

# **Grundlage zum Workshop „Jugendliche und Kampftrinken“ bei der 3. Tiroler Suchttagung am 18.6.2007 in Innsbruck**

Alfred Uhl – Wissenschaftler am Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung und Leiter der Alkohol Koordinations- und Informationsstelle (AKIS) des Anton-Proksch-Instituts

## **1 Was bedeutet Komatrinken und wie oft kommt es vor?**

"Komatrinken" in Zusammenhang mit Alkoholkonsum bedeutet, soviel Alkohol zu konsumieren, dass ein Koma auftritt. Als Koma (griechisch "tiefer Schlaf") bezeichnet man eine tiefe Form der Bewusstlosigkeit, bei der das Individuum auch durch starke äußere Stimuli wie wiederholte Schmerzreize nicht geweckt werden kann. Da bei einem so schweren Rauschzustand akute Lebensgefahr bestehen kann, ist eine intensivmedizinische Behandlung notwendig.

## **2 Wie oft kommt Komatrinken bei Kindern und Jugendlichen vor?**

Da die Frage, wie häufig Komatrinken in unserer Gesellschaft vorkommt, häufig gestellt wird, es aber keine verlässlichen Statistiken dazu gibt, wird oft auf Statistiken über die Frequenz und Häufigkeit von Alkoholräuschen oder des sogenannten "Binge-Drinking" Bezug basierend auf Umfragen Bezug genommen. Diese Gleichsetzung ist inhaltlich nicht gerechtfertigt, weil bei Umfragen in der Regel selbst ein leichter Schwips nach geringen Alkoholmengen als "Alkoholrausch" gewertet wird und weil "Binge-Drinking" bei Umfragen über die Konsummenge so definiert wird, dass unter Umständen nicht einmal ein Rausch auftritt. Diese Gleichsetzung ist ähnlich unseriös, wie aus dem Umstand, alle Jugendlichen, die bereits einmal einen Streit gehabt haben, undifferenziert als jugendliche Gewalttäter zu bezeichnen.

## **3 Was bedeutet "Alkoholrausch" oder "Betrunken sein"?**

Der Begriff "Rausch" ist in unserem Kulturkreis ein mehrdeutiger Begriff. Die Begriffsbedeutung von "Rausch", im Sinne eines Überbegriffes für jegliche Beeinträchtigung in Zusammenhang mit Alkoholkonsum, reicht grundsätzlich von einer kaum merkbaren geringfügigen Beeinträchtigung ("leichter Schwips") über eine deutlich merkbare Berausung und eine zur sehr starken Berausung ("Vollrausch") mit sehr auffälliger Beeinträchtigung, sowie Kater und Erinnerungslücken am nächsten Tag bis zur komatösen Bewusstlosigkeit ("Komatrinken"). Gleichzeitig gibt es aber auch ein engeres Begriffsverständnis im Sinne von "deutlicher Beeinträchtigung" und ein ganz enges Verständnis im Sinne von "Vollrausch". Auch der Begriff "Binge-Drinking" wird fälschlicherweise oft mit "Rauschtrinken" gleichgesetzt, was stark irreführend ist, weil die Alkoholmenge, die bei Umfragen mit der "Binge-Drinking" verbunden ist, oft nicht einmal eine leichte Beeinträchtigung hervorrufen muss.

Man kann also ohne explizite Präzisierung nie wissen, in welchem Sinn die Begriffe "Rausch" bzw. "betrunken/berauscht sein" von einer Zielperson im Einzelfall verstanden werden, und kann daher deren Angaben über die Auftretensrate von Räuschen auch nur sehr ungenau inhaltlich interpretieren.

Aus diesem Grund ist es wenig befriedigend, bei Befragungen bloß undifferenziert nach Frequenz und Häufigkeit von "Räuschen" zu fragen, wie das z.B. bei der ESPAD Erhebung der Fall war (Uhl et al., 2005). Das Ausmaß der Problematik bei derartig unspezifischen Fragen nach Räuschen konnten Uhl & Springer (1996) bei der "Repräsentativerhebung 1993/94" anschaulich aufzeigen. Dabei zeigte sich z.B., dass im Jahre 1994 38% der ÖsterreicherInnen während der letzten drei Monate nach eigenen Angaben einen Schwips, aber nur 8% im gleichen Zeitintervall einen Vollrausch erlebt hatten. Darüber, welche Auftretensrate sich ergeben hätte, wenn undifferenziert bloß nach "betrunken sein" oder "Alkoholräuschen" gefragt worden wäre, kann man nur mutmaßen.

Vermutlich ist nur wenigen Personen, die basierend auf Befragungsergebnissen mit der Anzahl der selbstberichteten Räusche konfrontiert werden, bewusst, dass es sich bei einer mehr oder weniger großen Anzahl dieser Räusche nicht um Vollräusche sondern bloß um minimale Beeinträchtigungen gehandelt hat.

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

#### 4 Was bedeutet "Binge-Drinking" ?

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

- Das Langenscheidt Handwörterbuch Englisch (Messinger, 1994) übersetzt "Binge" mit "Gelage", also mit "über mehrere Tage andauernde Feiern mit starkem Alkoholkonsum" sowie mit "einen Draufmachen", also mit einer "Sauftour".
- Recht ähnlich aber keinesfalls identisch zu ersterer Definition präzierte Schuckit (2006), als Herausgeber des renommierten "Journal of Studies on Alcohol", "Binge Drinking" als "über mehrere Tage hinweg anhaltenden Alkoholkonsum bis zur Berauschung, wobei übliche Aktivitäten und Verpflichtungen vernachlässigt werden". Schuckit legte dabei in den Richtlinien fest, dass die Zeitschrift nur Artikeln zur Publikation akzeptieren darf, die sich an dieser Definition orientieren.

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

*(<http://alcoholstudies.rutgers.edu/journal/Binge.html>, 15.3.2006)*

- Ganz anders ist die auf Wechsler et al. (1994) zurückgehende Definition von "Binge Drinking" als "Konsum von mindestens 5 Glas Alkohol ohne zeitliche Begrenzung", wobei ein Glas mit 0,12 Liter Wein, 0,36 Liter Bier oder 0,04 Liter Spirituosen quantifiziert wurde (insg. also rund 60 Gramm Reinalkohol, vgl. Kap. 5.10, S.96). Während "Binge Drinking" nach der ursprünglichen Definition eine relativ seltene Form des exzessiven Alkoholkonsums darstellt ist "Binge Drinking" nach letzterer Definition ein weit verbreitetes und vergleichsweise zu ersterem viel weniger dramatisches Phänomen. An letzterer Definition (mindestens 5 Glas) orientierten sich auch die Autoren von ESPAD und das US-amerikanische National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA).
- Nachdem die auf Wechsler zurückgehende Definition immer wieder kritisiert wurde, weil beim Konsum derartiger Alkoholmengen über längere Zeiträume häufig nicht einmal eine leichte Berauschung auftritt, hat NIAAA (2004) die Definition dahingehend geändert, dass jener Alkoholkonsum der eine Blutalkoholkonzentration von mindestens 0,8 Promille erzeugt, als "Binge Drinking" zu bezeichnen ist.

*A "binge" is a pattern of drinking alcohol that brings blood alcohol concentration (BAC) to 0.08 gram percent or above. For the typical adult, this pattern corresponds to consuming 5 or more drinks (male), or 4 or more drinks (female), in about 2 hours (NIAAA, 2004).*
- Im deutschen Sprachraum wird "Binge Drinking" oft auch mit einer Reihe von erheblich anderen Bedeutungen, wie "Kampf- oder Wetttrinken", "bewusstes Rauschtrinken" oder "Komasaufen" gleichgesetzt, was die Sache noch weiter verkompliziert. So findet man z.B. im von Lesern gestalteten Online-Lexikon folgenden Satz: "Bezeichnet werden diese Art moderner Trinkgelage als Binge Drinking - deutsch: Besäufnis; umgangssprachlich Komasaufen oder Kampftrinken" (Wikipedia, (15.3.2006) und im ORF wurde "Binge Drinking" 2006 mit "ausgiebiges Saufen mit dem erklärten Ziel, betrunken zu werden" gleich gesetzt.

Definitionen können logisch betrachtet weder falsch oder richtig sein und es sei daher jedem unbenommen, "Binge-Drinking" so zu definieren, wie er es möchte. Es ist aber völlig inakzeptabel sich in einem Text auf eine bestimmte Begriffsbedeutung im Sinne von sehr extremen Konsumformen (z.B.

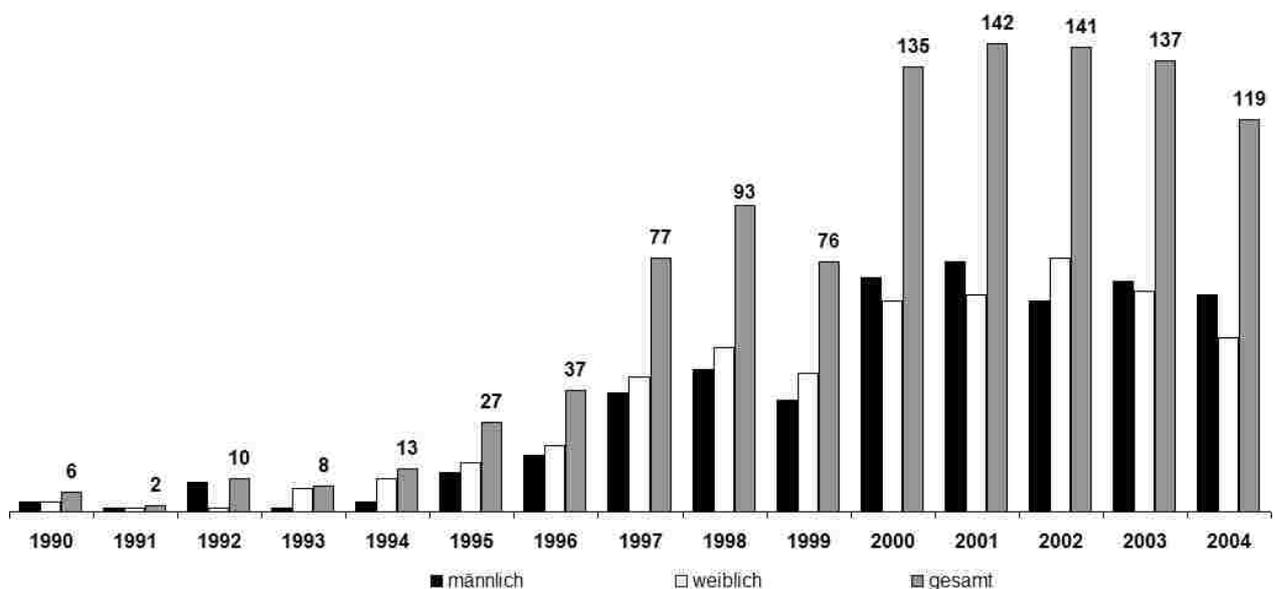
"Komatrinken") festzulegen und dann die Häufigkeit des Phänomens aus Befragungen abzuleiten, die unter diesem Titel Konsumformen inkludieren, welche teilweise nicht einmal einen deutlichen Rausch verursachen, wie z.B. fünf angelsächsische Standardglas über viele Stunden hinweg konsumiert.

## 5 Spitalsaufnahmen wegen Räuschen

Wie bereits betont, sollte die Zahl der Jugendlichen, die angegeben bereits Alkoholräusche erlebt zu haben, sehr vorsichtig interpretiert werden, weil „Rausch“ ja alles von minimaler Beeinträchtigung bis zu Vollrausch bedeuten kann und weil alkoholunerfahrene Personen schon bei relativ geringen Mengen Alkohol deutlich beeinträchtigt sein können. Das Kriterium „Spitalsaufenthalt infolge von Berauschung“ erscheint als ein vergleichsweise verlässlicherer Indikator für Alkoholexzesse, da man nur mit einem massiven Rausch in Krankenanstalt eingewiesen wird.

Die Zahlen der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Graz (Müller, 2005) über alkoholrauschbedingte Aufnahmen von Kindern und Jugendlichen ergeben, dass die Zahl von wenigen Fällen bis 1994 rapide bis 2001 angestiegen ist (von 13 Fällen auf 142 Fälle pro Jahr) und dass diese Zahl seit dem 2001 wieder leicht rückläufig ist. Die Zahl der aufgenommenen Burschen und Mädchen ist dabei relativ ausgewogen (Abb. 1). Die Gleichsetzung von „Alkoholrausch“ bzw. „Alkoholintoxikation“ mit „Alkoholrausch und -missbrauch“ (ICD10-Diagnosen: T51.0, T51.9, F10.0 und F10.1) erscheint plausibel, weil bei Alkoholabhängigkeit eigentlich die Hauptdiagnose „F10.2“ zu kodieren ist. Ob die Kodierpraxis in den Spitälern allerdings tatsächlich mit unser Annahme übereinstimmt, können wir ohne empirisch Überprüfung nur mutmaßen.

**Abb. 1: Aufnahmen von Kindern und Jugendlichen wegen Alkoholrausch und -missbrauch in die Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Graz**



Quelle: Müller (2005)

Wie man Abb. 2 und Abb. 3 entnehmen kann, zeichnet sich bundesweit sowohl bei Frauen als auch bei Männern ein ähnlicher Trend wie in der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Graz ab. Bei genauerem Hinsehen fällt allerdings auf, dass die beiden Trends sich quantitativ erheblich unterscheiden. Während in der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Graz in diesem Zeitraum eine Steigerung um das 10-fache zu beobachten war, gab es österreichweit im gleichen Zeitraum nur eine Steigerung auf etwas mehr als das 2-fache.

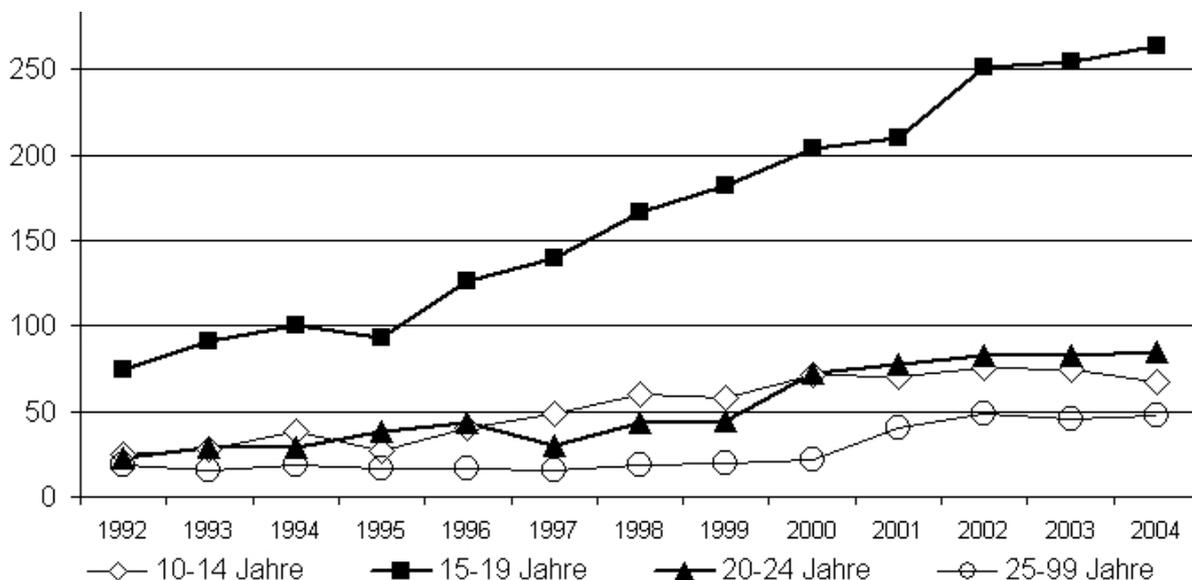
Die Erklärung für diese Diskrepanz zwischen Abb. 1 auf der einen Seite und Abb. 2 sowie Abb. 3 auf der anderen Seite liegt auf der Hand. Traditionellerweise gab es in allen Krankenanstalten wenig

Bereitschaft „Alkoholrausch“<sup>1</sup> zu diagnostizieren, einerseits um den betroffenen Patienten erhebliche Kosten zu ersparen (die Krankenkasse kann die Kosten bei Krankentransporten und Behandlungen infolge einer Berausung im Regressweg zurückfordern) und um zu verhindern, dass notwendige Hilfeleistungen aus ökonomischen Gründen nicht mehr in Anspruch genommen werden. Seit das Thema „Jugend und Rausch“ im öffentlichen Diskurs allerdings an Bedeutung gewann, gibt es eine Reihe von namhaften Ärzten, die ihre Teams anleiten, Aufnahmen aufgrund von Alkoholintoxikation auch konsequent als solche auszuweisen. Wo das der Fall ist, wie z.B. in der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde in Graz, ergab sich in der Folge eine dramatische Zunahme einschlägiger Diagnosen. Wo das nicht der Fall war blieb die Diagnose „Alkoholrausch“ weiterhin selten – und im Durchschnitt ergibt sich nun eine deutliche aber erheblich weniger stark ausgeprägte Zunahme der Rauschdiagnosen.

Diese Diskrepanzen machen deutlich, dass man die veröffentlichten Zahlen über die Entwicklung der „Alkoholrausch“ Spitalsentlassungsdiagnosen mit großer Vorsicht interpretieren sollte.

- Angesichts des Umstandes der Akzeleration, die bewirkt, dass Jugendliche deutlich früher beginnen regelmäßig Alkohol zu konsumieren, ist es zwar nahe liegend, dass nun auch die ersten Rausche früher stattfinden als noch vor zehn Jahren und dass daher eine reale Zunahme der Rausche bei Jugendlichen vorkommt. Auch, dass im Zuge der europäischen Konvergenz der Trinkgewohnheiten bei sinkendem Gesamtalkoholkonsum der Bevölkerung das Ausmaß des Rauschtrinkens zunimmt, ist durchaus plausibel.
- Gleichzeitig ist aber auch plausibel, dass ein Teil der zusätzlichen Diagnosen als Artefakte zu interpretieren sind; z.B. infolge einer geänderten Sensibilität für das Phänomen des Alkoholrausches in den letzten Jahren, infolge einer generell steigenden Bereitschaft mehr Spitalsentlassungsdiagnosen zu stellen (so ist z.B. die Diagnose „Nikotinabusus“ von 1992 bis 2000 bundesweit auf das 10-fache angestiegen, ohne dass sich in dieser Zeit am Rauchverhalten der Bevölkerung Wesentliches geändert hätte), infolge einer Tendenz zu anonymen Großveranstaltungen, bei denen stärker alkoholisierte Jugendliche nicht wie früher von gleichaltrigen Freunden nach Hause gebracht werden, weswegen den Verantwortlichen nichts anderes übrig bleibt als die Rettung zu rufen, usw.

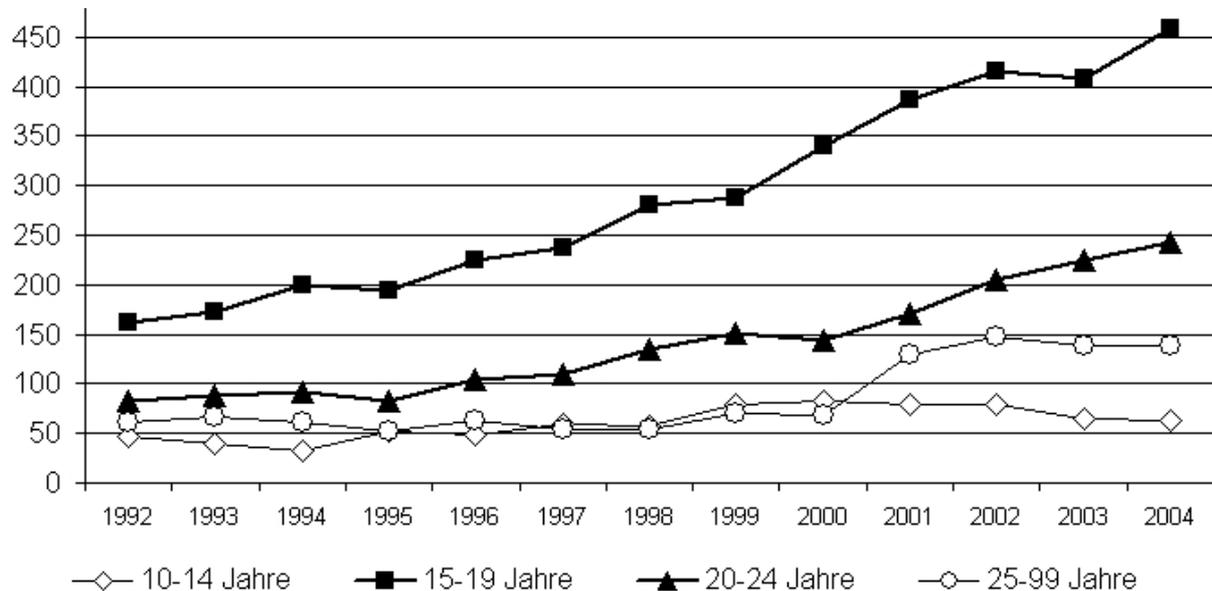
**Abb. 2: Aufnahmen von Frauen mit der Hauptdiagnose Alkoholrausch und -missbrauch pro 100.000 Einwohner gleichen Alters und gleichen Geschlechts**



Quelle: ÖBIG 2005; Statistik Austria, 2006a; eigene Berechnungen

<sup>1</sup> Alkoholrausch und -missbrauch: ICD10-Diagnose: T51.0+T51.9+F10.0+F10.1

**Abb. 3: Aufnahmen von Männern mit der Hauptdiagnose Alkoholrausch und -missbrauch pro 100.000 Einwohner gleichen Alters und gleichen Geschlechts**



Quelle: ÖBIG 2005; Statistik Austria, 2006a; eigene Berechnungen

Das Phänomen des zunehmenden Rauschtrinkens bei Jugendlichen in Österreich ist derzeit mangels spezifischer Forschungsergebnisse weder quantitativ gut zu präzisieren noch qualitativ gut bestimmbar. Man kann annehmen, dass die Zunahme des Problems zwar weniger stark ausgefallen ist als die Zahlen der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde in Graz vermuten lassen, dass aber die Frequenz von Vollräuschen bei Jugendlichen über die letzte Dekade nichts-desto-weniger erheblich zugenommen hat. Für letzteres spricht einerseits die Tendenz zur Akzeleration und andererseits der Umstand, dass sich in Europa die Konsumgewohnheiten der Regionen kontinuierlich angleichen und damit nahe liegt, dass das nordeuropäische exzessive Trinkmuster auch in Österreich zunehmen (Europäische Konvergenzhypothese).

## 6 Ist Komatrinken eine neue Entwicklung?

Bereits aus der Vorkriegszeit gibt es viele Berichte über Jugendliche, die sich bei Volksfesten und in lokalen Gasthäusern gezielt an die Grenze der Bewusstlosigkeit gesoffen haben und dabei für heftigste Raufereien und Vandalenakte verantwortlich waren. Das Phänomen „Rauschtrinken“ ist also keinesfalls so neu für Österreich, wie vielfach getan wird. Früher kam es bloß seltener zu Spitalseinweisungen und zu Anzeigen, weil man die Betrunkenen meist der häuslichen Obhut der Angehörigen anvertraute und weil Dorfgendarmen weit öfter Konflikte direkt und ohne Anzeigen regelten. Wenn es früher zu rauschbedingten Spitalseinweisungen kam, wurde eher eine neutrale Diagnose wie „Kreislaufprobleme“ gewählt. Erst seit das jugendliche Komatrinken ins mediale Zentrum gerückt wurde, werden rauschbedingte Aufnahmen auch verstärkt als solche diagnostiziert und dokumentiert.

## 7 Akzeleration: Trinken Kinder und Jugendliche heute mehr oder nur früher?

Kinder kommen heute deutlich früher in die Pubertät, sowohl körperlich gesehen als auch auf der sozialen Ebene und sie gehen auch deutlich früher alleine weg. Die heute 14-Jährige entsprechen in vielen Bereichen 17-Jährigen vor 20 Jahren und verhalten sich auch so. Wenn nun eine Generation früher Alkohol trinkt und damit auch die ersten Rausche früher auftreten, so bedeutete das angesichts des Umstandes, dass immer mehr Menschen maßvoll mit Alkohol umgehen lernen und der Durchschnittskonsum kontinuierlich sinkt, keinesfalls notwendigerweise, dass diese Generation später mehr Alkoholprobleme haben wird. So wie aufgeschoben nicht zwangsläufig aufgehoben bedeutet, bedeutet früher nicht zwangsläufig mehr.

Man sollte nicht vergessen, dass fast alle Österreicher zumindest gelegentlich Alkohol trinken, dass die überwiegende Mehrheit mit Alkohol adäquat umgehen kann und Alkoholkonsum als positiven Bestandteil des sozialen und kulturellen Lebens empfindet. Weit sinnvoller als Jugendliche plötzlich emotionell und undifferenziert als Komatrinker zu brandmarken, ist es Mäßigung im Umgang mit Alkohol zu propagieren. Es würde mich nicht wundern, wenn die anhaltende „Jugend und Komatrink-Hysterie“ erheblich dazu beigetragen hätte, das gezielte Komatrinken unter Jugendlichen maßgeblich zu propagieren, wodurch der Prävention ein Bärendienst erwiesen wurde.

Positiv zu beurteilen ist, dass in den letzten 30 Jahren der Alkoholkonsum insgesamt um etwa 20 Prozent zurückgegangen ist, und dass exzessives Trinken bzw. darauf resultierendes auffälliges Verhalten allgemein weit weniger toleriert wird.

## **8 Handelt es sich bei schweren Rauschen bei Kindern und Jugendlichen um bewusstes Rauschtrinken oder primär um „Unfälle“ weil man die Alkoholwirkung nicht einschätzen konnte?**

Die meisten schweren Alkoholräsche bei Jugendlichen passierten unabsichtlich infolge jugendlicher Unerfahrenheit mit Alkohol. Einzelne Räsche sollten als in der Pubertät übliche Grenzüberschreitungen, die nicht über Gebühr dramatisiert werden. Wünschenswert wäre allerdings, wenn bei alkoholbedingten Spitalsaufenthalten – und das nicht nur wenn Jugendliche eingeliefert werden – generell professionelle Gespräche mit den Betreffenden geführt würden, um abzuklären, ob es sich bloß um wenig problematische einmalige Ereignisse handelt, oder ob grundlegende Probleme vorliegen, die das Anbieten professioneller Hilfe angezeigt erscheinen lassen.

## **9 Teilweise unverantwortliche Maßnahmen zur Förderung von Exzessen!**

Die Erfahrung zeigt, man kann Jugendliche und Erwachsene, die sich bewusst betrinken wollen, kaum davon abhalten kann. Sinnvoll ist aber entschieden gegen jene Praktiken in Gastronomie und bei Veranstaltungen einzutreten, die Alkoholexzesse gezielt fördern; wie Flat-Rate-Events, Wetttrinken, Pisserparties, Kübeltrinken, u.v.m. Hier ist die Gewerbeordnung entsprechend anzupassen und vom Gesetzgeber Kreativität gefordert, um legale Umgehungsmöglichkeiten der Bestimmungen hintanzuhalten. Wenn man hier mit Augenmaß und Vernunft vorgeht und die Gastronomie nicht pauschal zum Sündenbock stempelt, ist, wie ich bei zahlreichen Gesprächen mit verantwortungsbewussten Wirten und Kammerfunktionären feststellen konnte, durchaus mit Kooperationsbereitschaft gegen die schwarzen Schafe in den eigenen Reihen zu rechnen. Sinnvoll ist es auch punktuell mit Alkoholverboten und Kontrollen vorzugehen, wenn man erfahrungsgemäß mit alkoholbedingten Gewaltexzessen rechnen muss. Ich plädiere aber keinesfalls für einen Blanko-Freibrief für die Behörden um bei Veranstaltungen rein prophylaktisch erhebliche Einschränkungen vorschreiben zu können.

## **10 Die Rolle der Mädchen und Frauen in Zusammenhang mit Alkoholkonsum?**

Oft wird in der Öffentlichkeit negativ vermerkt, dass immer mehr Mädchen Alkohol konsumieren und dass die Zahl der Räsche bei Mädchen zunimmt. Das wird oft subtil als Argument gegen die Emanzipation der Frauen ins Feld geführt. Dass Frauen zusehends mit ihren Männern gemeinsam am sozialen Leben teilnehmen, anstatt zuhause zu warten, bis diese erheblich betrunken nach Hause kommen, bewirkte zwar einerseits, dass Frauen im Rahmen der Geselligkeiten mehr Alkohol konsumieren als früher, und dass auch die Zahl jener Frauen gestiegen ist, die in problematischem Ausmaß Alkohol konsumieren. Gleichzeitig hat das aber einen stark moderierenden Einfluss auf das Alkoholkonsumverhalten der Männer gehabt, wodurch sich insgesamt ein erheblicher Rückgang des Pro-Kopf-Alkoholkonsums und des Alkoholmissbrauchs ergab. Damit ist Angleichung der Geschlechterrollen im Freizeitverhalten nicht nur aus der Warte von Emanzipation und Gleichberechtigung positiv zu beurteilen, sondern auch aus einer alkoholpolitischen Perspektive.

Quellen:

Die meisten der folgenden Arbeiten können unter <http://www.api.or.at/lbi/download.htm> auf dem Internet herunter geladen werden.

Uhl, A. (2003): Jugend und Alkohol - mit besonderer Berücksichtigung des rauschhaften Trinkens. prae.v.doc, 1, 3-10

- Uhl, A. (2005): Alkoholpolitik und wissenschaftliche Forschung, Aufsatz zum Vortrag: "Wirksamkeit struktureller Prävention" bei der DHS Fachkonferenz "Suchtprävention" vom 8.-10.11.2004 in Bielefeld. Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung, Wien
- Uhl, A. (2007): How to Camouflage Ethical Questions in Addiction Research. In: Fountain, J.; Korf, D. (ed.): The Social Meaning of Drugs - Research from Europe. Radcliffe, Oxford
- Uhl, A.; Beiglböck, W.; Fischer, F.; Haller, B.; Haller, R.; Haring, Ch.; Kobrna, U.; Lagemann, Ch.; Marx, B.; Musalek, M.; Scholz, H.; Schopper, J.; Springer, A. (2005): Alkoholpolitik in Österreich - Status Quo und Perspektiven. In: Babor, T.; Caetano R.; Casswell, S.; Edwards, G.; Giesbrecht, N.; Graham, K.; Grube, J.; Gruenewald, P.; Hill, L.; Holder, H.; Homel, R.; Österberg, E.; Rehm, J.; Room, R.; Rossow, I.: Alkohol - Kein gewöhnliches Konsumgut. Forschung und Alkoholpolitik. Hogrefe, Göttingen
- Uhl, A.; Bohrn, K.; Fenk, R.; Grimm, G.; Kobrna, U.; Springer, A.; Lantschik, E. (2005): ESPAD – Austria 2003: Schüler- und SchülerInnenstudie zu Alkohol und anderen Drogen, Band 1: Forschungsbericht. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien
- Uhl, A.; Springer, A.; Kobrna, U.; Bachmayer, S. (2003): Expertise über alkohol- und nikotinspezifische Jugendschutzbestimmungen in Österreich und International. Forschungsbericht des LBISucht, Wien
- Uhl, A.; Springer, A.; Kobrna, U.; Gnambs, T.; Pfarrhofer, D. (2005): Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch - Erhebung 2004, Band 1: Forschungsbericht. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien
- Aktualisierungen die Jugendschutzgesetze betreffend wird es im neuen „Handbuch: Alkohol – Österreich“ geben, das im Laufe des Jahres 2007 gedruckt werden wird:  
 Uhl, A.; Bachmayer, S.; Kobrna, U.; Springer, A.; Kopf, N.; Beiglböck, W.; Eisenbach-Stangl, I.; Preinsperger, W.; Musalek, M. (2007): Handbuch: Alkohol - Österreich: Zahlen, Daten, Fakten, Trends 2007. dritte überarbeitete und ergänzte Auflage. BMGF, Wien (in Druck)