



STIFTUNG  
KINDER  
GESUNDHEIT



**Kindergesundheitsbericht  
der Stiftung Kinder Gesundheit  
2022**



## Vorwort



Vor 30 Jahren, am 5. April 1992, hat der Deutsche Bundestag die Kinderrechtskonvention der Vereinten Nationen (United Nations, UN) ratifiziert. Damit hat sich Deutschland völkerrechtlich verpflichtet, die Konvention und ihre Inhalte umzusetzen. Nach Artikel 3 muss das Kindeswohl vorrangig bei allen Kinder betreffenden Maßnahmen, erwirkt z. B. von Gesetzgebungsorganen, Verwaltungsbehörden oder Gerichten, berücksichtigt werden. Dazu gehört auch das in Artikel 24 der UN-Kinderrechtskonvention verbriefte Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit. Die UN-Konvention bestätigt auch das Recht auf Inanspruchnahme von Einrichtungen zur Behandlung von Krankheiten und zur Wiederherstellung der Gesundheit, die entsprechend in angemessener leistungsfähiger Weise vorgehalten werden müssen. Deutschland hat sich mit der Annahme der Konvention auch dazu verpflichtet, die Vermittlung von Kenntnissen über die Gesundheit und Ernährung des Kindes, die Vorteile des Stillens sowie über Hygiene und Sauberhaltung der Umwelt an die Gesellschaft insgesamt und besonders an Eltern und Kinder zu gewährleisten sowie die Gesundheitsvorsorge und Elternberatung auszubauen.

Nach drei Jahrzehnten erscheint es angebracht, die aktuelle Lage der körperlichen und seelischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland zu bewerten. Deshalb hat sich die gemeinnützige, an der Kinderklinik der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) München ansässige Stiftung Kindergesundheit dazu entschlossen, zu ihrem 25-jährigen Bestehen diesen Kindergesundheitsbericht zu erstellen. In elf Kapiteln beschreiben wir fakten- und wissenschaftsbasiert für die Kindergesundheit wichtige Aspekte und zeigen das Erreichte sowie die Chancen für weitere Verbesserungen auf. Unser Ziel ist es, der Öffentlichkeit und insbesondere auch Entscheidungsträger\*innen in Politik und im Gesundheits- und Bildungswesen eine sachlich neutrale und aktualisierte Informationsbasis und Orientierung für die von ihnen zu treffenden Maßnahmen und für die zukünftig einzuleitenden Schritte zu bieten.

Wir danken allen Autor\*innen, die mit großem Engagement und Detailkenntnissen zur Entstehung dieses Berichts beigetragen haben. Der Stiftung Die Gesundarbeiter und der Krankenkasse vivida bkk, MSD Sharp & Dohme GmbH und Novartis Pharma GmbH gilt unser Dank für die Zusammenarbeit im Rahmen der Erstellung des Kindergesundheitsberichts 2022 und für die konsequente Achtung der Unabhängigkeit der Stiftung bei der Gestaltung des Berichtes und seiner Inhalte.

Insgesamt zeigt dieser Kindergesundheitsbericht, dass Kinder und Jugendliche in Deutschland heute sehr gute Gesundheitschancen haben. Allerdings wird noch immer tagtäglich gegen die Kinderrechtskonvention verstoßen, denn vielen jungen Menschen bleibt das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit aufgrund vermeidbarer struktureller Defizite weiterhin verwehrt. Die Priorität des Kindeswohls wird zu häufig missachtet. Wir beabsichtigen, in regelmäßigen Abständen weitere Ausgaben des Kindergesundheitsberichtes zu veröffentlichen. Dabei wird zu prüfen sein, ob und welche Maßnahmen ergriffen und welche Fortschritte erreicht worden sind.

**Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult.  
Berthold Koletzko**

*Vorsitzender des Vorstandes,  
Stiftung Kindergesundheit*

**Priv.-Doz. Dr. med. Katharina Bühnen**

*Stellvertretende Vorsitzende  
des Vorstandes,  
Stiftung Kindergesundheit*

**Dieter Heidemann**

*Dipl.-Kaufmann, Wirtschaftsprüfer  
und Steuerberater,  
Stellvertretender Vorsitzender  
des Vorstandes,  
Stiftung Kindergesundheit*

## Kapitel 8

# Ernährung und Übergewicht

Stiftung Kindergesundheit

### ZUSAMMENFASSUNG

Für Kinder und Jugendliche ist eine bedarfsgerechte und abwechslungsreiche Auswahl und Zusammenstellung der Mahlzeiten besonders wichtig. Studien weisen auf einen erheblichen Verbesserungsbedarf sowohl bei der Lebensmittel- als auch der Nährstoffzufuhr hin. Heranwachsende sollten mehr Obst, Gemüse und Getreideprodukte und weniger Fleisch und Wurst zu sich nehmen. Besonderes Augenmerk ist auf die Reduktion des hohen Zuckerverzehrs zu legen. Es ist Aufgabe der Gesundheits- und Ernährungspolitik, Gesundheitsrisiken, die im Zusammenhang mit dem Lebensmittelkonsum stehen, und die Verbesserung des Ernährungsverhaltens zu beeinflussen. Eine gesunde Schulverpflegung mit verbindlicher Umsetzung des DGE-Standards sowie eine Beschränkung der an Kinder und Jugendliche gerichteten Bewerbung ungesunder Lebensmittel sind zwei wichtige Maßnahmen, um die Ernährungssituation von Kindern und Jugendlichen zu verbessern. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund einer pandemiebedingten Zunahme von Übergewicht und Adipositas unter Kindern und Jugendlichen.

In jeder Lebensphase ist eine ausgewogene und bedarfsgerechte Ernährung wichtig. In der Kindheit und Jugend hat die Ernährung jedoch einen besonders wichtigen Stellenwert (1). Bedingt durch Wachstum und Entwicklung haben Kinder und Jugendliche bezogen auf das Körpergewicht einen viel höheren Nährstoffbedarf als Erwachsene, sodass eine unzureichende oder unausgewogene Ernährung sehr viel schneller nachteilige Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit und Gesundheit hat. Eine gute Nährstoffversorgung fördert die körperliche und geistige Entwicklung, die Konzentrations- und Leistungsfähigkeit und die Immunabwehr (2). Auch bilden sich vor allem im frühen Kindesalter Vorlieben und Essgewohnheiten aus, die im hohen Maße im Erwachsenenalter beibehalten werden (3). Daher sind eine bedarfsgerechte und abwechslungsreiche Auswahl und Zusammenstellung der Mahlzeiten besonders wichtig. Das Lebensmittelangebot sowie die Essgewohnheiten (wann, wo und mit wem gegessen wird) haben sich in der jüngeren Vergangenheit stark verändert, was auch mit Veränderungen von Lebensmittelverzehr und Nährstoffversorgung einhergeht (1). Daher ist es eine wichtige Aufgabe der Ernährungs- und Gesundheitspolitik, mögliche Gesundheitsrisiken, die im Zusammenhang mit dem Lebensmittelkonsum stehen, und die Verbesserung des Ernährungsverhaltens zu beeinflussen (4).

### **Wie gesund ernähren sich Kinder und Jugendliche in Deutschland?**

Im Rahmen der EsKiMo-Studie, einem Teil der bundesweiten KiGGS-Untersuchung zur kindlichen Gesundheit, wurden eingehende Daten zum Lebensmittelverzehr bei 6- bis 11-jährigen Kindern und 12 bis 17 Jahre alten Jugendlichen erhoben (1). Die tatsächliche Ernährungsweise weicht stark von den Zufuhrempfehlungen ab (siehe Tabelle 1): Die meisten Kinder und Jugendlichen essen zu wenig Obst und Gemüse. 80 Prozent der Kinder essen weniger als die Hälfte der empfohlenen Menge an Gemüse. Bei Obst zeigt sich ein ähnliches Bild: Auch hier essen 60 Prozent der Kinder weniger als die Hälfte der empfohlenen Verzehrmenge. Bei den Jugendlichen liegt der entsprechende Anteil für Gemüse bei 49 Prozent (Mädchen) bzw. 65 Prozent (Jungen) und für Obst bei 60 Prozent (Mädchen) bzw. 79 Prozent (Jungen). Auch Lebensmittel mit einem hohen Anteil an komplexen Kohlenhydraten, zu denen z. B. Vollkornbrot, Getreideprodukte, Vollkornnudeln, Reis und Kartoffeln zählen, werden in zu geringen Mengen verzehrt. So nimmt ein Großteil der Kinder und Jugendlichen (63–69 Prozent) nur zwischen 50 Prozent und weniger als 100 Prozent der empfohlenen Menge zu sich (1).

Ein Großteil der Kinder und Jugendlichen verzehrt auch wenig Milch und Milchprodukte. Bei den 6- bis 11-jährigen verzehren 57 Prozent der Mädchen und 49 Prozent der Jungen weniger als 50 Prozent der empfohlenen täglichen Menge, bei den Jugendlichen sind es ca. 47 Prozent. Auch der Anteil an Fisch in der Ernährung ist niedrig, die Verzehrempfehlung für Fisch erreichen lediglich 19 bis 25 Prozent der Kinder und Jugendlichen (1).

Im Gegensatz dazu ist die Verzehrmenge von Fleisch- und Wurstwaren im Vergleich zu den Empfehlungen zu hoch. So nehmen 44 Prozent der Mädchen bzw. 56 Prozent der Jungen im Alter von 6 bis 11 Jahren und 49 Prozent der Mädchen und 61 Prozent der Jungen im Alter von 12 bis 17 Jahren über 150 Prozent der empfohlenen Menge an Fleisch- und Wurstwaren zu sich (1). Auch der Verzehr von Fast Food ist hoch. Ungefähr 31 Prozent der Kinder und Jugendlichen essen mehr als zwei Portionen Fast Food pro Woche, wobei Jungen mit 38 Prozent deutlich häufiger zugreifen als Mädchen (24 Prozent). Auch steigt mit zunehmendem Alter der Fast-Food-Verzehr an: Während im Alter von 3 bis 6 Jahren 10 Prozent der Mädchen und 15 Prozent der Jungen mehr als zwei Portionen Fast Food pro Woche essen, so sind es in der Altersgruppe der 14- bis 17-jährigen 32 Prozent (Mädchen) bzw. 61 Prozent (Jungen) (5). Pizza ist das am meisten verzehrte Fast Food, gefolgt von gefülltem Fladenbrot und Fleisch- und Wurstgerichten wie z. B. Currywurst (6).








Gleiches trifft für die sogenannten geduldeten Lebensmittel wie Süßigkeiten, Limonade oder Gebäck zu. Unter den 6- bis 11-jährigen Kindern konsumieren 80 Prozent der Mädchen und 83 Prozent der Jungen mehr als 150 Prozent der empfohlenen Verzehrmenge, bei den Jugendlichen (12–17 Jahre) liegt der Anteil bei 55 Prozent (Mädchen) bzw. 62 Prozent (Jungen) (1).

Gemessen an den Empfehlungen der optimierten Mischkost trinkt die Mehrheit der Jugendlichen ausreichend, während ein erheblicher Anteil der Kinder zu wenig trinkt. Die Zufuhr an Getränken liegt bei 49 Prozent der 6- bis 11-jährigen Mädchen und bei 34 Prozent der Jungen unter der empfohlenen täglichen Trinkmenge. Bei den Jugendlichen erreichen nur 20 Prozent der Mädchen und 17 Prozent der Jungen die Empfehlung nicht. Bezüglich der Getränkeauswahl fällt positiv auf, dass der Anteil an Wasser gestiegen und der Verzehr von süßen Getränken wie Säften, Limonade und Cola im Vergleich zur Voruntersuchung aus dem Jahr 2006 zurückgegangen ist. Trotz des Rückgangs wird der Konsum zuckerhaltiger Getränke aber immer noch als zu hoch eingestuft (1).



**Tabelle 1:**

EsKiMo-Studie Welle 2: Lebensmittelverzehr von Kindern und Jugendlichen in Deutschland

Lebensmittel	Anteil in % der erreichten Empfehlung nach der optimierten Mischkost	
Gemüse	Die meisten Kinder und viele Jugendlichen essen zu wenig Gemüse	
Obst	Die meisten Kinder und viele Jugendlichen essen zu wenig Obst	
Lebensmittel mit hohem Kohlenhydratanteil (z.B. Vollkornbrot, Getreideprodukte, Kartoffeln, Reis, Nudeln)	Der Anteil an Lebensmitteln mit hohem Kohlenhydratanteil ist zu gering	
Milch, Milchprodukte	Viele Kinder und Jugendliche verzehren zu wenig Milch und Milchprodukte	
Fleisch-, Wurstwaren	Der Fleisch- und Wurstverzehr ist bei Kindern und Jugendlichen zu hoch	
Fisch	Die meisten Kinder und Jugendlichen essen zu wenig Fisch	
Geduldete Lebensmittel: z.B. Süßigkeiten, Gebäck, Limonade, Knabbereien	Der Verzehr an geduldeten Lebensmitteln ist bei Kindern und Jugendlichen zu hoch	

Im Vergleich zu den Empfehlungen der optimierten Mischkost  
Quelle: eigene Darstellung nach Mensink et al. 2021 (1)

Die EsKiMo-Studie Welle 2 zeigte, dass bei Kindern Brot, Süßwaren, Kuchen und Milchprodukte die quantitativ wichtigsten Energielieferanten sind; bei den Jugendlichen sind es Brot, Süßwaren, Milchprodukte und Wurstwaren. Die ermittelte mediane Energiezufuhr ist bei den 6- bis 11-jährigen Mädchen sowie bei den Jugendlichen beider Geschlechter etwas niedriger als die entsprechenden Referenzwerte, bei den 6- bis 11-jährigen Jungen entspricht diese nahezu den Referenzwerten (1).

Das unausgeglichene Verhältnis zwischen Lebensmitteln, die nach den Empfehlungen reichlich bzw. nur in begrenzten Mengen verzehrt werden sollten, führt zu einer unausgewogenen Nährstoffversorgung: Die Eiweißzufuhr pro Kilogramm Körpergewicht ist bei den meisten Kindern und Jugendlichen höher als empfohlen. Die mittlere Energieaufnahme durch Fette und Kohlenhydrate entspricht etwa den Empfehlungen, aber der Zuckerverzehr ist mit etwa 20 Prozent der Energiezufuhr deutlich zu hoch (1). Die Weltgesundheitsorganisation empfiehlt eine Zuckerzufuhr von höchstens 10 Prozent, idealerweise nur 5 Prozent der Energiezufuhr (7), d. h. deutsche Kinder und Jugendliche verzehren im Mittel viermal so viel Zucker, als wünschenswert wäre.

Der Verzehr an Fast Food ist ebenfalls erschreckend hoch: Fast Food trägt bei Mädchen mit 6,5 Prozent und bei Jungen mit 7,8 Prozent zur gesamten Energiezufuhr bei. Von den Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren nehmen 23 Prozent sogar 10 Prozent oder mehr ihrer Gesamtenergie durch Fast Food auf (6).

Mit Blick auf die Zahlen zeigt sich: Es besteht erheblicher Verbesserungsbedarf sowohl bei der Lebensmittel- als auch der Nährstoffzufuhr im Kindes- und Jugendalter. Der Verzehr an Obst, Gemüse und Getreideprodukten sollte deutlich erhöht und der Fleisch- und Wurstkonsum gesenkt werden. Ein besonderes Augenmerk ist auf die Reduktion des hohen Zuckerverzehrs, z. B. durch Kuchen, Süßigkeiten und weiterhin auch aus zuckerhaltigen Getränken wie Limonaden, Brausegetränken, Fruchtsäften und Fruchtsaftgetränken, zu richten (1). Eine Änderung des aktuellen Ernährungsverhaltens ist unbedingt anzustreben, um Fehl- und Mangelernährung und bei zusätzlich geringer körperlicher Bewegung auch Übergewicht und Adipositas vorzubeugen (8).

## Was beeinflusst das Ernährungsverhalten?

### 1) An Kinder und Jugendliche gerichtete Werbung und Kindermarketing

Zahlreiche unterschiedliche Faktoren tragen zur Entstehung einer ungesunden Ernährungsweise bei. Einer dieser Faktoren ist die Lebensmittelwerbung mit an Kinder gerichtetem Lebensmittelmarketing, das auch die spezifische Produkt- und Verpackungsgestaltung von Lebensmitteln mit Kinderoptik beinhaltet (9).

Lebensmittel mit Kinderoptik erwecken den Eindruck, sie wären besonders für die Ernährung von Kindern geeignet. Allerdings sind die meisten dieser Lebensmittel aus ernährungsphysiologischer Sicht höchst ungünstig zusammengesetzt und damit nicht für den regelmäßigen Verzehr durch Kinder geeignet (10). So ergab das Produktmonitoring (Oktober 2018 und September 2019) des Max Rubner-Instituts, dass der durchschnittliche Energie- und Zuckergehalt aller Produkte in Kinderoptik in den untersuchten Lebensmittelkategorien die Grenzwerte des Nährwertprofils des europäischen Regionalbüros der Weltgesundheitsorganisation (WHO) überschritt. So empfiehlt die WHO für Joghurt- und Quarkzubereitungen einen Gesamtzuckergehalt von max. 10 g/100 g, der Zuckergehalt von Joghurt mit Kinderoptik liegt in Deutschland jedoch bei 11,9 g/110 g (Median). Auch der mediane Zuckergehalt der gesüßten Quarkerzeugnisse mit Kinderoptik überschreitet mit 10,7 g/100 g den WHO-Grenzwert. Bei Erfrischungsgetränken für Kinder empfiehlt die WHO den Verzicht auf jeglichen Zuckerzusatz, der ermittelte mediane Zuckergehalt ist jedoch 5 g/100 g, wobei im Produktmonitoring nicht zwischen zugesetzten und natürlich vorkommenden Zuckern unterschieden wird. Bei den Frühstückscerealien („Knusprige Erzeugnisse mit Kinderoptik“) liegt der mediane Zuckergehalt bei allen drei untersuchten Geschmacksrichtungen mit 24,0 g/100 g (Schoko) bzw. 32,0 g/100 g (Honig) bzw. 24,5 g/100 g (Sonstige) deutlich über dem von der WHO empfohlenen Grenzwert von 15 g/100 g. (11, 12). Extrem hohe Zuckergehalte finden sich auch in anderen speziell für Kinder angebotenen Produkten wie bei Getreidebreien für Säuglinge und Kleinkinder (bis zu mehr als 40 Prozent der Kalorien) und in Fruchtriegeln für Kinder (bis zu mehr als 80 Prozent der Kalorien), darunter auch viele Produkte mit der Kennzeichnung „ohne Zuckerzusatz“ die einen extrem hohen Zuckergehalt z. B. durch gezielten Einsatz von Fruchtsaftkonzentraten und Bananpulver erreichen (eigene Produktrecherchen).

Die Gesellschaft für Konsumforschung hat im Auftrag des AOK-Bundesverbands den Zuckergehalt von in Deutschland angebotenen Frühstückscerealien (November 2018 bis Oktober 2019) untersucht und liefert detaillierte Daten: 99 Prozent der verkauften Kindercerealien hatten einen höheren Zuckergehalt als von der WHO empfohlen, mit 27 g/100 g war der durchschnitt-

liche Zuckergehalt sogar fast doppelt so hoch wie die WHO-Empfehlung. Die 15 süßesten Frühstückscerealien wiesen alle einen Zuckergehalt von mehr als 35 Gramm auf; das süßeste Produkt enthielt sogar 43 Gramm Zucker pro 100 Gramm. In dieser Studie wurde auch das Einkaufsverhalten untersucht: Familien kaufen sehr gern Frühstückscerealien, die durch Verpackungsgestaltung und Marketing an Kinder gerichtet sind, aber auch besonders süß sind. Auch jüngere Menschen kaufen überproportional häufig stark gesüßte Cerealien. Mit steigendem Alter entscheiden sich die Käufer\*innen immer öfter für weniger gesüßte Varianten. Auch bei höherem sozialem Status werden seltener stark gesüßte Produkte gekauft (13).

Eine Marktstudie zu Kinderlebensmitteln von foodwatch im Jahr 2021 zeigte, dass der größte Teil der an Kindern beworbenen Lebensmittel ernährungsphysiologisch unausgewogen ist. 242 der 283 (85,5 Prozent) identifizierten Kinderlebensmittel erfüllen nicht die Nährwert-Empfehlungen der WHO und enthalten in der Regel zu viel Zucker, Fett und/oder Salz und sollten daher überhaupt nicht an Kindern beworben werden. Im Vergleich zu den foodwatch-Studienergebnissen aus dem Jahr 2015 hat sich der Anteil der unausgewogenen an Kindern beworbenen Lebensmittel nur minimal verbessert. So waren 2015 noch 89,7 Prozent der Produkte unausgewogen. Von den 16 untersuchten Herstellern im Jahr 2021 machen zehn ausschließlich Kindermarketing für Produkte, die nicht den WHO-Empfehlungen entsprechen.

Diese Ergebnisse verdeutlichen, dass die vom Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft Ende 2018 initiierte Nationale Reduktions- und Innovationsstrategie zur freiwilligen Reduktion von Zucker, ungünstigen Fetten und Salz in verarbeiteten Lebensmitteln nicht wirklich zur Verbesserung der Rezeptur von Kinderprodukten geführt hat. Auch die freiwillige Selbstverpflichtung der größten Lebensmittelkonzerne, Lebensmittel „verantwortungsvoll“ an Kinder zu vermarkten (EU Pledge) sowie die freiwilligen Verhaltensregeln des Zentralverbandes der Deutschen Werbewirtschaft konnten nicht verhindern, dass ernährungsphysiologisch ungesunde Lebensmittel weiter massiv an Kinder vermarktet werden (14).

Laut einer Studie der Universität Hamburg bewerben 92 Prozent der Lebensmittelwerbungen (Fernsehen 89 Prozent, Internet 98 Prozent), die Kinder im Internet und im TV sehen, ungesunde Produkte. In Deutschland sehen Kinder im Alter von 3 bis 13 Jahren, die Medien nutzen, pro Tag 15,48 Lebensmittelwerbungen für ungesunde Produkte (5,14 im Internet und 10,34 im Fernsehen). Auch nimmt die Werbefrequenz im Fernsehen zu. Sahen Kinder 2007 in einer durchschnittlichen Fernsehzeit von 152 Minuten 10,14 Spots, waren es 2021 bereits 10,34 Spots in nur 120 Minuten. Die Lebensmittelindus-

trie hat somit die an Kinder gerichtete Werbeintensität im Fernsehen innerhalb von 14 Jahren um 29 Prozent erhöht. (15).

Da sich die freiwilligen Vereinbarungen hinsichtlich Reduktion von Zucker, ungünstigen Fetten und/oder Salz sowie verantwortungsvollem Kindermarketing als nahezu wirkungslos erwiesen haben, besteht die dringende Notwendigkeit einer gesetzlichen Regulation, um an Kinder gerichtete Werbung für ungesunde Lebensmittel zu begrenzen.

## 2) Veränderungen in den Lebensumständen

Auch Veränderungen in den Lebensumständen können Auswirkungen auf die Ernährungsgewohnheiten haben. Dazu gehört der vermehrte Besuch von Ganztagschulen. Dadurch nimmt die Bereitstellung und auch die Inanspruchnahme der Gemeinschaftsverpflegung in Schulen und den Einrichtungen für die nachschulische Betreuung zu (18).

Diese Entwicklung spiegelt sich auch in den Ergebnissen der Befragungen im Rahmen der EsKiMo-Studie wider: Während zum Zeitpunkt der EsKiMo-I-Befragung (2003 bis 2006) in Deutschland 41 Prozent der Kinder und 51 Prozent der Jugendlichen die Möglichkeit hatten, in der Schule eine warme Mittagsmahlzeit zu bekommen, waren es bei der EsKiMo-II-Befragung (2015 bis 2017) bereits knapp 87 Prozent der Kinder und Jugendlichen. Genutzt wurde dieses Angebot laut EsKiMo I von etwa einem Viertel der 6- bis 11-jährigen Mädchen und Jungen und von 13 Prozent der 12- bis 17-jährigen Mädchen bzw. 19 Prozent der gleichaltrigen Jungen. Im Vergleich dazu nahmen laut EsKiMo II bereits ca. 43 Prozent der Schüler\*innen die Möglichkeit einer warmen Mittagsmahlzeit in der Schule mindestens einmal pro Woche wahr, wobei 6- bis 11-Jährige mit 31,1 Prozent häufiger täglich in der Schule essen als die 12- bis 17-Jährigen (5,3 Prozent) (1, 16). In etwa zehn Jahren haben sich also sowohl die Verfügbarkeit als auch die Nutzung der Schulverpflegung etwa verdoppelt (1). Als häufige Gründe, warum kein Mittagessen in der Schule verzehrt wurde, wurden in der EsKiMo-Studie angegeben, dass die Kinder/Jugendlichen ein warmes Mittag- oder Abendessen zu Hause bekommen, der Unterricht nur am Vormittag stattfindet, aber auch dass der Geschmack des Mittagessens nicht den Wünschen entspricht (17).

Um den Schulen bei der Umsetzung einer bedarfsgerechten und auch ausgewogenen Verpflegung der Schüler\*innen zu unterstützen, hat die Deutsche Gesellschaft für Ernährung einen Qualitätsstandard veröffentlicht, der bisher aber nur im Saarland, in Berlin und Bremen verpflichtend ist (19). Laut einer Studie zur Qualität der Schulverpflegung der Hochschule für Angewandte Wissenschaften in Hamburg ist der DGE-Qualitätsstandard für Schulverpflegung bei allen befragten

Schulträgern/Schulleiter\*innen bekannt und wird z. T. auch vertraglich gefordert. In Hamburg, Bremen und im Saarland erfolgt die vertragliche Forderung der Umsetzung der DGE-Standards zu 100 Prozent, während Schleswig-Holstein im Ländervergleich das Schlusslicht bildet: Dort beinhalten nur 14 Prozent der Verträge die entsprechende Forderung. Eine Qualitätskontrolle erfolgt lediglich bei etwa 27 Prozent der befragten Schulträger/Schulleiter\*innen und eine Zertifizierung gemäß DGE-Standards erfolgt – mit Ausnahme von Hamburg und dem Saarland – eher zögerlich (20). Des Weiteren ergab die Befragung der Schulträger/Schulleiter\*innen, dass an den Schulen als Zwischenverpflegung häufig Lebensmittel angeboten wurden, die im Sinne einer ausgewogenen Ernährung möglichst selten und in geringen Mengen verzehrt werden sollten (Tabelle 2).

**Tabelle 2:**  
Angebot an Zwischenverpflegung an den Schulen

ART DER ZWISCHENVERPFLEGUNG	ANGEBOT IN % DER BEFRAGTEN SCHULEN
Brot, Brötchen, Semmeln	95 %
Süße Backwaren	64 %
Fast Food (z. B. Wiener, Pizza)	63 %
Frisches Obst	62 %
Süßigkeiten	53 %
Gemüse-Rohkost	35 %
Salzige Snacks (z. B. Chips)	8 %

In Prozent, Doppelnennungen waren möglich  
Quelle: eigene Darstellung nach Arens-Azedevo et al. 2015 (20)

Getränke können an etwa 63 Prozent der Schulen erworben werden; hier sind überwiegend Mineralwasser (79,9 Prozent), Fruchtschorle (70,4 Prozent) und Milch/Milchmixgetränke (64,7 Prozent) im Angebot, aber ca. 40 Prozent der Schulen bieten auch Softdrinks an (20).

Da in Deutschland im Schuljahr 2019/2020 etwa 3,5 Millionen Schüler eine Schule im Ganztagsbetrieb besuchten (21), kann eine gesunde Verpflegung in der Schule einen wichtigen Beitrag für eine ausgewogene und bedarfsgerechte Ernährung von Kindern und Jugendlichen leisten. Daher muss sichergestellt werden, dass in den Schulen ein gesundheitsförderndes Angebot an Lebensmitteln und Mahlzeiten angeboten wird. Die Schulverpflegung sollte zusätzlich auch den geschmacklichen Vorlieben entsprechen und kostengünstig sein. Einen wesentlichen Beitrag kann die in allen Bundesländern verbindliche Umsetzung des DGE-Standards sein (19).

## Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland

In Deutschland wie auch in vielen anderen Industrieländern gehört Adipositas zu den lebensstilbedingten Gesundheitsproblemen. Bei Kindern und Jugendlichen stiegen die Adipositasraten v. a. in den 1990er-Jahren an, was Anlass für entsprechende Maßnahmen zur Adipositas-Prävention gab (22).

Bei Kindern und Jugendlichen hat die Prävention von übermäßiger Gewichtszunahme eine hohe Relevanz, da Kinder mit Übergewicht und Adipositas im Vergleich zu Gleichaltrigen mit Normalgewicht häufiger unter einem erhöhten Blutdruck, Fettstoffwechselstörungen und Störungen des Zuckerstoffwechsels leiden (23). Zudem sind übergewichtige Kinder einem erhöhten Risiko von Mobbing ausgesetzt (24) und die Lebensqualität wird ebenfalls negativ beeinflusst (25).

Seit Anfang der 2000er-Jahre gibt es Hinweise, dass die Übergewichts- und Adipositasprävalenz bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland nicht mehr deutlich zunimmt und auf einem hohen Niveau stabil bleibt (26): Nach Ergebnissen der KiGGS-Basiserhebung (Erhebungszeitraum 2003–2006) waren insgesamt 15 Prozent der 3- bis 17-Jährigen übergewichtig und 6,3 Prozent davon adipös (27). Etwa zehn Jahre später wurden bei der KiGGS-Welle 2 (2014–2017) ähnliche Ergebnisse ermittelt:

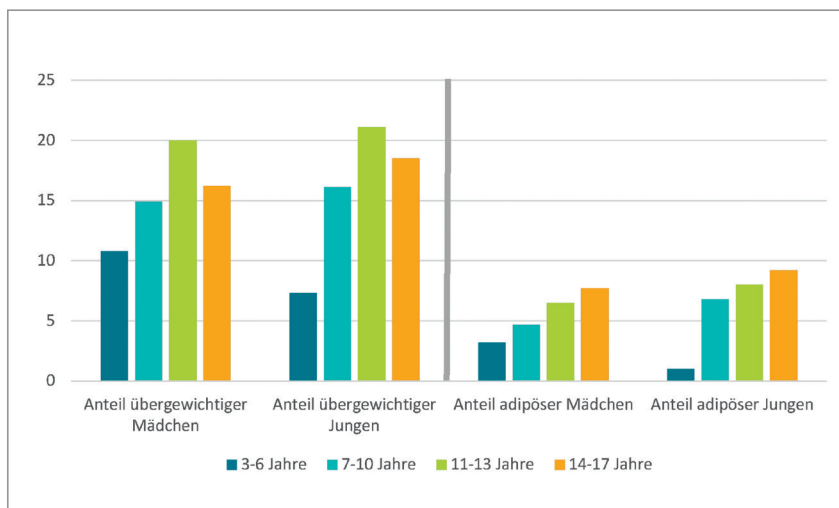
15,4 Prozent der in Deutschland lebenden Kinder im Alter von 3 bis 17 Jahren waren übergewichtig und 5,9 Prozent von ihnen adipös (26).

Bei den Schuleingangsuntersuchungen in Bayern zeigt sich ein ähnlicher Trend: Während bei den Untersuchungen zum Schuljahr 2004/2005 9,0 Prozent der Kinder übergewichtig und 3,6 Prozent adipös waren, so waren 8,3 Prozent der Einschulungskinder 2014/2015 übergewichtig und 3,2 Prozent adipös (28). Die bayerischen Raten sind seit Jahren niedriger als im Bundesdurchschnitt, was auf eine bessere soziale Lage der Mehrheit der Kinder in Bayern zurückgeführt wird (22).

Auch in der Welle 2 der KiGGS-Studie konnte ein Einfluss des sozioökonomischen Status auf das Gewicht von Kindern und Jugendlichen beobachtet werden: Mädchen und Jungen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status haben eine mehr als viermal höhere Übergewichts- und Adipositasprävalenz als jene mit einem hohen sozioökonomischen Status (26). In der Welle 1 der KiGGS-Studie war der Häufigkeitsunterschied zwischen niedrigem und hohem sozioökonomischen Status nur etwa das Dreifache, d. h. die sozioökonomische Disparität des Adipositasrisikos hat in nur einem Jahrzehnt sehr stark zugenommen (33, 34).

Neben dem sozioökonomischen Status ist auch das Alter mit der Prävalenz von Übergewicht und Adipositas assoziiert, die mit zunehmendem Alter ansteigt (vgl. Abbildung 1): So waren 10,8 Prozent der Mädchen und 7,3 Prozent der Jungen im Alter von 3 bis 6 Jahren übergewichtig und davon 3,2 Prozent bzw. 1,0 Prozent adipös. In der Altersgruppe der 14- bis 17-Jährigen lag der Anteil der Übergewichtigen bei den Mädchen bereits bei 16,2 Prozent und bei den Jungen bei 18,5 Prozent, davon waren 7,7 Prozent bzw. 9,2 Prozent adipös. Der höchste Anteil an Übergewicht (Mädchen 20,0 Prozent bzw. Jungen 21,1 Prozent) wurde bei den 11- bis 13-Jährigen ermittelt (26).

**Abbildung 1:**  
Übergewichtsprävalenz und Adipositasprävalenz bei Kindern und Jugendlichen



Nach Geschlecht und Alter, in Prozent  
Übergewichtsprävalenz 90. Perzentil, einschl. Adipositas; Adipositasprävalenz > 97. Perzentil  
Quelle: eigene Darstellung, basierend auf Schienkiewitz et al. 2018 (26)



### **Einfluss der Coronapandemie auf das Körpergewicht und Ernährungsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland**

Die Pandemie und ihre Folgen haben zu erheblichen Veränderungen im Alltag vieler Menschen geführt. Besonders Kinder und Jugendliche waren durch die Kontaktbeschränkungen sowie Schul- und Kitaschließungen inkl. Home-Schooling betroffen (29), mit teilweise erheblichen gesundheitlichen Folgen. Eine im September 2020 bei 1.000 Eltern mit mindestens einem Kind im Alter von bis zu 14 Jahren durchgeführte Erhebung zeigte, dass 9 Prozent der Kinder in der ersten Welle der Pandemie übermäßig an Gewicht zugenommen haben. Gewichtszunahmen traten v. a. bei Kindern im Schulalter auf, mit 19 Prozent insbesondere in der Altersgruppe der 10- bis 12-Jährigen, wobei mehr Jungen (24 Prozent) als Mädchen (13 Prozent) betroffen waren (30). Diese Gewichtszunahme war nicht vorübergehend, sondern hat sich verfestigt, wie eine weitere Forsa-Umfrage im März/April 2022 (1.004 Eltern mit Kindern im Alter von 3–17 Jahren) zeigt: Seit Beginn der Coronapandemie ist jedes sechste Kind in Deutschland dicker geworden, in der Gruppe der 10- bis 12-Jährigen hat jedes dritte Kind (32 Prozent) seit Beginn der Pandemie zugenommen. Von den Kindern, die bereits vor den pandemiebedingten Einschränkungen von Übergewicht betroffen waren, ist sogar jedes zweite noch dicker geworden. Besonders beunruhigend ist eine starke Zunahme der sozioökonomischen Disparität der Gesundheit in der Pandemie: Kinder und Jugendliche aus einkommensschwachen Familien (< 3.000 Euro/Monat) nahmen doppelt so häufig (23 Prozent vs. 12 Prozent) an Gewicht zu als Kinder aus einkommensstarken Familien (> 4.500 Euro/Monat) (31).

Auch Daten der DAK-Gesundheit lassen erkennen, dass die Adipositasprävalenz bei Kindern und Jugendlichen 2020 zugenommen hat. Der Anteil der erstmals diagnostizierten Kinder mit krankhaftem Übergewicht war 2020 um 9,4 Prozent höher als 2019 (32).

Pandemiebedingte Einschränkungen haben auch das Essverhalten bei Kindern und Jugendlichen beeinflusst. In der ersten Pandemiewelle verzehrten sie im Mittel mehr Gemüse (14 Prozent) und Obst (20 Prozent) und weniger Fleisch und Fleischprodukte (13 Prozent). Dies war vor allem erkennbar, wenn die Eltern im Home-Office arbeiteten und dadurch mehr Mahlzeiten zu Hause zubereitet wurden. Andererseits stieg aber auch der mittlere Verzehr von salzigen Snacks (18 Prozent), süßen Snacks (20 Prozent) und zuckerhaltigen Getränken (18 Prozent), besonders bei Kindern im Schulalter ab 10 Jahren und besonders in Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status, bei denen Eltern nur selten im Home-Office arbeiteten (30). Eine aktuelle Umfrage aus dem Jahr 2022 spiegelt diesen Trend wider: Es gaben mehr Eltern an, dass ihre Kinder mehr Gemüse und Obst und weniger Fleisch und Fleischprodukte verzehren, als Eltern angaben, dass ein Rückgang am Obst- und Gemüseverzehr sowie eine Zunahme des Fleisch- und Fleischprodukteverzehrs zu beobachten war. Allerdings aßen etwa 25 Prozent der Kinder mehr Süßigkeiten wie Schokolade, Kekse etc., und über 20 Prozent verzehrten mehr Knabberartikel wie z. B. Chips (31).

## EMPFEHLUNGEN DER STIFTUNG KINDERGESUNDHEIT

- DGE-Standards für Kita- und Schulverpflegung sollen in allen Bundesländern verpflichtend gemacht werden.
- An Kinder und Jugendliche gerichtetes Marketing für ungesunde Produkte, deren Nährwertprofil nicht dem Nutri-Score A oder B entspricht, soll unterbunden werden.
- Verpflichtende Einführung einer farbko-dierten Kennzeichnung des Nährwertprofils von Lebensmitteln mit dem Nutri-Score, um Familien dabei zu helfen, gesündere Kaufentscheidungen zu treffen.
- Besteuerung von zuckerhaltigen Getränken in Abhängigkeit von der Höhe des Zuckergehaltes, die in anderen Ländern zu einem deutlichen Rückgang der hier konsumierten Zuckerzufuhr mit großem gesundheitlichen Nutzen für Kinder und Jugendliche geführt hat.
- Förderung von Ernährungsbildung in Kindertagesstätten und Schulen sowie für Eltern.



## QUELLEN UND VERTIEFENDE LITERATUR

1. Mensink GBM, Haftenberger M, Lage Barbosa C, Brettschneider AK, Lehmann F, Frank M, Heide K, Moosburger R, Patelakis E, Perlitz H. EsKiMo II – Die Ernährungsstudie als KiGGS-Modul [Internet]. Berlin: Robert Koch-Institut, 2021. [updated 2021, Zugriff am 02.08.2022]. Verfügbar: [https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/6887.2/EsKiMoll\\_Projektbericht.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/6887.2/EsKiMoll_Projektbericht.pdf?sequence=3&isAllowed=y).
2. Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. Ernährung von Kindern und Jugendlichen [Internet]. Bonn: Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. [Zugriff am 07.06.2022]. Verfügbar: <https://www.dge.de/ernaehrungspraxis/bevoelkerungsgruppen/kinder-jugendliche/>.
3. Nationales Qualitätszentrum für Ernährung in Kita und Schule. Ernährung in der Schule [Internet]. Bonn: Nationales Qualitätszentrum für Ernährung in Kita und Schule. [Zugriff am 06.07.2022]. Verfügbar: <https://www.nqz.de/schule/ernaehrung>
4. Mensink GBM, Haftenberger M, Brettschneider AK, Lage Barbosa C, Perlitz H, Patelakis E, Heide K, Frank M, Lehmann F, Krause L, Houben R, Butschalowsky H, Richter A, Kamtsiuris P. EsKiMo II – die Ernährungsstudie als Modul in KiGGS Welle 2. *Journal of Health Monitoring* 2017; 2(S3):38–46. DOI: 10.17886/RKI-GBE-2017-101.
5. Robert Koch-Institut. AdiMon-Themenblatt: Verzehr von Fast Food [Internet]. Berlin: Robert Koch-Institut. [Zugriff am 26.06.2022]. Verfügbar: [https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Adipositas\\_Monitoring/Verhalten/PDF\\_Themenblatt\\_Fast\\_Food.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Adipositas_Monitoring/Verhalten/PDF_Themenblatt_Fast_Food.pdf?__blob=publicationFile).
6. Moosburger R, Lage Barbosa C, Haftenberger M, Brettschneider AK, Lehmann F, Kroke A, Mensink GBM. Fast-Food-Konsum bei 12- bis 17-Jährigen in Deutschland – Ergebnisse aus EsKiMo II. *Journal of Health Monitoring* 2020; 5(1):3–19. DOI: 10.25646/6394.
7. World Health Organization. Guideline: Sugars intake for adults and children. Genf, Schweiz: World Health Organization, 2015.
8. Hesecker H, Mensink GBM. Lebensmittelverzehr und Nährstoffzufuhr im Kindes- und Jugendalter. Ergebnisse aus den beiden bundesweit durchgeführten Ernährungsstudien VELS und EsKiMo. In: Deutsche Gesellschaft für Ernährung (eds.). Ernährungsbericht 2008. Bonn, Deutschland: DGE, 2008.
9. Sadeghirad B, Duhaney T, Motaghipisheh S, Campbell NRC, Johnston BC. Influence of unhealthy food and beverage marketing on children's dietary intake and preference: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Obes Rev*. 2016; 17(10):945–59. DOI: 10.1111/obr.12445.
10. Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (ed.). Lebensmittel mit Kinderoptik und deren Bewerbung – Problemlage und Möglichkeiten der politischen Regulierung. Berlin, Deutschland: Verbraucherzentrale Bundesverband e.V., 2021.
11. Max Rubner-Institut, Bundesforschungsinstitut für Ernährung und Lebensmittel. Ergebnisbericht: Produktmonitoring 2019. Karlsruhe, Deutschland: Max Rubner-Institut, 2020. DOI: 10.25826/20200330-100922.
12. WHO Regional Office for Europe. WHO Regional Office for Europe nutrient profile model. Kopenhagen, Dänemark: WHO Regional Office for Europe, 2015.
13. Kolpatzik K, Pomp S (eds.). AOK-Bundesverband: Süß, süßer, Frühstück – die AOK-Cerealienstudie. Berlin, Deutschland: KomPart, 2020.
14. foodwatch e.V. (eds.). Kindermarketing für Lebensmittel – Freiwillige Selbstverpflichtungen der Lebensmittelwirtschaft auf dem Prüfstand. Berlin, Deutschland: foodwatch e.V., 2021.
15. Effertz T. Kindermarketing für ungesunde Lebensmittel in Internet und TV – Kurzfassung. Hamburg, Deutschland: Universität Hamburg, 2021.
16. Mensink GBM, Hesecker H, Richter A, Stahl A, Vohmann C, Fischer J, Kohler S, Six J. Forschungsbericht Ernährungsstudie als KiGGS Modul (EsKiMo). Berlin, Paderborn, Deutschland: Robert Koch-Institut, Universität Paderborn, 2007.
17. Heide K, Brettschneider AK, Lehmann F, Barbosa CL, Haftenberger M, Perlitz H, Frank M, Patelakis E, Richter A, Mensink GBM. Utilization of school meals – Results from the nationwide nutrition survey EsKiMo II. *Ernährungs Umschau international* 2019; 66(6):92–99. DOI: 10.4455/eu.2019.017.
18. Arens-Azevedo U, Schillmöller Z, Hesse I, Paetzelt G, Roos-Bugiel J, Glashoff M. Qualität der Schulverpflegung – Bundesweite Erhebung – Abschlussbericht. Hamburg, Deutschland: Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft, 2015.
19. Robert Koch-Institut. Adimon-Themenblatt: Verpflegung in Schulen [Internet]. Berlin: Robert Koch-Institut, 2020. [updated 01.10.2020, Zugriff am 16.08.2022]. Verfügbar: [https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Adipositas\\_Monitoring/Verhaeltnisse/PDF\\_Themenblatt\\_Schule\\_Verpflegung.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Adipositas_Monitoring/Verhaeltnisse/PDF_Themenblatt_Schule_Verpflegung.pdf?__blob=publicationFile).

20. Arens-Azedevo U, Schillmöller Z, Hesse I, Paetzelt G, Roos, Bugiel J, Glashoff M, Bundesministerium für Bildung und Forschung Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (eds.). Qualität in der Schulverpflegung – Bundesweite Erhebung, Abschlussbericht. Hamburg, Deutschland, 2015.
21. Bundesministerium für Bildung und Forschung. Neue KMK-Statistik für Ganztagschulen 2019/2020 [Internet]. Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2021. [updated 10.05.2021, Zugriff am 18.07.2022]. Verfügbar: <https://www.ganztagschulen.org/SharedDocs/Kurzmeldungen/de/m-o/neue-kmk-statistik-fuer-ganztagschulen-2019-2020.html>.
22. Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (ed.). Bayerischer Präventionsbericht 2019. München, Nürnberg, Deutschland. Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, 2019.
23. Friedemann C, Heneghan C, Mahtani K, Thompson M, Perera R, Ward AM. Cardiovascular disease risk in healthy children and its association with body mass index: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2012; 345:e4759. DOI: doi.org/10.1136/bmj.e4759.
24. Puhl RM, King KM. Weight discrimination and bullying. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab.* 2013; 27(2):117–127. DOI: doi.org/10.1016/j.beem.2012.12.002.
25. Tsiros MD, Olds T, Buckley JD, Grimshaw P, Brennan L, Walkley J, Hills AP, Howe PRC, Coates AM. Health-related quality of life in obese children and adolescents. *Int J Obes (Lond).* 2009; 33(4):387–400. DOI: 10.1038/ijo.2009.42.
26. Schienkiewitz A, Brettschneider AK, Damerow S, Schaffrath Rosario A. Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring.* 2018; 3(1):16–23. DOI: 10.17886/RKI-GBE-2018-005.2.
27. Kurth BM, Schaffrath RA. Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl.* 2007; 50:736–743. DOI: doi.org/10.1007/s00103-007-0235-5.
28. Nair F, Heißenhuber A, Morlock G, Hölscher G, Schneider T, Hachmeister A, Nennstiel-Ratzel U. Gesundheit der Vorschulkinder in Bayern – Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung zum Schuljahr 2014/2015 – Statistisch-epidemiologischer Bericht. Erlangen, Deutschland: Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, 2017.
29. Rücker P, Brauchmann J, Walch S, Wiegand S, Galler A. Bewegungs- und Ernährungsverhalten von Kindern und Jugendlichen und ihren Familien während der COVID-19-Pandemie: Eine Beobachtungsstudie im sozialpädiatrischen Kontext. *Adipositas – Ursachen, Folgeerkrankungen, Therapie.* 2021; 15(4):201–205. DOI: 10.1055/a-1638-6078.
30. Koletzko B, Holzapfel C, Schneider U, Hauner H. Lifestyle and Body Weight Consequences of the COVID-19 Pandemic in Children: Increasing Disparity. *Ann Nutr Metab.* 2021; 77(1):1–3. DOI: 10.1159/000514186.
31. Deutsche Adipositas Gesellschaft, EKfZ Ernährungsmedizin, Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter. Folgen der Pandemie: Wie Corona das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen verändert hat [Internet]. Deutsche Adipositas Gesellschaft, EKfZ Ernährungsmedizin, 2022. [updated 31.05.2022, Zugriff am 15.07.2022]. Verfügbar: [https://adipositas-gesellschaft.de/wp-content/uploads/2022/05/2022-05-31\\_DAG-EKfZ\\_forsa-Umfrage\\_Ergebnispraesentation\\_final.pdf](https://adipositas-gesellschaft.de/wp-content/uploads/2022/05/2022-05-31_DAG-EKfZ_forsa-Umfrage_Ergebnispraesentation_final.pdf).
32. Greiner W, Witte J, Batram M, Dankhoff M, Hasemann L. DAK Kinder- und Jugendreport 2021: Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Schwerpunkt: Suchterkrankungen (Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung; Bd. 36). 1. Auflage. Heidelberg: medhochzwei Verlag; 2021.
33. Schienkiewitz A, Brettschneider AK, Schaffrath Rosario A, Lange C, Kurth BM. Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *B&G Bewegungstherapie und Gesundheitssport* 2016; 32(05): 177–180. DOI: 10.1055/s-0042-112607
34. Borstelmann S, Friedle RM. KiGGS-Studie: Gesundheit von Kindern und Jugendlichen – Welchen Einfluss hat der soziale Status? *XX – Die Zeitschrift für Frauen in der Medizin* 2013; 2(5): 290–292. DOI: 10.1055/s-0033-1363182



# Impressum

## HERAUSGEBER

### Stiftung Kindergesundheit

c/o Dr. von Haunersches  
Kinderspital, Univ. München  
Lindwurmstr. 4  
80337 München

### *in Kooperation mit:*

### Stiftung Die Gesundarbeiter – Zukunftsverantwortung Gesundheit

Spittelstr. 50  
78056 Villingen-Schwenningen

### vivida bkk

Spittelstr. 50  
78056 Villingen-Schwenningen

### MSD Sharp & Dohme GmbH

Levelingstr. 4a  
81673 München

### Novartis Pharma GmbH

Roonstraße 25  
90429 Nürnberg

## V. i. S. d. P.

Prof. Dr. Berthold Koletzko

## REDAKTIONSLEITUNG

Anna Philippi

## REDAKTION UND TEXT

Dr. Carolin Ruther  
Prof. Dr. Christoph Klein  
Dr. Franziska Reiß  
Dr. Ester Orban  
Ann-Kathrin Napp  
Prof. Dr. Ulrike Ravens-Sieberer  
Franziska Beck  
Isabel Marzi  
Clara Tristram  
Prof. Dr. Yolanda Demetriou  
Prof. Dr. Anne Kerstin Reimers  
Dr. Christian Roßler  
Dr. Julia Schoierer  
Prof. Dr. Stephan Böse-O'Reilly  
Prof. Dr. Berthold Koletzko  
Alicia Steffel  
Anna Philippi  
sowie das Team der  
Stiftung Kindergesundheit

Die Stiftung Kindergesundheit dankt zudem Herrn Dr. Thomas Skora, wissenschaftlicher Mitarbeiter am Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BiB), für seine Unterstützung.

## LAYOUT

Elephantlogic – Agentur für  
Strategieberatung GmbH, Berlin

## DRUCK UND VERARBEITUNG

Newprint blue GmbH, Berlin

## BILDNACHWEIS

Titel: shutterstock.com/  
Monkey Business Images  
S. 3: iStock.com/Nadezhda1906  
S. 17: iStock.com/Yana Tatevosian  
S. 23: iStock.com/Tommel  
S. 31: iStock.com/kate\_sept2004  
S. 37: iStock.com/Morsa Images  
S. 47: iStock.com/Geber86  
S. 58: iStock.com/FatCamera  
S. 71: iStock.com/bagi1998  
S. 79: iStock.com/Marcus Chung  
S. 89: iStock.com/shapecharge  
S. 94: iStock.com/Portra  
S. 104: shutterstock.com/Sunflower Light Pro  
S. 107: iStock.com//SeventyFour

Alle Daten im Kindergesundheitsbericht wurden von der Stiftung Kindergesundheit nach bestem Wissen und Gewissen recherchiert und sorgfältig geprüft. Sie entsprechen dem Stand der Drucklegung im September 2022. Dennoch sind inhaltliche Fehler nicht vollständig auszuschließen. Für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben kann keine Haftung übernommen werden.

Nachdruck von Artikeln und Fotos nur mit vorheriger Genehmigung der Stiftung Kindergesundheit.

Berlin, September 2022







**HERAUSGEBER**

