

Abschlussbericht des Forschungsberichts

**Ernährungsunsicherheit von Tafelkund/innen in ländlichen
und nicht-ländlichen Regionen –
Einflussfaktoren, Interventionsbedarfe und Lösungen**

gefördert vom Bundesministerium für Ernährung und
Landwirtschaft

Universität Hohenheim, Institut für Ernährungsmedizin, Fg.
Angewandte Ernährungspsychologie:
Dr. Anja Simmet, Prof. Dr. Ströbele-Benschop

Tafel-Akademie gGmbH:
Nilab Alokuzay-Kiesinger

Inhalt

Tabellenverzeichnis.....	V
Abbildungsverzeichnis.....	VII
1. Einleitung.....	1
2. Perspektive der Tafeln.....	3
2.1. Methode	3
2.2. Ergebnisse	4
3. Perspektive der Kund/-innen	5
3.1. Methodik.....	5
3.1.1. Ablauf.....	5
3.1.2. Datenerhebungsinstrumente.....	7
3.1.3. Statistische Analysen.....	9
3.2. Ergebnisse	10
3.2.1. Tafel-Kund/-innen in Stuttgart und deutschlandweit.....	11
3.2.2. Tafel-Kund/-innen nach Ländlichkeit des Tafel-Standortes.....	22
3.2.3. Ernährungsunsicherheit	32
3.3. Diskussion	39
3.3.1. Soziodemographische Charakteristika der Teilnehmenden.....	39
3.3.2. Tafelnutzung- und Einkaufsverhalten.....	39
3.3.3. Soziale Unterstützung und gesundheitliche Aspekte	41
3.3.4. Ernährungsunsicherheit	42
3.3.5. Einschränkungen	44
4. Synthese	46
5. Handlungsempfehlungen.....	48
5.1. Handlungsempfehlungen für die Wissenschaft	48
5.2. Handlungsempfehlungen für die Praxis.....	49
5.3. Handlungsempfehlungen für die Politik.....	50

6. Referenzen.....	51
Anhang.....	55

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Soziodemographische Charakteristika der Teilnehmenden in Stuttgart und deutschlandweit.....	11
Tabelle 2. Tafelnutzungs- und Einkaufsverhalten der Teilnehmenden in Stuttgart und deutschlandweit.....	14
Tabelle 3. Verkehrsmittelnutzung für Lebensmitteleinkäufe in den letzten 30 Tagen der Teilnehmenden in Stuttgart und deutschlandweit.....	16
Tabelle 4. Soziale Unterstützung und gesundheitliche Aspekte der Teilnehmenden in Stuttgart und deutschlandweit	18
Tabelle 5. Ernährungsunsicherheit der Teilnehmenden in Stuttgart und deutschlandweit.....	21
Tabelle 6. Soziodemographische Charakteristika der Teilnehmenden nach Ländlichkeit des Tafel-Standortes (exkl. Stuttgart)	24
Tabelle 7. Tafelnutzungs- und Einkaufsverhalten der Teilnehmenden nach Ländlichkeit des Tafel-Standortes (exkl. Stuttgart)	25
Tabelle 8. Verkehrsmittelnutzung für Lebensmitteleinkäufe in den letzten 30 Tagen der Teilnehmenden nach Ländlichkeit des Tafel-Standortes (exkl. Stuttgart).....	27
Tabelle 9. Soziale Unterstützung und Gesundheitsaspekte der Teilnehmenden nach Ländlichkeit des Tafel-Standortes (exkl. Stuttgart)	29
Tabelle 10. Ernährungsunsicherheit der Teilnehmenden nach Ländlichkeit des Tafel-Standortes (exkl. Stuttgart).....	30
Tabelle 11. Ergebnisse der multinomialen logistischen Regression, adjustiert für Alter, Geschlecht, Bildungsstand und Befragungskontext (Stuttgart versus andere Tafelstandort)	36

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Prävalenz der chronischen Erkrankungen der Teilnehmenden insgesamt	20
Abbildung 2. Teilnehmende nach Typologie des Tafel-Landkreises in Prozent deutschlandweit (exkl. Stuttgart), n = 452.....	23
Abbildung 3. Status der Ernährungsunsicherheit in den vergangenen 30 Tagen Prozent der Teilnehmenden insgesamt, n = 757	32
Abbildung 4. Bejahte Fragen der Food Insecurity Experience Scale (FIES) in Prozent der Teilnehmenden.....	34

1. Einleitung

Vor Beginn der Coronavirus-19 (COVID-19)-Pandemie besuchten geschätzt bis zu 1,65 Mio. Menschen bundesweit insgesamt 956 Tafeln [1] (Erklärbox 1).

Erklärbox 1. Die Tafeln

Bundesweit gibt es über 956 Tafeln mit über 2000 Lebensmittel-Ausgabestellen, in denen armutsbetroffene Kund/-innen vor allem frische Lebensmittel wie Obst und Gemüse erhalten. Zusätzlich werden ungezählte Einrichtungen wie Frauenhäuser, Jugendklubs und Drogeneinrichtungen mit Lebensmitteln beliefert. Die Tafeln sind über 12 Landesverbände sowie den Dachverband Tafel Deutschland e.V. organisiert.

Die Tafeln sammeln überschüssige, aber verkehrsfähige Lebensmittel von Lebensmittel-Spender/-innen wie z.B. Supermärkte, Bäckereien und Wochenmärkte ein und verbringen diese in die Tafel-Räumlichkeiten, wo sie von Tafel-Aktiven sortiert und gesäubert werden. Berechtig die Lebensmittel von der Tafel zu erhalten sind Menschen, deren Haushaltseinkommen ungefähr dem jeweils gültigen Regelsatz des Arbeitslosengelds 2 bzw. dem Bürgergeld entspricht. In den meisten Tafeln können die Kund/-innen im regulären Tafel-Betrieb einmal pro Woche gegen Abgabe eines geringen Unkosten-Beitrages Lebensmittel erhalten. In Baden-Württemberg dominiert hingegen das Modell des Tafel-Ladens, in dem die Kund/-innen auch mehrfach pro Woche Lebensmittel zu stark reduzierten Preisen erwerben können.

Trotz der hohen Anzahl waren die Tafeln und ihre Kund/-innen bisher vergleichsweise selten Gegenstand gesundheits- oder ernährungswissenschaftlicher Untersuchungen. Die wenigen früheren Studien beschreiben Tafel-Kund/-innen als eine hinsichtlich ihres Bildungsstandes heterogene Gruppe, der ein niedriges Einkommen und mehrheitlich der Bezug von Sozialleistungen, insbesondere Arbeitslosengeld 2, Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz und Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung gemeinsam ist [2]–[4]. Eine Studie aus dem Jahr 2015 bei über 1000 Tafel-Kund/-innen in drei Städten (Berlin, Stuttgart, Karlsruhe) berichtete, dass über 35 Prozent der Befragten in den vorangegangenen 12 Monaten von moderater oder starker Ernährungsunsicherheit betroffen seien [2] (Erklärbox).

Erklärbox 2. Ernährungsunsicherheit

Ernährungsunsicherheit bezeichnet den zumindest zeitweiligen durch Geldmangel limitierten Zugang zu adäquaten, d.h. ausreichend nahrhaften, sicheren und kulturell akzeptierten Lebensmitteln [5]. Charakteristisch für ernährungsunsichere Menschen ist die Einschränkung der Lebensmittelvielfalt auf günstige, sättigende Produkte verbunden mit der Sorge, am Ende des Einkommensmonats nicht mehr genug Geld für Lebensmittel zu haben. Verschärft sich die Situation weiter, erfolgt in der Regel zunächst die Einschränkung der Lebensmittelqualität, bevor bei starker Ernährungsunsicherheit eine Einschränkung der Lebensmittelmenge oder gar Hunger eintritt [6,7]. Ernährungsunsicherheit zeigt folglich zum einen Zusammenhänge mit der Ernährungsqualität [8,9] und zum anderen mit dem Einkommen und mit Armut [7,10], ist allerdings nicht mit Ernährungsqualität oder Armut und auch nicht mit den Haushaltsausgaben für Lebensmittel gleichzusetzen. Vielmehr bezeichnet Ernährungsunsicherheit eine Form der Deprivation in einem bestimmten Grundbedürfnis, nämlich dem nach ausreichenden Lebensmitteln.

Eine weitere quantitative Studie unter 276 Tafel-Nutzerinnen und –Nutzern in drei Städten (Berlin, Ludwigsburg, Fulda) beobachtete darüber hinaus eine hohe Prävalenz chronischer Erkrankungen bei den befragten Tafel-Kund/-innen [3]. Tafel-Kund/-innen stellen also vermutlich auch innerhalb der sozioökonomisch benachteiligten Bevölkerungsgruppen eine vulnerable (Sub-)Gruppe dar.

Allerdings bestehen weiterhin erhebliche Erkenntnislücken. So wurden bisher ausschließlich Tafel-Kund/-innen in Mittel- und Großstädten befragt. Dem gegenüber stehen internationale Hinweise, dass in einigen ländlichen Regionen ungeachtet sozioökonomischer Charakteristika tendenziell weniger Menschen ernährungsunsicher sind als in urbanen Regionen [5]. Zudem ist weitgehend unbekannt, wie Tafel-Kund/-innen ihren Zugang zu Lebensmitteln realisieren und welchen Anteil Lebensmittel von der Tafel für die gesamte Versorgung des Haushalts mit Lebensmitteln ausmachen.

Der Tafel-Verband stellte zwar regelmäßig Kennzahlen über die Tafel-Landschaft zur Verfügung und veröffentlichte Kernergebnisse von Umfragen unter den Tafeln, allerdings wurden bisher nicht die Ressourcen der Tafeln den Bedarfen der Kund/-innen gegenübergestellt.

Das vorliegende Projekt „Food INsecurity Among TAfel users“ (FINATA) verfolgt das Ziel, diese Forschungslücken zu schließen.

Zum einen sollen die Ressourcen der Tafeln vor und während der COVID-19-Pandemie beschrieben werden. Zum anderen sollen Tafel-Kund/-innen in ländlichen

und nicht-ländlichen Regionen hinsichtlich ihrer soziodemographischen Charakteristika, ihres Tafel-Nutzungs- und Einkaufsverhalten, der sozialen Unterstützung und der Ernährungsunsicherheit beschrieben und ferner der Zusammenhang erst genannter Dimensionen mit der Ernährungsunsicherheit untersucht werden. Aus der Gegenüberstellung der Ressourcen der Tafeln und Bedarfe der Kund/-innen werden abschließend Handlungsempfehlungen abgeleitet.

2. Perspektive der Tafeln

2.1. Methode

Zwischen 2019 und 2022 wurden jährlich, also insgesamt vier umfangreiche Abfragen bei den Tafel-Aktiven durchgeführt. Darüber hinaus wurden 2020, 2021 und 2022 Kurzabfragen (Blitzumfragen) zur aktuellen Lage in den Tafeln abgeschlossen.

Allen Umfragen gemeinsam ist, dass sie über die Online-Plattform „surveymonkey“ stattfanden, zu der jede Tafel über die beim Dachverband hinterlegte E-Mail-Adresse einen Einladungslink, begleitet von einem Informationsschreiben, erhielt.

Tafeln, die online nicht teilnehmen konnten oder wollten, konnten den Fragebogen schriftlich beantworten. Für die umfangreichen jährlichen Tafel-Umfragen wurde nach vorher festgelegten Fristen nicht-teilnehmende Tafeln telefonisch kontaktiert und an die Umfrage erinnert. Auf Wunsch wurden die Daten telefonisch erhoben.

Anschließend wurden die Daten bereinigt, z.B. doppelte Eintragungen entfernt und die Daten auf Plausibilität überprüft. Schließlich wurden die Daten deskriptiv ausgewertet (relative und absolute Häufigkeiten für nominale und ordinale Daten; Mittelwert, Standardabweichungen, Median, Minimum, Maximum und ggf. Summe für metrische Daten).

Für die wichtigsten Kennzahlen, nämlich Anzahl der Kund/-innen, der Ehrenamtlichen, der Arbeitszeit und der Lebensmittelmenge wurde die Gesamtzahl über alle Mitglieds-Tafeln von Tafel Deutschland geschätzt, wobei folgende Unsicherheiten nicht unerwähnt bleiben sollen:

1. Die Validität der Daten der teilnehmenden Tafeln ist ungewiss. Beispiel: Einige Tafeln berücksichtigten die auf der Umfrageplattform angegebene Definition eines / einer Tafel-Kund/-in (d.h. keine Doppelzählungen), während andere Tafeln vermutlich die Anzahl der Tafel-Besuche als Tafel-Kund/-innen ausgaben.

2. Auch ist die Aktualität der angegebenen Daten vermutlich nicht einheitlich.
3. Schließlich werden die Daten von den Tafeln unterschiedlich erfasst und die Reliabilität der Daten, d.h. die Zuverlässigkeit, ist vermutlich niedrig.

Ungeachtet dieser Unsicherheiten wurden fehlende Angaben durch den nach Gemeindetyp stratifizierten Mittelwert bzw. Median imputiert und so die Gesamtzahl berechnet (vgl. Anlage 1 bis 4a).

2.2. Ergebnisse

Für die detaillierten Ergebnisse sei auf die Anlagen 1 bis 5 einschließlich der Publikation von Simmet und Ströbele-Benschop [6] (Anlage 5) verwiesen.

Zusammenfassend stellte die 2020 beginnende weltweite Corona-Pandemie (SARS-CoV-2-Pandemie) die Tafeln vor zahlreiche Herausforderungen. Zu Beginn der Pandemie mussten knapp 60 Prozent der rund 400 Tafeln, für die für den Zeitraum zwischen dem 16. März und 3. Mai 2020 Daten vorlagen, zumindest zeitweise schließen. Hierbei zeigten sich jedoch keine statistisch signifikanten Ergebnisse hinsichtlich der Gemeindegröße des Tafel-Standortes.

Zum Teil waren die Schließungen in einem starken Rückgang der Anzahl an aktiven **Ehrenamtlichen** begründet. Bis Ende Februar 2020 engagierten sich geschätzt rund 60.000 Menschen. Davon waren 90 Prozent ehrenamtlich tätig. Rund 63 Prozent der Ehrenamtlichen waren über 65 Jahre alt. Nur 6 Prozent der Ehrenamtlichen waren unter 30 Jahre alt. Ein Großteil der Ehrenamtlichen zählte also zu der Risikogruppe von COVID-19 und ein nicht unerheblicher Teil von ihnen blieb daher zu Hause, um sich und seine Angehörigen zu schützen. Gleichzeitig meldeten sich viele junge Menschen, die die Tafeln und ihre Kund/-innen unterstützen wollen. Die neuen Tafel-Aktiven mussten geschult und eingearbeitet werden und banden daher zunächst personelle Ressourcen.

Im Bereich **Lebensmittel-Spenden** war ein teilweise starker Rückgang der Lebensmittel-Spenden zu verzeichnen, da der Einzelhandel durch die stark gestiegene Nachfrage weniger Überschüsse und keine Kapazitäten für die Sortierung der aussortierten Lebensmittel für die Tafeln hat. Des Weiteren fehlten **Hygiene- und Desinfektionsprodukte** für die Durchführung der Tafel-Arbeit.

Rund 59 Prozent der Tafeln schlossen aufgrund der Pandemie zumindest zeitweise. Zudem änderten viele Tafeln ihre **Lebensmittelausgabe**: von den 465 Tafeln, für die im Mai 2020 Daten vorlagen, gaben knapp 50 Prozent an, den Kund/-innen

vorgepackte Pakete zu geben, 40 Prozent belieferten ihre Kund/-innen und 26 Prozent verlegten die Lebensmittelausgabe nach draußen (Mehrfachantwort möglich). Während vor Beginn der Pandemie, rund 80 Prozent der Tafeln mindestens einen weiteren **Service** wie Sozialberatung, Kinderbetreuung, Hausaufgabenhilfe und Kultur- und Freizeitangebote anbot, mussten auch diese Zusatzangebote vielerorts zumindest zeitweise schließen.

Die Herausforderungen und Maßnahmen aufseiten der Tafeln einschließlich des reduzierten zwischenmenschlichen Kontaktes in den Tafeln zeigen, wie nachfolgend dargestellt, mutmaßlich auch Auswirkungen auf die Kund/-innen.

3. Perspektive der Kund/-innen

3.1. Methodik

3.1.1. Ablauf

Kurz vor Beginn der Kund/-innen-Befragung machte die Ausbreitung der COVID-19-Pandemie im März 2020 eine Anpassung des Projekts notwendig.

Zeitweise waren knapp die Hälfte aller Tafeln geschlossen [7]. Daher wurde die Befragung der Tafel-Kund/-innen auf November / Dezember 2020 verschoben.

Während ursprünglich eine Kombination aus passiver und proaktiver Rekrutierung durch wissenschaftliche Mitarbeiter/-innen und schriftlicher sowie mündlicher Befragung der Tafel-Kund/-innen geplant war, wurde diese zunächst zugunsten einer kontaktarmen Rekrutierung der Kund/-innen ausschließlich über die lokalen Tafel-Aktiven und einer ausschließlich schriftlichen Befragung ersetzt. Erst rund ein Jahr später, im Oktober und November 2021, konnte eine persönliche Befragung der Tafel-Kund/-innen durchgeführt werden.

Im Folgenden wird daher zunächst der Ablauf der ersten Befragungswelle mit Rekrutierung über die Tafel-Aktiven und ausschließlich schriftlicher Befragung im Winter 2020 und darauffolgend die persönliche Befragung im Spätherbst 2021 dargestellt.

Die Befragung der Tafel-Kund/-innen wurde von der Ethikkommission der UHOH genehmigt.

3.1.1.1. Ablauf der Datenerhebung im Winter 2020

Die Verantwortlichen aller Mitgliedstafeln von Tafel Deutschland e.V. wurden im Dezember 2019 postalisch und per E-Mail über Ziele und Organisation der Studie

informiert und erhielten einen Internetlink, über den sie über eine Umfrageplattform (surveymonkey) angeben konnten, ob ihre Tafel an der Kund/-innen-Befragung teilnehmen möchte. Zudem wurde ihnen je eine Telefonnummer und Emailadresse beider Kooperationspartner für Rückfragen zur Verfügung gestellt. Insgesamt 114 von 956 Tafeln gaben ihre Zustimmung zu einer Teilnahme an der Kund/-innen-Befragung. Berechtig, an der Kund/-innen-Befragung teilzunehmen, war, wer mindestens 18 Jahre alt und über eine Berechtigung für die Nutzung der jeweiligen Tafel sowie über ausreichend Lese-Kenntnisse in mindestens einer der insgesamt sieben angebotenen Sprachen verfügte. Den teilnehmenden Tafeln wurde für die Rekrutierung des Weiteren vorgegeben, dass jeder Kunden-Haushalt nur einmalig Studienunterlagen erhält, die an einem Ort der Wahl ausgefüllt werden konnten. Zudem wurde den teilnehmenden Tafeln drei Möglichkeiten zur Befragung bzw. zur Rückgabe der Fragebögen und Einverständniserklärung angeboten, aus denen sie eine für ihre Kund/-innen auswählen konnten: entweder wurden die ausgefüllten Fragebögen und Einverständniserklärungen von den Kund/-innen mittels eines vorfrankierten Rückumschlags an die Tafel-Akademie zurückgesendet oder die ausgefüllten Unterlagen wurden in einer in der Tafel aufgestellten Box gesammelt und von den Tafel-Verantwortlichen gesammelt an die Tafel-Akademie zurückgesendet oder die Kund/-innen erhielten statt des Fragebogens einen QR-Code und einen Link, mittels derer sie auf die Online-Version der Einverständniserklärung und des Fragebogens gelangten. In jedem Fall wurden die Unterlagen nicht vor Ort in der Tafel ausgefüllt. Durch diese Wahlmöglichkeiten sollte den lokal heterogenen Anpassungen der Tafeln an die Pandemiesituation (z.B. Lebensmittelausgabe über Lieferservice, Lebensmittelausgabe im Freien über vorgepackte Tüten u.a., siehe 2.2 und Anlage 5) Rechnung getragen werden.

Alle 114 Tafeln, die im Frühjahr ihre Zustimmung erteilt hatten, wurden im September 2020 telefonisch erneut kontaktiert und gefragt, ob sie weiterhin Interesse an einer Teilnahme haben. Von den 114 Tafeln sagten 62 Tafeln ihre Teilnahme zu, 18 Tafeln ihre Teilnahme ab und 25 Tafeln konnten entweder nicht erreicht werden oder ließen ihre Teilnahme offen. Des Weiteren wurden die teilnahmewilligen Tafeln nach der gewünschten Befragungs- bzw. Rückgabevariante gefragt. Insgesamt 58 Tafeln wünschten die Variante „Box“, vier Tafeln die Variante „frankierter Rückumschlag“ und zwei Tafeln die Variante „online“ (darunter zwei Tafeln mit Mischformen). Schließlich wurden die teilnahmewilligen Tafeln gebeten, die Anzahl der Kund/-innen-Haushalt je

angebotener Sprache (deutsch, englisch, französisch, türkisch, russisch, arabisch, Farsi) zu schätzen. Insgesamt wurden 5716 Studienunterlagen, bestehend jeweils aus Studieninformation, Teilnahmeerklärung und Fragebögen, auf Deutsch, 824 auf Englisch, 405 auf Französisch, 1076 auf Türkisch, 1358 auf Russisch, 2373 auf Arabisch und 965 auf Farsi verschickt. Eine Aufwandsentschädigung war für die Kund/-innen nicht vorgesehen. Eine Tafel bedankte sich bei den teilnehmenden Kund/-innen mit jeweils einem Päckchen gespendeten Kaffee.

Die Kundenbefragung startete am 2. November 2020 und endete am 31. Dezember 2020.

Die Tafel-Akademie sendete die ihr zugegangenen ausgefüllten Einverständniserklärungen und Fragebögen für die Dateneingabe, die Datenlagerung und –auswertung gesammelt an die UHOH.

3.1.1.2. Ablauf der Datenerhebung im Spätherbst 2021

Die Schwäbische Tafel Stuttgart e.V. erlaubte dem Studienteam eine persönliche Rekrutierung und Datenerhebung an ihren vier Standorten, sodass die Befragung zwischen dem 18.10 bis 12.11.2021 stattfinden konnte. Jeder der vier Tafel-Läden wurde von jeweils zwei Interviewerinnen für jeweils fünf aufeinanderfolgende Tage für täglich vier bis fünf Stunden während der Öffnungszeiten besucht.

Während die Kund/-innen ihre Lebensmitteleinkäufe nach dem Einkauf verpackten, wurden sie von den Interviewerinnen angesprochen. Diese stellten sich und das Projekt vor und luden interessierte Kund/-innen dazu ein, den Fragebogen selbstständig mit bereitgestellten Kugelschreibern vor Ort auszufüllen. Da die Sprachen Deutsch, Englisch und Arabisch durch die Interviewerinnen abgebildet werden konnte, konnten Kund/-innen mit Kenntnissen in einer dieser drei Sprachen Unterstützung beim Ausfüllen oder, insbesondere bei fehlenden Lese- und Schreibkompetenzen, die mündliche Befragung angeboten werden. Die Teilnehmenden gaben ihre Zustimmung mündlich und per Ankreuzen auf dem Fragebogen vorliegenden Einverständnissformular.

3.1.2. Datenerhebungsinstrumente

Der Fragebogen bestand aus vier Teilen.

Alle Studienunterlagen einschließlich der Fragebögen wurden von einem professionellen Übersetzungsbüro in die oben genannten sechs weiteren Sprachen

übersetzt und anschließend von deutschsprechenden Muttersprachler/-innen auf Verständnis überprüft.

3.1.2.1. Fragebogen zu Soziodemographie und Gesundheitsstatus

Der überwiegende Teil des Fragebogens zu soziodemographischen und Gesundheitsdaten wurde im Rahmen einer Befragung bei der Berliner Tafel e.V. entwickelt und erprobt [8]. Als Vorlage diente dabei der „Gesundheitsfragebogen 18 bis 64 Jahre“ der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS) [9]. Mithilfe dieses Fragebogenteils sollten mittels überwiegend geschlossener Fragen soziodemographische Daten (z.B. Alter, Bildungsstand, Familienstand) sowie gesundheitsrelevante Daten (Körpergröße und –gewicht, chronische Erkrankungen, Rauchstatus) erhoben werden.

3.1.2.2. Einkaufs- und Tafelnutzungsverhalten

Basierend auf internationaler Literatur [10] und früheren Erhebungen [3], [8] wurde ein Fragebogen zum Einkaufsverhalten und Tafel-Nutzungsverhalten der Tafel –Kund/-innen entwickelt, der Fragen zur Nutzungsdauer und –häufigkeit der Tafel, zu Veränderungen in der Nutzungshäufigkeit seit Beginn der Pandemie, zum Anteil der Lebensmittel von der Tafel an allen Lebensmitteln des Haushalts, zur Einkaufshäufigkeit außerhalb der Tafel, zur Häufigkeit der Nutzung verschiedener Verkehrsmittel und zu Reisezeiten zu dem Haupteinkaufsladen (dem Einkaufsladen außer der Tafeln, in dem am häufigsten Lebensmittel eingekauft werden) enthielt. Die meisten Fragen bezogen sich auf die letzten 30 Tage vor der Befragung.

3.1.2.3. Soziale Unterstützung

Zur Erhebung der sozialen Unterstützung wurde die „Oslo-3-Items-Social-Support Scale“ [11], [12] genutzt. Der Fragebogen erfasst, auf wie viele Menschen man sich bei ernsthaften Problemen verlassen kann, wie viele Interesse und Anteilnahme an dem, was man tut, zeigen und wie leicht es wäre, praktische Hilfe von den Nachbarn zu erhalten, wenn man sie brauchen sollte. Die Oslo-3-Skala misst die wahrgenommene Verfügbarkeit sozialer Unterstützung. Die Einzelpunktwerte aus den drei Fragen werden addiert. Basierend auf der Gesamtpunktwert lassen sich drei Klassifikationen unterscheiden: geringe (3-8 Punkte), mittlere (9-11 Punkte) und starke soziale Unterstützung (12-14 Punkte) [13].

3.1.2.4. Ernährungssicherheit

Zur Erhebung der Ernährungsunsicherheit wurde die von der Ernährungs- und Landwirtschaftsorganisation der Vereinten Nationen (Food and Agriculture Organization of the United Nations, FAO) entwickelte und validierte Food Insecurity Experience Scale (FIES) [14] verwendet. Die FIES erfasst, inwieweit Personen Erfahrungen mit Ernährungsunsicherheit (food insecurity) gemacht haben. Der Fragebogen enthält acht geschlossene Fragen und erfasst retrospektiv Erfahrungen mit Ernährungsunsicherheit über die letzten 30 Tage. Dabei werden Ängste und Unsicherheiten bezüglich der Ernährung und Erfahrungen mit einem durch fehlende finanzielle Ressourcen in Qualität und Quantität limitierten Zugang zu Lebensmitteln abgefragt. Die Kategorisierung der Ernährungsunsicherheit in Ernährungssicherheit, milde, moderate und starke Ernährungsunsicherheit basierte auf der Anzahl bejahter Antworten entsprechend einer früheren Studie zur Ernährungsunsicherheit unter Tafel-Kund/-innen [2]. Demnach galten Teilnehmende mit keiner affirmativen Antwort als ernährungssicher, mit einer bis drei affirmativen Antworten als mild ernährungsunsicher, mit vier bis sieben affirmativen Antworten als moderat ernährungsunsicher und mit acht affirmativen Antworten als stark ernährungsunsicher. Da fehlende Antworten über die Einzelitems relativ gleich verteilt waren, konnten Teilnehmende mit maximal einer fehlenden Antwort in die Analyse eingeschlossen werden. In diesem Fall wurde die fehlende Antwort durch „nein“ ersetzt (basierend auf der persönlichen schriftlichen Empfehlung von Mark Nord von der FAO).

3.1.3. Statistische Analysen

Zunächst wurden die teilnehmenden Tafel-Standorte dem jeweiligen Landkreis zugeordnet. Für die Einordnung der Landkreise wurde die Typologie des Thünen-Instituts verwendet [15]. Das Thünen-Institut teilte die Landkreise bzw. kreisfreien Städte anhand der Indikatoren Ländlichkeit und sozioökonomische Lage in insgesamt fünf Typen ein (sehr ländlich mit guter sozioökonomischer Lage, eher ländlich mit guter sozioökonomischer Lage, sehr ländlich mit weniger guter sozioökonomischer Lage, eher ländlich mit weniger guter sozioökonomischer Lage, nicht ländlich). Für jede Dimension wurden verschiedene Indikatoren (z.B. Siedlungsdichte, Anteil land- und forstwirtschaftlicher Fläche, durchschnittliche Arbeitslosenquote) genutzt und mittels Hauptkomponentenanalyse zu einem Index aggregiert [15].

Die Daten der Kund/-innen-Befragung werden zunächst deskriptiv über absolute und relative Häufigkeiten, Mittelwert, Standardabweichung und Median stratifiziert nach Erhebungsort/-art (Stuttgart versus andere Tafel-Standorte) und nach Ländlichkeit (nicht ländlich, eher ländlich, sehr ländlich) beschrieben. Zudem werden mittels Cramer's V bivariate Zusammenhänge zwischen nominalen und ordinalen Variablen und dem Befragungsort Stuttgart versus andere Tafelstandorte und anschließend Zusammenhänge zwischen den Variablen und der Ländlichkeit des Tafelstandorts (ohne sozio-ökonomische Lage) untersucht. Wiesen mindestens 20 Prozent der Zellen der Kreuztabellen eine erwartete Zellhäufigkeit < 5 auf, wurde eine Monte-Carlo-Simulation mit 1000 Stichproben vorgenommen [16]. Für 2x2-Kreuztabellen erfolgte für die Chi-Quadrat-Statistik die Korrektur nach Yates [17]. Zusammenhänge zwischen metrischen und nominalen Variablen wurden mittels Eta-Koeffizient dargestellt. Anschließend wurden multinomiale logistische Regressionsmodelle mit der Ernährungsunsicherheit als abhängige Variable und dem Alter, dem Geschlecht und dem Bildungsstand der Teilnehmenden als Covariaten durchgeführt. P-Werte $< 0,05$ werden als signifikant angesehen.

3.2. Ergebnisse

Insgesamt nahmen 985 Tafel-Kund/-innen an der Befragung teil, wobei 420 Kund/-innen durch die persönliche Rekrutierung der Studententeams in Stuttgart rekrutiert werden konnten. Insgesamt 113 Teilnehmenden konnte aufgrund fehlender Angaben kein Standort und damit kein Landkreistyp gemäß Landatlas des Thünen Instituts zugeordnet werden. Von den 872 Teilnehmenden mit gültigen Angaben zum Tafel-Standort besuchten 251 Teilnehmende (28,8 Prozent) eine Tafel in einem ländlichen Landkreis.

Aufgrund der Unterschiede in der Rekrutierung und der Datenerhebung werden die Ergebnisse zunächst für die Teilnehmenden insgesamt dargestellt, wobei Zusammenhänge mit dem Tafel-Standort Stuttgart (persönliche Rekrutierung und vorrangig mündliche Befragung) versus andere Tafel-Standorte (Rekrutierung über Tafel-Aktive und schriftliche Datenerhebung) beschrieben werden (3.2.2). Im Anschluss werden Zusammenhänge zwischen ländlichen und nicht-ländlichen Tafel-Standorten für die Teilnehmenden an Tafel-Standorten außerhalb Stuttgarts skizziert (3.2.1).

3.2.1. Tafel-Kund/-innen in Stuttgart und deutschlandweit

3.2.1.1. Soziodemographische Charakteristika der Teilnehmenden

Insgesamt waren die Teilnehmenden mehrheitlich weiblich, mindestens 50 Jahre alt, hatten eine andere als die deutsche Staatsangehörigkeit, waren in einem anderen Land als Deutschland geboren worden und verheiratet oder in Partnerschaft zusammenlebend (Tabelle 1). Zu den häufigsten anderen Staatsangehörigkeiten zählte mit Abstand die syrische (15,1 Prozent der Teilnehmenden), gefolgt von der irakischen (6,6 Prozent) und der afghanischen Staatsangehörigkeit (4,5 Prozent). Zu den am meisten genannten Geburtsländern außerhalb Deutschlands zählten Syrien (13,9 Prozent), der Irak (6,1 Prozent), Kasachstan (6 Prozent), Russland (5,7 Prozent) und Afghanistan (5,3 Prozent).

Während die allgemeinbildende Bildung der Teilnehmenden durch die Schule noch sehr heterogen war und über die Hälfte der Teilnehmenden über einen Realschulabschluss oder (Fach-)Abitur verfügte, gaben rund 46 Prozent der Befragten an, über keinen berufsbildenden Abschluss zu verfügen.

Allerdings zeigte sich abgesehen vom Geschlecht in allen untersuchten soziodemographischen Charakteristika ein signifikanter Zusammenhang mit dem Studienort Stuttgart versus andere Regionen (und ebenfalls mit dem Studienort Stuttgart versus andere nicht-ländliche Regionen, Daten nicht gezeigt).

So gaben in Stuttgart wesentlich mehr Teilnehmende an, eine andere als die deutsche Staatsangehörigkeit zu besitzen und in einem anderen Land als Deutschland geboren worden zu sein. Während bei den Teilnehmenden in anderen Tafel-Standorten nur rund jede siebte teilnehmende Person über keinen Schulabschluss verfügte, war es bei den Befragten in Stuttgart rund jede dritte Person. Zudem gaben in Stuttgart mit über 60 Prozent im Vergleich zu den Teilnehmenden in anderen Regionen rund doppelt so viele Teilnehmende an, keinen berufsbildenden Abschluss zu haben. Wie über Cramer's V indiziert, sind alle signifikanten Zusammenhänge jeweils moderat.

Tabelle 1. Soziodemographische Charakteristika der Teilnehmenden in Stuttgart und deutschlandweit

Charakteristikum	gesamt	Stuttgart	Deutschland exkl. Stuttgart	Test
Geschlecht	973	419	554	$\chi^2 = 2,44^1$

weiblich	561 (57,7 %)	254 (60,6 %)	307 (55,4 %)	V = 0,052
männlich	412 (42,3 %)	165 (39,4 %)	247 (44,6 %)	p = 0,12
Alter	964	418	546	
≤ 29 Jahre	74 (7,7 %)	45 (10,8 %)	29 (5,3 %)	$\chi^2=40,21$
30 bis 39 Jahre	190 (19,7 %)	96 (23,0 %)	94 (17,2 %)	V = 0,20
40 bis 49 Jahre	182 (18,9 %)	90 (21,5 %)	92 (16,8 %)	p < 0,001
50 bis 59 Jahre	199 (20,6 %)	80 (19,1 %)	119 (21,8 %)	
60 bis 69 Jahre	189 (19,6 %)	74 (17,7 %)	115 (21,1 %)	
70 bis 79 Jahre	107 (11,1 %)	32 (7,7 %)	75 (13,7 %)	
min. 80 Jahre	23 (2,4 %)	1 (0,2 %)	22 (4,0 %)	
Staatsangehörigkeit	975	418	557	$\chi^2=161,44^1$
deutsch	475 (48,7 %)	105 (25,1 %)	370 (66,4 %)	V = 0,41
andere	500 (51,3 %)	313 (74,9 %)	187 (33,6 %)	p < 0,001
Geburtsland	973	418	555	$\chi^2=122,74^1$
Deutschland	340 (34,9 %)	64 (15,3 %)	276 (49,7 %)	V = 0,36
anderes	633 (65,1 %)	354 (84,7 %)	279 (50,3 %)	p < 0,001
Dauer des Aufenthalts in Deutschland, wenn nicht in Deutschland geboren	557	307	250	
MW (SD)	13,75 (13,55)	12,80 (13,21)	14,92 (13,90)	$\eta = 0,078$
Median	6,00	6,00	10,00	p = 0,067
allgemeinbildender Abschluss (Schule)	934	413	521	
(noch) keinen Schulabschluss	215 (23,0 %)	133 (32,2 %)	82 (15,7 %)	$\chi^2 = 61,34$
Hauptschulabschluss	230 (24,6 %)	72 (17,4 %)	158 (30,3 %)	V = 0,26
Realschulabschluss	243 (26,0 %)	80 (19,4 %)	163 (31,3 %)	p < 0,001
(Fach-)Abitur	246 (26,3 %)	128 (31,0 %)	118 (22,6 %)	
Ausbildung	906	411	495	
(noch) keinen Ausbildungsabschluss	418 (46,1 %)	250 (60,8 %)	168 (33,9 %)	$\chi^2=77,02$
abgeschlossene Lehre oder Fachschule	318 (25,1 %)	87 (21,2 %)	231 (46,7 %)	V = 0,29
abgeschlossene Fachhochschule oder Universität	170 (18,8 %)	74 (18,0 %)	96 (19,4 %)	p < 0,001
Familienstand	971	418	553	
geschieden / getrennt	219 (22,6 %)	66 (15,8 %)	153 (27,7 %)	$\chi^2 = 62,74$
verwitwet	60 (6,2 %)	16 (3,8 %)	44 (8,0 %)	V = 0,25
ledig	190 (19,6 %)	59 (14,1 %)	131 (23,7 %)	p < 0,001

verheiratet / in Partnerschaft zusammenlebend	502 (51,7 %)	277 (66,3 %)	225 (40,7 %)
---	--------------	--------------	--------------

¹ Korrektur nach Yates

3.2.1.2. Tafelnutzungs- und Einkaufsverhalten der Teilnehmenden in Stuttgart und deutschlandweit

Der Großteil der Teilnehmenden nutzte die Tafel zum Befragungszeitpunkt länger als ein Jahr, allerdings besuchten rund 27 Prozent der Befragten die Tafel erstmalig im letzten Jahr, also während der Pandemie. Die Mehrheit der Befragten nutzte die Tafel in den 30 Tagen vor der Befragung mindestens dreimal und damit genausooft wie vor der Pandemie (Tabelle 2). Für rund 66 Prozent der Befragten stellten die Lebensmittel der Tafel mindestens die Hälfte der Lebensmittel im Haushalt. Außerhalb der Tafel gingen die Befragten in den 30 Tagen vor der Befragung mehrheitlich ein- bis zweimal einkaufen und rund 46 Prozent benötigten bis zu zehn Minuten zu ihrer Haupteinkaufsstätte außerhalb der Tafel. Fast 17 Prozent waren jedoch mehr als 26 Minuten unterwegs.

Auch in den untersuchten Variablen bezüglich des Tafelnutzungs- und Einkaufsverhaltens zeigt sich absehen von der Dauer der Tafel-Kundschaft ein signifikanter Zusammenhang mit dem Studienort Stuttgart versus andere Regionen (und ebenfalls mit dem Studienort Stuttgart versus anderen nicht-ländliche Regionen, Daten nicht gezeigt). So nutzten mehr Teilnehmende in Stuttgart im Vergleich zu den Befragten an anderen Standorten die Tafel mehr als viermal in den 30 Tagen vor der Befragung.¹ Während an den anderen Standorten mehr Befragte seltener Lebensmittel von der Tafel erhielten als vor der Pandemie, verhält sich der Anteil der Befragten in Stuttgart, die seltener oder häufiger Lebensmittel von der Tafel erhalten, in etwa die Waage. Dessen ungeachtet erhielt rund 75 Prozent der Teilnehmenden in Stuttgart in den 30 Tagen vor der Befragung min. die Hälfte der Lebensmittel von der Tafel im Vergleich zu knapp 60 Prozent der Teilnehmenden in anderen Regionen Deutschlands. Auch die Befragten in Stuttgart gingen in den 30 Tagen vor der Umfrage überwiegend ein- bis zweimal pro Woche zum Einkaufen außerhalb der Tafel, allerdings gab jede achte teilnehmende Person an, jeden Tag einkaufen zu gehen.

¹ Die Tafelläden in Stuttgart fungieren anders als die meisten Tafeln außerhalb Baden-Württembergs als „soziale Supermärkte“, in denen die Kund/-innen mehrmals pro Woche Lebensmittel zu einem deutlich reduzierten Preis einkaufen können.

Tabelle 2. Tafelnutzungs- und Einkaufsverhalten der Teilnehmenden in Stuttgart und deutschlandweit

Charakteristikum	gesamt	Stuttgart	Deutschland exkl. Stuttgart	Test
Häufigkeit Tafel-Nutzung in den letzten 30 Tagen	980	420	560	
gar nicht	14 (1,4 %)	11 (2,6 %)	3 (0,5 %)	$\chi^2 = 112,31$
1-2 Mal	167 (17,0 %)	98 (23,3 %)	69 (12,3 %)	$V = 0,34$
3-4 Mal	486 (49,6 %)	127 (30,2 %)	359 (64,1 %)	$p < 0,001$
mehr als 4 Mal	313 (31,9 %)	184 (43,8 %)	129 (23,0 %)	
Häufigkeit der Tafel-Nutzung in den letzten 30 Tagen im Vgl. zu vor der Pandemie	922	414	508	
seltener	188 (20,4 %)	105 (25,4 %)	83 (16,3 %)	$\chi^2 = 110,74$
genausooft	616 (66,8 %)	210 (50,7 %)	406 (79,9 %)	$p < 0,001$
häufiger	118 (12,8 %)	99 (23,9 %)	19 (3,7 %)	
Lebensmittelmenge von der Tafel in den letzten 30 Tagen	967	419	548	
nur wenige Lebensmittel von der Tafel	44 (4,6 %)	20 (4,8 %)	24 (4,4 %)	$\chi^2 = 47,63$ $V = 0,22$
Teil von der Tafel, Großteil woanders gekauft	285 (29,5 %)	85 (20,3 %)	200 (36,5 %)	$p < 0,001$
ca. Hälfte von der Tafel, Hälfte woanders gekauft	311 (32,2 %)	172 (41,1 %)	139 (25,4 %)	
Großteil von der Tafel, Teil woanders gekauft	238 (24,6 %)	112 (26,7 %)	126 (23,0 %)	
(fast) alle Lebensmittel von der Tafel	82 (8,5 %)	30 (7,2 %)	52 (9,5 %)	
sonstiges (z.B. Tafel geschlossen)	7 (0,7 %)	0 (0 %)	7 (1,3 %)	
Dauer der Tafel-Kundschaft	979	420	559	
weniger als 3 Monate	93 (9,5 %)	48 (11,4 %)	45 (8,1 %)	$\chi^2 = 5,33$
3-6 Monate	72 (7,4 %)	28 (6,7 %)	44 (7,9 %)	$V = 0,074$

7 Monate - 1 Jahr	95 (9,7 %)	34 (8,1 %)	61 (10,9 %)	p = 0,15
mehr als 1 Jahr	719 (73,4 %)	310 (73,8 %)	409 (73,2 %)	
Einkaufshäufigkeit in den letzten 30 Tagen außerhalb der Tafel	974	419	559	
seltener	53 (5,4 %)	23 (5,5 %)	30 (5,4 %)	$\chi^2 = 35,34$
2-3 mal in den letzten 30 Tagen	125 (12,8 %)	35 (8,4 %)	90 (16,2 %)	V = 0,19
1-2 mal / Woche	556 (57,1 %)	236 (56,3 %)	320 (57,7 %)	p < 0,001
3-4 mal / Woche	160 (16,4 %)	69 (16,5 %)	91 (16,4 %)	
(fast) jeden Tag	80 (8,2 %)	56 (13,4 %)	24 (4,3 %)	
Reisezeit zur Haupteinkaufsstätte – einfache Strecke	969	418	551	
bis zu 5 Minuten	185 (19,1 %)	100 (23,9 %)	85 (15,4 %)	$\chi^2 = 27,02$
6 - 10 Minuten	258 (26,6 %)	126 (30,1 %)	132 (24,0 %)	V = 0,17
11 - 15 Minuten	183 (13,9 %)	70 (16,7 %)	113 (20,5 %)	p < 0,001
16 - 20 Minuten	127 (13,1 %)	40 (9,6 %)	87 (15,8 %)	
21 - 25 Minuten	54 (5,6 %)	17 (4,1 %)	37 (6,7 %)	
26 - 30 Minuten	83 (8,6 %)	38 (9,1 %)	45 (8,2 %)	
mehr als 30 Minuten	79 (8,2 %)	27 (6,5 %)	52 (9,4 %)	

Bei der Betrachtung der Ergebnisse zur Nutzung der Verkehrsmittel zum Lebensmitteleinkauf in den 30 Tagen vor der Befragung ist zu berücksichtigen, dass die Teilnehmendenquote in Regionen außerhalb Stuttgarts für die einzelnen Verkehrsmittel erheblich schwanken und zum Teil gering sind (Tabelle 3). Mutmaßlich haben die Teilnehmenden in anderen Regionen die Frage übersprungen und nicht beantwortet, wenn sie das Verkehrsmittel nicht nutzen. Da dies jedoch im Nachhinein nicht eindeutig festgestellt werden kann, wurde auf eine Korrektur der Daten verzichtet. Das von den meisten Teilnehmenden insgesamt „immer“ genutzte Verkehrsmittel war der öffentliche Nahverkehr (wesentlich beeinflusst durch die Stuttgarter Daten) gefolgt von „zu Fuß“. Während jedoch mehr als 60 Prozent der Befragten in Stuttgart nie „zu Fuß“ zum Lebensmitteleinkauf gingen, waren das für die Teilnehmenden an anderen Tafelstandorten nur knapp 12 Prozent. An anderen Standorten nutzten knapp 37 Prozent der Befragten „oft“ oder „immer“ das Fahrrad für den Lebensmitteleinkauf, in Stuttgart taten dies hingegen weniger als vier Prozent. In Stuttgart nutzte die große

Mehrheit der Befragten „nie“ ein Auto, während an anderen Tafel-Standorten die Mehrheit dies zumindest manchmal nutzte. Auch die Fahrt mit anderen, z.B. Freunden, Familie im Auto scheint für die Befragten an anderen Tafelstandorten eine größere Rolle zu spielen als für die Teilnehmenden in Stuttgart. Taxi, CarSharing und andere Verkehrsmittel waren für den Großteil der Befragten hingegen keine genutzten Optionen für den Lebensmitteleinkauf.

Tabelle 3. Verkehrsmittelnutzung für Lebensmitteleinkäufe in den letzten 30 Tagen der Teilnehmenden in Stuttgart und deutschlandweit

Charakteristikum	gesamt	Stuttgart	Deutschland exkl. Stuttgart	Test
zu Fuß	782	420	362	
(fast) nie	307 (39,3 %)	265 (63,1 %)	42 (11,6 %)	$\chi^2 = 268,88$
selten	23 (2,9 %)	1 (0,2 %)	22 (6,1 %)	$V = 0,59$
manchmal	68 (8,7 %)	6 (1,4 %)	62 (17,1 %)	$p < 0,001$
oft	102 (13,0 %)	18 (4,3 %)	84 (23,2 %)	
immer	282 (36,1 %)	130 (31,0 %)	152 (42,0 %)	
mit dem Fahrrad	686	420	266	
(fast) nie	397 (94,5 %)	397 (94,5 %)	109 (41,0 %)	$\chi^2 = 242,34$
selten	20 (2,9 %)	1 (0,2 %)	19 (7,1 %)	$V = 0,59$
manchmal	47 (6,9 %)	7 (1,7 %)	40 (15,0 %)	$p < 0,001$
oft	43 (6,3 %)	4 (1,0 %)	39 (14,7 %)	
immer	70 (10,2 %)	11 (2,6 %)	59 (22,2 %)	
mit dem eigenen Auto	707	86	287	
(fast) nie	467 (66,1 %)	365 (86,9 %)	102 (35,5 %)	$\chi^2 = 212,33$
selten	34 (4,8 %)	3 (0,7 %)	31 (10,8 %)	$V = 0,55$
manchmal	36 (5,1 %)	5 (1,2 %)	31 (10,8 %)	$p < 0,001$
oft	43 (6,1 %)	5 (1,2 %)	38 (13,2 %)	
immer	127 (18,0 %)	42 (10,0 %)	85 (29,6 %)	
mit anderen im Auto	642	420	222	
(fast) nie	533 (83,0 %)	414 (98,6 %)	119 (53,6 %)	$\chi^2 = 208,72$
selten	27 (4,2 %)	1 (0,2 %)	26 (11,7 %)	$V = 0,57$
manchmal	32 (5,0 %)	1 (0,2 %)	31 (14,0 %)	$p < 0,001$
oft	18 (2,8 %)	2 (0,5 %)	16 (7,2 %)	
immer	32 (5,0 %)	2 (0,5 %)	30 (13,5 %)	

mit öffentlichen Verkehrsmitteln	675	420	255	
(fast) nie	261 (38,7 %)	158 (37,6 %)	103 (40,4 %)	$\chi^2 = 127,38$
selten	15 (2,2 %)	0 (0,0 %)	15 (5,9 %)	$V = 0,43$
manchmal	42 (6,2 %)	5 (1,2 %)	37 (14,5 %)	$p < 0,001$
oft	55 (8,1 %)	18 (4,3 %)	37 (14,5 %)	
immer	302 (44,7 %)	239 (56,9 %)	63 (24,7 %)	
mit dem Taxi	592	420	172	$\chi^2 = 17,30$
(fast) nie	585 (98,8 %)	420 (100 %)	165 (95,9 %)	$V = 0,18$
selten	1 (0,2 %)	0 (0 %)	1 (0,6 %)	$p < 0,001^1$
manchmal	1 (0,2 %)	0 (0 %)	1 (0,6 %)	[95 % KI
oft	1 (0,2 %)	0 (0 %)	1 (0,6 %)	0,000-
immer	4 (0,7 %)	0 (0 %)	4 (2,3 %)	<0,001]
mit CarSharing	588	420	168	$\chi^2 = 22,85$
(fast) nie	579 (98,5 %)	420 (100 %)	159 (94,6 %)	$V = 0,20$
selten	2 (0,3 %)	0 (0 %)	2 (1,2 %)	$p = 0,000^1$
manchmal	5 (0,9 %)	0 (0 %)	5 (3,0 %)	[95 % KI
oft	1 (0,2 %)	0 (0 %)	1 (1,2 %)	0,000-
immer	1 (0,2 %)	0 (0 %)	1 (1,2 %)	<0,001]
mit anderen Verkehrsmitteln	526	420	106	$\chi^2 = 28,11$
(fast) nie	519 (98,7 %)	420 (100 %)	99 (93,4 %)	$V = 0,23$
selten	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	$p = 0,000^1$
manchmal	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	[95 % KI
oft	1 (0,2 %)	0 (0 %)	1 (0,9 %)	0,000-
immer	6 (1,1 %)	0 (0 %)	6 (5,7 %)	<0,001]

¹ Monte-Carlo-Simulation mit 10 000 Stichproben

3.2.1.3. Soziale Unterstützung, gesundheitliche Aspekte und Ernährungsunsicherheit der Teilnehmenden in Stuttgart und deutschlandweit

Fast 70 Prozent der Teilnehmenden verfügten zum Umfragezeitpunkt über eine niedrige erfahrene soziale Unterstützung (Tabelle 9). In der Detailbetrachtung der einzelnen Items zur Erfassung der subjektiv wahrgenommenen sozialen Unterstützung zeigt sich, dass zum Erhebungszeitpunkt mehr als jede dritte teilnehmende Person keine nahestehenden Menschen hatte, auf die sie sich verlassen kann. Fast 48 Prozent der Teilnehmenden berichteten, dass andere Menschen kein oder nur wenig

Interesse an dem zeigen, was sie tun und 49 Prozent der Befragten fanden es sehr schwierig oder schwierig, praktische Hilfe von Nachbarn zu erhalten, wenn sie diese benötigen.

Neben der hohen Prävalenz der niedrigen sozialen Unterstützung waren die Teilnehmenden von weiteren Gesundheitsrisiken betroffen: Über 37 Prozent der Befragten war laut Selbstauskunft übergewichtig und über 31 Prozent adipös. Insgesamt 29 Prozent der Befragten rauchte zumindest gelegentlich und über 63 Prozent der Befragten berichtete über min. eine chronische Erkrankung. Mehr als jede vierte teilnehmende Person klagte über Hypertonie (Bluthochdruck) und fast jede fünfte über Diabetes mellitus (Abbildung 1).

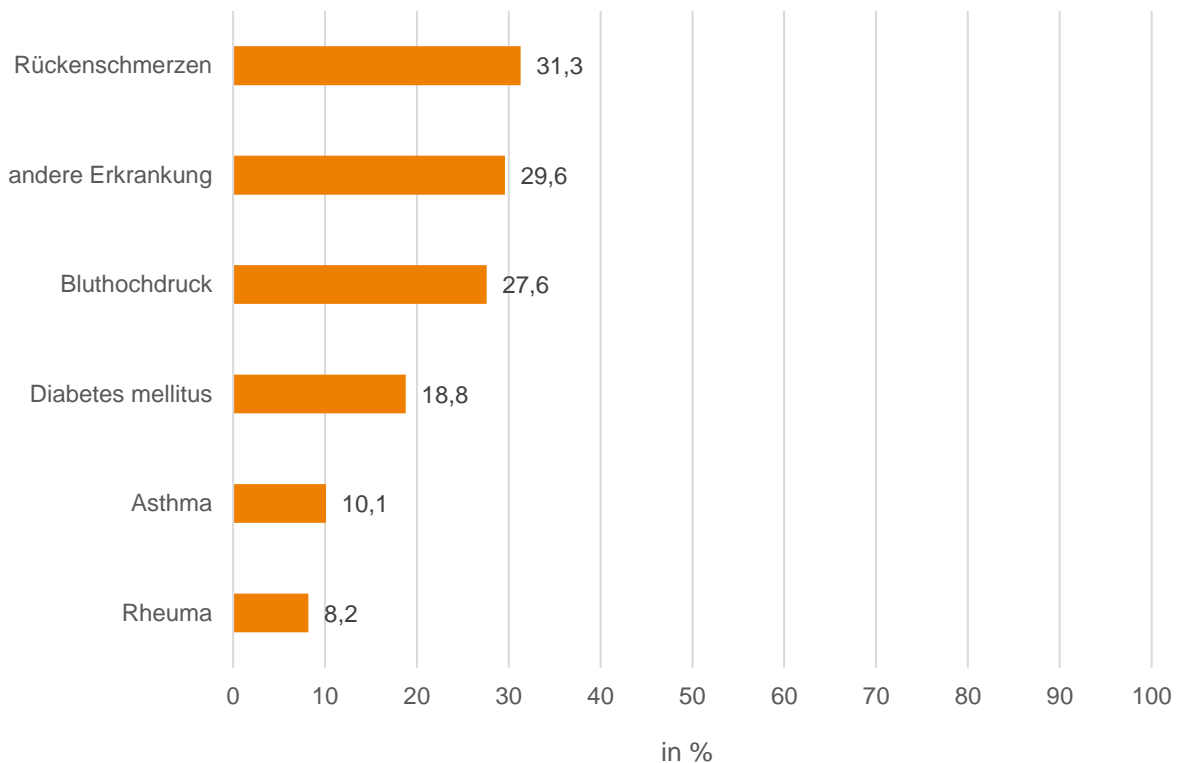
Auch die erfahrene soziale Unterstützung und einige untersuchte gesundheitliche Aspekte zeigen signifikante Zusammenhänge mit dem Tafelstandort Stuttgart versus andere Standorte. So war die Prävalenz einer niedrigen sozialen Unterstützung bei den in Stuttgart Befragten höher als bei den Befragten anderer Regionen Deutschlands. Weniger Teilnehmende in Stuttgart rauchten und berichteten über chronische Erkrankung als Teilnehmende an anderen Standorten. Demgegenüber zeigt das Gewicht der Teilnehmenden keinen signifikanten Zusammenhang mit dem Standort Stuttgart versus andere Regionen.

Tabelle 4. Soziale Unterstützung und gesundheitliche Aspekte der Teilnehmenden in Stuttgart und deutschlandweit

Charakteristikum	gesamt	Stuttgart	Deutschland exkl. Stuttgart	Test
Soziale Unterstützung	928	414	514	
niedrig	631 (68,0 %)	306 (73,9 %)	325 (63,2 %)	$\chi^2 = 14,30$
moderat	237 (25,5 %)	81 (19,6 %)	156 (30,4 %)	$V = 0,12$
hoch	60 (6,5 %)	27 (6,5 %)	33 (6,4 %)	$p < 0,001$
<i>Wie viele Menschen stehen Ihnen so nahe, dass Sie sich auf sie verlassen können, wenn Sie ernste persönliche Probleme haben?</i>	958	418	540	
keine	346 (36,1 %)	211 (50,5 %)	135 (25,0 %)	$\chi^2 = 83,96$
1 – 2	351 (36,6 %)	125 (29,9 %)	226 (41,9 %)	$V = 0,30$
3 – 5	176 (18,4 %)	40 (9,6 %)	136 (25,2 %)	$p < 0,001$
6 oder mehr	85 (8,9 %)	42 (10,0 %)	43 (8,0 %)	

<i>Wie viel Anteilnahme und Interesse zeigen andere Menschen an dem, was Sie tun?</i>	953	418	535	
keine	249 (26,1 %)	194 (46,4 %)	55 (10,3 %)	$\chi^2 = 234,97$
wenig	205 (21,5 %)	54 (12,9 %)	151 (28,2 %)	$V = 0,50$
weder viel noch wenig	209 (21,9 %)	30 (7,2 %)	179 (33,5 %)	$p < 0,001$
viel	179 (18,8 %)	70 (16,7 %)	109 (20,4 %)	
sehr viel	111 (11,6 %)	70 (16,7 %)	41 (7,7 %)	
<i>Wie einfach ist es für Sie, praktische Hilfe von Nachbarn zu erhalten, wenn Sie diese benötigen?</i>	965	418	547	
sehr schwierig	283 (29,3 %)	183 (43,8 %)	100 (18,3 %)	$\chi^2 = 113,34$
schwierig	190 (19,7 %)	58 (13,9 %)	132 (24,1 %)	$V = 0,34$
möglich	253 (26,2 %)	65 (15,6 %)	188 (34,4 %)	$p < 0,001$
einfach	144 (14,9 %)	53 (12,7 %)	91 (16,6 %)	
sehr einfach	95 (9,8 %)	59 (14,1 %)	36 (6,6 %)	
Body-Mass-Index	935	416	519	
Mittelwert (SD)	28,31 (6,02)	27,96 (5,29)	28,60 (6,53)	$\eta = 0,053$
Median	27,44	27,42	27,55	$p = 0,10$
Gewichtskategorien				
untergewichtig	12 (1,3 %)	5 (1,2 %)	7 (1,3 %)	$\chi^2 = 4,70$
normalgewichtig	283 (30,3 %)	125 (30,0 %)	158 (30,4 %)	$V = 0,071$
übergewichtig	348 (37,2 %)	169 (40,6 %)	179 (34,5 %)	$p = 0,20$
adipös	292 (31,2 %)	117 (28,1 %)	175 (33,7 %)	
Rauchstatus	969	418	551	
nie rauchend	536 (55,3 %)	280 (67,0 %)	256 (46,5 %)	$\chi^2 = 44,36$
früher rauchend	152 (15,7 %)	39 (9,3 %)	113 (20,5 %)	$V = 0,21$
gelegentlich rauchend	81 (8,4 %)	27 (6,5 %)	54 (9,6 %)	$p < 0,001$
regelmäßig rauchend	200 (20,6 %)	72 (17,2 %)	128 (22,7 %)	
chronische Erkrankung	964	419	545	$\chi^2 = 43,80$
ja	611 (63,4 %)	216 (51,6 %)	395 (72,5 %)	$V = 0,22$
nein	353 (36,6 %)	203 (48,4 %)	150 (27,5 %)	$p < 0,001$

Abbildung 1. Prävalenz der chronischen Erkrankungen der Teilnehmenden insgesamt



Insgesamt gaben rund 58 Prozent Befragten an, in den 30 Tagen vor der Befragung ernährungssicher zu sein (d.h. sie verneinten alle Items zu Erfassung der Ernährungsunsicherheit); knapp 18 Prozent waren jedoch moderat oder gar stark ernährungsunsicher (d.h. sie bejahten alle Items zur Erfassung der Ernährungsunsicherheit) (Tabelle 5).

Auch hinsichtlich des Status der Ernährungsunsicherheit zeigt sich ein Zusammenhang mit dem Studienort Stuttgart versus andere Studienorte: Signifikant und deutlich mehr Teilnehmende in Stuttgart gaben an, in den letzten 30 Tagen ernährungssicher gewesen zu sein als in den anderen Regionen Deutschlands (Tabelle 5). Nahezu alle Items zur Erfassung der Ernährungsunsicherheit wurden von weniger Teilnehmenden in Stuttgart als von Teilnehmenden in anderen Regionen Deutschlands bejaht, außer das Item *„Kam es in den letzten 30 Tagen vor, dass Sie einen ganzen Tag lang nichts gegessen haben, weil Sie nicht genug Geld hatten.“*

Tabelle 5. Ernährungsunsicherheit der Teilnehmenden in Stuttgart und deutschlandweit

Charakteristikum	gesamt	Stuttgart	Deutschland exkl. Stuttgart	Test
Ernährungsunsicherheit in den letzten 30 Tagen	757	396	361	
ernährungssicher	442 (58,4 %)	294 (74,2 %)	148 (41,0 %)	$\chi^2 = 93,50$
mild ernährungsunsicher	181 (23,9 %)	60 (15,2 %)	121 (33,5 %)	$V = 0,35$
moderat ernährungsunsicher	104 (13,7 %)	26 (6,6 %)	78 (21,6 %)	$p < 0,001$
stark ernährungsunsicher	30 (4,0 %)	16 (4,0 %)	14 (3,9 %)	
<i>Kam es in den letzten 30 Tagen vor,, weil Sie nicht genug Geld hatten?</i>				
<i>...dass Sie sich Sorgen gemacht haben, dass Ihnen das Essen ausgeht,...</i>	885	414	471	$\chi^2 = 38,53$
ja	262 (29,6 %)	80 (19,3 %)	182 (38,6 %)	$V = 0,21$
nein	623 (69,4 %)	334 (80,7 %)	289 (61,4 %)	$p < 0,001$
<i>...dass Sie sich nicht gesund und abwechslungsreich ernähren konnten,...</i>	891	416	478	$\chi^2 = 64,02$
ja	280 (31,4 %)	74 (17,9 %)	206 (43,1 %)	$V = 0,27$
nein	611 (68,6 %)	339 (82,1 %)	272 (56,9 %)	$p < 0,001$
<i>...dass Sie nur zwischen wenigen verschiedenen Lebensmitteln wählen konnten,....</i>	885	412	473	$\chi^2 = 148,00$
ja	373 (42,1 %)	84 (20,4 %)	289 (61,1 %)	$V = 0,41$
nein	512 (57,9 %)	328 (97,6 %)	184 (38,9 %)	$p < 0,001$
<i>...dass Sie eine Mahlzeit (Frühstück, Mittagessen oder Abendessen) auslassen mussten,...</i>	925	413	512	$\chi^2 = 19,02$
ja	131 (14,2 %)	35 (8,5 %)	96 (18,8 %)	$V = 0,15$
nein	794 (85,8 %)	378 (91,5 %)	416 (81,3 %)	$p < 0,001$
<i>...dass Sie weniger gegessen haben, als Sie normalerweise essen würden,....</i>	922	414	508	
ja				$\chi^2 = 30,29$
nein	179 (19,4 %)	47 (11,4 %)	132 (26,0 %)	$V = 0,18$
	743 (80,6 %)	367 (88,6 %)	376 (74,0 %)	$p < 0,001$

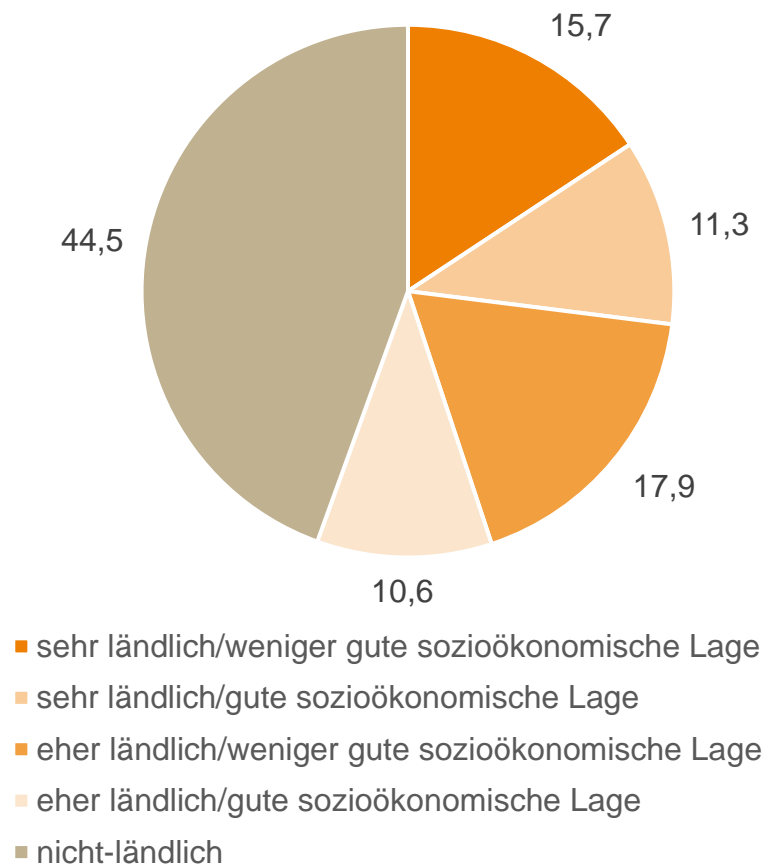
...dass Sie nichts mehr zu essen zu Hause hatten, ...	923	416	507	$\chi^2 = 7,99$
ja	89 (9,6 %)	27 (6,5 %)	62 (12,2 %)	$V = 0,097$
nein	834 (90,4 %)	389 (93,5 %)	445 (87,8 %)	$p = 0,005$
...dass Sie Hunger hatten, aber nichts gegessen haben,	935	418	517	$\chi^2 = 4,92$
ja	88 (9,4 %)	29 (6,9 %)	59 (11,4 %)	$V = 0,076$
nein	847 (90,6 %)	389 (93,1 %)	458 (88,6 %)	$p = 0,027$
...dass Sie einen ganzen Tag lang nichts gegessen haben, ...	954	420	534	$\chi^2 = 0,30$
ja	52 (5,5 %)	24 (5,7 %)	28 (5,2 %)	$V = 0,010$
nein	902 (94,5 %)	396 (94,3 %)	506 (94,8 %)	$p = 0,86$

3.2.2. Tafel-Kund/-innen nach Ländlichkeit des Tafel-Standortes

3.2.2.1. Soziodemographische Charakteristika der Teilnehmenden nach Ländlichkeit des Tafel-Standortes

Insgesamt nahmen 565 Kund/-innen an der schriftlichen Befragung teil. Für 452 Kund/-innen konnten insgesamt 44 Tafel-Standorte zugeordnet werden. Wie in nachfolgender Abbildung ersichtlich, besuchten mehr als die Hälfte der teilnehmenden Kund/-innen eine Tafel in ländlichen oder sehr ländlichen Landkreisen und davon wiederum die Mehrheit eine Tafel in eher ländlichen bzw. sehr ländlichen Landkreisen mit weniger guter sozio-ökonomischer Lage.

Abbildung 2. Teilnehmende nach Typologie des Tafel-Landkreises in Prozent deutschlandweit (exkl. Stuttgart), n = 452



Aus Gründen der Übersichtlichkeit und der andernfalls geringen erwarteten Zellen-Häufigkeiten wird in nachfolgenden Tabellen jeweils die Verteilung der Charakteristika nach Ländlichkeit dargestellt und auf die Differenzierung nach sozio-ökonomischer Lage der Kreise verzichtet. (Die Ergebnisse sind im Wesentlichen ähnlich).

Während sich für das Geschlecht, die Altersverteilung und den Familienstand keine signifikanten Zusammenhänge mit der Ländlichkeit des Tafel-Standortes zeigen, finden sich für die Zusammenhänge mit den anderen untersuchten Charakteristika signifikante Zusammenhänge (Tabelle 6). So steigt der Anteil der Teilnehmenden, die im Ausland geboren worden sind bzw. die eine nicht-deutsche Staatsangehörigkeit angeben, mit abnehmender Ländlichkeit des Tafel-Standortes an. Des Weiteren hat der größte Anteil der Befragten in sehr ländlichen Regionen einen Hauptschulabschluss, während in nicht-ländlichen bzw. eher ländlichen Regionen die Mittlere Reife bzw. das (Fach-)Abitur dominiert. Zudem verfügte ein größerer Anteil der Teilnehmenden in nicht-ländlichen und eher ländlichen Regionen über einen (Fach-)

Hochschulabschluss als in sehr ländlichen Regionen, wo hingegen wesentlich mehr Teilnehmende eine Lehre abschlossen als in weniger ländlichen Regionen.

Tabelle 6. Soziodemographische Charakteristika der Teilnehmenden nach Ländlichkeit des Tafel-Standortes (exkl. Stuttgart)

Charakteristikum	gesamt ¹	nicht-ländlich	eher ländlich	sehr ländlich	Test
Geschlecht	554	200	123	119	$\chi^2=5,57$
weiblich	307 (55,4 %)	124 (62,0 %)	67 (54,5 %)	58 (48,7 %)	V = 0,11
männlich	247 (44,6 %)	76 (38,0 %)	56 (45,5 %)	61 (51,3 %)	p = 0,062
Alter	546	197	121	119	
≤ 29 Jahre	29 (5,3 %)	14 (7,1 %)	7 (5,8 %)	5 (4,2 %)	$\chi^2=9,97$
30 bis 39 Jahre	94 (17,2 %)	31 (15,7 %)	23 (19,0 %)	17 (14,3 %)	V = 0,11
40 bis 49 Jahre	92 (16,8 %)	34 (17,3 %)	17 (14,0 %)	19 (16,0 %)	p = 0,62
50 bis 59 Jahre	119 (21,8 %)	35 (17,8 %)	32 (26,4 %)	32 (26,9 %)	
60 bis 69 Jahre	115 (21,1 %)	48 (24,4 %)	26 (21,5 %)	24 (20,2 %)	
70 bis 79 Jahre	75 (13,7 %)	25 (12,7 %)	12 (9,9 %)	19 (16,0 %)	
min. 80 Jahre	22 (4,0 %)	10 (5,1 %)	4 (3,3 %)	3 (2,5 %)	
Staatsangehörigkeit	557	200	124	122	$\chi^2=8,81$
deutsch	370 (66,4 %)	139 (69,5 %)	84 (67,7 %)	101 (82,8 %)	V = 0,14
andere	187 (33,6 %)	61 (30,5 %)	40 (32,3 %)	21 (17,2 %)	p = 0,012
Geburtsland	555	201	123	118	$\chi^2=14,24$
Deutschland	276 (49,7 %)	96 (47,8 %)	68 (55,3 %)	82 (69,5 %)	V = 0,18
anderes	279 (50,3 %)	105 (52,2 %)	55 (44,7 %)	36 (30,5 %)	p < 0,001
Dauer des Aufenthalts in Deutschland, wenn nicht in Deutschland geboren	250	97	47	35	
MW (SD)	14,92 (13,90)	16,08 (13,01)	14,79 (16,59)	15,09 (12,86)	$\eta = 0,043$
Median	10,00	17,00	6,00	18,00	p = 0,85
allgemeinbildender Abschluss (Schule)	521	187	120	113	
(noch) keinen Schulabschluss	82 (15,7 %)	25 (13,4 %)	17 (14,2 %)	10 (8,8 %)	$\chi^2=17,85$
Hauptschulabschluss	158 (30,3 %)	44 (23,5 %)	34 (28,3 %)	49 (43,4 %)	V = 0,15
Realschulabschluss	163 (31,3 %)	72 (38,5 %)	34 (28,3 %)	36 (31,9 %)	p = 0,007
(Fach-)Abitur	118 (22,6 %)	46 (24,6 %)	35 (29,2 %)	18 (15,9 %)	
Ausbildung	495	184	109	113	
(noch) keinen Ausbildungsabschluss	168 (33,9 %)	65 (35,3 %)	34 (31,2 %)	30 (26,5 %)	$\chi^2=11,63$
					V = 0,12

abgeschlossene Lehre oder Fachschule abgeschlossene Fachhochschule oder Universität	231 (46,7 %)	79 (42,9 %)	51 (46,8 %)	70 (61,9 %)	p = 0,020
Familienstand geschieden / getrennt verwitwet ledig verheiratet / in Partnerschaft zusammenlebend	553	198	124	120	$\chi^2=8,37$ V = 0,097 p = 0,21

¹ Die Differenz zwischen der Summe der Teilnehmenden in ländlichen und nicht-ländlichen Regionen und der Gesamtanzahl der Teilnehmenden entspricht der Anzahl der Teilnehmenden, denen kein Tafel-Standort zugewiesen werden konnte.

3.2.2.2. Tafelnutzungs- und Einkaufsverhalten der Teilnehmenden nach Ländlichkeit des Tafel-Standortes

Im Vergleich zu Kund/-innen von nicht-ländlichen Tafeln haben signifikant mehr teilnehmende Kund/-innen von Tafeln in ländlichen Landkreisen in den letzten 30 Tagen vor der Befragung seltener Lebensmittel von der Tafel erhalten als vor der Pandemie (Tabelle 7). Für die anderen Charakteristika des Tafelnutzungs- und Einkaufsverhaltens zeigen sich hingegen keine signifikanten Zusammenhänge mit der Ländlichkeit des Tafelstandorts.

Tabelle 7. Tafelnutzungs- und Einkaufsverhalten der Teilnehmenden nach Ländlichkeit des Tafel-Standortes (exkl. Stuttgart)

Charakteristikum	gesamt ¹	nicht-ländlich	eher ländlich	sehr ländlich	Test
Häufigkeit Tafel-Nutzung in den letzten 30 Tagen	560	199	129	122	$\chi^2=5,62$ V = 0,079
gar nicht	3 (0,5 %)	1 (0,5 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	p = 0,63 ²
1-2 Mal	69 (12,3 %)	22 (11,1 %)	16 (12,4 %)	15 (12,3 %)	[95 % KI
3-4 Mal	359 (64,1 %)	121 (60,8 %)	90 (69,8 %)	79 (64,8 %)	0,45-0,47]
mehr als 4 Mal	129 (23,0 %)	55 (27,6 %)	23 (17,8 %)	28 (23,0 %)	
Häufigkeit der Tafel-Nutzung in den letzten 30	508	186	123	117	

Tagen im Vgl. zu vor der Pandemie						$\chi^2=12,66$
	83 (16,3 %)	21 (11,5 %)	31 (25,2 %)	19 (16,2 %)		$V = 0,12$
seltener	406 (79,9 %)	158 (86,3 %)	86 (69,9 %)	95 (81,2 %)		$p =$
genausooft	19 (3,7 %)	4 (2,2 %)	6 (4,9 %)	3 (2,6 %)		$0,012^2$
häufiger						[95 % KI 0,010- 0,014]
Lebensmittelmenge von der Tafel in den letzten 30 Tagen		548	196	129	118	
nur wenige Lebensmittel von der Tafel	24 (4,4 %)	9 (4,6 %)	2 (1,6 %)	1 (0,8 %)		$\chi^2=6,53$ $V = 0,086$
Teil von der Tafel, Großteil woanders gekauft	200 (36,5 %)	72 (36,7 %)	2 (1,6 %)	2 (1,7 %)		$p = 0,78^2$ [95 % KI
ca. Hälfte von der Tafel, Hälfte woanders gekauft	139 (25,4 %)	53 (2,0 %)	40 (31,0 %)	44 (37,3 %)		0,77-0,79]
Großteil von der Tafel, Teil woanders gekauft	126 (23,0 %)	43 (21,9 %)	37 (28,7 %)	28 (23,7 %)		
(fast) alle Lebensmittel von der Tafel	52 (9,5 %)	17 (8,7 %)	33 (25,6 %)	31 (26,3 %)		
sonstiges (z.B. Tafel geschlossen)	7 (1,3 %)	2 (1,0 %)	15 (11,6 %)	12 (10,2 %)		
Dauer der Tafel-Kundschaft		559	200	129	122	
weniger als 3 Monate	45 (8,1 %)	16 (8,0 %)	9 (7,0 %)	7 (5,7 %)		$\chi^2=5,25$
3-6 Monate	44 (7,9 %)	19 (9,5 %)	9 (7,0 %)	7 (5,7 %)		$V = 0,076$
7 Monate - 1 Jahr	61 (10,9 %)	17 (8,5 %)	19 (14,7 %)	13 (10,7 %)		$p = 0,51$
mehr als 1 Jahr	409 (73,2 %)	148 (74,0 %)	92 (71,3 %)	95 (77,9 %)		
Einkaufshäufigkeit in den letzten 30 Tagen außerhalb der Tafel		559	199	129	119	
seltener	30 (5,4 %)	8 (4,0 %)	7 (5,4 %)	9 (7,6 %)		$\chi^2=5,22$
2-3 mal	90 (16,2 %)	32 (16,1 %)	22 (17,1 %)	23 (19,3 %)		$V = 0,076$
1-2 mal / Woche	320 (57,7 %)	119 (59,8 %)	77 (59,7 %)	69 (58,0 %)		$p = 0,73$
3-4 mal / Woche	91 (16,4 %)	30 (15,1 %)	16 (12,4 %)	16 (13,4 %)		
(fast) jeden Tag	24 (4,3 %)	10 (5,0 %)	7 (5,4 %)	2 (1,7 %)		
Reisezeit zur Haupteinkaufsstätte – einfache Strecke		551	197	122	119	
bis zu 5 Minuten	85 (15,4 %)	34 (17,3 %)	18 (14,8 %)	23 (19,3 %)		$\chi^2=11,13$
6 - 10 Minuten	132 (24,0 %)	41 (20,8 %)	37 (30,3 %)	25 (21,0 %)		$V = 0,11$

11 - 15 Minuten	113 (20,5 %)	44 (22,3 %)	21 (17,2 %)	32 (26,9 %)	p = 0,52
16 - 20 Minuten	87 (15,8 %)	34 (17,3 %)	21 (17,2 %)	14 (11,8 %)	
21 - 25 Minuten	37 (6,7 %)	15 (7,6 %)	9 (7,4 %)	6 (5,0 %)	
26 - 30 Minuten	45 (8,2 %)	14 (7,1 %)	8 (6,6 %)	6 (5,0 %)	
mehr als 30 Minuten	52 (9,4 %)	15 (7,6 %)	8 (6,6 %)	13 (10,9 %)	

¹ Die Differenz zwischen der Summe der Teilnehmenden in ländlichen und nicht-ländlichen Regionen und der Gesamtanzahl der Teilnehmenden entspricht der Anzahl der Teilnehmenden, denen kein Tafel-Standort zugewiesen werden konnte.

² Monte-Carlo-Simulation mit 10 000 Stichproben

Hinsichtlich der Nutzung der verschiedenen Verkehrsmittel zum Lebensmitteleinkauf zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang für die Nutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln und die Ländlichkeit des Tafel-Standorts (Tabelle 8). Der Anteil der Teilnehmenden, die „nie“ öffentliche Verkehrsmittel für den Lebensmitteleinkauf nutzten, steigt mit zunehmender Ländlichkeit des Tafel-Standorts an.

Tabelle 8. Verkehrsmittelnutzung für Lebensmitteleinkäufe in den letzten 30 Tagen der Teilnehmenden nach Ländlichkeit des Tafel-Standortes (exkl. Stuttgart)

Charakteristikum	gesamt ¹	nicht-ländlich	eher ländlich	sehr ländlich	Test
zu Fuß	362	133	82	76	
(fast) nie	42 (11,6 %)	18 (13,5 %)	5 (6,1 %)	16 (21,1 %)	$\chi^2 = 12,44$
selten	22 (6,1 %)	6 (4,5 %)	8 (9,8 %)	5 (6,6 %)	$V = 0,15$
manchmal	62 (17,1 %)	26 (19,5 %)	17 (20,7 %)	8 (10,5 %)	$p = 0,13$
oft	84 (23,2 %)	29 (21,8 %)	22 (26,8 %)	17 (22,4 %)	
immer	152 (42,0 %)	54 (40,6 %)	30 (36,6 %)	30 (39,5 %)	
mit dem Fahrrad	266	90	71	59	
(fast) nie	109 (41,0 %)	45 (50,0 %)	23 (32,4 %)	26 (44,1 %)	$\chi^2 = 8,60$
selten	19 (7,1 %)	7 (7,8 %)	5 (7,0 %)	2 (3,4 %)	$V = 0,14$
manchmal	40 (15,0 %)	8 (8,9 %)	14 (19,7 %)	7 (11,9 %)	$p = 0,38$
oft	39 (14,7 %)	13 (14,4 %)	12 (16,9 %)	11 (18,6 %)	
immer	59 (22,2 %)	17 (18,9 %)	17 (23,9 %)	13 (22,0 %)	
mit dem eigenen Auto	287	102	72	69	
(fast) nie	102 (35,5 %)	41 (40,2 %)	24 (33,3 %)	18 (26,1 %)	$\chi^2 = 13,09$
selten	31 (10,8 %)	8 (7,8 %)	7 (9,7 %)	12 (17,4 %)	$V = 0,16$
manchmal	31 (10,8 %)	13 (12,7 %)	6 (8,3 %)	9 (13,0 %)	$p = 0,11$
oft	38 (13,2 %)	10 (9,8 %)	16 (22,2 %)	7 (10,1 %)	
immer	85 (29,6 %)	30 (29,4 %)	19 (26,4 %)	23 (33,3 %)	

mit anderen im Auto	222	90	50	49	
(fast) nie	119 (53,6 %)	50 (55,6 %)	26 (52,0 %)	24 (49,0 %)	$\chi^2 = 12,81$
selten	26 (11,7 %)	10 (11,1 %)	7 (14,0 %)	7 (14,3 %)	$V = 0,18$
manchmal	31 (14,0 %)	19 (21,1 %)	5 (10,0 %)	3 (6,1 %)	$p = 0,12$
oft	16 (7,2 %)	3 (3,3 %)	4 (8,0 %)	6 (12,2 %)	
immer	30 (13,5 %)	8 (8,9 %)	8 (16,0 %)	9 (18,4 %)	
mit öffentlichen Verkehrsmitteln	255	113	61	40	
(fast) nie	103 (40,4 %)	35 (31,0 %)	27 (44,3 %)	30 (75,0 %)	$\chi^2 = 27,36$
selten	15 (5,9 %)	6 (5,3 %)	4 (6,6 %)	3 (7,5 %)	$V = 0,25$
manchmal	37 (14,5 %)	19 (16,8 %)	6 (9,8 %)	3 (7,5 %)	$p < 0,001$
oft	37 (14,5 %)	21 (18,6 %)	11 (18,0 %)	1 (2,5 %)	
immer	63 (24,7 %)	32 (28,3 %)	13 (21,3 %)	3 (7,5 %)	
mit dem Taxi	172	64	44	38	
(fast) nie	165 (95,9 %)	63 (98,4 %)	42 (95,5 %)	37 (97,4 %)	$\chi^2 = 8,78$
selten	1 (0,6 %)	0 (0 %)	1 (2,3 %)	0 (0,0 %)	$V = 0,17$
manchmal	1 (0,6 %)	1 (1,6 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	$p = 0,36^2$
oft	1 (0,6 %)	0 (0 %)	0 (0,0 %)	1 (2,6 %)	[95 % KI
immer	4 (2,3 %)	0 (0 %)	1 (2,3 %)	0 (0,0 %)	0,35-0,37]
mit CarSharing	168	64	43	38	
(fast) nie	159 (94,6 %)	60 (93,8 %)	40 (93,0 %)	37 (97,4 %)	$\chi^2 = 7,39$
selten	2 (1,2 %)	2 (3,1 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	$V = 0,16$
manchmal	5 (3,0 %)	2 (3,1 %)	1 (2,3 %)	1 (2,6 %)	$p = 0,54^2$
oft	1 (1,2 %)	0 (0 %)	1 (2,3 %)	0 (0,0 %)	[95 % KI
immer	1 (1,2 %)	0 (0 %)	1 (2,3 %)	0 (0,0 %)	0,53-0,55]
mit anderen Verkehrsmitteln	106	47	21	26	
(fast) nie	99 (93,4 %)	43 (91,5 %)	21 (100 %)	25 (96,2 %)	$\chi^2 = 2,52$
selten	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	$V = 0,12$
manchmal	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	$p = 0,85^2$
oft	1 (0,9 %)	1 (2,1 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	[95 % KI
immer	6 (5,7 %)	3 (6,4 %)	0 (0 %)	1 (3,8 %)	0,84-0,86]

¹ Die Differenz zwischen der Summe der Teilnehmenden in ländlichen und nicht-ländlichen Regionen und der Gesamtanzahl der Teilnehmenden entspricht der Anzahl der Teilnehmenden, denen kein Tafel-Standort zugewiesen werden konnte.

² Monte-Carlo-Simulation mit 10 000 Stichproben

3.2.2.3. Soziale Unterstützung, Gesundheitsaspekte und Ernährungsunsicherheit der Teilnehmenden nach Ländlichkeit des Tafel-Standortes

Hinsichtlich der sozialen Unterstützung und der untersuchten gesundheitlichen Aspekte zeigen sich keine signifikanten Zusammenhänge mit der Ländlichkeit des Tafel-Standortes (Tabelle 9).

Tabelle 9. Soziale Unterstützung und Gesundheitsaspekte der Teilnehmenden nach Ländlichkeit des Tafel-Standortes (exkl. Stuttgart)

Charakteristikum	gesamt ¹	nicht-ländlich	eher ländlich	sehr ländlich	Test
Soziale Unterstützung	514	194	123	106	
niedrig	325 (63,2 %)	116 (59,8 %)	71 (57,7 %)	70 (66,0 %)	$\chi^2 = 2,91$
moderat	156 (30,4 %)	67 (34,5 %)	44 (35,8 %)	28 (26,4 %)	$V = 0,059$
hoch	33 (6,4 %)	11 (5,7 %)	8 (6,5 %)	8 (7,5 %)	$p = 0,57$
Wie viele Menschen stehen Ihnen so nahe, dass Sie sich auf sie verlassen können, wenn Sie ernste persönliche Probleme haben?	540	199	124	113	$\chi^2 = 8,20$ $V = 0,97$ $p = 0,22$
keine	135 (25,0 %)	49 (24,6 %)	23 (18,5 %)	23 (20,4 %)	
1 – 2	226 (41,9 %)	71 (35,7 %)	56 (45,2 %)	55 (48,7 %)	
3 – 5	136 (25,2 %)	63 (31,7 %)	38 (30,6 %)	25 (22,1 %)	
6 oder mehr	43 (8,0 %)	16 (8,0 %)	7 (5,6 %)	10 (8,8 %)	
Wie viel Anteilnahme und Interesse zeigen andere Menschen an dem, was Sie tun?	535	198	127	113	$\chi^2 = 5,86$ $V = 0,082$ $p = 0,66$
keine	55 (10,3 %)	16 (8,1 %)	12 (9,4 %)	14 (12,4 %)	
wenig	151 (28,2 %)	51 (25,8 %)	35 (27,6 %)	38 (33,6 %)	
weder viel noch wenig	179 (33,5 %)	74 (37,4 %)	41 (32,3 %)	36 (31,9 %)	
viel	109 (20,4 %)	43 (21,7 %)	28 (22,0 %)	18 (15,9 %)	
sehr viel	41 (7,7 %)	14 (7,1 %)	11 (8,7 %)	7 (6,2 %)	
Wie einfach ist es für Sie, praktische Hilfe von	547	197	129	117	$\chi^2 = 8,45$ $V = 0,098$

<i>Nachbarn zu erhalten, wenn Sie diese benötigen?</i>					p = 0,39
sehr schwierig	100 (18,3 %)	35 (17,8 %)	22 (17,1 %)	18 (15,4 %)	
schwierig	132 (24,1 %)	47 (23,9 %)	24 (18,6 %)	31 (26,5 %)	
möglich	188 (34,4 %)	70 (35,5 %)	50 (38,8 %)	39 (33,3 %)	
einfach	91 (16,6 %)	36 (18,3 %)	27 (20,9 %)	17 (14,5 %)	
sehr einfach	36 (6,6 %)	9 (4,6 %)	6 (4,7 %)	12 (10,3 %)	
Body-Mass-Index	519	186	122	117	$\eta = 0,032$
Mittelwert (SD)	28,60 (6,53)	28,84 (6,79)	28,82 (6,54)	28,37 (6,15)	p = 0,81
Median	27,55	27,59	27,73	27,44	$\chi^2 = 12,15$
Gewichtskategorien					V = 0,12
untergewichtig	7 (1,3 %)	4 (2,2 %)	1 (0,8 %)	1 (0,9 %)	p = 0,057 ²
normalgewichtig	158 (30,4 %)	61 (32,8 %)	33 (27,0 %)	33 (28,2 %)	[95 % KI
übergewichtig	179 (34,5 %)	47 (25,3 %)	45 (36,9 %)	50 (42,7 %)	0,052-
adipös	175 (33,7 %)	74 (39,8 %)	43 (35,2 %)	33 (28,2 %)	0,061]
Rauchstatus	551	198	125	120	
nie rauchend	256 (46,5 %)	92 (46,5 %)	55 (44,0 %)	47 (39,2 %)	$\chi^2 = 7,45$
früher rauchend	113 (20,5 %)	46 (23,3 %)	28 (22,4 %)	26 (21,7 %)	V = 0,092
gelegentlich rauchend	54 (9,6 %)	16 (8,1 %)	18 (14,4 %)	11 (9,2 %)	p = 0,28
regelmäßig rauchend	128 (22,7 %)	44 (22,2 %)	24 (19,2 %)	36 (30,0 %)	
chronische Erkrankung	545	197	122	119	$\chi^2 = 2,79$
ja	395 (72,5 %)	144 (73,1 %)	81 (66,4 %)	90 (75,6 %)	V = 0,080
nein	150 (27,5 %)	53 (26,9 %)	41 (33,6 %)	29 (24,4 %)	p = 0,25

¹ Die Differenz zwischen der Summe der Teilnehmenden in ländlichen und nicht-ländlichen Regionen und der Gesamtanzahl der Teilnehmenden entspricht der Anzahl der Teilnehmenden, denen kein Tafel-Standort zugewiesen werden konnte

² Monte-Carlo-Simulation mit 10 000 Stichproben

Bezüglich der Ernährungsunsicherheit zeigen sich ebenfalls keine signifikanten Zusammenhänge mit der Ländlichkeit des Tafelstandortes, weder in dem kategoriellen Status noch in einzelnen Items (Tabelle 10).

Tabelle 10. Ernährungsunsicherheit der Teilnehmenden nach Ländlichkeit des Tafel-Standortes (exkl. Stuttgart)

Charakteristikum	gesamt ¹	nicht-ländlich	eher ländlich	sehr ländlich	Test
Ernährungsunsicherheit in den letzten 30 Tagen	361	128	87	83	
ernährungssicher	148 (41,0 %)	47 (36,7 %)	37 (42,5 %)	40 (48,2 %)	$\chi^2 = 6,25$

mild ernährungsunsicher	121 (33,5 %)	47 (36,7 %)	31 (35,6 %)	22 (26,5 %)	V = 0,10
moderat ernährungsunsicher	78 (21,6 %)	28 (21,9 %)	18 (20,7 %)	16 (19,3 %)	p = 0,40
stark ernährungsunsicher	14 (3,9 %)	6 (4,7 %)	1 (1,1 %)	5 (6,0 %)	
<hr/>					
<i>Kam es in den letzten 30 Tagen vor, ..., weil Sie nicht genug Geld hatten?</i>					
...dass Sie sich Sorgen gemacht haben, dass Ihnen das Essen ausgeht,...	471	167	108	106	$\chi^2 = 1,43$
ja	182 (38,6 %)	67 (40,1 %)	36 (33,3 %)	42 (39,6 %)	V = 0,061
nein	289 (61,4 %)	100 (59,9 %)	72 (66,7 %)	64 (60,4 %)	p = 0,49
<hr/>					
...dass Sie sich nicht gesund und abwechslungsreich ernähren konnten,...	478	171	111	104	$\chi^2 = 3,12$
ja	206 (43,1 %)	81 (47,4 %)	41 (36,9 %)	43 (41,3 %)	V = 0,090
nein	272 (56,9 %)	90 (52,6 %)	70 (63,1 %)	61 (58,7 %)	p = 0,21
<hr/>					
...dass Sie nur zwischen wenigen verschiedenen Lebensmitteln wählen konnten,...	473	170	113	102	$\chi^2 = 3,55$
ja	289 (61,1 %)	111 (65,3 %)	67 (59,3 %)	55 (53,9 %)	V = 0,096
nein	184 (38,9 %)	59 (34,7 %)	46 (40,7 %)	47 (46,1 %)	p = 0,17
<hr/>					
...dass Sie eine Mahlzeit (Frühstück, Mittagessen oder Abendessen) auslassen mussten,...	512	187	115	111	$\chi^2 = 0,40$
ja	96 (18,8 %)	37 (19,8 %)	23 (20,0 %)	19 (17,1 %)	V = 0,031
nein	416 (81,3 %)	150 (80,2 %)	92 (80,0 %)	92 (82,9 %)	p = 0,82
<hr/>					
...dass Sie weniger gegessen haben, als Sie normalerweise essen würden,...	508	185	113	115	$\chi^2 = 1,23$
ja	132 (26,0 %)	53 (28,6 %)	26 (23,0 %)	29 (25,2 %)	V = 0,055
nein	376 (74,0 %)	132 (71,4 %)	87 (77,0 %)	86 (74,8 %)	p = 0,54
<hr/>					
...dass Sie nichts mehr zu essen zu Hause hatten,...	507	185	114	110	$\chi^2 = 1,01$
ja	62 (12,2 %)	24 (13,0 %)	11 (9,6 %)	15 (13,6 %)	V = 0,050

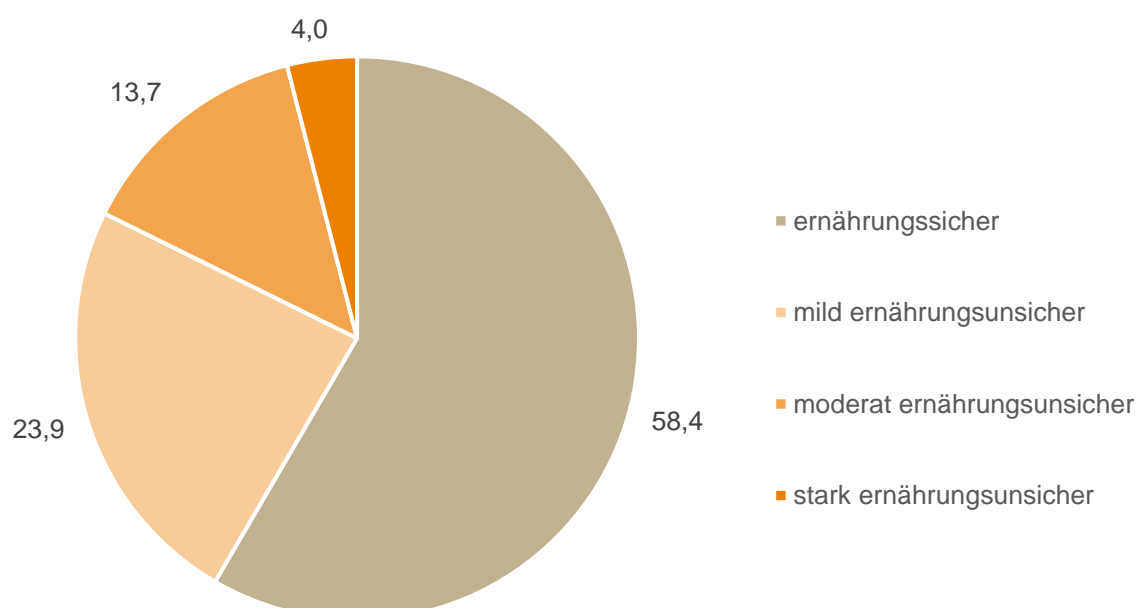
nein	445 (87,8 %)	161 (87,0 %)	103 (90,4 %)	95 (86,4 %)	p = 0,61
<i>...dass Sie Hunger hatten, aber nichts gegessen haben,....</i>	517	187	117	112	
ja	59 (11,4 %)	21 (11,2 %)	12 (10,3 %)	15 (13,4 %)	$\chi^2 = 0,58$ V = 0,037
nein	458 (88,6 %)	166 (88,8 %)	105 (89,7 %)	97 (86,6 %)	p = 0,75
<i>...dass Sie einen ganzen Tag lang nichts gegessen haben,...</i>	534	195	118	118	
ja	28 (5,2 %)	10 (5,1 %)	3 (2,5 %)	6 (5,1 %)	$\chi^2 = 1,34$ V = 0,056
nein	506 (94,8 %)	185 (94,9 %)	115 (97,5 %)	112 (94,9 %)	p = 0,51

3.2.3. Ernährungsunsicherheit

Der Status der Ernährungsunsicherheit der Teilnehmenden in Stuttgart versus anderen Tafel-Standorten bzw. nach Ländlichkeit des Tafel-Standortes wurde bereits in Tabelle 5 bzw. in Tabelle 10 dargestellt.

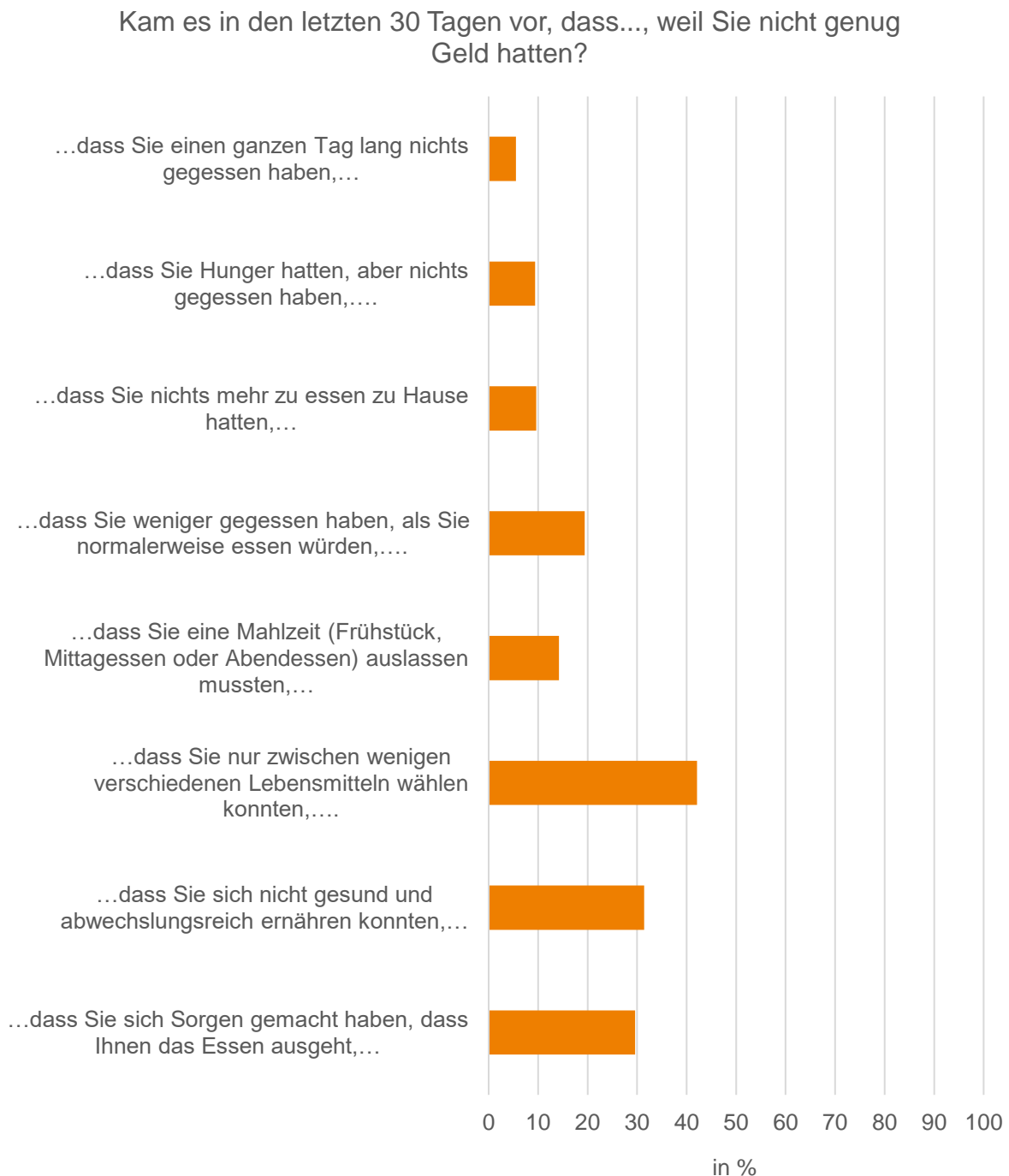
Rund 58 Prozent der Befragten gaben demnach an, in den 30 Tagen vor der Befragung ernährungssicher gewesen zu sein. Rund 14 Prozent erfuhren jedoch moderate und vier Prozent gar starke Ernährungsunsicherheit (Abbildung 3).

Abbildung 3. Status der Ernährungsunsicherheit in den vergangenen 30 Tagen
Prozent der Teilnehmenden insgesamt, n = 757



Von besonders vielen Teilnehmenden wurde die Frage bejaht, ob sie in den letzten 30 Tagen aufgrund Geldmangels nur zwischen wenigen Lebensmitteln wählen konnten (vgl. Abbildung 4, Tabelle 5). Ebenfalls bejahte ein knappes Drittel der Befragten, dass sie sich aufgrund Geldmangels nicht gesund und abwechslungsreich ernähren konnten. Knapp jede zehnte teilnehmende Person hat angegeben, wegen Geldmangel nichts mehr zu essen zu Hause zu haben oder gar physischen Hunger gelitten zu haben.

Abbildung 4. Bejahte Fragen der Food Insecurity Experience Scale (FIES) in Prozent der Teilnehmenden



Wie in Tabelle 5 und Tabelle 10 dargestellt, zeigt der Status der Ernährungsunsicherheit keinen signifikanten Zusammenhang mit der Ländlichkeit des Tafel-Standortes, unterscheidet sich jedoch signifikant bei den Teilnehmenden in Stuttgart versus Teilnehmende an anderen Standorten. Um die Ernährungsunsicherheit besser zu verstehen, wurden bivariat Zusammenhänge der Ernährungsunsicherheit mit den weiteren Variablen untersucht (Anhang).

Tabelle 11 zeigt schließlich die Ergebnisse der multinomialen Regressionen.

Demnach waren das Odds Ratio (Quotenverhältnis) von milder oder moderater Ernährungsunsicherheit betroffen zu sein, für Tafel-Kund/-innen mit deutscher Staatsangehörigkeit bzw. jene, die in Deutschland geboren worden sind, rund doppelt bis dreimal so hoch wie für Tafel-Kund/-innen mit anderer Staatsangehörigkeit bzw. anderem Geburtsland (Tabelle 11). Die Wahrscheinlichkeit, ernährungsunsicher zu sein, steigt mit zunehmender Länge des Aufenthalts in Deutschland.

Ebenfalls weisen geschiedene / getrennte bzw. ledige Teilnehmende im Vergleich zu in Partnerschaft lebenden / verheirateten Teilnehmenden eine höhere Wahrscheinlichkeit auf ernährungsunsicher zu sein.

Bezüglich des Tafelnutzungs- und Einkaufsverhaltens zeigen sich positive Zusammenhänge mit dem Status der Ernährungsunsicherheit für Kund/-innen, die weniger als ein Jahr Kundin bzw. Kunde bei der Tafel waren, die weniger als die Hälfte der Lebensmittel ihres Haushalts von der Tafel bekamen oder die tendenziell in den 30 Tagen vor der Befragung selten Lebensmittel außerhalb der Tafel eingekauft hatten.

Teilnehmende Tafel-Kund/-innen mit einer niedrigen sozialen Unterstützung hatten eine viermal so hohe Chance stark ernährungsunsicher zu sein wie Teilnehmende mit moderater bzw. hoher sozialer Unterstützung. Keine signifikanten Zusammenhänge konnten für den Gewichtstatus und den Status der Ernährungsunsicherheit gefunden werden (auch nicht stratifiziert nach Geschlecht), während sich ein deutlicher positiver Zusammenhang zwischen dem Status der Ernährungsunsicherheit und dem Vorliegen min. einer chronischen Erkrankung zeigt, auch dann, wenn die Beziehung für das Alter, Geschlecht, den Bildungsstand und den Befragungskontext (Stuttgart versus andere) adjustiert wird. Ebenfalls hatten rauchende Teilnehmende im Vergleich zu nichtrauchenden eine doppelt so hohe Chance moderat ernährungsunsicher zu sein.

Tabelle 11. Ergebnisse der multinomialen logistischen Regression, adjustiert für Alter, Geschlecht, Bildungsstand und Befragungskontext (Stuttgart versus andere Tafelstandort)

Charakteristikum	mild ernährungssicher versus ernährungssicher		moderat ernährungsunsicher versus ernährungssicher		stark ernährungsunsicher versus ernährungssicher	
	OR	p-Wert	OR	p-Wert	OR	p-Wert
Staatsangehörigkeit						
deutsch	2,83 (1,82-4,40)	<0,001	2,59 (1,49-4,49)	<0,001	1,28 (0,51-3,22)	0,59
anders (Ref.)	1,00		1,00		1,00	
Geburtsland						
Deutschland	1,70 (1,12-2,58)	0,012	2,22 (1,34-3,66)	0,002	2,12 (0,87-5,14)	0,097
anderes (Ref.)	1,00		1,00		1,00	
Dauer des Aufenthalts in Deutschland, wenn nicht in Deutschland geboren						
	1,04 (1,01-1,06)	0,002	1,03 (1,00-1,06)	0,028	1,06 (1,02-1,10)	0,001
Ausbildung						
(noch) keine Ausbildung	1,12 (0,55-2,27)	0,68	0,88 (0,34-2,06)	0,77	1,04 (0,24-4,59)	0,96
abgeschlossene Lehre / Ausbildung	2,42 (1,34-4,40)	0,003	1,6 (0,80-3,23)	0,18	0,95 (0,25-3,71)	0,95
(Fach)- Hochschulabschluss / Universität (Ref.)	1,00		1,00		1,00	
Familienstand						
geschieden / getrennt	1,62 (1,00-2,62)	0,049	2,40 (1,29-4,45)	0,006	5,28 (1,84-15,22)	0,002
verwitwet	0,50 (0,20-1,28)	0,15	1,25 (0,46-3,39)	0,26	3,21 (0,58-17,74)	0,18

ledig	1,18 (0,69-2,00)	0,54	3,04 (1,65-5,58)	<0,001	5,10 (1,83-14,20)	0,002
verheiratet / in Partnerschaft zusammenlebend (Ref.)	1,00		1,00		1,00	
Häufigkeit Tafel-Nutzung in den letzten 30 Tagen						
bis zu 2 mal	0,83 (0,50-1,39)	0,47	1,54 (0,87-12,73)	0,14	0,82 (0,30-2,26)	0,70
min. 3 mal (Ref.)	1,00		1,00		1,00	
Häufigkeit der Tafel-Nutzung in den letzten 30 Tagen im Vgl. zu vor der Pandemie						
seltener	1,80 (0,83-3,93)	0,14	2,25 (0,89-5,71)	0,088	0,82 (0,22-3,04)	0,77
genausooft	1,52 (0,74-3,14)	0,26	0,67 (0,26-1,72)	0,41	0,78 (0,25-2,39)	0,66
häufiger (Ref.)	1,00		1,00		1,00	
Lebensmittelmenge von der Tafel in den letzten 30 Tagen						
weniger als die Hälfte von der Tafel	0,84 (0,55-1,28)	0,42	2,05 (1,26-3,31)	0,004	1,78 (0,80-3,94)	0,16
min. die Hälfte von der Tafel (Ref.)	1,00		1,00		1,00	
Dauer der Tafel-Kundschaft						
bis zu 1 Jahr	1,34 (0,86-2,14)	0,16	2,51 (1,51-4,18)	<0,001	1,30 (0,54-3,13)	0,57
mehr als 1 Jahr	1,00		1,00		1,00	
Einkaufshäufigkeit in den letzten 30 Tagen außerhalb der Tafel						
seltener	3,37 (1,04-10,99)	0,044	2,37 (0,62-9,02)	0,21	14,16 (2,50-80,17)	0,003
2-3 mal	1,61 (0,60-4,32)	0,34	1,58 (0,55 -4,53)	0,40	1,52 (0,23-10,01)	0,66
1-2 mal / Woche	2,09 (0,89-4,91)	0,089	0,92 (0,36-2,39)	0,87	1,37 (0,29-6,55)	0,69

3-4 mal / Woche (fast) jeden Tag (Ref.)	1,78 (0,68-4,63) 1,00	0,24	1,29 (0,45-3,73) 1,00	0,64	2,06 (0,38-11,30) 1,00	0,40
soziale Unterstützung						
niedrig moderat oder hoch (Ref.)	0,93 (0,63-1,39) 1,00	0,74	1,60 (0,95-2,69) 1,00	0,076	4,17 (1,22-14,31) 1,00	0,023
Gewichtskategorien (exkl. untergewichtig)						
normalgewichtig (Ref.)	1,00		1,00		1,00	
übergewichtig	0,73 (0,45-1,17)	0,19	1,43 (0,76-2,69)	0,27	0,46 (0,17-1,25)	0,13
adipös	0,99 (0,61-1,58)	0,95	1,74 (0,93-3,27)	0,084	0,81 (0,31-2,10)	0,66
Rauchstatus						
Raucher/-in Nichtraucher/-in (Ref.)	1,26 (0,82-1,93) 1,00	0,29	2,00 (1,22-3,29) 1,00	0,006	1,98 (0,90-4,35) 1,00	0,090
chronische Erkrankung						
ja nein (Ref.)	2,38 (1,50-3,78) 1,00	<0,001	3,15 (1,73-5,73) 1,00	<0,001	3,38 (1,32-8,68) 1,00	0,011

dick markiert: auf dem Signifikanzniveau von $p < 0,05$ signifikant

3.3. Diskussion

Das FINATA-Projekt untersuchte erstmalig Aspekte der Ernährungsunsicherheit, des Einkaufsverhaltens, der Gesundheitssituation und der Ernährungsunsicherheit von Tafel-Kund/-innen in ländlichen und nicht-ländlichen Landkreisen bzw. kreisfreien Städten während der COVID-19-Pandemie.

3.3.1. Soziodemographische Charakteristika der Teilnehmenden

Die Ergebnisse bestätigen die früheren Studien [2], [3], wonach Tafel-Kund/-innen eine im Hinblick auf den allgemeinen Bildungsstand und das Alter heterogene Bevölkerungsgruppe ist. Rund 23 Prozent der Befragten verfügten über keinen Schulabschluss, aber mehr als doppelt so viele gaben an, keinen berufsbildenden Abschluss zu haben. Dies betraf mehrheitlich Teilnehmende, die außerhalb Deutschlands geboren wurden (Geburtsland Deutschland: 26 Prozent ohne berufsbildenden Abschluss; anderes Geburtsland: 57 Prozent). Verglichen mit den beiden bereits zitierten früheren Studien [2], [3] gaben deutlich mehr in dem vorliegenden Studienprojekt befragte Tafel-Kund/-innen an, eine andere als die deutsche Staatsangehörigkeit zu haben und außerhalb Deutschland geboren worden zu sein. Wenngleich ein Selektionsbias (siehe 3.3.5) nicht ausgeschlossen werden kann, weist auch der bei den Tafel-Umfragen im Vergleich zu vor 2014 und früher beobachtete deutlich gestiegene Anteil der Kund/-innen-Haushalte mit Erhalt von Leistungen nach Asylbewerberleistungsgesetz (vgl. Anlage 1 bis 4a) auf einen tatsächlichen Anstieg der Kund/-innen mit Migrationshintergrund hin.

Damit spiegeln sich in den soziodemographischen Angaben der teilnehmenden Tafel-Kund/-innen gesamtgesellschaftliche soziodemographische Armutsrisiken wider: sowohl Menschen mit Migrationshintergrund als auch jene mit Hauptschulabschluss und keinem berufsbildendem Abschluss haben ein besonders hohes Armutsrisiko [18].

3.3.2. Tafelnutzung- und Einkaufsverhalten

Die vorliegenden Ergebnisse bestätigen den Befund der erwähnten früheren Studie [2], wonach die Tafel-Kund/-innen mehrheitlich länger als ein Jahr und mindestens drei- bzw. viermal pro Monat bzw. in den vorangegangenen 30 Tagen die Tafel nutzten. Darüber hinaus konnte gezeigt werden, dass die Lebensmittel der Tafel für die meisten teilnehmenden Tafel-Kund/-innen laut Selbstauskunft mindestens die Hälfte aller

Lebensmittel des Haushalts ausmachten. Dies deckt sich mit den Ergebnissen einer U.S.-amerikanischen Studie, nach der bei 112 Teilnehmenden die durch karikative Ausgabestellen angebotenen Lebensmitteln mindestens die Hälfte der aufgenommenen Energie und zahlreicher aufgenommener Nährstoffe ausmachten [19].

Für die meisten befragten Tafel-Kund/-innen stellten die Lebensmittel der Tafeln nur einen, wenn auch großen, Anteil aller Lebensmittel des Haushalts dar. In der bereits zitierten Studie unter 276 Tafel-Kund/-innen sagte ein Großteil der Teilnehmenden aus, bestimmte Lebensmittelgruppen in kommerziellen Einkaufsläden dazuzukaufen. So kauften laut Selbstauskunft über 80 Prozent der Teilnehmenden Fleisch und Wurst-Waren, 79 Prozent der Teilnehmenden Milch und Milchprodukte und 78 Prozent der Teilnehmenden Getränke dazu [3]. Gemäß vorliegender Studie kaufte laut Selbstauskunft rund 82 Prozent der Teilnehmenden mindestens einmal pro Woche in den 30 vorangegangenen Tagen ein. Dem gegenüber gaben bei einer Forsa-Umfrage vor der Pandemie rund 91 Prozent der Deutschen an, mindestens einmal wöchentlich Lebensmittel einzukaufen [20]. Ob Tafel-Kund/-innen auch unabhängig von der Pandemiesituation seltener Lebensmittel einkaufen als die Allgemeinbevölkerung oder die Einkaufshäufigkeit der Pandemiesituation angepasst wurde, kann durch die vorliegende Studie nicht beantwortet werden. Allerdings deuten Auswertungen von Parkplatzsensoren ungeachtet einer Charakterisierung der Parkenden auf eine Reduzierung der Parkvorgänge auf 136 Supermarktparkplätzen und damit eine Anpassung des Einkaufsverhaltens an die Pandemiesituation hin [21].

Das Ergebnis, dass rund 36 Prozent der Teilnehmenden (in ländlichen Kreisen: rd. 38 Prozent; in sehr ländlichen Kreisen rd. 33 Prozent) zu ihrem Haupteinkaufsladen länger als 15 Minuten benötigen, scheint vereinbar mit Ergebnissen einer Modellierungsstudie der Erreichbarkeit von Supermärkten und Discountern des Thünen-Instituts zu sein. Demnach benötigen in ländlichen Regionen rund 38 Prozent der Bevölkerung zu Fuß mehr als 15 Minuten, um zum nächstgelegenen Supermarkt oder Discounter zu gelangen [22]. Allerdings lassen sich in der vorliegenden Studie statistisch signifikante Zusammenhänge mit der Ländlichkeit des Tafel-Standortes weder für die Transportdauer noch die Einkaufshäufigkeit finden. Auch für die Einkaufs-Transportmodi sind bis auf die Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel keine Zusammenhänge mit der Ländlichkeit des Tafel-Standorts erkennbar.

Grundsätzlich waren „zu Fuß“ und „mit öffentlichen Verkehrsmitteln“ die am meisten genutzten Transportmodi in den 30 Tagen vor der Befragung. Mit dem Auto fuhren mehr Teilnehmende „oft“ oder „immer“ zum Lebensmitteleinkauf als mit dem Fahrrad. Letzteres wurde von der Mehrheit der Teilnehmenden hingegen nie für den Lebensmitteleinkauf verwendet. Möglicherweise lässt sich dieses Ergebnis mit der internationale Studien bestätigend [23], [24] hohen Prävalenz chronischer Erkrankungen und Adipositas begründen (vgl. 3.3.3). Rund 30 Prozent der Teilnehmenden fuhr zumindest manchmal zum Lebensmitteleinkauf mit anderen im Auto mit. Dies könnte darauf hindeuten, dass die instrumentelle soziale Unterstützung für die Versorgung mit Lebensmitteln besonders bedeutsam ist (vgl. 3.3.3).

3.3.3. Soziale Unterstützung und gesundheitliche Aspekte

Die vorliegende Studie ergibt bei den Teilnehmenden eine mit 68 Prozent verglichen mit der repräsentativen Allgemeinbevölkerung mit niedriger Bildung (Frauen : rd. 23 Prozent, Männer: rd. 26 Prozent [25]) alarmierend hohe Prävalenz niedriger erfahrener sozialer Unterstützung. Zwar kann der Einfluss der pandemiebedingten Kontaktbeschränkungen einschließlich der Kontaktbeschränkungen in den Tafeln (vgl. 2.2) auf die erfahrene soziale Unterstützung der Teilnehmenden nicht sicher bestimmt werden, allerdings ist anzunehmen, dass sich die soziale Situation bei vielen Tafel-Kund/-innen während der Pandemie verschärft hat. Vor dem Hintergrund der Bedeutung der soziale Unterstützung für die physische und psychische Gesundheit [26] impliziert dieses Ergebnis dringenden Handlungsbedarf (siehe 5).

Im Vergleich mit den bereits genannten früheren Studien unter Tafel-Kund/-innen gaben mit rund 29 Prozent weniger Befragte (im Vergleich zu rd. 37 Prozent [2] bzw. 47 Prozent [3] an, zumindest gelegentlich zu rauchen. Möglicherweise lassen sich diese Unterschiede auf Unterschiede in der Soziodemographie der Teilnehmenden der jeweiligen Studien zurückführen. So gaben signifikant mehr Teilnehmende, die in Deutschland geboren worden sind (42,6 Prozent), an, zumindest gelegentlich zu rauchen, als Menschen mit einem anderen Geburtsland (21,1 Prozent, $\chi^2 = 49,17$, $p < 0,001$). Der hohe Anteil an Teilnehmenden mit einem anderen Geburtsland erklärt daher möglicherweise auch die im Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung mit niedrigem Bildungsstand [27] niedrigere Rauchprävalenz in der vorliegenden Studie.

Ein knappes Drittel der Teilnehmenden (Frauen: 32,9 Prozent, Männer: 29,9 Prozent) war laut Selbstauskunft adipös. Dies ist deutlich mehr als die Allgemeinbevölkerung und für die meisten Altersgruppen (Daten nicht gezeigt) mehr als die Allgemeinbevölkerung mit niedrigem Bildungsstand [28]. Damit hatte ein nicht unerheblicher Teil der befragten Tafel-Kund/-innen ein erhöhtes Risiko für einen schwereren COVID-19-Verlauf [29]. Möglicherweise ist die Furcht vor einer COVID-19-Infektion auch Teil der Erklärung für die stark gesunkene Kund/-innen-Anzahl im ersten Jahr der Corona-Pandemie (vgl. 2.2 bzw. Anlage 1 bis 5).

Wie auch in der bereits zitierten früheren Studie [3] gaben über 60 Prozent der Teilnehmenden an, an mindestens einer chronischen Erkrankung zu leiden, allerdings war insbesondere die Prävalenz von Diabetes mellitus mit rund 19 Prozent fast doppelt so hoch wie in der früheren Studie mit 10 Prozent. Die hohe Prävalenz auch ernährungsassoziierter Erkrankungen wie Diabetes mellitus und Hypertonie (Bluthochdruck) verdeutlicht auch hier dringenden Handlungsbedarf (siehe 5).

3.3.4. Ernährungsunsicherheit

Während rund 58 Prozent der Befragten aussagten, in den 30 Tagen vor der Befragung ernährungssicher gewesen zu sein, gaben knapp 18 Prozent der Befragten an, im gleichen Zeitraum an moderater oder sogar starker Ernährungsunsicherheit gelitten zu haben.

Ein direkter Vergleich mit den Ergebnissen der Studie im Jahr 2015 [2] zur Ernährungsunsicherheit verbietet sich, da in letzterer die 12-Monatsprävalenz der Ernährungsunsicherheit erfasst wurde; d.h., dass alle Teilnehmenden, die über diesen Zeitverlauf zumindest temporär von Ernährungsunsicherheit betroffen waren, als ernährungsunsicher galten. Studien mit anderen Instrumenten zur Erfassung der Ernährungsunsicherheit auf Haushaltsebene zeigten, dass bei einem 30-Tage-Intervall die Prävalenz nur etwa die Hälfte der Prävalenz in einem 12-Monats-Intervall entspricht [30], [31]. Ungeachtet methodischer Einschränkungen entspräche eine Verdoppelung der in der vorliegenden Studie beobachteten 30-Tage-Prävalenz der moderaten bzw. starken Ernährungsunsicherheit annähernd der von Depa und Kolleg/-innen berichteten 12-Monats-Prävalenz [2]. Wie bereits skizziert, nahmen an der vorliegenden Studie jedoch wesentlich mehr Menschen mit einer nicht-deutschen Staatsangehörigkeit und einem anderen Geburtsland teil als an der Studie 2015. In beiden Studien weisen Tafel-Kund/-innen, die außerhalb Deutschlands geboren

worden sind, eine niedrigere Prävalenz der Ernährungsunsicherheit auf. Werden jeweils ausschließlich die Prävalenzen der Ernährungsunsicherheit der in Deutschland geborenen Teilnehmenden verglichen und wird ferner davon ausgegangen, dass die Prävalenz für 30-Tage-Intervall etwa die Hälfte der Prävalenz in einem 12-Monats-Intervall entspricht, so wäre die Prävalenz der moderaten Ernährungsunsicherheit deutlich höher (etwa 10 Prozent) und die Prävalenz der starken Ernährungsunsicherheit etwa gleich der Prävalenz von 2015. Aufgrund der unterschiedlichen Erfassungszeiträume und Unterschiede in den soziodemographischen Angaben der Teilnehmenden sind die Angaben allerdings mit Vorsicht zu interpretieren.

Die vorliegende Studie kann nicht erklären, warum die Prävalenz der Ernährungsunsicherheit unter Teilnehmenden mit Migrationsgeschichte niedriger war als unter in Deutschland geborenen Teilnehmenden. Allerdings deuten die bei der mündlichen Befragung gemachten Feldnotizen auf eine unterschiedliche Perspektive auf das Phänomen hin: so sagten mehrere befragte Teilnehmende mit Flucht- oder Migrationsgeschichte aus, dass es ihnen in Deutschland sehr viel besser ginge und sie sich verglichen mit ihrer Herkunftssituation keine Gedanken darüber machten, ob sie ausreichend viele Lebensmittel kaufen könnten oder gar Hunger erleiden würden.

Anders als erwartet zeigten sich keine statistisch signifikanten Zusammenhänge des Status der Ernährungsunsicherheit mit der Ländlichkeit des Tafel-Standorts (und auch keine mit der Thünen-Typologie). Zwar steigt der Anteil ernährungssicherer Teilnehmer/-innen mit zunehmender Ländlichkeit des Tafel-Standortes an, allerdings ist die Prävalenz der moderaten und starken Ernährungsunsicherheit bei Kund/-innen von Tafeln in nicht-ländlichen Gebieten und jenen von Tafeln in sehr ländlichen Kreisen annähernd gleich. Gemäß eines Reviews, das überwiegend Studien aus den USA einschloss, waren Menschen in ländlichen Gebieten eher ernährungssicher als ihre in Städten lebenden Mitmenschen [5].

Zahlreiche andere untersuchten Variablen standen jedoch im Zusammenhang mit dem Status der Ernährungsunsicherheit. So war die Prävalenz der Ernährungsunsicherheit, internationale Studien in Hocheinkommensländern bestätigend [32], [33] für Alleinstehende oder geschiedene Teilnehmende höher als für Verheiratete bzw. in Partnerschaft lebende Teilnehmende.

Ferner geben die Ergebnisse Hinweise darauf, dass die teilnehmenden Tafel-Kund/-innen, die weniger als ein Jahr und im Vergleich zu vor der Pandemie seltener die Tafel nutzten oder relativ weniger Lebensmittel von der Tafel erhalten, eine erhöhte Wahrscheinlichkeit haben, ernährungsunsicher zu sein. Eine mögliche, ohne weitere biographische Angaben der Teilnehmenden jedoch nicht zu prüfende Erklärung könnte sein, dass sich Menschen nach längerer Tafel-Nutzung an die Situation adaptieren und Coping-Strategien entwickeln, um der Ernährungsunsicherheit zu begegnen. Möglicherweise senkt ein regelmäßiges und „ausreichendes“ Lebensmittelangebot der Tafel tatsächlich die Wahrscheinlichkeit für Ernährungsunsicherheit (vgl. jedoch die Einschränkungen, insbesondere bez. kausalen Rückschlusses in 3.3.5).

Ebenfalls bestätigen die Ergebnisse frühere Ergebnisse (eigene Berechnungen nach [2]) sowie internationale Studien [34], [35], wonach Raucher/-in eine erhöhte Wahrscheinlichkeit aufweisen, moderat ernährungsunsicher zu sein.

Wenngleich die Richtung des Zusammenhangs unklar bleibt, so bestätigen die Ergebnisse ebenfalls andere Studien, die einen Zusammenhang zwischen Ernährungsunsicherheit und zahlreichen physischen und psychischen chronischen Erkrankungen postulieren [36]–[38]. Warum sich anders als in anderen Hocheinkommensländern [39] kein signifikanter Zusammenhang zwischen Übergewicht bzw. Adipositas und Ernährungsunsicherheit zeigt, bleibt ungeklärt.

3.3.5. Einschränkungen

Wie alle Studie unterliegt auch die Kund/-innen-Befragung Einschränkungen.

So beruhen alle Angaben auf Selbstauskünften der Teilnehmenden und unterliegen daher unterschiedlichen Fehlerquellen wie z.B. dem Erinnerungsbias.

Insbesondere die Fragen nach dem Tafel-Namen, zu den für den Lebensmitteleinkauf genutzten Transportmitteln und zu der Ernährungsunsicherheit sind von vielen Teilnehmenden nicht oder nur unvollständig beantwortet worden. Aufgrund der nicht namensgebender Einwilligungserklärung und fehlenden Kontaktdaten war eine Rücksprache mit den Teilnehmenden bei ausschließlich schriftlicher Befragung nicht möglich. Mutmaßlich haben einige Teilnehmende, die ein bestimmtes Transportmittel nicht nutzen, diese Frage gänzlich übersprungen, sodass eine Verzerrung zugunsten der Nutzung des Transportmittels möglich ist. Das Fehlen des Tafel-Namens führte dazu, dass bedauerlicherweise nicht von allen Teilnehmenden der Tafel-Standort identifiziert werden konnte. Auf das Vordrucken des Tafel-Namens wurde aus

Ressourcengründen verzichtet (nicht benötigte Fragebögen konnten so für andere Standorte genutzt werden).

Zudem unterschieden sich die Teilnehmenden, die über die Tafel-Aktiven rekrutiert wurden, und jene, die proaktiv in Stuttgart rekrutiert und befragt wurden, in wesentlichen soziodemographischen Angaben. Es ist davon auszugehen, dass die Ansprache der Tafel-Kund/-innen auf Deutsch, Englisch und insbesondere Arabisch zu einer Selektion der Teilnehmenden hinsichtlich ihrer Sprach-Kenntnisse und ihrer Herkunft führte.

Wie für alle Querschnittsstudien gilt auch für die vorliegenden Ergebnisse, dass aufgrund des Studiendesigns keine kausalen Rückschlüsse möglich sind.

Schließlich fand die Befragung zu einem sowohl für die Tafeln als auch ihre Kund/-innen angespannten Zeitraum statt, in dem die Corona-Inzidenzen nahezu landesweit wieder stiegen und viele Tafeln mit der Initiierung und Aufrechterhaltung verschiedener Schutz- und Hygienemaßnahmen beschäftigt waren. Dies dürfte mutmaßlich auch erklären, warum nur ein Teil der Tafeln, die zuvor zugesagt hatten, tatsächlich teilnahmen.

4. Synthese

Die Pandemie offenbarte die hohe Vulnerabilität der Tafel gegenüber Krisen, die u.a. in der demographischen Struktur der Ehrenamtlichen, in der Abhängigkeit von Lebensmittel-Spenden und der Finanzierung lokaler Tafeln begründet ist. Die Pandemie führte in vielen Tafeln zu einem Mangel grundlegender Ressourcen wie Ehrenamtlichen und Lebensmittelspenden (siehe 2.2 bzw. Anlage 1 bis 5). In der Folge mussten viele Tafeln, unabhängig von der Ländlichkeit ihres Standortes, zumindest zeitweise schließen. Damit fielen vielerorts die Kund/-innen-Beiträge weg, während Fixkosten wie Miete, ggf. Kühlung, Versicherung u.a. weiterhin von den lokalen Tafeln zu tragen waren und die finanzielle Situation vieler Tafeln verschärfte.

Schon zu Beginn der Pandemie stellten viele Tafeln ihre Lebensmittelausgabe z.T. mit erheblichem Aufwand auf kontaktarme Varianten um. Dadurch konnten die Kund/-innen zwar wieder Lebensmittel erhalten, allerdings wurden so soziale Begegnungen auch im Tafel-Kontext erheblich eingeschränkt. Waren die Tafeln vor der Pandemie als Orte sozialer Kontakte etabliert, fungierten sie während der Pandemie also als reine Lebensmittelausgabestellen.

Wenngleich sich die Ressourcen und Herausforderungen über die lokalen Tafel-Standorte sehr heterogen zeigten, scheinen Unterschiede in der Resilienz der Tafeln gegenüber Krisen nicht in der Ländlichkeit des Standortes, sondern mutmaßlich in anderen Faktoren wie Wirtschaftskraft der Region, demographische Struktur der Bevölkerung, der Ehrenamtsquote (vgl. [40]) und dem individuellen Engagement der Tafel-Aktiven begründet zu sein.

Zwar ist das wissenschaftliche Projekt aufgrund des Querschnittsdesigns nicht geeignet, die Auswirkungen der Herausforderungen und Maßnahmen der Tafeln auf die Kund/-innen zu untersuchen, allerdings könnte die überaus hohe Prävalenz der niedrigen sozialen Unterstützung sowie die hohe Prävalenz moderater bzw. starker Ernährungsunsicherheit unter den befragten Kund/-innen (siehe 3.2.1.3) möglicherweise durch die coronabedingten tafelseitigen Maßnahmen mitbedingt sein. Erfreulicherweise war die quantitative Versorgung mit Lebensmitteln bei der Mehrheit der Befragten in den 30 Tagen vor der Datenerhebung gesichert, sie hatten also Zugang zu ausreichend vielen Lebensmitteln, jedoch waren die psychischen (sich Sorgen machen, dass mangels ausreichend finanzieller Mittel das Essen ausgeht) und

qualitativen Aspekte (sich aufgrund unzureichend finanzieller Mittel nicht gesund und abwechslungsreich ernähren können bzw. nur zwischen wenigen Lebensmitteln wählen können) der Ernährungsunsicherheit prävalent. Allerdings zeigen sich weder für die soziale Unterstützung noch für Ernährungsunsicherheit Zusammenhänge mit der Ländlichkeit des Tafel-Standortes.

Die Ergebnisse demonstrieren ferner, dass Tafel-Kund/-innen überwiegend chronisch, regelmäßig und in nicht unerheblichem Maße abhängig von dem Lebensmittelangebot der Tafeln zu sein scheinen (siehe 3.2.1.2 und 3.1.2.4). Daran schließt sich unmittelbar die Frage nach der Wirkung des Lebensmittelangebots auf die Ernährung der Tafel-Kund/-innen an. Zwar kann auch diese Frage durch die vorliegenden Ergebnisse nicht beantwortet werden, allerdings soll auf zwei mögliche Auswirkungen hingewiesen werden:

Zum einen wird Menge und Art des Lebensmittelangebots der Tafeln durch Spenden bestimmt und ist damit großen Schwankungen unterworfen [4] (siehe 2.2 bzw. Anlage 1 bis 5). Wenngleich in der vorliegenden Studie kein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen dem Gewichtsstatus und der dem Status der Ernährungsunsicherheit gefunden werden konnte (auch nicht stratifiziert nach Geschlecht), sind die Schwankungen im Lebensmittelangebot vor dem Hintergrund der hohen Prävalenz moderater und starker Ernährungsunsicherheit und der hohen Prävalenz der Adipositas bei den teilnehmenden Tafel-Kund/-innen möglicherweise kritisch. Als eine Ursache für den in anderen Hocheinkommensländern insbesondere bei Frauen beobachteten Zusammenhang zwischen Ernährungsunsicherheit und Adipositas, dem sogenannten Ernährungsunsicherheit-Adipositas-Paradoxon, wird ein Wechsel zwischen Überessen am Beginn des Einkommensmonats und einseitige oder reduzierte Nahrungsaufnahme am Ende des Einkommensmonats angesehen [41]. Dies könnte möglicherweise durch Schwankungen im Lebensmittelangebot der Tafel verstärkt werden.

Zum anderen bieten Tafeln ungeachtet der Schwankungen überwiegend frische Lebensmittel wie Obst und Gemüse an [4] (siehe 2.2 und Anlage 1 bis 5), Lebensmittel also, die von Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status tendenziell in besonders geringen Mengen verzehrt werden [42]. In eine Studie unter 52 sozioökonomisch benachteiligten Männern verzehrten jene Männer, die regelmäßig eine Tafel besuchten, eine signifikant größere Vielfalt an Obst und Gemüse als

Männer, die nicht oder nur unregelmäßig eine Tafel besuchten [43]. In einer U.S.-amerikanischen Studie mit 455 Teilnehmenden konnte der Besuch einer Lebensmittelausgabestelle ebenfalls die Vielfalt der Ernährung einen Tag nach dem Besuch im Vergleich zu einem Tag vor dem Besuch verbessern [44]. Eine israelische Studie zeigte, dass das Nährstoffprofil der durch Lebensmittelausgabestellen abgegebenen Lebensmittelkörbe mit der Ernährungsqualität der Nutzer/-innen zusammenhängt [45]. Zusammengenommen deuten die Studien darauf hin, dass das Angebot frischer Lebensmittel über die Tafeln das Potential haben könnte, die Ernährung der Tafel-Nutzer/-innen positiv zu beeinflussen.

Zusammengefasst scheinen sowohl die Tafeln als auch Tafel-Kund/-innen Krisen gegenüber äußerst vulnerabel. Neben äußeren Abhängigkeiten sind Tafeln und ihre Kund/-innen auch durch wechselseitige Abhängigkeiten verbunden, die tafelseits in der Mitfinanzierung der laufenden Kosten durch die Tafel-Kund/-innen und kund/-innenseits in der Bereitstellung ausreichender, nährstoffreicher Lebensmittel durch die Tafeln liegen.

5. Handlungsempfehlungen

5.1. Handlungsempfehlungen für die Wissenschaft

Zwar werden durch die vorliegende Studie über die hier behandelten Ergebnisse hinaus wissenschaftliche Fragen beantwortet werden können, allerdings werden wichtige Forschungsfragen offenbleiben. So sollten zukünftige Studien mittels geeigneter longitudinaler Designs (Längsschnittstudien) die Auswirkungen des Tafel-Angebots auf die Ernährung und die Ernährungssicherheit der Kund/-innen untersuchen. Offen geblieben ist des Weiteren die Frage, wie sich die Tafel-Kund/-innen mit Lebensmitteln versorgt haben, als im März, April und Mai 2020 knapp die Hälfte der Tafeln geschlossen war [7]. Antworten auf diese Frage könnten helfen zu verstehen, wie die Zielgruppe weniger abhängig vom Tafel-Angebot wird.

Weiterhin wäre weiterhin wichtig zu wissen, worin sich Tafel-Kund/-innen und in sozioökonomischen Charakteristika vergleichbare Menschen, die keine Tafel nutzen, unterscheiden. Diese Frage zu beantworten, könnte die Entwicklung frühzeitiger zielgruppengerechter Interventionen zur Förderung der Ernährungssicherheit unterstützen.

Schließlich ist die Erfassung der Ernährungsunsicherheit in repräsentativen und in vulnerablen Stichproben von entscheidender Bedeutung, um mögliche Auswirkungen gesellschaftlicher, (sozial-) politischer, wirtschaftlicher und umweltbezogener Faktoren auf die Prävalenz der Ernährungsunsicherheit frühzeitig feststellen und ggf. intervenieren zu können.

5.2. Handlungsempfehlungen für die Praxis

Die Pandemie offenbarte die insbesondere in ihrer Ehrenamtlichen-Struktur begründeten Vulnerabilität der Tafeln. Angesichts der anzunehmenden starken Abhängigkeit der Kund/-innen von dem Tafel-Angebot können in Zusammenarbeit des Tafel-Verbands, der Politik und Gesellschaft Anstrengungen unternommen werden, die Tafeln „krisenfester“ zu gestalten. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie geben Hinweise auf besonders vulnerable Kund/-innen-Gruppen, die im Krisenfall ggf. prioritär versorgt werden könnten. Dazu zählen z.B. alleinstehende, kranke Personen. Es wird ferner empfohlen, dass sich die Tafeln angesichts der hohen Prävalenz von Übergewicht, Adipositas und ernährungsassoziierten chronischen Erkrankungen unter ihren Kund/-innen bemühen, das Lebensmittel-Angebot nach ernährungswissenschaftlichen und verhältnispräventiven Gesichtspunkten zu optimieren. Wie Beispiele in anderen Hocheinkommensländern zeigen [46], [47], kann dies auch bedeuten, bestimmte Spenden, wie z.B. ein Übermaß an Süßigkeiten und gezuckerten Getränken, zurückzuweisen. In Tafeln, in denen die Kund/-innen ihre Lebensmittel selbst auswählen (wie in den Tafel-Läden Baden-Württembergs), könnten gesündere, d.h. nährstoffreiche, Lebensmittel z.B. über Nudging (vgl. [48], [49]) zu leichterem Wahl gemacht werden.

Um „Über“- bzw. „Untermengen“ der Lebensmittel zu objektivieren, kann es hilfreich sein, mit ernährungswissenschaftlicher Expertise lebensmittelgruppenspezifische Standardmengen für unterschiedliche Haushaltgrößen zu definieren. Basierend auf diesen festen Bezugsgrößen kann über logistische Maßnahmen versucht werden, ein Austausch zwischen Tafeln mit einem temporären „Überangebot“ und jenen mit einem „Lebensmittelmangel“ zu schaffen. Die Kund/-innen selbst sollten allerdings die Lebensmittel selbst auswählen können [50].

Zudem verlangt das schwankende Lebensmittelangebot von den Tafel-Nutzer/-innen ein hohes Maß an Kompetenzen hinsichtlich Flexibilität, Haushaltsplanung und Lebensmittelzubereitung ab. Zwar boten vor der Pandemie und bieten nach der Pandemie viele Tafeln über die Lebensmittelausgabe hinaus Kochkurse und

Maßnahmen der Ernährungsbildung an [4] (siehe Anlage 1 bis 5), allerdings sollte hier verstärkt das prävalente Problem der Ernährungsunsicherheit Berücksichtigung finden.

Um der beobachteten hohen Prävalenz der niedrigen sozialen Unterstützung zu begegnen, sollten in den Settings der Zielgruppe niedrigschwellige Angebote zur Förderung des sozialen Austausches etabliert werden. Viele Tafeln bieten bereits Angebote der Begegnung wie Cafés oder Seniorentreffs an oder vermitteln an Angebote weiterer Sozialeinrichtungen [4]. Diese Praxis könnte zielgruppenpartizipativ weiterentwickelt und an die lokalen Voraussetzungen weiterer Tafeln angepasst werden.

Schließlich könnten sowohl die bereits vorliegenden als auch zukünftige Ergebnisse genutzt werden, um Zielgruppen spezifischer Implementationen innerhalb der Tafel-Kundschaft zu identifizieren. So könnten beispielsweise Kund/-innen mit Flucht- oder Migrationsgeschichte möglicherweise im Besonderen von Gruppen-Maßnahmen zur beruflichen Weiterbildung profitieren, um der hohen Prävalenz eines fehlenden Berufsabschlusses und einer niedrigen sozialen Unterstützung in dieser Subgruppe zu begegnen.

5.3. Handlungsempfehlungen für die Politik

Die aufgezeigten Probleme der Kund/-innen zu lösen, kann nicht Aufgabe der Tafeln allein sein. Vielmehr erfordern sie gemeinsame Anstrengungen von Politik, Wissenschaft und Praxis, für die die Politik optimale Rahmenbedingungen schaffen sollte.

Im Einzelnen sind dies u.a.:

- Monitoring der Ernährungsunsicherheit in der Gesamtbevölkerung
- Implementierung sozialstaatlicher Maßnahmen zur Prävention der Ernährungsunsicherheit
- Förderung von wissenschaftlichen Projekten zur Ernährungsunsicherheit, insbesondere zu Risiko- und Schutzfaktoren
- Implementierung von sozialräumlichen Maßnahmen zur Förderung der sozialen Begegnung (z.B. Nachbarschaftstreffs)
- Förderung zivilgesellschaftlicher Maßnahmen zur niedrigschwelligen Integration von Menschen mit Flucht- bzw. Migrationserfahrung.

6. Referenzen

- [1] Tafel Deutschland, „Zahlen und Fakten“, 2020. https://www.tafel.de/fileadmin/media/2020-09-16_Zahlen_und_Fakten.pdf (zugegriffen 9. November 2020).
- [2] J. Depa, F. Gyngell, A. Müller, L. Eleraky, C. Hilzendege, und N. Stroebele-Benschop, „Prevalence of food insecurity among food bank users in Germany and its association with population characteristics“, *Preventive Medicine Reports*, Bd. 9, S. 96–101, März 2018, doi: 10.1016/j.pmedr.2018.01.005.
- [3] J. Depa, C. Hilzendege, P. Tinnemann, und N. Stroebele-Benschop, „An explorative cross-sectional study examining self-reported health and nutritional status of disadvantaged people using food banks in Germany“, *Int J Equity Health*, Bd. 14, S. 141, Nov. 2015, doi: 10.1186/s12939-015-0276-6.
- [4] A. Simmet, P. Tinnemann, und N. Stroebele-Benschop, „The German Food Bank System and Its Users-A Cross-Sectional Study“, *Int J Environ Res Public Health*, Bd. 15, Nr. 7, Juli 2018, doi: 10.3390/ijerph15071485.
- [5] M. A. Carter, L. Dubois, und M. S. Tremblay, „Place and food insecurity: a critical review and synthesis of the literature“, *Public Health Nutr*, Bd. 17, Nr. 1, S. 94–112, Jan. 2014, doi: 10.1017/S1368980013000633.
- [6] A. Simmet und N. Stroebele-Benschop, „Food Bank Operations during the COVID-19 Pandemic in Germany“, *Journal of Hunger & Environmental Nutrition*, Bd. 0, Nr. 0, S. 1–16, Juni 2021, doi: 10.1080/19320248.2021.1943590.
- [7] Tafel Deutschland, „Lagebericht vom 02.04.2020 der Tafeln in Deutschland“, Tafel Deutschland, Berlin, 2020. Zugegriffen: 14. April 2020. [Online]. Verfügbar unter: https://www.tafel.de/fileadmin/media/Themen/Coronavirus/2020-04-02_Lagebericht_Tafel_Deutschland_2._Auflage.pdf
- [8] P. Tinnemann, R. Pastätter, S. N. Willich, und N. Stroebele, „Healthy action against poverty: a descriptive analysis of food redistribution charity clients in Berlin, Germany“, *Eur J Public Health*, Bd. 22, Nr. 5, S. 721–726, Okt. 2012, doi: 10.1093/eurpub/ckr095.
- [9] A. Gößwald, M. Lange, P. Kamtsiuris, und B.-M. Kurth, „[DEGS: German Health Interview and Examination Survey for Adults. A nationwide cross-sectional and longitudinal study within the framework of health monitoring conducted by the Robert Koch Institute]“, *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, Bd. 55, Nr. 6–7, S. 775–780, Juni 2012, doi: 10.1007/s00103-012-1498-z.
- [10] A. Gustafson, S. Hankins, und S. Jilcott, „Measures of the consumer food store environment: a systematic review of the evidence 2000-2011“, *J Community Health*, Bd. 37, Nr. 4, S. 897–911, Aug. 2012, doi: 10.1007/s10900-011-9524-x.
- [11] O. S. Dalgard, S. Björk, und K. Tambs, „Social Support, Negative Life Events and Mental Health“, *The British Journal of Psychiatry*, Bd. 166, Nr. 1, S. 29–34, Jan. 1995, doi: 10.1192/bjp.166.1.29.
- [12] H. Meltzer, „Development of a common instrument for mental health.“, in *EUROHIS: Developing Common Instruments for Health Surveys*, A. Nosikov und C. Gudex, Hrsg., Amsterdam: IOS Press, 2003.
- [13] „Europe-an Health Indicators: Development and Initial Implementation. Final report of the ECHIM project“, National Public Health Institute, Helsinki, 2008.
- [14] T. J. Ballard, A. W. Kepple, und C. Cafiero, „The Food Insecurity Experience Scale: Developing a Global Standard for Monitoring Hunger Worldwide“, FAO, Rome, 2013.

- [15] P. Küpper, „Abgrenzung und Typisierung ländlicher Räume“, Thünen-Institut, Braunschweig, 2016. Zugegriffen: 20. April 2018. [Online]. Verfügbar unter: https://literatur.thuenen.de/digbib_extern/dn057783.pdf
- [16] A. Bühl und P. Zöfel, „Exakte Testmethoden“, in *Erweiterte Datenanalyse mit SPSS: Statistik und Data Mining*, A. Bühl und P. Zöfel, Hrsg., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2002, S. 211–237. doi: 10.1007/978-3-322-89603-2_8.
- [17] C. Duller, „Unabhängigkeit und Korrelation“, in *Einführung in die nichtparametrische Statistik mit SAS, R und SPSS: Ein anwendungsorientiertes Lehr- und Arbeitsbuch*, C. Duller, Hrsg., Berlin, Heidelberg: Springer, 2018, S. 107–145. doi: 10.1007/978-3-662-57678-6_4.
- [18] „Datenreport 2021, Sozialbericht für Deutschland“, Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn, 2021. Zugegriffen: 3. Januar 2023. [Online]. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Service/Statistik-Campus/Datenreport/_inhalt.html
- [19] T. Y. Mousa und J. H. Freeland-Graves, „Impact of food pantry donations on diet of a low-income population“, *Int J Food Sci Nutr*, S. 1–10, Apr. 2018, doi: 10.1080/09637486.2018.1466271.
- [20] SPARWELT GmbH, „Discounter, Supermarkt oder doch frisch vom Markt? / Forsa-Umfrage zum Einkaufsverhalten der Deutschen“, *presseportal.de*, 15. Januar 2020. <https://www.presseportal.de/pm/75733/4492127> (zugegriffen 28. Mai 2021).
- [21] T. Hepp, P. Marquart, C. Jauck, und O. Gefeller, „Auswirkungen der Ausgangsbeschränkungen im Zusammenhang mit Covid-19 auf Supermarktbesuche in Deutschland“, *Gesundheitswesen*, Bd. 83, Nr. 03, S. 166–172, März 2021, doi: 10.1055/a-1341-1575.
- [22] S. Neumeier, „Modellierung der Erreichbarkeit von Supermärkten und Discountern: Untersuchung zum regionalen Versorgungsgrad mit Dienstleistungen der Grundversorgung.“, Thünen-Institut für Ländliche Räume, Braunschweig, 16, 2014.
- [23] A. E. Greer, M. Faber, G. Smith, S. Pendley, und N. Kamdar, „Objectively measured chronic disease risk among food pantry patrons“, *Public Health Nurs*, Mai 2021, doi: 10.1111/phn.12915.
- [24] M. E. Barker, V. Halliday, D. Mak, M. Wottge, und J. M. Russell, „Food security, nutrition and health of food bank attendees in an English city: a cross-sectional study“, *Journal of Hunger & Environmental Nutrition*, Bd. 14, Nr. 1–2, S. 155–167, März 2019, doi: 10.1080/19320248.2018.1491365.
- [25] L.-S. Borgmann, P. Rattay, und T. Lampert, „Soziale Unterstützung als Ressource für Gesundheit in Deutschland“, *Journal of Health Monitoring*, Bd. 2, Nr. 4, 2017.
- [26] P. A. Thoits, „Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health“, *J Health Soc Behav*, Bd. 52, Nr. 2, S. 145–161, Juni 2011, doi: 10.1177/0022146510395592.
- [27] D. Kotz, M. Böckmann, und S. Kastaun, „The Use of Tobacco, E-Cigarettes, and Methods to Quit Smoking in Germany“, *Dtsch Arztebl Int*, Bd. 115, Nr. 14, S. 235–242, 06 2018, doi: 10.3238/arztebl.2018.0235.
- [28] A. Schienkiewitz, G. Mensink, R. Kuhnert, und C. Lange, „Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen in Deutschland“, Juni 2017, doi: 10.25646/2580.
- [29] Presse- und Informationsamt der Bundesregierung, „Informationen für Corona-Risikogruppen | Bundesregierung“, *Die Bundesregierung informiert | Startseite*, 29. Juni 2021. <https://www.bundesregierung.de/bregde/themen/coronavirus/risikogruppen-corona-1734970> (zugegriffen 4. August 2021).

- [30] M. Nord, „A 30-Day Food Security Scale for Current Population Survey Food Security Supplement Data“, Economic Research Service, 2002.
- [31] A. Coleman-Jensen, M. P. Rabbitt, C. A. Gregory, und Anita Singh, „Household Food Security in the United States in 2021“, U.S. Department of Agriculture, Economic Research Service, Sep. 2022. Zugegriffen: 2. Januar 2023. [Online]. Verfügbar unter: <https://www.ers.usda.gov/topics/food-nutrition-assistance/food-security-in-the-u-s/>
- [32] R. Loopstra, A. Reeves, und V. Tarasuk, „The rise of hunger among low-income households: an analysis of the risks of food insecurity between 2004 and 2016 in a population-based study of UK adults“, *J Epidemiol Community Health*, Bd. 73, Nr. 7, S. 668–673, Juli 2019, doi: 10.1136/jech-2018-211194.
- [33] K. L. Hanson, J. Sobal, und E. A. Frongillo, „Gender and Marital Status Clarify Associations between Food Insecurity and Body Weight“, *The Journal of Nutrition*, Bd. 137, Nr. 6, S. 1460–1465, Juni 2007, doi: 10.1093/jn/137.6.1460.
- [34] B. S. Armour, M. M. Pitts, und C.-W. Lee, „Cigarette smoking and food insecurity among low-income families in the United States, 2001“, *Am J Health Promot*, Bd. 22, Nr. 6, S. 386–392, Aug. 2008, doi: 10.4278/ajhp.22.6.386.
- [35] A. S. Hosler, „Association Between Food Distress and Smoking Among Racially and Ethnically Diverse Adults, Schenectady, New York, 2013–2014“, *Prev. Chronic Dis.*, Bd. 14, 2017, doi: 10.5888/pcd14.160548.
- [36] C. Gundersen und J. P. Ziliak, „Food Insecurity And Health Outcomes“, *Health Affairs*, Bd. 34, Nr. 11, S. 1830–1839, Nov. 2015, doi: 10.1377/hlthaff.2015.0645.
- [37] C. W. Leung, E. S. Epel, W. C. Willett, E. B. Rimm, und B. A. Laraia, „Household food insecurity is positively associated with depression among low-income supplemental nutrition assistance program participants and income-eligible nonparticipants“, *J. Nutr.*, Bd. 145, Nr. 3, S. 622–627, März 2015, doi: 10.3945/jn.114.199414.
- [38] C. Gundersen, V. Tarasuk, J. Cheng, C. de Oliveira, P. Kurdyak, und N. Dachner, „Food Insecurity Status and Mortality in Ontario, Canada“, *The FASEB Journal*, Bd. 30, Nr. 1_supplement, S. 273.5-273.5, Apr. 2016, doi: 10.1096/fasebj.30.1_supplement.273.5.
- [39] D. Carvajal-Aldaz, G. Cucalon, und C. Ordonez, „Food insecurity as a risk factor for obesity: A review“, *Front Nutr*, Bd. 9, S. 1012734, 2022, doi: 10.3389/fnut.2022.1012734.
- [40] J. Simonson, C. Vogel, und C. Tesch-Römer, Hrsg., *Freiwilliges Engagement in Deutschland: Der Deutsche Freiwilligensurvey 2014*. in Empirische Studien zum bürgerschaftlichen Engagement. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2017. doi: 10.1007/978-3-658-12644-5.
- [41] L. M. Dinour, D. Bergen, und M.-C. Yeh, „The food insecurity-obesity paradox: a review of the literature and the role food stamps may play“, *J Am Diet Assoc*, Bd. 107, Nr. 11, S. 1952–1961, Nov. 2007, doi: 10.1016/j.jada.2007.08.006.
- [42] G. B. M. Mensink u. a., „Obst- und Gemüsekonsum in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)“, *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, Bd. 56, S. 779–785, 2013.
- [43] J. Depa, A. Wolf, V. Rössler, J. Weiffenbach, C. Hilzendegen, und N. Stroebele-Benschop, „The impact of providing fruits and vegetables to socially disadvantaged men“, *Journal of Hunger & Environmental Nutrition*, Bd. 0, Nr. 0, S. 1–16, Apr. 2018, doi: 10.1080/19320248.2018.1464999.

- [44] B. N. Wright *u. a.*, „Daily Dietary Intake Patterns Improve after Visiting a Food Pantry among Food-Insecure Rural Midwestern Adults“, *Nutrients*, Bd. 10, Nr. 5, Mai 2018, doi: 10.3390/nu10050583.
- [45] D. Efrati Philip, G. Baransi, D. R. Shahar, und A. M. Troen, „Food-Aid Quality Correlates Positively With Diet Quality of Food Pantry Users in the Leket Israel Food Bank Collaborative“, *Front. Nutr.*, Bd. 5, 2018, doi: 10.3389/fnut.2018.00123.
- [46] E. Campbell, K. Webb, und P. Crawford, „An Evaluation of the “No Soda and No Candy” Donation Policy and Guests’ Food Preferences“, University of California at Berkeley, Center for Weight and Health, 2009.
- [47] H. A. Eicher-Miller, „A review of the food security, diet and health outcomes of food pantry clients and the potential for their improvement through food pantry interventions in the United States“, *Physiol Behav*, Bd. 220, S. 112871, 01 2020, doi: 10.1016/j.physbeh.2020.112871.
- [48] C. Coombs, M. R. Savoie-Roskos, H. LeBlanc, J. Gast, und J. Hendrickson, „Nudging Urban Food Pantry Users in Utah Toward Healthier Choices“, *Health Promotion Practice*, Bd. 22, Nr. 5, S. 685–691, Sep. 2021, doi: 10.1177/1524839920904688.
- [49] K. Kunkel, A. Baltaci, C. D. L. R. Mateo, S. Lim, und D. Davis-Kenning, „Nudging to Health Training Acceptability by Food Pantry Personnel Supports Clients’ Healthier Food Choices“, *Journal of Human Sciences and Extension*, Bd. 10, Nr. 3, Okt. 2022, doi: 10.55533/2325-5226.1430.
- [50] K. S. Martin, R. Wu, M. Wolff, A. G. Colantonio, und J. Grady, „A novel food pantry program: food security, self-sufficiency, and diet-quality outcomes“, *Am J Prev Med*, Bd. 45, Nr. 5, S. 569–575, Nov. 2013, doi: 10.1016/j.amepre.2013.06.012.

Anhang

Tabelle A1. Soziodemographische Charakteristika der Teilnehmenden nach Status der Ernährungsunsicherheit

Charakteristikum	ges.	ernährungssicher	mild ernährungsunsicher	moderat ernährungs- unsicher	stark ernährungs- unsicher	Test
Geschlecht		442	180	103	29	$\chi^2 = 3,26$
weiblich	448	267 (59,6 %)	104 (23,2 %)	64 (14,3 %)	13 (2,9 %)	$V = 0,066$
männlich	306	175 (57,2 %)	76 (24,8 %)	39 (12,7 %)	16 (5,2 %)	$p = 0,35$
Alter		440	177	102	30	
≤ 29 Jahre	59	41 (69,5 %)	10 (16,9 %)	6 (10,2 %)	2 (3,4 %)	$\chi^2 = 24,47$
30 bis 39 Jahre	156	98 (62,8 %)	33 (21,2 %)	18 (11,5 %)	7 (4,5 %)	$V = 0,10$
40 bis 49 Jahre	130	85 (65,4 %)	25 (19,2 %)	15 (11,5 %)	5 (3,8 %)	$p = 0,14$
50 bis 59 Jahre	153	77 (50,3 %)	39 (25,5 %)	31 (20,3 %)	6 (3,9 %)	
60 bis 69 Jahre	149	83 (55,7 %)	41 (27,5 %)	21 (14,1 %)	4 (2,7 %)	
70 bis 79 Jahre	85	51 (60,0 %)	22 (25,9 %)	7 (8,2 %)	5 (5,9 %)	
min. 80 Jahre	17	5 (29,4 %)	7 (41,2 %)	4 (23,5 %)	1 (5,9 %)	
Staatsangehörigkeit		442	179	104	30	$\chi^2 = 71,67$
deutsch	358	155 (43,3 %)	118 (33,0 %)	72 (20,1 %)	13 (3,6 %)	$V = 0,31$
andere	397	287 (72,3 %)	61 (15,4 %)	32 (8,1 %)	17 (4,3 %)	$p < 0,001$
Geburtsland		441	178	104	30	$\chi^2 = 40,05$
Deutschland	255	108 (42,4 %)	78 (30,6 %)	57 (22,4 %)	12 (4,7 %)	$V = 0,25$
anderes	498	333 (66,9 %)	100 (20,1 %)	47 (9,4 %)	18 (3,6 %)	$p < 0,001$
Dauer des Aufenthalts in Deutschland, wenn nicht in Deutschland geboren		286	91	42	17	

MW (SD)		11,45 (12,26)	17,77 (14,58)	17,05 (12,99)	23,47 (15,28)	$\eta = 0,26$
Median		6,00	18,00	18,50	21,00	$p < 0,001$
allgemeinbildender Abschluss (Schule)		431	168	99	30	
(noch) keinen Schulabschluss	169	121 (71,6 %)	22 (13,0 %)	13 (7,7 %)	13 (7,7 %)	$\chi^2 = 44,25$
Hauptschulabschluss						$V = 0,14$
Realschulabschluss	170	89 (52,4 %)	47 (27,6 %)	27 (15,9 %)	7 (4,1 %)	$p < 0,001$
(Fach-)Abitur	187	90 (48,1 %)	61 (32,6 %)	33 (17,6 %)	3 (1,6 %)	
	202	131 (64,9 %)	38 (18,8 %)	26 (12,9 %)	7 (3,5 %)	
Ausbildung		422	162	95	29	
(noch) keine Ausbildung	331	229 (69,2 %)	53 (16,0 %)	31 (9,4 %)	18 (5,4 %)	$\chi^2 = 49,20$
abgeschlossene Lehre / Ausbildung	240	105 (43,8 %)	82 (34,2 %)	46 (19,2 %)	7 (2,9 %)	$V = 0,19$
(Fach)- Hochschulabschluss / Universität	137	88 (64,2 %)	27 (19,7 %)	18 (13,1 %)	4 (2,9 %)	$p < 0,001$
Familienstand		439	178	103	30	
geschieden / getrennt	160	71 (44,4 %)	50 (31,3 %)	30 (18,8 %)	9 (5,6 %)	$\chi^2 = 49,81$
verwitwet	46	28 (60,9 %)	9 (19,6 %)	7 (15,2 %)	2 (4,3 %)	$V = 0,15$
ledig	145	68 (46,9 %)	33 (22,8 %)	34 (23,4 %)	10 (6,9 %)	$p < 0,001$
verheiratet / in Partnerschaft zusammenlebend	399	272 (68,2 %)	86 (21,6 %)	32 (8,0 %)	9 (2,3 %)	

Tabelle A2. Tafelnutzungs- und Einkaufsverhalten der Teilnehmenden nach Status der Ernährungsunsicherheit

Charakteristikum	ges.	ernährungssicher	mild ernährungsunsicher	moderat ernährungsunsicher	stark ernährungsunsicher	Test
Häufigkeit Tafel-Nutzung in den letzten 30 Tagen		442	179	103	30	
gar nicht	12	8 (66,7 %)	1 (8,3 %)	3 (25,0 %)	0 (0,0 %)	$\chi^2 = 15,92$
1-2 Mal	138	87 (63,0 %)	25 (18,1 %)	21 (15,2 %)	5 (3,6 %)	$V = 0,084$
3-4 Mal	349	193 (55,3 %)	90 (25,8 %)	56 (16,0 %)	10 (2,9 %)	$p = 0,069$
mehr als 4 Mal	255	154 (60,4 %)	63 (24,7 %)	23 (9,0 %)	15 (5,9 %)	
Häufigkeit der Tafel-Nutzung in den letzten 30 Tagen im Vgl. zu vor der Pandemie		431	169	93	30	
seltener		82 (19,0 %)	31 (18,3 %)	31 (33,3 %)	5 (16,7 %)	$\chi^2 = 24,37$
genausooft		273 (63,3 %)	126 (74,6 %)	55 (59,1 %)	20 (66,7 %)	$V = 0,13$
häufiger		76 (17,6 %)	12 (7,1 %)	7 (7,5 %)	5 (16,7 %)	$p < 0,001$
Lebensmittelmenge von der Tafel in den letzten 30 Tagen		440	178	102	29	
nur wenige Lebensmittel von der Tafel	27	9 (33,3 %)	6 (22,2 %)	10 (37,0 %)	2 (7,4 %)	$\chi^2 = 33,16$
Teil von der Tafel,	205	111 (54,1 %)	44 (21,5 %)	39 (19,0 %)	11 (5,4 %)	$V = 0,12$
						$p = 0,008^1$

Großteil woanders gekauft							[95 % KI 0,006-0,010]
ca. Hälfte von der Tafel, woanders gekauft	259	164 (63,3 %)	64 (24,7 %)	24 (9,3 %)	7 (2,7 %)		
Großteil von der Tafel, Teil woanders gekauft	195	118 (60,5 %)	48 (24,6 %)	23 (11,8 %)	6 (3,1 %)		
(fast) alle Lebensmittel von der Tafel	57	36 (63,2 %)	14 (24,6 %)	4 (7,0 %)	3 (5,3 %)		
sonstiges (z.B. Tafel geschlossen)	6	2 (33,3 %)	2 (33,3 %)	2 (33,3 %)	0 (0 %)		
Dauer der Tafel-Kundschaft		442	181	103	30		
weniger als 3 Monate	75	40 (53,3 %)	16 (21,3 %)	16 (21,3 %)	3 (4,0 %)		$\chi^2=18,26$
3-6 Monate	55	26 (47,3 %)	16 (29,1 %)	10 (18,2 %)	3 (5,5 %)		V = 0,090
7 Monate - 1 Jahr	69	34 (49,3 %)	16 (23,2 %)	17 (24,6 %)	2 (2,9 %)		p = 0,032
mehr als 1 Jahr	557	342 (61,4 %)	133 (23,9 %)	60 (10,8 %)	22 (3,9 %)		
Einkaufshäufigkeit in den letzten 30 Tagen außerhalb der Tafel		439	181	103	30		
seltener	42	15 (35,7 %)	12 (28,6 %)	7 (16,7 %)	8 (19,0 %)		$\chi^2 = 49,33$
2-3 mal	97	51 (52,6 %)	20 (20,6 %)	23 (23,7 %)	3 (3,1 %)		V = 0,15
1-2 mal / Woche	435	256 (58,9 %)	115 (26,4 %)	52 (12,0 %)	12 (2,8 %)		p = 0,000 ¹
3-4 mal / Woche	112	66 (58,9 %)	26 (23,2 %)	15 (13,4 %)	5 (4,5 %)		[95 % KI
(fast) jeden Tag	67	51 (76,1 %)	8 (11,9 %)	6 (9,0 %)	2 (3,0 %)		0,000- <0,001]

Reisezeit zur Haupteinkaufsstätte – einfache Strecke		439	179	103	29	
bis zu 15 Minuten	513	316 (61,6 %)	116 (22,6 %)	64 (12,5 %)	17 (3,3 %)	$\chi^2 = 6,83$ V = 0,095
mehr als 15 Minuten	237	123 (51,9 %)	63 (26,6 %)	39 (16,5 %)	12 (5,1 %)	p = 0,078

Tabelle A3. Soziale Unterstützung und gesundheitliche Aspekte der Teilnehmenden nach Status der Ernährungsunsicherheit

Charakteristikum	ges.	ernährungssicher	mild ernährungsunsicher	moderat ernährungs- unsicher	stark ernährungs- unsicher	Test
Soziale Unterstützung		430	176	100	29	
niedrig	498	294 (59,0 %)	107 (21,5 %)	71 (14,3 %)	26 (5,2 %)	$\chi^2 = 15,92$
moderat	187	102 (54,5 %)	61 (32,6 %)	21 (11,2 %)	3 (1,6 %)	V = 0,084
hoch	50	34 (68,0 %)	8 (16,0 %)	8 (16,0 %)	0 (0,0 %)	p = 0,069
<i>Wie viele Menschen stehen Ihnen so nahe, dass Sie sich auf sie verlassen können, wenn Sie ernste persönliche Probleme haben?</i>		436	177	102	30	
keine	276	183 (66,3 %)	46 (16,7 %)	33 (12,0 %)	14 (5,1 %)	$\chi^2 = 23,191$
1 – 2	276	153 (55,4 %)	71 (25,7 %)	42 (15,2 %)	10 (3,6 %)	V = 0,10
3 – 5	124	60 (48,4 %)	41 (33,1 %)	21 (16,9 %)	2 (1,6 %)	p = 0,006
6 oder mehr	69	40 (58,0 %)	19 (27,5 %)	6 (8,7 %)	4 (5,8 %)	

<i>Wie viel Anteilnahme und Interesse zeigen andere Menschen an dem, was Sie tun?</i>	435		179		100		30	
keine	226	176 (77,9 %)	24 (10,6 %)	15 (6,6 %)	11 (4,9 %)	$\chi^2 = 112,22$		
wenig	146	52 (35,6 %)	47 (32,2 %)	35 (24,0 %)	12 (8,2 %)	$V = 0,22$		
weder viel noch wenig	141	63 (44,7 %)	51 (36,2 %)	27 (19,1 %)	0 (0,0 %)	$p < 0,001$		
viel	136	73 (53,7 %)	43 (31,6 %)	15 (11,0 %)	5 (3,7 %)			
sehr viel	95	71 (74,7 %)	14 (14,7 %)	8 (8,4 %)	2 (2,1 %)			
<i>Wie einfach ist es für Sie, praktische Hilfe von Nachbarn zu erhalten, wenn Sie diese benötigen?</i>	438		181		103		29	
sehr schwierig	236	166 (70,3 %)	33 (14,0 %)	23 (9,7 %)	14 (5,9 %)	$\chi^2 = 76,02$		
schwierig	125	46 (36,8 %)	40 (32,0 %)	31 (24,8 %)	8 (6,4 %)	$V = 0,18$		
möglich	192	108 (56,3 %)	58 (30,2 %)	23 (12,0 %)	3 (1,6 %)	$p < 0,001$		
einfach	116	56 (48,3 %)	42 (36,2 %)	16 (13,8 %)	2 (1,7 %)			
sehr einfach	82	62 (75,6 %)	8 (9,8 %)	10 (12,2 %)	2 (2,4 %)			
Body-Mass-Index	435		172		95		28	
Mittelwert (SD)								
Median								$\chi^2 = 12,46$
Gewichtskategorien								$V = 0,075$
untergewichtig	8	6 (75 %)	1 (12,5 %)	0 (0,0 %)	1 (12,5 %)	$p = 0,20^1$		
normalgewichtig	215	125 (58,1 %)	57 (26,5 %)	22 (10,2 %)	11 (5,1 %)	[95 % KI		
übergewichtig	271	174 (64,2 %)	55 (20,3 %)	35 (12,9 %)	7 (2,6 %)	0,19-0,20]		

adipös	236	130 (55,1 %)	59 (25,0 %)	38 (16,1 %)	9 (3,8 %)	
Rauchstatus		441	175	102	30	
nie rauchend	424	280 (66,0 %)	85 (20,0 %)	44 (10,4 %)	15 (3,5 %)	
früher rauchend	117	58 (49,6 %)	38 (32,5 %)	19 (16,2 %)	2 (1,7 %)	$\chi^2 = 49,33$
gelegentlich rauchend	60	30 (50,0 %)	17 (28,3 %)	9 (15,0 %)	4 (6,7 %)	$V = 0,15$
regelmäßig rauchend	150	73 (48,7 %)	38 (25,3 %)	30 (20,0 %)	9 (6,0 %)	$p < 0,001$
chronische Erkrankung		437	179	104	30	$\chi^2 = 38,50$
ja	457	226 (49,5 %)	128 (28,0 %)	81 (17,7 %)	22 (4,8 %)	$V = 0,23$
nein	293	211 (72,0 %)	51 (17,4 %)	23 (7,8 %)	8 (2,7 %)	$p < 0,001$