

Sehr geehrte Frau Ministerin Pamela Rendi-Wagner, SPÖ,  
Sehr geehrter Herr Gesundheitssprecher Erwin Rasinger, ÖVP,  
Sehr geehrte Frau Gesundheitssprecherin Dagmar Belakowitsch-Jenewein, FPÖ,  
Sehr geehrte Frau Gesundheitssprecherin Eva Mückstein, Grüne,  
Sehr geehrter Herr Gesundheitssprecher Gerald Loacker, NEOS,

cc Gesundheitslandesrätinnen und -räte

wir informieren Sie hiermit über die Studie der Public Health School der Med Uni Graz, in Kooperation mit der Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung,  
**„Nationalratswahl 2017: Analyse der Wahlprogramme der politischen Parteien auf deren Gesundheitsfolgen“.**

In Österreich stellen *ungesunde Ernährung, Tabak- und Alkoholkonsum* die drei schädlichsten Risikofaktoren dar.

- 1) Dieses Dokument bietet eine **Zusammenfassung der wichtigsten Gegenmaßnahmen**, basierend auf den Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und von österreichischen Experten.
- 2) Gerne können Sie diese vorgeschlagenen Maßnahmen für die **Ausarbeitung Ihrer Wahlprogramme** heranziehen.
- 3) In weiterer Folge werden wir Ihre Wahlprogramme auf deren Gesundheitsfolgen, bezogen auf diese Risikofaktoren, **evaluieren**.
- 4) Weiters werden Sie zu einer **Pressekonferenz** eingeladen, bei der diese Evaluierung vorgestellt wird und Sie die gesundheitspolitischen Pläne Ihrer Partei präsentieren können.

Bei etwaigen Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen,

Dr. Florian Stigler, MPH

Medizinische Universität Graz, Public Health School  
London School of Hygiene & Tropical Medicine, UK

E-Mail: [florian.stigler@medunigraz.at](mailto:florian.stigler@medunigraz.at)

Tel.: 0650-5432-432



# Nationalratswahl 2017:

Analyse der Wahlprogramme der politischen  
Parteien auf deren Gesundheitsfolgen

Projektkoordination:  
Public Health School Graz,  
Medizinische Universität Graz

## Zusammenfassung

Diese Studie der Public Health School der Med Uni Graz, in Kooperation mit der Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung, bewertet die Folgen der Wahlprogramme auf die Gesundheit der ÖsterreicherInnen (Gesundheitsfolgenabschätzung).

- In den Wahlprogrammen der einzelnen Parteien werden Maßnahmen identifiziert, die den wichtigsten Risikofaktoren entgegenwirken sollen.
- Diese Maßnahmenpakete werden von unabhängigen ExpertInnen bezüglich ihre Wirksamkeit bewertet.
- Alle GesundheitssprecherInnen der Parteien im Nationalrat werden über diese Studie im Juni 2017 vorab informiert. Weiters werden sie zu einer Pressekonferenz eingeladen, bei der die Ergebnisse dieser Analyse vorgestellt werden und sie die gesundheitspolitischen Pläne ihrer Partei präsentieren können.

ÖsterreicherInnen leben durchschnittlicher zwar ein Jahr länger als der EU-Durchschnitt, verbringen jedoch 5 Jahre länger in Krankheit. Die drei Hauptursachen dafür sind unser *Ernährungsverhalten, Tabak- und Alkoholkonsum*.

Österreich im europäischen Vergleich:

- Unser regelmäßiger Konsum von Obst und Gemüse ist gering.
- Unser Anteil an RauchernInnen ist hoch (und seit 15 Jahren stagnierend).
- Unser Alkoholkonsum ist sehr hoch.
- Obst und Gemüse sind in Österreich um 26% teurer als im EU-Durchschnitt; Tabak ist um 14% und Alkohol um 3% billiger.

Um diesen drei Risikofaktoren entgegen wirken zu können, hat die Weltgesundheitsorganisation bereits mehrere Strategiepapiere entwickelt. Die darin empfohlenen Maßnahmen wurden hier zusammengefasst und von österreichischen ExpertInnen ergänzt. Weiters werden Erfahrungen aus anderen Ländern und Ergebnisse von wissenschaftlichen Studien berichtet.

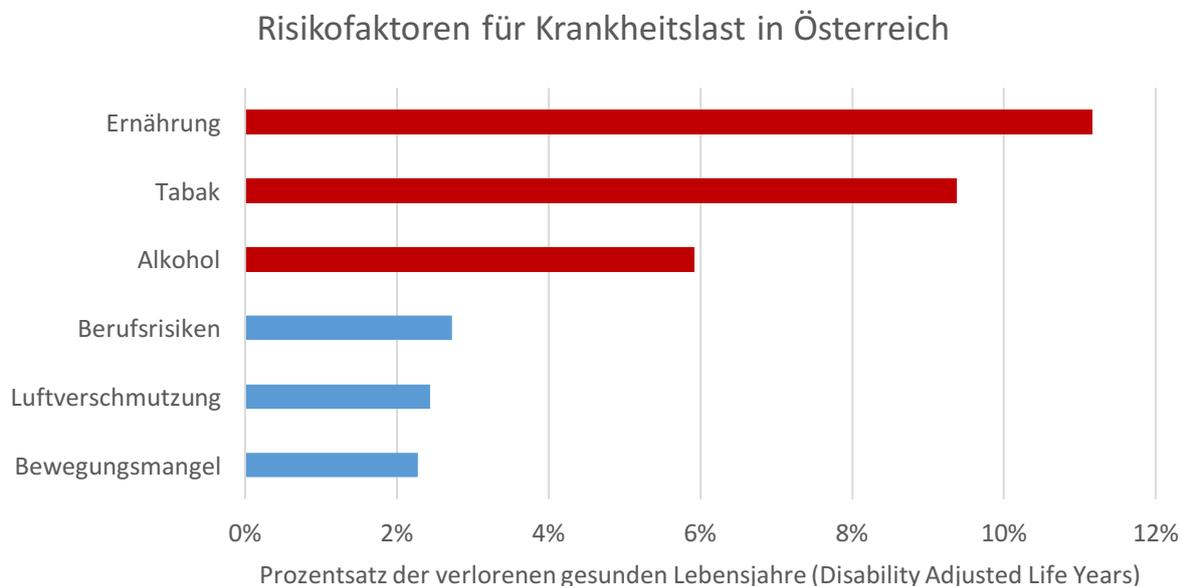
Beispiele für international häufig umgesetzte, wirksame Maßnahmen:

- Die Einführung einer Zuckersteuer
- Die Einführung einer Lebensmittelampel
- Die gesundheitsförderliche Umgestaltung der Schulbuffets
- Eine deutliche Erhöhung der Tabaksteuer
- Die Abschaffung von Zigarettenautomaten
- Der Aufbau und die Finanzierung von Raucher-Entwöhnungs-Programmen
- Die Einführung von Minimalpreisen für alkoholische Getränke
- Das Jugendschutzalter für alle alkoholischen Getränke auf 18 Jahre erhöhen
- Kinder und Jugendliche vor Werbung für Alkohol / ungesunde Ernährung schützen

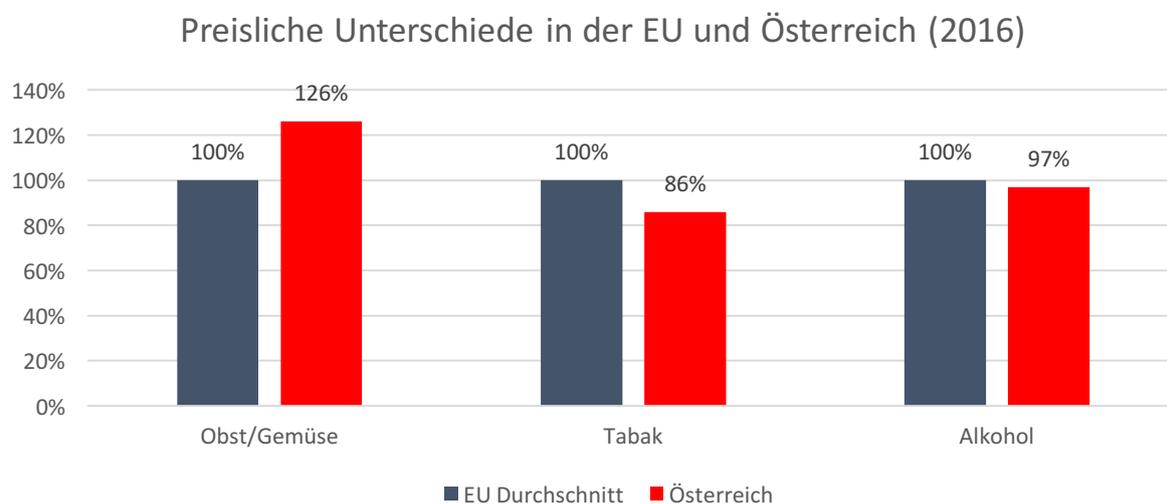
## Gesundheit und Krankheit in Österreich

ÖsterreicherInnen leben mit 81,3 Jahren länger als der EU-Durchschnitt, leider verbringen wir davon über 5 Jahre länger in Krankheit. Zum Vergleich, Norweger leben um ein Jahr länger als wir und sind sogar zwölf Jahre länger gesund. <sup>1</sup> Dafür gibt es viele Ursachen. Da wir im internationalen Vergleich jedoch gut gebildet sind, ein hohes Einkommen genießen und die sozialen Ungleichheiten gering sind, wäre das Fundament für ein „gesundes Österreich“ eigentlich gelegt. <sup>2</sup> Dennoch scheint es in Österreich schwieriger zu sein, einen gesunden Lebensstil zu führen, als in vergleichbaren Ländern.

Eine internationale Studie identifizierte folgende Risikofaktoren als die Hauptursachen von Krankheit in Österreich <sup>3</sup>:

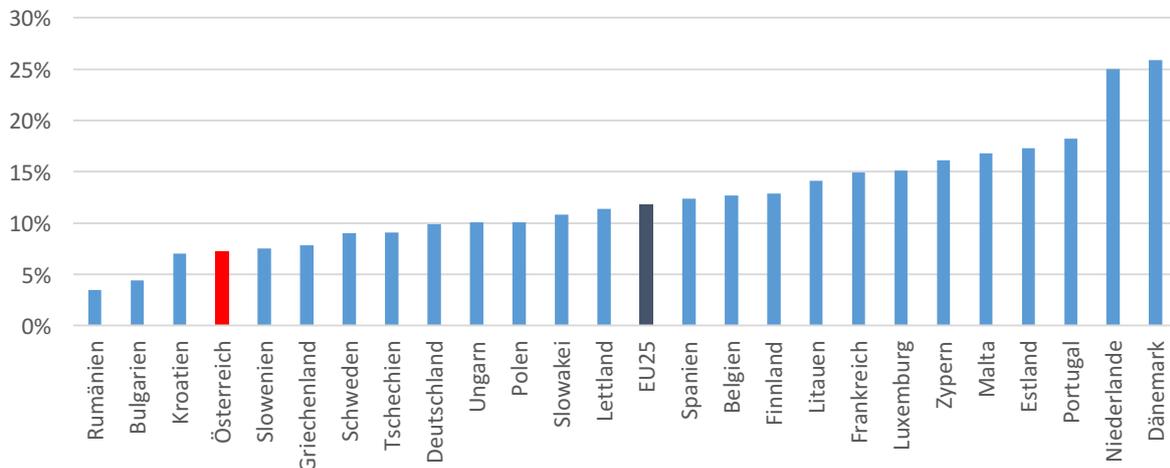


Eurostat hat die durchschnittlichen Preisniveaus zu diesen drei Produkten erfasst <sup>4</sup>:

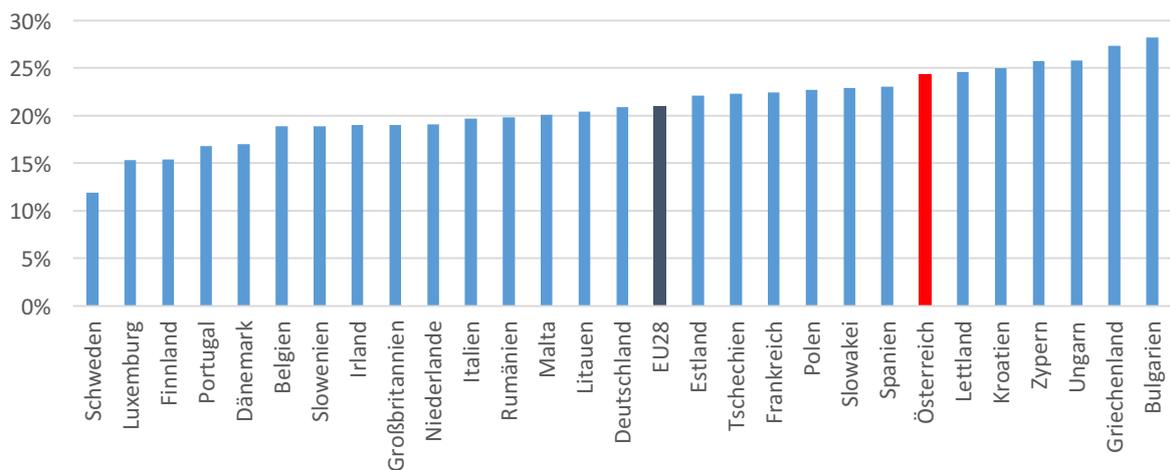


## Obst/Gemüse, Tabak und Alkohol in Österreich und im europäischen Vergleich <sup>5</sup>:

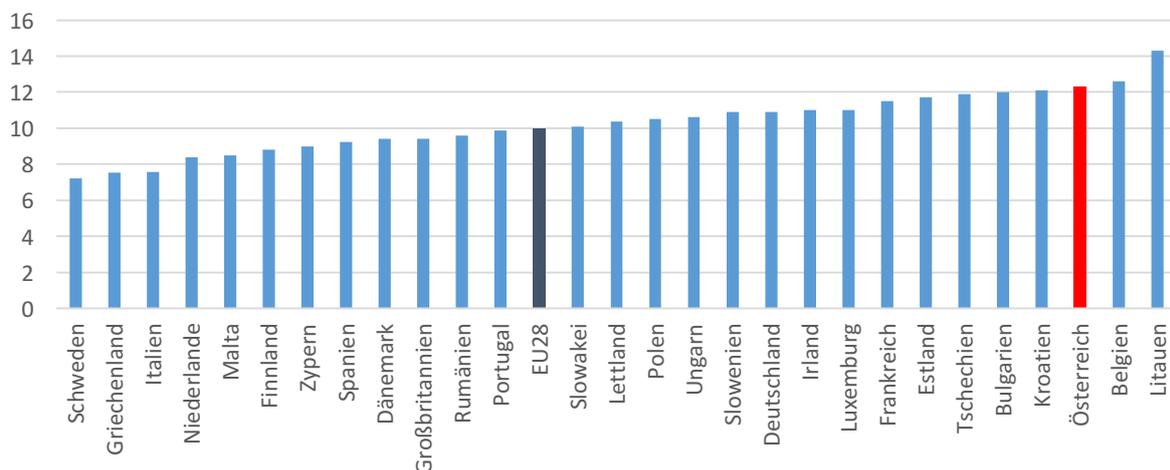
Erwachsene die täglich ausreichend Obst und Gemüse essen (2014)



Erwachsene die täglich rauchen (2014 oder später)



Alkoholkonsum (Liter/Einwohner) von Erwachsenen (2014 oder später)



Folgende Strategiepläne der Weltgesundheitsorganisation bildeten die Grundlage dieser Studie:

Internationale Strategiepläne der Weltgesundheitsorganisation (WHO)	
1. Ernährung	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ WHO Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health <sup>6</sup></li> <li>○ WHO Marketing of Food and Non-alcoholic Beverages to Children <sup>7</sup></li> <li>○ WHO SHAKE The Salt Habit <sup>8</sup></li> </ul>
2. Tabak	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ WHO Framework Convention on Tobacco Control <sup>9</sup></li> <li>○ WHO MPOWER Strategy <sup>10</sup></li> </ul>
3. Alkohol	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ WHO Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol <sup>11</sup></li> </ul>

### Welche Gegenmaßnahmen stehen der österreichischen Politik zur Verfügung?

Gesundheit wird durch unsere Biologie (z.B. Alter und Geschlecht), durch unser Verhalten (z.B. Rauchen und Ernährung) und durch die Gesellschaft in der wir leben (z.B. Wirtschaft, Infrastruktur) beeinflusst. Eine gute Gesundheitspolitik versucht daher, es der Bevölkerung zu erleichtern, einen gesunden Lebensstil zu führen. <sup>12</sup> Dazu gibt es folgende Möglichkeiten:

Wie uns die Gesundheitspolitik einen gesunden Lebensstil erleichtern kann (basierend auf den Prinzipien der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung und den inkludierten WHO Strategieplänen)	
Gesundheitsförderliche Gesetze	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Schutz von unbeteiligten Personen (z.B. vor Passivrauch)</li> <li>○ Insbesondere Schutz von Kindern und Jugendlichen (z.B. Jugendschutzalter)</li> </ul>
Gesundheitsförderliche Preispolitik	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Weniger Steuern und mehr Subventionen für gesundheitsförderliche Produkte</li> <li>○ Mehr Steuern und weniger Subventionen für gesundheitsschädliche Produkte</li> </ul>
Gesundheitsförderliche Werbung/Informationen	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mehr Werbung für gesundheitsförderliche Produkte (z.B. lokales Gemüse)</li> <li>○ Weniger Werbung für gesundheitsschädliche Produkte (z.B. zuckerhaltige Getränke)</li> <li>○ Insbesondere Schutz von Kindern und Jugendlichen (z.B. in digitalen Medien)</li> <li>○ Stärkung von Gesundheitskompetenzen (z.B. durch Aufklärungskampagnen)</li> </ul>
Gesundheitsförderliche Lebenswelten	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gesunder Kindergarten (z.B. frühe Hilfen)</li> <li>○ Gesunde Schule (z.B. gesundes Schulbuffet)</li> <li>○ Gesunde Gemeinde</li> <li>○ Betriebliche Gesundheitsförderung</li> </ul>
Gesundheitsförderliche Gemeinschaftsaktionen (z.B. Sportvereine, Gemeinwesenarbeit)	
Therapeutische Maßnahmen (z.B. Rauchstop-Seminare)	
Basismaßnahmen (z.B. Routinedatenerhebung, Forschung und Kapazitätsaufbau)	

## Empfohlene Maßnahmen zur Reduktion der drei wichtigsten Risikofaktoren:

Risikofaktor 1: Ernährung	
WHO Strategien	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health <sup>6</sup></li> <li>• Marketing of Food and Non-alcoholic Beverages to Children <sup>7</sup></li> <li>• SHAKE The Salt Habit <sup>8</sup></li> </ul>
WHO Ziele	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mehr Gemüse, Salat, Obst, Hülsenfrüchte, Vollkorn und Nüsse</li> <li>• Mehr ungesättigte Fette</li> <li>• Weniger gesättigte Fette und Transfette</li> <li>• Weniger verarbeitetes rotes Fleisch</li> <li>• Weniger Zucker</li> <li>• Weniger Salz</li> </ul>
Österreich	<p>Internationaler Vergleich <sup>5</sup>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• In der EU wird nur in Rumänien, Bulgarien und Kroatien seltener ausreichen Obst und Gemüse gegessen.</li> </ul> <p>Änderungen des jährlichen Konsums von 2010 auf 2015 <sup>13</sup>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gemüse: Steigerung von 109kg auf 112kg</li> <li>• Obst: Steigerung von 75kg auf 79kg</li> <li>• Hülsenfrüchte: Steigerung von 0,5kg auf 0,7kg</li> <li>• Fleisch: Reduktion von 100kg auf 97kg</li> <li>• Zucker: Reduktion von 37kg auf 33kg</li> </ul> <p>Preisniveau von Obst und Gemüse <sup>4</sup>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nahrungsmittel sind in Österreich um 23% teurer als im EU-Durchschnitt</li> <li>• Obst und Gemüse ist in Österreich um 26% teurer als im EU-Durchschnitt</li> </ul>
Internationale Erfahrungen	<p>Drei Maßnahmen werden international häufig diskutiert und umgesetzt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Zuckersteuer</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Laut WHO kann eine 20% Steuer auf zuckerhaltige Getränke deren Konsum um 20% reduzieren. <sup>14</sup></li> <li>○ In Frankreich wurde im Jänner 2012 eine Steuer von €0,07 pro Liter eingeführt. Nachdem der Konsum von Limonaden zuvor jahrelang angestiegen ist, reduzierte er sich daraufhin um 3,3%. Die Bevölkerung hatte damit keine Probleme und die Regierung nahm dadurch jährlich zusätzliche €280 Millionen ein. <sup>15</sup></li> <li>○ Eine Studie aus den USA berechnete, dass eine Steuer von einem Cent auf zuckerhaltige Getränke in den nächsten 10 Jahren 17 Milliarden US\$ an Krankenversorgungskosten einsparen <sup>16</sup> und 13 Milliarden US\$ an zusätzlichen Steuereinnahmen bringen <sup>17</sup> würde.</li> <li>○ Eine Studie über Steuern bzw. Förderungen auf ungesunde bzw. gesunde Nahrungsmittel, ergab für eine Zuckersteuer die größten Gesundheitseffekte. <sup>18</sup></li> </ul> </li> <li>• <b>Salzreduktion</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die WHO spricht von Salzreduktion als eine der kosten-effektivsten Maßnahmen um die Gesundheit einer Bevölkerung zu verbessern. <sup>19</sup></li> <li>○ Die WHO Mitgliedsländer, inklusive Österreich, haben sich für eine 30%-ige Salzreduktion bis 2025 verpflichtet. <sup>8</sup></li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ In Großbritannien konnte durch die Initiative „Consensus Action on Salt and Health“ der Salzgehalt von Fertigprodukten um bis zu 30% reduziert werden. <sup>20</sup></li> <li>○ In Finnland (Nord-Karelia) konnte durch regionale Gemeinschaftsprodukte der Lebensmittelindustrie, Gesundheitsberufe und der Politik der Salzkonsum um ein Drittel reduziert werden. <sup>21</sup></li> <li>● <b>Marketing für Kinder</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kinder und Jugendliche sind vielen Werbenachrichten ausgesetzt, der Großteil bewirbt dabei ungesunde Produkte. <sup>22</sup></li> <li>○ Die Ernährungsvorlieben, das Kaufverhalten und der Konsum von Kindern und Jugendlichen wird durch diese Werbung beeinflusst. <sup>22</sup></li> </ul> </li> </ul>
--	---

Empfohlene Maßnahmen zur Verbesserung der Ernährung in Österreich	
Gesundheitsförderliche Preispolitik	
1	<b>Mehr Steuern und weniger Subventionen</b> für gesundheitsschädliche Produkte. (WHO) Die Einführung einer <b>Zuckersteuer</b> . (Experten)
2	<b>Weniger Steuern und mehr Subventionen</b> für gesundheitsförderliche Lebensmittel. (WHO)
3	Den <b>Anbau, die Verarbeitung und den Verkauf</b> von gesunden Lebensmitteln (z.B. Gemüse, Salat und Obst) fördern und erleichtern. (WHO)
4	Den <b>Anbau, die Verarbeitung und den Verkauf</b> von ungesunden Produkten (z.B. Salz und Zucker) erschweren und regulieren. (WHO)
Gesundheitsförderliche Werbung/Informationen	
5	<b>Kinder und Jugendliche</b> vor Werbung und Marketing von ungesunden Lebensmitteln schützen. (WHO)
6	Kennzeichnung von Lebensmitteln korrekt und verständlich gestalten (keine irreführenden Gesundheitsbehauptungen). (WHO) Die Einführung einer <b>Lebensmittelampel</b> . (Experten)
7	Verhaltensprävention durch <b>MultiplikatorInnen</b> durchführen (z.B. Schulungen von PädagogInnen in Lebenskompetenzförderung). (Experten)
Gesundheitsförderliche Lebenswelten	
8	Das <b>Schulbuffet</b> so gestalten, dass es einen gesunden Lebensstil erleichtert und nicht erschwert („make the healthy choice the easy choice“). (WHO)
9	<b>Kantinen und Großküchen</b> durch rechtliche und finanzielle Anreize so umgestalten, dass sie einen gesunden Lebensstil fördern. (Experten)
10	In Kindergärten und Schulen <b>Gesundheitskompetenzen</b> vermitteln (z.B. Gartenprojekte, Kochkurse). (Experten)

Risikofaktor 2: Tabak	
WHO Strategien	<ul style="list-style-type: none"> <li>• WHO Framework Convention on Tobacco Control <sup>9</sup></li> <li>• WHO MPOWER Strategy <sup>10</sup></li> </ul>
WHO Ziele	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nicht mit dem Rauchen zu beginnen</li> <li>• Wieder mit dem Rauchen aufzuhören</li> <li>• Personen vor Passivrauch zu schützen</li> </ul>
Österreich	<p>Internationaler Vergleich <sup>5</sup>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nur in sechs EU Ländern wir häufiger täglich geraucht.</li> </ul> <p>Änderungen der täglichen Rauchen von 2006 auf 2014 <sup>2</sup>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Anteil der täglichen Raucher ist von 23,2% auf 24,3% leicht angestiegen.</li> <li>• Nur in Österreich und der Slowakei gab es seit 2000 keine Verbesserung.</li> </ul> <p>Preisniveau von Tabakprodukten <sup>4</sup>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nahrungsmittel sind in Österreich um 23% teurer als im EU-Durchschnitt</li> <li>• Tabakprodukte sind in Österreich um 14% billiger als im EU-Durchschnitt</li> </ul>
Internationale Erfahrungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preis <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Eine <b>Steigerung der Zigarettenpreise</b> um 5% führt zu einer Reduktion der Anzahl der Raucher um 3,5% <sup>23</sup></li> </ul> </li> <li>• Zugang <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Kein Verkauf von Zigaretten an Minderjährige</b> (unter 18 Jahren). Wirksam zeigten sich Test-Käufe (die Jugendschutzgesetze von Bgld, Ktn, OÖ, Stmk und VlbG sehen diese Möglichkeit bereits vor), Strafen bei Gesetzesübertretungen und gute Aufklärung von Trafikanten. Nicht wirksam zeigten sich ein Jugendschutzgesetzes zu beschließen ohne es durchzusetzen oder Trafikanten vor Strafen nur zu warnen. <sup>24</sup></li> <li>○ Ein <b>Verbot von Zigarettenautomaten</b> wurde in Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland Großbritannien, Island, Kroatien, Lettland, Litauen, Polen, Rumänien, Russland, Slowakei, Slowenien, Ukraine, Ungarn und Zypern bereits beschlossen. Auch in Österreich funktioniert der Altersnachweis nämlich kaum, 49% der 15-Jährigen Raucher geben an, Zigaretten beim Automaten zu beschaffen. <sup>25</sup></li> </ul> </li> <li>• Marketing <ul style="list-style-type: none"> <li>○ In Ländern, in denen die „<b>Zur-Schau-Stellung</b>“ von Zigaretten in Trafiken verboten ist, zeigen sich 25% weniger regelmäßig rauchende Jugendliche. <sup>26</sup> In Neuseeland und Australien hat sich direkt nach der Einführung eines solchen Verbotes die Anzahl der jugendlichen Raucher um 26% <sup>27</sup> bzw. 27% <sup>28</sup> reduziert.</li> <li>○ Australien hat 2012 erstmals „<b>standardisierte Verpackungen</b>“ (plain packaging) für Zigaretten eingeführt. Frankreich, Großbritannien, Irland, Norwegen Slowenien und Ungarn sind diesem Schritt bereits gefolgt. Durch die EU-Richtlinie 2014/40/EU haben EU-Länder die Möglichkeit, standardisierte Verpackungen einzuführen. In Australien hätten vor Einführung der Verordnung nur 14% der jugendlichen Raucher erwartet, deswegen mit dem Rauchen aufzuhören. Ein Jahr nach Einführung der Verordnung gaben jedoch 34% an, deswegen bereits einen Rauchstopp-Versuch unternommen zu haben. <sup>29</sup></li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesundheitswesen             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Übersichtsarbeiten der Cochrane Collaboration konnte zeigen, dass ein <b>gezieltes Ansprechen</b> durch den Arzt 2% der Patienten zu einem erfolgreichen Rauchstop animieren kann<sup>30</sup> und die Kombination von <b>Nikotinersatzprodukten und Rauchstop-Seminaren</b> zeigte sich noch erfolgreicher.<sup>31</sup> Auch <b>Telefonberatung</b> (rauchfrei.at) ist wirksam.<sup>32</sup></li> </ul> </li> </ul>
--	--

Empfohlene Maßnahmen zur Reduktion des Tabakkonsums in Österreich	
Gesundheitsförderliche Gesetze	
1	<b>Personen vor Passivrauch schützen.</b> (WHO) Absolutes Rauchverbot in der Gastronomie und anderen Indoor-Arbeitsplätzen umsetzen, Rauchzonen auf Kinderspielplätze beschließen. (Experten)
2	<b>Keine Abgabe an Minderjährige</b> (unter 18 Jahren). (WHO) Umsetzung des Jugendschutzes bis 18 Jahres und mehr Kontrollen von Verkaufsstellen. (Experten)
3	Sicherstellen, dass <b>Zigarettenautomaten</b> für Minderjährige nicht zugänglich sind oder gänzlich Verbot von Zigarettenautomaten. (WHO) Verbot von Zigarettenautomaten. (Experten)
Gesundheitsförderliche Preispolitik	
4	<b>Preiserhöhungen</b> sind eine wirksame Maßnahme, insbesondere bei jungen Menschen. (WHO) Preiserhöhungen ab 10% sind wirksam. (Experten)
Gesundheitsförderliche Werbung/Informationen	
5	Verpackung und Etikettierung regulieren. (WHO) Den Beschluss der EU-Richtlinie Richtlinie 2014/40/EU wahrnehmen und „ <b>standardisierte Verpackungen</b> “ einführen. (Experten)
6	Umfassendes Verbot von Werbung und Sponsoring. (WHO) Keine „ <b>Zur-Schau-Stellung</b> “ / <b>Außenwerbung</b> von Tabak und Zigaretten in Verkaufsstellen. (Experten)
7	Die Bevölkerung vor den Gefahren des Rauchens <b>warnen</b> . (WHO)
8	Verhaltensprävention durch <b>MultiplikatorInnen</b> durchführen (z.B. Schulungen von PädagogInnen in Lebenskompetenzförderung). (Experten)
Therapeutische Maßnahmen	
9	Maßnahmen zur Unterstützung beim Rauchenstop anbieten. (WHO) <b>Regionale Entwöhnungsprogramme</b> aufbauen und finanziell fördern; Schulung von Gesundheitspersonal in <b>Kurzinterventionen</b> ; Aufklärungskampagnen über die Wirksamkeit von Kurzinterventionen, Rauchertelefon, Nikotinersatzmitteln, Medikamenten und Entwöhnungsprogrammen durchführen. (WHO, Experten)

Risikofaktor 3: Alkohol	
WHO Strategien	<ul style="list-style-type: none"> <li>• WHO Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol <sup>11</sup></li> </ul>
WHO Ziele	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reduktion des durchschnittlichen Alkoholkonsums</li> <li>• Reduktion der Anzahl an Alkoholräschen</li> </ul>
Österreich	<p>Internationaler Vergleich <sup>5</sup>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• In der EU wird nur in Belgien und Litauen mehr Alkohol getrunken.</li> </ul> <p>Änderungen des jährlichen Alkoholkonsum in Österreich von 2000 auf 2014 <sup>13</sup>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der jährliche Alkoholkonsum ist von 13,7 auf 12,3 Liter/Einwohner leicht zurück gegangen.</li> </ul> <p>Preisniveau von Alkohol <sup>4</sup>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nahrungsmittel sind in Österreich um 23% teurer als im EU-Durchschnitt</li> <li>• Alkohol in Österreich um 3% billiger als im EU-Durchschnitt</li> </ul>
Internationale Erfahrungen	<p>Die WHO Europe hat die vorhanden wissenschaftlichen Studien bezüglich Maßnahmen zur Reduktion von schädlichem Alkoholkonsum zusammengefasst <sup>33</sup>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preis <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Studienlage ist „umfangreich und konsistent“, dass eine <b>Steigerung der Alkoholpreise</b> zu einer Reduktion des Alkoholkonsums führt. Diese Effekte sind besonders deutlich bei Jugendlichen und bei starken Trinkern ausgeprägt. Beides, generelle Preiserhöhungen und Minimalpreise für alkoholische Produkte, sind wirksam.</li> </ul> </li> <li>• Zugang <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ein <b>gesetzliches Mindestalter und seine Umsetzung</b> reduzieren Unfälle durch Alkohol am Steuer und andere alkoholbedingte Schäden. 87% der EU-Bürger befürworten ein Mindestalter von 18 Jahren.</li> <li>○ Eine Reduktion der <b>Dichte an Einkaufsmöglichkeiten</b> und deren <b>Öffnungszeiten</b> reduziert den Alkoholkonsum, insbesondere bei Jugendlichen.</li> </ul> </li> <li>• Marketing <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Alkoholwerbung in den Medien</b> beeinflusst insbesondere Jugendliche, diese fangen dadurch früher zu trinken an und trinken häufiger große Mengen. Viele Studien zeigen, dass Selbst-Beschränkungen der Alkoholindustrie nicht funktionieren. 76% der EU-Bürger befürworten ein Verbot von Alkoholwerbung, die Jugendliche erreicht.</li> <li>○ <b>Aufklärungskampagnen und Warnhinweise</b> auf alkoholischen Produkten reduzieren den Alkoholkonsum meist nicht, können jedoch zum Problembewusstsein in der Bevölkerung beitragen. Von der Alkoholindustrie finanzierte Aufklärungskampagnen können den Alkoholkonsum steigern.</li> </ul> </li> <li>• Gesundheitswesen <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Alkoholabhängigkeit wird im ärztlichen Gespräch meist nicht identifiziert. <b>Gespräche mit Gesundheitsberufen</b> können jedoch den Alkoholkonsum von Patienten leicht reduzieren. <sup>34</sup> Auch intensive <b>verhaltenstherapeutische und medikamentöse Therapien</b> sind wirksam.</li> </ul> </li> </ul>

## Empfohlene Maßnahmen zur Reduktion des Alkoholkonsums in Österreich

### Gesundheitsförderliche Gesetze

1	Das <b>Verkaufsalter</b> für alkoholische Getränke auf <b>18 Jahre</b> anheben. (WHO)
2	Den <b>Verkaufsort</b> , die <b>Verkaufszeiten</b> und die <b>Verkaufsformen</b> für alkoholischen Getränken einschränken. (WHO, Experten)
3	Den Alkoholkonsum in <b>öffentlichen Orten</b> einschränken. (WHO)
4	Umsetzung der Regelungen von <b>Alkohol am Steuer</b> verstärken. (Experten)

### Gesundheitsförderliche Preispolitik

5	<b>Steuererhöhungen</b> (bezogen auf den prozentuellen Alkoholgehalt). (WHO)
6	<b>Minimalpreise</b> für alkoholische Getränke einführen. (WHO)
7	<b>Rabatte und Pauschalen</b> (z.B. „flat rate“ Parties) auf alkoholische Getränke regulieren. (WHO)
8	Keine staatlichen <b>Subventionen</b> für alkoholische Produkte. (WHO)
9	<b>Steuersenkungen</b> auf gesunde, alkoholfreie Getränke. (WHO)

### Gesundheitsförderliche Werbung/Informationen

10	<b>Kinder und Jugendliche</b> vor Werbung und Marketing von alkoholischen Getränken schützen. (WHO)
11	Werbung bezüglich <b>Inhalt, Umfang und verwendeter Medien</b> regulieren. (WHO) Insbesondere Social Media. (Experten)
12	Werbung auf und Sponsoring von <b>öffentlichen Veranstaltungen</b> verbieten. (WHO)
13	Verhaltensprävention durch <b>MultiplikatorInnen</b> durchführen (z.B. Schulungen von PädagogInnen in Lebenskompetenzförderung). (Experten)

### Gesundheitsförderliche Lebenswelten

14	Gesundheitsförderliche <b>Programme</b> z.B. in den Gemeinden entwickeln und fördern. (WHO)
----	---

### Therapeutische Maßnahmen

15	Die Durchführung von <b>Kurzinterventionen</b> durch Gesundheitsberufe fördern. (WHO)
16	Ausreichend <b>therapeutische Angebote</b> für Alkoholranke anbieten. (WHO)

## Die Analyse der Wahlprogramme zur Nationalratswahl 2017

Ziel: Diese Studie hat das Ziel, die Folgen der Wahlprogramme auf die Gesundheit der ÖsterreicherInnen abzuschätzen. Dadurch sollen: 1) Die Parteien dazu angeregt werden, gesundheitsförderliche Reformvorschläge zu entwickeln und in ihre Wahlprogramme zu integrieren. 2) Der Bevölkerung die Möglichkeit gegeben werden, eine (bezüglich der Gesundheitseffekte) informierte Wahlentscheidung treffen zu können.

Methode: Diese Studie identifizierte die wichtigsten Risikofaktoren (basierend auf der „Global Burden of Disease“ Studie zur Krankheitslast). Bezüglich der Wahlprogrammen der einzelnen Parteien im Nationalrat (SPÖ, ÖVP, FPÖ, Grüne, NEOS und TS) wird eine Gesundheitsfolgenabschätzung durchgeführt.<sup>35</sup> Dabei werden die Wahlprogramme nach Maßnahmen durchsucht, die den drei wichtigsten Risikofaktoren (Ernährung, Tabak, Alkohol) entgegenwirken sollen. Die dadurch identifizierten Maßnahmen werden daraufhin von unabhängigen Experten auf ihre zu erwartenden Auswirkungen hin bewertet.

Folgende Grafik zeigt vorab das Beispiel einer solchen Bewertung aus Estland (die Ergebnisse der österreichischen Studie werden ähnlich präsentiert werden):

OVERALL HEALTH IMPACT:	KeskEr. (KE)	SotsDem. (SDE)	Rohelised (ER)	ReformiE. (RE)	VabaEr. (VE)	EKRE	IRL
	11	10	9	5	3	2	-1
Alcohol	Wide	Wide	Good	Partial	Average	Doesn't acknowledge	Wide
Tobacco	Partial	Wide	Wide	Partial	Partial	Wide	Wide
Physical activity	Wide	Partial	Wide	Partial	Poor	Very poor	Wrong focus
Healthy food	Wide	Partial	Poor	Weak focus	Right focus	Poor	Doesn't acknowledge
Health services	Very good	Average	Average	Average	Very dangerous	Average	Big mistakes
Financial hardship	Wide	Wide	Good	Poor	Very good	Good	Poor
Other							

### Projektleitung

- Dr. Florian Stigler, MPH; Med Uni Graz ([florian.stigler@medunigraz.at](mailto:florian.stigler@medunigraz.at) / 0650-5432-432)

### Kooperationspartner

- Public Health School Graz ([public-health.medunigraz.at](http://public-health.medunigraz.at))
- Österreichische ARGE Suchtvorbeugung ([www.suchtvorbeugung.net](http://www.suchtvorbeugung.net))



## Referenzen

1. Eurostat, 2015. <http://ec.europa.eu/eurostat>.
2. Statistik Austria. <https://www.statistik.at/>.
3. Institute of Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease - Compare. <http://www.healthdata.org/data-visualization/gbd-compare>.
4. Eurostat, 2017. Comparative price levels for food, beverages and tobacco. [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Comparative\\_price\\_levels\\_for\\_food\\_beverages\\_and\\_tobacco](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Comparative_price_levels_for_food_beverages_and_tobacco).
5. OECD/EU, 2016. Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle. Paris: OECD Publishing.
6. World Health Organization, 2004. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Geneva.
7. World Health Organization, 2010. Set of Recommendations on the Marketing of Food and Non-alcoholic Beverages to Children. Geneva.
8. World Health Organization, 2016. SHAKE The Salt Habit. Geneva.
9. World Health Organization, 2003. Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs. Geneva.
10. World Health Organization. MPOWER. <http://www.who.int/tobacco/mpower/en/>.
11. World Health Organization, 2010. Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol Geneva.
12. World Health Organization, 1986. Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Geneva.
13. Statistik Austria. Versorgungsbilanzen. [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/wirtschaft/land\\_und\\_forstwirtschaft/preise\\_bilanzen/versorgungsbilanzen/index.html - index1](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/wirtschaft/land_und_forstwirtschaft/preise_bilanzen/versorgungsbilanzen/index.html - index1).
14. Powell LM, Chriqui JF, Khan T, Wada R, Chaloupka FJ. Assessing the potential effectiveness of food and beverage taxes and subsidies for improving public health: a systematic review of prices, demand and body weight outcomes. *Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity* 2013; **14**(2): 110-28.
15. WHO Europe, 2015. Using price policies to promote healthier diets. Copenhagen.
16. Wang YC, Coxson P, Shen YM, Goldman L, Bibbins-Domingo K. A penny-per-ounce tax on sugar-sweetened beverages would cut health and cost burdens of diabetes. *Health affairs (Project Hope)* 2012; **31**(1): 199-207.
17. World Health Organization. Taxes on sugary drinks: Why do it? Geneva.
18. Cobiac LJ, Tam K, Veerman L, Blakely T. Taxes and Subsidies for Improving Diet and Population Health in Australia: A Cost-Effectiveness Modelling Study. *PLoS medicine* 2017; **14**(2): e1002232.
19. World Health Organization, 2016. Salt reduction - fact sheet. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs393/en/>.
20. CASH. Consensus Action on Salt and Health. <http://www.actiononsalt.org.uk/>.



21. Successful prevention of non-communicable diseases: 25 year experiences with North Karelia Project in Finland. *Public Health Medicine* 2002; **4**(1): 5-7.
22. World Health Organization, 2007. The extent, nature and effects of food promotion to children: technical paper prepared for the World Health Organization. Geneva.
23. Medizinische Universität Wien, 2017. Tabak-Preiserhöhung um fünf Prozent reduziert den Konsum um 3,5 Prozent. <https://www.meduniwien.ac.at/web/ueberuns/news/detailseite/2017/news-im-mai-2017/welt-nichtrauchertag-tabak-preiserhoehung-um-fuenf-prozent-reduziert-den-konsum-um-35-prozent/>.
24. DiFranza JR. Best practices for enforcing state laws prohibiting the sale of tobacco to minors. *Journal of public health management and practice : JPHMP* 2005; **11**(6): 559-65.
25. Kleine Zeitung, 2017. Zigarettenautomaten vor dem Aus? [http://www.kleinezeitung.at/oesterreich/5153217/Verstoesse-gegen-Tabakgesetz\\_Zigarettenautomaten-vor-dem-Aus](http://www.kleinezeitung.at/oesterreich/5153217/Verstoesse-gegen-Tabakgesetz_Zigarettenautomaten-vor-dem-Aus).
26. Shang C, Huang J, Cheng KW, Li Q, Chaloupka FJ. Global Evidence on the Association between POS Advertising Bans and Youth Smoking Participation. *International journal of environmental research and public health* 2016; **13**(3).
27. Edwards R, Ajmal A, Healey B, Hoek J. Impact of removing point-of-sale tobacco displays: data from a New Zealand youth survey. *Tobacco control* 2016.
28. Dunlop S, Kite J, Grunseit AC, et al. Out of Sight and Out of Mind? Evaluating the Impact of Point-of-Sale Tobacco Display Bans on Smoking-Related Beliefs and Behaviors in a Sample of Australian Adolescents and Young Adults. *Nicotine & tobacco research : official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco* 2015; **17**(7): 761-8.
29. Dunlop S, Perez D, Dessaix A, Currow D. Australia's plain tobacco packs: anticipated and actual responses among adolescents and young adults 2010-2013. *Tobacco control* 2016.
30. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *The Cochrane database of systematic reviews* 2013; (5): Cd000165.
31. Stead LF, Koilpillai P, Fanshawe TR, Lancaster T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. *The Cochrane database of systematic reviews* 2016; **3**: Cd008286.
32. Stead LF, Hartmann-Boyce J, Perera R, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation. *The Cochrane database of systematic reviews* 2013; (8): Cd002850.
33. WHO Europe, 2009. Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm. Copenhagen.
34. Kaner EF, Beyer F, Dickinson HO, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *The Cochrane database of systematic reviews* 2007; (2): Cd004148.
35. GÖG. Gesundheitsfolgenabschätzung - Health Impact Assessment. <http://gfa.goeg.at/>.