



Gesundheitsberichterstattung der Landeshauptstadt Stuttgart

Konsum von Süßigkeiten bei Kindern und Jugendlichen

Faktenblatt zur Stuttgarter Sondererhebung der Studie **Health Behaviour in School-aged Children** 2017/18

März 2021

Süßigkeiten sind bei Kindern und Jugendlichen sehr beliebt. Jedoch kann ein übermäßiger Konsum zu Gewichtszunahme und zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen. Daher sind Maßnahmen zur Reduktion des Süßigkeiten-Konsums im Kindes- und Jugendalter ein wichtiges Anliegen der Stadt Stuttgart.

Worum geht es?

Der Konsum von Süßigkeiten kommt vor allem im Jugendalter häufig vor. Aufgrund des hohen Energiegehalts kann der häufige Verzehr von Süßigkeiten und anderen Snacks zu einer Gewichtszunahme führen und somit die Entwicklung von Übergewicht sowie anderen ernährungsbedingten Krankheiten wie Typ 2 Diabetes fördern (1,2).

Der erhöhte Energieverbrauch während der Pubertät trägt dazu bei, dass süße Lebensmittel in dieser Lebensphase präferiert werden (3).

Gegen den gelegentlichen Konsum von Süßigkeiten ist aus ernährungswissenschaftlicher Sicht nichts einzuwenden, jedoch wird ein häufiger Konsum als ungesund definiert (4). Als gesundheitsschädlich wird in der vorliegenden Studie ein täglicher Verzehr von Süßigkeiten angesehen.

Wie wurden die Daten zum Konsum von Süßigkeiten erhoben?

Die Jugendlichen wurden gefragt, wie häufig sie Schokolade und Süßigkeiten konsumieren.

Die siebenstufige Antwortmöglichkeit reichte von „nie“ bis zu „mehrmals pro Tag“.

In Abbildung 1 wird der Anteil derjenigen Mädchen und Jungen dargestellt, die täglich Süßigkeiten essen.

Tabelle 1 und Tabelle 2 stellen dar, wie sich die Häufigkeit des Süßigkeiten-Konsums von „nie“ bis „mindestens einmal pro Tag“ differenziert nach Alterskategorie, familiärem Wohlstand und Migrationshintergrund für Mädchen und Jungen verteilt.

Wie sehen die zentralen Ergebnisse aus?

- 30,4 % der Mädchen und 29,2 % der Jungen essen täglich Süßigkeiten.
- 59,9% der Mädchen und 56,9% der Jungen essen mindestens einmal pro Woche Süßigkeiten.
- Es besteht kein statischer Zusammenhang zwischen Geschlecht und Süßigkeiten-Konsum.
- Das Alter zeigt bei beiden Geschlechtern keine signifikante Assoziation zum Süßigkeiten-Konsum: lediglich bei Mädchen lässt sich eine leichte Tendenz erkennen, dass mit höherem Alter häufiger täglich Süßigkeiten konsumiert werden.
- Der familiäre Wohlstand hat weder bei Mädchen noch bei Jungen einen statistisch relevanten Zusammenhang mit dem Konsum von Süßigkeiten.
- Auch für die Herkunft lässt sich bei beiden Geschlechtern kein signifikanter Zusammenhang zum Süßigkeiten-Konsum feststellen.
- Bei Mädchen zeigt sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Schulform und der Häufigkeit des Konsums von Süßigkeiten. Bei Jungen ist der Zusammenhang zwischen Schulform und Häufigkeit des Süßigkeiten-Konsums nicht eindeutig.

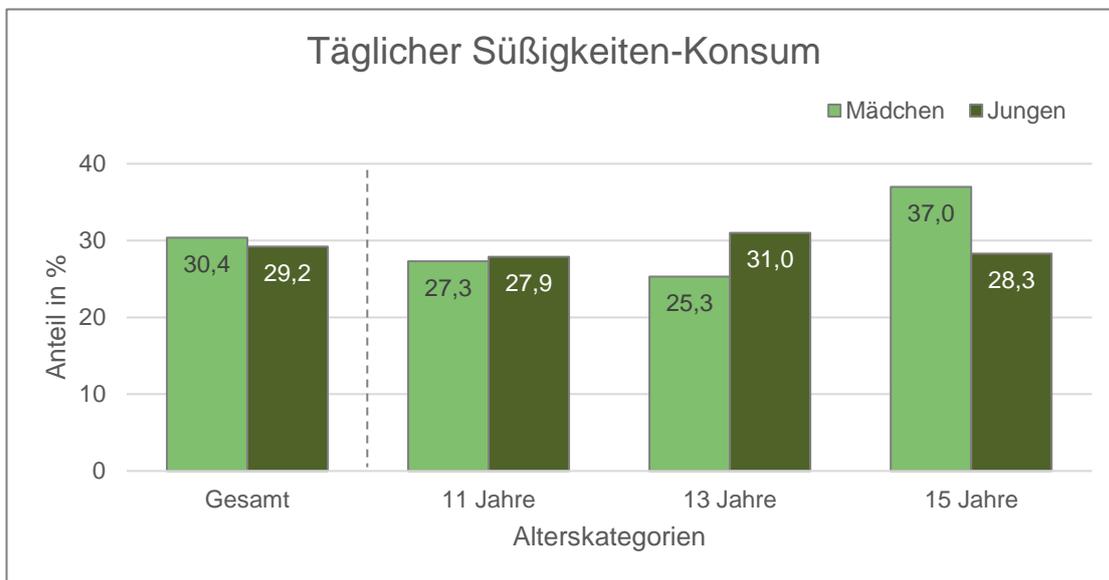


Abbildung 1: Täglicher Konsum von Süßigkeiten nach Geschlecht und Alter

Handlungsempfehlungen für Stuttgart

Ziel ist die Reduktion des Konsums von Süßigkeiten sowie ein bewusster Umgang damit. Da Ernährungsgewohnheiten in frühen Lebensjahren entwickelt werden, sind Maßnahmen frühzeitig anzusetzen. Hierzu wird Folgendes empfohlen:

- 1 Süßigkeiten gehören nicht zum Verpflegungsangebot in Kita, Schule, Hort und weiteren Einrichtungen z. B. Sport-, Kulturvereinen.
- 2 Für Kitas und Grundschulen wird die Teilnahme am EU-Schulprogramm (Schulfrucht/-milch) empfohlen, inklusiv der verpflichtenden pädagogischen Begleitung.
- 3 Im Rahmen der Mittagsverpflegung werden süße Nachspeisen wie Pudding und andere Fertigdesserts maximal ein Mal pro Woche angeboten. An anderen Tagen werden Alternativen, z. B. ungesüßter Obstsalat und Naturjoghurt bzw. Quark als Nachspeise angeboten. Diese Empfehlung ist in den Leistungsbeschreibungen für u. a. Caterer enthalten.
- 4 Kitas und Schulen haben ein Konzept zur gesundheitsförderlichen Ernährung in der Einrichtung entwickelt. Dieses ist im Leitbild bzw. Curriculum verankert und wird im Alltag gelebt. Hierbei findet eine Beteiligung aller am Kita- bzw. Schulleben involvierten Personen statt (Kinder, Jugendliche, Eltern, pädagogische Fach-/Lehrkräfte, Schulträger und weitere Personen wie Caterer bzw. Anbieter*innen der Zwischenverpflegung).
- 5 Pädagogische Fach-/Lehrkräfte in Kita, Schule und Hort nehmen regelmäßig an Fortbildungen teil. Sie werden dadurch bei der Umsetzung der Ernährungs- und Verbraucherbildung und in ihrer Vorbildfunktion unterstützt.
- 6 Pädagogische Fach-/Lehrkräfte und Familien tragen gemeinsam zu einer tragfähigen Erziehungs- bzw. Bildungspartnerschaft bei.

Literatur

- (1) Klotter, C. (2015). Fragmente einer Sprache des Essens. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- (2) Lanfer, A., Hebestreit, A. & Ahrens, W. (2010). Einfluss der Ernährung und des Essverhaltens auf die Entwicklung der Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 53 (7), S. 690–698.
- (3) Stier, B., Weissenrieder, N., & Schwab, K. O. (Hrsg.) (2018). Jugendmedizin. Berlin, Heidelberg: Springer.
- (4) Alexy, U. (2011). Optimal: die Optimierte Mischkost. Hg. v. pädiatrie hautnah.

Tabelle 1: Süßigkeiten-Konsum von **Mädchen** nach Alterskategorien, familiärem Wohlstand, Migrationshintergrund und Schulform (in %)

	nie	< 1x/Woche	Mind. 1x/Woche	Mind. 1x/Tag
	%	%	%	%
Mädchen gesamt (n=504)	1,4	8,3	59,9	30,4
Nach Alterskategorien (n=503)				
11 Jahre (n=121)	3,3	9,1	60,3	27,3
13 Jahre (n=190)	1,1	10,0	63,7	25,3
15 Jahre (n=192)	0,5	6,3	56,3	37,0
Nach familiärem Wohlstand (n=494)				
Niedrig (n=86)	2,3	14,0	54,7	29,1
Mittel (n=214)	0,9	8,9	58,9	31,3
Hoch (n=194)	1,5	4,6	62,9	30,9
Nach Migrationshintergrund (n=474)				
Kein M./deutsch (n=181)	0,6	9,4	60,8	29,3
Einseitig (n=75)	0,0	10,7	57,3	32,0
Zweiseitig (n=218)	2,3	7,3	59,2	31,2
Nach Schulform (n=447)				
Werkrealschule (n=76)	1,3	13,2	56,6	28,9
Realschule (n=128)	0,8	11,7	59,4	28,1
Gemeinschaftsschule (n=24)	4,2	12,5	58,3	25,0
Gymnasium (n=219)	1,8	4,6	61,6	32,0
Gesamt (n=844)				
Jungen und Mädchen	2,1	9,3	58,7	29,9

Tabelle 2: Süßigkeiten-Konsum von **Jungen** nach Alterskategorien, familiärem Wohlstand, Migrationshintergrund und Schulform (in %)

	nie	< 1x/Woche	Mind. 1x/Woche	Mind. 1x/Tag
	%	%	%	%
Jungen gesamt (n=339)	3,2	10,6	56,9	29,2
Nach Alterskategorien (n=339)				
11 Jahre (n=86)	3,5	10,5	58,1	27,9
13 Jahre (n=126)	3,2	8,7	57,1	31,0
15 Jahre (n=127)	3,1	12,6	55,9	28,3
Nach familiärem Wohlstand (n=327)				
Niedrig (n=50)	8,0	12,0	48,0	32,0
Mittel (n=135)	3,7	13,3	54,1	28,9
Hoch (n=142)	0,7	7,7	62,7	28,9
Nach Migrationshintergrund (n=320)				
Kein M./deutsch (n=125)	1,6	8,8	58,4	31,2
Einseitig (n=49)	4,1	6,1	55,1	34,7
Zweiseitig (n=146)	4,1	13,7	57,5	28,8
Nach Schulform (n=310)				
Werkrealschule (n=66)	7,6	16,7	42,4	33,3
Realschule (n=65)	3,1	12,3	67,7	16,9
Gemeinschaftsschule (n=16)	6,3	25,0	43,8	25,0
Gymnasium (n=163)	1,8	8,0	59,5	30,7
Gesamt (n=844)				
Jungen und Mädchen	2,1	9,3	58,7	29,9

Stuttgarter Sondererhebung der Studie Health Behaviour in School-aged Children 2017/18

- Ziele:** Beschreibung des Gesundheitszustands und Gesundheitsverhaltens von Stuttgarter Jugendlichen und Nutzung der Daten für die Gesundheitsplanung sowie für den Jugendhilfe- und Schulsektor
- Studiendesign:** Querschnittstudie als schriftliche Befragung in Schulklassen
- Grundgesamtheit:** Alle Schüler*innen, die die 5., 7. oder 9. Klasse einer allgemeinbildenden staatlichen Schule in Stuttgart besuchen
- Stichprobenziehung:** Angestrebt war eine Vollerhebung. Alle 63 allgemeinbildenden staatlichen Schulen Stuttgarts (Gymnasien, Gemeinschaftsschulen, Realschulen und Werkrealschulen) wurden zur Teilnahme eingeladen. Angemeldet haben sich 23 Schulen mit knapp 3.000 Schüler*innen.

Beschreibung der Stichprobe

- **Umfang:** 869 Schüler*innen
- **Geschlecht:** 59 % Mädchen; 41 % Jungen
- **Klassenstufe/Alterskategorie:** 24,7 % 5. Klasse/11 J.; 37,9 % 7. Klasse/13 J.; 37,4 % 9. Klasse/15 J.
- **Familiärer Wohlstand:** 17,3 % niedrig; 42,2 % mittel; 40,5 % hoch
- **Migrationshintergrund:** 38,3 % kein M./deutsch; 15,3 % einseitig; 46,4 % zweiseitig
- **Schulform:** 17,3 % Werkrealschule; 22,9 % Realschule; 4,8 % Gemeinschaftsschule; 44,9 % Gymnasium; 10,1 % Schulart unklar
- **Erhebungszeitraum:** Juni - Juli 2018

Autor*innen (in alphabetischer Reihenfolge)

Ergebnisauswertung: Hochschule Ravensburg-Weingarten (Stefanie Merk)

Handlungsempfehlungen: DGE Sektion Baden-Württemberg; Gesundheitsamt Stuttgart (Dr. Sabine Wolf, Dr. Cordelia Fischer, Christina Pittelkow, Sophia Keller); Jugendamt, Fachdienst Ernährung (Valerie Weisbach); Schulverwaltungsamt, Schulentwicklung und Schulkindbetreuung (Julia Oschwald, Natascha Kötzle, Sascha Fragano); Präventionsbeauftragte ZSL Regionalstelle Stuttgart (Martina Link); Pädagogische Hochschule Heidelberg (Prof. Dr. Katja Schneider, Prof. Dr. Angela Häußler); Landeszentrum für Ernährung an der Landesanstalt für Landwirtschaft, Ernährung und Ländlichen Raum Schwäbisch Gmünd.

Projektverantwortung und Kontakt

Annette Galante-Gottschalk, Gesundheitsamt Stuttgart

E-Mail: annette.galante-gottschalk@stuttgart.de

Alle Faktenblätter sind online abrufbar unter:

<https://www.stuttgart.de/leben/gesundheit/kommunale-gesundheitskonferenz/>

Die Stuttgarter Sondererhebung zur Jugendgesundheitsstudie Health Behaviour in School-aged Children wurde durchgeführt von der Gesundheitsberichterstattung am Gesundheitsamt Stuttgart (Sachgebiet Strategische Gesundheitsförderung, **Heinz-Peter Ohm**) in enger Kooperation mit **Prof. Dr. Jens Bucksch** (Pädagogische Hochschule Heidelberg) und **Prof. Dr. Gorden Sudeck** (Universität Tübingen) sowie dem HBSC-Studienverbund Deutschland¹.

Wir bedanken uns bei allen Beteiligten für die gelungene Kooperation!

Ein besonderer Dank geht an die Schulleitungen, Lehrkräfte und Schulsekretärinnen, welche die Befragung an ihren Schulen durchgeführt haben.

¹ Der HBSC-Studienverbund Deutschland setzt sich aus den folgenden Standorten zusammen: Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg (Leitung und Koordination, Prof. Dr. Matthias Richter); Brandenburgische Technische Universität Cottbus-Senftenberg (Prof. Dr. Ludwig Bilz); Pädagogische Hochschule Heidelberg (Prof. Dr. Jens Bucksch); Universität Bielefeld (Prof. Dr. Petra Kolip); Universität Tübingen (Prof. Dr. Gorden Sudeck MPH); Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (Prof. Dr. Ulrike Ravens-Sieberer MPH)