



Themenblatt

## Konsum zuckerhaltiger Erfrischungsgetränke

Die Ursache von Adipositas im Kindes- und Jugendalter erscheint zunächst klar: die Energieaufnahme der Heranwachsenden übersteigt dauerhaft deren Energieverbrauch. Ein genauer Blick auf die Ursachen zeigt aber, dass Adipositas im Kindes- und Jugendalter von einer Vielzahl von Faktoren abhängig ist. Die unterschiedlichen genetischen Voraussetzungen interagieren mit einer sich wandelnden Umwelt, die häufig einen sitzenden Lebensstil begünstigt und von einem Überangebot an energiereichen Lebensmitteln geprägt ist. Die Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen wie die Familie, die Kita, die Schule sowie die unmittelbare Wohnumgebung werden ihrerseits durch soziale, ökonomische und politische Rahmenbedingungen beeinflusst. Adipositas im Kindes- und Jugendalter kann daher einerseits beim Individuum auf das Wechselspiel unterschiedlicher Einflussfaktoren zurückgeführt werden. Andererseits sind Kinder und Jugendliche in bestimmten Bevölkerungsgruppen und Entwicklungsphasen besonders anfällig für die Entwicklung von Adipositas.

Die auf diesem Themenblatt dargestellten Indikatoren sind Bestandteil des AdiMon-Indikatorensystems. Ziel von AdiMon ist es, regelmäßig aktualisierte und bevölkerungswide aussagekräftige Daten über die Einflussfaktoren der Adipositas, umgesetzte Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung sowie über die Verbreitung von Adipositas im Kindes- und Jugendalter systematisch zusammenzustellen und öffentlich verfügbar zu machen.

### Kernaussagen

- Laut KiGGS Welle 2 (2014–2017) trinken 20 % der Heranwachsenden täglich zuckerhaltige Erfrischungsgetränke.
- Bei Jungen ist die Häufigkeit des täglichen Konsums zuckerhaltiger Erfrischungsgetränke mit 22 % deutlich höher als bei Mädchen mit 17 %.
- Im Vergleich zur KiGGS-Basiserhebung (2003–2006) ist der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die täglich zuckerhaltige Erfrischungsgetränke trinken, deutlich gesunken.

### Hintergrund

Der Konsum zuckerhaltiger Erfrischungsgetränke – unter denen üblicherweise mit Zucker gesüßte Fruchtgetränke oder Limonaden verstanden werden [1] – wird seit einigen Jahren als bedeutender Einflussfaktor der Adipositas diskutiert. Die überwiegende Anzahl der Übersichtsarbeiten zu diesem Thema kommt zu dem Ergebnis, dass ein regelmäßiger Konsum zuckerhaltiger Erfrischungsgetränke mitverantwortlich für die Entwicklung von Adipositas im Kindes- und Jugendalter gemacht werden kann [2-4]. Als mögliche Ursachen für diesen Zusammenhang werden der hohe Energiegehalt bei niedrigem Sättigungseffekt, der hohe glykämische Index (ein Maß, das angibt, wie stark der Blutzucker nach Verzehr eines kohlenhydrathaltigen Lebensmittels ansteigt) und der häufig hohe Fruktosegehalt von zuckerhaltigen Erfrischungsgetränken diskutiert [5]. Darüber hinaus zeigen Kinder und Jugendliche, die regelmäßig zuckerhaltige Erfrischungsgetränke konsumieren, häufig weitere adipositasbegünstigende Verhaltensweisen wie einen hohen Fernsehkonsum oder einen hohen Konsum energiedichter Snacks [6, 7]. Deutschland hat im internationalen Vergleich einen hohen Absatz von Erfrischungsgetränken, der sich seit den 1970er Jahren, nach einer langen Phase des Anstiegs, mehr als verdoppelt hat [8]. Seit 2013 ist der Absatz von Erfrischungsgetränken in Deutschland jedoch rückläufig [9].

### Indikatoren und Datenquellen

Indikator ist der Anteil der 3- bis 17-jährigen Mädchen und Jungen, die täglich zuckerhaltige Erfrischungsgetränke trinken (**Indikator C.2.1**). Datenquelle ist die „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ (KiGGS-Studie) des

Robert Koch-Instituts (RKI), die auf einer bundesweiten bevölkerungsrepräsentativen Einwohnermeldeamtsstichprobe basiert und Querschnitts- und Längsschnittdaten zur gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen liefert [10]. Die verwendeten Daten stammen aus der KiGGS-Basiserhebung (2003–2006) und der KiGGS Welle 2 (2014–2017) [11]. In beiden Erhebungen wurde der Konsum zuckerhaltiger Erfrischungsgetränke anhand eines Verzehrhäufigkeitsfragebogens erhoben, der von den Kindern und Jugendlichen (bei 11- bis 17-Jährigen) bzw. deren Eltern (bei 3- bis 10-Jährigen) ausgefüllt wurde [12, 13]. Zwischen den Erhebungen wurde der Fragebogen leicht modifiziert. In der KiGGS-Basiserhebung wurden Energy Drinks und in KiGGS Welle 2 kalorienreduzierte Getränke jeweils separat erfasst und im Indikator nicht berücksichtigt.

### Ergebnisse

Laut KiGGS Welle 2 (2014–2017) trinken 20 % der Kinder und Jugendlichen täglich zuckerhaltige Erfrischungsgetränke (**Indikator C.2.1**). Bei Mädchen beträgt der Anteil 17 % und bei Jungen 22 %. Mit zunehmendem Alter steigen die Anteile bei Mädchen und Jungen. In der Altersgruppe der 3- bis 6-jährigen konsumieren 10 % der Mädchen und 13 % der Jungen täglich zuckerhaltige Erfrischungsgetränke, in der Altersgruppe der 14- bis 17-jährigen sind es 21 % der Mädchen und 32 % der Jungen. Im Vergleich zur KiGGS-Basiserhebung (2003–2006) sind die Anteile bei Mädchen und Jungen in allen Altersgruppen deutlich gesunken. Weiterführende Auswertungen der KiGGS-Daten zeigen, dass ein täglicher Konsum zuckerhaltiger Erfrischungsgetränke vor allem bei Kindern und Jugendlichen aus niedrigen sozialen Statusgruppen verbreitet ist [13].

## Einordnung der Ergebnisse

Ein Fünftel der Kinder und Jugendlichen in Deutschland konsumiert laut KiGGS Welle 2 (2014–2017) täglich zuckerhaltige Erfrischungsgetränke. Bei der Interpretation der Daten muss beachtet werden, dass es sich um Selbstangaben handelt. Es kann also nicht ausgeschlossen werden, dass die Ergebnisse durch Erinnerungsfehler oder soziale Erwünschtheit (d. h. einem Antwortverhalten, bei dem die Befragten eher die Antwort geben, von der sie glauben, dass sie auf Zustimmung trifft [14]) verzerrt sind. Zudem wurde in der KiGGS-Basiserhebung die Verzehrhäufigkeit kalorienreduzierter Erfrischungsgetränke nicht differenziert erfasst. Studien zeigen jedoch, dass diese Getränke in den letzten Jahren nur einen kleinen Anteil an den von Kindern und Jugendlichen konsumierten und in Geschäften angebotenen gesüßten Erfrischungsgetränken ausmachen [13, 15]. Mit Zuckerersatzstoffen gesüßte Erfrischungsgetränke werden hinsichtlich ihrer gesundheitlichen Auswirkungen und ihrer Rolle bei der Entstehung von Übergewicht und Adipositas kontrovers diskutiert [16].

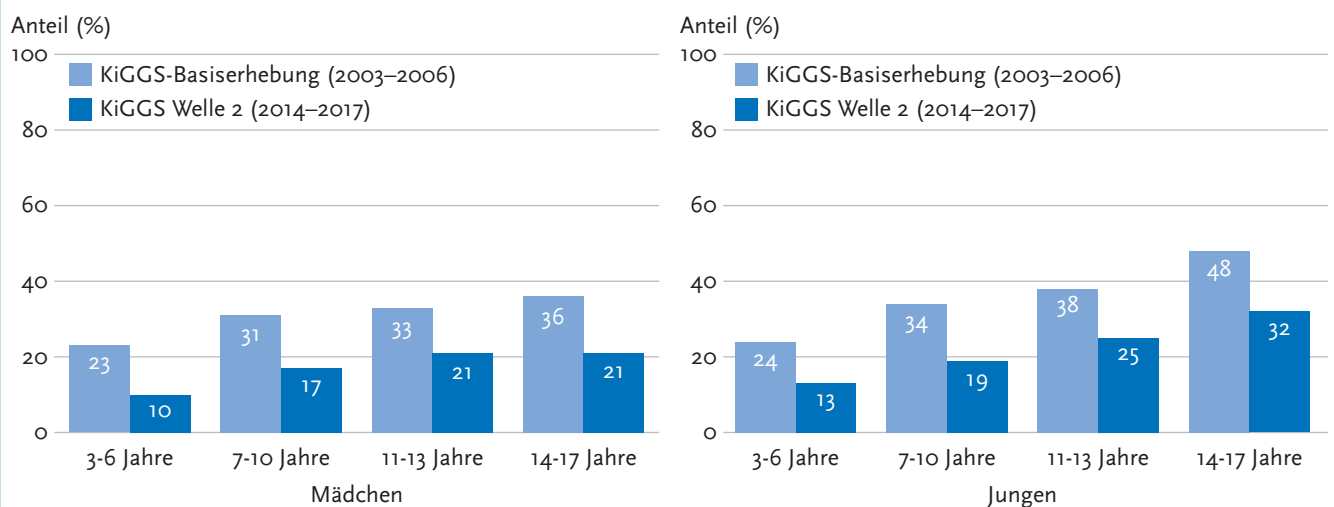
Grundsätzlich gilt sowohl für Kinder und Jugendliche als auch für Erwachsene die Empfehlung, den täglichen Flüssigkeitsbedarf über Wasser oder ungezuckerte Kräuter- und Früchtetees zu decken [17]. Die Qualitätsstandards der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) für die Verpflegung in Kitas und Schulen sehen ebenfalls vor, dass Wasser und ungesüßter Tee zur freien

Verfügung stehen und keine zuckerhaltigen Getränke angeboten werden sollten [18, 19]. Neben Ernährungs- und Angebotsempfehlungen werden weitere Maßnahmen diskutiert, um den Konsum von zuckerhaltigen Erfrischungsgetränken in der Bevölkerung im Allgemeinen und speziell unter Kindern und Jugendlichen zu senken. Hierzu zählen Präventions- und Marketingkampagnen für Wasser oder andere ungesüßte Getränke, Aufstellverbote für Verkaufsautomaten mit zuckerhaltigen Erfrischungsgetränken in Bildungs- und Betreuungseinrichtungen, gesetzliche Einschränkungen für die Bewerbung von zuckerhaltigen Erfrischungsgetränken, verbesserte Produktkennzeichnungen, verpflichtende Grenzwerte für den Zuckergehalt in Getränken und die Einführung einer **i Süßgetränksteuer** [20-22].

**i** Als Süßgetränksteuer wird eine Steuer bezeichnet, die ausschließlich auf gesüßte, alkoholfreie Getränke erhoben wird. Die Weltgesundheitsorganisation spricht sich für die Einführung einer Süßgetränksteuer aus, um den Zuckerkonsum der Bevölkerung zu senken und damit auch der Entwicklung von Adipositas vorzubeugen [23]. In Deutschland hat sich unter anderem die „Deutsche Allianz Nichtübertragbarer Krankheiten (DANK)“, ein Zusammenschluss von Fachgesellschaften, Verbänden und Forschungseinrichtungen, dieser Forderung angeschlossen [24]. Mittlerweile haben zahlreiche Länder und Regionen eine Süßgetränksteuer eingeführt bzw. ihre Einführung geplant (z. B. Mexiko, San Francisco, Großbritannien und Frankreich) [20].

### Indikator C.2.1: Konsum zuckerhaltiger Erfrischungsgetränke

Anteil der 3- bis 17-jährigen Mädchen und Jungen, die täglich zuckerhaltige Erfrischungsgetränke konsumieren (in Prozent).



Datenquelle KiGGS-Studie

Datenhalter Robert Koch-Institut

Aktualität 2014–2017

Periodizität Mehrjährig

Regionalität Deutschland

## Literatur

1. Le Bodo Y, Paquette M-C, De Wals P (2016) Taxing soda for public health: a canadian perspective. Springer International Publishing, Basel
2. Keller A, Bucher Della Torre S (2015) Sugar-sweetened beverages and obesity among children and adolescents: a review of systematic literature reviews. *Childhood Obesity* 11(4):338-346
3. Malik VS, Pan A, Willett WC et al. (2013) Sugar-sweetened beverages and weight gain in children and adults: a systematic review and meta-analysis. *The American Journal of Clinical Nutrition* 98(4):1084-1102
4. Bes-Rastrollo M, Schulze MB, Ruiz-Canela M et al. (2014) Financial conflicts of interest and reporting bias regarding the association between sugar-sweetened beverages and weight gain: a systematic review of systematic reviews. *PLOS Medicine* 10(12):e1001578
5. Agostoni C, Braegger C, Decsi T et al. (2011) Role of dietary factors and food habits in the development of childhood obesity: a commentary by the ESPGHAN committee on nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 52(6):662-669
6. Hobbs M, Pearson N, Foster PJ et al. (2014) Sedentary behaviour and diet across the lifespan: an updated systematic review. *British Journal of Sports Medicine* 49(18):1179-1188
7. Ambrosini GL (2014) Childhood dietary patterns and later obesity: a review of the evidence. *Proceedings of the Nutrition Society* 73(01):137-146
8. von Philipsborn P, Heise TL, Lhachimi SK et al. (2017) Adipositas-Prävention: Eine Steuer auf Süßgetränke ist an der Zeit. *Deutsches Ärzteblatt* 114(4):A 160-165
9. Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL) (2017) Statistisches Jahrbuch über Ernährung, Landwirtschaft und Forsten der Bundesrepublik Deutschland. BMEL, Bonn
10. Kurth B-M, Kamtsiuris P, Hölling H et al. (2008) The challenge of comprehensively mapping children's health in a nation-wide health survey: design of the German KiGGS-Study. *BMC Public Health* 8:196
11. Mauz E, Gößwald A, Kamtsiuris P et al. (2017) Neue Daten für Taten. Die Datenerhebung zur KiGGS Welle 2 ist beendet. *Journal of Health Monitoring* 2(S3):2-28
12. Mensink GBM, Kleiser C, Richter A (2007) Lebensmittelverzehr bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 50(5-6):609-623
13. Mensink GBM, Schienkiewitz A, Rabenberg M et al. (2018) Konsum zuckerhaltiger Erfrischungsgetränke bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring* 3(1):32-29
14. Diekmann A (2009) Empirische Sozialforschung: Grundlagen, Methoden, Anwendungen. Rowohlt Verlag, Hamburg
15. Huizinga O, Hubert M (2017) The content of caloric and non-caloric sweeteners in soft drinks in Germany. *Obesity Medicine* 6:11-14
16. Borges MC, Louzada ML, de Sá TH et al. (2017) Artificially sweetened beverages and the response to the global obesity crisis. *PLOS Medicine* 14(1):e1002195
17. Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) (2020) Vollwertig essen und trinken nach den 10 Regeln der DGE. [www.dge.de/ernaehrungspraxis/vollwertige-ernaehrung/10-regeln-der-dge](http://www.dge.de/ernaehrungspraxis/vollwertige-ernaehrung/10-regeln-der-dge) (Stand: 21.04.2020)
18. Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) (2015) DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung in Tageseinrichtungen für Kinder. DGE, Bonn
19. Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) (2018) DGE-Qualitätsstandard für die Schulverpflegung. DGE, Bonn
20. von Philipsborn P, Hauck C, Gatzemeier J et al. (2017) Süßgetränke und Körpergewicht: Zusammenhänge und Interventionsmöglichkeiten. *Adipositas – Ursachen, Folgeerkrankungen, Therapie* 11(3):140-145
21. Lobstein T (2014) Reducing consumption of sugar-sweetened beverages to reduce the risk of childhood overweight and obesity. [www.who.int/elena/bbc/ssbs\\_childhood\\_obesity/en](http://www.who.int/elena/bbc/ssbs_childhood_obesity/en) (Stand: 21.04.2020)
22. von Philipsborn P, Stratil JM, Burns J et al. (2019) Environmental interventions to reduce the consumption of sugar-sweetened beverages and their effects on health. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (6)
23. World Health Organization (WHO) (2016) Taxes on sugary drinks: Why do it? WHO, Geneva
24. Effertz T, Garlich D, Gerlach S et al. (2015) Wirkungsvolle Prävention chronischer Krankheiten. *Prävention und Gesundheitsförderung* 10(1):95-100

## Weitere Informationen

[www.kiggs-studie.de](http://www.kiggs-studie.de)  
[www.dank-allianz.de](http://www.dank-allianz.de)



Bevölkerungswieites Monitoring  
adipositasrelevanter Einflussfaktoren  
im Kindes- und Jugendalter

Robert Koch-Institut · Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring  
Fachgebiet Gesundheitsverhalten · General-Pape-Straße 62-66 · 12101 Berlin



Dieses Werk ist lizenziert unter einer [Creative Commons Namensnennung 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

#### **Zitierweise**

Robert Koch-Institut (RKI) (2020) AdiMon-Themenblatt: Konsum zuckerhaltiger Erfrischungsgetränke (Stand: 1. Juli 2020).  
[www.rki.de/adimon](http://www.rki.de/adimon)

#### **Förderungshinweis**

Diese Arbeit wurde unterstützt durch Förderungen des Bundesministeriums für Gesundheit  
(Förderkennzeichen ZMV11-2518KIG700).

---