden den Straffälligen pauschal sogar noch volkswirtschaftliche Kosten für Strafverteidiger/innen angelastet, die diese selbst bezahlen. Diese hohen Kosten lassen sich dann wieder als Argument dafür verwenden weitere Maßnahmen vorzusehen, wodurch dann die Kosten noch weiter in die Höhe getrieben werden und die Verfehlungen in der Folge noch gravierender erscheinen.

12.3.5.5 Mangelnde Konsistenz empirischer Kostenberechnungen

In den Kap. 12.3.5.1 (S. 276) bis Kap. 12.3.5.4 (S. 279) wurde versucht theoretisch zu diskutieren, wie beliebig und fragwürdig Berechnungen der volkswirtschaftlichen Kosten des Alkoholkonsums sind. Neben unverzichtbaren empirischen Daten sind für die Berechnungen eine Fülle von mehr oder weniger willkürlichen Zusatzannahmen und Entscheidungen notwendig. So wird fast jedes denkbare Resultat erzielbar und – wenn man so will „wissenschaftlich“ – argumentierbar. Einen Eindruck über die Streubreite der publizierten Ergebnisse gibt eine Zusammenstellung von Robson & Single (1995). Die Autoren zitieren Schätzungen pro EinwohnerIn aus vergleichbaren Industriestaaten über die jährlichen volkswirtschaftlichen Kosten durch Alkoholkonsum zwischen 65,26 Euro und 802,02 Euro (Tab. 110).

Tab. 110: Zusammenstellung Kosten des Alkoholkonsums pro Kopf und Jahr (in Euro umgerechnet von U.S. Dollar, Kurs 1993: 1 U.S. Dollar = 0,91 €) nach Robson & Single (1995)

Studie	Jahr	Region	direkte Kosten der Gesundheits-versorgung (1)	indirekte Kosten durch vorzeitigen Tod (2)	indirekte Krankheits-kosten (3)	Gesamtkosten
Kanada						
Adrian et al.	1984	Kanada	231,97	keine Angabe	96,95	461,25
USA						
Gorsky et al.	1983	New Hampshire	139,53	147,74 (e, f)	473,97	802,02
Parker et al. (4)	1983	Minnesota	65,26 118,75	101,52 (c, f) 101,52 (c, f)	222,96 402,39	438,58 669,68
Rice et al.	1985	U.S.	34,45	122,31(d, f)	140,48	359,80
andere Länder						
Collins & Lapsley (5)	1988	Australien	32,63	95,13 (g)	11,77	238,37
McDonnel & Maynard	1983	Großbritannien	3,63	22,67 (e, g)	33,50	65,26
Nakamura et al.	1987	Japan	76,09	60,68 (d, f)	288,15	433,20

Quelle: Robson & Single (1995)

(1) Inkludiert einen Teil oder alle Kosten für Prävention und Behandlung von alkoholverursachten Krankheiten, inklusive Krankenhauskosten, Arztkosten und Kosten für Krankenpflege, Pflegeheime, Medikamente, Forschung, Sozialhilfe etc.

(2) Produktionsausfall infolge vorzeitigen Todes basierend auf Lohnentfall, wobei zukünftige Löhne kalkulatorisch angesetzt wurden; dem entspricht der dazugehörige Diskontsatz wie folgt: a - 0%; b - 3%; c - 4%; d - 6%; e - nicht angegeben. Ob für Haushaltskosten ein Wert angesetzt wurde, ist wie folgt vermerkt: f - inkludiert; g - nicht inkludiert; h - nicht angegeben.

(3) Produktionsausfall infolge von Krankheit basiert auf: a) Lohnausfall durch Abwesenheit, reduzierte Effizienz, Arbeitslosigkeit und/oder Erwerbsunfähigkeit, und b) Sozialhilfe in externen Kostenschätzungen.

(4) Minimal- und Maximalwerte sind angegeben.

(5) Tangible Kosten ohne Berücksichtigung der Einsparungen infolge vorzeitigen Todes.

Zu Kostenschätzungen im unteren Drittel der von Robson & Single (1995) zusammengestellten Bandbreite kam Leu (1981), der schätzte, dass rund die Hälfte der durch Alkohol bedingten volkswirtschaftlichen Kosten in der Schweiz von AlkoholikerInnen und die restliche Hälfte von NichtalkoholikerInnen verursacht werden. Für 1972 errechnete er Gesamtkosten von 1,2 Milliarden Franken bzw. 188 Franken pro EinwohnerIn. Berücksichtigt man die Inflation bis 1998 und rechnet man die Summe in Euro um, so ergab das für 1998 einen Wert von 231 Euro pro Kopf und Jahr (Tab. 111, S. 281).

Einen Einblick in die Zusammensetzung der Kosten gewähren auch die Ergebnisse des National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA, 1987), sowie des National Institute on Drug Abuse (NIDA) gemeinsam mit NIAAA (Harwood et al., 1998) und von Single et al. (1997); (Tab. 112, S. 281 bis Tab. 114, S. 283).

Tab. 111: Kosten des Alkoholkonsums in der Schweiz 1972

	Pro-Kopf-Kosten in Franken 1972	inflationsangepasste Pro-Kopf-Kosten in Euro (1998 = 100)
volkswirtschaftliche Kosten durch AlkoholikerInnen	94	115,55
volkswirtschaftliche Kosten durch andere AlkoholkonsumentInnen	94	115,55
volkswirtschaftliche Kosten durch AlkoholkonsumentInnen und AlkoholikerInnen	188	231,10

Quelle: „Kosten und Nutzen des Alkoholkonsums" Leu (1981); eigene Berechnungen

Tab. 112: Kosten für die Gesellschaft durch Alkoholabhängigkeit und - missbrauch (USA 1983)

Kostenart	Kosten pro Kopf und Jahr in Euro	Kosten relativ
unmittelbare direkte Kosten		
Behandlung	51,16	11,5%
Gesundheitswesen	5,67	1,3%
unmittelbare indirekte Kosten		
Produktivitätsausfall durch erhöhte Sterblichkeit	69,04	15,6%
Produktivitätsausfall durch Krankheit	248,76	56,1%
Arbeitslosigkeit durch Krankheit	20,49	4,6%
mittelbare direkte Kosten		
Autounfälle	10,25	2,3%
Verbrechen	9,88	2,2%
öffentliche Wohlfahrt	14,03	3,2%
mittelbare indirekte Kosten		
Verbrechensopfer	0,73	0,2%
Gefängnis	11,41	2,6%
sonstige Folgekosten	2,25	0,5%
Gesamtkosten	443,67	100,0%

Quelle: eigene Berechnungen; NIAAA (1987) – zitiert in Meise & Günther (1993)

Tab. 113: Kosten für die Gesellschaft durch Alkoholabhängigkeit und - missbrauch (USA 1995)

Kostenart	Kosten pro Kopf und Jahr in Euro	Kosten relativ
spezielle Alkoholbehandlungseinrichtungen	19,19	3,8%
medizinische Konsequenzen	45,64	8,9%
Einkommensverlust - vorzeitiger Tod	107,92	21,2%
Einkommensverlust - Krankheit	238,44	46,8%
Einkommensverlust - Verbrechen / Opfer	22,24	4,4%
Unfälle, Feuer, Justiz etc.	76,53	15,0%
Gesamtkosten	509,95	100,0%

Quelle: eigene Berechnungen; NIDA/NIAAA Autoren: Harwood et al. (1998)

In der erstgenannten NIAAA-Studie wurden die volkswirtschaftlichen Kosten durch Alkoholabhängigkeit und -missbrauch pro Jahr und EinwohnerIn für die USA auf 443,67 Euro geschätzt, in der NIDA/NIAAA-Studie von Harwood et al. (1998), ebenfalls für die USA, auf 509,95 Euro und Single et al. (1997) schätzten die Kosten für Kanada auf 166,64 Euro.

Dem klassischen volkswirtschaftlichen Ansatz entsprechend kann nicht verwundern, dass in allen drei Studien der größte Kostenanteil auf Produktionsausfälle infolge von vorzeitigem Tod, Arbeitslosigkeit und Krankheit fiel (NIAAA 76%; Harwood 68%; Single et al. 55%). Wie die konkreten Berechnungen angestellt wurden, d.h. in welchem Umfang man berücksichtigte, dass verlorene Lebensjahre nach dem Erreichen des Pensionsalters nicht einfach mit der durchschnittlichen Wertschöpfung von jüngeren Personen gleichgesetzt werden dürfen, dass manche Personen auch ohne Alkohol nur in vermindertem Umfang am Arbeitsleben teilgenommen hätten, in welchem Umfang der Produktionsausfall Jahre nach dem Tod diskontiert [103] wurde etc., lässt sich aus den Publikationen nicht nachvollziehen.

Ein weiterer großer Punkt sind Behandlungskosten, die in der NIAAA-Studie sowie in der NIDA/NIAAA-Studie 13% und bei Single et al. 17% ausmachen. Die wichtige Frage, in welchem Ausmaß es sich bei den Kosten bloß um eine Vorverlegung der Behandlungskosten handelt, da ja infolge der verringerten Lebenserwartung Kosten im Alter wegfallen, und in welchem Umfang zusätzliche Kosten für das Behandlungssystem entstehen, wurde in beiden Fällen nicht erörtert.

Welche Bedeutung dem Alkohol auch im Zusammenhang mit Kriminalität zugemessen wurde, kann man daran ermessen, dass in der NIAAA Studie 5% der Kosten und bei Single et al. 18% der Kosten als Kriminalitätsfolgen bezeichnet wurden. Diese Kosten umfassen anteilig Kosten für Strafverfolgung, Gericht und Strafvollzug. Die Kosten von alkoholverursachten Verkehrsunfällen wurden in diesen beiden Studien mit 2,3% bzw. 6,4% der Gesamtkosten angegeben.

Umfassende Versuche zur volkswirtschaftlichen Berechnung der Kosten des Alkoholgebrauchs liegen für Österreich bis dato noch nicht vor. So fragwürdig wie sich der Ansatz darstellt, kann man – ganz besonders, wenn man den dafür notwendigen Aufwand bedenkt – durchaus darauf verzichten.

103 Kosten, die in der Zukunft liegen, werden in der Ökonomie häufig diskontiert, d. h. je weiter sie in der Zukunft liegen, desto günstiger werden sie angesetzt.

Tab. 114: Die Kosten des Alkoholkonsums (in Euro) pro Kopf und Jahr nach Single et al. (1997)

Art der Kosten	relativ		pro Kopf in Euro	
	einzeln	Kategorie	einzeln	Kategorie
direkte Kosten – Behandlungskosten:		17,3%		28,78
allgemeine Krankenhäuser	8,9%		14,75	
psychiatrische Krankenhäuser	0,4%		0,65	
Komorbidität	1,0%		1,60	
Rettungsdienste	0,3%		0,51	
stationäre Pflege	2,4%		4,00	
ambulante Behandlung	1,1%		1,82	
Ärztegehälter	1,7%		2,83	
Medikamente	1,3%		2,11	
andere Behandlungskosten	0,3%		0,58	
direkte Kosten - Verluste am Arbeitsplatz:		**0,2%**		**0,29**
betriebl Präventions- u. Gesundheitsförderungsprogramme	0,2%		0,29	
direkte Kosten administrativer Aufwand für Transferzahlungen		**0,7%**		**1,16**
Löhne	0,6%		1,09	
direkte Kosten - Prävention und Forschung:		**1,9%**		**3,13**
Forschung	0,3%		0,51	
Prävention	1,6%		2,62	
direkte Kosten – Gesetzesvollzug:		**18,1%**		**30,09**
Polizei	8,8%		14,75	
Gericht	4,0%		6,76	
Gefängnis und Bewährungshilfe	5,2%		8,65	
andere direkte Kosten:		**6,9%**		**11,48**
Feuerschäden	0,5%		0,80	
Schäden durch Verkehrsunfälle	6,4%		10,68	
indirekte Kosten - verminderte Produktivität:		**55,0%**		**91,64**
Produktivitätsausfälle durch Krankheit	18,6%		30,96	
Produktivitätsausfälle durch Tod	36,4%		60,68	
Gesamtkosten	100,0%	100,0%	166,64	166,64

Quelle: „The Cost of Substance Abuse in Canada", (Single et al., 1997)

12.3.6 Kosten für Staat und Sozialsystem

Wesentliche Kosten durch Alkoholmissbrauch und Alkoholismus erwachsen dem Staat und dem Sozialsystem einnahmenseitig durch den Wegfall von Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen bei Personen, die alkoholbedingt nicht oder nur in verringertem Umfang am Arbeitsprozess teilnehmen, und ausgabenseitig durch Behandlungskosten für alkoholverursachte Krankheiten und Unfälle. Diese Kosten für den Staat und das Sozialsystem haben mit Kosten im Sinne des volkswirtschaftlichen Ansatzes allerdings nichts gemein – ein Umstand, auf den auch Single (1996) nachhaltig hinwies.

Gewinne für den Staat und das Sozialsystem entstehen dadurch, dass in Zusammenhang mit der Erzeugung von alkoholischen Getränken, mit deren Vertrieb und deren Ausschank sowie in Branchen, die Leistungen für diese Bereiche erbringen, große Steuereinnahmen lukriert werden, und dadurch, dass AlkoholmissbraucherInnen und AlkoholikerInnen infolge einer stark verringerten Lebenserwartung im Alter weit weniger an Pensionszahlungen erhalten sowie Behandlungs- und Pflegekosten verursachen.

In diesem Zusammenhang ist es sinnvoll, die problematischen AlkoholkonsumentInnen idealtypisch in drei Typen einzuteilen:

- Ein klarer finanzieller Gewinn für Staat und Sozialversicherung ergibt sich beim Typ des/der unauffälligen Alkoholikers/Alkoholikerin, der/die sein/ihr ganzes Leben lang berufstätig bleibt und nach einer alkoholbedingten Erkrankung knapp vor Pensionsantritt verstirbt. Dass hier deutlich früher und vermehrt Krankenbehandlungskosten anfallen als bei der Restbevölkerung, wird bei diesem Typ durch den Wegfall der Behandlungs- und Pflegekosten im Alter mehr als ausgeglichen.
- Auch bei psychisch, psychiatrisch und sozial sehr auffälligen Personen, die auch ohne dem Alkohol zu verfallen nie zu einer geregelten Arbeit gefunden hätten und die nun durch eine alkoholbedingte Erkrankung weit früher sterben als die Durchschnittsbevölkerung, kann der Gewinn für Staat und Sozialsystem erheblich sein, da diese Personen infolge des exzessiven Alkoholkonsums dem Sozialsystem weit weniger lang zur Last fallen.
- Nur bei jenem Personenkreis, der ohne Alkohol ein arbeitsameres Leben geführt hätte und bei dem sich infolge alkoholbedingter Probleme mehr Abgabenausfälle und Behandlungskosten ergeben, als sich Staat und Sozialversicherung später durch eine kürzere Pensionsdauer ersparen, geht die Rechnung zu Ungunsten des Staates aus.

Die zynisch anmutende Frage, ob – rein finanziell betrachtet – Staat und Sozialsystem von Alkoholmissbrauch und Alkoholismus profitieren, oder ob sich die Gesamtrechnung knapp zum Nachteil von Staat und Sozialsystem auswirken, kann hier nicht endgültig geklärt werden. Single et al. (1996), die diese Möglichkeit zumindest nicht ausschließen wollten, schlugen für diesen Fall vor – quasi als Sicherheitsnetz für jene, denen Maßnahmen zur Verringerung alkoholbedingter Probleme ein Anliegen sind – den Stellenwert der intangiblen Kosten zu betonen.

12.3.7 Kosten für die Pensionsversicherung

Betrachtet man das Ganze ausschließlich aus der Warte der Pensionsversicherung, so ist der Gewinn für die Versicherung durch Alkoholmissbrauch und Alkoholismus offensichtlich. Die Pensionsversicherung zahlt ja überhaupt nur dann, wenn genügend Anspruchszeiten erworben wurden, und im Falle von Frühpensionen vermindern sich die Leistungen den verringerten Beitragszeiten entsprechend. Selbst wenn ein/e AlkoholikerIn, der/die in Frühpension gegangen ist, die durchschnittliche Lebenserwartung erreichen würde, hielten sich infolge der geringeren Pensionszahlungen die Verluste für die Versicherung in Grenzen. Dadurch, dass die Lebenserwartung von AlkoholikerInnen erheblich reduziert ist, ergeben sich für die Versicherung insgesamt Einsparungen.

Einen anschaulichen Eindruck vermittelt eine Statistik über Invaliditätspensionen bei österreichischen ArbeiterInnen aus dem Jahre 1992. In diesem Jahr erfolgten 5,4% der Invaliditätspensionen und 1,7% aller Pensionen explizit wegen der primären ICD-9-Diagnose „Alkoholpsychose“, „Alkoholismus“ oder „chronische Lebererkrankungen“ (Tab. 115, S. 285). Um Irrtümern vorzubeugen, sei hier explizit darauf hingewiesen, dass diese Statistik sich nur auf ArbeiterInnen (ca. 41% der Werktätigen) bezieht. (Eine Verallgemeinerung auf Angestellte und Beamte/Beamtinnen ist aus diesen Zahlen nur mit großer Unsicherheit möglich.)

Fasst man die ICD-9-Diagnose „chronischer Alkoholismus“ und „Leberzirrhose“ zusammen und unterteilt man die Pensionierungen bei ArbeiterInnen nach Altersgruppen und Geschlecht, so zeigt sich, dass die Anzahl mit zunehmendem Alter ansteigt und erst wieder sinkt, wenn vorzeitige oder reguläre Alterspensionen möglich werden (Tab. 116).

Tab. 115: Invaliditätspensionen 1992 Pensionsversicherungsanstalt der ArbeiterInnen

ICD-9 Code	Krankheit	Stand: Ende 1992			Zugänge 1992		
		Männer	Frauen	Summe	Männer	Frauen	Summe
291	Alkoholpsychose	22	3	25	4	2	6
303	chronischer Alkoholismus	6.095	522	6.617	790	59	849
571	chronische Leberkrankheiten und Leberzirrhose	1.185	460	1.645	115	17	132
	Summe der Diagnosen 291, 303 und 571	7 302	985	8 287	909	78	987
	Invaliditätspensionen (1.1.1993)	148.369	91.176	239.545	13.752	4.516	18.269
	Anteil der Diagnosen 291, 303 und 571 an allen Invaliditätspensionen	00%	01%	00%	07%	02%	05%
	Alterspensionen (1.1.1993)	159.041	222.483	381.524	24.504	14.359	38.863
	alle Eigenpensionen (1.1.1993)	307.410	313.659	621.069	14.280	4.889	19.170
	Anteil der Diagnosen 291, 303 und 571 an allen Pensionen	43%	101%	43%	309%	09%	522%

Quelle: Tinhofer (1994); eigene Berechnungen

Wenn man bedenkt, dass rund 10% der ÖsterreicherInnen im Laufe ihres Lebens an Alkoholismus erkranken (Tab. 18, S. 141), und weiter annimmt, dass die Rate bei ArbeiterInnen in etwa gleich ist, so bedeutet das, dass jede(r) vierte AlkoholikerIn unter ArbeiterInnen explizit wegen Alkoholismus oder einer alkoholbedingten Lebererkrankung frühpensioniert wird. Wie viele AlkoholikerInnen mit einer unauffälligen Diagnose frühpensioniert werden, wie viele nicht genügend lange gearbeitet haben, um einen Pensionsanspruch zu erwerben, wie viele vorzeitig an einer Krankheit sterben, ohne dass ein Frühpensionierungsverfahren abgeschlossen wird, und wie viele die normale Alterspension erreichen, kann man ohne detaillierte Untersuchung nur mutmaßen.

Tab. 116: Invaliditätspensionen wegen chronischem Alkoholismus und/oder Leberzirrhose per Stand Dezember 1992 bzw. Zugänge 1992 nach Alter und Geschlecht

Altersgruppen	absolut				relativ			
	Stand Dez. 1992		Zugänge 1992		Stand Dez. 1992		Zugänge 1992	
	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.
20 – 24	9	0	0	0	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%
25 – 29	25	3	4	0	0,3%	0,3%	0,4%	0,0%
30 – 34	112	16	20	1	1,5%	1,6%	2,2%	1,3%
35 – 39	306	38	41	6	4,2%	3,9%	4,5%	7,9%
40 – 44	670	91	91	13	9,2%	9,3%	10,1%	17,1%
45 – 49	1.246	166	196	17	17,1%	16,9%	21,7%	22,4%
50 – 54	2.051	326	246	29	28,2%	33,2%	27,2%	38,2%
55 – 59	2.499	287	265	9	34,3%	29,2%	29,3%	11,8%
60 – 64	347	51	40	1	4,8%	5,2%	4,4%	1,3%
65 – 69	11	4	2	0	0,2%	0,4%	0,2%	0,0%
70 – 74	4	0	0	0	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%
Summe	7.280	982	905	76	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Quelle: Tinhofer (1994)

Da das in der Invalidenpensionsstatistik aufscheinende Viertel aller AlkoholikerInnen in der Gruppe der ArbeiterInnen keine repräsentative Stichprobe aller AlkoholikerInnen darstellt, sind Rückschlüsse auf die Gesamtheit aller AlkoholikerInnen nur sehr bedingt möglich. Es lassen sich allerdings einige interessante Ergebnisse, die vorliegende Stichprobe betreffend, formulieren:

- Die Pensionsversicherung muss bei männlichen Alkoholikern durchschnittlich um 14 und bei weiblichen durchschnittlich um 11 Jahre früher zu zahlen beginnen als bei regulären AlterspensionistInnen.
- Die auszuzahlenden Beträge sind – infolge der kürzeren Beitragszeiten – deutlich niedriger.
- Man kann ganz grob schätzen, dass wegen Alkoholismus frühpensionierte Arbeiter nach dem Pensionseintritt durchschnittlich noch 8 Jahre und vergleichbare Arbeiterinnen durchschnittlich noch 13 Jahre leben.
- Im Vergleich zu Personen, die bis zum gesetzlichen Pensionsantrittsalter arbeiten, muss die Pensionsversicherung bei männlichen Alkoholikern statt durchschnittlich 9 Jahre nur 8 Jahre lang und bei Frauen statt 19 nur 13 Jahre lang Pensionen auszahlen.
- Da auch viele Nicht-AlkoholikerInnen in Frühpension gehen, erhöht sich die Diskrepanz noch zusätzlich zu Gunsten der Versicherung.

Auch wenn es sich bei den eben angestellten Berechnungen um sehr grobe Schätzungen (basierend auf Versicherungsdaten von ArbeiterInnen) handelt, so wird doch recht deutlich, dass sich aus dem Umstand, dass ein Teil der Versicherten wegen Alkoholismus frühpensioniert wird, für die Versicherung kein Nachteil, sondern ein mehr oder weniger großer finanzieller Vorteil ergibt.

12.3.8 Kosten für Betriebe

Alkoholverursachte Kosten für Betriebe, die nicht direkt oder indirekt an Erzeugung, Vertrieb und Ausschank von Alkohol profitieren, entstehen:

- durch vermehrte und verlängerte Krankenstände bei Personen mit erhöhtem Alkoholkonsum;
- dadurch, dass Qualität und Quantität der Produktivität bei Personen mit erhöhtem Alkoholkonsum erheblich sinken;
- dadurch, dass Alkoholisierte und/oder AlkoholikerInnen erheblich mehr Unfälle verursachen als andere;
- dadurch, dass Alkoholisierte und/oder AlkoholikerInnen längerfristig das Betriebsklima erheblich belasten;
- dadurch, dass AlkoholikerInnen vorzeitig ausscheiden, wodurch, ganz besonders wenn es sich um qualifizierte und/oder leitende MitarbeiterInnen handelt, Kosten für Personalsuche und für die Einschulung der neuen MitarbeiterInnen anfallen.

Auch hier sollte man allerdings bedenken, dass nicht alle Kosten, die betrieblich von AlkoholikerInnen verursacht werden, wegfallen würden, wenn es keinen Alkohol gäbe. AlkoholikerInnen waren bereits vor Beginn ihrer Alkoholkarriere in der Regel problembeladener als die Durchschnittsbevölkerung, und es ist sicher, dass dieser Personenkreis auch ohne Alkohol den Betrieben überdurchschnittlich viele Kosten verursachen würde. Alkohol ist für viele Menschen mit Problemen eine Form der Selbstmedikation, die in der Folge dann zu einem zusätzlichen Problem für sie wird („sekundärer Alkoholismus“, vgl. Kap. 3.4.3, S. 76).

Interessant ist in diesem Zusammenhang eine amerikanische Untersuchung, auf die Feuerlein (1979) hinwies, nach der die Kosten, die durch AlkoholikerInnen in den Betrieben verursacht werden, doppelt so hoch seien wie jene von problemlosen MitarbeiterInnen, aber gleich wie jene Kosten, die NeurotikerInnen verursachen. Interessant ist auch eine an 10.314 britischen Staatsangestellten durchgeführte Studie (Marmot et al., 1993), die zeigte, dass Personen mit problematischem Alkoholkonsum rund doppelt so oft und auch doppelt so lang der Arbeit fernbleiben wie Personen mit unproblematischem Alkoholkonsum, sich diesbezüglich aber kaum von Abstinenten und Fastabstinenten unterscheiden.

Fuchs et al. (1998) gehen aufgrund einer Untersuchung in einer deutschen Verwaltungsbehörde allerdings davon aus, dass die alkoholbedingten Fehlzeiten bei 10.000 MitarbeiterInnen bei über 2,5 Mill. Euro pro Jahr liegen. Während alkoholkranke MitarbeiterInnen vor einer entsprechenden Behandlung ca. 7.750 Euro Fehlzeitkosten pro Jahr verursachen, sind dies nach einer Behandlung nur mehr knapp 2.000 Euro.

12.3.9 Kosten für die Familie

Während es recht plausibel scheint, dass Staat und Sozialsystem durch Alkoholkonsum und Alkoholismus durchaus auch profitieren können, ergeben sich für die Familien von Alkoholgefährdeten und AlkoholikerInnen ausschließlich große Probleme. (Über die Folgen des mütterlichen Alkoholkonsums in der Schwangerschaft informiert Kap. 5.5, S. 111 und über das Problem von Kindern in Alkoholfamilien Kap. 5.7, S. 115). Neben immensen, nicht in Geld ausdrückbaren, immateriellen Belastungen entstehen auch hohe finanzielle Kosten, weil Angehörige mit Alkoholproblemen durchschnittlich weniger zum Familienbudget beitragen und weil sie in der Regel auch noch große Teile des Familienbudgets in alkoholische Getränke investieren.

13 Einschränkungen und Verbote bezüglich Bewerbung, Verkauf und Konsum von alkoholischen Getränken

Neben den getränkespezifischen Bestimmungen über Qualitäten und Bezeichnungen und den damit verbundenen Rechten oder Pflichten bezüglich des „In-Verkehr-Bringens“ von Bier, Wein, Most und Spirituosen (Kap. 9.2 bis Kap. 9.4, S. 213 bis S. 221) gibt es auch gesetzliche Bestimmungen, welche die Werbe-, Vertriebs-, Verkaufs- und Konsumbedingungen von alkoholischen Getränken betreffen.

So sind Ein- und Beschränkungen bzw. Verbote im Vertrieb oder Verkauf vorgesehen, welche z.T. aber auch als Rechte – vor allem Verkaufsrechte, wie z.B. der Verkauf von Flaschenbier in Tankstellen – zu interpretieren sind. Diese Bestimmungen betreffen

- Bewerbung (Werbebeschränkungen und –verbote)
- Vertriebswege (gewerberechtliche Bestimmungen),
- „Schutzgesetze“ (Jugendschutz, Arbeitnehmerschutz etc.) und
- sonstige gesetzliche Bestimmungen und Verordnungen etc.

13.1 Werbebeschränkungen und -verbote für Alkohol

In Österreich existiert – genauso wie in fast allen europäischen Ländern – ein duales System zur Beschränkung der Werbung, das sich einerseits aus gesetzlichen Regelungen und andererseits aus Selbstbeschränkungsrichtlinien zusammensetzt. Dazu kommen Übereinkommen und Richtlinien von Seiten der Europäischen Union.

Die gesetzlichen Bestimmungen zu Werbebeschränkungen und –verboten für Alkohol in Österreich finden sich in Gesetzen, welche die Rahmenbedingungen verschiedener Rundfunkveranstalter regeln und in Schulgesetzen. Gesetzlich geregelt wird nur die Bewerbung von Alkohol im Fernsehen, im Radio, auf der Homepage des ORF, im Teletext des ORF und im Bereich von Schulen. Zur Kontrolle der den Rundfunk betreffenden Gesetze wurde ein eigenes Kontrollorgan, die Kommunikationsbehörde Austria (KommAustria) geschaffen.

Den Hauptteil der Selbstbeschränkungen im Bereich Alkoholwerbung stellt in Österreich das Selbstbeschränkungssystem der Österreichischen Werbewirtschaft dar, welches sich auf sämtliche Bereiche der Wirtschaftswerbung bezieht. Daneben gibt es noch die Selbstbeschränkungen des ORF, zusammengefasst in dessen allgemeinen Geschäftsbedingungen, die Selbstbeschränkungen des Internationalen Skiverbandes und den Kommunikationskodex der österreichischen Brauwirtschaft, der per 1. März 2007 in Kraft ist.

Einfluss von Seiten der Europäischen Union gibt es in Form des Europäischen Übereinkommens über das grenzüberschreitende Fernsehen und der Fernsehrichtlinie.

Die verschiedenen gesetzlichen Regelungen, Selbstbeschränkungen, Übereinkommen und Richtlinien sollen im Folgenden aufgelistet und einzeln genauer beschrieben werden.

Institutionen für die Werbeselbstbeschränkung in Österreich sind:

- das Selbstbeschränkungssystem der Österreichischen Werbewirtschaft (Kap. 13.1.1, S. 289)
- die Allgemeine Geschäftsbedingungen des ORF (Kap. 13.1.2, S. 294) und
- die Werberichtlinien des Internationalen Skiverbandes(Kap. 13.1.3, S. 295).
- der Kommunikationskodex der österreichischen Brauwirtschaft (Kap. 13.1.4, S. 295).

In Bezug zu gesetzliche Beschränkungen bzw. Empfehlungen sind ferner relevant:

- das ORF-Gesetz 1984 idF BGBl. I Nr. 102/200 (Kap. 13.1.5.1, S. 297)
- das Privatradiogesetz 2001 (PrR-G) idF BGBl. I Nr. 169/2004 (Kap. 13.1.5.2, S. 298)
- das Privatfernsehgesetz 2001 idF BGBl. I Nr. 52/2007 (Kap. 13.1.5.3, S. 299)
- das KommAustria-Gesetz 2001 idF BGBl. I Nr. 15/2007 (Kap. 13.1.5.4, S. 300)
- das Schulunterrichtsgesetz [SchUG – BGBl. Nr. 472/1986 (WV), idF BGBl. I Nr. 28/2008 (Kap. 13.1.5.5, S. 302
- Schulorganisationsgesetz 1962 (SchOG) idF BGBl. I Nr. 26/2008 (Kap. 13.1.5.6, S. 302)
- Europäisches Übereinkommen über das grenzüberschreitende Fernsehen 1998 idF BGBl. III Nr. 64/2002 (Kap. 13.1.5.8, S. 304)
- Europäische Fernsehrichtlinie vom 3. Oktober 1989 (Kap. 13.1.5.9, S. 304)
- Empfehlung des Rates der Europäischen Union zum Alkoholkonsum von jungen Menschen, insbesondere von Kindern und Jugendlichen, 2001 (Kap. 2.5.14, S. 32 und Kap. 13.1.5.10, S. 305)
- EU-Strategie zur Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Verringerung alkoholbedingter Schäden, 2006 (Kap. 2.5.15, S. 35).

13.1.1 Selbstbeschränkungssystem der Österreichischen Werbewirtschaft

Das von der österreichischen Werbewirtschaft praktizierte Selbstbeschränkungssystem (beschränkt auf den Bereich der Wirtschaftswerbung) funktioniert über das „Zusammenspiel“ folgender Institutionen bzw. Einrichtungen: Fachverband Werbung und Marktkommunikation der WKO (Wirtschaftskammern Österreichs), Verein „Gesellschaft zur Selbstkontrolle der Werbewirtschaft“ (Kap. 13.1.1.1, S. 289) und Österreichischer Werberat (Kap. 13.1.1.2, S. 290).

13.1.1.1 Verein „Gesellschaft zur Selbstkontrolle der Werbewirtschaft“

Aufgabe des Vereins „Gesellschaft zur Selbstkontrolle der Werbewirtschaft" ist es, die Mitglieder des Österreichischen Werberates zu bestellen. In den Statuten des Vereins „Gesellschaft zur Selbstkontrolle der Werbewirtschaft“ heißt es:

§ 2 Ziel und Zweck des Vereins

(1) Ziel des Vereins ist die Schaffung einer zweckentsprechenden, interessenspolitisch ausgewogenen Mitgliederstruktur des Österreichischen Werberates. Der Österreichische Werberat soll, als unabhängiges Organ des Vereins, das verantwortungsbewusste Handeln der österreichischen Werbewirtschaft und ihr Ansehen in der Öffentlichkeit mittels freiwilliger Selbstbeschränkung fördern. Der Österreichische Werberat hat weiters die Aufgabe, die Freiheit der gesetzeskonformen, nicht anstößigen und redlichen Werbung zu schützen.

Quelle: Gesellschaft zur Selbstkontrolle der Werbewirtschaft (1996)

Die ordentlichen Mitglieder des Vereins setzen sich aus der Werbewirtschaft, Auftraggebern und Medien zusammen („Kurien“ lt. § 4 der Statuten). Die Aufgaben der Generalversammlung bestehen unter anderem in der Bestellung und Abberufung der von den Kurien vorzuschlagenden Mitglieder des Werberats (§ 9 der Statuten), welche nicht Mitglieder des Vereins sein müssen (§ 13 der Statuten). Allerdings kann jedes Mitglied des Werberats durch Beschluss der Generalversammlung mit einer Stimmenmehrheit von drei Vierteln auch vorzeitig abberufen werden (§ 8 Abs. 9 und § 13 der Statuten). Der Werberat selbst beschließt ebenfalls mit einer Stimmenmehrheit von drei Vierteln seine Geschäfts- und Verfahrensordnung zur Behandlung von Beschwerden über Werbemaßnahmen (§ 13 der Statuten).

13.1.1.2 Österreichischer Werberat (ÖWR)

Die Mitglieder des Österreichischen Werberates (ÖWR) werden, wie eben erwähnt, vom Verein "Gesellschaft zur Selbstkontrolle der Werbewirtschaft" bestellt. Die ordentlichen Mitglieder des Vereines sind drei Kurien zugeteilt: Auftraggeber, Medien und Werbewirtschaft.

Der ÖWR als unabhängiges Organ des Vereins „Gesellschaft zur Selbstkontrolle der Werbewirtschaft“ hat die Aufgabe, die Selbstdisziplin der Werbung zu fördern. Jeder kann dort Beschwerden über Werbemaßnahmen einbringen. Bei offensichtlichen Verletzungen des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb kann der ÖWR die Beschwerde an den diesbezüglichen Schutzverband weiterleiten, wobei der Fachverband Werbung und Marktkommunikation Mitglied dieses Schutzverbandes ist und dann im Auftrag des ÖWR handelt. Beschwerden sind schriftlich einzureichen, es besteht aber auch die Möglichkeit einer Online-Eingabe. Eine Vorprüfung (Vorzensur) von Werbemaßnahmen wird nicht vorgenommen. Seit Herbst 2004 bietet der ÖWR jedoch das sogenannte Copy Advice Service an. Dabei können sowohl Unternehmen als auch Werbeagenturen ihre geplanten Werbemaßnahmen durch den ÖWR begutachten und auf moralische und ethische Unbedenklichkeit hin überprüfen lassen.

Die direkten Sanktionsmöglichkeiten des ÖWR halten sich allerdings in Grenzen. So können zuwiderhandelnde Mitglieder des Trägervereins lediglich ausgeschlossen werden. Es darf allerdings nicht vergessen werden, dass durch die Zusammensetzung der ordentlichen Mitglieder des Vereins (Werbewirtschaft, Auftraggeber und Medien) ein relativ massiver Druck sowohl auf Auftraggeber als auch auf Medien bzw. Werbeunternehmen ausgeübt werden kann, wodurch auch Ablehnungen von Aufträgen zustande kommen können. Durch die internationale Vernetzung der Werbewirtschaft und die damit zusammenhängenden internationalen Vereinbarungen in der freiwilligen Selbstkontrolle ist auch ein grenzüberschreitendes Funktionieren dieser Selbstkontrolle gegeben.

Der ÖWR (2007) beschreibt das österreichische Selbstbeschränkungssystem folgendermaßen:

> *Das österreichische Selbstbeschränkungssystem ist seitens der Werbewirtschaft freiwillig zum Nutzen sowohl aller Konsumenten als auch für die Wirtschaft selbst geschaffen worden. ... Das Selbstbeschränkungssystem der Werbewirtschaft ist keine Erfindung Österreichs. ... Bereits 1937 wurde von der internationalen Handelskammer ein Werbekodex, der Prinzipien lauterer Werbung festlegte, verabschiedet. Auf Basis dieses ursprünglichen Werbekodex wurden die „Internationalen Verhaltensregeln für die Werbepraxis“ entwickelt und 1973 verabschiedet. Dieses Regelwerk, das weltweit Anerkennung gefunden hat, wird laufend überarbeitet und den Entwicklungen der Zeit*

angepasst. Es gilt als Richtschnur für alle nationalen Selbstbeschränkungsvorschriften. In fast allen europäischen Staaten existieren heute selbstdisziplinäre Systeme, die trotz unterschiedlicher Kulturen und Gewohnheiten im Wesentlichen den Grundsätzen der Internationalen Handelskammer entsprechen. Die lange Tradition der Werbeselbstdisziplin in den einzelnen europäischen Staaten wurde durch die Gründung der European Advertising Standards Alliance (EASA) noch weiter gestärkt. Unter ihrem Dach wurden alle selbstdisziplinären Organisationen der Staaten der Europäischen Union und der EFTA vereint. Darüber hinaus koordiniert die EASA die Behandlung grenzüberschreitender Beschwerden, damit dem Konsumenten und der Werbewirtschaft trotz europaweit unterschiedlicher Märkte gleichermaßen Schutz vor Werbemissbräuchen zuteil wird.

Quelle: ÖWR (2007)

Zur Erfüllung der Aufgabe der Selbstkontrolle stehen drei eng miteinander verknüpfte Schwerpunkte im Vordergrund der Tätigkeit des ÖWR:

- Entwicklung von Verhaltensregeln
- Behandlung von Beschwerden
- Information nach innen und außen.

Die „Österreichische Weinmarketing Service Gesellschaft m.b.H.“, welche die Vermarktungsfunktion des ehemaligen Weinwirtschaftsfonds übernommen hat, hat den „Code für die Werbung für alkoholische Getränke“ – welcher nunmehr hinfällig ist – nicht übernommen, sondern sich mit Jänner 1998 dem Selbstbeschränkungskodex des ÖWR unterstellt (ÖWM, 1998).

Der ÖWR ist auch Vollmitglied der „European Advertising Standards Alliance“ (EASA, Kap. 13.1.5.7, S. 303), der Dachorganisation aller europäischen Selbstbeschränkungsorgane. Die 2004 in Brüssel beschlossene „European Advertising Self-Regulation Charter“ der EASA wurde vom ÖWR in die Geschäftsordnung eingebaut. Der ÖWR trat 2004 auch der Internationalen Handelskammer (ICC) bei. Informationen über grenzüberschreitende Beschwerdefälle werden vom ÖWR an die EASA in Brüssel weitergeleitet. Der ÖWR nimmt auch regelmäßig an Arbeitssitzungen der EASA teil, um nationale Belange vorzutragen (ÖWR, 2004).

13.1.1.2.1 Österreichischer Selbstbeschränkungskodex (ÖWR, 2005)

Nachstehend wird der „Österreichische Selbstbeschränkungskodex“ des ÖWR auszugsweise wiedergegeben:

Einleitung:

In Österreich existiert - genauso wie in fast allen europäischen Ländern - ein duales System zur Beschränkung der Werbung, das sich einerseits aus gesetzlichen Regelungen und andererseits aus Selbstbeschränkungsrichtlinien zusammensetzt. Der Österreichische Selbstbeschränkungskodex stellt einen Kernbereich des österreichischen Systems zum Schutze des (der) Verbrauchers (Verbraucherin) vor Missbrauch der Werbung dar. Selbstdisziplinäre Mechanismen der Werbewirtschaft dienen zur Überwachung und Korrektur von Fehlerscheinungen und Fehlentwicklungen im Vorfeld und am Rande der gesetzlichen Bestimmungen.

Die Selbstbeschränkungsrichtlinien der Werbewirtschaft eines Landes müssen in Beziehung zum Ausmaß gesetzlicher Werbereglementierung stehen. Je fortgeschrittener das gesetzliche Regelungssystem betreffend Werbung und Verbraucherschutz in einem Lande ist - in Österreich ist es bereits sehr umfangreich - desto stärker verlagert sich die Aufgabe der Werbeselbstbeschränkung auf jene Gebiete der Ethik und Moral, die einen gesellschaftlichen Entwicklungsprozess (mit immer rascherem Wandel) unterworfen sind.

Da diese gesetzlich nicht regelbar sind, da sie sich ständig verändern und weiterentwickeln und ein kulturspezifisch schwer erfassbares Phänomen darstellen, ist eine Werbeselbstbeschränkung mit Augenmaß notwendig.

Der Österreichische Selbstbeschränkungskodex - also die Gesamtheit der Selbstbeschränkungsrichtlinien, die sich die österreichische Werbewirtschaft freiwillig auferlegt hat - teilt sich in zwei Teile. Der erste Teil "Grundsätzliche Verhaltensregeln" umfasst vornehmlich Richtlinien betreffend die erwähnten sensiblen Bereiche und stellt das "Herzstück" des Österreichischen Selbstbeschränkungskodex dar.

Im zweiten Teil "Spezielle Verhaltensregeln" werden Bereiche geregelt, die im Laufe der Zeit entweder national oder international - wir sind auf dem Weg in eine grenzenlose Kommunikationsgesellschaft - besondere Aktualität erlangt haben und daher spezieller Regelungen bedürfen.

1. *Grundsätzliche* Verhaltensregeln

1.1 Allgemeine Werbegrundsätze
1.2 Ethik und Moral
1.3 Gewalt
1.4 Gesundheit
1.5 Sicherheit
1.6 Umwelt

2. Spezielle Verhaltensregeln

2.1 Alkohol
2.2 Frauen
2.3 Kinder
2.4 Kraftfahrzeuge
2.5 Tabak
2.6 Ältere Menschen

2. Spezielle Verhaltensregeln
2.1 Alkohol

Präambel

Ungeachtet des legitimen Bekenntnisses der Werbewirtschaft zu einem freien, gesunden und lauteren Wettbewerb und ungeachtet der Tatsache, dass der maßvolle Konsum von alkoholischen Getränken durchaus positive Wirkungen haben und das Leben der Menschen bereichern kann, muss sich Werbung im Zusammenhang mit Alkohol ihrer Verantwortung gegenüber der Gesellschaft bewusst sein. Werbung soll keine Sujets einsetzen, die geeignet sind, als Aufforderung zum Alkoholmissbrauch oder als Anreiz zum übermäßigen Konsum von alkoholischen Getränken missverstanden zu werden.

1. *Werbung soll nicht zu übermäßigem oder missbräuchlichem Alkoholkonsum ermutigen.*
2. *Alkoholwerbung soll sich nicht an die Zielgruppe Kinder wenden.*
3. *Werbung soll sich keiner verharmlosenden Darstellung bedienen. Darstellungen wie z.B. das Lenken von Fahrzeugen oder das Bedienen von Maschinen im Zusammenhang von Alkoholkonsum sind zu vermeiden.*
4. *Werbung soll nicht den Eindruck erwecken, Alkoholkonsum hätte therapeutische Wirkungen und könnte mithelfen, private und soziale Probleme zu lösen. ...*

2.3. Kinder

Präambel

Kinder sind aufgrund ihrer geringen Reife und ihres Mangels an Lebenserfahrung besonders von Missbräuchen bedroht. Die österreichische Rechtsordnung stellt daher Kinder unter besonderen Schutz.
Der Österreichische Werberat trägt diesem Umstand Rechnung und hat spezielle Verhaltensregeln geschaffen. Werbung mit Kindern und Werbung, die sich direkt an Kinder wendet, soll besonderes Augenmerk auf die Reife und die Lebenserfahrung der Kinder legen, da die Art und Weise, wie Kinder Werbung wahrnehmen und auf Werbung reagieren, vornehmlich davon abhängen.
Darüber hinaus appelliert der Österreichische Werberat an alle Werbetreibenden, sich der pädagogischen Verantwortung gegenüber Kindern bewusst zu werden.

2. Werbung für Produkte wie Tabak, Alkohol, Heilmittel und andere die Gesundheit und Ernährung betreffenden Präparate soll sich nicht an die Zielgruppe Kinder wenden.

Quelle: ÖWR (2005)

13.1.1.2.2 Beschwerdebilanz beim ÖWR 1996 bis 2006

In der seit 1996 geführten Beschwerdebilanz des ÖWR sind bis zum Jahresende 2006 insgesamt 4.595 Beschwerden eingegangen, die sich auf 572 Sujets bezogen haben. Die meisten Beschwerden wurden mit den Begründungen „Frauendiskriminierung“ (564), „sexistische Darstellung“, „sexistische Werbung“, „sexuell anstößige Darstellung“, „sexuell anstößige Inhalte“ (55) und „irreführende bzw. betrügerische Werbung“ (138), „Ethik und Moral“ (52) und Gefährdung von „Kindern und Jugendlichen“ (36) eingebracht.

Unter „Alkohol“ als Grund der Beschwerde finden sich seit 1996 insgesamt 9 beanstandete Sujets. Bei 6 davon wird die Darstellung von Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren in Zusammenhang mit Alkoholwerbung angeprangert, bei einem Sujet wurde die (humorvoll gemeinte) Werbung eines Taxiunternehmens für die Taxibenutzung in alkoholisiertem Zustand mit dem Slogan „Drink & Drive“ kritisiert. Über die 2 verbleibenden Kampagnen wurde Beschwerde auf Grund von Bagatellisierung des Themas Alkohol und Verkehr bzw. Alkoholmissbrauch im Allgemeinen eingereicht. Weitere 10 beanstandete Werbekampagnen, die Bier bzw. Spirituosen bewarben, wurden in den Beschwerdekategorien „Frauenfeindlichkeit“ (6), Rassismus (1) und „Moral und Ethik“ (3) abgehandelt. Somit wurde der Werberat in den 10 Jahren seines Bestehens mit 74 Beschwerden in Zusammenhang mit Alkohol konfrontiert. Die 74 Beschwerden betrafen insgesamt 19 Werbesujets bzw. -kampagnen. Drei der kritisierten Werbungen waren von der gleichen Firma in Auftrag gegeben worden; 45 Beschwerden betrafen ein bestimmtes Werbesujet, 6 der Beschwerden über alkoholbezogene Werbung hatten Frauenfeindlichkeit zum Inhalt.

Der Beschwerdebilanz 1996 bis 2006 lässt sich des Weiteren entnehmen, dass der ÖWR bei ca. der Hälfte aller eingebrachten Beschwerden keinen Grund zum Einschreiten sah bzw. einige Beschwerden wegen Unzuständigkeit zurückwies. Bezüglich der restlichen Beschwerden gab der ÖWR seine Kritik in Form von Aufforderungen an die werbenden Unternehmen weiter. Diese bestanden aus der „Aufforderung zum sofortigen Stopp des Sujets/der Kampagne“, der „Aufforderung, in Zukunft ein anderes Sujet/andere Werbelinie zu verwenden“ und der „Aufforderung, in Zukunft sensibler vorzugehen“.

Auch in Bezug auf die Beschwerden, die in direktem oder indirektem Zusammenhang mit Alkohol(-werbung) standen zeigt sich ein ähnliches Bild: Eine Beschwerde wurde nach dem grenzüberschreitenden Beschwerdeverfahren an den Deutschen Werberat weitergeleitet, in anderen Fällen wurden die Unternehmen aufgefordert in Zukunft sensibler vorzugehen bzw. sah der ÖWR keinen Grund zum Einschreiten.

Betrachtet man die Beschwerdebilanz des ÖWR, so kann zusammenfassend festgestellt werden, dass die eingebrachten Beschwerden nur zu einem geringen Teil in direktem oder indirektem Zusammenhang mit Alkohol stehen (74 der 4.595 eingebrachten Beschwerden).

13.1.2 Allgemeine Geschäftsbedingungen des ORF

Die seit 1.1.2006 gültigen Geschäftsbedingungen des „Österreichischen Rundfunks“ (ORF) für Werbehörfunk und Werbefernsehen legen ergänzend zum ORF-Gesetz (Kap. 13.1.5.1, S. 297) noch weitere Einschränkungen fest (Auszug):

3. Beschränkungen - Ausgeschlossen ist/sind: ...

g) Werbung für Tabakwaren und Spirituosen (spirituosenhältige Alkopops gelten hier nicht als Spirituosen)

h) Werbung, die den Umgang mit Alkohol sowie mögliche Auswirkungen von Alkoholkonsum verharmlost...

4. Sonstige Beschränkungen

e) Alkoholwerbung: jegliche Alkoholwerbung im Zusammenhang mit Kindern, Jugendlichen oder Kraftfahrern ist verboten. In der Alkoholwerbung ist jede nicht-produktbezogen argumentierende Werbung in Wort und Bild ausgeschlossen. Die Werbeaussage hat sich auf die Empfehlung eines bestimmten Produktes oder einer bestimmten Produktgruppe zu beschränken.

Darüber hinaus ist Werbung für alkoholische Getränke nur unter Einhaltung folgender Kriterien zulässig:

1. Es darf keinerlei Verbindung zwischen einer Verbesserung der physischen Leistung und Alkoholgenuss oder dem Führen von Kraftfahrzeugen und Alkoholgenuss hergestellt werden;

2. es darf nicht der Eindruck erweckt werden, Alkoholgenuss fördere sozialen oder sexuellen Erfolg;

3. die Werbung darf nicht eine therapeutische, stimulierende, beruhigende oder konfliktlösende Wirkung von Alkohol suggerieren;

4. Unmäßigkeit im Genuss alkoholischer Getränke darf nicht gefördert und Enthaltsamkeit oder Mäßigung nicht negativ dargestellt werden;

5. die Höhe des Alkoholgehalts von Getränken darf nicht als positive Eigenschaft hervorgehoben werden;

6. es darf nicht zum Genuss von alkoholischen Getränken aufgefordert werden, z.B. „Trinkt...“.

Werbung für alkoholische Mischgetränke kann für eine Schaltung im Fernsehen erst ab der Prime Time (19.25 Uhr) gebucht werden.

Quelle: ORF (2006)

13.1.3 Werberichtlinien des Internationalen Skiverbandes

Der „Österreichische Skiverband“ (ÖSV) unterliegt den Werberichtlinien des Internationalen Skiverbandes (FIS). Diese sehen folgende Beschränkungen im Bezug auf Alkoholwerbung vor:

1. General Advertising Principles

…

1.7 Advertisements for alcohol and tobacco may not occupy more than 25% of the total authorised advertising space. …

Quelle: FIS (2006)

B. Advertising with athletes

…

B.3. not allowed in advertising with athletes: Any kind of advertising with alcohol, tobacco, and narcotics.

...

Quelle: FIS (2005)

13.1.4 Kommunikationskodex der österreichischen Brauwirtschaft

Die österreichischen Brauer bekennen sich ausnahmslos zum verantwortungsbewussten und moderaten Umgang mit dem alkoholhältigen Genussmittel Bier. Ebenso konsequent lehnen sie jeglichen Missbrauch ab und setzen sich seit jeher für Aktivitäten der Aufklärung, Information und Prävention zum Thema Alkoholmissbrauch ein. Um zu verhindern, dass Darstellungen oder Aussagen in der kommerziellen Kommunikation für Bier zum Missbrauch oder schädlichen Konsum oder als Ansprache von Kindern oder Jugendlichen missverstanden werden könnten, bekennen sich die österreichischen Brauer zu folgenden Verhaltensregeln, für deren Durchsetzung sie sich auch bei ihren Partnern in Vertrieb, Handel und Gastronomie einsetzen:

1. Kinder und Jugendliche

Die österreichischen Brauer unterstützen die Einhaltung der vom Gesetzgeber bestimmten Altersgrenze von 16 Jahren beim Konsum und bei der Abgabe von Bier.

- *Bierwerbung soll Kinder und Jugendliche weder zum Trinken von Bier oder bierhältigen Getränken auffordern, noch trinkende bzw. zum Trinken auffordernde Kinder und/oder Jugendliche zeigen.*
- *Bierwerbung soll nicht in Medien erfolgen, deren redaktioneller Teil sich mehrheitlich an Kinder und/oder Jugendliche richtet.*
- *Bierwerbung soll keine Aussagen enthalten, in denen Kinder und/oder Jugendliche als noch nicht alt genug für den Konsum alkoholhältiger Getränke angesprochen und dadurch zum Trinken provoziert werden.*
- *Bierwerbung soll keine Personen darstellen, die aussagen, dass sie bereits als Kind oder Jugendlicher Bier konsumiert haben.*

2. Missbrauch

- *Bierwerbung soll nicht zu übermäßigem oder missbräuchlichem Bierkonsum ermutigen oder einen solchen Konsum verharmlosen.*
- *Bierwerbung soll keine Verbindung zwischen dem Konsum von Bier und gewalttätigen, aggressiven oder gefährlichen Verhaltensweisen darstellen.*

- *Ausschließlich mündige und verantwortungsbewusste Konsumenten sind gewünschte Konsumenten.*

3. Sicherheit

- *Bierwerbung soll keine Verbindung zwischen dem Konsum von Bier und dem Lenken von Fahrzeugen oder dem Bedienen von Maschinen herstellen.*
- *Bierwerbung soll sich keiner verharmlosenden Darstellungen bedienen und keinen Konsum von Bier in potenziell gefährlichen Situationen oder Situationen, die gegen Sicherheitsbestimmungen* verstoßen, darstellen.

4. Gesundheit und Alkoholgehalt

- *Bierwerbung soll keine Aussagen zur Beseitigung, Linderung oder Verhütung von Krankheiten enthalten.*
- *Bierwerbung soll nicht eine therapeutische, stimulierende oder konfliktlösende Wirkung von Alkohol suggerieren.*
- *Bierwerbung soll den Konsum von Bier nicht mit Schwangerschaft in Verbindung bringen.*
- *Bierwerbung soll nicht* einen hohen Alkoholgehalt als positive Eigenschaft darstellen.

5. Leistungsfähigkeit

- *Bierwerbung soll keine Aussagen enthalten, die auf eine Verbesserung der physischen und psychischen Leistungsfähigkeit durch den Konsum von Bier abzielen.*
- *Bierwerbung soll nicht den Eindruck erwecken, der Konsum von Bier fördere sexuellen Erfolg.*

Die österreichischen Brauer setzen sich darüber hinaus aktiv dafür ein, dass über die Einhaltung der bestehenden gesetzlichen Bestimmungen hinaus ein missbräuchliches und schädliches Konsumverhalten verhindert wird, und unterstützen daher seit jeher Aktivitäten der Aufklärung, der Information zum maßvollen Umgang mit dem gesunden Genussmittel Bier und der Prävention von Alkoholmissbrauch. Die Brauer waren und sind jederzeit bereit, sich im Rahmen sinnvoller Aktivitäten einzubringen und planen auch von sich aus weitere entsprechende Maßnahmen.

Quelle: Verband der Brauereien (2007c)

13.1.5 Gesetzliche Beschränkungen der Werbung in Radio und Fernsehen in Österreich

Prinzipiell ist in Österreich in Fernsehen und Radio jegliche Werbung für Spirituosen verboten (spirituosenhältige Alkopops gelten hier nicht als Spirituosen). Das gilt sowohl für den ORF (Kap. 13.1.5.1, S. 297) als auch für private Radio- (Kap. 13.1.5.2, S. 298) und Fernsehsender (Kap. 13.1.5.3, S. 299) und betrifft auch Patronanzsendungen [104]. Im ORF- und Privatfernseh-Gesetz gibt es daneben noch bestimmte Regeln für die Bewerbung anderer alkoholischer Getränke, die mit den Formulierungen in der Europäischen Fernsehrichtlinie ident sind. Erweitert wurden diese Verbote den ORF betreffend in den Geschäftsbedingungen des ORF (Kap. 13.1.2, S. 294), in denen beispielsweise zusätzlich festgelegt wurde, Werbung für alkoholische Mischgetränke erst ab 19:25 Uhr zu zeigen.

104 Eine Patronanzsendung liegt vor, wenn ein nicht im Bereich der Produktion von audiovisuellen Werken oder Hörfunkprogrammen tätiges öffentliches oder privates Unternehmen einen Beitrag zur Finanzierung solcher Werke oder Programme mit dem Ziel leistet, den Namen, die Marke, das Erscheinungsbild, die Tätigkeit oder die Leistungen des Unternehmens zu fördern.

Von Seiten der Europäischen Union werden weder in der „Fernsehrichtlinie“ noch im „Europäischen Übereinkommen über das grenzüberschreitende Fernsehen“ Spirituosenwerbeverbote vorgegeben.

13.1.5.1 ORF-Gesetz 1984 idF BGBl. I Nr. 102/2007

Bundesgesetz über den Österreichischen Rundfunk (ORF-Gesetz) StF BGBl. Nr. 379/1984 (WV) idF BGBl. I Nr. 102/2007 (Auszug)

3. Abschnitt

Werbung und Patronanzsendungen

Definition der Werbung und Werbezeiten

§ 13

(4) Unter der Wahrnehmungsgrenze liegende Werbesendungen sowie jede Form der Werbung für Spirituosen und Tabakwaren sind untersagt. Der Stiftungsrat kann auf Vorschlag des Bundesministers für soziale Sicherheit und Generationen weitere im Interesse der Volksgesundheit notwendige Beschränkungen hinsichtlich der kommerziellen Werbung festlegen.
...

Werbegrundsätze, Product-Placement, Unterbrecherwerbung

...

§ 14. ...

(5) Die Erwähnung oder Darstellung von Waren, Dienstleistungen, Namen, Marken oder Tätigkeiten eines Herstellers von Waren oder eines Erbringers von Dienstleistungen gegen Entgelt oder eine sonstige Gegenleistung, sofern diese nicht geringfügig sind, außerhalb von Werbesendungen (Product-Placement) ist unzulässig. Das Verbot von Product-Placement gilt nicht für Kinofilme, Fernsehfilme und Fernsehserien. Die mediale Unterstützung gemäß § 17 Abs. 7 des Glücksspielgesetzes gilt nicht als Product-Placement.

(6) Product-Placement außerhalb von Werbesendungen ist dann zulässig, wenn es bei der Übertragung oder Berichterstattung über Sport-, Kultur- oder Wohltätigkeitsveranstaltungen notwendig ist. Dieser Absatz gilt nicht für Kinder- und Jugendsendungen.

(7) Fernsehwerbung ist in Blöcken zwischen einzelnen Sendungen auszustrahlen. Einzeln gesendete Werbespots müssen die Ausnahme bilden.

...

Werbung für Arzneimittel und alkoholische Getränke, Schutz von Minderjährigen

...

§16. ...

(4) Fernsehwerbung für alkoholische Getränke muss folgenden Kriterien entsprechen:
1. Sie darf nicht speziell an Minderjährige gerichtet sein und insbesondere nicht Minderjährige beim Alkoholgenuss darstellen.
2. Es darf keinerlei Verbindung zwischen einer Verbesserung der physischen Leistung und Alkoholgenuss oder dem Führen von Kraftfahrzeugen und Alkoholgenuss hergestellt werden.
3. Es darf nicht der Eindruck erweckt werden, Alkoholgenuss fördere sozialen

oder sexuellen Erfolg.

4. Sie darf nicht eine therapeutische, stimulierende, beruhigende oder konfliktlösende Wirkung von Alkohol suggerieren.

5. Unmäßigkeit im Genuss alkoholischer Getränke darf nicht gefördert oder Enthaltsamkeit oder Mäßigung nicht negativ dargestellt werden.

6. Die Höhe des Alkoholgehalts von Getränken darf nicht als positive Eigenschaft hervorgehoben werden.

(5) Fernsehwerbung darf Minderjährigen weder körperlichen noch seelischen Schaden zufügen und unterliegt daher folgenden Kriterien zum Schutz Minderjähriger:

1. Sie darf keine direkten Kaufappelle an Minderjährige richten, die deren Unerfahrenheit und Leichtgläubigkeit ausnutzen.

2. Sie darf Minderjährige nicht unmittelbar dazu auffordern, ihre Eltern oder Dritte zum Kauf der beworbenen Ware oder Dienstleistung zu bewegen.

3. Sie darf nicht das besondere Vertrauen ausnutzen, das Minderjährige zu Eltern, Lehrern oder anderen Vertrauenspersonen haben.

4. Sie darf Minderjährige nicht ohne berechtigten Grund in gefährlichen Situationen zeigen.

(6) Unmittelbar vor und nach Kindersendungen ist das Ausstrahlen von an unmündige Minderjährige gerichtete Werbung unzulässig.

Patronanzsendungen (Sponsoring)

§ 17. ...

(3) Patronanzsendungen dürfen nicht von natürlichen oder juristischen Personen in Auftrag gegeben werden, deren Haupttätigkeit die Herstellung oder der Verkauf von Erzeugnissen oder die Erbringung von Dienstleistungen ist, für die die Werbung gemäß § 13 Abs. 4 und § 16 oder nach anderen gesetzlichen Bestimmungen verboten ist.

13.1.5.2 Privatradiogesetz 2001 (PrR-G) idF BGBl. I Nr. 169/2004

Das Privatradiogesetz (PrR-G) trat mit 1. April 2001 in Kraft und setzte das Regionalradiogesetz (BGBl. I Nr. 506/1993 idF BGBl. I Nr. 51/2000) – das „Bundesgesetz, mit dem Regelungen über regionalen und lokalen Hörfunk erlassen werden“ – außer Kraft. Nachstehend Auszüge aus diesem „Bundesgesetz, mit dem Bestimmungen für privaten Hörfunk erlassen werden (Privatradiogesetz - PrR-G) StF BGBl. I Nr. 20/2001 idF BGBl. I Nr. 169/2004*:*

Allgemeines

§ 1.

(1) Dieses Bundesgesetz regelt die Veranstaltung von Hörfunkprogrammen mittels analoger terrestrischer [105] Übertragungstechniken.

(2) Zweck dieses Bundesgesetzes ist die Weiterentwicklung des dualen Rundfunksystems durch Förderung des privaten Hörfunks.

(3) Hörfunkveranstalter im Sinne dieses Bundesgesetzes bedürfen einer Zulassung.

(4) Das ORF-Gesetz, BGBl. Nr. 379/1984, bleibt unberührt.

105 Als „terrestrisch“ wird eine Übertragung von Fernseh- und Hörfunkprogrammen über herkömmlich, auf der Erde stehende Sender bezeichnet.

Werbung

§ 19 ...

(2) Werbesendungen für Tabakwaren und Spirituosen sowie unter der Wahrnehmungsgrenze liegende Werbung sind unzulässig.

3) Werbung muss klar als solche erkennbar und durch akustische Mittel eindeutig von anderen Programmteilen getrennt sein.

(4) a) Werbung darf nicht irreführen und den Interessen der Verbraucher nicht schaden. ...

(5) c) Patronanzsendungen dürfen nicht von natürlichen Personen oder juristischen Personen in Auftrag gegeben werden, deren Haupttätigkeit die Herstellung oder der Verkauf von Erzeugnissen oder die Erbringung von Dienstleistungen ist, für die die Werbung gemäß Abs. 2 oder nach anderen gesetzlichen Bestimmungen verboten ist.

13.1.5.3 Privatfernsehgesetz 2001 idF BGBl. I Nr. 52/2007

Im Jahr2001 trat das „Bundesgesetz, mit dem Bestimmungen für privates Fernsehen erlassen werden“ (Privatfernsehgesetz, PrTV-G) (StF BGBl. I Nr. 84/2001 idF BGBl. I Nr. 52/2007) in Kraft; es ersetzte das „Kabel- und Satelliten-Rundfunkgesetz (BGBl. I Nr. 42/1997 idF BGBl. I Nr. 32/2001). Nachstehend relevante Auszüge aus dem PrTV-G:

1. Abschnitt Allgemeines

Anwendungsbereich

§ 1.

(1) Dieses Bundesgesetz regelt die Veranstaltung von Fernsehen auf drahtlosem terrestrischen Weg (terrestrisches und mobiles terrestrisches Fernsehen) sowie von Hörfunk und Fernsehen in Kabelnetzen (Kabelrundfunk) und über Satellit (Satellitenrundfunk).

(2) Zweck dieses Bundesgesetzes ist die Weiterentwicklung des dualen Rundfunksystems durch Förderung des privaten Rundfunks sowie die Weiterentwicklung des digitalen Rundfunks.

(3) Das ORF-Gesetz, BGBl. Nr. 379/1984, bleibt unberührt. ...

Werbung und Teleshopping für alkoholische Getränke

§ 42. (1) Werbesendungen und Teleshopping für Spirituosen sind unzulässig. Darüber hinaus müssen Fernsehwerbung und Teleshopping für alkoholische Getränke folgenden Kriterien entsprechen:

1. Sie dürfen nicht speziell an Minderjährige gerichtet sein und insbesondere nicht Minderjährige beim Alkoholgenuss darstellen.

2. Es darf keinerlei Verbindung zwischen einer Verbesserung der physischen Leistung mit Alkoholgenuss oder dem Führen von Kraftfahrzeugen und Alkoholgenuss hergestellt werden.

3. Es darf nicht der Eindruck erweckt werden, Alkoholgenuss fördere sozialen oder sexuellen Erfolg.

4. Sie dürfen nicht eine therapeutische, stimulierende, beruhigende oder konfliktlösende Wirkung von Alkohol suggerieren.

5. Unmäßigkeit im Genuss alkoholischer Getränke darf nicht gefördert oder Enthaltsamkeit oder Mäßigung nicht negativ dargestellt werden.

6. Die Höhe des Alkoholgehalts von Getränken darf nicht als positive Eigenschaft hervorgehoben werden.

Patronanzsendungen [105]

§ 46. ...

(3) Patronanzsendungen dürfen nicht von natürlichen oder juristischen Personen in Auftrag gegeben werden, deren Haupttätigkeit die Herstellung oder der Verkauf von Erzeugnissen oder die Erbringung von Dienstleistungen ist, für die die Werbung gemäß §39 oder nach anderen gesetzlichen Bestimmungen verboten ist.

In-Kraft-Treten

§ 69. (1) Dieses Bundesgesetz tritt mit 1. August 2001 in Kraft.

(2) Mit dem In-Kraft-Treten dieses Bundesgesetzes tritt das Bundesgesetz, mit dem Bestimmungen über den Kabel- und Satellitenrundfunk erlassen werden, BGBl. I Nr. 42/1997 in der Fassung BGBl. I Nr. 32/2001, außer Kraft.

13.1.5.4 KommAustria-Gesetz 2001 idF BGBl. I Nr. 15/2007

Bundesgesetz über die Einrichtung einer Kommunikationsbehörde Austria ("KommAustria") und eines Bundeskommunikationssenates (KommAustria-Gesetz - KOG) StF BGBl. I Nr. 32/2001 idF BGBl. I Nr. 15/2007 (Auszug)

Mit 1. April 2001 wurde durch das KommAustria-Gesetz (KOG), BGBl. I Nr. 32/2001 die "Kommunikationsbehörde Austria (KommAustria)" zur Verwaltungsführung in Angelegenheiten der Rundfunkregulierung eingerichtet. Die KommAustria ist eine monokratische Behörde im Ressortbereich des Bundeskanzleramtes. Gegen die Bescheide der KommAustria kann Berufung an den Bundeskommunikationssenat erhoben werden. Zur administrativen Unterstützung bedient sich die KommAustria des Fachbereichs Rundfunk der „Rundfunk und Telekom Regulierungs-GmbH (RTR-GmbH)“. Diese bildet den Geschäftsapparat der KommAustria, bietet ihre fachliche Unterstützung an und ist u.a. auch für die Information der Öffentlichkeit über ihre Tätigkeit zuständig.

Seit 1. August 2004 gehört zu den Aufgaben der KommAustria auch die Beobachtung der Einhaltung von Werbebestimmungen durch den Österreichischen Rundfunk (ORF), seine Tochtergesellschaften und private Rundfunkveranstalter. Die Erfüllung dieser Aufgabe wird im KommAustria-Gesetz (KOG) im 1. Abschnitt § 2 Abs. 7 wie folgt bestimmt:

Aufgaben und Ziele der KommAustria

...

§ 2. (1) Die Verwaltungsführung im Sinne des § 1 Abs. 1 umfasst die der KommAustria durch gesonderte bundesgesetzliche Vorschriften zugewiesenen Aufgaben, insbesondere:

1. Zuordnungs- und Zulassungsverfahren nach dem PrR-G und dem PrTV-G,

2. Verfahren zur Mitbenützung von Sendeanlagen gemäß § 7 ORF-G, § 15 PrR-G und § 19 PrTV-G,

3. Vorbereitung und Einführung von digitalem Rundfunk nach dem 6. Abschnitt des PrTV-G,

4. Erteilung von Bewilligungen zum Betrieb der für die Veranstaltung von Rundfunk notwendigen technischen Einrichtungen sowie Frequenzverwaltung nach dem TKG 2003,

5. *sonstige Verfahren gemäß § 120 TKG 2003,*
6. *Wahrnehmung der Rechtsaufsicht über private Rundfunkveranstalter sowie Verwaltungsstrafverfahren nach den Bestimmungen des PrR-G und des PrTV-G sowie nach dem ZuKG,*
7. *Beobachtung*

   a) der Einhaltung der Bestimmungen des 3. Abschnitts des ORF-Gesetzes sowie der auf die Regelungen des 3. Abschnitts bezugnehmenden Bestimmungen des 4. Abschnittes des ORF-Gesetzes durch den ORF und seine Tochtergesellschaften (§ 9 Abs 4 ORF-Gesetz),

   b) der Einhaltung der Bestimmungen der §§ 34 bis 46 des PrTV-G sowie der §§ 19 und 20 des PrR-G durch private Rundfunkveranstalter. Zur Erfüllung dieser Aufgabe hat die KommAustria in regelmäßigen, zumindest aber monatlichen Abständen bei allen Rundfunkveranstaltern Auswertungen von Sendungen, die Werbung beinhalten, durchzuführen und die Ergebnisse dieser Auswertungen binnen vier Wochen, gerechnet vom Zeitpunkt der Ausstrahlung der Sendung in geeigneter Weise zu veröffentlichen. Zugleich hat die KommAustria jene Ergebnisse, bei denen sie eine Verletzung der in lit. a oder lit. b genannten Bestimmungen vermutet, dem ORF (seiner Tochtergesellschaft) oder dem privaten Rundfunkveranstalter zur Stellungnahme binnen einer Frist von zwei Wochen zu übermitteln. Unter Berücksichtigung der eingelangten Stellungnahme hat die KommAustria bei begründetem Verdacht einer Verletzung dieser Bestimmungen diese im Falle des ORF (seiner Tochtergesellschaft) beim Bundeskommunikationssenat anzuzeigen (§ 11a), im Falle eines privaten Rundfunkveranstalters die Verletzung von Amts wegen weiter zu verfolgen.

(2) Durch die gemäß Abs. 1 wahrzunehmenden Aufgaben der KommAustria sollen folgende Ziele erreicht werden:

1. *die Förderung des Marktzutritts neuer Anbieter;*
2. *die Sicherung der Meinungsvielfalt und Förderung der Qualität der Rundfunkprogramme einschließlich der technischen Voraussetzungen für ihre Verbreitung;*
3. *die Entwicklung von technischen und ökonomischen Konzepten für einen dualen Rundfunkmarkt in Österreich;*
4. *die Sicherstellung der Einhaltung europäischer Mindeststandards durch die Anbieter von Inhalten, insbesondere zugunsten des Kinder-, Jugend- und Konsumentenschutzes;*

Quelle: KommAustria Gesetz (KOG), BGBl. I Nr. 32/2001 idF BGBl. I Nr. 15/2007

Bezüglich der in Zusammenhang mit Alkohol relevanten Bestimmungen der Rundfunk- und Fernsehgesetze hat die KommAustria nach einem Jahr regelmäßiger Werbebeobachtungen erstmals im August 2005 einen Verstoß gegen Alkoholwerbebestimmungen gefunden und in weiterer Folge ein Verfahren eingeleitet. Es handelte sich dabei um eine Verletzung der Bestimmung des § 42 PrTV-G „Spirituosenwerbeverbot“ durch das Programm RTV Steyr. Für den Fernsehsender hatte dies jedoch nur zur Folge, dass er die Entscheidung im Rahmen des terrestrisch ausgestrahlten Programms einmal in einer von der Behörde vorgeschriebenen Form verlesen lassen musste (KommAustria, 2006).

13.1.5.5 Schulunterrichtsgesetz [SchUG – BGBl. Nr. 472/1986 (WV), idF BGBl. I Nr. 28/2008]

Bundesgesetz über die Ordnung von Unterricht und Erziehung in den im Schulorganisationsgesetz geregelten Schulen (Schulunterrichtsgesetz 1986 - SchUG) StF BGBl. Nr. 472/1986 (WV) idF: BGBl. I Nr. 28/2008

Bis Anfang 1997 herrschte an Österreichs Schulen ein generelles Werbeverbot. Dieses Werbeverbot wurde mit 1. Februar 1997 gelockert, um es Schulen zu ermöglichen sich teilweise selbst zu finanzieren und damit den Staat finanziell zu entlasten. Weiterhin verboten wird u.a. implizit jede Werbung für Alkohol.

§ 46 Abs. 3 des SchUG besagt, dass in der Schule, bei Schulveranstaltungen und bei schulbezogenen Veranstaltungen nur dann für schulfremde Zwecke geworben werden darf, wenn die Erfüllung der Aufgaben der österreichischen Schule (diese sind unter § 2 SchOG zu finden) hierdurch nicht beeinträchtigt wird. Es wird im Gesetz nicht explizit angeführt, aber in die Richtung ausgelegt, dass dadurch nicht für Produkte wie Tabakwaren, Alkohol, nicht altersgemäße Computerspiele, Sekten u. ä. geworben werden darf.

§ 46. ...

(3) In der Schule, bei Schulveranstaltungen und bei schulbezogenen Veranstaltungen darf für schulfremde Zwecke nur dann geworben werden, wenn die Erfüllung der Aufgaben der österreichischen Schule (§ 2 des Schulorganisationsgesetzes) hiedurch nicht beeinträchtigt wird.

13.1.5.6 Schulorganisationsgesetz 1962 (SchOG) idF BGBl. I Nr. 26/2008

Bundesgesetz vom 25. Juli 1962 über die Schulorganisation (Schulorganisationsgesetz, SchOG); StF BGBl. Nr. 242/1962 idF: BGBl. I Nr. 26/2008

§ 2. Aufgabe der österreichischen Schule

(1) Die österreichische Schule hat die Aufgabe, an der Entwicklung der Anlagen der Jugend nach den sittlichen, religiösen und sozialen Werten sowie nach den Werten des Wahren, Guten und Schönen durch einen ihrer Entwicklungsstufe und ihrem Bildungsweg entsprechenden Unterricht mitzuwirken. Sie hat die Jugend mit dem für das Leben und den künftigen Beruf erforderlichen Wissen und Können auszustatten und zum selbsttätigen Bildungserwerb zu erziehen. Die jungen Menschen sollen zu gesunden, arbeitstüchtigen, pflichttreuen und verantwortungsbewussten Gliedern der Gesellschaft und Bürgern der demokratischen und bundesstaatlichen Republik Österreich herangebildet werden. Sie sollen zu selbständigem Urteil und sozialem Verständnis geführt, dem politischen und weltanschaulichen Denken anderer aufgeschlossen sowie befähigt werden, am Wirtschafts- und Kulturleben Österreichs, Europas und der Welt Anteil zu nehmen und in Freiheits- und Friedensliebe an den gemeinsamen Aufgaben der Menschheit mitzuwirken.

13.1.5.7 EASA – European Advertising Standards Alliance

Die EASA (European Advertising Standards Alliance) wurde 1992 gegründet, um die Selbstregulierung zu unterstützen und zu fördern und die Bearbeitung grenzüberschreitender Beschwerden, sogenannte "Cross-Border Complaints" zu koordinieren. Darüber hinaus ist sie für Informationen und Forschungsarbeiten im Bereich Selbstregulierung zuständig. Die EASA vertritt die europäische Werbewirtschaft in Sachen Selbstregulierung und fungiert als europäische Koordinationsstelle für die Selbstregulierungsgremien und -systeme der Werbewirtschaft in ganz Europa. All diesen Systemen sind zwei Hauptmerkmale gemeinsam: ein Regelwerk (Kodex) und ein Verfahren zur Bearbeitung von Beschwerden über bestimmte Werbemaßnahmen. Die Kodizes werden von der Werbewirtschaft erarbeitet, d.h. von Werbung treibenden Unternehmen, Werbeagenturen und Medien. Die Kodizes werden auf nationaler Ebene von unabhängigen Selbstregulierungsgremien umgesetzt, die auch für die Verwaltung der entsprechenden Systeme zuständig sind. Die Selbstregulierungs-Kodizes beruhen auf folgenden Grundprinzipien, die in den Verhaltensregeln für die Werbepraxis (Code of Advertising Practice) der Internationalen Handelskammer (ICC) festgelegt sind: "Werbung soll gesetzlich zulässig, mit den guten Sitten vereinbar, redlich und wahr sein. Werbe- und Marketingbotschaften sollen mit Themen über soziale Verantwortung einfühlsam umgehen und darüber hinaus mit den allgemein anerkannten Grundsätzen, was ethisches Marketing anbetrifft, übereinstimmen (EASA, 2002).

Der Österreichische Werberat (ÖWR, Kap. 13.1.1.2, S. 290) ist Mitglied der EASA und leitet grenzüberschreitende Beschwerdefälle an diese weiter. Die 2004 in Brüssel beschlossene „European Advertising Self-Regulation Charter“ der EASA wurde vom ÖWR in die Geschäftsordnung eingebaut.

13.1.5.7.1 „European Advertising Self-Regulation Charter“ der EASA

Wir erklären,

- *dass wirkungsvolle Selbstbeschränkung einen überzeugenden Beleg dafür darstellt, dass die Wirtschaft ihre soziale Mitverantwortung ernst nimmt;*
- *dass wirkungsvolle Selbstbeschränkung in Zusammenarbeit mit den Institutionen, die die gesetzlichen Werbebeschränkungen exekutieren, angemessenen Konsumentenschutz, freien Wettbewerb für die Werbewirtschaft und einen bedeutenden Schritt zur Schaffung eines einheitlichen Wirtschaftsmarkts darstellt;*
- *dass diese Ziele durch Gesetze allein nicht erreicht werden können, dass Gesetze aber entscheidende legale Hilfestellungen darstellen können um Selbstbeschränkung effektiv zu machen und mit „schwarzen Schafe“ umzugehen;*
- *dass die steigende Akzeptanz der Selbstregulierung bei europäischen KonsumentInnen, Regierungen und in der Gesellschaft, in Europa am besten durch die Einhaltung gemeinsamer Grundregeln und Best-Practice-Standards die Selbstbeschränkung betreffend erreicht werden kann.*

(Übersetzung aus dem Englischen durch die AutorInnen, Originaltext: EASA (2004), Gesamttext unter: www.api.or.at/akis)

13.1.5.8 Europäisches Übereinkommen über das grenzüberschreitende Fernsehen 1998 idF BGBl. III Nr. 64/2002

Europäisches Übereinkommen über das grenzüberschreitende Fernsehen (Übersetzung) StF BGBl. III Nr. 164/1998 idF BGBl. III Nr. 64/2002

Das europäische Übereinkommen über das grenzüberschreitende Fernsehen ist ein multilateraler Vertrag, der die grenzüberschreitende Verbreitung und Weiterverbreitung von Fernsehprogrammen zwischen den Vertragsparteien erleichtern soll. Das Übereinkommen wurde am 5. Mai 1989 vom Europarat unterzeichnet und trat in Österreich am 1. Dezember 1998 in Kraft.

In dem Übereinkommen werden u.a. auch Verbraucherschutz-Mindestnormen für Fernsehwerbung festgelegt. Es beinhaltet kein generelles Werbeverbot für Spirituosen, allerdings Einschränkungen für die Bewerbung alkoholischer Getränke.

Finnland, Lettland, Norwegen, die Schweiz, die Slowakei und Ungarn behalten sich in diesem Vertrag das Recht vor, die Weiterverbreitung von Programmen, die Werbung für alkoholische Getränke enthalten, zu beschränken, soweit diese Weitervermittlung den jeweiligen innerstaatlichen Rechtsvorschriften nicht entspricht.

Artikel 15

Werbung und Teleshopping für bestimmte Erzeugnisse

(1) Werbung und Teleshopping für Tabakerzeugnisse sind verboten.

(2) Werbung für alle Arten von alkoholischen Getränken muss folgenden Regeln entsprechen:

a) Sie darf sich nicht eigens an Minderjährige richten; niemand, der wie ein Minderjähriger aussieht, darf in der Werbung mit dem Konsum alkoholischer Getränke in Zusammenhang gebracht werden;

b) sie darf den Konsum von Alkohol nicht mit körperlicher Leistung oder mit dem Autofahren in Verbindung bringen;

c) sie darf nicht vorgeben, dass Alkohol therapeutische Eigenschaften besitzt oder ein Anregungs- oder Beruhigungsmittel oder ein Mittel zur Lösung persönlicher Probleme ist;

d) sie darf nicht zum unmäßigen Konsum von Alkohol ermutigen oder Abstinenz oder Mäßigung in einem negativen Licht erscheinen lassen;

e) sie darf den Alkoholgehalt von Getränken nicht ungebührlich betonen.

Quelle: Europäisches Übereinkommen über das grenzüberschreitende Fernsehen BGBl. III Nr. 164/1998 idF BGBl. III Nr. 64/2002

13.1.5.9 Europäische Fernsehrichtlinie vom 3. Oktober 1989

Rat der Europäischen Gemeinschaften "Richtlinie 89/552/EWG des Rates vom 3. Oktober 1989 zur Koordinierung bestimmter Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten über die Ausübung der Fernsehtätigkeit.

Parallel zum Europäischen Übereinkommen über das grenzüberschreitende Fernsehen wurde vom Europarat am 3. Oktober 1989 zur Koordinierung bestimmter Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten über die Ausübung der Fernsehtätigkeit die Europäische Fernsehrichtlinie beschlossen. Die Fernsehrichtlinie, auch bekannt unter der Bezeichnung „Fernsehen ohne Grenzen“ bzw. „Television Without Frontiers“, trat in ihrer Neufassung von 1997 in Österreich mit 1. Dezember 1998 in Kraft.

Die Inhalte entsprechen im Wesentlichen denen des Europäischen Übereinkommens über das grenzüberschreitende Fernsehen, wobei im Bereich der EU die EU-Fernsehrichtlinie Vorrang vor dem Europäischen Fernsehübereinkommen hat. Die EU-Mitgliedsstaaten sind verpflichtet, die Inhalte dieser Richtlinie binnen 18 Monaten in nationales Recht umzusetzen, allerdings wird auch klar formuliert, dass die Mitgliedstaaten strengere bzw. unterschiedliche Bestimmungen einführen können.

...

Um sicherzustellen, dass die Interessen der Verbraucher als Zuschauer umfassend und angemessen geschützt werden, muss die Fernsehwerbung einer Reihe von Mindestnormen und Kriterien unterworfen werden; die Mitgliedstaaten müssen das Recht behalten, ausführlichere oder strengere Bestimmungen und in bestimmten Fällen unterschiedliche Bedingungen für die ihrer Rechtshoheit unterworfenen Fernsehveranstalter einzuführen.

...

Die Fernsehrichtlinie beinhaltet so wie das Europäische Fernsehübereinkommen kein generelles Werbeverbot für Spirituosen. Einschränkungen für die Bewerbung alkoholischer Getränke werden in der Fernsehrichtlinie in Artikel 15 wie folgt formuliert:

KAPITEL IV

Fernsehwerbung und Sponsoring

Artikel 15

Die Fernsehwerbung für alkoholische Getränke muss folgenden Kriterien entsprechen:

a) Sie darf nicht speziell an Minderjährige gerichtet sein und insbesondere nicht Minderjährige beim Alkoholgenuss darstellen.

b) Es darf keinerlei Verbindung zwischen einer Verbesserung der physischen Leistung und Alkoholgenuss oder dem Führen von Kraftfahrzeugen und Alkoholgenuss hergestellt werden.

c) Es darf nicht der Eindruck erweckt werden, Alkoholgenuss fördere sozialen oder sexuellen Erfolg.

d) Sie darf nicht eine therapeutische, stimulierende, beruhigende oder konfliktlösende Wirkung von Alkohol suggerieren.

e) Unmäßigkeit im Genuss alkoholischer Getränke darf nicht gefördert oder Enthaltsamkeit oder Mäßigung nicht negativ dargestellt werden.

f) Die Höhe des Alkoholgehalts von Getränken darf nicht als positive Eigenschaft hervorgehoben werden.

13.1.5.10 Empfehlung des Rates vom 5. Juni 2001 zum Alkoholkonsum von jungen Menschen, insbesondere von Kindern und Jugendlichen

Der europäische Rat gibt Empfehlungen über Werbebeschränkungen ab, die deutlich über das hinausgehen, was die gesetzlichen Werbeverbote und Selbstbeschränkungssysteme auf österreichischer und EU-Ebene vorgeben (vgl. Kap. 2.5.14, S. 32). Konkret empfiehlt er:

- keine alkoholischen Erzeugnisse gezielt für Kinder und Jugendliche zu produzieren
- keine mit der Jugendkultur assoziierten Trendsymbole zu verwenden
- keine Kinder, Jugendliche oder andere jung wirkende Modelle in Werbekampagnen einzusetzen

- keine Anspielungen auf den Konsum von Drogen und anderen schädlichen Stoffen
- keine Verbindungen mit Gewalt oder gesellschaftsfeindlichem Verhalten
- keinen sozialen, sexuellen oder sportlichen Erfolg zu suggerieren
- keine Aufforderung an Kinder und Jugendliche zum Alkoholkonsum
- keinen Verkauf alkoholischer Getränke zu Billigpreisen an Jugendliche
- keine Alkoholwerbung und kein Sponsoring bei Sport-, Musik- oder anderen besonderen Veranstaltungen, bei denen eine nennenswerte Anzahl von Kindern oder Jugendlichen anwesend sind
- keine kostenlose Verteilung alkoholischer Getränke an Kinder und Jugendliche
- keinen Verkauf oder kostenlose Verteilung von Erzeugnissen, mit denen der Absatz alkoholischer Getränke gefördert werden soll
- gegebenenfalls besondere Schulungen des Bedienungs- und Verkaufspersonals in Bezug auf den Kinder- und Jugendschutz
- Berücksichtigung bestehender rechtlicher Beschränkungen des Ausschanks und des Verkaufs von Alkohol an Kinder und Jugendliche
- Copy Advice Service vor der Markteinführung eines Produkts oder vor Investitionen in Marketingkampagnen

Sicherzustellen, dass Beschwerden gegen Produkte, die nicht gemäß den genannten Grundsätzen beworben, vermarktet oder verkauft werden vom Markt genommen, sowie die beanstandeten Vermarktungs- oder Verkaufsförderungsmethoden unterbunden werden können.

13.1.6 Werbeaufwand für alkoholische Getränke in Mio. Euro

Trotz der zitierten Beschränkungen der Alkoholwerbung werden jährlich beachtliche Mittel in die Bewerbung alkoholischer Getränke investiert. Die in Tab. 117 (S. 306) ausgewiesenen Beträge sind Nettobeträge (ohne Umsatzsteuer und ohne Anzeigen- oder Ankündigungsabgabe) und umfassen die Werbeaufwendungen für die wichtigsten Printmedien, Radio und Fernsehen und für Außenwerbung (Plakat) in Österreich. Nicht enthalten sind darin Ausgaben für die Herstellung der Werbemittel bzw. Aufwendungen der Direktwerbung (Flugzettel, Direct-Mail etc.).

Tab. 117: Werbeaufwand für alkoholische Getränke 1972 - 2000

Jahr	Mio. €	Jahr	Mio. €	Jahr	Mio. €	Jahr	Mio. €
1972	2,98	1980	4,36	1988	17,66	1996	19,11
1973	4,00	1981	6,90	1989	19,91	1997	16,79
1974	3,56	1982	6,98	1990	18,97	1998	16,86
1975	3,34	1983	7,19	1991	18,60	1999	19,99
1976	3,34	1984	8,65	1992	19,84	2000	19,69
1977	3,49	1985	9,52	1993	21,22		
1978	3,20	1986	13,08	1994	22,53		
1979	4,51	1987	14,39	1995	19,11		

Quelle: Daten bis 1994 A.C. Nielsen (1997), ab 1995 Media Focus Research (2001)

13.2 Weitere Verkaufs-, Zugangs- und/oder Konsumbeschränkungen

13.2.1 Jugendschutz

Bundesweit ist im Bundesgesetz über die Beschäftigung von Kindern und Jugendlichen 1987 (Kap. 13.2.1.1, S. 307) ein Entlohnungs- und Verabreichungsverbot von geistigen Getränken (Spirituosen) vorgesehen. Ebenso sieht die Schulordnung (Kap. 13.2.1.2, S. 307) ein generelles Alkoholverbot vor. Die „eigentlichen" Jugend(schutz)gesetze fallen in den Kompetenzbereich der Bundesländer. Eine ausführliche inhaltliche Diskussion zum Thema findet sich bei Uhl et al. (2003). Die zahlreichen Veränderungen der Jugend(schutz)gesetze bis Anfang März 2007 wurden in den folgenden Ausführungen berücksichtigt.

13.2.1.1 Beschäftigung von Kindern und Jugendlichen 1987 (KJBG) idF BGBl. I Nr. 79/2003

Bundesgesetz über die Beschäftigung von Kindern und Jugendlichen 1987, StF BGBl. Nr. 599/1987 (WV) idF BGBl. I Nr. 79/2003 (Auszug)

...

Lohnschutz

§ 8

...

(2) Die Verabreichung von geistigen Getränken und von Tabak an Kinder als Entgelt für ihre Arbeit ist untersagt. Gebrannte geistige Getränke und Tabak dürfen Kindern während oder anlässlich der Arbeit nicht verabreicht werden.

...

13.2.1.2 Schulordnung idF BGBl. II Nr. 181/2005

Verordnung des Bundesministers für Unterricht und Kunst vom 24. Juni 1974 betreffend die Schulordnung, StF BGBl. Nr. 373/1974 idF BGBl. II Nr. 181/2005 (Auszug)

...

§ 9

(1) Der Genuss alkoholischer Getränke ist den Schülern in der Schule, an sonstigen Unterrichtsorten und bei Schulveranstaltungen sowie schulbezogenen Veranstaltungen untersagt.

...

13.2.1.3 Jugendschutz im Kompetenzbereich der Bundesländer

Die Jugendschutzbestimmungen liegen im Zuständigkeitsbereich der einzelnen Bundesländer, d.h. es gibt in Österreich keine bundesweit vereinheitlichten Jugendschutzgesetze. Selbst ExpertInnen haben Mühe, die derzeit gültigen alkohol- und nikotinspezifischen Jugendschutzbestimmungen kurz und verständlich zu beschreiben.

Fast alle Bundesländer haben in letzter Zeit ihre Jugendschutzgesetze novelliert. Dafür gab es im Wesentlichen zwei Gründe:

Nicht zuletzt wegen des Wegfalls der Bestimmung in der Gewerbeordnung, dass an Kinder und Jugendliche Alkohol verkauft werden darf, wenn dieser für den Konsum von Erwachsenen bestimmt ist, aber auch aufgrund der zunehmenden öffentlichen Diskussion über die Zulässigkeit, dass Kinder legal Alkohol erwerben dürfen, haben nunmehr auch Oberösterreich, Niederösterreich, Vorarlberg, Wien und das Burgenland veranlasst, ein explizites Abgabeverbot an unter 16- bzw. 18-Jährige festzulegen, womit in allen neun Bundesländern ein Abgabeverbot im Handel für Unter-16-Jährige bzw. Unter-16-/18-Jährige (je nach Bundesland und Getränkeart) gilt.

Die mediale Diskussion über Alkopops und alkoholhältige Produkte, die nicht in flüssiger Form angeboten werden (Pasten, Pulver) hat einige Länder veranlasst, die Formulierungen in den Schutzbestimmungen explizit dahingehend anzupassen: Niederösterreich hat Alkopops und Oberösterreich, Salzburg und Tirol „Alkohol mit anderen Trägerstoffen“ extra erwähnt. Das mutet seltsam an, da alle alkoholischen Getränke ohnehin geregelt sind und diese zusätzlichen Hinweise eher populistisch motivierte Verkomplizierungen darstellen. Kärnten, Salzburg, Vorarlberg und Tirol haben ihre Formulierungen für die Getränke, die für 16- bis 18-Jährige verboten sind, dahingehend angepasst, dass auf jeden Fall auch Alkopops, die mit Spirituosen zubereitet sind, darunter fallen. In der Steiermark und in Oberösterreich waren diese Getränke schon mit den zuvor bestehenden Regelungen miterfasst.

Alle Problempunkte der uneinheitlichen und komplizierten Regelungen bleiben bestehen bzw. wurden teilweise noch verschärft, zumal die Novellierungen ja auch nicht unter dem Aspekt der Harmonisierung und Vereinfachung stattgefunden haben. Die Forderung nach bundesweit vereinheitlichten Jugendschutzgesetzen, die einfach und eindeutig formuliert sind, ist somit berechtigt. Diese sollten primär den öffentlichen Raum betreffen und nicht in das Primat des Elternrechts eingreifen. In problematischen Fällen, die sich im privaten Umfeld ereignen, reichen Jugendwohlfahrts- und Obsorgerecht aus, um auch dort Interventionen zu rechtfertigen.

In den Bundesländern Burgenland, Kärnten, Oberösterreich, Steiermark, Tirol und Wien heißen die entsprechenden Gesetze „Jugendschutzgesetz“, in den restlichen drei Bundesländern (Niederösterreich, Salzburg, Vorarlberg) „Jugendgesetz“. Aus diesem Grund wird in der Folge vereinfachend von „Jugend(schutz)gesetzen“ die Rede sein.

Die Zielgruppe für die Jugendschutzbestimmungen sind in allen Bundesländern Personen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, wobei in allen Bundesländern (außer Tirol) Zivil- und Präsenzdiener und in allen Bundesländern (außer Tirol und Vorarlberg) verheiratete Jugendliche als Erwachsene behandelt werden. Kärnten schließt in diese Ausnahme auch noch Unter-18-Jährige ein, die schon einmal verheiratet waren; in allen anderen Bundesländern bleibt die Gruppe der geschiedenen Jugendlichen unerwähnt. Die Zielgruppe der Jugend(schutz)gesetze heißt in drei Bundesländern (Burgenland Niederösterreich und Wien) „junge Menschen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr“, in einem (Oberösterreich) „Jugendliche“ und in den restlichen 5 Bundesländern „Kinder und Jugendliche“. Die Altersgruppe der „Kinder“ umfasst dabei in vier Bundesländern (Kärnten, Steiermark, Tirol, Vorarlberg) Personen bis zum vollendeten 14. Lebensjahr. In Salzburg liegt die Altersgrenze für Kinder bei 12 Jahren.

Bei der Betrachtung der Jugendschutzbestimmungen in Hinblick auf Alkohol sind mehrere Aspekte und Unterscheidungen von Bedeutung:

- **Altersgrenzen**:
- Kein Schutzalter: z.B. für den Alkoholkonsum im privaten Raum in 5 Bundesländer
- Schutzalter 16 Jahre: z.B. für den öffentlichen Konsum und Erwerb von Bier und Wein in allen 9 Bundesländern
- Schutzalter 18 Jahre: z.B. für den öffentlichen Konsum und Erwerb von Spirituosen in 6 Bundesländern
- **Art der Weitergabe:**
- gewerblicher Ausschank, z.B. in der Gastronomie
- gewerbliche Abgabe, z.B. im Handel
- Abgabe über Automaten, spielt primär bei Zigaretten eine Rolle
- Weitergabe durch Erwachsene
- Weitergabe durch Kinder und Jugendliche
- **Umgang durch den zu Schützenden**:
- Erwerb
- Besitz
- Konsum
- Weitergabe
- **Grad der Öffentlichkeit:**
- Öffentlichkeit
- Halböffentlichkeit
- privater Rahmen

Altersgrenzen und Rahmenbedingungen für Alkoholkonsum sind in den Jugend(schutz)-gesetzen der Länder wie folgt definiert:

- In allen neun Bundesländern ist die **öffentliche Weitergabe** von alkoholischen Getränken an Personen bis zum vollendeten 16. Lebensjahr verboten – das schließt den Ausschank in der Gastronomie, jeglichen Verkauf in Geschäften und die Weitergabe in der Öffentlichkeit aus. Damit ist z.B. auch ausgeschlossen, dass Kinder alkoholische Getränke für ihre Eltern im Geschäft einkaufen oder dass ein Vater in einem Gasthaus ein Bier kauft und dieses dann dort an seinen unter-16-jährigen Sohn weiterreicht (Tab. 118, S. 310).
- In sechs Bundesländern (Kärnten, Oberösterreich, Salzburg, Steiermark, Tirol, Vorarlberg) ist auch die **private Weitergabe** von alkoholischen Getränken an Personen bis zum vollendeten 16. Lebensjahr verboten – nur drei Bundesländer (Burgenland, Niederösterreich, Wien) regeln hier nicht, was im privaten Raum passieren darf. Damit ist es in allen Bundesländern außer in Burgenland, Niederösterreich, Wien z.B. verboten, zuhause Kinder und Jugendliche alkoholische Getränke kosten zu lassen (Tab. 118, S. 310).
- In allen Bundesländern ist es Kindern und Jugendlichen bis zum 16. Lebensjahr verboten Alkohol **öffentlich zu trinken** (Tab. 118, S. 310).
- In 4 Bundesländern (Kärnten, Oberösterreich, Salzburg, Steiermark) ist Kindern und Jugendlichen bis zum 16. Lebensjahr auch der **private Konsum** verboten, in zwei Bundesländern (Tirol, Vorarlberg) ist ihnen zwar der private Alkoholkonsum nicht verboten, die Person, die ihnen den Alkohol gibt, macht sich aber strafbar; nur drei

Bundesländer (Burgenland, Niederösterreich, Wien) regeln hier nicht, was im privaten Raum passieren darf (Tab. 118, S. 310).

- In allen neun Bundesländern dürfen an Ab-16-Jährige öffentlich und privat Bier und Wein verkauft, ausgeschenkt oder weitergegeben werden, und diese dürfen Bier und Wein privat und öffentlich trinken. Eine Ausnahme gibt es nur in Kärnten, wo im Alter zwischen 16 und 18 Jahren Getränke mit mehr als 12 Vol.-% verboten sind – eine Bestimmung, die eine Reihe von Weinen ausschließt (Tab. 118 und Tab. 119, S. 310 und S. 311).

Tab. 118: Details: Jugendschutzgesetze der Bundesländer

	Konsumverbot		Weitergabeverbot		Schutzalter	
	öffentlich	privat	öffentlich	privat	Bier/Wein	Spirituosen
Burgenland	X	–	X	–	16	16
Kärnten	X	X	X	X	16	18
Niederösterreich	X	–	X	–	16	16
Oberösterreich	X	X	X	X	16	18
Salzburg	X	X	X	X	16	18
Steiermark	X	X	X	X	16	18
Tirol	X	–	X	X	16	18
Vorarlberg	X	–	X	X	16	18
Wien	X	–	X	–	16	16

Legende: „X" = trifft zu; „–" = trifft nicht zu; „Spirituosen" inklusive Getränke die Spirituosen enthalten. In Kärnten und der Steiermark handelt es sich nicht um „Spirituosen" im eigentlichen Sinn des Wortes. In Kärnten um Getränke mit mehr als 12 Vol.-% Alkohol und in der Steiermark um Getränke mit mehr als 14 Vol.-% Alkohol (vgl. Tab. 119, S.311).

Besonders kompliziert sind die Bestimmungen in den 6 Bundesländern (Kärnten Oberösterreich, Salzburg, Steiermark, Vorarlberg und Tirol), die für die Altersgruppe zwischen dem 16. und dem 18. Lebensjahr nicht alle alkoholischen Getränke freigegeben haben. Relativ einfach und über diese sechs Bundesländer konsistent ist nur, dass dort Spirituosen (gebrannte Getränke) und Mischungen mit Spirituosen – damit auch alle Alkopops, die auf Basis von Spirituosen hergestellt sind – verboten sind.

Verwirrend ist hier, dass kaum jemand die modischen Alkopop-Getränke dahingehend unterscheiden kann, ob sie auf Spirituosen- oder Bier- bzw. Weinbasis hergestellt sind, und weiters – wie man Tab. 119 (S.311) entnehmen kann – die Zusatzbestimmungen in drei dieser fünf Bundesländer:

- In Kärnten sind für 16- bis 18-Jährige zusätzlich Weine mit mehr als 12 Vol.-% verboten, und Personen dieser Altersgruppe dürfen keine Blutalkoholkonzentration von mehr als 0,5 Promille erreichen.
- Salzburg verbietet 16- bis 18-Jährigen zusätzlich, sich zu berauschen, ohne zu präzisieren, was mit Berauschung gemeint ist.
- Die Steiermark verbietet zusätzlich noch Weine, deren Alkoholgehalt 14 Vol.-% übersteigt sowie Mischgetränke mit diesen.

Tab. 119: Details: Jugendschutzgesetze der Bundesländer

	Verbote im Alter zwischen 16 und 18 Jahren
Kärnten	Getränke mit mehr als 12 Vol.-% Mischgetränke mit Spirituosen Blutalkoholkonzentration über 0,5 Promille
Oberösterreich	Spirituosen Mischgetränke mit Spirituosen
Salzburg	Spirituosen Mischgetränke mit Spirituosen Berauschung
Steiermark	Getränke mit mehr als 14 Vol.-% Mischgetränke mit solchen Getränken
Vorarlberg	Spirituosen Mischgetränke mit Spirituosen
Tirol	Spirituosen Mischgetränke mit Spirituosen

Ein Detail am Rande ist, dass Oberösterreich als einziges Bundesland vorsieht, dass Jugendliche in Erfüllung der Aufgaben ihrer beruflichen Ausbildung oder Beschäftigung vom Verbot des Erwerbs von alkoholischen Getränken ausgenommen sind, was für SchülerInnen und Lehrlinge in der Gastronomiebranche von großer Bedeutung ist. In keinem einzigen Bundesland gibt es allerdings Ausnahmen für SchülerInnen in Gastronomiefachschulen, für die im Zuge ihrer Ausbildung das Kosten von alkoholischen Getränken üblich ist und als notwendig bezeichnet wird. Bis dato mussten die Eltern in diesen Fällen unterschreiben, dass sie keine Einwände dagegen haben, dass die SchülerInnen im Zuge des Fachunterrichts (z.B. beim Kochunterricht) alkoholische Getränke kosten – was bei unter 16-Jährigen in allen Bundesländern und bei unter 18-Jährigen, wenn mit Spirituosen gewürzt wird, in sechs Bundesländern gegen die Jugend(schutz)gesetze war und ist.

Zuständig für Übertretungen der Jugend(schutz)gesetze sind in allen neun Bundesländern die Bezirksverwaltungsbehörden. Die Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes bzw. der Bundespolizei sind zur Mitwirkung verpflichtet (z.B. auf Rechtswidrigkeit aufmerksam machen, gegebenenfalls anzeigen, zur Vorbeugung gegen drohende Übertretung auch körperlichen Zwang ausüben) (Tab. 120, 312)

Übertretungen der Jugend(schutz)gesetze sind Verwaltungsübertretungen, sofern die Tatbestände nicht in die Zuständigkeit anderer Gerichte fallen. Ersatzfreiheitsstrafen für Jugendliche für uneinbringliche Geldstrafen sind in keinem Bundesland vorgesehen. Der Versuch der Übertretung ist für Erwachsene in allen neun Bundesländern strafbar, bei Jugendlichen unterschiedlich geregelt. Dort wo als Sanktion ein Belehrungsgespräch für Jugendliche vorgesehen ist, ist die Bezirksverwaltungsbehörde/Jugendwohlfahrt dafür zuständig. Eine Ausnahme ist Oberösterreich, wo dieses von einer „Stelle zur Beratung und Unterstützung von Jugendlichen nach §3 Jugendschutzgesetz“ durchzuführen ist (Tab. 120, 312)

Die maximalen Geldstrafen für Jugendliche schwanken zwischen 200 € und 500 €, für Erwachsene zwischen 700 € und 20.000 €, für Erwachsene mit Gewinnabsicht zwischen 2.500 € und 20.000 € und für Unternehmer und Veranstalter zwischen 3.630 € und bis 20.000 €, wobei für letztere teilweise prinzipiell und teilweise im Wiederholungsfall eine Meldung an die Gewerbebehörde vorgesehen ist (Tab. 120, 312).

In Verbindung mit § 114 der Gewerbeordnung (siehe Alkoholausschank an Jugendliche im Kap. 17.4.2.3, S. 481) – in welchem auch auf die landesrechtlichen Jugendschutz-bestimmungen Bezug genommen und die Aushangpflicht derselben festgelegt wird – ergibt

sich in der Praxis ein nur sehr mäßig wirksamer und darüber hinaus kaum kontrollierter Jugendschutz.

Sollte ein(e) Gewerbetreibende(r) die Abgabe von Alkohol an Jugendliche, die selbst bereits zum Konsum berechtigt sind, verweigern, so ist diese Verweigerung gesetzeskonform. Die österreichische Rechtsordnung kennt nämlich keinen Kontrahierungszwang, d.h. jeder Geschäftsmann/jede Geschäftsfrau kann sich aussuchen, mit wem er/sie Geschäfte macht. Ein Kontrahierungszwang besteht nur für monopolartige Unternehmen bzw. wenn eine Verweigerung als Diskriminierung zu werten ist. Als monopolartige Unternehmen in obigem Sinne gelten Unternehmen, die in einem Gebiet Alleinversorger für Güter sind, derer ein Durchschnittsmensch normalerweise oder im Notfall bedarf (Wirtschaftskammer Wien, 2001). Das Diskriminierungsverbot bezieht sich auf die Benachteiligung aufgrund von Rasse, Hautfarbe, nationale oder ethnische Herkunft, Religionsbekenntnis oder Behinderung. Eine Benachteiligung aufgrund von Geschlecht oder Alter ist in der Gewerbeordnung nicht explizit erwähnt (Gewerbeordnung 1994, § 87(1) Z5).

Tab. 120: Strafbestimmungen für alkoholspezifische Bestimmungen

	Jugendliche sozial-pädag. Maßnahmen	Jugendliche Geldstrafen	Versuch von Jugendlichen	Erwachsene	Erw. mit Gewinnabsicht	Unternehmer Veranstalter	Anmerkungen
B	Belehrungs-gespräch	bis 200€ [106]	nicht strafbar	bis 700€	bis 8.000€	[bis 8.000€], Meldung an Gew. Beh.	
K	Belehrungs-gespräch (bis 3h), Sozial-leistung (bis 36h)	bis 218€	strafbar	bis 20.000€	[bis 20.000€]	[bis 20.000€] Meldung an Gew. Beh., wenn mehr als 1x in 3 Jahren	Jugendliche: keine Geldstrafe, wenn in eigener od. elterlicher Wohnung
NÖ	Belehrungs-gespräch (bis 3h), Sozial-leistung (bis 24h)	bis 200€ [106]	strafbar	bis 700€	bis 15.000€	bis 15.000€ Meldung an Gew. Beh. bei Wiederh.	
OÖ	Beratungs-gespräch, Sozial-leistung (bis 24h)	bis 200€ [106] 300€ bei Wiederh.	–	bis 7.000€	[bis 7.000€]	[bis 7.000€], Meldung an Gew. Beh. bei Wiederh.	Erwachsene: keine Übertretung, wenn über das Alter vergewissert
S	–	bis 220€	nicht strafbar	bis 3.700€	[bis 3.700€]	nach GO [107] zu bestrafen, Meldung an Gew. Beh. bei Wiederh.	Übertretung §36 nicht strafbar, wenn nicht in Öffentlichkeit
St	Beratungs-gespräch oder Gruppenarbeit (bis 8h), Sozialleistung (bis 24h)	bis 218€ [106]	–	bis 2.500€	[bis 2.500€]	[bis 2.500€], Meldung an Gew. Beh. bei Wiederh.	
T	Belehrungs-gespräch (bis 3h)	bis 215€	strafbar	bis 3.630€	[bis 3.630€]	[bis 3.630€]	Jugendliche: Weitergabe nicht strafbar
V	Sozialleistung (bis 24h)	bis 500€	strafbar	bis 5.000€	[bis 5.000€]	[bis 5.000€]	
W	Belehrungs-gespräch	bis 200€	nicht strafbar	bis 700€	bis 15.000€	[bis 15.000€], Meldung an Gew. Beh.	

Kommentar: Beträge in eckiger Klammer bedeuten, dass es für diesen Fall keine eigene Bestimmung gibt und daher der Wert in der links daneben liegenden Zelle als relevant übertragen wurde.

106 Eine Geldstrafe ist nur dann vorgesehen, wenn die sozialpädagogische Maßnahme nicht angewendet werden kann.

107 Gewerbeordnung

Die alkoholrelevanten Bestimmungen in den Jugendschutzgesetzen der Bundesländer finden sich in folgenden Kapiteln:

- Burgenländisches Jugendschutzgesetz 2002 – Novelle 2007 (Kap. 17.4.4.1, S. 498)
- Niederösterreichisches Jugendgesetz 1983 – Novelle 2008 (Kap. 17.4.4.3, S. 502)
- Kärntner Jugendschutzgesetz 1997 – Novelle 2007 (Kap. 17.4.4.2, S. 500)
- Oberösterreichisches Jugendschutzgesetz 2001 – Novelle 2005 (Kap. 17.4.4.4, S. 503)
- Salzburger Jugendgesetz 1998 – Novelle 2006 (Kap. 17.4.4.5, S. 504)
- Steiermärkisches Jugendschutzgesetz 1998 – Novelle 2005 (Kap. 17.4.4.6, S. 506)
- Tiroler Jugendschutzgesetz 1994 – Novelle 2005 (Kap. 17.4.4.7, S. 507)
- Vorarlberger Jugendgesetz 1999 – Novelle 2008 (Kap. 17.4.4.8, S. 507)
- Wiener Jugendschutzgesetz 2002 – Novelle 2008 (Kap. 17.4.4.9, S. 511)

Die gesamten Jugendschutzgesetze können unter www.api.or.at/akis herunter geladen werden.

13.2.1.4 Beurteilung der Jugendschutzbestimmungen durch Österreicher

Tab. 121: Beurteilung der Jugendschutzbestimmungen

Die Jugendschutzbestimmungen Alkohol betreffend sind …	zu streng	gerade richtig	zu wenig streng	unentschieden
	1.4%	33.5%	50.6%	14.6%

Ich finde es äußerst verantwortungslos, wenn Eltern ihren kleinen Kindern erlauben, an alkoholischen Getränken zu nippen	stimme nicht zu	stimme teilw. zu	stimme voll zu	nicht beantw.
	22,1%	25,1%	46,7%	6,2%

	vor 16. Geburtstag	zwischen 16. und 18. Geburtstag	zwischen 18. und 19. Geburtstag	nach 19. Geburtstag
Ab welchem Alter finden Sie es angemessen, dass Eltern ihrem Sohn erlauben, beim Essen ein Glas Wein oder Bier mitzutrinken?	18,4%	46,9%	26,7%	8,0%
Ab welchem Alter finden Sie es angemessen, dass Eltern ihrer Tochter erlauben, beim Essen ein Glas Wein oder Bier mitzutrinken?	16,4%	46,6%	28,4%	8,7%
Ab welchem Alter finden Sie es angemessen, dass ein Bub bei Partys im Freundeskreis Alkohol trinkt?	10,9%	48,0%	34,6%	7,5%
Ab welchem Alter finden Sie es angemessen, dass ein Mädchen bei Partys im Freundeskreis Alkohol trinkt?	8,8%	43,9%	37,4%	9,9%

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

Die letzten bundesweiten Ergebnisse die Einstellung der ÖsterreicherInnen betreffend die Jugend(schutz)gesetze stammen aus der "Repräsentativerhebung 1993/94" (Uhl & Springer, 1996). Rund 50% der befragten Personen fanden 1994 die den Alkohol betreffenden Jugendschutzbestimmungen in Österreich zu wenig streng. Die anderen 50% schwankten zwischen „zu streng“ und „unentschieden“. Fast 1/5 fanden es angemessen, dass Burschen oder Mädchen zu Hause bereits vor dem 16. Geburtstag ein Glas Wein oder Bier mittrinken. Fast 50% vertraten ein Trinkalter zwischen dem 16. und dem 18. Geburtstag. Nur ein kleiner Prozentsatz setzte sich für ein Trinkalter nach dem 19. Geburtstag ein (Tab. 121, S. 313). Man kann zusammenfassend festhalten, dass das – in den meisten Bundesländern so geregelte – gesetzliche Trinkalter von 16 Jahren bei Bier bzw. Wein und in vier Bundesländern auch für Spirituosen mit den Vorstellungen der Mehrheit der ÖsterreicherInnen im Einklang ist.

13.2.1.5 Jugendschutz international

Tab. 122: Überblick Alkoholschutzalter Europa – Teil 1

Land	Off-Premise-Verkauf		On-Premise-Verkauf (Ausschank)		Automaten
	Bier, Wein	Spirituosen	Bier, Wein	Spirituosen	
Belgien	16	18	16	18	nein*)
	*) Für der Verkauf von Getränken mit mehr als 20 Vol.-% Alkoholgehalt ist eine spezielle Genehmigung erforderlich; es ist verboten Spirituosen in Spitälern, Schulen und anderen Örtlichkeiten zum Verkauf anzubieten, zu denen Jugendliche Zugang haben.				
Bulgarien	18	18	18	18	
	Gemäß dem „National Health Act“ (Art. 56, „Child Protection Act”) ist der Verkauf von Alkohol an Personen, die noch nicht 18 Jahre alt sind, verboten; laut Strafgesetzbuch (Art. 193) ist der Verkauf von Alkohol an unter 18-Jahrige strafbar.				
Dänemark	15	15	18	18	nein*)
	*) Verkauf von alkoholischen Getränken in Automaten verboten, für den Ausschank von Bier unter 2,8 Vol.-% Alkoholgehalt ist keine Konzession erforderlich und dafür gibt es auch keine Altersbeschränkung.				
Deutschland	16*)	18	16*)	18	nein**)
	*) In der Begleitung eines Erziehungsberechtigten gilt keine Altersgrenze für den Erwerb oder Konsum von Bier, Wein oder vergorenem Most. **) In der Öffentlichkeit dürfen alkoholische Getränke nicht in Automaten angeboten werden; ausgenommen, wenn ein Automat 1. an einem für Kinder und Jugendliche unzugänglichen Ort aufgestellt ist oder 2. in einem gewerblich genutzten Raum aufgestellt und durch technische Vorrichtungen oder durch ständige Aufsicht sichergestellt ist, dass Kinder und Jugendliche alkoholische Getränke nicht entnehmen können (JuSchG, 2002)				
Finnland	18	20*)	18	18	?
	*) Das Alkoholgesetz (Alkoholilaki 8.12.1994/1143) untersagt den Verkauf von alkoholischen Getränken in hierfür vorgesehenen Geschäften an Personen unter 20 Jahren. Ausnahme: Getränke mit einem Alkoholgehalt (Ethylalkoholgehalt) von höchstens 22% (§ 3:4) können jedoch an Personen über 18 Jahre verkauft werden (§ 16). Nach § 18 der Verordnung über alkoholische Getränke (Asetus alkoholijuomista ja väkiviinasta) sind KäuferInnen von hochprozentigen alkoholischen Getränken verpflichtet auf Verlangen nachzuweisen, ob sie die im § 16 des Alkoholgesetzes vorgeschriebene Altersgrenze erreicht haben. Personen unter 18 Jahren dürfen alkoholische Getränke, die 1,2 oder mehr Vol.-% haben, weder besitzen noch mitführen.				
Frankreich	16	16	16	18	Nein
	„Code des Débits de Boissons“ verbietet Unter-16-Jährigen das Betreten einer Bar, außer in Begleitung Erwachsener; der Verkauf von Alkohol an Tankstellen zwischen 22 und 6 Uhr, in Autobahnraststätten (außer zu Mahlzeiten) und in der Nähe von Spitälern, Schulen, Industriegebieten und Altenheimen ist verboten; Seit 1991 ist der Verkauf von alkoholischen Getränken durch Automaten verboten (Loi Évin)				
Griechenland	KB	18	KB	18	?
	Lt. Artikel 1 des Strafgesetzbuchs 36/1994 „ist der Konsum von alkoholischen Getränken in Vergnügungsbetrieben, Bars und anderen öffentlichen Lokalen durch Minderjährige unter 18 Jahren nicht gestattet“.				
Großbritannien	18	18	16*)	18	?
	*) gilt für Bier, Cider (Apfelwein), Porter oder Perry, wenn Getränke zum Essen konsumiert werden – in Schottland auch Wein; Unter-16-Jährige dürfen Alkohol in Restaurants zum Essen konsumieren, wenn sie in Begleitung von Erwachsenen bzw. Eltern sind und diese für sie Alkohol bestellen.				
Irland	18	18	18	18	?
	Keine Altersbeschränkung bei privatem Konsum von Alkohol.				
Island	20	20	20	20	
	(lt. Government Agency for Child Protection (2004)				
Italien	16	16	16	16	Ja
	Gemäß dem „Act on alcohol and alcohol related problems“, der 2001 in Kraft trat, ist generell der Verkauf von alkoholischen Getränken mit mehr als 21 Vol.-% Alkoholgehalt an Autobahnen zwischen 22 und 6 Uhr verboten.				
Lettland	18	18	18	18	?

	Nach § 48 Kinderrechtsschutzgesetz in Verbindung mit den Gesetzen „Einschränkungen zur Herstellung, zum Verkauf und zur Werbung von Tabakwaren und Rauchen“ und „Zum Umschlag und Konsum von Alkohol“ ist es verboten, einem Kind (bzw. einer Person unter 18 Jahren) alkoholische Getränke und Tabakwaren zu verkaufen. Gemeinden sind in ihren Territorien selbst befugt, Einschränkungen zum Verkauf und Genuss von Alkohol und Tabakwaren zu erlassen.				
Liechtenstein	16	18	16	18	?
	Lt. Jugendgesetz (Artikel 20) besteht Hinweispflicht („Jugendschutztafeln“) im Lebensmittelhandel und in der Gastronomie.				
Luxemburg	16	16	16	16	?
Niederlande	16*)	18**)	16*)	18**)	?
	*) gilt für Bier, Wein und Zwischenerzeugnisse; **) gilt für Spirituosen mit einem Alkoholgehalt von mehr als 15 Vol.-% - in Begleitung Erwachsener – 16 Jahre; keine gesetzlichen Einschränkungen bzgl. Alkoholkonsum				
Norwegen	18	20	18	20	nein*)
	Spirituosen dürfen an Sonn- u. Feiertagen und an Feiertagen vorhergehenden Tagen nicht verkauft werden; für den Verkauf in Lokalen gilt für Sonntag, für Tage vor Feiertagen und seit 1973 auch für Samstage ein Ausschankverbot für Spirituosen; an allen anderen Tagen dürfen Spirituosen nicht vor 13 Uhr serviert werden; in Übereinstimmung mit dem „Alcohol Act“ gilt Bier mit einem Alkoholgehalt von unter 2,5 Vol.-% als alkoholfreies Getränk; *) persönliche Mitteilung; es ist nicht klar, ob gesetzliche Vorschriften bzgl. Automatenverkauf existieren				
Polen	18	18	18	18	?
	Lt. Gesetz über die Erziehung in Nüchternheit und Alkoholismusvorbeugung (GBl. 2002), Nr. 147, Pos. 513)				
Portugal	16	16	16	16	nein
	Lt. Gesetzesdekret Nr. 912002 vom 24. Januar 2002 („Estabelece restricoes ã venda e consumo de bebidas alcoolicas“) ist der Verkauf und Konsum von Getränken mit einem Alkoholgehalt von mehr als 0,5 % Vol. für Minderjährige unter 16 Jahren (Artikel 2) verboten; das Verbot des Alkoholverkaufs und -konsums erstreckt sich auf Kantinen, Bars usw., auf Krankenhäuser sowie auf Automaten (Absatz 3 a und b).				
Österreich	16	16/18	16	16/18	ja
	Vgl. Kap. 13.2.1, S. 307				
Schweiz	16	18	16	18	**)
	Nach der teilrevidierten Lebensmittelverordnung (LMV), per 1. Mai 2002 dürfen alkoholische Getränke nicht an Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren (Art. 37a Abs. 2 LMV sowie § 1 Abs. 2 lit. a des Gastgewerbegesetzes – GGG) abgegeben werden; für Produkte, die unter das „Bundesgesetz über die gebrannten Wasser (Alkoholgesetz)“ fallen, gilt indessen weiterhin das Abgabealter von 18 Jahren (Art. 41 Abs. 1 lit. i Alkoholgesetz sowie § 1 Abs. 2 lit. b GGG); das „Ausschankverbot von gebrannten Wassern am Morgen“ untersagt in sechs (von insgesamt 26) Kantonen den Ausschank bzw. den „Über-die-Gasse-Verkauf“ von Spirituosen vor 8 bzw. 9 Uhr morgens; **) In 13 (von insgesamt 26) Kantonen ist der Verkauf von alkoholischen Getränken durch Automaten verboten.				
Spanien	16/18*)	16/18*)	16/18*)	16/18*)	**)
	*) je nach Provinz/Region unterschiedliche Regelungen; Getränke mit mehr als 20 Vol.-% Alkoholgehalt dürfen in Gesundheitseinrichtungen, Schulen, Sportzentren und an Tankstellen generell nicht verkauft werden; **) Automaten für alkoholische Getränke dürfen nur in geschlossenen Räumen aufgestellt werden; Gebrauch für Kinder und Unter-16-Jährige verboten.				
Schweden	18/20*)	20	18	18	nein**)
	*) 18-Jährige dürfen nur Bier mit einem Alkoholgehalt von 2,8-3,5 Vol.-% kaufen, 20-Jährigen ist der Erwerb von höherprozentigem Bier, Wein und Spirituosen erlaubt. 3 Stärkeklassen bei Bier: Leichtbier (Lättöl, Class I Beer mit max. 2,25 Vol.-% Alkoholgehalt) gilt als alkoholfrei und unterliegt keinerlei Beschränkungen; Normalbier (Folköl, Class II Beer, 2,25-3,5 Vol.-% Alkoholgehalt); Starkbier (Starköl, Class III Beer, mehr als 3,6 Vol.-% Alkoholgehalt) und Class 3,6 Beer (Melanöl) darf nur in „Systembolagets“ (staatliche Alkoholgeschäfte) verkauft werden; **) persönliche Mitteilung; es ist nicht klar, ob gesetzliche Vorschriften existieren				
Türkei	18	18	18	18	nein*)
	*) persönliche Mitteilung; es ist nicht klar, ob gesetzliche Vorschriften existieren				
Tschechien	18	18	18	18	?
	Gemäß dem „Gesetz zum Schutz vor Alkoholismus und anderen Toxika“ (37/1989 – § 4 Buchstabe 1 Absatz a) ist es verboten, alkoholische Getränke an Personen unter 18 Jahren abzugeben oder zu verkaufen oder ihnen den Genuss anderweitig zu ermöglichen; gemäß dem „Gesetz über Vergehen“ (200/1990 Sb. – § 30 Buchstabe 1 Abs. a) begeht derjenige ein Vergehen, der u.a. an Personen unter 18 Jahren alkoholische Getränke verkauft, abgibt oder ihnen anders den Genuss dieser ermöglicht.				
Ungarn	14	14	18	18	?

Quelle: Uhl et al. (2003)

Kommentar: KB = keine Bestimmung, nein = kein Automatenverkauf zugelassen, ja = Automatenverkauf zugelassen

Tab. 123: Überblick Alkoholschutzalter außereuropäische Länder

Land	Off-Premise-Verkauf		On-Premise-Verk. (Ausschank)		Automaten
	Bier, Wein	Spirituosen	Bier, Wein	Spirituosen	
Australien	18	18	18	18	?
Israel	18	18	18	18	?
Kanada	18/19	18/19	18/19	18/19	nein*)
	In 6 von 10 Provinzen gilt die Altersgrenze 19 (Newfoundland, Nova Scotia, New Brunswick, Price Edward Island, Ontario und British Columbia); *) persönliche Mitteilung; es ist nicht klar, ob gesetzliche Vorschriften existieren				
Neuseeland	18*)	18*)	18*)	18*)	?
	*) Die Altersgrenze wurde im Jahre 1999 durch den „Sale of Liquor Amendment Act“ von 20 auf 18 Jahre gesenkt;				
USA	21	21	21	21	?
	In 19 (von insgesamt 50) US-Bundesstaaten ist der Konsum unter 21 Jahren nicht ausdrücklich verboten; Ausnahmen für Unter-21-Jährige: Besitz bzw. Erwerb für religiöse Zwecke (allerdings nur unter Aufsicht der Eltern bzw. Erwachsener), für medizinische Zwecke, in privaten Clubs oder privaten Einrichtungen sowie im Fall gesetzeskonformer Anstellung bei einem konzessionierten Herstellungsbetrieb; unter www.alcoholpolicy.niaaa.nih.gov/stateprofiles sind für alle US-Bundesstaaten die detaillierten Jugendschutzbestimmungen zu finden				
Südafrika	18	18	18	18	?

Quelle: Uhl et al. (2003)
Kommentar: KB = keine Bestimmung, nein = kein Automatenverkauf zugelassen, ja = Automatenverkauf zugelassen

In Tab. 122 bis Tab. 123, S. 314 bis S. 316 wird ein abrissartiger Überblick darüber geboten, wie alkoholische Getränke in ausgewählten europäischen und außereuropäischen Ländern vom Standpunkt des Jugendschutzes aus behandelt werden. Wir haben uns bemüht, die Informationen aus unterschiedlichen Quellen sowohl auf Aktualität wie auf Vollständigkeit zu überprüfen, können aber aufgrund der in diesem Fall sehr unübersichtlichen Erhebungslage nicht ausschließen, dass sich unter den dargestellten Daten einige befinden, die nicht (mehr) aktuell bzw. korrekt sind.

2003 erhoben Uhl et al. (2003) im Rahmen einer Expertise über alkohol- und nikotinspezifische Jugendschutzbestimmungen in Österreich und international die Schutzalter in vielen europäischen und einigen außereuropäischen Staaten. Da es bezüglich der Alkoholpolitik derzeit in Europa viele Diskussionen gibt, ist nicht auszuschließen, dass sich in der Zwischenzeit in einigen Staaten die Bestimmungen geändert haben, dort wo wir Kenntnis von Änderungen erhielten, wurden diese berücksichtigt.

14 Alkohol und Straßenverkehr

Wie schon in der Kommentierung der dritten Strategie des Europäischen Alkohol Aktionsplans (Kap. 2.7.3, S. 43) hingewiesen, ist dieser Fragenkomplex in Österreich sehr ausführlich reglementiert. Die Kontrollfrequenzen wurden in den letzten Jahren stark erhöht (siehe Tab. 125, S. 333) und die Unfallzahlen konnten – vor allem wenn man den hohen Motorisierungsgrad in Österreich und damit die gewaltige Zunahme der insgesamt gefahrenen Kilometer bedenkt – erheblich gesenkt werden (siehe Tab. 126, S. 336).

14.1 Gesetzliche Grundlagen

Relevante Gesetzesstellen zum Bereich Alkohol und Straßenverkehr finden sich unter anderem im:

- Führerscheingesetz 1997 idF BGBl I 31/2008 (Kap. 17.2.1, S. 442)
- Nachschulungsverordnung 2002 idF BGBl. Nr. 220/2005 (Kap. 17.2.2, S. 451)
- Führerscheingesetz-Gesundheitsverordnung 1997 idF BGBl. II Nr. 64/2006 (Kap. 17.2.3, S. 455)
- Straßenverkehrsordnung 1960 idF BGBl. I Nr. 2/2008 (Kap. 17.2.5, S. 457)
- Alkomatverordnung 1994 idF BGBl. II Nr. 146/1997 (Kap. 17.2.6, S. 460)
- Alkoholvortestgeräteverordnung idF BGBl. II 404/2005 (Kap. 17.2.7, S. 461)
- Kraftfahrgesetz 1967 idF BGBl. I Nr. 99/2006 (Kap. 17.2.8, S. 462)
- Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherungsgesetz 1994 idF BGBl. I Nr. 37/2007 (Kap. 17.2.9, S. 463)
- Versicherungsvertragsgesetz 1958 idF BGBl. I 95/2006 (Kap. 17.2.10, S. 463)
- 3. Richtlinie 2006/126/EG des Rates über den Führerschein (Kap. 17.2.11, S. 463).

Die für den folgenden Text relevanten Gesetzesstellen finden sich auszugsweise in den genannten Kapiteln, der volle Wortlaut der Gesetze jeweils im Internet unter www.api.or.at/akis/gesetz.htm.

14.2 Allgemeines

Kontrollmaßnahmen in Zusammenhang mit Alkohol am Steuer beginnen bereits beim Erwerb eines Führerscheines – wobei bestimmte Personenkreise, die bereits Alkoholdelikte begangen haben oder bereits gegen Alkoholbestimmungen der StVO (Straßenverkehrsordnung; sie gilt auch für RadfahrerInnen und Fußgänger) verstoßen haben, vom Erwerb eines Führerscheines ausgeschlossen werden können – und setzen sich in verschärften Maßnahmen betreffend den Führerscheinentzug (temporär oder endgültig) fort, sodass Alkoholdelikte mittlerweile zu den am schärfsten bestraften Verkehrsdelikten gehören.

Durch flächendeckende Ausrüstung der Sicherheitsdienststellen mit Atemalkoholmessgeräten ergab sich eine wesentliche Verbesserung der Verkehrsüberwachung. Seit 1995 stehen zweckgebundene finanzielle Mittel für die Überwachung des Alkoholmissbrauchs im Straßenverkehr zur Verfügung. Die Zahl der Alkotests stieg zwischen 1990 und 2004 von 41.009 auf 177.565 – also auf über das Vierfache (BM für Inneres, siehe Kap. 14.8, S. 333).

Im Zuge der Grenzwertdiskussion bezüglich Alkohol im Straßenverkehr (Senkung des „zulässigen“ Blutalkoholgehalts von 0,8 auf 0,5 Promille) bestand für dieses Thema in Österreich in den letzten Jahren ein relativ großes öffentliches Interesse, welches auch über starken massenmedialen Druck intensiviert und emotionalisiert wurde. Meist wurde in der Diskussion viel zu wenig betont, dass das Lenken eines Fahrzeuges unter jeglichem die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigendem Einfluss prinzipiell verboten ist. Der Grenzwert stellt grundsätzlich keinen „Freibrief“ für den Konsum von Alkohol bis zu diesem Wert dar. Festgelegt wurde nur, dass bei Vorliegen einer Alkoholisierung ab diesem Grenzwert der/die LenkerIn prinzipiell als beeinträchtigt gilt, was auch durch einen Gegenbeweis im Sinne eines Nachweises voller Leistungsfähigkeit nicht entkräftet werden kann. Dies ist auch mit der Einführung des 0,5 Promille-Limits im Jahre 1998 aufrecht geblieben. Auch die Gefahr einer Kombinationswirkung von Medikamenten und Alkohol (natürlich auch die Wirkung des

Medikamentes alleine) fällt in den vollen Verantwortungsbereich des Lenkers/der Lenkerin. Zu wenig betont wurde in der Öffentlichkeit, dass einem Fahrgast eines/einer alkoholisierten Lenkers/Lenkerin (sofern dem Fahrgast die Alkoholisierung erkennbar ist oder erkennbar sein muss) ein Mitverschulden an Schäden treffen kann, die der Fahrgast im Zuge des Unfalls erleidet.

Mit dem EU-Beitritt Österreichs waren auch diverse Bestimmungen für den Erwerb einer Lenkberechtigung (Führerschein) EU-weit zu vereinheitlichen. In Österreich wurde diese Angleichung mit dem Beschluss des Führerscheingesetzes (FSG), welches mit November 1997 in Kraft getreten ist, realisiert. Waren zuvor in der Straßenverkehrsordnung 1960 (StVO – mit nunmehr bereits 20 Novellierungen) und im Kraftfahrgesetz 1967 (KFG) die wesentlichen Bestimmungen betreffend Lenkberechtigung, Alkohol und Straßenverkehr (und anderes) aufzufinden, sind jetzt auch die Normierungen des FSG – welches allerdings die führerscheinspezifischen Regelungen des KFG (Kap. 17.2.8, S. 462) entsprechend adaptiert übernommen hat – zu beachten. Neben allen anderen Änderungen bzw. EU-Angleichungen bestand eine wesentliche Intention darin, mit dem FSG für alle VerkehrsteilnehmerInnen bis zum Alter von 20 Jahren die 0,1-Promillegrenze für Blutalkohol beim Lenken eines Fahrzeuges festzulegen.

Relativ kompliziert und unübersichtlich wurde der Sachverhalt mit der Einführung der 0,5-Promille-Regelung mit Jänner 1998. Diese Neugestaltung war ursprünglich mit der 20. Novelle der StVO gleichzeitig mit der Verabschiedung des FSG für November 1997 geplant, war aber im Nationalrat zu diesem Zeitpunkt noch nicht durchsetzbar. Sie fand dann (Dezember 1997) allerdings nicht in die StVO Eingang, sondern wurde im neu eingefügten § 14 Absatz 8 des FSG festgelegt. Das bedeutet, dass ein Verstoß gegen die 0,5-Promille-Regelung zunächst gemäß FSG verfolgt wird. In die StVO wurde dann ein Verweis auf das FSG eingefügt, wonach ab dem 3. Verstoß gegen die 0,5-Promille-Regelung innerhalb von 12 Monaten die Bestimmungen der StVO anzuwenden sind.

Mit der 6. Novelle des Führerscheingesetzes (Kap. 17.2.1, S. 442) und dem Inkrafttreten der Bestimmungen am 1. Jänner 2003 wurden die Rechtsgrundlagen für die Mehrphasen-ausbildung geschaffen. Das heißt, dass BesitzerInnen der Führerscheinklassen A und B zur Absolvierung einer zweiten Ausbildungsphase verpflichtet sind. Außerdem wurden mit dieser Novelle die Kurzentzugszeiten der Lenkberechtigung vereinheitlicht und die Entzugs-zeiten für Geschwindigkeitsüberschreitungen an jene für Alkoholdelikte im Bereich von 0,8 bis 1,2 Promille angepasst. Mit der Nachschulungsverordnung (Kap. 17.2.2, S. 451) wurde der Bereich der Nachschulungen umfassend geregelt. Von der Behörde kann nur mehr eine „Nachschulung“ (abgestimmt auf den jeweiligen Problemfall – Alkohol, Suchtgift oder sonst verkehrsauffällig) angeordnet werden, die übrige Begriffsvielfalt entfällt.

Mit der 7. Novelle des FSG und der Änderung der StVO wurde ein Vormerksystem (Kap. 14.3.3, S. 323) eingeführt und für „Moped 15“ anstelle der Bestätigung von Schule oder ArbeitgeberIn über die Unzumutbarkeit der öffentlichen Verkehrsverbindungen eine praktische Ausbildung vorgeschrieben.

Im Zuge der 8. Novelle des FSG (BGBl. I 152/2005) wurde im Rahmen eines umfangreichen vom Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie im Jahr 2002 ins Leben gerufenen Projektes das Führerscheinerteilungsverfahren neu gestaltet und gleichzeitig die Einführung des Scheckkartenführerscheines umgesetzt.

In der 10. Novelle (BGBl. I 153/2006) wird festgelegt, dass ab 10. September 2008 (Bus) bzw. 10. September 2009 (Lkw) hauptberufliche Bus- und Lkw-FahrerInnen zusätzlich zum Führerschein einen Fahrerqualifizierungsnachweis mit sich führen müssen.

11. Novelle (BGBl. I 31/2008):

- Da durch das Führerscheinregister eine vollständige und aktuelle Liste der sachverständigen Ärzte/Ärztinnen abrufbar ist, kann die Bestimmung entfallen, wonach das ärztliche Gutachten von einem/einer sachverständigen Arzt/Ärztin stammen muss, der/die in dem Sprengel der Behörde ansässig sein muss. Künftig genügt daher die Bestellung des/der sachverständigen Arztes/Ärztin durch den/die Landeshauptmann/Landeshauptfrau. Damit darf diese(r) Arzt/Ärztin für alle Behörden Österreichs tätig werden.
- Bei Namens- und Wohnsitzänderungen muss die zuständige Führerscheinbehörde ab sofort nicht mehr informiert werden.
- Wer jetzt in Österreich mit einem ausländischen Führerschein erwischt wird, der während der österreichischen Entziehungszeit im Ausland erworben wurde, dem wird auch der ausländische aberkannt.

Eine Neuregelung der praktischen Führerscheinprüfung tritt mit 10. September 2008 für Klasse D und 2009 für Klasse C in Kraft. Die Fahrprüfung bei den Klassen C und D kann auf 90 Minuten verdoppelt werden, wenn der/die PrüfungswerberIn den Führerschein zur Grundqualifikation als BerufskraftfahrerIn erwerben will.

12. Novelle (aktuell in Bearbeitung, noch nicht im Bundesgesetzblatt verlautbart und nicht in Kraft, 3.7.2008): Mit der geplanten Novelle sollen tief greifende Änderungen des Vormerksystems vorgenommen werden, die insgesamt eine Verschärfung des Vormerksystems bezüglich des 0,5-Promille-Deliktes zum Ziel haben. Bei anderen als 0,5-Promille-Delikten bleibt das Vormerksystem unverändert, das 0,5-Promille-Delikt wird hingegen (auch in Kombination mit anderen Vormerkdelikten) stärker gewichtet. Im Fall eines 0,5-Promille-Deliktes soll jedenfalls eine besondere Maßnahme angeordnet werden, unabhängig davon, ob es sich um die erste oder zweite Vormerkung handelt. Im Fall einer zweiten Vormerkung ist ein Fixentzug der Lenkberechtigung für einen Monat vorgesehen, wenn zumindest ein Delikt ein 0,5-Promille-Delikt war und nach drei Vormerkungen (und dem Entzug der Lenkberechtigung) soll bei einem neuerlichen 0,5-Promille-Delikt nicht „nur“ mit einer Vormerkung vorgegangen werden, sondern mit einem neuerlichen Entzug für mindestens drei Monate, sofern bei den ersten drei Vormerkdelikten ein 0,5-Promille-Delikt dabei war. Die neuen Regelungen zielen insbesondere auf eine stärkere Sanktionierung von Alkoholdelikten im Wiederholungsfall ab. Gleichzeitig soll die eine oder andere sachliche Ungereimtheit beseitigt werden, wodurch die Sanktionen für Entziehungsdelikte und Vormerkdelikte besser als bisher aufeinander abgestimmt wären.

14.3 Überblick über die Entwicklung der rechtlichen Situation und Verkehrssicherheitsmaßnahmen in Österreich

- Bereits im 19. Jahrhundert existierten erste Vorschriften, die den Umgang mit Alkohol im Schiffs- und Eisenbahnverkehr reglementierten (Eisenbach-Stangl, 1991a). Doch erst Ende der Fünfzigerjahre des 20. Jahrhunderts setzte sich die Alkoholgesetzgebung in den Straßenverkehrsgesetzen durch, die darauf abzielt, die Alkoholbeteiligung im Straßenverkehr zu verringern.
- 1960 wurde als erster wesentlicher Schritt das Lenken von Kraftfahrzeugen im alkoholbeeinträchtigten Zustand von mehr als 0,8 Promille Blutalkoholkonzentration (BAK, siehe Kap. 3.1.16, S. 67) definitiv verboten (StVO 1960, aktuelle Version vgl. Straßenverkehrsordnung 1960 idF BGBl. I Nr. 2/2008, Kap. 17.2.5, S. 457). Als vorläufiger Nachweis für die objektive Alkoholbeeinträchtigung galt anfangs die Atemluftkontrolle mittels „Röhrchentest“ und bei Verdacht war eine Vorführung zum Amtsarzt/zur Amtsärztin bzw. eine zwingende Blutabnahme vorgesehen. Wurde das verweigert, galt die Alkoholisierung als erwiesen. Der Gesetzgeber sah ein Fahrverbot allerdings auch dann vor, wenn dieser BAK-Grenzwert („objektive Alkoholbeeinträchtigung“) nicht überschritten, jedoch trotz niedrigerem BAK-Wert eine merkbare subjektive Beeinträchtigung durch Alkohol feststellbar war.
- 1961: Einführung eines bundesweit einheitlichen Unfallblattes.
- 1973: Einführung einer Geschwindigkeitsbegrenzung von 100km/h auf Bundesstraßen.
- 1974: Einführung einer Geschwindigkeitsbegrenzung von 130km/h auf Autobahnen.
- 1976: Einführung der Gurtenanlegepflicht (ohne Strafandrohung).
- 1983: Beginn der Rettungshubschraubereinsätze.
- 1984: Gurtenanlegepflicht (mit Strafandrohung).
- 1985: Helmpflicht für MotorradfahrerInnen.
- 1986: Helmpflicht für MopedfahrerInnen.
- Seit 1986 (13. Novelle der Straßenverkehrsordnung 1986, Kap. 17.2.4, S. 456) ist geregelt, dass der Nachweis der Alkoholisierung auch ausschließlich mittels Alkomaten erfolgen kann. (Zum aktuellen Stand vgl. Alkomatverordnung 1994 idF BGBl. II Nr. 146/1997, Kap. 17.2.6, S. 460). Zur Verlässlichkeit des Alkomaten vgl. Kap. 3.1.16, S. 67).
- 1988: Beginn des Alkomateinsatzes.
- 1990: Gurtenanlegepflicht auf allen Sitzen im PKW.
- Seit 1990 gibt es nach dem Kraftfahrgesetz (KFG) für die Behörden die Möglichkeit, begleitende Nachschulungsmaßnahmen („Driver-Improvement-Kurse“) anzuordnen.
- 1991: Einführung des Stufenführerschein und des Mopedausweises.
- 1992: Einführung des Probeführerscheins für alle Führerscheinneulinge, wobei der maximale Alkoholisierungsgrad für die ersten zwei Jahre nach der Führerscheinerteilung auf 0,1 Promille BAK begrenzt wurde. Bei Zuwiderhandeln droht ein Führerscheinentzug bzw. die Zuweisung zu verpflichtenden Nachschulungsmaßnahmen.
- Seit Oktober 1994 kann die Exekutive auch verdachtsfrei Alkoholkontrollen vornehmen (§5 Abs 2 StVO).

- Seit 1997 wird das Strafausmaß für alkoholisierte FahrzeuglenkerInnen nach dem Alkoholisierungsgrad abgestuft festgelegt und bei Alkoholdelikten ab 1,2 Promille BAK sind Nachschulungsmaßnahmen vorgeschrieben (BGBl. I Nr. 120/1997) (siehe Kap. 14.4, S. 325). (0,1 Promille für Moped-, Bus- und LkW-LenkerInnen).
- Anfang 1998 wurde nach einer langen und kontroversiell geführten medialen Diskussion – anlässlich eines besonders tragischen Alkoholunfalls mit einem von Schülern besetzten Bus – die gesetzliche BAK-Grenze von 0,8 Promille auf 0,5 Promille gesenkt (BGBl. I 1998/2).
- 1999: B-Führerschein ab 17 Jahre (L17).
- Seit 2002 ist bei Verkehrsunfällen mit Personenschaden ein Alkoholtest für alle Beteiligten gesetzlich vorgeschrieben, wobei die Überprüfung der Blutalkohol-konzentration bei Verkehrstoten weiterhin nur über ausdrückliche Anordnung durch den/die Staatsanwalt/-anwältin erfolgt und bei schwer verletzten Personen eine solche nur stattfindet, wenn ein Test aus therapeutisch-medizinischen Gründen nicht kontraindiziert erscheint.
- 2003: Einführung der Mehrphasenausbildung.
- Seit 2005 ist die Alkoholvortestgeräteverordnung idF BGBl. II 404/2005 (Kap. 17.2.7, S. 461) in Kraft, die der Exekutive eine rasche Überprüfung einer etwaigen Alkoholbeeinträchtigung von FahrzeuglenkerInnen ermöglicht. Der Test hat zwar keine Beweiskraft, wird im Falle eines positiven Ergebnisses aber durch einen Alkomattest verifiziert.
- 2005: Einführung des Vormerksystems.
- Seit 2006 gilt die 3. Richtlinie 2006/126/EG des Rates über den Führerschein (Kap. 17.2.11, S. 463), die bis 19. Jänner 2011 umgesetzt sein muss, und die präzisiert, dass an Alkohol-, Drogen- und Arzneimittelabhängige bzw. an Personen, die diese missbrauchen, weder ein Führerschein erteilt, noch die Fahrerlaubnis verlängert werden darf. Außerdem wird dem Führerscheintourismus ein Riegel vorgeschoben: Wenn einem/einer LenkerIn in der Heimat die Lenkberechtigung – aus welchen Gründen auch immer – entzogen wurde, wird es künftig keine Möglichkeit mehr geben, sich in einem anderen EU-Staat einen Führerschein zu beschaffen.

Quellen: KfV (2008), ARBÖ (1998), Messiner & Haupfleisch (1998), eigene Ergänzungen

14.3.1 0,5-Promillegrenze

Durch den Beschluss des Nationalrates vom 12. Dezember 1997 wurde ab Anfang 1998 auch in Österreich für KraftfahrerInnen, nicht jedoch für andere FahrzeuglenkerInnen, wie z.B. Radfahrer- und FuhrwerkerInnen, die 0,5-Promillegrenze eingeführt. Für letztere gilt weiterhin die 0,8-Promillegrenze der StVO:

> *Die Sanktionen für den Verstoß gegen die 0,5 Promille-Regel unterscheiden sich von den Sanktionen für den Verstoß gegen die 0,8 Promille-Regel oder gegen das Verbot des Lenkens eines Fahrzeuges im Zustand der alkoholbeeinträchtigten Fahrtüchtigkeit unabhängig vom Grad der Alkoholbeeinträchtigung. Während bei einem Alkoholgehalt des Blutes von 0,8 Promille oder darüber oder bei einem Alkoholgehalt der Atemluft von 0,4 mg/l oder darüber der Zustand einer Person, die ein Fahrzeug lenkt oder in Betrieb nimmt, jedenfalls als von Alkohol beeinträchtigt gilt und daher alle verwaltungsstrafrechtlichen, führerscheinrechtlichen und straf- und zivilrechtlichen Sanktionen ausgelöst werden (siehe Kap. 14.4, S. 325), begeht der Lenker (Inbetriebnehmer) eines Kfz bei einem Blutalkoholgehalt von 0,5 bis einschließlich*

0,79 Promille (= Alkoholgehalt der Atemluft von 0,25 bis 0,39 mg/l) zunächst nur eine mit einer Verwaltungsstrafe von € 218,02 bis € 3.633,64 bewehrte Übertretung (ein abstraktes Gefährdungsdelikt), dessen Begehung nicht sofort alle genannten Sanktionen auslöst. Die Entziehung der Lenkberechtigung wird beim ersten Verstoß gegen die 0,5 Promille-Regel lediglich angedroht. Beim zweiten Verstoß gegen die 0,5 Promille-Regel innerhalb von zwölf Monaten ab dem ersten Verstoß erfolgt (...) eine Entziehung der Lenkberechtigung für mindestens drei Wochen und die Verhängung einer höheren Verwaltungsstrafe im oben genannten Rahmen. Bei einem dritten oder häufigerem Verstoß gegen die 0,5 Promille-Regel innerhalb von zwölf Monaten ab dem ersten Verstoß ist nicht nur die Lenkberechtigung für die Dauer von mindestens vier Wochen zu entziehen und die Verwaltungsstrafe im oben genannten Rahmen weiter zu erhöhen, sondern es sind gem. § 5 Abs. 1a StVO auch straf- und zivilrechtliche Sanktionen möglich, falls solche Sanktionen im Strafgesetzbuch (siehe Kap. 17.3.1,S 468), KHVG (siehe Kap. 17.2.9, S 463) oder im VersVG (siehe Kap. 17.2.10, S 463) an die Beeinträchtigung durch Alkohol oder das Vorliegen eines die Zurechnungsfähigkeit nicht ausschließenden Rauschzustandes geknüpft sind.

Bei der Strafbemessung für Verstöße gegen die 0,5 Promille-Regel sind auch der Grad der Alkoholisierung und die Häufigkeit der Verstöße zu berücksichtigen. Im Falle der Uneinbringlichkeit ist mit einer Ersatzarreststrafe von bis zu sechs Wochen vorzugehen.

Sanktionen im Bereiche des gerichtlichen Strafrechts wie eine gerichtliche Strafbarkeit wegen Gefährdung der körperlichen Sicherheit gem. § 89 StGB oder eine erhöhte Strafbarkeit bei Fahrlässigkeitsdelikten nach Tötung oder Körperverletzungen bei Verkehrsunfällen gem. den §§ 81 und 88 Abs 3 und 4 StGB sind vorgesehen. Weiters drohen zivilrechtliche Folgen im Bereich des Versicherungsrechtes (Versicherungsregresse wegen Begehung einer Obliegenheitsverletzung im Bereiche der freiwilligen Kfz-Versicherung bzw. der Kfz-Haftpflichtversicherung gem. § 6 Abs 2 VersVG oder § 5 Abs 1 Z 5 KHVG) und werden vom Gesetzgeber bei Kraftfahrzeuglenkern mit einem Alkoholisierungsgrad des Blutes von 0,5 bis 0,79 Promille – unter der Voraussetzung der Fahrtüchtigkeit – nur dann angedroht, wenn es sich um den dritten oder mehrmaligen Verstoß gegen die 0,5 Promille-Regel innerhalb von zwölf Monaten handelt und daher spezialpräventive Gründe für diese verstärkten Sanktionen sprechen.

Quelle: Messiner & Haupfleisch (1998)

14.3.2 Probeführerschein

Mit 1. Jänner 1992 wurden die Bestimmungen für den Führerschein auf Probe eingeführt. Für die ersten zwei Jahre nach Erteilung der Lenkberechtigung gelten 0,1 Promille Blutalkoholgehalt als Grenzwert. Bei Überschreitung muss eine Nachschulung absolviert werden und die Probezeit verlängert sich um ein weiteres Jahr. Ab 0,5 Promille werden zusätzlich die üblichen Sanktionen (siehe Kap. 14.3.4, S. 324) wirksam.

Für die seit März 1999 in der „Verordnung des Bundesministers für Wissenschaft und Verkehr über die vorgezogene Lenkberechtigung für die Klasse B (FSG-VBV)“ bestehende Möglichkeit, die Lenkberechtigung für die Führerscheinklasse B bereits mit 17 Jahren zu erwerben (mit diversen Einschränkungen), verlängert sich die zweijährige Probezeit allerdings bis zum 20. Geburtstag. Mit anderen Worten, es ist gegenwärtig ausgeschlossen, dass ein Fahrzeuglenker, der sein 20. Lebensjahr noch nicht abgeschlossen hat, bereits unter die 0,5 Promillegrenze fällt.

14.3.3 Punkteführerschein und Vormerksystem

Am 1. März 2005 wurde das Führerschein-Vormerksystem durch die 7. Führerscheingesetz-Novelle (vgl. Kap. 17.2.1, S. 442) und Änderung der Straßenverkehrsordnung (Kap. 17.2.5, S. 457) im Nationalrat beschlossen. In Kraft trat das neue Vormerksystem mit 1. Juli 2005. Wer eines der 13. Verkehrsdelikte des Vormerkkataloges begeht, erhält für die Dauer von zwei Jahren im Führerscheinregister eine Vormerkung.

Der Delikte-Katalog für das Vormerksystem umfasst 13 risikobehaftete und unfallträchtige Delikte:

- Übertretung der 0,1‰-Grenze bei C-Lenkern (LKW)
- Übertretung der 0,1‰-Grenze bei D-Lenkern (Bus)
- Behinderung von FußgängerInnen am Schutzweg
- Nichtbeachtung des Zeichens "Halt"
- Nichtbeachtung des Rotlichts bei Gefährdung Anderer
- Befahren des Pannenstreifens und dadurch Behinderung von Einsatzfahrzeugen
- Missachtung des Fahrverbots für KFZ mit gefährlichen Gütern in Tunnelanlagen
- Nichtbeachtung des Rotlichts bei Bahnübergängen und Umfahren der bereits geschlossenen Schranken
- Lenken eines Kfz, dessen technischer Zustand oder nicht entsprechend gesicherte Beladung eine Gefährdung der Verkehrssicherheit darstellt
- Übertretung der Verordnung bezüglich der Beförderungseinheiten mit gefährlichen Gütern beim Befahren von Autobahntunneln
- Nichtbeachtung der Vorschriften über die Kindersicherung
- Übertretung der 0,5 Promille - Grenze (bis 0,8 Promille)
- Nichteinhaltung des Sicherheitsabstandes von 0,2 bis 0,4 Sekunden.

Bei Begehung der Vormerk-Delikte innerhalb von 2 Jahren ist folgendes vorgesehen:

- 1. Mal - Vormerkung
- 2. Mal - Maßnahme (z.B. Nachschulung, Perfektionsfahrt, Fahrsicherheitstraining)
- 3. Mal - Entzug für mindestens 3 Monate.

Die Begehung eines Delikts wird im örtlichen Führerscheinregister für zwei Jahre vorgemerkt und nach Ablauf von zwei Jahren – unabhängig von einer weiteren Vormerkung – gelöscht. In der Nachschulungsverordnung werden die entsprechenden Maßnahmen, die auf das jeweils begangene Delikt abgestimmt sind, festgelegt (enge Verknüpfung zwischen dem begangenen Vormerkdelikt und der zu leistenden Maßnahme). Daneben bleiben die sog. Entzugsdelikte (z.B.: Alkohol am Steuer ab 0,8 Promille, Rasen 40/50 Km/h Überschreitung, ...) und die Geldstrafen bestehen. Durch das Vormerksystem wird eine deutliche Senkung der Anzahl der Verkehrstoten erwartet. Das Ziel der verkehrspolitischen Maßnahme ist die Reduktion der Anzahl der Verkehrstoten um die Hälfte bis zum Jahr 2010, was einer Senkung auf unter 500 Opfer gleichkäme.

14.3.4 Sanktionen

Die „Sanktionsmöglichkeiten“ erstrecken sich auf Geldstrafen, Führerscheinentzug, Nachschulung und medizinisch-psychologische Gutachten (als Voraussetzung für die Erteilung einer Lenkberechtigung).

Geldstrafen:

- bis 0,5 Promille € 36,34 bis 2.180,19
- bis 0,8 Promille € 218,02 bis 3.633,64
- ab 0,8 Promille € 581,38 bis 3.633,64

Führerscheinentzug Nachschulung und medizinisch-psychologische Untersuchung:

Seit September 2002 ist durch die Nachschulungsverordnung der Umfang der Kurse genau geregelt worden. Die Nachschulungen für alkoholauffällige LenkerInnen umfasst beim erstmaligen Besuch mindestens vier Gruppensitzungen zu insgesamt 15 Kurseinheiten, beim wiederholten Besuch desselben Kurstyps innerhalb von 5 Jahren mindestens fünf Gruppensitzungen zu insgesamt 18 Kurseinheiten. Die Kosten der Schulung sind vom Nachzuschulenden zu tragen. Die Gebühr für die Teilnahme an einer Nachschulung beträgt pro TeilnehmerIn:

- € 35 für eine Gruppensitzung pro Kurseinheit
- € 109 für ein Einzelgespräch pro Kurseinheit.

Verkehrspsychologische Maßnahmen dürfen nur von ermächtigten Einrichtungen, wie z.B. dem INFAR (Institut für Nachschulung und Fahrer-Rehabilitation) oder dem KfV (Kuratorium für Verkehrssicherheit) durchgeführt werden.

Die weiteren „Sanktionsmöglichkeiten“:

- ab 0,5 bis 0,8 Promille: Führerscheinentzug im Wiederholungsfall innerhalb von 12 Monaten ab dem ersten Verstoß (beim zweiten Verstoß für 3 Wochen; beim dritten für 4 Wochen)
- ab 0,8 bis 1,2 Promille: Führerscheinentzug für 4 Wochen
- ab 1,2 bis 1,6 Promille Führerscheinentzug für 3 Monate, Nachschulung
- ab 1,6 Promille Führerscheinentzug für 4 Monate, Nachschulung, med./psychologische Untersuchung.

14.4 Alkoholgrenzwerte und Sanktionen im Detail

Mit 6. Jänner 1998 ist die 0,5-Promille-Bestimmung in Kraft getreten; Änderungen betreffend der Sanktionen für Werte ab 0,8 Promille sind mit 1. November 1997 wirksam geworden. Ein Kraftfahrzeug darf daher nur in Betrieb genommen oder gelenkt werden, wenn beim Lenker der Alkoholgehalt des Blutes weniger als 0,5 Promille oder der Alkoholgehalt der Atemluft weniger als 0,25 mg/l beträgt. Wie schon weiter oben festgestellt (Kap. 14.3, S. 320), ist seit 1. Oktober 1994 die Überprüfung der Atemluft auf Alkohol auch ohne Verdacht möglich.

14.4.1 Blutalkoholwert bis höchstens 0,1 Promille (Atemalkoholwert bis höchstens 0,05mg/l)

- ProbeführerscheinbesitzerInnen (§ 4 Abs 7 FSG). Dies gilt natürlich auch für die ab März 1999 bestehende Möglichkeit des vorzeitigen Erwerbes der Lenkberechtigung mit 17 Jahren
- BesitzerInnen eines Mopedausweises, die das 20. Lebensjahr noch nicht vollendet haben (§ 31 Abs 5 FSG)
- LenkerInnen von Kraftfahrzeugen der Klasse C (bei Lenken eines Kfz über 7,5 Tonnen) (§ 20 Abs 5 FSG)
- LenkerInnen von Fahrzeugen der Klasse D (Omnibusse) (§ 21 Abs 3 FSG)
- InhaberInnen einer Lenkberechtigung der Klasse F (Zugmaschinen etc.) bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres (§ 6 Abs 3 FSG)
- BewerberInnen um eine Lenkberechtigung im Rahmen von Schul-, Übungs-, Lehr- (§ 6 Abs 3 FSG) oder Ausbildungsfahrten (§ 6 Abs 3, § 19 Abs 6 FSG)
- BegleiterInnen von Übungs- (§ 122 Abs 3 KFG) und Ausbildungsfahrten (§ 19 Abs 6 FSG)
- AusbildnerInnen bei Lehrfahrten (§ 122 KFG)
- LenkerInnen von Gefahrgutbeförderungseinheiten, für die nach GGBG eine besondere Lenkerausbildung vorgeschrieben ist (§ 13 Abs 4 GGBG).

Quelle: Kaltenegger (2001)

14.4.2 Auswirkungen auf das Verwaltungsstrafrecht

14.4.2.1 0,1 bis 0,49 Promille

- Strafrahmen von € 36 bis 2.180 für FahrschülerInnen, FahrerInnen von LKW über 7,5 Tonnen (FS C), FS-BesitzerInnen der Klasse F und InhaberInnen eines Ausweises für Moped, vierrädriges Leicht-Kfz oder Invaliden-Kfz bis 20 Jahre und eventuelle Bestrafung bei Minderalkoholisierung. – Auch bei Nicht-Erreichen der gesetzlichen Grenzwerte können Personen in einem durch Alkohol beeinträchtigten Zustand sein, der sie fahruntauglich macht („Minderalkoholisierung“ oder „relative Fahruntauglichkeit“). Gründe dafür können vor allem zusätzliche Komponenten wie Übermüdung, Medikamenteneinnahme, Alkoholintoleranz aufgrund von Erkrankung, Erregungszustände oder ähnliches sein.
- € 363 bis 2.180 Strafe für FahrerInnen von Bussen (FS-Klasse D)
- Nachschulung und Probezeitverlängerung um ein Jahr für Probeführerscheinbesitzerinnen der FS-Klassen A, B, C, D u. Unterklasse C1 (bis 7,5 t), ab dem 4. Verstoß Entziehung der Lenkberechtigung (LB) für mindestens 3 Monate, Vormerkung für

BesitzerInnen der FS-Klassen C und D. – Nachschulungen im Rahmen des Vormerksystems (§ 30b Abs 1 FSG) kosten mindestens € 198 (§ 11 iVm, § 5 Abs 3 u § 4a FSG-NV). Das betrifft FS-BesitzerInnen der Klassen A, B, C 1, F und LenkerInnen von Moped, vierrädrigen Leicht-Kfz sowie Invaliden-Kfz, die das zweite Mal alkoholauffällig im Bereich von 0,5 bis 0,79 Promille waren bzw. FS-BesitzerInnen der Klassen C (über 7,5 t) und D, die das zweite Mal alkoholauffällig im Bereich von 0,1 bis 0,79 Promille waren.

- Vormerkung beim 1. Verstoß bei LKW (FS C, über 7,5t) und BuslenkerInnen (FS D), beim 2. Verstoß binnen 2 Jahren Nachschulung, beim 3. Verstoß binnen 2 Jahren Entziehung der LB für mindestens 3 Monate.

14.4.2.2 0,5 bis 0,79 Promille

- Strafrahmen zwischen € 218 und 3.633
- Nachschulung und Probezeitverlängerung um ein Jahr für ProbeführerscheinbesitzerInnen der FS-Klassen A, B, C, D und Unterklasse C1 (bis 7,5 t)
- Bei FührerscheinbesitzerInnen der Klassen A, B, C1, F, C und D
  beim 1. Verstoß: Vormerkung,
  beim 2. Verstoß binnen 2 Jahren: Nachschulung, und eingeschränkter bzw. fehlender Versicherungsschutz
  beim 3. Verstoß binnen 2 Jahren: Entziehung der LB für mindestens 3 Monate bzw. Lenkverbot für InhaberInnen eines Ausweises für Moped, vierrädriges Leicht-Kfz oder Invaliden-Kfz

Die Haftpflichtversicherung muss dem Geschädigten den Schaden zwar ersetzen, kann aber beim/bei der alkoholbeeinträchtigten LenkerIn bis zum Betrag von € 11.000 Regress nehmen (AKHB Art 9 Z 2.2. iVm Art 11 Z 1). Rechtsschutz- und Kaskoversicherung sind zur Gänze leistungsfrei (ARB 1994 Art 17 Z 4.1.2 sowie AKKB Art 7 Z 2.2.).

Quelle: Übersicht der ÖAMTC-Rechtsdienste/VH 28. September 2006

14.4.2.3 0,8 bis 1,19 Promille

- Strafrahmen zischen € 581 und 3.633
- Nachschulung und Probezeitverlängerung um ein Jahr für ProbeführerscheinbesitzerInnen der FS-Klassen A, B, C, D u. Unterklasse C1 (bis 7,5 t)
- Führerscheinentzug bzw. Lenkverbot (Moped) für vier Wochen (ohne Unfall)
- Führerscheinentzug bzw. Lenkverbot ab dem 2. Verstoß oder bei Unfall mindestens drei Monate
- Führerscheinentzug für FS-Besitzer der Klassen C und D mindestens 3 Monate (ab 1. Verstoß)

Existieren zusätzlich noch Vormerkungen, verlängert sich die von der Behörde festgesetzte Entziehungsdauer um jeweils 2 Wochen pro Vormerkdelikt (§ 25 Abs 3 Satz 2 FSG)

- Gerichtliche Strafbarkeit nach Unfall mit Personenschaden bzw. konkreter Gefährdung einer Person
- Eingeschränkter oder fehlender Versicherungsschutz für alle FS-Klassen.

14.4.2.4 1,2 bis 1,59 Promille

Für alle FS-Klassen gilt:

- Strafrahmen zwischen € 872 und 4.360
- Führerscheinentzug bzw. Lenkverbot für mindestens drei Monate, bei Unfall länger
- Verpflichtung zur Nachschulung
- Eingeschränkter oder fehlender Versicherungsschutz.

14.4.2.5 ab 1,6 Promille oder bei Verweigerung des Alkomattests

Für alle FS-Klassen gilt:

- Strafrahmen zwischen € 1.162 und 5.813
- Führerscheinentzug bzw. Lenkverbot für mindestens vier Monate
- Amtsärztliches Gutachten und verkehrspsychologische Stellungnahme (VPS) müssen eingeholt werden – die Kosten für die verkehrspsychologische Stellungnahme (VPS) gem. § 24 Abs 3 FSG betragen € 363 (§ 23 Abs 3 Z 3 FSG-GV)
- Verpflichtung zur Nachschulung
- Verlängerung der Probezeit für Probeführerscheinbesitzer A, B, C, D und C1 (bis 7,5 t)

Quelle: ÖAMTC, 2008

14.4.3 Führerscheinentzug, Fahrtüchtigkeit, Verkehrszuverlässigkeit, gesundheitliche Eignung

In Zusammenhang mit der Erteilung bzw. Entziehung der Fahrerlaubnis sind die drei Begriffe „Fahrtüchtigkeit", „Verkehrszuverlässigkeit" und „gesundheitliche Eignung", die im Führerscheingesetz (FSG) präzisiert werden (Kap. 17.2.1, S. 442), ganz besonders wichtig.

- „Fahruntüchtigkeit" („Fahruntauglichkeit"), das Gegenteil von „Fahrtüchtigkeit" („Fahrtauglichkeit") im Sinne § 39 (1) FSG ist ein vorübergehender Zustand, bei dem die betreffende Person nicht die volle Herrschaft über ihren Geist und ihren Körper besitzt. Fahruntüchtigkeit entsteht unter anderem durch starke Erregung, Ermüdung oder die Einnahme von Alkohol, illegalen Drogen bzw. Medikamenten, wobei eine als Fahruntüchtigkeit zu qualifizierende Beeinträchtigung bereits bei sehr geringen Mengen Alkohol und einem Blutalkoholspiegel deutlich unter 0,5 Promille gegeben sein kann.
- „Verkehrszuverlässigkeit" ist die charakterliche Voraussetzung für das Lenken eines Fahrzeuges. Verkehrszuverlässigkeit im Sinne des § 7 FSG liegt nicht vor, wenn bestimmte im Gesetz genannte schwere Übertretungen im Straßenverkehr gesetzt wurden. Auch verkehrsunabhängige gerichtlich strafbare Taten können zur Feststellung der Verkehrsunzuverlässigkeit führen, vor allem wenn diese Taten leichter unter Verwendung eines Kraftfahrzeuges begangen werden können.
- Die „gesundheitliche Eignung" zum Lenken von Kraftfahrzeugen wird nach §8 FSG beim Erwerb einer Lenkberechtigung von einem in die Ärzteliste eingetragenen sachverständigen Arzt gemäß § 34 FSG festgestellt, im Entziehungsverfahren aber von einer Amtsärztin/einem Amtsarzt.

Wenn Personen, die ein Fahrzeug lenken bzw. in Betrieb nehmen wollen, nicht fahrtüchtig sind, so sind Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes und der Straßenaufsicht verpflichtet, den Führerschein (bei Mopeds, Invalidenkraftfahrzeugen und vierrädrigen Leichtkraftfahrzeugen den Mopedausweis) vorläufig abzunehmen bzw. im Falle von nicht führerscheinpflichtigen Fahrzeugen (z.B. Fahrräder), ein Verfahren zur Verhängung eines

Fahrverbotes einzuleiten und in allen Fällen die LenkerInnen der entsprechenden Fahrzeuge am Weiterfahren zu hindern. In der Regel können im Falle einer Übertretung alle Klassen der Lenkberechtigung entzogen werden, ungeachtet welches Kraftfahrzeug alkoholisiert gelenkt wurde. Einzelne Klassen der Lenkberechtigung dürfen nur dann aufrecht bleiben, wenn sich der Entziehungsgrund nur im Zusammenhang mit dem Lenken eines Kraftfahrzeuges der entzogenen Klasse realisieren kann. Darüber hinaus kann es sogar zur Entziehung der Lenkberechtigung kommen, wenn ein nicht führerscheinpflichtiges Fahrzeug (z.B. Fahrrad – Kaltenegger, 1999) im Zustand der Fahruntauglichkeit gelenkt wird.

In Anschluss an die eben genannten vorläufigen Maßnahmen oder wenn den Verkehrsbehörden ein Sachverhalt zur Kenntnis kommt, der auf mangelnde Verkehrszuverlässigkeit, mangelnde gesundheitliche oder fachliche Eignung schließen lässt, erfolgt ein behördliches Verfahren, das zur zeitlich begrenzten Entziehung bzw. Einschränkung oder dem Erlöschen der Lenkberechtigung führen kann. Für nicht führerscheinpflichtige Fahrzeuge kann in diesem Falle ein Lenkverbot verhängt werden. Analog wird vorgegangen, wenn einem Bescheid (z.B. sich amtsärztlich untersuchen zu lassen) binnen behördlicher Frist keine Folge geleistet wird (KfV, 2004).

In aller Regel ist das Lenken eines Fahrzeuges bei fehlender Fahrtüchtigkeit auch strafbar. Die Höhe der angeführten Geldstrafen wird von dem/der zuständigen StrafreferentIn der Bundespolizeidirektion oder Bezirkshauptmannschaft anhand eines ziffernmäßig begrenzten Strafrahmens nach gesetzlich festgelegten Strafzumessungsgründen (z.B. Erschwerungs- und Milderungsgründe – wie im gerichtlichen Strafverfahren) sowie nach den Einkommens- und Vermögensverhältnissen und unter Berücksichtigung der Umstände festgesetzt. Mildernde Umstände sind z.B. die Geständigkeit des/der LenkerIn und die Mitarbeit bei der vollständigen Klärung des Sachverhaltes (www.help.gv.at, 2004).

14.4.4 Auswirkungen auf das gerichtliche Strafrecht

§ 81 Ziffer 2 StGB (Strafgesetzbuch) sieht gerichtliche Strafsanktionen vor, wenn ein die Zurechnungsfähigkeit nicht ausschließender Rauschzustand festgestellt wird. Für die Bestimmung dieses Zustandes wird (weiterhin) die 0,8 Promillegrenze des § 5 Abs. 1 der StVO (Straßenverkehrsordnung) herangezogen.

Es genügt die 0,5 Promillegrenze für die Anwendbarkeit des § 81 Ziffer 2 StGB, wenn der Täter innerhalb von 12 Monaten vor der gegenständlichen Verletzung oder Gefährdung schon zweimal oder öfter gegen § 14 Abs. 8 FSG (Führerscheingesetz) verstoßen hat.

14.5 Rechte und Pflichten der Kraftfahrer bei Alkoholkontrollen

Der Aufforderung zur Feststellung des Atemalkoholgehalts ist unbedingt Folge zu leisten. Ausreden wie Schnupfen, Bronchitis oder ähnliches werden nicht akzeptiert. Auf Krankheiten oder körperliche Gebrechen, welche die Durchführung der Atemluftkontrolle mittels Alkomat unmöglich machen, muss konkret hingewiesen werden. Es besteht aber keine Wahlfreiheit zwischen Atem-, ärztlicher oder Blutuntersuchung.

Die Atemluftkontrolle kann ohne jeden Verdacht auf Alkoholisierung oder Beeinträchtigung durchgeführt werden (seit Oktober 1994). Bei einem Verdacht, bei unglaubwürdigen Untersuchungsergebnissen und bei sonstigen Gründen, die eine Atemluftkontrolle unmöglich machen, kann eine ärztliche Untersuchung – mit oder ohne Blutprobe – angeordnet werden. Der/Die FahrzeuglenkerIn hat sich dieser Untersuchung zu unterziehen bzw. sich eine Blutprobe abnehmen zu lassen. Bei Verdacht auf Beeinträchtigung kann

der/die Beschuldigte auch zum nächsten vorhandenen Alkomat gebracht werden. Es steht jedem/jeder Beschuldigten zwar frei, sein/ihr Blut auf Alkohol untersuchen zu lassen und die Ergebnisse im weiteren Verfahren als Beweismittel einzubringen, gesetzlich ist jedoch keine Überprüfung der Alkomat-Messung durch Labortests vorgesehen.

Eine Verweigerung des Alkotests wird durch das Gesetz automatisch mit einer Alkoholisierung von über 1,6 Promille gleichgesetzt und dementsprechend bestraft. Dabei ist es unerheblich, ob tatsächlich eine Alkoholisierung bzw. eine Beeinträchtigung durch Alkohol vorgelegen hat. Das bedeutet, dass auch der nachträglich erfolgreich geführte Beweis, dass keine Alkoholisierung vorgelegen hat, eine Bestrafung wegen Verweigerung nicht verhindert.

15 Minuten vor der Untersuchung darf weder getrunken, gegessen oder geraucht werden. Die Verwendung von Mundsprays ist nicht gestattet. Hyperventilation soll von der Exekutive verhindert werden. Sollte z.B. die zu untersuchende Person unmittelbar vor der Untersuchung Alkohol konsumiert haben und damit ein falsches Ergebnis durch den Restalkoholgehalt in Mund oder Speiseröhre befürchten, kann ein Aufschieben des Tests um maximal 15 Minuten verlangt werden.

Der Alkoholtest wird an einem elektronischen Gerät, dem Alkomat (siehe dazu weitere Details unter Kap. 14.5.2, S. 331), durchgeführt. Dazu muss die Testperson kräftig und anhaltend über ein Mundstück in einen Schlauch, der mit diesem Gerät verbunden ist, blasen. Das komplette Verfahren besteht aus zwei voneinander unabhängigen Messungen, d. h. aus jeweils zwei Blasvorgängen. Beide Messungen müssen durchgeführt werden. Selbst wenn die erste Messung keine Alkoholisierung anzeigt, gilt eine Verweigerung der zweiten Messung automatisch als Verweigerung des Alkoholtests mit allen rechtlichen Nachteilen. Wenn auch dann noch keine verwertbaren Ergebnisse vorhanden sind und auch sonst keine Erklärungen (defektes Gerät etc.) für die unbrauchbaren Messergebnisse vorliegen, gilt die Untersuchung ebenfalls als verweigert. Der niedrigere Wert der beiden Messungen ist ausschlaggebend und dient als Grundlage für die weitere Vorgangsweise. Der Alkomat zeichnet alle Messvorgänge auf und druckt ein Protokoll. Ein Duplikat des Protokolls kann von der Testperson verlangt werden.

Ab einer Alkoholisierung von 0,5 Promille – bzw. von 0,1 Promille für bestimmte weiter oben bereits definierte Personenkreise (Kap. 14.4.1, S. 325) – werden die beschriebenen rechtlichen Konsequenzen ausgelöst. Dazu wird der/die KraftfahrerIn auch an der Weiterfahrt gehindert. Die Exekutive kann den Fahrzeugschlüssel abnehmen und/oder das Fahrzeug mit Festhalteklammern sichern, damit die Fahrt auch mit einem Reserveschlüssel nicht fortgesetzt werden kann. Bei einer Alkoholisierung ab 0,8 Promille wird der Führerschein an Ort und Stelle abgenommen.

Quelle: ARBÖ-Informationen 1/2, 9.1.1998 bzw. Runderlass des Bundesministerium für Inneres vom 14.5.1990, 23.5.1991 u. 1.7.1991 Zahl 19725/9, 17 und 18)

14.5.1 Sturztrunk und Nachtrunk

Oft wird bei einer festgestellten oder auch vermuteten Alkoholisierung eine der beiden Schutzbehauptungen aufgestellt, dass entweder

- kurz vor der Atemluftkontrolle sehr rasch eine größere Menge Alkohol getrunken wurde, die noch keine Auswirkung auf das Fahrverhalten haben könne, da der Alkohol noch gar nicht im Blut sei (Sturztrunk) oder
- dass erst nach Beendigung der Fahrt Alkohol getrunken worden sei (Nachtrunk).

Zu beiden Behauptungen liegen bereits seit mehreren Jahren gerichtliche Entscheidungen vor. Prinzipiell wurde das Vorliegen von Fahrtüchtigkeit in der Anflutungs- oder Resorptionsphase verneint; ein behaupteter Sturztrunk stellt daher keine geeignete Schutzbehauptung zur Strafvermeidung dar.

Sturztrunk liegt vor, wenn jemand knapp vor Fahrtantritt rasch eine größere Menge Alkohol konsumiert und sich rechtfertigt, dass im Zeitpunkt des Lenkens der Alkohol noch nicht in das Blut resorbiert worden sei (Anflutungs- oder Resorptionsphase). Ein Fahrzeuglenker darf nicht in der Zeitspanne zwischen dem Genuss von Alkohol und dessen Resorbierung im Blut am Straßenverkehr teilnehmen.

Quelle: Entscheidung des VwGH vom 17.10.1966, ZVR 1967/184

Sturztrunk kurz vor Fahrantritt kann sich auf den Blutalkoholgehalt erst nach einer gewissen Zeit auswirken, die schädliche Wirkung des Alkohols auf die Fahrtüchtigkeit tritt jedoch sofort, also bereits in der Anflutungsphase, ein. Die Anstiegsphasen wirken sich besonders nachteilig auf die Fahrtüchtigkeit aus.

Quelle: Entscheidung des VwGH vom 27.10.1982, 81/03/0012

Aus einem Alkoholgenuss unmittelbar vor Antritt einer Fahrt, unbekümmert um die daraus während der Fahrt notwendig eintretenden Folgen, ergibt sich ein besonders grobes Verschulden, auch wenn der Täter zur Unfallzeit noch nicht einen Blutalkoholgehalt von 0,8 Promille aufweist.

Quelle: Entscheidung des OGH vom 7.10.1965, ZVR 1966/176

Die psychophysische Beeinträchtigung einer Person während der Anflutungsphase des Blutalkohols ist jenen Umständen zuzurechnen, die selbst bei einem knapp unter dem Wert von 0,8 Promille gelegenen Blutalkoholgehalt Fahrunfähigkeit bewirken.

Quelle: Entscheidung des OLG Wien vom 3.8.1987, ZVR 1988/166

Bei einem behaupteten Nachtrunk hat zwar die Behörde von Amts wegen Erhebungen einzuleiten, den Beschuldigten trifft dabei eine entsprechende Mitwirkungspflicht, um konkrete Beweise für seine Behauptung anzubieten. Da die Mechanismen der Alkoholaufnahme (siehe Kap. 3.1.11, S. 61) und des Alkoholabbaus (siehe Kap. 3.1.14, S. 66) sehr gut erforscht sind, können die angegebenen konsumierten Mengen in Abhängigkeit von der Zeit durch forensische Untersuchungen recht gut verifiziert oder falsifiziert werden.

Falsche Angaben (die konsumierten Alkoholmengen betreffend) mit entsprechenden (falschen) Zeugenaussagen führen daher mit großer Wahrscheinlichkeit zu noch größeren Problemen. Da sowohl Atem- als auch Blutuntersuchungen auch nach Beendigung der Fahrt immer dann noch gemacht werden können, wenn sinnvolle und verwertbare Ergebnisse zu erwarten sind, können daher noch mehrere Stunden nach Beendigung der Fahrt entsprechende Untersuchungen gefordert und durchgeführt werden. Die Behörde hat dies zwar zu begründen, was allerdings in der Regel kein Problem darstellt. Auch wenn diese (späteren) Untersuchungen verweigert werden, treten die Rechtsfolgen für die Verweigerung ein.

Wer sich auf einen sogenannten „Nachtrunk“ beruft, hat die Menge des solcherart konsumierten Alkohols dezidiert zu behaupten und zu beweisen.

Quelle: Entscheidung des VwGH vom 25.4.1985, ZVR 1986/125

Wird Nachtrunk behauptet, muss die Behörde diesbezüglich von Amts wegen Erhebungen einleiten.

Quelle: Entscheidung des VwGH vom 15.1.1992, 91/03/0062

Die Behörde hat zwar gemäß § 5 Abs. 2 VStG die der Entlastung des Beschuldigten dienlichen Umstände in gleicher Weise zu berücksichtigen wie die belastenden, doch erfordert es die Mitwirkungspflicht des Beschuldigten im Verwaltungsstrafverfahren, den Erhebungsergebnissen nicht nur konkrete Behauptungen entgegenzusetzen, sondern auch entsprechende Beweise anzubieten. Unterlässt er dies, so bedeutet es keinen Verfahrensmangel, wenn die Behörde von Amts wegen keine weiteren Beweiserhebungen durchführt.

Quelle: Entscheidung des VwGH vom 12.2.1980, ZfVB 1980/6/1973

14.5.2 Atemalkoholmessgerät – Alkomat

Seit 1989 ist geregelt, dass der Nachweis der Alkoholisierung auch ausschließlich mittels Alkomaten erfolgen kann (vgl. Kap. 14.3, S. 320), wobei bei einer Verweigerung automatisch die Sanktionen gesetzt werden, die ab 1,6 Promille zum Tragen kommen (vgl. Kap. 14.4.2.5, S. 327). Die indirekte Messung der Blutalkoholkonzentration mit dem Alkomaten ist zwar relativ verlässlich, es gibt aber eine durchaus relevante Fehlerwahrscheinlichkeit (vgl. Kap. 3.1.16, S. 67).

Das in Österreich zum Einsatz gelangende Analysegerät zur Bestimmung der Atemalkoholkonzentration (AAK) funktioniert nach dem Prinzip der Infrarot-Absorption (Ethylalkohol absorbiert Infrarotstrahlung bei der charakteristischen Wellenlänge von 9,4 µm besonders stark). Für ein verwertbares Untersuchungsergebnis werden zwei gültige Messungen benötigt. Der niedrigere der beiden gültigen Messwerte ist der maßgebliche. Diese zwei Einzelmesswerte müssen innerhalb bestimmter Abweichungsgrenzen liegen. Unverwertbar sind die Ergebnisse, wenn sie

- bei einer Atemalkoholkonzentration bis zu 0,5 mg/l um mehr als 0,05 mg/l oder
- bei einer Atemalkoholkonzentration von über 0,5 mg/l um mehr als 10%

auseinander liegen. Die Untersuchung ist dann zu wiederholen. Die derzeit im Einsatz befindlichen Geräte, „Alcomat M52052/A 15 der Siemens AG“ und „7110 MKIII A der Dräger AG“ vergleichen die Werte automatisch und protokollieren den Messvorgang. Ein Duplikat – allerdings ohne die Fehlmessungen – kann ausgedruckt werden.

Die messtechnischen Kriterien zur zuverlässigen Bestimmung der Atemalkoholkonzentration sehen vor:

- Die Atemprobe muss in ihrer Zusammensetzung der tiefen Lungenluft entsprechen.
- Innerhalb der letzten 15 Minuten vor Beginn der Atemluftuntersuchung dürfen keine Getränke, Speisen, Medikamente etc. konsumiert werden; es darf nicht geraucht und es dürfen keine Mundsprays verwendet werden.
- Verstärkte Atmung (Hyperventilation, Hechelatmung) muss vor der Probenabgabe unterbunden werden.
- Das erforderliche Mindestvolumen an Atemluft beträgt 1,5 Liter.
- Der Blasvorgang muss über eine Mindestzeit von 3 Sekunden erfolgen.

Der Alkomat weist daher eine Atemprobe zurück, wenn einer der folgenden Punkte zutrifft:

- Blasvolumen kleiner als 1,5 Liter
- Blaszeit kürzer als 3 Sekunden
- Konzentrations- und Mengenanstieg gegen Ende der Ausatmung
- Einfluss von Mund- und Magenrestalkohol

(siehe Kapitel „Alkomatverordnung“, Kap. 17.2.6, S. 460).

Quelle: Alkomatverordnung, 1997, idF BGBl. II Nr. 146/1997

14.6 Alkohol-Vortestgerät

Seit 2005 stehen der Exekutive Alkohol-Vortestgeräte zur Verfügung, die eine rasche und unkomplizierte Überprüfung, ob eine Alkoholbeeinträchtigung vorliegt, ermöglicht. Wartezeiten auf den Alkomattest fallen damit weg. Wer keinen nennenswerten Atemalkohol aufweist, kann gleich nach dem Vortest die Fahrt fortsetzen. Wenn sich der Verdacht einer Alkoholbeeinträchtigung ergibt, muss sich der/die Betroffene einem Alkomattest unterziehen. Die Ergebnisse des Alkomattest haben dann im Gegensatz zum Vortest Beweiskraft. Die Verweigerung der Teilnahme am Vortest kann nicht bestraft werden, allerdings ist dann für die Vortest-Verweigerer ein Alkomattest verpflichtend. Die Gesetzliche Grundlage dafür ist die Alkoholvortestgeräteverordnung idF BGBl. II 404/2005 (Kap. 17.2.7, S. 461).

14.7 Promillegrenzen im europäischen Vergleich

Die Promillegrenzen in Europa schwanken zwischen 0,0 ‰ z.B. in Estland und 0,9 ‰ in Malta. Diese Grenzen gelten dabei nicht generell, d.h. für Führerscheinneulinge und BerufskraftfahrerInnen gelten teilweise strengere Bestimmungen. Eine Übersicht bietet Tab. 124 (S. 332).

Tab. 124: Promillegrenzen in Europa

0,0 ‰	Estland Kroatien Moldawien Rumänien Russische Föderation Slowakei Tschechien Ukraine Ungarn Weißrussland	0,5 ‰	Belgien Bulgarien Dänemark Deutschland Finnland Frankreich Griechenland Italien Lettland Mazedonien Montenegro Niederlande Österreich Portugal Serbien Schweiz Slowenien Spanien Türkei
0,2 ‰	Norwegen Polen Schweden	0,8 ‰	Großbritannien Irland Liechtenstein Luxemburg
0,3 ‰	Bosnien-Herzegowina		
0,4 ‰	Litauen	0,9 ‰	Malta

Quelle: ÖAMTC (2007)

14.8 Verkehrsüberwachung – Alkohol

Aus Tab. 125 (S. 333) kann man entnehmen, dass im Zeitraum von 1987 bis 1998 die Anzahl der Blutabnahmen kontinuierlich sank und sich bis zum Jahr 2006 auf einem eher geringen Niveau einpendelte, dass aber bis 2006 die Zahl der Alkotests einschließlich der Alkovortests um über ein Zehnfaches zunahm. Offensichtlich hat die gesetzliche Einführung der Atemalkoholmessung mittels Alkomat als taugliches Verfahren zum Nachweis des Alkoholisierungsgrades im Jahre 1989 nicht zu einer sprunghaften Veränderung der Polizeipraxis geführt, sondern vielmehr eine kontinuierliche Entwicklung eingeleitet.

Tab. 125: Verkehrsüberwachung – Alkohol

Jahr	Anzahl der Blutabnahmen	Anzahl der Führerscheinabnahmen	Anzahl der Anzeigen nach (§ 5 StVO)	Anzahl der Anzeigen nach FSG 1997	Anzahl der durch-geführten Alkotests
1987	10.746	26.718	-	-	40.979
1988	5.951	28.674	35.799	-	43.237
1989	4.057	33.946	43.182	-	47.771
1990	3.586	33.701	42.193	-	51.675
1991	3.584	33.289	42.799	-	53.706
1992	2.907	31.990	41.532	-	54.695
1993	2.688	29.772	41.039	-	53.947
1994	2.450	30.628	45.594	-	63.745
1995	1.344	30.760	45.674	-	72.490
1996	1.287	29.880	47.918	-	87.463
1997	1.118	27.518	45.786	-	94.973
1998	855	23.403	34.508	7.431	116.727
1999	863	25.379	35.039	7.673	122.225
2000	890	24.752	34.746	7.762	129.672
2001	882	24.981	32.254	7.542	126.686
2002	943	24.097	32.658	7.270	133.586
2003	1.400	21.188	30.425	6.921	156.721
2004	1.402	23.122	31.471	7.183	177.565
2005	1.331	23.393	32.708	6.955	206.326
2006*)	1.066	24.095	32.247	11.292	*465.460*

**) einschließlich Alkovortests*

Quelle: Bundesministerium für Inneres (2007)

Nachdem 1998 für KraftfahrerInnen die 0,5-Promillegrenze über das Führerscheingesetz eingeführt worden ist, während eine Alkoholisierung von mehr als 0,8 Promille auch weiterhin nach der Straßenverkehrsordnung sanktioniert wird (vgl. Kap. 14.3, S. 320), ergab sich eine neue Anzeigenkategorie, die Anzeigen für Sachverhalte (Alkoholisierung unter 0,8 Promille) umfasst, die bis zu diesem Zeitpunkt nicht sanktioniert wurden. Der deutliche Rückgang der Anzeigen nach der Straßenverkehrsordnung ab 1998 bei gleichzeitiger Zunahme der Überprüfungen ist ein deutlicher Hinweis dafür, dass sich die Maßnahme im Sinne des Gesetzgebers ausgewirkt hat. Völlig irreführend wäre es also, die Zahl aller „Alkoholisierungsanzeigen“ aus Tab. 125 (S. 333) im Straßenverkehr zusammenzufassen und den Zeitraum bis 1997 und ab 1998 zu vergleichen.

Seit 15.12.2005 stehen der Exekutive neben den geeichten Alkomaten zur Bestimmung des Alkoholgehaltes auch sogenannte Alkovortest- oder Alkoschnelltestgeräte – allerdings nur zur Verdachtsfindung – zur Verfügung. Die Einführung erfolgte ebenfalls schrittweise. Mit diesen einfachen und handlichen Geräten, die innerhalb kurzer Zeit einen Alkoholverdacht anzeigen, konnte die Exekutive die Kontrolldichte wesentlich erhöhen (insgesamt 465.460 Alkotests; zu den 194.313 Alkomattests kommen 271.147 Alkovortests). Dies hatte natürlich auch Auswirkungen auf die Alkoholanzeigen, v.a. unter 0,8 Promille.

Quelle: BMI (2007)

14.9 Straßenverkehrsunfälle

Wie man Tab. 126 (S. 336) entnehmen kann, ist die Zahl der Verkehrsunfälle mit Personenschaden und die der Verkehrsverletzten von 1961 bis Anfang der Siebzigerjahre laufend gestiegen, danach bis zum Ende der Neunzigerjahre kontinuierlich gesunken und bis 2003 wieder ungefähr auf das Ursprungsniveau von 1961 angestiegen.

Ein ähnlicher Verlauf – Anstieg bis Anfang der Siebzigerjahre und danach kontinuierliches Absinken, allerdings ohne neuerlichem Anstieg Ende der Neunzigerjahre – zeigte sich auch bei der Zahl der Verkehrstoten, den alkoholbezogenen Verkehrsunfälle mit Personenschaden, den alkoholbezogenen Verkehrsverletzten und den alkoholbezogenen Verkehrstoten (Tab. 126, S. 336). Der Rückgang über den Beobachtungszeitraum 1961 bis 2003 betrug bei den Verkehrstoten 43%, bei den alkoholbezogenen Verkehrsunfällen mit Personenschaden 22%, bei den alkoholbezogenen Verkehrsverletzten 23% und bei den alkoholbezogenen Verkehrstoten sogar 69%.

Diese absoluten Zahlen zu vergleichen ist allerdings recht irreführend, weil die Anzahl der zugelassenen KFZ im Beobachtungszeitraum zwischen 1961 und 2003 auf das 3,9-fache angestiegen ist, wobei gleichzeitig die pro KFZ gefahrene Jahreskilometerzahl weitgehend konstant blieb (Tab. 126, S. 336). Betrachtet man die Zahl der Verkehrsunfälle mit Personenschaden, die der Verkehrsverletzten und der Verkehrstoten nämlich relativ zum Kraftfahrzeugbestand (Tab. 127, S. 337), so fällt von 1961 bis 2003 in allen drei Kategorien ein enormer Rückgang auf. Wie man Abb. 23 (S. 338) entnehmen kann, ergab sich pro zugelassenem Kraftfahrzeug von 1961 bis 2003 ein Rückgang der Verkehrsunfälle

- auf rund ein Viertel bei Unfällen (26%) sowie Verletzten (26%),
- auf rund ein Fünftel bei Verkehrstoten (15%), Alkoholunfällen (20%) sowie Verletzten bei Alkoholunfällen (20%) und
- auf rund ein Zehntel bei Toten im Zusammenhang mit Alkoholunfällen (11%).

Dieser starke Trend zu weniger Verkehrsunfällen ist durch eine Reihe von Maßnahmen zu erklären, wie straßenbauliche Verbesserungen, Maßnahmen zur Entschärfung von unfallträchtigen Situationen, bessere und sicherere Kraftfahrzeuge, mehr Fahrpraxis beim/bei der durchschnittlichen FahrzeuglenkerIn und dem Trend zu weniger Alkoholisierung im Straßenverkehr. Interessanterweise wird diese unglaubliche Erfolgsstory in den Medien kaum je als solche dargestellt. Im Gegenteil – es dominieren Negativberichte in Verbindung mit der Forderung energische Schritte zur Erhöhung der Verkehrssicherheit zu setzen.

Da sich im Beobachtungszeitraum einige Rahmenbedingungen verändert haben, ist bei der Interpretation der Zahlen in Tab. 126 (S. 336) und Tab. 127 (S. 337) mit gewissen Unschärfen zu rechnen. Folgende Aspekte sind zu beachten:

- Als Verkehrstote galten bis 1965 und ab 1992 Personen, die innerhalb einer 30-Tagesfrist an den Unfallsfolgen starben. Im Zeitraum zwischen 1966 und 1991 galt diesbezüglich eine 3-Tagesfrist. Um nun die Vergleichbarkeit über den gesamten Zeitraum zu gewährleisten, kamen das Bundesministerium für Inneres, Statistik Austria und das Kuratorium für Verkehrssicherheit überein, die Werte zwischen 1966 und 1991 durch Multiplikation mit 1,12 [108] approximativ auf die 30-Tagesbasis hochzurechnen. Die entsprechenden Zahlen in Tab. 126 (S. 336) und Tab. 127 (S. 337) sind in diesem Sinne hochgerechnet. Zu den nicht-hochgerechneten Werten, die sich in manchen anderen Veröffentlichungen finden, gelangt man, indem man die in den Tabellen dargestellten Werte durch 1,12 dividiert.
- Die alkoholbezogenen Verkehrstoten betreffend muss man bedenken, dass hier aufgrund der relativ geringen Zahlen die Zufallskomponente recht groß ist und man daher nur längerfristige Trends, aber keinesfalls Schwankungen von Jahr zu Jahr interpretieren sollte. Schon ein einziger schwerer Alkoholunfall – z.B. wenn ein Autobus mit mehreren Insassen involviert ist – kann hier einen enormen Zuwachs bedeuten.
- Bei der Beurteilung des Alkoholeinflusses im Verkehrsunfallgeschehen gibt es einerseits Faktoren, die systematisch in Richtung Unterschätzung, und andere, die systematisch in Richtung Überschätzung wirken, und deren Einflüsse sich teilweise gegenseitig kompensieren. Eine Unterschätzung ergibt sich, weil bei schwer verletzten bzw. getöteten LenkerInnen, ganz besonders wenn es sich um Alleinunfälle handelt, nicht immer festgestellt wird, ob der/die LenkerIn alkoholisiert war [109], und eine Überschätzung ergibt sich, weil jeder Unfall mit einem/einer alkoholisierten Beteiligten automatisch als „Alkoholunfall" klassifiziert wird, auch wenn die Alkoholisierung nicht ursächlich zum Unfall beigetragen hat [110]. Das Kuratorium für Verkehrssicherheit (KfV, 2006) fördert hier z.B. noch die logisch inkorrekte Kausalinterpretation, indem in irreführender Weise z.B. der Begriff „Unfälle durch Trunkenheit" verwendet wird, anstatt die korrekteren Ausdrücke „alkoholassoziierte Unfälle" oder „alkoholbezogene Unfälle" zu verwenden.
- Seit 1998 haben weiters zwei legislative Maßnahmen zu einem scheinbaren Anstieg der Alkoholbeteiligung geführt. Einerseits wird eine Blutalkoholkonzentration zwischen 0,5 und 0,8 Promille, die vor 1998 als „keine Alkoholbeeinträchtigung" klassifiziert wurde, seit 1998 als „Alkoholbeeinträchtigung" gewertet. Und andererseits hat das Innenministerium seit Juli 2002 per Erlass angeordnet, dass bei allen LenkerInnen, die in Verkehrsunfälle mit Personenschaden involviert sind, obligatorisch ein Alkomattest durchgeführt werden muss, weswegen nüchtern erscheinende alkoholisierte Unfallbeteiligte seither mit weit größerer Wahrscheinlichkeit früher entdeckt werden. [107] Über das genaue Ausmaß dieser verzerrenden Einflüsse kann man mangels präziser Daten jedoch nur spekulieren.

---

108 Der Unterschied zwischen den beiden Berechnungsarten beträgt durchschnittlich rund 12%.

109 Seit Juli 2002 ist bei Verkehrsunfällen mit Personenschaden ein Alkoholtest für alle Beteiligten gesetzlich vorgeschrieben, wobei die Überprüfung der Blutalkoholkonzentration bei Verkehrstoten allerdings weiterhin nur über ausdrückliche Anordnung durch den Staatsanwalt erfolgt und bei schwer verletzten Personen eine solche nur stattfindet, wenn ein Test aus therapeutisch-medizinischen Gründen nicht kontraindiziert erscheint.

110 Als Alkoholunfälle gelten alle Unfälle, bei denen mindestens ein(e) beteiligte(r) LenkerIn, MitfahrerIn oder FußgängerIn alkoholisiert war, wobei die Alkoholisierung von FußgängerInnen und MitfahrerInnen nur dann gewertet wird, wenn letztere entweder verletzt wurden oder durch ihr Verhalten wesentlich am Zustandekommen des Unfalls beteiligt waren. Ob die alkoholisierten Beteiligten tatsächlich eine Mitschuld am Unfall trifft, spielt keine Rolle; d.h. z.B., wenn ein vorschriftsmäßig bei einer Ampel stehende(r) alkoholisierte(r) FahrzeuglenkerIn von einem/einer nüchterne(n) LenkerIn mit dem Fahrzeug gerammt wird oder ein(e) am Unfall unbeteiligte(r) alkoholisierte(r) MitfahrerIn verletzt wird, so wird der Unfall als Alkoholunfall klassifiziert (KfV, 2006).

Tab. 126: Straßenverkehrsunfälle (absolut)

Jahr	Unfälle mit Personen-schaden	Verun-glückte	Verletzte	Tote	Alkohol Unfälle	Alkohol Verletzte	Alkohol Tote	Jahresfahrl. km /PKW	Kfz-Bestand
1961	42.653	58.131	56.491	1.640	3.642	5.219	268		1.421.092
1962	41.954	57.155	55.533	1.622	3.720	5.438	280		1.528.245
1963	43.736	59.774	57.963	1.811	3.983	5.845	350		1.620.456
1964	45.784	62.703	60.720	1.983	4.144	6.139	328		1.710.007
1965	44.970	61.816	59.987	1.829	3.984	5.900	318		1.809.770
1966	47.250	65.342	63.241	2.101	4.072	5.949	357		1.902.969
1967	49.539	69.113	66.733	2.380	4.632	6.873	407		1.981.526
1968	48.963	68.492	66.076	2.416	4.460	6.726	409		2.057.407
1969	50.189	70.206	67.886	2.320	4.524	6.810	370		2.123.730
1970	51.631	72.653	70.146	2.507	4.649	7.118	412	14.545	2.201.021
1971	52.763	74.864	72.082	2.782	4.828	7.522	420		2.336.520
1972	52.696	74.968	72.020	2.948	4.737	7.255	449		2.486.529
1973	49.716	70.851	68.086	2.765	4.369	6.741	413		2.542.617
1974	48.853	68.438	65.939	2.499	4.758	7.397	417		2.653.016
1975	49.132	68.348	65.881	2.467	4.416	6.757	409		2.767.463
1976	45.016	62.771	60.640	2.131	4.140	6.057	394		2.919.324
1977	46.183	64.133	62.042	2.091	4.163	6.115	323	12.584	3.099.268
1978	43.592	60.929	58.817	2.112	3.768	5.585	300		3.191.905
1979	45.425	63.000	60.871	2.129	4.100	6.070	317		3.319.766
1980	46.214	64.367	62.416	1.951	4.001	5.999	274		3.384.492
1981	46.690	64.213	62.315	1.898	4.022	5.905	256		3.494.065
1982	47.067	64.132	62.249	1.883	4.229	6.296	293		3.567.821
1983	48.825	66.540	64.573	1.967	4.219	6.344	295	11.774	3.650.446
1984	48.146	63.982	62.168	1.814	4.146	5.970	251		3.725.963
1985	46.275	61.338	59.814	1.524	3.757	5.537	192	11.868	3.801.531
1986	45.015	59.783	58.288	1.495	3.334	4.853	174	12.300	3.873.574
1987	43.947	58.664	57.195	1.469	3.341	4.821	197	13.270	3.946.117
1988	44.243	59.289	57.669	1.620	3.025	4.354	206	13.270	4.059.084
1989	46.565	62.025	60.455	1.570	3.227	4.698	172	13.630	4.185.692
1990	46.338	62.041	60.483	1.558	3.034	4.273	141	13.850	4.239.784
1991	46.013	61.740	60.189	1.551	2.851	4.165	115	13.770	4.341.042
1992	44.730	58.876	57.473	1.403	3.056	4.258	123	13.760	4.504.078
1993	41.791	55.270	53.987	1.283	2.699	3.956	117	13.720	4.639.065
1994	42.015	55.156	53.818	1.338	2.840	4.015	131	13.630	4.772.520
1995	38.956	51.974	50.764	1.210	2.645	3.875	113	13.470	4.914.538
1996	38.253	50.700	49.673	1.027	2.525	3.530	81	13.580	5.038.207
1997	39.695	52.696	51.591	1.105	2.465	3.459	95	13.527	5.162.243
1998	39.225	52.040	51.077	963	2.217	3.113	82	13.825	5.309.220
1999	42.348	56.046	54.967	1.079	2.454	3.405	93	13.393	5.470.948
2000	42.126	55.905	54.929	976	2.557	3.643	66		5.581.444
2001	43.073	57.223	56.265	958	2.559	3.517	69	13.702	5.684.244
2002	43.175	57.640	56.684	956	2.736	3.901	92		5.419.073
2003	43.426	57.812	56.881	931	2.841	4.020	84		5.505.927
2004	42.657	56.735	55.857	878	2.835	4.017	67		5.575.677
2005	40.896	54.002	53.234	768	2.746	3.825	57		5.646.882
2006	39.884	52.660	51.930	730	2.578	3.565	56		5.722.624
2007	41.096	53.902	53.211	691	2731	3819	56		5.798.366

Quelle: KfV (2008); Statistik Austria (2007b)

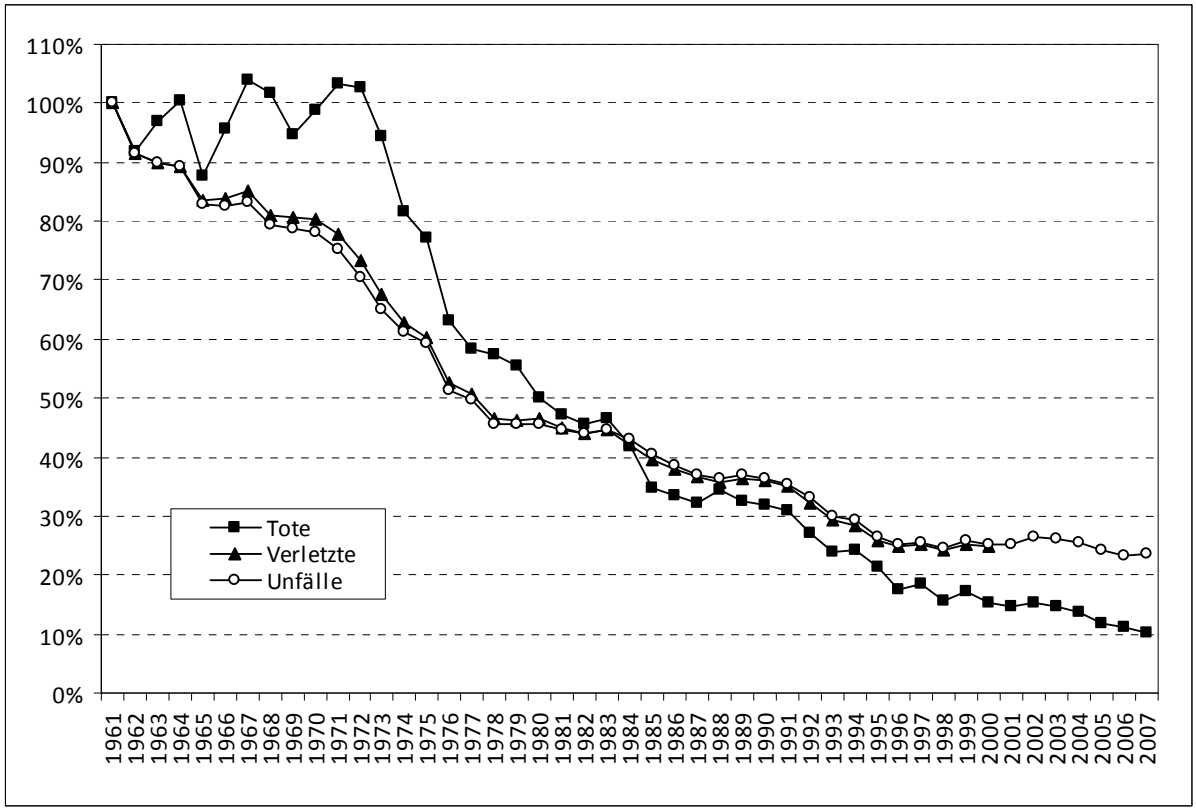
Tab. 127: Straßenverkehrsunfälle (pro 100.000 Kfz-Zulassungen)

Jahr	Unfälle mit Personen-schaden	Verunglückte	Verletzte	Tote	Alkohol Unfälle	Alkohol Verletzte	Alkohol Tote	Kfz-Bestand
1961	3.001	4.091	3.975	115	256	367	19	1.421.092
1962	2.745	3.740	3.634	106	243	356	18	1.528.245
1963	2.699	3.689	3.577	112	246	361	22	1.620.456
1964	2.677	3.667	3.551	116	242	359	19	1.710.007
1965	2.485	3.416	3.315	101	220	326	18	1.809.770
1966	2.483	3.434	3.323	110	214	313	19	1.902.969
1967	2.500	3.488	3.368	120	234	347	21	1.981.526
1968	2.380	3.329	3.212	117	217	327	20	2.057.407
1969	2.363	3.306	3.197	109	213	321	17	2.123.730
1970	2.346	3.301	3.187	114	211	323	19	2.201.021
1971	2.258	3.204	3.085	119	207	322	18	2.336.520
1972	2.119	3.015	2.896	119	191	292	18	2.486.529
1973	1.955	2.787	2.678	109	172	265	16	2.542.617
1974	1.841	2.580	2.485	94	179	279	16	2.653.016
1975	1.775	2.470	2.381	89	160	244	15	2.767.463
1976	1.542	2.150	2.077	73	142	207	13	2.919.324
1977	1.490	2.069	2.002	67	134	197	10	3.099.268
1978	1.366	1.909	1.843	66	118	175	9	3.191.905
1979	1.368	1.898	1.834	64	124	183	10	3.319.766
1980	1.365	1.902	1.844	58	118	177	8	3.384.492
1981	1.336	1.838	1.783	54	115	169	7	3.494.065
1982	1.319	1.798	1.745	53	119	176	8	3.567.821
1983	1.338	1.823	1.769	54	116	174	8	3.650.446
1984	1.292	1.717	1.669	49	111	160	7	3.725.963
1985	1.217	1.614	1.573	40	99	146	5	3.801.531
1986	1.162	1.543	1.505	39	86	125	4	3.873.574
1987	1.114	1.487	1.449	37	85	122	5	3.946.117
1988	1.090	1.461	1.421	40	75	107	5	4.059.084
1989	1.112	1.482	1.444	38	77	112	4	4.185.692
1990	1.093	1.463	1.427	37	72	101	3	4.239.784
1991	1.060	1.422	1.387	36	66	96	3	4.341.042
1992	993	1.307	1.276	31	68	95	3	4.504.078
1993	901	1.191	1.164	28	58	85	3	4.639.065
1994	880	1.156	1.128	28	60	84	3	4.772.520
1995	793	1.058	1.033	25	54	79	2	4.914.538
1996	759	1.006	986	20	50	70	2	5.038.207
1997	769	1.021	999	21	48	67	2	5.162.243
1998	739	980	962	18	42	59	2	5.309.220
1999	774	1.024	1.005	20	45	62	2	5.470.948
2000	755	1.002	984	17	46	65	1	5.581.444
2001	758	1.007	990	17	45	62	1	5.684.244
2002	797	1.064	1.046	18	50	72	2	5.419.073
2003	789	1.050	1.033	17	52	73	2	5.505.927
2004	765	1.018	1.002	16	51	72	1	5.575.677
2005	724	956	943	14	49	68	1	5.646.882
2006	697	920	907	13	45	62	1	5.722.624
2007	709	930	918	12	47	66	1	5.798.366

Quelle: KfV (2001, 2005) Statistik Austria (2007b); eigene Berechnungen

Zwar nehmen Männer als alkoholisierte Lenker nach wie vor den Spitzenplatz in der Unfallstatistik ein, die Zahl der Frauen, die alkoholbeeinträchtigt ein Fahrzeug lenken, nimmt jedoch ständig zu. Vor 10 Jahren betrug der Frauenanteil rund 5%, jetzt sind es bereits 10%. 2002 waren 275 Frauen bei Unfällen mit Personenschaden alkoholisiert. (Tab. 126, S. 336).

Abb. 23: Straßenverkehrsunfälle mit Personenschaden, Verkehrsverletzte und Verkehrstote relativ zum Kraftfahrzeugbestand – bezogen auf das Indexjahr 1961 (100%) zwischen 1961-2007



15 Alkohol und Strafrecht

15.1 Auszüge aus gesetzlichen Bestimmungen

In den unten angeführten Kapiteln werden Auszüge aus jenen gesetzlichen Bestimmungen dargestellt, die einen Bezug zu Alkoholkonsum und Alkoholisierung haben und auf die in Kap. 15.2 (S. 339) bis Kap. 15.5 (S. 342) Bezug genommen wird:

- Strafgesetzbuch 1975 idF BGBl. I Nr. 112/2007 (Kap. 17.3.1, S. 468)
- Strafprozessordnung 1975 idF BGBl. I Nr. 109/2007 (Kap. 17.3.2, S. 470)
- Europäische Menschenrechtskonvention (Kap. 17.3.3, S. 471)
- Sicherheitspolizeigesetz idF BGBl. I Nr. 4/2008 (Kap. 17.3.5, S. 471)
- Strafvollzugsgesetz idF BGBl. I Nr. 109/200 (Kap. 17.3.6, S. 472)
- Unterbringungsgesetz idF BGBl. I Nr. 12/1997 (Kap. 17.3.7, S. 475)
- Verwaltungsstrafgesetz idF BGBl. I Nr. 5/2008 (Kap. 17.3.8, S. 477)
- Polizeigefangenenhaus-Hausordnung idF BGBl. II Nr. 185/1998 (Kap. 17.3.9, S. 477).

15.2 Forensische bzw. rechtsmedizinische Aspekte des Alkoholkonsums

Forensische bzw. rechtsmedizinische Aspekte des Alkoholkonsums wurden bereits in den vorhergehenden Kapiteln behandelt. Sie betreffen vor allem die Beurteilung alkoholbeeinflusster VerkehrsteilnehmerInnen (Kap. 14, S. 316) und StraftäterInnen hinsichtlich ihrer Fahrtüchtigkeit bzw. Schuldfähigkeit (siehe weiter unten in diesem Kapitel) sowie Untersuchungen im Zusammenhang mit Alkohol als Ursache für Un- und Todesfälle. Wie Grüner (1995) ausführt, hat die Alkoholforschung wesentliche Impulse durch die Gerichtsmedizin erfahren. Diese betreffen vor allem den Nachweis des Alkohols, die Erforschung seines Verhaltens im Organismus, besonders der Alkoholkinetik, d.h. der quantitativen Auseinandersetzung des Organismus mit dem einverleibten Stoff (siehe Kap. 3.1, S. 52) und die Erforschung der körperlichen und seelischen Funktionsstörungen (siehe Kap. 3.3 und Kap. 3.4, S. 72 und S. 74) sowie der pathologisch-anatomischen Erscheinungen (siehe Kap. 4, S. 95).

15.3 Strafrechtliche Aspekte im Zusammenhang mit Produktion, Werbung, Vertrieb und Fiskus

Im Zusammenhang mit Bewerbung und Vertrieb (Kap. 13, S. 288), reinen produkt- bzw. produktionsspezifischen Vorschriften (Kap. 9, S. 212) und fiskalischen Bestimmungen (Kap. 10, S. 226) muss Alkohol naturgemäß nicht notwendigerweise konsumiert werden, um strafrechtlich relevante Sachverhalte zu konstituieren. Auf die entsprechenden Bestimmungen wurde in den diesbezüglichen Kapiteln bereits hingewiesen bzw. die gesetzlichen Grundlagen dafür angeführt.

15.4 Strafbarkeit von Alkoholisierung

Alkoholisierung allein – also ohne gleichzeitige oder dadurch bedingte Verletzung von sonstigen rechtlichen Vorschriften – stellt in Österreich kein strafbares Delikt dar. Eine Sanktionierung von Alkoholisierung ist immer nur in Verbindung mit einem Delikt, welches rechtlich „sanktionierbar" ist, möglich. In den direkten, also den Alkohol im menschlichen Organismus konkret ansprechenden, gesetzlichen Bestimmungen wird im Wesentlichen entweder auf Alkoholkonsum, Alkoholisierung Alkoholbeeinträchtigung oder Alkoholabhängigkeit Bezug genommen (siehe dazu die Ausführungen in den vorigen Kapiteln bzw. weiter unten in diesem Kapitel die Auszüge aus den gesetzlichen Regelungen).

Es sollte aber nicht übersehen werden, dass aufgrund bestehender gesetzlicher Regelungen, welche nicht direkt auf Alkohol Bezug nehmen (u.a. z.B. im Hinblick auf Sicherheit, Ruhestörung, Anstandsverletzungen und ähnliches), beinahe jegliches – zumindest augenscheinliches – alkoholisiertes Verhalten mit solchen Gesetzesverletzungen oder Ordnungswidrigkeiten in Verbindung gebracht werden kann.

15.4.1 Zurechnungsunfähigkeit

Nachdem § 11 des Strafgesetzbuches (Kap. 17.3.1, S. 468) die Zurechnungsfähigkeit für schuldhaftes Handeln fordert, und daher im Zustand voller Berauschung begangene Straftaten nicht strafbar wären, hat der Gesetzgeber dafür spezielle Regelungen vorgesehen. So kommt einerseits eine Einweisung in eine „Anstalt für geistig abnorme Rechtsbrecher" (§§ 21 und § 22 StGB) in Betracht und/oder andererseits eine Verurteilung wegen Begehung einer Straftat im Zustand der vollen Berauschung (§ 287 StGB). Auch für Verwaltungsübertretungen in einem die Zurechnungsfähigkeit ausschließenden Zustand sind Strafen vorgesehen (§ 83 Sicherheitspolizeigesetz). Unter Umständen kann eine Strafminderung wegen eingeschränkter Zurechnungsfähigkeit (§ 35 StGB) wirksam werden, kaum aber eine Verschärfung.

15.4.2 Verfahrensweise der Exekutive mit Alkoholisierten

Die Vorgangsweise der Exekutive mit alkoholisierten Personen ist gesetzlich nicht explizit geregelt. Das Missachten von Ermahnungen, Weisungen und Aufforderungen der Exekutive, ein gesetzwidriges Verhalten einzustellen, kann – genauso wie ein die Sicherheit oder die Ordnung gefährdendes Verhalten – sowohl zur Bestrafung als auch zur Festnahme führen. In Verbindung mit einer Festnahme kann die Vorführung vor einen Amtsarzt/eine Amtsärztin bzw. in eine Krankenanstalt für Psychiatrie vorgenommen werden. Gesetzliche Grundlagen dafür finden sich vor allem im Sicherheitspolizeigesetz (§ 46) und in einer Vielzahl anderer Gesetze (Verwaltungsstrafgesetz, Strafgesetzbuch, Strafprozessordnung, Unterbringungsgesetz etc.).

15.4.3 Alkohol im Strafvollzug

Ein explizites Alkoholverbot während der Verbüßung einer Freiheitsstrafe existiert nicht, aber § 34 des Strafvollzugsgesetzes regelt den Bezug von Bedarfsgegenständen, welche vom/von der AnstaltsleiterIn einer Zulassung bedürfen. Hier wird explizit festgestellt, dass berauschende Mittel nicht zugelassen werden dürfen. Das impliziert wohl ein Alkoholverbot in der Anstalt.

Weiters sind die AnstaltsleiterInnen laut Strafvollzugsgesetz verpflichtet, eine Hausordnung zu erlassen, welche jedem/jeder Strafgefangenen durch Aushang in der Zelle zur Kenntnis zu bringen ist. Diese muss vom zuständigen Ministerium genehmigt, aber nicht veröffentlicht werden. In den konkreten Hausordnungen sind Alkoholverbote üblich, und unter dem Aspekt der Aufrechterhaltung von Sicherheit und Ordnung stellt die Verfügung eines Alkoholverbots auch kein Problem dar. Einem/Einer FreigängerIn den Konsum alkoholischer Getränke zu verbieten, ist über Weisungen möglich. Dagegen sieht die Polizei-gefangenenhaus-Hausordnung auch ein konkretes Konsumverbot von Alkohol vor (§ 13).

15.5 Alkoholkriminalität

In Tab. 128 (S. 342) wird für den Zeitraum 1990 bis 1996 die Anzahl der rechtskräftigen Verurteilungen nach dem Strafgesetzbuch bzw. nach angeführten Nebengesetzen mit Alkoholbeteiligung ausgewiesen. Diese Anzahl schwankte in diesem Zeitraum zwischen 2.174 und 2.964, was rund 4% aller Verurteilungen ausmacht.

Tab. 128: Verurteilungen

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Strafbare Handlungen gegen Leib und Leben §§ 75 - 95	1.019	1.049	941	933	720	828	745
Strafbare Handlungen gegen die Freiheit §§ 99 - 110	293	326	305	301	355	321	324
Strafbare Handlungen gegen die Ehre §§ 111 - 116	4	5	8	7	13	6	3
Strafbare Handlungen gegen fremdes Vermögen §§ 125 - 168	869	761	676	593	541	553	518
Strafbare u. gemeingefährliche strafbare Handl. gegen die Umwelt §§ 169 - 187	10	19	15	9	10	18	12
Strafbare Handlungen gegen die Ehe u. Familie §§ 192 - 200	6	5	6	3	5	4	4
Strafbare Handl. gegen die Sittlichkeit §§ 201 - 221	50	44	39	39	35	38	40
Tierquälerei § 222	2	3	4	1	2	2	2
Strafbare Handl. gegen die Zuverlässigkeit von Urkunden §§223 - 231	27	28	31	30	17	17	17
Strafbare Handlungen gegen die Staatsgewalt §§ 269 - 273	120	107	103	136	95	117	128
Strafbare Handl. gegen den öffentlichen Frieden §§ 274 - 287	508	521	411	399	334	414	355
Strafbare Handl. gegen die Rechtspflege §§ 288 - 301	29	32	40	29	27	32	24
Strafbare Verletzungen der Amtspflicht, Amtsanmaßung §§ 302 - 312, 314	5	7	7	4	5	7	2
Militärstrafgesetz, Finanzstrafgesetz	5	10	6	12	4	7	2
Notzeichengesetz	2	1	4	1	0	2	1
Suchtgiftgesetz	5	3	2	8	5	10	12
Verbotsgesetz	0	0	0	0	0	1	2
Waffengesetz, Wehrgesetz	10	6	6	7	6	6	7
Verurteilungen mit Alkoholbeteiligung insg.	2.964	2.927	2.604	2.512	2.174	2.383	2.198
Verurteilungen insgesamt	71.722	75.155	74.419	74.937		69.779	71.722

Quelle: ÖSTAT, entsprechende Jahre

16 Behandlung des Alkoholismus

Das Kapitel 16.1 (S. 343) baut primär auf Eisenbach-Stangl (1991a, S. 252-283, 1991b, 1994b, 1997) auf und das Kapitel 16.3 (S. 348) auf Eisenbach-Stangl (1992a, 1992a), Eisenbach-Stangl & Uhl (1995) und Eisenbach-Stangl (1998). Darüber hinaus wurden Aktualisierungen und Ergänzungen vorgenommen.

16.1 Entwicklung des professionellen Behandlungs- und Betreuungsangebots für AlkoholikerInnen in Österreich

Bis 1918 gab es in Österreich weder geschlossene noch offene Trinkerheilstätten (als „geschlossene Anstalten“ bezeichnet man Einrichtungen, in die zwangseingewiesen werden kann und als „offene Anstalten“ solche, die ausschließlich freiwillige PatientInnen aufnehmen). Die wenigen Trinkerheime, die vor dem ersten Weltkrieg existiert haben dürften und das private Abstinenzsanatorium in Niederösterreich haben während des Krieges die Arbeit eingestellt.

Nach dem Ersten Weltkrieg begann man ein spezielles Behandlungssystem für Alkoholkranke auf- und auszubauen. Seine Entwicklung kann folgendermaßen zusammengefasst werden:

- Professionalisierung der stationären Alkoholismusbehandlung in öffentlichen psychiatrischen Krankenanstalten, begleitet von der Gründung eigener Alkoholiker-abteilungen.
- Entstehung von speziellen, offenen Alkoholikerbehandlungseinrichtungen mit privaten Trägern nach dem „Kalksburger“ Modell.
- Ausbau ambulanter Einrichtungen zur Beratung und Behandlung von Alkoholkranken, die in der Regel mit den stationären Behandlungseinrichtungen eng kooperieren und vor allem Vorbetreuung und Nachbehandlung für den stationären Sektor über-nehmen.

Die beiden wichtigsten Ereignisse in diesem Zusammenhang sind:

- 1922 – Gründung der ersten Trinkerheilstätte als Abteilung der Irrenanstalt „Am Steinhof“, die 1933 bereits 84 Betten hatte. In dieser Abteilung wurden zwangsaufgenommene und freiwillige Patienten behandelt. Die Trinkerheilstätte musste ihre Arbeit 1939 einstellen. Eine Alkoholikerabteilung wurde im Psychiatrischen Krankenhaus der Stadt Wien erst im Jahr 1979 wieder eröffnet („Institut für Alkoholkranke“). 1993 hatte es eine Aufnahmekapazität für 33 Personen Im nunmehrigen „Otto-Wagner-Spital“ (OWS) der Stadt Wien stehen derzeit 26 stationäre Behandlungsplätze für alkoholabhängige Männer zur Verfügung.
- 1961 – Eröffnung der ersten offenen Anstalt, der „Stiftung Genesungsheim Kalksburg in Wien mit 65 Betten. Die 1987 in „Anton Proksch Institut“ umbenannte Einrichtung befindet sich in Kalksburg (Wien 23) und besteht aus folgenden vier Abteilungen: Abteilung I für alkohol- und medikamentenabhängige Männer und Frauen, Abteilung II für alkohol- und medikamentenabhängige Männer, Abteilung III für alkohol- und medikamentenabhängige Männer und der Abteilung IV für alkohol- und medikamentenabhängige Frauen mit einer Kapazität von 180 Betten für Männer und 60 Betten für Frauen.

Weitere wichtige auf Alkoholismusbehandlung spezialisierten Abteilungen psychiatrischer Krankenanstalten sind:

- Die 1967 gegründete Alkoholikerstation in der Landesnervenklinik Sigmund Freud Graz in der Steiermark mit zunächst 53 Betten; 1988 wurde sie zu einer eigenen Abteilung für Alkohol- und Suchtkranke umgewandelt, die aktuell als „Landesnervenklinik Sigmund Freud Graz, Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen (ABH) mit fünf Stationen " über 125 Betten verfügt.
- m Laufe der Siebzigerjahre wurde eine Abteilung für Alkoholkranke im nunmehrigen „Landesklinikum Mostviertel Amstetten-Mauer", (vormals Niederösterreichische Landesnervenklinik Mauer) in Niederösterreich geschaffen. Die Therapiestation für Alkoholkranke verfügt derzeit über rund 30 Betten geschaffen.
- 1987 wurde eine Abteilung für AlkoholikerInnen im „Therapiezentrum Ybbs/Niederösterreich des Psychiatrischen Krankenhauses der Stadt Wien" gegründet. 2008 bietet die Klinik auf der 1. Psychiatrischen Abteilung, Station 10, Subakut-, Aufnahme- und Therapiestation, einer von insgesamt vier der psychiatrischen Abteilungen eine mittelfristige Therapie für schwer alkoholkranke und/oder medikamentenabhängige Männer und Frauen (145 psychiatrische Betten, davon ca. 40 für Alkoholbehandlung) mit einer durchschnittlichen Dauer von 12 Wochen an. Die Behandlung umfasst Entzug und Entwöhnung. Die Abteilungen werden gemischtgeschlechtlich geführt.
- 1992 wurde die Entzugs- und Entgiftungsstation für Alkohol- und Suchtkranke an der Landesnervenklinik Salzburg, nunmehr Christian-Doppler-Klinik mit 25 Betten eröffnet. Die Abteilung Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie II, Suchtmedizin bietet auf der Alkohol-/ Drogen-Wachstation 14 Behandlungsplätze und auf der Therapiestation für suchtbedingte psychiatrische Erkrankungen 18 Plätze.

Offene Anstalten, die sich am „Modell Kalksburg" (vgl. Kap. 16.2, S. 345) orientieren, sind:

- Das „Haus Christine", das 1972 in Innsbruck/Tirol mit 32 Betten eröffnet wurde, wurde Mitte der Siebzigerjahre in eine Abteilung der psychiatrisch-neurologischen Universitätsklinik umgewandelt. In der nunmehrigen „Universitätsklinik für Psychiatrie Innsbruck Therapie- und Gesundheitszentrum Mutters, Station III, Fachabteilung für Alkohol- u. Medikamenten-abhängige" standen im Jahr 2008 24 Betten zur Verfügung.
- Das Krankenhaus „Stiftung Maria Ebene in Frastanz/Vorarlberg wurde 1976 gegründet und hat derzeit rund 50 Betten.
- Das 1978 mit 30 Betten eröffnete Krankenhaus „Genesungsheim Traun in Oberösterreich wird seit 2003 als „Therapiezentrum Traun für Alkohol- und Medikamentenabhängige" der Oberösterreichischen Landesnervenklinik Wagner-Jauregg Linz geführt und hatte im Jahr 2008 75 Betten.
- 1979 wurde ein Rehabilitationszentrum für alkohol- und medikamentenabhängige Frauen in Salzburg mit 18 Betten geschaffen, das seit 1983 den Status eines Sonderkrankenhauses hat. Seit 1987 werden in einer eigenen Außenstelle auch Männer behandelt. Heute existieren zwei Standorte das „Sonderkrankenhaus für Alkohol- und Medikamentenabhängige" mit 10 Plätzen und das „Sonderkrankenhaus für alkohol- und medikamentenabhängige Männer" mit 20 Plätzen, Träger beider Einrichtungen ist der Salzburger Landesverband für Psychohygiene.

- Das „Krankenhaus de La Tour der Evangelischen Stiftung Treffen“, ein Teil der „Stiftung de La Tour“, wurde in Treffen/Kärnten erstmals 1931 mit einer Kapazität von 22 Betten eröffnet. Bedingt durch den 2. Weltkrieg kam es zu einer Schließung. Im Sommer 1979 wurde mit dem Bau des Krankenhauses de La Tour begonnen und 1983 konnte die Männerstation und 1987 die Frauenstation eröffnet werden. Heute umfasst die „Offene Therapiestation zur Behandlung von Abhängigkeiten“ d56 Betten, 37 davon stehen für Männer und 19 für Frauen aus allen österreichischen Bundesländern und Südtirol zur Verfügung.
- Seit 2002 bietet auch der „Grüne Kreis“, Verein für Rehabilitation und Integration suchtkranker Personen, 40 Betten in verschiedenen Sozialhilfeeinrichtungen in Niederösterreich für Alkoholabhängige an.

1993 gab es insgesamt rund 840 Betten für Alkoholkranke (1983: 670), von denen 123 (22%) ausschließlich für Frauen bereitstanden. Im selben Jahr wurden rund 6.700 Alkoholkranke in den spezialisierten sozialen Einrichtungen behandelt (1983: rund 4.900 Alkoholkranke). Eine Erhebung im Jahr 2003 ergab eine Bettenzahl von 861 in den für die Behandlung von Alkoholabhängigen stationären Einrichtungen.

16.2 Das „Modell Kalksburg“

Da das „Modell Kalksburg“ bei der Entstehung der stationären Alkoholismusbehandlung in Österreich eine zentrale Rolle gespielt hat und noch immer spielt, und da die AutorInnenen des vorliegenden Handbuchs als MitarbeiterInnen des Ludwig-Boltzmann-Instituts für Suchtforschung bzw. des Anton Proksch Instituts mit diesem Modell besonders gut vertraut sind, wird dieses Modell nun etwas ausführlicher dargestellt.

Die Abteilung für Alkohol- und Medikamentenabhängige des Anton Proksch Instituts unterhält einen stationären Behandlungsbereich mit gegenwärtig 240 Betten sowie einen in Wien und Niederösterreich verteilten ambulanten Behandlungsbereich, der aus der Ambulanz Gräfin Zichy Straße für alkohol- und medikamentenabhängige Frauen, der Hauptambulanz für Männer im Ambulatorium Wiedner Hauptstraße für Alkohol- und Medikamentenabhängige und der Alkoholambulanz im Ambulatorium Radetzkystraße besteht. In den vom Anton Proksch Institut betriebenen neuen Suchtberatungstellen Baden, Neunkirchen und Wr. Neustadt werden sowohl für stoffgebundene Formen der Sucht (wie Alkohol-, Medikamenten-, Nikotin- und Drogen-Abhängigkeit), als auch für stoffungebundene Süchte (wie z.B. Spielsucht) Behandlung und Beratung angeboten.

Das Anton Proksch Institut ist eine Sonderkrankenanstalt zur Behandlung Abhängiger. Die Kosten für die Behandlung werden von den Sozialversicherungsträgern bzw. ersatzweise von den jeweiligen Sozialhilfeträgern übernommen. Es handelt sich um eine offene Institution, d.h. die stationäre Aufnahme erfolgt nur auf freiwilliger Basis. Angeboten werden eine ausschließlich ambulante Behandlung sowie eine stationäre Behandlung, die als intensiver Behandlungsbeginn im Rahmen eines Behandlungskonzeptes mit einer langzeitambulanten Weiterbehandlung gesehen wird. Teilstationäre Behandlungsmöglichkeiten existieren gegenwärtig noch nicht.

Die stationäre Behandlungsdauer beträgt in der Regel 6 bis 8 Wochen, unter bestimmten Indikationsstellungen ist auch eine Verlängerung möglich. Einzelne Abteilungen bieten stationäre Behandlungen mit davon abweichenden Behandlungszeiträumen an, so sind Entzugs- bzw. Kurzzeitbehandlungen mit einer Aufenthaltsdauer zwischen ein und vier Wochen, sowie Langzeitbehandlungen mit einer Aufenthaltsdauer von zwölf Wochen

möglich, letzteres für Patienten mit erheblicher sozialer Desintegration, für somatisch und/oder hirnorganisch stärker beeinträchtigte Patienten sowie für Patienten mit anderen psychiatrischen Grund- oder Begleiterkrankungen. Des Weiteren werden spezielle Behandlungsprogramme für junge Erwachsene, für Senioren sowie für Patientinnen mit Essstörungen angeboten.

Im Laufe der Zeit entwickelte sich ein so genanntes „Kalksburger Modell" der Alkoholismusbehandlung, das von der ambulanten Vorbetreuung bzw. der Motivierungsphase über den körperlichen Entzug, psychiatrische, internmedizinische, psychologische, psychotherapeutische und soziotherapeutische Maßnahmen, Angehörigenarbeit, Paartherapie, Arbeits- und Beschäftigungstherapie, Bewegungstherapie, Berufsberatung und Arbeitsplatzvermittlung, bis hin zur ambulanten Weiterbehandlung reicht. All diese therapeutischen Teilmaßnahmen werden von den ambulanten und stationären Einrichtungen des Anton Proksch Instituts geleistet und zu einer geschlossenen Behandlungskette geformt.

Grob betrachtet läuft das Rehabilitationsprogramm in vier Phasen ab:

- In der ersten Phase erfolgt der körperliche Entzug. Neben der Behandlung des Abstinenzsyndroms bilden weitere psychiatrisch-neurologische und internmedizinische Maßnahmen diagnostischer und therapeutischer Natur den Schwerpunkt dieser ersten Behandlungsphase. Physiotherapeutische Maßnahmen setzen, sofern indiziert, ebenfalls bereits hier ein.
- In der zweiten Behandlungsphase stehen die psychiatrischen, psychotherapeutischen, psychologischen und sozialtherapeutischen Behandlungsmaßnahmen im Vordergrund.
- Der sich mit dem zweiten überschneidende dritte Abschnitt der Rehabilitation ist auf die Aktivierung bzw. berufliche Wiedereingliederung des Patienten/der Patientin ausgerichtet.
- Als vierte und für einen dauerhaften Behandlungserfolg wesentliche Phase im Rahmen dieses Behandlungskonzeptes wird die ambulante Weiterbehandlung gesehen.

In Erweiterung und Ergänzung des „Kalksburger Modells" wird in jüngster Zeit der Fokus verstärkt auf die Therapierelevanz der Diagnostik gelegt. In den derzeit gebräuchlichen Diagnoseschemata (ICD 10, DSM IV) liegt der Schwerpunkt bei der Erhebung der Erkrankungen, den damit einhergehenden Symptomen und deren kategorialer Einordnung. Die Diagnostik suchtauslösender und suchterhaltender Faktoren im Sinne einer dimensionalen Diagnostik (Musalek, 2008) geht darüber hinaus und eröffnet in der Therapie suchtkranker PatientInnen eine weitere Option. Das routinemäßige Erheben von Potentialen insbesondere positiver Emotionen und Persönlichkeitsdispositionen im Sinne einer Ressourcendiagnostik setzt diesen Ansatz in die Praxis um (Feselmayer, 2008).

Der stationäre Aufenthalt stellt im Behandlungskonzept des Anton Proksch Instituts, wie bereits erwähnt, einen intensiven initialen Behandlungsabschnitt dar und dient der Vorbereitung einer langzeitambulanten Weiterbehandlung.
Das Anton Proksch Institut verfügt als derzeit einzige Einrichtung in Wien über eine eigene Frauenabteilung mit einem geschlechtsspezifischen Angebot. Die Zahl der Patientinnen ist seit Eröffnung der neuen Frauenstation 2003 deutlich gestiegen, sodass die Kapazität von 60 Betten nun völlig ausgelastet ist.

Zusätzlich gibt es seit 2003 eine eigene Wohneinheit für 6 Jugendliche im Alter von 16 bis 25 Jahren und 3 Wohneinheiten für suchtkranke Mütter, die gemeinsam mit ihren Kindern aufgenommen werden möchten. Die Behandlung erwachsener Frauen dauert wie auf den Männerstationen 8 Wochen, bei Jugendlichen ist das Behandlungskonzept auf 12 Wochen ausgerichtet.

Das Therapieangebot ist auf die spezifischen Problematiken suchtkranker Frauen ausgerichtet und umfasst neben der medizinischen Behandlung und den therapeutischen Groß- und Kleingruppen eine „Angstbewältigungsgruppe“, „Selbstbehauptungsgruppe“, Tanz- sowie Mal- und Gestaltungstherapie und Entspannungstraining (Progressive Muskelentspannung, Autogenes Training).

Alkohol- und Medikamentenabhängige, die im API stationär aufgenommen werden wollen oder von anderen Stellen, wie etwa Beratungsstellen, niedergelassenen TherapeutInnen oder Krankenanstalten zugewiesen werden, werden vor der Zusage eines Therapieplatzes, sofern dies organisatorisch möglich ist, zu einem Aufnahmegespräch eingeladen. Dabei wird in einem ausführlichen Erstinterview geklärt, ob eine Rehabilitation im Rahmen des Behandlungskonzeptes des API voraussichtlich erreichbar, d.h. zumindest ansatzweise ein Ansprechen auf psychotherapeutische Interventionen zu erwarten ist. Dies setzt ein gewisses Mindestmaß an Leidensdruck, Behandlungsmotivation, Reflexions- und Bündnisfähigkeit voraus.

Im Anton Proksch Institut wird grundsätzlich auch der körperliche Entzug durchgeführt, d. h. PatientInnen werden nicht erst nach in anderen Krankenhäusern erfolgter körperlicher Entgiftung aufgenommen.

Die therapeutische Vorgangsweise in der Entwöhnungsphase wird vor allem von zwei Prinzipien getragen:

- Abhängigkeitserkrankungen werden als Symptome einer zugrunde liegenden individuellen psychischen Störung gesehen, die Behandlung hat hiermit auf diese individuelle Störung individuell zu reagieren. Daher wird zusätzlich zu einem für alle Patienten verbindlichen Therapieablauf ein individueller Therapieplan, je nach Grundstörung, Alter und Folgeproblemen, erstellt.
- Einen basalen Therapiebestandteil bildet die Anwendung von Gruppentherapie in verschiedenen Formen. Je nach Abteilung bzw. Station werden eher psychodynamisch oder eher verhaltenstherapeutisch orientierte Gruppentherapien angeboten, weiters psychoedukative Gruppen, Informationsgruppen über den Problemkreis Abhängigkeit bzw. Alkoholabhängigkeit, kreativtherapeutische Gruppen sowie je nach Abteilung bzw. Station weitere Indikativgruppen wie Angstgruppen, Trancegruppen, Entspannungstraining, Rückfallgruppen, spezielle Therapiegruppen für Senioren, Gruppenangebote für Angehörige etc. In Einzelfällen werden auch Paargespräche durchgeführt bzw. andere systemisch therapeutische Maßnahmen gesetzt.

Hirnleistungstraining, sporttherapeutische und ergotherapeutische Maßnahmen ergänzen das Behandlungsangebot. Sozialarbeit wird im Anton Proksch Institut vor allem in Form sozialarbeiterischer Einzelfallhilfe angeboten. Im Zusammenarbeit mit dem Arbeitsmarktservice Wien werden für die stationären PatientInnen innerhalb des Instituts Berufsberatung und Arbeitsplatzvermittlung angeboten, die berufliche Wiedereingliederung bzw. zumindest die Weichenstellung dazu in Form von Vermittlung von Umschulungen oder Kursen stellen somit den Abschluss des stationären Aufenthalts dar.

In der daran anschließenden, vielleicht wesentlichsten Behandlungsphase, nämlich der ambulanten Weiterbehandlung, werden die therapeutischen Maßnahmen je nach Indikation fortgeführt, d.h. auch im Rahmen der ambulanten Weiterbehandlung werden Gruppentherapien und Einzeltherapien angeboten, die PatientInnen werden bei Bedarf auch sozialarbeiterisch weiter betreut. Als wesentlich wird innerhalb des Therapiekonzeptes des Anton Proksch Instituts der möglichst nahtlose Übergang von stationärer zu ambulanter Behandlung angesehen. Sofern der Wohnort des Patienten/der Patientin sowie andere organisatorische Gegebenheiten es ermöglichen, wird danach getrachtet, dass die ambulante Weiterbehandlung von jenem Therapeuten/jener Therapeutin durchgeführt wird, der/die den Patienten/die Patientin auch während des stationären Aufenthalts betreut hat. Die Dauer dieser ambulanten Behandlungsphase ist zeitlich nicht limitiert, sie sollte den im Anton Proksch Institut gemachten Erfahrungen entsprechend jedenfalls mehrere Jahre umfassen.

Diese hier kurz dargestellte Behandlungskette ist das Ergebnis einer langjährigen Entwicklung. Dies betrifft sowohl das vielfältige Betreuungs- und Behandlungsangebot während des stationären Aufenthalts als auch das derzeit im ostösterreichischen Raum zur Verfügung stehende große Netz an Ambulanzen und Beratungsstellen. Geschlossenheit und Vernetzung der Behandlungsangebote des stationären und ambulanten Behandlungsbereichs gewährleisten einerseits optimale Bedingungen für einen Behandlungserfolg und sind andererseits auch eine Voraussetzung dafür, diesen möglichst ökonomisch zu erreichen.

16.3 Selbsthilfe für Alkoholkranke und Angehörige von Alkoholkranken in Österreich

Die Anfänge der Selbsthilfe für AlkoholikerInnen in Österreich gehen auf Initiativen von Abstinenzvereinen in den ersten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts zurück. Die Selbsthilfe entstand somit zur gleichen Zeit wie die professionelle Betreuung und Behandlung von Alkoholkranken. Ab den Sechzigerjahren, als man ein spezielles Betreuungs- und Behandlungssystem für Alkoholkranke aufzubauen begann, nahm auch die Zahl der Selbsthilfegruppen stark zu.

Es lassen sich vier Arten von Selbsthilfegruppen für AlkoholikerInnen unterscheiden:

- Gruppen, die dem österreichischen „Blauen Kreuz“ angehören,
- „Professionell organisierte Gruppen“ – das sind Gruppen, die bundesländer-spezifischen Dachorganisationen angehören, die ausschließlich oder neben anderen Aufgaben ambulante Hilfe (Vor- und Nachsorge) für Alkoholkranke und deren Angehörige anbieten,
- „Gruppen in Institutionen“ – das sind Gruppen, die im Rahmen einzelner sozialer oder medizinischer Einrichtungen gegründet wurden und
- Gruppen der „Anonymen Alkoholiker (AA)“ und Selbsthilfegruppen für Angehörige von Alkoholikern („Al-Anon“ Familiengruppen).

Die Zahl der Gruppen des Blauen Kreuzes, der „professionell organisierten Gruppen“ der Anonymen Alkoholiker und der Al-Anon ist vergleichsweise einfach bestimmbar, da sie zentral registriert werden. Die Zahl der „Gruppen in stationären Einrichtungen“ lässt sich nur höchst unzuverlässig schätzen. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Zahl der Gruppen im Jahr 2008:

Tab. 129: Zahl der Selbsthilfegruppen in Österreich

	Gruppen des Blauen Kreuzes (2008)	Professionell organisierte Gruppen (2008)	Gruppen in stationären Einrichtungen (2008)	Gruppen der Anonymen Alkoholiker (2008)	Al-Anon-Gruppen (2008)	Gruppen insgesamt
Gruppen	25	92	~21	~145	~66	~350

16.3.1 Begegnungsgruppen des Blauen Kreuzes

16.3.1.1 Hintergrund und Programm

Das „Blaue Kreuz“ ist eine internationale, der evangelischen Kirche nahe stehende, Abstinenzorganisation, die 1877 in der Schweiz gegründet wurde und seit 1905 auch in Österreich tätig ist. Der österreichische Zweig des Blauen Kreuzes ist ein eigenständiger Verein. Seine Tätigkeiten umfassen die Organisation von „Begegnungsgruppen, Besinnungstagen und therapeutischen Wochen für Alkoholiker, gegebenenfalls auch für andere Suchtkranke und deren Angehörige, in denen den Betroffenen „fachliche Beratung, Lebenshilfe und seelsorgerischer Beistand“ angeboten wird. Das Blaue Kreuz hat neben der Betreuung Betroffener das Ziel, „dem Missbrauch des Alkohols und anderer Suchtmittel – auch vorbeugend – ... in der Öffentlichkeit entgegenzuwirken“.

16.3.1.2 Aufnahmekriterien – Mitgliederstruktur – Gruppengröße

Die Teilnahme an den Begegnungsgruppen steht, mit gewissen Einschränkungen, allen interessierten Personen – seien sie Betroffene oder nicht – offen. Einschränkungen sind dabei, dass jede Gruppe entscheiden kann, ob eine Person, falls sie nicht selbst betroffen ist, „Dauergast“ sein darf. Reguläres Mitglied kann man nur im Verein des Blauen Kreuzes werden. Voraussetzung ist die Akzeptanz der Richtlinien des BKÖ, die Totalabstinenz verlangen und eine mündliche wie schriftliche Beitrittserklärung. „Ehemalige“ Alkoholkranke müssen ein Jahr abstinent gewesen sein, bevor sie Mitglied werden können. Zwischen Mitgliedschaft im Blauen Kreuz und Teilnahme an einer der Begegnungsgruppen wird klar unterschieden. Die Teilnahme an einer Gruppe verpflichtet noch nicht zur Abstinenz.

Die Gruppengröße liegt im Durchschnitt bei 11 Personen. Unter den GruppenteilnehmerInnen befinden sich zu etwa 90% Betroffene: drei Viertel Alkoholiker, 13% Angehörige. Das Geschlechterverhältnis der TeilnehmerInnen ist ziemlich ausgewogen: 57% sind Männer, 43% Frauen. Drei Viertel der TeilnehmerInnen sind zwischen 30 und 50 Jahre alt.

16.3.1.3 Finanzierung

Das Blaue Kreuz wird vorwiegend durch Spenden aller Art unterstützt. Das Österreichische Blaue Kreuz wird zusätzlich durch die deutsche und die schweizerische Schwesterorganistation finanziell unterstützt.

16.3.1.4 Struktur und Verlauf der Treffen

Die Begegnungsgruppen haben eine(n) GruppenleiterIn und treffen sich einmal wöchentlich für ein bis zwei Stunden. Die Arbeit in der Gruppe folgt „Gesprächsregeln“, die an das Konzept der „Themenzentrierten Intervention“ (TZI) angelehnt sind. Die GruppenleiterInnen werden darin geschult. Das Treffen beginnt mit einer Begrüßung, der zumeist ein „Blitzlicht“ folgt, aus dem sich ein Diskussionsthema entwickelt. Beendet wird das Treffen nach einer Zusammenfassung durch den/die LeiterIn mit Sinnsprüchen, Schlussgedanken oder Gebeten. Etwa die Hälfte der Gruppen treffen sich außerdem zu Freizeitveranstaltungen (z.B. Ausflügen, Kegeln, Wandern). Auch werden Treffen zwischen den Gruppen veranstaltet und finden Zusammenkünfte zwischen den GruppenleiterInnen statt.

16.3.1.5 Umgang mit Berauschung und Ausschluss

Akute Berauschung und Rückfälle von TeilnehmerInnen sind kein Grund aus der Gruppe ausgeschlossen zu werden. Im Gegenteil: den TeilnehmerInnen, die sich in einer Krise befinden, wird – wenn dies möglich ist – erhöhte Aufmerksamkeit geschenkt. Falls ein(e) Rückfällige(r) wieder in der Gruppe erscheint, wird offen über seinen/ihren Rückfall gesprochen und er/sie wird ermutigt. Außerdem erhält er/sie (zusätzliche) Einzelbetreuung und wird zu einer ambulanten und stationären Therapie (bzw. zu einem Entzug) motiviert. Prinzipiell ist der Ausschluss aus den Begegnungsgruppen möglich. Aktuell jedoch dürften TeilnehmerInnen allerdings so gut wie nie ausgeschlossen werden.

16.3.2 Professionell organisierte Selbsthilfegruppen

16.3.2.1 Hintergrund und Programm

In fast allen Bundesländern (Burgenland, Steiermark, Oberösterreich, Salzburg, Kärnten, Tirol, Vorarlberg) wurden Selbsthilfegruppen für AlkoholikerInnen und deren Angehörige im Rahmen regionaler Dachorganisationen gegründet. Manche dieser Trägerorganisationen wurden speziell für die Betreuung von AlkoholikerInnen und/oder Suchtkranken geschaffen, andere sind für die ambulante Betreuung aller psychisch Kranken zuständig.

Die auf die Betreuung von AlkoholikerInnen und/oder Suchtkranken spezialisierten Dachorganisationen sind:

- in Oberösterreich die 1963 gegründete „Fürsorge für Alkoholkranke“, die jetzt der Abteilung der Landessanitätsdirektion des Amtes der Oberösterreichischen Landesregierung zugehört und die als „Alkoholberatung Land Oberösterreich“ als Anlaufstelle für alkoholabhängige Personen und deren Angehörige zuständig ist; Die Alkoholberatungsstellen sind vorwiegend in den Räumlichkeiten der Bezirkshauptmannschaften untergebracht – derzeit wird in 18 Gemeinden eine Beratungsstelle unterhalten, die unterschiedliche Gruppenangebote für Betroffene und Angehörige anbieten.
- in der Steiermark der 1981 gegründete „BAS – Steirischer Verein für Suchtkrankenhilfe“, ein privater Verein, der ursprünglich für die Nachbetreuung der in der Alkoholikerstation in Graz Behandelten sorgen sollte und in dem bestehende Selbsthilfegruppen zusammengeschlossen wurden; Derzeit werden durch die nunmehr „b.a.s. Steirische Gesellschaft für Suchtfragen“ Beratungsangebote in zwölf steirischen Bezirken realisiert.

- in Tirol der 1996 gegründete „Verein BIN – Beratung Information Nachsorge für Abhängigkeitserkrankte oder -gefährdete und ihre Angehörigen bei Alkohol-, Medikamentenabhängigkeit und Spielsucht“; Träger des Vereins ist das Land Tirol mit momentan elf Beratungsstellen.

Die drei auf die Betreuung von psychisch Kranken spezialisierten Dachorganisationen, die sich teils seit den Fünfzigerjahren Alkoholkranker annehmen, sind:

- in Salzburg der „Sozialmedizinische Dienst am Amte der Salzburger Landesregierung – Alkoholkrankenbetreuung“;
- in Vorarlberg der „Sozialmedizinische Dienst der Caritas der Diözese Feldkirch“;
- im Burgenland der „Psychosoziale Dienst Burgenland GmbH“.

In Kärnten werden die Selbsthilfegruppen für AlkoholikerInnen und deren Angehörige im Rahmen der „Arbeitsvereinigung der Sozialhilfe Kärntens (AVS)“ geführt, die mit dem „Krankenhaus de La Tour“ eng zusammenarbeitet.

Bei diesen Gruppen handelt es sich vorwiegend um von Professionellen (PsychologInnen, Ärzten/Ärztinnen, SozialarbeiterInnen) gegründete und geleitete Gruppen, für die die Bezeichnung „Selbsthilfe“ nicht ganz zutreffend ist. Als „Selbsthilfegruppen“ im engeren Sinn sind am ehesten die Selbsthilfegruppen des b.a.s. Steirische Gesellschaft für Suchtfragen zu bezeichnen, wo Betroffene bei der Gründung eine große Rolle spielten, und wo vorwiegend „ehemalige AlkoholikerInnen“, die vom b.a.s. geschult werden und laufend Supervision erhalten, die Gruppen leiten.

Die meisten der professionell organisierten Selbsthilfegruppen wurden als „Nachsorge-gruppen“ für stationär behandelte AlkoholikerInnen und deren Angehörige gegründet. Das Ziel der eigenständigen Betreuung kam erst im Laufe der Zeit hinzu. Der primären Zielsetzung entsprechend kooperieren die Selbsthilfegruppen bzw. deren LeiterInnen und die Dachorganisationen eng mit den stationären Einrichtungen für Alkoholkranke.

16.3.2.2 Aufnahmekriterien – Mitgliederstruktur – Gruppengröße

Die professionell organisierten Selbsthilfegruppen sind in hohem Maße – aber nicht unbeschränkt – offen: festgelegt ist, ob nur AlkoholikerInnen, nur Angehörige oder AlkoholikerInnen und Angehörige an den Treffen teilnehmen können, bzw. ob auch andere Suchtkranke oder interessierte Nichtbetroffene kommen dürfen. Üblicherweise stehen die Gruppen all jenen offen, die in die definierte Zielgruppe fallen. Etwas wie eine Gruppenmitgliedschaft gibt es dementsprechend nicht.

16.3.2.3 Finanzierung

Den TeilnehmerInnen erwachsen keine Kosten. Kostenbeiträge werden nur in Ausnahme-fällen (b.a.s., Steiermark), allerdings nur für längerfristige Beratungs- und Therapieprozesse und abhängig von den finanziellen Möglichkeiten der Ratsuchenden eingehoben. Da die Organisationen, in deren Rahmen die Selbsthilfegruppen bestehen, von staatlichen Zuschüssen leben, könnte man diese Gruppen auch als „staatlich finanzierte Selbsthilfe“ bezeichnen.

Die Treffen von einem Drittel der Gruppen finden in Einrichtungen statt, in denen Alkoholkranke betreut oder behandelt werden, an zweiter Stelle stehen gemeindeeigene Räumlichkeiten, an dritter kircheneigene Räumlichkeiten.

16.3.2.4 Struktur und Verlauf der Treffen

Die Hälfte aller Gruppen trifft sich wöchentlich, etwa ein Drittel einmal in 14 Tagen, ein Zehntel der Gruppen einmal pro Monat. Der Kern der Treffen scheint bei allen professionell organisierten Treffen weitgehend ähnlich zu sein. Der Eröffnung oder Begrüßung, zumeist durch den/die GruppenleiterIn, folgt eine allgemeine Diskussion oder Gespräche über Probleme der Gruppenmitglieder, die sich aus der Eröffnung ergeben oder die durch ein von der Gruppenleitung vorgegebenes Thema oder durch Referate (auch von geladenen Gästen) angeregt werden. Das Treffen wird zumeist durch den/die GruppenleiterIn geschlossen. Unterschiede sind jedoch zu beobachten, zieht man in Betracht, ob etwas und was rund um diesen Kern geschieht. Die Treffen der Burgenländischen und der Salzburger Gruppen beschränken sich auf diesen Kern. Bei den Kärntner Gruppen führt der leitende Arzt zusätzlich Einzelgespräche, die Gruppen fungieren also gleichzeitig als Beratungsstelle. In Oberösterreich dauert die Mehrheit der Treffen deutlich länger als in den anderen Bundesländern, nämlich statt 1 bis 2 Stunden 2 bis 3 Stunden und mehr. Dies ist darauf zurückzuführen, dass dem eigentlichen Treffen zumeist ein geselliges Beisammensein (in einem Fall ein Clubbetrieb) vorangeht. In der Steiermark ist der gesellige Teil vom Kern abgetrennt – die Hälfte der Gruppen veranstaltet Freizeittreffen. In Vorarlberg scheinen wieder kulturelle Veranstaltungen in die – vergleichsweise kurzen – Treffen „eingebaut“ zu sein.

16.3.2.5 Umgang mit Berauschung und Ausschluss

Auf das Fernbleiben von GruppenteilnehmerInnen wird intensiv reagiert. Um Langjährige bemüht man sich zwar intensiver als um „Neue“, doch bleibt auch das Fernbleiben „Neuer“ nur in wenigen Fällen ohne Reaktion.

Krisen, Berauschung und Rückfälle sind – wie bei den Begegnungsgruppen des Blauen Kreuzes – ein Anlass, die Betreuung der Betroffenen zu intensivieren. Dabei kann es sich um die intensivere Zuwendung der Gruppe unter Anleitung des/der professionellen Leiters/Leiterin handeln, aber auch um (zusätzliche) Intervention bzw. Betreuung des Betroffenen durch den/die LeiterIn. Häufige Berauschtheit führt in manchen Selbsthilfegruppen prinzipiell zum Ausschluss (der in der Praxis allerdings selten vorkommt). Neben häufiger Berauschung kann auch die Verletzung der Schweigepflicht über Geschehnisse in der Gruppe, mangelnde Kooperation oder mangelnde Krankheitseinsicht zum Ausschluss führen.

16.3.3 Selbsthilfegruppen in Institutionen

16.3.3.1 Hintergrund und Programm

Bei den Institutionen, in deren Rahmen einzelne Selbsthilfegruppen gegründet wurden, handelt es sich vorwiegend um private, kirchliche oder auch staatliche Einrichtungen, die psychisch Kranke oder Randgruppenangehörige betreuen. Konkret sind in diesem Zusammenhang folgende Institutionen zu erwähnen: die Caritas, pro mente infirmis, Rettet das Kind, das Kolpingwerk, Sozialämter und Einrichtungen, in denen Alkoholkranke behandelt werden.

Der Gründung lagen zumeist andere Absichten zugrunde als bei professionell geleiteten Gruppen. Nach- und Vorsorge waren zwar ein wichtiges Ziel, die Erweiterung des Betreuungsangebotes, wie die Schaffung von Informationsangeboten, waren jedoch ebenso wichtige Anliegen. Und zentraler für die Gruppengründung waren auch die Bedürfnisse der Betroffenen, die von Professionellen aufgenommen und organisiert wurden: das Bedürfnis nach dem gemeinsamen Gespräch, nach dem „Erfahrungsaustausch", nach der gemeinsamen Bewältigung von Problemen.

16.3.3.2 Aufnahmekriterien – Mitgliederstruktur – Gruppengröße

Die Zielgruppen der institutionellen Gruppen gleichen jenen der professionell organisierten Gruppen. Die meisten stehen AlkoholikerInnen und ihren Angehörigen offen, aber nur wenige sind diese Problemgruppe „spezialisiert". Nicht selbst betroffene Laien und nicht selbst betroffene Professionelle sind hingegen weitgehend ausgeschlossen.

16.3.3.3 Finanzierung

Die institutionellen Selbsthilfegruppen erhalten sich wie die professionell organisierten nicht selbst. Ihre finanzielle Lage dürfte jedoch weniger stabil und gesichert sein, da sie von privaten und kirchlichen Trägerinstitutionen abhängen.

Finanzielle Belastungen hat fast keine der institutionellen Gruppen zu tragen, da die Trägerinstitutionen üblicherweise die Räumlichkeiten zur Verfügung stellen und gegebenenfalls auch Sachaufwand und Personalkosten decken.

16.3.3.4 Struktur und Verlauf der Treffen

Die Mehrheit der institutionellen Gruppen hat keine professionelle Gruppenleitung; häufig sind GründerIn der Gruppe und LeiterIn dieselbe Person.

Das „Programm" der institutionellen Gruppen ist unstrukturierter als jenes der professionell organisierten Gruppen. Das Treffen besteht zumeist aus einem formlosen Erfahrungsaustausch oder Gespräch, das bei mangelndem Bedarf nach Diskussion auch in ein „gemütliches Beisammensein" übergehen kann.

16.3.3.5 Umgang mit Berauschung und Ausschluss

Gruppen in Institutionen reagieren auf das Fernbleiben der Mitglieder intensiver als professionell organisierte Gruppen, nämlich fast „immer". Das „Nachgehen" erfolgt häufig durch Gruppenmitglieder und besteht nur in Ausnahmefällen aus einem Hausbesuch.

Krisen, Berauschung und Rückfälle führen bei den institutionellen Gruppen in höherem Maß dazu, dass die Betroffenen zu einer professionellen Behandlung motiviert werden. Diese kann ohne weiteres auch ambulant – und damit parallel zur „Arbeit in der Gruppe" – erfolgen.

Ausschluss von Gruppenmitgliedern ist in den Gruppen in Institutionen noch seltener vorgesehen als in den professionell organisierten Gruppen. Als Gründe für einen möglichen Ausschluss werden genannt: „bewusstes Stören" und „Mitbringen von Alkohol". De facto allerdings dürfte in dieser Art von Gruppen nur in Ausnahmefällen ein(e) TeilnehmerIn ausgeschlossen werden.

16.3.4 Gruppen der Anonymen Alkoholiker (AA) und der Angehörigen von AlkoholikerInnen (Al-Anon)

16.3.4.1 Hintergrund und Programm

Die Gemeinschaft der Anonymen Alkoholiker (AA) wurde 1935 in den USA durch zwei Alkoholiker gegründet. Sie breitete sich in den ersten beiden Jahrzehnten vor allem im angloamerikanischen Raum und in den beiden folgenden Jahrzehnten auch in süd-amerikanischen und europäischen Ländern aus. 1986 waren AA in allen reichen, nicht-islamischen und nicht-kommunistischen Staaten zu finden. Seit Öffnung des „Eisernen Vorhangs" haben sie auch in den ehemals kommunistischen Ländern Fuß gefasst und scheinen außerdem auch in den neuen Industrieländern Asiens zunehmend auf Interesse zu stoßen. Im Jahr 1988 gab es AA in 118 Ländern, die Gemeinschaft hatte zu diesem Zeitpunkt etwa 1,5 Millionen Mitglieder.

In Wien wurde die erste AA-Gruppe 1960 von zwei Frauen gegründet, die zweite 1966 in Salzburg. Noch in den Sechzigerjahren wurden zwei weitere Gruppen im Bundesland Salzburg gebildet. In Wien kam erst 14 Jahre nach Gründung der ersten eine zweite Gruppe zustande.

Die AA verstehen sich nicht als Selbsthilfebewegung, sondern als „Gemeinschaft". Sie wollen nicht die Gesellschaft umgestalten, sondern ausschließlich sich selbst – mit Unterstützung gleichermaßen Betroffener – ändern. In der Präambel der AA-Gemeinschaft wird als Hauptzweck genannt „nüchtern zu bleiben und anderen Alkoholikern zur Nüchternheit zu verhelfen". Auch das „Basisprogramm" der AA – die „Zwölf Schritte" – enthält die Aufforderung, die „Botschaft an Alkoholiker weiterzuleiten". Dies ist im Verständnis der AA Notwendigkeit für jede/jeden, die/der nüchtern bleiben will. Die „Botschaft weiterleiten" ist gemäß AA-Prinzipien freiwillig und unbezahlt. Sie wird in Österreich auf regionaler Ebene „organisiert", und besteht vorwiegend aus „Informationsmeetings" in Spitälern und (wenigen) Gefängnissen, sowie aus öffentlichen Informationsmeetings.

Ein weiteres grundlegendes Prinzip der AA-Gemeinschaft ist die Gleichheit aller Zugehörigen. Die Anonymität – die Gruppenmitglieder sprechen sich mit dem Vornamen an – dient unter anderem dem Schutz der Gleichheit.

Auch die AA haben eine Autorität – allerdings keine personelle: die „höhere Macht" oder die „Macht größer als wir selbst" oder auch „Gott, wie ich ihn verstehe". Das schriftlich und mündlich überlieferte Programm leitet zu ihrer Anerkennung an.

Ursprünglich nahmen die Angehörigen von Alkoholkranken (Alcoholics Anonymous) an den AA-Meetings teil. Bald ging man jedoch zu einer strikten Trennung von AlkoholikerInnen und den Angehörigen von Alkoholkranken über. 1951 wurden die sogenannten „Al-Anon Family Groups" in den USA gegründet, die nach modifizierten AA-Prinzipien arbeiten, aber ausschließlich Angehörigen von Alkoholkranken offen stehen. Da das „Basisprogramm" beider Gemeinschaften die von den Gründern von AA entwickelten „Zwölf Schritte" sind, spricht man von AA und Al-Anon gemeinsam auch häufig von den „Zwölf-Schritte-Gruppen". Die erste Al-Anon Gruppe in Österreich wurde 1974 gegründet. Im Folgenden wird auf die Al-Anon Gruppe nicht mehr gesondert eingegangen, da der Text sinngemäß auch für die Angehörigengruppen gilt.

16.3.4.2 Aufnahmekriterien – Mitgliederstruktur – Gruppengröße

Während die anderen österreichischen Selbsthilfegruppen vorwiegend professionell geführt wurden – Betroffene, die Leitungspositionen einnehmen, werden geschult und/oder supervidiert – setzen sich die AA-Gruppen ausschließlich aus AlkoholikerInnen zusammen, die keinerlei Ausbildung oder Supervision erhalten. Die AA-Gemeinschaft ist eine Laiengemeinschaft, die nach einem von Laien entwickelten Programm (vorwiegend den 12 Schritten) arbeitet.

Als Zugehörige werden von den meisten Gruppen alle jene betrachtet, die ein Gruppentreffen, ein „AA-Meeting", besuchen. Einzige Voraussetzung ein AA-Meeting zu besuchen, ist der „persönliche" Wunsch mit dem Trinken aufzuhören (AA-Präambel). Die AA-Gruppe steht also allen Personen, die sich als AlkoholikerInnen verstehen, offen. Ausschlussbestimmungen gibt es nicht.

Rund die Hälfte der Angehörigen sind ein bis sechs Jahre trocken, 18% mehr als sechs Jahre und rund ein Drittel unter einem Jahr. Die Gemeinschaft besteht also zum überwiegenden Teil – zu etwa zwei Drittel – aus Personen, die bereits längerfristig abstinent leben. Die Gruppengröße liegt im Durchschnitt bei 11 Personen. Das Geschlechterverhältnis ist noch ausgewogener als in den Begegnungsgruppen des Blauen Kreuzes: fast die Hälfte der Zugehörigen sind Frauen. Berücksichtigt man auch die Al-Anongruppen und damit, wie bei den anderen Arten von Gruppen, die Angehörigen, liegt der Anteil der Frauen über 60%. Die Zugehörigen sind zu zwei Drittel zwischen 30 und 50 Jahre alt.

16.3.4.3 Finanzierung

Während die anderen österreichischen Selbsthilfegruppen fast durchwegs von kirchlichen Einrichtungen, von Behörden oder staatlich bzw. halbstaatlich finanzierten Einrichtungen oder von privaten (gemeinnützigen) Vereinen unterstützt werden, sind AA-Gruppen finanziell – und im Übrigen auch politisch und konfessionell – dezidiert unabhängig.

Auch jede einzelne AA-Gruppe ist autonom; unter anderem auch in finanziellen Belangen. Voraussetzungen sind, dass die Gruppe sich „selbst erhält", dass sie ihre Ausgaben ausschließlich durch freiwillige Spenden der Mitglieder bestreitet und die nationale und internationale AA-Gemeinschaft unterstützt.

16.3.4.4 Struktur und Verlauf der Treffen

Die kleinste Einheit, die „Zelle" der AA-Gemeinschaft, ist die AA-Gruppe und das zentrale Ereignis für die AA-Gruppe ist „das Meeting". Die österreichischen AA-Gruppen organisieren – fast ausnahmslos – ein Meeting pro Woche. Es gibt vorwiegend „geschlossene Meetings", das sind Meetings nur für AlkoholikerInnen, des Weiteren seltene „offene Meetings", die zumeist nur einmal pro Monat für Angehörige sowie für alle an AA Interessierten offen stehen. Noch seltener sind die öffentlichen Informationsmeetings und die „Sonderform" des Arbeitsmeetings, in dem organisatorische Anliegen, wie z.B. die Zusammenarbeit zwischen Gruppen auf lokaler, regionaler, nationaler oder gar internationaler Ebene, besprochen werden.

Das Thema der geschlossenen und offenen Meetings gibt der/die GruppenleiterIn vor. Es stammt entweder aus dem „Basisarbeitsprogramm“ der AA (einer der „Zwölf Schritte“) oder aus der umfangreichen AA-Literatur, die in AA-eigenen Verlagen hergestellt und nur durch AA vertrieben wird. Der/die GruppenleiterIn hat die Freiheit, ein Thema zu wählen, das ihm/ihr entspricht und die Meeting-TeilnehmerInnen haben die Freiheit, das Thema individuell zu variieren (einschließlich darüber zu sprechen, warum sie mit diesem Thema heute eigentlich nichts anfangen können).

Die egalitäre Gesprächskultur drückt sich auch in der Sitzordnung – man sitzt in Österreich im Kreis – und in der Art aus, wie die TeilnehmerInnen zu Wort kommen. Man meldet sich durch Heben der Hand und wird vom/von der Meeting-LeiterIn aufgefordert zu sprechen. Die Länge der Wortmeldung wird informell geregelt, z.B. mit dem Slogan: „Du kannst über alles reden, nur nicht über fünf Minuten“. „Crosstalk“ – Antworten auf Wortmeldungen oder gar deren Kritik – muss unterbleiben; dies ist eine Grundregel der AA-Gruppen, die sie von allen anderen Arten von Gruppen – psychotherapeutischen Gruppen, Selbsterfahrungsgruppen, Selbsthilfegruppen – unterscheidet.

16.3.4.5 Umgang mit Berauschung und Ausschluss

Berauschung ist weder bei erstmaligen Besuchen, noch bei längerfristig Zugehörigen ein Grund, von dem Meeting/der Gruppe ausgeschlossen zu werden.

16.4 Hilfs- und Behandlungsangebote für Alkoholkranke

Die folgenden Daten stammen aus der Datenbank der AlkoholKoordinations- und InformationsStelle des Anton Proksch Instituts Wien; die routinemäßig laufend aktualisierten Daten können unter www.api.or.at/akis abgerufen werden.

16.4.1 Ambulante Einrichtungen

16.4.1.1 Burgenland

PSD Psychosozialer Dienst Burgenland GmbH - Zentrale Eisenstadt
7000 Eisenstadt, Franz Liszt Gasse/Top III (KRAGES)
Tel.: 05 7979/20 000 Fax: 057979/20 20
E-Mail: psd@krages.at, Homepage: www.psd-bgld.at

PSD Zentren für Seelische Gesundheit

Das Angebotsspektrum der „Zentren für Seelische Gesundheit" umfasst fachärztlich psychiatrische, psychologische, psychotherapeutische und sozialarbeiterische Leistungen für Menschen, die psychische Probleme, Alkohol- oder Drogenprobleme haben.

Beratungszentrum Eisenstadt
7000 Eisenstadt, Franz Liszt Gasse/Top III
Tel.: Tel.: 05 7979/20 100, Fax: 057979/20 21
E-Mail: eisenstadt@psd-bgld.at
Mo, Di, Do, Fr 9-13, Mi 12-16 Uhr

Beratungszentrum Güssing
7540 Güssing, Umfahrungsstraße 8, Tel.: 03322/44 311, Fax: 03322/44 311 20
E-Mail: guessing@psd-bgld.at
Mo, Di, Mi 8-12 Uhr

Beratungszentrum Jennersdorf
8380 Jennersdorf, Hans-Ponstieglgasse 11
Tel.: 03329/46 311, Fax: 03329/46311 20
E-Mail: jennersdorf@psd-bgld.at
Di, Do, Fr 8-12 Uhr

Beratungszentrum Mattersburg
7210 Mattersburg, Angergasse 1,
Tel.: 02626/62 111, Fax: 02626/62 111 20,
E-Mail: mattersburg@psd-bgld.at
Mo, Di, Do 8-10 Uhr o. n. V.

Beratungszentrum Neusiedl am See
7100 Neusiedl am See, Kardinal-Franz-König-Platz 1
Tel.: 02167/40 322 Fax: 02167/40 322 20
E-Mail: neusiedl@psd-bgld.at
Mo, Fr 9-11, Di, Do 10.30-12.30 Uhr

Beratungszentrum Oberwart
7400 Oberwart, Wienerstraße 40
Tel.: 03352/33 511 Fax: 03352/33511 20, E-Mail: oberwart@psd-bgld.at
Mo-Do 8-12 Uhr

Sozialpsychiatrisches Ambulatorium des PSD

Das sozialpsychiatrische Ambulatorium des PSD ist ein Betreuungsangebot für das Mittelburgenland. Durch den Kassenvertrag mit der Burgenländischen Krankenkasse ist keine Überweisung erforderlich, die Behandlung ist für den/die PatientInnen kostenlos, die Abrechnung erfolgt direkt über die E-Card.

Sozialpsychiatrisches Ambulatorium Oberpullendorf
7350 Oberpullendorf, Hauptstraße 56
Tel.: 02612/42144, Fax: 02612/42144 20
Mo, Mi, Do, Fr 9-14, Di 16-21 Uhr,
E-Mail: oberpullendorf@psd-bgld.at, Homepage: www.psd-bgld.at
Behandlungen sind bei Bedarf auch außerhalb der oben angeführten Zeiten möglich.

> Gruppe für alkoholkranke Männer, 14-tägig, Di 18-20 Uhr
> Gruppe für alkoholkranke Frauen, 14-tägig, Fr 18-20 Uhr
> Gruppe für Angehörige von Alkoholkranken, Di 13-14.30 Uhr
weitere Informationen zu den Gruppenangeboten auf der Homepage des PSD

Blaues Kreuz Österreich / Beratungsstelle Pinkafeld
7423 Pinkafeld, Kirchengasse 8, evangelisches Diakoniezentrum
Tel.: 03357/424 36 Mobil: 0664/ 481 97 8, Homepage: www.blaueskreuz.at
Begegnungsgrppe:
Tel.: 03357 / 425 65, Mobil: 0680 / 121 40 05, E-Mail: bkhans@gmx.at, 1. u. 3. Mo 19 Uhr

Anonyme Alkoholiker / Zentrale Kontaktstelle Wien
1030 Wien, Barthgasse 5, Tel.: 01/7995599
E-Mail: info@anonyme.alkoholiker.at, Homepage: www.anonyme.alkoholiker.de
tägl. 18-21 Uhr
> Meetings in Eisenstadt, Markt Allhau, Mattersburg
Kontaktstelle für Angehörige, Region Ost - Wien, NÖ, Steiermark, Kärnten
1030 Wien, Barthgasse 5, Tel.: 01/7969855, tägl. 18.30-20.30 Uhr

16.4.1.2 Kärnten

Arbeitsvereinigung der Sozialhilfe Kärntens (AVS)Sozial- und Gesundheitszentrum Klagenfurt und Hauptverwaltung
9021 Klagenfurt, Fischlstraße 40
Tel.: 0463/51 20 35 Fax: 0463/51 20 35 117
E-Mail: office@avs-sozial.at
Homepage: www.avs-sozial.at

Das Psychosoziale Beratungszentrum der AVS in Klagenfurt und die Psychosozialen Dienste in den Bezirken sind Einrichtungen, die Behandlung und Betreuung alkoholkranker oder alkoholgefährdeter Menschen und deren Angehörigen anbieten und die Organisation der Alkohol-Nachbetreuungsgruppen in Zusammenarbeit mit dem Sonderkrankenhaus „de La Tour“ in Treffen bei Villach durchführen.

AVS Psychosoziales Beratungszentrum Klagenfurt
Mo-Do 7.30-16, Fr 7.30-13 Uhr, n. V.
Einstieg für ambulanten Entzug jederzeit möglich
Nachbetreuungsgruppen für Betroffene und Angehörige:
> 9021 Klagenfurt, Fischlstraße 40, 14-tägig Mi 18 Uhr u. Do 19 Uhr
> 9150 Bleiburg, Pfarrhaus, Seminarraum, Mi 19 Uhr
> 9135 Bad Eisenkappel, Bezirksgericht Bad Eisenkappel, 14-tägig, Mi 18 Uhr
> 9170 Ferlach, Rathaus (Arbeiterkammer), 14-tägig Mi 19 Uhr

Psychosoziales Beratungszentrum
im Sozial- und Gesundheitszentrum Feldkirchen
9560 Feldkirchen, Villacherstraße 6 und 10. Oktober Straße 17,
Tel. : 04276/ 45 69, Fax: 04276/60 22 13, E-Mail: avs.feldkirchen@avs-sozial.at
> Nachbetreuungsgruppe für Betroffene und Angehörige:
14-tägig Mi 18.30 Uhr (Villacherstraße

Psychosoziales Beratungszentrum
im Sozial- und Gesundheitszentrum Spittal/Drau
9800 Spittal/Drau, Bahnhofstraße 18/2, Tel.: 04762/61182 , Fax: 04762/36 388
E-Mail: avs.spittal@avs-sozial.at
> Nachbetreuungsgruppe für Betroffene und Angehörige: 14-tägig, Do 19 Uhr

Psychosoziales Beratungszentrum
im Sozial- und Gesundheitszentrum St. Veit/Glan
9300 St. Veit/Glan, Bräuhausgasse 23 (Gruppenraum)
Tel.: 04212/6491, Fax: 04212/64 91 22, E-Mail: avs.st.veit@avs-sozial.at
Mo-Do 7.30-16, Fr 7.30-13 Uhr u. n.V.
> Nachbetreuungsgruppe für Betroffene und Angehörige: 14-tägig, Mi 19 Uhr

Psychosoziales Beratungszentrum
im Sozial- und Gesundheitszentrum Villach
9500 Villach, Schloßgasse 6, Tel.: 04242/57 511 Fax: 04242/57 511 11
E-Mail: avs.villach@avs-sozial.at
Mo, Di, Do, Fr 8-18, Di 8-13 Uhr, tel. Terminvereinbarung erwünscht – auch tel. Beratungsgespräche möglich
> 2 Nachbetreuungsgruppen für Betroffene und Angehörige:
Schule f. Gesundheits- u. Krankenpflege, Europaplatz 1/1, 14-tägig Di 18.30 Uhr

Psychosoziales Beratungszentrum
im Sozial- und Gesundheitszentrum Völkermarkt
9100 Völkermarkt, Ritzingsstraße 31
Tel.: 04232/4202 od. 0664/8327924, Fax: 04232/42 02 20,
E-Mail: avs.voelkermarkt@avs-sozial.at
Di 14-18 Uhr
Dienstzeiten der Psychotherapeutin: Mo, Mi, Do 7.30-16, Fr 7.30-13 Uhr
> Nachbetreuungsgruppe für Betroffene und Angehörige:
1.u. 3. Mi im Monat 18 Uhr

Psychosoziales Beratungszentrum
im Sozial- und Gesundheitszentrum Wolfsberg
9400 Wolfsberg, Stadionbadstraße 1,
Tel.: 04352/515 12 od. 0664/8327924, Fax: 04352/51 512 22
Termine n. Vereinbarung
> Nachbetreuungsgruppe für Betroffene und Angehörige:
14-tägig Do 19 Uhr
(weiters sind Beratungen unter der Tel. Nr. 04352/532 66388 zu erfragen)

Psychosoziales Beratungszentrum
im Sozial- und Gesundheitszentrum Hermagor
9620 Hermagor, Hauptstraße 42 und 44, Tel.: 04282/41 21 und 04282/24 01 63 840,
Fax: 04282/41 21, E-Mail: avs.hermagor@avs-sozial.at
Mo u. Mi 12.30 - 18.30, Fr 8.00 -16.00
>Nachbetreuungsgruppen für Betroffene und Angehörige:
9620 Hermagor, BH Familienberatung, 14-tägig Mi 19 Uhr

Kärntner Caritasverband / Zentrale
9020 Klagenfurt, Sandwirtgasse 2, Tel.: 0463/555 60-0

Kärntner Caritasverband / Beratungsstelle für Suchtgefahren Klagenfurt
9020 Klagenfurt, Viktringer Ring 38
Tel.: 04 63 / 55 5 60 18
E-Mail: suchtberatung-klagenfurt@caritas-kaernten.at, Homepage: www.caritas-kaernten.at
Mo 10-14, Mi 12-14 u. n. Vereinbarung, Beratung auch am Wochenende

Kärntner Caritasverband / Beratungsstelle für Suchtgefahren Villach
9500 Villach, Karlgasse 3
Tel.: 0 42 42/ 23 85 59 Fax: 21352 7
Di 9-12, Fr 15-17 Uhr u. n. Vereinbarung

Kärntner Caritasverband / Beratungsstelle für Suchtgefahren Spittal/Drau
9800 Spittal, Litzelhofenstraße 9
Tel.: 04762/339 29
Mi 9-12 Uhr u. n. Vereinbarung

Kärntner Caritasverband / Beratungsstelle für Suchtgefahren Wolfsberg
9400 Wolfsberg, Markusplatz 4
Tel.: 04352/54 423-2 Fax: 04352/544234
Di 9-12 Uhr u. n. Vereinbarung

Magistrat Klagenfurt / Alkoholberatung
9010 Klagenfurt, Kumpfgasse 20, 3. Stock
Tel.: 0463/537 4671, 672 u. 673 Fax: 0463/591136
E-Mail: alkoholberatung@klagenfurt.at
Mo-Do 8.30-12.30 Uhr, nachmittags nach Vereinbarung
> Nachbetreuungsgruppe für Betroffene und Angehörige: Di 17-20 Uhr

Suchtambulanz de La Tour / Landeskrankenhaus Villach
9500 Villach, Nikolaigasse 43, Tel.: 04242/208-2249
Mo, Fr 8.30-14, Mi 8.30 - 13 Uhr, sowie nach Vereinbarung
tel. Terminvereinbarung für Einzelgespräche Mo-Fr 8.30-12.30 Uhr
E-Mail: ambulanz.dlt@lkh-vil.or.at
Alkoholnachbetreuungsgruppen
> Schule für Gesundheits- und Krankenpflege: Di 18.30 Uhr (Einzelgespräche), 19.30 Uhr Gruppe
> Abteilung für Neurologie und Psychosomatik, Ambulanz, Mi 19 Uhr

Landeskrankenhaus Klagenfurt / Zentrum für seelische Gesundheit – Ambulanz
9020 Klagenfurt, St. Veiter Straße 47
Tel.: 0463/538 DW 22950, E-Mail: help@lkh-klu.at, Homepage:
www.lkh-klu.at
Mo, Di, Do, Fr 9-12 Uhr
> Motivationsgruppe: Do 17.30 Uhr im Ausbildungszentrum, Erdgeschoß,
Raum BE 03, Infos unter 0463/22 992-0

Pro Mente Kärnten / Gesellschaft für psychische und soziale Gesundheit –
Psychotherapeutische Ambulanz
9020 Klagenfurt, Villacher Str. 161, Tel.: 0463/5 000 88 Fax: 0463/500 088 28
Tel. Terminvereinbarung für Erstgespräch siehe oben!
E-Mail: psychotherapeutische.ambulanz@promente-kaernten.at
Homepage: www.promente-kaernten.at
ambulanter Entzug unter ärztlicher und psychotherapeutischer Begleitung
Mo, Mi 18-19.30 Uhr, tel. Terminvereinbarung für Erstgespräch erwünscht
> Gruppen für Abhängige von Alkohol u./od. Medikamenten:
Gruppe 1: Mo, Mi 16-17.30 Uhr
Gruppe 2: Mo, Mi 18-19.30 Uhr

Grüner Kreis / Verein zur Rehabilitation und Integration Suchtkranker Personen | Ambulantes Beratungs- und Betreuungszentrum
9020 Klagenfurt, Feldmarschall Konrad-Platz 3
Tel.: 0463/590126, Fax: 0463/590127
Termine n. tel. Vereinbarung
E-Mail: ambulanz.klagenfurt@gruenerkreis.at
Homepage: www.gruenerkreis.at

Anonyme Alkoholiker / Kontaktstelle Kärnten – Klagenfurt
9020 Klagenfurt, AA Altkatholische Kirche, Kaufmanngasse 11,
Tel.:0664/3506329
E-Mail: stmk-ktn@anonyme-alkoholiker.at
Homepage: www.anonyme-alkoholiker.de
tägl. 19-21 Uhr
> Gruppe Klagenfurt (Alkoholnachbetreuungsgruppe für Betroffene und Angehörige):
Kaufmanngasse 9, Altkatholische Kirche, Fr 19 Uhr
> Gruppe Wörthersee, Viktringer Ring 34, Haus Severin, 3. Stock, Fr 19 Uhr
9500 Villach, Hohenheimerstraße 3, Mo 19-21 Uhr

AL-ANON (Angehörige und Freunde von Alkoholikern), 9500 Villach,
Hohenheimstr. 3, Evangelisches Pfarramt, Fr 20-21.30 Uhr

Blaues Kreuz Kärnten / Beratungsstelle **Wolfsberg**
Tulpenweg 29a, Tel.: 04352 / 360 94 77
> Begegnungsgruppe: Tel.: 0650 / 970 53 33, 0699 / 11 52 20 59,
E-Mail: g.buchwald@vineyard.at, jd. 2. Mi 19 Uhr,
> weitere Begegnungsgruppen in Villach und Spittal (www.blaues.kreuz.at)

16.4.1.3 Niederösterreich

Anton Proksch Institut / Stiftung Genesungsheim Kalksburg
Therapiezentrum für Alkohol- und Medikamentenabhängige
1230 Wien, Gräfin Zichy Straße 6, Tel.: 01/88 010 0 Fax: 01/88 010 77
Homepage: www.api.or.at, E-Mail: info@api.or.at

Anton Proksch Institut / Suchtberatung Baden
2500 Baden, Helenenstraße 40, 4. Stock
Tel.: 02252/259447 Fax: 02252/259447 77 E-Mail: baden@api.or.at
Mo u. Mi 15-18 Uhr
> Angehörigengruppe für Alkohol- u. Glücksspielabhängigen, jd. 1. u. 3. Mi im Monat ab 18.30-20.00 Uh (tel. Voranmeldung erbeten)

Anton Proksch Institut / Suchtberatung Neunkirchen
2620 Neunkirchen, Eltzgasse 9
Tel.: 02635/20201 Fax: DW 20
Do 9-12 und 16-19 Uhr

Anton Proksch Institut gemeinsam mit dem Magistrat St. Pölten /
Alkoholberatungsstelle St. Pölten
3100 St. Pölten, Linzer Straße 10 -12
Tel.: 02742/35 43 77 od. 333 25 18 Fax: 02742/3332515
Mo 16-19 Uhr

Anton Proksch Institut / Suchtberatung Wr. Neustadt
2700 Wr. Neustadt, Lange Gasse 18
Tel.: 02622/32007, E-Mail: wr.neustadt@api.or.at, Homepage: www.api.or.at
Mi 15-18 Uhr
> Angehörigeninformationsabende für Angehörige von Alkoholabhängigen und Spielsüchtigen, 1. Do 18.30-20 Uhr (tel. Voranmeldung erbeten)

Anton Proksch Institut / Suchtberatung Mödling
2340 Mödling, Sr. Maria Restitutagasse 33
Tel.: 02236-892701 12, Fax: 02236-892701-20,
E-Mail: sbmoedling@api.or.at, Homepage: www.api.or.at
Mo 14–16, Mi 10– 13 u. Do 15-18 Uhr
> ambulante Psychotherapiegruppe für Alkohol-, Medikamenten- und Spielsüchtige, Do 17.30-18.45 Uhr

Caritas der Diözese St. Pölten / Beratungszentrum Amstetten
3300 Amstetten, Hauptplatz 37
Tel.: 07472/65544 14, Fax: 07472/65544 4, Di 15-17 Uhr
Sprechstunden: Mo, Do 14-16 Uhr
E-Mail:
psd.spitzer@stpoelten.caritas.at, Mobil: 0676/83 844 591, jd. 2. u. 4. Di 18 - 20 Uhr
sb.gerstl@stpoelten.caritas.at, Mobil: 0676/ 83 844 532, Mi 14-16 Uhr
psd.pollesboeck@stpoelten.caritas.at, Mobil: 0676/83 844 593, 1. Mi 16.30 - 17.30,
2. u. 4. Do 14 - 16 Uhr
psd.swittalek@stpoelten.caritas.at, Mobil: 0676/83 844 596, Di 14.30-15.30, 1. Mi 16.30 - 17.30 Uhr
sb.friedlaender@stpoelten.caritas.at, Mobil: 0676/83 844 392, Do 14-16 Uhr

Caritas der Diözese St. Pölten / Beratungszentrum Gmünd
3950 Gmünd, Pestalozzigasse 3
Tel.: 02852/51099 25 od. 0676/838 44 533, Fax: 02852/51099 44
E-Mail: sb.divisek@stpoelten.caritas.at
Sprechstunde: Mi 16-17 Uhr

Caritas der Diözese St. Pölten / Beratungszentrum Horn
3580 Horn, Bahnstraße 5
Tel.: 02982/20 420 16, Fax: 02982/20 420 4
E-Mail: sb.anderlik@stpoelten.caritas.at, Mobil: 0676/83 844 385,
Sprechstunde: Mo 14 - 16, Mi 11 - 13 Uhr

Caritas der Diözese St. Pölten / Beratungszentrum Krems
3500 Krems, Bahnzeile 1, Eingang Bahnhofsplatz
Tel.: 02732/71 843 11 od. 0676/838 44 533, Fax: DW 43
E-Mail: sb.goeber@stpoelten.caritas.at, Mobil: 0676/83 844 395
Mo, Do 10-12 Uhr u. n. V.
E-Mail: sb.chwalek@stpoelten.caritas.at, Mobil: 0676/83 844 396
Di 15-17, Do 10-12 u.n.V.
E-Mail: psd.simon@stpoelten.caritas.at, Mobil: 0676/83 844 591
Di 14-16 Uhr

Caritas der Diözese St. Pölten / Beratungszentrum Lilienfeld
3180 Lilienfeld, Platzl 6
Tel.: 02762/52789 5 Fax: 02762/52789 4
Sprechstunden: Mo 10-12, Mi 9-11, 2. Do 15-17 Uhr
E-Mail:
sb.billensteiner@stpoelten.caritas.at, Mobil: 0676/83 844 581,
Mo 10-12, Mi 14-16, Do 9-11Uhr
sb.cammerlander@stpoelten.caritas.at, Mobil: 0676/83 844 366,
Mo 10-12, Mi 14-16, Do 9-11,
psd.pollesboeck@stpoelten.caritas.at, Mobil: 0676/83 844 593, 2. u.4. Do 15-17h

Caritas der Diözese St. Pölten / Beratungszentrum Melk
3390 Melk, Stadtgraben 10
Tel.: 02752/51818 19 od. 0676/838 44 531, Fax 02752/51818 4
E-Mail: sb.gerstl@stpoelten.caritas.at, Mobil: 0676/ 83 844 532
Di 10-12 u.n.V.

Caritas der Diözese St. Pölten / Suchtberatung Scheibbs
3270 Scheibbs, Kapuzinerplatz 1
Tel.: 07482/434 31 3 od. 0676/838 44 532, Fax: 07482/43436 6
E-Mail: sb.gerstl.@stopoelten.caritas.at, Mobil: 0676/ 83 844 532
Sprechstunde: 2.u. 4. Di 13-15 Uhr u.n.V.

Caritas der Diözese St. Pölten / Beratungszentrum Waidhofen/Ybbs
3340 Waidhofen/Ybbs, Oberer Stadtplatz 20
Tel.: 07442/53420, Fax 07442/53420 4
E-Mail: psd.mostviertel@stpoelten.caritas.at
Do 15-16 Uhr u.n.V.

Caritas der Diözese St. Pölten / Beratungszentrum Waidhofen/Thaya
3830 Waidhofen/Thaya, Bahnhofstraße 18, Tel.: 02842/541 50 12, Fax: 02842/541 50 15

Caritas der Diözese St. Pölten / Beratungszentrum Zwettl
3910 Zwettl, Landstraße 29
Tel.: 02822/535 12 30 , Fax: 02822/535 12 16
E-Mail: sb.divisek@stpoelten.caritas.at, Mobil: 0676/83 844 533
Sprechstunde: Do 10-12 Uhr u.n.V.

Niederösterreichische Landesregierung / Suchtberatungsstellen:
Homepage: www.suchtkoordination-noe.at/beratungsstellen

Suchtberatungsstelle des Landes NÖ Gmünd
3950 Gmünd, Bahnhofstraße 58, Tel.: 0676/848410 12 od. 0664/415 74 60
Di 15-17, 1. u. 3. Fr 16-18 Uhr u.n.V.

Suchtberatungsstelle des Landes NÖ Hollabrunn
2020 Hollabrunn, Rapfstraße 2, Tel.: 0664/202 35 84, Mobil: 0664/202 35 84,
E-Mail: alexamesmann@gmx.at
Mi 14-15 Uhr u.n.V.

Suchtberatungsstelle des Landes NÖ Korneuburg
2100 Korneuburg, Kreuzensteinerstraße 20, Tel.: 02262/649 69 20,
Mi 14.30-15.30 Uhr, u.n.V.

Suchtberatung Mistelbach
2130 Mistelbach, Marienplatz 1, Tel.: 02572/2118,
Mo 15.30-17.30 Uhr

Suchtberatung in der Jugend- Sucht- und Familienberatungsstelle Waggon"
Tender Verein für Jugendarbeit
2340 Mödling, Bahnhofsplatz 10, Tel.: 02236/28003-0, Fax: 02236/28003-4
E-Mail: info@waggon.at, Homepage: www.vereintender.at
Sprechstunden: Mo-Fr 12-18 Uhr, Beratung n.V.

Beratungsstelle für Alkoholprobleme – Magistrat St. Pölten
3100 St. Pölten, Linzerstraße 10-12, Tel: 02742/354 377 od. 02742/333 2518
Fax: 02742/354 377, E-Mail: bap-st-poelten@aon.at,
Sprechstunde: Mo 16-19.00 Uhr

AUFTRIEB – Jugend und Suchtberatung
2700 Wr. Neustadt, Grazer Straße 90/ Hauptplatz 24
E-Mail: team@rumtrieb.at
Tel.: 02622/277 77, Fax: DW 15
E-Mail: beratung@auftrieb.co.at, Homepage: www.jugendundkultur.at

Psychosoziale Zentren GmbH, Suchtberatung Bruck an der Leitha
2460 Bruck an der Leitha, Johngasse 3/15, Tel.; 02162/69101
E-Mail: office.sucht.2460@psz.co.at, Homepage: www.psz.co.at
Mo 16-16, Mi 10-12, Do 16-18 Uhr u.n.V.

Psychosoziale Zentren GmbH, Suchtberatung Mistelbach
2130 Mistelbach, Bahnstraße 29, Tel.: 02572/20327

Psychosoziale Zentren GmbH, Suchtberatung Gänserndorf
2230 Gänserndorf, Bahnstraße 51, E-Mail: office.sucht.2230@psz.co.at
Homepage: www.psz.co.at, Tel.: 02282/605 69,
Mo, Di 10-13, Mi 16-19 Uhr u. n. V.

Psychosoziale Zentren GmbH, Suchtberatung Hollabrunn
2020 Hollabrunn, Küschelmanngasse 5, Tel.: 02952/30660210

Psychosoziale Zentren GmbH, Suchtberatung Tulln
3430 Tulln, Königstetterstraße 1, Tel.: 02272/65 188 40, Fax: 02272/65 188 44
E-Mail: office.sucht.3430@psz.co.at, Homepage: www.psz.co.at
Mo 12.00 - 15.00 Uhr, Di 9.00 - 12.00 Uhr, Do 16.00 - 18.00 Uhr u. n. V.

Psychosoziale Zentren GmbH, Suchtberatung Schwechat
2320 Schwechat, Wienerstraße 1/6
Tel.: 01/707315730, Fax: 01/707315715
E-Mail: office.sucht.2320@psz.co.at, Homepage: www.psz.co.at
Mo 12-15, Di 15-18 u. Fr 9-11 Uhr u.n.V.

Psychosoziale Zentren GmbH, Suchtberatung Stockerau
2000 Stockerau, Kochplatz 7-9, Tel.: 02266/66185, Fax: 02266/66 185 15

zb zentrum für beratung, training & entwicklung (inkl. Glas-Klar)
Zentrale zb nord
3500 Krems, Ringstraße 70 Tel.: 02732/76 463 od. Fax: DW 4
Regionalleitung: Tel.: 0676 / 84 84 10 17, E-Mail: r.blume@zb-beratung.at
oder: office@zb-beratung.at, Homepage: www.zb-beratung.at
Mo-Do 8 - 15, Fr 8-13 Uhr u.n. tel. V.

***GLAS-KLAR**: Beratung und Psychotherapie für Alkoholkranke und Angehörige*
Anmeldung im Verein Zentrum f. Beratung u. Kommunikation!

zb west St.Pölten/Lilienfeld
Regionalleitung: DSA Maria Lesnik, Tel.: 0676 / 84 84 10 14, Email: m.lesnik@zb-beratung.at

3100 St. Pölten, Schreinergasse 10,
Tel.: 02742/317914, Fax: 02742/317914-4
E-Mail: zb-st.poelten@nextra.at, Mo-Fr 8-12 Uhr

3100 St.Pölten, Brunngasse 14,
Tel.: 02742/327074, Fax: 02742/327074 4

3180 Lilienfeld, Klosterrotte 4

Waldviertel:
Regionalleitung: DSA Erika Bernhard, Tel.: 0676 / 84 84 10 12, E-Mail: e.bernhard@zb-beratung.at

3950 Gmünd, Alois Fegerlgasse 2, Tel.: 0676/848410-12
3580 Horn, Raabserstraße 35, Tel.: 0676/848410-12
3830 Waidhofen/T., Tayastraße 3a, Tel.: 0676/848410-23 od. 02842/20010
3910 Zwettl, Hauensteinerstraße 15, Tel.: 0676/848410-24 od. 0664/463 3439

Weinviertel:
Regionalleitung: Mag.a Jeanette Moore, Tel.: 0676 / 84 84 10 22, E-mail: j.moore@zb-beratung.at

2230 Gänserndorf, Hans Kudlichgasse 11/2/2
2020 Hollabrunn, Hauptplatz 12, Email: e.erker@zb-beratung.at
2100 Korneuburg, Hauptplatz 3-4, Tel.& Fax: 02262/73626
2130 Mistelbach, Hamerlinggasse 6

Most - und Industrieviertel:
Regionalleitung: Mag.a Krista Susman, Tel.: 0676 / 84 84 10 13, E-mail: k.susman@zb-beratung.at
3300 Amstetten, Preinsbacherstraße 12/1
2562 Berndorf/St. Veit, c/o Rotes Kreuz, Leobersdorferstr. 56
3180 Lilienfeld, Klosterrotte 4
2320 Schwechat, Brauhausstraße 8, Objekt 69
3340 Waidhofen/Y., Ludwig Halauskastrasse 5

Anonyme Alkoholiker / Kontakttelefon Region Ost – Niederösterreich
Tel.: 0676/9740839, tägl. 18-21 Uhr
E-Mail: noe@anonyme-alkoholiker.at, Homepage: www.anonyme-alkoholiker.de
> Meetings in Amstetten, Baden, Gänserndorf, Hainburg, Heidenreichstein, Horn, Krems, Klosterneuburg/Maria Gugging, Mistelbach, Mödling, Neunkirchen, Schwechat, St. Pölten, Stockerau, Tulln, Wr. Neustadt, Zwettl

AL-Anon-Familiengruppen & Al-Anon/Alateen
REGION OST:
Wien, Niederösterreich, Steiermark, Kärnten und Burgenland
Barthgasse 5, A-1030 Wien, Tel 01 / 796 98 55, tägl. von 18:00 – 20:30 Uhr
E-Mail: alanon.wien@al-anon.at, Fragen und Informationen zu Alateen: alateen.ost@al-anon.at

Verein Blaues Kreuz Wien und NÖ/BK NÖ
Sucht-, Jugend u. Familienberatungsstelle
2620 Neunkirchen, Dr. Stockhammer-Gasse 23
E-Mail BK Wien u. NÖ: office@blaueskreuz.or.at
E-Mail Neunkirchen: wolfgang.jahnson@blaueskreuz.or.at, Homepage: www.blaueskreuz.or.at
> Begegnungsgruppe Neunkirchen
Musikschule Neunkirchen, Tel.: 02635/62210, Mobil: 0767/7578655
E-Mail: wolfgang.jansohn@blaueskreuz.at
> Begegnungsgruppe Ternitz
Evangelischer Gemeindesaal, Dammstraße 22, Tel.: 0699/14651916

Weitere Selbsthilfegruppen:
Verein Lichtblick, Beratung und Therapie,
Gruppe für Alkoholkranke und Angehörige
2700 Wiener Neustadt, Domplatz 3
Tel.: 02622/26222, Mobil: 0676/7578655
E-Mail: w.jahnson@kindernotruf.at, Homepage: www.verein-lichtblick.at
jd. 1. u. 3. Di im Monat von 19-21 Uhr

SIN-ALKO Selbsthilfegruppe
3740 Eggenburg, Tel: 02984/8214,
jd. Mo 16.00 - 22.00 Uhr nach Terminvereinbarung, Hotline: 0650/390 77 30

16.4.1.4 Oberösterreich

Amt der OÖ Landesregierung – Alkoholberatung Land Oberösterreich
4021 Linz, Kärntnerstraße 1
Sekretariat: Tel.: 0732/7720 14262, Fax: 0732/7720 214355
Homepage: www.land-oberoesterreich.gv.at, E-Mail: ges.post@ooe.gv.at

Beratungsstelle für Hörgeschädigte mit Suchtproblemen
4021 Linz, Kärntnerstraße 1, (LDZ) Tel.: 0732/7720 142 25
Mobil: 0664/60072 14225
Fax: DW 0732/77 20 214 184, Termine nach tel. Vereinbarung

BH Eferding
4070 Eferding, St.-Fadinger-Str.2
Tel.: 07272/2407 348 E-Mail: josef.eilmsteiner@ooe.gv.at
Mo 8-12 Uhr
> Selbsthilfegruppe:
Eferding, Exit-Sozial „Treffpunkt", Bahnhofstraße 9 (1. Stock), 2. Fr im Monat 19-21Uhr

BH Freistadt
4240 Freistadt, Promenade 5, Tel.: 07942/702 373
E-Mail: renate.gredler@ooe.gv.at
Mo, Di, Do 8.30-12 und Di 14-16.30 Uhr, tel. Terminvereinbarung
> Selbsthilfegruppe:
Rot-Kreuz-Stelle, Zemannstr. 27, 3. Do im Monat 19-21Uhr

BH Gmunden
4812 Gmunden, Esplanade 10
Tel.: 07612/792 466 Fax: 07612/792399
E-Mail: hermann.schauer@ooe.gv.at
Mo, Di, Do 8-12 und Di 14-17 Uhr und nach Vereinbarung
> Start-Gruppen:
Vorchdorf (Rot Kreuz-Gebäude), 2. Mo im Monat 19 Uhr
Gmunden (Rot Kreuz-Gebäude), 3. Mo im Monat 19 Uhr
> Selbsthilfegruppe:
LKH Gmunden, jeden Sa 18-20 Uhr

BH Gmunden – Außenstelle Bad Ischl
4820 Bad Ischl, Bahnhofstraße 10, Tel.: 06132/23362 22
E-Mail: ulrike.laimer@ooe.gv.at
Do 14-17, Fr 9-12 Uhr
> Start-Gruppe:
LKH Bad Ischl, 2. Do i. Monat ab 19.00 Uhr
> Selbsthilfegruppe:
LKH Bad Ischl, 1. u. 3. Do, im Monat ab 19 Uhr
> Frauengruppe:
dzt. LKH Gmunden, 1. u. 3. Mo im Monat ab 19 Uhr

BH Grieskirchen
4710 Grieskirchen, Manglburg 16, Tel.: 07248/603 353 Fax: 02748/603 120
E-Mail: julia.gruber@ooe.gv.at
Mo 9-12 u. 14-17, Di 8-12, Do 9-12 Uhr und nach Vereinbarung
> Selbsthilfegruppen:
4710 Grieskirchen, Krankenhaus, 1. Fr im Monat 19 Uhr
4722 Peuerbach, Pfarrheim, Georg v. Peuerbachstr., 3. Fr im Monat 19 Uhr
4680 Haag am Hausruck, Sozialzentrum, Starhemberg 19, 2. Do im Monat 19 Uhr

BH Kirchdorf/Krems
4560 Kirchdorf/Krems, Pernsteinerstraße 32
Tel. 07582/ 616 00-10 41, Mobil: 0664 600 72892 35
E-Mail: marietta.ruspeckhofer@ooe.gv.at, erwin.buchgeher@ooe.gv.at
Mo, Di, Do 9-12 Uhr, und nach Vereinbarung
> StART-Gruppe:4560 Kirchdorf/Krems, Pernsteinerstr. 32, 1. Di im. Monat 19-21 Uhr
> Frauengruppe: 4560 Kirchdorf/Krems, Pernsteinerstr. 32, 3. Do i. Monat 18-20 Uhr
> Selbsthilfegruppe:4560 Kirchdorf/Krems, Pernsteinerst. 32, Mittwoch n. Vereinb. 18-20 Uhr

BH Linz-Land

4021 Linz, Kärntnerstraße 1, Tel.: 0732/7720 14227
Mobil: 0664/60072 14227
E-Mail: ingrid.schrattenecker@ooe.gv.at
Mo, Do 9-12 Uhr, und nach Vereinbarung
> Selbsthilfegruppe:
4050 Traun, Tischlerstraße 13, Pro mente, 1. u. 3 Di im Monat ab 19 Uhr

BH Linz-Land, Außenstelle Enns

4470 Enns, Dr. Rennerstraße 31 (Seniorenclub), Tel.: 0664/60072 14227
E-Mail: ingrid.schrattenecker@ooe.gv.at
Do 14-18 Uhr
> Selbsthilfegruppe: 4470 Enns, Dr. Rennerstraße 31, 2. u. 4. Do im Monat 19 Uhr

BH Perg

4320 Perg, Dirnbergerstraße 11, Tel.: 07262/551 347
E-Mail: alexander.haeusler-angeli@ooe.gv.at
Do 8.30-12.30 Uhr u. 14-16 Uhr, 2. Di im Monat 8.30-11.30 Uhr
Außenstelle Grein: Kreuznerstraße 33 (Feuerwehrhaus) , 2. Di im Monat 13.30-16.00 Uhr
> Selbsthilfegruppe:
4320 Perg, Bezirksstelle des Roten Kreuzes, Dirnbergerstr. 15, 2. Fr im Monat 19.30 Uhr

BH Ried im Innkreis

4910 Ried im Innkreis, Parkgasse 1, Tel.: 07752/912 323
E-Mail: ulrike.thon@ooe.gv.at, irmgard.rott@ooe.gv.at
Mo, Di, Do 8-13 Uhr nur nach Terminvereinbarung
> Selbsthilfegruppe:
4910 Ried, Schärdinger Tor 3, Seniorentagesheimstätte,
1. Di im Monat ab 19.30 Uhr
> StART-Gruppe:
4910 Ried, Schärdinger Tor 3, Seniorentagesheimstätte,
1. Di im Monat ab 19Uhr
> Frauengruppe:
4910 Ried, Schärdinger Tor 3, Seniorentagesheimstätte,
1. Do im Monat ab 19 Uhr

BH Schärding

4780 Schärding, Tummelplatz 7, (Bezirksaltenheim)
Mobil: 0664/ 600 72 892 09
E-Mail: irmgard.rott@ooe.gv.at, E-Mail: ulrike.thon@ooe.gv.at
Mo, Di, Do, 8-13 Uhr nur nach Terminvereinbarung
> Selbsthilfegruppen:
4780 Schärding, Ludwig-Pfliegl-Gasse 13, Bezirkshauptmannschaft,3. Fr im Monat ab 19.30
4760 Raab, Pfarrheim, 3. Do i. Monat ab 19 Uhr

BH Steyr-Land

4400 Steyr, Spitalskystraße 10, Bezirkshauptmannschaft
Tel: 07252/52 361 DW 536 bzw. 0732/7720 14226, mobil: 0664/60072 89210
E-Mail: anton.tuder@ooe.gv.at,
Mo 9-13, Di, Do 8.30-12 Uhr, und nach Vereinbarung
> Selbsthilfegruppen:
4400 Steyr, Industriestraße 7(Jugend- u. Kulturzentrum Tabor), 2. Fr im Monat 19 Uhr

Außenstelle Garsten: 4451 Garsten, Am Platzl 2, Tel.: 0664/60072 89210
E-Mail: elisabeth.haemmerle@ooe.gv.at
Mo 9-13 Uhr, Bezirkshauptmannschaft Steyr
Di 9-18 Uhr, in Garsten, nur nach tel. Vereinbarung

BH Urfahr-Umgebung

4040 Linz, Peuerbachstraße 26,Tel.: 0732/731301 725 13, Mobil: 0664/600 72 725 13
E-Mail: johann.koenigstorfer@ooe.gv.at
Mo, Di 8-12 Uhr, Do 14-18 Uhr und nach Vereinbarung
Außenstelle Bad Leonfelden: 4190 Bad Leonfelden, PSZ Exit Sozial, Böhmerstr. 3, Fr 9-12 Uhr
> Selbsthilfegruppe:
4210 Gallneukirchen, Reichenauerstr. 1 (Clubraum der Gemeinde),3. Fr im Monat, 19 Uhr

BH Vöcklabruck

4840 Vöcklabruck, Anton Bruckner-Str.17
Tel.: 07672/260 05 11 oder 07672/260 05 14
E-Mail: erwin.buchgeher@ooe.gv.at, franz.fürtbauer@ooe.gv.at
Mo, Di, Do, Fr 8-12, Di 17-19 Uhr, und nach tel. Vereinbarung
> StART-Gruppe:
Vöcklabruck, Dr. Anton Bruckner-Str. 17, 1. u. 2. Di im Monat, 19-20.30 Uhr
> Frauengruppe:
Vöcklabruck, Dr. Anton Bruckner-Str. 17, 2. u. 4. Do im. Monat 19-20.30 Uhr
> Selbsthilfegruppen:
V*öcklabruck, Dr. Anton Bruckner-Str. 17, 3. od. 4. Di im Monat 18-19.30 Uhr*
Vöcklabruck, Stadtplatz 19/2.St. (Club für Alkoholkranke), 1. Fr im Monat ab 19 Uhr
> *Angehörigengruppe:*
V*öcklabruck, Dr. Anton Bruckner-Str. 17, 1. Do im Monat 17.30-19 Uhr*

BH Vöcklabruck - Außenstelle Mondsee

Bezirk **Vöcklabruck** / Außenstelle **Mondsee**
E-Mail: franz.fürtbauer@ooe.gv.at
5310 Mondsee, Krankenhausstr. 8, Tel.: 06232/27528
Do 9-12 Uhr
> *StART-Gruppe:*
5310 *Mondsee, Krankenhausstr. 8, 1. Do im Monat ab 19-20.30 Uhr*

BH Wels-Land

4600 Wels, Herrengasse 8, Tel.: 07242/618 369
E-Mail: josef.eilmsteiner@ooe.gv.at, kar.schmid@ooe.gv.at
Mo, Di 8.30-12 Uhr und nach Vereinbarung
> Selbsthilfegruppe in Lambach:
Ortsstelle Rotes Kreuz, Maximilian-Pagl-Straße 8, 3. Fr im Monat 19-21 Uhr

Magistrat der Stadt Wels / Sozialberatung – Beratungsstelle bei Alkoholproblemen

4600 Wels, Brennereistraße 15
Tel.: 07242/61 669 Fax: 07242/235 1750
Mo 10-12 u. 14-17, Di 14-19, Do 10-12 u. 14-20 Uhr
telefonische Terminvereinbarungen erwünscht!
E-Mail: alkberatung.spb@wels.gv.at
> Selbsthilfegruppe: Tel.:07242/235 1749
jeden Di 18-20, Do 18-22 Uhr,

OÖ Landesnervenklinik Wagner-Jauregg – Therapiezentrum Traun für Alkoholkranke und Medikamentenabhängige (Tagesambulanz)

4050 Traun, Oberer Flötzerweg 1
Tel.: 050 554/62 26540 Fax: 050 554/62 22214
E-Mail:traunamb.wj@gespag.at Homepage: www.gespag.at

Tagesambulanz für Erstkontakte u. therapievorbereitende Gespräche:
Tel.: 050 55462 39571
tel. Terminvereinbarung erbeten von Mo-Fr 8.30-12.30 Uhr

Abendambulanz tägl. 17-19 Uhr
nach Vorgespräch in der Tagesambulanz zur Therapieplanung

Pro mente Oberösterreich Zentrale

4020 Linz, Lonstorferplatz1
Homepage: www.promenteooe.at, Tel.: 0732/69 96 0 Fax: 0732/69 96 80,
Mo-Do 8-16, Fr 8-14 Uhr, E-Mail: office@promenteooe.at
psychosozialer Notdienst: 0732/65 10 15 (rund um die Uhr erreichbar)

Pro mente Oberösterreich / EGO Braunau– Beratungsstelle für Jugend-, Drogen- und Alkoholprobleme

5280 Braunau/Inn, Ringstraße 45/II. Stock, Tel.: 07722/846 78 Fax: 07722/846 782
E-Mail: ego.braunau@promenteooe.at, Homepage: sucht.promenteooe.at
tel. Erreichbarkeit: Mo 15-18, Do 8-12, Alkoholberatung Fr 16-18 Uhr
> geleitete Gruppe für Betroffene und Angehörige – jeden Fr ab 18.30 Uhr

Pro mente Oberösterreich / EGO Ried – Beratungsstelle für Jugend-, Drogen- und Alkoholprobleme

4910 Ried, Franz Hönigstraße 7, Tel.: 0664 / 82 24 999, Fax: Fax: 07752/806904
E-Mail: ego.ried@promenteooe.at, Homepage: sucht.promenteooe.at
Do 14-16 Uhr

Pro mente Oberösterreich / POINT - Alkoholberatung Rohrbach
4150 Rohrbach, Ehrenreiterweg 4,
E-Mail: alkoholberatung.rohrbach@promenteooe.at, Homepage: sucht.promenteooe.at
Tel.: 07289/6920, Fax: 07289 / 6815 22
Mo, Do 13-17 Uhr,
> Regelmäßige Alkohol-Selbsthilfegruppe für Betroffene einmal im Monat

AFCG / Alkoholfreier Club Gmunden – Stadtgemeinde Gmunden
4810 Gmunden, dzt. Kolpinghaus, Marktplatz 13, Tel.: 07612/794 370
2. u. letzter Fr im Monat ab 19 Uhr

ABS-Alkoholberatungsstelle
4020 Linz, Stifterstraße 29
Tel.: 0732/770464 Fax: 0732/772261, E-Mail: abs@b37.at
Mo 9-12 u. 13-15.30, Di 10-12 u. 15-19, Do 14-19 Uhr
um tel. Terminvereinbarung wird gebeten

Anonyme Alkoholiker / Kontaktadresse Oberösterreich – Kontaktstelle für Angehörige
4012 Linz, KH Barmherzige Brüder, Seilerstätte 2/1/142
E-Mail: alanon.linz@aon.at
Homepage: www.anonyme-alkoholiker.at
> Meetings in Leonding, Linz, Altmünster, Ried i.I., Linz Urfahr-Auberg, Wels, Mondsee

Blaues Kreuz Österreich / Zentrale Wels
4600 Wels, Kaiser Josef Platz 16b
Tel.: 07242/46519 Fax: DW12
E-Mail: info@blaueskreuz.at
Homepage: www.blaueskreuz.at

Blaues Kreuz Österreich / Kontaktstelle Gmunden
4810 Gmunden, Georgstr. 9, Evangelisches Pfarrhaus
Tel.: 07612/62 623
> Gruppenabende jeden 2. und 4. Mo im Monat 19 Uhr

16.4.1.5 Salzburg

Amt der Salzburger Landesregierung / Sozialmedizinischer Dienst – Alkoholkrankenbetreuung

Zentrale u. Beratungsstelle Salzburg
5020 Salzburg, Fanny von Lehnertstraße 1, E-Mail: sozmed@salzburg.gv.at,
Mo-Fr 9-12 Uhr
Leitung Sozialmedizinischer Dienst: Dr. Bernhard Hittenberger,
Tel.: 0662/80423599, E-Mail: bernhard.hittenberger@salzburg.gv.at

Alkoholkrankenbetreuung - Gesamtkoordination: 0662/8042 3605,
E-Mail: christof.jenner@salzburg.gv.at, Sekretariat: 0662/8042 3599

Salzburg-Stadt
Beratungsstelle: 5020 Salzburg, Fanny-v. Lehnert-Str. 1/3.St.
Salzburg-Stadt
(Zuständigkeit nach Anfangsbuchstaben der Ratsuchenden):
A – E: Mag. A. Wörndl-Aichriedler, Tel.: 0662/8042 3626, E-Mail: annemarie.woerndl@salzburg.gv.at
F – M: Dr. Baumgartner, Tel.: 0662/8042 3595, E-Mail: rupert.baumgartner@salzburg.gv.at
N – Z: Dr. A. Untner, Tel.: 0662/8042 3623, E-Mail: alois.untner@salzburg.gv.at
> Gruppe des SMD:
5020 Salzburg, Ignaz-Harrer-Str. 90, Mi ab 19.30 Uhr(Dr.Pötzl)

Flachgau
Nord/Ost: 0662/8042 3605, E-Mail: christof.jenner@salzburg.gv.at
Nord/Süd: 0662/8042 3593, E-Mail: gabriele.baier@salzburg.gv.at

Tennengau
0662/8042 3626, E-Mail: annemarie.woerndl@salzburg.gv.at

Beratung des SMD St. Johann im Pongau (für Pongau und Lungau)
5600 St. Johann, Hans Kappacherstr. 14, 06412/6101 6313, Fax: 06412/6101 6319
E-Mail: anna.kunz@salzburg.gv.at
Mo-Fr 9-12 Uhr
Pongau (außer Gasteinertal):

0662/8042 3598, E-Mail: sarah.backmund@salzburg.gv.at
Pongau (außer Großarltal und Mühlbach):
0662/8042 3615, E-Mail: alfred.poetzl@salzburg.gv.at

> Gruppe des SMD:
1. u. 3. Mo im Monat, 19.00 Uhr, Seniorenklubheim der Volkshilfe Bischofshofen, Kinostraße 2 (Dr. A. Pötzl)
> Gruppe des SMD:
14-tägig, Mi 19. Uhr, Tamsweg, Gemeindebücherei (Mag. Backmund)

Beratung des SMD Zell am See (für Pinzgau)
5700 Zell am See, Saalfeldnerstraße 10,
Tel.:06542/760 6812, Fax: 06542/ 8042 76 68 12
E-Mail: silvia.mayer@salzburg.gv.at
Mo-Fr 9-12 Uhr
> Gruppe des SMD: Pinzgau (BH Zell/See), 5730 Mittersill, Pensionistenheim, Di 19 Uhr (14-tägig)

Beratung des SMD im Krankenhaus Tamsweg
n. tel. V. unter: 0664 57 00 638 (Mag. Backmund)

Beratung des SMD im Krankenhaus Mittersill
n. tel. V. unter: 06542/760 6812 (Albert Kuntner)

Christian-Doppler-Klinik, II. Psychiatrische Abteilung / Alkoholambulanz
5020 Salzburg, Ignaz Harrer Straße 79
Tel.: 0662/4483 DW 4602 Homepage: www.christian-doppler-klinik.at
tägl. 8-12 Uhr, Anmeldung bis 11 Uhr erbeten
> Medizinische Info-Gruppe: Mo 16.15 Uhr, Veranstaltungsraum Haus 7 Keller
> Gruppe: Tagesklinik – Haus 16 Aufenthaltsraum (Mag. Schölzner) Mi 13.30
>Gruppe: Besprechungsraum Haus 16, 1. St., Fr 10.45 Uhr (Dr. Sonnleitner)

Salzburger Landesverband für Psychohygiene
Sonderkrankenhaus für alkohol- und medikamentenabhängige Männer
5020 Salzburg, Ignaz-Harrer-Straße 90, Tel.: 0662/431450-13
Mo-Fr 8-16 Uhr,
> Nachsorgegruppe: Sonderkrankenhaus, Ignaz-Harrer-Straße 90, Di (nach stationärer Behandlung) - Mag. Schwarzenbacher
> Do 19.30 Uhr – Dr. Menapace
> Angehörigengruppe für ehemalige PatientInnen letzter Fr im Mo 14-16.00 (Mag. Weinlich)
> Gruppe SMD Mi 19.30 (Dr. A. Pötzl), Tel.: 8042 3624

Sonderkrankenhaus für Alkohol- und Medikamentenabhängige
5020 Salzburg, Weizensteinerstr. 11,
Tel.: 0662/824203, ambulante Nachbetr. n. V.
> Gruppe: Mo (Dr. P. Römer-Kraus) u. Mi 19 Uhr (Fr. Schatz)
(beide Gruppen nur nach stationärer Behandlung)

NEUSTART / Saftladen - alkoholfreies Tageszentrum
5020 Salzburg, Schallmooser Hauptstr. 99
Tel.: 0662/6500335 (Büro), 0662/650496 (Lokal) Fax: 0662/6503354
Mo-Fr 9-18, Mi 12-18, Sa 10-15 Uhr

Der Blaue Kreis / Alkoholkrankenbetreuung
5020 Salzburg, Laufenstraße 36, Tel.:0662/453372
E-Mail: info@derblauekreis.org
Homepage: www.derblauekreis.org
> Begegnungsgruppe Aufwind:
5020 Salzburg, Bewohnerservice, Laufenstr. 36, Fr 19 Uhr
> Begegnungsgruppe Aufwind:
5165 Berndorf, Gemeindeamt (Mehrzweckraum), Mo 19.30 Uhr, Tel.: 06217/8235

Anonyme Alkoholiker / Kontaktadresse Oberösterreich

4012 Linz, Postfach 14, tel. Auskunft über Telefonseelsorge 142 (gebührenfrei)
E-Mail: ooe-sbg@anonyme-alkoholiker.at,
Homepage: www.anonyme-alkoholiker.de
Meetings in Salzburg:
Mo 19.30 u. Sa 19 Uhr: Sonderkrankenhaus Ignaz-Harrer-Str.90, Tel.:0699/11131680
Di 19.30 Uhr: Christian-Doppler-Klinik, II.Psych., 1. St., Zi 103
Mi 19 Uhr: Pfarrzentrum 1, Maximillianstr. 1

weitere Meetings der AA und Al-Anon in St. Johann im Pongau, Zell am See, Saalfelden, Hallein, Mondsee
Kontaktstelle für Angehörige | Region Mitte - OÖ, Salzburg
Briefkontakt: Krankenhaus der Barmherzigen Brüder/Vermittlung, 4020, Seilerstätte 2/1/42

Freie Gruppen:

Verein KOKO
Krankenhaus Oberndorf, Raum der Physiotherapie,
06272/4334 465, jeder 2. Di 19.30 Uhr

Frauengruppe KOKO
Innsbrucker Bundesstr. 37, jd. 2. Fr 11-13.00 Uhr, Tel.:0662/436369 30

16.4.1.6 Steiermark

b.a.s. - Betrifft Abhängigkeit und Sucht, Steirische Gesellschaft für Suchtfragen
Zentrale und Beratungsstelle Graz
8020 Graz, Dreihackengasse 1, Tel.: 0316/82 11 99
Fax: 0316/82 11 9910
E-Mail: office@bas.at, Homepage: www.bas.at (Onlineberatung) oder www.suchtfragen.at
Mo-Do 8.30-14, Fr 8-12 Uhr, telefonische Terminvereinbarung erwünscht
> Club – Gruppe für abstinenzorientierte Menschen mit Alkohol- und/oder Medikamentenproblemen (für Teilnahme ist ein Vorgespräch Voraussetzung) Di 18.30-21.30 Uhr (von 19.30-20.30 geleitete Gruppenaktivitäten)
> Familienberatung Mo 15-17.00 Uhr, Mi 9-11.00 Uhr
für alle Beratungsstellen der b.a.s. gilt: Termine können teilweise auch außerhalb der angegebenen Beratungszeiten vereinbart werden!

b.a.s. Beratungsstelle Bad Aussee
8990 Bad Aussee, Bahnhofstraße 132/1
Tel.: 0664/8405256
E-Mail: dagmar.pernitsch@bas.at
Do 14-18.00 Uhr u. n. t. V.

b.a.s. Beratungsstelle Bruck/Mur
8600 Bruck/Mur, Erzherzog Johann Gasse 1/1
Tel.: 0664/9683240
E-Mail: office@bas.at
Do 9-13 Uhr

b.a.s. Beratungsstelle Deutschlandsberg
8530 Deutschlandsberg, Poststraße 3
Tel.: 03462/6830-0, E-Mail: nicole.knopp@bas.at
Mo 10-17 Uhr, jd. 2. Do im Monat von 14-19, jd. 4. Do 13-19 Uhr, tel. Anmeldung erforderlich

b.a.s. Beratungsstelle Feldbach
8330 Feldbach, Oedterstraße 3
Tel.: 03152/5887 22 oder 0664/8538853, E-Mail: guenter.ertl@bas.at
Do 11-12 u. 17-18 Uhr u. n. V.
> Gruppe für Menschen mit Alkoholproblemen Do 19-21.00 Uhr

b.a.s. Beratungsstelle Hartberg
8230 Hartberg, Rotkreuzplatz 1
Tel.: 03332/61 699, E-Mail: hartberg@bas.at
Mo 15-19, Mi 10-12 u. 17-19 Uhr, Fr 9-12 u. n. V.
> Gruppe: Do 19-21 Uhr
> Angehörigengruppe 1x monatlich, Einstieg nach pers. Vorgespräch
> Club, 14-tägig, Fr 17-19 Uhr
> Informationsberatung:
jd. 1. Mo, 9-11 Uhr in Sozialzentren (Rotes Kreuz) Neudau und Friedberg
jd. 3. Mo, 9-11 Uhr in Sozialzentren Pöllau und Vorau

b.a.s. Beratungsstelle Kapfenberg
8605 Kapfenberg, Wienerstraße 60 (Beratungszentrum)
Tel.:0664/8467 677, E-Mail: office@bas.at
Mi 9-17 Uhr u.n.V.
> Gruppe: 12. Februarstraße. 6, Altes Volksheim Mi 19-21 Uhr

b.a.s. Beratungsstelle Leibnitz
8430 Leibnitz, Wagnastraße 1/1 (Psychosoziales Zentrum) Tel.: 03452/72 647
E-Mail: birgit.zeichen@bas.at und office@bas.at
Mo 10-15, jd. 2. u. 4. Do 10-15, jd. 1. u. 3. 14-17 Uhr u. n. V.

b.a.s. Beratungsstelle Liezen
8940 Liezen, Fronleichnamsweg 15, (Beratungszentrum),
Tel.: 03612/26 322, E-Mail: heidi.wieser@bas.at
Do 10-18 Uhr u. jd. 1. Mi 11-17 Uhr
> Gruppe: Do 19-21 Uhr

b.a.s. Beratungsstelle Mürzzuschlag
8680 Mürzzuschlag, Wiener Straße 3/3
Tel.: 03852/5033 oder über das BZ 03852/4707
E-Mail: office@bas.at
Mi 10-16 Uhr u. n. V.
> Gruppe für Menschen mit Alkoholproblemen: Di, 14-tägig, tel. Kontaktaufnahme erwünscht

b.a.s. Beratungsstelle Schladming
8970 Schladming, Martin-Luther Str. 32/2
Tel.: 03687/23 402 E-Mail: regina.pichler@bas.at
Mi 12-20 Uhr u. n. V.

b.a.s. Beratungsstelle Voitsberg
8570 Voitsberg, Hauptplatz 41
Tel.: 03142/267 50, E-Mail: r.kreuzweger@bas.at
Informationsberatung Mo 10-11 u 16-17 Uhr
> Gruppe: Mo 18-20 Uhr

b.a.s. Beratungsstelle Weiz
8160 Weiz, Franz-Pichler-Straße 24
Tel.: 0664/83 68 308 E-Mail: susanne.prechtl@bas.at
Mo nach. tel. Vereinbarung

BIZ – Obersteiermark / Beratungs- u. Informationszentrum mit Schwerpunkt Abhängigkeitserkrankungen
8700 Leoben, Hauptplatz 6/2. St.
Tel.: 03842/44474 Fax: 03842/44474 90, E-Mail: office@biz-obersteiermark.at
Homepage: www.biz-obersteiermark.at
Terminvereinbarung: Mo- Do 10-12 Uhr
>Gruppe für Angehörige von Alkoholerkrankten, 1.wöchentlich, Anmeldung unter 03842/44474 oder per E-Mail: office@biz-obersteiermark.at
> Gruppe der Anonymen Alkoholiker, Fr 19-20.30 Uhr

Landeskrankenhaus / Universitätsklinikum Graz – Universitätsklinik für Psychiatrie – Ambulanter Versorgungsbereich
8036 Graz, Auenbruggerplatz 1
Tel.: 0316/385 DW 3616, Mo-Fr 8-15.30 Uhr u. n. V.

LIBIT / Psychosoziales Beratungszentrum – Leobner Initiative für Beratung, Information u. Therapie (Verein „Rettet das Kind")
8700 Leoben, Vorderbergstr. 7
Tel.: 03842/470 12 , Fax: 03842/47012 17
E-Mail: office@libit.at, Homepage: www.rettet-das-kind-stmk.at
Mo 8-17, Di 8-15, Mi 8-9 u. 12-16, Do 8-17, Fr 8-12 Uhr
> Projekt Artemis (vormals Phönix) – arbeitsmarktpol. Maßnahme für Menschen, die an einer Suchterkrankung (Alkoholismus) leiden

weitere Beratungszentren (Verein "Rettet das Kind"):
Bruck-Kapfenberg (Tel.: 03862/22413 0),
Mürzzuschlag (Tel.: 03852/4707),
Deutschlandsberg (Tel.: 03462/68300),
Weiz (03172/42580),
Frohnleiten (Tel.: 03126/4225)

Verein für psychische und soziale Lebensberatung – Beratungszentrum Judenburg
8750 Judenburg, Liechtensteingasse 1
Tel.: 03572/42944, E-Mail: judenburg@beratungszentrum.at
Homepage: www.beratungszentrum.at
Beratungstermine nach tel. Terminvereinbarung
> Gruppe: jd. 2. Do 18-20 Uhr

Beratungszentrum Knittelfeld
8720 Knittelfeld, Bahnstraße 4/III, Tel.:03512/83922, Fax: 03512/74450 2,
E-mail: knittelfeld@beratungszentrum.at, Sekretariat: 03512/44988

Beratungszentrum Murau
8850 Murau, Anna-Neumannstraße 16,,Tel.: 03532/3243, Fax: 03532/40674
E-mail: murau@beratungszentrum.at
> Gruppe: jd. 2. Di 17-19 Uhr

Beratungszentrum Liezen
8940 Liezen, Fronleichnamsweg 15, Tel. 03612/26322, E-mail: liezen@beratungszentrum.at

Beratungszentrum Gröbming
Poststraße 700, 8962 Gröbming, Tel.: 03685/23848, Fax: 03685/23848-4
E-mail: groebming@beratungszentrum.at

Außenstelle Bad Aussee
Bahnhofstraße 132, 8990 Bad Aussee, jd. Di u. Fr Terminvereinbarung über Beratungszentrum Liezen, Tel.: 03612/26322

Außenstelle St. Gallen
Öffentliche Bücherei, Rüsthaus Nr. 220, 8933 St. Gallen, jd. Do, Terminvereinbarungen über Beratungszentrum Liezen, Tel.: 03612/26322

Grüner Kreis / Verein zur Rehabilitation und Integration suchtkranker Personen – Ambulantes Beratungs- und Betreuungszentrum
8020 Graz, Sterngasse 12, Tel. 0316/ 76 01 96, Fax: 0316/76 01 96 40,
E-Mail: ambulanz.graz@gruenerkreis.at
Homepage: www.gruenerkreis.at

Anonyme Alkoholiker / Kontaktstelle Süd – Steiermark
8020 Graz, Eckertstraße 67, Telefonkontakt Graz: 0316/57 47 40
E-Mail: stmk-ktn@anonyme-alkoholiker.at
Homepage: www.anonyme-alkoholiker.de
Tägl. 18 - 21.00 Uhr
> Meetings in Graz, Weiz, Gleisdorf, Leoben, Bärnbach, Mürzzuschlag, Deutschlandsberg

Kontaktstelle für Angehörige / Region Ost: Wien, NÖ, Bgld, Stmk, Ktn
1030 Wien, Barthgasse 5, Tel.: 01/7969855
tägl. von 18.30 - 20.30 Uhr

Blaues Kreuz Österreich / Kontaktstelle Graz
8020 Graz, Mühlgasse 43, Tel.: 0316 / 714 711-25 od. 0664 / 300 73 15
> *Gruppenabend: Mo 19 Uhr*

Blaues Kreuz Österreich / Kontaktstelle Zeltweg
8740 Zeltweg, Fischergasse 1, Tel.: 0644 / 876 83 22,
E-Mail: hannelore.berdev@ainet.at,
> *Gruppenabend: jd. 1. u. 3. Mi 19:00 Uhr*

Blaues Kreuz Österreich / Kontaktstelle Ramsau
8972 Rauris am Dachstein, Raiffeisenbank Ramsau, Tel.: 03687/817 86 od. 0644/571 2220

16.4.1.7 Tirol

Verein BIN – Beratung Information Nachsorge für Abhängigkeitserkrankte oder -gefährdete und ihre Angehörigen bei Alkohol-, Medikamentenabhängigkeit und Spielsucht
Zentrale und Beratungsstelle Innsbruck Land
6060 Hall in Tirol, Schmiedtorgasse 5/I,
Tel.: 05223/536 36, Fax: 05223/53636 25
Homepage: www.suchtberatung-tirol.at
E-Mail: bin-hall@bin-tirol.org, petra.unterberger@bin-tirol.org
Mo-Do 8.00-12 u. Mi 16.30- 18.30 Uhr u.n.V.
> *Nachsorgegruppe: Mi 18.30-20 Uhr*

Verein BIN – Beratungsstelle Imst
6460 Imst, Pfarrgasse 7
Tel.: 05412/62807 od. 0650/5824535, E-Mail: anita.pale@bin-tirol.org
Mi 14-18 Uhr
> *Nachsorgegruppe: Di 19-20.30 Uhr*
> *Angehörigengruppe: Mo 19.30-21 Uhr, 14-tägig*

Verein BIN – Beratungsstelle Innsbruck Stadt
6020 Innsbruck, Anichstraße 13/II, Tel.: 0512/573054
Fax: 0512/573054 2
E-Mail: carolin.zeller@bin-tirol.org, veronika.feigl@bin-tirol.org, alf.gundel@bin-tirol.org
Mo-Mi, Fr 9-12 Uhr, Mo-Do 13-16 Uhr
3 Nachsorgegruppen: Mo, Do 18.30-20 Uhr, Di 18.45.-20.15 Uhr
> *Angehörigengruppe: Mi 18.30-20 Uhr, 14-tägig*

Verein BIN – Beratungsstelle Landeck
6500 Landeck, Malserstraße 44, Tel.: 05442/64812 oder 0650/5824569
E-Mail: anita.pale@bin-tirol.org
Mo 15-19 u. Mi 9-13 Uhr u.n.V.
> *Nachsorgegruppe: Mo 19.30-21 Uhr*

Verein BIN – Beratungsstelle Lienz
9900 Lienz, Roseng. 12 (Rosenpassage), II Stock
Tel.: 04852/734 50, E-Mail: egon.wibmer@bin-tirol.org
Di 13-18 Uhr, Mi 9-17 Uhr u.n.V.
> *Nachsorgegruppe: Di 18.15-19.45 Uhr*

Verein BIN – Beratungsstelle Reutte
6600 Reutte, Untermarkt 11, Tel.: 05672/73288, Mobil: 0650/9807497
E-Mail: livia.buchegger@bin-tirol.org
Di 10-18, u. n. V.
> *Nachsorgegruppe: Di 19-20.30 Uhr*

Verein BIN – Beratungsstelle Schwaz
6130 Schwaz, Swarovskistraße 15/I, Tel.: 05242/73798, Mobil: 0650/8847110
E-Mail: tina.steiner@bin-tirol.org
Mo, Di, Mi 8-12.30, Do 15-18.30 Uhr, weitere Termine n. V.
> *Nachsorgegruppe: Do 18.30-20 Uhr*

Verein BIN – Beratungsstelle St. Johann (Psychosoziales Zentrum)
6380 St. Johann, Bahnhofstraße 7, Tel.: 05352/67642 10,
Mobil: 0664/2311999, E-Mail: armin.dag@psptirol.org
Mi 15.30-18.30 Uhr u.n.V.
> *Nachsorgegruppe: Mi 19.30-21 Uhr*

Verein BIN – Beratungsstelle Telfs
6410 Telfs, Obermarkt 43/III, Tel.: 05262/66 6 60, Mobil: 0650/8847111
E-Mail: sylvia.triendl@bin-tirol.org
Mo 9-13, Mi 16.30-18.30 Uhr
> *Nachsorgegruppe: Mi 19.30-21 Uhr*

Verein BIN – Beratungsstelle Wörgl
6300 Wörgl, Bahnhofstraße 42a, City Center
Tel.: 05332/705 11-10, E-Mail: josef.obermoser@bin-tirol.org
Do 9-12, Di 16.30-18.30 Uhr u.n.V.,
> *Nachsorgegruppe: Di 19-20.30 Uhr*
> *Angehörigengruppe: Mi 19-20.30, 14-tägig*

Verein BIN – Beratungsstelle Kitzbühel
6370 Kitzbühel, Rennfeld 15, Tel: 05356/72324, Mobil: 0664-2311999
E-Mail: armin.dag@bin-tirol.org, joe.obermoser@bin-tirol.org
Mo 18.30-19.30, Do 9.30-11 u. n. V.

Tiroler Landes-Krankenanstalten GesmbH (TILAK) – Zentrale
6020 Innsbruck, Anichstraße 35, Tel.: 0512/504-8610

Psychiatrisches Krankenhaus des Landes Tirol / Station B4 – Ambulanz
6060 Hall in Tirol, Thurnfeldgasse 14
Tel.: 050 504 88140 (österreichweit zum Ortstarif), E-Mail: pkh.b4@tilak.or.at
von 0-24 Uhr, Suchthotline – telefonische Vereinbarung – Vorgespräch

Therapie- und Gesundheitszentrum Mutters – Fachabteilung für Alkohol- u. Medikamentenabhängige der Universitätsklinik für Psychiatrie Innsbruck – Ambulanz für Alkoholkranke
6161 Mutters, Nockhofweg 23 Tel.: 0512/54 83 53 Fax: 0512/54 83 53 40
E-Mail: tg.mutters@tilak.or.at

Bestellambulanz: Mo 9-12 u. 13-19, Di 9-12 u. 13-18, Do 9-12 u. 13-16, Fr 9-12
nur nach telefonischer Terminvereinbarung!

Anonyme Alkoholiker
Kontaktstelle Tirol (Nordtirol)
6011 Innsbruck, Postfach 295, Tel.: 0663/05 47 61
E-Mail: tirol@anonyme-alkoholiker.at, Homepage: www.anonyme-alkoholiker.de
Tägl. 19-22 Uhr
> *Meetings in Innsbruck, Wörgl, Landeck, Schwaz, Niederdorf, St. Johann, Telfs, Jenbach*

Anonyme Alkoholiker (Süd-/Osttirol)
I-39042 Feldthurns, Zentrum 27, Tel.: 0039/348/245 99 29
E-Mail: info@anonyme-alkoholiker.at, Tägl. 18.30-21.30 Uhr
> *Meetings in Sillian, Lienz*

Kontaktstelle für Angehörige
Dienstbüro für Österreich, 6600 Reutte, Postfach 117
Tel.: 0567/72651 Fax: 0567/72651 (Telefonkontakt, Literaturbestellung)

Blaues Kreuz Österreich
> *Begegnungsgruppe: 6020 Innsbruck, Josef-Wilbergerstraße 9, Tel.: 0512 / 273 891,*
E-Mail: cbs-ibk@gmx.at, andreaSchneider@gmx.at
jeden 1. und 3. Dienstag im Monat von 19:30 bis 21:00 Uhr

16.4.1.8 Vorarlberg

Krankenhaus Stiftung Maria Ebene / Ambulanz
6820 Frastanz, Maria Ebene 17, Tel.: 05522/727 46-0 Fax: 05522/727 46 60
Tägl. 9.30-11 und 18.30-20 Uhr (außer Mi, auch Wochenende u. Feiertage)
Medizinische Ambulanz im SMD der Caritas, Bregenz, Bergstraße 6
Fr 13.30 bis 16 Uhr **Landeskrankenhaus Rankweil /Psychiatrische Ambulanz**
6830 Rankweil, Valdunastraße 16
Tel.: 05522/403-266 Fax: 05522/403464 E-Mail: aufnahme.ambulanz@lkhr.at
täglich 0-24 Uhr

Sozialmedizinischer Dienst der Caritas Diözese Feldkirch, **Zentrale**
6800 Feldkirch, Wichnergasse 22, Tel.: 05522/200 Fax: 05522/200-1005,
www.caritas-vorarlberg.at

Beratungsstelle **Feldkirch**
6800 Feldkirch, Bahnhofstr. 33/9, Tel.: 05522/200, Fax: 05522/200-1500
E- Mail: smd.feldkirch@caritas.at,
Mo-Fr 9-12 u. Mo, Do 14-16.00 Uhr
Strukturiertes Trainingsprogramm zur Alkohol-Rückfallprävention (STAR)
> Angehörigengruppe Feldkirch: 14-tägig Di 19.30 Uhr
> Nachbetreuungsgruppe Rankweil: Rot-Kreuz-Schulungsheim Gastra, 14-tägig, Mi 20 Uhr
> Wohngemeinschaft für "trockene" Alkoholiker:
Egelseestraße 40a, 6800 Feldkirch, Tel.: 05522/200 1550, E-Mail: smd.wg@caritas.at
> Motivationsgruppe für Menschen mit Alkoholproblemen:
*Gruppenraum im Kolpinghaus Götzis, Hans-Berchtoldstr. 2, 14-tägig Do 18.30 Uhr*Beratungsstelle **Bludenz**
6700 Bludenz, Mühlegasse 19
Tel.: 05552/ 69770, Fax: 05552/69770 0, E-Mail: smd.bludenz@caritas.at,
Di, Mi 13-16, Do, Fr 9-12 Uhr u. n. V.
> Nachbetreuungsgruppe: 14-tägig, Di 19.30 Uhr
> Angehörigengruppe: 14-tägig, Di 19.30 Uhr
> Selbsthilfegruppe für Menschen mit Alkoholproblemen: 14-tägig, Di 18 Uhr

Beratungsstelle **Bregenz**
6900 Bregenz, Kolumbanstr. 9, Tel.: 05522/200-3000 Fax: 05522/200-3005
E- Mail: smd.bregenz@caritas.at
Mo-Fr 8-12 Uhr, Med. Ambulanz des KH Maria Ebene Fr 13.30-16 Uhr
> Nachbetreuungsgruppe: 14-tägig Di ab 19.30 Uhr
> Angehörigengruppe: 14-tägig Di ab 19.30 Uhr
> Kontaktstelle bei Esstörungen: E-Mail: essstoerungen@caritas.at
Beratungsstelle **Dornbirn**
6850 Dornbirn, Lustenauerstraße 3
Tel.: 05522/200-4000 Fax: 05522/200-4005
Mail: smd.dornbirn@caritas.at
Mo-Fr 9-12 Uhr, Termine n. V.
> Nachbetreuungsgruppe in Dornbirn für Frauen: 14-tägig Mi 19.30 Uhr

Beratungsstelle **Egg**
6863 Egg, Gerbe 25
Tel.: 5522/200-3100 Fax: 05512/ 5522/200-3105 E-Mail: smd.egg@caritas.at,
Homepage: www.caritas-vorarlberg.at
Mo-Do 9-12 Uhr, u. n. V., 14-tägig im Kleinwalsertal (Mittelberg)
> Nachbetreuungsgruppe in Egg: 14-tägig Mo 20:00 Uhr
> Selbsthilfegruppe für Menschen mit Alkoholproblemen: 14-tägig Mo 20 Uhr

Anonyme Alkoholiker Kontakttelefon Vorarlberg
6011 Innsbruck, Zollerstr. 6, Telefonkontakt: 0664/4888200

16.4.1.9 Wien

Anton Proksch Institut Stiftung Genesungsheim Kalksburg
Therapiezentrum für Alkohol- und Medikamentenabhängige
Stiftungsadresse: 1230 Wien, Mackgasse 7-11
Postadresse: 1230 Wien, Gräfin Zichy Straße 6
Tel.: 01 88010 0, Fax: +43 1 88010 77
E-Mail: info@api.or.at, Homepage: www.api.or.at

Anton Proksch Institut / Haus H
Ambulanz Gräfin Zichy Straße für alkohol- und medikamentenabhängige Frauen
1230 Wien, Gräfin Zichy Straße 6
Tel.: 01 880 10 606 E-Mail: frauen@api.or.at
Di 14-18 Uhr

Anton Proksch Institut / Haus G
1230 Wien, Gräfin Zichy Straße 6
Tel.: 01/88 010 603, Fax: 01-880 10 606
> Informationsabende für Angehörige von Alkohol- und Medikamentenabhängige:
1230 Wien, Gräfin Zichy Straße 6, Haus G, 2. Stock, Seminarraum 2
> Gruppe für Angehörige von Alkohol- und/oder Medikamentenabhängigen,
> Angehörigengruppe für Jugendliche deren Eltern alkoholkrank sind
alle Termine und Themen unter www.api.or.at

Anton Proksch Institut / Abendklinik / Haus A
für alkohol- und/oder medikamentenabhängige Frauen und Männer
1230 Wien, Gräfin Zichy Straße 6, Haus A, 1. Stock
Tel.: 01/88010 888, Mo u. Mi 15.30-17.30
> Psychotherapeutische Angehörigengruppe Abendklini, Termine: www.api.or.at

Anton Proksch Institut / Hauptambulanz
Ambulatorium Wiedner Hauptstraße für Alkohol- und Medikamentenabhängige
1050 Wien, Wiedner Hauptstraße 105
Tel.: 01/544 43 76, Fax: 01/544 43 76 77, E-Mail: wieden@api.or.at
Mo 9.00-11.30, 16.00-18.30 Uhr, Di 9.00-11.30, 14.00-18.30 Uhr,
Mi 9-11.30 Uhr, Do 9-11.30, 14-18.30 Uhr, Fr 9-11 Uhr
> Informationsabende für Angehörige von Betroffenen*, die noch nicht in Behandlung stehen bzw. über wenig Therapiemotivation verfügen, Termine unter www.api.or.at*

Anton Proksch Institut /
Ambulatorium Radetzkystraße, Alkoholambulanz
1030 Wien, Radetzkystraße 31/6
Tel.: 01/713 37 88
Mo 16-19 Uhr
> Gruppe für Eltern von Drogen- und Alkoholabhängigen
1. Do im Monat 18.30-20 Uhr (tel. Voranmeldung erbeten)
> Workshop für Angehörige non Alkohol- und Medikamentenabhängigen
Blockveranstaltung an 4 Donnerstagen, 18-21 Uhr (Anmeldung erforderlich)

AKH Allgemeines Krankenhaus Wien
1090 Wien, Währinger Gürtel 18-20, Kliniken am Südgarten
Tel. Erreichbarkeit: 404 00-3547 (Dienstag), 404 00-3529 (Donnerstag)
E-Mail: psychiatry@meduniwien.ac.at, Homepage: www.akhwien.at
Ambulanzzeit: Di, Do 15.30-18.30 Uhr

Grüner Kreis / Verein zur Rehabilitation und Integration suchtkranker Personen
Ambulantes Beratungs- und Betreuungszentrum
1070 Wien, Hermanngasse 12
Tel.: 01/526 94 89 od. 01/522 15 10 Fax: 01/526 94 89 4
Termine nach tel. Vereinbarung
E-Mail: ambulanz.wien@gruenerkreis.at
Homepage: www.gruenerkreis.at

Caritas Wien der Erzdiözese Wien / Betreuungszentrum Gruft
1060 Wien, Barnabitengasse 14,
E-Mail: gruft@caritas-wien.at, Homepage: www.gruft.at
Tel.: 01/587 87 54 31
Tägl. 0-24 Uhr

Wiener Berufsbörse / WBB – Verein zur Förderung der beruflichen Integration von Drogen-, Medikamenten- u. Alkoholkranker Personen
1090 Wien, Alser Straße 24/2/5
Tel.: 01/533 83 80 Fax: 01/532 29 53
E-Mail: wbb@berufsboerse.at, Homepage: www.berufsboerse.at
Mo-Do 9-16 Uhr, nur n. tel. Vereinbarung

Anonyme Alkoholiker /
Zentrale Kontaktstelle Wien
1030 Wien, Barthgasse 5, Tel.: 01/799 55 99
E-Mail: info@anonyme-alkoholiker.at. Homepage: www.anonyme-alkoholiker.at
Tägl. 18-21 Uhr
Kontaktstelle für Angehörige / Region Ost - Wien, NÖ, Bgld, Stmk, Ktn
1030 Wien, Barthgasse 5
Tel.: 01/7969855
tägl. von 18.30 - 20.30 Uhr

Verein Blaues Kreuz Wien und NÖ / BK Wien
1140 Wien, Felbigergasse 60/1; Tel.: 01/419 8705 od. 0699/146 519 02
Homepage: www.blaueskreuz.or.at
E-Mail: office@blaueskreuz.or.at od. heinrich.lerch@blaueskreuz.or.at
> Gruppe für betroffene Frauen, Mo 17.00 Uhr, Tel.: 0664/4018366
> Gemischte Gruppe betroffene Männer und Frauen, Di 19.00 Uhr; Tel.: 0699/14651902
> Gemischte Gruppe Angehörige und betroffene Männer und Frauen,
2. u. 4. Mi im Monat: 18.00 Uhr, Tel.: 0699/14651905
> Gemischte Gruppe Angehörige und betroffene Männer und Frauen
Fr 19.00 Uhr, Tel.: 0699/14651902

"AHA!" – AlkoHolAbhilfe /
Caritativ-Verein für Alkohol-Beratung & Hilfe & Gemeinschaft
> Clublokal der Selbsthilfegruppe:
Mo, Do 17.30 - 21 Uhr, 1150 Wien, Overseestraße 1
Tel.: 01/9857150, Fax: 01/9857150,
E-Mail: aha-club@chello.at, Postadresse: 1150 Wien, Geyschlägergasse 11/13

16.4.2 Stationäre Einrichtungen

16.4.2.1 Kärnten

Krankenhaus de La Tour der Evangelischen Stiftung Treffen – Offene Therapiestation zur Behandlung von Abhängigkeiten
9521 Treffen, de La Tour Straße 28
Tel.: 04248/2557 0, Fax: 04248/252749,
E-Mail: krankenhaus-delatour@diakonie-kaernten.at,
Homepage: www.diakonie-kaernten.at/de-86.cms,
im Anschluss an stationäre Behandlung 2-jährige ambulante Weiterbetreuung in Regionalgruppen –
Behandlungsdauer: 8 Wochen
56 Behandlungsplätze (37 Betten für Männer und 19 Betten für Frauen)
körperlicher Entzug
Gruppentherapie
Einzeltherapie
Sozialarbeit
Arbeits- und Kreativitätsprogramme
ambulante Nachbetreuung

Landeskrankenhaus Klagenfurt, Zentrum für seelische Gesundheit
Abt. für Psychiatrie und Psychotherapie,
Station für Abhängigkeitserkrankungen – Station 2
9020 Klagenfurt, St. Veiter Straße 47
Tel.: 0463/538 22992 oder 22980, Fax: 0463/538 23056,
E-Mail: app.klagenfurt@kabeg.at, Homepage: www.lkh-klu.at
Behandlungsdauer: 10 Tage, 24 Behandlungsplätze
Schwerpunkt ist die körperliche Entzugstherapie, Möglichkeit eines tages- oder nachtklinischen Aufenthaltes bzw. einer ambulanten Entzugstherapie
körperlicher Entzug
Gruppentherapie
Einzeltherapie
Sozialarbeit
Arbeits- und Kreativitätsprogramme
ambulante Nachbetreuung

Landeskrankenhaus Villach, Abteilung für Neurologie und Psychosomatik, Abteilung E
9500 Villach, Nikolaigasse 43
Tel.: 04242/208-2332, Fax: 04242/208 2710,
E-Mail: office@lkh-vil.or.at Homepage: www.lkh-vil.or.at
Behandlungsdauer: 1-2 Wochen, 18 Behandlungsplätze
körperlicher Entzug
Gruppentherapie
Einzeltherapie
Sozialarbeit
Arbeits- und Kreativitätsprogramme
ambulante Nachbetreuung

16.4.2.2 Niederösterreich

Landesklinikum Mostviertel Amstetten-Mauer, Therapiestation für Alkoholkranke
3362 Mauer, Mauer 221
Tel.: 07475/501 2405, Fax: 07475/501 2835,
E-Mail: alkohol.entwoehnung@mauer.lknoe.at, Homepage: www.mauer.lknoe.at
kein Übergangswohnheim, aber Kooperation mit Abteilung für Soziotherapie (incl. Wohnheim) und speziellen Einrichtungen für längerfristige Betreuung Alkoholkranker; ambulante Nachbetreuung über Beratungsstellen des Psychosozialen Dienstes (PSD)
Behandlungsdauer: 4-12 Wochen, 27 Behandlungsplätze
körperlicher Entzug
Gruppentherapie
Einzeltherapie
Sozialarbeit
Arbeits- und Kreativitätsprogramme

Psychosomatisches Zentrum Waldviertel Eggenburg
3730 Eggenburg, Grafenbergerstraße 2,
Tel.: 02984/20228 20461, Fax: 02984/ 20228 30699
E-Mail: info@pszw.at, Homepage: www.pszw.at
Behandlungsdauer: ca. 8 Wochen, 10 Behandlungsplätze
körperlicher Entzug
Gruppentherapie
Einzeltherapie
Sozialarbeit
Arbeits- und Kreativitätsprogramme
ambulante Nachbetreuung

Grüner Kreis – Verein zur Rehabilitation und Integration suchtkranker Personen
Zentralbüro, 2872 Mönichkirchen 25, Tel.: 02649/8306, Fax: 02649/8307,
E-Mail: office@gruenerkreis.at, Homepage: www.gruenerkreis.at
körperlicher Entzug
Gruppentherapie
Einzeltherapie
Sozialarbeit
Arbeits- und Kreativitätsprogramme
ambulante Nachbetreuung

Jugendwohlfahrts- u. Sozialhilfeeinrichtung „Marienhof" – Sonderkrankenhaus, Eltern-Kind-Haus
2870 Aspang, Ausschlag-Zöbern 3-5, Tel.: 02642/52430, Fax: 02642/ 524 30 40
E-Mail: marienhof@gruenerkreis.at,
63 Behandlungsplätze (max. 16 Kinder)

Sozialhilfeeinrichtung „Meierhof"
2870 Aspang, Unternberg 38, Tel. u. Fax: 02641/2566, E-Mail: meierhof@gruenerkreis.at
20 Behandlungsplätze

Sozialhilfeeinrichtung „Ettlhof"
2812 Lichtenegg, Spratzau 32, Tel. u. Fax: 02643/2114, E-Mail: ettlhof@gruenerkreis.at
14 Behandlungsplätze

Sozialhilfeeinrichtung „Treinthof"
2851 Krumbach, Hosien 3, Tel. u. Fax: 02647/42874, E-Mail: treinthof@gruenerkreis.at
16 Behandlungsplätze

Sozialhilfeeinrichtung „Villa"
2851 Krumbach, Maierhöfenstr. 18, Tel. u. Fax: 02647/42884, E-Mail: villa@gruenerkreis.at
20 Behandlungsplätze

Jugendwohlfahrts- u. Sozialhilfeeinrichtung „Binder"
2872 Mönichkirchen 99, Tel.: 02649/ 83 06 27, Fax: 02649/8307, E-Mail: hotel.binder@gruenerkreis.at
21 Behandlungsplätze für Frauen (davon sind 10 Behandlungsplätze für weibl. Jugendliche vorgesehen)

Sozialhilfeeinrichtung „Waldheimat"
2872 Mönichkirchen, Unterhöfen 92, Tel.: 02649/ 209 48, Fax: 02649/ 209 48 40

E-Mail: waldheimat@gruenerkreis.at
20 Behandlungsplätze (für jugendliche und junge erwachsene männliche Suchtkranke)

Jugendwohlfahrtseinrichtung „Frankenau"
(wurde 2004 in die Einrichtung „Waldheimat" verlegt)

Sozialhilfeeinrichtung „Königsberghof"
(wegen Renovierung geschlossen)

Emmausgemeinschaft St. Pölten – Gemeinnütziger Verein zur Integration von sozial benachteiligten Personen
3100 St.Pölten, Tel.: 02742/31900 100 Fax: 02742/31990 105
E-Mail: verwaltung@emmaus.at, Homepage: www.emmaus.at

Wohnheim Herzogenburgerstraße
3100 St. Pölten, Herzogenburger Straße 48 - 50
Tel.: 0676 88 0 44 580, Fax: 0676 88 0 44 801
E-Mail: wohnheim.hb@emmaus.at
15 Plätze (für Männer ab 16 J.)

Wohnheim Viehhofen
3107 Viehofen, Ortweingasse 2
Tel.: 0 676 88 0 44 294, Fax: 0 676 88 0 44 802
E-Mail: wohnheim.vh@emmaus.at
29 Plätze (für Männer 12-14, für Frauen 5, für jugendliche Flüchtlinge 10 Plätze)

Wohnheim Kalvarienberg
3100 St. Pölten, Kalvarienberg 1
Tel.: 0676 88 0 44 702, Fax: 0 676 88 0 44 803, E-Mail: kalvarienberg@emmaus.at
20 Plätze (für Männer ab 16 Jahre)

Tageszentrum Kalvarienberg
3100 St. Pölten, Kalvarienberg 1, Tel.: 0676/88 0 44 702
tgl. 10-19 Uhr (für Paare, Frauen, Männer ab 16 Jahre)

Notschlafstelle Auffangnetz
3100 St. Pölten, Kunrathstraße 33
Tel.: 0 676/ 88 0 44 750 (19.00 bis 7.00 Uhr), 0 676/ 88 0 44 702 (tagsüber),
E-Mail: auffangnetz@emmaus.at, tgl. 19-7 Uhr
18 Plätze (2 für Frauen, 16 für Männer ab16 Jahre)

Jugendnotschlafstelle JUMP („Jugend mit Perspektiven")
Austinstraße 46, 3100 St. Pölten – Viehhofen
Tel.: 0676 88 0 44 740
14 Plätze für Burschen und Mädchen von 14-21 Jahre, tgl. 19-9 Uhr

Frauen-Wohnheim
3100 St. Pölten, Stephan Buger Gasse 13
Tel.: 0676 88 0 44 582, Fax: 0 676 88 0 44 805, tgl. 19-7 Uhr
15 Plätze

Wohnheim Mühlweg
3100 St.Pölten, Mühlweg 26, Tel.: 0676/88 0 44 580, Fax: 0676/88 0 44 801

Verein gegen Wohnungslosigkeit - Wohnhaus Krems
3500 Krems, Liezenerstraße 8
Tel.: 02732/764 62, Fax: 02732/76052 E-Mail: office@uebergangswohnheim.at
19 Plätze (Männer, Frauen, Familien mit Kinder), Aufenthaltsdauer bis zu 1 Jahr, Verlängerung möglich, Aufnahme nach körperlichen Entzug
Sozialarbeit
Arbeits- und Kreativitätsprogramme
ambulante Nachbetreuung

Wohnhaus Langenlois – Verein zur Rehabilitation, Therapie, Betreuung und Entwicklung, für Menschen mit sozialen und psychischen Problemen
3550 Langenlois, Capistrangasse 6,
E-Mail: wh-langenlois@a1.net, Homepage: www.wohnhaus-langenlois.info
Tel.: 02734/3831 Di u. Mi 9-12 Uhr, Wohnheim für Männer nach körperlichen Entzug
10 Plätze

Reintegration, Verein bzw. gemeinnützige sozialtherapeutische Wohngemeinschaft GmbH
2802 Hochwolkersdorf, Dorfstraße 8
Tel.: 02645/82 05, Fax: 02645/82 05 8290
E-Mail: alkohol@reintegration.org, Homepage: www.reintegration.org
Behandlungsdauer: 52 Wochen, auch Kurzprogramm in bestimmten Fällen möglich, körperlicher Entzug muss direkt vor Aufnahme erfolgen
15-20 Plätze für Männer
Gruppentherapie
Einzeltherapie
Sozialarbeit
Arbeits- und Kreativitätsprogramme
ambulante Nachbetreuung

16.4.2.3 Oberösterreich

Oberösterreichische Landesnervenklinik Wagner Jauregg – Therapiezentrum Traun für Alkohol- und Medikamentenabhängige
4050 Traun, Oberer Flötzerweg 1
Tel.: 050 554/62-29551, Fax: 050 554/62-29562,
E-Mail: traun.amb.post@wjilkh.ooe.gv.at, Homepage: www.wagner-jauregg.at
Behandlungsdauer:
ambulante Therapie (4 Wochen)
stationäre Therapie (8 Wochen)
Stabilisierungsaufenthalt (mind. 7 bis max. 21 Tage)
Vor Inanspruchnahme des Therapieangebote ist ein Erstgespräch in der Tagesambulanz erforderlich,
Tel: +43 (0)50 554/62-29571, Terminvereinbarung von Mo-Fr 8.30 bis 12.30 Uhr
75 Behandlungsplätze für Männer, 16 Behandlungsplätze für Frauen
körperlicher Entzug
Gruppentherapie
Einzeltherapie
Sozialarbeit
Arbeits- und Kreativitätsprogramme
ambulante Nachbetreuung

Pro mente Oberösterreich, Koordination Wohnen
4020 Linz, Figulystraße 34
Tel.: 0732/65 13 56-44, E-Mail: koordination.wohnen@promenteooe.at,
Homepage: www.pmooe.at

Therapiestation Erlenhof
4731 Prambachkirchen , Taubing 7, Tel.: 07277/6913, Fax: 07277/6903, KlientInnentelefon: Klententelefon: 07277/6911
E-Mail: erlenhof@promenteooe.at, Homepage: www.therapiestation-erlenhof.at
Behandlungsdauer: 5-15 Monate, Nachbetreuung von 1-2 Jahren (für Drogen- Medikamenten- und Alkoholabhängige)
21 Behandlungsplätze
Gruppentherapie
Einzeltherapie
Sozialarbeit
Arbeits- und Kreativitätsprogramme
ambulante Nachbetreuung

Integrationshof Liebenau
4271 St.Oswald, Holzmühle 2
Tel.: 07945/ 800 55, Mobil: 0664 84 56 206, E-Mail: ih.liebenau@promenteooe.at
tel. Erreichbarkeit: Mo-Fr 8-17 Uhr
erwachsene, chronisch alkoholabhängige Menschen mit oder ohne psychiatrische Grunderkrankung
12 Wohnplätze und 2 Kurzzeitwohnplätze, Betreuung von 7–20 Uhr
Gruppentherapie
Einzeltherapie

Sozialarbeit
Arbeits- und Kreativitätsprogramme
ambulante Nachbetreuung

Integrationshof Gilgenberg
5133 Gilgenberg, Revier 22
Tel.: 07728/8596, Mobil: 0676 76 25 831, E-Mail: igp.gilgenberg@promenteooe.at
sozialtherapeutische Maßnahme, Aufrechterhaltung der Abstinenz, unbegrenzte Aufenthaltsdauer
14-15 Plätze
Gruppentherapie
Einzeltherapie
Sozialarbeit
Arbeits- und Kreativitätsprogramme
ambulante Nachbetreuung

16.4.2.4 Salzburg

Christian-Doppler-Klinik
Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie II / Suchtmedizin
5020 Salzburg, Ignaz Harrer Straße 79
Tel.: 0662/4483 4600, Fax: 0662/4483 4604,
E-Mail: psychiatrie2@salk.at Homepage: www.christian-doppler-klinik.at

Alkohol-/ Drogen-Wachstation
(Detoxifikation und Behandlung von Entzugssyndromen)
Tel: 0662/4483-4635, Fax: 0662/4483 4634
14 Behandlungsplätze
Therapiestation für suchtbedingte psychiatrische Erkrankungen
Tel: 0662/4483 4725, Fax: 0662/4483 4604
18 Behandlungsplätze

körperlicher Entzug
Gruppentherapie
Einzeltherapie
Sozialarbeit
Arbeits- und Kreativitätsprogramme
ambulante Nachbetreuung

Salzburger Landesverband für Psychohygiene
Sonderkrankenhaus für alkohol- und medikamentenabhängige Männer
5020 Salzburg, Ignaz-Harrer-Straße 90
Tel.: 0662/43 1450 13, Fax: 0662 / 43 14 50 8
E-Mail: skh-a@lph-sucht.at, Homepage: www.lph-sucht.at/sonderkrankenhauser
Behandlungsdauer: 3 Monate, Verlängerung um ein Monat möglich
20 Behandlungsplätze
hauseigene Nachsorgegruppen Di u. Do 19-21 Uhr
Gruppentherapie
Einzeltherapie
Sozialarbeit
Arbeits- und Kreativitätsprogramme
ambulante Nachbetreuung

Sonderkrankenhaus für Alkohol- und Medikamentenabhängige
5020 Salzburg, Weizensteinerstraße 11
Tel.: 0662/82 42 03, Fax: 0662/82420320,
E-Mail: skh@lph-sucht.at, Homepage: www.lph-sucht.at/sonderkrankenhauser
Behandlungsdauer: 3 Monate, Verlängerung um ein Monat möglich
10 Behandlungsplätze für Männer, 8 Behandlungsplätze für Frauen
Gruppentherapie
Einzeltherapie
Sozialarbeit
Arbeits- und Kreativitätsprogramme
ambulante Nachbetreuung

Sozialpsychologische Wohngemeinschaft
5020 Salzburg, Ignaz-Harrer-Straße 88,
Tel.: 0662/43 14 50 13, Fax: 0662/43 14 50 13 8
Homepage: www.lph-sucht.at/wohneinrichtungen/wg.htm
3 Behandlungsplätze, Aufenthaltsdauer max. 1 Jahr, für Patienten nach Entwöhnungsbehandlung in stationären Therapieeinrichtungen

Genesungsheim für alkoholkranke Männer
5020 Salzburg, Ignaz-Harrer-Straße 88
Tel.: 0662/43 14 50 13, Fax: 0662/43 14 50 13 8
7 Behandlungsplätze, zeitlich unbegrenzte Aufenthaltsdauer

Wohnheim Schwarzach
5020 Salzburg, Neue Heimat 43, Tel.: 06415/7141
8 Plätze (Männer u. Frauen)

16.4.2.5 Steiermark

Landesnervenklinik Sigmund Freud Graz, Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen (ABH)
8053 Graz, Wagner Jauregg Platz 1,
Sekretariat: G-Gebäude, Stationen: B- und C-Gebäude
Tel.: 0316/2191 22235, Fax: 0316/3583
E-Mail: internet@lsf-graz.at, Homepage: www.lsf-graz.at
5 Stationen (ABH1, ABH2, ABH3, ABH4, ABH5), allgem. Ambulanz u. Drogenambulanz
Behandlungsdauer: 1-8 Wochen
125 Behandlungsplätze
körperlicher Entzug
Gruppentherapie
Einzeltherapie
Sozialarbeit
Arbeits- und Kreativitätsprogramme
ambulante Nachbetreuung

Station ABH1 (Männer), ABH5 (Frauen) – Akutaufnahme
Wagner-Jauregg-Platz 3
Behandlungsdauer: 1-10 Tage

Station ABH4 – Entzugsbehandlung
Behandlungsdauer: 3-5 Wochen

Station ABH3 – 8-wöchige Entwöhnungsbehandlung
Wagener-Jauregg-Platz 3
Behandlungsdauer:
Entwöhnungsbehandlung: 8 Wochen, Rückfallaufarbeitung: 3-5 Wochen
Terminvereinbarung unter Tel.: 0316/2191 2255
vor stationären Behandlungen Kontakt über Ambulanz aufnehmen: 0316/2191 2222

Station ABH2 – Behandlung von chronisch mehrfachgeschädigten Abhängigen
Station ABH2 (Männer), 29 Behandlungsplätze (5 davon im geschützten Bereich)
ABH5 (Frauen), 25 Behandlungsplätze
Behandlungsdauer: je nach Krankheitsbild kurz-, mittel- oder langfristig

Ambulanz ABH – Ambulanz für Abhängigkeitserkrankungen
Ambulanz ABH, Wagner-Jauregg-Platz 13, G-Gebäude,
Tel.: 0316/2191 2222, Fax: 0316/2191 3587, E-Mail: sekretariatahe@lsf-graz.at
Mo-Fr 9-14 Uhr

Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Graz-Eggenberg

Neurologisch Abteilung, Psychosoziale Station

8010 Graz, Bergstraße 27 (3.Stock), Tel.: 0316/5989 3160, Fax: 0316/5989 2005
Behandlungsdauer: 3-4 Wochen
2-7 Behandlungsplätze (Alkohol- u./od. Medikamentenmissbrauch)
körperlicher Entzug
Gruppentherapie
Einzeltherapie
Sozialarbeit
Arbeits- und Kreativitätsprogramme
ambulante Nachbetreuung

Caritas Aloisianum, Therapieeinrichtung für Alkoholabhängige

8020 Graz, Herrgottwiesgasse 7
Tel.: 0316/ 8015-630, Fax: 0316/ 766505
E-Mail: aloisianum@caritas-graz.at, Homepage: www.caritas-graz.at
Aufnahme nach körperlichen Entzug, Behandlungsdauer: 52 Wochen
15 Plätze
Gruppentherapie
Einzeltherapie
Sozialarbeit
Arbeits- und Kreativitätsprogramme
ambulante Nachbetreuung

Grüner Kreis - Verein für Rehabilitation und Integration suchtkranker Personen

Sozialhilfeeinrichtung Johnsdorf

8350 Fehring, Johnsdorf 1
Tel.: 03155/51979, Fax: 03155/51979 40,
Homepage: www.gruenerkreis.at, E-Mail: johnsdorf@gruenerkreis.at
Behandlungsschwerpunkt Alkoholabhängigkeit
80 Behandlungsplätze, davon 16 DoppeldiagnosepatientInnen u. 16 KurzzeittherapieklientInnen
körperlicher Entzug
Gruppentherapie
Einzeltherapie
Sozialarbeit
Arbeits- und Kreativitätsprogramme
ambulante Nachbetreuung

16.4.2.6 Tirol

Psychiatrisches Krankenhaus des Landes Tirol

Station B4, Fachstation für Alkohol- u. Medikamentenabhängige
6060 Hall, Thurnfeldgasse 14
Tel.: 0 50504 30, Fax: 0 50504 33145,
Kontaktaufnahme Station B4 über Suchthotline: 0 50504 33140
E-Mail: pkh.b4@tilak.or.at, Homepage: http://www.tilak.at/krankenhaus/pkh/b4.cfm
Behandlungsdauer: 6-8 Wochen
24 Behandlungsplätze
körperlicher Entzug
Gruppentherapie
Einzeltherapie
Sozialarbeit
Arbeits- und Kreativitätsprogramme
ambulante Nachbetreuung

Universitätsklinik für Psychiatrie Innsbruck

Therapie- und Gesundheitszentrum Mutters, Station III, Fachabteilung für Alkohol- u. Medikamenten-abhängige
6161 Mutters, Nockhofweg 23
Tel.: 0512/548 353, Fax: 0512/54 83 53 40
E-Mail: tg.mutters@tilak.or.at, Homepage: www.gin.uibk.ac.at
Behandlungsdauer: 4-12 Wochen,
8 Wochen: Aufnahme/Entwöhnung/Psychotherapie, 2-4 Wochen: Entzugsbehandlung
24 Behandlungsplätze
körperlicher Entzug
Gruppentherapie
Einzeltherapie
Sozialarbeit
Arbeits- und Kreativitätsprogramme
ambulante Nachbetreuung

16.4.2.7 Vorarlberg

Krankenhaus Stiftung Maria Ebene

6820 Frastanz, Maria Ebene 17
Tel.: 05522/727 46 1400, Fax: 05522/727 46 60
E-Mail: krankenhaus@mariaebene.at, Homepage: www.mariaebene.at
Behandlungsdauer: 8 od. 16 Wochen, Kurzzeittherapie bis 4 Wochen
50 Behandlungsplätze
körperlicher Entzug
Gruppentherapie
Einzeltherapie
Sozialarbeit
Arbeits- und Kreativitätsprogramme
ambulante Nachbetreuung

Landeskrankenhaus Rankweil (Valduna), Abteilung Psychiatrie 1

6830 Rankweil, Valdunastraße 16
Tel.: 05522/403-1100, Fax: 0)5522/403 6516
Homepage: www.lkhr.at, E-Mail: office@lkhr.at
Behandlungsdauer: 8 Wochen
18 Behandlungsplätze
körperlicher Entzug
Gruppentherapie
Einzeltherapie
Sozialarbeit
Arbeits- und Kreativitätsprogramme
ambulante Nachbetreuung

16.4.2.8 Wien

Anton Proksch Institut Stiftung Genesungsheim Kalksburg
Therapiezentrum für Alkohol- und Medikamentenabhängige
1230 Wien, Gräfin-Zichy-Straße 6
Tel.: 01/888 010, Fax: 01/88010 77, Homepage: www.api.or.at, E-Mail: info@api.or.at

Abteilung I für alkohol- und medikamentenabhängige Männer und Frauen
Abteilung II für alkohol- und medikamentenabhängige Männer
Abteilung III für alkohol- und medikamentenabhängige Männer

Behandlungsdauer: 8-12 Wochen
180 Behandlungsplätze für Männer
körperlicher Entzug
Gruppentherapie
Einzeltherapie
Sozialarbeit
Arbeits- und Kreativitätsprogramme
ambulante Nachbetreuung

Abteilung IV für alkohol- und medikamentenabhängige Frauen (Haus H)
Tel.: 01/88 010 603, Fax: 88 010 666, E-Mail: frauen@api.or.at
Behandlungsdauer: 8-12 Wochen
60 Behandlungsplätze für Frauen
körperlicher Entzug
Gruppentherapie
Einzeltherapie
Sozialarbeit
Arbeits- und Kreativitätsprogramme
ambulante Nachbetreuung

Sozialmedizinisches Zentrum Baumgartner Höhe Otto-Wagner-Spital
Abteilung für Forensische Psychiatrie und Alkoholkranke
Station für alkoholkranke Männer, Pav. 26
1145 Wien, Baumgartner Höhe 1
Tel.: 01 910 60 22630, Mobil: 06648566251 Fax: 01 910 60 22639
Homepage: www.wienkav.at/kav/ows, E-Mail: for.psych.alk@wienkav.at
Behandlungsdauer: 13-22 Wochen
26 Behandlungsplätze
Gruppentherapie
Einzeltherapie
Sozialarbeit
Arbeits- und Kreativitätsprogramme
ambulante Nachbetreuung

Therapiezentrum Ybbs/Donau
1. Psychiatrische Abteilung, Station 10, Subakut-, Aufnahme- und Therapiestation
(nur für Wiener Patienten)
3370 Ybbs, Persenbeuger Straße 1-3, Tel.: 07412/55 100 331, Fax: 07412/55 100 379
E-Mail: posttzy@wienkav.at, Homepage: www.wienkav.at/kav/pky
Behandlungsdauer: 3-13 Wochen
40 Behandlungsplätze
körperlicher Entzug
Gruppentherapie
Einzeltherapie
Sozialarbeit
Arbeits- u. Kreativitätsprogramme
ambulante Nachbetreuung

16.5 Suchtkoordinationstellen der Bundesländer und Fachstellen für Suchtprävention

Wie in Kap. 2.7.1.4, S. 41 erwähnt, sind nunmehr in allen neun Bundesländern Fachstellen für Suchtprävention eingerichtet, deren Adressen nachstehend angeführt werden:

Burgenland:

Burgenländische Fachstelle für Suchtkoordination
Leitung: Dr. Christine Siegl
7000 Eisenstadt, Franz Liszt Gasse 1/Top III
Tel.: 05 7979/20 013, Mobil: 0699/11446344
E-mail: suchtkoordination@psd-bgld.at
Homepage: www.psd-bgld.at/suchtkoordination/index.html

Burgenländische Fachstelle für Suchtprävention
7000 Eisenstadt, Franz Liszt Gasse 1/Top III
Mobil: 0699/15797900
Leitung: Burgi Hausleitner, MSM
E-mail: suchtpraevention@psd-bgld.at
Homepage: www.psd-bgld.at/suchtpraevention/index.html

Kärnten:

Drogenkoordination Land Kärnten
Amt der Kärntner Landesregierung, Abteilung 12 – Sanitätswesen
Unterabteilung Drogenkoordination – Sozialmedizin
Leitung: Dr. Brigitte Prehslauer, Drogenbeauftragte des Landes
9020 Klagenfurt, Hasnerstraße 8
Tel.: 0463 513743, Fax: 050536 31230, E-Mai: abt12.gsm@ktn.gv.at

Kärntner Fachstelle für Suchtprävention
c/o Amt der Kärntner Landesregierung, Abteilung 12
Leitung: Mag. Dr. Barbara Drobesch-Binter
9020 Klagenfurt, Bahnhofstraße 24/5
Tel.: Tel.: 050 536 31282, Fax: 050 536 31280,
E-mail: abt12.spraev@ktn.gv.at, Homepage: www.suchtvorbeugung.ktn.gv.at

Niederösterreich:

Fachstelle für Fachstelle für Suchtvorbeugung, Koordination und Beratung
3100 St. Pölten, Brunngasse 8
Leitung Suchtkoordination: Mag. Dr. Ursula Hörhan
Leitung Suchtprävention: DSA Sadiya Petra Mellish, MAS
Tel.: 02742/31440, Fax: 02742/31440-19
E-mail: info@suchtvorbeugung.at, Homepage: www.fachstelle.at

Oberösterreich:

Sucht- und Drogenkoordination Oberösterreich
Amt der Oö. Landesregierung, Direktion Soziales und Gesundheit, Abteilung Gesundheit
4021 Linz, Bahnhofplatz 1
Tel.: 0732/77 20 142 01, Fax: 0732/77 20 21 43 55
E-Mail: ges.post@ooe.gv.at, Homepage: www.ooe.gv.at

Institut Suchtprävention
4020 Linz, Hirschgasse 44
Leitung: DSA Christoph Lagemann, Dr. Rainer Schmidbauer
Tel.: 0732/7789360, Fax: 0732/778936-20
E-mail: info@praevention.at, Homepage: www.praevention.at

Salzburg:

Drogenkoordination Salzburg
5020 Salzburg, Fanny-v.-Lehnert-Straße 1, Stiege A, Stock 3OG, Raum A312
Leitung: Dr. Franz Schabus-Eder
Tel.: 662 8042-3618, Fax: 664 60822 2 3618
Homepage: www.salzburg.gv.at/abhaengigkeit_drogenkoordination

akzente salzburg – Fachstelle für Suchtvorbeugung in Salzburg
5020 Salzburg, Glockengasse 4c
Leitung: Mag. Nicole Rögl
Tel.: 0662/849291-41, Fax: 0662/849291-16,
E-mail: office@akzente.net, Homepage: www.akzente.net

Steiermark:

Suchtkoordination des Landes Steiermark
Fachabteilung 8 B – Gesundheitswesen (Sanitätsdirektion),
8010 Graz, Friedrichgasse 9
Leitung: OAR. Klaus Peter Ederer
Tel.: 0316/877 4693, Fax: 0316/877 4698
Homepage: www.verwaltung.steiermark.at

VIVID – Fachstelle für Suchtprävention
8010 Graz, Zimmerplatzgasse 13/I
Leitung: DSA Claudia Kahr
Tel.: 0316/823300, Fax: 0316/823300-5,
E-mail: vivid@stmk.volkshilfe.at, Homepage: www.vivid.at

Tirol:

Suchtkoordinationsstelle des Landes Tirol
6020 Innsbruck, Michael-Gaismair-Straße 1, Stöcklgebäude
Leitung: Harald Kern
Tel.: 0512/508 7730, Fax: 0512/508 7735, Homepage: www.tirol.gv.at

kontakt&co Suchtpräventionsstelle Jugendrotkreuz – Tiroler Fachstelle für Suchtvorbeugung
6020 Innsbruck, Bürgerstr. 18
Leitung: Mag. Gerhard Gollner
Tel.: 0512/585730, Fax: 0512/585730-20,
E-mail: office@kontaktco.at, Homepage: www.kontaktco.at

Vorarlberg:

Suchtkoordinationsstelle des Landes Vorarlberg
Amt der Vorarlberger Landesregierung, Abteilung IVa - Gesellschaft und Soziales
6901 Bregenz, Landhaus
Drogenbeauftragter des Landes Vorarlberg: Prim. Univ.-Doz. Dr. Reinhard Haller
Tel.: 05574/511 0, Fax: 05574/511-920095
E-Mail: land@vorarlberg.at, Homepage: www.vorarlberg.at

SUPRO – Werkstatt für Suchtprophylaxe
6840 Götzis, Am Garnmarkt 1
Leitung: Mag. Andreas Prenn
Tel.: 05572/55155, Fax: 05572/55155-15,
E-mail: info@supro.at, Homepage: www.supro.at

Wien:

Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH
1030 Wien, Modecenterstrasse 14/C1
Geschäftsführer: Michael Dressel, MA
Tel.: 01/4000 87375, Fax: 01 4000 87340
E-Mail: office@sd-wien.at, Homepage: www.drogenhilfe.at

Institut für Suchtprävention, (Abteilung der Sucht- und Drogenkoordination Wien)
1030 Wien, Modecenterstraße 14
Leitung: Dr. Artur Schroers
Tel.: 1 4000 87320, Fax: 1 4000 87328,
E-Mail: isp@sd-wien.at, Homepage: www.drogenhilfe.at

17 Gesetzestexte und Dokumente

17.1 Gesetzliche Grundlagen zu alkoholischen Getränken

Folgende Kodizes und Gesetze werden in diesem Abschnitt beschrieben bzw. auszugsweise wiedergegeben:

Österreichischer Lebensmittelcodex (Kap. 17.1.1, S. 389),
dabei im Besonderen:

- Biercodex – Kapitel B 13 des Lebensmittelcodex – Stand 1.7.2006 (Kap. 17.1.1.2, S. 391)en oder gleichwertigen Methoden.
- Spirituosencodex – Kapitel B 23 „Spirituosen“ des Lebensmittelcodex – Stand 1.7.2006 (Kap. 17.1.1.3, S. 395)

ferner:

- Codex Alimentarius – weltweiter Codex (Kap. 17.1.1.4, S. 403)
- Lebensmittelsicherheits- und Verbraucherschutzgesetz idF BGBl. I Nr. 112/2007 (Kap. 17.1.2, S. 404)
- Weingesetz 1999 idF BGBl. I Nr. 112/2007 (Kap. 17.1.9, S. 414)
- Alkoholsteuergesetz 1994 idF BGBl. I Nr. 161/2005 (Kap. 17.1.15, S. 434)
- Schaumweinsteuergesetz 1995 idF BGBl. I Nr. 57/2004 (Kap. 17.1.14, S. 432)
- Zolltarif der EU (kombinierte Nomenklatur) idF VO (EG) Nr. 301/2007 (Kap. 17.1.6, S. 408).

17.1.1 Österreichischer Lebensmittelcodex

17.1.1.1 Grundlagen

Der folgende Text ist dem Text „Codex Alimentarius Austriacus - Österreichisches Lebensmittelbuch“ (Wirtschaftskammer Österreichs: Fachverband Lebensmittelindustrie; 2007, Stand 24.2.2007) entnommen:

1. Geschichtliche Entwicklung

Nach Vorarbeiten, die bis 1896 zurückgereicht hatten, erschien ab 1911 die erste Auflage des österreichischen Lebensmittelbuches (Codex Alimentarius Austriacus, kurz: Codex). Sie diente als Interpretationsbehelf für rechtlich unbestimmte Beanstandungsgründe wie "gesundheitsschädlich", "verfälscht", "nachgemacht" oder "falsch bezeichnet". Inhaltlich handelte es sich um eine von Fachleuten auf privater Basis erarbeitete Zusammenstellung von Leitsätzen, Untersuchungsmethoden und Kennzahlen, die einwandfreie Lebensmittel charakterisieren.

Die zweite Auflage wurde ab 1934 veröffentlicht. Sie wurde von einer Kommission erstellt, der neben Vertretern der Wissenschaft auch die Lebensmittelwirtschaft sowie die zuständigen Ministerien angehörten. Ziel des Codex war es, den Produzenten, den Händlern, der Lebensmittelüberwachung und den Untersuchungsanstalten eine Richtschnur für das Inverkehrbringen bzw. die Untersuchung von Lebensmitteln zu geben.

In der Zeit zwischen 1938 und 1945 galt in Österreich das deutsche Lebensmittelrecht, das ein Lebensmittelbuch nicht kannte. Mit der Rechtsüberleitung wurde 1945 das österreichische Lebensmittelgesetz 1897 wieder in Kraft gesetzt und 1951 erfolgte seine Wiederverlautbarung. In der LMG-Novelle 1950 wurden der Codex und die Codex-

kommission rechtlich verankert.

Die dritte Auflage des Codex erschien ab 1952. Erst mit dem LMG 1975 wurde die Codexkommission gesetzlich verankert. Sie erhielt dabei auch zusätzliche Befugnisse. Daneben wurden der Ständige Hygieneausschuss und der Ständige Ausschuss in Fragen des weltweiten Codex eingerichtet. Das Lebensmittelsicherheits- und Verbraucherschutzgesetz (LMSVG, Kap. 17.1.2, S. 404) übernimmt die Regelungen der Codexkommission und des Österreichischen Lebensmittelbuch in den §§ 76 ff.

Mit dem Wirksamwerden des EWR am 1.1.1994 und der damit verbundenen Übernahme lebensmittelrechtlicher Bestimmungen der Europäischen Gemeinschaft wurden einige Aussagen des Codex gegenstandslos bzw. standen mit EG-Recht im Widerspruch. Aufgrund des Anwendungsvorranges des Gemeinschaftsrechts vor nationalem Recht war dafür Sorge zu tragen, dass der Codex EG-rechtskonform ist. Die Rechtsnatur des Codex wurde durch den EU-Beitritt nicht geändert. Seine Bedeutung als Dokumentation der allgemeinen Verkehrsauffassung und als Richtschnur für die „Qualität" von Lebensmitteln ist aufrecht. Ein darüber hinausgehender Bedeutungsgehalt kommt ihm nicht zu.

2. Rechtsnatur

Der Codex dokumentiert die allgemeine Verkehrsauffassung zur Beschaffenheit von Lebensmitteln. Dabei kommt ihm weder Gesetz- noch Verordnungskraft zu. Er hat die rechtliche Bedeutung eines „objektivierten Sachverständigengutachtens" (OGH 9.4.1991 ÖBl 1991, 232; OGH 13.5.1997 ÖBl 1998, 17). Ein Abweichen von diesem Sachverständigengutachten ist daher bei entsprechender Kenntlichmachung - insbesondere in Form der Kennzeichnung - möglich. Da die Beschlüsse der Codexkommission vom zuständigen Bundesministerium als Erlass kundgemacht werden und die Organe der Lebensmittelüberwachung und die Untersuchungsanstalten bei ihrer Tätigkeit daran gebunden sind, wird er auch als „Verwaltungsverordnung" eingestuft.

3. Regelungszweck

Der Codex dokumentiert die allgemeine Verkehrsauffassung über die Beschaffenheit von Lebensmitteln. Gemäß § 76 LMSVG (Kap. 17.1.2, S. 404) dient der Codex zur Verlautbarung von:

- *Sachbezeichnungen*
- *Begriffsbestimmungen*
- *Untersuchungsmethoden*
- *Beurteilungsgrundsätzen*
- *Richtlinien für das Inverkehrbringen von Waren.*

Gemäß § 76 LMSVG obliegt die Veröffentlichung des österreichischen Lebensmittelbuches dem zuständigen Bundesministerium. Sie erfolgt in Form von Erlässen des Ministeriums. Daneben publizieren verschiedene Medien laufend die von der Codexkommission gefassten Beschlüsse (z.B. „Ernährung").

4. Codexkommission

Die Aufgabe der Codexkommission besteht in der Beratung des zuständigen Bundesministers in Angelegenheiten des LMSVG sowie in der Vorbereitung der Veröffentlichung des Codex. Die Codexkommission legt Vorschläge für einzelne Codexkapitel und -beschlüsse vor, die vom zuständigen Bundesministerium in Form von Erlässen veröffentlicht werden. Das Bundesministerium ist dabei nicht an die Vorschläge der Codexkommission gebunden, folgt in der Praxis jedoch den Arbeitsergebnissen der Codexkommission.

Die Codexkommission setzt sich aus Vertretern folgender Bereiche zusammen:

- *Bundesministerium für Gesundheit*
- *Bundesministerium für Justiz*
- *Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft*
- *Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz*
- *Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend*
- *Bundesministerium für Finanzen*
- *Vertreter der Länder*
- *Österreichischer Arbeiterkammertag*
- *Wirtschaftskammer Österreich*
- *Österreichischer Gewerkschaftsbund*
- *Präsidentenkonferenz der Landwirtschaftskammern Österreichs*
- *Verein für Konsumenteninformation*
- *Lebensmitteluntersuchungsanstalten*
- *§ 73-Gutachter*
- *auf Vorschlag der Sozialpartner bestellte Fachleute*
- *Wissenschaftler*

Die Mitglieder werden für eine Funktionsperiode von fünf Jahren bestellt. Ihre Tätigkeit ist ausnahmslos ehrenamtlich. Die Geschäftsordnung der Codexkommission unterliegt der Genehmigung des zuständigen Bundesministeriums.

17.1.1.2 Biercodex – Kapitel B 13 des Lebensmittelcodex – Stand 1.7.2006

(vollständig)

I. Beschreibung und Bezeichnung

1. *Bier ist ein aus Zerealien, Hopfen und Wasser durch Maischen und Kochen hergestelltes, durch Hefe vergorenes, alkohol- und kohlensäurehältiges Getränk. Alkoholfreies Bier weist bedingt durch die Anwendung spezieller Verfahren einen Alkoholgehalt von nicht mehr als 0,5 Vol.-% auf.*
2. *Als Zerealien (vermälzt oder unvermälzt) werden vorwiegend Gerste, Weizen, Roggen oder Erzeugnisse aus diesen verwendet.*
   Die Schüttung enthält mindestens 75% Gersten-, Weizen- oder Roggenmalz oder Mischungen dieser Malzarten. Werden andere vermälzte Zerealien eingesetzt, so muss deren Anteil mindestens 50% der Schüttung betragen und gemäß Abs. 3 bezeichnet werden. Als Ergänzung können Reis, Mais oder Erzeugnisse aus diesen verwendet werden.
3. *Werden eingesetzte Zerealien namengebend (z.B. „Weizen bzw. Weißbier", „Roggenbier" oder „Dinkelbier") verwendet, enthält die Schüttung mindestens 50% Malz der betreffenden Art.*
4. *Außer Doppelhopfen werden nur aus diesem gewonnene Hopfenprodukte (z.B. Hopfenpellets, Hopfenkonzentrate, Hopfenextrakte) ohne jeglichen Zusatz verwendet.*
5. *Nach der Art der bei der Hauptgärung verwendeten Hefe unterscheidet man untergärige und obergärige Biere. Es werden zur Gärung nur reine Hefestämme verwendet, lediglich für spezielle obergärige Biersorten können auch Hefemischkulturen verwendet werden.*

6. *Die Stärke des Bieres kommt in der Grädigkeit der Stammwürze zum Ausdruck. Jeder Grad Stammwürze bedeutet 1 Gramm Extrakt in 100 Gramm unvergorener Würze.*

7. *Bier wird nach seinem Alkohol- bzw. Stammwürzegehalt in Kategorien eingeteilt und mit folgenden Sachbezeichnungen versehen:*

Alkoholgehalt	
alkoholfreies Bier	*nicht mehr als 0,5 Vol.-%*
alkoholarmes Bier	*nicht mehr als 1,9 Vol.-%*
Leichtbier	*nicht mehr als 3,7 Vol.-%*
Stammwürzegehalt	
Schankbier	*9 - 11 Grad*
Vollbier	*mindestens 11 Grad*
Stark- bzw. Bockbier (Oster-, Weihnachtsbock)	*mindestens 16 Grad*

Neben den oben angeführten Sachbezeichnungen können folgende in Österreich gebräuchliche spezifische Typenbezeichnungen verwendet werden:

Spezial(biere) für Biere mit einem Stammwürzegehalt von mindestens 12,5 Grad.

Lager- bzw. Märzenbier für ein ausgewogenes malziges, mild hopfenbitteres untergäriges Vollbier.

Pils – auch in Wortverbindungen – für hellfärbig und im Wesentlichen stärker gehopfte untergärige Vollbiere.

Die Verwendung von Phantasiebezeichnungen, z.B. Export, Fest- oder Jubiläumsbier, ist neben der entsprechenden Sachbezeichnung möglich.

8. *Bei Bieren mit einem Alkoholgehalt von mehr als 1,2 Vol.-%, die in Verpackungen für Letztverbraucher in Verkehr gebracht werden, erfolgt die Angabe des Alkoholgehaltes deutlich sichtbar und lesbar in Volumenprozenten. Bei diesen Bieren beträgt die Toleranz für die Deklaration des Alkoholgehaltes unabhängig von der Analysentoleranz 0,5 Vol.-% für Bier mit einem Alkoholgehalt von nicht mehr als 5,5 Vol.-% und 1,0 Vol.-% für Bier mit einem Alkoholgehalt von mehr als 5,5 Vol.-%.*

9. *Ein Zusatz von Alkohol oder extrakterhöhenden Stoffen zu Bier erfolgt nicht.*

10. *Biere, die als „Nährbier“ oder unter einer gleichsinnigen Bezeichnung in Verkehr gebracht werden, haben mindestens 11 Grad Stammwürze und werden aus den gleichen Rohstoffen wie andere Biere nach einem speziellen Verfahren hergestellt. Diese Biere haben bei üblichem Kohlensäuregehalt einen besonders hohen Restextrakt Der „scheinbare Vergärungsgrad“ darf höchstens 50% betragen.*

11. *Bierkonzentrate mit einem errechneten Stammwürzegehalt von über 20 Grad werden für die Bierherstellung nicht verwendet.*

12. *Der ph-Wert des von der Kohlensäure befreiten Bieres liegt nicht über 4,9, bei untergärigem Bier nicht unter 4,0 und bei obergärigem Bier nicht unter 3,2. Allenfalls Korrekturen der Azidität werden nur im Sudhaus mittels Milchsäure (E 270) bzw. mit durch Gärung gewonnener Milchsäure vorgenommen.*

13. *Schwefelige Säure wird dem Bier nicht zugesetzt. Der natürliche aus der Gärung stammende Gehalt an Schwefeliger Säure beträgt bis zu 20 mg/l (berechnet als SO2, bezogen auf 12 Grad Stammwürze.*

14. *Asbesthaltige Filterelemente und Filterhilfsmittel werden nicht verwendet.*

15. *Zur Hintanhaltung später auftretender Eiweiß- und Gerbstofftrübungen werden in*

der eingesetzten Konzentration gesundheitlich unbedenkliche Hilfsstoffe verwendet, die bis auf allfällige technisch unvermeidbare Spuren wieder entfernt werden.

16. *Um ein besonders vollmundiges und schaumhaltiges Bier zu erhalten, werden diesem gelegentlich Kräusen zugesetzt; unter „Kräusen" versteht man in Angärung befindliche Bierwürze.*
17. *Unfiltriert zum Verkauf gelangende Biere (z.B. „Zwickl...", „Keller...") weisen eine Trübung auf, die von der Hefe sowie von unlöslichen Eiweißstoffen herrührt.*
18. *Bier wird nicht chemisch konserviert. Für die Haltbarmachung werden nur physikalische Methoden (z.B. Pasteurisierung, Entkeimungsfiltration) angewendet.*
19. *Vorwiegend für die Herstellung dunkler Biere bzw. Bockbiere kann Zucker verwendet werden. Süßstoffe werden bei der Herstellung von Bier mit einem Alkoholgehalt von mehr als 1,2 Vol.-% nicht verwendet.*
20. *Bier wird nur mit Färbebier bis höchstens 100 EBC-Farbeinheiten gefärbt. Färbebier wird aus dunklem Malz, allenfalls mit Farbmalzzusatz hergestellt; es wird auf Sirupkonsistenz eingedickt (ca. 60 bis 65 Gew.-% Trockensubstanzgehalt und mindestens 8.000 EBC-Farbeinheiten). Ein Zusatz von Zuckercouleur ist nur bei Färbebier zulässig, das zur Herstellung von dunklem Bier verwendet wird. Der Zuckercouleuranteil im Färbebier beträgt höchstens 50 Gew.-%.*
21. *Um die Bildung geschmacklich unerwünschter Oxidationsprodukte zu verhindern, kann dem Bier Ascorbinsäure bis zu einer Höchstgrenze von 50 mg/l zugesetzt werden.*
22. *Schaumstabilisierende Mittel werden nicht zugesetzt.*
23. *Tropfbier (das von der Pipe oder vom Hahn abtropfende Bier) und Bierreste (z.B. „Hansel", das ist der in einem Gefäß stehen gebliebene Bierrest, oder „Ausleerbier", das ist ein beim Ausschank im Fass zurückgebliebenes Bier) werden nicht ausgeschenkt.*

II. Beurteilungen

Allgemeine Beurteilungshinweise

24. *Aus der Vielzahl der möglichen Anlässe zu Beanstandungen werden in den folgenden Absätzen solche herausgestellt, die für Waren dieses Kapitels typisch sind. Bei der Beurteilung sind jedoch auch die allgemeinen Beurteilungsgrundsätze des Codexkapitels A3 heranzuziehen. Bei den Zusatzstoff- und Bezeichnungsregelungen sind auch etwaige spezielle Vorschriften in Zulassungs- und Kennzeichnungsverordnungen zu beobachten.*

Gesundheitsschädlichkeit

25. *Als gesundheitsschädlich sind Erzeugnisse zu beurteilen, wenn sie Mengen an Mykotoxinen, Schädlingsbekämpfungsmitteln, Pflanzenschutzmitteln oder anderen Stoffen enthalten, die geeignet sind, die menschliche Gesundheit zu gefährden oder zu schädigen.*

Verdorbenheit

26. Als verdorben ist zu beurteilen:

a) Bier, das einen schalen Geschmack angenommen hat;

b) Tropfbier und Bierreste sowie Mischungen derselben mit Bier;

c) essigstichiges oder saures Bier oder Bier mit sonstigen Geruchs- oder Geschmacksfehlern;

d) Bier, das eine Trübung aufweist, die nicht kälte- oder sortenbedingt ist;

e) unfiltriert zum Verkauf gelangtes Bier, das eine massive bakterielle Kontamination aufweist.

Verfälschung

27. Als verfälscht ist zu beurteilen:

a) Bier, dessen Alkoholgehalt nicht ausschließlich aus den vergärbaren Anteilen der verwendeten Rohstoffe stammt;

b) Bier, das unter Verwendung anderer als in diesem Kapitel genannten Rohstoffe hergestellt wurde;

c) Bier, dem extrakterhöhende Stoffe zugesetzt wurden;

d) Bier, bei dem die Schüttung gemäß den Abs. 2 und 3 nicht eingehalten wurde;

e) Bier, das auf andere Weise als im Abs. 20 vorgesehen gefärbt wurde;

f) Bier, das neutralisiert wurde;

g) als Bier schlechthin oder in Wortverbindungen bezeichnete Getränke, die ganz oder teilweise aus Bierkonzentraten hergestellt wurden;

h) Bier, das die in Abs. 7 vorgesehene Grädigkeit nicht erreicht;

i) alkoholfreies, alkoholarmes Bier oder Leichtbier das nicht im Sinne dieses Kapitels gekennzeichnet ist.

Falsche Bezeichnung

28. Als falsch bezeichnet ist zu beurteilen:

a) Bier, bei dem die Sachbezeichnungen oder der Alkoholgehalt unrichtig angegeben sind, sofern nicht Verfälschung vorliegt;

b) gemäß Abs. 8 verpackt abgegebenes Bier, das nicht im Sinne dieses Kapitels gekennzeichnet ist.

III. Regelung des Verkehrs

29. Für die Lagerung aller in den Rahmen dieses Kapitels fallenden Waren sind tunlichst kühle Räume zu wählen, wobei jedoch zu tiefe Lagertemperaturen zu vermeiden sind. Die Lagerung aller dieser Produkte erfolgt entweder in luftdicht verschlossenen Behältern aus Glas oder sonstigen geeigneten Materialien oder in Großgebinden (Fässern, Tanks). In allen Fällen muss durch geeignete Maßnahmen vorgesorgt sein, dass die Kohlensäure des Bieres nicht entweicht.
Offen ausgeschenktes Bier ohne nähere Bezeichnung entspricht der Kategorie Vollbier.
Bei in Verpackungen für Letztverbraucher in Verkehr gebrachten Bieren erfolgt üblicherweise ein Hinweis, dass Bier vor Wärme geschützt zu lagern ist.

IV. Analysemethoden

30. Die Analysemethoden orientieren sich an der Methodensammlung EBC-Analytica und MEBAK.
Die Alkoholbestimmung bei alkoholarmen und alkoholfreien Bieren erfolgt mit enzymatischen, gaschromatographischen bzw. hochdruckflüssigkeitschromatographischen oder gleichwertigen Methoden.

17.1.1.3 Spirituosencodex – Kapitel B 23 „Spirituosen" des Lebensmittelcodex – Stand 1.7.2006

(Auszug)

1. Allgemeine Richtlinien

1.1. Spirituosen sind alle zum menschlichen Genuss bestimmten Getränke, in denen aus vergorenen zuckerhältigen Stoffen oder aus in Zuckern umgewandelten und vergorenen Stoffen durch Brennverfahren gewonnener Alkohol als ein wertbestimmender Bestandteil enthalten ist und deren Mindestalkoholgehalt – vorbehaltlich abweichender Regelungen – 15 Vol.-% beträgt.
Wein, Obstwein und weinähnliche Getränke im Sinne des Weingesetzes sowie der. Verordnung (EWG) Nr. 1601/91, Weinmischgetränke, Bier (gemäß Codexkapitel B 13), alkoholhältige Verzehrprodukte und diätetische Lebensmittel im Sinne des Lebensmittelgesetzes, alkoholhältige Arzneimittel im Sinne des Arzneimittelgesetzes und Alkoholfrüchte (Früchte in Alkohol) (gemäß Codexkapitel B 5) unterliegen nicht diesem Kapitel.

1.2. Sogenannte Branntweinschärfen, das sind Stoffe, die lediglich den Zweck haben, einen höheren Alkoholgehalt vorzutäuschen oder die physiologische Wirkung des Alkohols zu erhöhen, werden nicht verwendet.

1.3. Spirituosen dürfen gefärbt werden. Die Aufnahme von natürlichen Farbstoffen aus dem Holz der Lagergebinde ist nicht als Färben anzusehen.

1.4. Spirituosen dürfen mit natürlichen Aromastoffen aromatisiert werden.

...

1.5. Spirituosen dürfen nicht konserviert werden.

1.6. Unter „Ethylalkohol landwirtschaftlichen Ursprungs" ist in diesem Kapitel „neutraler Ethylalkohol zur Herstellung von alkoholischen Getränken" gemäß ÖNORM C 3001, der landwirtschaftlichen Ursprungs ist, zu verstehen. Ethylalkohol anderen Ursprungs, insbesondere Sulfitalkohol oder Synthesealkohol, wird nicht verwendet.

...

1.9. Ausländische Spirituosen, auch wenn sie in Österreich abgefüllt werden, entsprechen den Bestimmungen dieses Kapitels.

...

Geographische Angaben sind den Spirituosen vorbehalten, bei denen die Produktionsphase, in der sie ihren Charakter und ihre wesentlichen endgültigen Eigenschaften erhalten, in dem genannten geographischen Gebiet stattgefunden hat.

1.10. Handelsübliche fremdsprachige Bezeichnungen sind als Sachbezeichnung zulässig. In Österreich traditionell gebräuchliche Fruchtnamen wie: Asperl, Dirndl, Elsbeere, Hetscherl, Heidelbeere (Schwarzbeere), Hirschbeere, Hirschbirne, Holler, Kaiserbirne, Kletze, Korn, Kriecherl, Marille, Quitte, weiße/rote/schwarze Ribisel, Ringlotte, Schlehdorn, Stachelbeere, Vogelbeere, Weichsel, Zibebe und Zwetschke, werden verwendet.

...

2. Edelbrände

2.1. Allgemeine Beschreibung und Bezeichnung

2.1.1. Unter Edelbrand versteht man die aus vergorenen Flüssigkeiten oder vergorenen Maischen zuckerhältiger oder verzuckerter stärkehältiger Rohstoffe hergestellten, unter Beibehaltung des ihnen eigenen Aromas gewonnenen Destillate sowie die daraus durch Herabsetzung des Alkoholgehaltes mit Wasser hergestellten Produkte.

...

2.2. Weinbrände

2.2.1. Weindestillat (Branntwein)

2.2.1.1. Weindestillat ist ein aus Brennwein oder anderem für Brennzwecke geeignetem Wein in herkömmlichen Verfahren durch Destillation hergestelltes Erzeugnis.

...

2.2.1.4. Chemisch-analytische Anforderungen

a) Alkoholgehalt weniger als 86 Vol.-%

b) Gehalt an flüchtigen Bestandteilen mindestens 125 g/hl r.A.

c) Methanol höchstens 200 g/hl r.A.

d) Alkoholgehalt trinkfertige Ware mindestens 37,5 Vol.-%

...

2.2.2. (Hochgrädiges) Weindestillat

2.2.2.1. (Hochgrädiges) Weindestillat wird ausschließlich durch Destillieren von Wein oder Brennwein oder erneutes Destillieren eines Weindestillates zu weniger als 94,8 Vol.-% gewonnen.

2.2.3. Weinbrand

2.2.3.1. Allgemeine Beschreibung und Bezeichnung

2.2.3.1.1. Weinbrand wird aus Weindestillat mit oder ohne (hochgrädigem) Weindestillat, der zu weniger als 94,8 Vol.-% destilliert worden ist, gewonnen, sofern der Anteil des Weinalkohols 50 % des Alkoholanteiles der Fertigerzeugnisse nicht übersteigt und es in Eichenholzbehältern mindestens 1 Jahr oder – wenn das Fassungsvermögen der Eichenfässer unter 1.000 l liegt – mindestens 6 Monate gereift ist.

Weinbrand weist ausschließlich aus der Destillation bzw. der erneuten Destillation der verwendeten Ausgangsstoffe einen Gehalt an flüchtigen Bestandteilen von mindestens 125 g/hl r.A. auf und einen Höchstgehalt an Methanol von 200 g/hl r.A.

...

2.2.3.1.8. Chemisch-analytische Anforderungen
Der Alkoholgehalt beträgt mindestens 36 Vol.-%.

...

2.2.4. Tresterbrand (Trester)

2.2.4.1. Tresterbrand wird aus vergorenem und destilliertem Traubentrester entweder unmittelbar durch Wasserdampf oder durch Zusatz von Wasser hergestellt, dem Trub in einem bestimmten Umfang (VO (EWG) 1014/90 Art. 1 – höchstens 25 kg je 100 kg Traubentrester) zugesetzt werden kann. Die aus dem Trub gewonnene Alkoholmenge darf nicht mehr als 35 % der Gesamtalkoholmenge des Fertigerzeugnisses ausmachen. Die Destillation wird unter Beigabe von Trester zu weniger als 86 Vol.-% Abriebsstärke durchgeführt; eine erneute Destillation auf denselben Alkoholgehalt ist zulässig.

2.2.4.2. Chemisch-analytische Anforderungen

a) Alkoholgehalt Destillat: weniger als 86 Vol.-%

b) Alkoholgehalt trinkfertige Ware: mindestens 37,5 Vol.-%

c) Flüchtige Bestandteile mindestens 140 g/hl r.A.

d) Methanol höchstens 1.000 g/hl r.A.

2.2.4.3. Die Bezeichnung „GRAPPA“ ist italienischen Erzeugnissen vorbehalten.

...

2.2.5. Hefebrand (Sachbezeichnung „Spirituose“)

2.2.5.1. Ausgangsmaterial für Hefebrand ist einwandfreier Weintrub oder Fruchttrub.

...

2.2.5.2. Chemisch-analytische Anforderungen

a) Alkoholgehalt Destillat: weniger als 86 Vol.-%

b) Alkoholgehalt trinkfertige Ware: mindestens 38 Vol.-%

c) Methanol höchstens 1.000 g/hl r.A.

...

2.2.6. Franzbranntwein

2.2.6.1. Als “Franzbranntwein“ bezeichnete Produkte fallen nicht unter das vorliegende Codexkapitel

2.3. Obstbrände

2.3.1. Allgemeine Beschreibung

2.3.1.1. Obstbrände sind, sofern im folgenden nichts Abweichendes bestimmt ist, Spirituosen, die ausschließlich durch alkoholische Gärung und Destillieren einer frischen, fleischigen Frucht (einschließlich Weintrauben) oder des frischen Mostes dieser Frucht – mit oder ohne Kerne bzw. Steine – gewonnen werden,

2.3.1.2 die zu weniger als 86 Vol.-% so destilliert werden, dass das Destillat das Aroma und den Geschmack der verwendeten Frucht behält,

2.3.1.1.3 die einen Gehalt an flüchtigen Bestandteilen von 200 g/hl r.A. oder mehr aufweisen,

2.3.1.1.4. die – soweit nichts anderes bestimmt ist – einen Höchstgehalt an Methanol von 1.000 g/hl r.A. aufweisen und

2.3.1.1.5. deren Blausäuregehalt bei Steinobstbrand 10 g/hl r.A. nicht überschreitet.

2.3.1.2. Der Zuckergehalt beträgt höchstens 4 g/l (auf Ware berechnet). Der Alkoholgehalt der Obstbrände beträgt mindestens 37,5 Vol.-%.

...

2.4. Beerenbrände

2.4.1. Allgemeine Beschreibung und Bezeichnung

2.4.1.1. Als „-brand" unter Voranstellung des Namens der verwendeten Frucht können ferner Spirituosen bezeichnet werden, die durch Einmaischen bestimmter Beeren und sonstiger Früchte (weder Kern- noch Steinobst) wie z.B. Himbeeren, Brombeeren, Heidelbeeren u. a., die teilweise vergoren oder nicht vergoren sind, in Ethylalkohol landwirtschaftlichen Ursprungs oder in Brand oder in einem Destillat und anschließendem Destillieren bei einer Mindestmenge von 100 kg Früchten auf 20 l reinen Alkohol gewonnen werden. Am Etikett ist die zusätzliche Angabe „durch Einmaischen und Destillieren gewonnen" anzubringen.

In der VO (EWG) 1014/90, Art. 4. werden die Obstarten wie folgt aufgezählt:

- Brombeeren (Rubus fructicosus L.),
- Erdbeeren (Fragaria L.),
- Blaubeeren (Vaccinium myrtillus L.),
- Himbeeren (Rubus idaeus I.),
- Johannisbeeren (Ribes vulgare Lam.),
- Schlehen (Prunus spinosa L.),
- Vogelbeeren (Sorbus domestica L.),
- Eberesche (Sorbus domestica L.),
- Stechpalme (Ilex cassine L.),
- Mehlbeerbaum (Sorbus torminalis L.),
- Holunder (Sambucus nigra L.),
- Hagebutte (Rosa canina L.),
- schwarze Johannisbeere (Ribes nigrum L.).

2.4.1.2. Chemisch-analytische Anforderungen

a) Alkoholgehalt mindestens 37,5 Vol.-%
b) Methanol höchstens 600 mg/100 ml r.A.

...

3. Spirituosen aus Obst

3.1. Obstschnaps

3.1.1. Allgemeine Beschreibung und Bezeichnung

3.1.1.1. Es ist handelsüblich, unter der Sachbezeichnung „Spirituose" und der Zusatzbezeichnung „...-schnaps" unter Voranstellung des Namens der Frucht Edelbranntweine in Verkehr zu bringen, denen Ethylalkohol landwirtschaftlichen Ursprungs beigefügt wurde, wenn

3.1.1.1.1. der Anteil des aus der namensgebenden Frucht herrührenden Alkohols am Gesamtalkohol mindestens 33 % beträgt und die

3.1.1.1.2. chemisch-analytischen Mindestanforderungen erfüllt sind.

3.1.1.2. Obstschnaps wird weder gefärbt noch aromatisiert.

...

3.2. Obstspirituosen

3.2.1. Obstspirituosen werden durch Einmaischen einer Frucht in Ethylalkohol landwirtschaftlichen Ursprungs und/oder in Destillaten landwirtschaftlichen Ursprungs und/oder in Brand gewonnen. Es werden mindestens 5 kg Früchte je 20 l r.A. verwendet.

3.2.1.1. Das derart hergestellte Getränk wird als „Spirituose“ unter Voranstellung des Namens der verwendeten Frucht bezeichnet.

3.2.1.2. Eine obstbrandähnliche Aufmachung, die zur Täuschung geeignet ist, wird nicht verwendet.

3.2.2. Chemisch-analytische Anforderungen: Alkoholgehalt mindestens 25 Vol.-%.

4. Spirituosen nach besonderen oder traditionellen Verfahren

4.1. Allgemeine Beschreibung und Bezeichnung

4.1.1. Unter diesen Erzeugnissen versteht man solche, die aus schwer vergärbaren oder auch zuckerarmen Rohstoffen (Maischen) gewonnen werden, und zwar durch Destillation einer vergorenen Maische mit oder ohne Zusatz von Ethylalkohol landwirtschaftlichen Ursprungs oder durch Destillation eines alkoholischen Ansatzes unvergorener Rohstoffe. Ferner gehören hierher bestimmte Erzeugnisse, die nach traditionellen Verfahren hergestellt werden und seit über 30 Jahren am Weltmarkt Eingang gefunden haben.

4.2. Geiste

...

4.2.2. Diese Spirituosen tragen das Wort „Geist“ in Verbindung mit dem Namen des aromagebenden Stoffes.

...

4.2.4. Stein- und Kernobst wird nicht verwendet

...

4.3. Rum

...

4.4. Rum-Verschnitt entfällt

...

4.5. Kornbrand

...

4.6. Wacholder

...

4.7. Spirituose mit Wacholder

...

4.8. Gin

...

4.9. Steinhäger entfällt

...

4.10. Aquavit

...

4.11.Enzian

...

4.12.Whisky (Whiskey)

...

4.13.Bourbon Whisky

...

4.14.Kümmel oder Spirituose mit Kümmel

...

4.15.Spirituose mit Anis

...

4.16.Wodka

...

4.17.Inländerrum

4.17.1. Allgemeine Bezeichnung und Beschreibung

4.17.1.1. Inländerrum ist ein Produkt alter österreichischer Tradition und wird seit dem frühen 19. Jahrhundert in Österreich erzeugt und hat sich seither völlig eigenständig entwickelt und ist als „inländische" österreichische Spezialität zu einem wesentlichen Bestandteil der Produktpalette jeden Herstellers geworden. Inländerrum ist ein Produkt „sui generis" mit typisch arteigener Geschmacksrichtung und wird aufgrund seiner besonderen organoleptischen Eigenschaften vorwiegend zum „Aromatisieren" von Tee, Punsch, Backwaren und dgl. verwendet.

4.17.1.2. Inländerrum wird aus Rum (gemäß Verordnung EWG 1576/89 und somit auf Rohstoffbasis von aus der Verarbeitung von Zuckerrohr stammender Melasse, Sirup oder anderen Rückständen der Zuckerrohrverarbeitung) und Inländerrumessenz (Destillationsverfahren) allenfalls unter Mitverwendung anderer arttypisch abrundender Stoffe ausschließlich in Österreich hergestellt.

4.17.1.3. Die Sachbezeichnung laute „Spirituose". Um der Zusatzbezeichnung „Inländerrum" gerecht zu werden und um den typisch österreichischen Charakter dieses Produktes zu gewährleisten, somit um die Vorgaben des Artikels 1 (3) lit. l der Verordnung EWG 1576/89 zu erfüllen, finden alle Phasen des Herstellungsverfahrens, die dem Inländerrum ihren Charakter und ihre wesentlichen endgültigen Eigenschaften geben, einschließlich der Fertigstellung in Österreich statt.

Die Herkunft der alkoholbildenden Stoffe ist hiebei unerheblich. Die Destillation der als Alkoholbasis dienenden Rohstoffe wird in Österreich vorgenommen.

...

4.17.2.1. Inländerrum darf gefärbt werden.

4.17.2.2. Alkoholgehalt mindestens 38 Vol.-%.

4.17.2.3. Die alkoholische Basis des Inländerrums ist ein hochrektifizierter Rum, wobei das Destillat mit weniger als 96 Vol.-% Alkohol abgetrieben wird.

4.17.3. Teeinländerrum

Inländerrum kann, wenn Rum degustativ deutlich hervortritt, mit der Sachbezeichnung „Teeinländerrum“ auf der Hauptetikette im Sichtfeld deutlich sicht- und lesbar, in einer jede Täuschung ausschließenden Weise, bezeichnet werden. Im Falle einer Wortteilung wird der unmittelbare Zusammenhang der Sachbezeichnung gewahrt.

4.17.4. Schankinländerrum

Schankinländerrum ist vornehmlich zur Weiterverarbeitung oder für den unmittelbaren Genuss in Schankbetrieben bestimmt.
Der Alkoholgehalt beträgt mindestens 22,5 Vol.-%.
Eine Aufmachung, die zur Täuschung geeignet ist, wird nicht verwendet.

4.17.5. Um jeder Verwechslung mit Rum gemäß Verordnung EWG 1576/89 vorzubeugen, erfolgen keine Hinweise auf überseeische Herkunft in Wort und Bild, wie auf Palmen, Schiffe, Farbige, Rumfässer, Sombreros und dgl.)

4.18. Bierbrand

4.19. Spirituosengemische

4.19.1. Mischungen von mehreren Destillaten bzw. von den in den Abschnitten 2 bis 4 definierten gebrannten geistigen Getränken sind nach der EU Verordnung 2675/94 vom 3.11.1994 unter der Sachbezeichnung “Spirituose“ bzw. „alkoholisches Getränk“ zu subsumieren.

5. Spirituosen

5.1. *Spirituosen, die nicht den definierten Spezifikationen dieses Kapitels (Abschnitt 2 bis 4, ausgenommen 3.1. sowie 6 bis 8) entsprechen, dürfen die dort genannten Bezeichnungen nicht tragen. Sie müssen als „Spirituose“ oder „alkoholische Getränke“ bezeichnet werden, dieses ist insbesondere der auf Trinkstärke herabgesetzte Ethylalkohol landwirtschaftlichen Ursprungs, der entweder nicht aromatisiert, aromatisiert, auch mit flüssigen Lebensmitteln gemischt unter Umständen besonders gereinigt ist und einen Alkoholgehalt von mindestens 15 Vol.-% aufweist.*

...

6. Liköre

6.1. Allgemeine Beschreibung und Bezeichnung

6.1.1. Liköre sind versüßte Spirituosen, die unter Verwendung von Zucker, geeigneten Zuckerarten oder Honig hergestellt werden. Weiters können nachstehende Stoffe verwendet werden: Ethylalkohol landwirtschaftlichen Ursprungs oder andere alkoholische Flüssigkeiten wie Edelbranntweine, Geiste, Spritdurchzüge, alkoholische Auszüge, Destillate, Wein, Obstwein frische Früchte, eingelegte und getrocknete Früchte, Fruchtpasten, Fruchtsäfte, Kräuter, Eier, Kakao, Kaffee, Tee, Milch, Schokolade usw., natürliche Aromen, Aromen aus naturidenten Aromastoffen (Ausnahme siehe 6.1.9.), spezielle Zusätze wie Genusssäuren, Blattgold usw.

6.1.2. Der Mindestzuckergehalt, ausgedrückt als Invertzucker, beträgt 100 g/l.

6.1.3. Der Fruchtsaftanteil bei Fruchtsaftlikören beträgt mindestens 20 l Fruchtsaft pro 100 l Fertigerzeugnis.

6.1.4. Für Enzianlikör, der ausschließlich mit natürlichem Aroma bereitet wird, beträgt der Mindestzuckergehalt 80 g/l.

...

6.2. Eierlikör

Eierlikör ist die Spirituose, aromatisiert oder nicht, die aus Ethylalkohol landwirtschaftlichen Ursprungs gewonnen wird und als Bestandteil hochwertiges Eigelb (kein Trockeneigelb oder kein chemisch konserviertes Eigelb), Eiweiß und Zucker oder Honig enthält. Sie enthält mindestens 150 g Zucker oder Honig pro Liter. Das Enderzeugnis enthält mindestens 140 g Eigelb pro Liter. Der Mindestalkoholgehalt beträgt 14 Vol.-%. Bei Eierlikör kann die Zusatzbezeichnung Eierweinbrand verwendet werden, wenn der Alkoholanteil zu 100% aus Weindestillat besteht.

...

7. Aromaliköre

entfällt

8. Jägertee-Konzentrat

...

9. Beurteilung

9.1. Allgemeine Beurteilungshinweise

9.1.1. Aus der Vielzahl der möglichen Anlässe zu Beanstandungen werden in den folgenden Absätzen solche herausgestellt, die für Waren dieses Kapitels typisch sind. Bei der Beurteilung sind jedoch auch die allgemeinen Beurteilungsgrundsätze des Codexkapitels A 3 heranzuziehen.

9.2. Gesundheitsschädlichkeit

Als gesundheitsschädlich sind zu beurteilen:

9.2.1. Spirituosen, denen sogenannte Branntweinschärfen oder drastisch wirkende Stoffe zugesetzt wurden;

9.2.2. Spirituosen, die Benzaldehyd, Blausäure, Methanol oder Fuselöle in gesundheitsschädlichen Mengen enthalten;

9.3. Verdorbenheit

...

9.4. Nachmachung

Als nachgemacht sind zu beurteilen:

9.4.1. Spirituosen, die nicht nach den Richtlinien dieses Kapitels hergestellt wurden und zur Täuschung geeignet sind.

9.5. Verfälschung

...

9.6. Falsche Bezeichnung

...

10. Regelung des Verkehrs

...

17.1.1.3.1 Grädigkeitstabelle – zusammengestellt aus dem Spirituosencodex

Eine Zusammenstellung der im Spirituosencodex vorgesehenen Mindest- bzw. Höchstwerte an Vol.-% Alkohol sind für die meisten Produkte in folgender Grädigkeitstabelle aus der kommentierten Ausgabe übersichtsweise zusammengestellt.

Tab. 130: Grädigkeitstabelle

Kodexziffer	Produkt	Vol.-%	
		mindestens	weniger als
1.1.	Spirituosen	15	-
2.2.1.	Weindestillat (Branntwein)	37,5	86
2.2.2.	(hochgrädiges) Weindestillat	-	94,8
2.2.3.	Weinbrand	36	-
2.2.4.	Tresterbrand	37,5	86
2.2.5.	Hefebrand	38	86
2.3.	Obstbrände	37,5	86
2.3.3.	österr. Qualitätsbrände	38	-
2.4.1.1.	Beerenbrände	37,5	-
2.4.2.	Österr. Qualitätsbeerenbrände	38	-
3.1.	Obstschnäpse	35	-
3.2.	Obstspirituosen	25	-
4.2.	Geiste	35	-
4.3.	Rum	37,5	96
4.5.1.	Kornbrand	37,5	-
4.5.2.	Ansatzkorn Korn	50 32	-
4.6.	Wacholder	37,5	-
4.7.	Spirituose mit Wacholder	35	-
4.8.	Gin	37,5	-
4.10.	Aquavit	37,5	-
4.11.	Enzian	37,5	-
4.12./4.13.	Whisky/Bourbon Whisky	40	94,8
4.14.	Spirituose mit Kümmel	30	-
4.15	Spirituose mit Anis Anis	15 35	-
4.16.	Wodka	37,5	-
4.17.	Inländerrum	38	-
4.17.4.	Schankinländerrum	22,5	-
5.	Spirituosen (allgemein)	15	-
6.	Liköre (allgemein)	15	-
6.2.	Eierlikör	14	-
8.	Jägertee Konzentrat	22,5	-

Quelle: Lorenz & Mayer (1997)

17.1.1.4 Codex Alimentarius – weltweiter Codex

Der folgende ist dem Text „Codex Alimentarius Austriacus - Österreichisches Lebensmittelbuch“ (Wirtschaftskammer Österreichs: Fachverband Lebensmittelindustrie, Stand 24.2.2007) entnommen:

Der weltweite Codex Alimentarius ist ein 1961 von der Lebensmittel- und Landwirtschaftsorganisation der Vereinten Nationen (FAO) und der Weltgesundheitsorganisation (WHO) eingerichtetes Gremium für die Erarbeitung von weltweit gültigen Standards für Lebensmittel. Thematisch abgedeckt sind horizontale Bereiche wie Hygiene, Zusatzstoffe, Pestizide, Analysen und Probeverfahren, Kennzeichnung, aber auch vertikale Produktgruppen wie Fleisch(waren) und Fisch, Milch oder Fruchtsäfte. Die in Ausschüssen

erarbeiteten und in einem Stufenverfahren (bis zu acht Entscheidungsschritten) verabschiedeten Standards haben keinen verbindlichen Charakter. Sie sind vielmehr Empfehlungen für die Beschaffenheit von Lebensmitteln und dienen den einzelnen Mitgliedstaaten als Richtschnur für ihre nationalen Rechtsetzungsakte.

Aufgrund seiner Verankerung im Rahmen der World Trade Organisation (WTO) kommt dem Codex Alimentarius Bedeutung im internationalen Handel mit Lebensmitteln zu. Die erarbeiteten Standards werden in WTO-Streitbeilegungsverfahren als Referenznorm für die Beurteilung der Verkehrsfähigkeit von Lebensmitteln am Weltmarkt herangezogen.

17.1.2 Lebensmittelsicherheits- und Verbraucherschutzgesetz idF BGBl. I Nr. 112/2007

Lebensmittelsicherheits- und Verbraucherschutzgesetz (2006): Bundesgesetz über Sicherheitsanforderungen und weitere Anforderungen an Lebensmittel, Gebrauchsgegenstände und kosmetische Mittel zum Schutz der Verbraucherinnen und Verbraucher (LMSVG), StF BGBl. I Nr. 13/2006 idF BGBl. I Nr. 112/2007 (Auszug)

§ 4.

...

(3) Die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen kann unter Bedachtnahme auf die Zielsetzung dieses Bundesgesetzes sowie den anerkannten Stand der Wissenschaft und Technologie nach Anhören der Codexkommission mit Verordnung nähere Vorschriften zur Durchführung der in der Anlage genannten unmittelbar anwendbaren Rechtsakte der Europäischen Gemeinschaft in sinngemäßer Anwendung der §§ 6, 19 und 20 erlassen.

...

2. Abschnitt

Österreichisches Lebensmittelbuch und Codexkommission

Österreichisches Lebensmittelbuch

§ 76. Der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen obliegt die Herausgabe des Österreichischen Lebensmittelbuches (Codex Alimentarius Austriacus). Es dient der Verlautbarung von Sachbezeichnungen, Begriffsbestimmungen, Untersuchungsmethoden und Beurteilungsgrundsätzen sowie von Richtlinien für das Herstellen und Inverkehrbringen von Waren und kann in elektronischer Form veröffentlicht werden.

Zusammensetzung der Codexkommission

§ 77.(1) Zur Beratung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen in Angelegenheiten sämtlicher lebensmittelrechtlicher Vorschriften sowie zur Vorbereitung des Österreichischen Lebensmittelbuches (Codex Alimentarius Austriacus) ist eine Kommission (Codexkommission) einzurichten.

(2) Der Codexkommission haben als Mitglieder anzugehören:

a) drei Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen, ...

(3) Die in Abs. 2 aufgezählten Mitglieder der Codexkommission werden auf die Dauer von fünf Jahren bestellt. ...

(4) Außer den in Abs. 2 aufgezählten Mitgliedern hat die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen die erforderliche Zahl von Vertretern der einschlägigen Wissenschaften als Mitglieder zu bestellen.

(5) Die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen bestellt für die gleiche Zeit den Vorsitzenden der Codexkommission und seinen Stellvertreter.

...

(7) Die Codexkommission kann zur Bearbeitung bestimmter Sachgebiete fallweise Sachverständige mit beratender Stimme beiziehen.

...

Ständiger Hygieneausschuss

§ 78. Die Codexkommission hat einen Ständigen Hygieneausschuss zu bestellen. Der Vorsitzende des Ausschusses und sein Stellvertreter sind aus der Reihe der Mitglieder der Codexkommission zu bestellen. Der Ausschuss setzt sich ferner aus den erforderlichen Vertretern der einschlägigen Wissenschaften, aus je einem Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen,... zusammen.

Aufgaben des Ständigen Hygieneausschusses

§ 79.(1) Der Hygieneausschuss hat die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen und die mit der Vollziehung dieses Bundesgesetzes betrauten Behörden unmittelbar zu beraten, über deren Antrag Gutachten abzugeben und Stellungnahmen zu Hygieneleitlinien zu erstatten.

(2) Die Geschäftsordnung der Codexkommission gilt sinngemäß.

FAO/WHO Codex Alimentarius - Kommission (WECO)

§ 80.(1) Die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen hat zu ihrer Beratung in Fragen des FAO/WHO Codex Alimentarius eine Kommission (WECO) zu bestellen. Der Vorsitzende der WECO und sein Stellvertreter sind aus den Reihen der Mitglieder der Codexkommission zu bestellen.

(2) Der WECO haben als Mitglieder anzugehören:

a) zwei Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen

...

j) Vertreter der einschlägigen Fachgebiete.

(3) Die in Abs. 2 aufgezählten Mitglieder der WECO werden auf die Dauer von fünf Jahren bestellt.

...

(4) Die WECO kann zur Bearbeitung bestimmter Sachgebiete fallweise Sachverständige mit beratender Stimme beiziehen.

17.1.3 Lebensmittelbewirtschaftungsgesetz 2006 idF BGBl. I Nr. 2/2008

Bundesgesetz über Lenkungsmaßnahmen zur Sicherung der Produktion und der Versorgung mit Lebensmitteln (Lebensmittelbewirtschaftungsgesetz), StF BGBl. Nr. 789/1996 idF BGBl. I Nr. 2/2008
(Auszug)

Die Verwendung von Getreiden oder Kartoffeln, welche als Nahrungs- oder Futtermittel geeignet sind, zur Alkoholherstellung kann durch Verordnungen eingeschränkt werden bzw. an behördliche Genehmigungen geknüpft werden.

Alkoholherstellung (Verfassungsbestimmung)

§ 5

(1) Eine Verordnung nach § 1 kann vorsehen, dass insbesondere Getreide (Roggen, Weizen, Gerste, Triticale, Hafer, Buchweizen, Hirse, Mais, Reis und deren Gemenge) sowie Kartoffeln, soweit diese Waren auf Grund behördlicher Feststellung für den menschlichen Genuss oder für Fütterungszwecke geeignet sind, zur Herstellung von Alkohol ohne besondere behördliche Genehmigung nicht verwendet werden dürfen.

(2) Die Herstellung von Alkohol aus anderen landwirtschaftlichen Erzeugnissen kann Beschränkungen unterworfen werden.

17.1.4 Lebensmittelkennzeichnungsverordnung 1993 idF BGBl. II Nr. 165/2008

Lebensmittelkennzeichnungsverordnung 1993 – LMKV – Verordnung des Bundesministers für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz über die Kennzeichnung von verpackten Lebensmitteln und Nahrungsergänzungsmitteln, StF BGBl. Nr. 72/1993 idF BGBl. II Nr. 165/2008
(Auszug)

Der Alkoholgehalt von Getränken muss ab 1,2 Volumprozent angegeben werden; ausgenommen sind Kleinpackungen, wenn deren größte Einzelfläche weniger als 10 cm² beträgt.

...

§ 4. (1) Verpackte Waren sind wie folgt zu kennzeichnen, sofern die §§ 5 bis 7 nicht anderes bestimmen:

...

9. den Alkoholgehalt in Volumenprozenten (% vol.) bei alkoholischen Getränken mit einem Alkoholgehalt von mehr als 1,2 Volumenprozenten; er ist bis auf höchstens eine Dezimalstelle anzugeben.

§ 7. (1) Die Angabe folgender Kennzeichnungselemente ist bei den nachstehenden Waren nicht erforderlich:

...

3. das Mindesthaltbarkeitsdatum bei

...

- Getränken mit einem Alkoholgehalt von 10 oder mehr Volumprozent;

...

- alkoholfreien Erfrischungsgetränken, Fruchtsäften, Fruchtnektar und alkoholischen Getränken in Einzelbehältnissen von mehr als 5 Litern, die an Einrichtungen der Gemeinschaftsversorgung geliefert werden;

...

4. die Zutaten bei

...

- Getränken mit einem Alkoholgehalt von mehr als 1,2 Volumenprozent;

...

(2) Ungeachtet des Abs. 1 Z 4 ist jedoch bei Getränken mit einem Alkoholgehalt von mehr als 1,2 Volumenprozent jede Zutat, die in Anhang III angeführt ist, zu deklarieren, wenn sie in diesen Getränken vorhanden ist. Diese Angabe umfasst das Wort „Enthält", gefolgt von der Bezeichnung der betreffenden Zutat(en). Diese Angabe ist jedoch nicht erforderlich, wenn die Zutat bereits unter ihrem spezifischen Namen in der Sachbezeichnung oder im Verzeichnis der Zutaten angeführt ist. Von den vorgenannten Regelungen sind bis zum 25. November 2007 jene in Anhang IV genannten Zutaten und Stoffe ausgenommen.

...

§ 8. Bei zur Wiederverwendung bestimmten Glasflaschen mit dauerhafter Aufschrift – ohne Etikett und bei Verpackungen bzw. Behältnissen, deren größte Einzelfläche weniger als 10 cm^2 beträgt, genügen die Angaben gemäß § 4 Abs. 1 Z 1 3 und 5 – gegebenfalls gemäß § 5 – und der deutliche Hinweis auf die in Anhang III genannten und dort nicht ausgenommenen Zutaten und Stoffe. Hinsichtlich der Angaben gemäß § 4 Abs. 1 Z 1, 3 und 5 gilt § 3 Abs. 2 nicht.

17.1.5 Alkoholangabenverordnung 1997 - StF BGBl. II Nr. 136/1997

Verordnung der Bundesministerin für Frauenangelegenheiten und Verbraucherschutz über die Bestimmung des Alkoholgehaltes bei – der Lebensmittelkennzeichnungsverordnung unterliegenden – Getränken (Alkoholangabenverordnung) (CELEX-Nr.: 387L0250) StF BGBl. II Nr. 136/1997 (Auszug)

Für die Angabe des Alkoholgehalts laut Lebensmittelkennzeichnungsverordnung werden in dieser Verordnung noch genauere Bestimmungen für einzelne Getränkekategorien mit den zulässigen Abweichungen festgelegt.

§ 1.

(1) Die für die Angabe des Alkoholgehaltes gemäß § 4 Z 9 der Lebensmittelkennzeichnungsverordnung 1993 – LMKV, BGBl. Nr. 72/1993, in der jeweils geltenden Fassung, zulässigen Abweichungen werden wie folgt festgesetzt:

Waren (ausgenommen solche, die zulässige Abweichung dem Weingesetz

unterliegen) +- % vol

Bier mit einem Alkoholgehalt von nicht mehr als 5,5% vol, gegorene Getränke aus Weintrauben nicht schäumend (z.B. gegorene Getränke aus Traubensaftkonzentrat)	*0,5*
Bier mit einem Alkoholgehalt von mehr als 5,5% vol, gegorene Getränke aus Weintrauben schäumend, gegorene Getränke aus anderen Früchten, auch schäumende Getränke aus gegorenem Honig	*1,0*
Getränke mit eingelegten Früchten und Pflanzenteilen	*1,5*
sonstige Getränke	*0,3*

(2) Der Angabe des Alkoholgehaltes ist der bei 20 Grad C bestimmte Alkoholgehalt zugrunde zu legen.

(3) Die Abweichungen gelten unbeschadet der Streuung, die sich aus der für die Bestimmung des Alkoholgehaltes verwendeten Analysemethode ergibt.

17.1.6 Zolltarif der EU (kombinierte Nomenklatur) idF VO (EG) Nr. 301/2007

Europäische Kommission (2007): Kombinierte Nomenklatur, Verordnung (EWG) Nr. 2658/87, in Kraft getreten am 10.09.1987 , Brüssel, verbundener Rechtsakt - Verordnung (EG) Nr. 301/2007(Auszug)

Ziel der Verordnung ist die Erstellung einer Kombinierten Nomenklatur, die den zolltarif-lichen und statistischen Anforderungen der Zollunion genügt, und die Schaffung eines Integrierten Zolltarifs der Europäischen Gemeinschaften, dem sogenannten TARIC. Rechtsgrundlage des Zolltarifs der Europäischen Gemeinschaften ist die Verordnung (EWG) Nr. 2658/87. Mit Hilfe der Kombinierten Nomenklatur werden statistische Angaben über den Außenhandel der Europäischen Gemeinschaft erfasst. Sie wird auch zur Erfassung und Verbreitung der Außenhandelsstatistiken im Rahmen des innergemeinschaftlichen Handels verwendet.

Die Kommission erlässt jedes Jahr eine Verordnung, die eine vollständige und entsprechend den von Rat und Kommission vorgenommenen Änderungen erstellte Fassung der Kombinierten Nomenklatur mit den Zollsätzen des Gemeinsamen Zolltarifs enthält. Diese Verordnung wird spätestens am 31. Oktober im Amtsblatt veröffentlicht. Sie gilt ab 1. Januar des darauf folgenden Jahres.

Die Einhebung der Verbrauchsteuern auf alkoholische Getränke obliegt seit dem EU-Beitritt sowohl bei der Einfuhr als auch bei der Erzeugung im Inland ausschließlich der Zollverwaltung. Grundlage des Zollrechts der Europäischen Gemeinschaften ist der Zollkodex und die dazu ergangene Zollkodexdurchführungsverordnung. Bei diesem Gesetzeswerk handelt es sich um das bisher umfassendste Instrument zur Rechtsvereinheitlichung innerhalb der Europäischen Gemeinschaften.

Neben dem Gemeinschaftsrecht sind bei Ein- und Ausfuhren außerdem nationale Maßnahmen wie z.B. Einfuhrumsatzsteuer, Verbrauchsteuern oder nationale Verbote und Beschränkungen zu berücksichtigen. Der „Österreichische Gebrauchszolltarif" (ÖGebrZT) ergänzt den TARIC mit diesen Maßnahmen.

Der „Österreichische Gebrauchszolltarif“ (kurz „Zolltarif“) baut auf den Zolltarifen der EU (jährlich als „Kombinierte Nomenklatur“ herausgegeben) auf, er dient nicht nur der Klärung von zollrechtlichen Fragen, sondern wird auch für statistische Erhebungen herangezogen. Die Kodierungen des „Österreichischen Gebrauchszolltarifs“ bestehen aus den 8 Stellen der Kombinierten Nomenklatur, gefolgt von 3 Stellen mit österreichspezifischen Ergänzungen. Für die vorliegende Publikation wird ausschließlich auf den Zolltarif der EU („Kombinierte Nomenklatur“) Bezug genommen (Zollamt Wien, Hafenscher, 2006).

Im Kapitel 20 der kombinierten Nomenklatur: „Zubereitungen von Gemüse, Früchten, Nüssen oder anderen Pflanzenteilen“ wird der maximal zulässige Alkoholgehalt von Fruchtsäften (Position 2009) mit 0,5 Vol.-% festgelegt. In den „zusätzlichen Anmerkungen“ zu Kapitel 22, Punkt 3 wird abweichend von Kapitel 20 festgelegt, dass Traubensaft erst ab einem Alkoholgehalt von 1,0 Vol.-% Alkohol als „Traubenmost, teilweise gegoren“ (Position 2204 30 10) gilt.

Im Kapitel 22 der kombinierte Nomenklatur: „Getränke, alkoholhaltige Flüssigkeiten und Essig“ – wird in den Positionen 2203 bis 2208 (mit vielfältigsten Unterpositionen, welche z.T. auch Verpackungs- bzw. Abfüllgrößenordnungen differenzieren), Bier (Position 2203), Wein (Position 2204), Wermutwein (Position 2205), Obstweine und andere gegorene Getränke sowie Mischungen gegorener Getränke und Mischungen gegorener Getränke und nicht alkoholischer Getränke, Ethylalkohol über 80 Vol.-% (Position 2207) und Ethylalkohol bis 80 Vol.-% (Position 2208) definiert. Der Begriff „Ethylalkohol“ (Position 2207 und 2208) wird häufig mit „Spirituosen“ umschrieben.

17.1.6.1 Auszug Kapitel 20 „Zubereitungen von Gemüse, Früchten, Nüssen oder anderen Pflanzenteilen“ der Kombinierte Nomenklatur (Auszug) *Verordnung (EG) Nr. 301/2007*

Anmerkungen

...

6. *„2009 Fruchtsäfte (einschließlich Traubenmost) und Gemüsesäfte, nicht gegoren, ohne Zusatz von Alkohol, auch mit Zusatz von Zucker oder anderen Süßmitteln“. Für die Anwendung der Position 2009 gelten als „Säfte, nicht gegoren, ohne Zusatz von Alkohol“: Säfte mit einem Alkoholgehalt (siehe Anmerkung 2 zu Kapitel 22) von 0,5 Vol.-% oder weniger.*

17.1.6.2 Auszug aus Kapitel 22 „Getränke, alkoholhaltige Flüssigkeiten und Essig“ der Kombinierte Nomenklatur (Auszug) idF *Verordnung (EG) Nr. 301/2007*

Anmerkungen

...

2. *Für die Anwendung dieses Kapitels sowie der Kapitel 20 und 21 ist der Alkoholgehalt bei einer Temperatur von 20° C zu bestimmen.*
3. *Für die Anwendung der Position 2202 gelten als "nicht alkoholhaltige Getränke" Getränke mit einem Alkoholgehalt von 0,5 % vol oder weniger. Alkoholhaltige Getränke gehören, je nach Beschaffenheit, zu den Positionen 2203 bis 2206 oder zu Position 2208.*

...

Zusätzliche Anmerkungen:

2. *Für die Anwendung der Positionen 2204 und 2205 sowie der Unterposition 2206 00 10 versteht man jeweils unter:*
   a) *vorhandenem Alkoholgehalt (in % vol): die Volumeneinheiten reinen Alkohols, die bei einer Temperatur von 20° C in 100 Volumeneinheiten des Erzeugnisses enthalten sind;*
   b) *potenziellem Alkoholgehalt (in % vol): die Volumeneinheiten reinen Alkohols bei einer Temperatur von 20° C, die durch vollständiges Vergären des in 100 Volumeneinheiten des Erzeugnisses enthaltenen Zuckers gebildet werden können;*
   c) *Gesamtalkoholgehalt (in % vol): die Summe des vorhandenen und des potenziellen Alkoholgehalts;*
   d) *natürlichem Alkoholgehalt (in % vol): den Gesamtalkoholgehalt des betreffenden Erzeugnisses vor jeglicher Anreicherung;*
   e) *% vol: die Abkürzung für die Volumenkonzentration bei 20° C.*
3. *Für die Anwendung der Unterposition 2204 30 10 gilt als „anderer Traubenmost, teilweise gegoren" das aus der Gärung eines Traubenmosts hervorgehende Erzeugnis mit einem vorhandenen Alkoholgehalt von mehr als 1 % vol und von weniger als drei Fünfteln seines Gesamtalkoholgehalts.*

...

2203 Bier aus Malz

...

2204 Wein aus frischen Weintrauben, einschließlich mit Alkohol angereicherter Wein; Traubenmost, ausgenommen solcher der Position 2009:

2204 10 Schaumwein mit einem vorhandenen Alkoholgehalt von 8,5 % vol oder mehr

...

Unterpositions-Anmerkung:

1. *Für die Anwendung der Unterposition 2204 10 gilt als Schaumwein solcher Wein, der in geschlossenen Behältnissen bei einer Temperatur von 20° C einen Überdruck von 3 bar oder mehr aufweist.*

...

2204 21 10 Wein in Behältnissen mit einem Inhalt von 2 l oder weniger, ausgenommen Wein der Unterposition 2204 10, in Flaschen mit Schaumweinstopfen, die durch besondere Haltevorrichtungen befestigt sind; Wein in anderen Umschließungen, mit einem auf gelöstes Kohlendioxid zurückzuführenden Überdruck von 1 bar oder mehr, jedoch weniger als 3 bar, gemessen bei einer Temperatur von 20° C.

...

2204 29 10 Wein andere, ausgenommen Wein der Unterposition 2204 10, in Flaschen mit Schaumweinstopfen, die durch besondere Haltevorrichtungen befestigt sind; Wein in anderen Umschließungen, mit einem auf gelöstes Kohlendioxid zurückzuführenden Überdruck von 1 bar oder mehr, jedoch weniger als 3 bar, gemessen bei einer Temperatur von 20° C.

...

2204 30 10 Traubenmost

... mit einem vorhandenen Alkoholgehalt von 1 % vol oder weniger.

...

2205 Wermutwein und andere Weine aus frischen Weintrauben, mit Pflanzen oder anderen Stoffen aromatisiert

...

2206 Andere gegorene Getränke (z.B. Apfelwein, Birnenwein und Met); Mischungen gegorener Getränke und Mischungen gegorener Getränke und nicht alkoholischer Getränke, anderweit weder genannt noch inbegriffen

...

2206 00 31 Apfelwein und Birnenwein, schäumend

2206 00 39 andere, schäumend

...

2207 Ethylalkohol mit einem Alkoholgehalt von 80 % vol oder mehr, unvergällt; Ethylalkohol und Branntwein mit beliebigem Alkoholgehalt, vergällt

...

2208 Ethylalkohol mit einem Alkoholgehalt von weniger als 80% vol, unvergällt; Branntwein, Likör und andere alkoholhaltige Getränke

...

2209 Speiseessig

...

17.1.7 Umsatzsteuergesetz 1994 idF BGBl. I Nr. 99/2007

Bundesgesetz über die Besteuerung der Umsätze (Umsatzsteuergesetz 1994 - UStG 1994) idF BGBl. I Nr. 99/2007 (Auszug)

§ 10.

(1) Die Steuer beträgt für jeden steuerpflichtigen Umsatz 20% der Bemessungsgrundlage (§§ 4 und 5).

...

(3) Die Steuer ermäßigt sich auf 12% für die Lieferungen von Wein aus frischen Weintrauben aus den Unterpositionen 2204 21 und 2204 29 der Kombinierten Nomenklatur und von anderen gegorenen Getränken aus der Position 2206 der Kombinierten Nomenklatur, die innerhalb eines landwirtschaftlichen Betriebes im Inland erzeugt wurden, soweit der Erzeuger die Getränke im Rahmen seines landwirtschaftlichen Betriebes liefert. Dies gilt nicht für die Lieferungen von Getränken, die aus erworbenen Stoffen (z.B. Trauben, Maische, Most, Sturm) erzeugt wurden oder innerhalb der Betriebsräume, einschließlich der Gastgärten, ausgeschenkt werden (Buschenschank).

17.1.8 Biersteuergesetz 1995 idF BGBl. I Nr. 57/2004

Bundesgesetz, mit dem die Biersteuer an das Gemeinschaftsrecht angepasst wird (Biersteuergesetz 1995) idF BGBl. I Nr. 57/2004 (Auszug)

*1. **Allgemeines***

Steuergebiet, Steuergegenstand

§ 1.

(1) Bier, das im Steuergebiet hergestellt oder in das Steuergebiet eingebracht wird, unterliegt einer Verbrauchsteuer (Biersteuer).

(2) Steuergebiet im Sinne dieses Bundesgesetzes ist das Bundesgebiet, ausgenommen das Gebiet der Ortsgemeinden Jungholz (Tirol) und Mittelberg (Vorarlberg).

...

§ 2.

(1) Bier im Sinne dieses Bundesgesetzes sind:

1 die Erzeugnisse der Position 2203 der Kombinierten Nomenklatur (Kap. 17.1.6.2, S. 409);

2 Mischungen von nichtalkoholischen Getränken mit Bier im Sinne der Z 1, die der Position 2206 der Kombinierten Nomenklatur zuzuordnen sind.

(2) Kombinierte Nomenklatur im Sinne dieses Bundesgesetzes ist die Warennomenklatur nach Art. 1 der Verordnung (EWG) Nr. 2658/87 des Rates vom 23. Juli 1987 (ABl. EG Nr. L 256 S. 1) in der Fassung des Anhangs zur Verordnung (EG) Nr. 3009/95 der Kommission vom 22. Dezember 1995 (ABl. EG Nr. L 319 S. 1) und die dazu erlassenen Rechtsvorschriften.

(3) Werden den Steuergegenstand bestimmende Untergliederungen der Kombinierten Nomenklatur geändert, ohne dass dies Auswirkungen auf den Steuergegenstand hat, beispielsweise durch Einführung zusätzlicher Untergliederungen, so hat der Bundesminister für Finanzen die dadurch bewirkten Änderungen der Bezeichnung des Steuergegenstandes durch Aufnahme in den Gebrauchszolltarif (§ 45 Abs. 1 Zollrechts-Durchführungsgesetz) in Wirksamkeit zu setzen. Der Gebrauchszolltarif ist insoweit verbindlich.

Steuersätze

§ 3.

(1) Die Biersteuer beträgt je Hektoliter Bier 2 € je Grad Plato (Steuerklasse).

(2) Grad Plato ist der Stammwürzegehalt des Bieres in Gramm je 100 Gramm Bier, wie er sich nach der großen Balling'schen Formel aus dem im Bier vorhandenen Alkohol- und Extraktgehalt errechnet. Bruchteile eines Grades (Nachkommastellen) bleiben außer Betracht.

(3) Abweichend von Abs. 1 ermäßigt sich der Steuersatz für Bier, das in kleinen unabhängigen Brauereien (Abs. 5) gebraut wurde, ausgenommen Lizenzbier,

1. bei einer Gesamtjahreserzeugung von weniger als 12.500 hl auf 60 v.H.,

2. bei einer Gesamtjahreserzeugung von weniger als 25.000 hl auf 70 v.H.,

3. bei einer Gesamtjahreserzeugung von weniger als 37.500 hl auf 80 v.H.,

4. bei einer Gesamtjahreserzeugung von höchstens 50.000 hl auf 90 v.H. des im Abs. 1 angeführten Steuersatzes.

Diese Ermäßigungen können nur im Wege einer Erstattung der entrichteten Biersteuer gewährt werden (Abs. 7).

(4) Als Gesamtjahreserzeugung einer Brauerei gilt die gesamte in ihr im Brauverfahren hergestellte Biermenge, einschließlich Lizenzbier sowie der steuerfrei abgegebenen oder verwendeten Mengen, für die innerhalb eines Kalenderjahres die Steuerschuld entstanden ist, zuzüglich der in diesem Zeitraum aus der Brauerei unter Steueraussetzung weggebrachten sowie der in der Brauerei zur Herstellung von Bier im Sinne des § 2 Abs. 1 Z 2 verwendeten Mengen, abzüglich der Mengen, die in diesem Zeitraum wieder in die Brauerei zurückgelangt sind.

(5) Kleine unabhängige Brauereien sind Herstellungsbetriebe nach § 12 mit einer Gesamtjahreserzeugung von höchstens 50.000 hl, die rechtlich und wirtschaftlich von anderen Herstellungsbetrieben unabhängig sind, Betriebsräume benutzen, die räumlich von anderen Herstellungsbetrieben getrennt sind und Bier nicht unter Lizenz brauen. Beträgt die Lizenzherstellung weniger als die Hälfte der Gesamtjahreserzeugung und wurde sie zu dem im Abs. 1 genannten Steuersatz versteuert, ist das Brauen unter Lizenz für die Anwendung des ermäßigten Steuersatzes unschädlich.

6) Kleine, voneinander abhängige Brauereien, deren Gesamtjahreserzeugungen zusammen 50.000 hl nicht überschreiten, gelten für die Anwendung des ermäßigten Steuersatzes als eine Brauerei.

...

Steuerbefreiungen

§ 4.

(1) Von der Biersteuer ist befreit:

1. Bier, das

a) zur Herstellung von Essig,

b) vergällt zur Herstellung von anderen Erzeugnissen als Lebensmitteln,

c) unmittelbar oder als Bestandteil von Halbfertigerzeugnissen für die Herstellung von Lebensmitteln, sofern jeweils der Alkoholgehalt fünf Liter reinen Alkohol je 100 Kilogramm des Erzeugnisses nicht überschreitet, oder

d) zur Herstellung von Arzneimitteln verwendet wird, sofern dieseVerwendung gemäß § 6 Abs. 2 bewilligt wurde (Bierverwendungs- betrieb);

...

Herstellungsbetriebe, Erteilung der Bewilligung

§ 12.

(1) Herstellungsbetriebe im Sinne dieses Bundesgesetzes sind im Steuergebiet gelegene Betriebe, in welchen Bier hergestellt wird. Als Herstellung gilt auch eine Bearbeitung oder Verarbeitung von Bier, durch die eine Mengenvermehrung eintritt, die nicht durch den Verbraucher oder in dessen Auftrag vorgenommen wird, oder durch die der Stammwürzegehalt so verändert wird, dass sich dadurch die Besteuerungsgrundlagen ändern.

(2) Wer Bier gewerblich unter Steueraussetzung herstellen will, bedarf einer Bewilligung. Die Bewilligung ist nur Betriebsinhabern zu erteilen, die ordnungsgemäß kaufmännische Bücher führen, rechtzeitig Jahresabschlüsse aufstellen, Sicherheit gemäß Abs. 4 leisten, gegen deren steuerliche Zuverlässigkeit

keine Bedenken bestehen und sofern kein Ausschließungsgrund (Abs. 5) vorliegt. Von den Erfordernissen, Bücher zu führen und Jahresabschlüsse aufzustellen, kann auf Antrag bei Betrieben abgesehen werden, die nicht nach den Vorschriften der Bundesabgabenordnung, BGBl. Nr. 194/1961, zur Führung von Büchern verpflichtet sind, soweit dadurch die Erhebung der Biersteuer nicht gefährdet wird.

(3) Der Antrag auf Erteilung der Bewilligung ist bei dem Zollamt schriftlich einzubringen, in dessen Bereich sich der Betrieb befindet. Der Antrag muss alle Angaben über die für die Erteilung der Bewilligung geforderten Voraussetzungen enthalten

...

(4) Vor der Erteilung der Bewilligung ist Sicherheit in Höhe der Biersteuer zu leisten, die voraussichtlich auf während eines Kalendermonats aus dem Herstellungsbetrieb weggebrachtes und im Herstellungsbetrieb zum Verbrauch entnommenes Bier entfällt. Auf Antrag kann von der Leistung einer Sicherheit abgesehen werden, wenn der zur Leistung der Sicherheit Verpflichtete seinen abgabenrechtlichen Verpflichtungen ordnungsgemäß nachkommt und auch sonst keine Umstände bekannt sind, die auf eine Gefährdung der Einbringlichkeit der Biersteuer hinweisen. Bei Vorliegen dieser Voraussetzungen kann das Zollamt weiters in Fällen, in denen in einzelnen Kalendermonaten die Höhe der Sicherheit den monatlichen Durchschnittswert eines Kalenderjahres wesentlich überschreitet, auf Antrag zulassen, dass die Sicherheit unter Zugrundelegung dieses Durchschnittswertes bemessen wird.

17.1.9 Weingesetz 1999 idF BGBl. I Nr. 112/2007

Bundesgesetz über den Verkehr mit Wein und Obstwein (Weingesetz 1999) idF BGBl. I Nr. 112/2007 (Auszug)

...

Inverkehrbringen, Begriffsbestimmungen

§ 2.

...

(2) Begriffsbestimmungen:

1. Inländischer Wein: im Inland aus inländischen Weintrauben hergestellter Wein,

...

5. weinhaltige Getränke: Getränke, die einen Anteil an Tafelwein, Landwein Qualitätswein, entalkoholisiertem Wein, alkoholarmem Wein, Likörwein, Schaumwein, Schaumwein mit zugesetzter Kohlensäure, Perlwein oder Perlwein mit zugesetzter Kohlensäure von mindestens 50% aufweisen,

6. entalkoholisierter Wein: Getränk aus Tafelwein, Landwein oder Qualitätswein, dessen Alkoholgehalt im Wege einer geeigneten und schonenden Entgeistung auf 0,5%-vol. oder weniger abgesenkt wurde,

7. alkoholarmer Wein: Getränk, das entweder wie entalkoholisierter Wein oder durch Verschnitt von entalkoholisiertem Wein mit Tafelwein, Landwein oder Qualitätswein hergestellt wurde und dessen Alkoholgehalt mehr als 0,5%-vol., höchstens jedoch 5,0%-vol. beträgt,

8. Grad Klosterneuburger Mostwaage: 1 Grad Klosterneuburger Mostwaage (1° KMW) ist 1:17 des Massegehaltes einer wässrigen Saccharoselösung von 20 Prozent.

...

Alkoholerhöhung (Anreicherung)

§ 4.

(1) Die Erhöhung des natürlichen Alkoholgehaltes ist nach Maßgabe von Anhang V C und D der Verordnung(EG) Nr. 1493/1999 zulässig. Nach Anwendung eines derartigen Verfahrens darf bei Qualitätswein ein Gehalt von 15 g unvergorenem Zucker je Liter nicht überschritten werden.

(2) Die Erhöhung des natürlichen Alkoholgehaltes von Erzeugnissen, die zur Herstellung von Landwein und Qualitätswein geeignet sind, ist nach Maßgabe von Anhang V C und D Ziffer 1 bis 6 und 9, im Falle von Qualitätswein in Zusammenhang mit Anhang VI F der Verordnung(EG)Nr. 1493/1999, zulässig.

(3) Bei Kabinettwein und Prädikatswein ist eine Erhöhung des natürlichen Alkoholgehaltes nicht zulässig.

Süßung

§ 5.

(1) Qualitätswein kann nach Maßgabe von Anhang VI G in Zusammenhang mit Anhang V F der Verordnung(EG)Nr. 1493/1999 bis zu einem Gehalt von 15 g unvergorenem Zucker je Liter gesüßt werden.

(2) Bei Kabinettwein und Prädikatswein ist eine Süßung gemäß Abs. 1 nicht zulässig.

(3) Die Erhöhung des natürlichen Alkoholgehaltes (um höchstens 2,5 %vol) ist bei weißem Traubenmost oder teilweise gegorenem Traubenmost (Sturm) bis zu einem Gesamtalkoholgehalt von 12,0 %vol und bei rotem Traubenmost oder teilweise gegorenem Traubenmost (Sturm) bis zu einem Gesamtalkoholgehalt von 12,5 %vol zulässig.

...

Verschneiden

§ 7.

(1) Wein, der nicht verfälscht wurde, aber infolge

1. Einwirkung von Kleinlebewesen (kranker Wein),

2. chemischer oder physikalischer Vorgänge oder Aufnahme weinfremder Stoffe (fehlerhafter Wein) oder

3. eines Mangels oder Übermaßes an einem für den Wohlgeschmack des Weines wesentlichen Weinelements (mangelhafter Wein) so nachteilig verändert ist, dass er von der normalen Beschaffenheit des Weines abweicht, darf zu seiner Wiederherstellung mit anderem Wein verschnitten werden. Der Verschnitt darf jedoch nur dann in Verkehr gebracht werden, wenn er die nachteiligen Eigenschaften überhaupt nicht mehr oder nur in einem nicht beanstandbaren Ausmaß aufweist (wiederherstellbarer Wein).

(2) Bei Erzeugnissen ist das Verschneiden verboten, wenn auch nur ein für den Verschnitt bestimmter Anteil verfälscht, nachgemacht, gesundheitsschädlich oder verdorben ist.

(3) Bei einem Verschnitt von angereichertem Qualitätswein mit Prädikatswein sind die Grenzwerte hinsichtlich des Gesamtalkoholgehaltes gemäß § 4 Abs. 2 einzuhalten.

Traubenmost, Sturm

§ 8.

(1) Traubenmost gemäß Anhang I Z 2 der Verordnung(EG)Nr. 1493/1999, der ausschließlich aus Trauben stammt, die in Österreich geerntet und verarbeitet wurden, darf zwischen 1. August und 31. Dezember des Erntejahres als österreichischer Traubenmost für den unmittelbaren menschlichen Verbrauch in Verkehr gebracht werden.

(2) Teilweise gegorener Traubenmost gemäß Anhang I Z 3 der Verordnung (EG) Nr. 1493/1999 kann als Sturm für den unmittelbaren menschlichen Verbrauch in Verkehr gebracht werden, wenn er ausschließlich aus Trauben stammt, die in Österreich geerntet und verarbeitet wurden und der vorhandene Alkoholgehalt mindestens 1,0 %vol beträgt. Eine Inverkehrbringung darf zwischen 1. August und 31. Dezember des jeweiligen Erntejahres, solange sich das Erzeugnis im Zustand der Gärung befindet, erfolgen. Die Gärung darf jedoch im Zuge der Behandlung gehemmt oder unterbrochen und vor der Abgabe an den Verbraucher wieder eingeleitet werden.

Landwein

§ 9. Tafelwein darf unter der Bezeichnung „Landwein“ in Verkehr gebracht werden, wenn

1. *er ausschließlich aus Trauben bereitet wurde, die in einer einzigen Weinbauregion geerntet wurden;*
2. *er ausschließlich aus Qualitätsweinrebsorten gemäß § 10 Abs. 5 bereitet wurde;*
3. *der Saft der Weintrauben ein Mostgewicht von mindestens 14° KMW aufgewiesen hat;*
4. *er die der Bezeichnung typische Eigenart aufweist;*
5. *der als Weinsäure berechnete Gesamtsäuregehalt mindestens 4 g je Liter beträgt;*
6. *die Hektarhöchstmenge gemäß § 29 nicht überschritten wurde.*

Qualitätswein

§ 10.

(1) Wein darf unter der Bezeichnung „Qualitätswein“ oder „Qualitätswein b.A.“ in Verkehr gebracht werden, wenn

1. *er ausschließlich aus Trauben bereitet wurde, die in einem einzigen Weinbaugebiet geerntet wurden und die Herstellung in der Weinbauregion des betreffenden Weinbaugebietes und/oder in daran angrenzenden Weinbauregionen erfolgt ist;*
2. *er ausschließlich aus Qualitätsweinrebsorten gemäß Abs. 5 bereitet wurde;*

3. *der Saft der Trauben ein Mostgewicht von mindestens 15° KMW aufgewiesen hat;*
4. *er die der Bezeichnung entsprechende und typische Eigenart aufweist und bei der sensorischen Prüfung anlässlich der Verleihung der staatlichen Prüfnummer die in einer Verordnung gemäß § 57 Abs. 7 festgelegten Mindesterfordernisse erreicht;*
5. *der vorhandene Alkoholgehalt mindestens 9,0 %vol, bei Prädikatswein mindestens 5,0 %vol beträgt;*
6. *der als Weinsäure berechnete Gesamtsäuregehalt mindestens 4 g je Liter beträgt*
7. *die Hektarhöchstmenge gemäß § 29 Abs. 2 nicht überschritten wurde.*

(2) *Qualitätswein darf nur dann an den Verbraucher abgegeben oder aus dem Bundesgebiet verbracht werden, wenn er staatlich geprüft ist. Auf dem Etikett ist die staatliche Prüfnummer anzugeben.*

(3) *Qualitätswein, der im Inland gewonnen wurde, darf nur in Glasflaschen, Holzfässern oder Sinterkeramikgefäßen an den Verbraucher abgegeben werden, es sei denn, dass der Qualitätswein am Ort der Verabreichung sofort genossen werden soll.*

(4) *Qualitätswein darf unter der Bezeichnung „Kabinett“ oder „Kabinettwein“ in Verkehr gebracht werden, wenn*

1. *der Saft der Trauben ein Mostgewicht von mindestens 17° KMW aufgewiesen hat;*
2. *keine Anreicherung stattgefunden hat;*
3. *der Gehalt an unvergorenem Zucker höchstens 9 g je Liter beträgt;*
4. *der Gesamtalkoholgehalt höchstens 13 %vol beträgt;*
5. *keine Süßung stattgefunden hat.*

(5) *Der Bundesminister für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft hat durch Verordnung jene Rebsorten festzulegen, die auf Grund des Klimas und der Bodenbeschaffenheit geeignet sind, hochwertige Keltertrauben hervorzubringen (Qualitätsweinrebsorten).*

(6) *Wein darf unter der Bezeichnung „Districtus Austria Controllatus“ oder „DAC“ in Verkehr gebracht werden, wenn er zusätzlich den gemäß § 39a Abs. 1 festgesetzten Bedingungen für regionaltypische Qualitätsweine mit Herkunftsprofilen entspricht. Die Bezeichnung „Districtus Austria Controllatus“ oder „DAC“ ist in Verbindung mit dem jeweiligen durch Verordnung gemäß § 39a Abs. 1 abgegrenzten und bezeichneten Gebiet anzugeben. Entspricht die Bezeichnung einer geografischen Angabe gemäß § 21, so kann diese nur in Verbindung mit der Angabe „Districtus Austria Controllatus“ oder „DAC“ und unter den entsprechenden Voraussetzungen verwendet werden. Die Bezeichnung „Districtus Austria Controllatus“ oder „DAC“ ist ein traditioneller spezifischer Begriff gemäß Anhang VII A Z 2 lit. c zweiter Gedankenstrich vierter Untergedankenstrich der Verordnung (EG) Nr. 1493/99.*

Prädikatswein

§ 11.

(1) „Prädikatswein“ oder „Qualitätswein besonderer Reife und Leseart“ (im folgenden Prädikatswein genannt) sind die nachstehend näher beschriebenen Weine:

1. „Spätlese“ oder „Spätlesewein“ ist Wein aus Trauben, die in vollreifem Zustand geerntet worden sind und deren Saft ein Mostgewicht von mindestens 19° KMW aufgewiesen hat;

2. „Auslese“ oder „Auslesewein“ ist Spätlese, die ausschließlich aus sorgfältig ausgelesenen Trauben - unter Aussonderung aller nicht vollreifen, fehlerhaften und kranken Beeren - gewonnen wurde und deren Saft ein Mostgewicht von mindestens 21° KMW aufgewiesen hat;

3. „Beerenauslese“ oder „Beerenauslesewein“ ist Wein aus dem Saft überreifer und/oder edelfauler Beeren, deren Saft ein Mostgewicht von mindestens 25° KMW aufgewiesen hat;

4. „Ausbruch“ oder „Ausbruchwein“ ist Wein, der ausschließlich aus edelfaulen oder überreifen, auf natürliche Weise eingetrockneten Beeren stammt. Zur besseren Auslaugung des natürlichen Zuckergehaltes kann frisch gekelterter Traubenmost oder Wein, der Spätlese, Auslese oder Beerenauslese entspricht und derselben Lage entstammt, dem Lesegut zugesetzt werden; der daraus gewonnene Saft muss ein Mostgewicht von mindestens 27° KMW aufweisen;

5. „Trockenbeerenauslese“ ist Beerenauslese aus größtenteils edelfaulen, weitgehend eingeschrumpften Beeren, deren Saft ein Mostgewicht von mindestens 30° KMW aufgewiesen hat;

6. „Eiswein“ ist Wein, der ausschließlich aus Weintrauben hergestellt wurde, die bei der Lese und der Kelterung gefroren waren und deren Saft ein Mostgewicht von mindestens 25° KMW aufgewiesen hat; solcher Wein darf mit keiner zusätzlichen Bezeichnung gemäß Z 1 bis 5 und 7 versehen sein; wenn der Saft ein Mostgewicht von weniger als 25° KMW aufgewiesen hat, darf dieser Wein als Qualitätswein in Verkehr gesetzt werden; er darf nicht mit anderen Prädikatsweinen verschnitten werden;

7. „Strohwein“ oder „Schilfwein“ ist Wein aus vollreifen und zuckerreichen Beeren, die vor der Kelterung mindestens drei Monate auf Stroh oder Schilf gelagert oder an Schnüren aufgehängt waren und deren Saft ein Mostgewicht von mindestens 25° KMW aufgewiesen hat. Weist der Saft bereits nach mindestens zwei Monaten Lagerung ein Mostgewicht von 30° KMW oder mehr auf, so kann bereits zu diesem Zeitpunkt die Kelterung vorgenommen werden. Strohwein oder Schilfwein darf mit keiner zusätzlichen Bezeichnung gemäß Z 1 bis 6 versehen sein. Wenn der Saft ein Mostgewicht von weniger als 25 °KMW (bei einer Lagerung von mehr als zwei, jedoch weniger als 3 Monaten weniger als 30 °KMW) aufgewiesen hat, darf dieser Wein als Qualitätswein in Verkehr gesetzt, nicht jedoch mit anderen Prädikatsweinen verschnitten werden.

(2) Qualitätswein darf als „Prädikatswein“ oder „Qualitätswein besonderer Reife und Leseart“ oder unter einer der im Abs. 1 angegebenen Bezeichnungen nur in Verkehr gebracht werden, wenn:

1. die Voraussetzungen für die in Abs. 1 angeführten Weine erfüllt sind;

2. eine Mostwäger-Bestätigung gemäß § 12 Abs. 6 ausgestellt wurde;

3. keine Süßung stattgefunden hat und im Falle des Vorhandenseins einer Restsüße diese nur im Wege einer Gärungsunterbrechung hergestellt wurde; 4. keine Anreicherung stattgefunden hat.

(3) In Flaschen abgefüllte Spätlesen dürfen nicht vor dem 1. März, in Flaschen abgefüllte sonstige Prädikatsweine nicht vor dem 1. Mai des auf die Ernte folgenden Jahres an den Verbraucher abgegeben werden.

(4) Soweit dies zur Überwachung der Einhaltung der Bestimmungen der §§ 9 bis 11 erforderlich ist, sind die Organe der Weinaufsicht berechtigt, eine Nachschau auch in Weingärten durchzuführen und Einsicht in die Ein- und Ausgangsbücher zu nehmen. Der Betriebsinhaber (Stellvertreter, Beauftragter) hat diese Maßnahmen zu dulden.

...

Lesegutvorschriften

§ 12. (1) Die Organe der Weinaufsicht sind verpflichtet,

1. am Tag der Lese das Lesegut von Tafel-, Land- und Qualitätswein stichprobenweise zu kontrollieren,

2. das Prädikatsweinlesegut gemäß Abs. 5 auf Qualität und Menge zu prüfen,

3. über die Kontrollen Aufzeichnungen zu führen,

4. soweit dies im Rahmen der Durchführung ihrer Überprüfungstätigkeit erforderlich ist, in den Weingärten und in den im § 52 Abs. 5 erster Satz angeführten Räumlichkeiten Nachschau zu halten.

(2) Jeder Erzeuger hat am Tage der Lese die Kontrolle des Lesegutes durch Organe der Weinaufsicht zu ermöglichen.

(3) Jeder Erzeuger von Trauben, aus denen Wein gewonnen werden soll, hat, soweit diese zur Herstellung von Prädikatswein bestimmt sind, am Tage der Lese bis 9 Uhr – falls landesgesetzlich ein Lesetermin für solche Trauben bestimmt wird, nicht vor diesem Termin – die Absicht unter Angabe der Sorte, der Grundstücksbezeichnung und -größe (Absichtsmeldung) der Gemeinde, in deren Bereich die Betriebsstätte liegt, zu melden. Die Gemeinde hat die Meldungen umgehend an die Bundeskellereiinspektion zu übermitteln.

...

Schaumwein

§ 13.

(1) Schaumwein darf unter der Bezeichnung „Sekt“ oder „Qualitätsschaumwein“ in Verkehr gebracht werden, wenn er

1. ausschließlich aus Qualitätsweinrebsorten gemäß § 10 Abs. 5 bereitet wurde und

2. in Aussehen, Geruch und Geschmack frei von Fehlern ist.

(2) Qualitätsschaumwein b.A. darf in der Weinbauregion des betreffenden Weinbaugebietes und in daran angrenzenden Weinbauregionen hergestellt werden.

(3) Die bestimmten Anbaugebiete für österreichischen Qualitätsschaumwein b.A., Sekt b.A. oder Hauersekt entsprechen den bestimmten Anbaugebieten für den österreichischen Qualitätswein.

Perlwein

§ 14.

(1) Perlwein und Perlwein mit zugesetzter Kohlensäure haben den Herstellungsvorschriften gemäß Anhang I Z 17 und 18 der Verordnung(EG)Nr. 1493/1999 zu entsprechen.

(2) Bei Perlwein und Perlwein mit zugesetzter Kohlensäure dürfen nur die in Artikel 43 der Verordnung(EG)Nr. 1493/1999 genannten Behandlungsverfahren angewendet und die dort angeführten Stoffe zugesetzt werden.

Entalkoholisierter Wein und alkoholarmer Wein

§ 15.

(1) Entalkoholisierter Wein ist ein Getränk aus Tafelwein, Landwein oder Qualitätswein, dessen Alkoholgehalt im Wege einer geeigneten und schonenden Entgeistung auf 0,5 %vol oder weniger abgesenkt wurde. Zur Herbeiführung eines Gehaltes an unvergorenem Zucker bis zu einer Menge von höchstens 60,0 g je Liter dürfen Traubenmost, konzentrierter Traubenmost oder Zucker zugesetzt werden. Weiters ist der Zusatz von Kohlensäure und pflanzlichen Aromaten, natürlichen Aromastoffen (aus pflanzlichen Aromaten isoliert), naturidenten Aromastoffen oder Aromen aus naturidenten Aromastoffen gemäß den Bestimmungen der Aromenverordnung BGBl. Nr. 42/1998, gestattet.

(2) Alkoholarmer Wein ist ein Getränk, das entweder wie entalkoholisierter Wein oder durch Verschnitt von entalkoholisiertem Wein mit Tafelwein, Landwein oder Qualitätswein hergestellt wurde und dessen Alkoholgehalt mehr als 0,5 %vol, höchstens jedoch 5,0 %vol beträgt. Zur Herbeiführung eines Gehaltes an unvergorenem Zucker bis zu einer Menge von höchstens 60,0 g je Liter dürfen Traubenmost, konzentrierter Traubenmost oder Zucker zugesetzt werden. Weiters ist der Zusatz von Kohlensäure und pflanzlichen Aromaten, natürlichen Aromastoffen (aus pflanzlichen Aromaten isoliert), naturidenten Aromastoffen oder Aromen aus naturidenten Aromastoffen gemäß den Bestimmungen der Aromenverordnung BGBl. Nr. 42/1998, gestattet.

Versuchswein

§ 16.

(1) Wein, bei dem im Zuge eines Großversuches neue Behandlungsweisen erprobt werden sollen (Versuchswein), darf nur mit einer Bewilligung der Bundeskellereiinspektion in Verkehr gebracht werden.

...

Gesundheitsschädliche und verfälschte Erzeugnisse

§ 17.

(1) Erzeugnisse, die infolge ihrer Herstellung oder Behandlung geeignet sind, die Gesundheit der Verbraucher zu gefährden oder zu schädigen, sind gesundheitsschädliche Erzeugnisse.

...

(3) Erzeugnisse, die durch eine zulässige Behandlung Stoffe enthalten, die das festgesetzte Ausmaß überschreiten, sind allein deshalb nicht als verfälscht anzusehen.

Weinähnliches Getränk, nachgemachter Wein

§ 18.

(1) Ein weinähnliches Getränk im Sinne dieses Gesetzes ist ein alkoholhaltiges Getränk, das, ohne Wein zu sein, wie Wein genossen werden kann und ihm den sinnfälligen Eigenschaften nach (wie Aussehen, Geschmack oder Geruch) ähnlich ist.

(2) Nachgemachter Wein im Sinne dieses Gesetzes ist ein weinähnliches Getränk, das geeignet ist, vom Durchschnittsverbraucher mit Wein verwechselt zu werden.

(3) Ein weinähnliches Getränk ist – ohne Rücksicht auf die Verwechslungsfähigkeit – nachgemachter Wein im Sinne dieses Gesetzes, wenn es aus einem oder mehreren der nachfolgenden Stoffe hergestellt wurde aus:

1. künstlichen Stoffen, sei es mit oder ohne Gärung (Kunstweine),

2. Kunstwein, vermengt mit Wein,

3. den Rückständen der Wein- oder Branntweinbereitung (wie Trester, Geläger oder Schlempe) und

4. getrockneten Früchten.

...

Verkehrsunfähige und beschränkt verkehrsfähige Erzeugnisse

§ 19.

(1) Es dürfen nicht in Verkehr gebracht werden:

1. gesundheitsschädliche Erzeugnisse gemäß § 17 Abs. 1,

2. Versuchsweine ohne Bewilligung im Sinne des § 16,

3. verfälschte Erzeugnisse gemäß § 17 Abs. 2,

4. nachgemachte Weine gemäß § 18 Abs. 2 und 3 und

5. verdorbener Wein gemäß § 6 Abs. 1.

...

Bezeichnung und Aufmachung

Bestimmungen zum Schutz vor Täuschung

§ 20.

(1) Erzeugnisse dürfen nicht mit irreführenden Bezeichnungen, Hinweisen, sonstigen Angaben oder Aufmachungen in Verkehr gebracht werden.

(2) Als irreführend ist insbesondere anzusehen, wenn

1. Bezeichnungen, Hinweise, sonstige Angaben oder Aufmachungen gebraucht werden, ohne dass das Erzeugnis den in Vorschriften der Europäischen Gemeinschaft oder in diesem Gesetz für die betreffende Angabe oder

Aufmachung festgesetzten Anforderungen entspricht,

2. *Angaben gebraucht werden, die geeignet sind, fälschlich den Eindruck besonderer Qualität zu erwecken,*

...

(3) Erzeugnisse dürfen weiters nicht mit Angaben von Wirkungen oder Eigenschaften in Verkehr gebracht werden, welche die Erzeugnisse nicht besitzen. Darüber hinaus dürfen Erzeugnisse nicht mit Hinweisen auf besondere Eigenschaften in Verkehr gebracht werden, obwohl ohnedies alle vergleichbaren Erzeugnisse dieselben Eigenschaften besitzen.

...

Besondere Bezeichnungsvorschriften

§ 27.

(1) Bei Erzeugnissen sind Angaben nicht zulässig, sofern sie geeignet sind, den Verbraucher irre zu führen oder sich auf eine konkrete Krankheit beziehen.

...

Sonstige Vorschriften

Mengenbeschränkung

§ 29. (Verfassungsbestimmung)

(1) Weinbautreibende (Bewirtschafter von Weingartenflächen) dürfen je Ernte eines Jahrganges nicht mehr als die Hektarhöchstmenge an Prädikats-, Qualitäts- oder Landwein oder für deren Erzeugung bestimmte Weintrauben (Abs. 2) in Verkehr bringen.

(2) Die Hektarhöchstmenge beträgt je Hektar im Rebflächenverzeichnis eingetragener und bepflanzter Weingartenfläche für Landwein, Qualitätswein und Prädikatswein 9.000 kg Weintrauben oder 6.750 l Wein.

(3) Wird die Hektarhöchstmenge gemäß Abs. 2 überschritten, so darf die gesamte Menge der Ernte eines Jahrganges nur als Tafelwein in Verkehr gebracht werden.

...

Betriebskataster

§ 32.

(1) Bei der Bundeskellereiinspektion ist für jeden Betrieb ein Betriebskataster anzulegen und automationsunterstützt zu führen. Darin sind die Daten von Ernte- und Erzeugungsmeldungen, Bestandsmeldungen, Begleitpapieren, Mostwäger-Bestätigungen, Prüfnummernbescheiden und ausgegebenen Banderolen einzutragen und auf ihre Übereinstimmung mit den diesbezüglich maßgeblichen weinrechtlichen Bestimmungen zu überprüfen.

(2) In einer gemeinsamen automationsunterstützten Weindatenbank sind bis 31. Dezember 2004 die von Bundesbehörden, Landesbehörden oder beauftragten Unternehmen ermittelten weinrelevanten Daten zur gemeinsamen Nutzung einzutragen und regelmäßig zu aktualisieren.

...

Ernte- und Erzeugungsmeldung und Bestandsmeldung

§ 35.

(1) Jeder Erzeuger von Trauben, aus denen Wein gewonnen wurde, hat mit Stichtag 30. November jährlich an diejenige Gemeinde eine Ernte- und Erzeugungsmeldung bis zum 15. Dezember abzugeben, in deren Bereich die Betriebsstätte liegt. Im Falle einer wiederholten Zuwiderhandlung gegen diese Verpflichtung darf die gesamte Menge der Ernte des zuletzt betroffenen Jahrganges lediglich als Tafelwein in Verkehr gebracht werden.

(2) Jeder Erzeuger von Trauben, aus denen Wein gewonnen wurde, hat mit Stichtag 31. Juli jährlich an diejenige Gemeinde eine Bestandsmeldung (Meldung der vorhandenen Menge an Wein) bis zum 15. August abzugeben, in deren Bereich die Betriebsstätte liegt. Bestandsmeldungen sind auch von Weinhandelsbetrieben und Winzergenossenschaften abzugeben.

(3) Die Gemeinde hat die Ernte- und Erzeugungsmeldungen sowie die Bestands-meldungen umgehend an die Bundeskellereiinspektion weiterzuleiten.

...

2. TEIL - OBSTWEIN

Begriffsbestimmungen und Herstellungsvorschriften

§ 40.

(1) Obstwein im Sinne dieses Gesetzes ist das durch alkoholische Gärung des Saftes oder der Maische von frischem und dafür geeignetem Kern-, Stein-, Beeren- oder sonstigem Obst hergestellte Getränk, das einen Gehalt an vorhandenem Alkohol von mindestens 1,2 %vol aufweist, sowie Getränke der in den Abs. 2 bis 9 aufgezählten Artikel. Obstwein darf auch aus Fruchtsaft, der aus Saftkonzentrat hergestellt wurde, erzeugt werden.

(2) Die Zuordnung der einzelnen Obstarten zu den Obstartgruppen Kern-, Stein-, und Beerenobst erfolgt gemäß Anlage 3. Alle übrigen Obstarten werden dem sonstigen Obst zugeordnet. Weintrauben gehören nicht zum Obst im Sinne dieses Gesetzes.

(3) Obstdessertwein: ist mit Alkohol und/oder Obstbrand, Zucker, Fruchtsaft und/oder Fruchtsaftkonzentrat versetzter Obstwein, der im Liter, den Alkohol in Zucker umgerechnet, mehr als 260 g/l Zucker und mindestens 13,0 %vol Alkohol, höchstens aber 22,0 %vol Alkohol enthält.

(4) Aromatisierter Obstwein: Getränk, das aus Obstwein gewonnen wurde, dessen Gehalt an vorhandenem Alkohol mindestens 13,0 %vol, höchstens aber 22,0 %vol beträgt und das einer Aromatisierung mit Hilfe natürlicher Aromastoffe und/oder naturidenter Aromastoffe gemäß Artikel 1 Abs. 2 Unterabsatz b Buchstabe i und ii, der Richtlinie 88/388/EWG und/oder natürlicher Aromaextrakte und/oder von Würzkräutern und/oder Gewürzen und/oder geschmackgebenden Nahrungsmitteln unterzogen wurde. Darüber hinaus dürfen Fruchtsaft, Fruchtsaftkonzentrat, Alkohol, Obstbrand und Zucker zugesetzt werden; der Grundobstweinanteil muss mindestens 75 % betragen.

(5) Aromatisiertes obstweinhaltiges Getränk: Getränk, das aus Obstwein gewonnen wurde, dessen Gehalt an vorhandenem Alkohol mindestens 1,2 %vol jedoch weniger als 13,0 %vol beträgt, und das einer Aromatisierung mit Hilfe natürlicher Aromastoffe und/oder naturidenter Aromastoffe gemäß Artikel 1 Abs. 2

Unterabsatz b Buchstabe i und ii, der Richtlinie 88/388/EWG und/oder natürlicher Aromaextrakte und/oder von Würzkräutern und/oder Gewürzen und/oder geschmackgebenden Nahrungsmitteln unterzogen wurde. Darüber hinaus dürfen Fruchtsaft, Fruchtsaftkonzentrat, Kohlensäure und Zucker zugesetzt werden; der Grundobstweinanteil muss mindestens 50 % betragen.

(6) Zider: Getränk aus einem Gemenge von Fruchtsaft mit Obstwein derselben Obstartgruppe, das bis zu 5 %vol Alkohol und einen Kohlensäureüberdruck von höchstens 2,5 bar bei 20° C aufweist, der Alkoholgehalt, einschließlich des auf Alkohol umgerechneten noch vorhandenen Zuckers, darf 8 %vol nicht überschreiten.

(7) Obstperlwein: Obstwein, der einen vorhandenen Alkoholgehalt von mind. 5 %vol und in geschlossenen Behältnissen einen Kohlensäureüberdruck von mindestens 1,0 bar und höchstens 2,5 bar bei 20° C aufweist.

(8) Obstschaumwein: schäumender Obstwein, der durch alkoholische Gärung aus Fruchtsaft oder zweite alkoholische Gärung von Obstwein gewonnen wurde und beim Öffnen des Behältnisses durch Entweichen von Kohlendioxyd gekennzeichnet ist. Der Kohlensäureüberdruck muss in geschlossenen Behältnissen bei 20° C mindestens 3,0 bar betragen.

(9) Obstweinhaltiges Getränk: Getränk, das aus Obstwein und allenfalls mit Zusatz von Kohlensäure, Zucker, Fruchtsaft, Fruchtsaftkonzentrat sowie Wasser (Mineralwasser oder Trinkwasser), sofern es den lebensmittelrechtlichen Vorschriften entspricht, hergestellt wurde, welches einen Gehalt an vorhandenem Alkohol von mindestens 1,2 %vol, und einen Grundobstweinanteil von mindestens 50 % aufweist.

(10) Das Inverkehrbringen anderer als in den Abs. 1 bis 9 angeführten und in Österreich hergestellten Obstweine ist verboten.

Behandlung von Obstwein

§ 41.

(1) Gestattet ist bei Obstweinen aller Art:

1. *die Anwendung der gemäß Anlage 4 zugelassenen Verfahren und Behandlungen;*
2. *das Verschneiden von Obstweinen verschiedener Obstartgruppen, sowie der Zusatz von Fruchtsäften verschiedener Obstartgruppen, falls das Produkt unter der Bezeichnung „Fruchtwein“ in Verkehr gesetzt wird.*

(2) Gestattet ist bei Kernobstwein:

1. *das Verschneiden von Apfel- mit Birnenwein;*
2. *das Zusetzen von Zucker, Fruchtsaft und/oder Fruchtsaftkonzentrat aus Kernobst in dem Ausmaß, dass der Alkoholgehalt einschließlich des auf Alkohol umgerechneten, etwa noch vorhandenen Zuckers (Gesamtalkohol) von 8 %vol bei Abgabe an den Verbraucher nicht überschritten wird;*
3. *das Strecken der Maische, des Saftes oder des Obstweines durch Wasserzusatz in dem Maße, dass der gesamte zuckerfreie Extrakt abzüglich der titrierbaren Säure, berechnet als Äpfelsäure, des fertigen Getränkes mindestens 12 g je Liter und sein Alkoholgehalt, einschließlich des auf Alkohol umgerechneten etwa noch vorhandenen Zuckers, mindestens 4 %vol beträgt.*

(3) Gestattet ist bei Steinobst-, Beerenobst- und Fruchtweinen:

1. *das Strecken der Maische, des Saftes und des Obstweines durch Wasserzusatz in dem Maße, dass der gesamte zuckerfreie Extrakt abzüglich der titrierbaren Säure, berechnet als Äpfelsäure, des fertigen Getränkes mindestens 12 g je Liter und sein Alkoholgehalt, einschließlich des auf Alkohol umgerechneten, etwa noch vorhandenen Zuckers mindestens 4 %vol beträgt;*
2. *das Zusetzen von Zucker, Fruchtsaft und/oder Fruchtsaftkonzentrat der gleichen Obstart(en) oder der gleichen Obstartgruppe(n) in dem Ausmaß, dass das fertige Getränk nicht mehr als 13 %vol Gesamtalkohol enthält;*
3. *das Auffärben des von Natur aus roten Beeren- und Steinobstweines mit frischen Trestern oder dem Saft der gleichen Obstartgruppe.*

(4) Zur Herstellung von Obstdessertwein, aromatisiertem Obstwein, Obstperlwein und Obstschaumwein dürfen Obstweine mit Zucker oder Fruchtsaftkonzentrat in höherem als in den Abs. 2 und 3 bezeichnetem Ausmaß versetzt werden.

Bezeichnung von Obstwein

§ 42.

(1) Kernobstwein muss als „Obstwein“ oder „Obstmost“ oder „Most“, Steinobstwein als „Steinobstwein“ und Beerenwein als „Beerenwein“ bezeichnet werden. Anstelle der Bezeichnung der Obstartgruppe kann eine Zusammensetzung der Worte „Wein“, bei Kernobst auch „Most“, mit der Bezeichnung der zur Erzeugung verwendeten Obstart treten. Bei Verwendung von sonstigem Obst ist die Bezeichnung der verwendeten Obstart in Verbindung mit dem Wort Wein zwingend vorgeschrieben. Das Wort Wein darf nicht von der Obstart(-gruppe) getrennt angegeben und muss in Schriftzeichen gleicher Art, Farbe und Größe angeführt werden. Obstwein, hergestellt aus mehreren Obstartgruppen ist als Fruchtwein zu bezeichnen. Bei Angabe der verwendeten Obstarten sind diese nach ihrem Mengenanteil in absteigender Reihenfolge in Schriftzeichen gleicher Art, Farbe und Größe anzugeben.

(2) Obstdessertwein, aromatisierter Obstwein oder aromatisiertes obstweinhaltiges Getränk sind als „Obstdessertwein“, „aromatisierter Obstwein“ oder „aromatisiertes obstweinhaltiges Getränk“ zu bezeichnen. Die Bezeichnung „aromatisiertes obstweinhaltiges Getränk“ kann bei einem Gehalt an vorhandenem Alkohol bis zu 7,0% vol. durch die Bezeichnung „aromatisierter obstweinhaltiger Cocktail“, „aromatisierter Obstweincocktail“ oder „aromatisierter Fruchtweincocktail“ ersetzt werden. Den Bezeichnungen kann die Angabe über die zur Erzeugung verwendete Obstart hinzugefügt werden. Obstdessertwein darf auch als Fruchtdessertwein bezeichnet werden. Die Bezeichnung „Glühmost“ darf bei „aromatisierten obstweinhaltigen Getränken“ die Verkehrsbezeichnung ersetzen oder ergänzen, wenn die Aromatisierung überwiegend mit Zimt und Gewürznelken erfolgt ist. Die Bezeichnung „Obstwermut“ darf bei aromatisiertem Obstwein die Verkehrsbezeichnung ersetzen oder ergänzen, wenn dessen charakteristisches Aroma durch die Verwendung geeigneter, insbesondere aus Artemisia-Arten gewonnener Stoffe, die stets verwendet werden müssen, erzielt wird.

(3) Zider ist als „Zider“ zu bezeichnen. Obstperlwein muss als „Obstperlwein“, Kernobst-Schaumwein als „Obstschaumwein“, Steinobstschaumwein als „Steinobst-Schaumwein“ und Beerenschaumwein als „Beeren-Schaumwein“ oder nach der zur Erzeugung verwendeten Obstart in Verbindung mit dem Wort „Perlwein“ oder „Schaumwein“ bezeichnet werden. Für alle Arten der Obstschaumweine ist auch die

Bezeichnung „Fruchtschaumwein“, für Obstperlwein die Bezeichnung „Fruchtperlwein“, zulässig. Die Bezeichnung „Sekt“ darf nicht verwendet werden. Bei Zusatz von Kohlensäure ist die Bezeichnung „mit Kohlensäure versetzt“ anzubringen. Ein obstweinhaltiges Getränk ist als „obstweinhaltiges Getränk“ zu bezeichnen. Diese Verkehrsbezeichnung kann durch eine der Verkehrsbezeichnungen „Obstmost (Obstwein, Most) gespritzt“ oder „g´spritzter Obstmost (Obstwein, Most)“ ersetzt werden, wenn das Getränk zu mindestens 50% aus Obstwein sowie Wasser und Kohlensäure besteht. Die Bezeichnung „mit Kohlensäure versetzt“ ist anzugeben.

(4) Obstwein darf nicht mit irreführenden Bezeichnungen, Hinweisen, sonstigen Angaben oder Aufmachungen in Verkehr gebracht, eingeführt oder ausgeführt oder zum Gegenstand der Werbung gemacht werden. Ist nach den Bestimmungen dieses Gesetzes die Verwendung einer Bezeichnung in Schriftform vorgeschrieben, so muss die Schrift deutlich sicht- und lesbar, sowie dauerhaft sein. Sämtliche vorgeschriebenen Angaben sind im gleichen Sichtbereich anzubringen. Bei Obstwein sind Bezeichnungen, die auf eine besonders stärkende Wirkung hinweisen, wie „Gesundheitsobstwein“, „Stärkungsobstwein“, oder Bezeichnungen wie „natur“, „echt“, „rein“, „alternativ“ sowie Wortverbindungen mit diesen nicht zulässig.

(5) Die Angabe von Obstartgruppen ist nur dann zulässig, wenn das Produkt zu 100 % aus der angegebenen Obstartgruppe hergestellt wurde. Die Angabe von Obstarten und Sorten ist nur dann zulässig, wenn das Produkt zu mindestens 85 % aus der jeweils angegebenen Obstart oder Sorte hergestellt wurde.

...

Qualitätsobstwein

§ 44. Obstwein, der aus Äpfeln und Birnen hergestellt wurde, darf als „Qualitätsobstwein“ oder „Qualitätsobstmost“ in Verkehr gebracht werden, wenn

1. *der Gehalt an vorhandenem Alkohol mindestens 5%-vol. beträgt;*
2. *kein Wasser, Zucker und Fruchtsaftkonzentrat zugesetzt wurde;*
3. *der Gehalt an titrierbarer Säure, berechnet als Weinsäure, mindestens 5 g je Liter beträgt;*
4. *der Gehalt an flüchtiger Säure, berechnet als Essigsäure, höchstens 0,8 g je Liter beträgt;*
5. *der Obstwein die der Bezeichnung entsprechende und typische Eigenart aufweist; bei einer sensorischen Prüfung müssen die in einer Verordnung gemäß § 57 Abs. 7 festgelegten Mindesterfordernisse erreicht werden.*

Obstmost traditionell bäuerlicher Herstellung

§ 45.

(1) Obstwein, der aus Äpfel und/oder Birnen von landwirtschaftlichen Betrieben erzeugt wurde, darf von diesen mit einem Hinweis auf die traditionell bäuerliche Herstellung in Verkehr gebracht werden, wenn

1. *kein Wasserzusatz erfolgt ist,*
2. *kein Zucker oder Fruchtsaftkonzentrat zugesetzt wurde und*
3. *keine Süßungsmittel, Farbstoffe oder sonstigen Zusatzstoffe, ausgenommen Schwefeldioxyd, verwendet wurden.*

(2) Ähnliche Hinweise, die geeignet sind, fälschlich den Eindruck einer traditionell bäuerlichen Herstellung zu erwecken, sind bei Obstwein, der nicht den Bedingungen des Abs. 1 entspricht, unzulässig.

...

Anlage 3

Zuordnung von Obstarten gemäß § 40 Abs. 2

Im Sinne dieses Gesetzes sind Obstarten nachstehenden Obstartgruppen zuzuordnen:

***Kernobst**: Apfel, Birne, Quitte,*

***Steinobst**: Kirsche, Marille, Nektarine, Pfirsich, Weichsel, sämtliche Zwetschken- und Pflaumenarten,*

***Beerenobst**: Brombeere, Erdbeere, Heidelbeere, Himbeere, Holunder, Rote Ribisel, Schwarze Ribisel, Weiße Ribisel, Stachelbeere.*

Alle übrigen Obstarten zählen zum sonstigen Obst. Die Zuordnung erfolgt nicht nach botanischen Ordnungsbegriffen, sondern nach Ähnlichkeiten der Fruchtform.

Anlage 4

Verzeichnis der zugelassenen Verfahren und Behandlungen bei Obstwein gemäß § 41 Abs. 1

a) Belüftung oder Zusatz von Sauerstoff;

b) Einleitung von Stickstoff;

c) thermische Behandlungen;

d) Zentrifugierung und Filtrierung mit oder ohne inerte Filterhilfsstoffe, sofern diese in dem so behandelten Erzeugnis keine unerwünschten Rückstände hinterlassen;

e) Verwendung von Kohlendioxid, Argon oder Stickstoff, auch gemischt, damit eine inerte Atmosphäre hergestellt und das Erzeugnis vor Luft geschützt behandelt wird;

f) Zusatz von Kohlendioxid, sofern der Kohlendioxidgehalt des behandelten Obstweines 2 g/l nicht übersteigt. Bei Zider, Obstperlwein, Obstschaumwein, aromatisiertem obstweinhaltigen Getränk und obstweinhaltigem Getränk ist der Zusatz in einem höheren Ausmaß erlaubt;

g) Verwendung von Schwefeldioxid oder Kaliummetabisulfit, auch Kaliumdisulfit oder Kaliumbisulfit oder Kaliumpyrosulfit genannt, bis zu einem Höchstwert von 50 mg/l freiem SO2 und 200 mg/l Gesamt-SO2 bei Abgabe an den Verbraucher;

...

17.1.10 Weingesetz - Bezeichnungsverordnung 1997 idF BGBl. II Nr. 122/2008

Verordnung des Bundesministers für Land- und Forstwirtschaft über Bezeichnungen nach dem Weingesetz 1985 Weingesetz-Bezeichnungs-verordnung) StF BGBl. II Nr. 88/1997 idF BGBl. II Nr. 122/2008 (Auszug)

...

Begriffsbestimmungen

§ 2.

(1) ***„Weinhaltige Getränke“*** *sind Erzeugnisse, die*

1. *unter Verwendung von Weinbauerzeugnissen und allenfalls mit Zusatz von Kohlendioxid hergestellt wurden und*
2. *einen Anteil an Weinbauerzeugnissen im Fertigerzeugnis von mindestens 50% (v/v) aufweisen.*

(2) *„**Aromatisierte Getränke**“ sind aromatisierte Weine, aromatisierte weinhaltige Getränke und aromatisierte weinhaltige Cocktails im Sinne der Verordnung (EWG) Nr. 1601/91 des Rates zur Festlegung der allgemeinen Regeln für die Begriffsbestimmung, Bezeichnung und Aufmachung aromatisierter weinhaltiger Getränke und aromatisierter weinhaltiger Cocktails (Abl. Nr. L 149 vom 14. 6. 1991, S. 1), die allenfalls mit Zusatz von Kohlendioxid hergestellt wurden.*

(3) *„**Weinmischgetränke**“ sind Getränke, die*

1. *unter Verwendung von Weinbauerzeugnissen und allenfalls mit Zusatz von Kohlendioxid hergestellt wurden und*
2. *einen Anteil an Weinbauerzeugnissen im Fertigerzeugnis von mindestens 15% (v/v) und höchstens 50% (v/v) aufweisen.*

(4) *„**Weinbauerzeugnisse**“ sind Tafelwein Landwein Qualitätswein entalkoholisierter und alkoholarmer Wein sowie folgende Erzeugnisse gemäß Anhang I der Verordnung (EWG) Nr. 822/87 des Rates über die gemeinsame Marktorganisation für Wein (Abl. Nr. L 84 vom 27. 3. 1987, S. 1):*

1. *Likörwein (Anhang I Z 14);*
2. *Schaumwein (Anhang I Z 15);*
3. *Schaumwein mit zugesetzter Kohlensäure (Anhang I Z 16);*
4. *Perlwein (Anhang I Z 17);*
5. *Perlwein mit zugesetzter Kohlensäure (Anhang I Z 18).*

„G´spritzter

§ 4.

(1) Anstelle der Verkehrsbezeichnung für weinhaltige Getränke kann die Bezeichnung „G´spritzter“ („Gespritzter“, „Spritzer“) verwendet werden, wenn

1. *das Getränk zu mindestens 50% (v/v) aus Wein, der ausschließlich aus Trauben von Qualitätsweinrebsorten bereitet wurde, besteht;*
2. *das Getränk ansonsten zu höchstens 50% (v/v) aus kohlensäurehaltigem Trinkwasser (Sodawasser) oder (für den speziellen Verwendungszweck geeignetem) natürlichem Mineralwasser, das den lebensmittelrechtlichen Vorschriften entspricht, besteht;*

3. das Getränk allenfalls mit Zusatz von Kohlensäure hergestellt wurde;

4. der vorhandene Alkoholgehalt mindestens 4.5% vol. beträgt.

(2) Durch Abs. 1 bleiben die der Verkehrssitte entsprechenden Bezeichnungen für Getränke, die durch Vermischung von Wein und kohlensäurehältigem Wasser offen an den Verbraucher abgegeben und üblicherweise am Ort der Verabreichung sofort genossen werden, unberührt.

(3) Die Bezeichnung „...spritzer" kann auch in Verbindung mit dem Namen einer Frucht als zusammengesetzter Ausdruck für aromatisierte Getränke verwendet werden.

Restzuckergehalt

§ 9.

(1) Bei Perlwein und Perlwein mit zugesetzter Kohlensäure dürfen nur die Geschmacksangaben

1. trocken bei einem Restzuckergehalt zwischen 0 und 35 g/l,

2. halbtrocken bei einem Restzuckergehalt zwischen 33 und 50 g/ oder

3. mild bei einem Restzuckergehalt von mehr als 50 g/l verwendet werden.

Sturm

§ 16.

(1) Teilweise gegorener Traubenmost darf unter der Bezeichnung „Sturm" nur dann in Verkehr gebracht werden, wenn

1. das Erzeugnis ausschließlich aus Trauben stammt, die im Inland geerntet und verarbeitet wurden,

2. der vorhandene Alkoholgehalt mindestens 1,0% vol. beträgt und

3. die Inverkehrbringung zwischen 1. August und 31. Dezember des jeweiligen Erntejahres, solange sich das Erzeugnis im Zustand der Gärung befindet, erfolgt.

Ab 1. Jänner 2003 gilt das neue EU-Bezeichnungsrecht, nachdem grundsätzlich zwischen vorgeschriebenen (verpflichtenden) Angaben, die für die Identifizierung des Erzeugnisses und Zuordnung zur entsprechenden Produktkategorie notwendig sind und zulässigen (wahlweise zu verwendenden) Angaben, die als Zusatzinformation über besondere Eigenschaften des Produktes unterschieden werden muss. Bestimmte Zusatzinformationen z.B. über Sorte oder Jahrgang unterliegen zwar einschränkenden Bestimmungen, darüber hinaus ist aber ab 1.1.2003 jede Angabe zulässig, solange sie nicht irreführend ist und vom Produzenten nachgewiesen werden kann. Damit ist der Abgang vom „Verbotsprinzip" des alten EU-Weinbezeichnungsrechtes vollzogen.

17.1.11 Weinverordnung 1992 idF BGBl. I Nr. 13/2006

Verordnung des Bundesministers für Land- und Forstwirtschaft zur Durchführung des Weingesetzes 1985 (Weinverordnung) StF BGBl. Nr. 630/1992 idF BGBl. I Nr. 13/2006 (Auszug)

Weinbehandlung

Weinbehandlungsmittel

Schönungsmittel

§ 2. Zur Schönung der Weine ist der Zusatz folgender Stoffe unter den angeführten Voraussetzungen zugelassen:

1. Gelatine

...

2. Tannin

...

3. Hausenblase

...

4. Frisches Hühnereiweiß

...

5. Bentonite

...

6. Kieselsol in wässeriger Lösung

...

7. Zellulose und Kieselgur

...

8. Gelbes Blutlaugensalz

...

Reduktionsmittel

§ 3. Zur Reduktion des Sauerstoffes im Wein und zur Keimhemmung ist die Verwendung folgender Stoffe unter den angeführten Voraussetzungen zulässig:

1. Schweflige Säure

...

2. L-Ascorbinsäure

...

Weitere Weinbehandlungsmittel

§ 4. Zur Weinbehandlung ist weiters die Verwendung folgender Stoffe unter den angeführten Voraussetzungen zugelassen:

1. Kohlensäure (Kohlendioxid)

...

2. Reiner, gefällter, kohlensaurer Kalk

...

3. Metaweinsäure

...

4. Weinstein (Kaliumhydrogentartrat)

...

5. Zuckercouleur

...

6. Pektolytische Enzyme

...

7. Zitronensäure

...

8. Glucose (Dextrose, Traubenzucker)

...

9. Ammoniumchlorid (Chlorammonium)

...

10. Di-Ammoniumphosphat (phosphorsaures Ammonium)

...

11. Hefen

...

12. Bakterien zum Äpfelsäureabbau

...

13. Stickstoff

...

14. Sauerstoff und Druckluft

...

17.1.12 Methodenverordnung 1989 idF BGBl. I. Nr. 141/1999

Verordnung des Bundesministers für Land- und Forstwirtschaft vom 31. Juli 1989 über Methoden und Toleranzen bei der Untersuchung von Wein und Obstwein (Methodenverordnung StF BGBl. Nr. 495/1989 idF BGBl. I Nr. 141/1999 (BG) (Auszug)

...

Anhang

2. Alkohol

Definition

Der Alkoholgehalt wird in Volumenprozent (Vol.-%) auf 10 Volumenprozent genau angegeben. Er ist gleich der Anzahl der Liter Ethanol, die in 100 Litern Wein

enthalten sind. Beide Volumina werden bei 20 Grad C gemessen.

Methoden

Destillation der Probe und Bestimmung der Dichte des auf das ursprüngliche Probenvolumen gebrachten Destillates mittels

1. *Pyknometrie*
2. *Dichtemessung nach dem Biegeschwingerprinzip.*

...

17.1.13 Rebenverkehrsgesetz 1996 idF BGBl. I Nr. 110/2002

Bundesgesetz über den Verkehr mit Reben (Rebenverkehrsgesetz 1996) idF BGBl. I Nr. 110/2002 (Auszug)

Allgemeines

Geltungsbereich

§ 1. Dieses Bundesgesetz findet auf das Inverkehrbringen von vegetativem Vermehrungsgut von Reben – nachstehend, „Vermehrungsgut'' genannt – Anwendung.

Begriffsbestimmungen

§ 2. Im Sinne dieses Bundesgesetzes sind:

1. *Reben: Pflanzen der Gattung Vitis (L.), die zur Erzeugung von Trauben (Keltertrauben, Tafeltrauben, Trauben für besondere Verwendungszwecke und Unterlagsreben) oder zur Verwendung als Vermehrungsgut für solche Pflanzen bestimmt sind;*
2. *Sorte: eine pflanzliche Gesamtheit innerhalb eines einzigen botanischen Taxons der untersten bekannten Rangstufe, die*
   a) *durch die sich aus einem bestimmten Genotyp oder einer bestimmten Kombination von Genotypen ergebende Ausprägung der Merkmale definiert werden kann,*
   b) *zumindest durch die Ausprägung eines der erwähnten Merkmale von jeder anderen pflanzlichen Gesamtheit unterschieden werden kann und*
   c) *in Anbetracht ihrer Eignung, unverändert vermehrt zu werden, als Einheit angesehen werden kann;*

...

17.1.14 Schaumweinsteuergesetz 1995 idF BGBl. I Nr. 57/2004

Bundesgesetz, mit dem die Schaumweinsteuer an das Gemeinschaftsrecht angepasst und eine Verbrauchsteuer auf Zwischenerzeugnisse eingeführt wird (Schaumweinsteuergesetz 1995) idF BGBl. I Nr. 57/2004 (Auszug)

Teil 1: Schaumwein

Steuergebiet, Steuergegenstand

§ 1. (1) Schaumwein, der im Steuergebiet hergestellt oder in das Steuergebiet eingebracht wird, unterliegt einer Verbrauchsteuer (Schaumweinsteuer).

...

§ 2. (1) Schaumwein im Sinne dieses Bundesgesetzes sind alle Getränke, die in Flaschen mit Schaumweinstopfen, der durch eine besondere Haltevorrichtung befestigt ist, enthalten sind oder die bei +20 Grad C einen auf gelöstes Kohlendioxid zurückzuführenden Überdruck von 3 bar oder mehr aufweisen und die zu den nachfolgenden Positionen oder Unterpositionen der Kombinierten Nomenklatur (Kap. 17.1.6.2, S. 409) gehören:

1. Unterpositionen 2204 10, 2204 21 10, 2204 29 10 und Position 2205, soweit sie einen ausschließlich durch Gärung entstandenen vorhandenen Alkoholgehalt von mehr als 1,2% vol bis 15% vol aufweisen,

2. Unterpositionen 2206 00 31 und 2206 00 39 und nicht von Ziffer 1 erfasste Unterpositionen 2204 10, 2204 21 10, 2204 29 10 sowie Position 2205, soweit sie einen vorhandenen Alkoholgehalt von mehr als 1,2% vol bis 13% vol aufweisen,

3. Unterpositionen 2206 00 31 und 2206 00 39 mit einem ausschließlich durch Gärung entstandenen vorhandenen Alkoholgehalt von mehr als 13% vol bis 15% vol.

...

Steuersätze

§ 3. (1) Die Schaumweinsteuer beträgt für einen Hektoliter Schaumwein

1. ausgenommen der in Z 2 angeführten Waren 0 €,

2. mit einem vorhandenen Alkoholgehalt von weniger als 7% vol. 0 €.

...

Teil 2: Zwischenerzeugnisse

...

(2) Zwischenerzeugnisse im Sinne dieses Bundesgesetzes sind die Erzeugnisse der Positionen 2204, 2205 und 2206 der Kombinierten Nomenklatur (Kap. 17.1.6.2, S. 409) mit einem vorhandenen Alkoholgehalt von mehr als 1,2% vol bis 22% vol, die nicht von § 2 Abs. 1 oder § 43 [111] erfasst oder als Bier besteuert werden.

...

Die Zwischenerzeugnissteuer beträgt 73 € je Hektoliter

Teil 3 Wein Begriffsbestimmung

§ 43. (1) Wein im Sinne dieses Bundesgesetzes sind die nicht der Schaumweinsteuer nach § 2 Abs. 1 unterliegenden Erzeugnisse

1. der Positionen 2204 und 2205 der Kombinierten Nomenklatur (vgl. Kap. 17.1.6.2, S. 409),

a) wenn sie einen vorhandenen Alkoholgehalt von mehr als 1,2% vol bis 15% vol aufweisen und der in den Fertigerzeugnissen enthaltene Alkohol ausschließlich durch Gärung entstanden ist, oder

b) wenn sie einen vorhandenen Alkoholgehalt von mehr als 15% vol bis 18% vol aufweisen, ohne Anreicherung hergestellt worden sind und der in den Fertigerzeugnissen enthaltene Alkohol ausschließlich durch Gärung entstanden ist,

111 Wein

2. *der Positionen 2204 und 2205, die nicht von Z 1 erfasst werden, sowie die Erzeugnisse der Position 2206 der Kombinierten Nomenklatur, die nicht als Bier besteuert werden und die einen vorhandenen Alkoholgehalt von mehr als 1,2% vol bis 10% vol aufweisen,*
3. *der Position 2206 der Kombinierten Nomenklatur, die nicht als Bier besteuert werden und die einen vorhandenen Alkoholgehalt von mehr als 10% vol bis 15% vol aufweisen, der ausschließlich durch Gärung entstanden ist.*

(2) § 2 Abs. 2 und 3 findet entsprechende Anwendung.

17.1.15 Alkoholsteuergesetz 1994 idF BGBl. I Nr. 161/2005

Bundesgesetz über eine Verbrauchsteuer auf Alkohol und alkoholhaltige Waren (Alkoholsteuergesetz) idF BGBl. I Nr. 161/2005

„Alkohol - Steuer und Monopolgesetz 1995“ wurde mit dem Wegfall des Alkoholmonopols (vgl. Kap. 10.3, S. 233) mit dem Artikel 24 des Budgetbegleitgesetz 2001 (BGBl. I Nr. 142/2000) auf „Bundesgesetz über eine Verbrauchsteuer auf Alkohol und alkoholhaltige Waren (Alkoholsteuergesetz)" umbenannt. Die Alkoholsteuer ersetzt also nicht die bereits 1992 außer Kraft gesetzte Alkoholabgabe (Kap. 10.2.3, S. 228) und sollte mit dieser nicht verwechselt werden.

Von der Alkoholsteuer sind alle gebrannte alkoholische Getränke [also nicht Bier (Kap. 9.2.2, S. 213), Wein, Obstwein = Most, Schaumwein (Kap. 9.3.2, S. 215)] und ein Teil der Mischungen mit diesen [aber nicht Zwischenerzeugnisse (Kap. 9.3.2.5, S. 220)] betroffen. Weitere Steuerbefreiungen sind im § 4 dieses Gesetzes geregelt. Von der Alkoholsteuer befreit ist: Alkohol, der für die gewerbliche Weiterverarbeitung (im Wesentlichen nicht für Konsumzwecke, also für Reinigungs- und Arzneimittel etc.) Verwendung findet, bestimmte Mengen Alkohol (in Form von Getränken) bei der privaten Einfuhr nach Österreich (Kap. 10.4, S. 233) und Hausbrand (Kap. 9.4.3.3, S. 223). Die Alkoholsteuer wurde im Jahre 2000, im Zuge des Wegfalls der Getränkesteuer um 37% auf 10 € pro Liter).

Vom 117 Paragraphen umfassenden Gesetzestext wird hier nur ein kleiner Auszug geboten; fehlende Teile sind mit „...“ gekennzeichnet.

Alkoholsteuer

Steuergebiet, Steuergegenstand

§ 1.

(1) Alkohol und alkoholhaltige Waren (Erzeugnisse), die im Steuergebiet hergestellt oder in das Steuergebiet eingebracht werden, unterliegen einer Verbrauchsteuer (Alkoholsteuer).

(2) Steuergebiet im Sinne dieses Bundesgesetzes ist das Bundesgebiet, ausgenommen das Gebiet der Ortsgemeinden Jungholz (Tirol) und Mittelberg (Vorarlberg)

(3) Gebiet der Europäischen Gemeinschaft im Sinne dieses Bundesgesetzes ist das Gebiet, auf das die Richtlinie 92/12/EWG des Rates vom 25. Februar 1992 über das allgemeine System, den Besitz, die Beförderung und die Kontrolle verbrauchsteuerpflichtiger Waren (ABl. EG Nr. L 76 S. 1) Anwendung findet (EG-Verbrauchsteuergebiet).

(4) Mitgliedstaat im Sinne dieses Bundesgesetzes ist ein anderer Mitgliedstaat der Europäischen Union.

(5) Drittland im Sinne dieses Bundesgesetzes ist ein Gebiet außerhalb des Gebietes der Europäischen Gemeinschaft.

(6) Alkohol im Sinne des Abs. 1 sind Waren

1. der Positionen 2207 und 2208 der Kombinierten Nomenklatur (Kap. 17.1.6.2, S. 409) mit einem Alkoholgehalt über 1.2% vol,

2. der Positionen 2204, 2205 und 2206 der Kombinierten Nomenklatur mit einem Alkoholgehalt über 22% vol,

3. der Position 2204 der Kombinierten Nomenklatur mit einem Alkoholgehalt von nicht mehr als 22% vol, der als Brennwein im Sinne des Weingesetzes 1985, BGBl. Nr. 444, in ein Steuerlager zur Verarbeitung aufgenommen wurde.

(7) Alkoholhaltige Waren im Sinne des Abs. 1 sind andere ethylalkoholhaltige Erzeugnisse als die des Kapitels 22 der Kombinierten Nomenklatur, die unter Verwendung von Alkohol hergestellt werden und deren Alkoholgehalt höher als 1.2% vol, bei nichtflüssigen als 1% mas ist. Ethylalkoholhaltige Erzeugnisse sind für Zwecke der Besteuerung im Zweifel alkoholhaltige, dem Regelsatz (§ 2 Abs. 1) unterliegende Waren.

(8) Kombinierte Nomenklatur (Kap. 17.1.6.2, S. 409) im Sinne dieses Bundesgesetzes ist die Warennomenklatur nach Art. 1 der Verordnung (EWG) Nr. 2658/87 des Rates vom 23. Juli 1987 (ABl. EG Nr. L 256 S. 1) in der Fassung des Anhanges zur Verordnung „(EG) Nr. 3009/95 der Kommission vom 22. Dezember 1996 (ABl. EG Nr. L 319 S. 1)“ und die dazu erlassenen Rechtsvorschriften.

(9) Werden den Steuergegenstand bestimmende Untergliederungen der Kombinierten Nomenklatur geändert, ohne dass dies Auswirkungen auf den Steuergegenstand hat, wie durch Einführung zusätzlicher Untergliederungen, so hat der Bundesminister für Finanzen die dadurch bewirkten Änderungen der Bezeichnung des Steuergegenstandes durch Aufnahme in den Gebrauchszolltarif (§ 45 Abs. 1 Zollrechts-Durchführungsgesetz) in Wirksamkeit zu setzen. Der Gebrauchszolltarif ist insoweit verbindlich.

Steuersätze

§ 2

(1) Die Alkoholsteuer beträgt 1.000 € je 100 l A (Regelsatz). Für Erzeugnisse, für welche die Steuerschuld nach dem 31. Mai 2000 und vor dem 1. Jänner 2002 entsteht, beträgt die Alkoholsteuer 1.002,89 € je 100 l A.

(2) Die Alkoholsteuer ermäßigt sich auf 54 v.H. des im Abs. 1 angeführten Steuersatzes für Alkohol, der

1. unter Abfindung (§ 55) im Rahmen der Erzeugungsmenge (§ 65 Abs. 1) oder

2. in Verschlussbrennereien (§ 20) mit einer Jahreserzeugung bis zu 400 l A hergestellt worden ist.

(3) Die Alkoholsteuer ermäßigt sich auf 90 v.H. des im Abs. 1 angeführten Steuersatzes für Alkohol, der unter Abfindung bis höchstens 100 l A über die Erzeugungsmenge hinaus hergestellt wird.

Bemessungsgrundlage

§ 3

(1) Die Alkoholsteuer ist von der Alkoholmenge zu berechnen, die in der Ware enthalten ist, die der Steuerpflicht unterliegt, sofern die Alkoholmenge nicht pauschal zu ermitteln ist.

(2) Alkoholmenge im Sinne dieses Bundesgesetzes ist die Menge an reinem Ethylalkohol in Liter, gemessen bei einer Temperatur von 20 Grad C (l A), die in einem Erzeugnis enthalten ist.

(3) Der Bundesminister für Finanzen kann für Waren,

1. bei denen die Ermittlung der Alkoholmenge im Einzelfall einen unverhältnismäßig großen Arbeitsaufwand erfordern würde und

2. deren Massegehalt an Alkohol um nicht mehr als 2.4% oder deren Volumenkonzentration an Alkohol um nicht mehr als 3% schwankt, den Alkoholgehalt der bei Bemessung der Alkoholsteuer zugrunde zu legen ist, allgemein durch Verordnung pauschal festsetzen.

Steuerbefreiungen

§ 4

(1) Erzeugnisse sind von der Alkoholsteuer befreit, wenn sie gewerblich verwendet werden

1. zur Herstellung von Arzneimitteln im Sinne des Arzneibuchgesetzes, BGBl. Nr. 195/1980, und des Arzneimittelgesetzes, BGBl. Nr. 185/1983, durch dazu nach Arzneimittelrecht Befugte, ausgenommen reine Alkohol-Wasser-Mischungen,

2. zur Herstellung von Essig,

3. zur Herstellung von Brennwein,

4. vergällt zur Herstellung von Lebensmitteln, die keinen Alkohol mehr enthalten, weil er während des Produktionsprozesses entzogen oder umgewandelt wurde,

5. vergällt zur Herstellung von Waren, die weder Arzneimittel noch Lebensmittel sind,

6. in Form von Aromen zur Aromatisierung von

a) Getränken mit einem Alkoholgehalt von nicht mehr als 1.2% vol oder

b) anderen Lebensmitteln, ausgenommen Alkohol und andere alkoholhaltige Getränke,

7. in Form von Pralinen mit einem Alkoholgehalt von nicht mehr als 8.5 l A je 100 kg oder anderen Lebensmitteln, ausgenommen Alkohol und andere alkoholhaltige Getränke, mit einem Alkoholgehalt von nicht mehr als 5 l A je 100 kg,

8. vergällt zu Heiz- oder Reinigungszwecken oder anderen Zwecken, die nicht der Herstellung von Waren dienen.

(2) Erzeugnisse sind ebenfalls von der Steuer befreit, wenn sie

1. in Form von vollständig vergälltem Alkohol in den Verkehr gebracht werden,

2. als Probe innerhalb oder außerhalb des Steuerlagers zu den betrieblich

erforderlichen Untersuchungen und Prüfungen verbraucht oder für Zwecke der Steuer- oder Gewerbeaufsicht entnommen werden,

3. *als Probe zu einer Qualitätsprüfung der zuständigen Behörde gestellt oder auf Veranlassung dieser Behörde entnommen werden,*
4. *als alkoholhaltige Waren in das Steuergebiet verbracht werden, zu deren Herstellung Alkohol nach Abs. 1 steuerfrei verwendet werden kann,*
5. *als Hausbrand unter Abfindung hergestellt werden.*

(3) Von der Steuerbefreiung gemäß Abs. 1 Z 6 und 7 ist Alkohol gemäß § 2 Abs. 2 und 3 ausgenommen.

(4) Der Bundesminister für Finanzen wird ermächtigt, durch Verordnung

1. *zur Sicherung des Steueraufkommens und zur Verminderung von Wettbewerbsverzerrungen auf dem Alkoholmarkt anzuordnen, dass die Steuerfreiheit für solche Arzneimittel versagt wird, die nach ihrer Aufmachung und Beschaffenheit geeignet sind, als Alkohol genossen zu werden,*
2. *bei wirtschaftlichem Bedürfnis auch die nichtgewerbliche steuerbefreite Verwendung nach Abs. 1 zuzulassen,*
3. *zur Sicherung des Steueraufkommens und zur Durchführung der Richtlinie 92/83/EWG des Rates vom 19. Oktober 1992 zur Harmonisierung der Struktur der Verbrauchsteuern auf Alkohol und alkoholische Getränke (ABl. EG Nr. L 316 S. 21), insbesondere deren Artikel 27, anzuordnen, dass auch vollständig vergällte Alkohol dem Steueraussetzungsverfahren (§ 19) oder einem anderen Überwachungsverfahren unterstellt wird,*
4. *im Falle der Einfuhr von Erzeugnissen, deren Steuerfreiheit unter den Voraussetzungen anzuordnen, unter denen sie nach der Verordnung (EWG) Nr. 918/83 des Rates vom 28. März 1983 über das gemeinschaftliche System der Zollbefreiungen (ABl. EG Nr. L 105 S. 1) und anderen von der Europäischen Gemeinschaft erlassenen Rechtsvorschriften vom Zoll oder den Verbrauchsteuern befreit werden können,*
5. *die steuerfreie Verbringung von Erzeugnissen aus anderen Mitgliedstaaten in das Steuergebiet unter den Voraussetzungen zu regeln, unter denen eine steuerfreie Einfuhr nach Z 4 erlaubt ist,*
6. *den steuerfreien Bezug von Erzeugnissen im Rahmen der diplomatischen und berufskonsularischen Beziehungen sowie zur Durchführung zwischenstaatlicher Verträge und den Bezug von Erzeugnissen unter Steueraussetzung durch nach Artikel 23 Abs. 1 der im § 1 Abs. 3 genannten Richtlinie begünstigte Personen und Einrichtungen zu regeln sowie die dazu notwendigen Verfahrensvorschriften zu erlassen,*
7. *zur Durchführung insbesondere von Artikel 28 der im § 1 Abs. 3 genannten Richtlinie Unternehmen auf Flughäfen, in Flugzeugen oder auf Schiffen zu gestatten, Erzeugnisse unversteuert zu beziehen und im grenzüberschreitenden Reiseverkehr steuerfrei zum Verbrauch an Bord oder im Rahmen bestimmter Mengen als Reisebedarf an Reisende abzugeben sowie die dazu notwendigen Verfahrensvorschriften zu erlassen,*
8. *die Alkoholsteuer von der Eingangsabgabenfreiheit nach § 2 Abs. 1 des Zollrechts-Durchführungsgesetzes auszunehmen, soweit dies zur Umsetzung der von der Europäischen Gemeinschaft erlassenen Rechtsvorschriften oder*

zur Gewährleistung der Gleichmäßigkeit der Besteuerung erforderlich ist.

17.1.16 Abfindungsverordnung 1995 idF BGBl. II Nr. 319/2006

Verordnung des Bundesministers für Finanzen über Abfindungsmenge, Brenndauer und Brennfristen bei der Herstellung von Alkohol unter Abfindung, BGBl. Nr. 39/1995 idF II Nr. 319/2006 (Auszug)

In der Abfindungsverordnung werden Bestimmungen über Abfindungsmengen, Alkoholausbeuten für die einzelnen alkoholbildenden Stoffe, Brenndauer und Brennfristen bei der Herstellung von Alkohol unter Abfindung (siehe Kap. 9.4.3.2, S. 223) festgelegt.

Abfindungsmenge

§ 1. Abfindungsmenge ist die Alkoholmenge, die bei der Herstellung von Alkohol unter Abfindung der Alkoholsteuer unterliegt. Die Abfindungsmenge ist nach den Alkoholausbeuten für 100 Liter zur Destillation der in den §§ 2 und 3 genannten aufbereiteten alkoholbildenden Stoffe oder 100 kg des in § 4 genannten Getreides zu ermitteln. Von der in einer Abfindungsanmeldung insgesamt ermittelten Alkoholausbeute sind Mengen, die gemäß § 4 Abs. 2 Z 5 in Verbindung mit § 70 Abs. 1 des Alkohol-Steuer und Monopolgesetzes 1995 dem Abfindungsberechtigten als Hausbrand steuerfrei zustehen, vor Berechnung der Steuer abzuziehen.

§ 2. Unbeschadet der für Probebetriebe gemäß § 69 Abs. 3 des Alkohol-Steuer und Monopolgesetzes 1995 BGBl. Nr. 703/1994, und in § 3 vorgesehenen Regelungen, gelten für 100 Liter zur Destillation aufbereitete alkoholbildende Stoffe und Obstweine folgende Ausbeuten:

		l Alkohol
1.	*Äpfel, Birnen*	*3*
2.	*Sonstiges Kernobst*	*2*
3.	*Zwetschken, Pflaumen, Mirabellen*	*5,5*
4.	*Kirschen, Weichseln*	*5*
5.	*Schlehen, Kornelkirschen*	*2*
6.	*Sonstiges Steinobst*	*3*
7.	*Wacholderbeeren, Vogelbeeren*	*1,5*
8.	*Hagebutten*	*2*
9.	*Sonstige Beeren*	*2*
10.	*Weintrauben*	*4,5*
11.	*Traubenwein*	*10*
12.	*Sonstiger Obstwein aus in Z 1 bis 9 genannten Stoffen*	*6*
13.	*Obstweinhefe und Traubenweinhefe, flüssig*	*3*
14.	*Obstweinhefe und Traubenweinhefe, gepresst*	*2*
15.	*Treber und Trester*	*2,5*
16.	*Meisterwurz, Enzianwurzeln*	*2*
17.	*Halmrüben*	*2*
18.	*nicht selbstgewonnene Äpfel, Birnen und nicht selbstgewonnenes sonstiges Kernobst*	*3,6*

§ 3. Abweichend von § 2 Z 11 und 12 gilt für 100 Liter Obstwein als Alkoholausbeute der durch eine Untersuchungsanstalt nachweislich festgestellte Alkoholgehalt (Volumenkonzentration in Prozent) einer repräsentativen Probe des zur Destillation bestimmten Stoffes, vermindert, soweit dadurch die Ausbeute nach § 2 für den maßgeblichen alkoholbildenden Stoff nicht unterschritten wird, höchstens um zwei.

§ 4. Für 100 kg Getreide gilt eine Ausbeute von 24 l A. Die zur Verzuckerung der Maische bestimmten Zusätze sind wie Getreide zu berücksichtigen.

§ 5. Brenndauer ist der Zeitraum, der für das Gewinnen und Reinigen von Alkohol aus einer bestimmten, in einer Abfindungsanmeldung insgesamt aufgenommenen Menge zur Destillation aufbereiteter alkoholbildender Stoffe (Maischemenge) erforderlich ist. Die Brenndauer ist auf eine Folge von Tagen zu verteilen. Sie kann durch Sonntage, gesetzliche Feiertage oder Stunden zwischen 18 und 6 Uhr ohne Begründung unterbrochen werden. Die Brenndauer kann in anderer Weise unterbrochen werden, wenn der Grund für die Unterbrechung insbesondere durch Umstände, die

1. nicht im Einflussbereich des Abfindungsberechtigten liegen oder

2. in der Führung eines landwirtschaftlichen Betriebes des Abfindungsberechtigten bedingt ist und in der Abfindungsanmeldung erklärt wird.

Brennfrist sind der Teil oder die Teile der Brenndauer, innerhalb welchen an einem Tag Alkohol hergestellt wird.

17.1.17 Vergällung und Vergällungsverordnung (Auszug)

Verordnung des Bundesministers für Finanzen über die Vergällung von Alkohol (VO-Vergällung) StF BGBl. Nr. 41/1995

Jeglicher nicht für Konsumzwecke vorgesehene Alkohol muss mit Stoffen versetzt werden, welche ihn für den menschlichen Genuss ungeeignet machen. Neben dem im Alkoholsteuergesetz unter § 17 für allgemeine Vergällungszwecke genannten Methylethylketon werden für bestimmte Anwendungsgebiete (wie z.B. zur Herstellung von Brauglasur, wissenschaftlichen Präparaten, Emulsionen für fotografische Zwecke, Druckfarben, Essig, kosmetischen Mitteln und Arzneimitteln für den äußeren Gebrauch, zu Reinigungs- und Desinfektionszwecken) spezifische Stoffe (Schellack, Fichtenkolophomium, Petrolether, Toluol, Ethylether, Cyclohexan, Essigsäure, Phthalsäurediethyester, Thymol, Petroleumbenzin, Karbolsäure) aufgeführt. Es ist gemäß § 17 (8) des Alkoholsteuergesetzes verboten, einem vergällten Alkohol das Vergällungsmittel ganz oder teilweise zu entziehen oder dem Alkohol Stoffe beizufügen, die die Wirkung des Vergällungsmittels beeinträchtigen. Das Zollamt kann unterschiedliche Ausnahmen genehmigen.

Im Zuge der Änderung des Alkoholsteuergesetzes im Rahmen des Budgetbegleitgesetzes, BGBl I Nr. 142/2000, wurde die im Widerspruch zum Arzneimittelgesetz stehende Bestimmung des § 17 Abs. 5 Z 2 lit. g AlkStG (Arzneimittel für den äußeren Gebrauch), somit auch Kampfer als Vergällungsmittel, aufgehoben.

In der Vergällungsverordnung wird die Behandlung von steuerfreiem Alkohol (Alkoholsteuergesetz § 4 – siehe die Kap. 17.1.15, S. 434) – über die Bestimmungen des vorhin genannten Gesetzes (§ 17 und 18) hinaus – festgelegt.

§ 1 Alkohol, der gemäß § 4 des Alkohol-Steuer und Monopolgesetzes zur Herstellung steuerfreier Erzeugnisse oder zu steuerbefreiten Zwecken verwendet werden soll, ist nach Maßgabe dieser Verordnung zu vergällen.

§ 2

(1) Unbeschadet der in Abs. 2 getroffenen Regelung sind zur Durchführung von Vergällungen gemäß § 17 Abs. 5 und 6 des Alkohol-Steuer und Monopolgesetzes 1995 zugelassenen Vergällungsmittel, die den Voraussetzungen des § 6 entsprechen, einzusetzen.

(2) Vollständig vergällt im Sinne des § 17 Abs. 4 Alkohol-Steuer und Monopolgesetzes 1995 ist Alkohol, wenn ihm

1. 0,5 kg Fuselöl (Nebenprodukt der Alkoholreinigung), 0,05 kg Gasöl ... und 1 kg Methylethylketon oder

2. in Form von Vor- und Nachlauf, der als Nebenprodukt bei der Reinigung von landwirtschaftlichem Alkohol anfällt, 1 kg Fuselöl (Nebenprodukt der Alkoholreinigung), 0,01 kg Gasöl ... und 0,2 kg Methylethylketon auf 100 l A zugesetzt sind.

...

Vergällungsmittel

§ 6 Vergällungsmittel sind Waren, die, dem Alkohol schon in geringen Mengen beigemischt, verhindern, dass dieser als Lebensmittel oder Verzehrprodukt konsumiert oder zur Herstellung von Lebensmittel oder Verzehrprodukten verwendet werden kann. Vergällungsmittel sind insbesondere folgende Waren:

(es folgt die Auflistung von 11 Substanzen – Methylethylketon, Schellack, Petroleumbenzin, Toluol, Ethylether, Cyclohexan, Phthalsäurediethyester, Thymol, Karbolsäure und Essig – mit den spezifischen Eigenschaften dieser Stoffe.)

17.1.18 Bestimmungen über neutralen Alkohol nach ÖNORM C 3001 - 1. September 1997

Österreichisches Normungsinstitut ÖNORM C 3001 vom 1. September 1997

Die Zusammensetzung von neutralem Alkohol, der zur Herstellung von alkoholischen Getränken verwendet werden darf, ist nach der ÖNORM genau geregelt. Ein Auszug dieser ÖNORM wird hier dargestellt.

1. Anwendungsbereich

Diese ÖNORM enthält Bestimmungen über die Eigenschaften und Anforderungen, die an neutralen Alkohol gestellt werden, der zur Herstellung von alkoholischen Getränken bestimmt ist, sowie über die anzuwendenden Prüfverfahren.

2. Begriffsbestimmungen

Für die Anwendung dieser ÖNORM gelten die folgenden Definitionen

2.1. neutraler Alkohol: *jener Alkohol landwirtschaftlichen Ursprungs (bisher auch Weingeist genannt), der aus zuckerhältigen Maischen durch Gärung gewonnen und nach Trennverfahren wie Destillation und Rektifikation hergestellt wird. ...*

3. Eigenschaften und Anforderungen

Tab. 131: Eigenschaften und Anforderungen an neutralen Alkohol lt. ÖNORM C 3001

Eigenschaften	Anforderungen
Alkoholgehalt (Volumenkonzentration)	mind. 96,4% vol 1)
Durchsicht nach Verdünnung	klar
Geruch	neutral
Geschmack	neutral
Farbe	farblos
Aldehydgehalt	weniger als 5,0 mg/l r.A.
Fuselölgehalt	weniger als 5,0 mg/l r.A.
Methanolgehalt	weniger als 400,0 mg/l r.A.
Furfuralgehalt	keiner
Gesamtsäuregehalt	weniger als 20,0 mg/l r.A.
Permanganattest	mindestens 10 Minuten
Abdampfrückstand	weniger als 15,0 mg/l r.A.
UV-Absorptionstest bei 220; 230; 240; 270 nm	höchstens 0,30; 0,18; 0,08; 0,02
1) Alkohol, der im Kleinverkauf abgegeben wird, kann auch einen niedrigeren Alkoholgehalt, jedoch nicht weniger als 95,0 % Vol aufweisen.	

Quelle: Österreichisches Normungsinstitut ÖNORM C 3001 vom 1. September 1997

17.1.19 Zollrechts-Durchführungsgesetz idF BGBl. I Nr. 2/2008

Bundesgesetz betreffend ergänzende Regelungen zur Durchführung des Zollrechts der Europäischen Gemeinschaften (Zollrechts-Durchführungsgesetz - ZollR-DG) idF BGBl. I Nr. 2/2008 (Auszug)

...

§ 95. Bei Einführen von Waren im persönlichen Gepäck von Reisenden gemäß Kapitel I Titel XI der Zollbefreiungsverordnung durch

- *Personen, die an einem Ort einreisen, der weniger als 15 Kilometer Luftlinie von ihrem normalen Wohnsitz entfernt ist, und deren Reise nachweislich über einen Umkreis von 15 Kilometer Luftlinie um den Ort der Einreise nicht hinausgeführt hat,*
- *Personen, die beruflich oder dienstlich auf gewerblich verwendeten Beförderungsmitteln tätig sind und dabei üblicherweise mehr als einmal im Kalendermonat einreisen,*
- *Grenzarbeitnehmer, die im Rahmen der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit einreisen,*

ist im Sinne des Artikels 49 der Zollbefreiungsverordnung die Einfuhrabgabenfreiheit auf folgende Mengen beschränkt:

1. *Tabakwaren:*
   25 Stück Zigaretten oder 5 Stück Zigarren oder 10 Stück Zigarillos oder 25 Gramm Rauchtabak oder eine anteilige Zusammenstellung dieser Waren;
2. *Alkohol und alkoholische Getränke:*
   - *destillierte Getränke und Spirituosen mit einem Alkoholgehalt von mehr als 22% vol.; unvergällter Ethylalkohol mit einem Alkoholgehalt von 80% vol. oder mehr: 0,25 Liter;*
   - *destillierte Getränke und Spirituosen, Aperitifs aus Wein oder Alkohol, Taffia, Sake oder ähnliche Getränke mit einem Alkoholgehalt von 22% vol. oder weniger; Schaumweine, Likörweine; nicht schäumende Weine; eine anteilige Zusammenstellung dieser Waren: 1 Liter;*

3. *andere als die in Nr. 1 und 2 genannten Waren, soweit deren Wert insgesamt 20 Euro nicht übersteigt, wovon 4 Euro auf Lebensmittel, Bier und nichtalkoholische Getränke entfallen dürfen. Die in Artikel 46 der Zollbefreiungsverordnung festgelegten mengenmäßigen Beschränkungen für Parfums und Toilettewasser dürfen hiebei nicht überschritten werden.*

...

17.2 Gesetzliche Grundlagen zum Problembereich Alkohol und Straßenverkehr

17.2.1 Führerscheingesetz 1997 idF BGBl I 31/2008

Führerscheingesetz - FSG (2006): Bundesgesetz über den Führerschein, StF BGBl. I Nr. 120/1997 idF BGBl I 31/2008 (Auszug)
(Voller Wortlaut unter www.api.or.at/akis/gesetz.htm)

§4 Lenkberechtigung für Anfänger (Probeführerschein)

...

(7) Während der Probezeit darf der Lenker ein Kraftfahrzeug nur in Betrieb nehmen und lenken, wenn der Alkoholgehalt des Blutes nicht mehr als 0,1 g/l (0,1 Promille) oder der Alkoholgehalt der Atemluft nicht mehr als 0,05 mg/l beträgt. Er darf während der Fahrt – einschließlich der Fahrtunterbrechungen – keinen Alkohol zu sich nehmen. Verstöße gegen diese Bestimmung sind nur mit der Anordnung einer Nachschulung (Abs. 3) zu ahnden, sofern nicht auch ein Verstoß gegen die StVO 1960 vorliegt.

§6 Voraussetzungen für die Erteilung einer Lenkberechtigung – Mindestalter

(3) Bewerber um eine Lenkberechtigung dürfen bei Fahrten, die sie im Zuge ihrer Ausbildung durchführen, ein Kraftfahrzeug nur in Betrieb nehmen und lenken, wenn der Alkoholgehalt des Blutes nicht mehr als 0,1 g/l (0,1 Promille) oder der Alkoholgehalt der Atemluft nicht mehr als 0,05 mg/l beträgt. Diese Bestimmung gilt ebenfalls für Besitzer einer Lenkberechtigung für die Klasse F bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres.

§7 Verkehrszuverlässigkeit

(1) Als verkehrszuverlässig gilt eine Person, wenn nicht auf Grund erwiesener bestimmter Tatsachen (Abs. 3) und ihrer Wertung (Abs. 5) angenommen werden muss, dass sie wegen ihrer Sinnesart beim Lenken von Kraftfahrzeugen die Verkehrssicherheit gefährden wird, insbesondere durch rücksichtsloses Verhalten im Straßenverkehr, Trunkenheit oder einen durch Suchtgift oder durch Medikamente beeinträchtigten Zustand.

(2) Als nicht verkehrszuverlässig gilt eine Person, wenn auf Grund erwiesener bestimmter Tatsachen (Abs. 4) und ihrer Wertung (Abs. 5) angenommen werden muss, dass sie wegen ihrer Sinnesart sich weiterer schwerer strafbarer Handlungen schuldig machen wird, die durch das Lenken von Kraftfahrzeugen erleichtert werden.

(3) Als bestimmte Tatsache im Sinn des Abs. 1 hat insbesondere zu gelten, wenn jemand:

1. *ein Kraftfahrzeug gelenkt oder in Betrieb genommen und hiebei eine Übertretung gemäß § 99 Abs. 1 bis 1b StVO 1960 begangen hat, auch wenn die Tat nach § 83 Sicherheitspolizeigesetz – SPG, BGBl. Nr. 566/1991, zu beurteilen ist;*
2. *beim Lenken eines Kraftfahrzeuges in einem durch Alkohol oder Suchtmittel beeinträchtigten Zustand auch einen Tatbestand einer in die Zuständigkeit der Gerichte fallenden strafbaren Handlung verwirklicht hat und diese Tat daher auf Grund des § 99 Abs. 6 lit. c StVO 1960 nicht als Verwaltungsübertretung zu ahnden ist;*
3. *als Lenker eines Kraftfahrzeuges durch Übertretung von Verkehrsvorschriften ein Verhalten setzt, das an sich geeignet ist, besonders gefährliche Verhältnisse herbeizuführen, oder mit besonderer Rücksichtslosigkeit gegen die für das Lenken eines Kraftfahrzeuges maßgebenden Verkehrsvorschriften verstoßen hat; als Verhalten, das geeignet ist, besonders gefährliche Verhältnisse herbeizuführen, gelten insbesondere erhebliche Überschreitungen der jeweils zulässigen Höchstgeschwindigkeit vor Schulen, Kindergärten und vergleichbaren Einrichtungen sowie Schutzwegen oder Radfahrerüberfahrten, das Übertreten von Überholverboten bei besonders schlechten oder bei weitem nicht ausreichenden Sichtverhältnissen, das Nichteinhalten des zeitlichen Sicherheitsabstandes beim Hintereinanderfahren, sofern der zeitliche Sicherheitsabstand eine Zeitdauer von 0,2 Sekunden unterschritten hat und die Übertretung mit technischen Messgeräten festgestellt wurde, oder das Fahren gegen die Fahrtrichtung auf Autobahnen;*
4. *die jeweils zulässige Höchstgeschwindigkeit im Ortsgebiet um mehr als 40 km/h oder außerhalb des Ortsgebiets um mehr als 50 km/h oder eine Geschwindigkeit von 180 km/h überschritten hat und diese Überschreitung mit einem technischen Hilfsmittel festgestellt wurde; die jeweils zulässige Höchstgeschwindigkeit im Ortsgebiet um mehr als 40 km/h oder außerhalb des Ortsgebiets um mehr als 50 km/h überschritten hat und diese Überschreitung mit einem technischen Hilfsmittel festgestellt wurde;*
5. *es unterlassen hat, nach einem durch das Lenken eines Kraftfahrzeuges selbst verursachten Verkehrsunfall, bei dem eine Person verletzt wurde, sofort anzuhalten oder erforderliche Hilfe zu leisten oder herbeizuholen;*
6. *ein Kraftfahrzeug lenkt;*
   a) trotz entzogener Lenkberechtigung oder Lenkverbotes oder trotz vorläufig abgenommenen Führerscheines oder
   b) wiederholt ohne entsprechende Lenkberechtigung für die betreffende Klasse;
7. *wiederholt in einem die Zurechnungsfähigkeit ausschließenden Rauschzustand eine strafbare Handlung begangen hat (§ 287 StGB und § 83 SPG), unbeschadet der Z 1;*

8. eine strafbare Handlung gegen die sexuelle Integrität und Selbstbestimmung gemäß den §§ 201 bis 207 oder 217 StGB begangen hat;

9. eine strafbare Handlung gegen Leib und Leben gemäß den §§ 75, 76, 84 bis 87 StGB oder wiederholt gemäß dem § 83 StGB begangen hat;

10. eine strafbare Handlung gemäß den §§ 102 (erpresserische Entführung), 131 (räuberischer Diebstahl), 142 und 143 (Raub und schwerer Raub) StGB begangen hat;

11. eine strafbare Handlung gemäß §§ 28 Abs. 2 bis 5 oder 31 Abs. 2 Suchtmittelgesetz – SMG, BGBl. I Nr. 112/1997, begangen hat;

12. die Auflage ärztlicher Kontrolluntersuchungen als Lenker eines Kraftfahrzeuges nicht eingehalten hat;

13. sonstige vorgeschriebene Auflagen als Lenker eines Kraftfahrzeuges wiederholt nicht eingehalten hat;

14. wegen eines Deliktes gemäß § 30a Abs. 2 rechtskräftig bestraft wird und bereits zwei oder mehrere zu berücksichtigende Eintragungen (§ 30a Abs. 4) vorgemerkt sind oder

15. wegen eines Deliktes gemäß § 30a Abs. 2 rechtskräftig bestraft wird, obwohl gegenüber ihm zuvor bereits einmal aufgrund eines zu berücksichtigenden Deliktes eine besondere Maßnahme gemäß § 30b Abs. 1 angeordnet worden ist.

(4) Für die Wertung der in Abs. 1 genannten und in Abs. 3 beispielsweise angeführten Tatsachen sind deren Verwerflichkeit, die Gefährlichkeit der Verhältnisse, unter denen sie begangen wurden, die seither verstrichene Zeit und das Verhalten während dieser Zeit maßgebend, wobei bei den in Abs. 3 Z 14 und 15 genannten bestimmten Tatsachen die seither verstrichene Zeit und das Verhalten während dieser Zeit nicht zu berücksichtigen ist.

(5) Strafbare Handlungen gelten jedoch dann nicht als bestimmte Tatsachen im Sinne des Abs. 1, wenn die Strafe zum Zeitpunkt der Einleitung des Verfahrens getilgt ist. Für die Frage der Wertung nicht getilgter bestimmter Tatsachen gemäß Abs. 3 sind jedoch derartige strafbare Handlungen auch dann heranzuziehen, wenn sie bereits getilgt sind.

(6) Für die Beurteilung, ob eine strafbare Handlung gemäß Abs. 3 Z 6 lit. b, 7, 9 letzter Fall oder 13 wiederholt begangen wurde, sind vorher begangene Handlungen der gleichen Art selbst dann heranzuziehen, wenn sie bereits einmal zur Begründung des Mangels der Verkehrszuverlässigkeit herangezogen worden sind, es sei denn, die zuletzt begangene Tat liegt länger als zehn Jahre zurück. Die Auflage der ärztlichen Kontrolluntersuchungen gemäß Abs. 3 Z 12 gilt als nicht eingehalten, wenn der Befund oder das ärztliche Gutachten nicht innerhalb einer Woche nach Ablauf der festgesetzten Frist der Behörde vorgelegt wird.

(7) Wurde ein Verstoß gegen Auflagen gemäß Abs. 3 Z 12 begangen, so hat die Behörde, in deren Sprengel die Übertretung begangen wurde, die Hauptwohnsitzbehörde unverzüglich von diesem Umstand zu verständigen.

§ 8 Gesundheitliche Eignung

(1) Vor der Erteilung einer Lenkberechtigung hat der Antragsteller der Behörde ein ärztliches Gutachten vorzulegen, dass er zum Lenken von Kraftfahrzeugen gesundheitlich geeignet ist. Das ärztliche Gutachten hat auszusprechen, für welche Klassen von Lenkberechtigungen der Antragsteller gesundheitlich geeignet ist, darf im Zeitpunkt der Entscheidung nicht älter als 18 Monate sein und ist von einem in die Ärzteliste eingetragenen sachverständigen Arzt gemäß § 34 zu erstellen.

(2) Sind zur Erstattung des ärztlichen Gutachtens besondere Befunde oder im Hinblick auf ein verkehrspsychologisch auffälliges Verhalten eine Stellungnahme einer verkehrspsychologischen Untersuchungsstelle erforderlich, so ist das ärztliche Gutachten von einem Amtsarzt zu erstellen; der Antragsteller hat diese Befunde oder Stellungnahmen zu erbringen. Wenn im Rahmen der amtsärztlichen Untersuchung eine sichere Entscheidung im Hinblick auf die gesundheitliche Eignung nicht getroffen werden kann, so ist erforderlichenfalls eine Beobachtungsfahrt anzuordnen.

...

§ 11 Fahrprüfung

(1) Die Fahrprüfung hat aus einer automationsunterstützten theoretischen und einer praktischen Prüfung zu bestehen.

(2) Die theoretische Prüfung ist unter Bedachtnahme auf die angestrebte Klasse oder Unterklasse (§ 2 Abs. 1) abzunehmen und hat sich zu erstrecken

...

3.d) alle Umstände zu berücksichtigen, die das Verhalten der Lenker beeinträchtigen (Alkohol, Ermüdung, Mängel des Sehvermögens usw.);

§ 14 Pflichten des Kraftfahrzeuglenkers

...

(8) Ein Kraftfahrzeug darf nur in Betrieb genommen oder gelenkt werden, wenn beim Lenker der Alkoholgehalt des Blutes weniger als 0,5g/l (0,5 Promille) oder der Alkoholgehalt der Atemluft weniger als 0,25mg/l beträgt. Bestimmungen, die für den betreffenden Lenker geringere Alkoholgrenzwerte festsetzen, bleiben unberührt.

...

§ 16 Führerscheinregister – Allgemeines

(1) Verfahren und Amtshandlungen nach diesem Bundesgesetz, die Administration des Sachverständigenwesens, zu leistende Vergütungen für die Fahrprüfung sowie die Erfassung der Fahrschulen, sachverständigen Ärzte und verkehrspsychologischen Untersuchungsstellen sind mittels automationsunterstützter Datenverarbeitung in Form des Führerscheinregisters durchzuführen. ... Auftraggeber im Sinne des § 4 Z 4 des Datenschutzgesetzes, BGBl. I Nr. 165/1999, sind die Behörden, Betreiber ist das Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie. Das Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie hat das Führerscheinregister bei der Bundesrechenzentrum GmbH zu führen.

...

§ 16a Führerscheinregister – Gespeicherte Daten

Zum Zwecke der Erteilung oder Ausdehnung der Lenkberechtigung oder zur Durchführung sonstiger behördlicher Verfahren sind folgende Daten zu verarbeiten

...

§16b

(8) Die gemäß § 16a in das Führerscheinregister aufgenommenen anonymisierten Antragsdaten und Daten über ausgestellte Führerscheine aller Führerscheinbehörden sind im Wege der Datenfernübertragung zwecks Erstellung einer bundeseinheitlichen Statistik der Führerscheinangelegenheiten kostenlos der Bundesanstalt Statistik Österreich zu übermitteln.

§ 17 Führerscheinregister – Löschung der Daten

(1) Verfahrensdaten sind nach folgenden Kriterien logisch zu löschen:

1. bei Verfahren, die zur Erteilung einer Lenkberechtigung führten, nach der Mitteilung über das Ableben des Besitzers, spätestens aber 100 Jahre nach der erstmaligen Erteilung;

2. bei sonstigen Verfahren nach diesem Bundesgesetz spätestens zehn Jahre nach Eintragung oder letzten Änderung des jeweiligen Datensatzes, wenn die aus dem jeweiligen Verfahren resultierenden Registerdaten jedoch erst später zu löschen sind (Abs. 2), mit Löschung der Registerdaten. Spätestens mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem die logische Löschung erfolgte, sind die Verfahrensdaten auch physisch zu löschen.

...

§ 19 Vorgezogene Lenkberechtigung für die Klasse B

...

(6) Bei der Durchführung von Ausbildungsfahrten darf sowohl beim Bewerber als auch beim Begleiter der Alkoholgehalt des Blutes nicht mehr als 0,1g/l (0,1 Promille) oder der Alkoholgehalt der Atemluft nicht mehr als 0,05 mg/l betragen.

(7) Die Bewilligung zur Durchführung von Ausbildungsfahrten ist einem Begleiter zu entziehen bei:

1. Verstößen gegen die Bestimmungen des Abs. 6 oder

2. wenn er wegen eines der in § 7 Abs. 3 genannten Delikte rechtskräftig bestraft wurde. Verstößt der Bewerber gegen die Bestimmungen des Abs. 6, so ist er nicht vor Vollendung des 18. Lebensjahres zur Fahrprüfung zuzulassen.

§ 20 Lenkberechtigung für die Klasse C

§ 20 ...

(5) Fahrzeuge der Klasse C, deren höchste zulässige Gesamtmasse mehr als 7,5 t beträgt, dürfen nur von einem Lenker in Betrieb genommen und gelenkt werden, bei dem der Alkoholgehalt des Blutes nicht mehr als 0,1 g/l (0,1 Promille) oder der Alkoholgehalt der Atemluft nicht mehr als 0,05 mg/l beträgt.

§ 21 Lenkberechtigung für die Klasse D

...

(3) Fahrzeuge der Klasse D dürfen nur von einem Lenker in Betrieb genommen und gelenkt werden, bei dem der Alkoholgehalt des Blutes nicht mehr als 0,1 g/l (0,1 Promille) oder der Alkoholgehalt der Atemluft nicht mehr als 0,05 mg/l beträgt.

§ 24 Allgemeines (Entziehung, Einschränkung und Erlöschen der Lenkberechtigung)

...

(3) Bei der Entziehung oder Einschränkung der Lenkberechtigung kann die Behörde begleitende Maßnahmen (Nachschulung und dgl.) oder die Beibringung eines amtsärztlichen Gutachtens über die gesundheitliche Eignung anordnen. Die Behörde hat unbeschadet der Bestimmungen des Abs. 3a eine Nachschulung anzuordnen, wenn die Entziehung in der Probezeit (§ 4) oder wegen einer Übertretung gemäß § 99 Abs. 1 oder 1a StVO 1960 erfolgt. Im Rahmen des amtsärztlichen Gutachtens kann die Beibringung der erforderlichen fachärztlichen oder einer verkehrspsychologischen Stellungnahme aufgetragen werden. Bei einer Übertretung gemäß § 99 Abs. 1 StVO 1960 ist unbeschadet der Bestimmungen des Abs. 3a zusätzlich die Beibringung eines von einem Amtsarzt erstellten Gutachtens über die gesundheitliche Eignung gemäß § 8 sowie die Beibringung einer verkehrspsychologischen Stellungnahme anzuordnen. Wurde eine dieser Anordnungen innerhalb der festgesetzten Frist nicht befolgt oder wurden die zur Erstellung des ärztlichen Gutachtens erforderlichen Befunde nicht beigebracht oder wurde die Mitarbeit bei Absolvierung der begleitenden Maßnahme unterlassen, so endet die Entziehungsdauer nicht vor Befolgung der Anordnung. Wurde die Anordnung der Absolvierung der fehlenden Stufe(n) gemäß § 4c Abs. 2 nicht befolgt oder wurde von einem Probeführerscheinbesitzer die Anordnung der Nachschulung nicht befolgt oder wurde bei diesen Maßnahmen die Mitarbeit unterlassen, so ist die Lenkberechtigung bis zur Befolgung der Anordnung zu entziehen. Die Anordnung der begleitenden Maßnahme oder des ärztlichen Gutachtens hat entweder im Bescheid, mit dem die Entziehung oder Einschränkung ausgesprochen wird, oder in einem gesonderten Bescheid zugleich mit dem Entziehungsbescheid zu erfolgen.

(3a) Stellt sich im Laufe des gemäß Abs. 3 zweiter und vierter Satz durchgeführten Entziehungsverfahrens heraus, dass der Betreffende von Alkohol abhängig ist, ist von einer Anordnung oder Absolvierung der noch nicht durchgeführten Untersuchungen oder Maßnahmen abzusehen.

...

§ 26 Sonderfälle der Entziehung

(1) Wird beim Lenken eines Kraftfahrzeuges erstmalig eine Übertretung gemäß § 99 Abs. 1 lit. a StVO 1960 begangen, so ist, wenn es sich nicht um einen Lenker eines Kraftfahrzeuges der Klasse C oder D handelt, die Lenkberechtigung für die Dauer von vier Wochen zu entziehen. Wenn jedoch

1. auch eine der in § 7 Abs. 3 Z 3 bis 7 genannten Übertretungen vorliegt oder

2. der Lenker bei Begehung dieser Übertretung einen Verkehrsunfall verschuldet hat oder

3. der Alkoholgehalt des Blutes 1,2 g/l (1,2 Promille) oder mehr, aber weniger als 1,6 g/l (1,6 Promille), oder der Alkoholgehalt der Atemluft 0,6 mg/l oder mehr, aber weniger als 0,8 mg/l, beträgt

so hat die Entziehungsdauer mindestens drei Monate zu betragen.

(2) Wird beim Lenken eines Kraftfahrzeuges erstmalig

1. eine Übertretung gemäß § 99 Abs. 1 lit. A StVO 1960 begangen und beträgt der Alkoholgehalt des Blutes 1,6 g/l (1,6 Promille) oder mehr, oder der Alkoholgehalt der Atemluft 0,8 mg/l oder mehr, oder

2. eine Übertretung gemäß § 99 Abs. 1 lit. B oder C StVO 1960 begangen,

so ist die Lenkberechtigung für die Dauer von mindestens vier Monaten zu entziehen.

(3) Im Falle der erstmaligen Begehung einer in § 7 Abs. 3 Z 4 genannten Übertretung – sofern die Übertretung nicht geeignet war, besonders gefährliche Verhältnisse herbeizuführen oder mit besonderer Rücksichtslosigkeit gegenüber anderen Straßenbenützern begangen wurde (§ 7 Abs. 3 Z 3) oder auch eine Übertretung gemäß Abs. 1, 2 oder 4 vorliegt – hat die Entziehungsdauer zwei Wochen, bei der zweiten Begehung einer derartigen Übertretung innerhalb von zwei Jahren ab der ersten Begehung sechs Wochen zu betragen.

(4) Beträgt bei einem Lenker eines Kraftfahrzeuges der Alkoholgehalt des Blutes mehr als 0,5 g/l (0,5 Promille) oder mehr aber weniger als 0,8 g/l (0,8 Promille) oder der Alkoholgehalt der Atemluft mehr als 0,25 mg/l oder mehr, aber weniger als 0,4 mg/l, und ist dies der zweite Verstoß gegen § 14 Abs. 8 innerhalb eines Zeitraumes von zwölf Monaten ab dem ersten Verstoß, und liegt bei keinem der Verstöße auch eine Übertretung gemäß § 99 Abs. 1 StVO 1960 vor, so ist ihm die Lenkberechtigung für mindestens drei Wochen zu entziehen; bei einem dritten derartigen Verstoß innerhalb desselben Zeitraumes für die Dauer von mindestens vier Wochen. Beim ersten Verstoß gegen § 14 Abs. 8 ist die Entziehung anzudrohen.

(5) (Anm.: aufgehoben durch BGBl I 2002/81.)

(6) (Anm.: aufgehoben durch BGBl I 2002/81.)

(7) Eine Entziehung gemäß Abs. 3 und 4 darf erst ausgesprochen werden, wenn das Strafverfahren in erster Instanz durch Strafbescheid abgeschlossen ist. Bei diesen Entziehungen darf die Behörde keine begleitenden Maßnahmen anordnen, es sei denn, die Übertretung erfolgte durch einen Probeführerscheinbesitzer.

(8) Eine Übertretung gemäß Abs. 1 und 2 gilt als erstmalig, wenn eine vorher begangene Übertretung der gleichen Art zum Zeitpunkt der Begehung der neuerlichen Übertretung getilgt ist.

...

§ 30a.

Vormerksystem

(1) Hat ein Kraftfahrzeuglenker eines der in Abs. 2 angeführten Delikte begangen, so ist unabhängig von einer verhängten Verwaltungsstrafe, einer etwaigen Entziehung der Lenkberechtigung oder sonstiger angeordneter Maßnahmen eine Vormerkung im Örtlichen Führerscheinregister einzutragen. Die Vormerkung ist auch dann einzutragen, wenn das in Abs. 2 genannte Delikt den Tatbestand einer in die Zuständigkeit der Gerichte fallenden strafbaren Handlung verwirklicht.

...

§ 30b.

Besondere Maßnahmen

(1) Unbeschadet einer etwaigen Entziehung der Lenkberechtigung ist eine besondere Maßnahme gemäß Abs. 3 anzuordnen:

1. wenn zwei oder mehrere der im § 30a Abs. 2 genannten Delikte in Tateinheit (§ 30a Abs. 3) begangen werden oder

2. anlässlich einer zweiten zu berücksichtigenden Vormerkung (§ 30a Abs. 4) wegen eines der in § 30a Abs. 2 genannten Delikte, sofern wegen des ersten Deliktes nicht bereits eine Maßnahme gemäß Z 1 angeordnet wurde.

...

§ 31 Mopedausweis

...

(5) Vor Vollendung des 20. Lebensjahres darf ein Motorfahrrad, ein vierrädriges Leichtkraftfahrzeug und ein Invalidenkraftfahrzeug nur in Betrieb genommen und gelenkt werden, wenn der Alkoholgehalt des Blutes nicht mehr als 0,1 g/l (0,1 Promille) oder der Alkoholgehalt der Atemluft nicht mehr als 0,05 mg/l beträgt.

§ 37 Strafausmaß

(1) Wer diesem Bundesgesetz, den auf Grund dieses Bundesgesetzes erlassenen Verordnungen, Bescheiden oder sonstigen Anordnungen zuwiderhandelt, begeht eine Verwaltungsübertretung und ist, sofern in den folgenden Absätzen nichts anderes bestimmt ist, mit einer Geldstrafe von 36 Euro bis zu 2180 Euro, im Falle ihrer Uneinbringlichkeit mit einer Ersatzfreiheitsstrafe bis zu sechs Wochen zu bestrafen. Zuwiderhandlungen gegen Bestimmungen nach diesem Bundesgesetz, die einen bestimmten Alkoholgrenzwert zum Lenken oder Inbetriebnehmen von Kraftfahrzeugen festlegen, sind unbeschadet des Abs. 3 Z 3 jedoch nur dann zu bestrafen, wenn keine Übertretung der StVO 1960 oder des § 37a vorliegt. Dies gilt auch für Zuwiderhandlungen, die auf dem Wege von einer österreichischen Grenzabfertigungsstelle, die auf ausländischem Gebiet liegt, zur Staatsgrenze begangen werden. Auch der Versuch einer solchen Zuwiderhandlung ist strafbar.

(2) Wurde der Täter wegen der gleichen Zuwiderhandlung bereits einmal bestraft, so kann an Stelle der Geldstrafe eine Freiheitsstrafe bis zu sechs Wochen verhängt werden. Wurde der Täter wegen der gleichen Zuwiderhandlung bereits zweimal bestraft, so können Geld- und Freiheitsstrafen auch nebeneinander verhängt werden. Die Verhängung einer Freiheitsstrafe ist in diesen Fällen aber nur zulässig, wenn es ihrer bedarf, um den Täter von weiteren Verwaltungsübertretungen der gleichen Art abzuhalten.

(3) Eine Mindeststrafe von 363 Euro ist zu verhängen für das Lenken

1. eines Kraftfahrzeuges entgegen der Bestimmung des § 1 Abs. 3, sofern der Lenker überhaupt keine gültige Klasse von Lenkberechtigungen besitzt,

2. eines Kraftfahrzeuges, obwohl der Führerschein gemäß § 39 vorläufig abgenommen wurde oder

3. eines Kraftfahrzeuges der Klasse D entgegen der Bestimmung des § 21 Abs. 3, sofern nicht auch ein Verstoß gegen § 99 Abs. 1 bis 1b StVO 1960 vorliegt.

(4) Eine Mindeststrafe von 726 Euro ist zu verhängen für das Lenken eines Kraftfahrzeuges, obwohl

1. die Lenkberechtigung entzogen wurde oder

2. gemäß § 30 Abs. 1 ein Lenkverbot ausgesprochen wurde.

(5) Bei einer Verwaltungsübertretung nach Abs. 3 Z 2 und 3, nach Abs. 4, sowie nach § 37a finden die Bestimmungen der §§ 21 und 50 VStG, BGBl. Nr. 52/1991, keine Anwendung. ...

§ 37a

Wer entgegen der Bestimmung des § 14 Abs. 8 ein Kraftfahrzeug in Betrieb nimmt oder lenkt, begeht eine Verwaltungsübertretung und ist, sofern nicht auch ein Verstoß gegen § 99 Abs. 1 bis 1b StVO 1960 vorliegt, mit einer Geldstrafe von 218 Euro bis 3633 Euro, im Falle ihrer Uneinbringlichkeit mit einer Ersatzfreiheitsstrafe bis zu sechs Wochen zu bestrafen. Bei der Strafbemessung sind auch der Grad der Alkoholisierung und die Häufigkeit der Verstöße zu berücksichtigen.

§ 39 Vorläufige Abnahme des Führerscheins

(1) Die Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes und der Straßenaufsicht haben einem Kraftfahrzeuglenker, aus dessen Verhalten deutlich zu erkennen ist, dass er insbesondere infolge Alkohol- oder Suchtmittelgenusses, Einnahme von Medikamenten oder eines außergewöhnlichen Erregungs- oder Ermüdungszustandes nicht mehr die volle Herrschaft über seinen Geist und seinen Körper besitzt oder bei dem ein Alkoholgehalt des Blutes von 0,8 g/l (0,8 Promille) oder mehr oder ein Alkoholgehalt der Atemluft von 0,4 mg/l oder mehr festgestellt wurde, den Führerschein vorläufig abzunehmen, wenn er ein Kraftfahrzeug gelenkt hat, in Betrieb genommen hat oder es in Betrieb zu nehmen versucht. Ebenso können diese Organe bei mit technischen Hilfsmitteln festgestellten Geschwindigkeitsübertretungen, die mit einer Entziehung geahndet werden, den Führerschein vorläufig abnehmen. Bei der vorläufigen Abnahme ist eine Bescheinigung auszustellen, in der die Gründe für die Abnahme und eine Belehrung über die zur Wiedererlangung des Führerscheines erforderlichen Schritte enthalten sind.

17.2.2 Nachschulungsverordnung 2002 idF BGBl. Nr. 220/2005

Verordnung des Bundesministers für Verkehr, Innovation und Technologie über verkehrspsychologische Nachschulungen (Nachschulungsverordnung FSG-NV) 2002 idF BGBl. II Nr. 220/2005 (Auszug)
(Voller Wortlaut unter www.api.or.at/akis/gesetz.htm)

Kurstypen und Kursinhalte, Begriffsbestimmungen

§ 1. Im Sinne dieser Verordnung gilt als:

1. Nachschulung: ein verkehrspsychologischer Kurs für verkehrs- oder alkoholauffällige Kraftfahrzeuglenker oder Lenker mit sonstiger Problematik (insbesondere Suchtmittel- oder Arzneimittelmissbrauch) unabhängig davon, ob es sich um einen Probeführerscheinbesitzer handelt oder nicht;

2. Alkoholauffällig: ein Kraftfahrzeuglenker, dessen Lenkberechtigung wegen Verletzung einer in den für den Kraftfahrzeugverkehr relevanten Rechtsvorschriften enthaltenen Alkoholgrenze entzogen wurde oder ein Probeführerscheinbesitzer, der eine Übertretung des § 4 Abs. 7 FSG begangen hat;

3. Verkehrsauffällig: ein Kraftfahrzeuglenker, dessen Lenkberechtigung wegen eines Verstoßes gegen Verkehrsvorschriften entzogen wurde, sofern nicht die Voraussetzungen gemäß Z 2 oder 4 vorliegen oder ein Probeführerscheinbesitzer, der einen schweren Verstoß gemäß § 4 Abs. 6 FSG begangen hat;

4. sonstige Problematik: das Lenken eines Kraftfahrzeuges unter einer Beeinträchtigung von Sucht- oder Arzneimitteln.

Nachschulungen für alkoholauffällige Lenker

§ 2.

(1) Dieser Kurstyp ist bei Vorliegen der Voraussetzungen gemäß §§ 4 Abs. 3, 24 Abs. 3 und 26 Abs. 8 FSG von folgenden Personen zu absolvieren:

1. alkoholauffälligen Probeführerscheinbesitzern, auch wenn durch die der Übertretung zu Grunde liegende Tat andere Alkoholgrenzen oder sonstige Verkehrsvorschriften verletzt wurden sowie

2. sonstigen alkoholauffälligen Kraftfahrzeuglenkern.

(2) Im Rahmen der Nachschulung für alkoholauffällige Lenker sind die Ursachen, die zur Anordnung dieser Maßnahme geführt haben, zu erörtern, der Bezug des Fehlverhaltens zu persönlichen Einstellungen bewusst zu machen und die Möglichkeiten für ihre Beseitigung zu behandeln. Wissenslücken der Kursteilnehmer über die Wirkung des Alkohols auf die Verkehrsteilnehmer sollen geschlossen und individuell angepasste Verhaltensweisen entwickelt, erprobt und ansatzweise stabilisiert werden, um Trinkgewohnheiten zu ändern und Alkoholkonsum und Lenken künftig zuverlässig zu trennen. Durch die Entwicklung geeigneter Verhaltensmuster sollen die Möglichkeiten zur Selbstkontrolle gefördert werden, die die Kursteilnehmer in die Lage versetzen sollen, einen Rückfall in weitere Verkehrsverstöße unter Alkoholeinfluss zu vermeiden.

(3) Am Beginn von zumindest einer Kurssitzung sowie bei Vorliegen des Verdachts auf Alkoholisierung ist die Atemluft der Kandidaten mittels geeigneter Geräte auf etwaigen Alkoholgehalt zu überprüfen. Die Testergebnisse sind zu protokollieren und das Protokoll fünf Jahre aufzubewahren. Beträgt bei einem Teilnehmer der Alkoholgehalt des Blutes mehr als 0,1 g/l (0,1 Promille) oder der Alkoholgehalt der Atemluft mehr als 0,05 mg/l oder verweigert der Teilnehmer die Untersuchung der Atemluft auf Alkoholgehalt, ist dem Teilnehmer die Ausstellung einer Kursbesuchsbestätigung zu verweigern.

...

Nachschulungen bei sonstiger Problematik

§ 4.

(1) Dieser Kurstyp ist bei Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 24 Abs. 3 FSG von jenen Personen zu absolvieren, die Kraftfahrzeuge unter einer sonstigen Beeinträchtigung gelenkt haben.

(2) Im Rahmen dieses Kurses sollen adäquate Verhaltensstrategien entwickelt werden, um das Lenken von Kraftfahrzeugen unter spezieller Beeinträchtigung zu vermeiden, und zwar durch Aufzeigen der Motive und Probleme für den Missbrauch, Bewusstmachen der Gefahren im Straßenverkehr durch bewusstseinsverändernde und verhaltensbeeinträchtigende Substanzen sowie Entwicklung, Erprobung und ansatzweise Stabilisierung von individuellen Lösungsmöglichkeiten für künftige Vorfallsfreiheit.

Umfang und Einteilung der Kurse

§ 5.

(1) Bei Einteilung der Nachschulungskurse hat die ermächtigte Einrichtung den Kurstyp, an dem der Betreffende teilzunehmen hat, zu bestimmen. Die ermächtigte Einrichtung hat darauf zu achten, dass jeder Teilnehmer an einem Kurs desjenigen Kurstyps gemäß §§ 2 bis 4 teilnimmt, in dem die Problematik aufgearbeitet wird, die der Grund für die Anordnung der Nachschulung war. Der Betreffende hat den oder die Strafbescheid(e) oder – sofern eine Bestrafung nicht erfolgt ist – den Bescheid, mit dem die Nachschulung angeordnet wurde, zur Anmeldung zur Nachschulung mitzubringen. Beim Zusammentreffen mehrerer Nachschulungsgründe hat die ermächtigte Einrichtung festzulegen, welcher Kurstyp zu absolvieren ist. In diesem Fall ist von der ermächtigten Einrichtung sicherzustellen, dass alle der Nachschulung zugrunde liegenden Ursachen erörtert werden. Es ist zulässig, dass Probeführerscheinbesitzer und Nicht-Probeführerscheinbesitzer am selben Kurs teilnehmen.

(2) Die Nachschulung ist in Gruppen mit mindestens sechs und höchstens elf Teilnehmern durchzuführen. Ist einem Teilnehmer die Teilnahme an einer Gruppensitzung nicht möglich, kann in begründeten Ausnahmefällen höchstens eine Gruppensitzung durch ein Einzelgespräch im Ausmaß von einem Drittel der Dauer der versäumten Gruppensitzung ersetzt werden. Abgesehen davon hat die Zusammensetzung der Gruppe über die gesamte Dauer des Nachschulungskurses gleich zu bleiben.

(3) Die Nachschulungskurse gemäß § 2 bis § 4 haben folgendes Ausmaß aufzuweisen:

	Erstmaliger Besuch einer Nachschulung	*Wiederholter Besuch einer Nachschulung desselben Kurstyps innerhalb von fünf Jahre*
*Nachschulung gemäß §§ 2 oder 4 (alkoholauffällige Lenker oder sonstige Problematik)**	*mindestens vier Gruppensitzungen zu insgesamt 15 Kurseinheiten*	*Mindestens fünf Gruppensitzungen zu insgesamt 18 Kurseinheiten*
*Nachschulung gemäß § 3 (verkehrsauffällige Lenker)**	*mindestens vier Gruppensitzungen zu insgesamt zwölf Kurseinheiten sowie eine Fahrprobe, die hinsichtlich des Aufwandes einer Gruppensitzung von insgesamt drei Kurseinheiten entspricht*	*mindestens fünf Gruppensitzungen zu insgesamt 15 Kurseinheiten sowie eine Fahrprobe, die hinsichtlich des Aufwandes einer Gruppensitzung von insgesamt drei Kurseinheiten entspricht*

**) Anmerkung der AutorInnen*

Die zusätzliche Kurssitzung beim wiederholten Besuch einer Nachschulung innerhalb von fünf Jahren kann auch in Form eines Einzelgesprächs in der Dauer von einer Kurseinheit durchgeführt werden. Eine Kurseinheit hat 50 Minuten zu betragen...

(4) Die Kurssitzungen sind möglichst gleichmäßig auf einen Zeitraum von mindestens 22 und höchstens 40 Kalendertagen verteilt, durchzuführen. An einem Tag darf jedoch nicht mehr als eine Kurssitzung durchgeführt werden. Die Dauer einer Gruppensitzung hat mindestens drei und höchstens fünf Kurseinheiten zu betragen. Der Zeitraum zwischen zwei Kurssitzungen hat mindestens zwei Tage zu betragen, ausgenommen bei Ersatzsitzungen gemäß Abs. 2 zweiter Satz.

(5) In begründeten Einzelfällen, insbesondere wenn beim Betreffenden die Gruppenfähigkeit nicht gegeben ist, bei individuellen Belastungen oder bei Sprach- und Kommunikationsschwierigkeiten, kann die Nachschulung in Form eines Einzelgesprächs absolviert werden. Die Dauer dieser Form der Nachschulung hat mindestens fünf Einzelgespräche zu je einer Kurseinheit zu betragen, wobei bei Personen, die bereits zum wiederholten Mal an einer Nachschulung desselben Kurstyps innerhalb von fünf Jahren teilnehmen, eine Erweiterung auf sechs Kurseinheiten zu erfolgen hat.

(6) Mit Ausstellung einer Kursbesuchsbestätigung gilt die Nachschulung als ordnungsgemäß absolviert. Folgende Voraussetzungen müssen für die Ausstellung einer Kursbesuchsbestätigung erfüllt sein:

1. Teilnahme an allen Kurssitzungen unbeschadet Abs. 2,

2. ausreichende Mitarbeit im Kurs,

3. keine Übertretung der Bestimmung des § 2 Abs. 3,

4. vollständige Bezahlung der Kursgebühr.

Wird die Ausstellung einer Kursbesuchsbestätigung aus den in Z 1 bis 3 genannten Gründen verweigert, ist für einen Erwerb einer Kursbesuchsbestätigung ein neuerlicher Nachschulungskurs zu absolvieren.

(7) Wurde von der Behörde sowohl eine verkehrspsychologische Stellungnahme als auch eine Nachschulung angeordnet, ist vor Absolvierung der Nachschulung die verkehrspsychologische Untersuchung durchzuführen. Die verkehrspsychologische Stellungnahme und die Nachschulung dürfen in diesen Fällen nicht vom selben Verkehrspsychologen durchgeführt werden.

...

Voraussetzungen zur Durchführung von Nachschulungen

§ 6.

(1) Eine Nachschulung darf nur von einer vom Bundesminister für Verkehr, Innovation und Technologie nach Befassung des verkehrspsychologischen Koordinationsausschusses ermächtigten Stelle durchgeführt werden.

...

§ 7.

(1) Als Kursleiter tätig werden dürfen Personen, die

1. *Psychologe gemäß § 1 Psychologengesetz BGBl. Nr. 360/1990 sind,*
2. *eine 1.600 Stunden umfassende Berufserfahrung in Verkehrspsychologie, die 160 Stunden theoretische Ausbildung und 120 Stunden praktische Erfahrung in Verkehrspsychologie beinhaltet, aufweisen,*
3. *eine 160 Stunden umfassende Einführung in therapeutische Interventionstechniken absolviert haben,*
4. *eine Einschulung in das Kursmodell, bestehend aus 20 Stunden Theorie, zwei Kursen als Co-Trainer und drei Kursen unter Supervision absolviert haben und*
5. *im Besitz der Lenkberechtigung für die Klasse B sind.*

Beim Autor des Kursmodells entfällt die Voraussetzung gemäß Z 4. Bei Personen, die nicht Autor des Kursmodells sind, aber als anerkannte Kursleiter bereits Kurse nach zumindest einem anderen anerkannten Modell geleitet haben, entfällt bei der Einschulung gemäß Z 4 das Erfordernis der Kurse als Co-Trainer sowie der Kurse unter Supervision. Das Erfordernis der Z 5 entfällt bei Personen, die im Besitz einer Lenkberechtigung für die Klasse B waren und denen die Lenkberechtigung wegen mangelnder gesundheitlicher Eignung entzogen wurde, sofern es sich nicht um eine Entziehung wegen Abhängigkeit von Alkohol, eines Sucht- oder Arzneimittels handelt.

....

(3) Während der Kurse darf beim Kursleiter der Alkoholgehalt des Blutes 0,1g/l (0,1 Promille) oder der Alkoholgehalt der Atemluft 0,05 mg/l nicht überschreiten.

(4) Die Kursleiter sind verpflichtet, jährlich

...

3. *acht Arbeitseinheiten Weiterbildung in Verkehrspsychologie sowie in ergänzenden Bereichen, wie insbesondere Recht, Sucht oder Epidemiologie, die gemäß § 9 Abs. 2 Z 2 vom verkehrspsychologischen Koordinationsausschuss angeboten werden, nachzuweisen.*

Kosten der Nachschulungen

§ 11. Die Gebühr für die Teilnahme an einer Nachschulung beträgt pro Teilnehmer

1. für eine Gruppensitzung pro Kurseinheit 35 Euro

2. für ein Einzelgespräch pro Kurseinheit 109 Euro.

(2) § 5 Abs. 7 zweiter Satz tritt mit 1. Jänner 2003 in Kraft.

17.2.3 Führerscheingesetz-Gesundheitsverordnung 1997 idF BGBl. II Nr. 64/2006

Verordnung des Bundesministers für Wissenschaft und Verkehr über die gesundheitliche Eignung zum Lenken von Kraftfahrzeugen (Führerscheingesetz-Gesundheitsverordnung - FSG-GV) 1997 idF BGBl. II Nr. 64/2006 (Auszug) (Voller Wortlaut unter www.api.or.at/akis/gesetz.htm)

§ 5 Gesundheit

(1) Als zum Lenken von Kraftfahrzeugen hinreichend gesund gilt eine Person, bei der keine der folgenden Krankheiten festgestellt wurde:

4. schwere psychische Erkrankungen gemäß § 13 sowie:

a) Alkoholabhängigkeit oder

b) andere Abhängigkeiten, die das sichere Beherrschen des Kraftfahrzeuges und das Einhalten der für das Lenken des Kraftfahrzeuges geltenden Vorschriften beeinträchtigen könnten, ...

(2) Wenn sich aus der Vorgeschichte oder bei der Untersuchung zur Feststellung der Gesundheit gemäß Abs. 1 Z 1 ein krankhafter Zustand ergibt, der die Eignung zum Lenken eines Kraftfahrzeuges einschränken oder ausschließen würde, ist gegebenenfalls eine fachärztliche Stellungnahme einzuholen; bei Erkrankungen gemäß Abs. 1 Z 2, 3 und 4 ist eine entsprechende fachärztliche Stellungnahme einzuholen, die die kraftfahrspezifische Leistungsfähigkeit mitzubeurteilen hat. Bei Erkrankungen gemäß Abs. 1 Z 4 lit. a und b ist zusätzlich eine verkehrs-psychologische Stellungnahme einzuholen.

§ 14 Alkohol, Sucht- und Arzneimittel

(1) Personen, die von Alkohol, einem Sucht- oder Arzneimittel abhängig sind oder den Konsum dieser Mittel nicht so weit einschränken können, dass sie beim Lenken eines Kraftfahrzeuges nicht beeinträchtigt sind, darf, soweit nicht Abs. 4 anzuwenden ist, eine Lenkberechtigung weder erteilt noch belassen werden. Personen, bei denen der Verdacht einer Alkohol-, Suchtmittel- oder Arzneimittelabhängigkeit besteht, haben eine fachärztliche psychiatrische Stellungnahme beizubringen.

(2) Lenker von Kraftfahrzeugen, bei denen ein Alkoholgehalt des Blutes von 1,6 g/l (1,6 Promille) oder mehr oder der Atemluft von 0,8 mg/l oder mehr festgestellt wurde, haben ihre psychologische Eignung zum Lenken von Kraftfahrzeugen durch eine verkehrspsychologische Stellungnahme nachzuweisen.

(3) Personen, die ohne abhängig zu sein, in einem durch Sucht oder Arzneimittel beeinträchtigten Zustand ein Kraftfahrzeug gelenkt haben, darf eine Lenkberechtigung weder erteilt noch belassen werden, es sei denn, sie haben ihre Eignung zum Lenken von Kraftfahrzeugen durch eine verkehrspsychologische und eine fachärztliche Stellungnahme nachgewiesen

(4) Personen, die aus medizinischen Gründen Sucht- oder Arzneimittel erhalten, die geeignet sind, die Fahrtauglichkeit zu beeinträchtigen, darf nach einer befürwortenden fachärztlichen Stellungnahme eine Lenkberechtigung erteilt oder belassen werden.

(5) Personen, die alkohol-, suchtmittel- oder arzneimittelabhängig waren oder damit gehäuften Missbrauch begangen haben, ist nach einer befürwortenden fachärztlichen Stellungnahme und unter der Bedingung ärztlicher Kontrolluntersuchungen eine Lenkberechtigung der Gruppe 1 zu erteilen oder wiederzuerteilen.

17.2.4 13. Novelle der Straßenverkehrsordnung 1986

Bundesgesetz: Änderung der Straßenverkehrsordnung 1960, 13. StVO-Novelle, BGBl. Nr. 105/1986 (Auszug)

§ 5

1) Wer sich in einem durch Alkohol beeinträchtigten Zustand befindet, darf ein Fahrzeug weder lenken noch in Betrieb nehmen. Bei einem Alkoholgehalt des Blutes von 0,8 g/l (0,8 Promille) oder darüber oder bei einem Alkoholgehalt der Atemluft von 0,4 mg/l oder darüber gilt der Zustand einer Person als von Alkohol beeinträchtigt.

...

2a) Die Untersuchung der Atemluft auf Alkoholgehalt ist entweder

a) mit einem Gerät, das nur den Verdacht der Beeinträchtigung durch Alkohol ergibt, oder

b) mit einem Gerät, das den Alkoholgehalt der Atemluft misst und entsprechend anzeigt,

vorzunehmen.

...

(4) Die Organe der Straßenaufsicht sind weiters berechtigt, einem im öffentlichen Sanitätsdienst stehenden oder bei einer Bundespolizeibehörde tätigen Arzt zwecks Feststellung des Grades der Alkoholeinwirkung vorzuführen...

(4a) Wird eine Untersuchung der Atemluft nach Abs. 2 a lit. b vorgenommen, so gilt deren Ergebnis als Feststellung des Grades der Alkoholeinwirkung, ... Im Falle einer Untersuchung der Atemluft nach Abs. 2a lit. b hat eine Vorführung nach Abs. 4 zu unterbleiben.

17.2.5 Straßenverkehrsordnung 1960 idF BGBl. I Nr. 2/2008

Bundesgesetz vom 6. Juli 1960, mit dem Vorschriften über die Straßenpolizei erlassen werden (Straßenverkehrsordnung 1960 - StVO. 1960) idF BGBl. I Nr. 2/2008 (Auszug)
(Voller Wortlaut unter www.api.or.at/akis/gesetz.htm)

§ 5 Besondere Sicherungsmaßnahmen gegen Beeinträchtigung durch Alkohol

(1) Wer sich in einem durch Alkohol beeinträchtigten Zustand befindet, darf ein Fahrzeug weder lenken noch in Betrieb nehmen. Bei einem Alkoholgehalt des Blutes von 0,8 g/l (0,8 Promille) oder darüber oder bei einem Alkoholgehalt der Atemluft von 0,4 mg/l oder darüber gilt der Zustand einer Person jedenfalls als von Alkohol beeinträchtigt.

(1a) Werden in anderen Gesetzen an die Beeinträchtigung durch Alkohol oder an das Vorliegen eines die Zurechnungsfähigkeit nicht auszuschließenden Rauschzustandes zivilrechtliche Rechtswirkungen oder Auswirkungen im Bereich des gerichtlichen Strafrechts geknüpft, so treten diese nur in den Fällen des Abs. 1 oder beim dritten oder häufigeren Verstoß innerhalb eines Zeitraumes von zwölf Monaten ab dem ersten Verstoß gegen § 14 Abs. 8 FSG BGBl I Nr. 120/1997 ein.

(2) Organe des amtsärztlichen Dienstes oder besonders geschulte und von der Behörde hierzu ermächtigte Organe der Straßenaufsicht sind berechtigt, jederzeit die Atemluft von Personen, die ein Fahrzeug lenken, in Betrieb nehmen oder zu lenken oder in Betrieb zu nehmen versuchen, auf Alkoholgehalt zu untersuchen. Sie sind außerdem berechtigt, die Atemluft von Personen, die verdächtig sind, in einem vermutlich durch Alkohol beeinträchtigten Zustand

1. ein Fahrzeug gelenkt zu haben oder

2. als Fußgänger einen Verkehrsunfall verursacht zu haben, auf Alkoholgehalt zu untersuchen. Wer zu einer Untersuchung der Atemluft aufgefordert wird, hat sich dieser zu unterziehen.

2a) Abs. 2 gilt auch für die Überprüfung der Atemluft von

1. Fahrlehrern bei Schulfahrten gemäß § 114 Abs. 4 und 4a KFG 1967,

2. Begleitern bei Übungsfahrten gemäß § 122 Abs. 2 und 5 KFG 1967 oder bei Ausbildungsfahrten gemäß § 19 Abs. 3 und 6 FSG oder

3. Ausbildnern bei Lehrfahrten gemäß § 122a Abs. 2 KFG 1967.

(3) Die Untersuchung der Atemluft auf Alkoholgehalt ist mit einem Gerät vorzunehmen, das den Alkoholgehalt der Atemluft misst und entsprechend anzeigt (Alkomat).

(4) Die Organe der Straßenaufsicht sind berechtigt, Personen, deren Atemluft auf Alkoholgehalt untersucht werden soll (Abs. 2) zum Zweck der Feststellung des Atemalkoholgehaltes zur nächstgelegenen Dienststelle, bei der sich ein Atemalkoholmessgerät befindet, zu bringen, sofern vermutet werden kann, dass sie sich in einem durch Alkohol beeinträchtigten Zustand befinden oder zur Zeit des Lenkens befunden haben.

(4a) Die Organe der Straßenaufsicht sind weiters berechtigt, Personen, bei denen eine Untersuchung gemäß Abs. 2 aus Gründen, die in der Person des Probanden gelegen sind, nicht möglich war und die verdächtig sind, sich in einem durch Alkohol beeinträchtigten Zustand zu befinden, zu einem im öffentlichen Sanitätsdienst stehenden, bei einer Bundespolizeibehörde tätigen oder bei einer öffentlichen Krankenanstalt diensthabenden Arzt zur Blutabnahme zum Zweck der Bestimmung des Blutalkoholgehaltes zu bringen.

(5) Die Organe der Straßenaufsicht sind weiters berechtigt, Personen, von denen vermutet werden kann, dass sie sich in einem durch Alkohol beeinträchtigten Zustand befinden, zum Zwecke der Feststellung des Grades der Beeinträchtigung durch Alkohol zu einem im öffentlichen Sanitätsdienst stehenden oder bei einer Bundespolizeibehörde tätigen Arzt oder zum diensthabenden Arzt einer öffentlichen Krankenanstalt zu bringen, sofern eine Untersuchung gemäß Abs. 2

1. keinen den gesetzlichen Grenzwert gemäß Abs. 1 erreichenden Alkoholgehalt ergeben hat oder

2. aus in der Person des Probanden gelegenen Gründen nicht möglich war.

Wer zum Zweck der Feststellung des Grades der Beeinträchtigung durch Alkohol zu einem Arzt gebracht wird, hat sich einer Untersuchung durch diesen zu unterziehen.

(6) (Verfassungsbestimmung) An Personen, die gemäß Abs. 4a zu einem Arzt gebracht werden, ist eine Blutabnahme zum Zweck der Bestimmung des Blutalkoholgehaltes vorzunehmen; die Betroffenen haben diese Blutabnahme vornehmen zu lassen.

(7) (Anm.: aufgehoben durch BGBl. I Nr. 92/1998)

(8) Ein bei einer öffentlichen Krankenanstalt diensthabender Arzt hat eine Blutabnahme zum Zweck der Bestimmung des Blutalkoholgehaltes vorzunehmen, wenn eine Person

1. zu diesem Zweck zu ihm gebracht wurde oder

2. dies verlangt und angibt, bei ihr habe eine Untersuchung nach Abs. 2 eine Alkoholbeeinträchtigung ergeben.

Der Arzt hat die Blutprobe der nächstgelegenen Polizei- oder Gendarmeriedienststelle ohne unnötigen Aufschub zu übermitteln und dieser im Fall der Z 2 Namen, Geburtsdatum und Adresse des Probanden sowie den Zeitpunkt der Blutabnahme bekannt zu geben.

(9) Die Bestimmung des Abs. 5 gelten auch für Personen, von denen vermutet werden kann, dass sie sich in einem durch Suchtgift beeinträchtigten Zustand befinden; wer zum Arzt gebracht wird, hat sich dieser Untersuchung zu unterziehen.

§ 5a Grundsatzbestimmung

(1) Der Rechtsträger einer öffentlichen Krankenanstalt hat dem diensthabenden Arzt die für eine Blutabnahme gemäß § 5 Abs. 4a und 8 erforderlichen Einrichtungen der Anstalt zur Verfügung zu stellen. Die Ausführungsgesetze der Länder sind binnen sechs Monaten zu erlassen.

(2) Ist bei einer Untersuchung nach § 5 Abs. 2, 4a, 5, 6, oder 8 Z 2 eine Alkoholbeeinträchtigung festgestellt worden, so sind die Kosten der Untersuchung vom Untersuchten zu tragen. Dasselbe gilt im Falle der Feststellung einer Suchtgiftbeeinträchtigung. Die Kosten der Untersuchung sind nach den Bestimmungen des Gebührenanspruchsgesetzes 1975, BGBl. Nr. 163, vorzuschreiben.

(3) Der Bundesminister für Inneres hat im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Wissenschaft und Verkehr unter Bedachtnahme auf den Zweck der Untersuchung nach § 5 Abs. 2 sowie zur Gewährleistung ihrer zweckmäßigen Durchführung die persönlichen Voraussetzungen der hiefür zu ermächtigenden Organe der Straßenaufsicht, einschließlich die Art ihrer Schulung sowie, unter Bedachtnahme auf den jeweiligen Stand der Wissenschaft und Technik, die für eine Untersuchung der Atemluft geeigneten Geräte durch Verordnung zu bestimmen.

§ 5b Zwangsmaßnahmen bei Alkoholisierung

Die Organe der Straßenaufsicht sind berechtigt, Personen, die sich offenbar in einem durch Alkohol oder Suchtgift beeinträchtigten Zustand befinden (§ 5 Abs. 1), oder bei denen der Alkoholgehalt des Blutes 0,5 g/l (0,5 Promille) oder mehr oder der Alkoholgehalt der Atemluft 0,25 mg/l oder mehr beträgt, an der Lenkung oder Inbetriebnahme eines Fahrzeuges zu hindern. Zu diesem Zweck sind, falls erforderlich, je nach Lage des Falles und Art des Fahrzeuges, Zwangsmaßnahmen, wie etwa Abnahme der Fahrzeugschlüssel, Absperren oder Einstellung des Fahrzeuges, Anlegen von technischen Sperren und dergleichen anzuwenden. Solche Zwangsmaßnahmen sind unverzüglich aufzuheben, wenn bei der Person, gegen die sie angewendet worden sind, der durch Alkohol oder Suchtgift beeinträchtigte Zustand nicht mehr gegeben und ihr auch nicht ein zum Lenken des betreffenden Fahrzeuges allenfalls nötiger Führerschein nach den kraftfahrrechtlichen Vorschriften abgenommen ist oder wenn eine andere Person, bei der keine Hinderungsgründe gegeben sind, beabsichtigt, das Fahrzeug in Betrieb zu nehmen und zu lenken.

§ 99 Strafbestimmungen

(1) Eine Verwaltungsübertretung begeht und ist mit einer Geldstrafe von 1.162 Euro bis 5.813 Euro, im Fall ihrer Uneinbringlichkeit mit Arrest von zwei bis sechs Wochen, zu bestrafen,

a) wer ein Fahrzeug lenkt oder in Betrieb nimmt, obwohl der Alkoholgehalt seines Blutes 1,6 g/l (1,6 Promille) oder mehr oder der Alkoholgehalt seiner Atemluft 0,8 mg/l oder mehr beträgt,

b) wer sich bei Vorliegen der in § 5 bezeichneten Voraussetzung weigert, seine Atemluft auf Alkoholgehalt untersuchen oder sich vorführen zu lassen oder sich bei Vorliegen der bezeichneten Voraussetzungen nicht der ärztlichen Untersuchung unterzieht,

c) (Verfassungsbestimmung) wer sich bei Vorliegen der im § 5 bezeichneten Voraussetzungen weigert, sich Blut abnehmen zu lassen.

(1a) Eine Verwaltungsübertretung begeht und ist mit einer Geldstrafe von 872 Euro bis 4.360 Euro, im Fall ihrer Uneinbringlichkeit mit Arrest von zehn Tagen bis sechs Wochen, zu bestrafen, wer ein Fahrzeug lenkt oder in Betrieb nimmt, obwohl der Alkoholgehalt seines Blutes 1,2 g/l (1,2 Promille) oder mehr, aber weniger als 1,6 g/l (1,6 Promille) oder der Alkoholgehalt seiner Atemluft 0,6 mg/l oder mehr, aber weniger als 0,8 mg/l beträgt.

(1b) Eine Verwaltungsübertretung begeht und ist mit einer Geldstrafe von 581 Euro bis 3.633 Euro, im Fall ihrer Uneinbringlichkeit mit Arrest von einer bis sechs Wochen, zu bestrafen, wer in einem durch Alkohol oder Suchtgift beeinträchtigten Zustand ein Fahrzeug lenkt oder in Betrieb nimmt.

(5) Der Versuch ist strafbar. Wer in einem durch Alkohol beeinträchtigten Zustand versucht, ein Fahrzeug in Betrieb zu nehmen, wird jedoch nicht bestraft, wenn er aus freien Stücken oder von wem immer auf seinen Zustand aufmerksam gemacht, die Ausführung aufgibt.

(6) Eine Verwaltungsübertretung liegt nicht vor, ...

c) wenn eine Tat nach diesem Bundesgesetz oder nach den §§ 37 und 37a FSG den Tatbestand einer in die Zuständigkeit der Gerichte fallenden strafbaren Handlung verwirklicht, ...

17.2.6 Alkomatverordnung 1994 idF BGBl. II Nr. 146/1997

Verordnung des Bundesministers für Inneres über die zur Atemalkoholuntersuchung geeigneten Geräte und die zu deren Handhabung zu ermächtigenden Organe der Straßenaufsicht (Alkomatverordnung) idF BGBl. II Nr. 146/1997 (Auszug)
(Voller Wortlaut unter www.api.or.at/akis/gesetz.htm)

§ 1 Geräte

Für die Untersuchung der Atemluft auf Alkoholgehalt sind Alkomaten (§ 5 Abs. 3 StVO) geeignet, die nach dem Maß- und Eichgesetz, BGBl 152/1950, eichfähig sind. Derzeit besitzen diese Eichfähigkeit folgende Geräte:

1. Hersteller: Siemens AG, Gerätebezeichnung: Alcomat M 52052/A15

2. Hersteller: Dräger AG, Gerätebezeichnung: 7110 MKIII A

§ 2 Organe der Straßenaufsicht

(1) Die Behörde darf zur Untersuchung der Atemluft auf Alkoholgehalt mit Alkomaten nur hierfür besonders geschulte Organe der Straßenaufsicht ermächtigen. Der Inhalt der Ermächtigung ist in einer dem Organ zu übergebenden Urkunde anzuführen. Das Organ ist verpflichtet, diese Urkunde auf Verlangen jener Person, deren Atemluft untersucht werden soll, bei der Amtshandlung vorzuweisen.

§ 3 Schulung

Die für die Ermächtigung erforderliche Schulung hat sich

1. *auf die Feststellung der gesetzlichen Voraussetzungen für die Vornahme der Untersuchung der Atemluft auf Alkoholgehalt und auf die Bedeutung des Ergebnisses dieser Untersuchung für den Betroffenen und*
2. *auf die Wirkungsweise, die Handhabung und die zweckmäßige Anwendung der Alkomaten sowie*
3. *auf die Vorschriften des § 4 zu erstrecken.*

§ 4 Untersuchung

Die Untersuchung der Atemluft auf Alkoholgehalt ist am Ort der Amtshandlung vorzunehmen; sie kann jedoch auch bei der nächsten Dienststelle (§ 5 Abs. 4 StVO), bei der sich ein Alkomat befindet, vorgenommen werden, wenn vermutet werden kann, dass sich der Proband in einem durch Alkohol beeinträchtigten Zustand befindet oder zur Zeit des Lenkens befunden hat. Die Untersuchung ist unter größtmöglicher Schonung des Ansehens des Probanden vorzunehmen.

§ 5 Inkrafttreten und Aufhebung

Diese Verordnung tritt mit 1. Oktober 1994 in Kraft. Die Verordnung des Bundesministers für öffentliche Wirtschaft und Verkehr vom 22. März 1987, BGBl 106, idF der Verordnung BGBl 390/1988, tritt mit Ablauf des 30. September 1994 außer Kraft; Organe der Straßenaufsicht, die auf Grund dieser Verordnung ermächtigt wurden, gelten als nach der vorliegenden Verordnung ermächtigt.

17.2.7 Alkoholvortestgeräteverordnung idF BGBl. II 404/2005

Verordnung der Bundesministerin für Inneres über die zur Atemalkoholüberprüfung geeigneten Geräte und die zu deren Handhabung zu ermächtigenden Organe der Straßenaufsicht, BGBl. II 404/2005

Auf Grund des § 5a Abs. 3 der Straßenverkehrsordnung 1960 (StVO 1960), BGBl. Nr. 159, in der Fassung der 21. StVO-Novelle, BGBl. I Nr. 52/2005, wird im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Verkehr, Innovation und Technologie verordnet:

Gerät und gerätespezifischer Wert

§ 1.

(1) Als Gerät, das geeignet ist, die Atemluft von Personen auf den Verdacht der Beeinträchtigung durch Alkohol zu überprüfen (§ 5 Abs. 2a StVO) wird folgendes Gerät bestimmt: Gerätebezeichnung: AlcoQuant 6020 Hersteller: EnviteC – Wismar GmbH

(2) Der gerätespezifische Wert, ab dem auf das Vorliegen des Verdachts der Beeinträchtigung durch Alkohol im Sinne des § 5 Abs. 2a StVO geschlossen werden kann, wird mit 0,22 mg/l bestimmt.

Organe der Straßenaufsicht

§ 2.

(1) Die Behörde darf zur Überprüfung der Atemluft auf den Verdacht der Beeinträchtigung durch Alkohol mittels Vortestgeräten nur hiefür besonders geschulte Organe der Straßenaufsicht ermächtigen.

(2) Der Inhalt der Ermächtigung ist in einer dem Organ zu übergebenden Urkunde anzuführen. Das Organ ist verpflichtet, diese Urkunde auf Verlangen jener Person, deren Atemluft überprüft werden soll, bei der Amtshandlung vorzuweisen.

Schulung

§ 3. Die für die Ermächtigung erforderliche Schulung hat sich

1. auf die Feststellung der gesetzlichen Voraussetzungen für die Vornahme der Überprüfung der Atemluft gemäß § 5 Abs. 2a StVO und auf die Bedeutung des Ergebnisses dieser Überprüfung für den Betroffenen und

2. auf die Wirkungsweise, die Handhabung und die zweckmäßige Anwendung der Vortestgeräte zu erstrecken.

Überprüfung

§ 4. Die Überprüfung der Atemluft auf den Verdacht der Beeinträchtigung durch Alkohol ist am Ort der Amtshandlung unter größtmöglicher Schonung des Ansehens des Probanden vorzunehmen.

In-Kraft-Treten

§ 5. Diese Verordnung tritt mit 15. Dezember 2005 in Kraft.

17.2.8 Kraftfahrgesetz 1967 idF BGBl. I Nr. 99/2006

Bundesgesetz vom 23. Juni 1967 über das Kraftfahrwesen (Kraftfahrgesetz 1967 - KFG. 1967) StF BGBl. Nr. 267/1967 idF BGBl. I Nr. 99/2006 (Auszug) (Voller Wortlaut unter www.api.or.at/akis/gesetz.htm)

Die Bestimmungen wurden in das FSG integriert; die §§ 64, 64a, 65, 66, 67, 68, 68a, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 75a, 76 und 77 sind mit 31. Oktober 1997 außer Kraft getreten; § 122b trat mit 1. November 1998 und § 78 am Tag nach der Kundmachung der gemäß § 41 Abs. 4 FSG erlassenen Verordnung außer Kraft.

17.2.9 Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherungsgesetz 1994 idF BGBl. I Nr. 37/2007

Bundesgesetz über die Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherung sowie eine Änderung des Kraftfahrgesetzes 1967 und des Bundesgesetzes über den erweiterten Schutz der Verkehrsopfer (Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherungs-gesetz 1994 - KHVG 1994) idF BGBl. I Nr. 37/2007 (Auszug)
(Voller Wortlaut unter www.api.or.at/akis/gesetz.htm)

§ 5 Obliegenheiten vor Eintritt des Versicherungsfalles

(1) Als Obliegenheit vor Eintritt des Versicherungsfalls darf nur vorgesehen werden, ...

5. dass der Lenker sich nicht in einem durch Alkohol oder Suchtgift beeinträchtigten Zustand im Sinne der Straßenverkehrsvorschriften befindet, ...

(3) Die Leistungspflicht bleibt jedenfalls in den Fällen des Abs. 1 Z 4 und 5 gegenüber anderen versicherten haftpflichtigen Personen als dem Lenker bestehen, sofern für diese die Obliegenheitsverletzung ohne Verschulden nicht erkennbar war.

(4) Eine Verletzung der Obliegenheit gemäß Abs. 1 Z 5 liegt nur vor, wenn im Spruch oder in der Begründung einer rechtskräftigen verwaltungsbehördlichen oder gerichtlichen Entscheidung festgestellt wird, dass das Fahrzeug in einem durch Alkohol oder Suchtgift beeinträchtigten Zustand gelenkt wurde.

17.2.10 Versicherungsvertragsgesetz 1958 idF BGBl. I 95/2006

Bundesgesetz vom 2. Dezember 1958 über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz 1958) idF BGBl. I Nr. 95/2006 (Auszug) (Novelle in Bearbeitung)

...

(2) Ist eine Obliegenheit verletzt, die vom Versicherungsnehmer zum Zweck der Verminderung der Gefahr oder der Verhütung einer Erhöhung der Gefahr dem Versicherer gegenüber – unabhängig von der Anwendbarkeit des Abs. 1a – zu erfüllen ist, so kann sich der Versicherer auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen, wenn die Verletzung keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalls oder soweit sie keinen Einfluss auf den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt hat.

17.2.11 3. Richtlinie 2006/126/EG des Rates über den Führerschein

3. Richtlinie 2006/126/EG des Rates vom 20. Dezember 2006 über den Führerschein (2006): Richtlinie des Europäischen Parlamentes und des Rates vom 20. Dezember 2006 über den Führerschein (Neufassung) (Text von Bedeutung für den EWR), Amtsblatt der Europäischen Union L 403/18, Brüssel (Umsetzung: Spätestens 19/01/2011)

Die Dritte Führerschein-Richtlinie wird, wie alle Richtlinien der EU, nicht unmittelbar wirksam, sondern muss vom Mitgliedsland in die jeweiligen nationalen Gesetze übertragen werden. Das wird mit einer Novelle des Führerscheingesetzes geschehen, ein Termin steht freilich noch aus.

Gründe für die Richtlinie:

in Erwägung nachstehender Gründe: ...

(7) Die Einführung einer Gültigkeitsdauer für neue Führerscheine sollte es ermöglichen, anlässlich der regelmäßigen Erneuerung die neuesten Maßnahmen zum Schutz gegen Fälschungen anzuwenden und ärztliche Untersuchungen oder andere von den Mitgliedstaaten vorgeschriebene Maßnahmen durchzuführen.

(8) Aus Gründen der Straßenverkehrssicherheit sollten die Mindestvoraussetzungen für die Erteilung einer Fahrerlaubnis festgelegt werden. Die Normen für die von den Fahrern abzulegenden Prüfungen und für die Erteilung der Fahrerlaubnis müssen harmonisiert werden. Zu diesem Zweck sollten die Kenntnisse, Fähigkeiten und Verhaltensweisen im Zusammenhang mit dem Führen eines Kraftfahrzeugs festgelegt werden, die Fahrprüfung sollte auf diesen Konzepten beruhen, und die Mindestanforderungen an die körperliche und geistige Tauglichkeit zum Führen dieser Fahrzeuge sollten neu festgelegt werden.

(9) Der Nachweis der Einhaltung der Mindestanforderungen an die körperliche und geistige Tauglichkeit zum Führen eines Kraftfahrzeugs durch Fahrer von Fahrzeugen zur Personen- oder Güterbeförderung sollte zum Zeitpunkt der Ausstellung des Führerscheins und danach in regelmäßigen Abständen erbracht werden. Diese regelmäßige Überprüfung der Einhaltung der Mindestanforderungen gemäß den nationalen Vorschriften wird zur Verwirklichung der Freizügigkeit, zur Vermeidung von Wettbewerbsverzerrungen und zur besseren Berücksichtigung der besonderen Verantwortung der Fahrer dieser Fahrzeuge beitragen. Die Mitgliedstaaten sollten die Möglichkeit haben, ärztliche Untersuchungen vorzuschreiben, um die Einhaltung der Mindestanforderungen an die körperliche und geistige Tauglichkeit zum Führen anderer Kraftfahrzeuge zu gewährleisten. Aus Gründen der Transparenz sollten diese Untersuchungen mit der Erneuerung des Führerscheins zusammenfallen und sich deshalb nach der Gültigkeitsdauer des Führerscheins richten.

...

haben folgende Richtlinie erlassen:

Artikel 11

Bestimmungen über den Umtausch, den Entzug, die Ersetzung und die Anerkennung der Führerscheine

1. Hat der Inhaber eines von einem Mitgliedstaat ausgestellten gültigen Führerscheins seinen ordentlichen Wohnsitz in einem anderen Mitgliedstaat begründet, so kann er einen Antrag auf Umtausch seines Führerscheins gegen einen gleichwertigen Führerschein stellen. Es ist Sache des umtauschenden Mitgliedstaats, zu prüfen, für welche Fahrzeugklasse der vorgelegte Führerschein tatsächlich noch gültig ist.

2. *Vorbehaltlich der Einhaltung des straf- und polizeirechtlichen Territorialitätsgrundsatzes kann der Mitgliedstaat des ordentlichen Wohnsitzes auf den Inhaber eines von einem anderen Mitgliedstaat ausgestellten Führerscheins seine innerstaatlichen Vorschriften über Einschränkung, Aussetzung, Entzug oder Aufhebung der Fahrerlaubnis anwenden und zu diesem Zweck den betreffenden Führerschein erforderlichenfalls umtauschen.*
3. *Der umtauschende Mitgliedstaat leitet den abgegebenen Führerschein an die zuständige Stelle des Mitgliedstaats, der ihn ausgestellt hat, zurück und gibt die Gründe dafür an.*
4. *Ein Mitgliedstaat lehnt es ab, einem Bewerber, dessen Führerschein in einem anderen Mitgliedstaat eingeschränkt, ausgesetzt oder entzogen wurde, einen Führerschein auszustellen.*

   Ein Mitgliedstaat lehnt die Anerkennung der Gültigkeit eines Führerscheins ab, der von einem anderen Mitgliedstaat einer Person ausgestellt wurde, deren Führerschein im Hoheitsgebiet des erstgenannten Mitgliedstaats eingeschränkt, ausgesetzt oder entzogen worden ist.

   Ein Mitgliedstaat kann es ferner ablehnen, einem Bewerber, dessen Führerschein in einem anderen Mitgliedstaat aufgehoben wurde, einen Führerschein auszustellen.
5. *Die Ersetzung eines Führerscheins infolge beispielsweise von Verlust oder Diebstahl kann nur bei den zuständigen Behörden des Mitgliedstaats erlangt werden, in dem der Führerscheininhaber seinen ordentlichen Wohnsitz hat; diese nehmen die Ersetzung anhand der ihnen vorliegenden Informationen oder gegebenenfalls anhand einer Bescheinigung der zuständigen Behörden des Mitgliedstaats vor, die den ursprünglichen Führerschein ausgestellt haben.*
6. *Tauscht ein Mitgliedstaat einen von einem Drittland ausgestellten Führerschein gegen einen EG-Muster-Führerschein um, so wird der Umtausch in dem EG-Muster-Führerschein vermerkt; dies gilt auch für jede spätere Erneuerung oder Ersetzung.*

   Der Umtausch darf nur dann vorgenommen werden, wenn der von einem Drittland ausgestellte Führerschein den zuständigen Behörden des umtauschenden Mitgliedstaats ausgehändigt worden ist. Verlegt der Inhaber dieses Führerscheins seinen ordentlichen Wohnsitz in einen anderen Mitgliedstaat, so braucht dieser Mitgliedstaat den Grundsatz der gegenseitigen Anerkennung gemäß Artikel 2 nicht anzuwenden.

...

Artikel 13

Äquivalenzen zwischen nicht dem EG-Muster entsprechenden Führerscheinen

1. Die Mitgliedstaaten legen nach Zustimmung der Kommission die Äquivalenzen zwischen den vor dem Zeitpunkt der Umsetzung dieser Richtlinie erworbenen Führerscheinen und den Klassen im Sinne des Artikels 4 fest.

Die Mitgliedstaaten können nach Konsultation der Kommission die für die Anwendung von Artikel 11 Absätze 4, 5 und 6 erforderlichen Anpassungen ihrer innerstaatlichen Vorschriften vornehmen.

...

ANHANG II

I. MINDESTANFORDERUNGEN AN DIE FAHRPRÜFUNGEN

...

A. PRÜFUNG DER KENNTNISSE

...

2. Inhalt der Prüfung der Kenntnisse für alle Fahrzeugklassen

...

2.1.2. Fahrzeugführer:

...

- *die Wahrnehmung, Beurteilung und Entscheidung in Bezug auf Straßensituationen, insbesondere die Reaktionszeit, die Änderungen im Verhalten des Fahrers unter der Einwirkung von Alkohol, Drogen und Arzneimitteln sowie die Auswirkungen von Gemüts- und Ermüdungszuständen;*

...

II. KENNTNISSE, FÄHIGKEITEN UND VERHALTENSWEISEN BEIM FÜHREN EINES KRAFTFAHRZEUGS

Der Führer eines beliebigen Kraftfahrzeugs muss zu jeder Zeit die unter den Nummern 1 bis 9 beschriebenen Kenntnisse, Fähigkeiten und Verhaltensweisen aufweisen, um in der Lage zu sein,

...

- *alle Faktoren, die das Fahrverhalten beeinträchtigen (z.B. Alkohol, Ermüdung, Sehschwächen usw.), zu berücksichtigen, damit er im vollen Besitz der für das sichere Führen des Fahrzeugs erforderlichen Fähigkeiten bleibt;*

...

ANHANG III

MINDESTANFORDERUNGEN AN DIE KÖRPERLICHE UND GEISTIGE TAUGLICHKEIT ZUM FÜHREN EINES KRAFTFAHRZEUGS

BEGRIFFSBESTIMMUNGEN

...

ALKOHOL

14. Alkoholgenuss ist eine große Gefahr für die Sicherheit im Straßenverkehr. Da es sich um ein schwerwiegendes Problem handelt, ist auf medizinischer Ebene große Wachsamkeit geboten.

Gruppe 1:

14.1. Bewerbern oder Fahrzeugführern, die alkoholabhängig sind oder das Führen eines Fahrzeugs und Alkoholgenuss nicht trennen können, darf eine Fahrerlaubnis weder erteilt noch darf ihre Fahrerlaubnis erneuert werden.

Bewerbern oder Fahrzeugführern, die alkoholabhängig waren, kann nach einem nachgewiesenen Zeitraum der Abstinenz vorbehaltlich des Gutachtens einer zuständigen ärztlichen Stelle und einer regelmäßigen ärztlichen Kontrolle eine Fahrerlaubnis erteilt oder es kann ihre Fahrerlaubnis erneuert werden.

Gruppe 2:

14.2. Die zuständige ärztliche Stelle muss die zusätzlichen Risiken und Gefahren besonders berücksichtigen, die mit dem Führen von Fahrzeugen dieser Gruppe verbunden sind.

DROGEN UND ARZNEIMITTEL

15. Missbrauch

Bewerbern oder Fahrzeugführern, die von psychotropen Stoffen abhängig sind oder, auch ohne abhängig zu sein, von solchen Stoffen regelmäßig übermäßig Gebrauch machen, darf eine Fahrerlaubnis unabhängig von der beantragten Führerscheinklasse weder erteilt noch darf ihre Fahrerlaubnis erneuert werden.

Regelmäßige Einnahme

Gruppe 1:

15.1. Bewerbern oder Fahrzeugführern, die regelmäßig psychotrope Stoffe in irgendeiner Form einnehmen, darf, wenn die aufgenommene Menge so groß ist, dass die Fahrtüchtigkeit nachteilig beeinflusst wird, eine Fahrerlaubnis weder erteilt, noch darf ihre Fahrerlaubnis erneuert werden. Dies gilt auch für alle anderen Arzneimittel oder Kombinationen von Arzneimitteln, die die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigen.

Gruppe 2:

15.2. Die zuständige ärztliche Stelle muss die zusätzlichen Risiken und Gefahren gebührend berücksichtigen, die mit dem Führen von Fahrzeugen dieser Gruppe verbunden sind.

17.3 Gesetzliche Bestimmungen zu Alkoholkonsum und Alkoholisierung (Alkohol und Strafrecht)

17.3.1 Strafgesetzbuch 1975 idF BGBl. I Nr. 112/2007

Bundesgesetz vom 23. Jänner 1974 über die mit gerichtlicher Strafe bedrohten Handlungen (Strafgesetzbuch - StGB) StF BGBl. Nr. 60/1974 idF BGBl. I Nr. 112/2007 (Auszug)

...

§ 11 Zurechnungsunfähigkeit

Wer zur Zeit der Tat wegen einer Geisteskrankheit, wegen Schwachsinns, wegen einer tief greifenden Bewusstseinsstörung oder wegen einer anderen schweren, einem dieser Zustände gleichwertigen seelischen Störung unfähig ist, das Unrecht seiner Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln, handelt nicht schuldhaft.

...

§ 21 Unterbringung in einer Anstalt für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher

(1) Begeht jemand eine Tat, die mit einer ein Jahr übersteigenden Freiheitsstrafe bedroht ist, und kann er nur deshalb nicht bestraft werden, weil er sie unter dem Einfluss eines die Zurechnungsfähigkeit ausschließenden Zustandes (§ 11) begangen hat, der auf einer geistigen oder seelischen Abartigkeit von höherem Grad beruht, so hat ihn das Gericht in eine Anstalt für geistig abnorme Rechtsbrecher einzuweisen, wenn nach seiner Person, nach seinem Zustand und nach der Art der Tat zu befürchten ist, dass er sonst unter dem Einfluss seiner geistigen oder seelischen Abartigkeit eine mit Strafe bedrohte Handlung mit schweren Folgen begehen werde.

(2) Liegt eine solche Befürchtung vor, so ist in eine Anstalt für geistig abnorme Rechtsbrecher auch einzuweisen, wer, ohne zurechnungsunfähig zu sein, unter dem Einfluss seiner geistigen oder seelischen Abartigkeit von höherem Grad eine Tat begeht, die mit einer ein Jahr übersteigenden Freiheitsstrafe bedroht ist. In einem solchen Fall ist die Unterbringung zugleich mit dem Ausspruch über die Strafe anzuordnen.

§ 22

(1) Wer dem Missbrauch eines berauschenden Mittels oder Suchtmittels ergeben ist und wegen einer im Rausch oder sonst im Zusammenhang mit seiner Gewöhnung begangenen strafbaren Handlung oder wegen Begehung einer mit Strafe bedrohten Handlung im Zustand voller Berauschung (§ 287) verurteilt wird, ist vom Gericht in eine Anstalt für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher einzuweisen, wenn nach seiner Person und nach der Art der Tat zu befürchten ist, dass er sonst im Zusammenhang mit seiner Gewöhnung an berauschende Mittel oder Suchtmittel eine mit Strafe bedrohte Handlung mit schweren Folgen oder doch mit Strafe bedrohte Handlungen mit nicht bloß leichten Folgen begehen werde.

(2) Von der Unterbringung ist abzusehen, wenn der Rechtsbrecher mehr als zwei Jahre in Strafhaft zu verbüßen hat, die Voraussetzungen für seine Unterbringung in einer Anstalt für geistig abnorme Rechtsbrecher vorliegen oder der Versuch einer Entwöhnung von vornherein aussichtslos scheint.

...

§ 35 Berauschung

Hat der Täter in einem die Zurechnungsfähigkeit nicht ausschließenden Rauschzustand gehandelt, so ist dies nur insoweit mildernd, als die dadurch bedingte Herabsetzung der Zurechnungsfähigkeit nicht durch den Vorwurf aufgewogen wird, den der Genuss oder Gebrauch des berauschenden Mittels den Umständen nach begründet.

...

§ 45 Bedingte Nachsicht von vorbeugenden Maßnahmen

(2) 2. Die Unterbringung in einer Anstalt für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher darf nur zugleich mit der Strafe und nur dann bedingt nachgesehen werden, wenn anzunehmen ist, dass die bloße Androhung der Unterbringung in Verbindung mit einer oder mehreren der in den §§ 50 bis 52 vorgesehenen Maßnahmen genügen werde, um die Gewöhnung des Rechtsbrechers an berauschende Mittel oder Suchtmittel zu überwinden. Die für die bedingte Strafnachsicht bestimmte Probezeit gilt auch für die bedingte Nachsicht der Unterbringung in einer Anstalt für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher.

...

§ 51 Weisungen

(1) Als Weisungen kommen Gebote und Verbote in Betracht, deren Beachtung geeignet scheint, den Rechtsbrecher von weiteren mit Strafe bedrohten Handlungen abzuhalten. Weisungen, die einen unzumutbaren Eingriff in die Persönlichkeitsrechte oder in die Lebensführung des Rechtsbrechers darstellen würden, sind unzulässig.

(2) Dem Rechtsbrecher kann insbesondere aufgetragen werden, an einem bestimmten Ort, bei einer bestimmten Familie oder in einem bestimmten Heim zu wohnen, eine bestimmte Wohnung, bestimmte Orte oder einen bestimmten Umgang zu meiden, sich alkoholischer Getränke zu enthalten, einen geeigneten, seinen Kenntnissen, Fähigkeiten und Neigungen tunlichst entsprechenden Beruf zu erlernen oder auszuüben, jeden Wechsel seines Aufenthaltsortes oder Arbeitsplatzes anzuzeigen und sich in bestimmten Zeitabständen bei Gericht oder einer anderen Stelle zu melden. ...

(3) Mit seiner Zustimmung kann dem Rechtsbrecher unter den Voraussetzungen des Abs. 1 auch die Weisung erteilt werden, sich einer Entwöhnungsbehandlung, einer psychotherapeutischen oder einer medizinischen Behandlung zu unterziehen. Die Weisung, sich einer medizinischen Behandlung zu unterziehen, die einen operativen Eingriff umfasst, darf jedoch auch mit Zustimmung des Rechtsbrechers nicht erteilt werden.

...

§ 80 Fahrlässige Tötung

Wer fahrlässig den Tod eines anderen herbeiführt, ist mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr zu bestrafen.

§ 81 Fahrlässige Tötung unter besonders gefährlichen Verhältnissen

Wer fahrlässig den Tod eines anderen herbeiführt

1. *unter besonders gefährlichen Verhältnissen oder*
2. *nachdem er sich vor der Tat, wenn auch nur fahrlässig, durch*

Genuss von Alkohol oder den Gebrauch eines anderen berauschenden Mittels in einen die Zurechnungsfähigkeit nicht ausschließenden Rauschzustand versetzt hat, obwohl er vorhergesehen hat oder hätte vorhersehen können, dass ihm eine Tätigkeit bevorstehe, deren Vornahme in diesem Zustand eine Gefahr für das Leben, die Gesundheit oder die körperliche Sicherheit eines anderen herbeizuführen oder zu vergrößern geeignet sei, ist mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren zu bestrafen.

...

§ 287 Begehung einer mit Strafe bedrohten Handlung im Zustand voller Berauschung

(1) Wer sich, wenn auch nur fahrlässig, durch den Genuss von Alkohol oder den Gebrauch eines anderen berauschenden Mittels in einen die Zurechnungsfähigkeit ausschließenden Rausch versetzt, ist, wenn er im Rausch eine Handlung begeht, die ihm außer diesem Zustand als Verbrechen oder Vergehen zugerechnet würde, mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bis zu 360 Tagessätzen zu bestrafen. Die Strafe darf jedoch nach Art und Maß nicht strenger sein, als sie das Gesetz für die im Rausch begangene Tat androht.

(2) Der Täter ist nur auf Verlangen, auf Antrag oder mit Ermächtigung zu verfolgen, wenn die im Rausch begangene mit Strafe bedrohte Handlung nur auf Verlangen, auf Antrag oder mit Ermächtigung zu verfolgen ist.

17.3.2 Strafprozessordnung 1975 idF BGBl. I Nr. 109/2007

Strafprozessordnung 1975 (StPO) idF BGBl. I Nr. 109/2007 (BGBl. I Nr. 109/2007)

§ 173. Zulässigkeit

(1) Verhängung und Fortsetzung der Untersuchungshaft sind nur auf Antrag der Staatsanwaltschaft und nur dann zulässig, wenn der Beschuldigte einer bestimmten Straftat dringend verdächtig, vom Gericht zur Sache und zu den Voraussetzungen der Untersuchungshaft vernommen worden ist und einer der im Abs. 2 angeführten Haftgründe vorliegt. Sie darf nicht angeordnet oder fortgesetzt werden, wenn sie zur Bedeutung der Sache oder zu der zu erwartenden Strafe außer Verhältnis steht oder ihr Zweck durch Anwendung gelinderer Mittel (Abs. 5) erreicht werden kann.

(5) Als gelindere Mittel sind anwendbar: ...

4. die Weisung, an einem bestimmten Ort, bei einer bestimmten Familie zu wohnen, eine bestimmte Wohnung, bestimmte Orte oder bestimmten Umgang zu meiden, sich alkoholischer Getränke oder anderer Suchtmittel zu enthalten oder einer geregelten Arbeit nachzugehen.

...

9. mit Zustimmung des Beschuldigten die Weisung, sich einer Entwöhnungsbehandlung, sonst einer medizinischen Behandlung oder einer Psychotherapie (§ 51 Abs. 3 StGB) oder einer gesundheitsbezogenen Maßnahme (§ 11 Abs. 2 SMG) zu unterziehen.

17.3.3 Europäische Menschenrechtskonvention

Artikel 5 - Recht auf Freiheit und Sicherheit

(1) Jedermann hat ein Recht auf Freiheit und Sicherheit. Die Freiheit darf einem Menschen nur in den folgenden Fällen und nur auf die gesetzlich vorgeschriebene Weise entzogen werden: ...

e) wenn er sich in rechtmäßiger Haft befindet, weil er eine Gefahrenquelle für die Ausbreitung ansteckender Krankheiten bildet, oder weil er geisteskrank, Alkoholiker, rauschgiftsüchtig oder Landstreicher ist; ...

17.3.4 Gesetz über die Zulässigkeit des Verbotes des Betretens von Gast- und Schankgewerbebetrieben 1952 (aufgehoben)

Bundesgesetz vom 2. April 1952 betreffend die Zulässigkeit des Verbotes des Betretens von Gast- und Schankgewerbebetrieben, BGBl. Nr. 83/1952 wurde durch das 1. Euro-Umstellungsgesetz (BGBl. I Nr. 98/2001) aufgehoben.

§ 1

(1) Trunksüchtigen sowie Personen, die bereits mehrmals wegen einer im Zustand der Trunkenheit begangenen strafbaren Handlung bestraft wurden, kann das Betreten von Betrieben des Gast- und Schankgewerbes, in denen alkoholische Getränke verabreicht werden, verboten werden.

(2) Das Verbot kann entweder für das ganze Bundesgebiet oder für ein örtlich beschränktes Gebiet ausgesprochen werden.

(3) Das Verbot kann längstens für die Dauer eines Jahres verhängt und erforderlichenfalls wiederholt werden.

17.3.5 Sicherheitspolizeigesetz idF BGBl. I Nr. 4/2008

Bundesgesetz über die Organisation der Sicherheitsverwaltung und die Ausübung der Sicherheitspolizei (Sicherheitspolizeigesetz - SPG) StF BGBl. Nr. 566/1991 idF BGBl. I Nr. 4/2008 (Auszug)

...

§ 46 Vorführung

(1) Die Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes sind ermächtigt, Menschen, von denen sie aus besonderen Gründen annehmen, dass sie an einer psychischen Krankheit leiden und im Zusammenhang damit ihr Leben oder ihre Gesundheit oder das Leben oder die Gesundheit anderer ernstlich und erheblich gefährden, einem im öffentlichen Sanitätsdienst stehenden Arzt oder einem Polizeiarzt vorzuführen, sofern dies notwendig ist, um eine Untersuchung des Betroffenen durch diesen Arzt zu ermöglichen. Weiters sind die Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes ermächtigt, solche Menschen einer Krankenanstalt (Abteilung) für Psychiatrie vorzuführen, sofern der Arzt die Voraussetzungen für eine Unterbringung bescheinigt.

(2) Bei Gefahr im Verzug sind die Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes ermächtigt, den Betroffenen auch ohne Untersuchung und Bescheinigung einer Krankenanstalt (Abteilung) für Psychiatrie vorzuführen.

(3) Im übrigen ist in diesen Fällen gemäß § 9 UbG vorzugehen.

...

§ 83 Begehung einer Verwaltungsübertretung in einem die Zurechnungsfähigkeit ausschließenden Rauschzustand

(1) Wer sich in einen die Zurechnungsfähigkeit ausschließenden Rauschzustand versetzt und in diesem Zustand eine Tat begeht, die ihm außer diesem Zustand als Verwaltungsübertretung zugerechnet würde, begeht eine Verwaltungsübertretung und ist mit Geldstrafe bis zu 218 Euro zu bestrafen.

(2) Bei Vorliegen erschwerender Umstände kann anstelle einer Geldstrafe eine Freiheitsstrafe bis zu zwei Wochen verhängt werden. Die Strafe darf jedoch nach Art und Maß nicht strenger sein, als sie das Gesetz für die im Rauschzustand begangene Tat (begangenen Taten) androht.

17.3.6 Strafvollzugsgesetz idF BGBl. I Nr. 109/2007

Bundesgesetz vom 26. März 1969 über den Vollzug der Freiheitsstrafen und der mit Freiheitsentziehung verbundenen vorbeugenden Maßnahmen (Strafvollzugsgesetz - StVG.) StF BGBl. Nr. 144/1969 idF BGBl. I Nr. 109/2007 (Auszug)

...

§ 34 Bezug von Bedarfsgegenständen

(1) Die Strafgefangenen sind berechtigt, unbeschadet der §§ 112 Abs. 2 und 114 Abs. 2 einmal in der Woche auf eigene Kosten vom Anstaltsleiter zugelassene Nahrungs- und Genussmittel sowie Körperpflegemittel und andere einfache Gegenstände des täglichen Bedarfs durch Vermittlung der Anstalt zu beziehen. Berauschende Mittel dürfen nicht zugelassen werden, alkoholhältige Körperpflegemittel nur, soweit ein Missbrauch nicht zu besorgen ist.

...

§ 68a Entwöhnungsbehandlung eines Strafgefangenen

(1) Ein Strafgefangener ist einer Entwöhnungsbehandlung zu unterziehen,

a) wenn nach der Erklärung des Anstaltsarztes der Strafgefangene dem Missbrauch eines berauschenden Mittels oder Suchtmittels ergeben ist und die Behandlung im Hinblick auf die Dauer der Strafzeit zweckmäßig ist oder

b) wenn die Strafzeit mehr als zwei Jahre beträgt und nur aus diesem Grund von einer Einweisung in eine Anstalt für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher (§ 22 des Strafgesetzbuches) abgesehen worden ist.

(2) Von der Einleitung oder Fortsetzung einer Entwöhnungsbehandlung ist abzusehen, wenn der Versuch einer solchen Behandlung von vornherein aussichtslos erscheint oder ihre Fortsetzung keinen Erfolg verspräche.

...

§ 91 Paket- und Geldsendungen sowie Erläge

...

(2) Die Strafgefangenen dürfen einmal im Vierteljahr eine Sendung von Nahrungs- und Genussmitteln im Gewicht von drei Kilogramm oder mehrere Sendungen im Gesamtgewicht von drei Kilogramm erhalten. Die Sendungen dürfen Blechkonserven, Arznei- und Heilmittel, berauschende Mittel sowie Nahrungs- und Genussmittel, die nicht ohne weitere Zubereitung genossen werden können, überhaupt nicht und Kaffee oder Kaffee-Extrakt sowie Tabakwaren nur bis zu einem Gesamtgewicht von je 250 g enthalten. Diese Sendungen können auch in Abwesenheit der Strafgefangenen geöffnet und geprüft werden.

(3) Wenn auf Grund bestimmter Tatsachen die Gefahr besteht, dass Paketsendungen dazu missbraucht werden, um Strafgefangenen Suchtgift oder andere Gegenstände zukommen zu lassen, von denen eine Gefahr für die Gesundheit der Strafgefangenen oder sonst für die Sicherheit und Ordnung in der Anstalt zu befürchten wäre, und die Aussonderung solcher Gegenstände nicht ohne unverhältnismäßigen Aufwand möglich ist, hat der Anstaltsleiter die betreffenden Strafgefangenen vom Empfang von Sendungen nach Abs. 2 auszuschließen. Soweit der Gefahr durch den Ausschluss einzelner Strafgefangener nicht wirksam begegnet werden kann, kann der Anstaltsleiter mit Genehmigung des Bundesministeriums für Justiz jeweils für einen bestimmten, sechs Monate nicht übersteigenden Zeitraum anordnen, dass sämtliche Strafgefangene der Anstalt oder eines Teiles der Anstalt vom Empfang von Sendungen nach Abs. 2 ausgeschlossen werden. Soweit es im Einzelfall vertretbar erscheint, kann der Anstaltsleiter jedoch Ausnahmen von einer solchen Anordnung gestatten.

...

§ 128 Vollzug an Strafgefangenen, die wegen fahrlässig begangener strafbarer Handlungen verurteilt worden sind

(1) Strafgefangene, die ausschließlich oder überwiegend wegen fahrlässig begangener strafbarer Handlungen oder wegen Begehung einer mit Strafe bedrohten Handlung im Zustand voller Berauschung (§ 287 des Strafgesetzbuches) in Bezug auf eine fahrlässig begangene Handlung oder Unterlassung verurteilt worden sind, sind getrennt von Strafgefangenen anzuhalten, bei denen dies nicht der Fall ist. § 127 Abs. 2 gilt dem Sinne nach.

(2) Für Strafgefangene, die wegen fahrlässig begangener strafbarer Handlungen gegen Leib oder Leben oder wegen Begehung einer mit Strafe bedrohten Handlung im Zustand voller Berauschung (§ 287 des Strafgesetzbuches) in Bezug auf solche Handlungen oder Unterlassungen verurteilt worden sind, ist, soweit dies den Grundsätzen einer sparsamen, wirtschaftlichen und zweckmäßigen Verwaltung nicht widerspricht, ein Unterricht über die Verhütung von Unfällen und über Erste Hilfe abzuhalten.

(3) Auf Strafgefangene, die bereits früher zweimal oder öfter wegen vorsätzlich begangener strafbarer Handlungen schuldig erkannt worden sind oder von denen sonst ein schädlicher Einfluss auf Mitgefangene zu befürchten ist, sind die vorstehenden Bestimmungen nicht anzuwenden.

...

Einrichtungen und Behörden des Vollzuges der mit Freiheitsentziehung verbundenen vorbeugenden Maßnahmen

...

§ 159 Anstalten für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher

(1) Die Unterbringung entwöhnungsbedürftiger Rechtsbrecher ist in den dafür besonders bestimmten Anstalten oder in besonderen Abteilungen der Anstalten zum Vollzug von Freiheitsstrafen zu vollziehen, soweit in diesem Bundesgesetz nichts anderes bestimmt wird. § 8 Abs. 4 gilt dem Sinn nach.

(2) In den Anstalten und besonderen Abteilungen für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher darf auch der Strafvollzug an entwöhnungsbedürftigen Strafgefangenen (§ 68a) durchgeführt werden.

...

Unterbringung in einer Anstalt für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher

§ 168 Zwecke der Unterbringung

(1) Die Unterbringung in einer Anstalt für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher soll die Untergebrachten je nach ihrem Zustand vom Missbrauch berauschender Mittel oder Suchtmittel entwöhnen, den Untergebrachten zu einer rechtschaffenen und den Erfordernissen des Gemeinschaftslebens angepassten Lebenseinstellung verhelfen und sie davon abhalten, schädlichen Neigungen nachzugehen.

§ 169 Besondere Bestimmungen

Für die Unterbringung in einer Anstalt für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher gelten folgende besondere Bestimmungen:

1. Die Untergebrachten sind zur Erreichung der Vollzugszwecke (§ 168) einer Entwöhnungsbehandlung zu unterziehen und entsprechend ihrem Zustand ärztlich, insbesondere psychotherapeutisch, psychohygienisch und erzieherisch zu betreuen.

2. Für Unterbrechungen der Unterbringung gilt § 166 Z 2 entsprechend.

3. Wird ein Untergebrachter nicht voraussichtlich bedingt entlassen, so hat der Entlassungsvollzug drei Monate vor dem Ablauf der Anhaltezeit (§ 25 Abs. 1 des Strafgesetzbuches) zu beginnen.

...

§ 178a Zusammentreffen von Freiheitsstrafen und vorbeugenden Maßnahmen

(1) Bei der Unterbringung in einer Anstalt für geistig abnorme Rechtsbrecher und in einer Anstalt für gefährliche Rückfallstäter ist die im § 24 des Strafgesetzbuches bestimmte Reihenfolge des Vollzuges gegenüber einer an demselben Rechtsbrecher zu vollziehenden Freiheitsstrafe auch dann einzuhalten, wenn die Freiheitsstrafe nicht zugleich mit der Anordnung der Unterbringung verhängt worden ist.

(2) Sind an derselben Person die Unterbringung in einer Anstalt für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher und eine oder mehrere Freiheitsstrafen, deren Strafzeit insgesamt zwei Jahre übersteigt, zu vollziehen, so ist nach § 68a Abs. 1 lit. b vorzugehen.

(3) Die Zeit der Anhaltung in einer Anstalt für geistig abnorme oder entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher ist auch auf Strafen anzurechnen, die nicht zugleich mit der Unterbringung angeordnet worden sind.

Verfahren nach bedingter Entlassung

§ 179a Ärztliche Nachbetreuung

(1) Einem Rechtsbrecher, der bedingt entlassen wird, kann die Weisung, sich weiterhin einer Entwöhnungsbehandlung, einer psychotherapeutischen oder sonst einer medizinischen Behandlung zu unterziehen (§ 51 Abs. 3 des Strafgesetzbuches), auch mit der Maßgabe erteilt werden, dass die Behandlung für den Verurteilten unentgeltlich durch einen Arzt durchgeführt wird, der sich zur Durchführung solcher Behandlungen dem Bundesministerium für Justiz gegenüber verpflichtet hat. Die Durchführung einer solchen Betreuung schließt erforderlichenfalls unbeschadet des § 2 des Ärztegesetzes 1984, BGBl. Nr. 373, ihre Unterstützung durch andere hiefür geeignete Personen ein, die sich hiezu in gleicher Weise verpflichtet haben.

(2) Ist einem bedingt Entlassenen sonst die Weisung erteilt worden, sich einer Entwöhnungsbehandlung, einer psychotherapeutischen oder einer anderen medizinischen Behandlung zu unterziehen, hat der Verurteilte nicht Anspruch auf entsprechende Leistungen aus einer Krankenversicherung und würde durch die Verpflichtung zur Zahlung der Behandlungskosten sein Fortkommen erschwert, so hat die Kosten der Behandlung ganz oder teilweise der Bund zu übernehmen, jedoch nur bis zu dem Ausmaß, in dem die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter für die Kosten aufkommen könnte, wenn der Entlassene in der Krankenversicherung öffentlich Bediensteter versichert wäre; einen Behandlungsbeitrag (§ 63 Abs. 4 des Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes, BGBl. Nr. 200/1967) hat der Entlassene nicht zu erbringen. Die Entscheidung über die Übernahme der Kosten steht dem für die Erteilung der Weisung zuständigen Gericht zu.

17.3.7 Unterbringungsgesetz idF BGBl. I Nr. 12/1997

Bundesgesetz vom 1. März 1990 über die Unterbringung psychisch Kranker in Krankenanstalten (Unterbringungsgesetz - UbG) StF BGBl. Nr. 155/1990 idF BGBl. I Nr. 12/1997 (Auszug)

...

§ 8 Unterbringung ohne Verlangen

Eine Person darf gegen oder ohne ihren Willen nur dann in eine Anstalt gebracht werden, wenn ein im öffentlichen Sanitätsdienst stehender Arzt oder ein Polizeiarzt sie untersucht und bescheinigt, dass die Voraussetzungen der Unterbringung vorliegen. In der Bescheinigung sind im einzelnen die Gründe anzuführen, aus denen der Arzt die Voraussetzungen der Unterbringung für gegeben erachtet.

§ 9

(1) Die Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes sind berechtigt und verpflichtet, eine Person, bei der sie aus besonderen Gründen die Voraussetzungen der Unterbringung für gegeben erachten, zur Untersuchung zum Arzt (§ 8) zu bringen oder diesen beizuziehen. Bescheinigt der Arzt das Vorliegen der Voraussetzungen der Unterbringung, so haben die Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes die betroffene Person in eine Anstalt zu bringen oder dies zu veranlassen. Wird eine solche Bescheinigung nicht ausgestellt, so darf die betroffene Person nicht länger angehalten werden.

(2) Bei Gefahr im Verzug können die Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes die betroffene Person auch ohne Untersuchung und Bescheinigung in eine Anstalt bringen.

(3) Der Arzt und die Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes haben unter möglichster Schonung der betroffenen Person vorzugehen und die notwendigen Vorkehrungen zur Abwehr von Gefahren zu treffen. Sie haben, soweit das möglich ist, mit psychiatrischen Einrichtungen außerhalb einer Anstalt zusammenzuarbeiten und erforderlichenfalls den örtlichen Rettungsdienst beizuziehen.

§ 10

(1) Der Abteilungsleiter und ein weiterer Facharzt haben die betroffene Person unverzüglich zu untersuchen. Sie darf nur aufgenommen werden, wenn nach übereinstimmenden, unabhängig voneinander erstellten ärztlichen Zeugnissen die Voraussetzungen der Unterbringung vorliegen.

(2) Das Ergebnis der Untersuchung ist in der Krankengeschichte zu beurkunden; die ärztlichen Zeugnisse sind dieser als Bestandteil anzuschließen.

(3) Der Abteilungsleiter hat den aufgenommenen Kranken ehestens über die Gründe der Unterbringung zu unterrichten. Er hat ferner unverzüglich den Patientenanwalt (§ 13) und, wenn der Kranke nicht widerspricht, einen Angehörigen sowie auf Verlangen des Kranken auch dessen Rechtsbeistand von der Unterbringung zu verständigen.

§ 11

Der § 10 ist sinngemäß anzuwenden, wenn

1. bei einem sonst in die Anstalt aufgenommenen, in seiner Bewegungsfreiheit nicht beschränkten Kranken Grund für die Annahme besteht, dass die Voraussetzungen der Unterbringung vorliegen, oder

2. ein auf Verlangen Untergebrachter das Verlangen widerruft oder nach Ablauf von sechs Wochen nicht erneut erklärt oder die zulässige Gesamtdauer der Unterbringung auf Verlangen abgelaufen ist und jeweils Grund für die Annahme besteht, dass die Voraussetzungen der Unterbringung weiterhin vorliegen.

...

§ 46

Unberührt bleiben insbesondere

1. die Vorschriften über die Zulässigkeit von Zwangsmaßnahmen aus Gründen der öffentlichen Sicherheit oder der Strafverfolgung,

2. die strafrechtlichen Vorschriften über die mit Freiheitsentziehung verbundenen vorbeugenden Maßnahmen bei geistig abnormen und entwöhnungsbedürftigen Rechtsbrechern und

3. die Vorschriften über den Vollzug der Freiheitsstrafe und der mit Freiheitsentziehung verbundenen vorbeugenden Maßnahmen.

17.3.8 Verwaltungsstrafgesetz idF BGBl. I Nr. 5/2008

Verwaltungsstrafgesetz 1991 – VStG StF BGBl. Nr. 52/1991 idF BGBl. I Nr. 5/2008 (Auszug)

...

§ 35 Sicherung des Strafverfahrens und des Strafvollzuges Festnahme

Die Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes dürfen außer den gesetzlich besonders geregelten Fällen Personen, die auf frischer Tat betreten werden, zum Zweck ihrer Vorführung vor die Behörde festnehmen, wenn

1. *der Betretene dem anhaltenden Organ unbekannt ist, sich nicht ausweist und seine Identität auch sonst nicht sofort feststellbar ist oder*
2. *begründeter Verdacht besteht, dass er sich der Strafverfolgung zu entziehen suchen werde, oder*
3. *der Betretene trotz Abmahnung in der Fortsetzung der strafbaren Handlung verharrt oder sie zu wiederholen sucht.*

17.3.9 Polizeigefangenenhaus-Hausordnung idF BGBl. II Nr. 185/1998

Verordnung: Änderung der Polizeigefangenenhaus-Hausordnung und der Fremdengesetz-Durchführungsverordnung 1994 idF BGBl. II Nr. 185/1998 (Auszug), außer Kraft gesetzt durch Anhalteordnung – AnhO StF: BGBl. II Nr. 128/1999 idF

...

§ 13 Verpflegung

(2) ... Der Konsum alkoholischer Getränke ist verboten.

...

§ 18 Einkauf

(1) An Einkaufstagen dürfen Häftlinge Gegenstände des täglichen Bedarfes, Lebensmittel und Tabakwaren in beschränkten Mengen sowie Zeitungen und Zeitschriften erwerben. Der Ankauf alkoholischer Getränke ist verboten.

...

17.3.10 Anhalteordnung – AnhO idF BGBl. II Nr. 439/2005

Verordnung der Bundesministerin für Inneres über die Anhaltung von Menschen durch die Sicherheitsbehörden und Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes (Anhalteordnung - AnhO) StF: BGBl. II Nr. 128/1999 idF BGBl. II Nr. 439/2005 (Auszug)

...

§ 13 Verpflegung

(2) ... Der Konsum alkoholischer Getränke ist verboten.

§ 14. Rauchen

§ 14. (1) Sofern nicht für bestimmte Räumlichkeiten ein ausdrückliches Rauchverbot besteht, dürfen Häftlinge rauchen. Eine Beeinträchtigung von Nichtrauchern ist dabei auszuschließen.

(2) Verboten ist das Rauchen:

1. über ärztliche Anordnung, insbesondere im Falle eines Hungerstreiks;
2. Häftlingen, die auf Betten liegen;
3. in den Einzelzellen während der Nachtruhe.

...

§ 18. Einkauf

Wöchentlich ist mindestens ein Einkaufstag vorzusehen und den Häftlingen rechtzeitig bekannt zu geben. An solchen Einkaufstagen dürfen Häftlinge Gegenstände des täglichen Bedarfs, Lebensmittel und Tabakwaren in beschränkten Mengen sowie Zeitungen und Zeitschriften erwerben. Der Ankauf alkoholischer Getränke ist verboten. Die Einschränkung dieses Rechtes ist nur gemäß § 24 zulässig, doch darf dies nicht die Möglichkeit der Selbstverköstigung und des Ankaufes von Zeitungen und Zeitschriften einschränken.

17.4 Gesetzliche Bestimmung zu Vertrieb, Verkauf und Konsum alkoholischer Getränke

17.4.1 Vertriebsbeschränkungen – Vertriebsrechte

Da alle alkoholischen Getränke mit Ausnahme von Wein und Obstwein mit Verbrauchsteuern (Alkoholsteuer, Biersteuer, Schaumweinsteuer, Zwischenerzeugnissteuer) belastet sind, ist die Vorgangsweise beim Wegbringen dieser Produkte aus den Produktions- und Lagerstätten (z.T. durch die Abgabenbehörde zwecks Sicherung dieser Abgaben überwacht oder kontrolliert) kompliziert und in den entsprechenden Verbrauchsteuergesetzen speziell geregelt (siehe dazu Kap. 9.2, S. 213 bis Kap. 9.29.5, S. 224). Für die gewerbliche Herstellung von Bier, Alkohol, Spirituosen, Schaumwein und Zwischenerzeugnissen ist aber prinzipiell eine Bewilligung der Abgabenbehörde (Zollamt) zu erwirken. Mit der Erfüllung bzw. der Sicherstellung der Abgabepflicht können diese Produkte in den Vertrieb oder zur Weiterverarbeitung gelangen.

Für sämtliche in landwirtschaftlichen Betrieben erzeugte alkoholische Produkte ist für den Verkauf keine zusätzliche Berechtigung notwendig. Für sämtliche gewerblichen Herstellungsarten von Alkohol reichen die dafür erforderlichen Lizenzen naturgemäß auch für den Vertrieb der Produkte, nicht aber in allen Fällen auch für den Ausschank.

Für den kommerziellen Ausschank von alkoholischen Getränken ist prinzipiell eine entsprechende Gastgewerbekonzession erforderlich. Es besteht aber eine Fülle von Ausnahmen, z.B. ist für den Betrieb von Buschenschenken keine Gewerbeberechtigung notwendig. Weitere Ausnahmen stellen die in Kap. 17.4.2, S. 479 angeführten und nachfolgend erläuterten Nebenrechte dar.

17.4.2 Regulierungen und Beschränkungen in der Gewerbeordnung 1994 - idF BGBl. I Nr. 42/2008

Gewerbeordnung 1994 – GewO 1994 idF BGBl. I Nr. 42/2008, [CELEX-Nr.: 32005L0036, 32005L0060, 32006L0070] (Auszug)

In der Gewerbeordnung sind für diverse Berufsgruppen u.a. nicht nur Zugangs- und Betriebsbedingungen, sondern auch diverse Rechte und Pflichten (bzw. sogenannte „Nebenrechte“) reguliert, die diesen Berufsgruppen neben ihrem „Kerngeschäft“ zusätzliche Rechte aus den Kerngeschäften anderer Gewerbeberechtigungen (meist eingeschränkt z.B. auf den Verkauf bestimmter Warengruppen oder das Erbringen bestimmter Dienstleistungen) zugestehen.

Tankstellen z.B. verkaufen in ihrem Kerngeschäft Treib- und Schmierstoffe; das Erbringen diverser Kfz-Serviceleistungen und der Verkauf von Lebensmitteln z.B. wäre schon an eine zusätzliche Gewerbeberechtigung gebunden. Durch die Definition bestimmter Nebenrechte (meist durch die entsprechenden Interessensvertretungen initiiert und forciert) wird Tankstellen u.a. auch der Verkauf von Reiseproviant (ein Teilbereich von Lebensmitteln) und damit auch von Bier ohne zusätzliche Gewerbeberechtigung ermöglicht.

Die wichtigsten direkten Bestimmungen der Gewerbeordnung im Zusammenhang mit Alkohol (Gesetzestext-Auszüge siehe weiter unten) betreffen:

- das Ausschankverbot von alkoholischen Getränken an Alkoholisierte gemäß § 112 Absatz 5 (Kap. 17.4.2.2, S. 481),
- die Verpflichtung zum Ausschank alkoholfreier Getränke gemäß § 149 Absatz 2,
- die Ausschankverpflichtung von zwei weiteren alkoholfreien Getränken zum Preis des billigsten alkoholischen Getränks gemäß § 112 (Kap. 17.4.2.2, S. 481),
- das Ausschankverbot an Jugendliche entsprechend den landesrechtlichen Bestimmungen gemäß und die Aushangverpflichtung bezüglich der landesrechtlichen Jugendschutzbestimmungen § 114 Absatz 1 (Kap. 17.4.2.3, S. 481),
- diverse Nebenrechte in den §§ 117-119, 143, 159 und 279, die Erlaubnis, auch Flaschen- bzw. Dosenbier („Bier in handelsüblich verschlossenen Gefäßen“) auszuschenken und im § 144 den „Gassenverkauf“ des Gastgewerbes,
- das Ausschank- und Verkaufsverbot alkoholischer Getränke außerhalb der Betriebsräume durch Automaten (§ 52, Abs. 2)
- Hinsichtlich der Verfügbarkeit alkoholischer Getränke sind auch die erlaubten (landesrechtlich zu verordnenden) Öffnungszeiten (Sperrstunde und Aufsperrstunde) lt. § 113 der Gewerbeordnung zu beachten (Kap. 17.4.2.4, S. 481).

Wesentlich dabei sind allerdings auch die bestehenden Ausnahmen von der Gewerbeordnung.

17.4.2.1 Ausnahmen von der Anwendung der Gewerbeordnung – § 2

Im § 2 der Gewerbeordnung 1994 findet sich eine Auflistung und nähere Beschreibung von bestimmten Tätigkeiten, für welche die Gewerbeordnung nicht anzuwenden ist (Ausnahmen):

§ 2. (1) Dieses Bundesgesetz ist ... auf die in den nachfolgenden Bestimmungen angeführten Tätigkeiten nicht anzuwenden:

1. die Land- und Forstwirtschaft (Abs. 2 und 3)

...

4. die nachstehenden Tätigkeiten land- und forstwirtschaftlicher Erwerbs- und Wirtschaftsgenossenschaften ...:

a) der Betrieb von Sägen, Mühlen, Molkereien, Brennereien, Keltereien und sonstigen nach altem Herkommen üblichen Zweigen der Verarbeitung land- und forstwirtschaftlicher Erzeugnisse;

...

5. den Buschenschank (Abs. 9)

...

(3) Zur Land- und Forstwirtschaft im Sinne dieses Bundesgesetzes (Abs. 1 Z 1) gehören:

1. die Hervorbringung und Gewinnung pflanzlicher Erzeugnisse mit Hilfe der Naturkräfte, einschließlich des Wein- und Obstbaues, des Gartenbaues und der Baumschulen; hinsichtlich des Weinbaues ferner der Zukauf von höchstens 1.500 l aus dem EWR stammenden Wein oder 2.000 kg aus dem EWR stammenden Trauben pro Hektar bewirtschafteter Betriebsfläche und Kalenderjahr; im Bundesland Steiermark der Zukauf von höchstens 3.000 kg Trauben pro Hektar bewirtschafteter Betriebsfläche und Kalenderjahr, die insgesamt aus demselben Weinbaugebiet (§ 25 Abs. 3 des Weingesetzes 1985) stammen, in dem der Betrieb gelegen ist; hinsichtlich aller Betriebszweige mit Ausnahme des Weinbaues ferner der Zukauf von aus dem EWR stammenden Erzeugnissen des jeweiligen Betriebszweiges, wenn deren Einkaufswert nicht mehr als 25 v.H. des Verkaufswertes aller Erzeugnisse des jeweiligen Betriebszweiges beträgt; hinsichtlich aller Betriebszweige ferner der Zukauf von aus dem EWR stammenden Erzeugnissen des jeweiligen Betriebszweiges im ernteausfallsbedingten Umfang;

...

(4) Unter Nebengewerbe der Land- und Forstwirtschaft im Sinne dieses Bundesgesetzes (Abs. 1 Z 2) sind zu verstehen:

...

2. das Verarbeiten von Wein zu Sekt (Obstschaumwein), wenn dies durch einen gewerblich befugten Schaumweinerzeuger im Lohnverfahren erfolgt;

...

(9) Unter Buschenschank im Sinne dieses Bundesgesetzes (Abs. 1 Z 5) ist der buschenschankmäßige Ausschank von Wein und Obstwein, von Trauben und Obstmost und von Trauben- und Obstsaft sowie von selbstgebrannten geistigen Getränken durch Besitzer von Wein- und Obstgärten, soweit es sich um deren eigene Erzeugnisse handelt, zu verstehen; im Rahmen des Buschenschankes ist auch die Verabreichung von kalten Speisen und der Ausschank von Mineralwasser und kohlensäurehältigen Getränken zulässig, jedoch nur unter der Voraussetzung, dass diese Tätigkeiten dem Herkommen im betreffenden Bundesland in Buschenschenken entsprechen. Die Verabreichung von warmen Speisen auf Grund dieser Ausnahmebestimmung ist nicht zulässig.

...

§ 2 Abs. 1 Z 25 regelt außerdem die folgende veranstaltungsbezogene Ausnahme:

> *25. die Verabreichung von Speisen und der Ausschank von Getränken im Rahmen und Umfang von Veranstaltungen im Sinne des § 5 Z 12 des Körperschaftsteuergesetzes 1988 durch Körperschaften des öffentlichen Rechtes sowie sonstige juristische Personen, die im Sinne der §§ 34 ff BAO gemeinnützig, mildtätig oder kirchlich tätig sind, und durch deren Dienststellen. Diese Veranstalter haben die §§ 149 bis 151 sowie die einschlägigen gesundheits-, lebensmittel-, wasser- und abfallrechtlichen Vorschriften einzuhalten.*

17.4.2.2 Allgemeine Maßnahmen gegen Alkoholmissbrauch, § 112 der Gewerbeordnung

(4) Gastgewerbetreibende, die alkoholische Getränke ausschenken, sind verpflichtet, auf Verlangen auch kalte nichtalkoholische Getränke auszuschenken. Weiters sind sie verpflichtet, mindestens zwei Sorten kalter nichtalkoholischer Getränke zu einem nicht höheren Preis auszuschenken als das am billigsten angebotene kalte alkoholische Getränk (ausgenommen Obstwein) und diese besonders zu kennzeichnen. Der Preisvergleich hat jeweils auf der Grundlage des hochgerechneten Preises für einen Liter der betreffenden Getränke zu erfolgen.

(5) Die Gastgewerbetreibenden sind verpflichtet, Personen, die durch Trunkenheit, durch ihr sonstiges Verhalten oder ihren Zustand die Ruhe und Ordnung im Betrieb stören, keine alkoholischen Getränke mehr auszuschenken.

17.4.2.3 Alkoholausschank an Jugendliche § 114 der Gewerbeordnung

(1) Gewerbetreibende, die alkoholische Getränke ausschenken, dürfen weder selbst noch durch die im Betrieb beschäftigten Personen alkoholische Getränke an Jugendliche ausschenken oder ausschenken lassen, wenn diesen Jugendlichen nach den landesrechtlichen Jugendschutzbestimmungen der Genuss von Alkohol verboten ist. In diesen Fällen haben die Gewerbetreibenden an einer geeigneten Stelle der Betriebsräume einen Anschlag anzubringen, auf dem deutlich auf dieses Verbot hingewiesen wird.

17.4.2.4 Sperrstunde und Aufsperrstunde, § 113 der Gewerbeordnung

Hier sieht die Gewerbeordnung lediglich eine Verordnungsverpflichtung der Landeshauptleute vor, wobei kein allgemeiner Zeitrahmen für die Öffnungszeiten vorgesehen ist. Auf die Bedürfnisse der ortsansässigen Bevölkerung und der TouristInnen ist Bedacht zu nehmen. Dabei kann auch von der Verordnung einer Sperrzeit abgesehen werden. Eine Sperrstunde für in Vereinslokalen ausgeübte gastgewerbliche Tätigkeit (soweit nicht das typische Erscheinungsbild eines Gastgewerbes vorliegt) vor 20 Uhr darf nicht vorgeschrieben werden.

Die Gemeinden haben darüber hinausgehend das Recht, bei „*besonderem örtlichem Bedarf*“ längere Öffnungszeiten zu bewilligen bzw. „*wenn die Nachbarschaft wiederholt durch ein nicht strafbares Verhalten von Gästen vor der Betriebsanlage des Gastgewerbebetriebes unzumutbar belästigt wurde oder wenn sicherheitspolizeiliche Bedenken bestehen*“, die Pflicht kürzere Öffnungszeiten vorzuschreiben. Eine längere Öffnungszeit darf aus dem gleichen Grund und bei wiederholter rechtskräftiger Bestrafung wegen Sperrstundenüberschreitung nicht bewilligt werden; Nachbarn sind in den entsprechenden Verwaltungsverfahren als Beteiligte anzusehen.

In Beherbergungsbetrieben ist die Verabreichung von Speisen und Getränken an Beherbergungsgäste allerdings auch während der vorgeschriebenen Sperrzeiten gestattet.

§ 113 Sperrstunde und Aufsperrstunde

(1) Der Landeshauptmann hat den Zeitpunkt, zu dem gastgewerbliche Betriebe geschlossen werden müssen (Sperrstunde), und den Zeitpunkt, zu dem sie geöffnet werden dürfen (Aufsperrstunde), für die einzelnen Betriebsarten der Gastgewerbe durch Verordnung festzulegen; er hat hiebei auf die Bedürfnisse der ortsansässigen Bevölkerung und der Touristen Bedacht zu nehmen und erforderlichenfalls von der Festlegung einer Sperrzeit abzusehen. Bei den in Bahnhöfen, auf Flugplätzen und an Schiffslandeplätzen gelegenen Gastgewerbebetrieben hat der Landeshauptmann insbesondere den Verpflegungsbedarf der Reisenden zu berücksichtigen; zu dieser Frage sind auch die in Betracht kommenden Verkehrsunternehmen zu hören.

(2) Der Landeshauptmann kann zum Schutz der Wohnbevölkerung vor in ihrem Wohnbereich auftretendem störendem Lärm für in Vereinslokalen ausgeübte gastgewerbliche Tätigkeiten eine von Abs. 1 abweichende frühere Sperrstunde mit Verordnung festlegen, ohne dass auf die Betriebsart Bedacht zu nehmen ist. Dies gilt nicht für Lokale, die das typische Erscheinungsbild eines Gastgewerbes aufweisen. Jedenfalls muss die Ausübung dieser Tätigkeiten bis 20 Uhr gestattet sein.

(3) Die Gemeinde kann unter Bedachtnahme auf die sonstigen öffentlichen Interessen für einzelne Gastgewerbebetriebe eine frühere Aufsperrstunde oder eine spätere Sperrstunde, gegebenenfalls mit den durch den Anlass bestimmten Beschränkungen, bewilligen. Eine solche Bewilligung ist nicht zu erteilen, wenn die Nachbarschaft wiederholt durch ein nicht strafbares Verhalten von Gästen vor der Betriebsanlage des Gastgewerbebetriebes unzumutbar belästigt oder der Gastgewerbetreibende wegen Überschreitung der Sperrstunde oder der Aufsperrstunde wiederholt rechtskräftig bestraft worden ist. In Orten, in denen Bundespolizeibehörden bestehen, haben die Gemeinden diese Behörden vor Erteilung der Bewilligung zu hören.

(4) Die Gemeinde hat diese Bewilligung zu widerrufen, wenn sicherheitspolizeiliche Bedenken bestehen, die Nachbarschaft wiederholt durch ein nicht strafbares Verhalten von Gästen vor der Betriebsanlage des Gastgewerbebetriebes unzumutbar belästigt oder der Gastgewerbetreibende wegen Überschreitung der Sperrstunde oder der Aufsperrstunde wiederholt rechtskräftig bestraft worden ist. In Orten, in denen Bundespolizeibehörden bestehen, haben die Gemeinden diese Behörden vor einer Entscheidung zu hören.

(5) Wenn die Nachbarschaft wiederholt durch ein nicht strafbares Verhalten von Gästen vor der Betriebsanlage des Gastgewerbebetriebes unzumutbar belästigt wurde oder wenn sicherheitspolizeiliche Bedenken bestehen, hat die Gemeinde eine spätere Aufsperrstunde oder eine frühere Sperrstunde vorzuschreiben. Diese Vorschreibung ist zu widerrufen, wenn angenommen werden kann, dass der für die Vorschreibung maßgebende Grund nicht mehr gegeben sein wird. In Orten, in denen Bundespolizeibehörden bestehen, haben die Gemeinden vor einer Entscheidung diese Behörden zu hören. Nachbarn, die eine Verkürzung der Betriebszeit des Gastgewerbebetriebes bei der Gemeinde angeregt haben, sind Beteiligte im Sinne des Allgemeinen Verwaltungsverfahrensgesetzes 1991.

(6) Die Sperrstunde und die Aufsperrstunde dürfen in Verordnungen und Bescheiden gemäß den vorstehenden Absätzen nur einheitlich für den gesamten Gastgewerbebetrieb mit allen seinen Betriebsräumen und allfälligen sonstigen Betriebsflächen festgelegt werden.

(7) Die Gastgewerbetreibenden haben die Betriebsräume und die allfälligen sonstigen Betriebsflächen, ausgenommen die der Beherbergung dienenden, während der festgelegten Sperrzeiten geschlossen zu halten. Während dieser Zeit dürfen sie Gästen weder den Zutritt zu diesen Räumen und zu diesen Flächen noch dort ein weiteres Verweilen gestatten und die Gäste auch nicht in anderen Räumen oder auf anderen sonstigen Flächen gegen Entgelt bewirten. Die Gastgewerbetreibenden haben die Gäste rechtzeitig auf den Eintritt der Sperrstunde aufmerksam zu machen; sie haben den Betrieb spätestens zur Sperrstunde zu verlassen. In Beherbergungsbetrieben ist die Verabreichung von Speisen und Getränken an Beherbergungsgäste auch während der vorgeschriebenen Sperrzeiten gestattet.

(8) Die Abs. 1 bis 5 und 7 gelten auch für Betriebe, in denen die im § 111 Abs. 2 Z 2 bis 5 ausgeführten Tätigkeiten ausgeübt werden, sinngemäß.

17.4.2.5 Sonstige Rechte oder Pflichten aus der Gewerbeordnung 1994

17.4.2.5.1 Ausschank von Flaschen- und Dosenbier bzw. von „Bier in handelsüblich verschlossenen Gefäßen“

Verschiedenen Berufsgruppen ist im Rahmen ihrer Gewerbeberechtigung das zusätzliche Recht des Ausschanks von Flaschen- oder Dosenbier eingeräumt.

§ 150 Bäcker

(1) Bäcker (§ 94 Z 3) ... Sie sind weiters berechtigt, in den dem Verkauf gewidmeten Räumen ihre Erzeugnisse – auch garniert als Imbisse – einschließlich der im ersten Satz genannten Produkte zu verabreichen und nichtalkoholische Getränke und Bier in handelsüblichen verschlossenen Gefäßen auszuschenken. Bei Ausübung der Verabreichungs- und Ausschankrechte muss der Charakter des Betriebes als Erzeugungsbetrieb gewahrt bleiben.

§ 150 Konditoren

(11) Konditoren (Zuckerbäcker) einschließlich der Lebzelter und der Kanditen-, Gefrorenes- und Schokoladewarenerzeuger (§ 94 Z 40) ... weiters sind sie berechtigt, in den dem Verkauf gewidmeten Räumen kleine kalte und warme Speisen zu verabreichen sowie Getränke auszuschenken; bei Ausübung dieser Rechte muss der Charakter des Betriebes als Konditorerzeugungsbetrieb gewahrt bleiben.

§ 150 Fleischer

(4) Den Fleischern (§ 94 Z 19) stehen auch folgende Rechte zu:

...

4. Der Ausschank von nichtalkoholischen Getränken und Bier in handelsüblichen verschlossenen Gefäßen in den dem Verkauf gewidmeten Räumen.

§ 111 Freies Gastgewerbe

(2) Keiner Gewerbeberechtigung für das Gastgewerbe bedarf es für

1. den Ausschank und den Verkauf von in handelsüblich verschlossenen Gefäßen abgefüllten Getränken durch zur Ausübung des mit Omnibussen betriebenen

Mietwagen-Gewerbes berechtigte Gewerbetreibende an ihre Fahrgäste;

2. *die Beherbergung von Gästen, die Verabreichung von Speisen jeder Art und den Verkauf von warmen und angerichteten kalten Speisen, den Ausschank von Getränken und den Verkauf dieser Getränke in unverschlossenen Gefäßen im Rahmen eines einfach ausgestatteten Betriebes, der in einer für den öffentlichen Verkehr nicht oder nur schlecht erschlossenen Gegend gelegen und auf die Bedürfnisse der Bergsteiger und Bergwanderer abgestellt ist (Schutzhütte).*
3. *die Verabreichung von Speisen in einfacher Art und den Ausschank von nichtalkoholischen Getränken und von Bier in handelsüblichen verschlossenen Gefäßen, wenn hiebei nicht mehr als acht Verabreichungsplätze (zum Genuss von Speisen und Getränken bestimmte Plätze) bereitgestellt werden;*
4. *die Beherbergung von Gästen, wenn nicht mehr als zehn Fremdenbetten bereitgestellt werden, und die Verabreichung des Frühstücks und von kleinen Imbissen und der Ausschank von nichtalkoholischen Getränken und von Bier in handelsüblichen verschlossenen Gefäßen sowie von gebrannten geistigen Getränken als Beigabe zu diesen Getränken an die Gäste;*
5. *die Verabreichung von Speisen und den Ausschank von Getränken nach Maßgabe des § 143 Z 7 der Gewerbeordnung 1994 in der Fassung vor dem In-Kraft-Treten der Novelle BGBl. Nr. 111/2002, wenn die Verabreichung von Speisen und der Ausschank von Getränken im Zusammenhang mit der Ausübung des Buschenschankes (§ 2 Abs. 9) erfolgt;*

§ 154 Lebensmittelhandel

(1) Den Gewerbetreibenden, die den Kleinhandel mit Lebensmitteln ausüben, steht das Recht zu, Speisen in einfacher Art zu verabreichen und nichtalkoholische Getränke und Bier auszuschenken, wenn hiebei nicht mehr als acht Verabreichungsplätze (zum Genuss von Speisen und Getränken bestimmte Plätze) bereitgestellt werden. Weiters sind sie berechtigt, vorparierte Stücke Frischfleisch von nicht mehr als zehn Kilogramm zu zerteilen und zu verkaufen.

§ 157 Tankstellen

Da die Zahl der Tankstellenshops zunimmt und diese auch bezüglich des Beitrages zum Gesamtumsatz für den Tankstellenbetreiber immer wichtiger werden, hat die Interessensvertretung (Tankstellen – Garagen) seit 1. Juli 1997 erweiterte Nebenrechte für den Verkauf „anderer Waren“ durchgesetzt, die in der Gewerbeordnung beispielsweise aufgezählt sind (Wirtschaftkammer Wien, 1997).

(1) Gewerbetreibende, die Betriebsstoffe an Kraftfahrer im Betrieb von Zapfstellen abgeben, sind unbeschadet des § 32 zufolgenden Tätigkeiten berechtigt:

...

2. den Verkauf folgender Waren während der Betriebszeiten der Tankstelle:

...

d) vorverpackt gelieferte Lebensmittel (§ 2 LMG) sowie Futtermittel für Heimtiere, löslicher Kaffee, alkoholfreie Getränke und Bier in handelsüblichen verschlossenen Gefäßen. Soweit es sich um Getränke handelt, dürfen diese nur in Kleinmengen abgegeben werden.

17.4.3 Berufs-, branchen- oder bereichsspezifische Einschränkungen, Verbote oder Konsequenzen bei Alkoholkonsum oder -abhängigkeit

Es gibt in Österreich eine Reihe von Bestimmungen, die den Alkoholkonsum im Zusammenhang mit bestimmten beruflichen und anderen Tätigkeiten beschränken und für den Fall des Zuwiderhandelns direkt oder indirekt Konsequenzen vorsehen. Eine Reihe dieser Bestimmungen werden in der Folge kurz zitiert.

17.4.3.1 ArbeitnehmerInnenschutzgesetz 1994 idF BGBl. II Nr. 13/2007

Bundesgesetz über Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit (ArbeitnehmerInnenschutzgesetz - ASchG) 1994 idF BGBl. II Nr. 13/2007 (Auszug)

Art. 1 § 15. Pflichten der Arbeitnehmer

(4) Arbeitnehmer dürfen sich nicht durch Alkohol, Arzneimittel oder Suchtgift in einen Zustand versetzen, in dem sie sich oder andere Personen gefährden können.

Art.1 § 130. Strafbestimmungen

...

(4) Eine Verwaltungsübertretung, die mit Geldstrafe bis 218 €, im Wiederholungsfall mit Geldstrafe bis 360 € zu bestrafen ist, begeht, wer als Arbeitnehmer trotz Aufklärung und nachweislich schriftlicher Aufforderung durch den Arbeitgeber oder das Arbeitsinspektorat entgegen diesem Bundesgesetz oder den dazu erlassenen Verordnungen

...

5. sich durch Alkohol, Arzneimittel oder Suchtgift in einen Zustand versetzt, in dem er sich oder andere Personen in Gefahr bringt ...

17.4.3.2 Bauarbeiterschutzverordnung idF BGBl. II Nr. 13/2007

Verordnung des Bundesministers für Arbeit und Soziales über Vorschriften zum Schutz des Lebens, der Gesundheit und der Sittlichkeit der Arbeitnehmer bei Ausführung von Bauarbeiten (Bauarbeiterschutzverordnung - BauV) 1994 idF BGBl. II Nr. 13/2007

§ 5 Eignung der Arbeitnehmer

...

(3) Arbeitnehmer, die sich offenbar in einem durch Alkohol, Arzneimittel oder Suchtgift beeinträchtigten Zustand befinden, in dem sie sich selbst oder andere auf der Baustelle Beschäftigte gefährden könnten, dürfen auf der Baustelle nicht beschäftigt werden.

§ 156 Besondere Pflichten und Verhalten der Arbeitnehmer

...(5) Arbeitnehmer, die sich in einem durch Alkohol, Arzneimittel oder Suchtgift beeinträchtigten Zustand befinden, dürfen die Baustelle nicht betreten. Der Genuss alkoholhältiger Getränke während der Arbeitszeit ist verboten. In den Ruhepausen dürfen solche Getränke nur getrunken werden, wenn sich die Arbeitnehmer dadurch nicht in einen Zustand versetzen, in dem sie sich selbst oder andere auf der Baustelle Beschäftigte gefährden.

17.4.3.3 Berufsausbildungsgesetz 1969 idF BGBl. I Nr. 82/2008

Bundesgesetz vom 26. März 1969 über die Berufsausbildung von Lehrlingen (Berufsausbildungsgesetz) 1969 idF BGBl. I Nr. 82/2008 (Auszug) (Novelle in Bearbeitung)

§ 4 Verbot des Ausbildens von Lehrlingen

(4) Die Bezirksverwaltungsbehörde hat einem Lehrberechtigten nach Anhörung der für ihn zuständigen Fachgruppe (Fachvertretung, Kammer der gewerblichen Wirtschaft - Sektion Handel) und der Kammer für Arbeiter und Angestellte die Ausbildung von Lehrlingen zu untersagen,
c) wenn der Lehrberechtigte oder der Ausbildner einer Sucht, insbesondere der Trunksucht verfallen ist.

17.4.3.4 Bundes-Bedienstetenschutzgesetz 1999 idF BGBl. I Nr. 2/2008

Bundesgesetz über Sicherheit und Gesundheitsschutz der in Dienststellen des Bundes beschäftigten Bediensteten (Bundes-Bedienstetenschutzgesetz – B-BSG) und mit dem das Beamten-Dienstrechtsgesetz 1979, das Vertragsbediensteten-gesetz 1948, das Richterdienstgesetz, das Bundes-Personalvertretungsgesetz, das Mutterschutzgesetz 1979 und das ArbeitnehmerInnenschutzgesetz geändert werden idF BGBl. I Nr. 2/2008

§ 15. Pflichten der Bediensteten

. . .

(4) Bedienstete dürfen sich nicht durch Alkohol, Arzneimittel oder Suchtgift in einen Zustand versetzen, in dem sie sich oder andere Personen gefährden können.

17.4.3.5 Gewerbeordnung 1859 – Gewerbliches Hilfspersonal idF BGBl. Nr. 399/1974

Kaiserliches Patent vom 20. Dezember 1859, womit eine Gewerbe-Ordnung für den ganzen Umfang des Reiches, mit Ausnahme des venezianischen Verwaltungsgebietes und der Militärgrenze, erlassen, und vom 1. Mai 1860 angefangen in Wirksamkeit gesetzt wird. StF RGBl. Nr. 227/1859 idF BGBl. Nr. 399/1974 (Auszug)

§ 78 Lohnzahlungen

...

(5) Gewerbsinhaber dürfen den Arbeitern andere als die obbezeichneten Gegenstände oder Waren und insbesondere geistige Getränke auf Rechnung des Lohnes nicht kreditieren.

(6) Die Auszahlung der Löhne in den Wirtshäusern und Schanklokalitäten ist untersagt.

§ 82 Auflösung des Arbeitsverhältnisses

Vor Ablauf der ausdrücklich oder stillschweigend bedungenen Dauer des Arbeitsverhältnisses kann ein Hilfsarbeiter ohne Kündigung in folgenden Fällen sofort entlassen werden, wenn er:

...

c) der Trunksucht verfällt, und wiederholt fruchtlos verwarnt wurde;

17.4.3.6 Ärztegesetz 1998 idF BGBl. I Nr. 57/2008

Bundesgesetz, mit dem ein Bundesgesetz über die Ausübung des ärztlichen Berufes und die Standesvertretung der Ärzte (Ärztegesetz 1998 - ÄrzteG 1998) idF BGBl. I Nr. 57/2008

Die Möglichkeit der Untersagung der Berufsausübung besteht bei Ärzten/Ärztinnen bei gewohnheitsmäßigem Missbrauch von Alkohol.

§ 62 Vorläufige Untersagung der Berufsausübung

(1) In Wahrung des öffentlichen Wohles und bei Gefahr im Verzug hat der Landeshauptmann Ärzten die Ausübung des ärztlichen Berufes bis zum rechtskräftigen Abschluss eines Verfahrens über die Bestellung eines Sachwalters nach § 273 ABGB oder eines Strafverfahrens zu untersagen, wenn gegen sie

1. *ein Verfahren über die Bestellung eines Sachwalters nach § 273 ABGB eingeleitet und nach § 238 AußStrG fortgesetzt oder*
2. *ein Strafverfahren wegen grober Verfehlungen bei Ausübung des ärztlichen Berufes, die mit gerichtlicher Strafe bedroht sind, eingeleitet oder*
3. *ein Strafverfahren wegen grober Verfehlungen bei Ausübung des ärztlichen Berufes, die mit Verwaltungsstrafe bedroht sind, eingeleitet worden ist.*

(2) Ist ein Verfahren über die Bestellung eines Sachwalters nach § 273 ABGB oder ein Strafverfahren im Sinne des Abs. 1 Z 2 oder 3 noch nicht eingeleitet, kann der Landeshauptmann Ärzten, die wegen einer psychischen Krankheit oder Störung oder wegen gewohnheitsmäßigen Missbrauchs von Alkohol oder von Suchtmitteln zur Ausübung des ärztlichen Berufes nicht fähig sind, bei Gefahr im Verzug die Ausübung des ärztlichen Berufes bis zur Höchstdauer von sechs Wochen untersagen.

17.4.3.7 Kraftfahrliniengesetz 1952 – Durchführungsverordnung idF BGBl. II Nr. 45/2001

Verordnung des Bundesministers für Verkehr, Innovation und Technologie über die Durchführung des Bundesgesetzes über die linienmäßige Beförderung von Personen mit Kraftfahrzeugen (Kraftfahrliniengesetz) (Kraftfahrliniengesetz-Durchführungsverordnung - KflG-DV) idF BGBl. II Nr. 45/2001 (Auszug)

§ 3 Fahrdienst

Dem Fahrzeuglenker ist untersagt:

...

2. die Einsatzzeit (§ 16 Arbeitszeitgesetz, BGBl. Nr. 461/1969) in einem durch Alkohol, Medikamente oder Suchtmittel beeinträchtigten Zustand oder in einer sonst nicht geeigneten körperlichen oder geistigen Verfassung anzutreten, oder während der Einsatzzeit Alkohol oder die körperliche oder geistige

Verfassung beeinträchtigende Medikamente oder Suchtmittel zu sich zu nehmen.

17.4.3.8 Betriebsordnung für den nichtlinienmäßigen Personenverkehr – BO 1994 idF BGBl. II Nr. 165/2005

Verordnung des Bundesministers für öffentliche Wirtschaft und Verkehr, mit der gewerbepolizeiliche Regelungen für die nichtlinienmäßige Beförderung von Personen mit Fahrzeugen des Straßenverkehrs getroffen werden (Betriebsordnung für den nichtlinienmäßigen Personenverkehr - BO 1994) idF BGBl. II Nr. 165/2005 (Auszug)

§ 3 Dem Lenker eines Fahrzeuges im Sinne dieser Verordnung ist untersagt:

...

2. den Fahrdienst in einem durch Alkohol, Medikamente oder Suchtgift beeinträchtigten Zustand oder in einer hiefür sonst nicht geeigneten körperlichen oder geistigen Verfassung anzutreten oder während des Fahrdienstes Alkohol, die körperliche oder geistige Verfassung beeinträchtigende Medikamente oder Suchtgifte zu sich zu nehmen.

§ 22

...

(2) Personen, die die Sicherheit und Ordnung des Betriebes oder die Mitfahrenden gefährden, können von der Beförderung ausgeschlossen werden. Dies gilt insbesondere für 1. Betrunkene und Personen mit fieberhaften Infektionskrankheiten.

17.4.3.9 Luftfahrtgesetz idF BGBl. I Nr. 70/2008

Bundesgesetz vom 2. Dezember 1957 über die Luftfahrt (Luftfahrtgesetz) idF BGBl. I Nr. 70/2008 (Auszug)

§ 32 Verlässlichkeit

Ein Bewerber um einen Zivilluftfahrerschein ist dann als verlässlich anzusehen (§ 30 Abs. 1 lit. b), wenn auf Grund seines bisherigen Verhaltens anzunehmen ist, dass er den aus diesem Bundesgesetz sich ergebenden Verpflichtungen nachkommen wird.

§ 171 Besondere Sicherungsmaßnahmen

(1) ... Eine Gefährdung der Sicherheit der Luftfahrt oder anderer öffentlicher Interessen ist insbesondere anzunehmen, wenn

2. der verantwortliche Pilot sich offensichtlich in einem durch Alkohol, Drogen oder Suchtgift beeinträchtigten Zustand befindet.

17.4.3.10 Zivilluftfahrt-Personalverordnung 1958 idF *BGBl. II Nr. 205/2006*

Verordnung des Bundesministeriums für Verkehr und Elektrizitätswirtschaft vom 1. Oktober 1958, betreffend das zivile Luftfahrtpersonal und die Zivilfluglehrer (Zivilluftfahrt-Personalverordnung - ZLPV), StF: BGBl. Nr. 219/1958, idF BGBl. II Nr. 205/2006

§ 4 Verlässlichkeit

(1) Als verlässlich im Sinne der §§ 28, 32 und 51 des Luftfahrtgesetzes ist in der Regel insbesondere nicht anzusehen, wer beschränkt oder voll entmündigt ist,

Alkohol oder Suchtgifte missbraucht oder wer sich einer schweren Zuwiderhandlung oder wiederholter Zuwiderhandlungen gegen die Zoll- oder Verkehrsvorschriften oder gegen die Vorschriften zum Schutz der körperlichen Sicherheit schuldig gemacht hat.

B. Anforderungen hinsichtlich des allgemeinen Gesundheitsstandes

...

Der Bewerber muss frei sein von jeder Beeinträchtigung der geistigen Kräfte, von Alkoholismus, Drogensucht, Störungen der Persönlichkeit, Psychopathie, Neurose, Psychose, Verdacht einer latenten Epilepsie sowie von fortschreitenden Nervenkrankheiten und solchen nicht fortschreitenden Nervenkrankheiten, die den Bewerber bei der Führung eines Luftfahrzeuges beeinträchtigen könnten.

...

17.4.3.11 Luftverkehrsregeln 1967 - LVR 1967 idF BGBl. II Nr. 91/2008

Verordnung des Bundesministeriums für Verkehr und verstaatlichte Unternehmungen vom 15. Feber 1967, betreffend die Regelung des Luftverkehrs (Luftverkehrsregeln 1967 - LVR 1967) idF BGBl. II Nr. 91/2008 (Auszug)

§ 3 Betrieb von Luftfahrzeugen und Luftfahrtgerät

(2) Wer sich durch die Einwirkung von Alkohol, Drogen, Suchtgiften, infolge von Müdigkeit, Erregung, geistigen oder körperlichen Mängeln oder aus anderen Gründen in einem beeinträchtigten Zustand befindet, darf keine Tätigkeit als Flugbesatzungsmitglied an Bord eines Luftfahrzeuges ausüben.

17.4.3.12 Schifffahrtsgesetz 1997 idF BGBl. I Nr. 78/2008

Bundesgesetz über die Binnenschifffahrt (Schifffahrtsgesetz - SchFG) 1997 idF BGBl. I Nr. 78/2008 (Auszug)

§6 Besondere Sicherungsmaßnahmen gegen Beeinträchtigung der geistigen oder körperlichen Eignung, insbesondere durch Alkohol

(1) Als zur Führung eines Fahrzeuges, Schwimmkörpers oder Verbandes geistig und körperlich geeignet (§ 5 Abs. 2) gilt insbesonders nicht, wer sich in einem durch Alkohol oder sonstige psychotrope Substanzen oder durch außergewöhnliche Erregung oder Ermüdung beeinträchtigten Zustand befindet. Bei einem Alkoholgehalt des Blutes von 0,8 g/l (0,8 Promille) oder darüber oder bei einem Alkoholgehalt der Atemluft von 0.4 mg/l oder darüber gilt der Zustand einer Person jedenfalls als von Alkohol beeinträchtigt; abweichend davon gilt der Zustand des Führers eines Fahrzeuges, Schwimmkörpers oder Verbandes der gewerbsmäßigen Schiff-Fahrt bei einem Alkoholgehalt des Blutes von 0,1 g/l (0,1 Promille) oder darüber oder bei einem Alkoholgehalt der Atemluft von 0,05 mg/l oder darüber als von Alkohol beeinträchtigt.

(2) Besonders geschulte, von der Behörde hiezu ermächtigte Organe gemäß § 38 Abs. 2 sind berechtigt, Personen, die sich offenbar in einem durch Alkohol oder sonstige psychotrope Substanzen oder durch außergewöhnliche Erregung oder Ermüdung beeinträchtigten Zustand befinden, an der Führung oder

Inbetriebnahme eines Fahrzeuges, Schwimmkörpers oder Verbandes zu hindern; sie sind weiters berechtigt, solche Personen sowie Personen, die verdächtig sind, in einem durch Alkohol oder sonstige psychotrope Substanzen oder durch außergewöhnliche Erregung oder Ermüdung beeinträchtigten Zustand eine Havarie verursacht zu haben,

1. *auf Alkoholgehalt der Atemluft zu untersuchen oder*
2. *einem im öffentlichen Sanitätsdienst stehenden oder bei einer Bundespolizeibehörde tätigen Arzt oder ... zum diensthabenden Arzt einer öffentlichen Krankenanstalt zur Durchführung einer Untersuchung hinsichtlich einer Beeinträchtigung der geistigen oder körperlichen Eignung vorzuführen, wenn*

a) eine Untersuchung gemäß Z 1 aus in der Person des Probanden gelegenen Gründen nicht möglich war oder

b) eine Untersuchung gemäß Z 1 keinen den gesetzlichen Grenzwert gemäß Abs. 1 übersteigenden Wert ergeben hat oder

c) eine Beeinträchtigung, wenn auch nicht wegen Alkoholisierung gegeben ist.

(3) Die Untersuchung der Atemluft auf Alkoholgehalt (Abs. 2 Z 1) ist mit einem Gerät vorzunehmen, das den Alkoholgehalt der Atemluft misst und entsprechend anzeigt (Alkomat).

(4) Wer zu einer Untersuchung der Atemluft aufgefordert wird (Abs. 2 Z 1) oder einem in Abs. 2 Z 2 genannten Arzt zur Untersuchung hinsichtlich einer Beeinträchtigung der geistigen oder körperlichen Eignung vorgeführt worden ist (Abs. 2 Z 2), hat sich dieser Untersuchung zu unterziehen.

(5) Die in Abs. 2 Z 2 genannten Ärzte sind verpflichtet, auf Ersuchen der Organe gemäß § 38 Abs. 2 Untersuchungen gemäß Abs. 2 Z 2 durchzuführen und ein ärztliches Gutachten über eine allfällige Beeinträchtigung der geistigen oder körperlichen Eignung zu erstatten. Mit Zustimmung des Probanden kann diese Untersuchung auch eine Blutabnahme zur Bestimmung des Blutalkoholgehaltes umfassen; auf Verlangen des Probanden ist sie jedenfalls durchzuführen. Die Kosten einer Untersuchung gemäß Abs. 2 Z 2 sind vom Untersuchten zu tragen, wenn dabei eine Beeinträchtigung der geistigen oder körperlichen Eignung festgestellt wurde.

(6) Die Art der Schulung der Organe gemäß § 38 Abs. 2 sowie die für eine Untersuchung der Atemluft geeigneten Geräte sind unter Bedachtnahme auf den Zweck der Untersuchung gemäß Abs. 2 sowie den jeweiligen Stand der Technik durch Verordnung zu bestimmen.

§ 42 Strafbestimmungen

(1) Wer gegen die Vorschriften dieses Teiles oder der auf Grund dieses Teiles erlassenen Verordnungen verstößt, begeht, wenn die Tat nicht den Tatbestand einer in die Zuständigkeit der Gerichte fallenden strafbaren Handlung bildet oder nicht nach anderen Verwaltungsvorschriften mit strengerer Strafe bedroht ist, eine Verwaltungsübertretung und ist mit einer Geldstrafe von 72 Euro bis zu 3.633 Euro zu bestrafen.

(2) Eine Verwaltungsübertretung gemäß Abs. 1 begeht insbesondere, wer

...

3. bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 6 sich nicht einer Untersuchung der Atemluft auf Alkoholgehalt unterzieht, sich nicht einem Arzt vorführen lässt oder sich nicht der ärztlichen Untersuchung hinsichtlich einer Beeinträchtigung seiner geistigen oder körperlichen Eignung unterzieht (§ 6 Abs. 2 und 4).

(3) Wenn die Tat nicht den Tatbestand einer in die Zuständigkeit der Gerichte fallenden strafbaren Handlung bildet, begeht eine Verwaltungsübertretung und ist abweichend von Abs. 1 mit einer Geldstrafe von 726 Euro bis zu 50.870 Euro zu bestrafen, wer

...

6. als Schiffsführer beim Transport gefährlicher Güter bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 6 sich nicht einer Untersuchung der Atemluft auf Alkoholgehalt unterzieht, sich nicht einem Arzt vorführen lässt oder sich nicht der ärztlichen Untersuchung hinsichtlich einer Beeinträchtigung seiner geistigen oder körperlichen Eignung unterzieht (§ 6 Abs. 2 und 4).

§ 134 Entziehung des Befähigungsausweises

(4) Hat der Inhaber des Befähigungsausweises

1. ein Fahrzeug, einen Schwimmkörper oder einen Verband der gewerbsmäßigen Schifffahrt in einem durch Alkohol beeinträchtigten Zustand mit einem Alkoholgehalt des Blutes von 0,5 g/l (0,5 Promille) oder darüber oder einem Alkoholgehalt der Atemluft von 0,25 mg/l geführt oder

2. ein Fahrzeug, einen Schwimmkörper oder einen Verband der nicht gewerbsmäßigen Schifffahrt in einem durch Alkohol beeinträchtigten Zustand mit einem Alkoholgehalt des Blutes von 0,8 g/l (0,8 Promille) oder darüber oder einem Alkoholgehalt der Atemluft von 0,4 mg/l geführt,

ist das Erfordernis gemäß § 125 Abs. 2 Z 3 für die Dauer von sechs Monaten, im ersten Wiederholungsfall für die Dauer von einem Jahr, im zweiten Wiederholungsfall unbefristet nicht mehr erfüllt.

§ 135 Vorläufige Abnahme des Befähigungsausweises

(1) Die Organe gemäß § 38 Abs. 2 sind berechtigt, einer Person, die sich offenbar in einem durch Alkohol oder sonstige psychotrope Substanzen oder durch außergewöhnliche Erregung oder Ermüdung beeinträchtigten Zustand befindet, den Befähigungsausweis vorläufig abzunehmen, wenn sie ein Fahrzeug führt, in Betrieb nimmt oder versucht, es in Betrieb zu nehmen. Bei der vorläufigen Abnahme ist eine Bescheinigung auszustellen, in der die Gründe für die Abnahme und eine Belehrung über die zur Wiedererlangung des Befähigungsausweises erforderlichen Schritte enthalten sind.

17.4.3.13 Wasserstraßen-Verkehrsordnung idF BGBl. II Nr. 186/2008

Verordnung des Bundesministers für Verkehr, Innovation und Technologie betreffend eine Wasserstraßen-Verkehrsordnung (WVO) 2005 idF BGBl. II Nr. 186/2008 (Auszug)

§ 1.03 Pflichten der Besatzung und sonstiger Personen an Bord

...

4. Die Mitglieder der diensttuenden Besatzung und sonstige Personen an Bord, die vorübergehend an der Führung des Fahrzeugs beteiligt sind, dürfen in ihrer Arbeit nicht durch Übermüdung oder Einwirkung von Alkohol beeinträchtigt sein.

§ 11.08a Besondere Sicherungsmaßnahmen gegen Beeinträchtigung der geistigen und körperlichen Eignung zur Führung von Fahrzeugen

1. Als zur Führung eines Fahrzeuges oder Verbandes geistig und körperlich geeignet gilt insbesondere nicht, wer sich in einem durch Alkohol oder sonstige psychotrope Substanzen oder durch außergewöhnliche Erregung oder Ermüdung beeinträchtigten Zustand befindet.

2. Bei einem Alkoholgehalt des Blutes von 0,5 g/l (0,5 Promille) oder darüber oder bei einem Alkoholgehalt der Atemluft von 0,25 mg/l oder darüber gilt der Zustand der Person jedenfalls als von Alkohol beeinträchtigt; abweichend davon gilt der Zustand des Führers eines Fahrzeuges oder Verbandes der gewerbsmäßigen Schifffahrt bei einem Alkoholgehalt des Blutes von 0,1 g/l (0,1 Promille) oder darüber oder bei einem Alkoholgehalt der Atemluft von 0,05 mg/l oder darüber als von Alkohol beeinträchtigt.

17.4.3.14 Seen- und Fluss-Verkehrsordnung idF BGBl. II Nr. 237/1999

Verordnung des Bundesministers für öffentliche Wirtschaft und Verkehr vom 18. Dezember 1989 über eine Schiffahrts-Verkehrsordnung für Seen und Flüsse (Seen- und Fluß-Verkehrsordnung) idF BGBl. II Nr. 237/1999 (Auszug)

Teil B: Schiffsführer

...

§ 3 (4) Als geistig und körperlich geeignet gilt insbesondere nicht, wer sich in einem durch Alkohol oder sonstige Rauschmittel beeinträchtigten Zustand befindet.

17.4.3.15 Wehrrecht

Im Wehrrecht finden sich im Heeresversorgungsgesetz, im Wehrgesetz, im Heeresdisziplinargesetz und im Militärstrafgesetz alkoholspezifische Bestimmungen. So werden Versorgungsansprüche infolge durch Alkoholbeeinträchtigung verursachter Dienstverletzungen ausgeschlossen, vorzeitige Entlassungen wegen durch Alkoholmissbrauch verursachter Dienstunfähigkeit bedarf nicht der Zustimmung des Soldaten, während eines Ausgangsverbots besteht Alkoholverbot, und Berauschung im Dienst kann mit bis zu 6 Monaten Freiheitsstrafe (bzw. 360 Tagsätzen Geldstrafe) geahndet werden.

17.4.3.15.1 Heeresversorgungsgesetz HVG idF BGBl. I Nr. 16/2008

Bundesgesetz vom 5. Feber 1964 über die Versorgung der den Präsenzdienst leistenden Wehrpflichtigen und ihrer Hinterbliebenen (Heeresversorgungsgesetz - HVG). StF BGBl. Nr. 27/1964 idF BGBl. I Nr. 16/2008 (Auszug)

§3 (1).Ein Anspruch auf Anerkennung einer Dienstbeschädigung ist ferner dann nicht gegeben, wenn die Gesundheitsschädigung wesentliche Folge einer durch den Missbrauch von Alkohol oder Suchtgiften bewirkten Beeinträchtigung der Handlungsfähigkeit des Beschädigten ist.

17.4.3.15.2 Wehrgesetz 2001 idF BGBl. I Nr. 17/2008

Wehrgesetz 2001 - WG 2001 StF BGBl. I Nr. 146/2001 (WV) *idF BGBl. I Nr. 17/2008 (Auszug)*

Vorzeitige Entlassung wegen Dienstunfähigkeit

§ 30 (5) Einer Zustimmung des Soldaten zur vorzeitigen Entlassung nach Abs. 3 bedarf es nicht, wenn zumindest mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist, dass die Gesundheitsschädigung

1. vom Soldaten herbeigeführt wurde ...

c) infolge der Beeinträchtigung der Zurechnungsfähigkeit durch den Missbrauch von Alkohol oder eines Suchtmittels oder...

17.4.3.15.3 Heeresdisziplinargesetz 2002 - HDG 2002 idF BGBl. I Nr. 17/2008

Heeresdisziplinargesetz 2002 (HDG 2002) StF BGBl. I Nr. 167/2002 (WV) *idF BGBl. I Nr. 17/2008 (Auszug)*

Ausgangsverbot

§47 (4) Während der Vollstreckung eines Ausgangsverbotes darf der Bestrafte den seiner Einheit zugewiesenen Unterkunftsbereich nur mit Zustimmung seiner Vorgesetzten verlassen. Der Besuch des Soldatenheimes oder vergleichbarer Einrichtungen sowie jeglicher Genuss von Alkohol oder anderer berauschender Mittel sind verboten.

17.4.3.15.4 Militärstrafgesetz 1970 idF BGBl. I Nr. 112/2007

BG vom 30. Oktober 1970 über besondere strafrechtliche Bestimmungen für Soldaten (Militärstrafgesetz - MilStG) StF BGBl. Nr. 344/1970 idF BGBl. I Nr. 112/2007 (Auszug)

Berauschung im Dienst

§23 Wer sich, nachdem über ihn schon mehr als einmal wegen eines Verhaltens derselben Art eine Disziplinarstrafe verhängt worden ist, wenn auch nur fahrlässig, im Dienst durch den Genuss von Alkohol oder den Gebrauch eines anderen berauschenden Mittels in einen Zustand versetzt, der ihn zu seinem Dienst ganz oder teilweise untauglich macht, ist, wenn die Tat nicht nach § 10 mit Strafe bedroht ist, mit Freiheitsstrafe bis zu sechs Monaten oder mit Geldstrafe bis zu 360 Tagessätzen zu bestrafen.

17.4.3.16 Waffengesetz 1996 idF BGBl. I Nr. 4/2008

Bundesgesetz, mit dem das Waffengesetz 1996 erlassen und das Unterbringungsgesetz, das Strafgesetzbuch sowie das Sicherheitspolizeigesetz geändert werden StF BGBl. I Nr. 12/1997, idF BGBl. I Nr. 4/2008 (Auszug)

Verlässlichkeit

§ 8

(2) Ein Mensch ist keinesfalls verlässlich, wenn er

1. alkohol - oder suchtkrank ist oder

...

(5). Weiters gilt ein Mensch als nicht verlässlich, der öfter als zweimal wegen einer im Zustand der Trunkenheit begangenen schwerwiegenden Verwaltungsübertretung bestraft worden ist, sofern keine dieser Bestrafungen getilgt ist.

17.4.3.17 2. Waffengesetz-Durchführungsverordnung idF BGBl. II Nr. 459/2003

Erste Verordnung des Bundesministers für Inneres über die Durchführung des Waffengesetzes (1. Waffengesetz-Durchführungsverordnung - 1. WaffV) StF BGBl. II Nr. 164/1997 idF BGBl. II Nr. 459/2003(Auszug)

§ 2 Verständigungspflicht

(1) Jede Sicherheitsbehörde, die in Kenntnis von der einem Menschen erteilten waffenrechtlichen Bewilligung Anhaltspunkte für Zweifel an dessen waffenrechtlicher Verlässlichkeit gewinnt, hat, sofern ihr nicht selbst als Waffenbehörde die Durchführung einer Überprüfung gemäß § 25 Abs. 2 WaffG obliegt, die dafür zuständige Behörde zu verständigen.

(2) Als solche Anhaltspunkte gelten insbesondere:

...

3. das Lenken oder Inbetriebnehmen eines Kraftfahrzeuges mit einem Alkoholgehalt des Blutes von 1,2 Promille oder mehr oder einem Alkoholgehalt der Atemluft von 0,6 mg/l oder mehr; ...

17.4.3.18 Internationales Übereinkommen gegen Doping im Sport 2007

Internationales Übereinkommen gegen Doping im Sport, StF: BGBl III Nr. 108/2007

Die vom Bundespräsidenten unterzeichnete und vom Bundeskanzler gegengezeichnete Ratifikationsurkunde wurde am 19. Juli 2007 beim Generaldirektor der Organisation für Erziehung, Wissenschaft und Kultur der Vereinten Nationen hinterlegt; das Internationale Übereinkommen gegen Doping im Sport ist gemäß seinem Art. 37 Abs. 2 für Österreich mit 1. September 2007 in Kraft getreten.

...

Gemäß Art. 4 Abs. 2 des Übereinkommens sind die Anhänge 1 bis 3 (Welt-Anti-Doping-Code, Internationaler Standard für Labors, Internationaler Standard für Kontrollen) lediglich zu Informationszwecken aufgeführt und nicht Bestandteil des Übereinkommens; sie werden aus Gründen der Publizität gemäß § 5 Abs. 1 Z 6 des Bundesgesetzblattgesetzes - BGBlG verlautbart.

In der Anlage 1, die den Welt-Anti-Doping-Code bzw. die Verbotsliste 2005 beinhaltet, finden sich Alkohol betreffend nur wenige Hinweise; zum einen, dass Alkohol zu den Wirkstoffgruppen zählt, welche nur mit Einschränkungen zugelassen sind, und zum anderen, dass bei Feststellung Sanktionen folgen können.

BEI BESTIMMTEN SPORTARTEN VERBOTENE WIRKSTOFFE

P.1 ALKOHOL

Alkohol (Ethanol) ist in den nachfolgenden Sportarten nur im Wettkampf verboten. Die Feststellung erfolgt durch Atem- oder Blutanalyse. Der Grenzwert, ab dem ein Dopingverstoß vorliegt, ist für jeden Verband in Klammern angegeben.

Luftsport (FAI) (0,20 g/L)

Bogenschießen (FITA) (0,10 g/L)

Motorsport (FIA) (0,10 g/L)

Billard (WCBS) (0,20 g/L)

Boule (CMSB) (0,10 g/L)

Karate (WKF) (0,10 g/L)

Moderner Fünfkampf (UIPM) (0,10 g/L) – für Disziplinen, bei denen Schießen eingeschlossen ist

Motorradsport (FIM) (0,00 g/L)

Skifahren (FIS) (0,10 g/L)

*SPEZIFISCHE WIRKSTOFFE *)*

Ephedrin, L-Methylamphetamin, Methylephedrin;

Cannabinoide;

Alle Beta-2 Agonisten zur Inhalation, außer Clenbuterol;

Probenecid;

Alle Glukokortikosteroide:

Alle Betablocker;

Alkohol;

**)„Die Verbotsliste kann spezifische Wirkstoffe bezeichnen, die wegen ihrer großen Verfügbarkeit in medizinischen Produkten besonders anfällig für unabsichtliche Verletzungen der Anti-Doping-Regeln sind oder die weniger dazu geeignet sind, erfolgreich für*

Dopingzwecke missbraucht zu werden." Eine Dopingverletzung mit solchen Wirkstoffen kann deshalb zu einer herabgesetzten Strafe führen, falls „... der Athlet nachweisen kann, dass der Gebrauch eines solchen spezifischen Wirkstoffes nicht dazu beabsichtigt war, die sportliche Leistung zu steigern ...".

17.4.3.19 Tuberkulosegesetz (Auszug)

Bundesgesetz vom 14. März 1968 zur Bekämpfung der Tuberkulose (Tuberkulosegesetz) StF BGBl. Nr. 127/1968 idF BGBl. I Nr. 65/2002

Anhaltung/Antrag

§14

(1) Verstößt ein Tuberkulosekranker auch nach der Belehrung im Sinne des § 13 gegen die ihm obliegenden Pflichten und entsteht dadurch eine Gefahr für die Gesundheit anderer Menschen, so hat die Bezirksverwaltungsbehörde beim Bezirksgericht des gewöhnlichen Aufenthaltes, in Ermangelung eines solchen des Aufenthaltes des Kranken die Feststellung der Zulässigkeit seiner Anhaltung in einer Krankenanstalt zu beantragen.

(2) Ist der Tuberkulosekranke alkoholkrank und würde sonst der Zweck der Anhaltung voraussichtlich gefährdet werden, so hat die Bezirksverwaltungsbehörde auch die Feststellung zu beantragen, dass die Öffnung der während der Anhaltung an den Kranken gerichteten Postsendungen, in denen nach ihrem Umfang und Gewicht Getränke enthalten sein können, und die Beschlagnahme der in diesen befindlichen alkoholischen Getränke zulässig ist.

Gerichtsbeschluss

§ 15

(1) Das Gericht hat auf Grund des Antrages möglichst binnen drei Wochen im außerstreitigen Verfahren zu entscheiden, ob die Anhaltung des Tuberkulosekranken in einer Krankenanstalt und gegebenenfalls auch die Öffnung der im § 14 Abs. 2 bezeichneten Postsendungen und die Beschlagnahme der darin befindlichen alkoholischen Getränke zulässig ist. Die Zulässigkeit der Anhaltung sowie der Öffnung und Beschlagnahme der Postsendungen ist auszusprechen, wenn die im § 14 angeführten Voraussetzungen zutreffen.

(2) Die Anhaltung eines Erkrankten und gegebenenfalls die Öffnung und Beschlagnahme der Postsendungen darf für die Dauer von mindestens sechs, höchstens jedoch von zwölf Monaten für zulässig erklärt werden.

Durchführung der Anhaltung

§ 19

(1) ... Der Besitz und der Genuss von alkoholischen Getränken ist ihnen ohne Erlaubnis des ärztlichen Leiters der Anstalt untersagt.

(2) Wenn ein Angehaltener unerlaubt alkoholische Getränke in die Anstalt verbringt oder zu verbringen sucht, so hat die Bezirksverwaltungsbehörde beim Bezirksgericht des Aufenthaltes des Angehaltenen die Feststellung zu beantragen, dass die Öffnung der während der Anhaltung vom Kranken mitgebrachten oder an ihn gesandten Pakete, in denen nach ihrem Umfang und Gewicht Getränke enthalten sein können, und die Beschlagnahme der in diesen befindlichen alkoholischen Getränke zulässig ist.

(3) Das Gericht hat die Zulässigkeit der Öffnung der Pakete und der Beschlagnahme der alkoholischen Getränke auszusprechen, wenn die im Abs. 2 angeführten Voraussetzungen zutreffen.

(4) Die auf Grund eines Beschlusses des Gerichtes gemäß Abs. 3 oder § 15 Abs. 2 beschlagnahmten Getränke sind dem Absender zurückzustellen.

17.4.3.20 Anerbengesetz idF BGBl. I Nr. 112/2003

Bundesgesetz vom 21. Mai 1958 über besondere Vorschriften für die bäuerliche Erbteilung (Anerbengesetz) StF BGBl. Nr. 106/1958 idF BGBl. I Nr. 112/2003

Dieses BG gilt nach § 21 in den Ländern Kärnten und Tirol nicht.

(1) Der nach § 3 berufene Anerbe ist von der Übernahme des Erbhofs durch Beschluss des Verlassenschaftsgerichts auszuschließen, wenn er

...

2. infolge seiner auffallenden und anhaltenden Neigung zur Verschwendung, zur Trunksucht oder zum Missbrauch von Suchtgiften befürchten lässt, dass er den Erbhof abwirtschaftet oder ...

17.4.4 Jugendschutzgesetze der Bundesländer

17.4.4.1 Burgenländisches Jugendschutzgesetz 2002 idF LGBl. Nr. 4/2007

Gesetz vom 31. Jänner 2002 zum Schutze der Jugend (Burgenländisches Jugendschutzgesetz 2002) StF.: LGBl. Nr. 54/2002 idF LGBl. Nr. 4/2007 (Auszug, Download des Gesamttextes unter: www.api.or.at/akis)

Begriffsbestimmungen

§ 3 Im Sinne dieses Gesetzes sind

1. Junge Menschen: Personen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr. Verheiratete, Zivildiener und Angehörige des Bundesheeres gelten nicht als junge Menschen im Sinne dieses Gesetzes, auch wenn sie noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben.

...

§ 6 Pflichten der Unternehmer und Veranstalter

(1) Unternehmerinnen oder Unternehmer und Veranstalterinnen oder Veranstalter sowie deren Beauftragte haben im Rahmen ihre Betriebs oder ihrer Veranstaltungen dafür zu sorgen, dass die auf ihre Tätigkeiten anwendbare Bestimmungen dieses Gesetzes oder der auf Grund dieses Gesetzes erlassenen Verordnungen von jungen Menschen eingehalten werden. Sie haben zu diesem Zwecke auf junge Menschen in zumutbarer Weise einzuwirken. Dies kann insbesondere durch Aufklärung, Feststellung des Alters, Verweigerung des Alkoholausschankes an unter 16-jährige, Verweigerung des Zutrittes sowie Verweisung aus Räumlichkeiten oder von Grundstücken geschehen.

(2) Unternehmerinnen oder Unternehmer und Veranstalterinnen oder Veranstalter sowie deren Beauftragte haben auf Beschränkungen, die für den Betrieb oder die Veranstaltung nach diesem Gesetz oder auf Grund dieses Gesetzes erlassenen Verordnungen gelten, deutlich sichtbar hinzuweisen.

(3) Die Landesregierung kann durch Verordnung bestimmen, welche Hinweise und notwendigen Beschränkungen in Betrieben, Lokalen und Räumlichkeiten oder bei Veranstaltungen im Hinblick auf die Sicherstellung der Einhaltung der Bestimmungen dieses Gesetzes zu erfolgen haben. In dieser Verordnung kann auch festgelegt werden, wie die Unternehmerinnen oder Unternehmer und die Veranstalterinnen oder Veranstalter diese Hinweise anbringen oder sonst in geeigneter Weise verlautbaren müssen.

§ 8 Aufenthalt an allgemein zugänglichen Orten und bei öffentlichen Veranstaltungen

Der Aufenthalt an allgemein zugänglichen Orten und der Besuch von öffentlichen Veranstaltungen ist jungen Menschen bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres nur in der Zeit von 5.00 Uhr bis 22.00 Uhr und bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres nur in der Zeit von 5.00 Uhr bis 1.00 Uhr erlaubt. Darüber hinaus dürfen sich junge Menschen bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres jeweils nur mit einer Begleitperson an allgemein zugänglichen Orten aufhalten oder öffentliche Veranstaltungen besuchen oder wenn ein rechtfertigender Grund (z.B. Heimweg) vorliegt.

§ 9 Für junge Menschen verbotene Lokale und Betriebsräumlichkeiten

(1) Junge Menschen dürfen sich nicht in Lokalen oder Betriebsräumlichkeiten aufhalten, sofern diese wegen ihrer Art, Lage, Ausstattung oder Betriebsweise junge Menschen in ihrer Entwicklung im Sinne des § 1 dieses Gesetzes gefährden könnten, wie z.B. Lokale und Räumlichkeiten in denen Prostitution oder die Anbahnung von Prostitution ausgeübt wird, Peepshows, Swingerclubs, Branntweinschenken, Wettbüros oder Glücksspielhallen.

(2) Die Landesregierung kann darüber hinaus durch Verordnung bestimmen, in welchen sonstigen Lokalen und Räumlichkeiten, die wegen ihrer Art, Lage, Ausstattung oder Betriebsweise junge Menschen in ihrer Entwicklung gefährden können, der Aufenthalt von jungen Menschen verboten ist.

§ 11 Alkohol, Tabakwaren und sonstige Rausch- und Suchtmittel

(1) Jungen Menschen bis zum vollendeten 16. Lebensjahr ist der Erwerb, der Besitz und der Konsum von alkoholischen Getränken und Tabakwaren an allgemein zugänglichen Orten und bei öffentlichen Veranstaltungen verboten.

(2) Junge Menschen dürfen Drogen und Stoffe, die geeignet sind, rauschähnliche Zustände, Süchtigkeit, Betäubung oder physische und psychische Erregungszustände hervorzurufen und nicht unter das Suchtmittelgesetz, BGBl. I Nr. 112/1997 in der Fassung BGBl. I Nr. 51/2001 fallen, nicht besitzen oder zu sich nehmen. Dies gilt nicht, wenn deren Anwendung über ärztliche Anordnung zu Heilzwecken erfolgt.

(3) Es ist verboten, jungen Menschen bis zum vollendeten 16. Lebensjahr alkoholische Getränke und Tabakwaren an allgemein zugänglichen Orten und bei öffentlichen Veranstaltungen anzubieten oder an sie abzugeben.

§ 12 Strafen und sonstige Maßnahmen

(1) Zuwiderhandlungen gegen die Bestimmungen dieses Gesetzes und der aufgrund dieses Gesetzes erlassenen Verordnungen sind Verwaltungsübertretungen, sofern die Tat nicht den Tatbestand einer in die Zuständigkeit der Gerichte fallenden Handlung bildet.

(2) Personen über 18 Jahre, die eine solche Übertretung (Abs. 1) in Gewinnabsicht begehen, sind mit einer Geldstrafe bis zu 8.000 Euro und im Falle der Uneinbringlichkeit mit einer Ersatzfreiheitsstrafe bis zu sechs Wochen zu bestrafen. Handelt es sich bei diesen Personen um Unternehmerinnen oder Unternehmer oder Veranstalterinnen oder Veranstalter, hat zusätzlich eine Meldung bezüglich der Verwaltungsübertretung an die Gewerbebehörde zu erfolgen.

(3) Erziehungsberechtigte, Begleitpersonen oder sonstige Personen über 18 Jahre, die eine solche Übertretung (Abs. 1) ohne Gewinnabsicht begehen, sind mit einer Geldstrafe bis zu 700 Euro und im Falle der Uneinbringlichkeit mit einer Ersatzfreiheitsstrafe bis zu drei Tagen zu bestrafen.

(4) Junge Menschen ab dem vollendeten 14. Lebensjahr sowie Verheiratete, Zivildiener und Angehörige des Bundesheeres, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, die eine solche Übertretung (Abs. 1) begehen, sind von den Organen des öffentlichen Sicherheitsdienstes in geeigneter Weise auf die Rechtswidrigkeit ihres Verhaltens aufmerksam zu machen oder bei der jeweiligen Bezirksverwaltungsbehörde anzuzeigen. Die für die Angelegenheiten der Jugendwohlfahrt zuständige Organisationseinheit der

Bezirksverwaltungsbehörden hat junge Menschen ab dem vollendeten 14. Lebensjahr sowie Zivildiener und Angehörige des Bundesheeres, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, gemeinsam mit deren Erziehungsberechtigten zu einem Belehrungs- und Informationsgespräch über den Sinn der Jugendschutzbestimmungen zu laden. Verheiratete, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sind zu einem Belehrungs- und Informationsgespräch über den Sinn der Jugendschutzbestimmungen zu laden.

(5) Wird seitens dieser jungen Menschen sowie der Verheirateten, Zivildiener und Angehörigen des Bundesheeres, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, ein Belehrungs- und Informationsgespräch über den Sinn der Jugendschutzbestimmungen abgelehnt oder einer zweimaligen nachweislichen Ladung zu diesem Belehrungs- und Informationsgespräch unentschuldigt keine Folge geleistet, sind diese jungen Menschen sowie Verheiratete, Zivildiener und Angehörige des Bundesheeres, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, mit einer Geldstrafe bis 200 Euro zu bestrafen. Das strafbare Verhalten endet mit der Ablehnung des Belehrungs- und Informationsgesprächs oder mit dem ungenützten Ablauf des zweiten unentschuldigt nicht eingehaltenen Ladungstermins. Eine Ersatzfreiheitsstrafe ist bei diesen jungen Menschen sowie bei Verheirateten, Zivildienern und Angehörigen des Bundesheeres, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, nicht festzusetzen.

(6) Der Versuch des Verstoßes gegen dieses Gesetz ist strafbar, ausgenommen der Versuch junger Menschen.

(7) Nach den Bestimmungen des VStG können für verfallen erklärt werden:

1. jugendgefährdende Gegenstände und Datenträger, die junge Menschen entgegen den Bestimmungen des § 10 erwerben oder besitzen;

2. Alkohol und Tabakwaren, die junge Menschen entgegen der Bestimmung des § 11 Abs. 1 erwerben oder besitzen;

3. Drogen und Stoffe, die geeignet sind, rauschähnliche Zustände, Süchtigkeit, Betäubung oder physische und psychische Erregungszustände hervorzurufen und nicht unter das Suchtmittelgesetz, BGBl. I Nr. 112/1997, zuletzt geändert durch das Gesetz BGBl. I Nr. 134/2002, fallen, die junge Menschen entgegen den Bestimmungen des § 11 Abs. 2 besitzen.

(8) Die Geldstrafen fließen dem Land zu und sind für Zwecke der Jugendwohlfahrt zu verwenden.

17.4.4.2 Kärntner Jugendschutzgesetz idF LGBl Nr. 54/2007

Gesetz vom 6. November 1997 über den Schutz der Jugend (Kärntner Jugendschutzgesetz - K-JSG) StF LGBl Nr. 5/1998 idF LGBl Nr. 54/2007 (Auszug) (Download des Gesamttextes unter: www.api.or.at/akis)

§ 3 Altersstufen

(1) Als Kinder im Sinne dieses Gesetzes gelten Personen bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres; als Jugendliche gelten Personen zwischen der Vollendung des 14. und 18. Lebensjahres. Jugendliche, die verheiratet sind oder waren, sowie Jugendliche, die zum Präsenz Ausbildungs- oder Zivildienst einberufen sind, sind Personen gleichzuhalten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben.

(2) Sofern jemand bei einem Verhalten angetroffen wird, das nach diesem Gesetz Kindern oder Jugendlichen bis zu einem bestimmten Alter nicht gestattet ist, ist er verpflichtet, im Zweifelsfalle das Alter mittels eines geeigneten Dokumentes gegenüber denjenigen Personen nachzuweisen, die die Einhaltung dieses Gesetzes zu überwachen haben oder denen durch dieses Gesetz Pflichten auferlegt sind. Solange ein derartiger Altersnachweis nicht erbracht wird, gilt die Vermutung, dass das erforderliche Mindestalter nicht vorliegt.

§ 5 Pflichten der Aufsichtspersonen

...

(3) Die Erziehungsberechtigten sind verpflichtet, Anfragen der Behörden, ob ihre Billigung für ein Verhalten der Kinder oder Jugendlichen, die nach diesem Gesetz erforderlich ist, vorlag, unverzüglich zu beantworten.

§ 6 Pflichten der Unternehmer

(1) Unternehmer und Veranstalter sowie deren Beauftragte haben im Rahmen ihres Betriebes oder ihrer Veranstaltungen dafür zu sorgen, dass die auf ihre Tätigkeiten anwendbaren Bestimmungen dieses Gesetzes beachtet werden. Sie haben zu diesem Zwecke auf Kinder und Jugendliche in zumutbarer Weise einzuwirken. Dies kann insbesondere durch Aufklärung, Feststellung des Alters, Verweigerung des Zutrittes sowie Verweisung aus Räumlichkeiten oder von Grundstücken geschehen.

(2) Unternehmer und Veranstalter haben auf die Beschränkungen, die für den Betrieb oder die Veranstaltung nach diesem Gesetz oder den nach diesem Gesetz erlassenen Verordnungen oder Bescheide gelten, deutlich sichtbar hinzuweisen.

(3) Die Landesregierung kann durch Verordnung bestimmen, welche Hinweise auf Beschränkungen in Betrieben oder bei Veranstaltungen zu erfolgen haben. In dieser Verordnung ist auch festzulegen, wie die Unternehmer und Veranstalter diese Hinweise anbringen oder sonst in geeigneter Weise verlautbaren müssen.

§ 9 Aufenthalt in Gastgewerbebetrieben und sonstigen Lokalen

(1) Kindern, die nicht in Begleitung einer Aufsichtsperson sind, ist ohne triftigen Grund der Aufenthalt in Räumen, die dem Aufenthalt von Gästen im Rahmen des Gastgewerbes dienen, untersagt. Für Jugendliche gilt dieses Verbot in der Zeit von 24.00 Uhr bis 6.00 Uhr, in den Nächten vor Sonn- und gesetzlichen Feiertagen für Jugendliche ab dem vollendeten 16. Lebensjahr von 2.00 Uhr bis 6.00 Uhr. Kindern in Begleitung einer Aufsichtsperson ist der Aufenthalt bis längstens 24.00 Uhr gestattet.

(2) Als triftige Gründe im Sinne des Abs 1 gelten beispielsweise der Aufenthalt zur Einnahme von Mahlzeiten oder zur Überbrückung von Wartezeiten, wenn die Billigung der Erziehungsberechtigten vorliegt.

(3) Kinder und Jugendliche dürfen Nachtlokale, -bars, Branntweinschenken, Räumlichkeiten, die im Sinne des § 2 Abs 4 des Kärntner Prostitutionsgesetzes als Bordelle oder bordellähnliche Einrichtungen gelten, oder sonstige Betriebsanlagen, von denen wegen ihrer Art, Lage, Ausstattung oder Betriebsweise oder wegen ihres vorwiegenden Besucherkreises eine nachteilige Beeinträchtigung der Kinder oder Jugendlichen im Sinne des § 1

lit c ausgehen kann, nicht betreten. Gleiches gilt für Veranstaltungen, bei denen wegen der Darbietungen oder Schaustellungen anzunehmen ist, dass sie auf Kinder und Jugendliche eine verrohende Wirkung ausüben können oder sie in ihrer körperlichen, geistigen, seelischen, sittlichen, charakterlichen oder sozialen Entwicklung nachteilig beeinträchtigen könnten.

(4) Kindern ist das Betreten von Spielhallen für Spielapparate und deren Betätigung nur in Begleitung von Erwachsenen erlaubt. Kindern und Jugendlichen ist das Betreten von Räumen, in denen Geldspielapparate aufgestellt sind, nicht erlaubt.

§ 12 Genuss- und Suchtmittel

(1) Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 16. Lebensjahr dürfen keine alkoholischen Getränke trinken und keine Tabakwaren rauchen.

(2) Jugendliche ab dem vollendeten 16. Lebensjahr dürfen alkoholische Getränke mit einem höheren Alkoholgehalt als 12 Volumprozent sowie Mischgetränke, die gebrannte alkoholische Getränke (Spirituosen) enthalten, nicht trinken, gleichgültig ob diese vorgefertigt sind (z.B. Alkopops) oder selbst hergestellt werden. Jedenfalls dürfen Jugendliche ab vollendetem 16. Lebensjahr alkoholische Getränke nur bis zu einer Menge trinken, dass der Alkoholgehalt des Blutes weniger als 0,5 g/l (0,5 Promille) oder der Alkoholgehalt der Atemluft weniger als 0,25 mg/l beträgt.

(3) Kinder und Jugendliche dürfen Drogen und Stoffe, die geeignet sind, rauschähnliche Zustände, Süchtigkeit, Betäubung oder psychische Erregungszustände hervorzurufen und nicht unter das Suchtmittelgesetz, BGBl I Nr. 112/1997, fallen, nicht zu sich nehmen. Dies gilt nicht, soweit dies über ärztliche Anordnung zu Heilzwecken erfolgt.

(4) Alkoholische Getränke und Tabakwaren, die Kinder oder Jugendliche iSd. Abs 1 und 2 nicht trinken oder rauchen dürfen, sowie Drogen und Stoffe, die sie iSd. Abs 3 nicht zu sich nehmen dürfen, dürfen diesen von niemandem angeboten, überlassen oder verkauft werden. Solche Getränke, Tabakwaren sowie Drogen oder Stoffe dürfen von Kindern und den in Betracht kommenden Jugendlichen auch nicht erworben oder in Besitz genommen werden.

17.4.4.3 Niederösterreichisches Jugendgesetz idF 4600-10/2008

NÖ Jugendgesetz, 4600-0 Stammgesetz 2/83 1983-01-27 idF LGBl. Nr. 4600-10, 9. Novelle 2008-03-28 (Auszug, Download des Gesamttextes unter: www.api.or.at/akis)

§12 Begriffsbestimmungen

(1) Junge Menschen im Sinne dieses Gesetzes sind Personen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr. Verheiratete, Zivildiener und Angehörige des Bundesheeres gelten nicht als junge Menschen im Sinne dieses Gesetzes, auch wenn sie noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben.

(2) Begleitpersonen sind Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und

a) denen von den Erziehungsberechtigten die Aufsicht über junge Menschen beruflich, vertraglich oder vorübergehend anvertraut wird oder

b) die im Rahmen von Jugendorganisationen für die Beaufsichtigung von jungen Menschen verantwortlich sind.

§ 18 Alkohol, Tabak und sonstige Rausch und Suchtmittel

(1) Junge Menschen bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres dürfen alkoholische Getränke (auch in Form von Mischgetränken wie z.B. Alkopops) und Tabakwaren an allgemein zugänglichen Orten und bei öffentlichen Veranstaltungen weder erwerben noch konsumieren.

(2) Alkoholische Getränke (auch in Form von Mischgetränken wie z.B. Alkopops) und Tabakwaren dürfen an allgemein zugänglichen Orten und bei öffentlichen Veranstaltungen jungen Menschen bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres weder angeboten noch an sie abgegeben (überlassen, ausgeschenkt, verkauft, geschenkt, weitergegeben) werden.

(3) Junge Menschen dürfen Drogen und Stoffe, die geeignet sind, rauschähnliche Zustände, Süchtigkeit, Betäubung oder physische und psychische Erregungszustände hervorzurufen und nicht unter das Suchtmittelgesetz, BGBl. I Nr. 112/1997 in der Fassung BGBl. I Nr. 51/2001 fallen, nicht besitzen, verwenden oder zu sich nehmen. Dies gilt nicht, wenn deren Anwendung über ärztliche Anordnung zu Heilzwecken erfolgt.

17.4.4.4 Oberösterreichisches Jugendschutzgesetz 2001 idF LGBl. Nr. 90/2005

Landesgesetz über den Schutz der Jugend (OÖ. Jugendschutzgesetz 2001 – OÖ. JSchG 2001) idF LGBl. Nr. 90/2005 (Auszug, Download des Gesamttextes unter: www.api.or.at/akis)

§ 2 Begriffsbestimmungen

***Jugendliche**: Minderjährige bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres;*

***Erwachsene**: Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben; verheiratete Jugendliche und Jugendliche, die den Präsenzdienst, Ausbildungsdienst oder Zivildienst leisten, werden Erwachsenen gleichgehalten;*

§ 8 Alkohol, Tabak und Drogen

(1) Jugendlichen bis zum vollendeten 16. Lebensjahr ist der Erwerb und der Konsum von Tabakwaren und von alkoholischen Getränken verboten. Jugendlichen ab dem vollendeten 16. Lebensjahr ist der übermäßige Alkoholkonsum sowie der Erwerb und der Konsum von gebrannten alkoholischen Getränken, auch in Form von Mischgetränken, verboten. Die Bestimmungen dieses Absatzes gelten auch dann, wenn alkoholische Getränke durch Absorbierung an einen pulver-, pastenförmigen oder anderen Trägerstoff gebunden werden. (Anm: LGBl. Nr. 90/2005)

(2) An Jugendliche dürfen keine alkoholischen Getränke oder Tabakwaren abgegeben werden, welche sie im Sinn des Abs. 1 nicht erwerben und konsumieren dürfen.

(3) Ausgenommen vom Verbot des Erwerbs von alkoholischen Getränken und Tabakwaren gemäß Abs. 1 sind Jugendliche in Erfüllung der Aufgaben ihrer beruflichen Ausbildung oder Beschäftigung (Anm: LGBl. Nr. 90/2005).

(4) Jugendlichen ist die missbräuchliche Verwendung von Drogen und Stoffen, die nicht unter das Suchtmittelgesetz fallen, die jedoch allein oder in Verbindung mit anderen Stoffen eine Betäubung, Aufputschung oder Stimulierung herbeiführen können, verboten.

17.4.4.5 Salzburger Jugendgesetz idF LGBl Nr. 98/2006

Gesetz vom 10. Dezember 1998 über die Förderung und den Schutz der Jugend im Land Salzburg (Salzburger Jugendgesetz) StF LGBl Nr. 24/1999 idF LGBl Nr. 98/2006 (Auszug) (Download des Gesamttextes unter: www.api.or.at/akis)

§ 22 Begriffsbestimmungen

(1) Im Sinn der Jugendschutzbestimmungen sind:

1. Kinder: Personen, die das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet haben;

2. Jugendliche: Personen vom vollendeten 12. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, ausgenommen verheiratete Personen sowie Präsenzdienst, Ausbildungsdienst oder Zivildienst leistende Personen. Sie werden unterschieden in:

a) Jugendliche bis zum vollendeten 14. Lebensjahr (Jugendliche bis 14 Jahre),

b) Jugendliche vom vollendeten 14. bis zum vollendeten 16. Lebensjahr (Jugendliche zwischen 14 und 16 Jahren),

c) Jugendliche ab dem vollendeten 16. Lebensjahr (Jugendliche ab 16 Jahre).

§ 36 Alkohol, Tabak, Drogen und Suchtmittel-Ersatzstoffe

(1) Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 16. Lebensjahr sind der Erwerb, der Besitz und der Konsum von alkoholischen Getränken nicht erlaubt. Jugendlichen ab dem vollendeten 16. Lebensjahr sind der Erwerb, der Besitz und der Konsum von gebrannten alkoholischen Getränken, und zwar auch in Form von Mischgetränken und unabhängig davon, ob sie vorgefertigt sind (z.B. Alkopops) oder selbst hergestellt werden, nicht erlaubt. Sonstige alkoholische Getränke dürfen von Jugendlichen ab dem vollendeten 16. Lebensjahr nur insoweit konsumiert werden, als durch den Konsum nicht offenkundig ein Zustand der Berauschung hervorgerufen oder verstärkt wird. An Kinder und Jugendliche dürfen keine alkoholischen Getränke ausgeschenkt oder sonst abgegeben werden, die sie nicht erwerben, besitzen oder konsumieren dürfen. Die Bestimmungen dieses Absatzes gelten auch dann, wenn alkoholische Getränke durch Absorbierung an einen pulver- oder pastenförmigen Trägerstoff gebunden werden.

(2) Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 16. Lebensjahr sind der Erwerb, der Besitz und der Konsum von Tabakwaren nicht erlaubt. Ihnen dürfen auch keine Tabakwaren abgegeben werden.

(3) Kindern und Jugendlichen ist die missbräuchliche Verwendung von Drogen und Stoffen untersagt, die nicht unter das Suchtmittelgesetz fallen, aber allein oder in Verbindung mit anderen Stoffen eine Betäubung, Aufputschung oder Stimulierung herbeiführen können (Suchtmittel-Ersatzstoffe).

§ 16 Strafbestimmungen für Erwachsene

(1) Sofern die Tat nicht den Tatbestand einer in die Zuständigkeit der Gerichte fallenden strafbaren Handlung bildet, begeht eine Verwaltungsübertretung, wer einem Gebot oder Verbot der Bestimmungen der §§ 5 Abs 1 und 3, 6, 7, 10a, 11, 12 Abs 4, 13 Abs 1 oder 15 Abs 1 zuwiderhandelt. Der Versuch ist strafbar.
§ 17 Abs 5 gilt sinngemäß.

(2) Verwaltungsübertretungen im Sinne des Abs 1, die von Personen begangen werden, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, sind von der Bezirksverwaltungsbehörde mit einer Geldstrafe bis zu Euro 3630, in den Fällen der Übertretung der §§ 11 Abs 1 und 12 Abs 4 sowie des § 6, letztere, wenn diese Übertretungen der §§ 11 Abs 1 oder

12 Abs 4 zur Folge haben, mit einer Geldstrafe von 2.000 bis 20.000 Euro zu bestrafen. Im Falle der Uneinbringlichkeit ist in den Fällen der Übertretung der §§ 11 Abs 1 und 12 Abs 4 eine Ersatzfreiheitsstrafe bis zu sechs Wochen zu verhängen.

(3) Werden Verwaltungsübertretungen im Sinne von Abs 1 von denselben der Gewerbeordnung 1994 unterliegenden Unternehmern oder von denselben Veranstaltern in einem Zeitraum von drei Jahren mehr als einmal begangen, ist dies der für die Entziehung der Gewerbeberechtigung oder der Veranstaltungsbewilligung zuständigen Behörde mitzuteilen.

(4) Der Verfall von Gegenständen nach §§ 11 und 12 ist nach Maßgabe des § 17 des Verwaltungsstrafgesetzes 1991 zulässig, sofern der Wert eines solchen Gegenstandes in einem angemessenen Verhältnis zum Grad des Verschuldens und zum Ausmaß der Schädigung und des Interesses des Jugendschutzes steht. Weiters sind Drogen und sonstige Stoffe, die zu Übertretungen der Bestimmungen des § 12 Abs 3 dienten, für verfallen zu erklären.

§ 17 Sanktionen für Jugendliche

(1) Jugendliche, die Geboten oder Verboten der Bestimmungen der §§ 8, 9, 10, 10a, 12 oder 13 Abs 2 zuwiderhandeln oder dies bei den Verboten nach § 12 versuchen, begehen eine Verwaltungsübertretung.

Gegen sie kommen als Sanktion folgende von der Bezirksverwaltungsbehörde zu erteilende Aufträge in Betracht:

a) die Verpflichtung zur Teilnahme an einer von der Bezirksverwaltungsbehörde abzuhaltenden Unterweisung über die Zielsetzungen des Jugendschutzes, um die kognitiven, emotionalen, verhaltensmäßigen und sozialen Voraussetzungen einer Einstellungsänderung herbeizuführen, bis zur Gesamtdauer von drei Stunden;

b) das unentgeltliche Erbringen von Leistungen für die Öffentlichkeit bis zu einer Gesamtdauer von höchstens 36 Stunden, wie insbesondere die Mithilfe bei der Jugend- und Altersfürsorge oder bei sonstigen gemeinnützigen Einrichtungen.

(2) Aufträge nach Abs 1 lit b dürfen nur mit Zustimmung des Jugendlichen und seines gesetzlichen Vertreters verhängt werden.

(3) Wird ein Auftrag iSd. Abs 1 erteilt, so ist im Straferkenntnis zugleich für den Fall, dass die aufgetragene Leistung nicht oder nicht vollständig erbracht wird, die an deren Stelle tretende Ersatzstrafe festzusetzen. Die Ersatzstrafe hat sich im Rahmen des Abs 4 zu halten. Eine Ersatzfreiheitsstrafe darf nicht verhängt werden.

(4) Wenn nach der Lage des Falles Aufträge nach Abs 1 nicht wirkungsvoll erscheinen oder wenn die Zustimmung nach Abs 2 nicht gegeben wird, sind Geldstrafen bis zu Euro 218 zu verhängen. Eine Ersatzfreiheitsstrafe darf nicht verhängt werden.

(5) Bei Übertretungen des § 12, die in der eigenen Wohnung oder der Wohnung der Eltern begangen werden, sind keine Geldstrafen auszusprechen.

§ 18 Mitwirkung

(1) Die Organe der Bundesgendarmerie und der Bundespolizeibehörden haben bei der Vollziehung der §§ 6 bis 13 mitzuwirken durch

a) Vorbeugungsmaßnahmen gegen drohende Verwaltungsübertretungen sowie

b) Maßnahmen, die für die Einleitung von Verwaltungsstrafverfahren erforderlich sind.

(2) Unbeschadet des § 39 Abs 2 des Verwaltungsstrafgesetzes 1991 sind die Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes berechtigt, im Zuge ihrer Amtshandlungen durch die Ausübung unmittelbarer Befehls- und Zwangsgewalt Kindern oder Jugendlichen jugendgefährdende Medien, die diesen nicht zugänglich gemacht werden dürfen (§ 11), oder Genuss- und Suchtmittel, die von diesen nicht konsumiert oder zu sich genommen werden dürfen, insoweit sie nur von geringem Wert sind, ohne Anspruch auf Entschädigung abzunehmen und sofort zu vernichten oder der zuständigen Behörde zu übergeben, sofern eine Beschlagnahme nach anderen Bestimmungen in Betracht kommt. Gegenstände, die nicht im Eigentum der Kinder oder der Jugendlichen stehen, dürfen nur unter den in § 17 Abs 1 des Verwaltungsstrafgesetzes 1991 genannten Umständen abgenommen werden.

(3) Die Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes sind berechtigt, Kinder oder Jugendliche, die der Aufforderung eines Unternehmers im Sinne von § 6 letzter Satz, Räumlichkeiten oder Grundstücke nicht zu betreten oder zu verlassen, nicht nachkommen oder die sich sonst unberechtigt in Betriebsanlagen oder bei Veranstaltungen im Sinne von § 9 Abs 3 und 4 aufhalten, durch die Ausübung unmittelbarer Befehls- und Zwangsgewalt zu entfernen.

(4) Die Ausübung unmittelbarer Befehls- und Zwangsgewalt nach den Abs 2 oder 3 ist den Betroffenen vorher anzudrohen.

17.4.4.6 Steiermärkisches Jugendschutzgesetz idF LGBl. Nr. 76/2005

Gesetz vom 7. Juli 1998 über den Schutz der Jugend (Steiermärkisches Jugendschutzgesetz – StJSchG)StF LGBl. Nr. 80/1998 idF LGBl. Nr. 76/2005 (Auszug) (Download des Gesamttextes unter: www.api.or.at/akis)

§ 3 Begriffsbestimmungen

Die nachstehenden Begriffe haben in diesem Gesetz folgende Bedeutung:

1. *Kinder: Personen bis zum vollendeten 14. Lebensjahr;*
2. *Jugendliche: Personen ab dem vollendeten 14. Lebensjahr bis zum vollendeten 18. Lebensjahr;*
3. *Erwachsene: Personen ab dem vollendeten 18. Lebensjahr; verheiratete Jugendliche und Jugendliche, die den Präsenz und Zivildienst ableisten, sind Erwachsenen gleichgestellt;*
4. *Erziehungsberechtigte: Eltern, Elternteile, Pflegeeltern, Pflegeelternteile und sonstige Personen, die nach bürgerlichem Recht erziehungsberechtigt sind;*

§ 9 Alkohol, Tabak und Suchtmittel

(1) Bis zum vollendeten 16. Lebensjahr ist der Konsum von Tabakwaren und alkoholischen Getränken verboten.

(2) Vom vollendeten 16. Lebensjahr bis zum vollendeten 18. Lebensjahr ist der Konsum von Getränken, die alkoholische Getränke mit über 14 Volumprozent enthalten, verboten.

(3) Bis zum vollendeten 18. Lebensjahr ist der Konsum von Drogen und ähnlichen Stoffen, die nicht unter das Suchtmittelgesetz – SMG, BGBl. I Nr. 112/1997, fallen, die jedoch allein oder in Verbindung mit anderen Stoffen eine Betäubung, Aufputschung oder Stimulierung herbeiführen können, verboten. Dies gilt nicht, wenn deren Anwendung ärztlich angeordnet wurde.

(4) Niemand darf Tabakwaren, die Kinder und Jugendliche im Sinne des Abs. 1 nicht konsumieren dürfen, an diese abgeben. Niemand darf alkoholische Getränke, die Kinder und Jugendliche im Sinne der Abs. 1 und 2 nicht konsumieren dürfen, sowie Drogen und ähnliche Stoffe, die sie im Sinne des Abs. 3 nicht konsumieren dürfen, an diese abgeben.

17.4.4.7 Tiroler Jugendschutzgesetz 1994 idF LGBl. Nr. 5/2005

Gesetz vom 24. November 1993 über die Förderung und den Schutz der Jugend in Tirol (Tiroler Jugendschutzgesetz 1994) StF idF LGBl. Nr. 5/2005 idF LGBl. Nr. 5/2005 (Auszug) (Download des Gesamttextes unter: www.api.or.at/akis)

§ 11 Begriffsbestimmungen

(1) Kinder sind Personen, die das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

(2) Jugendliche sind Personen zwischen dem vollendeten 14. und dem vollendeten 18. Lebensjahr.

§ 18 Alkoholische Getränke und Zubereitungen

(1) An Kinder und Jugendliche dürfen alkoholische Getränke und Zubereitungen (Pulver, Tabletten, Kapseln, Konzentrate und dergleichen), die der Herstellung alkoholischer Getränke dienen, nicht weitergegeben werden, soweit im Abs. 2 nichts anderes bestimmt ist.

(2) An Jugendliche ab dem vollendeten 16. Lebensjahr dürfen alkoholische Getränke, ausgenommen

a) gebrannte alkoholische Getränke und

b) Mischungen, die gebrannte alkoholische Getränke enthalten, unabhängig davon, ob sie vorgefertigt sind (z. B. Alkopops) oder selbst hergestellt werden,

weitergegeben werden.

(3) Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 16. Lebensjahr dürfen alkoholische Getränke nicht erwerben oder in der Öffentlichkeit konsumieren, soweit im Abs 4 nichts anderes bestimmt ist.

(4) Kinder und Jugendliche dürfen

a) gebrannte alkoholische Getränke und Mischungen im Sinne des Abs. 2 lit. b nicht erwerben oder konsumieren und

b) Zubereitungen im Sinne des Abs. 1

nicht erwerben oder verdünnt oder unverdünnt konsumieren.

17.4.4.8 Vorarlberger Jugendgesetz 1999 idF LGBl. Nr. 3/2008

Gesetz über die Förderung und den Schutz der Jugend 1999 StF LGBl. Nr. 16/1999 idF LGBl. Nr. 3/2008 (Auszug) (Download des Gesamttextes unter: www.api.or.at/akis)

§ 2 Altersstufen, Geltungsbereich

(1) Kinder sind Personen bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres. Jugendliche sind Personen zwischen der Vollendung des 14. und des 18. Lebensjahres.

(2) Für die Jugendförderung nach dem 2. Abschnitt dieses Gesetzes gelten auch junge Erwachsene bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres als Jugendliche

(3) Der Jugendschutz nach dem 3. Abschnitt dieses Gesetzes gilt nicht beim Bundesheer und im Zivildienst

§ 9 Pflichten der Unternehmer

(1) Unternehmer und Veranstalter haben im Rahmen ihres Betriebes oder ihrer Veranstaltungen dafür zu sorgen, dass die auf ihre Tätigkeiten anwendbaren Bestimmungen dieses Gesetzes beachtet werden. Sie haben zu diesem Zweck auf Kinder und Jugendliche in zumutbarer Weise einzuwirken. Dies kann insbesondere durch Aufklärung, Feststellung des Alters, Verweigerung des Zutrittes sowie Verweisung aus Räumlichkeiten oder von Grundstücken geschehen.

(2) Die Landesregierung kann durch Verordnung bestimmen, welche Hinweise auf wichtige Beschränkungen in Betrieben oder in Veranstaltungen zu machen sind. In dieser Verordnung ist auch festzulegen, wie die Unternehmer und Veranstalter diese Hinweise anbringen oder sonst in geeigneter Weise verlautbaren müssen.

§ 17 Genuss- und Suchtmittel

1) Tabakwaren dürfen Kindern und Jugendlichen, die das 16. Lebensjahr nicht vollendet haben, nicht angeboten, weitergegeben oder überlassen werden.

(2) Alkoholische Getränke dürfen Kindern und Jugendlichen nicht angeboten, weitergegeben oder überlassen werden,

a) sofern die Kinder und Jugendlichen das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet haben;

b) auch nach dem vollendeten 16. Lebensjahr, sofern die Jugendlichen bereits offensichtlich alkoholisiert sind oder es sich um gebrannte alkoholische Getränke oder solche enthaltende Mischgetränke handelt.

(3) Kinder und Jugendliche dürfen alkoholische Getränke und Tabakwaren in der Öffentlichkeit nicht erwerben, besitzen oder konsumieren,

a) sofern sie das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet haben;

b) auch nach dem vollendeten 16. Lebensjahr, sofern es sich um gebrannte alkoholische Getränke oder solche enthaltende Mischgetränke handelt.

(4) Kinder und Jugendliche dürfen sonstige Stoffe, die rauschartige Zustände hervorrufen können, nicht zum Zwecke der Berauschung zu sich nehmen.

§ 21 Verfahrensbestimmungen

(1) Die in diesem Gesetz enthaltenen Beschränkungen können mit unmittelbarer behördlicher Befehls- und Zwangsgewalt durchgesetzt werden.

(2) Den Organen der Behörde sowie den Organen des öffentlichen Sicherheitsdienstes ist, soweit es zur Vollziehung dieses Gesetzes erforderlich und Gefahr im Verzug ist,

a) ungehinderter Zutritt zu Betriebsanlagen und ähnlichen Räumen und Veranstaltungsräumen zu gewähren und

b) über Verlangen Auskunft zu erteilen; dies gilt nicht, soweit die Auskunftsperson die Aussage nach § 38 des Verwaltungsstrafgesetzes 1991 verweigern darf oder wenn es sich um eine eigene Sache der Auskunftsperson handelt.

(3) Die Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes dürfen ein Kind den Erziehungsberechtigten übergeben, wenn das Kind bei einem Verhalten angetroffen wird, das nach diesem Gesetz verboten ist, und wenn dies zum Wohle des Kindes erforderlich ist.

(4) Alkoholische Getränke und Tabakwaren, die von Kindern und Jugendlichen entgegen § 17 erworben oder besessen werden, dürfen ihnen von Organen des öffentlichen Sicherheitsdienstes sofort abgenommen werden. Abgenommene Gegenstände von geringem Wert können ohne Anspruch auf Entschädigung sofort vernichtet werden. In den übrigen Fällen sind die Erziehungsberechtigten unverzüglich zur Übernahme der abgenommenen Gegenstände aufzufordern.

§ 22 Übertretungen

(1) Eine Übertretung begeht, wer den Bestimmungen der §§ 8 Abs 2 oder Abs 3, 9 bis 18 oder Verordnungen nach den §§ 14 Abs 4, 15 Abs 3 oder 16 Abs 3 zuwiderhandelt. Dies gilt nicht, wenn die Tat einen gerichtlich strafbaren Tatbestand bildet oder nach dem Suchtmittelgesetz zu bestrafen ist.

(2) Abweichend von Abs. 1 liegt eine Übertretung wegen Erwerbes oder Besitzes nach § 17 Abs. 3 nicht vor, wenn der Erwerb oder Besitz Folge eines Testkaufes ist, der durch eine Einrichtung veranlasst wurde, die von der Behörde zur Durchführung solcher Testkäufe ermächtigt worden ist.

(3) Der Versuch ist strafbar.

(4) Übertretungen nach Abs. 1 und 3, die von über 18 Jahre alten Personen begangen werden, sind von der Bezirkshauptmannschaft mit Geldstrafen bis zu 5.000 Euro zu bestrafen.

(5) Wenn Jugendliche Übertretungen nach Abs. 1 und 3 begehen, hat die Bezirkshauptmannschaft das Strafverfahren einzustellen, wenn der Jugendliche nach ihrem Auftrag unentgeltliche Leistungen für das Gemeinwohl erbringt oder sich einem Informations- und Beratungsgespräch unterzieht. Solche Maßnahmen darf die Bezirkshauptmannschaft in Absprache mit dem Jugendlichen nur dann auftragen, wenn dies pädagogisch zweckmäßig ist und der Jugendliche und sein gesetzlicher Vertreter zustimmen. Leistungen für das Gemeinwohl dürfen nur bis zu einem Ausmaß von sechs Stunden pro Tag und 24 Stunden insgesamt aufgetragen werden.

(6) Die Bezirkshauptmannschaft hat Übertretungen von Jugendlichen mit Geldstrafen bis zu 500 Euro zu bestrafen,

a) wenn angenommen werden muss, dass Aufträge nach Abs. 5 den Jugendlichen nicht von weiteren Übertretungen abhalten werden,

b) wenn die Zustimmung des Jugendlichen oder seines gesetzlichen Vertreters zu einer unentgeltlichen Leistung oder zu einem Informations- und Beratungsgespräch nach Abs. 5 nicht gegeben wird oder

c) der Jugendliche die Leistungen nicht erbracht oder sich dem Informations- und Beratungsgespräch nicht unterzogen hat.

17.4.4.8.1 Verordnung nach dem Jugendgesetz Land Vorarlberg LGBl. Nr. 34/2000

Verordnung der Landesregierung über den von Unternehmern und Veranstaltern anzubringenden Hinweis auf Beschränkungen nach dem Jugendgesetz LGBl. Nr. 34/2000 Vbg VO § 1(Auszug) (Download des Gesamttextes unter: www.api.or.at/akis)

§ 1

(1) Unternehmer und Veranstalter haben die in den Anlagen 1 bis 3 enthaltenen Hinweise auf Beschränkungen, die für ihre Betriebe oder Veranstaltungen nach dem Jugendgesetz gelten, deutlich sichtbar anzuschlagen. Der Hinweis ist in Form eines Anschlages in Druck- oder Schreibmaschinenschrift in gut lesbarer Schriftgröße anzubringen und hat mindestens dem Format DIN A 4 zu entsprechen.

(2) Für den anzubringenden Hinweis gilt

a) die Anlage 1 für Film- und Medienvorführungen und sonstige Veranstaltungen sowie Betriebsanlagen und ähnliche Räume, von denen wegen ihrer Art, Ausstattung oder Betriebsweise, wegen der darin stattfindenden Darbietungen oder Schaustellungen oder wegen ihres vorwiegenden Besucherkreises Gefahren für die Entwicklung von Kindern oder Jugendlichen ausgehen können, insbesondere Sexshops, Videotheken, Wettbüros und Nachtlokale,

b) die Anlage 2 für Gaststätten und inländische Bodenseeschiffe mit Gastbetrieb, sofern nicht ohnehin der Hinweis nach lit. a anzubringen ist, und

c) die Anlage 3 für Campingplätze.

Anlage 1: Jugendschutz bei Veranstaltungen und in Betriebsanlagen und ähnlichen Räumen

Zutrittsbeschränkungen

Kinder und Jugendliche) dürfen öffentliche Film- oder andere Medienvorführungen nur besuchen, wenn sie vom Veranstalter für ihre Altersstufe zugelassen sind und wenn sie nicht durch eine Verordnung der Landesregierung ausgeschlossen sind. Kinder und Jugendliche dürfen Veranstaltungen, von denen sie der Veranstalter ausgeschlossen hat, nicht besuchen. Kinder dürfen nicht an Schönheitswettbewerben teilnehmen.*

Kinder und Jugendliche dürfen Betriebsanlagen und ähnliche Räume, von denen sie der Unternehmer oder Veranstalter ausgeschlossen hat, nicht betreten.

**) Als Kinder gelten Menschen bis zum vollendeten 14. Lebensjahr.*
Als Jugendliche gelten Menschen zwischen dem vollendeten 14. und dem vollendeten 18. Lebensjahr. Bestehen begründete Zweifel am Alter der Kinder und Jugendlichen, so müssen diese ihr Alter gegenüber jenen Personen nachweisen, die die Einhaltung dieses Gesetzes überwachen oder auf die Einhaltung dieses Gesetzes hinzuwirken haben.

Alkohol und Nikotin

Personen bis zum vollendeten 16. Lebensjahr dürfen alkoholische Getränke und Tabakwaren in der Öffentlichkeit nicht konsumieren.

17.4.4.9 Wiener Jugendschutzgesetz 2002 idF LGBl. Nr. 23/2008

Gesetz zum Schutz der Jugend (Wiener Jugendschutzgesetz 2002 - WrJSchG 2002 StF LGBl. Nr. 17/2002 idF LGBl. Nr. 23/2008 (Auszug) (Download des Gesamttextes unter: www.api.or.at/akis)

§ 2. Informationspflicht

Das Land Wien hat dafür Sorge zu tragen, dass junge Menschen und Erziehungsberechtigte über

1. *Inhalt und Sinn dieses Gesetzes informiert werden,*
2. *die körperliche, geistige, seelische, sittliche oder soziale Entwicklung gefährdenden Faktoren, wie z. B. Gewalt, sexueller Missbrauch und Suchtmittelmissbrauch informiert und aufgeklärt werden.*

§ 3. Im Sinne dieses Gesetzes sind

(1) Junge Menschen: Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Verheiratete Personen, Zivildiener und Angehörige des Bundesheeres gelten mit Ausnahme des § 11 Abs. 2 nicht als junge Menschen im Sinne dieses Gesetzes, auch wenn sie das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

§ 11 Alkohol, Tabak und sonstige Rausch- und Suchtmittel

(1) Junge Menschen dürfen nicht:

1. *bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres alkoholische Getränke und Tabakwaren an allgemein zugänglichen Orten und bei öffentlichen Veranstaltungen erwerben oder konsumieren.*
2. *alkoholische Getränke und Tabakwaren in Schulen konsumieren.*
3. *sonstige Rausch- und Suchtmittel, die geeignet sind, rauschähnliche Zustände, Süchtigkeit, Betäubung oder physische oder psychische Erregungszustände hervorzurufen, erwerben, besitzen oder zu sich nehmen. Es sind solche Rausch- und Suchtmittel gemeint, die nicht unter das Suchtmittelgesetz, BGBl. I Nr. 112/1997 in der Fassung BGBl. I Nr. 134/2002, fallen. Dies gilt nicht, wenn die Anwendung zu medizinischen Behandlungs- und Heilzwecken erfolgt.*

(2) An junge Menschen dürfen nicht abgegeben werden:

1. *bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres alkoholische Getränke und Tabakwaren an allgemein zugänglichen Orten und bei öffentlichen Veranstaltungen.*
2. *sonstige Rausch- und Suchtmittel im Sinne des Abs. 1.*

§ 12 Strafen und sonstige Maßnahmen

...

(6) Junge Menschen, die entgegen § 11 Abs. 1 Z 2 alkoholische Getränke und Tabakwaren in Schulen konsumieren, sind vom Schulleiter auf die gesundheitsgefährdenden Auswirkungen hinzuweisen. Erforderlichenfalls ist vom Schulleiter ein Beratungs- und Informationsgespräch beim Jugendwohlfahrtsträger zu veranlassen.

(7) Der Verfall kann nach den Bestimmungen des Verwaltungsstrafgesetzes 1991 – VStG erklärt werden für

...

2. Rausch- und Suchtmittel, die junge Menschen entgegen § 11 erwerben, besitzen, konsumieren oder zu sich nehmen.

17.4.5 Rechtslage der Bundesländer betreffend das Veranstaltungsrecht im Alkoholbereich

17.4.5.1 Burgenland

17.4.5.1.1 Burgenländisches Veranstaltungsgesetz

Gesetz vom 7. Oktober 1993 über die öffentlichen Veranstaltungen im Burgenland LGBl. Nr. 2/1994, idF LGBl. Nr. 32/2001 (Auszug)

§ 6 Sonstige Voraussetzungen

(1) Die Bewilligung darf nur erteilt werden, wenn

1. der Veranstalter über eine Veranstaltungsstätte gemäß § 12 für die betreffende Veranstaltung verfügt,
(hiebei ist zu berücksichtigen, dass die Veranstaltungsstätte entweder nach § 13 genehmigt oder nach § 12 Abs. 2 von der Genehmigungspflicht ausgenommen sein muss)

2. die Veranstaltung nicht unter ein Verbot der §§ 15 oder 16 fällt, und

3. gegen die Veranstaltung keine Bedenken aus bau-, feuer-, gesundheits-, sittlichkeits- oder sicherheitspolizeilichen Gründen bestehen.

§ 10 Anmeldung

...

(5) Die Anmeldebehörde kann dem Veranstalter zur Sicherung des ordnungsgemäßen Ablaufes von Sportveranstaltungen mit Bescheid insbesondere vorschreiben, dass

1. im Bereich der Veranstaltungsstätte (§ 12) der Ausschank von alkoholischen Getränken einzuschränken oder zu unterlassen ist,

2. die Mitnahme alkoholischer Getränke durch Besucher zu unterbleiben hat,

3. Getränke nur in ungefährlichen Behältern abgegeben werden dürfen.

Erläuterungen:
Mit 1. April 1988 ist das Europäische Übereinkommen über Gewalttätigkeiten und Fehlverhalten von Zuschauern bei Sportveranstaltungen und insbesondere bei Fußballspielen, BGBl. Nr. 133/1988, in Kraft getreten. Dieser Staatsvertrag ist nach Art. 50 Abs. 2 B-VG durch die Erlassung von Gesetzen zu erfüllen. Soweit das Übereinkommen Angelegenheiten betrifft, zu deren Regelung der Landesgesetzgeber zuständig ist, soll es mit den Abs. 5 bis 7 transformiert werden.

Die Anmeldebehörde wird im Abs. 5 ermächtigt, dem Veranstalter mit Bescheid die zur Sicherung des ordnungsgemäßen Ablaufes von Sportveranstaltungen erforderlichen Sicherheitsmaßnahmen vorzuschreiben. Hervorgehoben werden dabei Maßnahmen, die den Alkoholmissbrauch bei Sportveranstaltungen, immer wieder Ursache gewalttätiger Auseinandersetzungen, hintanhalten sollen. Bescheidadressat ist der Veranstalter. Dieser hat durch geeignete Vorkehrungen für die Einhaltung der Vorschreibungen zu sorgen.

Zur Unterstützung des Veranstalters dienen Ordnungskräfte, die die Behörde schon nach Abs. 4 vorschreiben kann, in den Fällen des Abs. 6 aber jedenfalls vorzuschreiben hat, oder die der Veranstalter im Rahmen seines Hausrechtes selbständig einrichten kann.

Quelle: Mitteilung der BGld. Landesregierung zur Anfrage des BMGFJ (Alkoholforum; Arbeitsgruppe „Alkohol und Wirtschaft") vom 2.1.2008

...

(7) Der Ordnerdienst hat Personen den Zutritt zur Veranstaltungsstätte zu verwehren, die

1. unter Alkohol- oder Drogeneinfluss stehen,

2. einer Vorschrift gemäß Abs. 5 Z 2 zuwiderhandeln wollen,

3. Gegenstände mit sich führen, die für Akte der Gewalttätigkeit, als Wurfgeschosse oder sonst in einer den ordnungsgemäßen Ablauf der Veranstaltung grob störenden Weise verwendet werden können (z.B. Feuerwerkskörper, Rauchbomben) und nicht bereit sind, diese abzugeben,

4. bekannte Unruhestifter und nicht bereit sind, sich der notwendigen Kontrolle zu unterziehen oder von denen angenommen werden muss, dass sie den ordnungsgemäßen Ablauf der Veranstaltung durch Angriffe auf andere Personen stören werden.

17.4.5.2 Kärnten

17.4.5.2.1 Kärntner Veranstaltungsgesetz

Kärntner Veranstaltungsgesetz 1997 - K-VAG 1997 StF: LGBl Nr. 95/1997 (WV) idF LGBl Nr. 138/2001

17.4.5.3 Niederösterreich

17.4.5.3.1 Niederösterreichisches Veranstaltungsgesetz

NÖ Veranstaltungsgesetz 7070-0 Stammgesetz 73/06 2006-08-16

§ 3 Veranstalter, Verantwortlichkeit

...

(4) Der Veranstalter oder die von ihm namhaft gemachte Ansprechperson hat die Veranstaltung sofort zu unterbrechen, abzubrechen oder abzusagen und die Besucher nötigenfalls zum Verlassen der Veranstaltung aufzufordern sowie alle sonst erforderlichen Maßnahmen zu setzen, wenn er erkennt, dass

1. das Leben oder die Gesundheit von Menschen oder die Sicherheit von Sachen gefährdet wird;

2. andere Personen insbesondere durch Lärm, Geruch, Rauch, Staub, Abgase oder Lichteinwirkungen unzumutbar belästigt werden;

3. eine Gefährdung der öffentlichen Ruhe, Ordnung und Sicherheit zu erwarten ist;

4. die Bestimmungen des § 18 NÖ Jugendgesetzes nicht eingehalten werden.

17.4.5.4 Oberösterreich

17.4.5.4.1 OÖ Veranstaltungssicherheitsgesetz

Landesgesetz über die Sicherheit bei Veranstaltungen Landesgesetz über die Sicherheit bei Veranstaltungen StF: LGBl. Nr. 78/2007 (Auszug)

§ 4 Allgemeine Erfordernisse

...

(3) Die Landesregierung hat zur Wahrung der ordnungsgemäßen Durchführung nach Abs 2 durch Verordnung (s.u.) zu bestimmen, welchen Erfordernissen Veranstaltungen und die verwendeten Veranstaltungsstätten, -einrichtungen und –mittel sowie die von ihnen ausgehenden Einwirkungen jedenfalls zu entsprechen haben. Dabei können unterschiedliche Bestimmungen für einzelne Veranstaltungsarten und Typen von Veranstaltungsstätten, -einrichtungen und –mittel sowie Vorschreibungen über den Abschluss einer Haftpflichtversicherung, die Festlegung einer landesweit einheitlichen Sperrstunde für alle oder nur bestimmte Veranstaltungsarten und Vorkehrungen für die Barrierefreiheit von Veranstaltungen, soweit diese technisch möglich und wirtschaftlich zumutbar sind, vorgesehen werden. In dieser Verordnung ist jedenfalls für Veranstaltungen, die von Jugendlichen besucht werden dürfen, festzulegen, dass

1. Lockangebote mit alkoholischen Getränken verboten sind und

2. die Veranstalterin oder der Veranstalter bestimmte Vorkehrungen zu treffen hat, welche die Überwachung der Einhaltung des OÖ. Jugendschutzgesetzes 2001 erleichtern.

17.4.5.4.2 OÖ Veranstaltungssicherheitsverordnung LGBl. Nr. 24/2008

Veranstaltungen mit Zugang für Jugendliche:

Bei Veranstaltungen die auch von Jugendlichen besucht werden dürfen und bei denen aufgrund der Art und der zu erwartenden Veranstaltungsteilnehmer eine Überwachung der Einhaltung der Jugendschutzbestimmungen im besonderen Maße erforderlich macht (Alkoholausschank), sind vom Veranstalter

a) leicht erkennbare äußere Kennzeichnung der Jugendlichen, die eine missbräuchliche Weitergabe dieser Kennzeichnung weitgehend ausschließen und eine differenzierte altersmäßige Einstufung (14 bis 16, 16 bis 18 Jahre und über 18-Jährige) erkennbar machen (Verwendung verschiedener Farbbänder oder ähnlichem), vorzunehmen und

b) die für die Veranstaltung maßgeblichen Jugendschutzbestimmungen im Eingangsbereich gut sicht- und lesbar anzuschlagen.

Lockangebote:

Die Bewerbung von Veranstaltungen, die auch von Jugendlichen besucht werden dürfen, durch Lockangebote zum Konsum alkoholischer Getränke ist verboten.

Alkohol und Drogen:

Personen, die offensichtlich alkoholisiert sind oder unter Drogeneinfluss stehen, ist der Zutritt zur Veranstaltungsstätte zu verwehren. Die Abgabe von alkoholischen Getränken an offensichtlich bereits alkoholisierte oder unter Drogeneinfluss stehende Personen ist unzulässig.

Erläuterungen: Unabhängig von Beschränkungen bei Veranstaltungen aus Jugendschutzgründen wird von der Veranstaltungsbehörde durch Veranstaltungsbescheide vorgeschrieben, dass bei besonderen Veranstaltungen, wie z.B. Fußballspiele oder Groß-Open-Airs, bestimmte alkoholische Getränke nicht verkauft bzw. Alkoholika wie z.B. Gebranntes oder Starkbier nicht ausgeschenkt und ausgegeben werden dürfen. Bei Veranstaltungen, die fast ausschließlich von Kindern und Jugendlichen besucht werden, wird ein generelles Alkoholausschank- und -mitnahmeverbot in die Veranstaltungsstätte vorgeschrieben.

Quelle: Mitteilung der OÖ Landesregierung zur Anfrage des BMGFJ (Alkoholforum; Arbeitsgruppe „Alkohol und Wirtschaft") vom 2.1.2008

17.4.5.5 Salzburg

17.4.5.5.1 Salzburger Veranstaltungsgesetz

Salzburger Veranstaltungsgesetz 1997 StF: LGBl Nr. 100/1997 (WV) idF LGBl Nr. 58/2005

Im Salzburger Veranstaltungsgesetz gibt es derzeit keine Regelungen zum Thema Alkohol.

In der vom Land Salzburg, Arbeitsgruppe Veranstaltungsrecht herausgegebenen Broschüre „Salzburger Veranstaltungsrecht, Beurteilungshilfe zu folgenden Themen: Begriff, Veranstaltung, Zuständigkeiten, Überwachung" findet sich unter dem Schwerpunkt „Alkohol, Drogen, Jugendschutz" folgende Empfehlung:

Alkohol

Bei verschiedenen Veranstaltungen, wie Zeltfesten, kommt es durch den übermäßigen Konsum von Alkohol durch die Besucher, insbesondere bei Veranstaltungen, die länger als bis drei Uhr früh dauern, gerade in den letzten Stunden häufig zu Exzessen. Viele Unfälle ereignen sich aber zwischen 04.00 Uhr und 05.00 Uhr früh.

Empfehlung

Mit einer landesweit einheitlichen Sperrstunde um 03.00 Uhr früh mit einer Einschleifregelung, das heißt, Musik- und Ausschank-Ende ab 02.00 Uhr und endgültige Sperrstunde auf 03.00 Uhr, kann diesen Auswirkungen vorgebeugt werden.

17.4.5.6 Steiermark

17.4.5.6.1 Steiermärkisches Veranstaltungsgesetz

Gesetz vom 8.Juli 1969 über öffentliche Schaustellungen, Darbietungen und Belustigungen StF: LGBl. Nr. 192/1969 idF: LGBl. Nr. 148/2006

§ 34a (2)

(1) Die Behörde hat dem Veranstalter für Veranstaltungen jederzeit jene Maßnahmen vorzuschreiben, die zur Erfüllung der Erfordernisse für den ordnungsgemäßen Ablauf der Veranstaltung notwendig sind.

(2) Insbesondere bei Großveranstaltungen, wie z.B. bei Sportveranstaltungen in Stadien, kann die Behörde dem Veranstalter zur Sicherung des ordnungsgemäßen Ablaufes einer Veranstaltung vorschreiben, dass

1. rivalisierende Anhängergruppen durch einen kontrollierten Kartenverkauf sowie durch die Zuweisung zu getrennten Zuschauersektoren bereits bei ihrer Ankunft getrennt werden und der Zutritt zur Veranstaltungsstätte von der Bereitschaft abhängig gemacht wird, sich von Ordnern oder Überwachungs-

bzw. Sicherheitsorganen durchsuchen zu lassen, wenn auf Grund bestimmter Tatsachen Gewalttätigkeiten zu befürchten sind;

2. *auch in der Zeit vor dem Beginn und nach dem Ende der Veranstaltung für die Sicherheit der Besucher durch geeignete Maßnahmen in besonderem Maße vorzusorgen ist;*
3. *Programme, Prospekte und dergleichen genützt werden, um die Besucher zu korrektem Verhalten aufzufordern;*
4. *jenen Besuchern der Zutritt zur Veranstaltungsstätte verwehrt wird, die*
   a) *bekannte oder potentielle Unruhestifter sind,*
   b) *erkennbar unter Alkohol oder Drogeneinfluss stehen,*
   c) *alkoholische Getränke in die Veranstaltungsstätte einzubringen versuchen,*
   d) *Gegenstände mit sich führen, die für Akte der Gewalttätigkeit, als Wurfgeschosse oder sonst in einer den ordnungsgemäßen Ablauf der Veranstaltung grob störenden Weise verwendet werden können, wie beispielsweise Feuerwerkskörper und Rauchbomben, und nicht bereit sind, diese abzugeben;*
5. *im Bereich der Veranstaltungsstätte keine alkoholischen Getränke ausgeschenkt oder verkauft und Getränke nur in ungefährlichen Behältern abgegeben werden dürfen.*

(3) Die Behörde hat dem Veranstalter mit Bescheid die Einrichtung eines Ordnerdienstes vorzuschreiben, wenn dies zur Sicherung des ordnungsgemäßen Ablaufes einer Veranstaltung erforderlich ist, jedenfalls aber dann, wenn

a) mehr als 3000 Besucher erwartet werden,

b) mit Gewalttätigkeiten oder einem Fehlverhalten von Besuchern, insbesondere durch rivalisierende Anhängergruppen, zu rechnen ist oder

c) die Art der Veranstaltung eine erhebliche Gefährdung der Besucher erwarten lässt.

17.4.5.7 Tirol

17.4.5.7.1 Tiroler Veranstaltungsgesetz

Gesetz vom 2. Juli 2003, mit dem das Veranstaltungswesen in Tirol geregelt wird
LGBl. Nr. 86/2003 idF LGBl. Nr. 72/2004

§ 18 Veranstaltungen mit hohem Gefährdungspotenzial

(1) Die Behörde kann zur Sicherung des ordnungsgemäßen Ablaufes von Veranstaltungen mit hohem Gefährdungspotenzial, wie Sportveranstaltungen, Popkonzerten und dergleichen, mit Bescheid insbesondere vorschreiben, dass

d) jenen Besuchern der Zutritt zum Stadion verwehrt wird, die
   1. *bekannte oder potenzielle Unruhestifter sind,*
   2. *unter Alkohol- oder Drogeneinfluss stehen,*
   3. *alkoholische Getränke oder Drogen in das Stadion einzubringen versuchen,*

4. *Gegenstände mit sich führen, die für Akte der Gewalttätigkeit, als Wurfgeschosse oder sonst in einer den ordnungsgemäßen Ablauf der Veranstaltung grob störenden Weise verwendet werden können, wie beispielsweise Feuerwerkskörper oder Rauchbomben, und nicht bereit sind, diese abzugeben;*

e) keine alkoholischen Getränke ausgeschenkt oder verkauft und Getränke nur in ungefährlichen Behältern abgegeben werden dürfen.

17.4.5.7.2 Tiroler Gemeindeordnung 2001 – TGO

Gesetz vom 21. März 2001 über die Regelung des Gemeindewesens in Tirol LGBl. Nr. 36/2001 idF 90/2005

§ 18 Ortspolizeiliche Verordnungen

(1) In den Angelegenheiten des eigenen Wirkungsbereiches hat die Gemeinde das Recht, ortspolizeiliche Verordnungen nach freier Selbstbestimmung zur Abwehr unmittelbar zu erwartender oder zur Beseitigung bestehender, das örtliche Gemeinschaftsleben störender Missstände zu erlassen und deren Nichtbefolgung als Verwaltungsübertretung zu erklären. Solche Verordnungen dürfen nicht gegen bestehende Gesetze und Verordnungen des Bundes und des Landes verstoßen.

(2) Wer eine ortspolizeiliche Verordnung übertritt, begeht, sofern die Tat nicht den Tatbestand einer in die Zuständigkeit der Gerichte fallenden strafbaren Handlung bildet, eine Verwaltungsübertretung und ist vom Bürgermeister mit einer Geldstrafe bis zu 25.000 Schilling (ab 1. Jänner 2002 Euro 1820,-) zu bestrafen. Der Versuch ist strafbar. Die Strafgelder fließen der Gemeinde zu.

Erläuterung: Mittels obiger Rechtsgrundlage haben die Gemeinden Tirols das Recht den Alkoholgenuss an bestimmten Orten innerhalb der Gemeinde, wie etwa in Parkanlagen zu verbieten und deren Nichtbefolgung unter Strafe zu stellen.

Quelle: Mitteilung der Tiroler Landesregierung zur Anfrage des BMGFJ (Alkoholforum; Arbeitsgruppe „Alkohol und Wirtschaft") vom 2.1.2008

17.4.5.8 Vorarlberg

17.4.5.8.1 Gesetz über das Veranstaltungswesen

Gesetz über das Veranstaltungswesen LGBl. Nr. 1/1989 idF LGBl. Nr. 3/2007

Erläuterung: im Bereich des Veranstaltungswesens selbst keine Vorschriften, die unmittelbar die Verabreichung, die Weitergabe und den Konsum von Alkohol regeln. Es ist nur geregelt, dass der Veranstalter dafür zu sorgen hat, dass bei der Abhaltung der Veranstaltung Besucher nicht in ihrer körperlichen Sicherheit beeinträchtigt werden, von Besuchern ausgehende Gewalttätigkeiten und anderes gefährliches Fehlverhalten unterbleiben, Sachen nicht widerrechtlich beschädigt oder unzumutbare Belästigungen der Nachbarschaft und schwer wiegende Beeinträchtigungen der Umwelt vermieden werden. Wenn solche Auswirkungen zu befürchten sind, hat die Gemeinde dem Veranstalter mit Bescheid die zu deren Vermeidung notwendigen Maßnahmen aufzutragen, wozu auch die eingeschränkte Verabreichung von Alkohol oder bestimmten Arten von Alkohol gehören kann.

Quelle: Mitteilung der Vorarlberger Landesregierung zur Anfrage des BMGFJ (Alkoholforum; Arbeitsgruppe „Alkohol und Wirtschaft") vom 2.1.2008

17.4.5.9 Wien

17.4.5.9.1 Wiener Veranstaltungsstättengesetz

Gesetz betreffend Lage, Beschaffenheit, Einrichtung und Betrieb von Veranstaltungsstätten StF: LGBl. Nr. 4/1978 idF LGBl. Nr. 19/1999

Erläuterung: Das Wiener Veranstaltungsgesetz, LGBl. Nr. 12/1971, zuletzt geändert durch LGBl. Nr. 64/2006, das Wiener Veranstaltungsstättengesetz, LGBl. Nr. 4/1978, zuletzt geändert durch LGBl. Nr. 19/1999, und das Wiener Kinogesetz, LGBl. Nr. 18/1955, zuletzt geändert durch LGBl. Nr. 38/2005, enthalten keine unmittelbaren, den Ausschank und Konsum von Alkohol regelnden Bestimmungen. Allerdings ist die Aufnahme alkoholrelevanter Regelungen in die gemäß den §§ 35, 52, 67 und 84 Wiener Veranstaltungsstättengesetz zu erlassenden Hausordnungen für die jeweiligen Veranstaltungsstätten möglich. In einigen Hausordnungen finden sich auch derartige Regelungen (z.B. die Bestimmung, dass alkoholisierten Personen kein Zutritt gewährt werden darf).

Quelle: Mitteilung der Wiener Landesregierung zur Anfrage des BMGFJ (Alkoholforum; Arbeitsgruppe „Alkohol und Wirtschaft") vom 2.1.2008.

17.5 Dokumente

17.5.1 Auszug aus den „Dublin Principles"

Text veröffentlicht von National College of Ireland (1997). Übersetzung aus dem Englischen durch die AutorInnen. (Download des Gesamttextes unter http://www.api.or.at/akis/index/alkoholpolicy.htm)

Alkohol und Gesellschaft; Kooperation zwischen Wirtschaft, Regierung, Gemeinden und Gesundheitsberufen

A. Regierungen, Nichtregierungsorganisationen, Angehörige der Gesundheitsberufe und Vertreter der Alkoholwirtschaft sollten ihre Strategien und Positionen in Bezug auf alkoholrelevante Aspekte bestmöglich auf vorhandene wissenschaftliche Erkenntnisse aufbauen.

B. In Übereinstimmung mit dem jeweiligen kulturellen Kontext sollte Alkoholpolitik auf eine Kombination aus legislativen Maßnahmen, Selbstbeschränkung der Industrie und Selbstverantwortlichkeit von Individuen abzielen.

C. Der Konsum von alkoholischen Getränken hat eine Reihe von positiven und negativen, gesundheitlichen und gesellschaftlichen Konsequenzen, die Einzelne und die Gesellschaft betreffen. Regierungen, interstaatliche Organisationen, Angehörige der Gesundheitsberufe und Vertreter der Alkoholwirtschaft sollten daher sowohl einzeln als auch gemeinsam angemessene Schritte setzen, um den nicht verantwortungsbewussten Umgang mit Alkohol und die Aufforderung zum nicht verantwortungsbewussten Umgang mit Alkohol zu bekämpfen. Diese Schritte sollten Forschungsmaßnahmen, Erziehungsschritte und die Unterstützung von Programmen, die auf alkoholverursachte Probleme abzielen, beinhalten.

D. Die Alkoholwirtschaft und alle Personen, die mit Alkoholproduktion, Alkoholhandel, den relevanten Bestimmungen und dem Konsum von Alkohol zu tun haben, sollten ausschließlich den gesetzeskonformen und verantwortungsbewussten Umgang mit

Alkohol fördern.

E. *Regierungen und Alkoholwirtschaft haben eine Verpflichtung, für eine strikte Einhaltung der Produktsicherheitsbestimmungen bei alkoholischen Getränken zu sorgen.*

F. *Um den Individuen eine sachlich fundierte Entscheidung bezüglich des Umgangs mit alkoholischen Getränken zu ermöglichen, sollte Information über Alkohol korrekt und ausgewogen dargeboten werden.*

   1. *Alkoholwerbung sollte durch vernünftige Regulierungen und/oder durch Selbstbeschränkung der Industrie in einer Art und Weise eingeschränkt werden, dass der exzessive oder unverantwortliche Umgang mit Alkohol nicht gefördert wird.*
   2. *Erziehungsprogramme sollten bei der Vermittlung von Information über Alkohol und über alkoholbedingte Risken eine wesentliche Rolle spielen.*

Alkoholforschung: Kooperation zwischen Wirtschaft, Regierung und Wissenschaft

A. *Um das Wissen über alle Aspekte des Alkohols zu verbessern, sollte es der Wissenschaft frei gestellt sein, mit der Alkoholwirtschaft den Regierungen und mit Nichtregierungsorganisationen zusammenzuarbeiten.*

B. *Die Alkoholwirtschaft, Regierungen und Nichtregierungsorganisationen sollten unabhängige Forschung unterstützen, die zum besseren Verständnis des Gebrauchs und Missbrauchs von Alkohol, der Alkoholeffekte und des Verhältnisses zwischen Alkohol, Gesundheit und Gesellschaft beiträgt.*

C. *Alkoholforschung sollte nach den höchsten fachlichen, wissenschaftlichen und ethischen Standards durchgeführt werden, unabhängig davon, wer die Forschungstätigkeit finanziert.*

D. *Alle an dem Forschungsprozess beteiligten Personen inklusive jener, die die Forschung finanzieren, sollten Vereinbarungen vermeiden, die die intellektuelle Integrität der ForscherInnen und deren Freiheit zu Forschen in Frage stellen.*

   1. *Wenn ForscherInnen sich um die Finanzierung von Forschungsprojekten bemühen, so sollten alle persönlichen, wirtschaftlichen und finanziellen Interessen offen gelegt werden, die direkt oder indirekt einen Einfluss auf Design, Durchführung, Auswertung, Interpretation oder Berichtlegung haben könnten.*
   2. *ForscherInnen sollten die Finanzierung im Zusammenhang mit ihren Forschungsprojekten und deren Veröffentlichung offen legen.*

E. *ForscherInnen sollte es frei stehen, ihre Forschungsergebnisse zu zirkulieren und zu veröffentlichen. Um Patentrechte und Handelsgeheimnisse zu schützen, sollten angemessene und ethisch vertretbare Beschränkungen von Zirkulation und Veröffentlichung im Voraus beschlossen werden, sofern diese Beschränkungen keine Bereiche betreffen, die für die öffentliche Gesundheit von Bedeutung sind.*

17.5.2 „Genfer Partnerschaft für Alkoholfragen in Richtung Globale Charta“

Text veröffentlicht von ICAP (1997) (Download des Gesamttextes unter http://www.api.or.at/akis/index/alkoholpolicy.htm)

Dieses Dokument definiert allgemeine Prinzipien, um die Rolle des Alkohols in der Gesellschaft näher zu bestimmen. Es zielt auf individuelle und gesellschaftliche Verantwortung in Bezug auf Alkohol und Alkoholkonsum. Dabei wird anerkannt, dass der

Genuss von alkoholischen Getränken Vergnügen bereiten kann und weitere positive Aspekte hat. Gleichzeitig drückt das Dokument aber auch die Besorgnis über mögliche schwere negative Konsequenzen des Alkoholkonsums für den Einzelnen, Gemeinden und die gesamte Gesellschaft aus. Das Dokument wurde in Zusammenarbeit mit Experten aus Alkoholwirtschaft und Gesundheitswesen, sowie mit anderen Personen, die an alkoholpolitischen Entscheidungen beteiligt sind, erarbeitet. Es schafft ambitionierte Rahmenbedingungen für den Aufbau umfassender Partnerschaften.

Präambel

Die Bedeutung einer stärkeren Zusammenarbeit zwischen dem öffentlichen und dem privaten Sektor auf internationaler Ebene wird von immer breiteren Kreisen anerkannt. Angesichts dessen hat ICAP die Initiative ergriffen, ein Konzept für den Aufbau relevanter Partnerschaften zu entwickeln, das zum weltweiten Diskurs über Alkoholpolitik beitragen soll. Dieses Dokument beschreitet neue Wege, indem es die gemeinsamen Interessen des Gesundheitswesens, der wissenschaftlichen Forschung, der Alkoholwirtschaft sowie des staatlichen und des nicht-staatlichen Sektors fördert. Als maßgeblicher Ausgangspunkt dienen die „Dublin Principles" jedoch werden auch Beiträge internationaler Organisationen zur Formulierung alkoholpolitischer Grundsätze berücksichtigt. Dieses Dokument stellt das Produkt eines intensiven Beratungsprozesses dar, in dessen Verlauf ein breites Spektrum jener Experten, die an alkoholpolitischen Entscheidungen beteiligt sind, einbezogen wurden. Diese Beratungen fanden sowohl in regionalen als auch in internationalen Treffen statt. Das Ziel der Beratungen war es, zu für alle beteiligten Parteien annehmbaren Prinzipien zu gelangen.

Alkohol und die Gesellschaft:

...

Politische und gesetzliche Rahmenbedingungen:

...

Zugang zum Alkohol und Verfügbarkeit:

...

Alkoholwerbung und –förderung:

...

Information und Aufklärung:

...

Gesundheitsversorgung:

...

Verantwortungsbewusster Dienst an Konsumenten:

...

Forschung und Veröffentlichung von Forschungsergebnissen:

...

Fazit:

Die Erfahrung zeigt, dass mit gutem Willen und Engagement eine Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Interessengruppen möglich ist, um die negativen Folgen des Alkoholkonsums einzudämmen und zu verhindern und gleichzeitig die eigenen Interessen zu wahren. Der rege Informations- und Meinungsaustausch, der bei der Verfassung dieses Dokuments stattgefunden hat, bestätigt, dass sich die Interessen aller Beteiligten zu einem beträchtlichen Grad überschneiden, und es wäre daher begrüßenswert, diesen konstruktiven Dialog fortzusetzen.

18 Sonstiges Datenmaterial

Tab. 132: Wohnbevölkerung Österreich, privater Konsum, Verurteilungen

Jahr	0 - 14 Jahre	über 15 Jahre	gesamt	Priv. Konsum (Mrd. €)		Verurteilungen
1955	1.597.159	5.349.726	6.946.885	4,86	SNA	109.995
1956	1.568.375	5.383.984	6.952.359	5,30	SNA	116.914
1957	1.547.550	5.418.310	6.965.860	5,72	SNA	117.173
1958	1.543.106	5.444.252	6.987.358	6,06	SNA	116.036
1959	1.550.027	5.464.304	7.014.331	6,48	SNA	123.222
1960	1.560.926	5.486.511	7.047.437	7,06	SNA	119.484
1961	1.589.502	5.496.797	7.086.299	7,71	SNA	109.496
1962	1.628.607	5.501.257	7.129.864	8,32	SNA	104.309
1963	1.655.849	5.519.962	7.175.811	9,01	SNA	102.631
1964	1.678.201	5.545.600	7.223.801	9,67	SNA	103.484
1965	1.703.452	5.567.437	7.270.889	10,60	SNA	100.724
1966	1.730.837	5.591.229	7.322.066	11,33	SNA	105.394
1967	1.760.079	5.616.919	7.376.998	12,16	SNA	108.593
1968	1.786.737	5.628.666	7.415.403	12,96	SNA	111.172
1969	1.807.162	5.633.893	7.441.055	13,79	SNA	112.632
1970	1.819.259	5.647.827	7.467.086	14,92	SNA	110.324
1971	1.823.905	5.676.577	7.500.482	16,71	SNA	108.480
1972	1.822.716	5.721.485	7.544.201	18,88	SNA	101.971
1973	1.812.961	5.773.154	7.586.115	21,20	SNA	91.908
1974	1.792.649	5.806.389	7.599.038	24,03	SNA	91.014
1975	1.760.714	5.818.189	7.578.903	26,76	SNA	82.764
1976	1.721.087	5.844.438	7.565.525	29,81	SNA	83.625
1977	1.678.141	5.890.289	7.568.430	33,20	SNA	84.967
1978	1.630.780	5.931.525	7.562.305	34,07	SNA	83.187
1979	1.582.054	5.967.371	7.549.425	37,19	SNA	81.555
1980	1.541.395	6.008.038	7.549.433	40,15	ESVG79	83.626
1981	1.511.616	6.057.094	7.568.710	43,35	ESVG79	88.726
1982	1.480.848	6.094.869	7.575.717	46,53	ESVG79	86.862
1983	1.444.756	6.122.260	7.567.016	50,50	ESVG79	86.051
1984	1.411.951	6.158.578	7.570.529	53,28	ESVG79	85.669
1985	1.385.711	6.192.550	7.578.261	55,55	ESVG79	84.096
1986	1.364.944	6.223.045	7.587.989	57,66	ESVG79	79.992
1987	1.348.682	6.249.472	7.598.154	59,75	ESVG79	76.596
1988	1.340.354	6.274.925	7.615.279	62,20	ESVG95	67.756
1989	1.340.527	6.318.274	7.658.801	66,58	ESVG95	63.298
1990	1.347.038	6.382.198	7.729.236	71,80	ESVG95	71.722
1991	1.362.312	6.450.659	7.812.971	76,06	ESVG95	75.155
1992	1.386.364	6.527.448	7.913.812	81,30	ESVG95	74.419
1993	1.404.617	6.586.868	7.991.485	84,85	ESVG95	74.937
1994	1.413.410	6.616.307	8.029.717	89,19	ESVG95	
1995	1.411.647	6.634.888	8.046.535	93,23	ESVG95	69.779
1996	1.403.426	6.655.959	8.059.385	98,09	ESVG95	
1997	1.392.621	6.679.561	8.072.182	101,66	ESVG95	
1998	1.380.220	6.698.229	8.078.449	104,98	ESVG95	
1999	1.370.410	6.721.844	8.092.254	108,39	ESVG95	
2000	1.358.314	6.751.930	8.110.244	113,74	ESVG95	
2001	1.353.482	6.679.444	8.032.926	117,77	ESVG95	
2002	1.339.902	6.713.204	8.053.106			
2003	1.333.505	6.784.249	8.117.754			
2004	1.325.997	6.848.736	8.174.733			
2005	1.316.803	6.908.806	8.225.609			
2006	1.303.907	6.978.041	8.281.948			
2007	1.285.540	7.026.359	8.311.899			

Quelle: Statistik Austria (2006b, 2007c) entsprechende Jahre)
Erläuterungen:Berechnungsart des privaten Konsums: „SNA" = System of National Account, „ESVG" = Europäisches System für volkswirtschaftliche Gesamtrechnung (Fassung 1979 und 95)
**) Zahlen laut Bevölkerungsvorausschätzung der Statistik Austria*

Der Verbraucherpreisindex (VPI) ist das statistische Instrument, mit dem die Entwicklung des Preisniveaus auf der Konsumentenstufe gemessen wird. Ausgehend von einem Basisjahr,

dessen durchschnittliches Preisniveau gleich 100 gesetzt wird, gibt er das Ausmaß der durchschnittlichen Preisveränderungen für den/die EndverbraucherIn an. Ein Indexwert von beispielsweise 102,5 bedeutet, dass sich das Preisniveau gegenüber der Basisperiode um 2,5% erhöht hat.

Tab. 133: Schlüssel – Verbraucherpreisindexberechnung

Jahr	VPI 50 (1950=100)	VPI 58 (1958=100)	VPI 66 (1966=100)	VPI 76 (1976=100)	VPI 86 (1986=100)	VPI 96 (1996=100)	VPI 2000 (VPI=2000)
1950	100,0						
1951	127,5						
1952	144,8						
1953	143,7						
1954	147,4						
1955	151,1						
1956	155,4						
1957	161,7						
1958	163,4	100,0					
1959	165,2	101,1					
1960	168,3	103,0					
1961	174,3	106,7					
1962	182,0	111,4					
1963	186,9	114,4					
1964	194,1	118,8					
1965	203,8	124,7					
1966	208,2	127,4	100,0				
1967	216,5	132,5	104,0				
1968	222,6	136,2	106,9				
1969	229,4	140,4	110,2				
1970	239,4	146,5	115,0				
1971	250,7	153,4	120,4				
1972	266,5	163,1	128,0				
1973	286,6	175,4	137,7				
1974	313,9	192,1	150,8				
1975	340,4	208,3	163,5				
1976	365,4	223,6	175,5	100,0			
1977	385,5	235,9	185,2	105,5			
1978	399,3	244,4	191,8	109,3			
1979	413,9	253,3	198,8	113,3			
1980	440,4	269,5	211,5	120,5			
1981	470,3	287,8	225,9	128,7			
1982	495,9	303,5	238,2	135,7			
1983	512,3	313,5	246,1	140,2			
1984	541,0	331,1	259,9	148,1			
1985	558,5	341,8	268,3	152,9			
1986	568,1	347,7	272,9	155,5	100,0		
1987	576,1	352,6	276,8	157,7	101,4		
1988	587,4	359,5	282,2	160,8	103,4		
1989	602,0	368,4	289,2	164,8	106,0		
1990	622,2	380,8	298,9	170,3	109,5		
1991	642,7	393,3	308,7	175,9	113,1		
1992	668,6	409,2	321,2	183,0	117,7		
1993	692,7	423,9	332,7	189,6	121,9		
1994	713,6	436,7	342,8	195,3	125,6		
1995	729,6	446,5	350,5	199,7	128,4		
1996	743,1	454,8	357,0	203,4	130,8	100,0	
1997	752,6	460,6	361,5	206,0	132,5	101,3	
1998	759,6	464,9	364,9	207,9	133,7	102,2	
1999	764,1	467,6	367,0	209,1	134,5	102,8	
2000	781,9	478,5	375,6	214,0	137,6	105,2	100,0
2001	802,8	491,3	385,6	219,7	141,3	108,0	102,7
2002	816,5	499,7	392,2	223,5	143,7	109,9	104,5
2003	827,9	506,7	397,7	226,6	145,7	111,4	105,9
2004	844,8	517,0	405,8	231,2	148,7	113,7	108,1
2005	865,2	529,5	415,6	236,8	152,3	116,4	110,6
2006	876,5	536,4	421,0	239,9	154,3	118,0	112,2

Quelle: Statistik Austria (2007a)

Tab. 134: Inflationsraten, Veränderung der Verbraucherpreise in %: absolute Werte

Land	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003*	2004*
Belgien	1,5	2,1	1,6	1,0	1,1	2,5	2,5	1,6	1,4	1,7
Dänemark	2,1	2,1	2,2	1,8	2,5	2,9	2,3	2,4	2,1	2,0
Deutschland	1,8	1,4	1,9	0,9	0,6	1,9	2,5	1,4	1,5	1,2
Finnland	1,0	0,6	1,2	1,4	1,2	3,0	2,6	1,6	1,8	2,1
Frankreich	1,8	2,0	1,2	0,8	0,5	1,7	1,6	1,9	1,8	1,6
Griechenland	8,9	8,2	5,5	4,8	2,6	3,2	3,4	3,6	3,2	3,2
Großbritannien	3,4	2,5	3,1	3,4	1,6	2,9	1,8	1,4	2,1	2,7
Irland	2,6	1,7	1,4	2,4	1,6	5,6	4,9	4,6	4,3	3,6
Italien	5,2	4,0	2,0	2,0	1,7	2,5	2,8	2,5	1,9	1,9
Luxemburg	1,9	1,3	1,4	1,0	1,0	3,2	2,7	2,1	1,6	1,6
Niederlande	1,9	2,0	2,2	2,0	2,2	2,5	4,5	3,4	2,6	2,2
Österreich	2,2	1,9	1,3	0,9	0,6	2,3	2,7	1,8	1,5	1,4
Portugal	4,1	3,1	2,3	2,8	2,3	2,9	4,4	3,5	2,9	2,5
Schweden	2,5	0,5	0,5	0,1	0,5	0,9	2,4	2,4	2,3	2,3
Spanien	4,7	3,6	2,0	1,8	2,3	3,4	3,6	3,6	2,9	2,4
EU insgesamt	3,1	2,5	2,1	1,8	1,3	2,4	2,5	2,1	2,0	1,9
Eurozone	2,9	2,3	1,9	1,4	1,1	2,3	2,6	2,2	2,2	2,0
USA	2,8	2,9	2,3	1,5	2,2	3,4	2,8	1,6	1,9	1,8
Japan	-0,1	0,1	0,7	0,7	-0,3	-0,7	-0,7	-1,1	0,1	1,1

Quelle: Wirtschaftskammern Österreich, 2003

19 Literatur

AC Nielsen (1997): Gastronomiestudie 1996, Wien

Agarwal, D.P.; Agarwal-Kozlowski, K. (1999): Genetische Aspekte von Alkoholismus und alkoholassoziierten Organschäden. in: Singer, M.V.; Teyssen, S. (Hrsg.): Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten. Springer, Berlin

AlkopopStG (2004): Alkopopsteuergesetz: Gesetz über die Erhebung einer Sondersteuer auf alkoholhaltige Süßgetränke (Alkopops) zum Schutz junger Menschen. Deutscher Bundestag, BGBl. 1, Nr. 39 (ausgegeben am 28. Juli), Bonn

Anderson, P. (1990): Management of Drinking Problems. WHO Regional Publications, European Series, 32, Copenhagen

Anderson, P.; Baumberg, B. (2006): Alcohol in Europe: A Public Health Perspective. Institute of Alcohol Studies, London

Anderson, P.; Cremona, A.; Wallace, P. (1984): What Are Safe Levels of Alcohol Consumption? BMJ, 289, 1657-1658

ARBÖ (1998): Die neuen Führerscheinbestimmungen in Österreich (EU-Führerschein). Auto-, Motor- u. Radfahrerbund Österreich, Wien

AUVA Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (1991): Vom Konsum zum Genuss – ein Wegweiser zum maßvollen Umgang mit Alkohol. Merkblatt M 015. Madaus, Wien

Babor, T.; Caetano R.; Casswell, S.; Edwards, G.; Giesbrecht, N.; Graham, K.; Grube, J.; Gruenewald, P.; Hill, L.; Holder, H.; Homel, R.; Österberg, E.; Rehm, J.; Room, R.; Rossow, I. (2005): Alkohol – kein gewöhnliches Konsumgut. Forschung und Alkoholpolitik. Hogrefe, Göttingen

Babor, T.; Caetano, R.; Casswell, S.; Edwards, G.; Giesbrecht, N.; Graham, K.; Grube, J.; Gruenewald, P.; Hill, L.; Holder, H.; Homel, R.; Österberg, E.; Rehm, J.; Room, R.; Rossow, I. (2003): Alcohol: No Ordinary Commodity – Research and Public Policy. Oxford University Press, New York

Bacardi-Martini GmbH (2006): Bacardi Marktbericht 2005. Schriftliche Mitteilung von Gerhard Manner, Wien

Bacardi-Martini GmbH (2008): Mitteilung über IWSR Zahlen für RTD in Österreich. schriftliche Mitteilung von Mag. Leopold Machacek, Wien

Bachinger, E.; Csitkovic, M.; Wais, K. (2005): Gesundheitsbericht für Wien 2004. Stadt Wien, Wien

Bales, R.F. (1946): Cultural Differences in Rates of Alcoholism. Quarterly Journal of Alcohol Studies, 6, 480-499

Beiglböck, W. (1995): Alkohol am Arbeitsplatz und Arbeitnehmervertretungen. In: Wr. Zeitschrift f. Suchtforschung, 16, 15-20

Beiglböck, W.; Feselmayer, S. (1998): Alcohol in the Workplace: Attitudes, Policies and Programmes in Austria. Country Report for the European Commission DGV F3. Unveröffentlichter Entwurf

Beiglböck, W.; Feselmayer, S. (2000): Alkohol am Arbeitsplatz – Betriebliche Suchtprävention in Österreich. In: Fellöcker, K.; Franke, S. (Hrsg.): Suchtvorbeugung in Österreich. Springer, Wien

Beiglböck, W.; Feselmayer, S.; Frank, H. (1999): Kinder von Suchtkranken – das unterschätzte Risiko. In: Viquerat, H. (Hrsg.): Klinische Kinder- und Jugendpsychologie - Diagnostik, Störungsbilder, Therapie. Deutscher Psychologenverlag Bonn

Berridge, V. (2003): Alcohol Policy and the Flux of Ideologies. Comment on Chapter 1: Setting the Policy Agenda. Addiction, 98, 1351-1370

Berzlanovich, A.; Sofeit, L.; Muhm, M.; Reyer, I.; Stimpfl, T.; Bauer, G. (1998): Alkoholintoxikationen – Eine retrospektive Analyse von Obduktionsfällen. Rechtsmedizin, 8 Suppl I, A34, 77. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin, Hannover

Beywl, W.; Brauns, D.; Drewello, H.; Hellmann, A.; Kuby, T.; Müller, S.; Uhl, A.; Wagner, G.; Winnubst, H. (2002): Standards für Evaluation. Deutsche Gesellschaft für Evaluation (DeGEval), Köln

BMAGS (1998a): Diagnosenschlüssel ICD-9, Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Wien

BMAGS (1998b): Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 1992-1996, Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Wien

BMF (1995): VS-1091 Verbrauchsteuern allgemein. EG-Verbrauchsteuervorschriften allgemein. Zolldokumentation, Bundesministerium für Finanzen, 10/95, 12

BMF (1998): Allgemeines zu Steuern und Abgaben, Wien
www.bmf.gv.at/steuern/allgem.htm (Stand: 7.9.1998)

BMF (2001): Bundesrechnungsabschluss. Bundesministerium für Finanzen, Wien

BMF (2002): Zollbestimmungen für Reisende im Grenzverkehr. Informationen für Grenzbewohner, Grenzarbeitnehmer und im grenzüberschreitenden Beförderungsgewerbe tätige Personen. Bundesministerium für Finanzen, Wien

BMF (2006): Zoll-Info – Zoll-Tipps für die Einreise nach Österreich, Bundesministerium für Finanzen, Wien

BMGFJ (2001): Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung - L K F - Medizinische Dokumentation, Bundesministerium für Gesundheit, Frauen und Jugend, Wien.

BMI (2007): Verkehrsüberwachung – Alkohol (Anzahl der durchgeführten Alkotests – laufende Jahre), schriftliche Mitteilung von Oberst Martin Germ. Bundesministerium für Inneres, Generaldirektion für die öffentliche Sicherheit, Einsatzangelegenheiten - Verkehrsdienst - II/2/d, Wien

BMSG (2001): Diagnosenschlüssel ICD-10. Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen, Wien

BMWV (1998): "Null Promille, null Probleme". Eine Verkehrssicherheitskampagne gegen Alkohol am Steuer. Presseinformation. Wien

Borkenstein, R.F.; Crowther, R.F.; Shumate, R.P.; Ziel, W.P.; Zylman, R. (1964): The Role of the Drinking Driver in Traffic Accidents. Department of Police Administration, Indiana University (Reprinted in: Blutalkohol, 1974, 11, 1-131)

Brenner, B. (1959): Estimating The Prevalence of Alcoholism: Toward A Modification of The Jellinek Formula. Quarterly Journal for Studies on Alcohol, 20, 255-260

Brosch, R.; Mader, R. (Hrsg.) (2001): Alkohol am Arbeitsplatz. Orac, Wien

Bruun K.; Edwards, G.; Lumio, M.; Mäkelä, K.; Pan, L.; Popham, R.E.; Room, R.; Schmidt, W.; Skog, O.-J.; Sulkunen, P.; Österberg, E. (1975): Alcohol Control Policies in Public Health Perspective. Helsinki: The Finnish Foundation for Alcohol Studies

Bühringer, G.; Adelsberger, F.; Heinemann, A.; Kirschner, J.; Knauß, I.; Kraus, L.; Püschel, K.; Simon, R. (1997): Schätzverfahren und Schätzungen 1997 zum Umfang der Drogenproblematik in Deutschland. Sucht, 43, Sonderheft 2

Bühringer, G.; Augustin, R.; Bergmann, E.; Bloomfield, K.; Funk, W.; Junge, B.; Kraus, L.; Merfert-Diete, C.; Rumpf, H.J.; Simon, R.; Töppich J. (2000): Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland. Nomos, Baden-Baden

Bühringer, G.; Batria, A. (2004): Industriesponsoring: Teufelszeug, akzeptable, sinnvolle oder notwendige Finanzierungsquelle? Sucht, 50, 2, 99-101

Bundesamt und Forschungszentrum für Landwirtschaft, Institut für Getränkeanalytik (1998): Alkoholgehalt im Wein. persönliche Mitteilung von Dr. Franz Bandion, Wien

Bundesministerium der Finanzen (2005): Bericht der Bundesregierung über die Auswirkungen des Alkopopsteuergesetzes auf den Alkoholkonsum von Jugendlichen unter 18 Jahren sowie die Marktentwicklung von Alkopops und vergleichbaren Getränken. 13. Juli 2005 III A 2 - V 7103 - 2/05, Berlin

Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (2004): Bundesgesetz über die gebrannten Wasser (Alkoholgesetz), Stand am 27. Januar 2004. Schweizerische Eidgenossenschaft, Bern

Busch, M. (2006): Der epidemiologische Schlüsselindikator "Drogenbezogene Todesfälle und Mortalität von Drogenkonsumentinnen und Drogenkonsumenten" in der Europäischen Union und in Norwegen. Suchttherapie, 7, 4, 154-161

BZgA (2000): Alkohol – Verantwortung setzt die Grenze. Pressemitteilungen vom 15.06.2000 www.bzga.de/?id=presse&nummer=74 (Stand: 1.3.2007)

BZgA (2004): Website der Kampagne "Bist du stärker als Alkohol" der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: FAQ - Häufig gestellte Fragen. http://www.bist-du-staerker-als-alkohol.de/index.php?id=47 (Stand 1.3.2007)

Clark, E.R.; Hughes, I.E.; Letley, E. (1973): The effect of oral administration of various sugars on blood ethanol concentrations in man. Journal of Pharmacy and Pharmacology, 25, 319-323

Cloninger, R.C.; Sigvardson, S.; Bohman, M. (1996): Type I and Type II Alcoholism: An Update. Alcohol World, 20, 1, 18-23

Currie, C.; Hurrelmann, K.; Settertobulte, W.; Smith, R.; Todd, J. (ed.) (2000): Health and Health Behaviour Among Young People (ed.). World Health Organisation Regional Office for Europe, Copenhagen

DGSucht (Hrsg.) (1992): Dokumentationsstandards 2 für die Behandlung von Abhängigen. Lambertus, Freiburg im Breisgau

Diekmann, A.: Empirische Sozialforschung – Grundlagen, Methoden, Anwendungen. Reinbek bei Hamburg: Rowohlts Enzyklopädie 1995

Dilling et al. (Hrsg.) (1991): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien. Huber, Bern

Dilling, H: (2008): Schriftliche Mitteilung zur Differentialdiagnose F10.0 vs. T51. Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Universität zu Lübeck, Lübeck

DIMDI (2001): Überleitungstabelle zwischen ICD-9-WHO V6.0 und ICD-10-WHO V1.3 (Version 3.1, Stand 02.07.2001). www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icd-10-who/vorgaenger/version13/ueberleitung (2.7.2001)

DIMDI (2008): ICD-10-GM Vorabversion 2009 Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision, German Modification, vorläufige Fassung. Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information, Köln. www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2009/index.htm (4.9.2008)

Duden (1997): Fremdwörterbuch – Duden Band 5. Dudenverlag, Mannheim

Dür, W.; Huter, D. (1997): Das Gesundheitsverhalten von 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen und das Setting Schule. Ludwig Boltzmann-Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie, Wien

Dür, W.; Kernbeiss, G.; Mravlag, K.; Stidl, T.; Schuß, I. (2000): Gesundheit und Gesundheitsverhalten bei Kindern und Jugendlichen – Ergebnisse des 5. HBSC-Surveys 1998 und Trends für die Neunzigerjahre. Originalarbeiten, Studien, Forschungsberichte, BMSG, 2/2000, Wien

EASA (2002): EASA Statement of Common Principles & Operating Standards of Best Practice. European Advertising Standards Alliance, Brussels

EASA (2004): Advertising Self-Regulation Charter. European Advertising Standards Alliance, Brussels

Eckhardt, S.; Gottwald, W., Stieglitz, B. (2007): 1 X 1 der LaborPraxis: Prozessorientierte Labortechnik für Studium und Berufsausbildung. Wiley-VCH, Weinheim

Edwards, G. (Hrsg.) (1997): Alkoholkonsum und Gemeinwohl. Enke, Stuttgart

Edwards, G.; Anderson, P.; Babor, T.F.; Casswell, S.; Ferrence, R.; Giesbrecht, N.; Godfrey, C.; Holder, D.H.; Lemmens, P.; Mäkelä, K.; Midanik, L.T.; Norström, T.; Österberg, E.; Romelsjö, A.; Room, R.; Simpura, J.; Skog, O.J. (1994): Alcohol Policy and the Public Good. Oxford University Press, Oxford

Eisenbach-Stangl, I. (1991a): Eine Gesellschaftsgeschichte des Alkohols – Produktion, Konsum und soziale Kontrolle alkoholischer Rausch- und Genussmittel in Österreich 1918-1984. Campus, Frankfurt

Eisenbach-Stangl, I. (1991b): Alkoholkonsum, alkoholbezogene Probleme und Alkoholpolitik – Österreich in den Achtzigerjahren. In: Eisenbach-Stangl, I. (Hrsg.): Behandlung und Betreuung Alkoholkranker in Österreich I – Schwerpunktnummer der Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 14, 1/2, 27-33

Eisenbach-Stangl, I. (1992a): Eine gutmütige Anarchie. Geschichte und Struktur der Gemeinschaft der Anonymen Alkoholiker in Österreich, in: Eisenbach-Stangl, I., Rehm, J. (Hrsg.): Trunksucht und Selbstreform – die Gemeinschaft der Anonymen Alkoholiker in Deutschland, Österreich, der Schweiz und Italien, Drogalkohol 3, 1992, 153-172

Eisenbach-Stangl, I. (1992b): Die Gemeinschaft der Anonymen Alkoholiker in Österreich. Ausgewählte Ergebnisse einer internationalen Vergleichsstudie. Wien.Z.Suchtforsch., 15, 3, 27-34

Eisenbach-Stangl, I. (1994a): Die neue Nüchternheit (gekürzte Fassung). In: Janig, H.; Rathmayr, B. (Hrsg.): Wartezeit – Studien zu den Lebensverhältnissen Jugendlicher in Österreich. Österreichischer Studienverlag, Innsbruck

Eisenbach-Stangl, I. (1994b): Ein „Alkoholportrait" Österreichs – Alkoholkonsum, Alkoholwirtschaft, alkoholbezogene Probleme und alkoholbezogene Kontrollen. In: Springer, A.; Feselmayer, S.; Burian, W.; Eisenbach-Stangl, I.; Lentner, S.; Marx, R. (Hrsg.): Suchtkrankheit – Das Kalksburger Modell und die Entwicklung der Behandlung Abhängiger – Festschrift für Rudolf Mader zum 60. Geburtstag. Springer, Wien

Eisenbach-Stangl, I. (1997): Professional Treatment and Mutual Aid: Different offers for Female Alcoholics or Offers for Women with Different Alcohol-Related Problems?, in: Eisenbach-Stangl, I. (ed.): Gender and Addiction, European Addiction Research, 3, 1, 97, 22-29

Eisenbach-Stangl, I. (1998): How to live a sober life in a wet society: Alcoholics Anonymous in Austria, in: Eisenbach-Stangl, I., Rosenqvist, P. (eds.): Diversity in Unity. Studies of Alcoholics Anonymous in Eight Societies, NAD publication 33, 1998, p. 131-148

Eisenbach-Stangl, I. (Hrsg.) (1991b): Behandlung und Betreuung Alkoholkranker in Österreich I – Schwerpunktnummer der Wiener Zeitschrift für Suchtforschung. Wien.Z.Suchtforsch., 14, 1/2

Eisenbach-Stangl, I. (Hrsg.) (1992a): Behandlung und Betreuung Alkoholkranker in Österreich II – Schwerpunktnummer der Wiener Zeitschrift für Suchtforschung. Wien.Z.Suchtforsch., 15, 3

Eisenbach-Stangl, I.; Uhl, A. (1995): Selbsthilfe für Alkoholkranke und Angehörige von Alkoholkranken in Österreich. Wien.Z.Suchtforsch., 18, 327-46

Europäische Gemeinschaft (2008): Verordnung (EG) Nr. 1493/1999 des Rates vom 17. Mai 1999 über die gemeinsame Marktorganisation für Wein (ABl. EG Nr. L 179 S. 1), 1999R1493- DE- 01.01.2007 - 009.001- 1, Brüssel

European Commission (2007): Charter establishing the European Alcohol and Health Forum (7th June). European Commission, Brussels

Eurostat/OECD/WHO (2008): International Shortlist for Hospital Morbidity Tabulation (ISHMT), Version 2008-01-19. World Health Organisation, Geneva

Expert Committee on Mental Health (1951): Report on the First Session of the Alcoholism Subcommittee. WHO Technical Report Series, 42, Geneva

Feselmayer, S.; Beiglböck, W. (2001): Das Kalksburger Modell der betrieblichen Suchtprävention. in: Brosch, R.; Mader, R. (Hrsg.): Alkohol am Arbeitsplatz. Orac, Wien

Feselmayer, S.; Poltrum, M.; Cervinka, R. (2008): Ressourcenorientiertes Arbeiten mit Suchtkranken am Beispiel der Natur und der Naturverbundenheit. Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 31 (in Druck)

Feuerlein, W. (1969): Sucht und Süchtigkeit. Münchner Medizinische Wochenschrift, 111, 2593FIS (2005): Specifications for Competition Equipment and Commercial Markings 2006/2007. International Ski Federation, Oberhofen

Feuerlein, W. (1979): Alkoholismus - Missbrauch und Abhängigkeit. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. Thieme, Stuttgart

FIS (2006): FIS Advertising Rules for Alpine, Nordic, Freestyle and Snowboard Events (special for FIS World Cup) 2006/2007. International Ski Federation, Oberhofen

Fous, R.; Klebel, E.; Spichal, M.; Wermuth, M. (1991): Resorption und Abbau von Alkohol gemessen in der Atemluft. Zeitschrift für Verkehrssicherheit, 37, 1, 25-30

Fous, R.; Wermuth, M. (1987): Praxistest zum Vergleich von Blut- und Atemalkohol. Zeitschrift für Verkehrsrecht, 32, 5, 150-160

Franzke, C. (1999): Inhaltsstoffe in Spirituosen. In: Singer, M.V.; Teyssen, S. (Hrsg.): Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten. Springer, Berlin

Fuchs, R; Rainer, L.; Rummel, M. (Hrsg.) (1998): Betriebliche Suchtprävention. Verlag für angewandte Psychologie, Göttingen

Gaziano, J.M.; Burning, J.E.; Breslow, J.L; Goldhaber, S.Z.; Rosner, B.; VanDenburgh, M.; Willett, W.; Hennekens, C.H.; (1993): Moderate Alcohol Intake, Increased Levels of High-Density Lipoprotein and its Subfractions, and Decreased Risk of Myocardial Infarction. New England Journal of Medicine, 329, 25, 1829-1834

Gehmacher, E.; Acker, B.; Rechberg, D. (1998): Aktion "Spielzeugfreier Kindergarten". Suchtprävention durch Lebenskompetenzförderung. Österreichisches Institut für Berufsbildungsforschung, Wien

Gerchow, J.; Heberle, B. (1980): Alkohol Alkoholismus Lexikon. Neuland-Verlagsgesellschaft, Hamburg

Gergely, St. M. (1997): Gastro-Barometer 97. Trends in der österreichischen Gastronomie. Fachverband Gastronomie, Wien

Gesellschaft zur Selbstkontrolle der Werbewirtschaft (1996): Statuten des Vereines „Gesellschaft zur Selbstkontrolle der Werbewirtschaft“ - Stand Februar 1996. Eigenverlag, Wien

ginko (2003): Informationen zur Suchtvorbeugung Alkopops. Landeskoordinierungsstelle Suchtvorbeugung NRW, Mühlheim Meise, U.; Günther, V. (1993): Schädigen Alkoholabhängigkeit und Alkoholmissbrauch die Volkswirtschaft? in: Meise, U. (Hrsg.): Alkohol – Die Sucht Nr. 1. Verlag Integrative Psychiatrie, Innsbruck

Gmel, G.; Gutjahr, E.; Rehm, J. (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

Gmel, G.; Kuntsche, E. (2007): Alkohol-Intoxikationen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen Eine Analyse der Schweizer Krankenhausstatistik. Abhängigkeiten, 1, 36-49

Gmel, G.; Rehm, J. (2006): Zusammenfassende Gesundheitsmaße von Sterblichkeit und Krankheit: Der steinige Weg zwischen PALL, YLD, DALY, und HALE. Suchttherapie, 7, 4, 143-153

Grant, M. (2000): A New Force For Health. International Center for Alcohol Policies, Washington D.C.

Gruber, Ch.; Kobrna, U.; Uhl, A.; Springer, A. (2004): Evaluation des niederösterreichischen Pilotprojekts "Jugend-OK-Partnerbetrieb" – Alkoholprävention und Jugendschutz im Bereich der Gastronomie. Forschungsbericht des LBISucht, Wien www.api.or.at/lbi/download.htm

Gruber, Ch.; Uhl, A.; Springer, A.; Kobrna, U. (2003): „Miteinander leben" – Regional vernetzte Suchtprävention nach dem Gesundheitsförderungs-Ansatz, Externe Begleitforschung zum Projekt des Instituts für Suchtprävention Wien. Forschungsbericht des LBISucht, Wien www.api.or.at/lbi/download.htm

Grubwieser, P.; Haidekker, A.; Pavlic, M.; Steinlechner, M. (2002): BAK-AAK-Quotient im Konzentrationsbereich von 0,5 Promille (0,25 mg/l Ausatemluft). Rechtsmedizin, 12, 104-108

Grüner, O. (1995): Forensische Aspekte des Alkohols. In: Seitz, H.K.; Lieber, C.S.; Simanowski, U.A. (Hrsg.): Handbuch Alkohol, Alkoholismus, alkoholbedingte Organschäden. Barth, Leipzig

Gutjahr, E.; Gmel, G.; Klingemann, H. (2000). Die sozialen Kosten des Alkoholkonsums in der Schweiz 1995/96. In: Bundesamt für Gesundheit (Ed.): Suchtforschung des BAG 1996-1998. Bern: Bundesamt für Gesundheit, 166-168

Haas, St.L.; Feick, P.; Singer, M.V. (2006b): Katersymptome nach Alkoholkonsum: Epidemiologie, Risikofaktoren und Pathophysiologie. Sucht, 52, 5, 317-326

Hall, R.C.W. (1999): Suicide Risk Assessment: A Review of Risk Factors for Suicide in 100 Patients who Made Severe Suicide Attempts – Evaluation of Suicide Risk in a Time of Managed Care. Psychosomatics, 40, 1

Harkin, A.M.; Anderson, P.; Lehto, J. (1995): Alcohol in Europe – A Health Perspective. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen

Harper, J.; Capdevila, C. (1990): Co-dependency: A Critique. Journal of Psychoactive Drugs, 22, 3, 285-292

Harris, E.C.; Barraclough, B. (1997): Suicide as an outcome for mental disorders. British Journal of Psychiatry, 170, 205-228

Harwood, H.; Fountain, D.; Livermore, G. (1998): The Economic costs of Alcohol and Drug Abuse in the United States 1992. NIH Publication No. 98-4327, Rockville

Health Education Council (1994): That's the Limit. London

help.gv.at (2004) www.help.gv.at/Content.Node/4/Seite.041001.html (Stand: 14.7.2004)

Hume, D. (1740): A Treatise of Human Nature, Book 3 of Morals, Part 1, Of Virtue and Vice in General. In: Watkins, F. (Ed., 1951): Hume Theory of Politics. Nelson and Sons, Edinburgh

Hurst, P.M. (1973): Epidemiological Aspects of Alcohol in Driver Crashes and Citations. Journal of Safety Research, 5, 3, 130-147

ICAP (1997): The Limits of Binge Drinking. ICAP Reports 2, International Center for Alcohol Policies, Washington D.C.

ICAP (1998): What is a „Standard Drink"?. ICAP Reports 5, International Center for Alcohol Policies, Washington D.C.

ICAP (2000): The Geneva Partnership on Alcohol – Towards a Global Charta on Alcohol. International Center for Alcohol Policies, Washington D.C.

Iffland, R.; Balling, P.; Herold, C.; Fischer, T. (2003): Spezifische Dichte und Wassergehalt von Serum. Rechtsmedizin, 13, 5, 306-310.

Institut Suchtprävention (2004): Alkohol und illegale Drogen am Arbeitsplatz – rechtliche Aspekte und Handlungsanleitungen. Informationsbroschüre, Linz

Jachau, K.; Schmidt, U.; Wittig, H.; Römhild, W.; Krause, D. (2000): Zur Frage der Transformation von Atem- in Blutalkohol-Konzentration. Rechtsmedizin 10, 96-101

Jellinek, E.M. (1960): The Disease Concept of Alcoholism. College and University Press, New Haven

Jöbstl, W. (2002): Ansatzschnäpse selbst gemacht. Eugen Ulmer, Stuttgart

Kaltenegger, A. (1999): Rechtsfolgen der Alkoholbeeinträchtigung bei Radfahrern. Zeitschrift für Verkehrsrecht, 44, 3, 103-106

Kaltenegger, A. (2001): Beweissichere Atemalkoholmesstechnik. Zeitschrift für Verkehrsrecht, 46, 9, 299-304

Karlsson, T.; Österberg, E. (2006): Scaling Alcohol Control Policies Across Europe. Eurocare Bridging the Gap Project, Brussels

KfV (2001): Bevölkerung, Unfallkenngrößen, Kfz-Bestand in Österreich 1961-2000. schriftliche Mitteilung des Kuratoriums für Verkehrssicherheit, Wien

KfV (2003a): Unfallbilanz 2002 (Pressemeldung). Kuratorium für Verkehrssicherheit, Wien

KfV (2003b): Kampf dem Alkohol am Steuer (Kampagne „Alkoholselbstkontrolle"). Kuratorium für Verkehrssicherheit, Wien

KfV (2004): Unfallstatistik 2003. Kuratorium für Verkehrssicherheit, Reihe Verkehr in Österreich, Heft 36, Wien

KfV (2005): Unfallstatistik 2004. Kuratorium für Verkehrssicherheit, Reihe Verkehr in Österreich, Heft 37, Wien

KfV (2008): Unfallstatistik 2007. Kuratorium für Verkehrssicherheit, Reihe Verkehr in Österreich, Heft 40, Wien

Khantzian, E.J. (1985): The Self-Medication Hypothesis of Addictive Disorders: Focus on Heroin and Cocaine Dependence. American Journal of Psychiatry, 142, 1259-1264

Khantzian, E.J. (1997): The Self-Medication Hypothesis of Substance Use Disorders: A Reconsideration and Recent Applications. Havard Rev Psychiatry, 4, 5, 231-244

Kielholz, P.; Ladewig, D. (1973): Die Abhängigkeit von Drogen. Deutscher Taschenbuch Verlag (Wissenschaftliche Reihe), München

Klein, M. (1997): „Ziele und Strukturen des Suchthilfesystems – gestern, heute, morgen". Vortrag zur Freiburger Sozialtherapiewoche des Deutschen Caritasverbandes, 3. - 7. März, Freiburg

Knoll, M.R.; Kölbel, C.B.; Teyssen, S.; Teyssen, S.; Singer, M.V. (1998): Action of Pure Ethanol and Some Allcoholic Beverages on the Gastric Mucosa in Healthy Humans: A Descriptive Endoscopic Study (Abstract) . Endoscopy, 30, 3, 293-301

Kohlenberg-Müller, K.; Bitsch, I. (1990): Neue Methoden zur pharmakokinetischen Beschreibung des Alkohols und seiner Metaboliten bei weiblichen und männlichen Versuchspersonen. Blutalkohol 27: 40-48

KommAustria (2006): Bescheid über Verletzung des Werbetrennungsgebotes und des Verbotes von Spirituosenwerbung – RTV Steyr vom 12.01.2006 (GZ: KOA 3.160/05-008).
www.rtr.at/web.nsf/deutsch/Rundfunk_Regulierung_Entscheidungen_Entscheidungen_KOA3160-05-08-RTVSpiritousen?OpenDocument
(Stand: 1.3.2007)

Kopera-Frye, K.; Connor, P.D.; Streissguth, A.P. (2000): Neue Erkenntnisse zum fötalen Alkoholsyndrom – Implikationen für Diagnostik, Behandlung und Prävention, Washington D.C.
www.agsp.de/UB_Veroffentlichungen/Aufsatze/Aufsatz_12/hauptteil_aufsatz_12.html (Stand 1.3.2007)

Kraus, L.; Bauernfeind, R. (1998): Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 1997. Sucht, 44, 4

Kraus, L.; Bloomfield, K.; Augustin, R.; Reese, A. (2000): Prevalence of Alcohol Use and the Association Between Onset of Use and Alcohol-Related Problems in a General Population Sample in Germany. Addiction, 95 (9), 1389-1401

Kronsteiner, C. (1996): Konsumerhebungen 1993/94: Monatliche Verbrauchsausgaben der Hauhalte. Statistische Nachrichten, 12/1996, 935-944

Kronsteiner, C. (1997): Konsumerhebungen 1984 und 1993/94: Monatliche Verbrauchsausgaben der Hauhalte. Statistische Nachrichten, 1/1997, 31-33

Kusserow, R.P. (1991): Youth and Alcohol: A National Survey: Do They Know What They're Drinking? Office of the Inspector General, DHHS Pub. No. OEI-09-91-00653, Washington D.C.

Landwirtschaftskammer Steiermark (2005): Mostobstproduktion in der Steiermark. Persönliche Mitteilung von Andreas Fischerauer, Graz

Ledermann, S. (1956): Alcool, Alcoolisme, Alcoolisation. Données scientifique de caractère psychologique, économique et sociale, Institut d'Etudes Démographique, Paris

Lehto, J. (1997): Wirtschaftliche Aspekte der Alkoholpolitik. Regionale Veröffentlichungen der WHO, Europäische Schriftenreihe, Nr. 64, Kopenhagen

Leifman, H. (2001): Homogenisation in Alcohol Consumption in the Europe Union. in: NAT: Reports from the ECAS Project. Nordic Studies on Alcohol and Drugs, English Supplement, vol. 18

Leifman, H.; Österberg, E.; Ramstedt, M. (2002): Alcohol in Postwar Europe, ECAS II: A Discussion of Indicators on Consumption and Alcohol-Related Harm. National Institute of Public Health, Stockholm

Leitgeb, B. (1999): Die Verbrauchsteuern der EG. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Finanzen, Wien

Leppänen, K.; Sullström, R.; Suoniemi, I. (2001): The Consumption of Alcohol in Fourteen European Countries – A Comparative Econometric Analysis. Gummerus, Saarijärvi/Finnland

Lesch, O.M.; Bonte, W.; Walter, H.; Musalek, M.; Sprung, R. (1990): Verlauforientierte Alkoholismusdiagnostik. in: Schwoon, D.R.; Krausz, M.: Suchtkranke – Die ungeliebten Kinder in der Psychiatrie. Ferdinand Enke, Stuttgart

Lesch, O.M.; Lesch, E.; Diezel, M.; Mader, R.; Musalek, M.; Walter, H.; Zeiler, K. (1986): Chronischer Alkoholismus – Alkoholfolgekrankheiten – Todesursachen. Wiener Medizinische Wochenschrift, 19, 20, 505-515

Lesch, O.M.; Walter, H. (1997): Alkoholabhängigkeit – Ihre Erkennung und Behandlung. Santias 2+3, 3, 4 15

Letenneur, L.; Orgogozo, J.M. (1993): Wine Consumption in the Elderly. Annals of internal medicine, 118, 4, 317-318

Leu, R. (1981): Kosten und Nutzen des Alkoholkonsums aus volkswirtschaftlicher Sicht. Drogalkohol, 5, 2, 3-10

Levine, H.G.; Reinarman, C. (2004): Alcohol prohibition and drug prohibition. Lessons from alcohol policy for drug policy. CEDRO, Amsterdam

Lipton, R.I. (1994): The Effect of Moderate Alcohol Use on the Relationship between Stress and Depression. Am-J-Public-Health, 84, 12, 1913-1917

Lobnig, H.; Dietscher, C.; Wurz, M., Pelikan, J.M. (1998): Gesundheit fördern – Sucht verhindern. Zusammenfassende Dokumentation. Februar 1998. Ludwig-Boltzmann-Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie, Wien (gesunde Schule /8)

Lorenz, F.; Mayer, B. (1997): Österreichisches Lebensmittelbuch - ÖLMB, Kapitel B 23 - Spirituosen. Fachzeitschriftenverlag, Wien

Löser, H. (1999): Alkohol und Schwangerschaft – Alkoholeffekte bei Embryonen, Kindern und Jugendlichen. In: Singer, M.V.; Teyssen, S. (Hrsg.): Alkohol und Alkohol-folgekrankheiten. Springer, Berlin

Mader, P. (2001): Alkohol Basisinformation. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V., Hamm

Mallach, H.J. (1987a): Konzentrationsverlauf im Blut: Pharmakokinetik. in: Mallach, H.J.; Hartmann, H.; Schmidt, V.: Alkoholwirkung beim Menschen: Pathophysiologie, Nachweis, Intoxikation, Wechselwirkungen. Thieme, Stuttgart

Mallach, H.J. (1987b): Besondere Einflüsse auf Alkoholaufnahme, -verteilung, -abbau und -ausscheidung. in: Mallach, H.J.; Hartmann, H.; Schmidt, V.: Alkoholwirkung beim Menschen: Pathophysiologie, Nachweis, Intoxikation, Wechselwirkungen. Thieme, Stuttgart

Marmot, M.G.; North, F.; Feeney, A.; Head, J. (1993): Alcohol Consumption and Sickness Absence: from The Whitehall II Study. Addiction, 88, 369-382

Marmot, M.G.; Shipley, M.J.; Rose, G.; Thomas, B.J. (1981): Alcohol and Mortality – A U-Shaped Curve. Lancet, 580-583

Marx, R. (2004): Co-Abhängigkeit. In: Brosch, R.; Mader, R. (Hrsg.): Sucht und Suchtbehandlung. Problematik und Therapie in Österreich, LexisNexis, Wien

Media Focus Research (2001): Entwicklung Werbeaufwand der alkoholischen Getränke 1972 bis 2000. Wien

Meise, U.; Günther, V. (1993): Schädigen Alkoholabhängigkeit und Alkoholmissbrauch die Volkswirtschaft?. In: Meise, U. (Hrsg.): Alkohol – Die Sucht Nr. 1. Verlag Integrative Psychiatrie, Innsbruck

Mennella, J. (2001): Alcohol's Effect on Lactation. Alcohol Research & Health, 25, 3, 230-234

Mennella, J.; Beauchamp, G. (1991): The Transfer of Alcohol to Human Milk Effects on Flavour and the Infant's Behaviour. The New England Journal of Medicine, 325, 14, 981-985

Merzenich, H.; Lang, P. (2002): Alkohol in der Schwangerschaft – Ein kritisches Resümee. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung; Bd. 17, BZgA, Köln

Messiner, F.; Haupfleisch, H. (1998): Absenkung des Alkoholgrenzwertes auf 0,5 Promille und Änderungen des FSG. ÖAMTC, Fachinformation des Juristischen Service, Wien

Messinger, H.: Langenscheids Handwörterbuch Englisch (1994): Langenscheidt, Berlin

Montgomery, A. (2004): The cooler illusion – slick marketing for wine coolers. Nutrition Action Health Letter, August, 1988
www.findarticles.com/p/articles/mi_m0813/is_n6_v15/ai_6621656 (Stand 1.3.2007)

Moore G.E. (1903): Principia Ethica, Cambridge University Press, Cambridge (Second Paperback Edition, 1960).

Müller, W. (2002): Alkoholintoxikation im Kindes- und Jugendalter. persönliche Mitteilung von Univ. Prof. Dr. Wilhelm Müller, Univ.Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Graz

Müller, W. (2008): Alkoholabusus im Kindes- und Jugendalter. persönliche Mitteilung von Univ. Prof. Dr. Wilhelm Müller, Univ.Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Graz

Musalek, M. (2005): Unser therapeutisches Handeln im Spannungsfeld zwischen Warum und Wozu - Krankheitskonzepte und ihre Auswirkungen auf die tägliche Praxis (im Rahmen der Antrittsvorlesung am 3.Juni 2004). Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 28, 3-4, 5-22

Musalek, M. (2008): Neue Wege in der Diagnostik der Alkoholkrankheit: Von einer Defizienz-orientierten zur Ressorucen-orientierten Diagnostik. Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie, 9 (3), 46-52.

National College of Ireland (1997): The Dublin Principles, Dublin

Newlin, D.B.; Pretorius, M.B. (1990): Sons of Alcoholics Report Greater Hangover Symptoms than Sons of Non-alcoholics: A Pilot Study. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 14, 5, 713-716

NIAAA (2004): NIAAA Council Approves Definition of Binge Drinking. NIAAA Newsletter, WINTER 2004, 3, 3

Niederösterreichische Landwirtschaftskammer (1998): Alkoholgehalt im Most. persönliche Mitteilung von Ing. Wolfgang Lukas, Wien

Niederösterreichische Landwirtschaftskammer (2005): Mostproduktion in Niederösterreich. persönliche Mitteilung von Ing. Wolfgang Lukas, Wien

NÖ Landesregierung (1997): Geltungsbereich des Weingesetzes ab dem Beitritt zur Europäischen Union (insbesondere önologischer Verfahren, Lesegutaufbesserung und Restzuckerverleihung). NÖ Landesregierung, Wien

Nordlund, S. (2004): The Influence of EU on the Alcohol Policy in a Non-EU Country. Paper Presented in the Epidemiology Section of the 47th ICAA Congress, October 31st - November 5th, Venice, Italy

ÖAMTC (2007): Promillegrenzen in Europa, http://www.oeamtc.at/netautor/download/document/0722_06-PG-Promille.pdf (Stand: 1.3.2007)

ÖAMTC (2008): ÖAMTC-Rechtsdienste/VH: Alkoholsanktionen, http://www.oeamtc.at/netautor/download/document/sicherheit/alkohol_tabelle06.pdf (Stand: 19.3.2008)

ÖBIG (2008): Jährliche Sonderauswertungen Spitalsentlassungsdiagnosen bis 2006. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Wien

ORF (2006): Allgemeine Geschäftsbedingungen für Werbesendungen gültig ab 1.1.2006. Österreichischer Rundfunk, Wien

ORF (2007): Ö1 Mittagsjournal, 20.2.2007

ÖSTAT (1998): Konsumerhebungen – Zeitvergleich 1954/55 - 1993/94. Unveröffentlichte Sonderauswertung. ÖSTAT, Wien

Österreichische Weinmarketingserviceges.m.b.H. (1998): Mitteilung zur Anerkennung des österreichischen Selbstbeschränkungskodex des Werberates durch die ÖWM. persönliche Mitteilung von Dr. Bertold Salomon, Wien

Österreichischer Spirituosenverband (2000): Statistiken über den Spirituosenverbrauch in Österreich. ÖSTAT, Wien

Österreichischer Spirituosenverband (2008): Jährliche Statistiken zum Spirituosenverbrauch bis 2006. Schriftliche Mitteilung von Bruno Mayer, Wien

ÖWM (1997): Wein ist Gesundheit! Zum Wohl! Die gesundheitlichen Aspekte des Weingenusses. Österreichische Weinmarketing Service GmbH, Wien

ÖWM (2006a): Dokumentation Österreichischer Wein – laufende Jahre. Österreichisches Weinmarketing Service GmbH, Wien

ÖWM (2006b): Weingesetz 1999 – Qualitätsstufen des österreichischen Weines. Österreichisches Weinmarketing Service GmbH, Wien

ÖWR (2004): Geschäftsordnung (Stand: 9. September 2004), Österreichischer Werberat, Wien

ÖWR (2005): Der österreichische Selbstbeschränkungskodex in der Fassung vom 19. April 2005, Österreichischer Werberat, Wien

ÖWR (2007): Das Selbstbeschränkungssystem der Werbung, Österreichischer Werberat, Wien

Paulik, R.; Rabeneder-Fink, I.; Uhl, A.; Bretbacher, I.; Svoboda, U.; Schmidbauer, R.; Schwarz, U.; Springer, A.; Gschwandtner, F.; Lagemann, A.; Seyer, S. (2002): Suchtprävention in der Schule. Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur, Wien

Pavillon, G.; Johansson, L.A. (2001): Production of Methods and Tools for Improving Causes of Deaths Statistics at Codification Level, Contract no 9351005, Final Report. European Commission Eurostat, Brussels

Peele, S.; Grant, M. (1999): Alcohol and Pleasure: A Health Perspective. International Centre For Alcohol Policies Series on Alcohol in Society. Philadelphia

Péquignot, G. (1961): Die Rolle des Alkohols bei der Ätiologie von Leberzirrhosen in Frankreich. Ergebnisse und Bedeutung einer systematischen Umfrage. Münch. Med. Wschr., 31, 1464-146

Péquignot, G.; Chabert, C.; Eydoux, H.; Courcoul, M.A. (1974): Augmentation du risque de cirrhose en fonction de la ration d'alcool. Revue de l'Alcoolisme, 20, 191-202.

Pequignot, G.; Tuyns, A.J.; Berta, J.L. (1978): Ascitic Cirrhosis in Relation to Alcohol Consumption. International Journal of Epidemiology, 7, 113-120

Pfannhauser, W. (2004): Alkohol: Freund oder Feind? Aspekte der Lebensmittelchemie, Vortrag am ÖGE – Symposium „Alkoholprävention" am 19. September. Technische Universität Graz, Institut für Lebensmittelchemie und –technologie, Graz

Pittman, D.J. (1964): Gesellschaftliche und kulturelle Faktoren der Struktur des Trinkens, pathologische und nichtpathologischen Ursprungs – Eine internationale Übersicht. in: DHS: 27. Internationaler Kongress: Alkohol und Alkoholismus. Neuland, Hamm

Pittman, D.J. (1967): International Overview: Social and Cultural Factors in Drinking Patterns, Pathological and Nonpathological. in: Pittman, D.J. (eds): Alcoholism. Harper & Row, New York, 3-20

Productschap voor Gedistilleerde Dranken (1998): World Drink Trends 1998 – International Beverage Alcohol Consumption and Production Trends. NTC Publications LTD, UK

Prokop, L. (1995): Lebenselixier Wein. Leopold Stocker Verlag, Graz

Ragan, F.A.; Samuels, M.S.; Hite, S.A. (1979): Ethanol Ingestion in Children. A Five-Year Review. The Journal of the American Medical Association, 242, 25, 2787-2788

Rathner, G.; Dunkel, D. (1998): Die Häufigkeit von Alkoholismus und Problemtrinken in Österreich. Wiener klinische Wochenschrift, 110, 10, 356-363

Renaud, S.; De-Lorgeril, M. (1992): Wine, Alcohol, Platelets, and the French Paradox for Coronary Heart Disease. Lancet, 339, 1523-1526

Renaud, S.C.; Guéguen, R.; Schenker, J.; d'Houtaud, A. (1998): Alcohol and Mortality in Middle-Aged Men from Eastern France. Epidemiology, 9, 2, 184-188

Robertson, I. (1990): How Much Do You Drink? Health Education Board for Scotland, Edinburgh

Robson, L.; Single, E. (1995): Literature Review of Studies on the Economic Costs of Substance Abuse. Canadian Centre on Substance Abuse, Ottawa

Romanus, G. (2003): Don't Prejudge What is „Politically Possible". Comment on Chapter 16. Addiction, 98, 1351-1370

Rommelspacher, H. (2003): Substanzeigenschaften. in: Schmidt, L.; Konrad, N.; Rommelspacher, H.; Schmidt, K.; Singer, M.; Teyssen, S.: Alkoholabhängigkeit. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V., Hamm

Room, R. (2000): Letter to the Editor. Addiction, 95(4), 627-629

Room, R. (2004): Alcopops. personal communication

Roy, A. (1995): Psychiatric Emergencies. in: Kaplan, H.I.; Sadock B.J. (eds.): Comprehensive Textbook of Psychiatry, 6th ed., William and Wilkins, Baltimore

Royal College of General Practitioners (ed.) (1986): Alcohol – A Balanced View. Report from General Practice, 24, London

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2006): Alcohol Consumption and the Outcomes of Pregnancy . RCOG Statement No. 5, Sheffield

Royal College of Psychiatrists (Hrsg.) (1979): Alcohol and Alcoholism. Tavistock, London

Saß, H.; Houben, I.; Wittchen, H.; Zaudig, M. (2003): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-IV-TR): Textrevision. Hogrefe, Göttingen

Saunders, J.B.; Aasland, O.G.; Amundsen, A.; Grant, M. (1993): Alcohol Consumption and Related Problems among Primary Health Care Patients: WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption - I. Addiction, 88, 349-362

Schmidt, L.; Konrad, N.; Rommelspacher, H.; Schmidt, K.; Singer, M.; Teyssen, S. (2003): Alkoholabhängigkeit. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V., Suchtmedizinische Reihe, Band 1

Schuckit, M.A. (1979): Treatment of Alcoholism in Office and Outpatient Settings. In: Mendelson, J.H.; Mello, N.K. (Eds.): Diagnosis and Treatment of Alcoholism. McGraw-Hill, New York.

Schuckit, M.A. (ed.) (2006): Guidance for Authors on the Policy of the Journal of Studies on Alcohol Regarding the Appropriate Use of the Term „binge". Center of Alcohol Studies RUTGERS, San Diego

Shaper, A.G. (1996): Sensible but not Particularly Logical. Add., 91 (1), 29-31

Shaper, A.G.; Wannamethee, G.; Walker, M. (1988): Alcohol and Mortality in British Men: Explaining the U-Shaped Curve. Lancet, 1267-1273

Shedler, J.; Block, J. (1990): Adolescent Drug Use and Psychological Health – A Longitudinal Inquiry. American Psychologist, 45, 5, 612-630

Simon, R.; Kraus, L; Bauernfeind, R. (1998): National Prevalence Estimates – Improvement of Comparability of National Estimates of Addiction Prevalence – Final Report. EMCDDA, Lisbon

Simpura, J. (1981): Scandinavian Drinking Survey: Construction of Indices of Alcohol Intake. SIFA Mimeograph 46, National Institute for Alcohol Research, Oslo

Single, E.; Collins, D.; Easton, B.; Harwood, H.; Lapsley, H.; Maynard, A. (1996): International Guidelines for Estimating the Costs of Substance Abuse. Canadian Centre on Substance Abuse, Ottawa

Single, E.; Robson, L.; Xie, X.; Rehm, J. (1997): The Costs of Substance Abuse in Canada. CCSA-CCLAT, Ottawa

Skog, O.-J. (1985): The Collectivity of Drinking Cultures. A Theory of the Distribution of Alcohol Consumption. British Journal of Addiction, 80, 83-99

Slutske, W.S.; Piasecki, T.M.; Hunt-Carter, E.E. (2003): Development and Initial Validation of the Hangover Symptoms Scale: Prevalence and Correlates of Hangover Symptoms in College Students. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 27, 1442-1450

Sonneck, G. (Hrsg.) (2000): Suizidprävention in Österreich. Kriseninterventionszentrum Wien, Wien

Spohr, H.L. (1997): Alkoholmissbrauch in der Schwangerschaft und die Folgen für das Kind. Deutsche Liga für das Kind, Mitteilung Juni 1997. Berlin

Spohr, H.L. (1997): Alkoholmissbrauch in der Schwangerschaft und die Folgen für das Kind: aus Mitteilung der Deutschen Liga für das Kind. www.moses-online.de/web/212/251/ (1.3.2007)

Springer, A. (2007): Drogen und Drogenmissbrauch Lehrerinformation zur Gesundheitsförderung, 3. aktualisierte und ergänzte Auflage. Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur, Wien (www.api.or.at/lbi/download.htm)

Springer, N.; Gruber, Ch.; Springer, A. (2006): Beziehungsstrukturen und Konfliktlösestrategien bei primären und sekundären Alkoholikern. Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 29, 1-2, 43-48

Statistik Austria (2000): Statistisches Jahrbuch für die Republik Österreich 1999. Verlag Österreich GmbH, Wien

Statistik Austria (2002): Verbrauchsausgaben Sozialstatistische Ergebnisse der Konsumerhebung 1999/2000. Verlag Österreich GmbH, Wien

Statistik Austria (2003): Qualitätsbericht zur Konsumerhebung 1999/2000 samt Methodenbeschreibung, Wien

Statistik Austria (2005a): Statistik der Kraftfahrzeuge 2004. Verlag Österreich GmbH, Wien

Statistik Austria (2005b): Standard-Dokumentation Metainformationen (Definitionen, Erläuterungen, Methoden, Qualität) zur Spitalsentlassungsstatistik. Bundesanstalt Statistik Österreich, Wien

Statistik Austria (2006a): Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2004 und Vorjahre. Statistik Austria, Wien

Statistik Austria (2006b): Statistisches Jahrbuch Österreichs 2007 und Vorjahre. Verlag Österreich GmbH, Wien

Statistik Austria (2006d): Straßenverkehrsunfälle 2005, Statistik Austria, Wien

Statistik Austria (2006e): Jährliche Sonderauswertungen Todesursachenstatistik bis 2005. Statistik Austria, Wien

Statistik Austria (2006f): Versorgung mit Bier 1980/81 bis 2004/05. Schriftliche Mitteilung von Erwin Wildling, Wien

Statistik Austria (2007a): Verbraucherpreisindizes. Statistik Austria, Wien

Statistik Austria (2007b): Straßenverkehrsunfälle 2004-2006. Bundesanstalt Statistik Österreich, Wien

Statistik Austria (2007c): Demographisches Jahrbuch 2007. Bundesanstalt Statistik Österreich, Wien

Statistik Austria (2007d): Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2006. Bundesanstalt Statistik Österreich, Wien

Statistik Austria (2008a): Versorgung mit Bier 1980/81 bis 2006/07. Schriftliche Mitteilung von Erwin Wildling, Wien

Statistik Austria (2008b): Statistisches Jahrbuch Österreichs 2008. Verlag Österreich GmbH, Wien

Statistik Austria (2008c): Schaumweinproduktion in Österreich. persönliche Mitteilung von Eleonore Sischka, Konjunkturstatistik im Produzierenden Bereich, Wien

Steiner, K.; Marent, K-H. (1998): Kinder stark machen - Evaluation der Kampagne 1995 - 1997. Forschungsbericht der Werkstatt für Suchtprophylaxe, SUPRO

Strebl, H. (2004): Ein Prost auf den Most. zitiert von Gruber, R. in den oberösterreichischen Nachrichten, 17.4.2004 (Onlineversion)

Swift, R.; Davidson, D. (1998): Alcohol Hangover: Mechanism and Mediators. Alcohol Health Research World, 22, 54-60

Technische Untersuchungsanstalt der Bundesfinanzverwaltung (Zollverwaltung) (2003): Klassifizierung und tarifarische Einreihung von Getränken im Sinne des für die Versteuerung relevanten österreichischen Gebrauchszolltarifs (Zolltarif). schriftliche Mitteilung von Gerhard Körmer, Wien

Technische Untersuchungsanstalt der Bundesfinanzverwaltung (Zollverwaltung) (2009): Dichte von alkoholischen Getränken. schriftliche Mitteilung von Gerhard Körmer, Wien

Tinhofer, H. (1994): Prävention aus der Sicht des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger. In: Wr. Zeitschrift f. Suchtforschung, 17, 3-4

Uhl, A. (1994): Die Anstalt und ihre Patienten unter besonderer Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Unterschiede. In: Springer, A.; Feselmayer, S.; Burian, W.; Eisenbach-Stangl, I.; Lentner, S.; Marx, R. (Hrsg.): Suchtkrankheit – Das Kalksburger Modell und die Entwicklung der Behandlung Abhängiger, Springer, Wien

Uhl, A. (1999): Evaluation. in: Stimmer, F. (Hrsg.): Suchtlexikon. Oldenbourg, München (www.api.or.at/lbi/download.htm)

Uhl, A. (2000a): The Limits of Evaluation. in: Neaman, R.; Nilson, M.; Solberg, U.: Evaluation – A Key Tool for Improving Drug Prevention. EMCDDA Scientific Monograph Series, No 5, Lisbon (www.api.or.at/lbi/download.htm)

Uhl, A. (2000b): Evaluation vs. Evalopathy: Support for Practical Improvement vs. Irrational Nuisance. In: Abstracts of the 3rd Nordic Health Promotion Research Conference, Tampere, 6-9 September, 2000. University of Tampere, Tampere (www.api.or.at/lbi/download.htm)

Uhl, A. (2000c): „Non-Problematic Use" - „Problematic Use": A Paradox. in: Springer, A.; Uhl, A. (eds.): Illicit Drugs: Patterns of Use – Patterns of Response. Proceedings of the 10th Annual ESSD Conference on Drug Use and Drug Policy in Europe. Studienverlag, Innsbruck

Uhl, A. (2002a): Schutzfaktoren und Risikofaktoren in der Suchtprophylaxe. in: Röhrle, B. (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung Bd. II. DGVT, Tübingen (www.api.or.at/lbi/download.htm)

Uhl, A. (2002b): Todesfälle durch Substanzkonsum: Wie sinnvoll ist dieses Konzept? Wr. Zeitschr. f. Suchtforschung, 25, 1/2, 23-32 (www.api.or.at/lbi/download.htm)

Uhl, A. (2002c): Medien und Suchtprophylaxe. Medienimpulse, Beiträge zur Medienpädagogik, 11, 41, 61-71 (www.api.or.at/lbi/download.htm)

Uhl, A. (2003a): Was sind eigentlich „Drogenopfer"?. In: Beubler, E.; Haltmayer, H.; Springer, A. (Hrsg.): Opiatabhängigkeit Interdisziplinäre Aspekte für die Praxis. Springer, Wien

Uhl, A. (2003b): Jugend und Alkohol – mit besonderer Berücksichtigung des rauschhaften Trinkens. praev.doc, 1, 3-10 (www.api.or.at/lbi/download.htm)

Uhl, A. (2003c): Editorial: Wie sinnvoll sind Angaben über die sozialen Kosten des Substanzmissbrauchs? Sucht, 49, 4, 209-211

Uhl, A. (2004b): Kritische Betrachtungen zur Ökonomie der Sucht. In: Tretter, F.; Erbas, B.; Sonntag, G. (Hrsg.): Ökonomie der Sucht und Suchttherapie. Pabst Science, Lengerich

Uhl, A. (2005a): Alkoholpolitik und wissenschaftliche Forschung, Aufsatz zum Vortrag: „Wirksamkeit struktureller Prävention" bei der DHS Fachkonferenz „Suchtprävention" von 8.-10.11.2004 in Bielefeld. Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung, Wien (www.api.or.at/lbi/download.htm)

Uhl, A. (2006): Darstellung und kritische Analyse von Kostenberechnungen im Bereich des Substanzmissbrauchs. Sucht, 52, 2, 121-132

Uhl, A. (2007a): How to Camouflage Ethical Questions in Addiction Research. in: Fountain, J.; Korf, D.: The Social Meaning of Drugs – Research from Europe. Radcliffe, Oxford

Uhl, A. (2007b): Problems in Assessing Prevalence of Children in Families with Alcohol Problems. In: Vellemann, R.; Templeton, L.: Children in families with alcohol problems. Oxford University Press, Oxford

Uhl, A.; Beiglböck,W.; Fischer, F.; Haller, B.; Haller, R.; Haring, Ch.; Kobrna, U.; Lagemann, Ch.; Marx, B.; Musalek, M.; Scholz, H.; Schopper, J.; Springer, A. (2005a): Alkoholpolitik in Österreich – Status Quo und Perspektiven. In: Babor, T.; Caetano R.; Casswell, S.; Edwards, G.; Giesbrecht, N.; Graham, K.; Grube, J.; Gruenewald, P.; Hill, L.; Holder, H.; Homel, R.; Österberg, E.; Rehm, J.; Room, R.; Rossow, I.: Alkohol – Kein gewöhnliches Konsumgut. Forschung und Alkoholpolitik. Hogrefe, Göttingen
(www.api.or.at/lbi/download.htm)

Uhl, A.; Bohrn, K.; Fenk, R.; Grimm, G.; Kobrna, U.; Springer, A.; Lantschik, E. (2005c): ESPAD-Austria 2003: Schüler- und Schülerinnenstudie zu Alkohol und anderen Drogen, Band 1: Forschungsbericht. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien (www.api.or.at/lbi/download.htm)

Uhl, A.; Gruber, Ch. (2004): Suchtprävention. in: Brosch, R.; Mader, R. (Hrsg.): Sucht und Suchtbehandlung. Problematik und Therapie in Österreich. LexisNexis, Wien (www.api.or.at/lbi/download.htm)

Uhl, A.; Kobrna, U. (2001): Alkoholkonsum in Österreich. In: Brosch, R.; Mader, R. (Hrsg.): Alkohol am Arbeitsplatz. Orac, Wien

Uhl, A.; Kobrna, U. (2003): Epidemiologie des geschlechtsspezifischen Alkoholgebrauchs. Wr. Zeitschr. f. Suchtforschung, 26, 3/4, 5-19
(www.api.or.at/lbi/download.htm)

Uhl, A.; Kobrna, U. (2004): Epidemiologie des Alkoholkonsums. In: Brosch, R.; Mader, R. (Hrsg.): Sucht und Suchtbehandlung. Problematik und Therapie in Österreich. LexisNexis, Wien

Uhl, A.; Kraus, L. (2006): Substanzkonsum und Sterblichkeit: Das Dilemma der Kausalität. Suchttherapie, 7, 4, 162-172

Uhl, A.; Springer, A. (1996): Studie über den Konsum von Alkohol und psychoaktiven Stoffen in Österreich unter Berücksichtigung problematischer Gebrauchsmuster. Originalarbeiten – Studien – Forschungsberichte. Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz. Wien
(www.api.or.at/lbi/download.htm)

Uhl, A.; Springer, A. (1996): Studie über den Konsum von Alkohol und psychoaktiven Stoffen in Österreich unter Berücksichtigung problematischer Gebrauchsmuster – Repräsentativerhebung 1993/94, Datenband. Bericht des LBISucht, Wien (www.api.or.at/lbi/download.htm)

Uhl, A.; Springer, A. (1997a): 5 Jahre „Drogenkoffer". Eine Evaluation der Situation in Wien. LBISucht, Wien (www.api.or.at/lbi/download.htm)

Uhl, A.; Springer, A. (2002): Professionelle Suchtprävention in Österreich: Leitbild-entwicklung der österreichischen Fachstellen für Suchtprävention. Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen, Wien (www.api.or.at/lbi/download.htm)

Uhl, A.; Springer, A.; Kobrna, U.; Bachmayer, S. (2003): Expertise über alkohol- und nikotinspezifische Jugendschutzbestimmungen in Österreich und International. Forschungsbericht des LBISucht, Wien (www.api.or.at/lbi/download.htm)

Uhl, A.; Springer, A.; Kobrna, U.; Gnambs, T.; Pfarrhofer, D. (2005b): Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch – Erhebung 2004, Band 1: Forschungsbericht. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien (www.api.or.at/lbi/download.htm)

van Haaren, M.; Hendriks, H. (1999): Alkoholstoffwechsel. in: Singer, M.V.; Teyssen, S. (Hrsg.): Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten. Springer, Berlin

Verband der Brauereien Österreichs (1997): Statistische Daten über die österreichische Brauwirtschaft 1980 1996, Wien

Verband der Brauereien Österreichs (2005): Entwicklung Radlerausstoß 1995-2004. Persönliche Mitteilung von Heinrich Werner, Wien

Verband der Brauereien Österreichs (2007a): Der Bierserver. Beschäftigte, Produktivität, Bruttolohnsumme in der Brauindustrie www.bierserver.at (laufende Jahre, letzter Zugriff 30.7.2007)

Verband der Brauereien Österreichs (2007b): Jahresbericht Juni 2006 bis Juni 2007. Verband der Brauereien Österreichs, Wien

Verband der Brauereien Österreichs (2007c): Kommunikationskodex der österreichischen Brauwirtschaft, Verband der Brauereien Österreichs, Wien

Verband der Brauereien Österreichs (2008a): Jahresbericht Juni 2007 bis Juni 2008. Verband der Brauereien Österreichs, Wien

Verband der Brauereien Österreichs (2008b): Entwicklung von alkoholfreiem Bier in Österreich von 1990-2007. Schriftliche Mitteilung von Heinrich Werner, Wien

Verband der Spirituosenindustrie (1994): Vorläufiges Produktionsergebnis 1992 und 1993 in Litern. Unveröffentliche Statistik, Wien

Verband der Spirituosenindustrie (1999): Auskunft bezüglich der in Österreich nicht erfassten Spirituosenproduktion. Schriftliche Mitteilung von Bruno Mayer, Wien

Verband der Spirituosenindustrie (2007): Pro Kopf-Verbrauch an Spirituosen in Liter/Alkohol 1977-2005 in Österreich (Sonderauswertung) . Schriftliche Mitteilung von Bruno Mayer, Wien

Wallace, P.; Cremona, A.; Anderson, P. (1985): Safe Limits of Drinking: General Practitioners' View Drinking. BMJ, 290, 1875-1876

Walzl, M.; Hlatky, M. (2004): Jungbrunnen Bier Gesunder Genuss. Verlagshaus der Ärzte, Wien

Wannamethee, G.; Shaper, A.G. (1988): Men Who Do Not Drink: A Report from the British Regional Heart Study. International Journal of Epidemiology, 17, 2, 307-316

Warren, K.R.; Foudin, L.L. (2001): Alcohol-Related Birth Defects, The Past, Present and Future. Alcohol Research & Health, 25, 3, 153-158

Watson, P.E.; Watson, I.; Batt, R.; (1981): Prediction of Blood Alcohol Concentrations in Human Subjects: Updating the Widmark Equation, Journal of Studies on Alcohol, 42, 7, 547-556

Wechsler, H; Davenport, A.; Dowdall, G.; Moeykens, B.; Castillo, S. (1994): Health and Behavioral Consequences of Binge Drinking in College. A National Survey of Students at 140 campuses. JAMA, 272, 21, 1672-1677

WHO (1946): The WHO-Constitution. World Health Organisation, New York

WHO (1950): Bericht über die erste Sitzung des Unterausschusses für Alkoholismus. In: Habernoll, A. (1956): Das Problem des Alkoholismus: Berichte des Unterausschusses für Alkoholismus im Fachausschuss für Geistige Gesundheit und des Fachausschusses für Alkohol der Weltgesundheitsorganisation Alkoholismus. Thieme, Stuttgart

WHO (1951): Unterausschuss für Alkoholismus, Zweite Sitzung. In: Habernoll, A. (1956): Das Problem des Alkoholismus: Berichte des Unterausschusses für Alkoholismus im Fachausschuss für Geistige Gesundheit und des Fachausschusses für Alkohol der Weltgesundheitsorganisation Alkoholismus. Thieme, Stuttgart

WHO (1954): Fachausschuss für Alkohol und Alkoholismus. In: Habernoll, A. (1956): Das Problem des Alkoholismus: Berichte des Unterausschusses für Alkoholismus im Fachausschuss für Geistige Gesundheit und des Fachausschusses für Alkohol der Weltgesundheitsorganisation Alkoholismus. Thieme, Stuttgart

WHO (1964): WHO Expert Committee on Addiction-Producing Drugs, Thirteenth Report of the WHO Expert Committee. Technical Report Series No. 273, Geneva

WHO (1980): Problems Related to Alcohol Consumption. Technical Report Series 650, Geneva

WHO (1984): The WHO-Constitution. World Health Organisation, Geneva

WHO (1985): Einzelziele für „Gesundheit 2000“. Regionalbüro für Europa, Kopenhagen

WHO (1986): Ottawa Charta, Geneva

WHO (1993a): Health for all Targets. The Health Policy for Europe. WHO-EURO, Copenhagen

WHO (1993b): European Alcohol Action Plan. Document: EUR/ICP/ADA 035, Copenhagen

WHO (1993c): Europäischer Aktionsplan Alkohol. Conrad, Verlag für Gesundheitsförderung, Gamburg

WHO (1994): WHO Lexicon of Alcohol and Drug Terms. World Health Organisation, Brussels

WHO (1995): Europäische Charta Alkohol. Verabschiedet von der Europäischen Konferenz Gesundheit, Gesellschaft und Alkohol Paris, 12.-14. Dezember 1995, Kopenhagen

WHO (1998): Health21 – Health for All in the 21st Century. European Health for All Series No. 5, Copenhagen

WHO (1999a): Europäischer Aktionsplan Alkohol 2000-2005, Kopenhagen

WHO (1999b): Gesundheit 21 – Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle" für die Europäische Region der WHO. Europäische Schriftenreihe, Gesundheit für alle, Nr. 6

WHO (2004): Global Status Report: Alcohol Policy. World Health Organization Department of Mental Health and Substance Abuse, Geneva

WHO (2005): Global Alcohol Database. www.who.int (letzter Zugriff 1.3.2007)

WHO (2006): Handlungsrahmen für eine Alkoholpolitik in der Europäischen Region der WHO. World Health Organisation, Kopenhagen

WHO (2007): Global Questionnaire: Alcohol Control Policies. World Health Organization Europe, Copenhagen

WHO (2008): Who Atlas Questionnaire Resources for Treatment and Prevention of Substance Use Disorders in The World. World Health Organization, Geneva

Widmark, E.M.P. (1932): Die theoretischen Grundlagen und die praktische Verwertbarkeit der gerichtlich-medizinischen Alkoholbestimmung. Verlag Urban & Schwarzenberg, Berlin - Wien

Wirtschaftskammer Wien (2001): Rechtsunverbindliche Auskunft der Rechtsabteilung. WK Wien

Zollamt Wien (2006): Details zum Zolltarif. Persönliche Mitteilung von Michael Hafenscher, Wien