

Hier gelangen Sie zur [Übersicht der Faktenblätter](#).

Gemüsekonsum von Kindern und Jugendlichen

Hintergrund

Das Ernährungsverhalten von Kindern und Jugendlichen ist aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht von großem Interesse. Die im Kindes- und Jugendalter eingeübten Ernährungsgewohnheiten können zu einer frühen Weichenstellung hinsichtlich eines dauerhaft gesunden Lebensstils beitragen (1). Darüber hinaus stellt die vollwertige Energie- und Nährstoffzufuhr eine wichtige Grundvoraussetzung für die körperliche sowie geistige Entwicklung im Kindes- und Jugendalter dar (2) und beeinflusst das Auftreten von Herz-Kreislauferkrankungen im Erwachsenenalter (3). Insgesamt profitiert auch der Gesundheitszustand von Jugendlichen von einer ausgewogenen Ernährung. Dies sind z.B. eine positive Auswirkungen auf den Gewichtsstatus, Typ 2 Diabetes, die Knochenmineralisation oder auch die schulische Leistungsfähigkeit von Kindern und Jugendlichen (4). Im Speziellen der Obst- und Gemüseverzehr gilt als vorbeugend gegenüber Krebserkrankungen (5). Aktuelle Empfehlungen für eine ausgewogene Ernährung bei Kindern und Jugendlichen orientieren sich an der optimierten Mischkost (6), die in ihren Kernaussagen auch Kampagnen wie „5 am Tag“ (<http://www.5amtag.de>) unterstützt (zum Gemüsekonsum siehe auch Faktenblatt „Gemüsekonsum von Kindern und Jugendlichen“).

Wie wurde der Gemüsekonsum erfasst?

Die Jugendlichen wurden gefragt, wie häufig sie Gemüse essen. Die siebenstufige Antwortmöglichkeit reichte dabei von „nie“ bis zu „mehrmals pro Tag“. Die Tabellen 1 und 2 zeigen, wie sich die Verzehrhäufigkeit an Gemüse von „nie“ bis „mindestens einmal pro Tag“ differenziert nach Alterskategorie, familiärem Wohlstand und Migrationshintergrund für Mädchen und Jungen verteilt. In Abbildung 1 wird in Anlehnung an die derzeitige Empfehlung der Anteil derjenigen Mädchen und Jungen dargestellt, die (regelmäßig) mindestens einmal pro Tag Gemüse essen.

Hauptergebnisse

- 31,4% der Mädchen und 22,7% der Jungen essen mindestens ein Mal am Tag Gemüse. Damit sind deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede zu Ungunsten der Jungen erkennbar.
- Jungen und Mädchen konsumieren mit steigendem Alter weniger Gemüse. Dieser Altersunterschied ist bei Jungen deutlich stärker ausgeprägt als bei Mädchen.
- Jungen aus Familien mit niedrigem Wohlstand geben am häufigsten an, nie Gemüse zu essen (Jungen 9,3% vs. Mädchen 4,7%). Jugendliche mit hohem familiärem Wohlstand konsumieren insgesamt zu einem größeren Anteil täglich Gemüse im Vergleich zu Jugendlichen aus Familien mit niedrigem familiärem Wohlstand.
- In Bezug auf den Migrationshintergrund zeigen sich geringfügige Unterschiede. Tendenziell ist erkennbar, dass Mädchen und Jungen mit keinem oder einseitigen Migrationshintergrund den geringsten täglichen Gemüsekonsum aufweisen.

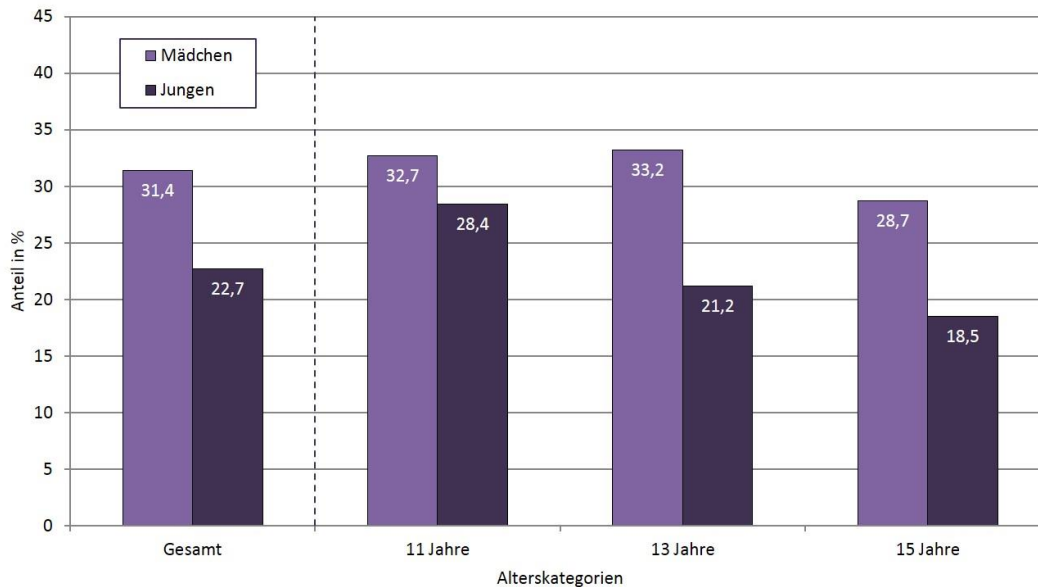


Abbildung 1: Anteil der Mädchen und Jungen, die täglich Gemüse konsumieren, nach Alter und Geschlecht (in %)

Bewertung und Schlussfolgerungen

Anhand der HBSC-Daten der Welle 2017/18 wird deutlich, dass Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung zur Förderung einer ausgewogenen Ernährung den Konsum von Obst- und Gemüse verstärkt berücksichtigen müssen. Da eine sehr große Diskrepanz im Obst- und Gemüsekonsum zwischen Jungen und Mädchen besteht, sind geschlechtersensible Interventionen mit einer Priorität für Jungen zu entwickeln. Zudem sind Interventionen gefordert, die möglichst frühzeitig ansetzen, um u.a. Vorlieben für Nahrungsmittel wie Obst und Gemüse zu beeinflussen. Die dargestellten Zusammenhänge deuten zudem an, dass sich Maßnahmen verstärkt an Kinder und Jugendliche mit niedrigen sozioökonomischen Status richten müssen. Der häufigere Obst- und Gemüsekonsum von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund legt zudem zielgruppenspezifische und kultursensible Präventionsansätze nahe. Insgesamt sollten die Interventionen die Verfügbarkeit und den Zugang von Obst und Gemüse im häuslichen, schulischen und kommunalen Umfeld erhöhen (7).

Literatur

1. Borrmann, A. & Mensink, G. B.M. (2015). Obst- und Gemüsekonsum von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt, 58, 1005-14.
2. Mensink, G. B. M., Haftenberger, M., Brettschneider, A.-K., Barbosa, C. L., Perlitz, H., Patelakis, E. et al. (2017). EsKiMo II – die Ernährungsstudie als Modul in KiGGS Welle 2. Journal Health Monitoring, 2 (S3).
3. Kaikkonen, J.E., Mikkilä, V. & Raitakari, O.T. (2014). Role of childhood food patterns on adult cardiovascular disease risk. Cur Athero Rep, 16, 443.
4. Dupuy, M., Godeau, E., Vignes, C. et al. (2011). Socio-demographic and lifestyle factors associated with overweight in a representative sample of 11-15 year olds in France: Results from the WHO-Collaborative Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) cross-sectional study. BMC Public Health, 11, 442.
5. Aune, D., Giovannucci, E., Boffetta, P., Fadnes, L. T., Keum, N., Norat, T. et al. (2017). Fruit and vegetable intake and the risk of cardiovascular disease, total cancer and all-cause mortality-a systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies. Int J Epidemiol, 46, 1029-56.
6. Kersting, M., Kalhoff, H. & Lücke, T. (2017). Von Nährstoffen zu Lebensmitteln und Mahlzeiten: das Konzept der Optimalen Mischkost für Kinder und Jugendliche in Deutschland. Aktuelle Ernährungsmedizin, 42, 304-15.
7. Ganann, R., Fitzpatrick-Lewis, D., Ciliska, D. et al. (2014). Enhancing nutritional environments through access to fruit and vegetables in schools and homes among children and youth: a systematic review. BMC Research Notes, 7, 422.

Tabelle 1: Gemüsekonsum von **Mädchen** nach Alter, familiärem Wohlstand und Migrationshintergrund (in %)¹

	Nie	Seltener als ein Mal/Woche	Mindestens ein Mal/Woche	Mindestens ein Mal täglich
	%	%	%	%
Mädchen gesamt (n=2.281)	2,9	5,1	60,6	31,4
Alterskategorien				
11 Jahre (n=702)	4,8	7,0	55,5	32,6
13 Jahre (n=713)	1,5	4,4	61,0	33,2
15 Jahre (n=866)	2,4	4,1	64,7	28,8
Familiärer Wohlstand (n=2.245)				
Niedrig (n=437)	4,7	5,6	61,6	28,1
Mittel (n=1.411)	2,0	4,5	64,0	29,4
Hoch (n=397)	3,6	6,6	47,9	41,9
Migrationshintergrund (n=2.277)				
Kein (n=1.459)	2,3	4,5	62,9	30,2
Einseitig (n=265)	3,7	4,5	59,9	31,8
Beidseitig (n=553)	3,7	6,7	55,6	34,0
Gesamt				
Jungen und Mädchen (n=4.276)	4,9	6,2	61,8	27,1

Tabelle 2: Gemüsekonsum von **Jungen** nach Alter, familiärem Wohlstand und Migrationshintergrund (in %)¹

	Nie	Seltener als ein Mal/Woche	Mindestens ein Mal/Woche	Mindestens ein Mal täglich
	%	%	%	%
Jungen gesamt (n=1.995)	6,9	7,4	63,0	22,7
Alterskategorien				
11 Jahre (n=648)	8,0	6,9	56,6	28,4
13 Jahre (n=684)	5,1	7,4	66,3	21,2
15 Jahre (n=663)	7,6	7,9	66,0	18,5
Familiärer Wohlstand (n=1.950)				
Niedrig (n=295)	9,3	9,3	62,0	19,5
Mittel (n=1.351)	6,3	7,2	63,9	22,6
Hoch (n=304)	7,8	6,9	61,1	24,2
Migrationshintergrund (n=1.991)				
Kein (n=1.283)	6,7	7,9	63,1	22,3
Einseitig (n=211)	9,0	5,6	64,4	21,0
Beidseitig (n=497)	6,6	6,8	61,9	24,7
Gesamt				
Jungen und Mädchen (n=4.276)	4,9	6,2	61,8	27,1

¹ Angaben zur absoluten Häufigkeit n beziehen sich auf die ungewichteten Daten; Prozentangaben beziehen sich auf die gewichteten Daten

Bitte zitieren Sie dieses Faktenblatt wie folgt:

HBSC-Studienverbund Deutschland* (2020). Studie Health Behaviour in School-aged Children – Faktenblatt „Gemüsekonsum von Kindern und Jugendlichen“ (AutorInnen Bucksch, Vondung, Sudeck).

AutorInnen: Jens Bucksch, Catherina Vondung, Gorden Sudeck

Kontakt HBSC-Studie

Prof. Dr. Matthias Richter
Institut für Medizinische Soziologie (IMS)
Medizinische Fakultät
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Magdeburger Straße 8
06112 Halle (Saale)
Tel +49 (0) 345 | 557 1166
Fax +49 (0) 345 | 557 1165

E-Mail: hbsc-germany@medizin.uni-halle.de



*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)