

Prävention von Adipositas und Diabetes mellitus als gesundheitspolitische Herausforderung

P. von Philipsborn¹; T. Effertz²; M. Laxy³; L. Schwettmann³; J. M. Stratil¹

¹Pettenkofer School of Public Health, Institut für Medizinische Informationsverarbeitung Biometrie und Epidemiologie, Medizinische Fakultät, Ludwig-Maximilians-Universität München; ²Institut für Recht der Wirtschaft, Universität Hamburg; ³Institut für Gesundheitsökonomie und Management im Gesundheitswesen, Helmholtz-Zentrum München – Deutsches Forschungszentrum für Gesundheit und Umwelt (GmbH)

Schlüsselwörter

Adipositas, Diabetes mellitus, Prävention, Politik, Umsetzung

Zusammenfassung

Die Prävention von Adipositas und Diabetes mellitus ist eine der zentralen gesundheitspolitischen Herausforderungen der Gegenwart. Bezüglich beider Krankheiten ist in Deutschland noch keine Trendwende in der Prävalenzentwicklung gelungen. Zu diversen Präventionsmaßnahmen liegt mittlerweile hinreichende Evidenz vor, so dass die entscheidenden Hemmnisse für bessere Prävention im Bereich der Durch- und Umsetzung zu sehen sind. Erforderlich ist insbesondere eine stärkere Nutzung verhältnispräventiver Ansätze, die ein besonders großes Potenzial bieten, auf Bevölkerungsebene wirksam und wirtschaftlich zu sein. In Deutschland hat das Thema zuletzt vermehrt politische Aufmerksamkeit erfahren, was sich auch in den Inhalten des im März 2018 beschlossenen Koalitionsvertrags zwischen CDU, CSU und SPD zeigt. Insgesamt besteht in Deutschland jedoch auch im internationalen Vergleich weiterhin großer Nachholbedarf. Fortgesetztes Engagement auf kommunaler, Landes- und Bundesebene ist nötig, um evidenzbasierten Ansätzen zur Umsetzung zu verhelfen.

Keywords

Obesity, diabetes, prevention, policy-making, politics, Germany

Summary

The prevention of obesity and diabetes is a key public health challenge. Germany has not yet succeeded in reversing the trend towards a rising prevalence of the two conditions. Evidence on a variety of preventative approaches has emerged. The key bottleneck for better prevention lies therefore in policy-making and implementation. Environmental interventions in particular are needed, and promise the greatest potential for effectiveness and cost-effectiveness on a population level. In Germany, the subject has received increasing political attention in recent years, as shown by the manifesto of Germany's new federal government, decided upon in March 2018. In general, however, Germany still lags behind in international comparison. Sustained efforts on the local, regional and federal level will be necessary to ensure that promising approaches are implemented.

Korrespondenzadresse

Peter von Philipsborn
Pettenkofer School of Public Health
Institut für Medizinische Informationsverarbeitung Biometrie und Epidemiologie
Medizinische Fakultät
Ludwig-Maximilians-Universität München
E-Mail: peter.philipsborn@lmu.de
Tel. 0178 49 83 817

Prevention of obesity and diabetes mellitus as a political challenge

Adipositas 2018; 12: 113–119

Einleitung

Diabetes mellitus und Adipositas zählen zu den epidemiologisch und volkswirtschaftlich relevantesten Krankheitsbildern in Deutschland und weltweit. Die altersadjustierte Prävalenz von Adipositas in der Gesamtbevölkerung ist in Deutschland und international weiterhin im Ansteigen begriffen, während für Diabetes mellitus zuletzt eine Stabilisierung auf hohem Niveau erreicht wurde (1, 2). Hierin unterscheiden sich diese beiden Krankheitsbilder von Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie der koronaren Herzkrankheit, deren altersadjustierte Prävalenz in vielen westlichen Ländern einschließlich Deutschlands seit den 1990er Jahren rückläufig ist (3). Diese epidemiologischen Entwicklungen unterstreichen den großen Handlungsbedarf, der im Bereich der Prävention von Adipositas und Diabetes mellitus besteht.

In der vorliegenden Arbeit soll diese Thematik aus gesundheitspolitischer Perspektive beleuchtet werden. Der Artikel ist wie folgt gegliedert: Im ersten Abschnitt werden Bewertungs- und Priorisierungskriterien von Präventionsmaßnahmen vorgestellt und in Bezug auf Verhaltens- und Verhältnisprävention diskutiert. Der zweite Abschnitt stellt nationale und internationale Empfehlungen zur Prävention von Adipositas und Diabetes mellitus vor und diskutiert diese vor dem Hintergrund der aktuellen Evidenzlage. Der dritte Abschnitt thematisiert aktuelle politische Entwicklungen in Deutschland. Der Artikel schließt mit einem Ausblick und Handlungsempfehlungen für die Fachgemeinschaft.

Prävention: Allgemeine Prinzipien

Bewertungs- und Priorisierungskriterien

Präventionsmaßnahmen können anhand verschiedener Kriterien bewertet und priorisiert werden (4). Hierzu zählen die vier Kriterien Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit, Umsetzbarkeit und politische Durchsetzbarkeit. Diese vier Kriterien sind jeweils weit zu verstehen und über das Feld der Gesundheit hinaus zu betrachten. Von grundlegender Bedeutung ist, dass Präventionsmaßnahmen wirksam hinsichtlich ihrer beabsichtigten Effekte sind. Doch neben den gewünschten Wirkungen auf die Gesundheit sind auch mögliche unerwünschte und nicht-intendierte Effekte zu bedenken, und soweit möglich zu vermeiden. Zum Beispiel sollten mögliche Effekte von Adipositas-Interventionen auf die Stigmatisierung von Menschen mit Adipositas bedacht werden (5). Eine Unterstützung bei der Erfassung und Reflektion unerwünschter Effekte von Präventionsmaßnahmen bietet das Rahmenwerk von Ten Have und Kollegen (6). Von Bedeutung ist auch die Intrusivität von Interventionen, das heißt die mit Interventionen einhergehenden Eingriffe in die individuelle Autonomie. Diese müssen in ein Verhältnis zu den gewünschten Effekten gesetzt werden,

wofür das Stewardship Model des Nuffield Council on Bioethics genutzt werden kann (7). In Bezug auf die Umsetzbarkeit sind neben den Kapazitäten des Gesundheitssystems auch Aspekte wie die Akzeptabilität der Intervention mitzudenken. Hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit von Präventionsmaßnahmen sind ihre unmittelbaren Kosten ebenso wie die direkten und indirekten Kosten der zu erwartenden Gesundheitsfolgen sowie die Verteilungswirkungen innerhalb der Gesellschaft zu berücksichtigen (8, 9). Mittlerweile gibt es eine Reihe von Rahmenwerken, welche die Identifikation, die Bewertung und Abwägung relevanter Kriterien unterstützen können (10, 11).

Zudem ist es wichtig, diese vier Kriterien jeweils sowohl auf individueller als auch auf Bevölkerungsebene zu betrachten. So können bestimmte Maßnahmen, wie etwa ein intensives Lebensstilmodifikationsprogramm, zwar auf individueller Ebene effektiv sein, aber aufgrund von hohen Kosten und Umsetzungshemmnissen auf Bevölkerungsebene nur eingeschränkt Wirkung zeigen. Andere Maßnahmen, wie zum Beispiel die differenzielle Besteuerung von Lebensmitteln, können hingegen auf jeden einzelnen Menschen nur geringe Auswirkungen, aufgrund ihrer großen Reichweite aber relevante Effekte auf Bevölkerungsebene zeigen (12).

Verhaltens- und Verhältnisprävention

Allgemein werden zwei Kategorien der Prävention unterschieden: Verhaltens- und Verhältnisprävention. Verhaltensprävention setzt am Wissen, den Präferenzen, der Motivation und den Fertigkeiten von Personen an. Verhältnisprävention setzt hingegen an äußeren Kontextfaktoren an und versucht, individuelles Verhalten durch die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen zu beeinflussen. Verhaltensprävention eignet sich daher besonders für die Individualprävention, so zum Beispiel für die Beratung einzelner RisikopatientInnen in der Arztpraxis. Verhältnisprävention eignet sich hingegen insbesondere für bevölkerungsbasierte Ansätze oder Setting-Ansätze, wie zum Beispiel dem Schaffen eines gesunden Speisenangebotes in Schulen oder dem Bau von Fahrradwegen zur Bewegungsförderung. Beide Kategorien von Präventionsmaßnahmen zielen letztlich auf eine Veränderung des menschlichen Verhaltens ab, weshalb der Übergang zwischen beiden fließend sein kann. Allgemein wird angenommen, dass verhältnispräventive Maßnahmen das größte Potential bieten, auf Bevölkerungsebene wirksam und wirtschaftlich zu sein, aber auch wissenschaftlich schwieriger zu evaluieren und politisch schwieriger durchzusetzen sind (► Abb. 1) (12).

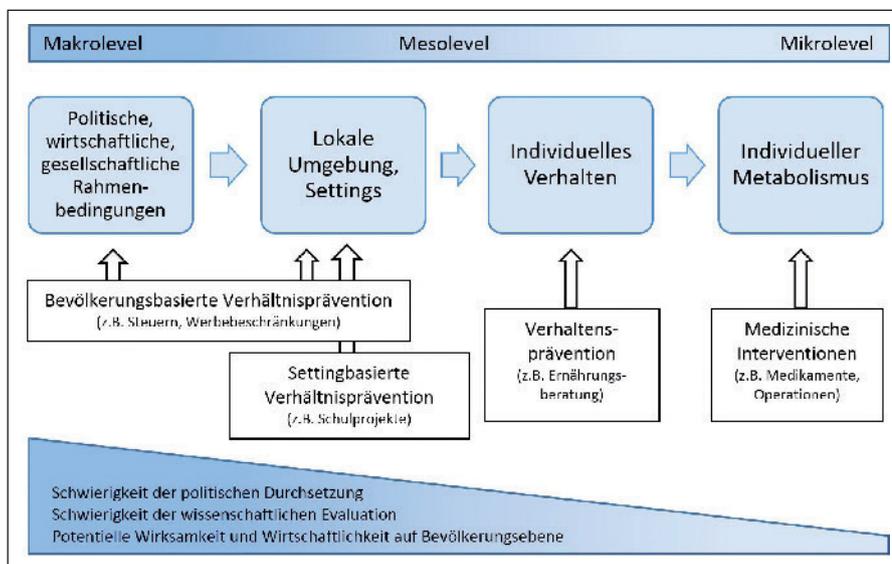


Abb. 1 Ansatzpunkte von Verhaltens- und Verhältnisprävention in der Prävention von Adipositas und Diabetes mellitus (Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage von [12])

Prävention von Adipositas und Diabetes mellitus

Verhältnisprävention

Gesundheitspolitische Empfehlungen für die Prävention von Adipositas und Diabetes mellitus wurden von verschiedenen internationalen Fachorganisationen erarbeitet, so etwa der International Diabetes Federation (13), der World Obesity Federation (14) und der Weltgesundheitsorganisation (15). Auf Grundlage dieser Empfehlungen sowie der nationalen Evidenzlage hat die Deutsche Allianz Nichtübertragbare Krankheiten (DANK) – ein Zusammenschluss von 21 wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften, Berufsverbänden und Forschungseinrichtungen – prioritäre Handlungsfelder für die Stärkung der Ver-

hältnisprävention in Deutschland identifiziert (16). Von diesen beziehen sich fünf auf die Förderung von gesunder Ernährung und körperlicher Aktivität und sind damit von besonderer Bedeutung für die Prävention von Adipositas und Diabetes mellitus (► Tab. 1). Dieser Maßnahmenkatalog erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern stellt eine bewusste Auswahl an Maßnahmen dar, für welche die Evidenzlage und die Umsetzungsaussichten vergleichsweise gut sind, und bezüglich derer in Deutschland besonders großer Nachholbedarf besteht.

Verhaltensprävention

Auch für den Bereich der Verhaltensprävention liegen nationale und internationale Empfehlungen vor (13). Einen besonderen Stellenwert haben verhaltenspräventive Ansätze in der Sekundärprävention. Ziel der Sekundärprävention ist es, den Ausbruch oder das Fortschreiten der Krankheit bei Personen mit entsprechenden Risikofaktoren oder bereits bestehendem Vollbild von Adipositas und Diabetes mellitus zu verhindern. Empfohlen wird, dass solche PatientInnen eine Lebensstilberatung erhalten, und ihnen die Teilnahme an multimodalen Lebensstilmodifikationsprogrammen ermöglicht wird (13). Die Einführung der Disease Management Programme (DMPs) im Jahr 2002 hat neue Möglichkeiten geschaffen, entsprechende Angebote als Regelleistung in die Routineversorgung zu integrieren. Doch auch hier besteht weiterhin Verbesserungspotential. Die Einführung eines DMPs für Adipositas sowie eines Adipositas-Moduls innerhalb des DMPs Diabetes mellitus Typ 2 wurde im Jahr 2014 vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) mit der Begründung abgelehnt, dass die Evidenzlage insbesondere hinsichtlich der langfristigen Wirkungen auf harte Endpunkte, wie die kardiovaskuläre Morbidität und Mortalität, aktuell noch unzureichend sei (17, 18). In neueren Studien konnten jedoch positive Effekte von Lebensstilinterventionen auf die genannten Endpunkte gezeigt werden (19). Auch beim Diabetes mellitus Typ 2 sind in Deutschland die Möglichkeiten der Verhaltensprävention noch nicht ausgeschöpft. So ist die Effektivität und Kosteneffektivität

Tab. 1 Kernforderungen von DANK für die Förderung gesunder Ernährung und körperlicher Aktivität durch Verhältnisprävention (16)

Gesundheitsfördernde Mehrwertsteuerreform (niedrigere Besteuerung von Lebensmitteln mit niedrigem Fett-, Zucker- und Salzanteil; zugleich Steuererhöhung für Lebensmittel mit hohem Gehalt an Fett, Zucker und Salz)
Verbindliche Umsetzung der Qualitätsstandards der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE):
<ul style="list-style-type: none"> • Ausgewogene, abwechslungsreiche Hauptmahlzeiten für die Verpflegung in Kindertagesstätten und Schulen • Kein Verkauf von Süßigkeiten, Knabberartikeln und Süßgetränken und Aufstellung von Wasserspendern in Kindertagesstätten und Schulen • Verbindliche Umsetzung von DGE-Qualitätsstandards in anderen Einrichtungen, beispielsweise Betriebe, Krankenhäuser sowie Alten- und Pflegeheime
Verbot von an Kinder gerichteter Werbung für ungesunde Lebensmittel und Getränke
Verbraucherfreundliche Nährwertkennzeichnung mit Farbcodierung auf der Vorderseite der Verpackung
Stärkung des Sports und der Bewegung in Kindertagesstätten und Schulen
<ul style="list-style-type: none"> • Täglich mindestens eine Stunde körperliche Bewegung und Schaffung niederschwelliger Bewegungsangebote in Kindertagesstätten und Schulen • Qualifizierung von LehrerInnen und ErzieherInnen zur Bewegungsförderung

von Lebensstilinterventionsprogrammen für Personen mit erhöhtem Diabetesrisiko mittlerweile gut belegt (19, 20). In einigen Ländern, wie etwa den USA oder Großbritannien, sind derartige Programme auch bereits in die Routineversorgung eingegangen (21, 22).

Aktuelle Evidenzlage

Allgemein hat sich die Evidenzlage zur Wirksamkeit der genannten verhältnis- und verhaltenspräventiven Maßnahmen zuletzt deutlich verbessert. Dennoch besteht weiterhin Forschungsbedarf, vor allem hinsichtlich der Übertragbarkeit von internationalen Erfahrungen, der langfristigen Wirkungen, der Skalierung von verhältnispräventiven Ansätzen auf Bevölkerungsebene und der Integration von verhaltenspräventiven Maßnahmen in die Regelversorgung. Viele dieser Fragen können nur begleitend zur Implementierung hinreichend zuverlässig untersucht werden. Daher sollte die noch verbesserungsfähige Evidenzlage nicht als Vorwand für Nichtstun dienen. Vielmehr gilt es, die Umsetzung entsprechender Maßnahmen mit methodisch zuverlässigen wissenschaftlichen Evaluationen zu begleiten, um im Verlauf Anpassungen vornehmen zu können. Hierfür gibt es internationale Vorbilder, wie zum Beispiel das NEXTD-2-Programm in den USA, das auch Impulse für die For-

schungsförderung in Deutschland setzen könnte (23). Die wichtigsten Hemmnisse auf dem Weg zu einer wirksameren Prävention von Adipositas und Diabetes mellitus können daher im Bereich der politischen Durchsetzung und breitenwirksamen Umsetzung gesehen werden (24).

Prävention: Politische Entwicklungen in Deutschland

Insgesamt hat Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland zuletzt vermehrt politische Aufmerksamkeit erfahren (25). Zu nennen sind in diesem Zusammenhang unter anderem das 2015 verabschiedete Präventionsgesetz, der vom Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft lancierte Vorschlag der Einführung eines Schulfachs Ernährung (26) und die Vorbereitung einer nationalen Strategie zur Reduktion von Zucker, Fetten und Salz in Fertigprodukten (27). Die im aktuellen Bundestag vertretenen Parteien sprachen sich in ihren Wahlprogrammen alle für präventionsrelevante Maßnahmen aus, wenn auch in deutlich unterschiedlichem Maße und mit unterschiedlichen Schwerpunkten (25). Einige von diesen Forderungen haben Eingang in den am 14. März 2018 zwischen CDU, CSU und SPD geschlossenen Koalitionsvertrag gefunden, der die Pläne der Bundesregierung für die

aktuelle Legislaturperiode festschreibt (► Tab. 2) (28, 29).

Positiv fällt auf, dass Adipositas und Diabetes mellitus im Koalitionsvertrag explizit als wichtige gesundheitspolitische Handlungsfelder genannt und eine Reihe konkreter Maßnahmen zur Förderung gesunder Ernährung und körperlicher Aktivität angekündigt werden (30).

So verspricht die Bundesregierung zum Beispiel die Weiterentwicklung des Nährwertkennzeichnungssystems für verpackte und verarbeitete Lebensmittel, wobei dieses den Nährwertgehalt vereinfacht visualisieren soll. Diese Spezifizierung – im Koalitionsvertrag durch den Einschub „gegebenenfalls“ relativiert – ist von besonderer Bedeutung. Die bisherigen Erfahrungen zeigen deutlich, dass Lebensmittelkennzeichnungen dann effektiv sind, wenn sie

die ernährungsphysiologische Wertigkeit klar und intuitiv verständlich darstellen, z.B. durch eine Farbcodierung oder andere geeignete Symbole (31). Die Nationalen Akademien der Wissenschaften der USA haben auf Grundlage der bestehenden Evidenz Empfehlungen zur Ausgestaltung von Nährwertkennzeichnungen auf Lebensmitteln und Getränken erarbeitet. Empfehlenswerte Systeme sollten die folgenden Kriterien erfüllen:

- Lokalisation auf der Vorderseite von Verpackungen;
- Nutzung einfach zu verstehender graphischer Symbole;
- Angabe der ernährungsphysiologischen Wertigkeit auf einer einzelnen Ordinalskala;
- Nutzung eines universellen Systems für alle Lebensmittel und Getränke;

- sowie die Kontrolle und Weiterentwicklung der Bewertungskriterien und der Anwendung des Systems durch eine unabhängige, vertrauenswürdige Stelle (31).

Es bleibt zu hoffen, dass diese Empfehlungen bei der Umsetzung des Vorhabens durch die Bundesregierung Berücksichtigung finden. Ein Beispiel für ein System, das die genannten Kriterien erfüllt, ist der sogenannte Nutri-Score. Dieser wurde 2017 in Frankreich eingeführt, allerdings bislang nur auf freiwilliger Basis (32).

Positiv ist auch, dass die Bundesregierung die Bundesländer dabei unterstützen möchte, die Standards der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) für die Gemeinschaftsverpflegung flächendeckend als Mindeststandards für Schul- und Kita-

Tab. 2 Aussagen des im März 2018 zwischen CDU, CSU und SPD geschlossenen Koalitionsvertrags zur Prävention von Adipositas und Diabetes mellitus (Auswahl, Quelle: [29], basierend auf [28])

Prävention von Adipositas und Diabetes mellitus im Allgemeinen	Seite
„Weitere Schwerpunkte werden in der Prävention chronischer Erkrankungen, insbesondere in der Entwicklung einer nationalen Strategie zur Reduzierung von Übergewicht vor allem bei Kindern und Jugendlichen liegen.“	100
„Wir wollen gezielt Volkskrankheiten (...) bekämpfen. Dabei betonen wir die nationale Diabetesstrategie. Wir werden die Disease-Management-Programme weiter stärken (...).“	97
Förderung gesunder Ernährung	
„Wir wollen vom Acker bis zum Teller einen gesundheitserhaltenden (...) Lebensstil fördern, ernährungsmittbedingte Krankheiten bekämpfen und den gesundheitlichen Verbraucherschutz stärken.“	14, 89
„Wir wollen eine Bündelung und Verstärkung der Forschungsaktivitäten im Bereich gesunde Ernährung.“	91
„Der bewährte Aktionsplan „In FORM“ soll auf Grundlage der laufenden Evaluierung mit dem Fokus auf die ersten 1000 Tage im Leben und die besonderen Bedürfnisse von Kindern sowie Seniorinnen und Senioren weiterentwickelt werden.“	89
„Der Ernährungsbildung messen wir großen Wert bei“	89
„An Kinder gerichtete Werbung bedarf der kritischen Beobachtung. Wir unterstützen die EU-Kommission bei der Umsetzung der „Audiovisuellen Mediendienste Richtlinie“, damit auf europäischer Ebene Verhaltensregeln umgesetzt werden, die einen verantwortlichen Umgang der Wirtschaft mit an Kinder gerichteter Werbung beinhalten.“	91
„Transparenz und Information für Verbraucherinnen und Verbraucher soll durch eine verständliche und vergleichbare Lebensmittelkennzeichnung gewährleistet werden (...). Wir werden das Nährwertkennzeichnungssystem für verarbeitete und verpackte Lebensmittel weiterentwickeln, indem das Verhältnis zur Referenzzahl gegebenenfalls vereinfacht visualisiert wird.“	14, 89–90
„Für die Nationale Reduktionsstrategie für Zucker, Fett und Salz in Fertigprodukten werden wir 2018 gemeinsam mit den Beteiligten ein Konzept erarbeiten, und dies mit wissenschaftlich fundierten, verbindlichen Zielmarken und einem konkreten Zeitplan versehen.“	89
„Lebensmittel haben ihren Wert und sollten nicht als Lockangebote verkauft werden.“	89
„Der Bund unterstützt die Länder, damit die Standards der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) als Mindeststandards flächendeckend in Schulen, Kitas und in der Gemeinschaftsverpflegung eingeführt werden.“	90
Förderung von körperlicher Aktivität	
„Neben der wichtigen Aufgabe des Breitensports werden wir die beschlossene Reform der Förderung des Leistungssports mit allen Beteiligten umsetzen und wollen dafür deutlich mehr Mittel bereitstellen.“	136
„Wir wollen die Mittel für den Radverkehr als Testlauf aufstocken. Wir wollen damit in den Radwegebau investieren und die gesetzliche Grundlage schaffen, damit die Radwege unabhängig vom Verlauf der Bundesstraßen geführt werden können. (...) Wir wollen den Nationalen Radverkehrsplan 2020 fortschreiben. (...)“	121–122

essen einzuführen. Tatsächlich fällt die Schul- und Kitaverpflegung in den Zuständigkeitsbereich der Bundesländer, was deren Bedeutung in der Präventionspolitik verdeutlicht. Bislang haben nur zwei Bundesländer – Berlin und das Saarland – die DGE-Qualitätsstandards für Ganztagschulen verpflichtend gemacht (33). Entsprechend unbefriedigend ist die Lage in den restlichen Ländern. Die letzte, 2014 durchgeführte, bundesweite Erhebung zeigte, dass nur 14% aller Kitas die DGE-Qualitätsstandards umsetzen, und nur die Hälfte aller Schulen mit Gemeinschaftsverpflegung die Qualitätsstandards kennt, wovon wiederum nur die Hälfte die Standards auch umsetzt (33). Die Empfehlung, täglich Gemüse als Teil der Mittagsverpflegung anzubieten, wird nur von zwei Drittel aller Schulen eingehalten; die Anforderung, an mindestens zwei Tagen pro Woche Salat oder Rohkost anzubieten, wird sogar nur von der Hälfte aller Schulen erfüllt (33). Es ist daher höchste Zeit, dass alle Bundesländer dem Vorbild von Berlin und dem Saarland folgen, und die DGE-Qualitätsstandards als verpflichtenden Mindeststandard definieren sowie die nötigen Mittel für die Umsetzung bereitstellen.

Begrüßenswert ist zudem, dass die Bundesregierung die Mittel für den Radwegebau aufstocken möchte. Ansonsten finden sich im Koalitionsvertrag nur relativ wenige Aussagen zur Förderung körperlicher Aktivität. Dies ist sicherlich auch dem Umstand geschuldet, dass hier den Bundesländern eine wichtige Funktion zukommt – so etwa bei der Förderung des Schulsports. Eine wichtige Rolle spielen auch die Kommunen. Bei der Schaffung bewegungsfreundlicher Gemeinden – etwa durch die Anlage von Grünflächen und Fußgängerzonen und der Förderung des Fahrradverkehrs – sind lokale Initiativen von besonderer Bedeutung. So gelang es zum Beispiel in Berlin der Initiative „Volksentscheid Fahrrad“, innerhalb kurzer Zeit mehr als 100 000 Unterschriften für ein fahrradfreundliches Mobilitätsgesetz zu sammeln, welches im Juni 2018 verabschiedet wurde (34).

Bezüglich der Nationalen Reduktionsstrategie für Zucker, Fett und Salz in Fertigprodukten sieht der Koalitionsvertrag vor, dass die Bundesregierung bereits im Verlauf des Jahres 2018 „gemeinsam mit den

Beteiligten ein Konzept erarbeite[t], und dies[es] mit wissenschaftlich fundierten, verbindlichen Zielmarken und einem konkreten Zeitplan versehen [wird].“ Die Verfahren für die Vorbereitung der Strategie während der vergangenen Legislaturperiode waren als intransparent und einseitig industrienah kritisiert worden (27). So hatte das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft insgesamt 17 Fachkonsultationen mit Interessengruppen durchgeführt, an denen ausschließlich VertreterInnen der Zucker-, Lebensmittel- und Getränkeindustrie beteiligt wurden (27). Zudem wurde das Vorlegen der Strategie, das ursprünglich für 2016 geplant war, mehrfach verschoben. Vor diesem Hintergrund ist es erfreulich, dass die Bundesregierung nun einen ambitionierten Zeitplan sowie wissenschaftlich fundierte und verbindliche Zielmarken angekündigt hat. Die bisherigen Erfahrungen zeigen jedoch, dass solche Versprechen nicht immer eingehalten werden. Die Fachgemeinschaft sollte daher auf eine angemessene Beteiligung pochen, und den Prozess weiter kritisch beobachten (35).

Neben diesen teils nur als Absichtserklärungen formulierten Zielen fallen im Koalitionsvertrag auch eine Reihe von wichtigen Leerstellen auf: So findet zum Beispiel die Nutzung fiskalischer Instrumente für gesundheitliche Zwecke keinerlei Erwähnung. Bereits wenige Tage nach ihrem Amtsantritt bekräftigte die neue Bundesministerin für Ernährung und Landwirtschaft, Julia Klöckner (CDU), ihre Ablehnung einer höheren Besteuerung von Zucker und anderen ungesunden Lebensmitteln und Lebensmittelbestandteilen, und begründete dies – in scheinbarer Unkenntnis der wissenschaftlichen Evidenzlage – mit den fehlenden Wirkungen von Steuern auf das Ernährungsverhalten (36). Tatsächlich zählen Steuern zu den wirksamsten präventionspolitischen Maßnahmen und können zudem entsprechend dem Verursacherprinzip dazu beitragen, Gesundheitskosten zu finanzieren, wie internationale Erfahrungen zeigen (37). Für Deutschland zeigte eine kürzlich publizierte Modellrechnung, dass eine Anpassung des Mehrwertsteuersatzes auf Lebensmittel entsprechend der ernährungsphysiologischen Wertigkeit der jeweiligen Lebensmit-

telgruppe wesentlich zur Förderung gesünderer Ernährungsmuster beitragen könnte (38). Das jüngste Beispiel einer entsprechenden Steuer auf den Zuckeranteil in Süßgetränken kommt aus England (39). Interessanterweise verfolgt man hier durch die mit dem Zuckergehalt pro Milliliter gestaffelte Steuer zwei Ziele: Erstens sollten KonsumentInnen dazu bewegt werden, Alternativen mit geringerem Zuckergehalt oder kleinere Packungsgrößen zu kaufen. Zweitens sollten Unternehmen den Zuckergehalt in den Getränken reduzieren. Da die Steuer erst zum 1. April 2018 eingeführt wurde, stehen verlässliche Bewertungen hinsichtlich des ersten Ziels aktuell noch aus. Im Hinblick auf das zweite Ziel ist festzustellen, dass viele Hersteller den Zuckergehalt ihrer Produkte bereits im Zeitraum zwischen der Ankündigung und der Einführung der Steuer reduzierten (39).

Zudem sind viele der präventionspolitischen Aussagen des Koalitionsvertrags vage formuliert, und die Umsetzung der entsprechenden Maßnahmen daher keinesfalls garantiert. Auch scheint die Bundesregierung in einigen Fällen zwar den bestehenden Handlungsbedarf erkannt zu haben, aber auf ungeeignete Instrumente zu setzen. So erklärt die Bundesregierung ihre Absicht, an Kinder gerichtete Werbung kritisch zu beobachten. Als konkrete Maßnahme wird jedoch nur die Unterstützung der EU-Kommission bei der Umsetzung der Audiovisuellen Mediendienstrichtlinie genannt, welche auf freiwillige Selbstverpflichtungen der Industrie baut (40). In einigen Bereichen, wie zum Beispiel der Salzreduktion, haben sich Selbstverpflichtungen und freiwillige Initiativen von Unternehmen als hilfreich erwiesen, wenn auch nur in begrenztem Umfang (41). Für die Regulierung der an Kinder gerichteten Werbung gilt dies jedoch nicht. Im Rahmen des sogenannten „EU-Pledges“ verpflichteten sich 2007 führende Lebensmittelhersteller, nur Lebensmittel gegenüber Kindern zu bewerben, die bestimmte WHO-Nährwertkriterien erfüllen. Tatsächlich erfüllten auch fünf Jahre später, im Jahr 2012, nur 10% aller Lebensmittel, die von den teilnehmenden Unternehmen gegenüber Kindern beworben wurden, die genannten Kriterien (42). Hier sollte die

Bundesregierung daher nachbessern, und auf verbindliche Regeln setzen.

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass zuletzt zwar Schritte in die richtige Richtung und vielversprechende Ankündigungen zu verzeichnen waren, aber weiterhin großer Nachholbedarf besteht.

Fazit und Ausblick

Die Prävention von Adipositas und Diabetes mellitus ist eine der großen gesundheitspolitischen Herausforderungen der Gegenwart. Insgesamt liegt bereits gute Evidenz für die Wirksamkeit verschiedener verhältnis- und verhaltenspräventiver Ansätze vor, auch wenn weiter relevante Forschungslücken bestehen. Die entscheidenden Hemmnisse für bessere Präventionspolitik sind daher im Bereich der Durch- und Umsetzung sowie der parallelen rigorosen Evaluation der Maßnahmen zu sehen. Eine solide wissenschaftliche Evidenzlage ist eine zentrale Voraussetzung für die Formulierung erfolgsversprechender politischer Maßnahmen. Das Beispiel der Umweltbewegung zeigt jedoch, dass wissenschaftliche Evidenz alleine in pluralistischen, demokratischen Systemen in der Regel nicht ausreicht, um politisches Handeln anzustoßen (43). Eine zentrale Rolle kommt auch der Öffentlichkeits-, Medien-, Lobby- und Kampagnenarbeit von Fachorganisationen, zivilgesellschaftlichen Organisationen, Bürgerinitiativen und Einzelpersonen zu, auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene (43). Dies zeigte sich zum Beispiel im Fall der weltweit ersten Steuer auf gesättigte Fette, die 2011 in Dänemark eingeführt wurde. Massive Lobbyanstrengungen der Industrie, ein nur geringes Engagement der medizinischen und wissenschaftlichen Fachgemeinschaft sowie die Fokussierung der Politik auf fiskalische Aspekte führten zur Rücknahme der Steuer nach nur 15 Monaten (44).

Sich mit Sachverstand und Weitblick in die Politik einzubringen ist daher, neben der Produktion wissenschaftlicher Evidenz, eine wichtige Aufgabe der wissenschaftlich-medizinischen Fachgemeinschaft. Die präventionspolitischen Aktivitäten der Deutschen Allianz Nichtübertragbare Krankheiten (DANK) und ihrer Mitglieds-

organisationen – darunter der Deutschen Diabetes Gesellschaft und der Deutschen Adipositas Gesellschaft – sind hier als positives Beispiel zu nennen. Es bestehen verschiedene Optionen, auf das bereits Erreichte aufzubauen und die Rolle der Fachgemeinschaft in der Präventionspolitik weiter zu stärken. So könnte die Handlungsfähigkeit von DANK durch die Schaffung von festeren Organisationsstrukturen ausgebaut werden. Vorbild hierfür könnte das UK Health Forum sein, das ähnlich wie DANK von medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften getragen wird, über ein rund 20-köpfiges Team von Experten für Politikanalyse, -entwicklung, -beratung und -kommunikation verfügt und sich auf dieser Grundlage umfassend und hoch professionell in die britische Präventionspolitik einbringt (45). Darüber hinaus sollte auch die Bedeutung des Engagements von Einzelpersonen in Organisationen, wie zum Beispiel Bürgerinitiativen, politischen Parteien und Fachorganisationen, nicht unterschätzt werden. Zusammengefasst können solche Aktivitäten helfen, wissenschaftliche Erkenntnis in politisches Handeln zu übersetzen, und einer wirksamen Prävention von Adipositas und Diabetes mellitus zur Umsetzung zu verhelfen.

Interessenkonflikte

PvP ist Mitglied der FDP und JMS ist Mitglied der SPD. JMS ist auf einer vom Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit finanzierten Stelle beschäftigt. Die Autoren geben an, dass keine sonstigen Interessenkonflikte bestehen. Die in der vorliegenden Arbeit geäußerten Ansichten sind die der Autoren, und entsprechen nicht notwendigerweise den Positionen ihrer Parteien oder Arbeitgeber.

Literatur

1. NCDRisk Collaborators. Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19.2 million participants. *The Lancet* 2016; 387: 1377–96.
2. NCDRisk Collaborators. Worldwide trends in diabetes since 1980: a pooled analysis of 751 population-based studies with 44 million participants. *The Lancet* 2016; 387: 1513–30.

3. Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD Compare 2018. Available from: <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>.
4. Guindo LA, Wagner M, Baltussen R, Rindress D, van Til J, Kind P, et al. From efficacy to equity: Literature review of decision criteria for resource allocation and healthcare decisionmaking. *Cost effectiveness and resource allocation* 2012; 10: 9.
5. Spahlholz J, Baer N, König HH, Riedel-Heller SG, Luck-Sikorski C. Obesity and discrimination – a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Obesity Reviews* 2016; 17: 43–55.
6. ten Have M, de Beaufort ID, Teixeira PJ, Mackenbach JP, van der Heide A. Ethics and prevention of overweight and obesity: an inventory. *Obesity Reviews* 2011; 12: 669–79.
7. Krebs K, Unwin J. Public health: ethical issues. London: Nuffield Council on Bioethics 2007.
8. Asaria M, Griffin S, Cookson R, Whyte S, Tappenden P. Distributional cost-effectiveness analysis of health care programmes – a methodological case study of the UK Bowel Cancer Screening Programme. *Health Economics* 2015; 24: 742–54.
9. Samson AL, Schokkaert E, Thebaut C, Dormont B, Fleurbaey M, Luchini S, et al. Fairness in cost-benefit analysis: A methodology for health technology assessment. *Health Economics* 2018; 27: 102–14.
10. Alonso-Coello P, Schünemann HJ, Moberg J, Brignardello-Petersen R, Akl EA, Davoli M, et al. GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks: a systematic and transparent approach to making well informed healthcare choices. *BMJ* 2016; 353.
11. Rehfuess E, Stratil J, Scheel I, Portel A, Norris S, Baltussen R. The WHO-INTEGRATE evidence to decision framework version 1.0: Integrating WHO norms and values and a complexity perspective. *BMJ Global Health* 2018.
12. Swinburn BA, Sacks G, Hall KD, McPherson K, Finegood DT, Moodie ML, et al. The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments. *The Lancet* 2011; 378: 804–14.
13. International Diabetes Federation. Cost-effective solutions for the prevention of type 2 diabetes. Available from: www.idf.org/preventiontype2diabetes.
14. World Obesity and Consumers International. Recommendations towards a Global Convention to protect and promote healthy diets. Available from: www.worldobesity.org/what-we-do/policy-prevention/advocacy/global-convention/
15. WHO EURO. Action Plan for implementation of the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2012–2016. Copenhagen 2012.
16. Schaller K, Effertz T, Gerlach S, Grabfelder M, Müller MJ. Prävention nichtübertragbarer Krankheiten – eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Available from: www.dank-allianz.de/files/content/dokumente/DANK-Grundsatzpapier_ES.pdf
17. G-BA. Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses zur DMP-Anforderungen-Richtlinie: Nichtaufnahme eines Moduls Adipositas. Berlin: Gemeinsamer Bundesausschuss.
18. Deutsche Adipositas Gesellschaft. Antrag für ein neues strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP): Adipositas.

19. Li G, Zhang P, Wang J, An Y, Gong Q, Gregg EW, et al. Cardiovascular mortality, all-cause mortality, and diabetes incidence after lifestyle intervention for people with impaired glucose tolerance in the Da Qing Diabetes Prevention Study: a 23-year follow-up study. *Lancet Diabetes Endocrinology* 2014; 2: 474–80.
20. The Diabetes Prevention Program Research Group. The 10-year cost-effectiveness of lifestyle intervention or metformin for diabetes prevention: an intent-to-treat analysis of the DPP/DPPOS. *Diabetes Care* 2012; 35: 723–30.
21. Albright A. The National Diabetes Prevention Program: From Research to Reality. *Diabetes care & education newsletter* 2012; 33: 4–7.
22. Torjesen I. NHS England rolls out world's first national diabetes prevention programme. *BMJ* 2016; 352.
23. Center for Disease Control and Prevention. Health Policy and Health Services Study – Natural Experiments for Translation in Diabetes 2.0 (NEXTD-2) Study. Available from: www.cdc.gov/diabetes/research/health.html.
24. Roberto CA, Swinburn B, Hawkes C, Huang TTK, Costa SA, Ashe M, et al. Patchy progress on obesity prevention: emerging examples, entrenched barriers, and new thinking. *The Lancet* 2015; 385: 2400–9.
25. von Philipsborn P, Stratil J, Schwettmann L, Laxy M, Rehfuess EA, Hauner H. Nichtübertragbare Krankheiten: Der Stellenwert der Prävention in der Politik. *Dtsch Arztebl International* 2017; 114: 1700.
26. Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft. Grünbuch Ernährung, Landwirtschaft, Ländliche Räume. Available from: www.bmel.de/DE/Ministerium/Gruenbuch/gruenbuch_node.html.
27. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Nicole Maisch, Harald Ebner, Friedrich Ostendorff, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: Reformulierungsstrategie in Deutschland – Aktueller Stand und weiteres Vorgehen der Bundesregierung. Available from: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/127/1812791.pdf>.
28. CDU/CSU/SPD. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. 19. Legislaturperiode. Available from: www.bundesregierung.de/Content/DE/_Anlagen/2018/03/2018-03-14-koalitionsvertrag.pdf.
29. von Philipsborn P, Drees S, Geffert K, Krisam M, Nohl-Deryk P, Stratil JM. Prävention und Gesundheitsförderung im Koalitionsvertrag: Eine qualitative Analyse. *Das Gesundheitswesen* 2018; Im Druck.
30. Deutsche Adipositas Gesellschaft. Adipositas-Gesellschaft bekräftigt Forderung nach Nationalem Adipositasplan: Koalitionsvertrag bietet gute, aber unzureichende Ansätze. Available from: www.adipositas-gesellschaft.de/index.php?id=400
31. US National Academies. Front-of-Package Nutrition Rating Systems and Symbols: Promoting Healthier Choices. Available from: www.nap.edu/download/13221
32. Julia C, Hercberg S. Nutri-Score: Evidence of the effectiveness of the French front-of-pack nutrition label. *Ernährungs Umschau* 2017; 64: 181–7.
33. DANK. Bundesländer lehnen verpflichtende Qualitätsstandards für Kita- und Schulverpflegung ab. Available from: www.dank-allianz.de/nachricht/185.html.
34. Gustav T. Berliner Mobilitätsgesetz: Freie Fahrt für Fahrradfahrer. *Frankfurter Allgemeine Zeitung* 2018.
35. diabetesDE. Nationale Reduktionsstrategie 2016, Stand 14.03.2016. Available from: hwww.diabetesde.org/system/files/documents/positionspapier_diabetesde_nationale_reduktionsstrategie_14.03.2016.pdf.
36. Spiegel Online. Klöckner gegen Zuckersteuer: „Eine ausgewogene Ernährung ist keine Frage des Geldbeutels“. Available from: www.spiegel.de/politik/deutschland/ernaehrungsministerin-julia-kloeckner-weist-zuckersteuer-forderung-zurueck-a-1206428.html.
37. Marten R, Kadandale S, Butler J, Aguayo VM, Axelrod S, Banatvala N, et al. Sugar, tobacco, and alcohol taxes to achieve the SDGs. *The Lancet* 2018; 391:2400–1.
38. Effertz T. Die Auswirkungen der Besteuerung von Lebensmitteln auf Ernährungsverhalten, Körpergewicht und Gesundheitskosten in Deutschland. Available from: www.dank-allianz.de/files/content/nachrichten/nachrichten-dank/2017/Pressemeldungen/05_Zucker_Fett_Steuer_Deutschland_Endbericht_Stand_06112017.pdf.
39. BBC. Soft drink sugar tax starts, but will it work? Available from: <https://www.bbc.co.uk/news/health-43659124>.
40. EU-Kommission. M2 RICHTLINIE 89/552/EWG DES EUROPÄISCHEN PARLAMENTS UND DES RATES zur Koordinierung bestimmter Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten über die Bereitstellung audiovisueller Mediendienste (Richtlinie über audiovisuelle Mediendienste), Fassung vom 19.12.2007. Available from: www.br.de/unternehmen/inhalt/organisation/eu-richtlinie-ueber-audiovisuelle-mediendienste-100.html.
41. Reeve B, Magnusson R. Food reformulation and the (neo)-liberal state: New strategies for strengthening voluntary salt reduction programs in the UK and USA. *Public Health*. 2015; 129: 351–63.
42. Huizinga O, Kruse M. Food industry self-regulation scheme “EU Pledge” cannot prevent the marketing of unhealthy foods to children. *Obesity Medicine* 2016; 1: 24–8.
43. Cairney P. *The Politics of Evidence-based Policy-making*. London: Palgrave; 2015.
44. Bødker M, Pisinger C, Toft U, Jørgensen T. The rise and fall of the world's first fat tax. *Health Policy* 2015; 119: 737–742.
45. UK Health Forum. About the UK Health Forum. Available from: www.ukhealthforum.org.uk/who-we-are/.