



EUROPA

**Regionalkomitee für Europa
Fünfundfünfzigste Tagung**

Bukarest, Rumänien, 12.–15. September 2005

Punkt 6 c) der vorläufigen Tagesordnung

EUR/RC55/BD/1

19. August 2005

54103

ORIGINAL: ENGLISCH

**Alkoholbericht für die Europäische Region der WHO
*Hintergrund zum Handlungsrahmen für eine Alkoholpolitik
in der Europäischen Region der WHO***

Dieses Hintergrundpapier gibt eine Übersicht über die Lage in der Europäischen Region der WHO in Bezug auf Alkoholkonsum und alkoholbedingte Schäden. Es enthält außerdem eine zusammenfassende Beurteilung der Umsetzung des Europäischen Aktionsplans Alkohol 2000–2005.

Dieses Papier sollte im Zusammenhang mit Dokument EUR/RC55/11 über einen *Handlungsrahmen für eine Alkoholpolitik in der Europäischen Region der WHO* gelesen werden.

Inhalt

	<i>Seite</i>
Einleitung – Entwicklung der Alkoholpolitik im vergangenen Jahrzehnt	1
Alkoholkonsum in der Europäischen Region.....	2
Pro-Kopf-Konsum.....	2
Alkohol unter jungen Menschen	3
Die gesundheitliche Belastung durch Alkohol.....	6
Die gesellschaftliche Belastung durch Alkohol	8
Die Grundsatzantwort.....	8
Bewertung der Umsetzung des Europäischen Aktionsplans Alkohol 2000-2005	9
Künftige Herausforderungen.....	9
Literatur	10

Einleitung – Entwicklung der Alkoholpolitik im vergangenen Jahrzehnt

1. 1992 ergriff die Europäische Region als erste WHO-Region die Initiative zu einem regionsweiten Aktionsplan zum Thema Alkohol. Seither hat das Regionalbüro eine wichtige Rolle als Katalysator und Moderator für die Politikformulierung und die Überzeugungsarbeit für die mit Alkohol verbundenen Gesundheits- und Wohlfahrtsthemen der Mitgliedstaaten gespielt. 1994 wurde aus von den Mitgliedstaaten nominierten nationalen Ansprechpartnern für den Aktionsplan ein Netzwerk gegründet, das Erfahrungen austauschen, Aktivitäten planen, Maßnahmen auswerten und internationale Unterstützung für Maßnahmen auf nationaler und regionaler Ebene geben sollte.

<p>1992: Der erste Europäische Aktionsplan Alkohol</p>	<p>1995: Die Europäische Charta Alkohol</p>	<p>1999: Der zweite Europäische Aktionsplan Alkohol</p>	<p>2001: Erklärung über Jugend und Alkohol</p>

2. Ein wichtiges Etappenziel des Aktionsplans wurde 1995 mit Einberufung der Europakonferenz Gesundheit, Gesellschaft und Alkohol in Paris erreicht. Damit veranstaltete die WHO zum ersten Mal eine paneuropäische Konferenz, bei der Gesundheitsminister und andere Regierungsvertreter aus nahezu allen Mitgliedstaaten sich mit einem der schwierigsten Themen der Bevölkerungsgesundheit beschäftigten: der Alkoholpolitik. Wie konnte die Region die mit Alkohol verbundenen Gesundheitsprobleme auf eine realistische, effektive und akzeptable Weise in den Griff bekommen? Das Ergebnis dieser Tagung war die einmütig angenommene Europäische Charta Alkohol (1). Diese Charta gab den Mitgliedstaaten fünf ethische Prinzipien und zehn Strategien für die Entwicklung umfassender Alkoholpolitiken und -programme an die Hand. Sie wurde auch zu einem Baustein für die nächste Phase des Aktionsplans. 1999 erörterte das Regionalkomitee die Notwendigkeit weiterer alkoholpolitischer Maßnahmen und unterstützte einstimmig die zweite Phase des Europäischen Aktionsplans Alkohol (2000–2005) (2).

3. Im Jahr 2001 wurde die Europäische Ministerielle Konferenz der WHO über Jugend und Alkohol einberufen, die sich schwerpunktmäßig mit konkreten Zielen, Grundsatzmaßnahmen und Unterstützungsaktivitäten für junge Menschen beschäftigte. Die schwedische Königin Silvia war anwesend, als 37 Gesundheitsminister, ein stellvertretender Premierminister und mehrere stellvertretende Minister und Staatssekretäre sowie nach Schätzungen mehr als 600 Teilnehmende aus den Mitgliedstaaten (darunter über 100 Jugendliche) erörterten, wie sich eine bessere Lebensqualität für die jungen Menschen in der Europäischen Region dadurch sichern lässt, dass die durch Alkohol verursachten Schäden verringert werden. Die Konferenz nahm die Erklärung über Jugend und Alkohol (3) an. Das Regionalkomitee für Europa stellte sich im September 2001 hinter diese Erklärung und bezeichnete sie als das führende Grundsatzstatement der Europäischen Region der Weltgesundheitsorganisation zum Thema Jugend und Alkohol.

4. Seit Annahme des zweiten Aktionsplans ist die Nachfrage aus den Mitgliedstaaten nach fachlicher Unterstützung bei der Formulierung und Umsetzung nationaler Alkoholpolitiken und -strategien gestiegen. Das Regionalbüro hat viele seiner Ressourcen zur Befriedigung dieser Nachfrage eingesetzt. 2002 wurde das Europäische Alkoholinformationssystem (EAIS) (4) mit dem Ziel errichtet,

Informationen zu Alkoholthemen mit Relevanz für die Umsetzung des Aktionsplans zu sammeln, zu analysieren und zu verbreiten.

Alkoholkonsum in der Europäischen Region¹

Pro-Kopf-Konsum

5. Das Niveau des Alkoholkonsums einer Bevölkerung ist eine wichtige Determinante für ihre Gesundheit und das Wohl der Gesellschaft. In jeder Gesellschaftsform steigt und fällt das Ausmaß der alkoholbedingten Probleme tendenziell mit dem Konsumpegel. Insgesamt erscheint der Alkoholkonsum in der Region stabil, doch der Durchschnitt verbirgt das Faktum, dass sich die traditionell sehr großen Abstände im Pro-Kopf-Konsum zwischen den Ländern der Europäischen Region der WHO in den vergangenen Jahrzehnten verringert haben. Die Daten zeigen, dass der Alkoholkonsum in den klassischen Weintrinkerländern Südeuropas zwar zurückgegangen ist, das er aber in vielen Ländern im Norden und Osten der Region historische Höchstmarken erklommen hat und in der Mitte der Region auf hohem Niveau verweilt. Die zentralasiatischen Republiken weisen traditionell sehr geringe Konsumraten auf. Wenn man allerdings Abstinenzler aus den Berechnungen heraushält, ist die Abweichung weniger auffällig.

6. Das genaue Verbrauchsvolumen eines Landes ist aus den Daten schwer zu bestimmen, sodass ein direkter Vergleich zwischen den Ländern schwierig ist. Nur relativ wenige Länder haben Untersuchungen zur Abschätzung des nicht verzeichneten Konsums durchgeführt, doch hat eine Gruppe Alkoholsachverständiger den Versuch unternommen, sein Ausmaß global zu schätzen. Nach diesen Schätzungen trinkt ein Erwachsener in der Europäischen Region der WHO durchschnittlich im Jahr 12,1 Liter reinen Alkohols und damit doppelt soviel wie ein Weltbürger im Durchschnitt (5,8 Liter). Frauen konsumieren zwar nur 20–30% des Gesamtverbrauchs, liegen damit aber weltweit ebenfalls an der Spitze.

Tabelle 1: Merkmale des Alkoholkonsums in Teilen der Europäischen Region der WHO (2000)
[Durchschnitt über die Länder hinweg nach Bevölkerung gewichtet] (5,6,7)

WHO-Teilregion ^a	Gesamtverbrauch ^b	Anteil am nicht verzeichneten Gesamtverbrauch ^c [%]	starke Trinker ^d [%]	Anteil der männlichen Trinker an allen Männern [%]	Anteil der weiblichen Trinker an allen Frauen [%]	Verbrauch pro Trinker ^e [l]	Durchschnittliches Trinkmuster ^f
Eur-A	12,9	10	15,7	90	81	15,1	1,3
Eur-B1	9,3	40	9,9	77	57	14,3	2,9
Eur-B2	4,3	51	4,5	54	33	9,9	3,0
Eur-C	13,9	38	18,6	89	81	16,5	3,6
Welt	5,8	40	5,1	60	32	12,3	2,5

a **Eur-A:** Andorra, Belgien, Dänemark, Deutschland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Island, Israel, Italien, Kroatien, Luxemburg, Malta, Monaco, Niederlande, Norwegen, Österreich, Portugal, San Marino, Schweden, Schweiz, Slowenien, Spanien, Tschechische Republik, Vereinigtes Königreich.

Eur-B: Albanien, Armenien*, Aserbaidschan*, Bosnien-Herzegowina, Bulgarien, Ehemalige Jugoslawische Republik Mazedonien, Georgien, Kirgisistan*, Polen, Rumänien, Slowakei, Tadschikistan*, Türkei, Turkmenistan*, Usbekistan*, Bundesrepublik Jugoslawien (mit * fallen unter B2, ohne * unter B1).

Eur-C: Estland, Kasachstan, Lettland, Litauen, Republik Moldau, Russische Föderation, Ungarn, Ukraine, Weißrussland

b Geschätzter Gesamtalkoholverbrauch pro Einwohner über 15 Jahre ausgedrückt in Liter reinen Alkohols (registrierter und nicht registrierter Konsum).

c Anteil des geschätzten nicht registrierten Verbrauchs am Pro-Kopf-Gesamtverbrauch.

¹ Indikatoren des Alkoholkonsums auf Länderebene sind in der Alkoholdatenbank des WHO-Regionalbüros für Europa zu finden (<http://data.euro.who.int/alcohol/>, eingesehen am 17. August 2005).

- d Geschätzter Anteil der schweren Trinker an der Bevölkerung über 15 Jahre (Männer \geq 40g und Frauen \geq 20g).
- e Geschätzter Gesamtverbrauch reinen Alkohols in Litern pro Trinker über 15 Jahre.
- f Geschätztes durchschnittliches Trinkmuster (1–4, wobei 4 das schädlichste Verhalten ist).

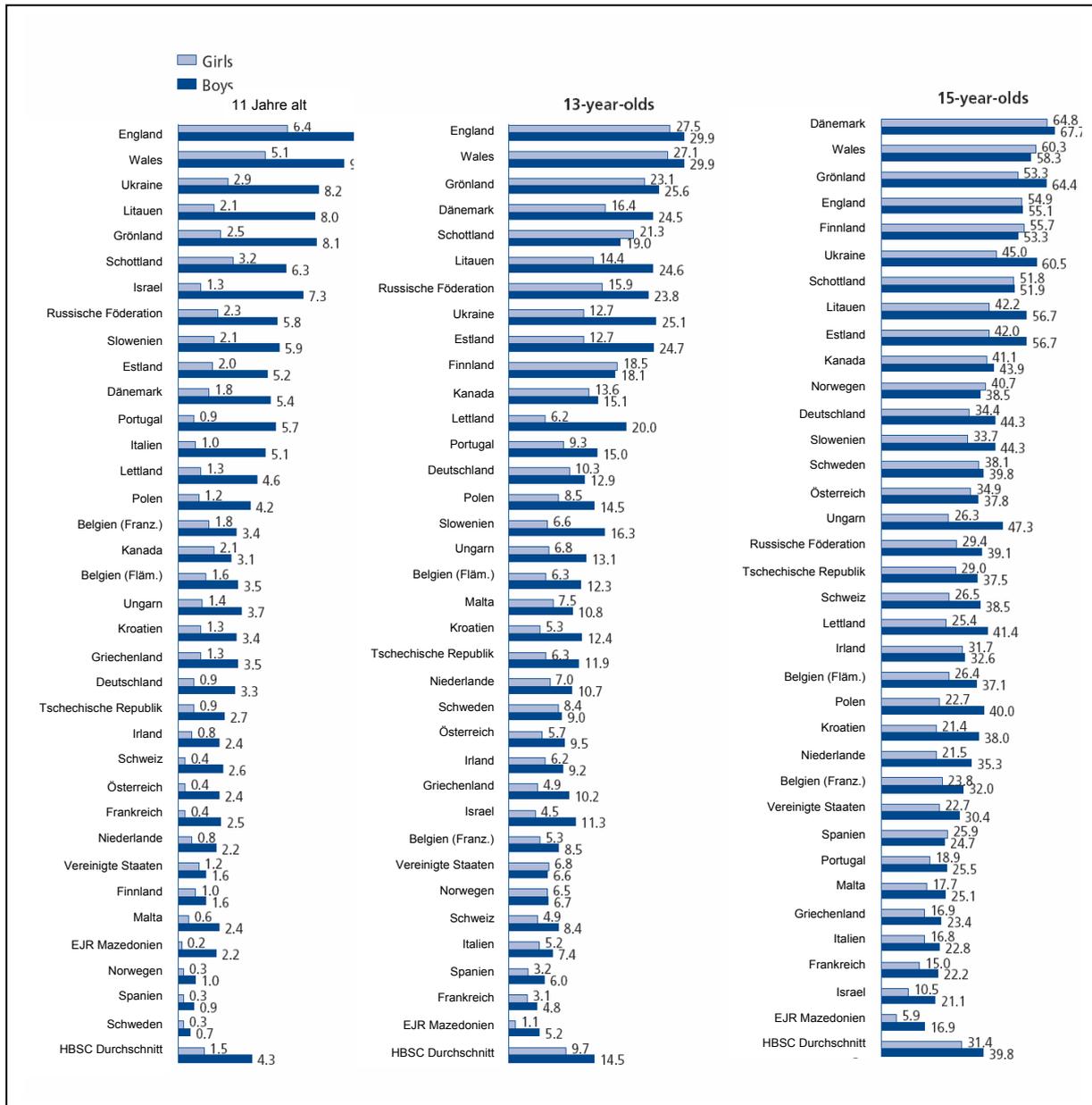
7. Neben dem Alkoholgesamtverbrauch sind auch die Trinkmuster wichtige Determinanten der öffentlichen Gesundheit. Je nach Trinkmuster sind die Folgen eines geänderten Gesamtverbrauchs für die Erkrankungs- und Todesraten mehr oder weniger groß. Wie aus Tabelle 1 hervorgeht, gibt es zwischen verschiedenen Teilen der Europäischen Region substantielle Unterschiede in den Trinkmustern. In Bezug auf die Zahl der Anlässe für Trinkgelage und Rauschtrinken weist die Forschung der Region sowohl die schlechtesten als auch die besten Trinkgebräuche zu. Die Vorherrschaft schädlicher Trinkmuster nimmt generell nach Norden und Osten der Region zu.

Alkohol unter jungen Menschen

8. Der Alkoholkonsum junger Menschen war für die Länder der Europäischen Region besonderer Anlass zur Sorge, was in der Erklärung über Jugend und Alkohol im Jahr 2001 durch die Gesundheitsminister auch zum Ausdruck gebracht wurde. Es gibt zwei Untersuchungen, die im größeren Maßstab den Alkoholkonsum Jugendlicher in der Europäischen Region verglichen haben. 1982 begann das Regionalbüro mit der Untersuchung des Gesundheitsverhaltens von Kindern im schulpflichtigen Alter (HBSC). Diese Studie wird alle vier Jahre durchgeführt. Die letzte Untersuchung von 2001/2002 befragte Jugendliche im Alter von 11–15 Jahren aus 35 Ländern, darunter die meisten aus der Region. Die zweite Untersuchung stammt vom European school survey project on alcohol and drugs (ESPAD, dt.: Europäisches Schuluntersuchungsprojekt zu Alkohol und Drogen), das den Trink-, Rauch- und Drogenkonsum 15- und 16-jähriger Schüler in Europa erforscht. Die ESPAD-Studie wurde 1995, 1999 und 2003 durchgeführt.

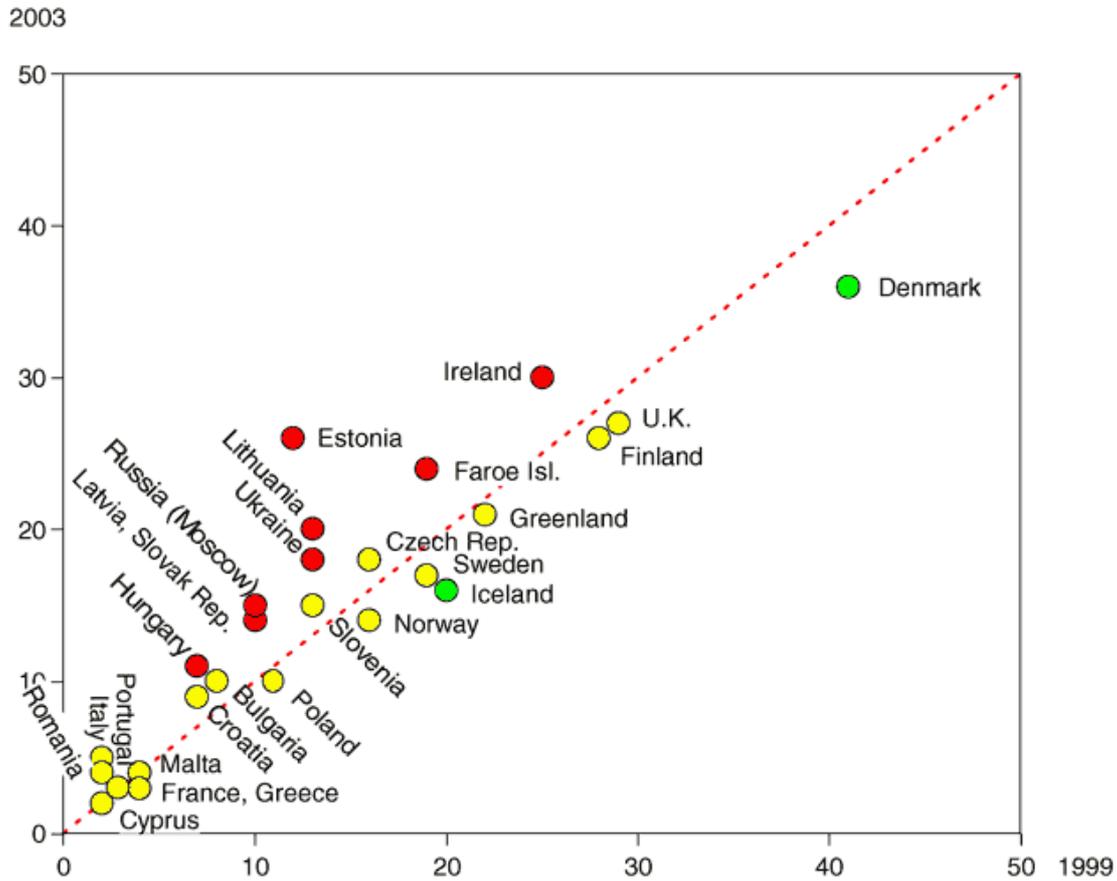
9. Nach der HBSC-Studie von 2001/2002 beträgt das durchschnittliche Einstiegsalter für Alkoholkonsum in den 35 Ländern 12,3 Jahre bei Jungen und 12,9 Jahre bei Mädchen. Im Durchschnitt das erste Mal betrunken sind Jungen mit 13,6 und Mädchen mit 13,9 Jahren. Regelmäßig mindestens einmal pro Woche trinken nach eigenen Angaben 5% der 11-Jährigen, 12% der 13-Jährigen und 29% der 15-Jährigen Alkohol (8).

Abb. 1: Prozentualer Anteil der Jugendlichen, die schon zweimal oder öfter betrunken waren



Quelle: HBSC-Studie (8)

Abb. 2: Veränderungen zwischen 1999 und 2003 in den Angaben der Schüler im Alter von 15–16 Jahren, die angaben schon 20-mal oder häufiger betrunken gewesen zu sein. Länder, in denen die Anzahl der Rausche 2003 gegenüber 1999 zugenommen hatte, erscheinen oberhalb der gestrichelten Linie. Je höher ein Land rangiert, desto häufiger verbreitet waren Rausche im Jahr 2003 unter seinen Jugendlichen



Quelle: ESPAD (9)

(Von rechts nach links oberhalb der gestrichelten Linie)

- Rumänien
- Italien
- Portugal
- Kroatien
- Ungarn, Bulgarien
- Lettland, Slowakei
- Russische Föderation (Moskau)
- Slowenien
- Ukraine
- Litauen
- Tschechische Republik
- Estland
- Färöer
- Irland

(Von rechts nach links unterhalb der gestrichelten Linie)

- Zypern
- Frankreich, Griechenland
- Malta
- Polen
- Norwegen
- Schweden, Island
- Grönland
- Finnland
- Vereinigtes Königreich
- Dänemark

10. Die ESPAD-Studie zeigt, dass von 1999 bis 2003 Rauscherfahrungen der Jugendlichen in der Region vielfach noch zugenommen haben oder auf dem Niveau von 1999 verblieben sind. Lediglich in zwei Ländern, Dänemark und Island, hat es in diesem Zeitraum einen signifikanten Rückgang der kumulativen Rauscherfahrungen gegeben. Rauscherfahrungen sind unter Jugendlichen im Westen der Region weiterhin sehr stark verbreitet, im Osten sind sie auf ein ähnliches Niveau angestiegen. Der Trend unter Jugendlichen zum Rauschtrinken gibt auch im Süden der Region Anlass zu Besorgnis (9).

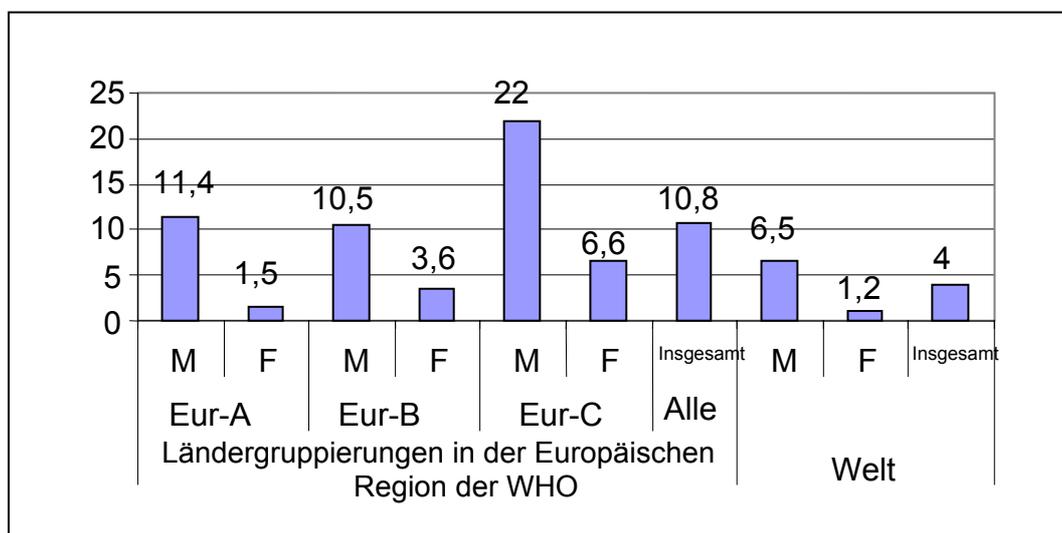
Die gesundheitliche Belastung durch Alkohol

11. Gefährlicher und schädlicher Alkoholkonsum ist mit einem breiten Spektrum aus gesundheitlichen und verhaltensbezogenen Problemen verbunden. Er hat außerdem gesellschaftliche Konsequenzen und betrifft das Leben und auch die psychische Gesundheit derjenigen, die mit einer alkoholabhängigen Person zusammen leben oder arbeiten und die durch eine angetrunkene Person verletzt oder belästigt werden.

12. Global verursacht Alkoholkonsum nach Schätzungen jährlich 1,8 Mio. Todesfälle und 4% der Krankheitslast (10). In der Europäischen Region war die Zahl im Jahr 2002 allerdings mehr als doppelt so hoch (10,8%). Nach Schätzungen starben damals 600 000 Menschen vorzeitig aufgrund alkoholbedingter Ursachen (11). Alkohol lag damit an dritter Stelle der 26 vergleichend bewerteten Risikofaktoren der Krankheitslast in der Europäischen Region und wurden hierin nur von Bluthochdruck (1) und Tabak (2) übertroffen. Zwischen den einzelnen Teilen der Region bestehen allerdings krasse Unterschiede. Alkohol ist in einigen westlichen Ländern der Region bei Frauen für nur 1,5% der Krankheitslast verantwortlich, gleichzeitig aber in einigen östlichen Ländern bei Männern für 22%.

Abb. 3: Prozentualer Anteil alkoholbedingter Krankheiten an allen Krankheiten nach Messungen des globalen Projekts zur Krankheitslast (12)

Anteil der Alkohol zuschreibbaren DALY [%]²



13. Die Belastung der Männer durch alkoholbedingte Erkrankungen ist in allen Teilen der Region mehrere Male so hoch wie die der Frauen. Allerdings sind die Frauen deutlicher unter denen vertreten, die durch den Alkoholkonsum anderer verletzt werden und gesellschaftliche Schwierigkeiten

² DALY: Disability-adjusted life years (dt.: um Behinderungen bereinigte Lebensjahre). Von dem WHO-Projekt zur globalen Krankheitslast entwickeltes Summenmaß zur Abschätzung der Krankheitslast einer definierten Population. DALY erfassen Mortalität und Morbidität. Die Morbidität wird nach der Schwere der Erkrankung gewichtet. Mit DALY werden in kombinierter Form die durch vorzeitige Sterblichkeit verlorenen (YLL) sowie die mit Behinderungen verbrachten Lebensjahre (YLD) berechnet.

erleben. Im Gegensatz zu den meisten anderen Risikofaktoren (z. B. Tabak, Bluthochdruck oder hoher Cholesterinspiegel) entfaltet Alkoholkonsum in Industrieländern seine schädliche Wirkung auf die Gesundheit schon relativ früh im Leben. Alkohol war im Jahr 2002 für die Altersgruppe von 15–29 Jahren der wichtigste Risikofaktor. In diesem Jahr starben laut Schätzungen in der Region 63 000 junge Menschen durch alkoholbedingte Ursachen.

Tabelle 2: Alkoholbedingte Krankheitslast nach Erkrankung (2002) [1000 DALY]

	Europäische Region der WHO		Welt	
	Insgesamt	Anteil an allen Alkohol zuschreibbaren DALY [%]	Insgesamt	Anteil an allen Alkohol zuschreibbaren DALY [%]
Erkrankungen in der Zeit von Schwangerschaft und Geburt	14	0,1%	111	0,2%
Krebs	858	5,5%	4 175	7,0%
Neuropsychiatrische Leiden	5 195	33,2%	22 701	38,2%
Gefäßerkrankungen	1 169	7,5%	3 693	6,2%
Andere nichtübertragbare Krankheiten	1 607	10,3%	4 175	7,0%
Unfallverletzungen	4 867	31,1%	17 044	28,7%
Vorsätzliche Verletzungen	1 933	12,4%	7 452	12,6%
Sämtliche Alkohol zuschreibbaren DALY	15 643	100,0%	59 351	100,0%
Alkohol zuschreibbarer Anteil an allen DALY [%]	10.8		4	

14. Tabelle 3 zeigt den relativen Anteil der alkoholbedingten Sterblichkeit an der gesamten Sterblichkeit nach Alter und Geschlecht. Dieser Anteil ist in der Altersgruppe von 15–29 Jahren in fast allen Teilregionen für beide Geschlechter am höchsten (einzige Ausnahme: Frauen in Eur-B). Anders ausgedrückt: Für junge Erwachsene war Alkohol der wichtigste Risikofaktor. Und das in einer Altersgruppe, in der keine schützenden Wirkungen von Alkohol nachgewiesen wurden.

Tabelle 3: Anteil der alkoholbedingten der gesamten Sterblichkeit in Teilen der Europäischen Region der WHO

	Lebensalter in Jahren					
	0–4	5–14	15–29	30–44	45–59	60–69
Eur-A						
Männer	1,3%	7,1%	26,2%	19,0%	10,4%	4,0%
Frauen	0,8%	3,5%	10,1%	8,6%	6,4%	0,3%
Eur-B						
Männer	0,7%	4,0%	23,1%	18,5%	13,0%	9,6%
Frauen	0,4%	1,3%	7,1%	7,2%	6,1%	3,6%
Eur-C						
Männer	2,5%	9,6%	37,3%	27,7%	21,1%	14,6%
Frauen	1,2%	5,2%	19,1%	15,1%	11,5%	5,9%

15. Die neueren epidemiologischen Befunde einer Schutzwirkung geringen Alkoholkonsums gegen Herzkrankheiten werden oft irrtümlich so interpretiert, als hoben sie die Befunde über die negativen Wirkungen des Trinkens auf. Tatsächlich zeigen aber die jüngsten Berechnungen des WHO-Projekts zur globalen Krankheitslast, dass selbst wenn die positiven Wirkungen geringen Alkoholkonsums

berücksichtigt werden, die negativen Folgen immer noch erheblich sind. Außerdem ist durch Studien belegt, dass positive Wirkungen eines geringen Alkoholkonsums für den Einzelnen sich nicht in positive Trends für die Gesamtbevölkerung umsetzen (12).

Die gesellschaftliche Belastung durch Alkohol

16. Die Bewertung der Rolle des Alkohols für die Belastung durch Krankheit und Tod im Rahmen der WHO-Schätzungen aus dem Jahr 2002 hat wesentliche neue Erkenntnisse über die durch das Trinken entstehenden gesundheitlichen Probleme ergeben. Diese Schätzungen erfassen allerdings lediglich gesundheitliche Schäden (einschließlich Verletzungen) und übersehen damit die gesellschaftlichen Schäden, die durch das Trinken und Dritten zugefügten Schaden entstehen. Politische Maßnahmen, die zu einem Rückgang der alkoholbedingten Schädigungen führen, sind somit nicht nur eine Frage der besseren Gesundheit und der Rettung von Trinkern. Sie haben vielmehr potenziell eine breitere Auswirkung auf die Gesundheit und das Wohlergehen von Familien, Gemeinden und der Gesellschaft insgesamt.

17. Schätzungen der gesellschaftlichen Schäden durch Alkohol sind kaum vorhanden und unvollständig. In einigen Ländern, in denen sie abgeschätzt wurden, zeigte sich allerdings, dass die alkoholbedingte Krankheitslast sogar weniger bedeutsam war als die durch Alkohol bewirkten gesellschaftlichen Schäden (13). Eine wirksame Alkoholpolitik und andere Maßnahmen, die auf eine Verringerung der alkoholbedingten Krankheitslast abzielen, können aber zusätzlich auch zur Verringerung der gesellschaftlichen Schäden beitragen. Gesellschaftliche Probleme durch Alkoholkonsum sollten von der Politik als ebenso wichtig angesehen werden wie die gesundheitlichen. Daher hat das Regionalbüro in Zusammenarbeit mit dem schwedischen Gesundheitsministerium eine Untersuchung der gesellschaftlichen Kosten in der Region initiiert.

Die Grundsatzantwort

18. In den letzten Jahren hat es substanzielle Erkenntnisfortschritte über die Wirkungen konkreter Alkoholeindämmungsmaßnahmen gegeben hinsichtlich ihres Erfolgs oder Misserfolgs. Die Regierungen sind damit heute in einer sehr viel besseren Position als vor 20 Jahren, eine auf Erkenntnisse gestützte Alkoholpolitik entwickeln zu können. In einer neueren Untersuchung wurden 32 Strategien oder Maßnahmen nach ihrer Wirksamkeit, nach der Breite ihrer Forschungsgrundlage, nach ihrer Erprobung über kulturelle Grenzen hinweg und nach ihren relativen Umsetzungskosten eingestuft (7).

19. An dem einen Ende des Spektrums befanden sich Strategien, deren breite Wirksamkeit nachgewiesen wurde. Dazu zählten Maßnahmen für Alkoholbeschränkung und gegen Alkohol am Steuer sowie Kurzinterventionen gegen gefährlichen und schädlichen Alkoholkonsum. Am anderen Ende des Spektrums lag eine Reihe von Strategien, für die eine unmittelbare positive Wirkung in Bezug auf Trinkmuster oder Probleme schwer zu fassen waren. Zu solchen Strategien zählten Aufklärung in der Schule, Mitteilungen durch Behörden und freiwillige Regulierung der Alkoholindustrie. Solche Maßnahmen sollten nur im Rahmen einer umfassenderen Strategie zur Bewältigung der alkoholbedingten Schäden eingesetzt werden.

20. Auf längere Sicht sind nachhaltige Alkoholpolitiken und -programme erforderlich, die sowohl die gefährlichen als auch die schädlichen Trinkmuster abbauen, das Gesamtvolumen des Verbrauchs reduzieren, das Trinken von gewissen Aktivitäten und Situationen isolieren (wie das Fahren oder Bedienen von Maschinen, das Arbeitsleben und die Schwangerschaft) und den Menschen mit Alkoholproblemen und ihren Familien geeignete Hilfe anbieten.

21. Mit der Zunahme der Handelsabkommen und gemeinsamen Märkte oder, allgemeiner ausgedrückt, mit der Globalisierung ist die Fähigkeit der Staaten zu einem ihrer eigenen Kultur angemessenen Einsatz der wirksamsten Mittel zur Verhütung bzw. Verringerung der alkoholbedingten Schäden geschwächt worden. Darum ist es vom Standpunkt der öffentlichen Gesundheit her erforderlich, in

einer international konzentrierten Aktion anzuerkennen, dass Alkohol angesichts der substanziellen mit seinem Gebrauch verbundenen Schäden eine besondere Ware darstellt.

Bewertung der Umsetzung des Europäischen Aktionsplans Alkohol 2000-2005

22. Der Europäische Aktionsplan Alkohol 2000–2005 nennt fünf Hauptziele, die die Mitgliedstaaten erreichen sollen, und zählt zehn Bereiche für die Weiterentwicklung der nationalen Alkoholpolitik und die erwarteten Ergebnisse und Maßnahmen auf. Daneben gibt er fünf Schlüsselbereiche an, in denen das Regionalbüro die Mitgliedstaaten aktiv in ihrem Umsetzungsprozess unterstützen soll. Eine Auswertung des Aktionsplans 2000–2005 wurde durch eine Analyse der im Europäischen Alkoholinformationssystem (EAIS) enthaltenen Informationen und durch eine Befragung der nationalen Ansprechpartner für die Alkoholpolitik versucht.

23. Das EAIS wurde zuletzt in Verbindung mit dem Jahrestreffen der nationalen Ansprechpartner für die Alkoholpolitik im April 2005 in Stockholm aktualisiert. Das EAIS enthält jetzt Daten aus 44 Mitgliedstaaten. Ein Vergleich mit den Daten aus dem Jahr 2000 zeigt, dass sich die Alkoholkontrollpolitik in den meisten Mitgliedstaaten in den vergangenen fünf Jahren nicht geändert hat. Für die Mitgliedstaaten der Europäischen Union ergibt sich seit 2000 das Bild einer insgesamt weniger restriktiven Alkoholpolitik. Diese Analyse verbirgt jedoch individuelle Abweichungen der Mitgliedstaaten und spiegelt nicht das erhöhte Bewusstsein und die zunehmende Sorge über das Trinkverhalten junger Menschen wider, die in vielen Ländern der Region zu beobachten waren.

24. In dem Bemühen ein detaillierteres Bild vom Umsetzungsgrad des Aktionsplanes in den Mitgliedstaaten zu erzeugen, wurde im ersten Quartal 2005 eine Befragung der nationalen Ansprechpartner für die Alkoholpolitik durchgeführt. Die Ansprechpartner wurden über den Umsetzungsgrad des Aktionsplans auf nationaler Ebene und die Leistungen des Regionalbüros befragt. 36 Ansprechpartner füllten den Fragebogen aus. Die Ergebnisse, daran ist zu erinnern, geben nicht unbedingt den tatsächlichen Umsetzungsgrad oder das Erreichte wider, sondern lediglich die Wahrnehmung der Ansprechpartner bezüglich Änderungen in der Alkoholpolitik zwischen 1999 und 2005 in ihren jeweiligen Ländern.

25. Insgesamt melden die Ansprechpartner Fortschritte in Richtung der Ziele des Aktionsplans, dabei gibt es jedoch große Unterschiede zwischen den Ländern und Teilregionen. In den zehn Bereichen des Aktionsplans wurden die größten Fortschritte bei Aufklärung und Erziehung gemacht, die geringsten im Bereich Verfügbarkeit von alkoholischen Erzeugnissen. Dies scheint im Widerspruch zu der Erkenntnis zu stehen, wonach Strategien zur Reduzierung der Verfügbarkeit als die wirksamsten einzustufen sind. Bemerkenswert scheint auch, dass die Übernahme von Verantwortung durch die Alkoholgetränkeindustrie, wie im Aktionsplan skizziert, von den Ansprechpartnern als nicht zufrieden stellend empfunden wird. Die gemeldeten zusätzlichen Aktivitäten der Branche hinsichtlich der gesellschaftlichen Aspekte des Alkohols haben somit nicht die Ziele des Plans zur Verringerung der alkoholbedingten Schäden erfüllt.

26. Die Ansprechpartner wurden dann um eine Einstufung der Rolle des Regionalbüros, wie sie im Aktionsplan angerissen ist, gebeten. Die höchsten Noten erhielt das Regionalbüro als Informationszentrum für Alkoholthemen. Offenbar hat das Regionalbüro erfolgreich sachbezogene Informationen zum Thema Alkohol an die Mitgliedstaaten übermittelt. Die Einrichtung des Europäischen Alkoholinformationssystems und die Pflege und Aktualisierung der GFA-Datenbank haben hierzu wesentlich beigetragen. Die schlechtesten, wenn auch immer noch positiven Noten, erhielt das Regionalbüro für seine Rolle als Gesundheitsgewissen der Region und als Katalysator für Maßnahmen, die beide für die Politikgestaltung in Bezug auf Alkohol sehr wichtig sind.

Künftige Herausforderungen

27. Das WHO-Regionalbüro für Europa hat während der vergangenen 20 Jahre eine wichtige Rolle als Katalysator und Moderator für die Politikformulierung und die Überzeugungsarbeit bei mit Alkohol verbundenen Gesundheits- und Wohlfahrtsthemen der Mitgliedstaaten gespielt. Zwei regionale

Aktionspläne in Folge (1992–2000 und 2000–2005) und zwei Ministerkonferenzen, die zur Europäischen Charta Alkohol (1995) und zur Stockholmer Erklärung über Jugend und Alkohol von 2001 führten, haben Wege zur Entwicklung und Umsetzung wirksamer Maßnahmen im Bereich Alkohol aufgezeigt und daher zur gesamten Gesundheitspolitik in der Region beigetragen.

28. In einem großen Teil der Europäischen Region ist Alkohol eine vertraute Begleiterscheinung im wöchentlichen Lebensrhythmus. Die schwerwiegenden gesundheitlichen und gesellschaftlichen Probleme, die er sowohl unmittelbar als auch auf längere Sicht verursacht, werden dabei häufig übersehen. Aus diesem Grund ist die Analyse des WHO-Projekts zur globalen Krankheitslast eine wichtige Ermahnung, dass die Europäische Region immer noch ein ernstes Alkoholproblem hat. Wenn sich die negativen Veränderungen in den Trinkmustern, die es in vielen Teilen der Region gegeben hat, fortsetzen, müssen wir einen weiteren Anstieg der alkoholbedingten Krankheitslast in den Teilregionen erwarten, selbst wenn sich der gegenwärtige Konsumpegel nicht erhöht.

Literatur³

1. *Europäische Charta Alkohol*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1995 (http://whqlibdoc.who.int/euro/1994-97/EUR_ICP_ALDT_94_03_CN01.pdf).
2. *Europäischer Aktionsplan Alkohol 2000–2005*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2000 (<http://www.euro.who.int/document/e67946G.pdf>).
3. *Erklärung über Jugend und Alkohol*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2001 (http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20030204_1?language=German).
4. European Alcohol Information System [Website]. Kopenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (http://www.euro.who.int/alcoholdrugs/20020611_1).
5. Rehm J et al. The global distribution of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking. *European Addiction Research*, 2003, 9(4):147–156.
6. Rehm J et al. Alcohol as a risk factor for burden of disease. In: Ezzati M et al., eds. *Comparative quantification of health risks: Global and regional burden of disease due to selected major risk factors*. Geneva, World Health Organization, 2004:959–1108.
7. Babor T et al. *Alcohol: No Ordinary Commodity – Research and Public Policy*. Oxford, Oxford University Press, 2003.
8. Currie C et al., eds. *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*. Kopenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (http://www.euro.who.int/eprise/main/who/informationresources/publications/catalogue/20040518_1).
9. Hibell B et al. *The ESPAD Report 2003. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries*. Stockholm, Modin Tryck AB, 2004.
10. *The world health report 2002: Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva, World Health Organization, 2002 (<http://www.who.int/whr/2002/en/>).
11. Rehm J, Taylor, B. *Volume of alcohol consumption, patterns of drinking and burden of disease in the European Region – implications for alcohol policy*. WHO Regional Office for Europe meeting on Alcohol Policy in the WHO European Region, Stora Brännbo, Sweden, 13–15 April 2005.
12. Global Burden of Disease project [Website]. Kopenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (<http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=evidence,burden>).

³ Websites eingesehen am 17. August 2005

13. *Alcohol misuse in Scotland: trends and costs. Final report.* Northwood, Middlesex, Catalyst Health Consultants, 2001.
14. Room R et al. Drinking and its burden in a global perspective: policy considerations and options. *European Addiction Research*, 2003, 9(4):165–175.