Alkoholkonsum : Begriffe, Definitionen, Richtlinien und Empfehlungen

Autor(en): **Schumacher, Jann / Marthaler, Marc**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **SuchtMagazin**

Band (Jahr): **43 (2017)**

Heft 4

PDF erstellt am: **29.05.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-800159

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

Alkoholkonsum: Begriffe, Definitionen, Richtlinien und Empfehlungen

Unterschiedliche Formen des Alkoholkonsums werden mit einer langen Reihe von Begriffen bezeichnet, welche jeweils einen Bezug zum assoziierten Risiko herstellen sollen. Das zugrundeliegende Verständnis ist jedoch uneinheitlich, was sich in den entsprechenden Konsumempfehlungen und Richtlinien widerspiegelt. Die Harmonisierung der Definitionen und Richtlinien wird auf internationaler Ebene aktuell angestrebt und eine Anpassung der schweizerischen Orientierungshilfe und Kommunikation steht bevor.

Jann Schumacher
Vizepräsident Eidg. Kommission für Alkoholfragen EKAL, Centro Residenziale Ingrado, CH-6955 Cagiallo, jann.schumacher@stca.ch, www.ingrado.ch

Marc Marthaler
Projektleiter, Sucht Schweiz (bis Ende April 2017), Avenue Louis-Ruchonnet 14, CH-1001 Lausanne, marthaler.marc@bluewin.ch, www.suchtschweiz.ch

Schlagwörter:
Alkohol | Konsumempfehlungen | Risikoarmer Konsum | Risikoreicher Konsum |

Einleitung

Die Kommunikation über den Alkoholkonsum ist durch die Verwendung verschiedener Begriffe charakterisiert, die oft auch noch unterschiedlich definiert werden: Dies führt zu Unklarheiten in der Kommunikation über die Risiken des Alkoholkonsums für die Bevölkerung und in den Medien.

Sucht, Abhängigkeit, Missbrauch, problematischer Konsum, schädlicher Gebrauch, riskanter oder risikoreicher Konsum (oder auch Risikokonsum), Rauschtrinken, Binge-Drinking, punktuell risikoreicher Konsum, chronischer Konsum, exzessiver Konsum, moderater Konsum, situationsunangepasster Konsum und risikoarmer Konsum gehören zu den von Fachleuten meist gebrauchten Begriffen im deutschsprachigen Raum.

In der Schweiz kommt erschwerend hinzu, dass die Begriffe in drei verschiedenen Sprachen angepasst werden müssen.

In der Umgangssprache und in den Medien werden noch weitere Wörter und Ausdrücke verwendet (z.B. Komatrinken, biture express, sballo).

Angesichts dieser Situation besteht Bedarf nach einer Präzisierung der Begriffe und Definitionen, wie auch ihrer Verwendung.

Terminologie der Alkoholforschung

Im Bereich der Abhängigkeiten gibt es zwei konkurrierende Klassifikationssysteme, welche bei der Definition von Schlüsselbegriffen eine zentrale Rolle spielen: das DSM (Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen) der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft (APA) und die ICD (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Historisch spielt die WHO eine wichtige Rolle in der Definition von Begriffen im Bereich der Abhängigkeiten. Deutlich wird dies bei der Betrachtung des Begriffs «Abhängigkeit». Die Entwicklung von Diagnosekriterien für die Alkoholabhängigkeit wurde auch durch das Bedürfnis nach objektiven Entscheidungsgrundlagen für rechtliche, medizinische und versicherungstechnische Zwecke vorangetrieben.[1]

In den 1950er-Jahren sprach die WHO noch von «Alkoholismus» (engl. alcoholism) und «Sucht» (engl. dependence). Alkoholiker wurden als exzessive Trinker definiert, deren Abhängigkeit einen solchen Grad erreicht hatte, dass sie deutliche (geistige) Störungen und Konflikte in ihrer körperlichen und geistigen Gesundheit aufwiesen. Ende der 1970er-Jahre wurde der Begriff «Sucht» fallengelassen und «Alkoholismus» wurde neu als «Alkohol-Abhängigkeitssyndrom» definiert. Während die ICD die Abhängigkeit in erster Linie an einem bestimmten Verhalten und dessen Folgen festmacht, wird die Alkoholsucht vom DSM als psychische Krankheit oder Verhaltensstörung verstanden.

In der fünften Ausgabe des DSM[2] wurden die Begriffe «Missbrauch» und «Abhängigkeit» zusammengenommen und unter dem Begriff «Substanzkonsumstörung» – in diesem Fall «Alkoholkonsumstörung» – subsumiert. An die Stelle der kategorialen Unterscheidung zwischen Missbrauch und Abhängigkeit ist also ein Begriff getreten, der das ganze Kontinuum von problematischen Formen des Alkoholkonsums abdeckt. Damit wird aber auch die Abgrenzung zum klar definierten Krankheitsbild «Abhängigkeit» unscharf, was nicht zuletzt eben auch versorgungspolitische Konsequenzen hat.[3] Als jüngstes Beispiel kann hier die Ende 2015 abgeschriebene parlamentarische Initiative Bortoluzzi angeführt werden, der zufolge «Komatrinker» Aufenthalte im Spital und in Ausnüchterungszellen selber hätten bezahlen sollen. Personen mit einer Abhängigkeit wären von dieser Massnahme ausgenommen gewesen, was aber eine klare Definition der Abhängigkeit erfordert hätte.

Darüber hinaus hat der Wandel in der Begrifflichkeit aber auch eine moralische Dimension. Und damit ist auf ein wichtiges semantisches Problem solcher Begrifflichkeiten hingewiesen: nämlich die Schwierigkeit, deskriptive Begriffe zu wählen, die nicht normativ aufgeladen sind. Es müsste doch möglich sein, bestimmte Konsumformen zu benennen, ohne damit auch gleich ein (moralisches) Urteil zu fällen. Davon ist die Begrifflichkeit

rund um den Alkoholkonsum natürlich auch betroffen, wie die folgende Klärung zeigen wird. Und schliesslich gibt es jeweils nicht unerhebliche Unterschiede in der wissenschaftlichen Verwendung eines Begriffs versus der Verwendung in den Präventionskampagnen bzw. in der Allgemeinbevölkerung.

Verschiedene Formen des Alkoholkonsums

Risikoarmer Konsum

Da zumindest aus Sicht der Prävention weitgehend Einigkeit darüber herrscht, dass es keinen risikolosen Alkoholkonsum gibt, spricht man von risikoarmem Konsum. Darunter ist jener Konsum zu verstehen, der innerhalb der jeweils vorgegebenen Richtlinien liegt.[4] In der Schweiz hat die Eidgenössische Kommission für Alkoholfragen (EKAL), eine forschungsgestützte Orientierungshilfe zum Alkoholkonsum verabschiedet, der zufolge gesunde erwachsene Männer nicht mehr als zwei (bis max. drei) Gläser Alkoholisches pro Tag zu sich nehmen sollten. Gesunde erwachsene Frauen sollten nicht mehr als ein (bis max. zwei) Gläser trinken. Ein sogenanntes Standardglas Alkohol enthält in der Schweiz zwischen 10 und 12 Gramm reinen Alkohol. Diese Orientierungshilfe setzt zudem das Einhalten von mind. zwei alkoholfreien Tagen pro Woche voraus.[5] Wer sich daran hält, läuft wenig Gefahr, alkoholbedingte Krankheiten zu entwickeln. Es gibt jedoch auch hier Interpretationsspielraum, denn für die meisten alkoholbedingten Krankheiten besteht für das relative Risiko vom ersten konsumierten Glas an eine Dosis-Wirkungsrelation, d.h. schon kleine Mengen Alkohol erhöhen das Risiko, alkoholbedingte Krankheiten zu entwickeln (z.B. Brustkrebs bei Frauen), wobei das Risiko mit zunehmenden Mengen ansteigt. Es ist also auch eine Ermessensfrage, bis zu welcher Konsummenge man von «risikoarm» sprechen kann. Zudem spielen neben der Menge auch Faktoren wie Alter, Geschlecht, Gesundheitszustand, das Umfeld sowie die Situation, in der getrunken wird eine wichtige Rolle. Dies erklärt mithin die bisweilen stark voneinander abweichenden Empfehlungen in verschiedenen Ländern.[6] Noch zu betonen ist, dass die Orientierungshilfen auf Studien zur Mortalität basieren: Würde man auch noch die schwieriger messbare Morbidität, Unfälle und Schäden an Dritten beachten, müssten die Schwellen niedriger sein.

Risikoreicher Konsum

Grundsätzlich basieren alle nun folgenden Bezeichnungen darauf, dass das entsprechende Konsummuster in irgendeiner Form gesundheitsschädigend ist.

Eines dieser Konsummuster ist das Rauschtrinken (engl. binge drinking). In der Epidemiologie wird es als Konsum von fünf oder mehr Standardgläsern Alkohol bei einer Trinkgelegenheit (bzw. innerhalb von zwei Stunden) für Männer und vier oder mehr für Frauen bezeichnet.[7] Es würden jedoch wohl bei weitem nicht alle Personen, die hin und wieder solche Mengen Alkohol konsumieren, anerkennen, dass sie Rauschtrinkende sind. Denn im täglichen Sprachgebrauch wird unter Rauschtrinken eher der stark exzessive Alkoholkonsum, das Komatrinken oder andere Formen des Sich-absichtlich-Berauschens verstanden. Zudem bezieht es sich tendenziell eher auf Jugendliche und junge Erwachsene und ist im Allgemeinen negativ konnotiert. Die Epidemiologie bedarf jedoch präziser Kategorien, um vergleichbare Daten zu erhalten. Und da bietet sich die genannte Definition an. Denn – und das ist die Idee hinter der Definition – beim Konsum von etwa fünf resp. vier Gläsern innert zwei Stunden wird in der Regel ein Blutalkoholgehalt von 0.8‰ oder mehr erreicht.[8] Ab diesem Punkt sind eine Reihe von Fähigkeiten (Wahrnehmung, Gleichgewicht, Konzentration usw.) beeinträchtigt, was die Gefahr von akuten (Unfälle, Verletzungen etc.) und langfristigen (Herz-Kreislauf-Erkrankungen etc.) Folgen erhöht.[9] Dabei variiert die Definition von Rauschtrinken je nach Land. So reicht die Menge Alkohol, die als Rauschtrinken gilt, von 30 (Slowenien) bis 80g (Litauen und Ungarn) reinem Alkohol für Frauen und von 50 (Slowenien) bis zu 80g (Litauen und Ungarn) reinem Alkohol für Männer. Diese Unterschiede hängen u.a. mit den unterschiedlichen Definitionen zusammen, was ein Standardglas bzw. eine Einheit Alkohol ist. Hier reicht die Bandbreite von 8g reinem Alkohol in Grossbritannien bis 20g in Österreich. Die Schweiz und Deutschland liegen mit 10-12g im europäischen Durchschnitt (11g).[10]

Zudem tut sich ein Graben zwischen der Verwendung des Begriffs in der Forschung und dem landläufigen Verständnis des Begriffs auf. Dies motivierte die EKAL vor einiger Zeit dazu, die Terminologie neu zu überdenken. Der Begriff «Rauschtrinken» sollte demnach durch «punktuell risikoreicher Konsum» ersetzt werden, was aber nicht bei allen Organisationen auf Akzeptanz stiess. Die EKAL kam daraufhin zum Schluss, dass es nicht möglich ist, einen Begriff zu finden, der in allen Sprachen passt, und dass es momentan keine bessere Alternative zum Begriff «Rauschtrinken» gibt (dieser soll aber kritisch reflektiert und explizit definiert werden).

Eine weitere Kategorie des risikoreichen Alkoholkonsums ist der situationsunangepasste Konsum. Diese Form des Konsums nimmt nicht direkt Bezug auf die konsumierte Menge, sondern vielmehr auf die Umstände, unter denen Alkohol konsumiert wird. Typischerweise ist der Konsum von Alkohol nicht mit der Teilnahme am Strassenverkehr vereinbar oder sollte während der Schwangerschaft und Stillzeit vermieden werden. Aber auch bei der Einnahme von Medikamenten, der Ausübung von Sport, bei der Arbeit und bei Tätigkeiten, die eine besondere Konzentration erfordern, spricht man von situationsunangepasstem Konsum. Hinzu kommt noch, dass Kinder und Jugendliche bis 16 Jahre keinen Alkohol konsumieren sollten, junge Erwachsene wenig und selten bzw. ältere wie auch (körperlich oder psychisch) kranke Menschen reduziert oder gar nicht.

Daneben gibt es eine Reihe von Begriffen, die das Spektrum zwischen dem risikoarmen und dem abhängigen Konsum bezeichnen. Je nachdem wird von risikoreichem, riskantem, problematischem oder missbräuchlichem Alkoholkonsum gesprochen. Der chronisch risikoreiche Konsum verweist auf den täglichen Konsum von mehr als zwei Gläsern bei Frauen und mehr als vier Gläsern bei Männern.[11] Denn ab solchen Mengen steigt das Risiko für eine Reihe von gänzlich oder teilweise alkoholbedingten Gesundheitsfolgen steiler an.

Abhängigkeit

Für die Diagnose Alkoholabhängigkeit hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) in der ICD-10[12] folgende Kriterien festgelegt:

- Ein starkes Verlangen, Alkohol zu konsumieren
- Schwierigkeiten, den Konsum zu kontrollieren
- Anhaltender Substanzgebrauch trotz schädlicher Folgen
- Dem Substanzgebrauch wird Vorrang vor anderen Aktivitäten und Verpflichtungen gegeben
- Entwicklung einer Toleranzerhöhung
- Körperliches Entzugssyndrom

Eine Alkoholabhängigkeit wird dann diagnostiziert, wenn im letzten Jahr drei oder mehr dieser Kriterien gleichzeitig erfüllt waren. Entsprechend – und entgegen einer weitverbreiteten Meinung – setzt die Alkoholabhängigkeit also nicht zwingend das Vorliegen von körperlichen Entzugserscheinungen beim Absetzen von Alkohol voraus.

Der moralische Beigeschmack der Begrifflichkeit

Mit der Anwendung von bestimmten Begriffen zur Beschreibung eines Konsumverhaltens schwingt – zumindest unter-

schwellig – meist auch eine moralische Komponente mit. Wie Gmel[13] bemerkt, findet bspw. mit der Umbenennung des bisherigen Kapitels «Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen» im DSM-IV[14] zu «Sucht und zugehörige Störungen» im DSM-5[15] eine Abkehr vom Krankheitsbegriff zur moralisch verwerflichen Sucht statt (das Wort ist vom Siechtum und Siechen abgeleitet). Hier tritt klar zu Tage, dass nicht lediglich eine medizinische Diagnose gestellt, sondern eben auch ein Stück weit ein moralisches Urteil gefällt wird.[16]

Dieser Befund sollte auch in Bezug auf die Verwendung der übrigen hier diskutierten Begriffe reflektiert werden. Risikoreicher Konsum oder Rauschtrinken erfassen das zu beschreibende Phänomen unter Umständen unvollständig, wenn sie einseitig an Konsummengen festgemacht werden. Denn Personen haben eine ganze Reihe von gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen (Bewegung, Ernährung, Tabakkonsum etc.), die erst im Zusammenspiel mit ihrem Alkoholkonsum ein einigermassen verlässliches Bild davon zeichnen, ob und warum tatsächlich ein risikoreiches Konsummuster vorliegt.[17]
Substanzkonsum ist zwar zunächst primär ein individuelles Verhalten, aber dieses findet – in unseren Kulturkreisen umso ausgeprägter, wenn es sich um Alkoholkonsum handelt – stets auch vor einem gesellschaftlichen Hintergrund und eingebettet in einem sozialen Kontext statt. Dies gilt es auch bei der nachfolgenden Erörterung der länderspezifischen Unterschiede der Trinkempfehlungen zu bedenken.

Guidelines, Richtlinien, Empfehlungen und Orientierungshilfen

Die Joint Action on Reducing Alcohol Related Harm (RARHA)[18] der EU, an der auch die Schweiz teilgenommen hat, untersuchte u.a., welche unterschiedlichen Guidelines bezüglich Alkoholkonsum in den verschiedenen Ländern zur Anwendung kommen (unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Definitionen des Standardglases). Die meisten Länder haben Richtlinien zu risikoarmem Konsum, die aber sowohl in ihren Definitionen der Standardgläser als auch hinsichtlich der Schwellen risikoarmen Konsums divergieren: Die Richtlinien zum risikoarmen Konsum in der EU reichen von 20g reinem Alkohol pro Tag für Männer bzw. von 10g für Frauen (Finnland, Holland, Portugal und Slowenien) bis hin zu 48 bzw. 32g (Griechenland). Die aktuelle schweizerische Orientierungshilfe (2 maximal 3 Standardgläser für Männer bzw. 1 maximal 2 für Frauen, bei einem Standardglas zwischen 10 und 12g; also 20-36g reinem Alkohol für Männer bzw. 10-24g für Frauen) nähert sich sowohl den minimalen wie auch den maximalen europäischen Werten.

Angesichts dieser Unterschiede empfiehlt RARHA, diese Richtlinien zu harmonisieren: durch die koordinierte Anwendung der gleichen Definitionen sollen sie so bei der Bevölkerung auf eine grössere Akzeptanz stossen. Die Richtlinien gründen auf dem Anspruch der Bevölkerung auf eine klare und fachliche Information über die Risiken des Alkoholkonsums, auf deren Basis jede Frau und jeder Mann entscheiden kann, welches Risiko sie oder er bereit ist einzugehen.
Ein koordinierter Ansatz sollte auf der Basis des «cumulative lifetime risk of death due to alcohol» (kumulatives Lebenszeitrisiko von Tod durch Alkohol) und gewisser Prinzipien erarbeitet werden. Zu diesen Prinzipien gehören informative – nicht normative – Richtlinien, die evidenzbasierte Informationen zum Risiko bei den verschiedenen Konsumformen erläutern und insbesondere sowohl den täglichen Konsum als auch den punktuell risikoreichen Konsum thematisieren. Weiterhin soll eine Differenzierung der Richtlinien in Bezug auf Alters- und Zielgruppen vorgenommen werden (Frauen, Männer; Kinder, Jugendliche, ältere Menschen; Schwangerschaft; Situationen mit hohem Risiko wie Einnahme von Medikamenten, Strassenverkehr, Arbeit, Sport; Risikogruppen wie körperlich oder psychisch kranke sowie abhängige Menschen). Botschaften bezüglich angeblich protektiver Effekte des moderaten Alkoholkonsums sollen vermieden werden, um Fehlvorstellungen zu korrigieren.[19]

Im Rahmen der Überlegungen der RARHA, ist die Studie von Shield et al.[20] von besonderer Bedeutung, sowohl auf methodologischer Ebene, wie auch aufgrund ihrer Schlussfolgerungen. Ausschlaggebend ist die Verwendung von Risikoakzeptanzmodellen, die z. B. in der Lebensmittelsicherheit oder Trinkwasserverordnung in Betracht gezogen werden: Bei unfreiwilligen Risiken ist das Verhältnis von eins zu einer Million üblich, während bei Risiken, denen man sich durch das eigene Verhalten freiwillig aussetzt, eins zu tausend als Standard angesehen werden kann. Bei einem akzeptierten Risiko von 1 zu 1'000 für vorzeitigen Tod, sollten die Orientierungshilfen einen täglichen Alkoholkonsum von 8-10g bei Frauen und von 15-20g bei Männern als risikoarm angeben. Das heisst, dass die meisten Orientierungshilfen eine Revision benötigen würden. Die schweizerische Orientierungshilfe schwankt aktuell zwischen einem akzeptierten Risiko von 1 zu 100 (bei ihrem Maximum von 2 bzw. 3 Gläsern) und 1 zu 1'000 (bei 1 bzw. 2 Standardgläsern à 10 g). Die EKAL wird deshalb noch dieses Jahr über eine Revision ihrer Orientierungshilfe entscheiden, wobei die Antwort auf die Frage, was ein akzeptables Risiko ist, entscheidend sein wird.

Mögliche Entwicklungen

Alkoholkonsum ist ein Phänomen, dessen Komplexität sich in den genannten definitorischen und terminologischen Unklarheiten wiederspiegelt: Es besteht Bedarf nach einer Klärung der Terminologie und Definitionen, mit dem Ziel einer fachlichen und eindeutigeren Kommunikation über die Risiken der verschiedenen Konsumformen. Einen Schritt in diese Richtung hat die EKAL mit ihren «Empfehlungen zur Kommunikation»[21] unternommen, in denen betont wird, dass in der Kommunikation über die Konsumformen die wissenschaftlichen oder diagnostischen Begriffe nicht in allen Fällen übernommen werden sollten. Die Kommunikation soll hingegen dem Kontext und den Zielgruppen angepasst werden und andere Begriffe bzw. Umschreibungen sollen verwendet werden; die Begriffe sollen erklärt werden, so dass sie informativ und nicht normativ wirken.
Als weitere Massnahme zur Steigerung der Information empfiehlt RARHA, dass auf den Etiketten der alkoholischen Getränke bzw. auf den Getränkebehältern, ähnlich wie bei den Lebensmitteln, gesundheitsrelevante Informationen vorliegen, wie Kalorien und Mengenangabe des Alkohols in Gramm, sowie Botschaften zu Gesundheit und risikoreichem Konsum.

Der auf internationaler Ebene laufende Versuch einer Harmonisierung der Definitionen von risikoarmem Konsum (und Binge-Drinking) wird sicher einen weiteren Einfluss auf die schweizerischen Orientierungshilfen und Kommunikationspraxis haben.●

Literatur

APA – American Psychiatric Association (2014): Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen – DSM-5®. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Babor, T.F./Hall, W. (2007): Standardizing terminology in addiction science: To achieve the impossible dream. Addiction 102(7): 1015-1018.

Broers, B./Favrod-Coune, Th. (2013): Recommandations en matière d'alcool: Comment s'y retrouver? Dépendances 49: 5-7.

Broholm, K./Galluzzo, L./Gandin, C./Ghirini, S./Ghiselli, A./Jones, L./Martire, S./Mongan, D./Montonen, M./Mäkelä, P./Rossi, L./Sarrazin, D./Scafato, E./Schumacher, J./Steffens, R. (2016): Good practice principles for low risk drinking guidelines. Helsinki: National Institute for Health and Welfare.

Cahalan, D./Room, R. (1974): Problem Drinking among American Men (7). New Brunswick, NJ: Rutgers Center of Alcohol Studies.

EKAL – Eidgenössische Kommission für Alkoholfragen (2015): Botschaften für eine Orientierungshilfe zum Alkoholkonsum. tinyurl.com/yd3zmg9e, Zugriff 7.4.2017.

EKAL – Eidgenössische Kommission für Alkoholfragen (2017): Alkoholkonsum: Empfehlungen zur Kommunikation. Im Erscheinen: www.tinyurl.com/yctkxr6y

Fleischmann, H. (2011): Kommentare zu Rumpf und Kiefer (2011). DSM-5: Die Aufhebung der Unterscheidung von Abhängigkeit und Missbrauch und die Öffnung für Verhaltenssüchte: Anmerkungen zu den Veränderungsvorschlägen des DSM-5. SUCHT 57(1): 49-50.

Gmel, G. (2011): Kommentare zu Rumpf und Kiefer (2011). DSM-5: Die Aufhebung der Unterscheidung von Abhängigkeit und Missbrauch und die Öffnung für Verhaltenssüchte: DSM-5: Die Aufhebung der Unterscheidung von Abhängigkeit und Missbrauch: Applaus der Forscher. SUCHT 57(1): 50-51.

Rehm, J./Baliunas, D./Borges, G./Graham, K./Irving, H./Kehoe, T./Parry, C./Patra, J./Popova, S./Poznyak, V./Roerecke, M./Room, R./Samokhvalov, A./Taylor, B. (2010): The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease – an overview. Addiction 105(5): 817-843.

Room, R. (2006): Taking account of cultural and societal influences on substance use diagnoses and criteria. Addiction 101(s1): 31-39.

Sass, H./Wittchen, H. U./Zaudig, M. (1996): Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen-DSM-IV. Deutsche Bearbeitung u. Einleitung von H. Sass/H.-U. Wittchen/M. Zaudig.

Shelby, C. (2016): Addiction: A Philosophical Perspective. Springer.

Shield, K.D./Gmel, G./Gmel, G./Mäkelä, P./Probst, C./Room, R./Rehm, J. (2017): Life-time risk of mortality due to different levels of alcohol consumption in seven European countries: implications for low-risk drinking guidelines. Addiction. doi: 10.1111/add.13827.

Stockwell, T./Zhao, J./Panwar, S./Roemer, A./Naimi, T./Chikritzhs, T. (2016): Do «moderate» drinkers have reduced mortality risk? A systematic review and meta-analysis of alcohol consumption and all-cause mortality. Journal of Studies on Alcohol and Drugs 77: 185-198.

Sucht Schweiz (2014): Im Fokus: Alkohol. Lausanne. tinyurl.com/y6w9gsv5, Zugriff am 28.03.2017.

WHO – World Health Organization (1992): The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: WHO.

Endnoten

1 Vgl. Babor/Hall 2007.
2 Vgl. APA 2014.
3 Vgl. Fleischmann 2011.
4 Richtlinien für den risikoarmen Alkoholkonsum setzen eine wissenschaftliche Grundlage voraus, die über individuelle Risiko-Einschätzungen hinausgehen. Für Risiken, die freiwillig eingegangen werden, wie der Konsum von Alkohol – etwa im Gegensatz zum Konsum von Trinkwasser –, wird das maximal akzeptable Risiko für frühzeitige Mortalität auf 1:1000 festgelegt. Vgl. hierzu Shield et al. 2017.
5 Vgl. EKAL 2015.
6 Vgl. Broholm/Galuzzo et al. 2016.
7 Vgl. Cahalan/Room 1974.
8 Definierte Stufen der Alkoholabhängigkeit: tinyurl.com/je3np6p, Zugriff 10.04.2017.
9 Vgl. Rehm/Baliunas et al. 2010.
10 Vgl. Broholm/Galuzzo et al. 2016.
11 Vgl. Sucht Schweiz 2014.
12 Vgl. WHO 1992.
13 Vgl. Gmel 2011.
14 Vgl. Sass/Wittchen et al. 1996.
15 Vgl. APA 2014.
16 Vgl. Room 2006.
17 Vgl. Broers/Vavrod-Coune 2013.
18 Vgl. Broholm/Galuzzo et al. 2016.
19 Der protektive Effekt des Konsums kleiner Mengen Alkohol ist widerlegt, wenn man in den Studien die Gruppe der Abstinenten korrigiert, indem man die ehemaligen und gelegentlich Trinkenden berücksichtigt: Die Mortalität steigt mit der Menge und hat keine J-Form. Vgl. Stockwell et al. 2016.
20 Vgl. Shield/Gmel et al. 2017.
21 Vgl. EKAL 2017.