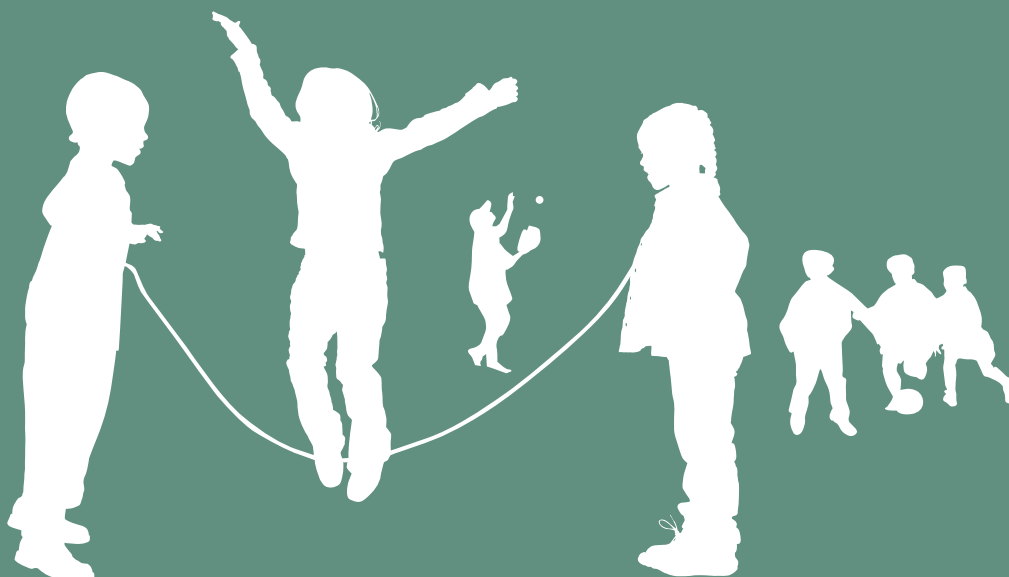


Die Herausforderung Adipositas und Strategien zu ihrer Bekämpfung

in der Europäischen Region der WHO

Zusammenfassung



**Die Herausforderung Adipositas
und Strategien zu ihrer Bekämpfung
in der Europäischen Region der WHO**

Zusammenfassung

Die Weltgesundheitsorganisation wurde 1948 als die in internationalen Gesundheitsangelegenheiten und Fragen der öffentlichen Gesundheit richtungweisende und koordinierende Sonderorganisation der Vereinten Nationen gegründet. Zu den in der Satzung verankerten Funktionen der WHO gehört es, auf dem Gebiet der menschlichen Gesundheit objektive und zuverlässige Informationen zu liefern und beratend tätig zu sein. Dieser Verantwortung wird sie teilweise durch ihr Publikationsprogramm gerecht, mit dem sie den Ländern zu helfen sucht, eine Politik zu führen, die der Gesundheit ihrer Bevölkerungen dient, und durch das sie sich mit den dringlichsten gesundheitlichen Anliegen der Länder auseinandersetzt.

Das WHO-Regionalbüro für Europa ist eines von sechs in allen Teilen der Welt angesiedelten Regionalbüros, die alle ihr eigenes, auf die besonderen gesundheitlichen Probleme ihrer Mitgliedsländer abgestimmtes Programm haben. In der Europäischen Region leben über 880 Millionen Menschen in einem Gebiet, das sich zwischen Nordpolarmeer und Mittelmeer und zwischen Atlantischem und Pazifischem Ozean erstreckt. Das europäische Programm der WHO unterstützt alle Länder der Region bei der Entwicklung und Erhaltung ihrer eigenen Gesundheitspolitik, -systeme und -programme; es hilft ihnen, gesundheitliche Gefährdungen zu verhüten und zu überwinden, sich auf künftige gesundheitliche Herausforderungen einzustellen, für Maßnahmen einzutreten, die der Gesundheit der Bevölkerung dienen, und diese umzusetzen..

Die WHO strebt die möglichst breite Verfügbarkeit ihrer autoritativen Informationen und ihrer gesundheitlichen Leitlinien an, weshalb sie sicherstellt, dass ihre Veröffentlichungen weite internationale Verbreitung finden, und sie auch deren Übersetzung und Bearbeitung fördert. Die Bücher der WHO tragen dazu bei, Gesundheit zu fördern und zu schützen und Krankheiten zu verhüten und zu bekämpfen. Damit sind sie auch ein Beitrag zur Verwirklichung des Hauptziels der Organisation, allen Menschen die Erreichung des bestmöglichen Gesundheitszustands zu ermöglichen.



**Die Herausforderung Adipositas und
Strategien zu ihrer Bekämpfung
in der Europäischen Region der WHO**

Zusammenfassung

Redaktion:

Francesco Branca, Haik Nikogosian
und Tim Lobstein

CIP-Kurztitelaufnahme der WHO-Bibliothek

Die Herausforderung Adipositas und Strategien für ihre Bekämpfung in der Europäischen Region der WHO: Zusammenfassung/
Redaktion: Francesco Branca, Haik Nikogosian und Tim Lobstein

1. Adipositas – Prävention und Kontrolle 2. Adipositas – Ätiologie
3. Strategische Planung 4. Programmentwicklung 5. Gesundheitspolitik
6. Europa I. Branca, Francesco II. Nikogosian, Haik III. Lobstein, Tim

ISBN 978 92 890 3388 6 (print)

ISBN 978 92 890 3387 9 (ebook)

(NLM Klassifikation : WD 210)

ISBN 978 92 890 3388 6

Bitten um Zusendung von Exemplaren der Veröffentlichungen des WHO-Regionalbüros für Europa sind an das Referat Veröffentlichungen zu richten:

Referat Veröffentlichungen
WHO-Regionalbüro für Europa
Scherfigsvej 8
DK-2100 Kopenhagen Ø
Dänemark.

Oder füllen Sie auf der Website des Regionalbüros ein Online-Formular für Dokumentation/ Information bzw. die Genehmigung zum Zitieren/ Übersetzen aus (<http://www.euro.who.int/pubrequest>).

© **Weltgesundheitsorganisation 2007**

Alle Rechte vorbehalten. Das Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation begrüßt Anträge auf Genehmigung der auszugsweisen oder vollständigen Wiedergabe oder Übersetzung seiner Veröffentlichungen.

Die in dieser Veröffentlichung benutzten Bezeichnungen und die Darstellung des Stoffes beinhalten keine Stellungnahme seitens der Weltgesundheitsorganisation bezüglich der Rechtsstellung eines Landes, eines Territoriums, einer Stadt oder eines Gebiets bzw. ihrer Regierungsinstanzen oder bezüglich des Verlaufs ihrer Staats- und/oder Gebietsgrenzen. Die in Tabellenüberschriften benutzte Bezeichnung „Land oder Gebiet“ umfasst Länder, Territorien, Städte oder Gebiete. Gestrichelte Linien in Karten geben den ungefähren Verlauf von Grenzen an, über die u. U. noch keine vollständige Einigkeit besteht.

Die Erwähnung bestimmter Unternehmen oder der Erzeugnisse bestimmter Hersteller besagt nicht, dass diese von der Weltgesundheitsorganisation gegenüber anderen ähnlicher Art, die im Text nicht erwähnt sind, bevorzugt oder empfohlen werden. Abgesehen von eventuellen Irrtümern und Auslassungen, sind Markennamen im Text besonders gekennzeichnet.

Die Weltgesundheitsorganisation verbürgt sich nicht für die Vollständigkeit und Richtigkeit der in dieser Veröffentlichung enthaltenen Informationen und haftet nicht für sich aus deren Verwendung ergebende Schäden. Die von Autoren oder Redakteuren zum Ausdruck gebrachten Ansichten entsprechen nicht notwendigerweise den Beschlüssen oder der ausdrücklichen Politik der Weltgesundheitsorganisation.

Printed in Denmark

INHALT

Danksagung	vii
An dieser Publikation haben mitgewirkt	viii
<i>Vorwort</i>	xi
Zusammenfassung.....	xiii
1. Die Herausforderung	1
Wichtigste Aussagen.....	1
Begriffsbestimmungen.....	1
Einführung.....	1
Prävalenz	2
Zeitliche Entwicklung	5
Generationsübergreifende Einflüsse	5
Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheit	8
Ökonomische Folgen	10
Sozioökonomisch bedingte Unterschiede bei der Prävalenz.....	12
Einschätzung der Herausforderung: Das weitere Vorgehen.....	13
2. Die Determinanten der Adipositas	14
Wichtigste Aussagen.....	14
Einführung.....	15
Sitzende Tätigkeiten, körperliche Betätigung, Fitness und Adipositas	16
Determinanten von körperlicher Betätigung	16
Ernährungsbedingte Einflüsse auf die Adipositas	17
Ernährungsgewohnheiten und Adipositas in der Europäischen Region	18
Das Lebensmittelumfeld	19
Welche Faktoren bestimmen das Ernährungsumfeld?.....	22
Lebensmittelvermarktung und -werbung.....	23
Sozioökonomische Triebkräfte der Adipositas	24
Adipositas und psychische Gesundheit	25
Untersuchung der Determinanten: Das weitere Vorgehen.....	26
3. Die Erkenntnisbasis für Interventionen zur Bekämpfung der Adipositas	27
Wichtigste Aussagen.....	27
Einführung.....	27
Interventionen im Kleinmaßstab.....	28
Interventionen im Großmaßstab.....	30
Förderung körperlicher Betätigung.....	31
Ökonomische Instrumente.....	32

Berücksichtigung des Kontexts	32
Jenseits experimenteller Erkenntnisse	33
Aufbau einer Erkenntnisbasis für effektive Interventionen: Das weitere Vorgehen	35
4. Adipositas-Management und Therapie	36
Wichtigste Aussagen.....	36
Einführung.....	36
Interventionsansätze: Erwachsene	37
Interventionsansätze: Kinder und Jugendliche.....	38
Management und Therapie: Das weitere Vorgehen.....	40
5. Entwicklung von politischen Maßnahmen zur Bekämpfung der Adipositas	41
Wichtigste Aussagen.....	41
Einführung.....	42
Bestehende internationale Handlungsrahmen	43
Gegenwärtige nationale Konzepte zur Bekämpfung der Adipositas in den Ländern der Europäischen Region	45
Entwicklung von Strategien und Aktionsplänen	48
Eine Investition in die Gesundheitsförderung	49
Schlüsselmaßnahmen	49
Die Aufgabe der maßgeblichen Akteure.....	52
Bewertung der Konzepte.....	54
Grundsatzentwicklung: Das weitere Vorgehen	55
Literatur	57
Anhang 1. Europäische Charta zur Bekämpfung der Adipositas.....	64

Danksagung

Wir bedanken uns bei W. Philip T. James (International Obesity Task Force, London, Vereinigtes Königreich) und Kaare R. Norum (Universität Oslo, Norwegen) für Kritik und Vorschläge zu früheren Entwurfsfassungen für dieses Buch, Shubhada Watson (Evidenz für Gesundheitsdefizite, WHO-Regionalbüro für Europa) für ihre Hilfe bei der Bewertung der Fakten und Garden Tabacchi (Universität Palermo, Italien) für die umfassende redaktionelle Unterstützung bei der Fertigstellung des endgültigen Manuskripts.

Ebenso danken wir auch all denjenigen, die den fachlichen Inhalt der in dieser Publikation zusammengefassten Vorträge überprüft haben: Jonathan Back (Generaldirektion für Gesundheit und Verbraucherschutz, Europäische Kommission, Brüssel, Belgien), Leena Eklund (Health Evidence Network, WHO-Regionalbüro für Europa), Egon Jonsson (Universität Alberta, Kanada), Brian Martin (Bundesamt für Sport, Magglingen, Schweiz), Wilfried Kamphausen (Generaldirektion für Gesundheit und Verbraucherschutz, Europäische Kommission, Luxemburg), Bente Klarlund Pedersen (Staatliches Universitätskrankenhaus Kopenhagen, Dänemark), Mark Pettigrew (Glasgow, Vereinigtes Königreich), Claudio Politi (Finanzierung von Gesundheitssystemen, WHO-Regionalbüro für Europa), Pekka Puska, (Staatliches Institut für Öffentliche Gesundheit, Helsinki, Finnland) und Antonia Trichopoulou (WHO-Kooperationszentrum für Ernährungserziehung, Medizinische Fakultät der Universität Athen, Griechenland). Weitere wertvolle Beiträge stammen von Jill Farrington (Nichtübertragbare Krankheiten, WHO-Regionalbüro für Europa), Eva Jané-Llopis (Förderung der psychischen Gesundheit, WHO-Regionalbüro für Europa) und Matthijs Muijen (Psychische Gesundheit, WHO-Regionalbüro für Europa).

Schließlich möchten wir auch die professionelle Arbeit des Publikationsteams sowie der Mitarbeiter in den Bereichen Sekretariat und Kommunikation beim WHO-Regionalbüro für Europa würdigen, die die Europäische Ministerkonferenz der WHO zur Bekämpfung der Adipositas unterstützt und damit maßgeblich zur Erstellung von deren Publikationen beigetragen haben.

Francesco Branca, Haik Nikogosian und Tim Lobstein

An dieser Publikation haben mitgewirkt

Ayodola Anise

The Lewin Group, Falls Church, Virginia, Vereinigte Staaten von Amerika

Tim Armstrong

Chronische Krankheiten und Gesundheitsförderung, WHO-Hauptbüro

Colin Bell

Universität Deakin, Geelong, Australien

Wanda Bemelman

Nationales Institut für öffentliche Gesundheit und Umwelt, Bilthoven, Niederlande

Vassiliki Benetou

Medizinische Fakultät, Nationale und Kapodistrische Universität Athen, Griechenland

Finn Berggren

Akademie für Sport und Sportunterricht Gerlev, Slagelse, Dänemark

Lena Björck

Nationale Lebensmittelverwaltung, Uppsala, Schweden

Roar Blom

Nichtübertragbare Krankheiten und Lebensweisen, WHO-Regionalbüro für Europa

Hendriek Boshuizen

Nationales Institut für öffentliche Gesundheit und Umwelt, Bilthoven, Niederlande

Francesco Branca

Ernährung und Lebensmittelsicherheit, WHO-Regionalbüro für Europa

Vanessa Candeias

Chronische Krankheiten und Gesundheitsförderung, WHO-Hauptbüro

Margherita Caroli

Abteilung Prävention, Azienda Sanitaria Locale (ASL) Brindisi, Italien

Rob Carter

Health Economics, Universität Deakin, Melbourne, Australien

Kath Dalmeny

International Association of Consumer Food Organizations, The Food Commission, London, Vereinigtes Königreich

Mikael Fogelholm

Urho Kekkonen (UKK) Forschungsinstitut für Gesundheitsförderung, Tampere, Finnland

Clifford Goodman

The Lewin Group, Falls Church, Virginia, Vereinigte Staaten von Amerika

Filippa von Haartman

Nationales Institut für öffentliche Gesundheit, Stockholm, Schweden

Michelle Haby

Department of Human Services, State Government of Victoria, Melbourne, Australien

Richard Heijink
Nationales Institut für öffentliche Gesundheit und Umwelt, Bilthoven, Niederlande

Rudolf Hoogenveen
Nationales Institut für öffentliche Gesundheit und Umwelt, Bilthoven, Niederlande

Alan A. Jackson
Universität Southampton, Vereinigtes Königreich

Susan A. Jebb
Elsie Widdowson Labor, Cambridge, Vereinigtes Königreich

Sonja Kahlmeier
Verkehr und Gesundheit, WHO Regionalbüro für Europa

Ingrid Keller
Nichtübertragbare Krankheiten und Psychische Gesundheit, WHO-Hauptbüro

Cécile Knai
London School of Hygiene and Tropical Medicine, Vereinigtes Königreich

Peter Kopenman
Universität East Anglia, Norwich, Vereinigtes Königreich

Tim Lobstein
International Obesity Task Force, International Association for the Study of Obesity, London, Vereinigtes Königreich

Brian Martin
Bundesamt für Sport, Magglingen, Schweiz

Marjory Moodie
Universität Deakin, Melbourne, Australien

Androniki Naska
Medizinische Fakultät, Nationale und Kapodistrische Universität Athen, Griechenland

Haik Nikogosian
Abteilung Gesundheitsprogramme, WHO-Regionalbüro für Europa

Chizuru Nishida
Ernährung für Gesundheit und Entwicklung, WHO-Hauptbüro

Marga C. Ocké
Nationales Institut für öffentliche Gesundheit und Umwelt, Bilthoven, Niederlande

Pekka Oja
Karolinska-Institut, Schweden

Jean-Michel Oppert
Université Pierre et Marie Curie, Paris, Frankreich

Johan Polder
Nationales Institut für öffentliche Gesundheit und Umwelt, Bilthoven, Niederlande

Joceline Pomerleau
London School of Hygiene and Tropical Medicine, Vereinigtes Königreich

Francesca Racioppi
Verkehr und Gesundheit, WHO-Regionalbüro für Europa

Neville Rigby
International Obesity Task Force, International Association for the Study of Obesity, London, Vereinigtes Königreich

Nathalie Röbbel
Umwelt und Gesundheit, Koordination und Partnerschaften, WHO-Regionalbüro für Europa

Harry Rutter
South East Public Health Observatory, Oxford, Vereinigtes Königreich

Liselotte Schäfer Elinder
Nationales Institut für öffentliche Gesundheit, Stockholm, Schweden

Jaap C. Seidell
Freie Universität Amsterdam, Niederlande

Anne Simmons
Universität Deakin , Geelong, Australien

Michael Sjöström
Karolinska-Institut, Schweden

Annica Sohlström
Nationale Lebensmittelverwaltung, Uppsala, Schweden

Marc Suhrcke
Investition für Gesundheit und Entwicklung, WHO-Regionalbüro für Europa

Carolyn Summerbell
School of Health and Social Care, University of Teesside, Middlesbrough, Vereinigtes Königreich

Boyd Swinburn
WHO Collaborating Centre for Obesity Prevention, Universität Deakin , Melbourne, Australien

Ursula Trübswasser
Ernährung und Lebensmittelsicherheit, WHO-Regionalbüro für Europa

Agis Tsouros
Gesunde Städte und städtische Gesundheitspolitik, WHO-Regionalbüro für Europa

Colin Tukuitonga
Nichtübertragbare Krankheiten und Psychische Gesundheit, WHO-Hauptbüro

Nienke Veerbeek
Amstelveen, Niederlande

Tommy L.S. Visscher
Freie Universität Amsterdam, Niederlande

Patricia M.C.M. Waijers
Nationales Institut für öffentliche Gesundheit und Umwelt, Bilthoven, Niederlande

Trudy M.A. Wijnhoven
Ernährung und Lebensmittelsicherheit, WHO-Regionalbüro für Europa

Stephen A. Wootton
Universität Southampton, Vereinigtes Königreich

Laura Wyness
Turriff, Schottland, Vereinigtes Königreich

Agneta Yngve
Karolinska-Institut, Schweden

Als Antwort auf die neue Herausforderung durch die Adipositasepidemie hat das WHO-Regionalbüro für Europa vom 15.–18. November 2006 in Istanbul die Europäische Ministerkonferenz zur Bekämpfung der Adipositas organisiert.

Dieses Buch stellt das wichtigste Hintergrunddokument für die Konferenz dar und enthält einen Überblick über die Konzepte und Schlussfolgerungen aus zahlreichen Vorträgen, die von einer großen Zahl von Experten in den Bereichen öffentliche Gesundheit, Ernährung und Medizin gehalten wurden und nun vom Regionalbüro veröffentlicht werden. Sowohl die Zusammenfassung als auch das Buch selbst veranschaulichen die Dynamik der Epidemie und ihre Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheit in der gesamten Europäischen Region der WHO. So gibt insbesondere die rapide Ausbreitung der Adipositasepidemie auf die Länder im östlichen Teil der Region Anlass zu erheblicher Besorgnis, da diese nun eine doppelte Krankheitslast tragen müssen, die sowohl durch Unter- als auch durch Überernährung bedingt ist.

Das schnelle Umsichgreifen der Epidemie steht im Zusammenhang mit der weltweit wachsenden Verfügbarkeit und Zugänglichkeit von Lebensmitteln sowie den verringerten Möglichkeiten zum Energieverbrauch. Noch nie waren Lebensmittel so preisgünstig wie heute; am billigsten sind Produkte mit hohem Fett- und Zuckeranteil. So können moderne Gesellschaften als „adipogene“ Umgebungen angesehen werden, denn sie führen zu einer übermäßigen Nahrungsaufnahme und zu einer weiteren Ausbreitung sitzender Tätigkeiten, die wiederum das Adipositasrisiko erhöhen. In den beiden Publikationen für die Konferenz wird erläutert, wie sich diese Einflüsse in verschiedenen Umgebungen wie Familie, Schule, Nachbarschaft und Arbeitsplatz herausbilden.

Die Bücher enthalten sowohl ethisch als auch ökonomisch begründete Argumente für eine Forcierung von Maßnahmen gegen Adipositas. Neben der Beeinträchtigung von Gesundheit und Wohlbefinden eines beträchtlichen Teils der Bevölkerung und einer entsprechenden finanziellen Belastung der Gesundheitssysteme hat Adipositas auch schwerwiegende Folgen für Kinder, die nicht hingenommen werden dürfen. So leiden adipöse Kinder vergleichsweise länger am metabolischen Syndrom und sind dessen gesundheitlichen Folgen wie Diabetes schon früher ausgesetzt. Tatsächlich ist Adipositas bei Kindern der anschaulichste Beweis für die Bedeutung von Umwelteinflüssen und das Versagen herkömmlicher, einseitig auf Gesundheitsförderung basierender Präventionsstrategien; denn Kinder sind für Werbebotschaften wesentlich empfänglicher als für die Empfehlungen ihrer Lehrer oder Ärzte. Darüber hinaus sollte die Politik zur Kenntnis nehmen, dass Adipositas sowohl Ergebnis als auch Verursacher sozialer Defizite sein kann. Sozial anfällige Bevölkerungsgruppen sind von Adipositas häufiger betroffen, da sie in Wohngebieten leben, die eine aktive Fortbewegung und Freizeitgestaltung erschweren, und da sie sich nicht so leicht über Fragen von Lebensweise und Gesundheit informieren können und billigere Lebensmittel meist nährstoffarm und energiereich sind.

Es ist Zeit zum Handeln. Deshalb haben die Mitgliedstaaten der Region in Istanbul die Europäische Charta zur Bekämpfung der Adipositas (Anhang 1) angenommen, in der Leitprinzipien und klar umrissene Handlungsfelder aufgezeigt werden. Die ergriffenen Maßnahmen sollten alle Politikbereiche umfassen, grenzüberschreitenden Charakter haben und die verschiedenen beteiligten Akteure einbeziehen. In den Konferenzpublikationen werden wirksame Programme und Konzepte in verschiedenen Politikbereichen wie Bildung, Gesundheit, Landwirtschaft und Handel, Städteplanung und Verkehr untersucht. Weiterhin werden Empfehlungen in Bezug auf Konzepte und Programme zur Adipositasprävention sowie auf Maßnahmen zur Erfolgskontrolle gegeben. Unter den beteiligten Akteuren wird etwa die Privatwirtschaft (u. a. die Hersteller und Vertreiber von Lebensmitteln sowie die Werbewirtschaft) aufgefordert, ihre Politik sowohl auf freiwilliger Basis als auch nach Maßgabe der geltenden Rechtsvorschriften zu überarbeiten. Die Berufsverbände müssen die Bemühungen zur Prävention und Bewältigung

der Adipositas und ihrer Folgeerkrankungen unterstützen. Die Verbraucherverbände sollten bei der Aufklärung und Sensibilisierung der Öffentlichkeit miteinander zusammenarbeiten. Zwischenstaatliche Akteure müssen durch geeignete Richtlinien und Leitfäden dafür Sorge tragen, dass die vereinbarten Maßnahmen auch über nationale Grenzen hinweg durchgesetzt werden.

Die Aufgabe der WHO besteht darin, auf der Grundlage der vorliegenden Erkenntnisse konzeptionell zu beraten, über Beispiele für beste Praxis zu informieren, politisches Engagement zu fördern und bei internationalen Maßnahmen eine Führungsrolle zu übernehmen. Auf weltweiter Ebene wird durch die Globale Strategie für Ernährung, Bewegung und Gesundheit eine klare Richtung vorgegeben. Innerhalb der Europäischen Region wurde das Thema Ernährung durch den Ersten Aktionsplan für Nahrung und Ernährung auf die politische Tagesordnung der Staaten gesetzt. Die WHO beabsichtigt nun, in diesem gesundheitspolitisch vorrangigen Bereich weitere detaillierte Leitlinien vorzuschlagen.

Renommierte Beobachter aus der ganzen Welt haben die Europäische Charta zur Bekämpfung der Adipositas wegen ihrer Leitprinzipien und ihrer klaren Ausrichtung sowie des von ihr verkörperten breiten Konsenses als wichtigen Schritt nach vorne begrüßt. So können die geeigneten Bedingungen entstehen, unter denen die Länder dem Vormarsch der Adipositas bei Kindern und der Epidemie insgesamt in nur einem Jahrzehnt Einhalt gebieten können. Wir bei der WHO arbeiten darauf hin, dieses Ziel erreichbar und letztendlich unumgänglich zu machen.

Marc Danzon
WHO-Regionaldirektor für Europa

Zusammenfassung

Adipositas stellt eine nie da gewesene gesundheitspolitische Herausforderung für die Europäische Region dar, die bisher noch unterschätzt und unzureichend untersucht wird und die noch nicht voll als strategisches politisches Problem mit erheblichen ökonomischen Folgen ernst genommen wird. Die nun bei Kindern einsetzende Epidemie wird zu einer deutlichen Erhöhung der Krankheitslast führen, wenn nicht sofort mit innovativen Konzepten eingegriffen wird, die auf einem klaren Verständnis der ökonomischen Triebkräfte der Epidemie und einer Abkehr von den alt hergebrachten Annahmen über ihre Ursachen beruhen. Die Mehrheit der Erwachsenen in der Region ernährt sich schlecht und ungesund und bewegt sich zu wenig. Die Herausforderung besteht nun darin, die Suche nach einer Generallösung zu vermeiden und stattdessen eine kohärente, ressortübergreifende und international ausgerichtete Strategie zu entwerfen, die kurz-, mittel- und langfristige gesellschaftliche Veränderungen anstrebt.

Schlechte Ernährung und Bewegungsmangel führen zu Adipositas und ihren Folgeerkrankungen, die für ebenso viele Gesundheitsprobleme und Frühsterbefälle verantwortlich sind wie das Rauchen. In der Europäischen Region der WHO sind zwischen 30% und 80% der Erwachsenen und bis zu einem Drittel der Kinder von Übergewicht betroffen.

Die Adipositasraten steigen in nahezu allen Teilen der Region an. Die Behandlungskosten für die daraus resultierenden Gesundheitsprobleme – wie Typ-2-Diabetes, bestimmte Krebsarten und Herz-Kreislauf-Erkrankungen – sind nach Expertenschätzungen für bis zu 6% der Gesamtausgaben der Gesundheitssysteme sowie für indirekte Kosten in ähnlicher Höhe durch Produktivitätsausfall verantwortlich.

Noch besorgniserregender ist vielleicht der Anstieg der Adipositas im Kindesalter. Über 60% der vor der Pubertät übergewichtigen Kinder werden auch im jungen Erwachsenenalter Übergewicht haben, was eine Absenkung des Durchschnittsalters, in dem nichtübertragbare Krankheiten zu Tage treten, ebenso zur Folge hat wie eine deutlich höhere Belastung der Gesundheitssysteme, die die Behandlung während eines Großteils des Erwachsenenalters erbringen müssen.

Somit wird die Prävention der Adipositas zu einem dringenden gesundheitspolitischen Ziel, das mittels innovativer Umweltkonzepte verfolgt werden sollte. Als historische Parallelen bieten sich hier die im 18. und 19. Jahrhundert eingeführten Maßnahmen für eine saubere Trinkwasserversorgung sowie Kanalisationsprojekte und Lebensmittelkontrollen an – oder in jüngerer Zeit Luftreinhaltemaßnahmen, Alkohol- und Sitzgurtkontrollen im Straßenverkehr und Rauchverbote an öffentlichen Orten.

Diese Publikation enthält einen zusammenfassenden Überblick über eine Reihe von Forschungsarbeiten, die das WHO-Regionalbüro für Europa im Hinblick auf die im November 2006 in Istanbul stattfindende Europäische Ministerkonferenz zur Bekämpfung der Adipositas in Auftrag gegeben hat; diese wiederum ist im Kontext der Umsetzung der von der Weltgesundheitsversammlung im Mai 2004 angenommenen globalen Strategie der WHO zu Ernährung, Bewegung und Gesundheit (Resolution WHA57.17), der Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (vom WHO-Regionalkomitee für Europa auf seiner 56. Tagung im Jahr 2006 verabschiedet) und der von der Weltgesundheitsversammlung im Mai 2002 verabschiedeten Globalen Strategie für die Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern (Resolution WHA55.25) zu sehen. Das Regionalbüro wird die Ergebnisse dieser Forschungsarbeiten im Laufe des Jahres veröffentlichen.

Die vorliegende Publikation gibt Aufschluss über das Ausmaß des Problems und die Auswirkungen auf den Gesundheitssektor und andere Politikbereiche sowie über das Spektrum an Interventionen, die zur Eindämmung des Anstiegs und ggf. Umkehr des Trends erforderlich sind. Sie erläutert außerdem nationale und regionale Handlungskonzepte für bevölkerungsweite Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention, gezielte Maßnahmen für stark gefährdete Personen und effektive Behandlungs- und Pflegemethoden für Adipositaspatienten.

1. Die Herausforderung

Wichtigste Aussagen

- Übergewicht und Adipositas stellen eine schwerwiegende Herausforderung für die Gesundheitspolitik in der Europäischen Region der WHO dar.
- Die Prävalenz der Adipositas steigt rapide an: bis 2010 dürften 150 Mio. Erwachsene und 15 Mio. Kinder betroffen sein.
- Der Anstieg der Adipositas hat besonders bei Kindern und Jugendlichen alarmierende Ausmaße angenommen. Der jährliche Anstieg der Adipositas-Prävalenz unter Kindern hat sich stetig beschleunigt, so dass die Zuwachsrate heute etwa zehnmal so hoch ist wie in den 1970er Jahren. Dadurch verschärft sich die Epidemie bei Erwachsenen und entsteht für die nächste Generation ein wachsendes Gesundheitsproblem.
- Übergewicht und Adipositas sind bei Erwachsenen in der Region jährlich für 80% aller Typ-2-Diabetes-Fälle, 35% der ischämischen und 55% der hypertensiven Herzkrankheiten sowie für mehr als 1 Mio. Todesfälle und mehr als 12 Mio. krank verbrachte Lebensjahre verantwortlich.
- Adipositas ist in den Ländern der Europäischen Region der WHO für bis zu 6% der nationalen Gesundheitsausgaben verantwortlich.
- Adipositas und ihre Folgeerkrankungen beeinträchtigen die wirtschaftliche Entwicklung sowie die wirtschaftlichen Chancen des Einzelnen.
- Adipositas betrifft die ärmeren Bevölkerungsgruppen in der Region stärker, verschärft ihre Krankheitslast und beeinträchtigt ihre Chancen, ihren sozioökonomischen Status zu verbessern.

Begriffsbestimmungen

Bei Erwachsenen beginnt Übergewicht ab einem Körpermasseindex (BMI) $\geq 25 \text{ kg/m}^2$. Von Adipositas wird bei einem BMI $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ gesprochen; Erwachsene mit einem BMI von $25,0\text{--}29,9 \text{ kg/m}^2$ werden als präadipös bezeichnet. Für die Zwecke dieser Publikation umfasst der Begriff „Übergewicht“ alle Erwachsenen mit einem BMI $\geq 25 \text{ kg/m}^2$, wenngleich manche Wissenschaftler darunter lediglich die Gruppe mit einem BMI $25,0\text{--}29,9 \text{ kg/m}^2$ verstehen (1).

Für Kinder und Jugendliche gibt es sehr unterschiedliche Definitionen der Begriffe „Übergewicht“ und „Adipositas“ (2). In dieser Publikation wird eine Definition verwendet, die auf alters- und geschlechtsbereinigten Perzentilwerten des BMI basiert, die im Alter von 18 Jahren einem BMI von 25 bzw. 30 kg/m^2 entsprechen (3). Die Prävalenzdaten für Kinder unter fünf Jahren müssen u. U. auf der Grundlage der neuen WHO-Leitlinien für das Wachstum von Kindern neu berechnet werden (4).

Einführung

Überhöhtes Körpergewicht stellt in der Europäischen Region der WHO eines der schwerwiegendsten Probleme für die öffentliche Gesundheit im 21. Jahrhundert dar. Die Prävalenz der Adipositas hat sich hier in den letzten beiden Jahrzehnten verdreifacht und mittlerweile epidemische Ausmaße erreicht. Wenn keine Gegenmaßnahmen ergriffen werden und die Adipositas-Prävalenz weiter so rasch ansteigt wie in den 1990er Jahren, werden in der Region nach Schätzungen bis 2010 ca. 150 Mio. Erwachsene (5) und 15 Mio. Kinder und Jugendliche (6) adipös sein.

Ein beträchtlicher Teil der Krankheitslast in der Europäischen Region der WHO ist durch Übergewicht bedingt. Es ist in der Region jährlich für mehr als 1 Mio. Todesfälle sowie 12 Mio. krank verbrachte Lebensjahre verantwortlich (7). Mehr als drei Viertel aller Diabetes-Fälle vom Typ 2 sind einem BMI von über 21 kg/m^2

zuzuschreiben; Übergewicht ist auch ein Risikofaktor für ischämische Herzkrankheit, hypertensive Herzkrankheit, ischämischen Schlaganfall, Kolonkrebs, Brustkrebs, Endometriumkrebs und Osteoarthritis. Adipositas hat auch negative Auswirkungen auf die psychosoziale Gesundheit und die persönliche Lebensqualität.

Übergewicht wirkt sich durch gestiegene Gesundheitskosten und Produktivitäts- und Einkommensverluste auch auf die ökonomische und soziale Entwicklung aus. Schon heute entfallen auf Adipositas bei Erwachsenen bis zu 6% der gesamten Gesundheitsausgaben in der Region.

Bei der Prävalenz der Adipositas gibt es erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern sowie innerhalb der Länder zwischen den verschiedenen sozioökonomischen Gruppen, was die Bedeutung der umweltbedingten und soziokulturellen Determinanten für Ernährung und Bewegung unterstreicht.

Prävalenz

Die Daten aus nationalen und regionalen Studien über die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen wurden mit Hilfe von einschlägigen Datenbanken und wissenschaftlicher Literatur und unter Mitwirkung von Wissenschaftlern und Gesundheitsorganisationen zusammengestellt. Informationen über die aktuelle Lage (Daten aus den letzten sechs Jahren) liegen inzwischen für 46 der 52 Länder der Europäischen Region der WHO vor.¹ Wo landesweit repräsentative Zahlen fehlten, wurden lokale Daten verwendet.

Erwachsene

In den Ländern, in denen entsprechende Erhebungen vorgenommen wurden, lag die Prävalenz von Übergewicht bei Männern zwischen 32% und 79% und bei Frauen zwischen 28% und 78%. Die höchste Prävalenz wurde in Albanien (Tirana), in Bosnien und Herzegowina sowie in Großbritannien (Schottland), die niedrigsten Raten in Turkmenistan und Usbekistan festgestellt. Die Prävalenz der Adipositas lag bei Männern zwischen 5% und 23% und bei Frauen zwischen 7% und 36%. In Selbstberichtsdaten wird allgemein die Prävalenz der Adipositas unterschätzt, insbesondere bei übergewichtigen Frauen. Die Prävalenz, die sich aus Selbstberichtsdaten ergibt, kann um bis zu 50% niedriger liegen als diejenige, die aus Messungen von Gewicht und Körpergröße resultiert.

Die Prävalenz der Adipositas lag in 14 der 36 Länder, die für beide Geschlechter Daten lieferten, bei Männern höher als bei Frauen, die Prävalenz der Präadipositas sogar in allen 36 Ländern. Wie Abb. 1 zeigt, gab es in Albanien, Bosnien-Herzegowina, Griechenland, Irland, Israel, Lettland, Malta sowie Serbien und Montenegro erhebliche Unterschiede bezüglich der Adipositasraten von Männern und Frauen.

Mittlerweile häufen sich die Belege dafür, dass das Risiko einer mit Adipositas verbundenen Herz-Kreislauf- oder Stoffwechselerkrankung vor allem durch Menge und Verteilung der abdominalen Fettablagerungen bedingt ist, insbesondere bei Personen mit mäßigem Übergewicht. Abdominale Adipositas lässt sich durch Messung des Bauchumfangs leicht feststellen.

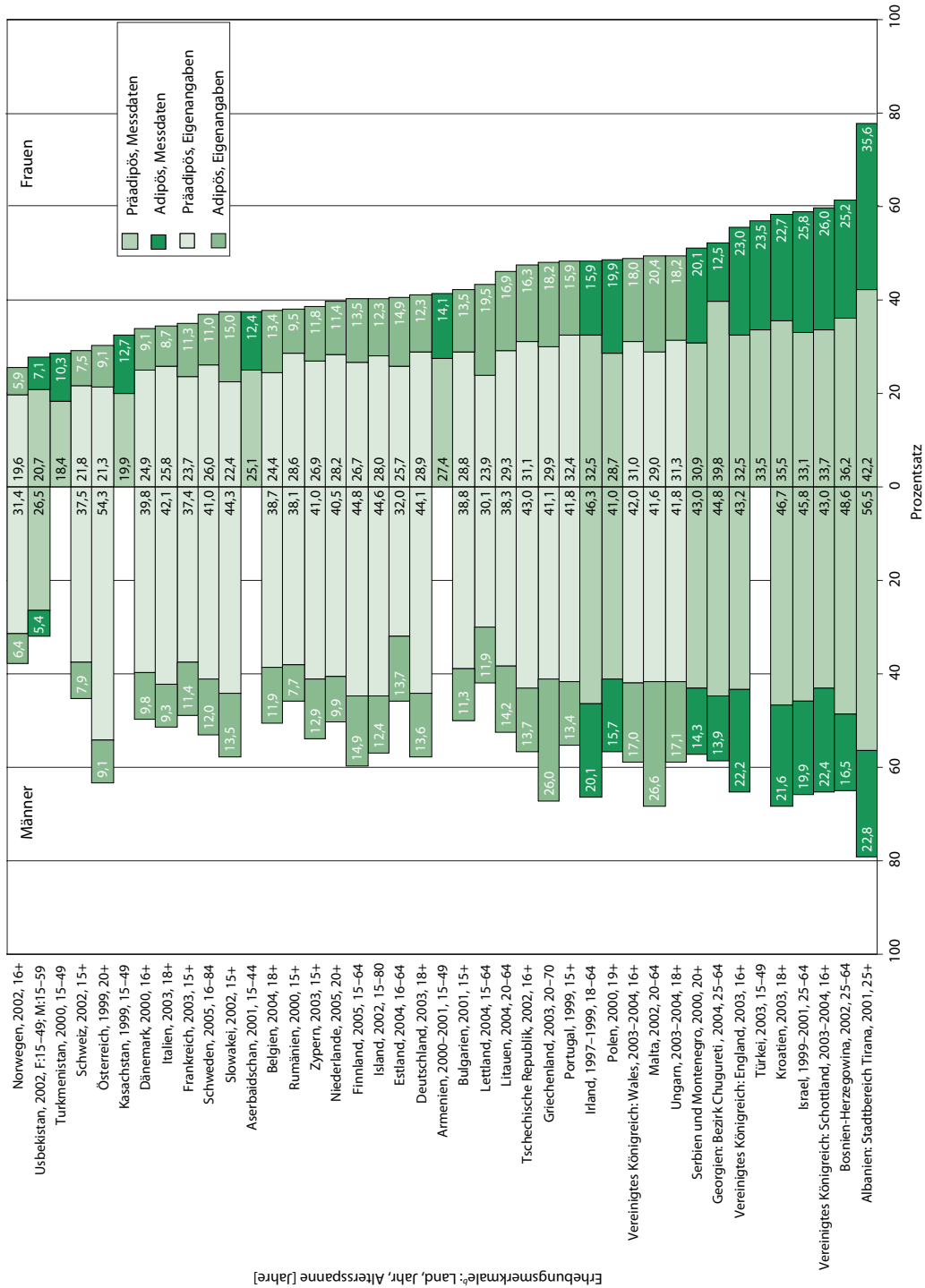
Kinder

Bei Kindern (beide Geschlechter) im Grundschulalter wurden die höchsten Prävalenzraten für Übergewicht in Portugal (7–9 Jahre: 32%), Spanien (2–9 Jahre: 31%) und Italien (6–11 Jahre: 27%) ermittelt, die niedrigsten Raten in Deutschland (5–6 Jahre: 13%), Zypern (2–6 Jahre: 14%) und Serbien und Montenegro (6–10 Jahre: 15%) (Abb. 2).

Für ältere Kinder wurden Gewicht und Körpergröße bisher nur in wenigen Studien erfasst, so dass auf gemeldete Daten zurückgegriffen werden muss, die überwiegend aus zwei internationalen Studien stammen. Die 2003 mit 11-Jährigen in neun Ländern der Region durchgeführte Studie *Pro Children* ergab, dass der Anteil der Übergewichtigen unter den Jungen (17%) größer war als unter den Mädchen (14%) (8). Die in den Jahren 2001

¹ Seit Fertigstellung der vorliegenden Publikation ist die Zahl der Mitgliedstaaten in der Region durch die Abspaltung Montenegros von Serbien auf 53 gestiegen.

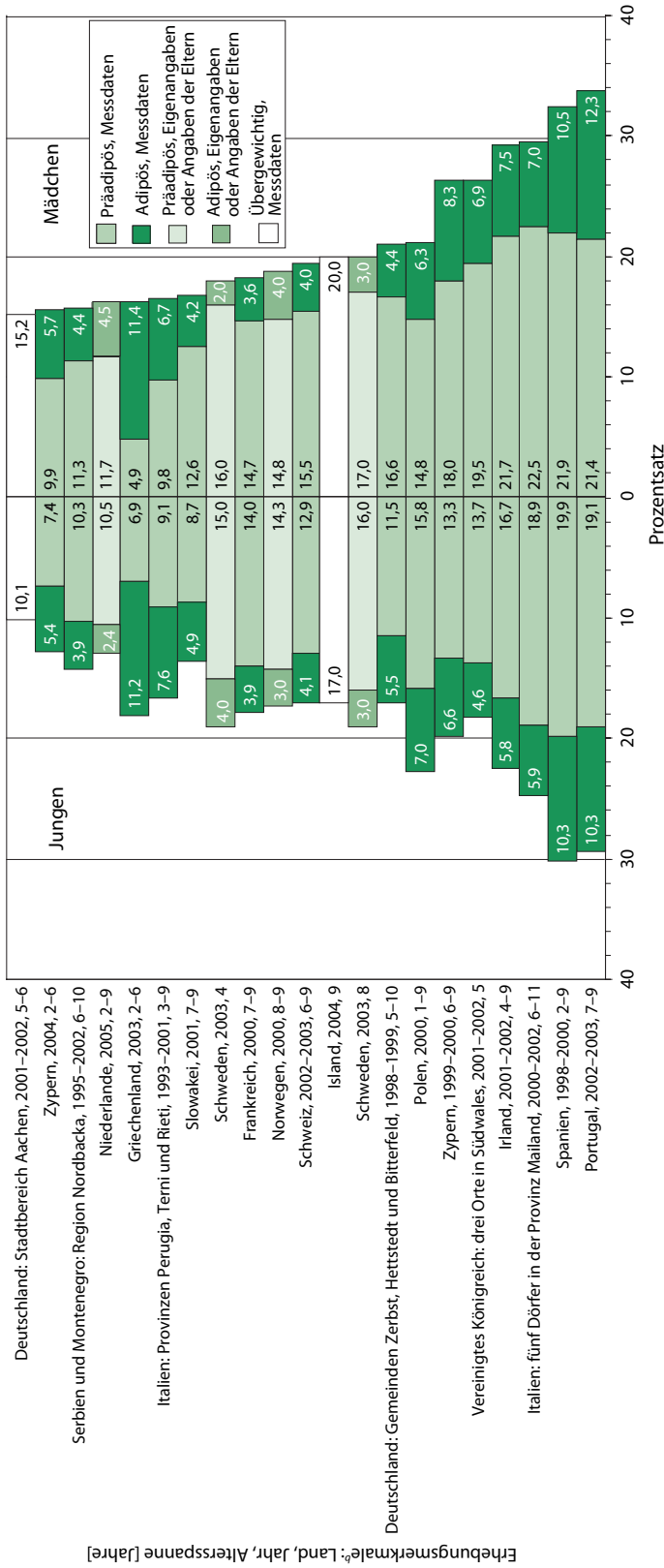
Abb. 1: Prävalenz von Übergewicht^a und Adipositas bei Erwachsenen in den Ländern der Europäischen Region der WHO aufgrund von Erhebungen mit dem Endjahr 1999 oder später



^a Übergewicht wird als BMI ≥ 25 kg/m², Adipositas als BMI ≥ 30 kg/m² (1) definiert.

^b Bei Vergleichen zwischen Ländern ist Vorsicht geboten, da sich diese in Bezug auf Datenerhebungsmethoden, Antwortraten, Erhebungsjahre und Altersgruppen voneinander unterscheiden. Die Quellen für die verwendeten Daten können auf Wunsch angegeben werden.

Abb. 2: Prävalenz von Übergewicht^a und Adipositas bei Kindern im Alter von 11 Jahren oder jünger in den Ländern der Europäischen Region der WHO aufgrund von Erhebungen mit dem Endjahr 1999 oder später



^a Übergewicht und Adipositas werden unter Rückgriff auf die international üblichen alters- und geschlechtsspezifischen Höchstwerte für den BMI, nämlich $\geq 25 \text{ kg/m}^2$ bzw. 30 kg/m^2 im Alter von 18 Jahren (3), definiert. Übergewicht umfasst präadipös und adipös.

^b Bei Vergleichen zwischen Ländern ist Vorsicht geboten, da sich diese in Bezug auf Datenerhebungsmethoden, Antwortraten, Erhebungsjahre und Altersgruppen voneinander unterscheiden. Die Quellen für die verwendeten Daten können auf Wunsch angegeben werden.

und 2002 durchgeführte Untersuchung über das Gesundheitsverhalten von Kindern im schulpflichtigen Alter ergab, dass unter den 13-Jährigen bis zu 24% der Mädchen und 34% der Jungen, unter den 15-Jährigen bis zu 31% der Mädchen und 28% der Jungen übergewichtig waren (Abb. 3).

In den Altersgruppen der 13- und 15-Jährigen waren jeweils bis zu 5% der Mädchen und 9% der Jungen adipös (9). Eine in Wales (Vereinigtes Königreich) durchgeführte Validierungsstudie im Rahmen der Studie über das Gesundheitsverhalten von Kindern im schulpflichtigen Alter deutete darauf hin, dass bei Eigenangaben die tatsächliche Prävalenz von Übergewicht und Adipositas in der Altersgruppe der 13- und 15-jährigen Kinder um etwa ein Viertel bzw. ein Drittel unterschätzt wird (10).

Zeitliche Entwicklung

Die Prävalenz von Adipositas hat sich seit den 1980er Jahren mindestens verdreifacht, selbst in Ländern mit traditionell niedrigen Raten für Übergewicht und Adipositas. Aufgrund von Messdaten kann festgestellt werden, dass in Irland und im Vereinigten Königreich (England und Schottland) die Prävalenz von Übergewicht bei Männern wie Frauen um mehr als 0,8 Prozentpunkte pro Jahr angestiegen ist. Nach Selbstberichtsdaten waren die höchsten jährlichen Zuwachsraten für die Prävalenz von Übergewicht bei Männern und Frauen in Dänemark (1,2 bzw. 0,9 Prozentpunkte von 1987 bis 2001), Irland (1,1 Prozentpunkte für beide Geschlechter von 1998 bis 2002), Frankreich (0,8 Prozentpunkte bei Erwachsenen von 1997 bis 2003), der Schweiz (0,8 bzw. 0,6 Prozentpunkte von 1992 bis 2002) und Ungarn (0,6 Prozentpunkte für beide Geschlechter von 2000 bis 2004) zu verzeichnen. Dagegen ist die ebenfalls aufgrund von Eigenangaben ermittelte Adipositasrate bei Erwachsenen in Ländern wie Estland und Litauen gesunken. Wenn nichts unternommen wird und die Adipositas-Prävalenz weiter so rasch ansteigt wie in den 1990er Jahren, werden bis 2010 nach Schätzungen ca. 150 Mio. Erwachsene (5) übergewichtig oder adipös sein.

Die Epidemie breitet sich besonders unter Kindern mit alarmierender Geschwindigkeit aus. So ist in der Schweiz der Anteil der Kinder mit Übergewicht von 4% im Jahr 1960 auf 18% im Jahr 2003 angestiegen. In England ist der Anteil zwischen 1974 und 2003 von 8% auf 20% gewachsen. In mehreren Regionen Spaniens hat sich die Prävalenz von Übergewicht zwischen 1985 und 2002 mehr als verdoppelt (Abb. 4). Lediglich in der Russischen Föderation wurde während der Wirtschaftskrise nach dem Zusammenbruch der Sowjetunion ein Rückgang der Prävalenz festgestellt. Der jährliche Anstieg der Prävalenz von Übergewicht in den in Abb. 5 dargestellten Ländern betrug in den 1970er Jahren 0,1 Prozentpunkte, erhöhte sich in den 1980er Jahren auf 0,4 Prozentpunkte, Anfang der 1990er Jahre auf 0,8 Prozentpunkte und hat in den 2000er Jahren in einigen Ländern bis zu 2,0 Prozentpunkte erreicht. Nach einer Prognose der International Obesity Task Force werden in der Europäischen Region der WHO bis 2010 bis zu 38% der Kinder im schulpflichtigen Alter übergewichtig sein, mehr als ein Viertel davon sogar adipös (6).

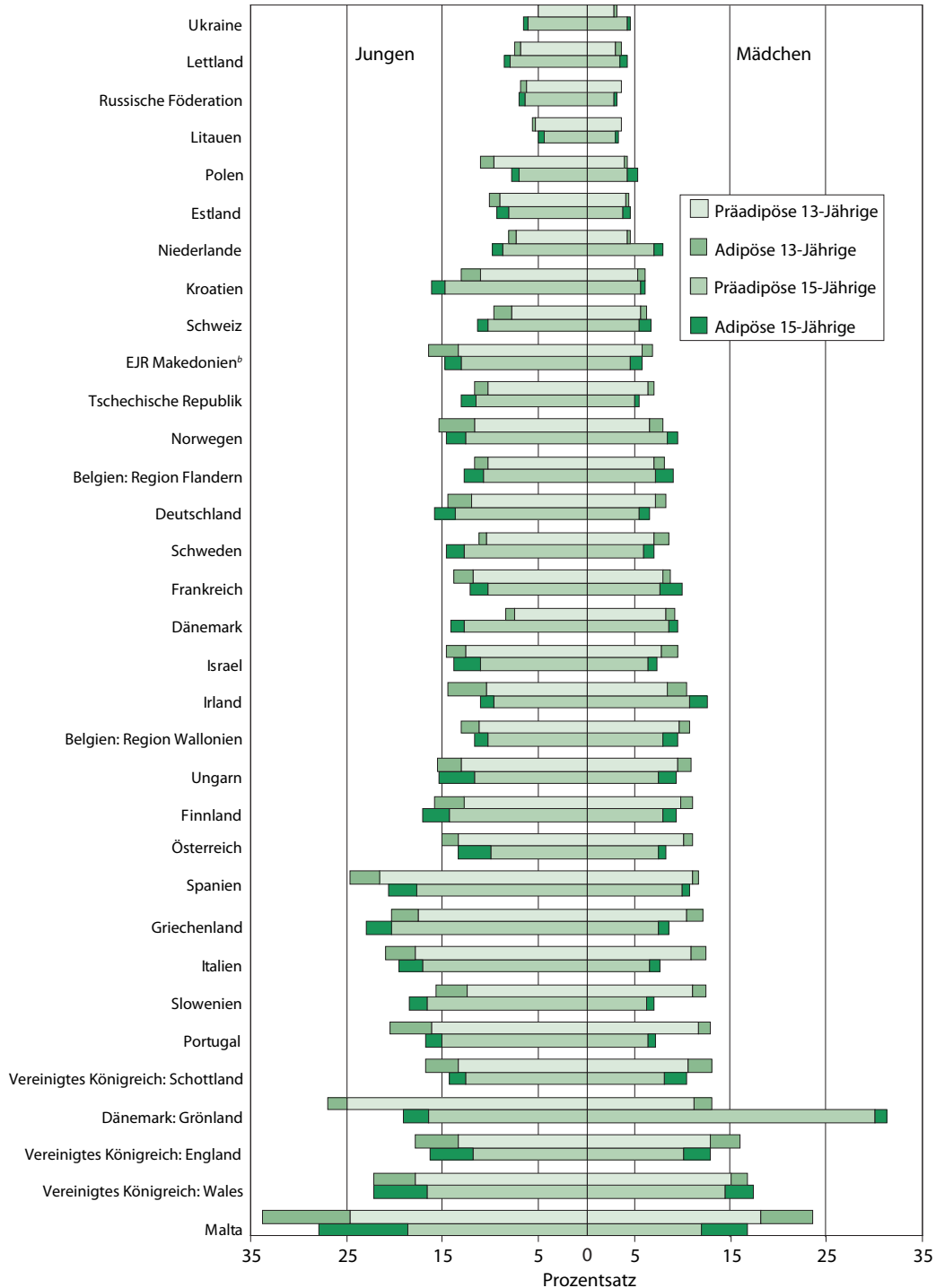
Generationsübergreifende Einflüsse

Die Ernährungssituation der Mutter vor und während der Schwangerschaft hat einen wesentlichen Einfluss auf Wachstum und Entwicklung des Fötus. Wechselwirkungen zwischen Nährstoffen und Genen begrenzen während der Schwangerschaft das Spektrum an Körperformen, die das Kind im späteren Leben ausbilden kann, und beeinflussen seine Fähigkeit zur Umwandlung von Nährstoffen in Muskel- und Fettgewebe.

Dieses Problem dürfte in vielen Ländern der Europäischen Region der WHO von erheblicher Bedeutung sein, in denen junge Frauen zu Beginn der Schwangerschaft unter alimentären Mangelzuständen leiden, wie z. B. Anämie, Fettreservedefizite und Vitaminmangel; einen besonderen Grund zur Besorgnis bilden übrigens auch Schwangerschaften von Jugendlichen, da die Ungeborenen unter dem konkurrierenden Wachstum von Mutter und Kind leiden könnten.

In einigen Ländern der Region wurde ein beträchtlicher Anteil der erwachsenen Bevölkerung unter sehr ungünstigen Bedingungen geboren, weil sich ihre Mütter während der Schwangerschaft nur unzureichend ernähren konnten. Die Hinweise auf eine Vorprogrammierung oder Prägung der langfristigen Reaktionsmuster

Abb. 3: Prävalenz von Übergewicht^a bei 13-Jährigen und 15-Jährigen (aufgrund von Eigenangaben zu Größe und Gewicht) in den Ländern der Europäischen Region der WHO aus der Studie zum Gesundheitsverhalten von Kindern im schulpflichtigen Alter (2001/2002)



^aÜbergewicht und Adipositas werden unter Rückgriff auf die international üblichen alters- und geschlechtsspezifischen Höchstwerte für den BMI, nämlich =25 kg/m² bzw. 30 kg/m² im Alter von 18 Jahren (3), definiert. Übergewicht umfasst präadipös und adipös.

^bEhemalige Jugoslawische Republik Mazedonien.

Quelle: Currie et al. (9).

Abb. 4: Übergewicht bei Kindern im schulpflichtigen Alter in ausgewählten Ländern der Europäischen Region (1958–2003)

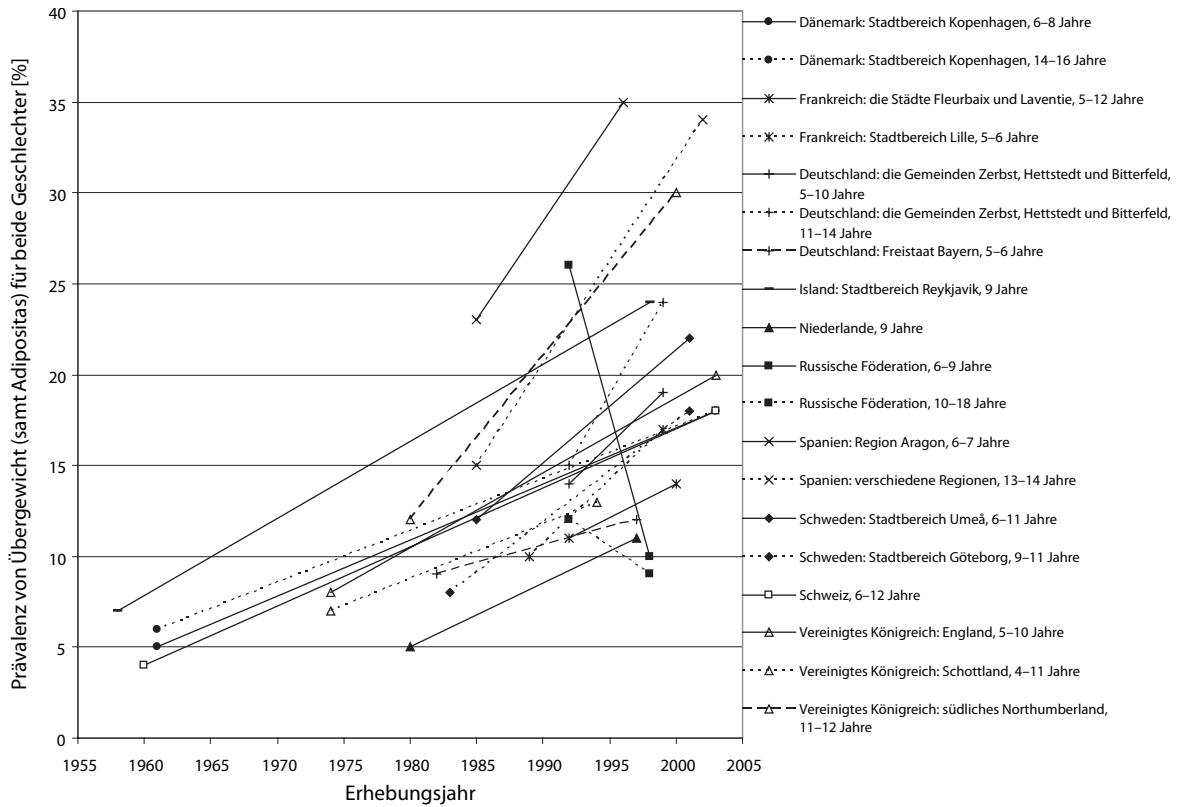
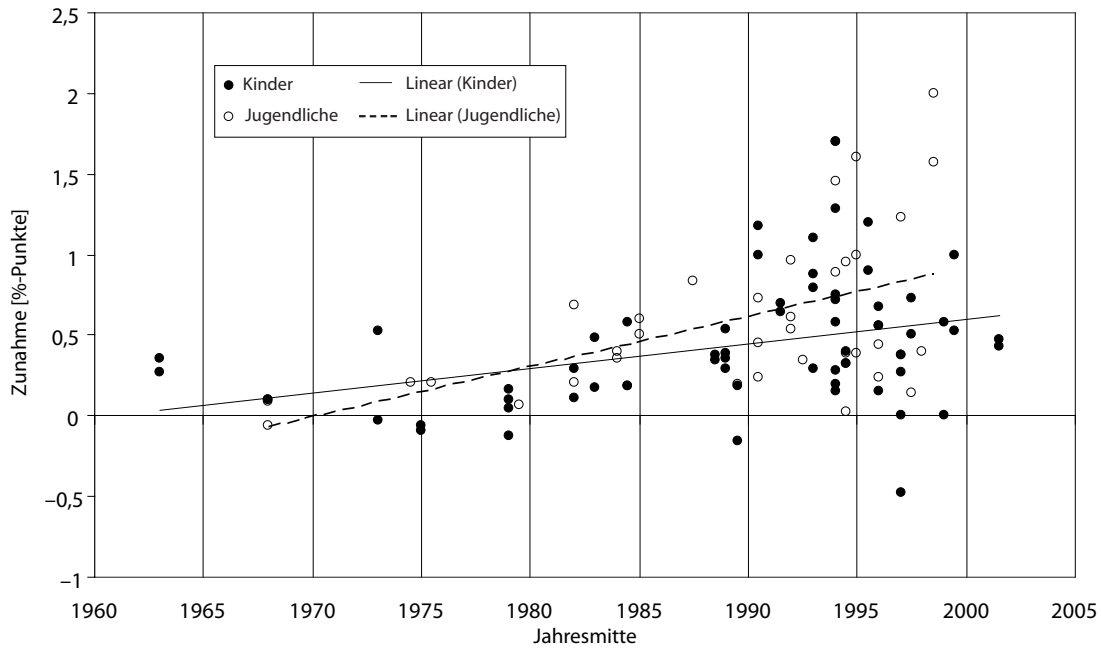


Abb. 5: Jährliche prozentuale Veränderung der Prävalenz von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen in ausgewählten Ländern der Region, die Erhebungen durchgeführt haben (1960–2005)



Quellen: Die Quellen für die verwendeten Daten können auf Wunsch angegeben werden.

auf Krankheitsrisiken durch eine ernährungsbedingte oder anderweitige Belastung eines Kindes im Mutterleib und in der Kindheit verdichten sich. Dies erklärt vielleicht zum Teil die höhere Anfälligkeit der Betroffenen für Typ-2-Diabetes und Bluthochdruck schon bei leichter Gewichtszunahme im Erwachsenenalter. Daher ist die Sicherung des Wohlergehens von Mädchen und jungen Frauen von besonderer Bedeutung, denn ihre Gesundheit kann sich auf das Wohlergehen künftiger Generationen auswirken.

Eine schlechte Ernährung der Mutter wird inzwischen als Risikofaktor für die Entwicklung von (insbesondere abdominaler) Adipositas bei ihren Kindern erkannt. Auch bestehen schwerwiegende Gesundheitsrisiken für normal- und insbesondere untergewichtige Säuglinge, die während der frühen oder mittleren Kindheit eine rapide Gewichtszunahme verzeichnen (11). Somit sollte die Verbindung aus anfangs Fehl- und Unterernährung und später Übergewicht und chronischen nichtübertragbaren Krankheiten nicht als „erst Mangel, dann Überfluss“ verkannt, sondern vielmehr als grundlegender Erkrankungszusammenhang betrachtet werden.

Mit dem Anstieg der Prävalenz von Adipositas in der Allgemeinbevölkerung erhöht sich auch die Zahl der Frauen, die zu Beginn der Schwangerschaft übergewichtig oder adipös sind. Adipöse Mütter haben wesentlich häufiger adipöse Kinder, insbesondere wenn sie an Schwangerschaftsdiabetes oder einem metabolischen Syndrom (Syndrom X) vor der Schwangerschaft leiden, das durch einen hohen Seruminsulinspiegel, einen hohen LDL- und einen niedrigen HDL-Cholesterinspiegel sowie durch hohe Gewichtszunahme während der Schwangerschaft angezeigt wird. Immer mehr Kinder werden mit einem erhöhten Geburtsgewicht geboren (d. h. über 4500 g oder oberhalb des 95. Perzentils für standardisiertes Geburtsgewicht). Ein erhöhtes Geburtsgewicht ist mit Adipositas im späteren Leben verknüpft, wie die Statistik der isländischen Jahrgänge 1988 und 1994 belegt, nach der Kinder, deren Gewicht bei Geburt oberhalb des 85. Perzentils lag, im Alter von 6, 9 und 15 Jahren häufiger übergewichtig waren als andere (12).

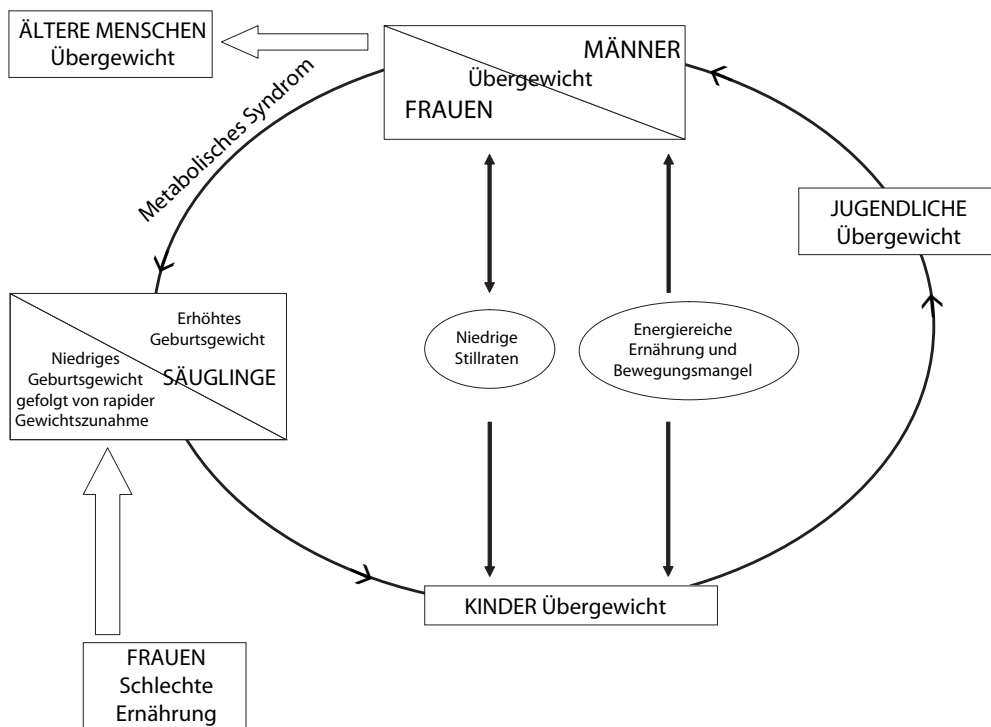
Es gibt inzwischen immer deutlichere Anzeichen dafür, dass Stillen Kinder vor Adipositas schützt. Bei von Geburt an gestillten Säuglingen und Kleinkindern wird seltener Adipositas festgestellt als bei mit der Flasche gefütterten Altersgenossen (13). Dies hat zur Formulierung neuer Wachstumsrichtlinien geführt, die nicht auf der Wachstumsrate von mit der Flasche gefütterten, sondern auf der von ausschließlich gestillten Kindern basiert. Die neuen Richtlinien der WHO (4) berücksichtigen dieses Kriterium und stellen so das bisher nicht erkannte Phänomen des Übergewichts im frühen Kindesalter heraus.

Wenn größere Säuglinge flaschenernährt werden, schon in der Kindheit häufiger übergewichtig und beim Eintritt ins Jugend- und Erwachsenenalter übergewichtig oder gar adipös sind, ist für viele Bevölkerungen in Europa eine generationsübergreifende Ausbreitung der Adipositas und damit ein gesundheitspolitisches Problem zu erwarten, dessen ungeheure Ausmaße von den verantwortlichen Politikern noch nicht erkannt werden. Die Tatsache, dass sich Adipositas i.d.R. mit steigendem Alter der Kinder immer mehr verfestigt (dieses Phänomen wird als „Tracking“ bezeichnet), bedeutet, dass in jedem Stadium der Entwicklung gesundheitspolitische Maßnahmen ergriffen werden müssen. Abb. 6 stellt diese Effekte in einem generationsübergreifenden Zyklus als Teufelskreis dar, an dem alle Altersgruppen beteiligt sind.

Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheit

Adipositas hat erhebliche Auswirkungen auf Morbidität und Mortalität. Typ-2-Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie Myokardinfarkt und ischämischer Schlaganfall sind die beiden häufigsten durch Adipositas bedingten nichtübertragbaren Krankheiten, wie groß angelegte epidemiologische Studien deutlich belegen. Zur Beschreibung des Zusammentreffens von abdominaler Adipositas mit Bluthochdruck, Dyslipidämie und Insulinresistenz wird zunehmend der Begriff „Syndrom X“ verwendet; dieses Problem betrifft ca. 20–30% der Gesamtbevölkerung der Region. Als weitere Auswirkungen der Adipositas werden in der jüngeren Fachliteratur verschiedene Krebslokalisationen, Gallensteine, Narkolepsie, zunehmende Dauermedikation, Hirsutismus, Rückgang der Fruchtbarkeit, Asthma, Katarakte, gutartige Prostatahypertrophie, nichtalkoholische Steatohepatitis und Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems wie Osteoarthritis genannt. Dagegen sind sowohl regelmäßige Bewegung als auch normales Körpergewicht wichtige Indikatoren für ein reduziertes

Abb. 6: Der generationsübergreifende Zyklus von Übergewicht und Adipositas



Mortalitätsrisiko durch alle Ursachen sowie ein reduziertes Risiko in Bezug auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs, wobei Bewegung sich unabhängig vom BMI positiv auswirkt.

Bei Erwachsenen ist ein BMI oberhalb eines Optimalniveaus (ca. 21–23 kg/m²) mit einem erheblichen Anstieg der Krankheitslast verknüpft, wobei die größte krankheitsspezifische Auswirkung die Entwicklung von Typ-2-Diabetes ist. Doch auch andere Faktoren als der BMI tragen zur Erhöhung des Risikos bei, u. a. Rauchen, Alkoholkonsum, überhöhte Salzzufuhr und unzureichender Verzehr von Obst und Gemüse sowie Bewegungsmangel. Dennoch ist übermäßige Gewichtszunahme für mindestens drei Viertel der Fälle von Typ-2-Diabetes, ein Drittel der ischämischen Herzerkrankungen, die Hälfte der hypertensiven Herzerkrankungen, ein Drittel der ischämischen Schlaganfälle und etwa ein Viertel der Fälle von Osteoarthritis verantwortlich. Es gibt auch Auswirkungen auf die Entwicklung bestimmter Krebsarten: knapp ein Fünftel der Kolon-, die Hälfte der Endometrium- und ein Achtel der Brustkrebskrankungen von Frauen nach der Menopause sind auf Übergewicht zurückzuführen (7).

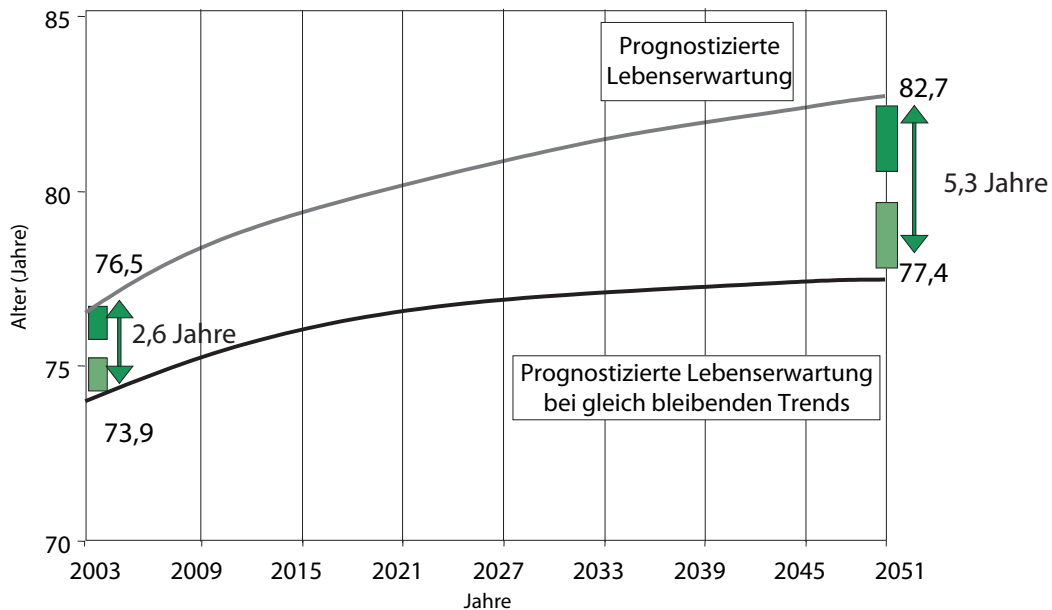
Die einem erhöhten BMI zuschreibbare Krankheitslast von Erwachsenen in der Europäischen Region betrug im Jahr 2000 mehr als 1 Mio. Todesfälle und mehr als 12 Mio. krank verbrachte Lebensjahre (um Behinderung bereinigte Lebensjahre, sog. „DALY-Verluste“) (7). Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern in Bezug auf die durch Adipositas bedingte Krankheitslast wurden in den Vereinigten Staaten untersucht. Danach leiden übergewichtige und adipöse Frauen häufiger unter Krankheiten als übergewichtige und adipöse Männer, wenn man sie jeweils mit normalgewichtigen Personen vergleicht; dies ist auf Unterschiede hinsichtlich ihres körperlichen, emotionalen und sozialen Wohlbefindens zurückzuführen (14).

Zusammen mit der Adipositasepidemie tritt auch Typ-2-Diabetes zunehmend in immer jüngeren Altersgruppen auf, wie in den Vereinigten Staaten belegt wurde (15).

Adipositas senkt die Lebenserwartung. Die amerikanische Framingham-Studie kam zu dem Ergebnis, dass Frauen, die im Alter von 40 Jahren an Adipositas leiden, eine um sieben Jahre geringere Lebenserwartung haben;

bei Männern sind es sechs (16). Nach einer Prognose des britischen Gesundheitsministeriums hätten Männer bei einer Fortsetzung der gegenwärtigen Adipositas-Trends bis 2050 eine um durchschnittlich fünf Jahre geringere Lebenserwartung (17) (Abb. 7). Bisher wurde noch keine Erhöhung der Sterblichkeit aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Verbindung mit der erhöhten Prävalenz der Adipositas festgestellt, doch kann dies auch auf eine verstärkte Anwendung von Medikamenten zur Bekämpfung der Risikofaktoren für Adipositas oder einfach auf die Latenz der Wirkung zurückzuführen sein.

Abb. 7: Vorhergesagter Rückgang der durchschnittlichen Lebenserwartung von Jungen zum Zeitpunkt der Geburt im Vereinigten Königreich bei gleich bleibenden Adipositas/Übergewichts-Trends



Quelle: Department of Health (17).

Bei dieser Analyse sind die Auswirkungen der Adipositas im Kindesalter nicht berücksichtigt. Die Auswirkungen von Übergewicht auf die Gesundheit von Kindern sind weniger eindeutig, doch zeigt eine systematische Untersuchung (18), dass Adipositas im Kindesalter stark mit Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes, orthopädische Probleme und psychische Störungen verbunden ist. Ein hoher BMI im Jugendalter erhöht die Sterblichkeit im Erwachsenenalter und das Risiko einer Herz-Kreislauf-Erkrankung selbst dann, wenn das überhöhte Körpergewicht beseitigt wird. Allerdings verlieren übergewichtige Jugendliche ihr Übergewicht in den meisten Fällen nicht. Viele durch Adipositas bedingte Erkrankungen, von denen früher nur Erwachsene betroffen zu sein schienen, treten heute in zunehmendem Maße schon bei Kindern auf: hoher Blutdruck, frühe Anzeichen für Arteriosklerose, Typ-2-Diabetes, einfache Fettleber, polyzystisches Ovarienyndrom und Atemstörungen während des Schlafs (18).

Adipositas spielt auch eine Rolle bei vielen Erwachsenen, die an psychischen Problemen bzw. schweren psychischen Erkrankungen (19), insbesondere Depressionen und Angstzuständen (20), leiden. Untergruppen von adipösen Personen weisen abnormale Ernährungsgewohnheiten auf (u. a. unkontrollierte Fressanfälle), die häufig die Kriterien für Binge-Eating-Disorder (BED) erfüllen (20). Die Probleme und die Pathologie in Verbindung mit Persönlichkeitsstörungen treten bei adipösen Patienten, die unter Fressattacken leiden, häufiger auf als bei den übrigen (21).

Ökonomische Folgen

Adipositas bedeutet eine ökonomische Belastung für die Gesellschaft, die sich in erhöhten Arztkosten für die Behandlung ihrer Folgeerkrankungen (direkte Kosten), in Produktivitätsverlusten aufgrund krankheitsbedingter

Fehlzeiten und vorzeitigen Todes (indirekte Kosten) und in verpassten Chancen, psychischen Problemen und einer geringeren Lebensqualität (immaterielle Kosten) niederschlägt. Zur Schätzung der direkten Kosten können sog. Krankheitskostenstudien herangezogen werden, wenn auch Vergleiche zwischen Ländern aufgrund der jeweils unterschiedlichen Methodik nur bedingt möglich sind.

Eine Bestandsaufnahme der vorliegenden Studien über direkte Kosten in der ganzen Welt ergab, dass die der Adipositas zuschreibbaren Gesundheitsausgaben pro Einwohner zwischen 13 US-\$ (Vereinigtes Königreich, 1998) und 285 US-\$ (Vereinigte Staaten, 1998) betragen (Tabelle 1). Die in der Europäischen Region der WHO durchgeführten Studien deuten darauf hin, dass generell die direkten Gesundheitskosten 2–4% der nationalen Gesundheitsausgaben (1) ausmachen, doch es gibt – bedingt durch die Verschiedenheit der angewandten Methoden – auch höhere Schätzungen. So wurden beispielsweise in einer Studie aus Belgien (22) die Kosten der

Tabelle 1: Geschätzte ökonomische Kosten der Adipositas nach vorliegenden Studien

Land (Studie)	Jahr der Schätzung	Kriterium BMI	Kosten			
			Art	Pro Kopf (KKP ^a in US-\$)	Anteil an den Gesamtausgaben für Gesundheit [%]	Anteil am BIP ^b [%]
In der Europäischen Region der WHO						
Belgien (22)	1999	≥30	Direkt	69	3	–
Frankreich (Bandbreite von Schätzungen) (26)	1992	≥30	Direkt	71–148	0,6–1,3	–
Frankreich (27)	1992	≥27	Direkt	202	1,8	0,9
Deutschland (Bandbreite von Schätzungen) (28)	2001	≥30	Direkt	17–35	1,2–2,6	0,1–0,3
Niederlande (29,30)	1993	≥30	Indirekt	17–38	–	–
Schweden (31)	2003	≥30	Direkt	32	1,7	–
			Direkt	45	1,8	0,7
Schweiz (28)	2001	≥25	Indirekt	157	–	–
Vereinigtes Königreich (England Bandbreite von Schätzungen) (32)	2002	≥30	Direkt + indirekt	186	–	0,6
			Direkt	n. v. ^c	2,3–2,6	–
Europa (15 Länder) (25)	2002	≥30	Direkt + indirekt	n. v.	n. v.	0,3
Außerhalb der Europäischen Region der WHO						
Australien (Bandbreite von Schätzungen) (33)	1995–1996	≥30	Direkt	28–51	1,7–3,2	–
Kanada (34)	1997	≥27	Direkt	49	2,4	–
Kanada (35)	2001	≥30	Direkt	41	1,6	0,4
			Indirekt	70	–	–
Japan (36)	1995–1998	≥30	Direkt	55	0,2	–
Neuseeland (37)	1991	≥30	Direkt	26	n. v.	–
Vereinigte Staaten (38)	1994	≥30	Direkt	92	2,7	–
Vereinigte Staaten (39)	1995	≥30	Direkt	263	7,3	–
Vereinigte Staaten (40)	1995	≥29	Direkt	194	5,4	–
			Direkt + indirekt	371	–	1,4
Vereinigte Staaten (41)	1998	≥30	Direkt	285	7,1	–
Vereinigte Staaten (42)	2000	≥30	Direkt	199	4,8	1,2
			Indirekt	183	–	–

^a KKP = Kaufkraftparitäten. KKP trägt bestehenden Kaufkraftunterschieden Rechnung, d. h. wenn ein Dollar in einem Land eine höhere Kaufkraft als in einem anderen hat.

^b Wenn in derselben Studie sowohl direkte als auch indirekte Kosten berechnet wurden, so errechnen sich die Gesamtkosten als Prozentsatz des Bruttoinlandsprodukts (BIP) aus der Summe der direkten und indirekten Kosten.

^c n. v. = nicht verfügbar.

Adipositas auf 6% der Sozialausgaben geschätzt; bei Verwendung der gesamten derzeitigen Gesundheitsausgaben als Bezugsgröße betrüge das Ergebnis dagegen 3%.

Nach Berechnungen aus den Vereinigten Staaten haben Personen mit einem BMI von über 30 kg/m² jährlich um 36% höhere Gesundheitsausgaben als Personen mit einem BMI von 20,0–24,9 kg/m²; gleichzeitig haben Personen mit einem BMI zwischen 25,0 und 29,9 kg/m² um 10% höhere jährliche Gesundheitsausgaben als Personen mit einem BMI von 20,0–24,9 kg/m² (23). Bei den kumulativen Kosten mehrerer wichtiger Krankheiten war über einen Zeitraum von acht Jahren ein enger Zusammenhang mit dem BMI feststellbar: Bei Männern im Alter von 45–54 Jahren mit einem BMI von 22,5, 27,5, 32,5 oder 37,5 kg/m² betragen die kumulativen Kosten 19 600, 24 000, 29 600 bzw. 36 500 US-\$. Die Lebenszeitkosten werden natürlich teilweise durch den vorzeitigen Tod von Adipositaspatienten gesenkt, doch können diese Kosten im höheren Alter aufgrund des Zutagetretens der kumulativen Wirkung der fortgesetzten Adipositas größer ausfallen (24).

Zu den indirekten Kosten der Adipositas gehören auch die Verluste, die durch das krankheitsbedingte Fernbleiben adipöser Personen von der Arbeit oder durch ihren vorzeitigen Tod entstehen. Nach Schätzungen aus britischen Studien über Produktivitätsverluste (Tabelle 1) könnten sich diese Kosten auf das Doppelte der direkten Gesundheitskosten belaufen. Allerdings sind die durch Adipositas bedingten Wohlstands- und Wohlfahrtsverluste von der Situation auf dem Arbeitsmarkt und der Struktur der sozialen Sicherungssysteme abhängig.

Nach jüngsten Schätzungen für Spanien steigen die durch Adipositas entstehenden Gesamtkosten bei Einbeziehung der durch Produktivitätsverluste verursachten indirekten Kosten auf ca. 2,5 Mrd. € pro Jahr. Dies entspricht etwa 7% der gesamten Gesundheitsausgaben. Die Gesamthöhe der durch Adipositas bedingten direkten und indirekten Kosten in den 15 Mitgliedstaaten der Europäischen Union (EU) vor deren Erweiterung im Mai 2004 wurde im Jahr 2002 auf jährlich 32,8 Mrd. € geschätzt (25). Diese Schätzungen müssen angesichts des zunehmenden Bewusstseins für die gesundheitlichen Auswirkungen eines erhöhten BMI bei Kindern und Erwachsenen nach oben korrigiert werden. Die Auswirkungen von Präadipositas bei Erwachsenen werden normalerweise nicht berücksichtigt. Daten aus dem Vereinigten Königreich deuten darauf hin, dass trotz der milderen Folgen die weite Verbreitung der Präadipositas schon eine Verdopplung der geschätzten direkten Kosten mit sich bringt. Schließlich werden auch in keiner der Studien die Kosten der Folgen von Übergewicht bei Kindern untersucht.

Die Gesamtkosten der Adipositas (direkt und indirekt) werden in Deutschland auf 0,2%, in der Schweiz auf 0,6%, in den Vereinigten Staaten auf 1,2% und in China auf 2,1% des BIP geschätzt, was darauf hindeutet, dass die Volkswirtschaften der Entwicklungsländer stärker betroffen sind (43).

Sozioökonomisch bedingte Unterschiede bei der Prävalenz

In verschiedenen Untersuchungen wurde eine erhöhte Prävalenz von Übergewicht und Adipositas in bestimmten, nach Einkommen oder Bildungsniveau (d. h. sozioökonomischem Status) klassifizierten Bevölkerungsgruppen festgestellt (44,45). So ist Adipositas in den meisten Ländern der Region überwiegend in den sozial benachteiligten Bevölkerungsschichten mit niedrigem Einkommens- und Bildungsniveau und schlechter Gesundheitsversorgung zu finden. In einigen Ländern dagegen, z. B. Aserbaidschan und Usbekistan, scheinen vor allem die Bevölkerungsgruppen mit höherem sozioökonomischem Status von Adipositas betroffen zu sein.

Die Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern spiegeln die Bedeutung der wirtschaftlichen Entwicklung für die Verteilung von Adipositas wider. So breitet sich Adipositas in einkommensschwachen Ländern bei steigendem Wohlstand schlagartig aus, wobei sich das Risiko der Erkrankung von Bevölkerungsgruppen mit höherem auf Bevölkerungsgruppen mit niedrigerem sozioökonomischem Status verlagert. Diese Trends spiegeln möglicherweise die relative Zugänglichkeit von industriell hergestellten Nahrungsmitteln und Getränken sowie die bei steigendem Volkseinkommen abnehmende Menge an körperlicher Arbeit wider. In den meisten Ländern jedoch ist Adipositas in den niedrigeren sozioökonomischen Schichten stärker verbreitet als in den höheren;

dies trifft offenbar auch auf Typ-2-Diabetes zu. Andere Untersuchungen legen den Schluss nahe, dass soziale Ungleichheiten die Gesundheit der Benachteiligten direkt beeinflussen können und dass dies durch unterschiedlichen Zugang zu gesundheitsförderlichen Umfeldern oder durch die psychosoziale Wirkung der wahrgenommenen Ungleichheiten auf die körperliche Gesundheit bedingt sein kann (46,47).

Es gibt bereits Anzeichen dafür, dass sich die soziale Benachteiligung in gleicher Weise auf das Übergewicht von Kindern auswirkt (48). So wurde nach einer britischen Studie in der Altersgruppe der Dreijährigen in Schottland Adipositas häufiger in sozial benachteiligten Familien festgestellt, in England (49) schien die Prävalenz von Adipositas bei Kindern zwischen 2 und 10 Jahren mit zunehmender Verslummung von Wohngebieten und niedrigem Haushaltseinkommen zu steigen. Dieses Problem hat sich im vergangenen Jahrzehnt in sozial benachteiligten Familien beschleunigt ausgebreitet. Schon das Aufwachsen in einer Familie mit niedrigem sozioökonomischen Status hat einen starken Einfluss auf die Entwicklung von Adipositas im Erwachsenenalter – unabhängig davon, ob die Betroffenen arm bleiben oder nicht. Daher müssen Präventionsstrategien konsequente Maßnahmen zur Beseitigung sozialer Benachteiligung beinhalten.

Hier könnte eine Wechselwirkung von Geschlecht, sozioökonomischem Status und nationalen Besonderheiten vorliegen. In der Russischen Föderation sind Männer mit höherem Bildungsniveau häufiger adipös, während in der Tschechischen Republik eher Männer mit niedrigerem Bildungsniveau betroffen sind, wobei jedoch in beiden Ländern weniger gebildete Frauen ein höheres Adipositasrisiko tragen (50). Auch im britischen *Health Survey for England* (1993–2001) wurde kein eindeutiges BMI-Gefälle für Männer in Abhängigkeit von ihrer sozialen Schicht festgestellt, doch war die Prävalenz der Adipositas bei Frauen in den niedrigeren sozialen Schichten höher.

Adipositas ist auch in manchen in jüngster Zeit zugewanderten Gruppen stärker verbreitet, wenngleich ein Teil dieser sichtbaren Unterschiede auf deren sozioökonomischen Status zurückzuführen sein mag. Eine Untersuchung zur Rolle der ethnischen Zugehörigkeit bei der Entstehung von Adipositas bei Kindern in Deutschland (51) kam zu dem Schluss, dass ein Großteil des durch ethnische Zugehörigkeit bedingten Unterschieds in der Adipositas-Prävalenz auf die bekannten Risikofaktoren für Übergewicht, insbesondere niedriges Bildungsniveau der Mutter und starken Fernsehkonsum, zurückzuführen ist.

Letztendlich treten andere Risikofaktoren wie Rauchen und Alkoholkonsum in niedrigeren sozioökonomischen Schichten ebenfalls verstärkt auf, und somit ist hinsichtlich der Verursachung von nichtübertragbaren Krankheiten ein Multiplikatoreffekt gegeben.

Einschätzung der Herausforderung: Das weitere Vorgehen

Zur Lagebeurteilung hinsichtlich der Körpermaße von Kindern und Erwachsenen in einem Land ist ein zuverlässiges Kontrollsystem erforderlich, nicht nur für ein korrektes Verständnis des Fortschreitens der Epidemie, sondern auch im Hinblick auf die Bewertung der schrittweise eingeführten Präventionsmaßnahmen. Insgesamt sind in der Europäischen Region die derzeit für diese Zwecke verfügbaren Daten nicht ausreichend. Ein System, das Rückschlüsse auf die relative Wirksamkeit der einzelnen Maßnahmen zuließe, wäre daher für alle Gesundheitspolitiker in der Region von unschätzbarem Wert.

Auch zur Klärung der Krankheitslast, die auf Präadipositas und auf Übergewicht bei Kindern zurückzuführen ist, sind weitere Informationen erforderlich. Schließlich stellt ein besseres Verständnis der Auswirkungen der Adipositasepidemie auf die Gesundheitsausgaben und die wirtschaftliche Entwicklung insgesamt eine umfassendere Grundlage für Entscheidungsträger dar.

2. Die Determinanten der Adipositas

Wichtigste Aussagen

- Die Adipositasepidemie erklärt sich weitgehend aus einem Zusammentreffen von Bewegungsmangel und schlechter Ernährung. Etwa zwei Drittel der Erwachsenen im westlichen Teil der Europäischen Region sind nicht in dem empfohlenen Maße körperlich aktiv, und die Ernährung vieler Menschen ist durch hohen Energiegehalt und niedrigen Sättigungswert bestimmt.
- Die Länder in der Region unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Ernährungsgewohnheiten, doch die Statistik zeigt, dass die Unterschiede allmählich abnehmen. So war der Verbrauch an Gemüse, Pflanzenölen und Fisch in den Mittelmeerländern traditionell hoch, doch geht diese traditionelle Ausrichtung zunehmend verloren, insbesondere unter jungen Menschen.
- Ausschließliches Stillen und geeignete Beikost wirken als Schutzfaktoren gegen Adipositas. Eine solche optimale Ernährung der Säuglinge findet in weiten Teilen der Bevölkerung noch nicht statt.
- Energieaufnahme und -verbrauch des Einzelnen werden durch ein breites Spektrum von Einflüssen bestimmt, u. a. das familiäre Umfeld, den schulischen Bereich, die Verkehrs- und Städteplanungspolitik, die Werbung und die Lebensmittel- und Landwirtschaftspolitik. Zahlreiche Aspekte der Umwelt des Einzelnen begünstigen die Entstehung von Adipositas, indem sie ein Ernährungs- oder Bewegungsverhalten fördern, das zur Erhöhung des Adipositasrisikos führt.
- Familie, Schule und Kindergarten sind in besonderer Weise für die Herausbildung von guten Ess- und Bewegungsgewohnheiten und die Vermittlung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen an Kinder verantwortlich: Hier sollte eine Umwelt geschaffen werden, die die Entwicklung gesunder Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten zulässt. Dies ist jedoch in den meisten Ländern der Europäischen Region nicht der Fall.
- Kinder sind für Lebensmittelwerbung besonders anfällig; diese bedient sich neben der Fernsehwerbung noch eines breiten Spektrums anderer Methoden, bei denen teilweise die elterliche Kontrolle umgangen wird.
- Der Eintritt in die Arbeitswelt bringt häufig eine Veränderung der Lebensweise mit sich, die eine Gewichtszunahme zur Folge haben kann. Ein Großteil der Arbeit findet nun im Sitzen statt, und wenn keine guten Kantinen und keine ausreichende Zeit für Mahlzeiten zur Verfügung stehen, greifen viele Menschen auf energiereiche Zwischenmahlzeiten zurück.
- Die Hersteller und Lieferanten von Lebensmitteln, einschließlich Fast-Food-Restaurants, beeinflussen den Nahrungsmittelkonsum durch die Gestaltung ihrer Lebensmittelprodukte und der Portionsgrößen sowie durch die Preispolitik für ihre Produkte.
- Die Landwirtschaftspolitik hat Einfluss auf die Ernährungsgewohnheiten durch die Gestaltung der Preisrelationen und des Angebots verschiedener Arten von Lebensmitteln. Jahrzehntlang bestand die Zielsetzung nur darin, Fette, Zucker und Tierprodukte zu immer niedrigeren Preisen herzustellen; diesem Langzeittrend entgegenzuwirken stellt eine wesentliche Herausforderung für die Politik dar.
- Die Verbraucher wünschen sich eine informative Lebensmittelkennzeichnung, doch empfinden sie die gegenwärtigen Kennzeichnungssysteme als verwirrend oder gar irreführend. Eine Etikettierung, die eine angemessene Darstellung des Ernährungsprofils der Lebensmittel bietet, könnte einen wesentlichen Anreiz für die Herstellung gesünderer Produkte schaffen.
- Bestimmte soziale Gruppen sind für adipogene Einflüsse besonders anfällig. Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status stehen bei der Wahl gesundheitsfördernder Lebensweisen strukturellen, sozialen, organisatorischen, finanziellen und anderen Sachzwängen gegenüber. Ernährungsentscheidungen werden vor allem durch Preis und Angebot von Lebensmitteln wesentlich beeinflusst.

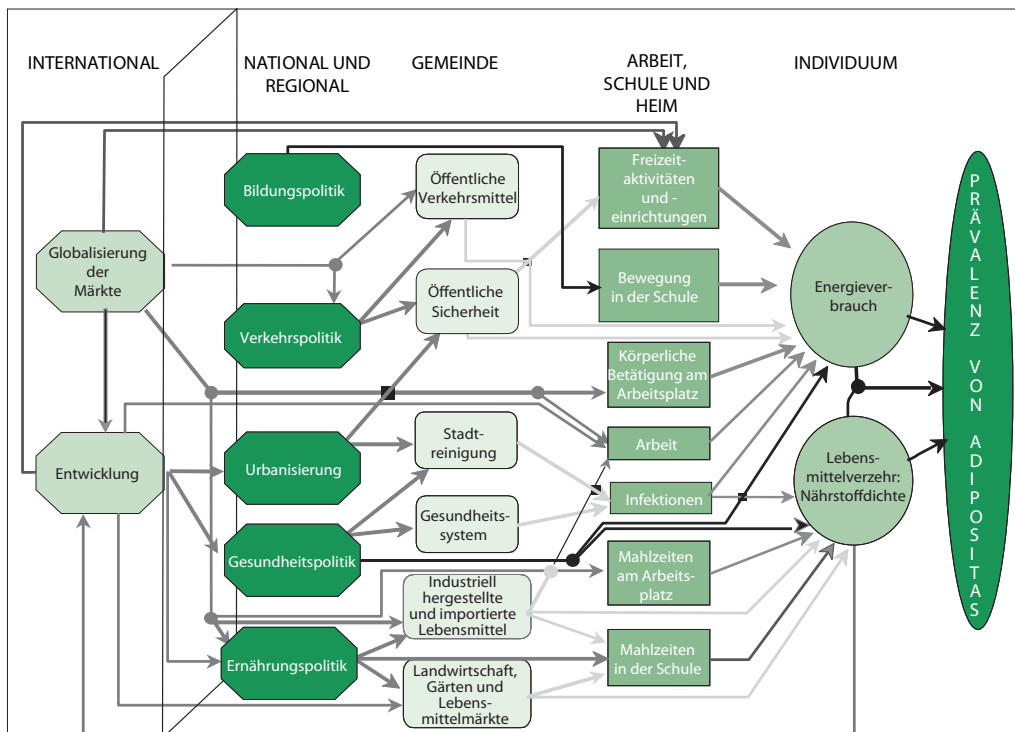
Einführung

Das Ungleichgewicht zwischen Energieaufnahme und -verbrauch ist durch die sozialen Entwicklungen unserer Zeit bedingt. Mindestens zwei Drittel der Erwachsenen in der EU sind für eine optimale Gesundheit nur unzureichend körperlich aktiv (52). Ein Großteil der Bevölkerung nimmt außerdem zu viele energiereiche, nährstoffarme Lebensmittel (einschl. Getränke) (53) und zu wenig Obst und Gemüse (54) zu sich.

Zum Verständnis der möglichen Gründe für die übermäßige Energieaufnahme bzw. den für eine Verhinderung der Gewichtszunahme unzureichenden Energieverbrauch ist eine Untersuchung der vorgelagerten Einflüsse auf das Ernährungs- und Bewegungsverhalten erforderlich.

Solche Einflüsse können im Kontext einer Abfolge von Ursachen untersucht werden; einige davon spiegeln sich unmittelbar in Verhaltensweisen wider, andere wiederum sind weiter entfernt angesiedelt und beeinflussen eher das Umfeld als das eigentliche Verhalten. Abb. 8 zeigt ein ökologisches Modell, das die Einflussfaktoren auf Energieverbrauch und Nahrungsaufnahme darstellt. Die vertikalen und horizontalen Verbindungen können sich je nach Gesellschaft und Bevölkerungsgruppe unterscheiden.

Abb. 8: Gesellschaftliche Politik und Prozesse mit direktem und indirektem Einfluss auf die Prävalenz von Adipositas



Quelle: Tabelle angepasst nach Kumanyika et al. (55).

In diesem Kapitel werden spezifische Aspekte dieses allgemeinen Modells untersucht: die Determinanten für die Wahl von Lebensmitteln und das Bewegungsverhalten in unterschiedlichen Situationen bzw. sozialen Gruppen sowie in verschiedenen Lebensabschnitten. Die Diskussion zeigt, dass die Determinanten der Adipositas und des die Krankheit verursachenden bzw. begünstigenden (adipogenen) Umfelds in einer Vielzahl von Bereichen angesiedelt und ein Ergebnis der Landwirtschafts-, Handels- und Bildungspolitik wie auch der Gesundheits- und Sozialpolitik sind.

Sitzende Tätigkeiten, körperliche Betätigung, Fitness und Adipositas

Körperfett sammelt sich dann an, wenn der Energiegehalt der eingenommenen Nahrung und Getränke die Menge der durch Stoffwechsel und Bewegung der betroffenen Person verbrauchten Energie übersteigt. Da sowohl Energieaufnahme als auch Energieverbrauch bei der Gewichtszunahme eine Rolle spielen, ist es oft schwierig, überhöhte Energieaufnahme oder Bewegungsmangel als einzige und klar nachweisbare Ursache für die Adipositas-Problematik bei Einzelpersonen oder in der Gesellschaft auszumachen (56). Darüber hinaus kann Gewichtszunahme allein schon deswegen zu weniger Bewegung führen, da sie bei sportlicher Betätigung mit höheren Anforderungen an Herz, Kreislauf und Atmung sowie mit Rückenschmerzen, Arthritis und Schwitzen verbunden ist. Die Behauptung, schlechte Ernährung oder sitzendes Verhalten allein sei für die Krankheitslast in einem Land verantwortlich, ist somit unhaltbar; vielmehr herrscht in beiden Bereichen Handlungsbedarf.

Bewegung ist unabhängig vom Körpergewicht von Nutzen, denn sie

- senkt die Wahrscheinlichkeit von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Bluthochdruck und Typ-2-Diabetes,
- regt den Fett- und Kohlenhydratstoffwechsel an, erhöht die Insulinsensibilität, verbessert die Blutlipidwerte und
- kann den Aufbau von Muskelmasse ermöglichen, sogar wenn es nur zu einer geringen oder zu keiner Gewichtsveränderung kommt (57).

Bewegung ist zur Erhöhung der Gewichtsstabilität besser geeignet als Gewichtsabnahme. Daher ist nach einer Gewichtsabnahme infolge einer Ernährungsumstellung auch eine sofortige konsequente Umstellung auf mehr Bewegung erforderlich. Schon mäßige körperliche Betätigung kann das Risiko einer Erkrankung an Diabetes (58) und den meisten anderen chronischen Erkrankungen erheblich senken.

Hinsichtlich der für eine positive Wirkung benötigten Menge an Bewegung herrscht Übereinstimmung. Mäßige körperliche Betätigung, wie etwa 30-minütiges schnelles Gehen an fünf Wochentagen, verringert deutlich das Risiko sowohl für Herz-Kreislauf-Erkrankungen als auch für Typ-2-Diabetes bei Erwachsenen. Zur Bekämpfung der Gewichtszunahme in Ländern, deren Ernährungsgewohnheiten Adipositas begünstigen, werden pro Tag längere Zeiten wie etwa 60–90 Minuten schnelles Gehen oder intensivere Arten körperlicher Betätigung empfohlen.

Mindestens zwei Drittel der Erwachsenen in den Ländern der EU erreichen offenbar nicht das empfohlene Maß an Bewegung (52). Die körperliche Betätigung hat in den letzten Jahrzehnten abgenommen, da vor allem das Lebensumfeld der Menschen diese immer weniger zu Bewegung veranlasst. Dies betrifft insbesondere die Bereiche Verkehr, Wohnen, Arbeitsplatz und Schule sowie Freizeiteinrichtungen.

Daher deutet trotz der Tatsache, dass Bewegung allein zur Gewichtsabnahme wenig tauglich ist, alles auf die dringende Notwendigkeit von Maßnahmen zur Förderung von Bewegung in der gesamten Europäischen Region hin.

Determinanten von körperlicher Betätigung

Die Entscheidungen in Bezug auf körperliche Betätigung werden durch verschiedene Aspekte des sozialen Umfelds (z. B. Grundsätze der Schule oder Rolle der Medien) und des baulichen Umfelds (z. B. Verkehrspolitik und Städteplanung) beeinflusst.

1. Die Schulen in vielen Ländern legen vor allem Wert auf schulische Leistungen – auf Kosten des Sportunterrichts und anderer Arten von Bewegung. Darüber hinaus erhalten bei der Freizeitgestaltung während des Tages Aktivitäten, die mit Bewegung verbunden sind, zunehmend Konkurrenz von sitzenden Aktivitäten vor dem Fernseher (in jüngeren Altersgruppen) oder Computer.
2. In vielen Ländern legen – insbesondere wegen Sicherheitsbedenken der Eltern – immer weniger Kinder den Schulweg mit dem Fahrrad oder zu Fuß zurück.

3. Die Verfügbarkeit einer Vielzahl von Fernsehprogrammen während des ganzen Tages und die große Beliebtheit elektronischer Unterhaltungsspiele machen für die meisten Altersgruppen die Freizeitgestaltung im Sitzen fast zum Normalfall.
4. Bei den Erwachsenen hat die Nutzung von PKW in den vergangenen Jahrzehnten zugenommen, während körperlich aktive Arten der Fortbewegung (Radfahren und Zufußgehen) in vielen Ländern auf einem historischen Tiefststand angelangt sind.
5. Die Ausübung einiger traditioneller Sportarten ist in den letzten Jahren zurückgegangen, teilweise aufgrund der demografischen Veränderungen und der wachsenden Vielfalt von Sportarten. Kommerzielle Fitnessstudios und -aktivitäten breiten sich aus, jedoch besteht in bestimmten Gebieten bzw. für bestimmte Bevölkerungsgruppen nur bedingt Zugang zu ihnen.
6. Aufgrund der wachsenden Zahl von Beschäftigten in sitzenden Berufen hat die körperliche Betätigung am Arbeitsplatz abgenommen. Das vom Arbeitgeber gestellte soziokulturelle Umfeld ist eine wesentliche Determinante für das Bewegungsverhalten der Beschäftigten. Dazu gehört auch die Bereitstellung von Bewegungsmöglichkeiten im beruflichen Bereich selbst und von Anreizen zur Teilnahme an Sport- und Fitnessaktivitäten sowie zu aktiver Fortbewegung beim Berufspendeln.
7. Städteplanung und die räumliche Gestaltung der Städte können körperliche Betätigung und ein aktives Leben begünstigen oder hemmen. Eine Planung, bei der die räumliche Trennung von Wohnraum, Arbeitsplatz, Einkaufsmöglichkeiten und Freizeitaktivitäten verringert wird, kann durch kürzere Entfernungen einen Anreiz für das Radfahren und Zufußgehen schaffen. Mehrere europäische Städte bieten anschauliche Beispiele für eine fahrradfreundliche Städteplanung und Anreize für die Nutzung von Fahrrädern statt oder zusätzlich zu anderen Verkehrsmitteln.
8. In Wohngebieten wird die Bereitschaft der Menschen zu mehr Bewegung häufig nicht nur durch das Vorhandensein von Bewegungsmöglichkeiten an sich, sondern auch durch Zustand und Ästhetik der öffentlichen Räume sowie durch subjektives Sicherheitsempfinden beeinflusst. Der sozioökonomische Status spielt hierbei eine bedeutende Rolle. Dies betrifft sowohl die tatsächliche Zugänglichkeit der Einrichtungen (die durch Lage, Kosten für Ausrüstung und Eintritt bestimmt wird) als auch die Wahrnehmung der Menschen hinsichtlich der eigenen Fähigkeit, sie zu benutzen.

Doch wenn auch die meisten Veränderungen der letzten Jahrzehnte einer verstärkten körperlichen Betätigung nicht zuträglich waren, so bietet doch jeder dieser Bereiche ein erhebliches Potenzial zu ihrer Förderung. Zu den veränderbaren Determinanten nachhaltiger Verkehrslösungen gehören Sicherheit im Straßenverkehr, eine ausgewogenere Verteilung der Investitionen innerhalb des Verkehrssektors und Preissignale, die öffentliche und nicht motorisierte Verkehrsmittel begünstigen.

Auf der individuellen Ebene wird die Nutzung von Möglichkeiten zur körperlichen Betätigung noch durch weitere Determinanten bestimmt. Untersuchungen über die mangelnde Bereitschaft von Schülern zur sportlichen Betätigung belegen, dass für viele Kinder, insbesondere die bereits übergewichtigen, Leistungssport und sportlicher Wettkampf unattraktiv sind, da für sie wenig Hoffnung auf Erfolg besteht und sie sich nicht gern in öffentlichen Räumen umziehen oder Sportbekleidung (z. B. Badehosen) tragen, weil sie das dem Spott der Gleichaltrigen aussetzt. In einigen Kulturen wird aus Glaubensgründen die Enthüllung des Körpers in der Öffentlichkeit eingeschränkt, insbesondere für Frauen und Mädchen, so dass Alternativen zu sportlichen Aktivitäten untersucht werden müssen.

Ernährungsbedingte Einflüsse auf die Adipositas

Das moderne Ernährungsumfeld bietet eine Vielzahl von Möglichkeiten zum Konsum von Nahrungsmittel- und Getränkeprodukten. Diese leichte Zugänglichkeit der Produkte führt unbeabsichtigt zu „passivem Überkonsum“, bei dem die Betroffenen gar nicht erkennen können, dass sie ein besonders energiereiches Lebensmittel oder Getränk zu sich nehmen. Aktuelle Analysen verschiedener Studien über individuelle Reaktionen auf

Lebensmittel, bei denen der spontane Verzehr sowohl in sorgfältig kontrollierter Umgebung (59,60) als auch im Alltagsleben bewertet wurde, deuten allesamt auf zwei ernährungsbedingte Faktoren hin, die eine unbeabsichtigte Überernährung besonders begünstigen:

- den Verzehr von sehr energiereicher Nahrung: kalorienreich pro Gewichtseinheit wegen der Zugabe überschüssiger Fett- und/oder Zuckeranteile bzw. wegen Weiterverarbeitung des Produktes zwecks Begrenzung seines Wasserrückhaltevermögens und seiner Bulking-Eigenschaften oder wegen des nur geringen Verzehrs von Obst und Gemüse und
- den Verbrauch energiereicher (z. B. zuckerreicher) Getränke zwischen Mahlzeiten.

Diese beiden Faktoren entziehen sich offenbar der normalen biologischen Kurzzeitregulierung von Appetit und Nahrungsaufnahme, so dass Kinder wie Erwachsene ihre sonstige Aufnahme meist nicht ausreichend anpassen, wenn diese Lebensmittel bzw. Getränke stets verfügbar sind. Dieses Problem wird in Gesellschaften mit Bewegungsmangel noch zusätzlich verschärft, wo die Menschen allgemein weniger essen müssen und es daher bei Konsum energiereicher Lebensmittel und Getränke schwieriger ist, eine ausgewogene Energiebilanz aufrechtzuerhalten.

Umgekehrt schützt eine Ernährung mit einer niedrigen Energiedichte, einem geringeren Fettanteil, aber mehr komplexen Kohlenhydraten und Ballaststoffen vor Gewichtszunahme (61). Interventionsstudien zeigen auch, dass eine hohe Ballaststoffzufuhr über die Nahrung zur Gewichtsabnahme beitragen kann (62). Solche energiearme Kost sollte jedoch eine ausreichende Dichte an Mikronährstoffen und bioaktiven Verbindungen aufweisen, um auch bei niedriger Energieaufnahme eine ausreichende Mikronährstoffversorgung zu gewährleisten.

Vor diesem Hintergrund überrascht es nicht, dass gesüßte Getränke (63) und Fast-Food (64) sich als spezifische Risikofaktoren erweisen. Das Risiko einer überhöhten Energieaufnahme wird durch die Portionsgrößen energiereicher Lebensmittel noch zusätzlich erhöht (65), während die Häufigkeit des Essens an sich bei gleicher Art der Nahrung nicht konkret als ein Gewichtsveränderungen begünstigender Faktor nachgewiesen werden konnte. Somit überrascht es nicht, dass ein höherer Konsum von Obst und Gemüse mit niedrigerer Gewichtszunahme in Verbindung gebracht wird (66) und dass ein hoher Konsum von Fleisch (und dem darin enthaltenen Fett) dagegen als Risikofaktor für Gewichtszunahme gilt (67). Es gibt Hinweise darauf, dass Alkohol die Entwicklung von Adipositas bei Männern begünstigt, doch konnte ein Zusammenhang bisher nicht schlüssig nachgewiesen werden. Bestimmte Erkenntnisse aus jüngster Zeit deuten auf einen Zusammenhang zwischen Gewichtszunahme und Lebensmitteln mit hohem glykämischen Index hin, doch sind zur Bestätigung dieser Verbindung Langzeituntersuchungen erforderlich.

Obwohl es zahlreiche Studien gibt, die diesen Schlussfolgerungen zu widersprechen scheinen, so ist doch bei ihrer Interpretation Vorsicht geboten, da viele Studien Eigenangaben der Befragten zur Nahrungsaufnahme und sogar zur Gewichtszunahme verwenden, die jeweils mit hohen Fehlerquoten behaftet sind. Dies führt zu deutlich zurückhaltendem Meldeverhalten bezüglich der Gesamtenergie-, Fett- und Zuckeraufnahme, besonders bei den am stärksten Übergewichtigen (68).

Ernährungsgewohnheiten und Adipositas in der Europäischen Region

Die Ernährungsgewohnheiten in der Europäischen Region der WHO lassen sich anhand von Daten über Nahrungsmittellieferungen und -verkäufe, Haushaltseinkäufe und individuellen Konsum (meist aufgrund von Einkaufslisten) bestimmen. Die Ergebnisse sind im Folgenden zusammengefasst.

1. Der Gesamtfettanteil in der Ernährung von Erwachsenen macht zwischen 30% und über 40% der Energiezufuhr aus (15–30% Fettanteil an der Gesamtenergiemenge werden empfohlen). Der Anteil von Fett an der Energiezufuhr ist in fast allen Ländern der Region hoch, besonders jedoch in Griechenland und

² Hier als Mahlzeit definiert, die außerhalb des Hauses in Selbstbedienungsrestaurants verzehrt wird, z. B. Hamburger, Pizza oder Brathuhn.

Belgien (Erwachsene) (Abb. 9) sowie Spanien und Frankreich (Kinder). Pflanzliche Öle sind in den Ländern Südeuropas allgemein verbreitet, während in West- und Nordeuropa sowohl pflanzliche Öle als auch tierische Fette reichlich vorhanden sind. Einfache Kohlenhydrate machen in den meisten Ländern ebenfalls mehr als den gegenwärtig empfohlenen Anteil von 10% an der Gesamtenergiezufuhr aus.

2. Das Angebot an Obst und Gemüse hat in der Region in den letzten 40 Jahren zugenommen. Dabei ist der Verzehr in Südeuropa am höchsten, wenn auch der Konsum in manchen Ländern im vergangenen Jahrzehnt abgenommen hat, während in einigen Ländern Nordeuropas ein Anstieg zu verzeichnen ist. In zahlreichen Ländern bleibt der Pro-Kopf-Konsum erheblich unter der empfohlenen Mindestmenge von 400 g pro Tag (Abb. 9).
 - Der geringe Verzehr von Obst und Gemüse und der unzureichende Konsum von Vollkorngetreideprodukten erklären die überraschend einheitlich niedrige Ballaststoffaufnahme in den Ländern der Region: 1,8–2,4 g/MJ bei Männern und 2,0–2,8 g/MJ bei Frauen. Der empfohlene Wert liegt bei 2,5–3,1 g/MJ.
 - So war die Ernährung in den Mittelmeerländern traditionell durch einen hohen Konsum von Gemüse, pflanzlichen Ölen und Fisch gekennzeichnet, doch diese Ausrichtung geht zunehmend verloren, insbesondere unter jüngeren Menschen. Daten über langfristige Ernährungstrends (Abb. 10) belegen, dass die Länder Südeuropas ihren Vorsprung allmählich einbüßen und sich mehr und mehr der ungesunden Ernährungsweise der Länder Nord- und Westeuropas anpassen.
3. Beim Konsum von zuckerreichen Getränken (Softdrinks) sind deutliche Unterschiede zwischen den Ländern festzustellen. So ist der Konsum in Südeuropa niedriger als in Nordeuropa und unter Männern höher als unter Frauen. In allen Ländern mit Ausnahme von Deutschland und Griechenland ist das Angebot im vergangenen Jahrzehnt gestiegen (Abb. 10).
4. Die Europäische Region hat den höchsten Alkoholkonsum der Welt, insbesondere unter Männern (69). In Südeuropa wird allgemein mehr Wein getrunken, in Mittel- und Nordeuropa dagegen mehr Bier. In den letzten vier Jahrzehnten ist das Angebot an Bier in der EU gestiegen, während das Angebot an Wein zurückgegangen ist.

Diese Daten deuten darauf hin, dass beide Faktoren, die das Risiko einer überhöhten Energieaufnahme vergrößern, generell in der Europäischen Region vorhanden sind:

- eine Ernährung mit hohem Energiegehalt und niedrigem Sättigungswert (Völlegefühl nach dem Essen), die durch einen hohen Fettanteil an der Energiezufuhr, einen hohen Zuckeranteil und eine niedrige Ballaststoffzufuhr bedingt ist und
- ein steigender Konsum zuckerreicher Getränke bei gleich bleibendem Konsum alkoholischer Getränke.

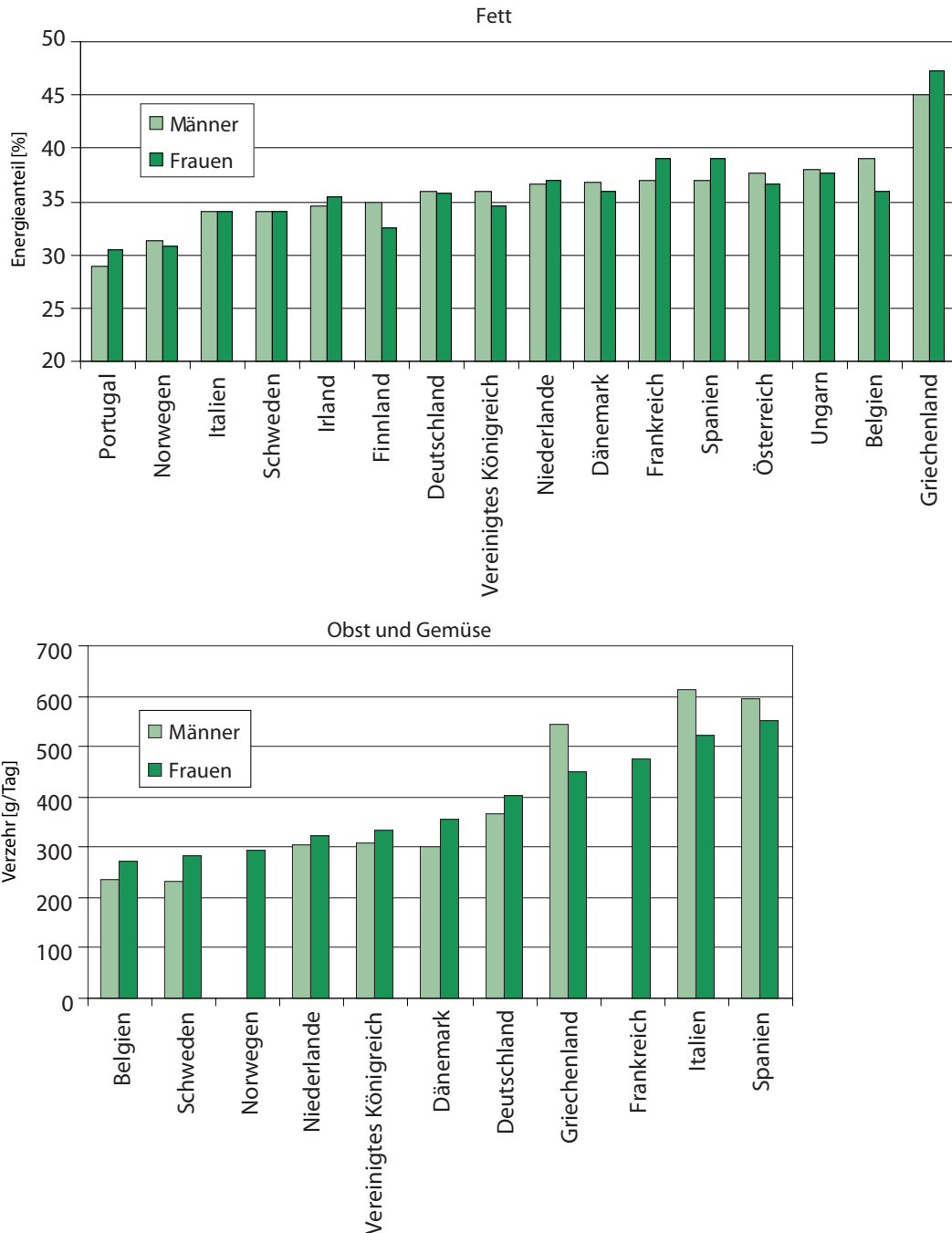
Das Lebensmittelumfeld

Das Ernährungsumfeld beeinflusst Art und Menge der verzehrten Lebensmittel. Die eingehendsten Untersuchungen gibt es über das familiäre und schulische Umfeld, doch sind auch andere Bereiche untersucht worden.

Das Zuhause

Es gibt gewichtige Belege dafür, dass sich unabhängig von genetischen Faktoren das Adipositasrisiko durch Übergewicht bzw. Adipositas der Eltern erhöht. Darüber hinaus gibt es Anhaltspunkte für ein erhöhtes Adipositasrisiko bei Kindern aus Familien, in denen die Eltern die Ernährung nur wenig steuern, es seltener oder nur unregelmäßig Familienmahlzeiten, dafür aber häufig Zwischenmahlzeiten gibt, in denen während der Mahlzeiten ferngesehen wird oder die Mutter häufiger Diäten macht, um abzunehmen. Weiterhin findet sich Adipositas häufiger bei Kindern aus Familien mit niedrigerem sozioökonomischen Status oder mit nur einem Elternteil. Trotz der häufigen Gelegenheiten zum Essen außer Haus darf die Bedeutung des familiären Umfelds nicht übersehen werden.

Abb. 9: Verzehr von Obst und Gemüse durch Männer und Frauen nach Personenumfragen in ausgewählten Ländern der Europäischen Region (1992–2004)



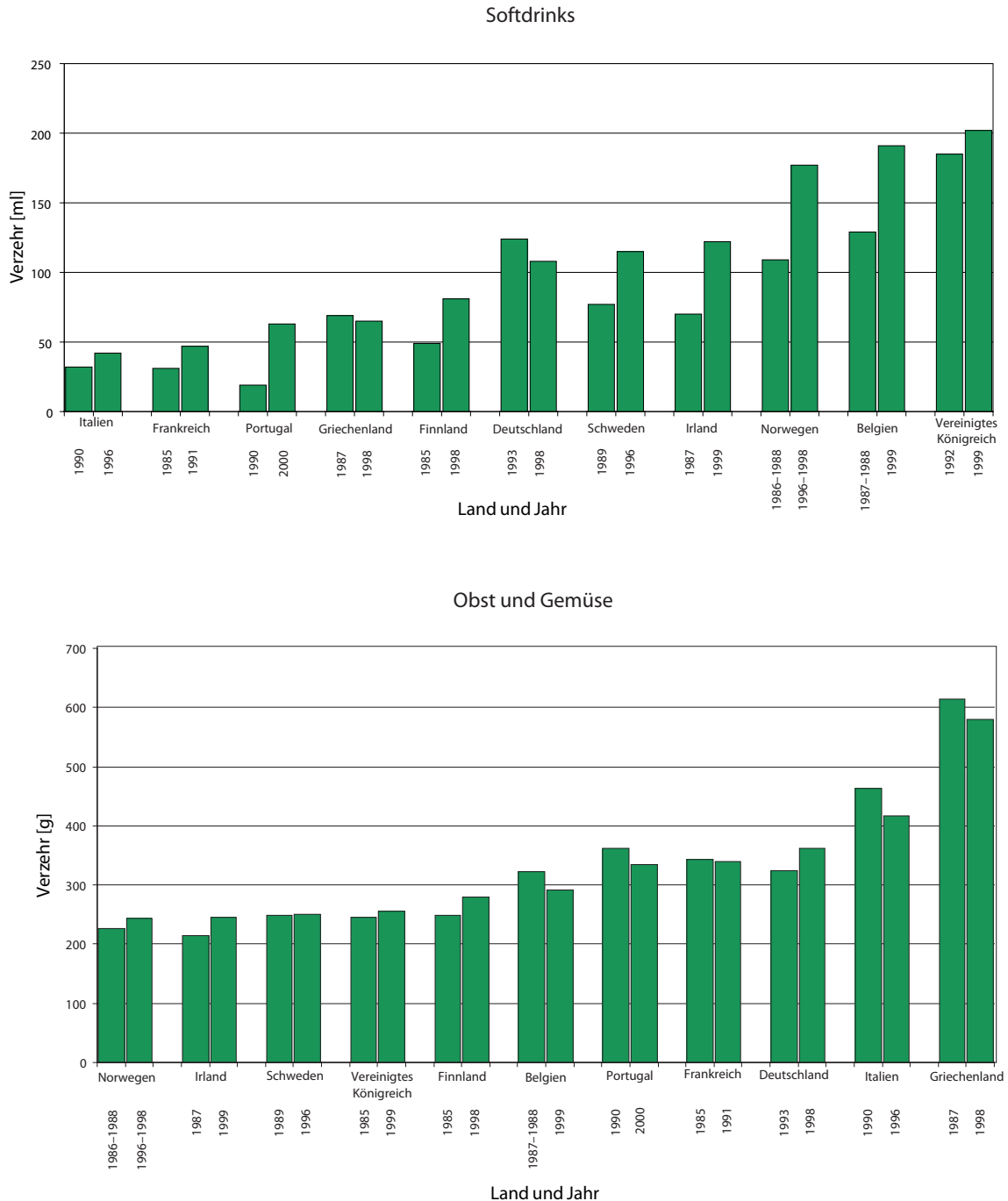
Hinweis: Die Daten aus Frankreich und Norwegen zum Konsum von Obst und Gemüse betreffen nur Frauen.

Quellen: Elmadfa, Weichselbaum (53), Harrington et al. (70), Netherlands Nutrition Centre (71), Agudo et al. (54), de Vriese et al (72).

Schule

Zum schulischen Ernährungsumfeld gehören Schulmahlzeiten, Verkaufsautomaten und andere Bezugsquellen für Lebensmittel in der Schule, die Grundsätze der Schule für mitgebrachte Lebensmittel sowie die leichte Verfügbarkeit

Abb. 10: Trends bei der durchschnittlichen Verfügbarkeit von Softdrinks sowie Obst und Gemüse pro Kopf und Tag in den Haushalten ausgewählter Länder der Europäischen Region



Quelle: DAFNE Data Food Networking (73).

von kostenlosem Trinkwasser. Es gibt gewisse Hinweise darauf, dass das schulische Ernährungsumfeld die Ernährungsweise beeinflusst und möglicherweise ungesunde Essgewohnheiten fördert, die bei den Schülern die Entwicklung von Adipositas begünstigen. Es gibt gute Belege dafür, dass ganzheitliche Konzepte, die vernünftige

Ernährungsgrundsätze mit Konzepten für Unterricht und Bewegung verbinden und Eltern wie Schüler einbeziehen, eine Verbesserung der Ernährungsgewohnheiten herbeiführen können. Ernährungsentscheidungen können nachgewiesenermaßen durch Aufklärungsmaßnahmen und Preisanreize beeinflusst werden (wobei letztere besonders starke Wirkung zeigen), doch waren die Veränderungen bei Wegfall der Anreize meist nicht von Dauer (74).

Arbeitsplatz

Der Eintritt in die Arbeitswelt ist häufig mit einer Veränderung der Lebensweise verbunden, die eine Erhöhung des Körpergewichts zur Folge haben kann. Es gibt nur bedingt Erkenntnisse darüber, welche Faktoren am Arbeitsplatz sich auf Adipositas begünstigende Ernährungsgewohnheiten auswirken; dazu kann eine Abnahme der routinemäßigen täglichen körperlichen Betätigung ebenso gehören wie die Auswahl an Lebensmitteln in Kantinen und Cafeterien. Andererseits können Arbeitgeber auch Präventionsprogramme anbieten, die gesundheitsdienliche Verhaltensweisen fördern. Aufklärungsmaßnahmen in Verbindung mit besserer Verpflegung und Programmen zur Förderung von Bewegung bieten gute Aussichten auf Erfolg.

Lebensmitteleinzelhandel

Entscheidungen beim Lebensmittelkauf werden in erheblichem Maße durch Marketing beeinflusst (siehe Erörterung auf S. 23–24 zu Marketing und Werbung). Vor allem in einkommensschwächeren Haushalten können Ernährungsentscheidungen durch Preisstrategien und Zugänglichkeit zu Kleinläden und Supermärkten beeinflusst werden; letztere wiederum wird in städtischen wie ländlichen Gebieten durch die Entfernung zu den Läden und durch entsprechende Verkehrsverbindungen beeinflusst. In einigen Ländern werden mittlerweile Gebiete mit unzureichendem Zugang zu Lebensmitteln als „Lebensmittelwüsten“ bezeichnet.

Gastronomie

Essen außer Haus wird in vielen Gesellschaften immer beliebter. Für einen Zusammenhang zwischen häufigen Mahlzeiten in Restaurants bzw. Imbissen und einer höheren Fett- und Energieaufnahme bei Erwachsenen und Jugendlichen gibt es gewisse Hinweise. Weiterhin gibt es begrenzte Hinweise darauf, dass die Verfügbarkeit von Fast-Food-Restaurants und anderen Gaststätten in den betreffenden Gegenden mit einer erhöhten Prävalenz von Adipositas einhergeht.

Welche Faktoren bestimmen das Ernährungsumfeld?

Die Aussagen über das familiäre, schulische, berufliche und sonstige Umfeld müssen jeweils im richtigen Kontext betrachtet werden. Insbesondere der Lebensmittelmarkt wird durch eine Vielzahl von Faktoren bestimmt, darunter die Landwirtschafts- und Handelspolitik, die Verfügbarkeit von Lebensmitteln sowie Lebensmittelpreise und -kennzeichnung. Erfahrungen in Finnland und Norwegen haben gezeigt, dass durch auf Herstellung, Vertrieb und Preisbildung abzielende Interventionen Konsumgewohnheiten verändert und die Gesundheitssituation der Bevölkerung verbessert werden können.

Verfügbarkeit von Lebensmitteln

Das wachsende Angebot an energiereichen Lebensmitteln gilt als wesentliche Triebkraft der Adipositasepidemie. Im Zuge steigender Einkommen und wachsender Urbanisierung treten viele Gesellschaften in eine Phase des „Ernährungsübergangs“ ein, der durch eine allmähliche Verlagerung der Ernährung von getreide- und gemüsereicher Kost auf fett- und zuckerreiche Nahrungsmittel, durch eine wachsende Zahl von Mahlzeiten außerhalb des Hauses und durch einen steigenden Anteil an verarbeiteten Nahrungsmitteln wie Süßigkeiten und Softdrinks gekennzeichnet ist.

Veränderungen an den Produktionssystemen und an Transport, Verarbeitung und Verpackung sowie wachsende Portionsgrößen begünstigen den Verzehr von energiereichen Lebensmitteln, können sich allerdings auch

positiv auf die Verfügbarkeit von Obst und Gemüse auswirken. Einkaufsmöglichkeiten für Lebensmittel gibt es viele, oft rund um die Uhr, und die am leichtesten zugänglichen Produkte sind diejenigen mit der höchsten Energiedichte.

Multinationale Hersteller und Einzelhandelsketten steuern diesen Ernährungsübergang durch ihr Vordringen auf neue Märkte und die Entwicklung globaler Markennamen und Marketingstrategien, die eine anbieterinduzierte Nachfrage schaffen.

Landwirtschafts- und Handelspolitik

Landwirtschaftspolitische Maßnahmen wie die Gemeinsame Agrarpolitik der EU haben die Produktion von Zucker, Fetten und Ölen zu niedrigen Preisen durch Subventionen und andere Maßnahmen begünstigt und das Angebot an Obst und Gemüse verringert.

Agrarüberschüsse (z. B. Butter) machen neue Marketingstrategien zur Förderung des Konsums erforderlich, was zu einem überhöhten Binnenkonsum sowie zu Verzerrungen des Welthandels führen kann, die sowohl in Ländern mit höherem als auch in Ländern mit niedrigerem Einkommen negative Auswirkungen auf die Gesundheit haben.

Die auf gesamteuropäischer Ebene angenommenen Ziele und Empfehlungen für die Ernährung (insbesondere zu Zucker, Fett, Alkohol, Obst und Gemüse) könnten als Orientierungshilfe für politische Maßnahmen zur Regelung von Agrarproduktion und Agrarhandel sowie Verarbeitung, Vertrieb (einschließlich Einzelhandel) und Vermarktung von Nahrungsmitteln dienen.

Lebensmittelpreise

In vielen Ländern der Europäischen Region sind die realen Lebensmittelpreise niedriger denn je. Der Anteil der Lebensmittel an den Gesamtausgaben der Haushalte ist in den meisten Ländern der Region rückläufig. Allerdings sind einkommensschwache Bevölkerungsschichten preissensibler als einkommensstarke und reagieren daher stärker auf Preisveränderungen.

Kennzeichnung von Lebensmitteln

Die Verbraucher finden die gegenwärtigen Formate der Lebensmittelkennzeichnung generell verwirrend, reagieren jedoch positiv auf kurze gesundheitsbezogene Angaben und Ernährungssymbole auf Lebensmitteln. Erste Erfahrungen aus dem Vereinigten Königreich deuten darauf hin, dass die Hervorhebung der Makronährstoffzusammensetzung verarbeiteter Lebensmittel mittels eines Kennzeichnungssystems den Verbrauchern bei ihrer Wahl mehr Orientierungshilfe gibt. Auch gesundheitsbezogene Angaben können die Wahl der Verbraucher erleichtern.

Verbraucherschutzorganisationen fordern eine EU-weite ernährungsbezogene Kennzeichnungspflicht; dabei sollten die für die öffentliche Gesundheit wichtigsten Nährstoffe angegeben werden. Eine solche Kennzeichnungspflicht böte der Nahrungsmittelindustrie einen Anreiz zur Entwicklung gesünderer Produkte.

Lebensmittelvermarktung und -werbung

Wie bereits erwähnt, sind Ernährungsentscheidungen von einer Reihe externer Faktoren abhängig, u. a. von Preis, Verfügbarkeit und ausreichenden Informationen über die Produkte sowie von persönlichen Präferenzen und kulturellen Werten der Verbraucher. Die Werbekampagnen der Nahrungs- und Getränkehersteller können sich folgende Faktoren zunutze machen: Preise (z. B. Sonderangebote und Rabatte), Verfügbarkeit (z. B. zahlreiche Verkaufsstellen mit energiereichen, nährstoffarmen Lebensmitteln in bequemer Nähe zur Kasse), Informationen (allgemein durch Lebensmittelwerbung und konkret durch gesundheitsbezogene Angaben und Nährstoffkennzeichnung), persönlicher Geschmack (z. B. Verwendung von Farbstoffen oder Geschmacksverstärkern in Lebensmitteln) und kulturelle Werte (z. B. Rückgriff auf Prominente und Persönlichkeiten aus der Welt des Sports als Werbeträger).

Die WHO (75) hat die Erkenntnisse über Art und Stärke der Zusammenhänge zwischen Ernährung und nichtübertragbaren Krankheiten sorgfältig geprüft und eine negative Wirkung der intensiven Bewerbung von energiereichen Lebensmitteln und Fast-Food-Ketten als „wahrscheinlich“ oder „plausibel“ eingestuft. Ein Forum und eine Fachtagung der WHO (76) befassten sich vor kurzem mit der Vermarktung von Lebensmitteln und nichtalkoholischen Getränken an Kinder und gelangten zu dem Schluss, dass die Werbung für energiereiche, nährstoffarme Lebensmittel und Getränke negative Auswirkungen auf den Ernährungszustand der Kinder haben kann.

Eine intensive Vermarktung von energiereichen, nährstoffarmen Lebensmitteln kann Entscheidungen im Sinne einer gesunden Lebensweise untergraben. Die gegenwärtigen Konzepte befassen sich primär mit Werbekampagnen für Kinder, sollten jedoch auch auf Erwachsene ausgerichtet sein, da deren Fähigkeit, gesundheitsförderliche Entscheidungen zu treffen bzw. der Werbung für ungesunde Lebensmittel zu widerstehen, oft nicht ausreicht, um einen umfassenden Schutz der Kinder vor potenziellen Gesundheitsschäden aufgrund solcher Werbung zu gewährleisten.

In mehreren Umfragen wurde festgestellt, dass ein Großteil der Lebensmittelwerbung, insbesondere der im Kinderfernsehen ausgestrahlten Werbung, zum Konsum energiereicher Lebensmittel und Getränke anregt. Nach einer von der britischen Behörde für Lebensmittelnormen 2003 durchgeführten systematischen Durchsicht der wissenschaftlichen Erkenntnisse (77) kann als gesichert gelten, dass die Werbung insgesamt zur Erhöhung des Konsums bestimmter Arten von Lebensmitteln führt und auch die Entscheidung zwischen Produktmarken beeinflusst. Eine vom United States Institute of Medicine 2006 durchgeführte Untersuchung (78) fand deutliche Anzeichen dafür, dass sich Werbung kurzfristig auf Kinder in der Altersgruppe von 2–11 Jahren auswirkt, sowie gewisse Anzeichen für langfristige Auswirkungen auf Kinder von 6–11 Jahren. In der Untersuchung wurde auch ein deutlicher statistischer Zusammenhang zwischen dem Konsum von Fernsehwerbung und Adipositas bei Kindern von 2–11 Jahren sowie Jugendlichen von 12–18 Jahren festgestellt. Der Konsum von Fernsehwerbung für energiereiche Lebensmittel durch Kinder ist mit einer erhöhten Prävalenz von Übergewicht verknüpft, während zwischen dem Konsum von Werbung für gesündere Lebensmittel und einer niedrigeren Prävalenz für Übergewicht nur schwache Belege existieren (79).

Es gibt einen Trend hin zu neuen Arten von Werbung, durch die die elterliche Kontrolle umgangen wird und Kinder direkt ins Visier genommen werden. Dazu gehören Werbung im Internet (mit interaktiven Spielen, kostenlosen Downloads, Blogs und Chatterbots), SMS-Nachrichten auf die Handys von Kindern, Produktaktionen in Schulen und Kindergärten und Markenwerbung in Unterrichtsmaterial. In öffentlichen Bereichen finden sich ebenfalls neue Formen von Werbung, etwa Reklame auf Bildschirmen in öffentlichen Verkehrsmitteln und interaktive elektronische Anschlagtafeln.

Im vergangenen Jahrzehnt hat sich die Lebensmittel- und Getränkewerbung im östlichen Teil der Europäischen Region infolge der hohen ausländischen Direktinvestitionen in die dortige Lebensmittel- und Getränkeindustrie, insbesondere bei Süßigkeiten, Softdrinks und Snacks, rapide ausgebreitet.

Sozioökonomische Triebkräfte der Adipositas

In dem Abschnitt zu den sozioökonomisch bedingten Unterschieden bei der Prävalenz von Übergewicht und Adipositas (S. 12–13) wurde auf deren wachsende Prävalenz in einkommensschwächeren oder bildungsferneren Bevölkerungsschichten hingewiesen. Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status leben gewöhnlich in einem Umfeld, in dem die beschriebenen Determinanten der Adipositas verstärkt anzutreffen sind, und sind meist weniger für die Abwehr dieser adipogenen Einflüsse gerüstet.

Ein niedriger sozioökonomischer Status scheint mit den mit Adipositas zusammenhängenden Kennzeichen schlechter Ernährung zu korrelieren, z. B. geringer Konsum von Obst und Gemüse, niedrige Stillraten und größerer Verzehr energiereicher Lebensmittel. Aus Untersuchungen in einkommensstarken Ländern geht hervor, dass Erwachsene und Kinder mit niedrigem sozioökonomischen Status mehr zu sitzendem Verhalten neigen als die Vergleichsgruppen mit höherem sozioökonomischen Status; mögliche Gründe sind die geringere

Verfügbarkeit und Erschwinglichkeit von Einrichtungen und Aktivitäten, weniger Freizeit sowie ein geringeres Wissen und weniger positive Einstellungen zum Nutzen von Bewegung (80).

In den wirtschaftlich weniger entwickelten Ländern verfügt oft ein erheblicher Teil der Bevölkerung über keine gesicherte Nahrungsmittelversorgung, so dass ein Großteil des Haushaltseinkommens auf den Erwerb von Lebensmitteln verwendet wird; in diesen Ländern durchlaufen u. U. Teile der Bevölkerung eine Phase des „Ernährungsübergangs“. Gleichzeitig werden traditionelle, arbeitsintensive Berufe und häusliche Tätigkeiten häufig durch sitzende Tätigkeiten ersetzt. Die Verstärkung dürfte eine Verstärkung des Konsums von energiereichen und nährstoffarmen Nahrungsmittelpunkten mit sich bringen und zu weniger Zuzufliegen und mehr sitzenden Freizeitaktivitäten führen.

Zur Beobachtung der Determinanten von Adipositas müssen Überwachungssysteme entwickelt werden, die deren Auswirkungen auf die anfälligen Gruppen zuverlässig bestimmen können; zu letzteren gehören vor allem die sozioökonomisch Benachteiligten und Kinder in den frühen Lebensphasen.

Ein wichtiger Aspekt ist auch die Bestimmung einfacher, leicht vergleichbarer Maßeinheiten für Ernährung und Bewegung, da offenbar ein erheblicher Teil der Bevölkerung der Europäischen Region diese beiden Hauptverursacher der Adipositasepidemie durch sein Verhalten verändern muss.

Einschlägige Ländervergleiche legen den Schluss nahe, dass zumindest in den 50 Ländern mit dem höchsten Entwicklungsniveau die Prävalenz der Adipositas (und von Typ-2-Diabetes) eher durch den Grad der Ungleichheit innerhalb der Gesellschaft bedingt ist (die mit Indikatoren wie dem Gini-Koeffizienten gemessen wird) als durch das absolute Einkommens- oder Bildungsniveau (81). Demnach könnte das herrschende soziale Klima die Wahrnehmung des Individuums bezüglich seiner Chancen zur Verbesserung der eigenen Gesundheit oder bezüglich seiner Möglichkeiten, auf diese Fähigkeit Einfluss zu nehmen, negativ beeinflussen und eine Art Fatalismus in Bezug auf Gesundheitsbelange begünstigen.

Ein niedriger sozioökonomischer Status kann nicht nur das Risiko der Adipositas erhöhen, sondern auch deren Folge sein. Mehrere Studien sind zu dem Schluss gekommen, dass Adipositas zu längeren Abwesenheiten vom Unterricht führen, sich negativ auf die Zahl sozialer Kontakte unter Jugendlichen und auf die Wahrnehmung der eigenen Beliebtheit unter gleichaltrigen Kindern und Jugendlichen auswirkt, zu geringerem Schulerfolg führt und die Beschäftigungschancen verringert und so eine höhere Wahrscheinlichkeit einer Beschäftigung im Niedriglohnbereich oder der Arbeitslosigkeit mit sich bringt (82). Somit können soziale Isolation und ein niedriges Bildungs- und Einkommensniveau die Beziehung zwischen niedrigerem sozioökonomischen Status und Adipositas verschärfen.

Adipositas und psychische Gesundheit

Soziale Determinanten der Adipositas wie Armut und Verslummung von Wohngebieten sind häufig mit psychischen Störungen wie Depressionen und Schizophrenie verbunden. Psychische Gesundheitsprobleme sind schon für sich gesehen Risikofaktoren für Adipositas, und es gibt deutliche Verknüpfungen zwischen einigen dieser Störungen, z. B. Depressionen (83) und Schizophrenie (84,85), und Adipositas (86). Ein weiterer maßgeblicher Faktor besteht darin, dass einige der gegen psychische Gesundheitsprobleme verschriebenen Medikamente zu Gewichtszunahme führen können (87,88).

Außerdem gibt es starke Belege dafür, dass ein schwach entwickeltes Selbstwertgefühl mit einem erhöhten Adipositasrisiko verbunden ist (89), insbesondere bei Kindern und Jugendlichen (90). Adipöse Mädchen leiden häufiger unter ernststen emotionalen Problemen und Hoffnungslosigkeit (91).

In klinischen Studien und Feldstudien wurde eine Verbindung zwischen Depressionen und Adipositas beschrieben. Kinder und Jugendliche mit schweren depressiven Störungen sind möglicherweise einem erhöhten Risiko ausgesetzt, übergewichtig zu werden, und adipöse Personen, die eine Gewichtsabnahmebehandlung beabsichtigen, leiden möglicherweise häufiger unter Stimmungsstörungen. Adipositas wird mit schweren depressiven Störungen bei Frauen in Verbindung gebracht; allerdings leiden nach den Ergebnissen von Feldstudien die meisten übergewichtigen und adipösen Personen nicht unter Stimmungsstörungen (92).

Untersuchung der Determinanten: Das weitere Vorgehen

Ein wichtiger Aspekt ist die Bereitstellung leicht vergleichbarer Daten über Nahrungsmittelkonsum und Bewegung, da offenbar ein erheblicher Teil der Bevölkerung der Europäischen Region diese beiden Hauptverursacher der Adipositasepidemie durch sein Verhalten verändern muss. Die Überwachungssysteme sollten eine zuverlässige Bestimmung der Auswirkungen dieser Determinanten auf anfällige Gruppen wie sozioökonomisch benachteiligte Schichten und Kinder in den frühen Lebensjahren ermöglichen. Deshalb sollten nach Geschlecht, ethnischer Zugehörigkeit und sozialem Status aufgeschlüsselte Daten bereitgestellt werden.

Es sollte ein besseres Verständnis der Determinanten von Nahrungsmittelkonsum in verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen und Bevölkerungsgruppen sowie der Determinanten von Ernährungsumstellungen im Verhältnis zu den die Versorgung betreffenden Umweltfaktoren angestrebt werden. Ebenso müssen die Umweltfaktoren, die mehr Bewegung fördern, näher beschrieben werden.

Die Rolle der gesundheitlichen Schutzfaktoren – wie emotionale Belastbarkeit, psychische Gesundheit und soziale Unterstützung – sollte u. a. durch Fallstudien näher untersucht werden.

Die Dynamik des Nahrungsmittelsystems, vor allem auf den expandierenden Märkten Osteuropas, muss näher erforscht werden, und die Entwicklung der Lebensmittelversorgung muss insbesondere in Bezug auf Preis und Verfügbarkeit der verschiedenen Produkte verfolgt werden. Die Organisation des Marktes unter gebührender Berücksichtigung von Informationsasymmetrien oder externen Kosten für die Gesellschaft könnte für die öffentliche Gesundheit von erheblichem Nutzen sein.

Zur aktiven Überwachung von Werbepraktiken in den verschiedenen Ländern der Region, insbesondere in Bezug auf Werbung für Lebensmittel und nichtalkoholische Getränke für Kinder, sollte ein Kontrollsystem eingerichtet werden.

3. Die Erkenntnisbasis für Interventionen zur Bekämpfung der Adipositas

Wichtigste Aussagen

- Zuverlässige Erkenntnisse über erfolgreiche Maßnahmen zur Adipositas-Prävention sind nur schwer zu erhalten. Randomisierte kontrollierte Studien sind in offenen Populationen schwierig zu realisieren, und die meisten kontrollierten Studien wurden in Schulen, Gesundheitszentren und Arbeitsstätten durchgeführt und sind damit in einem Kontext angesiedelt, in dem Kontrolle und Manipulation Tür und Tor geöffnet sind, so dass die Erkenntnisbasis für politische Entscheidungen ein Ungleichgewicht hinsichtlich der ausgewählten Umfelder aufweist.
- Maßnahmen in Schulen, am Arbeitsplatz und im nachbarschaftlichen Umfeld haben sich bei der Prävention von Adipositas bis zu einem gewissen Grad als effektiv erwiesen. Bei Interventionen in Umgebungen wie Schulen und Kindergärten müssen alle relevanten Aspekte wie Schulmahlzeiten, Gesundheitserziehung, Spiel und Sport umfassend berücksichtigt und sollten die Beteiligten bei der Ausarbeitung von Konzepten einbezogen werden.
- Interventionen im Kleinmaßstab dürften nur geringe Wirkung erzielen, wenn sie nicht durch groß angelegte Interventionen (z. B. Kennzeichnung und Verfügbarkeit von Lebensmitteln, Preisgestaltung) ergänzt werden.
- Es gibt in einer Reihe verschiedener Umgebungen, insbesondere auf lokaler Ebene und Gemeindeebene, zahlreiche kosteneffektive Möglichkeiten zur Förderung von Bewegung als festem Bestandteil des Alltags. Die Förderung von Bewegung macht die Einbeziehung verschiedener Sektoren, die Fähigkeit, ihre Unterstützung zu sichern, und die Verlagerung der Interventionen von der individuellen auf die Bevölkerungsebene erforderlich.
- Darüber hinaus sollten auch nicht herkömmliche Erkenntnisse, wie Beispiele aus anderen Bereichen der öffentlichen Gesundheit, Modellstudien und Empfehlungen von Expertenausschüssen, geprüft werden, um effektive Strategien für Interventionen zu entwickeln, die an den vorgelagerten Determinanten von Gesundheitsverhalten ansetzen.
- Preisgestaltungsstrategien können Kaufverhalten beeinflussen, was darauf hindeutet, dass fiskalische Interventionen ein realistischer Bestandteil einer Strategie zur Bekämpfung von Adipositas sind. Steuer- und Preispolitik haben zur Prävention bzw. Einschränkung von Tabak- und Alkoholkonsum beigetragen; allerdings dürfte eine entsprechende Preispolitik für Lebensmittel und ihre Hauptzutaten komplizierter umzusetzen sein.

Einführung

Die Erkenntnisgrundlage zur Prävention von Adipositas und Entwicklung wirksamer Wege zur Verbesserung der Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten wächst rapide. In diesem Kapitel werden die jüngsten Auswertungen der einschlägigen Fachliteratur sowie die Empfehlungen aus Expertenkonsultationen zusammengefasst. Zu Interventionen auf individueller, lokaler und Gemeinschaftsebene (Mikrointerventionen) gibt es eine breitere Erkenntnisbasis als zu bevölkerungsweiten Interventionen (Makrointerventionen) wie Vorschriften über Lebensmittelpreise oder -werbung, obwohl diese in Bezug auf die Gesamtbevölkerung ein höheres Wirkungspotenzial aufweisen und in ihrer Umsetzung weniger von den Mitteln der Haushalte oder der Gemeinden abhängen.

Bei den Bemühungen um Einhaltung der Kriterien für zuverlässige Erkenntnisse, wie sie in klinischen Tests erwartet werden, haben die Forscher bei der Erprobung von Maßnahmen zur Bekämpfung von Adipositas Umfelder wie

Schulen und Gesundheitszentren gewählt, da diese so kontrolliert und verändert werden können, dass Art und Umfang der Wirkung der Intervention klar erkennbar werden. Dadurch ist allerdings die Erkenntnisbasis hinsichtlich der untersuchten Umfelder in ein gewisses Ungleichgewicht geraten. Daher müssen bei der Bewertung von Interventionen auch andere Arten von Erkenntnissen berücksichtigt werden, die nicht von hochgradig kontrollierten Umgebungen abhängig sind.

Darüber hinaus ist auch bei der Bestimmung der Wirkung der Interventionen Vorsicht geboten. Obwohl bei manchen Interventionen die Auswirkung auf die Prävalenz der Adipositas oder auf einen Indikator wie den BMI gemessen wird, ist bei anderen die Auswirkung auf bestimmte verhaltensbezogene Determinanten wie Ernährungsentscheidungen oder Bewegungsgewohnheiten untersucht worden. Messungen sind immer schwierig, insbesondere wenn sie auf Selbsteinschätzung durch die Beteiligten basieren.

Die Erkenntnisse können aus Versuchsstudien und aus Auswertungen von Programmen und Maßnahmen gewonnen werden, aber auch auf Hochrechnungen aus Modellschätzungen (z. B. bei ökonomischen Analysen oder der Übertragung der Auswirkungen eines Programms auf die Gesamtbevölkerung) beruhen oder aus Erfahrungen aus anderen gesundheitspolitischen Bereichen (z. B. Rauchen) sowie aus Erfahrungen von Wissenschaftlern, Hausärzten und Politikern hinsichtlich der Auswirkungen bestimmter Grundsatzmaßnahmen auf die gesellschaftliche Entwicklung hergeleitet werden.

Das Fazit des Kapitels lautet, dass zwar im Versuch gewonnene Erkenntnisse zu einer effektiven Interventionsstrategie fehlen, dass aber dennoch zahlreiche Interventionen ein hohes Wirkungspotenzial versprechen. Es gibt ausreichende Erkenntnisse für die Durchführung von Sofortmaßnahmen, und die Fortsetzung innovativer Konzepte zur Prävention unter Berücksichtigung der örtlichen Situation und neuer Forschungsergebnisse kann zu einer Verbesserung der Effektivität der Maßnahmen beitragen.

Interventionen im Kleinmaßstab

Es gibt drei klassische Umgebungen für Interventionen zur Gesundheitsförderung: Gesundheitsdienste (hausärztliche Versorgung, spezialisierte Kliniken und aufsuchende Gesundheitsfachkräfte); Schulen und andere soziale Einrichtungen (aufklärende wie auch praktische Interventionen); und Arbeitsplatz (ebenfalls aufklärende und praktische Interventionen). Es gibt noch weitere Umgebungen, die das Gesundheitsverhalten prägen, etwa Bereiche, die von kommerziellen Anbietern geschaffen werden (z. B. Geschäfte und Restaurants) und auf den Verbraucher zugeschnitten sind, sowie Bereiche, die von Planern geschaffen werden (z. B. Straßen, Parks und Gebäude) und auf die Benutzer zugeschnitten sind.

Die üblichste Umgebung für kontrollierte Versuche ist die Schule, wo ein konkreter Einsatz (z. B. Unterrichtseinheiten, Mahlzeiten, Sportunterricht) gemessen werden kann und durch die Versuchsanordnung ein gewisses Maß an wissenschaftlicher Gültigkeit der Ergebnisse gewährleistet ist. Andere für kontrollierte Interventionen geeignete Umgebungen sind der vorschulische Bereich, die Einrichtungen der Gesundheitsversorgung und der Komplex Arbeitsplatz.

Die Auswahl der Versuchsumgebungen nach ihrer Eignung für kontrollierte Studien hat zu einer Begrenzung der für politische Entscheidungsträger verfügbaren Informationen sowie zu der Besorgnis geführt, dass die evidenzbasierten Maßnahmen zu eng ausgerichtet seien. Die Anwendung solcher Studienergebnisse zur Festlegung der Politik ist sehr problematisch: Interventionen in der Schule, in der Gemeinschaft und am Arbeitsplatz sind wegen fehlender Nachhaltigkeit (nur wenige Versuche berichten über Langzeitwirkungen), fehlender Übertragbarkeit und hohen Ressourcenbedarfs kritisiert worden. Außerdem zeigten diese Interventionen meist nur wenig oder keine Präventionswirkung gegen Übergewicht und nur mäßige Wirkung in Bezug auf eine Veränderung der Adipositas-Determinanten wie Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten.

Familie

Eine derzeit im Gange befindliche Untersuchung legt den Schluss nahe, dass sich die Effektivität von Maßnahmen, die auf Kinder zwischen zwei und fünf Jahren sowie ihre Familien und Betreuer abzielen, für die Erhaltung eines

gesunden Gewichts oder die Verhütung von Übergewicht oder Adipositas nicht eindeutig nachweisen lässt (93). So deuten die Ergebnisse der einzelnen Studien darauf hin, dass kleine Veränderungen möglich sind und dass Interventionen dann größere Erfolgsaussichten haben, wenn sie konkret auf die Verhütung von Adipositas (und nicht auf die Veränderung von Ernährungs- und Bewegungsverhalten) abzielen und wenn sie intensiv, finanziell aufwändig, zielgerichtet und auf individuelle Bedürfnisse zugeschnitten sind. Auch über die Effektivität von auf ältere Kinder abzielenden familienbezogenen Interventionen können keine eindeutigen Aussagen gemacht werden. Familienbezogene Interventionen sind u. U. weniger effektiv, wenn sie auf die Verhütung von Adipositas bei Jugendlichen abzielen.

Vorschule und Schule

Eine Untersuchung der Effektivität von Interventionen zur Förderung von gesunder Ernährung in Vorschuleinrichtungen für Kinder im Alter von 1–5 Jahren kam zu dem Ergebnis, dass zwar in den meisten einschlägigen Studien eine gewisse positive Wirkung auf das Ernährungswissen nachgewiesen werden konnte, dabei aber oft die letztendliche Wirkung auf das Essverhalten nicht untersucht wurde und in den übrigen Fällen die Ergebnisse allenfalls widersprüchlich waren (94). Es gab keine Daten zur Bewertung der langfristigen Wirkung auf Wissensstand oder Verhalten.

Es gibt deutliche Belege dafür, dass Adipositas-Prävention in Schulen funktioniert, wenn ein ganzheitlicher Ansatz gewählt wird, der alle Bereiche der Schule einbezieht. Verschiedene Untersuchungsergebnisse belegen, dass ein solcher Ansatz das Ernährungsverhalten insofern beeinflussen kann, als es zu kleinen, aber wichtigen Veränderungen bei der Lebensmittelwahl durch die Kinder kommt, etwa einem verstärkten Verzehr von Obst und Gemüse und einer insgesamt geringeren Fettzufuhr. Interessanterweise sind Mädchen grundsätzlich empfänglicher für einen klassenbezogenen Ansatz als Jungen. Die Einrichtung von Frühstücksclubs in Schulen wirkt sich positiv auf Verhalten, Ernährung, Gesundheit, soziale Interaktion, Konzentration und Lernfähigkeit sowie auf Anwesenheit und Pünktlichkeit der Schüler aus. Dies kann von besonderer Bedeutung sein, nicht nur, weil Adipositas in Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status häufiger vorkommt, sondern auch, weil so auch Familien erreicht werden können, deren Mitglieder von sozialer Ausgrenzung bedroht oder tatsächlich betroffen sind.

Gewisse Belege für die Möglichkeit, Kinder bei der Erhaltung eines gesunden Gewichts zu unterstützen, finden sich in schulbezogenen Interventionen, die ein intensives Programm für Ernährungsaufklärung mittels Multimediaanwendungen beinhalten (was allerdings einen erheblichen finanziellen und personellen Mehraufwand erforderlich macht). Ähnliche Ergebnisse, wenn auch stückhaft, zeigen sich bei Interventionen zur Förderung körperlicher Betätigung. Als hilfreich bei der Bekämpfung von Gewichtszunahme haben sich auch Maßnahmen erwiesen, die die Kinder aufgrund ihrer Neuartigkeit ansprechen (z. B. Tanzclubs) und die auf eine Verringerung des Konsums von Fernsehen, Video und Computerspielen abzielen. Bei jüngeren Kindern haben ernährungsbezogene Maßnahmen dann besonders viel Aussicht auf Erfolg, wenn sie sich auf nur einen Aspekt einer gesunden Ernährung wie Verzehr von Obst und Gemüse konzentrieren und wenn dabei neben der erhöhten Verfügbarkeit der entsprechenden Lebensmittel mehrere Ansätze zur Vermittlung der Ernährungsbotschaft verwendet werden. Bei älteren Kindern herrscht bisher noch weniger Klarheit über Erfolg versprechende Ansätze. Weitere Maßnahmen im schulischen Umfeld, für deren präventive Wirkung in Bezug auf Adipositas es gewisse Anzeichen gibt, sind umfassende Grundsätze der Schule zum Mitbringen von Lebensmitteln, das Vorhandensein von Obstläden auf dem Schulgelände und das Zufußgehen und Radfahren zur Schule.

Es gibt bedingt Anhaltspunkte dafür, dass Interventionen in Form von Obstangeboten sich bei Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status positiv auswirken können. Es gibt auch gewisse Anzeichen, die für die Einführung gesünderer Wahlmöglichkeiten bei Lebensmittelautomaten an Schulen sprechen.

Bei Präventionsprogrammen für Adipositas, insbesondere für Kinder und Jugendliche, sollten neben den klassischen Konzepten zur Gewichtsabnahme auch das Selbstwertgefühl gestärkt, die Wertschätzung für einen gesunden Körper gefördert und gleichzeitig sichergestellt werden, dass die Kinder keine unzumutbaren Diäten

verfolgen, die zur Entwicklung von Essstörungen führen können (20). Schulische Präventionsprogramme sollten umfassend sein und dafür sorgen, dass der Schwerpunkt auf Adipositas-Prävention nicht zur Verstärkung des mit Übergewicht verbundenen Stigmas oder zur Erhöhung der Gefahr von Essstörungen (95) führt.

Arbeitsplatz

Zu den Strategien, die auf Erwachsene an ihrem Arbeitsplatz abzielen, gehören: Ernährungsaufklärung, Verschreibung von Aerobic- oder Krafttraining, Schulung von Verhaltensweisen, Bereitstellung von Selbsthilfematerial, spezifische Ernährungsempfehlungen und sportliche Betätigung in der Gruppe oder unter Überwachung. Für die Effektivität von Bemühungen am Arbeitsplatz zur Bekämpfung von Übergewicht und Adipositas gibt es keine allzu starken Belege; dennoch könnten diese die Arbeitgeber zur Einführung solcher Programme veranlassen. In der einschlägigen Fachliteratur wird eine Schwerpunktlegerung auf Interventionen empfohlen, bei denen Aufklärung über gesündere Ernährung mit einem strukturierten Konzept zur Förderung von Bewegung am Arbeitsplatz verbunden wird (96). Interventionen am Arbeitsplatz im Bereich der chronischen Krankheiten und der Bewältigung von Risikofaktoren haben sich in den Vereinigten Staaten bewährt und im Durchschnitt Kostenersparnisse eingebracht, die die Höhe der Investitionen um den Faktor 3,5 (Gesundheitsausgaben) bzw. 5,8 (Fehlzeiten am Arbeitsplatz) überstiegen (97).

Gemeinschaft

Beispiele für kreativere Konzepte in einem bürgernahen Umfeld sind u. a.:

- bessere Aufklärung und besserer Zugang zu gesünderen Lebensmitteln (z. B. Verbesserung des Zugangs zu den wichtigsten Einkaufsmöglichkeiten sowie der Versorgung in den Geschäften in unmittelbarer Nähe, Gründung von Lebensmittelgenossenschaften, Bürgercafés, Anbauvereinen),
- Gesundheitsförderungsmaßnahmen zur Verbesserung von Kenntnissen und Fähigkeiten (z. B. durch Einkaufstouren, Koch- und Esskurse),
- die Bereitstellung neuer bzw. sichererer Fahrrad- und Gehwege und
- lokale Gutscheinsysteme (z. B. für örtliche Schwimmbäder).

Werbeaktionen in Supermärkten scheinen sich kurzfristig positiv auf die Ernährungsgewohnheiten auszuwirken, insbesondere wenn sie durch entsprechende Informationen ergänzt werden.

Tabelle 2 zeigt Beispiele für kontrollierte Versuche zur Adipositas-Prävention bei Kindern, die sich als effektiv erwiesen haben. So waren Interventionen zur Änderung der Ernährungsgewohnheiten bei kleineren Kindern erfolgreich, wenn sie durch Programme mit in der Werbebranche bewährten Multimediastrategien wie Filmen, Spielzeugen und Comic-Figuren erfolgten, die klar positiv und negativ besetzte Rollenmodelle vorgaben (98).

Interventionen im Großmaßstab

Bisher sind die Handlungskonzepte noch nicht stark genug, noch zu einseitig auf einzelne Faktoren ausgerichtet oder appellieren durch Aufklärungskampagnen nur an die Verantwortung des Einzelnen. Mehrere Fachausschüsse waren sich darüber einig, dass zu den Voraussetzungen für eine erfolgreiche Intervention eine Kombination aus Konzepten und bevölkerungsweiten Programmen, Regulierungs- und Handlungsmaßnahmen als Teil einer abgestimmten langfristigen gesundheitspolitischen Strategie gehört. Erhebliche Veränderungen an der Lebensweise sind erforderlich, und es muss ausreichend Zeit veranschlagt werden, damit sich eine entsprechende Wirkung einstellen kann.

Makroökonomische und ressortübergreifende Interventionen haben sich bei der Bekämpfung von Tabak- und Alkoholkonsum bewährt, jedoch weniger im Bereich Ernährung. Deshalb lassen sich nicht allzu viele Beispiele auf Effektivität überprüfen. In Polen wurde durch wirtschaftlichen Strukturwandel der Verbrauch von Tierfetten reduziert, der Konsum von pflanzlichen Ölen gefördert und der Verzehr von Obst und Gemüse erhöht (43). Auf nationaler Ebene haben Demonstrationsprogramme wie die Maßnahmen zur Rückdrängung

Tabelle 2: Beispiele kontrollierter, ausgewerteter Versuche zur Adipositas-Prävention bei Kindern

Land und Intervention	Fazit
Österreich: PRESTO – berufsübergreifende schulische Intervention mit Kindern im Alter von 10-12 Jahren (Pilotstudie) (99)	Verbessertes Ernährungswissen, insbesondere bei leistungsstärkeren Schülern. Keine Veränderung des BMI.
Kreta (Griechenland): prospektive Studie zur Gesundheitserziehung von Kindern in der Schule im Alter von 6-12 Jahren (100,101)	Verbessertes BMI im Vergleich zur Kontrollgruppe, allerdings in beiden Gruppen Anstieg des BMI und des Anteils übergewichtiger Kinder während der Versuchsperiode.
Dänemark: zweijährige Intervention mit Familienberatung, Einkaufs- und Essensplanung (102)	Gewichtsabnahme der Kinder.
Deutschland: Kieler Studie zur Adipositas-Prävention (KOPS), acht-jährige schulische Intervention mit Kindern im Anfangsalter von 5–7 Jahren (103)	Verbessertes Ernährungswissen und mehr Bewegung, weniger Fernsehen. Verringerter Adipositas-Index (prozentuale Fettmasse des Körpers, durch Hautfalte bestimmt) im Vergleich zur Kontrollgruppe.
Deutschland: STEP TWO, Programm für Schulkinder im Alter von 7–9 Jahren (104)	Verringerter Anstieg des BMI, verringerter systolischer Blutdruck.
Israel: kombinierte, strukturierte multidisziplinäre Intervention mit Kindern und Jugendlichen (105)	Verringerter Körpergewicht, niedrigerer BMI und bessere Ausdauer, insbesondere wenn die Eltern nicht übergewichtig waren.
Vereinigtes Königreich: „Be Smart“: Intervention in Schulen und Familien mit Kindern im Alter von 5 bis 7 Jahren (106)	Verbessertes Ernährungswissen und erhöhter Verzehr an Obst und Gemüse. Keine signifikante Veränderung der Prävalenz von Übergewicht.
Vereinigtes Königreich: „MAGIC“: 12-wöchiges Programm (Pilotstudie) zur Erhöhung der körperlichen Aktivität von Kindern im Vorschulalter (3–4 Jahre) (107)	Zunahme körperlicher Aktivität um bis zu 40%. Veränderungen im Bereich Adipositas unbekannt.
Vereinigtes Königreich: „APPLES“: schulische Intervention bei Kindern im Alter von 7 bis 11 Jahren (108,109)	Gewisse Verbesserungen bei den Ernährungsgewohnheiten. Keine Veränderungen hinsichtlich körperlicher Aktivität oder BMI.

von Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Finnland den Wert von Strategien bewiesen, die Gesundheitsaufklärungskonzepte (einschließlich Multimediakampagnen) mit strukturellen Veränderungen (z. B. durch Preisgestaltung, Unterstützung der Landwirtschaft, Lebensmittelkennzeichnung oder im Bereich des Kantinenwesens) verbinden.

Es liegen auch einige Beispiele von außerhalb der Europäischen Region vor. In China führten Gewichtskontrollen und Maßnahmen zur Senkung des Salz- und Alkoholverbrauchs und zur Erhöhung der Bewegung im Rahmen von gemeindenahen Programmen zu niedrigeren Blutdruckwerten (43).

Aufgrund dieser Anregungen können die Zielgruppen für Adipositas-Interventionen um folgende Bereiche erweitert werden: Lebensmittelindustrie (Hersteller, Gastronomie und Einzelhandel, die weitgehend kontrollieren, was die Bauern herstellen, und die die Qualität eines Großteils der verzehrten Lebensmittel bestimmen), Kommunalverwaltungen, Schule und Arbeitsplatz sowie Massenmedien, nichtstaatliche Organisationen, politische Interessenverbände und Gesetzgeber.

Förderung körperlicher Betätigung

Ähnlich wie die Förderung gesunder Ernährung schließen Strategien zur Förderung körperlicher Betätigung nicht nur die klassischen Ansatzpunkte wie Freizeit- und Sportstätten, Schulen, Arbeitsplätze und Gesundheitsumfelder mit ein, sondern auch die Bereiche Verkehr und Verkehrsplanung sowie die Planung von Gebäuden und Städten.

Es gibt gute Belege dafür, dass Schulsport mit besser ausgebildeten Sportlehrern sowie umfassende Konzepte am Arbeitsplatz, die Aufforderung zur Benutzung von Treppen und die Schaffung von bzw. Ausweitung des

Zugangs zu Sportstätten in Verbindung mit gezielten Aufklärungskampagnen zu erhöhter körperlicher Betätigung führen können (110). Gut belegt ist ferner, dass Maßnahmen zur Förderung einer körperlich aktiven Fortbewegung (mit dem Rad oder zu Fuß) das Ausmaß der körperlichen Aktivität erhöhen und dass wahrgenommene oder objektiv bestimmte Umwelteigenschaften wie Ästhetik, Komfort (Gehwege), Zugänglichkeit (Grünflächen) und Sicherheit zu erhöhter körperlicher Betätigung führen.

Deshalb könnte eine Kombination von informativen, verhaltensbezogenen, sozialen, umweltbezogenen und politischen Ansätzen sich durchaus positiv auf körperliche Betätigung auswirken.

Ökonomische Instrumente

Verschiedene Autoren haben ökonomische Instrumente zur direkten Beeinflussung der Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten in die Diskussion gebracht. Eine Herangehensweise ist die Schaffung negativer wirtschaftlicher Anreize auf Adipositas selbst, z. B. durch höhere Krankenversicherungsbeiträge für adipöse Personen. Dies würde die gesundheitlichen Ungleichheiten verschärfen und wäre angesichts der unterschiedlichen genetischen Veranlagungen der Menschen für Adipositas in hohem Maße unfair. Ein anderer Ansatz wären steuerliche Anreize, etwa für Arbeitgeber, die Ernährungsberatung oder sportliche Einrichtungen anbieten, oder für Kommunen, die Radwege anlegen und den Zugang zu Freiflächen verbessern.

Auch eine spezielle Besteuerung energiereicher und nährstoffarmer Lebensmittel sowie die Subventionierung gesundheitsförderlicher Lebensmittel sind im Gespräch. Es gibt gute Belege dafür, dass Preismanipulationen die Konsumgewohnheiten beeinflussen und somit zur Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit auf dem Ernährungswege beitragen können; allerdings ist darauf zu achten, dass Preisänderungen die sozioökonomischen Ungleichheiten verringern und nicht vergrößern.

Nach einer Längsschnittstudie über Lebensmittelpreise und -konsum in China sind Preiserhöhungen für ungesunde Lebensmittel mit einem entsprechenden Konsumrückgang verbunden (111). In den Vereinigten Staaten konnte durch Programme zur Senkung der Preise für gesunde Lebensmittel eine Erhöhung ihres Konsums um 78% erreicht werden (43). Auch beim Kauf von Tabak- und Alkoholerzeugnissen wird der Preisgestaltung eine große Wirkung zugeschrieben.

Nach Modellstudien würde eine Erhöhung der Preise für Nahrungsbestandteile wie Fette, gesättigte Fettsäuren und Zucker durch steuerliche Maßnahmen (anstatt einer Preiserhöhung für die verarbeiteten Lebensmittel selbst) in Verbindung mit Subventionen für ballaststoffreiche Lebensmittel den Verbrauch der besteuerten Bestandteile ebenso verringern wie die Gesamtenergieaufnahme. Direkt belegt wurde durch Kurzzeitstudien vor allem in Schulen und an Arbeitsplätzen, dass Preissenkungen für Obst, Gemüse und andere gesunde Zwischenmahlzeiten zu einem Verkaufsanstieg bei diesen Lebensmitteln und Getränken führen (74).

Auch wenn die Erhebung von Steuern oder Gewährung von Subventionen nicht zu einer unmittelbaren Verhaltensänderung führt, so geht hiervon doch ein starkes Signal für den Wert dieser Lebensmittel und ihre gesundheitlichen Auswirkungen aus; tatsächlich kann schon die Androhung einer Besteuerung den Herstellerfirmen signalisieren, dass sie ihre Produktformeln überprüfen sollten. Einige Großinvestoren haben bereits führende Lebensmittelhersteller gewarnt, dass sie ein kommerzielles Risiko eingehen, wenn sie zu sehr auf eine schmale Palette energiereicher und nährstoffarmer Lebensmittel setzen (112).

Berücksichtigung des Kontexts

Der Kontext, in dem die Maßnahmen umgesetzt werden, ist für ihre Wirksamkeit in hohem Maße ausschlaggebend. Bei Maßnahmen im schulischen Bereich ist z. B. zu unterscheiden zwischen Schulen, die Schulmahlzeiten anbieten, und solchen, die dies nicht tun, sowie zwischen Schulen, die das Essen kostenlos anbieten, und solchen, in denen dies nicht der Fall ist. Maßnahmen zur Erhöhung des Obst- und Gemüseverzehrs können wirkungslos sein, wenn der Zugang zu frischem Obst und Gemüse unzureichend ist oder die Preise zu hoch sind. Maßnahmen zur Förderung des Radfahrens in Städten, wo die Radwege zum Vorteil der Radfahrer vorrangig

in Straßenplanung und Verkehrsregelung einbezogen wurden (Kopenhagen, Amsterdam), unterscheiden sich von Maßnahmen in Städten, wo das Radfahren nicht durch planerische oder regulatorische Maßnahmen unterstützt wird.

Wirksame Strategien zur Bekämpfung der Adipositas müssen auch kulturellen Unterschieden Rechnung tragen. So wird Adipositas in einigen Kulturen als akzeptabel oder sogar wünschenswert angesehen, während in anderen Kulturen starke Vorurteile gegen übergewichtige Menschen herrschen, die oft Kinder und Erwachsene gleichermaßen betreffen. Darüber hinaus wird sportliche Betätigung für Kinder, insbesondere für Mädchen, nicht in allen Kulturen in gleichem Maße unterstützt. Außerdem muss darauf geachtet werden, dass Adipositas präventionsprogramme nicht zu ungesunden Diätgewohnheiten oder zu Risikoverhalten wie Rauchen zwecks Gewichtsabnahme führen. Benötigt werden Maßnahmen zur Verringerung der Adipositas-Prävalenz, deren Schwerpunkt auf gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen und Aktivitäten liegt, nicht auf Idealgewicht und äußerer Erscheinung.

Doch nicht alle Kinder und Eltern können mit Maßnahmen wie einer geänderten Ernährungspolitik in den Schulen erreicht werden. Nach Analyse der besten Praktiken liegt es daher nahe, die jeweiligen Zielgruppen der Maßnahmen in die Planung einzubeziehen. So wird etwa eine Änderung der schulischen Praxis dann am erfolgreichsten sein, wenn alle maßgeblichen Beteiligten – Kinder, Lehrer und Eltern – in die Planung einbezogen werden. Dies gilt besonders dann, wenn ihre Mitarbeit für die Umsetzung der Vorschläge erforderlich ist. Diese Aussagen sind auch mit den Grundsätzen der Chartas von Ottawa und Bangkok für Gesundheitsförderung vereinbar (113,114).

Jenseits experimenteller Erkenntnisse

Dort, wo experimentelle Erkenntnisse über den Erfolg von Maßnahmen zur Bekämpfung der Adipositas fehlen, können andere Arten von Erkenntnissen untersucht werden.

Bei ökonomischen Analysen kann die Hochrechnung von Erkenntnissen zulässig sein. So könnten nach Modellschätzungen in 20 Jahren infolge von Nährwertkennzeichnung in Australien 1 Mrd. US-\$, in den Vereinigten Staaten 2,7 Mrd. US-\$ und in Kanada 5 Mrd. US-\$ an Gesundheitsausgaben eingespart werden (43). Eine dänische Modellstudie über die Reaktion von Haushalten in unterschiedlichen Sozialgruppen auf Lebensmittelpreisschwankungen zeigte, dass selbst kleine Veränderungen der Mehrwertsteuer sich positiv auf die Ernährung armer Menschen auswirken können (115).

Parallel gelagerte Erkenntnisse, d. h. Erkenntnisse, die auf andere gesundheitspolitische Themenbereiche anwendbar sind, in denen ähnliche Strategien verwendet werden, sprechen für ordnungspolitische Ansätze wie Beschränkungen für Kinderwerbung oder Vorschriften für eindeutige Nährwertkennzeichnung von Lebensmitteln. Solche Ansätze haben sich bei der Bekämpfung von Passivrauchen, bei der Werbung für Sicherheitsgurte im Auto, bei Werbebeschränkungen für Muttermilchersatzprodukte und bei der Eindämmung des Alkoholkonsums unter jungen Menschen bewährt.

Auch die Ansichten von Experten können hier wertvolle Orientierungshilfe bieten. Diese können auch Zielgruppen, Umfeldler und Ansätze berücksichtigen, die sich nicht für kontrollierte Studien eignen, die aber aufgrund anderer Arten von Erkenntnissen als wichtig für die Verringerung des Adipositasrisikos für die Bevölkerung angesehen werden. Von der WHO veranstaltete Expertenbefragungen (1,75) haben zu Empfehlungen für Präventionsmaßnahmen gegen Übergewicht und Adipositas geführt und haben die Notwendigkeit unterstrichen, bei den Maßnahmen eine Bevölkerungsperspektive zu berücksichtigen und bei den Determinanten anzusetzen, die den Entscheidungen über Ernährung und Bewegung zugrunde liegen, anstatt einfach davon auszugehen, dass die Menschen individuell ihr Ernährungs- und Bewegungsverhalten verbessern.

Einige Initiativen finden in einem nicht wissenschaftlich kontrollierten Rahmen statt, zeigen aber dennoch, was machbar und politisch akzeptabel ist und vielleicht übernommen werden sollte, auch wenn eine vollständige Auswertung noch nicht vorliegt. Tabelle 3 zeigt Beispiele.

Tabelle 3: Beispiele neuartiger Maßnahmen, Konzepte und Praktiken in der Region, die zur Adipositas-Prävention beitragen können

Länder	Maßnahmen oder Konzepte
Dänemark	6-am-Tag-Programm (116): erhöhter Obstverzehr am Arbeitsplatz und in der Schule
Frankreich	Besteuerung von Fernsehwerbung für Softdrinks Verbot von Verkaufsautomaten in allen Schulen
Deutschland	Behördenaufsicht über Werbung in Schulen
Griechenland	Fastfood-Ketten vom Betrieb von Lebensmittelständen oder Kantinen in Schulen ausgeschlossen
Griechenland und Schottland, Vereinigtes Königreich	Ernährungsstandards für Schulmahlzeiten
Irland, Schweden	Beschränkung der auf Kinder abzielenden Fernsehwerbung
Kasachstan	Netzwerk gesundheitsfördernder Schulen (117): 300 Schulen nehmen teil
Norwegen	Mutterschaftsurlaub zur Förderung des Stillens (118): 98% der Mütter stillen ihre Kinder nach Entlassung aus der Entbindungsstation; 90% stillen nach 3 bis 4 Monaten, 75% auch nach 6 Monaten noch.
Russische Föderation	Gemüseanbau auf Dächern (119): In Skt. Petersburg tragen ca. 15 Dachgärten in einkommensschwachen Stadtgebiete wesentlich zur Versorgung der lokalen Bevölkerung mit Obst und Gemüse bei.
Schweden	Bereitstellung kostenloser Schulmahlzeiten nach freiwilligen Leitlinien
Schweiz	Firmen beraten Beschäftigte in Bezug auf das Übergewicht ihrer Kinder.
Vereinigtes Königreich	<i>Water is Cool in School</i> (120): Mehrere Schulen haben Wasserkühlaggregate installiert und bieten jedem Kind in der Schule gratis Wasserflaschen an. Dadurch konnten Unterbrechungen des Unterrichts verringert und die Konzentration gesteigert werden. „Schulwanderbusse“ (121): Erwachsene begleiten Gruppen von Kindern, die eine abgesteckte Route zur Schule gehen, und sammeln unterwegs zusätzliche „Passagiere“ auf. Fighting Fat, Fighting Fit, eine auf die gesamte Bevölkerung ausgerichtete Fernsehkampagne (122): Gute Publikumswirksamkeit, doch erreichte die Botschaft zur Änderung der Lebensweise weniger gebildete Schichten und Angehörige ethnischer Minderheiten nicht in demselben Maße. Selbst innerhalb der Zielgruppe war die Beteiligung gering. Obst- und Gemüseverzehr stützt Anschaffung eines Schulschwimmbeckens. Milchbar ersetzt Verkaufsautomaten in der Schule. Bezuschussung der Nutzung von Sportstätten durch lokale Schulen Kinder, die in Autos die Schule verlassen, müssen vor der Abfahrt 10 Minuten warten. Verkaufssteuer auf „Luxus“-Nahrungsmittel

Aufbau einer Erkenntnisbasis für effektive Interventionen: Das weitere Vorgehen

Im Hinblick auf die Auswahl der Interventionen müssen neue Methoden zur Auswertung der Erkenntnisse und Beurteilung der Kostenwirksamkeit entwickelt werden. Kostenschätzungen müssen auf Informationen über die für die Interventionen erforderlichen Ressourcen beruhen.

Es müssen Konzepte entwickelt werden, in denen die Grenzen des traditionellen Umgangs mit gesicherten Erkenntnissen gebührend berücksichtigt werden und die anerkennen, dass Gesundheitsinterventionen immer ein Risiko (Ungewissheit über das Ergebnis) beinhalten, und die außerdem in Kauf nehmen, dass die Erträge (Wirkungen der Interventionen) von Fall zu Fall unterschiedlich ausfallen. So sind z. B. die zuverlässigen unmittelbaren Erkenntnisse über die Wirkung der Einführung von Beschränkungen für die Vermarktung energiereicher, nährstoffarmer Lebensmittel an Kinder oder die Wirkung eines Eingriffs in die Märkte durch steuerliche Maßnahmen zur Veränderung von Konsumgewohnheiten nicht hinreichend belastbar, doch gibt es ausreichend Indizien dafür, dass diese Maßnahmen im Rahmen eines Portefeuilles von Optionen zur Bekämpfung der Adipositas und Förderung einer besseren Gesundheit ein großes Potenzial haben.

Da politische Entscheidungsträger sich möglicherweise trotz Fehlens abschließender Erkenntnisse für die Umsetzung wirtschafts- oder sozialpolitischer Instrumente entscheiden, sollten diese Interventionen einer fortlaufenden, prospektiven Bewertung unterliegen. Die Bewertung ökonomischer Instrumente sollte sowohl ihre Auswirkungen auf den Verbrauch bestimmter Lebensmittel als auch ihre Eignung zur Veränderung der Bilanz von Energieaufnahme und -verbrauch enthalten.

Die gesetzten Rahmenbedingungen können einen körperlich aktiven Lebensstil durch verschiedene Mechanismen beeinflussen. Einige sind sektorspezifisch wie die Budgets für Verkehr und Verkehrsführung oder Stadtplanungs- und Wohnungspolitik. Andere sind bereichsübergreifend, z. B. Konzepte der Gesundheitsversorgung, die Anreize und Beratung in Bezug auf körperliche Aktivitäten geben. Innovative Interventionen und Konzepte, die sich in anderen soziokulturellen Kontexten bewährt haben, sollten dokumentiert werden.

4. Adipositas-Management und Therapie

Wichtigste Aussagen

- Es gibt erstklassige Belege für die Wirksamkeit einer Reduktionsdiät zur Behandlung der Adipositas von Erwachsenen. Die Einschränkung des mit der Nahrung aufgenommenen Fetts scheint eine wirksame Methode zur Verringerung der Energiedichte zu sein und ist offenbar mit spontaner Gewichtsabnahme verbunden.
- Es gibt erstklassige Belege für die Wirksamkeit erhöhter körperlicher Betätigung für die Stabilisierung eines maßvoll reduzierten Gewichts sowie für zusätzliche gesundheitliche Vorteile. Für sich genommen scheint der Ernährungsfaktor jedoch wirkungsvoller zu sein als der Bewegungsfaktor.
- Bis heute gibt es keine Belege für die Wirksamkeit über zwei Jahre hinaus oder für langfristigen Nutzen in Bezug auf mit Adipositas verknüpfte Gesundheitsrisiken.
- Die Behandlung der durch Adipositas bedingten Gesundheitsrisiken und der bekannten Komplikationen ist ebenso wichtig wie die Bewältigung der Adipositas selbst.
- Kinder können aus Diätkontrolle verschiedene Vorteile ziehen, allerdings können ohne besondere Vorsichtsmaßnahmen auch Negativfolgen auftreten, etwa Verlust fettfreier Körpermasse, verringertes Längenwachstum und weitere Verschlimmerung von Essstörungen. Daher sind – außer bei stark adipösen Kindern – gewichtserhaltende Behandlungen (mit Ernährungsberatung) bis nach der Pubertät vorzuziehen. Bei stark adipösen Kindern und mäßig adipösen Kindern mit Zusatzkomplikationen wird eine ausgewogene Reduktionsdiät mit normal verfügbaren Lebensmitteln empfohlen.
- Der Abbau von Bewegungsmangel, die Verstärkung von Zufußgehen und die Entwicklung eines Bewegungsprogramms können die Wirksamkeit einer Adipositas-Therapie erhöhen, und selbst wenn diese Maßnahmen die Adipositas nicht verringern, so können sie doch zur Senkung der Morbidität beitragen.
- Die Einbeziehung der Eltern in Behandlungsprogramme für eine erfolgreiche Gewichtsabnahme ist sowohl bei jungen Kindern als auch in geringerem Umfang bei Jugendlichen erforderlich.

Einführung

Die vorangegangenen Kapitel konzentrierten sich auf die Notwendigkeit von Konzepten und bevölkerungsweiten Maßnahmen zur Prävention der Adipositas.

Dieses Kapitel befasst sich dagegen mit den Grundsätzen der Behandlung von Adipositas. Da ein erhöhtes Morbiditätsrisiko schon bei präadipösen Personen vorhanden ist, sollte schon bei mäßig übergewichtigen Personen eine Gewichtsabnahme empfohlen werden, um eine weitere Gewichtszunahme auf ein höheres Übergewicht zu verhindern.

Interventionen, die zur Gewichtsabnahme bei Erwachsenen führen, können schnell Nutzen bringen. So führt eine Gewichtsabnahme bei Frauen schon in den ersten beiden Jahren zu einem Rückgang der Sterblichkeit; daneben sind Verbesserungen hinsichtlich der Risikofaktoren für Gesundheitsprobleme und bezüglich Komplikationen durch andere Krankheiten zu beobachten. Allerdings erfordert eine erfolgreiche Gewichtsabnahme sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern den Einsatz finanzieller Mittel sowie persönlicher Ressourcen aus verschiedenen Berufsgruppen und kann ihre Dauerhaftigkeit selbst bei anfänglichem Erfolg mitunter nur schwer gesichert werden.

Gewichtsabnahme sollte aber nicht das alleinige Ziel einer Adipositas-Therapie sein. Zusätzliche Ziele liegen in der Verringerung der Gesundheitsrisiken und der eventuell vorhandenen Komplikationen durch mit

Adipositas verbundene Erkrankungen. Außerdem sollten Kliniker und Patienten sich darüber im Klaren sein, dass die Behandlung keine kurzfristige, sondern eine langfristige Angelegenheit ist.

Ein Screening von Bevölkerungsgruppen kann in Betracht kommen, wenn wirksame Nachfolgeangebote verfügbar und erreichbar sind, vorzugsweise im Kontext der Bewertung mehrerer Risikofaktoren für nichtübertragbare Krankheiten.

Interventionsansätze: Erwachsene

Bei Erwachsenen lässt sich eine geringe bis mäßige Gewichtsabnahme durch auf die Lebensweise abzielende Interventionen erreichen und erhalten. Hausärzte können, sofern sie entsprechend geschult sind, eine wichtige Rolle bei der Beratung in Bezug auf Ernährung und Bewegung für präadipöse Personen spielen. Allerdings sind spezialisierte Zentren für die Beratung und Überwachung bei ernsteren Erkrankungen besser gerüstet.

Diätetische Behandlung

Es gibt erstklassige Belege für die Wirksamkeit einer Reduktionsdiät zur Behandlung der Adipositas. Die Einschränkung des mit der Nahrung aufgenommenen Fetts scheint eine wirksame Methode zur Verringerung der Energiedichte zu sein und ist offenbar mit spontaner Gewichtsabnahme verbunden.

Eine maßvolle Verringerung der Energieaufnahme (um ca. 2,5 MJ (600 kcal) pro Tag) kann die Therapiebefolgung verbessern und ist als diätetische Option für das Gewichtsmanagement empfohlen worden. Es gibt auch Anzeichen dafür, dass fettarme Kost in Verbindung mit Beschränkungen der Energiezufuhr sowie fettarme Ernährung allein ebenfalls wirksame langfristige Interventionen sind. Stark hypokalorische Diäten sind für eine akute Gewichtsabnahme wirksam, werden jedoch i.d.R. nur bei Menschen mit starker Adipositas (BMI über 35) und dadurch bedingten Krankheiten angewandt, bei denen ein schneller Gewichtsverlust gerechtfertigt ist. Die Erkenntnisse sprechen dafür, dass stark hypokalorische Diäten langfristig nicht wirksamer sind als maßvolle Diäten.

Bestimmte unausgeglichene Diäten werden teilweise von nicht ausreichend qualifizierten Angehörigen der Gesundheitsberufe und sogar von den Medien empfohlen. Von dieser Praxis ist abzuraten, da sie vor allem bei längerer Dauer eine unzureichende Deckung des Nährstoffbedarfs zur Folge haben könnte.

Körperliche Betätigung

Es gibt erstklassige Belege für die Wirksamkeit erhöhter körperlicher Betätigung zur Stabilisierung eines maßvoll reduzierten Gewichts. Für sich genommen scheint die Ernährung hierfür jedoch wichtiger zu sein als die Bewegung. Sport auf Rezept des Hausarztes ist in einigen Ländern gängige Praxis.

Verhaltenstherapie

Eine Kombination aus verhaltenstherapeutischen Maßnahmen und anderen Ansätzen zur Gewichtsabnahme hat sich für die Dauer eines Jahres als wirksam erwiesen. Für die Wirksamkeit einer Ausdehnung der Verhaltenstherapie über diesen Zeitraum hinaus gibt es jedoch nur bedingt Belege.

Pharmakologische Behandlung

Medikamente gegen Adipositas erhöhen den Anteil der Menschen, die bis zu zwei Jahre lang eine moderate Gewichtsabnahme erreichen, doch sie müssen mit diätetischer Behandlung verbunden werden und haben auch Nebenwirkungen. Es gibt gewisse Anzeichen für eine Wirksamkeit über diesen Zeitraum hinaus, aber nur wenige Belege für eine langfristige Verringerung von Behinderung und Sterblichkeit. Im Vereinigten Königreich hat das National Institute for Clinical Excellence technologische Richtlinien für zwei der am häufigsten verwendeten Medikamente, Sibutramin (123) und Orlistat (124), herausgegeben. Die einzelnen Länder verfolgen bei der Bereitstellung dieser Medikamente im Rahmen der Kostenerstattungssysteme unterschiedliche Ansätze.

Chirurgische Eingriffe

Chirurgische Eingriffe gegen die Adipositas sind die einzige Maßnahme, die bei stark adipösen Patienten nachweislich langfristig (über zehn Jahre) eine Gewichtsreduktion bewirkt. Eine solche Gewichtsabnahme bringt signifikante Vorteile für den Stoffwechsel mit sich und ist insbesondere mit einem Rückgang der Inzidenz von Typ-2-Diabetes verbunden.

Chirurgische Eingriffe sind für die Behandlung der Adipositas wirksam, wenn alle anderen nichtchirurgischen Methoden fehlgeschlagen sind. Allerdings handelt es sich hierbei um sehr kostspielige Interventionen, und das mit ihnen verbundene Sterberisiko liegt bei 0,5%. Die Entwicklung jedes Angebotes erfordert angemessen ausgebildete multidisziplinäre Teams für die Operation und die langfristige Betreuung.

Behandlung von mit Adipositas verknüpften Erkrankungen

Die Begleiterkrankungen der Adipositas müssen gebührend berücksichtigt werden, und auch eine Untersuchung auf andere Risikofaktoren wie Alkohol oder Rauchen ist erforderlich. Die Behandlung von Übergewicht und Adipositas, zu der angemessen ausgebildetes Gesundheitspersonal benötigt wird, setzt nicht nur eine Gewichtsabnahme voraus, sondern auch die Bewältigung der mit Adipositas einhergehenden gesundheitlichen Komplikationen. Die Behandlung der durch Adipositas bedingten Gesundheitsrisiken und der bekannten Komplikationen ist ebenso wichtig wie die Bewältigung der Adipositas selbst. Zu oft werden die Bekämpfung der Risiken und die Behandlung der Komplikationen in dem Irrglauben verzögert, dass Gewichtsreduktion allein schon hinreichenden Nutzen bringt. Das Zusammentreffen von unkontrollierten Fressattacken und psychischen Störungen wird für schwache Behandlungserfolge bei Adipositas verantwortlich gemacht (20). Gesundheits- und Psychiatriefachkräfte sollten sich dieser Tatsache bewusst sein und die Patienten auch dann auf etwaige psychische Störungen untersuchen, wenn die ursprünglichen Beschwerden dies nicht nahe legen (20,21).

Interventionsansätze: Kinder und Jugendliche

Eine Analyse der Adipositas-Therapien für Kinder und Jugendliche zeigt, dass eine Gewichtsabnahme sich auch auf mehrere mit Adipositas verknüpfte Faktoren positiv auswirkt, dass ein nachhaltiger Gewichtsabnahmeerfolg aber nur schwer zu erreichen ist. Die Herangehensweise bei Kindern und Jugendlichen zielt allgemein darauf ab, die weitere Gewichtszunahme zu beschränken und die mit Adipositas verbundenen Krankheiten zu bewältigen bzw. zu lindern.

Entscheidend ist die Motivation: Wenn das Kind oder ein einflussreicher Elternteil nicht motiviert ist, sind die Aussichten für eine erfolgreiche Intervention schlecht. Die Behandelnden müssen sich eventuell mit den notwendigen Techniken vertraut machen, um die Motivation der Kinder und ihrer Familien zu wecken bzw. zu stärken.

Im Vergleich mit jüngeren Kindern akzeptieren Jugendliche seltener ein stark kontrolliertes Umfeld zu Hause oder in der Schule, ihre Abbruchquote ist höher und sie verfügen über ein größeres Spektrum an Strategien zur Umgehung der Therapie und zur ungenauen Berichterstattung. Jugendliche laufen Gefahr, bei ihrer Gesundheitsversorgung in eine „Grauzone“ zwischen Kinder und Erwachsene zu geraten: Sie weigern sich, „wie Kinder“ behandelt zu werden, halten sich aber auch nicht an Terminvereinbarungen. Neue Strategien wie die Einbeziehung des Internets zur Kommunikation, eine bessere Einbeziehung der Jugendlichen bei der Entwicklung ihrer eigenen Bewältigungskonzepte und Strategien zur Unterstützung durch Gleichaltrige (Peer-Support) müssen eingehend untersucht werden.

Diätetische Behandlung

Diätkontrolle kann sich auf verschiedene Weise positiv auswirken, allerdings können auch Negativfolgen auftreten, etwa Verlust fettfreier Körpermasse, ein verringertes Längenwachstum und eine weitere Verschlimmerung von Essstörungen. Daher sind – außer bei stark adipösen Kindern – gewichtserhaltende Behandlungen (mit Ernährungsberatung) bis nach der Pubertät vorzuziehen. Bei stark adipösen Kindern und

mäßig adipösen Kindern mit Zusatzkomplikationen wird eine ausgewogene Reduktionsdiät mit normal verfügbaren Lebensmitteln empfohlen.

Körperliche Betätigung

Der Abbau von Bewegungsmangel, die Verstärkung von Zufußgehen und die Entwicklung eines Bewegungsprogramms können die Wirksamkeit einer Adipositas-Therapie erhöhen, und selbst wenn diese Maßnahmen die Adipositas nicht verringern, so können sie doch zur Senkung der Morbidität beitragen. Strategien zur Erhöhung des Energieverbrauchs schließen eine Erhöhung der körperlichen Aktivität und – als separate Strategie – eine Begrenzung der sitzenden Tätigkeiten (z. B. des Fernsehens) mit ein. Einfache Maßnahmen wie die Verringerung des Fernseh-, Video- und Videospielekonsums können signifikant zum Abbau von Übergewicht bei Kindern beitragen.

Auch die Art der körperlichen Betätigung (Bewegung als Teil des täglichen Lebens mit Sport und Spiel, Schwimmen, Tanzen und Radfahren im Gegensatz zu geplantem aerobem Training) scheint für eine dauerhafte Gewichtsabnahme wichtig zu sein. Zwar helfen beide Arten der Betätigung in der Anfangsphase bei der Gewichtsabnahme, doch dürfte bei Kindern und Jugendlichen die Wahrscheinlichkeit einer langfristigen Fortsetzung der in das tägliche Leben integrierten Form der Bewegung höher sein. Der Arzt kann Bewegung wie auch andere Formen der Behandlung verschreiben.

Psychologische und familiäre Unterstützung

Die Familie beeinflusst die Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten eines Kindes, und jede wirksame Behandlung muss dies berücksichtigen. Die Einbeziehung der Eltern in Behandlungsprogramme für eine erfolgreiche Gewichtsabnahme ist sowohl bei jungen Kindern als auch in geringerem Umfang bei Jugendlichen erforderlich. Kliniker sollten potenzielle Hindernisse für eine Einbeziehung der Eltern in die Behandlung der Kinder feststellen. In manchen Fällen nehmen Eltern aus kulturellen oder psychologischen Gründen ihr Kind nicht als adipös wahr. In anderen Fällen nehmen die Eltern es zwar zur Kenntnis, leugnen aber die Konsequenzen.

Verhaltens- und Psychotherapien, die körperliche Betätigung und gesunde Essgewohnheiten fördern, werden für den langfristigen Therapieerfolg bei adipösen Kindern und Erwachsenen als wertvoll angesehen. Bei Vorschulkindern ist Gruppenaufklärung wichtiger als Individualbehandlung, und die gesamte Familie sollte darin einbezogen werden. Wenn Kinder die Pubertät erreichen, schaffen sie ihre eigenen Gruppen und sozialen Netze, so dass eine individuelle Behandlung möglicherweise geeigneter ist. Als Behandlungsformen kommen hier u. a. kognitive Verhaltenstherapie, Familientherapie, spezialisierte Schulen und stationäre Behandlung in Frage, insbesondere wenn die Patienten auch psychische Komorbiditäten aufweisen, die sowohl Ursache als auch Folge sein können, und wenn es Anzeichen für eine gewisse Effektivität von verhaltensbezogenen und psychoedukativen Ansätzen gibt (125–127).

Stationäre Behandlung

Unter gewissen Umständen werden Interventionen möglicherweise als wirksamer angesehen, wenn sie in einer kontrollierten Umgebung erfolgen und eine festgelegte Kombination aus therapeutischen Maßnahmen zur Bewältigung des gesamten Spektrums der gesundheitlichen Auswirkungen der Adipositas beinhalten. Stationäre Behandlungsprogramme werden am besten älteren Kindern vorbehalten, die die Abwesenheit vom Elternhaus akzeptieren und soziale Netze mit Gleichaltrigen im Behandlungsprogramm knüpfen können.

Pharmakologische Behandlung

Einige bei Erwachsenen angewandte medikamentöse Behandlungen wurden auch für Jugendliche geprüft, doch sind die meisten von ihnen noch nicht zugelassen. Bis umfassendere Daten über ihre Sicherheit und Wirksamkeit vorliegen, sollten diese Behandlungen bei Jugendlichen und Kindern nur auf Versuchsbasis verwendet werden.

Chirurgische Eingriffe

Chirurgische Eingriffe werden für Kinder und Jugendliche mit normalen Erscheinungsformen der Adipositas nicht empfohlen. Die Sicherheit und Wirksamkeit chirurgischer Behandlungen sind für diese Patientengruppen noch nicht hinreichend belegt, so dass zunächst andere Strategien ausprobiert werden sollten. Chirurgische Maßnahmen sollten nur in Betracht gezogen werden, wenn alle anderen Mittel versagt haben, die Kinder ausgewachsen sind oder wenn bedingt durch Adipositas potenziell lebensbedrohliche Komplikationen vorliegen.

Management und Therapie: Das weitere Vorgehen

Durch Lebensstilberatung in Bezug auf Ernährung und Bewegung im Rahmen der Gesundheitsversorgung lässt sich eine Reduzierung des Körpergewichts zu vertretbaren Kosten erreichen. Eine vor kurzem durchgeführte Literatursichtung kam zu dem Ergebnis, dass eine Gewichtsabnahme von 5% nach einem Jahr durchschnittlich mit Kosten von 150 € pro Patient verbunden ist (128).

Nur wenige Gesundheitsfachkräfte sind in Bezug auf Ernährung und Bewegung oder realistische Gewichtsabnahmeziele hinreichend geschult, und die Adipositas-Behandlung erfolgt oft ohne ein integriertes Konzept zur Lebensgestaltung. Somit besteht ein erheblicher Spielraum zur Verbesserung der Ausbildung der für die Adipositas-Behandlung oder das Angebot von Betreuung zuständigen Fachkräfte: Kliniker, Familienberater, Bewegungsexperten, Diätetiker und Praxisleiter, die u. U. an der Abstimmung der Maßnahmen im Haus der Patienten beteiligt sind.

Reihenuntersuchungen auf Adipositas im Kindesalter können von Nutzen sein, wenn die untersuchten adipösen Kinder zu einer weiteren Bewertung und zu einer Umstellung bereit sind, um ein gesundes Gewicht zu erreichen, wenn weitere Bewertungen und andere erforderliche Behandlungseinrichtungen in der Gemeinschaft vorhanden sind und wenn wirksame Behandlungsprogramme und entsprechende Folgeaktivitäten für die diagnostizierten Kinder zugänglich und verfügbar sind.

Die Gesundheitssysteme müssen mit großen Zahlen übergewichtiger Kinder und Erwachsener fertig werden, die nicht nur Übergewicht, sondern auch damit verbundene Gesundheitsprobleme wie Typ-2-Diabetes und koronare Herzkrankheit aufweisen. Die Gesundheitsministerien und Fachorganisationen sollten daher überlegen, wie sie solche Personenzahlen bewältigen können, die von der Bewertung und Steuerung der Gesundheitsversorgung profitieren könnten. Ärzte betrachten sich oft bereits als von der klinischen Arbeit überlastet; daher müssen unter Hinzuziehung anderer Gesundheitsfachkräfte neuartige Konzepte für die Bewertung, Steuerung und Weiterverfolgung von Maßnahmen geprüft werden. Darüber hinaus sollten spezialisierte Behandlungsdienste, die mit multidisziplinären Teams arbeiten, in erreichbarer Nähe vorhanden sein und zumutbare Wartezeiten anbieten. Dies ist eine erhebliche Herausforderung, die bislang noch kein nationales Gesundheitssystem erfolgreich und konsequent bewältigt hat.

5. Entwicklung von politischen Maßnahmen zur Bekämpfung der Adipositas

Wichtigste Aussagen

- Die Länder haben in den vergangenen Jahren mehr Problembewusstsein geschaffen und auch zunehmend politische Maßnahmen und Aktionspläne initiiert, doch ist es noch keinem Land gelungen, die Adipositasepidemie wirksam unter Kontrolle zu bringen.
- Die Länder wie auch die internationalen Organisationen müssen dringend ihre Investitionen in die Adipositas-Prävention erhöhen. Kinder, junge Menschen und Gruppen mit niedrigem sozioökonomischem Status sollten hierbei Vorrang erhalten. Frauen verdienen aufgrund des Phänomens der metabolischen Prägung und wegen ihrer Rolle als Betreuerinnen sowie ihrer besonderen Anfälligkeit in bestimmten Lebensphasen besondere Aufmerksamkeit.
- Eine Überprüfung der Grundsatzkonzepte verschiedener Länder ergab ein deutliches Bewusstsein für die Notwendigkeit eines breiten Spektrums von Grundsatzoptionen, bei denen mehrere Sektoren und eine Reihe von Akteuren einbezogen werden.
- Die Gesundheitsministerien müssen erkennen, dass die Hauptantriebskräfte der Adipositasepidemie aus anderen Sektoren stammen. Die Gesundheitsministerien sollten daher die erforderliche Führungsarbeit leisten und in verantwortlicher Weise sicherstellen, dass alle Akteure zu den nationalen Bemühungen um bessere Ernährung und mehr Bewegung mit dem Ziel der Verhütung von Adipositas beitragen.
- In jedem Land ist eine Bestandsaufnahme der gesundheitlichen und wirtschaftlichen Zusammenhänge erforderlich, um die Ausmaße des Problems zu beleuchten und ein sektorübergreifendes Engagement zu ermöglichen. In jeder Regierung und ihren Ministerien muss Einigkeit über die Tragweite des Problems, seine Determinanten und die gemeinsame Verantwortung für eine Verbesserung der Lage erzielt werden.
- Jedes Ministerium, das in der Lage ist, auf die Determinanten der Adipositas Einfluss zu nehmen, muss sich auf nationaler, regionaler und lokaler Ebene mit einem breiten Spektrum von Akteuren aus Wirtschaft, Staat und Zivilgesellschaft austauschen, um praxistaugliche Maßnahmen zu formulieren.
- Ein Investitionskonzept, bei dem die Risiken (ungewisser Ausgang) anerkannt werden und das unterschiedliche Renditeniveaus (Wirkung der Interventionen) zulässt, stellt ein nützliches Modell für die Entscheidungsfindung dar.
- Zu den Maßnahmen zur Förderung der Nachfrage nach und des Angebots an gesünderen Lebensmitteln gehören: Ausarbeitung und Verbesserung nationaler lebensmittelbasierter Leitfäden für die Ernährung; Preisregulierungsmaßnahmen zur Durchsetzung von Lebensmittelstandards und zur Unterstützung des Zugangs sozial benachteiligter Gruppen zu gesunden Lebensmitteln; Verringerung des Drucks des Marktes auf Kinder durch Regulierung der Werbung und entsprechende Kooperation mit den Massenmedien und Internet-Providern; Ernährungsaufklärung und bessere Lebensmittelkennzeichnung; Förderung des Stillens; Verbesserung des Nährstoffprofils von Lebensmitteln durch Reduzierung ihres Gehalts an Zucker, Salz und gesättigten Fettsäuren; Vermeidung von Produktionsanreizen für Fette, Zucker und Alkohol und Förderung des Anbaus und der Vermarktung von Obst und Gemüse; Bereitstellung von gesunden Schulmahlzeiten; und Verbesserung gastronomischer Einrichtungen, einschließlich Kantinen.
- Zu den bewegungsfördernden Maßnahmen für die Bevölkerung zählen: Verbesserung der Bezahlbarkeit und Erreichbarkeit von Stätten und Einrichtungen zur körperlichen Betätigung; Förderung sicherer körperlich aktiver Arten der Fortbewegung, insbesondere auf dem Weg zu Schule und Arbeit; Umgestaltung von Arbeitsplätzen, so dass sie zu körperlicher Aktivität motivieren; Schaffung von Anreizen zur Veränderung

des städtischen Umfelds im Sinne der Bewegungsförderung; Öffentlichkeitsarbeit; Verbesserung von Sport und Bewegungsförderung in der Schule; Förderung von körperlich aktiver Freizeitgestaltung sowie von Einzelberatung durch Gesundheitsfachkräfte.

- Die Gesundheitsverträglichkeitsprüfung ist ein wertvolles Instrument zur Förderung sektorübergreifender Maßnahmen zur Adipositas-Prävention.
- Die Einbeziehung einer Vielzahl von Akteuren ist ein entscheidender Bestandteil der Entwicklung neuer Strategien zur Bewältigung der Herausforderungen, die Prävention und Management von Adipositas mit sich bringen. Bei dieser Neuausrichtung der gesundheitspolitischen Konzepte können Akteure von außerhalb des Gesundheitssektors eine Schlüsselrolle spielen.
- Nicht alle Akteure teilen das grundlegende Engagement für gesundheitliche Ziele. Deshalb werden wirksamere Möglichkeiten und Argumente benötigt, um die Unterstützung der anderen Sektoren dadurch zu sichern, dass sie stärker dafür sensibilisiert werden, wie sie zu diesem Prozess beitragen können und wie sie von der Förderung von gesunder Ernährung und Bewegung profitieren können. Dieser sog. „Stakeholder-Ansatz“ kann durch Entwürfe für Gesetze oder Regelungen unterstützt werden und muss nicht allein auf freiwilliger Beteiligung beruhen, da so einheitliche Bedingungen für die wirtschaftlichen Akteure entstehen.
- Nichtstaatliche Organisationen und die Berufsfachverbände können politische Maßnahmen auf wertvolle Weise unterstützen und sie u. a. durch Vernetzung fördern und überwachen.
- Überwachung und Evaluation sind wichtige Instrumente zur Bewertung der bei politischen Maßnahmen erzielten Fortschritte und beinhalten die Chance der Überprüfung. Für angemessene Evaluationen müssen ausreichend Zeit und Mittel zur Verfügung stehen, und das für die Überwachung und Evaluation zuständige Gremium sollte von politischen und ökonomischen Interessen unabhängig sein.
- Internationales Handeln ist zur Unterstützung nationaler Maßnahmen unverzichtbar.

Einführung

Die Länder haben in den vergangenen Jahren mehr Problembewusstsein geschaffen und auch zunehmend politische Maßnahmen und Aktionspläne initiiert, doch ist es noch keinem gelungen, den Trend der steigenden Adipositasraten zu brechen. Die rapide Ausbreitung des Problems erfordert innovative Lösungen und Strukturen. Dieses Kapitel befasst sich mit den Prinzipien von Strategien zur Adipositas-Prävention sowie mit den verschiedenen an der Ausformung und Umsetzung der Konzepte beteiligten Akteuren.

In den vorangegangenen Kapiteln wurde die Notwendigkeit betont, ein breites Spektrum von politischen Maßnahmen zu prüfen, bei denen ausgewählte Akteure aus zahlreichen Sektoren einbezogen werden sollen, um die Adipositas sowohl auf Ebene der Bevölkerung als auch auf individueller Ebene zu bekämpfen. Konkret empfohlen wird ein breites Spektrum an Investitionen, wie sie angesichts der nationalen und örtlichen Kultur und der jeweils geltenden Rechtsvorschriften sinnvoll sind.

Zur Verbesserung der Ernährungsgewohnheiten und zur Förderung der körperlichen Betätigung sollten die Maßnahmen in erster Linie dort in der Gesellschaft ansetzen, wo die Bedingungen für gesunde Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten und damit für eine leichtere Annahme einer gesunden Lebensweise geschaffen werden. Erfahrungsgemäß treffen die Menschen öfter gesundheitsförderliche Entscheidungen, wenn ihr Umfeld sie dabei unterstützt. Eine ausschließlich auf das Individuum ausgerichtete Gesundheitsförderung ohne Beeinflussung der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen für Gesundheit führt nicht zur gewünschten Wirkung und kann bestehende Ungleichheiten im Gesundheitsbereich noch weiter verschärfen. Die beteiligten Akteure müssen auch bei der Umsetzung der Konzepte einbezogen werden, und ihre Beteiligung an der konzeptionellen Arbeit kann auch wertvolle politische Unterstützung mit sich bringen. Außerdem sollten Zielgruppen mit besonderem Handlungsbedarf und größtmöglichem Potenzial für gesundheitliche Zugewinne, wie sozial benachteiligte Gruppen und junge Menschen, als vorrangig behandelt werden.

Dieser Ansatz wurde in der Globalen Strategie der WHO zu Ernährung, Bewegung und Gesundheit (die 2002 mit der Resolution WHA55.23 von der Weltgesundheitsversammlung angenommen wurde) sowie in verschiedenen regionalen Initiativen propagiert, darunter die EU-Plattform für Ernährung, körperliche Bewegung und Gesundheit und die gegenwärtige Initiative der Europäischen Region der WHO zur Bekämpfung der Adipositas.

Es wird ein am Investitionsmodell ausgerichteter Ansatz benötigt, der eine Reihe von Maßnahmen in verschiedenen Sektoren und auf verschiedenen Ebenen beinhaltet und jeweils die kulturellen und ökonomischen Gegebenheiten berücksichtigt.

Die Ergebnisse der Umsetzung von Konzepten müssen ausgewertet werden, und dafür ist eine kontinuierliche Überwachung der Adipositas-Indikatoren und ihrer Determinanten, z. B. Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten, erforderlich. Die Ergebnisse der Überwachung müssen als Ausgangspunkt für eine regelmäßige Überprüfung der politischen Instrumente und ihrer Anwendung dienen. Für solche konzeptionellen Überprüfungen müssen von kommerziellen und politischen Interessen unabhängige Gremien (z. B. ein Adipositas-Observatorium, ein Ernährungsrat oder ein Public-Health-Institut) herangezogen und mit einem Mandat zur Ausarbeitung von Grundsatzempfehlungen ausgestattet werden.

Bestehende internationale Handlungsrahmen

Verschiedene neuere internationale Instrumente befassen sich mit den wichtigsten Risikofaktoren für Adipositas: ungesunde Ernährung und Bewegungsmangel.

Die **Globale Strategie der WHO zu Ernährung, Bewegung und Gesundheit** (129) enthält eine Reihe von Grundsatzoptionen, die für Regierungen und andere Akteure konzipiert sind. Die fachlichen Empfehlungen beruhen auf einem soliden Fundus an Erkenntnissen aus unterschiedlichen wissenschaftlichen Quellen, und die Grundsatzempfehlungen wurden aufgrund von politischen, finanziellen und anderen praktischen Überlegungen sowie Überlegungen zur Infrastruktur und zum Arbeitskräfteangebot ausgearbeitet. So soll erreicht werden, dass die Länder und die übrigen Akteure an die örtlichen Gegebenheiten optimal angepasste Konzepte wählen. Trotz zwingender Belege für die epidemieartige Ausbreitung nichtübertragbarer Krankheiten und ihrer gemeinsamen Risikofaktoren in allen Teilen der Welt (außer Afrika südlich der Sahara) liegen die Investitionen der Regierungen und der internationalen Organisationen zu ihrer Zurückdrängung deutlich unter dem erforderlichen Maß. Die Länder der Europäischen Region sind allgemein eher zum Handeln bereit als die Länder in anderen Teilen der Welt. Allerdings ist der Anteil der nichtübertragbaren Krankheiten an der gesamten Krankheitslast nirgendwo so hoch wie in der Europäischen Region; daher müssten die Länder der Region noch weitaus mehr tun.

Bei der Entwicklung nationaler Kapazitäten und Fähigkeiten zur Verhütung und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten und ihrer gemeinsamen Risikofaktoren sind einige Verbesserungen zu verzeichnen. Im Vergleich zur globalen Einschätzung von 2000–2001 verfügen heute mehr Länder über Kapazitäten zur Erarbeitung von politischen Maßnahmen, Plänen und Programmen zur Verhütung und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten, und mehrere Länder haben entsprechend der Forderung aus der Globalen WHO-Strategie zu Ernährung, Bewegung und Gesundheit konkrete Gegenmaßnahmen erarbeitet. Allerdings verfügen auch viele Länder noch über keine geeigneten nationalen Maßnahmen gegen die durch nichtübertragbare Krankheiten verursachten Probleme und haben noch nicht auf die Empfehlungen der Globalen Strategie reagiert.

Im Bereich der Privatwirtschaft haben als Reaktion auf die Entwicklung und Annahme der Globalen Strategie Veränderungen stattgefunden. Die Hersteller von Lebensmitteln und nichtalkoholischen Getränken haben aktiv gesündere Produktalternativen entwickelt und auch die Verbraucherinformationen über ihre Erzeugnisse verbessert. Dies sind ermutigende Schritte, sie erfolgen jedoch noch zu planlos und sind im Umfang zu begrenzt, so dass zusätzliche branchenweite Maßnahmen erforderlich sind, die die gängigen handelsüblichen Lebensmittel und Getränkeprodukte betreffen. Nichtstaatliche Organisationen und Berufsfachverbände können die Umsetzung der Ziele der Globalen Strategie wesentlich beeinflussen; zu ihnen bestehen mittlerweile hervorragende Arbeitsbeziehungen.

Die Codex-Alimentarius-Kommission als normgebendes Gremium von WHO und Ernährungs- und Landwirtschaftsorganisation der Vereinten Nationen (FAO) für den Handel mit Lebensmitteln hat nach Maßgabe ihres

Auftrags Schritte zur Unterstützung der Globalen Strategie ergriffen. Zum Aufgabenbereich der Kommission gehören Anforderungen an Lebensmittelkennzeichnung und gesundheitsbezogene Angaben ebenso wie die Spezifikation der Lebensmittelzusammensetzung und -zutaten. Derzeit berät sie, wie sie ihren Einfluss geltend machen kann, um die Fähigkeit der Verbraucher zu gesundheitsförderlichen Entscheidungen zu verbessern.

Die **EU-Plattform für Ernährung, körperliche Bewegung und Gesundheit** (130) wurde 2005 als ein Forum gegründet, das Wirtschafts-, Fach- und Verbraucherverbände sowie weitere Organisationen der Zivilgesellschaft einbezieht und von der Europäischen Kommission koordiniert wird. Dieses Forum hat eine Reihe von Tagungen und Workshops veranstaltet und die beteiligten Akteure zu einer Reihe von Verpflichtungen veranlasst, die jetzt überwacht und ausgewertet werden. Eine Bestandsaufnahme zur Arbeit der EU-Plattform wird voraussichtlich 2007 erfolgen. Die Aktivitäten der Kommission wurden vom Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss, einem Beratergremium aus Unternehmern, Arbeitnehmervertretern und Organisationen der Zivilgesellschaft, durch eine Stellungnahme zur Notwendigkeit der Bekämpfung von Adipositas in allen Politikbereichen unterstützt. Nach der Eröffnung der Plattform gab die Europäische Kommission im Rahmen einer öffentlichen Konsultation über Wege zur Eindämmung der Adipositas und der Prävalenz von mit ihr verbundenen nicht-übertragbaren Krankheiten in der EU ein Grünbuch zur Förderung gesunder Ernährung und körperlicher Betätigung heraus. Darin wird zu konkreten Vorschlägen und Ideen für Maßnahmen in allen Politikbereichen und auf allen gesellschaftlichen Ebenen aufgerufen, um dieses ernste Problem anzugehen und die Europäer zu einer gesünderen Lebensweise zu veranlassen. Die Europäische Kommission plant für Anfang 2007 die Veröffentlichung eines Berichts über die Ergebnisse der Konsultation und wird darin Maßnahmen im Bereich Ernährung und Bewegung vorschlagen.

Die **Europäische Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten** (131), die vom WHO-Regionalkomitee für Europa im September 2006 verabschiedet wurde, stellt eine umfassende Strategie dar, die zugleich bevölkerungsweite Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention beinhaltet und aktiv auf stark gefährdete Personen abzielt, die aber auch einen möglichst großen Teil der Bevölkerung durch effektive Behandlungsmethoden erreicht und die integrierte Maßnahmen zur Bekämpfung von Risikofaktoren und ihren zugrunde liegenden Determinanten sektorübergreifend mit Bemühungen zur Stärkung der Gesundheitssysteme in Richtung auf bessere Präventions- und Bekämpfungsmaßnahmen verbindet.

Die **Globale Strategie der WHO für die Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern** (132) empfiehlt ausschließliches Stillen bis zum Alter von sechs Monaten und anschließend einen rechtzeitigen Beginn des Zufütterns von babygerechter und sicherer Nahrung. Der nachgewiesene Zusammenhang zwischen der Ernährung von Säuglingen und einer frühen Entwicklung von Adipositas macht die Umsetzung dieser Strategie besonders wichtig. Die Europäische Kommission hat außerdem einen **Aktionsplan zur Förderung des Stillens in Europa** veröffentlicht, und zwar in der Erkenntnis, dass Stillen Infektionsrisiken für Kinder herabsetzt, möglicherweise auch das Risiko der Ausbildung von Adipositas mindert und sich nützlich auf „die Mütter, die Familie, die Gemeinde sowie das Gesundheits- und Sozialsystem, die Umwelt und die Gesellschaft im Allgemeinen“ auswirkt (133).

Die **Strategie der Europäischen Region zur Förderung der Gesundheit und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen** (134), die vom WHO-Regionalkomitee für Europa im September 2005 verabschiedet wurde, legt konkret besonderen Wert auf gute Ernährung als Grundlage für eine gesunde Entwicklung und unterstreicht die Notwendigkeit, Adipositas bei Kindern im Schulalter durch Maßnahmen in verschiedenen Bereichen zu verhindern.

Der im Jahr 2004 angenommene **Aktionsplan zur Verbesserung von Gesundheit und Umwelt der Kinder in der Europäischen Region der WHO (CEHAPE)** (135) verpflichtet die Länder der Region dazu, die Morbidität als Folge von Bewegungsmangel zurückzudrängen, indem für alle Kinder sichere, geschützte und förderliche Wohnbedingungen geschaffen werden. Dabei wird insbesondere die Bedeutung von Maßnahmen der Verkehrssicherheit, kinderfreundlicher Städteplanung sowie von sicheren und leicht zugänglichen Einrichtungen für Sport, Spiel und Geselligkeit hervorgehoben.

Das 2002 angenommene **Paneuropäische Programm Verkehr, Gesundheit und Umwelt** (THE PEP) (136) verpflichtet die Länder zur Entwicklung von Maßnahmen zur Förderung bzw. Verbesserung sicherer Bedingungen für Radfahren und Zufußgehen unter besonderer Berücksichtigung der Belange von Kindern.

Gegenwärtige nationale Konzepte zur Bekämpfung der Adipositas in den Ländern der Europäischen Region

Die meisten Länder in der Europäischen Region der WHO haben Aktionspläne für Ernährung oder gesundheitspolitische Strategien entwickelt, die der Bekämpfung der Risikofaktoren für Adipositas dienen, während der Komplex der Bewegungsförderung bisher nur in wenigen Ländern thematisiert wird. Eine umfassende Analyse der Entwicklungen in den Bereichen Ernährung, Bewegung und Prävention von Adipositas findet sich in einem speziellen Hintergrundpapier, das für die Ministerkonferenz zur Bekämpfung der Adipositas erstellt wurde (137). Die Ergebnisse dieser Analyse werden hier zusammenfassend dargestellt.

- Es gibt in der Europäischen Region zahlreiche **Grundsatzpapiere**, die sich mit dem Thema Nahrung und Ernährung befassen, wenn auch ihr Schwerpunkt nicht immer auf Ernährung liegt, sondern auf Bewegung, Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Gesundheitspolitik, nachhaltiger Entwicklung oder Umwelt und Gesundheit. Die Adipositas-Prävention erfolgt im Rahmen eines konkret auf Adipositas abzielenden Aktionsplans (Dänemark, Irland, Portugal, Slowakei, Spanien) oder im Rahmen eines Aktionsplans für gesunde Ernährung oder einer gesundheitspolitischen Gesamtstrategie. Estland, die Niederlande, Norwegen, die Slowakei, Slowenien und das Vereinigte Königreich haben zusätzlich jeweils gesonderte Grundsatzpapiere zum Thema Bewegung erstellt. In der Russischen Föderation wird gegenwärtig die Erstellung eines entsprechenden Aktionsplans erwogen.
- In Ländern wie Armenien, Aserbaidschan, Georgien, Kasachstan, Kirgisistan, der Republik Moldau, der Ukraine und Tadschikistan sind die Strategien stark auf Ernährung und Lebensmittelsicherheit ausgerichtet und im Rahmen von nationalen Konzepten oder gesonderten Projekten zur Prävention von Mikronährstoffmangel oder zur Förderung von Stillen angesiedelt. Bewegungsförderung und Adipositas-Prävention sind oft feste Bestandteile solcher Strategien.
- Neben der Feststellung allgemeiner Ziele geben viele Länder konkrete **zahlenmäßige Ziele für die Ernährung** vor, allerdings definieren nur wenige Länder quantifizierbare Ziele in Bezug auf Übergewicht und Adipositas bzw. körperliche Betätigung. So hat sich das Vereinigte Königreich zum Ziel gesetzt, einen weiteren Anstieg der Prävalenz von Adipositas bei Kindern unter 11 Jahren bis 2010 zu verhindern. Bulgarien und Frankreich streben eine Reduzierung der Zahl der übergewichtigen und adipösen Menschen um 10% bzw. 20% an.
- Bei den meisten Strategien werden die Akteure benannt; ihre Einbindung erfolgt u. a. durch Bildung von **Partnerschaften**, Netzwerken oder Plattformen oder durch Unterzeichnung von Vereinbarungen, die Verpflichtungen beinhalten. Beispiele für solche Aktivitäten sind die Plattform Ernährung und Bewegung in Deutschland, das Aktionsbündnis für Ernährung, Bewegung und Gesundheit in Polen, der Pakt gegen Übergewicht und Adipositas in den Niederlanden, die gesundheitsfördernden Netzwerke in Estland, das Netzwerk Gesundheit und Bewegung Schweiz, die Interministerielle Kommission in Armenien sowie verschiedene öffentlich-private Partnerschaften auf nationaler oder lokaler Ebene, etwa in Dänemark, Griechenland und dem Vereinigten Königreich.
- Spezifische **Maßnahmen** in verschiedenen Umgebungen (Schule, Arbeitsplatz, Gesundheitswesen), auf verschiedenen Ebenen (national, regional, lokal) und in verschiedenen Politikbereichen (Umwelt, Landwirtschaft, Sport, Forschung, Wohnung) wurden bisher in Dänemark, Finnland, Irland, Italien, Norwegen, Spanien, Schweden und dem Vereinigten Königreich entwickelt.
- Die meisten Länder verfügen über **institutionelle Strukturen** wie einen Nahrungs- und Ernährungsrat oder ein Public-Health-Institut mit unterschiedlichen Zuständigkeiten, die von der fachlichen Unterstützung bis zur Beratung, Planung und Umsetzung von Strategien reichen. Einige Länder haben für die konzeptionelle

Weiterentwicklung konkrete Adipositas-Einrichtungen geschaffen (z. B. Tschechische Gesellschaft für Adipositas, Dänischer Verband für Adipositasstudien, Portugiesische Gesellschaft für Adipositasstudien oder die Adipositas-Arbeitsgruppen in Irland und Israel). In einigen Ländern, insbesondere den nordischen Ländern, haben Fachräte eine lange Tradition. Zu den jüngsten Beispielen für neu geschaffene Institutionen mit Zuständigkeit für Beratung und bessere Abstimmung zwischen den verschiedenen Sektoren gehören ein Beratungsgremium in Estland, der Ernährungsrat in Lettland, das Zentrum für Nahrung und Ernährung in der Ehemaligen jugoslawischen Republik Mazedonien und der Nahrungs- und Ernährungsausschuss in der Türkei. Ihre Tätigkeit kann von begrenzter (wie die Arbeitsgruppe in Irland) oder unbegrenzter Dauer (wie das Adipositas-Observatorium in Spanien) sein.

- In allen Strategien werden nach Maßgabe des Lebensverlauf-Ansatzes **Zielgruppen** benannt. Weitere Zielgruppen sind Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status, Menschen in Not, chronisch Kranke, Behinderte, ethnische Minoritäten, Immigranten und Personen mit niedrigem Bildungsniveau.
- Die meisten Maßnahmen werden im **schulischen Umfeld** ergriffen – mit dem übergeordneten Ziel seiner Veränderung durch Schaffung guter Rahmenbedingungen für körperliche Betätigung und Stärkung der Gesundheitserziehung. In Malta arbeitet eine spezifische Sonderarbeitsgruppe an einem nationalen Konzept zur Förderung einer gesunden Ernährung in der Schule. In Spanien befasst sich eine Initiative konkret mit dem schulischen Umfeld, und in Kroatien wurde das „Ganze-Schule-Konzept“ eingeführt. Im belgischen Flandern wird derzeit ein strategischer und operativer Plan für den Bildungssektor entwickelt. Viele Länder streben für ihre Schulen eine Verbesserung der Verpflegung in den Kantinen bzw. durch Lieferanten an. So gibt es in Ungarn und den Niederlanden ein nationales Programm zur Verbesserung der Kantinen, und in Estland erhalten Kinder von der ersten bis zur neunten Klasse sowie in Berufsschulen freie Schulmahlzeiten. In Norwegen wurde vor kurzem ein Projekt zum Thema Bewegung und gesundes Essen begonnen, um ein positives Beispiel zu geben und kommunale Schulbehörden über die wichtigsten Voraussetzungen für Erfolge aufzuklären. Lebensmittelautomaten sind bei nationalen Maßnahmen umstritten, da teilweise ihre Abschaffung, teilweise dagegen eher eine Optimierung ihres Inhalts angestrebt wird. So wurde in Frankreich ein Gesetz eingeführt, das die Aufstellung von Verkaufsautomaten an Schulen untersagt. Frankreich, Lettland, die Niederlande, Norwegen und das Vereinigte Königreich bemühen sich, in Schulen Obst gratis anzubieten oder zumindest leicht zugänglich zu machen.
- Zu den Maßnahmen am **Arbeitsplatz** gehören Gleitzeitarbeit, herabgesetzte Gebühren für Fitnessstudios, Anreize, den Arbeitsweg per Rad oder zu Fuß zurückzulegen, Zugang zu Duschen und Umkleiden, Förderung gesunder Ernährung und Lebensweisen mit entsprechender Aufklärung sowie Optimierung von Betriebskantinen. In Österreich und Schweden wurden Wettbewerbe zwischen Unternehmen eingeführt, um das Radfahren zum Arbeitsplatz zu fördern. In Norwegen werden die Arbeitgeber durch ein neues Gesetz zur Regelung des Arbeitsumfelds verpflichtet, sich um körperliche Betätigung zu kümmern.
- Einige Grundsatzpapiere befassen sich auch mit dem **Aufbau von Kapazitäten**, einschließlich der Notwendigkeit der Schulung von Mitarbeitern des Gesundheitswesens, Lehrkräften in den Fächern Ernährung und Sport, Kinderbetreuern und anderen Erbringern von gesundheitsfördernden Strategien sowie der Schulung der Verantwortlichen für die Aufsicht über Schulen und Kinderbetreuungsangebote, in denen gesundheitspolitische Maßnahmen umgesetzt werden müssen. Irland schlägt konkret die Entwicklung von spezifischen Schulungsprogrammen vor, die Gesundheitsfachkräften einen geeigneten und sensiblen Umgang mit Übergewicht und Adipositas vermitteln sollen. In Dänemark wird die Bedeutung der erforderlichen psychologischen Kompetenz und des Praxiswissens hervorgehoben. Im norwegischen Aktionsplan Bewegungsförderung wird die Einführung von Gesundheitsverträglichkeitsprüfungen in den Lehrplänen medizinischer Fakultäten vorgeschlagen.
- In der **Städteplanung** konzentrieren sich die meisten Länder auf die Förderung aktiver Fortbewegung durch Anlegen von sicheren Geh- und Fahrradwegen. Dänemark, Deutschland, Finnland, Frankreich, Norwegen, die Tschechische Republik und das Vereinigte Königreich verfügen jeweils über eine nationale

Radfahrstrategie. Initiativen mit negativen Anreizen zur Benutzung von Autos und positiven Anreizen für Kinder, den Schulweg zu Fuß zurückzulegen, wie bei „Schulwanderbussen“, wurden in Italien, Malta und dem Vereinigten Königreich ergriffen. In Malta wurde ein Verkehrs- und Umweltausschuss geschaffen, um die Sicherheit im Straßenverkehr, einschließlich des Schulwegs zu Fuß oder auf dem Rad, zu verbessern. Auch das finnische „Jaloin-Projekt“ kommt den Fußgängern und Radfahrern zugute. Im Vereinigten Königreich werden in dem Aktionsplan „Travelling to School“ eine Reihe von Maßnahmen hervorgehoben, durch die Behörden und Schulen auf nationaler und lokaler Ebene Zufußgehen, Radfahren und Busfahren auf dem Schulweg fördern können.

- Sportliche Massenergebnisse, bei denen die gesamte Bevölkerung an einem bestimmten Tag zu körperlicher Betätigung ermutigt wird, haben u. a. in Kasachstan und der Schweiz stattgefunden.
- In Schweden bemüht sich die **staatliche Wohnungspolitik** im Rahmen des Aktionsplans für gesunde Ernährungsgewohnheiten und mehr Bewegung um die Schaffung von Rahmenbedingungen, die einen körperlich aktiven Lebensstil fördern. In Norwegen wird derzeit das Planungs- und Baugesetz mit dem Ziel überarbeitet, mehr bewegungsfördernde Umgebungen zu schaffen.
- In einigen Ländern gibt es auch ein Nebeneinander von Projekten auf nationaler und lokaler Ebene: So verfügen etwa Belgien, die Russische Föderation und das Vereinigte Königreich neben ihren nationalen Strategien auch über regionale Konzepte und Programme.
- Manche Länder wenden **fiskalische Maßnahmen** wie die Besteuerung ungesunder Lebensmittel und die Schaffung von Anreizen für das Angebot und den Verzehr gesunder Lebensmittel oder für Zugang zu sportlichen Aktivitäten an oder erwägen die Einführung solcher Maßnahmen, meist aber eher mit dem Ziel höherer Steuereinnahmen als mit dem der Gesundheitsförderung. In dem norwegischen Papier werden konkret Preissenkungen für Obst und Gemüse und eine Subventionierung ihres Vertriebs in abgelegenen Gebieten sowie Steuererhöhungen für energiereiche, nährstoffarme Lebensmittel vorgeschlagen. In der Schweiz wurde vor kurzem ein Vorschlag zur Besteuerung energiereicher Lebensmittel vorgelegt, der jedoch vorerst nicht umgesetzt wird.
- In mehreren Ländern findet inzwischen ein Dialog mit der Lebensmittelindustrie über eine veränderte **Produktgestaltung bei Lebensmitteln** statt. Die Regierung des Vereinigten Königreichs strebt z. B. eine Verringerung des Salz-, Zucker- und Fettgehalts in verarbeiteten Lebensmitteln an und will außerdem Leitlinien für Portionsgrößen entwickeln und veröffentlichen. In der Tschechischen Republik wurde vom Verband der Lebensmittel- und Getränkeindustrie eine „Technologie-Plattform“ eingerichtet, und in Griechenland wird derzeit eine Plattform für eine erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen der Lebensmittelindustrie und dem Gesundheitsministerium geschaffen.
- Die meisten Länder erwägen Änderungen bei der **Lebensmittelkennzeichnung**, und es gibt einen Trend hin zu besseren Informationen und leicht verständlichen Etiketten. Beispiele für leicht verständliche Zeichen sind das schwedische Schlüsselochetikett, mit dem Lebensmittel mit niedrigem Fett-, Zucker- oder Salzgehalt bzw. hohem Ballaststoffanteil gekennzeichnet werden, und das britische „Verkehrssampelsystem“, bei dem Produkte je nach Fettanteil sowie ihrem Gehalt an gesättigten Fetten, Zucker und Salz (hoch, mittel, niedrig) mit roter, gelber oder grüner Farbe markiert werden.
- Die **Werbung für Lebensmittel und Getränke für Kinder** ist in der Region ein brisantes Thema. So haben Länder wie Schweden und Norwegen gesetzliche Regelungen eingeführt, die solche Werbung generell untersagen, während in Finnland und Irland einige Beschränkungen in Form von Leitlinien eingeführt wurden. Andere Länder, z. B. die Niederlande, Portugal und Spanien, setzen dagegen auf freiwillige Selbstbeschränkungen seitens der Verbände der Werbewirtschaft und der Medienbranche. In Frankreich müssen Fernsehwerbespots und andere Arten von Werbung für verarbeitete Lebensmittel und Getränke, die Zusätze von Fett, Süßstoffen oder Salz enthalten, mit einem gesundheitlichen Warnhinweis über die Grundsätze der Ernährungserziehung versehen werden, der vom Nationalen Institut für Gesundheitserziehung genehmigt werden muss; anderenfalls muss das werbende Unternehmen eine Steuer in Höhe von 1,5% der jährlichen Ausgaben für die betreffende Werbung entrichten, wobei die Einnahmen für Ernährungsinformation und -aufklärung verwendet werden.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die nationalen Grundsätze die Wichtigkeit der Rahmenbedingungen für eine Verbesserung der Gesundheit ebenso anerkennen wie die Notwendigkeit, auf nationaler, kommunaler und individueller Ebene zu handeln und die betroffenen Akteure in die Umsetzung der Konzepte einzubeziehen. Für eine erfolgreiche Umsetzung der Konzepte und anschließende Auswertung der Ergebnisse sind klare und realistische Ziele und das Setzen von Prioritäten unter den vorgeschlagenen Maßnahmen erforderlich. Ein umfassender Austausch von Erfahrungen und Fallbeispielen für erfolgreiche Maßnahmen ist wichtig, und die Zusammenarbeit und Abstimmung zwischen verschiedenen Maßnahmen auf nationaler Ebene muss verstärkt werden.

Entwicklung von Strategien und Aktionsplänen

Bei der Entwicklung, Umsetzung und Überwachung einer Adipositas-Präventionsstrategie kommt den Regierungen eine Führungsrolle zu. Wie bereits angedeutet, liegen die Determinanten des Adipositasrisikos über ein breites Spektrum von Ressorts und ministeriellen Zuständigkeiten verstreut, und die Gesundheitsministerien müssen mit anderen Ressorts zusammenarbeiten, um eine umfassende Strategie zur Bekämpfung der Adipositas zu erhalten.

Eine Strategie gegen Adipositas kann Teil eines gesundheitspolitischen Gesamtkonzepts (z. B. einer Strategie für nichtübertragbare Krankheiten) oder eines Aktionsplans für Nahrung, Ernährung und Lebensweise sein oder innerhalb eines unabhängigen Papiers angesiedelt sein, das Querverweise auf thematisch verwandte Strategien und Pläne für Ernährung und Bewegung enthält.

Bei der Ausarbeitung einer solchen Strategie kann das Gesundheitsministerium die Federführung übernehmen und in Zusammenarbeit mit Fachleuten und anderen relevanten Beratern die maßgeblichen Politikbereiche benennen und für die Einsetzung eines ressortübergreifenden Arbeitskreises oder Ausschusses eintreten, der auch die für die Ausarbeitung eines sektorübergreifenden Konzepts erforderlichen Akteure einschließt. Diese Aufgabe kann durch spezialisierte Dienststellen auf nationaler Ebene wirksam erledigt werden.

In der Vorbereitungsphase könnte das Gesundheitsministerium Fakten über Ernährung, Bewegung und Adipositas in der Bevölkerung zusammentragen durch:

- Einrichtung von Überwachungssystemen für Ernährung, Bewegung und Adipositas;
- nationale Ziele für Ernährung, Bewegung und Adipositas;
- Analysen der zugrunde liegenden Determinanten für Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten;
- Analysen über vorhandene Pläne für die Bereiche Adipositas, Ernährung, nichtübertragbare Krankheiten sowie andere Bereiche der Bevölkerungsgesundheit, um Schwächen und Stärken sowie Chancen zur Konsolidierung und Ausweitung zu bestimmen; und
- Verwendung von Verfahren der Gesundheitsverträglichkeitsprüfung.

Andere maßgebliche Ministerien und Dienststellen könnten die vorhandenen politischen Maßnahmen in ihrem jeweiligen Aufgabenbereich analysieren und deren Einfluss auf die Gesundheits- und Ernährungssituation bewerten.

Als Nächstes könnten das Gesundheitsministerium und die anderen Ressorts in ihren jeweiligen Politikbereichen Maßnahmen zur Bekämpfung der vorhandenen adipogenen Faktoren formulieren. Jedes Ministerium und jede Dienststelle könnte eine Reihe von Maßnahmen zur Umsetzung im eigenen Zuständigkeitsbereich ausarbeiten, die auch die Überprüfung der bestehenden politischen Maßnahmen beinhalten. Der ressortübergreifende Arbeitskreis oder Ausschuss könnte den Plan entwerfen und mit Kommunen, Privatwirtschaft und nichtstaatlichen Organisationen abstimmen. Die vorgeschlagenen Maßnahmen sollten konkret sein, die für die Umsetzung verantwortlichen Akteure müssen benannt werden, und es muss eine Bestätigung ihrer Beteiligung vorliegen. Auch Fragen wie die Finanzierung der Umsetzung müssen berücksichtigt und die Finanzierung selbst gesichert sein. Die Grundsatzentscheidungen werden auf der Grundlage der erwarteten Wirksamkeit der Lösungen, ihrer möglichen Nebenwirkungen, ihrer Umsetzbarkeit, ihrer Kosten, ihrer Nachhaltigkeit und ihrer Annehmbarkeit für die beteiligten Akteure gefällt.

Eine Investition in die Gesundheitsförderung

Die Tatsache, dass die Erkenntnisgrundlage für Maßnahmen begrenzt ist und durch das Umfeld beeinflusst wird, ist ein starkes Argument dafür, den Blick über das auf kontrollierte Studien angewiesene klassische medizinische Paradigma hinaus auf eine alternative Denkweise zu richten: das Investitionsportefeuille, das dem finanziellen Risikomanagement der Bankenwelt entlehnt ist.

Bei diesem Ansatz heißen die Maßnahmen Investitionen, und jedes Investitionsportefeuille sollte aus einer Mischung aus sicheren Anlagen mit niedriger Rendite und riskanten, jedoch potenziell hochlukrativen Anlagen bestehen. Das Risiko kann aus der Konsistenz der Wirkung einer Maßnahme, ihrer Verbreitung in einer bestimmten Bevölkerungsgruppe und den Indizien für ihre wahrscheinliche Wirksamkeit abgeschätzt werden. Demnach könnten intensive Maßnahmen für kleine Gruppen oder für Individuen als Investitionen mit geringem Risiko und niedrigem Ertrag klassifiziert werden, da sie grundsätzlich zu Verhaltensänderungen führen, aber nur eine geringe Wirkung auf die Adipositas-Prävalenz in der Bevölkerung haben (138, 139).

Bei der Gesundheitsförderung kann der Ertrag einer Investition in Form des erwarteten gesundheitlichen Nutzens oder anderer gewünschter Ergebnisse gemessen werden. Das Risiko kann nach der Konsistenz der Auswirkungen einer Intervention in unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen, ihrer Verbreitung in gewissen Gruppen und den Indizien für ihre erwartete Wirksamkeit gemessen werden. Das Risiko schließt auch den zu erwartenden Ressourcenbedarf mit ein. Dieser muss auf Schätzungen der für eine Intervention erforderlichen Ressourcen beruhen – in der Fachliteratur gibt es überraschend wenige Informationen hierzu.

Investitionen in Gesundheit können auch als Projektion tabellarisch dargestellt werden, wobei der Ertrag einer Investition in zwei Dimensionen dargestellt wird: Auswirkung auf die Bevölkerung (von gering bis groß) und Gewissheit bezüglich der Wirkung (ebenfalls von gering bis groß), wobei sich eine Ergebnisspannbreite von minimal (geringe Gewissheit, geringe Wirkung) bis maximal (große Gewissheit, große Wirkung) ergibt. So kann bei intensiven Maßnahmen für kleine Gruppen oder für Individuen zwar große Gewissheit bestehen, wenn sie durchgängig zu Verhaltensänderungen führen, doch ist ihre Wirkung u. U. gering, wenn sie den Gesundheitszustand der Gemeinschaft insgesamt nur wenig verbessern.

Das Bewerten und Abwägen der potenziellen Vorteile und Risiken ermöglicht die Annahme einer ausgewogenen Risikomischung bei den Interventionen, also eines Portefeuilles, als einen Weg, mit dem die Dynamik der Gesundheitsförderung auch ohne Vorliegen vollständiger Erkenntnisse über die Wirksamkeit der Maßnahmen erhalten werden kann. Diese Vorgehensweise ermöglicht die Auswahl der Maßnahmen auf der Grundlage der besten verfügbaren Erkenntnisse, schließt aber auch unerprobte, jedoch viel versprechende Strategien nicht aus.

Der Investitionsansatz kann verschiedene Arten von Informationen erforderlich machen, u. a. zu den Kosten, der erwarteten Wirksamkeit, der erwarteten Tiefe und Reichweite der Auswirkungen, der Nachhaltigkeit und der Akzeptanz. Außerdem muss bei den Investitionen auch auf politische Entscheidungen im Vorfeld geachtet werden, die sich auf den Kontext der Umsetzung der Präventionspolitik auswirken.

Schlüsselmaßnahmen

Anhand der Analyse der Erkenntnisse, der Empfehlungen der Fachausschüsse, der Bestimmungen der international vereinbarten Strategien und der aktuellen Entwicklungen in verschiedenen Ländern können grundlegende präventive Maßnahmen festgelegt werden, die Bestandteile des geplanten Maßnahmen-Portefeuilles sein sollen. Dabei sollte die Priorisierung jeweils von den nationalen Gegebenheiten und vom Stand der konzeptionellen Entwicklung abhängig gemacht werden, doch ist eine Voraussetzung für den Erfolg der Strategie ein gleichzeitiges Engagement für Konzepte auf Makroebene und bevölkerungsweite Programme sowie Regulierungs- und Handlungsmaßnahmen im Bereich Ernährung und Bewegung. Konzepte auf Makroebene sollten stets auch unter dem Gesichtspunkt ihrer möglichen Auswirkungen auf Gruppen mit niedrigem sozioökonomischem Status geprüft werden.

Maßnahmen zur Förderung der Nachfrage nach und des Angebots an gesünderen Lebensmitteln

1. In der **Landwirtschaftspolitik** müssen Landwirtschaft und andere Bereiche der Versorgungskette mit den gesundheitspolitischen Zielen vereinbar sein. Der gegenwärtige Grundsatz der Förderung der Zucker- und Fettproduktion muss zugunsten einer Unterstützung der Erzeugung und Vermarktung von Obst und Gemüse aufgegeben werden. Zölle, die den Handel mit Obst und Gemüse einschränken, müssen überdacht werden. Außerdem sollte eine örtliche, nachhaltige Erzeugung gefördert werden.
2. Hinsichtlich der **Zusammensetzung der Lebensmittel und der Neugestaltung von Produkten** sollten die Primärproduzenten (z. B. Viehzüchter) und Lebensmittelhersteller ermutigt und durch Anreize dazu veranlasst werden, die Eigenschaften ihrer Erzeugnisse zu überprüfen, um den Gesamtgehalt an Fett und den Anteil an gesättigten Fettsäuren, Zuckerzusätzen und Salz abzusenken.
3. Bei **Lebensmittelpreisen** sollten ökonomische Maßnahmen, die gesündere Kaufentscheidungen bei Lebensmitteln erleichtern und zur Senkung des Konsums von Fetten und Zucker führen, z. B. Maßnahmen zur Erhöhung des Preises von energiereichen Produkten und Getränken bzw. Reduzierung des Preises von Obst und Gemüse, geprüft werden, nicht zuletzt im Hinblick auf ihre Auswirkungen auf einkommensschwache Bevölkerungsgruppen.
4. In Bezug auf **Lebensmittelvertrieb und -vermarktung** sollte von Städteplanern und Kommunalverwaltungen die geografische Platzierung von Lebensmittelverkaufsstellen genau bedacht werden. Lokale Märkte sollten unterstützt und eine gleichmäßige Verteilung unterschiedlicher Arten von Lebensmittelverkaufsstellen sichergestellt werden. Der Einzelhandel sollte dazu ermutigt werden, in allen Verkaufsstellen mehr gesunde Lebensmittel zu für einkommensschwache Gruppen bezahlbaren Preisen anzubieten. Am Verkaufsort sollte für gesündere Optionen geworben und von weniger gesunden abgeraten werden.
5. Im **Kantinenwesen** sollte die Privatwirtschaft dazu ermutigt werden, ihr Lebensmittelangebot gemäß den lebensmittelbasierten Leitlinien für die Ernährung zu gestalten. Schnellrestaurants und Imbisse sollten davon abgebracht werden, für energiereiche und nährstoffarme Lebensmittel zu werben oder den Verkauf größerer Portionen durch Preisanreize zu fördern. Bei Städteplanungsmaßnahmen sollte die Verteilungsdichte von Lebensmittelverkaufsstellen berücksichtigt werden.
6. Bei der **Lebensmittelvermarktung** sollte der Umfang der Werbung für Lebensmittel und nichtalkoholische Getränke bei Kindern sowohl durch Selbstregulierung der Branche als auch durch entsprechende Vorschriften eingeschränkt werden. Dabei sollte der Begriff Verkaufsförderung alle Arten der Kommunikation umfassen: Wettbewerbe, Werbung am Verkaufsort, Verpackung, Preisausschreiben, Verlosungen, Werbegeschenke, Produktplatzierung, Sponsorenschaft, Prominentenunterstützung, Verwendung von Comic-Figuren, neue Medien wie Mobiltelefone und das Internet sowie Werbung in Massenmedien.
7. Bei der **Kennzeichnung von Lebensmitteln** sollten Produkte mit hohen Anteilen an Fett, Zucker, Energie und Salz auf Etiketten deutlich gekennzeichnet werden. Die Etikettierung sollte in leicht verständlicher und einheitlicher Form sowie auf der Grundlage eines vereinbarten Nährstoffprofilsystems erfolgen.
8. Das Angebot an **Lebensmitteln in Schulen und Kindergärten** sollte dadurch verbessert werden, dass bei der Verpflegung die Einhaltung der lebensmittelbasierten Leitfäden für die Ernährung sichergestellt wird und als Zwischenmahlzeiten Obst, Gemüse und kaltes Wasser angeboten werden und dass energiereiche, nährstoffarme Lebensmittel und Getränke aus den Verkaufsautomaten verschwinden.
9. Am **Arbeitsplatz** sollte im Sinne der lebensmittelbasierten Leitfäden für die Ernährung eine vielfältige Auswahl an Lebensmitteln angeboten werden. Für gesündere Alternativen sollte geworben werden, u. a. mit Preisanreizen.
10. Schnellrestaurants und Verkaufsautomaten mit energiereichen, nährstoffarmen Lebensmitteln sollten nicht in **Krankenhäusern** zu finden sein.
11. Auf dem Gebiet der **Aufklärung und Information** sollten Ernährungsaufklärung und Werbekampagnen in der Gesellschaft regelmäßig durchgeführt werden, um die Annahme einer gesunden Lebensweise zu fördern und die Öffentlichkeit über die mit Übergewicht verbundenen Gesundheitsrisiken zu informieren. Eine

Kultur der gesunden Lebensweise sollte dadurch gefördert werden, dass in Fernsehen und Presse Botschaften vermittelt werden, die eine Verhaltensänderung propagieren. In den Schulen sollte Ernährungskunde gefördert werden.

12. **Lebensmittelbasierte Leitlinien für die Ernährung und aktualisierte Referenzwerte für die Nährstoffaufnahme** sollten durch internationale Standardisierung entwickelt werden.
13. **Stillen und Zufüttern:** Das Vollstillen sollte durch Ausweitung der Initiative für babyfreundliche Krankenhäuser, Durchsetzung des Internationalen Kodex für die Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten und Entwicklung einer frauenfreundlichen Arbeitsmarktpolitik mit hinreichend langem Mutterschaftsurlaubsanspruch gefördert werden. Leitlinien zur Säuglingsernährung sollten ebenso angeboten werden wie Kurse und Unterstützung für Mütter.

Bewegungsfördernde Maßnahmen für die Bevölkerung

1. **Angehörige der Heilberufe** sollten Beratung anbieten und im Rahmen der primären Gesundheitsversorgung Rezepte ausstellen.
2. Die Verkehrsbedingungen in der Europäischen Region bieten teilweise eine hervorragende, wenn auch noch zu wenig genutzte Chance, die als gesundheitsförderlich empfohlene tägliche Menge an mäßiger körperlicher Betätigung zu erreichen. Um die Entscheidung für körperlich **aktive Fortbewegung** zu erleichtern, müssen u. a. die Sicherheitsbedürfnisse von Radfahrern und Fußgängern, und insbesondere Kindern, gebührend berücksichtigt werden, um selbständiges Pendeln zu fördern.
3. **Schulen und Kindergärten** müssen Kindern und Jugendlichen mehr und bessere Gelegenheiten für körperliche Betätigung bieten. Damit Kindergärten und Schulen wesentlich zu den für Kinder und Jugendliche empfohlenen 60 Minuten an wechselnder körperlicher Betätigung pro Tag beitragen können, muss ein breites Spektrum unterschiedlicher Aktivitäten innerhalb und außerhalb der Lehrpläne vorhanden sein.
4. **Städteplanung und die räumliche Ausgestaltung der Städte** können körperliche Betätigung und ein aktives Leben begünstigen oder hemmen. Die Qualität des nachbarschaftlichen Umfelds wirkt sich auf die Möglichkeiten und die Bereitschaft der Bewohner aus, gemeinsame Räume zur körperlichen Betätigung zu nutzen. Dabei ist Sicherheit ein besonders wichtiges Anliegen.
5. Im Hinblick auf **Freizeitaktivitäten im Freien** bietet die geringere körperliche Beanspruchung bei der beruflichen und häuslichen Arbeit zusammen mit dem Zuwachs an Freizeit den meisten Menschen gute Voraussetzungen für eine Erhöhung ihrer körperlichen Betätigung in der Freizeit. Nach Jahrzehnten der Priorisierung organisierter und spezialisierter Sportarten durch den Aufbau und die Nutzung von oft kostspieligen und spezialisierten Sportstätten müssen jetzt die weniger aktiven Gruppen Vorrang erhalten und verstärkt von Mitteln profitieren, die für die Errichtung einer geeigneten Infrastruktur erforderlich sind. Im lokalen Umfeld sollten Möglichkeiten geschaffen werden, die die Menschen zu körperlich aktiver Freizeitgestaltung motivieren. Freizeit- und Trainingseinrichtungen sollten zu erschwinglichen Preisen angeboten werden, und sozial benachteiligte Gruppen sollten dabei ggf. Unterstützung erhalten.
6. Der **Arbeitsplatz** ist ein ideales Umfeld zur Förderung körperlicher Betätigung bei Erwachsenen. Die besten Ergebnisse werden erreicht, wenn konkrete sportliche Übungen (Training) von mäßiger bis hoher Intensität – am besten als Ergänzung zur körperlichen Beanspruchung durch die Arbeit selbst und zugeschnitten auf die individuellen Fähigkeiten – regelmäßig, vorzugsweise dreimal wöchentlich, ausgeführt werden; dabei sollten die Bedürfnisse von Personen mit sitzenden Tätigkeiten besonders berücksichtigt werden. Zur Förderung körperlicher Betätigung sollten auch steuerliche Maßnahmen wie Steuererleichterungen für Arbeitgeber erwogen werden.

Spezifische Maßnahmen innerhalb des Gesundheitswesens

1. Ernährungs- und **Lebensstilberatung** sollten in der primären Gesundheitsversorgung angeboten werden, um den Menschen beim Halten eines gesunden Gewichts zu helfen und die Entwicklung vom Übergewicht

zur Adipositas zu stoppen. Für diesen Zweck sollten lebensmittelbasierte Leitfäden für die Ernährung genutzt werden. Menschen, die einem höheren Risiko unterliegen, etwa Kinder übergewichtiger Eltern, Schwangere, Frauen nach der Menopause und Menschen, die eine Veränderung ihrer Lebensweise erleben, sollten besondere Aufmerksamkeit und Beratung erfahren. Die Verschreibung von Bewegung auf Rezept kann als Option erwogen werden. Gesundheitsleistungen für Mutter und Kind sollten eine zielgerichtete Ernährungsberatung für die Schwangerschaft und das Füttern von Säuglingen und Kleinkindern anbieten.

2. Für die **Diagnose und Therapie** von Begleiterkrankungen der Adipositas sollten anthropometrische Routinemessungen (z. B. zur Bestimmung von BMI und Bauchumfang) auf Ebene der primären Gesundheitsversorgung in Verbindung mit einer Früherkennungsuntersuchung auf damit verknüpfte Risikofaktoren (Blutdruck, Blutlipide und Blutglukose) durchgeführt werden. Eine Reduktionsdiät und erhöhte körperliche Betätigung sind für eine moderate und dauerhafte Gewichtsabnahme wirksam. Für sich genommen scheint der Ernährungsfaktor für die Gewichtsabnahme wirkungsvoller zu sein als der Bewegungsfaktor. Bei stark adipösen Kindern und mäßig adipösen Kindern mit Zusatzkomplikationen wird eine ausgewogene Reduktionsdiät mit normal verfügbaren Lebensmitteln empfohlen. Die Behandlung der durch Adipositas bedingten Gesundheitsrisiken und der bekannten Komplikationen ist ebenso wichtig wie die Bewältigung der Adipositas selbst.
3. Zur **Verbesserung der Qualität der Leistungserbringung** sollten Gesundheitsministerien und Berufsverbände klinische Empfehlungen für Screening und Behandlung von Adipositas veröffentlichen. Der öffentliche Sektor sollte sicherstellen, dass Diagnosepraktiken und Diätvorschriften, die nicht wissenschaftlich belegt sind, verboten werden.

Maßnahmen in Ausbildung und Forschung

1. Gesundheitsfachkräfte aus verschiedenen Bereichen (Gesundheitsversorgung für Mütter und Kinder, Zahnversorgung, primäre, sekundäre und schulische Gesundheitsversorgung) sollten in Bezug auf gesunde Lebensweisen und ihre Förderung **geschult** werden. Allgemein sollte das Gesundheitspersonal in Bezug auf Prävention und Management von Adipositas für Kinder und Erwachsene ausgebildet werden. Das Augenmerk sollte sich auch auf Menschen richten, die gleichzeitig an psychischen Störungen und krankhafter Adipositas leiden und fachkundige psychologische Betreuung im Rahmen eines multidisziplinären Ansatzes benötigen.
2. Wissenschaftler sollten an der **Ausweitung der Erkenntnisgrundlage** beteiligt werden, indem sie Modellversuche entwerfen und umsetzen und die gesundheitlichen Folgen von Grundsatzmaßnahmen analysieren.
3. Die verfolgten Konzepte sollten anhand von **Kosten-Effektivitäts-Analysen** bewertet werden, um den politischen Entscheidungsträgern als Orientierung für ihre Entscheidungen zu dienen.
4. Ein **Monitoring-System** sollte Veränderungen der Risikofaktorniveaus verfolgen, und entsprechende Ergebnisvariablen sollten festgelegt und beibehalten werden.

Die Maßnahmen sollten nicht nur auf nationaler, sondern auch auf regionaler und kommunaler Ebene durchgeführt und auf die Bedürfnisse der Bevölkerung sowie die kulturellen und ordnungspolitischen Gegebenheiten abgestimmt werden. Sie sollten für jede Altersgruppe ergriffen werden, doch sollte auf die frühen Lebensphasen Kindheit und Jugend besonderer Nachdruck gelegt werden. Die Gesetzgebung sollte als wichtiges Instrument des staatlichen Handelns erkannt werden.

Die Aufgabe der maßgeblichen Akteure

Innerhalb des Gesundheitssektors selbst kann verschiedenes getan werden, um eine wirksame bevölkerungsweite Prävention, die auch stark gefährdete Personen aktiv schützt, sowie eine optimale Erbringung von Behandlungsangeboten zu gewährleisten. Hierfür müssen angemessene Mittel investiert werden, die jedoch

zunächst gefunden und aufgebracht sein wollen. Die Verwendung der vorhandenen Mittel wird rationalisiert werden müssen, damit das Problem Adipositas über alle Spezialisierungs- und Versorgungsebenen hinweg konsequent angegangen werden kann. Investitionen in Gesundheitsförderung in Form von gemeindenahen Interventionen und bevölkerungsweiten Kampagnen für geänderte Lebensweisen sind in erster Linie eine Verantwortung des Gesundheitssektors. Im personellen Bereich werden i.d.R. Investitionen erforderlich sein. Alle Kategorien von Personal (Ärzte, Diätassistenten, Pflegekräfte) benötigen eine ernährungsbezogene Ausbildung, und Ärzte aus der primären Gesundheitsversorgung müssen in Bezug auf Lebensweise beraten können. Für die Abschätzung von Mehrfachrisiken werden auch Investitionen in Konsumartikel in der primären Gesundheitsversorgung erforderlich sein. Der Gesundheitssektor muss Qualitätsnormen in der Versorgung garantieren, u. a. durch Ausarbeitung von Protokollen, Verkürzung der Wartezeiten und Sicherung der Zugänglichkeit von Angeboten im gesamten Land, insbesondere in sozial benachteiligten Gebieten. Der öffentliche Sektor muss auch die Qualität der Angebote aus dem privaten Sektor sicherstellen und unangemessene Praktiken, wie eine nicht wissenschaftlich fundierte Ernährungsberatung, untersagen.

Angesichts des breiten Spektrums aus Determinanten der Adipositas müssen viele verschiedene staatliche Bereiche weit über die Gesundheitsministerien hinaus in die Bewältigung dieser Aufgabe einbezogen werden. Dazu gehören die Ressorts Landwirtschaft, Bildung, Handel, Verkehr, Soziales, Wohnungswesen, Finanzen, Kultur, Medien und Sport. Der Gesundheitssektor muss sich daher besser in der Lage zeigen, das Bewusstsein für den möglichen Nutzen einer Partnerschaft zu fördern und die Unterstützung anderer Akteure zu gewinnen. Kommunalverwaltungen und Gemeinschaften müssen mobilisiert und unterstützt und im Hinblick auf eine stärkere Einbeziehung starke Verbünde und Allianzen errichtet werden; sektorübergreifende Maßnahmen sollten auf lokaler Ebene umgesetzt werden.

Innerhalb der Privatwirtschaft sind auch andere Zweige als die Lebensmittel- und Getränkeindustrie, der Einzelhandel und die Werbewirtschaft betroffen – auch Konstruktions- und Designbüros sowie die Bau-, Automobil-, Freizeit-, Medien- und Computerindustrie können womöglich wichtige Beiträge leisten. Eine Grundvoraussetzung hierfür ist, dass alle Akteure sich über ihre jeweilige Rolle bei diesem Thema verständigen. Die Lebensmittel- und Getränkeindustrie sollte sich ihre Rolle bei der Bewältigung der Adipositas im Kindesalter in vollem Umfang vergegenwärtigen.

Nichtstaatliche und andere Organisationen der Zivilgesellschaft, darunter Berufsverbände mit speziellem Fachwissen sowie Verbraucherverbände und Bürgergruppen, können allesamt wertvolle politische Unterstützungsarbeit leisten und den Zugriff auf wichtige Wissensnetze und -quellen ermöglichen, die der Verbesserung von Vorschlägen und der Festigung von Ergebnissen dienen können.

Die Beteiligung der Akteure erfordert Mittelzusagen, die erfolgreiche, konstruktive Konsultationen und Gespräche oder partizipatorische Partnerschaften als Teil der Entwicklung und anschließenden Umsetzung gesundheitspolitischer Strategien, insbesondere zur Prävention, sicherstellen. Die Bestimmung der legitimen Interessengruppen und die Festlegung von Mechanismen für ihre Beteiligung sind wichtige Überlegungen im Hinblick auf die Festlegung des Vorgehens bei der Bekämpfung der Adipositas. Der Interessenausgleich zwischen unterschiedlichen Wertvorstellungen von Akteuren aus dem öffentlichen und privatwirtschaftlichen Bereich sowie aus nichtstaatlichen und anderen Organisationen der Zivilgesellschaft muss mit großer Sorgfalt betrieben werden.

Die Beteiligung der Akteure setzt auch eine kooperative Herangehensweise und das Erreichen eines Konsenses über die gewollte Richtung der politischen Maßnahmen voraus. Leider ist dies nur selten der Fall. Wie sich bei der Bekämpfung des Tabakkonsums gezeigt hat, sollten die Regierungen zu einem parallelen Vorgehen bereit sein, bei dem die gesetzgeberischen und regulativen Maßnahmen verstärkt werden und aus neuartigen Konzepten zur Beteiligung von Akteuren optimaler Nutzen gezogen wird.

Die Hersteller werden sich den Versuchen zur Beschneidung ihrer Freiheit bei der Vermarktung von Produkten wohl widersetzen; die Strategien sollten daher bei den Erfahrungen mit der Bekämpfung anderer Gefahren für die öffentliche Gesundheit (z. B. Alkohol, Tabak und Muttermilchersatzprodukte) ansetzen.

Werbebeschränkungen lassen sich auch unter Berufung auf das Recht der Kinder auf eine Umwelt ohne kommerzielle Ausbeutung begründen. Artikel 17 des Übereinkommens über die Rechte des Kindes stellt ausdrücklich fest, dass die Länder „die Erarbeitung geeigneter Richtlinien zum Schutz des Kindes vor Informationen und Material, die sein Wohlergehen beeinträchtigen, fördern“ sollen (140).

Zur Beurteilung der Maßnahmen der Akteure sind Überwachungsmechanismen erforderlich: erstens zur Abschätzung der erwarteten Wirksamkeit, zweitens zur Überwachung der Durchführung und drittens zur Auswertung der Wirkung auf Adipositas und ihre Determinanten. Die vorgesehenen Maßnahmen sollten daraufhin abgeschätzt werden, ob sie einen signifikanten Teil der Bevölkerung erreichen werden oder lediglich symbolischen Charakter haben. Erfahrungsgemäß werden Regeln für den Dialog des öffentlichen Sektors mit der Privatwirtschaft benötigt, durch die der Eindruck vermieden wird, dass die öffentliche Hand Initiativen der Privatwirtschaft – wie z. B. parteiische, tendenziöse oder verwirrende Informationen – gutheißt, die nicht der Gesundheit der Bevölkerung dienen und gesundheitliche Probleme sogar vergrößern könnten.

Bewertung der Konzepte

Überwachung und Auswertung sind entscheidende Bausteine der Gesundheitspolitik und sollten in jede Maßnahme eingebaut werden.

- Ergebnis-Indikatoren müssen klar definiert und unter den Ländern vereinheitlicht werden, messbar sein und ausdrücklich mit gesundheitspolitischen Zielen verknüpft sein.
- Indikatoren sollten nicht nur das Ergebnis, sondern auch den Prozess und die Leistung eines Konzepts oder Programms messen.
- Verträglichkeitsprüfungen gesundheitspolitischer Maßnahmen mit besonderem Fokus auf Adipositas können die ressortübergreifenden staatlichen Anstrengungen zur Bekämpfung der Adipositas stärken, die Gesundheit und das Wohlbefinden der Bevölkerung verbessern und gesundheitliche Ungleichheiten verringern helfen. Diese Prüfungen sind ein Instrument zur Bewertung der gesundheitlichen Auswirkungen auf nationaler oder lokaler Ebene und fördern einen sektorübergreifenden Ansatz bei der Bekämpfung der Adipositas.
- Aus praktischen Erwägungen messen viele Adipositasstudien die Wirkungen der Maßnahmen in einer Bevölkerungsgruppe, in einem lokalen Umfeld oder im Rahmen eines Programms. Die Wirkungen eines Projektes oder Konzepts, das auf die übergeordneten gesellschaftlichen Determinanten der Adipositas und die sich daraus ergebenden adipogenen Umfelder ausgerichtet ist, werden oft nicht auf der nationalen Ebene bewertet. Da also hier Erkenntnisse über die Auswirkungen der Konzepte oder Programme auf nationaler Ebene fehlen, können Gesundheitsverträglichkeitsprüfungen sehr nützlich sein.
- Adipositas muss dringend auf lokaler, nationaler und internationaler Ebene überwacht werden. Die vorhandenen Daten über Vorschulkinder und Kinder der Primarstufe sowie über körperliche Betätigung sind lückenhaft.
- Die der Adipositas vorgelagerten Determinanten wie Angebot, Preisstruktur, Vermarktung und Kennzeichnung von Lebensmitteln müssen auf nationaler und internationaler Ebene überwacht werden; die Belastung durch diese Determinanten sollte in Abhängigkeit vom sozioökonomischen Status überwacht werden.
- Die Umsetzung der Maßnahmen muss überwacht und bewertet werden, und die politischen Konzepte müssen im Lichte dieser Bewertung überprüft werden. Erfahrungsgemäß erfüllen von wirtschaftlichen und politischen Interessen unabhängige Organisationen diese Aufgabe am besten. Zu den Gremien, die diese Arbeit übernehmen könnten, zählen Adipositas-Observatorien, Ernährungsräte und Public-Health-Institute. Zu ihren Aufgaben sollten die Veröffentlichung von Ergebnissen und die regelmäßige Durchführung gut strukturierter und öffentlich zugänglicher Untersuchungen gehören.
- Die Überwachungsgremien müssen unabhängig von politischen und wirtschaftlichen Einflüssen sein. Ihre Berichte sollten regelmäßig veröffentlicht werden.

Grundsatzentwicklung: Das weitere Vorgehen

Die Gesellschaft muss bereit sein, erhebliche Veränderungen an ihren kulturellen Wert- und Zielvorstellungen zu allen Aspekten der Nahrungskette, der sozialen Fürsorge, der Freizeitgestaltung und der Umwelt im weiteren Sinne zu akzeptieren. Letztendlich muss die persönliche Entscheidung wirksam zum Ausdruck kommen können, doch müssen die Beschaffenheit der Rechtsvorschriften, die eine solche vollständig fundierte Entscheidung ermöglichen sollen, und die Rechte des Individuums, insbesondere des Kindes, auf umfassenden Schutz und auf Förderung der Gesundheit gebührend berücksichtigt werden.

Mit Interventionen zur Bekämpfung der Adipositas, bei denen besonderer Wert auf Gesundheitserziehung und -aufklärung gelegt wird, sind einkommensschwächere, bildungsferne Haushalte u. U. schwerer zu erreichen, da sie (tatsächlich oder vermeintlich) nicht über die Mittel verfügen, um solchen Rat in die Tat umzusetzen. Insbesondere wenn die Verbesserung der Ernährung oder die Aufnahme sportlicher Aktivitäten besondere Mittel erfordert, etwa Geld, Freizeit oder bestimmte Fähigkeiten, können nur diejenigen Gruppen, die diese Voraussetzungen mitbringen, auf einen solchen gesundheitlichen Rat reagieren. Deshalb kommen derartige Aufklärungsstrategien für sich allein u. U. ausschließlich den sozioökonomisch besser gestellten Bevölkerungsgruppen zugute, wodurch sich die Unterschiede zwischen diesen und den benachteiligten Gruppen vergrößern würden. Die Gesundheitsstrategien müssen daher Maßnahmen beinhalten, die es Menschen mit niedrigerem sozioökonomischem Status erleichtern, gesundheitsförderliche Entscheidungen zu treffen, wenn sie zur Vermeidung einer Verschärfung der Ungleichheiten beitragen sollen.

Dabei sollte der Akzent der Interventionen von der individuellen Ebene auf die Bevölkerungsebene verlagert werden. Ein ökologischer Ansatz, der die Wechselbeziehungen der Menschen mit ihrer räumlichen und sozio-kulturellen Umwelt einschließlich der Einflüsse unterschiedlicher Sektoren anerkennt, bietet eine umfassende Grundlage für die Förderung körperlicher Betätigung.

Zur Adipositas-Prävention sind größere Investitionen erforderlich. Die Kosten solcher Maßnahmen können mit denen für ihre Unterlassung verrechnet werden: Zusätzliche Kosten fallen nicht nur durch die Gesundheitsversorgung adipöser Personen an, sondern auch durch Produktivitätsverluste, Sozial- und Familienfürsorge und menschliches Leid.

Die Länder der Europäischen Region stehen bei der Entwicklung innovativer Wege zur Förderung von mehr Bewegung durch städteplanerische Maßnahmen und Schaffung von Einrichtungen für Sport und aktive Freizeitgestaltung in vorderster Linie. Beispiele für gute Praxis können in geeigneten Netzwerken durch Erfahrungsaustausch vermittelt werden. Auch haben zahlreiche Länder der Region eine lange Tradition einer aktiven Gesundheitspolitik und einer guten Praxis bei der Förderung gesunder Ernährung und beim Schutz traditioneller Nahrungsquellen und Erzeugungsmethoden, die ebenfalls Gegenstand des Erfahrungsaustausches sein sollten.

Die Fähigkeit zur Umsetzung der Konzepte muss überprüft werden: So macht ein Mangel an hinreichend für Prävention und Behandlung von Adipositas qualifiziertem und erfahrenem Gesundheitspersonal innovative neue Ausbildungsprogramme auf der Grundlage gesamteuropäischer Standards erforderlich.

Die Privatwirtschaft muss mehr tun, um ihre Produktpaletten, Vermarktungspraktiken und Verbraucherinformationen zu verbessern. Sie kann auch durch die Aufträge der öffentlichen Hand an Lebensmittellieferanten und durch die dahinter stehende Kaufkraft zur Herstellung und zum Vertrieb gesünderer Lebensmittel veranlasst werden.

Nichtstaatliche Organisationen können aktiver in die Überzeugungsarbeit zur Förderung von Veränderungen in Verbänden und Einrichtungen einbezogen werden, die einen Einfluss auf Ernährung und Bewegung haben. Ihre Aktivitäten sollten als Teil der Entwicklung einer nationalen Politik unterstützt werden.

Die Veranlassung entschlossener und international abgestimmter Maßnahmen zur Bekämpfung der Adipositas ist Herausforderung und Chance zugleich, da viele Schlüsselmaßnahmen grenzüberschreitenden Charakter und entsprechende Auswirkungen haben.

Als Antwort auf die wachsende Herausforderung, welche die Adipositasepidemie für Gesundheit, Wirtschaft und Entwicklung bedeutet, haben die auf der Europäischen Ministerkonferenz der WHO zur Bekämpfung der Adipositas (in Istanbul, Türkei, 15.–17. November 2006) versammelten Minister und Delegierten in Anwesenheit des Europäischen Kommissars für Gesundheit und Verbraucherschutz die Europäische Charta zur Bekämpfung der Adipositas (Anhang 1) vereinbart. An ihrer Entstehung waren verschiedene Regierungsressorts, internationale Organisationen und Fachleute sowie Vertreter von Zivilgesellschaft und Privatwirtschaft durch Gespräche und Anhörungen beteiligt. Von der Charta wird ein spürbarer Einfluss auf die Europäische Region und über diese hinaus erwartet, da hier ein Beispiel gegeben wurde, das die globalen Bemühungen anspornt.

1. *Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation*. Geneva, World Health Organization, 2000 (WHO Technical Report Series, No. 894) (<http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/en/index.html>).
2. Lobstein T, Baur L, Uauy R for the IASO International Obesity Task Force. Obesity in children and young people: a crisis in public health. *Obesity Reviews*, 2004, 5(Suppl. 1):4–104.
3. Cole TJ et al. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *British Medical Journal*, 2000, 320:1240–1243.
4. *WHO Child Growth Standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height, and body mass index-for-age. Methods and development*. Geneva, World Health Organization, 2006 (http://www.who.int/childgrowth/standards/technical_report/en/index.html).
5. WHO Global NCD InfoBase: WHO global comparable estimates [Online-Datenbank]. Geneva, World Health Organization, 2005 (http://www.who.int/ncd_surveillance/infobase/web/InfoBaseCommon).
6. Wang Y, Lobstein T. Worldwide trends in childhood overweight and obesity. *International Journal of Pediatric Obesity*, 2006, 1:11–25.
7. James WPT et al. Overweight and obesity (high body mass index). In: Ezzati M et al., eds. *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attribution to selected major risk factors. Vol. 1*. Geneva, World Health Organization, 2004:497–596 (<http://www.who.int/publications/cra/en>).
8. Yngve A. *Intake of fruit and vegetables in European children and their mothers, folate intake in Swedish children and health indicators – Overweight, plasma homocysteine levels and school performance* [Dissertation]. Stockholm, Karolinska University Press, 2005.
9. Currie C et al., eds. *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 4) (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20040601_1).
10. Elgar FJ et al. Validity of self-reported height and weight and predictors of bias in adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 2005, 37:371–375.
11. Baird J et al. Being big or growing fast: systematic review of size and growth in infancy and later obesity. *British Medical Journal*, 2005, 331:929.
12. Johannsson E et al. Tracking of overweight from early childhood to adolescence in cohorts born 1988 and 1994: overweight in a high birth weight population. *International Journal of Obesity*, 2006, 30:1265–1271.
13. Harder T et al. Duration of breastfeeding and risk of overweight: a meta-analysis. *American Journal of Epidemiology*, 2005, 162:397–403.
14. Muenning P et al. Gender and the burden of disease attributable to obesity. *American Journal of Public Health*, 2006, 96(9):1662–1668.
15. Burke JP et al. Impact of case ascertainment on recent trends in diabetes incidence in Rochester, Minnesota. *American Journal of Epidemiology*, 2002, 155(9):859–865.
16. Peeters A et al. Obesity in adulthood and its consequences for life expectancy: a life-table analysis. *Annals of Internal Medicine*, 2003, 138:24–32 (<http://www.ajph.org/cgi/content/full/96/9/1662>).
17. Department of Health – Economic and Operational Research. *Life expectancy projections, Government Actuary's Department: estimated effect of obesity (based on straight line extrapolation of trends)*. London, The Stationery Office, 2004.

³ Alle Verweise auf Websites beziehen sich auf den Stand 17. Januar 2007.

18. Dietz WH. Health consequences of obesity in youth: childhood predictors of adult disease. *Pediatrics*, 1998, 101:518–525.
19. Weil E et al. Obesity among adults with disabling conditions. *Journal of the American Medical Association*, 2002, 288:1265–1268.
20. Delvin M et al. Obesity: what mental health professionals need to know. *American Journal of Psychiatry*, 2000;157(6), 854–866.
21. van Hanswijck de Jonge P et al. The prevalence of DSM-IV personality pathology among individuals with bulimia nervosa, binge eating disorder and obesity. *Psychological Medicine*, 2003, 33(7):1311–1317.
22. *Evaluation du coût de l'obésité en Belgique*. Brussels, Institut Belge de l'Economie de la Santé, 2000 (Briefing 29).
23. Thompson D et al. Body mass index and future healthcare costs: a retrospective cohort study. *Obesity Research*, 2001, 9:210–218.
24. Thompson D et al. Lifetime health and economic consequences of obesity. *Archives of Internal Medicine*, 1999, 159:2177–2183.
25. Fry J, Finley W. The prevalence and costs of obesity in the EU. *Proceedings of the Nutrition Society*, 2005, 64(3):359–362.
26. Detournay B et al. Obesity morbidity and health care costs in France: an analysis of the 1991–1992 Medical Care Household Survey. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 2000, 24:151–155.
27. Levy E et al. The economic cost of obesity: the French situation. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 1995, 19:788–792.
28. Schmid A et al. Economic burden of obesity and its comorbidities in Switzerland. *Soz Präventivmed*, 2005, 50(2):87–94 [Originalartikel auf Englisch; Zusammenfassung auf Deutsch gibt es unter: www.springerlink.com/content/51v5r2734g82p4h/].
29. Polder JJ et al. *Kosten van ziekten in Nederland: de zorgeuro ontrafeld*. Bilthoven, Staatliches Institut für Public Health und Umwelt, 2002.
30. Polder JJ, Achterberg PW. *Cost of illness in the Netherlands – Highlights*. Bilthoven, National Institute for Public Health and the Environment, 2002.
31. Borg S et al. Obesity, survival and hospital costs – Findings from a screening project in Sweden. *Value in Health*, 2005, 8(5):562–571.
32. House of Commons Health Committee. *Obesity: third report of Session 2003–04. Volume I, report together with formal minutes*. London, The Stationery Office, 2004.
33. *Report on the weight status of NSW: 2003*. Sydney, New South Wales Center for Public Health Nutrition, 2003 (http://www.health.nsw.gov.au/pubs/r/pdf/weight_nut.pdf).
34. Birmingham CL et al. The cost of obesity in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 1999, 160:483–488.
35. Katzmarzyk PT, Janssen I. The economic costs associated with physical inactivity and obesity in Canada: an update. *Canadian Journal of Applied Physiology*, 2004, 29(1):90–115.
36. Kuriyama S et al. Medical care expenditure associated with body mass index in Japan: the Ohsaki Study. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 2002, 26:1069–1074.
37. Swinburn B et al. Health care costs of obesity in New Zealand. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 1997, 21:891–896.
38. Quesenberry CP Jr et al. Obesity, health services use, and health care costs among members of a health maintenance organization. *Archives of Internal Medicine*, 1998, 158:466–472.
39. Colditz GA. Economic costs of obesity. *American Journal of Clinical Nutrition*, 1992, 55(2):503–507.
40. Wolf AM, Colditz GA. Current estimates of the economic cost of obesity in the United States. *Obesity Research*, 1998, 6:97–106.
41. Finkelstein EA et al. National medical spending attributable to overweight and obesity: how much, and who's paying? *Health Affairs*, 2003 (W3):219–226 (<http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/hlthaff.w3.219v1>)

42. *The Surgeon General's call to action to prevent and decrease overweight and obesity*. Rockville, MD, US Department of Health and Human Services, 2001 (<http://health.utah.gov/obesity/docs/SurgeonGeneralReport.pdf>).
43. Suhrcke M et al. *Economic consequences of chronic diseases and the economic rationale for public and private intervention*. London, Oxford Health Alliance, 2005 (http://www.oxha.org/knowledge/publications/05-meeting-documentation/economics_of_chronic_disease_26oct.pdf/view).
44. Monteiro CA et al. Socioeconomic status and obesity in adult populations of developing countries: a review. *Bulletin of the World Health Organization*, 2004, 82:940–946.
45. Sobal J, Stunkard AJ. Socioeconomic status and obesity: a review of the literature. *Psychological Bulletin*, 1989, 105:260–275.
46. Power C. Health and social inequality in Europe. *British Medical Journal*, 1994, 308:1153–1156.
47. Mackenbach JP, Kunst AE. Health and social inequality in Europe. Classification used in paper was misleading [Brief]. *British Medical Journal*, 1994, 309:57.
48. Armstrong J et al. Coexistence of social inequalities in undernutrition and obesity in preschool children: population-based cross-sectional study. *Archives of Disease in Childhood*, 2003, 88:671–675.
49. Jotangia D et al. *Obesity among children under 11*. London, National Centre for Social Research, 2005.
50. Walters S, Suhrcke M. *Socioeconomic inequalities in health and health care access in central and eastern Europe and the CIS: a review of the recent literature*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (WHO European Office for Investment for Health and Development Working Paper 2005/1) (http://www.euro.who.int/Document/SED/Socioecon_ineq.pdf).
51. Kuepper-Nybelen J et al. Major differences in prevalence of overweight according to nationality in preschool children living in Germany: determinants and public health implications. *Archives of Disease in Childhood*, 2005, 90:353–363.
52. European Opinion Research Group EEIG. *Eurobarometer: physical activity*. Brussels, European Commission, 2003 (Special Eurobarometer 183–6/Wave 58.2) (http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_183_6_en.pdf).
53. Elmadfa I, Weichselbaum E, eds. European nutrition and health report 2004. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 2004, 48(Suppl. 2).
54. Agudo A et al. Consumption of vegetables, fruit and other plant foods in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC) cohorts from 10 European countries. *Public Health Nutrition*, 2002, 5:1179–1196.
55. Kumanyika S et al. Obesity prevention: the case for action. Public Health Approaches to the Prevention of Obesity (PHAPO) Working Group of the International Obesity Task Force (IOTF). *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 2002, 26:425–436.
56. Petersen L et al. Longitudinal study of the long-term relation between physical activity and obesity in adults. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 2004, 28:105–112.
57. Hill JO, Wyatt HR. Role of physical activity in preventing and treating obesity. *Journal of Applied Physiology*, 2005, 99:765–770.
58. Laaksonen DE et al. Physical activity in the prevention of type 2 diabetes: the Finnish diabetes prevention study. *Diabetes*, 2005, 54:158–165.
59. Bell EA, Rolls BJ. Energy density of foods affects energy intake across multiple levels of fat content in lean and obese women. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2001, 73:1010–1018.
60. Stubbs J et al. Energy density of foods: effects on energy intake. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*, 2000, 40:481–515.
61. Howard BV et al. Low-fat dietary pattern and weight change over 7 years. The women's health initiative dietary modification trial. *Journal of the American Medical Association*, 2006, 295(1):39–49.
62. Howarth NC et al. Dietary fibre and weight regulation. *Nutrition Reviews*, 2001, 59:129–139.

63. Mattes RD, Rothacker D. Beverage viscosity is inversely related to postprandial hunger in humans. *Physiology & Behavior*, 2001, 74:551–557.
64. Pereira MA et al. Fast-food habits, weight gain, and insulin resistance (the CARDIA study): 15-year prospective analysis. *Lancet*, 2005, 365:36–42.
65. Ledikwe JH et al. Portion sizes and the obesity epidemic. *Journal of Nutrition*, 2005, 135:905–909.
66. He K et al. Changes in intake of fruits and vegetables in relation to risk of obesity and weight gain among middle-aged women. *International Journal of Obesity*, 2004, 28:1569–1574.
67. Schulz M et al. Food groups as predictors for short-term weight changes in men and women of the EPIC-Potsdam cohort. *Journal of Nutrition*, 2002, 132:1335–1340.
68. Tooze JA et al. Psychosocial predictors of energy underreporting in a large doubly labeled water study. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2004, 79:795–804.
69. *Framework for alcohol policy in the WHO European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (<http://www.euro.who.int/document/e88335.pdf>)
70. Harrington KE et al. Macronutrient intakes and food sources in Irish adults: findings of the North/South Ireland Food Consumption Survey. *Public Health Nutrition*, 2001, 4:1051–1060.
71. *Zo eet Nederland 1998: resultaten van de Voedselconsumptiepeiling 1998* [Ergebnisse der Untersuchung über den Lebensmittelverbrauch 1998]. Den Haag, Niederländisches Ernährungszentrum, 1998.
72. De Vriese SR, et al. Enquête de consommation alimentaire Belge 1 – 2004 [Website]. Brussels, Scientific Institute of Public Health, 2006 (<http://www.iph.fgov.be/epidemiologie/epif/foodfr/table04.htm>).
73. DAFNE data food networking. The Pan-European Food Data Bank based on household budget surveys [Online-Datenbank]. Athens, National and Kapodistrian University of Athens, 2005 (<http://www.nut.uoa.gr/dafnesoftweb>).
74. French SA. Public health strategies for dietary change: schools and workplaces. *Journal of Nutrition*, 2005, 135:910–912.
75. *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of the joint WHO/FAO expert consultation*. Geneva, World Health Organization, 2003 (WHO Technical Report Series No. 916) (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/trs916/download/en/index.html>).
76. *Marketing of food and non-alcoholic beverages to children. Report of a WHO Forum and Technical Meeting, Oslo, Norway, 2–5 May 2006*. Geneva, World Health Organization, 2006 (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/Oslo%20meeting%20layout%2027%20NOVEMBER.pdf>).
77. Hastings G et al. *Review of research on the effects of food promotion to children. Final report*. Glasgow, Centre for Social Marketing, 2003 (http://www.ism.stir.ac.uk/projects_food.htm).
78. McGinnis JM et al. *Food marketing to children and youth: threat or opportunity?* Washington, DC, National Academies Press, 2006.
79. Lobstein T, Dobb S. Evidence of a possible link between obesogenic food advertising and child overweight. *Obesity Reviews*, 2005, 6:203–208.
80. Dowler E. Inequalities in diet and physical activity in Europe. *Public Health Nutrition*, 2001, 4:701–709.
81. Pickett KE et al. Wider income gaps, wider waistbands? An ecological study of obesity and income inequality. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2005, 59:670–674.
82. Finkelstein E et al. Economic causes and consequences of obesity. *Annual Review of Public Health*, 2005, 26:239–257.
83. Carpenter K et al. Relationships between obesity and DSM-IV major depressive disorder, suicide ideation, and suicide attempts: results from a general population study. *American Journal of Public Health*, 2000, 90:251–257.
84. Allison DB et al. The impact of weight gain on quality of life among persons with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 2003, 54(4):565–567.
85. Faulkner G et al. Schizophrenia and weight management: a systematic review of interventions to control weight. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2003, 108(5):324–332.

86. Meyer JM. Awareness of obesity and weight issues among chronically mentally ill inpatients: a pilot study. *Annals of Clinical Psychiatry*, 2002, 14(1):39–45.
87. Antipsychotic-induced weight gain and metabolic abnormalities: implications for increased mortality in patients with schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2004, 65(Suppl. 7):4–18.
88. Allison DB et al. Antipsychotic-induced weight gain: a comprehensive research synthesis. *American Journal of Psychiatry*, 1999, 156:1686–1696.
89. Hill AJ, Williams J. Psychological health in a non-clinical sample of obese women. *International Journal of Obesity*, 1998, 22(6):578–583.
90. French SA et al. Self-esteem and obesity in children and adolescents: a literature review. *Obesity Research*, 1995, 3:479–490.
91. Falkner NH et al. Social, educational, and psychological correlates of weight status in adolescents. *Obesity Research*, 2001, 9:32–42.
92. McElroy SL et al. Are mood disorders and obesity related? A review for the mental health professional. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2004, 65(5):634–651.
93. Summerbell C et al. *A systematic review of the effectiveness of interventions, including family interventions (in children aged 5–12), to prevent excess weight gain or maintain a healthy weight in children aged between two and five years*. Middlesborough, University of Teesside, 2005.
94. Tedstone A et al. *Effectiveness of interventions to promote healthy eating in preschool children aged 1 to 5 years: a review*. London, Health Education Authority, 1998.
95. Jackson Y et al. Summary of the 2000 Surgeon General's listening session: toward a national action plan on overweight and obesity. *Obesity Research*, 2002, 10(12):1299–1305.
96. Katz DL et al. Public health strategies for preventing and controlling overweight and obesity in school and worksite settings: a report on recommendations of the Task Force on Community Preventive Services. *Mortality and Morbidity Weekly Report*, 2005, 54:1–11.
97. Aldana SG et al. Financial impact of health promotion programs: a comprehensive review of the literature. *American Journal of Health Promotion*, 2001, 15(5):296–320.
98. Lowe CF et al. Effects of a peer modelling and rewards-based intervention to increase fruit and vegetable consumption in children. *European Journal of Clinical Nutrition*, 2004, 58:510–522.
99. Damon S et al. PRESTO –Prevention study of obesity: a project to prevent obesity during childhood and adolescence. *Acta Paediatrica*, 2005, 94(Suppl. 448):47–48.
100. Mamalakis G et al. Obesity indices in a cohort of primary school children in Crete: a six year prospective study. *International Journal of Obesity*, 2000, 24:765–771.
101. Manios Y et al. Health and nutrition education in primary schools of Crete: changes in chronic disease risk factors following a 6-year intervention programme. *British Journal of Nutrition*, 2002, 88:315–324.
102. Nielsen J, Gerlow J. *Evaluering af projekt for familier med overvægtige børn* [Bewertung eines Projekts für Familien mit übergewichtigen Kindern]. Kopenhagen, Entwicklungs- und Vermittlungscenter für Kinder und Jugendliche, 2004.
103. Muller MJ et al. Prevention of obesity – More than an intention. Concept and first results of Kiel Obesity Prevention Study (KOPS). *International Journal of Obesity*, 2001, 25(1):66–74.
104. Graf C et al. Data from the StEP TWO programme showing the effect on blood pressure and different parameters for obesity in overweight and obese primary school children. *Cardiology in the Young*, 2005, 15:291–298.
105. Eliakim A et al. The effect of a combined intervention on body mass index and fitness in obese children and adolescents – A clinical experience. *European Journal of Pediatrics*, 2002, 161:449–454.
106. Warren JM et al. Evaluation of a pilot school programme aimed at the prevention of obesity in children. *Health Promotion International*, 2003, 18:287–296.
107. Reilly JJ, McDowell ZC. Physical activity interventions in the prevention and treatment of paediatric obesity:

- systematic review and critical appraisal. *Proceedings of the Nutrition Society*, 2003, 62:611–619.
108. Sahota P et al. Evaluation of implementation and effect of primary school based intervention to reduce risk factors for obesity. *British Medical Journal*, 2001, 323:1027–1029.
 109. Sahota P et al. Randomised controlled trial of primary school based intervention to reduce risk factors for obesity. *British Medical Journal*, 2001, 323:1029–1032.
 110. Kahn EB et al. The effectiveness of interventions to increase physical activity. A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 2002, 22(4 Suppl 1):73–107.
 111. Guo X et al. Food price policy can favorably alter macronutrient intake in China. *Journal of Nutrition*, 1999, 129:994–1001.
 112. Palmer D. *Expanding waistlines/contracting multiples?* Warburg, UBS Investment Research, 2005.
 113. *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1986 (http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German).
 114. *The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World*. Geneva, World Health Organization, 2005 (http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/index.html).
 115. Smed S et al. Differentiated food taxes as a tool in health and nutrition policy. *XIth International Congress of the European Association of Agricultural Economists, Copenhagen, Denmark, 24–27 August 2005* (http://www.eaae2005.dk/CONTRIBUTED_PAPERS/S23_474_Jensen&Smed.pdf).
 116. *Fruit and vegetable promotion initiative: a meeting report, 25–27/08/03*. Geneva, World Health Organization, 2003 (WHO/NMH/NPH/NNP/0308) (http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/f&v_promotion_initiative_report.pdf).
 117. Aimbetova G. A health boost for school children. *Network News: European Network of Health Promoting Schools*, 2002, 7:50 (<http://www.euro.who.int/document/enhps/ENHPSnews072002.pdf>).
 118. Case study of Norway. In: *UK law: briefing paper*. Cambridge, Baby Milk Action, 1997 (<http://www.babymilkaction.org/pages/uklaw.html#1>).
 119. *Urban and Peri-urban Food and Nutrition Action Plan: elements for community action to promote social cohesion and reduce inequalities through local production for local consumption*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2001 (<http://www.euro.who.int/document/e72949.pdf>).
 120. Carr S. Water in school is cool! *Health News for Schools*, 2004, 16:2 (<http://www.beh.nhs.uk/healthwise/pdf/Schlnews16.pdf>).
 121. What is a walking bus [Website]? Welwyn Garden City, Mouchel Parkman Services, 2003 (<http://www.walkingbus.com>).
 122. Wardle J et al. Mass education for obesity prevention: the penetration of the BBC's "Fighting Fat, Fighting Fit" campaign. *Health Education Research*, 2001, 16:343–355.
 123. *Guidance on the use of sibutramine for the treatment of obesity in adults*. London, National Institute for Clinical Excellence, 2001 (Technology Appraisal Guidance No.31).
 124. *Guidance on the use of orlistat for the treatment of obesity in adults*. London, National Institute for Clinical Excellence, 2001 (Technology Appraisal Guidance No.22).
 125. Loh C et al. A comprehensive review of behavioural interventions for weight management in schizophrenia. *Annals of Clinical Psychiatry*, 2006, 18(1):23–31.
 126. Umbricht D et al. Cognitive behaviour therapy for weight gain. *American Journal of Psychiatry*, 2001, 158:971.
 127. Merriman S et al. Wonderful me!: Evaluation of multidisciplinary therapy package for overweight psychiatric patients. *British Journal of Therapy and Rehabilitation*, 1995, 2(10):531–535.
 128. Bogers RP et al. *Costs of lifestyle interventions within healthcare and the amount of weight loss achieved*. Bilthoven, National Institute for Public Health and the Environment, 2006 (RIVM Report 260701002/2006).
 129. WHO Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health [Website]. Geneva, World Health Organization, 2006 (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/en>).
 130. Physical Activity and Health – EU Platform for Action [Website]. Brussels, European Commission, 2006

- (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/platform/platform_en.htm).
131. *Zugewinn an Gesundheit. Die Europäische Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2006 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20061003_1).
 132. *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*. Geneva, World Health Organization, 2003 (http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/gi_yicf.pdf).
 133. Nutrition policy [Website]. Brussels, European Commission, 2006 (http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/nutrition_policy_en.htm).
 134. *European strategy for child and adolescent health and development*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (<http://www.euro.who.int/document/E87710.pdf>).
 135. Aktionsplan zur Verbesserung von Umwelt und Gesundheit der Kinder in der Europäischen Region [Website]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2004 (http://www.euro.who.int/childhealthenv/Policy/20020724_2?language=German).
 136. Pan-European programme on transport, health and environment [Website]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (http://www.euro.who.int/transport/policy/20021009_1).
 137. *Nutrition, physical activity and prevention of obesity: recent policy developments in the WHO European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (http://www.euro.who.int/Document/NUT/Instanbul_conf_ebd01.pdf).
 138. Hawe P, Shiell A. Preserving innovation under increasing accountability pressures: the health promotion investment portfolio approach. *Health Promotion Journal of Australia*, 1995, 5:4–9.
 139. Swinburn B et al. Obesity prevention: a proposed framework for translating evidence into action. *Obesity Reviews*, 2005, 6:23–33.
 140. *Convention on the Rights of the Child*. New York, United Nations, 1989 (<http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/k2crc.htm>).

Anhang 1. Europäische Charta zur Bekämpfung der Adipositas

Als Antwort auf die wachsende Herausforderung, welche die Adipositasepidemie für Gesundheit, Wirtschaft und Entwicklung bedeutet, vereinbaren wir, die auf der Europäischen Ministerkonferenz der WHO zur Bekämpfung der Adipositas (Istanbul, Türkei, 15.–17. November 2006) versammelten Ministerinnen und Minister sowie Delegierten in Anwesenheit des Europäischen Kommissars für Gesundheit und Verbraucherschutz hiermit als Grundlage für unsere Politik die folgende Europäische Charta zur Bekämpfung der Adipositas. Am Entstehungsprozess der vorliegenden Charta waren verschiedene Regierungsressorts, internationale Organisationen und Fachleute sowie Vertreter von Zivilgesellschaft und Privatwirtschaft durch Gespräche und Anhörungen beteiligt.

Wir erklären unsere Entschlossenheit, die Maßnahmen zur Bekämpfung der Adipositas nach Maßgabe dieser Charta zu intensivieren und das Thema auf der politischen Tagesordnung unserer Regierungen hoch anzusiedeln. Wir rufen außerdem alle Partner und Akteure zu verstärktem Handeln gegen die Adipositas auf und erkennen die vom WHO-Regionalbüro für Europa hierbei geleistete Führungsrolle an.

Es liegen hinreichend Erkenntnisse vor, die ein unmittelbares Handeln rechtfertigen; gleichzeitig kann durch Suche nach Innovation, Anpassung an örtliche Gegebenheiten und neue Forschung zu bestimmten Aspekten die Wirksamkeit der Konzepte erhöht werden.

Adipositas ist ein globales Problem für die Bevölkerungsgesundheit; wir erkennen die beispielhafte Rolle an, die Maßnahmen in der Europäischen Region für die Mobilisierung globaler Anstrengungen haben können.

1. Die Herausforderung

Wir erkennen an:

- 1.1 Die Adipositasepidemie ist eine der schwersten Herausforderungen für die Gesundheitspolitik in der Europäischen Region der WHO.** Die Prävalenz der Adipositas hat sich in den letzten zwei Jahrzehnten in manchen Ländern verdreifacht. Die Hälfte aller Erwachsenen und ein Fünftel der Kinder in der Europäischen Region der WHO sind übergewichtig. Von dieser Gruppe ist bereits ein Drittel adipös – mit rasch zunehmender Tendenz. Übergewicht und Adipositas steuern einen erheblichen Teil zu den nichtübertragbaren Krankheiten bei, verkürzen die Lebenserwartung und wirken sich negativ auf die Lebensqualität aus. Durch Übergewicht bedingte Krankheiten sind jährlich in der Region für mehr als eine Million Todesfälle verantwortlich.
- 1.2 Der Trend ist besonders bei Kindern und Jugendlichen alarmierend,** da diese die Epidemie ins Erwachsenenalter mitnehmen und so die Gesundheit der nächsten Generation zunehmend belasten. Der jährliche Anstieg der Adipositasprävalenz unter Kindern hat sich stetig erhöht und ist heute etwa zehnmal so hoch wie 1970.
- 1.3 Adipositas wirkt sich auch erheblich auf die wirtschaftliche und soziale Entwicklung aus.** Adipositas und Übergewicht bei Erwachsenen sind für bis zu 6% der Ausgaben des Gesundheitswesens in der Europäischen Region verantwortlich; zusätzlich verursachen sie mindestens doppelt so hohe indirekte Kosten (durch den Verlust von Menschenleben und Produktivität bzw. damit verbundener Einkommen). Übergewicht und Adipositas betreffen am stärksten Menschen aus den sozial benachteiligten Gruppen, was wiederum zur Verschärfung gesundheitlicher und anderer Ungleichheiten beiträgt.
- 1.4 Die Epidemie hat sich in den vergangenen Jahrzehnten infolge der Veränderungen in der sozialen, wirtschaftlichen, kulturellen und räumlichen Umwelt ausgeweitet.** Durch einen dramatischen

Rückgang der körperlichen Aktivität und durch veränderte Ernährungsmuster, darunter einen erhöhten Verzehr von energiereichen, nährstoffarmen Lebensmitteln und Getränken (hohe Anteile an gesättigten Fettsäuren und an Fett insgesamt sowie an Salz und Zuckerzusätzen) in Verbindung mit einem zu geringen Verzehr an Obst und Gemüse ist in der Bevölkerung eine Störung des Energiegewichts ausgelöst worden. Nach den verfügbaren Daten sind in den meisten Ländern der Europäischen Region der WHO zwei Drittel der Erwachsenenbevölkerung körperlich nicht aktiv genug, um ihre Gesundheit zu fördern bzw. zu erhalten, und nur in wenigen Ländern erreicht der Verzehr von Obst und Gemüse das empfohlene Niveau. Die Adipositasepidemie lässt sich durch genetische Veranlagung allein nicht erklären, sondern muss im Kontext der sozialen, wirtschaftlichen, kulturellen und räumlichen Veränderungen gesehen werden.

1.5 Internationales Handeln ist zur Unterstützung nationaler Maßnahmen unverzichtbar. Adipositas ist nicht mehr nur ein Syndrom wohlhabender Gesellschaften, sie breitet sich auch zunehmend in Entwicklungsländern und Ländern im wirtschaftlichen Umbruch aus, insbesondere im Kontext der Globalisierung. Sektorübergreifende Maßnahmen bedeuten weiterhin eine Herausforderung, und noch ist es keinem Land gelungen, die Epidemie wirksam unter Kontrolle zu bringen. Die Veranlassung entschlossener und international abgestimmter Maßnahmen zur Bekämpfung der Adipositas ist Herausforderung und Chance zugleich, da viele Schlüsselmaßnahmen grenzüberschreitenden Charakter und entsprechende Auswirkungen haben.

2. Handlungsmöglichkeiten: Ziele, Prinzipien und Handlungsrahmen

2.1 Die Adipositasepidemie ist umkehrbar. Der Trend ist umkehrbar und die Epidemie kann eingedämmt werden. Dies kann nur durch umfassende Maßnahmen geschehen, da die Wurzel des Übels in den sich rapide verändernden sozialen, wirtschaftlichen und umweltbedingten Determinanten der Lebensweise der Menschen steckt. Die langfristige Zielvorstellung besteht darin, Gesellschaften zu schaffen, in denen eine durch gesunde Ernährung und Bewegung geprägte Lebensweise die Norm ist und in denen gesundheitliche Ziele und wirtschaftliche, gesellschaftliche und kulturelle Ziele aufeinander abgestimmt sowie gesundheitsförderliche Entscheidungen für den Einzelnen zugänglicher und leichter werden.

2.2 Das letztendliche Ziel aller Maßnahmen in der Region lautet Eindämmung der Epidemie und Trendumkehr. Sichtbare Fortschritte, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen, müssten in den meisten Ländern innerhalb der nächsten 4–5 Jahre, eine Trendumkehr bis spätestens 2015 erreichbar sein.

2.3 Die folgenden Prinzipien müssen das Handeln in der Europäischen Region der WHO bestimmen:

2.3.1 Entschlossenheit und Führungswille auf höchster politischer Ebene und ein starkes Engagement des gesamten Staates sind die Voraussetzungen für sektorübergreifende Mobilisierung und entsprechende Synergieeffekte.

2.3.2 Maßnahmen gegen Adipositas sollten in Gesamtstrategien gegen nichtübertragbare Krankheiten sowie in Gesundheitsförderungsmaßnahmen und den größeren Zusammenhang nachhaltiger Entwicklung einbezogen werden. Bessere Ernährung und mehr Bewegung bewirken eine wesentliche und oft schnelle Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit über die Vorteile einer Verringerung von Übergewicht und Adipositas hinaus.

2.3.3 Es muss ein Gleichgewicht zwischen der individuellen und der staatlich-gesellschaftlichen Verantwortung hergestellt werden. Die alleinige Schuldzuweisung an den Einzelnen für seine Adipositaserkrankung darf nicht akzeptiert werden.

2.3.4 Es ist entscheidend, dass die ergriffenen Maßnahmen sich jeweils in den kulturellen Kontext des betroffenen Landes oder der betroffenen Region einfügen und dass die mit gesunder Ernährung und Bewegung verbundene Freude betont wird.

- 2.3.5 Von wesentlicher Bedeutung ist auch der Aufbau von Partnerschaften zwischen allen Akteuren wie Staat, Zivilgesellschaft, Privatwirtschaft, Berufsverbänden, Medien und internationalen Organisationen auf allen Ebenen (national, regional und lokal).
- 2.3.6 Maßnahmen in den einzelnen Teilen der Region sollten koordiniert werden, damit sich insbesondere der Druck des Marktes hin zu energiereichen Lebensmitteln und Getränken nicht in weniger regulierte Umfelder verlagern kann. Die WHO kann zur Förderung und Unterstützung der zwischenstaatlichen Koordinierung beitragen.
- 2.3.7 Ein besonderes Augenmerk ist auf die anfälligen Gruppen wie Kinder und Jugendliche zu richten, deren Unerfahrenheit oder Leichtgläubigkeit nicht aufgrund kommerzieller Interessen ausgenutzt werden darf.
- 2.3.8 Eine hohe Priorität kommt auch der Unterstützung der sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen zu, die bei ihren Entscheidungen für Gesundheit verstärkt auf Hindernisse und Grenzen stoßen. Leichtere Zugänglichkeit und bessere Bezahlbarkeit gesundheitsförderlicher Entscheidungen sollten daher zentrale Ziele sein.
- 2.3.9 Die Auswirkungen auf gesundheitspolitische Ziele sollten in der Wirtschaftspolitik vorrangig berücksichtigt werden; Gleiches gilt für die Bereiche Handels-, Landwirtschafts- und Verkehrspolitik sowie Städteplanung.

2.4 Ein die wichtigsten Akteure, Instrumente und Umfelder verknüpfender Handlungsrahmen ist die Voraussetzung für eine Umsetzung dieser Prinzipien in die Tat.

- 2.4.1 **Alle relevanten staatlichen Bereiche und Ebenen sollten einbezogen werden.** Zur Ermöglichung dieser Kooperation müssen geeignete institutionelle Verfahren geschaffen werden.
 - Bei der Förderung, Ausrichtung und Steuerung sektorübergreifender Maßnahmen sollten die Gesundheitsministerien eine Führungsrolle übernehmen. Sie sollten mit gutem Beispiel vorangehen, indem sie den Beschäftigten im Gesundheitssektor wie auch den Nutzern des Gesundheitssystems gesundheitsförderliche Entscheidungen erleichtern. Das Gesundheitssystem spielt auch beim Umgang mit stark gefährdeten und bereits übergewichtigen und adipösen Menschen eine wichtige Rolle, indem es Präventionsmaßnahmen gestaltet und fördert und Diagnose, Screening und Behandlung anbietet.
 - Alle relevanten Ministerien und andere Dienststellen mit Zuständigkeit für Landwirtschaft, Ernährung, Finanzen, Handel und Wirtschaft, Verbraucherangelegenheiten, Entwicklung, Verkehr, Städteplanung, Bildung und Forschung, Soziales, Arbeit, Sport, Kultur und Tourismus können bei der Entwicklung gesundheitsförderlicher Grundsätze und Maßnahmen einen entscheidenden Beitrag leisten. Dadurch fällt auch ein Nutzen für ihre eigenen Bereiche ab.
 - Die örtlichen Behörden besitzen ein großes Potenzial zur Schaffung des Umfeldes und der Gelegenheiten für körperliche Aktivitäten, ein aktives Leben und eine gesunde Ernährung und sollten bei dieser wichtigen Aufgabe unterstützt werden.
- 2.4.2 **Die Zivilgesellschaft kann die Grundsatzmaßnahmen unterstützen.** Die aktive Beteiligung der Zivilgesellschaft ist wichtig für die Förderung des Bewusstseins der Öffentlichkeit und ihrer Forderung nach Maßnahmen sowie als Quelle innovativer Ansätze. Auch nichtstaatliche Organisationen können die Strategien zur Bekämpfung der Adipositas unterstützen. Arbeitgeber-, Verbraucher-, Eltern-, Jugend- und Sportverbände sowie andere Vereinigungen und die Gewerkschaften können allesamt einen konkreten Beitrag leisten. Die Gesundheitsberufsverbände sollten sicherstellen, dass ihre Mitglieder vollkommen dem präventiven Handeln verpflichtet sind.
- 2.4.3 **Die Privatwirtschaft sollte eine bedeutende Rolle spielen und die Verantwortung für den Aufbau einer gesundheitsförderlicheren Umwelt sowie die Förderung gesunder Entscheidungen am**

Arbeitsplatz mittragen. Dies betrifft Unternehmen in der gesamten Nahrungskette von den Primärerzeugern bis zum Einzelhandel. Die Maßnahmen sollten sich auf die Hauptbereiche ihrer Aktivitäten konzentrieren, z. B. Herstellung, Vermarktung und Produktinformationen, daneben könnte auch Verbraucheraufklärung in dem von der Gesundheitspolitik gesetzten Rahmen eine Rolle spielen. Ebenso können auch Sportvereine, Freizeitanbieter, Bauunternehmen oder die Werbewirtschaft einen wichtigen Beitrag leisten. Die Privatwirtschaft kann für alle Seiten gewinnbringende Lösungen fördern, indem sie die wirtschaftlichen Chancen von Investitionen in gesündere Optionen unterstreicht (z. B. gesündere Lebensmittel, öffentliche Verkehrsmittel, Aktivurlaub).

2.4.4 **Die Medien tragen eine wichtige Verantwortung** für das Angebot an Informationen und Aufklärung, für Bewusstseins-schaffung und Unterstützung gesundheitspolitischer Maßnahmen in diesem Bereich.

2.4.5 **Sektorübergreifende Zusammenarbeit ist nicht nur auf nationaler, sondern auch auf internationaler Ebene entscheidend.** Die WHO sollte das internationale Handeln inspirieren, koordinieren und anführen. Internationale Organisationen wie die Ernährungs- und Landwirtschaftsorganisation der Vereinten Nationen (FAO), das Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (UNICEF), die Weltbank, der Europarat, die Internationale Arbeitsorganisation (IAO) und die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) können wirkungsvolle Partnerschaften schaffen und so die sektorübergreifende Zusammenarbeit auf nationaler und internationaler Ebene anregen. Die Europäische Union (EU) hat durch ihre Gesetzgebung, ihre Gesundheitspolitik und -programme, ihre Forschungstätigkeit in diesem Bereich sowie durch Aktivitäten wie die europäische Aktionsplattform für Ernährung, körperliche Bewegung und Gesundheit eine wichtige Rolle auszufüllen.

Bestehende internationale Verpflichtungen wie die globale Strategie zu Ernährung, Bewegung und Gesundheit, der Europäische Aktionsplan Nahrung und Ernährung und die Europäische Strategie für die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten sollten als Orientierungshilfe und zur Schaffung von Synergieeffekten dienen. Darüber hinaus können durch politische Verpflichtungen wie den Aktionsplan zur Verbesserung von Gesundheit und Umwelt der Kinder in der Europäischen Region der WHO (CEHAPE), das Paneuropäische Programm Verkehr, Gesundheit und Umwelt (THE PEP) und den Codex Alimentarius in dessen Rahmen Kohärenz und Stimmigkeit im internationalen Handeln hergestellt und die effiziente Nutzung von Ressourcen optimiert werden.

2.4.6 **Die Instrumente reichen von Rechtsvorschriften bis zu Partnerschaften zwischen öffentlicher Hand und Privatwirtschaft, wobei besondere Bedeutung mit ordnungspolitischen Rahmenbedingungen verbunden ist.** Staat und nationale Parlamente sollten durch gesetzliche und sonstige Regulierungsmaßnahmen für Konsequenz und Nachhaltigkeit sorgen. Zu den weiteren wichtigen Instrumenten zählen eine Neuausrichtung der Grundsätze, fiskalische Maßnahmen und öffentliche Investitionsmaßnahmen, Gesundheitsverträglichkeitsprüfungen, Bewusstseinskampagnen und Verbraucheraufklärung, Kapazitätsaufbau und Partnerschaften, Forschung, Planung und Überwachung. Gesundheitspolitisch motivierte und mit gemeinsamen konkreten gesundheitspolitischen Zielen ausgestattete Partnerschaften zwischen öffentlicher Hand und Privatwirtschaft sollten ebenfalls gefördert werden. Hierbei sollten u. a. folgende Rahmenbedingungen ergriffen werden: Annahme von Rechtsvorschriften, die das Ausmaß und die Auswirkungen der Werbung für energiereiche Lebensmittel und Getränke, insbesondere auf Kinder, erheblich verringern, zusammen mit der Entwicklung internationaler Konzepte wie eines Verhaltenskodexes für Kinderwerbung in diesem Bereich; und Annahme von Rechtsvorschriften, die durch mehr Sicherheit im Straßenverkehr Radfahren und Zufußgehen fördern.

- 2.4.7 **Die Maßnahmen sollten auf Mikro- wie auf Makroebene und in unterschiedlichen Umgebungen erfolgen.** Eine besondere Bedeutung kommt Umfeldern wie Haus und Familie, Gemeinschaften, Kindergärten, Schulen, Arbeitsplätzen, Verkehrsmitteln, Städten, Wohnungen, Gesundheitsversorgung und Sozialfürsorge sowie Freizeiteinrichtungen zu. Die Maßnahmen sollten außerdem sowohl auf lokaler als auch auf nationaler und internationaler Ebene stattfinden. Hierdurch sollten Einzelpersonen unterstützt und ermutigt werden, durch eine aktive Nutzung der gebotenen Möglichkeiten Verantwortung zu übernehmen.
- 2.4.8 **Die Maßnahmen sollten auf die Sicherung einer optimalen Energiebilanz abzielen, indem sie zu gesünderer Ernährung und körperlicher Betätigung anregen.** Zwar bleiben Information und Aufklärung wichtig, doch sollte der Handlungsschwerpunkt auf ein breites Spektrum von Optionen verlagert werden, die auf eine Veränderung der sozialen, wirtschaftlichen und räumlichen Umwelt zur Begünstigung gesunder Lebensweisen angelegt sind.
- 2.4.9 **Ein Paket wesentlicher präventiver Aktionen sollte als vorrangige Maßnahme gefördert werden; die Länder können Optionen aus diesem Paket je nach ihren nationalen Bedingungen und dem Stand der konzeptionellen Entwicklung weiter priorisieren.** Dieses Paket wesentlicher Maßnahmen würde beinhalten: Verringerung des Marktdrucks, besonders auf Kinder; Förderung des Stillens; Verbesserung des Zugangs zu und des Angebots von gesünderen Lebensmitteln, hierunter Obst und Gemüse; ökonomische Maßnahmen zur Erleichterung gesünderer Lebensmittelkäufe; Angebot bezahlbarer Freizeit- und Trainingseinrichtungen, die auch die Unterstützung sozial benachteiligter Gruppen einschließen; Verringerung der Anteile von Fett, freiem (besonders zugesetztem) Zucker und Salz in verarbeiteten Lebensmitteln; adäquate Nährwertkennzeichnung; Förderung des Radfahrens und Gehens durch bessere Städteplanung und Verkehrspolitik; Schaffung von Möglichkeiten im lokalen Umfeld, die die Menschen zu körperlich aktiver Freizeitgestaltung motivieren; Angebot gesünderer Nahrungsmittel, Schaffung von Gelegenheiten zu täglicher körperlicher Betätigung und Angebot von Ernährungsaufklärung und Sportunterricht in Schulen; Möglichkeiten und Motivation zu besserer Ernährung und körperlicher Betätigung am Arbeitsplatz; Entwicklung/Verbesserung von nationalen lebensmittelbasierten Leitfäden für die Ernährung und von Leitfäden für körperliche Betätigung; und Förderung einer individuellen Veränderung des Gesundheitsverhaltens.
- 2.4.10 **Die Aufmerksamkeit sollte sich außerdem weiterhin auf die Adipositasprävention bei bereits übergewichtigen und damit stark gefährdeten Menschen sowie auf die Behandlung der Krankheit Adipositas selbst richten.** Zu den konkreten Maßnahmen in diesem Bereich würden gehören: Einführung von rechtzeitiger Erkennung und Langzeitbehandlung von Übergewicht und Adipositas in der primären Gesundheitsversorgung, Angebot von Schulungen zur Adipositasprävention für Gesundheitsfachkräfte und Herausgabe klinischer Empfehlungen für Screening und Behandlung. Jede Stigmatisierung oder Überbewertung adipöser Personen sollte in allen Altersgruppen vermieden werden.
- 2.4.11 **Bei der Gestaltung und Umsetzung der politischen Maßnahmen müssen erfolgreiche, nachweislich wirksame Optionen verwendet werden.** Zu diesen gehören Projekte mit nachgewiesener Auswirkung auf den Verzehr gesünderer Lebensmittel und das Ausmaß der körperlichen Betätigung wie: kostenloses Obst in der Schule; erschwingliche Preise für gesündere Lebensmittel; Schaffung von Einkaufsmöglichkeiten für gesündere Lebensmittel am Arbeitsplatz und in Gegenden sozioökonomischer Verelendung; Einrichtung von bevorrechtigten Radwegen; Ermunterung von Kindern, zu Fuß zur Schule zu gehen; bessere Straßenbeleuchtung; Förderung des Treppensteigens und Verringerung des Fernsehkonsums. Es gibt auch Erkenntnisse, wonach viele Maßnahmen gegen die Adipositas, wie schulische Programme und aktive Fortbewegung, sehr kostenwirksam sind. Das WHO-Regionalbüro für Europa wird den Entscheidungsträgern Beispiele vorbildlicher Praktiken und Fallstudien an die Hand geben.

3. Überwachung der Fortschritte

- 3.1 Die hier vorgelegte Charta soll die Maßnahmen gegen die Adipositas in der gesamten Europäischen Region der WHO verstärken. Sie soll zu nationalen Konzepten, gesetzlichen und sonstigen Regulierungsmaßnahmen und Aktionsplänen anregen und diese beeinflussen. Ein Aktionsplan der Europäischen Region für Ernährung und Bewegung wird die Prinzipien und den Rahmen, die diese Charta vorgeben, in konkrete Maßnahmenpakete und Monitoring umsetzen.
- 3.2 Es muss ein Prozess zur Entwicklung international vergleichbarer zentraler Indikatoren in Gang gesetzt werden, die in die nationalen Gesundheitssurveillance-systeme eingehen sollten. Die Daten können dann für die Überzeugungsarbeit, Politikgestaltung und Überwachung verwendet werden. Dies würde auch eine regelmäßige Bewertung und Überprüfung der Konzepte und Maßnahmen und eine Verbreitung der Resultate an ein breites Publikum ermöglichen.
- 3.3 Die langfristige Überwachung der Fortschritte ist wesentlich, da bis zur Herauskristallisierung der Ergebnisse in Form eines Rückgangs der Adipositas und der mit ihr verbundenen Krankheitslast selbst einige Zeit benötigt wird. Dreijährliche Fortschrittsberichte sollten auf Ebene der Europäischen Region der WHO erstellt werden, erstmalig im Jahr 2010.



Prof. Recep Akdağ
Gesundheitsminister der Türkei



Dr. Marc Danzon
WHO-Regionaldirektor für Europa

Istanbul, den 16. November 2006

Das WHO-Regionalbüro für Europa

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist eine 1948 gegründete Sonderorganisation der Vereinten Nationen, die sich in erster Linie mit internationalen Gesundheitsfragen und der öffentlichen Gesundheit befasst. Das WHO-Regionalbüro für Europa ist eines von sechs Regionalbüros, die überall in der Welt eigene, auf die Gesundheitsbedürfnisse ihrer Mitgliedsländer abgestimmte Programme durchführen.

Mitgliedstaaten

Albanien
Andorra
Armenien
Aserbaidschan
Belgien
Bosnien-Herzegowina
Bulgarien
Dänemark
Deutschland
Ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien
Estland
Finnland
Frankreich
Georgien
Griechenland
Irland
Island
Israel
Italien
Kasachstan
Kirgisistan
Kroatien
Lettland
Litauen
Luxemburg
Malta
Monaco
Montenegro
Niederlande
Norwegen
Österreich
Polen
Portugal
Republik Moldau
Rumänien
Russische Föderation
San Marino
Schweden
Schweiz
Serbien
Slowakei
Slowenien
Spanien
Tadschikistan
Tschechische Republik
Türkei
Turkmenistan
Ukraine
Ungarn
Usbekistan
Vereinigtes Königreich
Weißrussland
Zypern



Als Antwort auf die Adipositasepidemie hat das WHO-Regionalbüro für Europa im November 2006 eine Konferenz organisiert, auf der alle Mitgliedstaaten die Europäische Charta zur Bekämpfung der Adipositas angenommen haben, in der Leitprinzipien und klar umrissene Handlungsfelder für ein breites Spektrum von Akteuren auf lokaler, regionaler, nationaler und internationaler Ebene aufgezeigt werden. Dieses Buch ist die erste von zwei Publikationen, die aus der Konferenz hervorgegangen sind. Es enthält die Charta sowie einen Überblick über die Konzepte und Schlussfolgerungen aus zahlreichen Fachvorträgen, die von einer großen Zahl von Experten in den Bereichen öffentliche Gesundheit, Ernährung und Medizin gehalten wurden. Diese Vorträge sind in der zweiten Konferenzpublikation abgedruckt.

Die vorliegende Zusammenfassung erläutert in kurzer, klarer und leicht verständlicher Form die Dynamik der Epidemie und ihre Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheit in der gesamten Europäischen Region der WHO und insbesondere in den östlichen Ländern. Sie erklärt, wie sich Faktoren, die das Adipositasrisiko erhöhen, in verschiedenen Umgebungen wie Familie, Schule, Nachbarschaft und Arbeitsplatz herausbilden. Dabei werden sowohl ethisch als auch ökonomisch begründete Argumente für eine Forcierung von Maßnahmen gegen Adipositas angeführt und wirksame Programme und Konzepte in verschiedenen Politikbereichen wie Bildung, Gesundheit, Landwirtschaft und Handel, Städteplanung und Verkehr untersucht. Weiterhin werden Anleitungen in Bezug auf Konzepte und Programme zur Adipositasprävention sowie auf Maßnahmen zur Erfolgskontrolle gegeben und konkrete Maßnahmen seitens der beteiligten Akteure gefordert: nicht nur staatliche Stellen, sondern auch die Privatwirtschaft (u. a. die Hersteller und Verreiber von Lebensmitteln sowie die Werbewirtschaft) sowie Berufs- und Verbraucherverbände und internationale wie auch zwischenstaatliche Organisationen wie die Europäische Union.

Es ist Zeit zu handeln: Bis 2010 werden nach Schätzungen 150 Mio. Erwachsene und 15 Mio. Kinder und Jugendliche in der Region adipös sein. Somit hat Adipositas neben der Beeinträchtigung von Gesundheit und Wohlbefinden eines beträchtlichen Teils der Bevölkerung und einer entsprechenden finanziellen Belastung der Gesundheitssysteme auch erhebliche negative Folgen für Kinder, die nicht hingenommen werden dürfen. Diese Publikation erläutert in prägnanter und klar verständlicher Form Ideen und Informationen, die es den beteiligten Akteuren in der gesamten Region – und insbesondere den politischen Entscheidungsträgern – ermöglichen, auf eine Eindämmung und schließlich Zurückdrängung der Adipositasepidemie in der Region hinzuarbeiten.



Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa

Scherfigsvej 8, DK-2100 Kopenhagen Ø, Dänemark
Tel.: +45 39 17 17 17 Fax: +45 39 17 18 18 E-Mail: postmaster@euro.who.int
Website: www.euro.who.int