

EURO Berichte und Studien

8

---

# Volksgesundheitsaspekte der Alkohol-und Drogenabhängigkeit

Bericht über eine WGO-Konferenz

Dubrovnik  
21. – 25. August 1978

---

REGIONALBÜRO FÜR EUROPA  
Weltgesundheitsorganisation  
KOPENHAGEN  
1979



ISBN 92 9020 747 7

© Weltgesundheitsorganisation 1979

Die Veröffentlichungen des WGO-Regionalbüros für Europa sind gemäß den Bestimmungen von Protokoll 2 der Allgemeinen Urheberrechtskonvention urheberrechtlich geschützt. Das Recht der Vervielfältigung oder Übersetzung von Veröffentlichungen, die das WGO-Regionalbüro für Europa herausbringt, auszugsweise oder *in toto* kann beim WGO-Regionalbüro für Europa, Scherfigsvej 8, DK-2100 Kopenhagen Ø, Dänemark, beantragt werden. Das Regionalbüro begrüßt solche Anträge.

Die verwendeten Bezeichnungen und die Darstellung des Stoffes in dieser Veröffentlichung beinhalten keinerlei Stellungnahme seitens des Sekretariats der Weltgesundheitsorganisation hinsichtlich des rechtlichen Status irgendeines Landes, Territoriums, einer Stadt oder eines Gebietes oder deren Regierungen und Behörden oder bezüglich des Verlaufes ihrer Staats- und/oder Gebietsgrenzen.

Die Erwähnung bestimmter Firmen oder Erzeugnisse bestimmter Hersteller besagt nicht, daß diese von der Weltgesundheitsorganisation bestätigt oder bevorzugt gegenüber anderen ähnlicher Art, die nicht erwähnt sind, empfohlen werden. Abgesehen von möglichen Irrtümern und Versehen sind Markenerzeugnisse durch große Anfangsbuchstaben im Text kenntlich gemacht.

Die in dieser Veröffentlichung vorgetragenen Ansichten geben die Meinung der Konferenzteilnehmer wieder und repräsentieren nicht unbedingt die Beschlüsse oder die erklärte Politik der Weltgesundheitsorganisation.

Diese Veröffentlichung erscheint auch in Englisch, Französisch und Russisch.

PRINTED IN DENMARK

## INHALTSVERZEICHNIS

	<i>Seite</i>
1. Einleitung . . . . .	1
2. Trends von Alkoholkonsum und Trinkmustern in Europa . . . . .	4
3. Epidemiologie der alkoholverbundenen Probleme . . . . .	10
4. Reaktion der Gemeinschaft auf alkohol- und drogenbedingte Probleme . . . . .	14
5. Steuerungs- und Überwachungs politik . . . . .	18
6. Gesundheitserziehung zur Frage der Alkohol- und Drogenabhängigkeit . . . . .	21
7. Probleme in Zusammenhang mit der Behandlung von Alkoholikern und Drogenabhängigen. . . . .	25
8. Forschung . . . . .	28
9. Schlußfolgerungen . . . . .	30
10. Empfehlungen. . . . .	31
Anhang: Teilnehmerverzeichnis . . . . .	33



# KONFERENZ ÜBER VOLKSGESUNDHEITSASPEKTE DER ALKOHOL- UND DROGENABHÄNGIGKEIT

*Dubrovnik, 21. – 25. August 1978*

## 1. EINLEITUNG

Auf Einladung der Regierung Jugoslawiens wurde eine Konferenz über Volksgesundheitsaspekte der Alkohol- und Drogenabhängigkeit veranstaltet, welche vom 21. bis 25. August in Dubrovnik stattfand. An der Konferenz nahmen Psychiater, Psychologen, Soziologen, Sozialarbeiter und Vertreter der öffentlichen Gesundheitsverwaltung aus 24 der 32 Länder der Europäischen Region der Weltgesundheitsorganisation teil.

Neben Mitarbeitern der WGO waren ein Repräsentant des Internationalen Rates für die Bekämpfung des Alkoholismus und der Suchtgefahren (und der Suchtstoffabteilung der Vereinten Nationen) sowie Beobachter des psychiatrischen Dienstes und anderer Institutionen Jugoslawiens vertreten, die sich mit Fragen der Alkohol- und Drogenabhängigkeit befassen. Das Teilnehmerverzeichnis findet sich im Anhang.

Die Stellvertretende Vorsitzende des Bundeskomitees für Arbeits-, Gesundheits- und Sozialschutz, Frau Neveaka Novakovic, eröffnete die Konferenz und hieß die Teilnehmer in Dubrovnik willkommen. Die jugoslawische Regierung begrüße die Gelegenheit, mit der WGO bei der Veranstaltung einer solchen Tagung zusammenarbeiten zu können. Sie verwies auf die wachsende Besorgnis ihres Landes über den zunehmenden Alkoholkonsum und erklärte, daß der Pro-Kopf-Verbrauch von Alkohol in Jugoslawien von 6 l vor dem Zweiten Weltkrieg auf heute 14 l angestiegen ist. Ihr Land sei in besonderem Maße um die Gesundheit und soziale Wohlfahrt der Bevölkerung bemüht und daher in zunehmendem Maße besorgt über die Probleme in Zusammenhang mit dem unkontrollierten Alkohol- und Drogenkonsum. Diese Fragen seien Gegenstand der zweiten jugoslawischen Konferenz über Alkoholismus und Drogenabhängigkeit im Jahre 1977 gewesen, und ähnliche Aktivitäten seien künftig im Rahmen der Gesundheitsfürsorge in Jugoslawien als ständige Einrichtung vorgesehen.

Dr. M. Postiglione, Leiter der Abteilung Verhütung und Bekämpfung von Krankheiten am Regionalbüro für Europa, begrüßte die Konferenzteilnehmer im Namen von Dr. Leo A. Kaprio, Direktor des WGO-Regionalbüros für Europa, und erklärte, daß diese Konferenz im Rahmen des langfristigen Programmes

für Psychische Gesundheit stattfindet, welches vom Regionalkomitee für den Zeitraum 1970 bis 1983 beschlossen worden ist.

Professor V. Hudolin wurde zum Vorsitzenden und Dr. A. Sippert und Professor J. Skala wurden zu Stellvertretenden Vorsitzenden gewählt. Dr. U. Walsh übernahm die Berichterstattung, und Herr J.U. Hannibal, Sachbearbeiter im Referat für Psychische Gesundheit, wurde zum Tagungssekretär ernannt.

Dr. A.E. Baert, Regionalreferent für Psychische Gesundheit, ging auf die unterschiedlichen Kulturen und Trinkgewohnheiten in den 32 Ländern der Europäischen Region ein, wo der jährliche Pro-Kopf-Verbrauch eine 32-fache Schwankungsbreite aufweist, nämlich von 0,5 l bis zu über 16 l. Alkohol und Drogen seien weitgehend an der Belegung der 1 000 000 Betten in psychiatrischen Institutionen innerhalb der Europäischen Region sowie an den 100 000 durch Straßenverkehrsunfälle verursachten Todesfällen pro Jahr und den 100 000 Todesfällen durch Suizid beteiligt. Wie er erklärte, setzt sich innerhalb der Region in zunehmendem Maße die Erkenntnis durch, daß es notwendig ist, den steigenden Alkohol- und Drogenkonsum im Wege der Gesundheits-erziehung und durch verstärkte Überwachung von Produktion, Verteilung und Verfügbarkeit einzudämmen.

Frau J. Moser als Vertreterin der Abteilung für Psychische Gesundheit der WGO in Genf erläuterte, auf welche Weise diese Abteilung, der die weltweite Zuständigkeit für Probleme des Alkohol- und Drogenmißbrauchs obliegt, mit den sechs Regionalbüros zusammenarbeitet und mit welchen Aktivitäten versucht wird, der wachsenden Flut von Alkohol- und Drogenproblemen entgegenzuwirken. Sie wies ferner darauf hin, daß die heutige Konzeption der "alkoholbedingten Probleme" relativ weit gesteckt ist, was sich vor allem auch in der Neunten Revision der Internationalen Klassifizierung der Krankheiten widerspiegelt, in der der Begriff "Alkoholismus" durch "Alkoholabhängigkeit" ersetzt worden ist. Als Beispiel für die Unterschiedlichkeit des Vorgehens der einzelnen Länder erwähnte sie, daß Alkohol- und Drogenmißbrauch in einigen Ländern gemeinsam und in anderen wiederum getrennt behandelt werden.

Unter den zahlreichen Aktivitäten der WGO in diesem Bereich nannte sie insbesondere die Tagung des Expertenkomitees im Jahre 1966 und das Übereinkommen über Psychotrope Substanzen des Jahres 1977, die für die verstärkte Inangriffnahme dieser beiden Probleme und ein wachsendes Bewußtwerden ihrer vielschichtigen Ursachen in medizinischer, sozialer und wirtschaftlicher Hinsicht beispielgebend sind. Da die Wurzeln und Ursachen dieses Problems komplex und vielschichtig sind, müssen auch die Verhütungs- und Behandlungsmethoden dementsprechend aufgebaut werden.

Sie setzte die Konferenz über zwei neuere Arbeitsprojekte der WGO-Hauptverwaltung in Kenntnis, die für das Konferenzthema von einschlägiger Bedeutung sind. Erstens handelt es sich dabei um eine Veröffentlichung mit dem Titel *Prevention of alcohol-related disabilities* (Verhütung von alkoholbedingten

Behinderungen), einer Informationssammlung über die Art der in verschiedenen Ländern auftretenden Probleme und über die Maßnahmen, die zu deren Verhütung angewendet werden. Der erste Teil wurde bereits veröffentlicht. Der zweite Teil hat Länderprofile zum Gegenstand, mit einer Erläuterung der jeweiligen Probleme und der verfolgten Politik der Prävention sowie der zur Bekämpfung dieser Probleme aufgewendeten Ressourcen.

Das zweite Arbeitsvorhaben laufe unter der Bezeichnung *Community response to alcohol-related problems* (Reaktion der Gemeinschaft auf alkoholbedingte Probleme). Es handelt sich dabei um ein Forschungsprojekt, durch das die Länder angeregt werden sollen, sich mit den vorherrschenden Trinkgewohnheiten ihrer Bevölkerung und den daraus resultierenden Problemen näher zu befassen. Es stehe zu erwarten, daß die Länder durch diesen Anstoß zur Situationsanalyse eine verstärkte Verpflichtung entwickeln, sich um die eigenen Alkoholprobleme zu bemühen, und Mittel für die wirksame Bekämpfung bereitstellen und einsetzen.

Das Projekt hat auch eine gewissermaßen vergleichende Dimension, und zwar insofern, als Länder mit stark unterschiedlichem Entwicklungsstand und verschiedenem Alkoholverbrauch in die Untersuchung einbezogen sind. Bei zwei der untersuchten Länder handelt es sich um solche, die rasche wirtschaftliche und industrielle Veränderungen durchmachen. Damit ergab sich die Gelegenheit, die Auswirkungen dieser Faktoren auf den Alkoholkonsum und damit zusammenhängende Probleme zu untersuchen. Der letzte Aspekt war von besonderer Bedeutung, da sich nämlich nachweisen ließ, daß Alkoholmißbrauch in jenen Ländern zu einem erheblichen Problem für die Volksgesundheit werden kann, die bisher nur geringe Verbrauchsdaten aufwiesen, inzwischen jedoch einen raschen wirtschaftlichen Aufschwung erleben.

Herr J.U. Hannibal gab sodann eine kurze Einführung über zwei weitere einschlägige Aktivitäten des Europäischen Regionalbüros. Die erste besteht in der Zusammenarbeit mit der Finnischen Stiftung für die Untersuchung des Alkoholismus bei der Internationalen Studie über Erfahrungen bei der Bekämpfung des Alkoholismus. Mit Hilfe dieses Projektes sollten Methoden zur Eindämmung des Alkoholverbrauchs untersucht werden. Die Durchführung erfolgte in Zusammenarbeit mit der Stiftung für Suchtforschung in Toronto, Kanada, und der Sozialforschungsgruppe der Schule für Öffentliches Gesundheitswesen der Universität Berkeley, Kalifornien. Von den Ländern der Europäischen Region seien Finnland, Irland, Polen, die Schweiz und möglicherweise auch die Niederlande beteiligt.

Als zweites Projekt beschrieb er eine Reihe von Ausbildungskursen über die Epidemiologie der Alkohol- und Drogenabhängigkeit, die das Regionalbüro für die Ausbildung von Fachkräften des Gesundheits-, Sozial- und Verwaltungswesens veranstaltete. Der erste Kurs einer weiteren Reihe sei für das Jahr 1979 in der Sowjetunion vorgesehen.

## 2. TRENDS VON ALKOHOLKONSUM UND TRINKMUSTERN IN EUROPA

Aus den Arbeiten von Ledermann 1956<sup>a</sup> und später von de Lint und Schmidt<sup>b</sup> ergab sich, daß zwischen dem jährlichen Pro-Kopf-Verbrauch von Alkohol und dem Ausmaß der alkoholbedingten Probleme ein enger Zusammenhang besteht. Damit wurden Untersuchungen über die unterschiedlichen Verbrauchsraten der einzelnen Länder und über longitudinale Verbrauchstrends innerhalb der Länder zu einer Frage von besonderem Interesse. Gleichzeitig wuchs das Interesse an Untersuchungen über Präferenzmuster bei alkoholischen Getränken, und zwar sowohl innerhalb eines Landes als auch zwischen verschiedenen Ländern. Aus Trendstudien der Epidemiologen ergab sich, daß verschiedene Bevölkerungsgruppen durch Konsumveränderungen überproportional betroffen sind. So ist z.B. ein stärkerer Verbrauchsanstieg bei Jugendlichen, Frauen und Einwanderern sowie bei der Bevölkerung in Entwicklungsländern zu verzeichnen. Ferner ließ sich nachweisen, daß etablierte nationale Trinkmuster, wie z.B. Alkoholgenuß während der Mahlzeiten, starker Alkoholkonsum am Wochenende und gelegentliche Trinkgelage in Männergesellschaften, durch Trinkgewohnheiten, die eigentlich für andere Volksgruppen charakteristisch sind, noch verschärft werden. Dadurch vermischt sich landestypische Trinksitten, und es bildet sich stattdessen ein "internationales" Muster bei einem generellen Anstieg des Gesamtverbrauchs heraus.

In einem Einführungsreferat zu diesem Themenkreis legte Frau Dr. Ruth Mattheis Angaben über den Verbrauch in den europäischen Ländern zwischen 1950 und 1976 vor. Diese Daten, einschließlich der prozentualen Konsumveränderungen der Jahre 1950/52 bis 1968/70, 1950/52 bis 1975/76 und 1968/70 bis 1975/76, sind in Tabelle 1 vorgetragen.

Als wichtigster Punkt dieser Tabelle ist festzuhalten, daß der Alkoholkonsum in den meisten Ländern der Europäischen Region in den letzten 25 bis 30 Jahren stark angestiegen ist. Den höchsten Alkoholkonsum weisen heute, ebenso wie vor 25 Jahren, Weinerzeugerländer auf. Während 1950 lediglich zwei Länder, nämlich Frankreich und Portugal, einen jährlichen Pro-Kopf-Verbrauch an Alkohol von über 10 l Reinalkohol verzeichneten, lag 1975 die Zahl der Länder, die diesen Wert überschritten, bereits bei 10.

---

<sup>a</sup> Ledermann, S.: *Alcool, alcoolisme, alcoolisation*. Données scientifiques de caractère physiologique, économique et social (Institut national d'Études démographiques, Travaux et Documents, Cahier N° 29). Paris, Presse universitaire de France.

<sup>b</sup> de Lint, J. & Schmidt, W.: The distribution of alcohol consumption in Ontario. *Quarterly journal of studies on alcohol*, 29: 968-973 (1968).

Im Rahmen dieses generellen Konsumanstiegs verringerte sich die Streubreite der nationalen Verbrauchsziffern von 16,5 l Reinalkohol in den Jahren 1950/52 auf 12,8 l Reinalkohol 1975/76. In einigen Ländern, wie z.B. der Deutschen Demokratischen Republik und den Niederlanden, war ein Anstieg von über 300% zu verzeichnen, während sich in anderen, insbesondere jenen Ländern, die 1950/52 im Verbrauch führend waren, ein geringerer prozentualer Anstieg abzeichnete und in einem Falle, nämlich Frankreich, der Konsum sogar rückläufig war. Einzelheiten sind aus Tabelle 2 ersichtlich.

Allgemein kann davon ausgegangen werden, daß Länder mit ursprünglichen Konsum-Spitzenwerten in jedem Falle den geringsten proportionalen Anstieg aufweisen. Die Zahlen der letzten Jahre zeigen andererseits, bei einem generellen Aufwärtstrend des Konsums seit 1950/52, daß der Konsum in einigen Ländern in jüngster Zeit rückläufig gewesen ist, so in Italien seit 1969, in Portugal seit 1971 und in der Schweiz seit 1974. Ein nahezu gleichbleibender Stand ist in Österreich und in Schweden zwischen 1968 und 1970, bei lediglich ganz geringem Anstieg, zu verzeichnen.

Der stärkste Verbrauchsanstieg erfolgte offenbar zwischen 1950/52 und 1968/70, wenn auch zu unterschiedlichen Zeitpunkten und in unterschiedlichem Ausmaß. In Irland vollzog sich der Anstieg etwas später als in anderen Ländern. Die Vermutung liegt nahe, daß zwischen Konsumanstieg und nationaler Wirtschaftslage ein Zusammenhang besteht, eine Frage, die weiter untersucht werden sollte.

Die drei wichtigsten Gruppen der alkoholischen Getränke, nämlich hochprozentige Alkoholika, Bier und Wein, sind an der Steigerung des Pro-Kopf-Konsums von reinem Alkohol in den letzten 25 Jahren unterschiedlich beteiligt. Der Verbrauch an Bier und hochprozentigen Alkoholika ist stärker gestiegen als der Weinkonsum, insbesondere in den weinerzeugenden Ländern, wobei in Frankreich, Italien, Portugal und Spanien ein Trend zu verstärktem Bierkonsum zu beobachten war. Andererseits nahm in Belgien, den Niederlanden und den skandinavischen Ländern der Weinverbrauch relativ stark zu.

Die Interpretation dieser Veränderungen ist nicht einfach, doch hat die zunehmende "Internationalisierung" der Alkoholindustrie in Richtung auf supranationale Zusammenschlüsse mit monopolistischen Interessen in verschiedenen Bereichen der Alkoholerzeugung und des Alkoholhandels sicher eine wesentliche Rolle gespielt. Doch auch der Fremdenverkehr, die internationalen Gasterbeiterbewegungen und der zunehmend internationale Charakter der Werbung und Massenmedien haben zweifellos ebenfalls zu Veränderungen von Art und Ausmaß des Alkoholkonsums beigetragen und eine Nivellierung nationaler und regionaler Unterschiede bewirkt. Ein weiterer einschlägiger Faktor ist sicher auch die Tatsache, daß sich der Einkauf von Alkohol in Spirituosenabteilungen der Supermärkte usw. mit ihrer Anonymität für den Käufer immer mehr durchsetzt. Dies wird durch verschiedene Untersuchungen bestätigt, aus denen hervorgeht, daß der Absatz von Alkoholika in Selbstbedienungsläden größer ist als in Einzelhandelsgeschäften.

Tab. 1: Pro-Kopf-Verbrauch 1950/52, 1968/70, 1975/76

Land	Pro-Kopf-Verbrauch (in l Reinalkohol)					
	1950/52		1968/70		1975/76	
	Absolut	Absolut	Veränderungen in v.H. (1950/52 = 100%)	Absolut	Veränderungen in v.H. (1950/52 = 100%)	Veränderungen in v.H. (1968/70 = 100%)
<b>Weinländer</b>						
Frankreich	17,6	16,1	- 8,5	16,5	- 6,2	+ 2,5
Italien	9,4	13,7	+ 45,7	12,7	+ 35,1	- 7,3
Portugal	12,9	15,2	+ 17,8	14,1	+ 9,3	- 7,2
Schweiz	6,6	10,3	+ 56,1	10,3	+ 56,1	0,0
Spanien	8,1	11,9	+ 46,9	14,0	+ 72,8	+17,6
Ungarn	4,8	8,9	+ 85,4	10,7	+122,9	+20,2
<b>Bierländer</b>						
Belgien	6,6	8,4	+ 27,3	10,2	+ 54,5	+21,4
Dänemark	4,0	7,0	+ 75,0	9,2	+130,0	+31,4
Deutschland, Bundesrepublik	3,6	10,1	+180,6	12,5	+247,2	+23,8
Irland	3,4	4,4	+ 29,4	8,7	+155,9	+97,7
Luxemburg	6,8	9,4	+ 38,2	13,4	+ 97,1	+42,6
Österreich	5,4	10,8	+100,0	11,2	+107,4	+ 3,7
Tschechoslowakei	4,9	8,2	+ 67,3	9,2	+ 87,8	+12,2
Vereinigtes Königreich	4,9	6,2	+ 26,5	8,4	+ 71,4	+35,5
<b>Schnapsländer</b>						
Deutsche Demokratische Republik	1,9	6,0	+215,8	8,3	+336,8	+38,3
Finnland	2,2	4,4	+100,0	6,4	+190,9	+45,5
Island	1,1	2,8	+154,5	3,7	+236,4	+32,1
Jugoslawien	2,7	7,8	+188,9	8,9	+229,6	+14,1
Niederlande	1,9	5,3	+178,9	8,3	+336,8	+56,5
Norwegen	2,1	3,5	+ 66,7	4,3	+104,8	+22,9
Polen	3,1	5,5	+ 77,4	8,2	+164,5	+49,1
Schweden	4,0	5,8	+ 45,0	5,9	+ 47,5	+ 1,7

Quellen: (1) Kettil Bruun et al.: *Alcohol control policies in public health perspective*. — Finnische Stiftung für die Untersuchung des Alkoholismus, WGO-Regionalbüro für Europa, Stiftung für Suchtforschung von Ontario; Helsinki, 1975. (2) *Produktschap voor gedestillerede dranken*. — Schiedam, Niederlande, 1977.

Tab. 2: Pro-Kopf-Verbrauch an Reinalkohol  
1950/52 und 1975/76

<i>Stärkste Konsumenten</i>			
1950/52		1975/76	
Land	Liter	Land	Liter
Frankreich	17,6	Frankreich	16,5
Portugal	12,9	Portugal	14,1
Italien	9,4	Spanien	14,0
Spanien	8,1	Luxemburg	13,4
Luxemburg	6,8	Italien	12,7
Belgien	6,6	Deutschland, Bundesrepublik	12,5
Schweiz	6,6	Österreich	11,2
Österreich	5,4	Ungarn	10,7
Tschechoslowakei	4,9	Schweiz	10,3
Vereinigtes Königreich	4,9	Belgien	10,2

Land	Pro-Kopf- Verbrauch 1975/76 Liter	Steigerung gegenüber 1950/52 %
------	--	---

*Größte Zunahme*

Niederlande und Deutsche Demokratische Republik	8,3	337
Bundesrepublik Deutschland	12,5	247
Island	3,7	236
Jugoslawien	8,9	230

*Geringste Zunahme*

Frankreich	16,5	- 6,2
Portugal	14,1	+ 9,3
Italien	12,7	+35,0
Belgien	10,2	+55,0
Schweiz	10,3	+56,0

Jüngste Daten über den Verbrauch in Frankreich vermitteln einen Einblick über das Ausmaß der Veränderungen hinsichtlich der verschiedenen Arten von Getränken. Obwohl der Weinkonsum hier insgesamt zurückgegangen ist, ist ein Trend des Übergangs von leichteren Weinen zu Weinen mit höherem Alkoholgehalt zu erkennen. Der Konferenz lagen Daten vor, aus denen der Anstieg des Schnaps- und Bierverbrauchs in Frankreich hervorgeht. Der Konsum von Anis-Aperitifs stieg von 385 000 *hl* reinem Alkohol im Jahre 1970 auf 528 000 *hl* im Jahre 1975 an; bei Whisky, Gin und Wodka war ein Anstieg von 66 700 *hl* im Jahre 1970 auf 103 117 *hl* im Jahre 1975, bei Likören von 60 000 *hl* im Jahre 1970 auf 97 000 *hl* im Jahre 1975 und bei Bier von 35,4 *l* pro Kopf im Jahre 1960 auf 45,2 *l* im Jahre 1975 zu verzeichnen.

Die Konferenz befaßte sich ferner mit den Veränderungen der Trinkgewohnheiten und Trinkmuster in den europäischen Ländern. Die festverwurzelten traditionellen Trinksitten in den einzelnen Ländern bleiben offenbar erhalten, obwohl zahlreiche Anzeichen auf Veränderungen hindeuten. Nach wie vor gelten Frankreich und Italien als Länder, in denen Wein ein regelmäßiger Bestandteil der Mahlzeiten ist, wo große Teile der Bevölkerung demzufolge täglich Alkohol konsumieren und der starke Trinker nur selten betrunken wirkt. Dieses Trinkmuster wird in Ländern mit überwiegendem Schnaps- und Bierkonsum zuweilen als "zivilisierte" Form des Trinkens angesehen, obwohl weitgehend feststeht, daß ein Großteil der weintrinkenden Bevölkerung, soweit sie an starken Alkoholkonsum gewöhnt ist, nicht mehr ohne Alkohol leben kann und daß ein Alkoholentzug schwere Symptome auslösen würde. Demgegenüber gelten die skandinavischen Länder als Gebiete, in denen periodisch exzessiv Alkohol konsumiert wird, wobei dann der Kontrollverlust das Hauptproblem ist.

Gegenwärtig zeichnet sich ein Trend ab, wonach die herkömmlichen Trinkmuster durch Trinkgewohnheiten aus anderen Ländern ergänzt werden. Die Trinksitten nehmen also gewissermaßen "internationale" Form an. In Norditalien haben sich beispielweise die traditionellen Trinkgewohnheiten durch die rasche Industrialisierung und Urbanisierung insofern stark verändert, als neben Wein nun zunehmend auch harte Spirituosen und Bier konsumiert werden. Mit anderen Worten bedeutet dies, daß die landesüblichen Trinkgewohnheiten in vielen Ländern der Welt durch neuere Formen des Trinkens nicht eliminiert werden, sondern daß sich neue Trinksitten gewissermaßen auf die früheren Gewohnheiten aufpfropfen.

Ferner läßt sich ein überproportionaler Anstieg des Alkoholkonsums bei bestimmten Gruppen feststellen, welche folglich als "hochgefährdete" Gruppen zu bezeichnen sind. So waren beispielsweise in Berlin (West) im Jahre 1960 22% der in sozialpsychiatrischen Einrichtungen behandelten Alkoholiker Frauen; heute sind es bereits 32%. Zahlreiche Gründe erklären den wachsenden Alkoholkonsum bei Frauen, darunter ganz allgemein auch ihre Emanzipation. Diese bedeutet u.a. weniger soziale Beschränkungen hinsichtlich ihres Trinkverhaltens und damit die Möglichkeit ungezwungeneren Trinkens,

unbeschadet des Ortes, der Zeit und auch in größeren Mengen, ohne daß dies wie in früheren Zeiten gesellschaftliches Aufsehen und Mißfallen erregen würde. Die verbesserte wirtschaftliche Situation der Frau ist ein weiterer, vielleicht ebenso wichtiger Faktor, also die größere wirtschaftliche Unabhängigkeit und Freiheit zum Geldausgeben als früher. Auch der Trend zur Ein- oder Zweigenerationen-Kleinfamilie scheint als weiterer begünstigender Faktor eine Rolle zu spielen, insbesondere bei Frauen im fortgeschrittenen mittleren Alter, deren Kinder selbständig geworden sind und deren Männer ganztags arbeiten, wodurch ein Gefühl des Alleinseins und der sozialen Isolation entsteht. Ähnliches gilt nicht selten auch für unverheiratete Frauen und Witwen der mittleren Jahre, wenn diese im Leben keinen Sinn und keine Erfüllung mehr finden.

Mit besonderer Besorgnis wurde die Tatsache vermerkt, daß der Alkoholkonsum bei Jugendlichen nachweislich im Anstieg begriffen ist. Verschiedene Tagungsteilnehmer zitierten Erhebungsbefunde aus einzelnen Ländern, aus denen hervorgeht, daß viele Kinder bereits in jungen Jahren Alkohol zu sich nehmen. In der Bundesrepublik Deutschland, in Österreich und in Portugal haben bis zu 80% aller Jugendlichen im 15. Lebensjahr bereits Alkohol zu trinken begonnen. Daß sich der Zeitpunkt des ersten Alkoholgenusses vorverlagert, ist in erster Linie auf das Bestreben der jungen Menschen zurückzuführen, zunehmend früher eine Eigenidentität zu finden und Lebensgewohnheiten der Erwachsenen anzunehmen. In vielen Fällen folgen sie dem schlechten Beispiel der Erwachsenen, sie verfügen über mehr Geld und gleichzeitig gehen die Realkosten für Alkohol zurück. Zur Gruppe der besonders Gefährdeten müssen auch Kinder aus Alkoholiker- oder Trinkerfamilien und Gasterbeiterkinder gerechnet werden.

Abschließend stellte Frau Dr. Mattheis fest, daß der Gesamtkonsum eines Landes an Alkohol von zahlreichen Faktoren abhängt, wie unter anderem:

- Umfang und Art der einheimischen Produktion alkoholischer Getränke;
- traditionelle Trinkmuster und Getränkearten;
- Steuer-, Import- und Exportpolitik auf dem Alkoholsektor;
- Art und Umfang von Kaufangebot und Reklame;
- Kaufkraft der Bevölkerung; und
- soziokulturelle Einflüsse.

In nahezu allen Ländern ist der jährliche Pro-Kopf-Konsum der gesamten Bevölkerung zahlenmäßig am vollständigsten erfaßt. Legt man bei der Berechnung des Pro-Kopf-Verbrauches aus dem Gesamtkonsum allerdings die Gesamtbevölkerung zugrunde, so ergibt sich ein schiefes Bild. Zutreffender wäre

vielmehr, den Gesamtkonsum auf den Bevölkerungsanteil der Personen über 15 Jahre umzulegen. In einigen Ländern, wie z.B. Irland, ist der Bevölkerungsanteil der unter 15 Jährigen relativ hoch. Bezieht man sie in die Konsumberechnungen ein, so ergeben sich Verbrauchszahlen pro Erwachsenen, die erheblich unter dem tatsächlichen Wert liegen. In allen Ländern ist jedoch festzustellen, daß die berechneten Werte nur unzulänglich Aufschluß über den Anteil der Konsumenten an der Gesamtbevölkerung und über die Verteilung der Alkoholmengen auf die verschiedenen Verbrauchergruppen geben. Allerdings steht fest, daß die Anzahl der Abstinente in den meisten europäischen Ländern stark zurückgegangen ist und daß der Gesamtalkoholverbrauch einen brauchbaren Indikator für die Inzidenz der alkoholbedingten Probleme in einer bestimmten Bevölkerungsgruppe abgibt.

Das eindrucksvollste Beispiel für den Rückgang der alkoholbedingten Probleme in Verbindung mit dem Absinken der Verbrauchsdaten lieferte wohl Frankreich während der beiden Weltkriege. Als der jährliche Alkoholkonsum in den 40-er Jahren vergleichsweise zu früher um 10% bis 20% fiel, gingen die Mortalitätsraten für Leberzirrhose ebenfalls um 20% zurück. Ähnliche Zusammenhänge konnten an einer psychiatrischen Klinik in Berlin (West) nachgewiesen werden, wo während der Kriegs- und unmittelbaren Nachkriegsjahre *Delirium tremens* eine unbekannte Diagnose war, während 1978 an einem Stichtag mehr als 200 Patienten auf *Delirium tremens* oder Korsakow-Psychose behandelt wurden.

Angesichts dieses Beweismaterials bestätigte die Konferenz, daß die Höhe des Alkoholkonsums in jeder Gesellschaft eine Sache von erheblicher volksgesundheitlicher Bedeutung ist, da zwischen dem Grad des Verbrauchs und dem Ausmaß der damit verbundenen Probleme nachgewiesenermaßen ein enger Zusammenhang besteht.

### 3. EPIDEMIOLOGIE DER ALKOHOLVERBUNDENEN PROBLEME

Die Konferenz befaßte sich sodann mit dem Ausmaß und dem Anwachsen der alkoholverbundenen Probleme. FrI. M.R. Mamelet wies bei ihrer Einführung in diesen Themenkreis darauf hin, daß der Genuß von Alkohol sehr weit in die Geschichte der Menschheit zurückreicht. Aus diesem Grunde sei es üblich, zwischen Gebrauch und Mißbrauch zu unterscheiden und eine logische Verbindung zwischen diesen beiden Vorgängen außer Ansatz zu lassen. Dementsprechend habe sich die Konzeption vom "Alkoholiker" eingebürgert, der als krank angesehen wird und vom üblichen Trinker zu unterscheiden ist. In Frankreich kann beispielsweise jemand ein starker Trinker sein, der bereits in die Kategorie der Alkoholabhängigen fällt; sofern er jedoch seine Umgebung nicht ausgesprochen belästigt, wird ihm kein

Alkoholismusproblem nachgesagt, und sein soziales Ansehen bleibt durchaus ungeschmälert.

Diese Zweiteilung der Begriffe "Alkoholismus" und "Trinken" stelle die Epidemiologie vor große Probleme, da es schwierig sei, Präventivmaßnahmen für hochgefährdete Gruppen festzulegen, zu studieren und anzuwenden. Eine weitere Schwierigkeit bestehe darin, daß Wein in einigen Ländern als Nahrungsmittel angesehen, also als wichtiger Teil der "Ernährung" gewertet wird. Folglich sei es keineswegs einfach, darin eine Substanz mit toxischen Eigenschaften statt eines "ganz normalen" Lebensmittels zu sehen und dafür entsprechende gesetzliche Bestimmungen zu erlassen. Die statistischen Daten, die üblicherweise zur Kennzeichnung von Ausmaß und Verbreitung der Alkoholprobleme herangezogen werden, seien in Frankreich vorwiegend medizinischer Natur, d.h. sie beziehen sich auf Todesfälle durch Zirrhose, Tod durch Alkoholpsychosen und die Zahl der Einweisungen in psychiatrische Kliniken. In der Bundesrepublik Deutschland, in Frankreich und in Irland macht die Anzahl der wegen Alkoholismus in psychiatrische Institutionen eingelieferten Personen derzeit zwischen einem Viertel und einem Drittel der gesamten Bettenbelegung in psychiatrischen Kliniken aus.

Diese Methode, das Ausmaß der alkoholbedingten Probleme abzuschätzen, habe zur Folge gehabt, daß die Problematik vorwiegend psychiatrisch angegangen wird, während die Erhebung von sozialstatistischen Angaben über die wesentlich schwerwiegenderen sozialen Schadwirkungen, die auf Alkoholmißbrauch zurückzuführen sind, vernachlässigt wurde. Obwohl hinlänglich bekannt ist, daß gerade Alkoholikerfamilien besonders problembelastet sind, wurde kaum jemals der Versuch unternommen, das Ausmaß an menschlichem Elend in Alkoholikerfamilien, das durch alkoholbedingte Zerwürfnisse verursacht wird, zahlen- und kostenmäßig systematisch und exakt zu erfassen. Den Wohlfahrts- und Sozialämtern seien die finanziellen Schwierigkeiten in Trinkerfamilien durchaus bekannt, doch würden diese nur selten statistisch erfaßt. Fälle von Gewalttätigkeiten, wo Frauen geschlagen und mißhandelt werden, kommen der Polizei und der Sozialfürsorge nur in begrenztem Umfang zur Kenntnis, und es gäbe hierüber in keinem Land zuverlässige statistische Nachweise. Verschiedentlich seien Ansätze gemacht worden, die Auswirkungen des übermäßigen Alkoholkonsums auf Kinder in solchen Familien zu ermitteln. Da bei solchen Untersuchungen normalerweise nur kleine Gruppen erfaßt werden, ist das Datenmaterial nicht ausreichend für eine Extrapolation auf die Gesamtlage des jeweiligen Landes.

Statistiken über Kriminalität sind nur schwer erhältlich, doch geht aus einigen Studien über die Trinkgewohnheiten von Gefangenen hervor, daß Alkohol bei vielen kriminellen Aktivitäten ein entscheidender Faktor ist. Allerdings ist bei einer Auslegung solcher Daten im Sinne des Nachweises von "Ursache/Wirkungs"-Zusammenhängen Vorsicht geboten. Die Rolle, die Alkohol bei Selbstmord und Selbstmordversuch spielt, sollte ebenfalls erwähnt werden. Aus einer Reihe von Erhebungen geht hervor, daß eine große

Anzahl von Selbstmordkandidaten unmittelbar vor ihrer Tat Alkohol zu sich genommen hatten.

Daß Alkohol bei Straßenverkehrsunfällen eine erhebliche Rolle spielt, ist weitgehend bekannt. Schätzungen von Tagungsteilnehmern aus zahlreichen Ländern lassen den Schluß zu, daß 40% der tödlichen Straßenverkehrsunfälle sowohl bei Fahrzeuglenkern als auch bei Fußgängern unmittelbar auf Alkohol zurückzuführen sind. Aus der Epidemiologie dieser Art von Todesfällen geht hervor, daß unter alkoholisierten Fahrern eindeutig Risikogruppen festzustellen sind. Die Zahl der Todesfälle liege bei jugendlichen Fahrzeuglenkern im Teenageralter und in den zwanziger Jahren wesentlich höher, wenn sie unter Alkoholeinfluß stehen. Anhand von Forschungsstudien hat sich eindeutig nachweisen lassen, daß zwischen dem Anstieg des Alkoholkonsums bei Jugendlichen und dem zahlenmäßigen Anstieg der tödlichen Verkehrsunfälle in dieser Altersgruppe ein enger Zusammenhang besteht. Eine weitere Risikogruppe stellten jene Personen dar, die nachweislich Alkoholiker sind oder auf Alkoholismus behandelt werden; nur in den seltensten Fällen würden vor Gericht jedoch langfristige Präventivmaßnahmen bei dieser Personengruppe verhängt. So werde z.B. weder bei Jugendlichen noch bei Alkoholikern die Fahrtüchtigkeit in Zusammenhang mit ihren Trinkgewohnheiten nach Ablauf des Führerscheintzugs überprüft, sofern ein solcher verfügt worden ist.

Die Beurteilung des Alkoholproblems im Industriebetrieb habe sowohl eine wirtschaftliche wie eine medizinische Seite. Was die wirtschaftliche Seite anbetrifft, so ist weitgehend bekannt, welche Unkosten der Industrie durch Absentismus und verminderte Produktivität entstehen. Durch Intoxikation oder "Katererscheinungen" bedingte tödliche Unfälle oder Verletzungen sind ebenfalls bekannte Tatsachen. Obwohl in manchen Betrieben strenge Vorschriften für Personen bestehen, bei denen medizinischerseits Trunksucht festgestellt wurde oder die am Arbeitsplatz unter Alkoholeinfluß stehen, zögerten Betriebsleitung und Gewerkschaften in vielen Fällen, wirksam gegen dieses Problem einzuschreiten.

Aus medizinischer Sicht sei Alkohol, neben seiner zirrhotischen Wirkung, auch ursächlich für zahllose andere Schäden mit Todesfolge oder Dauerbehinderungen. Es bestehe nachweislich ein Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Speiseröhren-, Mundhöhlen- und Kehlkopfkrebs bei Schnapstrinkern und Dickdarmkrebs bei Biertrinkern. Alkoholbedingte Nervenschädigungen mit Krankheitsbildern, wie totaler Demenz, Korsakow- und Wernicke-Syndrom bis zu peripherer Neuritis, seien durchaus bekannt. Ferner sind die kardiotoxischen Auswirkungen des Alkohols zu erwähnen, wie international das Problem der Inzidenz und Prävalenz von Alkoholschädigungen des Fötus Anlaß zu wachsender Besorgnis ist. Im weiteren Sinne sei Alkohol wesentlich an der Zahl der Krankenseinlieferungen aus scheinbar nichtalkoholbedingten Gründen beteiligt. Es handle sich dabei um die unterschiedlichsten Fälle, von Unfallverletzungen bis zu Lungenentzündungen durch Unterkühlung bei

schlechtem Wetter im Zustand der Trunkenheit. In Frankreich wird geschätzt, daß bis zu 40% aller Krankenhauspatienten an einer alkoholbedingten Krankheit leiden oder exzessive Trinker sind. Aus diesem Grunde sei es wichtig für den behandelnden Arzt im Allgemeinkrankenhaus, bei einschlägigen Fällen stets auch an die Möglichkeit zu denken, daß Alkohol mitbeteiligt sein könnte, und gegebenenfalls muß dann ein Fachspezialist für das Management solcher Probleme beigezogen werden können. Gleichzeitig müßte die Sozialfürsorge entsprechend auf die Aufgabe vorbereitet sein, Alkoholikern und ihren Familien Hilfe und Beistand leisten zu können.

In Frankreich setze sich in der Gesetzgebung und bei den einschlägigen Diensten und Einrichtungen zunehmend die Erkenntnis durch, daß die Probleme des Alkoholismus nicht nur ausschließlich medizinisch angegangen werden können, sondern vielmehr eine multidisziplinäre Zusammenarbeit und ein umfassendes Vorgehen erfordern. Vor 25 Jahren sei ein Gesetz eingeführt worden, das die rechtliche Behandlung des "gefährlichen" Alkoholikers regelt, der aufgrund alkoholbedingter Gewalttätigkeit eine Gefahr für seine Familie und andere darstellt und eine Behandlung ablehnt. Dieses Gesetz schuf die Möglichkeit, einen gefährlichen Alkoholiker nach sozialen und medizinischen Untersuchungen vor eine Ärztekommision zu bringen, die darüber entscheidet, ob die Einweisung in eine Entziehungsanstalt erforderlich ist oder nicht. Jährlich werden etwa 10 000 Personen diesem Verfahren unterzogen, von denen über 1000 in eine ein- bis dreimonatige Behandlung einwilligen. Diese Behandlung ist vorwiegend psychiatrisch ausgerichtet.

Eine weitere soziale Maßnahme sei das Gesetz über das Fahren von Kraftfahrzeugen unter Alkoholeinfluß aus dem Jahre 1970. 1976 wurden etwa 100 000 Personen einer Kontrolluntersuchung unterzogen. Dieses Gesetz wurde 1978 erweitert und übertrug der Polizei die Befugnis, an bestimmten Punkten Stichprobenkontrollen durchzuführen, während sie früher nur Fahrer überprüfen durfte, die an einem Unfall beteiligt waren. Dieses Gesetz hatte einen erheblichen Rückgang des Alkoholkonsums zur Folge, was sogar einen Protest seitens der Gastwirte hervorrief, weil die Kunden ausblieben.

Die Prävalenz von Leberzirrhose ist bekanntlich vorwiegend auf Alkohol zurückzuführen; die Häufigkeit schwankt je nach Alkoholkonsum. So war während der beiden Weltkriege, als Alkohol kaum erhältlich war, ein drastischer Rückgang zu verzeichnen. Gegenwärtig ist in den meisten europäischen Ländern ein Anstieg zu beobachten; in Frankreich allerdings ist die Tendenz rückläufig, was sich durch den Verbrauchsrückgang erklärt.

Die typische Situation sei leider so, daß Leberzirrhose vom Arzt im Allgemeinkrankenhaus zwar intensiv behandelt wird, daß aber nicht zugleich auch die grundlegende Pathologie, nämlich der übermäßige Alkoholgenuß, angegangen wird.

Das gegenwärtige Verfahren in Frankreich sehe vor, Alkoholiker oder Fahrer, die wegen Trunkenheit am Steuer verurteilt sind, an ein Lebensmittelhygienezentrum zu überweisen, wo die Möglichkeit einer Behandlung durch

den Gastroenterologen oder einen praktischen Arzt besteht, erforderlichenfalls unter Beiziehung des zuständigen Bezirkspsychiaters als Berater. Durch diese Verlagerung der Therapie von Problemtrinkern auf den nichtpsychiatrischen Bereich steht zu hoffen, daß ein größerer Personenkreis frühzeitiger erfaßt und wirksamer behandelt werden kann. Solche Zentren bestehen inzwischen in ganz Frankreich, und das Ziel dabei ist, die Alkoholikertherapie auf eine breitere Grundlage an sozialen und medizinischen Hilfen zu stellen.

Auch andere Aspekte, einschließlich der sozialen Hintergründe der alkoholbedingten Probleme, werden zunehmend besser erkannt, quantifiziert und untersucht. Die alkoholbedingte Zerrüttung des Familienlebens, mit ihren Erscheinungsformen wie Mißhandlung von Kindern, wird heute mit wesentlich wissenschaftlicheren Methoden erforscht als früher.

#### **4. REAKTION DER GEMEINSCHAFT AUF ALKOHOL- UND DROGENBEDINGTE PROBLEME**

In Plenar- und Gruppensitzungen diskutierte die Konferenz ausführlich über Möglichkeiten auf Gemeinschaftsebene, um alkohol- und drogenbedingten Problemen in geeigneter Form zu begegnen. Angesichts der erheblichen Unterschiede von Land zu Land hinsichtlich der Verbreitung und Besonderheiten dieser Probleme scheint es kaum möglich, einen für alle Länder geltenden allgemeinen Verfahrensansatz festzulegen. Zunächst ist festzustellen, daß die relative Dimension der Alkohol- und Drogenprobleme in den einzelnen Ländern sehr unterschiedlich ist, wobei allerdings generell gesagt werden kann, daß Alkoholismus in den meisten Ländern quantitativ das größere Problem darstellt. Große Unterschiede bestehen auch hinsichtlich des Trends der Drogenproblem-Ausweitung. Während sich in einigen Ländern der illegale Drogenkonsum auf einem bestimmten Stand hält, weisen andere Länder mit bisher geringen Verbrauchszahlen einen raschen Anstieg auf.

Ein Problem, das nach Ansicht der Konferenz als grundlegend anzusehen ist, ist die Entscheidung darüber, ob Alkohol- und Drogenprobleme gemeinsam angegangen werden sollten oder ob zwischen beiden eine scharfe Grenze zu ziehen ist. Diese Frage war schwieriger zu entscheiden als ursprünglich angenommen, da die Probleme auf verschiedenster Ebene angegangen werden müssen, und zwar durch Maßnahmen der Prävention, also durch Überwachung und Erziehung, ebenso wie durch Behandlung und Nachbetreuung. Auch hier wurde wiederum deutlich, daß jedes Land je nach Ausmaß und Besonderheit seiner Probleme sowie auch nach Maßgabe der Einstellung und Traditionen seiner Bevölkerung und der gegebenen Präventions- und Behandlungsmöglichkeiten die für seine Situation zutreffendste Strategie selbst wählen muß. Selbst innerhalb eines Landes kann sich erweisen, daß eine einheitliche Strategie

für die Bekämpfung dieser Probleme in allen ihren Stadien und Phasen nicht ausreicht. In der Gesundheitserziehung ist eine gemeinsame Behandlung der Themen Alkohol und Drogen sehr gut denkbar, etwa auf der Basis "Erziehung zu gesundheitsgerechter Lebensführung", mit entsprechender Aufklärung über beide Suchtstoffgruppen und die Eigenverantwortlichkeit für die Gesundheit. Andererseits kann nicht ausgeschlossen werden, daß sich für viele Länder diese beiden Problemkreise als durchaus getrennte Bereiche darstellen, die wegen der beträchtlichen epidemiologischen Unterschiede des alkohol- bzw. drogengefährdeten Personenkreises unterschiedliche methodische Ansätze und Behandlungsformen erfordern. Selbst wenn man davon ausgeht, daß in vielen Ländern Alkohol- und Drogenabhängigkeit in kombinierter Form auftreten, so ist doch festzustellen, daß für die meisten betroffenen Personen das Problem entweder im einen oder im anderen Bereich konzentriert ist, was folglich eine getrennte Behandlung erforderlich macht.

Die meisten europäischen Länder haben auf nationaler Ebene Programme eingeleitet, um dem Problem des Alkoholmißbrauchs zu begegnen. In der UdSSR besteht ein nationales Programm, das vom Zentralen Wissenschaftlichen Forschungsinstitut für Gesundheitserziehung durchgeführt wird. In Polen, der Tschechoslowakei und Ungarn sind es staatliche Ausschüsse, die für die öffentliche Aufklärung sowie den Aufbau von Zentren und die Koordinierung der Arbeiten zuständig sind. In Finnland, Norwegen und Schweden wurden, neben der staatlich monopolisierten Kontrolle des Alkoholverkaufs, von den Gesundheitsministerien örtliche Präventions- und Behandlungszentren eingerichtet. In der Schweiz liegt die Durchführung einschlägiger Programme in der Hand öffentlicher und privater Verbände, die in einer Bundeskommission zusammengeschlossen sind, und Präventiv- und Kontrollmaßnahmen kommen auch auf kantonaler Ebene zum Tragen. In den Niederlanden fällt die Alkoholüberwachung in den Aufgabenbereich privater medizinischer und sozialer Stellen, die staatlich subventioniert und gesteuert werden. In Frankreich werden die vielfältigen Aktivitäten des Nationalen Komitees für die Bekämpfung des Alkoholismus von der Regierung subventioniert. Im Vereinigten Königreich besteht neben einem Rat für Alkoholismus auch ein medizinischer Rat für Alkoholismus. In Irland ist es der Nationale Rat für die Bekämpfung des Alkoholismus, der für Fragen der Vorbeugung, Erziehung, Beratung und Überweisung zuständig ist.

Es zeigt sich also, daß in verschiedenen europäischen Ländern diese Probleme auf unterschiedlichste Art angegangen werden. In manchen Fällen sind die einschlägigen Bemühungen ausschließlich Sache der Regierung, in anderen wiederum liegen sie in der Hand freiwilliger Organisationen mit Unterstützung seitens der Regierung oder lokaler Behörden, oder es handelt sich um staatlich finanzierte private Körperschaften, während in einigen Ländern kombinierte Formen zu finden sind. Die freiwilligen und privaten Verbände sind für gewöhnlich multidisziplinär aufgebaut; in ihnen arbeiten Fachleute für Alkohol- und Drogenmißbrauch mit Personal aus freiwilligen

Organisationen, etwa der Anonymen Alkoholiker und anderer Gruppen ehemaliger Trinker, zusammen.

Professor V. Hudolin gab eine Einführung in das Thema "Reaktion der Gemeinschaft auf alkoholbedingte Probleme". Er verwies auf die Notwendigkeit, angesichts der Ausweitung dieser Probleme sowie des steigenden Alkoholverbrauchs und der zunehmenden Fälle von Alkoholismus und der dafür vorgesehenen Dienste und Einrichtungen alkohol- und drogenbedingte Probleme sowohl aus sozialer als auch aus medizinischer Sicht anzugehen.

Er betonte, daß die Mehrheit der alkoholbedingten Probleme nicht medizinischer Natur sind und daß viele Ärzte Alkoholikern gegenüber negativ eingestellt sind, wie aus einer in Jugoslawien durchgeführten Erhebung hervorgeht. Aus diesem Grunde legte er dringend nahe, die durch Alkoholismus entstandenen Probleme sowie deren Verhütung multidisziplinär in Angriff zu nehmen. Demzufolge sei ein gemeinschaftsorientierter Ansatz für die Früherkennung und das Eingreifen wesentlich. Die dieser Konzeption zugrunde liegende Philosophie geht davon aus, daß alkoholbedingte Störungen nicht nur als ein Problem des einzelnen Menschen zu werten sind, sondern daß sie auch in Zusammenhang mit den Gegebenheiten in Familie und Gemeinschaft gesehen werden müssen. Dies bedeute, daß in der Ausgangslage vorhandene oder als Folgeerscheinung auftretende Störungen innerhalb der Familie ebenfalls angegangen werden müssen, da die Behandlung von Problemtrinkern wenig Sinn hat, wenn koexistente Störungen des Familienlebens ausgeklammert bleiben. Er verwies auf die Vielschichtigkeit der wechselseitigen Beziehungen unter Angehörigen einer Alkoholikerfamilie und ging dann im einzelnen auf die Interaktion von Störungen ein, die in solchen Familien auftreten kann. Die erfolgreiche Behandlung eines Alkoholikers in einer Situation, wo das Familienleben zerrüttet ist, ist sehr viel aussichtsreicher, wenn gleichzeitig das gestörte System insgesamt angegangen wird. Um ausgeglichene Verhältnisse wiederherzustellen, sollte also nicht nur das alkoholabhängige Familienmitglied behandelt werden, sondern die ganze Familie. Dies erfordert eine multidisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Fachleuten verschiedener Disziplinen und eine Mitarbeit der Gemeinschaft selbst.

Anschließend befaßte sich die Konferenz näher mit der Frage, welche Form der Fachspezialisierung für die Behandlung von Alkoholproblemen notwendig ist. Dabei wurde generell anerkannt, daß die Behandlung ernsterer alkoholbedingter Probleme, etwa Alkoholpsychosen, Sache des ausgebildeten Facharztes ist. Bezüglich des starken Trinkers und selbst hinsichtlich des Alkoholikers waren die Meinungen jedoch geteilt. Es wurde darauf hingewiesen, daß in Frankreich mit seinen ein bis drei Millionen starken Trinkern eine fachpsychiatrische Behandlung für die Mehrheit der Fälle schon allein wegen des zahlenmäßigen Umfangs des Problems unmöglich ist. Aus diesem Grunde sei es notwendig, möglichst weite Kreise des Gesundheits- und Sozialwesens einzuschalten, wie z.B. praktische Ärzte, Sozialarbeiter oder auch freiwillige

Organisationen in der Gemeinschaft selbst, um an der Früherkennung, Behandlung und Hilfe für Problemtrinker mitzuarbeiten.

Die Frage, ob eine medizinische Fachausbildung für die Behandlung alkoholbedingter Probleme notwendig ist, wurde ebenfalls erörtert. Fest steht, daß in der Europäischen Region die meisten alkoholabhängigen Personen in psychiatrischen Kliniken behandelt werden, teils in Sonderabteilungen und teils auch nicht. In manchen Ländern gibt es jedoch eigene Krankenhäuser und Abteilungen für Alkoholiker, die hochspezialisierte Methoden für die Behandlung von Alkoholabhängigen entwickelt haben. Einige dieser Einrichtungen sind allerdings selektiv und behandeln lediglich Patienten, die von sich aus motiviert sind und mit großer Wahrscheinlichkeit auf die Behandlung ansprechen. Dies bedeutet jedoch ein Ausweichen vor dem eigentlichen Problem, nämlich der Tatsache, daß aus volksgesundheitlicher Sicht gerade Personen mit schlechter Erfolgsprognose am dringendsten Hilfe benötigen. Die Konferenz betonte daher die Notwendigkeit einer kritischeren Würdigung dessen, was auf Gemeinschaftsebene in Reaktion auf alkohol- und drogenbedingte Probleme getan wird.

Ob und inwieweit eine Gemeinschaft sinnvolle Initiativen der Abhilfe bei einem gegebenen Problem ergreift, hängt in jedem Falle und letztlich auch von der Möglichkeit und Fähigkeit ab, den Umfang dieses Problems und seine wirtschaftlichen und sozialen Kosten zu erfassen. Dies hinwiederum setzt eine entsprechende Erziehung nicht nur der Öffentlichkeit, sondern aller im Gesundheits- und Sozialwesen tätigen Personen voraus, um das Bewußtsein für die Grenzen des Problemtrinkens zu schärfen und gegebenenfalls rechtzeitig Interventions- und Präventivmaßnahmen einleiten zu können. In diesem Zusammenhang wurde festgestellt, daß bedarfsgerechte Ausbildungsprogramme für Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter und Krankenschwestern und insbesondere für Selbsthilfegruppen fehlen, deren Einsatz und Mitarbeit in der Gemeinde sowohl bei der Erkennung wie bei der Verhütung potentiell so wichtig ist, und zwar vor allem deswegen, weil die Frühdiagnose des Problemtrinkens weniger eine medizinische Angelegenheit ist als vielmehr eine Sache der Erkennung sozialer Probleme. Daher sollte die Fachausbildung in diesem Bereich multidisziplinär ausgerichtet sein.

Es ist Sache der jeweiligen Gesellschaft, aufgrund ihrer besonderen Gegebenheiten zu entscheiden, inwieweit eine Konzentrierung der Bemühungen auf bestimmte Schichten oder Gruppen der Bevölkerung notwendig ist, die als besonders anfällig für Alkohol- und Drogenprobleme angesehen werden müssen. Länder mit einem hohen Anteil an Gastarbeitern, die früher vielleicht nicht alkoholgefährdet waren, sich jedoch plötzlich einem starken Umweltdruck ausgesetzt sehen, sollten ernsthaft an die Einleitung von Programmen denken, mit deren Hilfe die Gefährdung solcher Personenkreise abgebaut und gleichzeitig die Grundvoraussetzungen für entsprechende soziale Hilfe geschaffen werden.

## 5. STEUERUNGS- UND ÜBERWACHUNGSPOLITIK

Dr. K.E. Bruun gab eine Einführung zum Thema Steuerungs- und Überwachungs politik. Im Laufe der Aussprache hierzu sprach sich die Konferenz dahingehend aus, daß sie die derzeitige Politik der klaren Abgrenzung von einschränkenden Rechtsvorschriften bezüglich des Alkoholkonsums einerseits und illegaler Drogen andererseits befürwortet. Während für letztere bereits seit langem auf nationaler und internationaler Ebene einschränkende rechtliche Maßnahmen eingeführt wurden, ist – abgesehen von einzelnen Fällen von Alkoholverbot – die Zweckmäßigkeit gesetzlicher Einschränkungen des Alkoholkonsums bisher nur in geringem Maße sondiert worden. Die Konferenz beschloß daher, ihre Debatte vorwiegend auf Steuerungs- und Überwachungsmaßnahmen für Alkohol zu konzentrieren und sich dabei weniger mit Drogen zu befassen. Zweifellos gibt es in jedem Land gewisse Einschränkungen, doch war in den letzten Jahren eine Lockerung der gesetzlichen Kontrollen der Produktion, Verteilung und Verfügbarkeit, verbunden mit einem Verbrauchsanstieg, zu beobachten. Gleichzeitig gingen die Realpreise für Alkohol in den meisten europäischen Ländern zurück. Frankreich allerdings bildete insofern eine Ausnahme, als hier der Kostenanstieg mit einem Verbrauchsrückgang verbunden war.

Zunächst ist festzuhalten, daß das Ziel einschlägiger Steuerungs- und Überwachungsmaßnahmen nicht in einem Alkoholverbot besteht, sondern eher in einer gewissen Kontrolle des Verbrauchs zu sehen ist, die nach Art und Ausmaß den Gegebenheiten und Möglichkeiten des jeweiligen Landes angepaßt werden muß.

Politisch gesehen hat der Begriff "Steuerung und Überwachung" einen eher negativen Beiklang. Aus fachlich-technischer Sicht hingegen, auf die es der Konferenz in diesem Zusammenhang ankam, ist darunter ein Instrument der öffentlichen Gesundheitspolitik zu verstehen, durch das der Konsumtrend beeinflußt werden kann. Steigender Verbrauch bedeutet u.a. auch, daß eine wachsende Anzahl von Personen bestimmte Grenzen des Alkoholkonsums überschreitet, was mit einem erhöhten Risiko körperlicher und sozialer Gesundheitsprobleme Hand in Hand geht. Die Höhe des Konsums ist daher ein Faktor von volksgesundheitlicher Relevanz.

Wichtig ist eine realistische Einschätzung der Zielsetzungen, die mit der Steuerungs- und Überwachungs politik verfolgt werden und die am besten dahingehend definiert werden könnten, daß "durch Steuerungs- und Überwachungsmaßnahmen die Ausweitung von Problemen verzögert oder eingeschränkt werden soll". Steuerungs- und Überwachungsmaßnahmen sind kein Ersatz für andere Vorkehrungen der Verbrauchskontrolle, sondern sind vielmehr als flankierende und ergänzende Maßnahmen zu sehen, die einen Teil der staatlichen Alkoholstrategie insgesamt im Interesse der Volksgesundheit ausmachen.

Die im Plenum der Konferenz diskutierten Ergebnisse der Gruppensprache machten deutlich, daß die jeweilige Steuerungs- und Überwachungs- politik auf die sozio- kulturellen und wirtschaftlichen Gegebenheiten zugeschnitten sein muß. Diese wechseln von Land zu Land, was bei der Auswahl und Anwendung der Politik zu berücksichtigen ist. Diese muß vor allem auch realistisch und durchsetzbar sein und sich in das bestehende Rechtswesen einfügen. Sie darf nicht als neue Auflage konzipiert werden, die als Belastung und Einschränkung der persönlichen Freiheit empfunden wird. Aus diesem Grunde wurde der Begriff "Steuerungs- und Überwachungs- politik" für nicht ideal erachtet, doch sind entsprechende Alternativbezeichnungen nur schwer zu finden. Die Gründe, weshalb eine Steuerungs- und Überwachungs- politik notwendig ist, sollten der Öffentlichkeit vorher eingehend erläutert werden, um sicherzugehen, daß die davon betroffene Gemeinschaft sie ausreichend würdigen kann und Sinn und Zweck der angestrebten Politik im Lichte des wachsenden Alkoholproblems bejaht. Sie sollte zudem Teil einer allgemeinen positiven Gesundheitspolitik sein und nicht als negative Auflage angesehen werden, durch die der Alkoholkonsum aus moralistischen Gründen eingeschränkt werden soll. Sie muß vor allem für die Gemeinschaft akzeptierbar sein, auf die sie ausgerichtet ist.

Der Grad der Steuerung und Überwachung ist in den europäischen Ländern offensichtlich stark unterschiedlich. Die UdSSR verfolgt eine ausgesprochene und eindeutige Kontrollpolitik. So ist beispielsweise der Verkauf von Spirituosen auf die Zeit zwischen 11.00 Uhr und 19.00 Uhr beschränkt und in bestimmten Zonen, etwa der näheren Umgebung von Jugendklubs u.ä., verboten. Produktion und Vertrieb sind Staatsmonopole, und jegliche Werbung ist untersagt. Spanien erwägt zur Zeit die Einführung neuer rechtlicher Einschränkungen; falls diese Gesetz werden sollten, käme es jedoch entscheidend auf die Durchsetzung an. Polen hat wegen der wachsenden Probleme inzwischen eine gewisse Kontrolle, insbesondere für Spirituosen, eingeführt. In der Bundesrepublik Deutschland wächst die Besorgnis über die Ausweitung der Probleme, die offensichtlich dem Fehlen von Einschränkungs- und Kontrollmaßnahmen zuzuschreiben ist. Von den 100 000 Betten in psychiatrischen Krankenhäusern, die in diesem Land zur Verfügung stehen, sind 30% von Patienten belegt, die wegen Alkoholabusus eingewiesen werden. In Stadtgebieten liegt die Zahl sogar bei 50%. In Dänemark wurden 1974 und 1975 hohe Spirituosensteuern eingeführt, die einen Verbrauchsrückgang bewirkten. In Italien zeichnet sich eine Veränderung der herkömmlichen Verbrauchsmuster ab, d.h. der Konsum an Spirituosen ist im Anstieg begriffen, und der Import hochprozentiger Spirituosen erhöhte sich in den letzten Jahren um 300%.

Um den Verbrauchsanstieg zu stoppen oder zumindest einzudämmen, bieten sich verschiedene Möglichkeiten der Steuerung und Überwachung an. Es handelt sich dabei um Beschränkungen der Verfügbarkeit, etwa dadurch, daß die Absatzstellen und Verkaufszeiten einer Einschränkung unterworfen werden oder daß durch Bestimmungen geregelt wird, welche Getränkearten wo verkauft werden dürfen, so etwa Beschränkungen für den Verkauf von

Spirituosen in Supermärkten. Eine andere Möglichkeit ist die Preiskontrolle durch Erhebung von Steuern, wodurch verhindert werden soll, daß der Realpreis für Alkohol ständig zurückgeht. Und schließlich ist auch an die Möglichkeit einer Kontrolle der Werbung zu denken. Um die Wirksamkeit der Kontrollmaßnahmen sicherzustellen, muß im Wege der Gesundheitserziehung auch verstärkt auf Selbstkontrolle hingearbeitet werden, die schließlich Schule macht und sich zur Gemeinschaftskontrolle ausweitet, die ihrerseits wiederum Selbstkontrolle bewirkt.

Aus Erhebungen über die Situation in den Mitgliedsstaaten der Europäischen Gemeinschaft geht hervor, daß einige Länder in Sachen Alkoholpolitik relativ passiv geblieben sind. Frankreich allerdings hat zur Bekämpfung der Alkoholismusproblematik eine Reihe von Maßnahmen eingeführt; es ist gleichzeitig der einzige EG-Mitgliedsstaat, in dem der Alkoholkonsum in den sechziger Jahren rückläufig war. In den meisten anderen EG-Ländern ist Alkohol billiger geworden, landwirtschaftliche und industrielle Interessen standen stark im Vordergrund, und alkoholische Getränke sind demzufolge leichter zugänglich geworden.

Die Konferenz erzielte Einstimmigkeit darüber, daß derzeit bestehende Steuerungs- und Überwachungspolitiken keinesfalls ohne vorherige gründliche Überlegungen über die möglichen volksgesundheitlichen Folgen gelockert werden sollten. Finnland kann als ein Land angeführt werden, in dem die Alkoholüberwachung von jeher ziemlich strikt gehandhabt worden ist, wo die Kontrolle jedoch mit der Einführung eines neuen Gesetzes im Jahre 1969<sup>a</sup> gelockert wurde. Diese neue Gesetzgebung hatte dramatische Folgen für den Alkoholverbrauch, der von 2,9 Liter Reinalkohol pro Kopf im Jahre 1968 auf 4,2 Liter im Jahre 1969 anstieg. Der Aufwärtstrend hielt an, und 1976 lag der Verbrauch bereits bei 6,3 Litern. Im gleichen Zeitraum war beim Auftreten einer Reihe alkoholbedingter Probleme ein steiler Anstieg zu verzeichnen: Festnahmen wegen Trunkenheit, wegen Fahrens in alkoholisiertem Zustand oder wegen persönlicher Gewalttätigkeit unter Alkoholeinfluß sowie alkoholbedingte Todesfälle.<sup>b</sup> Dieses finnische Beispiel liefert einen eindeutigen Beweis

---

<sup>a</sup> Sulkunen, P.: *Availability of alcoholic beverages and alcohol policies in EEC countries* (Verfügbarkeit alkoholischer Getränke und Alkoholpolitik in EWG-Ländern) 1 – 11. *Alkoholipolitiikka*, 42: 241 (1977).

<sup>b</sup> Ahlström-Laakso, S. & Österberg, E.: *Alcohol consumption and consequences of drinking in Finland* (Alkoholverbrauch und Folgen des Trinkens in Finnland) 1960 – 1975. – Vortrag anlässlich der 23. Tagung des Internationalen Instituts für Prävention und Behandlung von Alkoholismus, Dresden, Deutsche Demokratische Republik, 6. – 10. Juni 1977.

für die nachteiligen Auswirkungen einer Lockerung der Gesetzgebung, die einen Verbrauchsanstieg und zunehmende Probleme zur Folge hat. Eigentlich wurden die finnischen Gesetze in der Annahme gelockert, daß die vor 1969 zu beobachtende Ausweitung der Probleme auf die strikten rechtlichen Regelungen zurückzuführen seien, doch stellte sich im Zuge dieses "natürlichen Experiments" diese Vermutung als Irrtum heraus. Weitere Beispiele dafür, daß jede Lockerung von Kontrollmaßnahmen mit äußerster Vorsicht angegangen werden muß, liefern Afrika und Grönland, also Gebiete, in denen insbesondere die traditionellen sozialen Kontrollmechanismen durch zunehmende "Verwestlichung" der überlieferten Kultur und durch die Förderung einer Alkoholkultur durch die Industrie immer mehr ausgehöhlt wurden.

Auch die zunehmende "Internationalisierung" auf europäischer und weltweiter Ebene hat dem weiteren Anstieg des Alkoholkonsums Vorschub geleistet. Der Fremdenverkehr, Duty-free Shops und die internationale Vermarktungspolitik für Alkohol arbeiteten sämtlich in Richtung einer Lockerung der auferlegten Einschränkungen.

Dr. K.E. Bruun erinnerte die Konferenz daran, daß wirtschaftliche Interessen in vielen Fällen mit denen des öffentlichen Gesundheitswesens kollidieren, und nannte den Alkoholbereich als einschlägiges Beispiel hierfür. Er wies darauf hin, daß der Ausschluß von Alkoholfragen aus dem Programm des Völkerbundes auf die wirtschaftlichen Interessen der einflußreichsten Nationen zurückzuführen gewesen sei, und auch die Tatsache, daß sich die Vereinten Nationen nach wie vor nicht mit dem Alkoholproblem auseinandersetzten, sei ein Beweis dafür, welch starke wirtschaftliche Interessen hier im Spiel sind.

## **6. GESUNDHEITSERZIEHUNG ZUR FRAGE DER ALKOHOL- UND DROGENABHÄNGIGKEIT**

Professor J. Casselman leitete die Diskussion zu diesem Thema. Er erklärte, daß eine im Auftrag des WGO-Regionalbüros für Europa durchgeführte Erhebung über Gesundheitserziehungsprogramme und Aktivitäten in Zusammenhang mit Alkohol- und Drogenkonsum bei Jugendlichen in den Ländern der Region etwa 50 Programme und Arbeitsprojekte nach folgenden Gesichtspunkten erfaßt habe:

- (1) Zweck und Ziel,
- (2) Inhalt,
- (3) Zweckmäßigkeit und Art der Durchführung,

- (4) Methodik,
- (5) Auswertungsverfahren, und
- (6) Vorliegen von Daten über Ergebnisse und Auswirkungen.

Es ergab sich dabei, daß alle Länder ähnliche Vorstellungen über Gesundheitserziehung verfolgen. Ihre Auffassung von Gesundheitserziehung läßt sich allgemein definieren als "geplante, formale Aktionen zur Anregung und Förderung von Erfahrungen in bestimmten Zeitumständen, auf bestimmte Art und Weise und in bestimmten Situationen, um so dem einzelnen, einer Gruppe oder einer Gemeinschaft zur Aneignung von Kenntnissen in Gesundheitsfragen zu verhelfen und entsprechende Betätigungs- und Verhaltensformen anzuregen, die einer optimalen Gesundheit förderlich sind".

Obwohl hinsichtlich der Art der Gesundheitserziehung im Alkohol- und Drogenbereich Einigkeit herrschte, gingen die Meinungen über Methodik und Inhalt recht weit auseinander. Die meisten Programme arbeiteten offensichtlich mit traditionellen Methoden, wenn sich auch neue Ideen und Methoden abzuzeichnen beginnen. So wurde z.B. erkannt, daß die Vermittlung von Information allein nicht ausreicht, um Verhaltensformen zu ändern, daß das Vorgehen generell weniger krankheitsorientiert als vielmehr gesundheitsorientiert sein muß, daß autoritäre Ansätze zu vermeiden sind und daß ein Umgangston nach Art des "allwissenden Fachexperten", der auf den "unwissenden Patienten" herabredet, oder ähnliche andere paternalistische Umgangsformen bei der Informationsvermittlung überholt sind. Weitgehend hat sich inzwischen auch die Erkenntnis durchgesetzt, daß fragmentarische Ansätze, bei denen Gesundheitserziehung in eng umgrenzten und zusammenhängenden Raten "abgepackt" und so vermittelt wird, nicht den gewünschten Erfolg bringen. Laienhaft und wirklichkeitsfremd wäre es auch, sich unkritisch und ausschließlich auf die Massenmedien, insbesondere das Fernsehen, zu verlassen, in dem Versuch etwa, Gesundheitserziehung wie irgendein kommerzielles Produkt an den Mann zu bringen. Andererseits sollte Gesundheitserziehung über die Massenmedien auch tatsächlich alle technischen Möglichkeiten und sonstigen Raffinessen des Medieneinsatzes ausschöpfen, um die von ihr angesteuerten Zielgruppen möglichst wirkungsvoll anzusprechen.

Anstelle der bisherigen und überholten Methoden muß insbesondere die Gesundheitserziehung für Kinder im Schulalter multilateral und multidisziplinär aufgebaut sein. "Multilateral" bedeutet in diesem Falle, daß die Erziehung von verschiedenen Seiten ausgehen muß, d.h. von der Schule, in der das Kind einen Teil seines Tages verbringt, ferner von der Familie, in der sich ein anderer Teil seines Lebens abspielt, und schließlich von der Gemeinschaft im weiteren Sinne, in der es sich die übrige Zeit aufhält. Ferner kommt es entscheidend darauf an, daß das, was in diesen drei Lebensbereichen an Information und Aufklärung vermittelt wird, einheitlich und kohärent und in sich nicht

widersprüchlich ist. Die Erziehung muß multidisziplinär aufgebaut sein in dem Sinne, daß jeder Fachbereich, mit dem das Kind zu tun hat, ihm dabei hilft zu erfassen, was gesundes Leben eigentlich bedeutet. Gesundheitserziehung wird heute als Teil des Selbstverwirklichungs- und Selbsterkennungsprozesses angesehen, wobei die Notwendigkeit einer individuellen Entscheidung für gesundheitsbewußtes Verhalten im Vordergrund steht. Mit anderen Worten wird dem einzelnen durch Erziehung im Rahmen seiner jeweiligen sozialen Gegebenheiten das Rüstzeug für eine vernünftige Selbstentscheidung in Gesundheitsfragen an die Hand gegeben.

Wenn die Gesundheitserziehung erfolgreich sein soll, müssen Gesamt- und Einzelziele klar vorgegeben werden. Ihr Inhalt sollte auf Kenntnisse über die Ziele und die Besonderheiten der anzusprechenden Bevölkerung aufgebaut sein und nach wissenschaftlicher Methodik und Erfahrung entwickelt werden. Gesundheitserziehung müßte bereits in jungen Jahren einsetzen. Neuere Erkenntnisse der Soziologie und Psychologie haben gezeigt, daß Kinder schon im Alter von 8 Jahren oder noch früher über Alkohol und Trinken ziemlich gut Bescheid wissen und bereits vor diesem Alter eigene Ansichten und Verhaltensformen entwickeln. Gesundheitserziehung in Alkohol- und Drogenfragen sollte Teil eines fortlaufenden Erziehungsprozesses sein, durch den dem einzelnen Hilfen für die Selbstverwirklichung und die Entwicklung von Bewältigungs- und Anpassungsmechanismen vermittelt werden und die Entscheidung für eine gesundheitsgerechte Lebensführung erleichtert wird.

Als weitere Voraussetzung für den Erfolg von Gesundheitserziehungsprogrammen ist zu fordern, daß die Erzieher und das Personal des Gesundheitswesens selbst in Gesundheitserziehung ausgebildet sind. Laienpersonal, welches Kinder in Gesundheitsfragen unterrichtet, müßte seinerseits von Fachleuten ausgebildet worden sein, und zwar sowohl in Fragen der Gesundheitserziehung als auch der Alkohol- und Drogenproblematik. Der eigentliche Unterricht in Gesundheitsfragen sollte stets unvoreingenommen und objektiv sein, wobei vor allem die Erkenntnis wichtig ist, daß eine "Schocktherapie" der falsche Weg wäre.

Die Konferenz vertrat ferner die Ansicht, daß Gesundheitserziehung für Kinder und Jugendliche kein passiver Vorgang sein sollte und daß die aktive Mitarbeit des Schülers eine wichtige Voraussetzung ist. Dies läßt sich auf unterschiedlichste Art und Weise erreichen, etwa durch Quizveranstaltungen, aktive Mitarbeit der Kinder bei der Gestaltung der Programme, Abhalten von Diskussionen oder auch Theaterstücke und schauspielerische Veranstaltungen. Da Teenager stärker von Peer-Gruppen beeinflußt werden, sollte darauf geachtet werden, daß die Teilnahme am Gesundheitserziehungsunterricht im normalen Lehrplan fest verankert wird und nicht nur die interessierten Kinder, sondern alle erfaßt.

Die gesundheitliche Aufklärung über Alkohol und Drogen ist jedoch nicht lediglich etwas, das sich an Kinder oder jene Erwachsenenkreise richtet, die besser informiert sind. Die sicherlich wichtigste erzieherische Aufgabe auf

diesem Gebiet besteht vielmehr darin, die Öffentlichkeit überhaupt und deren politische Führer auf die aus volksgesundheitlicher Sicht reale und dringende Notwendigkeit zur Einführung wirksamer Maßnahmen hinzuweisen, um den steigenden Alkoholkonsum und die damit zusammenhängenden Probleme effizient einzudämmen. Bestrebungen dieser Art müssen folgerichtig mit der Gesundheitserziehung für Kinder Hand in Hand gehen. Zwischen dem, was den Kindern gelehrt wird, und dem, was die Erwachsenen tun und vorleben, darf es nicht zu Widersprüchen und Zweigleisigkeiten kommen, weil das Kind sonst sehr rasch die inhärente Unehrllichkeit einer solchen Situation spüren und seine eigenen Schlüsse daraus ziehen würde, um sich dann ungeachtet gesundheitlicher und sozialer Überlegungen aus sich heraus in der einen oder anderen Richtung zu entscheiden. Lernen wird nicht nur von Erziehern vermittelt, sondern auch von der Gemeinschaft mit ihren Sanktionen und Kontrollen, die sie im Bedarfsfall zur Anwendung bringt. Wenn die Erziehung im frühen Alter mit den herrschenden kulturellen und sozialen Gepflogenheiten nicht oder nur mangelhaft im Einklang steht, so wird sie irrelevant und sehr rasch verdrängt. Aus diesem Grunde kann eine Gesundheitserziehung für Kinder und Jugendliche nur dann erfolgreich sein, wenn die Erwachsenen, in diesem Falle ihre Familien und die Gemeinschaft, ihnen verantwortungsbewußt und beispielgebend vorangehen.

Die Aus- und Weiterbildung von Fachkräften des Gesundheits- und Sozialwesens, und zwar auf den verschiedenen Ebenen der Schulung, ist ein Problem, welches in vielen Ländern noch nicht zufriedenstellend gelöst ist. Die Lehrpläne der universitären und postgraduierten Ausbildung für Mediziner, Sozialarbeiter und Psychologen sind äußerst gedrängt, und Gesundheitserziehung als Fach kann sich daher nur schwer gegenüber der Konkurrenz durch andere Fächer durchsetzen. Hier käme es zunächst einmal darauf an, die Konzeption der Ausbildungslehrpläne weniger einseitig auf die Pathologie auszurichten, wie dies bisher meistens der Fall war, sondern mehr auf die Präventivaspekte der Gesundheits- und der Sozialbetreuung. Eine einmal durchlaufene Ausbildung auf diesem Gebiet wird für den Praktiker, der im Alkohol- und Drogenbereich tätig ist, außerdem aber nur dann sinnvoll, wenn er die Möglichkeit hat, sich an entsprechende Stellen zu wenden, sowie er bei seiner Arbeit auf ein einschlägiges Problem stößt. Er muß also Zugang zu Sonderdiensten haben, wo er Hilfe, Rat und Unterstützung einholen kann.

In der Erkenntnis der Tatsache, daß die Gesundheitserziehung in manchen Ländern nach Form, Inhalt und Aufbau sehr fragmentarisch konzipiert ist und keinen gesicherten Stellenwert besitzt, sprachen sich die Konferenzteilnehmer für die Einrichtung einer internationalen Clearingstelle aus, die Grunddaten über die Gestaltung einer effizienten Gesundheitserziehung zur Verfügung stellen kann. Dadurch könnten bisher nur begrenzt verbreitete Forschungsergebnisse einem größeren Personenkreis, der in diesem Bereich tätig ist, zugänglich gemacht werden.

Da es sich dabei um eine relativ neue Wissenschaft mit vielen offenen Fragen handelt, insbesondere was die erfolgswirksame Anwendung ihrer Grundsätze unter den verschiedenen soziokulturellen Gegebenheiten anbetrifft, ist die Auswertung von Gesundheitserziehungsprogrammen eine Aufgabe von besonderer Wichtigkeit. Die Konferenz erkannte, daß die Gesundheitserziehung Gefahr läuft, in Zukunft zu einem populären Schlagwort zu werden, und daß deshalb eine gewisse kritische Würdigung ihres Inhalts und ihrer Zielsetzungen unter den jeweiligen Gegebenheiten notwendig ist. Dementsprechend müßten unbedingt evaluative Pilotforschungsprojekte durchgeführt werden. Einfache "Vorher/Nachher"-Erhebungen, nicht nur über das, was an Informationen durch Erziehungsprogramme vermittelt worden ist, sondern vor allem über die Auswirkungen solcher Programme auf das Verhalten, sind Beispiele für die Art von Forschung, die für die Auswertung von Erziehungsprogrammen auf Nützlichkeit und Impakt von grundlegender Bedeutung ist. In diesem Zusammenhang wurde der Konferenz ein evaluatives Forschungsprojekt über Gesundheitserziehung auf dem Gebiet der Alkohol- und Drogenabhängigkeit erläutert, das leider ziemlich allein dasteht. Es handelt sich dabei um ein gemeinsames dänisch/britisches Projekt über Drogenfragen, dessen Kernstück eine gezielte Lageauswertung ist. Ausgehend von einer Groberhebung über die Verbreitung von Informationen und die Aufklärung von Kindern über Drogenfragen werden anschließend deren Reaktion und die Gründe für diese Reaktion im konkreten Falle der Konfrontation mit Drogen experimentell untersucht.

Die Konferenz schloß sich der Feststellung an, daß die Prinzipien der Gesundheitserziehung im Bereich von Drogen und Alkohol inzwischen ziemlich klar definiert und als sachgerecht anerkannt sind und daß es jetzt bei der praktischen Durchführung dieser Gesundheitserziehung an Jugendlichen – mit ihren zahlreichen Fragen, die diese mit sich bringt – vor allem um Verfahrensfragen geht, nämlich, wann, wie, von wem, mit welchen Mitteln und, bei der Zielgruppe, in welchem sozialen, wirtschaftlichen oder politischen Rahmen.

Es gibt keine Patentlösungen, sondern immer mehrere Ansatzmöglichkeiten, von denen jede für eine spezifische Situation sinnvoll ist. Ein Erfahrungsaustausch und Vergleich der Ergebnisse von Programmen und Maßnahmen in den verschiedenen Ländern kann für die Förderung der Gesundheitserziehung von Jugendlichen, die für die Zukunft eines jeden so notwendig ist, nur von Nutzen sein.

## **7. PROBLEME IN ZUSAMMENHANG MIT DER BEHANDLUNG VON ALKOHOLIKERN UND DROGENABHÄNGIGEN**

Dr. E.A. Babajan beleuchtete einige der wichtigsten Fragen, die sich bei der Behandlung von Alkoholikern und Personen mit Problemen des Alkohol- und illegalen Drogenkonsums ergeben.

Die bereits erörterte Frage, ob diese Probleme gemeinsam oder getrennt zu betrachten sind, stellte sich erneut in bezug auf die Behandlung. Der wichtigste Punkt dabei ist, ob Drogenabhängige vom gleichen Betreuungsteam und in den selben Einrichtungen wie Alkoholabhängige behandelt werden sollten oder nicht. Dr. Babajan berichtete, daß chronische Alkoholiker und Rauschgiftsüchtige in der UdSSR in getrennten Abteilungen behandelt werden. Sie bedürfen unterschiedlicher Behandlungsmethoden und eines unterschiedlich langen Krankenhausaufenthaltes, ehe sie ambulant weiterbehandelt werden können. Er betonte, daß generell für Alkoholiker und Drogenabhängige ein Behandlungssystem vorzusehen ist, das aus einer Kombination von stationärer und ambulanter Behandlung besteht.

In Zusammenhang mit Drogen erklärte Dr. Babajan, daß der Begriff "Rauschgift" aus der Sicht einzelstaatlicher Bestimmungen und internationaler Verträge und Übereinkommen unterschiedliche Kriterien und Begriffsinhalte umfaßt, je nachdem, ob die Bezeichnung im medizinischen, sozialen oder rechtlichen Kontext gebraucht wird. Ehe also eine Substanz als "Rauschgift" eingestuft werden kann, muß sie bestimmte Kriterien in jedem dieser drei Bereiche erfüllen. Zunächst muß sie spezifische Auswirkungen auf das Nervensystem haben (stimulierend, sedativ, halluzinierend usw.), was die Verwendung zu nicht-therapeutischen Zwecken (Selbstbeschaffung und -verabfolgung) begründet. Diese nicht-medizinische Verwendung muß sodann in ein soziales Problem einmünden und eine Gesetzesüberschreitung darstellen. Wenn diese drei Kriterien erfüllt sind, kann von *Rauschgiftsucht* gesprochen werden. Auf der Grundlage dieser Beschreibung und im Rahmen der *Single Convention* über Suchtstoffe aus dem Jahre 1961 befaßten sich die Vereinten Nationen mit Fragen von Produktion, Konsum, Export und Import von Suchtstoffen.

Aufgrund dieser Überlegungen sei der Begriff "Rauschgiftsucht" in der UdSSR auf Substanzen beschränkt, die als Narkotika gesetzlich festgelegt sind. Es gibt daneben allerdings Substanzen, die bei Patienten eine soziale und medizinische Betreuung erforderlich machen, ohne alle drei der genannten Kriterien zu erfüllen. Aus diesem Grunde ist eine klinische Definition für den Mißbrauch jener Substanzen notwendig, die gesetzlich nicht als Narkotika gelten. Für diese Fälle wird die Bezeichnung *Toxikomanie* verwendet.

In bezug auf Alkohol und damit zusammenhängende Probleme nahm Dr. Babajan eine Einteilung der Gesellschaft in fünf Gruppen vor. In die erste fallen Personen, die überhaupt keinen Alkohol zu sich nehmen. Es handelt sich dabei um eine heterogene Gruppe, zu der Kinder und – im Falle der Sowjetunion – die Mehrheit der weiblichen Bevölkerung sowie einige Männer gehören. In die zweite Gruppe fallen Personen, die nur gelegentlich Alkohol konsumieren, etwa aus Neugier oder zu bestimmten festlichen Anlässen, die aber sonst ohne Alkohol auskommen. Die dritte Gruppe umfaßt Personen, die regelmäßig Alkohol zu sich nehmen, allerdings in so geringen Mengen, daß dies auf Grund des sehr begrenzten Konsums weder für sie selbst noch für andere Personen ein Problem darstellt. Die vierte Gruppe ist die der übermäßigen

Trinker, und die fünfte Gruppe umfaßt die chronischen Alkoholiker. Mit diesen beiden letzten Gruppen arbeitet der Psychiater oder Therapeut.

Die Konferenz ging sodann auf verschiedene Fragen in Zusammenhang mit der Behandlung von Alkoholikern ein. Hinsichtlich der Zusammensetzung des Behandlungsteams wurde festgestellt, daß dem Psychiater eine Schlüsselrolle bei der Therapie zufällt, und zwar insbesondere deswegen, weil bei Alkoholikern infolge des übermäßigen Alkoholgenusses ernste psychische Schäden häufig vorkommen. Ferner ist bekannt, daß zumindest bei manchen Alkoholikern psychiatrische Störungen auftreten, die einen psychiatrischen Eingriff erforderlich machen. Die Konferenz war andererseits jedoch der Ansicht, daß das Behandlungsprogramm insgesamt sehr breit gefaßt und multidisziplinär aufgebaut sein muß. Die Therapie muß ferner auch multilateral ausgerichtet sein und auf verschiedenen Ebenen erfolgen: in der Gemeinschaft, ambulant und stationär. Auf all diesen Ebenen sollten mehrere Fachrichtungen in die Therapie eingeschaltet werden, d.h. die Behandlung muß gleichzeitig multidisziplinär und multilateral sein.

Nach Ansicht mancher Konferenzteilnehmer ist nach Möglichkeit eine ambulante Behandlung anzustreben und der stationären Behandlung vorzuziehen, da sich ihrer Meinung nach aus den bisherigen Ergebnissen der Forschung nicht ableiten läßt, daß mit der stationären Behandlung höhere Erfolgsraten erzielt werden als mit der ambulanten. Allerdings waren die Meinungen diesbezüglich geteilt, und einige Teilnehmer vertraten die Auffassung, daß für schwere Fälle, wie z.B. chronische Alkoholiker, ein intensives stationäres Behandlungsregime erforderlich ist. Dieses sollte nach der "Entgiftung" eine Einzel- oder Gruppenpsychotherapie umfassen, ferner die Behandlung mit entsprechenden psychotropen Substanzen, wenn eine psychiatrische Anomalie vermutet wird, und schließlich Intensivkurse in Arbeits- oder Beschäftigungstherapie. Letztere würde selbstredend gegen Bezahlung erfolgen, und für ungelernete Personen oder solche, die ihre Kenntnisse und Erfahrungen auf Grund ihres Alkoholismus verloren haben, sollten Neuschulungskurse angeboten werden. Je nachdem, wie der Patient auf die Behandlung anspricht, kann in der Folge allmählich zu einer ambulanten Weiterbehandlung übergegangen werden. Eine Teilhospitalisierung, einschließlich der Betreuung in Heimen und Tagesstätten, wurde ebenfalls für nützlich erachtet.

Alle Teilnehmer unterstrichen die Bedeutung der Rehabilitation und betonten, daß eine Unterstützung bei der Arbeitsplatzsuche sehr wichtig ist. Die Arbeitsvermittlungsstellen sollten berücksichtigen, daß die Wiederbeschäftigung von Alkoholikern ein wichtiges Anliegen ist, und ggf. entsprechend umgestellt werden. In einer Phase der Therapie, in der eine Enttäuschung leicht einen Rückfall auslösen kann, ist Hilfe bei der Arbeitssuche ein entscheidender Schritt im Rehabilitationsprozeß von Alkoholikern.

Dr. Babajan ging ferner auf die kleine Gruppe von Alkoholikern ein, bei denen die Trunksucht Dimensionen angenommen hat, daß sie nicht nur ihre eigene Gesundheit gefährden, sondern auch die eigene Familie sozial zerrütten

und ins Unglück bringen. Bei diesen Personen ist nicht damit zu rechnen, daß sie sich freiwillig einer Behandlung unterziehen. Obwohl eine zwangsweise Behandlung generell nicht zu befürworten ist, gäbe es doch Fälle, in denen dies nicht zu umgehen ist. In vielen Ländern gibt es hierfür entsprechende Rechtsgrundlagen und -regelungen. Frankreich und die UdSSR könnten diesbezüglich als Beispiele genannt werden.

Die Konferenz wies nochmals darauf hin, daß die Behandlung der Familie und die volle Berücksichtigung der sozialen Verhältnisse eines Alkoholiker- oder Drogenproblemfalles ein wesentliches Element des multilateralen Vorgehens sei. Ferner sollten psychosoziale Störungen in Problemtrinkerfamilien auf multidisziplinärer Basis behandelt werden, wofür sich verschiedene und in zahlreichen Fachrichtungen übliche Techniken der Problementzerrung anbieten. Vor allem muß den betroffenen Familien tatkräftig geholfen werden.

Mit Nachdruck wurde immer wieder darauf hingewiesen, wie wichtig eine Auswertung der verschiedenen Behandlungsmethoden ist. Diese Notwendigkeit ist insbesondere deshalb gegeben, da die Behandlung von Alkoholikern zahlenmäßig und wirtschaftlich heute die Hauptlast des Arbeitsanfalles der psychiatrischen Dienste und Einrichtungen ausmacht. Trotzdem sind Dienste und Einrichtungen im allgemeinen noch eher "improvisiert" aufgebaut, statt auf wissenschaftlichen Erkenntnissen und Kriterien, wie Bedarf und Wirksamkeit, zu basieren.

## 8. FORSCHUNG

Obwohl im Laufe der letzten Jahre neue Erkenntnisse hinsichtlich einer moderneren Ausrichtung und Einführung neuer Ansätze auf dem Gebiet der Alkohol- und Drogenproblematik gewonnen werden konnten, wurde aus den Diskussionsbeiträgen vieler Konferenzteilnehmer deutlich, daß nach wie vor erhebliche Lücken im derzeitigen Wissensstand über medizinische, soziale und wirtschaftliche Zusammenhänge bei Alkohol- und Drogenproblemen bestehen. Sie sind auf allen Ebenen der vielschichtigen Situationen zu finden, in denen diese Probleme auftreten.

Es steht eindeutig fest, daß die Intensität, mit der Forschungsarbeiten durchgeführt werden, von Land zu Land stark schwankt. Während einige wenige Länder spezielle und relativ gut ausgestattete Forschungsgruppen zur Untersuchung der Alkohol- und mitunter auch der Drogenprobleme eingesetzt und erfolgreich ausgebaut haben, gibt es in der Mehrzahl der Länder keine entsprechend besetzten Forschungszentren für die Untersuchung von Alkoholproblemen. Dies ist eine erstaunliche Tatsache angesichts der enormen Kosten, die einem Staat durch diese Probleme erwachsen. Es steht außerdem im Kontrast zur Praxis der Industrie, die im allgemeinen hohe Aufwendungen

für die Marktforschung tätig. In manchen Ländern sei es tatsächlich so, daß die Industrie praktisch das gesamte Wissen über Trinkmuster und -gewohnheiten liefert und die einschlägigen Daten den Forschern großzügigerweise zur Verfügung stellt. In den meisten Ländern sei die herrschende Lage so, daß es nur wenige einzelne oder kleine Gruppen an den Hochschulen oder im Gesundheitswesen sind, die sich für Alkohol- oder Drogenfragen interessieren und ohne wesentliche finanzielle Unterstützung einzelne und ziemlich isolierte Forschungsprojekte durchführen.

Angesichts des Umfangs des Problems ist diese Situation ganz allgemein als äußerst unbefriedigend zu bezeichnen, und den Regierungen wäre dringend nahezu legen, ihren Verpflichtungen auf dem Gebiet der Erforschung der Alkohol- und Drogenprobleme im eigenen Land nachzukommen. Die Konferenz wies wiederholt darauf hin, daß die Alkoholprobleme umfassend und durch entsprechende Maßnahmen in allen einschlägigen Bereichen in Angriff genommen werden müssen. Einer dieser einschlägigen Bereiche ist die Forschung, da es unmöglich ist, effiziente Präventionsprogramme zu entwickeln und rationale Entscheidungen über die Nützlichkeit von Erziehungs- und Therapieprogrammen, deren Zielsetzungen, Zielgruppen, Inhalt und Anwendungsmöglichkeiten zu treffen, wenn keine ausreichenden Informationen über Konsummuster und Entwicklungstrends zur Verfügung stehen.

Einzelstaatliche Forschungsarbeiten sind durch internationale Forschungsprojekte zu ergänzen. Da im Laufe der Konferenz die wachsende "Internationalisierung" des Alkoholhandels, der Trinkmuster und -gewohnheiten sowie des Alkoholverbrauchs und der Getränkearten angesprochen wurde und auch auf die Notwendigkeit einer internationalen Poolung von Expertise und Erfahrung hinsichtlich Erziehungsprogrammen und Kontrollmaßnahmen hingewiesen wurde, kann auch nicht nachdrücklich genug auf die Notwendigkeit internationaler Zusammenarbeit im Forschungsbereich hingewiesen werden. Eine Koordination und Zusammenarbeit im Forschungsbereich erleichtert auch kombinierte Aktivitäten in anderen Bereichen der Alkohol- und Drogenproblematik. Ein vielversprechendes Beispiel für internationale Zusammenarbeit sei die in der Eröffnungssitzung erwähnte Internationale Studie über Erfahrungen bei der Alkoholbekämpfung.

Nach Ansicht der Konferenz sollten die Forschungsarbeiten in folgenden Bereichen vorrangig betrieben werden:

- (1) Verbrauchstrends bei Alkohol und illegalen Drogen;
- (2) Epidemiologie der alkohol- und drogenbedingten Probleme;
- (3) Untersuchungen über Steuerungs- und Überwachungsmaßnahmen und deren Effizienz;
- (4) Auswertung von Gesundheitserziehungsprogrammen in diesem Bereich;
- (5) Kritische Bewertung der Behandlungsmethoden.

## 9. SCHLUSSFOLGERUNGEN

1. Der Alkoholkonsum und die Verwendung legaler und verbotener Drogen, die zur Abhängigkeit führen können, sind in den meisten Ländern der Region nachweislich im Anstieg begriffen. Es zeichnet sich ein eindeutiger Trend dahingehend ab, daß in zunehmendem Maße gleichartige oder ähnliche alkoholische Getränke konsumiert werden. In den meisten Fällen vollzog sich der Anstieg des Alkoholkonsums offenbar im Zeitraum von 1950 bis 1970, allerdings mit Unterschieden im eigentlichen Zeitpunkt und hinsichtlich des Ausmaßes. Welche Zusammenhänge zwischen dem Anstieg des Konsums und den Wirtschaftsverhältnissen in den einzelnen Ländern bestehen, sollte näher untersucht werden.
2. Allgemein gilt als erwiesen, daß zwischen dem Anstieg des Pro-Kopf-Verbrauchs an Alkohol und dem Anwachsen der einschlägigen Probleme ein Zusammenhang besteht.
3. Die Prävention, Früherkennung, Therapie und Hilfe für Fälle der Alkohol- und Drogenschädigung erfordert die Einschaltung einer Vielzahl verschiedener Fachkräfte des Gesundheits- und Sozialsektors sowie von freiwilligen Organisationen und Selbsthilfegruppen der Gesellschaft. Eine umfassende Reihe von Diensten müßte hierfür zur Verfügung stehen, wobei das Schwergewicht auf Einrichtungen im gemeindenahen Bereich zu legen wäre.
4. Die Aufklärung nicht nur der Öffentlichkeit und der Patienten, sondern auch des gesamten Personals der Gesundheits- und Sozialdienste müßte verbessert werden, um größere Aufgeschlossenheit für die Wichtigkeit der früheren Erkennung des Problems und der Einleitung möglichst frühzeitiger Interventionsmaßnahmen wachzurufen.
5. Es muß klar erkannt werden, daß der Sinn von Überwachungs- und Kontrollmaßnahmen für Alkohol und Drogen darin liegt, die Gesundheit durch Restriktionen des Konsums, soweit eine solche unter den jeweiligen Landesverhältnissen möglich ist, zu fördern. Maßnahmen in dieser Hinsicht sollten nicht ohne angemessene Berücksichtigung der möglichen Folgen für die Volksgesundheit geändert oder gelockert werden.
6. Kontrollmaßnahmen sind kein Ersatz für sonstige Maßnahmen zur Eindämmung des Problems; sie sind vielmehr als zusätzliche und komplementäre Vorkehrung aufzufassen, die Teil einer nationalen Gesamtstrategie aus volksgesundheitlicher Sicht bildet.
7. Die erfolgreiche Durchführung jeglicher Steuerungs- und Überwachungs-politik setzt positive Unterstützung seitens der Öffentlichkeit voraus. Sowohl der Öffentlichkeit als auch den Regierungen muß daher der Umfang und die Natur der wirtschaftlichen und sozialen Kosten der alkohol- und drogenbezogenen Probleme bewußt gemacht werden. Persönlichkeiten, die in der Öffentlichkeit

eine führende Rolle spielen, sind in besonderem Maße zu verantwortungsbewußtem Verhalten und verantwortungsbewußter Einstellung gegenüber Alkohol und Drogen verpflichtet.

8. Die Einführung von multidisziplinären Programmen der Gesundheits- und Sozialerziehung für Kinder und Jugendliche wird als notwendig anerkannt. Sie sollten im Gemeinschafts- und Öffentlichkeitsbereich unter Beteiligung der Schule, des Gesundheitsdienstes und insbesondere der Familie organisiert werden. Gesundheits- und Sozialerziehung wird inzwischen als Teil des Sozialisationsprozesses angesehen, wobei die Bedeutung der Verantwortung des einzelnen für ein gesundheitsbewußtes Verhalten betont wird.

9. Eine dringende Aufgabe ist die wissenschaftliche Untersuchung der wirtschaftlichen und sozialen Folgen der alkohol- und drogenbezogenen Probleme. Die Wirksamkeit der zur Einschränkung des Konsums verfolgten Steuerungs- und Überwachungspolitik muß sorgfältig überprüft werden, und Gesundheits-erziehungsprogramme bedürfen einer kritischen Auswertung hinsichtlich Methodologie, Inhalt und Ergebnis.

## 10. EMPFEHLUNGEN

1. Den Regierungen wird dringend nahegelegt, den Stand des Konsums alkoholischer Getränke ständig zu überwachen und eine eigene nationale Strategie zu entwickeln, um einen weiteren Anstieg des Konsums zu verhindern oder eine rückläufige Entwicklung durchzusetzen. Die extensive Werbung für alkoholische Getränke muß durch geeignete Maßnahmen der Restriktion oder des Verbotes der einschlägigen Reklame beschränkt werden. Möglichkeiten der internationalen Zusammenarbeit bei den Kontroll- und Beschränkungsmaßnahmen sollten ventiliert werden.

2. Besondere Beachtung verdient die Einrichtung nationaler Koordinierungsstellen, denen eine wichtige Rolle bei der Erforschung und laufenden Überwachung der Alkohol- und Drogenprobleme und bei der Entwicklung von Zielvorstellungen und Programmen zu ihrer Bewältigung zufällt. Wo in den Ländern solche Stellen noch fehlen, ist den Regierungen dringend nahelegen, ihre Einrichtung in Erwägung zu ziehen.

3. Die Aus- und Weiterbildung aller im Gesundheitssektor tätigen Kräfte hinsichtlich der Alkohol- und Drogenprobleme sollte im Rahmen der Grundausbildung und postgraduierter Studien formalisiert werden. Der internationale Erfahrungsaustausch auf dem Gebiet der Aus- und Fortbildung sollte gefördert werden.

4. Allen Verbänden und Stellen auf nationaler oder regionaler Ebene, die mit alkohol- und drogenbedingten Problemen befaßt sind, fällt eine Verantwortung

zur Informierung von Regierungen und Öffentlichkeit über den Umfang der Probleme und die Notwendigkeit von Abhilfemaßnahmen zu. Gleichzeitig müssen die Regierungen für angemessene Aufklärungs- und Erziehungsprogramme für Kinder und Jugendliche über Alkohol- und Drogenverwendung Sorge tragen.

5. Viele Aspekte der Alkohol- und Drogenprobleme bedürfen der wissenschaftlichen Untersuchung. Besonders dringliche Forschungsanliegen sind u.a. die Epidemiologie der alkohol- und drogenbezogenen Probleme, die Wirksamkeit der Steuerungs- und Überwachungs politik und die Auswertung und Erfolgskontrolle von Erziehungsprogrammen und Therapiemaßnahmen.

## Anhang

### TEILNEHMERVERZEICHNIS

#### *Belgien*

Professor M. Verbanck, Vorsitzender des Belgischen Ausschusses für die Bekämpfung des Alkoholismus und anderer Suchtgefahren, Bruggmann-Universitätsklinik, Brüssel

#### *Bundesrepublik Deutschland*

Dr. H. Ebermann, Medizinaldirektor, Staatliches Gesundheitsamt, Heidelberg

#### *Dänemark*

Dr. C. Hansen, Chefarzt, Psychiatrisches Krankenhaus, Aarhus

#### *Finnland*

Dr. J. Eskola, Medizinischer Referent, Referat für Psychische Gesundheit, Staatliches Gesundheitsamt, Helsinki

#### *Griechenland*

Dr. A. Liakos, Dozent, Psychiatrische Abteilung der Universität Athen, Athen

#### *Island*

Dr. J. Bergsveinsson, Reykjavik

#### *Italien*

Dr. F. Brazzi, Institut für Kinderpsychiatrie, Universität Rom

#### *Luxemburg*

Fr. M.-J. Bremer, Zentrum für Psychische Gesundheit, Luxemburg

### *Niederlande*

Dr. A.F.W. Kok, Inspektion für Psychische Gesundheit, Leidschendam

### *Norwegen*

Dr. O.W. Steinfeldt-Foss, Leiter des Amtes für Psychische Gesundheit, Norwegisches Ministerium für Gesundheit und Soziale Angelegenheiten, Oslo

### *Österreich*

Dr. R. Mader, Leiter des Anton Proksch-Institutes, Stiftung Genesungsheim Kalksburg, Wien

### *Portugal*

Dr. M.L. Mercês de Melo, Coimbra-Rehabilitationszentrum für Alkoholiker, Sobral Cid-Krankenhaus, Coimbra

### *Schweden*

Dr. J. Linberg, Stellv. Abteilungsleiter, Staatliches Amt für Gesundheit und Wohlfahrt, Stockholm

### *Schweiz*

Herr M. Schnyder, Koordinator für Rauschgiftkontrolle, Eidgenössisches Gesundheitsamt, Bern

### *Spanien*

Dr. R. Enríquez de Salamanca, Leiter der Abteilung für Alkoholismus, Ministerium für Gesundheit und Soziale Sicherheit, Madrid

### *Tschechoslowakei*

Professor J. Skala, Leiter des Alkoholentziehungszentrums, Psychiatrische Klinik, Prag (*Stellv. Vorsitzender*)

### *Türkei*

Dr. S. Nejat Candan, Vorstand der Psychiatrischen Klinik, Modell-Krankenhaus, Ankara

## *UdSSR*

Dr. E. Borisov, Gesundheitsministerium der UdSSR, Moskau

## *Ungarn*

Dr. G. Kardos, Chefarzt des Staatlichen Instituts für Neurologie und Psychiatrie, Budapest

## *Vereinigtes Königreich*

Dr. A. Sippert, Leitender Medizinaldirektor, Ministerium für Gesundheit und Soziale Sicherheit, London (*Stellv. Vorsitzender*)

## *Vertreter anderer Organisationen*

*Internationaler Rat für die Bekämpfung des Alkoholismus und der Suchtgefahren*

Frl. L. Cromwell, Lausanne, Schweiz

## *Vereinte Nationen*

Dr. N. Kilibarda, Leiter der Abteilung Suchtstoffverkehr und Suchtstoffinformation, Büro der Vereinten Nationen, Genf, Schweiz

## *Beobachter*

Dr. R. Kapetanovic, Neuropsychiatrische Klinik der Medizinischen Fakultät, Sarajewo, Jugoslawien

Dr. D. Kecmanovic, Institut für Alkoholismus und andere Toxikosen, Sarajewo, Jugoslawien

Dr. D. Savic, Leiter der Abteilung Alkoholismus, Drogenabhängigkeit und andere Suchtgefahren, Novi Sad, Jugoslawien

## *Berater auf Zeit*

Dr. E.A. Babajan, Abteilung für die Einführung neuer Pharmaka und Medizintechnologie, Gesundheitsministerium, Moskau, UdSSR

Dr. K.E. Bruun, Forschungsdirektor, Finnische Stiftung für die Untersuchung des Alkoholismus, Helsinki, Finnland

- Professor J. Casselman, Universität Löwen, Heverlee, Belgien  
Professor V. Hudolin, Opca Bolnica "Dr. Mladen Stojanovic", Zagreb,  
Jugoslawien (*Vorsitzender*)  
Frl. M.R. Mamelet, Stellv. Direktor der Abteilung Gesundheitsfürsorge  
und Rehabilitation, Ministerium für Gesundheit und Familie, Paris,  
Frankreich  
Dr. R. Mattheis, Leiterin der Abteilung Sozialmedizin und Kranken-  
hausplanung beim Senator für Gesundheit und Umweltschutz,  
Berlin (West)  
Dr. C. Sikorska-Godwod, Leiter der Abteilung für Studien über Alko-  
holismus und Drogenabhängigkeit, Psychoneurologisches Institut,  
Warschau, Polen  
Dr. D. Walsh, Leiter der Abteilung Psychische Gesundheit, Amt für  
Sozialmedizinische Forschung, Dublin, Irland (*Berichterstatter*)

### *Weltgesundheitsorganisation*

#### *Regionalbüro für Europa*

- Dr. A.E. Baert, Regionalreferent für Psychische Gesundheit  
Herr J.U. Hannibal, Hilfsreferent im Referat Psychische Gesundheit  
(*Tagungssekretär*)  
Dr. M. Postiglione, Direktor der Abteilung Verhütung und Bekämpfung  
von Krankheiten

#### *Hauptverwaltung*

- Fr. J. Moser, Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Abteilung für Psychische  
Gesundheit