

Initiatoren:

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ)
Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)
foodwatch

Unterstützer:

AOK-Bundesverband
Bundesvertretung der Medizinstudierenden (BVMD)
Bundeszahnärztekammer (BZÄK)
Deutsche Adipositas Gesellschaft (DAG)
Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM)
Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS)
Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP)
Diakonie Deutschland
Techniker Krankenkasse (TK)
Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe (VDBD)

Offener Brief: „Ärzte und medizinisches Fachpersonal gegen Fehlernährung“

Sehr geehrte Frau Bundeskanzlerin, sehr geehrte Ministerinnen, sehr geehrter Minister, sehr geehrte Parteivorsitzende,

Übergewicht und Adipositas bei Kindern, Jugendlichen sowie Erwachsenen haben in den vergangenen Jahrzehnten erheblich zugenommen. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO)¹ sowie die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD)² sprechen in diesem Zusammenhang von einer „globalen Adipositas-Epidemie“.

Laut KiGSS-Studie gelten 15 Prozent der Kinder und Jugendlichen von drei bis 17 Jahren als übergewichtig oder adipös (Body Mass Index = BMI \geq 25), 6,3 Prozent aller untersuchten Kinder als adipös (BMI \geq 30). Im Vergleich zu den 1980er- und 1990er-Jahren hat der Anteil übergewichtiger Kinder damit um 50 Prozent zugenommen, der Anteil adipöser Kinder hat sich sogar verdoppelt.³ In den vergangenen Jahren hat sich der Anteil übergewichtiger Kinder auf hohem Niveau stabilisiert, der Anteil adipöser Jugendlicher ist jedoch weiter gestiegen.⁴ Damit zeigt sich bei den Kindern und Jugendlichen eine ähnliche Entwicklung wie bei den Erwachsenen. Hier gelten 67 Prozent der Männer und 53 Prozent der Frauen als übergewichtig

¹ WHO; Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. WHO Technical Report Series 916, Genf (2003)

² Sassi F; Obesity and the economics of prevention. Fit not fat. OECD, Paris (2010)

³ Robert-Koch-Institut, KiGGS-Basiserhebung (2003-2006)

⁴ Robert-Koch-Institut, KiGGS-Welle 1 (2009-2012)

oder adipös. Auch bei den Erwachsenen hat sich der Anteil von Übergewichtigen in den vergangenen Jahren nicht weiter erhöht, dafür aber der Anteil der Adipösen: So ist deren Anteil bei Frauen seit 1998 innerhalb eines Zeitraums von rund zehn Jahren von 22,5 Prozent auf 23,9 Prozent gestiegen, bei Männern von 18,9 Prozent auf 23,3 Prozent.⁵

Ein ähnliches besorgniserregendes Bild zeigt sich bei der Diabetesprävalenz: Im Rahmen der DEGS1-Studie (2008-2011)⁶ wurde die Anzahl der an Diabetes erkrankten Personen auf etwa sechs Millionen Menschen geschätzt. Im Vergleich zur BGS98-Studie (1997-1999) entspricht das einer altersbereinigten Steigerung um 24 Prozent. Mehr als 90 Prozent der Betroffenen leiden an Typ-2-Diabetes.⁷ Im aktuellen nationalen Gesundheitsbericht wird die Zahl der in Deutschland an Typ-2-Diabetes erkrankten Personen auf 6,7 Millionen geschätzt.⁸

All dies verursacht nicht bloß millionenfaches physisches und psychisches Leid bei den Betroffenen, sondern auch einen erheblichen volkswirtschaftlichen Schaden. Adipositas führt Schätzungen zufolge zu gesamtgesellschaftlichen (direkten und indirekten) Kosten in Höhe von 63 Milliarden Euro jährlich⁹, Diabetes schätzungsweise zu Kosten in Höhe 35 Milliarden Euro¹⁰. Ein beträchtlicher Anteil davon ist nach einhelliger Einschätzung vermeidbar.

Risikofaktor unausgewogene Ernährung / gesüßte Getränke

Eine unausgewogene Ernährung, die häufig bereits im Kindesalter erlernt wird, ist einer der Gründe für diese besorgniserregende Entwicklung. Kinder im Alter von 6-11 Jahren verzehren im Schnitt etwa doppelt so viele Süßigkeiten und zuckergesüßte Getränke aber weniger als halb so viel Obst und Gemüse, wie vom Forschungsinstitut für Kinderernährung (FKE) empfohlen.¹¹ Dabei sind zuckergesüßte Getränke besonders hervorzuheben. Der regelmäßige Konsum von Limonade & Co. erhöht das Risiko für die Entstehung von Übergewicht, Adipositas, Typ-2-Diabetes, Karies sowie weiterer chronischer Krankheiten wie koronaren

⁵ Robert-Koch-Institut, 2015. Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Berlin: RKI.

⁶ Robert-Koch-Institut, Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland, DEGS1 (2008-2011)

⁷ Vgl. DiabetesDE – Deutsche Diabetes Hilfe. Zahlen und Fakten zu Diabetes: <http://www.diabetes-stoppen.de/fakten/zahlen-und-fakten-zu-diabetes>, zuletzt abgerufen am 13.10.2016

⁸ Robert-Koch-Institut, 2015. Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Berlin: RKI.

⁹ Vgl. Effetz et al. The costs and consequences of obesity in Germany: a new approach from a prevalence and life-cycle perspective, The European Journal of Health Economics, 2014; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26701837>

¹⁰ Vgl. Köster et al. Häufigkeit und Kosten der Komplikationen und Begleiterkrankungen des Diabetes – Ergebnisse der KoDiM-Studie 2010. (2013) <http://www.egms.de/static/en/meetings/dkvf2013/13dkvf240.shtml>

¹¹ Vgl. Robert Koch-Institut, Ernährungsstudie als KiGGS-Modul (EsKiMo), 2007.

<http://www.bmel.de/cae/servlet/contentblob/378624/publicationFile/25912/EsKiMoStudie.pdf>

Herzerkrankungen.^{12,13,14,15} Die Deutschen liegen beim Konsum zuckergesüßter Getränke mit etwa 84 Liter pro Kopf und Jahr im europäischen Vergleich an dritter Stelle. Mehr zuckergesüßte Getränke werden nur in Belgien und den Niederlanden getrunken.¹⁶ Das Robert Koch-Institut stellte 2013 folgerichtig fest, „dass in Deutschland ein hohes Präventionspotenzial bzgl. des Konsums zuckerhaltiger Getränke besteht.“ Dies gelte „insbesondere für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene“.¹⁷ Neuere Studien legen nahe, dass auch mit dem regelmäßigen Konsum süßstoffgesüßter Getränke eine Erhöhung des Risikos für Übergewicht einhergehen kann.

Sonderabgaben auf gesüßte Getränke / Beschränkungen der an Kinder gerichteten Werbung

Weltweit setzen zahlreiche Regierungen und Behörden auf Maßnahmen zur Reduzierung des Konsums gesüßter Getränke. Unter anderem haben Belgien, Chile, Finnland, Ungarn, Mexiko, Portugal, Frankreich, Philadelphia (USA), Berkeley (USA) oder auch Großbritannien und Irland Sonderabgaben oder -steuern für gesüßte Getränke eingeführt oder deren Einführung angekündigt – einerseits als Anreiz für die Hersteller, den Zuckergehalt ihrer Getränke zu reduzieren und andererseits als Finanzierungsquelle für Präventionsprogramme zur Förderung gesunder Ernährung.¹⁸ Erfahrungen aus diesen Ländern zeigen Wirkung: In Mexiko, aber auch in Finnland, Berkeley und Frankreich ging der Konsum der betroffenen Produkte zurück. Die Weltgesundheitsorganisation hat mit ihrem aktuellen Bericht „Fiscal policies for Diet and Prevention of Noncommunicable Diseases (NCDs)“ allen Regierungen empfohlen, eine Sonderabgabe oder -steuer auf Zuckergetränke einzuführen. Laut der WHO zeige die wissenschaftliche Evidenz, dass eine 20-prozentige Abgabe den Konsum der Produkte um etwa 20 Prozent reduziere, was der Entstehung von Adipositas und Diabetes vorbeuge.¹⁹ Auch das Deutsche Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) hat jüngst in einem „Roundup“ die Lenkungswirkung einer solchen Regelung bestätigt.²⁰

Als ergänzende Maßnahme zur Förderung gesunder Ernährung schlägt unter anderem die WHO-Kommission ECHO („Ending Childhood Obesity“) eine gesetzliche Beschränkung der an Kinder gerichteten Werbung vor. Lediglich für Produkte mit einem ausgewogenen Nährwertprofil sollten

¹² Vgl. Evidenzbasierte Leitlinie: Kohlenhydratzufuhr und Prävention ausgewählter ernährungsmitbedingter Krankheiten (2011), Hauner et al., 2007: <https://www.dge.de/wissenschaft/leitlinien/leitlinie-kohlenhydrate/>

¹³ de Koning L, Malik VS, Kellogg MD, Rimm EB, Willett WC, Hu FB. Sweetened beverage consumption, incident coronary heart disease, and biomarkers of risk in men. *Circulation*. 2012;125:1735-41, S1.

¹⁴ Fung TT, Malik V, Rexrode KM, Manson JE, Willett WC, Hu FB. Sweetened beverage consumption and risk of coronary heart disease in women. *Am J Clin Nutr*. 2009;89:1037-42.

¹⁵ Vgl. Council of European Dentists, CED Resolution, Sugar, May 2016

¹⁶ Vgl. European Healthy Lifestyle Alliance. The ICCR Global Sugar-Sweetened Beverage Sale Barometer unveils marked heterogeneity in unhealthy drinking patterns around the world. (2016): <http://www.ehla-europe.eu/the-international-chair-on-cardiometabolic-risk/>

¹⁷ Robert Koch-Institut, GBE kompakt 1/2013: Limo, Saft & Co – Konsum zuckerhaltiger Getränke in Deutschland

¹⁸ Vgl. World Cancer Research Fund. Nourishing framework: <http://www.wcrf.org/int/policy/nourishing-framework/use-economic-tools>, zuletzt abgerufen am 13.10.2016

¹⁹ <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250303/1/WHO-NMH-PND-16.5-eng.pdf?ua=1>

²⁰ Renke Schmacker, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, Eine Softdrinksteuer zur fiskalischen Konsumsteuerung, 2016; http://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.546337.de/diw_roundup_103_de.pdf

an Kinder gerichtete Werbemaßnahmen erlaubt sein. Für Produkte mit einem hohen Gehalt an Fett, gesättigten Fetten, Salz und/oder Zucker hingegen, sollten Werbemaßnahmen mit Comicfiguren oder auch Spielzeugbeigaben verboten werden. Das WHO-Regionalbüro für Europa hat 2015 ein geeignetes Nährwertprofilmodell vorgelegt, das definiert, für welche konkreten Lebensmittel beziehungsweise Rezepturen an Kinder gerichtete Werbung untersagt werden sollte.²¹

Bundesregierung kann wirksame Maßnahmen ergreifen

Sowohl die etwaige Einführung von Sonderabgaben auf gesüßte Getränke als auch eine Beschränkung der an Kinder gerichteten Werbung für Lebensmittel fielen in die Zuständigkeit des Bundes. Bundesernährungsminister Christian Schmidt hatte solchen Maßnahmen jedoch mehrfach Absagen erteilt. In einem Namensartikel für den Tagesspiegel schrieb Herr Schmidt:

„Ich lehne eine politische Steuerung des Konsums durch Werbeverbote und Strafsteuern für vermeintlich ungesunde Lebensmittel ab. Auch Strafsteuern ändern in der Regel nichts am Ernährungsverhalten der Menschen. (...) Stattdessen ist Bildung und ein hohes Maß an Transparenz für einen gesunden Lebensstil und eine gesunde Ernährungsweise wichtig.“²²

Aus Sicht der Ärzteschaft wird diese Haltung der Bundesregierung der Problematik nicht gerecht. Ernährungsbildung allein ist keine effektive Maßnahme gegen Übergewicht und Fehlernährung, schon gar nicht auf Bevölkerungsebene. Das zeigen die Erfahrungen aus der Adipositas-Forschung der vergangenen Jahrzehnte.²³ Auch die mittlerweile messbaren Erfolge in der Tabak-Prävention wurden nur mithilfe verbindlicher Vorgaben erreicht.²⁴ Mit gutem Grund empfehlen die WHO und zahlreiche andere medizinische Fachgesellschaften Maßnahmen, die über die Verhaltensprävention hinausgehen. Die gesunde Wahl muss zur einfacheren Wahl werden.

Die Kehrtwende in der Adipositas-Epidemie wird nicht mithilfe freiwilliger Selbstverpflichtungen der Lebensmittelwirtschaft gelingen. Das zeigen die Erfahrungen beim Thema an Kinder gerichtete Werbung^{25,26} und das Verhalten der Wirtschaftsakteure in der Plattform für Ernährung

²¹ Vgl. WHO Regional Office for Europe, NUTRIENT PROFILE MODEL, 2015.

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/270716/Nutrient-Profile-Model_Version-for-Web.pdf

²² <http://www.tagesspiegel.de/wirtschaft/bundesernaehrungsminister-zu-werbeverboten-totalverbote-sind-verfassungsrechtlich-bedenklich/12312050.html>

²³ Müller JM (2013) Prävention von Übergewicht und Adipositas. Positionspapier des Kompetenznetzes Adipositas. Adipositas 7: 141-146

²⁴ Vgl.

https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/AdWfP/AdWfP_Tabakpraevention_in_Deutschland_was_wirkt_wirklich.pdf

²⁵ https://www.foodwatch.org/fileadmin/migrated/content/uploads/2015-08-24_foodwatch-Studie_Kindermarketing_EU_Pledge_auf_dem_Pruefstand_final_WEB.pdf

²⁶ https://www.foodwatch.org/fileadmin/migrated/content/uploads/2015-08-24_DAG_DD_G_dDE_Positionspapier_EU_Pledge.pdf

und Bewegung.²⁷ Aus diesem Grund ist die von der Bundesregierung angekündigte „nationale Strategie für die Reformulierung von Lebensmitteln“ zwar einerseits begrüßenswert, der zu erwartende Effekt jedoch sehr begrenzt. Denn die „nationale Strategie“ soll „gemeinsam mit der Lebensmittelwirtschaft und dem Lebensmitteleinzelhandel auf freiwilliger Basis“ umgesetzt werden.²⁸

Sehr geehrte Frau Bundeskanzlerin, sehr geehrte Ministerinnen, sehr geehrter Minister, sehr geehrte Parteivorsitzende,

bitte machen Sie ernst mit der Prävention von Adipositas, Typ-2-Diabetes und anderen chronischen Krankheiten. Bitte ziehen Sie Sonderabgaben/-steuern für gesüßte Getränke und Beschränkungen der an Kinder gerichteten Werbung für Lebensmittel mit einem unausgewogenen Nährstoffprofil in Betracht. Dabei sollten die Einnahmen einer Sonderabgabe oder -steuer für gesüßte Getränke Eins zu Eins der Förderung gesunder Ernährung beziehungsweise der Prävention chronischer Krankheiten zu Gute kommen – beispielsweise in Form von Steuersenkungen für ausgewogene Lebensmittel. Die „Soft Drinks Industry Levy“ in Großbritannien²⁹ könnte als Vorbild für eine solche Regelung dienen.

Bitte setzen Sie sich zusätzlich dafür ein, dass eine verbraucherfreundliche Kennzeichnung der Nährwerte in Ampelfarben auf EU-Ebene eingeführt wird und die unverbindlichen Mindeststandards der Deutschen Gesellschaft für Ernährung für Kita- und Schulessen verbindlich für Einrichtungen und Caterer vorgeschrieben werden.

Der Kampf gegen chronische, nichtübertragbare Krankheiten bedarf einer umfassenden Strategie. Bitte setzen Sie sich dafür ein.

Mit freundlichen Grüßen

Die Unterzeichnerinnen und Unterzeichner

²⁷ <http://www.zdf.de/ZDF/zdfportal/blob/31575336/1/data.pdf>

²⁸ <https://www.bmel.de/DE/Ernaehrung/Texte/Reformulierung.html>

²⁹ <http://www.foodpolitics.com/wp-content/uploads/160315-Soft-drinks-stakeholder-infosheet-FINAL-2.pdf>