



**RAT DER
EUROPÄISCHEN UNION**

**Brüssel, den 12. Dezember 2005 (13.12)
(OR. fr)**

15700/05

**SAN 214
CONSOM 56**

ÜBERMITTLUNGSVERMERK

Absender: Herr Jordi AYET PUIGARNAU, Direktor, im Auftrag des
Generalsekretärs der Europäischen Kommission

Eingangsdatum: 9. Dezember 2005

Empfänger: der Generalsekretär/Hohe Vertreter, Herr Javier SOLANA

Betr.: Grünbuch "Förderung gesunder Ernährung und körperlicher Bewegung:
eine europäische Dimension zur Verhinderung von Übergewicht,
Adipositas und chronischen Krankheiten"

Die Delegationen erhalten in der Anlage das Kommissionsdokument - KOM(2005) 637 endgültig

Anl.: KOM(2005) 637 endgültig



KOMMISSION DER EUROPÄISCHEN GEMEINSCHAFTEN

Brüssel, den 08.12.2005
KOM(2005) 637 endgültig

GRÜNBUCH

„Förderung gesunder Ernährung und körperlicher Bewegung: eine europäische Dimension zur Verhinderung von Übergewicht, Adipositas und chronischen Krankheiten“

INHALTSVERZEICHNIS

I.	Stand der Dinge auf europäischer Ebene	3
II.	Gesundheit und Wohlstand	4
III.	Das Konsultationsverfahren	5
IV.	Auf Gemeinschaftsebene vorhandene Strukturen und Instrumente	6
IV.1.	Europäische Plattform zur Unterstützung einer Aktion für Ernährung, körperliche Bewegung und Gesundheit.....	6
IV.2.	Das Europäische Netz für Ernährung und körperliche Bewegung.....	6
IV.3.	Gesundheit in anderen EU-Politikbereichen	7
IV.4.	Das Aktionsprogramm im Bereich der öffentlichen Gesundheit	7
IV.5.	Europäische Behörde für Lebensmittelsicherheit (EFSA).....	8
V.	Aktionsbereiche	8
V.1.	Verbraucherinformation, Werbung und Vermarktung	8
V.2.	Verbraucheraufklärung	9
V.3.	Schwerpunkt Kinder und Jugendliche	10
V.4.	Lebensmittelangebot, körperliche Bewegung und Gesundheitserziehung am Arbeitsplatz	11
V.5.	Einbeziehung der Prävention von Übergewicht und Adipositas sowie deren Behandlung in die Gesundheitsversorgung.....	11
V.6.	Untersuchung der zu Adipositas führenden Faktoren im Umfeld	11
V.7.	Sozioökonomische Ungleichheiten.....	12
V.8.	Ein integrierter und umfassender Ansatz für die Förderung gesunder Ernährung und körperlicher Bewegung	12
V.9.	Empfehlungen für Nährstoffaufnahme und die Ausarbeitung von lebensmittelbasierten Leitfäden für die Ernährung	13
V.10.	Zusammenarbeit über die Grenzen der Europäischen Union hinaus.....	13
V.11.	Sonstiges	14
VI.	Die nächsten Schritte	14
Annex 1:	Figures and Tables	15
Annex 2:	Relationship between diet, physical activity and health.....	19
Annex 3:	References.....	22

GRÜNBUCH

Förderung gesunder Ernährung und körperlicher Bewegung: eine europäische Dimension zur Verhinderung von Übergewicht, Adipositas und chronischen Krankheiten

I. STAND DER DINGE AUF EUROPÄISCHER EBENE

- I.1. Ungesunde Ernährung und mangelnde Bewegung sind die Hauptursachen vermeidbarer Krankheiten und einer niedrigen Lebenserwartung in Europa; auch die europaweit zunehmende Prävalenz von Adipositas stellt ein ernstes Gesundheitsproblem dar. (*Hintergrundinformationen siehe Anhang 2*)
- I.2. Der Rat hat die Kommission ersucht, zur Förderung einer gesunden Lebensführung beizutragen⁽ⁱ⁾ und zu untersuchen, wie eine gesündere Ernährung in der Europäischen Union gefördert werden kann, sowie gegebenenfalls entsprechende Vorschläge zu unterbreiten². Darüber hinaus hat er die Mitgliedstaaten und die Kommission aufgefordert, Initiativen zur Förderung einer gesunden Ernährung und körperlicher Bewegung zu entwickeln und durchzuführen.³
- I.3. Die Gemeinschaft besitzt eine eindeutige Zuständigkeit in diesem Bereich: Nach Artikel 152 EG-Vertrag ist bei der Festlegung und Durchführung aller Gemeinschaftspolitiken und -maßnahmen ein hohes Gesundheitsschutzniveau sicherzustellen. Eine Reihe der Politikbereiche der Gemeinschaft betreffen Ernährung und körperliche Betätigung und der Rat hat darauf hingewiesen, dass die Förderung einer gesunden Ernährung und körperlicher Bewegung unbedingt stärker mit anderen gemeinschaftlichen Politikbereichen verknüpft werden muss⁴.
- I.4. Die Maßnahmen der Mitgliedstaaten können auf Gemeinschaftsebene sinnvoll ergänzt werden. Ohne den Spielraum für Maßnahmen einzuschränken, die die Mitgliedstaaten auf den Weg bringen wollen, kann eine Aktion auf Gemeinschaftsebene Synergien und Größenvorteile nutzen, ein Handeln auf europäischer Ebene erleichtern, Ressourcen bündeln, bewährte Verfahren verbreiten und somit die Wirksamkeit der nationalen Maßnahmen erhöhen.
- I.5. Der Rat betont, dass viele unterschiedliche Faktoren zu Übergewicht beitragen und daher die Anstrengungen unterschiedlicher Akteure erforderlich sind⁵ – wofür die Europäische Plattform zur Unterstützung einer Aktion für Ernährung, körperliche Bewegung und Gesundheit (*siehe Abschnitt IV.1*) ein hervorragendes Beispiel ist – einschließlich Anstrengungen auf lokaler, regionaler, nationaler und europäischer Ebene⁶. Darüber hinaus begrüßt der Rat die Absicht der Kommission, dieses Grünbuch vorzulegen und 2006 die Ergebnisse der im Grünbuch vorgesehenen öffentlichen Konsultation vorzustellen⁷.
- I.6. Der Europäische Wirtschafts- und Sozialausschuss unterstrich, dass Maßnahmen auf Gemeinschaftsebene die Auswirkungen der von den nationalen Behörden, dem

⁽ⁱ⁾ Die Literaturhinweise sind in Anhang 3 am Ende des Dokuments zu finden.

Privatsektor und Nichtregierungsorganisationen ergriffenen Initiativen noch verstärken können⁸.

- I.7 Eine Reihe von Mitgliedstaaten wendet bereits nationale Strategien oder Aktionspläne im Bereich Ernährung, körperliche Bewegung und Gesundheit an⁹. Gemeinschaftsmaßnahmen können diese unterstützen und ergänzen, ihre Koordination erleichtern und bei der Ermittlung und Verbreitung bewährter Verfahren helfen, so dass andere Länder von den bereits gewonnenen Erfahrungen profitieren können.

II. GESUNDHEIT UND WOHLSTAND

- II.1. Neben dem menschlichen Leid, das durch Adipositas verursacht wird, stehen auch die volkswirtschaftlichen Folgen ihrer zunehmenden Inzidenz im Vordergrund. In der Europäischen Union gehen schätzungsweise 7 % der Kosten für die Gesundheitsversorgung auf das Konto der Adipositas¹⁰, und dieser Betrag wird angesichts des steigenden Trends zur Adipositas noch steigen. Zwar liegen noch keine ausführlichen Daten für alle EU-Mitgliedstaaten vor, doch geht aus Untersuchungen hervor, dass die volkswirtschaftlichen Kosten der Adipositas hoch sind: Nach einem Bericht des britischen Nationalen Rechnungshofs von 2001 sind allein in England schätzungsweise 18 Mio. Krankheitstage und 30 000 Fälle vorzeitigen Todes auf Adipositas zurückzuführen, was direkte Gesundheitsversorgungskosten von mindestens 500 Mio. GBP entspricht. Die indirekten Kosten für die Wirtschaft, zu denen auch eine geringere Produktivität und ein Verlust an Leistung zählen, werden auf weitere 2 Mrd. GBP jährlich geschätzt¹¹. Dem Bericht des Chief Medical Officer von 2004 über die Auswirkungen körperlicher Bewegung und deren Einfluss auf die Gesundheit zufolge liegen die Kosten für Bewegungsmangel schätzungsweise bei 8,2 Mrd. GBP jährlich (Gesundheitsversorgungskosten und indirekte Kosten für die Volkswirtschaft, wie beispielsweise verlorene Arbeitstage, zusammengenommen)¹². In Irland wurden die direkten Kosten der Behandlung von Adipositas im Jahr 2002 auf etwa 70 Mio. € geschätzt¹³. In den USA belaufen sich die vom Center of Disease Control (CDC) geschätzten, auf Adipositas zurückzuführenden Gesundheitsversorgungskosten auf 75 Mrd. \$¹⁴. Auf den Einzelnen angewandt bedeutet dies, dass ein durchschnittlicher fettleibiger US-amerikanischer Erwachsener jährlich dem Gesundheitssystem etwa 37 % höhere Kosten verursacht als ein Durchschnittsbürger mit normalem Gewicht¹⁵. Bei diesen direkten Kosten ist eine geringere Produktivität aufgrund von Behinderung und vorzeitigem Tod nicht berücksichtigt.
- II.2. Eine Analyse des schwedischen Instituts für öffentliche Gesundheit kommt zu dem Schluss, dass in der EU 4,5 % der so genannten DALYs (disability adjusted life years), d. h. die um die invaliditätsbedingte Restlebenserwartung bereinigte verbleibende Lebenszeit auf schlechte Ernährung zurückzuführen sind und weitere 3,7 % bzw. 1,4 % auf das Konto von Adipositas und Bewegungsmangel gehen, das sind insgesamt 9,6 % im Vergleich zu 9 % infolge von Tabakkonsum¹⁶.
- II.3. Vor kurzem berichtete das niederländische Institut für öffentliche Gesundheit und Umwelt (RIVM) über ungünstige Zusammensetzungen der Nahrung und deren schädliche Auswirkungen auf die Gesundheit. Das Institut kam u. a. zu dem Schluss, dass die übermäßige Aufnahme der „falschen“ Fettarten (wie gesättigte Fettsäuren und Transfettsäuren) die Wahrscheinlichkeit, Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu entwickeln,

um 25 % erhöht; der Verzehr von Fisch ein- oder zweimal pro Woche dagegen vermindert dieses Risiko um 25 %. In den Niederlanden können jährlich 38 000 Fälle von Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Erwachsenen ab 20 Jahren auf eine ungünstige Zusammensetzung der Nahrung zurückgeführt werden¹⁷

- II.4. Die Bekämpfung von Übergewicht und Adipositas ist somit nicht nur aus Sicht der öffentlichen Gesundheit wichtig, sondern soll auch die Langzeitkosten des Gesundheitswesens senken und die Volkswirtschaften stabilisieren, indem die Bürger in die Lage versetzt werden, auch im Alter ein produktives Leben zu führen. Dieses Grünbuch dient dazu zu bestimmen, ob Maßnahmen auf Gemeinschaftsebene dazu beitragen können, die Gesundheitsrisiken zu verringern, die Kosten im Gesundheitswesen einzudämmen und die Wettbewerbsfähigkeit der Volkswirtschaften der Mitgliedstaaten zu erhöhen, indem sie die Aktivitäten der Mitgliedstaaten ergänzen.

III. DAS KONSULTATIONSVERFAHREN

- III.1. Wie in der Mitteilung „Mehr Gesundheit, Sicherheit und Zuversicht für die Bürger – eine Gesundheits- und Verbraucherschutzstrategie“¹⁸ mitgeteilt, erarbeitet die Kommission derzeit eine Reihe von Gemeinschaftsstrategien, mit denen die wichtigsten Gesundheitsfaktoren, einschließlich Ernährung und Adipositas, angegangen werden sollen. In diesem Zusammenhang sollen mit dem vorliegenden Grünbuch ein breit angelegter Konsultationsprozess eingeleitet und eine ausführliche Diskussion unter den EU-Organen, den Mitgliedstaaten und der Zivilgesellschaft in Gang gebracht werden, mit dem Ziel der Bestimmung des möglichen Beitrags der Förderung von gesunder Ernährung und körperlicher Bewegung auf Gemeinschaftsebene.
- III.2. Die Kommission appelliert an alle interessierten Einrichtungen, bis spätestens 15. März 2006 unter folgender Adresse (vorzugsweise via E-Mail) zu den in diesem Grünbuch aufgeworfenen Fragen Stellung zu nehmen:

Europäische Kommission
Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz
Referat C4 – Gesundheitsfaktoren
E-Mail: SANCO-C4-NUTRITIONGREENPAPER@cec.eu.int
Postanschrift: L-2920 Luxemburg
Fax: (+ 352) 4301-34975

Bei den Stellungnahmen sollte es sich nicht um wissenschaftliche Papiere handeln, sondern um konkrete und evidenzbasierte Vorschläge für die Ausarbeitung politischer Maßnahmen, vor allem auf EU-Ebene. Insbesondere werden Reaktionen der Wirtschaftsakteure, der Patientenverbände sowie der in den Bereichen Gesundheit und Verbraucherschutz tätigen NRO zu Fragen erwartet, die ihre spezifischen Interessenbereiche betreffen (z. B. Werbung und Vermarktung, Etikettierung ...).

- III.3. Sofern den Stellungnahmen keine anders lautende Erklärung beigefügt ist, gehen die Kommissionsdienststellen davon aus, dass keine Einwände dagegen bestehen, sie ganz oder teilweise auf der Website der Kommission zu veröffentlichen und/oder sie in

Berichten über die Auswertung des Ergebnisses des Konsultationsprozesses zu zitieren.¹⁹

III.4. Aufgrund der vielen Faktoren, die zu Krankheiten im Zusammenhang mit ungesunden Ernährungsgewohnheiten und Bewegungsmangel führen, sowie der zu ihrer Bekämpfung erforderlichen gemeinsamen Reaktion vieler Akteure enthält das vorliegende Grünbuch bestimmte Themen, die vor allem in die Zuständigkeit der EU-Mitgliedstaaten fallen (z. B. Bildung, Städteplanung); es sollte auch dazu beitragen zu bestimmen, wo die EU einen zusätzlichen Nutzen erbringen könnte, z. B. durch die Unterstützung der Vernetzung der Stakeholder und des Austauschs bewährter Verfahren.

IV. AUF GEMEINSCHAFTSEBENE VORHANDENE STRUKTUREN UND INSTRUMENTE

IV.1. Europäische Plattform zur Unterstützung einer Aktion für Ernährung, körperliche Bewegung und Gesundheit

IV.1.1. Im März 2005 wurde die Europäische Plattform zur Unterstützung einer Aktion für Ernährung, körperliche Bewegung und Gesundheit als gemeinsames Forum ins Leben gerufen. Hier sind alle einschlägigen auf europäischer Ebene tätigen Akteure vereint, die bereit sind, verbindliche und nachprüfbar Verpflichtungen mit dem Ziel einzugehen, die derzeitigen Trends zu Übergewicht und Adipositas zu stoppen und rückgängig zu machen. Das Ziel der Plattform besteht darin, als Katalysator für freiwillige Maßnahmen der Geschäftswelt, der Zivilgesellschaft und des öffentlichen Sektors in der gesamten EU zu wirken. Zu den Mitgliedern der Plattformen zählen die wichtigsten Vertreter der Lebensmittel-, Einzelhandels-, Catering- und Werbebranchen, Verbraucherverbände und im Bereich der Gesundheit tätigen NRO auf EU-Ebene.

IV.1.2. Die Plattform soll ein Beispiel für koordinierte, jedoch autonome Maßnahmen unterschiedlicher Teile der Gesellschaft liefern. Sie soll weitere Initiativen auf nationaler, regionaler oder lokaler Ebene anregen und mit ähnlichen Foren auf nationaler Ebene zusammenarbeiten. Gleichzeitig kann sie Ideen dafür liefern, wie die Reaktionen auf das Problem der Adipositas in eine ganze Palette von Politikbereichen der EU einbezogen werden könnten. Die Kommission sieht die Plattform als das vielversprechendste Instrument für nicht legislative Maßnahmen, da sie aus ihrer einzigartigen Position heraus das Vertrauen zwischen den wichtigsten Akteuren aufbauen kann. Die ersten Ergebnisse der Plattform sind ermutigend: Andere EU-Politikbereiche werden stark einbezogen, die Plattform-Mitglieder planen weit reichende Verpflichtungen für 2006 und eine gemeinsame Sitzung mit Akteuren in den USA wird zum Austausch bewährter Verfahren beitragen. Darüber hinaus haben die Sportminister zugesagt, die Plattform zu unterstützen. Eine erste Bewertung der Ergebnisse der Plattform wird Mitte 2006 stattfinden²⁰.

IV.2. Das Europäische Netz für Ernährung und körperliche Bewegung

IV.2.1. Im Jahr 2003 hat die Kommission ein Netz für Ernährung und körperliche Bewegung eingerichtet, das aus von den Mitgliedstaaten benannten Sachverständigen, der WHO sowie im Bereich des Verbraucherschutzes und der Gesundheit tätigen NRO zusammengesetzt ist und die Kommission bei der Ausarbeitung von

Gemeinschaftsmaßnahmen zur Verbesserung der Ernährung, zur Verminderung und Verhütung ernährungsbedingter Krankheiten, zur Förderung körperlicher Bewegung und zur Bekämpfung von Übergewicht und Adipositas beraten soll. Das Netz wird in die Auswertung des Feedbacks auf das vorliegende Grünbuch eng einbezogen.

IV.3. Gesundheit in anderen EU-Politikbereichen

IV.3.1. Die Verhinderung von Übergewicht und Adipositas erfordert einen integrierten Ansatz zur Unterstützung der Gesundheit, einen Ansatz, in dem die Förderung einer gesunden Lebensweise kombiniert wird mit Maßnahmen zur Bekämpfung sozialer und wirtschaftlicher Ungleichheiten und der Berücksichtigung des physischen Umfelds sowie mit einer Verpflichtung, Gesundheitsziele auch durch Maßnahmen in anderen EU-Politikbereichen zu verfolgen. Dies würde eine Reihe von EU-Politikbereichen betreffen (z. B. Landwirtschaft, Fischerei, Bildung, Sport, Verbraucherschutz, Unternehmen, Forschung, Sozialwesen, Binnenmarkt, Umwelt und audiovisuelle Medien), die den Ansatz aktiv unterstützen müssten.

IV.3.2. Auf Kommissionsebene wird derzeit durch eine Reihe von Mechanismen sichergestellt, dass die Gesundheit in anderen Politikbereichen berücksichtigt wird:

- Die Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz wird zu wichtigen politischen Vorschlägen anderer Kommissionsdienststellen systematisch konsultiert.
- Die dienststellenübergreifende Gruppe „Gesundheit“ erörtert gesundheitliche Fragen mit allen betroffenen Kommissionsdienststellen.
- Das Folgenabschätzungsverfahren der Kommission, das als Instrument zur Verbesserung von Qualität und Kohärenz der Ausarbeitung politischer Maßnahmen eingerichtet wurde und die Bewertung von gesundheitlichen Folgen umfasst.

Fragen, zu denen die Kommission um Beiträge ersucht:

- Welche konkreten Beiträge sollten möglicherweise andere Politikbereiche zur Förderung gesunder Ernährung und körperlicher Bewegung sowie zur Schaffung von Umfeldern, in denen die Entscheidung für gesunde Ernährung und Verhaltensweisen leicht ist, leisten?
- Welche Maßnahmen auf Gemeinschafts- oder nationaler Ebene könnten dazu beitragen, dass Obst und Gemüse attraktiver, leichter erhältlich, zugänglich und erschwinglich ist?
- In welchen mit Ernährung, körperlicher Bewegung, der Ausarbeitung von Instrumenten zur Analyse der damit zusammenhängenden Störungen sowie dem Verbraucherverhalten zusammenhängenden Bereichen ist mehr Forschung erforderlich?

IV.4. Das Aktionsprogramm im Bereich der öffentlichen Gesundheit

IV.4.1. Wie wichtig Ernährung, körperliche Bewegung und Adipositas sind, geht aus dem Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit²¹ und den entsprechenden Jahresarbeitsprogrammen hervor. Das Programm unterstützt unter dem Aktionsschwerpunkt Gesundheitsinformationen Maßnahmen, die darauf abzielen, mehr fundierte Daten zur Epidemiologie der Adipositas sowie über Fragen des Ernährungsverhaltens zu erheben²². Im Rahmen des Programms wird ein Satz

vergleichbarer Indikatoren für den Gesundheitszustand erstellt, u. a. im Bereich der Nahrungsaufnahme, körperlichen Bewegung und Adipositas.

- IV.4.2. Unter dem Aktionsschwerpunkt der Gesundheitsfaktoren unterstützt das Programm paneuropäische Projekte zur Förderung gesunder Ernährungsgewohnheiten und körperlicher Bewegung, einschließlich übergreifender und integrativer Ansätze, zur Einbeziehung von Lebensweisen, umweltbezogenen und sozioökonomischen Überlegungen, zur Fokussierung auf wichtige Zielgruppen und wichtige Umfelder sowie zur Verknüpfung der Arbeit im Bereich verschiedener Gesundheitsfaktoren²³.
- IV.4.3. Der Kommissionsvorschlag für ein neues Aktionsprogramm im Bereich Gesundheit und Verbraucherschutz²⁴ setzt den Schwerpunkt auf Gesundheitsförderung und Prävention, auch im Bereich der Ernährung und körperlichen Bewegung, und sieht einen neuen Aktionsbereich für die Prävention spezifischer Krankheiten vor.

Fragen, zu denen die Kommission um Beiträge ersucht:

- Wie können Verfügbarkeit und Vergleichbarkeit von Daten über Adipositas verbessert werden, insbesondere mit Blick auf die Bestimmung der genauen geografischen und sozioökonomischen Verbreitung dieser Krankheit?
- Wie kann das Programm dazu beitragen, unter Entscheidungsträgern, Angehörigen der Gesundheitsberufe, den Medien und der breiten Öffentlichkeit das Bewusstsein dafür zu stärken, wie sehr gesunde Ernährung und körperliche Bewegung zur Verringerung des Risikos chronischer Krankheiten beitragen können?
- Welche Kanäle sind am geeignetsten zur Verbreitung der bisherigen Erkenntnisse?

IV.5. Europäische Behörde für Lebensmittelsicherheit (EFSA)

- IV.5.1. Die Europäische Behörde für Lebensmittelsicherheit kann einen wichtigen Beitrag dazu leisten, vorgeschlagene Maßnahmen im Bereich der Ernährung mit wissenschaftlichen Gutachten und Hilfestellung zu untermauern (z. B. empfohlene Nährstoffaufnahme oder Strategien zur Kommunikation mit Angehörigen der Gesundheitsberufe, Lebensmittelunternehmern und der breiten Öffentlichkeit über die Folgen der Ernährung für die Gesundheit) (*siehe Abschnitt V.9 zur Rolle der EFSA bei der Erarbeitung von Ernährungsleitfäden*).

V. AKTIONSBEREICHE

V.1. Verbraucherinformation, Werbung und Vermarktung

- V.1.1. Die Verbraucherpolitik zielt darauf ab, die Bürger in die Lage zu versetzen, bei ihrer Ernährung eine sachkundige Wahl zu treffen. Die Angabe des Nährwertgehaltes von Erzeugnissen ist dabei ein wichtiger Aspekt. Neben der entsprechenden Verbraucheraufklärung können klare, miteinander übereinstimmende Informationen über Nährstoffe in Lebensmitteln als Grundlage für eine sachkundige Wahl der Nahrungsmittel dienen. Mit diesem Ziel hat die Kommission einen Vorschlag für eine Verordnung zur Harmonisierung der nährwert- und gesundheitsbezogenen Angaben über Lebensmittel vorgelegt²⁵. Darin werden Nährwertprofile festgelegt, um zu verhindern, dass für Lebensmittel mit einem hohen Gehalt an bestimmten Nährstoffen

(z. B. Salz, Fett, gesättigte Fette und Zucker) Behauptungen über deren möglichen Nutzen für die Ernährung oder Gesundheit aufgestellt werden. Die Kommission prüft auch, ob die geltenden Vorschriften über die Etikettierung von Lebensmitteln geändert werden müssen.

- V.1.2. Bei Werbung und Vermarktung ist sicherzustellen, dass die Verbraucher nicht irreführt werden und dass vor allem die Leichtgläubigkeit und die fehlende Medienkompetenz von besonders schutzbedürftigen Verbrauchern und insbesondere Kindern nicht ausgenutzt wird. Dies betrifft vor allem die Werbung für Lebensmittel mit hohem Fett-, Salz- und Zuckergehalt, wie beispielsweise energiereiche Snacks und mit Zucker gesüßte nichtalkoholische Getränke, sowie die Vermarktung solcher Erzeugnisse in Schulen²⁶. Die Selbstregulierung der Industrie könnte in diesem Bereich das Mittel der Wahl sein, da sie im Vergleich zu einer gesetzlichen Regelung in vielen Fällen schneller greift und flexibler ist. Andere Möglichkeiten müssten erwogen werden, falls die Selbstregulierung nicht zu zufrieden stellenden Ergebnissen führt.

Fragen, zu denen die Kommission um Beiträge ersucht:

- Welche Nährstoffe und welche Erzeugniskategorien sind bei Nährwertangaben für die Verbraucher zu berücksichtigen und warum?
- Welche Art der Aufklärung ist erforderlich, um die Verbraucher in die Lage zu versetzen, die Angaben auf Lebensmitteletiketten ganz zu verstehen, und wer sollte sie darüber aufklären?
- Sind freiwillige Verhaltensregeln („Selbstregulierung“) ein angemessenes Instrument zur Begrenzung der Werbung und Vermarktung von energiereichen und mikronährstoffarmen Lebensmitteln? Welche Alternativen sollten geprüft werden, falls die Selbstregulierung versagt?
- Wie kann die Wirksamkeit der Selbstregulierung definiert, durchgeführt und überwacht werden? Welche Maßnahmen sollten ergriffen werden, um zu verhindern, dass die Leichtgläubigkeit und fehlende Medienkompetenz von besonders schutzbedürftigen Verbrauchern durch Werbung, Vermarktung und Werbeaktionen ausgenutzt wird?

V.2. Verbraucheraufklärung

- V.2.1. Voraussetzung für den Erfolg jeglicher Ernährungspolitik auf Gemeinschafts- oder nationaler Ebene ist die Vertiefung des Wissens der Bürger über die Beziehung zwischen Ernährung und Gesundheit, Energieaufnahme und –verbrauch, über eine Ernährungsweise, die das Risiko für chronische Erkrankungen senkt, sowie über die Wahl gesunder Lebensmittel. Dazu müssen übereinstimmende, kohärente, einfache und klare Botschaften ausgearbeitet und über verschiedene Kanäle und in Formen verbreitet werden, die auf die örtliche Kultur, das Alter und das Geschlecht der Bürger abgestimmt sind. Die Aufklärung der Verbraucher wird auch zum Aufbau von Medienkompetenz beitragen und die Verbraucher in die Lage versetzen, die Nährwertangaben auf Etiketten besser zu verstehen.

Fragen, zu denen die Kommission um Beiträge hinsichtlich der Ermittlung vorbildlicher Verfahren ersucht:

- Wie können die Verbraucher am besten in die Lage versetzt werden, eine sachkundige Wahl zu treffen und entsprechend zu handeln?
- Welche Beiträge können „Public-Private Partnerships“ zur Aufklärung der Verbraucher leisten?
- Welche wichtigen Botschaften sollen den Verbrauchern im Bereich Ernährung und körperliche Bewegung wie und von wem übermittelt werden?

V.3. Schwerpunkt Kinder und Jugendliche

V.3.1. In Kindheit und Jugend werden wichtige Entscheidungen über die Lebensweisen getroffen, die bestimmend für Gesundheitsrisiken im Erwachsenenalter sind; es ist daher von entscheidender Bedeutung, dass Kinder an gesunde Verhaltensweisen herangeführt werden. Schulen sind wichtige Orte für Aktionen zur Gesundheitsförderung, sie können durch die Förderung gesunder Ernährung und körperlicher Bewegung zum Schutz der Gesundheit der Kinder beitragen. Außerdem gibt es immer mehr Belege dafür, dass eine gesunde Ernährung auch die Konzentrations- und Lernfähigkeit fördert. Darüber hinaus haben Schulen die Möglichkeiten, die Kinder dazu anzuregen, sich jeden Tag körperlich zu bewegen²⁷. Entsprechende Massnahmen sollten auf der angemessenen Ebene in Betracht gezogen werden.

V.3.2. Damit Kinder keine widersprüchlichen Botschaften erhalten, müssen die Bemühungen zur Gesundheitserziehung durch Eltern und in Schulen mit Hilfe von Aktionen der Medien (positive Rollenmodelle ...), des Gesundheitswesens, der Zivilgesellschaft und entsprechender Wirtschaftsbereiche unterstützt werden (*an Kinder gerichtete Vermarktung, vgl. Abschnitt V.1.*).

Fragen, zu denen die Kommission um Beiträge hinsichtlich der Ermittlung vorbildlicher Verfahren ersucht:

- Gibt es gute Beispiele für die Verbesserung des Nährwerts von Gerichten in Schulkantinen und welche Informationen benötigen Eltern, um den Nährwert der zuhause eingenommenen Mahlzeiten zu verbessern?
- Nach welchen vorbildlichen Verfahren können Kinder zu regelmäßiger körperlicher Bewegung in den Schulen veranlasst werden?
- Nach welchen vorbildlichen Verfahren kann die Entscheidung für gesunde Ernährung in den Schulen gefördert werden, insbesondere im Hinblick auf den übermäßigen Verzehr von energiereichen Snacks und mit Zucker gesüßten nichtalkoholischen Getränken verhindert?
- Wie können Medien, Gesundheitswesen, Zivilgesellschaft und die entsprechenden Wirtschaftssektoren die Bemühungen der Schulen um eine Gesundheitserziehung unterstützen? Welche Rolle können dabei „Public-Private-Partnerships“ spielen?

V.4. Lebensmittelangebot, körperliche Bewegung und gesundheitliche Aufklärung am Arbeitsplatz

- V.4.1. Am Arbeitsplatz bestehen viele Möglichkeiten, gesunde Ernährung und körperliche Bewegung zu fördern. Wenn Kantinen gesunde Lebensmittel anbieten und Arbeitgeber ein Umfeld fördern, das körperliche Bewegung erleichtert (z. B. Einrichtung von Duschen und Umkleieräumen), kann dies sehr zur Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz beitragen.

Fragen, zu denen die Kommission um Beiträge hinsichtlich der Ermittlung vorbildlicher Verfahren ersucht:

- Wie können Arbeitgeber in ihren Kantinen gesunde Lebensmittel anbieten und den Nährwert von Kantinenmahlzeiten verbessern?
- Mit welchen Maßnahmen könnten körperliche Bewegung in Pausen und auf dem Weg zu und von der Arbeit gefördert und erleichtert werden?

V.5. Einbeziehung der Prävention von Übergewicht und Adipositas sowie deren Behandlung in die Gesundheitsversorgung

- V.5.1. Das Gesundheitswesen und die Angehörigen der Gesundheitsberufe verfügen über Möglichkeiten, das Verständnis der Patienten von der Beziehung zwischen Ernährung, körperlicher Bewegung und Gesundheit zu verbessern und sie zu den erforderlichen Änderungen in der Lebensweise anzuregen. Die Patienten könnten wichtige Anstöße für solche Veränderungen erhalten, wenn die Angehörigen von Gesundheitsberufen Patienten und Familien bei Routinekontakten praktische Ratschläge zu den Vorteilen einer optimalen Ernährung und von mehr körperlicher Bewegung geben würden. Außerdem müssen die Möglichkeiten zur Behandlung der Adipositas angesprochen²⁸.

Fragen, zu denen die Kommission um Beiträge ersucht:

- Welche Maßnahmen sind auf welcher Ebene erforderlich, damit die Förderung gesunder Ernährung und körperlicher Bewegung stärker in die Gesundheitsversorgung integriert wird?

V.6. Untersuchung der zu Adipositas führenden Faktoren im Umfeld

- V.6.1. Körperliche Bewegung kann in die Tagesroutine integriert werden (z. B. zu Fuß zur Schule oder zum Arbeitsplatz gehen oder mit dem Rad fahren, anstatt mit motorisierten Verkehrsmitteln). Transport- und Stadtplanung können gewährleisten, dass zu Fuß gehen, Rad fahren und sonstige Formen der körperlichen Bewegung leicht und sicher sind, sowie nicht motorisierte Beförderungsmöglichkeiten prüfen. Sichere Rad- und Gehwege zu den Schulen könnten ein Mittel sein, um den besorgniserregenden Trends zu Übergewicht und Adipositas bei Kindern zu begegnen.

Fragen, zu denen die Kommission um Beiträge ersucht:

- Welchen Beitrag können Massnahmen auf politischer Ebene dazu leisten, dass körperliche Bewegung in die Tagesroutine „eingebaut“ wird?
- Welche Maßnahmen sind erforderlich, um Umfeldler zu schaffen, die der körperlichen Bewegung förderlich sind?

V.7. Sozioökonomische Ungleichheiten

- V.7.1. Die Wahl der Lebensmittel wird sowohl durch die Vorlieben des Einzelnen als auch durch sozioökonomische Faktoren bestimmt²⁹. Der soziale Status, Einkommen und Bildung zählen zu den wichtigsten Faktoren, die die Ernährung und körperliche Bewegung bestimmen. Bestimmte Wohngegenden können nur wenig Möglichkeiten zur körperlichen Bewegung und zu Freizeitbeschäftigungen bieten, und Benachteiligte stärker beeinträchtigen als diejenigen, die sich Transportmittel leisten können oder Zugang dazu haben. Geringere Bildung und weniger Zugang zu entsprechenden Informationen verringern die Fähigkeit, eine sachkundige Wahl zu treffen.

Fragen, zu denen die Kommission um Beiträge ersucht:

- Mit welchen Maßnahmen auf welcher Ebene könnten gesunde Ernährung und körperliche Bewegung bei Bevölkerungsgruppen und in Haushalten gefördert werden, die zu bestimmten sozioökonomischen Kategorien zählen, und diese Gruppen in die Lage versetzen, sich gesündere Lebensweisen anzueignen?
- Wie kann der Bildung von „Clustern ungesunder Gewohnheiten“, die häufig in bestimmten sozioökonomischen Gruppen vorgefunden werden, begegnet werden?

V.8. Ein integrierter und umfassender Ansatz für die Förderung gesunder Ernährung und körperlicher Bewegung

- V.8.1. Ein kohärenter und umfassender Ansatz, mit dem die Entscheidung für Gesundheit möglich, erschwinglich und attraktiv gestaltet werden soll, erfordert die Berücksichtigung der Einbeziehung von Ernährung und körperlicher Bewegung in alle entsprechenden politischen Bereiche auf lokaler, regionaler, nationaler und gemeinschaftlicher Ebene, die Schaffung der notwendigen unterstützenden Umfelder, sowie die Ausarbeitung und Anwendung geeigneter Instrumente zur Bewertung der Auswirkung anderer Politikbereiche auf gesunde Ernährung und körperliche Bewegung³⁰.

- V.8.2. Die Prävalenz mit Ernährung und körperlicher Bewegung zusammenhängender chronischer Erkrankungen ist unterschiedlich bei Männern und Frauen, in verschiedenen Altersgruppen sowie verschiedenen sozioökonomischen Schichten. Darüber hinaus sind Ernährungsgewohnheiten wie auch Gewohnheiten hinsichtlich der körperlichen Bewegung häufig in lokale und regionale Traditionen eingebettet. Daher muss bei der Förderung gesunder Ernährung und körperlicher Bewegung auf Geschlecht, sozioökonomische und kulturelle Unterschiede sowie auf eine lebenslange Perspektive geachtet werden.

Fragen, zu denen die Kommission um Beiträge ersucht:

- Welche Aspekte sind für einen integrierten und umfassenden Ansatz zur Förderung gesunder Ernährung und körperlicher Bewegung am wichtigsten?
- Welche Rolle spielen die nationale Ebene und die Gemeinschaftsebene?

V.9. Empfehlungen für Nährstoffaufnahme und die Ausarbeitung von lebensmittelbasierten Leitfäden für die Ernährung

- V.9.1 Der WHO/FAO-Bericht³¹ enthält allgemeine Empfehlungen über Ziele für die Nährstoffaufnahme und die körperliche Bewegung der Bevölkerung im Zusammenhang mit der Verhinderung weit verbreiteter nicht übertragbarer Krankheiten.
- V.9.2. Mit dem Eurodiet-Projekt³² werden quantifizierte Ziele für die Nährstoffaufnahme der Bevölkerung vorgeschlagen und wird darauf hingewiesen, dass diese in lebensmittelbasierte Ernährungsleitfäden (FBDG) umzusetzen sind. FBDG müssen sich auf übliche Ernährungsmuster stützen und sozioökonomische wie kulturelle Faktoren berücksichtigen.
- V.9.3. Die Kommission hat die Europäische Behörde für Lebensmittelsicherheit (EFSA) ersucht, ihr Gutachten über Energieaufnahme, Makronährstoffe und Ballaststoffe zu aktualisieren. Im Anschluss daran wird die EFSA auch ein Gutachten zu Referenzaufnahmemengen an Mikronährstoffen mit der Ernährung und – sofern dies als angebracht erscheint – anderen wichtigen Stoffen mit einem Nährwert oder einer physiologischen Wirkung im Zusammenhang mit einer ausgewogenen Ernährung erstellen. Die EFSA wird außerdem ein Gutachten über die Umsetzung der nährstoffbasierten Ernährungsempfehlungen in Leitlinien über den Beitrag verschiedener Lebensmittel zu einer Ernährung ausarbeiten, mit deren Hilfe man durch optimale Nährstoffversorgung gesund bleibt.

Fragen, zu denen die Kommission um Beiträge ersucht:

- Wie können soziale und kulturelle Unterschiede und unterschiedliche regionale und nationale Ernährungsgewohnheiten im Rahmen von lebensmittelbasierten Ernährungsleitfäden auf europäischer Ebene berücksichtigt werden?
- Wie können die Lücken zwischen vorgeschlagenen Nährstoffzielen und tatsächlichen Verzehrsmustern geschlossen werden?
- Wie können die Ernährungsleitlinien den Verbrauchern vermittelt werden?
- Wie könnte ein Punktesystem für das Nährstoffprofil, wie es vor kurzem im Vereinigten Königreich entwickelt wurde, dazu beitragen³³?

V.10. Zusammenarbeit über die Grenzen der Europäischen Union hinaus

- V.10.1. Auf internationaler Ebene werden derzeit Überlegungen im Zusammenhang mit der Einbeziehung des Kodex Alimentarius³⁴ im Bereich der Ernährung angestellt. Gemäß der Aufforderung in der globalen Strategie zu Ernährung, körperlicher Bewegung und Gesundheit der WHO unterstützt die EU die Auffassung, dass allgemein geprüft werden sollte, wie Ernährungsfragen in die Arbeiten des Kodex unter Beibehaltung seines derzeitigen Mandats eingebunden werden sollten.
- V.10.2. Im Bereich Ernährung und körperliche Bewegung sollten Regulierungsbehörden und Stakeholder in der EU und in anderen Ländern, in denen zunehmendes Übergewicht und zunehmende Adipositas zu Besorgnis führen³⁵, eng zusammen arbeiten.

Fragen, zu denen die Kommission um Beiträge ersucht:

- Unter welchen Bedingungen und – falls überhaupt - mit welchen Mitteln sollte sich die Gemeinschaft in den Erfahrungsaustausch zwischen der EU und Nicht-EU-Ländern und in die Ermittlung vorbildlicher Verfahren einbringen?

V.11. Sonstiges

Fragen, zu denen die Kommission um Beiträge ersucht:

- Gibt es Themen, die im vorliegenden Grünbuch nicht angesprochen wurden, jedoch bei der Betrachtung der Europäischen Dimension der Förderung von gesunder Ernährung, körperlicher Bewegung und Gesundheit berücksichtigt werden müssten?
- Welches der im vorliegenden Grünbuch angesprochenen Themen sollte prioritär behandelt werden und welche Fragen können als weniger dringend gelten?

VI. DIE NÄCHSTEN SCHRITTE

- VI.1. Die Kommissionsdienststellen werden alle Beiträge, die als Reaktion auf den mit dem vorliegenden Grünbuch eingeleiteten Konsultationsprozess eingehen, sorgfältig prüfen. Eine Zusammenfassung der Beiträge wird voraussichtlich bis Juni 2006 auf der Website der Kommission veröffentlicht.
- VI.2. Anhand der Ergebnisse des Konsultationsprozesses wird die Kommission dann prüfen, wie am besten weiter vorzugehen ist, und möglicherweise vorzuschlagende Maßnahmen sowie die Mittel zu deren Umsetzung festlegen. Abhängig von der Art der gewählten Mittel wird gegebenenfalls eine Folgenabschätzung vorgenommen.

Table 1		
Prevalence estimates of diabetes mellitus		
	estimate 2003	estimate 2025
Country	prevalence (%)	prevalence (%)
Austria	9.6	11.9
Belgium	4.2	5.2
Cyprus	5.1	6.3
Czech Republic	9.5	11.7
Denmark	6.9	8.3
Estonia	9.7	11.0
Finland	7.2	10.0
France	6.2	7.3
Germany	10.2	11.9
Greece	6.1	7.3
Hungary	9.7	11.2
Ireland	3.4	4.1
Italy	6.6	7.9
Latvia	9.9	11.1
Lithuania	9.4	10.8
Luxembourg	3.8	4.4
Malta	9.2	11.6
Netherlands	3.7	5.1
Poland	9.0	11.0
Portugal	7.8	9.5
Slovakia	8.7	10.7
Slovenia	9.6	12.0
Spain	9.9	10.1
Sweden	7.3	8.6
United Kingdom	3.9	4.7
<i>source: Diabetes Atlas, 2nd edition, International Diabetes Foundation 2003</i>		

Fig. 1: Deaths in 2000 attributable to selected risk factors (European region)
(source: World Health Report 2002)

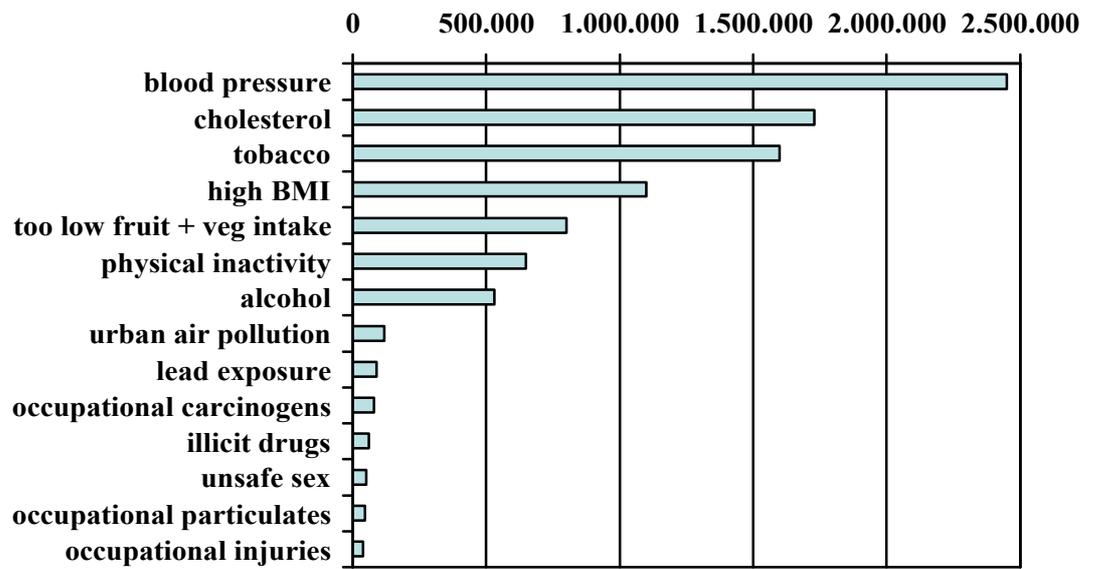


Table 2 - Overweight and obesity among adults in the European Union							
		Males			Females		
Country	Year of Data Collection	%BMI ¹ 25-29.9	%BMI \geq 30	%Com-bined BMI \geq 25	%BMI 25-29.9	%BMI \geq 30	%Combined BMI \geq 25
Austria	1999	40	10	50	27	14	41
Belgium	1994-7	49	14	63	28	13	41
Cyprus	1999-2000	46	26.6	72.6	34.3	23.7	58
Czech Republic	1997/8	48.5	24.7	73.2	31.4	26.2	57.6
Denmark	1992	39.7	12.5	52.2	26	11.3	37.3
England ²	2003	43.2	22.2	65.4	32.6	23.	55.6
Estonia (<i>self reported</i>)	1994-8	35.5	9.9	45.4	26.9	15.3	42.2
Finland	1997	48	19.8	67.8	33	19.4	52.4
France (<i>self reported</i>)	2003	37.4	11.4	48.8	23.7	11.3	35
Germany	2002	52.9	22.5	75.4	35.6	23.3	58.9
Greece	1994-8	51.1	27.5	78.6	36.6	38.1	74.7
Hungary	1992-4	41.9	21	62.9	27.9	21.2	49.1
Ireland	1997-99	46.3	20.1	66.4	32.5	15.9	48.4
Italy (<i>self reported</i>)	1999	41	9.5	50.5	25.7	9.9	35.6
Latvia	1997	41	9.5	50.5	33	17.4	50.4
Lithuania	1997	41.9	11.4	53.3	32.7	18.3	51
Luxembourg		45.6	15.3	60.9	30.7	13.9	44.6
Malta	1984	46	22	68	32	35	67
Netherlands	1998-2002	43.5	10.4	53.9	28.5	10.1	38.6

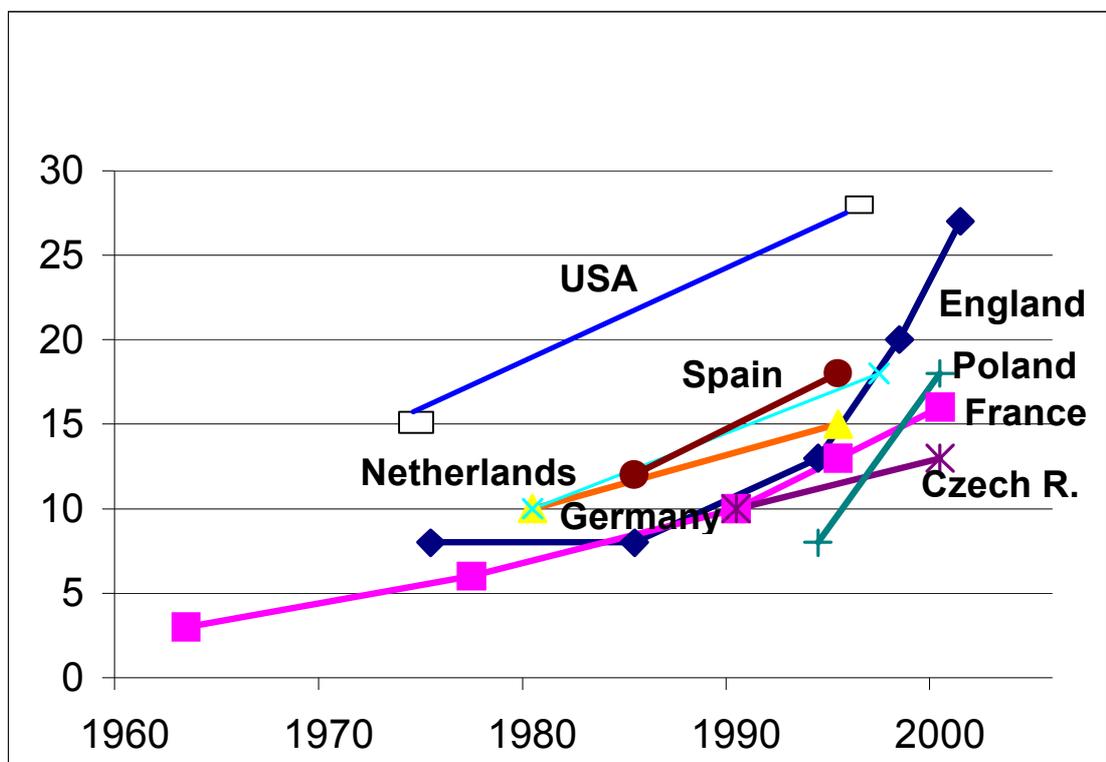
¹ BMI = Body Mass Index: a person's weight in kg divided by (height in metres)²; persons with a BMI between 25 and 30 are considered overweight, persons with a BMI >30 are considered obese

² data from Health Survey for England, which does not include data for Scotland, Wales and Northern Ireland

Poland (self report)	1996	n/a	10.3	n/a	n/a	12.4	n/a
Portugal (urban)	Published 2003	n/a	13.9	n/a	n/a	26.1	n/a
Slovakia	1992-9	49.7	19.3	69	32.1	18.9	51
Slovenia (self reported)	2001	50	16.5	66.5	30.9	13.8	44.7
Spain	1990-4	47.4	11.5	58.9	31.6	15.3	46.9
Sweden (adjusted)	1996-7	41.2	10	51.2	29.8	11.9	41.7

Age range and year of data in surveys may differ. With the limited data available, prevalences are not standardised. Self reported surveys may underestimate true prevalence. Sources and references are from the IOTF database (© International Obesity Task Force, London – March 2005)

Fig. 2: Rising prevalence of overweight in children aged 5-11 (source: IOTF)



ANNEX 2 - Relationship between diet, physical activity and health

1. The relationship between diet, physical activity and health has been scientifically established, in particular regarding the role of lifestyles as determinants of chronic non-communicable diseases and conditions such as obesity, heart disease, type 2 diabetes, hypertension, cancer and osteoporosis³⁶.
2. Particularly alarming is the increase in the prevalence of **diabetes** (*cf table 1, Annex 1*). Type-2-diabetes, which accounts for over 90% of diabetes cases worldwide, is related to obesity, a sedentary lifestyle and diets high in fat and saturated fatty acids. Both prevention and treatment of type-2 diabetes need to focus on lifestyle changes (weight loss, physical activity, diets low in fat and saturated fatty acids)³⁷.
3. **Cardiovascular diseases** (CVD) are together with cancer the most important causes of death and disease in Europe. Stopping smoking, increasing physical activity levels and adopting healthier diets are the most important factors in the primary prevention of CVD. The key recommendations for CVD prevention are maintenance of normal body weight, moderate physical activity of 30 minutes or more every day and avoidance of excess consumption of saturated fatty acids and salt.
4. Dietary factors are estimated to account for approximately 30% of all **cancers** in industrialized countries³⁸, making diet second only to tobacco as a theoretically preventable cause of cancer. Consumption of adequate amounts of fruits and vegetables, and physical activity, appear to be protective against certain cancers. Body weight and physical inactivity together are estimated to account for approximately one-fifth to one-third of several of the most common cancers³⁹.
5. **Osteoporosis** is a disease in which the density of bones is reduced, increasing the risk of fracture. Around the world, it affects one in three women and one in five men over the age of fifty. Although genetic factors will determine whether an individual is at heightened risk of osteoporosis, lifestyle factors can influence the acquisition of bone mass in youth and the rate of bone loss later in life. The joint WHO/FAO expert consultation⁴⁰ concludes that dietary and lifestyle recommendations developed for the prevention of other chronic diseases may prove helpful to reduce osteoporosis risk.
6. The *World Health Report 2002*⁴¹ describes in detail how a few **major risk factors** account for a significant proportion of all deaths and diseases in most countries (*cf figure 1, Annex 1*). Six out of the seven most important risk factors for premature death (blood pressure, cholesterol, Body Mass Index, inadequate fruit and vegetable intake, physical inactivity, excessive alcohol consumption) relate to diet and physical activity (the odd one out being tobacco). Unhealthy diets and lack of physical activity are therefore the leading causes of avoidable illness and premature death in Europe.
7. The **underlying determinants** of the risk factors for the major chronic diseases portrayed above are largely the same. Dietary risk factors include shifts in the diet structure towards diets with a higher energy density (calories per gramme) and with a greater role for fat and added sugars in foods; increased saturated fat intake (mostly from animal sources) and excess intake of hydrogenated fats; reduced intakes of complex carbohydrates and dietary fibre; reduced fruit and vegetable intakes; and increasing portion sizes of food items. Other important lifestyle-related risk factors, apart from smoking and excessive alcohol consumption, include reduced levels of

physical activity. Of particular concern is the increasingly unhealthy diet and physical inactivity of adolescents and children.

8. As relatively few risk factors cause the majority of the chronic disease burden, the related morbidity and mortality is to a great extent preventable. It is estimated that up to 80% of cases of coronary heart disease, 90% of type 2 diabetes cases, and one-third of cancers can theoretically be avoided if the whole population followed current guidelines on diet, alcohol, physical activity and smoking. Addressing lifestyle factors such as nutrition and physical activity therefore has an enormous potential for the prevention of severe morbidity and mortality.
9. **Obesity** (BMI⁴² >30) is a risk factor for many serious illnesses including heart disease, hypertension, stroke, type-2-diabetes, respiratory disease, arthritis and certain types of cancer. The rising prevalence of obesity across Europe (*cf. Annex 1, table 2*), particularly among young people (*cf. Annex 1, fig. 2*), has alarmed health experts, the media and the population at large, and is a major public health concern.
10. Evidence from population surveys suggests that obesity levels in the EU have risen by between 10-40% over the past decade, and current data suggest that the range of obesity prevalence in EU countries is from 10% to 27% in men and up to 38% in women⁴³. In some EU countries more than half the adult population is overweight⁴⁴ (BMI >25), and in parts of Europe⁴⁵ the combination of reported overweight and obesity in men exceeds the 67% prevalence found in the USA's most recent survey⁴⁶. Despite efforts by individuals the loss of health to the population as a whole due to unhealthy diets and inactivity is extraordinarily high: a small increase in Body Mass Index (BMI), e. g. from 28 to 29, will increase the risk of morbidity by around 10 %⁴⁷.
11. The number of EU children affected by overweight and obesity is estimated to be rising by more than 400,000 a year, adding to the 14 million-plus of the EU population who are already overweight (including at least 3 million obese children); across the entire EU25, overweight affects almost 1 in 4 children⁴⁸. Spain, Portugal and Italy report overweight and obesity levels exceeding 30% among children aged 7-11. The rates of the increase in childhood overweight and obesity vary, with England and Poland showing the steepest increases⁴⁹.
12. The factors underlying the onset of obesity are widely known (high intake of energy dense micronutrient poor foods or sedentary lifestyles are the most convincing factors determining obesity risk; high intake of sugars sweetened soft drinks and fruit juices, heavy marketing of energy dense foods or adverse socioeconomic conditions are also probable determining factors. High intake of non starch polysaccharides and regular physical activity are convincing factors lowering obesity risk; breastfeeding and home or school environments supporting healthy food choices for children are also probable lowering factors). It should however be borne in mind that for some people it is going to be harder to maintain a healthy weight than for others because they are genetically disposed to storing fat, or because they have genetic dysfunctions which make it difficult for them to control the feeling of hunger. In fact, even if some scientists⁵⁰ estimate that 40-70% of the variation in fat mass between individuals is determined by genetic factors, environmental factors remain important and determine the expression of these genes in individuals; addressing the "obesogenic environment" (*cf section V.6*) therefore has a strong potential to curb obesity⁵¹.

13. While the effects of diet and **physical activity** on health often interact, particularly in relation to obesity, there are additional health benefits from physical activity that are independent of nutrition and diet. Likewise, there are significant nutritional risks that are unrelated to obesity.
14. Weight gain in an individual is the result of an excess of energy consumed as food over energy expenditure. There is a strong tendency for excess weight to continue to accumulate from childhood through to middle age. It is therefore important to achieve an optimum body weight throughout life through proper diet and daily physical activity. In addition to promoting overall feelings of wellbeing and apart from weight management aspects, physical exercise has also independent positive effects on the prevention of diseases such as cardiovascular disease, type II diabetes, osteoporosis and depression, and contributes to maintaining muscular strength in older age.
15. To maintain cardiovascular health, the recommended daily amount of exercise is at least 30 minutes for most of the days of the week. There is no general agreement on the level of physical activity needed to prevent weight gain, but a total of one hour on most days of the week is probably needed. However, all physical activity increases energy consumption and contributes to weight management⁵².
16. A 2003 Eurobarometer survey⁵³ showed that around 60 % of Europeans (EU 15) had no vigorous physical activity at all in a typical week, and more than 40 % did not even have moderate physical activity in a typical week. Europe-wide, only about one third of schoolchildren appear to be meeting recognised physical activity guidelines⁵⁴. Exercising seems to be more common among people who claim they eat healthily and do not smoke, which is in line with the generally observed “clustering of good habits”.
17. The **WHO Global Strategy on diet, physical activity and health** was adopted by the World Health Assembly in May 2004⁵⁵ as an outcome of a global consultation process and consensus-building exercise. The Global Strategy underlines the importance of achieving a balanced diet reducing the consumption of fats, free sugars and salt, of increasing the intake of fruits, vegetables, legumes, grains and nuts, and of performing moderate physical activity during at least 30 minutes a day.
18. The Community has actively supported the WHO Global Strategy process since its beginning. The Global Strategy can serve as an extremely valuable input in the development of a comprehensive Community action on nutrition and physical activity, and active use should be made of the scientific evidence underpinning it⁵⁶ when building the rationale for a broad Community strategy in this area.

ANNEX 3 – References

- 1 Council Conclusions of 2 December 2003 on healthy lifestyles: education, information and communication (2004/C 22/01) - Official Journal of the European Union C 22/1 of 27.1.2004
http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/ev_20050602_en.pdf
- 2 Council Resolution of 14 December 2000 on health and nutrition (2001/C 20/01) - Official Journal of the European Communities C 20/1 of 23.1.2001
- 3 Council conclusions on obesity, nutrition and physical activity (adopted on 03.06.2005)
http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/ev_20050602_en.pdf
- 4 Council conclusions on obesity, op. cit.
- 5 actions which include e. g. the food industry, the advertising industry, the retailers, the caterers, NGOs and consumer organisations, local, regional and national Governments, schools and the media
- 6 Council conclusions on obesity, op. cit.
- 7 Council conclusions on obesity, op. cit.
- 8 Opinion of the European Economic and Social Committee on Obesity in Europe – role and responsibilities of civil society partners, SOC/201, September 2005
http://eescopinions.esc.eu.int/EESCopinionDocument.aspx?identifier=ces\soc\soc201\ces1070-2005_ac.doc&language=EN
- 9 Member States launched in recent years a number of initiatives to promote healthy nutrition and physical activity. Some Member States like Ireland (<http://www.healthpromotion.ie/topics/obesity/>) and Spain (<http://www.msc.es/home.jsp>) established National Strategies to counter obesity, involving Public Administrations, independent experts, the food industry, the physical activity sector, NGOs etc. in multi-sectorial actions aimed at promoting healthier diets and physical activity. France launched in 2001 a four year national healthy nutrition plan (<http://www.sante.gouv.fr/>), covering a wide range of measures at the inter-sectorial level, with the objective to reduce the prevalence of obesity and overweight. More recently, in March 2005 the Slovenian Parliament approved a National Nutrition Policy Programme for 2005–2010 (<http://www2.gov.si/mz/mz-splet.nsf>). The Netherlands integrated obesity as one of the priorities of its national health care prevention policy (<http://www.minvws.nl/>). Nutrition and physical activity are also mentioned as an important area for public health action in the United Kingdom's White Paper Choosing health: making healthier choices easier, released in November 2004 (http://www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/PublicationsPolicyAndGuidanceArticle/fs/en?CONTENT_ID=4094550&chk=aN5Cor). Germany established a national platform for nutrition and physical activity (<http://www.ernaehrung-und-bewegung.de/>).
- 10 Obesity – preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. Geneva, World Health Organization, 1998 (Technical Report Series, No. 894)
- 11 National Audit Office (2001), *Tackling obesity in England*
http://www.nao.org.uk/publications/nao_reports/00-01/0001220.pdf.
- 12 Chief Medical Officer (2004) At least five a week: Evidence on the impact of physical activity and its relationship to health. London: Department of Health
<http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/08/09/81/04080981.pdf>
- 13 Obesity - the Policy Challenges: the Report of the National Taskforce on Obesity. Dublin 2005
- 14 Finkelstein, E. A. et al., (2004). State-level estimates of annual medical expenditures attributable to obesity. *Obesity Research*, 12, 18-24
- 15 Finkelstein EA, et al., (2003), National Medical Spending Attributable To Overweight And Obesity: How Much, And Who's Paying?, *Health Affairs*, Vol. 10, No.1377; quoted from: Ad Hoc Group on the OECD Health Project, Workshop on the Economics of Prevention, 15 October 2004, Cost-effectiveness of Interventions to prevent or treat Obesity and type-2 diabetes, A preliminary review of the literature in OECD countries, SG/ADHOC/HEA(2004)12, 2004
- 16 Determinants of the burden of disease in the European Union. Stockholm, National Institute of Public Health, 1997; quoted from: Food and health in Europe: a new basis for action. WHO Regional Publications European Series, No. 96 <http://www.euro.who.int/document/E82161.pdf>
- 17 The RIVM report 'Measuring Dutch meals: Healthy diet and safe food in the Netherlands' recommends increasing fish consumption from the average consumption (1998) of 2 to 3 times per month to 1 or 2 times per week. It should be noted that in the Netherlands, consumption of fish (per capita consumption: 20.5 kg/head/year) is at the mid point for EU25; Austria, Germany, Ireland, the United Kingdom, Belgium and Luxemburg and all of the new Member States apart from Malta, Cyprus and Estonia are below the Dutch level of consumption. Three Member States (Hungary, Slovakia and Slovenia) are at only one third of the Dutch consumption level. <http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/270555008.html>

18 COM (2005) 115 http://europa.eu.int/eur-lex/lex/LexUriServ/site/en/com/2005/com2005_0115en01.pdf
19 A report on the contributions received will be published on the Commission's website at the following
address:
20 http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/green_paper/consultation_en.htm
Further information on the work of the Platform is available at the following internet
21 address: http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/platform/platform_en.htm
More information on the scope of the Public Health Action Programme, the conditions for participation in
the calls launched under the Programme, and on projects financed so far can be found at the following
22 internet address: http://europa.eu.int/comm/health/ph_programme/programme_en.htm.
i. a. the Working Party 'Lifestyle and other Health Determinants' aims at improving the availability of
comparable information on nutritional habits and physical activity levels in Europe. Its Scientific
23 Secretariat can be contacted at [public.health@mailbox.tu-dresden.de]
Numerous Commission financed projects in particular under the former Cancer, Health Promotion and
Health Monitoring Programmes have developed activities in the field of nutrition, physical activity and
health. An overview of these initiatives is set out in the *Status report on the European Commission's work*
in the field of nutrition in Europe, 2002
(http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/nutrition_report_en.pdf)
24 http://europa.eu.int/eur-lex/lex/LexUriServ/site/en/com/2005/com2005_0115en01.pdf
25 Proposal for a regulation of the European Parliament and of the Council on nutrition and health claims on
foods COM (2003) 424 final; 16/07/2003
26 cf Gerard Hastings et al: Review of research into the effects of food promotion to children - Final Report
Prepared for the Food Standards Agency; 22 September 2003
<http://www.foodstandards.gov.uk/multimedia/pdfs/foodpromotiontochildren1.pdf>
27 cf also Universität Paderborn, et al. (2004): "Study on young people's lifestyles and sedentariness and the
role of sport in the context of education and as a means of restoring the balance"
<http://europa.eu.int/comm/sport/documents/lotpaderborn.pdf>
28 these include dietary therapy (instruction on how to adjust a diet to reduce the number of calories eaten),
physical activity, behaviour therapy (acquiring new habits that promote weight loss), drug therapy (to be
used in high BMI patients or patients with obesity-related conditions together with appropriate lifestyle
modifications and under regular medical control), and surgery (in extremely high BMI patients or patients
with severe obesity-related conditions, used to modify the stomach and/or intestines to reduce the amount
of food that can be eaten)
29 Food and health in Europe: a new basis for action, WHO regional publications. European series No. 96,
2004
30 Information and communication technologies can play an important role in health promotion by providing
sound and high-quality information on lifestyle and diet. This can be done, for example, through personal
devices highlighting individualised health information that can give feedback, guidelines, forewarning,
and can help to avoid acute events resulting from unhealthy lifestyles. A number of Community supported
projects have developed information systems relating to health and diet, such as VEPSY UPDATED
(<http://www.vepsy.com/index.htm>) and MYHEART
(<http://www.hitech-projects.com/euprojects/myheart/>)
31 Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases, *op. cit.* The recommendations include: Achieve
energy balance for weight control; Substantially increase levels of physical activity across the life span;
Reduce energy intake from fat and shift consumption from saturated fats and trans-fatty acids towards
unsaturated fats; Increase consumption of fruit and vegetables as well as legumes, whole grains and nuts;
Reduce the intake of "free" sugars; Reduce salt (sodium) consumption from all sources and ensure that
salt is iodized.
32 EURODIET core report, *op. cit.*
(http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/report01_en.pdf)
33 cf Mike Rayner et al: Nutrient profiles: Options for definitions for use in relation to food promotion and
children's diets; Final report; British Heart Foundation Health Promotion Research Group, Department of
Public Health, University of Oxford; October 2004
<http://www.food.gov.uk/multimedia/pdfs/nutrientprofilingfullreport.pdf>
34 The Codex Alimentarius Commission was created in 1963 by the Food and Agriculture Organisation
(FAO) and the World Health Organisation (WHO) to develop food standards, guidelines and related texts
such as codes of practice under the Joint FAO/WHO Food Standards Programme. The main purposes of
this Programme are protecting health of the consumers and ensuring fair trade practices in the food trade,

and promoting coordination of all food standards work undertaken by international governmental and non-governmental organizations. http://www.codexalimentarius.net/web/index_en.jsp

35 In this context, the scope for more proactive EU-US cooperation will be examined, and a major review of best practices in EU and US will be organised early 2006 with relevant US administration counterparts. Also, the broad regulatory EU-US dialogue which has started in this field will be intensified. Moreover, a plenary meeting of the European Platform for Action on Diet, Physical Activity and Health will be convened together with representatives of the US Administration, the American food industry and consumer organisations.

36 *cf Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases*, Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation, 2003 (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/trs916/download/en/index.html>)

37 *cf Diabetes action now: an initiative of the World Health Organisation and the International Diabetes Federation*, 2004

38 Doll R, Peto R. Epidemiology of cancer. In: Weatherall DJ, Ledingham JGG, Warrell DA, eds. Oxford textbook of medicine. Oxford, Oxford University Press, 1996:197—221; quoted from: *Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases*, *op. cit.*

39 Weight control and physical activity. Lyon, International Agency for Research on Cancer, 2002 (IARC Handbooks of Cancer Prevention, Vol. 6); quoted from: *Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases*, *op. cit.*

40 *Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases*, *op. cit.*

41 World Health Organization. *The World Health Report: 2002: Reducing risks, promoting healthy life*, Geneva: World Health Organisation, 2002

42 BMI = Body Mass Index: a person's weight in kg divided by (height in metres)²; persons with a BMI between 25 and 30 are considered overweight, persons with a BMI >30 are considered obese

43 International Obesity Task Force EU Platform Briefing Paper, March 2005

44 The European Health Report, World Health Organisation, 2002

45 Finland, Germany, Greece, Cyprus, the Czech Republic, Slovakia and Malta

46 International Obesity Task Force EU Platform Briefing Paper, *op. cit.*

47 Fogel, R. W. (1994), 'Economic growth, population theory, and physiology: the bearing of long-term process on the making of economic policy', *The American Economic Review*, 84(3): 369–395; quoted from: Suhrcke M. et al, The contribution of health to the economy in the European Union, http://europa.eu.int/comm/health/ph_overview/Documents/health_economy_en.pdf

48 Childhood Obesity Report, International Obesity Task Force (IOTF), May 2004

49 International Obesity Task Force EU Platform Briefing Paper, *op. cit.*

50 G Barsh, IS Farooqi and S O'Rahilly: Genetics of body weight regulation; *Nature* 2000;404:644-651

51 DIABESITY project funded under the EU's 6th RTD Framework Programme: <http://www.eurodiabesity.org/>

52 *Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases*, *op. cit.*

53 European Commission (2003) Physical Activity. Special Eurobarometer 183-6/ Wave 58.2- European Opinion Research Group (EEIG) http://europa.eu.int/comm/public_opinion/archives/ebs/ebs_183_6_en.pdf

54 Health Behaviour in School-Aged Children survey, 2001/2002

55 http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R17-en.pdf

56 *Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases*, *op. cit.*