

Frau  
Präsidentin des Nationalrates  
Doris Bures  
Parlament  
1017 Wien

GZ: BMG-11001/0209-I/A/15/2015

Wien, am 6. August 2015

Sehr geehrte Frau Präsidentin!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische **Anfrage Nr. 5312/J der Abgeordneten Steinbichler, Kolleginnen und Kollegen** nach den mir vorliegenden Informationen wie folgt:

**Frage 1:**

Die Angabe von Detailzahlen zu dieser Frage ist mangels statistischer Erhebung/Auswertung nicht möglich. Ebenso sind aus den Berichten der WHO keine validen Daten für diesen Zeitraum vorhanden; im WHO Global Report „Mortality Attributable to Tobacco“ sind nur Daten bis 2004 erfasst.

Zu den wichtigsten raucherbedingten Krankheiten kann man Lungenkrebs sowie COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankung) zählen. Zahlen zur Prävalenz und Inzidenz von Lungenkrebs liefert die österreichische Krebsstatistik, wobei als aktuellste Zahlen lediglich jene aus dem Jahr 2011 vorliegen. Demnach erkrankten 2011 in Österreich 2.577 Männer und 1.553 Frauen an bösartigen Lungentumoren.

Wie viele Menschen derzeit in Österreich an COPD erkrankt sind, ist nicht genau bekannt. Es gibt zwar Daten über Behandlungen in Krankenhäusern (diese stammen aus der Diagnosen- und Leistungsdokumentation), für den niedergelassenen Bereich liegen aber keine Diagnosedaten nach einem einheitlichen Kodierungssystem vor. Prävalenzdaten zu COPD wurden für Österreich im Jahr 2005 im Rahmen der internationalen BOLD-Studie (Schirnhöfer et al. 2007) erhoben. Hierfür wurde eine Zufallsstichprobe (n = 1.258) aus der über 40-jährigen Salzburger Bevölkerung gezogen. Umgerechnet auf die Gesamtbevölkerung von Österreich im Jahr 2011 (Statistik Austria 2012) weisen diese Studienergebnisse auf knapp 500.000 COPD-Erkrankte hin.

Derzeit wird ein weiterer Anstieg der Prävalenz von COPD auch für Österreich angenommen, insbesondere auf Grund höherer Raucherraten von Frauen in den letzten 20 Jahren und der zunehmenden Lebenserwartung (Firlei et al. 2007).

Rauchen ist auch ein maßgeblicher Risikofaktor für folgende Krebserkrankungen:

- Bronchien
- Kehlkopf
- Mund-, Nasen- und Rachenraum
- Speiseröhre
- Leber
- Bauchspeicheldrüse
- Niere
- Blut
- Harnblase
- Brust
- Gebärmutterhals

Weitere mögliche Folgeschäden, die durch Rauchen verursacht werden können:

- Rauchen ist eine der wichtigsten vermeidbaren Ursachen für die Entstehung einer Atherosklerose. Dies kann zu einem Herzinfarkt, Schlaganfall, oder einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (z.B. Raucherbein) führen.
- Die schwerwiegendsten Folgen für den Atemtrakt sind COPD und das Bronchuskarzinom. Mehr als 80 % der COPD-Patient/inn/en sind Raucher/innen. Etwa 30 % der Raucher/innen erkranken an schwerer COPD, was zu einem Verlust an Lebensqualität und Lebenszeit (5-10 Minuten pro Zigarette) führt.
- Rauchen hat auch einen Einfluss auf die Hautalterung sowie Auswirkungen auf die Zahngesundheit (Parodontitis, bräunliche Verfärbung).
- Regelmäßiges Rauchen ist ein Risikofaktor für erektile Dysfunktion, bei Frauen beeinflusst Rauchen den Östrogenhaushalt.
- Rauchen in der Schwangerschaft kann zu Früh- oder Fehlgeburten, vorzeitigem Blasensprung oder vorzeitigem Plazentaablösung führen.

Durchschnittlich sterben Erwachsene, die rauchen, 13 bis 14 Jahre früher als Menschen, die rauchfrei leben. Bei den Männern sind 90 %, bei den Frauen 80 % aller Lungenkrebstodesfälle durch Rauchen verursacht. Wer raucht, hat ein bis zu 4-mal höheres Risiko, an einer Herzkrankheit zu sterben.

In der Europäischen Union sterben jährlich mehr als eine halbe Million Menschen an den direkten oder indirekten Folgen des Rauchens; für Österreich wird derzeit von 12.000 – 14.000 Todesfällen (davon 3.200 als Folge von Lungenkarzinomen) ausgegangen. Dies macht die Tabakabhängigkeit zur wichtigsten vermeidbaren Ursache von Erkrankungen und vorzeitigem Todesfällen. Man nimmt an, dass 25 % aller Krebstoten und 15 % aller Todesfälle in der Europäischen Union auf das Rauchen

zurückzuführen sind (Ernest Groman, Astrid Riemerth, Andrea Steiner-Ringl, Irene Veitsmeier, Armin Kroat, Ulrike Kroat und Gerda Bernhard: Ambulante Raucherentwöhnung: Ein Bericht über 3.260 Fälle, Wien Med Wochenschr (2009) 159/1-2:40-46).

**Frage 2:**

Diabetes mellitus führt häufig zu gesundheitlichen Komplikationen und Folgeerkrankungen. In der Regel sind diese durch Veränderungen an kleinen und großen Gefäßen bedingt, die zu Erkrankungen an Augen (Retinopathie), Nieren (Nephropathie) und Nerven (Neuropathie) und im Extremfall zur Erblindung, Dialysepflichtigkeit und Amputation von Gliedmaßen führen können. Im Vergleich mit Nicht-Diabetiker/inne/n weisen Diabetes-Patient/inn/en eine deutlich verminderte Lebensqualität auf. Die größten Unterschiede finden sich diesbezüglich hinsichtlich der körperlichen Lebensqualität, gefolgt von der psychischen und sozialen Einschätzung der Lebenssituation.

Insgesamt stellt sich die Pathogenese des Diabetes als sehr komplex dar und ist noch nicht abschließend geklärt. Viele der Risikofaktoren, wie beispielsweise Übergewicht, Bluthochdruck oder erhöhte Blutfettwerte sind deutlich sozioökonomisch beeinflusst, dadurch weisen sozioökonomisch schlechter gestellte Personen ein insgesamt höheres Diabetes-Risiko auf.

In Österreich gibt es keine flächendeckende Möglichkeit zur Beobachtung der Diabetes-Inzidenz und Prävalenz durch eine österreichweite einheitliche Erfassung von Daten und somit auch keine Daten zu Komplikationen bzw. in Zusammenhang stehenden Erkrankungen.

Verfügbare Daten und Schätzungen gehen davon aus, dass rund 573.000 bis 645.000 Menschen von Diabetes mellitus betroffen sind, das entspricht etwa 8 – 9 % aller Österreicher/innen. Rund 143.000 bis 215.000 dieser Menschen wissen noch nicht, dass sie an Diabetes erkrankt sind und haben daher ein höheres Risiko für Komplikationen und Spätfolgen.

Mit zunehmendem Alter ist bei Typ-2-Diabetiker/inne/n fast immer mit Multimorbidität zu rechnen, insbesondere mit Depression, Parodontose etc. Die Versorgung der Diabetes-Patient/inn/en stellt somit strukturell und strategisch eine Herausforderung für das öffentliche Gesundheitswesen dar. Um dem Diabetes mellitus auf breiter Basis, sowohl präventiv als auch in der Versorgung, zu begegnen, wird derzeit in meinem Ressort eine Diabetesstrategie entwickelt.

**Fragen 3 und 12:**

Sofern damit die Abgrenzungsproblematik von Nahrungsergänzungsmitteln/Arzneimitteln/Anabolika gemeint ist, darf auf die besondere Kontrolle von Lebensmitteln, die in Verdacht stehen, dass sie Arzneimittel sind oder verbotene

Wirkstoffe gemäß § 1 Abs. 2 Z 1 des Anti-Doping-Bundesgesetzes 2007 enthalten, verwiesen werden. Diese ist in § 76a Arzneimittelgesetz geregelt.

Nahrungsergänzungsmittel (NEM) sind im Lebensmittelsicherheits- und Verbraucherschutzgesetz - LMVSG, BGBl. I Nr. 13/2006 in der geltenden Fassung, und in der Nahrungsergänzungsmittelverordnung - NEMV, BGBl. II Nr. 88/2004, geregelt. Sie müssen allen lebensmittelrechtlichen Bestimmungen entsprechen und dürfen nicht gesundheitsschädlich sein. Welche Vitamine und Mineralstoffe in NEM verwendet werden dürfen, ist in der NEMV geregelt. Die Festlegung von Höchstmengen fehlt allerdings EU-rechtlich und bedingt damit eine Beurteilung im Einzelfall. Österreich setzt sich dafür ein, diesen offenen Punkt auf Unionsebene endlich abzuschließen. In § 31 Abs. 1 LMSVG wird in Bezug auf den nationalen Kontrollplan die Berücksichtigung der spezifischen Anforderungen der Warengruppe der Nahrungsergänzungsmittel ausdrücklich hervorgehoben.

**Frage 4:**

Die eben beschlossene Novelle zum Tabakgesetz ist aus meiner Sicht die geeignete Vorgangsweise.

**Fragen 5 und 6:**

Artikel 3 der Richtlinie 2014/40/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 3. April 2014 „zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten über die Herstellung, die Aufmachung und den Verkauf von Tabakerzeugnissen und verwandten Erzeugnissen und zur Aufhebung der Richtlinie 2001/37/EG“ (kurz: Tabakproduktrichtlinie II) legt Emissionshöchstwerte für Teer, Nikotin und Kohlenmonoxid sowie sonstige Stoffe fest. Demnach dürfen je Zigarette die nachfolgenden erlaubten Emissionswerte nicht überschritten werden: 10 mg Teer, 1 mg Nikotin und 10 mg Kohlenmonoxid, wobei es zu berücksichtigen gilt, dass die Europäische Kommission dazu ermächtigt ist, diese Emissionswerte zu verringern, wenn dies aufgrund international vereinbarter Normen erforderlich ist. Diese Grenzwerte waren auch bereits in der Richtlinie 2001/37/EG (do. Art. 3) verankert und wurden im Zuge der Novelle zum TabakG, BGBl. I Nr. 74/2003, auch national entsprechend festgeschrieben.

Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang überdies darauf, dass auch E-Zigaretten im Regelungsbereich der bis Mai 2016 in nationales Recht umzusetzenden Tabakproduktrichtlinie II erfasst sind. Im Sinne des do. Art. 20 haben die Mitgliedstaaten u.a. dafür Sorge zu tragen, dass einerseits nikotinhaltige Flüssigkeiten nur in eigens dafür vorgesehenen Nachfüllbehältern mit einem Volumen von höchstens 10 ml bzw. in elektronischen Einwegzigaretten oder in Einwegkartuschen in Verkehr gebracht werden, wobei die Kartuschen oder Tanks ein Volumen von höchstens 2 ml haben dürfen sowie andererseits die nikotinhaltige Flüssigkeit einen Nikotingehalt von höchstens 20 mg/ml hat.

Es darf darauf hingewiesen werden, dass in der Nummerierung des Anfragetextes keine **Frage 7** aufscheint.

**Frage 8:**

Moderater, verantwortungsbewusster Konsum von Alkohol ist in Österreich gesetzlich und gesellschaftlich toleriert.

Es gibt jedoch unterschiedlichste staatliche bzw. staatlich unterstützte Maßnahmen zur Sicherstellung der Punktnüchternheit (Verzicht auf Alkoholkonsum in gewissen Situationen wie z. B. Straßenverkehr, Arbeit, Schwangerschaft etc.) bzw. des Hinwirkens auf einen verantwortungsvollen Umgang mit dieser Substanz im Sinne der Reduktion eines schadhaften Alkoholkonsums.

Einzelmaßnahmen, auch in Form von Gesetzen, können allerdings isoliert nur wenig bewirken. Dieses setzt voraus, dass die Maßnahmen von den im Präventionsbereich maßgeblichen Stellen – das sind in Österreich in erster Linie die Fachstellen für Suchtprävention – und von den in Politik und Wirtschaft Verantwortlichen unterstützt und mitgetragen werden.

In Österreich fallen Alkoholagenden nicht in die alleinige Kompetenz des Bundesministeriums für Gesundheit, sondern sind als Querschnittsmaterie anzusehen. Teilbereiche fallen sowohl in die Kompetenz der Länder als auch des Bundes, mit involviert auf Bundesebene sind weitere Ressorts (wie u.a. Bundesministerium für Wissenschaft, Forschung und Wirtschaft, Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie, Bundesministerium für Bildung und Frauen, Bundesministerium für Finanzen etc.).

Die Absicht, die Alkoholpolitik über einen kontinuierlichen, konstruktiven und ausgewogenen Dialog mit allen Beteiligten inklusive der Alkoholindustrie zu gestalten, entspricht auch den Vorstellungen des Rates der Europäischen Union. Vor diesen Hintergründen und in Umsetzung der Aufgabenstellung des Arbeitsübereinkommens der Bundesregierung für die XXIII. Regierungsperiode wurde in Österreich unter der Federführung des Gesundheitsministeriums das Alkoholforum unter Einbeziehung aller mitbefassten Verantwortlichen in diesem Bereich (Behördenvertreter/innen des Bundes und der Länder, Interessenvertretungen, Präventions- und Suchtexpert/inn/en etc.) installiert, um Konzepte und Strategien in Angelegenheiten nationaler Alkoholpolitik, mit Fokus auch auf die juvenile Alkoholproblematik, zu entwickeln.

An diese Konzepte anknüpfend wird derzeit von meinem Ressort eine Österreichische Suchtstrategie erarbeitet, welche sowohl illegale als auch legale Drogen, darunter auch Alkohol, miterfasst und dabei nach den Vorgaben und in Übereinstimmung mit dem Regierungsprogramm der Bundesregierung ein besonderes Augenmerk auf die Gefährdung von Kindern und Jugendlichen legt.

Auf Basis der österreichischen Rahmenbedingungen setzt sich diese Strategie mit dem Thema Sucht unter Berücksichtigung sowohl der bisherigen Erfahrungen als auch der neuen Phänomene und Herausforderungen auseinander und wird - mit besonderem Bezug auf Kinder und Jugendliche - die Grundlage liefern, die suchtpolitische Ausrichtung für die nächsten Jahre vorzugeben.

Ich bin ferner bestrebt, die Bevölkerung und speziell die Jugendlichen durch diverse Broschüren und Präventionskampagnen gezielt über den schädlichen Alkoholkonsum zu informieren und zu sensibilisieren.

Die von meinem Ressort erarbeitete Broschüre „Der ganz normale Alkoholkonsum“ bietet beispielsweise umfassende Informationen über Wirkung, Folgen und Risiken von Alkoholkonsum an und soll so zu einem verantwortungsbewussten und sparsamen Umgang mit Alkohol beitragen.

(<http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/0/1/3/CH1039/CMS1288796541182/alkoholbroschuere.pdf>)

Weiters ist auf die österreichweite Kampagne (Titel „Echt Cool“) zur Suchtprävention an Volksschulen hinzuweisen, welche von meinem Ressort lanciert wurde und zum Ziel hat, bereits Kindern dieser Altersgruppe die gesundheitlichen Folgen von Alkohol sowie auch Tabakkonsum aufzuzeigen.

([http://bmg.gv.at/home/Presse/Presseunterlagen/Kampagnen/2009\\_2013/\\_echt\\_cool\\_Informationsoffensive\\_an\\_Volksschulen\\_gegen\\_Alkohol\\_und\\_Zigaretten](http://bmg.gv.at/home/Presse/Presseunterlagen/Kampagnen/2009_2013/_echt_cool_Informationsoffensive_an_Volksschulen_gegen_Alkohol_und_Zigaretten))

Schließlich werden auf der Homepage des Bundesministeriums für Gesundheit abrufbare und ständig aktualisierte Teilbände zum Handbuch Alkohol erstellt. Neben gesundheitlichen Fragen der Epidemiologie, Prävention und Therapie werden darin spezielle Problemfelder wie auch Alkohol im Straßenverkehr, am Arbeitsplatz sowie Alkohol als Wirtschaftsfaktor etc. eingehend beleuchtet.

([http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Drogen\\_Sucht/Alkohol/](http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Drogen_Sucht/Alkohol/))

Hinsichtlich Koffein sind aktuell keine Maßnahmen in Aussicht genommen, hinsichtlich der Arzneimittel verweise ich auf die in Österreich geltende strenge Rezeptpflicht.

#### **Frage 9:**

In Österreich wird der Ernährungszustand der Bevölkerung in regelmäßigen Abständen erfasst und im österreichischen Ernährungsbericht veröffentlicht, um daraus Handlungsempfehlungen ableiten zu können. Der österreichische Ernährungsbericht, der von meinem Ministerium in Auftrag gegeben wird, ist somit ein wichtiges Instrument der Gesundheitsförderung, da ernährungspolitische Maßnahmen nur geplant werden können, wenn die Ist-Situation bekannt ist. Für den österreichischen Ernährungsbericht werden die Nahrungsaufnahme und der Ernährungszustand des untersuchten Kollektivs erhoben. Das Kollektiv entspricht einer Quotenstichprobe einer Querschnittsstudie, stratifiziert nach Geschlecht,

Altersgruppen und geografischen Regionen (Ost- und Westösterreich). Das heißt, die Ernährungsgewohnheiten und der Ernährungszustand der österreichischen Bevölkerung ist bekannt. Der letzte Ernährungsbericht ist 2012 erschienen, derzeit befindet sich der Ernährungsbericht 2016 in Ausarbeitung.

[http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Ernaehrung/Rezepte Broschueren Berichte/Der Oesterreichische Ernaehrungsbericht 2012](http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Ernaehrung/Rezepte_Broschueren_Berichte/Der_Oesterreichische_Ernaehrungsbericht_2012))

Um die Ernährungssituation von Kindern und Jugendlichen zu verbessern, wurde 2011 die Leitlinie Schulbuffet veröffentlicht.

[http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/6/4/0/CH1047/CMS1313558884746/leitlinie\\_schulbuffet\\_20150619.pdf](http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/6/4/0/CH1047/CMS1313558884746/leitlinie_schulbuffet_20150619.pdf))

Diese Leitlinie gibt ernährungswissenschaftliche Empfehlungen für ein gesundheitsförderliches Speisen- und Getränkeangebot an Schulbuffets vor, damit die Kinder und Jugendlichen in der Schule, wo sie einen großen Teil ihrer Zeit verbringen, ein gesundheitsförderliches Verpflegungsangebot vorfinden. So soll die gesündere Wahl die leichtere werden. Zur Implementierung der Leitlinie Schulbuffet wurde ebenfalls im Jahr 2011 die Initiative „Unser Schulbuffet“ ins Leben gerufen. Im Rahmen dieser Initiative wurden von 2011 bis 2014 Schulbuffetbetriebe dabei unterstützt, ihr Angebot gesundheitsförderlich zu gestalten. Bisher ist es so gelungen, ein Viertel aller Schulbuffetbetriebe zu erreichen (über 300) und damit über 220.000 Schülerinnen und Schülern Zugang zu einem nach wissenschaftlichen Standards verbesserten Warenkorb zu sichern.

#### **Frage 10:**

Das Bundesministerium für Gesundheit hat keinen Einfluss darauf, welche Waren in den Impulszonen von Supermärkten angeboten werden. Das Ressort führt seit 2011 die Initiative „Unser Schulbuffet“ (siehe Frage 9) durch, um Kinder und Jugendliche dabei zu unterstützen, dass bei der Ernährung die bessere Wahl zur leichteren wird. Die Leitlinie Schulbuffet regelt neben allen für Schulbuffets wichtigen Lebensmittelgruppen auch den Zuckergehalt von Getränken und Milchprodukten und die Produktkategorien Süßigkeiten und Mehlspeisen. So gelingt es, den Zuckerkonsum der Kinder und Jugendlichen zu senken. So ist laut WHO-HBSC Survey 2014 der tägliche Limonadenkonsum von 11-, 13- und 15-jährigen Schülerinnen und Schülern im Schnitt um 4,7 % im Vergleich zum Erhebungsjahr zurückgegangen. Der Süßigkeitenkonsum der gleichen Altersgruppen ist von 2006 bis 2010 um 4,5 % gestiegen, dieser Anstieg konnte von 2010 bis 2014 verlangsamt werden, in diesem Zeitraum betrug er 1,5 %.

[http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/9/7/0/CH1444/CMS1427118828092/gesundheit\\_und\\_gesundheitsverhalten\\_oester\\_schuelerinnen\\_who-hbcsurvey\\_2014.pdf](http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/9/7/0/CH1444/CMS1427118828092/gesundheit_und_gesundheitsverhalten_oester_schuelerinnen_who-hbcsurvey_2014.pdf))

#### **Frage 11:**

Um eine Verbesserung der Ernährungssituation zu erreichen, wurde der Nationale Aktionsplan Ernährung (NAP.e) entwickelt, in dem Ernährungsziele festgelegt und ernährungspolitische Maßnahmen und Strategien gebündelt werden. Der NAP.e steht

in Verbindung mit weiteren Strategien wie dem Nationalen Aktionsplan Bewegung (NAP.b), den Rahmengesundheitszielen oder der Zielsteuerung Gesundheit (Gesundheitsreform), in der erstmals für Österreich auch ein bundesweit akkordierter Gesundheitsförderungsplan beinhaltet ist und entsprechende finanzielle Mittel vorgesehen sind (zu vergeben durch die Bundesländer). Darüber hinaus wurde die Nationale Ernährungskommission (NEK) als Beratungsorgan für die Gesundheitsministerin und als zentrales Gremium zur Weiterentwicklung des NAP.e eingerichtet. Der NAP.e ist ein Strategie- und Handlungskatalog für die Maßnahmen, die das Bundesministerium für Gesundheit im Bereich Ernährung durchführt.

Das Bundesministerium für Gesundheit setzt bei seinen Maßnahmen zur Verbesserung des Ernährungszustandes der Bevölkerung auf eine ausgewogene Mischung aus Verhältnis- und Verhaltensprävention. So wurde zum Beispiel die österreichische Ernährungspyramide als niederschwelliges und leicht verständliches Informationstool entwickelt. Darüber hinaus stellt mein Ministerium zahlreiche Informations- und Rezeptbroschüren zur Verfügung. In Bezug auf das Ernährungsverhalten von Kindern und Jugendlichen wurden in den letzten Jahren einige Projekte wie die Initiative „Unser Schulbuffet“ (siehe Frage 9) und das Projekt REVAN durchgeführt. REVAN oder „Richtig Essen von Anfang an“ richtet sich bereits an werdende Mütter und Väter. Mit Hilfe von Workshops und Informationsmaterial wird die Wichtigkeit der Ernährung in Schwangerschaft und Stillzeit vermittelt und darüber hinaus auch die richtige Ernährung für Kinder im Beikostalter und für ein- bis dreijährige Kinder vermittelt. Ernährungsempfehlungen für ältere Kinder werden derzeit ausgearbeitet.

Durch REVAN wird schon sehr früh, nämlich noch bevor das Kind geboren ist, auf Information gesetzt, damit die Eltern über die Grundzüge einer gesunden Ernährung Bescheid wissen. Im Rahmen dieser Workshops wird auch die Aufmerksamkeit für den Zuckerkonsum geschärft.

**Frage 13:**

Laut österreichischem Ernährungsbericht 2012 sind 27,6 % der Erwachsenen übergewichtig und 12,2 % adipös. Bei den Kindern und Jugendlichen von 7 bis 14 Jahren waren 2012 16,7 % übergewichtig und 7,3 % adipös.

Um eine Verbesserung der Ernährungssituation zu erreichen, wurde der Nationale Aktionsplan Ernährung (NAP.e) entwickelt. Näheres dazu ist meinen bereits zu Frage 11 dargelegten Ausführungen zu entnehmen.

Ich darf nochmals betonen, dass bei Maßnahmen zur Verbesserung des Ernährungszustandes der Bevölkerung auf eine ausgewogene Mischung aus Verhältnis- und Verhaltensprävention zu setzen ist.

Da die gesündere Wahl nur möglich ist, wenn diese auch angeboten wird und idealerweise auch leicht erkennbar ist, hat mein Ressort in den letzten Jahren bewusst das Augenmerk auf Maßnahmen gelegt, die die Verhältnisse ändern. So

wurde der mögliche Gehalt an Transfettsäuren in Lebensmitteln gesetzlich begrenzt und eine Vereinbarung zur schrittweisen Reduktion von Salz in Brot und Semmeln mit der Wirtschaftskammer Österreich (Bäckerinnung) getroffen. Im Bereich der Gemeinschaftsverpflegung legte das Gesundheitsressort den Fokus seiner Bemühungen in den letzten Jahren auf die Verbesserung der Schulverpflegung bzw. wurde im Rahmen der Vorsorgestrategie Ernährung von einigen Bundesländern auch das Setting Kindergarten bearbeitet.

Wie bereits erwähnt, wurde im Jahr 2011 die Initiative „Unser Schulbuffet“ ins Leben gerufen. Im Rahmen dieser Initiative wurden von 2011 bis 2014 Schulbuffetbetriebe dabei unterstützt, ihr Angebot gesundheitsförderlich zu gestalten. Bisher ist es so gelungen, ein Viertel aller Schulbuffetbetriebe zu erreichen (über 300) und damit über 220.000 Schülerinnen und Schülern Zugang zu einem nach wissenschaftlichen Standards verbesserten Warenkorb zu sichern.

Weiters darf ich nochmals auf das Projekt REVAN oder „Richtig Essen von Anfang an“ hinweisen, welches sich bereits an werdende Mütter und Väter richtet. Näheres dazu ist meinen bereits zu Frage 11 dargelegten Ausführungen zu entnehmen.

Die Maßnahmen werden qualitätsgesichert und evaluiert. Die Evaluierung der Initiative „Unser Schulbuffet“ hat ergeben, dass die Angebotsoptimierungen gerne angenommen werden. Der Gesamtbericht der Evaluierung kann unter folgendem Link eingesehen werden:

[http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/1/2/4/CH1509/CMS1435574489838/schubu\\_gesamtbericht\\_evaluierung.pdf](http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/1/2/4/CH1509/CMS1435574489838/schubu_gesamtbericht_evaluierung.pdf)

REVAN wurde ebenfalls evaluiert. Auch diese Berichte zeigen, dass die Maßnahmen von der Zielgruppe geschätzt, gerne angenommen und als hilfreich bewertet werden. Die Evaluierungsberichte können unter folgenden Links eingesehen werden:

[http://www.richtigessenvonanfangan.at/content/download/5651/32448/file/2015-04-01\\_Jahresbericht%202012-2013\\_Beikost%20Stillen\\_%C3%96sterreich\\_final.pdf](http://www.richtigessenvonanfangan.at/content/download/5651/32448/file/2015-04-01_Jahresbericht%202012-2013_Beikost%20Stillen_%C3%96sterreich_final.pdf)  
[http://www.richtigessenvonanfangan.at/content/download/5634/32383/file/Gesamtbericht\\_Schwangerschaft\\_%C3%96sterreich\\_2011-2013\\_final.pdf](http://www.richtigessenvonanfangan.at/content/download/5634/32383/file/Gesamtbericht_Schwangerschaft_%C3%96sterreich_2011-2013_final.pdf)

Verbesserungen im Ernährungsstatus der Menschen können durch Maßnahmen im Bereich der Kennzeichnung von Lebensmitteln, aber vor allem durch Rezeptur- und Angebotsanpassungen erzielt werden. Die verpflichtende Nährwerttabelle auf allen verpackten Lebensmitteln (ab 2016) ist bereits im EU-Recht etabliert. So kann einerseits erreicht werden, dass Menschen über diese Information ernährungskompetentere Entscheidungen treffen und andererseits kann diese Transparenz auch Anreiz für Reformulierungen und Rezepturänderungen (z.B. weniger Zucker, weniger gesättigte Fettsäuren, mehr Ballaststoffe) sein.

Mein Ressort führt in Kooperation mit der AGES derzeit das aus den Vorsorgemitteln der Bundesgesundheitsagentur finanzierte Projekt „Die Gute Wahl“ durch. Im

Rahmen dieses Projektes soll die Frage beantwortet werden, ob einfache Kennzeichnungen, die den Ernährungswert eines konkreten Produktes symbolhaft (und damit leichter erfassbar als die Nährwerttabelle) darstellen, bei Konsument/inn/en dazu führen, dass ihre Ernährungskompetenz gesteigert und ihr Ernährungsverhalten positiv beeinflusst werden kann. Das EU-Lebensmittelkennzeichnungsrecht lässt solche Modelle, wenn sie auf wissenschaftlichen transparenten Grundlagen fußen und keine Irreführung darstellen, zusätzlich zur Nährwerttabelle auf freiwilliger Basis zu.

Im Zuge des Projektes werden vier verschiedene Symbolkennzeichnungsmodelle, die in anderen Ländern bereits auf freiwilliger Basis eingeführt wurden, an österreichischen Schulbuffets erprobt. Die Produkte an verschiedenen Buffets werden über einen längeren Zeitraum mit jeweils einem Modell gekennzeichnet und im Anschluss werden die Kinder und Jugendlichen und die Buffetbetreiber/innen nach dem Nutzen und der Akzeptanz der Modelle befragt. So kann das am besten geeignete Modell identifiziert werden, denn was bei Kindern und Jugendlichen funktioniert, ist in der Regel auch bei Erwachsenen gut einsetzbar, um häufiger eine Entscheidung für die gesündere Wahl auszulösen und damit insgesamt zu einer Verbesserung der Ernährung beizutragen. In der Folge ist geplant, die generelle Machbarkeit des identifizierten Modells zu prüfen, um zu gewährleisten, dass es sich nicht nur um ein leicht verständliches, sondern auch um ein in der Praxis durchführbares Modell handelt.

Für diese Maßnahme wurde das Setting Schulbuffet ausgewählt, da hier bereits die Initiative „Unser Schulbuffet“ mit großem Erfolg durchgeführt wird und Zugang zu einer engagierten Gruppe von Unternehmer/inne/n besteht, die den Ablauf solcher Projekte kennen.

**Frage 14:**

Mein Ministerium ist in der „High Level Group on Nutrition and Physical Activity“ vertreten. Dabei handelt es sich um eine Gruppe aus Regierungsvertreter/inne/n aller EU-Mitgliedstaaten sowie der Schweiz und Norwegen. Die Gruppe wurde eingerichtet, um europäische Lösungen zu Gesundheitsproblemen, die in Verbindung mit Adipositas stehen, zu finden.

So wurde beispielsweise ein Aktionsplan zur Bekämpfung von Adipositas bei Kindern ausgearbeitet und veröffentlicht.

[http://ec.europa.eu/health/nutrition\\_physical\\_activity/docs/childhoodobesity\\_actionplan\\_2014\\_2020\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/nutrition_physical_activity/docs/childhoodobesity_actionplan_2014_2020_en.pdf)

Die „High Level Group on Nutrition and Physical Activity“ bringt sich unterstützend bei nationalen Initiativen zur Reformulierung von Lebensmitteln ein.

[http://ec.europa.eu/health/nutrition\\_physical\\_activity/docs/euframework\\_national\\_nutrients\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/nutrition_physical_activity/docs/euframework_national_nutrients_en.pdf)

Die Mitgliedschaft meines Ressorts in dieser Gruppe bringt wertvollen Input, da aus Erfahrungen, die in anderen Ländern gemacht wurden, Schlüsse gezogen werden können. So wird beispielsweise die Maßnahme „Die gute Wahl“ (siehe Frage 13) durchgeführt. Dafür werden Symbolkennzeichnungsmodelle verwendet, die sich in anderen Ländern bereits bewährt haben. Drei der Symbolkennzeichnungsmodelle kommen aus dem europäischen Raum, eines aus Australien.

**Frage 15:**

Meinem Ressort liegen keine Statistiken zu direkt assoziierten Zusammenhängen von Konsum von Süßstoffen in Junk-Food und durch Überfettung verursachte Erkrankungen wie Diabetes mellitus und Herz-Kreislauf-Erkrankungen vor. Epidemiologische Aussagen zur Häufigkeit der Erkrankungen basieren in Österreich derzeit nur auf einem Rechenmodell anhand von Daten aus der „Österreichischen Gesundheitsbefragung“ (ATHIS), der Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten (DLD) mit allen ihren Limitationen sowie der österreichischen Todesursachenstatistik (TUS). Diese liefern lediglich Anhaltspunkte zum österreichischen Geschehen.

Der DLD zufolge wurden 2011 bei rund 437.000 Patientinnen und Patienten Herz-Kreislauf-Erkrankungen dokumentiert (in Haupt- und/oder Nebendiagnosen). Dies sind rund 19 Prozent aller stationär aufgenommenen Patientinnen und Patienten. Hauptursache dieser Erkrankungen ist die Arteriosklerose. Das Fortschreiten der Arteriosklerose ist durch ein komplexes Zusammenspiel zahlreicher modifizierbarer und nicht modifizierbarer (Risiko-)Faktoren bestimmt. Sie üben einen direkten oder über andere Faktoren vermittelten Einfluss aus und können wie folgt zusammengefasst werden: körperliche, verhaltensbezogene, psychische und soziale Faktoren. Körperliche, psychische, und auch verhaltensbezogene Faktoren werden dabei entscheidend durch gesellschaftliche Verhältnisse beeinflusst.

Die Ursachen von Demenzerkrankungen sind - je nach Erkrankungsform - sehr unterschiedlich. Wodurch diese krankhaften Veränderungen ausgelöst werden, ist jedoch noch nicht vollständig geklärt. Als Ursachen für die Entstehung von Demenzerkrankungen werden unterschiedliche vermeidbare und nicht vermeidbare Risikofaktoren diskutiert. Wobei zu den letzteren Diabetes mellitus, Hypertonie, Übergewicht, mangelnde körperliche Aktivität, Depression, Rauchen sowie niedriger Bildungsstand gezählt werden (Norton et al. 2014).

Laut Österreichischem Demenzbericht 2014 sind 4,1 Prozent der Alzheimer-Demenz-Fälle in Europa auf den Risikofaktor Adipositas bei Erwachsenen im Alter von 35 bis 64 Jahren mit einem BMI >30 kg/m<sup>2</sup> zurückzuführen (Norton et al. 2014). Auch Lee et al. (2010) bestätigt in einer systematischen Übersichtsarbeit den Zusammenhang von Adipositas im Erwachsenenalter und höherem Risiko für eine spätere Demenzerkrankung.

Studien, die Zusammenhänge zwischen einer gesundheitsförderlichen, ausgewogenen Ernährung im Alltagsleben und dem Risiko einer späteren Demenzerkrankung untersuchen, liefern uneinheitliche Ergebnisse. Einerseits wurde

gezeigt, dass eine fettreiche Ernährung mit einem erhöhten Risiko für Demenzerkrankungen assoziiert ist. Eine mediterrane Ernährung (erhöhter Konsum von Fisch, Obst, Gemüse, Getreide, ungesättigte Fettsäuren; ausgewogener Konsum von Milchprodukten, Fleisch und gesättigten Fettsäuren) sowie eine fischreiche Ernährung scheinen das Risiko für Demenzerkrankungen zu reduzieren (Daviglus et al. 2011; Dorner et al. 2011; Etgen et al. 2011; Lee et al. 2010; Lourida et al. 2013; Psaltopoulou et al. 2013). In anderen Studien wurden keine bzw. nur eingeschränkte Zusammenhänge zwischen Ernährung und Demenz festgestellt (Crichton et al. 2013; Daviglus et al. 2011; Etgen et al. 2011; Lee et al. 2010).

Hinsichtlich Diabetes verweise ich auf meine Ausführungen zu Frage 2. Berichte zur Evidenz bezüglich des Zusammenhangs von Ernährung mit MS (Multipler Sklerose) sind meinem Ressort nicht bekannt.

**Frage 16:**

Soweit meinem Ressort Daten zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen vorliegen, verweise ich auf meine Ausführungen zu Frage 15.

Da Transfette zu den gefährlichsten Fetten gehören – sie begünstigen die Entstehung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen – und in Lebensmitteln keine technologische Funktion erfüllen, wurde 2009 die Trans-Fettsäuren-Verordnung (BGBl. II Nr. 267/2009) verabschiedet. Sie schützt die Gesundheit der Gesamtbevölkerung, da durch sie die Verwendung der Transfette reguliert wird.

Die verbindliche Begrenzung des Transfettsäuregehalts in Lebensmitteln führt dazu, dass allen Verbraucher/inne/n ohne Abhängigkeit von ihrem sozio-ökonomischen Status TFS-ärmere Lebensmittel zur Verfügung stehen und gewährleistet die Reduktion der Aufnahme von Transfetten auf breiter Basis.

Die Entscheidung für die Einführung von Grenzwerten – im Gegensatz zu einer Kennzeichnung – fiel deshalb, da eine solche Kennzeichnung bedeutend höherschwelliger, also schwerer verständlich gewesen wäre.

Dr.<sup>in</sup> Sabine Oberhauser

|   |   |  |
|---|---|--|
| Signaturwert  | MdiP0/+2HEZC50kx7Dp590cD4st3he0rwaletuz32r8P0skxPGAIXHQW7oe/dLU<br>aMqzXo3Ki7ddcewIXYXf642Rivefw9sbR1ByiOdabc9aU7JuEKyRMIWzHa09ILdW<br>wR7zzM3JJBQstGHDyuii0JyQNaQUhTibTdJXcDh2w= |  |
|  | Unterzeichner   | serialNumber=756257306404,CN=Bundesministerium f. Gesundheit,O=Bundesministerium f. Gesundheit,C=AT                              |
|   | Datum/Zeit  | 2015-08-07T09:07:05+02:00  |
|   | Aussteller-Zertifikat   | CN=a-sign-corporate-light-02,OU=a-sign-corporate-light-02,O=A-Trust Ges. f. Sicherheitssysteme im elektr. Datenverkehr GmbH,C=AT |
|   | Serien-Nr.  | 540369   |
|   | Parameter   | etsi-bka-moa-1.0   |
| Hinweis   | Dieses Dokument wurde amtssigniert.   |  |
| Prüfinformation   | Informationen zur Prüfung der elektronischen Signatur finden Sie unter: <a href="http://www.signaturpruefung.gv.at">http://www.signaturpruefung.gv.at</a>                         |  |