
Alkohol in Europa

Eine Public Health Perspektive

Ein Bericht für die Europäische Kommission
Zusammenfassung

Peter Anderson und Ben Baumberg

Institute for Alcohol Studies, UK
Juni 2006

Hintergrund des Berichts

Unter Berücksichtigung aller auf europäischer Ebene stattfindenden Aktivitäten hat die Europäische Kommission eine gemeinsame Alkoholstrategie formuliert. Sie hat weiterhin eine Analyse der Auswirkungen des Alkohols auf Gesundheit, Gesellschaft und Wirtschaft in Auftrag gegeben, deren Ergebnisse nun vorliegen. Die Expertise fasst Studien, systematische Überblicksarbeiten, Metaanalysen sowie individuellen Veröffentlichungen zusammen und analysiert darüber hinaus Daten, die von der Europäischen Kommission und der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur Verfügung gestellt wurden. Der Bericht geht davon aus, dass eine abgestimmte Alkoholpolitik *„den Interessen der öffentlichen Gesundheit und dem gesellschaftlichen Wohlergehen dient, indem sie gesundheitliche und soziale Determinanten beeinflusst“*. Sie ist Teil eines Public Health Konzepts. Es geht darum, *„lokale, staatliche, nationale und internationale Ressourcen zu mobilisieren, um jene Bedingungen zu gewährleisten, die es den Menschen ermöglichen gesund zu leben“*. Im vorliegenden Bericht wird eine Standardterminologie verwendet, die jener der Weltgesundheitsorganisation (WHO) der Vereinten Nationen (UN) entspricht.

Alkohol und Europa

Alkohol wird in Europa seit Jahrtausenden produziert und getrunken und in der Regel aus allen möglichen Grundstoffen erzeugt, die lokal zur Verfügung stehen. Alkoholische Getränke wurden oft auch als Medizin eingesetzt, eine Praxis, die bis ins frühe 20. Jahrhundert und zu Beginn des modernen medizinischen Zeitalters verbreitet war. Zwar existierten Alkoholgesetze, diese dienten aber primär zur Aufrechterhaltung der öffentlichen Ordnung und zur Regulierung des Marktes und nicht gesundheitspolitischen Zielen. Entwicklungen im mittelalterlichen und frühen modernen Europa, wie z.B. die Industrialisierung, verbesserte Kommunikationsmöglichkeiten und die Entdeckung stärkerer, destillierter Getränke veränderten jedoch diese Sichtweisen. „Mäßigkeits- und Enthaltensamkeitsbewegungen“ breiteten sich im 19. und frühen 20. Jahrhundert in fast ganz Europa aus. Sie waren zunächst von Bedenken über die Verbreitung von Spirituosen geprägt, entwickelten sich aber dann zusehends zu einer allgemeinen Bewegung gegen alle alkoholischen Getränke. Ende des 20. Jahrhunderts sank der Einfluss der Mäßigungs- und Enthaltensamkeitsbewegungen in den meisten, aber nicht in allen Ländern.

Im 19. Jahrhundert setzte sich die Vorstellung durch, „Alkoholismus“ als Krankheit zu betrachten. Das führte dazu, dass in vielen europäischen Ländern Heime oder Asyle zur Behandlung von „Alkoholikern“ gegründet wurden. In den letzten Jahren wird die Diskussion über alkoholbedingte Probleme immer mehr vom Paradigma der „New Public Health Bewegung“ beherrscht, was eine breitere Diskussion erlaubt, als die Fokussierung auf die Teilgruppe der „Alkoholiker“. Im heutigen Europa werden dem Alkoholkonsum situationsabhängig ganz unterschiedliche Funktionen und Bedeutungen beigemessen, was vom akzeptierten Bestandteil des Essens im familiären Rahmen bis zu den Ritualen des Jugendalters reicht. Alkohol wird angeboten, um die Besonderheit eines Anlasses auszudrücken oder um die Trennung zwischen Arbeit und Freizeit zu unterstreichen. Auch Trunkenheit hat symbolisch Bedeutung, wobei „betrunkenes Verhalten“, d.h. wie sich Menschen unter Alkoholeinfluss konkret verhalten, innerhalb von Europa variiert.

Alkohol und Europas Wirtschaft

Auf dem globalen Alkoholmarkt spielt Europa eine zentrale Rolle. Aus Europa kommt ein Viertel der Weltalkoholproduktion und mehr als die Hälfte der weltweiten Weinerzeugung. Im Handel ist eine noch stärkere Konzentration in Europa festzustellen, wobei die Europäische Union (EU) an rund 70% der Alkoholexporte und knapp der Hälfte der Weltimporte beteiligt

ist. Obwohl der größte Teil dieses Handels zwischen EU Ländern stattfindet, trägt der Alkoholhandel rund 9 Mrd. € zu Handelsbilanz der gesamten EU bei.

Es ist schwer, das Ausmaß des **Schmuggels** in der EU zu beziffern, wenngleich die *European High Level Group for Fraud* (europäische Untersuchungsgruppe für Betrug) allein für 1996 die Einnahmeverluste durch Schmuggel auf 1,5 Mrd. € schätzte. Bei grenzüberschreitenden Einkäufen, bei denen Alkohol aus billigeren Ländern legal mitgebracht wird, spielen vor allem Preisunterschiede eine Rolle. Mindestens einer von sechs Touristen bringt von seinen Auslandsreisen alkoholische Getränke mit, wobei in einigen Ländern die Menge pro Grenzübertritt im Durchschnitt mehr als 2 Liter Reinalkohol ausmacht.

In vielen europäischen Ländern spielen **alkoholische Getränke wirtschaftlich eine erhebliche Rolle**. 2001 machten die Alkoholverbrauchssteuern in den EU15¹ Ländern 25 Mrd. € aus. Nicht berücksichtigt sind dabei Umsatz- bzw. Mehrwertsteuer und andere Steuern, die in der Zuliefererkette anfallen. Aus diesen Steuern fließen allerdings 1,5 Mrd. € über die gemeinsame Agrarpolitik wieder an die Produzenten zurück. Infolge der relativ geringen Elastizität der Alkoholnachfrage, sind die Durchschnittssteuersätze ein besserer Indikator für das Steueraufkommen einer Regierung als die Menge des im Lande konsumierten Alkohols.

Alkohol spielt in Zusammenhang mit **zahlreichen Arbeitsplätzen** eine Rolle. Allein in der Herstellung von alkoholischen Getränken (hauptsächlich Wein) sind über 750.000 Menschen beschäftigt. Darüber hinaus gibt es aber auch noch Arbeitsplätze in der Versorgungskette, die mit Alkohol zusammenhängen, z.B. in Gaststätten und Geschäften. Der Umsatz der Alkohol erzeugenden Wirtschaft ist allerdings nicht unbedingt ein guter Indikator für die wirtschaftlichen Auswirkungen alkoholpolitischer Maßnahmen. So korrelieren Trends beim Alkoholkonsum z.B. nur gering mit der Anzahl der Arbeitsplätze in relevanten Bereichen wie Hotels, Restaurants und Bars. Das lässt vermuten, dass etwaige Auswirkungen von Konsumveränderungen auf diese Bereiche nur relativ gering wären. Wenn weniger Geld für Alkohol ausgegeben würde, könnte man erwarten, dass die frei werdenden Geldmittel in anderen Bereichen ausgegeben würden, wobei das Ausmaß der wirtschaftlichen Auswirkungen davon abhängt, wofür die zusätzlichen Ausgaben getätigt werden. Sicherlich ist weitergehende Forschung über diese Sachverhalte notwendig. Jüngste Ergebnisse lassen jedoch vermuten, dass ein sinkender Alkoholkonsum nicht notwendigerweise zu Arbeitsplatzverlusten in der gesamten Wirtschaft führen würde.

Die **gesamten monetär fassbaren Kosten in Zusammenhang mit Alkohol** für die EU Gesellschaft wurden nach Auswertung der zu diesem Thema existierenden Studien im Jahr 2003 auf 125 Mrd. € (79 Mrd. -220 Mrd. €) geschätzt. Das entspricht 1,3% des Bruttosozialproduktes (GDP) und ist vergleichbar mit den Kosten, die in Zusammenhang mit Tabak errechnet wurden. Die **immateriellen Kosten** spiegeln jene Werte wider, die man jenen Schmerzen, Leiden und Verlusten an Lebensjahren beimisst, die infolge der kriminellen, sozialen und gesundheitlichen Auswirkungen des Alkoholkonsums entstehen. Im Jahr 2003 wurden letztere auf 270 Mrd. € geschätzt. Analoge Abschätzungen dieser Kosten gehen von Werten zwischen 150 Mrd. € und 760 Mrd. € aus. Diese Schätzungen berücksichtigen viele verschiedene Bereiche des menschlichen Lebens, die durch Alkohol beeinflusst werden. Einige Bereiche konnten jedoch nicht in die Schätzungen einbezogen werden, da darüber keine Daten vorlagen. Ferner kann man festhalten, dass die geschätzten Kosten zwar den Nutzen des Alkohols für die Gesundheitssysteme und die Lebenserwartung (immateriell bewertet) berücksichtigen, dass es aber keine Forschungsergebnisse gibt, die es ermöglichen würden, den darüber hinausgehenden sozialen Nutzen des Alkohols zu bewerten.

¹ Belgien, Dänemark, Deutschland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Italien, Luxemburg, Niederlande, Österreich Portugal, Schweden und Spanien.

Der Gebrauch von Alkohol in Europa

Die Europäische Union ist weltweit die **Region mit dem höchsten Alkoholverbrauch**, obgleich die Menge von 11 Liter Reinalkohol, die pro Erwachsenen und Jahr getrunken wird, erheblich niedriger ist als der Höchstwert von 15 Litern Mitte der 70er Jahre. Die letzten 40 Jahre waren gekennzeichnet durch eine Harmonisierung der Alkoholkonsumniveaus in den EU15 Ländern, wobei der Konsum in Mittel- und Nordeuropa zwischen 1960 und 1980 zunahm und in Südeuropa konstant sank. Der Abstand im Durchschnittsverbrauch zwischen den EU10² Ländern und den EU15 Länder hat sich in diesem Zeitraum deutlich verringert, obwohl es diesbezüglich, zwischen den einzelnen EU10 Ländern, noch immer große Unterschiede gibt. Die meisten Europäer trinken Alkohol, allerdings leben auch 55 Millionen Erwachsene (15%) abstinent. Berücksichtigt man zusätzlich den nicht erfassten Alkoholkonsum, so ergibt sich ein Durchschnittsverbrauch von 15 Liter pro Alkoholkonsument und Jahr.

Knapp die Hälfte des Reinalkohols (44%) wird in Form von Bier konsumiert, die übrige Menge teilt sich auf Wein (34%) und Spirituosen (23%) auf. In den EU15 Länder wird in den nördlichen und mittleren Teilen hauptsächlich Bier, im südlichen Europa hingegen mehrheitlich Wein getrunken („wobei Spanien eine Ausnahme darstellen könnte). Im Laufe der letzten 40 Jahre wird ein relativ neues Phänomen der Angleichung sichtbar. Rund 40% der **Trinksituationen** ergeben sich in den meisten EU15 Ländern im Zusammenhang mit dem Abendessen, obwohl in den Ländern des Südens das Trinken beim Mittagessen häufiger ist, als anderswo. Während sich bezüglich der Häufigkeit des täglichen Trinkens ein Nord-Südgefälle abzeichnet, scheint der nicht-tägliche starke Alkoholkonsum (d.h. mehrmals in der Woche Alkoholkonsum, aber nicht täglich) besonders in Mitteleuropa üblich zu sein, es gibt jedoch auch hier Hinweise für eine diesbezügliche Annäherung innerhalb der EU 15 Länder.

Trinken bis zum Rausch ist in Europa unterschiedlich verbreitet, wobei die Südeuropäer weniger häufig angeben mindestens einmal im Monat betrunken zu sein als andere Europäer. Dieses Muster schwächt sich ab, wenn stattdessen nach „Binge-drinking“, gefragt wird, einem Trinkverhalten, bei dem pro Trinkgelegenheit mehr als eine bestimmte Anzahl von Gläsern Alkohol getrunken wird. Dies legt die Vermutung nahe, dass es systematische Unterschiede darin gibt, Trunkenheit zuzugeben oder was die Durchschnittslänge einer „Trinkgelegenheit“ betrifft. Bei den Studien über „Binge-drinking“ ergeben sich auch gelegentliche Ausnahmen vom Nord-Süd-Muster, insofern, als ganz besonders Schweden eine der niedrigsten „Binge-drinking“-Raten unter den EU15 Staaten aufweist. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Erwachsene in EU15 Staaten berichten, durchschnittlich 5 Mal pro Jahr betrunken zu sein, aber 17 Mal „Binge-drinking“ (das Trinken von 5 oder mehr alkoholischen Getränken bei einer Trinkgelegenheit) einräumen. Dies entspricht 40 Mio. EU15 Bürgern, die monatlich betrunken sind und 100 Mio. (1 von 3), die mindestens einmal im Monat „Binge-drinking“ angeben. Deutlich weniger Daten stehen über die EU10 Ländern zur Verfügung, aber die, welche existieren, legen nahe, dass ein Teil des Weintrinkens durch Spirituosen ersetzt wird, dass weniger oft getrunken wird und dass „Binge-drinking“ öfter vorkommt als in den EU15 Ländern.

Während 266 Millionen Erwachsene täglich bis zu 20g (Frauen) bzw. 40g Alkohol (Männer) trinken, konsumieren 58 Millionen Erwachsene mehr als diese Menge. Von diesen trinken wiederum 20 Millionen (7,5%) täglich über 40g (Frauen) bzw. 60g Alkohol (Männer). Betrachtet man Alkoholabhängigkeit und nicht die Konsummenge, so können wir schätzen, dass 23 Millionen Europäer (5% der Männer, 1% der Frauen) in einem beliebigen Jahr **alkoholabhängig** sind.

In allen Kulturen, die je untersucht wurden, zeigt sich, dass **Männer eher dazu neigen, zu trinken als Frauen**. Darüber hinaus ist auch ihre Trinkmenge höher als jene der Frauen und tendieren sie generell zu risikoreicherem Verhalten. Auch wenn viele Frauen in der Schwan-

² Estland, Lettland, Litauen, Malta, Polen, Slowakei, Slowenien, Tschechien, Ungarn, Zypern

gerschaft keinen Alkohol trinken, gibt es eine erhebliche Anzahl (25%-50%), die weiter trinken und einige, die in schädlichem Ausmaß trinken. Auch hinsichtlich des **sozio-ökonomischen Status** (SES) ergeben sich unterschiedliche Trinkmuster, wobei Menschen mit einem niedrigen SES besonders oft völlig alkoholabstinent leben. Trotz der komplexen Aspekte des Trinkens (wobei einige Studien entgegengesetzte Trends für Männer und Frauen ergaben), ist die Wahrscheinlichkeit betrunken oder alkoholabhängig zu werden bei Konsumenten mit niedrigem SES erhöht.

Fast alle **15-16jährigen Schüler** (>90%) haben im Lauf ihres Lebens schon einmal Alkohol getrunken. Der Erstkonsum findet im Durchschnitt mit 12 ½ Jahren statt, der erste Rausch erfolgt durchschnittlich mit 14 Jahren. Die Durchschnittsmenge, die 15-16jährige in einer einzelnen Trinksituation trinken, liegt über 60g Alkohol und erreicht fast 40g im Süden Europas. Mehr als einer von acht (13%) der 15-16jährigen ist bereits öfter als 20 Mal in seinem Leben betrunken gewesen und mehr als einer von sechs (18%) hat im letzten Monat mindestens dreimal bei einer Trinkgelegenheit exzessiv getrunken. 2003 wurde erstmals in zwei Länderstudien eine höhere Zahl von Trunkenheitsfällen bei Mädchen festgestellt als bei Jungen. Insgesamt trinken Jungen jedoch nach wie vor mehr und werden auch häufiger betrunken als Mädchen, wobei der diesbezügliche Unterschied nur geringfügig abnimmt. In den meisten Ländern war zwischen 1995/9 und 2003 ein Ansteigen des „Binge -drinking“ bei Jungen zu verzeichnen und in fast allen Ländern zeigte sich eine solche Entwicklung auch bei Mädchen (Ähnliche Ergebnisse ergab die Auswertung von Daten aus nicht-ESPAD Ländern). In diesem generellen Trend wird der Anstieg von „Binge-drinking“ und Betrunkenheit zwischen 1995 und 1999 fast überall in Europa sichtbar, der von einem ambivalenteren Trend zwischen 1999 und 2003 abgelöst wurde.

Die Auswirkungen von Alkohol auf den Einzelnen

Obwohl Alkoholkonsum auch Genuss und Vergnügen bereiten kann, erhöht er das Risiko für das Auftreten von zahlreichen negativen **sozialen Konsequenzen** in Abhängigkeit von der Dosis, die konsumiert wird; - d.h. je höher der Alkoholkonsum, desto größer ist das Risiko. Die negativen Auswirkungen, die durch das **Trinken anderer Personen** für Dritte entstehen, reichen von Beeinträchtigungen wie Schlafunterbrechungen während der Nacht bis zu ernstere Konsequenzen wie Ehestreit, Kindesmissbrauch, Verbrechen, Gewalt und Mord. Generell gilt, je höher der Alkoholkonsum, desto gravierender ist das Verbrechen oder die Verletzung. Die Trinkmenge, die Trinkhäufigkeit sowie die Häufigkeit und Konsummenge beim episodischen starken Trinken erhöhen unabhängig von einander das Risiko von Gewalt, wobei häufig, aber nicht immer, episodisches starkes Trinken die Auswirkung der Trinkmenge auf die negativen Folgen bestimmt.

Abgesehen davon, dass Alkohol eine abhängig machende Droge ist, **verursacht er ca. 60 verschiedene Krankheiten und Zustände**, u.a. Verletzungen, geistige Störungen und Verhaltensauffälligkeiten, gastrointestinale Störungen, Krebs, kardiovaskuläre Krankheiten, Immunstörungen, Lungenkrankheiten, Krankheiten des Knochenbaus und der Muskulatur, reproduktive Störungen und vorgeburtliche Schädigungen, einschließlich Frühgeburten und niedrigem Geburtsgewicht. In den meisten Fällen erhöht Alkohol die Risiken dosisabhängig. Obwohl bei einigen Erkrankungen, wie Herzmuskelerkrankungen, akutem Atemnotsyndrom und Myopathien die Erkrankung Ergebnis eines anhaltend hohen Alkoholkonsums ist, erhöht Alkohol auch bei diesen hohen Konsumniveaus Risiko und Schwere der Krankheit in Abhängigkeit von der Dosis. Die Häufigkeit und das Ausmaß des episodischen schweren Trinkens sind von besonderer Bedeutung für das Verletzungsrisiko und für bestimmte kardiovaskuläre Krankheiten (Erkrankungen der Herzkranzgefäße und Schlaganfall).

Geringe Mengen Alkohol reduzieren das Risiko koronare **Herzkrankheiten** zu erleiden. Allerdings wird sowohl das exakte Ausmaß der Risikosenkung als auch die Konsummenge, bei der die höchste Risikosenkung auftritt, noch diskutiert. Qualitativ höherwertige Studien, die andere Einflüsse kontrollieren, kommen zum Ergebnis, dass die Risikoreduzierung geringer ist als angenommen und dass sie nur bei geringeren Alkoholmengen auftritt. Die höchste

Verringerung des Risikos wird bei einem durchschnittlichen Konsum von 10g Alkohol (ein Glas) pro Tag erreicht. Bei mehr als 20g Alkohol (zwei Gläsern) pro Tag – dem Konsumniveau mit dem geringsten Risiko – steigt das Risiko für koronare Herzerkrankungen. Im hohen Alter ist die Risikoreduzierung geringer. Dabei ist es eher der Alkohol an sich, der das Risiko für Herzkrankheiten senkt, als ein spezifisches alkoholisches Getränk. Es gibt auch Hinweise dafür, dass Alkohol in geringen Dosen das Risiko für vaskulär bedingte Demenz, Gallensteine und Diabetes reduziert. Diese Ergebnisse sind jedoch nicht konsistent über alle Studien.

Das **Risiko, an Alkohol zu sterben**, ergibt sich als Resultat zwischen dem alkoholbedingten erhöhten Krankheits- und Verletzungsrisiko und dem alkoholbedingt verringerten Risiko einer Herzerkrankung, wenn bloß geringe Alkoholmengen getrunken werden (ein Effekt, der sich meist erst in höherem Alter auswirkt). Die Ergebnisse zeigen, dass, zumindest in England, jenes Alkoholkonsumniveau mit dem geringsten Risiko daran zu sterben bei null liegt bzw. nahe bei null bei Frauen unter 65 Jahren, und bei weniger als 5g Alkohol pro Tag für Frauen ab 65 Jahren. Für Männer liegt das Niveau des Alkoholkonsums mit dem geringsten Sterberisiko für unter 35jährige bei null, im mittleren Alter bei ungefähr 5g und ab 65 Jahren bei weniger als 10g (und bei Hochbetagten wahrscheinlich wieder bei null).

Starke Trinker profitieren gesundheitlich von einer Verringerung der Alkoholkonsummenge oder von völliger Abstinenz. Selbst bei chronischen Krankheiten, wie Leberzirrhosen oder Depressionen, korrespondiert eine Verringerung der Trinkmenge oder völlige Abstinenz mit einer raschen Verbesserung des Gesundheitszustandes.

Die Auswirkungen von Alkohol auf Europa

Alkohol verursacht für unterschiedliche Aspekte des menschlichen Lebens in Europa eine erhebliche Belastung. Diese Belastungen können generell in „gesundheitliche Schäden“ und „negative soziale Auswirkungen“ unterteilt werden. Sieben Mio. Erwachsene berichten, im vorangegangenen Jahr unter Alkoholeinfluss in **tätliche Auseinandersetzungen** verwickelt gewesen zu sein. Die wirtschaftlichen Kosten von alkoholassozierten Delikten wurden für das Jahr 2003 in Europa auf 33 Mrd. € geschätzt (basierend auf einer zusammenfassenden Auswertung einiger nationaler Kostenstudien). Diese Kosten verteilen sich auf Polizei, Gerichte und Gefängnisse (15 Mrd. €), Ausgaben für Verbrechensprävention und Verwaltungsaufwand für Versicherungen (12 Mrd. €) sowie Beschädigungen von Eigentum (6 Mrd. €). Sachschäden durch Alkohol am Steuer werden auf 10 Mrd. € geschätzt. Die immateriellen Kosten der physischen und psychischen Folgen von Verbrechen werden auf 9-37 Mrd. € geschätzt.

Die Zahl der Europäer, die von Alkohol abhängig sind, wird auf 23 Mio. geschätzt. Immaterielle Kosten durch Schmerzen und Leiden, die daraus für die Familien resultieren, werden mit 68Mrd. € quantifiziert. Das Ausmaß der negativen Folgen des Alkoholkonsums am Arbeitsplatz ist schwieriger zu bewerten, wobei fast 5% der trinkenden Männer und 2% der trinkenden Frauen in den EU15 Ländern von negativen Auswirkungen des Alkohols auf ihre Arbeit oder Studien berichten. Aufbauend auf eine zusammenfassende Auswertung nationaler Kostenstudien wird der Produktivitätsverlust durch alkoholassozierte Fehlzeiten und Arbeitslosigkeit auf 9 - 19 Mrd. € bzw. 6 – 23 Mrd. € geschätzt.

Aus **gesundheitlicher Sicht** ist Alkohol für den Tod von 195.000 Menschen im Jahr in der EU verantwortlich, wobei allerdings auch geschätzt wird, dass Alkoholkonsum bei 160.000 älteren Menschen den Tod hinauszögert. Letzteres wird auf den kardioprotektiven Effekt bei Frauen über 70 Jahre zurückgeführt; (diese Zahlen sind wegen methodischer Probleme allerdings mit Vorsicht zu betrachten, da sie wahrscheinlich die Anzahl an verzögerten Todesfällen überschätzen). Eine genauere Schätzung sind wahrscheinlich jene 115.000 Todesfälle, die sich bei Menschen ergeben, die jünger als 70 Jahre sind, weil in dieser Altersgruppe die anzunehmende Überschätzung des protektiven Alkoholeffekts vermieden wird. Die Zahlen ergeben sich zudem in Relation zu den Alkoholabstinenten. Der Nettoeffekt würde noch

wesentlich größer ausfallen, wenn man stattdessen, einen Vergleich zu denjenigen Alkoholkonsumenten herstellen würde, die das geringste Risiko aufweisen. Wenn man die Auswirkungen des Alkohols an den „krankheitsbereinigten Lebensjahren“ („Disability-Adjusted Life Years“ = DALYs) misst, wird das tatsächliche Ausmaß alkoholverursachter Probleme deutlich: es zeigt sich, dass Alkohol für vorzeitigen Tod und Behinderung bei 12% der Männer und 2% der Frauen verantwortlich ist – wobei bei dieser Rechnung die gesundheitsfördernden Auswirkungen mit berücksichtigt sind. Dies macht Alkoholkonsum zum dritthöchsten von 26 Risikofaktoren für die Gesundheit in der EU, noch vor Übergewicht und er wird dabei nur von Tabakkonsum und Bluthochdruck übertroffen.

Die Auswirkungen des Alkoholkonsums auf die Gesundheit unterteilen sich in zahlreiche Kategorien (die folgenden Daten beziehen sich jeweils auf den alkoholassoziierten Anteil der Gesamtmenge): allein 17.000 Tote im Jahr gehen auf das Konto von Verkehrsunfällen (eines von drei Todesopfern im Straßenverkehr); 27.000 Menschen sterben aufgrund von Unfällen, 2.000 aufgrund von Tötungsdelikten (4 von 10 Fällen von Mord und Totschlag), 10.000 durch Selbstmorde (einer von 6 Selbstmorden); 45.000 sterben an Leberzirrhosen, 50.000 an Krebs, von denen 11.000 weibliche Brustkrebstote sind, und 17.000 sterben aufgrund von neuropsychiatrischen Umständen; darüber hinaus sind 200.000 Episoden von Depression (welche sich auf 2.5 Mio. krankheitsbereinigte Lebensjahre DALYs berechnen) zu verzeichnen. Die Behandlungskosten für diese Gesundheitsfolgen werden auf 17 Mrd. € geschätzt, dazu kommen 5 Mrd. € für die Behandlung und Prävention von schädlichem Alkoholgebrauch und Alkoholabhängigkeit. Verlorene Lebensjahre können entweder als Verlust von produktivem Potenzial (36 Mrd. € ohne Berücksichtigung der Gesundheitsvorteile) oder als immaterieller Wert des Lebens an sich (145-712 Mrd. € hier allerdings unter Berücksichtigung der Gesundheitsvorteile) bewertet werden.

Auf junge Menschen fällt ein unverhältnismäßig großen Teil der alkoholbedingten negativen Auswirkungen. 10% der Mortalität bei weiblichen Jugendlichen und 25% der Mortalität bei männlichen Jugendlichen wird durch Alkoholkonsum verursacht. Es gibt wenig Informationen über das Ausmaß der negativen sozialen Auswirkungen auf junge Leute. Allerdings berichten 6% der 15-16jährigen Schüler alkoholbedingt in tätliche Auseinandersetzungen verwickelt gewesen zu sein und 4% hatten alkoholbedingt ungeschützten Geschlechtsverkehr.

Im Ländervergleich erklärt der Alkoholkonsum in beträchtlichem Ausmaß die Unterschiede in der Lebenserwartung zwischen den EU10 mit den EU15 Ländern. Der alkoholassoziierte Unterschied in den nicht standardisierten Todesraten liegt bei 90 (Männer) und 60 (Frauen) pro 100.000 Einwohner der Bevölkerung. Auch **innerhalb der Länder** sind viele Faktoren, die gesundheitliche Ungleichheit verursachen, alkoholassoziiert, obwohl es hier wesentliche Unterschiede gibt (d.h. Zirrhose in Frankreich, gewaltsame Todesfälle in Finnland). Der schlechtere Gesundheitszustand in benachteiligten Gebieten ist ebenfalls alkoholassoziiert. Forschungsergebnisse legen nahe, dass die Mortalität, die ausschließlich auf Alkoholkonsum zurückzuführen ist, in benachteiligten Gebieten höher ist, als durch individuelle Unterschiede erklärbar ist.

Viel alkoholverursachtes Leid trifft **Dritte, die nicht für den Alkoholkonsum verantwortlich sind**: Dazu gehören 60.000 Kinder, die mit Untergewicht geboren werden, 16% der Kinder die misshandelt, missbraucht und vernachlässigt werden, sowie 5-9 Mio. Kinder aus Familien, die negativ von Alkohol betroffen sind. Alkohol beeinträchtigt auch andere Erwachsene: 10.000 Erwachsene kommen bei alkoholassoziierten Verkehrsunfällen ums Leben, an denen sie nicht selbst als Fahrer beteiligt sind; ein erheblicher Anteil anderer alkoholassoziiertes Delikte betrifft ebenfalls Dritte. Auch Teile der wirtschaftlichen Kosten werden von anderen Personen oder Institutionen bezahlt, einschließlich eines großen Teils der 33 Mrd. €, die durch Verbrechen verursacht werden, 17 Mrd. €, die bei den Gesundheitssystemen anfallen und 9-19 Mrd. €, die durch Nichterscheinen am Arbeitsplatz verursacht werden.

Natürliche Experimente und Zeitreihenanalysen zeigen, dass die Gesundheitslasten, die durch Alkohol entstehen, mit **Veränderungen im Trinkverhalten** korrespondieren. Die Veränderungen spiegeln eher das Verhalten der starken Trinker wider, als das der weniger Konsumierenden (unter der Maßgabe, dass die 10% mit dem stärksten Alkoholkonsum in den meisten Ländern ein Drittel bis die Hälfte des insgesamt konsumierten Alkohols verbrauchen). Es zeigt sich aber auch eine Tendenz in Bevölkerungen, das Konsumniveaus kollektiv zu verändern. Bezogen auf die Gesamtbevölkerung wirkt sich eine Abnahme des Pro-Kopfverbrauchs um einen Liter am positivsten in den Niedrig-Konsum Ländern der EU15 (Nordeuropa) aus. Es gibt aber auch in Südeuropa relevante Auswirkungen auf die Zirrrose-rate, Tötungsdelikte (nur bei Männern), Unfälle und die Gesamtmortalität (nur bei Männern). Während manche argumentieren, dass die stärkeren Veränderungen in Nordeuropa die „explosive“ Trinkkultur dort widerspiegeln, halten andere dagegen, dass die Veränderung um einen Liter in Niedrigkonsumländern proportional weit mehr bedeutet als in den Hochkonsumländern. Generell lässt sich sagen, dass eine Abnahme des Pro-Kopfkonsums um einen Liter eine Senkung der Gesamtmortalität bei Männern um 1% in Süd- und Mitteleuropa und von 3% in Nordeuropa bewirken würde.

Evaluierung der alkoholpolitischen Möglichkeiten

Besonders wirksame Maßnahmen hinsichtlich **Alkohol im Straßenverkehr** sind verdachtsfreie Alkoholtests³, niedrigere Promillegrenzen (Blutalkoholkonzentrationsspiegel), Führerscheinentzug und eine niedrigere Promillegrenze für jugendliche Fahrer. Es gibt nur begrenzte Belege für die Wirkung von „Wer-fährt-Programmen“ (Designated Driver Programs) und Nachschulungskursen („Driver-Improvement-Kurse“). Autos mit eingebauter Zündblockierung dagegen können eine wirksame Präventionsmaßnahme darstellen, aber nur dann, wenn potenzielle „Alkoholsünder“ mit einem entsprechenden Auto ausgestattet sind. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) schätzt, dass die Auswirkungen von „Zufallsalkoholtests“ relativ zu reinen „Verdachtskontrollen“ in der EU pro Jahr 233 Mio. € zusätzlich kosten würde, dass man damit aber geschätzte 111.000 Jahre Behinderung und vorzeitigem Tod vermeiden könnte.

Die Auswirkungen von Maßnahmen, die auf **Aufklärung, Kommunikation, Trainingsprogramme und öffentliches Bewusstsein** setzen, sind eher gering. Obwohl die Reichweite von Bildungsprogrammen im Setting Schule hoch sein kann, wegen der verlässlichen Zuhörerschaft, sind Auswirkungen solcher Programme auf die Gesamtbevölkerung infolge ihrer begrenzten oder fehlenden Wirksamkeit nur gering. Es gibt allerdings Empfehlungen, wie die Wirksamkeit von Programmen im Setting Schule verbessert werden könnte. Massenmediale Programme hingegen spielen eine besondere Rolle dabei, das Bewusstsein in den Gemeinden über die negativen Folgen des Alkoholkonsums zu verstärken und so den Boden für spezifische Interventionen zu bereiten.

Es gibt eindeutige Belege dafür, dass die negativen Auswirkungen des Alkoholkonsums durch Maßnahmen zur **Regulierung des Alkoholmarktes** besonders wirksam verringert werden können. Alkoholsteuern sind in allen Ländern besonders wichtig, wenn es um die negativen Auswirkungen des Alkohols auf junge Menschen geht. Sie spielen aber auch eine wichtige Rolle bei der Reduzierung von alkoholverursachten Krankheiten und Leid insgesamt. Wenn mittels Alkoholsteuern der Preis von alkoholischen Getränken in den EU15 Ländern um 10% erhöht würde, könnten im darauf folgenden Jahr über 9.000 Todesfälle vermieden werden und schätzungsweise 13 Mrd. € Verbrauchssteuern zusätzlich eingenommen werden. Studien belegen auch, dass eine Ausweitung der Öffnungszeiten von jenen Geschäften und gastronomischen Betrieben, die Alkohol anbieten, zu einer Zunahme der alkoholbedingten Gewalttätigkeiten führt. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) schätzt, dass eine Verkürzung der wöchentlichen Öffnungszeiten um 24 Stunden für Einzelhandelsbetrie-

³ unter „verdachtsfreien Alkoholtests“ werden Alkoholatemtests verstanden, die ohne einen begründeten Verdacht auf Überschreiten des zulässigen Blutalkoholspiegels nach dem Zufallsprinzip durchgeführt werden.

be, die Alkohol anbieten, pro Jahr 123.000 Jahren an Behinderung und vorzeitigem Tod vermeiden könnte, was Einsparungen in der Höhe von 98 Mrd. € jährlich entspricht.

Die Beschränkung **kommerzieller Werbung** für alkoholische Produkte hinsichtlich Ausmaß und Inhalt wirkt mit hoher Wahrscheinlichkeit schadensverringend. Werbung fördert besonders bei Jugendlichen eine positive Haltung dem Alkoholkonsum gegenüber. Freiwillige Beschränkungen der Alkoholgetränkeindustrie im Sinne einer Selbstregulation der kommerziellen Werbung waren in der Vergangenheit eher wirkungslos. Werden Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation über die Auswirkungen eines Werbeverbots auf die EU übertragen, so ergibt sich, dass damit 202.000 Jahre an Behinderung und vorzeitigem Tod vermieden werden könnten, was Kosten in der Höhe von 95 Mrd. € jährlich entspricht.

Es gibt immer mehr Belege für die Wirksamkeit von Strategien zur Verringerung von negativen Auswirkungen des Alkoholkonsums, die darauf abzielen, den **Trinkkontext** zu ändern. Diese Strategien sind jedoch nur in Bars und Restaurants anwendbar und ihre Wirksamkeit beruht darauf, dass sie adäquat durchgesetzt werden. Gesetze, die ein Mindestalter für den Alkoholkonsum vorschreiben, haben z.B. nur wenig Erfolg, wenn die Durchsetzung nicht durch die glaubhafte Androhung eines Lizenzentzuges für diejenigen, die Alkohol an Jugendliche unter dieser Altergrenze verkaufen, unterstützt wird. Derartige Strategien sind noch effektiver, wenn sie durch gemeindeorientierte Präventionsprogramme unterstützt werden.

Es gibt weitreichende Belege für die Wirkung von **Kurzinterventionen**, vor allem im Setting der medizinischen Grundversorgung. Die Weltgesundheitsorganisation hat Auswirkung und Kosten von Kurzinterventionen in der primären Gesundheitsversorgung, wenn 25% der Risikopopulation erreicht werden, geschätzt. Übertragen auf die EU bedeutet das eine Vermeidung von 408.000 Jahren an Behinderung und vorzeitigem Tod, was 740 Mrd. € im Jahr entspricht.

Wenn man die von der Weltgesundheitsorganisation entwickelten Alkoholstrategiemodelle mit alkoholpolitischer Inaktivität vergleicht, so ergibt sich, dass die **Implementierung eines umfassenden EU-weiten Pakets** von wirksamen Strategien und Programmen die europäischen Regierungen 1,3 Mrd. € kosten würde. Dies entspricht ungefähr 1% der durch Alkohol verursachten monetären Gesamtkosten für die Gesellschaft und nur ungefähr 10% der geschätzten Mehreinnahmen durch eine 10%ige steuerbedingte Erhöhung der Alkoholpreise in den EU15 Ländern. Solch ein Paket würde Zufallsalkoholtests im Straßenverkehr, Steuererhöhungen, beschränkten Zugang zu Alkohol, Werbeverbote und ärztliche Kurzinterventionen beinhalten und könnte schätzungsweise 1,4 Mio. Jahre an Behinderung und vorzeitigem Tod vermeiden helfen, was ca. 2% aller Jahre an Behinderungen und vorzeitigen Todesfälle in der EU ausmacht.

Europäische und globale Alkoholpolitik

Die wichtigsten **internationalen gesetzlichen Verpflichtungen**, die die Alkoholpolitik beeinflussen, sind das „Allgemeine Zoll- und Handelsabkommen“ (GATT) und das „Allgemeine Abkommen über den Handel mit Dienstleistungen“ (GATS). Fallbeispiele aus der Vergangenheit zeigen, dass die Welthandelsorganisation (WTO) unter bestimmten Umständen (wie z.B. beim Verbot von Asbestimporten) der Gesundheit Vorrang gegenüber dem freien Handel einräumt. Derartige politische Maßnahmen müssen allerdings eine Reihe von strengen Tests bestehen, damit sie aufrechterhalten werden.

Einen weitaus größeren Einfluss auf die Alkoholpolitik haben in der Praxis die Handelsgesetze der Europäischen Union (EU). Die meisten einschlägigen Gerichtsurteile bezüglich Alkohol betreffen Steuerregelungen der „Inländergleichbehandlung“, d.h. Staaten dürfen, weder direkt noch indirekt, einheimische Güter gegenüber Gütern aus anderen EU-Ländern bevorzugen. Auch aus Gesundheitsgründen können hierbei keinerlei Ausnahmen gemacht werden. Daraus ergeben sich bestimmte Einschränkungen bei der staatlichen Gestaltung der Steuerpolitik. Dem gegenüber hebt sich der zunehmend an Einfluss gewinnende Europäi-

sche Gerichtshof (ECJ) ab, der die Werbeverbote in Katalonien und Frankreich eindeutig unterstützte und damit die Tatsache anerkennt, dass „Werbung unbestreitbar zum Konsum ermuntert“.

Standardisierte Verbrauchssteuern zur Reduzierung von Marktverzerrungen sind ein seit langem existierendes Ziel der EU, wo große Unterschiede in den Steuersätzen in angrenzenden Ländern zum Kauf großer Mengen im Ausland ermuntern. Dies bewirkt Einnahmeverluste für die Regierungen mit hohen Steuersätzen, und erzeugt so Druck, die Steuersätze zu senken, wie es in einigen nordischen Ländern der Fall war. Im Zuge der gemeinsamen Agrarpolitik (CAP Common Agricultural Policy) wird die Weinproduktion jährlich mit einem Wert von 1,5 Mrd. € subventioniert. Die wirtschaftliche und politische Bedeutung dieser Subventionen, und besonders die Probleme der Weinbauer, erschweren Fortschritte aus der Gesundheitsperspektive.

Von den internationalen Organisationen hat sich die Weltgesundheitsorganisation (WHO) am stärksten alkoholpolitisch engagiert. Ihr europäisches Regionalbüro hat mehrere Initiativen gestartet, um die negativen Auswirkungen des Alkoholkonsums in den 52 Mitgliedsstaaten zu reduzieren. Dies schließt den Rahmenplan für Alkoholpolitik in der europäischen Region, die europäische Alkoholcharta und zwei Ministerkonferenzen mit ein, die die Notwendigkeit einer abgestimmten Alkoholpolitik (und im weiteren Sinne einer Public Health Strategie) bekräftigten, die ohne Einflussnahme durch kommerzielle oder wirtschaftliche Interessen entwickelt werden sollte.

Obwohl die EU keine Gesetze zum Schutz der menschlichen Gesundheit erlassen kann (die Mitgliedsländer haben den europäischen Institutionen diese Vollmacht nicht übertragen), können einige Bestimmungen, die den internen Markt betreffen, wesentliche gesundheitliche Belange mit einbeziehen, wie z.B. die Alkoholwerbungsklausel im Rahmen der Richtlinie „Fernsehen ohne Grenzen“. Ansonsten ist die EU in Bezug auf Alkohol eher den Weg „weicher Gesetze“ gegangen, in Form von unverbindlichen Resolutionen und Empfehlungen, die die Mitgliedsländer auffordern, auf eine bestimmte Art und Weise zu handeln.

Die Alkoholpolitik der Mitgliedsländer

Alle Länder der Europäischen Union (EU) haben zahlreiche Gesetze und Bestimmungen, die den Umgang mit Alkohol regulieren. Im Vergleich zu anderen Waren und mit Hinblick auf die Gesundheit der Bevölkerung erfährt Alkohol eine besondere Behandlung. Trotz der Allgegenwärtigkeit von alkoholpolitischen Maßnahmen, hat nur knapp die Hälfte der EU-Länder einen Alkoholaktionsplan beschlossen oder eine Koordinationsstelle für Alkoholfragen gegründet. Die meisten Länder haben jedoch Programme implementiert, die zumindest einen alkoholpolitischen Aspekt betreffen. Die häufigsten diesbezüglichen Programme in Europa sind Aufklärungsprogramme im Setting Schule. Alle Länder verfügen auch über Regelungen in Bezug auf Alkohol im Straßenverkehr. Alle Länder, bis auf Großbritannien, Irland und Luxemburg, haben die von der Europäischen Kommission empfohlene Höchstgrenze für den Blutalkoholspiegels von 0,5 ‰ eingeführt. Dennoch glauben viele Europäer, dass die Chance, erwischt zu werden, sehr gering ist. Ein Drittel nimmt an, dass sie sich nie einem Atemtest unterziehen werden müssen, wobei dieser Prozentsatz in Ländern, die Zufallsalkoholtests durchführen, geringer ist.

Der Verkauf von Alkohol unterliegt in den meisten Ländern der EU Einschränkungen, in einigen Fällen durch Verkaufsmonopole, öfter aber durch Lizenzen, wobei die Örtlichkeiten, an denen Alkohol verkauft werden kann, häufig eingeschränkt sind. Über ein Drittel der Länder (und einige Regionen) schränken auch die Verkaufszeiten ein, wohingegen eine Beschränkung von Verkaufstagen oder der Dichte der Verkaufsstellen nur in wenigen Ländern besteht. Alle Länder verbieten den Verkauf von Alkohol an Jugendliche unter dem Mindestalter in Bars oder Gaststätten, aber vier Ländern haben keine Regelungen für den Verkauf an Jugendliche in Geschäften. Das Mindestalter für den Kauf von Alkohol variiert ebenfalls in-

nerhalb von Europa, wobei Nordeuropa eher zu 18 Jahren und Südeuropa eher zu 16 Jahren tendiert.

Die Alkoholvermarktung ist abgestuft geregelt, abhängig von der Art der Aktivität. Fernsehwerbung für Bier unterliegt (über inhaltliche Beschränkungen hinausgehend) in über der Hälfte der europäischen Länder gesetzlichen Bestimmungen. Dies schließt völlige Alkoholverwendungsverbote in fünf Ländern mit ein; 14 Länder erlauben bloß keine Werbung für Spirituosen. Plakate und Printmedien sind geringeren Regulierungen unterworfen, wobei eines von drei Ländern (hauptsächlich in EU10 Ländern) gar keine diesbezüglichen Kontrollen aufweist. Sport-Sponsoring ist den geringsten Beschränkungen unterworfen. Nur sieben Länder haben diesbezüglich überhaupt irgendwelche gesetzlichen Restriktionen.

In allen europäischen Ländern gibt es spezifische Alkoholsteuern, wobei die Steuersätze zwischen den Ländern beträchtlich variieren. Dies wird besonders deutlich beim Wein, auf den fast die Hälfte der Länder überhaupt keine Steuern erheben, aber eines von fünf Ländern einen Steuersatz von über 1.000 € pro Hektoliter Reinalkohol, wobei Unterschiede in der Kaufkraft der Länder in die Berechnung eingeflossen sind. Allgemein gilt, dass der durchschnittliche Steuersatz in Nordeuropa am höchsten ist, im Süden sowie Teilen von Mittel- und Osteuropa am niedrigsten. Vier Länder haben seit 2004 einen spezifischen Steuersatz für Alkopops eingeführt, was anscheinend zur Reduzierung des Alkopopkonsums geführt hat.

Wenn man die verschiedenen alkoholpolitischen Interventionsfelder in einer Skala zusammenführt, ergibt dies einen Überblick darüber, wie konsequent verschiedene europäischen Länder Alkoholpolitik umsetzen. Von 20 möglichen Punkten werden durchschnittlich 10,8 erreicht, wobei Griechenland mit 5,5 Punkten den niedrigsten und Norwegen mit 17,7 Punkten den höchsten Wert erreicht. Am wenigsten restriktiv sind Südeuropa und Teile von Mittel- und Osteuropa, am restriktivsten ist das nördliche Europa, - aber es gibt auch Ausnahmen von diesbezüglichen Nord-Süd-Gefälle, wie man an dem hohen Punktstand in Frankreichs erkennen kann. Das Bild der alkoholpolitischen Maßnahmen unterscheidet sich heutzutage sehr stark von dem von vor 50 Jahren. Bis heute haben sich die Strategien der Länder deutlich angeglichen, vor allem weil die Alkoholpolitik in manchen Ländern restriktiver geworden ist. Letzteres gilt besonders in Hinblick auf Alkohol im Straßenverkehr, wo inzwischen alle Länder eine gesetzliche Blutalkoholgrenze eingeführt haben. Darüber hinaus haben auch Maßnahmen zur Kontrolle der Vermarktung zugenommen. Außerdem sind heute ein gesetzliches Mindestalter für den Erwerb von Alkohol sowie Strukturen zur Umsetzung einer Alkoholpolitik viel stärker verbreitet als noch 1950.

Schlussfolgerungen

Alkohol und Europas Wirtschaft

Schlussfolgerung 1

Der Handel mit Alkohol trägt 9 Mrd. € zur **Handelsbilanz** der Europäischen Union bei. Europäische oder nationale Bestimmungen zur Verringerung negativer alkoholbedingter Auswirkungen tangieren diese Bilanz nicht notwendigerweise.

Schlussfolgerung 2

Alkoholsteuern sind eine wichtige Einnahmequelle der Regierungen (25 Mrd. € im Jahr 2001 in den älteren EU15 Ländern), wobei der Umfang der Alkoholsteuereinnahmen mehr mit den Steuersätzen zusammenhängt als mit der Höhe des Gesamtalkoholkonsums.

Schlussfolgerung 3

Ein Rückgang des Alkoholkonsums führt nicht notwendigerweise zu **Arbeitsplatzverlusten** in der Gesamtwirtschaft und möglicherweise nicht einmal zu großen Veränderungen in jenen Sektoren, wo Alkohol eine Rolle spielt, wie Restaurants und Bars.

Die sozialen Kosten von Alkohol

Schlussfolgerung 4

Die monetär erfassbaren **Folgekosten** des Alkoholkonsums in der Europäischen Union werden für das Jahr 2003 auf 125 Mrd. € geschätzt, einschließlich jener 59 Mrd. € die auf **Produktivitätsverluste** durch Fehlen am Arbeitsplatz, Arbeitslosigkeit und vorzeitigen Tod fallen.

Schlussfolgerung 5

Die immateriellen **Folgekosten** des Alkoholkonsums in der Europäischen Union (welche den Wert erfassen, den Menschen dem dadurch verursachten Leid und Verlust an Leben beimessen) werden für das Jahr 2003 auf 270 Mrd. € geschätzt.

Der Gebrauch von Alkohol in Europa

Schlussfolgerung 6

Obwohl es offensichtlich immer noch **Unterschiede** zwischen den Ländern hinsichtlich der Trinkniveaus und Trinkmuster gibt, sind diese Unterschiede heute kleiner als noch vor 40 Jahren, und viele Aspekte des Alkoholkonsumverhaltens sind europaweit heute ähnlicher als gemeinhin angenommen wird. „**Binge-drinking**“ bei **Jugendlichen** hat während der 90er Jahre in den meisten Ländern zugenommen und wurde von uneinheitlichen Trends in den letzten Jahren abgelöst.

Schlussfolgerung 7

Alkoholräusche sind eine bedeutende Ursache für **Verletzungen** – einschließlich gewaltbedingter Verletzungen - in ganz Europa, einschließlich Südeuropa.

Schlussfolgerung 8

Wo man in Europa lebt bleibt eine wichtige Determinante für das Ausmaß der alkoholbedingten negativen Auswirkungen.

Alkohol und Gesundheit

Schlussfolgerung 9

Alkoholkonsum ist ein Faktor für die Gesundheit, der für 7,4% aller Behinderungen, Beeinträchtigungen durch gesundheitliche Probleme und vorzeitigen Todesfälle verantwortlich ist.

Schlussfolgerung 10

Alkoholkonsum hat **nicht nur für die Konsumenten** selbst negative Konsequenzen, sondern ist auch für jährlich 60.000 untergewichtige Geburten, 5-9 Mio. Kinder in durch Alkoholkonsum belasteten Familien und 10.000 Verkehrstote in der EU verantwortlich, wobei bei letzterer Zahl die Todesfälle unter den verursachenden Fahrer nicht mitgezählt sind.

Schlussfolgerung 11

Alkohol verursacht **Unterschiede im Gesundheitszustand** zwischen und innerhalb der EU-Mitgliedsstaaten. Vergleicht man die neueren EU10-Ländern mit den EU15-Ländern, so ergeben sich Unterschiede in der alkoholbedingten Mortalität von 90 zusätzlichen Toten pro 100.000 Männer und 60 zusätzlichen Toten pro 100.000 Frauen in den EU10-Ländern.

Alkohol und Regierungspolitik

Schlussfolgerung 12

Regierungen haben eine **Verantwortung** in den Markt einzugreifen und können davon auch **profitieren**. Eine 10%ige Preiserhöhung in den älteren EU15 Mitgliedsstaaten z.B., würde im ersten Jahr schätzungsweise 13 Mrd. € an Mehreinnahmen durch zusätzliche Alkoholsteuern erbringen.

Schlussfolgerung 13

Aufklärungskampagnen sind nur wenig wirksam, wenn es um die Verringerung alkoholverursachter Schäden geht und stellen daher keine Alternative zu **Maßnahmen** dar, **die den Alkoholmarkt regulieren**. Letztere haben die stärksten schadensreduzierende Wirkung auch bei exzessiv trinkenden und jugendlichen Alkoholkonsumenten.

Alkohol und europäische Politik

Schlussfolgerung 14

Das Fortbestehen von Unterschieden in der Alkoholpolitik innerhalb Europas, wie z.B. die unterschiedliche Festlegung von Steuersätzen, beeinträchtigt die Möglichkeiten der einzelnen Länder, wirksame Strategien zu implementieren.

Schlussfolgerung 15

Unterschiede bezüglich alkoholpolitischer Maßnahmen und Strategien zwischen den Mitgliedsstaaten werden manchmal als rechtskonform beurteilt, wenn sie dem **Schutz der Bevölkerungsgesundheit** dienen, wie z.B. die Entscheidung des Europäischen Gerichtshofes zugunsten des französischen Werbebeschränkungsgesetzes zeigt.

Empfehlungen

I. Definition von alkoholischen Getränken

| Definition von alkoholischen Getränken | Relevante Akteure |
|--|-----------------------------|
| I.1 Die politischen Verantwortlichen sollten alkoholische Getränke in einer einheitlichen Weise definieren. Ein Ausgangspunkt dafür könnte sein, eine Untergrenze für alkoholhaltige Getränke für Steuerzwecke festzulegen (0,5 Volumenprozent Alkohol). | (I) Eur. Inst. ⁴ |

II. Evidenzbasierung schaffen

| Forschungsempfehlungen | Relevante Akteure |
|---|---|
| II.1 Es sollten europäische Infrastrukturen eingerichtet und finanziert werden, um gemeinsame, länderübergreifende Forschungsprojekte zu realisieren. | (I) Eur. Inst. (II) MS/region ⁵ |
| II.2 Es sollten europäische Infrastrukturen geschaffen und finanziert werden, die alle bedeutenden Forschungsergebnisse zur Alkoholpolitik überprüfen und verbreiten. Dies könnte z.B. mittels Datenregistern und Datenbanken erfolgen. Die Faktengrundlage sollte in einfach nachvollziehbare Strategien und Praktiken übersetzt werden - in Form von praxisnahen Instrumenten und Leitlinien. | (I) Eur. Inst. (II) MS/region |
| II.3 Es sollten öffentlich finanzierte Langzeit-Forschungsprogramme geschaffen und finanziert werden. | (I) Eur. Inst. (II) MS/region |
| II.4 Durch Programme zur Förderung von Fachkompetenz sollten Forschungskapazitäten zur alkoholpolitischen Forschung geschaffen werden. | (I) Eur. Inst. (II) MS/region |
| Empfehlungen zum Informationsaustausch | Relevante Akteure |
| II.5 Es sollte ein Europäisches Alkohol Beobachtungszentrum (European Alcohol Monitoring Centre – EAMC) mit Partnern in den einzelnen Ländern geschaffen und finanziert werden. | (I) Eur. Inst. (II) MS/region |

⁴ Europäische Institutionen

⁵ Mitgliedsstaaten und Regionen innerhalb der Mitgliedsstaaten

| | |
|--|--|
| <p>II.6 Der EU Arbeitsgruppe für Gesundheitsindikatoren gegenüber sollte die Bedeutung von alkoholbezogenen Indikatoren hervorgehoben werden. In die Kurzliste der Gesundheitsindikatoren der EU (<i>European Community Health Indicators</i>), sollten Indikatoren bezüglich Alkoholkonsum, alkoholverursachtem Leid sowie zur Beurteilung von Alkoholstrategien und Interventionen aufgenommen werden.</p> | <p>(I) Eur. Inst.</p> |
| <p>II.7 Beobachtungsprogramme zur Erfassung alkoholrelevanter Daten sollten geschaffen werden, damit die entsprechenden Daten innerhalb von Europa vergleichbar und analysierbar werden.</p> | <p>(I) Eur. Inst. (II) MS/region</p> |
| <p>II.8 Es sollte eine europäische Datenbank geschaffen und unterhalten werden, in der Gesetze und Bestimmungen sowie wirksame Strategien und Programme in Europa, in den Mitgliedsstaaten und in den Gemeinden gesammelt und zugänglich gemacht werden.</p> | <p>(I) Eur. Inst. (II) MS/region (III) Gemeinden</p> |

III. Vorbereitung und Implementierung von Unterstützungsmechanismen

| <p>Empfehlungen für Strategien und Aktionspläne</p> | <p>Relevante Akteure</p> |
|---|--|
| <p>III.1 Innerhalb der Europäischen Kommission sollte ein geregeltes Verfahren und ein Knotenpunkt (Focal Point) für Alkoholpolitik geschaffen bzw. gestärkt werden. Dieser sollte mit entsprechendem Personal und finanziellen Ressourcen ausgestattet sein, um die die Entwicklung der europäischen Alkoholpolitik und die Implementierung der Alkoholstrategie der Kommission zu beobachten.</p> | <p>(I) Eur. Inst</p> |
| <p>III.2 Es sollten Koordinationsmechanismen und Focal Points für Alkoholpolitik sollten geschaffen bzw. gestärkt und entsprechend finanziert werden.</p> | <p>(I) Eur. Inst. (II) MS/region (III) Gemeinden</p> |
| <p>III.3 Es sollten Alkoholaktionspläne mit klaren Zielvorstellungen und Strategien formuliert und implementiert werden.</p> | <p>(I) Eur. Inst. (II) MS/region (III) Gemeinden</p> |
| <p>III.4 Es sollte ein verlässliches Finanzierungssystem für Organisationen, Programme und Personal, welche mit der Reduzierung von alkoholbedingten Problemen befasst sind, implementiert werden. Es sollte auch analysiert werden, inwieweit es praktikabel und wünschenswert ist, einen bestimmten Anteil der Alkoholsteuern (hypothecated tax) zur Finanzierung dieser Struktur zu nutzen.</p> | <p>(I) Eur. Inst. (II) MS/region (III) Gemeinden</p> |
| <p>III.5 Durch Kampagnen und Initiativen zur Entwicklung von Problembewusstsein sollte die Unterstützung für alkoholpolitische Maßnahmen in der zivilen und politischen</p> | <p>(I) Eur. Inst. (II) MS/region (III) Gemeinden</p> |

| | |
|--|---|
| Gesellschaft gefördert werden. | |
| III.6 Es sollten regelmäßig Alkoholberichte erstellt und einer breiten Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden. | (I) Eur. Inst. (II) MS/region (III) Gemeinden |

IV Andere Strategien und Maßnahmen sowie länderübergreifende Unterstützung

| Empfehlungen zur Messung der Wirkungen and zur Formulierung gemeinsamer Handlungsansätze | Relevante Akteure |
|--|----------------------------------|
| IV.1 Gesundheitspolitiker und ihre Berater sollten die Risiken beachten, die dem Prozess der Marktliberalisierung innewohnen. Sie sollten sicherstellen, dass Gesundheitsbelange bei Handelsvereinbarungen sowohl auf europäischer als auch auf globaler Ebene berücksichtigt werden. | (I) Eur. Inst. (II) MS/region |
| IV.2 Es sollten analytische Studien und Machbarkeitsstudien durchgeführt werden, um entscheiden zu können, wann gemeinsame alkoholpolitische Aktionen auf europäischem und globalem Niveau zweckmäßig sind und wie die Verbindlichkeit der Länder bezüglich der Alkoholpolitik gestärkt werden kann. | (I) Eur. Inst. (II) MS/region |
| IV.3 Zur Untersuchung der Wirksamkeit von europäischen Strategien und Aktivitäten zur Verringerung des alkoholbedingten Leids und der damit assoziierten Kosten (einschließlich der Agrarpolitik) sollten mehr Ressourcen zur Verfügung gestellt werden. | (I) Eur. Inst. |

V. Reduzierung von Alkohol am Steuer

| Empfehlungen bezüglich Alkohol am Steuer | Relevante Akteure |
|--|----------------------------------|
| V.1 In ganz Europa sollte eine Höchstgrenze des Blutalkoholspiegels von 0.5 ‰ eingeführt werden; Länder mit einer niedrigeren BAK-Grenze sollten diese nicht erhöhen. | (I) Eur. Inst. (II) MS/region |
| V.2 Eine niedrigere Grenze von 0,2 ‰ sollte für junge Fahrer und Berufsfahrer sowie für Lastwagenfahrer eingeführt werden; Länder mit einer niedrigeren Grenze sollten diese nicht erhöhen. | (I) Eur. Inst. (II) MS/region |
| V.3 Generell sollten zufällige, verdachtunabhängige Alkoholtests eingeführt werden. Dabei sollten in ganz Europa Atemanalysegeräte von gleichwertigem und anerkanntem Standard verwendet werden. | (I) Eur. Inst. (II) MS/region |

| | |
|--|-----------------------------------|
| V.4 In ganz Europa sollten einheitliche Strafmaße für Überschreitungen der BAK-Grenze eingeführt werden. Die Bestrafung sollte nach klaren Regeln und zeitnah erfolgen, wobei das Strafmaß in Abhängigkeit von der Höhe des Blutalkoholspiegels abgestuft sein sollte. | I) Eur. Inst. (II) (MS/region |
| V.5 Strafmaßnahmen sollten mit Schulungs-, Rehabilitations- und Behandlungsprogramme für Fahrer verknüpft werden. Die Programme sollten auf anerkannten evidenzbasierten Richtlinien und Nachweisen aufbauen und sollten europaweit implementiert werden. | (I) Eur. Inst. (II) MS/region |
| V.6 Handlungsansätze zur Reduzierung von Alkohol am Steuer sollten von einer europaweiten Kampagne begleitet sein. | (I) Eur. Inst. |
| V.7 Bevor neue „Wer-fährt-Kampagnen“ (Designated Driver Programs) finanziert und implementiert werden, sollten die existierenden Kampagnen, dahingehend evaluiert werden, ob sie zu einer Reduzierung von alkoholbedingten Unfällen und Todesfällen im Straßenverkehr beitragen. | (I) Eur. Inst. (II) MS/region |
| V.8 Um das Risiko von Alkohol im Straßenverkehr zu senken, sollten wirksame und geeignete Schulungen für das Gaststättengewerbe und Konzessionsinhaber implementiert werden. | (III) Gemeinden |
| V.9 Um das Risiko von Alkohol im Straßenverkehr zu senken, sollten in den Gemeinden umfassende Schulungs- und Mobilisierungsprogramme implementiert werden. Diese sollten Initiativen im Rahmen von Stadtplanung und öffentlichem Transport einschließen. | (III) Gemeinden |

VI. Förderung von Aufklärung, Kommunikation, Trainingsprogrammen und öffentlichem Bewusstsein

| Empfehlungen zur Aufklärung und Erzeugung eines öffentlichen Bewusstseins | Relevante Akteure |
|---|-----------------------------------|
| VI.1 Aufklärungsprogramme sollten nicht isoliert als alkoholpolitische Maßnahme implementiert werden oder dem alleinigen Zweck dienen, alkoholbedingte negative Auswirkungen zu verringern, sondern sollten eher als Maßnahme zur Bewusstmachung von alkoholbedingten Problemen verstanden werden und den Boden für spezifische Interventionen und einen Wechsel der Alkoholpolitik bereiten. | (II) MS/region (III) Gemeinden |
| VI.2 Es sollte Geld für die Evaluierung von Konzepten und Wirkungen verhaltenspräventiver Programme zur Verfügung gestellt werden. | (II) MS/region (III) Gemeinden |

| | |
|---|---|
| VI.3 Es sollten umfassende Bildungsprogramme eingeführt werden, die schon in der frühen Kindheit ansetzen, um junge Leute über die Folgen des Alkoholkonsums auf die Gesundheit, die Familie und die Gesellschaft aufzuklären und über die Wirksamkeit von wirksamen, schadensverhindernden und schadensminimierenden Maßnahmen zu informieren. | (II) MS/region (III) Gemeinden |
| VI.4 Bildungs- und Aufklärungsprogramme, aus anderen Ländern oder Kulturen, sollten zunächst im neuen Setting evaluiert werden, bevor sie implementiert werden. | (II) MS/region (III) Gemeinden |
| VI.5 Medienkampagnen sollten dazu genutzt werden, Bürger zu informieren und den Bekanntheitsgrad von Politikinitiativen zu erhöhen. | (I) Eur. Inst. (II) MS/region (III) Gemeinden |

VII. Produkt- und Warnhinweise

| Empfehlungen zur Etikettenbeschriftung | Relevante Akteure |
|---|----------------------------------|
| VII.1 Behältnisse, die alkoholischen Getränke enthalten, sollten Warnhinweise der Gesundheitsbehörden tragen, die die Gefahren des Alkoholkonsums in Zusammenhang mit dem Lenken von Fahrzeugen bzw. dem Bedienen von Maschinen hervorheben, sowie die gesundheitsschädlichen Folgen des Alkoholkonsums während einer Schwangerschaft beschreiben, oder andere geeignete Botschaften. | (I) Eur. Inst. (II) MS/region |
| VII.2 Die Verpackung und Etikettierung alkoholischer Produkte sollte keinesfalls dazu beitragen, einen falschen Eindruck über die Eigenschaften von Alkohol oder seiner gesundheitlichen Folgen zu erzeugen, noch sollten sie direkt oder indirekt Minderjährige ansprechen. | (I) Eur. Inst. (II) MS/region |

VIII. Konzepte zur Regulierung des Alkoholmarktes

| Empfehlungen bezüglich Steuern, Schmuggel und grenzüberschreitendem Warenkauf | |
|--|----------------------------------|
| VIII.1 Die Mindeststeuersätze für alkoholische Getränke sollten proportional zur Inflationsrate erhöht werden; sie sollten zumindest proportional zum Alkoholgehalt eines Getränkes stehen und auch die externen Kosten abdecken, die nach anerkannten und standardisierten Methoden ermittelt werden. | (I) Eur. Inst. (II) MS/region |
| VIII.2 Mitgliedsstaaten sollten das Recht behalten, Steuern flexibel zu nutzen, um bei spezifischen Problemen gegen- | (II) MS/region |

| | |
|---|---|
| steuern zu können, die z.B. in Zusammenhang mit alkoholische Getränken entstehen, die eine besondere Anziehungskraft auf junge Leute ausüben. | |
| VIII.3 Alkoholische Produkte sollten derart gekennzeichnet sein, dass sich Herkunft und Transportwege nachvollziehen lassen. Dies soll Schätzungen über die Höhe des Wertes ermöglichen, der durch Schmuggel in der und in die EU verursacht wird. | (I) Eur. Inst. (II) MS/region |
| VIII.4 Mitgliedsstaaten sollten die Möglichkeit haben, das Ausmaß der individuellen grenzüberschreitende Einkäufe zu begrenzen, um die Auswirkungen eigener steuerpolitischer Maßnahmen nicht zu schmälern. | (I) Eur. Inst. (II) MS/region |
| Empfehlungen für ein Mindestalter für Erwerb von und Zugang zu Alkohol | Relevante Akteure |
| VIII.5 Es sollte europaweit ein Minimalsystem zur Lizenzierung des Verkaufs alkoholischer Getränke eingeführt werden. Dort wo bestehende Systeme strenger sind, sollten diese akzeptiert werden. | (I) Eur. Inst. (II) MS/region (III) Gemeinden |
| VIII.6 Der Verkauf von alkoholischen Getränken an Personen unterhalb des regional oder national gesetzlichen festgelegten Mindestalters oder unter 18 Jahren sollte verboten werden, wobei hier die höhere Grenze relevant ist und die Einhaltung der Gesetze durchgesetzt werden sollte. | (II) MS/region |
| VIII.7 Gesetze, die den Verkauf von Alkohol über Anzahl und Dichte der Verkaufsstellen, nach Örtlichkeiten, über Öffnungszeiten und –tagen regeln, sollten nicht gelockert werden. Dort wo es keine oder nur geringe Begrenzungen in diesem Sinne gibt, sollte analysiert werden, wie sich die Einführung bzw. Verschärfung der Vorschriften auswirken würde. | (II) MS/region (III) Municipal |
| VIII.8 Es sollten zunehmend strengere Strafen gegen Verkäufer und Händler von Alkohol verhängt werden, wie z.B. Lizenzentzug oder die zeitweise bzw. endgültige Schließung des Betriebs, um die Einhaltung relevanter Maßnahmen zu gewährleisten. | (III) Municipal |
| Empfehlungen bezüglich von Werbung | Relevante Akteure |
| VIII.9 Der Spielraum von Werbung sollte europaweit definiert werden, wobei man auf bestehende Regelungen der Mitgliedsländer zurückgreifen kann. Ein besonderes Augenmerk sollte darauf gelegt werden, auf längere Sicht Alkoholwerbung ganz aus Fernsehen und Kino zu verbannen und Sponsoring nicht zuzulassen. Werbebotschaften und Bilder sollten sich ausschließlich auf die | (I) Eur. Inst. (II) MS/region |

| | |
|--|----------------------------------|
| Produktqualität beziehen. | |
| VIII.10 Der Artikel 15 der Direktive „Fernsehen ohne Grenzen“ sollte in Inhalt und Umfang verschärft werden. Eine Studie, wie weit die Direktive in den Mitgliedsstaaten befolgt wird, sollte in Auftrag gegeben werden. | (I) Eur. Inst. (II) MS/region |
| VIII.11 Wo sich Alkoholerzeuger und Werbewirtschaft zur Selbstregulierung verpflichtet haben, sollten die Ergebnisse von einer unabhängigen Institution beobachtet und beurteilt werden. | (I) Eur. Inst. (II) MS/region |

IX Schadensreduzierung im alkoholkonsumierenden Umfeld und öffentlichen Raum

| Empfehlungen zur Schadensreduzierung im alkoholkonsumierenden Umfeld und öffentlichen Raum | Relevante Akteure |
|--|--------------------------|
| IX.1 Stadtplanung, gemeindeorientierte Strategien, Vorschriften in Bezug auf Alkoholausschank und –verkauf sowie Verkehrspolitik und Verordnungen zum Schutz eines sicheren Umfelds sollten in einandergreifen, um negative Auswirkungen des Rauschtrinkens für die Anrainer zu minimieren. | (III) Gemeinden |
| IX.2 Es sollten wirksame und geeignete Trainingsprogramme für Gaststättengewerbe und Lizenzinhaber durchgeführt werden, um negativen Folgen von Alkoholvergiftungen und schädlichem Trinkverhalten zu verringern. | Alkoholindustrie |
| IX.3 Es sollten Maßnahmen zur geeigneten Überprüfung und Durchsetzung der Gesetzgebung in Bezug auf den Verkauf von Alkohol und die Vergabe von Schanklizenzen implementiert werden, die speziell auf Lokale abzielen, die sich durch ein hohes Maß an Problemen auszeichnen. | (III) Gemeinden |
| IX.4 Es sollten finanziell gut ausgestattete Gemeindemobilisierungs- und Interventionsprogramme implementiert werden, die verschiedene Sektoren und Partner miteinbeziehen. Auf diese Weise soll Alkoholkonsum in einer sichereren Umgebung möglich und negative alkoholbedingten Folgen reduziert werden. | (III) Gemeinden |

X. Beratung bei gesundheitsgefährlichem und schädlichem Alkoholkonsum sowie Alkoholabhängigkeit

| Empfehlungen für Interventionen | Relevante Akteure |
|--|---|
| <p>X.1 Integrierte, evidenzbasierte Richtlinien für Kurzinterventionen bei gesundheitsgefährdendem und –schädlichem Alkoholkonsum sollten entwickelt und in unterschiedlichen Settings umgesetzt werden, um Qualität und Zugang zur Versorgung auf dem höchsten Niveau anzugleichen.</p> | <p>(II) MS/region (III) Municipal</p> |
| <p>X.2 Trainings- und Unterstützungsprogramme zur Durchführung von Kurzinterventionen bei gesundheitsgefährdendem und –schädlichem Alkoholkonsum sollten entwickelt und in unterschiedlichen Settings umgesetzt werden, um die Kenntnisse in der primären Versorgung auf höchstem Niveau anzugleichen.</p> | <p>(II) MS/region (III) Gemeinden</p> |
| <p>X.3 Es sollten Ressourcen zur Verfügung gestellt werden, um die Verfügbarkeit und den Zugang zu Diagnose- und Interventionsprogrammen für gesundheitsgefährdenden und schädlichen Alkoholkonsum sowie Alkoholabhängigkeit weitestgehend sicherzustellen.</p> | <p>(II) MS/region (III) Gemeinden</p> |

Übersetzung der Zusammenfassung:

Alkohol Koordinations- und Informationsstelle AKIS des Anton-Proksch-Instituts (Wien) und Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen DHS (Hamm)

Mai 2006