



Weltgesundheitsorganisation

REGIONALBÜRO FÜR Europa

WHO-REGIONALKOMITEE FÜR EUROPA  
64. TAGUNG

Kopenhagen (Dänemark), 15.–18. September 2014



© gettyimages



© WHO/Sara Barragan Montes



© Fotolia



# Europäischer Aktionsplan Nahrung und Ernährung (2015-2020)



**Weltgesundheitsorganisation**

REGIONALBÜRO FÜR **Europa**

**Regionalkomitee für Europa**

64. Tagung

**Kopenhagen (Dänemark), 15.–18. September 2014**

Punkt 5 d) der vorläufigen Tagesordnung

EUR/RC64/14  
+ EUR/RC64/Conf.Doc./8

24. Juni 2014

144026

ORIGINAL: ENGLISCH

## **Europäischer Aktionsplan Nahrung und Ernährung (2015–2020)**

Der Aktionsplan soll die Belastung der Europäischen Region durch vorzeitige Todesfälle und ernährungsbedingte nichtübertragbare Krankheiten, Adipositas und alle anderen noch prävalenten Fehlernährungsformen signifikant verringern. Er ist ein Appell zu gesamtstaatlichem Vorgehen gemäß dem Ansatz der Gesundheit in allen Politikbereichen. Mit seinen prioritären Maßnahmen trägt er zu einer besseren Steuerung der Lebensmittelsysteme und der Gesamtqualität von Ernährung und Ernährungszustand der europäischen Bevölkerung bei.

## Konzeptioneller Überblick und Hauptelemente

### Zukunftsvision

„Gesundheit 2020“ hat die Zukunftsvision einer Europäischen Region hervorgebracht, in der die negativen Auswirkungen vermeidbarer, ernährungsbedingter, nichtübertragbarer Krankheiten und Fehlernährung in all ihren Formen, hierunter Übergewicht und Adipositas, drastisch verringert sind und alle Bürger sich während ihres gesamten Lebens gesünder ernähren.

### Auftrag

Allgemeiner Zugang zu einer bezahlbaren, ausgewogenen und gesundheitsförderlichen Ernährung bei allgemeiner Chancengleichheit sowie Gleichstellung der Geschlechter in der Europäischen Region der WHO durch sektorübergreifende Konzepte im Kontext von „Gesundheit 2020.“

### Leitprinzipien

- Ungleichheiten im Zugang zu gesunder Nahrung abbauen, wie in „Gesundheit 2020“ ausgeführt.
- Menschenrechte und das Recht auf Nahrung schützen.
- Menschen und Gemeinschaften durch ihre Umfelder zu gesundheitsförderlichen Lebensweisen befähigen.
- Einen Ansatz des Lebensverlaufs fördern.
- Evidenzbasierte Strategien verwenden.

### Strategische Ziele

Vermeidung vorzeitiger Todesfälle und signifikante Verringerung der Belastung durch ernährungsbedingte nichtübertragbare Krankheiten, Adipositas und alle anderen in der Europäischen Region der WHO prävalenten Fehlernährungsformen, die stark von den sozialen Determinanten von Gesundheit beeinflusst werden und sich stark negativ auf Wohlbefinden und Lebensqualität auswirken.

### Einzelziele

Die Zielsetzung dieses Aktionsplans wird erreicht werden, wenn durch einen gesamtstaatlichen Ansatz in allen Politikbereichen abgestimmte, umfassende Maßnahmen für die Gesundheit ergriffen werden. Die Verwirklichung der nachstehenden Einzelziele wäre ein Beitrag zu einer besseren Steuerung des Lebensmittelsystems und zu einer Verbesserung von Ernährung und Ernährungszustand der Bevölkerung insgesamt und letztlich zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden.

- Umfelder für gesundheitsförderliches Essen und Trinken schaffen.
- Einsatz für den Nutzen einer lebenslangen gesunden Ernährung, vor allem für besonders gefährdete Bevölkerungsgruppen.
- Ausbau der Gesundheitssysteme zur Förderung gesunder Ernährung.
- Unterstützung der epidemiologischen Überwachung, Beobachtung, Auswertung und Forschung.
- Stärkung von Führungsstrukturen, Bündnissen und Netzwerken und Sicherung eines Ansatzes der Gesundheit in allen Politikbereichen

## Inhalt

	Seite
Konzeptioneller Überblick und Hauptelemente .....	ii
Einführung.....	1
Zukunftsvision.....	4
Auftrag .....	4
Strategische Zielsetzung.....	4
Geltungsbereich.....	5
Leitprinzipien .....	5
Ungleichheiten im Zugang zu gesunder Nahrung abbauen, wie in „Gesundheit 2020“ ausgeführt.....	5
Menschenrechte und das Recht auf Nahrung schützen.....	6
Menschen und Gemeinschaften durch gesundheitsförderliche Umfelder befähigen.....	6
Einen Ansatz des Lebensverlaufs fördern.....	6
Evidenzbasierte Strategien verwenden .....	7
Zeitraumen .....	7
Einzelziele, Prioritäten, Instrumente .....	7
Umfelder für gesundheitsförderliches Essen und Trinken schaffen .....	7
Förderung der gesundheitlichen Zugewinne aufgrund einer gesunden Ernährung im gesamten Lebensverlauf, vor allem für besonders gefährdete Bevölkerungsgruppen.....	8
Ausbau der Gesundheitssysteme zur Förderung gesunder Ernährung.....	8
Unterstützung der epidemiologischen Überwachung, Beobachtung, Auswertung und Forschung.....	9
Stärkung von Führungsstrukturen, sektorübergreifenden Bündnissen und Netzwerken für einen Ansatz der Gesundheit in allen Politikbereichen.....	9
Weitere Hinweise zu Maßnahmen und Werkzeugen für die Einzelziele des Europäischen Aktionsplans Nahrung und Ernährung (2015–2020) .....	10
Zielsetzung 1 – Umfelder für gesundheitsförderliches Essen und Trinken schaffen.....	10
Zielsetzung 2 – Förderung des Nutzens einer gesunden Ernährung im gesamten Leben, vor allem für besonders gefährdete Bevölkerungsgruppen.....	13
Zielsetzung 3 – Ausbau der Gesundheitssysteme zur Förderung gesunder Ernährung ....	14
Zielsetzung 4 – Unterstützung der epidemiologischen Überwachung, Beobachtung, Auswertung und Forschung .....	14
Zielsetzung 5 – Stärkung von Führungsstrukturen, sektorübergreifenden Bündnissen und Netzwerken für einen Ansatz der Gesundheit in allen Politikbereichen.....	15
Literaturhinweise.....	16



## Einführung

1. Eine Analyse der Studie 2010 zur globalen Krankheitslast ergibt, dass in jedem Mitgliedstaat der Europäischen Region Gesundheit und Wohlbefinden am stärksten durch Ernährungsfaktoren bedroht sind. Es wird anerkannt, dass Fehlernährung samt Mangelernährung, Mikronährstoffmangel, Übergewicht und Adipositas ebenso wie nichtübertragbare Krankheiten als Ergebnis ungesunder Ernährung für Einzelpersonen, Familien, Gemeinschaften und Regierungen hohe soziale und ökonomische Kosten auslösen.

2. Von den sechs WHO-Regionen ist die Europäische am stärksten von nichtübertragbaren Krankheiten betroffen, welche die führende Ursache für Behinderung und Tod sind; Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Krebs und Atemwegserkrankungen (die vier wichtigsten hierunter) verursachen 77% der Krankheitslast und 86% der vorzeitigen Sterblichkeit. Führende Risikofaktoren sind ein überhöhtes Körpergewicht (Body-Mass-Index  $> 25 \text{ kg/m}^2$ )<sup>1</sup> sowie der übermäßige Verzehr von kalorienreicher Nahrung, gesättigten Fetten, Transfettsäuren, Zucker und Salz bei zu geringem Verzehr von Obst und Gemüse und Vollkornprodukten. Außerdem wird die Region durch Fehlernährung doppelt belastet, denn einige Länder konstatieren sowohl bedrohliche Ausmaße von Übergewicht und Fettleibigkeit als auch von Mangelernährung.

3. In den vergangenen Jahrzehnten wird aus vielen Ländern der Europäischen Region ein stetiger Anstieg von Übergewicht und Fettleibigkeit gemeldet. Die Statistik ist besorgniserregend: In 46 Mitgliedstaaten in der Region (also 87% der Gesamtzahl) sind mehr als 50% der Erwachsenen übergewichtig oder fettleibig und in mehreren Ländern erreicht der Anteil bald 70%. Zahlen der WHO (Global Health Observatory) zeigen, dass im weltweiten Durchschnitt (grob geschätzt) 57,4% der Erwachsenen im Alter von 20 Jahren oder darüber übergewichtig oder fettleibig sind. Übergewicht und Adipositas führen nach Schätzungen jährlich zu rund 320 000 Todesfällen unter Erwachsenen in 20 Ländern des Westens der Region. In Ländern des Ostens der Region ist die Lage insofern besorgniserregend, als die Prävalenzraten unter Kindern und Jugendlichen zu denen des Westens aufschließen und sich die Raten für Übergewicht und Adipositas in einigen Teilen Osteuropas seit 1980 verdoppelt haben.

4. Übergewicht und Adipositas sind auch unter Kindern und Jugendlichen und insbesondere in südeuropäischen Ländern hoch prävalent. Kinder weniger gut ausgebildeter Eltern sind am stärksten betroffen und insgesamt wirkt sich das Problem weiter am stärksten in den benachteiligten Gruppen der Gesellschaft aus. In der zweiten Runde von COSI (WHO-Befragung Childhood Obesity Surveillance Initiative der Jahre 2009/2010) zeigte sich, dass durchschnittlich jedes dritte Kind der Altersgruppe 6–9 Jahre in den an der Befragung teilnehmenden Ländern übergewichtig oder adipös war.<sup>2</sup> Die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas zusammen reichte unter Jungen von 24% bis 57% und unter Mädchen von 21% bis 50%, während Adipositas alleine bei 9% bis 31% der Jungen und 6% bis 21% der Mädchen auftrat. Die Studie zum Gesundheitsverhalten von Kindern im schulpflichtigen Alter (HBSC) deutete für den Zeitraum 2009–2010 auf eine Prävalenz von Übergewicht und Adipositas von 11–33% bei Elfjährigen, 12–27% bei Dreizehnjährigen und 10–23% bei Fünfzehnjährigen. Die Studie zeigte in einigen Ländern auch eine höhere Prävalenz des Übergewichts in Gruppen mit niedrigerem sozioökonomischen Status. Hinweise auf eine suboptimale Körperzusammensetzung und eine zu geringe Muskelmasse der Kinder geben ebenfalls Anlass zu Sorge. Nach Lage der

---

<sup>1</sup> Adipositas (Body-Mass-Index  $> 30 \text{ kg/m}^2$ ) ist nicht nur ein Risikofaktor für die Entstehung von von Krankheiten und Gesundheitsproblemen, sondern wird auch selbst in der Internationalen Klassifikation der Krankheiten der WHO aufgeführt (ICD-10).

<sup>2</sup> Die Liste der an der Untersuchung beteiligten Länder ist hier zu finden:

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/activities/monitoring-and-surveillance/who-european-childhood-obesity-surveillance-initiative-cosi>.

Fakten könnten höhere Raten von Adipositas in sozioökonomisch schlechter gestellten Gruppen zum Teil darauf zurückgeführt werden, dass sie eher Umfeldern ausgesetzt sind, in denen gesunde Lebensmittel schwer zu bekommen und Sportangebote schlecht zu erreichen sind.

5. In der Europäischen Region stehen einige Länder vor einem Umbruch in Bezug auf die Ernährungs- und Bevölkerungszahlen, wobei die Prävalenz von Übergewicht, Adipositas und ernährungsbedingten nichtübertragbaren Krankheiten anschnellt, während insbesondere in den armen Haushalten weiter Unterernährung vorkommt. Oft kann dies ein Nebeneinander von Übergewicht und Adipositas sowie Nahrungs- und Ernährungsrisiken<sup>3</sup> in den Gemeinschaften und Haushalten bedeuten. Studien in der Europäischen Region an Kindern der Altersgruppe 0–5 Jahre im Zeitraum 2007–2011 haben eine Prävalenz verringerten Größenwachstums zwischen 7% und 39% gezeigt. Während die Raten für ausschließliches Stillen praktisch stagnieren, ist ungeeignete Beikost noch weit verbreitet. Mikronährstoffmangel, insbesondere Eisen- und Jodmangel, sind immer noch weit verbreitet und betreffen besonders die schwächsten Bevölkerungsgruppen. Die Untersuchungen deuten auch auf einen Mikronährstoffmangel in einigen Bevölkerungsgruppen der Region, wobei insbesondere Vitamin D fehlt.

6. Die Förderung einer gesunden und abwechslungsreichen Kost sowie deren Zugänglichkeit (verfügbar und bezahlbar) ist somit ein wichtiger Hebel, um mehr Gesundheit, Wohlbefinden und Lebensqualität der Bevölkerung, gesundes Altern und weniger gesundheitliche Ungleichheit zu erreichen. Hierfür sind weitere Anstrengungen und Mittel sowie unterstützend mehr Ernährungskompetenz, -geschick und -wissen erforderlich. Alle Menschen in der Europäischen Region darin zu unterstützen, sich trotz begrenzter Ressourcen die Vorzüge einer gesunden Ernährung und eines aktiven Lebens leisten zu können, ist ein sittliches Gebot.

7. Der Europäische Aktionsplan Nahrung und Ernährung (2015–2020) wurde im Lichte der globalen Rahmenkonzepte zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten und für Ernährung entwickelt, insbesondere des Globalen Aktionsplans zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (2013–2020) und des umfassenden Plans zur Verbesserung der Ernährung von Mutter, Neugeborenem und Kleinkind. Er beruht auf der fortlaufenden einschlägigen Arbeit in den Bereichen umweltbezogener Gesundheitsschutz, körperliche Betätigung, gesundes Altern, Gesundheit von Kindern und Jugendlichen und den kontinuierlichen Bemühungen um Nahrungsmittelsicherheit in der Europäischen Region. In ähnlicher Weise unterstützt dieser Aktionsplan den Aktionsplan der Europäischen Union gegen Adipositas im Kindesalter (2014–2020).

8. 2013 nahm die Europäische Ministerkonferenz der WHO die Erklärung von Wien über Ernährung und nichtübertragbare Krankheiten im Kontext von Gesundheit 2020 an, in der ein entschlossenes und abgestimmtes Handeln gefordert wird. Ferner wird darin anerkannt, dass Strategien zur Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit auf dem Ernährungswege ein breit gefächertes staatliches Handeln erfordern, das sich an den zunehmenden Erkenntnissen über die Wirksamkeit umfassender Konzepte orientieren sollte. Außerdem wird erkannt, dass eine erfolgreiche Annahme und Umsetzung dieser Konzepte stetigen Nachdruck auf Gesundheit in allen Politikbereichen sowie gesamtstaatliche Ansätze zur Schaffung gesunder und nachhaltiger Lebensmittelsysteme erfordern, wie es auch das Rahmenkonzept der Europäischen Region „Gesundheit 2020“ vorsieht. Daher wird über viele der erforderlichen Maßnahmen außerhalb des Gesundheitssektors entschieden.

---

<sup>3</sup> Nahrungssicherheit besteht dann, wenn alle Menschen jederzeit physisch, sozial und ökonomisch Zugriff auf ausreichende Mengen an sicherem und nahrhaftem Essen gemäß ihren Ernährungsbedürfnissen und -vorlieben für ein aktives und gesundes Leben haben. Da jedoch auch die Ernährung zentral ist, trifft die Formulierung „Nahrungs- und Ernährungssicherheit“ vielleicht besser die Bedeutung einer richtigen Balance zwischen Quantität (Energie) und Qualität (Ernährungsvielfalt).

9. Dieser Aktionsplan bietet den Mitgliedstaaten Orientierung und er fördert und ermutigt die breit angelegte Anwendung wirksamer Konzepte „a-la-carte“ auf nationaler Ebene, hierunter kohärente, koordinierte und sektorübergreifende Ansätze. Da soziale und ökonomische Faktoren zu schlechter Nahrung und ungesunder Ernährung erheblich beitragen, sind bevölkerungsweite Strategien und Konzepte und gezielte Interventionen der Regierungen unter starker Mitwirkung der Gesundheitsministerien erforderlich. So wird dafür gesorgt, dass unsere Lebensumfelder uns stützen und gesundes Konsum- und Ernährungsverhalten fördern.

10. Während der Umsetzung dieses Aktionsplans wird die WHO die Mitgliedstaaten in Fragen von Gesundheit und Ernährung durch strategischen Rat im Kontext von „Gesundheit 2020“ unterstützen und anregen und so zum übergeordneten Ziel einer nachhaltigen und gesundheitsförderlichen Lebensweise für alle beitragen. Zu den Grundsatzoptionen einer Regierung zählen die Beeinflussung der Herstellung, Vermarktung, Verfügbarkeit und Bezahlbarkeit der Lebensmittel (und so insgesamt des Zugriffs), wobei sich das Augenmerk zugleich auf das öffentliche Bewusstsein, die Ernährungskompetenzen, -fähigkeiten und -kenntnisse sowie die Aufgaben des Gesundheitspersonals insbesondere der primären Gesundheitsversorgung für die Ernährungsberatung richten sollte. Die in diesem Aktionsplan skizzierten Konzepte und Instrumente für die Umsetzung sind für alle Länder in der Region relevant, jedoch so geschmeidig und anpassungsfähig gestaltet, dass sie nationalen Zusammenhängen und Gesetzen sowie kulturellen Aspekten der Ernährung Rechnung tragen können. Dieser Aktionsplan enthält Empfehlungen für innovative, evidenzbasierte Konzepte, die zur Bewältigung von Fehlernährung in all ihren Formen Priorität genießen, hierunter die Entwicklung gemeinsamer Ansätze für ein Vorgehen gegen gemeinsame Herausforderungen in der Europäischen Region.

11. Die Mitgliedstaaten werden mit diesen wirksamen Ansätzen gemeinsam für gesunde Ernährungs- und Essgewohnheiten, aber etwa gegen den übermäßigen Konsum von energiereicher Nahrung, gesättigten Fetten und Transfettsäuren, Zucker und Salz sowie den unzureichenden Konsum von Obst und Gemüse und Vollkornprodukten vorgehen. Zugleich werden sich die Mitgliedstaaten gegen Kalorien-, Protein- und Mikronährstoffmangel in schwachen Bevölkerungsgruppen, etwa alte Menschen, Schwangere und Gruppen mit niedrigem Sozialstatus, sowie gegen ein inakzeptables Ausmaß von Unsicherheit in Nahrung und Ernährung einsetzen. Energiereiche, mikronährstoffarme Lebensmittel und Getränke, deren Konsum im Rahmen einer gesunden Ernährung eingeschränkt werden sollte, werden in diesem Text als Nahrungsmittel mit hohem Anteil an Energie, gesättigten Fetten, Transfettsäuren, Zucker und Salz definiert.

12. Die Erfahrung mit den nationalen Ernährungskonzepten in der Europäischen Region hat gezeigt, welchen Wert gemeinsame Instrumente und die Konzentration auf Wissenübertragung und -transfer besitzen. Außerdem sind Beobachtungsmechanismen wichtig, mit denen Trends erfasst, Auswirkungen der Konzepte über längere Zeit gemessen und damit Rechenschaft in Bezug auf Gesundheit und Chancengleichheit gesichert werden können. Im Rahmen des Aktionsplans werden die Mitgliedstaaten auch mit Unterstützung durch das Regionalbüro gemeinsam Instrumente entwickeln, Erfahrungen austauschen, für eine verbesserte Verfügbarkeit von Daten arbeiten und die Kapazitäten für die Beobachtung und Überwachung ausweiten, hierunter für die Einschätzung der Umsetzung und der Auswirkungen der Konzepte.

13. Damit Fehlernährung in all ihren Formen beseitigt wird, müssen die Strategien für Nahrung und Ernährung auch Fragen der Führungspraxis thematisieren. Regierung und Verwaltung sollten gemäß „Gesundheit 2020“ Leitungsstrukturen aufbauen, die eine stimmige Politikgestaltung ermöglichen und zugleich ein politisches Engagement gegen Fehlernährung in sektorübergreifender Zusammenarbeit der Regierungsressorts und nationalen und lokalen Institutionen, Sachverständigen, Bürgergruppen sowie, soweit angemessen, der Unternehmen schaffen. Vielseitige ressortübergreifende Ansätze können politisches Engagement sichern,



Aufgaben und Zuständigkeiten unterschiedlicher staatlicher Bereiche klären und die Einigung über gemeinsame Ziele, Zielsetzungen und Anliegen erleichtern. Die Einbeziehung der Wirtschaft ist angesichts ihrer Bedeutung für die Herstellung, Vertrieb und Verkauf von Lebensmitteln unerlässlich, sollte sich jedoch auf die Kernbereiche der Akteure beziehen und in einem Umfeld aus Normen und Anreizen erfolgen, welche die Regierung im Sinne ihrer Ernährungs- und Gesundheitsziele unter sorgfältiger Vermeidung von Interessenskonflikten aufstellt.

14. Im Kontext dieses Aktionsplans wird die Bedeutung einer gesunden Ernährung zur Verwirklichung der auf der 66. Weltgesundheitsversammlung festgelegten freiwilligen globalen Zielvorgaben für nichtübertragbare Krankheiten anerkannt, zu denen auch die Verringerung der Frühsterblichkeit aufgrund nichtübertragbarer Krankheiten um 25% bis zum Jahr 2025 gehört. Gesunde Kost insgesamt ist auch ein Beitrag zu den freiwilligen globalen Zielvorgaben für die Ernährung von Mutter, Neugeborenem und Kind.

15. Weitere freiwillige globale Zielvorgaben bis zum Jahr 2025, die sich aus diesen Prozessen ergeben, wurden je nach Eignung in diesen Aktionsplan der Region aufgenommen:

- Anstieg von Adipositas und Diabetes aufhalten.
- Anstieg der Prävalenz des Übergewichts von Kindern im Alter von unter fünf Jahren aufhalten.
- Aufnahme von Salz und Natrium durch die Bevölkerung um durchschnittlich 30% verringern.
- Stillrate für die ersten sechs Lebensmonate auf mindestens 50 % erhöhen.
- Anteil der minderwüchsigen Kinder im Alter von unter fünf Jahren um 40% verringern.
- Prävalenz der Anämie unter nicht schwangeren Frauen im gebärfähigen Alter um 50% verringern.

## **Zukunftsvision**

16. „Gesundheit 2020“ hat für die Europäische Region eine Zukunftsvision entworfen, in der negative Folgen von vermeidbaren, ernährungsbedingten, nichtübertragbaren Krankheiten und von Fehlernährung in all ihren Formen, hierunter Übergewicht und Adipositas, drastisch verringert sind und alle Bürger sich während ihres gesamten Lebens gesünder ernähren.

## **Auftrag**

17. Allgemeiner Zugang zu bezahlbaren, ausgewogenen, gesundheitsförderlichen Lebensmitteln unter Bedingungen der Chancengleichheit und Gleichstellung der Geschlechter für alle Menschen in der Europäischen Region der WHO durch sektorübergreifende Konzepte im Kontext von „Gesundheit 2020.“

## **Strategische Zielsetzung**

18. Vermeidung vorzeitiger Todesfälle und signifikante Verringerung der Belastung durch ernährungsbedingte nichtübertragbare Krankheiten, Adipositas und alle anderen in der Europäischen Region der WHO prävalenten Fehlernährungsformen, die stark von den sozialen Determinanten von Gesundheit beeinflusst werden und sich stark negativ auf Wohlbefinden und Lebensqualität auswirken.

19. Diese Zielsetzung wird erreicht werden, wenn durch einen gesamtstaatlichen Ansatz in allen Politikbereichen abgestimmte, umfassende Maßnahmen für die Gesundheit ergriffen werden. Der Aktionsplan soll eine abgestimmte und umfassende Umsetzung nationaler Strategien, Aktionspläne und Konzepte zur Verbesserung der Lebensmittelsteuerung, Minimierung ernährungsbedingter Risikofaktoren und Verringerung der Prävalenz ernährungsbedingter Krankheiten unterstützen, wobei ein integrierter lebenslanger Ansatz betont wird. Außerdem kann er eine Gesamtrichtung zur Erarbeitung, Ausweitung und Festigung vernünftiger und machbarer Maßnahmen vorgeben.

## **Geltungsbereich**

20. Mit dem Aktionsplan wird auf Lebensmittel und Ernährung abgezielt, weil diese für Gesundheit und Wohlbefinden in der Europäischen Region eine führende Rolle spielen, und dabei ein besonderes Augenmerk auf die mit nichtübertragbaren Krankheiten verbundene Last gerichtet. Er ist mit allen Aspekten der Fehlernährung, hierunter Übergewicht und Adipositas, im gesamten Lebensverlauf befasst. Insbesondere soll er thematisieren:

- die Benachteiligungen im Zugang zu gesunder Ernährung im Lebensverlauf und die Verbreitung von Übergewicht, Adipositas sowie ernährungsbedingten nichtübertragbaren Krankheiten und Fehlernährung entsprechend ungleicher Chancen,
- das fortgesetzte Fehlen einfach verständlicher Nährwerthinweise, welche die Entscheidung für gesunde Lebensmittel erleichtern könnten, sowie die immer noch unzureichenden Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten im Bereich Nahrung und Ernährung, welche die Bevölkerung hindern, gemäß dem wissenschaftlichen Kenntnisstand zu handeln,
- das ungesunde Lebensmittelangebot an zentralen Orten wie Schulen, öffentlichen Anstalten, Kantinen und im Einzelhandel,
- die allgegenwärtige Kinderwerbung für Speisen und Getränke, die mit vielen Kalorien, gesättigten Fetten und Transfettsäuren versehen, stark gezuckert oder gesalzen sind, sowie die unangemessene Vermarktung von Folgenahrung und Beikost für Säuglinge und Kleinkinder,
- den Anspruch, dass Gesundheits- und Sozialwesen stets Instrumente und Ressourcen für eine Priorisierung von Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention besitzen müssen, um Ernährungsprobleme und ernährungsbedingte Krankheiten in Griff bewältigen zu können,
- die weiterhin fehlende Abstimmung für Gesundheitsziele und globale, regionale und lokale Konzepte zu den Handels- und Versorgungswegen der Lebensmittel, die sich auf ihre Ernährungsqualität, Bezahlbarkeit und Verfügbarkeit und damit auf die Nahrungs- und Ernährungssicherheit der Bevölkerung auswirkt.

## **Leitprinzipien**

### ***Ungleichheiten im Zugang zu gesunder Nahrung abbauen, wie in „Gesundheit 2020“ ausgeführt***

21. Ein Abbau der sozialen Ungleichheiten trägt signifikant zu mehr Gesundheit und Wohlbefinden bei, hierunter zum Ernährungszustand und den ernährungsbedingten Folgen. Die Ursachen von Ungleichheit sind komplex und sitzen tief und die aus ihr folgenden Benachteiligungen bzw. Anfälligkeiten nehmen im Laufe eines Lebens und über Generationen hinweg zu. „Gesundheit 2020“ und die Erklärung von Wien spiegeln den zunehmenden Willen

der Länder und der gesamten Europäischen Region zur Überwindung schlechter und ungesunder Ernährungspraktiken in den anfälligsten Gruppen wider. Die Überwindung der vermeidbaren Ungleichheiten in Ernährungsfragen und ein allgemeiner Zugang zu gesunder Ernährung quer durch alle sozialen Schichten (Alter, Geschlecht, Ethnie, Behinderung oder sozioökonomischer Position) ist erforderlich, damit die besten Ergebnisse erzielt und das Humankapital und mit ihm die Wirtschaft in allen Mitgliedstaaten in diesen Zeiten begrenzter Mittel gestärkt werden. Konzepte, die zu besserer Verfügbarkeit, Bezahlbarkeit und Annehmbarkeit (und damit Zugänglichkeit) einer gesunden Ernährung in den anfälligsten Gruppen führen, können zu einer Verringerung der Erkrankungsrisiken und, im Verein mit Konzepten anderer Bereiche, zur Verringerung der Abstände zwischen den Gruppen beitragen. In jeder Entwicklung von Konzepten bzw. Umsetzung von Maßnahmen sollten die Auswirkungen in Bezug auf Ungleichheiten berücksichtigt werden.

### ***Menschenrechte und das Recht auf Nahrung schützen***

22. Eine angemessene Kost und Gesundheit sind international als fundamentale Menschenrechte anerkannt. Achtung, Förderung und Schutz der Menschenrechte sind unauflösbarer Bestandteil einer wirksamen Prävention und Bekämpfung von Fehlernährung und ernährungsbedingten nichtübertragbaren Krankheiten und die Strategien sollten dementsprechend abgefasst und umgesetzt werden. Damit das Recht auf Nahrung, das in der Verfassung vieler Länder garantiert ist, verwirklicht werden kann, sind nachhaltige, gerechte, zugängliche und widerstandsfähige Lebensmittelsysteme erforderlich, welche die Versorgung mit Lebensmitteln sowie deren unbedenklichen Verzehr umfassend gewährleisten, so dass eine gesunde Ernährung möglich ist und nichtübertragbare Krankheiten verhindert werden. Nachdruck sollte auf die Bewältigung der Determinanten von Nahrungs- und Ernährungssicherheit (nachhaltige und angemessene Versorgung, hygienisch einwandfreie und einheitliche Qualität, weitestgehende Verfügbarkeit, Bezahlbarkeit und Zugänglichkeit) und Determinanten der Konsumentenentscheidungen und Konsummuster gelegt werden.

### ***Menschen und Gemeinschaften durch gesundheitsförderliche Umfelder befähigen***

23. Menschen und Gemeinschaften sollten zu Prävention und Therapie von Fehlernährung bzw. ernährungsbedingten nichtübertragbaren Krankheiten befähigt bzw. hieran beteiligt werden, u. a. durch Konzepte für die Schaffung gesunder Lebensmittelangebote und den Schutz der Konsumentenrechte. Besondere Berücksichtigung sollten dabei partizipatorische Ansätze finden, damit die Öffentlichkeit mit ihrer Unterstützung für entsprechende Maßnahmen gewonnen werden kann.

### ***Einen Ansatz des Lebensverlaufs fördern***

24. Dieser Ansatz ist für die Prävention und Bekämpfung von ernährungsbedingten, nichtübertragbaren Krankheiten und Fehlernährung in all ihren Formen zentral. Ausgangspunkt ist hierbei die Thematisierung des Ernährungszustandes und der Gesundheit der Mutter vor der Entbindung sowie der angemessenen Fütterung des Säuglings und der Förderung des Stillens nach der Geburt. Die Maßnahmen zur Förderung einer gesunden Ernährung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene werden später im Arbeitsleben sowie dann im höheren Alter durch besondere Ernährungsangebote für ältere Menschen mit ernährungsbedingten nichtübertragbaren Krankheiten und Mikronährstoffmängeln fortgeführt. Das schließt auch Angebote für Patienten mit erkrankungsbedingten Ernährungsproblemen mit ein.

## **Evidenzbasierte Strategien verwenden**

25. Strategien zur Prävention und Bekämpfung ernährungsbedingter, nichtübertragbarer Krankheiten, Übergewicht, Adipositas und allen anderen Formen von Fehlernährung müssen auf den besten wissenschaftlichen Erkenntnissen und gesundheitspolitischen Prinzipien beruhen und frei von Interessenkonflikten sein. Nachdruck sollte in erster Linie auf evidenzbasiertes Handeln gelegt werden, damit auf die Entwicklung und gegenseitige Nutzung guter Praktiken weitere Schritte zu einer institutionalisierten, extensiven Realisierung wirksamer Maßnahmen folgen. Besondere Aufmerksamkeit sollte der Übertragung und dem Austausch von Wissen gelten.

## **Zeitraumen**

26. Der Aktionsplan wird im Zeitraum 2015–2020 mit Unterstützung des Regionalbüros und im Rahmen der zweijährlich zu beschließenden Arbeitspläne für die Europäische Region sowie der Länder-Kooperationsstrategien umgesetzt. Außerdem wird das Regionalbüro Mitgliedstaaten in der Vorbereitung konkreter Instrumente und fachlicher Leitlinien zur konzeptionellen Entwicklung mit Beiträgen von Mitgliedstaaten, Tagungen der WHO-Aktionsnetze und Online-Beratungen unterstützen. 2018 wird das Regionalbüro einen Zwischenbericht vorlegen.

27. Ein Beobachtungsrahmen mit den relevanten Indikatoren aus dem globalen Überwachungsrahmen der WHO sowie konkrete Indikatoren für den Europäischen Aktionsplan Nahrung und Ernährung (2015–2020) werden bis zum September 2015 hergeleitet. Dieser Rahmen wird vom Regionalbüro in Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten für die Bewertung der Fortschritte in der Umsetzung der Empfehlungen aus dem Aktionsplan genutzt werden. Er wird auch die Ausweitung der Datenbank für Ernährung, Adipositas und körperliche Betätigung (NOPA) der Europäischen Region der WHO erleichtern.

## **Einzelziele, Prioritäten, Instrumente**

28. Die Mitgliedstaaten sollten gemäß ihren nationalen Gegebenheiten Strategien und Aktionspläne entwickeln oder ausweiten, die sich eng an die Erklärung von Wien über Ernährung und nichtübertragbare Krankheiten im Kontext von Gesundheit 2020 anlehnen. Es sollte auch gebührend berücksichtigt werden, die vorgeschlagenen prioritären konzeptionellen Maßnahmen und Werkzeuge gemäß Bedarf einzusetzen.

## **Umfelder für gesundheitsförderliches Essen und Trinken schaffen**

29. Annahme starker Maßnahmen, welche die Gesamtauswirkung<sup>4</sup> auf Kinder aller Formen der Vermarktung von Lebensmitteln verringern, die viele Kalorien, gesättigte Fettsäuren, Transfettsäuren enthalten und stark gezuckert oder gesalzen sind. Eine angemessene unabhängige Beobachtung und Bewertung der Erfüllung des Einzelziels sollte gewährleistet sein.

---

<sup>4</sup> Angesichts der Wirksamkeit von Vermarktung durch Konfrontation (Reichweite und Häufigkeit) und Prestige (Inhalt, Form und Ausführung) sollte das übergeordnete Grundsatzziel lauten, Kinder in beiderlei Hinsicht zu entlasten, was Produkte betrifft, die reich an gesättigten Fettsäuren, Transfettsäuren, freien Zuckern bzw. Salz sind.

30. Verwendung üblicher Instrumente wie etwa Ernährungsprofile zur Begrenzung der Vermarktung von Lebensmitteln, die viele Kalorien, gesättigte Fettsäuren, Transfettsäuren enthalten und stark gezuckert oder gesalzen sind, an Kinder.

31. Erwägung wirtschaftlicher Instrumente wie etwa Anreize in der Versorgungskette, gezielte Subventionen und Steuern unter gebührender Berücksichtigung ihrer Gesamtwirkung auf die schwächsten Gruppen.

32. Durch staatliche Führungsarbeit Förderung der Reformulierung von Produkten, Verbesserung der Ernährungsqualität über das Lebensmittelangebot, Verwendung leicht verständlicher, erklärender und verbraucherfreundlicher Hinweise auf der Vorderseite der Verpackungen und gesundheitsförderlicher Verkaufsumgebungen.

33. Ressortübergreifende Kooperation zur Erleichterung der Entscheidung für gesundheitsförderliche Lebensmittel in Schulen, Kindergärten und -krippen, Krankenhäusern, Anstalten sowie am Arbeitsplatz. Hierzu könnten Schulernährungskonzepte wie Schulobstangebote und Ernährungs- und Nahrungsnormen für die in öffentlichen Einrichtungen angebotenen Lebensmittel gehören, die einen Beitrag zum Abbau von Ungleichheiten leisten können.

### ***Förderung der gesundheitlichen Zugewinne aufgrund einer gesunden Ernährung im gesamten Lebensverlauf, vor allem für besonders gefährdete Bevölkerungsgruppen***

34. Investieren in die Ernährung zum frühestmöglichen Zeitpunkt schon vor und während der Schwangerschaft sowie Schutz, Förderung und Unterstützung angemessenen Stillens und Abbau der bestehenden Hindernisse bei gleichzeitigem angemessenem Zufüttern.

35. Befähigung der Bürger zu gesundheitsförderlichen Entscheidungen (unter Berücksichtigung ihrer Bedürfnisse nach Alter, Geschlecht oder sozioökonomischer Lage) durch mehrteilige Aufklärungsangebote zu Nahrung und Gesundheit im Sinne einer ausgeweiteten Ernährungs- und Gesundheitskompetenz. Vorschul- und Schulumfelder bieten hervorragende Einstiegsmöglichkeiten, doch sollte auch darauf geachtet werden, die Bevölkerung im berufsaktiven Alter zu erreichen.

36. Ermutigung zur Nutzung sozialer Medien und neuer Technologien, mit denen gesundheitsförderliche Entscheidungen in Bezug auf Ernährungsverhalten und Lebensgewohnheiten begünstigt werden können.

37. Annahme von Instrumenten und Strategien zur Bewältigung der besonderen Ernährungsbedürfnisse schwacher Gruppen, hierunter alte Menschen, die in der Gesellschaft oder in Pflegeeinrichtungen leben.

### ***Ausbau der Gesundheitssysteme zur Förderung gesunder Ernährung***

38. Dafür Sorge tragen, dass sich das gesamte Gesundheitswesen für die Gesundheitsförderung engagiert und dass Ernährung und gesundes Essen in einer personenzentrierten Gesundheits- und Sozialversorgung Priorität genießen, u. a. durch Kurzinterventionen und Ernährungsberatung.

39. Sicherung einer universellen Versorgung für verhütbare und behandelbare ernährungsbedingte Gesundheitsprobleme in einem Kontinuum aus hochwertigen

Ernährungsangeboten durch angemessen geschultes und ausgestattetes Gesundheitspersonal, das von Gesundheitsförderung über Prävention bis zu Krankenhausbehandlung und -versorgung reicht.

40. Schaffung einer Ernährungsbewertung und Eingriffsmöglichkeit in den wichtigsten Umfeldern verschiedener Altersgruppen, insbesondere der Kinder und der älteren Menschen, etwa in der primären Gesundheitsversorgung und in der Heimversorgung.

### ***Unterstützung der epidemiologischen Überwachung, Beobachtung, Auswertung und Forschung***

41. Festigung, Anpassung und Ausweitung der Initiative zur epidemiologischen Überwachung der Adipositas im Kindesalter und der Studie über das Gesundheitsverhalten von Kindern im schulpflichtigen Alter.

42. Schaffung bzw. Aufrechterhaltung der Beobachtung des Ernährungszustands und der anthropometrischen Überwachung zur Aufdeckung von Ernährungsrisiken, die nach sozialökonomischem Status und Geschlecht aufgeschlüsselt sind, und vorrangige Schaffung bzw. Ausweitung von Datenbanken über die Zusammensetzung der Lebensmittel.

43. Wirksame, angemessene und sinnvolle Nutzung der verfügbaren Daten, u. a. durch Wissensübertragung und -überführung, als Grundlage für die Politikgestaltung. Beobachtung und Bewertung ernährungsbezogener Aktivitäten, Interventionen und Konzepte in verschiedenen Kontexten zur Bestimmung ihrer Wirksamkeit und der Weitergabe guter Praktiken.

### ***Stärkung von Führungsstrukturen, sektorübergreifenden Bündnissen und Netzwerken für einen Ansatz der Gesundheit in allen Politikbereichen***

44. Stärkung der koordinierten Maßnahmen aller Verwaltungsebenen über Ressortgrenzen hinweg im Sinne größerer Stimmigkeit der Konzepte, welche die Lebensmittel- und Versorgungssysteme beeinflussen, damit eine gesunde und nachhaltige Ernährungskultur (viel Obst und Gemüse, Vollkornprodukte, Ballaststoffe und wenig gesättigte Fettsäuren, Transfettsäuren, Zucker und Salz) gefördert, geschützt und wiederbelebt wird. Einige Ernährungsmuster in der Europäischen Region weisen die Merkmale einer gesunden Kost auf, dies gilt insbesondere für die mediterrane Kost<sup>5</sup> und die sogenannte neue nordische Küche.

45. Unterstützung von Strukturen, die den Aktionsradius einer Vielzahl von Interessengruppen der lokalen und regionalen Ebene (wie etwa die Gesunden Städte, die Schulen für Gesundheit in Europa und weitere Initiativen) unter Vermeidung von Interessenkonflikten ausweiten. Der Elan örtlicher Initiativen sollte genutzt werden, hierunter Ansätze zur Planung und Abkürzung der Versorgungskette und zur Direktvermarktung vom Bauernhof an die Schulen.

46. Teilnahme an und Unterstützung von Netzwerken der Länder, wie die Europäischen Aktionsnetze gegen übermäßigen Salzkonsum bzw. für eine Beschränkung der Vermarktung an Kinder.

---

<sup>5</sup> Laut UNESCO besteht die mediterrane Kost aus viel frischem Gemüse, Obst, Nüssen, Hülsenfrüchten, Getreide und Olivenöl, nur wenigen Milchprodukten, mäßigen bis großen Mengen an Fisch und nur geringen Mengen an Fleisch.

## **Weitere Hinweise zu Maßnahmen und Werkzeugen für die Einzelziele des Europäischen Aktionsplans Nahrung und Ernährung (2015–2020)**

### ***Zielsetzung 1 – Umfeldler für gesundheitsförderliches Essen und Trinken schaffen***

47. Einführung starker Maßnahmen zur Verringerung der Gesamtauswirkung auf Kinder jeglicher Form der Vermarktung von Lebensmitteln, die viele Kalorien, gesättigte Fettsäuren, Transfettsäuren enthalten und stark gezuckert oder gesalzen sind. Diese Maßnahmen werden die verführerische Macht der Reklame einschränken und die Gesamtbelastung der Kinder durch Werbung für derartige Lebensmittel verringern. Die Vermarktung dieser Produkte beeinflusst die Lebensmittelpräferenzen und -gewohnheiten der Kinder, ist mit ungesunder Ernährung und einem erhöhten Risiko für Übergewicht und Adipositas in Verbindung gebracht worden und wirkt sich neuen Erkenntnissen zufolge bis ins Erwachsenenalter aus. Wegen ihrer großen Anfälligkeit für verführerische Reklame, insbesondere in Fernsehen, Internet und sozialen Medien, sind Kinder stärker gefährdet. Die meist beworbenen Lebensmittel wie etwa Frühstücksflocken, gezuckerte Getränke und Konfekt haben einen hohen Anteil an Energie, gesättigten Fetten, Transfettsäuren, Zucker oder Salz. Das Fernsehen ist derzeit noch das beherrschende Medium für die Lebensmittel- und Getränkewerbung, doch gibt es auch Kanäle wie das Internet und die sozialen Netze, über welche die Reklameindustrie Produkte anpreisen, auf Marken aufmerksam machen und Loyalität der Verbraucher integriert aufbauen kann. Der Rahmen der WHO für die Umsetzung der Empfehlungen zur Vermarktung von Lebensmitteln und nichtalkoholischen Getränken an Kinder bietet den Mitgliedstaaten Orientierungshilfen zur konzeptionellen Gestaltung und Durchführung. Das Regionalbüro wird die Mitgliedstaaten in diesem Bereich weiter unterstützen. Die Erfahrung legt nahe, dass Ansätze der Selbstregulierung und Freiwilligkeit zu viele Schlupflöcher offen lassen und dass daher zur Festlegung der grundsätzlichen Kriterien und zur unabhängigen Beobachtung im Sinne einer optimalen Umsetzung und fortschreitenden Stärkung und Ausweitung der Auflagen staatliche Führung erforderlich ist. Unabhängige Beschwerdeinstanzen und Sanktionsmöglichkeiten sind auch erforderlich, um die Rechte der Kinder und Verbraucher in dieser Hinsicht zu schützen.

48. Schulen und andere Umfeldler, in denen Kinder versammelt sind, sollten frei von Werbung für Lebensmittel sein, die einen hohem Anteil an Energie, gesättigten Fetten, Transfettsäuren, Zucker oder Salz besitzen.<sup>6</sup>

49. Die Mitgliedstaaten können erwägen, mit Hilfe der WHO Beobachtungsrahmen zu erarbeiten, die sie das Ausmaß der Vermarktung in ihrem Land abschätzen lassen. Diese Rahmen sollten auch festhalten, inwieweit Konzepte und Regeln wirksam die Gesamtwirkung (Stärke und Belastung) auf Kinder jeglicher Form der Lebensmittelwerbung verringern, die einen hohen Anteil an Energie, gesättigten Fetten, Transfettsäuren, Zucker oder Salz besitzen. Solche Rahmen könnten auch mögliche Wirkungen der Werbung über Ländergrenzen hinweg klären.

50. Entwicklung und Annahme von Ansätzen für Nährstoffprofile zu dem Zweck, dass Lebensmittel mit einem hohen Anteil an Energie, gesättigten Fetten, Transfettsäuren, Zucker oder Salz nur eingeschränkt an Kinder vermarktet werden. Nährstoffprofile haben sich in der Erarbeitung und Umsetzung der Konzepte als wirksames Förderinstrument für gesündere Lebensmittelangebote gezeigt. Ein Nährstoffprofil für die Europäische Region, das gemäß den

---

<sup>6</sup> Zu solchen Umfeldern zählen Kinderkrippen, Schulen, Schulhöfe und Vorschulzentren, Spielplätze, Familien- und Kinderpraxen, pädiatrische Einrichtungen sowie Sport- und Kulturveranstaltungen, die dort durchgeführt werden.

nationalen Gegebenheiten angenommen oder angepasst werden könnte, würde verdeutlichen, welche Lebensmittel an Kinder vermarktet werden dürfen und welche nicht. Die im Kontext der Vermarktung an Kinder gewonnenen Erfahrungen könnten für die Anwendung bzw. Entwicklung ähnlicher Instrumente in anderen Bereichen (etwa Schulesen) genutzt werden.

51. Prüfung der Palette wirtschaftlicher Instrumente, hierunter Anreize in der Versorgungskette sowie gezielte Subventionen und Steuern zur Verbilligung oder Verteuerung insbesondere der Preise am Einkaufsort, die eine gesunde Ernährung bezahlbarer und den Konsum von Lebensmitteln mit hohem Anteil an Energie, gesättigten Fetten, Transfettsäuren, Zucker oder Salz unattraktiver machen könnten. Die Gesamtwirkung auf die anfälligen Gruppen sollte gebührend berücksichtigt werden.

52. Zu den möglichen Maßnahmen zählen die Schaffung oder Anpassung von Anreizen in der Lebensmittelversorgungskette, etwa durch Investitionen in Produktion, Versorgungslogistik und Beschaffungswesen, damit die übergeordnete Lebensmittelpolitik sich mit den Zielen der Gesundheitspolitik abstimmt und eine gesunde Ernährung zugänglicher und bezahlbarer wird.

53. Gleichzeitig können die Mitgliedstaaten gezielt Subventionen einführen, um die Bezahlbarkeit von Obst, Gemüse und Vollkornprodukten zu beeinflussen und so deren Zugänglichkeit insbesondere für anfällige Gruppen zu verbessern. Eine Option wäre die Aufnahme von subventioniertem Obst und Gemüse in Programme der Nahrungsmittelhilfe. Die Erforschung der Bezahlbarkeit gesundheitsförderlicher Lebensmittelkörbe in der Europäischen Region kann zusätzliche Orientierungspunkte ergeben.

54. Die Mitgliedstaaten sollten Beobachtungsrahmen entwickeln, mit Hilfe derer sie Lebensmitteltrends erkennen und die Auswirkung der wirtschaftlichen Maßnahmen auf Preis, Verfügbarkeit, Kauf und Konsum bestimmter Produkte sowie möglicher Alternativen sowie die Gesamtwirkung auf Ernährungsqualität bewerten können. Wo dies möglich ist, sollten die Daten nach Geschlecht und sozioökonomischem Status aufgeschlüsselt werden.

55. Förderung der Reformulierung von Produkten und der Verbesserung der Ernährungsqualität in der Lebensmittelversorgung durch die Regierung. In vielen Ländern erreicht eine große Mehrheit der Bevölkerung und insbesondere der unteren Einkommensschicht nicht einen Ernährungsstand, der den Zielvorstellungen in Bezug auf eine geringere Aufnahme an gesättigten Fettsäuren, Transfetten, Zucker bzw. Salz entspricht. Diese Maßnahmen sollten auf die Akteure in der Lebensmittelversorgungskette gerichtet werden, insbesondere auf Hersteller, Verarbeiter und Händler (einschließlich Gastronomen), damit signifikante Verringerungen im Niveau der jeweils anvisierten Nährstoffe über die gesamte Produktpalette und in allen Marktsegmenten erzielt werden, was zu einem Konsumrückgang in der Bevölkerung beiträgt.

- Vorrangige Entwicklung von Strategien zur Reduktion des Salzgehalts in Lebensmitteln für weitere Fortschritte in allen Produktkategorien und Marktsegmenten. Integrierte Programme der Salzreduktion haben in der Europäischen Region in mehreren Mitgliedstaaten durchschlagenden Erfolg gehabt. Ihr Erfolg hängt von Faktoren wie Kontrolle, Engagement, Messmarken und Zielvorgaben sowie ausgeklügelten Bewusstseinsinitiativen ab. In erster Linie soll durch ein schrittweises Vorgehen der Natriumgehalt in Lebensmitteln reduziert werden, damit sich der Konsumentengeschmack mit der Zeit anpassen kann. Wo Alternativen für das Natrium erforderlich sind, muss deren Unbedenklichkeit nachgewiesen werden. Weil Programme gegen Salz und für die Jodierung von Speisesalz gut kombinierbar sind, sollten die letztgenannten zur Überwindung des weit verbreiteten Jodmangels in der Europäischen Region genutzt werden. Die WHO bereitet derzeit Werkzeuge vor, welche die Mitgliedstaaten zur Planung oder Umsetzung ihrer Salzreduktionsstrategien nutzen können, um die globale Zielvorgabe zu erreichen.



- Erwägung der Ausweitung nationaler Strategien und Zielvorgaben für eine Reformulierung von Lebensmittelrezepten in Bezug auf weitere Nährstoffe, etwa gesättigte Fettsäuren und Zucker, sowie Gesamtkalorienreduktion über eine breite Produktpalette und Einführung geeigneter Portionsgrößen.
- Entwicklung und Umsetzung nationaler Konzepte für das Verbot bzw. die faktische Eliminierung von Transfetten aus der Lebensmittelversorgung, damit die Europäische Region auf Sicht ganz frei von Transfetten wird. Obwohl mit der Verringerung dieser Zutat bereits Fortschritte erzielt wurden, gibt es immer noch beliebte Nahrungsmittel mit einem hohen Gehalt im Angebot, vor allem in gewissen Teilen der Region und in gewissen Marktsegmenten. Deren generelles Verbot würde die Besorgnis wegen einer möglichen hohen Zufuhr gerade in den schwächsten Gruppen zwar beseitigen, sollte jedoch im Kontext einer besseren Nahrungsqualität insgesamt und besonders ohne einen Anstieg der gesättigten Fettsäuren erfolgen. Die WHO wird die Mitgliedstaaten darin unterstützen, für den nationalen Kontext geeignete konzeptionelle Ansätze zu finden.

56. Verbraucherfreundlichere Produktauszeichnung durch leicht verständliche bzw. erklärende Etiketten an der Vorderseite des Produktes, die gesündere Optionen erkennen lassen. Etiketten an der Vorderseite helfen dem Verbraucher, den Nährwert vieler Lebensmittel selbst bei komplizierten Rezepturen zu erkennen, und sie können letztlich die Ernährungsweise beeinflussen, weil sie Hersteller wie Verkäufer dazu motivieren, die Rezepte zu verbessern. Leicht verständliche bzw. erklärende Etiketten auf der Vorderseite können helfen, den Verbrauch von Lebensmitteln mit hohem Anteil an Energie, gesättigten Fetten, Transfettsäuren, Zucker oder Salz im Rahmen einer allgemeinen Verbesserung der Ernährungsqualität zu begrenzen. Die WHO wird Hinweise für ein mögliches Vorgehen anbieten, darunter auch Beispiele bewährter Praktiken für die Festlegung von Ernährungskriterien aus der Region.

57. Die Mitgliedstaaten können Einzelhandel und Großküchen auch ausdrücklich Vorgaben machen, die Verfügbarkeit und Bezahlbarkeit von Obst und Gemüse in ihrem Bereich zu fördern, sowie gleichzeitig Regeln in Geschäften für die Bewerbung von Lebensmitteln mit hohem Anteil an Energie, gesättigten Fetten, Transfettsäuren, Zucker oder Salz aufstellen. Platzierung, Auswahl, Preisgestaltung und andere Fördermaßnahmen der Einzelhändler in ihren Geschäften haben signifikante Konsequenzen für die Ernährung und wirken sich insbesondere in Gegenden mit Geringverdienern auf die Verfügbarkeit von Nahrungsmitteln aus.

58. Allgemeine Pläne zur Förderung einer gesunden Ernährung, insbesondere in Schulen und öffentlichen Einrichtungen. Die Mitgliedstaaten werden dazu ermutigt, Schulspeisungskonzepte mit Ernährungs- und Nahrungskriterien für die verfügbaren bzw. angebotenen Lebensmittel zu entwickeln oder fortzuentwickeln, durch welche die Verfügbarkeit derjenigen mit hohem Anteil an Energie, gesättigten Fetten, Transfettsäuren, freiem Zucker oder Salz beschränkt wird. Dabei sollte in Betracht gezogen werden, derartige Kriterien auch für die in sonstigen öffentlichen Einrichtungen verfügbaren Lebensmittel zu erarbeiten.

59. Die Schulspeisungskonzepte sollten zu größerer Verfügbarkeit von Obst und Gemüse beitragen, etwa durch deren Subventionierung. Im Rahmen dieses Aktionsplans werden die WHO und ihre Mitgliedstaaten das Schulobstprogramm der Europäischen Union und ähnliche nationale Programme als Beispiel breit angelegter Partnerschaften zwischen dem Bildungs-, Gesundheits- und Landwirtschaftssektor für eine bessere Verfügbarkeit und Bezahlbarkeit von Obst und Gemüse. Wir empfehlen, es auf weitere Schulen auszudehnen, und befürworten eine Erhöhung der Menge und der Häufigkeit der Angebote an Obst und Gemüse. Das Regionalbüro wird die Mitgliedstaaten weiterhin unterstützen, u. a. durch das Netzwerk Europäische Schulen für die Gesundheit.

## **Zielsetzung 2 – Förderung des Nutzens einer gesunden Ernährung im gesamten Leben, vor allem für besonders gefährdete Bevölkerungsgruppen**

60. Maßnahmen zum Schutz und zur Förderung des Stillens, unterstützt durch Konzepte und Standards sowie Aufklärung über den Nutzen des Stillens. Die Förderung einer gesunden Ernährung noch vor der Empfängnis, während der Schwangerschaft und in der frühen und jungen Kindheit ist entscheidend für Wachstum und Entwicklung und auch die Vermeidung nichtübertragbarer Krankheiten. In diesem Zusammenhang haben die Mitgliedstaaten zugesagt, den Internationalen Kodex für die Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten und die Initiative „Babyfreundliches Krankenhaus“ (oder vergleichbare bzw. strengere Normen) umzusetzen und die Gesundheitsanbieter und -dienstleister gezielt zu stärken, damit sie optimales Füttern und Stillen der Kinder durch angemessene Aufklärung, gute Mutterschutzpraktiken und Säuglingseinrichtungen unterstützen können. Die Mitgliedstaaten und die WHO werden auch Orientierungshilfen für die Ernährung in der Schwangerschaft, insbesondere in Bezug auf den Ernährungszustand und die Gewichtszunahme, erarbeiten.

61. Die Mitgliedstaaten bekräftigen erneut die Notwendigkeit, geeignete Beikostpraktiken zu fördern, insbesondere durch die Annahme nationaler Leitlinien sowie die Beobachtung und Schaffung von Normen für die Vermarktung der Beikost. Besondere Aufmerksamkeit sollte der Bedeutung geeigneter Beikost dafür geschenkt werden, gesunde Geschmackspräferenzen zu fördern.

62. Umfassende Interventionen und Bürgerinitiativen aufgreifen und Ernährungs- und Kochfertigkeiten in die Lehrpläne der Schulen aufnehmen, um die Ernährung unter Vorschul- wie Schulkindern zu verbessern und Übergewicht und Adipositas zu verhindern. Wissenschaftliche Erkenntnisse zeigen, dass die Wirksamkeit gemeinde- und schulnaher Interventionen für ein geändertes Essverhalten und die Prävention von Übergewicht und Adipositas von deren Gestaltung abhängt und dass mehrstufige Interventionen für Verhaltensänderung am wirksamsten sind, insbesondere im Verein mit einem geänderten schulischen Ernährungsumfeld. Insbesondere solche Interventionen und Initiativen sollten in Betracht gezogen werden, die in erster Linie auf Nahrungs- und Ernährungskompetenzen gerichtet sind (Stichworte: Kochen, Schulgarten), weil diese nicht nur die Kenntnisse, Fähigkeiten und Haltungen fördern, sondern auch die Wirkung anderer Ansätze verstärken können, etwa die Nährwertkennzeichnung, und Ungleichheiten verringern können. Die Mitgliedstaaten sollten Verfahren untersuchen, mit denen langfristig Nachhaltigkeit und Übertragbarkeit der Interventionen und Initiativen gesichert werden können. Chancen für eine größere Reichweite der auf Verhaltensänderungen zielenden Botschaften durch soziale Medien sollten ebenfalls in Betracht gezogen werden.

63. Die Voraussetzungen für ein gesundes Altern und ein Höchstmaß an gesunden Lebensjahren garantieren, indem alle Formen der Fehlernährung vermieden und gegen Gebrechlichkeit alter Menschen vorgesorgt wird, wobei die Bedeutung einer gesunden Ernährung während des gesamten Lebens, also auch in der aktiven Erwachsenenbevölkerung, berücksichtigt wird. Mit dem ultimativen Ziel eines gesunden und aktiven Alterns vor Augen und zur Prävention von Krankheit wird durch diesen Aktionsplan die Notwendigkeit anerkannt, einen sektorübergreifenden Ansatz zu verfolgen und auf den relevanten Rahmenkonzepten der WHO aufzubauen. Konkrete Prioritäten in diesem Aktionsplan können auch eine Zusage bedeuten, die Überwachung des Ernährungszustands älterer Gruppen auszuweiten und die Nahrungs- und Ernährungsbedürfnisse älterer Menschen in Heimen oder in ihrer gewohnten Umgebung zu berücksichtigen.

64. Gleichstellung der Geschlechter fördern und dabei soziale, kulturelle und biologische Faktoren berücksichtigen, welche die ernährungsbedingten gesundheitlichen Ergebnisse

beeinflussen, und so Wirtschaftlichkeit, Reichweite und Gerechtigkeit der Programme verbessern. Gegen Ungleichgewichte zwischen den Geschlechtern wird mit Ernährungskonzepten vorgegangen, die das Bewusstsein schärfen, Daten gewinnen und diese nach Geschlechtern aufgeschlüsselt analysieren. Die Mitgliedstaaten werden aufgefordert, geeignete Methoden zu ersinnen, damit die Konzepte und Interventionen gegebenenfalls auch durch gezielte Maßnahmen allen Bevölkerungsgruppen nutzen.

### ***Zielsetzung 3 – Ausbau der Gesundheitssysteme zur Förderung gesunder Ernährung***

65. Kapazität und Ausbildung des Personals in der primären Gesundheitsversorgung steigern, auch durch Orientierungshilfen für richtige Ernährungsberatung und Gewichtsbeobachtung und -steuerung. Die Mitgliedstaaten werden ihre Ernährungskonzepte mit den Konzepten für die primäre Gesundheitsversorgung und die personenzentrierte Gesundheitsversorgung koordinieren und priorisieren und so Prinzipien und Prioritäten aus „Gesundheit 2020“ erfüllen. Information, Kurzintervention und Beratung über gesunde Ernährung und deren Einfluss auf die Gesundheit im Allgemeinen sowie den Ernährungszustand im Besonderen werden in die Behandlungsverläufe aufgenommen, wobei besonderer Nachdruck auf die primäre Gesundheitsversorgung und die häusliche Pflege gelegt wird.

66. Leistung und Ausbildung der Ernährungsberufe verbessern, damit das Gesundheitspersonal Ernährungskompetenzen besitzt und hochwertige Ernährungsangebote im Rahmen der Gesundheitsversorgung gemacht werden. Einige Mitgliedstaaten werden unter Anleitung der WHO ihre Fachleute aus Gesundheitspolitik und Gesundheitsversorgung mit wissenschaftlichen Ernährungserkenntnissen in der Berufsausbildung und mit Beispielen bewährter Praktiken, Empfehlungen und Leitlinien versehen.

### ***Zielsetzung 4 – Unterstützung der epidemiologischen Überwachung, Beobachtung, Auswertung und Forschung***

67. Bestehende Überwachungsinstrumente weiterentwickeln und einbinden mit validen, repräsentativen, vergleichbaren und (vorzugsweise) gemessenen Daten zum Ableiten der Trends. Aufdeckung gängiger Ungleichheiten in Bezug auf Risikofaktoren und gesundheitliche Ergebnisse durch epidemiologische Überwachung, damit Interventionen zielgenauer angesetzt werden können.<sup>7</sup> Es sollte weiter Nachdruck auf Daten gelegt werden, die nach Geschlecht und sozioökonomischem Status aufgeschlüsselt werden können. Die WHO wird die Mitgliedstaaten in führender Position unterstützen um sicherzustellen, dass die Messdaten für präzise Analysen, Interpretationen und evidenzbasierte Grundsatzempfehlungen genutzt werden. Dabei sollten Mitgliedstaaten und WHO Wege suchen, wie sie Experten aus den Ländern, akademische Einrichtungen und die Zivilgesellschaft einbeziehen können.

68. COSI (Childhood Obesity Surveillance Initiative), die größte Datenbank dieser Art, mit vergleichbaren Daten unter Beteiligung von 25 Mitgliedstaaten aus der Europäischen Region und mit Unterstützung durch die Europäische Union festigen und ausbauen. Außerdem sollten die Mitgliedstaaten mit Unterstützung der WHO eine Ausweitung der HBSC-Studie (Health Behaviour in School-aged Children) auf weitere Altersgruppen in Betracht ziehen.

---

<sup>7</sup> In jüngerer Zeit gab es zum Beispiel Hinweise darauf, dass Insulaner in manchen Regionen stärker von Übergewicht und Adipositas betroffen sind als Festlandbewohner, doch sind die Ursachen hierfür bislang kaum erforscht.

69. Entwicklung und Verwirklichung einer innovativen Ernährungsüberwachung zur besseren Verfolgung des Kinderwachstums vor Ort sowie zur Beobachtung der Verfügbarkeit und Bezahlbarkeit gesunder Lebensmittel und weiterer umweltbedingter Ernährungsverhalten. Die Mitgliedstaaten sollten mit Unterstützung der WHO ihre repräsentativen nationalen Studien zu Nahrung und Ernährung weiter verbessern und ausweiten und vorrangig nationale Datenbanken über die Zusammensetzung der Lebensmittel schaffen.

70. Fortgesetztes Bekenntnis zur Beobachtung und Auswertung von Ernährungsinterventionen, -programmen und -konzepten sowie zur Abschätzung ihrer Auswirkungen und Wirksamkeit mit Aufschlüsselung nach Alters- und Sozialgruppe.

71. Gemeinsame Datenbanken wie die durch Mitgliedstaaten und die Europäische Union geschaffene Datenbank für Ernährung, Adipositas und körperliche Betätigung (NOPA) der Europäischen Region sollten, wo dies möglich ist, gefördert werden. Diese Datenbank enthält epidemiologische Daten und Details über mehr als 300 nationale und subnationale Konzepte in der Europäischen Region.

### ***Zielsetzung 5 – Stärkung von Führungsstrukturen, sektorübergreifenden Bündnissen und Netzwerken für einen Ansatz der Gesundheit in allen Politikbereichen***

72. Die Staaten werden die Empfehlungen aus Gesundheit 2020 stetig und stimmig im Interesse einer besseren Politiksteuerung für Gesundheit und gesunde Ernährung umsetzen. Gleichzeitig sollten die Anreize im gesamten Lebensmittelsystem aufeinander abgestimmt sein, damit eine gesunde Ernährung verfügbar und bezahlbar ist.

73. Unterstützung der Entwicklung formalisierter Verfahren zur Förderung einer ressortübergreifenden Zusammenarbeit insbesondere auf lokaler Ebene und unter Einbeziehung von Akteuren wie der Zivilgesellschaft, wo dies angemessen ist. Einige der vielversprechendsten Initiativen zur Prävention von Übergewicht und Adipositas sind in umfassenden bereichsübergreifenden Programmen auf lokaler Ebene zu finden. So könnten die Mitgliedstaaten etwa Maßnahmen vor Ort unterstützen wie die Planung und Schaffung von Ernährungsräten und Bürgerbündnissen, die sich mit Politikgestaltern der regionalen und kommunalen Ebene im Agro-Lebensmittel-Bereich zusammen für eine gesunde Ernährung, für Märkte der Kleinbauern und örtlichen Landwirte sowie für städtische Lebensmittelsysteme einsetzen, die den Bedürfnissen der Menschen vor Ort entsprechen. Zu konkreten Maßnahmen könnte die Direktvermarktung vom Bauernhof an die Schulen, Gemeinschaftsgärten und -küchen zählen. Die Mitgliedstaaten sollten Netzwerke der WHO wie Gesunde Städte und Europäische Schulen für die Gesundheit unterstützen.

74. Diese Maßnahmen müssen nachhaltig und gerecht gestaltet werden, wozu Führungskompetenz erforderlich ist, die eine Ausbildung und Weiterbildung der örtlichen Politikgestalter erfordert. Sie machen auch eine angemessene epidemiologische Überwachung und Beobachtung sowie nachhaltige Investitionen erforderlich.

75. Sektorübergreifende Zusammenarbeit, Verständigung und Bürgerbeteiligung sollten gefördert werden, damit Bewusstsein geschaffen wird und ein befähigendes Umfeld für breiter angelegte Konzepte entsteht. Besondere Berücksichtigung sollten Verfahren finden, welche die Beziehungen zwischen Agro-Lebensmittel-Sektor, Bildungswesen, Lokalverwaltung und Gesundheitsbereich stärken.

76. Beteiligung an den Aktionsnetzwerken der Mitgliedstaaten der WHO. Die WHO fördert Netzwerke wie das Europäische Aktionsnetz gegen übermäßigen Salzkonsum und das Europäische Aktionsnetz für eine Beschränkung der Lebensmittelvermarktung an Kinder, in

denen sich Gruppen von Ländern zur Umsetzung konkreter Aktivitäten zusammenfinden. Diese Netzwerke werden von interessierten Ländern geleitet und in ihrer Arbeit vom Regionalbüro eng begleitet und unterstützt. Die Aktionsnetze sind für den Austausch von Erfahrungen und Grundsätzen unter den Mitgliedstaaten wichtig.

## Literaturhinweise

A framework for implementing the set of recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children. Geneva: World Health Organization; 2012.

Agostoni C, Braegger C, Decsi T, Kolacek S, Koletzko B, Michaelsen KF, et al. Breast-feeding: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2009;49(1):112–125.

Alwan A, MacLean DR, Riley LM, d'Espaignet ET, Mathers CD, Stevens GA, et al. Monitoring and surveillance of chronic non-communicable diseases: progress and capacity in high-burden countries. *Lancet.* 2010;376(9755):1861–1868.

Andreyeva T, Long MW, Brownell KD. The impact of food prices on consumption: a systematic review of research on the price elasticity of demand for food. *Am J Public Health.* 2010;100(2):216–222.

Andreyeva T, Luedicke J, Henderson KE, Tripp AS. Grocery store beverage choices by participants in federal food assistance and nutrition programs. *Am J Prev Med.* 2012;43(4):411–418.

Andreyeva T, Luedicke J. Federal food package revisions: effects on purchases of whole-grain products. *Am J Prev Med.* 2013;45(4):422–429.

Arvanitakis M, Beck A, Coppens P, De Man F, Elia M, Hébuterne X, et al. Nutrition in care homes and home care: how to implement adequate strategies (report of the Brussels Forum (22–23 November 2007)). *Clin Nutr.* 2008;27(4):481–488.

Bartali B, Frongillo EA, Bandinelli S, Lauretani F, Semba RD, Fried LP, et al. Low nutrient intake is an essential component of frailty in older persons. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2006;61(6):589–593.

Boyland EJ, Halford JC. Television advertising and branding: effects on eating behaviour and food preferences in children. *Appetite.* 2013;62:236–241.

Boyland EJ, Harrold JA, Dovey TM, Allison M, Dobson S, Jacobs MC, et al. Food choice and overconsumption: effect of a premium sports celebrity endorser. *J Pediatr.* 2013;163(2):339–343.

Boyland EJ, Harrold JA, Kirkham TC, Corker C, Cuddy J, Evans D, et al. Food commercials increase preference for energy-dense foods, particularly in children who watch more television. *Pediatrics.* 2011;128(1):e93–e100.

Boyland EJ, Harrold JA, Kirkham TC, Halford JC. The extent of food advertising to children on UK television in 2008. *Int J Pediatr Obes.* 2011;6(5–6):455–461.

Branca F, Nikogosian H, Lobstein T, editors. The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response: summary. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2007.

Cairns G, Angus K, Hastings G, Caraher M. Systematic reviews of the evidence on the nature, extent and effects of food marketing to children: a retrospective summary. *Appetite*. 2013;62:209–215.

Cattaneo A, Monasta L, Stamatakis E, Lioret S, Castetbon K, Frenken F, et al. Overweight and obesity in infants and preschool children in the European Union: a review of existing data. *Obes Rev*. 2010;11(5):389–398.

Cecchini M, Sassi F, Lauer JA, Lee YY, Guajardo-Barron V, Chisholm D. Tackling of unhealthy diets, physical inactivity, and obesity: health effects and cost-effectiveness. *Lancet*. 2010;376(9754):1775–1784.

Comparative analysis of nutrition policies in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006 (document EUR/06/5062700/BD/2).

Comprehensive implementation plan on maternal, infant and young child nutrition. Geneva: World Health Organization; 2014.

Connell P, Brucks M, Nielsen J. How childhood advertising exposure can create biased product evaluations that persist into adulthood. *J Consum Res*. 2014;41(1):119–134.

Core health indicators in the WHO European Region 2012. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012.

Council Regulation (EC) No. 1234/2007 of 22 October 2007 establishing a common organisation of agricultural markets and on specific provisions for certain agricultural products (single CMO regulation). *Off J Eur Union*. 2007;L299:1–149.

Cowburn G, Stockley L. Consumer understanding and use of nutrition labelling: a systematic review. *Public Health Nutr*. 2005;8(1):21–28.

Cruz-Jentoft AJ, Franco A, Sommer P, Baeyens JP, Jankowska E, Maggi A, et al. Silver paper: the future of health promotion and preventive actions, basic research, and clinical aspects of age-related disease – a report of the European Summit on Age-Related Disease. *Aging Clin Exp Res*. 2009;21(6):376–385.

Currie C, Zanotti C, Morgan A, Currie D, de Looze M, Roberts C, et al, editors. Social determinants of health and well-being among young people. Health behaviour in school-aged children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 6).

Danish data on *trans* fatty acids in foods. Copenhagen: Ministry of Food, Agriculture and Fisheries of Denmark; 2014.

Day PL, Pearce J. Obesity-promoting food environments and the spatial clustering of food outlets around schools. *Am J Prev Med*. 2011;40(2):113–121.

de Schutter O. Report submitted by the Special Rapporteur on the right to food to the nineteenth session of the Human Rights Council. New York: United Nations; 2011.

Effertz T, Wilcke AC. Do television food commercials target children in Germany? *Public Health Nutr*. 2012;15(8):1466–1473.

Elmadfa I, editor. European nutrition and health report 2009. Basel: Karger AG; 2009 (Forum of Nutrition (vol.2)).

Erklärung von Parma über Umwelt und Gesundheit. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa, 2010. (EUR/55934/5.1)

Erklärung von Wien über Ernährung und nichtübertragbare Krankheiten im Kontext von Gesundheit 2020. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa, 2013.

Europäische Charta zur Bekämpfung der Adipositas. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa. Die Charta wurde auf der vom 15.–17. November 2006 in Istanbul (Türkei) veranstalteten Europäischen Ministerkonferenz der WHO zum Thema Ernährung und Bewegung für die Gesundheit verabschiedet.

Europäischer Aktionsplan Nahrung und Ernährung der WHO 2007–2012. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa, 2008.

Europäisches Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“ für gesamtstaatliches und gesamtgesellschaftliches Handeln zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa; 2012 (Dokument EUR/RC62/9).

EU Action Plan on Childhood Obesity 2014–2020 (Online). European Union (EU); 2014.

Evaluation of the European school fruit scheme: final report. Brussels: European Commission, Directorate-General for Agriculture and Rural Development; 2012.

Eyles H, Mhurchu CN, Nghiem N, Blakely T. Food pricing strategies, population diets, and non-communicable disease: a systematic review of simulation studies. *PLOS Medicine*. 2012;9(12):e1001353.

Fats and fatty acids in human nutrition: report of an expert consultation. Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations; 2010 (FAO Food and Nutrition Paper 91).

Fewtrell M, Wilson DC, Booth I, Lucas A. Six months of exclusive breast feeding: how good is the evidence? *BMJ*. 2011;342:c5955.

Galbraith-Emami S, Lobstein T. The impact of initiatives to limit the advertising of food and beverage products to children: a systematic review. *Obes Rev*. 2013;14(12):960–974.

Galcheva SV, Iotova VM, Stratev VK. Television food advertising directed towards Bulgarian children. *Arch Dis Child*. 2008;93(10):857–861.

Giskes K, van Lenthe F, Avendano-Pabon M, Brug J. A systematic review of environmental factors and obesogenic dietary intakes among adults: are we getting closer to understanding obesogenic environments? *Obes Rev*. 2011;12(5):e95–e106.

Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013–2020. Geneva: World Health Organization; 2013.

Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: World Health Organization; 2009.

Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization; 2011.

Global strategy on diet, physical activity and health. Geneva: World Health Organization; 2004 (resolution WHA57.17).

Glossary on right to food. Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations; 2009.

Guideline: sodium intake for adults and children. Geneva: World Health Organization; 2012.

Gurina NA, Frolova EV, Degryse JM. A roadmap of aging in Russia: the prevalence of frailty in community-dwelling older adults in the St Petersburg district – the “Crystal” study. *J Am Geriatr Soc.* 2011;59(6):980–988.

Hawkes C. Food taxes: what type of evidence is available to inform policy development? *Nutr Bull.* 2012;37(1):51–56.

Health Behaviour in School-aged Children: World Health Organization collaborative cross-national study [website]. St Andrews: Child & Adolescent Health Research Unit, University of St Andrews (<http://www.hbsc.org/>).

Interim second report on social determinants of health and the health divide in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2011.

Inzitari M, Doets E, Bartali B, Benetou V, Di Bari M, Visser M, et al. Nutrition in the age-related disablement process. *J Nutr Health Aging* 2011;15(8):599–604.

Johansson L, Sidenvall B, Malmberg B, Christensson L. Who will become malnourished? A prospective study of factors associated with malnutrition in older persons living at home. *J Nutr Health Aging.* 2009;13(10):855–861.

Joint WHO/FAO expert consultation on diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Geneva: World Health Organization; 2002.

Kaiser MJ, Bauer JM, Rämisch C, Uter W, Guigoz Y, Cederholm T, et al. Frequency of malnutrition in older adults: a multinational perspective using the mini nutritional assessment. *J Am Geriatr Soc.* 2010;58(9):1734–1738.

Kelly B, Halford JC, Boyland EJ, Chapman K, Bautista-Castaño I, Berg C, et al. Television food advertising to children: a global perspective. *Am J Public Health.* 2010;100(9):1730–1736.

Lee A, Mhurchu CN, Sacks G, Swinburn B, Snowdon W, Vandevijvere S, et al. Monitoring the price and affordability of foods and diets globally. *Obes Rev.* 2013;14(S1): 82–95.

Lobstein T. Research needs on food marketing to children: report of the StanMark project. *Appetite.* 2013;62:185–186.

Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet.* 2008;372(9650):1661–1669.

Moscow Declaration of the first global ministerial conference on healthy lifestyles and noncommunicable disease control. Geneva: World Health Organization, 2011.

Ni Mhurchu C, Vandevijvere S, Waterlander W, Thornton LE, Kelly B, Cameron AJ et al. Monitoring the availability of healthy and unhealthy foods and non-alcoholic beverages in community and consumer retail food environments globally. *Obes Rev.* 2013;14(S1): 108–119

Paul IM, Bartok CJ, Downs DS, Stifter CA, Ventura AK, Birch LL. Opportunities for the primary prevention of obesity during infancy. *Adv Pediatr.* 2009;56(1):107.



Political declaration of the high-level meeting of the General Assembly on the prevention and control of non-communicable diseases. New York: United Nations; 2011 (document A/66/L.1).

Pomerleau J, Knai C, Branca F, Robertson A, Rutter H, McKee M, et al. Review of the literature of obesity (and inequalities in obesity) in Europe and of its main determinants: nutrition and physical activity. In: Tackling the social and economic determinants of nutrition and physical activity for the prevention of obesity across Europe. London: EURO-PREVOB Consortium; 2008.

Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten in der Europäischen Region der WHO. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa; 2006 (Resolution EUR/RC56/R2).

Rees K, Hartley L, Flowers N, Clarke A, Hooper L, Thorogood M, et al. 'Mediterranean' dietary pattern for the primary prevention of cardiovascular disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;8:CD009825.

Rodriguez-Fernandez R, Siopa M, Simpson SJ, Amiya RM, Breda J, Cappuccio FP. Current salt reduction policies across gradients of inequality-adjusted human development in the WHO European region: minding the gaps. *Public Health Nutr.* 2013:1–11.

Roman Viñas B, Ribas Barba L, Ngo J, Gurinovic M, Novakovic R, Cavelaars A, et al. Projected prevalence of inadequate nutrient intakes in Europe. *Ann Nutr Metab.* 2011;59(2–4):84–95.

Semba RD, Bartali B, Zhou J, Blaum C, Ko CW, Fried LP. Low serum micronutrient concentrations predict frailty among older women living in the community. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2006;61(6):594–599.

Set of recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children. Geneva: World Health Organization; 2010.

Stender S, Astrup A, Dyerberg J. A trans European Union difference in the decline in *trans* fatty acids in popular foods: a market basket investigation. *BMJ Open.* 2012;2(5):e000859.

STEPwise approach to surveillance (STEPS). In: WHO Chronic diseases and health promotion [website]. Geneva: World Health Organization (<http://www.who.int/chp/steps/en/>).

Strategie und Aktionsplan für gesundes Altern in der Europäischen Region (2012–2020). Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa, 2012 (EUR/RC62/10 Rev.1).

Strobl R, Müller M, Emeny R, Peters A, Grill E. Distribution and determinants of functioning and disability in aged adults – results from the German KORA-Age study. *BMC Public Health.* 2013;13(1):137.

Summerbell CD, Moore HJ, Vögele C, Kreichauf S, Wildgruber A, Manios Y, et al. Evidence-based recommendations for the development of obesity prevention programs targeted at preschool children. *Obes Rev.* 2012;13(s1):129–132.

Te Morenga L, Mallard S, Mann J. Dietary sugars and body weight: systematic review and meta-analyses of randomised controlled trials and cohort studies. *BMJ.* 2013;346:e7492.

Thow AM, Jan S, Leeder S, Swinburn B. The effect of fiscal policy on diet, obesity and chronic disease: a systematic review. *Bull World Health Organ.* 2010;88(8):609–614.

Trichopoulou A, Bamia C, Trichopoulos D. Anatomy of health effects of Mediterranean diet: Greek EPIC prospective cohort study. *BMJ*. 2009;338:b2337.

Troesch B, Hoefft B, McBurney M, Eggersdorfer M, Weber P. Dietary surveys indicate vitamin intakes below recommendations are common in representative Western countries. *Br J Nutr*. 2012;108(4):692–698.

Weiterverfolgung der Ergebnisse der Europäischen Ministerkonferenz der WHO zur Bekämpfung der Adipositas, u. a. durch den zweiten Europäischen Aktionsplan Nahrung und Ernährung. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa, 2007 (Resolution EUR/RC57/R4).

Wijnhoven TM, van Raaij JM, Spinelli A, Rito AI, Hovengen R, Kunesova M, et al. WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative 2008: weight, height and body mass index in 6–9-year-old children. *Pediatr Obes*, 2013;8(2):79–97.

World health statistics 2011. Geneva: World Health Organization; 2011.

= = =