



Schriftliche Anfrage

des Abgeordneten **Markus Rinderspacher SPD**
vom 21.12.2017

Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen

Ich frage die Staatsregierung:

1. a) Wie viele Kinder bis zum 13. Lebensjahr und Jugendliche zwischen 14 und 17 Jahren gelten in Bayern als übergewichtig?
b) Bei wie vielen Kindern in der 1. Klasse wurde bei der Schuleingangsuntersuchung im Schuljahr 2017/2018 Übergewicht festgestellt?
c) Wie viele Kinder mit Übergewicht in der 1. Klasse gab es seit dem Schuljahr 2009/2010 (bitte Angaben pro Jahr)?
2. a) Gibt es in Bayern beim Übergewicht von Kindern und Jugendlichen regionale Unterschiede bzw. Unterschiede zwischen Stadt und Land (wenn ja, bitte Unterschiede in den Kommunen, Landkreisen und Regierungsbezirken aufzeigen)?
b) Inwieweit gibt es in Bayern einen Zusammenhang zwischen der Finanzstärke des Haushalts, dem Geschlecht und der Adipositasrate?
c) Wie hat sich die Adipositasrate in Bayern im Allgemeinen in den vergangenen zehn Jahren im Vergleich zu den anderen Bundesländern entwickelt?
3. a) Welche Entwicklungsstörungen sind nach Kenntnissen der Staatsregierung bei Kindern und Jugendlichen mit Übergewicht zu beobachten?
b) Welche Ursachen sieht die Staatsregierung in der Zunahme von Adipositas und damit verbundenen körperlichen und psychischen Folgeerkrankungen bei Kindern?
c) Welche Maßnahmen im Bereich Prävention und Therapie unterstützt und plant die Staatsregierung, um der Adipositas und den damit verbundenen körperlichen und psychischen Folgeerkrankungen bei Kindern zu begegnen?
4. a) Inwieweit sind öffentliche Kinderbetreuungseinrichtungen und Schulen auf die Zielgruppe „Kinder mit Übergewicht“ vorbereitet?
b) Inwieweit gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Body-Mass-Index (BMI) von Schülern und schlechten Schulleistungen bzw. Schulnoten?
5. c) Wie reagiert der Schulsport auf einen Zuwachs von Kindern mit Übergewicht?
5. a) Welche Beratungs- und Therapieangebote gibt es speziell in Bayern für Kinder mit Übergewicht bzw. Adipositas und deren Eltern?
b) Plant die Staatsregierung eine Ausweitung des Schulsports durch eine zusätzliche Schulstunde im Schulfach Sport?
c) Welche aktuellen Daten zum Ernährungsverhalten und zur Zahl übergewichtiger Erwachsener liegen in Bayern vor?
6. a) Welche Fördergelder zur Prävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen stellten seit 2010 der Bund, der Freistaat und die bayerischen Kommunen im Konkreten zur Verfügung (bitte nach Jahren aufschlüsseln)?
b) Welche dauerhaften Strukturen und Institutionen wurden in Bayern seit 2010 für die Bekämpfung von Übergewicht und Fehlernährung in Deutschland geschaffen, insbesondere im schulnahen Bereich?
c) Welche Forschungsprojekte zum Themenkomplex Übergewicht gibt es in Bayern?
7. a) Welche aktuellen Daten zum Ernährungsverhalten und zur Zahl übergewichtiger Kinder und Jugendlicher liegen in Bayern vor?
b) Welche Bewertungen liegen der Staatsregierung zum Ernährungsangebot in bayerischen Schulkantinen vor?
c) Wie muss nach Einschätzung der Staatsregierung Kindermarketing zum Kinderschutz gewährleistet werden, damit diese nicht mehr zum Konsum von zu zucker- und fetthaltigen Nahrungsmitteln verleitet werden?
8. a) Wie bewertet die Staatsregierung die Fettsteuer, die in Dänemark seit 2011 erhoben wird?
b) Wie bewertet die Staatsregierung eine Zuckerabgabe auf Getränke mit Zuckerzusatz oder Ersatzstoffen, die in Frankreich erhoben wird?
c) Wie beurteilt die Staatsregierung die Einschätzung, dass Lebensmittel mit einem ungesunden Ernährungsprofil, etwa mit hohem Anteil an Zucker, Salz oder Fett, nicht steuerbegünstigt bleiben sollten?

Antwort

des Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege im Einvernehmen mit dem Staatsministerium für Familie, Arbeit und Soziales, dem Staatsministerium für Unterricht und Kultus, dem Staatsministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten, dem Staatsministerium der Finanzen, für Landesentwicklung und Heimat, dem Staatsministerium für Umwelt und Verbraucherschutz und dem Staatsministerium für Wirtschaft, Energie und Technologie

vom 28.03.2018

1. a) Wie viele Kinder bis zum 13. Lebensjahr und Jugendliche zwischen 14 und 17 Jahren gelten in Bayern als übergewichtig?

Daten zur Prävalenz von Übergewicht und Adipositas für die genannten Altersgruppen liegen nur für Deutschland insgesamt aus der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) des Robert-Koch-Instituts vor. Daten aus der zweiten Folgeerhebung von KiGGS (2014–2017) zeigen, dass im Vergleich zur KiGGS-Basiserhebung (2003–2006) insgesamt und in allen Altersgruppen kein weiterer Anstieg der Übergewichts- und Adipositasprävalenzen zu beobachten ist.

Anhand der Daten der Schuleingangsuntersuchungen (für 5- bis 6-Jährige) in Bayern und des Mikrozensus (für Erwachsene) ist davon auszugehen, dass die Prävalenzraten in Bayern unter dem Bundesdurchschnitt liegen.

Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland		
Alter	Übergewicht in %	Adipositas in %
3–6	6,2	2,9
7–10	9,0	6,4
11–13	11,4	7,2
14–17	8,6	8,5

Quelle: B.-M. Kurth, A. Schaffrath Rosario: Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 2007.

b) Bei wie vielen Kindern in der 1. Klasse wurde bei der Schuleingangsuntersuchung im Schuljahr 2017/2018 Übergewicht festgestellt?

Bei der Schuleingangsuntersuchung werden Kinder im Vorschulalter (letztes Kindergartenjahr, Kinder sind im Mittel 5,8 Jahre alt) untersucht. Angaben zum Gewicht von Kindern in der 1. Klasse sind nicht durch die Schuleingangsuntersuchung vorhanden.

Die aktuellsten Daten aus den bayerischen Schuleingangsuntersuchungen liegen zum Schuljahr 2014/2015 vor.

In Bayern liegt hier der Anteil übergewichtiger Kinder zum Schuljahr 2014/2015 bei 5,1 Prozent.

c) Wie viele Kinder mit Übergewicht in der 1. Klasse gab es seit dem Schuljahr 2009/2010 (bitte Angaben pro Jahr)?

In Bayern liegt der Anteil übergewichtiger Kinder seit der Schuleingangsuntersuchung zum Schuljahr 2009/2010 im Mittel bei 5,2 Prozent.

Übergewicht und Adipositas bei Einschulungskindern in Bayern			
Schuljahr	Anzahl untersuchte Kinder*	Übergewicht in %	Adipositas in %
2009/2010	114.081	5,2	3,2
2010/2011	96.863	5,2	3,2
2011/2012	102.384	5,3	3,3
2012/2013	nicht ausgewertet		
2013/2014	101.452	5,2	3,3
2014/2015	102.801	5,1	3,2

Quelle: Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL), Schuleingangsuntersuchungen

* Die Angaben beziehen sich auf alle erstuntersuchten Kinder, mit Angabe zu Alter, Geschlecht und BMI.

2. a) Gibt es in Bayern beim Übergewicht von Kindern und Jugendlichen regionale Unterschiede bzw. Unterschiede zwischen Stadt und Land (wenn ja, bitte Unterschiede in den Kommunen, Landkreisen und Regierungsbezirken aufzeigen)?

Daten dazu liegen nur aus den Schuleingangsuntersuchungen vor, nicht für die anderen Altersstufen. Erwartungsgemäß zeigen sich auch bei Übergewicht und Adipositas regionale Unterschiede in Bayern. Sie folgen in der großflächigen Verteilung der sozioökonomischen Situation der Regionen (siehe dazu auch den Bayerischen Kindergesundheitsbericht 2015 sowie den Gesundheitsreport Bayern 1/2012).

Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei Kindern zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung zum Schuljahr 2014/2015			
Region	Insgesamt in Prozent		Anzahl untersuchte Kinder ²
	Übergewicht	Adipositas	
Ingolstadt (Krfr. St)	5,9	3,5	1.116
München (Krfr. St)	5,6	3,5	11.328

Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei Kindern zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung zum Schuljahr 2014/2015			
Region	Insgesamt in Prozent		Anzahl untersuchte Kinder ²
	Übergewicht	Adipositas	
Rosenheim (Krfr. St) ¹	4,3	2,4	2.644
Altötting (Lkr)	4,5	2,7	913
Berchtesgadener Land (Lkr)	5,5	3,1	708
Bad Tölz-Wolfratshausen (Lkr)	4,8	2	1.112
Dachau (Lkr)	4,9	1,9	1.386
Ebersberg (Lkr)	4,6	1,6	1.341
Eichstätt (Lkr)	5,4	3	1.188
Erding (Lkr)	4	2,1	1.148
Freising (Lkr)	3,8	2,6	1.540
Fürstenfeldbruck (Lkr)	5	2,7	1.830
Garmisch-Partenkirchen (Lkr)	4,7	2	684
Landsberg am Lech (Lkr)	3,3	1,4	1.174
Miesbach (Lkr)	4,5	2,3	777
Mühldorf a. Inn (Lkr)	5,3	3,6	909
München (Lkr)	3,4	2	3.476
Neuburg-Schrobenhausen (Lkr)	5,7	2,8	845
Pfaffenhofen a. d. Ilm (Lkr)	5,4	4	1.068
Rosenheim (Lkr) ¹	4,3	2,4	2.644
Starnberg (Lkr)	4,6	1,9	1.360
Traunstein (Lkr)	3,4	2,4	1.401
Weilheim-Schongau (Lkr)	4	2,9	1.070
Oberbayern	4,8	2,7	39.018
Landshut (Krfr. St) ¹	5,3	2,8	1.930
Passau (Krfr. St) ¹	6,7	4,3	1.796

Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei Kindern zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung zum Schuljahr 2014/2015			
Region	Insgesamt in Prozent		Anzahl untersuchte Kinder ²
	Übergewicht	Adipositas	
Straubing (Krfr. St) ¹	5,1	3,6	1.199
Deggendorf (Lkr)	6,4	3,7	864
Freyung-Grafenau (Lkr)	6,9	3,7	564
Kelheim (Lkr)	4,9	4,1	1.054
Landshut (Lkr) ¹	5,3	2,8	1.930
Passau (Lkr) ¹	6,7	4,3	1.796
Regen (Lkr)	7,2	3,6	609
Rottal-Inn (Lkr)	5	3,3	1.023
Straubing-Bogen (Lkr) ¹	5,1	3,6	1.199
Dingolfing-Landau (Lkr)	4,4	4,8	776
Niederbayern	5,7	3,7	9.815
Amberg (Krfr. St) ¹	5,3	3,2	1.201
Regensburg (Krfr. St) ¹	4,3	3,1	2.696
Weiden i. d. OPf. (Krfr. St) ¹	5,5	4	956
Amberg-Sulzbach (Lkr) ¹	5,3	3,2	1.201
Cham (Lkr)	7,7	3,5	859
Neumarkt i. d. OPf. (Lkr)	4,3	3,1	1.054
Neustadt a. d. Waldnaab (Lkr) ¹	5,5	4	956
Regensburg (Lkr) ¹	4,3	3,1	2.696
Schwandorf (Lkr)	5	4	1.061
Tirschenreuth (Lkr)	6,9	4,7	551
Oberpfalz	5,2	3,5	8.378
Bamberg (Krfr. St) ¹	4,7	2,9	1.717
Bayreuth (Krfr. St) ¹	6,3	3	1.065

Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei Kindern zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung zum Schuljahr 2014/2015			
Region	Insgesamt in Prozent		Anzahl untersuchte Kinder ²
	Übergewicht	Adipositas	
Coburg (Krfr. St) ¹	5,7	3,4	1.020
Hof (Krfr. St) ¹	5,8	3,9	1.045
Bamberg (Lkr) ¹	4,7	2,9	1.717
Bayreuth (Lkr) ¹	6,3	3	1.065
Coburg (Lkr) ¹	5,7	3,4	1.020
Forchheim (Lkr)	3,7	2,7	937
Hof (Lkr) ¹	5,8	3,9	1.045
Kronach (Lkr)	5,1	5,5	434
Kulmbach (Lkr)	4,4	3,8	528
Lichtenfels (Lkr)	6,3	4,4	520
Wunsiedel i. Fichtelgebirge (Lkr)	6,6	6,1	441
Oberfranken	5,3	3,6	7.707
Ansbach (Krfr. St) ¹	7,1	3,7	1.835
Erlangen (Krfr. St) ¹	4,4	2,8	2.200
Fürth (Krfr. St)	4,9	5,2	968
Nürnberg (Krfr. St)	5,9	4,3	4.059
Schwabach (Krfr. St) ¹	4,8	2,5	1.384
Ansbach (Lkr) ¹	7,1	3,7	1.835
Erlangen-Höchstadt (Lkr) ¹	4,4	2,8	2.200
Fürth (Lkr)	5,6	2,1	975
Nürnberger Land (Lkr)	6,7	3,6	1.413
Neustadt a. d. Aisch-Bad Windsheim (Lkr)	6,8	3,1	797
Roth (Lkr) ¹	4,8	2,5	1.384
Weißenburg-Gunzenhausen (Lkr)	5,8	4,9	774
Mittelfranken	5,8	3,6	14.405

Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei Kindern zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung zum Schuljahr 2014/2015			
Region	Insgesamt in Prozent		Anzahl untersuchte Kinder ²
	Übergewicht	Adipositas	
Aschaffenburg (Krfr. St) ^{1, 3}	-	-	-
Schweinfurt (Krfr. St) ¹	4,7	3,6	1.293
Würzburg (Krfr. St) ¹	3,7	2,2	2.115
Aschaffenburg (Lkr) ^{1, 3}	-	-	-
Bad Kissingen (Lkr)	5,7	3,3	758
Rhön-Grabfeld (Lkr)	4,2	2,4	615
Haßberge (Lkr)	2,9	2,9	588
Kitzingen (Lkr)	6,4	4,5	706
Miltenberg (Lkr)	5,9	3,8	921
Main-Spessart (Lkr)	4,7	1,9	1.036
Schweinfurt (Lkr) ¹	4,7	3,6	1.293
Würzburg (Lkr) ¹	3,7	2,2	2.115
Unterfranken	4,7	3	8.032
Augsburg (Krfr. St)	5,1	4,5	2.273
Kaufbeuren (Krfr. St) ¹	5	2,4	1.445
Kempten (Allgäu) (Krfr. St) ¹	4,9	2,2	1.750
Memmingen (Krfr. St)	6	3,6	331
Aichach-Friedberg (Lkr)	4	3,2	1.157
Augsburg (Lkr)	4,5	2,8	2.171
Dillingen a. d. Donau (Lkr)	7,5	4,7	809
Günzburg (Lkr)	5,1	3,5	1.024
Neu-Ulm (Lkr)	6,2	3,6	1.489
Lindau (Bodensee) (Lkr)	3,7	2,2	601
Ostallgäu (Lkr) ¹	5	2,4	1.445

Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei Kindern zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung zum Schuljahr 2014/2015			
Region	Insgesamt in Prozent		Anzahl untersuchte Kinder ²
	Übergewicht	Adipositas	
Unterallgäu (Lkr)	4,3	3,9	1.234
Donau-Ries (Lkr)	5,9	3,7	1.162
Oberallgäu (Lkr) ¹	4,9	2,2	1.750
Schwaben	5,1	3,3	15.446
Bayern	5,1	3,2	102.801

Quelle: LGL, Schuleingangsuntersuchungen

¹ Nur gemeinsame Daten für kreisfreie Stadt und Landkreis.

² Die Auswertung bezieht sich auf die erstuntersuchten Kinder mit gültigen Angaben.

³ Keine Daten vorhanden.

b) Inwieweit gibt es in Bayern einen Zusammenhang zwischen der Finanzstärke des Haushalts, dem Geschlecht und der Adipositasrate?

Angaben zur Finanzstärke oder zum sozioökonomischen Status des Haushalts werden bei der bayernweiten Schuleingangsuntersuchung nicht erhoben. Im Rahmen einer Befragung der Gesundheits-Monitoring-Einheiten (GME), einer freiwilligen Zusatzuntersuchung zu den Schuleingangsuntersuchungen in fünf Regionen, wird auch der Sozialstatus erhoben. Der Sozialstatus wird dabei als Summenindex aus dem Bildungsstand der Eltern und dem Erwerbsstatus in Anlehnung an den Brandenburger Sozialindex berechnet. Wie in anderen Bundesländern auch zeigt sich ein Zusammenhang zwischen Sozialstatus und Adipositas.

Tabelle zu Frage 2c

Adipositas bei Einschulungskindern, in Prozent							
Abfragejahr (die Angaben beziehen sich auf das jeweils aktuellste Untersuchungsjahr des jeweiligen Landes, d. h. auf leicht verschiedene Zeiträume)	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017
Baden-Württemberg				3,9	3,2	2,8	2,8
Bayern	3,9	3,4	3,5	3,3	3,2	3,2	3,2
Berlin	5,3	5	4,5	4,4	4	3,6	3,7
Brandenburg	5,1	4,1	3,7	3,6	4,3	3,9	4
Bremen	5,4	4,9	4,9	5,3	5,2	4,3	5,2

Sozialstatus und Adipositas im Einschulungsalter			
	niedrig	mittel	hoch
Anteil adipöser Kinder	6 %	4 %	2 %

Quelle: LGL, GME-Erhebungen, Schuljahre 2005/2006, 2006/2007 und 2007/2008 aggregiert, n=15.055

In der Schuleingangsuntersuchung zum Schuljahr 2014/2015 ist – wie in den Vorjahren – kein signifikanter Unterschied im Anteil adipöser Mädchen und Jungen zu erkennen.

Geschlecht und Adipositas im Einschulungsalter			
	Übergewicht in %	Adipositas in %	Anzahl untersuchte Kinder
weiblich	5,1	3,2	50.021
männlich	5,1	3,1	52.780
insgesamt	5,1	3,2	102.801

Quelle: LGL, Schuleingangsuntersuchungen

c) Wie hat sich die Adipositasrate in Bayern im Allgemeinen in den vergangenen zehn Jahren im Vergleich zu den anderen Bundesländern entwickelt?

Die Adipositasraten bei Einschulungskindern sind in der Tabelle dargestellt. Die Adipositasrate bei Einschulungskindern in Bayern ist niedriger als im Durchschnitt der anderen Länder. Der Anteil der adipösen Kinder hat in den letzten Jahren eine rückläufige Tendenz gezeigt und ist seit 2013 relativ konstant geblieben. Daten für Kinder und Jugendliche anderer Altersgruppen sind auf Länderebene nicht verfügbar.

Adipositas bei Einschulungskindern, in Prozent							
Abfragejahr (die Angaben beziehen sich auf das jeweils aktuellste Untersuchungsjahr des jeweiligen Landes, d. h. auf leicht verschiedene Zeiträume)	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017
Hamburg		5,4	4,9	5	4,7	4,6	4,4
Hessen	4,8	4,7	4,4	4,8	4,8	3,4	4,3
Mecklenburg-Vorpommern	6,9	6	4,7	5,5	5,1	5,6	5,3
Niedersachsen		4,4	4,3	4	4,3	4	4,5
Nordrhein-Westfalen	4,8	4,6	4,7	4,5	4,6	4,4	4,6
Rheinland-Pfalz		3,8	4,9	4,5	4,3	4,4	4,5
Saarland		5,1	5,9	5,3	5	4,6	4,4
Sachsen	3,2	3,9	3,3	3,3	3,6	3,4	3,8
Sachsen-Anhalt			4,7	5,3	5,3	5,1	5,6
Schleswig-Holstein	4,4		4,2	4,3	4,2	4,3	4,9
Thüringen	5,6	5,6	5,1	5,2	4,9	4,7	5,3

Datenzusammenstellung: LGL in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgruppe Gesundheitsberichterstattung, Prävention, Rehabilitation und Sozialmedizin (GPRS) der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG); Daten nach Kromeyer-Hauschild.
Hinweis: Bei der Interpretation der Daten sind Unterschiede in der Populationszusammensetzung nach Land und Jahr zu beachten, z. B. beim Durchschnittsalter der Kinder.

Die Häufigkeit von Adipositas bei Erwachsenen wird im Mikrozensus ermittelt. Allerdings liegen hier nur Befragungsdaten vor, keine Messdaten. Befragungsdaten unterschätzen die wahre Prävalenz deutlich. Der Anteil der Erwachsenen mit Adipositas in Bayern liegt unter dem Bundesdurchschnitt; wie in den anderen Ländern hat er in den letzten zehn Jahren zugenommen.

Adipositasraten in den Bundesländern aus den letzten zehn Jahren Erwachsene, in Prozent				
	2003	2005	2009	2013
Baden-Württemberg	11,8	12,2	13,3	14,1
Bayern	12,7	12,9	14,0	14,9
Berlin	11,1	12,1	12,2	13,0
Brandenburg	15,1	15,6	17,3	17,9
Bremen	11,5	10,7	12,8	14,6
Hamburg	9,7	10,1	10,5	11,1
Hessen	12,6	13,0	14,7	15,7

Adipositasraten in den Bundesländern aus den letzten zehn Jahren Erwachsene, in Prozent				
	2003	2005	2009	2013
Mecklenburg-Vorpommern	18,5	19,3	19,6	20,6
Niedersachsen	11,4	12,4	14	15,5
Nordrhein-Westfalen	12,8	13,7	14,8	16,2
Rheinland-Pfalz	13,6	14,3	15,5	17,1
Saarland	11,2	14,3	15,6	16
Sachsen	15,1	15,6	16,3	17,1
Sachsen-Anhalt	17,0	18,0	19,0	20,2
Schleswig-Holstein	11,2	12,3	13,3	14,4
Thüringen	15,6	16,2	17,3	18,1
Deutschland	12,9	13,6	14,7	15,7

Datenquelle: Mikrozensus

3. a) Welche Entwicklungsstörungen sind nach Kenntnissen der Staatsregierung bei Kindern und Jugendlichen mit Übergewicht zu beobachten?

Ergebnisse der KiGGS-Studie des Robert-Koch-Instituts sowie einiger internationaler Studien deuten darauf hin, dass bestimmte Entwicklungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen mit Übergewicht gehäuft auftreten. Die KiGGS-Basiserhebung untersuchte den Zusammenhang zwischen Übergewicht und dem Vorkommen ausgewählter Symptome psychischer Störungen (darunter auch Entwicklungsstörungen) bei 11- bis 17-Jährigen. Dazu zählten emotionale Probleme wie Angststörungen und depressive Symptome, Verhaltens- sowie Hyperaktivitätsprobleme. 11- bis 17-Jährige mit starkem Übergewicht (Adipositas) berichteten häufiger als andere Gleichaltrige von Verhaltensauffälligkeiten, Mädchen mit Adipositas darüber hinaus öfter von emotionalen Problemen. Bei Hyperaktivitätsproblemen existieren hingegen nur geringfügige Unterschiede zwischen übergewichtigen sowie normalgewichtigen Kindern und Jugendlichen.

Zusammenhang zwischen Body-Mass-Index und psychischen Auffälligkeiten bei 11- bis 17-Jährigen, in Prozent			
	Emotionale Probleme	Verhaltensprobleme	Hyperaktivität
Normalgewicht	7,7	11,4	15,7
Übergewicht	7,7	14,3	19,7
Adipositas	11,6	19,7	17,5

Datenquelle: KiGGS-Basiserhebung, Robert-Koch-Institut

Die Ergebnisse der KiGGS-Studie decken sich weitgehend mit anderen internationalen Studien. Dort werden zum Teil weitere Entwicklungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen diskutiert, die möglicherweise mit Übergewicht korrelieren. Hierzu zählen beispielsweise Lernstörungen und somatische Entwicklungsstörungen, etwa im Bereich des Muskel-Skelett-Systems.

b) Welche Ursachen sieht die Staatsregierung in der Zunahme von Adipositas und damit verbundenen körperlichen und psychischen Folgeerkrankungen bei Kindern?

Eine Zunahme von Adipositas bei Kindern kann nicht beobachtet werden (siehe Fragen 1 c und 2 c).

c) Welche Maßnahmen im Bereich Prävention und Therapie unterstützt und plant die Staatsregierung, um der Adipositas und den damit verbundenen körperlichen und psychischen Folgeerkrankungen bei Kindern zu begegnen?

Der Staatsregierung ist es ein Anliegen, eine gesundheitsförderliche Lebensweise schon früh zu stärken, um jedem Kind bestmögliche Chancen für seine Gesundheit zu bieten.

Aus diesem Grund hat der Bayerische Präventionsplan, der in Abstimmung mit allen Ressorts im Mai 2015 beschlossen wurde, als eines von vier Handlungsfeldern das „Gesunde Aufwachsen in Familie, Kindertageseinrichtungen und in der Schule“ definiert. Ziele im Handlungsfeld sind u. a. eine ausgewogene Ernährung und ein aktiver Lebensstil.

Die wichtigste Rolle spielen hier die Familien, in denen ein gesunder Lebensstil (vor)gelebt wird. Unterstützung geben staatliche und kommunale Einrichtungen und Dienste, insbesondere der Kinder- und Jugendhilfe (z. B. Kindertageseinrichtungen und Angebote der Kindertagespflege), Schulen, Ärzte, Hebammen, Krankenkassen, gemeinnützige sowie private Träger und viele andere. Wo besonderer Bedarf besteht, engagiert sich der Freistaat mit eigenen Projekten und Programmen.

Umsetzungsinstrument für die Präventionsmaßnahmen ist die Initiative Gesund.Leben.Bayern. (G.L.B.), für die jährlich ca. 3,3 Mio. Euro zur Verfügung stehen. Hier werden beispielhafte Modellprojekte gefördert, die das Potenzial haben, bayernweit ausgedehnt zu werden. Neben der Förderung von Modellprojekten führt das Staatsministerium für Gesundheit und Pflege seit 2012 jährlich öffentlichkeitswirksame Präventionskampagnen zu wichtigen Gesundheitsthemen durch. Im Jahr 2015 wurde in diesem Rahmen die Schwerpunktkampagne zur Kindergesundheit „ICH.MACH.MIT. Alles, was gesund ist.“ bayernweit veranstaltet. Die Kampagne, in die die maßgeblichen Partner des Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesens, der Politik und Wirtschaft sowie des Sports einbezogen wurden, beinhaltete die Erstellung eines Bayerischen Kindergesundheitsberichts, eine Fachtagung für Multiplikatoren zur Kindergesundheit sowie landesweit zahlreiche Aktionen. Im Jahr 2016 wurde aufgrund der großen Bedeutung des Themas Kindergesundheit die Kampagne unter dem Titel „Ganz schön gemein! Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen“ fortgesetzt.

Das Bündnis für Prävention wurde als freiwillige Selbstverpflichtung auf die Ziele und Leitprinzipien des Bayerischen Präventionsplans im November 2015 ins Leben gerufen. Das Bündnis hat derzeit 124 Mitglieder; vertreten sind neben den Staatsministerien alle relevanten Organisationen (Kammern, Krankenkassen, Verbände, Vereine und weitere Organisationen der Bürgergesellschaft).

Außerdem hat die Staatsregierung mit dem Zentrum für Prävention, der Benennung von regionalen Präventionsmanagern, den Gesundheitsregionen^{plus} und der Landesrahmenvereinbarung Prävention (vgl. Frage 6 b) Strukturen geschaffen, die die Prävention und Gesundheitsförderung in Bayern weiter stärken.

Im Folgenden werden überregionale Maßnahmen der Prävention mit besonderem Bezug zu Adipositas angeführt. Darüber hinaus gibt es eine Vielzahl an regionalen Projekten, Veranstaltungen und Aktionen zum Thema Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen in Bayern, die von der Staatsregierung beispielsweise im Rahmen der 39 Gesundheitsregionen^{plus} und der 13 bayerischen Kommunen im Partnerprozess „Gesundheit für alle“ unterstützt werden.

Tabelle zu Frage 3c

Projekt/Maßnahme	Setting/Lebenswelt
„App-Trilogie“: Ernährung für Schwangere, Babys und Kleinkinder Kompetenzzentrum für Ernährung in Kooperation mit dem Bundeszentrum für Ernährung (BZfE) und der Stiftung Kindergesundheit, Förderung durch das Staatsministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten	Familie
Netzwerke „Junge Eltern/Familien mit Kindern bis zu 3 Jahren“ Staatsministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten, in jedem der bayernweit 47 Ämter für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten	Familie, Kita
Netzwerke „Familien mit Kindern von 3 bis 6 Jahren“: Gesund und fit im Kinder-Alltag Staatsministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten, in jedem der bayernweit 47 Ämter für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten	Familie, Kita
Coaching Kitaverpflegung „Gut, gesund und gerne satt“ Staatsministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten, seit 2010 bayernweit an insgesamt 242 Kitas	Kita
„TigerKids – Kindergarten aktiv“ der Stiftung Kindergesundheit in Kooperation mit der AOK und der LMU München/Stiftung Kindergesundheit, bundesweit implementiertes Präventionsprogramm in Kindergärten	Kita
„Sport nach 1 in Schule und Verein“ Staatsministerium für Unterricht und Kultus mit dem Bayerischen Landessportverband e. V.	Schule
„JuvenTUM – Kinder als Gesundheitsexperten“ Technische Universität München mit Unterstützung des Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege, an bayerischen Grundschulen und Münchner Haupt- und Realschulen	Schule
„Landesprogramm für die gute gesunde Schule Bayern“ Kooperation zwischen dem Staatsministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten und dem Staatsministerium für Unterricht und Kultus, der AOK, der BARMER-GEK, der Kommunalen Unfallversicherung (KUVB), der Unfallkasse München und der Bertelsmann-Stiftung, 150 teilnehmende Schulen aller Schularten in Bayern	Schule
„Lions Quest“ Lions-Clubs, von den Distrikten Bayern Nord und Bayern Süd mit Förderung durch das Staatsministerium für Gesundheit und Pflege	Schule
„Coaching Schulverpflegung“ Staatsministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten, 306 Schulen (bis Juli 2017)	Schule
EU-Schulobst- und -gemüseprogramm Staatsministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten, EU, seit April 2009	Schule
„KiSS Kindersportschulen“ (Gesundheit – Sport – Spiel – Spaß für Kinder von 3–10 Jahren) Bayerischer Landessportverband, Bayerischer Turnverband, seit 2005	Schule
„Sport nach 1 in Schule und Verein“ Staatsministerium für Unterricht und Kultus mit dem Bayerischen Landessportverband e. V.	Sportverein

Zu Therapieangeboten wird auf die Frage 5 a verwiesen.

4. a) Inwieweit sind öffentliche Kinderbetreuungseinrichtungen und Schulen auf die Zielgruppe „Kinder mit Übergewicht“ vorbereitet?

Kindertageseinrichtungen haben nicht den Auftrag, Erkrankungen oder Auffälligkeiten zu diagnostizieren, zu therapieren oder medizinische Maßnahmen umzusetzen. Diese

Aufgabe obliegt Experten und kann von pädagogischen Fachkräften nicht geleistet werden.

Gemäß § 13 Abs. 1 Satz 1 Verordnung zur Ausführung des Bayerischen Kinderbildungs- und -betreuungsgesetzes (Kinderbildungsverordnung – AVBayKiBiG) sollen Kinder in Kindertageseinrichtungen u. a. lernen, auf eine gesunde und ausgewogene Ernährung sowie ausreichend Bewegung zu achten.

Weitere Konkretisierungen enthält der Bayerische Bildungs- und Erziehungsplan für Kinder in Tageseinrichtungen bis zur Einschulung (BayBEP), der gemäß § 14 Abs. 2 Satz 1 in den Einrichtungen als Orientierung für die Erfüllung der Bildungs- und Erziehungsaufgaben heranzuziehen ist. Der BayBEP greift das Thema Ernährung im Kapitel 7.11 „Gesundheit“ auf. Der Fokus liegt klar auf Prävention, Bewusstseinsbildung und der Übernahme von Verantwortung für die eigene Gesundheit. Der pädagogische Alltag mit Kindern soll entsprechend so gestaltet werden, dass ein gesundes Aufwachsen und ein bewusster Umgang mit Ernährung und Bewegung erfolgen können. Kinder müssen erst ein Gespür für den eigenen Körper entwickeln und z. B. erfahren, wie sich ein Sättigungsgefühl anfühlt und äußert. Sowohl gezielte Projekte als auch die Thematisierung in Alltagssituationen, wie dem Mittagessen, ermöglichen eine bewusste Auseinandersetzung mit Gesundheitsthemen und können damit einen wichtigen Beitrag zur Übergewichtsprävention leisten.

Eine Möglichkeit für Fachkräfte, Anregungen und Informationen z. B. zum Thema Übergewicht/Adipositas bei Kindern zu erhalten, bietet die Internetplattform „peb – Plattform Ernährung und Bewegung e. V.“. Peb bündelt eine Vielzahl an Projekten und Maßnahmen, die ihren Schwerpunkt in der Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen setzen. Zur Übergewichtsprävention werden ebenfalls gezielt Projekte aufgeführt, die von Kitas, Schulen und anderen Trägern der Kinder- und Jugendhilfe gebucht werden können. Die Staatsregierung ist Mitglied der Plattform.

Nach Kenntnisstand der Staatsregierung gibt es an den Schulen i. d. R. keine speziellen Programme für eine Zielgruppe „Kinder mit Übergewicht“.

b) Inwieweit gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Body-Mass-Index (BMI) von Schülern und schlechten Schulleistungen bzw. Schulnoten?

Die Studienlage dazu ist uneinheitlich. Ein systematischer Review kommt zu dem Ergebnis, dass es keinen hinreichenden Beleg für einen Zusammenhang zwischen Übergewicht und schlechten Schulleistungen gibt (Santana et al., The association between obesity and academic performance in youth: a systematic review. *Obes Rev* 18 (10):1191–1199, 2017).

c) Wie reagiert der Schulsport auf einen Zuwachs von Kindern mit Übergewicht?

Die Ausführungen zu Frage 4a gelten für den Schulsport entsprechend. Die große Chance des Schulsports und zugleich seine große Aufgabe ist es, alle Kinder und Jugendlichen zu lebensbegleitendem und gesundheitsorientiertem sportlichem Handeln anzuleiten. Dieser Prämisse ist die inhaltliche Ausgestaltung der Fachlehrpläne Sport der Schulen Bayerns untergeordnet.

5. a) Welche Beratungs- und Therapieangebote gibt es speziell in Bayern für Kinder mit Übergewicht bzw. Adipositas und deren Eltern?

Die Beratung und Therapie von Kindern mit Übergewicht bzw. Adipositas ist im ambulanten Bereich grundsätzlich bereits Bestandteil der regelhaften medizinischen Versorgung. Zur Beurteilung der kindlichen Entwicklung sind die Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und Jugendliche als wesentlicher Baustein zu sehen. Die

Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses heben beispielsweise die Bedeutung der Beratung durch den Kinder- und Jugendarzt, u. a. zur Prävention von Übergewicht, als wichtigen Bestandteil dieser Vorsorgeuntersuchungen hervor.

Bei vielen Facharztgruppen ist daher der Erwerb von Kenntnissen im Bereich der Ernährung bereits in den einzelnen Weiterbildungsgängen festgelegt. So ist im Gebiet Allgemeinmedizin, im Gebiet Innere Medizin sowie im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin der Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten u. a. in der Gesundheitsberatung, der Früherkennung von Gesundheitsstörungen einschließlich Gewalt- und Suchtprävention sowie von metabolischen, ernährungsabhängigen und degenerativen Erkrankungen, ernährungsbedingten Gesundheitsstörungen einschließlich diätetischer Behandlung sowie Beratung und Schulung bereits im Weiterbildungsinhalt gefordert. Im Gebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe ist der Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Gesundheitsberatung und den Grundlagen der Ernährungsmedizin ebenfalls Teilbereich des Weiterbildungsinhalts.

Auch Zusatz-Weiterbildungen wie Naturheilverfahren oder Physikalische Therapie und Balneologie erfordern den Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in den Grundlagen der Ernährungsmedizin und Fastentherapie bzw. den Grundlagen der Ernährungsmedizin und verhaltensmedizinischer Methoden.

Darüber hinausgehende spezielle Verträge zu Beratungs- und Therapieangeboten für Kinder mit Übergewicht bzw. Adipositas und deren Eltern zulasten der gesetzlichen Krankenkassen sind in Bayern bislang nicht vorgesehen.

Unabhängig davon besteht seit ca. 20 Jahren die gemeinsame Kommission „Prävention“ von Bayerischer Landesärztekammer (BLÄK) und Kassenärztlicher Vereinigung Bayerns (KVB), die sich mit der Initiierung und Koordinierung von Präventionsprogrammen beschäftigt. Das Thema „Ernährung“ war häufig Gegenstand von Diskussionen und Gastbeiträgen.

Daraus haben sich folgende Projekte und die Zusammenarbeit mit verschiedenen Institutionen entwickelt:

In Absprache mit dem Staatsministerium für Unterricht und Kultus können Ärzte und Ärztinnen während der jährlichen Schulgesundheitswoche Informationsstunden zu Themen, wie z. B. Ernährung und Bewegung in der Schule, halten. Hierzu sind auf der Homepage der BLÄK Modellvorträge zu Gesundheitsthemen zum Download für Ärzte eingestellt. Diese Präsentationen zu Gesundheitsthemen können kostenlos für eigene Vorträge verwendet werden. Sie eignen sich zu Vorträgen in Schulen oder für Informationsveranstaltungen für Patienten.

Die Veranstaltungsreihe „Ärzte und Selbsthilfe im Dialog“ wird von BLÄK und KVB organisiert und von der Selbsthilfekoordination Bayern unterstützt. Sie befasst sich jährlich mit wechselnden Themen, die sich gleichermaßen an Ärzte und Patienten richten, so auch zum Thema „Krankhaftes Übergewicht und Adipositas vermeiden“.

Die BLÄK hat gemeinsam mit dem Bayerischen Sportärzterverband e. V. (BSÄV) und dem Bayerischen Landes-Sportverband e. V. (BLSV) im Oktober 2011 das Projekt „Rezept für Bewegung“ gestartet. Initiiert wurde das „Rezept für Bewegung“ von der Bundesärztekammer und weiteren Kooperationspartnern, um der Erfahrung Rechnung zu tragen, dass körperliche Aktivität wie ein Medikament eingesetzt werden kann und sollte. Niedergelassene Ärztinnen und

Ärzte, insbesondere Hausärzte, Orthopäden und Kinderärzte, können ihren Patientinnen und Patienten mit einem speziellen Rezeptformular regelmäßige Bewegung verordnen. Die Verordnung von Bewegung bei Übergewicht oder Adipositas ist ein wesentlicher Bestandteil der Therapie.

Die Krankenhausplanung in Bayern sieht eine Rahmenplanung nach Fachrichtungen vor. Innerhalb dieser Fachrichtungen bleibt es den Krankenhäusern vorbehalten, ob sie sich auf bestimmte Erkrankungen spezialisieren.

Ganz allgemein ist davon auszugehen, dass stationäre Behandlungen von Kindern nicht in Krankenhäusern erfolgen, weil eine akutstationäre Behandlungsbedürftigkeit in den seltensten Fällen vorliegen dürfte. Die Behandlung dürfte eher Rehakliniken vorbehalten sein. Einen regional gegliederten Überblick über auf Stoffwechselerkrankungen spezialisierte Rehakliniken vermittelt die Internetseite <https://www.reha-hospital.de/stfw/stfw-index.html>.

Auf der Homepage der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter der Deutschen Adipositas-Gesellschaft e.V. (www.aga.adipositas-gesellschaft.de) sind weitere sowohl stationäre als auch ambulante Therapieeinrichtungen und -angebote in Bayern aufgelistet.

Darüber hinaus gibt es verschiedene Einrichtungen, die Angebote für Kinder und Jugendliche mit Übergewicht und Adipositas adressieren:

- Adipositas-Sprechstunde am Deutschen Herzzentrum;
- Abnehmkurse für Kinder und Jugendliche mit Übergewicht und Adipositas des Ernährungsinstituts Kinderleicht in München;
- Programm YoungStars zur Therapie von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Regensburg;
- Programme für Kinder und Jugendliche einiger Krankenkassen, z. B. JolinchenKids, ein Kitaprogramm zur Förderung der Gesundheit von Kindern bis sechs Jahre.

b) Plant die Staatsregierung eine Ausweitung des Schulsports durch eine zusätzliche Schulstunde im Schulfach Sport?

Zur Beantwortung dieser Frage wird auf die Antwort der Staatsregierung vom 31.05.2017 zu den Fragen 8, 9 und 27 der Interpellation der Fraktion FREIE WÄHLER „Bewegtes Lernen 2020“ (Drs. 17/17207) verwiesen.

c) Welche aktuellen Daten zum Ernährungsverhalten und zur Zahl übergewichtiger Erwachsener liegen in Bayern vor?

Aktuelle Daten zum Ernährungsverhalten der Gesamtbevölkerung gibt der 13. Ernährungsbericht der Deutschen

Gesellschaft für Ernährung (DGE). Als Grundlage für die Entwicklungen beim Lebensmittelverzehr dienen im 13. DGE-Bericht die 2012 publizierten Daten aus der Nationalen Verzehrsstudie II (NVS II). Demnach ist folgende Entwicklung des Lebensmittelverzehrs festzustellen:

Steigender Verbrauch bei Hartweizen, Teigwaren und Reis, Tomaten, Möhren und Roten Rüben, Zwiebel- sowie Blatt- und Stängelgemüse, Schalen- und Beerenobst (ausgenommen Erdbeeren), Schokoladenwaren, Käse (insgesamt), insbesondere Hart-, Schnitt- und Weichkäse, Rind-, Kalb- und Geflügelfleisch, Mineralwasser, Erfrischungsgetränken, Kaffee und Tee sowie Trink- und Schaumwein.

Rückgängig war der Verbrauch von Roggen, Obst (insgesamt) sowie im Einzelnen von Äpfeln, Birnen, Pfirsichen, Tafeltrauben und Apfelsinen, ferner von eingeführten Zitruserzeugnissen, Zuckerwaren sowie Hart- und Weichkaramellen, Sahne, Kondensmilch- und Buttermilcherzeugnissen, Schmelzkäse und Schmelzkäsezubereitungen sowie Sauermilch-, Koch-, Molken- und Frischkäse, Schweinefleisch und sonstigem Fleisch (z. B. Schaf-/Ziegenfleisch oder Innereien), Fruchtsäften (einschließlich Fruchtnektaren und Gemüsesäften) und Alkohol sowie im Einzelnen Bier und Spirituosen.

Trendaussagen zum Verbrauch von Zucker und Speiseeis waren aus methodischen Gründen nicht möglich.

In Deutschland sind 67 Prozent der Männer übergewichtig. Frauen sind mit 53 Prozent etwas weniger von Übergewicht betroffen (Quelle: DEGS-Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland, Erhebungszeitraum 2008–2011).

Laut Mikrozensus 2013 des Statistischen Bundesamtes waren in Bayern 36 Prozent der Menschen übergewichtig (BMI zwischen 25 und 30) und 15 Prozent der Menschen stark übergewichtig/adipös (BMI über 30). Bei der Bewertung der Mikrozensusdaten ist zu beachten, dass es sich hierbei um eigene Angaben der befragten Personen handelt. Es ist bekannt, dass zwischen eigenen und mit standardisierten Instrumenten gemessenen Angaben erhebliche Unterschiede bestehen können. Im Allgemeinen wird das Körpergewicht im Mittel um ca. 1–4 kg unterschätzt.

Der Obst- und Gemüsekonsum wird in der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) durch das Robert-Koch-Institut ermittelt und wird in den folgenden Tabellen wiedergegeben.

Tabellen zu Frage 5c

Obstverzehr (Anteil der Befragten in Prozent), Jahr 2014/2015			
	Täglich oder mehrmals täglich	Mindestens einmal pro Woche	Weniger als einmal pro Woche
Deutschland	46,3	43,1	10,6
Baden-Württemberg	45,4	45,3	9,3
Bayern	43,5	45,9	10,7

Obstverzehr (Anteil der Befragten in Prozent), Jahr 2014/2015			
	Täglich oder mehrmals täglich	Mindestens einmal pro Woche	Weniger als einmal pro Woche
Berlin	48,0	41,6	10,4
Brandenburg	57,9	36,2	5,9
Bremen	45,6	42,1	12,3
Hamburg	45,7	43,3	11,0
Hessen	43,4	45,5	11,1
Mecklenburg-Vorpommern	55,2	37,4	7,5
Niedersachsen	44,9	43,4	11,8
Nordrhein-Westfalen	43,7	43,5	12,7
Rheinland-Pfalz	43,2	44,1	12,7
Saarland	39,5	46,4	14,0
Sachsen	58,6	35,8	5,6
Sachsen-Anhalt	55,6	36,5	7,9
Schleswig-Holstein	45,0	42,2	12,7
Thüringen	56,8	37,2	5,9

Gemüseverzehr (Anteil der Befragten in Prozent), Jahr 2014/2015			
	Täglich oder mehrmals täglich	Mindestens einmal pro Woche	Weniger als einmal pro Woche
Deutschland	32,3	62,1	5,6
Baden-Württemberg	35,4	60,5	4,2
Bayern	30,8	64,3	4,9
Berlin	33,8	58,4	7,9
Brandenburg	32,7	61,6	5,6
Bremen	30,3	62,6	7,0
Hamburg	33,8	60,7	5,5
Hessen	32,8	62,9	4,3
Mecklenburg-Vorpommern	31,4	59,5	9,2
Niedersachsen	29,7	63,8	6,5
Nordrhein-Westfalen	32,3	61,7	6,0
Rheinland-Pfalz	29,7	66,1	4,2
Saarland	30,8	64,5	4,7
Sachsen	37,9	56,5	5,6

Gemüseverzehr (Anteil der Befragten in Prozent), Jahr 2014/2015			
	Täglich oder mehrmals täglich	Mindestens einmal pro Woche	Weniger als einmal pro Woche
Sachsen-Anhalt	30,6	62,1	7,3
Schleswig-Holstein	30,1	61,9	8,0
Thüringen	32,0	64,0	4,0

Aktuelle Daten zum Ernährungsverhalten übergewichtiger Erwachsener in Bayern liegen nicht vor. Allgemein ist davon auszugehen, dass das Ernährungsverhalten ein Einflussfaktor für Übergewicht und Adipositas ist, der mit anderen Faktoren wie Nahrungszusammensetzung, Bewegung und Stress komplex zusammenspielt.

6. a) Welche Fördergelder zur Prävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen stellten seit 2010 der Bund, der Freistaat und die bayerischen Kommunen im Konkreten zur Verfügung (bitte nach Jahren aufschlüsseln)?

Der Freistaat fördert eine gesundheitsorientierte und nachhaltige Kita- und Schulverpflegung durch unterstützende und beratende Maßnahmen. Sämtliche Maßnahmen und Tools sind für die Einrichtungen kostenlos. Notwendige Personal- und Sachkosten werden vom Staatsministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten bereitgestellt (vgl. Frage 6b).

Mit dem EU-Schulobst- und -gemüseprogramm (EU-SOGP) verfolgt die Staatsregierung seit dem Schuljahr 2009/2010 das Ziel, Kindern einen gesundheitsfördernden Lebensstil nahezubringen und gleichzeitig deren Wertschätzung für Lebensmittel zu erhöhen. Bayern hat dafür Landesmittel in Höhe von bis zu 3 Mio. Euro pro Jahr zur Verfügung gestellt. Gemeinsam mit den Bayern zugewiesenen EU-Mitteln konnten allein in den beiden vergangenen Schuljahren jeweils rund 9 Mio. Euro eingesetzt werden. Mit dem EU-Schulprogramm wird diese Politik fortgesetzt und um Milch und Milchprodukte erweitert.

Die Initiative G.L.B. des Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege unterstützt jährlich mit ca. 3,3 Mio. Euro Modellprojekte, die Menschen zu einer gesundheitsförderlichen Lebensweise motivieren sollen. Unter anderem wird mit 10.000 Euro jährlich das „Landesprogramm für die gute gesunde Schule“ des Staatsministeriums für Unterricht und Kultus unterstützt. Allerdings beschäftigt sich nur ein Teil der Projekte mit dem gesunden Aufwachsen, weitere Themen gemäß den Handlungsfeldern im Bayerischen Präventionsplan sind „Gesundheitskompetenz in der Arbeitswelt und betriebliche Präventionskultur“, „Gesundes Altern im selbstbestimmten Lebensumfeld“ und „Gesundheitliche Chancengleichheit“.

Zu den Fördermitteln des Bundes sowie der Städte und Kommunen wurde beim Bundesministerium für Gesundheit und dem Städte- und Gemeindetag angefragt; es wurden keine Informationen übermittelt.

Für Maßnahmen zur Prävention wird auf Frage 3c verwiesen. Zu Forschungsprojekten wird auf Frage 6c verwiesen.

b) Welche dauerhaften Strukturen und Institutionen wurden in Bayern seit 2010 für die Bekämpfung von Übergewicht und Fehlernährung in Deutschland geschaffen, insbesondere im schulnahen Bereich?

2013 wurde am Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) das Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung (ZPG) eingerichtet. Schwerpunkte der Arbeit des ZPG sind allgemeine gesundheitsbezogene Themen, die Prävention von HIV/AIDS, die Suchtvorbeugung sowie die Stärkung gesundheitlicher Chancengleichheit. Das ZPG verbindet Präventionspraxis, Wissenschaft und bürgerschaftliches Engagement, gibt wissenschaftlich gesicherte Erkenntnisse weiter, veranstaltet Fortbildungen und entwickelt Medien und Materialien zur Gesundheitsförderung und Prävention. Darüber hinaus koordiniert das ZPG die Arbeit der Landesarbeitsgemeinschaft Prävention.

Im gleichen Jahr wurden in allen bayerischen Regierungsbezirken Regionale Präventionsmanager benannt. Diese Ansprechpartner an den Regierungen der bayerischen Bezirke koordinieren die Aktivitäten für Gesundheitsförderung und Prävention in den Regionen, regen Kooperationen an, begleiten Projekte und stärken die Netzwerke vor Ort. Soweit Gesundheitsregionen^{plus} bestehen, arbeiten die Regionalen Präventionsmanager eng mit diesen zusammen. Insgesamt gibt es acht Stellen an den sieben bayerischen Bezirksregierungen.

Der Umsetzung des Bayerischen Präventionsplans, der von allen Ressorts der Staatsregierung getragen wird, dienen die Initiative G.L.B. sowie das Bündnis für Prävention mit seinen Partnern (vgl. Frage 3c).

Die Landesrahmenvereinbarung (LRV) Prävention wurde vom Freistaat Bayern sowie den Spitzenvertretern der gesetzlichen Krankenversicherung, der Deutschen Rentenversicherung und der gesetzlichen Unfallversicherung am 26.06.2017 unterzeichnet. Sie regelt die Zusammenarbeit der Beteiligten auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung und Prävention. Sie bietet den Rahmen, bewährte Ansätze und Kooperationen der Prävention und Gesundheitsförderung fortzuführen bzw. auszubauen und neue Initiativen gemeinsam voranzubringen. Die Vereinbarung hat insbesondere zum Ziel, gemeinsam die Gesundheit von sozial benachteiligten Gruppen zu fördern. Dies kann sowohl landesweit als auch regional begrenzt entsprechend der jeweiligen Bedarfe geschehen. Zur Umsetzung der LRV wurde eine Geschäftsstelle aufgebaut. Verantwortliche von nicht betrieblichen Lebenswelten wie Kommunen, Bildungs- und Pflegeeinrichtungen können Förderanträge zur Umsetzung von Projekten stellen und sich beraten lassen.

Speziell für Schulen und Kindertageseinrichtungen hat das Staatsministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten in allen Regierungsbezirken Vernetzungsstellen Kita- und Schulverpflegung eingerichtet mit dem Ziel einer gesundheitsförderlichen und nachhaltigen Ernährung in den Settings Kita und Schule. Dazu bieten die Vernetzungsstellen ein umfassendes Maßnahmenpaket, einschließlich für die Einrichtungen kostenloser Coachings. Das Kompetenzzentrum für Ernährung hat für die Entwicklung und Evaluierung der Maßnahmen eine Fachstelle Kita- und Schulverpflegung eingerichtet. Mit den bisherigen Programmen EU-Schulobst- und -gemüseprogramm (vgl. Frage 6a) und EU-Schulmilchbeihilfe, die zum Schuljahr 2017/2018 vom EU-Schulprogramm abgelöst wurden, fördert das Staatsministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten die Entwicklung eines gesundheitsförderlichen Ernährungsverhaltens flächendeckend in allen Kindergärten, Häusern für Kinder und Grundschulen. Das Programm wird über die Landesanstalt für Landwirtschaft abgewickelt.

Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention sowie die lokalen Versorgungsstrukturen sind historisch ge-

wachsen und innerhalb Bayerns sehr unterschiedlich. Die regionalen Besonderheiten und Bedürfnisse können daher am besten vor Ort beurteilt werden. Passgenaue Lösungen lassen sich häufig am besten kleinräumig finden und gewinnen damit auch eine höhere Bindungswirkung und Akzeptanz. Hierfür ist jedoch eine zielgerichtete Zusammenarbeit notwendig. Um die vorhandenen Strukturen vor Ort noch weiter zu stärken, Synergieeffekte zu generieren und Doppelstrukturen zu vermeiden, wurden die bestehenden regionalen Gesundheitsnetzwerke für Prävention und Versorgung des Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege zu Gesundheitsregionen^{plus} zusammengeführt und weiterentwickelt. Mitglieder sind neben allen, die vor Ort bei der gesundheitlichen Versorgung und Vorsorge eine wesentliche Rolle spielen, Vertreterinnen und Vertreter der Kommunalpolitik.

c) Welche Forschungsprojekte zum Themenkomplex Übergewicht gibt es in Bayern?

Im Folgenden sind beispielhaft Forschungsprojekte gelistet, soweit sie der Staatsregierung bekannt sind.

Tabelle zu Frage 6c

Vergleich von körperlichem Training in Form von Ganzkörper-Elektromyostimulation mit konventionellem Krafttraining bei Übergewichtigen mit erhöhtem kardiometabolischem Risiko in Kombination mit Ernährungstherapie	Friedrich-Alexander-Universität (FAU) Erlangen-Nürnberg
Einfluss der Belastungsintensität von zeiteffizientem Intervall-Ausdauertraining auf die kardiorespiratorische Fitness, das kardiometabolische Risikoprofil und die Therapieakzeptanz bei Übergewichtigen mit erhöhtem Risiko für das Metabolische Syndrom	FAU Erlangen-Nürnberg
Effekte eines Ganzkörper-Elektromyostimulations-Trainings (WB-EMS) auf die energierestrictionsinduzierte Verringerung der Muskelmasse bei erwünschter Gewichtsreduktion	FAU Erlangen-Nürnberg
QueB – Bewegungsförderung in Kitas (Capital4Health – Teilprojekt) untersucht die Frage, was Kindertagesstätten unterstützt, ihre Organisation so zu entwickeln, dass sowohl die Kinder als auch die pädagogischen Fachkräfte ihre Handlungsmöglichkeiten für einen gesunden Lebensstil nachhaltig erweitern	FAU Erlangen-Nürnberg
Klinische Forschungsprojekte, die sich interdisziplinär mit Ernährung auseinandersetzen	Hector-Center für Ernährung, Bewegung und Sport
METARTHROS (Metabolischer Einfluss auf Gelenk- und Knochenerkrankungen), Verbundprojekt vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert, untersucht Gründe und Zusammenhänge von Arthritis, Diabetes und Übergewicht	FAU Erlangen-Nürnberg
Forschungsprojekte zu den Schwerpunkten Adipositas und Essstörungen	FAU Erlangen-Nürnberg
PAKT (Prevention through activity in kindergarten Trial) untersucht Bewegungsförderung im Kindergarten	Julius-Maximilians-Universität (JMU) Würzburg
GeliS-Studie (Gesund leben in der Schwangerschaft) untersucht, welchen Einfluss eine gesunde Lebensweise in der Schwangerschaft auf den Schwangerschaftsverlauf, die Geburt und die Gesundheit von Mutter und Kind hat	Technische Universität (TU) München
Go-Studie untersucht die Bedeutung der Darmbarriere bei der Entstehung Adipositas-assoziiierter Stoffwechselstörungen beim Menschen und den Einfluss der Ernährung auf die Barrierefunktion des Darms	TU München

FREECE-Studie (Effect of the FTO-Genotype on Resting Energy Expenditure after defined Cold Exposure), untersucht die Variabilität im Energiestoffwechsel des Menschen. Dabei liegt der Fokus auf genetischen Determinanten und deren Funktion.	TU München
MUDIF-Studie (Münchner Diabetes-Familienstudie) untersucht Familien mit mindestens drei Familienmitgliedern mit Diabetes durch genetische Analyse, die möglicherweise eine Vorhersage des Typ-2-Diabetes erlaubt. Auch der Effekt gezielter und individualisierter Prävention und Behandlung des Typ-2-Diabetes mellitus durch Ernährungskonzepte wird erforscht.	TU München
PLIS-Studie (Prädiabetes Lebensstil Interventionsstudie) untersucht, in welchem Maß eine Umstellung des Lebensstils (ausgewogenere Ernährung, mehr Bewegung) das Risiko für einen späteren Diabetes mellitus Typ 2 günstig beeinflussen kann	TU München
Grundumsatz-Studie untersucht den Zusammenhang zwischen dem Ruheenergieverbrauch und genetischen Komponenten	TU München
Druck runter – Aktivität rauf! – der Aschauer Frischluft-Bus zur Schule! Projekt zur Prävention und Therapie von Bluthochdruck durch die Steigerung der täglichen, körperlichen Aktivität von Senioren und Kindern	TU München
LOGIC-Studie (Long-term effects of a lifestyle intervention in Obesity and Genetic Influence in Children) untersucht, inwieweit genetische Faktoren und der Lebensstil mit dem Therapieerfolg bei Kindern und Jugendlichen nach einer stationären Adipositas-Therapie assoziiert sind	TU München
Projekte zur Aufklärung der molekularen Grundlagen von Diabetes und Adipositas	TU München und Helmholtz Zentrum München
ToMI-Studie (Toddler Milk Intervention Trial) Erforscht das Wachstum, die Entwicklung und den Stoffwechsel von Kleinkindern, die im 2. Lebensjahr Milch mit verringertem Eiweißgehalt erhalten. Es soll untersucht werden, ob diese Kinder im späteren Verlauf ein geringeres Risiko für Übergewicht haben	Ludwig-Maximilians- Universität (LMU) München
PEACHES-Studie (Programming of Enhanced Adiposity Risk in CHildhood – Early Screening) zielt auf die Früherkennung eines Adipositas-Risikos bei Nachkommen übergewichtiger Mütter ab mit gezielter Ernährungsberatung	LMU München
CHOP-Studie (European Childhood Obesity Program) untersucht die Frage, ob die Höhe der frühkindlichen Eiweißzufuhr langfristig die körperliche Entwicklung der Kinder und die spätere Tendenz zum Übergewicht beeinflusst	LMU München
EarlyNutrition Das EU-Projekt erforscht, welchen Einfluss die frühkindliche Ernährung auf die spätere Gesundheit hat	LMU München
GIANT (Genetic Investigation of Anthropometric Traits) identifiziert Gene, die mit dem BMI assoziiert sind, von denen die meisten eine Rolle für das zentrale Nervensystem und die Appetitregulation spielen	LMU München
Adipositas-Epidemiologie in Bayern zeitliche Trends der und bei Rekruten	LMU München
Ursachenforschung Protektion durch Stillen, Risikofaktor Rauchen in der Schwangerschaft, frühe Gewichtszunahme	LMU München
Forschung zu früher Prägung Gewichtszunahme in der Schwangerschaft: Einfluss auf Geburtsgewicht und Adipositas im Kindesalter	LMU München
ChroMe-Studie (EU-Projekt) untersucht, wie Stoffwechselprodukte in die Genregulation eingreifen und zu Erkrankungen wie Adipositas, Diabetes oder Bluthochdruck führen	LMU München und Helmholtz Zentrum München

7. a) Welche aktuellen Daten zum Ernährungsverhalten und zur Zahl übergewichtiger Kinder und Jugendlicher liegen in Bayern vor?

Laut DGE-Bericht ist die hohe Verbreitung von Übergewicht in der Bevölkerung auf einen vermehrten Verzehr von energiedichten Lebensmitteln und Snacks sowie von zuckergesüßten Getränken und der Abnahme körperlicher Aktivitäten zurückzuführen. Dieses Ernährungs- und Bewegungsverhalten trifft auch auf Kinder und Jugendliche zu. So zeigte beispielsweise die NVZ II, dass im Erhebungszeitraum 2005–2007 bei den 14- bis 18-jährigen Jungen/Mädchen im täglichen Durchschnitt 505 ml/260 ml Limonaden und 460 ml/383 ml Obstsaften/Nektare mit zugesetztem Zucker konsumiert wurden. Das entspricht einer täglichen Zufuhr von ca. 450 kcal/300 kcal allein über Süßgetränke.

Für Daten zu Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen wird auf Frage 1 verwiesen.

b) Welche Bewertungen liegen der Staatsregierung zum Ernährungsangebot in bayerischen Schulkantinen vor?

Die Fachstelle Kita- und Schulverpflegung im Geschäftsbereich des Staatsministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten hat in den Jahren 2013 und 2016 bayernweite Studien zur Verpflegungssituation an bayerischen Schulen in Auftrag gegeben. Während sich die Erhebung im Jahr 2013 an alle Schulleiter der allgemeinbildenden Schulen in Bayern richtete, wurden im Jahr 2016 Sachaufwandsträger sowie Speisenanbieter befragt. Bestandteil beider Evaluationen war auch eine Speiseplananalyse. Insgesamt konnten Daten von 1.976 Schulleitern, 131 Sachaufwandsträgern, welche 1.596 bayerische Schulen repräsentieren, und von 173 Speisenanbietern ausgewertet werden.

2015 wurde auch eine bundesweite Studie zur Qualität der Schulverpflegung veröffentlicht, in der unter anderem 1.957 bayerische Schülerinnen und Schüler befragt wurden. Zur Beurteilung der Situation der schulischen Mittagsverpflegung liegen hiermit Daten verschiedener Beteiligter – Schulen, Träger, Speisenanbieter und Schüler – vor.

Im Jahr 2016 wurde an 76 Prozent der Schulen ein warmes Mittagessen angeboten (2013: 69 Prozent). In 46 Prozent der Schulen wurde das Mittagessen warm angeliefert, 16 Prozent bereiten das Essen frisch zu, 13 Prozent nutzen das „Cook- and Chill“-Verfahren und an 10 Prozent wird Tiefkühlkost verwendet. Außerdem bestehen an 15 Prozent der Schulen Mischformen der Systeme.

Am häufigsten werden von den Sachaufwandsträgern die Speiseplangestaltung nach den Kriterien des DGE-Qualitätsstandards (65 Prozent) und die Berücksichtigung religiöser/kultureller Bedürfnisse (68 Prozent) gefordert. Diese Kriterien werden in der Leistungsbeschreibung oder größtenteils anderweitig verankert.

Bei den Speisenanbietern nehmen 85 Prozent auf kulturelle und religiöse Bedürfnisse Rücksicht, 83 Prozent verwenden regionale Lebensmittel; 68 Prozent berücksichtigen die Vorgaben des DGE-Qualitätsstandards.

Die Analysen der Speisepläne haben gezeigt, dass die Empfehlungen für Getreide, Getreideprodukte und Kartoffeln beinahe komplett erfüllt werden. In Bezug auf Vollkornprodukte, Gemüse und Salat bzw. Rohkost, Obst werden die Anforderungen seltener erfüllt. Zu häufig finden sich Fleisch und Wurst im Angebot, Seefisch dagegen zu selten.

Im Rahmen der bundesweiten Erhebung haben die Schülerinnen und Schüler die Mittagsverpflegung im Durch-

schnitt mit Note 2,5 im Primar- und mit Note 2,6 im Sekundarbereich bewertet. Mit zunehmendem Alter essen weniger Schüler eine warme Mahlzeit in der Schulmensa. Bei der Bewertung der Schulverpflegung spielen neben dem Essensangebot auch die Rahmenbedingungen wie die Geräuschkulisse und die Raumgestaltung eine Rolle.

c) Wie muss nach Einschätzung der Staatsregierung Kindermarketing zum Kinderschutz gewährleistet werden, damit diese nicht mehr zum Konsum von zu zucker- und fetthaltigen Nahrungsmitteln verleitet werden?

Das Miteinander von rechtlichen Vorgaben und freiwilligen Verhaltensregeln der Werbewirtschaft hat sich seit Jahrzehnten bewährt. Es schützt die Gesellschaft vor unlauteren oder nicht akzeptablen Werbemaßnahmen und gleichzeitig vor unverhältnismäßigen Eingriffen des Staates in den Wettbewerb der Unternehmen. Der in Deutschland bestehende Rahmen gesetzlicher und freiwilliger Regelungen reicht grundsätzlich aus, um eine verantwortliche Werbung von Lebensmitteln zu gewährleisten.

Darüber hinaus muss berücksichtigt werden, dass die Ursachen für die Entstehung von Übergewicht komplex sind. Hierbei spielen sozioökonomische Faktoren (Herkunft, Bildungsstand, sozialer Status), verhaltensbezogene Risikofaktoren, Bewegungsmangel, unausgewogene Ernährung, genetische Veranlagung sowie psychosoziale Aspekte eine Rolle. In zahlreichen Studien zum Einfluss der Werbung auf das Verhalten von Kindern hat sich die Erkenntnis durchgesetzt, dass der Lebensstil der Familie, des Freundeskreises und des weiteren Umfelds die Entwicklung eines Kindes entscheidend prägt und Lebensmittelwerbung nur eine untergeordnete Rolle für das Ernährungsverhalten von Kindern spielt.

Für den Schutz vor Irreführung im Allgemeinen und vor Irreführung durch gesundheits- und nährwertbezogene Angaben im Speziellen besteht bereits heute schon ein ausreichender Rechtsrahmen. Die entsprechenden europäischen Regelungen sind in den letzten Jahren geschaffen worden.

Im Lebensmittelrecht, das in der Zuständigkeit des Staatsministeriums für Umwelt und Verbraucherschutz liegt, gilt nach Art. 7 Abs. 1 VO (EU) Nr. 1169/2011 (Lebensmittelinformationsverordnung – LMIV) ein umfassendes Verbot der Irreführung des Endverbrauchers durch Informationen über Lebensmittel. Dieses Verbot umfasst auch die Aufmachung des Lebensmittels und die Werbung hierfür. Folglich ist bereits nach der jetzigen Rechtslage jegliche irreführende Werbung auch für Lebensmittel verboten, die von Kindern konsumiert werden. Ergänzt wird das allgemeine Verbot der Irreführung durch das Gebot des Art. 7 Abs. 2 LMIV, wonach Informationen über Lebensmittel zutreffend, klar und für die Verbraucher leicht verständlich sein müssen. Diese Anforderungen gelten gemäß Art. 7 Abs. 4 LMIV nunmehr explizit auch für die Werbung für Lebensmittel. Für Lebensmittel, die mit besonderen gesundheitsbezogenen Angaben beworben werden, gelten über das allgemeine Irreführungsverbot hinausgehende strenge gesetzliche Anforderungen. So wird durch die Health-Claims-Verordnung (VO (EG) 1924/2006), die verschiedene Regelungen zu nährwert- und gesundheitsbezogenen Angaben in der Werbung und Kennzeichnung von Lebensmitteln enthält, ein weitergehender Schutz des Verbrauchers vor irreführender Werbung gewährleistet.

Über die gesetzlichen Regelungen hinaus übernimmt die Lebensmittelwirtschaft aktiv Verantwortung. Im Jahr 2009

hat die Lebensmittelwirtschaft mit den im Zentralverband der deutschen Werbewirtschaft ZAW e.V. zusammengeschlossenen Organisationen gemeinsame Verhaltensregeln für die kommerzielle Kommunikation für Lebensmittel aufgestellt, die über die gesetzlichen Regelungen hinausgehen. Demnach ist in der Marktkommunikation der Lebensmittelwirtschaft alles zu unterlassen, was als Aufforderung zu einer übermäßigen und einseitigen Ernährung verstanden werden könnte (dies betrifft jede Form von Werbung online und offline).

8. a) Wie bewertet die Staatsregierung die Fettsteuer, die in Dänemark seit 2011 erhoben wird?

Die sogenannte Fettsteuer auf Produkte mit einem hohen Anteil an gesättigten Fetten in Dänemark hat sich nicht bewährt. Sie wurde bereits nach 15 Monaten zum 01.01.2013 wieder abgeschafft. Die Steuer führte zu einer Erhöhung der Verbraucherpreise, zu hohen Verwaltungskosten bei den Produzenten und zu einer Gefährdung von Arbeitsplätzen in Dänemark. Ein Anwachsen des Einkaufstourismus führte zudem zu einem Abfluss an Kaufkraft.

b) Wie bewertet die Staatsregierung eine Zuckerabgabe auf Getränke mit Zuckerzusatz oder Ersatzstoffen, die in Frankreich erhoben wird?

Neben Frankreich haben weitere Länder, beispielsweise Mexiko, eine Süßgetränksteuer eingeführt. Großbritannien beabsichtigt, diese in diesem Jahr zu erheben. Die Süßgetränksteuer wurde/wird als Präventionsmaßnahme gegen Adipositas und ihre Folgeerkrankungen eingeführt, nachdem mittlerweile mehrere qualitativ hochwertige Studien übereinstimmend feststellen, dass der regelmäßige Konsum

von Süßgetränken zu einer verstärkten Gewichtszunahme führt. Die Erfolgswachweise in Hinblick auf eine verbesserte Gewichtsentwicklung durch die Süßgetränksteuer sind dagegen wissenschaftlich nicht zu erbringen: Nachweisbar ist zwar, dass nach Einführung der Steuer der Konsum an Süßgetränken im einstelligen Prozentbereich rückläufig war, die Prävalenz der Adipositas jedoch weiter angestiegen ist.

c) Wie beurteilt die Staatsregierung die Einschätzung, dass Lebensmittel mit einem ungesunden Ernährungsprofil, etwa mit hohem Anteil an Zucker, Salz oder Fett, nicht steuerbegünstigt bleiben sollten?

Der Wegfall einer Steuerbegünstigung für Lebensmittel mit ungesundem Ernährungsprofil findet aus fachlicher Erwägung keine Zustimmung, da Erfolgswachweise zu einer Reduktion des Übergewichts nicht erbracht werden konnten.

Eine stringente Zuordnung von Lebensmitteln mit ungesundem Ernährungsprofil erscheint problematisch. So können bestimmte Lebensmittel mit hoher Energiedichte gleichzeitig Lieferanten hochwertiger Nährstoffe sein.

Eine Abschaffung der Steuerbegünstigung aufgrund eines bestimmten Nährwertprofils bei Lebensmitteln steht dem ursprünglichen Zweck der Steuerbegünstigung entgegen.

Darüber hinaus würde die Einführung von Verbrauchsteuern, die an den Fett- bzw. Zuckergehalt von Waren anknüpfen, zu einer weiteren Verkomplizierung des Steuer- bzw. Abgabenrechts führen. Gleiches würde für das Anknüpfen des Umsatzsteuersatzes an die vorgenannten Kriterien gelten.

Mit Blick auf das zu erwartende Steueraufkommen erscheint der Erfüllungsaufwand für Wirtschaft und Verwaltung unverhältnismäßig.