



DANK
Deutsche Allianz
Nichtübertragbare
Krankheiten

Prävention nichtübertragbarer Krankheiten – eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe

Grundsatzpapier der Deutschen Allianz Nichtübertragbare Krankheiten (DANK)

Autoren

Dr. Katrin Schaller | Deutsches Krebsforschungszentrum

PD Dr. Tobias Effertz | Universität Hamburg

Dr. Stefanie Gerlach | diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe

Mark Grabfelder | Deutsche Hochdruckliga e. V.

Prof. Dr. Manfred J. Müller | Kompetenznetz Adipositas

Für die Deutsche Allianz Nichtübertragbare Krankheiten

Herausgeber

Deutsche Allianz Nichtübertragbare Krankheiten (DANK)

Sprecher | Dr. Dietrich Garlich

c/o Deutsche Diabetes Gesellschaft

Albrechtstraße 9 | 10117 Berlin

Telefon | 00 49 (0)30 3 11 69 37 - 0

Telefax | 00 49 (0)30 3 11 69 37 - 20

E-Mail | info@dank-allianz.de

www.dank-allianz.de

Gestaltung, Layout, Satz

Susanne Appelhanz, Liane Haug | www.heychange.de

© 2016 DANK



DANK
Deutsche Allianz
Nichtübertragbare
Krankheiten

Inhalt

Nichtübertragbare Krankheiten und ihre Risikofaktoren	4
Weltweite und europäische Strategien zur Prävention von nichtübertragbaren Krankheiten.....	5
Deutsche Allianz Nichtübertragbare Krankheiten (DANK)	6
Ziele zur Eindämmung nichtübertragbarer Krankheiten in Deutschland und Maßnahmen zu deren wirksamer Umsetzung.....	6
Reduzierung des Tabakkonsums	6
Reduzierung des schädlichen Alkoholkonsums	9
Förderung einer gesunden Ernährung	10
Steigerung der körperlichen Aktivität.....	13
Fazit.....	14
Literatur.....	15

Prävention nichtübertragbarer Krankheiten – eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe

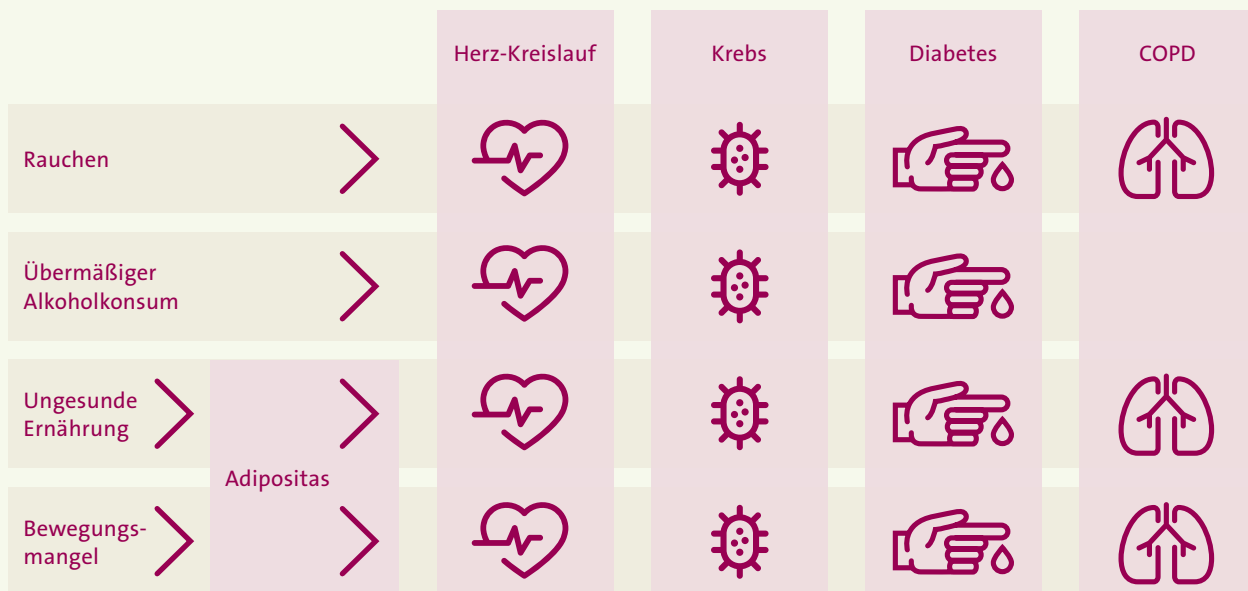
Nichtübertragbare Krankheiten (Noncommunicable diseases, NCD) sind weltweit Todesursache Nummer Eins. In Deutschland sind jährlich rund zwei Drittel aller Todesfälle darauf zurückzuführen⁶⁰. Die vier wichtigsten nichtübertragbaren Krankheiten sind nach Einschätzung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Typ-2-Diabetes und chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)^{25,68,76}.

So unterschiedlich die nichtübertragbaren Krankheiten sind, so haben sie doch gemeinsame Risikofaktoren, die mit dem Lebensstil zusammenhängen und daher grundsätzlich vermeidbar sind: Rauchen, hoher Alko-

holkonsum, ausgeprägtes Übergewicht (Adipositas), ungesunde Ernährung und Bewegungsmangel^{25,76} begünstigen das Entstehen dieser Krankheiten. (Abb. 1)

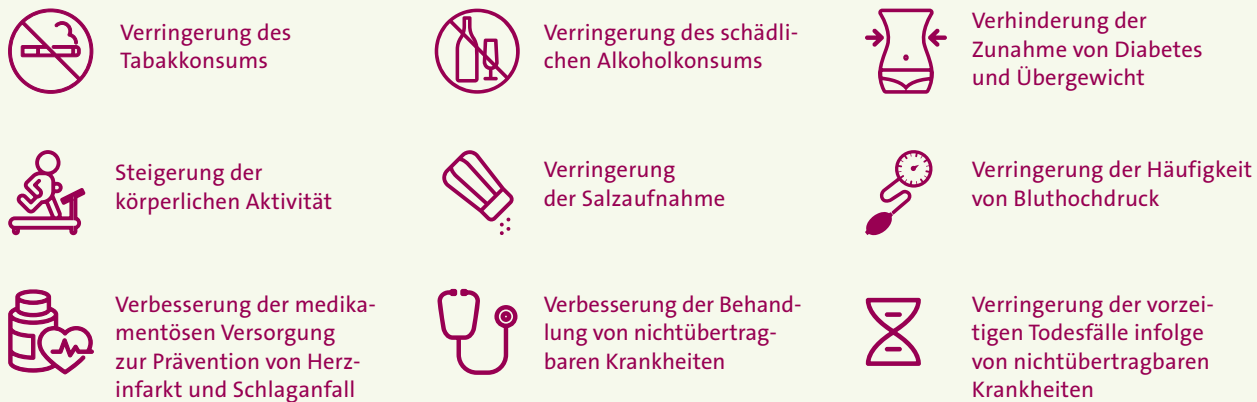
Nichtübertragbare Krankheiten beeinträchtigen in hohem Maße die Lebensqualität und die Lebenserwartung der Betroffenen. Sie verursachen nicht nur großes menschliches Leid, sondern auch hohe Belastungen für die Sozialsysteme und damit für die Gesamtgesellschaft. Schätzungen zufolge entfallen in Deutschland auf durch Rauchen verursachte Erkrankungen jährlich 78 Milliarden Euro, auf alkoholbedingte Erkrankungen 39 Milliarden Euro und Folgeerkrankungen von Adipositas 63 Milliarden Euro²⁴.

ABBILDUNG 1: RISIKOFAKTOREN UND NICHTÜBERTRAGBARE KRANKHEITEN.



Grafik verändert aus WHO Infographic: Together we can prevent and control the world's most common diseases, WHO 2014⁷⁸

**ABBILDUNG 2: GLOBALER AKTIONSPLAN DER WHO GEGEN NICHTÜBERTRAGBARE KRANKHEITEN:
NEUN FREIWILLIGE ZIELE BIS 2025**



Grafikelemente aus der Veröffentlichung WHO Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020.⁷⁶

Weltweite und europäische Strategien zur Prävention von nichtübertragbaren Krankheiten

Die WHO weist seit Jahren auf die Bedrohung der Weltbevölkerung durch chronische Krankheiten hin und fordert die Bekämpfung der vermeidbaren Hauptrisikofaktoren im Rahmen globaler Strategien (2003: WHO Framework Convention on Tobacco Control⁷⁰, 2004: Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health⁷¹, 2009: WHO Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol⁷³). Sie veröffentlichte im Jahr 2013 den Globalen Aktionsplan zur Prävention und Kontrolle nichtübertragbarer Krankheiten (WHO Global Action Plan for the Prevention and Control

of NCDs 2013–2020)⁷⁶. Dieser nennt neun freiwillige Ziele, mit denen Morbidität und Mortalität infolge nichtübertragbarer Krankheiten verringert werden können (Abb. 2).

Mit der Verabschiedung der Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases⁶³ der Vereinten Nationen (UN) im Jahr 2011 verpflichteten sich die Mitgliedsstaaten – auch Deutschland –, bevölkerungsweite politische Maßnahmen voranzutreiben, um die Risikofaktoren

für nichtübertragbare Krankheiten zu reduzieren⁶³. Die UN verankerten zudem die nichtübertragbaren Krankheiten in der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung: Durch Prävention und eine verbesserte Behandlung soll bis zum Jahr 2030 die vorzeitige Sterblichkeit durch nichtübertragbare Krankheiten um ein Drittel verringert werden. Weitere Entwicklungsziele sind die verstärkte Umsetzung der Framework Convention on Tobacco Control (FCTC) sowie die Prävention und Behandlung von Substanzmissbrauch einschließlich des schädlichen Alkoholkonsums.⁶⁵

Deutsche Allianz Nichtübertragbare Krankheiten (DANK)

Nach dem Vorbild der International NCD Alliance schlossen sich im Jahr 2010 neun Gesundheitsorganisationen und medizinische Fachgesellschaften zur Deutschen Allianz Nichtübertragbare Krankheiten (DANK) zusammen. Seit dem Jahr 2016 besteht DANK aus 17 Partnerorganisationen.

In Deutschland zielen die Präventionsmaßnahmen gegen nichtübertragbare Krankheiten in erster Linie darauf ab, durch Informationen und Projekte das Verhalten von Einzelpersonen und bestimmten Zielgruppen zu verändern (Verhaltensprävention). Dies hat sich als unzureichend erwiesen. Für eine nachhaltige Prävention von nichtübertragbaren Krankheiten ist es notwendig, die Verhaltensprävention um eine Verhältnisprävention mit Maßnahmen auf Bevölkerungsebene zu ergänzen, um die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen so zu verändern, dass sie einen gesunden Lebensstil – erleichtern und fördern.

DANK setzt sich dafür ein, dass in Deutschland verstärkt wirksame verhältnispräventive Maßnahmen zum Einsatz kommen. Die Allianz fokussiert dabei auf

folgende Ziele aus dem WHO Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020, da diese unter präventionspolitischen Gesichtspunkten besonders bedeutsam sind:

- 1 Reduzierung des Tabakkonsums**
- 2 Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums**
- 3 Verhinderung der Zunahme von Diabetes und Adipositas**
- 4 Steigerung der körperlichen Aktivität**

Der Nationale Aktionsplan IN FORM und das deutsche Präventionsgesetz greifen diese Themen zwar auf, bleiben aber weit hinter den Empfehlungen von UN und WHO zurück. Daher ist es notwendig, in Deutschland weitere verhältnispräventive Maßnahmen umzusetzen, um die nichtübertragbaren Krankheiten einzudämmen.

Ziele zur Eindämmung nichtübertragbarer Krankheiten in Deutschland und Maßnahmen zu deren wirksamer Umsetzung

1 Reduzierung des Tabakkonsums

Rauchen – auch das passive Einatmen von Tabakrauch (Passivrauchen) – schädigt nahezu jedes Körperorgan des Menschen und

verursacht eine Vielzahl von Erkrankungen (Abb. 3). Rauchen ist heute die Hauptursache für vorzeitigen Tod^{10,33,62}. An den Folgen des

Rauchens und des Passivrauchens sterben in Deutschland jährlich rund 121.000 Menschen – dies sind rund 13 Prozent aller Todesfälle¹⁹.

In Deutschland rauchte im Jahr 2013 etwa ein Viertel der Erwachsenen. Seit 2002 sank der Raucheranteil infolge verschiedener politischer Maßnahmen insbesondere unter Jugendlichen, in den letzten Jahren auch unter jungen Erwachsenen^{9,21,38}.

Dieser Trend zum Nichtrauchen muss durch weitere politische Maßnahmen gestützt werden.

Mit dem Rahmenübereinkommen zur Eindämmung des Tabakkonsums (FCTC) steht seit 2005 ein Katalog

evidenzbasierter Maßnahmen zur Verfügung. Deutschland hat sich mit der Ratifizierung des FCTC zu dessen Umsetzung völkerrechtlich bindend verpflichtet, ist dieser Verpflichtung bislang aber nur unzureichend nachgekommen. DANK fordert daher die

ABBILDUNG 3: DURCH RAUCHEN VERURSACHTE KRANKHEITEN UND BEEINTRÄCHTIGUNGEN.



GEHIRN

Abhängigkeit, Zerebrovaskuläre Erkrankungen (Schlaganfall)



AUGEN

Blindheit, Katarakte (grauer Star), Altersbedingte Makuladegeneration



ZÄHNE UND ZAHNHALTEAPPARAT

Parodontitis, Karies*, Versagen von Zahnimplantaten*



MAGEN/DARM

Chronisch entzündliche Darmerkrankungen*, Magengeschwür



ALLGEMEINE BEEINTRÄCHTIGUNGEN

Beeinträchtigung der Immunfunktion, Beeinträchtigung der allgemeinen Gesundheit, Beeinträchtigung von Operationserfolgen



HAUT

Vorzeitige Alterung



STOFFWECHSEL

Typ-2-Diabetes



KREBS

Rachen, Kehlkopf, Speiseröhre, Luftröhre, Lunge, Brust*, Magen, Leber, Darm, Blase, Bauchspeicheldrüse, Nieren und Harnleiter, Gebärmutterhals, Akute Myeloische Leukämie



ATEMWEGE

Akute Erkrankungen der Atemwege (Lungenentzündung etc.), Chronische Erkrankungen der Atemwege (Atemnot etc.), Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), Tuberkulose, Asthma



HERZ-KREISLAUF

Koronare Herzerkrankungen (Herzinfarkt), Atherosklerose, Periphere arterielle Verschlusskrankungen (Raucherbein etc.), Aneurysmen der Bauchaorta



KNOCHEN/GELENKE

Rheumatische Arthritis, Verminderte Knochenstärke bei Frauen nach der Menopause, Hüftfrakturen



FORTPFLANZUNG

Erektionsstörungen, Verminderte Fruchtbarkeit bei Frauen, Schwangerschaftskomplikationen, Schädigung des Ungeborenen mit Langzeitfolgen

*Zusammenhang wahrscheinlich

Quelle: U. S. Department of Health and Human Services, 2014⁶².

Umsetzung folgender in dem Rahmenübereinkommen benannten verhältnispräventiven Maßnahmen⁷⁰:

Tabaksteuererhöhungen

Jährliche Erhöhung der Tabaksteuer um mindestens zehn Prozent

Vergleichbar hohe Besteuerung auf alle Tabakwaren (Zigaretten, Zigarillos, Zigarren, Feinschnitt und Pfeifentabak) sowie Einführung einer vergleichbaren Steuer auf E-Zigaretten

Deutliche Steuererhöhungen sind das effektivste Mittel, um den Tabakkonsum zu senken. Hohe Zigarettenpreise motivieren Raucher zum Aufhören und hindern vor allem Jugendliche daran, mit dem Rauchen anzufangen³¹. Eine Erhöhung des Zigarettenpreises um 10 Prozent kann den Zigarettenkonsum unter Jugendlichen um bis zu 13 Prozent senken³¹. Geringe Steuererhöhungen haben sich hingegen als wenig wirkungsvoll erwiesen und haben keinen wesentlichen Einfluss auf das Rauchverhalten^{16,66}.

Werbeverbot

Umfassendes Werbeverbot für Tabakprodukte und E-Zigaretten, das alle Werbeformen sowie Sponsoring beinhaltet

Ein solches umfassendes Werbeverbot kann dazu beitragen, den Tabakkonsum zu reduzieren^{29,48,52} und ist mit dem Grundgesetz⁶ vereinbar. Ein begrenztes Werbeverbot hingegen hat nur einen geringen Effekt, da die Tabakindustrie dann auf erlaubte Werbeformen ausweicht^{29,48,52}.

Nichtraucherschutz

Bundesweit einheitliches Rauchverbot und Nutzungsverbot für E-Zigaretten in öffentlichen Gebäuden und in der Gastronomie

Rauchverbot und Nutzungsverbot für E-Zigaretten im Auto, wenn Minderjährige anwesend sind

Rauchverbote im öffentlichen Raum schützen effektiv vor Passivrauchen^{26,43} und tragen zur Senkung der Raucheranzahl bei⁴³. In Deutschland greifen seit der Einführung der Rauchverbote vor allem junge Erwachsene seltener und weniger zur Zigarette².

Umfassende Rauchverbote sind wirksamer als Verbote mit Ausnahmeregelungen, wie sie in Deutschland bestehen¹⁵. Der Nichtraucherschutz hierzulande ist ein Flickenteppich aus 16 verschiedenen Landesgesetzen und einem Bundesgesetz. Eine bundeseinheitliche gesetzliche Regelung wäre rechtlich möglich und

dringend geboten. Damit würden die zurzeit unübersichtlichen Ausnahmeregelungen verschwinden.

Zugangsbegrenzungen zum Erwerb von Tabakprodukten und E-Zigaretten für Jugendliche:

Effektivere Alterskontrollen an den Verkaufsstellen

Abschaffung von Verkaufsautomaten

Ein umfassendes Verbot, Tabakwaren an Jugendliche abzugeben, trägt dazu bei, deren Tabakkonsum zu reduzieren, sofern das Verbot effektiv umgesetzt wird²³. In Deutschland geschieht dies nur unzureichend: Elf- bis Fünfzehnjährige können Zigaretten über Kioske und Supermärkte beziehen und etwa jeder vierte Jugendliche umgeht das kartenbasierte Alterssicherungssystem der rund 340 000 Zigarettenautomaten, die es derzeit noch in Deutschland gibt⁵⁹.

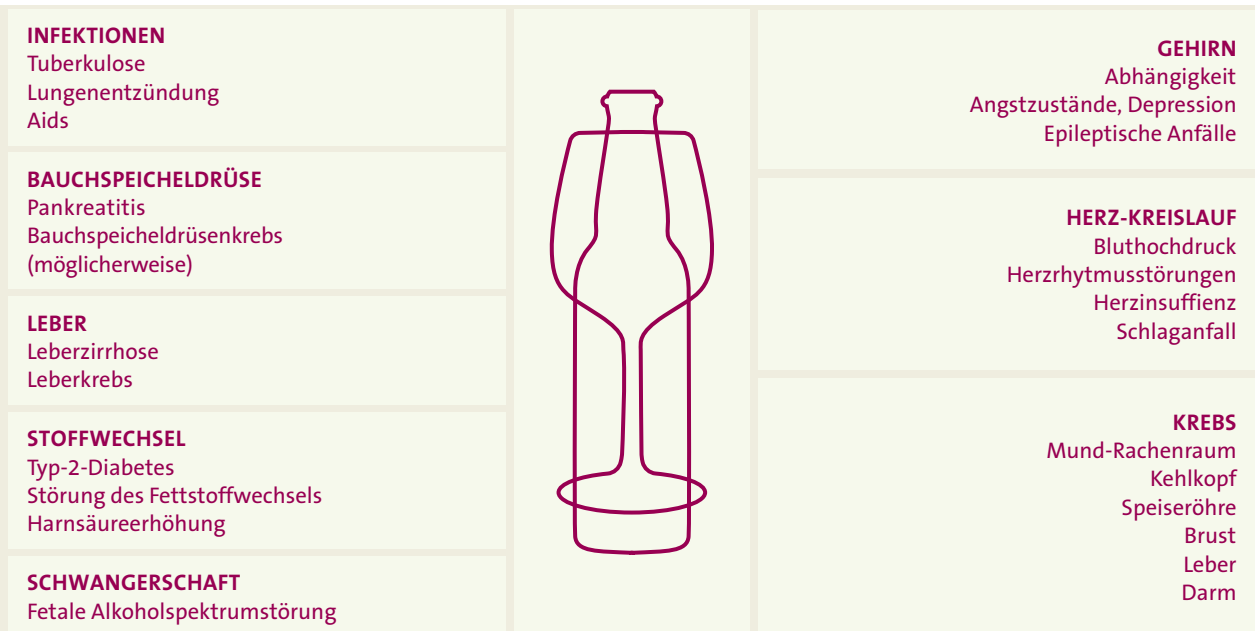
2 Reduzierung des schädlichen Alkoholkonsums

Alkohol ist ein Zellgift, das – in größeren Mengen konsumiert – viele Organe des Körpers schädigt. Alkohol ist daher ein bedeutsamer Risikofaktor für die Entstehung von Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, aber auch Nerven- und Stoffwechselleiden wie Typ-2-Diabetes (Abb. 4). Übermäßiger Alkoholkonsum verkürzt das Leben um rund zwei bis sieben Jahre^{24,41}. Jährlich sterben rund 15 000 Menschen an ausschließlich alkoholbedingten Krankheiten; am kombinierten Konsum von Alkohol und Tabak sterben jedes Jahr zwischen 42 000 und 74 000 Menschen, da sich die gesundheitsschädlichen Wirkungen von Alkohol- und Tabakkonsum aufaddieren⁵⁵. Übermäßiger Alkoholkonsum ist zudem häufig eine Ursache für Unfälle und Gewalttaten und verursacht dadurch weiteres menschliches Leid und gesellschaftlichen Schaden.

Alkoholische Getränke sind in Deutschland leicht verfügbar und stehen über ein dichtes Distributionsnetz nahezu rund um die Uhr zur Verfügung. Hierzulande konsumieren etwa jede fünfte Frau und jeder dritte Mann schädliche Mengen Alkohol, wobei der schädliche Alkoholkonsum unter jungen Menschen (18 bis 29 Jahre) am höchsten ist⁵⁴. Rund 1,8 Millionen Menschen im Alter zwischen 18 und 64 Jahren gelten als alkoholabhängig²². Unter Jugendlichen ist Rauschtrinken weit verbreitet³⁵.

Außerdem trinken etwa 20 Prozent der Schwangeren moderate Mengen und rund acht Prozent schädliche Mengen Alkohol¹⁴, knapp vier Prozent der Schwangeren betreiben zumindest gelegentlich sogenanntes Rauschtrinken¹⁴. Dies ist fatal, da während der gesamten Schwangerschaft jeglicher

ABBILDUNG 4: ALKOHOLKONSUM STEIGERT DAS RISIKO FÜR VIELE KRANKHEITEN UND KREBSARTEN.



Quelle: Deutsches Krebsforschungszentrum¹⁷, Bagnardi V et al. 2015⁵, Latino-Martel P et al. 2016⁴⁰, World Cancer Research Fund⁶⁹.

Alkoholkonsum dem Ungeborenen schaden kann⁶⁷. Alkohol während der Schwangerschaft kann das Gehirn des Ungeborenen schädigen und nachhaltige körperliche, kognitive und emotionale Störungen verursachen. Diese beeinträchtigen langfristig das Verhalten und die selbständige Lebensführung des Kindes (Fetale Alkoholspektrumstörung, FASD)^{39,67}.

In Übereinstimmung mit den Empfehlungen der WHO fordert DANK die folgenden Maßnahmen, um den schädlichen Alkoholkonsum wirksam zu reduzieren^{76,77}:

Alkoholsteuererhöhungen

Erhöhung der Alkoholsteuern und Erhebung nach Alkoholgehalt

höheren Besteuerung alkoholischer Produkte senken den Alkoholkonsum und damit dessen gesundheitliche Folgen. Preiserhöhungen wirken sich auf alle Konsumentengruppen – insbesondere auf Kinder und Jugendliche – aus^{13,79}. Eine Preiserhöhung um zehn Prozent senkt den Konsum um durchschnittlich fünf Prozent⁷⁹. Die Besteuerung nach Alkoholgehalt motiviert außerdem dazu, eher Getränke mit geringerem Alkoholgehalt zu konsumieren. Zudem ist die Besteuerung nach Alkoholgehalt für die Hersteller ein Anreiz, Getränke mit geringerem Alkoholgehalt herzustellen⁷.

Verkaufsbeschränkungen

Einheitliche Altersgrenze von 18 Jahren für die Abgabe von Alkohol und den Konsum von Alkohol in der Öffentlichkeit

In Deutschland liegen die Steuersätze für alkoholische Getränke deutlich niedriger als im Durchschnitt der Europäischen Union⁵⁵. Höhere Preise infolge einer deutlich

Zahlreiche Studien zeigen: Mit verringerter Verfügbarkeit von Alkohol sinkt der Verbrauch¹.

3 Förderung einer gesunden Ernährung

Ernährung dient dem Erhalt der Gesundheit, kann aber auch zur Entstehung nichtübertragbarer Krankheiten wie starkem Übergewicht, Diabetes, Bluthochdruck und koronaren Herzerkrankungen sowie einigen Krebserkrankungen beitragen (Abb. 5). Nahrungsmittel wirken sich vor allem dann negativ auf die Gesundheit aus, wenn neben einer hohen Kalorienzufuhr und Bewegungsmangel weitere ungesunde Lebensstilfaktoren dazu kommen.

Der übermäßige Konsum von Lebensmitteln mit einem hohen Anteil

von Fett, Zucker und Salz und einem geringen Konsum von Obst, Gemüse und Vollkornprodukten ist zudem ein bedeutender Risikofaktor für die Entstehung von Übergewicht, Adipositas^{74,80} und Typ-2-Diabetes¹⁸. Übergewicht und Adipositas können zu Veränderungen im Stoffwechsel sowie zu Schäden an verschiedenen Organen führen. Adipositas ist darüber hinaus der wichtigste Treiber für Typ-2-Diabetes¹⁸. Hoher Salzkonsum erhöht das Risiko für Bluthochdruck, Herz-Kreislaufkrankungen und Schlaganfall^{3,4,75}.

In Deutschland sind über die Hälfte der Erwachsenen und 15 Prozent der Drei- bis Siebzehnjährigen übergewichtig; ein knappes Viertel der Erwachsenen⁴⁵ und sechs Prozent der Kinder und Jugendlichen sind sogar adipös³⁶.

Der Lebensstil von Menschen wird durch Familie, soziales Umfeld und weitere Lebensbedingungen schon im frühen Kindesalter geprägt. Ein gesunder Lebensstil zeichnet sich durch eine ausgewogene Ernährung mit viel Obst und Gemüse

sowie Vollkornprodukten, wenig Fett, Zucker und Salz sowie täglicher körperlicher Aktivität aus. Dieser muss schon im Kindesalter gelernt und gefördert werden.

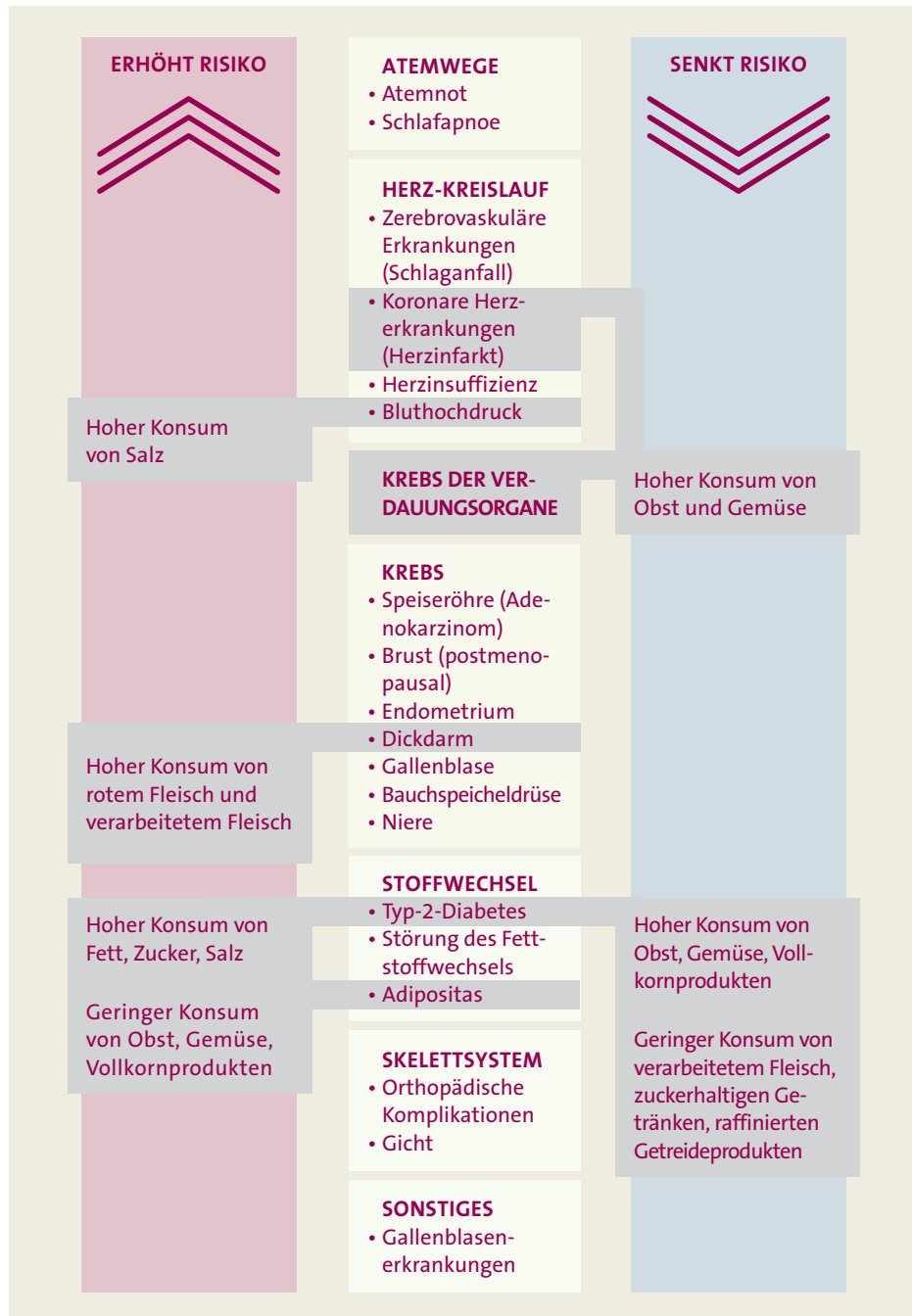
In Übereinstimmung mit den Empfehlungen der WHO fordert DANK folgende präventive Maßnahmen zur Förderung einer gesunden Ernährung^{76,80}:

Gesundheitsfördernde Umstrukturierung der Besteuerung von Lebensmitteln

Steuersenkung für gesunde Lebensmittel mit niedrigem Fett-, Zucker- und/oder Salzanteil; zugleich Steuererhöhung für verarbeitete Lebensmittel mit hohem Gehalt an Fett, Zucker und/oder Salz. Insgesamt soll diese Änderung der Steuerstruktur Anreize für eine gesunde Ernährung schaffen, ohne die Bürger zusätzlich zu belasten.

Schätzungen zufolge würde eine Verteuerung ungesunder Lebensmittel deren Verbrauch deutlich senken: Würden zuckergesüßte Getränke um 20 Prozent teurer, könnte deren Konsum um bis zu 24 Prozent zurückgehen; eine ähnlich hohe Preissteigerung für übergewichtsfördernde Fast Food-Produkte kann deren Verbrauch um rund zehn Prozent verringern. Umgekehrt könnte eine Preissenkung um 20 Prozent für Obst und Gemüse deren Verzehr um rund

ABBILDUNG 5: ZUSAMMENHANG VON ERNÄHRUNG, ADIPOSITAS UND FOLGEERKRANKUNGEN VON ADIPOSITAS.



Quelle: Deutsches Krebsforschungszentrum¹⁸

zehn Prozent erhöhen⁵¹. Steuern auf ungesunde Lebensmittel und Preisvergünstigungen für gesunde Lebensmittel sollten jeweils mindestens 10 bis 15 Prozent betragen und in Kombination eingesetzt werden^{49,61}. In Mexiko führte eine 2014 eingeführte Steuer von zehn Prozent auf zuckerhaltige Getränke zu einem Verkaufsrückgang der besteuerten Getränke um sechs Prozent und zu einem Verkaufsanstieg unbesteuerteter Getränke um vier Prozent².

Verbindliche Umsetzung der Qualitätsstandards der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE)

Für die Verpflegung in Kindertagesstätte und Schule ausgewogene, abwechslungsreiche Hauptmahlzeiten, Verkaufsverbot für Süßigkeiten, Knabberartikel und Softdrinks sowie Aufstellung von Wasserspendern. Auch die DGE-Qualitätsstandards für andere Einrichtungen, beispielsweise Betriebe, Krankenhäuser sowie Alten- und Pflegeheime, sollten ebenso verbindlich umgesetzt werden.

Die Zusammensetzung und Qualität des täglichen Essens beeinflusst nicht nur die körperliche und geistige Entwicklung der Kinder und Jugendlichen, sondern bestimmt auch maßgeblich, wie sich ihr Ernährungsverhalten bis ins Erwachsenenalter ausbildet und verfestigt. Daher

spielt die Qualität der Verpflegung in Kindertagesstätte und Schule eine zentrale Rolle in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Eine qualitativ hochwertige Verpflegung leistet damit auch einen nachhaltigen Beitrag zum Gesundheitsverhalten in der Bevölkerung insgesamt.

In Deutschland ernähren sich die meisten Kinder und Jugendlichen ungesund. Die empfohlene Menge an Obst und Gemüse isst nur rund ein Drittel der 6- bis 11-Jährigen; bei den 12- bis 17-Jährigen nehmen 47 Prozent der Mädchen und 29 Prozent der Jungen die empfohlene Menge zu sich⁵³. Softdrinks dagegen trinken 25 Prozent der Jungen und 20 Prozent der Mädchen mehrmals täglich; 16 Prozent essen täglich Schokolade und rund 20 Prozent der Kinder täglich andere Süßigkeiten⁴⁴.

Verbot von an Kinder gerichteter Werbung für übergewichtsfördernde Lebensmittel

Je mehr und je häufiger Kinder Werbung für übergewichtsfördernde Lebensmittel ausgesetzt sind, umso höher ist ihr Übergewichtsrisiko²⁷. Ein Verbot von an Kinder gerichteter Fernsehwerbung kann den Konsum von Fast Food reduzieren²⁰. Es könnte mittel- bis langfristig den Anteil übergewichtiger Kinder um 25 Prozent senken^{20,64}. Darüber hinaus sollte an

Kinder gerichtete Werbung auch in anderen Massenmedien verboten werden, um die Effektivität eines Fernsehwerbverbotes⁴² weiter zu erhöhen. Maßnahmen zur freiwilligen Selbstbeschränkung der Industrie haben sich hingegen als unzureichend erwiesen: Sie sind zu unverbindlich und dadurch wirkungslos^{28,32,57}.

Verbraucherfreundliche Nährwertkennzeichnung

Leicht verständliche Kennzeichnung von Lebensmitteln und Getränken auf der Vorderseite der Verpackung

Angabe von Brennwert (Kalorien) und den wichtigsten Nährwerten (Fett, gesättigte Fettsäuren, Zucker, Salz) pro 100 Gramm in Form einer Grafik mit Farbcodierung: hoher Gehalt rot, mittlerer Gehalt gelb, niedriger Gehalt grün

Eine einfache und korrekte Kennzeichnung von Lebensmitteln und Getränken, die leicht verständliche Informationen über den Nährwertgehalt des Produkts gibt, erleichtert die Auswahl gesunder Lebensmittel⁵⁶. Eine solche Kennzeichnung von Lebensmitteln und Getränken kann die Hersteller dazu motivieren, ihre Produktzusammensetzung gesünder zu gestalten⁵⁶. Maßnahmen der Industrie zur freiwilligen Selbstbeschränkung sind unzureichend⁵⁷.

4

Steigerung der körperlichen Aktivität

Körperliche Aktivität ist grundlegend, um aufgenommene Kalorien zu verbrauchen. Nur so lassen sich der Kalorienhaushalt und damit das Gewicht in Balance halten. Mangelnde körperliche Aktivität ist daher ein bedeutender Risikofaktor für Sterblichkeit⁷². Demgegenüber hat ausreichende körperliche Aktivität vielfältige positive Auswirkungen auf die körperliche und psychische Gesundheit (Abb. 6). Bewegung wirkt sich positiv auf den Stoffwechsel aus, beugt Adipositas und Typ-2-Diabetes vor⁵⁸ und senkt das Risiko für 13 verschiedene Krebsarten⁴⁶.

Körperliche Aktivität sollte daher im Rahmen der Verhältnisprävention unterstützt und gefördert werden, um so nichtübertragbaren Krankheiten vorzubeugen und das Vorschreiten von Adipositas und Typ-2-Diabetes zu verlangsamen.

Kinder haben einen natürlichen Bewegungsdrang, der in der prägenden Phase der ersten Lebensjahre gefördert werden sollte. Dies legt den Grundstein für eine Bewegungsfreude, die meist bis ins Jugend- und Erwachsenenalter anhält. Körperliche Aktivität fördert bei Kindern ein

ABBILDUNG 6: POSITIVE WIRKUNGEN VON KÖRPERLICHER AKTIVITÄT AUF DIE GESUNDHEIT.

MUSKELN UND SKELETT

- Verbesserung der Muskelkraft
- Verbesserung der Knochendichte
- Senkung des Risikos für Knochenbrüche bei Osteoporose
- Senkung des Sturzrisikos

STOFFWECHSEL UND GEWICHT

- Verbesserung der Empfindlichkeit gegenüber Insulin
- Stabilisierung des Körpergewichts
- Geringere Häufigkeit für metabolisches Syndrom

PSYCHE

- Verbesserung der Stimmung
- Verbesserung der Selbstwahrnehmung
- Verbesserung des Schlafs

HERZ-KREISLAUF-ERKRANKUNGEN

- Senkung des Blutdrucks
- Verbesserung des Zustands der Blutgefäße
- Senkung des Risikos für Herz-Kreislauf-Erkrankungen um 20–30%
- Senkung des Risikos für Schlaganfälle um 25–30%

KREBS

- Senkung des Risikos für folgende Krebsarten: Speiseröhre, Leber, Lunge, Niere, Mageneingang, Gebärmutter-schleimhaut, myeloische Leukämie, Myelom, Dickdarm, Kopf/Hals, Enddarm, Blase, Brust
- Verbesserung der Lebensqualität von Krebspatienten

IMMUNSYSTEM

- Stärkung des Immunsystems
- Reduzierung der Infektanfälligkeit

STERBLICHKEIT

- Senkung des Sterberisikos um 30% (auch bei kardiovaskulären Erkrankungen, Diabetes und Adipositas)

Quellen: Physical Activity Guidelines Advisory Committee, 2008⁵⁰, Bouchard C (ed.), 2015⁸, Moore et al., 2016⁴⁶

gesundes Wachstum und die soziale Entwicklung. In den westlichen Industrieländern – auch in Deutschland – bewegen sich Kinder und Jugendliche jedoch viel zu wenig³⁷. So sind in Deutschland nur 17 Prozent der Mädchen und 28 Prozent der Jungen im Alter von 11 bis 17 Jahren jeden Tag körperlich aktiv; 56 Prozent der Mädchen und 35 Prozent der Jungen treiben seltener als zweimal pro Woche Sport³⁴.

Zur nachhaltigen Stärkung von Muskeln, Knochen, Stoffwechsel, Atem- und Herz-Kreislaufsystem sowie der psychischen Gesundheit sollte die Bewegungsfreude von Kindern gefördert werden. In Übereinstimmung mit den Empfehlungen der WHO^{76,81} fordert DANK daher folgende Maßnahmen:

Stärkung des Sports und der Bewegung in Kindertagesstätte und Schule

Täglich mindestens eine Stunde Sport/Bewegung
in Kindertagesstätte und Schule

Adäquate Qualifizierung von Lehrerinnen/Lehrern und
Erzieherinnen/Erziehern zur Bewegungsförderung⁸¹

Schule und Kindertagesstätte sind das ideale Umfeld zur Bewegungsförderung von Kindern und Jugendlichen, da nur dort alle Kinder und Jugendlichen erreicht werden. Verstärkte körperliche Aktivität in der Schule und in der Kindertagesstätte kann dazu beitragen, eine unangemessene Gewichtszunahme bei Kindern zu verhindern und die körperliche Fitness zu verbessern^{30,47}.

Fazit

In Deutschland zielt Prävention bislang auf Verhaltensprävention ab. Diese Strategie ist angesichts der steigenden Zahl chronisch Kranker offensichtlich gescheitert. Ein Paradigmenwechsel hin zur bevölkerungsweiten Verhältnisprävention, wie von der WHO gefordert, ist ergänzend zur Verhaltensprävention unumgänglich.

Das Präventionsgesetz, das erstmals die gesundheitliche Prävention in verschiedenen Lebenswelten fördern soll, ebnet dafür den Weg. Doch darüber hinaus sind weitere grundlegende Maßnahmen für einen Paradigmenwechsel notwendig.

Die Deutsche Allianz Nichtübertragbare Krankheiten DANK fordert daher die Entscheidungsträger von Bund und Ländern nachdrücklich auf, die in diesem Grundsatzpapier genannten und auch von der WHO im Globalen Aktionsplan gegen nichtübertragbare Krankheiten 2013 – 2020 empfohlenen Maßnahmen umzusetzen. Sie können zu einem deutlichen Rückgang der nichtübertragbaren Krankheiten, dem damit verbundenen Leid und den daraus folgenden gesellschaftlichen und ökonomischen Belastungen beitragen.

Die Bundesrepublik Deutschland hat sich der politischen Deklaration des ersten UN-Gipfels zur Prävention und Kontrolle nichtübertragbarer Krankheiten 2011 angeschlossen und den Globalen NCD-Aktionsplan der WHO im Jahr 2013 angenommen. Die politisch Verantwortlichen in Deutschland müssen dieser Selbstverpflichtung endlich nachkommen: Sie sollten umgehend damit beginnen, die empfohlenen Politikstrategien für eine wirkungsvolle Verhältnisprävention umzusetzen und die dazu notwendigen gesetzlichen Voraussetzungen zu schaffen.

Literatur

- 1 Alcohol and Public Policy Group (2010) Alcohol: no ordinary commodity – a summary of the second edition. *Addiction* 105: 769-779
- 2 Anger S, Kvasnicka M & Siedler T (2011) One last puff? Public smoking bans and smoking behavior. *J Health Econ* 30: 591-601
- 3 Antman EM, Appel LJ, Balentine D, Johnson RK, Steffen LM, Miller EA, Pappas A, Stitzel KF, Vafiadis DK & Whitsel L (2014) Stakeholder discussion to reduce population-wide sodium intake and decrease sodium in the food supply: a conference report from the American Heart Association Sodium Conference 2013 Planning Group. *Circulation* 129: e660-679
- 4 Appel LJ (2014) Reducing sodium intake to prevent stroke: time for action, not hesitation. *Stroke* 45: 909-911
- 5 Bagnardi V, Rota M, Botteri E, Tramacere I, Islami F, Fedirko V, Scotti L, Jenab M, Turati F, Pasquali E, Pelucchi C, Galeone C, Bellocco R, Negri E, Corrao G, Boffetta P & La Vecchia C (2015) Alcohol consumption and site-specific cancer risk: a comprehensive dose-response meta-analysis. *Br J Cancer* 112: 580-593
- 6 Bethke C (2015) Tabakwerbeverbot. ABNR-Positionen 10/2015, Aktionsbündnis Nichtraucher (ABNR), http://www.abnr.de/index.php?article_id=171 (abgerufen am 23.06.2016)
- 7 Blecher E (2015) Taxes on tobacco, alcohol and sugar sweetened beverages: linkages and lessons learned. *Soc Sci Med* 136-137: 175-179
- 8 Bouchard CH (2015) Molecular and cellular regulation of adaptation to exercise. *Progress in molecular biology and translational science*, Vol. 135
- 9 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2013) Der Tabakkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2012. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln
- 10 Carter BD, Abnet CC, Feskanich D, Freedman ND, Hartge P, Lewis CE, Ockene JK, Prentice RL, Speizer FE, Thun MJ & Jacobs EJ (2015) Smoking and mortality – beyond established causes. *N Engl J Med* 372: 631-640
- 11 Chaloupka FJ & Grossman M (1996) Price, tobacco control policies and youth smoking. NBER Working Paper No. 5740, National Bureau of Economic Research, Cambridge (MA)
- 12 Colchero MA, Popkin BM, Rivera JA & Ng SW (2016) Beverage purchases from stores in Mexico under the excise tax on sugar sweetened beverages: observational study. *BMJ* 352: h6704
- 13 Committee on National Alcohol Policy and Action (CNAPA) (2014) Action plan on youth drinking and on heavy episodic drinking (binge drinking) (2014-2016)
- 14 Deutscher Bundestag (2014) Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Frank Tempel, Birgit Wöllert, Jan Korte, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE – Drucksache 18/3206 – Schädigung von Föten durch Alkoholkonsum während der Schwangerschaft. Drucksache 18/3378
- 15 Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2010) Nichtrauchererschutz wirkt – eine Bestandsaufnahme der internationalen und der deutschen Erfahrungen. Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle, Band 15, Heidelberg
- 16 Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2014) Tabakprävention in Deutschland – was wirkt wirklich? Aus der Wissenschaft - für die Politik, Heidelberg
- 17 Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2014) Wirkung und Risiken von Alkohol. Fakten zur Krebsprävention, Heidelberg
- 18 Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2014) Adipositas – Häufigkeit und gesundheitliche Folgen. Fakten zur Krebsprävention, Heidelberg

- 19 Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2015) Tabakatlas Deutschland 2015. Pabst Science Publishers, Lengerich
- 20 Dhar T & Baylis K (2011) Fast-food consumption and the ban on advertising targeting children: the Quebec experience. *Journal of Marketing Research* 48: 799-813
- 21 Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2015) Drogen- und Suchtbericht Mai 2015. <http://www.drogenbeauftragte.de/presse/pressemitteilungen/2015-02/drogen-und-suchtbericht-2015.html> (abgerufen am 7.10.2016)
- 22 Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.) (2014) Aktuelle Daten zu Drogen und Sucht: Alkohol. In: Drogen- und Suchtbericht, Juli 2014. www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Presse/Downloads/Drogen-_und_Suchtbericht_2014_Gesamt_WEB_07.pdf (abgerufen am 7.10.2016)
- 23 DiFranza JR (2012) Which interventions against the sale of tobacco to minors can be expected to reduce smoking? *Tob Control* 21: 436-442
- 24 Effertz T (2015) Die volkswirtschaftlichen Kosten gefährlichen Konsums – Eine theoretische und empirische Analyse für Deutschland am Beispiel Alkohol, Tabak und Adipositas. Habilitationsschrift Peter Lang Verlag, Frankfurt am Main
- 25 Ezzati M & Riboli E (2013) Behavioral and dietary risk factors for noncommunicable diseases. *N Engl J Med* 369: 954-964
- 26 Frazer K, Callinan JE, McHugh J, van Baarsel S, Clarke A, Doherty K & Kelleher C (2016) Legislative smoking bans for reducing harms from secondhand smoke exposure, smoking prevalence and tobacco consumption. *Cochrane Database Syst Rev* 2: CD005992
- 27 Goris JM, Petersen S, Stamatakis E & Veerman JL (2010) Television food advertising and the prevalence of childhood overweight and obesity: a multicountry comparison. *Public Health Nutr* 13: 1003-1012
- 28 Gwozd W & Reisch L (2015) Food advertising children – results from the I.Family study. Presentation at the 12th European Nutrition Conference Berlin, 21.10.2015
- 29 Henriksen L (2012) Comprehensive tobacco marketing restrictions: promotion, packaging, price and place. *Tob Control* 21: 147-153
- 30 Hollis JL, Sutherland R, Campbell L, Morgan PJ, Lubans DR, Nathan N, Wolfenden L, Okely AD, Davies L, Williams A, Cohen KE, Oldmeadow C, Gillham K & Wiggers J (2016) Effects of a 'school-based' physical activity intervention on adiposity in adolescents from economically disadvantaged communities: secondary outcomes of the 'Physical Activity 4 Everyone' RCT. *Int J Obes (Lond)* 40: 1486-1493
- 31 International Agency for Research on Cancer (IARC) (2011) Effectiveness of tax and price policies in tobacco control. Vol. 14, IARC Handbooks of Cancer Prevention, IARC, Lyon
- 32 Jensen JD & Ronit K (2015) The EU pledge for responsible marketing of food and beverages to children: implementation in food companies. *Eur J Clin Nutr* 69: 896-901
- 33 Jha P, Ramasundarahettige C, Landsman V, Rostron B, Thun M, Anderson RN, McAfee T & Peto R (2013) 21st-century hazards of smoking and benefits of cessation in the United States. *N Engl J Med* 368: 341-350
- 34 Krug S, Jekauc D, Poethko-Müller C, Woll A & Schlaud M (2012) Zum Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGs) und des Motorik-Moduls (MoMo). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 55: 111-120
- 35 Kuntz B, Lange C & Lampert T (2015) Alkoholkonsum bei Jugendlichen – Aktuelle Ergebnisse und Trends. *GBE kompakt* 6(2). Hrsg. Robert Koch-Institut, Berlin
- 36 Kurth BM & Schaffrath Rosario A (2010) Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 53: 643-652

- 37 Lampert T, Mensink GB, Romahn N & Woll A (2007) Körperlich-sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 50: 634-642
- 38 Lampert T, von der Lippe S & Müters S (2013) Verbreitung des Rauchens in der Erwachsenenbevölkerung in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 56: 802-808
- 39 Landgraf MN, Nothacker M, Kopp IB & Heinen F (2013) The diagnosis of fetal alcohol syndrome. Dtsch Arztebl Int 110: 703-710
- 40 Latino-Martel P, Cottet V, Druesne-Pecollo N, Pierre FH, Touillaud M, Touvier M, Vasson MP, Deschasaux M, Le Merdy J, Barrandon E & Ancellin R (2016) Alcoholic beverages, obesity, physical activity and other nutritional factors, and cancer risk: a review of the evidence. Crit Rev Oncol Hematol 99: 308-323
- 41 Li K, Husing A & Kaaks R (2014) Lifestyle risk factors and residual life expectancy at age 40: a German cohort study. BMC Med 12: 59
- 42 Magnus A, Haby MM, Carter R & Swinburn B (2009) The cost-effectiveness of removing television advertising of high-fat and/or high-sugar food and beverages to Australian children. Int J Obes (Lond) 33: 1094-1102
- 43 McNabola A & Gill LW (2009) The control of environmental tobacco smoke: a policy review. Int J Environ Res Public Health 6: 741-758
- 44 Mensink GB, Kleiser C & Richter A (2007) Lebensmittelverzehr bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 50: 609-623
- 45 Mensink GB, Schienkiewitz A, Haftenberger M, Lampert T, Ziese T & Scheidt-Nave C (2013) Übergewicht und Adipositas in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 56: 786-794
- 46 Moore SC, Lee IM, Weiderpass E, Campbell PT, Sampson JN, Kitahara CM, Keadle SK, Arem H, Berrington de Gonzalez A, Hartge P, Adami HO, Blair CK, Borch KB, Boyd E, Check DP, Fournier A, Freedman ND, Gunter M, Johannson M, Khaw KT, Linet MS, Orsini N, Park Y, Riboli E, Robien K, Schairer C, Sesso H, Spriggs M, Van Dusen R, Wolk A, Matthews CE & Patel AV (2016) Association of leisure-time physical activity with risk of 26 types of cancer in 1.44 million adults. JAMA Intern Med 176: 816-825
- 47 Mura G, Rocha NB, Helmich I, Budde H, Machado S, Wegner M, Nardi AE, Arias-Carrion O, Vellante M, Baum A, Guicciardi M, Patten SB & Carta MG (2015) Physical activity interventions in schools for improving lifestyle in European countries. Clin Pract Epidemiol Ment Health 11: 77-101
- 48 Nagler RH & Viswanath K (2013) Implementation and research priorities for FCTC Articles 13 and 16: tobacco advertising, promotion, and sponsorship and sales to and by minors. Nicotine Tob Res 15: 832-846
- 49 Niebylski ML, Redburn KA, Duhaney T & Campbell NR (2015) Healthy food subsidies and unhealthy food taxation: a systematic review of the evidence. Nutrition 31: 787-795
- 50 Physical Activity Guidelines Advisory Committee (2008) Physical Activity Guidelines Advisory Committee report, U.S. Department of Health and Human Services, Washington, DC. <http://health.gov/paguidelines/report/> (abgerufen am 7.10.2016)
- 51 Powell LM, Chiqui JF, Khan T, Wada R & Chaloupka FJ (2013) Assessing the potential effectiveness of food and beverage taxes and subsidies for improving public health: a systematic review of prices, demand and body weight outcomes. Obes Rev 14: 110-128

- 52 Quentin W, Neubauer S, Leidl R & König HH (2007) Advertising bans as a means of tobacco control policy: a systematic literature review of time-series analyses. *Int J Public Health* 52: 295-307
- 53 Rabenberg M & Mensink GBM (2011) Obst- und Gemüsekonsum heute. Robert Koch-Institut Berlin, GBE kompakt 2(6), edoc.rki.de/series/gbe-kompakt/2011-11/PDF/11.pdf (abgerufen am 7.10.2016)
- 54 Robert Koch-Institut (Hrsg) (2014) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
- 55 Robert Koch-Institut (Hrsg) (2015) Gesundheit in Deutschland 2015. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, gemeinsam getragen von RKI und Destatis, https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/GesInDtld_inhalt.html (abgerufen am 7.10.2016)
- 56 Roberto CA & Khandpur N (2014) Improving the design of nutrition labels to promote healthier food choices and reasonable portion sizes. *Int J Obes (Lond)* 38 Suppl 1: S25-33
- 57 Ronit K & Jensen JD (2014) Obesity and industry self-regulation of food and beverage marketing: a literature review. *Eur J Clin Nutr* 68: 753-759
- 58 Rush E & Simmons D (2014) Physical activity in children: Prevention of obesity and type 2 diabetes. *Med Sport Sci* 60: 113-121
- 59 Schneider S, Meyer C, Löber S, Röhrig S & Solle D (2010) Die kartenbasierte Alterskontrolle an Zigarettenautomaten. Wirkung und Folgen. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 53: 178-185
- 60 Statistisches Bundesamt (2013) Todesursachen in Deutschland 2013, Fachserie 12, Reihe 4. Sterbefälle nach ausgewählten Todesursachen, Altersgruppen und Geschlecht; Gestorbene in Deutschland
- 61 Thow AM, Downs S & Jan S (2014) A systematic review of the effectiveness of food taxes and subsidies to improve diets: understanding the recent evidence. *Nutr Rev* 72: 551-565
- 62 U.S. Department of Health and Human Services (2014) The health consequences of smoking: 50 years of progress. A report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, printed with corrections, January 2014
- 63 United Nations (2011) Political declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the prevention and control of non-communicable diseases. A/66/L.1, sixty-sixth session, Agenda item 117, follow-up to the outcome of the Millennium Summit, 16 September 2011. http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/66/L.1 (abgerufen am 7.10.2016)
- 64 Veerman JL, Van Beeck EF, Barendregt JJ & Mackenbach JP (2009) By how much would limiting TV food advertising reduce childhood obesity? *Eur J Public Health* 19: 365-369
- 65 Vereinte Nationen (2015) Transformation unserer Welt: die Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung. Resolution der Generalversammlung, verabschiedet am 25. September 2015, A/RES/70/1
- 66 Wigger BU (2011) Zur schrittweisen Erhöhung der Tabaksteuer. *Wirtschaftsdienst* 91: 39-41
- 67 Williams JF, Smith VC & Committee on Substance Abuse (2015) Fetal alcohol spectrum disorders. *Pediatrics pii: peds.2015-3113*
- 68 World Cancer Research Fund & American Institute for Cancer Research (2007) Food, nutrition, physical activity and prevention of cancer: a global perspective. Washington DC

- 69 World Cancer Research Fund International (2015) Summary of strong evidence on diet, nutrition, physical activity and prevention of cancer. Continuous Update Project (CUP) Matrix, <http://wcrf.org/int/research-we-fund/continuous-update-project-findings-reports/continuous-update-project-cup-matrix> (abgerufen am 7.10.2016)
- 70 World Health Organization (2003) WHO Framework Convention on Tobacco Control. World Health Organization, Genf, http://www.who.int/fctc/text_download/en/ (abgerufen am 7.10.2016)
- 71 World Health Organization (2004) Global strategy on diet, physical activity and health. World Health Organization, Genf, http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf (abgerufen am 7.10.2016)
- 72 World Health Organization (2010) Global recommendations on physical activity for health. World Health Organization, Genf, <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/9789241599979/en/> (abgerufen am 7.10.2016)
- 73 World Health Organization (2010) Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. World Health Organization, Genf, www.who.int/entity/substance_abuse/alcstratenglishfinal.pdf?ua=1 (abgerufen am 7.10.2016)
- 74 World Health Organization (2011) Global status report on noncommunicable diseases 2010. World Health Organization, Genf, http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf (abgerufen am 7.10.2016)
- 75 World Health Organization (2012 (Reprinted, 2014)) Guideline: Sodium intake for adults and children. World Health Organization, Genf, http://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/sodium_intake/en/ (abgerufen am 7.10.2016)
- 76 World Health Organization (2013) Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013-2020. <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/en/> (abgerufen am 7.10.2016)
- 77 World Health Organization (2014) Global status report on noncommunicable diseases 2014, World Health Organization, Genf, <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/> (abgerufen am 7.10.2016)
- 78 World Health Organization (2014) Infographic: Together we can prevent and control the world's most common diseases. www.who.int/nmh/publications/ncd-infographic-2014.pdf?ua=1 (abgerufen am 7.10.2016)
- 79 World Health Organization & Regional Office for Europe (2012) Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches. WHO Regional Office for Europe, Kopenhagen. <http://www.euro.who.int/de/publications/abstracts/alcohol-in-the-european-union.-consumption,-harm-and-policy-approaches> (abgerufen am 7.10.2016)
- 80 World Health Organization Regional Office for Europe (2014) European Food and Nutrition Action Plan 2015–2020, Regional Committee for Europe, 64th session, Copenhagen, Denmark, 15–18 September 2014, Provisional agenda item 5(d), EUR/RC64/14+ EUR/RC64/Conf.Doc./8, <http://www.euro.who.int/de/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/64th-session/documentation/working-documents/eurrc6414-european-food-and-nutrition-action-plan-20152020> (abgerufen am 7.10.2016)
- 81 World Health Organization Regional Office for Europe (2015) Physical activity strategy for the WHO European Region 2016–2025. Regional Committee for Europe, 65th session, Vilnius, Lithuania, 14–17 September 2015 30 July 2015 EUR/RC65/9 + EUR/RC65/Conf.Doc./4, Provisional agenda item 5(d), working document. <http://www.euro.who.int/en/about-us/governance/regional-committee-for-europe/65th-session/documentation/working-documents/eurrc659-physical-activity-strategy-for-the-who-european-region-20162025> (abgerufen am 7.10.2016)

DANK – Deutsche Allianz Nichtübertragbare Krankheiten

DANK – Deutsche Allianz Nichtübertragbare Krankheiten ist ein Zusammenschluss von 17 wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften, Verbänden und Forschungseinrichtungen. Die Allianz wurde 2010 aus Auslass des ersten UN Gipfels zu den nichtübertragbaren Krankheiten gegründet, um sich für bevölkerungsweite und nachhaltige Primärprävention in Deutschland einzusetzen.

In Deutschland zielt Prävention bislang auf Verhaltens-Prävention ab. Diese Strategie ist gescheitert, die steigende Zahl chronisch Kranker zeigt dies deutlich. Ein Paradigmenwechsel zu einer bevölkerungsweiten Verhältnis-Prävention ist dringend geboten, wie von UN und WHO gefordert. Es geht vorrangig um vier strategische Ziele:

- 1 Reduzierung des Tabakkonsums
- 2 Reduzierung des schädlichen Alkoholkonsums
- 3 Förderung einer gesunden Ernährung
- 4 Steigerung von Bewegung und Sport in Kita und Schule

www.dank-allianz.de

