

Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V.

Positionspapier

Ernährung und Gesundheit

- 5 beschlossen am 08.05.2021 auf der 4. Online Medizinstudierendenversammlung der bvmd, zuletzt geändert am 03.07.2021 auf der 5. Online-Mitgliederversammlung der bvmd.

Zusammenfassung:

- 10 Die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. (bvmd) erkennt ungesunde Ernährung und ein nicht nachhaltiges Ernährungssystem als zunehmende Bedrohung für die individuelle, öffentliche und planetare Gesundheit an. Ferner nimmt sie Defizite im Bewusstsein für den Zusammenhang zwischen Ernährung, Umwelt und Gesundheit sowie deren soziale Determinanten in der Bevölkerung und unter Medizinstudierenden wahr. Weiterhin mangelt es an
- 15 präventiven Maßnahmen, einer adäquaten Einbindung von Ernährungstherapie in die Behandlung relevanter Erkrankungen und der Ausbildung im Medizinstudium. Es besteht Handlungsbedarf bei der Reduktion von Lebensmittelverschwendung, bei der Begrenzung der Agrarflächenerschließung und der Anwendung nachhaltiger Methoden zur Lebensmittelproduktion. Die bvmd fordert ferner eine
- 20 Kombination von Maßnahmen der Verhaltens- und insbesondere Verhältnisprävention, die auch auf legislativer Ebene realisiert werden müssen. Dem Gesundheitssektor schreibt die bvmd bei der Umsetzung vieler Maßnahmen eine Vorbildfunktion zu.

Einleitung:

- 25 In Deutschland ist etwa jeder zweite Mensch übergewichtig oder adipös, was insbesondere auf eine unausgewogene Ernährung zurückzuführen ist. [1] Welche Auswirkungen dies haben kann, zeigt die Global Burden of Disease Study: Weltweit konnten im Jahr 2017 11 Millionen Todesfälle einer ungesunden Ernährung zugerechnet werden, während 255 Millionen verlorene gesunde Lebensjahre
- 30 (disability adjusted life years, DALYs) auf ernährungsbedingte Risikofaktoren zurückzuführen waren. [2] Dies manifestiert sich auch in der Zunahme nichtübertragbarer Erkrankungen (noncommunicable diseases, NCDs) wie Diabetes Mellitus, kardiovaskulärer und Tumorerkrankungen. Dieses Ergebnis unterstreicht den Stellenwert gesunder Ernährung für jeden Einzelnen und die
- 35 gesamte Gesellschaft.

Doch wodurch definiert sich gesunde Ernährung?

bvmd-Geschäftsstelle

Robert-Koch-Platz 7
10115 Berlin

Phone +49 (30) 95590585
Fax +49 (30) 9560020-6
Home bvmd.de
E-Mail verwaltung@bvmd.de

Für die Presse

Philip Plättner
E-Mail pr@bvmd.de

Vorstand

Lucas Thieme	(Präsident)
Sebastian Schramm	(Externes)
Florian Aschenbrenner	(Finanzen)
Dorothea Daiminger	(Fundraising)
Philipp Schwaiger	(Internationales)
Hannah Gütthlein	(Internes)
Philip Plättner	(PR)

Die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland ist ein eingetragener Verein (Vereinsregister Aachen VR 4336). Sitz und Gerichtsstand sind Aachen.

Egal ob die DGE-Standards in Deutschland [3], der Healthy-Eating Plate der Harvard University [4] oder die Dietary Guidelines aus Kanada [5]: Sämtliche Richtlinien, die auf fundierten wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhen, empfehlen eine pflanzenbasierte Ernährung, die sich zum Großteil aus Gemüse und Obst, ergänzt mit Vollkornprodukten, einem adäquaten Proteinanteil und pflanzlichen Fetten zusammensetzt. [6] Tierische Produkte sowie Lebensmittel mit einem hohen Gehalt an Zucker, Salz und gesättigten Fettsäuren sollten nur in Maßen verzehrt werden.

Interessant ist, dass diese Ernährungsweisen auch empfohlen werden, wenn es zum Beispiel um umweltfreundliche oder faire Ernährung geht, die im Rahmen einer ganzheitlichen globalen und planetaren Gesundheit erforderlich ist. Denn unser Ernährungssystem trägt in seiner jetzigen Form besonders durch die Massentierhaltung maßgeblich zu Klimakrise, Ressourcenverknappung und dem Verlust intakter Ökosysteme bei.

Dieses Positionspapier soll die Komplexität von gesunder und nachhaltiger Ernährung bewusstmachen, die Notwendigkeit von multimodalen Ansätzen aufzeigen und eine Kombination von Maßnahmen fordern. Die bvmd möchte damit einen Diskussionsanstoß dafür geben, dass Ernährung als wichtiges gesundheitliches und gesamtgesellschaftliches Thema begriffen wird. Dabei erheben wir keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Die bvmd erkennt an, dass

1. ... Ernährung einen direkten und indirekten Einfluss auf die menschliche Gesundheit hat und einen wesentlichen modifizierbaren Risikofaktor für Erkrankungen darstellt.
2. ... Fehl-, Mangel- und Überernährung auf individueller und Bevölkerungsebene erhebliche gesundheitliche, soziale, ökonomische und ökologische Konsequenzen haben.
3. ... das aktuelle Ernährungssystem die Stabilität von Klima und Ökosystemen sowie die Biodiversität bedroht.
4. ... das Tierwohl, das Risiko von Infektionskrankheiten wie Zoonosen und steigende Antibiotikaresistenzen eng mit unserem Ernährungssystem zusammenhängen.
5. ... eine ausgewogene, pflanzenbasierte Ernährung, mit möglichst unverarbeiteten und regionalen Nahrungsmitteln, die optimale Ernährungsweise für die menschliche und planetare Gesundheit darstellt.
6. ... Gesundheitsberufe und -einrichtungen eine Verantwortung und Vorbildfunktion für ein gesundes und nachhaltiges Ernährungsverhalten innerhalb der Gesellschaft tragen.

- 75 7. ... ein gesamtheitliches Konzept im Sinne einer Kombination von verhältnis- und verhaltenspräventiven Maßnahmen effektiver und damit der Einführung solitärer Maßnahmen vorzuziehen ist.
8. ... ein Defizit in der Ernährungsbildung der Bevölkerung besteht.
- 80 9. ... die Verpflegung in Gemeinschaftseinrichtungen einen bedeutsamen Beitrag für eine gesündere und nachhaltigere Ernährung leisten kann.
10. ... Kinder und junge Menschen besonders schutzbedürftig gegenüber gezieltem Marketing für ungesunde Lebensmittel sind.
11. ... Lebensmittelkennzeichnungen für Verbraucher:innen zu Nährwertqualität, Umweltverträglichkeit und Fairness bisher unzureichend etabliert sind.
- 85 12. ... in der Lieferkette von Lebensmitteln Menschenrechte und Gesundheitsschutz häufig missachtet werden.
13. ... Mediziner:innen eine Schlüsselrolle in der Erkennung und Behandlung ernährungsbezogener Erkrankungen und in der Weitervermittlung von Patient:innen an speziell geschulte Fachkräfte einnehmen.
- 90 14. ... Grundlagen über Ernährung und ihre große Relevanz für die Entstehung und Behandlung von Krankheiten im Medizinstudium gelehrt werden müssen.
15. ... eine enge interprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen den Akteur:innen im Gesundheitswesen vorteilhaft ist, um ernährungsbedingte Krankheiten zu reduzieren und Heilung zu fördern.
- 95

Die bvmd fordert, dass

1. ... eine substanzielle Reduktion von Herstellung und Konsum tierischer Produkte und hierfür erforderliche Maßnahmen.
- 100 2. ... eine international koordinierte Begrenzung der Erschließung neuer Agrarflächen zum Schutz von Klima und Biodiversität sowie resilienter Ernährungssicherung.
3. ... technische und politische Maßnahmen zur Reduktion von Lebensmittelverschwendung entlang der gesamten Produktions- und Lieferkette.
- 105 4. ... ein gestaffeltes Mehrwertsteuersystem mit Anhebung der Mehrwertsteuer für tierische Produkte auf 19% und zuckerhaltige Softdrinks auf 29%, sowie Absenkung der Mehrwertsteuer für Obst und Gemüse auf 0 bis 5,5%.

- 110 5. ... die verpflichtende bundesweite Umsetzung der DGE-Qualitätsstandards als Mindestanforderung für die Verpflegung in allen Gemeinschaftseinrichtungen, insbesondere in Kliniken und Schulen.
6. ... ein Verbot von Kindermarketing für ungesunde Lebensmittel, das sämtliche an Kinder adressierte Werbestrategien, Kanäle und kindliche Lebensumgebungen umfasst.
- 115 7. ... die verbindliche nationale und perspektivisch EU-weite Einführung des Nutri-Scores oder eines vergleichbaren Ampelsystems zur Kennzeichnung der Nährwertqualität von Lebensmitteln.
8. ... ein verpflichtendes, auf Durchschnittswerten basierendes, mehrstufiges Klimalabel auf allen Lebensmitteln mit der Bezugsbasis CO₂-Äquivalente in Gewicht.
- 120 9. ... die konsequente Einhaltung von Kinder-, Menschen- und Arbeitsschutzrechten und die Förderung von Gesundheitsschutz innerhalb der Wertschöpfungskette.
- 125 10. ... eine verbesserte institutionelle Ernährungsbildung in Kitas und Schulen (Schulfach Gesundheit, Ernährungsführerschein) und die Schaffung von niederschweligen Bildungsangeboten für Erwachsene.
11. ... die stärkere Integration ernährungsbezogener Aspekte in bestehende Disease-Management-Programme.
- 130 12. ... dass Grundlagen zu Ernährung und Gesundheit sowie zu Möglichkeiten der interprofessionellen Zusammenarbeit mit Ernährungsfachkräften im Medizinstudium gelehrt und praktisch geübt werden.
13. ... die Einführung einer gesetzlich geschützten Berufsbezeichnung "Ernährungsberater:in" oder „Ernährungstherapeut:in“
- 135 14. ... die Etablierung eines Ernährungsmanagements in Kliniken, koordiniert durch Ernährungsmanager:innen, welches die beteiligten Bereiche integriert, interprofessionelle Ernährungsteams beinhaltet und ein konsequentes strukturiertes Monitoring von Ernährungszustand und Essverhalten der Patient:innen sicherstellt.
- 140 15. ... die erneute Überprüfung einer weitreichenderen Aufnahme der ambulanten Ernährungstherapie und -beratung in die Heilmittelverordnung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss.

Haupttext:

145 **Ethische Aspekte**

Aus ethischer Perspektive kommt bei Betrachtung der Forderungen dieses Positionspapiers zwangsläufig die Frage auf, inwieweit staatliche Eingriffe in das Leben und die Freiheit der Menschen im Rahmen der Gesundheits-, Ernährungs- und Umweltpolitik gerechtfertigt sind.

- 150 Die bvmd findet die in diesem Positionspapier beschriebenen Maßnahmen vor dem Hintergrund zulässig, dass erst die Gesundheit des Menschen ihm erlaubt, seine Freiheit zu genießen. Das Nuffield Council of Bioethics schreibt dazu: "Gute Gesundheit ist zentral, um bestehende Chancen in der Gesellschaft zu ergreifen und Politik, die die Menschen nicht mit fairen und gleichen Startpositionen versorgt, um die angestrebten Chancen zu erreichen, muss als ungerecht bewertet werden". [7]

- 155 Seit der Erklärung der Gesundheit als Menschenrecht 1948 durch die UN, obliegt dem Staat als vorrangigem Träger menschenrechtlicher Pflichten, außerdem die Aufgabe, die Gesundheit des Menschen zu schützen sowie gesunde Lebens- und Arbeitsbedingungen zu schaffen und zu fördern. [8][9] Die Autonomie des Menschen meint also nicht die Freiheit vor staatlichen Interventionen, sondern erfordert diese zuweilen sogar.

- 160 Interventionen auf politischer Ebene sind hierbei aus verschiedenen Gründen unerlässlich: Gesetzliche Vorschriften können einheitliche, standardisierte, evidenzbasierte und verbindliche Rahmenbedingungen schaffen, die aufgrund ihrer politischen Autorität und schnellen Umsetzbarkeit nach Inkrafttreten erhebliche Lenkungswirkung innehaben.

- 165 Interventionen auf politischer Ebene sind hierbei aus verschiedenen Gründen unerlässlich: Gesetzliche Vorschriften können einheitliche, standardisierte, evidenzbasierte und verbindliche Rahmenbedingungen schaffen, die aufgrund ihrer politischen Autorität und schnellen Umsetzbarkeit nach Inkrafttreten erhebliche Lenkungswirkung innehaben.
- 170 So können gesetzliche Vorgaben alltägliche Entscheidungen für Konsument:innen zugunsten der gesunden, ökologischen und ethischen Option erleichtern. Damit wirken Sie den momentanen strukturellen Widrigkeiten eines nachhaltigen Lebensstils, wie hohen Kosten und schlechter Verfügbarkeit von Produkten oder Informationen, entgegen. Im Sinne von Public Health plädieren wir dafür, dass die gesündeste Entscheidung immer auch die einfachste Entscheidung sein sollte. Dass der Staat Bürger:innen bei einer gesunden Ernährung unterstützen und sich für gesündere Lebensmittel einsetzen soll, wünschten sich jüngst 62% der Deutschen in einer repräsentativen Verbraucher:innenbefragung. [10] Außerdem beziehen gesetzliche Maßnahmen alle Menschen ein, auch sozioökonomisch schlechter situierte Bevölkerungsgruppen, die unter einer besonders hohen ernährungsbedingten Krankheitslast leiden, gleichzeitig aber durch alleinige verhaltenspräventive Ansätze nicht ausreichend adressiert werden. [11]

- 175 Nach dem Prinzip der Chancengleichheit fordert die bvmd also bildungs- und wirtschaftspolitische Maßnahmen, die vor einer Gefährdung der eigenen

185 Gesundheit infolge ungesunder Ernährung schützen sollen. Die von uns geforderten Handlungen nehmen den Konsument:innen dabei keine Entscheidungen ab, setzen jedoch starke Anreize für eine gesündere und nachhaltigere Ernährungsweise.

Industrielle Selbstverpflichtungen konnten bisher keine wirkungsvollen Effekte erzielen und werden als solitäre Maßnahmen von der bvmd daher abgelehnt.

190 Hinsichtlich der Lebensqualität und der finanziellen Krankheitskosten sind staatliche Interventionen im Gesundheitsbereich für alle Träger:innen unseres solidarisch finanzierten Gesundheitssystems von Interesse. Denn die finanziellen Folgekosten von Über- und Fehlernährung belasten das gesamte Gesundheitswesen. Die Kosten durch vermeidbare ernährungsbedingte Störungen werden in Deutschland auf circa 17 Milliarden Euro geschätzt - Geld, das an
195 anderen Stellen im Gesundheitssystem fehlt. [12]

Nichtsdestotrotz ist es unabdingbar, dass Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung die Autonomie des Einzelnen und die Diversität individueller Lebensentwürfe und -ziele anerkennen und respektieren. Der Staat muss Bedingungen schaffen, unter denen eine gesunde Lebensführung möglich ist, kann
200 und darf eine solche jedoch nicht verordnen. [13] Die in diesem Positionspapier genannten Maßnahmen der Verhältnis- und Verhaltensprävention empfindet die bvmd auch unter diesem Gesichtspunkt als angemessen.

Planetary and One Health

205 Um alle Auswirkungen von Ernährung auf die menschliche Gesundheit zu begreifen, muss diese zuallererst in einem umfassenden und komplexen Konzept verstanden werden. Die Ernährung setzt die Öffentliche Gesundheit nicht nur durch ihre enorme Bedeutung für die Entstehung von NCDs unter Druck. Sie bedroht durch ihren substanziellen Beitrag zu Klimakrise, Biodiversitätsverlust und Ressourcenverknappung auch unsere natürlichen Lebensgrundlagen, die
210 Voraussetzung für gesundes Leben sind. [14][15] Planetary und One Health stellen wichtige Konzepte in der Untersuchung dieser Zusammenhänge zwischen menschlicher Gesundheit und verschiedenen Umweltdimensionen dar, wobei One Health explizit die Dimension Tiergesundheit einbezieht.

215 In diesen Konzepten spielen nicht nur direkte, sondern auch indirekte Einflüsse auf die Gesundheit eine Rolle, die ökologischer, sozialer oder struktureller Genese sein können. So führt die durch die Klimakrise verursachte Trinkwasser- und Nahrungsmittelknappheit zu Mangelernährung, Entwicklungsstörungen und Infektionsanfälligkeit (direkter Einfluss), was sich bereits heute besonders in
220 Ländern des globalen Südens wie Bangladesch zeigt. [16] Gleichzeitig werden durch klimatisch und ökologisch bedingte Schäden in der Landwirtschaft Existenzgrundlagen zerstört und damit soziale Instabilität erzeugt, was zu gesellschaftlichen Konflikten bis hin zu kriegerischen Auseinandersetzungen führen

225 kann (indirekter Einfluss). Ein Beispiel dafür ist der Bürgerkrieg in Syrien, dem eine der schwersten Dürren des Landes vorausging, welche Ernteauffälle und Massenmigration von Farmfamilien in die Städte verursachte und die Auseinandersetzung auf diese Weise katalysierte. [17]

Die ökologischen, sozialen und strukturellen Determinanten bilden dabei einen viel größeren Einflussfaktor auf menschliche Gesundheit als die Gesundheitsversorgung selbst. [18]

230 Menschen sind für ihr Überleben und ihre Gesundheit auf eine geeignete Umwelt angewiesen, deren Stabilität durch das menschenverursachte Überschreiten planetarer Grenzen (planetary boundaries) zunehmend bedroht wird. [19] Zu diesen planetaren Grenzen gehören der Klimawandel, die Unversehrtheit der Biosphäre (Biodiversität), die Landnutzung, der Süßwasserverbrauch, 235 biogeochemische Kreisläufe (Phosphat, Stickstoff), die Versauerung der Ozeane, die atmosphärische Aerosolbelastung, der stratosphärische Ozonabbau und die Einbringung neuartiger Substanzen. Bei den fünf Erstgenannten hängt eine mögliche Überschreitung maßgeblich von unserem Ernährungssystem ab. [20] Die Lebensmittelproduktion stellt eine der größten Ursachen für Umweltzerstörung mit 240 einem immensen Effekt auf das Erdsystem dar. [21] Die Überschreitung einzelner Grenzen ist dabei auch von den anderen abhängig, da sich die Systeme gegenseitig beeinflussen.

245 Einerseits ist das globale Ernährungssystem damit Verursacher der planetaren Grenzüberschreitungen, andererseits wird es selbst durch die Überbelastung besagter planetarer Systeme bedroht.

250 Nachhaltige Ernährung ist auch essenziell für die Umsetzung aller 17 Nachhaltigkeitsziele (Sustainable Development Goals, SDGs), insbesondere dem SDG 2 "Kein Hunger", SDG 3 "Gesundheit und Wohlergehen" und SDGs 12 bis 15, die sich mit nachhaltigem Konsum, Klima- und Artenschutz befassen. [22] Auch das Erreichen der Ziele des Pariser Abkommens hängt maßgeblich davon ab. Zu beiden Übereinkommen, insbesondere der für den Erhalt der globalen Gesundheit notwendigen Begrenzung des globalen Temperaturanstiegs auf 1,5°C, bekennt sich die bvmd bereits im Positionspapier Klimawandel und Gesundheit. [23]

255 Ein globaler Ernährungswandel, der den nachhaltigen Schutz natürlicher Lebensgrundlagen ebenso beachtet wie die Reduktion vermeidbarer Krankheitslast, ist daher unabdingbar. [14][21]

260 Der EAT-Lancet Commission Report von 2019 beschreibt diese Notwendigkeit zum Umdenken als "Great Food Transformation". [21] Diese kann nur erreicht werden, wenn alle beteiligten Akteur:innen sämtlicher Sektoren des Ernährungssystems kollektiv zusammenarbeiten, Wissenschaft und evidenzbasierte Arbeit als fundamentale Grundlage begriffen und mögliche Steuerungsmechanismen voll und umfassend ausgeschöpft werden. Gleichzeitig ist eine Änderung der Einstellung

zum und Interaktion aller Menschen mit dem Ernährungssystem essenziell. Es ist notwendig, ein stärkeres Bewusstsein für diesen Zusammenhang in der Bevölkerung zu schaffen, insbesondere durch medizinisches Personal, welches ein besonders hohes Vertrauen in der Gesellschaft genießt. [24]

Die bvmd sieht hierbei folgende Transformationsschritte als unerlässlich an:

1. Die substanzielle Reduktion von Produktion und Konsum tierischer Produkte (siehe Abschnitt „Gesunde Mehrwertsteuer“). Herstellung und Verzehr pflanzlicher Lebensmittel müssen demgegenüber erhöht werden. Eine Orientierung für einen solchen nachhaltigen und gesunden Speiseplan stellt die Planetary Health Diet dar. [25]

Die intensivierete Nutztierhaltung und der hohe Fleischkonsum haben immense negative Konsequenzen für verschiedenste Gesundheitsdimensionen. Denn klimaschädliche tierische Verdauungsgase und Düngemittel für Futteranbau, treibhausgasintensive Produktionsketten tierischer Lebensmittel und die extensive Landnutzung - etwa 37% der Erdoberfläche werden als Weiden und für Futteranbau genutzt - forcieren die Klimakrise und bedrohen die planetare Gesundheit. [26][27][28][29] Die Massentierhaltung ist nicht nur unethisch, sondern trägt auch maßgeblich zum Anstieg von Antibiotikaresistenzen und dem erhöhten Risiko von Tierseuchen, Zoonosen, sowie Pandemien bei. [30] Ferner ist die menschliche Gesundheit durch den Konsum von insbesondere rotem und verarbeitetem Fleisch, welches die WHO als wahrscheinlich karzinogen bis karzinogen einstuft, direkt gefährdet. [31]

2. Die Begrenzung der Erschließung neuer Agrarflächen (Zero Expansion Policy) zum Schutz von Klima und Biodiversität, welche auch die Resilienz und Produktivität des Ernährungssystems sichert. Diese muss international koordiniert und realisiert werden.
3. Die starke Reduktion von Lebensmittelverschwendung entlang der gesamten Produktionskette bis hin zum Konsum. Dies muss mithilfe technischer und politischer Lösungen in Übereinstimmung mit den SDGs erfolgen.

Die konkrete Umsetzung dieser Forderungen, die sich am EAT-Lancet Commission Report orientieren und von starker Evidenz untermauert sind, ist eine politische Gestaltungsaufgabe. Der Einbezug aller Akteur:innen ist unerlässlich.

Die bvmd ist ebenso bestrebt, in Bezug auf eigene Veranstaltungen eine gesunde und nachhaltige Ernährung zu realisieren. [23] Dazu gehört auch der Verzicht auf Fleischprodukte sowie die Reduktion von anderen tierischen Lebensmitteln und Lebensmittelabfällen. Die bvmd folgt damit auch Empfehlungen der IFMSA. [32]

300 **„Gesunde Mehrwertsteuer“ für Lebensmittel**

Bei den aktuellen politischen Maßnahmen für eine Änderung des Ernährungsverhaltens stützt sich das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL) zurzeit auf einen projekt- und bildungsorientierten Ansatz, wie er im Nationalen Aktionsplan IN FORM umgesetzt wird. [33][34] Die
305 Ergebnisse sind ein guter Anfang, jedoch wird im Abschlussbericht eine stärkere Erprobung von verhältnispräventiven Ansätzen empfohlen, um eine ausreichende Verbesserung der Ernährungsgesundheit voranzutreiben. Auch die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) weist in ihrem Konsensuspapier Zucker darauf hin, dass die „bisherigen Erfahrungen zeigen, dass eine alleinige
310 Verhaltensprävention zur Verbesserung der Ernährungs- und Gesundheitssituation in Deutschland nicht zur gewünschten Senkung der Häufigkeit von Übergewicht bzw. Adipositas und ernährungsmitbedingten Erkrankungen auf Bevölkerungsebene führt“. [35]

Für eine effektive, flächendeckende und vor allem nachhaltige Umstellung des Ernährungsverhaltens sieht die bvmd zusätzlich finanzielle Steuerungsmechanismen als wichtige politische Maßnahme an.
315

Gezielte Lebensmittelbesteuerung bietet die Chance das Ernährungsverhalten einer Gesellschaft nachhaltig zu verändern, denn sie wirkt auf Konsument:innen, Produzent:innen, den Staatshaushalt und die Ressourcennutzung (siehe Abschnitt „Planetary und One Health“). [36]
320

Internationale Beispiele aus Dänemark, Mexiko, Ungarn oder Großbritannien zeigen, dass nach der Einführung von Softdrink-, Fett- oder Gesundheitssteuern der Konsum der höher besteuerten Lebensmittelgruppen sinkt, während der Kauf unversteuerter, gesünderer Produkte stieg. [37][38][39] Auch die verringerte
325 Besteuerung gesunder Lebensmittel wie Obst und Gemüse beeinflusst das Kaufverhalten positiv. [40] Höhere Steuern können zudem Produzent:innen motivieren, Produktformeln zu verbessern, was etwa in Großbritannien beobachtet wurde, als im Rahmen der Softdrinksteuer der Zuckergehalt in Getränken deutlich reduziert wurde. [41] Positive Auswirkungen für den Staatshaushalt zeigen sich in steuerlichen Mehreinnahmen und dem Rückgang ernährungsbedingter
330 Krankheitskosten. [42][43]

Die bvmd fordert vor diesem Hintergrund ein gestaffeltes Mehrwertsteuersystem für gesunde und ungesunde Lebensmittel. Die Anhebung der Mehrwertsteuer für tierische Produkte auf 19% und zuckerhaltige Softdrinks auf 29%, sowie
335 verringerte Steuern auf Obst und Gemüse von 0 bis 5,5% stellen dabei unserer Ansicht nach die aktuell wichtigsten Maßnahmen zur Verbesserung der Ernährungsgesundheit der Bevölkerung und dem Schutz der planetaren Lebensgrundlagen dar.

340 Wegweisend für die Umsetzung einer solchen Steuerstaffelung kann die Studie zur
„Gesunden Mehrwertsteuer“ der Deutschen Allianz Nichtübertragbarer
Krankheiten (DANK) sein. [36] Die Einführung dieses Modells führt durch das
veränderte Konsumverhalten u.a. zum Rückgang von Adipositas. Neben
steuerlichen Mehreinnahmen ist auch mit einer Reduktion von direkten und
indirekten Krankheitskosten in Höhe von mehreren Milliarden Euro zu rechnen.
345 [36][42][43] Auch das Umweltbundesamt fordert seit Jahren eine Abschaffung der
Mehrwertsteuerbegünstigung für tierische Produkte bei gleichzeitiger
Mehrwertsteuersenkung für andere Lebensmittel. [44]

DGE-Qualitätsstandards in Gemeinschaftseinrichtungen

350 In Deutschland essen circa 17 Millionen Menschen pro Tag in
Gemeinschaftseinrichtungen. [45] Die hohe Anzahl an hier täglich konsumierten
Gerichten hat somit großes Potenzial, einen bedeutsamen Beitrag für die
Gesundheit der Gesellschaft zu leisten und als Vorbild und Inspiration für jeden
Einzelnen zu dienen. Aktuell ist die Verpflegung in deutschen
Gemeinschaftseinrichtungen jedoch häufig mangelhaft. [46][47]

355 Die Qualitätsstandards der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE), welche
im Auftrag des BMEL erarbeitet wurden, stellen Rahmenbedingungen für eine
gesundheitsfördernde Ernährung in den fünf Lebenswelten Kita, Schule,
Klinik/Rehabilitationszentrum, Senior:inneneinrichtung und Betrieb dar. [48] Die
Qualitätsstandards führen dabei wissenschaftlich basierte und praxisbezogene
360 Kriterien auf, die eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Verpflegung in den
entsprechenden Lebenswelten ermöglichen. Diese umfassen eine optimierte
Lebensmittelauswahl und -häufigkeit, Details zur Speisenplanung und -herstellung
sowie seit neuestem auch Nachhaltigkeitsempfehlungen, die Aspekte von
Klimawandel und Ressourcenknappheit berücksichtigen. [49] Einrichtungen
365 können sich extern nach DGE- Qualitätsstandards überprüfen lassen und erhalten
bei Einhaltung der Qualitätskriterien ein Zertifikat für ihr Angebot.

Leider ist eine Zertifizierung im Sinne dieser Qualitätsstandards bislang in fast allen
Lebenswelten und Bundesländern nur freiwillig, Einrichtungen müssen sich selbst
um eine Auszeichnung bemühen. [50]

370 Obwohl eine Verpflegung nach DGE-Richtlinien für die umsetzenden Institutionen
nur einen geringfügigen Kostenmehraufwand verursacht, könnten die
erforderliche Eigeninitiative und der bürokratische Aufwand eine Barriere
darstellen. [51]

375 Die bvmd fordert daher die bundesweit verpflichtende Umsetzung der DGE-
Qualitätsstandards in allen oben genannten Lebenswelten. Die Zertifizierung einer
Einrichtung muss für diese möglichst unbürokratisch und kostengünstig sein und
die Qualitätsstandards umfassend überprüfen.

Kliniken, Rehabilitationszentren und stationäre Senior:inneneinrichtungen

380 Gesundheitsinstitutionen sollten in der Versorgung ihrer Patient:innen als auch Mitarbeitenden mit gutem Beispiel vorangehen und eine gesundheitsfördernde und nachhaltige Ernährung anbieten.

Bislang gibt es keinerlei Verpflichtungen zur Umsetzung der DGE-Standards in Kliniken. Lediglich 4% der Krankenhäuser in Deutschland besitzen mindestens eine durch die DGE zertifizierte Menülinie. [52]

385 Gesunde, nährstoffreiche und frisch zubereitete Mahlzeiten können wesentlich zum Genesungsprozess der Patient:innen im Krankenhaus beitragen. [53] Die Tatsache, dass in deutschen Kliniken 12% der Patient:innen mangel- und 16% unterernährt sind, verleiht der Forderung nach einer vollwertigen, gesunden Ernährung in Kliniken weiteren Nachdruck. [54]

390 Auch Senior:innen in Pflegeheimen sind häufig von einer Mangelernährung betroffen. [54] Darum sollte ihnen, als besonders vulnerablen Gruppe, im Krankenhaus sowie in Alten- und Pflegeheimen besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden. Die bvmd betont an dieser Stelle die Notwendigkeit einer verbindlichen Umsetzung der DGE- Qualitätsstandards in allen Kliniken,
395 Rehabilitationszentren und Senior:inneneinrichtungen.

Kitas und Schulen

Über 15% der Kinder und Jugendlichen in Deutschland sind übergewichtig adipös. [11] Eine gesunde Kita- und Schulverpflegung ist eine wichtige und notwendige Maßnahme, um diesem Zustand entgegenzusteuern. Bisher ist die Umsetzung der
400 DGE- Qualitätsstandards für Schulen jedoch nur in 5 Bundesländern, für Kitas lediglich in einem Bundesland verpflichtend. [49]

Die bvmd fordert deshalb neben mehr Ernährungsbildung (siehe Abschnitt „Ernährungsbildung in der Allgemeinbevölkerung“) die bundesweite Umsetzung der DGE- Standards für Kitas und Schulen, um eine gesunde Verpflegung für
405 Heranwachsende in den Institutionen zu gewährleisten. Besonders für Kinder aus Haushalten mit geringem Ernährungsbewusstsein kann damit ein wichtiger Grundstein zu gesundheitsförderndem Essverhalten gelegt und Übergewicht, Adipositas sowie Fehlernährung vorgebeugt werden. Dies ist bei Kindern von besonders großer Bedeutung, da das Essverhalten innerhalb der ersten
410 Lebensjahre geprägt wird. [55]

Eine gute Lösungsmöglichkeit sieht die bvmd in der Bereitstellung eines kostenlosen Mittagessens in Kitas und Schulen, welches nach DGE-Standards zubereitet wird.

Kindermarketing für ungesunde Lebensmittel

415 Kinder im Alter von 6-11 Jahren verzehren im Schnitt weniger als halb so viel Obst und Gemüse wie vom Forschungsinstitut für Kinderernährung (FKE) empfohlen und überschreiten damit die Verzehrempfehlung für Süßigkeiten und gesüßte Lebensmittel bis über das Dreifache. [56] Der hohe Konsum an ungesunden, adipogenen Lebensmitteln mit dem gleichzeitigen Verzicht auf Obst und Gemüse
420 ist eine besorgniserregende Entwicklung, da nicht-übertragbare Krankheiten wie Übergewicht, Typ-2-Diabetes, Karies sowie weitere chronische Krankheiten durch frühe Ernährungsgewohnheiten begünstigt werden. [57]

Studien belegen mit hoher Evidenz den Zusammenhang zwischen den Inhalten der an Kinder gerichteten Fernsehwerbung und dem Konsum von ungesunden,
425 sogenannten HFSS- Produkten (high in fat, sugar or salt). [58]

Die Studie „Kindermarketing für ungesunde Lebensmittel in Internet und TV“ der Universität Hamburg hat die aktuellen Entwicklungen und Tendenzen der Werbung für ungesunde Lebensmittel zusammengefasst. [59] Mit einem Zuwachs von 29% seit 2007 ist ein deutlicher Anstieg der auf Kinder ausgerichteten Werbung
430 festzustellen. Aktuell konsumiert ein mediennutzendes Kind in Deutschland pro Tag durchschnittlich 15,48 Werbespots oder -anzeigen für ungesunde Lebensmittel.

Der Großteil der Werbeausgaben fließt derzeit zwar noch in TV- und Printwerbung, jedoch gewinnt das Internet mit Plattformen wie Facebook, Youtube und
435 Instagram zunehmend an Bedeutung. [60] Auf diesen Plattformen nutzen Unternehmen die Glaubwürdigkeit und Idol-Funktion von Influencern („Junkfluencern“), um den Absatz ihrer Produkte zu steigern. [61]

Die WHO betrachtet die Durchsetzung von Werbebeschränkungen für nährstoffarme HFSS- Lebensmittel als effektives und kostengünstiges Mittel, um die Fallzahlen nicht- übertragbarer Krankheiten zu reduzieren. [62] Ein Verbot von Werbemaßnahmen in Kindertagesstätten und Schulen wird ferner vom Wissenschaftlichen Beirat für Agrarpolitik, Ernährung und gesundheitlichen Verbraucherschutz (WBAE) des BMEL unterstützt. [42] In vielen Ländern ist es bereits Standard, Kindermarketing für ungesunde Produkte in allen Medienarten
445 zu untersagen. Beispielsweise in Chile, wo seit 2015 die Werbung von HFSS-Produkten an Kinder unter 14 Jahren untersagt ist. [63] Dies wurde unter anderem durch Werbeverbote in TV und auf an Kinder gerichtete Webseiten, das Entfernen von Cartoons auf Verpackungen und das Verbot eines Verkaufs von Junk-Food in Schulen umgesetzt. Diese Maßnahmen haben unter anderem zu einer Halbierung
450 von an Kinder gerichtete Junk-Food-Werbung geführt. [64] In Kombination mit den weiteren Maßnahmen der chilenischen Gesetzesänderung kam es so zu einem signifikanten Rückgang des Konsums dieser Lebensmittel innerhalb eines Jahres. [65]

Die bvmd fordert deshalb ein umfassendes gesetzliches Verbot von
455 Kindermarketing für ungesunde Lebensmittel. Dieses muss sämtliche an Kinder
adressierte Werbestrategien (Cartoons, Spielzeug, Junkfluencing), Kanäle (TV,
Kino, Radio, Print, Online-Werbung, Social Media) und Lebensumgebungen von
Kindern (Kita, Schule u.a.) adressieren. Die Bewertung der Produkte als ungesund
kann zum Beispiel nach dem Nutrient Profile Model der WHO erfolgen, das eigens
460 für Kinder entwickelt wurde. [66]

Wir stellen uns damit hinter die Forderungen der DANK und des AOK-
Bundesverbands. [59] Gesundheitsschutz, insbesondere von Kindern, darf nicht
von der Freiwilligkeit der Unternehmen abhängen, sondern fällt unter die staatliche
Fürsorgepflicht. Dass Werbebotschaften eine intensivere Wirkung auf die
465 Ernährungspraktiken der Kinder ausüben als elterliche Einflussnahme,
verdeutlicht, wie unerlässlich gesetzliche Regelungen sind. [67]

Erweiterte Kennzeichnung von Lebensmitteln (Labeling)

Neben finanziellen Steuerungsmechanismen, kommt dem Labeling als sichtbarer
Informationsquelle eine bedeutende Rolle bei der Lebensmittelauswahl zu. Der
470 WBAE empfiehlt dabei verpflichtende und ausreichend datenbasierte Labels. [42]

Die Einführung von Labels ist zu Beginn eher eine verhaltenspräventive
Maßnahme. Mit fortschreitender Zeit und Implementierung wirkt sie jedoch auch
verhältnspräventiv, da Unternehmen Anreize für die Entwicklung gesünderer
Produkte haben, wie Erfahrungen in den Niederlanden und Belgien exemplarisch
475 zeigen. [68][69]

Neben der Einführung verpflichtender Labels ist das Wissen in der Bevölkerung zu
diesen durch Kampagnen zu stärken. Somit werden Bürger:innen befähigt, eine
fundierte Entscheidung beim Kauf von Lebensmitteln zu treffen. Nach der EU-
Lebensmittelinformationsverordnung (EU-LMIV) (Artikel 1, Absatz 10) sind
480 "Aufklärungs- und Informationskampagnen (...) ein wichtiges Instrument, um das
Verständnis der Verbraucher von Informationen über Lebensmittel zu verbessern".

Nährwertlabel

Front-of-pack labels (FoPLs) zeigen die Nährwertqualität eines Produktes auf der
Vorderseite der Verpackung an. Der Begriff umfasst verschiedene
485 Lebensmittelkennzeichnungssysteme wie das Health Star Rating System, die
Multiple Traffic Lights, Reference Intakes und Warnsymbole. Dazu zählt auch der
Nutri-Score, der sich in mehreren Studien am besten auf die Entscheidungsfindung
für gesündere Produkte auswirkte. [70][71][72]

Der Nutri-Score kennzeichnet die Nährwertqualität von Lebensmitteln. Er basiert
490 auf einem Ampelsystem: einer 5-stufigen Farbskala mit den Buchstaben A bis E.
Dabei steht das "A" in Grün für die günstigste und "E" in Rot für die ungünstigste

Nährwertbilanz. Mit einberechnet werden zum einen problematische Bestandteile wie gesättigte Fettsäuren, Salz, Zucker und Energiegehalt. Zum anderen fließen in die Berechnung auch günstige Bestandteile wie Ballaststoffe, Proteine, Obst, Gemüse und Nüsse ein. Für die verschiedenen Inhaltsstoffe gibt es gewichtete Plus- und Minus- Punkte, die eine Gesamtpunktzahl ergeben. Die errechnete Punktzahl wird dann in einen farblich kodierten Buchstaben übersetzt. [73]

Der Nutri-Score findet bereits seit 2017/2018 in Frankreich und Belgien Verwendung und ist auch in Deutschland seit November 2020 als Kennzeichnungselement für Lebensmittel offiziell anerkannt. Auf europäischer Ebene wird durch Deutschland und andere Staaten aktuell ein länderübergreifender Koordinierungsmechanismus für den Nutri-Score angestrebt. [74]

Dennoch besitzt der Nutri-Score Limitationen: Er vernachlässigt Vitamine und Spurenelemente und ist auf unverarbeitete Lebensmittel (z.B. Obst und Gemüse) nicht anwendbar. Ferner ist eine allgemeine Einteilung von Lebensmitteln in gesund und ungesund nicht vorgesehen, lediglich innerhalb einer Produktklasse (z.B. Fertiggerichte, Joghurt, Müsli oder Kekse) können Vergleiche gezogen werden. Damit bleibt der Nutri-Score für Konsument:innen jedoch ein effizientes Mittel, um die gesünderen Optionen innerhalb einer Produktkategorie leicht zu identifizieren.

Unserer Einschätzung nach ist der Nutri-Score aktuell die beste Kennzeichnungsmethode. Verschiedene Verbände, darunter der Europäische Verbraucherverband, die deutsche Verbraucherzentrale, der WBAE, die DANK oder Foodwatch, sprechen sich ebenso klar für den Nutri-Score aus. [42][75]

Leider ist die Anwendung des Nutri-Scores seit Inkrafttreten in Deutschland für Hersteller:innen lediglich freiwillig. Die Ursache dafür ist geltendes EU-Recht, das eine verpflichtende nationale Einführung von erweiterten Nährwertkennzeichen bisher untersagt. So sei nach der LMIV der EU (Kapitel 2, Artikel 4) zu prüfen, "ob ein weit verbreiteter, eine Mehrheit der Verbraucher betreffender Bedarf (...) besteht oder ob Verbrauchern durch verpflichtende Informationen nach allgemeiner Auffassung ein Nutzen entsteht." Gleichzeitig wird im selben Gesetzestext der LMIV festgehalten, dass in der allgemeinen Öffentlichkeit Interesse an dem Zusammenhang zwischen Ernährung und Gesundheit und an der Wahl von geeigneten, den individuellen Bedürfnissen entsprechenden Produkte bestehe. Dabei stelle die Nährwertkennzeichnung eine wichtige Methode dar, um Verbraucher:innen über die Zusammensetzung von Lebensmitteln zu informieren und sie bei der fundierte Wahl zu unterstützen (Artikel 1, Absatz 10). [76] Auch Studien belegen, dass die flächendeckende Kennzeichnung aller Lebensmittel mit dem Nutri-Score einen großen gesundheitlichen Nutzen für die Konsument:innen birgt. [77]

Die bvmd befürwortet die verpflichtende Einführung des Nutri-Scores oder eines vergleichbar effizienten und anwendungsfreundlichen Ampelsystems auf nationaler und EU-weiter Ebene. Geltendes EU-Recht muss eine verpflichtende
535 Kennzeichnung legalisieren (Veränderung EU-LMIV Kapitel 2, Artikel 4). Wir schließen uns damit der Forderung vieler europäischer Verbände, Fachgesellschaften und Wissenschaftler:innen an. [78]

Eine ständige Weiterentwicklung und Evaluierung des Nutri-Scores und anderer FoPLs nach wissenschaftlicher Evidenz bleibt unerlässlich.

540 Klimalabel

Obwohl Bürger:innen großes Interesse an der Klimaverträglichkeit von Lebensmitteln bekunden, können sie diese Informationen nur selten am Produkt finden. [10] Werden Verbraucher:innen aber unterstützende Informationen gegeben, die mögliche Einflussfaktoren in einem Label leicht verständlich
545 zusammenfassen, haben sie mehr Möglichkeiten, ihre Ernährung klimabewusst zu gestalten und entscheiden sich überwiegend auch dafür. [79] Als Folge könnte mit einer klimabewussten Ernährung, insbesondere durch Verzicht auf tierische Lebensmittel, der individuelle Durchschnittsverbrauch an CO₂-Äquivalenten von circa zweieinhalb Tonnen pro Jahr halbiert werden, was wesentlich für die
550 Begrenzung der globalen Erhitzung ist. [80][81][82]

Hilfreich ist die Nutzung bereits vorhandener Standardwerte für einzelne Produkte und deren unterschiedliche Transportwege. [21][83] Zusätzlich zur alleinigen Angabe von CO₂-Äquivalenten in Kilogramm, müssen ergänzende Informationen wie z.B. Farbkodierung bereitgestellt werden, da es den Verbraucher:innen sonst
555 schwer fällt, die Werte richtig einzuordnen. [84]

Die bvmd fordert daher in Übereinstimmung mit dem Gutachten des WBAE ein verpflichtendes, auf Durchschnittswerten basierendes, mehrstufiges Klimalabel auf allen Lebensmitteln mit der Bezugsbasis CO₂-Äquivalente in Gewicht. [42] Auch für die Einführung dieser Kennzeichnung stellt die aktuelle EU-LMIV noch eine
560 Barriere dar, die behoben werden muss.

Menschenrechte und Fairness in Lieferketten

Ein Großteil der Lebensmittelproduktion passiert heute noch unter der Missachtung von Menschenrechten (Artikel 23 bis 26) und dem Gesundheitsschutz der Beschäftigten innerhalb der Lieferkette. [8] So schätzt die Internationale
565 Arbeitsorganisation, dass allein in der Landwirtschaft weltweit mehr als 100 Millionen Kinder arbeiten. [85] Diese Kinder haben dadurch nur eingeschränkten bis keinen Zugang zu einer Schulbildung. Damit wird ihnen das Menschenrecht auf Bildung nicht ausreichend gewährleistet bzw. verwehrt. [8] Unter extremer Überarbeitung, psychischer Belastung, fehlender Sicherheit, Unterbezahlung,
570 Mangelernährung, und schlechter Unterbringung leiden zahlreiche Menschen in

der Lebensmittelproduktion: Plantagen- und Feldarbeitende im globalen Süden, wie auch Leiharbeitende in Schlachthöfen oder Erntehelfer:innen hierzulande. [86][87][88][89]

575 Diese unwürdigen Arbeitsbedingungen und fehlenden Bildungschancen haben als soziale Determinanten reale, negative Folgen für die Gesundheit der involvierten Menschen.

Die bvmd fordert daher die konsequente Einhaltung von Kinder-, Menschen- und Arbeitsschutzrechten und die Förderung von Gesundheitsschutz innerhalb der Wertschöpfungsketten.

580 Vor diesem Hintergrund begrüßen wir die Einführung des Lieferkettengesetzes im Februar 2021, dass auch deutsche Unternehmen dazu verpflichtet, Menschenrechte in Wertschöpfungsketten einzuhalten und potenzielle Umweltschäden zu vermeiden. [90] In anderen Ländern (Frankreich, Großbritannien, Niederlanden, USA) ist dies bereits gängige Praxis.

585 Nichtsdestotrotz sehen wir deutlichen Nachbesserungsbedarf: Es fehlt an primären Präventionsmaßnahmen, die bei "mittelbaren Zulieferern" erst nach Beschwerdeingang etabliert werden müssen, wobei kein verpflichtender Beschwerdemechanismus vorgesehen ist. Außerdem ist aufgrund geographischer Nähe und wirtschaftlichen Verflechtungen die EU-weite Einführung eines

590 Lieferkettengesetzes mittelfristig unumgebar.

Ferner unterstützen wir eine erhöhte Transparenz und Klarheit hinsichtlich der Produktionsbedingungen, auf die viele Konsument:innen in Deutschland Wert legen. Nach dem BMEL-Ernährungsreport achten 49% der Deutschen beim Einkauf immer oder meistens auf Siegel für fairen Handel. [91] Leider gibt es derzeit keine klare Definition von "fairem Handel", da der Begriff "fair" nicht gesetzlich geschützt ist und viele unterschiedliche Fairness-Labels mit abweichenden Schwerpunkten existieren. [92]

595 Die Einführung eines staatlichen Fairness-Labels könnte Abhilfe schaffen und sollte aus Sicht der bvmd in Betracht gezogen werden. Hierbei ist eine Abwägung jeglicher Auswirkungen anhand der konkret geplanten Umsetzung notwendig. Ein unabhängiges Kontrollgremium sollte die Einhaltung fairer Standards regelmäßig im Sinne der weltweiten Fairness überprüfen.

600 **Ernährungsbildung in der Allgemeinbevölkerung**

605 Aktuell besteht in Deutschland eine unzureichende Ernährungsbildung der Allgemeinbevölkerung. So zeigt sich beispielsweise mangelndes Praxiswissen zur Herkunft von und dem Umgang mit Lebensmitteln in Schulen und Kitas. [93] Fachbücher zur selben Thematik weisen laut dergleichen Studie in bis zu 70% Mängel auf. Die unzureichenden Kenntnisse der deutschen Bevölkerung spiegeln sich auch in ihrer größtenteils nicht ganzheitlichen Ernährungsweise wider. [94]

610 Die formale Ernährungsbildung ist in Deutschland föderalistisch-institutionell organisiert und wird dementsprechend in jedem Bundesland auf verschiedene Art und Weise realisiert. [95] Damit folgt sie keiner gemeinsamen Zielorientierung.

Eine umfassende Kompetenzbildung zum Thema Ernährung, unabhängig von Wohnort und Einkommens-, Bildungs- und gesellschaftlichem Status, ist
615 erforderlich. Als erster Orientierungspunkt kann dafür das Konzept Food Literacy genutzt werden. [95] Gemäß dieses Konzepts sollen Menschen grundlegende ernährungsrelevante Zusammenhänge verstehen und im verantwortungsvollen Umgang mit Nahrungsmitteln geschult werden. Dabei erhöhen die Entwicklung von Basiskompetenzen (z.B. Interpretation von Verpackungsaufschriften, Kochen
620 mit frischen Zutaten) sowie von Entscheidungskompetenzen (z.B. Auswahl von Lebensmitteln) die individuelle Selbstbestimmung bei der Ernährung und wirken gleichzeitig der enormen Lebensmittelverschwendung entgegen. [96] Diese Kenntnisse können die Allgemeinbevölkerung darin unterstützen, sich fundiert gegen ungesunde und hoch verarbeitete Nahrungsmittel, die in der Regel einen
625 hohen Kaloriengehalt, viel Salz und/oder gesättigte Fettsäuren enthalten, zu entscheiden.

Dieses gesundheitsförderliche Verhalten frühestmöglich zu etablieren, ist von eminenter Bedeutung, da besonders im Kindesalter Risiko- und Schutzfaktoren geprägt werden, die später nur schwer korrigiert werden können. [97] Wir sehen
630 hier große Chancen in der Aufklärungsarbeit in Schulen, die beispielsweise durch das bvmd-Projekt *Wissenshunger* bereits in Teilen umgesetzt wird. Die Aufklärungsarbeit muss jedoch flächendeckend und institutionell erfolgen. Ein „Schulfach Gesundheit“, wie es unter anderem im Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz gefordert wird, birgt großes Potential, Prävention und
635 Gesundheitsförderung in die deutschen Klassenzimmer zu holen und wird daher von der bvmd unterstützt. [98] Schüler:innen könnten auf diese Weise grundlegende Kompetenzen zu den Funktionen des Körpers und einer gesunden Lebensweise erlernen. Neben Themen wie Bewegung, Entspannung und psychischer Gesundheit, sollte die ausgewogene Ernährung einen zentralen
640 Schwerpunkt bilden. Besonders Kinder und Jugendliche aus sozial schwächeren Haushalten, die anfälliger für ein unausgewogenes Essverhalten sind, könnten von einem konsequenten, flächendeckenden und institutionell verankerten Unterricht zu gesunder Ernährung profitieren. Bisher tauchen Ernährungsthemen in den Lehrplänen leider nur sporadisch auf.

645 Die Vermittlung praktischer Fertigkeiten bei der Lebensmittelzubereitung könnte beispielsweise durch standardisierte Kochkurse in Schulen und anderen Institutionen erfolgen. In diesem Sinne befürworten wir das Konzept des sogenannten Ernährungsführerscheins, wie vom BMEL bereits für Grundschulkindern empfohlen. [99] Um ebenso ältere Menschen zu erreichen, muss

650 eine niederschwellige Ernährungsbildung auch an Universitäten, Volkshochschulen, in Betrieben usw. umgesetzt werden.

Ferner muss die Sekundärprävention im Bereich Ernährung gefördert werden. So bietet beispielsweise die stärkere Integration ernährungsbezogener Aspekte in bereits bestehende Disease-Management-Programme (DMP) zu KHK oder Diabetes die Möglichkeit, chronische Krankheiten frühzeitig zu erkennen und durch die Etablierung gesunder Ernährungsgewohnheiten Progredienz zu verhindern.
655 [100]

Ernährungsbildung in der Medizin

insbesondere in der ambulanten Gesundheitsversorgung sind ernährungsbezogene Interventionen durch Ärzt:innen von großer Bedeutung. Diese haben erwiesenermaßen präventive Effekte auf die Entstehung und Progredienz von NCDs. [101][102] Für das bestehende Interventionsdefizit gibt es eine Vielzahl an Gründen: Neben Zeitmangel und der zunehmenden Ökonomisierung im Gesundheitswesen sind die mangelhafte
660 ernährungsspezifische Grundausbildung von Ärzt:innen und dadurch fehlendes Selbstvertrauen entscheidende Faktoren. [103][104]
665

Mediziner:innen, die tagtäglich mit durch Ernährung beeinflussbaren Erkrankungen konfrontiert werden, müssen daher grundlegende Kenntnisse über Beratung und Präventionsmaßnahmen auch anwenden können. Hierbei befürwortet die bvmd praktische Übungs- und Prüfungsformate, wie "objective structured clinical examinations" (OSCEs). Durch die gezielte Konfrontation mit verschiedenen ernährungsspezifischen Fragestellungen werden die Studierenden bereits im Studium für das Thema Ernährung sensibilisiert und können Patient:innen auch präventiv beraten, sodass weniger ernährungsbedingte Folgeerkrankungen auftreten.
670
675

Bislang weist die Ernährungslehre im Medizinstudium große Lücken auf. Eine positive Entwicklung stellen hierbei die Neuauflagen von Nationalem kompetenzbasiertem Lernzielkatalog Medizin (NKLM) und Gegenstandskatalog (GK) dar, die dem Themengebiet eine größere Bedeutung zurechnen. Evidenzbasierte Entwicklungen bezüglich Ernährung und darauf bezogene Interventionen sollten in der Weiterentwicklung dieser Kataloge ausreichend berücksichtigt werden.
680

Die bvmd fordert daher eine konsequente longitudinale Umsetzung der in NKLM und GK beschriebenen ernährungsbezogenen Lernziele und die Etablierung praktischer Übungs- und Prüfungsformate in diesem Kompetenzbereich. Dabei sollte beachtet werden, dass die Integration der neuen Inhalte nicht zu einer Mehrbelastung der Studierenden führt.
685

Angehende Ärzt:innen sollten zudem bereits während des Studiums interprofessionelles Arbeiten erfahren und erlernen können. Die bvmd plädiert dabei für ein fächerübergreifendes Modell. Interprofessionelle Teams (angehende Pfleger:innen, Diätassistent:innen, Ökotropholog:innen, Ernährungswissenschaftler:innen, Mediziner:innen) sollten anhand von Fallbeispielen gemeinsam die Kompetenzen der unterschiedlichen beteiligten Berufsgruppen kennenlernen und Kommunikation für die spätere Praxis üben. Dabei wird neben der fachlichen Kompetenz auch ein respektvolles und wertschätzendes Arbeiten erlernt, auf welches man in der Anwendung im späteren Arbeitsleben zurückgreifen kann, denn interprofessionelles Lernen fördert interprofessionelles Handeln. [105] Dieses fächerübergreifende Lernmodell lässt sich zudem auch in Form Interprofessioneller Ausbildungsstationen (IPSTAs) praktisch umsetzen.

Interprofessionalität

Die Ernährung ist per se ein interdisziplinäres Feld. In Deutschland gibt es verschiedene Berufsgruppen, die sich mit der Ernährungstherapie und -beratung auseinandersetzen: Ärzt:innen (Ernährungsmediziner:innen), Ernährungswissenschaftler:innen, Ökotropholog:innen, Diätassistent:innen, usw. Trotz dieser Vielfalt an Fachkräften scheitert die Zusammenarbeit der Berufsgruppen häufig an strukturellen Problemen, welche politische, wirtschaftliche und soziale Ursachen haben. Dabei können Patient:innen von der Zusammenarbeit verschiedener Professionen profitieren.

Personelle Ressourcen müssen besser genutzt werden, mit dem Ziel, eine ganzheitliche ernährungstherapeutische Betreuung der Patient:innen zu gewährleisten, diese in ihrer Selbstwirksamkeit im Umgang mit Erkrankungen zu schulen und die interprofessionelle Arbeit der Berufsgruppen zu stärken.

In Anlehnung an das Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice betrachtet die bvmd die Förderung der Interprofessionalität, insbesondere in der Ernährung, als wichtigen, unerlässlichen Schritt zur Verbesserung des Patient:innenwohls und des Gesundheitssystems. [106]

Die Zusammenarbeit von Berufsgruppen muss in Krankenhaus und ambulanter Versorgung unterschiedlich gestaltet werden.

An der Versorgung von Patient:innen mit Essen und Trinken im Krankenhaus sind mehrere Berufsgruppen mit unterschiedlichen Interessen (Gesundheitsberufe, Küchenservice, Verwaltung, Marketing) beteiligt. Die strukturelle Einbindung der Diätetik im Krankenhausmanagement ist dabei häufig dem Verpflegungsmanagement angegliedert und unterliegt damit dem Wirtschaftsbereich, obwohl ihr Auftrag auch therapeutischer Natur ist. Damit die Verpflegung der Patient:innen adäquat auf die individuellen Bedürfnisse angepasst wird, bedarf es einer/s Verantwortlichen, der oder die diese Schnittstellen

koordiniert und zudem eigenes Fachwissen aus der Ernährungstherapie, Wirtschaft, Logistik etc. vorweisen kann - ein:e Ernährungsmanager:in. [107][108]

- 730 Der Nutzen des Ernährungsmanagements umfasst dabei unter anderem die verkürzte Verweildauer im Krankenhaus, die Sicherung einer ausreichenden Nahrungsaufnahme und Trinkmenge zur Vermeidung von Fehl- und Mangelernährung sowie Dehydratation, die Optimierung des Immunstatus, die verbesserte Atmosphäre bei der Nahrungsaufnahme und gesteigerte
- 735 Patient:innenzufriedenheit sowie die nachhaltige Prägung eines gesundheitsfördernden Verhaltens. [108][109]

- Die Ernährungstherapie in der praktischen Umsetzung sollte durch ein interprofessionelles Ernährungsteam erfolgen, welches sich aus den bereits genannten verschiedenen Gesundheitsprofessionen zusammensetzt und die
- 740 Situation der Patient:innen ganzheitlich einschätzt. [110] Im Klinikalltag sollten zudem weitere Informationen von Patient:innen erfasst werden, um den Ernährungsstatus und das Essverhalten besser zu monitoren. Hierzu zählt zum Beispiel ein individuell angepasster, leitlinienbasierter Diätkatalog für Patient:innen mit ernährungsrelevanten Erkrankungen, der allen an der Verpflegung beteiligten
- 745 Berufsgruppen bekannt sein sollte. [111] Des Weiteren sollte auch die Beschreibung der Diättherapie in der Patient:innenakte vermerkt und die regelmäßige Erfassung des Ernährungszustandes über anthropometrische Messungen eingeschlossen werden. [108]

- Neben der Diagnostik von Fehl- und/oder Mangelernährung kann so auf die individuelle Ernährungssituation in Zusammenhang mit Erkrankungen und Unverträglichkeiten eingegangen werden.
- 750

- Die ambulante Ernährungsberatung kann von zertifizierten Ernährungstherapeut:innen durchgeführt werden. Leider ist der Begriff „Ernährungsberater:in“ bis heute nicht gesetzlich geschützt. [112] Die
- 755 bestehenden Zertifizierungen von DGE und dem Berufsverband Oecotrophologie (VDOE), die ihre jeweiligen Siegel nach einem postgradualen praktisch-theoretischen Aufbaukurs vergeben, sind für Laien undurchsichtig.

- Die bvmd fordert, dass für die interprofessionelle Betreuung klare Standards geschaffen werden, d.h. eine geschützte Berufsbezeichnung
- 760 „Ernährungsberater:in“ oder „Ernährungstherapeut:in“, anlehnend an andere namentlich geschützte Berufe wie beispielsweise „Psychotherapeut:in“. Im Sinne einer Berufsbezeichnung hätte ein Studiengang „Ernährungstherapie“, der theoretisches und anwendungsorientiertes Wissen gemeinsam vermittelt, das Potenzial, die ernährungsmedizinische Schnittstelle im ambulanten und klinischen
- 765 Sektor auszufüllen. [113]

Finanzierung von Ernährungsberatung und Therapie

Eine weitere Hürde besteht darin, dass eine Ernährungstherapie derzeit nur teilweise abrechenbar ist. Die Entscheidung darüber, welche Therapien abgerechnet werden dürfen, fällt in den Zuständigkeitsbereich des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), der nach §92 des SGB V die Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (HeilM-RL) beschließt, welche auch die Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen beinhaltet.

770
2018 wurde Ernährungstherapie zwar in die HeilM-RL aufgenommen, es werden allerdings bis heute lediglich seltene angeborene Stoffwechselerkrankungen und

775
Zystische Fibrose (Mukoviszidose) als ernährungstherapeutisch behandlungsfähige Erkrankungen aufgeführt. [114] [115] Andere Erkrankungen (z.B. Zöliakie, Adipositas, Diabetes Mellitus etc.) wurden hingegen aufgrund des Beschlusses des G-BA vom Januar 2015 wegen fehlender Evidenz für den Nutzen bei isolierter Durchführung nicht in die abrechenbaren Indikationen für eine ambulante

780
Ernährungstherapie aufgenommen. [116] Diese Entscheidung wird von zahlreichen Fachgesellschaften und Verbänden aus verschiedenen Gründen in Frage gestellt. [117]

Für eine erfolgreiche Gesundheitsversorgung muss auch die Finanzierung von Ernährungsberatung transparent und verlässlich gesichert sein. Neben der

785
generellen Akzeptanz und Unsicherheit in der Bevölkerung, stellt auch die soziale Ungleichheit einen Nachteil dar, da Ernährungsberatung durch die schwache Finanzierung nur jenen zugänglich ist, die es sich leisten können. Zwar übernehmen einige gesetzliche Krankenkassen einen Teil der Kosten, jedoch nur für eine begrenzte und oft unzureichende Anzahl an Beratungsstunden. [118]

790
Zudem ergibt sich die Problematik der Vorkasse für Patient:innen, die den Betrag nur rückwirkend erstattet bekommen.

Die bvmd fordert eine erneute Überprüfung der Heilmittelrichtlinie für weitere ernährungsbedingte und -relevante Krankheiten unter Einbeziehung der gesamten Studienlage. Dabei ist zu beachten, dass auch die klinische Erfahrung für eine wissenschaftliche Einordnung der Evidenz bedeutsam ist. Die bvmd ist der Ansicht,

795
dass ernährungsbedingte Erkrankungen kausal therapiert und Erkrankungen anderer Ursachen durch ernährungstherapeutische Maßnahmen unterstützt behandelt werden müssen. Die Aufnahme der ambulanten Ernährungsberatung in die Heilmittelverordnung würde zudem das interprofessionelle Arbeiten

800
erleichtern, finanzielle Absicherung schaffen und sozialer Ungleichheit entgegenwirken.

Weiterhin weist die bvmd auf folgende Dokumente hin

1. bvmd Positionspapier "Klimawandel und Gesundheit", 2018
2. Bvmd Positionspapier "Antibiotikaresistenz", 2019

- 805 3. Bvmd Positionspapier "Präventionsgesetz", 2015
 4. IFMSA Policy Document "Food for Health and Sustainability, 2019
 5. IFMSA Policy Document "Non-communicable diseases", 2019
 6. IFMSA Recommendations for Sustainable and Climate-friendly meetings,
 2018

810

Quellenangaben:

1. Schienkiewitz A, Mensink GBM, Kuhnert R et al. (2017) Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2(2): 21 – 28. DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-025
- 815 2. GBD 2017 Diet Collaborators: (2019) Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017 *The Lancet* Volume 393, Issue 10184, 11–17 May 2019, Pages 1958-1972
- 820 3. Leitbild der Deutschen Gesellschaft für Ernährung: <https://www.dge.de/wir-ueber-uns/leitbild/> [abgerufen am 30.04.2021 20:40]
4. Department of Nutrition at the Harvard T.H. Chan School of Public Health Healthy Living Guide 2020/2021: <https://cdn1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/30/2021/01/HealthyLivingGuide20-21.pdf> [abgerufen am 03.06.2021 15:27]
- 825 5. Canada`s food guide: <https://food-guide.canada.ca/en/> [abgerufen am 01.05.2021 20:44]
6. Satija, A., & Hu, F. B. (2018). Plant-based diets and cardiovascular health. *Trends in cardiovascular medicine*, 28(7), 437–441. <https://doi.org/10.1016/j.tcm.2018.02.004> [abgerufen am 19.07.2021 21:21]
- 830 7. Nuffield Council on Bioethics (2017) Public health: ethical issue: <https://www.nuffieldbioethics.org/wp-content/uploads/2014/07/Public-health-ethical-issues.pdf> [abgerufen am 03.06.2021 15:30]
- 835 8. United Nations (1948) Universal Declaration of Human Rights: <https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights> [abgerufen am 03.06.2021 15:30]
9. Michael Krennerich (2020) Gesundheit als Menschenrecht: <https://www.bpb.de/apuz/weltgesundheit-2020/318302/gesundheit-als-menschenrecht> [abgerufen am 31.04.2021 20:50]
- 840 10. Anke Zühlsdorf, Kristin Jürkenbeck, Achim Spiller, Lebensmittelmarkt und Ernährungspolitik 2018: Verbrauchereinstellungen zu zentralen lebensmittel- und ernährungspolitischen Themen https://www.vzbv.de/sites/default/files/downloads/2018/01/16/umfrage_

- 845 ergebnisber icht_lebensmittelmarkt_und_ernaehrungspolitik_2018.pdf
 [abgerufen am 19.07.2021 21:21]
11. Susanne Krug, Jonas D. Finger, Cornelia Lange, Almut Richter, Gert B. M. Mensink *Journal of Health Monitoring* · 2018 3(2) DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-065 Robert Koch-Institut, Berlin
- 850 12. Meier T, Senftleben K, Deumelandt P, Christen O, Riedel K, Langer M (2015) Healthcare Costs Associated with an Adequate Intake of Sugars, Salt and Saturated Fat in Germany: A Health Econometrical Analysis. *PLoS ONE* 10(9): e0135990. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0135990> [abgerufen am 03.06.2021 15:32]
- 855 13. Bvmd, Positionspapier Prävention 2015
14. WHO (2021), Healthy and Sustainable Diets - Key Workstream in the WHO European Region
15. IPCC, 2019: Summary for Policymakers. In: *Climate Change and Land: an IPCC special report on climate change, desertification, land degradation, sustainable land management, food security, and greenhouse gas fluxes in terrestrial ecosystems*
- 860 16. Yu, Winston et al. 2010 Bangladesh - Climate change risks and food security in Bangladesh (English). Washington, D.C. : World Bank Group
17. Kelley, C. P., Mohtadi, S., Cane, M. A., Seager, R., & Kushnir, Y. (2015). Climate change in the Fertile Crescent and implications of the recent Syrian drought. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 112(11), 3241–3246. <https://doi.org/10.1073/pnas.1421533112> [abgerufen am 19.07.2021 21:21]
- 865 18. WHO - Social determinant of health: <https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health> [abgerufen am 30.04.2021 21:02]
19. Steffen, W., Richardson, K., Rockström, J., Cornell, S. E., Fetzer, I., Bennett, E. M., Biggs, R., Carpenter, S. R., de Vries, W., de Wit, C. A., Folke, C., Gerten, D., Heinke, J., Mace, G. M., Persson, L. M., Ramanathan, V., Reyers, B., & Sörlin, S. (2015). Sustainability. Planetary boundaries: guiding human development on a changing planet. *Science (New York, N.Y.)*, 347(6223), 1259855. <https://doi.org/10.1126/science.1259855> [abgerufen am 19.07.2021 21:21]
- 875 20. Toni Meier - Planetary Boundaries of Agriculture and Nutrition – an Anthropocene Approach: http://www.nutrition-impacts.org/media/2017_TMeier_planetary_boundaries_agriculture_nutrition.pdf [abgerufen am 30.04.2021 21:11]
21. Walter Willett et. al. Food in the Anthropocene: the EAT–Lancet Commission on healthy diets from sustainable food systems, *The Lancet*, Volume 393, Issue 10170, 2019, Pages 447-492, ISSN 0140-6736, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31788-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31788-4) [abgerufen am 03.06.2021 15:34]
- 885

- 890 22. Nutrition and the SDGs - The power of nutrition:
<https://www.powerofnutrition.org/nutrition-and-the-sustainable-development-goals/> [abgerufen am 30.04.2021 21:20]
23. Bvmd, Positionspapier Klimawandel und Gesundheit
- 895 24. Michael Clemence - Trust in politicians falls sending them spiralling back to the bottom of the Ipsos MORI Veracity Index:
<https://www.ipsos.com/ipsos-mori/en-uk/trust-politicians-falls-sending-them-spiralling-back-bottom-ipsos-mori-veracity-index>[abgerufen am 30.04.2021 21:21]
- 900 25. Bundeszentrum für Ernährung - Planetary Health Diet:
<https://www.bzfe.de/nachhaltiger-konsum/lagern-kochen-essen-teilen/planetary-health-diet/> [abgerufen am 30.04.2021 21:24]
- 905 26. Umweltbundesamt - Beitrag der Landwirtschaft zu den Treibhausgas-Emissionen:
<https://www.umweltbundesamt.de/daten/landforstwirtschaft/beitrag-der-landwirtschaft-zu-den-treibhausgas#treibhausgas-emissionen-aus-der-landwirtschaft>
 [abgerufen am 30.04.2021 21:26]
- 910 27. Umweltbundesamt - Lachgas und Methan:
<https://www.umweltbundesamt.de/themen/boden-landwirtschaft/umweltbelastungen-der-landwirtschaft/lachgas-methan>
 [abgerufen am 30.04.2021 21:28]
- 915 28. Shepon, A., Eshel, G., Noor, E., & Milo, R. (2018). The opportunity cost of animal based diets exceeds all food losses. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 115(15), 3804–3809. <https://doi.org/10.1073/pnas.1713820115> [abgerufen am 19.07.2021 21:21]
- 920 29. Umweltbundesamt - Globale Landflächen und Biomassen:
https://www.umweltbundesamt.de/sites/default/files/medien/479/publikationen/globale_landflaechen_biomasse_bf_klein.pdf [abgerufen am 30.04.2021 21:32]
- 925 30. Scott Weathers, Sophie Hermanns Open letter urges WHO to take action on industrial animal farming, The Lancet, Volume 389, Issue 10084, 2017, Page e9, ISSN 0140-6736, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31358-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31358-2) [abgerufen am 03.06.2021 15:36].
- 930 31. WHO Behörde stuft rotes Fleisch und Wurst als krebserregend ein - Ärzteblatt:
<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/64572/WHO-Behoerde-stuft-rotes-Fleisch-und-Wurst-als-krebserregend-ein>
 [abgerufen am 30.04.2021 21:37]
32. IFMSA Recommendations for Sustainable and Climate-friendly meetings, 2018
33. Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (2020). Gesunde Ernährung, sichere Produkte. Bericht der Bundesregierung zur Ernährungspolitik, Lebensmittel- und Produktsicherheit.

34. Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (2019).
 Abschlussbericht der Evaluation des Nationalen Aktionsplans IN FORM
- 935 35. Ernst JB, Arens-Azevêdo U, Bitzer B, Bosy-Westphal A, de Zwaan M, Egert S, Fritsche A, Gerlach S, Hauner H, Hesecker H, Koletzko B, Müller-Wieland D, Schulze M, Virmani K, Watzl B, Buyken AE für Deutsche Adipositas-Gesellschaft, Deutsche Diabetes Gesellschaft und Deutsche Gesellschaft für Ernährung. Quantitative Empfehlung zur Zuckerzufuhr in Deutschland. Bonn, 2018
- 940 36. Tobias Effertz (2017). Die Auswirkungen der Besteuerung von Lebensmitteln auf Ernährungsverhalten, Körpergewicht und Gesundheitskosten in Deutschland
37. Wissenschaftlicher Dienst des Bundestages (2018). Ausgestaltung einer Zuckersteuer in ausgewählten Ländern und ihre Auswirkung auf Kaufverhalten, Preise und Reformulierung
- 945 38. WHO/Europe - Mit Steuern gegen nichtübertragbare Krankheiten: Erfolgsgeschichte aus Ungarn: <https://www.euro.who.int/de/health-topics/noncommunicable-diseases/pages/news/news/2017/10/using-taxes-to-beat-ncds-success-story-in-hungary> [abgerufen am 30.04.2021 21:48]
- 950 39. Britische Zuckersteuer zeigt Wirkung - Diabetiker Baden-Württemberg e.V.: https://www.diabetiker-bw.de/news/news/detail/britische_zuckersteuer_zeigt_wirkung/ [abgerufen am 01.05.2021 15:20]
- 955 40. Afshin A, Peñalvo JL, Del Gobbo L, Silva J, Michaelson M, O'Flaherty M, et al. (2017) The prospective impact of food pricing on improving dietary consumption: A systematic review and meta-analysis. PLoS ONE 12(3): e0172277. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0172277> [abgerufen am 19.07.2021 21:21]
- 960 41. Bandy, L.K., Scarborough, P., Harrington, R.A. et al. Reductions in sugar sales from soft drinks in the UK from 2015 to 2018. BMC Med 18, 20 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1477-4> [abgerufen am 19.07.2021 21:21]
42. Gutachten des Wissenschaftlicher Beirat für Agrarpolitik, Ernährung und gesundheitlichen Verbraucherschutz (WBAE) beim BMEL, Juni 2020
- 965 43. Springmann M, Mason-D'Croz D, Robinson S, Wiebe K, Godfray HCJ, Rayner M, et al. (2018) Health-motivated taxes on red and processed meat: A modelling study on optimal tax levels and associated health impacts. PLoS ONE 13(11): e0204139. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204139> [abgerufen am 19.07.2021 21:21]
- 970 44. Umweltbundesamt - Für Klima und Umwelt: Tierische Produkte höher besteuern <https://www.umweltbundesamt.de/fuer-klima-umwelt-tierische-produkte-hoehler#ist-der-vorschlag-unsozial-weil-auch->

- 975 geringverdiener-durch-die-hohere- mehrwertsteuer-fur-tierische-
 produkte-belastet-werden [abgerufen am 30.04.2021 22:08]
45. In Form - Speisen mit hohem Potenzial für Gesundheit und Umwelt:
<https://www.station-ernaehrung.de/aktuelles/aktuelles/meldung/article/speisen-> mit/
 [abgerufen am 30.04.2021 22:09]
- 980 46. Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft: Qualität der
 Schulverpflegung - Bundesweite Erhebung (Abschlussbericht 2015)
47. von Philipsborn, Peter & Küppers, Dennis & Stratil, Jan & Hommes,
 Franziska & Koop, Christian & Seika, Philippa & Sauter, Charlotte & Sela,
 Svea & Schmitt- Ott, Tabea & Rau, Mandy & Martin, Anne. (2015). The
 food environment and choice architecture of university hospital and
 985 medical faculty canteens in Germany (Working Paper, in German).
 10.13140/RG.2.1.4715.4088.
48. DGE-Qualitätsstandard: <https://www.dge.de/gv/dge-qualitaetsstandards/?L=0> [abgerufen am 30.04.2021 22:18]
- 990 49. DGE- Speisen mit hohem Potenzial für Gesundheit und Umwelt
<https://www.dge.de/presse/pm/speisen-mit-hohem-potenzial-fuer-gesundheit-und-umwelt/> [abgerufen am 30.04.2021 22:25]
50. DGE-zertifizierte Gemeinschaftsverpflegung:
 995 <https://www.dge.de/gv/zertifizierungen/?L=0> [abgerufen am 30.04.2021
 22:28]
51. DGE (2019): Studie zu Kosten- und Preisstrukturen in der
 Schulverpflegung
52. DGE - Vollwertige Verpflegung im Krankenhaus – es lohnt sich, zu
 investieren! <https://www.dge.de/nachrichten/detail/vollwertige-verpflegung-im-krankenhaus-es-lohnt-sich-zu-investieren/> [abgerufen
 1000 am 30.04.2021 22:35]
53. Schuetz, P., Fehr, R., Baechli, V., Geiser, M., Deiss, M., Gomes, F., Kutz,
 A., Tribolet, P., Bregenzer, T., Braun, N., Hoess, C., Pavlicek, V., Schmid,
 S., Bilz, S., Sigrist, S., Brändle, M., Benz, C., Henzen, C., Mattmann, S.,
 Thomann, R., ... Mueller, B. (2019). Individualised nutritional support in
 1005 medical inpatients at nutritional risk: a randomised clinical trial. *Lancet*
 (London, England), 393(10188), 2312–2321.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32776-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32776-4) [abgerufen am
 19.07.2021 21:21]
- 1010 54. Deutsche Gesellschaft für Ernährung (Hrsg.): 14. DGE-Ernährungsbericht
 - Vorveröffentlichung Kapitel 2. Bonn (2019)
55. Gießelmann, K (2016). Frühkindliche Ernährung: Die ersten 1000 Tage
 entscheiden Dtsch Arztebl 2016; 113(43): A-1920 / B-1617 / C-1605
- 1015 56. Mensink GBM, Bauch A, Vohmann C, Stahl A, Six J, Kohler S, Fischer J,
 Hesecker H (2007) EsKiMo - Das Ernährungsmodul im Kinder- und

Jugendgesundheitssurvey. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 50:902-908

- 1020 57. Evidence-Based Guideline of the German Nutrition Society: Carbohydrate Intake and Prevention of Nutrition-Related Diseases *Ann Nutr Metab* 2012;60 (Suppl. 1):1-58 (DOI: 10.1159/000335326)
- 1025 58. Harris, J. L., Bargh, J. A., & Brownell, K. D. (2009). Priming effects of television food advertising on eating behavior. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 28(4), 404–413. <https://doi.org/10.1037/a0014399> [abgerufen am 19.07.2021 21:21]
59. Effertz, T (2021). Kindermarketing für ungesunde Lebensmittel in Internet und TV - Projektbericht, März 2021
- 1030 60. ZAW. (4. Juni, 2020). Marktanteile der einzelnen Werbemedien im deutschen Bruttowerbemarkt im Jahr 2019 [Graph]. In *Statista*. Zugriff am 01. Mai 2021, von <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/154767/umfrage/mediasplit-im-deutschen-werbemarkt/> [abgerufen am 19.07.2021 21:21]
- 1035 61. Foodwatch (2021). Junkfluencer Report: https://www.foodwatch.org/fileadmin/-DE/Themen/Kinderernaehrung/Influencer/Webversion_Junkfluencer_Report_2021.pdf [abgerufen am 03.06.2021 15:40]
62. WHO (2011). Global status report on noncommunicable diseases 2010. ISBN 978 92 4 156422 9
- 1040 63. LAW NO. 20,606 ON THE NUTRIENT COMPOSITION OF FOOD AND ITS ADVERTISING (Chile, 2012) <https://globalfoodresearchprogram.web.unc.edu/wp-content/uploads/sites/10803/2016/11/Law-20.606.pdf> [abgerufen am 19.07.2021 21:21]
- 1045 64. Dillman Carpentier, F. R., Correa, T., Reyes, M., & Taillie, L. S. (2020). Evaluating the impact of Chile's marketing regulation of unhealthy foods and beverages: pre-school and adolescent children's changes in exposure to food advertising on television. *Public health nutrition*, 23(4), 747–755.
- 1050 65. Jensen, M. L., Carpentier, F. D., Adair, L., Corvalán, C., Popkin, B. M., & Taillie, L. S. (2021). Examining Chile's unique food marketing policy: TV advertising and dietary intake in preschool children, a pre- and post- policy study. *Pediatric obesity*, 16(4), e12735. <https://doi.org/10.1111/ijpo.12735> [abgerufen am 19.07.2021 21:21]
66. WHO (2015). WHO Regional Office for Europe nutrient profile model
- 1055 67. Ferguson, C. J., Muñoz, M. E., & Medrano, M. R. (2012). Advertising influences on young children's food choices and parental influence. *The Journal of pediatrics*, 160(3), 452–455. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2011.08.023> [abgerufen am 19.07.2021 21:21]

- 1060 68. Vyth, E. L., Steenhuis, I. H., Roodenburg, A. J., Brug, J., & Seidell, J. C. (2010). Front-of-pack nutrition label stimulates healthier product development: a quantitative analysis. *The international journal of behavioral nutrition and physical activity*, 7, 65. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-7-65> [abgerufen am 19.07.2021 21:21]
- 1065 69. Vandevijvere S. (2020). Uptake of Nutri-Score during the first year of implementation in Belgium. *Archives of public health = Archives belges de sante publique*, 78, 107. <https://doi.org/10.1186/s13690-020-00492-1> [abgerufen am 19.07.2021 21:21]
- 1070 70. Egnell, Talati, Gombaud, Galan, Hercberg, Pettigrew, & Julia. (2019). Consumers' Responses to Front-of-Pack Nutrition Labelling: Results from a Sample from The Netherlands. *Nutrients*, 11(8), 1817. doi:10.3390/nu11081817
- 1075 71. De Temmerman, J., Heeremans, E., Slabbinck, H., & Vermeir, I. (2021). The impact of the Nutri-Score nutrition label on perceived healthiness and purchase intentions. *Appetite*, 157, 104995. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2020.104995> [abgerufen am 19.07.2021 21:21]
- 1080 72. Finkelstein, E. A., Ang, F., Doble, B., Wong, W., & van Dam, R. M. (2019). A Randomized Controlled Trial Evaluating the Relative Effectiveness of the Multiple Traffic Light and Nutri-Score Front of Package Nutrition Labels. *Nutrients*, 11(9), 2236. <https://doi.org/10.3390/nu11092236> [abgerufen am 19.07.2021 21:21]
- 1085 73. Verbrauchszentrale - Nutri-Score: Erweiterte Nährwertkennzeichnung jetzt erlaubt: <https://www.verbraucherzentrale.de/wissen/lebensmittel/kennzeichnung-und-inhaltsstoffe/nutriscore-erweiterte-naehrwertkennzeichnung-jetzt-erlaubt-36561> [abgerufen am 01.05.2021 10:20]
- 1090 74. Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen - Behörden von sieben europäischen Ländern koordinieren die Einführung des Nutri-Score: <https://www.blv.admin.ch/blv/de/home/dokumentation/nsb-news-list.msg-id-82341.htm> [abgerufen am 01.05.2021 10:25]
- 1095 75. Egnell, Manon et al.: Modelling the impact of different front-of-package nutrition labels on mortality from non-communicable chronic disease. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2019; 16: 56
- 1100 76. VERORDNUNG (EU) Nr. 1169/2011 DES EUROPÄISCHEN PARLAMENTES UND DES RATES vom 25. Oktober 2011
- 1100 77. Egnell, M., Crosetto, P., d'Almeida, T., Kesse-Guyot, E., Touvier, M., Ruffieux, B., Hercberg, S., Muller, L., & Julia, C. (2019). Modelling the impact of different front-of-package nutrition labels on mortality from non-communicable chronic disease. *The international journal of behavioral nutrition and physical activity*, 16(1), 56. <https://doi.org/10.1186/s12966-019-0817-2> [abgerufen am 19.07.2021 21:21]

- 1105 78. Mehr als 270 europäische Wissenschaftler*innen fordern EU-weite Einführung des Nutri-Score: <https://verbandsbuero.de/presse/mehr-als-270-europaeische-wissenschaftlerinnen-fordern-eu-weite-einfuehrung-des-nutri-score/> [abgerufen am 01.05.2021 10:33]
- 1110 79. Camilleri, A.R., Larrick, R.P., Hossain, S. et al. Consumers underestimate the emissions associated with food but are aided by labels. *Nature Clim Change* 9, 53–58 (2019). <https://doi.org/10.1038/s41558-018-0354-z> [abgerufen am 19.07.2021 21:21]
- 1115 80. Jungbluth et al. (2015). Ökoprofil von Ernährungsstilen -Projektbericht
- 1115 81. Wissenschaftlicher Beirat für Agrarpolitik, Ernährung und gesundheitlichen Verbraucherschutz und des Wissenschaftlichen Beirats für Waldpolitik beim Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft, November 2016: Klimaschutz in der Land- und Forstwirtschaft sowie den nachgelagerten Bereichen Ernährung und Holzverwendung - Gutachten
- 1120 82. Meier T und Christen O (2012). Environmental Impacts of Dietary Recommendations and Dietary Styles: Germany As an Example *Environmental Science & Technology* 2013 47 (2), 877-888 DOI: 10.1021/es302152v
- 1125 83. Reinhardt, G; Gärtner, S; Wagner, T (2020). Ökologische Fußabdrücke von Lebensmitteln und Gerichten in Deutschland
- 1125 84. Meyerding, S., Schaffmann, A.-L., & Lehberger, M. (2019). Consumer Preferences for Different Designs of Carbon Footprint Labelling on Tomatoes in Germany—Does Design Matter? *Sustainability*, 11(6), 1587. doi:10.3390/su11061587
- 1130 85. UNICEF - Kinderarbeit weltweit: <https://www.unicef.de/informieren/aktuelles/blog/kinderarbeit-fragen-und-antworten/166982> [abgerufen am 01.05.2021 11:03]
- 1135 86. Willi Germund - Ausbeutung auf Teeplantagen. *Frankfurter Rundschau*: <https://www.fr.de/panorama/ausbeutung-teeplantagen-11200041.html> [abgerufen am 01.05.2021 11:05]
- 1135 87. Amnesty International (2016). The great palm oil scandal: Labour abuses behind big brand names
- 1140 88. Werksverträge in Fleischindustrie - Ausbeutung mitten in Deutschland. *ZDFheute*: <https://www.zdf.de/nachrichten/wirtschaft/coronavirus-toennies-fleisch-werkvertraege-zoom-100.html> [abgerufen am 01.05.2021 13:23]
- 1140 89. Ausbeutung in Coronakrise - Spargel unser. *Taz*: <https://taz.de/Ausbeutung-in-Corona-Krise/!5676706/> [abgerufen am 01.05.2021 13:45]
- 1145 90. Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung - Lieferketten: <https://www.bmz.de/de/themen/lieferketten/index.html> [abgerufen am 01.05.2021 13:47]

91. Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft: Deutschland, wie es isst - Der BMEL-Ernährungsreport 2020
- 1150 92. Verbraucherzentrale: Fairer Handel: Einkauf mit gutem Gewissen: <https://www.verbraucherzentrale.de/wissen/umwelt-haushalt/wohnen/fairer-handel-einkauf-mit-gutem-gewissen-7067> [abgerufen am 01.05.2021 13:51]
- 1155 93. Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (2019). Kurzfassung des Forschungsberichts "Ernährungsbezogene Bildungsarbeit in Kitas und Schulen"
- 1160 94. Max Rubner-Institut. Nationale Verzehrsstudie II: [https://www.mri.bund.de/de/institute/ernaehrungsverhalten/forschungsprojekte/nvs II/](https://www.mri.bund.de/de/institute/ernaehrungsverhalten/forschungsprojekte/nvs-II/) [abgerufen am 01.05.2021 14:03]
- 1165 95. Bartsch S, Büning-Fesel M, Cremer C, Heindl I, Lambeck A, Lührmann P, Oepping A, Rademacher C, Schulz-Greve S. Ernährungsbildung – Standort und Perspektiven Ernährung-Umschau 60 (2), M84-M94, 2013. DOI:10.455/eu.2013.007
- 1170 96. Health Canada (2019). Canada`s Dietary Guidelines for Health Professionals and Policy Makers
- 1175 97. Robert Koch-Institut (2018). Kindliche Adipositas: Einflussfaktoren im Blick. Das AdiMon Indikatorensystem
- 1180 98. Schaeffer, D., Hurrelmann, K., Bauer, U. und Kolpatzik, K. (Hrsg.): Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken. Berlin: KomPart 2018
- 1185 99. Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft: "Ernährungsführerschein" - Küchenkompetenz für Grundschul Kinder: <https://www.bmel.de/DE/themen/ernaehrung/gesunde-ernaehrung/kita-und-schule/ernaehrungsfuehrerschein.html;jsessionid=E9459E6765E4E1DEB2E34F363E307B37.internet2852> [abgerufen am 01.05.2021 14:11]
100. Satija, A., & Hu, F. B. (2018). Plant-based diets and cardiovascular health. *Trends in cardiovascular medicine*, 28(7), 437–441. <https://doi.org/10.1016/j.tcm.2018.02.004> [abgerufen am 19.07.2021 21:21]
101. Christina D Filippou, Costas P Tsioufis, Costas G Thomopoulos, Costas C Mihos, Kyriakos S Dimitriadis, Lida I Sotiropoulou, Christina A Chrysochoou, Petros I Nihoyannopoulos, Dimitrios M Tousoulis, Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) Diet and Blood Pressure Reduction in Adults with and without Hypertension: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials, *Advances in Nutrition*, Volume 11, Issue 5, September 2020, Pages 1150–1160, <https://doi.org/10.1093/advances/nmaa041> [abgerufen am 19.07.2021 21:21]
102. GBD 2017 Diet Collaborators Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of

- 1190 Disease Study 2017, *The Lancet*, Volume 393, Issue 10184, 11–17 May
 2019, Pages 1958-1972, ISSN 0140- 6736,
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30041-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30041-8) [abgerufen am
 03.06.2021 15:47]
- 1195 103. Stephen Devries, Arthur Agatston, Monica Aggarwal, Karen E.
 Aspary, Caldwell B. Esselstyn, Penny Kris-Etherton, Michael Miller, James
 H. O'Keefe, Emilio Ros, Anne K. Rzeszut, Beth A. White, Kim A. Williams,
 Andrew M. Freeman, A Deficiency of Nutrition Education and Practice in
 Cardiology, *The American Journal of Medicine*, Volume 130, Issue 11,
 2017, Pages 1298-1305, ISSN 0002-9343,
 1200 <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2017.04.043> [abgerufen am
 19.07.2021 21:21].
- 1205 104. Harkin, N., Johnston, E., Mathews, T., Guo, Y., Schwartzbard, A.,
 Berger, J., & Gianos, E. (2019). Physicians' Dietary Knowledge, Attitudes,
 and Counseling Practices: The Experience of a Single Health Care Center
 at Changing the Landscape for Dietary Education. *American Journal of
 Lifestyle Medicine*, 13(3), 292–300.
<https://doi.org/10.1177/1559827618809934> [abgerufen am 19.07.2021
 21:21]
- 1210 105. Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.) (2020). Interprofessionalität
 im Gesundheitswesen - Beispiele aus der Bildung und Lehre
106. WHO (2010). Framework for Action on Interprofessional
 Education & Collaborative Practice
- 1215 107. Reber, E., Gomes, F., Bally, L., Schuetz, P., & Stanga, Z. (2019).
 Nutritional Management of Medical Inpatients. *Journal of clinical medicine*,
 8(8), 1130. <https://doi.org/10.3390/jcm8081130> [abgerufen am
 19.07.2021 21:21]
- 1220 108. Ernährungsmanagement in Krankenhäusern:
https://www.vdd.de/fileadmin/downloads/D_I/D_I_und_Fokus_2013/Dia
 et-und- Information_6-2013_Fokus.pdf [abgerufen am 01.05.2021 14:35]
- 1225 109. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)32776-4/fulltext)
 6736(18)32776- 4/fulltext Philipp Schuetz, Rebecca Fehr, Valerie Baechli,
 Martina Geiser, Manuela Deiss, Filomena Gomes, Alexander Kutz, Pascal
 Tribolet, Thomas Bregenzer, Nina Braun, Claus Hoess, Vojtech Pavlicek,
 Sarah Schmid, Stefan Bilz, Sarah Sigrist, Michael Brändle, Carmen Benz,
 Christoph Henzen, Silvia Mattmann, Robert Thomann, Claudia Brand,
 Jonas Rutishauser, Drahomir Aujesky, Nicolas Rodondi, Jacques Donzé,
 Zeno Stanga, Beat Mueller, Individualised nutritional support in medical
 inpatients at nutritional risk: a randomised clinical trial, *The Lancet*,
 Volume 393, Issue 10188, 2019, Pages 2312-2321, ISSN 0140-6736,
 1230 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32776-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32776-4) [abgerufen am
 19.07.2021 21:21].
110. Nightingale J. (2010). Nutrition support teams: how they work,
 are set up and maintained. *Frontline gastroenterology*, 1(3), 171–177.

- 1235 <https://doi.org/10.1136/fg.2009.000224> [abgerufen am 19.07.2021 21:21]
111. UMG Gastronomie – Care Catering: Patienten-Verpflegungskonzept und Diätkatalog: https://www.umg.eu/fileadmin/user_upload/Einkaufen_Essen_Trinken/Verpflegungskonzept.pdf [abgerufen am 01.05.2021 14:43]
- 1240 112. Bundeszentrum für Ernährung - Qualifikationen für Ernährungsberaterinnen: <https://www.bzfe.de/ernaehrung/ernaehrungsberatung/qualifikationen-fuer-ernaehrungsberaterinnen> [abgerufen am 01.05.2021 14:48]
- 1245 113. Wir brauchen einen Studiengang Ernährungstherapie - Ernährungs Umschau: <https://www.ernaehrungs-umschau.de/print-artikel/09-03-2011-wir-brauchen-einen-studiengang-ernaehrungstherapie/> [abgerufen am 01.05.2021 14:51]
- 1250 114. Gemeinsamer Bundesausschuss (2017) - Änderung der Heilmittel-Richtlinie (HeilM- RL): Ernährungstherapie und weitere Änderungen
115. Gemeinsamer Bundesausschuss - Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (HeilM-RL), Fassung vom 01.04.2021
- 1255 116. Gemeinsamer Bundesausschuss (2017) - Beratungsverfahren gemäß § 138 SGB V (Neue Heilmittel) Ambulante Ernährungsberatung: Beschluss zur Nicht-Änderung der Heilmittel-Richtlinie: ambulante Ernährungsberatungen mit Ausnahme der Indikationen angeborene Stoffwechselstörungen und Mukoviszidose; Beschluss zur Änderung der Heilmittel-Richtlinie: ambulante Ernährungsberatung bei den Indikationen angeborene Stoffwechselstörungen und Mukoviszidose
- 1260 117. Bosy-Westphal, A., Adam, O., Bischoff, S. et al. Ambulante Ernährungsberatung ist für die Prävention und Therapie chronischer Erkrankungen medizinisch notwendig. *Präv Gesundheitsf* 11, 103–109 (2016). <https://doi.org/10.1007/s11553-016-0529-2> [abgerufen am 19.07.2021 21:21]
- 1265 118. Ich benötige eine Ernährungsberatung. Übernimmt die TK die Kosten? - Techniker Krankenkasse: <https://www.tk.de/techniker/leistungen-und-mitgliedschaft/informationen-versicherte/leistungen/weitere-leistungen/wenn-sie-chronisch-krank-sind/ernaehrungsberatung/ich-benoetige-eine-ernaehrungsberatung-uebernimmt-tk-kosten-2007766> [abgerufen am 01.05.2021 15:02]
- 1270