

ten vor (20), in Ungarn werden seit 2011 stark fett- und zuckerhaltige Lebensmittel höher besteuert und in Großbritannien ab 2018 Süßgetränke (21). Neben diesen verhältnisbasierten Interventionsstrategien entwickelten einige Länder auch großangelegte verhaltenspräventive Programme, so etwa die USA mit dem National Diabetes Prevention Program (22).

Regierung zurückhaltend

In Deutschland hat sich die Bundesregierung bisher zurückhaltend zu entsprechenden Maßnahmen geäußert. Bei der Förderung gesunder Ernährung setzt sie auf Ernährungsbildung und freiwillige Initiativen der Industrie (23) – zwei Ansätze, die in der Wissenschaft überwiegend als nicht ausreichend beurteilt werden (11, 24, 25). Bei politischen Anstrengungen zur Reduktion der schädlichen Folgen des Alkoholkonsums liegt Deutschland nach Einschätzung der WHO deutlich unter dem europaweiten Durchschnitt (26, 27), und im Bereich der Tabakprävention ist Deutschland gar das letzte EU-Mitgliedsland, das die Umsetzung des EU-weiten vollständigen Verbots von Tabakwerbung noch nicht vollzogen hat (28).

Aufgrund dieses Rückstands sind die präventionspolitischen Pläne der deutschen Parteien von besonderem Interesse. Zielsetzung dieses Artikels ist es, die aktuellen Wahlprogramme der Parteien, die eine realistische Aussicht auf den Einzug in den Bundestag haben, bezüglich ihrer Aussagen und Forderungen zum Thema Primärprävention und Gesundheitsförderung zu vergleichen (siehe *Kasten*).

Tatsächlich gehen alle Parteien in ihren Wahlprogrammen direkt oder indirekt auf das Thema Primärprävention ein, wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß und mit unterschiedlichen Schwerpunkten (siehe *eTabelle*).

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist die divergente Länge der Wahlprogramme mit einer Spannweite von 41 Seiten bei der CSU bis hin zu 213 beziehungsweise 214 Seiten bei Grünen und Linkspartei (jeweils normiert auf 2 225 Zeichen pro Seite) zu berücksichtigen. Die Differenzen in der Zahl der erwähnten Einzelforderungen lassen sich daher sicherlich teilweise auf den unterschiedlichen Detailgrad der Programme zurückführen. Weiterhin stellen Wahlprogramme eine Kondensation der wichtigsten Forderungen dar und können die in und

von einer Partei vertretenen Positionen nicht erschöpfend erörtern. Daher bedeutet die fehlende Erwähnung einer bestimmten Maßnahme im Wahlprogramm einer Partei nicht, dass diese hierzu noch nicht Position bezogen hat oder gar, dass sie der Maßnahme ablehnend gegenübersteht. Die vereinfachende Übersicht von Forderungen (siehe *eTabelle*) erlaubt zudem keine Rückschlüsse auf die Gewichtung sonstiger gesundheitspolitischer Themen durch die Parteien. Außerdem haben Wahlprogramme eher den Charakter unverbindlicher Absichtserklärungen als konkreter Planungen und werden selbst bei einer Regierungsbeteiligung meist nur in Teilen und in modifizierter Form umgesetzt. Dennoch kann das explizite Erwähnen beziehungsweise Nichterwähnen eines Themas Hinweise auf die Prioritätensetzung einer Partei liefern.

Fast alle Wahlprogramme nehmen zu den Themen Ernährung und körperliche Aktivität Stellung: Die breiteste Unterstützung, nämlich durch sechs der sieben untersuchten Parteien beziehungsweise Fraktionen (CDU/CSU, SPD, Grüne, Linkspartei, CSU und FDP) findet die Förderung des Vereinssports. Fünf Parteien beziehungsweise Fraktionen (CDU/CSU, SPD, Grüne, Linkspartei und FDP) fordern bessere Bedingungen für den Fahrradverkehr. Jeweils vier Parteien unterstützen eine verbesserte Nährwertkennzeichnung von Lebensmitteln (SPD, Grüne, Linke und AfD) und den Bau von Fahrradschnellwegen (CDU/CSU, SPD, Grüne und Linke). Immerhin drei Parteien (SPD, Grüne und Linke) versprechen ein gesundes Schul- und Kitaessen, SPD und Grüne mittels der Einführung verbindlicher Qualitätsstandards, wie sie etwa von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) für die Schulverpflegung entwickelt wurden (30).

Auffallend ist dagegen die weitgehende Vernachlässigung der Themen Alkohol- und Tabakkonsum in den Wahlprogrammen: Nur Grüne und Linkspartei fordern weitere Präventionsanstrengungen hierzu. Dabei sind die gesundheitlichen

Methodik des Wahlprogrammvergleichs

Einschlusskriterien: Eingeschlossen wurden alle Parteien, die gemäß der letztverfügbaren bundesweiten Sonntagsfrage (Befragungszeitraum 8. bis 10. August 2017) mit einem Überschreiten der Fünfprozenthürde und damit mit einem Einzug in den Bundestag rechnen können: CDU, SPD, Bündnis 90/Die Grünen, Linkspartei, CSU, FDP und AfD (29).

Datenquellen: Es wurden die von den Parteien auf ihren Webseiten veröffentlichten Wahlprogramme verwendet. Für die Union wurde sowohl das „Regierungsprogramm 2017–2021“ von CDU/CSU als auch der „Bayernplan“ der CSU ausgewertet.

Analyse: Mithilfe der Textanalysesoftware MAXQDA (Verbi GmbH, Berlin) wurden von zwei Autoren (PvP und JMS) unabhängig alle

Textpassagen codiert, in denen Primärprävention und Gesundheitsförderung in allgemeiner Form thematisiert werden, ebenso wie alle Textpassagen mit Bezug zur Prävention schädlichen Tabak- und Alkoholkonsums sowie der Förderung gesunder Ernährung und körperlicher Aktivität. Diese fünf Themen dienten als Kategoriensystem; innerhalb dieser Kategorien wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse die in der *eTabelle* dargestellten Subkategorien entwickelt. Ziel des analytischen Vorgehens war es, die in den Wahlprogrammen thematisierten präventionsrelevanten Inhalte möglichst exakt und umfassend wiederzugeben. Leitthemen bei der Interpretation waren die Abdeckung von Risikofaktoren und Interventionsansätzen sowie die Berücksichtigung sozialer Ungleichheiten. Die Ergebnisse wurden von einem dritten Autor (LS) mit den Originaltextstellen abgeglichen.

Folgen des Alkohol- und Tabakkonsums weiterhin erschreckend hoch – fast 15 Prozent der Krankheitslast und knapp 160 000 Tote pro Jahr sind in Deutschland allein auf diese beiden vermeidbaren Risikofaktoren zurückzuführen (8, 9). Vor diesem Hintergrund ist die fehlende Positionierung der restlichen fünf Parteien zu diesem Thema höchst bedauerlich.

Erfreulich ist, dass sich die Wahlprogramme nicht auf verhaltenspräventive Maßnahmen, wie zum Beispiel Aufklärung, beschränken, sondern sich auch für mehr Verhältnisprävention aussprechen, so etwa für städtebauliche Maßnahmen zur Schaffung einer bewegungsfreundlichen Umwelt.

Wesentliches vernachlässigt

Erstaunlich ist dagegen, dass einer der international am intensivsten diskutierten primärpräventiven Ansätze von keiner der untersuchten Parteien direkt erwähnt wird: die Besteuerung von Alkohol und Tabak sowie die differenzielle Besteuerung von Lebensmitteln und Getränken entsprechend ihrer gesundheitlichen Auswirkungen. Umfangreiche Evidenz belegt die Wirksamkeit von Steuern für die Tabak- und Alkoholprävention (31–33), ebenso wie für die Förderung gesunder Ernährungsmuster (31, 34). Entsprechend fordert unter anderem die Deutsche Allianz Nichtübertragbare Krankheiten (DANK), ein Zusammenschluss von 20 wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften, Forschungsinstituten und Berufsverbänden, eine schrittweise Erhöhung der Alkohol- und Tabaksteuern und eine gesundheitsbezogene Anpassung der Mehrwertsteuersätze für Lebensmittel (5, 7).

Der Zusammenhang zwischen sozialen Ungleichheiten im Gesundheitsstatus und Prävention wird in den Wahlprogrammen von SPD, Linkspartei und Grünen im Hinblick auf das geringere Angebot an Bewegungs- und Sportmöglichkeiten und die höhere Umweltbelastung in sozial benachteiligten Stadtteilen erwähnt, von der Linkspartei auch im Zusammenhang mit gesundheitlich belastenden Arbeits-

verhältnissen. Der Beitrag von Tabak, Alkohol und ungesunden Ernährungsmustern zur gesundheitlichen Ungleichheit wird hingegen von keiner der sieben Parteien bzw. Fraktionen explizit thematisiert.

Die weitgehende Vernachlässigung zentraler Aspekte effektiver, evidenzbasierter Primärprävention durch die Parteien erstaunt in mehrfacher Hinsicht. Stetig wachsende Kosten sind eine der großen Sorgen in der Gesundheitspolitik. Insbesondere die in hohem Maße lebensstilbedingten Krankheiten Diabetes mellitus Typ 2, koronare Herzkrankung, chronisch obstruktive Lungenerkrankung und Adipositas verursachen hohe und steigende Kosten in der ambulanten und stationären Versorgung (35, 36). Primärprävention kann und muss daher einen wesentlichen Beitrag zur Eindämmung der Krankheitslast und der daraus resultierenden Kosten für unser Gesundheits- und Sozialsystem leisten (5, 6).

Eine bessere Präventionspolitik ist darüber hinaus auch eine Frage der sozialen Gerechtigkeit. Menschen im obersten Einkommensquintil, also dem Fünftel der Bevölkerung mit dem höchsten Einkommen, leben in Deutschland fast zehn Jahre länger als Menschen im untersten Einkommensquintil (37). Die gesunde Lebenszeit ist sogar noch ungleicher verteilt, da auch chronische, nicht unmittelbar zum Tode führende Krankheiten in sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen überdurchschnittlich häufig sind (37–40). Die ungleiche Verteilung gesunder Lebenszeit kann als eine der extremsten und existenziellsten Formen gesellschaftlicher Ungleichheit angesehen werden, da sie die Lebenschancen von Menschen am umfassendsten begrenzt. Eine Hauptursache für den sozialen Gradienten in Gesundheit und Lebenserwartung ist die differenzielle Exposition gegenüber den modifizierbaren Risikofaktoren Tabakrauchen, ungesunder Ernährung, Bewegungsmangel und schädlichem Alkoholgebrauch, die alle ihrerseits einen ausgeprägten sozialen Gradienten aufweisen (37–39). Verstärkte Anstrengungen zur Eindäm-

mung speziell dieser Risikofaktoren sind daher essenziell für den Abbau der bestehenden sozialen Ungleichheiten im Gesundheitsstatus (6, 39).

Mehr Engagement nötig

Zusammenfassend wird deutlich, dass vonseiten der Parteien zwar Offenheit für eine Stärkung der Primärprävention besteht, es aber an der Unterstützung konkreter, auf Grundlage der verfügbaren Evidenz Erfolg versprechender Maßnahmen mangelt. Eine bessere Präventionspolitik wird nicht von alleine Realität: Es gilt, fehlendes Wissen, mangelndes Problembewusstsein, ideologisch begründete Missverständnisse, politische Trägheit und wirtschaftlich motivierte Lobbyinteressen zu überwinden (25), wie zuletzt wieder bei der Erarbeitung der nationalen Reformulierungsstrategie durch das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft deutlich wurde. Ein entschiedenes Eintreten der Ärzteschaft und der medizinisch-wissenschaftlichen Gemeinschaft ist nötig, um diesen Widerständen entgegenzuwirken. Es gibt zahlreiche Möglichkeiten, konstruktiv Einfluss zu nehmen: durch das Mitwirken an Stellungnahmen von Fachgesellschaften und Berufsverbänden; durch Überzeugungsarbeit im Freundes- und Bekanntenkreis; durch die Mitgliedschaft und Mitarbeit in Parteien, in denen medizinisch-wissenschaftlicher Sachverstand in den entsprechenden Fachausschüssen und Arbeitskreisen benötigt wird; und nicht zuletzt durch Gespräche mit Abgeordneten und Parteivertretern/-innen. Die internationalen Erfolge bei der Durchsetzung primärpräventiver Maßnahmen zeigen, dass sich ein solcher Einsatz lohnt.

■ Zitierweise dieses Beitrags:
Dtsch Arztebl 2017; 114 (38): A 1700–2

Anschrift für die Verfasser:

Peter von Philipsborn, MSc, MA, cand. med.
Fakultät für Medizin, Technische Universität München
Goththardstraße 8, 94259 Kirchberg im Wald
E-Mail: peter.philipsborn@tum.de

Literatur im Internet:
www.aerzteblatt.de/lit3817
oder über QR-Code.
eTabelle im Internet:
www.aerzteblatt.de/171700



ZUSATZMATERIAL HEFT 38/2017, ZU:

NICHTÜBERTRAGBARE KRANKHEITEN

Der Stellenwert der Prävention in der Politik

Die Ausbreitung lebensstilbedingter, nichtübertragbarer Krankheiten ist eine der größten gesundheitspolitischen Herausforderungen. Die Politik hat das Thema aufgegriffen, wie eine Analyse der Wahlprogramme zur Bundestagswahl 2017 zeigt.

Peter von Philipsborn, Jan Stratil, Lars Schwettmann, Michael Laxy, Eva Annette Rehfuess, Hans Hauner

LITERATUR

1. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.: S3-Leitlinie Hausärztliche Risikobewertung zur kardiovaskulären Prävention. www.degam.de/degam-leitlinien-379.html (last accessed on 22 August 2017).
2. Hunter DJ, Reddy KS: Noncommunicable diseases. *N Engl J Med* 2013; 369: 1336–43.
3. Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz-Kreislaufforschung e. V.: Deutscher Herzbericht 2016. www.herzstiftung.de/herzbericht (last accessed on 22 August 2017).
4. Robert Koch-Institut: Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland 2016. www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Publikationen/Krebsgeschehen/Krebsgeschehen_download.pdf?__blob=publicationFile (last accessed on 22 August 2017).
5. Effertz T, Garlich D, Gerlach S, et al.: Wirkungsvolle Prävention chronischer Krankheiten – Strategiepapier der NCD-Allianz zur Primärprävention. *Prävention und Gesundheitsförderung* 2015; 10: 95–100.
6. Scholl J, Schneider M: Gesundheitspolitik: Gesundheitsförderung und Prävention weiterdenken. *Dtsch Arztebl* 2015; 122: A-1830.
7. Schaller K, Effertz T, Gerlach S, Grabfelder M, Müller MJ: Prävention nichtübertragbarer Krankheiten – eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. www.dank-allianz.de/files/content/dokumente/DANK-Grundsatzpapier_ES.pdf (last accessed on 22 August 2017).
8. Forouzanfar MH, Afshin A, Alexander LT, et al.: Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* 2016; 388: 1659–724.
9. Institute for Health Metrics and Evaluation: GBD Results Tool. <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=query-tool-permalink/e1a280369a216e39e72991df689bae7b> (last accessed on 22 August 2017).
10. Plass D, Vos T, Hornberg C, Scheidt-Nave C, Zeeb H, Krämer A: Entwicklung der Krankheitslast in Deutschland: Ergebnisse, Potenziale und Grenzen der Global Burden of Disease-Studie. *Dtsch Arztebl International* 2014; 111: 629–38.
11. Frieden TR: A Framework for public health action: the health impact pyramid. *Am J Public Health* 2010; 100: 590–5.
12. United Nations General Assembly: political declaration of the high-level meeting of the General Assembly on the prevention and control of non-communicable diseases. www.who.int/nmh/events/un_ncd_summit2011/political_declaration_en.pdf (last accessed on 22 August 2017).
13. World Health Organization: Global action plan for the prevention and control of non-communicable diseases. www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/ (last accessed on 22 August 2017).
14. World Health Organization Regional Office for Europe: European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020. www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2012/european-action-plan-to-reduce-the-harmful-use-of-alcohol-20122021 (last accessed on 22 August 2017).
15. World Health Organization Regional Office for Europe: Making tobacco a thing of the past – roadmap of actions to strengthen implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control in the European Region 2015 – 2025. www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/tobacco/publications/2015/making-tobacco-a-thing-of-the-past-roadmap-of-actions-to-strengthen-implementation-of-the-who-framework-convention-on-tobacco-control-in-the-european-region-2015-2025 (last accessed on 22 August 2017).
16. World Health Organization Regional Office for Europe: Physical activity strategy for the WHO European Region 2016–2025. www.euro.who.int/en/publications/abstracts/physical-activity-strategy-for-the-who-european-region-20162025 (last accessed on 22 August 2017).
17. World Health Organization Regional Office for Europe: European food and nutrition action plan 2015–2020. www.euro.who.int/en/publications/abstracts/european-food-and-nutrition-action-plan-20152020 (last accessed on 22 August 2017).
18. Nordic Co-operation: Nordic plan of action on better health and quality of life through diet and physical activity. www.norden.org/en/nordic-council-of-ministers/council-of-ministers-for-fisheries-and-aquaculture-agriculture-food-and-forestry-mr-fjls/keyhole-nutrition-label/links (last accessed on 22 August 2017).
19. World Health Organization Regional Office for Europe: France becomes one of the first countries in Region to recommend colour-coded front-of-pack nutrition labelling system. www.euro.who.int/en/countries/france/news/news/2017/03/france-becomes-one-of-the-first-countries-in-region-to-recommend-colour-coded-front-of-pack-nutrition-labelling-system (last accessed on 22 August 2017).
20. Tobacco Labelling Resource Centre: France. www.tobaccolabels.ca/countries/france/ (last accessed on 22 August 2017).
21. The Economist: Taxes to trim waistlines are spreading across Europe. www.economist.com/news/europe/21723119-hun

- gary-fattest-eu-member-leading-charge-taxes-trim-waistlines-are-spreading (last accessed on 22 August 2017).
22. Nathan DM, Barrett Connor E, Crandall JP, et al.: Long-term effects of lifestyle intervention or metformin on diabetes development and microvascular complications over 15-year follow-up: the Diabetes Prevention Program Outcomes Study. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2015; 3: 866–75.
 23. Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft: Grünbuch Ernährung, Landwirtschaft, Ländliche Räume. www.bmel.de/DE/Ministerium/Gruenbuch/gruenbuch_node.html (last accessed on 22 August 2017).
 24. Ronit K, Jensen JD: Obesity and industry self-regulation of food and beverage marketing: a literature review. *Eur J Clin Nutr* 2014; 68: 753–9.
 25. Roberto CA, Swinburn B, Hawkes C, et al.: Patchy progress on obesity prevention: emerging examples, entrenched barriers, and new thinking. *Lancet* 2015; 385: 2400–9.
 26. World Health Organization Regional Office for Europe: Policy in action: a tool for measuring alcohol policy implementation. www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2017/policy-in-action-a-tool-for-measuring-alcohol-policy-implementation-2017 (last accessed on 22 August 2017).
 27. Deutsche Allianz Nichtübertragbare Krankheiten: WHO-Bericht: Deutschland schneidet beim Kampf gegen schädlichen Alkoholkonsum schlecht ab. www.dank-allianz.de/nachricht/260.html (last accessed on 22 August 2017).
 28. Loddenkemper R: Beim Tabakwerbeverbot ist es fünf nach zwölf!. *MMW – Fortschritte der Medizin* 2017; 159: 33.
 29. Infratest dimap: Sonntagsfrage (bundesweit) vom 9. August 2017. www.infratest-dimap.de/umfragen-analysen/bundesweit/sonntagsfrage/ (last accessed on 22 August 2017).
 30. Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V.: DGE-Qualitätsstandard für die Schulpflege. www.schuleplusessen.de/service/medien.html?elD=dam_fron_tend_push&docID=1046 (last accessed on 22 August 2017).
 31. Mozaffarian D, Afshin A, Benowitz NL, et al.: Population approaches to improve diet, physical activity, and smoking habits: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 2012; 126: 1514–63.
 32. Martineau F, Tyner E, Lorenc T, Petticrew M, Lock K: Population-level interventions to reduce alcohol-related harm: an overview of systematic reviews. *Prev Med* 2013; 57: 278–96.
 33. Jha P, Peto R: Global effects of smoking, of quitting, and of taxing tobacco. *N Engl J Med* 2014; 370: 60–8.
 34. Niebylski ML, Redburn KA, Duhaney T, Campbell NR: Healthy food subsidies and unhealthy food taxation: a systematic review of the evidence. *Nutrition* 2015; 31: 787–95.
 35. Statistisches Bundesamt: Fachserie 12, Reihe 7.2: Gesundheit: Krankheitskosten. www.destatis.de/DE/Publikationen/TheMatisch/Gesundheit/Krankheitskosten/Krankheitskosten2120720089004.pdf (last accessed on 22 August 2017).
 36. Yates N, Teuner CM, Hunger M, et al.: The economic burden of obesity in Germany: results from the population-based KORA studies. *Obes Facts* 2016; 9: 397–409.
 37. Robert Koch-Institut: Gesundheit in Deutschland – Einzelkapitel: Welche Faktoren beeinflussen die Gesundheit?. www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBE-DownloadsGiD/2015/03_gesundheit_in_deutschland.pdf?__blob=publicationFile (last accessed on 22 August 2017).
 38. Geyer S: Soziale Ungleichheiten beim Auftreten chronischer Krankheiten. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2016; 59: 181–7.
 39. Di Cesare M, Khang YH, Asaria P, et al.: Inequalities in non-communicable diseases and effective responses. *Lancet* 2013; 381: 585–97.
 40. Sommer I, Griebler U, Mahlknecht P, et al.: Socioeconomic inequalities in non-communicable diseases and their risk factors: an overview of systematic reviews. *BMC Public Health* 2015; 15: 914.

eTABELLE

Überblick über die Forderungen der Parteien zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten auf Grundlage der Wahlprogramme für die Bundestagswahl 2017

| Thema | Forderung und weitere Konkretisierungen | CDU/ CSU | SPD | Grüne | Linke | CSU | FDP | AfD | Summe |
|---|--|-------------|-----|-------|-------|-----|-----|-----|-------|
| Länge des Parteiprogramms (Seiten*) | | 67 | 129 | 213 | 214 | 41 | 128 | 62 | |
| Prävention allgemein | Förderung von Prävention und Gesundheitsförderung im Allgemeinen | √ | √ | √ | √ | √ | | | 5 |
| | ... speziell auch in sozial benachteiligten Stadtteilen beziehungsweise Bevölkerungsgruppen | | √ | | | | | | 1 |
| | ... speziell auch im ländlichen Raum | | √ | | | | | | 1 |
| | ... durch mehr eHealth-basierte Forschung zu Krankheitsursachen und Früherkennung | √ | | | | | | | 1 |
| | ... durch integrierte Versorgung unter Einbezug von Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention | | √ | | | | | | 1 |
| Tabakkonsum | Verbesserung des Nichtraucherschutzes | | | | √ | | | | 1 |
| | Beschränkung von Werbung und Marketing | | | √ | √ | | | | 2 |
| | Unabhängige wissenschaftliche Evaluation der bisherigen Politik zu Tabak | | | | √ | | | | 1 |
| | Bessere Aufklärung | | | √ | √ | | | | 2 |
| Alkoholkonsum | Beschränkung von Werbung und Marketing | | | | √ | | | | 1 |
| | Unabhängige wissenschaftliche Evaluation der bisherigen Politik zu Alkohol | | | | √ | | | | 1 |
| | Bessere Aufklärung | | | √ | √ | | | | 2 |
| Ernährung | Gesundes Schul- und Kitaessen | | √ | √ | √ | | | | 3 |
| | ... durch verbindliche Qualitätsstandards | | √ | √ | | | | | 2 |
| | ... mit Kostenfreiheit | | | | √ | | | | 1 |
| | Einschränkung von an Kinder gerichteter Werbung | | | √ | √ | | | | 2 |
| | Verbesserte Nährwertangaben auf Lebensmitteln und Getränken | | √ | √ | √ | | | √ | 4 |
| | ... durch die Nährwertampel | | √ | √ | √ | | | | 3 |
| | Ernährungsbildung und -aufklärung | √ | | | | | √ | | 2 |
| Ressort für Land- und Ernährungswirtschaft** | √ | | | | | | | 1 | |
| Körperliche Aktivität | Städtebauliche Maßnahmen zur Schaffung einer bewegungsfreundlichen Umwelt | | √ | √ | √ | | | | 3 |
| | ... speziell in sozial benachteiligten Stadtteilen | | √ | | √ | | | | 2 |
| | ... durch die Förderung von städtischen Parks und Grünflächen | | | √ | √ | | | | 2 |
| | Förderung des Fahrradverkehrs | √ | √ | √ | √ | √ | | | 5 |
| | ... durch Fahrradschnellwege | √ | √ | √ | √ | | | | 4 |
| | ... durch eine Reform der Straßenverkehrsordnung | | | √ | √ | | | | 2 |
| | Förderung des Fußgängerverkehrs | | | √ | √ | | | | 2 |
| | Förderung des Breitensports | √ | √ | √ | √ | √ | √ | | 6 |
| | ... durch eine Verbesserung des öffentlichen Sportangebots | | √ | √ | √ | | | | 3 |
| | ... durch eine Förderung des Vereinssports | √ | √ | √ | √ | √ | √ | | 6 |
| | ... durch eine Förderung des Schulsports | | | | √ | | | | 1 |
| | ... durch Sportangebote in Kitas | | | | √ | | √ | | 2 |
| | ... durch finanzielle Unterstützung der Kommunen | | √ | √ | √ | | | | 3 |
| | ... durch Zuschüsse für einkommensschwache Kinder und Jugendliche | | | | | | √ | | 1 |
| | ... durch gebührenfreie Sportangebote | | | | √ | | | | 1 |

* Die Seitenzahl wurde auf die durchschnittliche Zeichenzahl von 2 255 pro Seite (inklusive Leerzeichen) normiert.

** CDU/CSU treten in ihrem Wahlprogramm dafür ein, dass „Land- und Ernährungswirtschaft in einem eigenständigen Ressort erhalten bleiben“ (S. 15–16). Aktuell lautet der Name des betreffenden Ministeriums „Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft“, von 2005 bis 2013 lautete der Name „Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz“, und von 2001 bis 2005 „Bundesministerium für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft“. Die restlichen Parteien äußern sich in ihren Wahlprogrammen nicht zum Zuschnitt oder der Benennung des entsprechenden Ressorts.