

Alkoholische Getränke als Kulturgut – Präventionskonzepte in Geschichte und Gegenwart

Hasso Spode¹

0. Einleitung

Von einem Grundsatzreferat darf erwartet werden, daß es vor der Aufgabe der Zusammenschau der vielschichtigen Aspekte des Themas nicht kapituliert. Und daß es Denkanstöße vermittelt – notfalls auch unbequeme. Voraussetzung hierfür ist der Blick über den Gartenzaun: Wer sich dem Phänomen 'Alkohol' aus einer transdisziplinären Perspektive nähert, entdeckt so manches Erstaunliche, das den jeweils begrenzten, gegenwartsfixierten Fachdiskursen notgedrungen entgehen muß.

Eine besondere Rolle kommt hierbei dem historisch-interkulturellen Vergleich zu. Nur der Vergleich eröffnet die Möglichkeit, die „Gegenwart aus ihrer Selbstverständlichkeit zu erlösen“ (Norbert Elias) und somit den nötigen Abstand zu gewinnen, um diese Gegenwart – erstens – als etwas Gewordenes zu erkennen und – zweitens – möglichst „ohne eifernde Parteinahme“ zu betrachten – *sine ira et studio*, wie schon der römische Historiker Tacitus forderte.

Letzteres scheint gerade beim Thema 'Alkohol' geraten – eine ebenso geschätzte wie symbolbeladene Substanz. Dank ihrer psychotropen Wirkungen war sie ein „begeisternder“ und damit zugleich potentiell gefährlicher Stoff. (Der Rauschgott Odin trug den Beinamen Bölverkir – der Unheilstifter.) Der Konsum, auch der exzessive, war daher stets in sichernde Rituale eingebettet,

¹ Freie Universität Berlin, Universitätsklinikum Benjamin Franklin, Abteilung Medizinsoziologie

von Regeln umstellt. Jede Gesellschaft kennt das Prinzip einer Unterscheidung von Ge- und Mißbrauch. Die jeweilige Grenzlinie, aber, verlief historisch sehr verschieden, je nach Art des Alkoholwissens, nach den Vorstellungen über die Qualitäten und Wirkungen „geistiger“ Getränke. Anders gesagt: viele der uns „selbstverständlich“ dünkenden Eigenschaften des Ethanols sind in Wahrheit kulturbestimmt.

Die Forschung kann hierbei Zusammenhänge aufdecken, Typen bilden und Epochen klassifizieren; völlige Regelkonformität wurde innerhalb einer Gesellschaft jedoch niemals erzielt. Im Rahmen der jeweiligen Denk- und Handlungsmöglichkeiten (des 'semantischen Grundinventars', des 'Affektstandards') wurden alkoholische Getränke durchaus uneinheitlich verwendet und bewertet. Phasenweise gab es immer wieder Streit um die Grenzen des Erlaubten; ein Streit, bei dem es zugleich um das „rechte Leben“ ging, um kulturelle Hegemonie und Deutungsmacht. Am Alkohol schieden sich die Geister – zumal seit dem Ende des Mittelalters, als Martin Luther dem „Saufteufel“ den Kampf angesagt hatte.

Der bisherige Höhepunkt hierbei war vor rund hundert Jahren erreicht. In Mitteleuropa lieferten sich die „Wasserapostel“ und das „Alkoholkapital“ einen erbitterten Propagandakrieg. Sahen die einen die „Kulturnationen“ rassistisch und moralisch dem Untergang geweiht, wenn der Alkohol nicht „ausgerottet“ wird, so beschworen die anderen für diesen Fall den schmerzlichen Verlust an Freiheit und Lebensglück. Es liegt auf der Hand, daß das erstere Szenario höhere Priorität besaß, wenn auch geringere Plausibilität. Nach dem Motto: „Wer nicht für uns ist, ist gegen uns“ wurde die Menschheit von den „Alkohologen“ in Freund und Feind eingeteilt. Die meisten wollten sich zwar nicht einteilen lassen und empfanden das Experten-„Geschrei“ als enervierend, doch erst die wirkliche Katastrophe des Zweiten Weltkriegs und das Scheitern der Prohibition in Amerika ließen die Streithähne verstummen.

Auf dem Potsdamer Präventionsfachkongreß 2001 haben sich nun wieder Experten aus Politik, Verbänden, Praxis, Wissenschaft und Wirtschaft versammelt, um öffentlich über die „Förderung des verantwortungsvollen Umgangs mit alkoholhaltigen Getränken“ zu debattieren. Die sorgfältige Wortwahl deutet auf einen Kompromiß im Vorfeld, der hoffen läßt, daß die Lehren aus der Geschichte gezogen werden und uns eine Neuauflage des Gezänks zwischen „Wasseraposteln“ und „Alkoholkapital“ erspart bleiben möge.

In diesem Sinne sei im Folgenden versucht, aus historisch-anthropologischer und wissenschaftstheoretischer Perspektive Licht auf einige Zusammenhänge zu werfen. Hierzu geht es zunächst im Sauseschritt durch die Jahrhunderte: Es wird ein entscheidendes Merkmal des Alkoholwissens im Abendland skizziert, um auf dieser Basis den bereits angedeuteten Präventionsdiskurs im 20. Jahrhundert zu betrachten, wobei zumal das im „Aktionsplan Alkohol“ verankerte Ziel einer Senkung des Durchschnittsverbrauchs zu beleuchten ist. Dieser gefeierte Ansatz scheint bereits wieder Makulatur. Abschließend sei daher eine Wunschliste an die zukünftige Alkoholforschung gerichtet: nur wer mit langem Atem und kühlem Abstand – *sine ira et studio* – forscht, darf sich substantielle Zuwächse an Wissen erhoffen. Und vielleicht sogar einmal nachhaltige Präventionserfolge.

1. Wein und Weltbild im Abendland

Die Alkoholwirtschaft legt Wert darauf, daß ihre Produkte als „Kulturgut“ bezeichnet werden. Ein treffender Begriff, wenn auch ein trivialer: alles, was Menschen mit Bedeutung versehen, ist ein Kulturgut. Goethes Werke ebenso wie eine Zahnbürste. Allerdings: gleich dem Blut ist Alkohol in der Tat ein „ganz besonderer Saft“. Der Zaubertrank hatte im sozialen und spirituellen Leben vieler Völker einen überragenden Stellenwert. Die Neuzeit hat dann mit den meisten magischen Vorstellungen aufgeräumt – zugleich aber hat sie auch neue Alkohol-Mythen geschaffen (z.B. daß Ethanol *per se* eine Noxe sei): Als Nahrungs-, Heil-, Rausch- und Genußmittel bleibt dieser Stoff ebenso polyvalent wie symbolbeladen. Bei den symbolischen Zuschreibungen zeigen sich nun charakteristische Veränderungen (so gilt der Weingeist heute kaum noch als lebenspendendes Elixier), aber auch nicht minder charakteristische Konstanten, sowie schließlich 'Strukturen langer Dauer' (Fernand Braudel), die irgendwann einmal entstanden sind, um fortan eine ungeheure Zähigkeit zu entwickeln und unser Alkoholwissen direkt oder indirekt noch heute zu strukturieren.

Zum letzteren zählt die Hochschätzung des Weins im Christentum. Es schrieb damit jüdische und antike Traditionen fort, mehr noch: es verteidigte sie erfolgreich gegen aus dem Orient in die Mittelmeerwelt vordringende Weltbilder. In der Heiligen Schrift, zumal im Kultus des Abendmahls, spielt der Wein bekanntlich eine wichtige Rolle. Doch Religion ist ein Prozeß. Daß die positive Bewertung des Weins auch theologisch verbindlich wurde, setzte sich erst nach langen Auseinandersetzungen durch, deren Resultat die abendländische

Kultur entscheidend geprägt hat. Und zwar weit über den engeren Anlaß hinaus: Der Streit um den Wein waren keineswegs ein verschrobener Theologendisput – es ging es um nicht weniger als um den Bauplan der Welt und die Stellung des Menschen in und zu ihr.

Die Gegner der Kirchenväter konnten hierbei an einem logischen Paradox des Monotheismus ansetzen, der später sogenannten Theodizee²: Bekanntlich geht das Christentum von *einem* Schöpfergott aus und dieser ist sowohl allmächtig als auch gut – wie aber kommt dann das Böse in die Welt? Im Römischen Kaiserreich missionierten zahlreiche Gruppen, die hierauf eine Antwort hatten. Gnostische und halbchristliche Sekten und vor allem die Manichäer – eine mächtige, im 3. Jahrhundert entstandene Religion, die Indisches, Persisches und Christliches verband – stellten dem Monotheismus des Okzidents den Dualismus des Orients entgegen: Sie lehrten, es gebe zwei Götter: der eine gut, der andere böse. Während nun der gute Gott der Herr der geistigen Welt des Lichtes sei, war es der böse Gott ('Demiurg' bzw. 'Jahwe'), der die finstere stoffliche Welt, die Erde mit all ihren Dingen und Bewohnern, erschaffen hat. Die Welt ist also von Grund auf schlecht, sie zu erhalten eine Sünde. Und die Inkarnation des Sündhaften ist – neben den Frauen – der Wein³.

Die manichäischen Theologen meinten daher, die Christen würden beim Gottesdienst – wo ja Männer und Frauen beim Wein saßen – Orgien zu Ehren des heidnischen Rauschgotts Dionysos feiern. Für die christlichen Kirchenväter fungierte der Wein ebenfalls als Lackmustest auf Ketzerei und Unglauben, nur umgekehrt: Den Wein ablehnen, hieß Gott ablehnen! Der hl. Augustinus – einst selbst Manichäer – stellte fest: Alles was Gott wachsen läßt, ist gut; also ist auch der Wein gut – eine Gottesgabe, die zu verschmähen sich niemand anmaßen dürfe. Sündhaft sei lediglich der falsche Gebrauch dieser Gabe⁴. Denn niemals sind die Dinge *per se* schlecht; Gott hat dem Menschen die Freiheit gegeben, sich für oder gegen die Sünde zu entscheiden.

Mit Augustinus war die Stellung des Christentums zum Wein endgültig festgelegt. In der Neuzeit zerbrach allerdings das Deutungsmonopol der Kirche. Wissenschaft und Aufklärung verschoben das semantische Grundinventar: An die Stelle des strafenden und liebenden Schöpfergottes trat die abstrakte „Vernunft“ bzw. die „Natur“⁵. Gott bleibt allenfalls die Rolle des Erstbewegers, des Großen Uhrmachers; aus der Sünde gegen Gott wird die „Sünde wider die Natur“. Schiller definierte: „Die Natur ist unendlich geteilter Gott.“ Die Welt ist weiterhin gut, aber sie ist jetzt gut, weil sie natürlich ist. Das Böse und das Schlechte sind das Unnatürliche.

Für die symbolische Zuschreibung der Eigenschaften alkoholischer Getränke hatte diese Verschiebung weitreichende Folgen: sie konnten als „künstlich“ klassifiziert werden, mithin als böse, der Welt eigentlich gar nicht zugehörig. Damit kehrte sowohl der manichäische Dualismus in neuer, säkularisierter Form zurück, als auch das Theodizee-Problem: Wie kann der Mensch – als Teil der Natur – etwas Unnatürliches hervorbringen? In dem solcherart abgesteckten Feld des Weltwissens entspann sich die Große Kontroverse⁶ zwischen Aufklärung und Romantik, zwischen Fortschrittsglauben und Zivilisationskritik, die uns immer noch umtreibt – und auch unsere Einstellungen zu Trunkenheit und Drogen beeinflusst.

Zunächst traf das Verdikt des Unnatürlichen allein den Branntwein⁷, und zwar während der „Gin-Epidemie“ in England Mitte des 18. Jahrhunderts. Hier gelang auch erstmals eine nachhaltige Primärprävention auf dem Felde des Alkohols: vor allem durch Steuererhöhungen wurde der „künstliche“ Branntwein zugunsten des „natürlichen“ Biers zurückgedrängt. Im Laufe des 19. Jahrhunderts wurde dann mit unterschiedlichem Erfolg versucht, alle alkoholischen Getränke als unnatürlich zu klassifizieren. Voraussetzung war die Unterscheidung in (unentbehrlich-natürliche) „Lebens-“ und (entbehrlich-unnatürliche) „Genußmittel“ durch die aufkommende Ernährungswissenschaft. Die „Genußmittel“, von denen die heutige Alkoholwirtschaft so gerne spricht, konnten nun zu „Genußgiften“ werden und schließlich zu „Rassengiften“.

2. Prävention: Von der Temperenzbewegung zur WHO

Damit wären wir beim modernen Präventionsdiskurs. Ein Wort zur Begriffsklärung vorweg: Entsprechend der universellen Unterscheidung von Ge- und Mißbrauch hat es eine ‚Prävention‘ im weitesten Sinne immer gegeben. Dies leisteten die ungeschriebenen Gesetze darüber, für wen, wann und wo das Trinken und der Rausch unzulässig, zulässig oder sogar geboten sind. Hierzu zählten auch die Trinkrituale als ‚kontrollierte Aufhebung der Kontrollen‘, sowie Mahnworte, bisweilen auch Strafen, gegen das Übermaß. Im Mittelalter galten ein bis zwei Liter Wein oder Bier am Tag als angemessen; aber die häufige „Trunkenheit“ – wenn z.B. bei einem Wetttrinken bis zur Bewußtlosigkeit gegossen werden mußte – tue Schaden an „Seele, Ehre, Leib und Gut“.

Die vormoderne Prävention zielte nicht auf die berauschende Substanz (diese war ja theologisch und medizinisch hochgeschätzt), sondern auf die Berausung, also auf ein *Verhalten*. Karl der Große wollte betrunkene Richter und

vollzogen. Therapeutische Hilfe für Alkoholranke galt als gefährliche „Humanitätsduselei“; stattdessen habe man für die „Ausmerze“ dieser „minderwertigen Elemente“ zu sorgen. Medizin und Prävention sollen nicht dem Individuum dienen, sondern dem Kollektiv. Ihm wurde – in fragwürdiger Auslegung Darwins – der höchste Eigenwert, quasi ein Gesamtkörper und -wille, zugesprochen. Ist aber einmal das Wohl und Wehe des Großen Ganzen (Staat, Gemeinwohl, Volk, Rasse etc.) zum Leitziel erhoben, werden die Interessen des Einzelnen belanglos: das Individuum profitiert – wenn überhaupt – nur mittelbar von einer solchen Primärprävention; sein Wohlbefinden ist dann ein vielleicht erwünschtes, doch keineswegs notwendiges Nebenprodukt der Gesundheitspolitik¹².

Die Nationalsozialisten brachten dies dann auf die Formel: „Du bist nichts – Dein Volk ist alles!“ Oder, wie der Reichsärztführer verlangte: „Du hast die Pflicht zur Gesundheit!“ Alkoholabstinenz war damit allerdings nicht gemeint. Angesichts der in den USA gerade gescheiterten Prohibition dachten die neuen Herren nicht daran, dieses Experiment zu wiederholen. Das war zunächst eine herbe Enttäuschung für die Abstinenzvereine, wähten sie doch den „Führer“ – der Alkohol verabscheute – auf ihrer Seite und forderten markig: „Der Lösung der Judenfrage hat die Lösung der Alkoholfrage zu folgen!“

Stattdessen verbat sich das Regime die Abstinenzpropaganda und bevorzugte ein Modell, wonach vorwiegend die erblich „Schwachen“ und „Entarteten“ zum chronischen Abusus neigen; ein Alkoholverbot brächte somit wenig Nutzen für die „Volksgemeinschaft“¹³. Auf dieser Basis wirkten dann die meisten „alkoholgegnerischen“ Verbände eifrig an der Formulierung und Ausführung der NS-Alkoholpolitik mit, die nun viele Forderungen der Jahrhundertwende umsetzte. Dies waren zum einen Maßnahmen aus dem Arsenal der auch heute üblichen Primärprävention (Jugendschutz, Werbebeschränkungen etc.), zum anderen medizinisch-juristische Repressionen gegen Trinker (Heiratsverbot, Zwangseinweisung etc.). Kernstück war das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“, das die Zwangssterilisierung u.a. bei „schwerem Alkoholismus“ vorsah.

Das Erbgesundheitsgesetz war keineswegs etwas typisch Nationalsozialistisches. Es lag 1933 in Grundzügen bereits vor, und längst hatten Dänemark und einige US-Bundesstaaten ähnliche, teils sogar schärfere Gesetze erlassen. Typisch nationalsozialistisch war aber wohl die Härte, mit der der „Abwehrkampf gegen Minderwertige“ umgesetzt wurde. Obwohl eine klare Diagnostik fehlte (und fehlen mußte, wie wir heute wissen), wurden etwa 30.000 „erbli-

che“ Trinker und Trinkerinnen zwangssterilisiert, weitere im Rahmen der Euthanasie-Aktion ermordet. Die Gesamtzahl der Opfer der Alkoholpolitik im Dritten Reich ist nicht bekannt.

2.2. *Der nordische Sonderweg und der „Europäische Aktionsplan Alkohol“*

In der Nachkriegszeit schwang das Pendel zurück: Alkohol galt nicht länger als genveränderndes „Rassengift“, sondern als harmlos und chic. Gerade weil die Prävention in der Zwischenkriegszeit ihre Forderungen so weitgehend umsetzen konnte – in Amerika die Prohibition, in Mitteleuropa die „Ausmerze“ – war sie nun gründlich diskreditiert. Niemand wollte mehr etwas damit zu tun haben. Der Witz kursierte: „Haben Sie Probleme mit Alkohol?“ – „Aber nein, Herr Doktor, ich habe immer was im Haus.“ In Ost- und Westdeutschland verdreifachte sich schließlich der Verbrauch. 1975 nahm eine bundesdeutsche Ministerkonferenz zwar ein Programm zur „Eindämmung“ des Mißbrauchs an, doch blieb dies eine folgenlose Pflichtübung. Präventionsexperten sorgten sich lieber lautstark um die „Hasch-Welle“ und die „neuen Süchte“, zu denen so schreckliche Erkrankungen zählten wie die Fernseh-Sucht.

Einzig in Skandinavien trotzte die Anti-Alkohol-Bewegung (und ihre Forschung) den Zeitläuften¹⁴. Im Gegensatz zu Kontinentaleuropa war hier die Abstinenz-idee auf große Resonanz in der Bevölkerung gestoßen, obschon der Pro-Kopf-Verbrauch vergleichsweise niedrig war. Aus dem ländlichen, asketisch-strengen Protestantismus einerseits und rationell-modernen gesellschaftsanitären Utopien andererseits formte sich ein spezifisch nordisches Modell: Das Modell des sozialdemokratischen, fortschrittlich-gerechten aber auch fürsorglich-strengen Wohlfahrtsstaats – des paternalistischen „Volksheims“. Zu dessen wichtigsten Aufgaben gehörte die Regulierung des Trinkverhaltens seiner Insassen¹⁵. In den ersten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts entstanden zu diesem Zweck staatliche Alkoholmonopole, die den Konsum über prohibitive Steuern und Abgabekontrollen in engen Grenzen hielten.

Was im übrigen Europa undenkbar war, wurde im „Volksheim“ klaglos akzeptiert: eine Alko-Bürokratie orwellischen Ausmaßes überzog Skandinavien mit ausgeklügelten Systemen der Konsumrationierung, legte Schwarze Listen an, füllte die Gefängnisse. Mächtige Temperenzorganisationen wachten mit Argusaugen über diese Politik, die zum Bestandteil der kulturellen Identität wurde. Das Resultat war bestenfalls zwiespältig. Eine Trinkkultur verfestigte sich,

die die Forschung als „schuldhaft-ambivalent“ charakterisierte (derzeit neutraler, aber irreführend „trocken“ genannt): einerseits hohe Abstinenzraten und entsprechend niedriger Pro-Kopf-Verbrauch, andererseits ein Überwiegen des sporadisch-exzessiven Konsums nebst einer hohen Prävalenz entsprechender Folgeschäden – und der Furcht, daß diese ein horrendes Ausmaß hätten¹⁶.

In den 60er und 70er Jahren wurde das idealisierte Bild eines modernen, freizügigen Skandinaviens populär. Zumal das sendungsbewußte Schweden, offiziell neutral, warb erfolgreich für sein Modell eines „Dritten Weges“ (wobei der Alkohol ebenso unerwähnt blieb, wie die faktische Einbindung in den Westen). Doch just zur selben Zeit – Schweden führte da noch Zwangssterilisationen durch – geriet der nordische Sonderweg in die Krise. Vergleichbar mit der Entwicklung in Amerika während der 20er Jahre gärten in den städtischen Mittelschichten ein Unbehagen an der Reglementierung und Moralisierung des Lebens, speziell des Alkoholkonsums. Zugleich wurde deutlich, daß die Zeit der Abschottung ihrem Ende entgegen ging. Der Tourismus nahm zu (welch peinlichen Anblick boten doch die sturzbetrunkenen Skandinavier auf den Fährschiffen), und der Handel expandierte. 1973 war das alkoholpolitisch ohnehin laxere Dänemark der EG beigetreten, aber auch in Norwegen, Schweden und Finnland tauchte diese Perspektive am Horizont auf¹⁷. Bereits 1968 hatte Finnland die Alkoholpolitik zu liberalisieren versucht, was jedoch zu einem Ausbruch von Trunkenheit führte. Die nordische Alkoholforschung¹⁸ diskutierte jedoch weiterhin den Rückbau der strikten Regulierungen, der allerdings in ergänzende Maßnahmen einzubetten sei: Anstatt den einzelnen Konsumenten zu überwachen, sollte das Augenmerk dem Gesamtverbrauch gelten (s.u.). Flankiert werden sollte dies durch eine entsprechende Verschärfung der Alkoholpolitiken im EG-Raum. Doch die EG (seit 1992 die EU) machte klar, daß sie die alkoholwirtschaftlichen Interessen, die Lebensstilpräferenzen und die ordnungspolitischen Grundsätze ihrer Mitgliedsländer nicht opfern würde; vielmehr pochte sie erfolgreich auf Vorleistungen der Beitrittskandidaten, insbesondere auf der Aufhebung der Alko-Monopole und Einfuhrbeschränkungen. Umso dringlicher wurde es für die nordischen Staaten, andere Wege der Konsumsteuerung zu beschreiten. In diesem Kontext entstand das Präventionskonzept der WHO, das dem Rest Europas 1984 als „Ziel 17“ und 1992 schließlich als „Europäischer Aktionsplan Alkohol“¹⁹ aufgenötigt wurde.

Aufgenötigt deshalb, weil hier die WHO ihre Autorität als supranationale Behörde mißbraucht hat, um partikulare Sichtweisen und Rezepte zu allgemeinverbindlichen Standards zu erheben. Es wäre ehrlicher gewesen, das Kopenhagener Regionalbüro hätte statt von einem „Europäischen Aktionsplan“ von

einem skandinavisch-amerikanischen gesprochen. Etliche Experten aus Übersee wurden an seiner Entstehung beteiligt, aber kein einziger aus den großen europäischen Nationen, wie Rußland, Deutschland, Frankreich oder Italien. Der Plan, seine Vorläufer und seine wissenschaftlichen Grundlagen²⁰ sind das Werk der finanziell gut ausgestatteten Alkoholforschung in den protestantischen Temperenzkulturen Nordeuropas und des englischen Sprachraums. Die anderen Unterzeichnerstaaten des „Ziels 17“ bzw. des „Aktionsplans“, darunter die DDR und die BRD, besaßen praktisch keine Alkoholforschung – zumindest fehlte es ihr an Mitteln, Elan und Selbstbewußtsein, um dem geballten Sachverstand der etablierten Expertenzirkel etwas entgegenzusetzen. So wurden denn deren Vorlagen nicht angemessen analysiert, sondern abgenickt.

Dies fiel umso leichter, als der Aktionsplan – jedenfalls dessen *Kernteil*, d.h. die von den Mitgliedsländern ratifizierte Resolution – vage und unverbindlich ist. In der Tat zeitigte er wohl kaum direkte Folgen. Zwar bekundete die WHO, sie sei „fest entschlossen“, die alkoholpolitische „Führungsrolle zu übernehmen“²¹, doch kollidierte dieser Anspruch mit den harten Realitäten im vereinten Europa. Und das war gut so. Erstens, da der Aktionsplan – jedenfalls dessen nicht-ratifizierter *Erläuterungsteil*²² – in eine Sackgasse führt (s.u.). Zweitens aber aus grundsätzlichen Erwägungen: Die WHO leistet auf manchen Feldern Hervorragendes, doch wäre es fatal, wenn sie tatsächlich eine „Führungsrolle“ in Gestalt bindender Regelkompetenz – egal auf welchem Präventionsfeld – erlangte. Denn während die Brüsseler EU-Gremien demokratisch schlecht legitimiert sind, fehlt eine solche Legitimation dem Kopenhagener WHO-Büro gänzlich.

Hierzu eine politikwissenschaftliche Zwischenbemerkung. Bei den Entscheidungen der EU – wie in pluralistischen Gesellschaften üblich – stehen konkurrierende Interessengruppen in einem Aushandlungsprozeß: in unserem Falle die Fraktionen der Alkoholwirtschaft und der Agrarlobby, die Marktideologen des Freihandels, die Vertreter der Beschäftigtengruppen, der Finanzverwaltungen etc. und schließlich auch die der organisierten Verbraucherschutz- und Gesundheitsinteressen. All dies wird zudem noch von den ökonomischen Interessen und kulturellen Präferenzen – bzw. der öffentlichen Meinung – der einzelnen Mitgliedsländer gebrochen. Beschlüsse der EU sind somit die Resultante eines hoch komplexen Kräfteparallelogramms. Politik ist eben, wie Max Weber sagte, das Bohren dicker Bretter. Ob die hierbei erzielten Kompromisse immer befriedigen, sei dahingestellt²³ – immerhin tragen sie wenigstens mittelbar der pluralistisch-demokratischen Grundstruktur Europas Rechnung. Dagegen sind die Vorlagen der WHO das Produkt relativ homogener Grup-

pen: in unserem Falle ein Kreis von epidemiologisch orientierten Präventionsexperten, im engeren Sinne sogar nur die Mitarbeiter des „Alkohol-, Drogen- und Tabakreferats“ des Kopenhagener Regionalbüros. Es erfreut sich im Vergleich zu Ministerien oder EU-Gremien einer beachtlichen Autonomie; die zu bohrenden Bretter sind entsprechend dünn. Dies ist im Falle semi-staatlicher Institutionen ein zweischneidiges Schwert: das Fehlen politisch-parlamentarischer Kontrolle kann zwar eine freiere Urteilsbildung begünstigen, aber auch Abgehobenheit und Selbstherrlichkeit, zumal wenn sich ein begrenzter „Kader“ (Pierre Bourdieu) dieser Institution bemächtigt hat. Genau dies ist hier der Fall. Vertreter anderer gesellschaftlicher Gruppen haben kein Zutrittsrecht; sie werden allenfalls angehört, d.h. von „außen“ hinzugezogen (so hat das Regionalbüro die Kontakte zur Alkoholindustrie in Gestalt der Amsterdam Group unlängst abgebrochen). Und auch Vertreter anderer Wissenschaften, die die Grenzen des epidemiologisch gestützten Konsenswissens sprengen würden, haben keinen Zutritt. Dazukommt, daß die berufssoziologisch ohnehin so homogene Gruppe ihre Mitglieder auch noch selbst rekrutiert – wobei die Vergabe von Stellen und Geldern als Filter für Werthaltungen und Sozialmilieus fungiert. Im Kontext dieses ‘policy making’ (der Grauzone aus Forschung, Beratung und Politik) im Umfeld der WHO wird die Wissenschaft vom Alkohol somit als geschlossene Veranstaltung, als ‘closed shop’ organisiert und fungiert als ein ‘moralischer Interessenverband’, der das offiziöse Alkoholwissen zu monopolisieren trachtet. Die Bandbreite der real existierenden Forschung wird dabei so lange beschnitten, bis die Experten dann „einstimmig“ ihre „objektive Analyse“, als die Wahrheit über den Alkohol, verkünden können²⁴ – dies mag einer Bischofssynode anstehen, nicht aber einer freien Wissenschaft, deren Stärke gerade im Disput gründet²⁵.

Hiermit schließt sich der Kreis zum „Aktionsplan Alkohol“. Erst die doppelte Homogenisierung bzw. Schließung des Alkoholwissens – die organisationsstrukturelle und die wissenschaftsinterne – hat ihn möglich gemacht. Dazu paßt dessen barsch paternalistische Rhetorik, die jeden Zweifel im Keim ersticken will, und die larmoyante Selbststilisierung der Autoren als dem „liberalen“ Zeitgeist trotzende Kämpfer, die den „Mut“ hatten, sich an den Plan „heranzuwagen“ – bereits die Sprache verrät eine bedenkliche Lagermentalität, ganz in der Tradition der einstigen Temperenzbewegung²⁶.

Dieser Zustand schadet dem Ziel einer nachhaltigen Prävention. Viel wäre schon gewonnen, wenn es gelänge, die wissenschaftliche Basis solcher Aktionspläne grundlegend zu verbreitern (s.u.). Das strukturelle Legitimationsproblem wäre damit aber noch nicht gelöst. Vergleichbar den NGOs spricht das

Regionalbüro notgedrungen nur für sich selbst: dessen Experten sind, was zunächst gut klingt, nicht irgendwelchen (wirtschaftlichen) Großinteressen verpflichtet, sondern nur dem „Gemeinwohl“ – über dessen konkrete Definition sie aber weithin eigenständig wachen! Die geringen politischen Machtmittel dieser Behörde werden daher durch eine beträchtliche Deutungsmacht kompensiert.

Eine grundlegende Alternative zum Legitimationsdefizit supranationaler Organisationen, wie der WHO, ist nicht in Sicht; dennoch sind sie fraglos unverzichtbar. Umso wichtiger wäre es für die Mitgliedsstaaten, daß sie den von ihnen bezahlten Experten genauer auf die Finger schauen bei ihrem Versuch, eine alkoholpolitische „Globalisierung innerhalb Europas“²⁷ ins Werk zu setzen.

3. Ansichten einer zukünftigen Alkoholforschung

Wurden im vorigen Kapitel die historischen und strukturellen Entstehungsbedingungen des „Aktionsplans Alkohol“ betrachtet, so soll nun abschließend ein Blick auf die Ziele und deren Begründung geworfen werden. Hier genügt ein cursorischer Blick, der lediglich helfen soll, einige Probleme der Alkoholforschung zu verdeutlichen. Wohlgermerkt: Forschung, nicht Politik. Wenn gleich beide Bereiche eng verwoben sind, so ist es mir an dieser Stelle nur darum zu tun, der Wissenschaft Vorschläge in Form von **fünf Wünschen** zu unterbreiten. Diese zumeist randständige, und doch so wichtige und spannende Disziplin hat ein Recht auf Hilfe bei der Lösung ihrer Probleme.

Ein Wort muß vorab zur Geltungsdauer des Aktionsplans gesagt werden. Seine ursprüngliche Laufzeit bis Ende 2000 wurde nachträglich verkürzt: 1999 hat die WHO einen neuen Plan verabschiedet, der bis 2005 gelten soll²⁸; dabei wurde der alte Plan beiläufig mit dem Zusatz „1992-1999“ versehen und sein Hauptziel umformuliert. Leider erfahren wir nichts über die – offenbar dringenden – Gründe für diesen doch etwas befremdlichen Kunstgriff. Es wird nicht recht deutlich, ob der neue Plan als eine zeitliche Fortschreibung zu verstehen ist, oder als ein völliger Neuansatz, der den Vorgängerplan außer Kraft setzt. Einerseits weisen die Erläuterungstexte der beiden Pläne gravierende Differenzen auf (s.u.). Andererseits aber ist nun von „Phasen“ die Rede²⁹; zudem findet sich die Formulierung: „Seit 1992 bietet der Europäische Aktionsplan Alkohol ... eine Grundlage“. Und so darf spekuliert werden, daß er irgendwie weiterhin gültig sein soll und als eine Art Masterplan fungiert.

3.1. Das 25%-Ziel

Worin besteht dieser Masterplan? Als das „primäre Ziel“ wird definiert, daß „der Alkoholkonsum zwischen 1980 und dem Jahr 2000 generell um 25 % verringert wird“³⁰. Auf den ersten Blick mag dies gut klingen: sinkt der Durchschnittsverbrauch um ein Viertel, sinken die alkoholinduzierten „Probleme“ um ein Viertel. Doch auf den zweiten Blick ist zu fragen: Stimmt dies überhaupt? Und hier zunächst: kann dies überhaupt stimmen in einem Raum, der sich von Omsk bis Sevilla, von Hammerfest bis Palermo erstreckt? Eine seltsam planwirtschaftlich anmutende Zielvorgabe. Sie soll für die Norweger mit ihrem nüchternen Alltag ebenso segensreich sein, wie für die Luxemburger mit ihrem mehr als doppelt so hohem Konsum? Für die schnapstrinkenden, schlecht genährten Litauer mit ihrer niedrigen Lebenserwartung ebenso wie für die wein-, öl- und tabakliebenden Griechen, die acht Jahre länger leben? Und weiter gefragt: Wieso soll sie für Männer ebenso gelten, wie für Frauen, für wohlhabende Mittelschichten ebenso wie für soziale Randgruppen?

Hierfür gibt es keinen vernünftigen Grund. Jedem Land unabhängig von seiner Trinkkultur, dem Konsumniveau, der Ernährungsweise und den sonstigen historischen und sozio-ökonomischen Bedingungen ein- und dasselbe „Ziel“ vorzugeben, ist – man verzeihe das harte Wort – eine Absurdität. Der **erste Wunsch** muß daher sein, daß **der frische Wind des Gesunden Menschenverstandes** durch die Expertenzirkel weht.

Die mechanische Absenkung des Durchschnittsverbrauchs wäre allenfalls dann ein kohärentes Programm, wenn ihm die Annahme zugrunde läge, Alkohol sei *per se* schlecht, jedes Gramm sei letztlich eines zuviel. Diese Annahme haben wir bereits kennengelernt. Sie ist Teil und Ausdruck spezifischer Weltbilder. Vom Streit zwischen Christen und Manichäern ausgehend hatte sie – über die neuzeitliche Verschiebung des Bösen zum Künstlichen – ihren Weg schließlich in die Abstinenzbewegung gefunden. Deren Utopie, die „Ausrottung“ des Alkohols, weist die WHO aber weit von sich.

Dies mag ernst gemeint sein oder nicht; die aussagenlogische Analyse des „primären Ziels“ ergibt jedenfalls: Es ist sehr schlicht gestrickt. Es besitzt keinen Mechanismus einer 'Kosten-Nutzen'-Abwägung (nicht einmal im engen Rahmen gesundheitlicher Effekte, geschweige im Rahmen einer breiteren Einordnung der sozialen und psychischen Funktionen des Alkohols als Kulturgut). Da es allein die 'Kostenseite' betrachten kann, kennt es keine Steuerung und Begrenzung durch andere Stellgrößen. Indem zugleich zwischen dem Pro-

Kopf-Verbrauch und den 'Kosten' eine feste Verbindung hergestellt ist, wird die Senkung des Konsums zum Selbstzweck, zu einem rekursiven Eigenwert – ein „Ziel“, das zugleich als „Indikator“ alkoholpolitischer Erfolge fungiert, sich also selbst mißt. Egal mit welchen Zusätzen die 25%-Strategie garniert wird³¹: Axiomatisch impliziert sie, den Pro-Kopf-Verbrauch so weit zu drosseln, bis die 'schadensfreie Nullmarke' erreicht ist – denn so lange es Konsum gibt, wird es Mißbrauch und Schäden geben, die ein weiteres Absenken begründbar machen. Somit erweist sich der Aktionsplan als 'krypto-prohibitionistisch'³².

Schwer vorstellbar, daß diese einfache Schlußfolgerung den Beteiligten entgangen sein sollte. Doch gleichwie: wurde sie bemerkt, läge ein Mangel an Aufrichtigkeit vor, andernfalls ein Mangel an Urteilskraft. Fazit: Das „primäre Ziel“ des Aktionsplans zeigt exemplarisch die Probleme einer politiknahen Alkoholforschung, die erstens allzu epidemiologisch orientiert ist, und die vor allem zweitens als ein 'moralischer Interessenverband' fungiert, in dem wissenschaftliches Wissen hochgradig mit außerwissenschaftlichem Wissen kontaminiert ist³³, und zwar mit moralischen Maximen³⁴, die den protestantischen Temperenzkulturen entstammen.

Hand in Hand mit der Erfüllung meines ersten Wunsches geht daher mein **zweiter Wunsch**, nämlich die disziplinäre und kulturelle **Schließung der Alkoholforschung aufzubrechen**. Es wäre unbillig (und unrealistisch), dies allein von ihr selbst zu erwarten. Vielmehr hat sie ein Recht auf Hilfe und Bestärkung durch andere Disziplinen und Länder, wenn sie ihre historisch und strukturell bedingten Probleme überwinden möchte. Dazu müßten die betreffenden Länder freilich noch deutlicher erkennen – und Erkenntnisproduktion kostet Geld –, daß es ihnen auf Dauer nicht guttut, wenn die alkoholpolitische Deutungsmacht in den Händen von Experten liegt, die direkt oder indirekt just von jenen Kulturen geprägt sind, die ein besonders prekäres Verhältnis zum Alkohol entwickelt hatten.

Die Wissenschaft ist – oder sollte – international sein; sie hat, wie Pasteur sagte, „kein Vaterland“. Anders die Trinkkultur. Das Trinkverhalten und die Alkoholpolitiken zeigen im EU-Raum zwar eine gewisse Konvergenz. Dies mag gute Seiten haben und schlechte – keinesfalls aber kann es eine forcierte „kulturelle Nivellierung“ (Wilhelm Hankel) begründen, schon gar nicht nach dem obsoleten Modell der Temperenzkulturen (die zudem selbst nach einem entspannteren Verhältnis zum Alkohol suchen). Somit lautet der **dritte Wunsch**, daß die **Vielfalt kultureller Identitäten in Europa respektiert** werde. Hierfür sind 'Worte' nicht genug; es bedarf der 'Taten'³⁵. Vielleicht gelingt es

dann in einem weiteren Schritt sogar, diese Kulturen in ihrer Komplexität zu verstehen und dieses Wissen für intelligente Präventionskonzepte fruchtbar zu machen.

3.2. Der „bevölkerungsbezogene Ansatz“: Euphorie und Krise

Bis dahin könnte noch ein weiter Weg vor uns liegen. Die 25%-Forderung ist nur der griffige Ausdruck für das zentrale Theorem der etablierten Forschung³⁶: Prävention ist *Alkoholprävention*. Sie hat am Pro-Kopf-Verbrauch in Litern Reinalkohol anzusetzen. Gelingt es, diesen abstrakten Wert zu senken, profitieren davon sowohl die „Risikogruppen“ als auch – und vor allem – das „Gemeinwohl“. Denn erstens übt dies einen „Ansteckungseffekt“ auf die „starken Konsumenten“ aus (ist mithin sekundär auch Alkoholismusprävention). Und zweitens verursachen die „mäßigen Konsumenten“ – da weit in der Überzahl – den größten „Gesamtschaden“.

Dieses Theorem war seit den 70er Jahren entstanden, nachdem – wie erwähnt – in Finnland die abrupte Liberalisierung zu unerwartet heftigen Folgeschäden geführt hatte, andererseits aber deutlich war, daß die aufwendige – und mit dem Wesen einer Zivilgesellschaft unvereinbare – individuelle Konsumüberwachung keine Zukunft mehr hatte. Den Königsweg zwischen Stigmatisierung und *Laissez-faire* sah man im Gesamtverbrauch. Denn empirische Auswertungen zeigten, so ein führender Alkoholologe – Kjetil Bruun – 1972, daß „der durchschnittliche Konsum von Alkoholikern vom allgemeinen Konsumniveau abhängt“. Mehr noch: auch die Prävalenz des Alkoholismus würde damit korrelieren. Dabei kam eine bereits 1956 von einem Franzosen anhand preußischer Daten aufgestellte Formel zu späten Ehren, die „Ledermann-Kurve“, wonach der Konsum in einer Population stets lognormal verteilt sei: sinkt der Durchschnitt, sinke auch die Zahl der Vieltrinker. Zusammen mit der – davon unabhängigen und wohl noch gewichtigeren – These, daß die meisten alkoholinduzierten Probleme auf das Konto des mäßigen Konsums kämen, schuf die Alkoholforschung hieraus das „total consumption model“.

In den nordischen Ländern wurde es begeistert aufgenommen und avancierte zur Richtschnur der Alkoholpolitik, die damit ihren Schwenk von „der Minderheit mit offensichtlichen Alkoholproblemen zur Gesamtbevölkerung“ (so das norwegische Storting 1987) begründete. Mittel der Wahl sind Preis- bzw. Steuererhöhungen. Zusammen mit Werbeverböten, Reduzierung der Griffnähe etc. sollen sie zu einer De-normalisierung des Konsums führen: Die „be-

völkerungsbezogene Strategie“, so dann der WHO-Plan, wolle „die Einstellungen dessen, was unter ‘normalem Trinken’ zu verstehen“ sei, verändern, was wiederum den Pro-Kopf-Verbrauch senke.

Auch in Deutschland herrschte – wenn auch unter völlig anderen, liberaleren Vorzeichen – die sekundärpräventive Risikogruppen-Strategie einer „Eindämmung“ des Mißbrauchs vor (wie es 1975 in der BRD und ähnlich 1977 in der DDR hieß). Der Aktionsplan war zunächst selbst unter Fachleuten kaum bekannt und mit ihm das primärpräventive „total consumption model“. Erst in jüngerer Zeit fand es gewichtige Fürsprecher.

In diesem Sinne hatte 1997 die DHS das 25%-Ziel ihrem eigenen „Aktionsplan Alkohol“ vorangestellt. Im selben Jahr hatte die WHO einen Mitarbeiter nach Deutschland entsandt, um ein skeptisches Fachpublikum zu belehren, daß dieses Ziel nicht zum „Lachen“ sei³⁷: Denn die „Alkoholproblematik“ ließe sich nur verringern, wenn der „allgemeine Konsum reduziert wird“ – darüber gibt es „keine Zweifel“! Leider werde diese Wahrheit „aufgrund der ökonomischen Interessen“ gelehnet: „Die Alkoholindustrie macht uns glauben, daß die Verringerung des Konsums nicht das Wichtigste sei.“

In der Tat dürfte die „Alkoholindustrie“ eine kräftige Konsumreduzierung fürchten wie der Teufel das Weihwasser. Indes bedarf es keiner Verschwörungstheorie, um die geringe Akzeptanz des „primären Ziels“ (außerhalb der Temperenzkulturen) zu erklären. Indem die Alkoholforschung den Schwenk zur Zielgruppe der „mäßigen Konsumenten“ vollzog, wiederholte sie lediglich den Schwenk, den sie schon einmal vollzogen hatte, als sie sich um 1900 zur Abstinenz bekehrte und statt der wenigen „Säufer“ die vielen „Mäßigen“ zur Zielgruppe machte: Der Durchschnittskonsument sei die eigentliche Gefahr für das „Volkwohl“. Auch die Geschichte enthüllt mithin die krypto-prohibitionistische Logik des „bevölkerungsbezogenen Ansatzes“. Er war damals so wenig populär wie heute.

Als dann die USA das Alkoholverbot wahrnahmen, wirkte es konsumtheoretisch nicht anders, als eine kräftige Preiserhöhung nebst Reduzierung der Griffnähe, was den Pro-Kopf-Verbrauch halbierte und sozial integrierte Trinkmuster de-normalisierte³⁸. Die WHO-Experten müßten dies eigentlich als vorbildlich preisen. Stattdessen verpacken sie das „total consumption model“ in beschwichtigende Zusätze³⁹ und erklären sich dessen mangelnde Akzeptanz mit der Propaganda der „Alkoholindustrie“. Doch die Wirtschaft – aus welchen Motiven auch immer – fungiert hier nur als Anwalt des oben eingefor-

dernten Gesunden Menschenverstands. In der marktwirtschaftlichen Zivilgesellschaft ist die umfassende flächendeckende Kappung der Nachfrage – ob durch Verbot, Extrembesteuerung oder Rationierung – nun einmal systemwidrig und historisch gescheitert⁴⁰. Die Mehrheit der „Mäßigen“ beginnt irgendwann zu fragen, warum sie Geld, Lebensqualität und Gesundheit opfern soll für die Minderheit von „Unmäßigen“ (zuma es nicht ausgemacht ist, wie sinnvoll dieses Opfer ist⁴¹). Ein mißglückter primärpräventiver Ansatz aber – dies zeigt die Geschichte – setzt die Akzeptanz jeglicher Prävention aufs Spiel.

Offenbar haben diese und andere Überlegungen⁴² nun auch die etablierte Alkoholforschung erreicht. Während jedenfalls die DHS noch für ihren 25%-Plan wirbt und ihr darin die deutsche Gesundheitspolitik zunehmend beipflichtet, wird in Kreisen des einflußreichen Nordic Council for Alcohol and Drug Research das „total consumption model“ bereits als „Doktrin“ gehandelt, die an „Boden verliert“: Der Zusammenhang zwischen Schäden und Pro-Kopf-Verbrauch sei „kompliziert“, heißt es vielsagend. Auch zeige sich ein Akzeptanzproblem. Und so wende man sich – erneut – ausgewählten Risikogruppen zu. Von der Alkoholismusprävention zur Alkoholprävention zur Alkoholismusrävention.

In diese Richtung (wenn man denn von 'Richtung' sprechen will) weist auch die WHO-Politik. Hierbei werden freilich die Spuren dieses – erneuten – Schwenks sorgsam verwischt. Im Text zur „dritten Phase“ des Aktionsplans ist die 25%-Forderung getilgt. Als hätte es sie nie gegeben. Bereits der 1992er Plan, steht da zu lesen, habe die „Verringerung des gesundheitsschädlichen Alkoholkonsums“ zum Ziel gehabt⁴³. Das gefeierte „primäre Ziel“, den Konsum „generell um 25 %“ zu verringern – spurlos verschwunden, gleichsam wegretuschiert.

3.3. Ausblick

Der Inhalt dieser Neuorientierung ist begrüßenswert⁴⁴. Andererseits wirft deren Zustandekommen ernste Fragen auf. Nicht allein, daß die WHO eine offene Debatte scheut und am 1992er Plan als „Grundlage“ festhält, mithin unklar bleibt, was sie wirklich will. Ebenso schwer wiegt die Art und Weise, in der das zentrale Theorem – an dem eben noch „keine Zweifel“ erlaubt waren! – so abrupt und voraussetzungslos ins Wanken geraten konnte. Denn der erneute Schwenk ist nicht etwa die Frucht theoretisch-historischer Selbstreflektion, wie sie einer feinen Wissenschaft anstünde – der Stein kam vielmehr ins Rollen, als

in Amerika eine Reportage über die gute Gesundheit der weinliebenden Franzosen über die Bildschirme flimmerte. In Unkenntnis älterer Untersuchungen und des Alltagswissens in vielen Ländern sprach die Alkoholforschung verblüfft vom „French paradox“. Nun erst wurde diskutierbar, was außerhalb ihres Konsensgefüges nicht allzu paradox klingt: daß Alkohol auch sein Gutes haben kann. *Dosis facit venenum* – eigentlich keine brandneue Erkenntnis.

In einer Forschergemeinde, die ausschließlich Daten produzierte, die genau das Gegenteil belegten, tun sich Viele noch schwer, wenigstens die gesundheitlichen Vorteile anzuerkennen und möchten sie möglichst kleinreden⁴⁵. Ein Rückzugsgefecht, das die Dringlichkeit meines Wunsches nach einer moralisch-kulturellen Öffnung der Forschung unterstreicht. Zugleich führt das Wie des jüngsten (und noch nicht abgeschlossenen) Schwenks zum **vierten Wunsch** an die Alkoholforschung: Um nachhaltige Fortschritte zu erzielen, kann sie nicht umhin, **sich ein Gedächtnis zuzulegen**. In den über hundert Jahren ihrer Existenz kann sie durchaus auf stolze Erfolge zurückblicken, aber ebenso auf etliche Peinlichkeiten und tragische Absurditäten.

Um nicht stets in die selben Fehler zu verfallen, um das Gute vom Schlechten, das Neue vom Alten, sinnvoll unterscheiden zu können, bedarf es der systematischen Erinnerung, muß die Forschung über Archive ihres eigenen Wissens verfügen. (Ein logischer Schluß, mit dem übrigens der große Hufeland einst die Medizingeschichte begründete.) Wohl kann es niemals *die* Geschichte des Alkohols, der Prävention etc. geben: Auswahl und Auslegung sind dem Erinnern immanent. Doch der Austausch fachhistorisch approbierter Argumente ist allemal besser, als das Rad stets neu erfinden zu müssen. Allgemeiner gesagt: Die Alkoholforschung muß ein Minimum an Selbstreflektivität institutionalisieren. Andernfalls bleiben alle Fortschritte des Wissens und der Prävention im Innersten fragil, drohen im Auf und Ab der Thematisierungskonjunkturen stets wieder zunichte gemacht zu werden⁴⁶.

Hieran anschließend – und in gewisser Weise die bisherigen Wünsche umfassend – folgt mein **fünfter und letzter Wunsch**: Die Alkoholforschung möge eine reife Wissenschaft sein; dazu muß sie die Freiheit haben, eine breite **Grundlagenforschung** zu betreiben, was wiederum heißt: sie muß **amoralisch und desinteressiert** werden⁴⁷. Im Alltag wahrlich keine erstrebenswerten Eigenschaften, am wenigsten für Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen. Doch für das System Wissenschaft sollten sie eigentlich selbstverständlich sein. Grundlagenforschung fragt nicht nach dem Nutzen ihres Tuns (hierfür sind andere Systeme, wie die beteiligten Individuen oder Ethikkommissionen, zu-

ständig). An ihrem Gegenstand ist sie idealiter um seiner selbst Willen interessiert – quasi ein riesiges, teures Spiel. Ein Spiel freilich, dem wir so ziemlich alles verdanken, was wir heute wissen und besitzen.

Natürlich brauchen wir Ebenen und Zweige der Forschung, die engen Vorgaben folgen und für rasch verwertbaren Output sorgen. Doch unter dem begrenzten Horizont leiden Qualität und Kreativität, Zusammenhänge bleiben im Dunkeln⁴⁸. In unserem Falle liegen Fragen, wie die nach der verborgenen Macht von 'Strukturen langer Dauer', nach den Konstruktionsprinzipien des Alkoholwissens, oder nach dem Wechselspiel kultureller und somatischer Dimensionen der Berausung, weit außerhalb des unmittelbar Verwertbaren. Die Liste der Fragen ließe sich lange fortsetzen. Wenn wir solche Fragen nicht stellen, werden wir den Alkohol – und die Probleme, die er macht – nie verstehen. Der wachsende Druck auf die Wissenschaften, ausschließlich „anwenderorientiertes“ Wissen abzuliefern, ist eine große Torheit. Im Drängen auf „Praxisrelevanz“ erweisen sich deutsche Politiker und Manager als späte Jünger von Karl Marx, hatte der doch gefordert, Wissenschaft habe die Welt nicht zu interpretieren, sondern zu verändern. Bekanntlich war der sozialistischen Steuerung der Wissensproduktion kein Erfolg beschieden. Fast scheint es, als seien wir verdammt, diesen Fehler unter anderen Vorzeichen zu wiederholen⁴⁹.

Entgegen dem Trend wünsche ich mir also eine Alkoholforschung, die im weitesten Sinne frei ist. Die frei ist von der traurigen Selbstbeschränkung, ihren hoch interessanten Gegenstand nur durch das Guckloch der Gesundheitsstatistik betrachten zu müssen. Und die frei ist vom äußeren Zwang und inneren Drang zur Politikberatung. Die die Welt nicht beständig verbessern, sondern erst einmal verstehen will. Die sich schon gar nicht als Speerspitze einer sozialen „Bewegung“ sieht⁵⁰, sondern im Gegenteil versucht, Abstand nach allen Seiten zu wahren – *sine ira et studio*.

Manches, so scheint es, ist in Bewegung geraten, ändert sich zum Besseren. Doch um wirklich von einer normsetzenden 'Kunstlehre' zur reifen Wissenschaft werden, von einer politiknahen Alkoholgeschädtenforschung zu einer Alkoholforschung, die diesem Namen alle Ehre macht, bedarf es der Einsicht in die Weisheit eines Luis Pasteur⁵¹: „Es gibt keine angewandte Wissenschaft; es gibt nur Wissenschaft und ihre Anwendung.“

Anmerkungen

¹ Eine verkürzte, eigentlich unzulässige Wortwahl: Niemand trank 'Alkohol', sondern Rheinwein, Schwarzbier etc. Diese Getränke wurden medizinisch sehr unterschiedlich bewertet; die Abstraktion „alkoholische“ bzw. „geistige“ Getränke, d.h. die Reduktion auf Ethanol als *tertium comparationis*, setzt sich erst im 19. Jh. durch. Zur Geschichte und Gegenwart der Getränkearten vgl. Hengartner/Merki 1999 und Gros 1996.

² Das Problem ist logisch unlösbar und wurde immer wieder von Ketzerguppen aufgegriffen – wobei es dann auch immer wieder um den Wein ging. Zur Theologie des Weins vgl. Spode 2002 mit weiterer Literatur.

³ Die manichäische Ethik verbot den Geschlechtsverkehr, die Arbeit, den Fleischverzehr etc.; derart asketische Vorschriften konnten in vollem Umfang nur für die Priesterschaft gelten. Dem Westen brachten die Manichäer u.a. das Konzept des Klosters; hier erlagen sie im 6. Jh. den Verfolgungen (allerdings lebten manche Ideen bei den Katharern im 12. Jh. wieder auf). Im Osten hielten sie sich fast tausend Jahre länger. Hier floß manichäisches Denken auch in die islamische Theologie ein; seine Spuren sind vor allem in fundamentalistischen Strömungen, wie den Wahabiten oder dem kurzlebigen Taliban-Regime, greifbar.

⁴ Augustinus beklagt hierbei auch Trinkexzesse beim Abendmahl – ganz abgesehen von der Kritik der Manichäer also nicht.

⁵ Vgl. Groh/Groh 1991/96. Eingebettet war dies in basale Wandlungen des Denkens und Fühlens (Stichworte: Protestantismus, Verwissenschaftlichung, Affektkontrolle, Ernüchterung). Zu diesem komplexen Prozeß sei hier nur auf Spode 2002 verwiesen.

⁶ Vgl. Spode 1995 mit weiterer Literatur.

⁷ Zur Codierung von Bier und Branntwein entlang der Linie Natürlich/Künstlich, sowie zu der in diesem Kontext entstehenden Theorie der „Trunksucht“ vgl. Spode 2002 und Levine in Gros 1996.

⁸ D.h. eine „Krankheit des Willens“ erzeugen (so Rush und Hufeland um 1800: wie obige Anm.).

⁹ Phasen (für Mitteleuropa) nach Spode 1996.

¹⁰ Zu diesem Kapitel: Spode 2002 mit weiterer Literatur (z.B. Roberts, Fahrenkrug, Tappe).

¹¹ Zu diesem Begriff vgl. Levine 1992.

¹² Diese Zielorientierung läßt sich bis zu Platons totalitärer Staatsutopie zurückverfolgen (vgl. die scharfe Kritik bei Popper 1944). Anders konnte „Gemeinwohl“ – wenn überhaupt – nicht gedacht werden, bis im 18. Jh. die Konzeption hinzutrat, daß die Nutzenmaximierung des Einzelnen selbsttätig das

Beste für Alle erbringt. Seither ist fast jedes Interesse mit dem „Gemeinwohl“ zu begründen. Im Dilemma zwischen Totalitarismus und Liberalismus bleibt nur eine sensible Güterabwägung. Doch gängige Public-Health-Strategien, auch in der Alkoholprävention (s.u.), setzen wieder ganz auf die platonische Orientierung – ohne deren historische und ethische Abgründe auch nur zu erahnen.

¹³ Eine alkoholismustheoretische Wende von der Substanz zum Körper wurde wenig später – ohne eugenische Basis – auch in den USA vollzogen: Jellinek's „Krankheitsmodell“.

¹⁴ Zudem überwinterte eine innovative Forschung am Yale-Center in den USA; erst seit den 70er Jahren kam es hier sowohl zu einer breiteren Forschungslandschaft als auch zu einem kurzlebigen 'new temperance movement'.

¹⁵ Volksabstimmungen zur Einführung der Prohibition scheiterten allerdings (in Finnland – wie auch in den USA – wurde die Prohibition 1917 nicht per Referendum durchgesetzt, sondern durch Lobbyarbeit). Zur Alkoholpolitik und -forschung in den einzelnen nordischen Ländern vgl. Sulkunen et al. 2000.

¹⁶ Noch 1981 hielten 96 % der Schweden das Alkoholproblem für „ernst“ oder „sehr ernst“; inzwischen sank dieser Anteil stark – bei konstantem Konsumniveau (Holder n. ebd., S.117).

¹⁷ Norwegen stellte bereits 1967 ein Beitritts-gesuch, trat aber nicht bei; Schweden und Finnland wurden 1995 EU-Mitglieder; einzig Island, mit seiner seltsamen Bier-Prohibition, hielt sich abseits.

¹⁸ Personell und konzeptionell führend die finnische Forschung (Kuusi, Bruun, Mäkälä u.a.).

¹⁹ Aktionsplan 1993 (autorisierte dt. Ausg.). Hierbei ist die eigentliche Resolution (EUR/RC42/R8) kurz und vage – wie sie zu lesen ist, verrät uns erst die vom Regionalbüro verfaßte Erläuterung. Die Beschlußlage ist verwirrend. Denn erstens werden Resolution und Erläuterung meist in einen Topf geworfen (s. Anm. 22). Und zweitens herrscht an Entschlüssen kein Mangel – der Konferenztourismus blüht. Der Aktionsplan stellte lediglich eine Fortschreibung älterer Beschlüsse dar: des 1977 vorgelegten, 1980 verabschiedeten und 1984 als „Ziel 17“ konkretisierten Teils des WHO-Plans „Gesundheit für alle“, bzw. zuvor „Gesundheit 2000“, der zuletzt 1991 aktualisiert wurde. Damit nicht genug: 1995 folgte – warum auch immer – noch eine alkoholpolitische „Charta“ in diesem Sinne. Die DHS legte ebenfalls einen „Aktionsplan Alkohol“ vor. Vgl. Appel 2000 und Goos 1997.

²⁰ Zunächst der wegweisende WHO-Report von Bruun et al. 1975, dann – quasi post festum – das nicht minder gefeierte Werk von Edwards et al. 1994.

²¹ Die opfermütige Übernahme dieses Amtes („trotz begrenzter Ressourcen“) gehört zu den rhetorischen Glanzstücken des Aktionsplans.

²² Unter dem Einbandtitel „Europäischer Aktionsplan Alkohol“ publizierte die WHO sowohl die ratifizierte Resolution, als auch ihren weit umfangreicheren Erläuterungstext (wie Anm. 19). Dabei wurde letzterer so präsentiert, daß er als Bestandteil eines Gesamtdokuments, eben als der „Aktionsplan“, wahrgenommen werden mußte. Es gelang, den nicht autorisierten Text zur Grundlage alkoholpolitischer Diskussionen zu machen. (Daher beziehe ich mich zumeist auf ihn, wenn vom „Aktionsplan“ die Rede ist.)

²³ Zurecht gerät „Brüssel“ zum Sinnbild eines bisweilen undemokratischen Bürokratismus. Vgl. Anm. 27 und 40.

²⁴ Man lese hierzu das unfreiwillig komische Vorwort zu dem unter der Ägide der WHO entstandenen „Standardwerk“ von Edwards et al. 1994. Einen Eindruck von der beachtlichen, obschon erweiterungsfähigen Bandbreite der real existierenden Forschung vermitteln hingegen die (leider unpublizierten) Jahrestagungen der Kettil-Bruun-Society.

²⁵ Zur Struktur der Alkoholforschung als 'moralischer Interessenverband' und 'normative Kunstlehre' vgl. Spode 1999.

²⁶ So sahen sich z.B. die Guttempler einst als „Mahner, der mit der Waffe der Wissenschaft in unser deutsches Volksleben hineinleuchtet“ (n. Spode 2002); derzeit sieht sich die WHO als das „Gesundheitsgewissen der Region“ (wie Anm. 28). Die Sprachanalyse zeigt hier einen charakteristischen, genuin religiösen Meta-Text: Von Feinden umringt, sind wir doch im exklusiven Besitz der Wahrheit – wer dies leugnet, ist böswillig ('Heide aus Schuld', hieß dies im Mittelalter) oder unwissend ('Heide aus Schicksal').

²⁷ Diese Formulierung stammt von dem Euro-Kritiker Wilhelm Hankel (Stern v. 31.10.2001). Im Aktionsplan wird angedeutet, wo die WHO die Eintrittspforte zum EU-Raum, wohlmöglich zu einer Art Richtlinienkompetenz, sieht: nämlich im Maastricht-Vertrag. Vgl. Appel 2000. Die „Nivellierung“, die Hankel beklagt, wird dabei von zwei konträren Seiten forciert: Gesundheits- und Wirtschaftspolitik.

²⁸ Aktionsplan 1999: „Europäischer Aktionsplan Alkohol 2000-2005“ (so im Dokumententitel) oder auch „Europäischer Aktionsplan Alkohol – dritte Phase“ (so im Entschlußtext) hier nach Internet. Er ist noch nicht ratifiziert; ohnehin ist wiederum weniger die Resolution (EUR/RC49/R8), als deren Erläuterung von Belang.

²⁹ Der 1999er Plan wird dabei als dritte in eine erst im Nachhinein konstruierte – und im Text nicht nachvollziehbare – Reihe von „Phasen“ gestellt (gemeint sind vielleicht das GFA-Ziel 17 und der 1992er Plan).

³⁰ Aktionsplan 1993 (Hervorh. H.S.). Um Mißverständnissen vorzubeugen: In der von den Mitgliedsstaaten 1992 ratifizierten Resolution steht davon kein Wort; vielmehr findet sich diese Forderung (und weitere Konkretionen) im

Erläuterungstext, sowie im „Ziel 17“. Ein Irrgarten der Texte, in dem sich selbst die DHS verläuft: „... beschlossen daher die Mitgliedstaaten im Jahr 1991 ein Aktionsprogramm zur Reduzierung des Alkoholkonsums um 25 Prozent“ (Jahrbuch Sucht 1995, S.32).

³¹ So könne „Alkoholgenuss auch eine Quelle des Wohlbefindens“ sein. Ein Autor des Plans erläutert an anderer Stelle, es gelte ein „optimales Verhältnis“ von Vor- und Nachteilen zu finden (Goos 1997); das klingt einleuchtend – nur hat es nichts mit dem „primären Ziel“ zu tun.

³² Der geistige Urvater des „primären Ziels“, Sully Ledermann (s.u.), hatte es noch klar ausgesprochen: Aufgrund der fixen Relation zwischen „vernünftigem und unvernünftigem“ Konsum bliebe zur „Ausmerzungen der Trunksucht“ letztlich nur die „vollkommene Abschaffung des Alkohols“ (s.a. Rehm 1992). Dies sagt die WHO nicht. Aus Edwards et al. 1994 errechnet sich dann allerdings als „optimaler“ Pro-Kopf-Verbrauch eines Landes 2-3 Liter Reinalkohol (n. Spode 1999, Anm. 102) – weniger, als in den USA während der Verbotszeit konsumiert wurde.

³³ Die Erkenntnistheorie lehrt uns, daß eine kulturelle Kontamination wissenschaftlichen Wissens unvermeidlich ist – selbst in der Physik. In der Alkoholforschung ist sie aber außergewöhnlich stark ausgeprägt.

³⁴ Es sei betont, daß es unbenommen ist, unter Beachtung der Gesetze für eine Utopie einzutreten, selbst wenn sie gegen die Verfassung verstieße. Die Utopie einer 'trockenen' Gesellschaft hat sich historisch nicht bewährt – dennoch steht es jedem frei, sie zu befürworten. Wie jede Utopie ist sie recht realitätsimmun; ihre Beurteilung ist weniger Sache der Wissenschaft, als der Moral, weniger der „objektiven Analyse“, als der subjektiven Wertbeziehung.

³⁵ Ein vielversprechender Schritt ist, daß sich das Regionalbüro nun Mitarbeitern aus nicht-protestantischen Kulturen geöffnet hat. Der 1999er Plan (wie schon die 1995er Charta) erwähnt die unterschiedlichen „wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Faktoren“, auch verzichtet er meist auf den paternalistischen Gestus. Ob hierin ein Umdenken sichtbar wird? Oder nur Weichspüler? Bis auf weiteres gilt das Goethe-Wort: „Die Botschaft hör' ich wohl, allein mir fehlt der Glaube“. So hat sich – vielleicht ein Lapsus – das verräterische Wort „Anti-Alkoholmaßnahmen“ eingeschlichen. Die nationale Öffnung hat noch nicht zu einer professionellen und weltanschaulichen geführt („Verbündete im Geiste“ lassen sich überall finden), der 1992er Plan bildet weiterhin die „Grundlage“. Ein Umdenken wäre erst glaubhaft, wenn diese schonungslos dekonstruiert würde – doch das Gegenteil ist der Fall (s.u.).

³⁶ Konzise Darstellung und Begründung: wie Anm. 20; Entstehung und Kritik: wie Anm. 42. Die Grundidee lieferte Ledermann 1964 (s. Anm. 32); die Zielorientierung ist ideengeschichtlich auf Planton zurückführbar. (s. Anm. 12).

³⁷ Goos 1997. DHS: Aktionsplan 1997.

³⁸ Die langfristigen Schäden dieser De-normalisierung sind noch heute bei jedem High-School-Fest zu besichtigen. Zur Bilanz der Prohibition z.B. Thornton 1991.

³⁹ Zu solchen Ad-Hoc-Hypothesen siehe Anm. 31.

⁴⁰ Dagegen lassen sich die Getränkepräferenzen, und damit auch die Trinkmuster, sehr wohl nachhaltig verschieben. Meist gelingt dies über eine differenzierte Preispolitik; aber auch durch selektives Verbot, wie Anfang des 20. Jh. beim Absynth, dessen Wiederezulassung die EU nun erwirkt hat – Musterbeispiel einer marktideologisch motivierten „kulturellen Nivellierung“.

⁴¹ Die Hypothese einer linksschief-lognormalen Verteilung, deren Steilheit mit dem Mittelwert variiert, ist für die Masse einer Population, also die „Mäßigen“, recht gut bestätigt, weniger für die Subpopulationen am rechten Rand der Verteilung, also die „starken Konsumenten“. Vgl. z.B. Rehm 1992.

⁴² Zu (weiteren) Konstruktionsfehlern des zentralen Theorems vgl. ebd.; vor allem Peele/Grant 1999 und Spode 1999; sowie ders. 1996; Appel 2000 und Sulkunen et al. 2000 (Zitate hier n. Beitrag Conclusions, oben n. Beitrag Tigerstedt).

⁴³ Aktionsplan 1999 (Hervorh. H.S.). Damit ist die Zweck-Mittel-Relation vertauscht (der „Gesamtverbrauch“ ist kein Selbstzweck mehr) und die These vom größten „Gesamtschaden“ fehlt. In Deutschland ist man trotz des 25%-Plans der DHS ohnehin pragmatischer: DHS, BzG und Difa-Forum lancieren unisono primär risikogruppenbezogene Kampagnen.

⁴⁴ Die konkreten Einzelmaßnahmen blieben weithin unverändert – nur werden sie jetzt theoretisch anders bzw. gar nicht begründet. Es erfüllt immerhin mit Genugung, daß kritische Theorieansprüche (Spode 1999) offenbar Wirkung zeigen: Einbau gesundheitlicher und kultureller Nutzeffekte (wie der 'Prophylaxe' durch akzeptierte Konsummuster) sowie der soziokulturellen Gegebenheiten an zentraler Stelle der Theoriebildung; Einstufung des Gesamtverbrauchs als nur *ein* (und innerhalb noch zu bestimmender Grenzen evtl. wenig aussagekräftiger) Indikator einer Trinkkultur; Forschungsvorgaben und -evaluierung weniger durch äußere Postulate und Werte als durch wissenschaftsimmanente Kriterien und Selbstreflexivität, einschließlich einer Analyse des Gemeinwohlbegriffs etc.

⁴⁵ Ein Beispiel aus WHO-Kreisen: „Der positive Effekt auf die Gesundheit tritt bei *maximal* ca. 10 mg reinen Alkohols auf“ (Goos 1997; Hervorh. H.S.). Unterstellt, daß Gramm statt Milligramm gemeint sind, griffe dies immer noch aus den vielen Studien die mit den niedrigsten Werten heraus. Eher könnte das gesundheitliche „Optimum“ – der Fußpunkt (Nadir) der U- bzw. J-förmigen Beziehung zwischen Gesamtmortalität und Alkoholkonsum – doppelt so hoch

liegen, wird es doch meist irgendwo bei >10 und <40 g rA/Tag veranschlagt (bei Männern). So ermitteln Keil et al. 1997 für ein deutsches Sample ein Optimum von 20 bis <40 g. Der Effekt verdankt sich primär der Senkung des KHK-Risikos und scheint von der Getränkeart unabhängig.

Besonders zieren sich Verfechter des „total consumption models“, wenn es gilt, aus der J-Kurve Schlüsse für den „optimalen“ Verbrauch der Gesamtbevölkerung zu ziehen (z.B. Edwards et al. wie Anm. 32) – ein Wert, den ihr Model ja eigentlich gar nicht kennt. Stattdessen werden fleißig die „Alkoholtoten“ aufsummiert. Dagegen scheute man sich, eine Bilanz der durch Alkohol „verursachten“ und „verhinderten“ Mortalität zu erstellen – jedenfalls eine, die auch die höheren Altersgruppen, wo die „verhinderten“ Todesfälle überwiegen, umfaßt. Einer jüngeren Studie zufolge ist diese Bilanz für beide Geschlechter ausgeglichen (Britton/McPherson 2001), was zusätzliche Zweifel an der Bedeutung des Pro-Kopf-Verbrauchs nährt.

⁴⁶ So geriet das Wissen über Alkoholfolgeschäden nach Aufhebung der Prohibition in den USA in Vergessenheit (Katcher 1993). Hoffnungsfroh stimmt dagegen der historisch gesättigte Band von Sulkunen et al. 2000.

⁴⁷ Ich folge hier der klassischen Analyse bei Merton 1973. Für den Balanceakt zwischen individuellem „Engagement“ und systemnotwendiger „Distanzierung“ in der Wissenschaft vgl. zudem Elias 1983.

⁴⁸ Zur Zurichtung sozialwissenschaftlicher Forschung für die „Praxis“ vgl. Renn und Barlösius/Köhler in Berl J Soziol 9(1999)4 mit weiterer Literatur.

⁴⁹ Hierbei sind weniger ökonomische als politische Kräfte wirksam – zumal die tief in der sozialdemokratischen Seele verankerte Wissenschaftsfeindlichkeit, der die Humboldtsche Freiheit der Forschung immer unverständlich und suspekt war: Zwecks vermeintlicher „Effizienzsteigerung“ soll das Ideal der Zweckfreiheit und des Universalismus (einst ein deutscher Exportschlager) am liebsten „verschrottet“, d.h. dem bürokratischen Zugriff unterworfen werden. Dies hat sich zudem längst in die universitäre und schulische *Bildung* fortgepflanzt – und wohl nicht wenig zum miserablen Rang Deutschlands beigetragen.

⁵⁰ Ein auch ordnungspolitisch fragwürdiger Versuch der Einflußgewinnung ist es, wenn die Behörde WHO „zur Schaffung einer europaweiten Bewegung“ aufruft (Aktionsplan 1993).

⁵¹ Pasteur wollte nur herausbekommen, wie Alkohol entsteht – und hat dabei unser gesamtes bio-medizinisches Wissen revolutioniert.

mit!

∅ = 3%

Gerhard Bühringer (Hrsg.)

Strategien und Projekte zur Reduktion alkoholbedingter Störungen

Präventionsfachkongress Alkohol –
Bund, Länder, Wirtschaft



PABST