

Diskussionsentwurf - Stand 17.06.97

**A K T I O N S P L A N**  
**A L K O H O L**

**DER DEUTSCHEN HAUPTSTELLE**  
**GEGEN DIE SUCHTGEFAHREN E.V.**

## A K T I O N S P L A N   A L K O H O L

### DER DEUTSCHEN HAUPTSTELLE GEGEN DIE SUCHTGEFAHREN E.V.

#### Gliederung:

1	Der Auftrag der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS)	3
2	Vorbemerkungen zum Begriff "Alkoholpolitik"	3
3	Folgen des Alkoholkonsums in Deutschland	4
4	Der strategische Ansatz der DHS	6
4.1	Gesundheitsbezogenheit	
4.2	Zielgruppen	
4.3	Konsumreduzierung	
4.4	Einzelne Maßnahmen mit breiter Trägerschaft	
5	Strukturelle Maßnahmen der Konsumreduzierung	8
5.1	Steuerung über den Preis	
5.2	Einschränkung der Verfügbarkeit	
5.3	Einflußnahme auf die gesellschaftliche Bewertung (Punkt-Nüchternheit)	
5.4	Senkung der Promillegrenze	
6	Maßnahmen zur Veränderung von Mißbrauchsverhalten	10
6.1	Erhöhung der Interventionen	
6.2	Einbeziehung des Medizinsystems	
6.3	Vereinfachung der Zugänge zum Hilfesystem	
7	Forderungen zur Umsetzung	11
8	Bisherige Ansätze zur Reduzierung der Folgen von Alkoholgebrauch und Alkoholmißbrauch	12
 <b>ANHANG</b>		
	Europäische Charta Alkohol	13
	Literatur und Quellen	15

## 1 DER AUFTRAG DER DEUTSCHEN HAUPTSTELLE GEGEN DIE SUCHTGEFAHREN (DHS)

In der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) haben sich unter Wahrung ihrer Eigenständigkeit 21 bundesweit in der Suchtprävention und Suchtkrankenhilfe tätigen Verbände zusammengeschlossen. In dieser Funktion ist es Aufgabe der DHS, die Interessen der Mitglieder aus dem öffentlich-rechtlichen und dem frei-gemeinnützigen Bereich zu koordinieren und gegenüber der Bundesregierung, Bundesbehörden und den bundesweiten Zusammenschlüssen der Renten- und Krankenversicherung zu vertreten.

Als bundesweit koordinierende Fachstelle für Suchtfragen ist es Aufgabe der DHS, Themen der Suchtproblematik aufzugreifen, fachliche Diskussionen zu fördern, Richtlinien bzw. Rahmenkonzeptionen zu entwickeln und Stellungnahmen abzugeben.

In dieser Funktion legt die DHS einen "Aktionsplan Alkohol" vor. Der vorliegende Plan beruht auf den Erfahrungen in der Suchtkrankenhilfe und auf dem Auftrag der DHS und der angeschlossenen Verbände, den Folgen des Suchtmittelgebrauchs und -mißbrauchs und damit den Suchtgefahren entgegenzuwirken.

Sowohl die Erfahrungen aus der täglichen Arbeit als auch die internationalen Erkenntnisse haben Eingang in diesen Plan gefunden. Die DHS erwartet von Bund und Ländern

- die Entwicklung eines "Nationalen Aktionsplans Alkohol";
- die Beteiligung der DHS an dieser Entwicklung und
- Schritte zur konsequenten Umsetzung sowohl der in diesem als auch in einem Nationalen Aktionsplan Alkohol geforderten Lösungsvorschläge.

Die DHS schließt sich insbesondere der WHO-Forderung, den Alkoholkonsum bis zum Jahr 2000 um 25 % zu senken, an. Das bedeutet weder Rationierung des Alkohols noch die Forderung nach Prohibition. In Deutschland würden dann ca. 8 - 9 l reiner Alkohol pro Kopf und Jahr konsumiert - immer noch ein Spitzenwert im internationalen Vergleich.

## 2 VORBEMERKUNGEN ZUM BEGRIFF "ALKOHOLPOLITIK"

Wenn es in Deutschland eine umfassende Suchtpolitik geben würde, die sich konsequent mit allen Aspekten der Sucht und mit allen Suchtmitteln auseinandersetzen würde, bedürfte es keiner eigenständigen Alkoholpolitik.

Da es diese Politik jedoch nicht gibt, braucht Deutschland eine "Alkoholpolitik", d. h. eine konsequente Auseinandersetzung mit dem Genuß- und Suchtmittel Alkohol. Dabei ist der Begriff der Alkoholpolitik - im Gegensatz zum Begriff der Drogenpolitik - auf den ersten Blick schillernd.

Während in Griechenland unter Alkoholpolitik die Absatzförderung des dortigen Weinanbaus verstanden wird, ist der Begriff - in Skandinavien geprägt - international ein Sammelbegriff für alle Maßnahmen, die die Produktion und den Handel mit alkoholischen

Getränken regulieren. Die Bundesrepublik steht - so scheint es - dem griechischen Verständnis näher. Das hat auch damit zu tun, daß Deutschland führend im Bierausstoß und Bierkonsum ist und auch in der Wein- und Spirituosenproduktion unter den ersten zehn Ländern in der Welt positioniert ist.

Die damit verbundenen wirtschaftlichen Interessen haben bisher die Alkoholpolitik, sofern sie als solche bezeichnet werden kann, in der Bundesrepublik bestimmt.

Gesundheitspolitische Forderungen, die den Alkohol- (und Tabak-) Konsum als eines der vorrangigsten Gesundheitsprobleme der Bevölkerung aufgreifen, konnten bisher nicht mit politischer Unterstützung rechnen. Ein 1985 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in Auftrag gegebener Bericht über die weltweiten Verflechtungen und Interessen der Alkoholindustrie, der jahrelang aufgrund des Drucks der Alkoholindustrie unter Verschuß gehalten wurde, hat auch nach seiner Veröffentlichung in Deutschland keine nennenswerte Beachtung gefunden (Cavanagh, 1986).

Wenn in der Folge des 1992 durch das Regionalbüro Europa der WHO beschlossenen Aktionsplans Alkohol noch einmal versucht wird, alkoholpolitische Maßnahmen aus gesundheitorientierter - und nicht aus gewinnorientierter - Sicht zu ergreifen, so geht es dabei auf der einen Seite um die Gesundheit der Bevölkerung insgesamt und auf der anderen Seite um die Prävention des schädlichen Konsums bzw. der Abhängigkeit.

### 3 FOLGEN DES ALKOHOLKONSUMS IN DEUTSCHLAND

Seit 1970 bewegt sich der Pro-Kopf-Verbrauch alkoholischer Getränke, berechnet in reinem Alkohol, auf einem Niveau von über 11 Litern. Bei Spitzenwerten von 12,5 Litern im Jahre 1980 sind seit 1993 sinkende Verbrauchszahlen zu konstatieren. 1995 lag der Wert bei 11,2 Litern.

Mit diesem Konsum bewegt sich Deutschland nach wie vor in der Spitzengruppe aller Länder. Der Pro-Kopf-Verbrauch von 11,2 l entspricht insgesamt einem durchschnittlichen Konsum von täglich ca. 30 Gramm reinem Alkohol - unter Einrechnung von Kindern, alten und abstinent lebenden Menschen.

1995 wurden in Deutschland durchschnittlich 137,7 l Bier, 17,4 l Wein, 4,8 l Sekt und 6,5 l Spirituosen getrunken.

1991 tranken hochgerechnet 30 % der Männer durchschnittlich mehr als die gesundheitsgefährdende Menge von 40 g reinem Alkohol pro Tag und 30 % der Frauen mehr als die für Frauen gesundheitsgefährdende Menge von 20 g pro Tag.

Die alkoholbedingte Morbidität und Mortalität in Deutschland ist außerordentlich hoch. Einem Fragebogen-Screening zu Alkoholmißbrauch in der Bevölkerung (7833 Personen) zufolge ist hochgerechnet bei 6,6 Millionen Bundesbürgerinnen und -bürgern von einer Alkoholproblematik auszugehen.

Löser schätzt allein die Zahl der Alkoholembryopathie auf 2200

pro Jahr, eine der Extremfolgen von Alkoholkonsum.

Der Alkoholkonsum in der Bevölkerung zieht Behandlungen alkoholbedingter Erkrankungen in der medizinischen Versorgung nach sich. So unterscheidet John:

1. Alkoholfolgekrankheiten, z. B. Alkoholabhängigkeit, Delir, ethyltoxische Polyneuropathie, Ösophagusvarizen, alkoholische Leberschäden, und
2. alkoholassoziierte Erkrankungen, z. B. Hypertonie, Kardiomyopathie, Pneumonie.

In Allgemeinkrankenhäusern ist auf der Basis der bisherigen Befunde von 12,7 % Alkoholabhängigen unter den 18-64jährigen Patienten auszugehen. Das entspricht ca. 930.000 Behandlungsfällen im Jahr bei der Annahme, daß 50 % der Aufnahmen diese Altersgruppe betreffen. Hinzu kommen stationäre Aufnahmen in psychiatrische Krankenhäuser, die als Suchtaufnahmen ausgewiesen sind, sowie durchgeführte Rehabilitationsmaßnahmen (Entwöhnungsbehandlungen) (BMG, 1996).

Die DHS schätzt, daß direkte Folgen des Konsumverhaltens sind:

2,5 Millionen Menschen (zwei Drittel Männer, ein Drittel Frauen), davon 250.000 Jugendliche und junge Erwachsene, sind behandlungsbedürftig alkoholkrank.

5 bis 7 Millionen Angehörige sind durch die Alkoholabhängigkeit eines Familienmitgliedes betroffen.

In Deutschland sterben jährlich etwa 10.000 Menschen im Strassenverkehr. Bei jedem zweiten Unfall hat der Unfallverursacher alkoholisiert am Straßenverkehr teilgenommen.

Ungefähr 25 - 30 % der Arbeitsunfälle sind alkoholbedingt; im betrieblichen Bereich rechnet man mit 5 - 10 % Mitarbeiter/innen, die alkoholkrank sind.

Die volkswirtschaftlichen Folgekosten des Alkoholkonsums werden in Deutschland jährlich auf ca. 30 - 80 Milliarden DM geschätzt. Die WHO beziffert diese Schäden auf 6 % des Bruttosozialproduktes.

Die jährlichen Ausgaben für alkoholische Getränke liegen bei 55 Milliarden DM.

Alkohol zeigt Wirkung. Unabhängig von der Art des Getränks beginnt mit ca. 0,2 Promille die Persönlichkeitsveränderung, ca. 1,0 Promille das Rauschstadium, ca. 2,0 Promille das Betäubungsstadium und ca. 3,0 Promille die akute Vergiftung. Die Wirkung ist individuell unterschiedlich und hängt von der psychischen und physischen Verfassung eines Menschen, vom Körpergewicht, Geschlecht und der Konsumerfahrung ab.

## 4 DER STRATEGISCHE ANSATZ DER DHS

### 4.1 Gesundheitsbezogenheit

Ziel eines gesundheitsbezogenen Ansatzes im Zusammenhang mit dem Konsum psychotroper Substanzen ist es, Interventionen durchzuführen und so zu steuern, daß der Gesundheitszustand der Bevölkerung durch den Konsum der Suchtmittel so wenig wie möglich beeinträchtigt wird. Der bevölkerungsbezogene Gesundheitsansatz (Public Health), der in den angelsächsischen Ländern entwickelt wurde und mit dem Begriff des "Gemeinwohls" nur ansatzweise übersetzt werden kann, läßt sich zum in Deutschland bisher üblichen kurativen System der Suchtkrankenhilfe, das seinen Schwerpunkt in der (Entwöhnungs-)Behandlung einer Abhängigkeit hat, u. a. durch folgende Merkmale charakterisieren:

1. Probleme des Konsums psychotroper Substanzen (hier: Alkohol) werden primär nicht als Probleme des einzelnen, sondern des Gemeinwesens betrachtet.
2. Bezüglich der Folgen des Konsums ist der Fokus auf Schädigungen gerichtet, die zukünftig auftreten können.
3. Bezüglich des aktuellen Verhaltens ist der Fokus auf den Konsum mit Risiko für die Gesundheit generell gerichtet, nicht spezifisch auf Abhängigkeit.
4. Die Interventionen sind primär-, sekundär- und tertiärpräventiver Art. In dieser Reihenfolge sind auch die Ressourcen einzusetzen: Ein Schwerpunkt liegt in der Primär-, gefolgt von der Sekundärprävention. Dadurch soll für Tertiärprävention entsprechend weniger Aufwand erforderlich werden.
5. Mißbrauch und Abhängigkeit sind spezielle Phänomene innerhalb des gesamten Spektrums von Schäden im körperlichen, sozialen und psychischen Bereich.

### 4.2 Zielgruppen

Unter dem gesundheitsbezogenen Ansatz gibt es eine große Breite der Zielgruppen, wobei die zielgenaue Ansprache wichtig ist. Es geht um das Konsumverhalten aller Bevölkerungskreise, aber einzelne Maßnahmen müssen jeweils zielgruppenspezifisch konzipiert werden.

Dabei ist jeweils zwischen der eigentlichen Zielgruppe, Multiplikatoren und Mediatoren zu unterscheiden.

Beispiele: So sind z. B. Kinder und Jugendliche eine direkte Zielgruppe, wenn das Ziel lautet: "Herausschieben des Trinkbeginns"; Mediatoren sind unmittelbare Bezugspersonen, die diese Botschaft durch direkte, kommunikative Maßnahmen umsetzen, und Multiplikatoren jene Meinungsbildner, die für die gesellschaftliche Akzeptanz eines solchen Zieles werben bzw. zuständig sind. Lautet das Ziel aber z. B. "Kein Alkohol im Betrieb", so sind die Mitarbeiter/-innen die direkte Zielgruppe.

### 4.3 Konsumreduzierung

Der Pro-Kopf-Konsum alkoholischer Getränke ist ein verlässlicher Indikator für die aus dem Konsum alkoholischer Getränke resul-

tierenden gesundheitlichen, sozialen und volkswirtschaftlichen Schäden. Die Verbrauchsziffer für Deutschland liegt für das Jahr 1995 bei 11,2 Litern reinem Alkohol pro Kopf der Bevölkerung.

Umgerechnet auf die Bevölkerung ab 15 Jahren beträgt der Konsum bereits 13,21 Liter. Wenn wir bei der Berechnung nur die Bürgerinnen und Bürger zwischen 15 und 74 Jahren berücksichtigen, so sind es 14,44 Liter.

Was bedeutet das konkret? Nach einer schweizer Untersuchung über die Verteilung der Trinkmengen in der Bevölkerung konsumieren 50 % der Bevölkerung ca. 96 % aller alkoholischen Getränke. Übertragen auf die Bundesrepublik Deutschland bedeutet dies, daß jeder zweite Deutsche im Alter zwischen 15 und 74 Jahren täglich 0,76 l oder 60 Gramm reinen Alkohol zu sich nimmt. Das bedeutet ca. 2 Liter Bier, 10 Schnäpse oder 1 Liter Wein pro Tag (eigene Berechnungen).

Der Franzose Sully Ledermann hat die These aufgestellt, daß es einen engen Zusammenhang zwischen dem Gesamtkonsum einer Bevölkerung und den daraus resultierenden Schäden gibt. Auf dieser Basis geht der WHO-Aktionsplan Alkohol davon aus, daß auf der einen Seite die meisten alkoholbedingten Probleme im Zusammenhang mit mäßigem Trinken bzw. Alkoholmißbrauch auftreten und auf der anderen Seite ein enger Zusammenhang besteht zwischen dem durchschnittlichen Alkoholkonsum und der Zahl der starken Trinker.

Die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren geht davon aus, daß eine Reduzierung des Gesamtkonsums alkoholischer Getränke auch die durch Alkohol bedingten somatischen, psychischen und sozialen Schäden reduzieren wird.

#### 4.4 Einzelne Maßnahmen mit breiter Trägerschaft

Die DHS plädiert für einen Aktionsplan Alkohol auf breiter Basis. Es geht - wie weiter unten ausgeführt wird - auch um die Veränderung von Einstellungen zum Alkoholkonsum, für die ein breiter gesellschaftlicher Konsens erforderlich ist (Image-Veränderung). Das bedeutet Beteiligung und Zusammenarbeit aller politisch Verantwortlichen. Das bedeutet Beteiligung aller relevanten Verbände und Organisationen an dem gesamten Plan, aber auch an Einzelzielen.

Beispiele: So geht es z. B. um die Reduzierung der alkoholbedingten Gesundheitsschäden. Die DHS geht davon aus, daß die Verbände der Kranken- und der Rentenversicherer daran ein starkes Interesse haben. Es geht um die Reduzierung der alkoholbedingten Folgen im Strassenverkehr - hier sollten die Verkehrs- und Automobilverbände mitwirken. Es geht auch um die Mitwirkung der Verbände der Alkoholproduzenten und -verteiler. Sie sind daran interessiert, Mißbrauchsverhalten auszuschließen. In diesem Segment haben auch sie ihren Platz in der Umsetzung eines Aktionsplans Alkohol.

Aus all den genannten Gründen ist ein umfassender Plan erforderlich, in dem alle notwendigen Maßnahmen beschrieben werden, die im Zusammenwirken der jeweils Verantwortlichen umgesetzt werden sollten.

## 5 STRUKTURELLE MASSNAHMEN DER KONSUMREDUZIERUNG

Die nachstehend geforderten Maßnahmen zur Reduzierung des Alkoholkonsums basieren auf internationalen Erfahrungen, wie sie z. B. die Forschergruppe um Edwards 1995 publiziert hat.

Entsprechend der Europäischen Charta Alkohol sind die Ziele des Europäischen Aktionsplans Alkohol auf der Basis der unterschiedlichen kulturellen, sozialen, rechtlichen und wirtschaftlichen Gegebenheiten eines Landes umzusetzen (Anhang).

### 5.1 Steuerung über den Preis

Als wirksamstes Steuerungselement des Alkoholkonsums hat sich in einer Vielzahl von Ländern der Preis alkoholischer Getränke erwiesen. In Deutschland ist eine Einflußnahme auf den Abgabepreis alkoholischer Getränke über eine direkte Besteuerung möglich.

Insbesondere bei Spirituosen bleibt der Preis in der Bundesrepublik Deutschland weit hinter den gestiegenen Lebenshaltungskosten.

Darüber hinaus wird Wein überhaupt nicht besteuert, über die Bundesmonopolverwaltung die Spirituosenherstellung subventioniert.

Die Steuern sind, entsprechend dem Alkoholgehalt, so anzuheben, daß sie umsatzreduzierend wirken. Gleichzeitig ist darauf zu achten, daß die Preiselastizität nicht überstrapaziert wird, um illegaler Produktion vorzubeugen.

Die DHS fordert:

1 Pfg. pro ml Alkohol ist als Abgabe zweckgebunden für Maßnahmen der Suchtprävention und Suchtkrankenhilfe einzusetzen.

### 5.2 Einschränkung der Verfügbarkeit

Neben dem Preis wird der Verfügbarkeit in allen internationalen Studien die größte Bedeutung in bezug auf eine Nachfragereduzierung bescheinigt.

Die DHS fordert:

#### 5.2.1 Veränderte gesetzliche Eingruppierung

Eine Änderung des Lebensmittelrechts ist dahingehend vorzunehmen, daß alkoholische Getränke nicht länger als Genußmittel dem Lebensmittelbereich zugeordnet werden. Alkoholische Getränke sollen entsprechend den nicht rezeptpflichtigen Medikamenten als eigenständige Warengattung mit besonderem Gefahrenpotential eingestuft werden.

Aus der damit verbundenen Umstrukturierung des Handels sind eine Vielzahl von Maßnahmen möglich, die konsumreduzierend wirken.

##### 5.2.1.1 Kennzeichnungspflicht

Lebensmittel, die Alkohol enthalten, sind entsprechend zu kennzeichnen. Die Angaben sollen Menge, Qualität und Verarbeitungsprozeß des beigefügten Alkohols umfassen.

#### 5.2.1.2 Warnhinweise

Analog zu den Hinweisen auf Tabakprodukten sind alle alkoholischen Getränke und sonstigen alkoholhaltigen Waren mit einem Hinweis zu versehen, der auf die mit dem Konsum des Produktes verbundenen Gefährdungen eingeht. Insbesondere sollten genannt werden:

- Fahruntüchtigkeit im Straßenverkehr
- Gefahr der Schädigung des Ungeborenen bei Schwangeren
- Unverträglichkeit im Zusammenhang mit Medikamenteneinnahme
- Gefährdung durch Suchtpotential.

#### 5.2.2 Reduzierung der Ausgabestellen

Grundsätzlich sollte der Alkoholverkauf lizenziert werden. Mit der Lizenz-Vergabe sind Anforderungen an die Qualifikation der Mitarbeiter/-innen und Auflagen zur Art der Abgabe zu verbinden.

Die Zahl der Lizenzen ist unter Berücksichtigung der Bevölkerungsdichte und des jeweiligen Standortes restriktiv zu handhaben.

Alkoholische Getränke sollten grundsätzlich nicht verkauft werden:

- durch Automaten
- an Tankstellen und Autobahnraststätten
- in und in der unmittelbaren Nachbarschaft von Schulen
- in Sportstätten
- in Einrichtungen der Jugendarbeit
- in Werks- und Betriebskantinen
- bei Großveranstaltungen.

#### 5.2.3 Gesetz zum Schutze der Jugend in der Öffentlichkeit

Die Bestimmungen des Jugendschutzgesetzes müssen stärker kontrolliert werden.

#### 5.3 Einflußnahme auf die gesellschaftliche Bewertung (Punkt-Nüchternheit)

Alkoholkonsum basiert im wesentlichen auf gesellschaftlichen Übereinkünften. Während diese Regelungen früher auf bestimmte Anlässe bezogen waren und damit eher konsummindernd wirkten, geht es heute um eine ständige Herausforderung zu individuellem Alkoholkonsum. Zusätzlich liefert die Werbung für alkoholische Getränke Begründungen für ständiges Alkoholtrinken.

Um diesem Trend entgegenzuwirken, ist ein gesellschaftlicher Konsens erforderlich, der "alkoholfreie" Zeiten, Orte und Personengruppen definiert und der gesellschaftlich tragfähig ist.

Basis dafür könnte eine Image-Kampagne zur Einführung von "Punkt-Nüchternheit" sein. Punkt-Nüchternheit bedeutet, daß Alkohol

- am ungeeigneten Ort
- zur ungeeigneten Zeit
- für bestimmte Personengruppen und
- in bestimmten Situationen

nicht in Frage kommt.

Ungeeigneter Ort bedeutet z. B. am Arbeitsplatz oder in der Schule; ungeeignete Zeit während der Verkehrsteilnahme; Personengruppen im Sinne von Punkt-Nüchternheit sind Schwangere und abstinent lebende Alkoholabhängige.

#### 5.4 Senkung der Promillegrenze

Eine Senkung der Promillegrenze hat zwei Wirkungen. Auf der einen Seite - auch dazu liegen internationale Forschungsergebnisse vor - führt die Senkung zu einem signifikanten Rückgang des Alkoholkonsums. Auf der anderen Seite handelt es sich dabei um einen wesentlichen Beitrag zur Erhöhung der Verkehrssicherheit.

Daneben bedarf es einer Einstellungsveränderung wie sie unter Punkt 5.3 beschrieben wurde. Eine Teilnahme am Straßenverkehr unter Alkoholeinfluß ist kein Kavaliärsdelikt, sondern ein Verbrechen gegen Leib und Leben.

## 6 MASSNAHMEN ZUR VERÄNDERUNG VON MISSBRAUCHSVERHALTEN

Interventionen bei bereits gefährdeten Menschen bilden nach alkoholpolitischen Maßnahmen auf struktureller Ebene den - von der Wirksamkeit auf gesellschaftlichem Niveau her betrachtet - zweiten wesentlichen Bereich. Zusätzlich zur herkömmlichen Rehabilitation geht es um die Motivierung zu einer aktiven Auseinandersetzung mit der Abhängigkeit. Auch hierzu enthält der Europäische Aktionsplan Alkohol Vorschläge.

### 6.1 Erhöhung der Interventionen

Amerikanische Untersuchungen belegen, daß Menschen mit Alkoholproblemen eine zyklisch wiederkehrende Veränderungsbereitschaft zur Aufgabe ihres süchtigen Verhaltens zeigen. Diese wird in mehreren Studien differenziert beschrieben. Wichtig im Sinne von Konsumreduzierung durch Einstellung bzw. Einschränkung des Alkoholkonsums ist es, Interventionsmöglichkeiten zu entwickeln bzw. die Zahl der Interventionen zu erhöhen.

### 6.2 Einbeziehung des Medizinsystems

Es gibt unterschiedliche Methoden von Interventionsmöglichkeiten: Ratschlag und Beratung sowie stationäre Kurzzeitprogramme zur Änderung des Verhaltens. Entscheidende Bedeutung kommt hier der Mitwirkung des Medizinsystems zu. Untersuchungen belegen, daß ca. 80 - 90 % der Menschen mit Alkoholproblemen mindestens 1 x im Jahr eine Arztpraxis bzw. ein Krankenhaus aufsuchen.

In Arztpraxen und Allgemeinkrankenhäusern sind Beratungen stärker als bisher durchzuführen und Motivierungsmöglichkeiten zu schaffen. Langfristig sind Einspareffekte dadurch denkbar, da erst der Alkoholkonsum eine erhebliche Zahl der Behandlungen erforderlich macht.

### **6.3 Vereinfachung der Zugänge zum Hilfesystem**

Während es sich bei den Maßnahmen unter Punkt 6.1 und 6.2 um Aktivitäten handelt, die insbesondere gefährdete Menschen erreichen sollen, so sind die Abhängigen eine weitere wichtige Zielgruppe, für die die bisherigen Entwöhnungsbehandlungen geeignet und erfolgreich sind. Aus Sicht des Ansatzes öffentlicher Gesundheit ist besonders eine Stärkung der ambulanten Behandlung zu fordern.

Dabei muß die Leistungsträgerschaft insgesamt besser und einheitlicher geregelt werden. Zur Zeit blockieren unterschiedliche Sichtweisen bei Kranken- und Rentenversicherern eine Entwicklung qualifizierter Versorgung für breite Bevölkerungskreise.

Im Mittelpunkt des - jederzeit und leicht erreichbaren - Hilfesystems muß die enge Kooperation von Arztpraxen, Allgemeinkrankenhäusern, Psychiatrie und traditioneller Suchtkrankenhilfe stehen.

## **7 FORDERUNGEN ZUR UMSETZUNG**

Nur ein abgestimmtes kurz-, mittel- und langfristiges Handeln ermöglicht es, den Alkoholkonsum zu reduzieren. Die Basis ist ein Nationaler Aktionsplan Alkohol. Die Umsetzung eines solchen Aktionsplans erfordert eine politische Übereinstimmung und eine hochrangige Ansiedlung in Bund und Land.

Obwohl die durch den Alkohol hervorgerufenen Schäden im Gesundheitsbereich am größten und am deutlichsten sind, so kann es dennoch keine Aufgabe allein der Gesundheitsministerien bzw. der Suchtkrankenhilfe sein, den Aktionsplan Alkohol auf den Weg zu bringen und umzusetzen.

**Aufgrund der Relevanz des Themas sollte eine Arbeitsgruppe auf Regierungsebene - entsprechend dem Nationalen Drogenrat beim Gesundheitsminister - angesiedelt sein und ein Aktionsplan mit der breiten Unterstützung der Bundesregierung, der Bundesländer und aller gesellschaftlich relevanten Gruppen entwickelt werden.**

Dies kann an einem Beispiel deutlich gemacht werden. Eine aktuelle notwendige Forderung ist es, zusätzliche Abgaben auf Alkohola zu erheben. Diese zusätzlichen Abgaben sind mit einer Zweckbindung für Aufgaben der Suchtprävention und Suchtkrankenhilfe zu versehen. Ein solcher Beschluß ist nur im Zusammenwirken der unterschiedlichen Ressorts zu erreichen.

Dabei darf die Entwicklung und Erarbeitung eines Plans nicht als Argument dazu dienen, daß eindeutige, klare und überfällige Forderungen weiterhin nicht berücksichtigt werden.

Die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren sieht einen Schwerpunkt ihrer Arbeit in der Umsetzung eines Nationalen Aktionsplans Alkohol und ist bereit verantwortlich mitzuarbeiten.

## **8 BISHERIGE ANSÄTZE ZUR REDUZIERUNG DER FOLGEN VON ALKOHOLGEBRAUCH UND ALKOHOLMIßBRAUCH**

Die für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder haben im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit auf ihrer 35. Konferenz am 14./15. Mai 1975 ein "Aktionsprogramm zur Eindämmung und Verhütung des Alkoholmißbrauchs" beschlossen.

Ebenfalls im Jahre 1975 veröffentlichten maßgebliche Forscher unter Federführung von Kettil Bruun das Buch "Alcohol Control Policies in Public Health Perspective", in dem zum ersten Mal die seinerzeit international verfügbaren Forschungsergebnisse dokumentiert und systematisiert wurden, um politisches Handeln zu begründen und politische Konsequenzen einzufordern.

1978 stellte der Deutsche Guttempler-Orden sein Programm "Alkoholpolitik - eine Notwendigkeit" vor.

Am 16. 7. 1986 unterrichtete die Bundesregierung den Bundestag mit einem "Bericht der Bundesregierung über die gegenwärtige Situation des Mißbrauchs von Alkohol, illegalen Drogen und Medikamenten in der Bundesrepublik Deutschland und die Ausführung des Aktionsprogramms des Bundes und der Länder zur Eindämmung und Verhütung des Alkoholmißbrauchs".

Am 13. Juni 1990 wurde in einer Nationalen Drogenkonferenz der "Nationale Rauschgiftbekämpfungsplan" verabschiedet. Mehrfach wird darauf hingewiesen, daß dieser Plan, insbesondere in den präventiven Maßnahmen, alle Suchtmittel umfasse. Der Schwerpunkt liegt jedoch eindeutig bei den illegalen Drogen.

Auf ihrer 42. Tagung vom 14. - 19. September 1992 verabschiedeten die Mitgliedsstaaten der WHO, Regionalbüro Europa, einen "Europäischen Aktionsplan Alkohol".

1994 erscheint, diesmal unter Federführung von Griffith Edwards, wieder ein grundlegendes Buch mit den Forschungsergebnissen der letzten Jahre "Alcohol Policy and the Public Good".

Auf der Konferenz Gesundheit, Gesellschaft und Alkohol vom 12. - 14. Dezember 1995 wurde die "Europäische Charta Alkohol" verabschiedet.

Am 18. April 1997 überreichten Vertreter/-innen von fünf großen Selbsthilfe- und Abstinenzverbänden dem Bundesgesundheitsminister "Suchtpolitische Forderungen". Diese Forderungen, bei denen es sich im wesentlichen um den Umgang mit dem Suchtmittel Alkohol handelt, waren unter Federführung des Blauen Kreuzes in Deutschland entwickelt worden. Mit über 43.000 Unterschriften wurden die Forderungen bekräftigt.

## Europäische Charta Alkohol

Anlässlich der Europäischen Konferenz über Gesundheit, Gesellschaft und Alkohol der Weltgesundheitsorganisation im Dezember 1995 wurde von den Mitgliedsstaaten eine "Europäische Charta Alkohol" verabschiedet.

Zur Förderung der Umsetzung des Europäischen Aktionsplans "Alkohol" forderte die Konferenz von Paris alle Mitgliedstaaten auf, umfassende alkoholpolitische Konzepte zu erarbeiten und Programme umzusetzen, die - unter Berücksichtigung der unterschiedlichen kulturellen, sozialen, rechtlichen und wirtschaftlichen Gegebenheiten - den folgenden ethischen Prinzipien und Zielen Ausdruck verleihen. Dabei wird davon ausgegangen, daß aus diesem Dokument keine Rechtsansprüche hergeleitet werden können.

Alle Bürger haben das Recht auf ein vor Unfällen, Gewalttätigkeit und anderen negativen Folgen des Alkoholkonsums geschütztes Familien-, Gesellschafts- und Arbeitsleben.

Alle Bürger haben das Recht auf korrekte, unparteiische Information und Aufklärung - von früher Jugend an - über die Folgen des Alkoholkonsums für die Gesundheit, die Familie und die Gesellschaft.

Alle Kinder und Jugendlichen haben das Recht, in einer Umwelt aufzuwachsen, in der sie vor den negativen Folgen des Alkoholkonsums und soweit wie möglich vor Alkoholwerbung geschützt werden.

Alle alkoholgefährdeten oder alkoholgeschädigten Bürger und ihre Familienangehörigen haben das Recht auf Zugang zu Therapie und Betreuung.

Alle Bürger, die keinen Alkohol trinken möchten oder die aus gesundheitlichen oder anderen Gründen keinen Alkohol trinken dürfen, haben das Recht, keinem Druck zum Alkoholkonsum ausgesetzt zu werden und in ihrem abstinenter Verhalten bestärkt zu werden.

In Ergänzung dieser ethischen Prinzipien und Ziele werden zehn Strategien für alkoholbezogene Maßnahmen vorgeschlagen.

Untersuchungen und Erfolgsmeldungen in den Ländern lassen erkennen, daß ein signifikanter gesundheitlicher und wirtschaftlicher Nutzen für die Europäische Region erzielt werden kann, wenn in Hinsicht auf die Verwirklichung der vorstehend genannten ethischen Prinzipien und Ziele bei alkoholbezogenen Maßnahmen die folgenden zehn Gesundheitsförderungs-Strategien in Einklang mit den unterschiedlichen kulturellen, sozialen, rechtlichen und wirtschaftlichen Gegebenheiten in jedem Mitgliedstaat umgesetzt werden.

1. Information der Bürger - von früher Jugend an im Rahmen von Aufklärungsprogrammen - über die Folgen des Alkoholkonsums für die Gesundheit, Familie und Gesellschaft und über wirkungsvolle Maßnahmen, die zur Vorbeugung oder weitestgehenden Minderung von Schäden ergriffen werden können.

2. Förderung eines vor Unfällen, Gewalttätigkeiten und anderen negativen Folgen des Alkoholkonsums geschützten öffentlichen, privaten und beruflichen Umfelds.
3. Erlaß und Durchführung von wirkungsvollen Gesetzen gegen Alkohol im Straßenverkehr.
4. Gesundheitsförderung durch Einschränkung der Verfügbarkeit von alkoholischen Getränken, z. B. für Jugendliche, und durch Einwirkung auf ihren Preis, beispielsweise über Steuern.
5. In Anbetracht der in einigen Ländern bereits bestehenden Beschränkungen oder Werbeverbote strikte Regeln für die direkte und indirekte Werbung für alkoholische Getränke und Sicherstellung, daß sich keine Form der Werbung spezifisch an Jugendliche richtet, beispielsweise durch eine Verbindung von Alkohol und Sportausübung.
6. Für alkoholgefährdete oder alkoholgeschädigte Personen und ihre Familienangehörigen Sicherstellung des Zugangs zu effizienten Therapie- und Rehabilitationseinrichtungen mit geschultem Personal.
7. Förderung des ethischen und rechtlichen Verantwortungsbewußtseins derjenigen, die für die Vermarktung oder den Ausschank von alkoholischen Getränken zuständig sind, Gewährleistung von strikten Kontrollen der Produktsicherheit und Umsetzung angemessener Maßnahmen gegen illegale Alkoholherstellung und illegalen Verkauf.
8. Durch Schulungsmaßnahmen für Fachkräfte in verschiedenen Sektoren - beispielsweise im Gesundheits-, Sozial-, Erziehungs- und Rechtswesen - sowie durch Stärkung der Entwicklung und Initiative im Gemeinderahmen bessere Befähigung der Gesellschaft, mit Alkohol umzugehen,
9. Unterstützung von nichtstaatlichen Organisationen und Selbsthilfeeinitiativen, die gesunde Lebensweisen fördern, speziell solcher, die die Prävention oder Reduzierung von alkoholbedingten Schäden zum Ziel haben.
10. Formulierung von breit gefächerten Programmen in den Mitgliedstaaten, unter Berücksichtigung der vorliegenden Charta Alkohol; Vorgabe klarer Ziele und Ergebnisindikatoren; Fortschrittsmessung sowie regelmäßige Aktualisierung von Programmen auf der Grundlage einer Evaluierung.

## Literatur und Quellen

Aasland, O. G. (1996). Prävention alkoholbezogener Probleme: der Public-Health-Ansatz. Sucht, 42, 236 - 245

Alkoholpolitik  
Del 4: Sammanfattning  
Stockholm, 1974

Bruun, Kettil (et.al.):  
Maßnahmen zur Bekämpfung des Alkoholismus in  
volksgesundheitlicher Perspektive / hrsg. von der Finnischen  
Stiftung für die Untersuchung des Alkoholismus und des  
Regionalbüros für Europa der WHO  
Helsinki, 1975  
(Übers.)

Cavanagh, John; Frederick F. Clairmonte:  
Weltmacht Alkohol  
Hamburg: Edition Zebra, 1986

Deutscher Guttempler-Orden: Alkoholpolitisches Programm. 1978  
Hamburg

Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.):  
Alkohol und Alkoholismus  
27. Internationaler Kongreß  
Hamburg: Neuland, 1965

Edwards, Griffith (et.al.):  
Alcohol policy and the Public good / World Health Organization,  
Regional Office for Europe (Ed.)  
Oxford: University Press, 1994

Edwards, Griffith (et.al.):  
Alkohol und das Gemeinwohl. Stuttgart: Enke 1997

Ernst, Klaus:  
Alkoholverteuerung nützt  
Unterlagen für gesundheitspolitische Maßnahmen gegen den  
Alkoholismus  
Bern; Wuppertal: Blaukreuz-Verl., 1979

The Finnish Foundation for Alcohol Studies (Ed.):  
International statistics on alcoholic beverages  
Production, trade and consumption 1950 - 1972  
Helsinki, 1977

Gerke, P., Hapke, U., Rumpf, H.-J. & John, U. (in Druck).  
Alcohol-related diseases in general hospital patients. Alcohol &  
Alcoholism

Hapke, U., Rumpf, H.-J. & John, u. (1996). Beratung von  
alkoholabhängigen Patienten im Allgemeinkrankenhaus. In Deutsche  
Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.) Alkohol, Konsum und  
Mißbrauch. Alkoholismus, Therapie und Hilfe Freiburg:  
Lambertus

- Herbst, K., Kraus, L. & Scherer, K. (1996) Repräsentativerhebung 1995. Schriftliche Befragung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland. Bonn: Bundesministerium für Gesundheit
- Holder, Harold D.; Griffith Edwards (Ed.):  
Alcohol and public policy: Evidence and issues  
Oxford: University Press, 1995
- Hüllinghorst, R.: Politische Einflußmöglichkeiten der Konsumreduzierung. In Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.) Jahrbuch Sucht '96. Geesthacht, 1995
- Hüllinghorst, R.: Alkohol - Zahlen und Fakten zum Konsum in: Jahrbuch Sucht '97. Geesthacht, 1996
- Hurrelmann, K. (1996) Zum Zusammenhang von Sozialisation und Drogen im Jugendalter. Bielefeld: Universität Bielefeld
- John, U., Hapke, U., Rumpf, H.-J., Hill, A. & Dilling, H. (1996 a). Prävalenz und Sekundärprävention von Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit in der medizinischen Versorgung. Band 71, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos
- John, U., Hapke, U., Rumpf, H.-J., (1997 i. Dr.) Der bevölkerungsbezogene Gesundheitsansatz und Konsum psychotroper Substanzen. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften
- Leu, Robert; Peter Lutz:  
Ökonomische Aspekte des Alkoholkonsums in der Schweiz  
Zürich: Schulthess, 1977
- Lindemann, F. (1995) Entwurf eines Nationalen Aktionsplan Alkohol, Unveröffentlichtes Manuskript
- Löser, H. (1995) Alkoholembryopathie und Alkoholeffekte. In Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.), Jahrbuch Sucht '96. Geesthacht: Neuland
- Statistisches Bundesamt (1995). Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland. Wiesbaden: Metzler-Poeschel
- Thompson Brake, George:  
Alcohol: its consumption and control  
London, 1976
- World Health Organization (Hrsg.):  
Europäischer Aktionsplan Alkohol  
Gamburg: Conrad, Verl. für Gesundheitsförderung, 1993
- Zurbrügg, Christoph:  
Die schweizerische Alkoholpolitik  
Gesundheits- und fiskalpolitische Aspekte  
Bern; Stuttgart: Haupt, 1976