

Zeitschrift: SuchtMagazin

Herausgeber: Infodrog

Band: 37 (2011)

Heft: 1

Artikel: Internationale Alkoholpolitik : die Strategien der WHO und der EU

Autor: Hagen, Ruth

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-800262>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 22.02.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Internationale Alkoholpolitik – die Strategien der WHO und der EU

Innerhalb der letzten fünf Jahre entwickelten und veröffentlichten sowohl die EU als auch die WHO umfassende alkoholpolitische Strategiepapiere. Diese stützen sich auf wissenschaftliche Erkenntnisse zu den negativen Folgen des Alkoholkonsums als auch zu effektiven Präventionsmaßnahmen und stellen somit wichtige alkoholpolitische Meilensteine dar. Insbesondere die richtungsweisende WHO-Strategie würde sich bestens als Orientierungshilfe für die schweizerische Alkoholpolitik eignen.

Ruth Hagen

Wissenschaftliche Mitarbeiterin Sucht Info Schweiz,
Av. Louis-Ruchonnet 14, CH-1001 Lausanne, Tel. +41 (0)21 321 29 71,
rhagen@sucht-info.ch, www.sucht-info.ch

Einleitung

Mit dem wachsenden Bewusstsein bezüglich der gesundheitlichen Problemlast des übermässigen Alkoholkonsums und dessen sozialen und wirtschaftlichen Folgen wurde auch der Ruf nach umfassenden Handlungsstrategien laut. Sowohl die EU als auch die Weltgesundheitsorganisation WHO machten sich daran, alkohol-politische Strategiepapiere auszuarbeiten, um ihre Mitgliedsstaaten beim Kampf gegen die grenzüberschreitende Problematik zu unterstützen.

EU-Strategie

Im Jahr 2001 beauftragte der Europäische Rat die Europäische Kommission, einen Massnahmenkatalog zur Verminderung der gesundheitsschädigenden Auswirkungen des Alkoholkonsums sowie dessen negativen sozialen und wirtschaftlichen Folgen zu erarbeiten. Damit sollte eine Grundlage geschaffen werden, um die bestehenden nationalen Aktionspläne der EU-Mitgliedstaaten zu ergänzen.

Zur Erarbeitung der Strategie führte die Kommission eine breite Konsultation mit Fachleuten aus EU-Mitgliedstaaten, mit internationalen Organisationen, ForscherInnen und Interessengruppen durch. Zudem wurde ein Bericht über die Situation des Alkoholkonsums in Europa¹ aus gesundheitspolitischer Sicht in Auftrag gegeben.

Aus diesen Elementen wurde die «EU-Strategie zur Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Verringerung alkoholbedingter Schäden»² erarbeitet, die im Oktober 2006 von der Europäischen Kommission verabschiedet wurde. In der Strategie geht es ausdrücklich nicht um den Alkoholkonsum im Allgemeinen, sondern der Fokus liegt auf dem problematischen (hohen und exzessiven) Konsum sowie auf dem Alkoholkonsum Jugendlicher.

Inhalt der Strategie

Die fünf in der Strategie formulierten Ziele betreffen die folgenden Bereiche:

1. Schutz von Jugendlichen, Kindern und des Kindes im

Mutterleib: Alkoholkonsum bei Minderjährigen soll eingedämmt und Kinder aus alkoholbelasteten Familien geschützt werden.

2. Senkung der Zahl der Verletzungen durch alkoholbedingte Straßenverkehrsunfälle: durch die Einführung von tieferen Promillegrenzwerten sowie regelmässiger Atemalkoholtests.
3. Vorbeugung alkoholbedingter Schädigungen bei Erwachsenen und Verringerung der negativen Auswirkungen auf den Arbeitsplatz: Lizenzvorschriften, Schulungen zum verantwortungsvollen Ausschank, Aufklärung und Informationstägigkeit gehören zu den vorgeschlagenen Massnahmen.
4. Information, Aufklärung und Bewusstseinsbildung in Bezug auf die Auswirkungen schädlichen und riskanten Alkoholkonsums und angemessene Konsummuster: Gesundheitserziehungs- und Lebenshilfeprogramme sollen das Bewusstsein für eine gesunde Lebensweise wecken.
5. Aufbau und Aktualisierung einer gemeinsamen Grundlage wissenschaftlich gesicherter Erkenntnisse auf EU-Ebene: standardisierte Definitionen zum Alkoholkonsum, regelmässige Erhebungen, Evaluation zur Wirksamkeit von Massnahmen.

Mit der Strategie sollen die auf nationaler Ebene bestehenden Massnahmen und Aktionspläne im Alkoholbereich unterstützt und ergänzt werden. Beispiele von erfolgreichen Massnahmen in den einzelnen EU-Mitgliedstaaten sollen verbreitet und zusätzliche erfolgversprechende Handlungsbereiche definiert werden.

In der Strategie wird ausdrücklich betont, dass sich die Rolle der EU auf die Ergänzung der nationalen Politiken sowie auf die Koordination von Massnahmen beschränkt und dass weder neue Massnahmen noch neue gesetzliche Regelungen auf der Ebene der EU vorgesehen sind.

Reaktionen auf die EU-Strategie

Die ersten Reaktionen auf die von den AkteurInnen der öffentlichen Gesundheit lang herbeigesehnten EU-Strategie fielen sehr unterschiedlich aus.³ Während sich die Alkoholindustrie zufrieden zeigte, drückten VertreterInnen von NGOs und Organisationen aus dem Gesundheitsbereich ihre grosse Enttäuschung aus.

Grund dafür war die Tatsache, dass die Alkoholindustrie während der

Erarbeitung der Strategie mit einem überaus aggressiven Lobbying auf die EU-Kommission eingewirkt hatte und ihre Bedingungen zu einem grossen Teil hatte durchsetzen können. Der EU-Gesundheitskommissar zeigte sich denn auch erstaunt über die Aggressivität des Vorgehens gewisser Teile der Alkoholindustrie.⁴

Die Vertreter von NGOs und Organisationen der öffentlichen Gesundheit kritisierten die Verwässerung der Strategie durch die Einflussnahme der Alkoholindustrie und die dadurch entstandene Fokussierung der Strategie auf Informations-, Erziehungs- und Sensibilisierungsmassnahmen, deren Wirksamkeit von der Wissenschaft stark angezweifelt wird. Während der Entwurf der Strategie noch eine bessere Regulierung der Alkoholwerbung enthalten hatte, fehlte diese Massnahme in der Schlussversion gänzlich. Andere wissenschaftliche Erkenntnisse bezüglich der Wirksamkeit von Massnahmen (Einschränkung der Erhältlichkeit, preispolitische Massnahmen etc.) wurden gar nicht erwähnt.

Kritisiert wurde auch die Haltung der EU-Kommission, die angesichts der Problemlage zwar die Notwendigkeit zum Handeln betonte, gleichzeitig jedoch jegliche (gesetzgeberische) Massnahme auf EU-Ebene ablehnt. Als Begründung werden einerseits das Subsidiaritätsprinzip, andererseits die kulturellen Unterschiede zwischen den einzelnen EU-Mitgliedstaaten angegeben.

Trotz der vorherrschenden Enttäuschung waren sich jedoch alle AkteurInnen einig, dass mit der EU-Strategie ein wichtiger alkoholpolitischer Meilenstein erreicht wurde, indem Alkohol bzw. Alkoholkonsum auf die politische Agenda gesetzt wurde.⁵ Alle konnten sich auch mit den in der Strategie formulierten Zielen identifizieren.

Umsetzung der Alkoholstrategie

Im September 2009, knapp drei Jahre nach der Verabschiedung der EU-Strategie, wurde ein erster Bericht über die erreichten Fortschritte bei der Umsetzung der Strategie veröffentlicht.⁶ Einige der EU-Mitgliedstaaten haben neue Alkoholaktionspläne formuliert und implementiert.⁷ Zudem zeigt sich eine schon seit mehreren Jahren anhaltende Tendenz zur Senkung der Promillegrenze im Strassenverkehr und der Vereinheitlichung des Abgabealters für alkoholische Getränke. In den Schwerpunktbereichen der EU-Strategie vermeldet der Bericht jedoch nur eine Ausweitung ihre Informations- und Sensibilisierungsaktivitäten – Massnahmen, deren Wirksamkeit aufgrund wissenschaftlicher Erkenntnisse als relativ ineffizient beurteilt werden muss. Auf der Ebene der EU wurden mit der Verabschiedung der Strategie im Jahr 2006 verschiedene Gremien aktiv, die sich mit der Umsetzung der Strategie befassten. Ein Komitee, bestehend aus VertreterInnen von EU-Mitgliedstaaten, pflegt einen Austausch über nationale Massnahmen und Aktionspläne,⁸ ein weiteres Komitee setzt Definitionen und Indikatoren fest und kümmert sich um die Vergleichbarkeit von Statistiken zum Alkoholkonsum zwischen den verschiedenen Mitgliedstaaten.⁹

Weiter wurde das Mainstreaming des Themas Alkohol angestrebt, d.h. das Einbringen der Thematik in andere Politikbereiche wie Landwirtschaft oder Wirtschaft.

Zahlreiche Forschungsprojekte, die im Rahmen der EU-Strategie finanziert wurden, stärken die wissenschaftliche Fundierung der Erkenntnisse und bilden die Basis für weiterführende Strategien. Dazu gehören die Berichte zum Einfluss von Alkoholwerbung auf den Alkoholkonsum¹⁰ und zur Erschwinglichkeit von Alkohol in Europa.¹¹ Der Bericht legt viel Gewicht auf das EU-Forum Alkohol und Gesundheit,¹² das auch NGOs und Vertretern der Alkoholindustrie offen steht. Die Aktivitäten im Rahmen des EU-Forums Alkohol und Gesundheit bestehen vorwiegend aus «Commitments», in denen sich die Teilnehmenden verpflichten, die negativen Folgen des Alkoholkonsums zu bekämpfen. Eine Mehrheit der Commitments der Alkoholindustrie betreffen Informations- und Erziehungskampagnen zum Thema «responsible drinking».

Kritik von Fachseite

Eurocare, der Dachverband alkoholpolitischer NGOs in Europa,¹³ verfasste gleichzeitig zum offiziellen Bericht über den Fortschritt der EU-Strategie einen «Schattenbericht»,¹⁴ der die kritische Sicht der Eurocare-Mitglieder¹⁵ sowie von weiteren alkohol- und gesundheitspolitischen Netzwerken zusammenfasst und Empfehlungen formuliert.

Während Einigkeit über die Bedeutung der EU-Strategie und ihren Schwerpunktthemen herrscht, so sind die Zweifel an der Wirksamkeit der Strategie überaus gross und einige Elemente der Strategie werden mit grosser Skepsis betrachtet. Grundsätzlich fehlen der Strategie spezifische, konkret formulierte Ziele, die es zu erreichen gilt. Trotz der Versuche, Alkohol auch in anderen Politikbereichen der EU auf die Agenda zu setzen, ist dies nicht geglückt. Wenn es um Wirtschaft und Handel oder landwirtschaftliche Subventionen geht, besteht für Anliegen der öffentlichen Gesundheit nur wenig Gehör. Grösster Kritikpunkt ist der Einbezug der Alkoholindustrie in die Umsetzung der EU-Strategie, insbesondere im Rahmen des EU-Forums «Alkohol und Gesundheit». Nachdem die Alkoholindustrie schon bei der Erarbeitung der Strategie erreicht hat, dass die Endversion kaum mehr wirksame Massnahmen enthält, so nutzt sie den ihr im Rahmen des Forums zugestandenen Spielraum, um mit gemäss wissenschaftlicher Erkenntnis relativ wirkungslosen Erziehungs- und Sensibilisierungsmassnahmen aufzutrompfen und Selbstregulierungsmassnahmen z.B. im Bereich Alkoholwerbung zu propagieren. Damit versucht sie offensichtlich, die Einführung wirksamer gesetzlicher Regelungen, wie Einschränkungen der Erhältlichkeit, preispolitische Massnahmen oder Werbeverbote, zu verhindern. Gleichzeitig weigert sich die Alkoholindustrie, wissenschaftlich breit abgestützte und anerkannte Ergebnisse zu akzeptieren, wie beispielsweise die Resultate des im Rahmen des EU-Forums verfassten Expertenberichts zum Einfluss der Alkoholwerbung auf den Alkoholkonsum.¹⁶

Um die EU-Strategie zu einem wirksamen Instrument zu machen und damit zu einer Verminderung der Problemlast des Alkoholkonsums beizutragen, braucht es den politischen Willen der einzelnen EU-Mitgliedstaaten. Diese können sowohl auf nationalstaatlicher Ebene als auch auf der EU-Ebene wirksame Massnahmen, wie beispielsweise gesetzliche Regelungen bezüglich Alkoholwerbung oder Alkoholsteuern, durchsetzen.

WHO-Strategie

Im Januar 2005 verabschiedete die WHO an ihrer 58. Generalversammlung eine Resolution¹⁷, in der sie auf die Folgen des problematischen Alkoholkonsums auf die öffentliche Gesundheit hinwies und sowohl Mitgliedstaaten als auch die WHO-Generaldirektion aufforderte, gemeinsam an der Erarbeitung wissenschaftlicher Grundlagen zu wirken und Strategien zur Verhinderung der negativen Folgen des Alkoholkonsums zu entwickeln. Diese Resolution war eine Folge der umfassenden wissenschaftlichen Erkenntnisse, die nicht nur die gesundheitlichen Folgen, sondern auch die sozialen Kosten des Alkoholkonsums immer deutlicher zutage brachten. Insbesondere der Weltgesundheitsbericht von 2002 hatte Alkoholkonsum als signifikanten Risikofaktor für die globale Gesundheit identifiziert. Drei Jahre später, im Jahr 2008, fasste die 61. Generalversammlung der WHO in einer Resolution¹⁸ den Beschluss, eine globale Strategie zur Verminderung der negativen Folgen des Alkoholkonsums zu verfassen.

Bei der Erarbeitung der Strategie wurden neben den Mitgliedstaaten auch Akteure aus der Wirtschaft, dem Gesundheitsbereich, aus NGOs sowie aus zwischenstaatlichen und UNO-Organisationen einbezogen. Basierend auf den Ergebnissen der Konsultationen erstellte das WHO-Sekretariat ein erstes Arbeitspapier, das den Mitgliedstaaten im Oktober 2009 im Rahmen eines informellen Treffens präsentierte. Aufgrund der Rückmeldungen wurde schliesslich im Dezember 2009 ein erster Entwurf der Strategie vorgestellt. Die

Generalversammlung verabschiedete dann im Mai 2010 die «global strategy to reduce the harmful use of alcohol».¹⁹

Inhalt der Strategie

Die der Strategie zugrunde liegende Vision ist eine Verbesserung der gesundheitlichen und sozialen Situation von Individuen, Familien und Gemeinschaften. Dies soll erreicht werden, indem die Krankheitslast und Sterblichkeit aufgrund von problematischem Alkoholkonsum drastisch reduziert wird. Mithilfe der Strategie sollen die Mitgliedstaaten in der Umsetzung und Implementierung ihrer jeweiligen nationalen Politiken unterstützt werden. Zu diesem Zweck empfiehlt die Strategie geeignete Ansätze und Massnahmen in den nachfolgenden zehn Bereichen:

1. Leadership, Sensibilisierung und Engagement: Um alkoholpolitische Massnahmen erfolgreich umsetzen zu können, braucht es eine starke Führung, Bewusstsein über die Problemlast sowie politischen Willen und Engagement.
2. Leistungen des Gesundheitswesens: Institutionen aus dem Gesundheitsbereich übernehmen eine wichtige Funktion bei der Prävention, der Behandlung und der Schadensminderung auf individueller Ebene. Eine weitere Aufgabe ist die Information der Bevölkerung über die negativen Folgen des Alkoholkonsums.
3. Aktivitäten auf lokaler Ebene: Mit Initiativen und Massnahmen auf lokaler Ebene kann auf die regional unterschiedlichen Probleme in Zusammenhang mit Alkoholkonsum eingegangen werden.
4. Massnahmen gegen Alkohol am Steuer: Zur Reduktion von alkoholbedingten Verkehrsunfällen werden Massnahmen wie die Einführung von Promillegrenzen oder regelmässigen Polizeikontrollen empfohlen.
5. Erhältlichkeit von Alkohol: Verschiedene Massnahmen wie die Einführung eines Lizenzsystems für Verkaufsstellen von Alkohol, Regulierung der Anzahl der Verkaufsstellen und der Öffnungszeiten gelten als wirksam. Auch ein Mindestabgabekörper ist vorzusehen.
6. Alkoholwerbung: Gesetzliche Regelungen bezüglich Inhalt und Volumen von Alkoholwerbung und –sponsoring können den Alkoholkonsum von Jugendlichen beeinflussen. Wichtig sind Kontrollorgane und Strafmaßnahmen bei der Übertretung der geltenden Regeln.
7. Preispolitik: Preiserhöhungen gehören zu den effektivsten Massnahmen, um alkoholbedingte Probleme zu reduzieren. Besonders eignen sich Steuern, die sich am Alkoholgehalt des Getränkes orientieren. Wichtig ist die Anpassung der Preise an Inflation und Einkommen sowie ein Verbot von Vergünstigungen und Promotionen.
8. Reduktion der negativen Konsequenzen von Alkoholkonsum und Intoxikationen: Massnahmen wie Regeln zum Umgang mit stark alkoholisierten Personen oder die Abgabe von alkoholischen Getränken in Kunststoffbehältern sollen schadensmindernd wirken.
9. Verminderung der gesundheitlichen Auswirkungen von illegalem Alkohol: Oft sind illegal produzierte Produkte besonders gesundheitsgefährdend. Mit der Qualitätskontrolle von alkoholischen Getränken und der Bekämpfung illegaler Alkoholproduktion soll diese Gefahr vermindert werden.
10. Beobachtung und Überwachung: Etablierung eines nationalen Systems zur Erhebung von Daten auf lokaler und nationaler Ebene sowie der Informationsaustausch auf internationaler Ebene sind wichtig.

Die Empfehlungen, die in der Strategie abgegeben werden, sind nicht verbindlich, sondern stellen ein Instrument für die WHO-Mitgliedstaaten dar. Es ist Aufgabe jedes Mitgliedstaates, die Strategie umzusetzen, zu finanzieren und die Umsetzung zu überwachen.

Reaktionen auf die Strategie

Die Verabschiedung der WHO-Strategie wurde von allen Seiten positiv aufgenommen. Neben den alkohol- und gesundheitspolitischen NGOs und Organisationen sprachen sich auch internationale kirchliche und medizinische Dachverbände positiv zur Strategie aus. Sie forderten die Umsetzung der Strategie durch die WHO-Mitgliedstaaten sowie die Begrenzung der Einflussnahme durch die Alkoholindustrie.²⁰ Von Seiten der Wirtschaft wurde die Wirksamkeit der in der Strategie enthaltenen strukturellen Massnahmen angezweifelt,²¹ die Verabschiedung der Strategie aber durchaus als positiv beurteilt.²²

Beurteilung und Vergleich der beiden Strategien

Vergleicht man die Inhalte der beiden Strategien, so wird schnell klar, dass es sich bei der WHO um die komplettere, konsequenter evidenzbasierte Strategie handelt. Im Gegensatz zur EU-Strategie integriert die WHO-Strategie einige der nachgewiesenermassen wirksamen strukturellen Präventionsmassnahmen wie die Reduktion der Erhältlichkeit von Alkohol, Regelungen im Bereich Alkoholwerbung sowie die Preisgestaltung. Entsprechende Massnahmen wurden bei der EU-Strategie wohl aufgrund des aggressiven Lobbyings der Alkoholindustrie nicht aufgenommen. Bei der WHO-Strategie finden sich ebenfalls Hinweise auf den Einfluss der Alkoholindustrie: So wird beispielsweise auf die Möglichkeit von Selbstregulationssystemen anstelle von gesetzlichen Regelungen hingewiesen.²³

Bei beiden Strategien handelt es sich nicht um gesetzlich verbindliche Dokumente. Es werden Schwerpunktbereiche identifiziert und Massnahmen vorgeschlagen, um die Problemlast des übermässigen Alkoholkonsums zu vermindern. Die Umsetzung obliegt jedoch der Entscheidung und Verantwortung der einzelnen Staaten.

Trotz dieser doch sehr entscheidenden Einschränkung können beide Strategien doch als wegweisende Dokumente bzw. als wichtige alkoholpolitische Meilensteine bezeichnet werden.

Gerade die WHO hat weltweit die Definitionsmacht in vielen Bereichen der öffentlichen Gesundheit. Mit der Verabschiedung ihrer Strategie und deren dezidiertter Evidenzbasierung stellt die WHO die Weichen für eine Alkoholpolitik, die sich auf die aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse stützt. Sie setzt damit Standards, die nicht mehr rückgängig gemacht werden können, nicht zuletzt, weil die Strategie von allen WHO-Mitgliedstaaten akzeptiert und verabschiedet wurde.

Dasselbe gilt in eingeschränktem Masse für die EU-Strategie, die sich nicht gleich konsequent wie die WHO-Strategie von wissenschaftlichen Erkenntnissen leiten lässt. Allerdings tragen die im Rahmen der Umsetzung der EU-Strategie in Auftrag gegebenen wissenschaftlichen Berichte sowie die finanzierten Forschungsprojekte zur Stärkung der Wissensbasis bei.

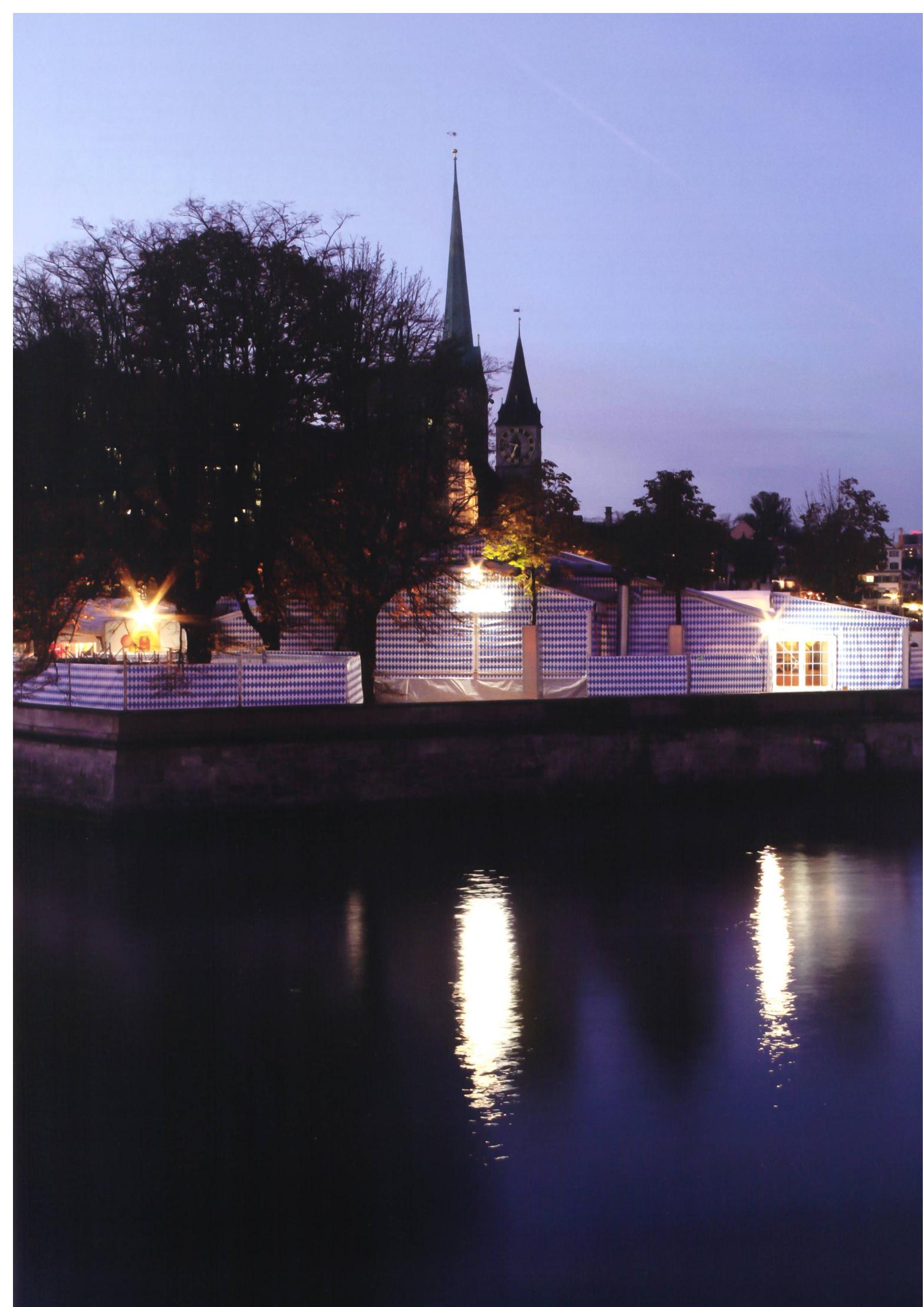
Inwiefern die beiden Strategien direkt zu einer Verminderung des problematischen Alkoholkonsums und dessen Folgen beitragen, darüber lässt sich streiten. Letztlich kann dieses Ziel nur erreicht werden, wenn der politische Wille zur Implementierung von wirksamen Massnahmen in den einzelnen Staaten vorhanden ist.

Es ist zu hoffen, dass die beiden Strategien auch den öffentlichen Diskurs zum Thema Alkoholkonsum prägen und dieser somit als wichtiges Problem und Anliegen der öffentlichen Gesundheit wahrgenommen wird.

Vergleich mit der schweizerischen Alkoholpolitik

Abschliessend soll nun die Stossrichtung der schweizerischen Alkoholpolitik mit den Inhalten der beiden vorgestellten Strategien verglichen werden. Da die Schweiz sowohl Mitgliedstaat der WHO als auch bilaterale Vertragspartnerin der EU ist, scheint eine Orientierung an den internationalen Entwicklungen sehr wahrscheinlich.

Den Vergleich mit der EU-Strategie braucht die schweizerische Alkoholpolitik nicht zu scheuen. In einigen Handlungsbereichen



hat die Schweiz die geforderten Massnahmen schon umgesetzt oder hat die entsprechenden Ziele im Nationalen Programm Alkohol (NPA) 2008-12²⁴ verankert. Auch viele andere europäische Staaten sind mit ihrer Gesetzgebung viel weiter als die EU-Strategie vorgibt.

Um die Schweiz innerhalb Europas bezüglich der alkoholpolitischen Massnahmen besser situieren zu können, bietet sich der im Jahr 2006 im Rahmen des europäischen Projekts «Bridging the gap» erschienene Bericht an.²⁵ Darin wird die konsequente Umsetzung von alkoholpolitischen Massnahmen 30 europäischer Staaten in den Bereichen Produktion, Verkauf, Alterslimiten, Werbung, Promillegrenzen, öffentliche Politik und Steuern untersucht, wobei die Bereiche gemäss der wissenschaftlichen Evidenz bezüglich Wirksamkeit verschieden gewichtet wurden.

Norwegen erreichte mit 37.5 von 40 möglichen Punkten den ersten Platz, gefolgt von zwei weiteren skandinavischen Staaten, Schweden und Finnland. Die Schweiz platzierte sich mit nur 13.5 von 40 Punkten im Mittelfeld. Vor allem in den Bereichen Steuern und Verkauf, die bezüglich Wirksamkeit am höchsten gewichtet werden, erreichte die Schweiz nur einen Bruchteil der möglichen Punktzahl.

Seit dem Jahr 2006 hat sich in der Schweiz im Bereich Alkoholpolitik mit der Verabschiedung des NPA im Jahr 2008 und der Totalrevision des Alkoholgesetzes seit 2009 einiges bewegt. Anhand dieser beiden Vorlagen soll nun geprüft werden, ob Fortschritte im Bereich der oben erwähnten strukturellen Massnahmen gemacht wurden und ob die alkoholpolitischen Massnahmen der Schweiz im Einklang mit den Inhalten der WHO-Strategie stehen.

Das NPA definiert 10 Handlungsfelder,²⁶ zu deren Umsetzung 33 Aktivitäten vorgesehen sind. Darin sind viele der Handlungsbereiche der WHO-Strategie wiederzufinden.²⁷ Gänzlich fehlen im NPA jedoch Massnahmen in den Bereichen Erhältlichkeit, Werbung und Preispolitik, drei Bereiche, denen in der WHO-Strategie je ein eigener Handlungsbereich zugeschlagen wurde. Im NPA sieht die Aktivität Nr. 13 im Handlungsfeld Marktregulierung und Jugendschutz lediglich vor, dass bei der Revision des Alkoholgesetzes darauf geachtet werden soll, «dass die Anliegen der Alkoholprävention geprüft und gegebenenfalls aufgenommen werden».²⁸ Betrachtet man den in die Vernehmlassung gegebenen Entwurf des revidierten Alkoholgesetzes, so wird schnell sichtbar, dass diesem Anliegen nur ansatzweise Rechnung getragen wurde.²⁹

Sowohl das NPA als auch das Alkoholgesetz sahen ursprünglich durchaus strukturelle Massnahmen vor. Die Einschränkung der Verkaufszeiten von Alkohol³⁰ (NPA) und die Einführung preislicher Massnahmen (Totalrevision Alkoholgesetz) wurden jedoch durch intensives Lobbying von Wirtschaftsvertretern schon vor der Vernehmlassungsphase aus den jeweiligen Vorlagen entfernt.³¹ Eine der Leitideen des NPA, der massgeblichen alkoholpolitischen Strategie der Schweiz, ist das «Prinzip der evidence-based policy» und die gezielte Förderung effizienter Handlungsansätze. Dazu reicht das Wissen allein nicht aus – entscheidend ist wie immer der politische Wille.●

Literatur

- Anderson, P./Baumberg, B. (2006): Alkohol in Europa. Eine Public Health Perspektive. Ein Bericht für die Europäische Kommission. London: Institute of Alcohol Studies.
www.ec.europa.eu/health-eu/doc/alcoholineu.sum_de.en.pdf, Zugriff 17.01.2011.
- Baumberg, B./Anderson, P. (2007): The European strategy on alcohol. A landmark and a lesson. *Alcohol & Alcoholism* 42(1): 1-2.
www.alcalc.oxfordjournals.org/content/42/1/full, Zugriff 17.01.2011.
- Bundesamt für Gesundheit (2008): Nationales Programm Alkohol 2008-2012. Bern: BAG.
- Bundesamt für Gesundheit (2010): Nationales Programm Alkohol (NPA) 2008-2012. Stand der Programmumsetzung. Bern: BAG.
- DG SANCO (2009): First progress report on the implementation of the EU alcohol strategy. www.tinyurl.com/eu-strategie, Zugriff 17.01.2011.

Eurocare (2009): Eurocare overview and recommendations for a sustainable EU Alcohol Strategy. Brussels: Eurocare.

Karlsson, T./Österberg, E. (2006): Scaling alcohol control policies across Europe. Eurocare Bridging the Gap Project. Helsinki: Centre for Welfare and Health.

Kommission der Europäischen Gemeinschaft (2006): Eine EU-Strategie zur Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Verringerung alkoholbedingter Schäden (Mitteilung der Kommission an den Rat, das Europäische Parlament, den Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen). Brüssel : EU-Kommission.
www.tinyurl.com/alk-strategie-eu, Zugriff 17.01.11.

Rabinovich, L. et al. (2009): The affordability of alcoholic beverages in the European Union. Understanding the link between alcohol affordability, consumption and harms (Technical Report). Santa Monica: RAND Corporation. www.tinyurl.com/alcohol-rand, Zugriff 05.01.11.

Science Group of the European Alcohol and Health Forum (2009): Does marketing communication impact on the volume and patterns of consumption of alcoholic beverages, especially by young people? A review of longitudinal studies. www.tinyurl.com/alk-marketing, Zugriff 17.01.2011.

The Global Alcohol Policy Alliance (GAPA) (2006): EU Alcohol Strategy – is the glass half full or half empty? The Globe 3/2006.
www.tinyurl.com/globe-3-2006, Zugriff 17.01.2011.

The Global Alcohol Policy Alliance (GAPA) (2010): Global alcohol strategy endorsed. The Globe 1/2010.
www.tinyurl.com/globe-1-2010, Zugriff 17.01.2011.

World Health Organization (2005): Public-health problems caused by harmful use of alcohol (WHA58.26). Geneva: WHO.
www.tinyurl.com/WHA58-26, Zugriff 17.01.2010.

World Health Organization (2008): Strategies to reduce the harmful use of alcohol (WHA61.4). Geneva: WHO.
www.tinyurl.com/WHA61-4, Zugriff 17.01.2010.

World Health Organization (2009): Draft global strategy to reduce the harmful use of alcohol. Geneva: WHO.
www.who.int/substance_abuse/alcstrategyaftereb.pdf, Zugriff 05.01.2011.

Endnoten

- 1 Vgl. Anderson/Baumberg 2006.
- 2 Vgl. Kommission der Europäischen Gemeinschaft 2006.
- 3 Vgl. The Global Alcohol Policy Alliance 2006.
- 4 Zitiert nach Baumberg/Anderson 2007, S. 1.
- 5 Vgl. Baumberg/Anderson 2007.
- 6 Vgl. DG SANCO 2009.
- 7 Seit der Verabschiedung der EU-Strategie haben Zypern, Finnland, Italien, Lettland, Holland, Polen, Portugal, die Slowakei und Grossbritannien eine nationale Strategie eingeführt.
- 8 Committee on National Alcohol Policy and Action.
www.tinyurl.com/committee-alc, Zugriff 18.01.2011.
- 9 Committee on Alcohol Data, Indicators and Definitions.
www.ec.europa.eu/health/indicators/committees, Zugriff 18.01.2011.
- 10 Vgl. Science Group of the European Alcohol and Health Forum 2009.
- 11 Vgl. Rabinovich 2009.
- 12 Vgl. www.ec.europa.eu/health/alcohol/forum, Zugriff 18.01.2011.
- 13 Vgl. The European Alcohol Policy Alliance: www.eurocare.org.
- 14 Vgl. Eurocare 2009.
- 15 Die Schweiz ist mit Sucht Info Schweiz als einzigem Mitglied bei eurocare vertreten. Vgl. Mitgliederliste auf www.eurocare.org/about_us/membership, Zugriff 16.01.2011.
- 16 Vgl. Science Group of the European Alcohol and Health Forum 2009.
- 17 Vgl. World Health Organization 2005.
- 18 Vgl. World Health Organization 2008.
- 19 Vgl. World Health Organization 2009.
- 20 Vgl. The Global Alcohol Policy Alliance 2010.
- 21 Vgl. Mitteilung der Bierbrauerei SABMiller vom 21.05.2010, www.tinyurl.com/sabmiller-05-2010, Zugriff 16.01.2011.
- 22 Vgl. Artikel auf HealthKey vom 20.05.2010, www.tinyurl.com/healthkey-5-2010, Zugriff 17.01.2011.
- 23 World Health Organization 2009: S. 9 und S. 30.
- 24 Vgl. Bundesamt für Gesundheit 2008.
- 25 Vgl. Karlsson/Österberg 2006.
- 26 Vgl. Artikel Kull in dieser Ausgabe des SuchtMagazin.
- 27 Vgl. Bundesamt für Gesundheit 2008.
- 28 Vgl. Bundesamt für Gesundheit 2010.
- 29 Vgl. Artikel Theunert in dieser Ausgabe des SuchtMagazin.
- 30 Vgl. Artikel auf swissinfo vom 25.07.2007, www.tinyurl.com/swissinfo-7-2007, Zugriff 17.01.2011.
- 31 Vgl. Artikel im Tagesanzeiger vom 18.06.2008, www.tinyurl.com/tagi-6-2008, Zugriff 17.01.2011; Interpellation 10.3423 vom 14.06.2010 zur Revision des Alkoholgesetzes: www.tinyurl.com/int-10-3423, Zugriff 17.01.2011.