

PUBLIC HEALTH INDEX

Gesundheitsschutz im
europäischen Vergleich

2025

IMPRESSUM

HERAUSGEBENDE

AOK-Bundesverband eGgR, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin
Verantwortlich: Dr. Carola Reimann, Vorstandsvorsitzende;
Abteilung Prävention

Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ)
Im Neuenheimer Feld 280, 69120 Heidelberg
Verantwortlich: Prof. Dr. med. Dr. h. c. Michael Baumann,
Vorstandsvorsitzender und Wissenschaftlicher Vorstand

EXPERTENTEAM

Oliver Huizinga, AOK-Bundesverband
Dr. Sophie Rabe, AOK-Bundesverband

Prof. Dr. Ute Mons, DKFZ (Expertise Tabak)
Dr. Katrin Schaller, DKFZ (Expertise Tabak)

Dr. Carolin Kilian, Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS)
der Universität Hamburg; University of Southern Denmark
(Expertise Alkohol)

Dr. Jakob Manthey, Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS)
der Universität Hamburg (Expertise Alkohol)

Prof. Dr. Peter von Philipsborn, Universität Bayreuth
(Expertise Ernährung)

Ass.-Prof. Dr. Peter Gelius, Universität Lausanne
(Expertise Bewegung)

KONZEPT & UMSETZUNG

KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG
Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin

TEXT & REDAKTION

Maria Sinjakowa (verantwortlich)
Dr. Silke Heller-Jung
Stefanie Roloff

GESTALTUNG & LAYOUT

Silvia Pipa
Simone Voßwinkel

DRUCK

Albersdruck GmbH & Co. KG
Leichlinger Straße 11, 40591 Düsseldorf

Dieses Druckerzeugnis wurde auf VIVUS 100
(100 % Recyclingpapier) gedruckt.
Das Papier ist FSC®-zertifiziert und mit dem
Blauen Engel ausgezeichnet.

Stand: November 2025



AOK-Bundesverband
Die Gesundheitskasse.



DEUTSCHES
KREBSFORSCHUNGSZENTRUM
IN DER HELMHOLTZ-GEMEINSCHAFT

LIEBE LESERINNEN UND LESER, LIEBE PRÄVENTIONSINTERESSIERTE!

„An apple a day keeps the doctor away?“

Hand aufs Herz: Wie oft denken Sie an diese kleine und populäre Weisheit, bevor Sie in einen Apfel beißen? Dieser Spruch hat sich uns eingeprägt. Aber reicht mehr Bewusstsein für eine gesunde Lebensweise aus, um alle Menschen zu erreichen?

Nichtübertragbare Krankheiten sind in ganz Europa auf dem Vormarsch. So viele Menschen wie noch nie leiden an Typ-2-Diabetes, Adipositas, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder erkranken an Krebs. Und diese Erkrankungen sind maßgeblich auch lebensstilbedingt. Ungesunde Ernährung, Tabak- und Alkoholkonsum sowie zu wenig Bewegung können nachweislich Lebenszeit verkürzen, die Lebensqualität einschränken und drohen zudem auch das Gesundheitssystem zu überfordern. Die europäischen Gesellschaften sehen sich großen gesundheits- und sozialpolitischen Herausforderungen gegenüber – und vor allem Deutschland hat Nachholbedarf. Aus dem vielgelobten „Exportweltmeister“ ist eines der Präventions-Schlusslichter in Nord- und Zentraleuropa geworden.

Viele dieser zumeist als „Volkskrankheiten“ bezeichneten Erkrankungen wären vermeidbar, wenn Prävention nicht allein als Privatsache, sondern politisch ganzheitlich betrachtet würde. Andere europäische Staaten zeigen uns seit Jahren, wie mehr Prävention, Kinder- und Nichtraucherschutz oder Bewegungsanreize wirksam umgesetzt werden können: Umfassende Werbebeschränkungen für Lebensmittel mit viel Zucker, Fett und Salz, die sich an Kinder richten, rauchfreie Zonen im öffentlichen Raum oder eine gesundheitsorientierte Besteuerung für Tabak, Alkohol und zuckergesüßte Getränke sind in anderen Ländern bereits erfolgreich erprobt – und zeigen Wirkung! Dennoch setzt die Bundesregierung weiterhin auf Appelle an die Eigenverantwortung, auf freiwillige Maßnahmen der Industrie, auf die Verantwortung der Bundesländer oder einzelne Projekte, die zumeist aber nur diejenigen erreichen, die sich ohnehin gesundheitsbewusst verhalten. Und dabei geht wertvolle Zeit verloren. Dieses Zögern kostet Lebensjahre und Lebensqualität – und bringt die Finanzierung des Gesundheitssystems an den Rand des Abgrunds.

Der Public Health Index (PHI) eröffnet – leider wenig überraschend: Deutschland lässt viel Präventionspotenzial ungenutzt. Und das wirkt sich langfristig auch auf die wirtschaftliche Entwicklung des Landes aus. Deutschland hat eines der teuersten Gesundheitssysteme in Europa, bleibt bei der Lebenserwartung seiner Bevölkerung aber unter dem europäischen Durchschnitt. Die Politik diskutiert über die Rente mit 70 und hohe Kosten im Sozialsystem, nimmt aber nicht in den Blick, wie alle Menschen länger gesund und somit auch leistungsfähig bleiben können. Mit mehr politischem Willen und einer echten gesundheitsfördernden Politik, die nicht allein auf ein Ressort beschränkt ist, kann die dringend erforderliche Präventionswende noch erreicht werden – viel Zeit bleibt aber nicht mehr.



Barbara Bitzer

Sprecherin des
Wissenschaftsbünd-
nisses Deutsche
Allianz Nichtüber-
tragbare Krankheiten
(DANK) und
Geschäftsführerin
der Deutschen
Diabetes Gesellschaft
(DDG)

INHALT

1	EINLEITUNG	6
	Prävention für mehr gesunde Lebensjahre	
2	METHODIK	10
	Der Public Health Index (PHI)	
2.1	HANDLUNGSFELD TABAK	13
	Die Tobacco Control Scale (TCS): eine Skala zur Messung von Tabakkontrollpolitik	
2.2	HANDLUNGSFELD ALKOHOL	15
	Bridging the Gap – Modified (BtG-M): eine Skala zur Messung von Alkoholpolitik	
2.3	HANDLUNGSFELD ERNÄHRUNG	17
	Der Ernährungspolitik-Index: eine Skala zur Bewertung von ernährungspolitischen Maßnahmen	
2.4	HANDLUNGSFELD BEWEGUNG	19
	Skala zur Bewertung nationaler Bewegungspolitik	
3	ERGEBNISSE	21
	Prävention: Deutschland ein Schlusslicht Europas	
	Präventionspolitik im europäischen Vergleich	22
3.1	HANDLUNGSFELD TABAK	27
	Großer Nachholbedarf bei der Tabakprävention in Deutschland	
	Tabakpolitik im europäischen Vergleich	28
	Best Practice: Wie die Niederlande Nichtraucher zur Gemeinschaftsaufgabe machen	33
	Experten-Interview: Der Ball liegt im Spielfeld der Politik	34

3.2 HANDLUNGSFELD ALKOHOL	35
Bei Alkoholpolitik liegt Deutschland auf den hintersten Rängen	
Alkoholpolitik im europäischen Vergleich	36
Best Practice: Litauens erfolgreicher Kurs in der Alkoholpolitik	41
Experten-Interview: Wirksame Alkoholpolitik braucht klaren politischen Willen	42
3.3 HANDLUNGSFELD ERNÄHRUNG	43
In der Ernährungspolitik zählt Deutschland zu den Schlusslichtern	
Ernährungspolitik im europäischen Vergleich	44
Best Practice: Wie Chile seiner Bevölkerung eine gesündere Ernährung möglich machte	49
Experten-Interview: Die gesunde Wahl zur einfachen Wahl machen	50
3.4 HANDLUNGSFELD BEWEGUNG	51
Wo Deutschland bei Bewegungsförderung aufholen muss	
Bewegungspolitik im europäischen Vergleich	52
Best Practice: Gesundheit auf zwei Rädern – wie Paris zur Fahrradmetropole werden will	57
Experten-Interview: Bewegung darf kein Privileg sein	58
 4 DISKUSSION & FAZIT	 59
Warum wir vom Schlusslicht zum Vorreiter werden müssen	
 DIE HERAUSGEBENDEN IM KURZPORTRAIT	 61
 QUELLENVERZEICHNIS	 62

PRÄVENTION FÜR MEHR GESUNDE LEBENSJAHRE

Obwohl Deutschland im internationalen Vergleich hohe Gesundheitsausgaben hat, ist der Gesundheitszustand der Bürgerinnen und Bürger unzureichend. Viele vorzeitige Todesfälle ließen sich durch eine wirksame Prävention vermeiden.

Anteil der
Gesundheitsaus-
gaben am Brutto-
inlandsprodukt
(BIP) 2022:

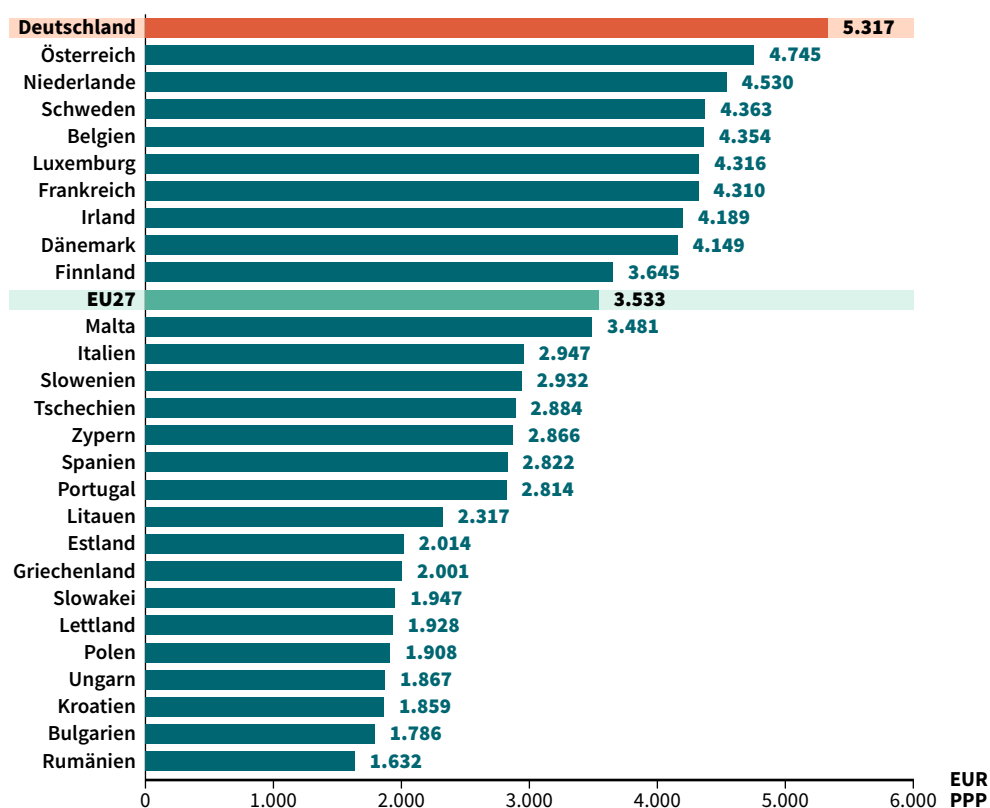
EU-Durchschnitt
10,4 %

Deutschland
12,6 %

Quelle: Health at a
Glance 2024, OECD

Deutschland gibt mehr Geld für die Gesundheitsversorgung aus als jedes andere Land in der EU (Abbildung 1). 2022 lagen die Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit in Deutschland mit 5.317 Euro um 50 Prozent über dem gewichteten EU-Durchschnitt von 3.533 Euro. Auch gemessen an der Wirtschaftsleistung ist Deutschland Spitzenreiter: Der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP) beträgt hierzulande 12,6 Prozent. [1]

Abb. 1 GESUNDHEITSAUSGABEN PRO KOPF, 2022

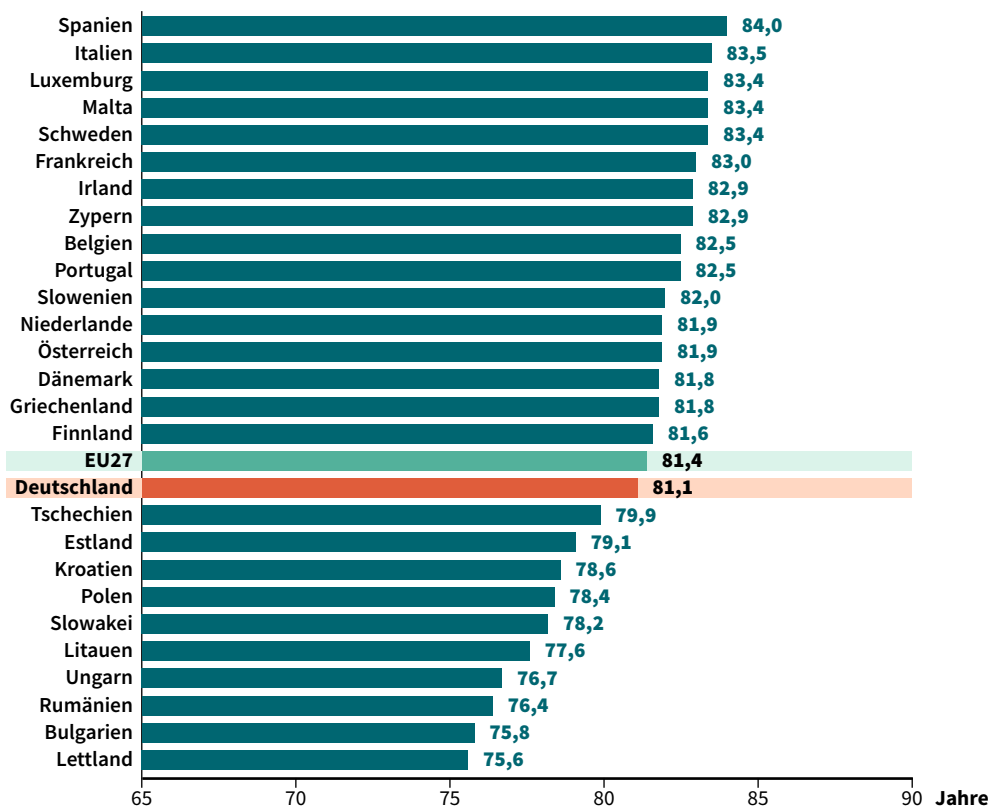


Hinweis: Der EU-Durchschnitt wurde gewichtet anhand der Bevölkerungsgröße (basierend auf Berechnungen der OECD). Quelle: OECD Health Statistics 2024; Eurostat (hlth_sha11_hf); WHO Global Health Expenditure Database.

Trotz der immensen Ausgaben für die Gesundheitsversorgung ist der Gesundheitszustand der Bevölkerung unzureichend. Ein wichtiger Gradmesser hierfür ist die durchschnittliche Lebenserwartung bei der Geburt (*Abbildung 2*). Diese steigt in Deutschland seit einigen Jahren langsamer an als im EU-Durchschnitt. [2] Im Jahr 2023 lag sie in der Bundesrepublik mit 81,1 Jahren erstmals unter dem EU-Durchschnitt von 81,4 Jahren und fast drei Jahre niedriger als beim EU-Spitzenreiter Spanien. [3]

Die durchschnittliche Lebenserwartung in Deutschland lag 2023 erstmals unter dem EU-Durchschnitt.

Abb. 2 LEBENSERWARTUNG BEI DER GEBURT, 2023



Hinweis: Der EU-Durchschnitt wurde gewichtet. Stand: 11. September 2025
 Quelle: Eurostat (demo_mlexpec)

Zentrale Treiber der Sterblichkeit und der Krankheitslast sind nichtübertragbare Krankheiten. Neben Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs sind das vor allem chronische Atemwegserkrankungen, Adipositas und Diabetes. [4] [5] Etwa die Hälfte der über 65-Jährigen in Deutschland leidet an mindestens zwei solcher chronischen Erkrankungen. Das liegt deutlich über dem EU-Durchschnitt. [1]

Mehr als 80 Prozent aller Todesfälle in Europa sind nach Angaben der WHO auf nichtübertragbare Krankheiten zurückzuführen. [4] Allein in Deutschland starben im Jahr 2023 nach Angaben des Statistischen Bundesamtes insgesamt knapp 348.000 Menschen an Herz-Kreislauf-Erkrankungen – das entspricht gut einem Drittel (33,9 Prozent) der insgesamt 1,03 Millionen Todesfälle in diesem Jahr. Mehr als jeder fünfte Todesfall (22,4 Prozent) wurde durch Krebs verursacht. [6]

JUNGE ERWACHSENE FRÜHER UND HÄUFIGER (CHRONISCH) KRANK

Die heutige ältere Generation, die in den 1950er- und 1960er-Jahren zur Welt kam, ist gesünder als die Generation ihrer Eltern vor 20 Jahren, so ein Ergebnis eines Forschungsprojekts an der Medizinischen Hochschule Hannover. [7] Wer im Jahr 2020 in Deutschland 65 Jahre alt war, konnte sich auf fast 20 weitere Lebensjahre freuen. [2] Doch bei den heutigen jüngeren Erwachsenen hat sich diese Entwicklung nicht fortgesetzt. Die Geburtsjahrgänge ab 1975 weisen höhere gesundheitliche Beeinträchtigungen auf als die Generation davor. Anders als oft angenommen, sehen wir heute bei jüngeren Erwachsenen keine Morbiditätskompression, sondern eine -expansion. Das heißt: Sie erkranken eher früher im Lebensverlauf und verbringen mehr Lebensjahre in beeinträchtigter Gesundheit als die Generation ihrer Eltern vor 20 Jahren. In Deutschland ist dieser Trend besonders ausgeprägt. [8] Zentrale Treiber dieser Entwicklung scheinen vor allem Adipositas und Typ-2-Diabetes zu sein.

Adipositas bei jungen Menschen hat sich in den vergangenen 20 Jahren vervielfacht.

Typ-2-Diabetes etwa tritt immer häufiger schon im frühen Erwachsenenalter auf. Damit steigt das Risiko weiterer Begleit- und Folgeerkrankungen. [7] Auch Übergewicht und Adipositas betreffen immer häufiger schon jüngere Menschen: Im Zeitraum 2003 bis 2023 hat sich Adipositas bei 18- bis 29-Jährigen mehr als verdreifacht und bei 30- bis 44-Jährigen mehr als verdoppelt. [9] Adipositas ist unter anderem ein zentraler Risikofaktor für Typ-2-Diabetes, Herzinfarkt, Bluthochdruck und weitere Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie für verschiedene Krebsarten. [7]

VORZEITIGE TODESFÄLLE WÄREN VERMEIDBAR

Ein großer Teil der Todesfälle in Deutschland ist auf vier verhaltensbedingte Risikofaktoren zurückzuführen: Rauchen, Alkoholkonsum, unausgewogene Ernährung und mangelnde Bewegung (Abbildung 3). Diese vier Faktoren spielen bei etwa vier von zehn Todesfällen in Deutschland eine zentrale Rolle. Der OECD zufolge wären hierzulande knapp 190.000 Sterbefälle im Jahr vermeidbar. Dabei liegen die deutlich größeren Potenziale in der Primärprävention, also der Vermeidung von Erkrankungen, und die geringeren Potenziale in der verbesserten Behandlung von Erkrankungen. [2]

Laut den Daten der Global-Burden-of-Disease-Studie 2021 (GBD-Studie) starben in Deutschland 2021 etwa 99.000 Menschen an den Folgen des Rauchens oder des Passivrauchens. An den Folgen von hohem Alkoholkonsum starben in Deutschland laut der GBD-Studie rund 47.500 Menschen. Auch die Folgen einer unausgewogenen Ernährung und unzureichender körperlicher Aktivität sind der Datenauswertung zufolge gravierend: Demnach führte Adipositas zu etwa 84.800, hohe Blutzuckerwerte zu 101.000 und Bluthochdruck sogar zu 185.000 Todesfällen. Bewegungsmangel spielte bei rund 10.400 Todesfällen eine zentrale Rolle. [10] Andere Berechnungen gehen teilweise von einer noch höheren Zahl an Sterbefällen aus, die auf die einzelnen Risikofaktoren zurückzuführen sind. So schätzt das Deutsche Krebsforschungszentrum (DKFZ) die mit Rauchen und Passivrauchen verbundenen Todesfälle auf 131.000 im Jahr. [11] Auch in Bezug auf körperliche Aktivität gibt es Schätzungen, wonach der Einfluss auf die Sterblichkeit deutlich höher ist, als es die GBD-Studie nahelegt. [12]

HOHE GESAMTWIRTSCHAFTLICHE KOSTEN

Das alles verursacht nicht nur individuelles Leid. Die volkswirtschaftlichen Auswirkungen ungesunden Verhaltens sind enorm, wie Analysen der Universität Hamburg zeigen. Allein die gesamtwirtschaftlichen Kosten des Tabakkonsums belaufen sich in Deutschland demnach auf etwa 97 Milliarden Euro pro Jahr. [13] Die direkten und indirekten Kosten des Alkoholkonsums werden hierzulande auf rund 57 Milliarden Euro beziffert. [13] Die jährlichen direkten und indirekten Kosten, die aufgrund von Adipositas anfallen, summieren sich auf

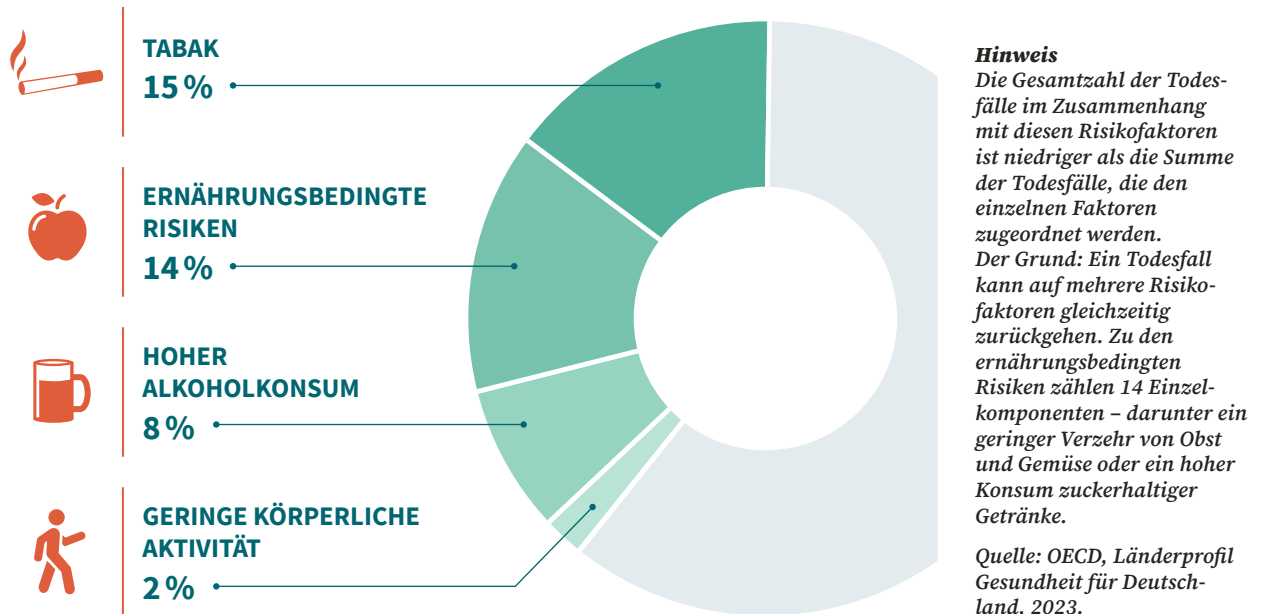
Volkswirtschaftliche Kosten pro Jahr:

Tabakkonsum
97 Mrd. €

Adipositas
63 Mrd. €

Alkoholkonsum
57 Mrd. €

Abb. 3 VERHALTENSBEDINGTE RISIKOFAKTOREN SIND IN DEUTSCHLAND FÜR VIER VON ZEHN TODESFÄLLEN VERANTWORTLICH



etwa 63 Milliarden Euro. [14] Dabei übersteigen die indirekten Kosten – wie Produktivitätsausfälle, Arbeitsunfähigkeit oder Frühverrentung – die direkten Gesundheitskosten. Für Bewegungsmangel liegen keine methodisch damit direkt vergleichbaren Analysen vor. Eine aktuelle Untersuchung auf Basis der Nationalen Kohorte NAKO ergab jedoch, dass unzureichende körperliche Aktivität im Vergleich zu ausreichender körperlicher Aktivität jährliche indirekte und direkte Mehrkosten von 482 Euro pro Person verursacht. [15]

ERFOLGREICHE PRÄVENTION UNVERZICHTBAR

Viele vorzeitige Todesfälle und hohe volkswirtschaftliche Kosten wären also durch Prävention dieser Risikofaktoren vermeidbar. Das gewinnt auch aufgrund der demografischen Entwicklung mehr und mehr an Bedeutung. In den nächsten zehn Jahren werden die geburtenstärksten Jahrgänge in den Ruhestand gehen. Dies entspricht etwa 30 Prozent der dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehenden Erwerbspersonen. [16] Das stellt die Tragfähigkeit des Solidarsystems vor erhebliche Herausforderungen. Die demografische Alterung der Gesellschaft dürfte in den Bereichen Gesundheit und Pflege zu deutlichen Ausgabesteigerungen führen, wie unter anderem das Bundesfinanzministerium in seinem „6. Bericht zur Tragfähigkeit der öffentlichen Finanzen“ prognostiziert. [17] In diesem Bericht modellieren die Autoren auch ein Szenario des „gesunden Alterns“. Wenn wir eine gesündere Gesellschaft erreichen, würde das die Kostenexplosion erheblich abmildern.

Gesundes Altern kann die Kostenexplosion erheblich abmildern.

WAS WIR VON ANDEREN STAATEN LERNEN KÖNNEN

Effektive Präventionspolitik spielt eine Schlüsselrolle bei der Vermeidung chronischer Erkrankungen und vorzeitiger Todesfälle. Der vorliegende Index stellt gesundheitsförderliche Strategien und Maßnahmen aus verschiedenen Ländern auf den Prüfstand und filtert erfolgversprechende Ansätze heraus. Vor allem aber zeigt er auf, wo Deutschland in Sachen Prävention und Gesundheitsschutz im internationalen Vergleich steht und an welchen Stellen Entwicklungspotenzial und -bedarf besteht. ■

DER PUBLIC HEALTH INDEX (PHI)

Der neue Public Health Index (PHI) vergleicht den Umsetzungsstand wissenschaftlich empfohlener Maßnahmen zur Unterstützung gesunder Lebensweisen verschiedener europäischer Länder. In diesem Kapitel wird die Methodik des PHI erläutert.

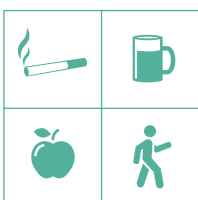
WAS IST DER PHI?

Der PHI ist ein neues Instrument zur Bewertung nationaler Maßnahmen zur Vermeidung nichtübertragbarer Erkrankungen. Er vergleicht den Umsetzungsstand wissenschaftlich empfohlener Maßnahmen zur Förderung gesunder Lebensweisen in 18 europäischen Ländern. Der Index soll Schwachstellen und Verbesserungspotenziale der deutschen Präventionspolitik identifizieren und anhand europäischer Best-Practice-Beispiele Impulse liefern, wie diese systematisch weiterentwickelt werden kann.

Entsprechend dem fachlich-wissenschaftlichen Konsens sind die Maßnahmen ressortübergreifend ausgerichtet und fallen hierzulande im föderalen System in unterschiedliche Zuständigkeiten. Alle für Prävention und Gesundheitsförderung verantwortlichen Akteure – Bund, Länder, Kommunen, Sozialversicherungsträger – sollen auf Grundlage des Index gezielt Bedarfe identifizieren, ungenutzte Potenziale sowie ihre eigenen Handlungsmöglichkeiten erkennen.

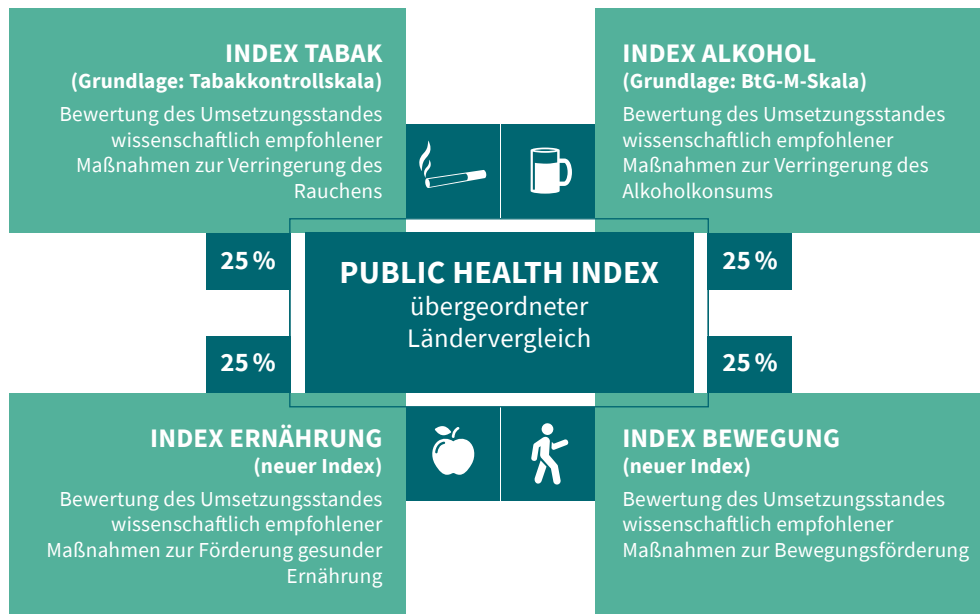
Der PHI ist ein Kooperationsprojekt des AOK-Bundesverbandes und des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ). Wissenschaftlich begleitet wird das Projekt von einem interdisziplinären Forschungsteam, dem Professor Dr. Peter von Philipsborn von der Universität Bayreuth (Expertise Ernährung), Assistenzprofessor Dr. Peter Gelius an der Universität Lausanne (Expertise Bewegung) und Dr. Jakob Manthey sowie Dr. Carolin Kilian vom Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg (Expertise Alkohol) angehören. Gemeinsam mit Oliver Huizinga und Dr. Sophie Rabe vom AOK-Bundesverband sowie Professorin Dr. Ute Mons und Dr. Katrin Schaller vom DKFZ bilden sie das Expertenteam, das über die Konzeption und Ausgestaltung des PHI im Konsensverfahren entschieden hat.

BEREICHE UND INDIKATOREN



In der vorliegenden ersten Fassung bewertet der PHI Maßnahmen in den Handlungsfeldern Tabak, Alkohol, Ernährung und Bewegung (*Abbildung 4*). Diese gelten als wesentliche Risikofaktoren für die Entstehung nichtübertragbarer Erkrankungen, beispielsweise Herz-Kreislauf-Beschwerden, Krebs, Typ-2-Diabetes oder Adipositas. Diese Erkrankungen wiederum sind für einen Großteil der vorzeitigen Todesfälle und der vermeidbaren Krankheitslast verantwortlich (*siehe Kapitel 1*).

Abb. 4 KONZEPT UND HANDLUNGSFELDER DES PHI



In den übergeordneten Ländervergleich des Public Health Index fließen zu gleichen Teilen die Ergebnisse von vier Indizes ein.

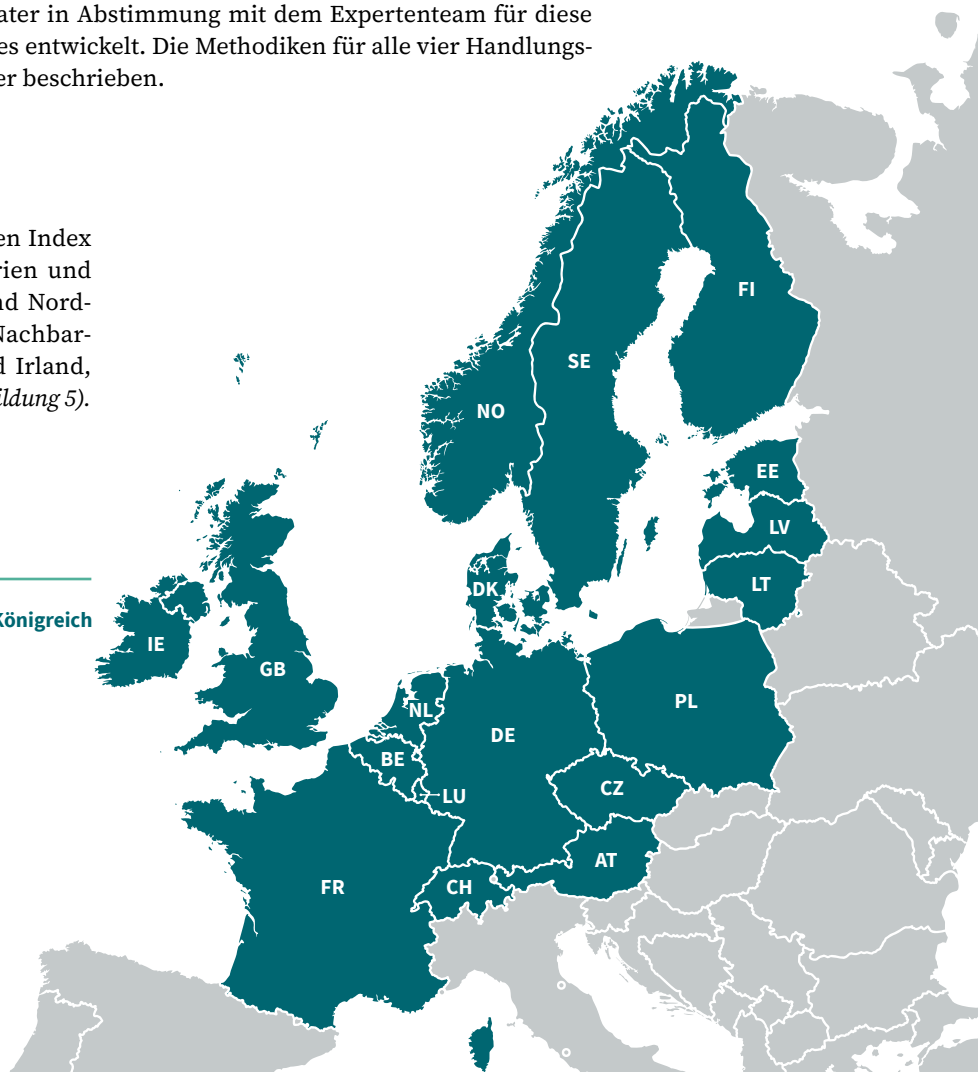
Für die Handlungsfelder Tabak und Alkohol greift der PHI auf bereits vorhandene, etablierte Indizes zurück: die Tabakkontrollskala (siehe Kapitel 2.1) und die BtG-M-Skala (siehe Kapitel 2.2). Für die Handlungsfelder Ernährung und Bewegung lagen keine etablierten Indizes in der Systematik einer Rangliste vor. Aus diesem Grund haben die fachlich zuständigen wissenschaftlichen Beraterinnen und Berater in Abstimmung mit dem Expertenteam für diese beiden Handlungsfelder neue Indizes entwickelt. Die Methodiken für alle vier Handlungsfelder sind in diesem Kapitel genauer beschrieben.

DIE LÄNDERAUSWAHL

Die Länderauswahl für den aktuellen Index erfolgte nach geografischen Kriterien und umfasst 18 Staaten aus Zentral- und Nord-europa: Deutschland und seine Nachbarländer, Vereinigtes Königreich und Irland, Skandinavien und das Baltikum (Abbildung 5).

Abb. 5 LÄNDERAUSWAHL

AT – Österreich	GB – Vereinigtes Königreich
BE – Belgien	IE – Irland
CH – Schweiz	LT – Litauen
CZ – Tschechien	LU – Luxemburg
DE – Deutschland	LV – Lettland
DK – Dänemark	NL – Niederlande
EE – Estland	NO – Norwegen
FI – Finnland	PL – Polen
FR – Frankreich	SE – Schweden

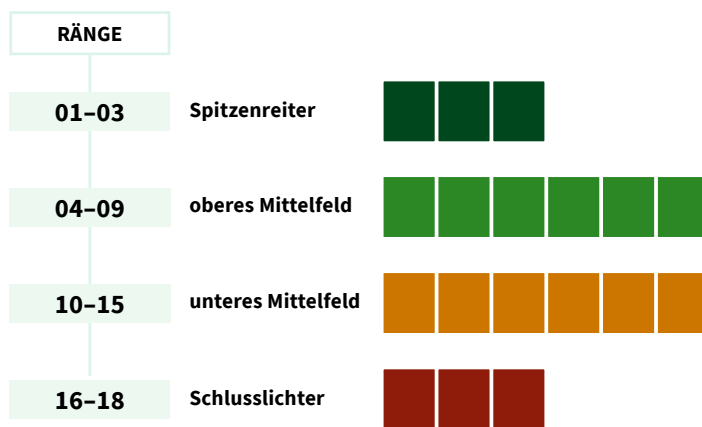


BEWERTUNG UND GEWICHTUNG

Die Ergebnisse der vier Handlungsfelder Tabak, Alkohol, Ernährung und Bewegung fließen mit gleichen Anteilen in die Gesamtbewertung ein. Die maximal möglichen 100 Punkte im übergeordneten Index ergeben sich jeweils zu 25 Prozent aus den vier bewerteten Handlungsfeldern. Ein Land erhält umso mehr Punkte und einen besseren Rang, je mehr empfohlene Präventionsmaßnahmen es umsetzt.

Die Ergebnisse werden in Form einer Rangliste dargestellt, die in vier Kategorien unterteilt ist: Ränge 1 bis 3 gehören zu den Spitzenreitern, Ränge 4 bis 9 zum oberen Mittelfeld, Ränge 10 bis 15 zum unteren Mittelfeld und Ränge 16 bis 18 zu den Schlusslichtern. Abbildung 6 zeigt sowohl die Verteilung der Ränge als auch die farbliche Kennzeichnung dieser Kategorien.

Abb. 6 RANGVERTEILUNG NACH KATEGORIEN UND FARBEN



Bei punktgleichen Staaten sind Abweichungen in der Farbkodierung möglich.

EINSCHRÄNKUNGEN UND UNSICHERHEITEN

Die vorliegende erste Fassung des PHI hat verschiedene methodische Einschränkungen. Zum einen bewertet der aktuelle Index lediglich 18 Staaten in Nord- und Zentraleuropa, was vorrangig eine Ressourcenentscheidung war. Perspektivisch sollen alle 30 Staaten des Europäischen Wirtschaftsraumes einbezogen werden.

Zum anderen lässt der PHI übertragbare Krankheiten sowie die Strukturen und die Aufstellung der öffentlichen Gesundheitsdienste außen vor. Stattdessen fokussiert der PHI auf vier Risikofaktoren mit hoher Relevanz für die Eindämmung nichtübertragbarer Krankheiten: Tabak, Alkohol, Ernährung und Bewegung. Perspektivisch soll der Index um weitere Handlungsfelder erweitert werden.

Die einzelnen Indizes weisen einen unterschiedlichen Detailgrad auf und sind deshalb untereinander methodisch nur bedingt vergleichbar.

Zu guter Letzt gelten für den PHI alle Einschränkungen und Unsicherheiten der einzelnen Indizes, die in den übergeordneten Index einfließen. ■



DIE TOBACCO CONTROL SCALE (TCS): EINE SKALA ZUR MESSUNG VON TABAKKONTROLLPOLITIK

WAS IST DIE TOBACCO CONTROL SCALE (TCS)?

Die Tabakkontrollskala (Tobacco Control Scale/TCS) ermöglicht einen Vergleich der Maßnahmen zur Eindämmung des Tabakkonsums und des Passivrauchens. Sie wurde von Luk Joossens, Advocacy Officer of the Association of European Cancer Lagues (ECL), und Martin Raw, damals Honorar-Dozent für Public Health Science an der Guy's, King's and St Thomas' Medical School Universität London, entwickelt und 2006 erstmals vorgestellt. [18] Der erste Report beschreibt die Methodik und das Ranking für das Jahr 2005. Die hier verwendete letzte verfügbare Aktualisierung ist die im Dezember 2022 veröffentlichte TCS 2021. Die dafür erhobenen Daten beziehen sich auf die am 1. Januar 2022 geltenden Rechtsvorschriften, auf Zigarettenpreisdaten für 2020 und auf das Budget für die Tabakkontrolle im Jahr 2020. Alle Rechtsvorschriften, Preiserhöhungen oder Finanzmittel, die nach diesen Daten eingeführt oder durchgesetzt wurden, sind nicht berücksichtigt. Die TCS 2021 umfasst 37 europäische Länder, darunter 27 EU-Mitgliedstaaten. Die Daten stellten Ariadna Feliu und Esteve Fernandez (Catalan Institute of Oncology, Barcelona), Lilia Olefir (Smokefree Partnership, SFP) und Luk Joossens (ECL) zusammen. Expertinnen und Experten sowie Institutionen aus den einzelnen Ländern trugen Informationen bei – für Deutschland war dies das Deutsche Krebsforschungszentrum (DKFZ). [19] Die nächste TCS soll 2026 publiziert werden.

WELCHE INDIKATOREN FLIESSEN IN DIE BEWERTUNG EIN?

Die TCS fokussierte anfangs auf sechs Maßnahmen, die von der Weltbank und dem Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (WHO FCTC) als effektive Ansätze zur Reduzierung des Tabakkonsums eingestuft wurden. [18] [20] Inzwischen umfasst sie neun Bereiche, unter anderem Verkaufspreis, Nichtraucherchutz, Werbebeschränkungen und Warnhinweise auf den Verpackungen. Die Gewichtung der einzelnen Maßnahmen für den Score erfolgte durch ein Panel erfahrener Expertinnen und Experten. [18] [21] Die Tabakkontrollskala wurde seit 2006 kontinuierlich weiterentwickelt und mehrfach an die Weiterentwicklung der Tabakpräventionspolitik angepasst.

BEWERTUNG UND GEWICHTUNG

Aufgrund der wissenschaftlichen Evidenz über die besondere Wirksamkeit von Tabaksteuern und die Ausweitung rauchfreier Zonen haben diese beiden Indikatoren eine besonders hohe Gewichtung. An dritter Stelle folgt der Indikator Werbeverbote. Grundlage für die Bewertung der einzelnen Länder sind nationale Gesetze, Bestimmungen sowie weitere Datenquellen, die systematisch ausgewertet werden. Die Bewertung erfolgt anhand eines festgelegten Verfahrens. Einige Indikatoren sind für eine differenzierte Erfassung in Unterbereiche untergliedert, für die es jeweils eine klare Definition und eine vom jeweiligen Grad der Umsetzung abhängige Punktzahl gibt. Je konsequenter ein Land die jeweiligen Maßnahmen umsetzt, desto mehr Punkte kann es erreichen. So ergibt beispielsweise die Durchsetzung eines vollständigen, ausnahmslosen Rauchverbots an Arbeitsplätzen zehn Punkte. Sind solche Regelungen zwar vorhanden, wurden aber erst in weniger als 50 Prozent der Betriebe umgesetzt, wird dies nur mit zwei Punkten bewertet. Die Punkte aller Bereiche addieren sich zu einem Gesamtwert von maximal 100 Punkten.



Abb. 7 DIE TOBACCO CONTROL SCALE (TCS)

BEREICH	ZUSTÄNDIGKEIT IN DEUTSCHLAND	INHALT	MAXIMALE PUNKTZAHL
Zigarettenpreis Price of cigarettes	EU: EU-Kommission BUND: Bundesfinanzministerium	Gewichteter Durchschnittspreis pro Packung	30
Rauchfreie Umwelt Smoke free public and work places	BUND: Bundesgesundheitsministerium: Arbeitsplätze, Einrichtungen des Bundes, Privat-Pkw LÄNDER: Einrichtungen der Länder, Gastronomie	Nichtraucherschutzgesetz: rauchfreie Arbeitsplätze, Gastronomie, öffentliche Einrichtungen, öffentlicher Transport und Privat-Pkw	22
Ausgaben für Aufklärungskampagnen Spending on public information campaigns	BUND: Bundesgesundheitsministerium; Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit, Sozialversicherungsträger	Ausgaben der nationalen Regierung für die Tabakkontrolle pro Kopf	10
Werbeverbote Comprehensive bans on advertising and promotion	EU: nur grenzüberschreitende Werbung BUND: Bundesernährungsministerium	Verbot von Fernseh-, Radio-, Außen-, Kino-, Print- und Internetwerbung, Sponsoring, indirekter Werbung und Werbung am Verkaufsort	13
Warnhinweise Large pictorial health warning labels	EU: EU-Kommission BUND: Bundesernährungsministerium	Standardisierte Verpackung, Größe und Platzierung der aufgedruckten Gesundheitswarnung, ohne oder mit Bild	10
Unterstützung beim Rauchstopp Treatment to help smokers stop	BUND: Bundesgesundheitsministerium, Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit GESUNDHEITSWESEN: gesetzliche Krankenversicherung/ Gemeinsamer Bundesausschuss	Erfassung des Rauchstatus in medizinischen Unterlagen, Beratung in der Primärversorgung, telefonische Raucherberatung, Netzwerke zur Unterstützung der Rauchentwöhnung, Kostenübernahme für Medikamente zur Entwöhnung	10
Maßnahmen gegen illegalen Handel Illicit tobacco trade	EU: EU-Kommission BUND: Bundesfinanzministerium	Ratifizierung des WHO FCTC-Protokolls zur Unterbindung des unerlaubten Handels mit Tabakprodukten, Track-and-Trace-System für Tabakerzeugnisse	3
Maßnahmen gegen Einflussnahme der Tabakindustrie Tobacco Industry Interference	BUND: alle Ministerien, die an Tabakpräventionsmaßnahmen beteiligt sind LÄNDER	Konsequent durchgesetzte Maßnahmen gegen Einflussnahme durch die Tabakindustrie	2
Nicht-Ratifizierung des WHO-Tabakrahmenübereinkommens Not ratifying the WHO Framework Convention on Tobacco Control	BUND: Bundeskanzleramt und Bundesgesundheitsministerium	Ein Punkt Abzug, wenn das WHO-Tabakrahmenübereinkommen nicht ratifiziert wurde	0
MAXIMAL ERREICHBARE PUNKTZAHL			100

EINSCHRÄNKUNGEN UND UNSICHERHEITEN

Die Skala beruht zum Teil auf Angaben der Länderexpertinnen und -experten. Diese schätzen die Umsetzung der Maßnahmen möglicherweise zum Teil unterschiedlich ein oder haben auf manche Daten keinen Zugriff. Die jeweiligen Regelungen können in den unterschiedlichen Ländern differenzierter sein, als es sich in der Kategorisierung erfassen lässt. Die Tabakkontrollskala erfasst den Status quo zu einem bestimmten Zeitpunkt. Spätere Veränderungen werden nicht erfasst.

ANWENDUNG FÜR DEN PHI

Ziel des PHI im Handlungsfeld Tabakkontrolle ist es, die verschiedenen Maßnahmen zur Eindämmung des Rauchens zu erheben und zu vergleichen. Professorin Dr. Ute Mons und Dr. Katrin Schaller von der Stabsstelle Krebsprävention des DKFZ ordnen das Abschneiden Deutschlands im Rahmen des PHI im Vergleich zu anderen europäischen Ländern ein. Damit eine Aktualität gegeben ist, dokumentieren sie die Fortschritte in der Tabakprävention, die Deutschland seit der TCS 2021 gemacht hat. ■

Weiterführende Informationen zur Methodik sind im Daten-Anhang zu finden.



Mehr auf
[aok.de/pp/
public-health/
index](https://aok.de/pp/public-health/index)



BRIDGING THE GAP – MODIFIED (BTG-M): EINE SKALA ZUR MESSUNG VON ALKOHOLPOLITIK

WAS IST DIE BTG-M-SKALA?

Die „Bridging the Gap – Modified“, kurz: BtG-M-Skala, ist ein Index zur Bewertung nationaler Alkoholpolitiken. [22] [23] Sie entstand im Rahmen des Projekts „Alkohol in Europa“, einer großen Untersuchung, die sich mit nationalen Politikmaßnahmen zur Verringerung des Alkoholkonsums und mit den alkoholbedingten Krankheitslasten in Europa befasst. Maßgebliche Beiträge leisteten Professor Peter Allebeck und Dr. Anastasia Månsson vom Karolinska Institut (Schweden). Die BtG-M-Skala geht zurück auf die ursprüngliche BtG-Skala, die im EU-Projekt „Bridging the Gap“ 2006 entwickelt wurde. [24] Die BtG-M-Skala bildet Maßnahmen im Zeitraum 1990 bis 2019 ab.

BEREICHE UND INDIKATOREN

Für die Auswahl der Bereiche und deren Gewichtung in der ursprünglichen BtG-Skala wurde ein Expertenteam aus elf Personen in einem Delphi-Prozess konsultiert. [24] Die revidierte BtG-M-Skala wurde mithilfe verschiedener externer Indikatoren für eine Auswahl europäischer Länder validiert. [22] [23]

Die BtG-M-Skala (Abbildung 8) umfasst sieben Bereiche – von Regelungen zu Verkauf und Ausschank über Altersgrenzen und Bestimmungen zu Werbung bis zu Promillegrenzen im Straßenverkehr, Präventions- und Bildungsprogrammen sowie Besteuerung. Diese Bereiche gelten als die wichtigsten Hebel zur Senkung von Alkoholkonsum und -schäden.

Die Bewertung nationaler Alkoholpolitik anhand der BtG-M-Skala fokussiert sieben Bereiche, die für die Senkung des Alkoholkonsums relevant sind.

BEWERTUNG UND GEWICHTUNG

Grundlage für die Bewertung einzelner Länder sind nationale Gesetze und Regelungen, die von einem Expertenteam analysiert werden. Die Bewertung folgt einem systematisch festgelegten Verfahren. Für jeden Bereich stehen differenzierte Interpretationshilfen zur Verfügung, die als Grundlage für die Vergabe von Punkten dienen. Dabei bringen strengere Maßnahmen mehr Punkte. So ergibt etwa ein umfassendes Werbeverbot oder eine sehr niedrige Promillegrenze im Straßenverkehr einen hohen Punktwert. Die Punkte aller Bereiche addieren sich zu einem Gesamtwert von maximal 40 Punkten.

Manche Bereiche sind stärker gewichtet als andere. Besonders hoch bewertet die Skala zwei Bereiche: Verbrauchssteuern (40 Prozent des Gesamtwerts) und Regelungen zu Verkauf und Ausschank (25 Prozent des Gesamtwerts). Diese Gewichtung spiegelt die derzeitige empirische Evidenz zur Wirksamkeit alkoholpolitischer Maßnahmen wider. Zahlreiche Studien belegen, dass höhere Alkoholsteuern den Konsum und alkoholbedingte Schäden deutlich senken können. [25] [26] [27] Auch Einschränkungen der zeitlichen Verfügbarkeit gelten als nachweislich wirksam. [27] [28] Für andere Maßnahmen – etwa Marketingbeschränkungen – ist die Datenlage bislang weniger eindeutig. [29] [30]

Höhere Alkoholsteuern und eine eingeschränkte Verfügbarkeit alkoholischer Getränke tragen nachweislich zu einem geringeren Alkoholkonsum bei.



Abb. 8 DIE BTG-M-SKALA

BEREICH	ZUSTÄNDIGKEIT IN DEUTSCHLAND	INHALT	MAXIMALE PUNKTZAHL
Regelungen zur Produktion <i>Control of production</i>	BUND: Bundesfinanzministerium in Abstimmung mit den Ressorts Landwirtschaft und Wirtschaft*	Monopol für Produktion oder Großhandel von Alkohol	2
Regelungen zu Verkauf und Ausschank <i>Control of distribution</i>	BUND: Bundeswirtschaftsministerium in Abstimmung mit den Ressorts Familie, Verbraucherschutz und Justiz** LÄNDER: Je nach Rechtsgrundlage Ministerien für Inneres, Soziales/Gesundheit, Wirtschaft und Justiz	Monopol, Lizenzsystem oder permanente Beschränkungen für den Verkauf und Ausschank von Alkohol	10
Mindestverkaufsalter <i>Age limits</i>	BUND: Bundesfamilienministerium	Höhe des Mindestverkaufsalters für alkoholische Getränke	4
Regelungen zu Werbung und Marketing <i>Control of marketing</i>	BUND: federführend Bundesernährungsministerium in Abstimmung mit den Ressorts für Justiz und Gesundheit LÄNDER: federführend Staats- bzw. Senatskanzleien (Medienpolitik), beteiligt Familienministerien	Verbot oder Beschränkungen für Werbung und Sponsoring für alkoholische Getränke	3
Regeln im Straßenverkehr <i>Social and environmental controls</i>	BUND: Bundesverkehrsministerium	Grenzwerte für die Blutalkoholkonzentration im Straßenverkehr	4
Öffentliche Politik <i>Public policy</i>	BUND: Bundesgesundheitsministerium, Sozialversicherungsträger, beteiligt Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit	Nationale Präventions- und Bildungsprogramme	1
Alkoholbesteuerung <i>Alcohol taxation</i>	EU: Europarat (Wirtschafts- und Finanzministerrat) BUND: Bundesfinanzministerium	Höhe der Verbrauchssteuern auf alkoholische Getränke	16
MAXIMAL ERREICHBARE PUNKTZAHL			40

*Im Bundesfinanzministerium war das Branntweinmonopol organisatorisch angesiedelt, operativ umgesetzt durch die Bundesmonopolverwaltung für Branntwein in Offenbach, die bis Ende 2018 bestand. Das Ressort für Landwirtschaft ist federführend für Weinanbau in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Weininstitut und für die Bierproduktion zuständig. Für die Struktur der Brauereibranche und die Wettbewerbssituation ist das Wirtschaftsministerium mitverantwortlich.

**Das Gaststättengesetz regelt die Bedingungen für den Ausschank von Alkohol und wurde zuletzt vom Bundeswirtschaftsministerium geändert. Im Jugendschutzgesetz sind die Bestimmungen zum Betrieb von Verkaufsautomaten festgelegt; die letzte Änderung erfolgte durch das Bundesfamilienministerium.

EINSCHRÄNKUNGEN UND UNSICHERHEITEN

Die BtG-M-Skala strebt eine objektive Bewertung auf Grundlage von Gesetzestexten an und ermöglicht so einen Ländervergleich. Mögliche Verzerrungen sind jedoch nicht auszuschließen: In manchen Fällen ist der Zugang zu relevanten rechtlichen Regelungen eingeschränkt oder nicht vollständig. Dadurch könnten Länder fälschlich niedrigere Bewertungen erhalten. Um diese Verzerrung zu minimieren, wurden bei Unklarheiten Fachleute aus den jeweiligen Ländern hinzugezogen. Politische Maßnahmen, die nur auf regionaler Ebene gelten – etwa in Bundesländern, Kantonen oder Départements – flossen nicht in die Bewertung ein.

ANWENDUNG FÜR DEN PHI

Ziel des PHI im Handlungsfeld Alkohol ist es, nationale Alkoholpolitiken zu analysieren und vergleichbar zu machen. Dafür hat das Expertenteam vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Dr. Carolin Kilian und Dr. Jakob Manthey, die modifizierte BtG-M-Skala übernommen und in enger Abstimmung mit den Autorinnen und Autoren der Skala (Dr. Anastasia Månsson, Professor Peter Allebeck) aktualisiert. Die Aktualisierung bildet den Stand vom Januar 2025 ab. Das Update erfolgte im Juni und Juli 2025. ■

Weiterführende Informationen zur Methodik sind im Daten-Anhang zu finden.



Mehr auf aok.de/pp/public-health/index



DER ERNÄHRUNGSPOLITIK-INDEX: EINE SKALA ZUR BEWERTUNG VON ERNÄHRUNGSPOLITISCHEN MASSNAHMEN

WAS IST DER ERNÄHRUNGSPOLITIK-INDEX?

Der Ernährungspolitik-Index (EPI) ist ein neuer Index zur Bewertung der Umsetzung von Politikmaßnahmen zur Förderung gesunder Ernährung. Er wurde vom Team des Lehrstuhls für Public Health Nutrition der Universität Bayreuth unter der Leitung von Professor Dr. Peter von Philipsborn und unter Mitarbeit des Expertenteams des Public Health Index entwickelt. Als Datenquellen dienen die Policy Maps des UNC Global Food Research Programs. [31] [32] [33] [34] Zur Validierung wurden die folgenden Datenquellen herangezogen: die Nourishing Policy Database des World Cancer Research Funds [35], die Global Database on the Implementation of Food and Nutrition Action (GIFNA) der WHO [36], die World Bank Global SSB Tax Database [37], Schulverpflegungs-Länderprofile des Joint Research Center der Europäischen Kommission [38] sowie drei systematische Übersichtsarbeiten zum Umsetzungsstand von gesetzlichen Regelungen zur Schulverpflegung. [39] [40] [41] Sie werden durch Forschungsteams der University of North Carolina/Chapel Hill, des World Cancer Research Fund International, einem Forschungszentrum der EU, der Weltbank und der WHO erhoben und regelmäßig aktualisiert. Eventuell auftretende Diskrepanzen wurden durch weitere Recherche geklärt. Eingeschlossen wurden alle Politikmaßnahmen, zu denen sich mindestens zwei unabhängige vertrauenswürdige Quellen identifizieren ließen.

BEREICHE UND INDIKATOREN

Maßgeblich für die Auswahl der Indikatoren für den EPI waren die folgenden Kriterien: Empfehlung durch die WHO und weitere relevante Fachorganisationen auf nationaler oder internationaler Ebene, gute Evidenzlage (evidenzbasierte WHO-Leitlinien, nationale S3-Leitlinien, aktuelle, qualitativ hochwertige systematische Reviews) sowie eine ausreichende Datenlage zum Umsetzungsstand der Maßnahmen in den für den Public Health Index (PHI) relevanten Ländern. Auf dieser Grundlage wurden sechs Indikatoren ausgewählt, die in den neuen Index einfließen. Die bewerteten Maßnahmen umfassen steuerliche Rahmenbedingungen, Standards für das Lebensmittelangebot an Schulen, Kennzeichnungsregeln und Werberichtlinien.

BEWERTUNG UND GEWICHTUNG

Die einzelnen Indikatoren messen jeweils, ob die entsprechende Maßnahme im jeweiligen Land auf nationaler Ebene eingeführt wurde und zum Zeitpunkt der Datenerhebung (August 2025) in Kraft war. Liefern die verwendeten Datenquellen keine belastbaren Hinweise auf die Umsetzung einer bestimmten Maßnahme in einem Land, gilt sie als „nicht umgesetzt“ (0 Punkte). Alle sechs Indikatoren werden gleich gewichtet. Die Punkte aller Bereiche addieren sich zu einem Gesamtwert von maximal sechs Punkten.

**Abb. 9 DER ERNÄHRUNGSPOLITIK-INDEX**

BEREICH	ZUSTÄNDIGKEIT IN DEUTSCHLAND	INHALT	MAXIMALE PUNKTZAHL
Softdrink-Steuer Soft drinks tax	BUND: Bundesernährungsministerium, Bundesfinanzministerium	Eine Steuer auf zuckergesüßte Getränke (wie z. B. Limonaden)	1
Sonstige gesundheitsbezogene Lebensmittelsteuern Other health-related food taxes	BUND: Bundesernährungsministerium, Bundesfinanzministerium	Eine Steuer auf verarbeitete Lebensmittel mit einem hohen Zucker-, Fett- und/oder Salzgehalt (wie z. B. Süßwaren, Eiscreme, Kartoffelchips)	1
Nährwertkennzeichnung Nutrition labelling	EU: EU-Generaldirektion Gesundheit und Lebensmittelsicherheit BUND: Bundesernährungsministerium	Eine intuitiv verständliche, verbindliche Nährwertkennzeichnung auf der Verpackungsvorderseite, z. B. nach dem Ampelprinzip oder in Form von Warnsymbolen auf Produkten mit einem hohen Zucker-, Salz- und/oder Fettgehalt	1
Beschränkung von an Kinder gerichteter Lebensmittelwerbung Restrictions on food marketing directed at children	BUND, LÄNDER UND KOMMUNEN	Verbindliche Beschränkung von an Kinder gerichteter Werbung für gesundheitlich problematische Produkte mit einem hohen Zucker-, Fett- und/oder Salzgehalt	1
Qualitätsstandards für die Schulverpflegung School meal standards	LÄNDER UND KOMMUNEN MIT UNTERSTÜTZUNG DES BUNDES	Verbindliche Umsetzung von Qualitätsstandards für eine ernährungsphysiologisch ausgewogene Schulverpflegung	1
Qualitätsstandards für sonstige Essensangebote an Schulen Standards for other foods offered at school	LÄNDER UND KOMMUNEN	Verbindliche Qualitätsstandards für sonstige Verpflegungsangebote an Schulen (z. B. Getränke- und Snackautomaten, Pausenverkauf)	1
MAXIMAL ERREICHBARE PUNKTZAHL			6

EINSCHRÄNKUNGEN UND UNSICHERHEITEN

Die verwendete Skala strebt eine möglichst genaue und objektive Bewertung relevanter Ernährungspolitiken in den unterschiedlichen Ländern an. Gleichwohl gibt es Limitationen: So erfasst die Skala nur, ob eine bestimmte Maßnahme im jeweiligen Land eingeführt wurde oder nicht. In die Bewertung fließt jedoch nicht ein, wie gut sie ausgestaltet ist – wie hoch zum Beispiel eine Softdrink-Steuer ist und ob sie auch künstliche Süßstoffe betrifft. Ebenso wenig wird erfasst, wie gut die jeweilige Maßnahme in der Fläche umgesetzt wird – ob zum Beispiel die Einhaltung von verbindlichen Qualitätsstandards für die Schulverpflegung kontrolliert wird. Beides kann dazu führen, dass Länder mit unterschiedlich wirksamen Maßnahmen die gleiche Punktzahl erhalten.

Auch wenn für den Index anerkannte Datenquellen genutzt und einer Vergleichsprüfung (Validierung) unterzogen werden, lässt sich nicht mit Gewissheit ausschließen, dass einige der verwendeten Daten unvollständig, veraltet oder fehlerhaft sind – beispielsweise, weil eine eingeführte Maßnahme wieder abgeschafft oder eine neue etabliert, diese Änderung aber in unseren Quellen noch nicht erfasst wurde. Außerdem gehen nur Maßnahmen auf nationaler Ebene in die Auswertung ein. Beispielsweise bei Schulverpflegung sind die Qualitätsstandards der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) in einzelnen Bundesländern für bestimmte Jahrgangsstufen verbindlich. Da dies jedoch nicht bundesweit gilt, wurde die Maßnahme auf nationaler Ebene als noch nicht umgesetzt bewertet.

ANWENDUNG FÜR DEN PHI

Ziel des PHI im Handlungsfeld Ernährung ist es, ernährungspolitische Maßnahmen auf nationaler Ebene zu erfassen und vergleichbar zu machen. Der neu entwickelte Index konzentriert sich dabei auf sechs Maßnahmen, zu deren Relevanz und Wirksamkeit ein breiter fachlicher Konsens besteht. Die Auswertung der Datenquellen erfolgte im Sommer 2025. ■

Weiterführende Informationen zur Methodik sind im Daten-Anhang zu finden.



Mehr auf aok.de/pp/public-health/index



SKALA ZUR BEWERTUNG NATIONALER BEWEGUNGSPOLITIK

WAS IST DIE BEWEGUNGSPOLITIK-SKALA?

Die Skala für das Handlungsfeld Bewegung bewertet politische Maßnahmen zur Förderung körperlicher Aktivität. Dr. Peter Gelius, Assistenzprofessor an der Universität Lausanne, hat die Skala im Konsensverfahren mit dem Expertenteam des Public Health Index (PHI) im Sommer 2025 neu entwickelt. Wissenschaftliche Beratung leistete das WHO-Kooperationszentrum für Bewegung und Public Health an der Universität Erlangen-Nürnberg. Als Datenquelle dient der Global Status Report on Physical Activity (GSRPA) 2022 der WHO [42], der auf dem WHO NCD Country Capacity Survey 2021 [43] und dem WHO Global Status Report on Road Safety 2018 [44] basiert. Die Gründe für die Nutzung dieser Daten sind ihre Verfügbarkeit für alle im PHI berücksichtigten Länder, ihre regelmäßige Erhebung durch die WHO und ihre Eignung zur Überführung in einen Index. Die Daten für den GSRPA werden per Fragebogen direkt bei den nationalen Regierungen erhoben. Ihre Angaben mussten die Länder mit Quellen und Referenzen belegen. Anschließend wurden diese von der WHO überprüft und, soweit bei Eigenangaben möglich, verifiziert.

BEREICHE UND INDIKATOREN

Die aktuelle Skala umfasst vier Bereiche, die gemäß internationalem fachlichem Konsens zentrale Hebel für eine wirksame Bewegungsförderung darstellen. Grundlage hierfür bilden die vier Bereiche des WHO Global Action Plan on Physical Activity von 2018 – active societies, active environments, active people, active systems. [45] Darunter fallen unter anderem Politik für Zufußgehen und Radfahren, Stadtplanung, Bewegungsangebote in den Lebenswelten wie Schule sowie öffentlichkeitswirksame Kampagnen und Massenveranstaltungen. Die 38 Politik-Indikatoren für Bewegungsförderung des Global Status Report on Physical Activity 2022 sind jeweils einem der vier oben genannten Bereiche zugewiesen (siehe weiterführende Informationen zur Methodik auf Seite 20).

Grundlage für den Bewegungsindex sind die vier Bereiche des WHO Global Action Plan on Physical Activity von 2018.

BEWERTUNG UND GEWICHTUNG

Die für den PHI relevanten Angaben liegen in einem dichotomen Format vor, das heißt: Eine Maßnahme oder Politik ist entweder vorhanden (1) oder nicht vorhanden (0). Für einige Indikatoren – konkret für diejenigen, für die die WHO Kriterien guter Praxis definiert hat – sind die Daten dreistufig erfasst. In diesen Fällen wird der Wert 0 vergeben, wenn keine Regelung existiert, 0,5, wenn eine Regelung vorhanden ist, und 1, wenn die Regelung den von der WHO vorgegebenen Kriterien guter Praxis entspricht. Dabei ist wesentlich, dass diese Kriterien nicht im Rahmen der Erstellung des PHI, sondern von der WHO festgelegt wurden. Die vier Bereiche, aus denen sich der Index zusammensetzt, bestehen aus unterschiedlich vielen Indikatoren, teilweise mit weiteren Unterindikatoren. Eine einfache Addition der Ergebnisse eines jeden Bereichs würde dazu führen, dass die Bereiche aufgrund ihrer unterschiedlichen Struktur und Zusammensetzung nicht miteinander vergleichbar wären. Um dies zu vermeiden, wird zunächst für jeden der vier Bereiche ein Mittelwert über alle zugehörigen Indikatoren berechnet. Aus diesen vier Mittelwerten wird anschließend ein Gesamtscore gebildet, der den Durchschnitt der Bereichswerte darstellt. Das Ergebnis liegt auf einer Skala von 0 bis 1. Zur besseren Verständlichkeit werden sowohl die Werte der Bereiche als auch der Gesamtscore in Prozent umgerechnet. Damit ergibt sich eine Skala von 0 bis 100, die sowohl für die Bereiche als auch für das Gesamtergebnis gilt (Abbildung 10).

Der Index bewertet, ob eine Maßnahme oder Politik in einem Land vorhanden ist oder nicht.



Abb. 10 DIE SKALA ZUR BEWERTUNG NATIONALER BEWEGUNGSPOLITIK

BEREICH	ZUSTÄNDIGKEIT IN DEUTSCHLAND	INHALT	MAXIMALER MITTELWERT
Aktive Gesellschaften Active societies	BUND: Bundesgesundheitsministerium, Bundesernährungsministerium sowie das Ressort des Inneren LÄNDER: Kultusministerkonferenz	Nationale Kampagne für Bewegung, nationale Massenveranstaltungen für Bewegung	100
Aktive Umwelten Active environments	BUND: Bundesverkehrsministerium	Nationale Politik für Zufußgehen und Radfahren, Strategie für Sicherheit im Straßenverkehr, Straßen-designstandards, Politik für öffentlichen Personen-nahverkehr, Gesetzgebung für Verkehrssicherheit	100
Aktive Menschen Active people	BUND: Bundesgesundheitsministerium GESUNDHEITSWESEN: gesetzliche Krankenversicherung, Gemeinsamer Bundesausschuss	Bewegungsförderung in Lebenswelten und am Arbeitsplatz, kurze Bewegungsinterventionen in der primären Gesundheitsversorgung, Nutzung von mHealth in der Prävention nichtübertragbarer Krankheiten	100
Aktive Systeme Active systems	BUND: Bundesgesundheitsministerium und verschiedene Bundesinstitute in dessen Geschäftsbereich (Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit, Robert Koch-Institut)	Nationale Politik zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten und zur Bewegungsförderung, nationale Richtlinien für Bewegung für unterschiedliche Bevölkerungsgruppen, nationaler Koordinations-mechanismus für nichtübertragbare Krankheiten, nationales Bewegungsmonitoring und nationales Ziel für Bewegung	100
MAXIMALER GESAMTMITTELWERT			100

EINSCHRÄNKUNGEN UND UNSICHERHEITEN

Das Vorgehen weist methodische Einschränkungen auf, da die Daten auf Selbsteinschätzungen nationaler Regierungen beruhen.

Das hier vorgeschlagene Vorgehen weist erhebliche methodische Einschränkungen in Bezug auf seine Validität auf. Die für diese Skala verwendeten Daten beruhen auf Selbsteinschätzungen nationaler Regierungen. Erfahrungen aus anderen Bereichen zeigen, dass sich Selbsteinschätzungen deutlich von externen Bewertungen unterscheiden können. [46] [47] Eine unabhängige Überprüfung der gemeldeten und von der WHO geprüften Daten ist nur sehr eingeschränkt möglich. Weder Rohdaten noch Quellen wurden veröffentlicht. Die Angaben für Deutschland konnten mit später erfolgten Bestandsaufnahmen zur Bewegungsförderung abgeglichen und verifiziert werden. [48] [49] [50] [51] Für andere Länder wären eigene Forschungen nötig. Alternative, von den Regierungen unabhängige Daten, wie sie das „Policy Directory“ des Global Observatory for Physical Activity (GoPA!) erhebt, eignen sich zwar für die Überprüfung offizieller Angaben, doch sie waren bis zur Fertigstellung des PHI noch unvollständig und größtenteils nicht verfügbar. Eine umfassende Verifizierung der WHO-Daten bleibt daher vorerst unmöglich.

Auch fehlen im Handlungsfeld Bewegung – anders als etwa bei Tabak oder Alkohol – harte Indikatoren wie Steuern. [52] Die Bewegungsförderung ist dagegen überwiegend durch weiche Instrumente wie Empfehlungen, Beratung und Vernetzung geprägt. Das erschwert die quantitative Bewertung und die Vergleichbarkeit mit anderen Handlungsfeldern. Unklar bleibt zudem, nach welchen Kriterien Länder angeben, Programme oder Initiativen zur Bewegungsförderung umzusetzen – ob schon einzelne Pilotprojekte oder bloße Absichtserklärungen zählen oder ob erst eine nachweislich flächendeckende Umsetzung gemeint ist. Der tatsächliche Implementierungsstatus von Gesetzen, Aktionsplänen und Maßnahmen wird bislang kaum systematisch erfasst. Schließlich ist zu berücksichtigen, dass der Index im Handlungsfeld Bewegung ausschließlich nationale Politiken erfasst und die subnationale Ebene ausspart, obwohl zentrale Maßnahmen der Bewegungsförderung gerade auf regionaler oder kommunaler Ebene stattfinden. Die Erfahrungen mit dem EU Monitoring Framework und den EU Physical Activity Country Factsheets zeigen zudem deutliche Unterschiede im Reporting: Manche föderale Staaten geben das Fehlen einer nationalen Politik an, wenn die Zuständigkeit auf subnationaler Ebene liegt, andere rechnen regionale Strategien in ihre Selbstbewertung ein. [46] ■

Weiterführende Informationen zur Methodik sind im Daten-Anhang zu finden.



Mehr auf aok.de/pp/public-health/index

PRÄVENTION: DEUTSCHLAND EIN SCHLUSSLICHT EUROPAS

Die vorliegende Analyse wirft kein gutes Licht auf die Präventionspolitik und den Umsetzungsstand wissenschaftlich empfohlener Maßnahmen zur Förderung gesunder Lebensweisen in Deutschland. Im Gesamtranking des Public Health Index (PHI) belegt Deutschland Rang 17 von 18 untersuchten Staaten in Nord- und Zentraleuropa. Insbesondere bei der Umsetzung empfohlener Maßnahmen zur Förderung gesunder Ernährung sowie zur Eindämmung des Tabak- und Alkoholkonsums ist Deutschland im internationalen Vergleich zögerlich. Großbritannien, Finnland und Irland bilden die Gruppe der Spitzenreiter. Hier werden besonders viele der empfohlenen Maßnahmen umgesetzt.

WIE DEUTSCHLAND IM EUROPÄISCHEN VERGLEICH DASTEHT

In drei von vier untersuchten Handlungsfeldern – Tabak, Alkohol, Ernährung – landet Deutschland auf den hinteren Rängen, im Handlungsfeld Bewegung im unteren Mittelfeld. In der Gesamtschau zeigt sich: Deutschland erzielt insbesondere bei strukturellen Maßnahmen wie beispielsweise der gesundheitsorientierten Besteuerung, Regelungen zu Werbung und Marketing sowie bei der Gestaltung des Angebots und der Verfügbarkeit gesundheitsschädlicher Konsumgüter geringe Punktzahlen. In diesen Feldern werden hierzulande keine oder nur wenig ambitionierte Maßnahmen ergriffen. Diese strukturellen Maßnahmen der Verhältnisprävention versprechen wissenschaftlichen Erkenntnissen zufolge allerdings die größte Wirksamkeit und sind entsprechend im Ranking teilweise höher gewichtet. Der geringe Umsetzungsstand ausgerechnet bei den potenziell besonders wirksamen und hoch gewichteten Maßnahmen trägt wesentlich zum schlechten Abschneiden Deutschlands im PHI bei.

Ein wesentlicher Grund für das schwache Abschneiden Deutschlands ist der geringe Umsetzungsstand der besonders wirksamen und stark gewichteten Maßnahmen.

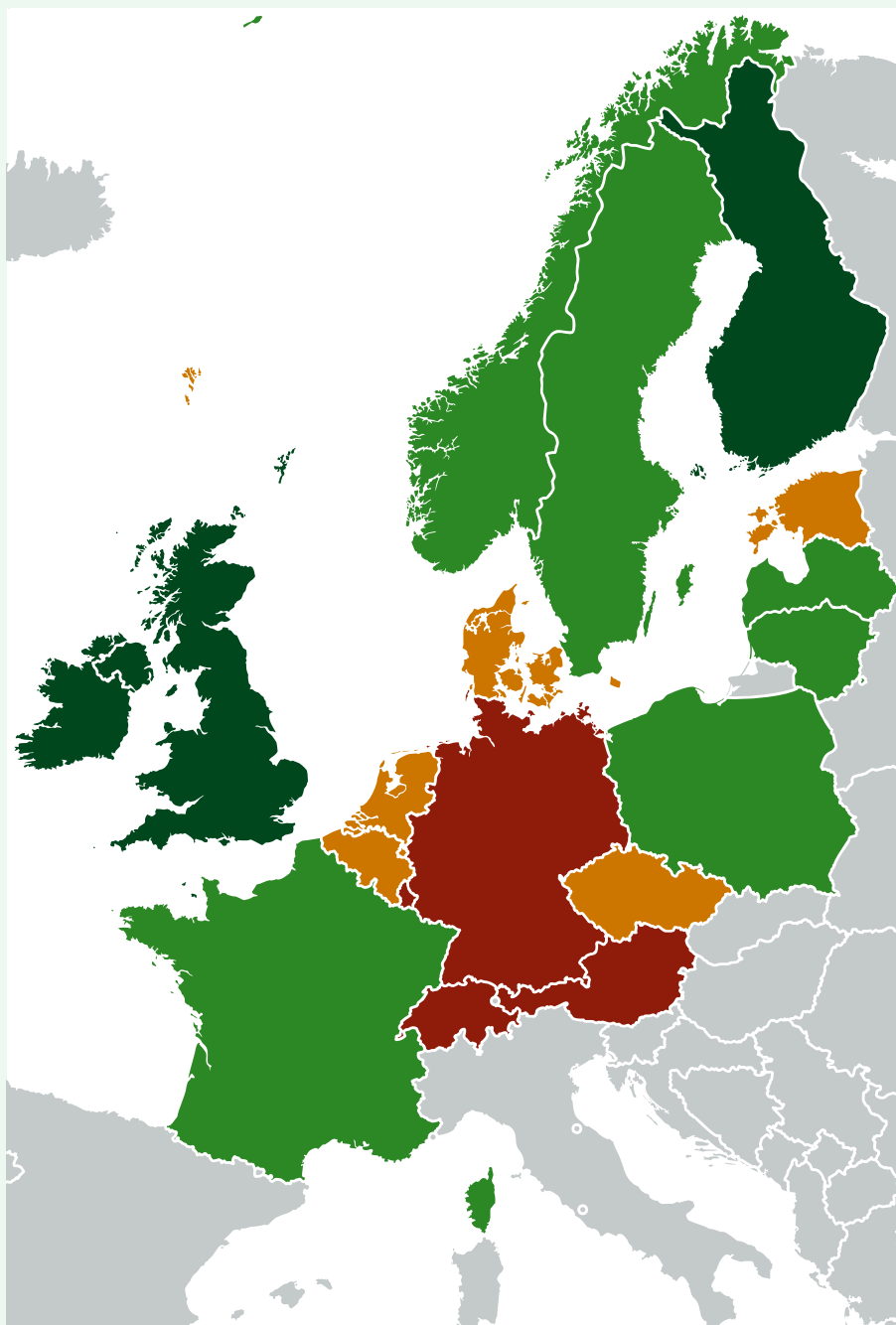
WARUM ANDERE STAATEN BESSER ABSCHNEIDEN

Die höchsten Punktzahlen im PHI erreichen das Vereinigte Königreich, Finnland und Irland – dicht gefolgt von Norwegen und Frankreich auf den Rängen vier und fünf. In diesen Ländern werden besonders viele der wissenschaftlich empfohlenen Maßnahmen zur Förderung gesunder Lebensweisen umgesetzt. Großbritannien sticht heraus durch eine ambitionierte Ernährungs-, Tabak- und Bewegungspolitik, Finnland durch eine ambitionierte Alkohol- und Ernährungspolitik und Irland durch den Spitzenplatz in der Tabakpolitik bei gleichzeitig guten Ergebnissen in den drei übrigen Handlungsfeldern. Norwegen sichert sich seine gute Position im Gesamtranking insbesondere durch seinen Spitzenplatz in der Alkoholpolitik und Frankreich erreicht durchweg gute bis sehr gute Punkte in den Handlungsfeldern Tabak, Ernährung und Bewegung. Am unteren Ende der Skala rangieren der DACH-Raum sowie Luxemburg. In diesen Ländern werden besonders wenige Präventionsmaßnahmen ergriffen.

PRÄVENTIONSPOLITIK IM EUROPÄISCHEN VERGLEICH

RANG LAND ERREICHTE GESAMTPUNKTZAHL (VON 100)

01	VEREINIGTES KÖNIGREICH	72,4
02	FINNLAND	67,1
03	IRLAND	65,4
04	NORWEGEN	63,8
05	FRANKREICH	63,7
06	LITAUEN	59,7
07	POLEN	58,6
08	SCHWEDEN	53,9
09	LETTLAND	52,6
10	DÄNEMARK	48,2
11	ESTLAND	47,7
12	TSCHECHIEN	47,1
13	NIEDERLANDE	45,4
14	BELGIEN	44,1
15	LUXEMBURG*	38,1
	ÖSTERREICH*	38,1
17	DEUTSCHLAND	36,9
18	SCHWEIZ	32,4

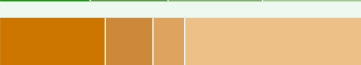
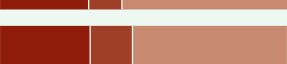
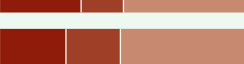


KATEGORIE

- Spitzenreiter
- oberes Mittelfeld
- unteres Mittelfeld
- Schlusslichter

*Luxemburg und Österreich belegen gemeinsam den drittletzten Rang.

RANG ERREICHTE PUNKTZAHL IN DEN VIER HANDLUNGSFELDERN

							
01	GB	20,5	10,9	16,7	24,3		72,4
02	FI	15,5	17,8	12,5	21,3		67,1
03	IE	20,5	14,1	8,3	22,5		65,4
04	NO	15,8	20,6	4,2	23,3		63,8
05	FR	17,8	9,7	12,5	23,8		63,7
06	LT	13,0	15,6	8,3	22,8		59,7
07	PL	12,3	11,9	12,5	22,0		58,6
08	SE	12,3	16,6	8,3	16,8		53,9
09	LV	12,0	10,3	12,5	17,8		52,6
10	DK	14,0	6,3	4,2	23,8		48,2
11	EE	12,3	11,6	4,2	19,8		47,7
12	CZ	12,3	9,1	8,3	17,5		47,1
13	NL	16,8	7,5	4,2	17,0		45,4
14	BE	14,8	7,2	4,2	18,0		44,1
15	LU	11,8	4,4	0,0	22,0		38,1
	AT	12,0	5,6	0,0	20,5		38,1
17	DE	10,8	5,6	0,0	20,5		36,9
18	CH	8,8	7,2	0,0	16,5		32,4

HANDLUNGSFELDER



Jeweils maximal 25 Punkte

Die Ergebnisse der vier Handlungsfelder Tabak, Alkohol, Ernährung und Bewegung fließen mit gleichen Anteilen in die Gesamtbewertung ein. Die maximal möglichen 100 Punkte im übergeordneten Public Health Index (PHI) ergeben sich jeweils zu 25 Prozent aus den vier bewerteten Handlungsfeldern. Minimale Abweichungen bei den erreichten Punktzahlen können durch Rundungen entstehen.



WAS DIE SPITZENREITER IM HANDLUNGSFELD TABAK AUSZEICHNET

Zur erfolgreichen Eindämmung des Tabakkonsums wird ein Zusammenspiel verschiedener Maßnahmen als vorrangig erachtet – insbesondere höhere Tabaksteuern, die Ausweitung rauchfreier Umgebungen und umfassende Werbeverbote. Diese Maßnahmen sind entsprechend in der Tabakkontrollskala (TCS), welche in den vorliegenden PHI einfließt, am höchsten gewichtet.

Die Spitzenreiter im Handlungsfeld Tabak – Irland, Großbritannien und Frankreich – zeichnen sich dadurch aus, dass diese die wissenschaftlichen Erkenntnisse in ambitionierte politische Maßnahmen überführen und Rauchen möglichst unattraktiv machen: unter anderem durch höhere Preise, umfassenden Nichtraucherschutz, neutrale Verpackungen ohne Markenlogos und Werbeverbote, die auch Werbung und das sichtbare Ausstellen von Tabakprodukten am Verkaufsort umfassen. Auf diese Weise sollen Rauchende motiviert werden, aufzuhören, und Jugendliche davon abgehalten werden, mit dem Rauchen anzufangen.

**Großbritannien
und Irland
gehören zu den
Ländern mit
den niedrigsten
Raucherquoten
in Europa.**

Einer aktuellen Studie des Robert Koch-Instituts zufolge geht ein höherer Gesamtwert in der TCS mit einer niedrigen Raucherprävalenz einher. [53] Großbritannien und Irland gehörten einer Studie der Europäischen Kommission aus dem Jahr 2020 zufolge zu den Ländern mit den niedrigsten Raucherquoten in Europa. [54] Frankreich lag in dieser Untersuchung trotz umfangreicher Maßnahmen bei einer überdurchschnittlichen Raucherquote von 28 Prozent, allerdings ist der Trend rückläufig. Zudem wurden in Frankreich im Jahr 2025 weitere Maßnahmen wie rauchfreie Strände und Parks beschlossen.



WAS DIE SPITZENREITER IM HANDLUNGSFELD ALKOHOL AUSZEICHNET

Zur Verringerung des Alkoholkonsums empfiehlt die WHO vorrangig drei Maßnahmen: höhere Steuern auf alkoholische Getränke, Begrenzungen der zeitlichen Verfügbarkeit und umfassende Werbeverbote. In dem für den PHI verwendeten Bewertungsinstrument BtG-M-Skala sind Begrenzungen der Verfügbarkeit und Alkoholsteuern am höchsten gewichtet.

Die Spitzenreiter im Handlungsfeld Alkohol – Norwegen, Finnland und Schweden – zeichnen sich dadurch aus, dass sie diese wissenschaftlichen Erkenntnisse in ambitionierte politische Maßnahmen überführen und Alkoholkonsum möglichst unattraktiv machen: unter anderem durch höhere Preise, Beschränkungen der zeitlichen Verfügbarkeit, umfassende Werbeverbote und zum Teil durch ein auf 20 Jahre heraufgesetztes Mindestverkaufsalter.

**Norwegen,
Finnland und
Schweden
zählen zu den
Ländern mit dem
niedrigsten
Alkoholkonsum
in Europa.**

Internationale Vergleichsdaten dokumentieren, dass diese Strategie funktioniert. Der OECD zufolge gehören Norwegen, Finnland und Schweden zu den Ländern mit dem niedrigsten Gesamtalkoholkonsum in ganz Europa. [1] Die alkoholbedingte Krankheitslast in diesen Ländern liegt deutlich unter dem EU-Durchschnitt. [55] Dänemark mit den lockersten Regeln in Skandinavien hat den höchsten Alkoholkonsum und die höchste alkoholbedingte Krankheitslast. [23]



WAS DIE SPITZENREITER IM HANDLUNGSFELD ERNÄHRUNG AUSZEICHNET

Zur Förderung gesunder Ernährung ist ein Zusammenspiel an Maßnahmen vorrangig, die gesundes Essen durch unterstützende Umgebungen leicht zugänglich, erschwinglich und attraktiv machen. Entsprechend wurden für den neu entwickelten Ernährungspolitik-Index sechs Maßnahmen untersucht, die an den Ernährungsumgebungen ansetzen.

Der Spitzenreiter im Handlungsfeld Ernährung – Großbritannien – hat immerhin vier der sechs untersuchten Maßnahmen umgesetzt, um die gesunde Wahl bei der Ernährung zu erleichtern: Eine Hersteller-Abgabe für stark gezuckerte Softdrinks, Beschränkungen der Werbung für Ungesundes, Mindeststandards für das Schulessen und Regelungen für sonstige Essensangebote an Schulen. Die Zweitplatzierten – Finnland, Frankreich, Lettland und Polen – haben drei der sechs untersuchten Maßnahmen umgesetzt. Eine Besteuerung von gezuckerten Softdrinks sowie Mindeststandards für das Schulessen haben alle gut platzierten Länder gemein.

Mehr und mehr Studien zeigen, dass Mindeststandards für Schulverpflegung und die Besteuerung von gezuckerten Softdrinks die Ernährung positiv beeinflussen und die Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas verringern können. [56] [57] [58] [59] [60] Gleichzeitig bleibt der Effekt von Einzelmaßnahmen immer begrenzt – weshalb Fachorganisationen unisono für ein Zusammenspiel verschiedener Maßnahmen plädieren. [61]

Mindeststandards für Schulverpflegung und die Besteuerung gezuckelter Softdrinks können die Ernährung verbessern und Übergewicht sowie Adipositas verringern.



WAS DIE SPITZENREITER IM HANDLUNGSFELD BEWEGUNG AUSZEICHNET

Zur Förderung körperlicher Aktivität lässt sich auf Basis der aktuellen Datenlage keine so eindeutige Priorisierung von Schlüsselmaßnahmen ableiten, wie es in den Handlungsfeldern Tabak, Alkohol und Ernährung der Fall ist. Dafür ist dieses Feld zu sehr von weichen Faktoren geprägt und lässt sich weniger gut quantifizieren. Entsprechend sind alle untersuchten Maßnahmen gleich gewichtet.

Die Spitzenreiter im Handlungsfeld Bewegung – Großbritannien, Dänemark und Frankreich – heben sich weniger stark ab als in den anderen Handlungsfeldern und sind dicht gefolgt von den nächstplatzierten Ländern Norwegen, Litauen oder Irland. Selbst die hinteren Ränge im Ranking haben die Mehrzahl der untersuchten Maßnahmen zur Bewegungsförderung umgesetzt. Die Spitzenreiter erreichen dabei besonders viele Punkte im Bereich „Aktive Menschen“, der das Vorhandensein von Programmen zur Bewegungsförderung in verschiedenen Settings bewertet.

Insbesondere für Maßnahmen im Bereich schulbasierter Programme und Angebote sowie für eine auf Alltagsbewegung ausgerichtete Verkehrspolitik gibt es mittlerweile eine überzeugende Studienlage, dass diese eine Wirkung auf der Bevölkerungsebene erzielen. [62]

Insbesondere schulbasierte Programme und eine auf Alltagsbewegung ausgerichtete Verkehrspolitik können nachweislich Wirkung auf Bevölkerungsebene entfalten.

DER DACH-RAUM ALS SCHLUSSLICHTKANDIDAT

Eine Auffälligkeit im vorliegenden Ergebnis des PHI ist das schlechte Abschneiden des DACH-Raums mit Deutschland, Österreich und der Schweiz. Diese Länder schaffen es in keinem der Handlungsfelder in das obere Mittelfeld und belegen dementsprechend die hinteren Ränge im Gesamtranking. Im Gegensatz dazu schneiden Großbritannien und Irland sowie Skandinavien – mit Ausnahme von Dänemark – überproportional gut ab. Sie belegen in allen Handlungsfeldern Spitzenränge.

Im DACH-Raum werden dieser Analyse zufolge besonders wenige der empfohlenen Maßnahmen zur Förderung gesunder Lebensweisen umgesetzt. Die größten ungenutzten Potenziale liegen in Maßnahmen der Verhältnisprävention zur Förderung gesunder Ernährung sowie zur Eindämmung des Konsums von Tabak und Alkohol.

In Großbritannien, Irland und im skandinavischen Raum hingegen ist die Präventionspolitik in den untersuchten Handlungsfeldern stärker an den Empfehlungen der WHO zur Eindämmung nichtübertragbarer Krankheiten ausgerichtet. Diese Länder zeichnen sich insbesondere aus durch eine stark ausgeprägte gesundheitsorientierte Besteuerung gesundheitsschädlicher Konsumgüter und einen umfassenden Kinder- und Jugendschutz.

Während in Großbritannien umfassende verbindliche Maßnahmen zur Förderung gesunder Ernährung auf den Weg gebracht wurden, gibt es hierzulande nur unverbindliche Empfehlungen für die Ernährungsindustrie. Während in Irland bereits Ansätze zur Schaffung einer ersten rauchfreien Generation entwickelt werden, diskutieren wir hierzulande noch das Rauchen im Auto bei Anwesenheit von Kindern. Während in Norwegen Werbung für Alkohol bundesweit verboten ist, wird hierzulande sogar Hochprozentiges im öffentlichen Raum plakatiert.

Welche Ursachen dem zögerlichen Handeln in Deutschland zugrunde liegen könnten, wird im Kapitel „Diskussion & Fazit“ dieses Berichts diskutiert. ■



GROSSER NACHHOLBEDARF BEI DER TABAKPRÄVENTION IN DEUTSCHLAND

Bei der Tabakpolitik belegt Deutschland im Vergleich zu anderen europäischen Ländern den vorletzten Rang. Die Tabaksteuer ist niedriger, als die WHO empfiehlt, und Regelungen für rauchfreie Umgebungen sind wenig ambitioniert. Vorbilder für wirksame Maßnahmen gegen das Rauchen sind das Vereinigte Königreich, Irland und die Niederlande.

WIE DEUTSCHLAND IM EUROPÄISCHEN VERGLEICH DASTEHT

Deutschland zählt in Europa seit Jahren zu den Schlusslichtern bei politischen Maßnahmen zur Reduktion des Tabakkonsums und des Passivrauchens. In der aktuellsten Tabakkontrollskala (TCS) 2021 (siehe Kapitel 2.1) erreicht Deutschland nur 43 von 100 möglichen Punkten. Unter den 18 Ländern des vorliegenden Public Health Index steht nur die Schweiz mit 35 Punkten noch schlechter da. Im Vergleich zur ersten TCS, die den Status quo im Jahr 2005 dokumentierte, hat sich Deutschland lediglich um sieben Punkte verbessert. Nennenswerte Fortschritte gab es vor allem im Bereich „Rauchfreie Umgebung“, eine leichte Verbesserung zudem im Bereich „Werbeverbote“. Doch auch bei diesen Indikatoren erreicht Deutschland immer noch höchstens die Hälfte der maximalen Punktzahl. [63]

Bei der Tabakprävention liegt Deutschland im Vergleich zu anderen europäischen Staaten seit Jahren auf den hinteren Rängen.

WARUM ANDERE STAATEN BESSER ABSCHNEIDEN

Seit der ersten Tabakkontrollskala für das Jahr 2005 belegen Irland und das Vereinigte Königreich stets Spitzenränge. In der aktuellen TCS liegen sie mit je 82 Punkten gleichauf auf dem ersten Rang, gefolgt von Frankreich (71) und den Niederlanden (67). Die Vorreiter zeichnen sich aus durch höhere Tabaksteuern und Zigarettenpreise, umfassende Regelungen zum Schutz von Nichtrauchenden, Kindern und Jugendlichen sowie durch neutrale Verpackungen ohne Markenlogos und -schriftzüge.

Gemessen an der Kaufkraft war der Preis für eine Standardpackung Zigaretten in den bestplatzierten Ländern 2020 besonders hoch – insbesondere in Irland (16,37 internationale Dollar) und im Vereinigten Königreich (16,08). Deutlich weniger kosteten Zigaretten in Luxemburg (5,54), der Schweiz (7,07) und Deutschland (8,35). Einen wesentlichen Anteil am Zigarettenpreis machen Steuern aus. Die WHO empfiehlt eine Gesamtsteuer von mindestens 75 Prozent des Packungspreises. [64] Im Vereinigten Königreich und in Frankreich lag der Anteil 2022 bei mehr als 80, in Deutschland lediglich bei 64,5 Prozent. [65] Eine weitere Gemeinsamkeit der führenden Länder in der Tabakpolitik ist ein umfassender Nichtraucherschutz. Irland und das Vereinigte Königreich erreichen hier beide die maximal mögliche Punktzahl (22). Dort gelten rauchfreie Umgebungen unter anderem in der Gastronomie, an Arbeitsstätten, in öffentlichen Verkehrsmitteln und Einrichtungen. In Deutschland hingegen haben 13 von 16 Bundesländern Ausnahmeregelungen geschaffen und erlauben beispielsweise Raucherräume und -gaststätten.

Der internationale Dollar ist eine künstliche Vergleichswährung, die die Kaufkraftunterschiede zwischen verschiedenen Ländern berücksichtigt und so eine Vergleichbarkeit ermöglicht.

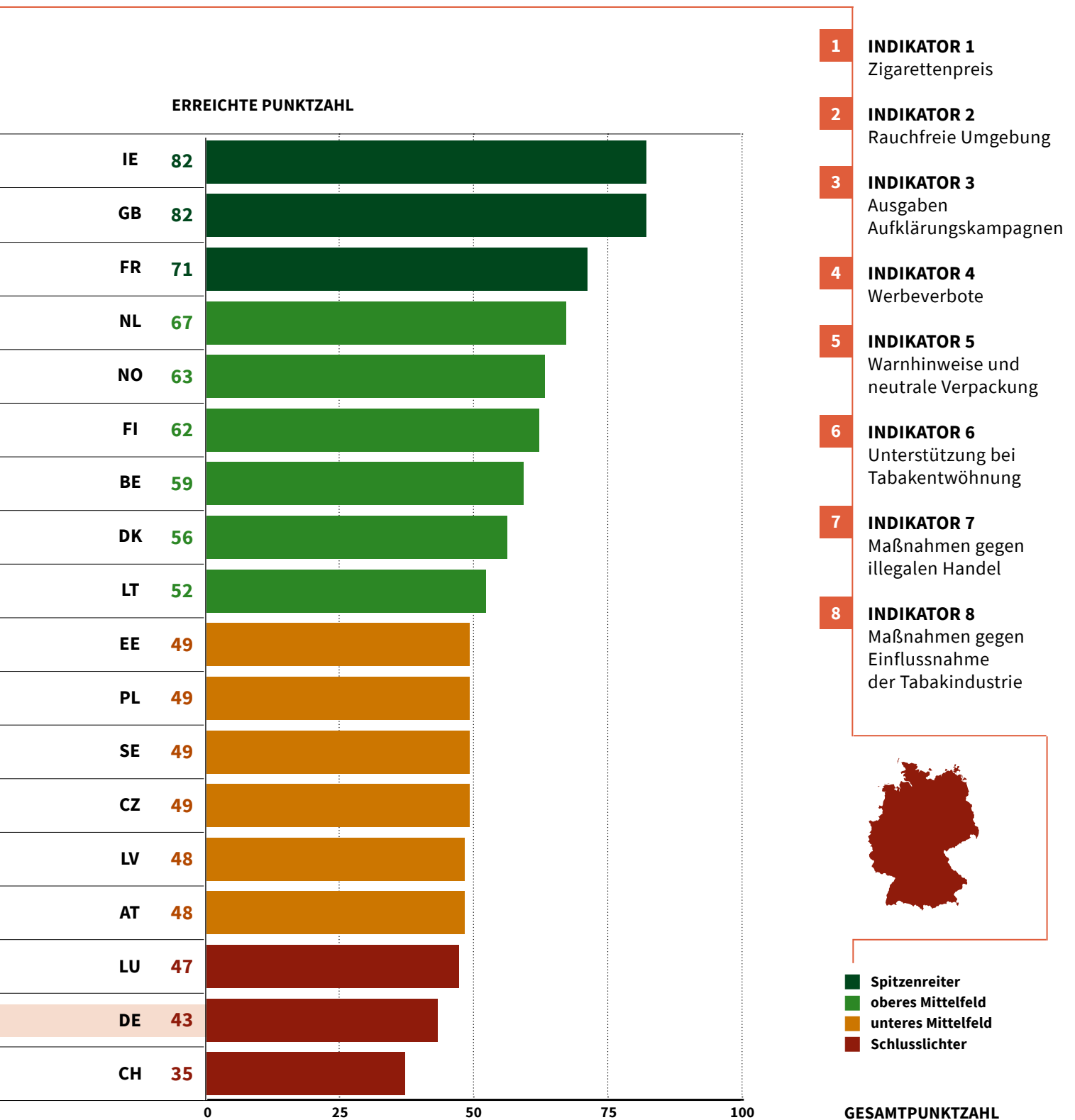
Zu guter Letzt eint die erstplatzierten Länder in der Tabakkontrollskala, dass dort keine Markenlogos und -schriftzüge auf Zigarettenpackungen zu finden sind. Das „plain packaging“ gilt seit 2017 in Frankreich und Großbritannien, seit 2018 in Irland und seit 2020 in den Niederlanden. Hierzulande prangen weiterhin Markenlogos und andere Designelemente auf den Verpackungen und können so zum Lifestyle-Status beitragen.

TABAKPOLITIK IM EUROPÄISCHEN VERGLEICH

RANG	LAND	1		2		3	4	5	6	7	8
		MAXIMALE PUNKTZAHL		MAXIMALE PUNKTZAHL		MAXIMALE PUNKTZAHL	MAXIMALE PUNKTZAHL	MAXIMALE PUNKTZAHL	MAXIMALE PUNKTZAHL	MAXIMALE PUNKTZAHL	MAXIMALE PUNKTZAHL
		30		22		10	13	10	10	3	2
01	IRLAND	27		22		1		9		1	
	VEREINIGTES KÖNIGREICH	27		22		–*		9		2	
03	FRANKREICH	21		18		3		9		2	
04	NIEDERLANDE	15		21		3		9		2	
05	NORWEGEN	20		17		1		8		1	
06	FINNLAND	17		18		2		5		1	
07	BELGIEN	14		16		1		9		2	
08	DÄNEMARK	13		11		–*		9		1	
09	LITAUEN	14		15		1		5		2	
10	ESTLAND	13		15		–*		5		2	
	POLEN	14		11		0		5		1	
	SCHWEDEN	11		15		0		5		2	
	TSCHECHIEN	13		15		0		5		2	
14	LETTLAND	12		13		–*		5		2	
	ÖSTERREICH	11		18		0		5		2	
16	LUXEMBURG	9		16		0		5		2	
17	DEUTSCHLAND	14		11		0		5		2	
18	SCHWEIZ (-1)**	12		11		1		5		0	

*Zum Zeitpunkt der Bewertung lagen keine ausreichenden Informationen zu einem bestimmten Bereich oder Indikator vor. Daher konnte keine Bewertung erfolgen.

**Die Schweiz ist in diesem Ländervergleich das einzige Land, das das WHO FCTC nicht ratifiziert hat und bekommt dafür einen Punkt Abzug.



Länder, die die gleiche Punktzahl in der Bewertung erhalten haben, teilen sich den gleichen Rang. Die nachfolgenden Ränge werden gemäß dem Ex-aequo-System (Verfahren zur Rangverteilung bei Punktgleichheit im Sport oder bei Wettbewerben) übersprungen.

Abb. 11 TABAKPOLITIK: DEUTSCHLAND UND SPITZENREITER IRLAND IM VERGLEICH

POLITIKFELDER	DEUTSCHLAND [11]	IRLAND
Zigarettenpreis	2024 betrug der Steueranteil am Preis einer Schachtel Zigaretten 64,5 Prozent. Die WHO empfiehlt mindestens 75 Prozent. 14 von 30 Punkten	- In Irland gehören die Zigarettenpreise zu den höchsten in der EU. [66] 2024 machten Steuern 76,1 Prozent vom Preis einer Schachtel Zigaretten aus. 27 von 30 Punkten
Rauchfreie Umgebung	- Zwar ist Rauchen in vielen öffentlichen Einrichtungen, Verkehrsmitteln und Restaurants nicht erlaubt. - Doch im Großteil der Bundesländer wurden Ausnahmen für die Gastronomie geschaffen. Zudem ist das Rauchen an öffentlichen Plätzen wie Bushaltestellen, Stränden, Parks oder auch in Raucherzonen an Bahnhöfen weitgehend erlaubt. 11 von 22 Punkten	- Irland hat als erstes Land weltweit 2004 ein Rauchverbot in öffentlichen Räumen und an Arbeitsplätzen eingeführt. Auch für Kneipen, Bars und Cafés gilt die Regelung ohne Ausnahmen. - Rauchen ist an Orten oder Einrichtungen mit einem festen oder entfernbaren Dach verboten, wenn mehr als 50 Prozent des Umfangs des Ortes oder der Einrichtung von Wänden umgeben ist. [67] 22 von 22 Punkten
Ausgaben für Aufklärungskampagnen	Es gibt Informationsangebote und Kampagnen zur Förderung des Rauchstopps. Für Aufklärungskampagnen gibt Deutschland 3 Cent pro Kopf aus. 0 von 10 Punkten	Für Aufklärungskampagnen gibt Irland 17 Cent pro Kopf aus. 1 von 10 Punkten
Werbeverbote	Zwar ist Werbung für Tabakprodukte auf Plakaten, in TV und Radio sowie in Kinos bei jugendfreien Filmen ebenso wie Produktplatzierung verboten. Allerdings ist die Werbung am Verkaufsort nach wie vor umfassend erlaubt. 6 von 13 Punkten	Landesweit gilt ein umfassendes und medienübergreifendes Werbeverbot, das auch Werbung am Verkaufsort und an Produktauslagen einschließt. 13 von 13 Punkten
Warnhinweise und neutrale Verpackung	Zwar sind in Deutschland Warnhinweise auf Zigaretenschachteln verpflichtend, allerdings können Hersteller die Verpackungen nach wie vor im Markendesign vertreiben und attraktiv machen. 5 von 10 Punkten	Irland führte 2018 zusätzlich zu Warnhinweisen neutrale Verpackungen für Tabakprodukte ein. Seither dürfen Zigaretenschachteln keine individuellen Markenlogos, Farben und Schriftarten abbilden. 9 von 10 Punkten
Unterstützung beim Rauchstopp	- Es gibt eine kostenlose Telefonberatung sowie verschiedene Entwöhnungsprogramme mit freiwilliger teilweiser Kostenübernahme durch die Krankenkassen. - Bis August 2025 hatten Raucher und Raucherinnen keinen Anspruch auf Arzneimittel zur Tabakentwöhnung. 5 von 10 Punkten	Laut Tobacco Cessation Support Programme (Programm zur Unterstützung der Tabakentwöhnung) sind alle Dienste kostenfrei. Wer an einem Entwöhnungsprogramm teilnimmt, kann Nikotinersatzprodukte kostenfrei bekommen. Einschränkungen auf bestimmte Personengruppen gibt es nicht. 8 von 10 Punkten
Maßnahmen gegen illegalen Handel	Deutschland hat das FCTC-Protokoll gegen illegalen Handel ratifiziert. Tabakprodukte können per Code rückverfolgt werden. 2 von 3 Punkten	Individuelle Codes auf der Verpackung ermöglichen die Rückverfolgung von Tabakprodukten. 1 von 3 Punkten
Maßnahmen gegen Einflussnahme der Tabakindustrie	Deutschland hat keine gut umgesetzten Maßnahmen zur Eindämmung der Einflussnahme durch die Tabakindustrie. 0 von 2 Punkten	Irland hat ein paar gut umgesetzte Maßnahmen zur Eindämmung der Einflussnahme durch die Tabakindustrie. 1 von 2 Punkten
Nicht-Ratifizierung des WHO-Tabakrahmensübereinkommens (1 Punkt Abzug)	kein Punktabzug	kein Punktabzug

Maßnahmen: Stand 2025, TCS-Punkte: Stand 2021



WELCHE MASSNAHMEN DIE GRÖSSTE WIRKUNG VERSPRECHEN

Die WHO hat mit dem MPOWER package bereits 2008 einen Katalog von sechs besonders effektiven Ansätzen zur Eindämmung des Tabakkonsums veröffentlicht: Überwachung von Tabakkonsum und Präventionsmaßnahmen, Schutz der Menschen vor Passivrauchen, Unterstützung bei der Tabakentwöhnung, Warnung vor den Gefahren des Rauchens, umfassendes Verbot der Tabakwerbung und Erhöhung der Tabaksteuern. [68] Die Umsetzung dieser Maßnahmen führt zu einem deutlichen Rückgang der Anteile rauchender Menschen in der Bevölkerung und senkt den Zigarettenkonsum. Je umfassender die Maßnahmen umgesetzt werden, desto deutlicher ist der Rückgang. [69]

Tabaksteuererhöhungen sind die wirksamste einzelne Maßnahme, um den Tabakkonsum zu reduzieren. [70] In Deutschland ging nach einer Reihe deutlicher Tabaksteuererhöhungen der Zigarettenkonsum stark zurück, und in diesem Zeitraum begann auch der Anteil rauchender Jugendlicher zu sinken. [71] In den Niederlanden hörten nach einer deutlichen Tabaksteuererhöhung 2024 etwa sieben Prozent der Rauchenden auf und weitere 16 Prozent versuchten dies zumindest. [72] Eine aktuelle Studie, die Daten aus dem European Health Interview Survey (EHIS) mit dem Ranking der Tabakkontrollskala in Beziehung setzt, zeigt einen signifikanten Zusammenhang zwischen einem hohen Wert in der Tabakkontrollskala mit einer niedrigen Rauchprävalenz: Je konsequenter Tabakpräventionsmaßnahmen umgesetzt werden, desto geringer ist der Anteil rauchender Menschen. [53] In Ländern, die eine konsequente Nichtraucherpolitik verfolgten, ging die wöchentliche Rauchprävalenz der unter 15-Jährigen zwischen 2006 und 2014 zurück, zeigt eine weitere Studie. Am stärksten war der Rückgang in Ländern mit umfassender Tabakpolitik; bei Jugendlichen hing er vor allem mit Warnhinweisen und rauchfreier Umgebung zusammen. [73] Für Deutschland liegen Modellierungen vor, denen zufolge eine Kombination von Preiserhöhungen, einem umfassenden Werbeverbot und standardisierten Verpackungen die Rauchprävalenz deutlich senken und auf diese Weise über einen Zeitraum von 30 Jahren rund 13 Prozent der tabakbedingten Krebsfälle verhindern könnte. [74]

Die wirksamste Einzelmaßnahme, um den Tabakkonsum einzudämmen, sind Tabaksteuererhöhungen.

IN DEUTSCHLAND GIBT ES NACH WIE VOR VIELE RAUCHENDE

Der Anteil der Rauchenden an der Bevölkerung geht in Deutschland seit Jahren zurück, bewegt sich aber nach wie vor auf einem hohen Niveau. Je nach Erhebung liegt der Anteil rauchender Menschen im Jahr 2021 bei 19 Prozent und im Jahr 2024 bei Personen ab 15 Jahren bei 30 Prozent. [75] Auch bei den Jugendlichen zwischen zwölf und 17 Jahren ist die Rauchprävalenz rückläufig; sie lag 2023 bei rund sieben Prozent. Mit dem Erreichen der Volljährigkeit steigt der Anteil der Rauchenden in Deutschland deutlich an: Von den jungen Erwachsenen (18–25 Jahre) rauchten 18,4 Prozent der Frauen und 33,6 Prozent der Männer. [76]

Der Anteil der Rauchenden an der Gesamtbevölkerung in Deutschland geht zwar zurück, ist aber immer noch vergleichsweise hoch.

Auch der Anteil der Rauchenden, die in den vergangenen zwölf Monaten versucht haben, aufzuhören, ist seit 2017 rückläufig. [77] Bei den Jugendlichen war zwischen 2001 und 2010 eine deutliche Abnahme der Rauchprävalenz zu beobachten. Danach war der Rückgang weniger stark ausgeprägt, und seit etwa 2019 stagniert der Anteil rauchender Jugendlicher. Im Gegenzug stieg der Anteil nie rauchender Jugendlicher von 2000 bis 2019 deutlich an und stagniert seither. Zwischen 2000 und 2010 wurden mehrere wirksame Tabakpräventionsmaßnahmen umgesetzt, seit 2010 hingegen gab es nur wenige Tabakkontrollmaßnahmen. [11]

Unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen blieb seit 2016 der Anteil derjenigen, die E-Zigaretten verwenden, etwa gleich. Unter Jugendlichen lag die Prävalenz im Jahr 2023 bei 3,9 Prozent, bei jungen Erwachsenen bei 7,8 Prozent. [76] Bei Personen ab 14 Jahren liegt der Anteil der E-Zigaretten-Konsumierenden seit 2017 bei etwa zwei bis drei Prozent. Der aktuelle Gebrauch von Tabakerhitzern lag 2024 bei Personen ab 14 Jahren bei 0,6 und der Jemalsgebrauch bei 8,7 Prozent. [77]

Die gesundheitlichen Folgen des Rauchens sind gravierend. Im Jahr 2023 war etwa jeder siebte Todesfall (13,7 Prozent) in Deutschland eine Folge des Rauchens – insgesamt sterben schätzungsweise jährlich rund 131.000 Menschen an den Folgen des Tabakkonsums. Die weit- aus meisten dieser Todesfälle (42 Prozent) gingen auf Krebserkrankungen zurück, etwa ein Drittel auf Herz-Kreislauf- und ein Viertel auf Atemwegserkrankungen. [11]

WAS EINE UMFASSENDE TABAKPOLITIK BEGÜNSTIGT

Wie kommt es, dass in einigen Ländern umfassende Maßnahmen zur Eindämmung des Tabakkonsums ergriffen werden und in anderen nicht? Die wichtigste Gemeinsamkeit der Spitzenreiter besteht darin, dass es in diesen Ländern ein klares politisches und parteiüber- greifendes Bekenntnis zur Tabakprävention gibt. Irland, das Vereinigte Königreich, Frank- reich und die Niederlande haben Tabakpräventionsstrategien mit definierten Zielen und Maßnahmen sowie einen Zeitplan für deren Umsetzung. In England schafft eine langfristige, umfassende Tabakstrategie Verbindlichkeit auch über Legislaturperioden hinweg. In Irland hat der Gesundheitsminister die Tabakprävention zu einem seiner wesentlichen Ziele erklärt. Der politische Wille, Tabakkonsum konsequent einzudämmen, ist in diesen Ländern breiter gesellschaftlicher Konsens und weniger Gegenstand von parteipolitischem Wettbewerb.

Ein weiterer Gelingensfaktor liegt offenbar in einer breiten Einbindung der Zivilgesellschaft und der Wirtschaft. Die Niederlande zum Beispiel beziehen gezielt Vereine und die Wirt- schaft, zum Beispiel Supermarktketten, in ihre Tabakstrategie ein. In Deutschland wurde zwar 2003 das Nationale Gesundheitsziel „Tabakkonsum reduzieren“ ausgerufen und 2015 aktualisiert. [78] [79] Anders als die Präventionsstrategien anderer Länder legt es jedoch lediglich weiche Ziele fest und benennt weder klare Zielgrößen und konkrete Maßnahmen noch einen Zeitplan und Kontrollmechanismen. Mit der 2021 veröffentlichten „Strategie für ein tabakfreies Deutschland 2040“ liegt jedoch eine wissenschaftlich fundierte Blaupause für eine solche Strategie vor. Herausgeber sind das Deutsche Krebsforschungszentrum, die Deutsche Krebshilfe und das Aktionsbündnis Nichtraucher. [80]

Die nächste Tabakkontrollskala soll 2026 erscheinen. Es ist aktuell nicht zu erwarten, dass Deutschland dann wesentlich besser abschneidet – auch wenn in der Zwischenzeit einige Maßnahmen getroffen wurden (Abbildung 11). ■

WHO-EMPFEHLUNGEN ZUR EINDÄMMUNG DES TABAKKONSUMS („BEST BUYS“) [81]

- Erhöhung der Verbrauchssteuern für Tabakprodukte
- Einführung großflächiger grafischer Gesundheitswarnungen auf allen Tabak- verpackungen, begleitet von neutralen/standardisierten Verpackungen
- Verabschiedung und Durchsetzung umfassender Verbote für Tabakwerbung, -verkaufsförderung und -sponsoring
- Beseitigung der Belastung durch Passivrauchen an allen Arbeitsplätzen in Innenräumen, öffentlichen Orten und öffentlichen Verkehrsmitteln
- Durchführung wirksamer Massenmedienkampagnen, die die Öffentlichkeit über die Gefahren des Rauchens/Tabakkonsums und des Passivrauchens aufklären und zu Verhaltensänderungen ermutigen
- Bereitstellung einer kostengünstigen, wirksamen Unterstützung für die gesamte Bevölkerung zur Tabakentwöhnung für alle Tabakkonsumenten



WIE DIE NIEDERLANDE NICHTRAUCHEN ZUR GEMEINSCHAFTSAUFGABE MACHEN

Seitdem die Niederlande einen breiten gesellschaftlichen Konsens zur Tabakreduktion erreicht haben, steigt die Akzeptanz für die vielfältigen Maßnahmen in der Tabakpolitik. Inzwischen zählt die WHO die Niederlande zu den Vorreitern bei der Eindämmung des Tabakkonsums.

In den Niederlanden wurde bereits 1975 ein nationales Institut zur Bekämpfung des Tabakkonsums eingerichtet. 2005 trat das Land dem Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs bei. [82] Dennoch lagen die Niederlande in der Tabakkontrollskala lange nur im Mittelfeld. Der gesellschaftliche Rückhalt für entsprechende Maßnahmen war gering. Nach einem Regierungswechsel 2010 wurden sogar bereits umgesetzte Maßnahmen, etwa ein Rauchverbot in kleinen Bars und Restaurants, wieder zurückgenommen. [83]

Die Wende kam im Jahr 2013 mit dem Start eines gemeinsamen nationalen Präventionsprogramms von Regierung, öffentlichen und privaten Partnern. „Alles is Gezondheid“ stellte unter anderem den Schutz von Kindern vor Tabak in den Mittelpunkt [84] und konnte damit breite Unterstützung in Gesellschaft und Politik mobilisieren. Im November 2018 verabschiedete die Regierung gemeinsam mit 70 Organisationen aus Wirtschaft und dem Gesundheits-, Sozial-, Bildungs- und Wissenschaftssektor ein Nationales Präventionsabkommen. [85] Eines der übergeordneten Ziele ist, bis 2040 eine rauchfreie Generation zu erreichen. Das Abkommen umfasst Maßnahmen wie Tabaksteuererhöhungen, werbefreie Verkaufsstellen, die Einführung der neutralen Verpackung, die Reduzierung von Verkaufsstellen sowie die Ausweitung rauchfreier Zonen auf Spielplätze, Kinderbetreuungseinrichtungen, Streichelzoos und Sporteinrichtungen. Tabakerzeugnisse dürfen am Verkaufsort nicht mehr sichtbar präsentiert werden, zunächst nur in Supermärkten, dann auch in anderen Verkaufsstellen. Außerdem gibt es regulatorische Maßnahmen hinsichtlich E-Zigaretten und Tabakerhitzer.

Heute zählt die WHO die Niederlande zu den Vorreitern bei der Eindämmung des Tabakkonsums. Als viertes Land weltweit haben sie 2023 alle sechs von der WHO empfohlenen Grundsatzmaßnahmen der Tabakpolitik umgesetzt. [82] Mit Erfolg: Der Anteil der Raucher an der Gesamtbevölkerung ging zwischen 2014 und 2024 von rund 26 auf etwa 18 Prozent zurück, bei den 18- bis 24-Jährigen sogar von 35,3 auf 23,7 Prozent. [86] ■



DER BALL LIEGT IM SPIELFELD DER POLITIK

Woran es bei der Eindämmung des Tabakkonsums in Deutschland hapert und warum hier dringender Handlungsbedarf besteht, beschreibt die Soziologin und Public-Health-Wissenschaftlerin Professorin Dr. Ute Mons.



**Professorin
Dr. Ute Mons**

Leiterin der
Abteilung Primäre
Krebsprävention des
Deutschen Krebs-
forschungszentrums

Frau Professorin Mons, welche Ansätze in der Tabakpolitik sind besonders wirksam?

MONS: Die wirksamste Maßnahme sind Tabaksteuererhöhungen. Da sehen wir wirklich einen direkten, unmittelbaren Effekt: Der Preis wird erhöht, die Nachfrage geht runter. Wichtig und wirksam sind auch möglichst umfassende Tabakwerbeverbote, Warnhinweise auf den Zigarettverpackungen, aber auch andere Arten von Aufklärungskampagnen, sofern sie so ausgestaltet sind, dass sie viele Menschen erreichen; außerdem Nichtraucherschutz, also Rauchverbote in öffentlichen Bereichen, und die Finanzierung von Entwöhnungsangeboten.

Wie werden diese Maßnahmen in Deutschland umgesetzt?

MONS: Im internationalen Vergleich hinkt Deutschland da sehr stark hinterher. Generell ist es so, dass wir in Deutschland in der Vergangenheit in der Politik eine große Zögerlichkeit gesehen haben, wirksame Maßnahmen umzusetzen, die unpopulär sind. Wenn solche Maßnahmen umgesetzt wurden, dann oft nur aufgrund von Impulsen von außen, also von der EU. Oder sie wurden abgeschwächt, oft aus Rücksichtnahme auf wirtschaftliche Interessen der Tabakindustrie.

Deutschland hat sich aber doch schon 2003 das Nationale Gesundheitsziel „Tabakkonsum reduzieren“ gesetzt?

MONS: Ja, damals hat man eine Experten-Gruppe gebeten, Empfehlungen für eine Tabakpräventionsstrategie zu formulieren, die der Erfüllung dieses Gesund-

heitsziels dienen sollte. Doch davon ist vieles verwässert worden mit dem Argument, bestimmte Maßnahmen ließen sich nicht durchsetzen. Hinzu kommt, dass seinerzeit nur das Gesundheitsministerium eingebunden war. In vielen Bereichen, beispielsweise bei Tabaksteuererhöhungen, sind aber andere Ministerien federführend oder müssen zumindest beteiligt werden. Wir brauchen darum ein Health-in-All-Policies-Konzept, das grundsätzlich bei allen politischen Maßnahmen und Entscheidungen immer auch die Gesundheitseffekte für die Bevölkerung mitberücksichtigt, negative Auswirkungen möglichst eingrenzt und die Gesundheit priorisiert.

Das Deutsche Krebsforschungszentrum hat gemeinsam mit der Deutschen Krebshilfe und weiteren Kooperationspartnern eine umfassende „Strategie für ein tabakfreies Deutschland 2040“ vorgelegt. Wie geht es jetzt weiter?

MONS: Für die zehn Maßnahmen, die wir darin vorschlagen, gibt es eine starke wissenschaftliche Evidenz, und für viele davon auch eine große gesellschaftliche Akzeptanz. Das sehen wir immer wieder in unseren Umfragen. Letztendlich liegt der Ball im Spielfeld der Politik. Dort muss man sich bewusst machen, dass wir es uns angesichts der steigenden Gesundheitskosten schlichtweg nicht mehr leisten können, weiterhin so lasch mit solch enormen Risikofaktoren wie dem Rauchen umzugehen. Was wir brauchen, ist der klare politische Wille, dem entgegenzutreten – mit einer Tabakpräventionsstrategie, die dann auch politikfeldübergreifend mitgetragen und konsequent umgesetzt wird. ■



BEI ALKOHOLPOLITIK LIEGT DEUTSCHLAND AUF DEN HINTERSTEN RÄNGEN

Deutschland ist eines der Schlusslichter in Europa, wenn es um Alkoholpolitik geht. Niedrige Steuern, ständige Verfügbarkeit und allgegenwärtige Werbung machen den Alkoholkonsum hierzulande besonders attraktiv. Wie sich der Konsum von Alkohol wirksam eindämmen lässt, zeigen Norwegen, Finnland und Schweden sowie Litauen.

WIE DEUTSCHLAND IM EUROPÄISCHEN VERGLEICH DASTEHT

Im europäischen Vergleich bildet Deutschland gemeinsam mit Österreich eines der Schlusslichter im Handlungsfeld Alkohol. Beide Länder erreichen lediglich 9 von 40 möglichen Punkten der „Bridging the Gap – Modified“-Skala (siehe Kapitel 2.2) und liegen damit nur knapp vor Luxemburg, das mit sieben Punkten den letzten Platz belegt. Besonders schwach ist Deutschland in den Bereichen „Regelungen zum Verkauf/Ausschank“ und „Alkoholbesteuerung“. Hier erreicht die Bundesrepublik nur 1 von 10 beziehungsweise 2 von 16 möglichen Punkten. Ausgerechnet bei den wirksamsten Instrumenten zeigt sich Deutschland damit besonders zögerlich, was die Schlusslicht-Position entscheidend mitbegründet. Lediglich beim Indikator „Öffentliche Politik“ – also beim Vorliegen einer nationalen Präventionsstrategie oder Kampagne – gibt es die volle Punktzahl (1 von 1). In allen übrigen Bereichen bestehen hierzulande deutliche Verbesserungspotenziale.

Deutschland ist bei den wirksamsten Instrumenten wie Besteuerung und Verkaufsbeschränkungen besonders zögerlich.

WARUM ANDERE STAATEN BESSER ABSCHNEIDEN

Die Spitzenplätze gehen an Norwegen, Finnland und Schweden sowie Litauen und Irland. Norwegen führt die Skala mit 33 Punkten an, gefolgt von Finnland (28,5) und Schweden (26,5). Litauen (25) und Irland (22,5) konnten dank umfassender Reformen in der Alkoholpolitik in den vergangenen Jahren deutlich aufholen und zählen heute zu den weltweiten Vorreitern bei der Eindämmung des Alkoholkonsums.

Die führenden Länder in der Alkoholpolitik machen es ihren Bürgerinnen und Bürgern leichter, weniger Alkohol zu konsumieren. Zwar nehmen sich viele Menschen vor, weniger zu trinken. Jedoch scheitert dieser Vorsatz oft, solange Alkohol überall verfügbar, allgegenwärtig beworben und zudem noch sehr erschwinglich ist. Genau an diesen Stellschrauben setzen Länder wie Norwegen, Finnland und Schweden an. Dort ist der Alkoholverkauf kein privatwirtschaftlicher Markt, sondern liegt größtenteils in staatlicher Hand. In Litauen und Irland wiederum ist der Verkauf an spezielle Lizenzen gebunden. Das soll den kommerziellen Druck verringern, immer mehr zu verkaufen, lange Öffnungszeiten zu bieten oder mit Werbung und Rabatten den Konsum anzukurbeln. Hinzu kommt eine Steuerpolitik, die es gerade Jugendlichen und anderen preissensiblen Gruppen schwerer macht, große Mengen Alkohol zu kaufen. Während in Deutschland im Discounter ein 1,5-Liter-Tetrapak Wein für weniger als zwei Euro erhältlich ist, beträgt allein die Verbrauchsteuer auf eine 0,7-Liter-Flasche Wein in Finnland rund 3,20 Euro. Die immensen gesellschaftlichen Folgekosten des Alkoholkonsums werden dort in der Preispolitik konsequent mitgedacht.

Erfolgreiche Länder begrenzen die Verfügbarkeit und Werbung für Alkohol und dämpfen den Verkauf durch konsequente, steuerbasierte Preispolitik.

Die Schlusslichter wie Deutschland hingegen machen es ihren Bürgerinnen und Bürgern besonders leicht, viel Alkohol zu trinken – durch sehr niedrige Preise, ständige Verfügbarkeit sowie Werbung.

ALKOHOLPOLITIK IM EUROPÄISCHEN VERGLEICH

RANG	LAND	1	2	3	4	5	6	7
		2	10	4	3	4	1	16
01	NORWEGEN	0	8,5	4	3	4	1	12,5
02	FINNLAND	0	8,5	3,5	2	2	1	11,5
03	SCHWEDEN	0	8	3,5	2	4	1	8
04	LITAUEN	0	5	4	3	4	1	8
05	IRLAND	0	6	3	1,5	2	1	9
06	POLEN	0	4	3	2	4	1	5
07	ESTLAND	0	3	3	1,5	4	1	6
08	VEREINIGTES KÖNIGREICH	0	2	2,5	0	1	0	12
09	LETTLAND	0	3	3	2	2	1	5,5
10	FRANKREICH	0	4	3	1,5	2	1	4
11	TSCHECHIEN	0	3	3	1	4	1	2,5
12	NIEDERLANDE	0	2	3	1	2	1	3
13	BELGIEN	0	3	2	0	2	1	3,5
	SCHWEIZ	0	2	2	2	2	1	2,5
15	DÄNEMARK	0	0	2,5	1	2	1	3,5
16	DEUTSCHLAND	0	1	2	1	2	1	2
	ÖSTERREICH	0	0	2	2	2	1	2
18	LUXEMBURG	0	1	1	1	2	0	2

Länder, die die gleiche Punktzahl in der Bewertung erhalten haben, teilen sich den gleichen Rang. Die nachfolgenden Ränge werden gemäß dem Ex-aequo-System (Verfahren zur Rangverteilung bei Punktgleichheit im Sport oder bei Wettbewerben) übersprungen.

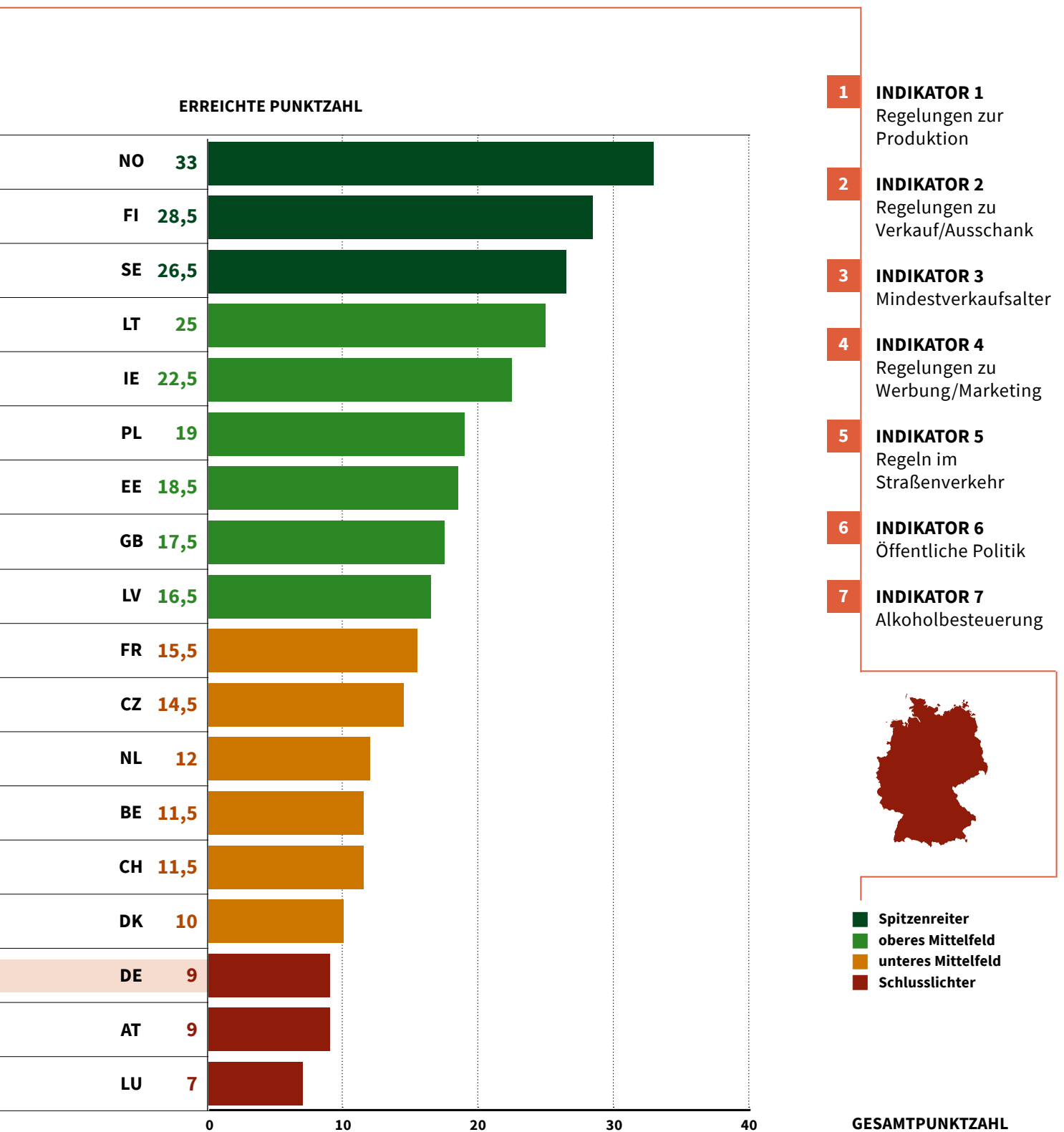


Abb. 12 ALKOHOLPOLITIK: DEUTSCHLAND UND SPITZENREITER NORWEGEN IM VERGLEICH

POLITIKFELDER	DEUTSCHLAND	NORWEGEN
Regelungen zur Produktion	– Produktion von Alkohol ist ein privatwirtschaftlicher Markt. 0 von 0 Punkten	– Produktion von Alkohol ist ein privatwirtschaftlicher Markt. 0 von 0 Punkten
Regelungen zum Verkauf/Ausschank	– Alkoholische Getränke sind zu jeder Tages- und Nachtzeit nahezu flächendeckend verfügbar. + Verkauf in der Öffentlichkeit über Automaten ist nicht gestattet. 1 von 10 Punkten	+ Alkoholische Getränke ab 4,7 % Vol. werden nur in lizenzierten Geschäften zu deren Öffnungszeiten verkauft. Es gelten zudem zeitliche Beschränkungen für den Verkauf und Ausschank. 8,5 von 10 Punkten
Mindestverkaufsalter	• „Begleitetes Trinken“ ab 14 Jahren, Bier und Wein ab 16 Jahren verfügbar 2 von 4 Punkten	+ Alkohol ist erst ab 20 Jahren verfügbar. 4 von 4 Punkten
Regelungen zu Werbung und Marketing	– Werbung für alkoholische Getränke ist allgegenwärtig und sogar im TV grundsätzlich erlaubt. + Alkoholwerbung, die sich explizit an Kinder und Jugendliche richtet, ist nicht erlaubt. Alkoholwerbung darf im Kino erst ab 18 Uhr laufen. 1 von 3 Punkten	+ Alkoholische Getränke dürfen bundesweit nicht beworben werden. 3 von 3 Punkten
Regeln im Straßenverkehr	• Regelverstoß ab 0,5 Promille am Steuer 2 von 4 Punkten	+ Regelverstoß ab 0,2 Promille am Steuer 4 von 4 Punkten
Öffentliche Politik	+ Es gibt eine nationale Suchtpräventionsstrategie einschl. entsprechender Präventionsprogramme mit Alkoholbezug. 1 von 1 Punkten	+ Es gibt eine nationale Suchtpräventionsstrategie einschl. entsprechender Präventionsprogramme mit Alkoholbezug. 1 von 1 Punkten
Alkoholbesteuerung	– Die Besteuerung von alkoholischen Getränken gehört einkommensbereinigt zu den niedrigsten in ganz Europa. 2 von 16 Punkten	+ Durch eine gesundheitsorientierte Besteuerung sind alkoholische Getränke weniger erschwinglich für preissensible Zielgruppen wie Jugendliche. 12,5 von 16 Punkten

Quelle: PHI 2025

WELCHE MASSNAHMEN DIE GRÖSSTE WIRKUNG VERSPRECHEN

Höhere Verbrauchsteuern auf Alkohol gehören zu den wirksamsten Instrumenten, um Konsum einzudämmen. Das zeigen Daten für den Zeitraum 2001 bis 2019 aus den baltischen Staaten und Polen. Dort ging der Pro-Kopf-Verbrauch im Jahr nach einer Steuererhöhung oder Verkaufsbeschränkung um etwa 0,9 Liter zurück. Das entsprach rund zehn bis 15 Prozent des gesamten Verkaufsvolumens. [87] Gleichzeitig verringerte sich die Gesamtsterblichkeit unter Erwachsenen im Folgejahr um durchschnittlich 2,3 Prozent. [88] In Schottland hat ein Mindestpreis für Alkohol die billigsten Getränke verteuert, was den Konsum verringerte und die Zahl der alkoholbedingten Krankenhausaufenthalte senkte. [89] [90]

Wenn Alkohol nicht mehr rund um die Uhr und überall verfügbar ist, geht der Konsum ebenfalls zurück und mit ihm die Zahl der Menschen, die daran erkranken oder sterben. Das lässt sich ebenfalls gut in den baltischen Staaten beobachten. Dort ist die Zahl der Todesfälle durch alkoholbedingte Erkrankungen deutlich zurückgegangen, nachdem die Verkaufszeiten um 20 Prozent begrenzt wurden. Die alkoholspezifische Sterblichkeit infolge des übermäßigen Alkoholkonsums sank bei Frauen in diesem Zeitraum um acht Prozent, bei Männern sogar um zwölf Prozent. [91] Auch Deutschland hat mit Zugangsbeschränkungen für Alkohol gute Erfahrungen gemacht. Baden-Württemberg hat zwischen



2010 und 2017 den Verkauf von Alkohol in der Nacht untersagt. In diesem Zeitraum sank die Zahl der Krankenhausaufenthalte Jugendlicher aufgrund von Alkohol um neun Prozent. [92] Dennoch hat die Regierung des Bundeslandes die Verkaufsbeschränkung wieder aufgehoben – trotz der nachgewiesenen Wirksamkeit.

In Deutschland ist Alkoholwerbung allgegenwärtig – an Bushaltestellen, im Internet oder in TV-Werbespots. Werbung beeinflusst nachweislich das Trinkverhalten, weshalb die WHO gesetzliche Einschränkungen empfiehlt. Einzelmaßnahmen greifen jedoch zu kurz: Ein Verbot von Bierwerbung in Print- oder Onlinemedien etwa senkt den Konsum kaum, weil die Branche Budgets in andere Kanäle verlagert und im digitalen Raum oft wirksamere Wege findet, junge Zielgruppen zu erreichen. [93] Erfolgversprechend ist nur ein umfassendes Werbeverbot, wie in Norwegen und Litauen. [30]

DEUTSCHLAND BLEIBT HOCHKONSUMLAND BEIM ALKOHOL

Der aktuelle „Globale Statusbericht zu Alkohol und Gesundheit“ der Weltgesundheitsorganisation aus dem Jahr 2024 zeigt, dass Deutschland weiterhin zu den Hochkonsumländern zählt. Nur in wenigen Staaten wird pro Kopf mehr Alkohol getrunken. [94]

Einen genaueren Blick auf die Konsummuster liefert der Epidemiologische Suchtsurvey 2024. Demnach gaben drei von vier Männern und zwei von drei Frauen im Alter zwischen 18 und 64 Jahren an, in den vergangenen 30 Tagen Alkohol konsumiert zu haben. Rund ein Viertel davon trank in riskanten Mengen. Das sind mehr als zwölf Gramm Reinalkohol pro Tag bei Frauen und mehr als 24 Gramm bei Männern. Weit verbreitet ist auch das episodische Rauschtrinken: Etwa 35 Prozent der männlichen und 17 Prozent der weiblichen Konsumierenden berichteten, innerhalb eines Monats bei einer Gelegenheit mindestens fünf alkoholische Getränke – also rund 70 Gramm Reinalkohol – konsumiert zu haben, etwa in Form von drei Flaschen Bier à 0,5 Liter. [95]

Langfristige Daten zeigen aber auch gegenläufige Trends. Seit den 1990er-Jahren ist das riskante Rauschtrinken unter Männern im Alter von 18 bis 59 Jahren von 48 auf 34 Prozent zurückgegangen, bei Frauen mittleren Alters (40 bis 59 Jahre) von 19 auf zwölf Prozent. Unter jungen Frauen hingegen nahm es zu: 1995 berichteten 23 Prozent der 18- bis 24-Jährigen von riskantem Rauschtrinken, 2021 bereits 31 Prozent. [96]

Jedes Jahr sterben in Deutschland Zehntausende an den Folgen von Alkohol und Hunderttausende müssen deswegen behandelt werden. Allein 2021 verloren rund 21.700 Menschen zwischen 15 und 69 Jahren ihr Leben, weitere 605.000 wurden im Krankenhaus oder in Rehaeinrichtungen versorgt. [97] Etwa jeder 20. Todesfall, insgesamt 46.000, sind hierzulande auf Alkoholkonsum zurückzuführen. [98]

KOSTEN FÜR DIE GESELLSCHAFT UND DAS GESUNDHEITSWESEN

Alkoholkonsum belastet nicht nur die Gesundheit des Einzelnen, sondern auch die Gesellschaft: Beschäftigte fehlen am Arbeitsplatz, Unternehmen verzeichnen Produktionsausfälle, und viele müssen wegen alkoholbedingter Erkrankungen früher in Rente gehen. Die dadurch verursachten Kosten werden für Deutschland auf 57 Milliarden Euro pro Jahr geschätzt. Diesen Kosten stehen Steuereinnahmen von lediglich drei Milliarden Euro im Jahr gegenüber. [99] Rund 17 Milliarden entfallen dabei direkt auf das Gesundheitssystem, weitere 40 Milliarden auf indirekte Folgen wie Arbeitsunfähigkeit, Produktivitätsverluste oder Frühverrentung. [13] Es gibt daher viele Gründe, auch in Deutschland wirksame alkoholpolitische Maßnahmen zu prüfen und sich dabei an erfolgreichen europäischen Beispielen zu orientieren.

Alkoholkonsum
in den letzten
30 Tagen;
Alter: 18–64 Jahre

Frauen

64 %



Männer

73 %



Quelle:
Epidemiologischer
Suchtsurvey (ESA)
2024

Die jährlichen
Folgekosten des
Alkoholkonsums
belaufen sich auf
57 Milliarden Euro.

WAS EINE UMFASSENDE ALKOHOLPOLITIK BEGÜNSTIGT

Doch wie lässt sich erklären, dass alkoholpolitische Maßnahmen in manchen Ländern durchgesetzt werden und in anderen nicht? Eine klare Antwort auf diese Frage kann derzeit nicht gegeben werden.

Zweifelsohne sind alkoholbedingte gesundheitliche Belastungen ein wichtiger Faktor, damit Länder umfassende Maßnahmen ergreifen. Skandinavische Länder und auch Litauen haben historische Erfahrungen mit hohem Alkoholmissbrauch und entsprechend eine hohe alkoholbedingte Krankheitslast. Das war ein wichtiger Treiber für umfassende Strategien und Maßnahmenpakete der jeweiligen Regierungen. Allerdings ist die gesundheitliche Belastung allein keine hinreichende Voraussetzung für politisches Handeln, wie beispielsweise Deutschland oder Luxemburg zeigen. Diese zählen ebenfalls zu den Hochkonsumländern Europas, bleiben aber Schlusslichter bei den ergriffenen Maßnahmen.

**Wirksame
Alkoholmaßnahmen
brauchen mehr als
Evidenz, sie brauchen
Entschlossenheit und
Rückhalt in der Politik.**

Analysen unterschiedlicher Alkoholpolitiken legen nahe, dass der politische Wille über Erfolg oder Scheitern entscheidet. Das Beispiel Baden-Württemberg untermauert das: Obwohl ein Nachtverkaufsverbot zu einem messbaren Rückgang von Alkoholmissbrauch unter Jugendlichen führte, wurde es wieder abgeschafft. Evidenz allein reicht also nicht aus. Es bedarf parlamentarischer Mehrheiten und Führungspersönlichkeiten, die bereit sind, Maßnahmen auch gegenüber Kritik öffentlich zu verteidigen. ■

WELCHE MASSNAHMEN DIE WHO VORRANGIG EMPFIEHLT („BEST BUYS“) [81]

- Erhöhung der Verbrauchsteuern auf alkoholische Getränke
- Durchsetzung von Beschränkungen für die Verfügbarkeit von Alkohol im Einzelhandel (z. B. durch verkürzte Verkaufszeiten)
- Durchsetzung von umfassenden Beschränkungen für die Alkoholwerbung (medienübergreifend)



LITAUENS ERFOLGREICHER KURS IN DER ALKOHOLPOLITIK

Litauen zählt nicht nur zu den Ländern mit dem höchsten Alkoholkonsum, sondern gilt zugleich als Beispiel dafür, wie eine umfassende Alkoholpolitik messbare Verbesserungen der Krankheitslast und der Lebenserwartung bewirken kann.

Anfang der 2000er-Jahre zählte Litauen zu den Ländern, in denen besonders viel getrunken wurde – mehr als fast überall sonst auf der Welt. [100] Die Folgen waren gravierend. So starben im Jahr 2000 in Litauen schätzungsweise 8.654 Personen durch die Folgen ihres Alkoholkonsums. Das waren etwa 22 Prozent aller Todesfälle. [98]

Als Reaktion verabschiedete die Regierung ab 2008 mehrere Gesetzespakete, die alle von der WHO empfohlenen „Best Buys“ enthielten. Das ist ein Bündel an Alkoholkontrollmaßnahmen, die als besonders wirksam gelten, um alkoholbedingte Schäden für Gesundheit und Volkswirtschaft zu verringern. Dazu zählen Verbrauchssteuern, Einschränkungen der Verfügbarkeit sowie Werbebeschränkungen. Alkohol darf in Litauen seither nur noch zwischen 10 und 20 Uhr verkauft werden, sonntags sogar nur bis 15 Uhr. Das Mindestalter für den Kauf wurde auf 20 Jahre angehoben. Parallel wurden die Steuern auf Bier, Wein und Spirituosen teils mehr als verdoppelt. Werbung im Fernsehen, Radio, Print und online wurde nahezu vollständig abgeschafft. [101]

Die Erfolge der umfassenden Alkoholpolitik lassen sich klar belegen: Der Pro-Kopf-Konsum sank von über 14 Litern im Jahr 2007 auf unter zwölf Liter im Jahr 2019. [87] [98] Gleichzeitig ging die Gesamtsterblichkeit in Jahren mit neuen Maßnahmen um rund drei Prozent zurück. Besonders wirksam war die große Steuererhöhung von 2017. Sie führte zu einem markanten Rückgang der Todesfälle. Allein im Jahr der Einführung wurden Schätzungen zufolge über 1.400 vorzeitige Sterbefälle verhindert. [102] Heute zählt die WHO Litauen zu den drei erfolgreichsten Ländern in Europa – mit den klarsten und wohl wirksamsten Alkoholkontrollgesetzen. Litauen ist ein Beispiel dafür, wie umfassende Alkoholpolitik messbare Verbesserungen für die öffentliche Gesundheit erzielen kann. [94] ■



WIRKSAME ALKOHOLPOLITIK BRAUCHT KLAREN POLITISCHEN WILLEN

Die Wissenschaftlerinnen Dr. Anastasia Månsson und Dr. Carolin Kilian erklären, welche Maßnahmen gegen Alkoholkonsum nachweislich wirken und wo Deutschland ansetzen kann.



Dr. Anastasia Månsson

Wissenschaftliche
Mitarbeiterin am
Karolinska Institut,
Schweden

Frau Månsson, welche Maßnahmen in der Alkoholpolitik gelten als besonders wirksam?

MÅNSSON: Besonders wirksam ist die Besteuerung, weil sie die gesamte Bevölkerung erreicht. Auch Mindestpreise, Einschränkungen bei Verkaufszeiten und -stellen, höhere Altersgrenzen oder Lizenzsysteme sind effektiv. Zudem zeigt das Beispiel Litauen, dass ein umfassendes Werbeverbot positive Wirkung erzielen kann, vor allem, wenn es auch digitale und soziale Medien einschließt.

Litauen ist mit seiner Alkoholpolitik sehr erfolgreich. Warum?

MÅNSSON: In Litauen kam vieles zusammen: Das Land hatte zwischen 2005 und 2015 die höchsten Sterblichkeits- und Krankheitszahlen aufgrund von Alkoholkonsum innerhalb der EU. Diese Krise wurde erkannt, und es gab politisch Verantwortliche, die das Problem verstanden und ein Bündel an Alkoholschutzmaßnahmen vorangetrieben haben. Unterstützt wurde das durch eine breite öffentliche Debatte über die gesellschaftlichen Folgen.

In Deutschland fehlt ein solcher politischer Wille bislang. Woran liegt das?

KILIAN: Zum einen ist in Deutschland der Public-Health-Gedanke noch nicht tief genug verankert, also das Bewusstsein, dass das Verhalten des Einzelnen immer auch Auswirkungen auf die gesamte Gesellschaft hat. Der Fokus liegt hierzulande stärker auf individueller Verantwortung und freier Entscheidung, was die politische Diskussion stark prägt und strukturelle Maßnahmen erschwert. Zum anderen fehlt in Deutschland bislang

eine politische Mehrheit, die bereit wäre, das Thema entschlossen auf die Agenda zu setzen.

Was wäre also zu tun?

KILIAN: Wenn sich führende Persönlichkeiten aus Politik, Wissenschaft, Medizin, Sozialversicherungen und Medien zusammenschließen und die gesellschaftlichen Folgen des Alkoholkonsums in den Mittelpunkt stellen, ließen sich wirksame und längst überfällige Reformen wie eine höhere Alkoholbesteuerung auf den Weg bringen. Entscheidend ist, nicht nur an einzelnen Stellschrauben wie der aktuellen Debatte über begleitetes Trinken ab 14 Jahren anzusetzen. Wirksam wird Alkoholpolitik erst dann, wenn mehrere Maßnahmen gebündelt und konsequent umgesetzt werden – wie das Beispiel Litauen eindrucksvoll zeigt.

Viele Politiker meiden Steuererhöhungen, weil sie negative Reaktionen der Wähler fürchten ...

KILIAN: Ja, Steuererhöhungen werden oft als unpopulär gefürchtet. Tatsächlich aber wohl zu unrecht: Eine aktuelle Forsa-Umfrage der IKK Classic zeigt, dass eine Mehrheit der Deutschen höhere Alkoholsteuern grundsätzlich befürwortet, insbesondere wenn deren Einnahmen direkt an die gesetzlichen Krankenkassen fließen würden. Solche Steuern haben ein großes Potenzial, Krankheitskosten zu senken, öffentliche Gesundheit zu fördern, Produktivitätsverluste zu vermeiden und gleichzeitig soziale Folgekosten abzufedern. Denn neben Krankheitslasten für die Konsumierenden, schadet Alkohol auch unbeteiligten Dritten, u. a. durch Verkehrsunfälle, Gewalt und Vernachlässigung von Schutzbefohlenen. ■



Dr. Carolin Kilian

Wissenschaftliche
Mitarbeiterin am
Zentrum für
Interdisziplinäre
Suchtforschung der
Universität Hamburg,
University of Southern
Denmark



IN DER ERNÄHRUNGSPOLITIK ZÄHLT DEUTSCHLAND ZU DEN SCHLUSSLICHTERN

Auf dem Gebiet der Ernährungspolitik hat Deutschland im Vergleich zu anderen europäischen Ländern wenig vorzuweisen. So gibt es hierzulande keine landesweit verbindlichen Mindeststandards für das Schulessen, keine gesundheitsorientierte Besteuerung, und Werbung für Ungesundes darf sogar Kinder adressieren. Andere Länder wie das Vereinigte Königreich, Finnland, Frankreich, Lettland und Polen ergreifen deutlich mehr Maßnahmen.

WIE DEUTSCHLAND IM EUROPÄISCHEN VERGLEICH DASTEHT

Für den Ernährungspolitik-Index wurden sechs Politikmaßnahmen betrachtet, die eine gesündere Ernährung fördern: gesundheitsorientierte Besteuerung von Softdrinks und von Lebensmitteln mit einem hohen Zucker-, Fett- und/oder Salzgehalt, eine intuitiv verständliche, verbindliche Nährwertkennzeichnung auf der Verpackungsvorderseite, eine verbindliche Beschränkung von an Kinder gerichteter Werbung für ungesunde Lebensmittel sowie verbindliche Qualitätsstandards für die Schulverpflegung und Regeln für sonstige Verpflegungsangebote an Schulen. Von diesen Maßnahmen ist in Deutschland bisher keine einzige flächendeckend umgesetzt worden. Damit zählt die Bundesrepublik zu den Schlusslichtern unter den Ländern, die für den Public Health Index untersucht wurden.

WARUM ANDERE STAATEN BESSER ABSCHNEIDEN

Die meisten Maßnahmen, vier von sechs, sind im Vereinigten Königreich in Kraft: Bei Softdrinks fallen ab einem Zuckergehalt von 5 Gramm pro 100 Milliliter 19 Pence Steuern pro Liter an, ab 8 Gramm sind es 26 Pence. [103] An Kinder gerichtete Werbung für Ungesundes unterliegt Einschränkungen, und für die Qualität des Schulessens und die dort erhältlichen Snacks gibt es klare Vorgaben. Gut schneiden im internationalen Vergleich auch Finnland, Frankreich, Lettland und Polen ab: Hier wurden jeweils drei der betrachteten Maßnahmen umgesetzt, in Irland, Litauen, Schweden und Tschechien immerhin zwei.

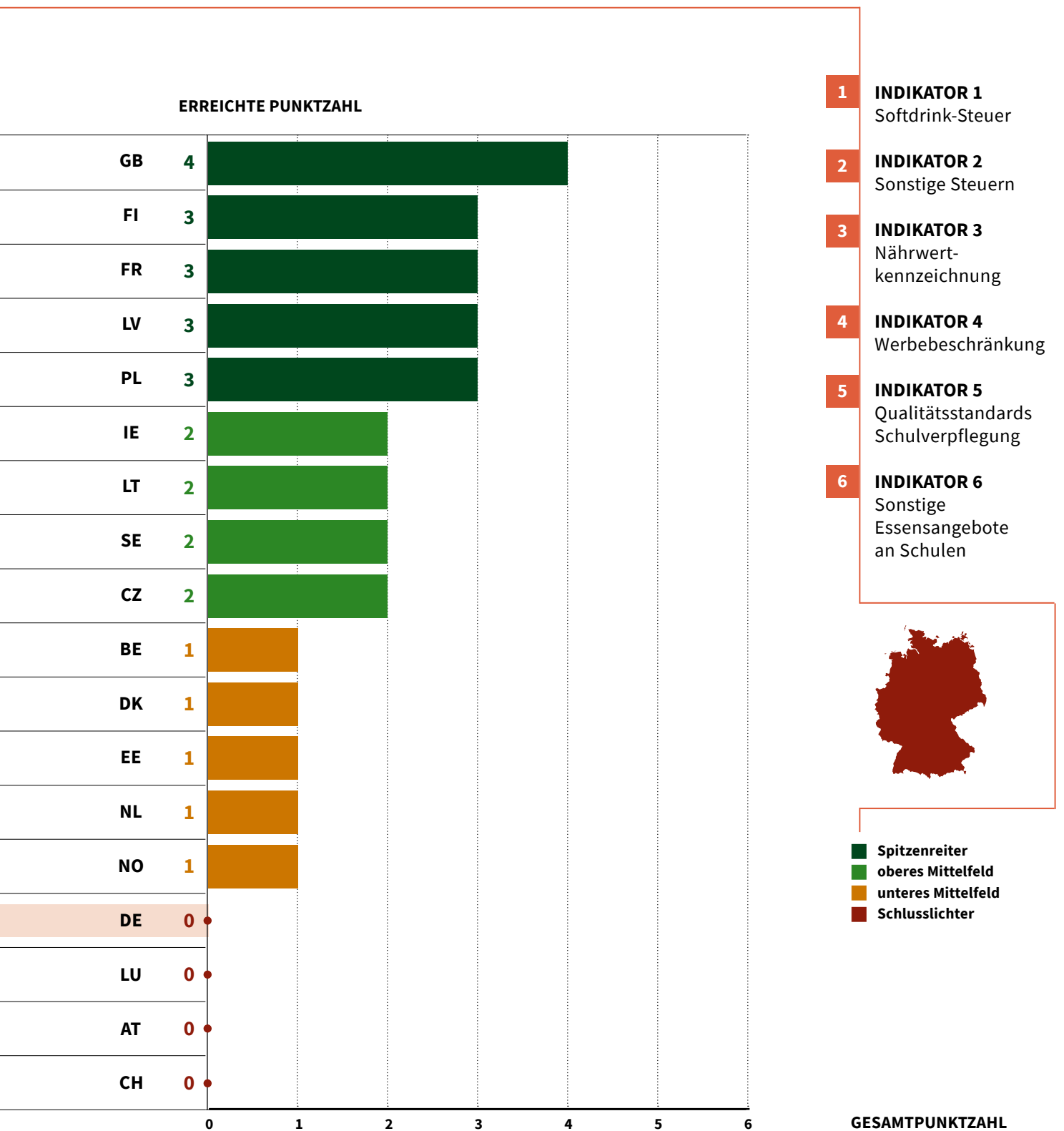
Vorreiter auf dem Gebiet der Ernährungspolitik sind das Vereinigte Königreich, Finnland, Frankreich, Lettland und Polen.

Die Einführung von Qualitätsstandards für das Schulessen ist die am häufigsten umgesetzte unter den untersuchten ernährungspolitischen Maßnahmen: neun der 18 betrachteten Länder haben entsprechende Regelungen eingeführt. Auch die fünf bestplatzierten Länder setzen alle mit der Förderung einer gesünderen Ernährung bereits bei den Kindern und Jugendlichen an und haben verbindliche Regeln für die Qualität der Schulverpflegung aufgestellt. So gelten zum Beispiel in Finnland Vorgaben zum Kaloriengehalt und zur ernährungsphysiologischen Ausgewogenheit der Schulverpflegung [35] [38] [104], während Frankreich Obergrenzen für den Zucker- und Fettgehalt in bestimmten Lebensmittelkategorien eingeführt hat. [32] [40] Vier der fünf Spitzenreiter haben auch Regeln für die sonstigen Verpflegungsangebote an Schulen aufgestellt, zum Beispiel für Getränke- und Snackautomaten und den Pausenverkauf. Lettland und Polen begrenzen die Produktkategorien, die in Schulen angeboten werden dürfen, und haben Nährwert-Obergrenzen für definierte Lebensmittelkategorien festgelegt. In Frankreich dürfen seit 2005 in Schulen keine Snackautomaten mehr aufgestellt werden [32] [105] [39], und im Vereinigten Königreich gibt es verbindliche Regeln zum Kaloriengehalt und den zulässigen Lebensmittelgruppen. [35] [38]

ERNÄHRUNGSPOLITIK IM EUROPÄISCHEN VERGLEICH

RANG	LAND	1	2	3	4	5	6
		1	1	1	1	1	1
01	VEREINIGTES KÖNIGREICH	1 	0	0	1 	1 	1 
02	FINNLAND	1 	0	1 	0	1 	0
	FRANKREICH	1 	0	0	0	1 	1 
	LETTLAND	1 	0	0	0	1 	1 
	POLEN	1 	0	0	0	1 	1 
06	IRLAND	1 	0	0	1 	0	0
	LITAUEN	0	0	0	0	1 	1 
	SCHWEDEN	0	0	0	1 	1 	0
	TSCHECHIEN	0	0	0	0	1 	1 
10	BELGIEN	1 	0	0	0	0	0
	DÄNEMARK	0	1 	0	0	0	0
	ESTLAND	0	0	0	0	1 	0
	NIEDERLANDE	1 	0	0	0	0	0
	NORWEGEN	0	0	0	1 	0	0
15	DEUTSCHLAND	0	0	0	0	0	0
	LUXEMBURG	0	0	0	0	0	0
	ÖSTERREICH	0	0	0	0	0	0
	SCHWEIZ	0	0	0	0	0	0

Länder, die die gleiche Punktzahl in der Bewertung erhalten haben, teilen sich den gleichen Rang. Die nachfolgenden Ränge werden gemäß dem Ex-aequo-System (Verfahren zur Rangverteilung bei Punktgleichheit im Sport oder bei Wettbewerben) übersprungen.



Die am zweithäufigsten umgesetzte Maßnahme ist die Besteuerung gesüßter Getränke. Insgesamt erheben acht der 18 für den PHI betrachteten Länder eine Softdrink-Steuer oder -Abgabe. Die WHO empfiehlt seit 2016 eine Abgabe, die den Verkaufspreis um mindestens 20 Prozent erhöht. [106] Von den fünf bestplatzierten Ländern haben alle eine Softdrink-Steuer eingeführt, drei von ihnen sogar bereits deutlich vor der WHO-Empfehlung: In Lettland trat eine solche Regelung bereits im Jahr 2000 in Kraft, in Finnland 2010 und in Frankreich 2012. Das Vereinigte Königreich zog 2018 nach, Polen 2021. [37]

Es fällt auf, dass von den 18 untersuchten Ländern bislang noch keines das ganze Paket der sechs betrachteten Maßnahmen umsetzt. Selbst dort, wo bereits ernährungspolitische Maßnahmen umgesetzt werden, entspricht deren Ausgestaltung nicht immer den Empfehlungen. So haben etwa Großbritannien, Irland, Norwegen und Schweden Regeln aufgestellt, um an Kinder gerichtete Werbung für Produkte mit einem hohen Zucker-, Salz- und Fettgehalt zu beschränken. Doch diese Regulierungen fallen zum Teil weniger streng aus als von der WHO empfohlen. [107] [31] Die Schlusslichter Deutschland, Österreich, die Schweiz und Luxemburg haben noch keine der sechs erfolgversprechenden ernährungspolitischen Maßnahmen landesweit eingeführt.

Abb. 13 ERNÄHRUNGSPOLITIK: DEUTSCHLAND UND SPITZENREITER GROSSBRITANNIEN IM VERGLEICH

POLITIKFELDER	DEUTSCHLAND	VEREINIGTES KÖNIGREICH
Softdrink-Steuer	– In Deutschland gibt es eine freiwillige Selbstverpflichtung der Hersteller, den Zuckeranteil in Softdrinks zu reduzieren, die sich als wenig wirksam erwiesen hat. 0 von 1 Punkten	+ Im Vereinigten Königreich wurde 2018 eine nach dem Zuckergehalt gestaffelte Softdrink-Steuer eingeführt. 1 von 1 Punkten
Sonstige gesundheitsbezogene Lebensmittelsteuern	– Es gibt keine Steuer auf verarbeitete Lebensmittel mit einem hohen Zucker-, Fett- und/oder Salzgehalt. 0 von 1 Punkten	– Es gibt keine Steuer auf verarbeitete Lebensmittel mit einem hohen Zucker-, Fett- und/oder Salzgehalt. 0 von 1 Punkten
Nährwertkennzeichnung	– Der Nutri-Score auf der Verpackung bewertet Lebensmittel nach dem Ampelprinzip. Seine Verwendung ist jedoch nicht verbindlich. 0 von 1 Punkten	– Großbritannien war das erste Land in Europa, das auf eine farbliche Kennzeichnung setzt. Die Verwendung des Labels UK Multi-Traffic Light ist nicht verbindlich. 0 von 1 Punkten
Beschränkung von an Kinder gerichteter Lebensmittelwerbung	– Werbung für Lebensmittel mit einem hohen Gehalt an Fett-, Zucker- oder Salz darf mithilfe von Comicfiguren oder anderen Elementen direkt Kinder adressieren. 0 von 1 Punkten	+ Für an Kinder gerichtete Werbung für Produkte mit hohem Zucker-, Salz- und Fettgehalt in Radio und Fernsehen gelten bereits seit 2007 verbindliche Beschränkungen. Ab Januar 2026 wird Werbung für ungesunde Lebensmittel nur noch nach 21 Uhr im Fernsehen ausgestrahlt und online gar nicht mehr gezeigt. 1 von 1 Punkten
Qualitätsstandards für die Schulverpflegung	– Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung hat Qualitätsstandards für die Schulverpflegung erstellt; diese sind aber nicht bundesweit verbindlich. Nur einzelne Bundesländer haben die Kriterien in ihr Regelwerk aufgenommen. 0 von 1 Punkten	+ Es gibt verbindliche Regeln zum Kaloriengehalt und den zulässigen Lebensmittelgruppen in der Schulverpflegung. 1 von 1 Punkten
Qualitätsstandards für sonstige Essensangebote an Schulen	– Es gibt keine einheitlichen, verbindlichen Regelungen für das sonstige Essensangebot an Schulen wie z. B. Snack-Automaten. 0 von 1 Punkten	+ Für sonstige Essensangebote an Schulen wie Snack-Automaten gelten Mindeststandards: Der Kaloriengehalt und die zulässigen Lebensmittelgruppen sind verbindlich geregelt. 1 von 1 Punkten

Quelle: PHI 2025



WELCHE MASSNAHMEN DIE GRÖSSTE WIRKUNG VERSPRECHEN

Bei allen gesundheitspolitischen Überlegungen ist zu beachten, dass unsere Ernährung von vielen Faktoren beeinflusst wird – wie zum Beispiel von der Verfügbarkeit, der Zugänglichkeit, dem Preis, der Präsentation und der Werbung für verschiedene Lebensmittel, außerdem auch von gesellschaftlichen Normen und Traditionen, individuellen Gewohnheiten und Vorlieben. Einzelmaßnahmen, die an einem einzelnen Faktor – wie zum Beispiel dem Zuckergehalt von Softdrinks – ansetzen, können deswegen zwangsläufig nur begrenzte Effekte haben. [108] [109] Ihre volle Wirksamkeit entfalten sie im Zusammenwirken mit anderen Maßnahmen als Teil einer umfassenden Gesamtstrategie. Als besonders erfolgversprechend gilt daher ein Maßnahmenpaket, das unterschiedliche Ansätze kombiniert. [108] [109]

Als besonders erfolgversprechend gilt ein Maßnahmenpaket, das unterschiedliche Ansätze kombiniert.

Als Maßnahmen mit besonders großem Potenzial gelten unter anderen eine Verbesserung der Kita- und Schulverpflegung durch Investitionen, Personalfortbildungen und verbindliche Qualitätsstandards, eine Hersteller-Abgabe auf Softdrinks nach britischem Vorbild, eine gesundheitsförderliche Mehrwertsteuerreform einschließlich einer Steuerbefreiung für Obst und Gemüse und eine Begrenzung von an Kinder gerichteter Werbung für Produkte mit einem hohen Zucker-, Salz- und Fettgehalt. Alle diese Maßnahmen wurden in wissenschaftlichen Studien als erfolgversprechend identifiziert [110] [111] und werden auch vom Wissenschaftlichen Beirat am Bundesministerium für Landwirtschaft, Ernährung und Heimat, dem WBAE, empfohlen. [61]

Die WHO empfiehlt eine Softdrink-Steuer auf zuckerhaltige Getränke als kosteneffektive und wirksame Maßnahme, um den Konsum solcher Getränke zu reduzieren und auf diese Weise das Risiko für Adipositas, Typ-2-Diabetes und andere nichtübertragbare Erkrankungen zu senken. Im europäischen Kontext ist die in Großbritannien eingeführte Softdrink-Steuer eine der am besten untersuchten Maßnahmen. Die Höhe der Steuer orientiert sich am Zuckergehalt des jeweiligen Getränks. Offenbar war das für viele Hersteller Anreiz genug, um die Rezeptur ihrer Produkte, die unter die Zuckerabgabe fallen, zu verändern: Zwischen 2015 und 2020 ging der Zuckergehalt von Softdrinks, die in den Geltungsbereich der Soft Drinks Industry Levy (SDIL) fallen, um durchschnittlich 46 Prozent zurück. [112] Studien zeigen, dass auch die Zuckeraufnahme aus Softdrinks in der Bevölkerung abnahm. [113] [114] In den USA, wo einzelne Bundesstaaten und Städte schon früher angefangen haben, Softdrink-Steuern einzuführen, konnte gezeigt werden, dass sich der Anstieg in der Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas im Vergleich zu Regionen ohne Softdrink-Steuern verlangsamte. [57] [58]

Auch für die anderen untersuchten Maßnahmen gibt es vielversprechende Erkenntnisse. So zeigen zum Beispiel verschiedene systematische Übersichtsarbeiten, dass eine gesunde Kita- und Schulverpflegung das Ernährungsverhalten von Kindern und Jugendlichen positiv beeinflusst. [59] [60]

VIELE DEUTSCHE ERNÄHREN SICH UNGESUND

Die verfügbaren Studien zeigen, dass sich die allermeisten Menschen in Deutschland gesund ernähren wollen. Sie zeigen aber auch, dass dies im Alltag vielen nicht gelingt. In einer Umfrage für den Ernährungsreport des Bundesministeriums für Landwirtschaft, Ernährung und Heimat (BMLEH) gaben 2024 über 90 Prozent der Befragten an, dass es ihnen wichtig sei, sich gesund zu ernähren. [115] Im selben Jahr gaben Befragte in einer Erhebung des Max-Rubner-Instituts, des Bundesforschungsinstituts für Ernährung, an, dass nur gut 40 Prozent von ihnen täglich Gemüse aßen, obwohl sowohl Obst als auch Gemüse eigentlich täglich auf dem Speiseplan stehen sollten. Rund ein Fünftel der Befragten berichtete zudem, täglich Softdrinks zu konsumieren, obwohl diese – regelmäßig und in größeren Mengen getrunken – zu Übergewicht, Adipositas und Diabetes mellitus führen können. [116]

Die meisten Menschen möchten sich gesund ernähren. Doch vielen fällt das im Alltag schwer.

Eine gesunde Ernährung sollte zuallererst Genuss und Lebensqualität bedeuten, nicht Verzicht und Verlust.

Diese Daten beruhen auf einer Online-Befragung, weshalb sie gewissen Einschränkungen unterliegen. [116] Die letzte umfassende, bundesweite Erhebung zum Ernährungsverhalten in Deutschland, die Nationale Verzehrstudie II, wurde 2007 durchgeführt [117] [118], sodass aktuelle belastbare Daten fehlen. [119] Für das Jahr 2026 ist im Rahmen des Nationalen Ernährungsmonitorings erstmals wieder eine umfassende Erhebung dieser Art geplant. Insgesamt zeigen die verfügbaren Daten jedoch, dass gesunde Lebensmittel, wie Obst und Gemüse, Hülsenfrüchte, Nüsse, Samen und Vollkornprodukte, deutlich weniger als empfohlen verzehrt werden. Ungesunde Lebensmittel, wie Fastfood, Süßwaren, Softdrinks und verarbeitetes Fleisch, werden hingegen deutlich mehr als empfohlen konsumiert. [119]

WAS EINE UMFASSENDE ERNÄHRUNGSPOLITIK BEGÜNSTIGT

Bei einer erfolgreichen Ernährungspolitik scheinen verschiedene Faktoren eine Rolle zu spielen. Wichtig ist eine positive Grundeinstellung zur Ernährung. Eine gesunde Ernährung sollte zuallererst Genuss und Lebensqualität bedeuten, nicht Verzicht und Verlust. Bei einer Verbesserung der Schulverpflegung zum Beispiel ist es daher wichtig, dass das Essen nicht nur gesünder wird, sondern auch gut schmeckt und attraktiv präsentiert wird. Allgemein gilt: Viel wichtiger als das Aufstellen von Ernährungsregeln ist es, Menschen praktisch in die Lage zu versetzen, sich im Alltag so gesund zu ernähren, wie sie es selbst wollen – und das zu bezahlbaren Preisen und mit vertretbarem Aufwand.

Auf der politischen Ebene scheint Unterstützung über die Breite des politischen Spektrums wichtig zu sein. Die Softdrink-Abgabe in Großbritannien etwa wurde von einer konservativen Regierung eingeführt, aber von der sozialdemokratischen Labour-Opposition unterstützt und nach dem Regierungswechsel im Jahr 2024 beibehalten. In Polen, wo 2021 eine Softdrink-Steuer eingeführt wurde, verhält es sich ähnlich. Offenbar trägt zum Gelingen bei, dass Prävention und Gesundheitsförderung als parteiübergreifende Aufgaben verstanden werden. ■

WHO-EMPFEHLUNGEN FÜR EINE GESÜNDERE ERNÄHRUNG („BEST BUYS“) [81]

- Richtlinien für eine gesündere Zusammensetzung von Lebensmitteln und Getränken (zum Beispiel Verzicht auf Transfettsäuren und/oder Reduzierung von gesättigten Fettsäuren, Zucker und/oder Salz)
- Kennzeichnung auf der Vorderseite der Verpackung als Teil umfassender Maßnahmen zur Nährwertkennzeichnung
- Qualitätsstandards für die Verpflegung in Kitas, Schulen und anderen öffentlichen Einrichtungen (zum Beispiel zur Reduzierung der Aufnahme von Zucker, Salz und ungesunden Fetten, Förderung des Verzehrs von Vollkornprodukten, Obst und Gemüse)
- Kommunikation und Medienkampagnen für eine gesunde Ernährung
- Maßnahmen zum Schutz von Kindern vor den schädlichen Auswirkungen der Lebensmittelwerbung auf die Ernährung
- Schutz, Förderung und Unterstützung optimaler Stillpraktiken



WIE CHILE SEINER BEVÖLKERUNG EINE GESÜNDERE ERNÄHRUNG MÖGLICH MACHTE

Als erstes Land weltweit hat Chile Warnhinweise für ungesunde Lebensmittel eingeführt. Diese und weitere Maßnahmen sollen dafür sorgen, dass weniger Lebensmittel mit einem Übermaß an Zucker, Salz oder Kalorien auf den Tellern landen. Der Erfolg gibt den Initiatoren recht.

Im Jahr 2014 verzeichnete Chile eine der höchsten Adipositasraten weltweit. Allein zwischen 1980 und 2014 hatte sich der Anteil der Menschen mit Übergewicht in dem südamerikanischen Land verdoppelt. Die Kosten für die Gesundheitsversorgung drohten zu explodieren. Das war der Moment, in dem die Regierung die Notbremse zog.

In einem ersten Schritt wurde 2014 eine Softdrink-Steuer eingeführt. [120] Zwei Jahre später folgten Regelungen zu verarbeiteten Lebensmitteln mit einem erhöhten Gehalt an Zucker, gesättigten Fettsäuren, Salz und/oder Kalorien: Auf der Vorderseite der Verpackungen solcher Produkte prangen seitdem verpflichtende Warnhinweise, die in einem achteckigen Rahmen beispielsweise auf den hohen Zucker- oder Kaloriengehalt hinweisen. Zusätzlich gibt es Beschränkungen für den Verkauf solcher Produkte an Schulen. Auch an Kinder gerichtete Werbung für derartige Lebensmittel unterliegt Einschränkungen. [121] [122] Die Regelungen sind verbindlich und gelten für alle verarbeiteten Lebensmittel, deren Gehalt an Zucker, gesättigten Fettsäuren, Salz und/oder Kalorien bestimmte Grenzwerte übersteigt. Diese Grenzwerte wurden 2018 und 2019 schrittweise verschärft. [121]

Die konsequente Umsetzung dieser ernährungspolitischen Maßnahmen war erfolgreich, wie Studien belegen. Vor der Verabschiedung des Gesetzespaketes lag der Marktanteil von verarbeiteten Lebensmitteln mit einem hohen Gehalt an Zucker, Salz, gesättigten Fettsäuren oder Kalorien bei 71 Prozent, vier Jahre danach nur noch bei 53 Prozent. [123] Kinder sehen nun bis zu 73 Prozent weniger Fernseh-Werbespots für ungesunde Lebensmittel als früher. [124] Vor allem aber wirkt sich das Maßnahmenpaket auch auf die Ernährungsgewohnheiten aus. Erste Trends zu einer gesünderen Ernährung zeigten sich bereits im ersten Jahr nach der Einführung der neuen Regelungen. Die Erfolgsbilanz nach drei Jahren ist beachtlich: Im Schnitt konsumieren die Chileninnen und Chilenen nun 37 Prozent weniger Zucker, 23 Prozent weniger Kalorien, 22 Prozent weniger Salz und 16 Prozent weniger gesättigte Fettsäuren aus verarbeiteten Lebensmitteln. [125] ■



DIE GESUNDE WAHL ZUR EINFACHEN WAHL MACHEN



**Professor
Dr. Peter von
Philipsborn**

Leiter des Lehrstuhls
für Public Health
Nutrition an der
Universität Bayreuth

Warum eine umfassende Strategie über den Erfolg ernährungspolitischer Maßnahmen entscheidet und wo in Deutschland Handlungsbedarf besteht, erklärt der Arzt und Public-Health-Wissenschaftler Professor Dr. Peter von Philipsborn.

Herr Professor von Philipsborn, warum ist die Ernährung ein guter Ansatzpunkt für Präventionsmaßnahmen?

VON PHILIPSborn: Die Ernährung ist einer der gesundheitlichen Risikofaktoren, die wirklich stark ins Gewicht fallen. Hier gibt es viel Potenzial, durch eine gesündere Ernährung Krankheiten und vorzeitige Todesfälle zu vermeiden. Und wir haben gute wissenschaftliche Evidenz dafür, was man auf politischer Ebene tun kann, um eine gesündere Ernährung im Alltag leichter zu machen und zu fördern.

Was wäre das?

VON PHILIPSborn: Es gibt viele komplexe Einflüsse, die sich auf die Ernährung auswirken – von der Lebensmittelwerbung bis zu den Essensangeboten in Schulen oder Kantinen. Wenn man wirklich wirksam eine gesunde Ernährung fördern möchte, braucht man also einen entsprechend vielfältigen Ansatz. Einzelmaßnahmen, die nur an einem dieser Einflussfaktoren ansetzen, können durchaus sinnvoll sein, haben aber zwangsläufig nur einen begrenzten Effekt. Man braucht ein Gesamtpaket, eine umfassende Strategie.

Wissen die Menschen denn ausreichend über gesunde Ernährung Bescheid?

VON PHILIPSborn: Das Ernährungswissen – zum Beispiel die Fähigkeit, selbst zu kochen und gesunde Gerichte zuzubereiten – ist deutlich zurückgegangen. Und über die sozialen Medien werden viele wissenschaftlich nicht fundierte, oft schlicht falsche Informationen verbreitet. Darum ist eine praxisbezogene Ernährungsbildung sehr wichtig, zum Beispiel Kochunterricht in Schulen.

Worauf kommt es bei ernährungspolitischen Maßnahmen an?

VON PHILIPSborn: Die Ernährung ist eng mit der eigenen Identität verbunden, mit Familientraditionen und Heimatgefühlen. Umfragen zeigen, dass die meisten Menschen sich gern gesund und nachhaltig ernähren möchten. Der vielversprechendste Ansatz, eine gesunde Ernährung zu fördern, besteht daher darin, gesunde Auswahlmöglichkeiten zu schaffen und diese erschwinglich, attraktiv und leicht zugänglich zu machen. Gleichzeitig brauchen wir aber auch verbindliche Regeln für Unternehmen, etwa bei der Lebensmittelkennzeichnung oder bei an Kinder gerichteter Lebensmittelwerbung.

Was hat die deutsche Ernährungspolitik schon erreicht? Was bleibt zu tun?

VON PHILIPSborn: Wenn es um Maßnahmen geht, die es den Menschen im Alltag leichter machen, sich gesünder zu ernähren, zählt Deutschland leider nicht zu den Vorreitern. Aber es gibt auch Fortschritte, zum Beispiel bei der Kita- und Schulverpflegung. Da sind wir schon deutlich weiter als noch vor einigen Jahren. Aber es bleibt viel zu tun. Fachorganisationen empfehlen unter anderem eine Mehrwertsteuerbefreiung auf Obst und Gemüse, eine Softdrink-Steuer, Werbeschränkungen für Ungesundes, eine verbindliche Nährwertkennzeichnung und verbindliche Qualitätsstandards für die Kita- und Schulverpflegung. ■



WO DEUTSCHLAND BEI BEWEGUNGSFÖRDERUNG AUFHOLEN MUSS

Radwege, Sportvereine, Bundesjugendspiele, Firmenläufe – Bewegung ist im deutschen Alltag vielerorts präsent, aber noch nicht überall selbstverständlich. Genau das zeigt auch der aktuelle PHI: Deutschland liegt bei der Bewegungsförderung im europäischen Vergleich nur im Mittelfeld. Dagegen gelten Länder wie Großbritannien, Norwegen und Dänemark aufgrund ihrer bewegungsförderlichen Politiken als Vorbilder. Gleichzeitig ist dieses Handlungsfeld mit Vorsicht zu interpretieren, da die Datenlage verbesserungswürdig ist und überwiegend auf Selbstangaben der Regierungen fußt.

WIE DEUTSCHLAND IM EUROPÄISCHEN VERGLEICH DASTEHT

Die aktuellen Auswertungen des PHI zeigen: Formal erfüllt Deutschland viele Kriterien, die es nachweislich den Menschen erleichtern, im Alltag aktiv zu sein. Stärken zeigen sich hierzulande vor allem in den Bereichen „Aktive Gesellschaften“ und „Aktive Systeme“. In diesen beiden Politikfeldern erhält Deutschland die Höchstbewertung. Mit dem Aktionsplan „IN FORM“, der 2012 gestartet und 2021 aktualisiert wurde, existiert eine nationale Strategie, die sowohl Medienkampagnen als auch Pilotprojekte und regionale Bewegungszentren umfasst. Der Aktionsplan benennt zudem die positiven Nebeneffekte von Bewegung in anderen Lebensbereichen. [126] [127] Regelmäßige Partizipationsevents wie die seit 1979 stattfindenden Bundesjugendspiele existieren ebenfalls. Nationale Bewegungsempfehlungen liegen seit 2016 vor [128], das Bewegungsverhalten wird regelmäßig für alle Altersgruppen erfasst [48] [49] [50], und mehrere Politiken erfüllen die Rolle einer übergreifenden Strategie gegen nichtübertragbare Krankheiten sowie eines Koordinationsmechanismus. Mit den freiwilligen WHO-Zielen zur Verringerung nichtübertragbarer Krankheiten hat sich Deutschland zudem konkrete Vorgaben gesetzt.

In den Bereichen „Aktive Gesellschaften“ und „Aktive Systeme“ zeigt Deutschland bereits positive Entwicklungen.

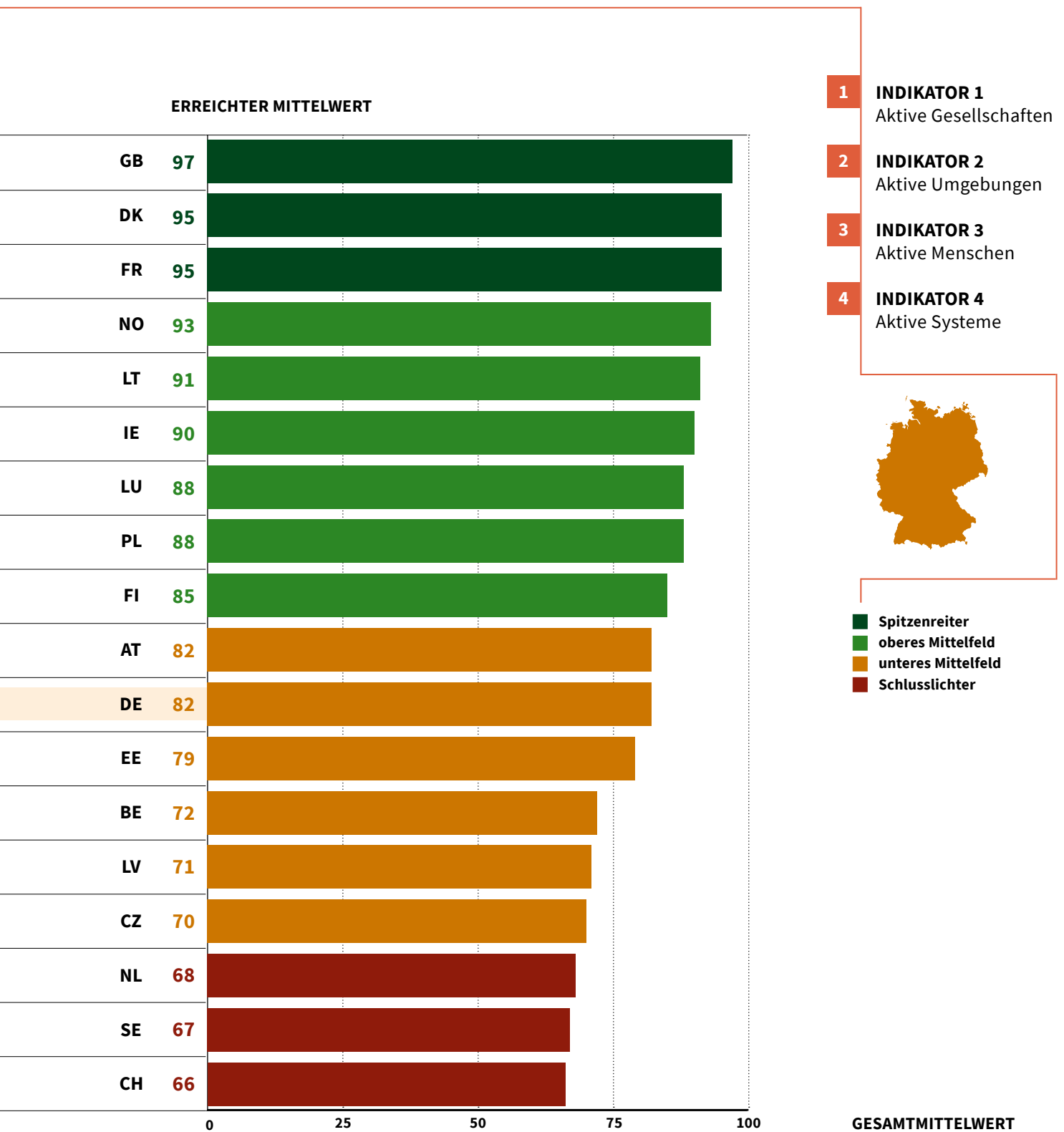
Doch die Schwächen sind ebenso sichtbar. Im Bereich „Aktive Umwelt“ hat Deutschland zwar klare Vorgaben für den Bau von Rad- und Fußwegen und für die Sicherheit im Straßenverkehr, doch in der Politik zeigen sich Lücken: Zwar existiert bereits ein nationaler Radverkehrsplan, doch eine bundesweite Strategie zur Förderung des Zufußgehens gibt es erst seit Februar 2025. Ein Grund dafür dürfte die föderale Kompetenzverteilung sein. Viele Entscheidungen liegen bei Bundesländern und Kommunen. Für einen fairen europäischen Vergleich der Politiken müsste daher auch die subnationale Ebene berücksichtigt werden. Im Bereich „Aktive Menschen“ landet Deutschland im Mittelfeld. Hauptgrund ist das Fehlen einer Strategie für mHealth – also den Einsatz mobiler Anwendungen auf Smartphones oder Smartwatches, die Aktivität messen oder zur Bewegung motivieren könnten. Auch gibt es hierzulande zwar zahlreiche evidenzbasierte Programme und Projekte guter Praxis zur Bewegungsförderung in Schulen, Betrieben oder Kommunen. [48] [49] [50] [51] Jedoch bleibt hier Auslegungssache, ab wann die vorhandenen Maßnahmen als ausreichend gelten können, um den Indikator für Deutschland als erfüllt zu bewerten. Auch im Gesundheitswesen existieren Programme, die Bewegungsempfehlungen ermöglichen. Es bleibt aber unklar, ob sie als flächendeckende Politik gelten können. Eine bundesweite Umsetzung, etwa nach dem Vorbild eines „Rezepts für Bewegung“ existiert nach dem aktuellen Stand der Forschung nicht. Von den Krankenkassen finanzierte oder bezuschusste Bewegungskurse existieren hingegen vielerorts. Offen bleibt allerdings, welche Institutionen in die Bewertung einbezogen wurden und nach welchen Kriterien, um den angegebenen Umsetzungsstand von über 50 Prozent zu erfüllen.

In den Bereichen „Aktive Umwelt“ und „Aktive Menschen“ bestehen in Deutschland noch deutliche Verbesserungspotenziale.

BEWEGUNGSPOLITIK IM EUROPÄISCHEN VERGLEICH

RANG	LAND	1	2	3	4
		100	100	100	100
01	VEREINIGTES KÖNIGREICH	100	98	89	100
02	DÄNEMARK	100	98	100	83
	FRANKREICH	100	100	89	92
04	NORWEGEN	100	93	78	100
05	LITAUEN	100	98	67	100
06	IRLAND	100	100	78	83
07	LUXEMBURG	100	100	67	83
	POLEN	100	100	67	83
09	FINNLAND	88	98	56	100
10	ÖSTERREICH	88	100	56	86
	DEUTSCHLAND	100	60	67	100
12	ESTLAND	88	78	78	75
13	BELGIEN	100	78	28	83
14	LETTLAND	88	58	56	83
15	TSCHECHIEN	75	98	50	58
16	NIEDERLANDE	63	100	28	83
17	SCHWEDEN	50	100	33	83
18	SCHWEIZ	75	58	50	83

Länder, die die gleiche Punktzahl in der Bewertung erhalten haben, teilen sich den gleichen Rang. Die nachfolgenden Ränge werden gemäß dem Ex-aequo-System (Verfahren zur Rangverteilung bei Punktgleichheit im Sport oder bei Wettbewerben) übersprungen.



WARUM ANDERE STAATEN BESSER ABSCHNEIDEN

In erfolgreichen
Ländern ist
Bewegungsförderung
seit Jahren ein
zentraler Bestandteil
moderner
Gesundheitspolitik.

Besser als Deutschland schneiden Länder wie Großbritannien, Dänemark und Norwegen ab. Sie bilden im Bewegungsranking die Gruppe der Spitzenreiter. In diesen Ländern gilt Bewegungsförderung seit Jahren als Teil moderner Gesundheitspolitik. Großbritannien etwa profitiert von einer starken Forschung im Bereich Bewegungsförderung. So fließen unabhängige Studien und externe Evaluationen direkt in die politische Praxis ein. Dänemark wiederum hat in Kopenhagen seit Jahrzehnten Radfahren zur Chefsache gemacht und blickt auf lange Tradition des aktiven Transports zurück. Norwegen setzt auf die kulturell tief verankerte Tradition des Friluftsliv, des Lebens in und mit der Natur. Das norwegische Konzept steht für weit mehr als bloße Outdoor-Aktivitäten. Es beschreibt eine Lebensphilosophie, die auf einer tiefen Verbundenheit mit der Natur beruht und die Vorteile des Aufenthalts im Freien für Körper, Geist und Seele betont.

In manchen
Ländern fällt die
Selbsteinschätzung
trotz – oder gerade
wegen – der großen
Bedeutung und der
Vielzahl bestehender
Maßnahmen kritisch
aus.

Umso erstaunlicher wirkt, dass Länder wie Schweden, Finnland und die Niederlande vergleichsweise schlecht abschneiden, obwohl sie international als Vorbilder bei Bewegungsförderung gelten. Der Grund liegt möglicherweise aber weniger im Fehlen von Maßnahmen, sondern in der politischen Kultur. [47] Bemerkenswert ist, dass die Selbsteinschätzung in diesen Ländern häufig eher kritisch ausfällt – trotz oder gerade wegen der großen Bedeutung der Bewegungsförderung und der Vielzahl an bereits bestehenden Maßnahmen. Dies deutet darauf hin, dass Verantwortliche weniger den erreichten Stand hervorheben möchten, sondern bewusst auf bestehenden Handlungsbedarf aufmerksam machen. Was anderswo als Erfolg durchgeht, wird in Stockholm oder Helsinki nüchtern als „nicht ausreichend“ eingestuft. Die zurückhaltende Bewertung kann daher als Ausdruck eines ausgeprägten Problembewusstseins und des Willens verstanden werden, weitere Verbesserungen anzustoßen.

Erschwerend kommt möglicherweise die föderale Struktur vieler Staaten, wie der Schweiz, hinzu: Manche Länder zählen auch regionale Maßnahmen zu ihrer Selbstbewertung, andere berücksichtigen ausschließlich nationale Politiken. Dieses uneinheitliche Vorgehen verzerrt den Vergleich. Da die zugrunde liegenden Rohdaten vertraulich sind, konnten die Angaben nicht unabhängig verifiziert werden.

Die Ergebnisse
sind mit Vorsicht
zu bewerten,
da die Indikatoren
unterschiedlich
interpretiert werden
und keine Aussage
über die Qualität
der Maßnahmen
zulassen.

Auffällig ist außerdem, dass die Bewertungen der Staaten insgesamt dicht beieinander liegen. Viele erfüllen die Indikatoren bereits oder sind kurz davor. Forschende sprechen von einem „Glasdeckeneffekt“. Die aktuelle Messlatte könnte deshalb zu niedrig liegen, um künftige politische Entwicklungen voranzubringen.

Insgesamt sind die Ergebnisse mit Vorsicht zu interpretieren, da die Teilindikatoren in den einzelnen Ländern sehr unterschiedlich ausgelegt werden können. Vor allem bei Implementationsaspekten – etwa der Frage, ob eine nationale Medienkampagne an kommunale Programme angebunden ist – bleibt die Bewertung unscharf. Die für den Index genutzten Daten erfassen lediglich, ob Politiken oder deren Elemente vorhanden sind oder nicht, und erlauben keine Aussage über die Qualität oder Wirksamkeit der Maßnahmen.



WELCHE MASSNAHMEN DIE GRÖSSTE WIRKUNG VERSPRECHEN

Nach dem aktuellen Stand der Forschung sind Maßnahmen im Handlungsfeld Bewegung besonders erfolgversprechend, wenn sie früh im Leben ansetzen und viele Menschen gleichzeitig erreichen. Deswegen gilt die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen als besonders wichtig. Ihr Bewegungsverhalten prägt später das Erwachsenenleben [129], und Schulen sowie Kitas bieten die Chance, nahezu alle jungen Menschen direkt anzusprechen. [130]

Zugleich zeigt der Schwerpunkt des IN FORM-Updates von 2021 zu älteren Menschen, dass Bewegung auch im höheren Lebensalter von großer Bedeutung ist. Sie trägt entscheidend dazu bei, Gesundheit, Selbstständigkeit und Lebensqualität zu erhalten. Damit wird deutlich, dass regelmäßige Bewegung in allen Lebensphasen – von der Kindheit bis ins hohe Alter – ein zentrales Element der Gesundheitsförderung darstellt. [126]

Als weiterer wirksamer Hebel gilt der Ausbau des aktiven Transports – also Radfahren und Zufußgehen. Hier lassen sich gleich mehrere Ziele verbinden: mehr Gesundheit, sauberere Luft, weniger CO₂ und lebenswertere Umgebungen. [131] Investitionen in die Infrastruktur, Grünflächen, sichere Wege für Fußgänger und Radfahrende wirken dauerhaft auf den Alltag und gegen soziale Ungleichheiten: Menschen aus einkommensschwachen Gruppen bewegen sich nicht deshalb weniger, weil sie unmotiviert sind, sondern weil ihnen strukturelle Hürden im Alltag den Zugang erschweren. [47] Bewegung wird dann zur realistischen Option für alle, wenn gezielte Strategien diese Barrieren abbauen.

Regelmäßige Bewegung in allen Lebensphasen ist ein wesentlicher Bestandteil wirksamer Gesundheitsförderung.

IN DEUTSCHLAND BEWEGEN SICH JUNGE LEUTE ZU WENIG

Das Eurobarometer 525 zum Sport- und Bewegungsverhalten [132] zeigt: Deutschland liegt im europäischen Vergleich nur im Mittelfeld. Rund ein Drittel der Befragten hierzulande treibt nie Sport, knapp ein Fünftel bewegt sich auch sonst kaum – weder beim Radfahren noch beim Tanzen oder bei der Gartenarbeit. Deutlich aktiver sind hingegen Länder wie Finnland und Dänemark. Dort sind Bewegung und Sport stärker im Alltag verankert.

Studien zeigen, dass es in Deutschland vor allem bei Kindern und Jugendlichen große Lücken gibt. Laut der KiGGS-Studie erfüllen zwar 46 Prozent der Vier- bis Fünfjährigen die WHO-Empfehlungen, im Jugendalter sinkt der Anteil jedoch drastisch auf nur noch 15 Prozent. Auffällig sind zudem deutliche Geschlechtsunterschiede: Mädchen bewegen sich in allen Altersgruppen weniger als Jungen, besonders in der Pubertät. Darüber hinaus zeigen Studien, dass ein schlechterer sozioökonomischer Status der Eltern sich negativ auf das Bewegungsverhalten von Kindern und Jugendlichen auswirkt. Die Corona-Pandemie mit geschlossenen Sportstätten, Kitas und Schulen hat diese Bewegungsdefizite noch verschärft. [48]

Studien zeigen, dass ein niedriger sozioökonomischer Status der Eltern das Bewegungsverhalten von Kindern und Jugendlichen negativ beeinflusst.

Auch Erwachsene erreichen die Empfehlungen nur teilweise. Die repräsentative GEDA-Studie zeigt: 52 Prozent der 18- bis 64-Jährigen erfüllen die WHO-Vorgaben für Ausdaueraktivität, bei den 18- bis 29-Jährigen sind es 65 Prozent, bei den 45- bis 64-Jährigen nur noch 47 Prozent. Männer sind in den jüngeren Altersgruppen bis 44 Jahre aktiver als Frauen. Werden zusätzlich die Empfehlungen zur Muskelkräftigung berücksichtigt, fällt die Bilanz noch schlechter aus: Nur 29 Prozent der Erwachsenen erreichen beide Vorgaben. [49] [50] [51]

Zwischen 2017 und 2022 ist in vielen Ländern, auch in Deutschland, die Inaktivität leicht zurückgegangen. [132] Ob dieser Trend tatsächlich auf bessere Bewegungsförderungspolitik zurückzuführen ist, bleibt jedoch fraglich. Denn die meisten Maßnahmen setzen auf freiwillige Anreize und Informationsangebote. Ihr Einfluss auf das Verhalten wird daher häufig von anderen gesellschaftlichen Faktoren überlagert.

**Besonders effektiv
sind schulbasierte
Programme und
Investitionen in
Infrastruktur, da
sie viele Menschen
erreichen und
nachhaltig wirken.**

WAS EINE UMFASSENDE BEWEGUNGSFÖRDERUNG BEGÜNSTIGT

Wenn man nach Gründen für erfolgreiche Bewegungsförderung sucht, stößt man auf ein Muster: Breite und Langfristigkeit. Studien und Praxiserfahrungen zeigen, dass bestimmte politische Maßnahmen besonders wirksam sind. Gute Evidenz gibt es etwa für schulbasierte Programme und für Investitionen in die Infrastruktur – beide erreichen große Bevölkerungsgruppen und wirken nachhaltig. [62] Auch in anderen Bereichen wie Massenmedien, Sportvereinen oder Verkehr liegen Hinweise auf erfolgreiche Ansätze vor. [133] Entscheidend ist zudem, dass Bewegungsförderung nicht isoliert gedacht wird: Da zentrale Maßnahmen in Sektoren wie Verkehr, Stadtplanung oder Bildung verankert sind, braucht es intersektorale Kooperation und einen systemischen Blick. [134] Erfahrungen aus den Niederlanden verdeutlichen außerdem, dass tiefgreifende Veränderungen Zeit brauchen. Die dortige Fahrradkultur ist nicht gewachsen, weil es immer so war, sondern sie ist das Ergebnis jahrzehntelanger gesellschaftlicher Auseinandersetzungen, die von politischen Fürsprechern getragen wurden, die das Thema konsequent auf die Agenda setzten. Erfolgreiche Bewegungsförderung entsteht also nicht über Nacht, sondern durch langfristige Strategien, Kooperation und klaren politischen Willen. ■

WHO-EMPFEHLUNGEN FÜR BEWEGUNGSFÖRDERUNG („BEST BUYS“) [81]

Durchführung bevölkerungsweiter Kampagnen zur Förderung körperlicher Aktivität in Verbindung mit Bewegungsförderungsprogrammen und Verbesserungen der Bewegungsumgebungen, um Verhaltensänderungen zu ermöglichen und zu unterstützen.



GESUNDHEIT AUF ZWEI RÄDERN – WIE PARIS ZUR FAHRRADMETROPOLE WERDEN WILL

Noch vor zwei Jahrzehnten war Paris ein Albtraum für Radfahrende: enge Straßen mit viel Autoverkehr, stickige Luft, Dauerlärm. Wer sich aufs Fahrrad wagte, riskierte viel. Unter Bürgermeisterin Anne Hidalgo hat die Stadt einen beeindruckenden Kurswechsel vollzogen.

Mit dem „Plan Vélo“, der 2015 initiiert wurde und sich seit 2021 in der zweiten Phase befindet, will Paris bis 2026 zur Fahrradmetropole werden. Der Plan war die Antwort auf eine ganze Reihe von Herausforderungen: wachsende Verkehrsprobleme, ambitionierte Klimaziele und der Wunsch der Bevölkerung nach mehr Lebensqualität. Paris wollte zudem mit dem Plan dazu beitragen, dass mehr Menschen im Alltag aktiv sind, um die Folgen des sitzenden Lebensstils zu verringern. [135] Einen Schub gab die Corona-Pandemie, als provisorische Rads Spuren sofort genutzt wurden und den Bedarf nach dauerhafter Infrastruktur sichtbar machten. [136]

Der Plan umfasst ein ganzes Maßnahmenpaket. Kernstück ist der Ausbau sicherer Radwege. 2023 wuchs das Netz auf über 1.500 Kilometer an, darunter Expressrouten für Pendler. 52 Kilometer temporäre Pop-up-Radwege wurden verstetigt. 130.000 neue und sichere Abstellplätze für Fahrräder sind im Entstehen. Parallel passt die Stadt ihre Planungspolitik an: Das Tempo ist vielerorts auf 30 km/h reduziert, Straßen werden beruhigt, Plätze autofrei sowie Autoflächen umgewidmet und begrünt, um mehr Raum für Rad- und Fußverkehr zu schaffen. Unterstützt wird das Ganze durch E-Bike-Subventionen und Reparaturinitiativen. Schulische Programme vermitteln Fahrradkompetenz. Kommunikationskampagnen dienen dazu, das Fahrrad als sichere und attraktive Option zu verbreiten. [137] [138]

Die Wirkung ist sichtbar: Seit 2015 hat sich der Radverkehr massiv erhöht. Eine Studie des Institut Paris Région, die 2024 veröffentlicht wurde, ergab, dass in Paris inzwischen 11,2 Prozent aller innerstädtischen Wege mit dem Fahrrad zurückgelegt werden – gegenüber nur 4,3 Prozent mit dem Auto. Im Vergleich zu 2010 hat sich der Radverkehr fast vervierfacht. [139] Damit hat das Fahrrad in der französischen Hauptstadt das Auto in der Alltagsmobilität überholt. [135] [139] Paris ist leiser und sicherer geworden. 2024 wurden erstmals alle geltenden Grenzwerte für Luftschadstoffe eingehalten [140] – und die Menschen bewegen sich mehr und tun damit ihrer Gesundheit etwas Gutes. Schätzungen zeigen, dass Radfahren in Frankreich jährlich tausende Todesfälle verhindert, das Risiko für chronische Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-Leiden oder Krebs senkt und die psychische Gesundheit stärkt. Allein in Frankreich spart es dem Gesundheitssystem demnach jährlich fast 200 Millionen Euro. [141] ■



BEWEGUNG DARF KEIN PRIVILEG SEIN

Bewegung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, davon ist Professor Peter Gelius überzeugt. Er erklärt, wie Schulen und Infrastruktur helfen können, Menschen in Bewegung zu bringen, und warum der Staat Bewegung fördern sollte, ohne sie vorzuschreiben.



Dr. Peter Gelius

Assistenzprofessor für Bewegung und Lebenslauf, Institut des sciences du sport de l'Université de Lausanne (UNIL), Lausanne, Schweiz

Herr Gelius, welche Rolle spielt Bewegung für die Gesundheit und die Reduktion von Krankheitskosten?

GELIUS: Man sollte Bewegung nicht als das eine große Allheilmittel betrachten, aber ihr Einfluss ist eindeutig belegt. Bewegungsmangel steht im Zusammenhang mit Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Leiden, Typ-2-Diabetes oder bestimmten Krebsarten – und verursacht enorme Kosten. In Europa ließen sich laut einer Analyse der International Sport & Culture Association bis zu 500.000 vorzeitige Todesfälle jährlich vermeiden, wenn sich die Menschen mehr bewegen würden. Und: Wäre ein Fünftel der inaktiven Europäer täglich nur 20 Minuten aktiv, ließen sich schätzungsweise 16 Milliarden Euro Gesundheitskosten pro Jahr einsparen.

Sollte der Staat also Bewegung vorschreiben?

GELIUS: Bewegung lässt sich natürlich schwer vorschreiben. Aber der Staat kann klare Empfehlungen geben und Rahmenbedingungen schaffen, die es Menschen ermöglichen, sich mehr zu bewegen. Harte Maßnahmen wie Vorschriften funktionieren bei Themen wie Rauchen oder Alkohol, bei Bewegung sind die Instrumente meist weicher, etwa Kampagnen oder Infrastruktur. Trotzdem müssen wir diskutieren, ob das reicht. Man könnte zum Beispiel bereits bei Kindern ansetzen, um Verhaltensmuster zu prägen. In Japan etwa gehört morgendliche Schulgymnastik selbstverständlich dazu. Solche Kulturveränderungen sind auch bei uns denkbar. Aber sie brauchen Zeit und politische Unterstützung.

Gibt es auch europäische Vorbilder?

GELIUS: Finnland ist ein gutes Beispiel. Dort hat die Regierung schon in den

1970er-Jahren nach einer Welle von Herz-Kreislauf-Erkrankungen umfassende Maßnahmen ergriffen – von Ernährung über Bewegung bis zu Bildung. Ähnlich die Niederlande, wo der Ausbau von Radwegen über Jahrzehnte durchgesetzt wurde – teilweise gegen erheblichen Widerstand. Solche Entwicklungen zeigen: Es braucht politischen Willen, manchmal auch persönliche Überzeugungsträger, um Wandel dauerhaft zu verankern.

Was sind die wirksamsten Maßnahmen, um Menschen in Bewegung zu bringen?

GELIUS: Studien zeigen, dass zwei Ansätze besonders wirksam sind: Bewegung im schulischen Umfeld und eine bewegungsfreundliche Infrastruktur. Wenn Kinder von klein auf lernen, dass Bewegung zum Alltag gehört, trägt das langfristig. Und wo sichere Rad- und Fußwege vorhanden sind, bewegen sich auch Erwachsene häufiger. Die Politik kann dafür die Strukturen schaffen – nicht mit konkreten Vorschriften, sondern mit klaren Zielen, ausreichenden Mitteln und qualifiziertem Personal.

Lässt sich vermeiden, dass am Ende wieder die profitieren, die ohnehin schon aktiv sind?

GELIUS: Das ist ein zentraler Punkt. Bewegung ist häufig ein Privileg derer, die gut ausgebildet und wohlhabend sind. Wenn wir nur neue Parks und Radwege in ohnehin aktiven Stadtteilen bauen, verstärken wir damit die soziale Ungleichheit. Auf dem Land oder in einkommensschwachen Vierteln fehlen oft Strukturen und personelle Kapazitäten, um Projekte umzusetzen. Hier braucht es Unterstützung von oben – finanzielle, aber auch personelle. Bewegung darf keine Frage des Wohnorts oder der sozialen Herkunft sein. ■

DISKUSSION & FAZIT

WARUM WIR VOM SCHLUSSLICHT ZUM VORREITER WERDEN MÜSSEN

Deutschland ist in der Präventionspolitik weit von europäischen Best Practices entfernt. Gleichzeitig steigt der Druck auf die sozialen Sicherungssysteme. Große ungenutzte Potenziale liegen in der Förderung gesunder Ernährung und Bewegung im Alltag sowie der Eindämmung des Tabak- und Alkoholkonsums. Was sind mögliche Ursachen für das zögerliche Handeln und wie können die Hürden überwunden werden?

Die Ergebnisse des PHI decken sich mit anderen Analysen. So kam ein Autorenteam um den Vorsitzenden der Deutschen Gesellschaft für Public Health, Professor Hajo Zeeb, in einer viel beachteten Lancet-Publikation aus dem Jahr 2025 zu folgendem Schluss: „Die zögerliche Umsetzung wichtiger Public-Health-Maßnahmen in Deutschland ist auf mangelnden politischen Willen, starke Lobbyarbeit der Industrie und eine unzureichende Berücksichtigung wissenschaftlicher Erkenntnisse bei gesundheitspolitischen Entscheidungen zurückzuführen. Entsprechend sind die Maßnahmen, die ungesunde Verhaltensweisen wie schlechte Ernährung, Tabakkonsum und übermäßigen Alkoholkonsum adressieren sollen, nach wie vor unwirksam oder unzureichend.“ [142]

Dieser Befund ist auch vor dem Hintergrund überraschend, dass es für viele der diskutierten Maßnahmen breite gesellschaftliche Mehrheiten gibt (*Abbildung 14*). Angesichts des hohen Drucks auf die sozialen Sicherungssysteme und der hohen Last für die Volkswirtschaft ist diese politische Zurückhaltung nicht mehr tragfähig.

WESHALB AUCH LÄNDER MIT SCHLECHTEN GESUNDHEITSDATEN GUT ABSCHNEIDEN KÖNNEN

Einige Länder erreichen im Gesamtranking oder bei einzelnen Handlungsfeldern gute bis sehr gute Ränge, obwohl sie eine vergleichsweise niedrige Lebenserwartung aufweisen – beispielsweise Großbritannien oder Litauen. Das ist kein Widerspruch. Im Gegenteil war eine hohe Krankheitslast durch chronische Erkrankungen in diesen Fällen gerade der Anlass für die zuständigen Regierungen, umfassende Maßnahmen zu beschließen. Da der PHI den Umsetzungsstand wissenschaftlich empfohlener Präventionsmaßnahmen misst, ist es naheliegend, dass unter den Spitzenreitern auch Länder mit vergleichsweise schlechten Gesundheitsergebnissen vertreten sein können.

Erklärungsbedürftig ist vielmehr, dass einige Länder mit vergleichsweise schlechten Gesundheitsergebnissen und einer vergleichsweise niedrigen Lebenserwartung – wie beispielsweise Deutschland – trotz des hohen Handlungsbedarfs nur wenig ambitionierte Strategien und Maßnahmen verabschieden und dadurch auf den hinteren Rängen des PHI landen.

Abb. 14 REPRÄSENTATIVE BEFRAGUNGEN ZEIGEN: MEHRHEIT UNTERSTÜTZT GESUNDHEITSFÖRDERLICHE POLITIK

HÖHERE STEUERN AUF ALKOHOL UND TABAK [143]

- 63 % dafür – grundsätzlich
- 69 % dafür – wenn Einnahmen an die Krankenkassen gehen

WERBEEINSCHRÄNKUNGEN ZUM SCHUTZ VON KINDERN [146]

- 89 % dafür – bei fett-, zucker- und salzreichen Produkten

KEINE WERBUNG FÜR ALKOHOL [144]

- 68 % dafür – umfassendes Werbe- und Sponsoringverbot

ABGABE AUF STARK ZUCKERHALTIGE GETRÄNKE [146]

- 79 % dafür – um Hersteller zu motivieren, den Zuckergehalt zu reduzieren

MINDESTVERKAUFSALTER FÜR ALKOHOL [145]

- 70 % dafür – Mindestalter 18 Jahre für Kauf und Konsum

KEINE UNGESUNDE IMPULSWARE AN DER SUPERMARKTKASSE [147]

- 76 % dafür – bei Alkohol
- 61 % dafür – bei Tabak
- 74 % dafür – bei Süßwaren

MEHRWERTSTEUERBEFREIUNG FÜR GESUNDE LEBENSMITTEL [146]

- 91 % dafür – Befreiung für Obst/ Gemüse/Hülsenfrüchte

MEHR RADWEGE BAUEN [148]

- 56 % dafür

PARTEIÜBERGREIFENDES BEKENNTNIS ALS SCHLÜSSELFAKTOR

Das Autorenteam um Hajo Zeeb erwähnte als eine mögliche Ursache für das zögerliche Handeln den Einfluss der betroffenen Industrien. Ein 2024 erschienener Bericht der WHO Europa stützt diese These. [149] Bei der Vorstellung des Berichts wurde der belgische Vizepremierminister und Minister für Soziales und Volksgesundheit, Frank Vandenbroucke, mit den Worten zitiert: „Wir müssen wirklich umdenken. Zu lange haben wir Risikofaktoren als etwas betrachtet, das hauptsächlich mit individuellen Entscheidungen zu tun hat. Wir müssen das Problem als ein systemisches Problem begreifen, bei dem die Politik dem übermäßigen Konsum entgegenwirken, die Werbung beschränken und die Einflussnahme auf politische Entscheidungsprozesse beenden muss.“

Der Einfluss betroffener Industrien allein erklärt jedoch nicht, weshalb unsere europäischen Nachbarn zu Teilen sehr ambitionierte Maßnahmen umsetzen, obwohl die wirtschaftspolitische Ausgangslage zumindest ähnlich sein dürfte. Für eine umfassende Präventionspolitik entlang der Empfehlungen der WHO ist ein parteiübergreifendes Bekenntnis vermutlich der entscheidende Faktor. Das legen die Erfolge unserer Nachbarn nahe.

Mit Blick auf Deutschland liegen gute Voraussetzungen vor, um parteiübergreifende Bündnisse zu schließen: Die Steigerung der Produktivität und die Stabilisierung der Kranken- und Pflegeversicherung sind parteiübergreifend Ziele von hoher Priorität. Eine bevölkerungsweite Senkung der Krankheitslast wäre für beide Zielsetzungen ein enorm großer Hebel. Wenn sich der gesundheitsschädliche Konsum nur um zehn Prozent verringern und die Alltagsbewegung nur um wenige Minuten steigern ließen, lockten bereits Potenziale in Milliardenhöhe. Bisher mangelte es an einer systematischen Analyse, die die hierzulande ungenutzten Potenziale aufzeigt und europäische Best-Practice-Maßnahmen klar herausstellt. Diese Lücke schließt der Public Health Index. Die zweite Fassung ist für das Jahr 2027 geplant. Deutschlands Ziel sollte es sein, vom Schlusslicht zum Vorreiter zu werden. ■

DIE HERAUSGEBENDEN IM KURZPORTRAIT



AOK-BUNDESVERBAND

Fast ein Drittel der Bevölkerung in Deutschland ist bei der AOK versichert – insgesamt mehr als 27 Millionen Menschen. Die AOK-Gemeinschaft umfasst elf eigenständige Krankenkassen. Der AOK-Bundesverband ist die Plattform für ihre Zusammenarbeit. Er vertritt ihre gemeinsamen Interessen und gesundheitspolitischen Positionen auf Bundes- und europäischer Ebene.

Seit vielen Jahren engagiert sich die AOK-Gemeinschaft auf dem Gebiet der Prävention und Gesundheitsförderung: mit vielfältigen Programmen in Kita, Schule und Kommune, Angeboten zur Betrieblichen Gesundheitsförderung sowie individuellen Gesundheitskursen. Darüber hinaus setzt sich die AOK für Rahmenbedingungen ein, die den Menschen ein gesundes oder gesünderes Leben ermöglichen. So hat der AOK-Bundesverband bereits 2017 den ersten von insgesamt drei Zuckerreduktionsgipfeln initiiert und 2022 gemeinsam mit weiteren Akteuren für Kinderschutz in der Lebensmittelwerbung plädiert.

Auf politischer Ebene fordert der Bundesverband die Entwicklung einer Public-Health-Strategie für eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik, die bei den Lebensverhältnissen ansetzt, gesundheitsförderliches Verhalten unterstützt und dabei über die klassische Gesundheitspolitik hinausgeht. Dazu gehört unter anderem ein besserer Schutz von Kindern und Jugendlichen vor Tabak, Alkohol und Nikotinprodukten, aber auch eine wirksame und zielgerichtete Ernährungs- und Suchtmittelpolitik und die Förderung von körperlicher Aktivität im Alltag. ■

DEUTSCHES KREBSFORSCHUNGSZENTRUM

Das Deutsche Krebsforschungszentrum (DKFZ) ist eine der wichtigsten biomedizinischen Forschungseinrichtungen Deutschlands. Es ist Teil der Helmholtz-Gemeinschaft und gehört dem Forschungsnetzwerk der Deutschen Zentren für Gesundheitsforschung an. Ziel des DKFZ ist es, die Bürgerinnen und Bürger vor Krebserkrankungen zu schützen. Die Forscherinnen und Forscher untersuchen die Ursachen für die Entstehung und das Fortschreiten von Krebs und erarbeiten neue Ansätze für die Diagnose und Behandlung. Sie identifizieren Risikofaktoren für Krebserkrankungen und entwickeln Strategien dagegen.

Mindestens ein Drittel der Krebsneuerkrankungen ist auf vermeidbare Risikofaktoren zurückzuführen. Bis zu 90 Prozent aller Lungenkrebsfälle ließen sich durch einen Rauchverzicht verhindern. Bereits 1997 wurde darum am DKFZ eine Stabsstelle Krebsprävention eingerichtet, die sich zunächst auf die Tabakprävention konzentrierte und seit 2002 WHO-Kollaborationszentrum für Tabakkontrolle ist. Das Spektrum der Präventionsthemen hat sich inzwischen erweitert: Seit 2021 ist die Alkoholprävention ein weiteres Arbeitsgebiet des WHO-Kollaborationszentrums.

Der Bereich „Epidemiologie, Public Health, Prävention und Survivorship“ ist heute einer der fünf großen Forschungsschwerpunkte am DKFZ. Er befasst sich unter anderem mit der Identifizierung und Erforschung von Risikofaktoren und fokussiert neben der Tabak- und Alkoholprävention auch die Förderung einer gesunden Ernährung und ausreichender Bewegung. ■

QUELLENVERZEICHNIS

- [1] OECD, European Commission. Health at a Glance: Europe 2024. State of Health in the EU Cycle. OECD Publishing. 2024. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1787/b3704e14-en>
- [2] OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. Deutschland: Ländergesundheitsprofil 2023. OECD Publishing. 2023. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1787/7fd88e75-de>
- [3] Eurostat. Life expectancy by age and sex [Internet]. Verfügbar unter: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/demo_mlexpec__custom_18588802/default/table?lang=en
- [4] WHO/Europe forms NCD Advisory Council to inspire and reform prevention and management of NCDs [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.who.int/europe/news/item/14-12-2020-who-europe-forms-ncd-advisory-council-to-inspire-and-reform-prevention-and-management-of-ncds>
- [5] Eurostat. Todesursachen – absolute Zahl im Berichtsland und für Einwohner [Internet]. Verfügbar unter: https://doi.org/10.2908/HLTH_CD_ARO
- [6] Statistisches Bundesamt. KORREKTUR: Todesursachenstatistik 2023: Zahl der Todesfälle im Jahr 2023 um 3,6 % gesunken [Internet]. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/08/PD24_317_23211.html
- [7] Medizinische Hochschule Hannover. MHH-Forschung: Jüngere Generation wird früher und häufiger krank als ältere [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.mhh.de/presse-news-detailansicht/mhh-forschung-juengere-generation-wird-frueher-und-haeufiger-krank-als-aeltere>
- [8] Beller J, Epping J. Disability trends in Europe by age-period-cohort analysis: Increasing disability in younger cohorts. Disability and Health Journal [Internet]. Januar 2021;14(1):100948. Verfügbar unter: <http://dx.doi.org/10.1016/j.dhjo.2020.100948>
- [9] Starker A, Schienkiewitz A, Damerow S et al. Verbreitung von Adipositas und Rauchen bei Erwachsenen in Deutschland – Entwicklung von 2003 bis 2023. J Health Monit. 2025;10(1):e12990. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.25646/12990>
- [10] Our World in Data. Deaths by Risk factor, Germany, 2021. Based on IHME, Global Burden of Disease (2024) – with minor processing by Our World in Data. 2024. Verfügbar unter: <https://ourworldindata.org/grapher/number-of-deaths-by-risk-factor?country=~DEU>
- [11] Deutsches Krebsforschungszentrum und Deutsche Krebshilfe. Tabakatlas Deutschland 2025. Pabst Science Publishers; 2025
- [12] Lee IM, Shiroma EJ, Lobelo F et al. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. The Lancet [Internet]. Juli 2012;380(9838):219–29. Verfügbar unter: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61031-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61031-9)
- [13] Effertz T. Die volkswirtschaftlichen Kosten von Alkohol- und Tabakkonsum in Deutschland. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen. DHS Jahrbuch Sucht 2020. Pabst Science Publishers; 2020;225–234.
- [14] Effertz T, Engel S, Verheyen F et al. The costs and consequences of obesity in Germany: a new approach from a prevalence and life-cycle perspective. Eur J Health Econ. Dezember 2016;17(9):1141–1158. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1007/s10198-015-0751-4>
- [15] Gottschalk S, König HH, Weber A et al. Costs associated with insufficient physical activity in Germany: cross-sectional results from the baseline examination of the German national cohort (NAKO). Eur J Health Econ [Internet]. 10. Mai 2024;26(1):117–128. Verfügbar unter: <http://dx.doi.org/10.1007/s10198-024-01697-9>
- [16] Statistisches Bundesamt. 13,4 Millionen Erwerbspersonen erreichen in den nächsten 15 Jahren das gesetzliche Rentenalter [Internet]. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2025/08/PD25_N048_13.html?nn=2110
- [17] Bundesministerium der Finanzen. Sechster Bericht zur Tragfähigkeit der öffentlichen Finanzen. 2024. Verfügbar unter: https://www.bundesfinanzministerium.de/Content/DE/Downloads/Broschueren_Bestellservice/tragfaehigkeitsbericht-2024.pdf?__blob=publicationFile&v=8
- [18] Joossens L, Raw M. The Tobacco Control Scale: a new scale to measure country activity. Tob Control [Internet]. 25. Mai 2006;15(3):247–253. Verfügbar unter: <http://dx.doi.org/10.1136/tc.2005.015347>
- [19] About us – Tobacco Control Scale [Internet]. Verfügbar unter: <https://tobaccocontrolscale.org/about-us/>
- [20] Rationale – Tobacco Control Scale [Internet]. Verfügbar unter: <https://tobaccocontrolscale.org/rationale/>
- [21] Methods – Tobacco Control Scale [Internet]. Verfügbar unter: <https://tobaccocontrolscale.org/methods/>
- [22] Månsson A, van der Velde L, Karlsson T et al. Alcohol control policy and alcohol-attributable disease burden in Finland and the Baltic countries: A longitudinal study 1995–2019. Drug and Alcohol Review [Internet]. 15. Juli 2024;43(6):1338–1348. Verfügbar unter: <http://dx.doi.org/10.1111/dar.13901>
- [23] van der Velde L, Shabaan AN, Månsson A et al. Alcohol-attributed disease burden and formal alcohol policies in the Nordic countries (1990–2019): an analysis using the Global Burden of Disease Study 2019. European Journal of Public Health [Internet]. 2. Dezember 2024;35(1):52–59. Verfügbar unter: <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckae195>
- [24] Karlsson T, Österberg E. Scaling alcohol control policies across Europe. Drugs: Education, Prevention and Policy [Internet]. 2007;14(6):499–511. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1080/09687630701392032>
- [25] Wagenaar AC, Tobler AL, Komro KA. Effects of Alcohol Tax and Price Policies on Morbidity and Mortality: A Systematic Review. Am J Public Health [Internet]. November 2010;100(11):2270–2278. Verfügbar unter: <http://dx.doi.org/10.2105/ajph.2009.186007>
- [26] Wagenaar AC, Salois MJ, Komro KA. Effects of beverage alcohol price and tax levels on drinking: a meta-analysis of 1003 estimates from 112 studies. Addiction [Internet]. 15. Januar 2009;104(2):179–190. Verfügbar unter: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02438.x>
- [27] Kilian C, Lemp JM, Llamas-Falcón I et al. Reducing alcohol use through alcohol control policies in the general population and population subgroups: a systematic review and meta-analysis. eClinicalMedicine [Internet]. Mai 2023;59(101996). Verfügbar unter: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.101996>
- [28] Sher A, Stockwell T, Chikritzhs T et al. Alcohol Consumption and the Physical Availability of Take-Away Alcohol: Systematic Reviews and Meta-Analyses of the Days and Hours of Sale and Outlet Density. J Stud Alcohol Drugs [Internet]. Januar 2018;79(1):58–67. Verfügbar unter: <http://dx.doi.org/10.15288/jsad.2018.79.58>
- [29] Siegfried N, Pienaar DC, Ataguba JE et al. Restricting or banning of alcohol advertising to reduce alcohol consumption in adults and adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2014;11(Cd010704). Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010704.pub2>
- [30] Manthey J, Jacobsen B, Klinger S et al. Restricting alcohol marketing to reduce alcohol consumption: A systematic review of the empirical evidence for one of the ‘best buys’. Addiction [Internet]. 4. Januar 2024;119(5):799–811. Verfügbar unter: <http://dx.doi.org/10.1111/add.16411>
- [31] Global Food Research Program [Internet]. 2024. Restrictions on marketing food to children – Global Food Research Program. Verfügbar unter: <https://www.globalfoodresearchprogram.org/resource/maps-restrictions-on-marketing-food-to-children/>

- [32] Global Food Research Program [Internet]. 2025. School food environment - Global Food Research Program. Verfügbar unter: <https://www.globalfoodresearchprogram.org/resource/maps-school-food-environment-policies-around-the-world/>
- [33] Global Food Research Program [Internet]. 2025. Fiscal policies: sweetened beverage taxes. Verfügbar unter: https://www.globalfoodresearchprogram.org/wp-content/uploads/2025/06/GFRP-UNC_Tax_maps_drinks_2025-June.pdf
- [34] Global Food Research Program [Internet]. 2025. Front-of-Package labeling. Verfügbar unter: <https://www.globalfoodresearchprogram.org/resource/front-of-package-label-maps/>
- [35] World Cancer Research Fund [Internet]. Verfügbar unter: <https://policydatabase.wcrf.org/>
- [36] WHO [Internet]. 2025. Global database on the Implementation of Food and Nutrition Action (GIFNA). Verfügbar unter: <https://gifna.who.int/>
- [37] World Bank Global SSB Tax Database [Internet]. Verfügbar unter: <https://ssbtax.worldbank.org/>
- [38] European Commission. Joint Research Centre. Country profiles on national school food policies across the EU28 plus Norway and Switzerland. [Internet]. LU: Publications Office; 2015. Verfügbar unter: <https://data.europa.eu/doi/10.2791/635636>
- [39] Perry M, Mardin K, Chamberlin G et al. National Policies to Limit Food Marketing and Competitive Food Sales in Schools: A Global Scoping Review. *Advances in Nutrition* [Internet]. August 2024;15(8):100254. Verfügbar unter: <http://dx.doi.org/10.1016/j.advnut.2024.100254>
- [40] Busey EA, Chamberlin G, Mardin K et al. National Policies to Limit Nutrients, Ingredients, or Categories of Concern in School Meals: A Global Scoping Review. *Current Developments in Nutrition* [Internet]. Oktober 2024;8(10):104456. Verfügbar unter: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cdnut.2024.104456>
- [41] Kovacs VA, Messing S, Sandu P et al. Improving the food environment in kindergartens and schools: An overview of policies and policy opportunities in Europe. *Food Policy* [Internet]. Oktober 2020;96:101848. Verfügbar unter: <http://dx.doi.org/10.1016/j.foodpol.2020.101848>
- [42] World Health Organization. Global status report on physical activity 2022. World Health Organization. 2022. Verfügbar unter: <https://www.who.int/teams/health-promotion/physical-activity/global-status-report-on-physical-activity-2022>; World Health Organization. Global status report on physical activity 2022: country profiles. World Health Organization. 2022. Verfügbar unter: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240064119>
- [43] World Health Organization. Assessing national capacity for the prevention and control of noncommunicable diseases: report of the 2021 global survey. World Health Organization. 2023. Verfügbar unter: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240071698>
- [44] World Health Organization. Global status report on road safety 2018. World Health Organization. 2019. Verfügbar unter: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565684>
- [45] World Health Organization. Global Action Plan on Physical Activity 2018–2030: More Active People for a Healthier World. World Health Organization; 2018. Verfügbar unter: <https://iris.who.int/handle/10665/272722>
- [46] World Health Organization. Regional Office for Europe. Health-enhancing physical activity in the European Union, 2024. World Health Organization. Regional Office for Europe. 2024. Verfügbar unter: <https://iris.who.int/handle/10665/379360>
- [47] Gelius, P, Rütten A, Goodwin L et al. Study on the implementation of the European Physical activity guidelines. Final Progress Report of Tender EAC-2014-0574. Publications Office of the European Union. 2016. Verfügbar unter: <https://data.europa.eu/doi/10.2766/42027>
- [48] Bundesministerium für Gesundheit. Bestandsaufnahme zur Bewegungsförderung bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland (Langversion). 2022. Verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/bestandsaufnahme-zur-bewegungsfoerderung-bei-kindern-und-jugendlichen-in-deutschland-langversion.html>
- [49] Bundesministerium für Gesundheit. Bestandsaufnahme der Bewegungsförderung bei Erwachsenen (18–64 Jahre) in Deutschland (Langversion). 2024. Verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/bestandsaufnahme-der-bewegungsfoerderung-bei-erwachsenen-18-64-jahre-in-deutschland.html>
- [50] Bundesministerium für Gesundheit. Bestandsaufnahme der Bewegungsförderung bei älteren Erwachsenen (ab 65 Jahren) in Deutschland (Langversion). 2024. Verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/bestandsaufnahme-der-bewegungsfoerderung-bei-aelteren-erwachsenen-ab-65-jahren-in-deutschland.html>
- [51] Bundesministerium für Gesundheit. Bestandsaufnahme der Bewegungsförderung bei Erwachsenen mit nichtübertragbaren Erkrankungen in Deutschland (Langversion). 2024. Verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/bestandsaufnahme-der-bewegungsfoerderung-bei-erwachsenen-mit-nichtuebertragbaren-erkrankungen-in-deutschland.html>
- [52] Vgl. Gelius P, Messing S, Tcymbal A et al. Policy Instruments for Health Promotion: A Comparison of WHO Policy Guidance for Tobacco, Alcohol, Nutrition and Physical Activity. *International Journal of Health Policy and Management*. 2021. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2021.95>
- [53] Robert Koch-Institut. Einordnung der Rauchprävalenz im Kontext der Tabakkontrollmaßnahmen in Europa. Robert Koch-Institut [Internet]. 2025; Verfügbar unter: <https://edoc.rki.de/handle/176904/12982>
- [54] Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes: report. [Internet]. European Commission; 2021. Verfügbar unter: <https://data.europa.eu/doi/10.2875/490366>
- [55] World Health Organization. Regional Office for Europe. Nordic alcohol monopolies: understanding their role in a comprehensive alcohol policy structure and public health significance [Internet]. Verfügbar unter: <https://iris.who.int/items/104511e3-05ea-4427-b7f8-4112b6221887>
- [56] World Health Organization. Fiscal policies to promote healthy diets: WHO guideline [Internet]. 2024. Verfügbar unter: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240091016>
- [57] Jones-Smith JC, Knox MA, Chakrabarti S et al. Sweetened Beverage Tax Implementation and Change in Body Mass Index Among Children in Seattle. *JAMA Netw Open* [Internet]. 29. Mai 2024;7(5):e2413644. Verfügbar unter: <http://dx.doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.13644>
- [58] Flynn J. Soda taxes, consumption, and health outcomes for high school students. *Economics Letters* [Internet]. Januar 2024;234:111507. Verfügbar unter: <http://dx.doi.org/10.1016/j.econlet.2023.111507>
- [59] Micha R, Karageorgou D, Bakogianni I et al. Effectiveness of school food environment policies on children's dietary behaviors: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE* [Internet]. 29. März 2018;13(3):e0194555. Verfügbar unter: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0194555>
- [60] Durão S, Wilkinson M, Davids EL et al. Effects of policies or interventions that influence the school food environment on children's health and nonhealth outcomes: a systematic review. *Nutrition Reviews* [Internet]. 30. Mai 2023;82(3):332–60. Verfügbar unter: <http://dx.doi.org/10.1093/nutrit/nuad059>
- [61] Politik für eine nachhaltigere Ernährung: Eine integrierte Ernährungspolitik entwickeln und faire Ernährungsumgebungen gestalten – WBAE-Gutachten. Verfügbar unter: <https://www.bmleh.de/SharedDocs/Archiv/Downloads/wbae-gutachten-nachhaltige-ernaehrung.html>

- [62] Gelius P, Messing S, Goodwin L et al. What are effective policies for promoting physical activity? A systematic review of reviews. *Preventive Medicine Reports* [Internet]. Juni 2020;18:101095. Verfügbar unter: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pmedr.2020.101095>
- [63] Joossens L, Raw M. Progress in Tobacco Control in 30 European Countries, 2005 to 2007. *Swiss Cancer League* [Internet]. 2007. Verfügbar unter: <https://www.tobaccocontrolscale.org/TCS2005-2007.pdf>
- [64] Promoting taxation on tobacco products [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.who.int/europe/activities/promoting-taxation-on-tobacco-products>
- [65] Tobacco national taxes and retail price for a pack of 20 cigarettes (most sold brand) [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/gho-tobacco-control-raise-taxes-national-taxes-pack-of-20>
- [66] Comparative price levels for food, beverages and tobacco – Statistics Explained – Eurostat [Internet]. Verfügbar unter: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Comparative_price_levels_for_food,_beverages_and_tobacco
- [67] Public Health (Tobacco) Act 2002. [Internet]. Verfügbar unter: <https://revisedacts.lawreform.ie/eli/2002/act/6/revised/en/html>
- [68] MPOWER [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.who.int/initiatives/mpower>
- [69] Ngo A, Cheng KW, Chaloupka FJ et al. The effect of MPOWER scores on cigarette smoking prevalence and consumption. *Preventive Medicine* [Internet]. Dezember 2017;105:S10–14. Verfügbar unter: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2017.05.006>
- [70] Chaloupka FJ, Yurekli A, Fong GT. Tobacco taxes as a tobacco control strategy. *Tob Control* [Internet]. 16. Februar 2012;21(2):172–180. Verfügbar unter: <http://dx.doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2011-050417>
- [71] Deutsches Krebsforschungszentrum. Tabaksteuererhöhungen und Rauchverhalten in Deutschland. Aus der Wissenschaft – für die Politik [Internet]. 2014. Verfügbar unter: https://www.dkfz.de/fileadmin/user_upload/Krebspraevention/Download/pdf/AdWfP/AdWfP_2014_Tabaksteuererhoehungenund-Rauchverhalten-in-Deutschland.pdf
- [72] Excise duty increase prompted 7% of smokers to quit in 2024, significant growth in purchases made abroad | RIVM [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.rivm.nl/en/news/excise-duty-increase-prompted-7-of-smokers-to-quit-in-2024-significant-growth-in-purchases>
- [73] de Looze ME, Henking C, Torsheim T et al. The association between MPOWER tobacco control policies and adolescent smoking across 36 countries: An ecological study over time (2006–2014). *International Journal of Drug Policy* [Internet]. November 2022;109:103871. Verfügbar unter: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugpo.2022.103871>
- [74] Gredner T, Niedermaier T, Brenner H, Mons U. Impact of Tobacco Control Policies on Smoking-Related Cancer Incidence in Germany 2020 to 2050—A Simulation Study. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* [Internet]. 1. Juli 2020;29(7):1413–1422. Verfügbar unter: <http://dx.doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-19-1301>
- [75] Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen. *DHS Jahrbuch Sucht 2025*. Pabst Science Publishers; 2025
- [76] Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2023 – Ergebnisse zum Rauchen [Internet]. Verfügbar unter: https://www.bioeg.de/fileadmin/user_upload/PDF/pressemitteilungen/daten_und_fakten/Infoblatt_Drogenaffinit%C3%A4tsstudie_2023_Rauchverhalten.pdf
- [77] DEBRA study [Internet]. 2025. DEBRA study – Deutsche Befragung zum Rauchverhalten | German Study on Tobacco Use. Verfügbar unter: <https://www.debra-study.info/>
- [78] Zehn Nationale Gesundheitsziele (Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG)) [Internet]. Verfügbar unter: <https://gvg.org/de/topic/97.9-nationale-gesundheitsziele.html>
- [79] Bundesministerium für Gesundheit. Nationales Gesundheitsziel Tabakkonsum reduzieren [Internet]. 2015. Verfügbar unter: https://gvg.org/wp-content/uploads/2022/01/BMG_Tabakkonsum_reduzieren_Onlineversion.pdf
- [80] Deutsches Krebsforschungszentrum, Deutsche Krebshilfe und Aktionsbündnis Nichtraucher. Strategie für ein tabakfreies Deutschland 2040 [Internet]. 2021. Verfügbar unter: https://www.dkfz.de/fileadmin/news_import/images/2021_Strategie-fuer-ein-tabakfreies-Deutschland-2040_dp.pdf
- [81] More ways, to save more lives, for less money: World Health Assembly adopts more Best Buys to tackle noncommunicable diseases [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.who.int/news/item/26-05-2023-more-ways--to-save-more-lives--for-less-money---world-health-assembly-adopts-more-best-buys--to-tackle-noncommunicable-diseases>
- [82] Niederlande als Vorreiter bei der Bekämpfung des Tabakkonsums [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.who.int/europe/de/news/item/31-07-2023-the-netherlands-at-the-forefront-of-tobacco-control>
- [83] Willemsen MC, Been JV. Accelerating tobacco control at the national level with the Smoke-free Generation movement in the Netherlands. *npj Prim Care Respir Med* [Internet]. 23. Dezember 2022;32(1). Verfügbar unter: <http://dx.doi.org/10.1038/s41533-022-00321-8>
- [84] Willemsen M. De geschiedenis van tabaksontmoediging in Nederland 1948–2017. Alliantie Nederland Rookvrij! 2018. Verfügbar unter: https://gezondheidsfondsenvoorrookvrij.nl/wp-content/uploads/2020/04/2018-Geschiedenis_Tabaksontmoediging-webversie.pdf
- [85] Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Nationaal Preventie Akkoord. Naar een gezonder Nederland. 2018. Verfügbar unter: <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-1f7b7558-4628-477d-8542-9508d913ab2c/file>
- [86] Trimbos Instituut. Smoking in the Netherlands. Key statistics on smoking, smoking cessation, and the use of e-cigarettes (vapes) in the Netherlands. 2025. Verfügbar unter: <https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/2025/10/TRI-64-033-Factsheet-Smoking-in-the-Netherlands-Key-statistics-for-2024.pdf>
- [87] Rehm J, Tran A, Gobiņa I et al. Do alcohol control policies have the predicted effects on consumption? An analysis of the Baltic countries and Poland 2000–2020. *Drug and Alcohol Dependence* [Internet]. Dezember 2022;241(109682). Verfügbar unter: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2022.109682>
- [88] Vaitkevičiūtė J, Gobiņa I, Janik-Koncewicz K et al. Alcohol control policies reduce all-cause mortality in Baltic Countries and Poland between 2001 and 2020. *Sci Rep* [Internet]. 18. April 2023;13(6326). Verfügbar unter: <http://dx.doi.org/10.1038/s41598-023-32926-5>
- [89] Giles L, Mackay D, Richardson E et al. Evaluating the impact of minimum unit pricing (MUP) on alcohol sales after 3 years of implementation in Scotland: A controlled interrupted time-series study. *Addiction* [Internet]. 29. April 2024;119(8):1378–1386. Verfügbar unter: <http://dx.doi.org/10.1111/add.16492>
- [90] Wyper GMA, Mackay DF, Fraser C et al. Evaluating the impact of alcohol minimum unit pricing on deaths and hospitalisations in Scotland: a controlled interrupted time series study. *The Lancet* [Internet]. April 2023;401(10385):1361–1370. Verfügbar unter: [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(23\)00497-x](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(23)00497-x)
- [91] Rehm J, Gobiņa I, Janik-Koncewicz K et al. Estimating the impact of availability restrictions and taxation increases on alcohol consumption, 100% alcohol-attributable and all-cause mortality in the Baltic countries and Poland 2001–2020. *jhi* [Internet]. 2024;10(1):12–16. Verfügbar unter: <http://dx.doi.org/10.5114/jhi.2024.140837>

- [92] Bäuml M, Marcus J, Siedler T. Health effects of a ban on late-night alcohol sales. *Health Economics* [Internet]. 29. September 2022;32(1):65–89. Verfügbar unter: <http://dx.doi.org/10.1002/hec.4610>
- [93] Ogborne AC, Smart RG. Will Restrictions on Alcohol Advertising Reduce Alcohol Consumption? *British Journal of Addiction* [Internet]. September 1980;75(3):293–296. Verfügbar unter: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.1980.tb01382.x>
- [94] World Health Organization. Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders. World Health Organization; 2024. Verfügbar unter: <http://www.who.int/publications/i/item/9789240096745>
- [95] Olderbak S, Hollweck R, Krowartz EM et al. Konsum psychoaktiver Substanzen in Deutschland. *Deutsches Ärzteblatt* [Internet]. 18. September 2025. Verfügbar unter: <http://dx.doi.org/10.3238/arztebl.m2025.0157>
- [96] Möckl J, Rauscher C, Wilms N et al. Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2021. Tabellenband: Trends der Prävalenz des (problematischen) Alkoholkonsums und episodischen Rauschtrinkens nach Geschlecht und Alter 1995–2021. IFT Institut für Therapieforschung; 2023. Verfügbar unter: <https://www.esa-survey.de/ergebnisse/kurzberichte-1/#c5575>
- [97] Kraus L, Möckl J, Manthey J et al. Trends in alcohol-attributable morbidity and mortality in Germany from 2000 to 2021: A modelling study. *Drug and Alcohol Review* [Internet]. 28. August 2024;43(7):1662–1675. Verfügbar unter: <http://dx.doi.org/10.1111/dar.13928>
- [98] Shield K, Franklin A, Wettlaufer A et al. National, regional, and global statistics on alcohol consumption and associated burden of disease 2000–20: a modelling study and comparative risk assessment. *The Lancet Public Health* [Internet]. September 2025;10(9):e751–e761. Verfügbar unter: [http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667\(25\)00174-4](http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667(25)00174-4)
- [99] Rummel C, Lehner B, Kepp J. Daten, Zahlen und Fakten. *DHS Jahrbuch Sucht 2025* [Internet]. 2025:9–36. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.2440/012-0017>
- [100] Miščikienė L, Goštautaitė Midttun N, Galkus L et al. Review of the Lithuanian Alcohol Control Legislation in 1990–2020. *IJERPH* [Internet]. 15. Mai 2020;17(10):3454. Verfügbar unter: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17103454>
- [101] Rehm J, Badaras R, Ferreira-Borges C et al. Impact of the WHO „best buys“ for alcohol policy on consumption and health in the Baltic countries and Poland 2000–2020. *The Lancet Regional Health – Europe* [Internet]. Oktober 2023;33(100704). Verfügbar unter: <http://dx.doi.org/10.1016/j.lanepe.2023.100704>
- [102] Štelemėkas M, Manthey J, Badaras R et al. Alcohol control policy measures and all-cause mortality in Lithuania: an interrupted time–series analysis. *Addiction* [Internet]. 6. April 2021;116(10):2673–2684. Verfügbar unter: <http://dx.doi.org/10.1111/add.15470>
- [103] GOV.UK [Internet]. Soft Drinks Industry Levy statistics commentary 2025 – GOV.UK. Verfügbar unter: <https://www.gov.uk/government/statistics/soft-drinks-industry-levy-statistics/soft-drinks-industry-levy-statistics-commentary-2021>
- [104] Kuusipalo H, Manninen M. School Meals Case Study: Finland. *London School of Hygiene & Tropical Medicine*; November 2023. Verfügbar unter: <https://www.schoolmealscoalition.org/school-meals-case-study-finland>
- [105] Capacci S, Mazzocchi M, Shankar B. Breaking Habits: The Effect of the French Vending Machine Ban on School Snacking and Sugar Intakes. *J Policy Anal Manage* [Internet]. 30. Oktober 2017;37(1):88–111. Verfügbar unter: <http://dx.doi.org/10.1002/pam.22032>
- [106] WHO urges global action to curtail consumption and health impacts of sugary drinks [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.who.int/news/item/11-10-2016-who-urges-global-action-to-curtail-consumption-and-health-impacts-of-sugary-drinks>
- [107] Committee GR. Policies to protect children from the harmful impact of food marketing: WHO guideline [Internet]. 2023. Verfügbar unter: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240075412>
- [108] Rutter H, Savona N, Glonti K et al. The need for a complex systems model of evidence for public health. *The Lancet* [Internet]. Dezember 2017;390(10112):2602–4. Verfügbar unter: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31267-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31267-9)
- [109] Gortmaker SL, Swinburn BA, Levy D et al. Changing the future of obesity: science, policy, and action. *The Lancet* [Internet]. August 2011;378(9793):838–847. Verfügbar unter: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60815-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60815-5)
- [110] von Philipsborn P, Geffert K, Klinger C et al. Nutrition policies in Germany: a systematic assessment with the Food Environment Policy Index. *Public Health Nutr* [Internet]. 9. Dezember 2021;25(6):1691–1700. Verfügbar unter: <http://dx.doi.org/10.1017/S1368980021004742>
- [111] Der Food Environment Policy Index (Food-EPI) Ergebnisbericht für Deutschland [Internet]. Oktober 2021. Verfügbar unter: www.jpi-pen.eu/images/reports/Food-EPI_Ergebnisbericht_V11.pdf
- [112] GOV.UK [Internet]. HMT-HMRC Soft Drinks Industry Levy Review – GOV.UK. Verfügbar unter: <https://www.gov.uk/government/publications/soft-drinks-industry-levy-review/hmt-hmrc-soft-drinks-industry-levy-review>
- [113] Cobiac LJ, Rogers NT, Adams J et al. Impact of the UK soft drinks industry levy on health and health inequalities in children and adolescents in England: An interrupted time series analysis and population health modelling study. *PLoS Med* [Internet]. 28. März 2024;21(3):e1004371. Verfügbar unter: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1004371>
- [114] Bandy LK, Scarborough P, Harrington RA et al. Reductions in sugar sales from soft drinks in the UK from 2015 to 2018. *BMC Med* [Internet]. 13. Januar 2020;18(1). Verfügbar unter: <http://dx.doi.org/10.1186/s12916-019-1477-4>
- [115] BMEL [Internet]. BMLEH – Ernährung – Deutschland, wie es isst – der BMEL-Ernährungsreport 2024. Verfügbar unter: <https://www.bmleh.de/DE/themen/ernaehrung/ernaehrungsreport2024.html>
- [116] Khachatryan K, Flockerzi L, Heuer T et al. Ergebnisbericht Online-Befragung nemo Erwachsene (Stand: April 2025). Max Rubner-Institut [Internet]. 26. Juni 2025; Verfügbar unter: https://www.openagrar.de/receive/openagrar_mods_00108454
- [117] Max Rubner Institut. Nationale Verzehrsstudie II – Ergebnisbericht. 2008
- [118] Max-Rubner-Institut. Nationale Verzehrsstudie II – Lebensmittelverzehr und Nährstoffzufuhr auf Basis von 24-h-Recalls. 2013
- [119] von Philipsborn P. Aktuelles aus der Ernährungspolitik in Deutschland. Adipositas – Ursachen, Folgeerkrankungen, Therapie [Internet]. September 2024;18(03):117–122. Verfügbar unter: <http://dx.doi.org/10.1055/a-2343-5864>
- [120] Caro JC, Corvalán C, Reyes M et al. Chile's 2014 sugar-sweetened beverage tax and changes in prices and purchases of sugar-sweetened beverages: An observational study in an urban environment. *Langenberg C, Herausgeber. PLoS Med* [Internet]. 3. Juli 2018;15(7):e1002597. Verfügbar unter: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1002597>
- [121] Corvalán C, Reyes M, Garmendia ML et al. Structural responses to the obesity and non-communicable diseases epidemic: Update on the Chilean law of food labelling and advertising. *Obesity Reviews* [Internet]. 13. Dezember 2018;20(3):367–374. Verfügbar unter: <http://dx.doi.org/10.1111/obr.12802>
- [122] Taillie LS, Bercholz M, Popkin B et al. Changes in food purchases after the Chilean policies on food labelling, marketing, and sales in schools: a before and after study. *The Lancet Planetary Health* [Internet]. August 2021;5(8):e526–533. Verfügbar unter: [http://dx.doi.org/10.1016/S2542-5196\(21\)00172-8](http://dx.doi.org/10.1016/S2542-5196(21)00172-8)

- [123] Rebolledo N, Ferrer-Rosende P, Reyes M et al. Changes in the critical nutrient content of packaged foods and beverages after the full implementation of the Chilean Food Labelling and Advertising Law: a repeated cross-sectional study. *BMC Med* [Internet]. 27. Januar 2025;23(1). Verfügbar unter: <http://dx.doi.org/10.1186/s12916-025-03878-6>
- [124] Dillman Carpentier FR, Mediano Stoltze F, Reyes M et al. Restricting child-directed ads is effective, but adding a time-based ban is better: evaluating a multi-phase regulation to protect children from unhealthy food marketing on television. *Int J Behav Nutr Phys Act* [Internet]. 26. Mai 2023;20(1). Verfügbar unter: <http://dx.doi.org/10.1186/s12966-023-01454-w>
- [125] Taillie LS, Bercholz M, Popkin B et al. Decreases in purchases of energy, sodium, sugar, and saturated fat 3 years after implementation of the Chilean food labeling and marketing law: An interrupted time series analysis. *PLoS Med* [Internet]. 27. September 2024;21(9):e1004463. Verfügbar unter: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1004463>
- [126] Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft, Bundesministerium für Gesundheit. Aktionsplan „Weiterentwicklung IN FORM – Schwerpunkte des Nationalen Aktionsplans zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten ab 2021“. 2021. Verfügbar unter: https://www.in-form.de/fileadmin/SITE_MASTER/content/Downloads_IN_FORM/weiterentwicklung-aktionsplan-in-form-ab-2021.pdf
- [127] Bundesministerium für Ernährung Landwirtschaft und Verbraucherschutz, Bundesministerium für Gesundheit. IN FORM. Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung. Nationaler Aktionsplan zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten. 2008. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Broschueren/IN_FORM_Nationaler_Aktionsplan_zur_Praevention_von_Fehlernaehrung__Bewegungsmangel__UEbergewicht_und_damit_zusammenhaengenden_Krankheiten.pdf
- [128] Rütten A, Pfeifer K. Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. 2016. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Broschueren/Bewegungsempfehlungen_BZgA-Fachheft_3.pdf
- [129] Hirvensalo M, Lintunen T. Life-course perspective for physical activity and sports participation. *Eur Rev Aging Phys Act* [Internet]. 11. Januar 2011;8(1):13–22. Verfügbar unter: <http://dx.doi.org/10.1007/s11556-010-0076-3>
- [130] Demetriou Y, Beck F, Sturm D et al. Germany's 2022 Report Card on Physical Activity for Children and Adolescents. *Ger J Exerc Sport Res* [Internet]. 1. März 2024;54(2):260–275. Verfügbar unter: <http://dx.doi.org/10.1007/s12662-024-00946-6>
- [131] WHO European Centre for Environment and Health. Let's Get Moving! 100 Reasons to Walk and Cycle More. WHO European Centre for Environment and Health (WHO ECEH). 2025. Verfügbar unter: <https://www.who.int/europe/event/let-s-get-moving!-100-reasons-to-walk-and-cycle-more>
- [132] European Commission. Special Eurobarometer SP525: Sport and physical activity. 2022. Verfügbar unter: <https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/2668>
- [133] Vergleiche hierzu die systematischen Reviews der Projekte JPI PEN und IMPAQT: University of Limerick [Internet]. 2025. Publications | University of Limerick. Verfügbar unter: <https://www.ul.ie/research/impaqt/publications>
- [134] Tcymbal A, Gelius P, Abu-Omar K et al. Cross-country collaboration for physical activity promotion: experiences from the European Union Physical Activity Focal Points Network. *European Journal of Public Health* [Internet]. 26. August 2022;32(Supplement_1):i14–21. Verfügbar unter: <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckac079>
- [135] Lanvin A, Charléty J, Ferreol G et al. How to create a sustainable growth in bicycle traffic? The case of Paris. *Journal of Cycling and Micromobility Research*. 2025;5(100081). Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1016/j.jcmr.2025.100081>
- [136] Lecouteux G, Moulin L. Cycling in the aftermath of COVID-19: An empirical estimation of the social dynamics of bicycle adoption in Paris. *Transportation Research Interdisciplinary Perspectives* [Internet]. Mai 2024;25(101115). Verfügbar unter: <http://dx.doi.org/10.1016/j.trip.2024.101115>
- [137] Ville de Paris. Paris 100% cyclable: Plan Vélo 2021–2026. 2021. Verfügbar unter: https://cdn.paris.fr/paris/2025/04/23/plan-velo_dossier-de-presse_fr-2024-web-W8kI.pdf
- [138] Ville de Paris. Déplacements en vélo 2023. 2024. Verfügbar unter: https://cdn.paris.fr/paris/2024/06/14/paris_ra2023-deplacements-a-velo-7-pages-c0vf.pdf
- [139] Le vélo surpasse la voiture à Paris et en petite – Ville de Paris [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.paris.fr/pages/inedit-le-velo-surpasse-la-voiture-a-paris-et-en-petite-couronne-et-de-loin-26832>
- [140] Bilan de la qualité de l'air – Île-de-France – 2024 | Airparif [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.airparif.fr/bilan/2025/bilan-de-la-qualite-de-lair-ile-de-france-2024>
- [141] Schwarz E, Leroutier M, De Nazelle A et al. The untapped health and climate potential of cycling in France: a national assessment from individual travel data. *The Lancet Regional Health – Europe* [Internet]. April 2024;39:100874. Verfügbar unter: <http://dx.doi.org/10.1016/j.lanepe.2024.100874>
- [142] Zeeb H, Löss J, Starke D et al. Public health in Germany: structures, dynamics, and ways forward. *The Lancet Public Health*. 2025;10(4): e333–e342. Verfügbar unter: [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(25\)00033-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(25)00033-7/fulltext)
- [143] IKK classic [Internet]. Forsa Umfrage zu Tabak- und Alkoholsteuer. Verfügbar unter: <https://www.ikk-classic.de/presse/pressemitteilungen/Forsa-Umfrage>
- [144] Deutsches Krebsforschungszentrum. Mehrheitlich Zustimmung zu einem umfassenden Verbot von Werbung und Sponsoring für alkoholische Getränke. Aus der Wissenschaft – für die Politik [Internet]. 2023. Verfügbar unter: https://www.dkfz.de/fileadmin/user_upload/Krebspraevention/Download/pdf/AdWfP/AdWfP_2023_Zustimmung-Verbot-Werbung-fuer-alkoholische-Getraenke.pdf
- [145] Deutsches Krebsforschungszentrum. Mehrheitlich Zustimmung zu einem einheitlichen Mindestalter von 18 Jahren für den Erwerb und Konsum alkoholischer Getränke. Aus der Wissenschaft – für die Politik [Internet]. 2023. Verfügbar unter: https://www.dkfz.de/fileadmin/news_import/images/AdWfP_2023_Zustimmung-Alkohol-ab-18.pdf
- [146] Verbraucherzentrale Bundesverband [Internet]. Studie: Mehrheit befürwortet politische Maßnahmen für eine gesündere Ernährung | Verbraucherzentrale Bundesverband. Verfügbar unter: <https://www.vzbv.de/pressemitteilungen/studie-mehrheit-befuerwortet-politische-massnahmen-fuer-eine-gesundere>
- [147] Deutsches Krebsforschungszentrum. Keine Impulsware an Supermarktkassen! [Internet]. 2023. Verfügbar unter: https://www.dkfz.de/fileadmin/user_upload/Krebspraevention/Download/pdf/Infografiken_und_Faltblaetter/2023_Infografik_Keine-Impulsware-an-Supermarktkassen.pdf
- [148] Bundesministerium für Verkehr – Fahrrad-Monitor [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.bmv.de/SharedDocs/DE/Artikel/StV/Radverkehr/fahrradmonitor.html>
- [149] World Health Organization. Regional Office for Europe. Commercial determinants of noncommunicable diseases in the WHO European Region. WHO Regional Office for Europe; 2024. Verfügbar unter: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289061162>



MEHR INFORMATIONEN ZUM PUBLIC HEALTH INDEX (PHI) AUF
aok.de/pp/public-health/index