

Nationaler Aktionsplan gegen das Übergewicht

M.J. Müller, H. Maier, R. Mann

Eine Initiative der Deutschen Adipositas-Gesellschaft e.V.

Dem Bundesgesundheitsministerium (BMG) und dem Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (BMELV) vorgelegt am 23. März 2007

Übergewicht und Adipositas sind heute endemisch, sie bedeuten eine Herausforderung für Gesundheit, Wirtschaft und Entwicklung in Deutschland und in Europa. Das Problem wurde von den Ministern und Delegierten auf der Europäischen Ministerkonferenz der WHO in Istanbul (15.-17.November 2006) anerkannt (1). Ziele und Prinzipien möglicher Massnahmen und Lösungsstrategien wurden formuliert. Dabei wurde die notwendige und mögliche Umkehr des Trends betont und den einzelnen Nationen Massnahmen in ihrem jeweiligen kulturellen Kontext empfohlen. Der vorliegende Nationale Aktionsplan folgt der Europäischen Charta zur Bekämpfung der Adipositas und bildet den Handlungsrahmen für erfolgreiche Massnahmen im Kampf gegen das Übergewicht in Deutschland. Durch gemeinsame, gezielte und integrierte Aktionen kann ein schneller Zuwachs an Gesundheit und eine Umkehr der Entwicklung erreicht werden. Die Adipositasepidemie ist umkehrbar, diese Entwicklung kann eingedämmt werden. Nationale Trends in Finnland und Polen belegen den Erfolg nationaler Maßnahmen von Prävention und Gesundheitsförderung am Beispiel der Herz-Kreislaufkrankungen, wenn alle Sektoren der Gesellschaft mit einbezogen werden. Die Reduktion von Risikofaktoren bedeutet mehr Gesundheit, dieses gilt sowohl für einzelne Menschen als auch für die Gesellschaft insgesamt. Die Erfolgsaussichten „Nationaler Aktionsplans gegen das Übergewicht“ sind (wenn wir es dann wollen) gut.

1. Das Problem

1.1 Häufigkeit: Übergewicht und Adipositas sind heute in den reichen Industrienationen (2,3) und so auch in Deutschland endemisch: mehr als 50% der Erwachsenen sind übergewichtig, jeder 5. ist ausgesprochen übergewichtig, d.h. adipös (4). Aktuelle repräsentative Daten des deutschen Kinder- und Jugend-Gesundheitssurvey (KIGGS) zeigen, dass auch Kinder und Jugendliche bereits betroffen sind: 9 % der Kinder zwischen 3 und 17 Jahren sind übergewichtig, mehr als 6 % sind bereits adipös (5). Übergewicht und Adipositas sind nicht nur häufig, sie sind in den zurückliegenden Jahren auch deutlich häufiger geworden. Dieser Trend ist alarmierend.

1.2 Folgeerkrankungen: Übergewichtige und adipöse Menschen werden häufig krank: Diabetes mellitus Typ II, Fettstoffwechselstörungen, Bluthochdruck, Gicht, Atherosklerose und von einer hohen Energieaufnahme und geringer körperlicher Aktivität abhängige Tumorerkrankungen (wie Dickdarmkrebs, Prostatakrebs und Brustkrebs nach der Menopause) sind bei Übergewicht häufiger als bei Normalgewicht. Übergewicht und Adipositas sind heute der neben dem Rauchen häufigste und vermeidbare Risikofaktor für chronische Erkrankungen. So wird sich die Zahl von Patienten mit einem Diabetes mellitus mit einer zeitlichen Verzögerung von 5-10 Jahren verdoppeln. 50% dieser Diabetiker werden diabetische Folgeerkrankungen erleiden und so z.B. blind, niereninsuffizient und dialysepflichtig werden. Im Vergleich zu normalgewichtigen Menschen beträgt der Verlust an Lebensjahren bei Übergewichtigen und Adipösen 3 bzw. 7 Jahre, der Verlust an *disability adjusted life years* (DALYS) beträgt für „ungesunde“ Ernährung, Adipositas und Inaktivität zusammen 9.6% (der Vergleichswert für das Rauchen liegt bei 9%) (6). Adipositas-bedingte Krankheiten sind jährlich für mehr als eine Millionen Todesfälle verantwortlich. Stigmatisierung und psychosoziale Benachteiligung sind weitere Lasten übergewichtiger und adipöser Menschen, deren Lebensqualität beeinträchtigt ist. Übergewicht und Adipositas verursachen hohe und vermeidbare Kosten im Gesundheitswesen, sie erklären momentan etwa 7% der gesamten Kosten (1,2,6), diese Kosten werden weiter ansteigen. Es ist sehr wahrscheinlich, dass die Strukturen und Kapazitäten unser derzeitiges Gesundheitswesen nicht ausreichen werden, um die zu erwartenden Auswirkungen der heutigen Adipositasepidemie zu bewältigen.

1.3 Behandlung: Die Behandlung von Übergewicht und Adipositas erscheint angesichts der nahe liegenden Ursachen (kalorien- und fettreiche Ernährung, geringe körperliche Aktivität, hohe Inaktivität) einfach: Weniger essen, mehr Bewegung und ein begrenzter Medienkonsum sind die für den Erfolg notwendigen Verhaltensänderungen (7). Allerdings sind diätetische und verhaltensmedizinische Ansätze oder auch aufwendige Lebensstilprogramme, welche auf eine Änderung von Ernährungsmustern, Aktivität und Inaktivität zielen, nur bei sehr wenigen Betroffenen nachhaltig wirksam: Nach kurzfristiger Gewichtsreduktion nehmen die meisten Betroffenen schnell wieder an Gewicht zu. Trotz der Implementierung Evidenz-basierter Leitlinien (8,9), Qualitätsstandards (10) und Trainermanualen (11) ist der Behandlungserfolg bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen in der Praxis gleichermassen begrenzt. Al-

lein an das Verhalten der Menschen gerichtete Massnahmen können das Problem nicht lösen.

1.4 Übergewicht und Adipositas als *Public Health Problem*: Übergewicht und Adipositas sind nicht nur Probleme der betroffenen Menschen, sie sind heute auch ein gesellschaftliches Problem. Übergewicht und Adipositas sind aufgrund

- ihrer hohen Prävalenz,
- der zunehmenden Verbreiterung,
- der hohen Morbidität, die zu einer Verkürzung der Lebenserwartung führt,
- der sozialen Auswirkungen (incl. Stigmatisierung und persönlicher Benachteiligung),
- der entstehenden Kosten für unser Gesundheitswesen,
- der z. Zt. begrenzten Behandlungsmöglichkeiten und
- der öffentlichen und auch politischen Aufmerksamkeit, die dem Problem in den letzten Jahren zuteil geworden ist,

ein sogenanntes „*Public Health Problem*“.

1.5 Gesellschaftliche Herausforderung: Übergewicht und Adipositas sind heute die große gesellschaftliche Herausforderung (1): Wir müssen das endemische Ausmaß der Übergewichtigkeit eingrenzen und ihre weitere Verbreitung verhindern. Es ist deshalb notwendig, dass wir

- das gesellschaftliche Problem annehmen,
- der Gesundheit einen hohen Wert beimessen,
- uns in allen Bereichen unserer Gesellschaft mit dem Problem „Übergewicht/Adipositas“ beschäftigen,
- nach gemeinsamen und koordinierten Lösungsstrategien suchen und
- die politische Kraft zur Veränderung aufbringen.

Für dieses Vorhaben ist ein Strategieplan notwendig, der im Sinne eines Nationalen Aktionsplans zur Bekämpfung von Übergewicht und Adipositas dem gemeinsamen (d.h. alle gesellschaftlichen Bereiche miteinbeziehenden) Vorgehen gegen die neben dem Rauchen wichtigste Ursache von vermeidbaren chronischen Erkrankungen dienen soll.

2. Prävention

Die Adipositasepidemie ist umkehrbar, die Epidemie kann eingedämmt werden (1). Dieses geschieht durch umfassende Maßnahmen, welche gesunde Lebensweisen durch ent-

sprechende soziale, wirtschaftliche und unsere Lebenswelten betreffende Veränderungen ermöglichen.

2.1 Notwendigkeit: Angesichts der hohen Krankheitslasten, der begrenzten Therapieerfolge und auch der mit Übergewicht und Adipositas verbundenen psychologischen, sozialen, ökologischen und ökonomischen Problemen ist eine Prävention von Übergewicht notwendig. Bevölkerungsweite Strategien können zu einer Verminderung chronischer Erkrankungen führen. Die Prävention chronischer Erkrankungen ist eine vitale Investition in die Zukunft unserer Gesellschaft (12).

2.2 Verhaltens- und Verhältnisprävention: Prävention adressiert individuelle und strukturelle Determinanten von Gesundheit. Maßnahmen der Prävention richten sich zunächst direkt an das Verhalten einzelner Menschen (= Verhaltensprävention). Nachhaltige wirksame Prävention umfasst auch die Verhältnisse (d.h. die Lebenswelten), unter denen wir leben (= Verhältnisprävention). Im Sinne der Ottawa Charta sollen Verhaltens- und Verhältnisprävention den Menschen ermöglichen, Einflussfaktoren auf Gesundheit zu kontrollieren (d.h. ungünstige Einflüsse verringern und günstige Einflüsse fördern) und Gesundheit zu verbessern. Grundlage von Prävention ist ein weit gefasstes, d.h. auch die ökologischen und sozioökonomischen Rahmenbedingungen von Übergewicht und Adipositas berücksichtigendes Verständnis. Neben den individuellen und nahe liegenden Ursachen (wie energiereiche Ernährung und inaktiver Lebensstil) geht es dabei um den Kontext, welcher Lebensstile prägt und verfestigt. Kontext des „Übergewichtsproblems“ sind familiäre, berufliche, soziale, kulturelle, politische und ökonomische Faktoren. Prävention von Übergewicht und Adipositas betrifft deshalb kommunale, nationale und internationale Strukturen und Politiken von Agrarbereich, Erziehung, Sport, Ernährung, Verbraucherschutz, Gesundheit, Unterhaltung, Marktwirtschaft, Transport und Verkehr, Umwelt und Medien.

2.3 Soziale Ungleichheit in Übergewicht und Gesundheit: Es bestehen sog. inverse soziale Gradienten der Übergewichtigkeit: je niedriger der soziale Status desto höher ist die Prävalenz von Übergewicht (13). Soziale Gradienten finden sich auch für die mit dem Übergewicht bzw. der Adipositas assoziierten Krankheiten wie Diabetes mellitus Typ 2, Bluthochdruck oder die Koronare Herzerkrankung. Soziale Unterschiede im Übergewicht bestehen aber zwischen allen gesellschaftlichen Gruppen. Deshalb sind die inversen sozialen Gradienten in Übergewicht und Gesundheit andererseits auch Ausdruck unseres gesellschaftlichen Miteinanders. Das sozial ungleich

verteilte Auftreten von Übergewicht, Adipositas und ihren Folgeerkrankungen ist Epiphänomen gesellschaftlicher Entwicklungen. Eine Verringerung sozialer Unterschiede durch bessere Bildung und ausgewogene Ressourcenverteilung könnte indirekt zur Prävention der Adipositas beitragen (13).

2.4 Adipositas als „Marktversagen“: Energiedichte Lebensmittel, passive Unterhaltung, Autos, automatisierter Transport und Arbeit erleichternde Geräte sind heute überall und im Überfluss verfügbar. Diese Güter werden erfolgreich vermarktet, im Übermaß konsumiert und erbringen hohe Gewinne. Adipositas ist so auch eine Konsequenz wirtschaftlichen Wachstums und Erfolgs (14). Der „Markt“ bestimmt die Auswahl an Gütern. Der gut informierte Verbraucher trifft seine Kaufentscheidung rational begründet, der Markt dient seinem Nutzen. Im Falle der Gesundheit sollte der Markt nicht nur der Gesundheit einzelner Menschen sondern auch der Bevölkerung insgesamt nutzen. Wenn (i) Menschen nun mehrheitlich übergewichtig und so „krank“ durch Konsum werden und (ii) individuelle Entscheidungen offensichtlich nicht immer rational sind, wären Eingriffe in den Markt zumindest für zu schützende Verbrauchergruppen wie Kinder und Jugendliche zu überlegen (z.B. durch Einschränkung von Werbung). Angesichts der sich weiter ausbreitenden Adipositasepidemie kann die Entscheidung am Markt nicht allein dem einzelnen Verbraucher überlassen bleiben. Wirtschaftliches Wachstum muss auch unter dem Gesichtspunkt seiner Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung bewertet werden.

2.5 Lebensräume: Die Veränderung unserer Lebensbedingungen und unserer Lebensräume haben in den letzten 20-30 Jahren zu einem dramatischen Rückgang von körperlicher Aktivität sowie zu veränderten Ernährungsweisen geführt. Dabei sind die Möglichkeiten für eine gesunde Lebensweise zwar grundsätzlich gegeben. Ein gesunder Lebensstil wird aber in unserem gesellschaftlichen Miteinander dadurch erschwert, dass gesellschaftliche und ökonomische Entwicklungen in der Regel nicht deren Auswirkungen auf die Gesundheit der Menschen berücksichtigen. Die Strukturen unseres Miteinanders (z.B. in der Planung von Städten und Gemeinden) berücksichtigen und entsprechen so wesentlich unsere heutigen Konsum- und Lebensgewohnheiten. Wenn aber diese der Gesundheit abträglich sind, wären die Lebensräume im Sinne der Gesundheitsförderung und Prävention chronischer Erkrankungen neu zu bewerten und gegebenenfalls zu verändern.

2.6 Strategien: Prävention von Übergewicht und Adipositas muss weite Bereiche unserer Gesellschaft mit einbeziehen. Die Strategien berücksichtigen neben der belegten

oder vermuteten Wirksamkeit individueller, institutioneller, sektoraler und gesamtgesellschaftlicher Maßnahmen von Gesundheitsförderung und Prävention auch deren Machbarkeit vor dem Hintergrund anderer Interessen und Werte in unserer Gesellschaft (z.B. ökonomisches Wachstum, freie Marktwirtschaft, Konsum und Arbeitsplätze). Die Strategien umfassen direkte (z.B. edukative) und indirekte Maßnahmen (z.B. Stärkung der Kommunen) der Gesundheitsförderung.

2.7 Ziele: Ziele gemeinsamer und möglichst alle mit dem Adipositasproblem assoziierten Bereiche miteinbeziehender Maßnahmen sind

- Stärkung individueller Kompetenz und Motivation sowie kommunaler Kapazitäten und Strukturen, die einer verbesserten Kontrolle über die Determinanten von Gesundheit dienen,
- Eine verminderte Inzidenz von Übergewicht (d.h. eine geringere Zahl von heute Normalgewichtige, die in den nächsten Jahren übergewichtig werden = weniger neue „Fällen“),
- die Prävention von weiterer Gewichtszunahme bei bereits Übergewichtigen bzw. Adipösen,
- Gewichtsreduktion bzw. -normalisierung bei Adipösen
- eine geringere Prävalenz von übergewichtigen und adipösen Menschen sowie
- Verringerung sozialer Unterschiede in Übergewicht und Gesundheit.

2.8 Kinder und Jugendliche: Ein besonderes Augenmerk gilt der Gruppe von Kindern und Jugendlichen, welche zukünftig unter Wahrung von Wachstum und Entwicklung sowie bei Meidung von Untergewicht und Essstörungen eine geringere Prävalenz von Übergewichtigkeit aufweisen sollte. Kinder und Jugendliche sind eine besonders zu schützende Verbrauchergruppe. Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen sind ein nachhaltig wirksames Risiko im Hinblick auf das Auftreten chronischer Erkrankungen im Erwachsenenalter. Die Prävention von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter hat deshalb eine besondere gesellschaftliche Bedeutung.

3. Strategischer Plan

Ein strategischer Plan zur Bekämpfung von Übergewicht und Adipositas betrifft alle Bereiche der Prävention und Gesundheitsförderung, d.h. die universale oder primäre Prävention (richtet sich an alle Menschen mit dem Ziel der Gesundheitsförderung), die selektive Prävention (richtet sich an Menschen mit einem erkennbaren Risiko (z.B. Kinder übergewichtiger Eltern) sowie der gezielten Prävention (auch als sekundäre und tertiäre Präven-

tion) bei bereits übergewichtigen und adipösen Menschen. Universale oder primäre Prävention umfasst die Verhaltens- und die Verhältnisprävention. Verhaltensprävention versucht körperliche Aktivität, Inaktivität und Ernährung der Menschen im Sinne der Gesundheit z.B. in Kindertagesstätten/Kindergärten, Schulen, Arbeitsplätzen, Familien, Freizeiteinrichtungen und Kommunen zu verbessern. Nach den bisherigen Erfahrungen bei Kindern und Jugendlichen wissen wir, dass rein edukative Ansätze zur Verbesserung des Lebensstils nur begrenzt geeignet sind, die Inzidenz und Prävalenz von Übergewicht und Adipositas zu senken. Es ist unstrittig, dass Kindertagesstätten, Kindergärten und Schulen unabhängig von den zunächst begrenzten Erfolgen in der Prävention von Übergewicht und Adipositas eine besondere Verantwortung für die Gesundheitsbildung haben. Allerdings müssen die bisherigen und zukünftigen Maßnahmen der Verhaltensprävention (wie z.B. Ernährungs- und Gesundheitserziehung), um Maßnahmen der Verhältnisprävention ergänzt werden, die z. B. das Lebensmittelangebot, die Nutzung der Sportstätten, Angebote des Sportunterrichts, die Möglichkeit bewegter Pausen, Strategien der Konfliktlösung, den Umgang mit Migranten und auch allgemein das der Gesundheit förderliche „Klima“ der Institutionen betreffen. Im Bereich der kommunalen und nationalen Gesundheitsförderung sind die Strategien weiter gefaßt und zielen z. B. auf das Angebot von Lebensmitteln, die Transportsysteme, die Gestaltung öffentlicher Räume, Freizeitangebote, soziale Sicherheiten und die Städteplanung und die Agrarpolitik. Hierzu müssen auch Sportvereine sowie Einrichtungen der freien und verbandlichen Jugendarbeit eingebunden werden.

4. Implementierung von Strategien

Die erfolgreiche Implementierung von Strategien zur Bekämpfung von Übergewicht und Adipositas ist abhängig von der Identifikation von Partnern, welche bereit sind, die jeweilige Strategie in ihrem Bereich durchzuführen. Darüber hinaus müssen innerhalb der jeweiligen Lebenswelten (z.B. in Schulen und Kommunen) Verantwortliche ernannt, ausgebildet und geschult werden, die sich mit den wesentlichen Inhalten des Strategieplans auskennen und sich für seine Umsetzung einsetzen. Anwaltschaft erfordert auch Lobbyismus, Organisation und Aktivitäten auf der politischen Ebene, um bürokratische, strukturelle und formale Barrieren zu überwinden. Erfolgreiche Strategien von Prävention und Gesundheitsförderung wahren den Respekt vor dem Mitmenschen und den betroffenen Institutionen. Die Implementierung, Koordinierung und Evaluation präventiver Strategien bedürfen der Experten, ihre Durchführung liegt aber in der Hand der Betroffenen und erfolgt in der jeweiligen Lebenswelt. Alle Maßnahmen der Prävention müssen qualitätsgesichert

sein und bedürfen einer methodisch angemessenen und fortlaufenden Evaluierung. Darüber hinaus wird eine „Gesundheitsverträglichkeitsprüfung“ in Bezug auf alle öffentlichen Maßnahmen gefordert (z. B: bei der Auflösung der wohnortnahen Grundschulbindung in NRW)

5. Strategien und Vorgehensweisen

Gliederung

I. Strukturen

- Koordination, politische Rahmenbedingungen
- Lebensmittelwirtschaft, Lebensmittelrecht
- Qualifikation der Akteure

II. Settingbezogene Ziele (Verhältnisprävention)

- Förderung gesunder Ernährung und täglicher körperlicher Aktivität in:
 - Kindergärten
 - Schulen
 - Betrieben/Arbeitsplätzen
 - Kommunen

III. Auf die Gesamtbevölkerung bezogene Ziele (Verhaltensprävention)

- Verbreitung des Wissens über die Bedeutung:
 - gesunder Ernährung
 - von Bewegung
 - von weniger Inaktivität
 - gesunden Körpergewichts
 - verantwortlichen Medienkonsums
 - von Gesundheit
- Fokussierung auf sozial schwache Bevölkerungsschichten

IV. Adipositasprävention bei Übergewichtigen und Therapie der Adipositas

V. Monitoring, Evaluation

Strukturen

Politische Rahmenbedingungen, Koordination

5.01

- **Ziel:** Koordination der Ziele und Vorhaben
- **Zuständig:** BZgA
- **Kooperationspartner:** Institut für Humanernährung und Lebensmittelkunde, CAU, Kiel Deutsche Adipositas-Gesellschaft, peb.

5.02.

- **Ziel:** Schaffung von ordnungspolitischen Rahmenbedingungen, welche der Gesundheit der Menschen förderlich sind.
- **Zuständig:** Bund, Länder und Kommunen (einigen sich auf Federführung)
- **Kooperationspartner:** Fachgesellschaften (DAG, DGE, Fachgesellschaften für Sportwissenschaften und Sportmedizin)

Lebensmittelwirtschaft, Lebensmittelrecht

5.03

- **Ziel:** Die Lebensmittelindustrie verbessert das Angebot Obst und Gemüse zu angemessenen Preisen, vermindert Portionsgrößen für Fast food und erhöht den Anteil von Lebensmitteln und Getränken mit niedrigem oder vermindertem Kaloriengehalt.
- **Zuständig:** BLL
- **Kooperationspartner:** Deutsche Gesellschaft für Ernährung, Verbraucherschutzzentralen, WCRF, EU-Kommission.

5.04

- **Ziel:** Entwicklung eines Systems der Lebensmittelkennzeichnung, welches den Energiegehalt der Lebensmittel deutlich macht.
- **Zuständig:** Bundesinstitut für Risikobewertung
- **Kooperationspartner:** DGE, BLL, EU-Kommission

Qualifikation der Akteure

5.05

- **Ziel:** Einbindung von Ärzten und anderen Verantwortlichen im Gesundheitswesen in den Strategieplan
- **Verantwortlich:** Bundes- und Landesärztekammern, Fortbildungsakademien
- **Kooperationspartner:** Deutsche Adipositas-Gesellschaft

5.06

- **Ziel:** Ärzte und andere Verantwortliche im Gesundheitswesen sollen eine führende Rolle in der Prävention von Übergewicht und Adipositas in ihren Kommunen im Sinne der aufsuchenden Gesundheitsförderung übernehmen.
- **Zuständig:** Bundes- und Landesärztekammern, KVs (einigen sich auf Federführung)
- **Kooperationspartner:** Deutsche Adipositas-Gesellschaft

5.07

- **Ziel:** Das Thema „Übergewicht/Adipositas“ muss fester Bestandteil in den Ausbildungscurricula für Gesundheits- und Ausbildungsberufe (Ärzte, Apotheker, Pflegeberufen, Gesundheitswissenschaftler, Trainer, Lehrer und anderer Experten) sein.

- **Zuständig:** Kultusministerkonferenz, Bundesärztekammer, Berufsverbände (einigen sich auf Federführung)
- **Kooperationspartner:** Fachgesellschaften (DAG, DGE, DGEM, DDG)

Settingbezogene Ziele (Verhältnisprävention)

5.08

- **Ziel:** Das Angebot an Lebensmitteln in Schulen soll den Ernährungsempfehlungen für Kinder und Jugendliche entsprechen und die äußeren Bedingungen eine „gesunde“ Esskultur fördern.
- **Zuständig:** Ministerien für Erziehung und Bildung in den Bundesländern (einigen sich auf Federführung)
- **Kooperationspartner:** DGE, FKE, Lehrgewerkschaften, Elternbeiräte, Schulen, Unis Flensburg, Lüneburg, Heidelberg; EU ?; Elternverbände, Fachgesellschaften „Erziehung/Bildung“

5.09

- **Ziel:** Tägliche Aktivität in Schule (in Pausen und Unterricht)
- **Zuständig:** Bildungsministerien in den Bundesländern (einigen sich auf Federführung)
- **Kooperationspartner:** Fachgesellschaften für Sportmedizin, Landessportverbände, Elternbeiräte, Lehrgewerkschaften, Schulen, Kommunen und Gemeinden.

5.10

- **Ziel:** Das Angebot an Lebensmitteln in Kindergärten soll den Ernährungsempfehlungen für Kinder und Jugendliche entsprechen und die äußeren Bedingungen eine „gesunde“ Esskultur fördern.
- **Zuständig:** Kindertagsträger
- **Kooperationspartner:** DGE, FKE, Fachschulen für Erzieherinnen; EU ?; Elternverbände, Fachgesellschaften „Erziehung/Bildung“

5.11

- **Ziel:** Tägliche Aktivität im Kindergarten
- **Zuständig:** Kindertagsträger
- **Kooperationspartner:** Fachschulen für Erzieherinnen, Kindertagsträger, Fachgesellschaften für Sportmedizin, Landessportverbände, Elternbeiräte, Kommunen und Gemeinden.

5.12

- **Ziel:** Regelmäßige körperliche Aktivität und gesunde Ernährung sind wesentlicher Teil der Gesundheit am Arbeitsplatz
- **Zuständig:** Ministerium für Soziales und Arbeit, Bundesgesundheitsministerium (einigen sich auf Federführung)
- **Kooperationspartner:** Arbeitgeber- und Arbeitnehmerverbände, Gewerkschaften, Deutsche Gesellschaft für Ernährung, World Cancer Research Fund, Gesundheitsministerien der Länder, Landeszentralen für Gesundheitsförderung, Fachgesellschaft für Arbeitsmedizin

5.13

- **Ziel:** Entwicklung neuer Möglichkeiten für vermehrte körperliche Aktivität am Arbeitsplatz durch Veränderung von Arbeitsabläufen und Gestaltung von Arbeitsplätzen.
- **Zuständig:** Arbeitgeber, Personalräte, Gewerkschaften, Bundesärztekammer (einigen sich auf Federführung)
- **Kooperationspartner:** Gesellschaft für Arbeitsmedizin, Personal- und Betriebsärztlicher Dienst, Landesärztekammern.

5.14

- **Ziel:** Verbesserung der Angebote sowie der Vielfalt von Lebensmitteln in Kantinen (Arbeitsplatz) entsprechend den Empfehlungen für eine gesunde Ernährung
- **Zuständig:** Ministerium für Ernährung/Verbraucherschutz,
- **Kooperationspartner:** Deutsche Gesellschaft für Ernährung, Arbeitnehmerverbände, Gewerkschaften, Verbraucherschutzorganisationen

5.15

- **Ziel:** Schaffung von Möglichkeiten geplanter und spontaner körperlicher Aktivität in den Kommunen
- **Federführend:** kommunale Politiker, Verkehrsministerien, Städteplaner (einigen sich auf Federführung)
- **Kooperationspartner:** Umwelt- und Verkehrsexperten, Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin, Bundesministerium für Gesundheit, Sportvereine, Polizei, Krankenkassen

5.16

- **Ziel:** Im öffentlichen (und privaten ?) Bereich (Kommune) sollten die Ernährungsangebote den Evidenz-basierten Richtlinien für eine gesunde Ernährung für Kinder und Jugendliche entsprechen
- **Zuständig:** Bundes- und Länderministerien für Verbraucherschutz/Ernährung (einigen sich auf Federführung)
- **Kooperationspartner:** DGE, Verbraucherschutzverbände, Fachgesellschaften der Diätassistentinnen und Ökotrophologen, Gewerkschaft Nahrung-Genuss-Gaststätten (NGG), Verbraucherschutzorganisationen

Auf die Gesamtbevölkerung bezogene Ziele (eher Verhaltensprävention)

5.17

- **Ziel:** Entwicklung nationaler Richtlinien für körperliche Aktivität unter Berücksichtigung von Aktivitäten mit niedriger und moderater Intensität.
- **Zuständig:** Bundesgesundheitsministerium, Bundesministerium für Inneres (einigen sich auf Federführung)
- **Kooperationspartner:** Robert-Koch-Institut, Deutsche Gesellschaft für Kardiologie, Vertreter aus dem Bereich Rehabilitation und Präventivmedizin, Fachgesellschaften der Sportwissenschaften und Sportmedizin, Deutscher Sportbund, Sporthochschule in Köln.

5.18

- **Ziel:** Nach Entwicklung der nationalen Richtlinien für körperliche Aktivität müssen diese verbreitet und in den Alltag implementiert werden.
- **Zuständig:** Erziehungs- und Bildungsministerien in den Bundesländern, regionale Sport- und Präventionsverbände (einigen sich auf Federführung)
- **Kooperationspartner:** BZgA, Fachgesellschaften für Sportwissenschaften und Sportmedizin, Landesvereinigung für Gesundheitsförderung, Ärztekammern, Medien, Sportvereine.

5.19

- **Ziel:** Verbreitung und Implementierung von Evidenz-basierten Ernährungsrichtlinien für Kinder und Jugendliche verschiedener Altersstufen und Erwachsene (mit dem Ziel einer Steigerung des Obst- und Gemüseverzehr); auch: *Förderung des Stillens*.
- **Zuständig:** Bundes- und Länderministerien für Verbraucherschutz und Ernährung (einigen sich auf Federführung)
- **Kooperationspartner:** Deutsche Gesellschaft für Ernährung, Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin, Deutsche Diabetes-Gesellschaft, Fachgesellschaft für Diätassistentinnen und Ökotrophologen, Deutsche Gesellschaft für Kardiologie, WCRF, Ärztekammern, Medien.

5.20

- **Ziel:** Verbreitung der Bedeutung eines gesunden Körpergewichtes sowie seiner Kenngrößen (BMI, Taillenumfang)
- **Zuständig:** Bundes- und Landesärztekammern (einigen sich auf Federführung)
- **Kooperationspartner:** BZgA, DAG, Landeszentralen für Gesundheitsförderung, DGE, Medien

5.21

- **Ziel:** Informationen und Empfehlungen für einen verantwortlichen Medienkonsum
- **Zuständig:** Bundesministerium für Gesundheit
- **Kooperationspartner:** TV- und Radiosendern, Medienindustrie, Verbraucherschutzorganisationen, Fachgesellschaften für Sport und Präventivmedizin, Journalistenverbände, „Freizeitforscher“=BAT-Institut, Werberat, Bundesinstitut für jugendgefährdende Schriften

5.22

- **Ziel:** Weniger Inaktivität (Autofahren, Fernsehen usw.), mehr körperliche Aktivität
- **Zuständig:** BZgA
- **Kooperationspartner:** Verkehrsministerium, Umweltorganisationen, Autoindustrie, ADAC etc

5.23

- **Ziel:** Verbesserte Wertschätzung von und Verantwortung für Gesundheit durch angemessene mediale Darstellung
- **Zuständig:** BZgA
- **Kooperationspartner:** Medien (Radio/Fernsehen/Internet/Printmedien), Journalistenverbände

5.24

- **Ziel:** Entwicklung von Ansprechstrategien für sozial schwache Menschen
- **Zuständig:** BZgA
- **Kooperationspartner:** Unis, FH

5.25

- **Ziel:** Verminderung sozialer Unterschiede in Übergewicht und Gesundheit
- **Zuständig:** BZgA
- **Kooperationspartner:** Fachgesellschaften der Gesundheitswissenschaften und Sozialmedizin, WHO, EU, Uni Düsseldorf, Arbeitgeberverbände ?, Wirtschaftsverbände ?, Gewerkschaften ? Ökonomen

neu

Adipositasprävention bei Übergewichtigen und Therapie der Adipositas

5.26

- **Ziel:** Diagnostik und langfristige qualitätsgesicherte Behandlung von Übergewicht und Adipositas
- **Zuständig:** BMG
- **Kooperationspartner:** Fachgesellschaften, Berufsverbände

5.27

- **Ziel:** Verbreitung von Qualitätskriterien für Adipositasbehandlung
- **Zuständig:** BZgA
- **Kooperationspartner:** Fachgesellschaften, Berufsverbände

5.28

- **Ziel:** Förderung von Forschungsvorhaben zur Wirksamkeit von Therapiemaßnahmen
- **Zuständig:** Wissenschaftliche Fachgesellschaft
- **Kooperationspartner:** BMG, BMFT, DFG...

Monitoring, Evaluation

5.29

- **Ziel:** Fortlaufende Erfassung von Veränderung des Gewichts und des Taillenumfanges in der deutschen Bevölkerung
- **Zuständig:** Robert-Koch-Institut, Nationale Verzehrsstudie (BfE, Karlsruhe, Bonn) (einigen sich auf Federführung)
- **Kooperationspartner:** Universitäten, Ministerien

5.30

- **Ziel:** Regelmäßige Erfassung von körperlicher Aktivität und Lebensstilmuster in der Bevölkerung
- **Zuständig:** Robert-Koch-Institut, Nationale Verzehrsstudie (BfE Karlsruhe, Bonn) (einigen sich auf Federführung)
- **Kooperationspartner:** Universitäten, DifE, Deutsche Sporthochschule Köln

5.31

- **Ziel:** Fortlaufende Bewertung ökonomischer Entwicklungen unter Aspekten ihrer gesundheitlicher Auswirkungen
- **Zuständig:** Die „Wirtschaftsweisen“
- **Kooperationspartner:** Wirtschaftsinstitute, Robert Koch Institut.

5.32

- **Ziel:** Fortlaufende Berichterstattung und Evaluation der Strategien nach festgelegtem Monitoring
- **Zuständig:** BZgA, wissenschaftliche Institute, Berufsverbände
- **Kooperationspartner:** Deutsche Adipositas-Gesellschaft

5.33

- **Ziel:** Fortlaufende Überprüfung der Behandlungsangebote und ihrer Wirksamkeit
- **Zuständig:** BZgA, ?
- **Kooperationspartner:** Deutsche Adipositas-Gesellschaft

6. Zeitrahmen

Eine langfristig angelegte und gemeinsam alle im Nationalen Aktionsplan formulierten Ziele betreffende Überwachung der Fortschritte ist notwendig. Da die Ziele z.T. nicht unmittelbar erreicht werden können und auch die Auswirkungen der gewünschten Veränderungen erst mittelfristig deutlich werden, ist es sinnvoll, alle 3 Jahre einen Bericht zum Stand der Dinge und den Fortschritten zu verfassen. Dieser Bericht wird von der Koordinationsstelle (BZgA) unter Mitarbeit eines universitären Instituts herausgegeben. Sichtbare Fortschritte sollten in der Gruppe Kinder und Jugendliche innerhalb der nächsten 6 Jahre erkennbar sein. Eine Trendumkehr wird voraussichtlich in 10-15 Jahren erreicht. Die Autoren der Europäischen Charta zur Bekämpfung der Adipositas erwarten die Trendwende bereits bis zum Jahre 2015 (1).

7. Nationale und internationale Einordnung eines Nationalen Aktionsplans gegen das Übergewicht

Der Nationale Aktionsplan entspricht dem Auftrag der Istanbul Charta (1) und ist so in die internationalen Aktivitäten eingebunden. In Deutschland bestehen bereits einige Initiativen der Prävention von Übergewicht und Adipositas, welche von Bundesministerien (15,16), Plattformen und Foren (17,18) und auch z.B. der Lebensmittelindustrie (vergl. 19) ausgehen. Auch bei einzelnen Krankenkassen gab/gibt es (allerdings bisher selten evaluierte) Programme im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention von Übergewicht. Die von den Bundesministerien geförderten Projekte und auch die Initiativen des „Forums Prävention“ und der „Plattform Ernährung und Bewegung“ versuchen Akteure und Interessengruppen aus verschiedenen Bereichen unserer Gesellschaft, aber auch innerhalb von Sektoren zusammenzuführen und gemeinsame Strategien im Kampf gegen das Übergewicht zu entwickeln. Allerdings fehlt den dort versammelten Akteuren bisher

ein systematisches und den übergeordneten Zielen folgendes Konzept. Bisher dokumentierte Aktionen und Erfolge beschränken sich auf punktuelle Strategien, die überwiegend edukativen Maßnahmen entsprechen. Wünschenswert ist, dass sich die Interessen der Akteure dem Interesse der Sache unterordnen. Zukünftig gilt es, die bisherigen Kräfte und Potentiale (i) noch besser zu koordinieren, (ii) neue Partner zu gewinnen, (iii) gemeinsame, viele Bereiche unserer Gesellschaft umfassende Strategien zu entwickeln und in Handeln umzusetzen. Dazu bedarf es eines Aktionsplans, welcher Ziele, Verantwortung und Kooperationspartner benennt. Im europäischen Rahmen gibt es eine EU Plattform „Diet, Physical Activity and Health“ (20). Das „Green paper“ der EU Kommission „Promoting healthy diets and physical activity: a European dimension for the prevention of overweight, obesity and chronic diseases“ fordert dezidiert nationale Aktionen zur Ergänzung europäischer Initiativen (21). Der nächste Schritt war die WHO-Ministerkonferenz im Kampf gegen die Adipositas im November 2006 (1). Einen ersten Nationalen Aktionsplan zur Bekämpfung von Übergewicht und Adipositas wurde 1997 in Australien formuliert (22). In einigen Ländern Europas wie Dänemark, Irland, Portugal, Slowakei und Spanien wurden Nationale Aktionspläne zur Bekämpfung der Adipositas bzw. Ernährungsaktionspläne oder andere Public Health-Strategien implementiert (vergl. 21). Der Nationale Aktionsplan gegen das Übergewicht in Dänemark ist ein Beispiel (23). Er zeigt erste Erfolge beim Bewegungsverhalten der Kinder und auch geringere Gesundheitskosten (24). Die WHO hat im Zeitraum von 2004 bis 2006 eine globale Strategie für Ernährung, körperliche Aktivität und Gesundheit entwickelt, welche Basis für breite kommunale Strategien im Kampf gegen das Übergewicht sein soll (21,25). Der „Nationale Aktionsplan gegen das Übergewicht“ entspricht der z.Zt. größte Herausforderung unseres Gesundheitswesens, er greift erste Initiativen in der Gesundheitsförderung und Prävention auf. Der Aktionsplan gibt Ziele und Verantwortlichkeiten vor und ist damit Orientierung für alle Beteiligten. Er entspricht internationalen Entwicklungen in der EU und der WHO. Die Wirksamkeit von Maßnahmen der Gesundheitsförderung ist wissenschaftlich gut belegt (26).

Literatur

1. WHO European Ministeries Conferences on Counteracting obesity. European Charter on counteracting obesity. Istanbul, Türkei, Nov. 1-17,2006.
http://www.euro.who.int/obesity/conference/20060216_1, in deutscher Version als Europäische Charta zur Bekämpfung der Adipositas, EUR/06/5062700/8

2. WHO Technical Report Series 894. Obesity: Preventing and managing the global epidemic. WHO, Genf, 2000.
3. WHO, World Health Report 2002, Genf, 2002.
4. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit in Deutschland. Robert Koch Institut und Statistisches Bundesamt, Berlin, Juli 2006.
5. Food and Health in Europe: a new basis for action. und WHO Regional Publications European series, No 96 <http://www.euro.who.int/document/E82161.pdf>,
6. Kinder Jugend und Gesundheits Survey (KIGGS), Robert Koch Institut, 25.09.2006, www.kiggs.de
7. WHO Technical report Series 916. Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. WHO, Genf, 2003.
8. Deutschen Adipositas Gesellschaft (DAG), Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG), Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DEG): Evidenz-basierte Leitlinie Adipositas. Prävention und Therapie der Adipositas. 2003. www.dag.de
9. Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindesalter, AGA, 2003. www.a-g-a.de
10. BZgA, Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention, Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 15 (2001)
11. Konsensusgruppe Adipositasschulung im Kindes- und Jugendalter (KgAS), Adipositasschulung. www.adipositasschulung.de
12. WHO Preventing chronic diseases-a vital investment, WHO Genf, 2005. www.who.int/chp/chronic_disease_report/en/
13. Müller MJ, Danielzik S. Childhood overweight: is there need for a new societal approach to the obesity epidemic ? Obesity reviews, online publication 20.10.2006, 2006.
14. Moodie R, Swinburn B, Richardson J, Somaini B. Childhood obesity-a sign of commercial success, but a market failure. Int. J. Pediatr. Obes. 1,133-138,2006.
15. Bundesministerium für Gesundheit (BMG): „Bewegung und Gesundheit“, <http://www.die-praevention.de/praevention/praeventionskampagne/index.html>
16. Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (BMVEL): „besser essen-mehr bewegen“ KINDERLEICHT. www.verbraucherministerium.de und www.kinder-leicht.net
17. Deutsches Forum Prävention und Gesundheitsförderung (DFPG) www.forumpraevention.de

18. Plattform Ernährung und Bewegung (peb) www.ernaehrung-und-bewegung.de/peb
19. Lang T, Rayner G, Kaelin E. The food industry, diet, physical activity and health. A review of reported commitments and practice of 25 of the worlds largest food companies. London: City University, 2006.
<http://www.city.ac.uk/press/The%20Food%20Industry%20diet%20Physical%20Activity%20and%20Health.pdf>
20. Diet, Physical Activity and Health-EU Plattform for Action.
http://ec.europa.eu/health/ph_life_style/nutrition/platform/platform_en.htm
21. Commission of the European Communities. Green paper „Promoting healthy diets and physical activity: a European dimension for the prevention of overweight, obesity and chronic diseases“, Brussels 2005. www.ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/nutrition_gp_en.pdf
22. National Health and Medical Research Council (NHMRC). Acting on Australias weight. A strategic plan for the prevention of overweight and obesity. Canberra, 1997.
23. National Action Plan Against Obesity. Recommendations and perspectives. National Board of Health, Center for Health Promotion and Prevention. Kopenhagen, 2003.
24. Krarup-Pedersen S. How to make a national action plan – 3 years experience in Denmark. Vortrag auf der Jahrestagung der Deutschen Adipositasgesellschaft in Köln, 5.-7.10.2006.
25. WHO Global strategy on diet, physical activity and health.
http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R17-en.pdf
26. The Evidence of Health Promotion Effectiveness. Shaping Public Health in a New Europe. A report of the European commission by the International Union for Health promotion and Education. ECSC-EC-EAEC, Brussels 2000.
www.healthpromotion.act.gov.au/research/documents/files/Part_2_Evidence_Book.pdf