EUR/ICP/ADA 039
ORIGINAL: ENGLISCH

GEMEINDENAHE ALKOHOLMASSNAHMEN

Bericht über eine WHO-Arbeitsgruppe

Warschau
18. – 20. November 1992

1993

EUR/GFA-Ziel 17

ZUSAMMENFASSUNG

Zu den Zielen des Europäischen Alkoholaktionsplans gehört die Anregung und Stärkung gemeindenaher Maßnahmen zur Verhütung und Handhabung der durch Alkoholkonsum verursachten Schäden. Das WHO-Regionalbüro für Europa veranstaltete deshalb eine Arbeitsgruppentagung, deren Teilnehmer sich nachgehend mit der regionalen Ringstudie zur Reaktion der Gemeinde auf alkoholbedingte Probleme beschäftigten und sie in den Aktionsplan integrierten. Die Gruppe überarbeitete einen Leitlinienentwurf für gemeindenahe Maßnahmen und empfahl, den überarbeiteten Text in einer Dokumentenreihe zur Unterstützung des Aktionsplans zu veröffentlichen. Man war sich über den Wert von Demonstrationsprojekten als evaluative Forschungsbeiträge einig, weshalb die Teilnehmer ein für Lahti, Finnland, vorgeschlagenes Projekt für ein geeignetes Ringprojekt im Rahmen des Aktionsplans hielten. Abschließend schlug die Arbeitsgruppe vor, im Rahmen des WHO-Projekts „Gesunde Städte" einen Multi-City Action Plan (MCAP) zu Alkoholfragen zu schaffen, der zur Umsetzung des Aktionsplans auf lokaler Ebene beitragen könnte.

Schlüsselwörter

ALCOHOL DRINKING – prevent/control
ALCOHOL DRINKING – adverse effects
CONSUMER PARTICIPATION
CCEE

INHALT

EINLEITUNG

Die Arbeitsgruppentagung wurde vom WHO-Regionalbüro für Europa als Teil der Umsetzung des Europäischen Alkoholaktionsplans abgehalten. Gastgeber der Tagung war die polnische Regierung mit Unterstützung des Instituts für Psychiatrie und Neurologie in Warschau. Die Arbeitsgruppe bestand aus 18 Experten aus 12 europäischen Mitgliedstaaten und Kanada, zwei WHO-Mitarbeitern und vier Beobachtern. Es handelte sich dabei um Public Health-Experten, führende Verwaltungskräfte, Gesundheitspolitiker und andere, die Programme zu gemeindenahen Alkoholmaßnahmen umsetzen oder entsprechende Forschungsarbeiten leiten.

Zu den Zielen des Europäischen WHO-Alkoholaktionsplans gehört es, gemeindenahe Maßnahmen zur Verhütung und Handhabung der durch Alkoholgebrauch verursachten Schäden anzuregen und zu stärken. Gemeindenahe Programme sind ein wichtiger Schlüssel zu Veränderungen der Lebensweisen in der gesamten Gemeinde, können aber auch die politische und öffentliche Unterstützung für lokale und landesweite Programme und Konzeptionen sichern, die den Verkauf und den Konsum von Alkohol zu regeln versuchen. Außerdem kann lokales Handeln die internationale Alkoholpolitik beeinflussen. Umfassende Gemeindeprogramme haben in der Europäischen Region nachweislich einen positiven Effekt auf die Bekämpfung von Herz-Kreislaufkrankheiten gehabt, und durch die internationale Ringstudie des Regionalbüros zum Thema der gemeindenahen Reaktionen auf alkoholbedingte Probleme wurde ausgedehnte deskriptive Forschungsarbeit geleistet. Mittlerweile wächst weltweit die Literatur zu Forschungsarbeiten und Programmen über gemeindenahe Alkoholmaßnahmen.

– Die Arbeitsgruppe hatte die Aufgabe, sich nachgehend mit der obengenannten Studie zu befassen und ihre Ergebnisse in den Europäischen Alkoholaktionsplan einzubringen. Im einzelnen hatte die Gruppe folgende Zielvorgaben:

- die aus der erwähnten Studie und anderen Initiativen gewonnenen Erfahrungen für Leitlinienentwürfe zu gemeindenahen Alkoholmaßnahmen zu nutzen, die die Entwicklung eines Multi-City Action Plans zum Thema Alkohol im Rahmen des WHO-Projekts „Gesunde Städte" unterstützen könnten;
- ein Netz aus Gemeinden und Städten zu schaffen, die sich auf das Thema Alkohol konzentrieren würden; und
- sich mit dem Vorschlag für ein Demonstrationsprojekt zu einem umfassenden Gemeindeprogramm zur Verhütung der durch Alkoholgebrauch verursachten Schäden zu beschäftigen.

DISKUSSION

Leitlinien für gemeindenahe Maßnahmen

Alle Teilnehmer der Arbeitsgruppe waren sich einig, daß man Leitlinien für den Aufbau gemeindenaher Aktionsprojekte zum Thema Alkohol brauche, obwohl man einen anderen Namen für die Leitlinien für akzeptabler hielt. Das Zielpublikum wären Professionelle in der Gesundheitsförderung, Politiker und Entscheidungsträger. Das Material würde in einer attraktiven, etwa hundertseitigen Broschüre vorgelegt werden. Ein solches Papier könnte in einer Schriftenreihe zur Unterstützung des Europäischen Alkoholaktionsplans erscheinen.

Die Broschüre sollte gründlich und von der Qualität her für Professionelle interessant sein, dabei aber keineswegs andere Leser ausschließen. Sie sollte umfassend, doch prägnant sein. Sie würde mehr Leser finden, wenn sie klar und deutlich geschrieben wäre und der Text durch verschiedene Illustrationen erläutert würde.

Die Arbeitsgruppe begrüßte und kommentierte die inhaltlichen Vorschläge und die vorgelegten Kapitelentwürfe. Zu Beginn des Textes müsse betont werden, was das Alkoholproblem für den einzelnen

Leser bedeute. Wichtig sei es, Charakter und Ausmaß alkoholbedingter Probleme zu diskutieren, außerdem aber auch die sozialen und kulturellen Gründe für das Trinken, die Geschichte des Alkoholgenusses, die Mythen und Paradoxien des Trinkens, die Ökonomie des Alkoholgenusses sowie die Geschichte und Kostenwirksamkeit präventiver Maßnahmen.

Der Text sollte soweit möglich lebendig geschrieben sein, um das Interesse des Lesers zu fesseln und die Botschaft deutlich zu machen.

Aufgenommen werden sollten Beispiele aus verschiedenen Projekten, die Schwierigkeiten zeigen, aber auch erfolgreiche Methoden und Ergebnisse darstellen könnten. Eine verständlich geschriebene und als Werbematerial verteilte Zusammenfassung würde das Interesse an gemeindenahen Maßnahmen anregen.

Der erste Entwurf wurde für Ende Juni 1993 geplant. Er sollte den Mitgliedern der Arbeitsgruppe zur Stellungnahme zugehen, danach überarbeitet, gedruckt, in verschiedene Sprachen übersetzt und in zahlreichen Projekten und Städten benutzt werden. Alle Rückmeldungen könnten dann in die Textüberarbeitung für künftige Ausgaben einfließen.

Ein Demonstrations- und Evaluationsprojekt für ein umfassendes, gemeindenahes Alkoholprogramm

Der Sinn gemeindebezogener präventiver Forschungsprojekte liegt u. a. darin, Probleme zu ermitteln und zu definieren, die Wirkung der präventiven Arbeit zu messen und das Verständnis für die daraus resultierenden Veränderungen in Gesellschaft und Nahgemeinde zu fördern. Gemeindenahe Projekte können das Verständnis der Menschen für die in ihrer Kultur begründeten Haltungen zum Alkohol fördern. Sie können die von der Gemeinschaft geforderten Maßnahmen bieten, als Einfallswinkel für die Kommunikation mit der Gemeinde örtliche Daten benutzen, Politiker und Entscheidungsträger von der Notwendigkeit erzieherischer Arbeit an der Basis überzeugen und die Menschen zusammenbringen.

Diese Forschungsprojekte haben allerdings auch ihre Begrenzungen. Beispielsweise können sie an sich schon Interventionen darstellen. Statische Forschung beantwortet vielleicht nicht alle wichtigen Fragen, Aktionsforschung aber kann ebenfalls zu Schwierigkeiten führen.

Die Forschungsmethodik sollte sich nach den gestellten Fragen richten. Zu den akzeptablen Optionen gehören beobachtende und qualitative, epidemiologische und quantitative sowie klinische und interaktive Methoden. Zu den Problemen der Gemeindeinterventionsforschung gehört die schlechte Finanzausstattung. Die Konsequenzen sind dann oft ein zu enger zeitlicher Rahmen, politische Einmischung, ein zu allgemeines und verzetteltes Programm, zu ehrgeizige Ziele, widersprüchliche Erwartungen und ein fehlendes Gleichgewicht zwischen wissenschaftlicher Exaktheit und wirksamem Handeln bzw. effektiver Befähigung zum Handeln.

Man könnte bereits laufende Gemeindeforschungsprojekte analysieren, um festzustellen, ob sie auch das Thema Alkohol erfassen. Darüber hinaus könnte man Alkoholmaßnahmen auch in Initiativen wie das Projekt „Gesunde Städte", in HIV- und AIDS-Projekte und andere, wie Gesunde Babys, Frauen und Gesundheit, Unfälle und Ernährung, einbauen. Strategie und Abfolge der Projekte sollten den pragmatischen Zwängen gerecht werden, flexibel sein, den Beteiligten die nötige Anerkennung zollen und widersprüchliche Interessen berücksichtigen.

Gut konzipierte Demonstrationsprojekte auf Gemeindeebene können ein starkes Werkzeug für die gesundheitliche Entwicklung auf lokaler und nationaler Ebene darstellen. Solche Projekte spielen eine wichtige Rolle in dem vom Regionalbüro koordinierten Landesweit Integrierten Interventionsprogramm für Nichtübertragbare Krankheiten (CINDI). Diese Projekte wollen nicht den einzelnen Menschen wandeln, sondern die gesamte Gemeinschaft ändern, d. h. viele ihrer sozialen und umweltbedingten Faktoren. Dazu braucht es Entscheidungen und Maßnahmen, die die gesunde Wahl möglich und leicht machen.

Mit einem Demonstrationsprojekt kann man:

- die Wirksamkeit unterschiedlicher Methoden der Prävention alkoholbedingter Probleme in derselben Gemeinde zur selben Zeit und in systematischer Weise testen;
- die Brauchbarkeit der Methoden, ihre Wirkungen und andere gemachten Erfahrungen beurteilen;
- der Öffentlichkeit und den Professionellen Anregung, Sichtbarkeit, Fortbildung und andere intellektuelle Ressourcen bieten.

Ein wirksames Demonstrationsprojekt sollte gut geplant, umgesetzt und ausgewertet werden. Es sollte von den nationalen Gesundheitsbehörden nicht nur unterstützt werden, sondern auch praktisch eng mit ihnen zusammenarbeiten.

Nach Ansicht der Teilnehmer ist es wichtig, die evaluative Forschung durch ein gemeindenahes Interventionsprojekt zur Prävention von Alkoholproblemen zu stärken und daraus zu lernen. Das vorgeschlagene Lahti-Projekt (vgl. Anhang 1) wurde als Demonstrations- und Evaluationsprojekt unterstützt und schien der WHO eine geeignete Gelegenheit zur Zusammenarbeit zu bieten. Ähnliche Projekte in anderen Ländern sollten gefördert werden.

Das Lahti-Projekt ist ein komplexes Aktionsprogramm zur Prävention der mit dem Alkoholgebrauch zusammenhängenden Schäden. Die Maßnahmen in der finnischen Stadt Lahti werden zum größten Teil von den in der örtlichen Gesundheitsförderung tätigen Fachkräften ausgehen. Sie umfassen die Weiterentwicklung der Lokalpolitik, Aufklärung und Information der Öffentlichkeit zum Thema Alkohol, Selbstbetreuung und Selbsthilfe für schwere Trinker sowie Jugendarbeit. Die Wirkung des Projekts wird anhand der Entwicklungs-, Verlaufs- und Resultatevaluierung beurteilt.

Die Teilnehmer der Arbeitsgruppe unterstrichen, daß sich diese Projekte unbedingt auf die Determinanten von Verhaltensänderungen konzentrieren müßten, beispielsweise auf praktische Fähigkeiten, soziale Unterstützung, Umwelt und die Funktion der primären Gesundheitsversorgung. Außerordentlich wichtig seien Milieuveränderungen,

die eine Reduzierung des gesamten Alkoholkonsums stützen könnten. Nützlich könnte es sein, ein paar einfache, konkrete, innovative und vermarktbare Ideen zu ermitteln, und außerdem müßten vielleicht Wirksamkeitsindikatoren, wie der Alkoholkonsum, stärker betont werden.

City Action Plans

Die Teilnehmer der Arbeitsgruppe diskutierten drei gemeindenahe Aktionsprogramme, zu deren Zielvorgaben es gehörte, durch Mobilisierung lokaler Ressourcen und von Fachkräften der primären Gesundheitsversorgung alkoholbedingte Probleme zu erfassen und zu reduzieren und den Alkoholkonsum in der jeweiligen Gemeinde herunterzubringen. Die Projekte zeigten, welch wichtige Rolle der primären Gesundheitsversorgung in gemeindenahen Maßnahmen zukommt. Bedingt ist das durch die Tatsache, daß die unterschiedlichsten Fachkräfte in die Arbeit einbezogen werden, zwischen den Mitarbeitern der primären Gesundheitsversorgung und der Bevölkerung ein intensiver Kontakt besteht und viele Menschen, die der Gefahr alkoholbedingter Probleme ausgesetzt sind, das Leistungsangebot der primären Gesundheitsversorgung in Anspruch nehmen.

Man könnte die Bevölkerung nach dem Niveau ihres Alkoholkonsums in drei Risikogruppen einteilen, wobei das Risiko mit dem Konsum steigt. Die primäre Gesundheitsversorgung könnte sich mit allen Gruppen befassen (vgl. Tab. 1). Für die risikoarme Gruppe wären folgende Interventionen denkbar: individuelle und ganze Familien umfassende Aufklärung, die sich vor allem an junge Menschen richten könnte, und die Anregung, die Familienangehörigen die Trinkgewohnheiten der Familie überwachen zu lassen. Alkoholfreie Getränke und Treffpunkte und die Diskussion alkoholbedingter Probleme in der Gemeinde würden dabei ein stützendes Umfeld bieten.

Ein konkretes Beispiel für die individuelle Aufklärung bot das vom Stockholmer Projekt entwickelte „Alkoholkarussell" (vgl. Anhang 1). Dieses Projekt bot auch einen alkoholfreien Treffpunkt an Schulabschlußtagen an.

Tabelle 1: Rolle des Arztes der primären Gesundheitsversorgung bei gemeindenahen Maßnahmen zu alkoholbedingten Problemen

Zielpopulation	Ärztliche Ziele	Ärztliche Maßnahmen
Gruppe mit niedrigem Risiko (niedriger Konsum)	Prävention Gesundheitsförderung	Aufklärung Fürsprache Vorbildfunktion
Gruppe mit erhöhtem Risiko (gefährlicher, schädlicher Konsum)	Risikoabbau Frühmaßnahmen	Screening Kurze Intervention
Gruppe mit hohem Risiko (Alkoholabhängigkeit)	Minimierung der Schäden Spezialisierte Behandlung	Beurteilung Überweisung

Man ermittelte verschiedene Interventionsrahmen, u. a. Zuhause, Schule und Arbeitsplatz. Im allgemeinen konzentrierten sich die laufenden Projekte auf die stärker gefährdete Gruppe und umfaßten die unterschiedlichsten Strategien staatlicher und nichtstaatlicher Stellen. Die Arbeitsgruppe unterstrich den Vorbereitungs- und Schulungsbedarf der Gesundheitsfachkräfte.

Das WHO-Projekt „Gesunde Städte" wurde als Wissens-, Informations- und Erfahrungsquelle und als mögliches Instrumentarium zur Umsetzung des Europäischen Alkoholaktionsplans auf lokaler Ebene empfunden. Im Rahmen des Projekts werden Strategien zur Verwirklichung der „Gesundheit für alle" und zur Förderung der Gesundheit auf Lokalebene umgesetzt. Man versucht damit die bestehenden bürokratischen Strukturen aufzubrechen und Prozesse in Gang zu setzen, die von unten nach oben, nicht in die umgekehrte Richtung wirken. Zu den Prinzipien des Projekts „Gesunde Städte" gehört es, die Menschen am Ort stärker für ihr eigenes Wohlergehen zu interessieren und sie in die Arbeit einzubeziehen.

Im Rahmen des Projekts wurde der Multi-City Action Plan (MCAP) entwickelt. Er soll den Städten die Möglichkeit bieten, in

bestimmten, sie alle interessierenden Fragen, zusammenzuarbeiten. Er ermöglicht es den Städten, Erfahrungen auszutauschen, in einem thematischen Bereich besondere Sachkenntnis zu erwerben und im Rahmen des Projekts „Gesunde Städte" und darüber hinaus Modellvorbild zu werden. Die Städte hatten bisher zu 13 Themen MCAPs aufgestellt, und man unterstützte in der Arbeitsgruppe den Gedanken eines Alkohol-MCAPs.

SCHLUSSFOLGERUNGEN UND EMPFEHLUNGEN

1. Die Leitlinienentwürfe für den Aufbau gemeindenaher Aktionsprojekte zum Thema Alkohol sollten unter dem Titel „Aktionsrah-men" stehen und in einer Schriftenreihe zur Unterstützung des Europäischen Alkoholaktionsplans erscheinen.

2. Das Lahti-Projekt, ein umfassendes Gemeindeprogramm zur Prävention der durch Alkoholkonsum verursachten Schäden, ist ein nützliches Demonstrations- und Evaluationsprojekt und damit ein geeignetes Ringprojekt für den Europäischen Alkoholaktionsplan.

3. Zur Umsetzung des Europäischen Alkoholaktionsplans auf örtlicher Ebene sollte man einen Alkohol-MCAP in Erwägung ziehen. Die WHO sollte die auf der Arbeitsgruppentagung vertretenen Städte auffordern, den Gedanken zu diskutieren. Jede Stadt sollte ein Treffen für interessierte Gruppen veranstalten. Die WHO könnte bei der Ausarbeitung von Materialien für diese Treffen behilflich sein. Die weiterhin interessierten Städte könnten, möglicherweise Anfang 1993, Vertreter zu einer Tagung schicken, bei der ein Alkohol-MCAP erarbeitet werden könnte.

Anhang 1

ARBEITSPAPIERE[a]

ICP/ADA 039/6	Large-scale demonstration projects for national chronic disease prevention: concepts of the WHO CINDI programme, von P. Puska
ICP/ADA 039/7	Community based strategies to prevent the harm done by alcohol use, von N. Giesbrecht
ICP/ADA 039/8	Lahti project. Proposal for a demonstration project for a comprehensive community alcohol programme to prevent the harm done by alcohol use, von M. Holmila
ICP/ADA 039/9	Design, implementation and evaluation of a community action programme for prevention of alcohol-related problems in Stockholm city – initial experiences, von S. Bort u. a.
ICP/ADA 039/10	Alcohol prevention at the local level, von H. Garretsen
ICP/ADA 039/12	Healthy Cities project, von I. Haurum
ICP/ADA 039/13	A community project in Florence, von A. Allamani

[a] Exemplare sind beim Referat Alkohol, Drogen und Tabak des WHO-Regionalbüros für Europa, Scherfigsvej 8, DK-2100 Kopenhagen Ø, Dänemark, erhältlich.

Anhang 2

TEILNEHMER

Berater auf Zeit

Dr. A. Allamani
Alkoholzentrum, USL 10/D, Careggi-Krankenhaus, Florenz, Italien

Dr. D. Asquith
Strathclyde Regional Council, Glasgow, Vereinigtes Königreich

Dr. J. de Carvalho Barrias
Direktor, Regionales Alkoholzentrum, Krankenhaus Magalhaes de Lemos, Porto, Portugal

R. Bateson
Koordinator, Dublin Healthy Cities Project, Irland

Dr. Michel Craplet
Association nationale de prévention de l'alcoolisme, Paris, Frankreich

Dr. A. Eriksson
Projektsekretär, „FIA-Projekt", Sabbatsbergs Hospital, Stockholm, Schweden

Dr. Dimitra Gefou-Madianou
Sektion Anthropologie, Abteilung für Soziologie, Panteios-Universität für Sozial- und Politikwissenschaft, Athen, Griechenland

Dr. Norman Giesbrecht
Senior Scientist, Addiction Research Foundation, Toronto, Kanada

I. Haurum
Stellvertretender Direktor, Kopenhagener Gesundheitsdienst, Gesundheitsamt, Kopenhagen, Dänemark

Dr. Marja Holmila
Sozialwissenschaftlerin, Sozialwissenschaftliches Institut für Alkoholstudien, Helsinki, Finnland

Dr. Galina Korchagina
Leiterin, Städtisches Antialkohol- und Drogenzentrum von St. Petersburg, Stadtrat St. Petersburg, Russische Föderation

Dr. V. Novotny
Stellvertretender Leiter, Psychiatrische Universitätsklinik, Bratislava, Slowakei

Dr. Grazyna Swiatkiewicz
Abteilung für Alkoholismus- und Drogenabhängigkeitsstudien, Institut für Psychiatrie und Neurologie, Warschau, Polen

Dr. D.N. Lenkov
Gesunde-Städte-Projektkoordinator, Stellvertretender Leiter, Ökologiekommission, Stadtrat von St. Petersburg, Russische Föderation

Dr. J. Mellibruda
Beauftragter für Fragen der Alkoholproblemprävention beim Minister für Gesundheit und Soziales, Ministerium für Gesundheit und Soziales, Warschau, Polen

Dr. E.B. Ritson
Senior Lecturer, Department of Psychiatry, Edinburgh University, und Consultant, Royal Edinburgh Hospital, Vereinigtes Königreich

K. Salmi
Stellvertretender Direktor, Stadt Lahti, Finnland

K.A. Wojcieszek
Beauftragter für Alkoholismusprävention, Woiwodschaftsamt, Lodz, Polen

Beobachter

Dr. Boguslaw Habrat
Abteilung für Alkoholismus- und Drogenabhängigkeitsstudien, Institut für Psychiatrie und Neurologie, Warschau, Polen

Dr. A. Zielinski
Abteilung für Alkoholismus- und Drogenabhängigkeitsstudien, Institut für Psychiatrie und Neurologie, Warschau, Polen

Dr. J. Morawski
Abteilung für Alkoholismus- und Drogenabhängigkeitsstudien, Institut für Psychiatrie und Neurologie, Warschau, Polen

J. Sieorslawski
Abteilung für Alkoholismus- und Drogenabhängigkeitsstudien, Institut für Psychiatrie und Neurologie, Warschau, Polen

WHO-Regionalbüro für Europa

Dr. Peter Anderson
Berater, Alkoholaktionsplan

Dr. Charles Price
Berater auf Zeit, Projekt „Gesunde Städte"

ZIEL 17

TABAK, ALKOHOL UND PSYCHOTROPE SUBSTANZEN

Bis zum Jahr 2000 sollte der gesundheitsschädigende Konsum Abhängigkeit bewirkender Stoffe wie Alkohol, Tabak und psychotroper Substanzen in allen Mitgliedstaaten erheblich zurückgegangen sein.

GEMEINDENAHE ALKOHOLMASSNAHMEN

WELTGESUNDHEITSORGANISATION
Regionalbüro für Europa
KOPENHAGEN