

Nationale Verzehrsstudie II

Anthropometrische Daten und Ernährungsverhalten

(sf) Erste Ergebnisse der Nationalen Verzehrsstudie II wurden am 30. Januar in Berlin vorgestellt. Damit liegen erstmals repräsentative Daten zum Ernährungsverhalten und -status in (Gesamt-)Deutschland vor. Mit der Planung, Durchführung und Auswertung der Studie hatte das Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz im Jahr 2002 das Max Rubner-Institut, Bundesforschungsinstitut für Ernährung und Lebensmittel in Karlsruhe (damals: Bundesforschungsanstalt für Ernährung und Lebensmittel) beauftragt.

Ausgewählte Ergebnisse aus dem ersten Teil des Ergebnisberichtes und des Ergänzungsbandes [1, 2, 4] werden im Folgenden zusammenfassend dargestellt.

Einführung

Die erste Nationale Verzehrsstudie, die von 1985 bis 1988 in den alten Bundesländern durchgeführt wurde, war die bislang umfangreichste Verzehrerhebung in der Bundesrepublik Deutschland. Seitdem haben sich sowohl das Lebensmittelangebot als auch das Arbeits-, Freizeit- und Konsumverhalten der Bevölkerung deutlich gewandelt. Im Rahmen der Nationalen Verzehrsstudie II (NVS II) sollten daher repräsentative Daten zum aktuellen und üblichen Verzehr an Lebensmitteln in Deutschland sowie deren Art und Menge erhoben werden, um daraus die Nährstoffzufuhr zu bestimmen. Weiter wurden Körpergröße und -gewicht (biochemische

Parameter wurden nicht erhoben), Angaben zur körperlichen Aktivität und weiteren Lebensstilfaktoren sowie ausgewählte Aspekte des Ernährungsverhaltens ermittelt. Diese Daten ermöglichen dann die Beurteilung der Ernährungssituation der deutschsprachigen Bevölkerung.

Methodik

Während das Marktforschungsinstitut TNS Healthcare die Felderhebungen durchführte, erfolgte die Planung und Koordination der Studie sowie die Auswertung der Rohdaten am Max Rubner-Institut in Karlsruhe.

Grundgesamtheit für die NVS bildete die in Privathaushalten wohnende, deutsch sprechende Bevölkerung im Alter von 14 bis 80 Jahren. Um für Deutschland repräsentative Aussagen machen zu können, war eine Stichprobe von ca. 20.000 Teilnehmern erforderlich. Diese wurde in einer zweistufig geschichteten Zufallsauswahl gewonnen. Die Erhebungen begannen im November 2005 und endeten im Januar 2007. Die Datengewinnung erfolgte bundesweit in vier unmittelbar aufeinander folgenden Erhebungswellen, um saisonale und regionale Aspekte zu berücksichtigen. Die Befragung der Teilnehmer (damit sind im Folgenden die männlichen und weiblichen Teilnehmenden zu verstehen) fand an insgesamt 500 Studienzentren statt.

In der modular aufgebaute NVS II wurden unterschiedliche Erhebungsinstrumente verwendet (■ **Abb. 1**).

Beim Erstkontakt mit den Teilnehmern in einem Studienzentrum diente ein

persönliches Eingangsgespräch (CAPI: Computer Assisted Personal Interview) zur Ermittlung soziodemografischer Daten und solcher zum Gesundheitsverhalten. Für die Erfassung der üblichen Ernährung, der Mahlzeitenstrukturen und der Gewohnheiten wurde ein für die NVS II weiterentwickeltes, computergestütztes Diet-History-Interview (DISHES 2005) eingesetzt. Ursprünglich wurde dieses für das Robert-Koch-Institut und den Bundesgesundheitsurvey 1998 entwickelt (DISHES 98). Die Teilnehmer füllten darüber hinaus einen Fragebogen zum Aktivitäts- und Ernährungsverhalten aus. Im

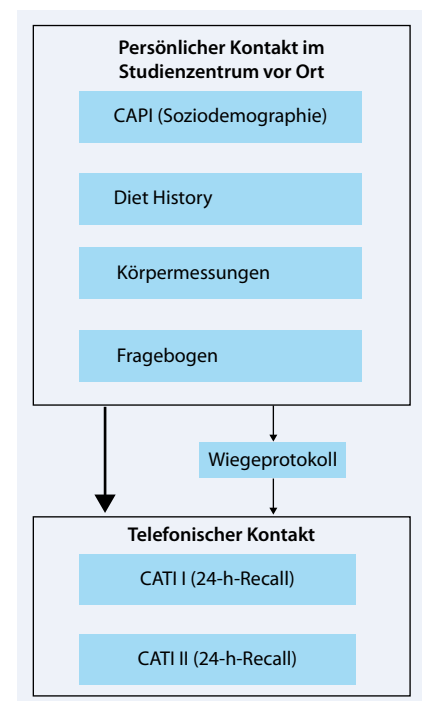


Abb. 1 ▲ Module der NVS II [4]

Tab. 1 Prävalenz von Unter-, Normal-, Übergewicht und Adipositas bei Jugendlichen, Perzentile nach Kromeyer-Hauschild et al. (Prozent, 95%-Konfidenzintervall), nach [1]

	Ausgeprägtes Untergewicht ($\leq P3$)		Untergewicht ($>P3-P10$)		Normalgewicht ($>P10-P90$)		Übergewicht ($>P90-P97$)		Adipositas ($>P97$)		Probanden Anzahl
	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	
Jungen											
14 Jahre	1,8	(0,2–6,3)	5,4	(2,0–11,3)	71,4	(59,8–79,6)	11,6	(6,2–19,0)	9,8	(4,9–16,9)	112
15 Jahre	1,6	(0,3–4,7)	4,4	(1,9–8,4)	78,7	(70,1–84,4)	8,7	(5,0–13,8)	6,6	(3,4–11,2)	183
16 Jahre	3,6	(1,2–8,1)	3,6	(1,2–8,1)	72,1	(61,8–79,4)	10,7	(6,0–17,1)	10,0	(5,5–16,2)	140
17 Jahre	1,4	(0,2–4,9)	3,5	(1,1–4,9)	78,6	(68,8–85,0)	9,7	(5,3–15,7)	6,9	(3,3–12,3)	145
Gesamt	2,1	(1,1–3,6)	4,1	(2,7–6,1)	75,7	(70,9–79,1)	10,0	(7,6–12,7)	8,1	(6,0–10,6)	580
Mädchen											
14 Jahre	–		4,4	(1,2–10,9)	78,0	(65,4–86,0)	11,0	(5,3–19,3)	6,6	(2,4–13,8)	91
15 Jahre	2,3	(0,6–5,8)	3,5	(1,3–7,4)	80,5	(71,8–86,1)	6,9	(3,6–11,7)	6,9	(3,6–11,7)	174
16 Jahre	2,1	(0,4–6,1)	3,6	(1,2–8,1)	76,6	(66,5–83,3)	8,5	(4,4–14,4)	9,2	(4,9–15,3)	141
17 Jahre	2,2	(0,4–6,2)	7,3	(3,5–12,9)	73,2	(62,8–80,4)	6,5	(3,0–12,0)	10,9	(6,1–17,3)	138
Gesamt	1,8	(0,9–3,4)	4,6	(3,0–6,7)	77,2	(72,3–80,7)	7,9	(5,7–10,5)	8,5	(6,2–11,1)	544

Studienzentrum wurden außerdem die Körpermessungen (Körpergewicht und -länge, Taillen- und Hüftumfang) standardisiert durchgeführt.

Anschließend wurde an zwei zufällig ausgewählten Tagen in telefonischen Interviews (CATI: Computer Assisted Telephone Interview) der Lebensmittelverzehr der letzten 24 Stunden erfragt (24-h-Recall). Hierbei kam jeweils das Programm EPIC SOFT zum Einsatz. Außerdem erfassten 1000 Teilnehmer einer repräsentativen Unterstichprobe in zwei viertägigen Wiegeprotokolle ihren Nahrungsverzehr.

Die weitere Auswertung der erhobenen Daten erfolgte u. a. mit Hilfe des Bundeslebensmittelschlüssel (BLS), dessen Betreuung seit Mai 2004 in die Zuständigkeit des Max Rubner-Instituts, Bundesforschungsinstitut für Ernährung und Lebensmittel, Standort Karlsruhe fällt. Dafür wurde die Datenbank sowohl im Datenbereich (z. B. Lebensmittel und ihre Nährstoffe) als auch im Darstellungsbe- reich aktualisiert.

Um die angestrebte Nettostichprobe von ungefähr 20.000 Personen zu erreichen, war eine Bruttostichprobe von 54.660 Personen erforderlich. Bei 8073 neutralen sowie 27.258 nicht qualitätsneutralen Ausfällen entspricht das einer Response von 41,5%. Von diesen 19.329 Teilnehmern liegen ein CAPI und ein Diet-History-Interview und/oder ein 24-Stunden-Recall vor.

Um mögliche Verzerrungen bei der Datenauswertung auszugleichen, wurde vor der Auswertung eine Datengewichtung durchgeführt. Als Datenbasis hierfür diente die Statistik der Mikrozensus-Erhebung 2005.

Der Schichtindex, mit dessen Hilfe sich der soziale Status einer Person in einer Variablen erfassen und darstellen lässt, wurde mittels des TNS-Punktgruppenverfahrens ermittelt. Berücksichtigt werden hierfür die Schul-/Berufsausbildung des Befragten, die berufliche Stellung des Hauptverdieners im Haushalt sowie das Haushaltsnettoeinkommen. Aus diesen drei Angaben wird die Schichtzugehörigkeit (untere Schicht, untere Mittelschicht, Mittelschicht, obere Mittelschicht, Oberschicht) ermittelt. Nach Vergleich der erhobenen Daten mit denen des Mikrozensus wurden bestehende Abweichungen – beispielsweise hatten die an der NVS II teilnehmenden erwachsenen Frauen und Männer ein höheres Bildungsniveau – durch die anschließende Datengewichtung ausgeglichen.

Ergebnisse

Von den 19.329 Teilnehmern sind 53,8% Frauen und 46,2% Männer; das Durchschnittsalter beträgt jeweils 45,8 Jahre. 95% sind deutsche Staatsbürger und 90% geben Deutschland als Geburtsland an.

In 2-Personen-Haushalten leben 38% der Teilnehmer, jeweils 19% in 3- und 4-Personen-Haushalten. Zwei Drittel leben mit einem Partner zusammen.

Von den Teilnehmern, die nicht mehr die Schule besuchen, haben 29% einen Hauptschul-, 27% einen Realschulabschluss und 25% die Hochschulreife. 54% der Teilnehmer geben an, erwerbstätig zu sein, 37% sind nicht erwerbstätig.

45% der Teilnehmer steht ein monatliches Haushaltsnettoeinkommen zwischen 750 EUR und 2500 EUR zur Verfügung, weiteren 24% ein solches zwischen 2500 EUR und 4000 EUR.

Anthropometrische Messungen

Im Rahmen der NVS II wurden in standardisierter Weise Körpermessungen bei 580 Jungen und 544 Mädchen im Alter von 14–17 Jahren sowie bei 6117 Männern und 7090 Frauen im Alter von 18–80 Jahren durchgeführt.

Bei den Jugendlichen wurden zur Beurteilung des Körpergewichts die Perzentilen des Body Mass Index (BMI, kg/m^2) nach Kromeyer-Hauschild et al. herangezogen [3]. Etwa drei Viertel der Jungen und Mädchen im Alter von 14 bis 17 Jahren liegen zwischen der 10. und 90. Perzentile und gelten damit als normalgewichtig (■ **Tab. 1**). Untergewicht (≤ 10 . Perzentile) weisen 6,2% der Jungen und 6,4% der Mädchen auf. Übergewichtig oder adipös (> 90 . Perzentile) sind 18,1% der Jungen und 16,4% der Mädchen.

Die Körpermaße der Erwachsenen verändern sich mit steigendem Lebensalter. Das mittlere Körpergewicht steigt bei den Männern bis zum Alter von 40–49

Tab. 2 Prävalenz von Unter-, Normal-, Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen, 18–80 Jahre, gewichtete Daten (Prozent, 95%-Konfidenzintervall), nach [1]

	Untergewicht BMI < 18,5 kg/m ²		Normalgewicht BMI 18,5–24,9 kg/m ²		Übergewicht BMI 25,0–29,9 kg/m ²		Adipositas BMI ≥ 30 kg/m ²		Probanden
	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	Anzahl
Männer									
18–19 Jahre	6,7	(3,9–10,7)	65,7	(57,7–71,7)	13,6	(9,4–18,6)	14,0	(9,7–19,0)	237
20–29 Jahre	2,2	(1,4–3,4)	57,4	(53,5–60,5)	29,8	(26,7–32,8)	10,6	(8,7–12,6)	665
30–39 Jahre	0,7	(0,3–1,3)	42,4	(39,2–45,2)	43,7	(40,5–46,5)	13,2	(11,2–15,1)	938
40–49 Jahre	0,2	(0,1–0,6)	29,6	(27,0–32,0)	50,1	(47,0–52,6)	20,1	(17,9–22,2)	1233
50–59 Jahre	0,3	(0,1–0,9)	22,5	(19,7–25,2)	50,4	(46,6–53,6)	26,8	(23,7–29,6)	1098
60–69 Jahre	0,3	(0,0–0,8)	17,3	(14,9–19,7)	51,8	(48,1–54,8)	30,7	(27,6–33,5)	1277
70–80 Jahre	0,0	(0,0–0,7)	15,7	(12,8–18,8)	56,3	(51,4–60,3)	27,9	(24,0–31,6)	669
Gesamt	0,8	(0,6–1,1)	33,1	(31,8–34,3)	45,5	(44,0–46,7)	20,5	(19,5–21,5)	6117
Frauen									
18–19 Jahre	6,3	(2,5–8,4)	70,3	(46,8–61,1)	14,0	(7,1–15,5)	9,4	(4,3–11,4)	208
20–29 Jahre	4,9	(3,5–6,3)	66,1	(60,3–67,1)	20,3	(17,1–22,3)	8,7	(6,7–10,3)	746
30–39 Jahre	3,5	(2,4–4,4)	61,2	(53,7–59,9)	21,0	(17,3–21,9)	14,3	(11,4–15,3)	1221
40–49 Jahre	0,8	(0,4–1,4)	50,7	(47,0–52,6)	29,6	(26,7–31,6)	18,9	(16,6–20,7)	1626
50–59 Jahre	0,4	(0,1–1,1)	42,8	(39,6–46,4)	32,9	(30,0–36,3)	23,9	(21,3–27,0)	1264
60–69 Jahre	0,6	(0,3–1,4)	30,2	(28,9–35,0)	38,0	(36,8–43,3)	31,2	(29,9–36,0)	1312
70–80 Jahre	0,6	(0,3–1,9)	25,3	(29,6–37,7)	39,8	(48,5–57,3)	34,3	(41,3–50,0)	713
Gesamt	1,9	(1,6–2,3)	47,5	(46,1–48,7)	29,5	(28,3–30,6)	21,1	(20,0–22,0)	7090

Tab. 3 Prävalenz von Unter-, Normal-, Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen, 18–80 Jahre, differenziert nach sozialer Schicht, gewichtete Daten (Prozent, 95%-Konfidenzintervall), nach [2]

	Untergewicht BMI < 18,5 kg/m ²		Normalgewicht BMI 18,5–24,9 kg/m ²		Übergewicht BMI 25,0–29,9 kg/m ²		Adipositas BMI ≥ 30 kg/m ²	
	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI
Männer								
Untere Schicht	2,6	(1,4–4,3)	37,0	(32,3–41,3)	36,4	(31,7–40,6)	24,0	(20,1–27,9)
Untere Mittelschicht	1,0	(0,5–1,8)	29,8	(26,8–32,6)	43,8	(40,3–46,8)	25,3	(22,5–28,0)
Mittelschicht	0,7	(0,4–1,2)	30,7	(28,5–32,7)	47,2	(44,6–49,3)	21,4	(19,5–23,2)
Obere Mittelschicht	0,6	(0,3–1,0)	34,2	(31,7–36,4)	45,0	(42,2–47,3)	20,3	(18,3–22,2)
Oberschicht	0,5	(0,2–1,1)	37,6	(34,3–40,5)	48,9	(45,3–51,8)	13,1	(11,1–15,2)
Frauen								
Untere Schicht	2,0	(1,1–3,3)	29,4	(25,8–32,8)	33,3	(29,5–36,8)	35,3	(31,4–38,8)
Untere Mittelschicht	1,7	(1,0–2,6)	37,7	(34,5–40,5)	32,6	(29,6–35,4)	28,0	(25,2–30,7)
Mittelschicht	1,4	(0,9–2,0)	44,6	(42,2–46,7)	31,9	(29,7–33,9)	22,1	(20,2–23,9)
Obere Mittelschicht	2,4	(1,8–3,2)	56,5	(53,6–58,8)	26,9	(24,6–29,0)	14,2	(12,6–15,9)
Oberschicht	2,3	(1,4–3,6)	67,0	(62,8–70,3)	20,6	(17,7–23,6)	10,0	(7,9–12,3)

Jahren und bei den Frauen bis zum Alter von 60–69 Jahren an, danach verringert es sich. Die höchste mittlere Körpergröße wurde bei Männern im Alter von 20–29 Jahren und Frauen im Alter von 30–39 Jahren gemessen. Dem entspricht ein Anstieg des BMI mit zunehmendem Alter. Taillen- und Hüftumfang steigen bei Männern und Frauen über alle Altersgruppen hinweg an, wobei der Hüftumfang zwischen 18 und 80 Jahren weitaus geringer zunimmt als der Taillenumfang.

Demzufolge steigt auch das Verhältnis von Taillen- zu Hüftumfang (Waist-Hip-Ratio, WHR) von der jüngsten Altersgruppe bei Männern und Frauen zur ältesten Altersgruppe hin an.

Die Beurteilung des Körpergewichts der Erwachsenen erfolgt nach der BMI-Klassifizierung der WHO [5]. Insgesamt weisen 58,2% der Studienteilnehmer einen BMI ≥ 25 kg/m² auf und werden damit als übergewichtig oder adipös beurteilt. Bei den Männern liegt der Anteil mit 66,0%

deutlich über dem der Frauen mit 50,6%. Der Anteil der adipösen Personen (BMI ≥ 30 kg/m²) macht dabei bei den Männern 20,5% und bei den Frauen 21,1% aus (■ **Tab. 2**).

Mit höherem Alter nimmt der Anteil an übergewichtigen und adipösen Personen bei beiden Geschlechtern deutlich zu. Der Anteil untergewichtiger Personen (BMI < 18,5 kg/m²) ist in der Gruppe der 18- bis 19-Jährigen mit 6,7% bei den Männern und 6,3% bei den Frauen am höch-

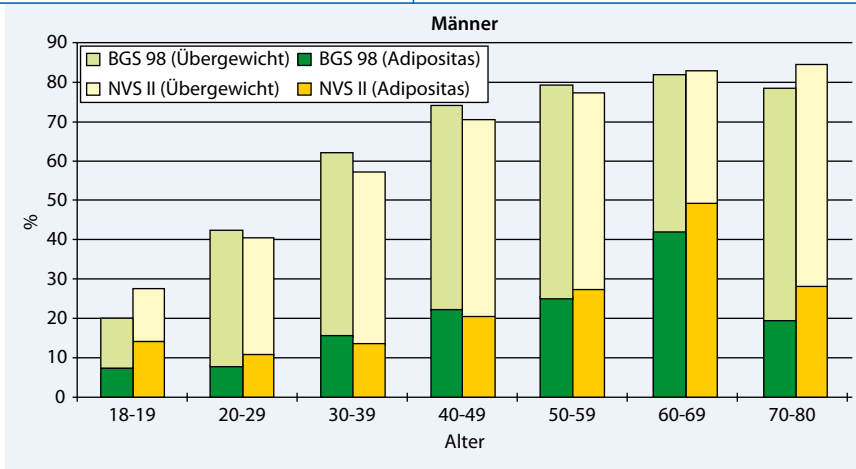


Abb. 2 ▲ Übergewicht und Adipositas bei Männern in Deutschland: Daten des Bundesgesundheits-surveys (BGS) 1998 und der NVS II, nach [4]

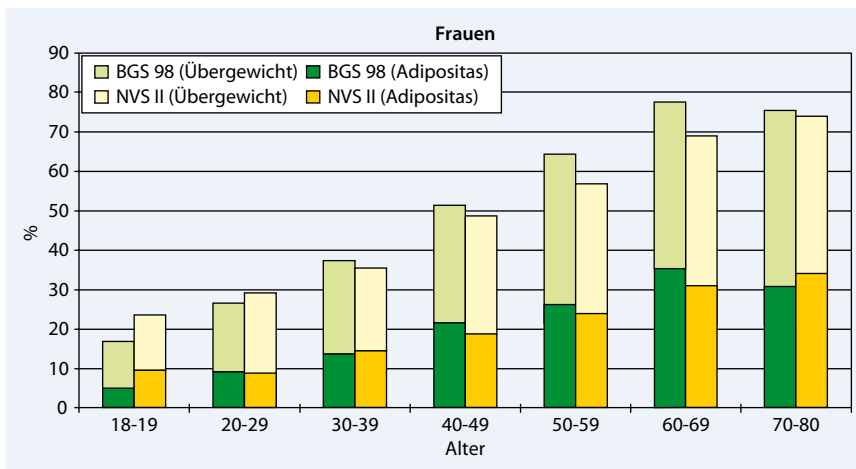


Abb. 3 ▲ Übergewicht und Adipositas bei Frauen in Deutschland: Daten des Bundesgesundheits-surveys (BGS) 1998 und der NVS II, nach [4]

ten und liegt in den höheren Altersgruppen unter 1%.

Als mögliche Einflussfaktoren auf den BMI wurden der Schulabschluss, das Pro-Kopf-Nettoeinkommen (Haushaltsnettoeinkommen durch Anzahl der im Haushalt lebenden Personen), der Familienstand und die Region betrachtet. Je höher bei Männern und Frauen der Schulabschluss ist, desto geringer ist der BMI. Hinsichtlich des Pro-Kopf-Nettoeinkommens gilt vergleichbares. Bei der Auswertung nach der sozialen Schicht zeigt sich bei Frauen und Männern, dass Adipositas vor allem ein Problem bei Personen der unteren Schichten ist (■ **Tab. 3**). Besonders deutlich ist dieser Zusammenhang bei den Frauen. In der unteren Schicht sind 35% der Frauen adipös. Mit steigender sozialer Schicht

nimmt der Anteil adipöser Frauen kontinuierlich ab und beträgt in der Oberschicht nur noch 10%. Ledige Männer und Frauen sind zu einem größeren Anteil normalgewichtig als verheiratete, geschiedene oder verwitwete Personen. Die Bundesländer wurden in Anlehnung an die Nielsen-Gebiete zu Regionen zusammengefasst. Hinsichtlich der Anteile von Normalgewicht, Übergewicht und Adipositas zeigen sich aber nur geringe regionale Unterschiede.

Zusätzlich wurden die erhobenen Daten mit denen aus dem Bundesgesundheits-survey 1998 (BGS 98) verglichen (■ **Abb. 1, 2**). Besonders deutlich gestiegen ist die Zahl der Übergewichtigen unter den jungen Erwachsenen. Nach der NVS II sind 27,6% der 18- und 19-jährigen Männer übergewichtig. Vor 10 Jahren wa-

ren es in der gleichen Altersgruppe nur 19,9%. Bei den gleichaltrigen Frauen sind laut NVS II 23,4% übergewichtig, 1998 waren es 16,7%.

Dagegen ist bei älteren Frauen die Zahl der Übergewichtigen in allen Altersgruppen geringer als vor 10 Jahren. Eine ähnliche Entwicklung, wenn auch in geringem Ausmaß, zeigt sich bei den Männern zwischen 30 und 60 Jahren. Bei den älteren Männern zwischen 60 und 80 Jahren kann dieser Trend nicht beobachtet werden.

Eine WHR > 1,0 bei Männern und > 0,85 bei Frauen gilt als Marker für eine abdominelle Fettsammlung [5]. Die Anteile von Personen mit einer erhöhten WHR nehmen bei beiden Geschlechtern über die Altersgruppen hinweg zu. Während bei den 18- bis 19-jährigen Männern und Frauen nur 0,2% bzw. 3,1% eine erhöhte WHR aufweisen, steigt der Anteil im Alter von 70–80 Jahren auf 37,5% bei den Männern und 49,8% bei den Frauen.

Auch der Taillenumfang gilt als ein Kriterium für die Risikoeinschätzung für metabolische und kardiovaskuläre Erkrankungen. Ein Taillenumfang von ≥ 94 cm (Männer) bzw. ≥ 80 cm (Frauen) geht mit einem erhöhten Risiko einher. Die Anteile an Personen mit einem erhöhten Taillenumfang sind bei Älteren höher als bei jungen Erwachsenen: Im Alter von 18–19 Jahren haben nur etwa 15% der Männer und Frauen einen erhöhten Taillenumfang. Dieser Anteil steigt bis zum Alter von 70–80 Jahren auf etwa 80% an.

Die drei in der NVS II angewendeten anthropometrischen Messverfahren zeigen, dass das Übergewicht und damit das Risiko für ernährungsbedingte Krankheiten mit steigendem Alter sowohl bei Frauen als auch bei Männern kontinuierlich zunehmen.

Ernährungsverhalten

Diäten, besondere Ernährungsweisen, Nahrungsergänzungsmittel. Insgesamt 12% der Teilnehmer halten eine Diät ein. Auf Grund einer Erkrankung (Diabetes, Fettstoffwechselstörungen) führen diese 7%, meist ältere Teilnehmer ab 51 Jahren, durch. Um ihr Gewicht zu reduzieren, tun dies 5% der Befragten, insbesondere junge Frauen im Alter zwischen 14 und 34 Jahren.

Nur 4% der Teilnehmer praktizieren eine besondere Ernährungsweise, vorrangig Frauen bis 35 Jahre. Am häufigsten (1,6%) wird eine vegetarische Ernährungsweise (mit bzw. ohne Milch/Ei/Fisch) angegeben. Je 0,6% richtet sich nach muslimischen Speisevorschriften oder der Vollwert-Ernährung.

Supplemente (Nahrungsergänzungsmittel, Nahrungsergänzungspräparate und angereicherte Medikamente) nehmen 31% der Frauen und 24% der Männer ein.

Ernährungsinformation und Ernährungswissen. Zwei Drittel der Teilnehmer geben an, sich über das Thema Ernährung zu informieren. Hauptinformationsquellen sind dann die Printmedien (56%), Angaben auf Lebensmittelverpackungen (54%), persönliche Kontakte über Freunde und Familie (54%) und das Fernsehen (51%).

Das CMA-Gütezeichen, das Bio-Siegel und das Bioland-Siegel kennen zwei Drittel der Befragten. Die Bekanntheit des TransFair-Siegels und das QS-Siegels sind mit 19% bzw. 8% deutlich geringer.

Etwa zwei Drittel wissen bei einer Vorgabe von 3 Antworten plus der Angabe „ich weiß nicht“, was probiotischer Joghurt und ACE-Getränke sind. Über alle Altersgruppen hinweg kannten Frauen die Produkte signifikant häufiger als Männer. Die richtige Bedeutung der Kampagne „5 am Tag“ kennen 40% der Frauen und 18% der Männer.

Nur 8% der Erwachsenen können ihren persönlichen Energiebedarf richtig einschätzen. Knapp ein Drittel schätzt ihn falsch ein (meist zu gering), 53% machen hierzu keine Angabe.

Risikoeinschätzung und -wahrnehmung. Bei der Risikowahrnehmung bezüglich allgemeiner Gesundheitsgefahren liegen Nahrungsmittel/Getränke auf Platz 9 (von 10 vorgegebenen Risiken). Fast alle anderen Gesundheitsgefährdungen (wie z. B. Zigaretten, Radioaktivität, Stress im Beruf, Verkehr) werden häufiger genannt. Lediglich Gesundheitsgefährdungen in Zusammenhang mit dem Genuss von Wasser werden noch geringer eingeschätzt. Bei einer generellen Risikoeinschätzung im Bereich der Lebensmittelqualität bzw. der Ernährung ergibt sich folgende Rang-

liste: Pestizid- und Insektizid-Rückstände in Lebensmitteln, verdorbene Lebensmittel, Tierarzneimittel- und Hormon-Rückstände in Lebensmitteln, zu viel und zu einseitig essen, Schimmelpilze, bestrahlte Lebensmittel und gentechnologisch veränderte Lebensmittel.

Etwa die Hälfte befürchtet bei gentechnisch veränderten Lebensmitteln oder Zutaten (55%) bzw. bei bestrahlten Lebensmitteln oder Zutaten (50%) eine geringere Sicherheit als bei herkömmlichen Lebensmitteln. 3% bzw. 6% sind der Meinung diese Verfahren bieten eine größere Sicherheit. Fast jeder Dritte (30% bzw. 34%) äußerte sich dazu nicht.

Einkaufsverhalten. 65% der Frauen und 29% der Männer sind selbst ausschließlich für den Einkauf zuständig. Während bei den Jugendlichen noch keine geschlechtsspezifischen Unterschiede feststellbar sind, ändert sich das bei jungen Erwachsenen. So lassen 62% der jungen Männer von anderen einkaufen, aber nur 34% der Frauen. Bei 47% der Männer kümmert sich eine andere Person um den Lebensmitteleinkauf. Je mehr Personen im Haushalt leben, desto weniger häufig sind Männer für den Lebensmitteleinkauf zuständig.

Die häufigsten Einkaufsstätten sind Supermärkte, gefolgt von Discountern und Lebensmittelfachgeschäften (Bäckerei, Fleischerei etc.). Je höher das Haushaltseinkommen ist, umso häufiger wird im Lebensmittelfachgeschäft, auf dem Wochenmarkt bzw. beim Direktvermarkter sowie im Naturkostladen bzw. Reformhaus eingekauft.

Frauen kaufen generell in allen Einkommensschichten öfter Bioprodukte als Männer. 30% der Männer und Frauen, die max. 750 EUR netto monatlich zur Verfügung haben, geben an, Bioprodukte zu kaufen. Personen mit hohem Einkommen oder einem hohen Schulabschluss geben häufiger den Einkauf von Bioprodukten an. Bei einem Haushaltsnettoeinkommen unter 1500 EUR sind es 37% der Frauen, dagegen 60% bei einem Haushaltsnettoeinkommen von über 4000 EUR.

Kochfertigkeiten. Mit gut bis sehr gut schätzen zwei Drittel der Frauen und ein Drittel der Männer ihre Kochfähig-

keiten ein. Bei den Frauen stieg die positive Selbsteinschätzung mit dem Alter an, von den Männern kochen die 35- bis 50-Jährigen nach eigenen Angaben am häufigsten sehr gut bis gut. Befragt, ob sie sechs vorgegebene Gerichte (von leicht bis schwer) bereits selbst aus Grundzutaten zubereitet haben, bejahen dies je nach Gericht 84–93% der Frauen, aber nur 33–61% der Männer.

Ausblick

Im ersten Teil der Basisauswertung wurden die soziodemografischen Daten vorgestellt sowie Ergebnisse der anthropometrischen Messungen und ausgewählte lebensstilbezogene Parameter.

Der zweite Teil der Auswertung, der im April 2008 vorliegen soll, wird die Ergebnisse zum Verzehr an Lebensmitteln bzw. Lebensmittelgruppen enthalten sowie die mit Hilfe des BLS berechneten Nährstoffaufnahmen.

Quellen

1. Max Rubner-Institut, Bundesforschungsinstitut für Ernährung und Lebensmittel (Hrsg) (2008) Nationale Verzehrstudie II. Ergebnisbericht, Teil 1. Karlsruhe, Max Rubner-Institut, Bundesforschungsinstitut für Ernährung und Lebensmittel. http://www.was-esse-ich.de/uploads/media/NVS_II_Ergebnisbericht_Teil_1.pdf
2. Max Rubner-Institut, Bundesforschungsinstitut für Ernährung und Lebensmittel (Hrsg) (2008) Nationale Verzehrstudie II. Ergänzungsband zum Ergebnisbericht, Teil 1. Karlsruhe, Max Rubner-Institut, Bundesforschungsinstitut für Ernährung und Lebensmittel. <http://www.was-esse-ich.de/uploads/media/Ergaenzungsbericht.pdf>
3. Kromeyer-Hauschild K, Wabitsch M, Kunze D et al. (2001) Perzentile für den Body-mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. Monatsschr Kinderheilkd 149: 807–818
4. Pressekonferenz des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz am 30.01.2008 zur Vorstellung des 1. Teils der Ergebnisse der Nationalen Verzehrsstudie II
5. WHO: Obesity. Preventing and managing the global epidemic. WHO Technical Report Series 894, Genf 2000