



3. QUARTALSBERICHT - KINDERGESUNDHEIT IN DEUTSCHLAND
AKTUELL (KIDA):

Monitoring der Kindergesundheit in (und nach) der COVID-19-Pandemie Schwerpunkt Ernährungsverhalten

Veröffentlicht: 16.02.2023

Zusammenfassung

Hintergrund und methodischer Ansatz:

Mit der Studie „Kindergesundheit in Deutschland aktuell“ (KIDA) untersucht das Robert Koch-Institut seit Februar 2022, wie sich die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren im Verlauf der COVID-19-Pandemie darstellen und entwickeln. In der Studie werden über einen Zeitraum von zwölf Monaten fortlaufend Informationen zu Gesundheit, Wohlbefinden und Gesundheitsverhalten sowie Daten zur Kenntnis und Nutzung von Beratungs- und Versorgungsangeboten erhoben. Dabei werden Eltern von Kindern im Alter von 3 bis 15 Jahren und Jugendliche im Alter von 16 bis 17 Jahren zunächst telefonisch befragt. Im Anschluss werden die Teilnehmenden eingeladen, zusätzlich an einer vertiefenden Online-Befragung teilzunehmen. Die so gewonnenen Daten werden im Kontext zu den jeweils vorherrschenden Pandemiebedingungen (z. B. Eindämmungsmaßnahmen, altersspezifische Inzidenzen, Testkonzepte) interpretiert und die Ergebnisse vierteljährlich in Form schriftlicher Berichte auf der Website des Robert Koch-Instituts veröffentlicht. KIDA wird finanziert aus Mitteln des Bundesministeriums für Gesundheit.

Der vorliegende 3. Quartalsbericht fasst Ergebnisse zum Ernährungsverhalten der Kinder und Jugendlichen zusammen, die zwischen dem 20. April und dem 14. November 2022 in der Online-Befragung ermittelt werden konnten.

Der Erhebungszeitraum war zum Start der Onlineerhebung (KW16) bereits durch stark abnehmende Neuerkrankungsraten unter Kindern und Jugendlichen gekennzeichnet, die sich nach einer Sommerwelle bis zum Ende des Erhebungszeitraums auf niedrigem Niveau befanden.

Während der Erhebung gab es geringe pandemiebedingte Einschränkungen des öffentlichen Lebens, die im Verlauf des Erhebungszeitraums weiter abnahmen und sich seit Sommer 2022 auf sehr niedrigem Niveau halten.

Ergebnisse:

- Zwei Drittel der 3- bis 17-Jährigen wurde laut Eltern- oder Selbstangabe in der KIDA-Onlinebefragung jemals positiv auf SARS-CoV-2 getestet.
- Über den gesamten berichteten Zeitraum der KIDA-Onlinebefragung gaben Eltern und Jugendliche für rund 5 % der Schülerinnen und Schüler eine Pflicht zum Tragen einer Mund-Nase-Bedeckung in der Schule an. Nahezu alle Schulen und Kindertagesstätten waren in diesem Zeitraum laut Angaben der Eltern im regulären Betrieb.
- Nur wenige Kinder und Jugendliche verzehrten aufgrund der Pandemie mehr Fast Food, Fertiggerichte oder zuckerhaltige Erfrischungsgetränke (jeweils unter 7 %), während 14 – 20 % angaben, der Konsum dieser Lebensmittelgruppen habe sich pandemiebedingt sogar verringert. Außerdem gaben ungefähr jeweils 10 % einen aktuell häufigeren Verzehr von Obst und Gemüse an.
- Insgesamt 73 % der Schülerinnen und Schüler hatten die Möglichkeit, in der Schule eine warme Mittagsmahlzeit zu bekommen. Von ihnen nutzten 55 % dieses Angebot mindestens einmal die Woche, vor allem jüngere Schülerinnen und Schüler sowie Kinder aus Haushalten mit mittlerem und hohem Einkommen. Es gaben 27 % an, das Angebot der Schulverpflegung momentan auf Grund der Pandemie seltener zu nutzen.
- In den Familien wurden regelmäßig Mahlzeiten gemeinsam eingenommen, vor allem das Abendessen, welches vier von fünf Heranwachsenden (fast) täglich mit anderen Familienmitgliedern einnahmen. 14 % gaben an, dass Familienmahlzeiten auf Grund der Pandemie momentan häufiger stattfanden.
- Für mehr als die Hälfte der Kinder und Jugendlichen wurde täglich zu Hause gekocht, besonders häufig für die Altersgruppe der 12-17-Jährigen. Außerdem berichteten 13 %, dass auf Grund der Pandemie momentan häufiger gekocht wurde.

- Nur die Hälfte der Heranwachsenden aßen täglich sowohl Obst als auch Gemüse. Von den 12-17-Jährigen trank jeder Dritte mindestens drei- bis viermal pro Woche zuckerhaltige Erfrischungsgetränke.
- In Haushalten mit geringem Einkommen nutzten die Kinder und Jugendlichen deutlich seltener die Schulverpflegung und aßen häufiger mit der Familie zu Mittag. Darüber hinaus war hier ein seltener Konsum von Obst und häufigere Konsum von zuckerhaltigen Erfrischungsgetränken zu verzeichnen.

Inhalt

1	Hintergrundinformationen	6
2	Studiendesign	7
3	Beschreibung der Stichprobe	9
3.1	Stichprobenbeschreibung	9
3.2	Beschreibung der Indikatoren (Stratifizierungsmerkmale).....	10
3.3	Limitationen	11
4	Ergebnisse	12
4.1	Pandemiegeschehen und Eindämmungsmaßnahmen im Erhebungszeitraum	12
4.1.1	Kernaussagen	12
4.1.2	Hintergrund.....	12
4.1.3	Wie hat sich das Infektionsgeschehen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland im Erhebungszeitraum 04/2022 – 11/2022 entwickelt?	12
4.1.4	Wie haben sich die COVID-19 Eindämmungsmaßnahmen in Deutschland Erhebungszeitraum 04/2022 – 11/2022 entwickelt?	13
4.2	Pandemiebedingte Rahmenbedingungen: Ergebnisse der KIDA-Onlinebefragung	15
4.2.1	Kernaussagen	15
4.2.2	Hintergrund.....	15
4.2.3	Messung der Indikatoren in KIDA	15
4.2.4	Ergebnisse und Einordnung.....	15
4.2.5	Fazit	18
4.3	Ausgewählte Aspekte des Ernährungsverhaltens von Kindern und Jugendlichen	19
4.3.1	Kernaussagen	19
4.3.2	Wie viele Kinder und Jugendliche nutzten die Mittagsverpflegung in Schule und KiTa?	19
4.3.2.1	Erhebung.....	19
4.3.2.2	Ergebnisse	19
4.3.3	Wie häufig aßen Kinder bzw. Jugendliche gemeinsam mit ihrer Familie?	21
4.3.3.1	Erhebung.....	21
4.3.3.2	Ergebnisse	21
4.3.4	Wie häufig erhielten Kinder und Jugendliche in den Familien selbstgekochte warme Mahlzeiten?	22
4.3.4.1	Erhebung.....	22
4.3.4.2	Ergebnisse	22
4.3.5	Aßen Kinder, die selten die Schulverpflegung nutzten, häufiger mittags zu Hause und wurde für sie zu Hause gekocht?	23
4.3.6	Wie häufig aßen die Kinder und Jugendlichen ausgewählte Lebensmittel?.....	24
4.3.6.1	Erhebung.....	24
4.3.6.2	Ergebnisse	24

4.3.7	Wie beeinflusste die Pandemie das Ernährungsverhalten?	30
4.3.7.1	Erhebung.....	30
4.3.7.2	Ergebnisse	30
4.3.8	Gab es einen Zusammenhang zwischen der Häufigkeit von Homeoffice des befragten Elternteils und ausgewählten Aspekten des Ernährungsverhaltens der Kinder und Jugendlichen	31
4.3.8.1	Erhebung.....	31
4.3.8.2	Ergebnisse	31
4.3.9	Einordnung der Ergebnisse.....	31
4.3.9.1	Einordnung Schul- und Familienmahlzeiten sowie Kochen zu Hause.....	31
4.3.9.2	Einordnung Verzehrhäufigkeiten von Lebensmittelgruppen	32
4.3.9.3	Einordnung Einfluss der Pandemie auf ausgewählte Aspekte des Ernährungsverhaltens	33
4.3.10	Fazit	34
5	KIDA Studienbeschreibung	35
5.1	Studiendesign und Stichprobe.....	35
5.1.1	Erhebungsinstrument	35
5.1.2	Erhebungsmethoden.....	36
5.2	Durchführung der telefonischen Erhebung	36
5.2.1	Pretestung.....	36
5.2.2	Feldverlauf und Feldmonitoring	37
5.3	Datenaufbereitung und Gewichtung	37
6	Literatur.....	38
7	Abbildungsverzeichnis	41
8	Tabellenverzeichnis	42
9	Impressum	43

1 Hintergrundinformationen

Eine ausgewogene Ernährung spielt eine wichtige Rolle für die Gesundheit sowie für eine gute körperliche und geistige Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Die adäquate Versorgung mit essenziellen Nährstoffen ist besonders in den Jahren des Wachstums wichtig. Außerdem werden in dieser Lebensphase häufig Vorlieben für bestimmte Speisen und Essensgewohnheiten gebildet, die oft bis ins frühe Erwachsenenalter beibehalten werden [1].

Durch die COVID-19-Pandemie und die damit einhergehenden Eindämmungsmaßnahmen änderten sich mögliche Einflussfaktoren auf das Ernährungsverhalten von Kindern und Jugendlichen. Dazu gehörten unter anderem vorübergehende Schließung von Schulen und Gaststätten sowie veränderte Arbeitsbedingungen der Eltern (z.B. Kurzarbeit, Arbeitsplatzverlust, Homeoffice). Insbesondere die Schulverpflegung war während der sogenannten „Lockdowns“ betroffen, indem dieses Angebot für Kinder und Jugendliche wegfiel. Dafür gab es Hinweise, dass möglicherweise häufiger zu Hause gekocht wurde [2, 3].

Schulmahlzeiten, wie auch Familienmahlzeiten, bieten einen möglichen Ansatzpunkt, um gesunde Ernährungsgewohnheiten zu fördern [4]. So stellt die Kita- und Schulverpflegung eine gute Möglichkeit dar, allen Kindern und Jugendlichen eine ausgewogene, bedarfsgerechte und auch nachhaltige Ernährung anzubieten. Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE) hat hierzu Qualitätsstandards für die Schulverpflegung entwickelt [5], die bisher aber nur in einigen Bundesländern verbindlich umgesetzt werden [6]. Laut dem Nationalen Aktionsplan „Neue Chancen für Kinder in Deutschland“ ist es zudem ein langfristiges Ziel, sozial benachteiligten Kindern mindestens eine kostenlose und gesunde Mahlzeit pro Schultag anzubieten. Hiermit wird eine Empfehlung der Europäischen Union umgesetzt [7].

Aktuell sind Angebot und Qualität der Schulverpflegung in Deutschland noch nicht bundesweit einheitlich geregelt [6]. Zudem erschweren pandemiebedingte Einschränkungen wie zeitweilige Schulschließungen und Personalausfall sowie aktuell auch steigende Lebensmittelpreise ein adäquates und preisgünstiges Angebot in der Gemeinschaftsverpflegung für Kinder und Jugendliche.

Das Arbeiten und Lernen von zu Hause sowie die vermehrte Arbeit der Eltern im Homeoffice können zu Veränderungen in der Häufigkeit von gemeinsamen Mahlzeiten und beim Verzehr einzelner Lebensmittel geführt haben. Außerdem können eingeschränkte Möglichkeiten des Außer-Haus-Verzehrs sich auf die Mahlzeitengestaltung und das Kochverhalten der Eltern sowie der Jugendlichen ausgewirkt haben. Studien zeigen, dass regelmäßige gemeinsame Mahlzeiten in der Familie nicht nur den familiären Zusammenhalt unterstützen, sondern sich auch positiv auf das Ernährungsverhalten auswirken, z.B. hinsichtlich des Obst- und Gemüsekonsums [8-10].

Um das Ernährungsverhalten von Kindern und Jugendlichen während und nach dem Verlauf der COVID-19-Pandemie zu beleuchten, wird in KIDA innerhalb der Online-Befragung erhoben, wie oft Kinder und Jugendliche Schul- und Familienmahlzeiten nutzen. Zudem wird erfasst, wie häufig Kinder und Jugendlichen ausgewählte gesundheitlich vorteilhafte und weniger vorteilhafte Lebensmittelgruppen essen. Für all diese Aspekte des Essverhaltens wird zusätzlich erfragt, welchen Einfluss die Pandemie hat.

2 Studiendesign

Im Rahmen der KIDA-Studie werden Eltern von Kindern im Alter von 3 bis 15 Jahren und Jugendliche im Alter von 16 bis 17 Jahren, welche an der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA Basis) teilnehmen, in KIDA zunächst telefonisch befragt. Im Anschluss haben sie die Möglichkeit, zusätzlich an einer vertiefenden Online-Befragung teilzunehmen. Die Auswahl der Teilnehmenden für GEDA Basis erfolgt als Zufallsstichprobe. Dort teilnehmende Erwachsene mit Kind oder Jugendliche im Alter von 16 oder 17 Jahren werden zur Teilnahme an KIDA eingeladen. In der Stichprobe befinden sich zufällig generierte Mobil- und Festnetznummern (Dual-Frame Ansatz).

Basierend auf diesem Zugang werden alle Personen mit im Haushalt lebenden Kindern von 3 bis 15 Jahren sowie Jugendliche im Alter von 16 bis 17 Jahren für die Teilnahme an der KIDA-Studie einbezogen. Zu Beginn des Telefoninterviews werden die Befragten über die Freiwilligkeit der Teilnahme, die Ziele der Befragung sowie über den Datenschutz informiert und um ihre mündliche Zustimmung zur Durchführung der Befragung gebeten. Die Datenerhebung der telefonischen Befragung erfolgt kontinuierlich über einen Zeitraum von 12 Monaten, die Online-Datenerhebung startete zwei Monate später. Am Ende des telefonischen Interviews in KIDA werden die teilnehmenden Personen mit Kindern (3 bis 15 Jahre) und die 16- bis 17-jährigen Jugendlichen von den Interviewenden gefragt, ob sie bereit sind ebenfalls an der vertiefenden Online-Befragung teilzunehmen. Sofern telefonisch zur Kontaktaufnahme eingewilligt wird, wird eine E-Mail-Adresse aufgenommen und eine Einladung zur Onlinebefragung versendet. Diese E-Mail enthält einen Link zum Online-Fragebogen und einen 25 €-Online-Gutschein als Aufwandsentschädigung. Diese Aufwandsentschädigung erfolgt unkonkonditional, also unabhängig von der Teilnahme an der vertiefenden Online-Befragung. Erfolgt auf die E-Mail-Einladung keine Reaktion, wird bis zu zwei Mal eine Erinnerungs-E-Mail versendet.

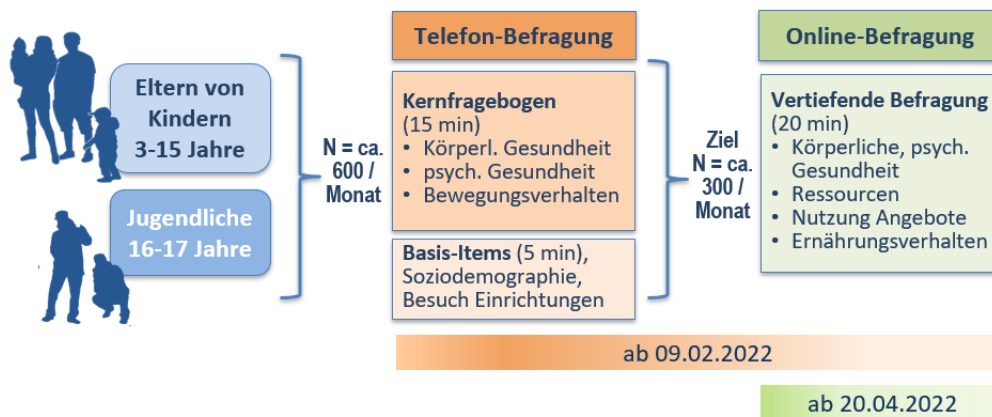
Die Inhalte der Telefonbefragung sind in fünf Themenblöcke aufgeteilt. Für den Bereich zum „COVID-19 Pandemiegeschehen“ werden unter anderem Fragen zum Infektions- und Impfstatus sowie zu möglichen Schließungen von Einrichtungen und aktueller Quarantäne gestellt. Im Bereich „körperliche Gesundheit“ werden der subjektive allgemeine Gesundheitszustand und dessen Veränderung erfasst sowie besondere Versorgungs- und Unterstützungsleistungen ermittelt. Auf dem Gebiet „Psychische Gesundheit“ werden Fragenkomplexe zur subjektiven psychischen Gesundheit und dem psychischen, schulischen und sozialen Wohlbefinden verwendet. Das „Gesundheitsverhalten“ fokussiert auf Fragen zum Bewegungsverhalten und der Nutzung von Sportangeboten. „Soziale Determinanten“ werden über Fragen zur Bildung der Eltern und der familiäre Zusammenhalt abgebildet.

Die Online-Befragung startete am 20.04.2022 und behandelt vertiefend die Themen der telefonischen Befragung und darüber hinaus gehende Inhalte, neben weiterführenden allgemeinen Fragen beispielsweise Fragen zur Inanspruchnahme von Unterstützungs- und Versorgungsangeboten. Zudem werden Fragen zum Gesundheitszustand, zu belastenden Erfahrungen im Rahmen der COVID-19-Pandemie und zu dem Umgang mit diesen Belastungen sowie zum Ernährungsverhalten und zur Passivrauchbelastung gestellt. Die Auswertung zum Ernährungsverhalten stellen in diesem Quartalsbericht ein Schwerpunkt dar.

Zudem wird kontinuierlich das aktuelle Pandemiegeschehen dokumentiert, u. a. anhand amtlicher COVID-19-Melddaten, Dokumentationssystemen über das Infektionsgeschehen in Kindertageseinrichtungen und staatliche Eindämmungsmaßnahmen, sowie Fragen an die Teilnehmenden zu Infektionsstatus, Schulschließungen, Quarantäne sowie Testpflicht bzw. Pflicht zum Tragen einer Mund-Nase-Bedeckung in Einrichtungen.

In diesem Quartalsbericht werden Auswertungen mit Erhebungsdaten vom 20. April 2022 bis zum 14. November 2022 eingeschlossen. Abbildung 1 zeigt einen schematischen Überblick über das Studiendesign.

Abbildung 1: Studiendesign von KIDA



Erhebung der Ernährungsfragen

Die einleitenden Sätze (Formulierung für die Elternangaben) „Im Folgenden wollen wir etwas über die Ernährung Ihres Kindes erfahren. Bitte geben Sie an, wie es in den letzten 4 Wochen bei Ihnen war, auch wenn das möglicherweise von Ihrem normalen Alltag abweicht.“ grenzen den Bezugsrahmen der Ernährungserhebung auf die vier Wochen vor der Befragung ein. Da 16- und 17-Jährige die Fragen für sich selbst beantwortet haben, werden für sie alle Fragen entsprechend in ihrer Formulierung angepasst. Es wird z. B. gefragt: „Im Folgenden wollen wir etwas über Ihre Ernährung erfahren. Bitte geben Sie an, wie es in den letzten 4 Wochen bei Ihnen war, auch wenn das möglicherweise von Ihrem normalen Alltag abweicht.“

Die Fragen zur KiTa- und Schulverpflegung werden jeweils nur für Schülerinnen und Schülern bzw. KiTa-Kindern gestellt. Ob die Kinder und Jugendlichen eine Schule oder KiTa besuchten, wird zu Beginn des Online-Fragebogens gefragt. Insgesamt haben von den 1.235 Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Online-Fragebogens 1.190 Personen (Mädchen: $n = 561$, Jungen: $n = 629$) die Fragen zur Mittagsverpflegung, zu Familienmahlzeiten und den Verzehrhäufigkeiten einzelner Lebensmittel beantwortet. Die Stichprobe beinhaltet 927 Schülerinnen und Schüler im Alter von 6 bis 17 Jahren sowie 240 KiTa-Kinder im Alter von 3 bis 7 Jahren.

Die Daten aus den Elternbefragungen der 3- bis 15-Jährigen und den Selbstbefragungen der 16- bis 17-Jährigen wurden zusammen ausgewertet. Das heißt, die Gruppe der 12- bis 17-Jährigen beinhaltet die Selbstangaben der 16- bis 17-Jährigen sowie Elternangaben für Kinder und Jugendliche bis einschließlich 15-Jährige. Altersspezifische Auswertungen wurden für die Gruppen bis 5 Jahren, 6 bis 11 Jahren und 12 bis 17 Jahren durchgeführt. Dies ermöglicht Vergleiche mit bereits veröffentlichten Ergebnissen früherer Erhebungen. Häufigkeiten werden in den Abbildungen mit gewichteten Prozenten mit 95 %-Konfidenzintervallen angegeben. Gruppenunterschiede werden berichtet, wenn der p-Wert im Chi-Quadratstest $< 0,05$ ist.

3 Beschreibung der Stichprobe

3.1 Stichprobenbeschreibung

Tabelle 1: Stichprobenbeschreibung der KIDA-Studie

	Gesamt-Stichprobengröße Online-Befragung (20.04.-14.11.2022) N = 1.235 Anteil, ungewichtet (%)
Geschlecht	
Weiblich	652 (52,79)
Männlich	583 (47,21)
Alter	
3-5	239 (19,35)
6-11	530 (42,91)
12-17	466 ¹ (37,73)
Staatsangehörigkeit der Eltern bzw. der Jugendlichen (Selbstangabe)	
Deutsch	1.196 (96,84)
Nicht-Deutsch	39 (3,16)
Region (Nielsen-Gebiete)	
Schleswig-Holstein, Hamburg, Niedersachsen, Bremen	193 (15,63)
Nordrhein-Westfalen	194 (15,71)
Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland	176 (14,25)
Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt	156 (12,63)
Sachsen, Thüringen	80 (6,48)
Bayern	226 (18,30)
Baden-Württemberg	210 (17,00)
Höchste Bildung des Haushalts (CASMIN)	
Einfache Bildung	27 (2,19)
Mittlere Bildung	378 (30,61)
Höhere Bildung	829 (67,13)
Fehlende Werte	1 (0,08)
Einkommen	
Niedrige Einkommensgruppe	111 (9,0)
Mittlere Einkommensgruppe	837 (67,8)
Hohe Einkommensgruppe	287 (23,2)

¹ In der Gruppe der 12- bis 17-Jährigen sind 56 Jugendliche im Alter von 16 und 17 Jahren enthalten, die den Fragebogen selbst beantworten.

Tabelle 1 zeigt die Zusammensetzung der Stichprobe der Online-Befragung im Zeitraum April bis November 2022. In diesem Erhebungszeitraum konnte im Rahmen der Online-Befragung nahezu eine Gleichverteilung des Merkmals Geschlecht in der Stichprobe erreicht werden. So wurde das Geschlecht der Kinder und Jugendlichen in 52,8 % der Fälle mit weiblich und in 47,2 % mit männlich angegeben.

Bei der inhaltlichen Diskussion und Interpretation von Prävalenzschätzern sollte die Breite der Konfidenzintervalle beachtet werden. Für die Verlässlichkeit im Sinne der zufälligen Variabilität wurden Variationskoeffizienten verwendet. Der Variationskoeffizient berechnet sich als Standardfehler, dividiert durch Prävalenz, beziehungsweise Mittelwert. Für die Ergebnisdarstellung wurde sich an den Empfehlungen der Statistics Canada orientiert [11]. Entsprechend werden Prävalenzschätzer nicht berichtet, wenn der mit Survey-Verfahren berechnete Standardfehler mehr als ein Drittel der geschätzten Prävalenz, beziehungsweise des geschätzten Mittelwerts beträgt. Schätzer mit einem Variationskoeffizienten von 16,5 % bis 33,5 % werden im Bericht als mit großer Unsicherheit behaftet berichtet. Daten mit einem Variationskoeffizienten von über 33,5 % werden zum aktuellen Datenstand und damit in diesem Bericht nicht angeführt. Zudem werden ausschließlich gewichtete Prävalenzen bzw. Mittelwerte berichtet.

Die Stichprobe, auf der die folgenden Analysen basieren, umfasst **1.235 Kinder und Jugendliche** (weiblich: n = 652, männlich: n = 583).

3.2 Beschreibung der Indikatoren (Stratifizierungsmerkmale)

Die elterliche **Bildung** wurde anhand der CASMIN-Klassifikation (Comparative Analyses of Social Mobility in Industrial Nations) gebildet, in welcher die schulische und berufliche Bildung beider Eltern berücksichtigt wird. Die jeweils höchste Bildung beider Eltern ist entscheidend für die CASMIN-Klassifikation des Haushalts, welche in „niedrige“, „mittlere“ und „hohe“ Bildung kategorisiert wird [12].

Die Kategorisierung des **Einkommens** wurde anhand des Netto-Äquivalenzeinkommens gebildet. Dieses Einkommensmaß beschreibt das nach der Größe und Zusammensetzung des Haushaltes bedarfsgewichtete Haushaltsnettoeinkommen. Durch die Bedarfsgewichtung werden Einsparungen durch gemeinsames Wirtschaften in einem Mehr-Personen-Haushalt und die unterschiedlichen Einkommensbedarfe von Erwachsenen und Kindern berücksichtigt. Es erfolgt eine verteilungsbasierte Kategorisierung des Netto-Äquivalenzeinkommens anhand des Medianeinkommens in Deutschland, welches laut Statistischem Bundesamt im Jahr 2021 bei 1.913€ Euro lag. In die niedrige Einkommensgruppe werden Personen mit einem Netto-Äquivalenzeinkommen kategorisiert, die weniger als 60% des Medianeinkommens haben. Darüber hinaus erfolgt eine Einteilung des Netto-Äquivalenzeinkommens in eine mittlere Einkommensgruppe (zwischen 60 % und < 150 % des Medianeinkommens) sowie in eine hohe Einkommensgruppe (\geq 150 % des Medianeinkommens). Gemäß amtlicher Armutsdefinition entspricht ein Netto-Äquivalenzeinkommen von unter 60 % des Medians dem sogenannten Armutsrisiko [13].

Das **Geschlecht** wird in drei Kategorien (männlich, weiblich, divers) abgefragt.

3.3 Limitationen

Bei der Interpretation der Ergebnisse im vorliegenden dritten Quartalsbericht der KIDA-Studie sollten folgende Limitationen berücksichtigt werden:

- (1.) In der KIDA-Online-Befragung (April bis November 2022) konnte eine Stichprobe von $N = 1.235$ realisiert werden. Die Stichprobengröße ermöglicht erste, grundlegende Analysen sowie erste Subgruppenanalysen, z. B. nach Alter. Bei differenzierten Betrachtungen können die Ergebnisse mit statistischer Unsicherheit (siehe Kapitel 3.1) behaftet sein, da einige Kategorien gering besetzt sind und in Analysen zu einer hohen statistischen Unsicherheit führen können. Bei Analysen kann dies tendenziell schneller zu nicht signifikanten Zusammenhängen führen, obwohl diese eigentlich vorhanden sind (alpha-Fehler). Bei statistisch leicht unsicheren Ergebnissen wird in diesem Berichtstext auf die Nennung des Schätzers verzichtet und stattdessen die 95 %-Konfidenzintervalle angegeben bzw. die Unsicherheit in den Graphiken kenntlich gemacht.
- (2.) Die Jugendlichen im Alter von 16 und 17 Jahren wurden in KIDA selbst befragt, während zu den Informationen der 3- bis 15-jährigen Kindern und Jugendlichen die Eltern befragt wurden. Für die Altersgruppe der 16- und 17-Jährigen sind die Fallzahlen relativ gering. Selbstangaben von Kindern und Elternangaben können zu Unterschieden in den Antworten führen [14]. Bezüglich der gestellten Fragen zum Ernährungsverhalten ist es eher sinnvoll die Jugendlichen selbst zu befragen, was aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht für weitere, jüngere Altersjahrgänge realisiert werden konnte. Um dennoch Vergleiche mit bereits veröffentlichten Ergebnissen zu ermöglichen und diese Altersgruppe nicht auszuschließen, werden die Ergebnisse für die Gesamtgruppe der 12- bis 17-jährigen dargestellt.
- (3.) Die Ergebnisse des dritten Quartalsberichts stammen aus der Online-Befragung in KIDA, welche der Telefonbefragung nachgestellt ist. Personen konnten an der Online-Befragung partizipieren, wenn sie im ersten Schritt an der Telefonbefragung teilnahmen. Insbesondere bei Telefonbefragungen zeigt sich häufig, dass Personen mit einer niedrigeren Bildung weniger bereit sind, an der Studie teilzunehmen. Dies führt dazu, dass deren Anteil in der Stichprobe nicht mit dem in der Grundgesamtheit übereinstimmt. Auch in Bezug auf die Merkmale Alter, Geschlecht und Wohnregion sind Abweichungen von befragter Stichprobe zur tatsächlichen Bevölkerungsverteilung in Deutschland möglich. Durch eine entsprechende Design- und Anpassungsgewichtung wird diesen Umständen begegnet [15].
- (4.) Im Rahmen der KIDA-Studie werden ausschließlich deutschsprachige Fragebögen eingesetzt. Dadurch wird die Teilnahme für Eltern und 16- und 17-jährige Jugendliche, die geringe oder keine Deutschkenntnisse besitzen, nicht oder nur bedingt ermöglicht.
- (5.) Ein weiterer limitierender Faktor sollte bei der Interpretation von Vergleichen zwischen der aktuellen Situation und der Lage vor Beginn der COVID-19-Pandemie berücksichtigt werden. Die ersten Ergebnisse der KIDA-Studie wurden über zwei Jahre nach Beginn der Pandemie erhoben. In der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen sind zwei Jahre ein langer Zeitraum, indem sich generell vielfältige Veränderungen vollziehen. Vor diesem Hintergrund können pandemiebedingte und entwicklungsbedingte Veränderungen nicht immer klar differenziert werden.

4 Ergebnisse

4.1 Pandemiegeschehen und Eindämmungsmaßnahmen im Erhebungszeitraum

4.1.1 Kernaussagen

- Der Erhebungszeitraum war zum Start der Onlineerhebung (20.4.2022) bereits durch stark abnehmende Neuerkrankungsraten unter Kindern und Jugendlichen gekennzeichnet, die sich nach einer Sommerwelle bis zum Ende des Erhebungszeitraums auf niedrigem Niveau befanden.
- Im April 2022 gab es nur noch geringe Einschränkungen des öffentlichen Lebens, die im Verlauf des Erhebungszeitraums weiter abnahmen und sich seit Sommer 2022 auf sehr niedrigem Niveau halten.

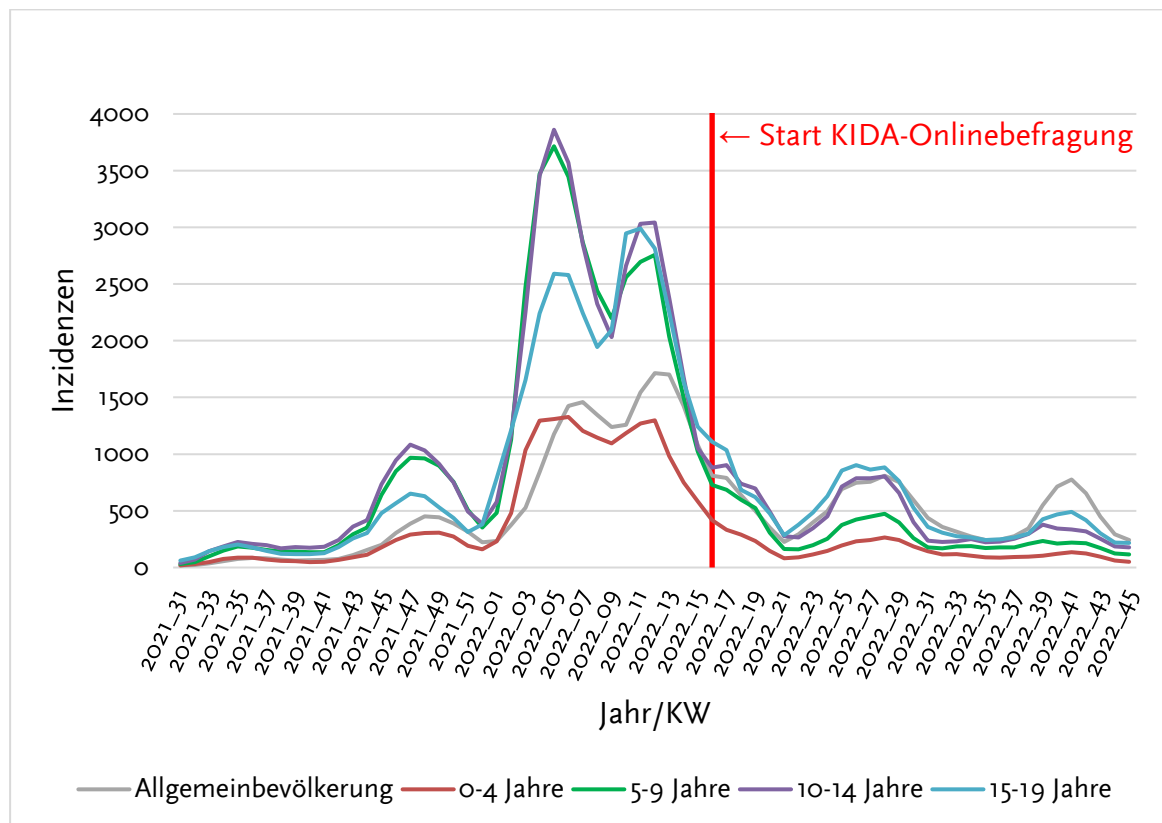
4.1.2 Hintergrund

Während der COVID-19-Pandemie wurden verschiedene nicht-pharmazeutische Maßnahmen zur Eindämmung umgesetzt, wie beispielsweise Kontaktbeschränkungen, Schließungen von Schulen und Kinderbetreuungseinrichtungen, Schließung von Vereinen und Sportplätzen sowie Quarantänemaßnahmen zur Vermeidung von Übertragungen des SARS-CoV-2-Virus. Diese Eindämmungsmaßnahmen hatten Auswirkungen auf die psychische und körperliche Gesundheit vieler Kinder und Jugendlichen in Deutschland [16, 17]. Die COVID-19-Pandemie wurde von einigen Kindern und Jugendlichen belastend erlebt [18-22]. Da sich die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen je nach Pandemiephase verändern kann, ist eine systematische Erhebung der Pandemiedynamik sowie die Berücksichtigung der Pandemieindikatoren bei der Betrachtung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen notwendig. In diesem Kapitel wird die pandemiebedingte Situation der Kinder und Jugendlichen im Zusammenhang mit dem Erhebungszeitraum der KIDA-Onlinebefragung vom 20.04.2022 bis 14.11.2022 beschrieben und eingeordnet.

4.1.3 Wie hat sich das Infektionsgeschehen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland im Erhebungszeitraum 04/2022 – 11/2022 entwickelt?

Für die Darstellung des Infektionsgeschehens vor und während des Erhebungszeitraums der KIDA-Onlinebefragung 04/2022 – 11/2022 werden im Folgenden die SARS-CoV-2 Meldedaten des Robert Koch-Instituts dargelegt. In Abbildung 2 werden die 7-Tages-Inzidenzen pro 100.000 Bewohnern und Bewohnerinnen in Deutschland von SARS-CoV-2 bei Kindern und Jugendlichen sowie der Allgemeinbevölkerung nach Jahr und Kalenderwoche dargestellt. Nach einem Anstieg der Inzidenzen zu Beginn des Jahres 2022 ist die Neuerkrankungsrate zu Beginn der KIDA-Onlinebefragung (20.04.2022) sowohl bei Kindern und Jugendlichen als auch in der Allgemeinbevölkerung bereits deutlich zurückgegangen. Die höchsten Inzidenzen sind bei Kindern in den Altersklassen 15 bis 19 Jahre bzw. 10 bis 14 Jahren zu erkennen. Im Juni und Juli stiegen die Neuerkrankungsraten erneut an und befanden sich einige Wochen auf einem Plateau bevor sie zum Ende des Erhebungszeitraums erneut abnahmen [23].

Abbildung 2: Inzidenzen von SARS-CoV-2 bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 – 19 Jahren sowie der Allgemeinbevölkerung nach Jahr/KW

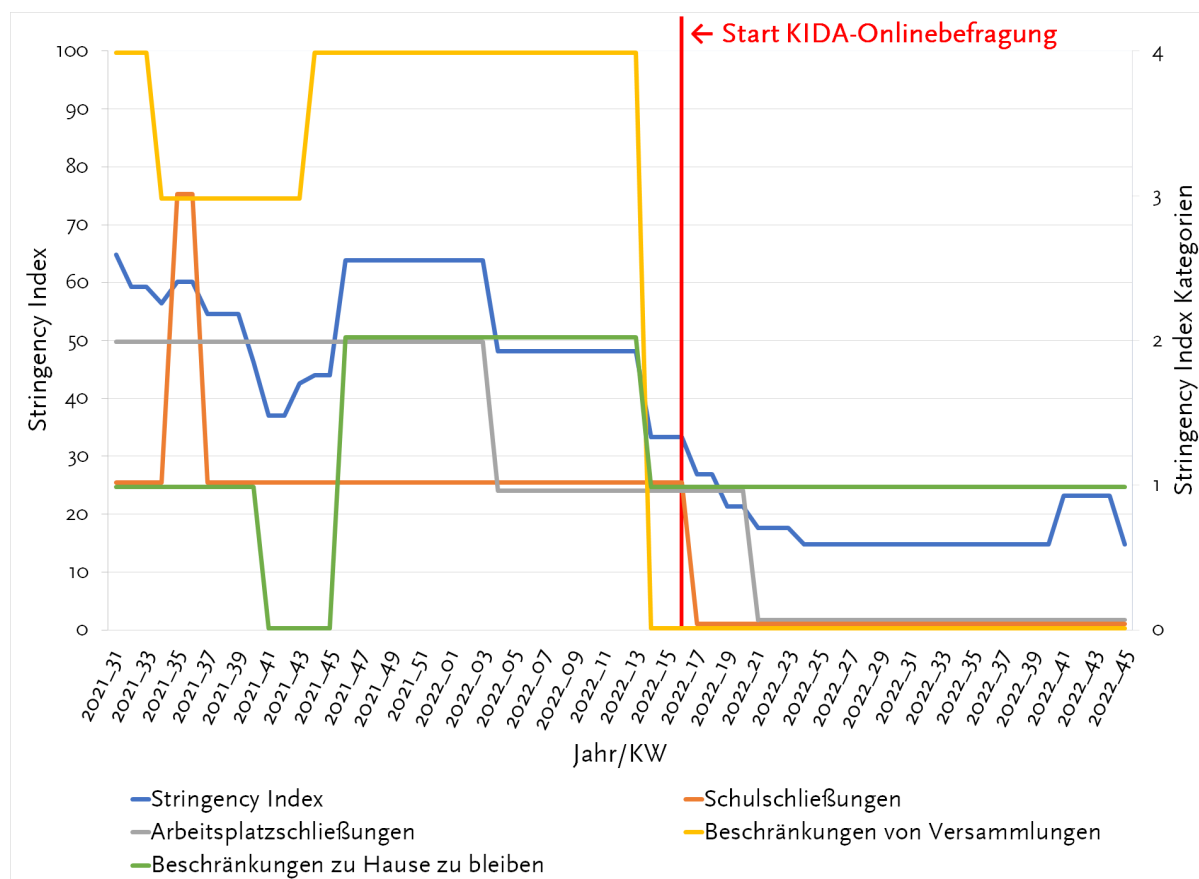


Anmerkungen: Quelle: Robert Koch-Institut [23]; Datenstand: 16.01.2023; KW = Kalenderwoche; Allgemeinbevölkerung umfasst alle Altersgruppen.

4.1.4 Wie haben sich die COVID-19 Eindämmungsmaßnahmen in Deutschland Erhebungszeitraum 04/2022 – 11/2022 entwickelt?

Zur Darstellung der Entwicklung der COVID-19 Eindämmungsmaßnahmen wurden Daten des „Stringency Index“ des Oxford Coronavirus Government Response Tracker (OxCGRT) Projektes genutzt [24], siehe Abbildung 3. Anhand der vertikal rot eingezeichneten Linie ist der Start der KIDA-Onlinebefragung im April 2022 zu erkennen. Zu diesem Zeitpunkt lag der Stringency Index bei einem Wert von knapp unter 50. Folgende Maßnahmen waren zu Beginn der KIDA-Onlineerhebung in Kraft: regionale Schulschließungen in Abhängigkeit vom örtlichen Infektionsgeschehen sowie Arbeitsplatzschließungen oder das Homeoffice wurden empfohlen, für Menschen ohne Genesenenstatus oder vollständige Impfung wurde nur noch lediglich empfohlen zu Hause zu bleiben mit Ausnahmen für Sport, Einkäufe und „erforderliche Wege“. Im Verlauf des KIDA-Erhebungszeitraums (04/2022 – 11/2022) wurden alle Beschränkungen weitestgehend aufgehoben und lediglich Empfehlungen für die Bevölkerung ausgesprochen. Damit sank der Stringency Index von einem bereits sehr niedrigen Niveau zu Beginn der Onlinebefragungen weiter kontinuierlich und lag im November 2022 bei rund 13.

Abbildung 3: Stringency Index im Zeitraum 2021/KW31 und 2022/KW37



Anmerkungen: Quelle: COVID-19 Government Response Tracker, Stand: 17.01.2023 [25]; KW=Kalenderwoche. Aufgrund fehlender Werte wurden die Daten für „Arbeitsplatzschließungen“ in KW 30 – 32 im Jahr 2022 imputiert. Ein Wert von 100 im Stringency Index stellt die striktesten Eindämmungsmaßnahmen dar, eine Einordnung in Kategorie Null steht für die vollständige Abwesenheit von Eindämmungsmaßnahmen. Die Indikatoren sind wie folgt operationalisiert: Schulschließungen: 0=keine Maßnahmen, 1=Schließung empfohlen, 2/3=geforderte Schließung einiger/aller Klassenstufen; Schließung von Arbeitsplätzen: 0=keine Maßnahmen, 1=Schließung oder Homeoffice empfohlen, 2/3=geforderte Schließung oder Homeoffice-Anordnung für einige/alle Bereiche (außerhalb kritischer Infrastruktur); Beschränkungen für Versammlungen: 0=keine Beschränkungen, 1=Beschränkungen für sehr große Versammlungen (>1.000 Menschen), 2=Beschränkung auf 100-1.000 Menschen auf einer Versammlung, 3=Beschränkung auf 10-100 Menschen, 4=Beschränkung auf unter 10 Menschen; Anforderungen an den Aufenthalt zu Hause: 0=keine Maßnahme, 1=Empfehlung, zu Hause zu bleiben, 2/3=Anordnung zu Hause zu bleiben mit Ausnahmen für Sport, Einkäufe und „erforderliche Wege“/mit minimalen Ausnahmen (z.B. nur einmal alle paar Tage, nur eine Person zur Zeit usw.).

4.2 Pandemiebedingte Rahmenbedingungen: Ergebnisse der KIDA-Onlinebefragung

4.2.1 Kernaussagen

- 65,8 % der 3- bis 17-Jährigen wurden jemals positiv auf SARS-CoV-2 getestet.
- Über den gesamten berichteten Zeitraum der KIDA-Onlinebefragung gaben Eltern und Jugendliche für rund 5 % der Schülerinnen und Schüler eine Pflicht zum Tragen einer Mund-Nase-Bedeckung an. Nahezu alle Schulen und Kindertageseinrichtungen (KiTas) waren in diesem Zeitraum laut Angaben der Eltern und Selbstangaben der Jugendlichen im regulären Betrieb.

4.2.2 Hintergrund

Die in Kapitel 4.1 beschriebenen gesellschaftlichen und gesundheitlichen Rahmenbedingungen des Pandemiegeschehens und der entsprechenden Eindämmungsmaßnahmen betreffen die untersuchten Kinder und Jugendlichen unterschiedlich, z. B. je nach Bundesland, einrichtungsbezogenen Regelungen oder eigenem Infektionsstatus. Daher wurden die Eltern zu bestimmten Aspekten befragt, die direkt im Zusammenhang mit der Pandemie und Maßnahmen zum Infektionsschutz stehen. So ist beispielsweise wichtig zu wissen, ob Schulen bzw. KiTas regulär besucht werden können, oder ob die Einrichtungen geschlossen bzw. eingeschränkt geöffnet sind. Der Wegfall von Präsenzunterricht stellt für Kinder und Jugendliche eine starke Veränderung des täglichen Alltags dar, auf welche häufig mit erhöhtem Stress reagiert wird [26, 27]. Weitere Auswirkungen von Schutzmaßnahmen zeigen, dass die Pflicht zum Tragen einer Mund-Nase-Bedeckung (MNB) vor allem in der Schule von einigen Kinder und Jugendlichen als belastend empfunden wird und das subjektive Wohlbefinden beeinflussen kann [28, 29]. Andererseits liegen auch Hinweise vor, dass das Tragen einer MNB psychischen Stress verringern kann [30].

4.2.3 Messung der Indikatoren in KIDA

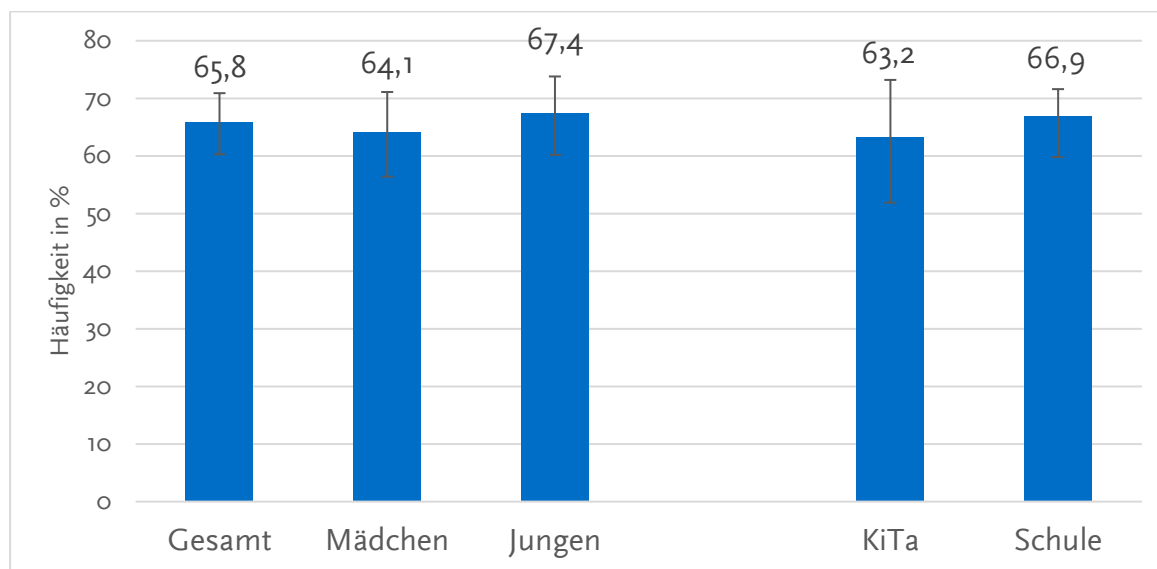
Innerhalb der KIDA-Onlinebefragung wurden Eltern und 16- und 17-jährige Jugendliche nach einer einrichtungsbezogenen Teststrategie gefragt, bei Schülerinnen und Schülern auch nach der Pflicht zum Tragen einer MNB. Des Weiteren wurde erhoben, ob und wenn ja, wann, jemals eine SARS-CoV-2 per PCR-Test oder Antigen-Schnelltest (professionell oder privat) nachgewiesen wurde, und ob sich das Kind bzw. der Jugendliche derzeit in Quarantäne befindet.

4.2.4 Ergebnisse und Einordnung

Wie viele Kinder hatten bereits eine SARS-CoV-2 Infektion?

65,8 % der Kinder und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahre wurden jemals positiv auf SARS-CoV-2 getestet und 54,0 % der Kinder und Jugendlichen wurden jemals positiv mittels PCR-Test getestet. Die positiven Testergebnisse unterscheiden sich nicht zwischen Mädchen und Jungen oder zwischen KiTas und Schulen (siehe Abbildung 4).

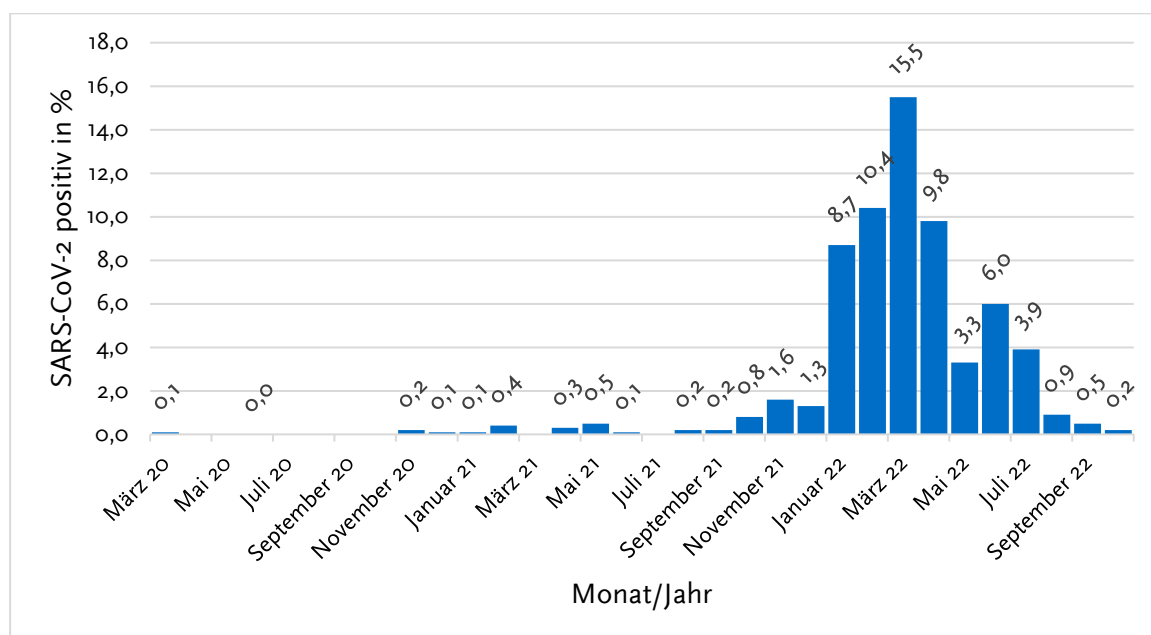
Abbildung 4: Prävalenz durchgemachter SARS-CoV-2-Infektionen der Kinder und Jugendlichen, gesamt, nach Geschlecht und Einrichtungsart in Prozent mit 95 %-Konfidenzintervall



Anmerkung: Datenbasis: Erhebungszeitraum der KIDA-Onlinebefragung (vom 20.04.2022 bis 14.11.2022); gesamt: n = 1.217; Mädchen: n = 576; Jungen: n = 641; KiTa-Kinder: n = 251; Schulkinder: n = 944; die Prüfung von Unterschieden zwischen Mädchen und Jungen ergab ein nicht signifikantes Ergebnis: $p = 0,491$; die Prüfung von Unterschieden zwischen KiTas und Schulen ergab ein nicht signifikantes Ergebnis: $p = 0,635$.

Die zuletzt zurückliegenden Infektionen wurden am häufigsten für Winter und Frühjahr 2022 berichtet. So hatten im Februar und März 2022 jeweils 10,4 % bzw. 15,50 % der Kinder aus der KIDA-Stichprobe laut Elternangaben eine akute SARS-CoV-2-Infektion. Abbildung 5 veranschaulicht über den gesamten Pandemieverlauf den monatlichen Anteil der zuletzt zurückliegenden getesteten SARS-CoV-2 Infektion der Kinder und Jugendlichen der KIDA-Online-Stichprobe.

Abbildung 5: Prävalenz des letzten positiven SARS-CoV-2 Test der Kinder und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in % nach Monat und Jahr



Anmerkung: Datenbasis: Erhebungszeitraum der KIDA-Onlinebefragung (vom 20.04.2022 bis 14.11.2022); n = 1.209; Elternbericht zum letzten positiven SARS-CoV-2-Test der Kinder und Jugendliche im Alter von 3 bis 17 Jahren; Abbildung zeigt die Prävalenzen in Prozent nach Monat und Jahr.

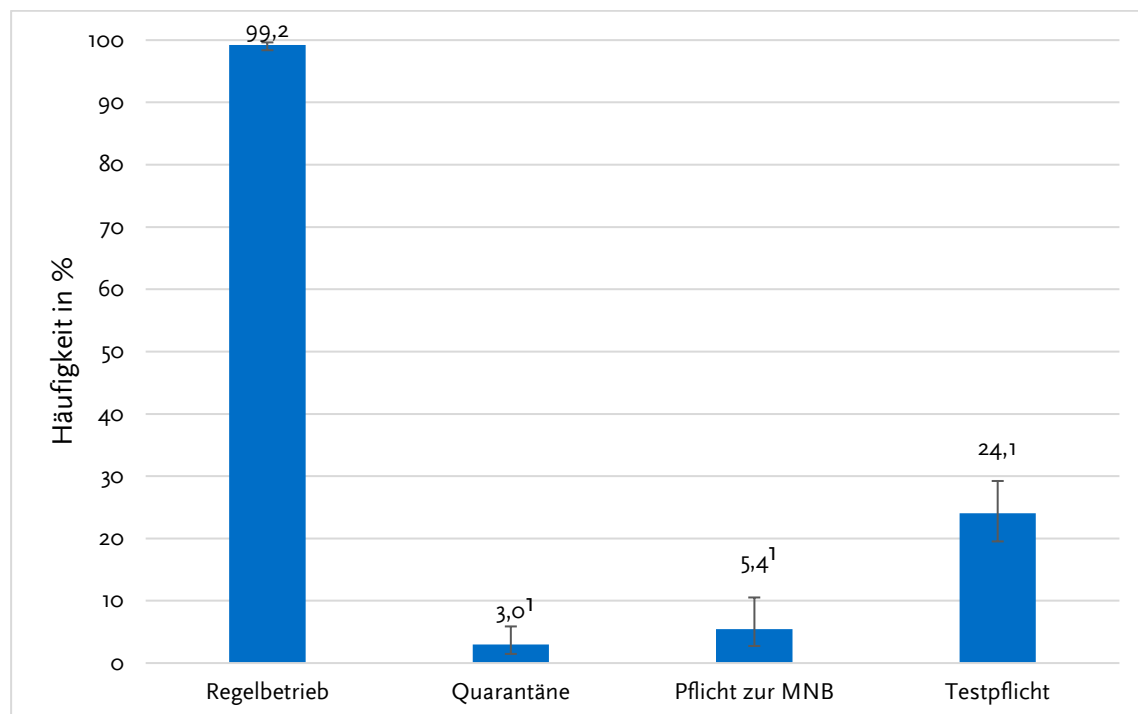
Es ist darauf hinzuweisen, dass Veränderungen in der Nachweis-Häufigkeit von positiven SARS-CoV-2 Tests auch auf unterschiedliche Teststrategien und Unterschiede in der flächendeckenden Verfügbarkeit von Antigen-Schnelltests zurückzuführen sein können. Jedoch decken sich die deutlich höheren Infektionsraten in der KIDA-Online-Stichprobe im zweiten Pandemiewinter mit bisherigen Meldedaten des RKI [31]. Diese dürfte vor allem im Zusammenhang mit einer deutlich erhöhten Übertragungsrate der Omikron-Variante stehen [32].

Die SARS-CoV-2-Inzidenzen in Abbildung 2 zeigen, dass die KIDA-Onlinebefragungen am Ende der so genannte Omikron-Welle (fünfte Welle) startete [31], welche auch in den Daten der KIDA-Onlinebefragung zu erkennen ist. Vor allem unter Kindern und Jugendlichen im Vorschul- und Schulalter ergaben sich besonders hohe Infektionsraten während dieser Omikron-Welle. Im Befragungszeitraum ist in den RKI-Meldedaten Mitte 2022 eine Sommerwelle zu erkennen sowie eine Herbstwelle, die jedoch bei Kindern und Jugendlichen mit geringeren Inzidenzwerten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung einherging.

Welche Infektionsschutzmaßnahmen wurden in Schulen und Kindertageseinrichtungen umgesetzt?

Während des Online-Erhebungszeitraums waren 98,7 % der KiTas und 99,4 % der Schulen in der untersuchten Stichprobe im Regelbetrieb. Eltern und Jugendliche berichteten, dass sich nur wenige der Kinder und Jugendlichen in Quarantäne oder Isolation befanden (siehe Abbildung 6). Die Häufigkeiten der Infektionsschutzmaßnahmen (Regelbetrieb, Quarantäne bzw. Isolation, Pflicht zum Tragen einer MNB sowie Testpflicht) sind der Abbildung 6 dargestellt. Da Kinder in KiTas zu keiner Zeit die Pflicht zum Tragen einer MNB hatten, wurde diese Frage für Kinder in Kindertageseinrichtungen nicht gestellt.

Abbildung 6: Häufigkeiten von Infektionsschutzmaßnahmen in Schulen und Kindertageseinrichtungen der 3-17-jährigen Kinder und Jugendlichen der KIDA Online-Stichprobe in Prozent mit 95 %-Konfidenzintervall im Online-Erhebungszeitraum 04/2022 bis 11/2022



Anmerkung: Datenbasis: Erhebungszeitraum der KIDA-Onlinebefragung (vom 20.04.2022 bis 14.11.2022); Regelbetrieb: n = 1.1497 Quarantäne/Isolation: n = 1.212, Pflicht zur MNB: n = 943, Testpflicht: n = 1.197; Elternbericht zu Infektionsschutzmaßnahmen in Schulen und Kindertageseinrichtungen; Abbildung 6 zeigt die Häufigkeit in Prozent mit 95 %-Konfidenzintervall; MNB = Mund-Nase-Bedeckung; keine Angaben zur MNB in Kindertageseinrichtungen, da keine MNB-Verpflichtung für Kinder in Kindertageseinrichtungen bestand; ¹die Werte sind aufgrund geringer Fallzahlen mit hoher statistischer Unsicherheit behaftet und müssen deshalb vorsichtig interpretiert werden.

4.2.5 Fazit

Die Ergebnisse der KIDA-Onlinebefragung für den dritten Quartalsbericht fallen in einen Zeitraum, in welchem die initial moderaten Infektionsschutzmaßnahmen im Verlauf der Erhebungszeit noch verringert wurden. Insgesamt zeigen die bisherigen Ergebnisse, dass für 65,8 % der Kinder und Jugendlichen jemals eine COVID-19-Infektion und die meisten positiven Tests im Winter und Frühjahr 2022 berichtet wurden.

4.3 Ausgewählte Aspekte des Ernährungsverhaltens von Kindern und Jugendlichen

4.3.1 Kernaussagen

- Für die meisten 3- bis 17-Jährigen hatte die Pandemie im Befragungszeitraum April bis November 2022 keinen Einfluss auf die erfragten Aspekte des Ernährungsverhaltens.
- Wenn von einem Einfluss berichtet wurde, dann überwiegend in einer vorteilhaften Richtung, z. B. wurde ein seltener Verzehr von Fertiggerichten (bei 20 %), Fast Food (17 %) und zuckerhaltigen Erfrischungsgetränken (14 %) angegeben.
- Darüber hinaus gaben 13 % ein häufigeres Kochen zu Hause und 14 % häufigere gemeinsame Mahlzeiten in der Familie an. Vor allem das Abendessen verbrachten die meisten Heranwachsenden in der Familie.
- Zur Nutzung der Schulverpflegung berichteten 27 %, diese momentan seltener in Anspruch zu nehmen. Auch ein Vergleich mit Daten aus EsKiMo II (2015-2017) deutet hier auf einen möglichen Rückgang des Angebotes von Schulverpflegung hin.
- Für mehr als die Hälfte der Kinder und Jugendlichen wird täglich zu Hause gekocht (oder sie kochten für sich selbst).
- Insgesamt erhielten etwa 90 % der Schülerinnen und Schülern (nahezu) täglich eine warme Mahlzeit in der Schule oder zu Hause, bei 6-11-Jährigen spielte die Schulverpflegung eine besonders große Rolle, bei 12-17-Jährigen dagegen das Kochen zu Hause.
- Schülerinnen und Schüler aus Haushalten mit einem niedrigen Einkommen nutzten deutlich seltener die warme Mittagsverpflegung in der Schule als diejenigen aus Haushalten mit einem mittleren oder hohem Einkommen. Sie verbrachten die Mittagsmahlzeit dagegen deutlich häufiger mit ihrer Familie.
- Nur etwa 60 % der 3-17-Jährigen aßen täglich Obst, bei Gemüse ist der Anteil ähnlich. Sowohl Obst als auch Gemüse aß etwa die Hälfte täglich. Besonders unter den 12-17-Jährigen ist der Anteil, der täglich Obst und Gemüse aß, deutlich geringer als bei Jüngeren. Dagegen trinken die Älteren häufiger zuckerhaltige Erfrischungsgetränke als Jüngere. Ein Drittel der 12-17-Jährigen trank diese mindestens drei- bis viermal pro Woche.
- Bei der Verzehrhäufigkeit von Obst und zuckerhaltigen Erfrischungsgetränke gibt es darüber hinaus Unterschiede je nach Einkommen des Haushaltes. Nur 44 % der Heranwachsenden aus Haushalten mit niedrigem Einkommen aßen täglich Obst. Am höchsten war der Anteil, der dies erreicht, bei mittlerem Einkommen (67 %).

4.3.2 Wie viele Kinder und Jugendliche nutzten die Mittagsverpflegung in Schule und KiTa?

4.3.2.1 Erhebung

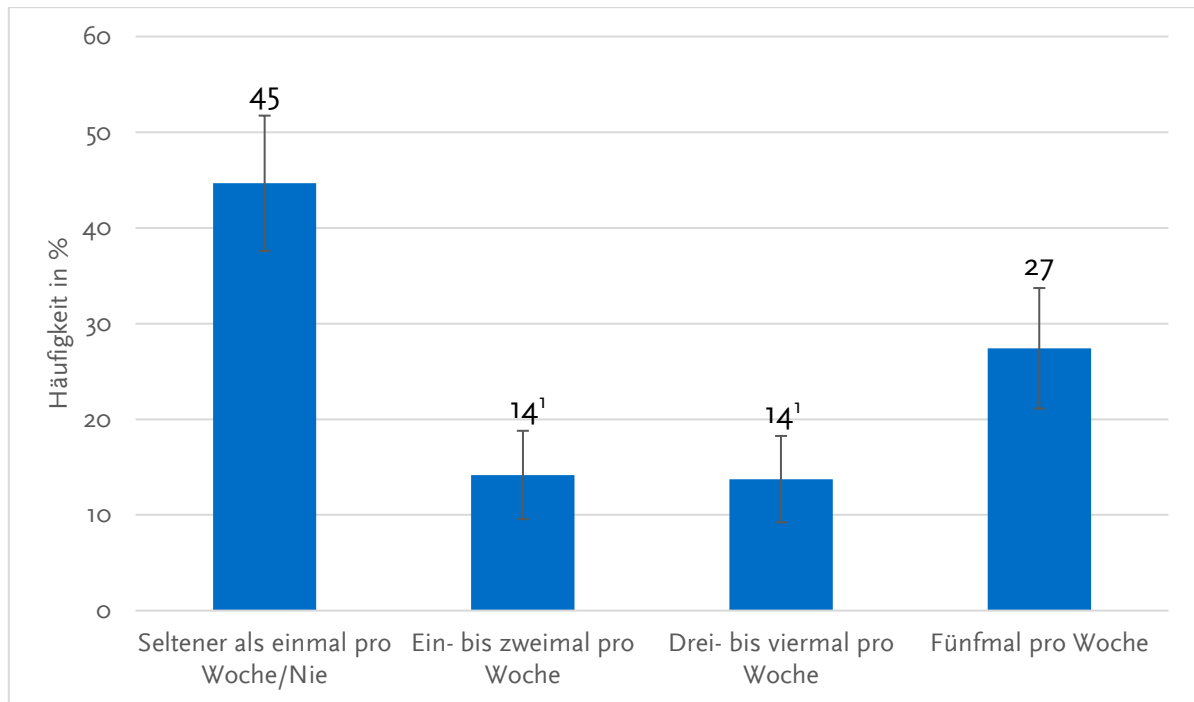
Die KIDA-Befragung enthält die Frage „Hat Ihr Kind die Möglichkeit, in der Kita oder Schule (Schulhort) ein warmes Mittagessen zu bekommen?“ mit den Antwortmöglichkeiten „Ja“ und „Nein“. Bei Bejahung der Frage wird nachfolgend gefragt: „Wie häufig hat Ihr Kind in den letzten vier Wochen Mahlzeiten in der Kita oder Schule (Schulhort) gegessen?“ Antworten sind in den Kategorien „5 Mal pro Woche“, „3-4 Mal pro Woche“, „1-2 Mal pro Woche“, „Seltener“ und „Nie“ möglich.

Die Auswertung erfolgte getrennt nach Schülerinnen und Schülern sowie KiTa-Kindern. Die Antwortkategorien wurden für die Auswertungen teilweise zusammengefasst.

4.3.2.2 Ergebnisse

Insgesamt hatten in den vorangegangenen vier Wochen 73 % (n = 692) der Schülerinnen und Schüler die Möglichkeit, eine warme Mittagsmahlzeit in der Schule zu essen. Etwas mehr als die Hälfte dieser Kinder und Jugendlichen nutzten das Angebot mindestens ein- bis zweimal wöchentlich, fast ein Drittel täglich (siehe Abbildung 7).

Abbildung 7: Häufigkeit der Nutzung einer warmen Mittagsverpflegung in der Schule durch Schülerinnen und Schüler im Alter von 6 bis 17 Jahren bezogen auf Schülerinnen und Schüler, die dieses Angebot erhalten, in Prozent und 95 %-Konfidenzintervalle



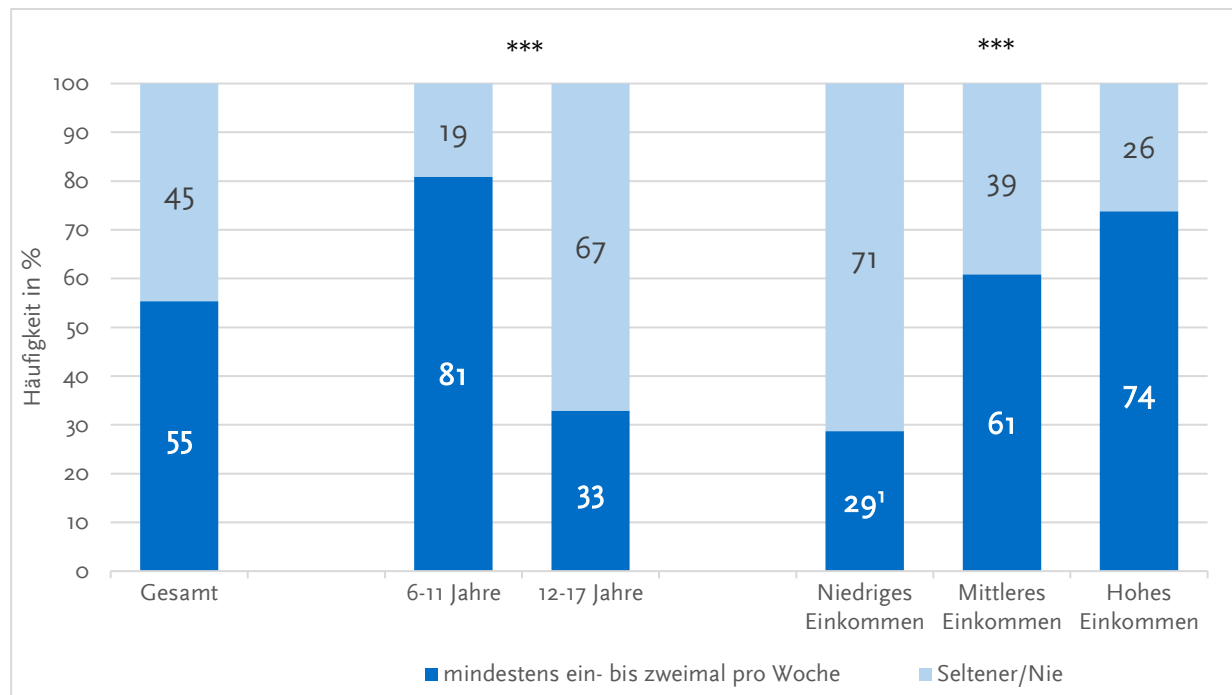
Anmerkungen: Datenbasis: KIDA- Onlinebefragung 04/2022 – 11/2022; Gesamt: n = 692; Mädchen: n = 328; Jungen: n = 364; ¹ die Werte sind aufgrund geringer Fallzahlen mit hoher statistischer Unsicherheit behaftet und müssen deshalb vorsichtig interpretiert werden.

Bezogen auf alle Schülerinnen und Schüler, also einschließlich derjenigen, die kein Angebot für eine warme Mittagsverpflegung in der Schule erhielten (n = 926), nutzen 40 % mindestens ein- bis zweimal pro Woche die warme Mittagsverpflegung in der Schule, darunter 20 % täglich. 60 % aller Schülerinnen und Schüler aßen seltener als ein- bis zweimal pro Woche oder nie mittags in der Schule, weil das Angebot fehlte oder weil sie ein bestehendes Angebot nicht nutzten (ohne Abbildung).

Zwischen den Altersgruppen unterschied sich der Anteil der Schülerinnen und Schüler, die ein Angebot für ein warmes Mittagessen in der Schule erhielt, nicht. Allerdings sank die Nutzung mit zunehmendem Alter deutlich (siehe Abbildung 8).

Kinder und Jugendliche aus Haushalten mit mittlerem und hohem Einkommen nutzten ein bestehendes warmes Mittagsangebot in der Schule deutlich häufiger mindestens ein- bis zweimal pro Woche als Kinder und Jugendliche aus Haushalten mit niedrigem Einkommen (siehe Abbildung 8).

Abbildung 8: Häufigkeit der Nutzung einer warmen Mittagsverpflegung in der Schule bezogen auf Schülerinnen und Schüler im Alter von 6 bis 17 Jahren, die dieses Angebot erhalten, Prozent für insgesamt, getrennt nach Alters- und Einkommensgruppen



Anmerkungen: Datenbasis: KIDA- Onlinebefragung 04/2022 – 11/2022; Gesamt: n = 692; Mädchen: n = 328; Jungen: n = 364; 6-11 Jahre: n = 366; 12-17 Jahre: n = 326; geringes Einkommen: n = 69; mittleres Einkommen: n = 446; hohes Einkommen: n = 177; Gruppenunterschiede mit Chi-Quadrat-Test ermittelt; signifikant auf Basis der p-Werte: *p < 0,05, **p < 0,01, *** p < 0,001; ¹ die Werte sind aufgrund geringer Fallzahlen mit hoher statistischer Unsicherheit behaftet und müssen deshalb vorsichtig interpretiert werden.

Unter den KiTa-Kindern erhielten im Erhebungszeitraum 81 % ein Angebot für eine warme Mittagsverpflegung. Davon nutzen 86 % das Angebot fünfmal pro Woche. Aufgrund der kleinen Fallzahl ist eine differenziertere Betrachtung dieser Gruppe in der gegenwärtigen Auswertung nicht möglich.

4.3.3 Wie häufig aßen Kinder bzw. Jugendliche gemeinsam mit ihrer Familie?

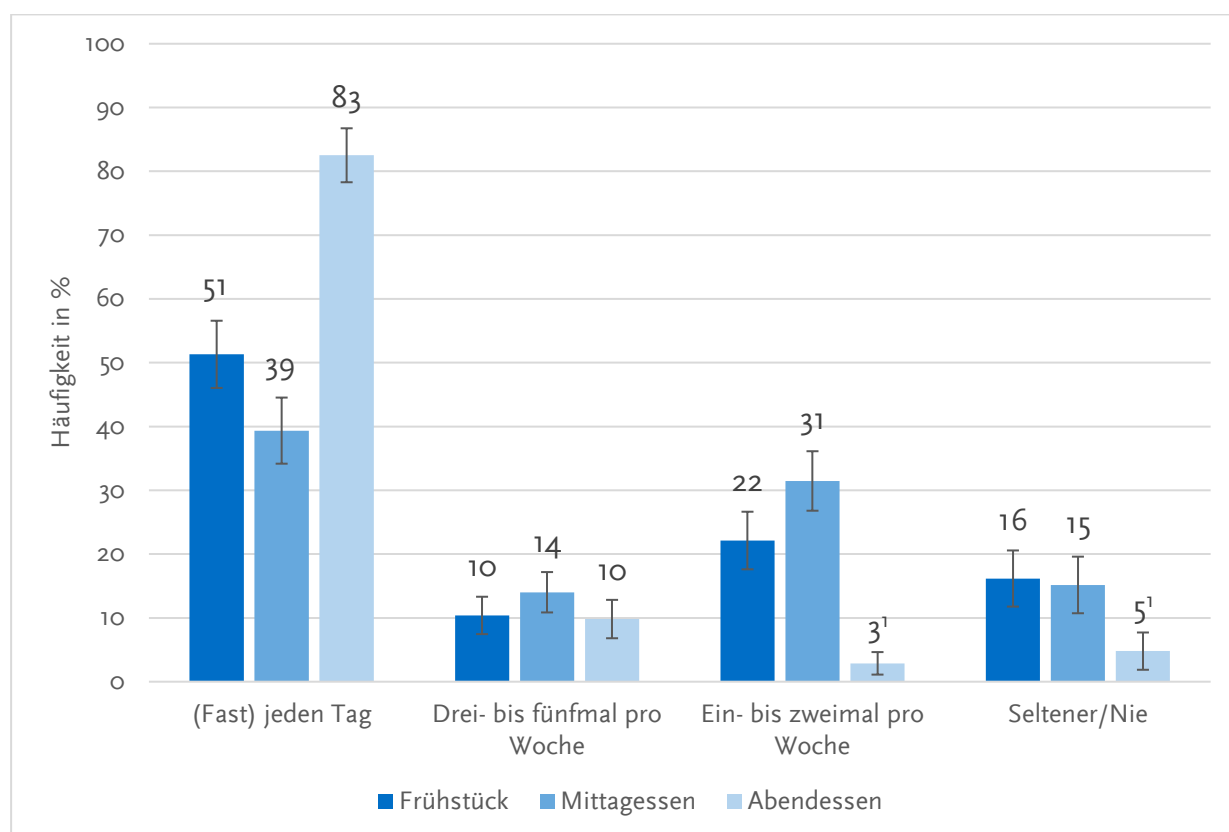
4.3.3.1 Erhebung

Die KIDA-Befragung enthält die Frage: „Wie häufig wurden folgende Mahlzeiten in Ihrem Haushalt in den letzten 4 Wochen gemeinsam eingenommen? Es müssen nicht immer alle Familienmitglieder anwesend sein.“ Für die Mahlzeiten Frühstück, Mittagessen und Abendessen gab es jeweils die folgenden Antwortmöglichkeiten: „(Fast) jeden Tag“, „3-5 Mal pro Woche“, „1-2 Mal pro Woche“, „Seltener“ und „Nie“. Die Antwortkategorien wurden für die Auswertungen teilweise in „mindestens drei- bis fünfmal pro Woche“ und „seltener oder nie“ zusammengefasst.

4.3.3.2 Ergebnisse

Für viele Kinder und Jugendlichen waren gemeinsame Mahlzeiten mit der Familie regelmäßiger Bestandteil des Alltags. Am häufigsten verzehrten Kinder und Jugendliche das Abendessen mit der Familie. Vier von fünf Kinder und Jugendlichen aßen dies (fast) täglich im Kreis der Familie. Beim Frühstück waren es die Hälfte, beim Mittagessen 39 % (siehe Abbildung 9). 39 % der Kinder und Jugendlichen nahmen alle drei Mahlzeiten häufig, d. h. mindestens dreimal pro Woche, als Familienmahlzeit zu sich. Nur 4 % der Kinder und Jugendlichen aßen nie oder seltener als ein- bis zweimal pro Woche gemeinsam mit Familienmitgliedern (ohne Abbildung).

Abbildung 9: Häufigkeit gemeinsamer Familienmahlzeiten von Kindern und Jugendlichen im Alter von drei bis 17 Jahren, in Prozent und 95 %-Konfidenzintervalle



Anmerkungen: Datenbasis: KIDA- Onlinebefragung 04/2022 – 11/2022; Gesamt: n = 1187; Mädchen: n = 561; Jungen: n = 626; ¹ die Werte sind aufgrund geringer Fallzahlen mit hoher statistischer Unsicherheit behaftet und müssen deshalb vorsichtig interpretiert werden.

Kinder und Jugendliche aus Haushalten mit hohem Einkommen aßen seltener mindestens dreimal pro Woche gemeinsam mit der Familie zu Mittag (36 %) als Kinder und Jugendliche aus Haushalten mit niedrigem Einkommen (64 %) (ohne Abbildung).

4.3.4 Wie häufig erhielten Kinder und Jugendliche in den Familien selbstgekochte warme Mahlzeiten?

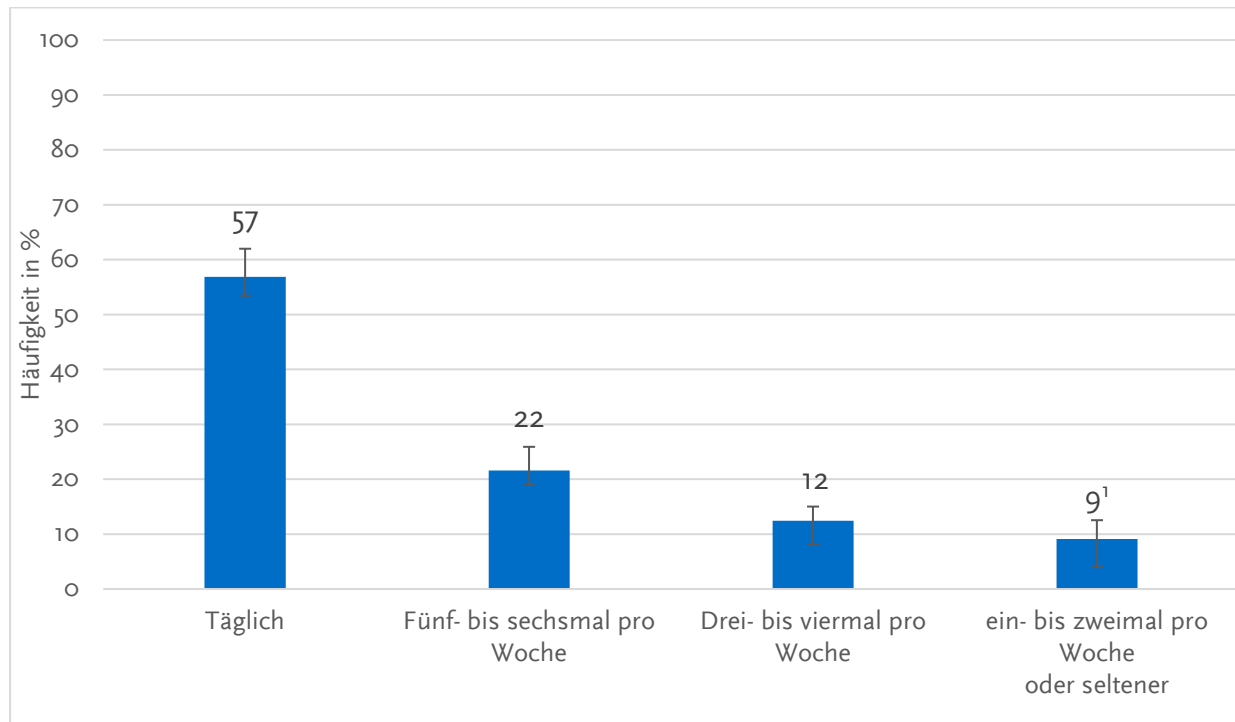
4.3.4.1 Erhebung

In KIDA wird die Frage gestellt: „Wie häufig wurde in den letzten vier Wochen bei Ihnen zu Hause für Ihr Kind eine warme Mahlzeit gekocht? Hinweis: Auch gemeint ist, wenn Ihr Kind für sich selbst kocht.“ Die Antwortmöglichkeiten waren: „Täglich“, „5-6 Mal pro Woche“, „3-4 Mal pro Woche“, „1-2 Mal pro Woche“ und „Seltener oder nie“. Die Antwortkategorien wurden für die Auswertungen teilweise in „mindestens fünfmal pro Woche“ und „seltener oder nie“ zusammengefasst.

4.3.4.2 Ergebnisse

Für 79 % der Kinder und Jugendlichen wurde mindestens fünfmal pro Woche eine warme Mahlzeit gekocht oder sie kochten für sich selbst. Mehr als die Hälfte erhielt sogar täglich eine warme Mahlzeit zu Hause. Nur für wenige wurde lediglich zweimal pro Woche oder seltener eine warme Mahlzeit gekocht oder sie kochten für sich selbst (siehe Abbildung 10).

Abbildung 10: Häufigkeit der Versorgung mit im Haushalt gekochten warmen Mahlzeiten bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren, in Prozent und 95 %-Konfidenzintervalle



Anmerkungen: Datenbasis: KIDA-Onlinebefragung 04/2022 – 11/2022; Gesamt: n = 1188; Mädchen: n = 561; Jungen: n = 627, ¹ die Werte sind aufgrund geringer Fallzahlen mit hoher statistischer Unsicherheit behaftet und müssen deshalb vorsichtig interpretiert werden.

Bei den 12- bis 17-Jährigen war der Anteil derjenigen, für die mindestens fünf- bis sechsmal pro Woche gekocht wurde bzw. die für sich selbst kochten, mit 88 % deutlich höher als bei den 3- bis 5-Jährigen (70 %) und 6- bis 11-Jährigen (73 %) (ohne Abbildung).

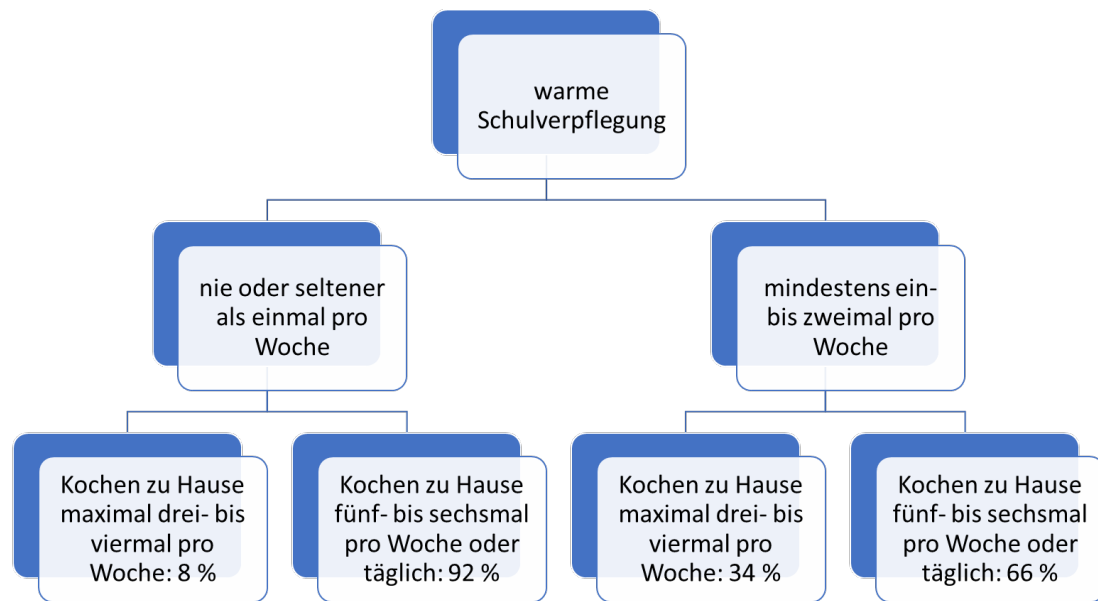
Es gab keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern der Heranwachsenden oder dem Haushaltseinkommen in der Häufigkeit mindestens fünf- bis sechsmal pro Woche eine warme Mahlzeit zu Hause zu haben.

4.3.5 Aßen Kinder, die selten die Schulverpflegung nutzten, häufiger mittags zu Hause und wurde für sie zu Hause gekocht?

Auch wenn Kinder und Jugendliche nicht an der Schulverpflegung teilnahmen, erhielt der überwiegende Anteil von ihnen eine warme Mahlzeit. So wurde bei Kindern, die nie oder seltener als einmal pro Woche an der Schulverpflegung teilnahmen, deutlich häufiger fünf- bis sechsmal pro Woche bis zu täglich zu Hause gekocht als bei Kindern, die häufiger mittags in der Schule aßen (92 % gegenüber 66 %, siehe Abbildung 11). Die Altersgruppe der 12- bis 17-Jährigen, die am seltensten die Schulverpflegung nutzte, war auch diejenige, die besonders häufig zu Hause eine selbstgekochte warme Mahlzeit erhielt.

Kinder und Jugendliche, die nur selten oder gar nicht an der Schulverpflegung teilnahmen, aßen zudem häufiger mit der Familie zu Mittag, als Kinder und Jugendliche, die häufiger mittags in der Schule aßen. Bei 68 % der Kinder und Jugendlichen, die nie oder seltener als ein- bis zweimal pro Woche an der Schulverpflegung teilnehmen, gab es mindestens drei- bis fünfmal pro Woche eine Mittagsmahlzeit in der Familie (ohne Abbildung). Während Kinder und Jugendliche aus Haushalten mit hohem Einkommen eine vorhandene Schulverpflegung häufiger mindestens einmal pro Woche (74 %) nutzten, als Kinder und Jugendliche aus Haushalten mit geringem Einkommen (29 %, siehe Abbildung 8), aßen letztere häufiger mittags zu Hause (64 % vs. 36 %).

Abbildung 11: Häufigkeit der Versorgung mit im Haushalt gekochten warmen Mahlzeiten bei Schülerinnen und Schüler im Alter von 6 bis 17 Jahren nach Häufigkeit der Nutzung der warmen Schulverpflegung in Prozent



Anmerkungen: Datenbasis: KIDA-Onlinebefragung 04/2022 – 11/2022; Gesamt: n = 925.

4.3.6 Wie häufig aßen die Kinder und Jugendlichen ausgewählte Lebensmittel?

4.3.6.1 Erhebung

Die Erfassung der Verzehrhäufigkeiten ausgewählter Lebensmittelgruppen wird in KIDA eingeleitet mit: „Bitte denken Sie im Folgenden daran, was Ihr Kind in den letzten vier Wochen gegessen und getrunken hat.“ Es folgen die Abfrage der Verzehrhäufigkeit und vorgegebene Antwortkategorien. Die Fragen lauten:

- „Wie oft hat Ihr Kind Fertiggerichte gegessen? Wir meinen damit Gerichte, die vor Verzehr lediglich erhitzt werden müssen wie Tiefkühl-Pizza, Fertiggerichte für die Mikrowelle oder Suppen aus der Tüte.“
- „Wie oft hat Ihr Kind zuckerhaltige Erfrischungsgetränke (z. B. Cola, Limonade, Eistee, Malzbier, Energy Drinks) getrunken?“
- „Wie oft hat Ihr Kind Bratwurst, Currywurst, Hamburger oder Döner Kebab gegessen?“
- „Wie oft hat Ihr Kind frisches Obst (z. B. Apfel, Banane) gegessen?“
- „Wie oft hat Ihr Kind Gemüse (z. B. Tomaten, Salat, Spinat, Brokkoli) gegessen?“

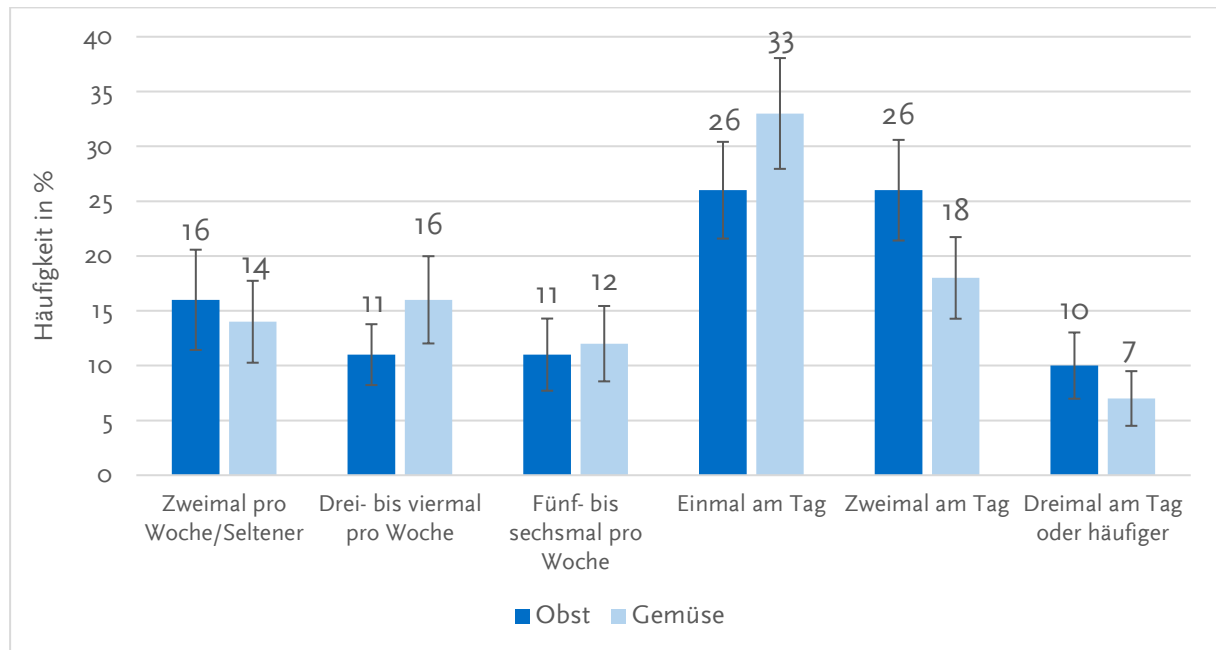
Die Antwortkategorien sind „Nie“, „1 Mal im Monat“, „2-3 Mal im Monat“, „1-2 Mal pro Woche“, „3-4 Mal pro Woche“, „5-6 Mal pro Woche“, „1 Mal am Tag“, „2 Mal am Tag“, „3 Mal am Tag“, „4-5 Mal am Tag“, „Öfter als 5 Mal am Tag“. Für die Auswertungen wurden sie teilweise zusammengefasst.

4.3.6.2 Ergebnisse

4.3.6.2.1 Verzehr von Obst und Gemüse

Je rund zwei Drittel der Kinder und Jugendlichen konsumierten täglich mindestens einmal Obst bzw. Gemüse. Obst stand somit bei 38 %, Gemüse bei 42 % der Heranwachsenden nicht täglich auf dem Speiseplan (siehe Abbildung 12). Etwa die Hälfte der Kinder und Jugendlichen aß im Erhebungszeitraum täglich sowohl Obst als auch Gemüse. Bei Zusammenfassung der Kinder und Jugendlichen, die entweder Obst oder Gemüse oder beides täglich aßen, so trifft das auf einen Anteil von 69 % zu (ohne Abbildung).

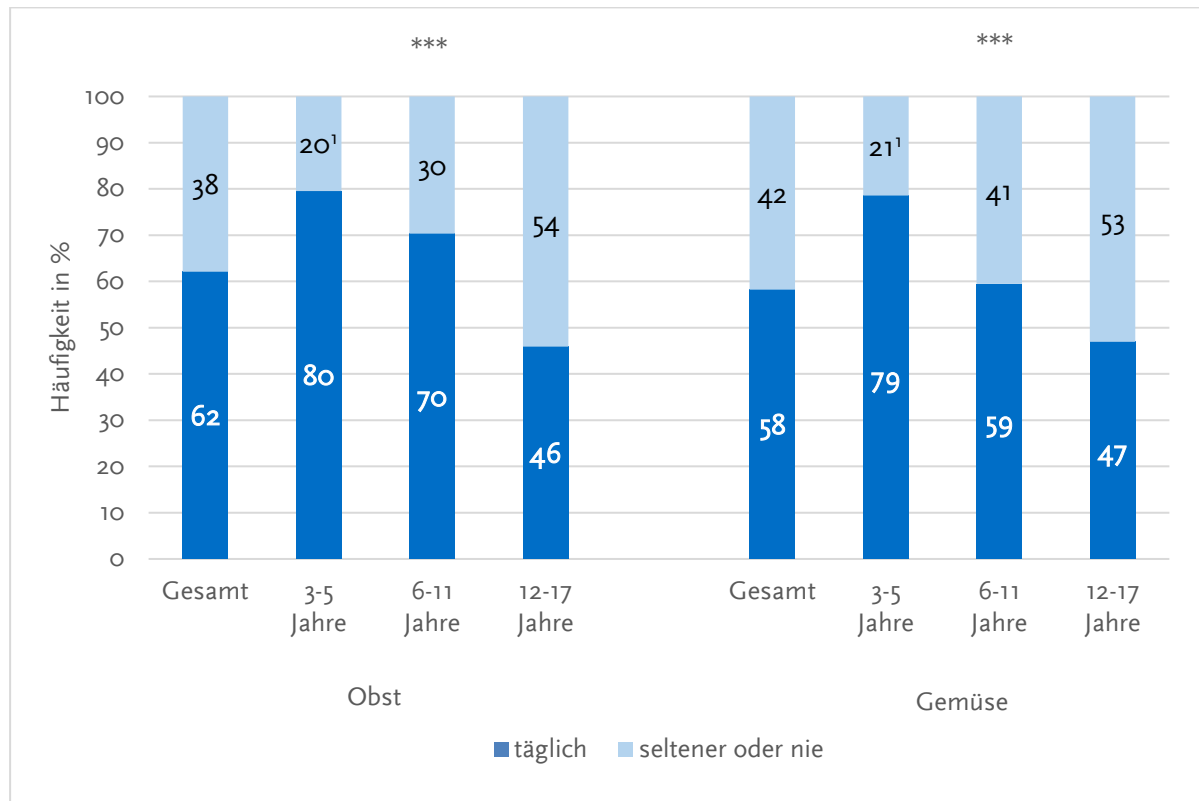
Abbildung 12: Häufigkeit des Verzehrs von Obst und Gemüse bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren, in Prozent mit 95 %-Konfidenzintervall



Anmerkungen: Datenbasis: KIDA-Onlinebefragung 04/2022 – 11/2022; Obst Gesamt: n = 1.187; Mädchen: n = 560; Jungen: n = 627; Gemüse Gesamt: n = 1.184; Mädchen: n = 559; Jungen: n = 625.

Die Häufigkeit des täglichen Obst- bzw. Gemüsekonsums nahm mit zunehmendem Alter signifikant ab (siehe Abbildung 13). Beim täglichen Obstverzehr gab es darüber hinaus signifikante Unterschiede nach dem Haushaltseinkommen: am höchsten ist der Anteil Kinder mit täglichem Obstverzehr bei mittlerem Einkommen (67 %), am geringsten bei niedrigem Einkommen (44 %) (ohne Abbildung).

Abbildung 13: Häufigkeit des Verzehrs von Obst und Gemüse bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren, Prozent für gesamt und getrennt nach Altersgruppen



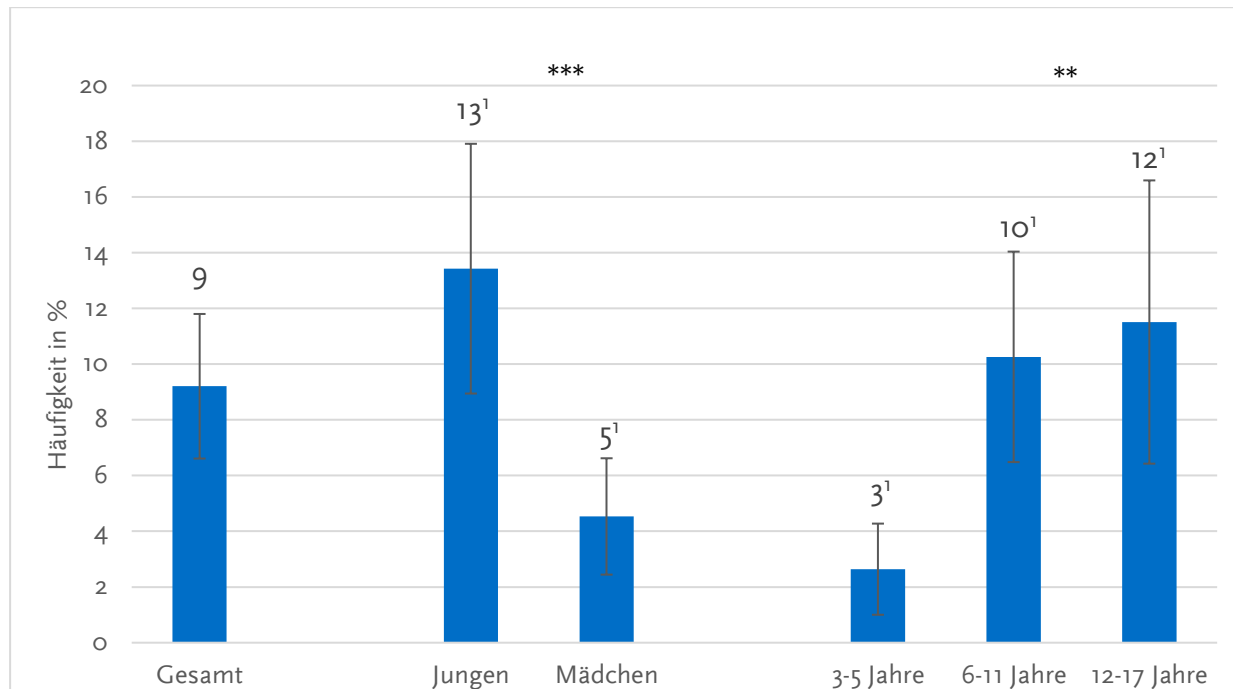
Anmerkungen: Datenbasis: KIDA-Onlinebefragung 04/2022 – 11/2022; Obst Gesamt: n = 1.187; 3 – 5 Jahre: n = 222; 6 – 11 Jahre: n = 509; 12 – 17 Jahre: n = 456; Gemüse Gesamt: n = 1.184; 3 – 5 Jahre: n = 222; 6 – 11 Jahre: n = 507; 12 – 17 Jahre: n = 455; Gruppenunterschiede mit Chi-Quadrat-Test ermittelt; signifikant auf Basis der p-Werte: *p< 0,05, **p< 0,01, *** p< 0,001; ¹ die Werte sind aufgrund geringer Fallzahlen mit hoher statistischer Unsicherheit behaftet und müssen deshalb vorsichtig interpretiert werden.

4.3.6.2.2 Verzehr von Bratwurst, Currywurst, Hamburger oder Döner Kebab (Fast Food)

Nahezu die Hälfte der Kinder und Jugendlichen (47 %) aß zwei- bis dreimal im Monat Currywurst, Bratwurst, Hamburger oder Döner Kebab (im Folgenden als Fast Food bezeichnet). Weitere 29 % aßen diese Speisen einmal im Monat, 15 % dagegen nie (ohne Abbildung).

Nur 9 % der Kinder und Jugendlichen beziehungsweise deren Eltern gaben einen Fast Food-Verzehr von ein- bis zweimal pro Woche oder häufiger an. Dieser Anteil war bei Älteren höher als bei Jüngeren sowie bei Jungen höher als bei Mädchen (siehe Abbildung 14).

Abbildung 14: Häufigkeit mindestens einmaligen Verzehr von Fast Food (Bratwurst, Currywurst, Hamburger oder Döner Kebab) pro Woche von Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren, Prozent für gesamt und nach Geschlecht und Altersgruppen

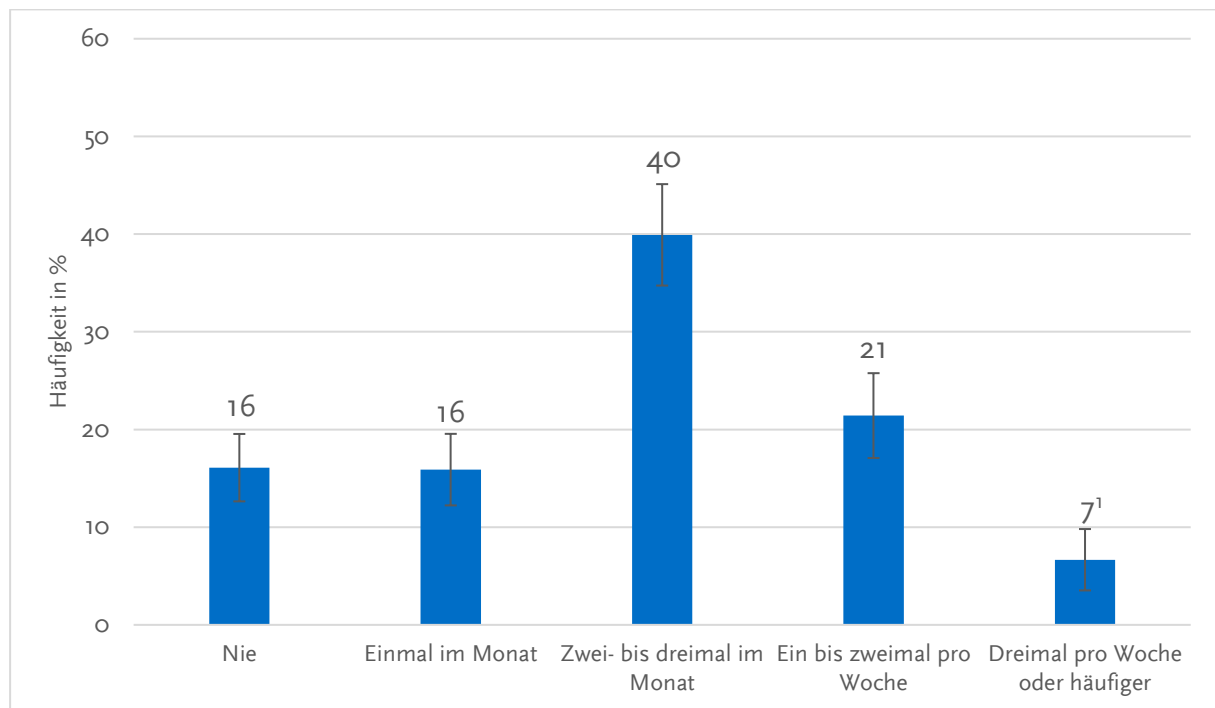


Anmerkungen: Datenbasis: KIDA-Onlinebefragung 04/2022 – 11/2022; Gesamt: n = 1187; Mädchen: n = 560; Jungen: n = 627; 3-5 Jahre: 222; 6-11 Jahre: 509; 12-17 Jahre: 456; Gruppenunterschiede mit Chi-Quadrat-Test ermittelt, signifikant auf Basis der p-Werte: *p < 0,05, **p < 0,01, *** p < 0,001; ¹ die Werte sind aufgrund geringer Fallzahlen mit hoher statistischer Unsicherheit behaftet und müssen deshalb vorsichtig interpretiert werden.

4.3.6.2.3 Verzehr von Fertiggerichten

Ein Drittel der Kinder und Jugendlichen verzehrte Fertiggerichte wie Tiefkühlpizza oder Tütensuppen höchstens einmal im Monat. 40 % aßen sie zwei- bis dreimal im Monat. Bei nahezu einem weiteren Drittel stehen diese Lebensmittel ein- bis zweimal pro Woche oder häufiger auf dem Speiseplan (siehe Abbildung 15).

Abbildung 15: Häufigkeit des Verzehrs von Fertiggerichten (z.B. Tiefkühl-Pizza, Fertiggerichte für die Mikrowelle oder Suppen aus der Tüte) bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren, Prozent mit 95 %-Konfidenzintervall



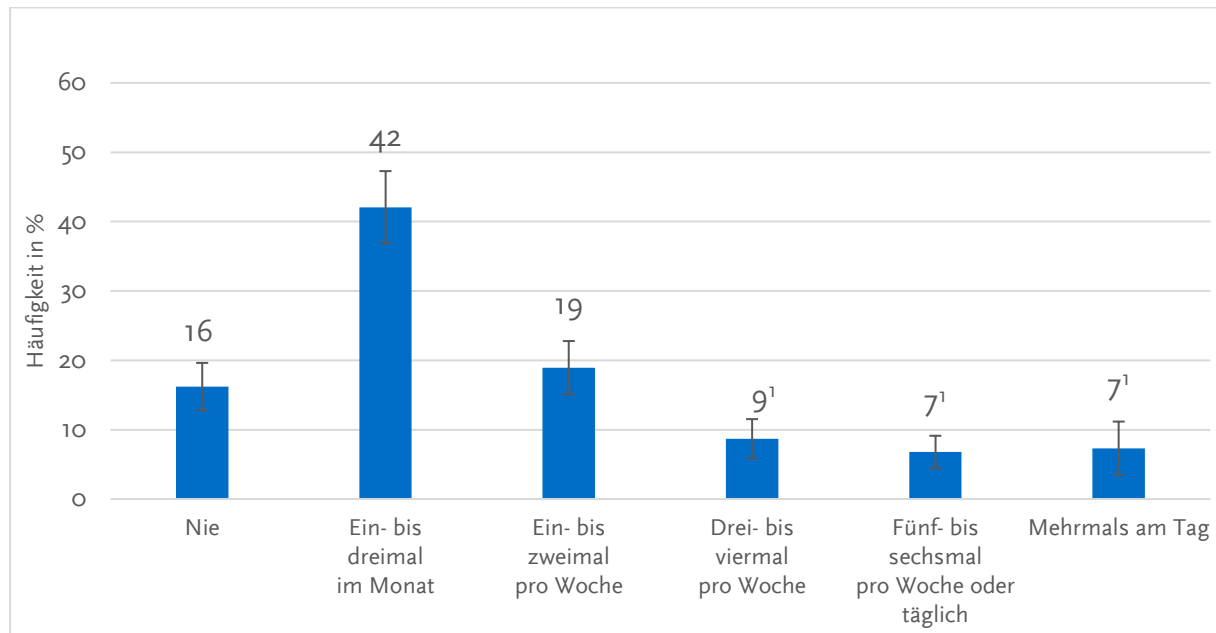
Anmerkungen: Datenbasis: KIDA-Onlinebefragung 04/2022 – 11/2022; Gesamt: n = 1.188; Mädchen: n = 560; Jungen: n = 628.

Der häufige Verzehr von Fertiggerichten (mindestens ein- bis zweimal pro Woche) war bei Mädchen deutlich seltener als bei Jungen (21 vs. 35 %), unterschied sich darüber hinaus aber nicht zwischen den Alters-, und Einkommensgruppen (ohne Abbildung).

4.3.6.2.4 Verzehr zuckerhaltige Erfrischungsgetränke (z. B. Cola, Limonade, Eistee, Malzbier, Energy Drinks)

Die meisten Kinder und Jugendlichen tranken zuckerhaltige Erfrischungsgetränke lediglich ein- bis zweimal pro Woche oder seltener (77 %). Darin enthalten ist ein Anteil von 42 %, der diese Getränke lediglich ein- bis dreimal im Monat sowie ein Anteil von 16 %, der diese Getränke nie zu sich nimmt. Fast ein Viertel der Heranwachsenden trank diese Getränke drei- bis viermal pro Woche oder häufiger (siehe Abbildung 16).

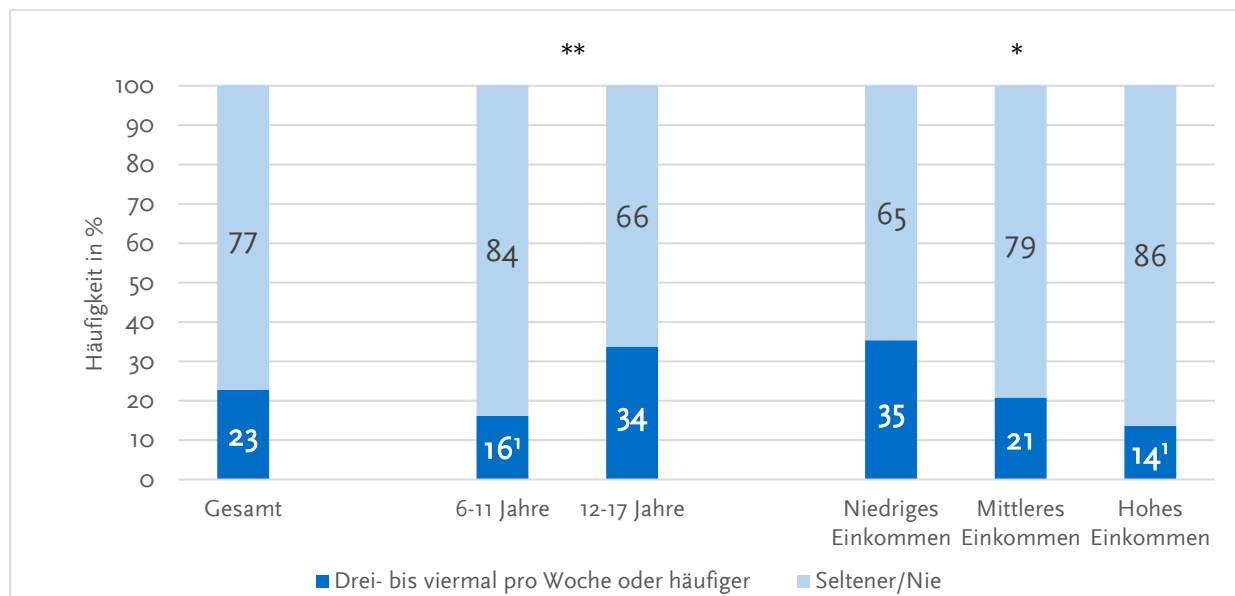
Abbildung 16: Häufigkeit des Verzehrs von zuckerhaltigen Erfrischungsgetränken bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren, Prozent mit 95 %-Konfidenzintervall



Anmerkungen: Datenbasis: KIDA-Onlinebefragung 04/2022 – 11/2022; Gesamt: n = 1.188; Mädchen: n = 560; Jungen: n = 628.

Die 12- bis 17-Jährigen tranken zuckerhaltige Getränke signifikant häufiger mindestens dreimal in der Woche als die 6- bis 11-Jährigen. Für 3- bis 5-Jährige kann dies auf Grund der geringen Fallzahl und der damit verbundenen statistischen Unsicherheit nicht bewertet werden. Kinder und Jugendliche aus Haushalten mit niedrigem Einkommen griffen häufiger mindestens dreimal pro Woche zu zuckerhaltigen Erfrischungsgetränken, als Kinder und Jugendliche aus Haushalten mit hohem Einkommen (siehe Abbildung 17).

Abbildung 17: Häufigkeit des Verzehrs von zuckerhaltigen Erfrischungsgetränken von Kindern und Jugendlichen im Alter von 6 bis 17 Jahren, Prozent für gesamt und getrennt nach Alters- und Einkommensgruppen



Anmerkungen: Datenbasis: KIDA-Onlinebefragung 04/2022 – 11/2022; Gesamt: n = 1.188; Mädchen: n = 560; Jungen: n = 628; 6-11 Jahre: n = 509; 12-17 Jahre: n = 456; geringes Einkommen: n = 110; mittleres Einkommen: n = 802; hohes Einkommen: n = 276; Gruppenunterschiede mit Chi-Quadrat-Test ermittelt, signifikant auf Basis der p-Werte: *p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001; ¹ die Werte sind aufgrund geringer Fallzahlen mit hoher statistischer Unsicherheit behaftet und müssen deshalb vorsichtig interpretiert werden.

4.3.7 Wie beeinflusste die Pandemie das Ernährungsverhalten?

4.3.7.1 Erhebung

Die Erfassung des Einflusses der Pandemie auf die zuvor erhobenen Aspekte des Ernährungsverhaltens wird eingeleitet mit der Frage: „Beeinflusst die Pandemie die derzeitige Ernährung Ihres Kindes? Denken Sie dabei bitte an die letzten vier Wochen.“ Der nachfolgende Satz „Aufgrund der Pandemie...“ wird mit verschiedenen Abfragen vervollständigt:

„...nutzt mein Kind die Schulverpflegung“

„...gibt es gemeinsame Mahlzeiten in der Familie“

„...werden für mein Kind zu Hause warme Mahlzeiten gekocht“

„...isst mein Kind Fertiggerichte“

„...trinkt mein Kind zuckerhaltige Erfrischungsgetränke“

„... isst mein Kind Bratwurst, Currywurst, Hamburger oder Döner Kebab

„...isst mein Kind frisches Obst“

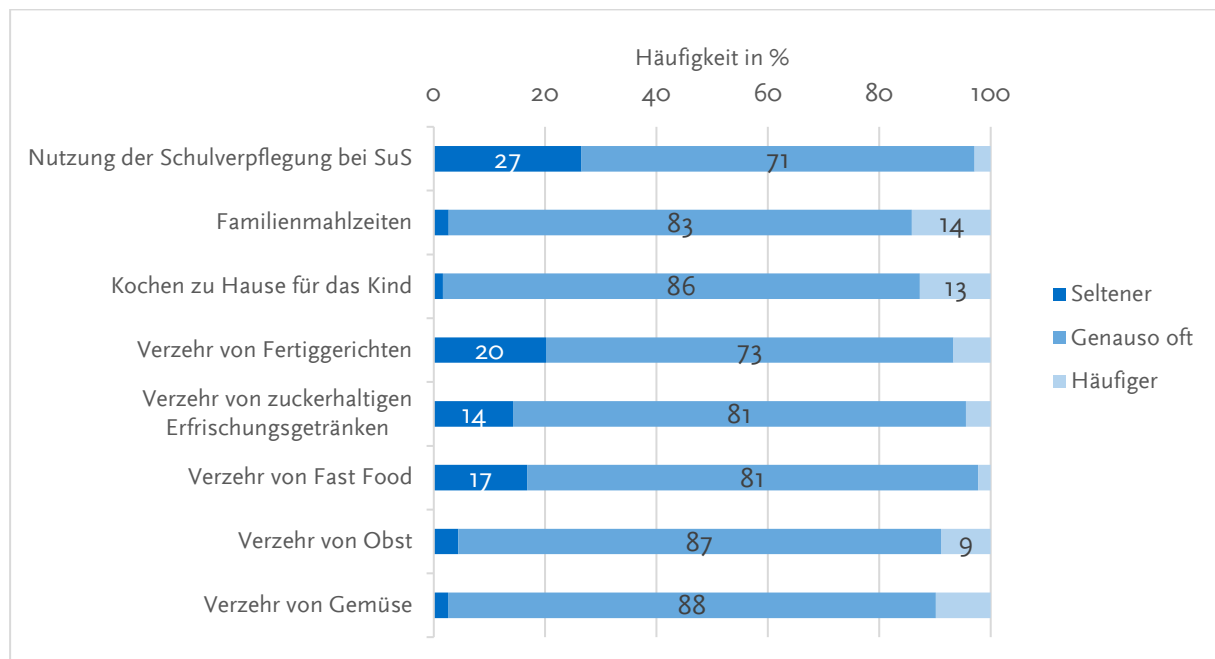
„... isst mein Kind Gemüse“

Die Antwortmöglichkeiten lauten jeweils „Häufiger“, „Genauso oft“ oder „Seltener“.

4.3.7.2 Ergebnisse

Für die überwiegende Mehrheit der Kinder und Jugendlichen wurde angegeben, dass das Ernährungsverhalten zum Befragungszeitpunkt nicht durch die Pandemie verändert war. Wurden Veränderungen angegeben, beeinflusste der derzeitige Stand der Pandemie das Ernährungsverhalten der Kinder und Jugendlichen in den letzten vier Wochen eher in einer vorteilhaften Weise. So hatten 14 % häufiger gemeinsame Familienmahlzeiten, 13 % kochten häufiger für ihre Kinder und Jugendlichen bzw. diese kochten selber. Beim Lebensmittelverzehr verzehrten 20 % pandemiebedingt seltener Fertiggerichte, 14 % seltener zuckerhaltige Erfrischungsgetränke und 17 % seltener Fast Food. Dagegen aßen 9 % mehr Obst und etwa genauso viele aßen mehr Gemüse. Auf die Schulverpflegung schien die Pandemie im Erhebungszeitraum hingegen einen negativen Einfluss zu haben: 27 % aller Schülerinnen und Schüler nutzten dieses zum Erhebungszeitpunkt auf Grund der Pandemie seltener.

Abbildung 18: Aktueller Einfluss der Pandemie auf ausgewählte Aspekte des Ernährungsverhaltens von Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in drei Kategorien in Prozent



Anmerkungen: Datenbasis: KIDA-Onlinebefragung 04/2022 – 11/2022; Gesamt: n = 1.190; Mädchen: n = 561; Jungen: n = 629 (die jeweiligen Items haben eine geringe, aber unterschiedliche Anzahl fehlender Werte); SuS: Schülerinnen und Schüler, fehlende Häufigkeitsangaben: Werte werden aufgrund hoher statistischer Unsicherheit nicht berichtet.

4.3.8 Gab es einen Zusammenhang zwischen der Häufigkeit von Homeoffice des befragten Elternteils und ausgewählten Aspekten des Ernährungsverhaltens der Kinder und Jugendlichen

4.3.8.1 Erhebung

Der Online-Fragebogen enthält die Frage "Wie häufig arbeiten Sie aktuell zu Hause?". Antwortmöglichkeiten sind hier: "fast immer", "mehrmals pro Woche", "einmal wöchentlich", "seltener" und "nie". Diese Frage wird lediglich Eltern von Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 15 Jahren gestellt, nicht also den 16- bis 17-Jährigen. Sie wird jeweils nur für den Elternteil, der den Fragebogen beantwortet, erhoben. Die Antwortkategorien wurden zu "mehrmals pro Woche oder fast immer" und "bis zu einmal in der Woche oder nie" zusammengefasst. Es gaben 38 % der Eltern an, dass sie „mehrmals pro Woche oder fast immer“ zu Hause arbeiten.

4.3.8.2 Ergebnisse

Die Häufigkeit des Arbeitens zu Hause (mehrmals pro Woche oder fast immer vs. bis zu einmal pro Woche oder nie) war bei 3- bis 15-Jährigen nicht signifikant assoziiert mit der Häufigkeit der untersuchten Aspekte des Ernährungsverhaltens. Das bedeutet, dass bei häufigerem Arbeiten zu Hause, die Häufigkeit von Familienmahlzeiten, dem Kochen für die Kinder, der Teilnahme an der Schulverpflegung oder die Häufigkeit des Verzehrs der erhobenen Lebensmittel nicht anders war als bei denjenigen Familien, wo das befragte Elternteil nie oder nur sehr selten zu Hause arbeitete.

4.3.9 Einordnung der Ergebnisse

4.3.9.1 Einordnung Schul- und Familienmahlzeiten sowie Kochen zu Hause

73 % der Schülerinnen und Schüler erhielten das Angebot einer warmen Mittagsverpflegung in der Schule. Der Anteil hat damit im Vergleich zur 2015 – 2017 durchgeführten EsKiMo II-Studie (Ernährungsstudie als KiGGS-Modul) abgenommen; hier waren es 87 % [6]. Möglicherweise spielen pandemiebedingte Gründe eine Rolle,

z. B. vorübergehende Schließung von Schulkantinen während der Omikron-Welle im Frühjahr 2022, beispielsweise wegen Personalmangels. Belastbare, bundesweite Daten dazu konnten nicht ermittelt werden. Ein weiterer Grund für die Diskrepanz kann darin liegen, dass in KIDA nach einem Angebot in den letzten vier Wochen gefragt wurde, in EsKiMo II hingegen ohne Zeitrahmen [6]. Damit schließt KIDA Ferienzeiten und längere Krankheiten ein.

Der Anteil derjenigen Kinder und Jugendlichen, die Schulverpflegung bei vorhandenem Angebot nutzten (55 %), war hingegen häufiger als in EsKiMo II (43 % für mindestens einmalige Nutzung pro Woche). Damit setzt sich der bereits zwischen EsKiMo I (2006) und EsKiMo II beobachtete Trend fort, dass im Zeitverlauf mehr Schülerinnen und Schüler die Schulverpflegung nutzen [6]. Dieser Trend stärkt die Bedeutung der Schulverpflegung als Ansatzpunkt, Kinder- und Jugendliche mit einer gesunden Mahlzeit zu versorgen, und verleiht dem angestrebten Ausbau einer gesunden, schmackhaften und für alle bezahlbaren Mittagsverpflegung in der Schule Nachdruck.

Zu bedenken gibt der Befund, dass Kinder und Jugendliche aus Haushalten mit geringem Einkommen seltener die Schulverpflegung nutzten als Kinder und Jugendliche aus Haushalten mit hohem Einkommen. Das verdeutlicht, wie wichtig der eingangs erwähnte Nationale Aktionsplan „Neue Chancen für Kinder in Deutschland“ ist, der als langfristiges Ziel vorsieht, sozial benachteiligten Kindern mindestens eine kostenlose und gesunde Mahlzeit pro Schultag anzubieten. Die Bereitstellung einer kostenlosen Mahlzeit könnte die Teilnahme von Kindern und Jugendlichen aus Haushalten mit geringem Einkommen erhöhen. Hinweise auf mögliche Gründe für keine bzw. eine seltene Teilnahme an der schulischen Mittagsverpflegung gibt EsKiMo II. Hier wurde vor allem angeführt, dass die Kinder und Jugendliche zu Hause ein warmes Mittag- oder Abendessen erhalten, dass der Unterricht nur am Vormittag stattfindet, und dass ihnen das Essen in der Schule nicht schmeckt [6]. Durch eine bessere Qualität und Annäherung an die Geschmacksvorlieben der Kinder und Jugendlichen ließe sich demnach die Nutzung der Schulverpflegung möglicherweise weiter erhöhen. Immerhin lag der Anteil der Schülerinnen und Schüler, die ein vorhandenes Angebot seltener als einmal pro Woche oder nie nutzten, in KIDA bei 45 %.

In KIDA wurden Kinder und Jugendliche, die selten oder nie an der Schulverpflegung teilnahmen, deutlich häufiger zu Hause bekocht, als Kinder, die mittags häufiger in der Schule aßen. Zudem aßen Kinder und Jugendliche, die nur selten an der Schulverpflegung teilnahmen, häufiger mit der Familie zu Mittag. Das traf insbesondere auf Kinder und Jugendlichen aus Haushalten mit geringem Einkommen zu.

Der hohe Anteil an Kindern und Jugendlichen, die täglich mit der Familie eine Mahlzeit einnehmen (über 80 % essen täglich das Abendessen gemeinsam), ist erfreulich. Studien belegen einen Zusammenhang zwischen Familienmahlzeiten und dem häufigeren Auftreten von gesünderen Ernährungsgewohnheiten (z. B. bezüglich Obst und Gemüse) der Kinder sowie dem selteneren Auftreten von ungesunden Ernährungsgewohnheiten (z. B. bezüglich zuckerhaltiger Getränke, Fast Food und süßen/salzigen Snacks); zudem werden Familienmahlzeiten mit einem geringeren Risiko für Übergewicht in Verbindung gebracht [8, 33]. Verschiedene Erklärungsansätze werden noch diskutiert. So könnten die Familienmahlzeiten einen direkten Einfluss auf die Lebensmittelauswahl haben oder eher ein Indikator für generell gesundheitsbewusste Einstellung, positives soziales bzw. familiäres Umfeld sein. Um den Familien in ihren Bemühungen entgegenzukommen, sich gesund zu ernähren, bleiben sie wichtige Zielgruppen für die Ernährungsbildung. Durch Vermittlung von Kochkompetenzen und Ernährungswissen können gesunde Ernährungsgewohnheiten im familiären Umfeld und bei den Jugendlichen erhalten und gefördert werden. Über den Aspekt der gesunden Ernährung hinaus, sind häufige gemeinsame Familienmahlzeiten wünschenswert, da hier mehrere positive Effekte (wie Stärkung der Familienbindung, sozialer Austausch) zusammenkommen.

4.3.9.2 Einordnung Verzehrhäufigkeiten von Lebensmittelgruppen

Laut der „Optimierten Mischkost für Kinder und Jugendliche“ sollten Heranwachsende jeden Tag sowohl Obst als auch Gemüse verzehren (z. B. 10-jährige 300 g Gemüse [34]). Ein täglicher Verzehr von Obst und Gemüse wurde jedoch nur von etwa der Hälfte der Kinder und Jugendlichen erreicht. Ein seltenerer Obst- und Gemüseverzehr kam eher bei älteren Kindern bzw. Jugendlichen vor sowie bei Heranwachsenden aus

Haushalten mit niedrigem Einkommen. Auch wenn sich die erhobene Verzehrhäufigkeit von Obst im Vergleich zu der KiGGS Welle 2 (2014 – 2017) tendenziell, jedoch nicht signifikant, leicht verbessert hat [35], ist hier weiterhin Handlungsbedarf gegeben. Ein erleichterter Zugang zu gesunden Lebensmitteln, beispielweise über Schulprogramme oder die Preisgestaltung, könnte vor diesem Hintergrund sinnvoll sein.

12- bis 17-Jährige sowie Kinder aus Haushalten mit niedrigem Einkommen müssen auch beim Konsum von zuckerhaltigen Getränken als vulnerable Gruppen gelten. Beide Gruppen nehmen signifikant häufiger mindestens dreimal pro Woche zuckerhaltige Erfrischungsgetränken zu sich als Kinder aus Haushalten mit höherem Einkommen bzw. jüngere Kinder. Bei zuckerhaltigen Erfrischungsgetränken ist eine Verbesserung, d. h. ein Rückgang des Anteil Heranwachsender mit einem Konsum von mindestens dreimal pro Woche im Vergleich zu KiGGS Welle 2 [36] zu erkennen: (6- bis 11-Jährige: 16% versus 29%, 12- bis 17-Jährigen: 34 % versus 45 %; eigene Analyse). Insgesamt sollte der Konsum von zuckerhaltigen Erfrischungsgetränken weiter gesenkt werden. In KIDA trank jedes 5. Kind im Alter von drei bis 17 Jahren mindestens dreimal pro Woche zuckerhaltigen Erfrischungsgetränke. Systematische Übersichtsarbeiten belegen die Wirksamkeit verschiedener verhaltens- und verhältnisorientierte Maßnahmen, die den Konsum von Süßgetränken reduzieren [37, 38].

In KIDA gaben 12 % der 12- bis 17-Jährigen an, mindestens einmal pro Woche Fast Food gegessen zu haben. Damit hat sich der wöchentliche Fast Food-Verzehr im Vergleich zur KiGGS-Basiserhebung (2003-2006) [39] verringert (20 %; eigene Analyse).

Beim Vergleich der in KIDA erhobenen Verzehrhäufigkeiten mit früheren KiGGS-Wellen ist zu berücksichtigen, dass in KiGGS die Jugendlichen die Fragen zu ihrem Verzehr jeweils selbst beantwortet haben, wohingegen in KIDA die Eltern dies für 12- bis 15-Jährige taten. Das könnte in KIDA z. B. zu einer Unterschätzung des Fast-Food-Verzehrs der Jugendlichen geführt haben.

4.3.9.3 Einordnung Einfluss der Pandemie auf ausgewählte Aspekte des Ernährungsverhaltens

In KIDA wurde der Einfluss der Pandemie auf das Ernährungsverhalten der Kinder und Jugendlichen für die meisten Aspekte als gering eingeschätzt, nennenswerte Effekte waren eher positiver Art. Ähnliche Studien wurden in Deutschland im ersten Jahr der Pandemie durchgeführt. Sie beziehen sich daher auf einen anderen Zeitraum als KIDA, sind also nur bedingt vergleichbar. So berichteten Eltern in der „Forsa-Studie Lebensstil und Ernährung in Corona-Zeiten“, die im September 2020 durchgeführt wurde, für ihre 0- bis 14-Jährigen Kinder sowohl positive als auch negative Veränderungen des Ernährungsverhaltens im Vergleich zu vor der Pandemie [40]. Es gaben beispielsweise 18 % an, der Konsum von Softdrinks habe zugenommen. In KIDA wurde angegeben, dass nur sehr wenige der Heranwachsenden ihren Konsum von zuckerhaltigen Erfrischungsgetränken aufgrund der Pandemie erhöht hatten, wogegen 14 % weniger von diesen Getränken zu sich nahmen. In der Forsa-Studie wurde auch für einen Teil der Kinder ein erhöhter Konsum von Obst (20 %) und Gemüse (14 %) berichtet; dieser Befund korrespondiert mit den KIDA-Ergebnissen, wenngleich die Anteile hier etwas niedriger lagen [40]. Auch die Zunahme von mehr gemeinsamen Mahlzeiten in der Familie, und das häufigere Kochen selbst zubereiteter Speisen für das Kind in der Pandemie werden sowohl in der Forsa-Studie (34 % bzw. 30 %) als auch in KIDA (14 % bzw. 13 %) gezeigt [40, 41]. Auch eine qualitative Befragung von Haushalten aus Mai/Juni 2020 beschreibt, dass in der Pandemie mehr gemeinsame Mahlzeiten stattfanden [42].

Das deutet darauf hin, dass sich die positiven Veränderungen im Vergleich zu vor der Pandemie, das Kochen zu Hause für das Kind und die häufigeren Familienmahlzeiten, laut Einschätzung der Kinder und Jugendlichen bzw. ihrer Eltern in KIDA offenbar auch über die kritischen Pandemiezeiten hinaus gehalten haben.

Als ein möglicher fördernder Einflussfaktor für die häufigeren gemeinsamen Mahlzeiten und das häufigere Kochen für das Kind während der Pandemie wurde in der Forsa-Umfrage die Arbeit der Eltern im Homeoffice vermutet [40]. Für KIDA konnte nicht bestätigt werden, dass Eltern im Homeoffice häufiger mit ihren Kindern zu Mittag aßen oder häufiger für diese kochten. Allerdings konnte in KIDA lediglich berücksichtigt werden, ob der Elternteil, der den Fragebogen beantwortet hat, im Homeoffice arbeitet. Ob ein weiterer Elternteil im Haushalt öfter oder seltener im Homeoffice arbeitet, wurde nicht ermittelt.

4.3.10 Fazit

Die Qualität der Schulverpflegung ist wichtig und bietet Präventionspotenzial. Eine stärkere Nutzung insbesondere von älteren Schülerinnen und Schülern sowie Kindern und Jugendlichen aus Haushalten mit geringem Einkommen wäre bei entsprechender bedarfsgerechter Verpflegungsqualität eine Möglichkeit, deren Ernährung positiv zu beeinflussen. Damit mehr Jugendliche und Schülerinnen und Schüler aus Haushalten mit geringem Einkommen von einer verbesserten Qualität der Schulverpflegung profitieren, sollten die Barrieren für die Teilnahme an der Schulverpflegung ermittelt und, wenn möglich, behoben werden.

Gute Koch- und Ernährungskompetenzen sind besonders für Jugendliche und deren Familien sowie für Haushalte mit niedrigem Einkommen wichtig, da diese häufiger eine warme Mahlzeit zu Hause aßen.

Besonders für Haushalte mit niedrigem Einkommen sind zudem auf Grund des häufigeren Mittagessens zu Hause und des gleichzeitig geringeren finanziellen Spielraums vermutlich die Lebensmittelpreise von großer Bedeutung.

Die Pandemie hat inzwischen kaum noch einen negativen Einfluss auf das Ernährungsverhalten der Kinder und Jugendlichen. Nur in Bezug auf die Verfügbarkeit von warmer Schulverpflegung sollte geprüft werden, ob es hier zu einem Angebotsrückgang gekommen ist.

5 KIDA Studienbeschreibung

5.1 Studiendesign und Stichprobe

Die Studie „Kindergesundheit in Deutschland aktuell“ (KIDA) ist in die kontinuierlich durchgeführte Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA Basis) eingebettet und soll ein Monitoring der Kindergesundheit während verschiedener Phasen der COVID-19-Pandemie ermöglichen. Die Studie findet im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit statt. Hierfür werden Eltern (mit Kindern im Alter von 3-15 Jahren) und Jugendliche (16-17 Jahre) befragt.

Die Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) wird regelmäßig vom Robert Koch-Institut (RKI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) durchgeführt und ist Bestandteil des am RKI etablierten bundesweiten Gesundheitsmonitorings [43, 44]. Mit GEDA Basis ist dieses Surveysystem weiter verfeinert und im Hinblick auf eine zeitnahe Analyse und zentrale Kennzahlen gestützte Ergebnisdarstellung weiterentwickelt worden. Für das Gesundheitsmonitoring bei Erwachsenen in Deutschland hat sich dieses Instrumentarium außerordentlich bewährt, insbesondere während der Pandemie [45]. Die Grundgesamtheit umfasst die in Privathaushalten lebende Bevölkerung ab 16 Jahren, deren üblicher Aufenthaltsort zum Zeitpunkt der Datenerhebung in Deutschland liegt. Hierbei sind sowohl Einpersonen- als auch Mehrpersonenhaushalte inbegriffen, die eigenständig wirtschaften. Diese Definition umfasst keine kollektiven Haushalte wie Krankenhäuser, Pflege- oder Wohnheime, Gefängnisse, Kasernen, religiöse Einrichtungen oder Pensionen. Der „übliche Aufenthaltsort“ wird in GEDA folgendermaßen definiert: Es ist der Ort, an dem eine Person normalerweise lebt oder ihren Lebensmittelpunkt sieht – ungeachtet vorübergehender Abwesenheit zu Zwecken der Erholung, der beruflichen Tätigkeit, der medizinischen Behandlung oder ähnlichem.

Für die Stichprobenziehung wird das Telefonstichprobensystem des Arbeitskreises Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute e. V. (ADM) genutzt [46]. Dieses beruht auf dem sogenannten Dual-Frame-Verfahren, bei dem zwei Auswahlgesamtheiten genutzt werden: eine Mobilfunk- und eine Festnetzgesamtheit. Diese Herangehensweise erlaubt es, jede Befragung repräsentativ für die Zielgruppe in Deutschland durchzuführen. Für die zufällige Auswahl der zu interviewenden Person wird ein von Leslie Kish entwickeltes Verfahren zur Zufallsauswahl von Befragungspersonen in Haushalten mit mehreren Personen verwendet, der Kish-Selection-Grid („Schwedenschlüssel“) [47]. Durch dieses Verfahren wird sichergestellt, dass unabhängig vom Interviewenden und der Kontaktperson im Haushalt zufällig ausgewählt wird, mit welcher Person das Interview geführt werden soll.

Basierend auf diesem Zugang werden alle Personen mit im Haushalt lebenden Kindern, sowie Jugendliche ab 16 Jahren für die Teilnahme an der Telefonbefragung der KIDA-Studie einbezogen. Eltern beantworten die Fragen für maximal zwei im Haushalt lebenden Kinder. Für Haushalte mit mehr als zwei Kinder erfolgt die Auswahl zufällig. Zu Beginn des Telefoninterviews werden die Befragten über die Freiwilligkeit der Teilnahme, die Ziele der Befragung sowie über den Datenschutz informiert und um ihre mündliche Zustimmung zur Durchführung der Befragung gebeten. Die mündliche Zustimmung ist Voraussetzung für die Durchführung des Interviews.

Um die teilnehmenden Eltern und Jugendlichen zur anschließenden vertiefenden Online-Befragung einzuladen, wird im Anschluss an das telefonische Interview eine Bereitschaft zur Wiederbefragung und der Erfassung einer digitalen Kontaktmöglichkeit eingeholt. Zur Erhöhung der Teilnahmebereitschaft an dieser online-basierten Vertiefungsbefragung werden Incentives in Form von unkonditionalen Internet-Gutscheinen eingesetzt.

Die Feldlaufzeit der Telefonbefragung beträgt 12 Monate, wobei Daten bis zu einem Gesamtumfang von insgesamt ca. 7.000 bis 8.000 Personen erhoben werden. Die monatlichen Datenerhebungen können abhängig von Stichprobengröße und -zusammensetzung als Teilstichproben ausgewertet werden.

5.1.1 Erhebungsinstrument

Da die KIDA-Studie in die GEDA-Studie integriert ist, findet ebenfalls der GEDA-Fragebogen Anwendung. Dieser besteht aus einem Kern-Fragebogen, welcher zum einen Hintergrundvariablen zu demografischen, geografischen und sozioökonomischen Charakteristika der Teilnehmenden (Geschlecht, Alter, Bildung,

Beschäftigungsstatus, Haushaltstyp, etc.) und zum anderen Basis-Elemente zur körperlichen und psychischen Gesundheit sowie zum Gesundheitsverhalten umfasst.

Neben dem Kern-Fragebogen, den alle Befragten beantworten, besteht das GEDA-Erhebungsinstrument aus vier Modulen, die sich jeweils auf einen thematischen Schwerpunkt konzentrieren (NCD-Surveillance, Mental Health Surveillance, Gesundheitsverhalten, Sonstige Forschungsbereiche). Jede Teilnehmende erhält neben den Kern-Fragen einen dieser Module zufällig zugeteilt.

Die telefonische KIDA-Befragung beinhaltet neben sozioökonomischen Determinanten (z.B. Bildung des zweiten Elternteils) die folgenden Bereiche: pandemiespezifische Indikatoren (z.B. Infektionsstatus, Quarantäne, Teststrategie der Betreuungseinrichtung), körperliche Gesundheit (z.B. körperliche Beschwerden, allgemeiner Gesundheitszustand), psychische Gesundheit und Gesundheitsverhalten (z.B. Bewegungsverhalten) sozialen Determinanten (z.B. familiärer Zusammenhalt). Im nachgeschalteten Online-Fragebogen werden diese Inhalte um vertiefende Fragestellungen ergänzt. Beide Fragebögen enthalten international etablierte Instrumente sowie in früheren Surveys des RKI zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen erprobte Fragensets, um essentielle Konzepte und Kennzahlen (Indikatoren) zur körperlichen, psychischen und sozialen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu erfassen. Diese wurden um weitere Fragen ergänzt, welche auf die Pandemiesituation angepasst wurden (z.B. „Verglichen mit der Zeit vor der Corona-Pandemie (also vor März 2020), wie würden Sie die derzeitige psychische Gesundheit Ihres Kindes beschreiben?“). Der mündliche Befragungsumfang beläuft sich auf ca. 20 Minuten, um eine hohe Teilnahmebereitschaft sicherzustellen.

5.1.2 Erhebungsmethoden

Die Erhebung besteht aus zwei Teilerhebungen: Im ersten Schritt wird eine telefonische Befragung mittels eines programmierten, vollstrukturierten Fragebogens durchgeführt (Computer Assisted Telephone Interview – CATI). Der Fragebogen wurde mit Hilfe der Software „VOXCO Interviewersuite“ umgesetzt. Ein computergestütztes Interview bietet technische Vorteile, die sich direkt auf die Qualität der Daten auswirken. Es können beispielsweise eine automatisierte Filterführung, Plausibilitätsprüfungen sowie definierte Antwortbereiche hinterlegt werden. Nach der Programmierung durchlief der Fragebogen routinemäßig mehrere interne Qualitätssicherungsstufen. Die telefonische Befragung wird im Auftrag des RKI durch ein externes Markt- und Sozialforschungsinstitut durchgeführt. Im zweiten Schritt folgt die vertiefende Online-Befragung. Diese wird mit der Erhebungssoftware „VOXCO Online“ durchgeführt. Das Online-Erhebungsinstrument wurde, wie der CATI-Fragebogen nach Fertigstellung durch mehrere interne Qualitätssicherungsschritte geprüft. Sofern die Teilnehmenden telefonisch zur Kontaktaufnahme eingewilligt haben, werden Einladungen zur Online-Befragung per E-Mail verschickt. Diese E-Mail enthält einen Link zu den Datenschutzhinweisen (bzgl. der KIDA-Nachbefragung und der Nutzung der VOXCO Plattform), einen Einwilligungstext hinsichtlich der Folgebefragung selbst und einen Link zum Online-Fragebogen. Außerdem wird mit der Einladung ein Online-Gutschein versendet, den die Teilnehmenden als Incentivierung erhalten. Pro Kind bzw. Jugendlichen wird eine Aufwandsentschädigung von 25 € unkonkonditional eingesetzt. Ein E-Mail-Erinnerungsverfahren (maximal 2 Reminder) wurde etabliert, um die Teilnahmequote zu erhöhen.

5.2 Durchführung der telefonischen Erhebung

Mit der Durchführung der telefonischen Datenerhebung wurde ein externes Markt- und Sozialforschungsinstitut (USUMA GmbH) beauftragt. Bei allen Interviewenden handelt es sich um erfahrene Interviewerinnen und Interviewer, die bereits zuvor im Rahmen von Markt- und Sozialforschung telefonische Befragungen durchgeführt haben. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des RKI begleiten den Datenerhebungsprozess sowohl in der Vorbereitung (Schulung der Interviewerinnen und Interviewer) als auch kontinuierlich.

5.2.1 Pretestung

Für die telefonische Befragung wurde ein zweiwöchiger Pretest von dem mit der Erhebung beauftragten externen Markt- und Sozialforschungsinstitut durchgeführt. Hierbei wurde auf folgende Aspekte geachtet:

- **Verständlichkeit:** Die Verständlichkeit der Fragen, um zu erfahren, ob tatsächlich auch die Inhalte erfragt und abgebildet werden, die angezielt waren. (Validität)
- **Fragereihenfolge und Logik:** Die Anordnung der Fragenkomplexe, um zu prüfen, ob möglicherweise eine unbewusste Beeinflussung der Befragten in der Fragefolge entstanden ist. (Reliabilität)
- **Filterführung:** Die Filterung der Fragenfolge, um zu prüfen, ob die Filter richtig programmiert wurden. (Erhebungsgüte)
- **Fragebogenkonstruktion und Fragestellung:** Die Sinnfälligkeit, um abzusichern, dass inhaltlich nicht relevante Fragestellungen oder inhaltliche Dopplungen aufgedeckt werden. (Homogenität und Trennschärfe)
- **Fragebogendauer:** Die Zeit des Gesamtfragebogens und einzelner Fragenkomplexe.

5.2.2 Feldverlauf und Feldmonitoring

Die telefonische Befragung startete am 09.02.2022 und befindet sich zum Zeitpunkt der Veröffentlichung des dritten Quartalsberichtes noch in der Feldphase. Letzteres gilt auch für die vertiefende Online-Befragung, welche am 20.04.2022 startete. Die Feldlaufzeit der Telefonbefragung ist über den Zeitraum von 12 Monaten geplant. Die telefonischen Interviews werden an den Wochentagen Montag bis Freitag in der Zeit von 14:30 bis 21:00 Uhr und bei vereinbarten Terminen auch in der Zeit von 08:30 bis 14:30 Uhr sowie am Samstag zwischen 10:00 und 14:00 Uhr geführt. Supervisorinnen und Supervisoren begleiten die Interviewenden.

Im Kontext der KIDA-Studie findet ein Feldmonitoring statt, um die Einhaltung einer standardisierten Messsituation (Interview) sicherzustellen. Die Qualität der Daten und deren Erhebung wird durch kontinuierliche Maßnahmen sichergestellt. Im Rahmen des Feldmonitorings werden regelmäßig ausführliche Interviewendenperformance-Reports erstellt, um die Arbeitsweise und Effektivität zu beurteilen. Hierbei werden unter anderem die Anzahl der Interviews, die Anzahl der Verweigerungen, die Anzahl der Terminvereinbarungen, die durchschnittliche Interviewdauer und die Erfolgsquote abgebildet.

5.3 Datenaufbereitung und Gewichtung

Die Datenprüfung erfolgte nach festgelegten Validierungsregeln, welche Regeln zur Filter- und Wertebereichsprüfung sowie Plausibilitätsprüfung enthalten. Sie umfasste neben formalen auch inhaltliche Aspekte. Bei inhaltlichen Fragen wurde der oder die für den jeweiligen Fragebogenteil Verantwortliche an der Entscheidung, wie mit Implausibilitäten umzugehen ist oder wie codiert werden soll, beteiligt. Konnten widersprüchliche Angaben durch das Fehlen ergänzender Informationen nicht korrigiert werden, wurden diese Angaben in der Dateninfo dokumentiert. Zur Gewährleistung eines einheitlichen Vorgehens bei Datenänderungen wurden allgemeine Regeln zur Datenprüfung und -korrektur abgesprochen. Zudem wurden alle Editieranweisungen in einer Datenbank dokumentiert. Im Zuge der Datenaufbereitung erfolgte die Generierung zusätzlicher Variablen. Diese sind Indikatorvariablen sowie notwendige Variablen für die Gewichtung. Die Stichprobengewichte geben an, wie viele Personen aus der Grundgesamtheit durch eine Person in der Stichprobe repräsentiert werden. Die Gewichtung besteht aus einer Design- und einer Anpassungsgewichtung. Die Designgewichte werden durch die Wahrscheinlichkeit bestimmt, mit der eine Person Teil der Stichprobe ist (Auswahlwahrscheinlichkeit). Personen mit einer geringeren Auswahlwahrscheinlichkeit repräsentieren mehr Menschen aus der Grundgesamtheit als Personen mit einer hohen Auswahlwahrscheinlichkeit. Die Stichprobe basiert auf einer Kombination aus Mobilfunk- und Festnetzstichprobe. Die daraus folgenden Designgewichte beruhen auf einem Standard-Berechnungsverfahren für das hier vorliegende Dual-Frame-Design. Die Anpassungsgewichtung gleicht die individuelle Teilnahmebereitschaft aus. Sind Personen aus bestimmten Bevölkerungsgruppen weniger bereit an der Studie teilzunehmen so führt dies dazu, dass deren Anteil in der Stichprobe nicht mit dem in der Grundgesamtheit übereinstimmt. Für jeden Erhebungszeitpunkt der KIDA-Studie wird ein eigenständiger Datensatz erzeugt. Damit die einzelnen Stichproben der Erhebungszeitpunkte vergleichbar sind und zusammengefasst werden können werden separate Gewichtungsfaktoren für jeden Erhebungszeitpunkt berechnet. Die Gewichtungsfaktoren passen die einzelnen Stichproben an die Bevölkerungsverteilungen öffentlicher Statistiken an. Die Bevölkerungsverteilung beruht dabei auf Zahlen des Statistischen Bundesamts (Bundesland, Alter, Geschlecht; Stand 31.12.2020) und des Mikrozensus 2018 (CASMIN Bildung (Maximum der Eltern)).

6 Literatur

1. Movassagh EZ, Baxter-Jones ADG, Kontulainen S et al. (2017) Tracking Dietary Patterns over 20 Years from Childhood through Adolescence into Young Adulthood: The Saskatchewan Pediatric Bone Mineral Accrual Study. *Nutrients* 9(9):990. 10.3390/nu9090990
2. Busch G, Bayer E, Gunarathne A et al. (2020) Einkaufs- und Ernährungsverhalten sowie Resilienz des Ernährungssystems aus Sicht der Bevölkerung: Ergebnisse einer Studie während der Corona-Pandemie im April 2020. Göttingen, S. 1-78
3. Landwirtschaft BfEu (2020) Deutschland, wie es isst. Der BMEL-Ernährungsreport 2020. Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft, Berlin, S. 1-32
4. Leben NGi (2022) Gemeinsame Mahlzeiten. Ernährung und Bewegung im Kleinkindalter - Handlungsempfehlungen. <https://www.gesund-ins-leben.de/fuer-fachkreise/ernaehrung-und-bewegung-fuer-kleinkinder/handlungsempfehlungen/essen-lernen/gemeinsame-mahlzeiten/> (Stand: 26.01.2023)
5. Ernährung DGf (2022) DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung in Schulen, 5. Auflage. Bonn, S. 1-96
6. Heide K, Brettschneider A-K, Lehmann F et al. (2019) Inanspruchnahme der Mittagsverpflegung an Schulen - Ergebnisse der bundesweiten Ernährungsstudie EsKiMo II. *Ernahrungs Umschau* 66(6):92 - 99. 10.4455/eu.2019.017
7. Union RdE (2021) EMPFEHLUNG (EU) 2021/1004 DES RATES vom 14. Juni 2021 zur Einführung einer Europäischen Garantie für Kinder. Amtsblatt der Europäischen Union, Brüssel. Rat der Europäischen Union, S. 1-10
8. Dallacker M, Hertwig R, Mata J (2018) The frequency of family meals and nutritional health in children: a meta-analysis. *Obes Rev* 19(5):638-653. 10.1111/obr.12659
9. Hammons AJ, Fiese BH (2011) Is frequency of shared family meals related to the nutritional health of children and adolescents? *Pediatrics* 127(6):e1565-1574. 10.1542/peds.2010-1440
10. Mahmood L, González-Gil EM, Schwarz P et al. (2022) Frequency of family meals and food consumption in families at high risk of type 2 diabetes: the Feel4Diabetes-study. *Eur J Pediatr* 181(6):2523-2534. 10.1007/s00431-022-04445-4
11. Canada S (2009) Quality level guidelines. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/13f0026m/2007001/table/tab5p1-eng.htm> (Stand: 05.08.2022)
12. Brauns H, Scherer S, Steinmann S (2003) The CASMIN Educational Classification in International Comparative Research. In: Hoffmeyer-Zlotnik J, Wolf C (Hrsg) *Advances in Cross-National Comparison: A European Working Book for Demographic and Socio-Economic Variables*. Kluwer Academic / Plenum Publisher, New York, S. 221-244
13. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2021) Lebenslagen in Deutschland: Der Sechste Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. https://www.armuts-und-reichtumsbericht.de/SharedDocs/Downloads/Berichte/sechster-armuts-reichtumsbericht.pdf?__blob=publicationFile&v=6 (Stand: 16.11.2022)
14. Riley A (2004) Evidence that school-age children can self-report on their health. *Ambul Pediatr* 4(4 Suppl):371-376. <https://doi.org/10.1367/A03-178R.1> (Stand: 08.08.2022)
15. Schmich P, Lemcke J, Zeisler M et al. (2018) Ad-hoc-Studien im Robert Koch-Institut. *J Health Monit* 3(3):75-86. 10.17886/RKI-GBE-2018-081
16. Schmidt S, Burchartz A, Kolb S et al. (2021) Zur Situation der körperlich-sportlichen Aktivität von Kindern und Jugendlichen während der COVID-19 Pandemie in Deutschland: Die Motorik-Modul Studie (MoMo). *Karlsruher Institut für Technologie (KIT) Scientific Working Papers* 165:1-17. 10.5445/IR/1000133697/v2
17. Ravens-Sieberer U, Kaman A, Otto C et al. (2021) Seelische Gesundheit und psychische Belastungen von Kindern und Jugendlichen in der ersten Welle der COVID-19-Pandemie – Ergebnisse der COPSYS-Studie. *Bundesgesundheitsbl* 64(12):1512-1521. 10.1007/s00103-021-03291-3
18. Schlack R, Neuperdt L, Hölling H et al. (2020) Auswirkungen des COVID-19-Pandemiegeschehens und behördlicher Infektionsschutzmaßnahmen auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. *J Health Monit* (4):23-34. <https://edoc.rki.de/handle/176904/7549> (Stand: 05.08.2022)
19. Kaman A, Otto C, Adedeji A et al. (2021) Belastungserleben und psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Hamburg während der COVID-19-Pandemie: Ergebnisse der COPSYS-Studie-Hamburg. *Nervenheilkunde* 40(05):319-326. 10.1055/a-1397-5400
20. Ravens-Sieberer U, Kaman A, Erhart M et al. (2022) Impact of the COVID-19 pandemic on quality of life and mental health in children and adolescents in Germany. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 31(6):879-889.

21. Ravens-Sieberer U, Kaman A, Erhart M et al. (2021) Quality of life and mental health in children and adolescents during the first year of the COVID-19 pandemic: results of a two-wave nationwide population-based study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*
22. Ravens-Sieberer U, Otto C, Kaman A et al. (2020) Mental Health and Quality of Life in Children and Adolescents During the COVID-19 Pandemic. *Dtsch Arztebl International* 117(48):828-829. 10.3238/arztebl.2020.0828
23. Robert Koch-Institut (2022) COVID-19-Fälle nach Altersgruppe und Meldewoche. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Daten/Altersverteilung.html (Stand: 13.06.2022)
24. Ritchie H, Mathieu E, Rodés-Guirao L et al. (2020) Coronavirus Pandemic (COVID-19). <https://ourworldindata.org/coronavirus> (Stand: 27.07.2022)
25. Hale T, Webster S, Petherick A et al. (2020) Oxford COVID-19 Government Response Tracker (OxCGRT). In: Government BSo, Oxford Uo (Hrsg), Blavatnik School of Government, University of Oxford
26. Albrecht J, Werner H, Rieger N et al. (2022) Association Between Homeschooling and Adolescent Sleep Duration and Health During COVID-19 Pandemic High School Closures. *JAMA network open* 5(1):e2142100. 10.1001/jamanetworkopen.2021.42100
27. DAK-Gesundheit (2020) Homeschooling in Corona-Zeiten. Erfahrungen von Eltern und Schülern. Ergebnisse einer Eltern-Kind-Befragung mit forsa.omninet. <https://www.dak.de/dak/download/forsa-studie-2266768.pdf> (Stand: 27.07.2022)
28. Schwarz S, Jenetzky E, Krafft H et al. (2021) Coronakinderstudien „Co-Ki“: erste Ergebnisse eines deutschlandweiten Registers zur Mund-Nasen-Bedeckung (Maske) bei Kindern. *Monatsschr Kinderheilkd* 169(4):353-365. 10.1007/s00112-021-01133-9
29. Spitzer M (2020) Masked education? The benefits and burdens of wearing face masks in schools during the current Corona pandemic. *Trends in neuroscience and education* 20:100138. 10.1016/j.tine.2020.100138
30. Qin Z, Shi L, Xue Y et al. (2021) Prevalence and Risk Factors Associated With Self-reported Psychological Distress Among Children and Adolescents During the COVID-19 Pandemic in China. *JAMA network open* 4(1):e2035487. 10.1001/jamanetworkopen.2020.35487
31. Robert Koch-Institut (2022) Wöchentlicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19), 19.05.2022. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenbericht_2022-05-19.pdf?__blob=publicationFile (Stand: 19.05.2022)
32. Robert Koch-Institut (2022) SARS-CoV-2: Virologische Basisdaten sowie Virusvarianten, Virusvarianten, Omikron (B.1.1.529). https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Virologische_Basisdaten.html?jseid=AEFF88791D505C1ED214F6530876D4A.internet111?nn=13490888#doc14716546bodyText6 (Stand: 27.07.2022)
33. Frank M, Brettschneider A-K, Lage Barbosa C et al. (2019) Prävalenzen und zeitliche Entwicklung von gemeinsamen Familienmahlzeiten in Deutschland Ergebnisse aus EsKiMo II. *Ernährungs Umschau* 66(4):60-67. 10.4455/eu.2019.013
34. Kersting M, Kalhoff H, Lücke T (2017) Von Nährstoffen zu Lebensmitteln und Mahlzeiten: das Konzept der Optimalen Mischkost für Kinder und Jugendliche in Deutschland. *Aktuelle Ernährungsmedizin* 42(04):304-315. 10.1055/s-0043-116499
35. Krug S, Finger JD, Lange C et al. (2018) Sport- und Ernährungsverhalten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *J Health Monit* 3(2):3-22. 10.17886/RKI-GBE-2018-065
36. Mensink GBM, Schienkiewitz A, Rabenberg M et al. (2018) Consumption of sugary soft drinks among children and adolescents in Germany. Results of the cross-sectional KiGGS Wave 2 study and trends. *J Health Monit* 3(1):31-37. 10.17886/RKI-GBE-2018-024
37. 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 Syst Rev* 6(6):1-329. 10.1002/14651858.CD012292.pub2
38. Vargas-Garcia EJ, Evans CEL, Prestwich A et al. (2017) Interventions to reduce consumption of sugar-sweetened beverages or increase water intake: evidence from a systematic review and meta-analysis. *Obes Rev* 18(11):1350-1363. 10.1111/obr.12580
39. Mensink GBM, Kleiser C, Richter A (2007) Lebensmittelverzehr bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl* 50(5/6):609-623. 10.1007/s00103-007-0222-x

40. Koletzko B, Holzapfel C, Schneider U et al. (2021) Lifestyle and Body Weight Consequences of the COVID-19 Pandemic in Children: Increasing Disparity. *Ann Nutr Metab* 77(1):1-3. 10.1159/000514186
41. Deutsche Adipositas-Gesellschaft, Ernährungsmedizin EKFZf (2022) Pressemitteilung der DAG und des EKFZ für Ernährungsmedizin. forsa-Umfrage zeigt Folgen der Corona-Krise für Kinder: Gewichtszunahme, weniger Bewegung, mehr Süßwaren – Jedes sechste Kind ist dicker geworden, Berlin/ München
42. Isenrich CL, Würth K, Linke-Pawlicki S et al. (2021) Ernährungsbezogenes Verbraucherverhalten in der Corona-Pandemie. *Hauswirtschaft und Wissenschaft* 69 10.23782/HUW_03_2021
43. Kurth B, Lange C, Kamtsiuris P et al. (2009) Gesundheitsmonitoring am Robert Koch-Institut: Sachstand und Perspektiven. *Bundesgesundheitsbl* 52:557–570. 10.1007/s00103-009-0843-3
44. Lange C, Jentsch F, Allen J et al. (2015) Data Resource Profile: German Health Update (GEDA)-the health interview survey for adults in Germany. *International journal of epidemiology* 44(2):442-450. 10.1093/ije/dyv067
45. Damerow S, Rommel A, Prütz F et al. (2020) Die gesundheitliche Lage in Deutschland in der Anfangsphase der COVID-19-Pandemie: Zeitliche Entwicklung ausgewählter Indikatoren der Studie GEDA 2019/2020-EHIS. *J Health Monit* 5(4):3-22.
<https://edoc.rki.de/handle/176904/7548.2?show=full> (Stand: 03.08.2022)
46. von der Heyde C (2013) Das ADM-Stichprobensystem für Telefonbefragungen.
https://www.gessgroup.de/wp-content/uploads/2016/09/Beschreibung-ADM-Telefonstichproben_DE-2013.pdf (Stand: 13.07.2022)
47. Kish L (1949) A Procedure for Objective Respondent Selection within the Household. *J Am Stat Assoc* 44(247):380-387. DOI 10.1080/01621459.1949.10483314

7 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Studiendesign von KIDA.....	8
Abbildung 2: Inzidenzen von SARS-CoV-2 bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 – 19 Jahren sowie der Allgemeinbevölkerung nach Jahr/KW.....	13
Abbildung 3: Stringency Index im Zeitraum 2021/KW31 und 2022/KW37	14
Abbildung 4: Prävalenz durchgemachter SARS-CoV-2-Infektionen der Kinder und Jugendlichen, gesamt, nach Geschlecht und Einrichtungsart in Prozent mit 95 %-Konfidenzintervall.....	16
Abbildung 5: Prävalenz des letzten positiven SARS-CoV-2 Test der Kinder und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in % nach Monat und Jahr.....	16
Abbildung 6: Häufigkeiten von Infektionsschutzmaßnahmen in Schulen und Kindertageseinrichtungen der 3-17-jährigen Kinder und Jugendlichen der KIDA Online-Stichprobe in Prozent mit 95 %-Konfidenzintervall im Online-Erhebungszeitraum 04/2022 bis 11/2022	17
Abbildung 7: Häufigkeit der Nutzung einer warmen Mittagsverpflegung in der Schule durch Schülerinnen und Schüler im Alter von 6 bis 17 Jahren bezogen auf Schülerinnen und Schüler, die dieses Angebot erhalten, in Prozent und 95 %-Konfidenzintervalle	20
Abbildung 8: Häufigkeit der Nutzung einer warmen Mittagsverpflegung in der Schule bezogen auf Schülerinnen und Schüler im Alter von 6 bis 17 Jahren, die dieses Angebot erhalten, Prozent für insgesamt, getrennt nach Alters- und Einkommensgruppen.....	21
Abbildung 9: Häufigkeit gemeinsamer Familienmahlzeiten von Kindern und Jugendlichen im Alter von drei bis 17 Jahren, in Prozent und 95 %-Konfidenzintervalle.....	22
Abbildung 10: Häufigkeit der Versorgung mit im Haushalt gekochten warmen Mahlzeiten bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren, in Prozent und 95 %-Konfidenzintervalle.....	23
Abbildung 11: Häufigkeit der Versorgung mit im Haushalt gekochten warmen Mahlzeiten bei Schülerinnen und Schüler im Alter von 6 bis 17 Jahren nach Häufigkeit der Nutzung der warmen Schulverpflegung in Prozent.....	24
Abbildung 12: Häufigkeit des Verzehrs von Obst und Gemüse bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren, in Prozent mit 95 %-Konfidenzintervall.....	25
Abbildung 13: Häufigkeit des Verzehrs von Obst und Gemüse bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren, Prozent für gesamt und getrennt nach Altersgruppen	26
Abbildung 14: Häufigkeit mindestens einmaligen Verzehrs von Fast Food (Bratwurst, Currywurst, Hamburger oder Döner Kebab) pro Woche von Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren, Prozent für gesamt und nach Geschlecht und Altersgruppen	27
Abbildung 15: Häufigkeit des Verzehrs von Fertiggerichten (z.B. Tiefkühl-Pizza, Fertiggerichte für die Mikrowelle oder Suppen aus der Tüte) bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren, Prozent mit 95 %-Konfidenzintervall.....	28
Abbildung 16: Häufigkeit des Verzehrs von zuckerhaltigen Erfrischungsgetränken bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren, Prozent mit 95 %-Konfidenzintervall	29
Abbildung 17: Häufigkeit des Verzehrs von zuckerhaltigen Erfrischungsgetränken von Kindern und Jugendlichen im Alter von 6 bis 17 Jahren, Prozent für gesamt und getrennt nach Alters- und Einkommensgruppen	29
Abbildung 18: Aktueller Einfluss der Pandemie auf ausgewählte Aspekte des Ernährungsverhaltens von Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in drei Kategorien in Prozent.....	31

8 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Stichprobenbeschreibung der KIDA-Studie	9
--	---

9 Impressum

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Vorgeschlagene Zitierweise

Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2023) 3. Quartalsbericht – Kindergesundheit in Deutschland aktuell (KIDA):
Monitoring der Kindergesundheit in (und nach) der COVID-19-Pandemie. Schwerpunkt Ernährungsverhalten.
Ergebnisse des KIDA-Erhebungszeitraum 04/2022 – 11/2022.

Veröffentlicht am:

16. Februar 2023

Dieser Bericht wurde erstellt vom Team der KIDA-Studie (Nennung in alphabetischer Reihenfolge):

Miriam Blume, Nadine Flerlage, Cànâ Kußmaul, Laura Neuperdt

sowie von Dr. Almut Richter und Dr. Gert Mensink

unter der Leitung von (Nennung in alphabetischer Reihenfolge):

Jennifer Allen, Prof. Dr. Julika Loss, Dr. Mira Tschorn

unter weiterer Beteiligung an Fragebogenentwicklung, Datenauswertung und Berichterstellung von (Nennung in alphabetischer Reihenfolge):

Stefan Albrecht, Anne Berkholz, Sabine Born, Dr. Caroline Cohrdes, Julia Darowski, Heike Hölling, Dr. Claudia Hövener, Dr. Susanne Krug, Dr. Kristin Manz, Elvira Mauz, Antonia Meier, Anja Müller, Stephan Müters, Dr. Christina Poethko-Müller, Dr. Christa Scheidt-Nave, Dr. Anja Schienkiewitz, Dr. Robert Schlack, Anne Starker, Dr. Roma Thamm.

