



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Life Sciences
Studiengang Ökotrophologie

**Ernährungsberatung bei sozial benachteiligten Schwangeren
- Bachelorarbeit -**

Tag der Abgabe: 01.02.2013

Vorgelegt von: Lisa Lehmbeck 1961915

Betreuende Prüferin: Prof. Dr. Annegret Flothow (Haw Hamburg)

Zweite Prüferin Prof. Dr. Christine Behr-Völtzer (Haw Hamburg)

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Soziale Ungleichheit.....	3
2.1. Soziale Ungleichheit in der Gesundheit.....	4
2.2. Soziale Ungleichheit in der Gesundheit von Schwangeren.....	5
3. Ernährungsverhalten.....	8
3.1. Soziale Ungleichheit im Ernährungsverhalten.....	9
3.2. Ursachen sozialer Ungleichheit im Ernährungsverhalten.....	10
4. Einfluss der Ernährung auf die Gesundheit von Schwangeren und Kind.....	12
4.1. Schwangerschaft.....	14
4.2. Erste Lebensjahr	22
5. Einsatz von Ernährungsberatungsangeboten.....	27
5.1. Maßnahmen zur Angebotsgestaltung.....	28
5.2. Einsatz von Familienhebammen am Beispiel des KiFaZ Barmbek-Süd.....	31
5.3. Ernährungsberatung und Familienhebammen.....	34
6. Diskussion.....	37

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1 Orientierungswerte der Gewichtszunahme in der Schwangerschaft.	14
Tabelle 2 Verteilung der Gewichtszunahme von 12,5 kg in der Schwangerschaft	15
Tabelle 3 D-A-CH-Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr von schwangeren Frauen	16
Tabelle 4 D-A-CH Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr von stillen Frauen	23
Tabelle 5 Durchschnittlicher Energie- und Nährstoffgehalt in Milchnahrung	25
Tabelle 6 Die 12 Good Practice Kriterien	30
Abb. 1 Erklärungsmodell der gesundheitlichen Ungleichheit	5
Abb. 2 Prädiktoren des Ernährungsverhaltens	10
Abb. 3 Ernährungsplan 1. Lebensjahr des Forschungsinstitut für Kinderernährung	22
Abb. 4 Materialien zur Ernährungsberatung	36

1. Einleitung

Am 6. Juni 2012 diskutierten verschiedene Expertinnen auf dem CCKids-Fachforum an der Hochschule für angewandte Wissenschaften (HAW) über die Ernährungsberatung für sozial benachteiligte Schwangere. Bei dem Competence Center Kids (CCKids) handelt es sich um einen Zusammenschluss von Professoren und Professorinnen aus verschiedenen Fakultäten und Departments der HAW Hamburg. Diese Konstellation verfolgt das Ziel, mit wissenschaftlich gestützter Arbeit zur Förderung des gesunden Aufwachsens von Kindern beitragen zu können. Zu diesem Anliegen gehört auch die Entwicklung innovativer Ansätze in Lehre und Forschung. Die Teilnahme an dem Forum hat mich dazu bewegt, für meine Bachelorarbeit das Thema Ernährungsberatung bei sozial benachteiligten Schwangeren zu wählen.

Sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen weisen oft einen schlechteren Gesundheitszustand auf. Dieser äußert sich durch vermehrte körperliche Leiden und einer kürzeren Lebenserwartung im Vergleich zur durchschnittlichen Bevölkerung. Der Gesundheitszustand wird durch viele Kriterien beeinflusst. Ein wesentlicher Faktor ist die Ernährung. Personen aus sozial schwächeren Schichten weisen häufiger ein ungünstigeres Ernährungsverhalten auf, wodurch körperliche Beschwerden gefördert werden können. Von dieser Problematik sind Säuglinge, Kinder und Jugendliche gleichermaßen betroffen. Bereits in jungen Jahren macht sich die gesundheitliche Ungleichheit bemerkbar. So leiden viele Kinder aus der sozial schwächeren Schicht häufig an Übergewicht.

Medizinische Forschungen haben ergeben, dass Belastungen, mit denen der Nachwuchs bereits im Mutterleib konfrontiert wird, Auswirkungen haben können, die sich bis ins hohe Erwachsenenalter durch gesundheitliche Einschränkungen bemerkbar machen. Da die optimale Ernährung während der Schwangerschaft eine Voraussetzung ist, um ein gesundes Kind auf die Welt zu bringen, ist sie von entscheidender Bedeutung. Durch ihr nachweislich ungünstigeres Gesundheits- und Ernährungsverhalten sind sozial Benachteiligte in den Mittelpunkt vieler Diskussionen gerutscht. Denn mit herkömmlichen Angeboten der so wichtigen Ernährungsbildung wird gerade diese Gruppe nicht erreicht.

Um ungleiche Gesundheitschancen zu reduzieren, müssen gezielte Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote entwickelt werden, die sich an die Ressourcen und die Lebensumstände von sozial Benachteiligten orientieren. Hierzu ist es erforderlich, die Zusammenhänge zwischen der sozialen Lage und der Gesundheit zu kennen und zu verstehen. Die folgende Arbeit soll einen Beitrag dazu leisten, indem sie die Relevanz der

gesundheitsförderlichen Ernährung in der Schwangerschaft hervorhebt und durch aktuelle Erkenntnisse der Frage nachgeht, wie Ernährungsberatungsangebote für sozial benachteiligte Schwangere gestaltet sein müssen, um damit zur gesundheitlichen Chancengleichheit beizutragen. Hierzu ist die Arbeit wie folgt aufgebaut:

Zunächst wird der Begriff der sozialen Ungleichheit genauer beleuchtet. Anschließend wird der Zusammenhang zwischen der sozialen und gesundheitlichen Ungleichheit erklärt. Zudem wird durch aktuelle Studienergebnisse veranschaulicht, in welcher Form sie sich im Gesundheitsverhalten von sozial benachteiligten Schwangeren bemerkbar machen.

Im anschließenden Kapitel folgt die genauere Betrachtung des Ernährungsverhaltens unter Berücksichtigung sozialer Ungleichheiten. Hierzu wird zunächst das schichtspezifische Ernährungsverhalten genauer beschrieben, anschließend werden mögliche Ursachen für das ungleiche Ernährungsverhalten verdeutlicht.

Im darauffolgenden vierten Kapitel wird der Einfluss der Ernährung auf die Gesundheit von Schwangerer und Kind verdeutlicht. Hierzu wird zuerst auf den Zeitraum der Schwangerschaft und anschließend auf das erste Lebensjahr des Säuglings eingegangen.

Im fünften Kapitel wird der „Good-Practice Ansatz“ verdeutlicht. Mit Hilfe eines auf den „Good-Practice Ansatz“ basierenden Projektes, werden anschließend Empfehlungen zur Angebotsgestaltung geäußert, die Arbeit von Familienhebammen wird diesbezüglich besonders berücksichtigt.

2. Soziale Ungleichheit

Menschen leben im Rahmen eines gesellschaftlichen Gebildes, welches sich aus zwischenmenschlichen Beziehungsgefügen zusammen setzt (z.B. Familien, Vereine, Betriebe, Parteien, Gemeinden, Städte, Staaten). Hierbei nehmen Menschen verschiedene soziale Positionen ein, die in der Regel an gesellschaftlich vorgegebenen Lebensumständen gebunden sind (z.B. Vorgesetzter, Angestellter, Einheimischer, Ausländer, Mutter, Kind, Freund, Feind). Diese Umstände können Menschen nicht nur als unterschiedlich erscheinen lassen, sondern auch als besser- oder schlechter, höher- oder tiefergestellter, bevorzugt oder benachteiligt. Wohlstand, Sicherheit, Gesundheit und individuelle Autonomie gelten in modernen Gesellschaften als erstrebenswerte Zielvorstellungen, die mittels bestimmten Gütern zu verwirklichen sind. Je nach Gesellschaft können diese Güter unterschiedliche Formen annehmen, relevant ist dabei, dass sie gemeinhin als wertvoll gelten (z.B. guter Schulabschluss, hohes Einkommen, gesicherter Arbeitsplatz). Sind diese Güter, sie werden häufig auch als Ressourcen bezeichnet, nun in Abhängigkeit von der sozialen Position ungleich verteilt, bezeichnet man das als soziale Ungleichheit. Soziale Ungleichheiten können sowohl Vorteile als auch Nachteile herbeiführen, die das Leben von Individuen, Gruppen und einer ganzen Gesellschaft wesentlich beeinflussen. Viele menschliche Wünsche, Aktivitäten und Gefühle hängen mit Erscheinungsformen der sozialen Ungleichheit zusammen (z.B. Zufriedenheit, Hoffnung, Angst, Neid). Als wichtiger Aspekt des menschlichen Zusammenlebens spielt sie auch eine entscheidende Rolle im politischen Geschehen. So stehen viele politische Konflikte, wie beispielsweise die Verringerung von Armut und Arbeitslosigkeit im unmittelbaren Zusammenhang mit Erscheinungsformen der sozialen Ungleichheit (vgl. Hradil, 2005, S.27). Im Alltagsverständnis werden unter dem Begriff soziale Ungleichheit häufig gesellschaftliche Unterschiede in den Bereichen der Bildung, des beruflichen Status, der Macht und des Einkommens verstanden. Genau genommen handelt es sich dabei jedoch um Merkmale der „vertikalen“ sozialen Ungleichheit. Der Zusatz vertikal wird verwendet, weil die genannten Merkmale eine Unterteilung der Bevölkerung in eine hierarchische Struktur ermöglichen. Gruppen die durch diese hierarchische Gesellschaftsstruktur entstehen, werden einer „soziale Schicht“ zugeordnet (z.B. Unterschicht, Mittelschicht, Oberschicht), mittlerweile wird vermehrt der neutralere Begriff des „sozioökonomischer Status“ verwendet. Personen mit einer geringen Schulbildung, einem niedrigen Einkommen und einer niedrigen beruflichen Stellung gehören demnach einer unteren sozialen Schicht an, beziehungsweise weisen einen niedrigen sozioökonomischen Status auf. Wird die Bevölkerung nach Alter, Geschlecht,

Nationalität, Religion usw. in Gruppen unterteilt, spricht man von Merkmalen der „horizontalen“ sozialen Ungleichheit. Der Zusatz horizontal wird verwendet, weil durch diese Merkmale eine Einteilung möglich ist, die quer durch die Gesellschaft verläuft ohne die typischen hierarchischen Muster zu erhalten. Merkmale beziehungsweise Determinanten stellen im Grunde weder Vor- noch Nachteile dar, sie bilden jedoch einen wesentlichen Beitrag zur Schaffung von sozialer Ungleichheit, da sie sich auf die soziale Position und auf die Lebensumstände auswirken können (vgl. Mielck, 2000, S.15). Wenn Individuen oder ganze Bevölkerungsgruppen aufgrund ihrer sozialen Position einen begrenzten Zugang zu den erstrebenswerten Gütern der Gesellschaft erhalten und dadurch nur über eingeschränkte Lebens- und Handlungschancen verfügen, liegt eine soziale Benachteiligung vor. Diese kann sowohl durch vertikale als auch durch horizontale soziale Ungleichheit hervorgerufen werden. Zahlreiche Studien belegen, dass vor allem Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status im Vergleich zu Personen mit einem höheren sozioökonomischen Status über geringere soziale Chancen verfügen und daher besonders häufig von sozialer Benachteiligung betroffen sind (vgl. Hradil, 2008, S.30).

2.1. Soziale Ungleichheit in der Gesundheit

Es ist schon lange bekannt, dass soziale Ungleichheit auch Auswirkungen auf den Gesundheitszustand haben kann. Der Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit wird als gesundheitliche Ungleichheit bezeichnet. In der Wissenschaft werden zahlreiche Erklärungsansätze für das Phänomen der gesundheitlichen Ungleichheit diskutiert. Im Mittelpunkt stehen dabei vor allem Personen, die auf Grund von sozialer Benachteiligung einen schlechteren Gesundheitszustand vorweisen. Zahlreiche Studien belegen, dass Personen mit einem niedrigen sozialen Status im Vergleich zu Personen mit einem höheren sozialen Status in ihrem Leben häufiger an gesundheitlichen Einschränkungen leiden und darüber hinaus auch früher versterben. Es liegt demnach ein sozialer Gradient hinsichtlich der Morbidität und Mortalität vor (vgl. Hurrelmann, Richter, 2006, S.11). In der unteren Sozialschicht treten beispielsweise häufiger Schlaganfälle, Rückenschmerzen, chronische Bronchitis, Herzinfarkte, Adipositas und Diabetes mellitus auf. Darüber hinaus ist auch die psychische Gesundheit wesentlich häufiger beeinträchtigt (vgl. RKI, 2006, S.7). Zur Erklärung des sozialen Gradienten, der Auswirkungen auf die Morbidität und Mortalität hat, bietet sich das Modell von MIELCK an. (Abb. 1) In diesem Modell wird davon ausgegangen, dass Personen, die durch soziale Ungleichheit von wenig Bildung, geringen Einkommen und einer niedrigen beruflichen Stellung betroffen sind, höhere Belastungen ausgesetzt sind und zudem über geringere

soziale Bewältigungsressourcen verfügen. Diese Lebensumstände können sich sowohl direkt auf den Gesundheitszustand auswirken (z.B. schwere körperliche Belastung bei der Arbeit führen direkt zu Rückenleiden) als auch indirekt, indem sie das Gesundheitsverhalten beeinflussen, welches sich dann auf den Gesundheitszustand auswirkt (z.B. schwere körperliche Belastung bei der Arbeit führt zu stressbedingter Fehlernährung und dadurch zu Übergewicht). Die Lebensverhältnisse und das Gesundheitsverhalten einer Person können sich demnach gegenseitig beeinflussen, müssen es aber nicht. Auch die gesundheitliche Versorgung spielt in diesem Model eine wesentliche Rolle, da sie für den Erhalt und für die Wiederherstellung von Gesundheit mitverantwortlich ist. Personen aus niedrigeren sozialen Schichten neigen dazu gesundheitliche Versorgungsangebote wesentlich seltener in Anspruch zu nehmen. Die gesundheitliche Versorgung kann sich ebenfalls direkt als auch indirekt über das Gesundheitsverhalten auf den Gesundheitszustand auswirken (vgl. Lagness, 2007, S.38).

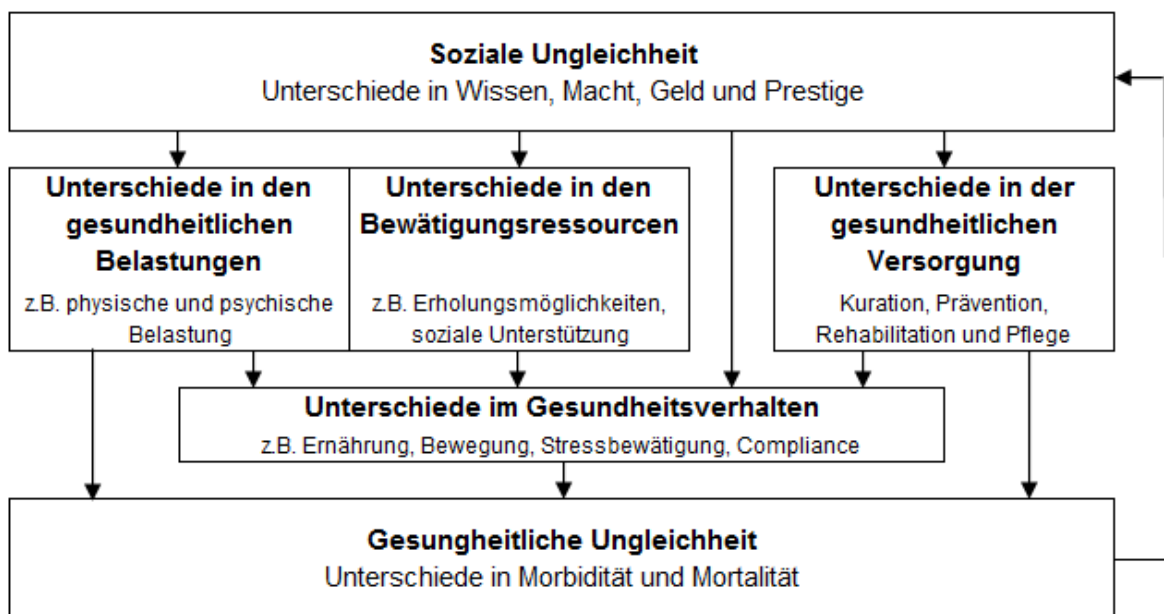


Abb. 1 Erklärungsmodell der gesundheitlichen Ungleichheit (Mielck, 2000, S.173)

2.2. Soziale Ungleichheit in der Gesundheit von Schwangeren

Zwar ist mittlerweile unumstritten, dass die Lebensumstände, das individuelle Gesundheitsverhalten und die gesundheitlicher Versorgung einen großen Einfluss auf den Gesundheitszustand ausüben, allerdings erklären sie nicht die gesamte Ungleichheit im Krankheitsgeschehen. Studien belegen, dass bereits die Gesundheit von Säuglingen und Kindern aus Familien mit niedrigen Sozialstatus sich oftmals als schlechter erweist, als die ihrer Altersgenossen in besser gestellten Familien. Neben den schlechteren

Lebensumständen, dem ungünstigeren Gesundheitsverhalten und der mangelnden gesundheitlichen Versorgung werden ebenfalls frühe gesundheitliche Belastungen für diesen Umstand verantwortlich gemacht. Medizinische Forschungen ergeben, dass Belastungen mit denen der Nachwuchs bereits im Mutterleib konfrontiert wird, gravierende Langzeitfolgen auf die Gesundheit haben können. Kinder aus einer niedrigen sozialen Schicht haben nicht nur ein erhöhtes Risiko bereits in jungen Jahren zu erkranken, sondern darüber hinaus auch eine erhöhte Wahrscheinlichkeit im Erwachsenenalter unter gesundheitlichen Einschränkungen zu leiden, die durch frühe Belastungen in der Kindheit vorprogrammiert wurden (vgl. Dragano, 2007, S.18). Berücksichtigt man die Einflüsse in den frühen Lebensjahren zur Erklärung von gesundheitlicher Ungleichheit im Erwachsenenalter, bezeichnet man diesen Erklärungsansatz als „Lebenslaufperspektive“ (vgl. Siegrist, 2006, S.117). Weil sie als eine sehr kritische Phase der kindlichen Entwicklung gesehen wird, findet die Schwangerschaft in der Lebenslaufperspektive besondere Aufmerksamkeit. Negative Einflüsse während des Zeitraums der Schwangerschaft können schnell dazu führen, dass ein Organ oder ganze Organsysteme des Fötus nicht zur vollen Reife gelangen und dadurch in ihrer Funktion eingeschränkt sind. Da der Fötus in seiner rasanten Entwicklung auf viele essenzielle Nährstoffe angewiesen ist, kommt dem Ernährungsverhalten der Mutter eine bedeutende Rolle zu. Unter Punkt 4 dieser Arbeit werden Auswirkungen der ungünstigen Ernährung während der Schwangerschaft ausführlicher behandelt. Zuvor soll jedoch auf den Gesundheitszustand beziehungsweise auf das allgemeine Gesundheitsverhalten von schwangeren Frauen in niedrigen sozialen Schichten eingegangen werden, schließlich beeinflussen diese maßgeblich die Gesundheit des Kindes. Zu den bedeutendsten Risikofaktoren während der Schwangerschaft gehören Unter- und Fehlernährung, Unter- und Übergewicht, der Konsum von Tabak-, Alkohol- und anderen Drogen sowie mangelnde Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen (vgl. Dragano, 2007 S.19).

In der von 2003 bis 2006 vom Robert Koch Institut durchgeführten KIGGS Studie gaben 31,1 % der Mütter aus der unteren sozialen Schicht an, während der Schwangerschaft geraucht zu haben. In der höheren Sozialschicht waren es hingegen 7,8 %, die das Rauchen in der Schwangerschaft bestätigten (vgl. Bergmann et. al., 2007, S. 671). In einer Studie zur Auswertung von deutschen Perinataldaten aus den Jahren 2005 und 2006 hat sich ebenfalls herausgestellt, dass das gesundheitsrelevante Verhalten von Schwangeren gravierende soziale Unterschiede aufweist. Auch hier konnte belegt werden, dass statusniedrigere schwangere Frauen eine wesentlich höhere Raucherquote aufweisen und zudem seltener die Teilnahme von pränatalen Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen nutzen (vgl. Schneider et. al., 2010).

Bayrische Perinataldaten, die bereits 2004 in einer Studie untersucht wurden, dokumentieren ein ähnliches Ergebnis. Die Auswertung hat gezeigt, dass die soziale Lage der Mutter ebenfalls einen erheblichen Einfluss auf die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen und dem Rauchverhalten haben kann (vgl. Koller, Lack, Mielck, 2009, S.16). In einer von der Kaufmännischen Krankenkasse (KKH) durchgeführten Befragung im Jahr 2006 hat sich das Ergebnis nochmals bestätigt, denn auch hier wurde ein Zusammenhang zwischen der Inanspruchnahme von Leistungen zur Schwangerschaftsvorsorge und dem sozioökonomischen Status schwangerer Frauen belegt. Während 86% der schwangeren Frauen mit einem Hochschulabschluss die Gelegenheit eines kostenlosen Geburtsvorbereitungskurses nutzen, nahmen gerade einmal 40% der Schwangeren mit einem Hauptschulabschluss dieses Angebot wahr. Dementsprechend ließ sich eine signifikante Assoziation zwischen dem Bildungsabschluss und der Teilnahme an einem Geburtsvorbereitungskurs ermitteln. Ebenfalls wurde eine signifikante Verdingung zwischen Teilnahme und Haushaltseinkommen nachgewiesen. Ein ähnliches Bild bot sich auch bezüglich der Inanspruchnahme von Hebammenleistungen. Erwähnenswert ist zudem, dass Frauen mit niedrigem sozioökonomischen Status besonders häufig angaben, dass keine Geburtsvorbereitungskurse angeboten wurden und dass Hebammenbetreuung einfach zu kostspielig sei. Da es sich hierbei jedoch um Krankenkassenleistungen handelt, für die keine Zusatzzahlung von Nöten ist, handelt es sich um eine Fehleinschätzung, die ein hohes Informationsdefizit dieser Versicherungsgruppe vermuten lässt (vgl. Siegmund-Schultze, Kielblock, Bansen, 2008, S. 212).

Insgesamt ist die Säuglingssterblichkeit in Deutschland seit den 1990er Jahren kontinuierlich gesunken, sie unterliegt jedoch immer noch einem sozialen Gradienten, denn die Säuglingssterblichkeit lässt sich wesentlich häufiger in der unteren sozialen Schicht nachweisen (vgl. RKI, 2006, S.73). Als Grund hierfür gelten sowohl die mangelnde Teilnahme an Voruntersuchungen, als auch das erhöhte Risikoverhalten gegenüber gesundheitlich schädlichen Einflüssen (vgl. Lagness, 2007, S.26). Auch Adipositas birgt ein erhöhtes Risiko negativer Auswirkungen auf den Schwangerschaftsverlauf, den Geburtsvorgang, sowie auf die Zeit des Wochenbetts. Bei adipösen Frauen treten deutlich häufiger Erkrankungen und Komplikationen auf, die sich nicht nur auf die Gesundheit der Mutter sondern auch auf die des Fötus und des Neugeborenen auswirken können (vgl. Hänseroth et al., 2007, S.33). Die Verbreitung von Übergewichtigkeit und Adipositas ist sowohl medizinisch, als auch gesellschaftlich zu einem großen Problem geworden. Sie gehen mit einer Vielzahl von Begleit- und Folgekrankheiten einher und verursachen zudem enorme volkswirtschaftliche Kosten. Im

Jahr 2010 waren in Deutschland ca. 44% der Frauen und 60% der Männer übergewichtig oder adipös. Wie bereits erwähnt sind Personen der unteren sozialen Schicht wesentlich häufiger betroffen (vgl. RKI, 2010, S.116) So zeigte auch eine Auswertung von 12 000 Datensätzen aus den Jahren 2000–2010 des BabyCare-Programmes eine signifikante Assoziation zwischen den Faktoren geringer Schulbildung, sowie eine geringe berufliche Stellung und dem Übergewicht bei schwangeren Frauen (vgl. Dudenhausen, Kirschner, Grunebaum, 2011, S.167). Bekanntlich gibt es viele Faktoren, die zu Übergewicht und Adipositas führen können, ungünstiges Ernährungsverhalten und eine mangelnde körperliche Aktivität stehen dabei meist im Fokus der Diskussion. Da es sich dabei um Verhaltensweisen handelt, die nachweislich häufiger in unteren sozialen Schichten anzutreffen sind, lassen sie sich nach MIELCKS Model auf die ungleiche Verteilung von Ressourcen und die daraus resultierenden nachteiligen Lebensumstände zurückzuführen.

3. Ernährungsverhalten

Wie im vorherigen Abschnitt erläutert gibt es einige Studien, die sich mit dem Gesundheitsverhalten von schwangeren Frauen unterer sozialer Schichten auseinandersetzen. Während gesundheitliche Risikofaktoren, wie die mangelnde Bereitschaft zu Früherkennungsuntersuchungen und Tabakkonsum gut erforscht zu sein scheinen, liegen bedauerlicherweise noch keine repräsentativen Studien zu dem genauen Ernährungsverhalten dieser Gruppe vor. Es ist allerdings bekannt, dass ein schichtspezifisches Ernährungsverhalten existiert. Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status ernähren sich oftmals ungünstiger, ob der Faktor Schwangerschaft etwas an diesem Verhalten ändert, ist bei Frauen der unteren sozialen Schicht kaum erforscht. Dabei stellt ein ungünstiges Ernährungsverhalten bekanntlich einen erheblichen Risikofaktor für die Gesundheit von Mutter und Kind, sowie für den allgemeinen Schwangerschaftsverlauf dar. Da Schwangere aus unteren sozialen Schichten allgemein häufiger zu einem erhöhten Risikoverhalten neigen, lässt sich vermuten, dass auch das Ernährungsverhalten gewissen Mängeln unterliegt. Die hohe Adipositasrate unter schwangeren Frauen mit niedrigen sozialen Status unterstützt diesen Gedanken, schließlich lässt sich diese häufig auf geringe körperliche Aktivität und ein ungünstiges Ernährungsverhalten zurückführen. Im Folgenden soll also das schichtspezifische Ernährungsverhalten von Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status begutachtet werden, da es sich vermutlich auf Schwangere mit demselben sozialen Status übertragen lässt.

3.1. Soziale Ungleichheit im Ernährungsverhalten

In mehreren Studien wurde bereits veranschaulicht, dass vor allem Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status eine besondere Risikogruppen für ein ungünstiges Ernährungsverhalten darstellen (vgl. Muff, Weyers, 2010, S.85). Ergebnisse der von dem Max Rubner-Institut durchgeführten Nationale Verzehrstudie II (NVS II) zeigen, dass Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status, im Vergleich zu Personen mit einem höheren sozioökonomischen Status weniger Lebensmittel mit einer günstigen Nährstoffzusammensetzung konsumieren. Hierunter fallen Gemüse und Obst, sowie Fisch/Fischerzeugnisse. Im Gegensatz dazu werden mehr fett- und zuckerreiche Lebensmittel, wie Fleisch/Fleischerzeugnisse, Streichfette und Süßwaren konsumiert. Besonders auffällig ist der Verzehr von zuckerreichen Limonaden. Denn der Limonadenkonsum in der niedrigeren Statusgruppe erweist sich als 3-4-mal höher als bei Personen in der höheren Statusgruppe. Erhoben wurden die Daten durch zwei Befragungswellen. Die erste begann im November 2005 während die zweite ein Jahr später im November 2006 folgte. Im Rahmen dieser Ernährungsstudie wurden insgesamt 20.000 deutschsprachige Personen im Alter zwischen 14 und 80 Jahren befragt (vgl. MRI, 2008). Erhebungen des Ernährungsverhaltens in der Heiz Nixdorf Recall Studie lassen ebenfalls einen Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Status und der Lebensmittelauswahl erkennen. Ursprünglich wurde diese Studie von der Heinz Nixdorf Stiftung ins Leben gerufen, um Untersuchungsverfahren zur Früherkennung von koronaren Herzkrankheiten zu optimieren. Die zahlreichen Befunde bezüglich des Ernährungsverhaltens weisen ebenfalls darauf hin, dass die Qualität der Ernährung einem sozialen Gradienten unterliegt. Vor allem der Stand der Bildung spielt eine elementare Rolle, denn es hat sich herausgestellt, dass der Obst- und Gemüsekonsum von höheren zum niedrigeren Bildungsgrad stufenweise abnimmt. Des Weiteren konnte auch ein sozialer Abwärtstrend bei dem Konsum von Fetten und Ölen beobachtet werden. Auch diese Daten wurden mittels zweier Befragungswellen erhoben. Die erste Erhebungswelle erstreckte sich über den Zeitraum von 2001 bis 2003, die zweite von 2006 bis 2008. Insgesamt wurden 4814 in Ruhrgebiet lebende Personen im Alter zwischen 45 und 74 Jahren befragt (vgl. Muff, 2009, S.306).

Die von dem Robert-Koch-Institut (RKI) durchgeführte Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2010“ (GEDA) verzeichnet in Hinblick auf den Obst und Gemüsekonsum ein ähnliches Ergebnis. In dieser Studie wurden vom September 2009 bis Juli 2010 insgesamt 22.050 Menschen aus der deutschsprachigen Bevölkerung ab 18 Jahren zu ihrem Gesundheitsverhalten befragt. Dabei konnte die GEDA-Studie 2010 einen Obst und

Gemüse Verzehr ermitteln, der proportional zum Bildungsgrad ansteigt (vgl. RKI, 2010, S.126). In der ebenfalls vom RKI durchgeführten KIGGS-Studie, die explizit die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland erforscht, wurde herausgefunden, dass auch Kinder und Jugendliche aus Familien mit einem niedrigen sozialen Status bereits ein tendenziell ungünstigeres Ernährungsverhalten aufweisen. Kinder und Jugendliche aus dieser Gruppe erreichen signifikant seltener die Empfehlungen für den täglichen Obst-, Gemüse- und Milchverzehr, als Kinder aus einer Familie mit höheren sozialen Status. Auch bei der Befragung zum Süßigkeitenverzehr zeigt sich deutlich, dass Kinder in der unteren sozialen Statusgruppe wesentlich häufiger Süßigkeiten konsumieren. Auch Limonaden und andere zuckerhaltige Getränke werden von Kindern aus Familien mit niedrigem Sozialstatus in höheren Mengen konsumiert. Insgesamt haben an der KIGGS-Studie 17.641 Kinder und Jugendliche teilgenommen (vgl. RKI, 2008, S. 128).

3.2. Ursachen sozialer Ungleichheit im Ernährungsverhalten

Um zu erläutern, warum Personen mit einem niedrigeren sozialen Status sich schlechter ernähren als Personen mit einem höheren sozialen Status, gibt es verschiedene Ursachen, die sich auf soziale Ungleichheit zurückführen lassen. Hierbei sollen sozioökonomische und strukturelle, psychosoziale sowie soziokulturelle Faktoren genauer betrachtet werden. Die folgende Abbildung von MUFF bietet eine Übersicht der besagten Faktoren.

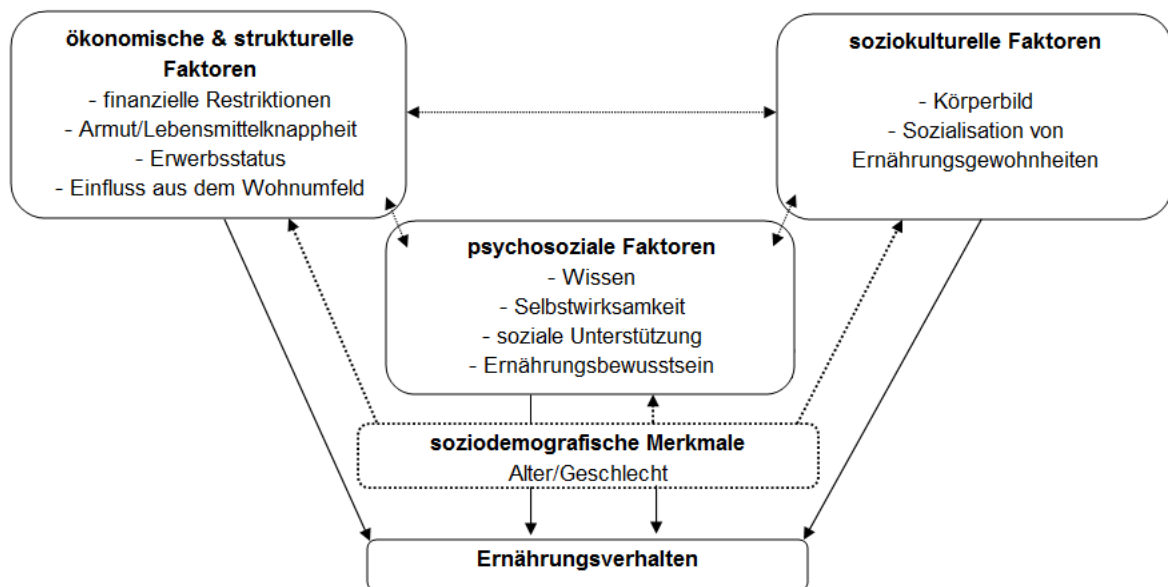


Abb. 2 Prädikatoren des Ernährungsverhaltens (Muff, 2009, S.125)

Als eine der Ursachen für die ungünstige Ernährung wird das Fehlen von finanziellen Ressourcen gesehen. Der Preis ist ein wichtiges Kaufkriterium und spielt demnach eine wesentliche Rolle für die Lebensmittelauswahl. Oftmals sind Lebensmittel mit hoher Energiedichte preiswerter (z.B. Süßigkeiten, Pommes, Pizza) und werden aufgrund dessen häufiger gekauft als Lebensmittel mit einer geringen Energiedichte (z.B. Obst, Gemüse). Die preisliche Differenz sorgt dafür, dass Personen, denen ein geringes Einkommen zur Verfügung steht, vermehrt zu günstigeren Lebensmitteln greifen und damit zugleich zu den ungesünderen. Die Qualität der Ernährung nimmt nachweislich mit sinkenden Ausgaben für Lebensmittel ab. Des Weiteren wurde beobachtet, dass Personen aus niedrigen sozialen Schichten in finanziell besseren Zeiten zur Vorbeugung von Hunger dazu neigen, vor allem energiedichte Lebensmittel zu konsumieren. Dieses Verhalten, das durch armutbedingte Lebensmittelknappheit verursacht wird, begünstigt ebenfalls eine Fehlernährung. Auch der Erwerbsstatus kann Einfluss auf das Ernährungsverhalten haben. So wird vermutet, dass der Konsum von energiedichten Lebensmitteln bei Langzeitarbeitslosigkeit und niedriger beruflicher Ausbildung als Strategie zur Stressbewältigung eingesetzt wird und somit zur stressbedingter Fehlerernährung führen kann. Relevant für das Ernährungsverhalten ist auch das Wohnumfeld, denn in Stadtteilen in denen überwiegend Personen mit niedrigem sozialen Status leben, sind größere Lebensmittelgeschäfte zum Teil schlecht erreichbar. Die Möglichkeit mit einem eigenen Auto mobil zu sein, ist vielen Anwohnern nicht gegeben. Bei abnehmender Erreichbarkeit von Supermärkten sinkt nachweislich der Konsum von Obst und Gemüse. Auch die unmittelbaren Wohnverhältnisse spielen eine wichtige Rolle, denn vielen Haushalte sind schlechter ausgestattet (z.B. weniger Küchengeräte, weniger Platz für Lagerung, keine oder nur kleine Tiefkühltruhe).

Wie bereits erwähnt, steigt die Ernährungsqualität mit zunehmenden Grad der Bildung. Die Qualität steigt aber auch mit dem konkreten Wissen um gesundheitsgefährdende Eigenschaften bestimmter Lebensmittel. Dieses Studienergebnis ist für die Betrachtung vom schichtspezifischen Ernährungsverhalten besonders relevant, da das Wissen um gesunde beziehungsweise ungesunde Ernährung in niedrigeren sozialen Statusgruppen in der Regel geringer ist als bei höheren sozialen Statusgruppen. Bei Personen mit einem niedrigeren sozialen Status hat die Ernährung meist eine geringe Bedeutung. Dabei zeigt eine Studie, dass das Ernährungsbewusstsein sich positiv auf das Ernährungsverhalten auswirken kann. Die ungünstige Einstellung gegenüber der Ernährung geht jedoch mit abnehmendem sozialem Status einher. Ein wesentlicher Einflussfaktor des Ernährungsverhaltens ist auch die soziale Unterstützung über die Personen verfügen. Sozial isolierte Personen oder Personen mit fehlender emotionaler Unterstützung neigen

eher zu einer ungünstigen Ernährung im Vergleich zu Personen, die über ein großes soziales Netzwerk und ausreichend emotionale Unterstützung verfügen.

Personen mit einem höheren sozialen Status stellen im Vergleich zu Personen mit einem niedrigen sozialen Status höhere Anforderungen an das Erreichen des Schlankheitsideals. Sie unternehmen mehr Bemühungen zur Gewichtskontrolle und sind häufiger unzufrieden mit ihrem Körpergewicht. Dadurch lässt sich vermuten dass die Erreichung eines gewünschten Körperbildes sich ebenfalls im Ernährungsverhalten äußert. Die Wissenschaft geht davon aus, dass das Ernährungsverhalten, wie viele andere Verhaltensweisen bereits in der frühen Kindheit erlernt wird. Sowohl die elterliche Einstellung zur Ernährung, als auch zur allgemeinen Gesundheit können durch soziales Lernen an das Kind weitergegeben werden. Weisen die Eltern ein ungünstiges Ernährungsverhalten auf, ist die Wahrscheinlichkeit, dass das Kind dieses übernimmt dementsprechend hoch. Bei der Sozialisierung von Ernährungsgewohnheiten üben auch Traditionen einen bedeutenden Einfluss aus. Vor allem für Arbeiterfamilien oder Migranten und Migrantinnen haben Ernährungsgewohnheiten oftmals einen hohen symbolischen Stellenwert, wenn diese an Traditionen gebunden sind (z.B. Festessen an Feiertagen) (vgl. Weyers, Muff, 2010, S. 84-89). Selbst wenn ihnen weniger Geld zur Verfügung steht, versuchen sie ihre Traditionen beizubehalten. Einschränkungen werden eher beim Preis, bei der Qualität oder beim Verarbeitungsgrad der Lebensmittel geduldet (vgl. Schuch, 2008, S.52). Wird an traditionellen Ernährungsgewohnheiten festgehalten, obwohl sie möglicherweise negative Auswirkungen auf die Gesundheit haben, kann das problematische Folgen haben (vgl. Wurzbacher, 2012, S.29).

4. Einfluss der Ernährung auf die Gesundheit von Schwangeren und Kind

Eine gesunde Lebensweise während der Schwangerschaft und Stillzeit ist die optimale Voraussetzung, um für die Gesundheit und das Wohlergehen von Mutter und Kind zu sorgen. Durch das rasante Wachstum und die Entwicklung des Kindes entsteht ein besonderer Nährstoffbedarf. Eine ungünstige Nährstoffbereitstellung während der Schwangerschaft kann nicht nur die Entwicklung des Fötus im Mutterleib beeinflussen, sondern darüber hinaus auch Auswirkungen auf die spätere Gesundheit im Erwachsenenalter haben. (vgl. Koletzko et al., 2012, S. 1366). Während der Prä- und Perinatalperiode adaptiert sich der Fötus an unphysiologische Umwelteinflüsse, die unter anderem durch Mangel- oder Überversorgung hervorgerufen werden können. Den Adaptionsprozess bezeichnet man als Fetale-Programmierung. Kommt es durch negative Faktoren zur einer Fehlprogrammierung, die künftige Funktionsweisen von Organen und

Organsystemen dauerhaft festlegt, ist das die Basis aus der sich chronische Krankheiten wie Adipositas, Diabetes mellitus, kardiovaskuläre und mentale Erkrankungen bis ins hohe Erwachsenenalter entwickeln können. Bereits das präpartale Gewicht der werdenden Mutter, hat einen wesentlichen Einfluss auf die Gesundheit des Nachwuchses. Bei untergewichtigen Frauen besteht sowohl ein erhöhtes Risiko für ein zu niedriges Geburtsgewicht des Kindes, als auch für eine Frühgeburt (vgl. Schleußner, 2011, S.618). Existiert ein Mangel der täglichen Energiezufuhr, kann es durch die Unterversorgung zu einer unzureichenden Ausdehnung des Blutplasmas führen. Dadurch kommt es zur verminderten Durchblutung von Uterus und Plazenta. Die Folge ist ein verringertes Plazentawachstum. Nährstoffe und Sauerstoff gelangen unter diesen Umständen nur noch unzureichend zum Fötus, wodurch das Wachstum und die Entwicklung eingeschränkt sind (vgl. DGE Beratungsstandard, 2009 S.2/17). Weisen Kinder durch Mangelernährung ein geringes Geburtsgewicht und Geburtsgröße auf, so ist die Wahrscheinlichkeit größer, dass sie später vermehrt an koronaren Herzkrankheiten, Hypertonie, Übergewicht und Diabetes Typ 2 leiden. Auch eine täglich zu hohe Energiezufuhr kann negative Auswirkungen auf die Gesundheit des Kindes haben. Werdende Mütter, die bereits übergewichtig sind oder während der Schwangerschaft durch übermäßige Fetteinlagerung stark zunehmen, gebären häufiger Kinder mit einem erhöhten Geburtsgewicht. Dieses erhöhte Geburtsgewicht ist ein Risikofaktor für das Kind, später selbst an Übergewicht und deren Folgeerkrankungen zu leiden. Sowohl die übermäßige Gewichtszunahme, als auch präpartales Übergewicht werdender Mütter erhöhen außerdem das Risiko für Gestationsdiabetes, Hypertonie, Frühgeburten und Geburtskomplikationen. Das präpartale Gewicht und der Ernährungszustand der Frauen sind somit von entscheidender Bedeutung, denn sie prägen maßgeblich die Entwicklung des Kindes, sowie seine spätere Gesundheit. Um einen Beitrag zur Prävention von vermeidbaren Erkrankungen zu leisten, sollte sich das Ernährungsverhalten der werdenden Mütter an die Schwangerschaft anpassen (vgl. Körner, Rösch, 2008, S. 20). Auch über die Schwangerschaft hinaus sind die Phasen des Stillens und der Beikosteneinführung von gesundheitlicher Bedeutung. Das Stillen bietet viele Vorteile, so stärkt es nicht nur die Beziehung zwischen Mutter und Kind, sondern fördert auch die Gesundheit. Die Muttermilch ist eine optimale Nahrung in den ersten Lebensmonaten des Säuglings, denn sie bietet zahlreiche Schutzstoffe, die ihm helfen das eigene Abwehrsystem aufzubauen. Das Risiko für gestillte Kinder an verschiedenen Infektionskrankheiten und Allergien zu leiden, wird durch immunglobuline und immunkompetente Zellen der Muttermilch reduziert. Darüber hinaus lässt sich beobachten, dass gestillte Säuglinge im späteren Leben seltener von Diabetes mellitus, Morbus Crohn, atopischen Krankheiten und Adipositas betroffen sind. Die Muttermilch

passt sich dem Bedarf des Säuglings so gut an, dass sie ihm alles bietet, was er in den ersten 6. Lebensmonaten braucht (vgl. Körner, Rösch, 2008, S. 128). Spätestens nach dem 6. Lebensmonat sollte jedoch der Versuch unternommen werden, die Muttermilchernährung mit Beikost zu ergänzen, denn parallel zum Wachstum und zur Entwicklung des Säuglings steigt auch sein täglicher Energie- und Nährstoffbedarf. Eine ausschließliche Muttermilchernährung ist ernährungsphysiologisch nicht mehr ausreichend. So würde eine alleinige Zufuhr von Muttermilch den Eisenbedarf des Säuglings nach dem 6. Lebensmonat nicht decken können. Demnach sollte spätestens zu Beginn des 7. Lebensmonats die Beikost schrittweise eingeführt werden. Der genaue Zeitpunkt der Einführung ist oft individuell und von der Sättigung, Gewichtsentwicklung und der Essfähigkeit des Säuglings abhängig. Mit der Einführung sollte jedoch keinesfalls vor Beginn des 5. Lebensmonats begonnen werden, da zu dieser Zeit die Verdauungsorgane noch nicht voll funktionsfähig ausgebildet sind. Beginnt die Einführung zu früh, kann das sogar negative Auswirkungen auf den Säugling haben. So können Stoffe, die der Säugling nicht verarbeiten kann beispielsweise allergische Reaktionen hervorrufen (vgl. DGE Beratungsstandard, 2009 S.18/33)

4.1. Schwangerschaft

Als wichtiger Faktor beeinflusst das präpartale Ausgangsgewicht die wünschenswerte Gewichtszunahme während der Schwangerschaft. Orientierungswerte können mit Hilfe des präpartalen Body-Mass-Index ($BMI = \text{Körpergewicht (kg)}/\text{Körpergröße}^2 \text{ (m}^2\text{)}$) abgeleitet werden. In Tabelle 1 wird die Gewichtszunahme unter Berücksichtigung des präpartalen BMI genauer veranschaulicht.

Prägravider BMI [kg/m ²]	Klassifikation	Gesamtgewichtszunahme [kg]
<19,8	Untergewicht	12,5–18,0
19,8–26,0	Normalgewicht	11,5–16,0
26–29,0	Übergewicht	7–11,5
>29,0	Starkes Übergewicht/ Adipositas	≤7

Tabelle 1 Orientierungswerte der Gewichtszunahme in der Schwangerschaft (Körner, Rösch, 2008, S. 20)

Die wünschenswerte Gewichtszunahme während der Schwangerschaft liegt bei einer normalgewichtigen Frau in einem Bereich von 11,5 -16,5 Kilogramm. Bei zuvor bestehendem Unter- oder Übergewicht wird eine höhere beziehungsweise niedrigere Gewichtszunahme empfohlen. Von einer Reduktionskost und Gewichtsabnahme während

der Schwangerschaft wird zum Wohl des Kindes abgeraten. Sowohl übergewichtige, als auch untergewichtige Frauen, sollten jedoch vor Beginn der Schwangerschaft Normalgewicht anstreben, um für optimale Voraussetzungen der kindlichen Entwicklung zu sorgen. Eine deutliche Gewichtszunahme tritt in der Regel ab dem zweiten Schwangerschaftstrimenon ein. Sie setzt sich zusammen aus dem Gewicht des Fötus, der Plazenta, dem Fruchtwasser, den zusätzlichen Gewebe von Brust und Uterus, der gestiegenen Blutmenge, der extrazellulären Flüssigkeit und der Fettdepots. Wie sich die Gewichtszunahme von 12,5Kg bei einer zuvor normalgewichtigen Frau auf die maternale und fetale Kompartimente verteilen kann, verdeutlicht Tabelle 2 (Körner, Rösch, 2008, S. 20).

Maternale und fetale Kompartimente	Gewicht [g]
Uterus	907
Brust	405
Blut	1250
Wasser	1680
Fett	3345
Fetus	3400
Plazenta	650
Fruchtwasser	800
Gesamt	12500

Tabelle 2 Verteilung der Gewichtszunahme von 12,5 kg in der Schwangerschaft (Körner, Rösch, 2008, S. 20)

Durch die vielfältigen Veränderungen des weiblichen Organismus, sowie durch das Heranwachsen des Kindes besteht in der Schwangerschaft ein erhöhter Energiebedarf. Hierbei ist es keine Seltenheit, dass Schwangere ihren Energiebedarf während dieser Zeit überschätzen. Wie bereits erwähnt, kann eine überkalorische Ernährung jedoch ungünstige Auswirkungen auf den Schwangerschaftsverlauf und auf die Gesundheit von Mutter und Kind haben. Während der gesamten Schwangerschaft werden insgesamt 71.700kcal/ 300.000kj zusätzlich benötigt. Diese sollten im Verlauf der Schwangerschaft gleichmäßig aufgenommen werden. Bei der gleichmäßigen Verteilung würde sich für die Schwangere ein täglicher Mehrbedarf von 255kcal/1100kj ergeben. Das entspricht beispielsweise einer kleinen Zwischenmahlzeit in Form eines mit Käse belegten Vollkornbrots. Bei erhöhter körperlicher Aktivität durch harter Arbeit oder Sport würde ein Mehrbedarf an Energie bestehen. Diese Tatsache ist einer der Gründe, weshalb Referenzwerte bezüglich der Energieaufnahme verschiedener Organisationen voneinander abweichen können. Im Vergleich zum Energiebedarf steigt der Bedarf an

bestimmten Vitaminen und Mineralstoffen wesentlich stärker. Daher ist es besonders wichtig, dass Schwangere gezielt Lebensmittel konsumieren, die sich durch wenig Energie, aber einer hohen Nährstoffdichte auszeichnen. Als besonders geeignet erweisen sich dazu pflanzliche Lebensmittel wie Gemüse, Obst und Vollkornprodukte. Wie gravierend sich der Bedarf bestimmter Nährstoffe von Schwangeren und nicht Schwangeren unterscheidet, veranschaulicht Tabelle 3. In der Tabelle sind die empfohlenen Nährstoffreferenzwerte für schwangere und nicht schwangere Frauen festgehalten, sowie eine prozentuale Angabe des empfohlenen Mehrbedarfs in der Schwangerschaft. Der nennenswerte Mehrbedarf der meisten Nährstoffe besteht in der Regel ab dem 4. Schwangerschaftsmonat. Als Ausnahme gelten die Nährstoffe Folat, Jod und Eisen, denn ihre erhöhte Zufuhrmenge sollte bereits vor beziehungsweise ab Beginn der Schwangerschaft umgesetzt werden. Während der Mehrbedarf der meisten Nährstoffe durch eine geeignete Lebensmittelauswahl gedeckt werden kann, wird bei dem Vitamin Folat und dem Mineralstoff Jod häufig die Einnahme von Supplementen empfohlen. Dieses sollte aber nur unter Absprache mit einem behandelnden Arzt oder einer Ärztin erfolgen (vgl. DGE Beratungsstandard, 2009 S.2/17).

Nährstoffe	Erwachsene	Schwangere	Mehrbedarf (%)
Protein [g/Tag]	47	58	23,40
Calcium [mg/Tag]	1000	1000	0,00
Eisen [mg/Tag]	15	30	100,00
Folat [μg -Äquivalent/Tag]	400	600	50,00
Jod [μg /Tag]	200	230	15,00
Magnesium [mg/Tag]	300	310	3,33
Pantothensäure (Vitamin B5) [mg/Tag]	6	6	0,00
Phosphor [mg/Tag]	700	800	14,29
Thiamin (Vitamin B1) [mg/Tag]	1,0	1,2	20,00
Vitamin A [mg/Tag]	0,8	1,1	37,50
Vitamin B2 (Riboflavin) [mg/Tag]	1,2	1,5	25,00
Vitamin B6 (Pyridoxin) [mg/Tag]	1,2	1,9	58,33
Vitamin C [mg/Tag]	100	110	10,00
Vitamin D [μg /Tag]	20	20	0,00
Vitamin E [mg/Tag]	12	13	8,33
Zink [mg/Tag]	7	10	42,86

Tabelle 3 D-A-CH-Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr von schwangeren Frauen für die Altersgruppe 25-51 Jahren (DGE, o.J.)

Bei der Zufuhrmenge von Kohlenhydraten wird im Verlauf der Schwangerschaft keine Änderung empfohlen. Es sollten also weiterhin >50% der Nahrungsenergie in Form von

Kohlenhydraten aufgenommen werden. Dieser Wert entspricht dem Richtwert der Allgemeinbevölkerung. Ein besonderes Augenmerk gilt allerdings der genauen Zusammensetzung. Bei der Kohlenhydratzufuhr sollten langkettige Kohlenhydrate bevorzugt werden, denn sie lassen den Blutzuckerspiegel langsam und kontinuierlich ansteigen und verhindern so starke Blutzuckerschwankungen. Als besonders geeignete Lebensmittel erweisen sich Vollkornprodukte, die zusätzlich einen hohen Ballaststoffgehalt aufweisen. Denn die Ballaststoffe wirken gleichzeitig der in der Schwangerschaft häufig auftretenden Obstipation entgegen. Die Ballaststoffzufuhr während der Schwangerschaft entspricht ebenfalls dem Richtwert der Allgemeinbevölkerung und sollte täglich mindestens 30g betragen.

Ab den 4. Schwangerschaftsmonat steigt die empfohlene Fettzufuhr mit einem Wert von 30% auf bis zu 35% nur gering an. Auch hier gilt es, der Zusammensetzung beziehungsweise der Auswahl von Fettsäuren größere Aufmerksamkeit zu schenken. Es sollte unbedingt eine ausreichende Versorgung mit einfach und mehrfach ungesättigten Fettsäuren angestrebt werden. Für die gesunde Entwicklung des Fötus spielen vor allen Omega-3-Fettsäuren und andere langkettige, mehrfach ungesättigte Fettsäuren (LCP) eine entscheidende Rolle. Sie sind bedeutend für die kindliche Entwicklung des Gehirns, des Nervensystems und des Sehvermögens. Als ein essenzieller Baustein aller Zellmembranen und fettreicher Gewebe, ist der Fötus vor allem auf die Versorgung mit der Docosahexaensäure (DHA) angewiesen. Besonders im letzten Drittel der Schwangerschaft ist der Bedarf von Omega-3-Fettsäuren, darunter auch DHA, sehr hoch, denn in diesem Zeitraum nimmt das Gehirn des Fötus von ca. 75g auf 400g zu. Schwangere sollten demnach täglich mindestens 200mg Omega-3-Fettsäuren aufnehmen. Möglich ist es diesen Bedarf durch 1-2 Seefischmahlzeiten wöchentlich zu decken. Als besonders empfehlenswert gelten fettreiche Fische, wie Hering, Makrele, Kabeljau oder Lachs. Auf den Verzehr von Thunfisch, Rotbarsch und anderen Raubfischen, die am Ende der maritimen Nahrungskette stehen, sollte auf Grund ihres Schadstoffgehalts verzichtet werden. Schadstoffe wie Quecksilber weisen Substanzen auf, die in plazentagängiger Form direkt in den kindlichen Organismus gelangen und dadurch Entwicklungsstörungen beim Fötus verursachen können (vgl. Körner, Rösch, 2008, S. 22).

In der Schwangerschaft sind Proteine von besonderer Bedeutung, weil sie maßgeblich am Aufbau von mütterlichen und kindlichen Körpergewebe beteiligt sind. So sorgen Proteine im mütterlichen Organismus unter anderem für das Wachstum der Plazenta. Bei dem Fötus sind sie wesentlich am Wachstum und an der Entwicklung Organanlagen beteiligt.

Ab dem 4. Schwangerschaftsmonat entsteht ein Mehrbedarf an Protein, wodurch der Schwangeren empfohlen wird, die Proteinzufuhr täglich um 10g zu erhöhen. Obwohl tierisches Protein durch die Zusammensetzung seiner Aminosäuren besonders wertvoll ist, sollte sparsam damit umgegangen werden. Fleisch, Wurst und Eier weisen meist ungünstige Begleitstoffe wie Purine, Cholesterin und gesättigte Fettsäuren auf. Um eine möglichst hohe biologische Wertigkeit des Proteins zu erzielen, sollten tierische und pflanzliche Proteine miteinander kombiniert werden (vgl. Körner, Rösch, 2008, S. 42).

Weil der Bedarf vieler Nährstoffe in der Schwangerschaft erhöht ist, sollte sie idealerweise mit gefüllten Nährstoffspeichern beginnen. Häufig sind Frauen jedoch schon vor Beginn der Schwangerschaft mit den so genannten „kritischen Nährstoffen“ unterversorgt. Im deutschen Bevölkerungsdurchschnitt liegt die alimentäre Zufuhr von Folat, Jod, Eisen, Magnesium und Calcium bei Frauen im gebärfähigen Alter weit unter den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung. Durch die mangelnde Versorgung vor der Schwangerschaft lässt sich ableiten, dass auch in der Schwangerschaft die Versorgung unzureichend ist. Da aber auch diese Nährstoffe zur gesunden Entwicklung des Fötus beitragen, bedürfen sie besonderer Aufmerksamkeit um Versorgungsdefizite zu vermeiden.

Folat ist unter anderem wichtig für die Zellteilung, Zelldifferenzierung und den Zellwachstum. In der Frühschwangerschaft kann eine ausreichende Folatversorgung nachweislich das Risiko für Neuralrohrdefekten verringern. Hierbei handelt es sich um schwere Fehlbildungen des Rückenmarks und des zentralen Nervensystems. Da die Ausbildung des Neuralrohrs sich auf die frühe Embryonalphase beschränkt, ist es für einen präventiven Effekt von Neuralrohrdefekten empfehlenswert, bereits vor der Konzeption mit einer Folsäuresupplementierung zu beginnen. Demnach wird Frauen, die eine Schwangerschaft anstreben oder nicht ausschließen können, empfohlen täglich ein Supplement mit 400µg Folsäure einzunehmen. Neben Studien, die den positiven Effekt von Folsäurepräparaten auf Neuralrohrdefekten belegen gibt es weitere, die auf eine Risikominderung für angeborene Fehlbildungen des Herzens oder Lippen-Kiefer-Gaumenspalten hinweisen. Die Einnahme des Präparat von 400µg Folsäure sollte zusätzlich zu einer ausgewogenen Ernährung erfolgen und nicht als Ersatz dienen. In der Schwangerschaft steigt der empfohlene Referenzwert für die Folatzufuhr zusätzlich auf 600µg täglich. Die benötigten 600µg Nahrungsfolat lassen sich mit Hilfe von pflanzlichen Lebensmitteln, wie grünes Blattgemüse, Kohlsorten, Hülsenfrüchte, Vollkornprodukte, Tomaten oder Orangen decken (vgl. Koletzko et al., 2012, S. 1366).

Genau wie bei der Folatversorgung ist auch eine ausreichende Jodversorgung bereits vor der Schwangerschaft relevant. Ab der 12. Schwangerschaftswoche produziert die fetale Schilddrüse selbst ihre Hormone. Das dazu benötigte Jod muss von der Mutter zur Verfügung gestellt werden, um Fehlentwicklung des Fötus zu vermeiden. Die Schilddrüsenhormone wirken auf den Intermediärstoffwechsel und fördern das Wachstum und die Reifung von Gehirn und Knochen. Eine Jodunterversorgung kann vermindertes Wachstum, Fehl-, Todgeburten, sowie Störungen der Gehirnentwicklung zur Folge haben. Weitere Erscheinungen, die durch einen schwerwiegenden Jodmangel auftreten können, sind Neugeborenenstruma und Kretinismus. Schwangere sollten demnach darauf achten, die täglich empfohlene Menge von 230µg Jod zu sich zu nehmen. Sowohl Seefische, als auch mit Jodsalz hergestellte Produkte, wie Brot und andere Backwaren helfen, den Bedarf zu decken. Um eine ausreichende Jodversorgung zu erreichen, wird allerdings die tägliche Einnahme eines Jodpräparat in Höhe von 100 (-150)µg Jod empfohlen. So wie jede Supplementierung sollte sie nur unter Rücksprache eines behandelnden Arztes oder einer behandelnden Ärztin erfolgen.

Während der Schwangerschaft wird ein erhöhter Eisenbedarf für Fötus, Plazenta und für das vermehrte mütterliche Blutvolumen benötigt. Als Baustein des roten Blutfarbstoffs Hämoglobin dient Eisen überwiegend der Blutbildung und der Sauerstoffversorgung. Bei Eisenmangel kann es durch die unzureichende Sauerstoffversorgung von Uterus, Plazenta und Fötus zu Schwangerschaftskomplikationen, Früh- und Fehlgeburten kommen. Der Referenzwert für die Eisenzufuhr in der Schwangerschaft liegt bei 30 mg Eisen täglich. Daher sollten Schwangere auf eine ausreichende Zufuhr von Lebensmitteln achten, die gut resorbierbares Eisen liefern. Zu diesen Lebensmitteln zählen unter anderem Fleisch, Fleischwaren und Fisch. Zwar enthalten pflanzliche Lebensmittel wie Vollkornprodukte und dunkle Gemüsearten ebenfalls größere Mengen an Eisen, allerdings bieten sie eine wesentlich geringere Bioverfügbarkeit. Die Bioverfügbarkeit lässt sich jedoch steigern, wenn innerhalb einer Mahlzeit eisenreiche pflanzliche Lebensmittel und Vitamin-C-reichen Lebensmitteln wie beispielsweise Orangensaft zusammen eingenommen werden. Organische Säuren wie die Ascorbinsäure wandeln das im pflanzlichen Lebensmittel enthaltende dreiwertige Eisen in das für den Körper besser verfügbare zweiwertige Eisen um. Obwohl der erhöhte Bedarf an Eisen über die Nahrung schwer zu decken ist, wird eine generelle prophylaktische Eisensupplementierung nicht empfohlen. Die Supplementierung von Eisen sollte auf Grundlage einer medizinischen Beratung und einer implizierten Blutuntersuchung erfolgen, da eine Überdosierung auch negative Auswirkungen haben kann. Eine zu hohe Eisenzufuhr kann die Resorption von Zink beeinflussen, wodurch

Wachstumsverzögerungen des Fötus verursacht werden können. Des Weiteren können Eisenpräparate sowohl Obstipation, als auch Übelkeit der Mutter fördern (vgl. Koletzko et al., 2012, S. 1367)

Magnesium spielt eine entscheidende Rolle bei der Erregungsübertragbarkeit von Nerven auf Muskeln, sowie bei der Muskelkontraktion. Darüber hinaus ist es auch Bestandteil vieler Enzyme und beeinflusst daher auch verschiedene Stoffwechselfunktionen. Existiert ein Magnesiummangel führt das relativ schnell zu Stoffwechselstörungen. Die ersten Anzeichen äußern sich in Form von Muskelkrämpfen, die besonders häufig die Waden betreffen. Bleibt der Magnesiummangel in der Schwangerschaft unbehandelt, führt das zu einem Abfall der Magnesiumkonzentration in der Uterusmuskulatur. Dies hat zu Folge, dass unter anderem Schwangerschaftskomplikationen, wie vorzeitige Wehentätigkeit, fetale Mangelentwicklungen oder auch Frühgeburten auftreten können. Die Schwangere sollte also auf die empfohlene Magnesiumzufuhr von 310mg täglich achten (bzw. bei Schwangeren < 19 Jahren bei 350mg/Tag). Eine Supplementierung mit Magnesiumpräparaten kann zwar Symptomen, wie Wadenkrämpfe und Obstipation entgegenwirken, jedoch sollte sie in Absprache mit einem Arzt oder einer Ärztin erfolgen. Da Magnesium in vielen Lebensmitteln vorhanden ist, lässt sich der Magnesiumbedarf bei einer vollwertigen Ernährung leicht decken. Als gute Magnesiumlieferanten zeichnen sich Vollkornprodukte, Hülsenfrüchte, Fleisch, Fisch, sowie Gemüse, Milch und Milchprodukte aus.

Mengenmäßig ist Calcium der bedeutendste Mineralstoff im menschlichen Organismus. Er ist unter anderem an der Blutgerinnung, Weiterleitung von Nervensignalen im Muskel, sowie an der Aktivierung einiger Enzyme und Hormone beteiligt. Darüber hinaus ist er der wichtigste Baustein von Knochen und Zähnen. Daher benötigt der Fötus für einen optimalen Knochenaufbau größere Mengen an Calcium. Der empfohlene Calciumbedarf liegt bei 1000mg täglich (bzw. bei Schwangeren < 19 Jahren bei 1200mg/Tag). Gute Calciumquellen bieten calciumreiche Mineralwässer (150mg Calcium/Liter), Milch sowie Milchprodukte. Es gibt auch calciumreiche Gemüsesorten, allerdings lässt sich das Calcium aus pflanzlichen Lebensmitteln vom Körper schlechter resorbieren. Ähnlich wie bei Magnesium, ist auch eine Supplementierung von Calcium individuell abzuwägen, da der Calciumbedarf mit einer ausgewogenen Ernährung in der Regel unkompliziert zu decken ist (vgl. Körner, Rösch, 2008, S. 58).

Während der Schwangerschaft sollte die Flüssigkeitszufuhr über Getränke mindestens 1,5Liter täglich betragen. Bei häufigem Erbrechen, heißen Umgebungstemperaturen oder

stärkerer körperlicher Betätigung ist eine höhere Trinkmenge zuzuführen. Neben ungezuckerten Früchte- und Kräutertees ist auch calcium- und magnesiumhaltiges Mineralwasser empfehlenswert, da es zusätzlich zur verbesserten Mineralstoffversorgung beitragen kann. Auf zuckergesüßte Getränke wie Limonaden, Fruchtsaftgetränke und Malzbier sollte aufgrund ihres Energie- und Zuckergehalts verzichtet werden.

Koffeinhaltige Getränke sollten in der Schwangerschaft nur in moderaten Mengen konsumiert werden. Bei täglichen 2-3 Tassen Kaffee oder schwarzem Tee werden keine negativen Auswirkungen erwartet. Allerdings ist der Koffeinkonsum während der Schwangerschaft bisher nur unzureichend erforscht. Jedoch bestehen Anzeichen, die darauf hinweisen, dass ein Konsum hoher Dosen Koffein schädliche Auswirkung auf das Kind haben kann. Es wird vermutet, dass bei einem täglichen Konsum von mehr als 300mg Koffein (4-5 Tassen) ein niedriges Geburtsgewicht oder Fehlbildungen die Folge sein könnten. Im Sinne eines vorbeugenden Gesundheitsschutzes wird demnach von hohen Koffeinemengen während der Schwangerschaft abgeraten. Der Konsum von Energydrinks gilt grundsätzlich als ungeeignet, da sie nicht nur hohe Koffeinemengen pro Portion enthalten können, sondern meist auch einen hohen Energie- und Zuckergehalt vorweisen. Der Konsum von Alkohol während der Schwangerschaft hat nachweislich negative Auswirkungen. Diese können sich in Form von Fehlbildungen, Wachstumshemmung und Schädigung von Gewebe-/Nervenzellen sichtbar machen. Des Weiteren kann der Alkoholkonsum auch eine verzögerte geistige Entwicklung zu Folge haben, die sich auf das kindliche Verhalten (Hyperaktivität, Impulsivität, Ablenkbarkeit, riskantes Verhalten, Infantilität und soziale Reifungsstörung) auswirken kann. Eine für den Fötus unbedenkliche Alkoholmenge oder ein Zeitfenster in der Schwangerschaft, in dem Alkoholkonsum keine Risiken mit sich bringt, kann aufgrund der aktuellen Datenlage nicht definiert werden. Dementsprechend sollte zum Wohl des Kindes während der Schwangerschaft auf Alkoholkonsum verzichtet werden (vgl. DGE Beratungsstandard, 2009 S.12/17).

Während der Schwangerschaft sollte ebenfalls konsequent auf den Konsum von Zigaretten verzichtet werden. Rauchen birgt eine Vielzahl schädigender Einflüsse, die sich auf den Schwangerschaftsverlauf, auf die Entwicklung des Fötus, sowie auf die spätere Gesundheit des Kindes auswirken können. Folgen des Rauchens sind unter anderem Früh- und Fehlgeburten, eine vorzeitige Plazentaablösung, Fehlbildungen, geringeres Geburtsgewicht, schlechte Gehirnentwicklung, Schädigung der Atemwege, erhöhtes Risiko für späteres Übergewicht, sowie ein erhöhtes Risiko für Allergien und Asthma. Aufgrund der vielen Gefahren sollte die Schwangere auch das Passivrauchen möglichst vermeiden (vgl. Körner, Rösch, 2008, S. 119).

4.2. Erste Lebensjahr

Die empfohlene Ernährung im ersten Lebensjahr des Kindes lässt sich in drei Abschnitte unterteilen. Sie beginnt mit einer ausschließlichen Milchnahrung. Diese wird anschließend schrittweise durch Beikost ergänzt, bis es zur Einführung der Familienkost kommt. Das Forschungsinstitut für Kinderernährung (FKE) hat in diesem Sinne ein Ernährungsplan für das 1. Lebensjahr entwickelt (Abb. 3). Dieser Plan beruht auf einem wissenschaftlich begründeten Konzept für die Säuglingsernährung und ist mittlerweile etablierter Bestandteil vieler Ernährungsberatungen.

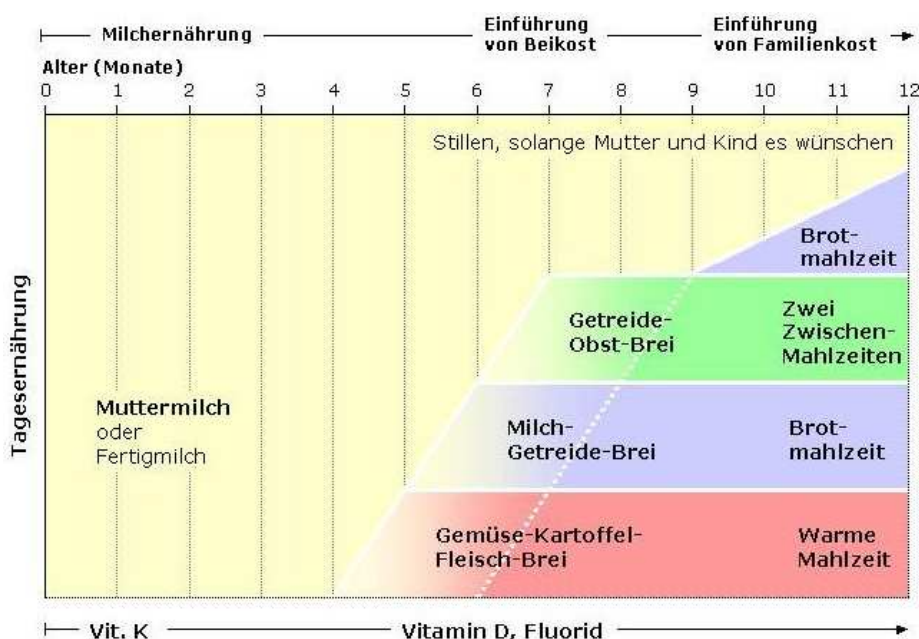


Abb. 3 Ernährungsplan für das 1. Lebensjahr des Forschungsinstitut für Kinderernährung (vgl. FKE, o.J.)

Wie in Abbildung 1 sichtbar, sollten Säuglinge mindestens bis zum Beginn des 5. Monats ausschließlich über Milchnahrung ernährt werden. Vor allem das Stillen bietet viele Vorteile, die sowohl dem Säugling als auch der Mutter zugutekommen können (vgl. FKE, o.J.). Die Muttermilch erfüllt alle Eigenschaften, um sich an die wandelnden kindlichen Bedürfnisse anzupassen. Zudem ist die Muttermilch immer frisch, bietet hygienisch einwandfreie Voraussetzungen und ist immer richtig temperiert. Des Weiteren ist sie jederzeit verfügbar und selbstverständlich kostenfrei. Gesundheitliche Vorteile von denen der Säugling profitiert, sind unter anderem ein geringeres Risiko für Durchfall, Mittelohrentzündung und Infektionskrankheiten. Darüber hinaus weisen ehemals gestillte Kinder im späteren Leben seltener Diabetes mellitus, Morbus Crohn, Allergien und Übergewicht auf. Für die Mutter hingegen kann durch das Stillen eine verbesserte

Uterusrückbildung erfolgen, außerdem trägt Stillen zur Risikominderung für Brust- und Eierstockkrebs bei. Zusätzlich kann das Stillen zur Förderung der emotionalen Bindung zwischen Mutter und Kind beitragen (vgl. Körner, Rösch, 2008, S.128) Ergebnisse der KiGGS-Studie zeigen jedoch, dass sowohl bei der allgemeinen Entscheidung zum Stillen als auch bei der Stilldauer deutliche soziale Unterschiede vorliegen. Die Dauer des ausschließlichen Stillens von Frauen aus der höheren sozialen Schicht beträgt durchschnittlich 5,1 Monate, während sie bei Frauen aus der unteren sozialen Schicht durchschnittlich 4,3 Monate liegt. Betrachtet man den Prozentsatz der Mütter, die ihr Kind gar nicht stillen, so zeigen sich noch deutliche Unterschiede. Die Zahl der Mütter der höheren sozialen Schicht liegt bei 9,5 %, bei Müttern der unteren sozialen Schicht liegt sie hingegen bei 32,7 %. Die Ursachen für die Sozialschichtabhängigkeit des Stillens lassen sich vermutlich auf Informationsdefizite und eine schlechtere Betreuung zurückführen (vgl. Lange, Schenk, Bergmann, 2007, S.628).

Insgesamt entsprechen die Ernährungsempfehlungen für Stillenden weitgehend denen der Schwangeren. Stillenden Müttern wird jedoch empfohlen ihre Energie-, Eiweiß-, Vitamin-, und Mineralstoffzufuhr erneut zu erhöhen. Der erhöhte Bedarf ist notwendig, um Versorgungsdefizite entgegenzuwirken, die sich auf Mutter und Kind auswirken könnten. Tabelle 4 ermöglicht einen Überblick über den Mehrbedarf in der Stillzeit. Zum Vergleich sind in der Tabelle die empfohlenen Nährstoffreferenzwerte für Schwangere und Stillende gegenübergestellt.

Nährstoffe	Schwangere	(Voll-)Stillende
Protein [g/Tag]	58	63
Calcium [mg/Tag]	1000	1000
Eisen [mg/Tag]	30	20
Folat [μg -Äquivalent1/Tag]	600	600
Jod [μg /Tag]	230	260
Magnesium [mg/Tag]	310	390
Pantothensäure (Vitamin B5) [mg/Tag]	6	6
Phosphor [mg/Tag]	800	900
Thiamin (Vitamin B1) [mg/Tag]	1,2	1,4
Vitamin A [mg/Tag]	1,1	1,5
Vitamin B2 (Riboflavin) [mg/Tag]	1,5	1,6
Vitamin B6 (Pyridoxin) [mg/Tag]	1,9	1,9
Vitamin C [mg/Tag]	110	150
Vitamin D [μg /Tag]	20	20
Vitamin E [mg/Tag]	13	17
Zink [mg/Tag]	10	11

Tabelle 4 D-A-CH Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr von stillen Frauen für die Altersgruppe 25-51 Jahren (DGE, o.J.)

Der erhöhte Bedarf an Energie wird sowohl für die Produktion der Muttermilch, als auch für ihren eigenen Energiegehalt benötigt. In den ersten 4 Monaten wird der Stillenden die Aufnahme von zusätzlichen 653 kcal pro Tag empfohlen. Zu Beginn des fünften Monats entscheidet die Art des weiteren Stillens über die jeweilige Energieaufnahme. Wird weiter voll gestillt, sollten täglich 525 kcal zusätzlich aufgenommen werden. Bei Teilstillen sind nur noch 285 kcal mehr erforderlich. Überernährung und Unterernährung können die Milchproduktion und den Energiegehalt der Muttermilch verringern. Wie im Zeitraum der Schwangerschaft sollte auch während des Stillens auf eine Reduktionskost zum Wohl des Kindes verzichtet werden. Durch den Abbau von Fettgewebe, kann es zur Freisetzung von Schadstoffen kommen. Diese Schadstoffe können über die Muttermilch in den kindlichen Organismus gelangen und sich ungünstig auf seine Entwicklung auswirken. Die Ernährung der Mutter beeinflusst die Qualität der Muttermilch hinsichtlich einiger Nährstoffe. Eine unzureichende Versorgung mit Jod, Mangan, Selen, den Vitaminen A, B2, B5, B6, B12 und bestimmten Fettsäuren geht zu Lasten des Kindes. Diese Nährstoffe sollten mit der täglichen Nahrungsaufnahme zugeführt werden, da sie die Muttermilch sonst nicht gewährleistet. Die Nährstoffe Calcium, Phosphor, Magnesium, Natrium, Kalium, Eisen, Zink, Kupfer, Vitamin E, C, B1, Biotin, Fluorit und Folat kommen hingegen auch unabhängig von der mütterlichen Ernährung in der Muttermilch vor. Sie werden vom mütterlichen Organismus zur Verfügung gestellt, so dass ihr Gehalt weitgehend konstant bleibt. Nimmt die Mutter nicht genug dieser Nährstoffe auf, ist der Säugling zwar noch eine gewisse Zeit versorgt, allerdings auf Kosten der mütterlichen Gesundheit (vgl. Körner, Rösch, 2008, S.133)

Denn um diese Nährstoffe zu gewährleisten werden körpereigene Reserven der Mutter abgebaut. Eine vollwertige Ernährung ist deshalb essentiell für die Gesundheit von Mutter und Kind. Während der Stillzeit ist natürlich auch eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr zu beachten, empfohlen wird eine Trinkmenge von 2,5l pro Tag. Tritt der Fall ein, dass die Mutter nicht ausreichend stillen kann oder nicht stillen möchte, sollte sie industriell hergestellte Säuglingsanfangsnahrungen verwenden. Diese ist in ihrer Zusammensetzung der Muttermilch recht ähnlich und kann ebenfalls zu einer gesunden Entwicklung beitragen. Säuglingsanfangsnahrungen lassen sich aufgrund ihrer Kohlenhydratkomponenten in die „Pre“- und „1er“-Nahrungen unterteilen. Die „Pre“-Nahrung ist in ihrer Zusammensetzung der Muttermilch am ähnlichsten und gilt aus diesem Grund als bevorzugter Muttermilchersatz. Die „1er-Nahrung“ unterscheidet sich in erster Linie von der Muttermilch durch ihren zusätzlichen Gehalt von Stärke oder gegebenenfalls Saccharose, Maltose, Maltodextrin oder Glucosesirup. Die zusätzliche

Zugabe von Kohlenhydraten soll zu einer besseren Sättigung des Säuglings beitragen, viele Experten halten die „Pre“-Nahrung in den meisten Fällen allerdings für vollkommen ausreichend, um dieses zu gewährleisten. Folgenahrungen mit den Nummern „2“ und „3“ werden aus ernährungswissenschaftlicher Sicht oft als überflüssig bewertet, da ihre Zusammensetzung kaum noch Ähnlichkeit mit der Muttermilch aufweist. Tabelle 6 verdeutlicht den Unterschied der Milcharten indem sie eine Übersicht über den durchschnittlichen Energie und Nährstoffgehalt von Muttermilch, „Pre“- „1er“ und „2“-Nahrungen bietet (vgl. DGE, 2009, S.13/33).

Pro 100 ml	Muttermilch	„Pre“-Nahrung	1er-Nahrung	2er-Nahrung
Energie (kcal)	69	66-69	66-75	71-79
Eiweiß (g)	1,13	1,4-1,7	1,4-2,0	1,8-2,6
Davon Kasein (%)	20-40	Ca. 40	40-70	Ca. 80
Fett (g)	4,03	3,3-3,7	3,0-3,7	3,3-3,6
Kohlenhydrate (g)	7,0	7,2-7,7	7,7-8,8	7,3-9,1
Mineralstoffe (g)	0,21	0,29-0,32	0,3-0,4	0,49-0,65

Tabelle 5 Durchschnittlicher Energie- und Nährstoffgehalt in Milchnahrung (Körner, Rösch, 2004, S.142)

In den ersten 6 Lebensmonaten erhält der Säugling über die Muttermilch oder die Säuglingsanfangsmilch alles, was er für eine gesunde Entwicklung benötigt. Spätestens nach dem 6. Lebensmonat ist der täglicher Energie- und Nährstoffbedarf des Säuglings allerdings so hoch, dass eine ausschließliche Milchernährung nicht mehr ausreicht um seinen Bedarf zu decken. Der Säugling ist nun auf eine zusätzliche Versorgungsquelle angewiesen. Demnach wird empfohlen spätestens nach dem 6. Monat die Milchernährung mit Beikost zu ergänzen. Schon ab dem 5. Lebensmonat sind die Nieren und der Darm des Säuglings soweit ausgebildet, dass die Beikost in Form von Breien eingeführt werden kann, aber nicht muss. Die Beikosteinführung sollte langsam und schrittweise erfolgen und sich möglichst nach den Essfähigkeiten und Bedürfnissen des Säuglings richten. Wie in Abbildung 3 sichtbar empfiehlt sich folgende Reihenfolge zur Einführung der Breie. Begonnen werden sollte mit dem Gemüse-Kartoffel-Fleisch-Brei, einen Monat später sollte der Vollmilch-Getreide-Brei folgen und zwischen dem 7.-9. Monat sollte sich der milchfreie Getreide-Obst-Brei anschließen (vgl. FEK, o.J.). Um unverträgliche Lebensmittel identifizieren zu können, ist es erforderlich dass der Kostaufbau kontrolliert erfolgt. Bei der Einführung eines Lebensmittels sollten möglichst zwei Tage vergehen bevor ein neues zugefüttert wird. Der Aufbau des Gemüse-Kartoffel-Fleisch-Brei kann beispielsweise wie folgt umgesetzt werden: Erst wird ein Karottenbrei

verfüttert, nach zwei Tagen wird dieser um eine Kartoffel ergänzt, nach weiteren zwei Tagen folgt die Zugabe von püriertem Hühnerfleisch. Die zweitägigen Pausen geben der Mutter die Möglichkeit, Lebensmittel, die der Säugling nicht verträgt schneller identifizieren zu können.

Der Gemüse-Kartoffel-Fleisch-Brei ergänzt die Milchnahrung mit Eisen, Zink, Kalium, Magnesium einigen Spurenelementen, sowie verschiedenen Vitaminen und essenziellen Fettsäuren. Außerdem werden dem Säugling durch den Brei erstmals Ballaststoffe zugeführt. Der Brei sollte möglichst zur Mittagszeit gefüttert werden. Der anschließende Vollmilch-Getreide-Brei soll den Säugling mit einer ausreichenden Calciumzufuhr versorgen. Er bietet aber auch Jod, hochwertiges Protein, verschiedene Vitamine, sowie verdauungsfördernde Getreideballaststoffe. Dieser Brei wird üblicherweise am Abend gefüttert, denn durch seine Eigenschaften sättigt er gut und lässt die Kinder daher besser durchschlafen. Der frühestens ab den 7. Monat folgende Getreide-Obst-Brei kann am Nachmittag und bei Bedarf auch am Morgen gefüttert werden. Er ergänzt die bisherigen Breie insbesondere mit Vitamin B6, Magnesium und Ballaststoffen. Zusätzlich trägt er zur Deckung des Energiebedarfs bei, ohne den Proteingehalt unnötig weiter zu erhöhen. Um eine möglichst hohe Eisenverfügbarkeit zu erreichen, sollte dieser Brei keine Milcherzeugnisse enthalten. Alle verwendbaren Breie können aus herkömmlichen Lebensmitteln selbst zubereitet oder als industriell hergestelltes Beikostprodukt gekauft werden. Beide Arten haben Vor- und Nachteile. Industriell hergestellte Beikostprodukte sind beispielsweise nicht so Arbeits- und Zeitintensiv in der Zubereitung und sind praktisch für unterwegs. Ein Vorteil von selbst zubereiteten Breien ist jedoch, dass über die genaue Zusammensetzung der Zutaten selbst bestimmt werden kann. Das macht es auch leichter, den Kostaufbau kontrolliert stattfinden zu lassen und unverträgliche Lebensmittel leichter zu identifizieren (vgl. Körner, Rösch, 2008, S.146).

Ab dem 10. Lebensmonat kann der Säugling zunehmend festere Nahrung essen, wodurch allmählich der Übergang zur Familienkost erfolgt. Die Milch- und Breimahlzeiten werden schrittweise durch drei Hauptmahlzeiten und zwei Zwischenmahlzeiten ersetzt. Als erstes nimmt der Gemüse-Kartoffel-Fleisch-Brei ein wenig an Menge zu und wird nun nicht mehr püriert, sondern in kleine mundgerechte Stücke gedrückt, die den Säugling zum Kauen motivieren. Anschließend wird allmählich ein Frühstück in Form einer Brot-Milchmahlzeit eingeführt. Dieses sollte aus kleinen Obst- und Vollkornbrothäppchen mit etwas Milch bestehen. Die Milch kann weiterhin durch das Stillen oder durch ein Fläschchen Säuglingsanfangsmilch zugeführt werden. Zu Beginn eignen sich besonders weiche Obstsorten wie Banane und Birne. Auch der zuvor am Abend gefütterte Vollmilch-

Getreide-Brei wird zunehmend durch eine Brot-Milchmahlzeit ersetzt. Zu dem Abendbrot kann statt weichem Obst ein wenig Rohkost gefüttert werden. Der Getreide-Obst-Brei wird durch zwei Zwischenmahlzeiten am Vormittag und Nachmittag ersetzt. Die Zwischenmahlzeiten können aus etwas Obst, Rohkost, Brot oder Getreideflocken bestehen. Bei Einführung der festen Nahrung sollte auf kleine, harte Lebensmittel verzichtet werden. So können Nüsse, kleine Karottenstückchen und Johannesbeeren beim Verschlucken schnell in die Luftröhre gelangen. Außerdem sollte auch von der Verwendung schwerverdaulicher und blähender Lebensmittel wie Kohl und Hülsenfrüchte abgesehen werden. Ebenfalls ungeeignet sind Gewürze, sowie sehr fettreiche Lebensmittel und fettreiche Zubereitungen. Mit Beginn der festen Nahrung benötigt der Säugling einen Mehrbedarf von 200ml Flüssigkeit. Besonders geeignet für die zusätzliche Flüssigkeitsaufnahme sind Trinkwasser, stille Mineralwässer, ungesüßte Früchte- und Kräutertees (vgl. DGE, 2009, 22/33).

5. Einsatz von Ernährungsberatungsangeboten

Die vorangegangenen Darstellungen haben den Zusammenhang zwischen der sozialen Lage und dem Ernährungsverhalten, sowie deren Auswirkungen auf die mütterliche und kindliche Gesundheit veranschaulicht. Das Ernährungsverhalten von Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status erweist sich im Durchschnitt zwar als ungünstiger als das von Menschen mit einem höheren Status, es wäre jedoch ein Irrtum zu behaupten, dass einkommensschwache Familien weniger an gesunder Ernährung interessiert sind. Es gibt Nachweise die belegen, dass der Umfang und die Qualität der Ernährung sich häufig erst zur zweiten Monatshälfte verschlechtern, also zu einem Zeitpunkt, an dem das Geld in der Regel knapper wird. Auch bei einkommensschwachen Müttern konnte man beobachten, dass sie oftmals versuchen armutsbedingten Belastungen von ihren Kindern fernzuhalten. So verzichten sie beispielsweise selbst auf Nahrung, um ihren Kindern eine ausreichende Versorgung zu gewähren (vgl. Schuch, 2008, S.52). Trotz der vielfältigen Faktoren, denen Menschen mit niedrigem sozialen Status ausgesetzt sind, lässt sich vermuten, dass ein Interesse an gesunder Ernährung vorliegt. Jedoch besteht offensichtlich die Notwendigkeit eines höheren Unterstützungsbedarfs zur Umsetzung einer gesundheitsförderlichen Ernährung von schwangeren Frauen mit einem niedrigen sozialen Status. Durch gezielte Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote ist es möglich ungleiche Gesundheitschancen, also auch einem ungünstigen Ernährungsverhalten entgegen zu wirken. Um die mütterliche Gesundheit zu stärken und dem Kind optimale Voraussetzungen für einen gesunden Start ins Leben zu bieten, sollten in der Beratung neben ernährungsrelevanten Themen auch Risikofaktoren wie

Bewegungsmangel und Suchtmittelkonsum berücksichtigt werden. Schließlich handelt es sich hierbei um Faktoren, die sich gegenseitig beeinflussen können. Inhaltlich sollte den schwangeren Frauen nicht nur die Auswirkungen gesundheitsförderliche (z.B. Stillen) und gesundheitsschädlicher Einflüsse (z.B. Rauchen) vermittelt werden, sondern darüber hinaus auch praktische Handlungshinweise, die sich an die schwierigeren Lebensbedingungen anpassen.

5.1. Maßnahmen zur Angebotsgestaltung

Da viele schwangere Frauen der unteren sozialen Schicht die Möglichkeit von Schwangerschafts- und Früherkennungsuntersuchungen nur gering wahrnehmen, erweist es sich als äußerst problematisch, sie rechtzeitig für das Thema Ernährung zu erreichen. Zudem verspricht nicht jedes Angebot, das gut gemeint ist auch erfolgreich zu werden. Zuweilen kann es die gesundheitliche Ungleichheit sogar vergrößern. Eine Vielzahl von Gesundheitserziehungsangeboten beruhen auf „Komm-Strukturen“, da aber genau diese von Gruppen der unteren Schicht selten wahrgenommen werden, entstehen „soziallagenblinde“ Angebote, die bevorzugt von Menschen mit höherem sozioökonomischem Status genutzt werden. Wenn die Angebote zwar bei Menschen mit höherem Status erfolgreich sind, aber bei Menschen mit niedrigem sozialen Status ungenutzt bleiben, hat das zur Folge, dass sich die Schere der gesundheitlichen Ungleichheit noch weiter öffnet. Kritisch wird es auch dann, wenn Angebote die Gesamtsituation und die speziellen Lebensumstände in denen sich die benachteiligten Menschen befinden nicht berücksichtigen sondern nur auf den gesundheitsriskanten Lebensstil eingehen. Das birgt die Gefahr der Diskriminierung, Stigmatisierung und der Schuldzuweisung (Blaming the Victim). Angebote sollten durchaus auf die Lebensumstände von sozial benachteiligten Menschen eingehen, jedoch sollten sie dabei nicht zu einer Art Sonderprojekte deklariert werden, denn auch dieser Umstand kann diskriminierend wirken. Die Anzahl an Projekten und Angeboten zur Stärkung von gesundheitlicher Chancengleichheit hat in den vergangenen Jahren deutlich zugenommen. Dennoch existieren viele von ihnen oftmals isoliert voneinander und verfügen nur vereinzelt über abgestimmte Aktivitäten, vernetzte Arbeitskreise und Akteure. Um zu einer besseren Übersicht der Projekte zu gelangen wurde von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bereits im Jahr 2001 ein Expertenworkshop einberufen. Dieser erschuf eine Zusammenfassung der bereits existierenden Projekte, aus denen sich anschließend die Datenbank "www.gesundheitliche-chancengleichheit.de" entwickelte (vgl. Kaba-Schönstein, Gold, 2011). Darüber hinaus führte die Analyse der gesammelten Projekte im Rahmen des

Kooperationsverbundes "Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten" zur Entwicklung des "Good-Practice-Ansatz". Dieser Ansatz hat sich besonders zur Erreichbarkeit von sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen bewährt. Er umfasst die sogenannten 12 "Good Practice-Kriterien" (Abb. 6) als auch konkrete "Good Practice Beispiele", in denen die Kriterien bereits erfolgreich umgesetzt wurden. Die Kriterien fordern dazu auf, sich bei der Projektgestaltung an den Bedarfslagen, den Ressourcen und den Belastungen sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen zu orientieren und bieten damit eine unterstützende Ausgangsbasis und Richtschnur für alle Akteure und Träger, die im Bereich der Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte bereits aktiv sind oder es noch sein werden (vgl. BzgA, 2011, S.16).

Zwölf Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten	
1.	<i>Konzeption mit Gesundheitsbezug</i> Die Konzeption des Angebots macht einen klaren Gesundheitsbezug deutlich.
2.	<i>Klarer Zielgruppenbezug</i> Das Angebot berücksichtigt in besonderer Weise die Bedarfe von Menschen in schwieriger sozialer Lage.
3.	<i>Innovation und Nachhaltigkeit</i> Das Angebot wendet erfolgreich innovative Methoden an und/oder entfaltet nachhaltige Wirkungen bei der Zielgruppe und in deren Lebenswelt.
4.	<i>Multiplikatorenkonzept</i> Das Angebot bindet systematisch Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in die Arbeit ein.
5.	<i>Niedrigschwellige Arbeitsweise</i> Zugangshürden für die Nutzung des Angebots werden vermieden, z.B. durch aufsuchende Arbeit und kostenlose Angebote.
6.	<i>Beteiligung der Zielgruppe (Partizipation)</i> Die Zielgruppe wird systematisch in Bedarfsermittlung, Planung, Umsetzung und/oder Bewertung des Angebots einbezogen.
7.	<i>Befähigung der Zielgruppe (Empowerment)</i> Die Zielgruppe wird zu einer eigenständigen und selbstbestimmten Lebensweise befähigt.
8.	<i>Gestaltung der Lebenswelt (Settingansatz/Lebensweltansatz)</i> Das Angebot ist gleichermaßen auf die Beeinflussung von Verhaltensweisen und auf die Gestaltung der Lebensbedingungen ausgerichtet.
9.	<i>Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung</i> Das Angebot arbeitet professionsübergreifend und bezieht auch „gesundheitsferne“ Kooperationspartner mit ein.
10.	<i>Qualitätsmanagement/Qualitätsentwicklung</i> Das Angebot verbessert seine Qualität unter Zuhilfenahme eines Systems der

Qualitätsentwicklung.
11. <i>Dokumentation/Evaluation</i> Das Angebot nutzt Konzepte und Instrumente zur Dokumentation und/oder Evaluation der eigenen Arbeit.
12. <i>Kosten-Nutzen-Verhältnis</i> Die Kosten des Angebots stehen in einem günstigen Verhältnis zum erzielten Nutzen.

Tabelle 6 Die 12 Good Practice Kriterien (Kaba-Schönstein, Gold, 2011)

Da viele Projekte, die sich nach den 12 Good Practice-Kriterien gerichtet haben, bereits Erfolge für sich verzeichnen konnten empfiehlt es sich bei Projekten zur Unterstützung eines gesunden Ernährungsverhaltens für sozial benachteiligte schwangere Frauen, ebenfalls dem Good-Practice-Ansatz zu folgen. Denkbar wäre auch die Einbindung von Ernährungsberatungsangeboten in bereits etablierten Projekten. Da sozial benachteiligte schwangere Frauen im Alltag mit zahlreichen Problemen konfrontiert werden (z.B. Gewalt, Trennung vom Partner, schwierige Familienverhältnisse), nimmt die Problematik der ungünstigen Ernährung vermutlich einen relativ geringen Stellenwert ein. In Anbetracht der Lage ist es daher fraglich, ob ein Projekt, das ausschließlich die Themen Ernährung, Bewegung und Suchtmittelkonsum behandelt, tatsächlich sinnvoll wäre. Da durch die Schwangerschaft und der neuen Rolle als Mutter noch weitere Herausforderungen hinzukommen (z.B. Säuglingspflege), die Unterstützung verlangen, ist die Einbindung von Ernährungsberatungen in Projekten, die sich mit der gesamte Lebenssituation von Schwangeren und Müttern beschäftigt wahrscheinlich am empfehlenswertesten.

Für die Durchführung der Ernährungsberatung würde sich sowohl der Einsatz von Ökotrophologen/innen, als auch Diätassistenten/innen empfehlen, die sich auf die Zielgruppe spezialisiert haben. Denkbar ist natürlich auch der Einsatz von Fachkräften, die zuvor intensiv geschult wurden. Dabei könnte es sich beispielsweise um Hebammen oder Familienhebammen handeln. Bei der Berufsgruppe der Hebamme beziehungsweise Familienhebamme ist es schwer zu sagen, über wie viel Ernährungswissen sie bereits verfügen. Häufig ist das Thema Ernährung zwar Bestandteil der Ausbildung, da deutschlandweit aber kein einheitliches Ausbildungscurriculum existiert, kann der Ausbildungsinhalt je nach Bundesland, Stadt oder Institution stark voneinander abweichen, wodurch gegebenenfalls eine Schulung oder Weiterqualifizierung nötig ist. (vgl. Pehlke-Milde, 2009, S.3). Auch hier würde sich das Fachwissen von Ökotrophologen/innen, als auch Diätassistenten/innen anbieten. Durch ihr breites Fachwissen könnten sie Hebammen und Familienhebammen rund um das Thema Ernährung weiterqualifizieren.

Insgesamt besitzen vor allem Familienhebammen gute Voraussetzungen um benachteiligte Mütter in belastenden Lebenssituationen zu unterstützen. Die Arbeit der Familienhebammen basiert häufig auf Geh-Strukturen. Das bedeutet, dass Mütter und Familien in ihrer gewohnten Umgebung aufgesucht werden, um dort Beratungsangebote und andere Unterstützungsformen wahrnehmen zu können. Insgesamt bieten die Familienhebammen bis zu einem Jahr nach der Geburt des Kindes Hilfe bei der gesundheitlichen Versorgung, als auch psychosoziale Unterstützung. Durch die intensive Betreuung genießen Familienhebammen oft großes Vertrauen von Seiten der Mütter (vgl. Nationales Zentrum Frühe Hilfen, o.J.). Auf Grund ihrer niedrighwelligen Arbeitsweise, sowie ihrer Unterstützung und Förderung von Empowerment- und Partizipationsprozessen, gibt es bereits bewährte Familienhebammenprojekte, die sich durch Good Practice auszeichnen konnten.

5.2. Einsatz von Familienhebammen am Beispiel des Kinder- und Familienzentrum (KiFaZ) Barmbek-Süd

Seit mehr als 30 Jahren gibt es in Deutschland mittlerweile die Familienhebammen. Anfangs waren sie in der Regel als Angestellte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes bei Gesundheitsämtern tätig. Doch durch den deutlichen Zuwachs von Mutter-Kind-Projekten wurden sie auch in Einrichtungen der Sozial-, Jugend- oder Familienhilfe eingestellt. Indem sie ihre gesetzlich vorgegebenen Leistungsangebote erweitern, übernehmen mittlerweile auch freiberuflich tätige Hebammen Aufgaben als Familienhebammen. Dabei werden sie in der Regel in ein regionales Netzwerk eingebunden, um eng mit Sozialpädagoginnen und -pädagogen zusammen zuarbeiten. In Hamburg wurde Anfang 1998 das erste Familienhebammenprojekt ins Leben gerufen. Entstanden ist es damals durch die Initiative des Gesundheitsamts im Bezirk Hamburg-Nord. Seitdem sind zwei Familienhebammen beim Träger des Kinder- und Familienzentrums KiFaZ Barmbek Süd tätig (vgl. BGS, 2009 S.6). Die Arbeit der Familienhebammen in Hamburg wurde gut angenommen und hat sich mittlerweile so weit entwickelt, dass es als Good Practice Beispiel ausgezeichnet wurde.

Das KiFaZ ist ein Treffpunkt für Kinder, Jugendliche, Erwachsene und Senioren. Es bietet in seinen Räumlichkeiten zahlreiche Veranstaltungen in Form von Beratungen, Kursen und Freizeitangebote. Dabei werden viele dieser Aktivitäten in Zusammenarbeit mit den im Stadtteil lebenden Menschen (insbesondere Eltern und Kinder) entwickelt, geplant und durchgeführt. Darüber hinaus ist das KiFaZ auch mit anderen Hilfs- und Gesundheitsförderungsangeboten des Stadtteils vernetzt. Der Stadtteil Barmbek-Süd und

das Quartier Dehnhaide weisen im Vergleich, zu Gesamt-Hamburg einen höheren Anteil an Arbeitslosen, Sozialhilfe-/Hartz-IV-Empfängerinnen und –Empfängern, sowie Ausländerinnen und Ausländern auf.

Hauptanliegen des mit dem KiFaZ kooperierenden Familienhebammenprojekts, ist die Unterstützung von sozial benachteiligten Schwangeren, Müttern und Familien rund um die Geburt und das erste Lebensjahr im Stadtteil Barmbek Süd. Die zwei Familienhebammen nutzen nicht nur die Räumlichkeiten des KiFaZ, sondern sie arbeiten auch eng mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Einrichtung zusammen. Das Angebotsspektrum der Familienhebammen erweist sich als äußerst vielfältig. So gehören unter anderem Kursangebote und Beratungen zu den Themen Schwangerschaftsbeschwerden, Geburtsvorbereitungen, Stillberatung, Rückbildungsgymnastik, Babymassagen zu ihren Tätigkeiten. Darüber hinaus bieten sie aber auch Unterstützung in besonders schwierigen Lebenssituationen, wie ungewollter Schwangerschaft, Suchtproblematiken, psychischen Erkrankungen oder schwierigen Mutter-Kind-Beziehungen. Auch Hausbesuche sind auf Wunsch vereinbar. Können oder möchten Frauen die Komm-Strukturen nicht wahrnehmen, werden sie mit ihrem Einverständnis zu Hause aufgesucht. Die Dauer der Hausbesuche ist situationsbedingt und kann zwischen einer und zwei Stunden betragen. Durch die Hausbesuche hat die Familienhebammen die Gelegenheit das häusliche Umfeld und weitere Familienangehörige kennen zu lernen. Durch das Kennenlernen des unmittelbaren Lebensumfeldes ist es der Familienhebamme oft möglich, noch konkreter auf die Bedürfnisse und die Ressourcen der Frau und ihrer Familie einzugehen und individuell zu handeln. Um ihren gesundheitlichen Zustand festzustellen untersuchen Familienhebammen auch die Schwangere und das Baby. Um den zahlreichen Themen gerecht zu werden, besitzen Familienhebammen spezifisches medizinisches Fachwissen sowie Fähigkeiten und Kenntnisse rund um Schwangerschaft, Geburt und Kind. Darüber hinaus verfügen sie ebenfalls über Fachwissen in sozialen, rechtlichen und psychosozialen Fragen. Besteht dennoch Hilfsbedarf, den die Familienhebamme nicht leisten kann, empfiehlt sie Institutionen weiter und motiviert die Mutter Angebote außerhalb der Wohnung wahrzunehmen. Insgesamt trägt die Arbeit der Familienhebammen dazu bei, die gesundheitlichen Risiken für Mutter und Kind zu reduzieren, die Erziehungs- und Handlungskompetenz der Mutter zu verbessern, sowie die Mutter-Kind-Beziehung zu stärken. Damit fördert sie das Aufbauen von Schutzfaktoren für eine gesunde Entwicklung des Kindes und beugt zudem Vernachlässigung und/oder Kindeswohlgefährdung vor.

Die drei Good Practice Kriterien durch die sich das Projekt besonders auszeichnet sind die niedrighschwellige Arbeitsweise, der Settingansatz und der hohe Vernetzungsgrad mit anderen Akteuren. Die niedrighschwellige Arbeitsweise wird unter anderem durch den leichten Zugang zu dem Projekt realisiert. Der Bekanntheitsgrad und das die Beliebtheit des KiFaZ wirken sich ebenfalls positiv auf die Familienhebammen aus. Durch gut besuchte Angebote des KiFaZ (z.B. Stadtteil-Café, Frühstückstreff für Mütter und Kind) ist es den Familienhebammen leicht möglich ersten Kontakt herzustellen und Interesse zu wecken. Alle Angebote des Familienhebammenprojekts sind in einer Form gestaltet, die es Einzelpersonen und Familien jederzeit ermöglicht an Veranstaltungen teilzunehmen. Die Angebote basieren auf Freiwilligenbasis und sind in der Regel kostenfrei. Die Themengebiete weisen, wie bereits angesprochen, eine große Vielfalt auf und gehen dabei auf die Bedürfnisse und die Lebensumstände der Nutzerinnen ein. Auch die Hausbesuche tragen dazu bei, den leichten Zugang zu dem Projekt zu gewährleisten.

Der Settingansatz zeichnet sich dadurch aus, dass er gleichermaßen auf die Beeinflussung von verhaltens- und verhältnisbezogene Maßnahmen, als auch auf die aktive Gestaltung der Lebensbedingungen ausgerichtet ist. Das Familienhebammenprojekt erfüllt diese Voraussetzungen, denn es trägt durch seine Arbeit nicht nur zur Förderung eines positiven Gesundheitsverhaltens bei, sondern hat dabei auch die Verbesserung der jeweiligen Lebensbedingungen von Mutter, Kind und Familie im Fokus. Durch die niedrighschwellige Arbeitsweise gelingt es dem KiFaZ und den Familienhebammen Mütter, Kinder und Familien in die sozialen Strukturen des Stadtteils zu integrieren. Die Integration in das soziale Netz sorgt bei führt zu einer höheren Inanspruchnahme von gesundheitlichen und pädagogischen Leistungen.

Der Vernetzungsgrad des Familienhebammenprojekts ist sehr hoch. Denn das Projekt sieht nicht nur die Kooperation mit dem KiFaZ vor, sondern pflegt ebenfalls Kontakte zu dem sozialen Diensten, der Mütterberatung, freien Hebammen und anderen relevanten Einrichtungen im Stadtteil. Durch die Unterstützung der vielen Kooperationspartner existiert ein Netzwerk, das eine hohe Beratungs- und Versorgungsqualität bietet. Zudem haben die Familienhebammen in Zusammenarbeit mit dem KiFaZ einen „runden Tisch“ ins Leben gerufen. Hierbei handelt es sich um eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe mit Vertreterinnen und Vertretern unterschiedlicher Bereiche (z.B. Hebammen, Kinderärztinnen und -ärzte, Gynäkologinnen und Gynäkologen, der Mütterberatungsstellen). Hauptanliegen der Arbeitsgruppe ist es das gesundheitliche und psychosoziale Versorgungsnetz für Frauen, Familien und Kinder rund um die Schwangerschaft, Geburt und das erste Lebensjahr zu verbessern. Die Treffen fördern

aber auch den allgemeinen Informationsaustausch und tragen dazu bei, kürzere Wege zueinander zu schaffen (vgl. BzGA, 2007).

Neben dem KiFaZ Barmbek Süd existieren in Hamburg noch weitere Einrichtungen, die sich durch ein bedarfsgerechtes Angebot für Familien auszeichnen. Beispielsweise die 22 Elternschulen oder die derzeit 39 Elternkindzentren (Ekiz). Des Weiteren existieren viele eigenständige Einrichtungen und Projekte, die sich mit Familienhilfe auseinandersetzen und intensive Unterstützung bieten. Hierzu gehört zum Beispiel das Projekt „Adebar“ oder die „Familienlotsen“ im Rahmen des „FamilienNetzwerks Hamburg Hamm“. Beide Projekte wurden ebenfalls als Good Practice Beispiel ausgezeichnet (vgl. BGS, o.J.; BZgA, 2011, S. 389; BZgA, 2011, S.49)

5.3. Ernährungsberatung und Familienhebammen

Wie das vorangegangene Praxisbeispiel verdeutlicht hat, kann die fachliche Unterstützung der Familienhebamme viel bei der Zielgruppe bewirken. Durch ihre vielseitige Arbeitsweise hat sie verschiedene Möglichkeiten ihr Ernährungswissen zum Ausdruck bringen und damit das Gesundheitsverhalten zu fördern und die Lebensumstände von Schwangeren, Müttern und Kindern positiv zu beeinflussen. So kann sie zum Beispiel gezielte Beratungen oder Kurse zu den Themen Ernährung in der Schwangerschaft, fetale Programmierung, Überernährung, Unterernährung, Lebensmittelhygiene, Stillen, Flaschennahrung, Beikost, Einführung in die Familienkost und Nahrungsmittelunverträglichkeit anbieten.

Wie die genaue Betrachtung der sozialen Ungleichheit im Ernährungsverhalten unter 3.1 herausgestellt hat, sollte der Schwangeren in der Beratung vor allem zu einem höheren Obst- und Gemüsekonsum geraten werden. Während der hohe Konsum von energiedichten Lebensmitteln hingegen reduziert werden sollte. Wie sich außerdem herausgestellt hat, ist die Behandlung der Themen Übergewicht und Rauchen von elementarer Bedeutung. Schließlich können sie gravierende Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung und die spätere Gesundheit im Erwachsenenalter haben. Da auch das Stillen einem sozialen Gradienten unterliegt, ist es wichtig die Frauen schon während der Schwangerschaft dazu zu motivieren, ihr Kind nach der Geburt zu stillen.

Wie im vorherigen Beispiel können die Beratungsangebote in öffentlichen Räumlichkeiten oder im häuslichen Umfeld erfolgen. Beide Situationen können Vorteile haben. In öffentlichen Räumlichkeiten in denen Gruppenberatungen stattfinden, können die

Teilnehmerinnen Kontakte schließen, Information austauschen, voneinander lernen und sich gegenseitig unterstützen. Die Beratung zu Hause ist in der Regel individueller und die Familienhebamme bekommt einen Überblick über die häusliche Situation. Durch die körperliche Untersuchung der Schwangeren, einer Befragung des individuellen Ernährungsverhaltens und einen Blick in die Küche und den Kühlschrank kann sie sehr individuell auf die Ernährungssituation eingehen. Ist das Kind auf der Welt, kann sie darüber hinaus auch Unterstützung in der Säuglingsverpflegung bieten.

Ob Gruppen- oder Einzelberatung wichtig bleibt dabei, dass die Schwangeren und Mütter ihre Bedürfnisse einbringen können und ihre Lebensumstände von der Familienhebamme berücksichtigt werden. Bereits die Wissensvermittlung von positiven als auch negativen Einflüssen der Ernährung kann zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit beitragen. Denn, wie unter Punkt 3.2 erläutert, ist das Wissen um gesunde beziehungsweise ungesunde Ernährung in niedrigeren sozialen Statusgruppen in der Regel geringer, als bei höheren sozialen Statusgruppen. Und da die Qualität der Ernährung nachweislich steigt mit dem konkreten Wissen um gesundheitsgefährdender Eigenschaften bestimmter Lebensmittel, ist die Wissensvermittlung von entscheidender Bedeutung. Notwendig ist aber auch das Entgegenwirken von anderen Ursachen des ungleichen Ernährungsverhaltens. Für eine ungünstige Ernährung kann auch der Mangel an finanziellen Ressourcen verantwortlich sein. Folglich nützt der Zielgruppe das Wissen über die gesundheitsförderliche Ernährung nicht viel, solange sie diese nicht finanzieren können. An dieser Stelle könnte die Familienhebamme dem Problem entgegenwirken, indem sie möglicherweise auf das Einkaufsverhalten der Zielgruppe eingeht. Es gibt viele Möglichkeiten kostengünstig einzukaufen, ohne sich ungünstig ernähren zu müssen (z.B. Sonderangebote wahrnehmen, Saisonprodukte bevorzugen, Preise Anbietern vergleichen). Auch schon früh erlernte Ernährungsgewohnheiten können zur gesundheitlichen Ungleichheit beitragen. Viele Migrantinnen halten zum Beispiel an den traditionellen Ernährungsgewohnheiten ihres Heimatlandes fest. Gibt es in Deutschland allerdings nur wenig ihrer einheimischen Produkte, kann es schnell zu einer einseitigen Ernährung führen. Hier könnte die Familienhebamme Unterstützung bieten, indem sie den Migrantinnen deutsche Produkte näher bringt (z.B. Erklärung der Zubereitungsart) (vgl. Wurzbacher, 2012, S.29).

Damit die Familienhebammen ihr Wissen erfolgreich vermitteln können, sollten sie ihre Beratungsangebote möglichst interaktiv gestalten. Zudem sollte das eingesetzte Arbeits- und Informationsmaterial leicht handhabbar und klar strukturiert sein. Eine verstärkte Visualisierung der Materialien hilft vielen Teilnehmerinnen, die aus einer bildungsferneren

Schicht kommen, die Informationen besser aufzunehmen. Auch Migrantinnen mit schlechten Deutschkenntnissen können derartige Materialien besser nutzen. Hier erweist sich auch der Gebrauch von Bild- und Videomaterial als geeignetes Hilfsmittel. Auf schriftlich zu erledigende Aufgaben und dem Lesen von langen Texten sollte allgemein verzichtet werden (vgl. Sterzing, 2011, S.35).



Abb. 4 Materialien zur Ernährungsberatung (Aid, 2012; DGE, o,J)

Informationsmaterialien für den Beratungseinsatz sind bei verschiedenen Verbänden und Organisationen erhältlich (Abb.4). Für die Familienhebamme wäre es aber auch eine Option, in Zusammenarbeit mit Ökotrophologen/innen oder Diätassistenten/innen Materialien zu erstellen. Die Familienhebamme arbeitet schließlich intensiv mit der Zielgruppe zusammen und ist daher mit den Bedürfnissen und Wünschen, die an die Beratung gestellt werden gut vertraut. Die Ökotrophologen/innen oder Diätassistenten/innen können zudem ihr Expertenwissen in ernährungsrelevante Themen einbringen.

6. Diskussion

Die Ausführungen der Bachelorarbeit haben veranschaulicht, inwiefern die Faktoren der sozialen Ungleichheit zu einer ungleichen Verteilung von Gesundheitschancen in unserer Gesellschaft führen können. Unter diesen ungleichen Gesundheitschancen leiden vor allem Menschen mit einem niedrigen Einkommen, Bildungsniveau und einer niedrigen beruflichen Stellung. Wie beschrieben, gibt es zahlreiche Studien, die belegen, dass die Bevölkerungsgruppe der sozial Benachteiligten wesentlich häufiger gesundheitlicher Belastungen ausgesetzt ist und zudem über eine geringere Lebenserwartung verfügt. Besonders beunruhigend ist die Tatsache, dass auch Säuglinge, Kinder und Jugendliche nicht davor verschont bleiben. So sind sie sozialbedingt oft schon im Mutterleib ungünstigen Voraussetzungen wie einer mangelhaften Ernährung ausgesetzt, was zu gesundheitlichen Einschränkungen bis in das hohe Erwachsenenalter führen kann. An dieser Stelle existiert ein hoher Handlungsbedarf, denn wie sich herausgestellt hat, äußert sich die soziale Ungleichheit auch in Form eines schichtspezifischen Ernährungsverhaltens: Personen der unteren sozialen Schicht konsumieren deutlich weniger Fisch, Obst und Gemüse. Der Konsum von energiereichen Nahrungsmitteln wie Süßigkeiten und Softdrinks ist dagegen sehr hoch. In diesem Zusammenhang besteht jedoch ein dringender Forschungsbedarf, denn im Gegensatz zum allgemeinen Zusammenhang von Ernährungsverhalten und sozialer Schicht, existiert in der Literatur noch keine wissenschaftliche Studie über das Ernährungsverhalten sozial benachteiligter schwangerer Frauen. Eine Schwangerschaft kann sehr viele Emotionen auslösen, die sich möglicherweise positiv als auch negativ auf das Ernährungsverhalten auswirken können. Um bessere Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote im Bereich der Ernährung entwickeln zu können, ist es dringlich erforderlich, mehr über die Ernährungssituation in der Schwangerschaft von sozial Benachteiligten zu erfahren. Für die Angebotsgestaltung wäre es zudem hilfreich, zu erforschen, was schwangere Frauen von einer Ernährungsberatung erwarten: Für welche Themen interessieren sie sich? Und auf welche Weise möchten sie gerne unterstützt werden? Eine Befragung der Zielgruppe wäre hier durchaus sinnvoll und könnte einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Angebotsgestaltung leisten. Denn wie aus der vorliegenden Arbeit hervorgegangen ist, gestaltet es sich als äußerst problematisch, die Zielgruppe zu erreichen. Die meisten Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme sind stark mittelschichtorientiert und benachteiligen damit die Bevölkerungsgruppe der unteren sozialen Schicht. Es werden gezielte Angebote benötigt, die sich durch niedrigschwellige Arbeitsweise sowie durch

Unterstützung und Förderung von Empowerment- und Partizipationsprozessen auszeichnen. Diesbezüglich stellt das Familienhebammenprojekt im KiFaZ Barmbek Süd ein Erfolgsbeispiel dar.. Einrichtungen wie das KiFaZ agieren nah an der Zielgruppe und ermöglichen den Einsatz von Ernährungsangeboten. Da vor allem die Familienhebamme beste Voraussetzungen besitzt, sozial benachteiligten Frauen Ernährungswissen zu vermitteln und sie darin zu unterstützen, ihr Ernährungsverhalten gegebenenfalls zu verändern, sollte ihre Arbeit verstärkt in den Fokus von Ernährungsberatungsangeboten rücken. Ein einheitlicher Ausbildungsplan für Familienhebammen, der unter anderem auch das ernährungsrelevante Wissen sicherstellt, ist für dieses Vorhaben allerdings eine wichtige Voraussetzung.

Literaturverzeichnis

Aid (2012) Poster: "Stillen was sonst", <http://www.aid.de/shop/> Stand: 26.01.2013

Bergmann, K. E., Bergmann, R. L., Ellert, U., Dudenhausen, J. W. (2007) Perinatale Einflussfaktoren auf die spätere Gesundheit Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) Bundesgesundheitsblatt 50, Springer Verlag, Heidelberg, S 670–676

BGS-Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (2009) Die Arbeit der Familienhebammen in Hamburg, Berichte und Analysen zur Gesundheit, Freie und Hansestadt Hamburg, Hamburg

BGS- Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration (o.J.) Hilfe für Familien Beratung und Unterstützung,
<http://www.hamburg.de/familienwegweiser/118072/beratung.html> Stand: 12.01.2013

Bzga- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2011) Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Gesundheitsförderung konkret Band 5,.5. Aufl., Bzga, Köln

Bzga- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2007) Familienhebammen im Kinder- und Familienzentrum (KiFaZ) Barmbek-Süd, <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/familienhebammen-im-kinder-und-familienzentrum-kifaz-barmbek-sued/> Stand: 29.12.2012

DGE- Deutsche Gesellschaft für Ernährung (2009) DGE- Beratungsstandards. Ernährung in der Schwangerschaft. Rautenberg Media und Printverlag KG, Troisdorf

DGE- Deutsche Gesellschaft für Ernährung (o.J.), Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr, <http://www.dge.de/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=3> Stand: 10.12.2012

Dragano, N., (2007) Gesundheitliche Ungleichheit im Lebenslauf, In: Apuz- Aus Politik und Zeitgeschichte 47, Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn, S. 18-25

- Dudenhausen, J. W., Kirschner, R., Grunebaum, A. (2011) Mütterliches Übergewicht und Lebensstil-Faktoren in der Schwangerschaft, In; Zeitschrift für Geburtshilfe Neonatol 215, Thieme Verlag, Stuttgart, New York, S. 167–171
- FKE- Forschungsinstitut für Kinderernährung (o.J) Der Ernährungsplan für das 1. Lebensjahr, [http://www.fke-do.de/index.php?module=page_navigation&index\[page_navigation\]\[action\]=details&index\[page_navigation\]\[data\]\[page_navigation_id\]=62](http://www.fke-do.de/index.php?module=page_navigation&index[page_navigation][action]=details&index[page_navigation][data][page_navigation_id]=62) Stand: 14.12.2012
- Hardil, S. (2005) Soziale Ungleichheit in Deutschland, 8. Aufl., VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden
- Hänseroth, K., Distler, K., Kamin, G. (2007) Schwangerschaftsverlauf, Geburt und Wochenbett bei adipösen Frauen, In; Geburtshilfe und Frauenheilkunde 67, Thieme Verlag, Stuttgart , New York, S. 33–37
- Hurrelmann, K., Richter, M. (2006) Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven, 1. Aufl., VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden
- Kaba-Schönstein, L., Gold, C. (2011) Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung, <http://www.leitbegriffe.bzga.de/?uid=7f0884b641913eed25ca5723d630ffba&id=angebote&idx=192> Stand: 24.12.2012
- Koletzko, B., Bauer, C.-P., Bung, P., Cremer, M., Flothkötter, M., Hellmers, C., Kersting, M., Krawinkel, M., Przyrembel, H., Rasenack, R., Schäfer, T., Vetter, K., Wahn, U., Weißenborn, A., Wöckel, A. (2012). Ernährung in der Schwangerschaft - Teil 1. DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift 137, 1309–1372.
- Kolle, D., Lack, N., Mielck, A. (2009) Soziale Unterschiede bei der Inanspruchnahme der Schwangerschafts- Vorsorgeuntersuchungen, beim Rauchen der Mutter während der Schwangerschaft und beim Geburtsgewicht des Neugeborenen. Empirische Analyse auf Basis der Bayerischen Perinatal-Studie, In: Gesundheitswesen 71, Thieme Verlag, Stuttgart, New York, S.10 – 18
- Körner, U., Rösch, R. (2008) Ernährungsberatung in Schwangerschaft und Stillzeit, 2. Aufl., Hippokrates-Verlag, Stuttgart

Lange, C., Schenk, L., Bergmann, R. (2007) Verbreitung, Dauer und zeitlicher Trend des Stillens in Deutschland Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS), In: Bundesgesundheitsblatt 50, Springer Verlag, Heidelberg, S.624–633

Langness, A. (2007) Prävention bei sozial benachteiligten Kindern Eine Studie zur Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen, 1. Aufl., Hans Huber Verlag, Bern

Lehmann, F. et al. (2011) Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 5. Aufl., BzgA, Köln

Mielck, A. (2000) Soziale Ungleichheit und Gesundheit, 1. Aufl., Hans Huber Verlag: Bern

Muff, C. (2009) Soziale Ungleichheiten im Ernährungsverhalten Theoretische Hintergründe und empirische Befunde, 1. Aufl., Lit Verlag: Basel

MRI-Max Rubner-Institut (2008) Nationale Verzehrsstudie II, Ergebnisbericht Teil 2 Bundesforschungsinstitut für Ernährung und Lebensmittel: Karlsruhe

Nationales Zentrum Frühe Hilfen (o.J.) Familienhebammen,
<http://www.fruehehilfen.de/bundesinitiative-fruehe-hilfen/familienhebammen/>
Stand: 18.01.2013

RKI- Robert Koch-Institut (2012) Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2010«, Berlin

RKI- Robert Koch Institut (2008) Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland Ergebnisse des Nationalen Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS), Berlin

RKI- Robert Koch Institut (2006) Gesundheitsberichterstattung des Bundes Gesundheit in Deutschland, Berlin

- Pehlke-Milde, J. (2009) Ein Kompetenzprofil für die Hebammenausbildung: Grundlage einer lernergebnisorientierten Curriculumsentwicklung, Medizinischen Fakultät Charité - Universitätsmedizin Berlin
- Schleußner (2011) Fetale Programmierung, In: H. Schneider et al., Die Geburtshilfe, 4.Aufl., Springer-Verlag, Heidelberg, S. 617-632
- Schneider, S. et. al., (2009) Gesundheitliche Benachteiligung beginnt lange vor der Geburt - Aktuelle Analysen zur prä- und perinatalen Gesundheit und deren Determinanten auf Basis der deutschen Perinataldaten, <https://www.thieme-connect.com/ejournals/abstract/10.1055/s-0030-1266574> Stand: 29.12.2012
- Schuch, S. (2008) Der Einfluss sozialer Ungleichheiten auf die Gesundheit Macht Armut übergewichtig? In Ernährung wissenschaft und Praxis 2, Springer Verlag, Heidelberg S.52–57
- Siegmund-Schultze E, Kielblock B, Bansen, T. (2008) Schwangerschaft und Geburt: Was kann die Krankenkasse tun? Eine sozioökonomische Analyse der Bedürfnisse von KKH-versicherten Frauen in Bezug auf Schwangerschaft, Geburt und Babyzeit., In; Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement, 13, Thieme Verlag, Stuttgart, New York, S. 210-215
- Siegrist, J., Dragano, N. (2006) Die Lebenslaufperspektive gesundheitlicher Ungleichheit, in: Hurrelmann, K., Richter, M., Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven, 1. Aufl., VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden
- Sterzing, D. (2011) Präventive Programme für sozial benachteiligte Familien mit Kindern von 0 – 6 Jahren Überblick über die Angebote in Deutschland, Deutsches Jugendinstitut e.V., München
- Weyers, S., Muff. C. (2010) Sozialer Status und Ernährungsqualität Evidenz, Ursachen und Interventionen, In: Ernährungs Umschau 57, Umschau Zeitschriften Verlag GmbH, Frankfurt am Main, S. 84–89
- Wurzbacher, C.(2012) Ernährungsberatung bei Menschen mit Migrationshintergrund Teil 2, In; E&M – Ernährung und Medizin 27, Thieme Verlag, Stuttgart, New York, S.29 – 33

Zusammenfassung

Ernährungsberatung bei sozial benachteiligten Schwangeren

Lisa Lehmbeck

Medizinische Forschungen haben ergeben, dass eine ungünstige Nährstoffbereitstellung während der Schwangerschaft nicht nur die Entwicklung des Fötus im Mutterleib beeinflusst, sondern darüber hinaus auch Auswirkungen auf die spätere Gesundheit im Erwachsenenalter haben kann. Daher sind eine ausgewogene Ernährung und eine bedarfsgerechte Zufuhr von Nährstoffen während der Schwangerschaft wichtige Voraussetzungen, um für eine gesunde Entwicklung des Kindes zu sorgen. Personen aus der unteren sozialen Schicht ernähren sich häufig ungünstiger als Personen der höheren sozialen Schicht. Die Gründe dieses schichtspezifischen Ernährungsverhaltens sind vielfältig. Sie lassen sich jedoch häufig auf Faktoren der sozialen Ungleichheit zurück führen (Einkommen, Bildung, Beruf). Obwohl gerade Schwangere und Mütter der unteren sozialen Schicht von Ernährungsbildung profitieren könnten, nehmen viele von ihnen die Unterstützungs- und Beratungsangebote nicht wahr. Dieser Umstand fördert die gesundheitliche Ungleichheit. Um gesundheitliche Chancengleichheit zu stärken, müssen Projekte entwickelt werden, die sozial benachteiligte Schwangere besser erreichen. Eine Methode die sich zur Angebotsgestaltung bereits bewährt hat, ist der „Good-Practice-Ansatz“. Um sozial benachteiligte Schwangere für Ernährungsberatungsangebote zu erreichen, empfiehlt es sich, den „Good-Practice Ansatz“ zu nutzen. Einer der Belege hierfür ist das erfolgreiche Familienhebammenprojekt im KiFaZ Barmbek Süd.

Schlüsselwörter: Schwangerschaft, Ernährung, Soziale Ungleichheit, Gesundheitliche Ungleichheit, Chancengleichheit

Abstract

Nutritional counselling for socially disadvantaged pregnant women

Lisa Lehmbeck

Medical research has shown that an unfavourable nutrient supply influences not only the development of the foetus during pregnancy, but can also have effects on health in adulthood. Balanced diet and adequate supplies of necessary nutrients during pregnancy are important for a healthy development in childhood. Socially disadvantaged people are eating less favourable than the average. The reasons for the class-specific dietary behaviour are diverse but in many cases they are attributable to factors of social inequality as income, education and profession. Although deprived pregnant women and mothers could profit from nutritional counselling, programs available to advance the mother's health are rarely taken advantage of. This fact promotes health inequality. To strengthen health equal opportunities, projects have to reach socially disadvantaged pregnant women. In this respect "Good Practice" is a method which already has proven its value. It is therefore recommended to make use of the "Good Practice" method to develop suitable programs for nutritional counselling.

The family midwife project at the child and family centre in Barmbek-Süd, a district of Hamburg, proves the success of the "Good Practice" method..

Keywords: pregnancy, nutrition, social inequality, health inequality, equal opportunity

Eidesstattliche Erklärung:

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe verfasst habe. Und dazu nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Lisa Lehmbeck