

Brennpunkt Alkohol – ARGE Suchtvorbeugung
Tagung 2016, Stainz

Salutogene Politikfaktoren
und ihr Einfluss auf
problematischen
Alkoholkonsum



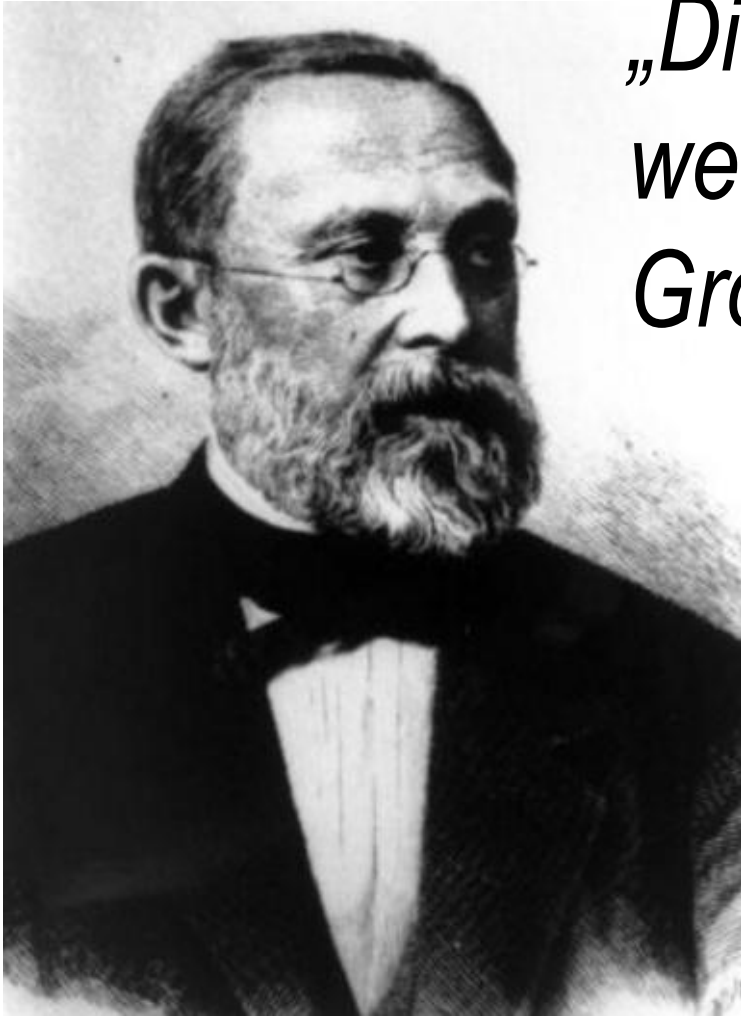
vorweg: „**salutogene Politikfaktoren**“ ...

... findet man mit Bezug zu (allen) drei politikwissenschaftlichen Dimensionen:

Polity -	Form, politische Struktur
Politics -	politische Prozesse
Policy -	Politikinhalte

vorausgesetzt:

... Diskussion um **soziale Gesundheitsdeterminanten** (vgl. Wilkinson sowie Dahlgreen & Whiteheads „Regenbogenmodell“)



Rudolf Virchow

„Die Politik ist nichts weiter als Medizin im Großen“.

„Wir betrachten die Krankheit nicht als etwas Persönliches und Besonderes, sondern nur als die Aeusserung des Lebens unter veränderten Bedingungen, aber nach denselben Gesetzen, wie sie zu jeder Zeit, von dem ersten Moment an bis zum Tode, in dem lebenden Körper gültig sind. Mag demnach jemand geistig oder körperlich, was unserer Anschauung nach gleichfalls keine Differenz ist, erkranken, immer sehen wir dasselbe Leben vor uns mit denselben Gesetzen, nur dass diese unter anderen Bedingungen sich anders manifestiren. Jede Volkskrankheit, mag sie geistig oder körperlich sein, zeigt uns daher das Volksleben unter abnormen Bedingungen, und es handelt sich für uns nur darum, diese Abnormität zu erkennen und den Staatsmännern zur Beseitigung anzuzeigen“.

INHALT

1. Health in all Policies! Aber wie?

2. Welche strategische Ausrichtung brauchen wir in der Alkoholprävention?

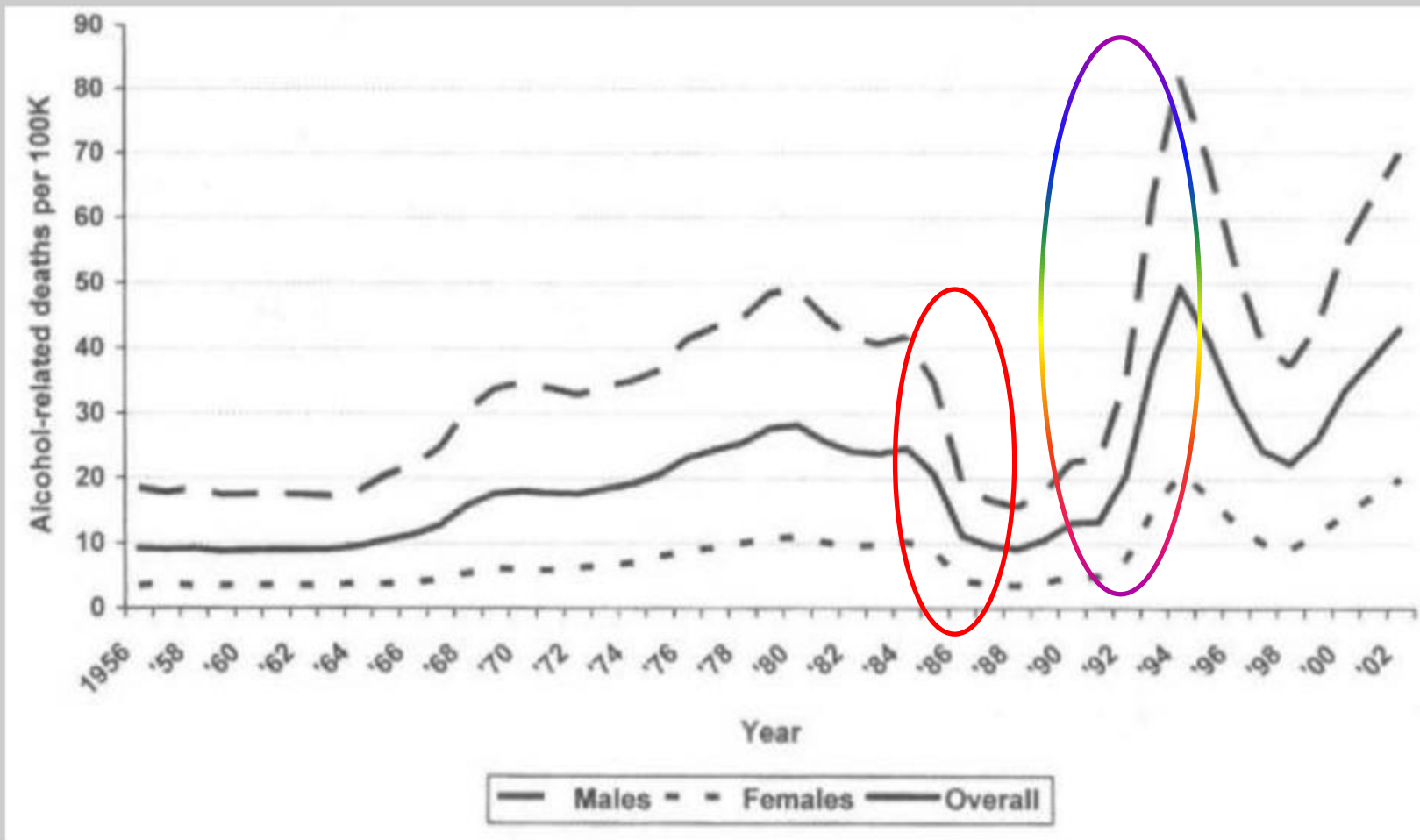
3. Welche Rolle spielt soziale Ungleichheit?

A. Methodenerweiterung für „politische Gesundheitsarbeit“

B. Alkoholprävention integrieren

C.Exkurs: Nudging

Alkoholbedingte Sterblichkeit, Russland 1956-2002



Pridemore & Kim. J Drug Issues 2006. 36 (1): S. 229-244

soziale Determinanten und Determination

- Die lateinamerikanische epidemiologische Tradition legt Wert auf die Kontextualisierung von Wissen und Erkenntnissen.
- Arbeit, Bildung, Wohnort und andere Faktoren werden nicht einfach als singuläre Fakten gewertet, die ein bestimmtes Risiko implizieren.
- Die Ausprägung der gesundheitlichen Unterschiede werden als Manifestationen der historisch gewachsenen gesellschaftlichen Machtverhältnisse untersucht.

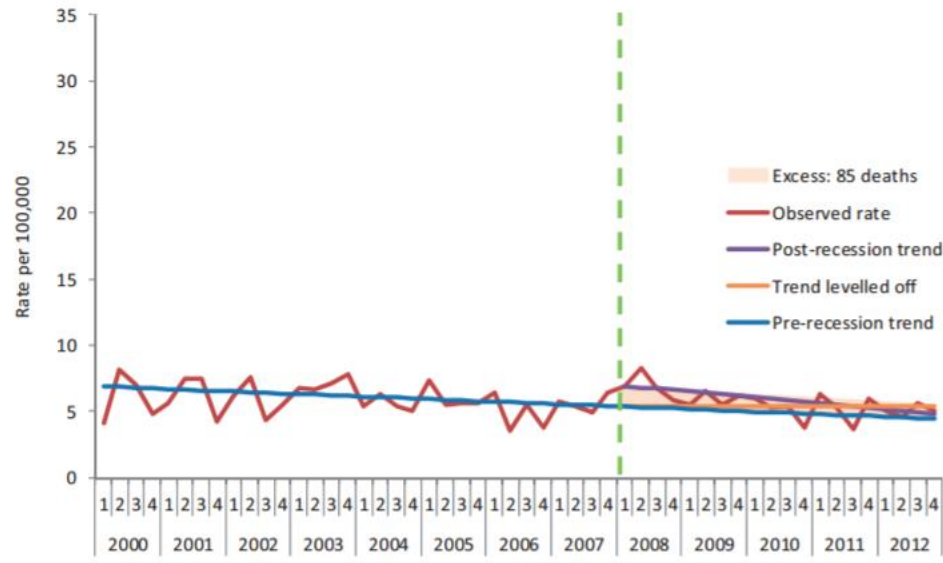
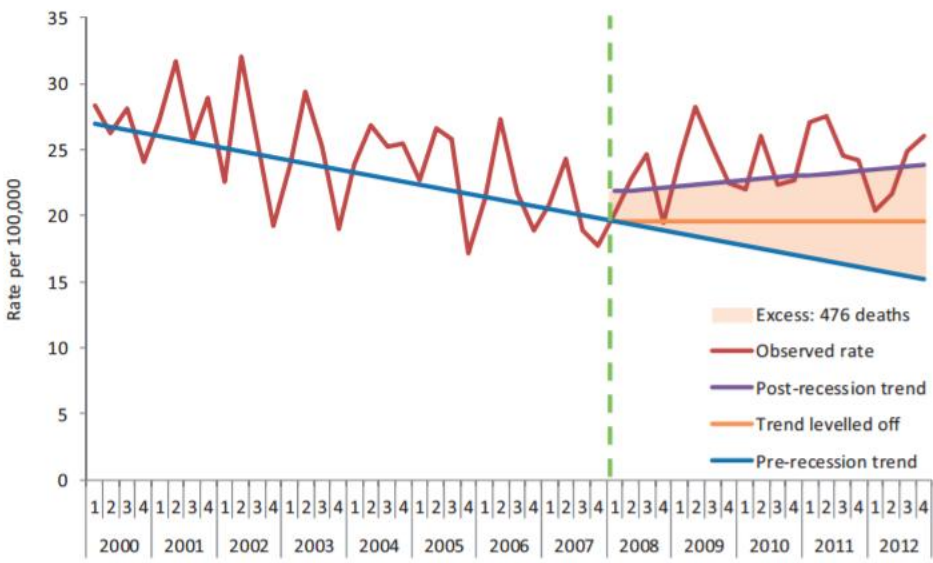


Figure 2. Rates of suicide by men (top left) and women (top right) and self-harm by men (bottom left) and women (bottom right) in Ireland. Advent of economic recession in 2008 indicated by dashed green line. Age-standardized rates >15 years. Provisional suicide data for 2012.

Arbeitslosigkeit

Angst vor
Arbeitslosigkeit

finanzielle
Verluste

Depression u. a.

Alkoholkonsum

austerity kills

- Reduktion staatlicher Leistungen um 1% erhöht **Suizidalität** Männer (65-89y) um 1,4 % (kurzfristig), 2,4% (mittel- und) 3,3 % (langfristig) (GR, IR, E, POR, I: Antonakakis & Collins 2015)
 - UK: Reduktion der Pensionszahlungen um 1% erhöht Sterblichkeit der 85+ um 0,7 % (Loopstra, McKee et al. 2015)
- ein HIA zur „Wohnunterstützung“ (ehem. Wohnbeihilfe) in der Stmk.!

Health in all policies (HiaP)

... ist ein **innovativer politischer Ansatz**, der die Rolle von Gesundheit im ökonomischen und sozialen Leben der Gesellschaft im 21. Jahrhunderts betrifft.

HiaP zielt auf die Verbesserung der **kollektiven** Gesundheit und die **Reduktion gesundheitlicher Ungleichheit** und möchte diese Zielsetzungen in alle Politiken implementieren.

Die Analyse der Auswirkungen politischer Strategien auf Gesundheit ermöglicht der Politik einen **sinnvollen Wertebezug** herzustellen und Gesundheit systematisch zu beeinflussen.

HiaP trägt auf diese Art zur Zielerreichung in anderen Politikfeldern bei und ermöglicht **nachhaltige Veränderungen** für gegenwärtige und künftige Generationen.

vgl. Ilona Kickbusch

Politikfelder mit Bezug zu (problematischem) Alkoholkonsum

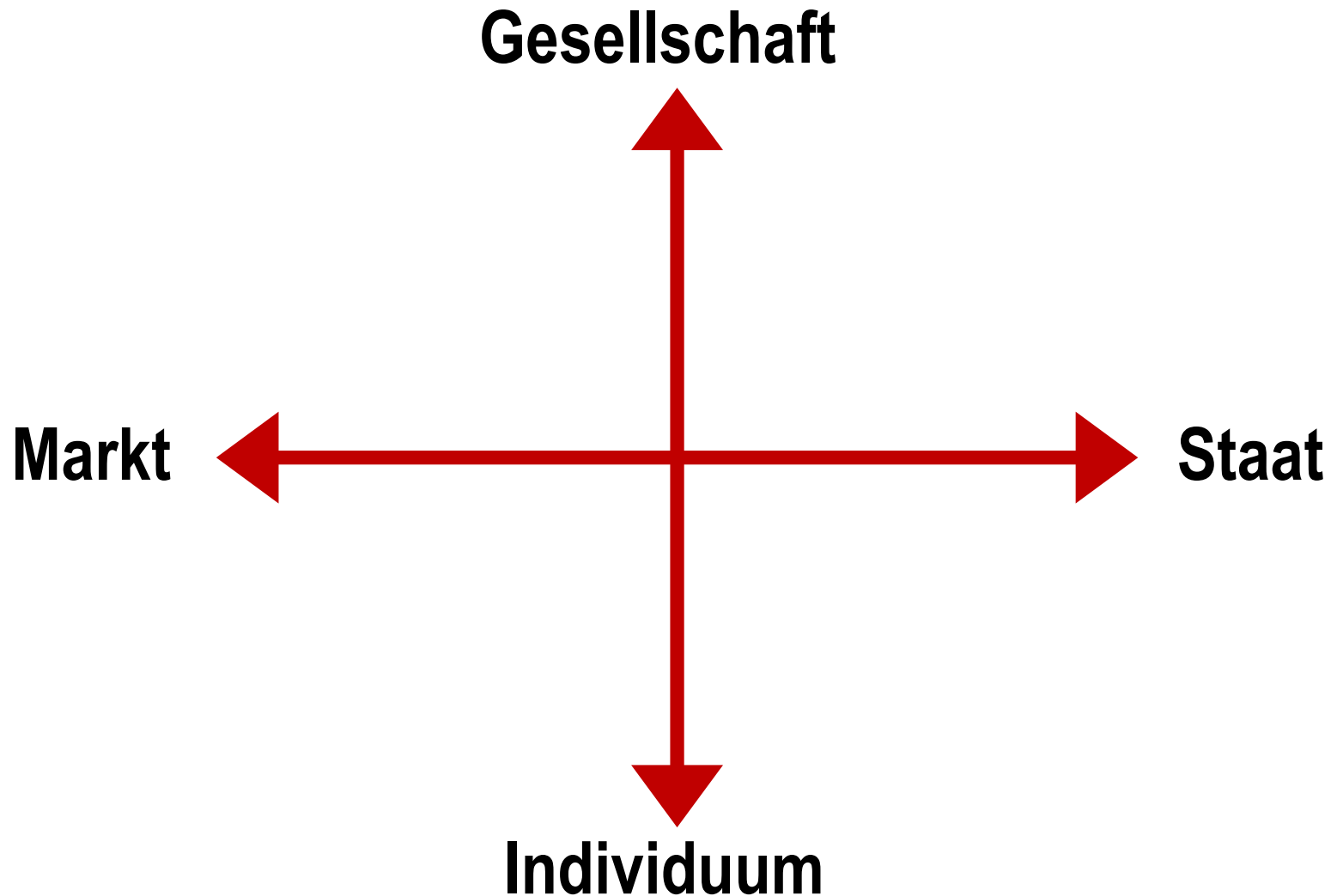
1. Alkoholkontrollpolitik

- Fiskalpolitik
- Landwirtschaftspolitik
- Tourismuspolitik
- Gastronomie
- Verkehrspolitik
- Sozial- und Gesundheitspolitik

2. Präventionspolitik

- Wirtschaftspolitik
- sozialer Wohnbau
- Arbeitsmarktpolitik
- Bildungspolitik
- Familienpolitik
- Städtebau/Infrastrukturplanung
- etc.

HiaP Spannungsfelder



HiaP „must haves“

- Förderung des sozialen Kapitals und anderer kollektiver Gesundheitsressourcen
- Reduktion der gesundheitlichen Ungleichheit
- partizipative Gestaltung und Steuerung der technischen, räumlichen und sozialen Umwelt
- Gesetze, Verträge, Regelungen



INHALT

1. *Health in all Policies! Aber wie?*
2. **Welche strategische Ausrichtung brauchen wir in der Alkoholprävention?**
3. Welche Rolle spielt soziale Ungleichheit?
 - A. Methodenerweiterung für „politische Gesundheitsarbeit“
 - B. Alkoholprävention integrieren
 - C. *Exkurs: Nudging*

Suchtmittel oder Genussmittel?

Es braucht mehr und besser verständliche Aufklärung über Alkohol, meinen unsere Leser.

„Alkohol, der fatale tägliche Begleiter“,
28. 4.

Nur Menschen mit dem Hang zum Eigenbrötler oder militante Alkoholgegner können mit der grundsätzlich negativen Beschreibung des Genussmittels Alkohol Freude haben. Für den durch den Artikel sensibilisierten Genussrinker fällt es schwer, herauszufinden, welche Menge des Genussmittels verträglich bzw. gerade noch verträglich ist. Man müsste Chemiker sein, um mit den Zahlen, mit denen herumgeschmissen wird, klarzukommen. Österreich be-

steht zum Beispiel nicht nur aus Biertrinkern usw.! Wie viel Milliliter Alkohol befinden sich in einer Flasche Wein, die 12,5 Volumprozent Alkohol hat? Wie viel Milliliter Alkohol sind denn zehn Gramm Alkohol?

Hier ist eine ordentliche, verständliche Aufklärung gefragt, oder ging es nur darum, den Österreichern nach dem Rauchen auch noch das Genussmittel Alkohol madigzumachen und pflichtschuldig auf Verbote und Einschränkungen vorzubereiten?
Albert Tinnacher, Graz

Sind die Grenzen für „problematischen Alkoholkonsum“ problematisch?

- „harmful drinking“ – schädlicher Gebrauch
- „hazardous drinking“ – riskanter Konsum
- „gesundheitsgefährdender“ Alkoholkonsum
- „irresponsible drinking“ – unverantwortlicher K.
- „binge drinking“ – Rauschtrinken
- etc.

Abstinent bzw. Fast-Abstinent	Personen, die Zeit ihres Lebens abstinent waren bzw. die früher getrunken haben und in einem längeren Zeitraum oder ihr Leben lang (fast) keinen Alkohol konsumiert haben	
Personen mit geringem Alkoholkonsum	Personen, deren Alkoholkonsum in der Regel kein Gesundheitsproblem darstellt: durchschnittlicher Alkoholkonsum unter der "Harmlosigkeitsgrenze" von durchschnittlich nicht mehr als 16 g (Frauen) bzw. 24 g (Männer) Reinalkohol täglich	
Personen mit moderatem Alkoholkonsum	Der durchschnittliche tägliche Alkoholkonsum liegt zwischen der "Harmlosigkeitsgrenze" und der Gefährdungsgrenze (Frauen: 40g; Männer: 60g)	in Ö auch „riskanter K.“
Personen mit problematischem Alkoholkonsum	Personen, deren Alkoholkonsum ein erhebliches Gesundheitsproblem darstellt (Durchschnittskonsum über der Gefährdungsgrenze (Frauen: 40g; Männer: 60g)	„gesundheitsgefährdender K.“
Alkoholabhängige	Personen, die als alkoholabhängig diagnostiziert worden oder deren Durchschnittskonsum mehr als 80g (Frauen) bzw. 120g Reinalkohol täglich (Männer) beträgt	

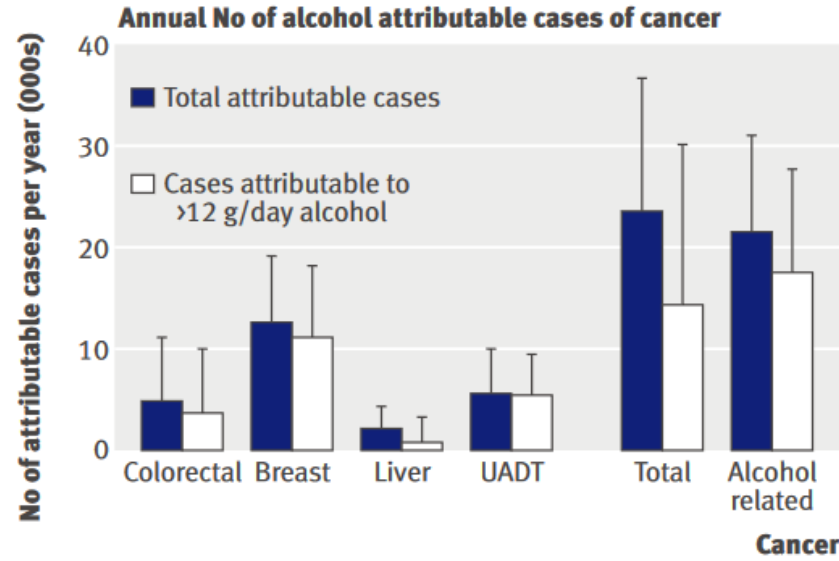
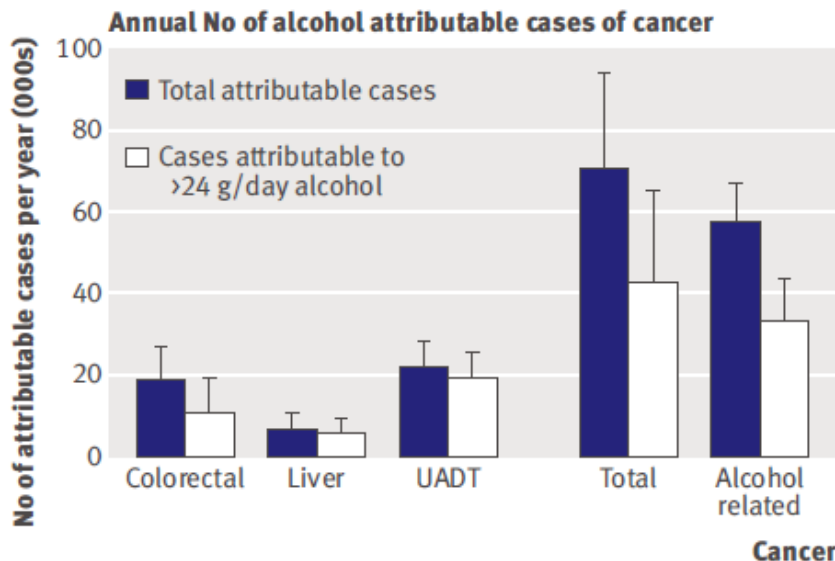
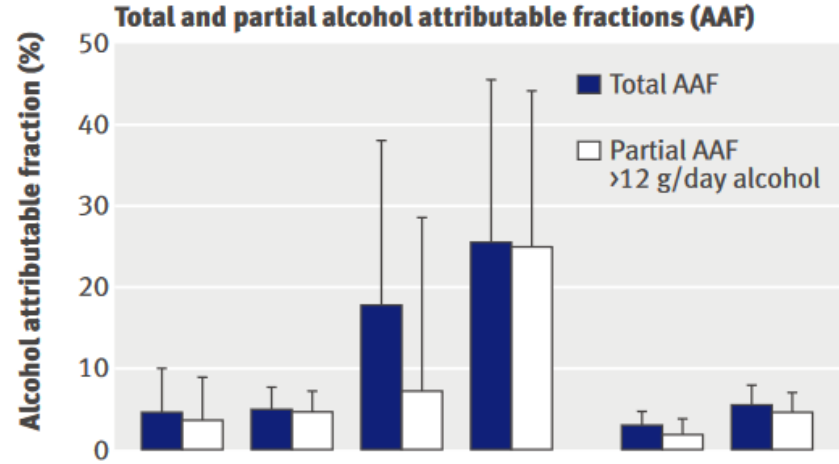
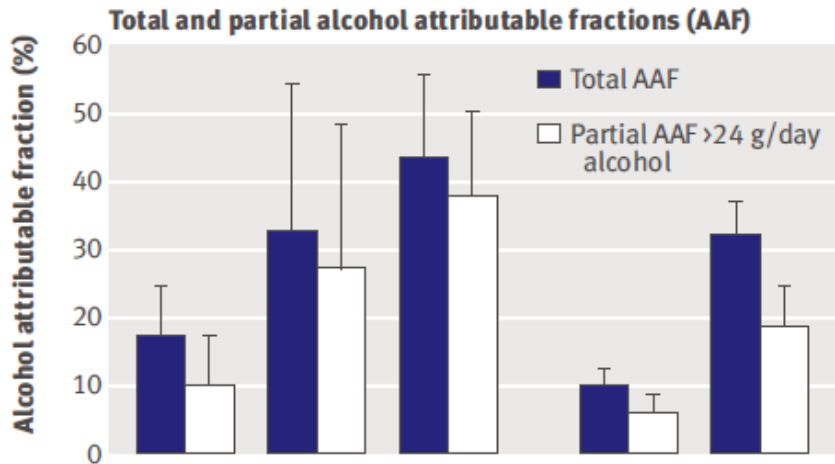
□

eine der zentralen Fragen:

Ist Alkohol in geringen Mengen gesund bzw. nicht gesundheitsschädlich? – die EPIC-Studie

- Ausgangslage:
 - Alkoholkonsum korreliert mit Auftreten folgender Krebserkrankungen: Leber-, Brust-, Darm- und Krebs im oberen Verdauungstrakt
 - Es fehlten Aussagen darüber, wieviel Krebsfälle insgesamt auf Alkoholkonsum zurückzuführen sind (→ prospektive Kohortenstudie)
- EPIC-Studie: n=363.988 Männer und Frauen in 8 europ. Ländern (F, I, D, DK, GR, NL, E, UK)

Alkoholkonsum: insgesamt zurechenbare Krebsinzidenz (nach Geschlecht) sowie Anteile unter der „Harmlosigkeitsgrenze“)



Schütze et al. (2011): Alcohol attributable burden of incidence of cancer in eight European countries based on results from prospective cohort study. BMJ 342; 1584 f.

Ergebnisse der EPIC-Studie

- 33.000 von 57.600 alkoholbedingten Krebs-Neuerkrankungen (Leber, Darm, oberer Verdauungstrakt) unter Männern in 8 west-europäischen Ländern hatten einen Durchschnittskonsum $> 24\text{g}$ (vgl. *Harmlosigkeitsgrenze*)
- Frauen: 17.400 von 21.500 Neuerkrankungen, Konsum $> 12\text{g}$
- Bias durch das Konsumverhalten in der Vergangenheit:
Die Gruppe der „Abstinenten“ und Wenigtrinker in Querschnittbefragungen beinhaltet immer einen nennenswerten Anteil ehemaliger Trinker; Das ist eine Erklärung für den protektiven Effekt für Wenigtrinker in der KHK-Inzidenz, wenn sie mit „Abstinenten“ verglichen werden (frühere Studien).

Zwischenresümee

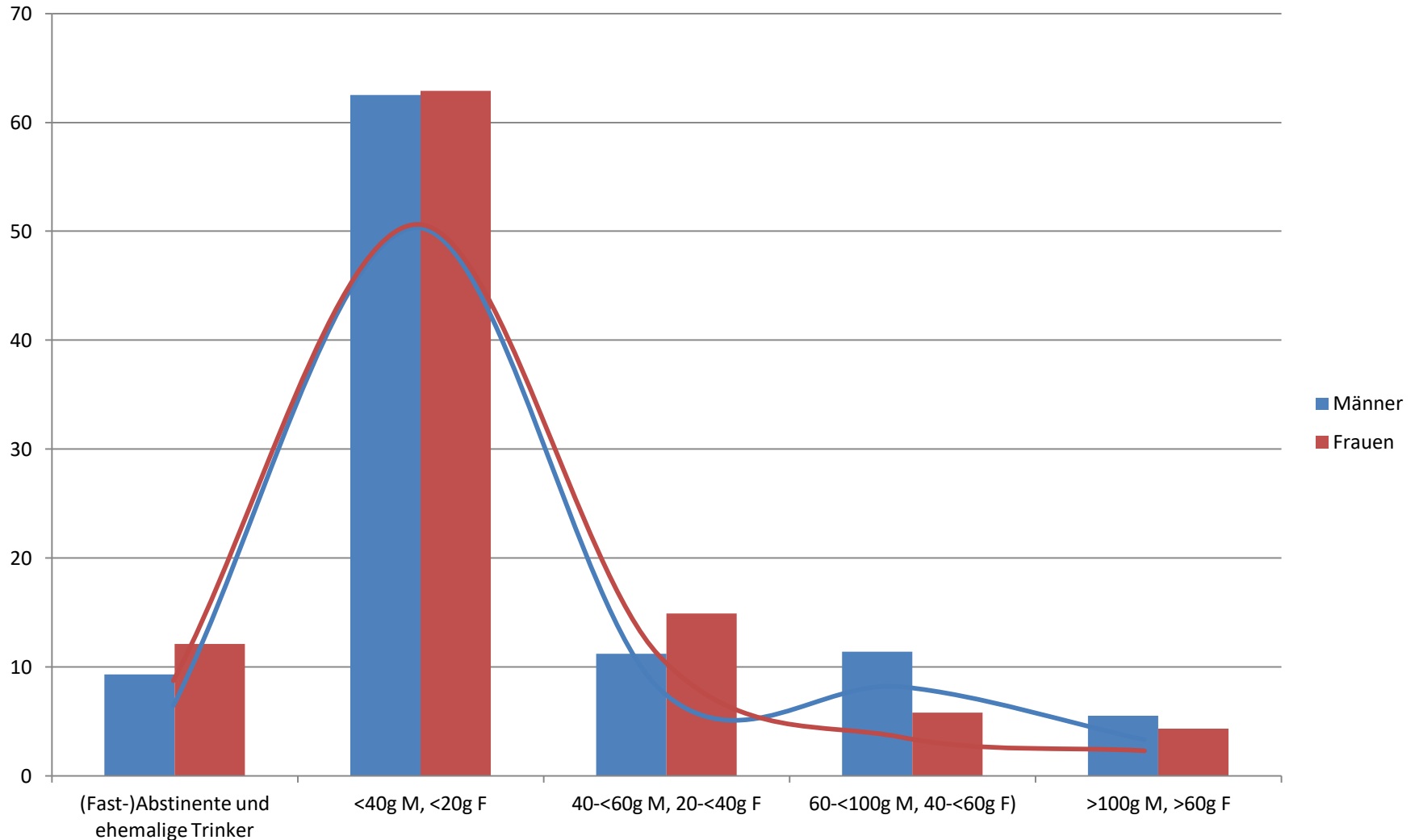
- Positiver Effekt nur mehr bei Gesunden und solchen nachweisbar, die früher nie mehr getrunken haben → Kausalität??
- gesunde Menschen verkraften Alkohol in moderaten Mengen ohne größere nachteilige Folgen für ihre Gesundheit, der Alkoholkonsum ist aber nicht die Ursache für ihre Gesundheit!

- **Ist Alkohol in geringen Mengen „gesund“? (Schützt Alkohol in geringen Mengen vor Herz-Kreislauf-Erkrankungen?) → no evidence!**

Mangelhafte Studienqualität in der Vergangenheit, prospektive Kohortenstudien klären

- **Sind bereits geringe Mengen Alkohol gesundheitsgefährdend? → Krebsinzidenz; Selbst kleine Mengen steigern das Risiko, an Krebs zu erkranken.**
- **→ Was implizieren die Ergebnisse für die Politik und Praxis der Alkoholprävention?**

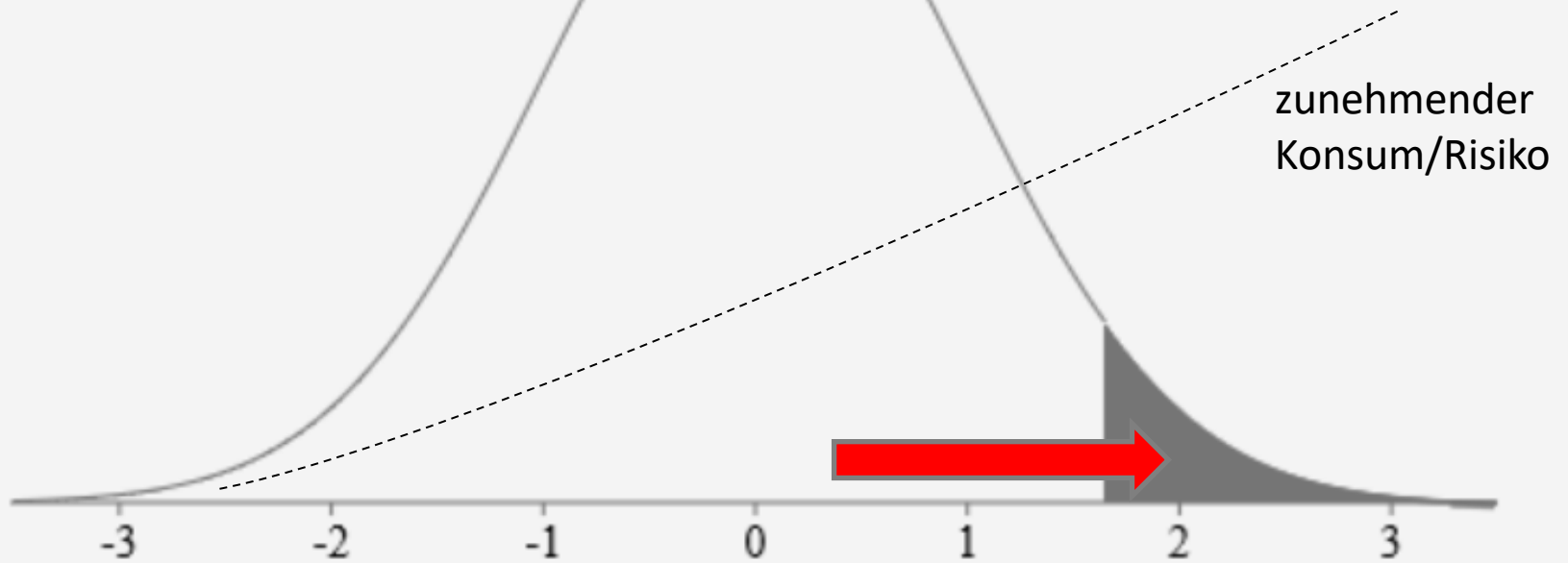
Verteilung der Alkoholkonsumgewohnheiten in Ö



Variante 1: Hochrisikogruppenstrategie

-potenziell großer Nutzen für Einzelne (gut nachweisbar)

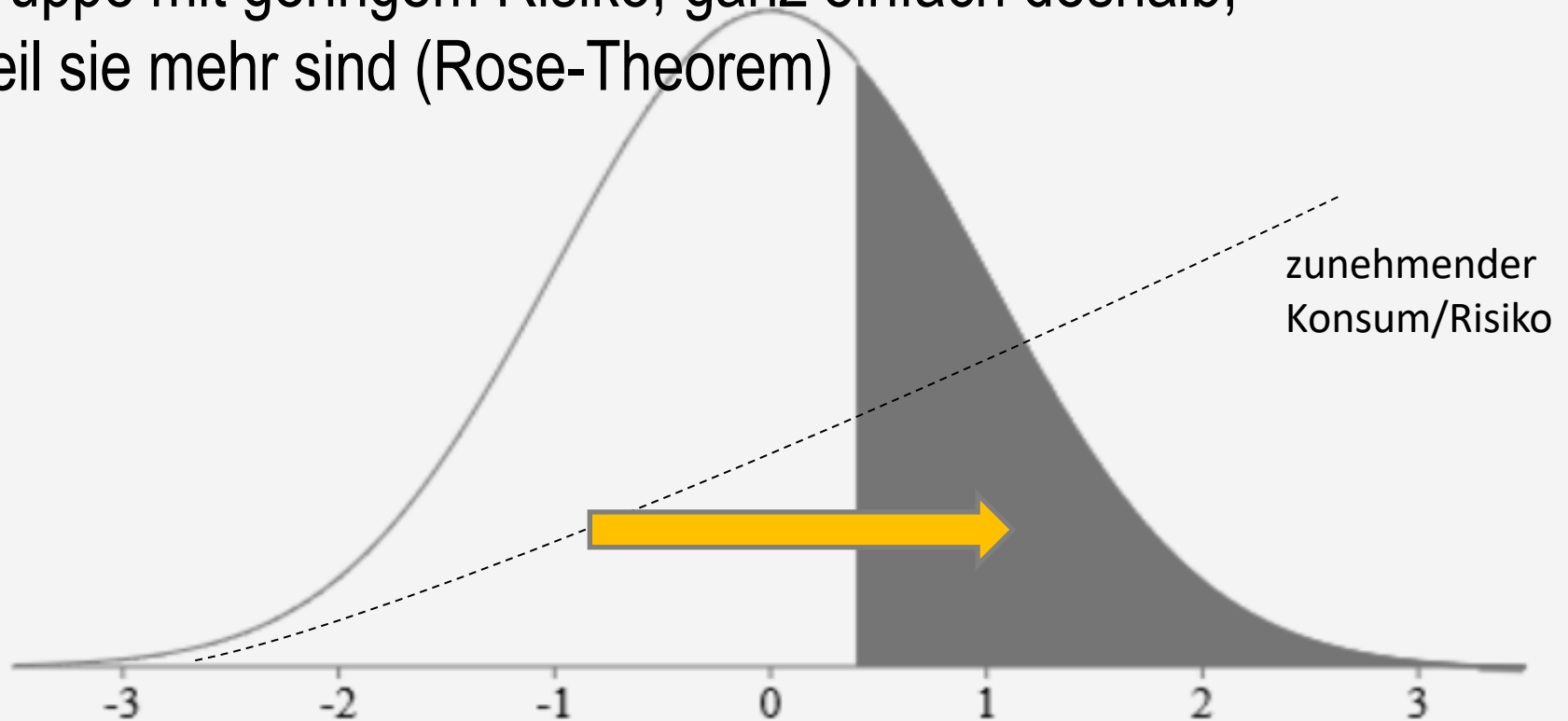
-inzidente Abhängige unerreicht



5 % Abhängigkeits-
erkrankte

Variante 2: Fokus auf problematischem Alkoholkonsum

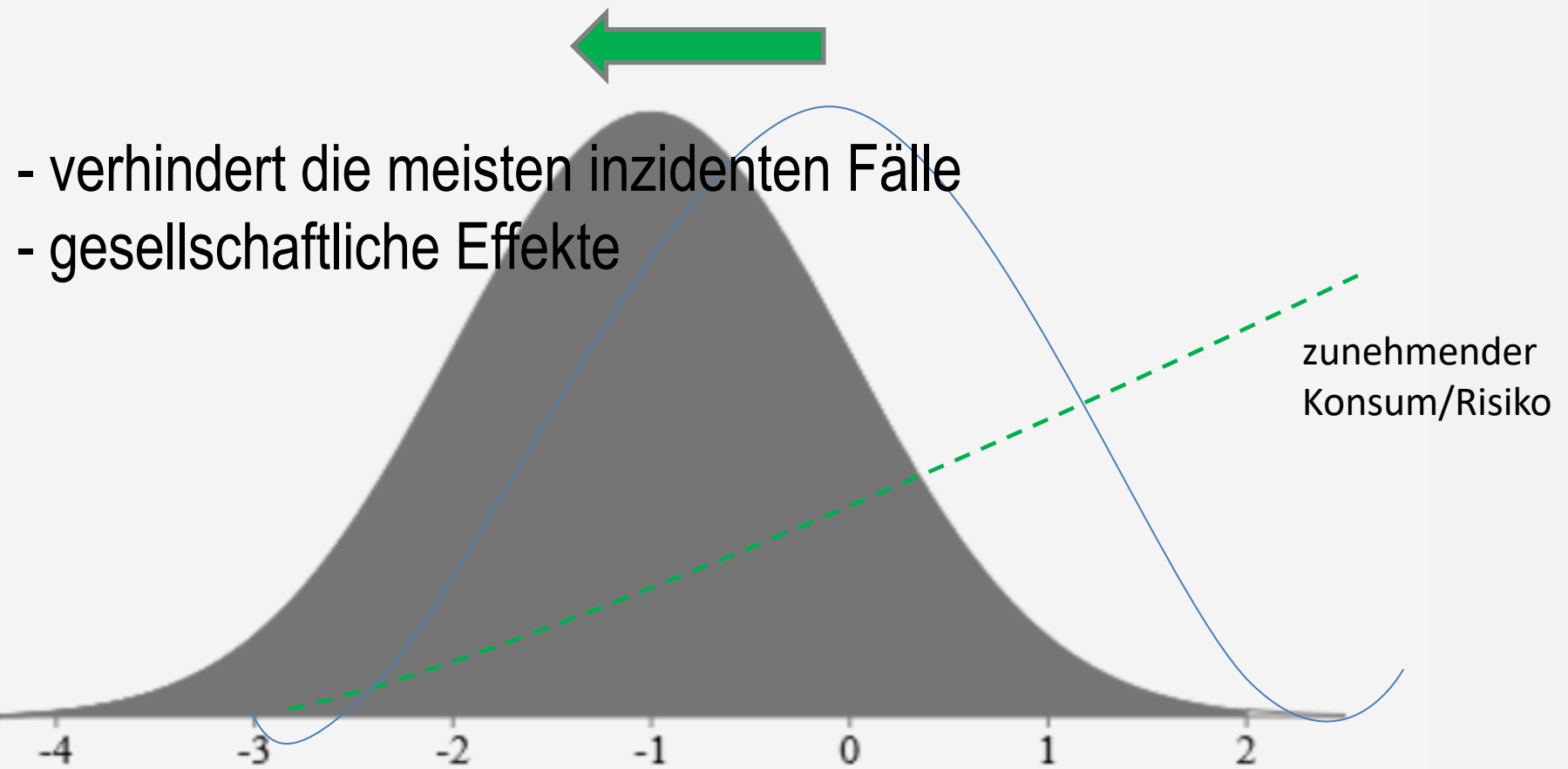
- die meisten inzidenten Fälle kommen aus der Gruppe mit geringem Risiko, ganz einfach deshalb, weil sie mehr sind (Rose-Theorem)



moderat Konsumierende und Abstinente, inkl. ehem. problematisch Konsumierende

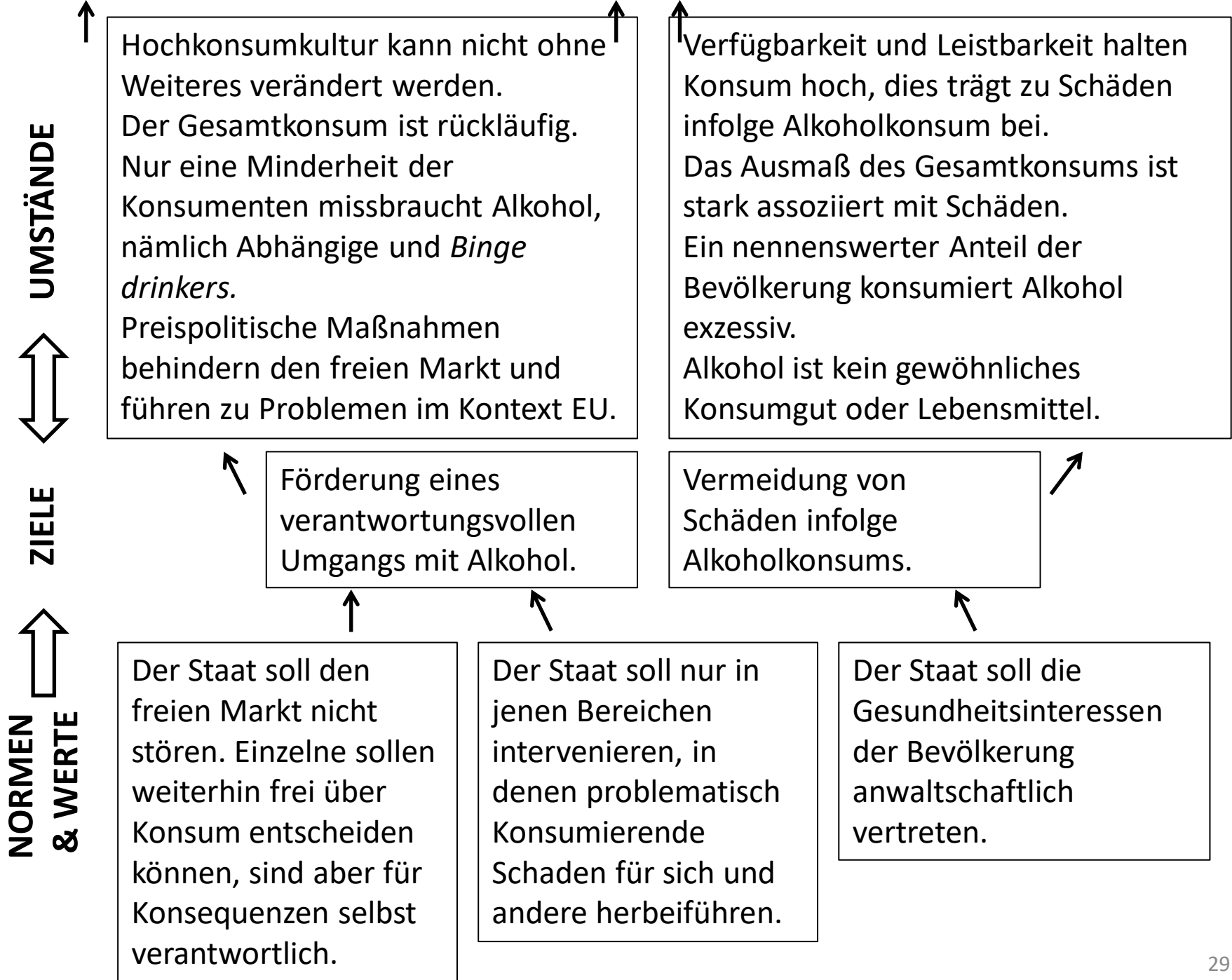
ca. $\frac{1}{4}$ problematisch Konsumierende und Alkoholabhängigkeitserkrankte

Variante 3: Bevölkerungsstrategie



Case study: Minimal Unit Pricing (MUP) in Schottland

- MUP wurde 2012 beschlossen
- politischer Prozess dauerte 4-5 Jahre
- und wurde qualitativ untersucht und bewertet (vgl. Katikireddi et al. 2014)
 - Wie „verpackten“ unterschiedliche Anspruchsgruppen ihre Argumentationslinien, und welche Faktoren spielten dabei eine Rolle?
 - Was kann daraus für eine „politische Gesundheitsarbeit“ gelernt werden?
 - Welche Rolle spielt die ARGE Suchtvorbeugung in einem nationalen Aktionsplan zur Alkoholprävention?



ETAPPEN-
ZIELE

Bündel von „weichen“
Maßnahmen sollen
problematischen
Konsum gezielt
reduzieren.

MEDIEN

Preissteigerungen
reduzieren Konsum
sowie Schäden und
unterstützen „weiche“
Maßnahmen
entscheidend.

**MOBILI-
SIERUNG**

EVIDENZ



GEGEN-
FORDERUNG

Andere als Preismechanismen sind
effektiver.
Preismaßnahmen hindern
Mehrheit, weiterhin
verantwortungsvoll zu
konsumieren.
Unkontrollierte Nebenwirkungen
werden Schaden vergrößern.
Höhere Preise treffen ökonomisch
Schwache stärker und schränken
Konsumfreiheit ein.

Die Wissenslage dafür, dass
Preissteigerungen alle, insbesondere
auch Hochkonsumgruppen treffen, ist
eindeutig.
Ökonomisch schwache Konsum-
gruppen sind überdimensional von
Alkoholschäden betroffen und
profitieren von preispolitischen
Maßnahmen am stärksten.
Entwickeln von A

**ALTER-
NATIVEN**



UNDE

Hochkonsumkultur kann nicht ohne
Weiteres verändert werden.
Der Gesamtkonsum ist rückläufig.
Nur eine Minderheit der

Verfügbarkeit und Leistbarkeit halten
Konsum hoch, dies trägt zu Schäden
infolge Alkoholkonsum bei.
Das Ausmaß des Gesamtkonsums ist

INHALT

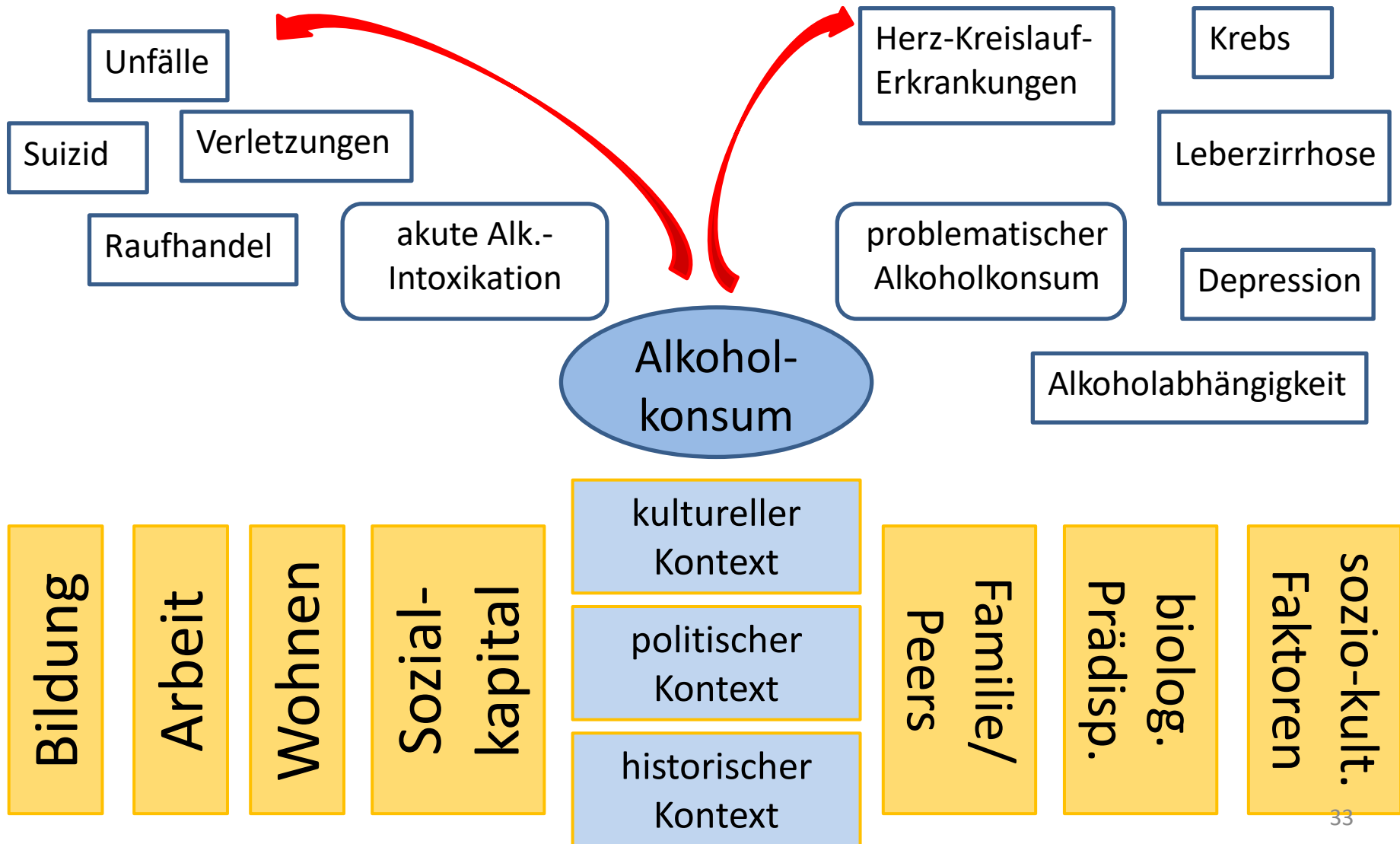
1. *Health in all Policies! Aber wie?*
2. Welche strategische Ausrichtung brauchen wir in der Alkoholprävention?
3. **Welche Rolle spielt soziale Ungleichheit?**
 - A. Methodenerweiterung für „politische Gesundheitsarbeit“
 - B. Alkoholprävention integrieren
 - C. *Exkurs: Nudging*

sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit

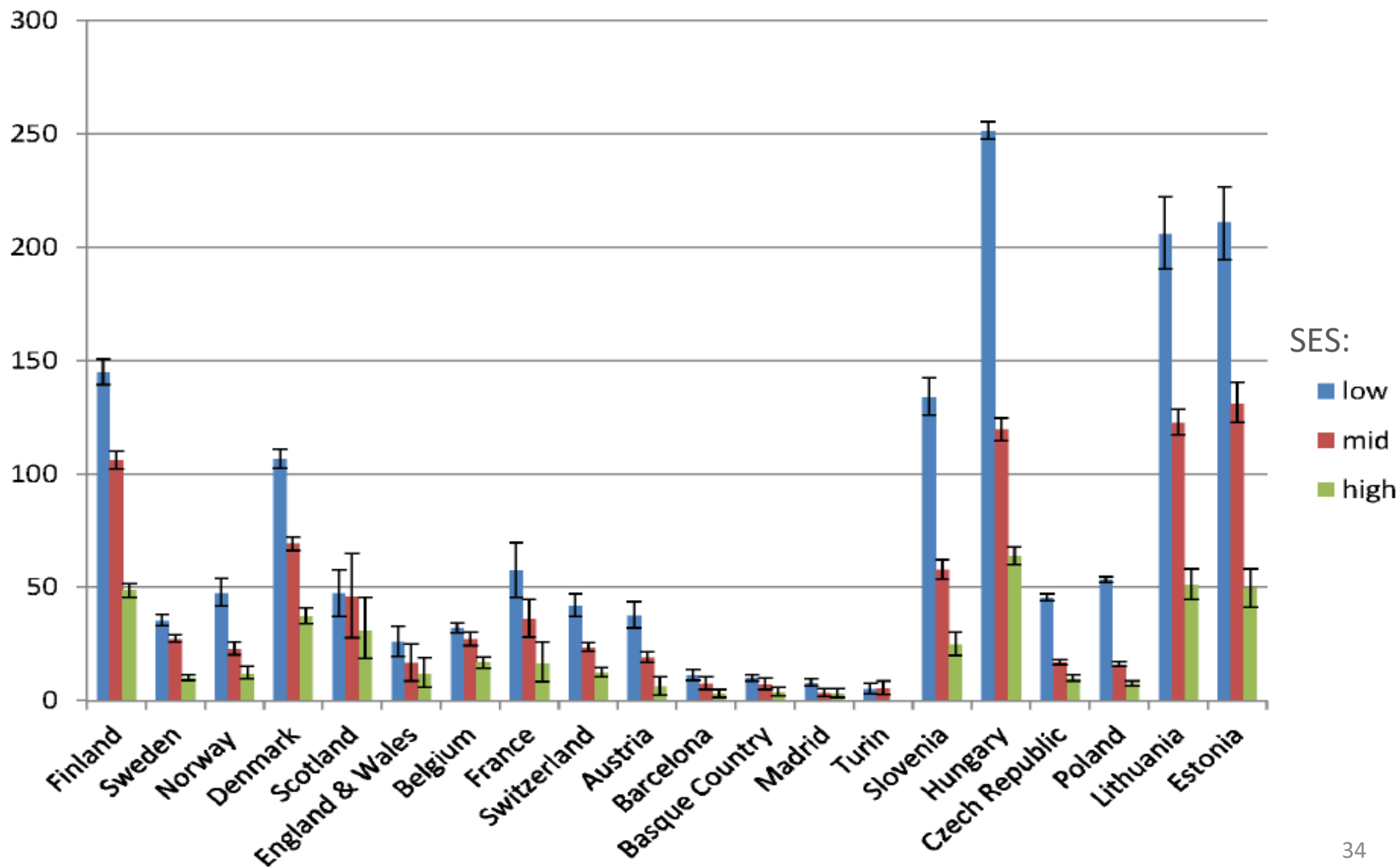
- Nahezu alle Erkrankungs- und Sterberisiken sind sozial ungleich verteilt.
- Biologische Unterschiede, medizinische Versorgung und das Gesundheitsverhalten erklären den Zuwachs der Lebenserwartung in westlichen Industrieländern nur unzureichend (<50%).
- Die Lebensbedingungen und das Ausmaß sozialer Ungleichheit sind empirisch wichtigere Entstehungsfaktoren für Gesundheit.
- Je größer in einer Gesellschaft soziale Ungleichheit, desto niedriger sind soziale Ressourcen ausgeprägt und desto höher sind soziale Unterschiede in der Sterblichkeit ausgeprägt.

Alkohol-outcomes und soziale Ungleichheit

Quelle: Collins S.E. (2015): Associations Between Socioeconomic Factors and Alcohol Outcomes. Vol. 38, No. 1 Alcohol Research: *Current Reviews* s. p. 83-94.



Alcohol related mortality per 100.000 person-years in diff. European countries (Mackenbach et al., 2015)



Alkohol und die sozialen Folgen – die vergessene Dimension

- Arbeitslosigkeit
- Straftaten
- Gewalt in der Ehe/Familie
- Bildungschancen
- Ko-Abhängigkeit
- Bedrohungen der öffentlichen Ordnung und Sicherheit
- Vandalismus
- sexuelle und andere Belästigungen
- Kosten im Rechts- und Sozialsystem
- etc.

„salutogene Politikfaktoren“

- soziales Kapital
- *Workforce capacities*
- Gesetze und Regeln
- Vertrauen in die Umsetzung
- Politik- und Praxisfelder übergreifende Kooperation
- demokratische Kultur
- politische Kultur
- evidenzbasierte Inhalte
- etc.

INHALT

Diskussion:

A. Methodenerweiterung für „politische Gesundheitsarbeit“

B. Alkoholprävention integrieren

C. Exkurs: Nudging

A. „Politische Gesundheitsarbeit“

- unabhängige Information
- Mobilisierung
- Lobbying
- PR
- Investigation
- Unterstützung von Schlüsselpersonen
- strategische Kommunikation

B. Alkoholprävention integrieren

- Frühe Hilfen
- Stadtteilarbeit/Quartiersarbeit
- Betriebliche Suchtprävention in die Betriebliche Gesundheitsförderung bzw. BGM integrieren
- Arbeitsmarktpolitik/AMS
- Gesunde Gemeinden: Ist dort Alkohol Thema?
- Kooperation in ges.-wiss. Ausbildungsprogrammen
- Kooperation mit Primärversorgungszentren
- systemisch: Präventionsgesetz



C. Exkurs: Nudging

- 2008 beschriebene ökonomische Methode zur Verhaltensmodifikation
- „anstupsen/-stoßen“ bzw. „geführte Entscheidungsfindung“ in Bezug auf Gesundheitsverhalten inkl. Alkoholkonsum
- „sanfte Anreize“ als Alternative zu finanziellen Anreizen
- wird intensiv als Alternative zu Regeln/Gesetzen diskutiert (einfacher durchzusetzen)
- ethisch umstritten (Entscheidungsfindung verläuft unbewusst/Transparenz, Einschränkung der Freiheit, Aufdringlichkeit)

Beispiele für effektives Nudging

- Änderung von Rezepturen → Salzverzehr
- Bodenmarkierungen → Müllentsorgung auf Bahnhöfen
- Vergleiche energieeffizienten Verhaltens in der Nachbarschaft → Energiesparen
- Tabakkontrollpolitik → Raucherprävalenz

Beispiele für nicht effektives Nudging

- Bodenmarkierungen → Treppensteigen auf Bahnhöfen
- Lebensmittelkennzeichnung → gesunde Ernährung

Nudging – Lessons Learned

- akzeptierte Normen und Werte als wesentliche Voraussetzung für effektives Nudging
- Nudging als Einzelmaßnahme eher ineffektiv im Vergleich zur Bündelung evidenzbasierter Maßnahmen und zeitlich abgestimmter Implementierung
- Politik und Verwaltung vernachlässigen andere evidenzbasierten Möglichkeiten zur Verhaltensänderung, insb. Regelungen/Gesetze/finanzielle Anreize

Quellen

- Mackenbach JP et al. (2015): Inequalities in Alcohol-Related Mortality in 17 European Countries. A Retrospective Analysis of Mortality Registers. PLoS Med 12(12): e1001909. doi:10.1371/journal.pmed.1001909
- Loopstra R, McKee M, Katikireddi SV, Taylor-Robinson B et al. (2016): Austerity and old-age mortality in England: a longitudinal cross-local area analysis, 2007–2013. Journal of the Royal Society of Medicine; Vol. 109(3) 109–116
- Antonakakis N, Collins A (2015): The impact of fiscal austerity on suicide mortality: Evidence across the ‘Eurozone periphery’. Social Science & Medicine 145; 63-78.
- Bryden, A.; Roberts, B.; Petticrew, M.; and McKee, M. A systematic review of the influence of the community level social factors on alcohol use. Health & Place 21:70–85, 2013. PMID: 23454663
- Murphy, R.D.; Zemore, S.E.; and Mulia, N. Housing instability and alcohol problems during the 2007-2009 US recession: The moderating role of perceived family support. Journal of Urban Health 91(1):17–32, 2014.
- Collins SE. (2016): Associations between socioeconomic factors and alcohol outcomes. [Review]. Alcohol Research. 38(1):83-94, 2016.
- Katikireddi SV, Bond L, Hilton S (2014): Changing Policy Framing as a Deliberate Strategy for Public Health Advocacy: A Qualitative Policy Case Study of Minimum Unit Pricing of Alcohol. The Milbank Quarterly, Vol. 92, No. 2, 250-283.
- Eisenbach-Stangl I. et al. (2008): Jugendliche Alkoholszenen. Konsumkontexte, Trinkmotive, Prävention. Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung. Wien: Facultas Verlag
- Schütze et al. (2011): Alcohol attributable burden of incidence of cancer in eight European countries based on results from prospective cohort study. BMJ 342; 1584 f.
- House of Lords, (U.K.) (2012): Behaviour change. Report of the Science and Technology Select Committee. [webpublished]



DSA Christoph Pammer, MPH, MA
Ursprungblick 12
A-8046 Stattegg

Email: christoph.pammer@thisispublichealth.at
Mob.: +43 699 10 34 18 69
Details: thisispublichealth.at

VIELEN DANK FÜR IHRE AUFMERKSAMKEIT!