

Alfred Uhl

Probleme der Terminologie und der Definition in der Suchtforschung

Problems of Terminology and of Definition in Addiction Research

Zusammenfassung

Der vorliegende Aufsatz kritisiert die Praxis der Human- und Sozialwissenschaften am Beispiel Suchtforschung, indem er auf die Problematik von mehrdeutigen und vagen Begriffen hinweist, das Zitieren ohne die Quellen gelesen zu haben problematisiert, die inadäquate Messung wichtiger Konzepte aufzeigt und ein grundlegendes Umdenken in der Forschungsorganisation und -finanzierung fordert. Im Speziellen wird auf Begriffe wie Binge-Drinking, Co-Abhängigkeit und stationäre Aufnahme bei Alkoholvollräuschen eingegangen.

Schlüsselwörter: Wissenschaftstheorie, Definitionen, Praxis der Zitierung, Binge-Drinking, Co-Abhängigkeit

Summary

The article criticises the way social and human sciences are developing using addiction research as example. Problems related to unequivocal and vague terminology are described, citing without having read the sources is criticised, the inadequate assessment of central concepts is illustrated and a fundamental preconception of research organisation and research financing is called for. In particular it focuses on „binge-drinking“, „co-dependence“ and „in-patient therapy for alcohol intoxicated individuals“.

Keywords: Philosophy of Science, Definitions, Practice of Citation, Binge Drinking, Co-Dependence

Dr. Alfred Uhl
Anton-Proksch-Institut, Bereich Suchtpräventions-
forschung und -dokumentation
Graefin Zichy Straße 6, A-1230, Wien
Alfred.Uhl@api.or.at

1. Einleitung

Der Philosoph Carl Friedrich von Weizsäcker formulierte: „Das Verhältnis der Philosophie zur so genannten positiven Wissenschaft lässt sich auf die Formel bringen: Philosophie stellt diejenigen Fragen, die nicht gestellt zu haben die Erfolgsbedingung des wissenschaftlichen Verfahrens war.“⁴¹ Diese durchaus scharfsinnige und zugleich provokante Interpretation mag für viele naturwissenschaftliche Forschungsgebiete zutreffend sein. Überall dort, wo bedeutende methodologische Fehler im Zuge von Replikationen der Experimente relativ leicht zu entdecken sind und wo sich diese im Zuge der praktischen Umsetzung dieser „Erkenntnisse“ kompromisslos rächen, findet die Trennung der Spreu vom Weizen am beobachtbaren Erfolg bei der technischen Umsetzung statt. Ein Physiker, der überzeugt ist, aus seiner Forschung geniale innovative Techniken ableiten zu können, und dann damit konfrontiert wird, dass seine Überlegungen in der praktischen Anwendung systematisch scheitern, wird es schwer haben, die Fachwelt von seiner Genialität zu überzeugen.

Völlig anders stellt sich die Situation in vielen Gebieten der Human- und Sozialwissenschaften dar, wo eine unübersehbare Menge einander grundlegend widersprechender, unpräziser, mehr oder weniger „empirisch fundierter“ Thesen, Theoreme und Theorien langfristig koexistiert. In Bereichen, wo sauber kontrolliert experimentelle Zugänge konsequent an den ökonomischen, technischen, ontologischen und/oder ethischen Erkenntnisgrenzen scheitern, kann die Trennung der Spreu vom Weizen nicht unmittelbar am Erfolg bei der praktischen Umsetzung gemessen werden.² In all diesen Fällen wird die fundierte erkenntnistheoretische und methodologische Auseinandersetzung mit dem Forschungsprozess – und damit der Philosophie – zur *conditio sine qua non* für angemessenes Forschen und Interpretieren.

Um die in den Naturwissenschaften übliche Präzision auch in den Human- und Sozialwissenschaften zu suggerieren, wird hier immer öfter der

Begriff „evidenzbasiert“ verwendet. So kann man bei Laien und vielen Wissenschaftlerkollegen einen durchwegs überzogenen Geltungsanspruch suggerieren³ – eine Strategie, die man mit Pirie als „Fallacy of Blinding with Science“ beschreiben könnte.⁴

Pietschmann vertritt, dass die bekannte Forderung von Galileo Galilei „Alles, was messbar ist, zu messen und alles, was nicht messbar ist, messbar zu machen“ in der modernen Naturwissenschaft zu „Alles, was messbar ist, messen, und was nicht messbar gemacht werden kann, verleugnen“ wurde.⁵ Diese Wahrnehmung mag aus der Sicht eines Naturwissenschaftlers zutreffen – in der Mehrzahl der human- und sozialwissenschaftlichen Forschungsgebiete hat aber meiner Auffassung entsprechend keine Ausklammerung schwieriger Fragestellungen stattgefunden, sondern es entstand eine Praxis des unexakten Denkens bei Planung und Interpretation. Die Weigerung vieler empirischer Forscher in den Human- und Sozialwissenschaften, sich umfassend mit den fundamentalen erkenntnistheoretischen und methodologischen Grundlagen auseinanderzusetzen, hat in Bereichen, wo die Gültigkeit von wissenschaftlichen Aussagen sich nicht postwendend in deren praktischer Umsetzung manifestieren kann, für die beteiligten Forscher große Vorteile. Die weitgehende Unkenntnis über grundlegend erkenntnistheoretische und methodologische Probleme ermöglicht es – frei nach dem Motto „Alles ist möglich, wenn du keine Ahnung hast, wovon du sprichst“⁶ – dem Forscher, jederzeit eigentlich undurchführbare Forschungsaufträge zu übernehmen und auch noch prompt zu erledigen. Ich habe diese Situation einmal plakativ überspitzt folgendermaßen umschrieben: „Die sozial- und humanwissenschaftliche Forschung besteht im Wesentlichen aus der systematischen Anwendung logischer Fehlschlüsse auf unsichere Daten.“⁷ In diesem Urteil treffe ich mich weitgehend mit Pietschmann, der meinte, „Die Austreibung der Geister aus der Natur ist zu einer Austreibung des Geistes aus der Welt geworden.“⁸

Wissenschaft sollte kein Selbstzweck, sondern praktisch relevant sein; wie es Brecht in seinem Theaterstück „Das Leben des Galilei“ seinen Galileo Galilei sagen lässt, dazu dienen, die „Mühseligkeit der menschlichen Existenz zu erleichtern“.⁹ Das impliziert ein Wissenschaftsverständnis, das nicht losgelöst von der Realität im Elfenbeinturm agiert oder gezielt nützliche Scheinargumente für politische und andere Entscheidungsträger produziert, sondern einen aktiven, kontinuierlichen und vor allem kritischen Dialog zwischen Wissenschaft und Praxis.

Ein den Human- und Sozialwissenschaften angepasstes, der Forschungspraxis angemessenes Verständnis definiert Forschung, in den Worten von Hartnoll, als „Prozess, der relevante Fragestellungen generiert, vorliegende Erkenntnisse im Sinne eines Puzzles zusammenfügt, fehlende Teile basierend auf Erfahrung, Commonsense und Logik ergänzt und offene Fragen durch gezielte Erhebungsschritte zu klären sucht. Im Sinne dieses Verständnisses handelt der Forscher wie ein Detektiv, der so lange systematische Beweise und Indizien sammelt, bis er den Fall aufgeklärt hat.“¹⁰ Die wichtigsten Forschungsinstrumente sind nicht mechanistisch anwendbare Methoden zur Datenerhebung und Datenauswertung, sondern die umfassende Erfahrung mit der konkreten Problemstellung, die Kenntnis der ungeklärten Fragen, die Fähigkeit, möglichst viele Indizien für unterschiedliche Theoreme bzw. Theorien zu finden, die Kompetenz, die Indizien zu einem konsistenten Gesamtbild zusammenzustellen, und die Bereitschaft, die Resultate laufend in Frage zu stellen bzw. der Kritik durch Dritte auszusetzen.

Es ist aus einer erkenntnisorientierten Perspektive kontraproduktiv, Forschungsinstitutionen zu schaffen und zu fördern, die sich mit Kurzzeitprojekten und stark fluktuierenden Mitarbeitern über Wasser halten, die ständig verzweifelt nach anschließenden Forschungsprojekten suchen und die jedes Projekt annehmen müssen, ganz gleich, ob es in ihr übergeordnetes Forschungsprogramm passt oder

nicht. Institutsleiter, die rund um die Uhr intensiv damit beschäftigt sind, mit vielen kleinen, unterfinanzierten Forschungsprojekten über die Runden zu kommen, haben, wie mir einige bedeutende Fachkollegen bestätigten, keine Zeit, persönlich viel nachzudenken, und keine finanziellen Ressourcen, um ihr Team systematisch nachdenken zu lassen.

Der vorliegende Artikel versucht anhand einiger Beispiele aus der Suchtforschung zu zeigen, dass ein umfassender Diskurs über grundlegende Forschungsfragen notwendig ist.

2. Zitieren ohne zu lesen – stille Post in der Wissenschaft

Bernhard von Chartres verwendete im 12. Jahrhundert als Metapher für den Erkenntnisgewinn der Menschen das Bild vom Zwerg auf den Schultern von Riesen: „*Wir können weiter sehen als unsere Ahnen und in dem Maß ist unser Wissen größer als das ihrige und doch wären wir nichts, würde uns die Summe ihres Wissens nicht den Weg weisen.*“¹¹ Diese Form des Wissenswachstums setzt voraus, dass „Zwerge“ das Wissen der „Riesen“ kennen – in der Regel also deren Texte gelesen haben und die Quellen angeben, damit Dritte deren Gültigkeit prüfen können. Das führt zu einer Wissenschaftstradition, die Eugen Roth folgendermaßen treffend beschrieb: „Die Wissenschaft, sie ist und bleibt, was einer ab vom andern schreibt. Doch trotzdem ist, ganz unbestritten, sie immer weiter fortgeschritten.“¹²

Simkin & Roychowdhury konnten anhand von identischen Zitierfehlern in Publikationen schätzen, dass nur ca. 20 Prozent jener Autoren, die Artikel zitieren, diese auch tatsächlich lesen.¹³ Seriöserweise müsste man, wenn man an die eigentliche Quelle nicht herankommt, zwar „zit. in“ schreiben, aber ein Autor, die bei allen oder fast allen Zitationen „zit. in“ schreibt, macht sich in der „Scientific Community“ lächerlich. Dazu kommt, dass viele jener 20 Prozent Autoren, die die Quellen lesen, zwar Abstracts überfliegen, aber nicht die gesamten Artikel zur Verfügung haben, weswegen vermutlich deutlich weniger als die geschätzten 20 Prozent die

zitierten Quellen tatsächlich so gut kennen, dass sie diese korrekt zitieren können. Dass es unter Forscherkollegen üblich ist, wenn überhaupt, primär die Abstracts zu lesen, wird von vielen Kollegen in privaten Gesprächen auch unumwunden zugegeben. Wer sich die Mühe macht, bei Publikationen den Quellen systematisch nachzugehen, findet am laufenden Band beeindruckende Zeugnisse für die vorherrschende Abschreibpraktik. In der Folge werden zwei Fälle zur Illustration präsentiert.

2.1. Zur Definition der kulturellen Verankerung von Alkoholkonsummustern: „funktionsgestörte Permissivkultur“

Die Suchtforschung kennt die Einteilung der Kulturen hinsichtlich des Alkoholkonsums nach Pittman¹⁴ in:

- „abstinent cultures“ („Abstinenzkulturen“; d. h. die kulturelle Einstellung zu Alkohol ist negativ und prohibitiv);
- „ambivalent cultures“ („Ambivalenzkulturen“; d. h. deutliche Konflikte in der Kultur zwischen prohibitiven Strömungen und Gegnern prohibitiver Tendenzen);
- „permissive cultures“ („Permissivkulturen“; d. h. Alkoholkonsum wird in der Kultur kaum problematisiert, exzessiver und pathologischer Alkoholkonsum ist aber verpönt);
- „over-permissive cultures“ („extreme Permissivkulturen“; d. h. in einer Kultur wird auch exzessiver Alkoholkonsum toleriert).

Dieser Unterteilung wird in der Suchtliteratur fast durchgehend (z. B. bei Feuerlein¹⁵) inkorrektweise auf Bales¹⁶ zurückgeführt, der in der zitierten Publikation allerdings eine völlig andere Klassifikation aufgestellt hatte. Bales unterschied:

- „complete abstinence orientation“ („Abstinenzorientierung“; d. h. Alkoholkonsum wird abgelehnt);
- „ritual attitude towards drinking“ („rituelle Konsummotivation“; d. h. Alkohol spielt eine Rolle in Zusammenhang mit religiösen und kulturellen Ritualen);

- „convivial attitude towards drinking“ („soziale Konsummotivation“; d. h. Alkohol wird als wichtiger Bestandteil des sozialen Lebens gesehen);
- „utilitarian attitude towards drinking“ („utilitaristische Konsummotivation“; d. h. Alkohol wird konsumiert, um eine bestimmte Wirkung zu erzielen).

Nicht nur, dass konsequent der falsche Autor zitiert wird – für „over-permissive cultures“ wurde in weiterer Folge die völlig unverständliche Übersetzung „zulassend funktionsgestörte Kultur“ verwendet.¹⁷ Man würde annehmen, dass diese Übersetzung beim kritischen „Abschreiber“ den Wunsch generiert, das Original zu sehen, um den Begriff irgendwie nachvollziehen zu können – und wer bei Bales, dessen Text es nur auf Englisch gibt, nachgelesen hätte, hätte sofort gemerkt, dass da etwas nicht stimmt. Später wurde diese Übersetzung von manchen Autoren auf „permissiv funktionsgestörte Kultur“ bzw. „funktionsgestörte Permissivkultur“ geändert, aber weiterhin Bales als Quelle angegeben.

2.2. Primäre vs. sekundäre vs. tertiäre Prävention

Bei der Einteilung in primäre, sekundäre und tertiäre Prävention liegt ebenfalls der Eindruck auf der Hand, dass laufend bloß Zitate abgeschrieben wurden, ohne die zitierte Literatur gelesen zu haben. Über viele Jahre wurde Suchtprävention international meist nach drei Stufen folgendermaßen eingeteilt (traditionelle „Standardklassifikation“):

- Primärprävention im Sinne von Prophylaxe an unselektierten Personengruppen
- Sekundärprävention im Sinne von Prophylaxe an Hochrisikogruppen vor Krankheitsmanifestation
- Tertiärprävention im Sinne von Maßnahmen nach Krankheitsmanifestation (Stabilisierung, Rezidivprophylaxe)

Diese Einteilung wurde unter anderem auch in einigen Publikationen des US-amerikanischen Na-

tional Institut on Drug Abuse⁸ popularisiert, wobei sich die Autoren dabei auf eine Publikation der Commission on Chronic Illness⁹ berief, die Prävention allerdings völlig anders und bloß zweistufig eingeteilt hatte, nämlich in:

- Primärprävention im Sinne von Maßnahmen, um die Entstehung von Krankheit zu verhindern;
- Sekundärprävention im Sinne von Maßnahmen nach Krankheitsmanifestation, um eine Verschlimmerung zu verhindern (kurative und palliative Maßnahmen).

Andere Autoren, die die oben genannte dreistufige Einteilung verwenden, wie z. B. Dadds²⁰, beziehen sich wieder auf Caplan²¹, der zwar ebenfalls eine dreistufige Einteilung vornahm, die Kategorien aber ganz anders definierte:

- Primärprävention im Sinne von Maßnahmen, die die Inzidenz (Auftreten) einer Krankheit zu verringern (vorbeugende Maßnahmen);
- Sekundärprävention im Sinne von Maßnahmen, die die Dauer einer Krankheit verringern (kurative Maßnahmen);
- Tertiärprävention im Sinne von Maßnahmen nach Krankheitsmanifestation, die die Auswirkungen einer Krankheit verringern (palliative Maßnahmen).

Caplan selbst hatte bezüglich seiner dreiteiligen Klassifikation die Joint Commission on Mental Illness and Health²² zitiert, die laut Caplan der „primären Prävention“ nur geringe Bedeutung einräumte, was Caplan bedauerte. Möglicherweise haben beim Abschreiben einige Autoren die „Joint Commission on Mental Illness and Health“ mit der „Commission on Chronic Illness“ verwechselt – ganz offensichtlich aber haben die meisten Autoren, die die oben genannte „traditionelle Standardklassifikation“ über viele Jahre popularisierten, die von ihnen angegebenen Quellen nicht gelesen oder nicht verstanden.

Seit einigen Jahren wird die angeführte „traditionelle Standardklassifikation“ zusehends durch die verwandte Unterteilung in „universelle Ansätze“, „selektive Ansätze“ und „indizierte Ansätze“

ersetzt, wobei sich auch hier wieder das selbe Spiel wiederholt. Unterschiedliche Autoren definieren die Begriffe unterschiedlich und zitieren dazu Quellen, in denen die Konzepte völlig anders definiert wurden, ohne sich der teilweise erheblichen Unterschiede bewusst zu sein.

In Folge von widersprüchlichen und unpräzisen Begrifflichkeit gehen viele inhaltliche Diskussionen völlig am Ziel vorbei. Bedeutsame Unterschiede werden nicht wahrgenommen, und wo es tatsächlich gar keine Unterschiede gibt, werden solche konstruiert.

3. Mehrdeutige Begriffe in der Suchtforschung und deren inadäquate Erfassung

Neben Problemen, die durch das „Stille Post“-Prinzip im Sinne des Abschreibens von Zitaten ohne Kenntnis der Quellen entstehen, gibt es aber auch eine Reihe von Bereichen, wo die Mehrdeutigkeit der Begriffe wichtigen Akteuren durchaus bewusst ist bzw. bewusst sein müsste – wo jedoch die Mehrdeutigkeit ausgenutzt wird, um reale Forschungsprobleme zu umgehen bzw. implizit gewisse Grundhaltungen zu transportieren. Beispiele dafür sind die Ausdrücke „Binge-Drinking“ und „Co-Abhängigkeit“.

3.1. Binge-Drinking

Binge-Drinking wurde, vor allem in Zusammenhang mit Jugendlichen, in den letzten Jahren immer mehr zum Modewort, wobei auch hier gezielt mit unterschiedlichen Bedeutungen gespielt wird.²³ Die Beliebigkeit des Begriffes „Binge-Drinking“ führte dazu, dass in Publikationen häufig extreme Alkoholkonsummuster mit gravierenden Auswirkungen erörtert werden und dann zur Quantifizierung Kategorien herangezogen werden, deren Definition auch relativ moderate Alkoholkonsummuster einschließt.

a) Umgangssprachlich und in den Medien wird „Binge-Drinking“ mit Bedeutungen, wie „Kampf- oder Wetttrinken“, „bewusstes Rauschtrinken“ oder „Komasaufen“ gleichgesetzt. „Medizinauskunft.de“

definierte „Binge-Drinking“ als „absichtliches Be-trinken, bis man völlig ‚dicht‘ ist“.²⁴ Negativ berührt durch die sensationsorientierte Medienberichter-stattung zu diesem Thema wurde „Komasaufen“ von der Forschungsstelle „Österreichisches Deutsch“ auch zum Unwort des Jahres 2007 gewählt.²⁵

b) Ursprünglich bedeutete „Binge-Drinking“ „über mehrere Tage hinweg anhaltenden Alkohol-konsum bis zur Berausung, wobei übliche Aktivi-täten und Verpflichtungen vernachlässigt werden“ – und Schuckit als Herausgeber des renommier-ten *Journal of Studies on Alcohol*, legte fest, dass die Zeitschrift nur Artikel zur Publikation akzeptieren darf, die sich an dieser Definition orientierten.²⁶

c) Im Zuge der praktischen Erfassung bei empiri-schen Studien wird „Binge-Drinking“ dann meist im Sinne von Wechsler et al. mit dem „Konsum von mindestens fünf Glas Alkohol ohne zeitliche Be-grenzung“ gleichgesetzt²⁷ – z. B. im Rahmen der eu-ropaweiten ESPAD Studie²⁸ –, was nach der Größe eines angelsächsischen Standardglases in etwa einem halben Liter Wein oder einem Liter Bier entspricht.

d) Nachdem die obige Definition immer wieder kritisiert wurde, weil beim Konsum derartiger Al-koholmengen über längere Zeiträume hinweg häu-fig nicht einmal eine leichte Berausung auftritt, hat das US-amerikanische National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism,²⁹ das ursprünglich die „Fünf-Glas-oder-mehr“-Regel ebenfalls über-nommen hatte, die Definition dahingehend abge-ändert, dass jener Alkoholkonsum, der eine Blutal-koholkonzentration von mindestens 0,8 Promille erzeugt, als „Binge-Drinking“ zu bezeichnen ist.³⁰

Die Beliebigkeit des Begriffes „Binge-Drinking“ führt also dazu, dass man in der eben genannten ESPAD-Studie bereits Binge Drinker war, wenn man über einen ganzen Abend hinweg einen hal-ben Liter Wein oder einen Liter Bier getrunken hat. Dazu kommt, dass Ergebnisse von derartigen Schü-lererhebungen generell mit sehr großer Vorsicht zu betrachten sind. Um das zu untermauern: Bei der ESPAD-Erhebung 2003³¹ gaben ca. 5 Prozent der 14- bis 17-jährigen Jugendlichen an, bei der letzten

Alkoholkonsumgelegenheit vor der Befragung ein Äquivalent von 300 g Reinalkohol (das ist die Men-ge, die in 5 Weinflaschen à 0,7 Liter enthalten ist) getrunken zu haben. Hier liegt wohl Übertreibung oder Missverstehen der Frage vor, da derartige Al-koholmengen kaum ein Schüler überlebt hätte.

3.2. Co-Abhängigkeit

Der mittlerweile sehr populäre Begriff der „Co-Abhängigkeit“, der sich zentral mit der Frage auseinandersetzt, welche Rolle Bezugspersonen eines Suchtkranken bei der Entstehung und Auf-rechterhaltung des süchtigen Verhaltens spielen,³² ist ebenfalls sehr vielschichtig und mehrdeutig. „Co-Abhängigkeit“ im umfassenden Sinne ist ein Überbegriff für alle Verhaltensweisen von Angehö-rigen, ArbeitskollegInnen, TherapeutInnen usw., die die Suchtproblematik der abhängigen Person begünstigen. Der Umstand, dass Sucht in diesem Zusammenhang aus systemtheoretischer Perspek-tive analysiert wird, ist sehr zu begrüßen.³³

Probleme ergeben sich mit dem Begriff in der Praxis jedoch, weil kaum je 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 Hand-lungen von allen Menschen – und damit auch von „Co-Abhängigen“ – in den meisten Fällen nicht bloß auf ein Ziel wie die „Überwindung der Sucht-krankheit des Betroffenen“ gerichtet sein können, sondern dass bei Entscheidungen meist auch eine Reihe anderer wichtiger Aspekte eine Rolle spielt. Probleme ergeben sich letztlich auch aus dem Umstand, dass der Begriff „Co-Abhängigkeit“ als Synonym für „inadäquates, die Abhängigkeit un-terstützendes Verhalten“ dem „Co-Abhängigen“ konnotativ primär die Rolle des Schuldigen bzw. Mitschuldigen und weniger die Opferrolle zuweist. Dazu kommt auch noch eine Pathologisierung, in-dem „Co-Abhängigkeit“ als eigenständige Krank-heit definiert wird.³⁴

Damit ermöglicht der Begriff „Co-Abhängigkeit“ auf der positiven Seite eine komplexe systemtheoretische Analyse, die Identifizierung von Problemfeldern, die Abhängigkeit aufrechterhalten, 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, indem er den Suchtkranken, deren Freunden, deren Therapeuten oder der allgemeinen Öffentlichkeit eine Argumentationsschiene anbietet, um die Hauptverantwortung an der Aufrechterhaltung des Problems undifferenziert den Angehörigen und dem Umfeld zuzuschreiben.

3.3. Spitalsaufnahmen wegen Alkohollräuschen

Wenn von Spitalsaufnahmen wegen Alkohollräuschen die Rede ist und anhand der Spitalsentlassungsstatistik ein dramatischer Anstieg der Fallzahlen ausgewiesen wird, kommt kaum jemand auf den Gedanken, dass die ausgewiesenen Zahlen mit dem, was man zu sehen glaubt, nur sehr wenig gemein haben. Wenn man sich mit der Frage genauer auseinandersetzt, erkennt man rasch, dass diese Statistik als Indiz für die tatsächliche Entwicklung kaum zu gebrauchen ist.

Zum Hintergrund: Jede Person, die stationär in ein österreichisches Krankenhaus aufgenommen wird, erhält eine Haupt- und gegebenenfalls mehrere Nebendiagnosen nach der „Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD)“, wobei hier von 1980 bis 2000 die 9. Revision (ICD-9), seit 2001 die 10. Revision (ICD-10) relevant ist. Diese Daten, die jährlich für die sogenannte Spitalsentlassungsstatistik ausgewertet werden, stellen seit der Umstellung auf die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) im Jahre 1997 die zentrale Grundlage für die Verrechnung von Spitalsleistungen dar und werden auch als wichtige Grundlage für offizielle Gesundheitsstatistiken verwendet.

Als das Thema „alkoholbedingte Spitalsauf-

nahmen von Jugendlichen“ wegen starker Alkoholisierung vor rund zwei Jahren zum medialen Dauerthema wurde, war es naheliegend, die Entwicklung anhand der Spitalsentlassungsstatistik abzubilden; dabei ergab sich eine dramatische Zunahme der dokumentierten Fallzahlen. Nun stand die Frage im Raum, ob diese starke Zunahme die Entwicklung verlässlich abbildet oder ob der Anstieg primär als Aufzeichnungsartefakt zu interpretieren ist. Für letzteres spricht, dass in Zusammenhang mit der LKF sukzessive immer mehr und genauere Diagnosen gestellt wurden – was auch in Bereichen, wo es mit Sicherheit keine Zunahme gab, teilweise zu gewaltigen Zuwächsen führte.³⁵ Es gibt explizite Hinweise dafür, dass infolge der öffentlichen Sensibilisierung für das Thema „Spitalsaufnahmen wegen Alkohollräuschen“ einschlägige Fälle immer seltener „neutrale Diagnosen“ erhielten und sukzessive mehr alkoholspezifische Diagnosen gestellt werden.³⁶

Bei einer genaueren Auseinandersetzung mit der Fragestellung zeigte sich dann, dass die Spitalsentlassungsstatistik für diese Fragestellung generell ungeeignet ist, weil sowohl die Kategorien bei ICD-9 als auch bei ICD-10 das Kriterium „starke Alkoholintoxikation“ viel zu unscharf und widersprüchlich definieren.

Nach ICD-9 konnten stark berauschte Personen entweder mit den Diagnosen „305.0“ (Alkoholmissbrauch bei Nicht-Abhängigen) oder „303.0“ (Alkoholrausch bei Alkoholikern) kodiert werden. Stand nach Ansicht der diagnostizierenden Ärzte eine Alkoholabhängigkeit im Zentrum des Geschehens, wurde allerdings oft auch ausschließlich „303.1“ (chronischer Alkoholismus) oder unpräzise „303“ kodiert. 305.0, 303.1 und 303 konnte andererseits aber auch gegeben werden, wenn die Betroffenen bei der Aufnahme völlig nüchtern waren. Ferner war hier auch der Code „980.0“ (toxische Wirkung durch Methylalkohol) möglich, wengleich dieser eigentlich nur dann gewählt werden sollte, wenn der Betreffende unwissentlich oder unabsichtlich Alkohol getrunken hatte, was in der Praxis ausge-

nommen bei Kleinkindern und geistig verwirrten Menschen kaum vorkommt. Erschwerend kommt hinzu, dass hier oft einfach „305“ kodiert wurde, was den Missbrauch illegaler Drogen einschließt. Genau genommen kann man daher nur bei den ICD-9 Diagnosen „303.0“ und „980.0“ von einem Alkoholrausch bei der Aufnahme ausgehen – und bei „303.0“ kann es sich auch bloß um eine „moderate Beeinträchtigung“ handeln, z. B. in Zusammenhang mit einer Verletzung. Bei „303.1“, „303“, „305.0“, „305“ und „980“ kann man eine „Alkoholisierung“ zwar nicht ausschließen, umgekehrt aber eine solche auch nicht annehmen.

Nur wenig besser ist die Situation seit der Umstellung auf ICD-10: Eindeutig als „Alkoholrauschaufnahme“ ist hier der Code „F10.0“ (Akute Intoxikation) zu werten, der laut Dilling et al. mit dem Untercode „F10.05“ (akute Alkoholintoxikation mit Koma) auch bewusstlose Fälle mit einschließt.³⁷ Die beiden Codes „F10.1“ (Schädlicher Alkoholgebrauch) und F10.2 (Alkoholabhängigkeitssyndrom) sollten zur Erfassung von berauscht aufgenommenen Patienten eigentlich nicht oder bei Zutreffen nur zusätzlich gewählt werden. Da in den Erläuterungen zu „F10.1“ allerdings „inkl. Alkoholmissbrauch“ und zu „F10.2“ „inkl. chron. Alkoholismus“ angegeben wird und da die in den Erläuterungen verwendeten Ausdrücke in ICD-9 noch mit Rausch assoziiert waren, ist anzunehmen, dass viele Alkoholräusche in diese Kategorie gezählt werden. Der Code „T51.0“ (toxische Wirkung von Alkohol) sollte analog zum ICD-9 Code „980.0“ nur dann gewählt werden, wenn der/die Betreffende unwissentlich Alkohol getrunken hat. Letzteres ist allerdings vielen Diagnostikern gar nicht bekannt. Dazu kommt, dass auch hier oft einfach „T51“ kodiert wird, was Vergiftungen mit anderen toxischen Alkoholen einschließt. Die einzigen ICD-10 Diagnosen, die eindeutig als „Alkoholisierung“ zu interpretieren sind, sind demnach „F10.0“ und „T51.0“, wobei bei „F10.0“ der Rausch auch moderat sein kann. Bei „F10.1“, „F10.2“, „F10“ und „T51“ kann man eine „Alkoholisierung“ zwar nicht ausschließen, umge-

kehrt aber eine solche auch nicht annehmen.

Aus den genannten Gründen sind Statistiken über die Entwicklung der Spitalsaufnahmen wegen Alkoholvollräuschen, aufbauend auf der offiziellen Spitalsentlassungsstatistik, eigentlich unmöglich.

4. Abschließende Bemerkung

Ich habe in diesem Aufsatz versucht, auf Probleme in den empirischen Human- und Sozialwissenschaften hinzuweisen und eine Lanze für einen mehr theoriegeleiteten und besser fundierten Zugang zu brechen. Anhand einiger Beispiele wurde dabei der Schwerpunkt auf vage und mehrdeutige Begrifflichkeiten und nur in zweiter Linie auf inhaltliche bzw. forschungsmethodologische Probleme gelegt. Ganz gleich nun, ob es um ungeeignete Begriffssysteme, inadäquate Forschungs- sowie Messmethoden geht, ist ein grundlegendes Umdenken in der Forschungsplanung und -finanzierung notwendig. Hinreichende Qualität in der Forschung erfordert eine systematische Analyse und Diskussion einzelner Forschungsfragestellungen unter Berücksichtigung der ökonomischen, technischen, ontologischen und/oder ethischen Erkenntnisgrenzen. Diese Auseinandersetzung muss längerfristig angelegt sein und zur Kenntnis nehmen, dass echter Erkenntnisfortschritt nicht mit kurzfristigen, finanziell unterdimensionierten Forschungsprojekten möglich ist, da diese die Forscher aus wirtschaftlichen Gründen zwingen, von Projekt zu Projekt unterschiedliche inhaltliche Schwerpunkte zu setzen und dem Forschungsförderer bzw. Auftraggeber mit diversen Tricks Kompetenz vorzugaukeln, statt sich diese tatsächlich erwerben zu können. Es ist ein Forschungsklima nötig, in dem offen zugegeben werden kann, dass fundierte Aussagen zu einer Frage nicht oder noch nicht möglich sind, anstatt einen Machbarkeits- und Wissensmythos zu fördern, der uns Forschern zwar kurzfristig Aufträge bringt, der aber die Qualität der Forschung und den Ruf der empirischen Forschung nachhaltig unterminiert.

Referenzen

- 1 von Weizsäcker C. F., *Deutlichkeit Beiträge zu politischen und religiösen Gegenwartsfragen*, Deutscher Taschenbuchverlag, München (1978)
- 2 Uhl A., *The Limits of Evaluation*, in: Neaman R., Nilsson M., Solberg U., *Evaluation – A Key Tool for Improving Drug Prevention*, EMCDDA Scientific Monograph Series No. 5, Lisbon (2000)
- 3 Uhl A., *Alkoholpolitik und wissenschaftliche Forschung*, Wien Zschr Suchtforschung (2006); 29(3): 5-22
- 4 Pirie M., *The Book of the Fallacy*, Routledge & Kegan Paul, London
- 5 Pietschmann H., *Das Ende des naturwissenschaftlichen Zeitalters*, Paul Zsolnay, Wien (1980)
- 6 “Anything is possible if you don’t know what you are talking about.”
„Green’s Law of Debate“, Bloch A., *Murphy’s Law Complete*, Methuen, London (1985)
- 7 Uhl A., *Kriterien der Evaluation in der Suchtprävention*, prävention (2007); 4: 120-124
- 8 Pietschmann H., siehe Ref. 5
- 9 Brecht B., *Das Leben des Galilei* (1938), Suhrkamp Basisbibliothek Taschenbuchausgabe, Frankfurt (2009)
- 10 Hartnoll R., *Drugs and Drug Dependence: Lessons learned, challenges ahead*, Council of Europe Publishing, Strasbourg (2004)
- 11 Speer A., *Die entdeckte Natur Untersuchungen zu Begründungsversuchen einer „scientia naturalis“ im 12. Jahrhundert*, Brill, Leiden (1995)
- 12 Roth E., *Eugen Roths Großes Tierleben mit Illustrationen von Julius Himpel* (1949), Lizenzausgabe, Nikol Verlag, Hamburg (2006)
- 13 Simkin M. V., Roychowdhury V. P., *Read before you cite!*, Complex Systems (2003); 14: 269-274
- 14 Pittman D. J., *Gesellschaftliche und kulturelle Faktoren der Struktur des Trinkens, pathologische und nichtpathologische Ursprungs – Eine internationale Übersicht*, in: DHS: 27. Internationaler Kongreß: Alkohol und Alkoholismus. Neuland, Geesthacht (1964), S. 7
Pittman D. J., *International Overview: Social and Cultural Factors in Drinking Patterns, Pathological and Nonpathological*, in: Pittman D. J. (Ed.), *Alcoholism*, Harper & Row, New York (1967), S. 5
Die deutsche Übersetzung wurde bereits 1964 in einem Tagungsband, die englischer Originalfassung erst 1967 in einem von Pittman herausgegebenen Reader veröffentlicht.
- 15 Feuerlein W., *Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit*, 2. Auflage, Thieme, Stuttgart (1979), S. 54
- 16 Bales R. F., *Cultural differences in rates of alcoholism*, QJ Stud Alcohol (1946); 6: 480-499, S. 487
- 17 Pittman D. J. (1964), siehe Ref. 14
- 18 z. B. NIDA, *Drug Abuse Prevention: What Works*, NIH Publication No. 97-4110, Rockville, MD (1997)
- 19 Commission on Chronic Illness, *Chronic Illness in the United States: Prevention of Chronic Illness* (Volume 1), Harvard University Press, Cambridge (1957), S. 5
- 20 Dadds M. R., *Potential for innovative prevention strategies*, in: Teesson M., Byrnes L. (Eds.), *National Drug Strategy and National Mental Health Strategy National Project*, Commonwealth Department of Health and Aged Care, Canberra, Australia (2004), S. 57
- 21 Caplan G., *Principles of Preventive Psychiatry*, Basic Books, New York (1964), S. 16
- 22 *Joint Commission on Mental Illness and Health*, Basic Books, New York (1961), zitiert in: Caplan G., siehe Ref. 21
- 23 ICAP, *The Limits of Binge Drinking*, ICAP Reports 2, International Center for Alcohol Policies, Washington DC (1997)
Uhl A. et al., *Handbuch: Alkohol – Österreich: Zahlen, Daten, Fakten, Trends 2009*, 3. Auflage, BMG, Wien (2009)
- 24 [www.medizinauskunft.de, Binge-Drinking: Saufen bis zum Umfallen](http://www.medizinauskunft.de/artikel/diagnose/psyche/28_07_binge_drinking.php) (2009), http://www.medizinauskunft.de/artikel/diagnose/psyche/28_07_binge_drinking.php (40025)
- 25 Forschungsstelle Österreichisches Deutsch, *Pressemitteilung: Die Jury des österreichischen Worts des Jahres hat 2007 folgende Wörter und Aussprüche gewählt*, <http://www-oedt.kfunigraz.ac.at/oewort/2007/index2007.htm> (31. Juli 2009)
- 26 Schuckit M. A. (Ed.), *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 (2006)
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” ([Imago Hominis · Band 16 · Heft 3](http://alcoholstud-

</div>
<div data-bbox=)

- ies.rutgers.edu/journal/Binge.html, 15. März 2006)
- 27 Wechsler H. et al., *Health and Behavioral Consequences of Binge Drinking in College. A National Survey of Students at 140 campuses*, JAMA (1994); 272: 1672-1677
 - 28 Hibell B. et al., *The ESPAD Report 2003 Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries*, The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), The Pompidou Group at the Council of Europe, Stockholm (2004)
 - 29 NIAAA, *NIAAA Council Approves Definition of Binge Drinking*, NIAAA Newsletter (2004); 3: 3
 - 30 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, siehe Ref. 29).
 - 31 Uhl A. et al., *ESPAD – Austria 2003: Schüler- und Schülerinnenstudie zu Alkohol und anderen Drogen, Band 1: Forschungsbericht*, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien (2005)
 - 32 Marx R., *Co-Abhängigkeit*, in: Brosch R., Mader R. (Hrsg.), *Sucht und Suchtbehandlung. Problematik und Therapie in Österreich*, LexisNexis, Wien (2004)
 - 33 Uhl A., Puhm A., *Co-Abhängigkeit – ein hilfreiches Konzept?*, Wien Zschr Suchtforschung (2007); 30(2-3): 13-20
 - 34 Harper J., Capdevila C., *Co-dependency: A Critique*, J Psychoactive Drugs (1990); 22: 285-292
 - 35 So hat z. B. die Zahl der Diagnosen „Nikotinabusus“ von 1929 bis 2000 um das 10-fache zugenommen, obwohl es zu keiner entsprechenden Zunahme des Tabakkonsums in Österreich gekommen ist.
 - 36 vgl. Uhl A. et al., siehe Ref. 23, S. 176
 - 37 Dilling H., Mombour W., Schmidt M. H., Schulte-Markwort E. (Hrsg.), *Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F) Diagnostische Kriterien für die Praxis*, 4. Auflage, Verlag Hans Huber, Hogrefe (2006)