



WELTGESUNDHEITSORGANISATION
REGIONALBÜRO FÜR EUROPA
KOPENHAGEN

REGIONALKOMITEE FÜR EUROPA
Einundfünfzigste Tagung, Madrid, 10.–13. September 2001

Punkt 7 d) der vorläufigen Tagesordnung

EUR/RC51/10
+ EUR/RC51/Conf.Doc./7
5. Juli 2001
10194M
ORIGINAL: ENGLISCH

SACHSTANDSBERICHT ZUM EUROPÄISCHEN AKTIONSPLAN ALKOHOL,
EINSCHLIESSLICH FOLLOW-UP ZUR MINISTERIELLEN WHO-KONFERENZ
JUGEND UND ALKOHOL

Das vorliegende Dokument enthält den in Resolution EUR/RC49/R8 erbetenen Sachstandsbericht über die Umsetzung des Europäischen Aktionsplans Alkohol. In der Zusammenfassung der seit der 49. Tagung des Regionalkomitees im Jahr 1999 erzielten Fortschritte wird besonderes Gewicht auf die Europäische ministerielle WHO-Konferenz Jugend und Alkohol (Stockholm, 19.–21. Februar 2001) und auf Vorschläge für Maßnahmen gelegt, mit denen das auf der Konferenz Erreichte weitergeführt werden kann. Der Anhang enthält einen Resolutionsentwurf zur Behandlung durch das Regionalkomitee, der sich inhaltlich auf die Konferenz konzentriert.

EINLEITUNG

1. Der Europäische Aktionsplan Alkohol wurde 1992 mit der Verabschiedung von Resolution EUR/RC42/R8 ins Leben gerufen und durch Resolution EUR/RC49/R8 bis zum Jahr 2005 verlängert. In letzterer Resolution wird darum gebeten, dem Regionalkomitee alle zwei Jahre einen Bericht vorzulegen. Das vorliegende Dokument bildet den ersten dieser zweijährlichen Sachstandsberichte. Es bezieht sich insbesondere auf die Europäische ministerielle WHO-Konferenz Jugend und Alkohol (Stockholm, 19.–21. Februar 2001). Der Resolutionsentwurf im Anhang sieht vor, dass sich das Regionalkomitee hinter die auf der Konferenz verabschiedete Erklärung stellen kann, und enthält Vorschläge für zweckgerechte weiterführende Maßnahmen.

FORTSCHRITTE

2. Wie bereits aus der dem Regionalkomitee auf dessen 49. Tagung im Jahr 1999 vorgelegten Evaluation des Aktionsplans hervorging, war der Aktionsplan von vielen Nationalregierungen und kommunalen Selbstverwaltungen wirksam aufgegriffen worden. Diese Tendenz setzte sich in den letzten zwei Jahren vor allem in westeuropäischen Mitgliedstaaten fort. Das neue italienische Gesetz, das ausdrücklich auf den Aktionsplan Bezug nimmt, zählt zu den neuesten Beispielen.

3. Die Fakten sprechen also dafür, dass der Aktionsplan die Reaktionen in den Mitgliedstaaten gestärkt hat, in Bezug auf das Konsumniveau und die Konsummuster sind die Trends allerdings weniger eindeutig. Ein Vergleich der Daten über einen Zeitraum von zehn Jahren zeigt, dass in ungefähr einem Drittel der Länder das Gesamtkonsumniveau sinkt, in etwa einem weiteren Drittel steigt der Konsum, während der Gesamtkonsum in den restlichen Ländern relativ stabil ist.

4. Weiterhin sprechen die Fakten dafür, dass die Zahl der alkoholbedingten Verkehrsunfälle in der Mehrheit der Mitgliedstaaten zurückgeht. Die für andere Formen von alkoholbedingten Schäden verfügbaren Daten zeigen ein uneinheitliches Muster. In einigen Ländern nehmen diese Schäden zu, in anderen sind sie rückläufig. Ausführlichere Angaben dazu finden sich in dem für die ministerielle Konferenz erstellten Bericht (Rehn, N. et al. *Alkohol in der Europäischen Region – Konsum, Gesundheitsschäden und politische Dimension*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2001).

5. Unter Wissenschaftlern und Public-Health-Experten wächst das Interesse an Alkohol als einer Determinante von Gesundheit. Zu dieser Thematik wurde eine Reihe wichtiger internationaler Studien durchgeführt und es laufen weitere. Eine davon ist das Projekt Alkohol und Gemeinwohl, das das WHO-Regionalbüro als Ko-Sponsor stützt. In diesem auf die Makroebene abzielenden Überblick sollen Forschungsdaten über die Wirksamkeit von gesundheitspolitischen Konzepten zur Steuerung des Alkoholkonsums zusammengetragen und analysiert werden. Der zweite Projektbericht erscheint voraussichtlich im Frühjahr 2002. Weitere wichtige internationale Forschungsvorhaben in diesem Bereich sind die ECAS-Studie (European Comparative Alcohol Study) über den Konsum, die Schäden und die Politik in den Ländern der Europäischen Union sowie das in einer großen Zahl der europäischen Mitgliedstaaten der WHO laufende Europäische Schulsurvey-Projekt über Alkohol und andere Drogen (ESPAD).

6. Auf der Tagung des Lenkungsausschusses des WHO-Verbands Regionen für Gesundheit im Jahr 1999 wurde beschlossen, ein Sonderprojekt über Konzepte der Bekämpfung des Alkohol- und Drogenmissbrauchs auf regionaler (d. h. subnationaler) Ebene in Gang zu setzen. Zu den vorrangigen Zielen des Projekts gehören die Anwendung und Anpassung der im Aktionsplan enthaltenen Leitlinien. Zehn Regionen in neun Ländern beteiligen sich aktiv an dieser Initiative.

7. Die Leitung des WHO-Ring-Projekts zur Ermittlung und Handhabung von alkoholbedingten Problemen in der primären Gesundheitsversorgung (Phase IV) liegt weiterhin beim Regionalbüro. Dieses Projekt wird von Forschern und in der primären Gesundheitsversorgung Tätigen in elf Mitgliedstaaten

durchgeführt. Innerhalb von zwei Jahren wird ein Projektbericht vorliegen, aus dem hervorgehen soll, ob es möglich ist, diese Probleme zu erkennen und zu handhaben.

8. Beunruhigend ist der in den letzten Jahren in vielen Mitgliedstaaten zu beobachtende Trend, dass Jugendliche in zunehmend jüngerem Alter mehr Alkohol trinken. Die Schäden, die sie dadurch erleiden, sind beträchtlich. Eine sich auf Daten aus der WHO Global Burden of Disease Study 2000 stützende vergleichende Risikoanalyse zeigt beispielsweise, dass in der Europäischen Region einer von vier Sterbefällen unter Männern der Altersgruppe 15–29 Jahre dem Alkohol zuzuschreiben ist. Diese Überlegungen führten zu dem Beschluss, die ministerielle Konferenz unter das Thema „Jugend und Alkohol“ zu stellen, wobei die Konferenz jedoch das übergeordnete Ziel verfolgte, die Umsetzung des Europäischen Aktionsplans Alkohol zu unterstützen.

DIE KONFERENZ

9. Die Europäische ministerielle WHO-Konferenz Jugend und Alkohol fand vom 19. bis 21. Februar 2001 in Stockholm statt. Die Abhaltung dieser Konferenz war von der schwedischen Delegation auf der 48. Tagung des Regionalkomitees vorgeschlagen worden als eine Gelegenheit, sich mit dem seit der Europäischen Konferenz Gesundheit, Gesellschaft und Alkohol (Paris, Dezember 1995) Erreichten auseinander zu setzen und künftige Maßnahmen zu planen.

10. Fast alle Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO waren auf der Konferenz vertreten, im Allgemeinen hochrangig: Zu den Teilnehmern zählten 37 Gesundheitsminister, ein stellvertretender Premierminister sowie zahlreiche stellvertretende Minister und Staatssekretäre. Vierzig Berater auf Zeit waren als Referenten für die drei Fachplenen und vierzehn parallel arbeitenden Arbeitsgruppen geholt worden. Insgesamt hatte die Konferenz nahezu 500 Teilnehmer.

11. Die Konferenz erwies sich in Bezug auf Medieninteresse, Teilnehmerzahl, die wissenschaftlichen und politischen Programme sowie das Rahmenprogramm als Erfolg. Das Gleiche galt für den Konsens über den getroffenen politischen Beschluss. Zusammenarbeit bestand mit wichtigen internationalen Partnerorganisationen, vor allem der Europäischen Kommission, dem Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen, dem Europarat, dem Europäischen Forum der Ärzteverbände und der WHO, mit EURO CARE, dem Europäischen Verbund für Gesundheitskommunikation und dem WHO-Hauptbüro.

12. Die großzügige schwedische Gastgeberregierung gewährte der Konferenz erhebliche fachliche und finanzielle Unterstützung und nahm, was noch wichtiger war, die Konferenz in das Programm auf, das sich die schwedische Regierung für ihre Ratspräsidentschaft der Europäischen Union (EU) vorgenommen hatte. Damit bot sich eine weitere Gelegenheit zur Zusammenarbeit mit der Europäischen Kommission, wovon auch die Ansprachen des Europäischen Kommissars für Gesundheit und Verbraucherschutz und des Direktors der Generaldirektion Öffentliche Gesundheit Zeugnis ablegten.

13. In diesem Zusammenhang ist bemerkenswert, dass die EU am 5. Juni 2001 zwei Maßnahmen annahm, nämlich eine Empfehlung des Rates betreffend den „Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen“ und Schlussfolgerungen des Rates zu einer „Gemeinschaftsstrategie zur Minderung der schädlichen Wirkungen des Alkohols“. Beide Beschlüsse stimmen inhaltlich mit dem Europäischen Aktionsplan Alkohol überein und fordern zu internationaler Zusammenarbeit, vor allem mit der Weltgesundheitsorganisation, auf.

14. Als großer Erfolg erwies sich auch die Einbeziehung von Jugendlichen in die Konferenzvorbereitungen und ihre Teilnahme an der Konferenz. Annähernd die Hälfte der Mitgliedstaaten war dem in dem Einladungsschreiben des Regionaldirektors und des schwedischen Premierministers vorgebrachten Vorschlag gefolgt, Jugendliche in ihre Delegation aufzunehmen. Außerdem nahmen zwanzig „Botschafter“ des Youth Meeting an den Verhandlungen teil. Bei dem Youth Meeting handelte es sich um eine im November 2000 abgehaltene Vorbereitungstagung, bei der etwa hundert Jugendliche aus der gesamten Region zusammenkamen, um die gleiche Tagesordnung zu behandeln, wie sie für die Konferenz vorgesehen war.

15. Im Voraus war eine gute Kommunikationsstrategie vorbereitet worden, die auch die Initiierung neuer Forschungsvorhaben in diesem Bereich umfasste. Nur wenige vom Regionalbüro organisierte Konferenzen haben bisher so viel Presseaufmerksamkeit erregt. Nach den Rückmeldungen der Ansprechpartner wurde in allen wichtigen nationalen Medien über die Konferenz berichtet.

DIE ERKLÄRUNG

16. Die Erklärung wurde in enger Rücksprache mit den Mitgliedstaaten über einen Zeitraum von zwei Jahren hinweg entworfen. Der endgültige Text der Erklärung (Zugriff über die Konferenz-Web site unter <http://www.youngalcohol.who.dk> oder gedruckt (Dokument EUR/00/5020274/6) erhältlich beim Referat Alkohol und Drogen am WHO-Regionalbüro für Europa) enthält die folgenden Hauptelemente:

- Der Alkohol wird als wichtiges Problem für die Gesundheit junger Menschen erkannt;
- die Notwendigkeit, eine Gesundheitspolitik/Alkoholpolitik ohne Einmischung kommerzieller oder wirtschaftlicher Interessen zu entwickeln, wird bestätigt;
- Jugendlichen muss die Möglichkeit geboten werden, sich am politischen Prozess zu beteiligen;
- auf nationaler und lokaler Ebene müssen Ziele aufgestellt werden, die dazu dienen sollen, die Auswirkungen des Alkohols auf die Gesundheit von Jugendlichen zu verringern.

FOLLOW-UP

17. Die internationale Arbeit, die das Regionalbüro seit fast zehn Jahren leistet, wurde von vielen europäischen Mitgliedstaaten in ihrer Politik und Gesetzgebung gut genutzt. Eine Reihe von Ländern, vor allem in Mittel- und Osteuropa und in den neuen unabhängigen Staaten, hinkt in dieser Entwicklung jedoch hinterher. Die von der WHO zu leistende **konkrete Länderunterstützung** könnte Überzeugungsarbeit, Hilfe bei der Messung der Auswirkungen des Alkoholkonsums auf die Gesundheit der Bevölkerung, Politikentwicklung und Schulung von Mitarbeitern des Gesundheits- und Sozialsektors in der Handhabung von Präventions- und Behandlungstechniken bestehen.

18. Die „treibende Kraft“ der die Konferenzklärung weiterführenden Maßnahmen sind die **nationalen Ansprechpartner für den Europäischen Aktionsplan Alkohol**, die in den einzelnen Mitgliedstaaten von den Gesundheitsministern nominiert wurden. Das Regionalbüro wird diesen Verbund der Ansprechpartner unterstützen, um die Erreichung der in der Konferenzklärung aufgestellten Ziele zu erleichtern. Nachdrückliche Impulse gehen dabei von dem Versuch aus, die Aufmerksamkeit ständig auf den Austausch von Informationen über die hinsichtlich der Ziele in den Ländern gemachten Fortschritte zu konzentrieren. Erhebliche Unterstützung für ihre Arbeit auf nationaler Ebene finden die Ansprechpartner im Verbund selbst. Entscheidend ist, dass die bestehende Kommunikationsstruktur, zu der auch ein Listenserver gehört, erhalten bleibt und ständig aktuell ist. Dies impliziert, dass im Regionalbüro ein aktives Alkoholprogramm besteht, dessen Mitarbeiter sich um den Verbund kümmern und Impulse liefern können.

19. Die Region muss insgesamt die Faktengrundlage für Public-Health-Maßnahmen stärken. Ein **Europäisches Alkohol-Information- and -Monitoring-System** (EAIS) wird wichtiger Bestandteil einer ausgebauten regionalen Public-Health-Informationbank sein. Mit dem EAIS wird das Niveau und die Muster des Alkoholkonsums in der Bevölkerung, die Prävalenz und Inzidenz alkoholbedingter Probleme und die Politikentwicklung verfolgt. Das System wird eine Harmonisierung der Datenerhebung in den Mitgliedstaaten begünstigen. Die ersten Schritte zur Errichtung eines solchen Systems wurden bereits gemacht, als sich die Vertreter aller Mitgliedstaaten unmittelbar nach der Konferenz zu einer Sitzung über Indikatoren zusammenfanden. Das System wird, möglichst weitgehend in Zusammenarbeit mit der Europäischen Kommission, weiterentwickelt.

20. Mit den in den Mitgliedstaaten bei der Politikentwicklung und Programmarbeit erzielten Fortschritten steigt der Gesetzgebungsbedarf. Von der Schaffung einer regionalen **Datenbank der Alkohol-Gesetzgebung** als besonderem Teil des EAIS und dem vom Regionalbüro zu erarbeitenden Leitlinienmaterial zum Thema Gesetzgebung werden starke Impulse in diese Richtung ausgehen.
21. In weiteren **Forschungsarbeiten** muss die Wirksamkeit von Grundsatzmaßnahmen untersucht werden. Unterstützt werden kann dies durch die Einrichtung eines Verbunds von Forschungsinstituten in der Region und durch die Weiterführung der für die Thematik Alkoholpolitik und Gemeinwohl zuständigen Gruppe (s. Absatz 5 oben). Der kommende Bericht der Gruppe sollte mit Unterstützung des Regionalbüros veröffentlicht und den Mitgliedstaaten breit zugänglich gemacht werden.
22. Durch die Anknüpfung **internationaler Partnerschaften**, vor allem mit der Europäischen Kommission, dem Europarat, dem Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen und dem Europäischen Forum der Ärzteverbände und der WHO hat die Alkoholproblematik mittlerweile einen festen Platz auf der Tagesordnung dieser Organisationen. Mit diesen Organen müssen Kooperationsvereinbarungen getroffen werden, um die Weiterführung der begonnenen Arbeit sicherzustellen. Die vor kurzem von der EU angenommene Ratsempfehlung und die Ratsschlussfolgerungen (s. Absatz 13 oben) haben einen besonders positiven Rahmen für eine einschlägige intensive Zusammenarbeit zwischen der Europäischen Kommission und dem Regionalbüro geschaffen.
23. Durch die Konferenz und die zu ihr hinführenden Vorbereitungen hat das Regionalbüro in der ganzen Region Kontakte zu zahlreichen **Jugendlichen** und ihren Organisationen angeknüpft. Viele dieser Jugendlichen und ihrer Organisationen möchten die Beziehungen unbedingt aufrechterhalten. Das Engagement dieser Jugendlichen wäre außerordentlich wertvoll, vor allem für die Ausarbeitung und Umsetzung von Gesundheitsprogrammen für Jugendliche.
24. Ein wichtiges auf der Konferenz diskutiertes Problem waren die von der Alkoholindustrie ausgehende Beeinflussung und die Fähigkeit dieser Industrie, den Jugendmarkt zu durchdringen. Eine vom WHO-Hauptbüro angekündigte Initiative war die Etablierung eines Systems zur **Begleitüberwachung der** auf die jugendlichen Käufer ausgerichteten **Werbung für alkoholische Getränke**. Das Regionalbüro wird sicherstellen, dass dieses Vorhaben für die Europäische Region zu greifbaren Resultaten führt.