

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Life Sciences
Studiengang Gesundheitswissenschaften

Das Verursacherprinzip als Finanzierungsoption für Gesundheitsförderung und
Prävention am Beispiel der Adipositas

Bachelorthesis

Vorgelegt von:

Romelia Klebe

Matrikelnummer: 2044457

Betreuende Prüferin: Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Annette Seibt (HAW Hamburg)

Zweiter Prüfer: Prof. Dr. York Zöllner (HAW Hamburg)

Tag und Ort der Abgabe: Hamburg, den 15.04.2014

Inhaltsverzeichnis

Abstract	3
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	4
1. Einleitung	6
2. Hintergrund und angewandte Methodik	8
2.1. Aktuelle Finanzierungsprobleme von präventiven und gesundheitsförderlichen Interventionen in Deutschland.....	8
2.2. Forschungsansatz und methodische Vorgehensweise.....	11
3. „Zivilisationskrankheit“ Adipositas	15
3.1. Differenzierung der Begrifflichkeiten Übergewicht und Adipositas.....	15
3.2. Zahlen, Trends, Ursachen und gesundheitliche Risiken.....	16
3.2.1. <i>Zahlen und Trends</i>	16
3.2.2. <i>Die Komplexität der Ursachen von Übergewicht und Adipositas</i>	18
3.2.3. <i>Physische und psychische Risiken</i>	21
3.3. Wirtschaftliche und gesellschaftliche Kosten.....	23
4. Zusätzliche Lebensmittelbesteuerungen als Public-Health-Finanzierungsoption	25
4.1. Das deutsche Besteuerungswesen - Option einer zweckgebundenen Steuer?.....	25
4.2. Zusätzliche Lebensmittelbesteuerung als Anwendung des Verursacherprinzips im Gesundheitswesen.....	27
4.2.1. <i>Zusatzbesteuerungen von Lebensmitteln als Lenkungsinstrument – vorausgehende Überlegungen</i>	28
4.2.2. <i>Internationale Anwendungsbeispiele für zusätzliche Lebensmittelbesteuerungen</i>	31
4.2.3. <i>Vor- und Nachteile einer zusätzlichen Lebensmittelbesteuerung</i>	33
5. Beispielhafte Verwendungsoptionen von steuerlichen Mehreinnahmen zur Finanzierung von präventiven und gesundheitsförderlichen Interventionen	37
5.1. Das Finanzierungsmodell der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung.....	37
5.2. Gesundheitsamt Altona – Finanzierungsinnovation der kommunalen Gesundheitsförderung.....	39
5.3. Moby Dick – Adipositasprävention für Kinder und Jugendliche.....	41
6. Ergebnisdarstellung	44
7. Diskussion	46
8. Fazit und Ausblick	51
Quellen- und Literaturverzeichnis	53
Anhang	62
Tabellen.....	62
Interviewtranskriptionen.....	64
Eidesstattliche Erklärung	79

Abstract

Hintergrund: Der finanzielle Hintergrund der Gesundheitsförderung und Prävention ist in Deutschland mangelhaft ausgeprägt und organisiert. Weiterhin stellt sich Übergewicht und Adipositas mit seinen weitreichenden gesundheitlichen, gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Kosten als ein relevantes Gesundheitsrisiko dar. Wissenschaftliche Untersuchungen schreiben dem stark fett- und zuckerhaltigen Ernährungsverhalten eine wichtige ursächliche Rolle zu. Durch die Anwendung des Verursacherprinzips soll eine Verbindung zwischen diesem Faktor und der Generierung neuer Finanzmittel für die Gesundheitsförderung und Prävention aufgezeigt werden.

Methodik: Durch eine systematische Literaturanalyse unter Zuhilfenahme von Suchkategorien und untergeordneten Suchbegrifflichkeiten wird die Recherche zu den einzelnen Themenfeldern umgesetzt. Als Recherchequellen wurden universitäre und wissenschaftliche Datenbanken sowie Internet-Suchmaschinen genutzt. Zum besseren Verständnis der Arbeitspraxis ergänzen Experteninterviews mit Vertretern und Vertreterinnen des öffentlichen sowie privaten Gesundheitssektors die Thematik.

Ergebnisse: Durch die Analyse von Literaturquellen und Expertenmeinungen bestätigten sich die Annahmen der Unterfinanzierung von Gesundheitsförderung und Prävention sowie die gesellschaftliche Relevanz von Übergewicht bzw. Adipositas in Deutschland. Weiterhin zeigte sich die Komplexität und Verzahnung der Ursachen, wonach neben dem Ernährungsverhalten auch weitere Faktoren einen Einfluss auf das Körpergewicht ausüben. Die Recherche zu bestehenden zusätzlichen Lebensmittelbesteuerungsformen, die eine Anwendung des Verursacherprinzips darstellen, zeigen deren Vielfältigkeit sowie vor- und nachteiligen Effekte. Unter der Annahme einer Umsetzung dieses politischen Instruments, finden sich in Deutschland bzw. speziell im Raum Hamburg qualitativ gut arbeitende Einrichtungen und Projekte, die von einer Erweiterung der Finanzierungsmöglichkeiten profitieren könnten.

Schlussfolgerung: Im Kontext des demografischen Wandels und generell steigender Versorgungskosten, ist der Ausbau der Gesundheitsförderung und Prävention notwendig und gesellschaftlich relevant. Auf Grund der Komplexität einer zusätzlichen Besteuerung von Lebensmitteln, ist dieses politische Instrument jedoch nur in Kombination mit weiteren kompensierenden Maßnahmen und einer zumindest teilweisen Verwendung für gesundheitsrelevante Interventionen sinnvoll. Weiterhin fehlen verlässliche Daten zu den tatsächlichen Auswirkungen auf Outcomes wie den BMI oder chronische Folgeerkrankungen eines erhöhten Körpergewichts. Der gesundheitspolitische Fokus sollte zukünftig aber auch stärker auf innovativen Ansätzen liegen, um gesundheitliche Chancenungleichheiten nicht noch weiter wachsen zu lassen und jedem bzw. jeder wieder die Möglichkeit auf gesundheitsförderliche Lebensverhältnisse zu bieten.

Schlüsselwörter: Gesundheitsförderungsfinanzierung, Präventionsfinanzierung, Deutschland, Adipositas, Verursacherprinzip, zusätzliche Lebensmittelbesteuerung

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abb.1: geschätzte Prävalenz von Übergewicht und Adipositas ($BMI \geq 25$) im Jahr 2010 von Männern über 15 Jahre

Quelle: World Health Organization (2011): WHO Global Infobase. Data for saving lifes. Genf: WHO. URL: <https://apps.who.int/infobase/> [06.02.2014]

Abb.2: geschätzte Prävalenz von Übergewicht und Adipositas ($BMI \geq 25$) im Jahr 2010 von Frauen über 15 Jahre

Quelle: World Health Organization (2011): WHO Global Infobase. Data for saving lifes. Genf: WHO. URL: <https://apps.who.int/infobase/> [06.02.2014]

Tab.1: beispielhafte Einrichtungen, Strukturen, Organisationen bzw. Finanzierungsquellen der Gesundheitsförderung und Primärprävention von der europäischen zur kommunalen Ebene

Quelle: Altgeld, Thomas (2011): Finanzierung der Gesundheitsförderung. In: BZgA (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Neuauflage 2011. S. 79-83. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.

Tab.2: Gesundheitsausgaben in den Jahren 1992-2011 allgemein und aufgeschlüsselt für die Bereiche Prävention/ Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung in Deutschland (Angaben in Mio. € und prozentualen Anteilen)

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2014): Gesundheitsausgaben in Deutschland in Mio. €. Gliederungsmerkmale: Jahre, Art der Leistungen. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit. URL: http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=38214986&nummer=322&p_sprache=D&p_inds_p=-&p_aid=14916920 [05.02.2014]

Tab.3: für die systematische Literaturrecherche genutzte Kategorien mit untergeordneten Suchbegriffen und Wortgruppen

Quelle: Eigenzusammenstellung der Autorin

Tab.4: Preise ausgewählter Lebensmittel in den Kategorien Getränke, Obst/ Gemüse, Fertiggerichte, Süßwaren/ salzige Snacks und sonstige Nahrungsmittel sowie die Auflistung drei verschiedener Menüpreise ausgewählter Fast Food-Systemgastronomieketten

Quelle: Eigenrecherche Autorin am 24./25.03.2014; Penny-Markt Hamburg-Mitte, McDonalds Hamburg-Altona, Nordsee Hamburg-Wandsbek, Vapiano Hamburg-St. Georg

Tab.5: Klassifizierung von Unter-, Normal-, Übergewicht und Adipositas an Hand des Body-Mass-Index

Quelle: World Health Organization (2004a): The International Classification of adult underweight, overweight and obesity according to BMI. Genf: WHO. URL: http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html [05.02.2014]

Tab.6: Kostenartenzuweisung der Adipositas

Quelle: Mühlbacher, Axel; Bethge, Susanne; Gräber, Susanne (2011): Gesundheitsökonomische Betrachtung der Adipositas. Berlin: Innovationszentrum Technologien für Gesundheit und Ernährung (Hrsg.).

Tab.7: Einteilung der Steuerarten in Deutschland nach dem Gegenstand der Besteuerung

Quellen: Adam, Hermann (2013): Steuerpolitik in 60 Minuten. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Hacke, Constanze (2012): Steuern und Finanzen. Informationen zur politischen Bildung – Nr. 288. Überarbeitete Neuauflage 2012. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung (bpb).

1. Einleitung

„Wer nicht jeden Tag etwas Zeit für seine Gesundheit aufbringt, muss eines Tages sehr viel Zeit für die Krankheit opfern“ (Sebastian Kneipp, 1821-1897).

Das deutsche Gesundheitswesen funktioniert nicht nach dem *salutogenetischen*¹ Prinzip, sondern basiert bisher tendenziell auf einem *pathogenetischen* Ansatz, wonach der Fokus auf der *Krankenversorgung*² liegt. In diesem Kontext besitzen Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland, gemessen an der Wichtigkeit der Thematik, einen zu geringen politischen Stellenwert (vgl. Hurrelmann/Klotz/Haisch 2010, S. 18). Dieser zeigt sich zum einen an mangelnden monetären Investitionen: „Der Anteil, den Prävention und Gesundheitsförderung an den Ausgaben im Gesundheitswesen haben, hat sich über alle Präventionsdebatten in den letzten 20 Jahren nicht verändert, er liegt nach wie vor bei rund vier Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben“ (Kuhn 2013, S. 27). Zum anderen fehlt eine staatlich verbindliche, politische Verankerung von Aufgabenzuweisungen und einheitlichen Strukturen. Dies wäre z.B. in Form eines Bundespräventionsgesetzes gegeben, dessen Verabschiedung nach drei Anläufen (2005, 2008, 2013) unter verschiedenen Regierungen bisher jedoch scheiterte (vgl. Rosenbrock/Gerlinger 2009, S. 89; Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung 2013b).

Von Seiten der Gesellschaft wird, gesetzlich festgehalten, eine Eigenverantwortung für die persönliche Gesundheit erwartet. Im § 1 des Sozialgesetzbuches (SGB) V, dessen Inhalt sich allgemein mit der gesetzlichen Krankenversicherung befasst, heißt es: „Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich; sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden“ (SGB V 2013, § 1). Die Realität zeichnet jedoch im Bereich der Häufigkeit chronischer Erkrankungen ein gegensätzliches Bild. „Ungefähr drei Viertel des Krankheits- und Sterbe geschehens und auch der Versorgungsausgaben [lassen sich] (...) auf die wenigen großen regelmäßig chronisch-degenerativ verlaufenden Krankheiten zurückführen: Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Muskel-Skelett-Erkrankungen, Diabetes, chronisch obstruktive Lungenkrankheit (COPD) sowie (...) psychische Erkrankungen“ (Rosenbrock 2013, S. 29). Dieses Krankheitsspektrum bringt oft eine lebenslange Therapie und geringe Heilungschancen mit sich, ist aber durch einen gesunden Lebenswandel sowie gesundheitsförderlich und präventiv unterstützende Maßnahmen in weiten Teilen vermeidbar. Einen Risikofaktor für einen Großteil der genannten Krankheitsbilder bildet z.B. Übergewicht bzw. eine ausgeprägte Fettleibigkeit, medizinisch als Adipositas bezeichnet. 67% der Männer und 53% der Frauen sind in Deutschland übergewichtig, jeder vierte Bürger bzw. jede vierte Bürgerin ist adipös – Tendenz

¹ - „Während sich pathogenetische Ansätze primär um die Entstehung von Erkrankungen, das Verständnis pathogener Prozesse bemühen, wendet sich Salutogenese der Erforschung der Prozesse zu, die Gesundheit erhalten und fördern. Pathogenese fokussiert somit darauf, warum und woran Menschen krank werden, Salutogenese hingegen darauf, was sie gesund erhält“ (Franke 2011, S. 487).

² - „Unter Krankenversorgung wird die medizinische und psychosoziale Betreuung, Pflege, Diagnose, Behandlung, Rehabilitation und Nachsorge eines kranken Menschen durch medizinische und nicht-medizinische Anbieter von Gesundheitsleistungen verstanden, einschließlich der Förderung der Selbstkompetenz und Selbstversorgung“ (Bundesärztekammer 2004, S. 1).

steigend (vgl. Thelen 2013, S. 34-35). Die Konsequenzen hat nicht einzig der oder die Betroffene zu tragen, sondern die gesamte Gesellschaft. „Nach einer Studie der Technischen Universität München lagen bereits 2003 die jährlichen Kosten der Adipositasbehandlung bei 85,7 Millionen Euro und für die Therapie der Folgeerkrankungen bei 11,3 Milliarden Euro. Die indirekten Kosten durch Arbeitsunfähigkeit und vorzeitige Verrentung wurden auf 1,4 bis 1,6 Milliarden Euro geschätzt. Zum Vergleich: Die direkten und indirekten Kosten des Rauchens (...) liegen laut Deutschem Krebsforschungszentrum bei 8,6 Milliarden Euro im Jahr“ (ebd.). Die Therapiekosten werden zumeist durch die Krankenversicherungen gedeckt, die (im gesetzlichen Sektor) basierend auf dem *Prinzip der Solidarität*³ funktionieren und finanziert werden. Aufgrund der steigenden Betroffenenzahlen, den diversen schwerwiegenden Folgeerkrankungen und den hohen wirtschaftlichen Kosten, ist es an der Zeit neue Vorgehensweisen und Maßnahmen zu entwickeln, die der Problematik entgegenwirken.

Ein Ansatz, den diese Arbeit aufgreifen will, ist die Anwendung des *Verursacherprinzips*⁴. Dieses findet bisher meist nur im Bereich der Umweltpolitik Umsetzung. „Die Wohlfahrtsökonomie geht davon aus, dass unter bestimmten Annahmen der Marktmechanismus zu einer optimalen Allokation knapper Ressourcen führt. Das bedeutet, dass sowohl die sozialen Kosten als auch die sozialen Nutzen eines Produkts angemessen in seinem Preis berücksichtigt werden“ (Biermann et al. 2003, S. 2). Hintergrund des Verursacherprinzips stellt ein Versagen dieses Marktmechanismus durch mögliche Externalitäten dar. „Ein externer Effekt [oder eine Externalität, Anm. d. Verf.] ist die Auswirkung ökonomischen Handelns auf die Wohlfahrt eines unbeteiligten Dritten, für die niemand bezahlt oder einen Ausgleich erhält“ (Mankiw/Taylor 2008, S. 229). Dieser Einfluss kann sowohl positiv als auch negativ ausfallen. Ein Lösungsansatz für dieses Marktversagen ist die Internalisierung der Externalitäten, z.B. durch eine Besteuerung, wodurch versucht wird die Kosten der externen Effekte mit in das Endprodukt einzupreisen (vgl. ebd., S. 232-233). Übertragen auf die Problematik Übergewicht und Adipositas zeichnen sich die medizinischen Kosten als *eine* auftretende Externalität ab, die die Gesellschaft solidarisch durch gesetzliche Krankenversicherungsbeiträge finanziert. Um die Anwendung des Verursacherprinzips zu ermöglichen, muss jedoch vorerst die Identifizierung eines Verursachers stattfinden. Dieser kann einzig auf Grundlage einer nachweisbaren Kausalität, also dem Zusammenhang zwischen Ursache und Wirkung, bestimmt werden (vgl. Gabler Kompakt-Lexikon Wirtschaft 2013, S. 240). In der Literatur wird beispielsweise dem Ernährungsverhalten eine wichtige Rolle in Bezug auf ein erhöhtes Körpergewicht zugeschrieben (vgl. Wirth/Hauner 2013, S. 90). Die folgende Ausarbeitung versucht – auf diesen Erkenntnissen basierend – einen direkten Zusammenhang zwischen Ernährungsweisen und Übergewicht bzw. Adipositas aufzuzeigen und diesen als Grundlage für eine Möglichkeit der Anwendung des Verursacherprinzips zur Finanzmittelgenerierung heranzuziehen.

³ - „Prinzip, das auf gegenseitige Hilfestellung in der Gesellschaft abzielt und die Inanspruchnahme des Einzelnen für bestimmte Gemeinschaftsaufgaben und im Gegenzug das Eintreten der Gemeinschaft für den Einzelnen in bestimmten Situationen bzw. Notlagen bezeichnet“ (Preusker 2013, S. 474).

⁴ - „Das Verursacherprinzip gehört zu den elementaren Prinzipien der Rechtsordnung. Es besagt, dass der Verursacher besonderer Risiken für Schäden aufkommen muss, die sich aus den Risiken ergeben. Auf diese Weise wird nicht nur für eine gerechte Zuordnung der Schadenskosten gesorgt, sondern auch die Prävention gefördert, denn die drohende Haftung ist ein Anreiz, Risiken zu vermeiden oder zu reduzieren“ (von Hippel 2009, S. 117).

2. Hintergrund und angewandte Methodik

Die Basisannahmen dieser Arbeit sind, wie einleitend bereits angeschnitten, ein zu geringer Stellenwert und eine mangelnde Finanzierung der Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland. Diese Problematik soll im folgenden Unterkapitel 2.1. detailliert durch Fakten, Zahlen und Meinungen aus der Praxis dargestellt werden. Weiterhin beschäftigt sich die Arbeit mit der Relevanz des Gesundheitsrisikos Übergewicht bzw. Adipositas sowie einer beispielhaften Anwendung des Verursacherprinzips in diesem Problemfeld, welche potentiell sowohl als politisches Lenkungs- als auch Finanzgenerierungsinstrument wirken kann. Die für diese Thematik erarbeitete Forschungsfrage und darauf bezogene methodische Vorgehensweise wird im Kapitelabschnitt 2.2. dargelegt.

2.1. Aktuelle Finanzierungsprobleme von präventiven und gesundheitsförderlichen Interventionen in Deutschland

Eine vollständige Auflistung finanzieller Quellen und Finanzierungsformen zur Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention – der sog. *Gesundheitsversorgung*⁵ – ist in knapper Form schwer darstellbar, da diese nicht nur den Gesundheitssektor, sondern auch verschiedenste andere Politikfelder und Gesellschaftsbereiche betreffen. So kann Prävention und Gesundheitsförderung beispielsweise im unmittelbar medizinischen Umfeld über Vorsorgeuntersuchungen stattfinden, aber auch durch Gesundheitsbildung, den bildungspolitischen Sektor betreffend, im Setting Schule. Um trotz alledem eine Übersicht potentieller Finanzquellen zu ermöglichen, befindet sich im Anhang (Tab.1) eine Auswahl an Einrichtungen, Strukturen und Organisationen zur Finanzierung von Gesundheitsförderung und *Primärprävention*⁶ im Bezug zur politischen Ebene. Gesundheitsbezogene Investitionen können zusätzlich detaillierter in den Bereich Krankheitsprävention, also „alle Eingriffshandlungen, die dem Vermeiden des Eintretens und Ausbreitens einer Krankheit dienen“ (Hurrelmann/Klotz/Haisch 2010, S. 14), und Gesundheitsförderung, definiert als „alle Eingriffshandlungen, die der Stärkung von individuellen Fähigkeiten der Lebensbewältigung dienen“ (ebd.), unterteilt werden. Letzteres versucht dieses Ziel insbesondere durch struktur- bzw. verhältnisändernde Eingriffe in den Lebenswelten der Bevölkerung zu erreichen (vgl. Altgeld/Kolip, S. 45). Prävention wird zum Großteil durch das Sozialrecht geregelt und über öffentliche Haushalte und die verschiedenen Sozialversicherungsträger finanziert. Die monetären Mittel für Gesundheitsförderung stammen wiederum meist aus öffentlicher Hand, werden teilweise durch § 20 SGB V-Gelder⁷ abgedeckt sowie mehr und mehr durch gemeinnützige und private Initiati-

⁵ - „Der Begriff der Gesundheitsversorgung umschließt alle Formen sowohl individuumsbezogener als auch populationsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung, die durch medizinische und nicht-medizinische Gesundheitseinrichtungen und -fachkräfte erbracht werden (Institutions- und Professionsprinzip); dies schließt auch die Förderung der Selbstkompetenz und Selbstversorgung ein“ (Bundesärztekammer 2004, S. 1).

⁶ - unter Primärprävention wird die Krankheitsvermeidung verstanden; Sekundärprävention beschreibt die Früherkennung und Behandlung im Anfangsstadium einer Erkrankung; die tertiäre Prävention wird auch mit der Rehabilitation gleichgesetzt, also der Vermeidung einer Erkrankungsverschlechterung und ggf. eines Krankheitsrückfalls (vgl. Kuhn 2013, S. 24)

⁷ - Finanzierungsquelle der gesetzlichen Krankenkassen zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes, Verminderung sozial bedingter Ungleichheit, Stärkung betrieblicher Gesundheitsförderung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (vgl. Plamper/Stock 2010, S. 404)

ven getragen (vgl. Plamper/Stock 2010, S. 403-404; Altgeld 2011, S. 79). Diese Bereichsdifferenzierung soll im weiteren Verlauf der Ausarbeitung jedoch nicht vorgenommen werden, da faktisch sowohl die Prävention, als auch die Gesundheitsförderung mangelhaft finanziert sind. Dies unterstreichen die Zahlen der folgenden Tabelle (Tab.2).

Jahr	Gesundheitsausgaben (Mio. €)	davon für Prävention/ Gesundheitsschutz (Mio. €)	davon speziell für Gesundheitsförderung (Mio. €)	Anteil Prävention/ Gesundheitsschutz an den Gesamtgesundheitsausgaben (%)
1992	158.656	6.077	3.137	3,8
1993	163.104	6.524	3.454	4,0
1994	174.976	6.811	3.641	3,9
1995	186.951	7.399	3.953	4,0
1996	195.379	7.422	3.992	3,8
1997	196.363	6.820	3.460	3,5
1998	201.733	6.771	3.521	3,4
1999	207.261	7.146	3.641	3,4
2000	212.841	7.444	3.811	3,5
2001	220.788	7.814	3.966	3,5
2002	228.664	8.181	4.141	3,6
2003	234.488	8.642	4.403	3,7
2004	234.256	8.739	4.426	3,7
2005	240.434	8.883	4.605	3,7
2006	246.139	9.210	4.856	3,7
2007	254.436	10.108	5.816	4,0
2008	264.800	10.642	6.077	4,0
2009	279.041	10.987	6.006	3,9
2010	288.299	10.977	5.987	3,8
2011	293.801	11.082	6.009	3,8

Tab.2: Gesundheitsausgaben in den Jahren 1992-2011 allgemein und aufgeschlüsselt für die Bereiche Prävention/ Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung in Deutschland (Angaben in Mio. € und prozentualen Anteilen); Quelle: GBE-Bund 2014

Dargestellt sind die gesamten, stetig steigenden Gesundheitsausgaben in den Jahren 1992-2011 mit einer zusätzlichen monetären und prozentualen Aufschlüsselung für den Bereich Prävention und Gesundheitsförderung. Wie im einleitenden Abschnitt erwähnt, schwankt der prozentuale Anteil an den Gesamtausgaben im Gesundheitsbereich um die 4%, was 2011 rund 11 Mrd. € entsprach. Die monetären Mittel für Gesundheitsförderungsmaßnahmen bilden davon ca. die Hälfte. Im Vergleich haben Ausgaben für ärztliche Leistungen 2011 mit ca. 81,6 Mrd. € fast ein Drittel der gesundheitsbezogenen Gesamtausgaben eingenommen (vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2014).

Im Hinblick auf den *demografischen Wandel*⁸, die damit wachsenden Kosten für eine adäquate Krankenversorgung der Gesellschaft und daraus resultierenden Einsparbemühungen, ergibt sich ein weiteres Problem. Wie bei allen staatlich finanzierten Gesundheitsausgaben, wird auch im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung verstärkt auf einen Nachweis von Wirksamkeit und eine Kosten-Nutzen-Effektivität geachtet. Gerade ersteres ist aus wissenschaftlichen und qualitätsbezogenen Gesichtspunkten essentiell, die Umsetzung gestaltet sich jedoch teilweise problematisch. Ergebnisse zeichnen sich erst nach langer zeitlicher Verzögerung ab und unterliegen dem Einfluss zusätzlicher, lebensweltbezogener Faktoren. Auch aufgrund einer zu geringen wirtschaftlichen und politischen Lobby sowie, daraus resultierend, eines verlässlichen Finanzierungshintergrundes, bestehen kaum qualitativ gute Langzeitstudien (vgl. Plamper/Stock 2010, S. 405-406). Zur Thematik des demografischen Wandels ist ferner festzuhalten, dass dieser eher einen Grund zum Ausbau statt zur Minderung des Sektors Prävention und Gesundheitsförderung bilden sollte, um den Gesundheitszustand der älter werdenden Gesellschaft dauerhaft zu verbessern und dadurch langfristig Kosten einzusparen.

Die Probleme in der alltäglichen Praxis von Organisationen und Programmen der Gesundheitsförderung und Prävention sollen im Folgenden durch interviewbasierte Expertenmeinungen untermauert werden. Die Methodik dieses qualitativen Instruments wird im folgenden Abschnitt detailliert erläutert. Den Interviews zufolge bestätigen alle Befragten in unterschiedlichen Zusammenhängen die Problematik der Unterfinanzierung und zu kurzfristigen Planung monetärer Mittel (vgl. Wehowsky 2013; Klein, Lettau, Stehr 2014). Den Projekten der kommunalen Gesundheitsförderung des Gesundheitsamtes Altona stehen beispielsweise jährlich lediglich 8500 € zur Verfügung. Andere, weitaus bevölkerungsstärkere Bezirke Hamburgs, verfügen über gar keinen eigenständigen Haushaltsetat für derlei Zwecke. Zusätzlich unterliegt der Bereich dem *Haushaltskonsolidierungsdruck*⁹ Hamburgs, was zukünftig zur Senkung der Finanzmittel und Streichung von Stellen führt (vgl. Stehr 2014). In diesem Kontext ist es erwähnenswert, dass die Metropolregion Hamburg zu den wirtschaftlich stärksten in Deutschland und sogar Europas zählt (vgl. Hamburgische Gesellschaft für Wirtschaftsförderung 2014). Als weiteres Beispiel dient das Programm ‚Moby Dick‘, welches Kindern und Jugendlichen Unterstützung bei der Prävention als auch Bewältigung von Übergewicht und Adipositas bietet und weitestgehend privat finanziert werden muss. Einige gesetzliche Krankenkassen erstatten Teilkosten, das Prozedere ist jedoch mit einem hohen bürokratischen Aufwand verbunden. Da ein großer Anteil der Kinder und Jugendlichen aus Familien mit niedrigem sozialem Status stammt, kann selbst der verbleibende Restanteil von den Eltern nicht abgedeckt werden (vgl. Klein 2014). Auch auf höherer gesundheitspolitischer Ebene zeichnet sich die Finanzproblematik ab. Norbert Lettau, ehemaliger Leiter des Amtes für Gesundheit und Verbraucher-

⁸ - „bezeichnet Veränderungen in der Zusammensetzung von Gesellschaften, insbesondere der sog. Altersstruktur. So zeichnen sich bspw. moderne Gesellschaften dadurch aus, dass einerseits die Geburtenrate (Fertilität) niedrig ist und die Sterberate (Mortalität) seit einigen Jahrzehnten höher ist, als die Geburtenrate. Gleichzeitig steigt aber die Lebenserwartung der Bevölkerung, wodurch der Anteil der älteren gegenüber den jüngeren Menschen zunimmt“ (Schubert/Klein 2011)

⁹ - „Begrenzung und Rückführung von öffentlichen Haushaltsfehlbeträgen der Gebietskörperschaften (Bund, Länder, Gemeinden)“ (Gabler Kompakt-Lexikon Wirtschaft 2013, S. 248)

schutz der Stadt Hamburg, berichtet von monetären Umverteilungen zu Ungunsten von qualitativ guten Präventions- bzw. Beratungsprojekten (vgl. Lettau 2014).

Ein weiterer Punkt, in dem unter den Interviewten Einigkeit herrscht, ist die bestehende ‚Projektitis‘¹⁰ im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention. Anstatt ‚examples of good practice‘¹¹ zu nutzen und sich über evtl. auftretende Fehler in Programmplanung und -umsetzung zu informieren, werden permanent neue Initiativen ins Leben gerufen. Durch diese im Vorfeld mangelhafte Recherche, die Zeit kosten würde, wiederholen sich Ungenauigkeiten und verhindern damit eine Weiterentwicklung der Projektideen. Zusätzlich kommt es in diesem Zuge zu einer Verschwendung generell knapper Ressourcen. Als Ursache der ‚Projektitis‘ geben die Experten einerseits den Wunsch nach Profilierung einzelner Akteure an – beispielsweise auch den der gesetzlichen Krankenkassen. Andererseits hat ihrer Meinung nach auch die fehlende politische Verankerung durch ein Präventionsgesetz einen großen Einfluss, welches eine Bündelung von Finanzmitteln und Kompetenzen bewirken könnte. Die bisherigen Entwürfe wurden von den Experten als nicht umfassend und strukturiert genug abgelehnt. Ihrer Ansicht nach ist Prävention und Gesundheitsförderung eine Gemeinschaftsaufgabe, an der u.a. alle Sozialversicherungsträger beteiligt werden müssen (vgl. Wehowsky 2013; Klein, Lettau, Stehr 2014). Zwecks der mangelhaften Kompetenzbündelung und Finanzierung entwickeln die einzelnen Akteure eigene Kooperationsstrukturen und Finanzierungsideen, die in Kapitel 5 erneut Erwähnung finden werden.

Als Meinungsbild aller Interviewten könnte abschließend zusammengefasst werden: „Ein gesellschafts- und gesundheitspolitischer Konsens zur Neuordnung von Stellenwert und Zuständigkeiten der medizinischen Prävention, zur Förderung von [Gesundheitsförderungs- und, Anm. d. Verf.] Präventionsmaßnahmen in allen Sozialversicherungszweigen und zur strukturellen Koordinierung von Einzelmaßnahmen fehlt“ (Plamper/Stock 2010, S. 402). Daher erhoffen sich alle, dass das für 2014 von der Großen Koalition angekündigte¹² umfassende Präventionsgesetz eine Umsetzung findet. Zusätzlich sollten neue Finanzierungsmöglichkeiten in Betracht gezogen werden, um den monetären Hintergrund zu stärken und auszubauen.

2.2. Forschungsansatz und methodische Vorgehensweise

Wie durch die Fakten im vorangegangenen Abschnitt belegt, besteht die dringende Notwendigkeit die Finanzierung von Gesundheitsförderung und Prävention auszubauen. Im Folgenden soll sich mit *einer* exemplarischen Möglichkeit der Generierung neuer monetärer Mittel auseinandergesetzt werden. Diese bezieht sich auf ein gesamtgesellschaftlich verbreitetes Gesundheitsrisiko, das einleitend bereits erwähnt wurde und mittlerweile nicht nur in Deutschland, sondern auch weltweit, ein immenses Problem

¹⁰ - bedeutet laut den Aussagen der Interviewpartner einen zu punktuellen Einsatz monetärer Mittel und die mangelhafte Auseinandersetzung mit bereits bestehenden Projektideen, die gute Ergebnisse erzielt haben (examples of good practice)

¹¹ - Kriterien für ‚Good Practice‘ sind z.B. ein klarer Zielgruppenbezug, Innovation und Nachhaltigkeit, ein Qualitätsmanagement, Vernetzung sowie ein Empowerment der Zielgruppe (vgl. Kilian 2012, S. 194-195)

¹² - „Wir werden noch 2014 ein Präventionsgesetz verabschieden, das insbesondere die Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten wie Kita, Schule, Betrieb und Pflegeheim und die betriebliche Gesundheitsförderung stärkt und alle Sozialversicherungsträger einbezieht“ (Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU u. SPD 2013, S. 58).

darstellt. „Bis 2015 werden laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) 2,3 Milliarden Menschen auf der Welt übergewichtig sein und 700 Millionen krankhaft fettsüchtig. In den USA hat Übergewicht längst epidemische Ausmaße angenommen. Dort hat sich seit den 1970er Jahren die Zahl verdoppelt. Über 70 Prozent der Amerikaner sind übergewichtig, mehr als 30 Prozent fettsüchtig. Und Europa holt auf: Nach Angaben der Deutschen Adipositas Gesellschaft hat inzwischen mehr als jeder zweite EU-Bürger Übergewicht oder Adipositas. Innerhalb Europas haben Deutschland und Großbritannien die höchsten Anteile an Übergewichtigen und Fettleibigen“ (Thelen 2013, S. 34-35). Die physischen Folgen können z.B. Diabetes mellitus Typ II, Herz-Kreislauf- sowie Skeletterkrankungen sein, aber auch die Psyche kann durch Einschränkungen im Sozialleben beeinträchtigt werden (vgl. ebd.). Das vollständige Ausmaß von Übergewicht und Adipositas soll durch die detaillierte Beleuchtung der Begrifflichkeiten, Zahlen, Ursachen und gesundheitlichen, gesellschaftlichen sowie wirtschaftlichen Folgen im anschließenden Kapitel 3 aufgezeigt werden.

In Bezug auf diese zwei Problematiken, beschäftigt sich die folgende Arbeit mit der Analyse eines politischen Instruments, infolgedessen die Übergewichts- und Adipositaszahlen in Deutschland möglicherweise gesenkt und gleichzeitig neue Finanzierungswege für den Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention aufgezeigt werden könnten. Die Idee basiert auf den Auswirkungen des Ernährungsverhaltens auf das Körpergewicht, die im Laufe des folgenden Kapitels aufgezeigt werden. Die zu untersuchende Fragestellung hat zwei Aspekte:

Bietet die zusätzliche Besteuerung von Übergewicht bzw. Adipositas fördernden Lebensmitteln

a) eine Einflussmöglichkeit zur Reduzierung der Inzidenz und Prävalenz dieser gesundheitsrelevanten Problematik

und

b) durch die steuerlichen Mehreinnahmen eine neue Finanzierungsquelle für präventive und gesundheitsförderliche Interventionen, die die Minimierung dieses und weiterer gesellschaftlicher Gesundheitsrisiken unterstützen können?

Darauf aufbauend soll zusätzlich analysiert werden, inwieweit bestehende Einrichtungen und Programme von den neu generierten finanziellen Mitteln profitieren und ihre Arbeit erweitern könnten.

Nach Abschluss der Themeneingrenzung schloss sich eine systematische Literaturrecherche an. Dabei wurden die Hamburger Bibliothekskataloge der Hochschule für Angewandte Wissenschaften und der Universität, Internetsuchmaschinen wie Google bzw. Google Scholar, die Wissenschaftsdatenbank PubMed sowie professorale Unterstützung einbezogen. Zur Strukturierung der Recherche kam es zur Bildung themenbezogener Kategorien mit jeweiligen Suchbegriffen bzw. Wortgruppen (Tab.3) sowie der anschließenden Erstellung einer Literaturübersicht.

Recherchekategorie	Suchbegriffe und Wortgruppen
Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland	Finanzierung Gesundheitsförderung Deutschland, Finanzierung Prävention Deutschland, Präventionsgesetz, Settingansatz, kommunale Gesundheitsförderung, Strukturen der Gesundheitsförderung und Prävention, Problemfelder der Gesundheitsförderung und Prävention
Übergewicht und Adipositas	Ursachen, psychische Folgen, Lebensqualität, physische Folgen, wirtschaftliche Kosten, BMI, Prävalenz/Inzidenz, Ernährungsverhalten (Eingabe in Kombination mit den Begriffen Übergewicht und Adipositas)
Das deutsche Steuersystem	Steuern in Deutschland, Steuerarten, Verursacherprinzip, Nutzung von Steuern, zweckgebundene Steuer
Gesundheitsrelevante Besteuerungen als politisches Instrument	<u>Englisch:</u> soda tax, beverage tax, sugar tax, fat tax, food tax, fiscal policy and obesity prevention, dedicated taxes, earmarked taxes, sin taxes
	<u>Deutsch:</u> Lebensmittelsteuer, Fettsteuer, Zuckersteuer, Tabaksteuer, Alkopopsteuer

Tab.3: für die systematische Literaturrecherche genutzte Kategorien mit untergeordneten Suchbegriffen und Wortgruppen; Quelle: Eigenzusammenstellung der Autorin

Themenschwerpunkte wie beispielsweise ‚Übergewicht in den Medien‘ oder die detaillierte Erläuterung gesundheitsförderlicher sowie präventiver Interventionsformen wurden aufgrund ihres Umfangs ausgeschlossen. Da die Anwendung zusätzlicher Lebensmittelbesteuerungen bisher im außerdeutschen Kontext stattfand, enthält diese Kategorie vermehrt englische Suchbegriffe. Um eine möglichst große Bandbreite bestehender Veröffentlichungen zur Thematik einzubeziehen, wurden zwei systematische Studienanalysen aus den Jahren 2010 (Thow et al.) und 2013 (Maniadakis et al.) ausgewählt. Darin finden sich nicht nur Arbeiten zu den potentiellen Auswirkungen dieser Steuerform, sondern z.B. auch generelle Untersuchungen zu Konsumentenreaktionen bei Preisänderungen. Die komplexen Auswahlkriterien, nach denen die analysierten Studien ausgewählt wurden, können im Rahmen dieser Arbeit nicht erläutert werden¹³. Aufgrund bisher mangelnder Daten, basieren die Studien zu konkreten Auswirkungen zusätzlicher Lebensmittelbesteuerung auf Computersimulationen (vgl. Thow et al. 2010; Maniadakis et al. 2013). Ergänzend zu diesen Ergebnissen wurden daher diverse Expertenmeinungen und Literaturquellen einbezogen, die sich mit der Ausgestaltung derzeitiger internationaler Anwendungsbeispiele beschäftigen. Da die aktuellsten Zahlen und Aussagen sowie Informationen über Projekte und Einrichtungen lediglich über das Internet ermittelbar waren, wurde zusätzlich zu Literaturveröffentlichungen vermehrt auf diese Form von Quellen zurückgegriffen. Weiterhin war die Recherche fast ausschließlich auf englischsprachige Texte begrenzt, wodurch die Nutzung der Primärquelle nicht immer möglich war. Um ein detaillierteres Bild der täglichen Gesundheitsförderungs- und Präventionspraxis zu erhalten, wurden ergänzend zur Literaturrecherche vier Experteninterviews (nicht standardisiert; wenig struktu-

¹³ - für die Erläuterung der Auswahlkriterien siehe Thow et al. 2010, S. 609-610 und Maniadakis et al. 2013, S. 521

riert) geführt. Darunter befanden sich Vertreter und Vertreterinnen aus dem öffentlichen als auch privaten Gesundheitssektor. Zusätzlich wurden verschiedene politische sowie interventionsbezogene Ebenen berücksichtigt. Die Interviewten waren Susanne Wehowsky als Geschäftsführerin der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V., Gerd Stehr als Leiter des Kommunalen Gesundheitsförderungsmanagements des Gesundheitsamtes Altona, Hans-Jörg Klein als Geschäftsführer des Adipositasprogramms für Kinder und Jugendliche ‚Moby Dick‘ und Norbert Lettau, ehemaliger Senatsdirektor und Leiter der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg. Die Interviews wurden mittels Diktiergerät aufgezeichnet und anschließend transkribiert¹⁴. Dabei wurde eine vereinfachte Darstellungsform nach Dresing und Pehl (2013) verwendet und der Wert auf den semantischen Gesprächsinhalt gelegt. Infolgedessen wurden Dialekte, Wortverschleifungen, Wort- und Satzabbrüche sowie Füllwörter nicht übernommen, um eine flüssige Lesbarkeit und vereinfachte Verständlichkeit zu erzielen. Lediglich besondere Betonungen wurden durch Wortgroßschreibung gekennzeichnet, da sie die Wichtigkeit, die der Interviewte bzw. die Interviewte dem Inhalt beimaß, aufzeigen. Zur vereinfachten Darstellung der alltäglichen Konsumsituation in Deutschland, wurden Preise verschiedenster Lebensmittel und Fast Food Menüs recherchiert und im Anhang (Tab.4) tabellarisch aufgeführt. Auf die dabei gewählte Methodik und die Ergebnisse wird im Unterkapitel 3.2.2. eingegangen.

Um die Forschungsfrage zu beantworten, gliedert sich die Ausarbeitung in drei größere Kapitel. Im folgenden Kapitel 3 werden die Begrifflichkeiten Übergewicht und Adipositas differenziert und deren Ursachen sowie gesundheitliche und wirtschaftliche Folgen aufgezeigt. Ziel dieser Darstellungen soll das Unterstreichen der Wichtigkeit von Interventionen zur Reduzierung der Inzidenz und Prävalenz sein. Anschließend steht das deutsche Besteuerungswesen im Kapitel 4 im Fokus der Analyse. Hier werden die grundlegende Funktion, bestehende Steuerformen und die Möglichkeit einer zweckgebundenen Steuer untersucht und anschließend die zusätzliche Besteuerung von Lebensmitteln als neue, international schon bestehende, Möglichkeit vorgestellt. Dabei sollen anhand von weltweiten Beispielen evtl. Vor- und Nachteile dieser Maßnahme erarbeitet und deren bestehende oder nicht bestehende Zweckgebundenheit analysiert werden. Im 5. Kapitel bilden beispielhafte Verwendungen neu gewonnener Finanzmittel durch die zusätzliche Lebensmittelbesteuerung das Hauptaugenmerk. In diesem Kontext werden Institutionen und Ideen aus dem Hamburger Raum vorgestellt, die im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention angesiedelt sind und repräsentativ ausgewählt und interviewt wurden. Abschließend folgen eine Zusammenfassung der Ergebnisse mit der Beantwortung der Forschungsfrage sowie die Diskussion der dargelegten Fakten und das Fazit.

¹⁴ - die vollständigen Interviews befinden sich im Anhang dieser Ausarbeitung

3. „Zivilisationskrankheit“ Adipositas

„Gesundheitsorganisationen wie die WHO stufen Adipositas als das am schnellsten wachsende Gesundheitsproblem ein und sprechen von einer ‚globalen Epidemie‘“ (DGE 2013, S. 1). Die Problematik von Übergewicht und Adipositas zeichnet sich durch eine hohe Komplexität aus, die verschiedenste Gesellschafts- und Politikbereiche tangiert. Im Zuge dieser Arbeit sollen die relevantesten Fakten genannt werden und die Basis für weitere Überlegungen bilden. Das folgende Kapitel beinhaltet die Differenzierung ausgewählter Begrifflichkeiten, zeigt Zahlen, eine Auswahl der vielschichtigen Ursachen und gesundheitlichen Risiken auf und analysiert die gesellschaftlichen sowie wirtschaftlichen Kosten.

3.1. Differenzierung der Begrifflichkeiten Übergewicht und Adipositas

Der Begriff ‚*Adipositas*‘ ist vom lateinischen Wort *adepts* (Fett) abgeleitet und ist u.a. übersetzbar mit Fettleibigkeit (vgl. Mühlbacher/Bethge/Gräber 2011, S. 8). Die wissenschaftlich gebräuchlichste Grundlage zur Differenzierung von Übergewicht und Adipositas bildet der *Body-Mass-Index* (BMI), der stark zur Gesamtfettmenge des menschlichen Körpers korreliert. Dieser ist als Verhältnis zwischen Körpergewicht in Kilogramm und Körpergröße in Metern zum Quadrat definiert und wird in folgender Formel angegeben: $BMI = \text{Gewicht (kg)} / \text{Größe (m}^2\text{)}$ (vgl. RKI 2012, S. 116). Als übergewichtig wird allgemein eine Person bezeichnet, die durch einen erhöhten Körperfettanteil vom Normalgewicht abweicht (vgl. ebd.). Die Einteilung der Abgrenzungen Untergewicht, Normalgewicht, Übergewicht und Adipositas wurde u.a. durch die WHO vorgenommen.

Klassifikation	BMI-Wert
Untergewicht	< 18,5
Normalgewicht	18,5 – 24,99
Übergewicht	≥ 25
Adipositas	≥ 30
<i>Adipositas Grad I</i>	30 – 34,99
<i>Adipositas Grad II</i>	35- 39,99
<i>Adipositas Grad III</i>	≥ 40

Tab.5: Klassifizierung von Unter-, Normal-, Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen an Hand des BMI; Quelle: WHO 2004a

Nach dieser Klassifizierung sind Erwachsene ab einem BMI von 25 und mehr übergewichtig und ab einem Wert von 30 und aufsteigend als adipös einzustufen. Adipositas wird nach der Schwere zusätzlich in drei Grade unterteilt. Beim Berechnen des BMI für Kinder und Jugendliche werden die Parameter Alter und Geschlecht einbezogen, um einen adäquaten Wert zu erhalten. Ergänzend sollte zur Bestimmung eines evtl. bestehenden Übergewichts bzw. einer bestehenden Adipositas auch das *waist-hip-*

*ratio*¹⁵ hinzugezogen werden, da die Fettverteilung eine wichtige Rolle spielt und der BMI-Wert allein teilweise irreführend ausfallen kann. Dies gilt beispielsweise für sportliche Personen, da mit höherem Anteil an Muskelmasse ein erhöhtes Gewicht einhergeht (vgl. Mühlbacher/Bethge/Gräber 2011, S. 10). Um ein umfassendes Bild des evtl. bestehenden Gesundheitsrisikos zu erhalten, existieren weitere Mess- und Untersuchungsmethoden¹⁶. Auf eine detaillierte Erklärung dieser wird verzichtet, da sie für die weitere Arbeit nicht von Relevanz sind.

3.2. Zahlen, Trends, Ursachen und gesundheitliche Risiken

Nach der Differenzierung von Übergewicht und Adipositas anhand des BMI, wird in den folgenden Abschnitten auf Betroffenenzahlen und deren Entwicklung, die komplexen Ursachen für ein erhöhtes Gewicht und die möglichen physischen und psychischen Risiken eingegangen.

3.2.1. Zahlen und Trends

Die Deutsche Adipositas Gesellschaft bezeichnet Adipositas als eine chronische Erkrankung, die mit einer erhöhten Morbidität und Mortalität sowie Lebensqualitätseinschränkungen einhergeht. Die tatsächliche Anerkennung als eigenständige Krankheit, wie u.a. durch die WHO gefordert, fand bisher jedoch nicht statt (vgl. Mühlbacher/Bethge/Gräber 2011, S. 9). „67% der Männer und 53% der Frauen haben Übergewicht, wobei 23% der Männer und 24% der Frauen sogar adipös, also stark übergewichtig, sind. Damit bringen sieben von zehn Männern und fünf von zehn Frauen zu viel Gewicht auf die Waage“ (DGE 2013, S. 1). Zusätzlich ist zu beobachten, dass die BMI-Werte bei Erwachsenen mit dem Alter tendenziell ansteigen und regional geringe Unterschiede zu verzeichnen sind (vgl. Mensink et al. 2013, S. 789). Nach den Ergebnissen der KIGGS-Studie des Robert Koch-Instituts (RKI), sind ca. 15% der Kinder und Jugendlichen in Deutschland übergewichtig; 6% davon adipös. Geschlechtsbezogene oder regionale Unterschiede waren kaum erkennbar. Im Vergleich zum Zeitraum 1985-1999 haben sich die Zahlen mehr als verdoppelt. Ersichtlich ist auch hier, dass der prozentuale Anteil an Übergewicht und Adipositas mit dem Alter – im Bereich Kinder und Jugendliche – ansteigt. Resultierend hat diese Gruppe ein erhöhtes Risiko auch im Erwachsenenalter übergewichtig zu bleiben (vgl. RKI 2006, S. 29). Eine Aufmerksamkeit erregende Feststellung ist zudem: „Untersuchungen gehen davon aus, dass die Lebensqualität adipöser Kinder vergleichbar ist mit der Lebensqualität von krebskranken Kindern, wobei die Stigmatisierung eine wesentliche Rolle spielt“ (Mühlbacher/Bethge/Gräber 2011, S. 4; vgl. Schwimmer/Burwinkle/Varni 2003, S. 1813). Sowohl bei Kindern und Jugendlichen als auch bei Erwachsenen ist erkennbar, dass insbesondere Gesellschaftsschichten mit einem niedrigeren sozialen Status oder Migrationshintergrund betroffen sind. Zusätzlich wurde in der KIGGS-Studie beobachtet, dass Übergewicht und Adipositas häufiger bei Kindern mit übergewichtigen Eltern vorkommt. Dabei können

¹⁵ - Berechnung des Verhältnisses zwischen Taille und Hüfte zur Darstellung der Fettverteilung; anschließende Einteilung in einen androgenen (Fettansammlung eher im Bauchbereich) oder genoiden (Fettansammlung eher im Hüft- und Oberschenkelbereich) Typen (vgl. Mühlbacher/Bethge/Gräber 2011, S. 9); der androide Typ unterliegt einem höheren Risiko für Stoffwechsel- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen (vgl. DGE 2013, S. 1)

¹⁶ - Details zur Auflistung und Erklärung weiterer Mess- und Untersuchungsmethoden siehe Wirth/Hauner 2013, S. 9-21

erbliche Veranlagungen eine Rolle spielen, jedoch wurde das gleiche Bild auch bei nicht leiblichen Eltern-Kind-Beziehungen vorgefunden. In diesem Bezug müssen andere Ursachen einen Einfluss haben, auf die im folgenden Abschnitt 3.2.2. eingegangen wird (vgl. RKI 2006, S. 29; Thelen 2013, S. 34-35).

Zusammenfassend liegt die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas in Deutschland auf einem hohen Niveau, wobei die Zahlen im Bereich Übergewicht nach aktuellem Stand leicht stagnieren, jedoch der risikoreichere Bereich der Adipositas weiter zunimmt (vgl. Mensink et al. 2013, S. 793). Steigende Tendenzen sind insbesondere bei Jugendlichen und Männern zu verzeichnen (vgl. Thelen 2013, S. 34-35). Die folgenden Abbildungen 1 und 2 sollen abschließend die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas nicht nur in Industriestaaten wie z.B. Deutschland oder den USA, sondern auch weltweit verdeutlichen. Die hohen prozentualen Anteile – mit Ausnahme von Teilen Afrikas und Asiens – zeigen klar, warum die WHO „overweight and obesity (...) [as] the fifth leading risk for global deaths“ (WHO 2013a) bezeichnet.

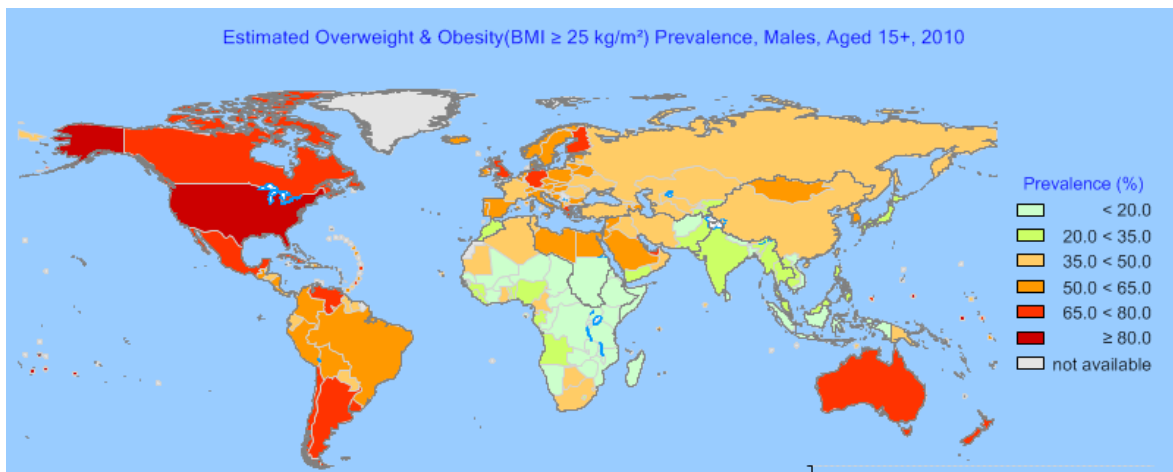


Abb.1: geschätzte Prävalenz von Übergewicht und Adipositas (BMI ≥ 25) im Jahr 2010 von Männern über 15 Jahre; Quelle: WHO 2011

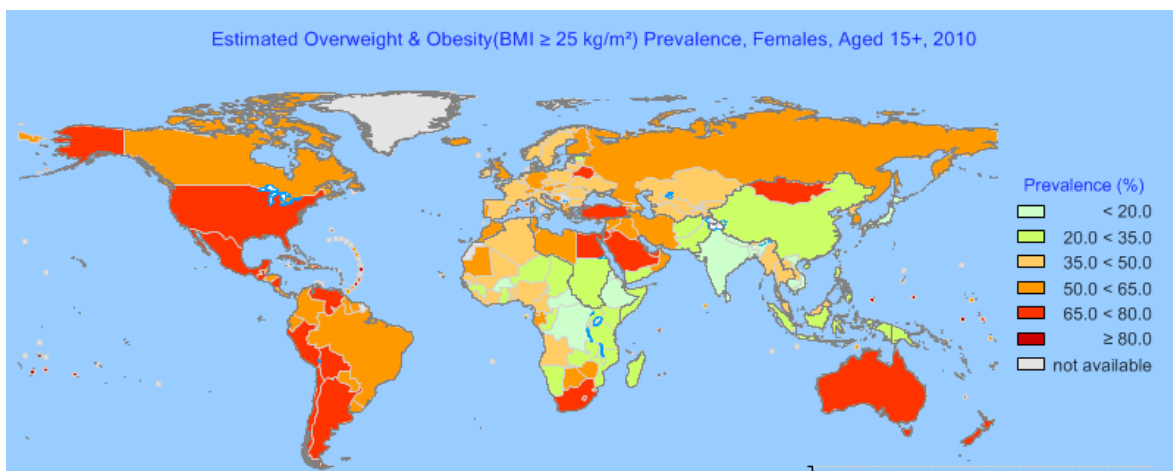


Abb.2: geschätzte Prävalenz von Übergewicht und Adipositas (BMI ≥ 25) im Jahr 2010 von Frauen über 15 Jahre; Quelle: WHO 2011

3.2.2. Die Komplexität der Ursachen von Übergewicht und Adipositas

„Ernährung, Bewegung und genetische Disposition bestimmen in enger Interaktion miteinander weitestgehend die Entstehung von Übergewicht. Die Lebensverhältnisse und individuellen Gewohnheiten stellen viele Personen vor die Herausforderung, eine ausgewogene Bilanz von Energiebedarf [des Organismus, Anm. d. Verf.] und Energieaufnahme [mittels Lebensmitteln, Anm. d. Verf.] herzustellen“ (Mensink et al. 2013, S. 786). Durch Ernährungsstudien wurde verdeutlicht, dass eine über einen längeren Zeitraum andauernde, positive Energiebilanz (Energieaufnahme > Energiebedarf) einen entscheidenden Anteil zur Entstehung von Übergewicht und Adipositas darstellt (vgl. Mühlbacher/Bethge/Gräber 2011, S. 13; Wirth/Hauner 2013, S. 90). Die Ursachen dafür sind vielfältig und komplex. In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts haben sich das Angebot und die Möglichkeiten im Lebensmittelsektor stark verändert. Dies war auf der Basis verbesserter Herstellungstechnologien und einer immensen Steigerung des Marketingsektors möglich (vgl. Sassi 2010, S. 18). „The price of calories fell dramatically and convenience foods became available virtually everywhere at any time, while the time available for traditional meal preparation from raw ingredients shrank progressively (...)“ (ebd.). Hans-Jörg Klein vom Moby Dick Netzwerk äußerte dazu im Interview, dass die Werbung für ungesunde Lebensmittel wie Süßwaren oder Fast Food¹⁷ „aufwendig und hervorragend“ (Klein 2014) gestaltet ist und die Inhaltsstoffe der Produkte als gesund deklariert werden. Zusätzlich strahlt die Medienlandschaft die Produktwerbespots, laut seiner Aussage, zu zielgruppengerechten Sendezeiten aus. Im Gegensatz dazu erwähnt Hans-Jörg Klein einen eher moderat finanzierten Werbeetat für präventive oder gesundheitsförderliche Zwecke wie z.B. durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (vgl. Klein 2014). Diese Mittel erreichen „nicht einmal 1 % des Budgets allein der Süßwarenwerbung“ (Garlichs 2013, S. 201).

Die große Problematik insbesondere von Fast Food- und Fertiggerichten sowie diverser Süßwaren ist der hohe Anteil an Fett, Zucker und Geschmacksverstärkern. Diese erhöhen die Schmackhaftigkeit, besitzen im Fall von Zucker und Fett aber teilweise eine hohe *Energiedichte*¹⁸. Gerade fettreiche Lebensmittel lösen zudem ein geringes Sättigungsgefühl aus, wodurch der Mehrkonsum gefördert wird (vgl. Wirth/Hauner 2013, S. 84). Durch eine systematische Literaturrecherche der Deutschen Gesellschaft für Ernährung wurde verdeutlicht: „ein ansteigender Konsum von Fett erhöht mit wahrscheinlicher Evidenz das Risiko für Adipositas“ (DGE 2007a). Wichtig ist aber auch deren Zusammensetzung. Einfach und mehrfach ungesättigte Fettsäuren, wie sie in pflanzlichen Ölen oder Fisch enthalten sind, können präventiv gegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen wirken. Gesättigte Fettsäuren, die besonders bei tierischen Fetten vorkommen, wirken dagegen risikosteigernd für das genannte Erkrankungsspektrum (vgl. ebd.). Eine besondere Stellung nehmen in diesem Kontext die sog. *Trans-Fettsäuren* ein. Sie gehören in die Gruppe der ungesättigten Fettsäuren, ähneln in ihren Eigenschaften aber den gesättigten (vgl.

¹⁷ - darunter wird das Essen außer Haus in Einrichtungen der Systemgastronomie und bei Schnellimbissen verstanden (vgl. Bartsch 2008, S. 76)

¹⁸ - „Als Energiedichte eines Lebensmittels bezeichnet man den Energiegehalt pro Gramm Lebensmittel. Je niedriger die Energiedichte eines Lebensmittels ist, desto niedriger ist die Kalorienaufnahme bei ähnlichem Sättigungseffekt“ (Wirth/Hauner 2013, S. 84).

Bundesinstitut für Risikobewertung 2013, S. 1). Trans-Fettsäuren kommen im natürlichen Rahmen in Milchprodukten vor, insbesondere aber in Fertiggerichten (z.B. Trockensuppen, Pommes Frites etc.), Süßwaren, Backwaren und Snacks wie Chips. Sie entstehen beim Lebensmittelindustrieprozess der Härtung von Pflanzenfetten. Für diese Art der Fettsäuren ist keine positive Funktion im Organismus bekannt; daher bestehen seit Jahren Bestrebungen die Lebensmittelhersteller zu einer Reduzierung von Trans-Fettsäuren in ihren Produkten zu bewegen. Laut dem Bundesinstitut für Risikobewertung zeigen sich in diesem Bereich bereits Erfolge (vgl. DGE 2007b; BfR 2013, S. 1). Zusätzlich zur fettreichen Ernährung besteht beim Zuckergehalt in Getränken eine Problemstellung. Die deutsche Bevölkerung nahm 2011 pro Kopf 120 Liter an zuckerhaltigen Getränken zu sich; insbesondere ist der Konsum bei jüngeren Altersgruppen und Personen mit niedrigeren sozioökonomischen Status zu beobachten (vgl. Rabenberg/Mensink 2013, S. 1). „Während Fruchtsäfte in der Regel nur fruchteigenen Zucker enthalten und noch einen Großteil der Nährstoffe des ursprünglichen Obstes aufweisen, enthalten Fruchtnektare und Erfrischungsgetränke [wie Limonaden, Anm. d. Verf.] deutlich weniger essenzielle Nährstoffe und einen zumeist hohen Energiegehalt durch industriell zugesetzten Zucker“ (ebd.). Die tägliche Energiezufuhr wird folglich nicht nur durch aufgenommene Nahrungsmittel sondern auch Getränke stark beeinflusst. Im Gegensatz dazu stehen beispielsweise Obst und Gemüse. Sie versorgen den Organismus „mit Vitaminen, Mineral- und Ballaststoffen (...) [s] weisen zumeist einen hohen Wasseranteil auf und beinhalten pro Volumeneinheit eine relativ geringe Anzahl an Kalorien. Zusammen mit den enthaltenen Ballaststoffen führt dies zu einer verhältnismäßig guten Sättigungswirkung bei vergleichsweise geringer Energieaufnahme“ (Rabenberg/Mensink 2011, S. 1). Folglich ist der Zusammensetzung, aber auch Konsumhäufigkeit sowie -masse von Lebensmitteln eine wichtige Rolle zuzuschreiben.

Analysiert man Preis und Erscheinungsbild von Lebensmitteln im Supermarkt bzw. Discounter oder das Angebot von Fast Food-Systemgastronomien, wirken Fertiggerichte, Süßwaren, Fast Food-Gerichte sowie zuckerhaltige Getränke meist bunt, ansprechend, schnell verzehrbereit und günstig (vgl. Bartsch 2008, S. 41; Backes 2012, S. 135). Gesunde Nahrungsmittel wie Obst und Gemüse sind tendenziell teurer und müssen zu einem Gericht zusammengestellt werden. Zusätzlich bedarf es einer längeren Zubereitungszeit. Zur vereinfachten und exemplarischen Darstellung der alltäglichen Konsumsituation und vorherrschenden Lebensmittelkosten in Deutschland, sollen aktuell recherchierte Preise einer selbst gewählten Nahrungsmittel- und Getränkeauswahl dargestellt werden. Dabei wurde sich auf in diesem Abschnitt bereits erwähnte Produktgruppen bezogen und die Kategorien ‚Getränke‘, ‚Obst und Gemüse‘, ‚Fertiggerichte‘, ‚Süßwaren und salzige Snacks‘ sowie ‚sonstige Nahrungsmittel‘ gebildet. Der Preis bezieht sich jeweils auf das kostengünstigste vorhandene Produkt aus der Angebotspalette; Tages- bzw. Wochenangebote finden aufgrund ihres speziellen Zeitbezuges keine Berücksichtigung. Zusätzlich wurden ergänzend Menüpreise (N = 3) bei Fast Food-Systemgastronomien ermittelt, deren Auswahl auf der Liste der 20 umsatzstärksten Gastronomieunternehmen Deutschlands sowie einer Beliebtheitsabfrage aus dem Jahr 2013 basiert (vgl. Statista/DEUTSCHLAND TEST 2013; news aktuell Presseportal 2014). Die vollständige tabellarische Übersicht dieser Recherchen befindet sich im Anhang der Ausarbeitung (Tab.4).

Bei der Preisanalyse der gewählten Lebensmittel ist ersichtlich, dass eine 1,5 Liter Flasche stilles Wasser mit 0,44 € das günstigste Getränk ist, jedoch Cola bei gleicher Menge mit einem Unterschied von 0,20 € nur geringfügig preisintensiver ausfällt. Die Produkte der Kategorie ‚Fertiggerichte‘ ergeben meist mehrere Portionen und fallen im Vergleich zum Gemüse und den sonstigen Nahrungsmitteln, mit denen die Zusammenstellung einer Mahlzeit möglich ist, relativ preiswert aus. Für 0,99 € erhält man beispielsweise 1 Kilogramm Tiefkühl-Pommes Frites; für den gleichen Betrag wären sonst ein Brokkoli oder 450 Gramm Tiefkühlspinat möglich. Ergänzt man dazu den Beutel Kartoffeln und das Hähnchenbrustfilet, um ein Gericht zusammen zu stellen, addiert sich ein Preis von 6,27 €. Bei den Süßwaren und salzigen Snacks erstreckt sich die Preisbandbreite zwischen 0,39 € für eine Tafel Vollmilchschokolade bis hin zu 1,09 € für eine Packung Schokoladenriegel. Die Preise liegen damit deutlich unter denen der Obstauswahl, beispielsweise dem Kilogramm Bananen für 1,79 €. Hervorzuheben ist auch der Preisunterschied zwischen weißem Toastbrot (0,55 €) und Vollkornbrot (1,19 €), bei dem zweiteres ca. doppelt so teuer ausfällt. Die Fast Food-Menüs der Systemgastronomieketten zeigen sich im Gegensatz zu den fertigen Gerichten des Discounters sowie einer Zusammenstellung einzelner Produkte als deutlich teurer. Betrachtet man die Preise in dieser Kategorie isoliert, zeigt sich das McDonalds-Menü – bestehend aus einem Burger, Pommes Frites und einem Getränk – als günstigste und der große Salat inkl. Wasser als teuerste, jedoch gesündeste, Variante (Vapiano).

Im Zusammenhang von Lebensmittelpreisen, einer gesunden Ernährung und dem zur Verfügung stehenden Einkommen besteht eine Studie von Alexy und Kersting zur Thematik ‚Kinderernährung und Hartz IV‘, in der überprüft wurde, inwieweit der ALG II-Regelsatz für eine bedarfsgerechte Ernährung von Jugendlichen und Kindern¹⁹ ausreichend ist (vgl. Alexy/Kersting 2012, S. 71-74). Dazu wurden die Daten der *DONALD-Studie* (Dortmund Nutritional and Anthropometric Longitudinally Designed) genutzt, die als Langzeitkohortenstudie seit 1985 läuft und die Erfassung von Daten zum Gesundheitsstatus, Ernährungsverhalten, Stoffwechsel, Entwicklung sowie Wachstum von Kindern und Jugendlichen als Ziel hat (vgl. Balen 2012). Die Ergebnisse zeigten, dass eine bedarfsgerechte Ernährung gemäß der *Optimierten Mischkost* durch den Regelsatz nur im Alter von 2-3 Jahren abgedeckt werden kann. Danach entsteht eine Finanzierungslücke von bis zu 2,71 € pro Tag etwa bei 13 bis 14-jährigen Jungen. Nur wenn die Bedarfsgerechtigkeit lediglich auf die Grundnahrungsmittel bezogen wird, ist der Regelsatz in allen Altersgruppen ausreichend. Alexy und Kersting merken zusätzlich an, dass die aktuellen Regelsätze den wachsenden Energiebedarf von Kindern und Jugendlichen mit steigendem Alter nicht ausreichend berücksichtigen (vgl. Alexy/Kersting 2012, S. 71-74). Ähnliche Ergebnisse in Bezug zum zu niedrigen Regelsatz sind auch im Erwachsenenalter zu erwarten, aussagekräftige Studien bestehen zu dieser Thematik jedoch noch nicht.

Im Bezug zur einleitenden Erläuterung des Marktversagens sind zwei Themen hervorzuheben, deren Ursprung insbesondere die Ernährungsindustrie darstellt. Zum einen entscheiden die Käufer durch Werbung und das vielfältige Angebot nicht mehr rational. Dies verleitet zum übermäßigen Kauf und daraus

¹⁹ - eine bedarfsgerechte Ernährung für Kinder und Jugendliche besteht in diesem Zusammenhang aus der Optimierten Mischkost, die vom Forschungsinstitut für Kinderernährung als Standard in Deutschland ermittelt wurde (vgl. Alexy/Kersting 2012, S. 71-74)

resultierend zum verstärkten Konsum der Produkte, was wiederum eine positive Energiebilanz begünstigen kann. Zum anderen besteht im Lebensmittelbereich eine unvollkommene Informationslage, da Konsumgüter eine unzureichende Kalorien- und Inhaltskennzeichnung aufweisen bzw. diese für den Käufer nicht verständlich genug aufbereitet sind (vgl. Mühlbacher/Bethge/Gräber 2011, S. 46).

Zu den Veränderungen im Lebensmittelsektor kommen soziokulturelle Gesellschaftsentwicklungen, die die Entstehung von Übergewicht und Adipositas begünstigen. Diese reichen von reduzierten Bewegungsaktivitäten in Beruf und Freizeit über Veränderungen in Erziehung und Sozialisation im familiären Kontext bis hin zu politischen Entscheidungen. Letzteres betrifft in der Vergangenheit z.B. die Stadtplanung, die zu wenig Raum für Bewegungs- und Freizeitaktivitäten lässt (vgl. Sassi 2010, S. 18; Mühlbacher/Bethge/Gräber 2011, S. 14-15). Zusätzlich zu einer übermäßigen Energieaufnahme und Bewegungsmangel, können auch genetische Dispositionen einen Faktor bei der Entwicklung von Übergewicht und Adipositas darstellen. Die Einflussmöglichkeiten zeichnen sich in diesem Zusammenhang als sehr komplexes Feld aus und sollen der Vollständigkeit halber nur im kleinen Rahmen Erwähnung finden. So können genetische Dispositionen z.B. einen Einfluss auf die Energieaufnahme und -speicherung, die Geschmacksvorlieben, den Energieverbrauch, das Sättigungs- und Hungergefühl und die Fettverteilung haben (vgl. Mühlbacher/Bethge/Gräber 2011, S. 12). Eine wichtige, einflussreiche Rolle nehmen dabei vor allem Mütter im pränatalen Zeitraum ein (vgl. Wirth 2013, S. 59). Übergewicht und Adipositas können auch Folge anderer Erkrankungen oder Medikamente²⁰ sein, die im Rahmen dieser Arbeit jedoch nicht näher erläutert werden sollen.

Abschließend ist festzuhalten, dass eine anhaltende positive Energiebilanz, gefördert durch das vielfältige, ständig verfügbare Angebot von energiereichen, stark zucker- und fetthaltigen Nahrungsmitteln und Getränken, *eine* kausale Ursache zur Entwicklung von Übergewicht und Adipositas darstellt. Dies bestätigen Studien mit verschiedenen Forschungsdesigns der letzten Jahre²¹. Diese Annahme bildet die Grundlage zur beispielhaften Anwendung des Verursacherprinzips in Form von zusätzlicher Besteuerung Übergewicht und Adipositas fördernder Lebensmittel unter Kapitel 4.

3.2.3. *Physische und psychische Risiken*

So komplex wie die Ursachen von Übergewicht und Adipositas sind auch die möglichen Folgen, die sowohl physisch als auch psychisch ausfallen können. Aufgrund der teilweise bestehenden *Multimorbidität*²² ist „the lifespan of an obese person is up to 8-10 years shorter (for a BMI of 40-45) than that of a normal-weight person (...). An overweight person of average height will increase their risk of death by approximately 30% for every additional kilograms of weight“ (Sassi 2010, S. 15). Die Reduzierung der Lebenszeit ist beispielsweise einem zwei bis fünffach erhöhten Risiko für Diabetes mellitus Typ II,

²⁰ - zusätzliche Informationen zu Übergewicht und Adipositas als Syndrom und weiteren Ursachen siehe Wirth/Hauner 2013, S. 49-53 u. 107-111

²¹ - siehe z.B. Binkley/Eales/Jekanowski 2000; Ludwig/Peterson/Gortmaker 2001; Bowman/Vinyard 2004 oder Malik/Schulze/Hu 2006

²² - gleichzeitiges Bestehen mehrerer Erkrankungen (vgl. Pschyrembel 2012, S. 1369)

Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie Hypertonie, Herzinsuffizienz, Herz- oder Hirninfarkte, Gallensteine, die Entwicklung einer Fettleber sowie bestimmten Krebsarten wie Pankreas-, Kolon-, Nieren- oder Brustkrebs geschuldet. Zusätzlich neigen Übergewichtige und Adipöse durch das erhöhte Körpergewicht besonders im Rücken-, Hüft-, Knie- und Sprunggelenksbereich zur Entwicklung von Muskel-Skelett-Beschwerden, die den Alltag stark einschränken können. Auch Kurzatmigkeit, Hautleiden und eine geminderte Sexualfunktion können mögliche Folgen darstellen. Das generelle Risiko für Folgeerkrankungen erhöht sich mit steigendem BMI, besonders betroffen sind daher Personen im adipösen Bereich (vgl. Mühlbacher/Bethge/Gräber 2011, S. 16-17; Wirth/Hauner 2013, S. 176 ff.).

Neben den somatischen Risiken kann es auch zu psychischen Folgen kommen. Der psychosoziale Leidensdruck wird teilweise sogar stärker empfunden als die körperlichen Symptome (vgl. Wirth 2003, S. 25). Betroffene erfahren durch ein gesellschaftlich deklariertes Idealbild Diskriminierungen und Stigmatisierungen im Alltag. Nach einer großen (N = 10.039) und langfristigen Studie von Gortmaker et al. (1993) bewirken Diskriminierungen u.a., dass „betroffene Personen weniger Jahre zur Schule gehen, seltener auf favorisierten Schulen angenommen werden und nicht den erwünschten Beruf erlernen. Darüber hinaus sind übergewichtige Frauen seltener verheiratet, haben ein geringes Einkommen und eine größere Gefahr der Armut. Männer hatten ebenfalls geringere Heiratschancen“ (Mühlbacher/Bethge/Gräber 2011, S. 31; vgl. Gortmaker et al. 1993). Zusätzlich können sich Situationen, in denen man durch körperliche Einschränkungen nicht an sozialen Aktivitäten teilnehmen kann, belastend auswirken. Zusammen bergen diese Faktoren ein Risiko für soziale Isolation und die Entwicklung einer Depression. Unter psychischen Problemen leiden dabei besonders junge Frauen (vgl. Wirth 2003, S. 25; Mühlbacher/Bethge/Gräber 2011, S. 30-31).

Zusammenfassend haben sowohl die Physis als auch Psyche einen Einfluss auf die empfundene *Lebensqualität*²³. „Die Betrachtung (...) ist von essentieller Bedeutung, da ihr das Potential zugeschrieben wird, den tatsächlichen Krankheitswert der Erkrankung Adipositas besser abzubilden als die Mortalität. Der Grund liegt darin, dass viele mit ihr verbundene Krankheiten weniger Einfluss auf die Sterblichkeit haben, aber dafür auf die empfundene beziehungsweise tatsächliche Lebensqualität“ (Mühlbacher/Bethge/Gräber 2011, S. 27). Die reduzierte Lebensqualität, die Übergewichtige und Adipöse durch eingeschränkte körperliche Funktionen sowie psychische Belastungen wie Diskriminierungen empfinden, zeigt sich durch eine Studie der TU München aus dem Jahr 2009. Dabei wurde die Lebensqualität adipöser Menschen (BMI \geq 30; N = 505) anhand von Items wie ‚psychisches Wohlbefinden‘, ‚körperliche Funktionsfähigkeit‘ oder auch ‚soziale Funktionsfähigkeit‘ mit Angaben einer normalgewichtigen Population verglichen. Zusätzlich wurden die Parameter vor und nach einer gewichtsreduzierenden Intervention erfragt. Die Ergebnisse zeigten eine in allen Bereichen schlechtere lebensqualitätsbezogene Bewertung adipöser gegenüber normalgewichtiger Personen. Weiterhin minderte sich die empfundene Lebensqualität mit steigendem BMI sukzessive. Auch in dieser Studie zeigten Frauen eine deutlich

²³ - auf diese haben laut Definition der WHO nicht nur die zwei genannten Faktoren Einfluss, sondern zusätzlich der Grad der Selbstständigkeit, die Umwelt bzw. Lebenswelt der Person, soziale Beziehungen und religiöse, spirituelle sowie persönliche Lebensgrundsätze (vgl. WHO 1997, S. 4)

höhere psychische Belastung gegenüber Männern. Die Befragung nach einer durchgeführten gewichtsreduzierenden Intervention zeigte eine Verbesserung der empfundenen Lebensqualitätsparameter (vgl. Röhling 2009, S. 23, 26 und 83).

3.3. Wirtschaftliche und gesellschaftliche Kosten

Aufgrund der Komplexität der Folgen von Übergewicht bzw. insbesondere Adipositas, sind auch die wirtschaftlich bzw. gesellschaftlich entstehenden Kosten nicht einfach zu umreißen. Zur Vereinfachung kann man diese in drei Arten einteilen: direkte, indirekte und intangible Kosten. Diese Kostenzuweisung thematisiert die folgende Tabelle (Tab.6) an Hand von Beispielen.

Art der Kosten	Zuweisung
Direkte Kosten (Ressourcenverbrauch)	→ diagnostische, therapeutische, präventive und rehabilitative Kosten
Indirekte Kosten (Ressourcenverlust)	→ Kosten durch Arbeitsunfähigkeit → Kosten durch vorzeitige Berentung und vorzeitigen Tod → geringere berufliche Aufstiegschancen → Zeitaufwand der Angehörigen für die Versorgung des Erkrankten
Intangible Kosten	→ psychische und soziale Auswirkungen (verminderte Lebensqualität) → Befindlichkeitsstörungen und Schmerzen

Tab.6: Kostenartenzuweisung der Adipositas; Quelle: Mühlbacher/Bethge/Gräber 2011, S. 47

Direkte Kosten werden durch die Behandlung von Übergewicht und Adipositas selbst (Ernährungsberatung, Bewegungsprogramme, operative Therapien) und deren Folgeerkrankungen gebildet. Als *indirekte Kosten* werden Ausgaben bezeichnet, die beispielsweise für frühzeitige Berentungen oder Arbeitsproduktivitätsverluste anfallen. Die Minderung der Lebensqualität und Befindlichkeitsstörungen werden unter dem Bereich *intangible Kosten* zusammengefasst (vgl. Mühlbacher/Bethge/Gräber 2011, S. 47).

Die ökonomischen Konsequenzen lassen sich mithilfe von monetären Werten am eindeutigsten darstellen. Die Angaben in der Literatur variieren dabei, da eine klare Kostenzuordnung in jedem Bereich nicht ohne weiteres umsetzbar ist. Laut Studien aus dem Jahr 2003 fielen ca. 13 Mrd. € für Behandlungskosten in Folge von Übergewicht und Adipositas an. Davon ist nur etwa 1% der direkten Adipositasbehandlung zuzuschreiben; der Rest fällt den Folgeerkrankungen zu. Nach Berechnungen bedeutet dies ca. 1000 € Mehrkosten für eine Person mit Adipositas pro Jahr (vgl. Wirth/Hauner 2013, S. 42). Der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) zufolge kosteten Adipositas und dessen Folgeerkrankungen das deutsche Gesundheitssystem im Jahr 2010 ca. 17 Mrd. € (vgl. DGE 2013, S. 1). Zum Vergleich: die Ausgaben für den Gesamtbereich Prävention und Gesundheitsförderung lagen im Jahr 2010

bei knapp 11 Mrd. € (siehe Tab.2). Eine weitere Berechnung von Effertz, Linder und Verheyen (2013) anhand von gesetzlichen Krankenversicherungsdaten ergab Kosten von ca. 20 Mrd. € pro Jahr bezogen auf eine Prävalenz von 16 Mio. Betroffenen in Deutschland (vgl. Effertz/Linder/Verheyen 2013). Die Angaben aus den Jahren 2003, 2010 sowie 2013 beziehen dabei lediglich die direkten Kosten ein. Trendrechnungen der WHO zufolge, sollen sich bis 2020 die indirekten und direkten Kosten auf fast 26 Mrd. € erhöhen (vgl. Thelen 2013, S. 34-35). Die steigende Tendenz der Betroffenenzahlen schlägt sich demzufolge auch in wachsenden Kosten nieder, die einen erheblichen Teil der Gesamtausgaben des Gesundheitswesens bilden. Direkte als auch indirekte Kosten werden u.a. durch gesetzliche Krankenversicherungsbeiträge oder auch Steuermittel finanziert. Damit trägt die Gesellschaft Kosten für ein Gesundheitsrisiko, dass durch einen gesünderen Lebenswandel stark minimierbar wäre. Gerade im Hinblick auf den demografischen Wandel und steigende Ausgaben, die z.B. im Pflegesektor anfallen werden, ist eine Verringerung solch vermeidbarer Kosten ein sinnvoller und wichtiger Schritt.

Wie in den vorangegangenen Punkten ersichtlich, zeichnet sich Übergewicht und Adipositas in Deutschland durch eine hohe Inzidenz und Prävalenz im Kindes-, Jugend- sowie Erwachsenenalter als eines der „bedeutendsten Gesundheitsprobleme und Kostenfaktoren“ (Mühlbacher/Bethge/Gräber 2011, S. 53) ab. Der Gesundheitssektor und auch die Politik sind in der Pflicht neue Lösungsansätze zu erörtern. Hier besteht die Möglichkeit Gesundheitsförderung und Prävention stärker einzubeziehen, um Übergewicht und Adipositas schon von Beginn an – also primärpräventiv – entgegenzuwirken. Im folgenden Kapitel soll eine Idee vorgestellt werden, wie durch politischen Eingriff eine gesündere Ernährung unterstützt, neue Finanzmittel für Gesundheitsförderung und Prävention generiert und damit der Bevölkerung insgesamt ein gesünderer Lebensstil näher gebracht werden könnte.

4. Zusätzliche Lebensmittelbesteuerungen als Public-Health-Finanzierungsoption

„Gesundheitspolitik erfreut sich [im Allgemeinen, Anm. d. Verf.] einer großen Aufmerksamkeit in Wissenschaft, Politik und Öffentlichkeit“ (Rosenbrock/Gerlinger 2014, S. 13), jedoch wurde in Abschnitt 2.1. aufgezeigt, dass der Stellenwert von Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland bisher zu gering ausfällt. Zusätzlich thematisierte die Ausarbeitung in Kapitel 3 mit Übergewicht und Adipositas einen Risikofaktor, an den in Deutschland erhebliche gesundheitliche und wirtschaftliche Folgen gekoppelt sind. Diese zwei Problemfelder stellen die Basis für eine beispielhafte Idee eines politischen Eingriffs, der Inhalt des folgenden Kapitels ist. Hierbei findet das Verursacherprinzip durch die zusätzliche Besteuerung von Übergewicht und Adipositas fördernden Lebensmitteln Anwendung. Die gewonnenen Steuermittel sollen eine zweckgebundene Verwendung für den Bereich Gesundheitsförderung und Prävention erfahren, durch die sowohl Maßnahmen speziell gegen Übergewicht, als auch im Allgemeinen zur Förderung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils umgesetzt werden könnten.

Im Folgenden werden die Grundlagen des deutschen Besteuerungswesens erläutert und auf die Möglichkeit einer zweckgebundenen Steuer hin analysiert. Im Anschluss soll die politische Maßnahme der zusätzlichen Lebensmittelbesteuerung – als international bestehender staatlicher Eingriff – an Hand von länderspezifischen Beispielen vorgestellt und deren Vor- und Nachteile untersucht werden.

4.1. Das deutsche Besteuerungswesen – Option einer zweckgebundenen Steuer?

Steuern sind in Deutschland laut Abgabenordnung § 3 Abs. 1 als „Geldleistungen, die nicht eine Gegenleistung für eine besondere Leistung darstellen und von einem öffentlich-rechtlichen Gemeinwesen zur Erzielung von Einnahmen allen auferlegt werden (...)“ (AO 2013), definiert. Sie stellen damit eine Zwangsabgabe dar, die dem Bürger bzw. der Bürgerin von Bund, Ländern oder Kommunen abverlangt werden kann. Dafür kann, wie gesetzlich festgeschrieben, weder eine direkte Gegenleistung erwartet, noch die Abgabe verweigert werden, wenn mit deren Verwendung nicht konform gegangen wird. Im Gegenzug partizipiert die Bürgerschaft jedoch u.a. von öffentlichen Bildungsmöglichkeiten, dem Gesundheitswesen, öffentlicher Infrastruktur, innerer und äußerer Sicherheit sowie der sozialen Absicherung, die über die erhobenen Mittel finanziert werden. Neben Steuern bestehen weitere staatliche Abgaben wie beispielsweise Eintrittsgelder oder Bearbeitungsgebühren, für die im Gegensatz eine Leistung erhalten wird. Auch Beiträge sind eine Abgabemöglichkeit, bei denen „Kosten für Leistungen, die einer bestimmten Bevölkerungsgruppe zu Gute kommen, auf diese gesamte Gruppe umgelegt“²⁴ (Hacke 2012, S. 5) werden. Die Wurzeln des deutschen Besteuerungswesens sind bis ins frühe Mittelalter zurück verfolgbar; in den damaligen Kopfsteuern kann man beispielsweise die heutige Einkommensteuer erkennen. Die Idee, private Finanzmittel zur Erfüllung öffentlicher Aufgaben oder Vermögensumverteilung zu nutzen, ist bei entwickelten Zivilisationen²⁵ sogar schon seit dem 3. Jahrtausend vor Christus belegbar (vgl. Hacke 2012, S. 4-5 u. 12).

²⁴ - z.B. Beiträge der Sozialversicherungen wie z.B. Kranken-, Unfall-, Arbeitslosen- oder Pflegeversicherung

²⁵ - „Zivilisation im Sinne von geordnetem Zusammenleben, Versorgung von außen und gegenseitiger Unterstützung bildete die Grundlage“ (Hacke 2012, S. 12) für die Idee einer Steuer als Teil des Gemeinwesens

„Welche Steuern erhoben werden und was damit gemacht wird, entscheiden die in einem Staat dafür berufenen Organe. In Demokratien sind das die jeweiligen Parlamente. Damit wird die politische Brisanz von Steuern deutlich. Einerseits werden die Bürger eines Landes gezwungen, Steuern zu zahlen. Andererseits profitieren sie aber auch von dem, was der Staat mit den Steuern macht“ (Adam 2013, S. 22). In Deutschland existieren derzeit 40 verschiedene Steuern, deren Einteilung unter verschiedensten Kriterien möglich ist. Zum einen kann eine Differenzierung nach dem Empfänger (Bund, Länder, Kommunen) der Steuermittel erfolgen, zum anderen über den Träger der Steuerlast – sog. direkte oder indirekte Besteuerung. Die gebräuchlichste Form ist die Einteilung nach dem zu besteuerten Gegenstand (vgl. Hacke 2012 S. 22). Diese wird anhand der folgenden Tabelle (Tab.7) inklusive Beispielen dargestellt.

Gegenstand der Besteuerung	Beispiele
Besitzsteuer – Besteuerung von Einkommen und Vermögen	<ul style="list-style-type: none"> → Einkommen- und Kapitalertragsteuer → Gewerbeertragsteuer → Erbschaftsteuer → Grundsteuer → Kirchensteuer
Verkehrssteuer – Besteuerung von Vorgängen des Rechts- und Wirtschaftsverkehrs	<ul style="list-style-type: none"> → Umsatzsteuer (Mehrwertsteuer) → Kraftfahrzeugsteuer → Rennwett- und Lotteriesteuer → Spielbankenabgabe → Versicherungssteuer → Feuerschutzsteuer
Verbrauchssteuern – Besteuerung des Ver- oder Gebrauchs von Waren	<ul style="list-style-type: none"> → Branntweinsteuer → Biersteuer → Energiesteuer → Stromsteuer → Tabaksteuer → Kaffeesteuer

Tab.7: Einteilung der Steuerarten in Deutschland nach dem Gegenstand der Besteuerung; Quelle: Hacke 2012, S. 22; Adam 2013, S. 37

Die dem Ertrag nach wichtigste Steuer in Deutschland ist die Umsatz- oder auch Mehrwertsteuer, die eine Verkehrssteuer bildet, in ihrer wirtschaftlichen Wirkung aber eher eine Verbrauchsteuer darstellt. Im Jahr 2012 fielen ca. 33% der gesamten Steuereinnahmen auf diesen Bereich, was 194,6 Mrd. € ausmachte (vgl. Adam 2013, S. 32-33). Der generelle Mehrwertsteuersatz beträgt derzeit 19%. Darüber hinaus besteht ein ermäßigter Satz von 7% für bestimmte Güter des alltäglichen Lebens wie u.a. für fast alle Lebensmittel (vgl. Hacke 2012, S. 30). Auf die genaue Zuordnung der Güter zu den Prozentsätzen und die Erläuterung von Ausnahmen²⁶ wird auf Grund des begrenzten Rahmens der Arbeit verzichtet.

²⁶ - für detaillierte Informationen zu Mehrwertsteuersätzen und Ausnahmen siehe z.B. Hacke 2012, S. 30-31

Neben der nicht bestehenden Gegenleistung für die Zahlung von Steuern besteht in Deutschland die generelle gesetzliche Festlegung, dass Steuern weder willkürlich noch zweckgebunden erhoben werden dürfen. Ersteres betrifft nicht nur die Steuerpolitik, sondern den gesamten demokratischen Rechtsstaat. Die fehlende Zweckgebundenheit ist rechtlich festgesetzt worden, da die gesamten staatlichen Einnahmen allen Haushaltsausgaben bzw. -bereichen dienen sollen (vgl. ebd., S. 5). Diese gesetzliche Regelung würde es daher nicht vorsehen, dass steuerliche Mehreinnahmen durch eine zusätzliche Lebensmittelbesteuerung von Übergewicht und Adipositas fördernden Lebensmitteln direkt in den Bereich Prävention und Gesundheitsförderung fließen könnten. In einem zukünftig bestehenden Präventionsgesetz würde jedoch die Festlegung eines bereichsbezogenen Haushaltsetats möglich sein, der die aktuellen Mittel übersteigt und Mehreinnahmen durch die zusätzliche Besteuerung einkalkulieren könnte. Einen ähnlichen Vorschlag gab 2008 die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. in Bezug auf mögliche zusätzliche Mittel aus der Tabak- und Alkoholbesteuerung, als erneut ein Ansatz für ein Präventionsgesetz zur politischen Debatte stand (vgl. BVPG 2008, S. 4). Zusätzlich bestehen z.B. beim Alkopopsteuergesetz Paragraphen, die eine Aufkommensverwendung festlegen. So soll das Netto-Mehreinkommen²⁷ in diesem Beispiel zur Finanzierung von Suchtprävention durch die BZgA genutzt werden (vgl. AlkopopStG 2010, § 4).

Nach einem groben Abriss des deutschen Steuersystems, soll im folgenden Unterkapitel die Idee der zusätzlichen Lebensmittelbesteuerung als Anwendung des Verursacherprinzips vorgestellt und dessen Vor- und Nachteile analysiert werden. Dieses politische Instrument findet bereits in unterschiedlicher Form Anwendung und soll anhand von länderspezifischen Beispielen erläutert werden.

4.2. Zusätzliche Lebensmittelbesteuerungen als Anwendung des Verursacherprinzips im Gesundheitswesen

Das Verursacherprinzip (im Engl. *„polluter pays principle“*) ist ursprünglich ein Instrument der Umweltpolitik, bei dem die Verursacher von Umweltbelastungen – faktisch eine negative Externalität – die daraus entstehenden Kosten tragen sollen. Der Begriff findet seit Anfang der 1970er Jahre Anwendung, die Idee ist aber deutlich älter. So schlug schon Arthur Cecil Pigou 1920 eine Besteuerung der Verursacher vor (*Pigou-Steuer*), die zur wirtschaftlichen Einkalkulierung und, daraus resultierend, zur Minderung negativer Effekte führen soll (vgl. Biermann et al. 2003, S. 2). Heute findet das Verursacherprinzip in Deutschland politisch über diverse sog. *Umweltabgaben*²⁸ Anwendung.

Die Idee des Verursacherprinzips wurde international jedoch bereits – außerhalb des umweltpolitischen Rahmens – im Gesundheitssektor genutzt. So bestehen beispielsweise in Neuseeland, Slowenien, Thai-

²⁷ - laut AlkopopStG § 4 (2010) ergibt sich das Netto-Mehreinkommen „aus der Differenz zwischen dem Aufkommen der Alkopopsteuer und den Mindereinnahmen bei der Branntweinsteuer, die sich durch die Einführung der Alkopopsteuer ergeben“

²⁸ - „Abgabe, die für die Nutzung der natürlichen Umwelt und Ressourcen erhoben wird. Durch eine Umweltabgabe wird der Verursacher der Umweltschäden belastet (Verursacherprinzip). Um Abgaben zu vermeiden, muss er Umweltbelastungen verhindern und sich umweltgerechter verhalten“ (Gabler Kompakt-Lexikon Wirtschaft 2013, S. 439). Als weitere Beispiele können auch die KFZ-, Energie- oder Stromsteuer gelten (vgl. Hacke 2012, S. 32-33).

land, Australien sowie in einigen Bundesstaaten der USA vielfältige Steuern auf Tabak- und Alkoholprodukte, die zweckgebunden für den Bereich Gesundheitsförderung und Prävention eingesetzt werden (WHO 2004b, S. 68-72). Die folgenden Unterkapitel zeigen die Anwendungsmöglichkeit des Verursacherprinzips im Lebensmittelbereich, deren derzeitige internationale Verbreitung sowie Vor- und Nachteile. Im direkt folgenden Abschnitt wird eine Auswahl grundsätzlicher Problemfelder vor einer Implementierung dieser Art Besteuerung vorgestellt.

4.2.1. *Zusatzbesteuerungen von Lebensmitteln als Lenkungsinstrument – vorausgehende Überlegungen*

Eine Steuer kann vielfältigen Zwecken dienen bzw. unterschiedliche Wirkungen hervorrufen. Allgemein kommt ihr, wie bereits erwähnt, eine Finanzierungsfunktion der Haushaltsausgaben in Deutschland zu. Weiterhin kann eine Besteuerung aber auch zur Vermögens- und Einkommensumverteilung oder Lenkung dienen (vgl. Ministerium der Finanzen Land Brandenburg 2013). Beispiele für den letzten Punkt sind z.B. die Tabak- oder Alkopopsteuer, die zusätzlich zur Mehrwertsteuer auf die Produkte erhoben werden. Auch die Option der erweiterten Lebensmittelbesteuerung wäre der Reihe von Steuern mit Lenkungsfunktion zugehörig. Zunächst soll aber darauf eingegangen werden, warum ein politischer Eingriff dieser Art eine Option darstellt.

„Das Konsumverhalten mündiger Bürger sollte nicht Ziel politischer Intervention sein, da die Konsumenten in ihren Entscheidungen als souverän gelten“ (Richter 2005, S. 4). Dieser Souveränität liegt die volkswirtschaftliche Verhaltenstheorie des ‚*homo oeconomicus*‘ zugrunde. Danach entscheidet der Konsument bzw. die Konsumentin immer rational; folglich bestehen umfassende Informationen und Kenntnisse über die besten Entscheidungen und deren Folgen (vgl. Mankiw/Taylor 2008, S. 551-553). Forschungen der Verhaltensökonomik und Psychologie zeichnen mittlerweile ein anderes Bild – so auch im Bereich des Ernährungsverhaltens. Durch Brunello et al. wurde beispielsweise 2009 in einer Studie zur Verbreitung von Adipositas in Europa aufgezeigt, dass Personen sich der Folgen ungesunder Ernährung langfristig bewusst sind, dieses Wissen jedoch bei kurzfristigen Entscheidungen ausblenden (vgl. Brunello et al. 2009; Schnellenbach 2011, S. 448-449). Der Ansatz des ‚*staatlichen Paternalismus*‘, d.h. in welchem Umfang der Staat politisch in das Verhalten der Bevölkerung in Bezug auf deren Wohlergehen – aber ohne die Berücksichtigung ihrer Zustimmung oder Ablehnung – eingreifen sollte, wird im Diskussionsteil erneut aufgegriffen (vgl. Dlugosz 2012, S. 1-2).

Ein zusätzlicher Aspekt, weshalb der Fokus auf die Entstehungsverhinderung von Übergewicht und Adipositas gelegt werden sollte, ist der langwierige Prozess der Gewichtsreduktion. Dabei müssen diverse Faktoren wie eine alltagsnahe Schulung, eine permanente Betreuung, ein personenbezogenes maßgeschneidertes Konzept sowie ein realistisches Ziel berücksichtigt werden. Eine große Rolle spielt zusätzlich die Unterstützung des sozialen Umfeldes und nicht zuletzt ein hoher Grad an Eigenmotivation und -verantwortung (vgl. Wirth/Hauner 2013, S. 262). Programme werden dabei von verschiedenen Institutionen stationär oder ambulant angeboten. Im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen

bestehen beispielsweise ambulante Programme wie *M.O.B.I.L.I.S.*²⁹, welches über eine Dauer von 12 Monaten läuft, aus Bewegungseinheiten, Gruppensitzungen und ärztlicher Betreuung besteht und bei dem die Kosten bei regelmäßiger Teilnahme zu 75% von der BARMER GEK für deren Versicherte übernommen werden (vgl. BARMER GEK 2014, S. 24). Der Versuch der Gewichtsabnahme wird jedoch häufig ohne professionelle Betreuung im privaten Umfeld durchgeführt. Die zahlreichen Diätvariationen, die durch die Medien beworben werden, bringen meist nur einen kurz andauernden Erfolg, da die Ernährungs- und Lebensweise nicht dauerhaft verändert werden (vgl. Wechsler 2003, S. 246). Die radikalste Form der Gewichtsreduktion ist der chirurgische Eingriff z.B. mittels Magenband oder Magenbypass. Diese ist bei Faktoren wie einem BMI ≥ 40 , ausgeprägten Folgeerkrankungen oder ausgeschöpften konservativen Therapieformen indiziert. Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) beurteilt diese Eingriffe als kosteneffektiv, sicher und wirksam, jedoch ist eine engmaschige ärztliche Betreuung und dauerhafte Anpassung des Ernährungsverhaltens unverzichtbar (vgl. Wirth/Hauner 2013, S. 332, 334 u. 348). Abschließend ist anzumerken, „dass es einer lebenslangen Intervention bedarf, um eine erneute Gewichtszunahme weitestgehend zu vermeiden“ (Böhler/Dziuk 2010, S. 165). Teilweise kommt es jedoch nicht zum Schritt der Gewichtsreduktion, da die Betroffenen ihr Übergewicht noch nicht als problematisch genug ansehen. In diesem Zusammenhang nennt Hans-Jörg Klein, Geschäftsführer des Moby Dick Netzwerkes in Hamburg, im persönlichen Interview den Begriff der ‚Amerikanisierung‘. Dem zufolge wird Übergewicht als eine Art Normalität angesehen, da meist nicht nur der oder die Betroffene, sondern das gesamte soziale Umfeld ein erhöhtes Körpergewicht aufweist. Diese Entwicklungen zeigen sich – in Bezug zur Begrifflichkeit – insbesondere in den USA, wo nach Hans-Jörg Klein mittlerweile Verbände mit wissenschaftlichem Hintergrund entstehen, die durch Studien die Ungefährlichkeit von Übergewicht darstellen wollen (vgl. Klein 2014).

Im Zusammenhang der erweiterten Lebensmittelbesteuerung findet häufig auch die Tabaksteuer eine vergleichende Erwähnung. Diese dient grundsätzlich der Erhöhung des Steueraufkommens, soll aber auch zur Reduzierung des Tabakkonsums führen (vgl. Umwelt- und Prognose Institut 2010). Der Konsum von Tabakerzeugnissen ist generell im Bereich der Genussmittel anzusiedeln. Lebensmittel sind dagegen Güter des alltäglichen Gebrauchs; obwohl beispielsweise Süßwaren auch ein Genussmittel darstellen können. Die Tabaksteuer bezieht sich zusätzlich lediglich auf einen begrenzten Bevölkerungsteil (Tabakkonsumenten und -konsumentinnen), hingegen ist durch eine Lebensmittelsteuerung die gesamte Gesellschaft betroffen. Der Tabakwarenkonsum kann weiterhin generell als gesundheitsschädlich eingestuft werden; im Bereich der Lebensmittel ist diese Aussage nicht generalisierbar (vgl. Snowdon 2013, S. 10-11). Daher ist zusammenfassend zu bemerken, dass beide Besteuerungsformen zwar eine lenkende Funktion inne haben können, ein direkter Vergleich jedoch problematisch ausfallen kann.

Um langwierige Maßnahmen zur Gewichtsreduktion und Folgeerkrankungen von vornherein zu vermeiden, wäre der Ansatz der zusätzlichen Besteuerung von Lebensmitteln, die Übergewicht und Adipositas fördern, eine zu erwägende Option. Dazu muss jedoch als Grundlage bestimmt werden, welche

²⁹ - Abkürzung für ‚multizentrisch organisierte bewegungsorientierte Initiative zur Lebensstiländerung in Selbstverantwortung‘

Lebensmittel im Detail besteuert werden. Im Punkt 3.2.2. wurde gezeigt, dass das vielfältige und ständig verfügbare Angebot von stark zucker- und fettreichen Lebensmitteln einen wichtigen Faktor bei der Entwicklung von Übergewicht und Adipositas spielt. Eine Besteuerung lediglich anhand der enthaltenen Grammzahl ist jedoch nicht immer zielführend. Im Bereich der Zucker und Fette muss, wie im Kapitel 3 bereits aufgezeigt, eine detaillierte Analyse der genauen Zusammensetzung mit einbezogen werden. Die Differenzierungen, ab welchem Fett- oder Zuckergehalt eine Besteuerung sinnvoll ist und bei welchen Produkten evtl. Ausnahmen getroffen werden müssen, ist folglich keine simple Aufgabe. In Deutschland bestehen jedoch zahlreiche Einrichtungen und Organisationen wie die Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V.³⁰, das Institut für Ernährungsforschung³¹ oder auch spezialisierte Fachrichtungen an Universitäten und Hochschulen, die durch jahrelange Forschung über ein breites Wissensspektrum im Bereich der Ernährung verfügen. Durch die Möglichkeit eines kooperativen Projektes verschiedenster Akteure könnten die ernährungsbezogenen Grundlagen für eine zusätzliche Lebensmittelbesteuerung gelegt werden. Der Komplexität der Thematik geschuldet, kann diese Arbeit folglich keine detaillierte Einteilung gesunder und ungesunder Lebensmittel vornehmen.

Zusätzlich zur Aufgabe der Bestimmung der zu steuernden Lebensmittel, muss über einen geeigneten Steuersatz nachgedacht werden. In diesem Zusammenhang ist auch die Betrachtung der *Elastizität*³² von Produkten sinnvoll. Die Konsumentennachfrage bei Grundnahrungsmitteln und präferierten Produkten ist tendenziell unelastisch. Beim Bestand von für den Käufer geeigneten Substituten bewegt sich die Nachfrage in den elastischeren Bereich (vgl. Sassi 2010, S. 152). Durch die mangelnde Datenlage kann nicht klar bestimmt werden, ab welcher Steuerhöhe der Konsument von seinen bestehenden Präferenzen abweicht. Zusätzlich ist keine eindeutige Aussage möglich, ob durch Subventionen vergünstigte, gesündere Lebensmittel tatsächlich als Substitut in Erwägung gezogen werden. Eine Analyse bestehender Studien zur Thematik zusätzlicher Lebensmittelbesteuerung von Thow et al. zeigte auch die Uneinigkeit der Experten bzw. Expertinnen zur geeigneten Höhe einer solchen Steuer. Die Angaben, um wieviel Prozent verschiedene Produkte verteuert werden sollen, reichen dort von 1%, u.a. für Fleischprodukte, bis 114% beispielsweise bei Fertiggerichten (vgl. Thow et al. 2010, S. 610-611).

Abschließend ist zu sagen, dass diverse Aspekte bedacht werden müssen, bevor eine Implementierung einer zusätzlichen Lebensmittelbesteuerung umgesetzt werden kann. Im vorangegangenen Abschnitt konnte lediglich eine Auswahl Erwähnung finden, die als wichtig erachtet wurde. Das Ziel des sich anschließenden Unterkapitels ist die Vorstellung von internationalen Anwendungsbeispielen einer zusätzlichen Zucker- oder Fettbesteuerung, die in ihrer Umsetzung sehr unterschiedlich ausfallen.

³⁰ - gegründet 1953 mit heutigem Hauptsitz in Bonn; zu 70% finanziert durch das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft, 30% durch Mitgliedsbeiträge und eigene Einnahmen; Arbeitsschwerpunkt: Auseinandersetzung mit diversen Ernährungsfragen und evtl. Forschungsbedarfen (vgl. DGE 2012)

³¹ - gegründet 1946 mit heutigem Hauptsitz in Potsdam-Rehbrücke; Stiftung des öffentlichen Rechts; Arbeitsschwerpunkt: Analyse molekularer Ursachen von ernährungsbedingten Erkrankungen + Entwicklung neuer Präventions-, Therapie- und Ernährungsempfehlungsstrategien (vgl. Deutsches Institut für Ernährungsforschung Potsdam-Rehbrücke 2014)

³² - „Die Preiselastizität der Nachfrage misst, wie die Nachfragemenge auf eine Preisänderung reagiert. Man bezeichnet die Nachfrage als elastisch, wenn Preisänderungen relativ große Mengenänderungen bewirken. Reagiert die Nachfragemenge kaum merklich auf Preisänderungen, so gilt die Nachfrage als unelastisch“ (Mankiw/Taylor 2008, S. 104)

4.2.2. Internationale Anwendungsbeispiele einer zusätzlichen Lebensmittelbesteuerung

Die Abbildungen im Unterkapitel 3.2.1. zeigen, dass Übergewicht und Adipositas nicht nur in Deutschland, sondern weltweit, verbreitet sind. Dies betrifft sowohl Industrienationen als mittlerweile auch Schwellen- und Entwicklungsländer. Gerade in letzteren besteht zunehmend eine sog. *double burden of disease*, nach der die Staaten sowohl von Unterernährung als auch – insbesondere im urbanen Raum – von Überernährung betroffen sind (vgl. WHO 2013a).

In die Kategorie der Schwellenländer mit einer hohen Übergewichts- und Adipositasprävalenz fällt Mexiko. Dort gelten ca. 67% der Männer sowie 72% der Frauen als übergewichtig; im Durchschnitt sind etwa 30% davon als adipös einzustufen. Damit stellt Mexiko fast die höchsten landesbezogenen Betroffenenzahlen weltweit (vgl. Sassi 2010, S. 60). Als Konsequenz wurde im Oktober 2013 u.a. eine Besteuerung von Lebensmitteln mit hoher Energiedichte gesetzlich verabschiedet, wie sie z.B. bei sehr fettreichen Produkten vorhanden ist. Dabei wird ab mehr als 275 Kilokalorien pro 100 Gramm eine Steuer in Höhe von 8% angesetzt. Zusätzlich werden auch zuckerhaltige Getränke besteuert. Pro Liter fallen dort ca. 0,06 € an Mehrkosten an (vgl. Martin/Cattan v. 29.10.2013; SPIEGEL ONLINE v. 01.11.2013). Jeder Mexikaner bzw. jede Mexikanerin trinkt pro Jahr durchschnittlich ca. 163 Liter an zuckerhaltigen Getränken; damit liegt das Land in diesem Bereich weltweit auf Platz 1 (vgl. Martin/Cattan v. 29.10.2013; WHO 2013b). Der seit 2012 amtierende mexikanische Präsident Enrique Peña Nieto kündigte zusätzlich zur eingeführten Steuer diverse Maßnahmen in der Gesundheitsbildung, im Bereich der Sportangebote oder auch verständlichere Lebensmitteletikettierungen an, die u.a. mit Hilfe der neuen monetären Mittel finanziert werden könnten (vgl. SPIEGEL ONLINE v. 01.11.2013). Die direkte Zweckgebundenheit fand jedoch keine Erwähnung.

Ein weiteres Beispiel für die zusätzliche Besteuerung von Lebensmitteln bildet Ungarn. In der Bevölkerung weisen bei den Frauen 48% ein Übergewicht und 18% Adipositas auf; bei den Männern liegen die Zahlen mit 58% (übergewichtig) und 20% (adipös) noch etwas höher (vgl. Sassi 2010, S. 60). Seit 2011 besteht die *Public Health Product Tax*, die u.a. salzige Snacks, Marmelade, Energydrinks, Produkte mit zugefügtem Zucker sowie Limonaden wie Cola besteuert. Die Steuersätze variieren dabei zwischen 0,02 € pro Liter bei zuckerhaltigen Getränken und bis zu 1,60 € pro Kilogramm bei Marmelade (vgl. EUGO Hungary 2013). Betroffen sind folglich Lebensmittel, die durch eine gesündere Alternative ersetzt werden können, nicht jedoch Grundnahrungsmittel (vgl. OECD 2012, S. 4). Eine evtl. Zweckgebundenheit der Steuermittel konnte nicht ermittelt werden.

Im Gegensatz zu Mexiko oder Ungarn, in denen sowohl Zucker als auch Fett besteuert werden, existieren Länder mit spezielleren Besteuerungsformen. Im Bereich der zusätzlichen Zuckerbesteuerung wird meist eine sog. *soda tax* erhoben, die sich auf zuckerhaltige Getränke beschränkt. Diese Art der Steuer existiert beispielsweise seit Anfang 2012 in Frankreich. Dort werden alle nicht alkoholischen Getränke mit zugefügtem Zucker oder Süßstoff wie Softdrinks (Cola, Tonic, Energydrinks etc.), Säfte sowie Wasser mit Geschmackszusatz mit zusätzlichen Kosten belegt. Effektiv bedeutet das eine Steuer von 7,16 € pro Hektoliter und damit ca. 0,11 € Mehrkosten bei einer 1,5 Liter Flasche (vgl. Berardi et al.

2013, S. 2). Die Mehreinnahmen werden nicht zweckgebunden genutzt und dienen tendenziell der Erhöhung des staatlichen Steueraufkommens (vgl. Snowdon 2013, S. 16).

Dänemark führte im September 2011 als damals erstes Land eine Steuer ein, die sich auf gesättigte Fettsäuren bezog. Daher war das wissenschaftliche, politische und mediale Interesse weltweit groß, weil auch andere Länder mit dem Gedanken dieser Steuerform spielten und deren Nutzen analysieren wollten. Die erwirtschafteten Mittel sollten zweckbezogen in den Gesundheitssektor fließen; dieses Vorhaben wurde jedoch kurz nach der Einführung verworfen, da das Steuereinkommen als zu instabil und fluktuierend eingeschätzt wurde. Gesetzlich wurde festgeschrieben, dass pro Kilogramm gesättigtem Fett ca. 2,14 € Steuern anfielen. Dies galt lediglich für Produkte, die generell über 2,3% gesättigtes Fett enthalten. Nach monatelangen Diskussionen wurde die Steuer bereits im November 2012 wieder abgeschafft (vgl. ebd., S. 8, 15 u. 18). Auf die Gründe dieses relativ kurzen Bestehens wird im anschließenden Unterkapitel 4.2.3. detailliert eingegangen.

Auch Finnland besteuert seit 2011 sowohl zuckerhaltige Getränke als auch Süßwaren. In Zahlen bedeutet dies Mehrkosten von 0,07 € pro Liter bei Softdrinks und 0,75 € pro Kilogramm bei Produkten wie Eis, Schokolade oder Bonbons (vgl. European Public Health Alliance 2012). Zusätzlich zu den genannten Staaten, bestehen auch in Norwegen oder verschiedenen pazifischen Inseln Formen der zusätzlichen Besteuerung von zuckerhaltigen Nahrungsmitteln und Getränken (vgl. Pomeranz 2011, S. 6). Diverse andere Länder haben in den letzten Jahren über zusätzliche Lebensmittelbesteuerungen in verschiedenster Form abgestimmt oder diskutiert. Darunter befinden sich z.B. Rumänien, Schweden, Großbritannien, Irland, Belgien oder Italien (vgl. OECD 2012, S. 4; European Public Health Alliance 2012).

Die USA zählt mit ca. 68% Übergewichtigen und etwa 34% Adipösen zu den Ländern mit den weltweit höchsten Betroffenenzahlen – dies ist im Hinblick auf eine Einwohnerzahl von ungefähr 317 Mio. ein bedenkliches Niveau (vgl. Sassi 2010, S. 60). In den USA besteht landesweit keine einheitliche Umsatzsteuer, wonach jeder Bundesstaat z.B. zuckerhaltige Getränke mit einem unterschiedlichen Steuersatz belegen kann. Dieser variiert zwischen 0%, z.B. in Arizona oder Nevada, und 7% beispielsweise in Mississippi oder Indiana (vgl. Bridging the Gap Program 2011). Diverse Initiativen in den einzelnen Bundesstaaten sowie der aktuelle Präsident Barack Obama unternahmen bereits Anläufe einer zusätzlichen Besteuerung zuckerhaltiger Getränke, um medizinische Kosten und die Betroffenenzahlen zu senken. Bisher scheiterten jedoch alle Versuche; zum Großteil durch das Veto bzw. den Einfluss der Getränkeherstellerindustrie (vgl. Stanford v. 13.3.2012). „Since the beginning of 2009, PepsiCo Inc. (...), Coca-Cola Co. (...) and the American Beverage Association have spent as much as \$70 million on lobbying and issue ads, according to the Center for Science in the Public Interest (...)“ (ebd.). Der Lobbyismus des Wirtschaftssektors spielt nicht nur in den USA eine große Rolle, sondern in jedem Land, in dem die Einführung einer zusätzlichen Lebensmittelbesteuerung zur Debatte steht³³. Im folgenden Abschnitt werden zusammenfassend die Vor- und Nachteile dieser Besteuerungsform analysiert und dabei Studien und verschiedenste Meinungen von Befürwortern und Gegnern mit einbezogen.

³³ - Beispiele siehe Middeke 2006, S. 2517; Riviera Côte d'Azur -Zeitung v. 07.10.2011; SPIEGEL ONLINE v. 01.11.2013; Snowdon 2013, S. 17

4.2.3. Vor- und Nachteile einer zusätzlichen Lebensmittelbesteuerung

Als wissenschaftliche Grundlage bestehen derzeit noch wenige Studien und Analysen über die Wirkung von zusätzlichen Lebensmittelbesteuerungen. Die Basis bilden dabei Computersimulationen, da langfristige Daten aufgrund der erst in den letzten Jahren eingeführten Besteuerungen noch nicht zur Verfügung stehen (vgl. Snowdon 2013, S. 13). So untersuchte 2013 die Studie von Berardi et al., ob es in Frankreich erst einmal zur vollständigen Umsetzung der Preiserhöhungen im Einzelhandel kam; über evtl. Auswirkungen auf das Konsumverhalten von zuckerhaltigen Getränken bestehen jedoch noch keine Aussagen (vgl. Berardi et al. 2013, S. 2). Im Jahr 2010 analysierten Thow et al. systematisch bestehende Studien zur Thematik der Besteuerung von Lebensmitteln im Kontext von Übergewicht und Adipositas. Ein Resultat ergab: „The findings support current recommendations that taxes and subsidies should be included as part of a comprehensive strategy to prevent obesity“ (Thow et al. 2010, S. 612). Zusätzlich wurde jedoch angemerkt, dass für detaillierte Aussagen reale Anwendungsdaten benötigt werden und die Methodik der analysierten Studien Schwächen aufwies (vgl. ebd.). Auch Maniadakis et al. führten 2013 eine systematische Analyse bestehender Arbeiten durch. Die Studien, die sich auf Wirkungen von Nahrungsmittel- oder Getränkesteuern bezogen, basierten erneut auf Simulationen oder Rückschlüssen von allgemeineren Analysen (generelle Wirkung von Steuern, Preisänderungen etc.). Als Schlussfolgerung wurde dargestellt, dass die Effektivität aufgrund der komplexen Einflussfaktoren und nur gering signifikanten *Outcomes*³⁴ fraglich ist sowie die Zusammenhänge von preisbeeinflussenden politischen Eingriffen, Adipositas und Public Health Auswirkungen (steigende Lebensqualität, Verbesserung der Physis und Psyche, etc.) genauer untersucht werden müssen (vgl. Maniadakis et al. 2013, S. 519). Als Resultat beider systematischen Analysen sollten aktuelle Anwendungsversuche wie z.B. in Mexiko oder Frankreich zeitgleich evaluiert werden, um zuverlässige Daten für zukünftige Studien zu generieren.

Anhand des Beispiels von Dänemark, bei dem der Versuch der zusätzlichen Lebensmittelbesteuerung von fettreichen Nahrungsmitteln nur 15 Monate andauerte, lassen sich einige Vor- und Nachteile sowie Verbesserungsmaßnahmen erläutern. Für die Darstellung weiterer Fakten werden diverse Expertenmeinungen einbezogen. Ein erster Vorteil, den diese Arbeit als Ausgangsidee zur Einführung derlei Besteuerung heranzieht, ist das Generieren neuer monetärer Mittel für den Bereich Gesundheitsförderung und Prävention. Auch in Dänemark war diese Verwendung anfänglich geplant, wurde jedoch zwecks der erwähnten Einnahmeninstabilität nach kurzer Zeit wieder verworfen. Wie bereits festgestellt, können Steuermittel in Deutschland nicht direkt zweckgebunden erhoben werden; der finanzielle Ausbau des Bereiches ist durch ein erhöhtes Steueraufkommen jedoch generell möglich. Zusätzlich wären ähnliche Regelungen wie bei der Alkopopsteuer denkbar. Potentielle Verwendungsoptionen neu gewonnener Mittel und die daraus resultierenden Vorteile für die Gesellschaft sind Thema des 5. Kapitels.

Einen weiteren positiven Aspekt kann die Besteuerung in Bezug zur Gewichtsreduktion und potentiellen Inzidenz- und Prävalenzsenkung bilden, indem ein gesünderes Ernährungsverhalten gefördert bzw.

³⁴ - z.B. die Reduzierung des BMI, der Energiebilanz oder des Körpergewichts

evtl. erleichtert wird und durch gezielte Maßnahmen ein dauerhaft gesundheitsförderlicher Lebensstil forciert werden könnte. Aufgrund bislang fehlender Evaluationsergebnisse derzeitig laufender Anwendungsversuche, kann diese These jedoch weder verifiziert noch falsifiziert werden.

Neu eingeführte Steuern erzeugen in der Bevölkerung ein tendenziell negatives Meinungsbild und damit einen nachteiligen Effekt, da mit der Thematik zumeist die Minimierung der privaten monetären Mittel assoziiert wird (vgl. Adam 2013, S. 20). Das Mediengeschehen hat einen zusätzlichen Einfluss auf die Bürger und Bürgerinnen eines Landes. In Dänemark wurden im Zusammenhang mit der eingeführten Besteuerung in der Presse vermehrt Wörter wie ‚niederträchtig‘ oder ‚verhasst‘ genutzt, was das gesellschaftliche Bild eines derartigen Eingriffs negativ beeinflussen kann (vgl. Snowdon 2013, S. 30). Wird von Seiten der Politik aber von vornherein eine Verwendung der Steuermittel für gesundheitsförderliche und präventive Maßnahmen aufgezeigt, von denen die gesamte Gesellschaft profitiert, kann das der Legitimierung zuträglich sein und die Akzeptanz in der Bevölkerung steigern (vgl. Pomeranz 2011, S. 7). Voraussetzung ist selbstredend die tatsächliche Umsetzung der Vorhaben.

Ein weiterer nachteiliger Effekt dieser Steuerform bezieht sich auf die Verteilungsgerechtigkeit finanzieller Mittel in der Bevölkerung. „It is argued that since the poor spend a greater proportion of their income on food (...), and in particular on unhealthy cheaper food, there is a risk that a junk food tax may be regressive. This (...) seems all the more problematic, as obesity is already associated with social exclusion and inequalities“ (Alemanno/Carreño 2013, S. 7). Regressivität bedeutet in diesem Kontext, dass Bürger bzw. Bürgerinnen mit einem höheren Einkommen einen geringeren Anteil ihrer zur Verfügung stehenden Mittel zum Kauf von Lebensmitteln aufwenden müssen als die Bevölkerungsgruppe mit einem niedrigeren Einkommen (vgl. Mankiw/Taylor 2008, S. 287). Zusätzlich greift das Zitat noch den Aspekt auf, dass billigere und ungesündere Lebensmittel vermehrt von der sozioökonomisch niedrigeren Schicht konsumiert werden. Im Punkt 3.2.1. zeigten die Ergebnisse, dass sich u.a. diese Bevölkerungsgruppe auch durch hohe BMI-Werte charakterisiert. Folglich sind Gesellschaftsschichten mit einem niedrigeren Einkommen doppelt betroffen – zum einen durch ihre Konsumpräferenzen, zum anderen durch ihre zur Verfügung stehenden, begrenzten monetären Mittel. Um dieser doppelten Benachteiligung entgegenzuwirken, wären Subventionen im Bereich des gesunden Lebensmittelspektrums denkbar. Infolgedessen erhöht sich der *relative Preis*³⁵ von ungesunden gegenüber gesünderen Lebensmitteln (vgl. Garde 2010, S. 283). In diesem Kontext sind Obst und Gemüse potentielle Gütergruppen (vgl. Klein 2014). „Aufgrund einer Vielzahl wissenschaftlicher Studien wird einem hohen Obst- und Gemüsekonsum eine relevante Bedeutung hinsichtlich der Prävention verschiedener chronischer Krankheiten zugeschrieben“ (Rabenberg/Mensink 2011, S. 1; vgl. Tetens/Alinia 2009). Zusätzlich besteht, wie bereits angesprochen, ein guter Sättigungseffekt bei geringer Kalorienanzahl. In der *GEDA-Studie*³⁶ 2009 wurde u.a. erneut festgestellt, dass Bevölkerungsgruppen mit niedrigerem Einkommen weniger Obst und Gemüse konsumieren, als Vergleichskohorten mit steigenden finanziellen Mitteln (vgl. Rabenberg/Mensink 2011, S. 5). Auch Hans-Jörg Klein (Moby Dick Netzwerk) bestätigt, dass Kinder aus

³⁵ - Verhältnis zweier Güterpreise zueinander (vgl. Mankiw/Taylor 2008, S. 740)

³⁶ - Studie zur aktuellen Gesundheitssituation in Deutschland

niedrigeren sozioökonomischen Schichten Defizite im Wissen und Konsum in diesem Bereich aufweisen (vgl. Klein 2014). Im Kontext einer evtl. Subventionierung von Lebensmitteln wie Obst und Gemüse sollten auch die bestehenden *EU-Agrarsubventionen*³⁷ Beachtung finden, die in die Landwirtschaft (Zuckerrübenanbau) bzw. auch an Großkonzerne fließen. Unter den Begünstigten befinden sich z.B. Süßwarenhersteller wie Ritter oder Storck (vgl. proplanta 2009). Derlei Subventionen würden sich mit einer zusätzlichen Lebensmittelbesteuerung von u.a. stark zuckerhaltigen Produkten bzw. einer Subventionierung von Obst und Gemüse widersprechen und müssten in diesem Zusammenhang kritisch hinterfragt werden.

Ein Nachteil, welcher sich besonders deutlich am dänischen Beispiel zeigt, ist die Verlagerung des Konsums auf angrenzende Gebiete, in denen keine zusätzliche Besteuerung herrscht. Die dänische Bevölkerung wick dabei verstärkt auf Konsummöglichkeiten in Deutschland aus. Um diesen Effekt zu verhindern bzw. stark einzudämmen, wäre ein EU-weiter Besteuerungsrahmen eine zu erwägende Option (vgl. Lettau 2014). Dies wäre auch deshalb sinnvoll, weil Übergewicht und Adipositas nicht nur in Deutschland sondern in allen EU-Staaten ein Problem darstellen. Dazu schreibt Amandine Garde 2010 in ihrem Buch ‚EU Law and Obesity Prevention‘: „The epidemic has not spared the European Union: all Member States have seen obesity and overweight levels rise in the past decades. (...) As far as obesity alone is concerned, its prevalence was estimated to lie at 15,7% in 2005 for the EU 27, which means that close to 65 million Europeans (excluding children) were clinically obese. (...) The number of EU schoolchildren affected by overweight and obesity is estimated to be rising by around 400.000 each year, adding to the 30% children who were already classified overweight in 2006“ (Garde 2010, S. 4). Ein zusätzlicher Aspekt, der die Akzeptanz einer EU-weiten Besteuerungseinführung positiv beeinflussen kann, sind die schon laufenden Besteuerungsansätze z.B. in Ungarn oder Finnland oder der bestehende Diskurs einer zukünftigen Einführung beispielsweise in Großbritannien, Rumänien oder Irland. Eine politische Umsetzung im Rahmen der EU wäre mit diversen rechtlichen Schwierigkeiten verbunden, sie ist nach Analysen jedoch nicht unmöglich (vgl. Garde 2010, S. 283-300; Alemanno/Carreño 2013, S. 10-26). Die detaillierten rechtsbezogenen Grundlagen können im Rahmen dieser Arbeit nicht erläutert werden; jedoch soll abschließend ein weiteres Ergebnis der Analysen Erwähnung finden. Wie auch im Bereich der Tabakprodukte, bringen Besteuerungen die größten Effekte, wenn zusätzliche unterstützende Interventionen stattfinden. Beim Beispiel Tabakkonsum waren das Werbeeinschränkungen, ortsbezogene Rauchverbote, das Steigern von Angeboten zur Entwöhnung oder gezielte Information der Konsumenten (vgl. Garde 2010, S. 284). Gleiches könnten im Rahmen der zusätzlichen Lebensmittelbesteuerung u.a. Gesundheitsförderungs-, Präventions- oder Verbraucherschutzmaßnahmen leisten.

Zwei letzte nachteilige Aspekte, die Erwähnung finden sollen und in Dänemark zu erheblichen Diskussionen führten, sind einerseits der Verlust von Arbeitsplätzen im Lebensmittelsektor und andererseits die Bürokratiekosten durch die Bestimmung der jeweilig zu steuernden Produkte. Beides führte zu monetären Belastungen sowohl des Staates als auch der Industriefirmen (vgl. Snowdon 2013, S. 24-25).

³⁷ - sollen einen Wettbewerbsnachteil von EU- gegenüber Drittländern ausgleichen, der durch geringere Standards (Umwelt, Tierschutz etc.) entstehen kann; Kritiker sehen die EU-Agrarsubventionen als Existenzgefährdung der Märkte in Entwicklungsländern (vgl. proplanta 2009)

Ziel einer zusätzlichen Lebensmittelbesteuerung ist die Reduzierung des Konsums ungesünderer Nahrungsmittel und Getränke; daran sind fast unvermeidlich geminderte Umsätze und mögliche Arbeitsplatzverluste der Lebensmittelindustrie gekoppelt. Weiterhin können bürokratische Kosten zur Umsetzung neuer Lebensmittelpreise kaum vermieden werden. Die Wirtschaftsorganisation ‚Dansk Erhverv‘ errechnete diese beispielsweise für dänische Unternehmen auf etwa 28 Mio. € (vgl. ebd., S. 24). Diese angesprochenen Effekte sind erneut Thema im Diskussionsteil, indem auf mögliche relativierende Maßnahmen eingegangen werden soll. Abschließend ist zum dänischen Beispiel und dessen kurzen Bestehen noch eine Expertenaussage interessant, nach der die Steuer „von der Nachfolgeregierung aus koalitions-taktischen Gründen aufgehoben [wurde], [und] nicht wie manchmal behauptet wird, weil sie wirkungslos gewesen wäre, [denn] das hätte man in dieser kurzen Zeit noch gar nicht beurteilen können“ (Garlichs 2013, S. 202).

Die erläuterten Beispiele zeigen, dass die zusätzliche Lebensmittelbesteuerung Vorteile, jedoch vermehrt Nachteile oder zu bedenkende Schwierigkeiten mit sich bringen kann. Weiterhin wurde aber bereits angerissen, dass die Nachteile mittels eines durchdachten Konzeptes teilweise reduzierbar wären. Dabei spielen besonders die Besteuerung begleitende Interventionen eine Rolle, bei denen die Gesundheitsförderung und Prävention eine wichtige Rolle einnehmen könnten. Einige Vor- und Nachteile einer erweiterten Lebensmittelbesteuerung sowie potentielle Maßnahmenergänzungen werden im Diskussionsteil erneut aufgegriffen.

Abschließend hat dieses Kapitel dargestellt, dass eine direkte Zweckgebundenheit einer Steuer in Deutschland nicht möglich ist, jedoch eine Verwendung von festgelegten Aufkommensanteilen durchaus gesetzlich bestimmt werden kann. Die internationalen Anwendungsbeispiele stellen die Varianz der Besteuerungsmöglichkeiten und deren unterschiedliche Zwecke dar. So zeigt sich, dass die Erhebung einer zusätzlichen Lebensmittelsteuer auf festgelegte Produkte rein zur Erhöhung des Staatshaushaltes oder auch zusätzlich als Public Health-Instrument dienen kann. Durch Vorüberlegungen und die Analyse der bestehenden Anwendungen zeigen sich diverse Problemstellungen, die bei der Umsetzung auftreten können und vor einer Implementierung bedacht werden sollten. Abschließend ist festzuhalten, dass eine Steuereinführung dieser Art von Interventionen wie z.B. Subventionen, Restriktionen der Lebensmittelwerbung oder erweiterten Angeboten im präventiven und gesundheitsförderlichen Bereich begleitet werden sollte. Damit kann einerseits evtl. auftretenden Ungerechtigkeiten oder Benachteiligungen vorgegriffen werden. Andererseits besteht durch Gesundheitsförderung und Primärprävention bereits die Möglichkeit an den Ursachen des Gesundheitsrisikos Übergewicht und Adipositas zu arbeiten, anstatt an den Folgen. Das anschließende Kapitel 5 stellt ausgewählte Möglichkeiten der Verwendung neu generierter Finanzmittel im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung vor. Diese sollen auf die Vielfalt möglicher Interventionsansätze aufmerksam machen und deren jeweiligen Nutzen für spezielle Bevölkerungsgruppen oder die gesamte Gesellschaft aufzeigen.

5. Beispielhafte Verwendungsoptionen von steuerlichen Mehreinnahmen zur Finanzierung von präventiven und gesundheitsförderlichen Interventionen

„Werden Prävention und Gesundheitsförderung in die Gesundheitsversorgung integriert, können die verbreitetsten Krankheiten, die ‚großen Killer‘ der heutigen Zeit, gemeinsam gedrosselt werden. Setzt das Versorgungssystem aber stattdessen nur auf Heilung dieser Erkrankungen, nachdem sie ausgebrochen sind und sich verfestigt haben, kann das Ziel eines verbesserten Gesundheitszustandes der gesamten Bevölkerung und vor allem der sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen nur schwer erreicht werden“ (Hurrelmann/Klotz/Haisch 2010, S. 20). Die Ansätze und Möglichkeiten, um Prävention und Gesundheitsförderung umzusetzen, sind dabei vielfältig. So kann die Zielgruppe einer Maßnahme über ein Setting wie z.B. den Arbeitsplatz, Kindergärten und Schulen, das direkte Wohnumfeld oder Arztpraxen erreicht werden. Zusätzlich kann sich an den Lebensphasen wie der Kinder- und Jugendzeit oder dem hohen Alter sowie am Geschlecht orientiert werden, um die Interventionen möglichst passend und damit wirksamer zu gestalten (vgl. Erhart et al. 2010, S. 59-98; Siebert 2012, S. 102). Im Folgenden werden Einrichtungen und Programme sowie deren Arbeit vorgestellt, um beispielhafte Verwendungsmöglichkeiten neuer finanzieller Mittel für die Prävention und Gesundheitsförderung vorzustellen und deren gesellschaftlichen Nutzen herauszuarbeiten. Dabei wird auf vorbildhafte Ideen eingegangen, die deutschlandweit übertragbar sein könnten und damit als Beispiele guter Praxis dienen. Aufgrund des begrenzten Rahmens der Ausarbeitung wurde die Auswahl der Beispielinrichtungen und -programme nicht bundesweit getroffen sondern auf ein Bundesland – in diesem Falle Hamburg – beschränkt.

5.1. Das Finanzierungsmodell der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V.

Die Gesundheitsförderung in Deutschland wird von unterschiedlichsten Institutionen und Programmen umgesetzt. Deutschlandweit agiert beispielsweise die ‚Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V.‘, die 1954 gegründet wurde und deren Sitz sich in Bonn befindet. Die Hauptaufgabe liegt in der Vernetzung verschiedenster Akteure des Gesundheitswesens, um Strukturen der Gesundheitsförderung und Prävention stetig zu verbessern und zu erhalten (vgl. BVPFG 2013a). Auf Länderebene bestehen 12 Landesvereinigungen für Gesundheitsförderung, zu der auch die ‚Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V.‘ (HAG) gehört. Diese wurde 1983 als ‚Hamburgische Landesvereinigung für Gesundheitserziehung e.V.‘ gegründet und beschäftigte sich vorerst, dem Namen entsprechend, mit gesundheitserzieherischen Maßnahmen beispielweise in Kindergärten und Schulen. Durch das wachsende Bewusstsein zur Wichtigkeit von Gesundheitsförderung – gefördert durch die *Ottawa-Charta*³⁸ der WHO aus dem Jahr 1986 –, entstanden in den Folgejahren weitere Kooperationen wie die ‚Gesundheitsförderungskonferenz‘ oder die ‚Werkstatt für Gesundheit‘ in Hamburg. Bei deren Entstehung und Umsetzung wirkte u.a. der für die Ausarbeitung interviewte Norbert Lettau mit, der seit

³⁸ - programmatisches Papier der ersten internationalen Konferenz für Gesundheitsförderung der WHO (1986), in dem erstmalig die Krankheitsorientierung bisheriger Präventions- und Gesundheitserziehungsprogrammen zugunsten eines gesundheitsressourcenorientierten Ansatzes aufgegeben wurde (vgl. Altgeld/Kolip 2010, S. 48)

1988 beispielsweise als Leiter des Amtes für Gesundheit in der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz tätig war. 1997 schlossen sich die drei genannten Initiativen zur noch heute bestehenden ‚Hamburgischen Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V.‘ zusammen, um die bestehenden Kompetenzen und Projekte besser zu bündeln (vgl. Stadtpunkte 2008, S. 2-4 u. 14).

Die HAG arbeitet heute in vielfältigen Settings; die Schwerpunkte sind Familie, Kita, Schule, Betrieb, Stadtteil und soziale Lage. Die Programme, Informationen und Kooperationen reichen dabei von der Unterstützung schwangerer Frauen und junger Familien, über Initiativen zum Thema Ernährung und Bewegung in Kindergärten, Schulen oder dem Wohnumfeld bis hin zur Unterstützung Wohnungs- oder Erwerbsloser (vgl. HAG 2014). Der Settingansatz arbeitet generell unter dem Credo: „Gesundheitsförderung muss sich besonders in den Lebenslagen bewähren, in denen Menschen durch eingeschränkte Handlungskompetenzen und -möglichkeiten, belastende ökologische und soziokulturelle Einflüsse und unzulängliche informationelle, materielle und soziale Ressourcen in ihrer gesundheitlichen Entwicklung schwerwiegend beeinträchtigt werden“ (Balke et al. 2012, S. 298). Dabei ist jedoch wichtig die einzelnen Settings nicht ausschließlich getrennt zu betrachten, da nur durch die Vernetzung ein umfassendes Bild bzw. daraus resultierend eine nachhaltige Gesundheitsförderung und Prävention entstehen kann (vgl. Schnabel 2010, S. 312-313). Auf die einzelnen Settings und deren Besonderheiten sowie die detaillierte Erläuterung des Settingansatzes im Bezug zur Ottawa-Charta kann im begrenzten Rahmen dieser Arbeit nicht eingegangen werden³⁹.

Da durch ein fehlendes Präventionsgesetz bisher keine einheitliche Strategie für Prävention und Gesundheitsförderung geschaffen wurde, gründeten die Akteure dieses Bereiches in Hamburg die Initiative ‚Pakt für Prävention‘. Dies berichtete Susanne Wehowsky, Geschäftsführerin der HAG, im Interview und begründete das Vorgehen mit dem Zweck der Kompetenzbündelung und besseren Kooperation sowie Absprache der einzelnen Akteure, Organisationen und Programme (vgl. Wehowsky 2013). Die Wichtigkeit von Vernetzung beschreibt auch Diana Siebert mit der Aussage: „Eine wichtige Determinante für die erfolgreiche Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist u.a. eine stärkere Vernetzung in der Praxis, um die bestehenden ressort- und ebenenübergreifenden Interventionen (...) zu koordinieren und transparent zu machen“ (Siebert 2012, S. 105).

Die Besonderheit, die die HAG von anderen Landesvereinigungen für Gesundheitsförderung unterscheidet, ist deren Finanzmodell. Das bisher Einmalige dabei ist die dauerhafte Teilfinanzierung der Projektarbeit durch die gesetzlichen Krankenversicherungen. Zusammen mit den Mitteln der öffentlichen Hand (Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz) entsteht so ein Fördertopf, aus dem die HAG eigene sowie Projekte von Dritten umsetzen und fördern kann (vgl. Wehowsky 2013; Lettau 2014). Die gesetzlichen Krankenversicherungen sind durch den § 20 des SGB V zur Umsetzung von Primärprävention verpflichtet, erfüllen dies aber zumeist durch eigene Programme oder punktuelle Projektunterstützungen bzw. zeitlich begrenzte Kooperationen (vgl. SGB V 2013, § 20). Alle Interviewten stimmten in der Aussage überein, dass die gesetzlichen Krankenversicherungen derlei Präventionspro-

³⁹ - für detailliertere Informationen siehe z.B. Hurrelmann/Klotz/Haisch 2010, Kapitel 5, S. 281-359

gramme meist als Marketinginstrument auf dem Wettbewerbsmarkt einsetzen. Statt des Bestehens eines sich ergänzenden Angebots und intensiver Kooperationen, existiert folglich ein Nebeneinander von Interventionen mit ähnlicher oder gleicher Zielsetzung (vgl. Wehowsky 2013; Klein, Lettau, Stehr 2014).

Unter dem Gesichtspunkt der mangelhaften finanziellen Ressourcen und damit einhergehenden eingeschränkten Handlungsspielräumen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention, zeigt sich die Finanzierungsform der HAG als ‚example of good practice‘. Das Modell wäre deutschlandweit auf weitere Landesvereinigungen übertragbar und bietet die Möglichkeit einer gesicherteren Projektmittelegrundlage sowie erweiterte Kapazitäten für eine intensivere und produktivere Vernetzung der Akteure im Gesundheitssektor. Diese Idee wurde bei vorherigen Entwürfen eines Präventionsgesetzes bereits in Betracht gezogen (vgl. Wehowsky 2013). Der Ausbau des finanziellen Etats, der durch die Steuereinnahmen einer zusätzlichen Lebensmittelbesteuerung ermöglicht werden könnte, hat das Potential Projektöpfe dieser Art zusätzlich auszubauen und zu unterstützen. Diese Möglichkeit fand auch im persönlichen Interview mit Susanne Wehowsky Erwähnung. Von einer besseren Vernetzung und Bündelung von Kompetenzen sowie finanziellen Mitteln profitiert letztendlich die gesamte Bevölkerung durch ein abgestimmtes, strukturiertes, vielfältiges Angebot der Gesundheitsförderung und Prävention auf Länderebene.

5.2. Gesundheitsamt Altona – Finanzierungsinnovation der kommunalen Gesundheitsförderung

Die Gesundheitsförderung im kommunalen Setting spielt eine tragende Rolle, da „[i]n der örtlichen Umgebung eines Menschen (...) seine wesentlichen Belastungs-, aber auch die wichtigsten Unterstützungsfaktoren zu finden“ (Trojan/Süß 2010, S. 336) sind. Dazu zählt beispielsweise der Einfluss der physischen (z.B. Luft-, Lärm- und Verkehrsbelastungen) und sozialen (soziale Kontakte und Unterstützungsmöglichkeiten) Umwelt sowie generelle Möglichkeiten der Hilfs-, Informations- und Beratungsangebote (vgl. Siebert 2012, S. 125).

Das Gesundheitsamt Altona ist eines von 7 Ämtern für Gesundheit in Hamburg und bietet im bezirksbezogenen Rahmen ein breites Angebot an Unterstützung, bei dem jede Altersgruppe einbezogen werden soll. Der sozialpsychiatrische sowie jugendpsychiatrische Dienst bietet den Bürgern beispielsweise Hilfe bei psychischen Problemen. Zusätzliche Beratung ist über die Mütterberatungsstelle, die Wohnpflege-Aufsicht oder auch die Beratungsstelle für Körperbehinderte gegeben. Im Kontext der ärztlichen Unterstützung bietet das Gesundheitsamt Untersuchungen durch den schulärztlichen und schulzahnärztlichen Dienst. Weiterhin wird über den Infektionsschutz und die Kommunalhygiene ein evtl. Ausbruch von Infektionskrankheiten überwacht und durch Überprüfungen u.a. die Qualität von ambulanten und teilstationären Einrichtungen gesichert (vgl. Informationsflyer Gesundheitsamt Altona 2012a).

Auch die Abteilung des kommunalen Gesundheitsförderungsmanagements gehört zum Angebotsspektrum des Gesundheitsamtes Altona. Darüber wird z.B. das Management von präventiven und gesundheitsförderlichen Maßnahmen und dessen Qualitätssicherung und -entwicklung organisiert und die bezirkliche Gesundheitsberichterstattung umgesetzt. In diesem Rahmen erscheint alle fünf Jahre ein Ge-

sundheitsbericht, in dem die aktuelle gesundheitsbezogene Situation der Bezirksbevölkerung analysiert wird und anschließend die Basis für festgelegte Gesundheitsziele bildet. Diese werden in partizipativen Prozessen durch die Akteure des Gesundheitswesens entworfen, von der Bezirkspolitik goutiert und durch die Gesundheits- und Pflegekonferenz umgesetzt⁴⁰. In diesem Rahmen werden die Vernetzung relevanter Einrichtungen und Akteure gefördert und die Gesundheit der Bevölkerung durch Informations- und Programmangebote unterstützt. Zurzeit wirken sieben Arbeitsgruppen zu den Themenfeldern Leben im Alter, Bewegung, Gesundheit für Migrantinnen und Migranten, Ernährung, Pflege von Senioren und Seniorinnen, Barrierefreiheit sowie seelische Gesundheit an der Umsetzung der aktuellen Gesundheitsziele mit. Beispielprojekte sind z.B. ‚Altona in Bewegung‘ oder ‚Ich geh zur U – und du?‘, bei dem die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen im Kindes- und Jugendalter gefördert werden soll (vgl. Gesundheits- und Pflegekonferenz Altona 2012; Bezirksamt Altona 2014).

Auf die finanzielle Situation des kommunalen Gesundheitsförderungsmanagements Altona wurde im Unterkapitel 2.1. bereits eingegangen; der jährliche Etat beträgt demnach 8500 €. Gerd Stehr beschreibt die derzeitige finanzielle Lage des Kommunalen Gesundheitsförderungsmanagements in den Bezirken als „finanzielle Nicht- bzw. Unterausstattung (...), wodurch die Gesundheitsförderungs- und Präventionsaktivitäten verunmöglicht bzw. erheblich beschränkt (...) sowie der Bestand und das weitere Wirken des Kommunalen Gesundheitsförderungsmanagements tendenziell gefährdet werden“ (Stehr 2014). Im Bezirk Altona wurden, daraus resultierend, Überlegungen zur Verbesserung der finanziellen Situation angestellt und im Rahmen der Gesundheits- und Pflegekonferenz die Idee eines kommunalen Gesundheitsförderungsfonds diskutiert. Dieser soll – beispielsweise getragen durch einen eingetragenen Verein – ein Gemeinschaftsprojekt ansässiger Firmen, der Bezirkspolitik, der Gesundheitsverwaltung und den Akteuren der Prävention und Gesundheitsförderung werden (vgl. Stehr 2014). Das Fehlen einer solchen Mittelzusammenführung findet sich auch in der Literatur wieder: „Komplexe Programme beziehen sich vor allem auf Gesundheitsförderung in regionalen und institutionellen Lebensräumen (Settings) (...). Hier fehlt es an Möglichkeiten der sozialraumbezogenen Zusammenführung finanzieller Mittel (Fonds), um gemeinschaftliche Aufgaben finanzieren zu können“ (Trojan 2012, S. 131). Wichtig sind den Ideengebern eine auf ein Minimum reduzierte Bürokratie und das Fördern von Projekten, die Qualitätsstandards berücksichtigen und eine Evaluation einbeziehen. Ziel ist, dass „kleine und mittelgroße, nachhaltig wirkende Projekte verwirklicht werden können“ (Stehr 2014); eine Projektbeantragung wäre dabei durch Einzelpersonen, Vereine, Organisationen oder Firmen möglich (vgl. Stehr 2014). „Da verhältnisbezogene Maßnahmen in aller Regel auch der Krankheitsverhütung dienen, ist für solche Fonds auch eine Beteiligung der Krankenversicherung, z.T. auch der Unfall-, Renten-, und Arbeitslosenversicherung vorzusehen“ (Trojan 2012, S. 131).

Wie einführend erwähnt, sollte die Gesundheitsförderung im kommunalen Rahmen einen großen Stellenwert innehaben, da verschiedenste Bevölkerungs- und Altersgruppen erreicht werden können. Ein kommunaler Projektfond könnte, wie auf Länderebene, von Mehreinahmen einer erweiterten Lebens-

⁴⁰ - für die aktuellen Gesundheitsziele Altona 2012-2016 siehe Gesundheitsamt Altona 2012b, S. 19

mittelbesteuerung profitieren. Dies ermöglicht die Entlastung des kommunalen Finanzhaushaltes, was im Kontext des beschriebenen Haushaltskonsolidierungsdrucks der Städte und Bezirke von Vorteil wäre. Abschließend ist anzumerken, dass „Ansätze, Aktivitäten, Maßnahmen, Projekte und Programme des Gesundheitsamtes als sozialkompensatorische komplexe Intervention begriffen werden müssen“ (Mossakowski/Süß 2012, S. 259), die Unterstützung beim Ausgleich von Gesundheitschancen bieten, jedoch die grundlegenden gesellschaftlichen Problemfelder wie z.B. Armut oder Arbeitslosigkeit nicht beseitigen können (vgl. ebd.).

5.3. Moby Dick Netzwerk – Adipositasprävention für Kinder und Jugendliche

„Es wird angenommen, dass ca. 45% der adipösen Kinder und 85% der adipösen Jugendlichen auch zu adipösen Erwachsenen werden. (...) Insofern kommt insbesondere der Prävention der Adipositas (...) bereits im Kindes- und Jugendalter eine besondere Bedeutung zu“ (Böhler/Dziuk 2010, S. 165). Die im 3. Kapitel dargelegten Betroffenzahlen in diesen Altersabschnitten begründen die Notwendigkeit umfassender gesundheitsförderlicher und präventiver Programme.

Das Hamburger Gesundheitsprogramm ‚Moby Dick‘ wurde 1998 von Dr. Christiane Petersen gegründet und als Zielpatenschaft der Hamburger Gesundheitsbehörde mit Hilfe der Arbeiterwohlfahrt ins Leben gerufen. Hierbei wurde eng mit dem Bundesverband Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) sowie der Deutschen Adipositas Gesellschaft (DAG) zusammengearbeitet. Zum Angebot gehören mittlerweile ein langfristiges ambulantes Therapieprogramm für bereits übergewichtige Kinder (Sekundärprävention) sowie verschiedene Möglichkeiten zur Primärprävention. Ziel des sekundärpräventiven Ansatzes ist eine langfristige Gewichtsreduktion und -stabilisierung, die durch ein interdisziplinäres Expertenteam von Ärzten, Pädagogen, Sport- und Ernährungswissenschaftlern unterstützt wird und über eine anhaltende Änderung des Lebensstils erreicht werden soll. Dazu gehören die Arbeit am Bewegungs- und Ernährungsverhalten sowie die Stärkung des Selbstwertgefühls der Kinder und Jugendlichen. Zusätzlich wird Wert auf die Partizipation der Eltern gelegt, um diese über medizinische, ernährungs- und bewegungsrelevante Themen zu informieren und bei Bedarf psychologische oder sozialdienstliche Unterstützung anbieten zu können. Das Therapieprogramm erstreckt sich über 12 Monate mit wöchentlichen Treffen und kann durch ein erlebnisorientiertes Angebot unter evtl. Einbezug der Eltern in der Freizeit ergänzt werden. Zur Qualitätssicherung nimmt ‚Moby Dick‘ am Programm ‚Adipositas-Patienten-Verlaufsdokumentation (APV)‘ der Universität Ulm, der BZgA-Beobachtungsstudie (Qualitätssicherung von Übergewichtsmaßnahmen bei Kindern und Jugendlichen) sowie an weiteren speziellen Evaluationen einzelner Fachabteilungen des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) teil. Zusätzlich ist das Therapieprogramm durch die Deutsche Adipositas Gesellschaft sowie über die Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) zertifiziert. Um nicht nur Kindern im Hamburger Raum Unterstützung zu bieten, wurde ein deutschlandweites Moby Dick Netzwerk aufgebaut, bei dem jedem Interessenten über ein Franchise-Verfahren die Möglichkeit geboten wird einen eigenen regionalen Standort mit Kooperationspartnern aufzubauen. Dabei wird besonderen Wert auf die Einhaltung der bestehenden Qualitätsstandards gelegt (vgl. Petersen/Schlesinger 2009, S. 22-26).

Um zusätzlich auch primärpräventiv zu arbeiten, wurde im März 2004 der Moby Dick Club e.V. gegründet. Dieser arbeitet gemeinnützig und wird über Spenden finanziert. „Unter dem Motto ‚Hilfe zur Selbsthilfe‘ ist der Zweck des Vereins die Förderung und Erhaltung der seelischen und körperlichen Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Dies erfolgt durch soziale Einbindung und Förderung einer gesunden Lebensweise“ (Moby Dick Club 2014). Umsetzung finden diese Ziele beispielsweise über Projekte an Schulen, bei denen mittels simplen Zutaten gesunde Möglichkeiten einer Mittagsmahlzeit erklärt und zusammen zubereitet werden. Weiterhin werden z.B. Bewegungsprogramme, Konflikttrainings oder Projekte zum Thema Selbstbewusstsein angeboten (vgl. ebd.).

Da Adipositas bisher nicht als eigenständige Erkrankung anerkannt wurde, übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen nicht generell die Programmkosten. Die Möglichkeit der finanziellen Beteiligung wurde durch die Zertifizierung durch den Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen gegeben, meist werden die Kosten aber, wie bereits im Unterkapitel 2.1. erwähnt, nur teilweise gedeckt und es verbleibt eine Eigenbeteiligung der Eltern. Die Aufwendung für das einjährige Therapieprogramm belaufen sich derzeit auf 1800 €, das 6-monatige Präventivprogramm kostet im Moment 618 €. Die Kosten für kürzere, präventive Kurse belaufen sich aktuell auf 150 € pro Kurs (vgl. Moby Dick Netzwerk 2014). „Untersuchungen der Hamburger Gesundheitsbehörde haben ergeben, dass übergewichtige und adipöse Kinder und Jugendliche häufig aus Familien mit niedrigem Einkommen und einem geringen Bildungsniveau kommen. Ein großer Anteil dieser Kinder und Jugendlichen stammt aus Familien, die Sozialhilfe empfangen“ (Petersen/Schlesinger 2009, S. 24; vgl. Gierlich 2007, S. 33). Folglich kann selbst der Eigenanteil an den Programmkosten nur schwer erbracht werden und das Erreichen dieser wichtigen Zielgruppe wird stark eingeschränkt. Diese Aussage teilt auch Hans-Jörg Klein als Geschäftsführer des Moby Dick Netzwerkes (vgl. Klein 2014). In diesem Rahmen bestünde die Möglichkeit einer Mittelbeantragung bei einem, wie im vorangegangenen Kapitelabschnitt vorgestellten, kommunalen Gesundheitsfond, um die Teilnahme sozial benachteiligter Kinder und Jugendlicher zu ermöglichen.

Im Hinblick auf die möglichen psychischen und somatischen Folgen für betroffene Kinder und Jugendliche sowie die durch eine Therapie entstehenden finanziellen Belastungen der Eltern, ist es am effektivsten die Entstehung von Übergewicht und Adipositas weitestgehend zu verhindern. Dabei ist es wichtig verschiedene Settings wie z.B. Schulen oder direkte Wohnräume einzubeziehen, um nicht nur die Kinder und Jugendlichen sondern auch deren soziales Umfeld anzusprechen. Gerade dieses beeinflusst und prägt den persönlichen Lebensstil stark (vgl. Göpel 2012a, S. 201-202). Abschließend müssen jedoch die Grundlagen geschaffen werden, dass insbesondere auch der sozioökonomisch schlechter gestellten Gesellschaftsschicht eine gesunde Ernährung ermöglicht wird. Auf die dort bestehenden Defizite wurde im Abschnitt 3.2.2. bereits eingegangen; die Thematik soll auch, im Bezug zu weiteren genannten Fakten, Teil des Diskussionsteils dieser Ausarbeitung werden.

Die vorgestellten Einrichtungen und Programme dieses Kapitels zeigen unterschiedliche Ebenen, Settings und Altersgruppen, in denen gesundheitsförderliche und präventive Programme direkt oder indirekt zum Thema Übergewicht und Adipositas arbeiten können. Dies unterstreicht den gesamtgesell-

schaftlichen Nutzen und unterstützt den Gedanken der Chancengleichheit im Hinblick auf Gesundheit bzw. gesundheitliche Ressourcen. Weiterhin weisen alle drei Beispiele unterschiedliche Optionen des Mitteleinsatzes auf, die durch eine zusätzliche Lebensmittelbesteuerung bzw. deren Einnahmen bedient werden könnten. Eine weitere Gemeinsamkeit liegt im Bereich der mangelnden Finanzierung und Strukturierung von Maßnahmen, die sich in unterschiedlicher Ausprägung zeigen. Für jeglichen Interventionsansatz ist abschließend zusammenzufassen, „dass Gesundheit kein abstraktes Ziel ist, sondern im Alltag hergestellt und aufrechterhalten wird. Gesundheitsförderung muss im Lebensalltag ansetzen. Die Fokussierung auf definierte Sozialräume, sei es das Quartier, der Betrieb, die Schule oder das Krankenhaus, ermöglicht es, die Zielgruppen und Akteure genauer zu bestimmen, adäquate Zugangswege zu definieren und die vorhandenen Ressourcen zu nutzen“ (Altgeld/Kolip 2010, S. 49).

Nach der umfassenden Darstellung des Gesundheitsrisikos Übergewicht und Adipositas, des Anwendungsbeispiels des Verursacherprinzips in Form einer zusätzlichen Lebensmittelbesteuerung sowie möglicher Verwendungsoptionen neu gewonnener Steuermittel, sollen die Ergebnisse im folgenden Kapitel zusammengefasst werden und damit die Basis zur Beantwortung der gestellten Forschungsfrage bieten. Im Diskussionsteil der Arbeit werden einige bereits erwähnte Fakten und Aspekte erneut aufgegriffen, um Unstimmigkeiten, Problemfelder und weitere Überlegungen abzuleiten.

6. Ergebnisdarstellung

„Während das kurative Gesundheitswesen durch einen hohen (gesetzlichen) Regulierungsgrad für Arbeitsinhalte, Verantwortlichkeiten und Finanzierungsregeln gekennzeichnet ist, fehlen klare Aufgabenzuweisungen, Budgetierungen und Qualitätsvorgaben für die Gesundheitsförderung [sowie Primärprävention, Anm. d. Verf.]“ (Kilian 2012, S. 187). Insbesondere die Finanzierungsproblematik war Inhalt des Unterkapitels 2.2. und wurde durch Expertenaussagen, die im Zuge persönlicher Interviews entstanden, unterstrichen. Dabei zeigten sich sowohl im privaten als auch öffentlichen Sektor erhebliche finanzielle Defizite sowie die fehlende Kompetenzbündelung, die ein zukünftiges Präventionsgesetz fördern könnte. Die dargelegte monetäre Problematik bildete die Basis für eine Auseinandersetzung mit neuen Finanzierungsansätzen.

Das sich anschließende 3. Kapitel erläuterte mithilfe von statistischen Daten, Studien und Expertenmeinungen die Thematiken Übergewicht und Adipositas. Insbesondere zweites kann erhebliche somatische Folgen wie Herz-Kreislauf- und Stoffwechselerkrankungen mit sich bringen. Zusätzlich wurden vielfältige psychische Folgen sowie die Minderung der Lebensqualität ausgeführt. Das Unterkapitel 3.2.2. stellte die Komplexität der Ursachen dar, nachdem Faktoren wie das Ernährungs- und Bewegungsverhalten sowie genetische Dispositionen einen Einfluss auf das Körpergewicht haben können. Zusätzlich spielen gesellschaftliche Entwicklungen im Bereich Freizeit, Berufstätigkeit und soziales Zusammenleben eine erhebliche Rolle. Durch Studien und Expertenmeinungen wurde die Ernährung als relevanter Faktor herauskristallisiert, bei dem insbesondere im Falle der sozioökonomisch niedrig gestellten Schichten sowie bei Kindern und Jugendlichen Handlungsbedarf besteht. In diesem Zusammenhang ist das persönliche Konsumverhalten genauso relevant wie Produktangebote, -preise und -marketing der Lebensmittelindustrie. Im weiteren Verlauf des dritten Kapitels unterstrichen die erheblichen Kosten des Gesundheitsrisikos Übergewicht die Wichtigkeit der Entwicklung neuer Interventionsoptionen. Zusammenfassend zeigte sich die Komplexität sowie klare gesellschaftliche Relevanz der Thematik.

Der gesundheitsrelevante Einfluss des Ernährungsverhaltens bildet die Grundlage eines auf dem Verursacherprinzip basierenden, politischen Instruments. Die zusätzliche Besteuerung von Lebensmitteln, die potentiell Übergewicht und Adipositas fördern können, findet weltweit bereits in verschiedenster Form Anwendung. Die Recherchen ergaben, dass bisher stark zuckerhaltige Getränke genauso wie sehr fettreiche Nahrungsmittel mit einer Steuer bedacht wurden. Diese gestaltete sich in sehr unterschiedlicher Höhe; bisher besteht noch kein Expertenkonsens über einen geeigneten Steuersatz. Eine Varianz zeigte sich auch bei den Zielen der Besteuerung, welche in Teilen gesundheitsbezogen sowie rein finanziell ausfielen. In diesem Zusammenhang wurde auch die Möglichkeit einer steuerlichen Zweckgebundenheit in Deutschland untersucht, um die neu generierten Mittel direkt für gesundheitsförderliche und präventive Zwecke zu erheben. Die deutsche Abgabenordnung als Grundlage des Steuerrechts ermöglicht dies nicht, jedoch sind spezielle Verwendungszwecke teilweise in Gesetzen verankerbar. Die laufenden Anwendungsbeispiele dieser Steuerform zeigen diverse Vor- und Nachteile. So ist eine Regressivität zu verzeichnen, wonach Gesellschaftsschichten mit niedrigem Einkommen stärker betroffen sind

als die mit einem höheren. Des Weiteren wurde am Beispiel von Dänemark ein starker Grenztourismus verzeichnet, um Produkte im umliegenden Ausland ohne Zusatzsteuer zu erwerben. Hierzu beinhaltet das Kapitel auch die Auseinandersetzung mit einer möglichen EU-weiten Steuereinführung, die laut Expertenmeinung rechtlich komplex, aber nicht unmöglich ist. Bei der potentiellen Subventionierung von Nahrungsmitteln wie Obst und Gemüse sollten auch gegensätzlich wirkende, aktuell bestehende Agrarsubventionen bedacht werden. Zusätzlich müssen auch die bürokratischen Kosten und evtl. Arbeitsplatzverluste in der Lebensmittelbranche einkalkuliert und abgepuffert werden. Abschließend ist zu bemerken, dass diverse Faktoren vor der Implementierung bedacht werden müssen. Erst unter Einbezug der nachteiligen Aspekte und dem Durchdenken möglicher Lösungsstrategien kann endgültig entschieden werden, ob eine zusätzliche Besteuerung in Deutschland umgesetzt werden sollte.

Das letzte Kapitel beinhaltet Hamburger Einrichtungen bzw. Projekte der Gesundheitsförderung und Prävention, die von neuen Finanzmitteln profitieren könnten. Die vorgestellten Institutionen arbeiten direkt oder indirekt an der Thematik Übergewicht sowie an der generellen Befähigung zu einem gesünderen Lebensstil und beziehen dabei alle Altersgruppen, Geschlechter und sozialen Schichten ein. Daraus ergibt sich ein gesamtgesellschaftlicher Nutzen einer zusätzlichen Lebensmittelbesteuerung, deren Verwendungszweck teilweise an Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekte gekoppelt ist.

Die dargelegten Erkenntnisse der vorangegangenen Kapitel sollen abschließend zur Beantwortung der aufgestellten Forschungsfrage genutzt werden. Der erste Teil der Fragestellung bezieht sich auf eine mögliche Inzidenz- und Prävalenzreduzierung von Übergewicht und Adipositas, die mithilfe einer zusätzlichen Lebensmittelbesteuerung von sehr zucker- und fettreichen Produkten erreicht werden soll. Dies kann nicht eindeutig beantwortet werden, da bisher keine Studien – basierend auf realen Ergebnissen bzw. Evaluationen – zur Wirkung einer derartigen Besteuerung existieren. Die systematischen Recherchen und Analysen von Thow et al. sowie Maniadakis et al. ergaben zwar diverse Arbeiten zur Thematik, diese basieren jedoch vorerst nur auf Simulationen sowie Rückschlüssen aus ähnlichen Themenfeldern (generelle Steuerwirkung etc.) und beziehen die tatsächlichen Daten und Individualitäten der aktuell laufenden Anwendungsversuche nicht mit ein. Vergleicht man trotz alledem die Schlussfolgerungen der zwei Arbeiten, halten beide einen Einfluss auf das Konsumverhalten durch diese Steuerform für möglich, Thow et al. bewerten das mögliche Outcome (BMI, Reduzierung chronischer Erkrankungen etc.) jedoch weitaus positiver als Maniadakis et al. (vgl. Thow et al. 2010, S. 612; Maniadakis et al. 2013, S. 524). Der zweite Teil der Forschungsfrage beschäftigte sich mit der zusätzlichen Lebensmittelbesteuerung als neue potentielle Finanzmittelquelle für die Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland. Wie dargelegt, kann die Steuer keinem gebundenen Zweck dienen, aber deren Verwendung teilweise gesetzlich festgelegt werden. Daher bietet eine zusätzliche Lebensmittelbesteuerung eine wünschenswerte Optionserweiterung der Finanzierung von Gesundheitsförderung und Prävention, die aber nicht als Ersatz für bisher bestehende monetäre Quellen dienen darf. Durch den lediglich ergänzenden Charakter spielt weiterhin der instabile bzw. fluktuierende Charakter der Steuer, den Experten in Dänemark benannten, eine weniger gewichtige Rolle.

7. Diskussion

Die vorangegangenen Kapitel beschäftigten sich mit der fachtheoretischen Auseinandersetzung zu den Themenfeldern Finanzierungsproblematiken der Gesundheitsförderung und Prävention, die Relevanz des Gesundheitsrisikos Übergewicht bzw. Adipositas, zusätzliche Lebensmittelbesteuerungen als Anwendungsbeispiel des Verursacherprinzips und möglicher Verwendungsoptionen daraus entstehender Mehreinnahmen. Im Folgenden sollen abschließend der Nutzen der Ergebnisse, zusätzlicher Forschungsbedarf, weiterführende Ideen und einzelne, bereits aufgeworfene Aspekte kritisch diskutiert werden.

Die Analyse diverser Literaturquellen sowie Expertenaussagen, die auf persönlich geführten Interviews basieren, bestätigten die Annahme der Unterfinanzierung sowie einer fehlenden Strukturierung in der Gesundheitsförderung und Prävention. Die Relevanz des monetären sowie organisatorischen Ausbaus sollte im Hinblick auf stetig steigende Gesundheitsversorgungskosten (siehe Tabelle 2) sowie die Folgen des demografischen Wandels nicht ignoriert werden. Damit wurde erneut die Wichtigkeit und zentrale Rolle eines Bundespräventionsgesetzes in den Fokus gerückt, dessen Ausgestaltung die Bevölkerungsgesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe einbeziehen sollte. Zusätzlich ergaben die persönlichen Gespräche interessante Einblicke in die Vielfalt und Komplexität bestehender Praxisangebote.

Des Weiteren unterstreicht die Ausarbeitung durch Zahlen, Fakten und wissenschaftliche Ergebnisse die Relevanz eines Handlungsbedarfes im Bereich Übergewicht, insbesondere jedoch für Adipositasbetroffene. Die Thematik ist in Deutschland bereits präsent und relevant, wie durch die Auseinandersetzung in den Medien sowie in diverser Literatur ersichtlich ist, sie wird jedoch in der Gesellschaft meist zu einseitig betrachtet. Das Ernährungsverhalten spielt wie dargelegt eine prägnante Rolle, als Hauptursache ist es genau wie mangelnde Bewegungsaktivität sowie genetische oder somatische Dispositionen aber nicht definierbar. Diese Einseitigkeit führt zu Stigmatisierungen und Diskriminierungen, die Betroffene zusätzlich belastet und die persönliche Situation tendenziell verschlechtert. Nicht nur die diversen physischen Folgen sind „der Grund für den psychischen Leidensdruck, sondern [insbesondere auch] die gesellschaftliche Bewertung des individuellen Versagens, das angeblich bei Tisch unversehens zur Adipositas führt“ (Pudel 2003, S. 231).

Die klare gesellschaftliche Relevanz von Übergewicht und Adipositas sowie bislang zu geringe Erfolge bei der Reduzierung des Gesundheitsrisikos erlauben die Auseinandersetzung mit neuen und auch kontroverseren Ansätzen wie der zusätzlichen Besteuerung von Lebensmitteln. Zum Themenfeld dieser Besteuerungsform als Public Health-Instrument besteht im deutschen Raum bisher wenig fundierte Literatur. Die Ausarbeitung versucht mittels des Zusammentragens von bisherigen Anwendungsversuchen sowie Vor- und Nachteilen einen Beitrag zu leisten, um die kritische Diskussion zu Wirkungen dieser sowie weiterer politischer Maßnahmen im Gesundheitskontext zu fördern. Weiterer Forschungsbedarf besteht insbesondere bei der Analyse der Auswirkungen von zusätzlichen Lebensmittelbesteuerungen, für die die aktuellen Anwendungsversuche und deren Daten eine optimale Basis bieten können. Der bisherige Mangel zeigte sich bei der Literaturrecherche und Analyse der Arbeiten von Thow et al. (2010) und Maniadakis et al. (2013).

Im Zuge der Analyse zusätzlicher Lebensmittelbesteuerung fanden Aspekte Erwähnung, die erneut aufgegriffen und diskutiert werden sollen. So muss beispielsweise generell hinterfragt werden, ob eine gesunde Ernährungsweise bei soziökonomisch niedrigen Schichten rein finanziell überhaupt möglich ist. „Ess- und Konsumstil hängen eng mit dem Lebensstil zusammen. So spiegeln sich in der (gewählten oder erzwungenen) Essweise (...) die gesellschaftlichen Verhältnisse wider“ (Bartsch 2008, S. 22). Die Studie von Kersting und Alexy zeigte in diesem Kontext bei Kindern und Jugendlichen deutliche Versorgungslücken, wenn sich an Preisen einer bedarfsgerechten Ernährung und dem ALG II-Regelsatz orientiert wurde. Zusätzlich benötigt es zur Umsetzung einer vollwertigen Ernährung unter Kostenrestriktionen ein gutes, haushälterisches Wissen, an dem es mittlerweile häufig mangelt (vgl. Kessner 2007, S. 91). Werden Lebensmittel, die generell stärker von sozial schwächeren Gesellschaftsschichten konsumiert werden, verteuert, schafft die Besteuerung mehr Belastung als gesundheitliche Verbesserung. In diesem Kontext wurde die Thematik einer evtl. Subventionierung von gesünderen Lebensmitteln wie Obst und Gemüse aufgegriffen, um damit preiswerte Substitute anbieten zu können. Allerdings ist unter aktuellen Gesellschaftsbedingungen fraglich, ob dieses Angebot auch genutzt werden würde. So hat sich beispielsweise bei Befragungen von Sozialhilfeempfängerinnen gezeigt, dass den Kindern verstärkt Markenwaren (Süßwaren, Snacks) gekauft werden, „um sie für armutsbedingte Belastungen zu entschädigen und ihnen den Außenseiterstatus in Schule und Kindergarten zu ersparen“ (ebd.).

Auch im generellen Themenfeld von Übergewicht und Adipositas bestehen zu diskutierende Kontroversen. Die Hauptgrundlage zur Bestimmung eines potentiellen Übergewichts stellt der BMI dar. Dieser wurde für die Altersgruppe der Kinder durch zusätzliche Faktoren ergänzt, um ein zielgruppengerechtes Ergebnis zu erzielen. Gleiches müsste jedoch auch für verschiedene Ethnien ermöglicht werden, da die BMI-Werte bei variierenden ethnischen Gruppen aufgrund von sich ändernden durchschnittlichen Größen oder Konstitutionen unterschiedliche Wirkungen aufgezeigt haben (vgl. Bell/Adair/Popkin 2002, S. 346). Insgesamt wäre zur optimierten Bestimmung ein Berechnungsinstrument sinnvoll, dass die Fettverteilung zusätzlich mit einbezieht. Die Wichtigkeit dieses Faktors wurde bereits erläutert. Bemühungen in diesem Bereich scheiterten jedoch bisher, wie auch der neuere Body-Adiposity-Index (BAI) zeigt. Dessen Aussagekraft wurde mittels einer Kooperationsstudie des Deutschen Zentrums für Diabetesforschung geringer als die des BMI festgestellt (vgl. Schulze et al. 2012, S. 1666). Die wirtschaftlichen Kosten von Übergewicht und Adipositas betreffend, wurde weiterhin die mögliche personenbezogene Erhebung der Krankenkassenbeiträge in Betracht gezogen, wonach Betroffene höhere monatliche Kosten zu tragen hätten (vgl. Deutsches Ärzteblatt 2010). Aufgrund der dargelegten Komplexität der Ursachen ist dieser Vorschlag zu generalisiert und sollte folglich verworfen werden. Weiterhin wird dadurch eine Diskriminierung und Schuldzuweisung eher gefördert statt reduziert. Zur umfänglichen Umsetzung dieser Idee müssten zusätzlich weitere Gesundheitsrisiken bedacht und einbezogen werden; die klare Abgrenzung und vollständige Benennung aller gesundheitsschädlichen Faktoren ist nahezu unmöglich.

In Bezug zur Darstellung der Vor- und Nachteile einer zusätzlichen Lebensmittelbesteuerung, soll die Problematik der Arbeitsplatzverluste und entstehenden bürokratischen Kosten erneut aufgegriffen wer-

den. Im Kontext der möglichen Beschäftigungsproblematik besteht für die Lebensmittelkonzerne die Möglichkeit einer Änderung ihrer Produktpalette oder zumindest der Inhaltsstoffe ihrer Güter, wonach nicht zwingend Arbeitsplätze abgebaut werden müssten. Dazu wären ergänzende Belohnungsanreize denkbar, um Veränderungen zu fördern. Der mexikanische Präsident zieht in diesem Zusammenhang ein Qualitätssiegel für Lebensmittel mit beispielsweise hohem Ballaststoffanteil und niedriger Energiedichte in Betracht (vgl. SPIEGEL ONLINE v. 01.11.2013). Zusätzlich besteht die Möglichkeit neuer Arbeitsplätze im Bereich unterstützender Interventionen einer Besteuerung – beispielsweise in der Gesundheitsförderung und Prävention, Öffentlichkeitsarbeit oder Ernährungsforschung. Für die entstehenden bürokratischen Kosten könnten evtl. Steuervergünstigungen eine Option bieten, um die Industrie nicht doppelt zu belasten.

Zuletzt soll eine Thematik Beachtung finden, die bei jedem neuen politischen Eingriff thematisiert werden müsste. Staatlicher Paternalismus, also inwieweit der Staat im Wohle der Bevölkerung handeln und eingreifen sollte, wird von Experten häufig kontrovers diskutiert. „Eine allgemeine Aussage über [die] Zulässigkeit von paternalistischen Maßnahmen ist aufgrund [der] Komplexität der Materie kaum möglich. Jeder Einzelfall muss separat betrachtet und geprüft werden, ob die Grundvoraussetzungen sowohl auf der gesetzlichen als auch der ethischen Ebene erfüllt sind“ (Dlugosz 2012, S. 4). Dabei sind zusätzlich harte und weiche paternalistische Maßnahmen zu unterscheiden. Zu ersterem sind die Beispiele der Anschnall- oder auch Schulpflicht für Kinder zu nennen, die beide unter verschiedenen Gesichtspunkten als sinnvoll einzuschätzen sind. Weiterhin kann auch die Pflicht zur Sozialversicherung genannt werden, die die Bevölkerung im Krankheitsfall vor immensen Versorgungs- und Folgekosten schützt. Unter dem weichen oder auch *libertären Paternalismus* versteht man das Setzen von Rahmenbedingungen, durch die den Bürgern und Bürgerinnen eine, in den Augen des Rahmengebers, gute Entscheidung erleichtert werden soll. Im Gegensatz zum harten Paternalismus sollen aber keine Ge- oder Verbote ausgesprochen werden und damit die Entscheidungsfreiheit des Einzelnen gewahrt bleiben (vgl. Schnellenbach 2011, S. 446). In diese Kategorie kann auch eine mögliche zusätzliche Lebensmittelbesteuerung einsortiert werden, da durch die Verteuerung ungesunder Produkte die Entscheidung für gesunde Substitute erleichtert werden soll. Fraglich ist nur, ob freie Entscheidungen der Bevölkerung damit tatsächlich gewährleistet bleiben. Karen Horn schreibt in einem Artikel der F.A.Z. (11.03.2013) zum libertären Paternalismus und dem ‚Schubsen‘ hin zur vermeintlich richtigen Entscheidung: „Schubsen [ist] Manipulation, Manipulation Bevormundung und Bevormundung [ist] entwürdigend“ und damit auch eine Art der Freiheitsbeschränkung. Weiterhin ist anzumerken, ob der Staat tatsächlich in der Lage ist immer die beste bzw. ideale Entscheidung definieren zu können und diese nicht abhängig von aktuell vorherrschenden Gesellschaftsnormen ist. Zusätzlich verhindern Reglementierungen auch immer Erfahrungswerte, an denen der Mensch wachsen kann. Schlussendlich steht also erneut die Frage, welche Entscheidungsbereiche noch dem Einzelnen bzw. der Einzelnen überlassen werden und an welcher Stelle das Ende der staatlichen Eingriffe stehen soll. Diese kann aufgrund der Komplexität und moralischen Tragweite durch diese Arbeit nicht abschließend beantwortet werden.

Maniadakis et al. (2013, S. 524-525) fassen die Ergebnisse ihrer Studienanalysen am Ende wie folgt zusammen: „ (...) it is advisable that policies focus first on cognitive behavioral changes then on environmental factors [e.g. food prices, Anm. d. Verf.]. Such policies would create conscious people who are aware of the obesity problem and the main cause of weight gain, which is energy imbalance, and also its possible solutions, including encumbrances due to genetic or habitual factors“. In diesem Kontext stellt sich jedoch die Frage, wie wirksame verhaltensändernde Maßnahmen gestaltet werden könnten. Ein Ansatz ist die Sensibilisierung zum Thema Gesundheit und deren vielfältigen Komponenten. Diese sollte bereits im Bildungskontext der Kindertagesstätten, aber insbesondere auch der allgemeinbildenden Schulen stattfinden. Ähnlich wie das Schulfach ‚Politische Bildung‘ könnte sich die Bildungspolitik für die Umsetzung eines Faches ‚Gesundheitliche Bildung‘ einsetzen, indem die Wichtigkeit von Ernährung, Bewegung und gesundheitsbewussten Verhalten möglichst interaktiv thematisiert wird. Diesen Vorschlag greift auch Eberhard Göpel in seinem Buch „Systematische Gesundheitsförderung“ auf (vgl. Göpel 2012b, S. 233). Dabei spielt auch der verpflichtende Charakter eine Rolle, da Wahlfächer ohnehin von bereits Interessierten genutzt werden und durch den Pflichtcharakter jeder Schüler bzw. jede Schülerin mit den Themen in Kontakt tritt. Die wichtige Rolle der Kindertagesstätten und Grundschulen wird durch die folgende Aussage unterstrichen: „In diesem Lebensabschnitt sind hohe Gesundheitspotenziale vorhanden, die es zu aktivieren und erhalten lohnt, denn gesundheitsrelevante(s) Wissen, Einstellungen und Verhaltensweisen werden im frühen Kindesalter erworben, manifestieren sich in der weiteren Entwicklung und prägen schließlich das spätere Gesundheitsverhalten des Erwachsenen“ (Siebert 2012, S. 113). Weiterhin ist anzumerken, dass Kinder und Jugendliche aus allen sozialen Schichten und beiderlei Geschlechts in diesen Einrichtungen erreicht werden und dadurch der Ungleichheit von Gesundheitschancen entgegengewirkt werden kann (vgl. Kuhn 2013, S. 28). Im Kontext von Kindertagesstätten und Schulen sollte auch über ein geeignetes Mittagsangebot Einfluss auf das Ernährungsverhalten von Kindern und Jugendlichen genommen werden. Aus Kostengründen existieren kaum noch eigene Küchen, die die Mahlzeiten vor Ort zubereiten. Stattdessen wird fertig gekochtes Essen geliefert, was lediglich erwärmt werden muss. Oft verbleiben so nur noch wenige Nährstoffe; die Geschmacksqualität leidet (vgl. Klein 2014). Hier sollten neue Verpflegungsideen entwickelt werden, die den Bildungseinrichtungen ein gesundes und frisches Mittags- und Snackangebot „nach klaren Qualitätsstandards (z.B. der Deutschen Gesellschaft für Ernährung)“ (Garlichs 2013, S. 201) bereitstellen oder die Kinder und Jugendlichen teilweise auch in den Zubereitungsprozess einbeziehen. Durch Studien wurde in diesem Zusammenhang aufgezeigt, dass Kinder und Jugendliche eine vermehrt „konsumierende Rolle bei der Essenzubereitung“ (Bartsch 2008, S. 31) innehaben und beim Herstellungsprozess kaum einbezogen werden. Beispiele guter Praxis bestehen bereits u.a. in Hamburg. Die Grundschule ‚Mendelssohnstraße‘ bietet ihren Schülern z.B. kostenlos Mineralwasser an, verkauft in den Pausen nur noch Vollmilch und Trinkjoghurt ohne Zusätze und lässt jeden Freitag durch eine andere Klasse einen gesunden Pausensnack zubereiten (vgl. Informationsseite der Schule Mendelssohnstraße 2013). Die Ganztagsgrundschule ‚Sternschanze‘ besitzt eine eigene Küche in Kooperation mit der freien Jugendhilfe. Durch das Projekt werden ein täglich frisches, gesundes und preiswertes Essen ermöglicht

sowie zusätzliche Arbeitsplätze für Jugendliche geschaffen (vgl. Informationsseite der Ganztagsgrundschule Sternschanze 2014). Abschließend gilt für jegliche Intervention, egal ob die Verpflegung oder die Bildungsinhalte betreffend, in diesem Setting: „Tiefgreifende Veränderungen in Schulen [und auch Kindertagesstätten, Anm. d. Verf.] werden (...) nur durch politische Maßnahmen der Kommunen, Länder und des Bundes erreicht werden, die entsprechende Anreize schaffen oder finanzielle Unterstützung bereitstellen müssen“ (Böhler/Dziuk 2010, S. 165).

Weiterer Handlungsbedarf und eine Ansatzmöglichkeit besteht in der geeigneten Informationsaufbereitung für den Verbraucher, speziell im Bereich der inhaltsstoffbezogenen Lebensmitteldeklarierung. In den letzten Jahren wurden unterschiedlichste Ansätze entwickelt, die jedoch gerade für die Zielgruppe der niedrigeren Bildungsschichten nicht niedrighellig genug sind bzw. von der Lebensmittelindustrielobby verhindert wurden (vgl. Garlichs 2013, S. 201). Hier bietet sich die stärkere Nutzung der heutigen Technik an, wie es über neue Medienformen wie *Apps* (kleine Anwendungsprogramme für Mobilgeräte) möglich wäre. In Deutschland besaßen im Oktober 2013 37,4 Mio. Menschen ein internetfähiges Mobilfunkgerät, mit dem die permanente Informationsgewinnung möglich ist. Mit ca. 43 % dieser Nutzergemeinschaft bilden Jugendliche und junge Erwachsene einen wichtigen Anteil, der darüber potentiell erreicht werden könnte (vgl. Statista 2014a; Statista 2014b). In diesem Zusammenhang wäre eine App von Vorteil, die über Inhaltsstoffe und deren Wirkung in möglichst einfacher Art informiert. Diese Idee fand bereits durch das kostenlose Programm ‚barcoo‘ Umsetzung, das über den Produkt-Barcode diverse Informationen über Inhaltsstoffe oder Nachhaltigkeit sowie einen Preisvergleich anbietet. Zusätzlich werden gesundheitsrelevante Themen und Einkaufshilfen für eine gesunde Ernährung vermittelt. Die Daten und Informationen werden mithilfe diverser Partner wie der Verbraucherzentrale Hamburg oder Greenpeace ermittelt (vgl. Munimus 2013). Programmansätze dieser Art sollten von der Politik vermehrt unterstützt und ausgebaut werden, um die inhaltliche Qualität zu steigern und die Anwendung zielgruppengerecht und fundiert zu gestalten.

Zusätzlich sollte die Einschränkung der Lebensmittelwerbung in Betracht gezogen werden, wie sie auch schon bei Tabakprodukten Anwendung fand. In Bezug zu den Aussagen von Hans-Jörg Klein (Moby Dick Netzwerk), dass beispielsweise Produktpots für Süßwaren verstärkt zu zielgruppenrelevanten Sendezeiten ausgestrahlt werden, bestehen diverse Ansatzpunkte für die Werbungsreduzierung z.B. in den Medien oder im öffentlichen Raum (vgl. Klein 2014). Die Einschränkung von kinder- und jugendspezifischer Werbung ist auch deshalb von Vorteil, da diese Zielgruppe einen großen Einfluss auf den Produktkonsum in Familienhaushalten hat (vgl. Bartsch 2008, S. 31).

Die Liste der Möglichkeiten, wie gesundheitsbewusstes Verhalten von klein an gefördert werden kann, ist lang und vielfältig. Jedoch spielt dabei der finanzielle Faktor erneut die entscheidende Rolle. Die zusätzliche Besteuerung von Lebensmitteln ist eine potentielle Quelle neuer monetärer Mittel für die Gesundheitsförderung und Prävention. Wird diese als politisches Instrument nicht in Betracht gezogen, sollte sich jedoch mit anderen Alternativen auseinander gesetzt werden, um eine gesicherte Basis für die Förderung der Bevölkerungsgesundheit in Deutschland zu finden.

8. Fazit und Ausblick

Die vorliegende Ausarbeitung verbindet mit Adipositas und der Mangelfinanzierung von Gesundheitsförderung und Prävention zwei, in Deutschland präsente, Grundproblematiken mit der möglichen Anwendung des Verursacherprinzips. Dieses fand bisher noch keinen Einzug in den Bereich der Gesundheitspolitik. Im Ergebnis zeichnet sich eine zusätzliche Lebensmittelbesteuerung Übergewicht fördernder Produkte als sehr komplexes Instrument ab, das vor einer Implementierung diverse Vorüberlegungen und einzubeziehende Faktoren mit sich bringt. Zusammenfassend ist zu sagen, dass „the road towards the adoption of fat [and sugar, Anm. d. Verf.] taxes is not without legal and policy difficulties. Legal questions aside, one question is whether these product-specific taxes are really addressing the obesity problem by penalising certain ‘unhealthy’ products or if they are just new instruments to generate fiscal revenues (...)“ (Alemanno/Carreño 2013, S. 25). Nur durch die Nutzung der zusätzlich entstehenden Steuereinnahmen für bevölkerungsrelevante, gesundheitsförderliche Maßnahmen besteht die Möglichkeit einer Legitimierung gegenüber der Bürgerschaft. Weiterhin muss diese Art von Besteuerung von einem Maßnahmenpaket begleitet werden, welches nachteilige Wirkungen wie beispielsweise die Regressivität relativiert und die vorherrschende gesundheitliche Ungleichheit nicht noch fördert. Denn das „die oberen 20 % der Bevölkerung (...) 10 Jahre länger [leben] als die unteren 20 % (...) ist [generell] ein gesundheitspolitischer Skandal“ (Garlichs 2013, S. 202) in einem hochentwickelten Staat wie Deutschland.

Das Prinzip, die Verursacher zur Verantwortlichkeit zu ziehen, bietet auch weitere potentielle Anwendungsansätze mit gesundheitsrelevantem Bezug. Im Lebensmittelsektor könnte zusätzlich über eine Verteuerung von Fleischprodukten mittels Steuererhöhung oder strengerer Auflagen bei der Tierhaltung und -fütterung nachgedacht werden. Nach dem Bundesverband der Deutschen Fleischwarenindustrie e.V. verzehrte die deutsche Bevölkerung 2012 ca. 60 Kilogramm Fleisch pro Kopf, theoretisch also ca. 164 Gramm pro Tag (vgl. BVDF 2014). Fleisch beinhaltet wichtige Nährstoffe und Vitamine, jedoch kann der gesteigerte Konsum von rotem Fleisch (Rind, Schwein etc.) das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs erhöhen. Generell wird empfohlen pro Woche nicht mehr als 500 Gramm Fleisch (insbesondere rotes) zu verzehren; der durchschnittliche Verbrauch in Deutschland liegt derzeit noch deutlich über dieser Angabe (vgl. Barth 2009, S. 164-165).

Weiterhin bietet auch die Verpackungsmittel- und Kosmetikindustrie Ansätze für das Verursacherprinzip. „Die Erfindung des Kunststoffes am Anfang des 20. Jahrhunderts hat unseren Alltag tiefgreifend verändert: Wir leben in einer Welt voller Plastik“ (Baur 2013, S. 4). Verpackungen und kosmetische Produkte enthalten Kunststoffe, deren chemische Bestandteile sich lösen können und anschließend über verschiedenste Wege (Atemwege, Haut, Nahrung etc.) in den menschlichen Körper gelangen. Darunter befinden sich z.B. Weichmacher (Phthalate), die durch hormonelle Veränderungen krebsfördernd sowie fortpflanzungs- und entwicklungsgefährdend wirken können (vgl. ebd., S. 7-8 u. 10). Der Einsatz könnte auch hier durch Besteuerungen oder ähnliche Instrumente eingeschränkt oder durch Anreizsysteme die Erforschung verträglicherer Stoffe gefördert werden. In diesem Bereich bestehen schon erste Forschungsansätze zu Biokunststoffen (vgl. ebd., S. 26). Die vorgestellten Beispiele zeigen, dass die Mög-

lichkeiten des Verursacherprinzips im Gesundheitskontext sehr vielfältig ausfallen können und verschiedenste Politik- und Wirtschaftsbereiche tangieren. Der Lobbyismus gerade der Industrie- bzw. Wirtschaft stellt jedoch auch zukünftig eine große Schwierigkeit bei Umsetzung derlei politischer Interventionen dar.

Bereits die Einleitung sowie das erste Kapitel zeigten, dass die Prävention und Gesundheitsförderung bei weitem keinen starken Lobbyistenhintergrund wie beispielsweise die Wirtschaft besitzt. Doch gerade diese wird sich auf kurz oder lang aufgrund des demografischen Wandels stärker mit der Gesundheitsthematik ihrer Belegschaft auseinandersetzen müssen. Bereits heute ist ein positiver Trend in der betrieblichen Gesundheitsförderung zu verzeichnen. Davon profitieren zumeist aber tendenziell die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen von Großunternehmen, bei denen finanziellen Ressourcen ausgeprägter vorhanden sind. Ein gutes und gesundheitsförderliches Betriebsklima hat sowohl für die Arbeitnehmer- als auch Arbeitgeberseite bedeutende Vorteile, jedoch „kann sie nur begrenzt wirken, da sie für die Prägung des Lebensstils normalerweise zu spät kommt und insofern eher eine Reparaturmaßnahme für die Sekundärprävention darstellt“ (Garlich 2013, S. 203). Schlussfolgernd daraus ist das Hauptaugenmerk auf die Förderung eines gesundheitsförderlichen Verhaltens von Kindern und Jugendlichen zu legen, da dieser Lebensabschnitt das weitere Leben bzw. die Gesundheitskarriere stark prägen kann. Ansatzpunkte für vielfältige Interventionen, die möglichst alle sozialen Schichten einbeziehen, wurden im Verlauf dieser Arbeit bereits eingebracht. Zusätzlich hat sich gezeigt, dass im internationalen Kontext – trotz auch dort vorherrschendem Lobbyismus und Verbesserungspotential der Interventionen – bereits aktiv geworden ist und neue Maßnahmen bzw. Ansätze diskutiert und erprobt wurden. Abschließend stellt sich also die Frage, treffend formuliert von Dr. Dietrich Garlichs, „wann diese internationale Diskussion in Deutschland Früchte tragen wird, oder ob wir, wie bei der Anti-Raucherkampagne, auch hier international wieder zu den Schlusslichtern gehören werden“ (Garlichs 2013, S. 203).

Quellen- und Literaturverzeichnis

- Abgabenordnung – AO (2013): Aktuelle Gesamtausgabe. § 3 Steuern, steuerliche Nebenleistungen (Stand vom 18.12.2013).
- Adam, Hermann (2013): Steuerpolitik in 60 Minuten. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Alexy, Ute; Kersting, Mathilde (2012): Lebensmittelkosten der Kinderernährung und Hartz IV. In: *Prävention*. Jahrgang 2012. Nr. 3. S. 71-74. Duisburg: Fachverlag Peter Sabo.
- Alkopopsteuergesetz – AlkopopStG (2010): Gesetz über die Erhebung einer Sondersteuer auf alkoholhaltige Süßgetränke (Alkopops) zum Schutz junger Menschen. § 4 Aufkommensverwendung, Aufkommensverteilung (Stand vom 21.12.2010).
- Altgeld, Thomas; Kolip, Petra (2010): Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, Klaus; Klotz, Theodor; Haisch, Jochen (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. S. 45-56. Bern: Verlag Hans Huber.
- Altgeld, Thomas (2011): Finanzierung der Gesundheitsförderung. In: BZgA (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Neuausgabe 2011. S. 79-83. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Backes, Gunda (2012): Kinder durch gesunde Ernährung stärken. In: Wyrobnik, Irit (Hrsg.): Wie man ein Kind stärken kann. Ein Handbuch für Kita und Familie. S. 131-140. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG.
- Balen, Tomislav (2012): DONALD-Studie. Bonn: Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn – Institut für Ernährungs- und Lebensmittelwissenschaften. URL: <http://www.ernaehrungs-epidemiologie.uni-bonn.de/forschung/donald-1> [24.03.2014]
- Balke, Johannes; Barz, Gabriele; Bürkin, Barbara; Chinnow, Kathrin; Fitzenberger, Jens; Füzeki, Eszter; Göpel, Eberhard; Lorenz, Katharina (2012): Strategiepapier ‚Gesundheit nachhaltig fördern und gesellschaftliche Verantwortung übernehmen‘. Forderungen an Bund, Länder und Kommunen. Magdeburger Strategiepapier zur Gesundheitsförderung. In: Göpel, Eberhard; GesundheitsAkademie e.V. (Hrsg.): Nachhaltige Gesundheitsförderung. Gesundheit gemeinsam gestalten - Band 4. 2. Auflage. S. 294-305. Frankfurt/Main: Mabuse-Verlag GmbH.
- BARMER GEK (2014): *Zeitschrift für Mitglieder der BARMER GEK* Nr. 1. 1. Quartal 2014. Wuppertal/Berlin: BARMER GEK (Hrsg.).
- Barth, Andrea (2009): Fleisch – wie viel ist gesund? In: *UGB-Forum*. Nr. 4/09. S. 162-165. Wettenberg/Gießen: UGB-Beratungs- und Verlags-GmbH.
- Bartsch, Silke (2008): Jugendesskultur: Bedeutung des Essens für Jugendliche im Kontext Familie und Peergroup. *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung* – Band 30. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).
- Baur, Simonne (2013): Achtung Plastik! Chemikalien im Plastik gefährden Umwelt und Gesundheit. Wien: Global 2000 – die österreichische Umweltschutzorganisation (Hrsg.).
- Bell, A. Colin; Adair, Linda S.; Popkin, Barry M. (2002): Ethnic differences in the Association between Body Mass Index and Hypertension. In: *American Journal of Epidemiology*. Jahrgang 155. Nr. 4. S. 346-353. New York: Oxford University Press.

- Berardi, Nicoletta; Sevestre, Patrick; Tepaut, Marine; Vigneron, Alexandre (2013):** The impact of a 'soda tax' on prices. Evidence from French micro data. Paris: Banque de France/ Université de Paris I/ Université Paris-Est Créteil. URL: <http://www.jma2014.fr/fichiers2013/37/soda-tax-bstvt-jma.pdf> [21.02.2014]
- Bezirksamt Altona (2014):** Kommunales Gesundheitsförderungsmanagement (KGFM). Hamburg: Bezirksamt Altona – Fachamt Gesundheit. URL: <http://www.hamburg.de/altona/kommunales-gesundheitsfoerederungsmanagement/> [07.03.2014]
- Biermann, Frank; Böhm, Frédéric; Brohm, Rainer; Dröge, Susanne; Trabold, Harald (2003):** Verursacherprinzip, WTO-Recht und ausgewählte Instrumente der deutschen Energiepolitik. Forschungsbericht 20119107. Berlin: Umweltbundesamt (Hrsg.).
- Binkley, J. K.; Eales, J.; Jekanowski, M. (2000):** The relation between dietary change and rising US obesity. In: *International Journal of Obesity*. Jahrgang 24. Nr. 8. S. 1032-1039. London: Macmillan Publishers Limited.
- Böhler, Thomas; Dziuk, Michael (2010):** Prävention von Adipositas. In: Hurrelmann, Klaus; Klotz, Theodor; Haisch, Jochen (Hrsg.): *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. S. 162-171. Bern: Verlag Hans Huber.
- Bowman, S. A.; Vinyard, B. T. (2004):** Fast food consumption of U.S. adults: impact on energy and nutrient intakes and overweight status. In: *Journal of the American College of Nutrition*. Jahrgang 23. Nr. 2. S. 163-168. Clearwater: American College of Nutrition.
- Bridging the Gap Program (2011):** State Sales Tax on Regular, Sugar-Sweetened Soda (as of July 1, 2011). Chicago: University of Illinois. URL: http://www.bridgingthegapresearch.org/_asset/zvh93o/ [21.02.2014]
- Brunello, Giorgio; Michaud, Pierre-Carl; Sanz-de-Galdeano, Anna (2009):** The rise of obesity in Europe: an economic perspective. In: *Economic Policy*. Jahrgang 24. Nr. 59. S. 551–596. Chichester: John Wiley and Sons Limited.
- Bundesärztekammer (2004):** Definition und Abgrenzung der Versorgungsforschung. Arbeitskreis ‚Versorgungsforschung‘ beim wissenschaftlichen Beirat. Berlin. URL: <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Definition.pdf> [10.02.2014]
- Bundesinstitut für Risikobewertung (2013):** Höhe der derzeitigen trans-Fettsäureaufnahme in Deutschland ist gesundheitlich unbedenklich. Berlin: BfR. URL: <http://www.bfr.bund.de/cm/343/hoehede-derzeitigen-trans-fettsaeureaufnahme-in-deutschland-ist-gesundheitlich-unbedenklich.pdf> [26.02.2014]
- Bundesverband der Deutschen Fleischwarenindustrie e.V. (2014):** Fleischverbrauch und Fleischverzehr je Kopf der Bevölkerung. Bonn: BVDF. URL: http://www.bvdf.de/in_zahlen/tab_05/ [11.04.2014]
- Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (2008):** Stellungnahme der BVPG zu den Anträgen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, der Fraktion DIE LINKE und Fraktion der FDP zur Wiederaufnahme der Diskussionen für die Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung. Bonn: BVPG. URL: <http://www.sgw.hs-magdeburg.de/eumahp/z-pdf/%2820%29-Bundesvereinigung-Praevention-Gesundheitsf.pdf> [14.02.2014]
- Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (2013a):** Die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. – Arbeitsweise. Bonn: BVPG. URL: <http://www.bvpraevention.de/cms/index.asp?inst=bvpg&snr=6679&t=Arbeitsweise> [04.03.2014]

- Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (2013b): Präventionsgesetz erneut gescheitert. Bonn: BVPG. URL: <http://www.bvpraevention.de/cms/index.asp?inst=bvpg&snr=9517> [04.04.2014; 14:17 Uhr]
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (2007a): Der präventiven Wirkung von Fett und Fettsäuren auf der Spur. DGE-special 01/2007. Bonn: DGE. URL: <http://www.dge.de/modules.php?name=News&file=article&sid=697> [26.02.2014]
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (2007b): trans-Fettsäuren. DGEInfo 02/2007 – Beratungspraxis. Bonn: DGE. URL: <http://www.dge.de/modules.php?name=News&file=article&sid=709> [12.02.2014]
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (2012): Die DGE – Wir über uns. Bonn: DGE. URL: <http://www.dge.de/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=7> [24.03.2014]
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (2013): Werden wir immer dicker? Übergewicht in Deutschland. Presseinformation 03/2013. Bonn: DGE. URL: <http://www.dge.de/pdf/presse/2013/DGE-Pressemeldung-aktuell-03-2013-Uebergewicht-EB.pdf> [05.02.2014]
- Deutsches Ärzteblatt (2010): CDU-Politiker für höhere Kassenbeiträge von Übergewichtigen. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH. URL: <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/42084/CDU-Politiker-fuer-hoehere-Kassenbeitraege-von-Uebergewichtigen> [09.04.2014]
- Deutsches Institut für Ernährungsforschung Potsdam-Rehbrücke (2014): Geschichte des DIfE und seiner Vorgängereinrichtungen. Potsdam-Rehbrücke: DIfE. URL: <http://www.dife.de/de/index.php?request=/de/dife/geschichte.php> [24.03.2014]
- Dlugosz, Wojciech (2012): Paternalismus: Konzept und Relevanz für die postindustrielle Gesellschaft. Bonn: Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität. URL: <http://hsjournal.org/wp-content/uploads/2012/11/Dlugosz1.pdf> [25.02.2014]
- Dresing, Thorsten; Pehl, Thorsten (2013): Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. 5. Auflage. Marburg: Dr. Dresing und Pehl GmbH.
- Effertz, Tobias; Linder, Roland; Verheyen, Frank (2013): Die ökonomischen Kosten von Adipositas in Deutschland. Hamburg: Universität Hamburg – Institut für Recht der Wirtschaft; WINEG – Wissenschaftliche Institut der TK für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen. URL: http://wiso.uni-hamburg.de/fileadmin/bwl/rechtderwirtschaft/institut/2013_09_24_DGepi-Poster_Kosten_von_Adipositas_in_Deutschland_Tobias_Effertz.pdf [14.04.2014]
- Erhart, Michael; Ottová-Jordan, Veronika; Ravens-Sieberer, Ulrike; Pinquart, Martin; Silbereisen, Rainer K.; Faltermaier, Toni; Kruse, Andreas (2010): Prävention und Gesundheitsförderung im Lebenslauf. In: Hurrelmann, Klaus; Klotz, Theodor; Haisch, Jochen (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. S. 59-98. Bern: Verlag Hans Huber.
- EUGO Hungary (2013): Taxation. Budapest: Ministry of Public Administration and Justice. URL: <http://eugo.gov.hu/doing-business-hungary/taxation> [20.02.2014]
- European Public Health Alliance (2012): Food taxation in Europe: Evolution of the legislation. Brüssel: EPHA. URL: <http://www.ephah.org/spip.php?article4814> [21.02.2014]
- Franke, Alexa (2011): Salutogenetische Perspektive. In: BZgA (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Neuausgabe 2011. S. 487-490. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.

- Gabler Kompakt-Lexikon Wirtschaft (2013):** Gabler Kompakt-Lexikon Wirtschaft. 4.500 Begriffe nachschlagen, verstehen, anwenden. 11. Auflage. Wiesbaden: Springer Gabler Verlag.
- Ganztagsgrundschule Sternschanze (2014):** Informationsseite der Grundschule – Thema ‚Unser Schulleben‘. Hamburg. URL: <http://www.schule-sternschanze.de/schulessen/> [10.04.2014]
- Garde, Amandine (2010):** EU Law and Obesity Prevention. European monographs. Band 74. Alphen aan den Rijn: Kluwer Law International.
- Garlichs, Dietrich (2013):** Das neue Präventionsgesetz der Bundesregierung – „Quantensprung“ oder Wahlkampfretorik? In: Prävention und Gesundheitsförderung. Jahrgang 2013. Nr. 8. S. 200-203. Berlin/Heidelberg: Springer Verlag.
- Gesundheitsamt Altona (2012a):** Informationsflyer zur Übersicht des Unterstützungsangebotes und zuständiger Kontaktpartner. Hamburg: Bezirksamt Altona – Fachamt Gesundheit (Hrsg.). URL: <http://www.hamburg.de/contentblob/974066/data/flyer-ga-2012.pdf> [07.03.2014]
- Gesundheitsamt Altona (2012b):** Gesundheitsziele Altona 2012-2016. Gemeinsam für mehr Gesundheit. Hamburg: Bezirksamt Altona – Fachamt Gesundheit (Hrsg.). URL: <http://www.hamburg.de/contentblob/4252104/data/gesundheitsziele-2012-2016.pdf> [09.04.2014]
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes – GBE (2014):** Gesundheitsausgaben in Deutschland in Mio. €. Gliederungsmerkmale: Jahre, Art der Leistungen. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit. URL: <http://bit.ly/1eoZz7x> [05.02.2014]
- Gesundheits- und Pflegekonferenz Altona (2012):** Aufgaben, Arbeitsgruppen und Aktivitäten. Informationsflyer. Hamburg: Bezirksamt Altona – Gesundheitsamt (Hrsg.). URL: <http://www.hamburg.de/contentblob/4252098/data/flyer-gesundheits-u-pflegekonferenz.pdf> [07.03.2014]
- Gierlich, Stefan (2007):** Ist Gesundsein ein individuelles Schicksal oder ein soziales Geschenk? Für das Übergewicht ist die Frage beantwortet. Je ärmer desto dicker. In: *hlz-Zeitschrift der Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft Hamburg*. Nr. 12. S. 33. Hamburg: GEW – Landesverband Hamburg.
- Göpel, Eberhard (2012a):** Gesundheitsförderung als systemisches Handlungskonzept für eine nachhaltige Gesundheitspolitik des 21. Jahrhunderts. In: Göpel, Eberhard; GesundheitsAkademie e.V. (Hrsg.): Systemische Gesundheitsförderung. Gesundheit gemeinsam gestalten - Band 3. 2. Auflage. S. 201-222. Frankfurt/Main: Mabuse-Verlag GmbH.
- Göpel, Eberhard (2012b):** Gesellschaftlicher Wandel und Veränderungen gesundheitsbezogener Berufsbilder – Konsequenzen für die Ausbildung in den Gesundheitsberufen. In: Göpel, Eberhard; GesundheitsAkademie e.V. (Hrsg.): Systemische Gesundheitsförderung. Gesundheit gemeinsam gestalten - Band 3. 2. Auflage. S. 224-240. Frankfurt/Main: Mabuse-Verlag GmbH.
- Gortmaker, S.L.; Must, A.; Perrin, J.M.; Sobol, A.M.; Dietz, W.H. (1993):** Social and economic consequences of overweight in adolescence and young adulthood. Boston: Department of Health and Social Behavior – Harvard School of Public Health.
- Grundschule Mendelssohnstraße (2013):** Informationsseite der Grundschule – Thema ‚Gesunde Schule‘. Hamburg. URL: http://www.grundschule-mendelssohnstrasse.de/gesunde_schule.html [10.04.2014]
- Hacke, Constanze (2012):** Steuern und Finanzen. Informationen zur politischen Bildung – Nr. 288. Überarbeitete Neuauflage 2012. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung (bpb).

- Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V.** (2014): In Hamburg aktiv und gesund – Website der HAG. Hamburg: HAG. URL: <http://www.hag-gesundheit.de/> [05.03.2014]
- Hamburgische Gesellschaft für Wirtschaftsförderung mbH** (2014): Volkswirtschaftliche Basisdaten. Hamburg: HWF. URL: <http://www.hwf-hamburg.de/service/2045202/volkswirtschaftliche-basisdaten.html> [11.02.2014]
- Horn, Karen** (11.03.2013): Libertärer Paternalismus. Sklavenhalter der Zukunft. In: Frankfurter Allgemeine Zeitung (F.A.Z.). Frankfurt/Main: Frankfurter Allgemeine Zeitung GmbH. URL: <http://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/libertaerer-paternalismus-sklavenhalter-der-zukunft-12097791.html> [10.04.2014]
- Hurrelmann, Klaus; Klotz, Theodor; Haisch, Jochen – Hrsg.** (2010): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.
- Hurrelmann, Klaus; Klotz, Theodor; Haisch, Jochen** (2010): Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, Klaus; Klotz, Theodor; Haisch, Jochen (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. S. 13-23. Bern: Verlag Hans Huber.
- Kessner, Larissa** (2007): Gesund essen – Eine Frage des Geldes? In: *UGB-Forum*. Nr. 2/07. S. 89-92. Wettenberg/Gießen: UGB-Beratungs- und Verlags-GmbH.
- Kilian, Holger** (2012): Vernetzung und Qualitätsentwicklung in der sozillagenbezogenen Gesundheitsförderung: der Kooperationsverbund ‚Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten‘. In: Göpel, Eberhard; GesundheitsAkademie e.V. (Hrsg.): Systemische Gesundheitsförderung. Gesundheit gemeinsam gestalten - Band 3. 2. Auflage. S. 187-200. Frankfurt/Main: Mabuse-Verlag GmbH.
- Klein, Hans-Jörg** (2014): Persönliches Interview, geführt von der Verfasserin. Mitarbeiter des Moby Dick Netzwerks. Hamburg: 15.01.2014.
- Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD** (2013): Deutschlands Zukunft gestalten. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. 18. Legislaturperiode. Rheinbach: Union Betriebs-GmbH.
- Kuhn, Joseph** (2013): Prävention in Deutschland – eine Sisyphegeschichte. In: *G+G Wissenschaft*. Jahrgang 2013. Nr. 3. S. 22-30. Berlin: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO).
- Lettau, Norbert** (2014): Persönliches Interview, geführt von der Verfasserin. Ehemaliger Senatsdirektor und Leiter des Amtes für Gesundheit in der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg. Hamburg: 14.01.2014.
- Ludwig, David S.; Peterson, Karen E.; Gortmaker, Steven L.** (2001): Relation between consumption of sugar-sweetened drinks and childhood obesity: a prospective, observational analysis. In: *The Lancet*. Jahrgang 357. Nr. 9255. S. 505-508. Oxford: Elsevier Limited.
- Malik, Vasanti S.; Schulze, Matthias B.; Hu, Frank B.** (2006): Intake of sugar-sweetened beverages and weight gain: a systematic review. In: *The American Journal of Clinical Nutrition*. Jahrgang 84. Nr. 2. S. 274-288. Bethesda: American Society for Nutrition.
- Maniadakis, Nikolaos; Kapaki, Vasiliki; Damianidi, Louiza; Kourlaba, Georgia** (2013): A systematic review of the effectiveness of taxes on nonalcoholic beverages and high-in-fat foods as a means to prevent obesity trends. In: *ClinicoEconomics and Outcomes Research*. Nr. 5. S. 519-543. Auckland: Dove Medical Press Limited.

- Mankiw, N. Gregory; Taylor, Mark P. (2008): Grundzüge der Volkswirtschaftslehre. 4., überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag.
- Martin, Eric; Cattan, Nacha (29.10.2013): Mexico Tackles Obesity Epidemic With Tax on Junk Food. New York City: Bloomberg Finance L.P. URL: <http://www.bloomberg.com/news/2013-10-29/mexico-tackles-obesity-epidemic-with-tax-on-junk-food.html> [20.02.2014]
- Mensink, G.B.M.; Schienkiewitz, A.; Haftenberger, M.; Lampert, T.; Ziese, T.; Scheidt-Nave, C. (2013): Übergewicht und Adipositas in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt 5/6 2013. S. 786-794. Heidelberg/ Berlin: Springer-Verlag.
- Middeke, Martin (2006): Ohne Stärkung der Prävention ist jede Gesundheitsreform unvollständig. In: *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. Jahrgang 131. Nr. 45. S. 2515-2518. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Ministerium der Finanzen – Land Brandenburg (2013): Steuern. Aktuelle Steuerinformationen. Potsdam. URL: <http://www.mdf.brandenburg.de/cms/detail.php/lbm1.c.363428.de> [19.02.2014]
- Moby Dick Club (2014): Informationsseite zum Angebot des Vereins. Hamburg: Moby Dick Club e.V. URL: <http://www.mobydickclub.de/index.html> [11.03.2014]
- Moby Dick Netzwerk (2014): Informationsseite zum Angebot und Kosten des Programms. Hamburg: Moby Dick Netzwerk. URL: <http://www.mobydicknetzwerk.de/index.html> [11.03.2014]
- Mossakowski, Karin; Süß, Waldemar (2012): Öffentliche Gesundheitsförderung im sozialräumlichen Kontext und quartiersbezogene Prävention. In: Göpel, Eberhard; GesundheitsAkademie e.V. (Hrsg.): Nachhaltige Gesundheitsförderung. Gesundheit gemeinsam gestalten - Band 4. 2. Auflage. S. 258-275. Frankfurt/Main: Mabuse-Verlag GmbH.
- Mühlbacher, Axel; Bethge, Susanne; Gräber, Susanne (2011): Gesundheitsökonomische Betrachtung der Adipositas. Berlin: Innovationszentrum Technologien für Gesundheit und Ernährung (Hrsg.).
- Munimus, Annemarie (2013): Über uns - Was ist barcoo? Berlin: checkitmobile GmbH. URL: <http://www.barcoo.com/was-ist-barcoo> [07.04.2014]
- news aktuell Presseportal (2014): Top 100 Gastro-Unternehmen 2013 mit 2,1 Prozent Umsatzplus. Hamburg: news aktuell GmbH. URL: <http://www.presseportal.de/pm/55781/2686038/top-100-gastro-unternehmen-2013-mit-2-1-prozent-umsatzplus> [20.03.2014]
- Organisation for Economic Co-operation and Development (2012): Obesity Update 2012. Paris: OECD. URL: <http://www.oecd.org/health/health-systems/49716427.pdf> [21.02.2014]
- Petersen, Christiane; Schlesinger, Sabrina (2009): Moby Dick. Bundesweites Gesundheitsnetzwerk für übergewichtige und adipöse Kinder und Jugendliche. In: *Adipositas*. Jahrgang 3. Nr. 1. S. 22-26. Stuttgart: Schattauer GmbH – Verlag für Medizin und Naturwissenschaften.
- Plamper, Evelyn; Stock, Stephanie (2010): Kosten und Finanzierung von Prävention und Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, Klaus; Klotz, Theodor; Haisch, Jochen (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. S. 402-414. Bern: Verlag Hans Huber.
- Pomeranz, Jennifer L. (2012): Advanced policy options to regulate sugar-sweetened beverages to support public health. In: *Journal of Public Health Policy*. Jahrgang 33. Nr. 1. S. 75-88. London: Macmillan Publishers Limited.

- Preusker, Uwe K. – Hrsg. (2013): Lexikon des deutschen Gesundheitssystems. 4., neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Heidelberg: medhochzwei Verlag GmbH.
- proplanta (2009): EU-Exporthilfen für Zucker- und Milchkonzerne. Stuttgart: Proplanta GmbH und Co. KG. URL: http://www.proplanta.de/Agrar-Nachrichten/Agrarwirtschaft/EU-Exporthilfen-fuer-Zucker-und-Milchkonzerne_article1244707575.html [19.03.2014]
- Pschyrembel (2012): Pschyrembel. Klinisches Wörterbuch 2013. 264., überarbeitete Auflage. Berlin/Boston: Walter de Gruyter GmbH.
- Pudel, Volker (2003): Psychologische Aspekte der Adipositas – Prävention, Therapie und Gewichtserhaltung. In: Wechsler, Johannes G. (Hrsg.): Adipositas. Ursachen und Therapie. 2., aktualisierte und erweiterte Auflage. S. 229-244. Berlin/Wien: Blackwell Verlag GmbH.
- Rabenberg, Martina; Mensink, Gert B. M. (2011): Obst- und Gemüsekonsum heute. *GBE kompakt* 6/2011. 2. Jahrgang. Berlin: Robert Koch-Institut (Hrsg.).
- Rabenberg, Martina; Mensink, Gert B. M. (2013): Limo, Saft & Co – Konsum zuckerhaltiger Getränke in Deutschland. *GBE kompakt* 1/2013. 4. Jahrgang. Berlin: Robert Koch-Institut (Hrsg.).
- Richter, Wolfram F. (2005): Wirkungen von Steuern und Sozialbeiträgen. Dortmund: Universität Dortmund. URL: http://www.wiso.tu-dortmund.de/wiso/of/Medienpool/veroeffentlichungen_richter/wirkungen_von.pdf [19.02. 2014]
- Riviera Côte d’Azur Zeitung (07.10.2011): Getränke-riesen droht mit Investitionsverzicht. Nizza: Mediterranean Editions s.a.r.l. URL: <http://www.rczeitung.com/index.php/wirtschaftsartikel/items/getraenkeriese-droht-mit-investitions-verzicht.html> [25.02.2014]
- Robert Koch-Institut – Hrsg. (2006): Erste Ergebnisse der KIGGS-Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Berlin: RKI.
- Robert Koch-Institut – Hrsg. (2012): Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie ‚Gesundheit in Deutschland aktuell 2010‘. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: RKI
- Röhling, Hanna (2009): Lebensqualität bei Adipositas. Evaluierung anhand des SF-36-Fragebogens. Dissertation. München: Fakultät für Medizin der Technischen Universität.
- Rosenbrock, Rolf (2013): Prävention – Gesundheitsressourcen steigern, Partizipation ermöglichen. In: *ersatzkasse magazin* 3./4.2013 – Prävention. S. 29-31. Berlin: Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek).
- Rosenbrock, Rolf; Gerlinger, Thomas (2014): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. 3., vollständig überarbeitete Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.
- Sassi, Franco (2010): Obesity and the Economics of Prevention. Fit not Fat. Organisation for Economic Co-operation and Development (Hrsg.). Paris: OECD.
- Schnabel, Peter-Ernst (2010): Prävention und Gesundheitsförderung in Familien und Schulen. In: Hurrelmann, Klaus; Klotz, Theodor; Haisch, Jochen (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. S. 312-323. Bern: Verlag Hans Huber.
- Schnellenbach, Jan (2011): Wohlwollendes Anschubsen: Was ist mit liberalem Paternalismus zu erreichen und was sind seine Nebenwirkungen? In: *Perspektiven der Wirtschaftspolitik*. Jahrgang 12. Nr. 4. S. 445-459. Berlin/ Boston: Walter de Gruyter GmbH.

- Schubert, Klaus; Klein, Martina (2011): Das Politiklexikon. 5., aktualisierte Auflage. Bonn: J. H. W. Dietz Nachf. GmbH.
- Schulze, M. B.; Thorand, B.; Fritsche, A.; Häring, H. U.; Schick, F.; Zierer, A.; Rathmann, W.; Kröger, J.; Peters, A.; Boeing, H.; Stefan, N. (2012): Body adiposity index, body fat content and incidence of type 2 diabetes. In: *Diabetologia*. Jahrgang 55. Nr. 6. S. 1660-1667. Berlin: Springer Science + Business Media.
- Schwimmer, Jeffrey B.; Burwinkle, Tasha M.; Varni, James W. (2003): Health-Related Quality of Life of Severely Obese Children and Adolescents. In: *JAMA – Journal of the American Medical Association*. Jahrgang 289. Nr. 14. S. 1813-1819. Chicago: American Medical Association.
- Siebert, Diana (2012): Soziale Systembildungen durch Setting-Netzwerke der Gesundheitsförderung. In: Göpel, Eberhard; GesundheitsAkademie e.V. (Hrsg.): Nachhaltige Gesundheitsförderung. Gesundheit gemeinsam gestalten - Band 4. 2. Auflage. S. 102-129. Frankfurt/Main: Mabuse-Verlag GmbH.
- Snowdon, Christopher (2013): The Proof of the Pudding. Denmark's fat tax fiasco. IEA Current Controversies Paper No. 42. London: Institute of Economic Affairs (IEA).
- Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch (2013): Gesetzliche Krankenversicherung. § 1 Solidarität und Eigenverantwortung (Stand vom 22.12.2013).
- Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch (2013): Gesetzliche Krankenversicherung. § 20 Prävention und Selbsthilfe (Stand vom 22.12.2013).
- SPIEGEL ONLINE (01.11.2013): Zu viele Übergewichtige: Mexiko erhebt Strafsteuer auf Fast Food. Hamburg: SPIEGELnet GmbH. URL: <http://www.spiegel.de/wirtschaft/service/zu-viele-dicke-mexiko-fuehrt-straftsteuer-auf-fast-food-ein-a-931188.html> [20.02.2014]
- Stadtunkte (2008): In Hamburg aktiv und gesund – 25 Jahre HAG. Aktuelle Informationen der HAG zur Gesundheitsförderung in Hamburg Nr. 3 September 2008. Hamburg: Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. - HAG (Hrsg.).
- Stanford, Duane D. (13.03.2012): Anti-Obesity Soda Tax Fails as Lobbyists Spend Millions – Retail. New York City: Bloomberg Finance L.P. URL: <http://www.bloomberg.com/news/2012-03-13/anti-obesity-soda-tax-fails-as-lobbyists-spend-millions-retail.html> [21.02.2014]
- Statista; DEUTSCHLAND TEST (2013): Schneller auf dem Teller. München: FOCUS-MONEY Redaktions-GmbH. URL: <http://www.deutschlandtest.de/fastfood/> [03.04.2014]
- Statista (2014a): Anzahl der Smartphone-Nutzer in Deutschland in den Jahren 2009-2013 (in Millionen). Hamburg: Statista GmbH. URL: <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/198959/umfrage/anzahl-der-smartphonenuutzer-in-deutschland-seit-2010/> [07.04.2014]
- Statista (2014b): Altersverteilung der Smartphone-Nutzer in Deutschland im Dezember 2012. Hamburg: Statista GmbH. URL: <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/255605/umfrage/altersverteilung-der-smartphone-nutzer-in-deutschland/> [07.04.2014]
- Stehr, Gerd (2014): Persönliches Interview, geführt von der Verfasserin. Gesundheitsamt Altona – Leiter des Kommunalen Gesundheitsförderungsmanagements. Hamburg: 14.01.2014.

- Tetens, I.; Alinia, S. (2009): The role of fruit consumption in the prevention of obesity. In: *Journal of Horticultural Science & Biotechnology*. ISAFRUIT Special Issue. S. 47–51. Ashford: Headley Brothers Limited.
- Thelen, Peter (2013): Gute Gründe für ein Präventionsgesetz. In: *ersatzkasse magazin* 3./4.2013 – Prävention. S. 34-35. Berlin: Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek).
- Thow, Anne Marie; Jan, Stephen; Leeder, Stephen; Swinburn, Boyd (2010): The effect of fiscal policy on diet, obesity and chronic diseases: a systematic review. In: *Bulletin of the World Health Organization*. Jahrgang 88. Nr. 8. S. 609-614. Genf: World Health Organization.
- Trojan, Alf; Süß, Waldemar (2010): Prävention und Gesundheitsförderung in Kommunen. In: Hurrelmann, Klaus; Klotz, Theodor; Haisch, Jochen (Hrsg.): *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. S. 336-346. Bern: Verlag Hans Huber.
- Trojan, Alf (2012): Konzepte einer nachhaltigen gesundheitsfördernden Politikgestaltung. In: Göpel, Eberhard; GesundheitsAkademie e.V. (Hrsg.): *Nachhaltige Gesundheitsförderung. Gesundheit gemeinsam gestalten - Band 4*. 2. Auflage. S. 125-136. Frankfurt/Main: Mabuse-Verlag GmbH.
- Umwelt- und Prognose-Institut e.V. (2010): Erhöhung der Tabaksteuer zur Finanzierung des Gesundheitssystems. Heidelberg: UPI. URL: <http://www.upi-institut.de/tabaksteuer.htm> [26.02.2014]
- von Hippel, Eike (2009): *Kampfplätze der Gerechtigkeit. Studien zu aktuellen rechtspolitischen Problemen*. Berlin: Berliner Wissenschaftsverlag GmbH (BWV)
- Wechsler, Johannes G. (2003): Diätische Therapie der Adipositas. In: Wechsler, Johannes G. (Hrsg.): *Adipositas. Ursachen und Therapie*. 2., aktualisierte und erweiterte Auflage. S. 245-266. Berlin/Wien: Blackwell Verlag GmbH.
- Wehowsky, Susanne (2013): Persönliches Interview, geführt von der Verfasserin. Geschäftsführerin der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. – HAG. Hamburg: 19.12.2013.
- Wirth, Alfred (2003): *Adipositas-Fibel*. 2. Auflage. Heidelberg/Berlin: Springer-Verlag.
- Wirth, Alfred; Hauner, Hans – Hrsg. (2013): *Adipositas. Ätiologie, Folgekrankheiten, Diagnostik, Therapie*. 4., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage. Heidelberg/Berlin: Springer-Verlag.
- World Health Organization (1997): *WHOQOL – Measuring Quality of Life*. Programme of Mental Health. Genf: WHO – Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. URL: http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf [14.02.2014]
- World Health Organization (2004b): *The Establishment and Use of Dedicated Taxes for Health*. Manila: Regional Office for the Western Pacific (WPRO). URL: http://www.who.int/health_financing/documents/dedicated_taxes.pdf [19.02.2014]
- World Health Organization (2013a): *Obesity and Overweight*. Fact Sheet N°311. Genf: WHO. URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html> [06.02.2014]
- World Health Organization (2013b): *Foro Legislativo sobre bebidas azucaradas*. Washington: Regional Office for the Americas. URL: http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=621:foro-legislativo-sobre-bebidas-azucaradas&catid=827:noticias [20.02.2014]

Anhang

Politische Ebene	Staatliche Stellen	Öffentlich-rechtliche Körperschaften	Freie Träger/ NGOs	Private Träger
Europäische Ebene	Aktionsprogramme, Gemeinschaftsinitiativen oder Haushaltslinien der EU Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz (Bilbao)	WHO – Regionalbüro für Europa (Kopenhagen) European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Dublin)	European Section of IUHPE (International Union for Health Promotion and Education)	Multinationale Betriebe Transnationale Stiftungen
Nationale Ebene	Haushaltsmittel der Bundesministerien für Gesundheit, Familie, Forschung, Inneres, Ernährung und Arbeit Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) Bundesanstalt für Arbeitsschutz	Mittel der gesetzlichen Krankenversicherer (§ 20, SGB V) Mittel der gesetzlichen Unfallversicherer (§ 14, SGB VII) Mittel der Körperschaften der Ärzteschaft auf Bundesebene	Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) Deutscher Olympischer Sportbund Stiftungsgelder, z.B. Robert-Bosch-Stiftung, Bertelsmann-Stiftung	Großbetriebe Investitionen nach dem Arbeitsschutzgesetz (1996)
Ebene der Bundesländer	Haushaltsmittel der Landesministerien für Gesundheit, Soziales, Inneres, Kultus und Frauen Landesgesundheitsämter Landesinstitut für Lehrerfortbildung	Landesverbände der gesetzlichen Kranken- und Unfallversicherer, Landesärztekammern	Landeszentralen/-vereinigungen für Gesundheit Lottostiftungen der Länder Landessektionen der DGE Landessportbünde	Großbetriebe Spenden und Initiativen von Privatpersonen
Kommunale Ebene	Mittel aus kommunalen Haushalten, Gesundheitsämtern, Schulverwaltungen	Mittel der gesetzlichen Kranken- und Unfallversicherer	Gesundheitszentren, lokale Gesundheitsinitiativen Lokale Stiftungen Sportvereine	Klein- und Mittelbetriebe Spenden und Initiativen von Privatpersonen Bußgelder

Tab.1: beispielhafte Einrichtungen, Strukturen, Organisationen bzw. Finanzierungsquellen der Gesundheitsförderung und Primärprävention von der europäischen zur kommunalen Ebene; Quelle: BZgA 2011, S. 80

Produkt	Preis in €	Produkt	Preis in €
Getränke:		Süßwaren/ salzige Snacks:	
Wasser (still) - 1,5l	0,44	Schokoladentafel (Vollmilch) - 100g	0,39
Cola - 1,5l	0,64	Kartoffelchips - 200g	0,79
Energydrink - 1,5l	1,54	Gummitiere - 360g	0,89
Vollmilch - 0,5l	0,69	Schokoladenriegel (Tüte) - 200g	1,09
Apfelsaft - 1,5l	1,12	Kaubonbons - 220g	0,95
Obst/ Gemüse:		Sonstige Nahrungsmittel:	
Äpfel - 2kg Beutel	2,49	Vollkornbrot - 500g	1,19
Bananen - 1kg	1,79	Toastbrot (weiß) - 500g	0,55
Orangen - 2kg Netz	1,69	Reis - 1kg Packung	0,89
Kartoffeln - 1,5kg Beutel	1,79	Käseaufschnitt (Butterkäse) - 400g	2,19
Eisbergsalat	0,59	Nudeln - 0,5kg Packung	0,49
Brokkoli	0,99	Wurstaufschnitt (Salami) - 200g	1,09
Tiefkühl-Spinat - 450g	0,99	Schokoladencornflakes - 750g	1,99
Fertiggerichte:		Hähnchenbrustfilet - 550g	3,49
Pizza (Salami) - 3er-Pack	2,49	Joghurt - 150g	0,29
Trockensuppe (Nudeln) – 4 Teller/ Portionen	0,35	Fast Food-Menüs (Hauptgericht inkl. Getränk):	
Nudelgericht (Spaghetti Napoli) - 3 Portionen	0,69	Big Mac-Menü (McDonalds)	5,99
Tiefkühl-Lasagne - 400g	1,25	Seelachsfilet-Menü (Nordsee)	8,15
Tiefkühl-Pommes Frites - 1kg Beutel	0,99	Gr. Salat + Wasser (Vapiano)	8,60

Tab.4: Preise ausgewählter Lebensmittel in den Kategorien Getränke, Obst/ Gemüse, Fertiggerichte, Süßwaren/ salzige Snacks und sonstige Nahrungsmittel sowie die Auflistung drei verschiedener Menüpreise ausgewählter Fast Food-Systemgastronomieketten; Quelle: Eigenrecherche Autorin am 24./25.03.2014; Penny-Markt Hamburg-Mitte, McDonalds Hamburg-Altona, Nordsee Hamburg-Wandsbek, Vapiano Hamburg-St. Georg

Thema des Interviews:

Präventionsfinanzierung in Deutschland

Name/ Organisation/ Position der Befragten:

Susanne Wehowsky – Geschäftsführerin der Hamburger Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V.

Interviewerin:

Romelia Klebe

Datum/ Dauer/ Ort des Interviews:

19.12.2013/ 10:10-10:31 Uhr/ Räumlichkeiten der HAG e.V.

Vor Beginn des Interviews: einleitende Worte, Vorstellung des bestehenden Gliederungsentwurfs der Bachelorarbeit und erneute Abklärung des Einverständnisses der Gesprächsaufzeichnung durch die Interviewerin

I: Sie finanzieren sich aus einem Finanztopf, in den alle Hamburger gesetzlichen Krankenversicherungen einzahlen. Wann und wie kam es zu diesem Arrangement?

B: Also dieser Projektfördertopf setzt sich einmal zusammen aus Projektmitteln von allen Hamburger Krankenkassen und Kassenverbänden, die ja laut § 20 SGB die Settingförderung machen müssen. Dazu kriegen wir aber auch noch mal Gelder von der Gesundheitsbehörde, d.h. das Besondere hier ist tatsächlich, dass öffentliche Hand und gesetzliche Krankenkassen zu gleichen Maßen Projekte fördern. Seit wann es das gibt, weiß ich nicht. Da könnten Sie den Herr Stender von der Gesundheitsbehörde vielleicht fragen. Also der § 20 war ja mal abgeschafft und ich weiß nicht, ob es vorher schon diesen Fördertopf gab oder ob der erst danach installiert worden ist.

I: Gab es auch Gegner dieser Vereinbarung? Kennen Sie weitere Finanzierungsbeispiele dieser Art aus anderen Bundesländern oder dem Ausland?

B: Ob es Gegner dieser Vereinbarung gab, weiß ich nicht und ich weiß auch nicht von anderen Landesvereinigungen. Also solche Vereinigungen wie unsere gibt es ja eigentlich in fast jedem Bundesland, die heißen in der Regel Landesvereinigung für Gesundheitsförderung. Dort ist es oft so, dass die Projekte haben, bei denen eine einzelne Krankenkasse plus das Ministerium fördern, aber tatsächlich das alle Krankenkassen zusammen Projekte fördern, das ist wirklich einzigartig und auch eigentlich beispielgebend. Es war auch immer eine Überlegung, wenn es um das Präventionsgesetz ging, das Hamburger Modell auf alle zu übertragen. Nun soll ja im nächsten Jahr tatsächlich auch schon ein Vorstoß gemacht werden für ein neues Präventionsgesetz und da ist ja weiterhin angedacht, dass die BZGA die Mittel zentral verteilt und dann an die Länder gibt. Natürlich würden wir uns wünschen, dass auf unsere Struktur zurückgegriffen wird, wo dies ja schon installiert ist. Es würden jetzt noch die Arbeitslosenversicherungen und die Rentenversicherungen mit dazu kommen, als öffentliche Träger, oder auch Unfallkassen, aber die Krankenkassen sind ja schon mal bei uns vereint und das ist bewährtes Prinzip und wir fänden es schade, wenn diese Struktur zerschlagen werden würde.

I: Daran anknüpfend: Halten Sie es für realistisch, dass tatsächlich in dieser Legislaturperiode ein Präventionsgesetz verabschiedet wird? Die vorherigen Anläufe sind ja bisher gescheitert.

B: Ich glaube da ziemlich fest dran, weil unsere Gesundheitssenatorin Frau Prüfer-Storcks – sie wird ja den Vorsitz der Gesundheitsministerkonferenz haben – sich dafür einsetzen wird. Sie hat dies ja in der letzten Legislatur schon stark vorangetrieben und wird das auch weiterhin machen. Da bin ich ganz zuversichtlich. Ob das dann natürlich so wird, wie wir uns das wünschen, das ist noch die zweite Frage.

I: Wie sollte ein zukünftiges Präventionsgesetz denn aus Ihrer Sicht sein?

B: Einmal sollten tatsächlich alle Sozialversicherungsträger beteiligt sein. In dem letzten Entwurf der vorherigen Regierung waren ja nur die Krankenkassen beteiligt. Das war nicht umfassend genug, weil Gesundheitsförderung wirklich eine Gemeinschaftsaufgabe ist und da müssen alle Sozialversicherungsträger und auch die öffentliche Hand ran. Dann ist es so, dass das Ganze auch über die Länder verteilt werden sollte und dazu sozialräumlich gesteuert werden sollte. Was ganz wichtig ist, die Krankenkassen sind bei uns auch in der HAG Mitglied und auch im Vorstand vertreten. Denen ist es ganz wichtig, dass sie selber mitentscheiden können, wofür die Gelder eingesetzt werden. Das müsste also in einem Präventionsgesetz auch mit vorgesehen werden, dass die Kostenträger auch eine Entscheidungsbefugnis haben.

I: Was sehen Sie aktuell als größtes Problem im Bereich der Präventions- und Gesundheitsförderungsfinanzierung in Deutschland?

B: Einerseits gibt es relativ viel an Mitteln. Was ungünstig ist, ist das so viel punktuell Projekte gefördert werden. Es ist nicht gebündelt. Man geht nicht strukturiert vor und das ist der Vorteil von einem Präventionsgesetz. Hier in Hamburg probiert man das über das Landespräventionsprogramm ‚Pakt für Prävention‘; dafür ist auch Herr Stender der Gesundheitsbehörde zuständig. Das ist quasi eine Notlösung gewesen, weil es immer noch kein Präventionsgesetz gibt. Das ist hier der Weg, um Aktivitäten zu bündeln. Eigentlich gibt es genug Geld, es muss nur ein bisschen besser gesteuert werden. Es gibt genug Angebote hier in Hamburg, genug Geld kann man vielleicht nicht sagen. Und eben diese fehlende Bündelung und Einzelaktionen, das ist es im Moment, woran es bei Gesundheitsförderung und Prävention hapert. Die Krankenkassen sollen ja zukünftig noch mehr Geld in Settingprogramme geben, aber auch jetzt geben sie ja einen Teil hier in Hamburg an die HAG, aber machen eben auch noch eigene Aktivitäten. Diese werden eben auch für Marketingzwecke genutzt, aber generell von ALLEN die fördern. Man muss eben immer auch bedenken, dass da auch die Eigeninteressen eine große Rolle spielen.

I: Werden aus Ihrer Sicht evaluierte bzw. qualitativ geprüfte Programme eher finanziell unterstützt?

B: Ja es ist so, eindeutig. Womit wir zunehmend zu tun haben ist, dass wir die Wirkung nachweisen müssen, was ja in der Gesundheitsförderung absolut schwer ist, da es über Jahrzehnte eigentlich erst wirkt. Auch wenn die Krankenkassen uns Geld für Setting-Projekte geben, ist es immer wichtig, dass sie evaluiert werden. Im Rahmen von ‚Pakt für Prävention‘ bieten wir auch eine Workshop-Reihe zum Thema Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung an, sodass die Akteure auch geschult werden zum Thema. Es ist wirklich absolut wichtig und auch im Präventionsgesetz so vorgesehen, dass es eine Qualitätssicherung gibt.

I: Vorstellung des Bachelorarbeitsinhaltes, um eine Überleitung zum zweiten Themenschwerpunkt zu schaffen

I: Was halten Sie von zusätzlich erhobenen Lebensmittelbesteuerungen wie Fett- oder Zuckersteuern als politisches Steuerungsinstrument, um die Adipositaszahlen zu reduzieren?

B: Also ich finde das gut, wenn Steuern mit in so einen Gemeinschaftsfond gehen würden, aber da würden auf alle Fälle auch Alkohol- und Tabaksteuern dazu gehören. Jetzt gab es ja neulich auch mal die Idee, ob man Lebensmittel ab einem gewissen Kaloriengehalt verteuern würde. Das ist natürlich schwierig. Wenn es aber eher auf Zucker o.ä. reduziert ist, macht es denke ich auf alle Fälle Sinn. Aber der Kaloriengehalt als solches als Grundlage ist unpassend, weil auch Gesundes wie Nüsse z.B. einen hohen Kaloriengehalt haben.

I: Welche Angebote bietet die HAG zur Adipositasprävention oder -hilfe an?

B: Zum Thema Adipositas arbeiten wir in dem Sinne gar nicht. Wir machen zwar Ernährungsberatung an Schulen, aber es geht immer um eine gute ausgewogene Ernährung. Es geht nicht um dick oder dünn bei dem was wir machen. Das ist schon eine Art Adipositasprävention, aber wir haben da nicht den Fokus drauf. Es geht uns darum, die Lebenswelten so zu gestalten, dass es ein ausgewogenes Essensangebot gibt z.B. in Kitas, Schulen oder Betrieben. Wir arbeiten damit mehr auf der Verhältnisebene, was ja ein Fond aus Steuergeldern auch würde. Das ist einfach das Credo in der Gesundheitsförderung. Die Lebenswelten müssen so gestaltet sein, dass Menschen gut und gesund leben können und nicht der Übergewichtige allein schuld ist. So arbeiten wir ja nicht.

I: Wie sieht in Ihrer Wunschvorstellung eine optimale Finanzierung des Präventions- und Gesundheitsförderungssektors aus?

B: Als Wunschvorstellung sollen wie gesagt alle Sozialversicherungsträger und der Staat mitfinanzieren. Das Problem ist eben auch die Lobby. Bei der Sekundärprävention hängt die Pharmaindustrie mit drin oder bei der Gesundheitsversorgung die Krankenhäuser; das sind viel stärkere Partner als im Bereich der Gesundheitsförderung. Darum ist es so wichtig, dass es tatsächlich gesetzlich geregelt wird, weil freiwillig macht das eben keiner. Das das in Hamburg freiwillig passiert ist, ist super, aber es ist eben nicht selbstverständlich. Daher ist ein Gesetz wichtig, weil die Lobby fehlt und sonst im medizinischen Bereich so viele wirtschaftliche Interessen dahinter stehen.

Ende des Interviews.

<i>Thema des Interviews:</i>	<i>Präventionsfinanzierung in Deutschland</i>
<i>Name/ Organisation/ Position der Befragten:</i>	<i>Gerd Stehr – Leiter Kommunale Gesundheitsförderung des Bezirksamtes Altona</i>
<i>Interviewerin:</i>	<i>Romelia Klebe</i>
<i>Datum/ Dauer/ Ort des Interviews:</i>	<i>14.01.2014/ 09:07-10:05 Uhr/ Räumlichkeiten des Bezirksamtes Altona</i>

Anmerkung der Interviewerin: Das Interview wurde aufgezeichnet, die Antworten wurden durch Gerd Stehr zusätzlich auch schriftlich zur Verfügung gestellt. Diese schriftlich verfassten Antworten dienen als Bezugsquelle für die Ausarbeitung.

I: Wie funktioniert die Finanzierung Ihrer Einrichtung bzw. Ihrer Abteilung?

B: Gesundheitsförderungs-/Präventionsaktivitäten werden orientiert an den Gesundheitszielen Altona und den gesetzlichen Pflichtaufgaben des Kommunalen Gesundheitsförderungsmanagements jährlich geplant und benötigte Haushaltsmittel eingeworben. In den letzten Jahren wurde eine Basisfinanzierung mit 1000 € für die Aktivitäten der Altonaer Gesundheits- und Pflegekonferenz und 7.500 € für Gesundheitsförderungs-/ Präventionsaktivitäten im Haushalt des Fachamtes Gesundheit eingestellt. Die Gelder werden für konkrete Gesundheitsförderungs-/Präventionsaktivitäten ausgegeben. Zum Beispiel: Honorare, Aufwendungen im Rahmen der Veranstaltungen (z.B. für Moderatoren, Musiker), Öffentlichkeitsarbeit (z.B. Anzeigen, Plakatdruck) und Filmaufnahmen sowie die (anteilige) Finanzierung von Mikroprojekten. Die Geschäftsvorgänge werden den Verwaltungsvorschriften entsprechend administrativ abgearbeitet; über die Geschäftsstelle im Fachamt Gesundheit werden Honorare, Rechnungen und dergleichen gezahlt.

I: Was sehen Sie aktuell als größtes Problem im Bereich Präventions- und Gesundheitsförderungsfinanzierung in Deutschland?

B: Wie Rolf Rosenbrook jüngst auf der Jubiläumsveranstaltung der HAG e.V. sagte, existiert ein gesellschaftspolitischer Konsens, Gesundheitsförderung und Prävention auch finanziell zu fördern. Bisher scheiterten jedoch die Bestrebungen, Gesundheitsförderung/Prävention über ein Präventionsgesetz breit zu finanzieren, aus politischen Gründen. Das größte Problem ist somit das noch fehlende Präventionsgesetz, das insbesondere die öffentlichen und freien Träger von Gesundheits- und Präventionsmaßnahmen angemessen berücksichtigt und solide finanziert. Eine weitere „Doppel-Problematik“ besteht darin, dass einerseits die potenziellen Empfänger von Leistungen nach § 65 a SGB V (Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten) oftmals über diese Leistungen nicht hinreichend informiert sind und andererseits die Leistungsgewährung angesichts der „Sparmaßnahmen“ in den Krankenkassen kritisch geprüft werden und dadurch viele Empfänger nicht erreichen. Zum anderen ist bekannt und Erfahrung, dass viele Krankenkassen Leistungen nach dem § 20 SGB V zur Umsetzung eigener Präventionsaktivitäten nutzen, um darüber Mitgliederwerbung und eine positive Imageprofilierung zu betreiben. Für externe Akteure der Selbsthilfe und aus der kommunalen Gesundheitsförderung gestaltet sich die Zuwendungspraxis eher bescheiden und bewegt sich je nach beantragtem Projekt in vierstelliger Größenordnung (z.B. ca. 5.000 € für Bewegungsförderung in einer Kita). Insgesamt erscheint der sogenannte „Gesundheitsförderungs-Cent“ zu niedrig und sollten § 20 – Mittel in angemessener Höhe in kommunale Gesundheitsförderungsfonds einfließen und von den Akteuren vor Ort genutzt werden können (siehe Finanzierungsidee der Gesundheits- und Pflegekonferenz Altona, AG Bewegung). Aus der Sicht des Kommunalen Gesundheitsförderungsmanagements kommen die finanzielle Nicht- bzw. Unterausstattung in den Hamburger Bezirken sowie der Haushalts-Konsolidierungsdruck dazu, wodurch die Gesundheitsförderungs-/Präventionsaktivitäten verunmöglicht bzw. erheblich beschränkt werden sowie der Bestand und

das weitere Wirken des Kommunalen Gesundheitsförderungsmanagements tendenziell gefährdet werden.

I: Glauben Sie, dass das Präventionsgesetz in dieser Legislaturperiode kommt und wie sollte dieses Ihrer Ansicht nach a) idealerweise und b) realistischerweise aussehen?

B: Ja. Dies kann idealer- und realistischerweise zugleich erfolgen. Im Koalitionsvertrag der CDU, CSU und SPD ist dies vorgesehen. Unter Ziff. 2.4 Gesundheit und Pflege heißt es:

„Wir werden noch 2014 ein Präventionsgesetz verabschieden, das insbesondere die Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten wie Kita, Schule, Betrieb und Pflegeheim und die betriebliche Gesundheitsförderung stärkt und alle Sozialversicherungsträger einbezieht.“ (S. 58)

Die Hamburger Gesundheitssenatorin Frau Prüfer-Storcks wird sich auch dafür im Bundesrat einsetzen, so dass die begründete Hoffnung besteht, dass das Präventionsgesetz kommt. Aus Sicht der Kommunalen Gesundheitsförderung wird es darauf ankommen, dass auch das Setting Kommune im weiteren Sinne bzw. die stadtteil- bzw. quartiersbezogene Gesundheitsförderung sowie besonders die Gesundheitsämter mit berücksichtigt werden. Dadurch kann unter anderem die Position und finanzielle Ausstattung der Kommunalen Gesundheitsförderung entscheidend gestärkt werden kann. Hierzu bedarf es weiterer Lobbyarbeit wie sie z.B. die Ärzte im ÖGD betreiben.

I: Sie haben eine neue Finanzierungsidee für Ihre Einrichtung entwickelt, wie sieht diese aus?

B: Aus dem Netzwerk „Altona in Bewegung“ der Altonaer Gesundheits- und Pflegekonferenz ging die Idee hervor über einen Kommunalen Gesundheitsförderungsfonds Präventions- und Gesundheitsförderungsprojekte zu finanzieren. Dies sollte ein Gemeinschaftsunternehmen von im Bezirk ansässigen Firmen, Krankenkassen, Bezirkspolitik, Gesundheitsverwaltung und Akteuren aus der Gesundheitsförderung/Prävention mit der Rechtsform eines gemeinnützigen e.V. sein. Das Leitungsgremium sollte entsprechend besetzt sein, damit alle Interessen vertreten sind. Akteure, die Gesundheitsförderungs- bzw. Präventionsprojekte realisieren möchten, könnten entsprechende Anträge stellen, die einem schlanken Verwaltungsverfahren geprüft, genehmigt und finanziert werden könnten. Die Akteure hätten ihre Projekte nach den Qualitätsstandards der Gesundheitsförderung/Prävention (z.B. BZgA) zu evaluieren und den Geldgebern gegenüber eine Rechenschaftspflicht. Die finanziellen Mittel würden anteilig in den Fond eingespeist, z.B. von den Unternehmen, den Krankenkassen und der Verwaltung. Es sollten kleine und mittelgroße, nachhaltig wirkende Projekte verwirklicht werden können. Diese Idee wurde bereits kommuniziert, aber noch nicht von Geldgebern bzw. verantwortlicher Politik aufgegriffen und bedarf weiterer Vermittlung.

I: Welche Angebote bietet das Gesundheitsamt Altona zur Adipositasprävention oder -hilfe an?

B: Es bietet Information und Schulungen an und führt derzeit ein Mikroprojekt durch. Eine Fachkraft ist z.B. bei bezirklichen Beschäftigungsträgern als Referentin tätig und vermittelt jungen Frauen Grundlagen der Individualhygiene und gesunder Ernährung, wobei auch die Adipositas-Problematik angesprochen wird. Außerdem hat das Gesundheitsamt die Zentrale für Ernährungsberatung an der HAW beauftragt, ein Adipositas-Präventionsprojekt im Osdorfer Born und in Altona-Altstadt durchzuführen, das noch läuft. Ferner werden auf der Homepage der Altonaer Gesundheits- und Pflegekonferenz aktuelle Infos zur Adipositasprävention vermittelt.

I: Was halten Sie von zusätzlich erhobenen Lebensmittelbesteuerungen wie Fett- oder Zuckersteuern zur Reduzierung der Adipositaszahlen und als evtl. Mittel zur Teilfinanzierung der Gesundheitsförderung?

B: Es handelt sich hier um zwei Fragen. Zur ersten: Sollte eine zusätzliche Lebensmittelbesteuerung bezogen auf Fett-/Zuckerprodukte erfolgen? Grundsätzlich wäre eine zusätzlich erhobene Lebensmittelbesteuerung eine Möglichkeit staatlich verordneter Steuerung des Fett-/Zuckerkonsums und zusätzlicher Einnahmengenerierung, die bedenkenswert ist. Die Beispiele der Tabaksteuer oder auch Biersteuer belegen, dass dies praktisch möglich ist. Unterstellt man eine solche Politikinitiative bei einer der regierenden Parteien, so würden

m.E. Umsetzungsbestrebungen innerparteilich und dann auch ggf. in der Großen Koalition kontrovers ob des Erfolges diskutiert werden. In der Bevölkerung würde die Verteuerung der Lebensmittel kritisiert und die Maßnahme abgelehnt werden. Die Lebensmittelkonzerne würden ganz erheblichem Widerstand leisten; das politische Vorhaben in bester neoliberaler Logik als einen weiteren unzumutbaren staatlichen Eingriff in den Lebensmittelmarkt brandmarken, verurteilen und mit Hinweis auf mögliche Arbeitsplatzvernichtungen ablehnen. Die Konzern-Lobbyisten würden engagiert die Initiative diskreditieren. Angesichts dessen und in Anbetracht der Tatsache, dass es aktuell m.W. keine Initiativen zur Erweiterung der Besteuerung in dieser Hinsicht gibt, erscheint eine solche Politikinitiative derzeit nicht umsetzbar. Sie müsste zunächst „ideologisch aufbereitet“ und gesellschaftlich vorbereitend vermittelt werden, dann könnten Realisierungschancen bestehen. Dies würde jedoch dauern und insofern keinen Ansatz für eine kurzfristige Lösung darstellen. Zur zweiten Frage: Unterstellt, dass es sie gäbe, könnte diese Lebensmittelbesteuerung - entsprechend vermittelt - zur Teilfinanzierung von Gesundheitsförderung und Prävention beitragen. Allerdings würde ich statt einer solchen Partillösung eine kohärente Finanzierungslösung über das Präventionsgesetz bevorzugen. Dies wäre meines Erachtens sinnvoller, mit weniger Bürokratie verbunden, effektiver und auch vermittelbarer.

I: Könnten die dadurch erhobenen Finanzmittel über den ÖGD in Adipositasinterventionen gerade auch im Verhältnisbereich umgesetzt werden? Wie könnten solche Maßnahmen und Projekte aussehen?

B: Grundsätzlich ja. Verhaltens- und Verhältnisprävention gehen auch in diesem Handlungsfeld Hand in Hand. Es könnten z.B. freiberufliche Ökotrophologinnen über Ausschreibungen durch das Kommunale Gesundheitsförderungsmanagement Multiplikatoren/-innen ausbilden, die in die Settings Kita und Schule gehen und dort die Kinder und ihre Eltern über entsprechende Vermittlungsformen informieren, aufklären und bei gesunder Ernährung/mehr Bewegung begleiten.

I: Wie sieht in Ihrer Wunschvorstellung eine optimale Finanzierung des Präventions- und Gesundheitsförderungssektors aus?

B: Meine Wunschvorstellung ist, dass die kommunale Gesundheitsberichterstattung und -planung und besonders die Netzwerkarbeit in Gesundheits- und/bzw. Pflegekonferenzen mit ihren vielfältigen Gesundheitsförderungs- und Präventionsaktivitäten auf kommunaler Ebene angemessen, ausreichend und kontinuierlich über das Präventionsgesetz finanziert werden. Denn in den Kommunen leben und arbeiten die Menschen unter gesundheitsförderlichen oder auch -abträglichen Bedingungen, sind gesundheitliche Schutzfaktoren zu stärken bzw. Risikofaktoren für den Einzelnen und die Gesellschaft zu mindern bzw. weitest möglich abzustellen. In diesem Kontext halte ich es auch für unerlässlich, dass die Forschung/Entwicklung und Lehre an den Hochschulen im Bereich der Gesundheitsförderung/Prävention entsprechend kohärent und längerfristig finanziert wird. Die derzeit übliche Praxis der Projektförderung („Projektitis“) ist nicht wirklich problemlösend und m.E. kontraproduktiv, da sie erheblichen bürokratischen Aufwand erzeugt und das Risiko besteht, dass wertvolle Erkenntnisse und Forschungsergebnisse

nach Projektbeendigungen versickern. Eine gesellschaftlich nützliche und praxiswirksame Gesundheitsförderung/Prävention kann meiner Meinung nach nur im konzertierten Miteinander der gesellschaftlichen Akteure aus der Praxis, Wissenschaft, Politik, Kultur und (Gesundheits-)Wirtschaft entstehen.

Ende des Interviews.

<i>Thema des Interviews:</i>	a) <i>Entwicklungsgeschichte des HAG-Finanzierungsmodells</i> b) <i>Probleme der Präventionsfinanzierung in Deutschland</i>
<i>Name/ Organisation/ Position der Befragten:</i>	<i>Norbert Lettau - ehemaliger Senatsdirektor und Leiter des Amtes für Gesundheit in der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg</i>
<i>Interviewerin:</i>	<i>Romelia Klebe</i>
<i>Datum/ Dauer/ Ort des Interviews:</i>	<i>14.01.2014/ 14:05-15:17 Uhr/ Literaturhaus-café</i>

Vor Beginn des Interviews: einleitende Worte, Vorstellung des bestehenden Gliederungsentwurfs der Bachelorarbeit und Abklärung des Einverständnisses der Gesprächsaufzeichnung durch die Interviewerin

I: Die HAG finanziert sich aus einem Finanztopf, in den alle Hamburger gesetzlichen Krankenversicherungen einzahlen. Sie waren aktiv am Entstehungsprozess dieses bisher einzigartigen Modells beteiligt. Wann und wie kam es zu diesem Arrangement? Gab es auch Gegner dieser Vereinbarung?

B: Um das der Reihenfolge nach zu erzählen, 1983 ist in Hamburg die ‚Hamburgische Landesvereinigung für Gesundheitserziehung e.V.‘ (fortführend abgekürzt: HLG) gegründet worden. Ich bin 1988 nach Hamburg gekommen und habe das so vorgefunden. Und das war eine Vereinigung, die getragen wurde von den Krankenkassen und unserem Hause. Man kann sagen insgesamt auch vom Öffentlichen Gesundheitsdienst, d.h. die Bezirke waren mit je einer Amtsärztin oder einem Amtsarzt dort im Vorstand auch sehr aktiv und sehr engagiert vertreten. Aber das war eine Einrichtung, der Befund für mich war ganz schnell da, die sich eben noch im KLASSISCHEN Sinne Gesundheitserziehung auf die Fahne geschrieben hatten. Die Hauptwidmung der Gelder, die wir dort eingegeben haben, war das Thema Gesundheitserziehung – das haben die allerdings auch sehr gut und SEHR professionell gemacht. Gesundheitserziehung eben nicht nur mit dem Zeigefinger, sondern mit den modernsten Mitteln der Pädagogik. Und das war auch ganz grundsätzlich erfolgreich, insofern dass es eine gute Resonanz in den Schulen gab. Die Schulen konnten, insofern sie auf die HLG zukamen, für ihre Lehrerinnen und Lehrer Kurse bestellen für die Klassen im Alter von 6-15 Jahren. Dies erfolgte z.B. über selbst entwickelte Puppenspiele, mit denen man die Kinder auch WIRKLICH emotional erreichen konnte. Zu kritisieren gab es also an der HLG gar nichts, aber man konnte sie noch weiterentwickeln und an die modernsten wissenschaftlichen Erkenntnisse anpassen. Es gab dann zusätzlich in Hamburg eine ‚Werkstatt für Gesundheit‘. Die ist inspiriert und gegründet worden von einem Herrn Helmut Hildebrandt, der auch heute noch so sehr aktiv ist und eine Unternehmensberatung betreibt, die sich mit den Themen Versorgung und Versorgungsforschung beschäftigt. Ich habe dann versucht, wie ich das auch vorher schon in einem Kreis in Nordrhein-Westfalen aufgebaut hatte und auch in Summer Seminars der WHO aufgenommen hatte, hier in Hamburg eine Gesundheitsförderkonferenz zu etablieren. Also mit einer Aufgabenstellung, die wesentlich über Gesundheitserziehung hinaus geht, und versucht die Bewegung der WHO seit der Ottawa Charta aufzunehmen – d.h. ein breitbasiges Arbeiten. Das war ein etwas langwieriger Prozess, aber auch wenn man mit der WHO sehr intensiv kooperiert, nimmt man schnell auf, dass man für das Thema Gesundheitsförderung einen sehr langen Atem und eine Menge Geduld benötigt. Man kann das nicht mal eben in einem halben Jahr daher zaubern. Es hat also vieler, vieler Gespräche und Zeit bedurft, bis die Gesundheitsförderkonferenz 1992 ins Leben gerufen wurde. Mit gegründet wurde diese

von dem damaligen Präsident der Ärztekammer Prof. Bialas – eine bedeutende Person zu jener Zeit – der eben nicht nur an die ärztliche, unmittelbare medizinische Versorgung dachte, sondern der gewohnt war in weiteren Zusammenhängen zu denken. Dazu kam Herr Dr. Behrens, der damals Chef der AOK war und wenn man so will der Hauptsprecher der gesetzlichen Kassen hier in Hamburg. Wir waren uns dann aber trotz unseres Erfolges schnell einig, dass diese Trias ‚Werkstatt für Gesundheit‘, Hamburgische Landesvereinigung für Gesundheitserziehung und die Gesundheitsförderkonferenz zu viele Parallelaktivitäten und Aufgaben hatten. Im Hinblick auf die schon immer angespannten Finanzen, mussten wir dann den schmerzhaften Schritt tun und aus den drei Verbänden eine Einheit machen. Sonst hätten wir uns auf Dauer verzettelt. Das war ein höchst schwieriger Prozess, aber nach vielen Diskussionen wurde dann 1997 die heutige HAG gegründet. Dieser Einigungsprozess hat aber allerdings bestimmt drei oder vier Jahre gedauert. Ich meine mich zu erinnern, dass wir schon 1992 geschafft hatten die Krankenkassen zu überzeugen mit uns zu einer gemeinsamen Finanzierungsmöglichkeit zu kommen. Heute ist es so, dass die Grundkosten – die weitaus höheren Kosten – nahezu zu 100% von unserem Hause (Anmerkung der Interviewerin: gemeint ist die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz der Stadt Hamburg) getragen werden. Die Projektarbeit wird allerdings zu 50 % durch die Behörde und zu 50 % durch die Krankenkassen finanziert. Das ist wirklich bemerkenswert, das habe ich in meiner vorherigen Stelle in Nordrhein-Westfalen nicht geschafft. Auf jeden Fall haben wir diese gemeinsame Finanzierung hinbekommen mit über die Zeit stetig wachsenden, kleinen, prozentualen Anteilen. Mir war das immer sehr wichtig, weil diese Gemeinschaftsfinanzierung bundesweit EINMALIG ist. Eigentlich zielten wir noch darauf ab die Krankenkassen auch an den Grundkosten zu beteiligen, aber da kam immer die Gegenwehr, wir würden uns dann als Behörde mit den staatlichen Mitteln zurückziehen. Ich habe aber immer gesagt, wir werden uns mit KEINEM Cent zurückziehen, sondern das Geld an anderer Stelle für den gleichen Zweck investieren. Wir hatten also teilweise 60 Mitglieder bei der HAG e.V., darunter eben alle Krankenkassen, die Handwerkskammer, einige große Betriebe. Gerade durch die Arbeitsgruppe für Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz wurde UNGEMEIN viel bewegt und erreicht in Hamburg, aber das steht meist nirgends in den Medien. Einzig der Förderpreis für Betriebe, die den Bereich Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz besonders gut umsetzen, wird tatsächlich etwas größer zelebriert und ist in den Medien präsent.

I: Um hier weiter anzuknüpfen: Was sehen Sie aktuell als größtes Problem im Bereich Präventions- und Gesundheitsförderungsfinanzierung in Deutschland? Was wäre eine wünschenswerte Finanzierung?

B: Was Rolf Rosenbrook in jeder ‚Predigt‘ vorgehalten hat, den Kommunen, Regionen, auch den Ländern, war: nehmt Abschied von der ‚Projektitis‘. Jemand hat eine gute Idee und schaut nicht um sich, ob die schon mal jemand hatte und sie sich bewährt hat. Dann wird auch immer aus der Hand gelebt und gesagt: für 3 Jahre können wir die Förderung absichern. Das war aber immer auch der Appell von Rolf Rosenbrook an die Politik, dass die Wege nachhaltig gegangen werden müssen und die Finanzierung DAUERHAFT gesichert sein muss. Ansonsten ist auch die mangelnde politische Verankerung ein Problem. Wenn zwei, drei wesentliche Akteure nicht mehr präsent sind, weil sie in den Ruhestand gehen o.ä., schlafen gute Ideen und Projekte ein. Daher muss sowas strukturell verankert werden, um ein Weiterbestehen zu gewährleisten. Zusätzlich besteht ein Strukturproblem auf der Gesetzesebene. Dort werden Abstimmungen nur zwischen Bund und Ländern getätigt. Die Kommunen werden vielleicht mal informiert, aber wirklich beteiligt an der Gesetzgebung sind sie nicht. Das sollte meiner Ansicht und langjähriger Erfahrung nach geändert werden. Gesundheitsförderung MUSS dort passieren, wo die Menschen leben. Und dort muss man auch mitentschieden können, was in dieser Kommune besonders relevant ist. Und das dritte Problem ist die Frage der Finanzierung, die ist in der Tat, gemessen an der Bedeutung die es hätte, lächerlich. Wenn man sich z.B. die Situation in der gesamten Gesellschaft ansieht, diese immer stärkere Auseinanderentwicklung in arm und reich. Darin besteht eine ganz große Aufgabe diese sozial Benachteiligten zu unterstützen; dass diese besonders gefährdet sind, dürfte ja nun

hinreichend durch die Gesundheitsberichterstattung belegt sein. Wir wissen GENUG, um handeln zu können und zu müssen. Und trotzdem wird auch, beispielsweise auf stadtpolitischer Ebene, an den falschen Enden gespart und geschoben. Ich will ein GRÄSSLICHES Beispiel nennen, wo auch gegen die Gesundheitsförderung gearbeitet wurde. Wir haben einen Zuwendungstopf, den die Behörde betreut, der an einige Einrichtungen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention geht. Es gibt auch andere Zuwendungstopfe wie den für den Bereich Sucht und Drogen, der GEWALTIGE 18 Mio. € umfasst. Das ist in dieser Dimension einmalig in Deutschland. Hamburg ist neben Frankfurt/Main allerdings auch die hauptbetroffene Stadt. Trotzdem habe ich immer wieder die Frage gestellt: 18 Mio. €, ist das verantwortbar für diesen kleinen Kreis an betroffenen Personen? Und für Bereiche wie eben Adipositas machen wir kaum etwas. Es gibt eine Hamburgische Krebsgesellschaft (fortführend abgekürzt: HKG), zu der wir noch bis vor der Euroeinführung ca. 35.000 DM Zuwendung beisteuerten. Die machen im wesentlichen Forschung. Die bezahlen wir nicht, weil das eben Sache der Universitäten und des Wissenschaftsministeriums ist. Zusätzlich macht diese Krebsgesellschaft aber auch eine enorm gute Beratung von Krebspatientinnen und Patienten. Genau dafür war unsere Zuwendung gedacht. Diese wurden aber ganz schnell wieder umgeleitet in den Bereich Drogen und Sucht, worauf ich sehr emotional reagiert und gefragt habe: warum zerstören wir zarte Pflänzchen wie die Zuwendung an die HKG, obwohl diese eine HERVORRAGENDE Beratungsarbeit im Sinne einer Second Opinion machen? Daran sieht man, dass selbst innerhalb des Gesundheitsbereiches eine starke Lobbykratie herrscht. Und diese ist eben beispielsweise für den Bereich Drogen und Sucht deutlich stärker als für den Bereich Health Promotion. Ich erinnere mich da gern an einen Professor auf einem Kongress, der am Rednerpult explodierte: Wir schaffen es nur mit unseren Botschaften in die Medien, wenn wir es mal skandalieren, wir müssen die Themen skandalieren! Und er hat ja Recht, mit einem Skandal ist man da schnell in den Medien. Das kenne ich nur zu gut aus meiner Arbeit im Bereich Verbraucherschutz.

I: erneute Vorstellung des Bachelorarbeitsinhaltes, um eine Überleitung zum zweiten Themenschwerpunkt zu schaffen

I: Was halten Sie von zusätzlich erhobenen Lebensmittelbesteuerungen wie Fett- oder Zuckersteuern zur Reduzierung der Adipositaszahlen, wie sie beispielsweise in Dänemark bestanden?

B: Ich erinnere mich noch an ein schreckliches Bild. Wir waren mit Freunden segeln und hielten vorher in Flensburg zum Einkaufen. Da war an der Kasse ein kleiner Stand zum Kaffee trinken, von dem wir das Treiben dort beobachtet haben. Da sind junge Familien mit vollgestapelten Einkaufswagen mit Cola, Fanta, Lakritz gewesen, wir waren regelrecht SCHOCKIERT über die Mengen. Die waren eben in Deutschland einkaufen, weil es bei ihnen zu teuer war. Wozu haben wir aber die EU? Man muss solche Regelungen auf diese Ebene bringen, sonst hat man eben genau diese Effekte. Das ist natürlich ein langwieriger Prozess, aber es lohnt den Einsatz. Man darf sich natürlich auch nichts vormachen, die Lobby in diesen Bereichen ist groß. Man hat es gesehen an der Tabakrichtlinie der EU. An der wurde jahrelang gearbeitet und kurz vor dem Abschluss immer noch berichtet, weil die Lobby sich stark gemacht hat. So sind Menthol-Zigaretten nicht verboten wurden, obwohl es sinnvoll gewesen wäre. Das abschließende Papier ist also ÜBERHAUPT nicht mehr das, was es im Ursprung mal war, eben nur durch Lobbyarbeit. Und noch einmal zum Thema Adipositas und der Familie mit den vielen, ungesunden Sachen im Einkaufskorb: das SCHLIMMSTE ist ja, wenn sie einen 10-jährigen haben, der schon stark übergewichtig ist - das ist eine Weichenstellung für das weitere Leben. Wie soll der das wieder loswerden? Die Gesundheitskarriere wird dadurch schon in der Kindheit und Jugend negativ geprägt.

I: Vielen Dank für das interessante Gespräch. Haben Sie noch einen abschließenden Gedanken zum Ende unseres Gesprächs?

B: Das wesentliche Anliegen der WHO ist: orientiert euch an ‚examples of good practice‘. Denk nicht neue Wege, sondern erst dann, wenn du die Landschaft erforscht hast - wo gibt es gut funktionierende Beispiele und wie sind sie auf meine Situation übertragbar. Das ist eine sehr pragmatische Herangehensweise, die im Bereich Health Promotion immens wichtig ist. Wenn man in die Kreise und Städte geht, sieht man überall Projekte mit den gleichen Webfehlern wachsen, die man vermeiden könnte, wenn man z.B. mal in die Ideenbörse der BZgA o.ä. sehen würde. Diesen Gedanken, den wie erwähnt auch Rolf Rosenbrook immer wieder predigt, finde ich abschließend noch einmal sehr wichtig.

Ende des Interviews.

Thema des Interviews: Präventionsfinanzierung in Deutschland
Name/ Organisation/ Position der Befragten: Hans-Jörg Klein – Mitarbeiter des Moby Dick Netzwerkes
Interviewerin: Romelia Klebe
Datum/ Dauer/ Ort des Interviews: 15.01.2014/ 18:03-18:29 Uhr/ Räumlichkeiten des Moby Dick Netzwerkes in Altona

Vor Beginn des Interviews: einleitende Worte, Vorstellung des bestehenden Gliederungsentwurfs der Bachelorarbeit und erneute Abklärung des Einverständnisses der Gesprächsaufzeichnung durch die Interviewerin

I: Was sehen Sie aktuell als größtes Problem im Bereich der a) Präventions- und Gesundheitsförderungsfinanzierung allgemein und der b) Adipositasprävention im Speziellen in Deutschland?

B: Also zu a), Präventions- und Gesundheitsförderungsfinanzierung, kann man sagen, dass es sehr aufwendig und hervorragend gemachte Werbung für ungesunde Produkte gibt und DIE dann auch noch als gesund dargestellt werden – Milchschnitte oder wie sie alle heißen, Kinder Pinguin. Auch wenn da Erwachsene mitspielen, die Zielgruppe ist ganz klar Kinder und Jugendliche und mit der Werbung, wenn man mal nachmittags oder morgens sich das Kinderprogramm von öffentlich rechtlichen bis privaten anschaut – es ist eindeutig wohin die Werbung zielt. Da gegenüber ist, ich will es mal so sagen, eine moderat finanzierte Werbung z.B. der BZGA, die a) von der Finanzierung her eingeschränkt ist im Vergleich dazu, b) die Zielgruppe ja nicht direkt angesprochen wird, sondern immer über Umwege über den Arzt oder Krankenkassen. Aber es ist sehr übersichtlich das Ganze. Zu Adipositasprävention im speziellen in Deutschland kann man sagen: die Prävention soll ja eigentlich da anfangen, wo die Kinder noch nicht dick sind, sondern bereits vorher und da ist das Problem einmal bei der Klientel, der Leidensdruck ist noch nicht groß genug, also tut man auch noch nichts. Auf der anderen Seite werden Präventivmaßnahmen, seien sie durch uns, Mitbewerber oder auch von Krankenkassen angeboten, werden deshalb nicht genutzt.

I: Weil die Menschen das Problem tatsächlich noch nicht sehen?

B: Richtig. Bei uns kommen die Leute zur Therapie, wenn es weh tut, wenn gehänselt wird, wenn das Mädels da steht vorm Spiegel und möchte gern die tollen, schicken Sachen anziehen und in ihrer Größe gibt es da nichts mehr. Oder man hört auch einmal auf eine gute Freundin, die dann sagt, es ist jetzt einmal an der Zeit, dass du was tust.

I: Wie funktioniert die aktuelle Finanzierung Ihres Programms? Bestand diese Finanzierungsvariante von Beginn an?

B: Ganz am Anfang haben die Eltern das selbst finanziert und dann nach und nach kamen Krankenkassen dazu, die jetzt zwischen 0-100% mitfinanzieren. Krankenkassen, die unser Programm kennen, bezahlen im Schnitt 80%.

I: Die privaten Eigenanteile der Eltern werden aber komplett selbst finanziert oder bestehen dort auch in der Not Unterstützungen von Behördenseite oder anderen Kooperationspartnern, wenn das Geld nicht aufgebracht werden kann?

B: Für die Eigenanteile gibt es kaum Unterstützung, was viele auch wieder abschreckt. Es gibt eben auch Eltern, die den finanziellen Background gar nicht haben, auch wenn es nur 20% an Zuzahlung

sind. Da gibt es einige Stiftungen, die da hin und wieder mal einspringen, aber von Behörden gibt es nichts. Daher fallen die, auf die es eigentlich ankommt, aus dem Raster. Ärmere Menschen, um es mal so auszudrücken, ernähren sich ja auch eher ungesund. Da wird Billigware gekauft und viel Fast Food.

I: Haben Sie bei Ihrer Arbeit das Gefühl, dass Kinder aus bildungsferneren Schichten mit dem Thema gesunde Ernährung weniger vertraut sind?

B: Richtig. Also wir kennen Kinder, die noch nie eine Karotte gesehen haben. Wir hatten auch schon Kinder, die noch nie einen Apfel gegessen hatten. Es ist schon schwierig, wobei das lässt jetzt nach, weil die finanzielle Hürde da ist und das Prozedere, um überhaupt in so ein Programm reinzukommen, zu aufwendig ist. Dies ist von den Krankenkassen vorgegeben, sonst übernehmen sie keine anteiligen Kosten. Da wird eine ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung benötigt, es muss direkt bei der Krankenkasse vorgeschrieben werden und der Antrag gestellt werden. Zusätzlich muss Durchhaltevermögen aufgebracht werden für 12 Monate einmal die Woche in den Kurs zu kommen, das schreckt vor allem das bildungsfernere Klientel ab.

I: Wie empfinden Sie die zahlenmäßige Entwicklungen im Bereich Übergewicht und Adipositas? Wie wirken sich diese auch auf Ihre Programmnachfrage in den letzten Jahren aus?

B: Die Entwicklung ist eigentlich negativ, da wir, wie in vielen anderen Bereichen wie z.B. in der Ernährung, eine Amerikanisierung in Deutschland haben. Dick wird gar nicht mehr so als dramatisch angesehen. Es gibt ja in Amerika auch schon ziemlich starke Verbände von Übergewichtigen und Adipösen die sagen, dass alles was die Wissenschaft sagt gelogen ist und es werden selbst Wissenschaftler vorgestellt, die dann das Gegenteil behaupten. Es ist immer eine Sache des Standpunktes. Man merkt auch bei unserer Arbeit, dass übergewichtige Kinder und Jugendliche oft das passende Elternhaus dazu haben. Die Umgebung in der Verwandtschaft ist entsprechend, die Umgebung im Freundeskreis ist entsprechend. Irgendwann fällt das nicht mehr auf. Da wird sich gedacht: die anderen sehen ja genauso aus, wo ist das Problem? Und das ist dann etwas problematisch.

I: erneute Vorstellung des Bachelorarbeitsinhaltes, um eine Überleitung zum zweiten Themenschwerpunkt zu schaffen

I: Was halten Sie von zusätzlich erhobenen Lebensmittelbesteuerungen wie Fett- oder Zuckersteuern zur Reduzierung der Adipositaszahlen?

B: Ich finde die Idee gut. Im Gegenzug dazu würden wir es dann begrüßen, dass gerade Gemüse und Obst billiger gemacht werden müssten oder sollten. Ehe wir über Krankenkassen kranke Kinder subventionieren, sollte man das lieber dem Bauer geben, der dann die Sachen zu einem günstigen Preis in die Kita bringt. Sie haben mit der Idee da vollste Unterstützung durch mich.

I: Wie realistisch sehen Sie eine tatsächliche Umsetzung dieser Idee in Deutschland?

B: Ich würde sagen, dass es nicht nur schwierig umzusetzen ist sondern eigentlich unmöglich. Der Lobbyismus in diesem Bereich funktioniert einfach hervorragend. Sogar der Bauernverband, wo man sagen würde, der müsste sowas eigentlich unterstützen, tut dies bestimmt nicht. Die haben ihre riesigen Betriebe, wo nur noch auf Masse gearbeitet wird und an die Industrie verkauft wird.

I: Es existieren aber auch Länder, in denen solche gesetzlichen Regelungen gegen eine starke Lebensmittelindustrilobby durchgesetzt wurden.

B: Es GEHT, ja. Es ist eine Sache der Politik im Land, inwieweit sie bereit ist sowas in die Hand zu nehmen und umsetzen. Aber da die Politik im Moment noch nicht mal bereit ist Krankenkassen zu zwingen solche Programme wie Moby Dick finanziell zu unterstützen, gerade bei Eltern, die das nachweislich nicht bezahlen können, habe ich da keine große Hoffnung, dass es sich in anderen Bereichen über ABSEHBARE Zeit zum positiven wendet.

I: Könnten Sie sich die Möglichkeit vorstellen Ihr Programm aus diesen neu gewonnenen Mittel zu finanzieren? Welche Sicherheit und neue Optionen würde diese Finanzierungsmöglichkeit Ihnen geben? Welche Bereiche oder Interventionen würden Sie ausbauen?

B: Wir wollen eigentlich keine staatlichen Subventionen, sondern nur, dass unser potentielles Klientel die finanzielle Möglichkeit hat solche Programme wahrzunehmen. Es ist ja auch interessanterweise für die stationäre Sache für 4-6 Wochen das Geld da von den Krankenkassen, wobei nachgewiesenermaßen die Dinger nichts taugen. 6 Wochen abseits vom realen Leben kriegen wir auch alles hin, aber man kommt dann wieder zurück und wird meist alleine gelassen. Anschließend Begleitprogramme, wie wir es ja dann auch anbieten, werden dann wieder nicht mehr finanziert. Das Geld ist eigentlich da, wenn man jetzt rein die Krankenkassen sieht, aber es fließt irgendwo anders hin – in eine Magenband-OP; in Nulldiäten, wo Erwachsene wochenlang im Krankenhaus liegen, um da ENTSPECKT zu werden oder unnötigerweise auch im Bereich der Sozialversicherungen. Millionen oder Milliarden werden im Bereich Arbeit verloren, weil die Leute krank sind oder arbeitsunfähig. Das ist alles sehr kurzsichtig gedacht. Und da nützen auch Präventionsprogramme mit 8 Wochen einmal die Woche was über gesunde Ernährung erzählen, NICHT viel. Es muss ein Zusammenhang gesehen werden zwischen der Ernährung, zwischen mehr Bewegung. Da sind die Schulen z.B. gefragt, wie viel Sportunterricht fällt aus, weil Lehrer nicht da sind. Da fängt es schon an.

I: In einem Gespräch mit dem Leiter der kommunalen Gesundheitsförderung des Gesundheitsamtes Altona kam die Idee eines kommunalen Gesundheitsfonds auf, in den Krankenkassen, Behörden oder auch engagierte Betriebe einzahlen und jedes Projekt dort unbürokratisch Mittel einwerben kann. Sehen Sie diese Idee als eine Option für Ihr Programm?

B: Ja ich finde das eine gute Idee. So könnten die Eigenanteile bei sozial benachteiligten Kindern finanziert werden. Vor Allem sollen Gelder im Präventionsbereich ausgegeben werden, weil die Therapie, die wir ja machen, ist ja eine der letzten Stufen schon. Wir wollen uns ja überflüssig machen im Therapiebereich, es soll ja gar nicht so weit kommen. In den untersten Stufen, in der Kita angefangen bzw. sogar schon bei den Hebammen, sollte mit der Ernährungsberatung angesetzt werden. Wenn das funktioniert, dann sind wir schon weit. Es wird IMMER ein paar Ausreißer geben, aber nicht in der Menge, wie wir sie jetzt haben.

I: Glauben Sie, dass das Präventionsgesetz in dieser Legislaturperiode kommt und wie sollte dieses Ihrer Ansicht nach a) idealerweise und b) realistischerweise aussehen?

B: Erst mal, kommt das Gesetz in dieser Legislaturperiode – dazu ein klares nein. Da kommen noch viel zu viele Interessen rein. Bevor das alles durchgekaut ist, sind die 4 Jahre rum. Sollte es dann kommen, sollte aus meiner Sicht wie anfangs erwähnt die Lebensmittelwerbung eingeschränkt werden, auch bei den Ausstrahlungszeiten. Ähnlich wurde das ja auch mit Raucherwerbung gehandhabt. Dann sollten Gesundheitsuntersuchungen gestärkt werden. Es gibt die ja jetzt schon: die U1, U2 usw., später die J-Untersuchungen. Das müsste verpflichtend sein und das müsste dann auch entsprechend belohnt werden

durch staatliche Zuwendungen für die Kinder bzw. dann auch die Eltern. Schulverpflegung müsste jetzt im POSITIVEN Sinne reglementiert werden. Wir haben ja in Hamburg auch einen absoluten Flickenteppich, jeder macht was er will. Alle schreien sie haben gesunde Ernährung und haben auch tolle Bio-caterer. Wenn man die Töpfchen da dann aber sieht, zugeschweist und ähnliches. Da kann die tollste Bio-Ware drin sein, die taugt dann nichts mehr, wenn sie noch mal aufgewärmt wurde. Sie ist teilweise auch immer noch VIEL zu teuer. Da müssten Subventionen fließen. Mehr Schulsport muss auch wieder fokussiert werden. Gesunde Lebensmittel müssen einfach auch im Allgemeinen günstiger angeboten werden und ungesunde Lebensmittel, was ja auch ihr Ziel der Arbeit ist, müssen so verteuert werden, dass sie uninteressant werden.

I: Wie sieht in Ihrer Wunschvorstellung eine optimale Finanzierung des Präventions- und Gesundheitsförderungssektors aus?

B: Allgemein sind es zwei Punkte. Erstens schreit man mal wieder nach dem Staat, aber anders funktioniert es nicht. Es müssen gesetzliche Regelungen her. Und zweitens die Krankenkassen sind gefordert, die müssen mal zu einer anderen Denke gezwungen werden. Es soll nicht nur von heute auf morgen gedacht werden, das ist ja auch das Dilemma in der Politik. Die denken nur eine Legislaturperiode lang und wollen dann wieder gewählt werden. Und dadurch fällt dann so manche Idee hinten runter und wird wider des besseren Wissens nicht gemacht, weil es Stimmen kostet. Krankenkassen müssten langsam mal erkennen, wie wichtig Prävention ist und da wesentlich mehr Geld reinstecken. Und das auch in ORDENTLICHE Förderung und nicht nur so Feigenblattprogrammchen, die da angeboten werden. Das muss, wie vorhin erwähnt, stufenweise schon bei der Hebamme anfangen und bis zu den Ärzten gehen, die dann die Pflichtuntersuchungen machen. Politik, Krankenkassen, mehr Geld in die Prävention – so würde ich das abschließend zusammenfassen.

Ende des Interviews.

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, 15.04.2014

Romelia Klebe