Martin Smollich (Hrsg.)

Ernährungspraxis Frauen und Männer

Beratungswissen kompakt

VDD

VDOE BerufsVerband Oecotrophologie e.V.

WVG Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Stuttgart

Martin Smollich (Hrsg.)

Ernährungspraxis Frauen und Männer

Martin Smollich (Hrsg.)

Ernährungspraxis Frauen und Männer

Beratungswissen kompakt

Herausgegeben von Martin Smollich, Lübeck

Mit Beiträgen von

Birgit Blumenschein, Münster
Annett Hilbig, Mönchengladbach
Julia Kugler, Sendenhorst
Claudia Laupert-Deick, Bonn
Julia Sausmikat, Remagen
Birgit-Christiane Zyriax, Hamburg

Mit 30 Abbildungen und 75 Tabellen

WVG
Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Stuttgart

Zuschriften an
lektorat@dav-medien.de

Anschrift des Herausgebers
Prof. Dr. rer. nat. Martin Smollich
Institut für Ernährungsmedizin
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
Ratzeburger Allee 160
23538 Lübeck

Anschriften der Autorinnen
Dipl. med. päd.
Birgit Blumenschein
Havixbecker Straße 22A
48161 Münster

Dr. oec. troph. Annett Hilbig
Hochschule Niederrhein
Fachbereich Oecotrophologie
Rheydter Straße 277
41065 Mönchengladbach

Dipl.-Psych. Julia Kugler
Sunger 13
48324 Sendenhorst

Dr. Claudia Laupert-Deick
Praxis für Ernährungstherapie und Beratung
Kaiserstraße 139–141
53113 Bonn

Julia Sausmikat
c/o Institut für Ernährungsmedizin
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
Ratzeburger Allee 160
23538 Lübeck

Priv.-Doz. Dr. oec. troph.
Birgit-Christiane Zyriax
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Präventivmedizin und Ernährung, IVDP
Martinistraße 52
20246 Hamburg

Alle Angaben in diesem Werk wurden sorgfältig geprüft. Dennoch können Herausgeber, Autorinnen und Verlag keine Gewähr für deren Richtigkeit übernehmen.

Ein Markenzeichen kann markenrechtlich geschützt sein, auch wenn ein Hinweis auf etwa bestehende Schutzrechte fehlt.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet unter https://portal.dnb.de abrufbar.

Jede Verwertung des Werkes außerhalb der Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Übersetzungen, Nachdrucke, Mikroverfilmungen oder vergleichbare Verfahren sowie für die Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen.

1. Auflage 2020
ISBN 978-3-8047-3394-7 (Print)
ISBN 978-3-8047-4181-2 (E-Book, PDF)

© 2020 Deutscher Apotheker Verlag
Birkenwaldstraße 44, 70191 Stuttgart
www.deutscher-apotheker-verlag.de
Printed in Germany

Satz: primustype Hurler GmbH, Notzingen
Druck und Bindung: Himmer GmbH Druckerei & Verlag
Umschlagabbildung: New Africa/shutterstock
Umschlaggestaltung: deblik, Berlin
Sachregistererstellung: Walter Greulich, Birkenau

Vorwort

Die Entwicklungen von Ernährungswissenschaft und -medizin verlaufen immer rasanter. Noch nie wussten wir so viel über den Einfluss der Ernährung auf Gesundheit und Krankheit wie heute. Die damit verbundene Flut an Studienergebnissen ist selbst für Ernährungsfachkräfte kaum zu überblicken. Hinzu kommen zweifelhafte Empfehlungen von selbsternannten Experten und Influencern ohne jede fachliche Expertise, die in der Öffentlichkeit für Verunsicherung sorgen und sogar gefährlich werden können.

Für jeden, der Menschen in Ernährungsfragen verantwortungsvoll berät, ist aktuelles und fundiertes Fachwissen unerlässlich. Dieses Fachwissen muss nicht nur wissenschaftlich gesichert, sondern gleichzeitig praxisnah und im individuellen Kontext umsetzbar sein. Die dazu erforderliche Übersetzung wissenschaftlicher Forschungsergebnisse in alltagstaugliche Praxisempfehlungen bildet das Grundkonzept der *Buchreihe Ernährungspraxis*.

Insgesamt 27 Autor*innen aus verschiedensten Fachgebieten haben ihre langjährige Praxiserfahrung zusammengetragen, um alle Leser*innen davon profitieren zu lassen. Die persönlichen Erfahrungen wurden jedoch nicht unkritisch übernommen, sondern durchgehend auf den wissenschaftlichen Prüfstand gehoben und an den aktuellsten Forschungsstand angepasst. Für die Nutzer*innen der Buchreihe bietet das einen unschätzbaren Mehrwert: Die *Buchreihe Ernährungspraxis* ist praxistauglich und wissenschaftlich aktuell zugleich.

Im Sinne dieser konsequenten Praxisorientierung steht der einzelne Mensch in seiner jeweiligen Lebensphase im Mittelpunkt. Die *Buchreihe Ernährungspraxis* ist nicht nach Nährstoffen oder biochemischen Prinzipien geordnet, sondern nach einzelnen Lebensabschnitten. Band 1 liefert das Praxiswissen der Ernährung für Säuglinge, Kinder und Jugendliche, Band 2 Frauen- und Männer-spezifische Themen, und Band 3 fokussiert auf Senior*innen. Dadurch finden sich alle relevanten Informationen zu einem bestimmten Lebensabschnitt zusammen.

Die *Buchreihe Ernährungspraxis* richtet sich an Ernährungsfachkräfte wie Oecotrophолog*innen und Diätassistent*innen, ist aber auch der optimale Praxisleitfaden für alle Anderen, die zu Ernährungsthemen beraten, also für Apotheker*innen, PTA, Ernährungsberater*innen, Hebammen, Ernährungsmediziner*innen sowie Ärzt*innen anderer Fachgebiete.

Ernährungspraxis bei Frauen und Männern

Der vorliegende Band der *Buchreihe Ernährungspraxis* beleuchtet die geschlechtsspezifischen Aspekte der Ernährungsprävention und -therapie bei Frauen und Männern.

Teil I liefert die Grundlagen mit einem Überblick über die soziokulturellen Einflüsse auf das Ernährungsverhalten und die unterschiedliche Ernährungspraxis von Frauen und Männern. Daraus ergeben sich relevante Konsequenzen für die geschlechtsspezifische Ernährungskommunikation.

Teil II erläutert detailliert und praxisnah den großen Themenkomplex der Ernährung in Schwangerschaft und Stillzeit.

Teil III stellt die Ernährungsaspekte in Lebenssituationen und bei Erkrankungen, die ausschließlich oder überwiegend bei Frauen vorkommen, in den Mittelpunkt. Hierzu gehören neben den Wechseljahren die verschiedenen psychogenen Essstörungen, Brustkrebs und das polyzystische Ovarialsyndrom (PCOS).

Danksagung

Ein Großprojekt wie die *Buchreihe Ernährungspraxis* wäre ohne die tatkräftige Unterstützung zahlreicher Menschen nicht möglich gewesen. Ganz besonders danke ich Herrn Dr. Tim Kersebohm von der Wissenschaftlichen Verlagsgesellschaft Stuttgart für die hervorragende Zusammenarbeit; er hat die *Buchreihe Ernährungspraxis* mit bewundernswerter Beharrlichkeit und unermüdlichem Engagement von der ersten Idee bis zum erfolgreichen Abschluss begleitet und vorangetrieben. Silvia Rädlein, Kathrin Neyka und Leandra Brand haben durch ihr gewissenhaftes und konstruktives Lektorat maßgeblich zur besonderen Qualität der Reihe beigetragen. Natascha Wenzel und Madeleine Titeux haben sämtliche technischen Herstellungsschritte koordiniert und begleitet. Von Walter Greulich stammt das hervorragende Sachregister.

Allen Autor*innen danke ich für ihre unschätzbare Expertise, ihre Geduld und die hilfreichen Diskussionen.

Mein wichtigster Dank jedoch gilt all den Ratsuchenden, die wir Autor*innen im Laufe unserer Berufspraxis begleiten durften. Ihre Beispiele und Erfahrungen standen uns im gesamten Entstehungsprozess der Buchreihe vor Augen. Sie halfen uns, niemals das Entscheidende aus dem Blick zu verlieren: Alle wissenschaftlich begründeten Ernährungsempfehlungen müssen auch praxistauglich sein, denn im Mittelpunkt unseres Tuns stehen immer die Bedürfnisse, die Gesundheit und die Lebensqualität des Einzelnen.

Lübeck, im Herbst 2020 Martin Smollich

Geleitwort

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

einer gewaltigen Aufgabe haben sich der Herausgeber und das interdisziplinäre Autorinnenteam aus Diätassistentinnen, Ernährungswissenschaftlerinnen und Oecotrophologinnen gestellt, als sie sich nach Herausgabe des ersten Bandes zum Thema Säuglinge, Kinder und Jugendliche nun des Themas Ernährungspraxis Frauen und Männer annahmen. Wo anfangen, wo aufhören? Worauf fokussieren?

Es ist evident, dass eine adäquate und gesunde Ernährung der wesentliche Schlüssel für eine lebenslange gute Gesundheit ist. Auch bekannt ist, dass die gesundheitlichen Risiken und das Erkrankungsgeschehen von Frauen und Männern unterschiedlich sind. Die Lebenserwartung von Männern liegt mit 78,5 Jahren heute noch ca. fünf Jahre unter der von Frauen mit 83,3 Jahren (Stand: DESTATIS 2020). Daher müssen die Besonderheiten in der Gesundheit und im Gesundheitsverhalten von Frauen und Männern in der Gesundheitsversorgung, Prävention und Gesundheitsförderung besonders berücksichtigt werden. Frauen nehmen Angebote zur Ernährungsberatung und -therapie deutlich häufiger wahr als Männer, und auch das Ernährungsverhalten unterscheidet sich zwischen den Geschlechtern. Die Beachtung geschlechtsspezifischer Fragen ist somit für den Erfolg ernährungstherapeutischer Interventionen wesentlich.

Viele unserer Mitglieder arbeiten in interdisziplinären Teams mit Ärzt*innen, anderen Therapeut*innen und Sozialdienst zusammen, sei es in der Klinik oder niedergelassen in einer Praxis. Damit das Wohl der Patient*innen stets im Vordergrund stehen kann, muss unser Anspruch an eine hohe Qualität in Beratung und Therapie gewährleistet sein. Es ist hierbei unerlässlich, durch lebenslanges Lernen das eigene Wissen immer wieder auf den aktuellen Stand zu bringen und sich stets weiterzubilden. Qualität, Patientensicherheit und Nachhaltigkeit müssen in der Ernährungspraxis oberste Priorität haben – dies ist uns allen ein großes Anliegen.

In den Händen halten Sie ein Kompendium, welches dem hohen Anspruch gerecht wird, das derzeitige Wissen für therapeutische und präventive Interventionen im Bereich der Ernährung, Ernährungsmedizin und Diätetik von Frauen und Männern in einem aktuellen Nachschlagewerk zusammenzufassen und nutzbar zu machen. Das jetzt vorliegende Buch schließt eine Lücke in der Literatur insbesondere für Oecotropholog*innen/Ernährungswissenschaftler*innen und Diätassistent*innen. In erneut gelungener Aufmachung ist es auf über 300 Seiten gelungen, einen umfassenden Abriss über das aktuelle Fachwissen zu geben.

Damit ist das Buch zugleich Grundlagenliteratur, Nachschlagewerk und Ratgeber. Aus Sicht des BerufsVerbandes Oecotrophologie e. V. (VDOE) und des Verbandes der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) ist es für die berufliche Beratungspraxis ebenso wertvoll wie für Studierende oder in der Ausbildung befindliche Diätassistent*innen – schlichtweg ein „must have".

Wir laden unsere Mitglieder ein, dieses fundierte Fachbuch als Praxishilfe, Nachschlagewerk und Unterstützung in ihrem täglichen Berufsalltag zu nutzen und von den aufgearbeiteten Grundlagen und therapeutischen Hilfen zu profitieren.

Wir danken dem Herausgeber Herrn Prof. Dr. Martin Smollich für die Initiative zu diesem Werk, das wir als echte Bereicherung in unserem Regal ansehen.

Monika Bischoff, VDOE-Vorstandsvorsitzende und
Uta Köpcke, VDD-Präsidentin

Inhaltsverzeichnis

Vorwort ... V

Geleitwort ... VII

Abkürzungsverzeichnis ... XV

TEIL I GESCHLECHTSSPEZIFISCHE ASPEKTE DER ERNÄHRUNG

1 Soziokulturelle Einflussfaktoren auf das Ernährungsverhalten ... 3

1.1 Begriffsbestimmungen: Geschlecht – Gender – Geschlechterrolle? ... 3

1.2 Geschlechtsspezifische Einflussfaktoren ... 5

1.2.1 Kindliche Prägung: männliches Lust- und weibliches Frustprinzip ... 5

1.2.2 Frauenbild ... 7

1.2.3 Männerbild ... 8

1.2.4 Geschlechterrolle im Wandel ... 8

1.3 Einfluss von Werbung und Medien ... 9

1.4 Gibt es soziale Unterschiede? ... 10

2 Aktuelle Ernährungspraxis von Frauen und Männern ... 12

2.1 Lebensmittelverzehr und Nahrungspräferenzen ... 12

2.1.1 Lebensmittelverzehr und Nahrungspräferenzen von Mädchen und Jungen ... 12

2.1.2 Lebensmittelverzehr und Nahrungspräferenzen von Frauen und Männern ... 14

2.2 Epidemiologische Datenlage ... 16

2.2.1 Einfluss des Körpergewichts auf die Lebenserwartung ... 17

2.2.2 Frauen erkranken anders als Männer ... 19

2.2.3 Selbsteinschätzung der Gesundheit bei Frauen und Männern im Vergleich ... 21

2.2.4 Einfluss des Sozialstatus auf die Prävalenz von Übergewicht und Krankheiten ... 22

2.3 Risikofaktor Mann? ... 24

2.3.1 Einfluss des männlichen Essverhaltens auf die Gesundheit ... 24

2.4 Schutzfaktor Frau? ... 25

2.4.1 Einfluss des weiblichen Essverhaltens auf die Gesundheit ... 25

3 Geschlechtsspezifische Prävention und Ernährungstherapie ... 27

3.1 Geschlechtsspezifische Kommunikation ... 27
3.1.1 Kommunikation mit Frauen und Männern ... 27
3.1.2 Kommunikation mit Jugendlichen ... 35

3.2 Geschlechtsspezifische Empfehlungen zur Primärprävention ... 37
3.2.1 Empfehlungen zur Primärprävention für Frauen ... 38
3.2.2 Empfehlungen zur Primärprävention für Männer ... 42
3.2.3 Geschlechtsspezifische Beratungspraxis in Kindergärten und Schulen ... 44

3.3 Geschlechtsspezifische Empfehlungen in der Ernährungstherapie ... 46

3.4 Ausblick ... 50

TEIL II ERNÄHRUNG IN SCHWANGERSCHAFT UND STILLZEIT

4 Prägung und Programmierung ... 55

4.1 Pränatale Risikofaktoren ... 57

4.2 Postnatale Risikofaktoren ... 60

5 Ernährung in der Schwangerschaft ... 62

5.1 Physiologische Veränderungen ... 62
5.1.1 Hormonelle Veränderungen ... 63
5.1.2 Entwicklung der Plazenta als zentrale Verbindung zwischen Mutter und Fötus ... 64
5.1.3 Veränderungen des Herz-Kreislauf- und Atmungssystems ... 64
5.1.4 Veränderung der Nierenfunktion ... 65
5.1.5 Schilddrüse ... 66
5.1.6 Veränderung des Stoffwechsels ... 66
5.1.7 Gastrointestinale Veränderungen ... 68

5.2 Gewichtsentwicklung ... 68

5.3 Praktische Empfehlungen zur Ernährung ... 72
5.3.1 Mehrbedarf an Energie und Nährstoffen ... 73
5.3.2 Kritische Nährstoffe ... 77
5.3.3 Lebensmittelauswahl ... 113
5.3.4 Art und Anzahl der Mahlzeiten ... 123

5.4 Besondere Ernährungsweisen ... 124
5.4.1 Vegetarische Ernährung ... 125
5.4.2 Vegane Ernährung ... 127

5.5 Erkrankungen durch Lebensmittel ... 129
5.5.1 Toxoplasmose ... 131
5.5.2 Listeriose ... 132
5.5.3 Prävention von Toxoplasmose und Listeriose ... 132

5.6 Genussmittel ... 135
5.6.1 Coffein ... 135
5.6.2 Alkohol ... 137
5.6.3 Rauchen ... 138

5.7 Ernährung in besonderen Situationen ... 138
5.7.1 Übergewicht ... 139
5.7.2 Untergewicht ... 141
5.7.3 Schwangerschaftsdiabetes ... 142
5.7.4 Allergien und Lebensmittelintoleranzen ... 147
5.7.5 Weitere schwangerschaftsbedingte Beschwerden ... 149

5.8 Weitere beratungsrelevante Aspekte ... 152
5.8.1 Bewegung in der Schwangerschaft ... 152
5.8.2 Arzneimittel in der Schwangerschaft ... 156

6 Ernährung in der Stillzeit ... 158

6.1 Stillberatung ... 159
6.1.1 Einflussfaktoren ... 159
6.1.2 Physiologie der Laktation ... 162
6.1.3 Zusammensetzung der Muttermilch ... 164
6.1.4 Vorteile des Stillens ... 166
6.1.5 Stillen von Frühgeborenen und Zwillingen/Mehrlingen ... 168
6.1.6 Kontraindikationen für das Stillen ... 169

6.2 Gewichtsentwicklung ... 170
6.2.1 Gewichtsabnahme der Mutter nach der Geburt ... 170
6.2.2 Gewichtsentwicklung des Säuglings ... 170

6.3 Praktische Empfehlungen zur Ernährung ... 172
6.3.1 Mehrbedarf an Energie und Nährstoffen ... 173
6.3.2 Kritische Nährstoffe ... 176
6.3.3 Lebensmittelauswahl ... 178

6.4 Besondere Ernährungsweisen ... 182
6.4.1 Diät zur Allergieprävention ... 182
6.4.2 Vegetarische und vegane Ernährung ... 183

6.5 Genussmittel ... 184
6.5.1 Coffein ... 184
6.5.2 Alkohol ... 184
6.5.3 Rauchen ... 185

6.6 Weitere beratungsrelevante Aspekte ... 185
6.6.1 Bewegung in der Stillzeit ... 185
6.6.2 Arzneimittel in der Stillzeit ... 186

TEIL III ERNÄHRUNG BEI FRAUENSPEZIFISCHEN ERKRANKUNGEN UND LEBENSSITUATIONEN

7 Psychogene Essstörungen ... 193

7.1 Standardisierte Essstörungsdiagnostik ... 194
7.1.1 Körperliche Symptome der Mangelernährung ... 194
7.1.2 Psychische Symptome ... 195
7.1.3 Komorbidität ... 196
7.1.4 Therapie ... 196

7.2 Anorexie (Anorexia nervosa, Magersucht) ... 197
7.2.1 Häufigkeit ... 197
7.2.2 Ursachen und Entstehungsbedingungen ... 197
7.2.3 Verhaltens- und Denkmuster, Symptomatik ... 198
7.2.4 Diagnostik ... 198
7.2.5 Differenzialdiagnostik ... 200
7.2.6 Verlauf und Prognose ... 201
7.2.7 Therapeutische Maßnahmen ... 202

7.3 Bulimie (Bulimia nervosa, Ess-Brech-Sucht) ... 204
7.3.1 Häufigkeit ... 204
7.3.2 Ursachen und Entstehungsbedingungen ... 204
7.3.3 Verhaltens- und Denkmuster, Symptomatik ... 205
7.3.4 Diagnostik ... 206
7.3.5 Differenzialdiagnostik ... 208
7.3.6 Verlauf und Prognose ... 208
7.3.7 Therapeutische Maßnahmen ... 208

7.4 Binge-Eating-Störung (BES) ... 208
7.4.1 Häufigkeit ... 209
7.4.2 Verhaltens- und Denkmuster, Symptomatik ... 209
7.4.3 Diagnostik ... 209
7.4.4 Differenzialdiagnostik ... 210
7.4.5 Verlauf und Prognose ... 210
7.4.6 Ursachen und Entstehungsbedingungen ... 210
7.4.7 Therapeutische Maßnahmen ... 210

7.5 Atypische Essstörungen ... 212
7.5.1 Night-Eating-Syndrom (NES) ... 212
7.5.2 Orthorexie ... 212
7.5.3 Grasen, „Grazing" ... 214

7.6 Ausblick ... 214

8 Ernährung und Brustkrebs ... 218

8.1 Ernährungsassoziierte Einflussfaktoren ... 220
8.1.1 Alkohol ... 220
8.1.2 Übergewicht und Adipositas ... 221
8.1.3 Ballaststoffe ... 223
8.1.4 Verzehr von nicht-stärkehaltigem Gemüse ... 226
8.1.5 Milchprodukte und Calcium ... 226
8.1.6 Mediterrane Diät ... 227

8.2 Ernährungsassoziierte Faktoren mit widersprüchlicher Evidenz ... 228
8.2.1 Phytoöstrogene ... 228
8.2.2 Obst ... 231

8.3 Empfehlungen für Brustkrebsüberlebende ... 232
8.3.1 Alkohol ... 232
8.3.2 Übergewicht und Adipositas ... 232
8.3.3 Welche Ernährungsmuster sind günstig? ... 233
8.3.4 Sojahaltige Lebensmittel ... 234

8.4 Was wirkt nicht? ... 235
8.4.1 „Anti-Krebs-Ernährung" nach Dr. Coy ... 235
8.4.2 Ketogene Ernährung ... 236

8.5 Ausblick ... 236

9 Ernährung und Polyzystisches Ovarialsyndrom ... 244

9.1 Definition, Klassifizierung und Pathogenese ... 244
9.1.1 Definition ... 244
9.1.2 Klassifikation von Phänotypen ... 245
9.1.3 Übergewicht und Adipositas ... 245
9.1.4 Insulinresistenz ... 246

9.2 Risikofaktoren und metabolische Folgen ... 247
9.2.1 Glucosetoleranz und Hyperinsulinismus ... 247
9.2.2 Kardiovaskuläre Risikofaktoren ... 247
9.2.3 Hypertonie ... 248

9.3 Prävention und ernährungstherapeutische Interventionen ... 248
9.3.1 Lifestyle-Modifikation ... 248
9.3.2 Gewichtsmanagement ... 249
9.3.3 Kohlenhydratrestriktion und -modifikation ... 249
9.3.4 Metabolische Effekte ... 251

9.4 Praktische Ernährungstherapie ... 251

10 Ernährung in den Wechseljahren ... 259

10.1 Einleitung ... 259

10.2 Phasen der Wechseljahre ... 259

10.3 Klimakterische Beschwerden ... 261
10.3.1 Vasomotorische Beschwerden ... 261
10.3.2 Weitere akute Beschwerden ... 266

10.4 Wechseljahre und Risiko für chronische Erkrankungen ... 267
10.4.1 Kardiovaskuläre Erkrankungen ... 268
10.4.2 Insulinresistenz ... 270
10.4.3 Bluthochdruck ... 272
10.4.4 Dyslipidämien ... 273
10.4.5 Krebs ... 275
10.4.6 Osteoporose ... 277

Sachregister ... 289

Der Herausgeber ... 306

Die Autorinnen ... 306

Abkürzungsverzeichnis

25(OH)D	25-Hydroxy-Vitamin D

A

AA	Arachidonsäure
ACOG	American Congress of Obstetricians and Gynecologists
AES	Androgen Ecxess Society
aid	aid infodienst, Informationsdienst im Bereich Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz, wurde am 3.11.2016 aufgelöst
ANAD e.V.	Anorexia nervosa and associated disorders, Beratungsstelle für Essstörungen, München
APA	American Psychiatric Association
AR	Adiposity Rebound

B

BES	Binge Eating Störung
BfR	Bundesinstitut für Risikobewertung
BLE	Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMFSFJ	Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMI	Body Mass Index
BzgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

C

CI	Konfidenzintervall
COS	Polyzystisches Ovarialsyndrom

D

d	Tag
D-A-CH	Deutschland-Österreich (A)–Schweiz (CH)
DDG	Deutschen Diabetes-Gesellschaft
DEGS	Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland
DGE	gesättigte Fettsäuren
DGE	Deutsche Gesellschaft für Ernährung
DGESS	Deutsche Gesellschaft für Essstörungen e.V.
DGGG	Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
DHA	Docosahexaensäure
DKFZ	Deutsches Krebsforschungszentrum
DNA	Desoxyribonukleinsäure
DONALD-Studie	Dortmund Nutritional and Anthropometric Longitudinally Designed
DSM	Diagnostischer und statistischer Leitfaden psychischer Störungen Diagnostic and Statistical Manual o Mental Disorders

E

EFSA	Europäische Behörde für Lebensmittelsichert
EN%	Energieprozent, vgl. zum Richtwert der Gesamtenergiezufuhr pro Tag

EPA	Eicosapentaensäure
EPIC	European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition
EUFS	einfach ungesättigte Fettsäuren

F

FAS	fetales Alkoholsyndrom
Fett. i. Tr.	Fett in der Trockenmasse

G

GeliS	Gesund leben in der Schwangerschaft
GFS	gesättigte Fettsäuren
GI	Glykämischer Index

H

HA	Hypoallergen
HA-Nahrung	Hypoallergene Nahrung
HCG	Humanes Chorion Gonadotropin
HDL	High Density Lipoprotein
HPL	Humanes Plazentalaktogen
HR	Hazard ratio

I

ICD 10	International Classification of Diseases
IGF-1	Insulin-like growth factor 1, Wachstumsfaktor
IOM	Institute of Medicine

K

KiGGS	Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland

L

LC-PUFA	Langkettige vielfach ungesättigte Fettsäuren, long-chain polyunsaturated fatty acids
LDL	Low Density Lipoprotein
LOGI	Kohlenhydratreduzierte Ernährungsform, low glycemic and insulinemic diet

M

MARI*Eplus*	Mammakarzinom-Risikofaktoren-Erhebung
MD	Mediterrane Diät
MJ	Megajoule (1 MJ = 239 kcal)
MUFA	mono unsaturated fatty acid (einfach ungesättigte Fettsäure)

N

NÄ	Niacinäquivalent
NASH	Nichtalkoholische Steatohepatitis
NEM	Nahrungsergänzungsmittel

O

25(OH)D	25-Hydroxy-Vitamin D
OR	Odds Ratio, Chancenverhältnis

P

PAL	Physical Activity Level
PREDIMED-Studie	Prevención con Dieta Mediterránea
PsychKHG	Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten
PUFA	poly unsaturated fatty acid (mehrfach ungesättigte Fettsäure)

Q

QUETHEB	Deutsche Gesellschaft der qualifizierten Ernährungstherapeuten und Ernährungsberater e.V.

R

RÄ	Retinoläquivalent
REE	Ruheenergieverbrauch
RKI	Robert-Koch-Institut, Berlin
RNA	Ribonukleinsäure
ROS	Reactive oxygen species, reaktive Sauerstoffspezies, Sauerstoffradikale
RR	Relatives Risiko

S

SAFA	saturated fatty acid (gesättigte Fettsäure)
SES	socio economic status, sozioökonomischer Status
SGA	Small for Gestational Age, klein bezogen auf das Reifealter
SIDS	Sudden infant death syndrome, plötzlicher Kindstod

T

TÄ	Tocopherol-Äquivalent
TSH	Thyreoidstimulierendes Hormon

U

USDA	United States Department of Agriculture, Landwirtschaftsministerium der USA

V

VLDL	Very Low Density Lipoprotein

W

WCRF	World Cancer Research Fund
WHO	World Health Organization, Weltgesundheitsorganisation

Teil I
Geschlechtsspezifische Aspekte der Ernährung

1 Soziokulturelle Einflussfaktoren auf das Ernährungsverhalten 3
2 Aktuelle Ernährungspraxis von Frauen und Männern 12
3 Geschlechtsspezifische Prävention und Ernährungstherapie 27

1 Soziokulturelle Einflussfaktoren auf das Ernährungsverhalten

Claudia Laupert-Deick

Begriffsbestimmungen: Geschlecht – Gender – Geschlechterrolle? ... 3 | Geschlechtsspezifische Einflussfaktoren ... 5 | Einfluss von Werbung und Medien ... 9 | Gibt es soziale Unterschiede? ... 10

Unser Essverhalten wird von zahlreichen soziokulturellen Faktoren wie sozialer Schicht, Alter und auch von unserem Geschlecht beeinflusst (Kreienkamp 2010). Durch das Essen können sich Geschlechterverhältnisse manifestieren, indem sie beständig wiederholt und an nachfolgende Generationen weitergegeben werden. „Fleisch gibt Kraft und stärkt die Muskeln" ist ein typisches Beispiel dafür, wie seit Generationen der Fleischkonsum in Deutschland den Männern als Möglichkeit zur Steigerung des Muskelanteils vermittelt wird. Frauen verbringen in deutschen Haushalten mehr Zeit mit hauswirtschaftlichen Tätigkeiten. Dementsprechend wird häufig automatisch erwartet, dass sie den Lebensmitteleinkauf und die Zubereitung der Speisen für die Familie übernehmen (Meier-Gräwe 2010).

Das Themengebiet Gender ist für viele Fachgebiete immens wichtig und dementsprechend umfangreich. In der Medizin, Psychologie und Pädagogik werden geschlechterspezifische Verhaltensweisen und Erwartungen zunehmend beforscht. Für den Ernährungsbereich ist die Datenlage wenig umfassend, obwohl Sie ein wichtiger Aspekt ist, der in der Ernährungskommunikation bedeutsam sein kann.

1.1 Begriffsbestimmungen: Geschlecht Gender Geschlechterrolle?

Wir unterscheiden in der Regel noch immer überwiegend zwischen dem männlichen und dem weiblichen **Geschlecht.** Dieser Begriff bezieht sich auf die biologischen Unterschiede zwischen Mann und Frau und wird im Englischen als „Sex" bezeichnet. „**Gender**" hingegen steht für das Geschlecht in seiner sozialen, kulturellen und historischen Prägung, d. h. wie die geschlechtsspezifischen Rahmenbedingungen den menschlichen Charakter im Lauf seines Lebens formen. Im Deutschen wird der Begriff Gender im Wesentlichen im Zusammenspiel mit folgenden drei Faktoren betrachtet:

1. Physiologische Einflüsse, z. B. Größe und Zusammensetzung des Gehirns, Hormonschwankungen.
2. Psychologische Faktoren, z. B. Bewältigungsstrategien in verschiedenen Lebensabschnitten bzw. Lebenssituationen.
3. Soziale Faktoren, z. B. familiäre, schulische, berufliche und kulturelle Einflüsse.

Tab. 1.1 Klassische Merkmale der Geschlechterrolle bzw. Stereotype bei Frauen und Männern im Vergleich. Nach Wagner-Link 2009

Frauenstereotyp	Männerstereotyp
Anpassungsbestrebt	Dominant
Abhängig	Unabhängig
Emotional	Rational
Einfühlsam	Selbstsicher
Sanft	Aggressiv
Zurückhaltend	Tatkräftig
Beziehungsorientiert	Leistungsorientiert

Gender bezieht sich somit auch auf die kulturell und gesellschaftlich konstruierten Rollen und Verhaltensweisen, die Frauen und Männern zugeschrieben werden. Dies wird mit dem Begriff **Geschlechterrolle (= Stereotype)** umschrieben. Geschlechterrollen stellen klischeehafte Erwartungen und Vorstellungen an das jeweilige Geschlecht mit Blick auf dessen Verhalten, Gefühle, Eigenschaften und Einstellungen dar (Tab. 1.1).

Geschlechterrollen können jedoch auch als **Stereotype**, d. h. soziale Urteile in Form von Vorurteilen gesehen werden. Sie tendieren zur Verallgemeinerung und ordnen „allen" Männern bzw. Frauen bestimmte Eigenschaften zu. Mit Blick auf die Ernährungskommunikation ist zu berücksichtigen, dass Stereotype das Denken und Handeln beeinflussen können. Während negative Stereotype sich eher hemmend auf eine Verhaltensänderung oder kognitive Leistung auswirken, ist es bei positiven Stereotypen gegenteilig (Kautzky-Willer 2012).

Frauen werden häufig als emotional und beziehungsorientiert charakterisiert, während Männern Rationalität und Leistungsorientierung zugesprochen werden. Dieses vereinfachte „schwarz-weiß" Muster berücksichtigt keine graduellen Abstufungen. Gerade für die Kommunikation und somit auch für die Ernährungsberatung bei Frauen und Männern, ist es jedoch wichtig, eine differenzierte Betrachtung und Einschätzung der Person, unabhängig vom Geschlecht, vorzunehmen (Wagner-Link 2009).

Eine Differenzierung zwischen biologischem und sozialem Geschlecht zeigt, dass es Unterschiede in Anatomie und Physiologie gibt, die an spezielle Rollenerwartungen geknüpft werden. So wird beispielsweise von einem „großen und starken" Mann erwartet, dass er einer „kleinen und schwachen" Frau den Koffer trägt. Diese Rollenerwartungen sind für die Positionierung von Frauen und Männern in unserer Gesellschaft mitverantwortlich. Männern in unserer Zeit wird häufig noch die Rolle des finanziellen Versorgers zugeschrieben, während Frauen überproportional häufig mit der Erziehung der Kinder und dem Kochen beschäftigt sind (Kreienkamp 2010).

Derzeit strebt die **Genderforschung** danach, das Zusammenspiel zwischen Anlagen und Umweltfaktoren in ihren Wechselwirkungen während des Lebens zu erforschen.

Doing Gender beschreibt, dass unser Geschlecht erst durch Faktoren wie Bildung, Erziehung oder die Organisation der Gesellschaft sozial relevant wird. Geschlecht ist also kein naturgegebener Zustand, sondern es wird durch die Umwelt kreiert. Dies wiederum

wirkt sich auf die Körpersprache und Verhaltensmuster im alltäglichen Leben aus (Wagner-Link 2009).

1.2 Geschlechtsspezifische Einflussfaktoren

Essen unterstützt die Individualisierung und soziokulturelle Einordnung bzw. Abgrenzung der Menschen innerhalb einer Gesellschaft. Je nach Herkunft und Nationalität findet man beispielsweise in arabischen Restaurants andere Gäste als beim Italiener. Des Weiteren entwickelt sich der Essstil passend zum Lebensstil, das heißt, dass er eng mit der personalen Identität verknüpft ist (Bartsch 2008). So findet man in einer typisch deutschen Kneipe ein anderes Publikum als in einem Sternerestaurant. Bei einem Geschäftsessen unter Kolleginnen der Oecotrophologie zeigt sich dieser Aspekt ebenfalls sehr ausgeprägt. Meistens ist davon auszugehen, dass sich „die Damen" entweder einen Salat oder eine Ofenkartoffel mit Salat- oder Gemüsebeilage bestellen.

Wir inszenieren durch unser Essverhalten auch unsere Geschlechterzugehörigkeit, wenn wir im Restaurant eine männertypische Speise (z. B. Steak) und das dazugehörige Getränk (z. B. Bier) wählen oder eine große bzw. übersichtliche Portion essen. Durch Kommentare aus der sozialen Umwelt wird das Essverhalten bestätigt und verstärkt (Bartsch 2008). Männer prosten sich zu, wenn sie beim Skatspiel Bier trinken und kommentieren es häufig abwertend, wenn ein Mitspieler Wasser bestellt. Frauen erfüllen die Stereotype ihres Geschlechts, indem sie sich beispielsweise sonntags zum „Kaffeekränzchen" treffen. Diese Beispiele zeigen, dass selbst Verzehrsituationen geschlechtlich codiert sind (Setzwein 2004b).

Häufig geben auch die Namen von Speisen einen Hinweis auf ihr Geschlechterimage. So steht ein „Jägerschnitzel" oder „Strammer Max" für andere geschmackliche und symbolische Eigenschaften, als eine „Birne Helene" oder das „Crêpe Suzette" (Setzwein 2004b).

1.2.1 Kindliche Prägung: männliches Lust- und weibliches Frustprinzip

Mädchen und Jungen unterscheiden sich in ihrem Essverhalten ähnlich wie Frauen und Männer. Hier stellt sich die Frage, wie Geschlechter gemacht werden. Die Ursachen für ein unterschiedliches Essverhalten beginnen schon sehr früh. Obwohl sich in den zurückliegenden Jahrzehnten in der Erziehung und Betreuung von Kindern vieles verändert hat, werden diese auch heute noch in Teilen geschlechtsspezifisch erzogen. Dieser Prozess wird häufig bereits direkt nach der Geburt eingeleitet. Eltern beschreiben Töchter als zart, niedlich und hübsch, während Söhnen die Eigenschaften stark, groß und aktiv zugesprochen werden (Wagner-Link 2009). Jungen essen, damit sie groß und stark, Mädchen, damit sie hübsch und zart werden. Während männliche Säuglinge länger an der Mutterbrust verweilen, werden Mädchen häufig schon früh von ihren Müttern auf eine eventuell übermäßige Energie- oder Zucker- bzw. Fettzufuhr hingewiesen. Hier findet häufig eine Übertragung des von der Mutter gewünschten Schönheitsideals auf das Mädchen statt.

In der Öffentlichkeit achten viele Eltern darauf, dass sich ihre Kinder der Geschlechterrolle entsprechend verhalten. Während von Mädchen ein eher braves und angepasstes Verhalten erwartet wird, sollen Jungen ihre Bedürfnisse stärker einfordern und setzen sich deshalb auch körperlich häufiger durch (Wagner-Link 2009). Als Folge dieser Sozia-

lisation bzw. Geschlechtskonstruktion entsteht ein hierarchisches Geschlechterverhältnis, welches weitgehend als natürlich betrachtet oder gar nicht wahrgenommen wird. Männer werden oft als „starkes" Geschlecht beschrieben, sie besetzen im Beruf häufiger Führungspositionen und übernehmen Verantwortung, wenn Entscheidungen zu treffen sind. Frauen hingegen sind angepasster, verkörpern das „schwache" Geschlecht und werden versorgt bzw. stellen auch heute noch die eigenen Bedürfnisse, wie die Verwirklichung im Beruf, zum Wohle der Familie häufiger zurück (Wagner-Link 2009).

Essverhalten und Körpervorstellung von Mädchen und Jungen im Vergleich

Es gibt einen engen Zusammenhang zwischen dem Essverhalten und der idealen Körpervorstellung, welche wiederum gesellschaftlich geprägt ist: ein optimaler männlicher Körper wird mit Stärke und Muskelmasse verbunden, ein weiblicher mit Schlankheit und Schönheit. Entsprechend verzichten Mädchen häufiger auf Essen als Jungen, um diesem Ideal gerecht zu werden (Bartsch 2008).

Während für Jungen eher die Menge beim Essen wichtig ist, achten Mädchen v. a. auf kalorienarmes und gesundes Essen. Das Essverhalten der Mädchen ist deshalb häufiger mit restriktiven Einschränkungen, Kontrolle und Zwängen verbunden. Für Jungen hingegen spielt der Genuss eine größere Rolle (Bartsch 2008).

Die Hälfte (49,4 %) der normalgewichtigen 11- bis 17-jährigen Mädchen und ein Viertel (26,2 %) der normalgewichtigen Jungen empfinden sich als zu dick und leiden darunter. Diese Unzufriedenheit nimmt bei Mädchen in der Pubertät zu. Den Jungen kommt die körperliche Veränderung, ein höherer Anteil der Muskelmasse, entgegen. Um dem Streben nach Schlankheit und Attraktivität gerecht zu werden, beschränken Mädchen häufig die Energieaufnahme, in dem sie auf kalorienreiche Lebensmittel oder ganze Mahlzeiten verzichten. Rund ein Viertel der 9–17-jährigen Mädchen gab in einer aktuellen Studie an, regelmäßig oder oft auf „Diät" zu sein (Currie et al. 2000). Diese Vorstellungen sind in der Ernährungskommunikation mit Jugendlichen zu berücksichtigen (▸Kap. 3.1.2).

Die Vorstellungen zur Idealfigur der Jugendlichen sind in diesem Zusammenhang interessant und wurden in der Jugendesskulturstudie 2008 (BZgA 2008) untersucht und beschrieben (□ Tab. 1.2).

Info 1.1: Vorstellungen zur Idealfigur

Etwa ein Drittel der Mädchen und über 40 % der Jungen bevorzugen als Idealfigur für Frauen einen extrem schlanken Körper, den sogenannten Wespentaillentyp. 38 % der Mädchen wünschen sich einen sportlichen Mann, 32 % sogar den Bodybuilder-Typ. Fast die Hälfte der Jungen strebt das Schönheitsideal des Bodybuilder-Typs an (BZgA 2008). Hier wird deutlich, welche Erwartungen mit einem idealen Körper verbunden werden.

Zur Optimierung der Figur treiben Jungen und Mädchen bevorzugt Sport. Mädchen tun dies zusätzlich zum Nahrungsverzicht. Um schlank zu sein oder zu bleiben, lässt mehr als ein Viertel der Mädchen mindestens eine Mahlzeit pro Tag häufig bzw. regelmäßig aus (BZgA 2008). Auch dieser Aspekt ist in der Ernährungskommunikation zu berücksichtigen (▸Kap. 3.1.2).

In der Pubertät entwickeln sich geschlechtsspezifische Essstile, die sich im weiteren Leben häufig manifestieren und somit auch für die Vorstellungen als Erwachsene von Bedeutung sein können. So kann beispielsweise der regelmäßige Verzehr von Fastfood im

Tab. 1.2 Vorstellungen Jugendlicher zur Idealfigur. Nach Bartsch 2008

Vorstellungen zur Idealfigur einer Frau		Vorstellungen zur Idealfigur eines Mannes	
Sportlich-androgyne Frau	Wespentaillentyp (= extrem schlanke Frau)	Sportlicher Mann	Bodybuilder-Typ
29 % der Jungen	44 % der Jungen	30 % der Jungen	47 % der Jungen
37 % der Mädchen	31 % der Mädchen	38 % der Mädchen	32 % der Mädchen
Etwa ein Drittel der Jugendlichen bevorzugt dieses sportliche Schönheitsideal	Mehr als ein Drittel der Gesellschaft bevorzugt dieses extrem schlanke Schönheitsideal	Etwa ein Drittel der Jugendlichen bevorzugt dieses sportliche Schönheitsideal	Mehr als ein Drittel der Gesellschaft bevorzugt dieses extrem kraftbetonte Schönheitsideal

Jugendalter, den wir häufig bei Jungen finden, dazu beitragen, dass im späteren Leben wenig Zeit für den Einkauf und die Zubereitung von frischen Lebensmitteln aufgewendet wird.

1.2.2 Frauenbild

Frauen fühlen sich häufig in ihrer Rolle als Versorgerin „unter Druck" gesetzt, ihre Familie gesund zu ernähren und gleichzeitig deren „ungesunde" Esswünsche (z. B. Chips) zu berücksichtigen (Kreienkamp 2010). Derzeit werden 80 % der häuslichen Tätigkeiten in Deutschland von Frauen übernommen, d. h. dieser Bereich ist nach wie vor weiblich geprägt (Meier-Gräwe 2010). Frauen haben weiterhin eine hohe Tendenz, bei der Zubereitung von Speisen möglichst auf die Geschmacksvorlieben der Kinder und des Partners einzugehen, während sie ihre eigenen Bedürfnisse zurückstellen.

Schlankheit ist in der Frauenwelt eine häufig erwartete Voraussetzung für den beruflichen Erfolg, da sie mit Disziplin und Belastbarkeit verknüpft wird. Deshalb liegen Frauen aus dem Mittel- und Top-Management mit ihrem durchschnittlichen Body Mass Index (BMI) unter dem der weiblichen Gesamtbevölkerung. In dieser Berufsgruppe sind im Vergleich zur Normalbevölkerung doppelt so viele Frauen untergewichtig. Das Erreichen dieses Schönheitsideals ist bei diesen Frauen durch ein restriktives Essverhalten gekennzeichnet (Bartsch 2008). Solche Zusammenhänge sind für die Ernährungskommunikation von großer Bedeutung, wenn als Beratungsziel ein Wunschgewicht benannt wird, das deutlich unterhalb des Idealgewichts liegt (▸Kap. 3.1).

1.2.3 Männerbild

Männer gelten in Deutschland immer noch als „Ernährer", wobei Ernährung mit Geldverdienen gleichgesetzt wird.

Doing Gender geht davon aus, dass das Geschlecht eine soziale Konstruktion ist, d. h. von der Gesellschaft gemacht wird (▸Kap. 1). Männlichkeit ist multidimensional: Sie ist mit sozialer Schicht, dem Lebensraum, ethnischen Anteilen und der Generation verknüpft. Somit lebt jede Generation von Männern eine andere Männlichkeit, da sie mit einer eigenen Form von Männlichkeit groß geworden ist.

Anstelle eines uniformen Verständnisses von Männern muss ein differenzierter Blick auf die unterschiedlichen männlichen Lebenslagen geworfen werden. Der Plural tritt an die Stelle des Singulars, sodass wir von Männlichkeiten statt von Männlichkeit sprechen müssen. Unterschiedliche Männlichkeiten sind z. B. junge Männer, denen Fitness und Lifestyle wichtig ist (Bsp. Men´s Health), oder die Männlichkeit eines Bauarbeiters oder eines Softwarespezialisten (Prömper 2010). Auch diese unterschiedlichen Vorstellungen von Männlichkeit sind in der Kommunikation mit Männern im Beratungsprozess zu berücksichtigen (▸Kap. 3.1).

Die Studie „Männer in Bewegung" zeigt, dass es Veränderungen in der Orientierung der Geschlechterrollen gibt, z. B. findet man heute mehr „teiltraditionelle", „balancierende", „suchende" und „moderne" Männer als noch im Jahr 1998. Diese Studie zeigt jedoch auch, dass Gesundheit für Männer nach wie vor ein untergeordnetes Thema bleibt. Eine Ursache hierfür könnte sein, dass sich Männer im Durchschnitt gesünder fühlen als Frauen (RKI 2015).

1.2.4 Geschlechterrolle im Wandel

Die Entwicklung der Geschlechterrollen in den zurückliegenden Jahrzehnten hat das klassische Rollenverständnis von Frauen und Männern zunehmend in Frage gestellt (Wagner-Link 2009). Hieraus ergeben sich mehr Freiheiten und Selbstverwirklichungsmöglichkeiten für Frauen. Sie sind nicht mehr selbstverständlich bereit, zugunsten der Familie auf Berufstätigkeit zu verzichten. Sie überlassen die Erziehung der Kinder zunehmend dem Kindergarten, der Schule oder anderen Personen, oder verzichten ganz auf die Gründung einer Familie.

Männer ergreifen zunehmend die Möglichkeit, eine Erziehungspause in Anspruch zu nehmen und ihren Beruf bzw. die Karriere zu unterbrechen (Statistisches Bundesamt 2016).

Die Studie „Männer in Bewegung" zeigt, dass Ansichten, wie „Frauen sind von Natur aus besser geeignet Kinder aufzuziehen" im Jahr 1998 noch von zwei Dritteln (65 %) der Frauen und Männer unterstützt wurden. Nur zehn Jahre später war diese Ansicht schon um 10 % gesunken (BMFSFJ 2009). Dass Frauen für Haushalt und Kinder verantwortlich sein sollen und Männer für Beruf und finanzielle Versorgung, beurteilen im Jahr 2008 einige Männer (–6 %) und Frauen (–4 %) weniger so als noch zehn Jahre zuvor.

Auch sehen Männer die Emanzipation der Frauen zunehmend als eine notwendige und gute Entwicklung (BMFSFJ 2009). Im Jahr 2008 stimmten fast drei Viertel der Frauen (74 %) und Männer (72 %) in Deutschland der Aussage zu, dass es am besten wäre, wenn Mann und Frau beide halbtags erwerbstätig sind und sich zu gleichen Teilen um den Haushalt kümmern (BMFSFJ 2009).

Dieses neue Rollenverständnis kann jedoch auch Stress und Unsicherheit fördern, weil die Aufgaben zwischen den Eltern neu aufgeteilt werden müssen, wenn beispielsweise

beide berufstätig sind. „Wer holt die Kinder von der Schule ab, wer kocht, wäscht, bügelt und kauft ein?“ Viele Frauen sind erwerbstätig, jedoch weiterhin mit Familienpflichten konfrontiert (= Doppelbelastung). Dies hat Folgen für den Einkauf und die Zubereitung von Lebensmitteln, da die zur Verfügung stehende Zeit knapper ist, als wenn sie sich ausschließlich um den Haushalt kümmern würden. Wahrscheinlich ist dies auch eine Ursache für den zunehmenden Wunsch nach Fertiglebensmitteln und Convenience-Produkten (Blank 2004).

Durch die Entwicklung bzw. Veränderung der Geschlechterrollen nimmt der Anteil der Familien, in denen die Männer kochen, zu. Auf der anderen Seite steigt der Frauenanteil in Führungspositionen an und sie sind zunehmend in sog. klassischen Männerberufen zu finden. Auch dies wirkt sich auf das Essverhalten der gesamten Familie und die Zuordnung von Aufgaben, wie den Nahrungsmitteleinkauf, die -zubereitung sowie damit verbundene Haushaltstätigkeiten, aus.

Kinder werden früher und häufiger an hauswirtschaftliche Tätigkeiten herangeführt und können die Familie mehr unterstützen (Meier-Gräwe 2010). Ernährungsempfehlungen sollten deshalb nicht einfach verallgemeinert auf „die berufstätigen Mütter“ übertragen werden, sondern müssen individuell, unter Berücksichtigung des gesamten Haushaltskontextes, erfolgen.

1.3 Einfluss von Werbung und Medien

Werbung nutzt häufig stereotype Rollenbilder von Frauen und Männern um Lebensmittel besser zu vermarkten, wodurch die klassischen Rollen verstärkt werden. Folglich ist auch Werbung Teil des Doing Gender.

Lebensmittel wie Milchprodukte, Kaffee und Tee werden in der Werbung des Öfteren mit Frauen in Verbindung gebracht. Männer werben vielfach für Fleisch, Wurstwaren und Bier (Missbach 2015).

Um die jeweilige Zielgruppe anzusprechen, verwenden Marketingexperten geschlechtsspezifische Methoden, die sich unter dem Begriff des „Gender-Marketings“ zusammenfassen lassen. Geschlechterrollen und ihr Wandel sind Grundlage für das Gender-Marketing. Gender-Marketing hat zur Folge, dass Produkte Frauen und Männer zielgerichtet mit verschiedenen Bildern und Slogans ansprechen (Kreienkamp 2010). So findet man im Handel unterschiedliche Ausführungen, beispielsweise für Senf, Salz oder Dressings: „Männersenf mit schwarzem Pfeffer“, „Frauensenf mit Pina Colada“.

Auffällig ist, dass rollenzuschreibende Produktbeschreibungen schon bei Kinderprodukten auftreten. Hier werden die Produkte durch geschlechtsspezifische Farben, Motive, Themen, Sprache und Setting beworben. So werden Produkte für Jungen mit kräftigen Farben, wie blau, grün und rot, sowie starken Figuren (z. B. Drache, Ritter oder König) beworben. Bei den Mädchen findet man häufig die Farbe rosa in Kombination mit einer Prinzessin oder einem Einhorn sowie Umschreibungen für zart und süß.

■ **MERKE** Die Werbung fördert häufig schon in früher Kindheit, jedoch auch im Jugend- und Erwachsenenalter die stereotype Zuordnung von Lebensmitteln (Kreienkamp 2010).

Tab. 1.3 Typische Klischees für Frauen und Männer

Frauen	Männer
Frauen füllen den Kühlschrank	Männer plündern den Kühlschrank
Frauen reduzieren ihren Esskonsum	Männer profilieren sich in Kochshows
Frauen essen und trinken kontrolliert und kalorienreduziert	Männer essen und trinken lustbetont und unbekümmert
Frauen konkurrieren mit Freundinnen, wer das energieärmste Salatdressing hat	Männer konkurrieren mit Kumpels, wer das größte Stück Fleisch hat
Frauen kochen täglich unter Stress	Männer kochen als Hobby

Durch entsprechende Bilder in Medien, (Kinder-)Büchern oder im öffentlichen Diskurs können die oben beschriebenen Stereotypen verstärkt werden (Kreienkamp 2010; Tab. 1.3):

- Ausgehend von den Vorstellungen zur Idealfigur (▸Kap. 1.2.1) findet man in Zeitschriften und anderen Werbemedien eine gezielte Ansprache bezüglich des Körperbildes und der dazu passenden Lebensmittel: Für Frauen wird die Werbung häufig auf die Zielsetzung eines schlanken Körpers ausgerichtet. Hierzu werden kalorienreduzierte oder fettarme Lebensmittel beworben. Das „sommerlich, leichte" Abnehmen durch Low-Carb oder Low-Fat Diäten verspricht eine schnelle Gewichtsreduktion in kurzem Zeitraum.
- Männer werden häufig auf der technischen Ebene, z. B. mit Apps, angesprochen und ermuntert, einen „Waschbrettbauch" durch Krafttraining und eiweißreiche Lebensmittel wie Fleisch zu erzielen. Die Top-Body-Garantie durch Sport und die gezielte Nahrungsergänzung wird hierbei in Aussicht gestellt.
- Männer, die deutlich seltener einkaufen als Frauen, werden in der Werbung eher als Abnehmer für Fertiggerichte, Fast Food oder Grillfleisch angesprochen (Kreienkamp 2010).

1.4 Gibt es soziale Unterschiede?

Abhängig von der sozialen Schicht werden Lebensmittel in Deutschland unterschiedlich bewertet. Männer aus niederen Bildungsschichten sehen beispielsweise den Verzehr von Fisch eher als „Zumutung" an, nicht aber Männer aus höheren Schichten (Bartsch 2008). Für sie ist Fisch eine Delikatesse, die regelmäßiger Bestandteil der Ernährung sein sollte. So zeigt auch die Nationale Verzehrstudie II, dass Männer aus unteren Schichten weniger Fisch essen als Männer aus der höheren Schichten. Genauso verhält es sich bei Frauen, wobei diese insgesamt etwas weniger Fisch verzehren als Männer (Max Rubner-Institut 2008).

Insgesamt ist zu berücksichtigen, dass Erwachsene aus sozial schwächeren Schichten häufiger ein ungesünderes Essverhalten aufweisen. Sie nehmen weniger Gemüse, Pilze, Hülsenfrüchte, Rohkost, Obst, Fisch, Brot und Wasser zu sich und verzehren mehr Streichfette, Fleisch und Wurstwaren, Eier, Süßwaren und Limonaden. Der Bier- und Spi-

rituosenkonsum ist bei Männern niederer Schichten höher als bei Männern mit einem besseren sozialen Status (Max Rubner-Institut 2008). Zudem sind Erwachsene, aber auch Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien deutlich übergewichtiger und adipöser als solche aus besser angesehenen Schichten (RKI 2015). Aus diesem Grund ist es wichtig, Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien so früh wie möglich, bestenfalls schon im Kindergarten- oder Grundschulalter, für gesunde Ernährung zu sensibilisieren.

Trotz einer allgemeinen Verbesserung der Lebensumstände beeinflussen soziale Unterschiede nach wie vor die Lebenserwartung. Ein geringes Einkommen, niedrige Bildung und/oder Berufe mit schlechten Arbeitsbedingungen führen bei betroffenen Menschen zu einer geringeren Lebenserwartung (RKI 2015).

Literatur

Siehe Literaturverzeichnis zu Teil I (am Ende von Kapitel 3).

2 Aktuelle Ernährungspraxis von Frauen und Männern

Claudia Laupert-Deick

Lebensmittelverzehr und Nahrungspräferenzen ... 12 | Epidemiologische Datenlage ... 16 | Risikofaktor Mann? ... 24 | Schutzfaktor Frau? ... 25

Während in ▸Kap. 1 die soziokulturellen Einflüsse auf das Ernährungsbewusstsein und das Essverhalten beider Geschlechter beschrieben wurden, erläutern die folgenden Abschnitte die aktuelle Ernährungspraxis sowie die geschlechtsspezifischen physiologischen Faktoren, die auf die Entstehung von Übergewicht und ernährungsbedingten Erkrankungen Einfluss nehmen.

Wer sich mit den Zusammenhängen zwischen Ernährung und Gesundheit bei Frauen und Männern beschäftigt, weiß, dass sich die Geschlechter in folgenden Punkten unterscheiden:

1. **Wissen**: Gesundheitswissen und Ernährungsbewusstsein,
2. **Verhalten**: Gesundheits- und Ernährungsverhalten,
3. **Selbsteinschätzung der Gesundheit**: sehr guter, guter, mittelmäßiger oder schlechter Gesundheitszustand,
4. **Krankheitsspektrum**,
5. **Lebenserwartung**: durchschnittliches Lebensalter beim Tod.

2.1 Lebensmittelverzehr und Nahrungspräferenzen

Eine erfolgreiche Ernährungsberatung berücksichtigt geschlechtstypische Unterschiede im Essverhalten. ◘ Tab. 2.1 fasst Unterschiede im Lebensmittelverzehr, den Nahrungspräferenzen, den Einstellungen zur Ernährung und dem Umgang mit Essen zusammen.

2.1.1 Lebensmittelverzehr und Nahrungspräferenzen von Mädchen und Jungen

Die wichtigsten Ergebnisse zum Lebensmittelverzehr für Mädchen und Jungen in Deutschland erhalten wir aus der DONALD-Studie (Dortmund Nutritional and Anthropometric Longitudinally Designed; Buyken et al. 2012). Diese ist als offene Langzeit-Kohorten-Studie für 800 Teilnehmer konzipiert, sodass jährlich so viele Säuglinge neu einbezogen werden wie junge Erwachsene die Studie verlassen. 2010 wurde ermittelt, dass 11 % der Mädchen und 8 % der Jungen bereits mit sieben Jahren übergewichtig waren (> 90. Perzentile). Einen erhöhten Körperfettanteil wiesen 9 % der Mädchen und 12 % der

Tab. 2.1 Geschlechtstypische Unterschiede im Essverhalten. Nach Setzwein 2004b

	Frauen	Männer
Lebensmittelverzehr	Mehr und häufiger Obst, Gemüse, Salat, Rohkost, Quark, häufiger vegetarische Kost	Mehr und häufiger (rotes) Fleisch, Wurst und Wurstwaren, Alkohol, energiereiche Speisen
Nahrungspräferenzen	Gemüsegerichte, leichte Kost, Süßspeisen	Deftige Kost, Fleischgerichte, scharfe Gewürze, herbe Getränke
Einstellungen zur Ernährung	Häufiger ambivalent, der Stellenwert für die Gesundheit wird hoch bewertet, häufig hohe Bereitschaft, die Grundsätze einer „gesunden" Ernährung zu erfüllen	Häufig unkompliziert, der Zusammenhang zur Gesundheit wird niedriger eingeschätzt als die Bedeutung von Sport
Umgang mit dem Essen	Häufig kontrolliert, gezügelt, an sozialen Normen wie Gesundheit und Attraktivität orientiert, höhere Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper und Prävalenz von „gestörtem" Essverhalten	Häufig lustbetont, an Geschmack und Genuss orientiert, höhere Prävalenz von Risikoverhalten

Jungen auf. Mit 18 Jahren waren ein Fünftel (18,7 %) der untersuchten Mädchen (n = 171) und ein Viertel (24,6 %) der Jungen (n = 175) übergewichtig (> 90. Perzentile).

Berechnet man das Übergewicht anhand des BMI (> 25 kg/m^2), so waren 22 % der 18-jährigen Jungen und 14 % der 18-jährigen Mädchen betroffen. Auch der Anteil der 18-Jährigen mit erhöhtem Körperfettanteil stieg an, 13 % der Mädchen und 29 % der Jungen wiesen einen erhöhten Körperfettanteil auf. Für die Ernährungskommunikation bedeutet dies, dass die Programme, die Bedürfnisse und die Interessen der Jugendlichen in besonderer Weise integriert werden müssen (▸Kap. 3.1).

Die DONALD-Studie untersuchte außerdem den Adiposity Rebound (AR), welcher den Zeitpunkt zwischen dem dritten und achten Lebensjahr beschreibt, in dem die kontinuierliche Abnahme des Body-Mass-Index (BMI) wieder in eine Zunahme umschlägt. Diese Phase wird als möglicherweise kritisch für das spätere Übergewichtsrisiko diskutiert und könnte bei ernährungstherapeutischen Interventionen im Rahmen von Grundschulprogrammen berücksichtigt werden (▸Kap. 3.1). Der Anteil der DONALD-Probanden mit einem frühen AR (≤ 5,5 Jahre) liegt bei etwa einem Drittel. Das beobachtete mittlere Alter zum Zeitpunkt des AR ergab für Mädchen fünf und für Jungen sechs Jahre.

Des Weiteren untersuchte die DONALD-Studie das Alter, in dem Pubertätsmerkmale, wie beispielsweise ein Wachstumsschub, einsetzten. Daneben wurde der Zeitpunkt der maximalen Wachstumsgeschwindigkeit, der Menarche oder des Einsetzens des Stimmbruchs erforscht. Die Wissenschaftler kamen zu der Erkenntnis, dass Mädchen wesentlich früher einen Wachstumsschub erfahren (mit durchschnittlich 8,8 Jahren) als Jungen (mit durchschnittlich 10,3 Jahren). Jungen erreichen ihre maximale Wachstumsgeschwindigkeit und ihren Stimmbruch mit 13,5 Jahren. Danach ist eine Gewichtsnormalisierung

für Übergewichtige deutlich schwieriger. Bei Mädchen lag der Zeitpunkt der maximalen Wachstumsgeschwindigkeit bei 11,6 Jahren und damit circa ein Jahr vor dem Erreichen der Menarche (12,8 Jahre). Die Prävention von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter erfolgt daher bei Mädchen idealerweise im Grundschulalter, bei Jungen darf eine Intervention bis in den Beginn der Pubertät hineinreichen (▸ Kap. 3.1).

Es wurde außerdem beobachtet, dass eine hohe Proteinzufuhr, insbesondere aus Milch und Milchprodukten, im Kleinkindalter (12–24 Monate) das Risiko für einen höheren BMI und Körperfettanteil steigert. Dies wurde bei Kindern im Alter von sieben Jahren ermittelt. Der steigende Trend zum Stillen schützt vor der Entstehung von Übergewicht durch den höheren Fett- und niedrigeren Proteinanteil der Muttermilch im Vergleich zur Säuglingsnahrung.

Das Ernährungsmonitoring der DONALD-Studie hat ergeben, dass sich die Frühstücksgewohnheiten der Kinder zwischen 1986 und 2006 stark verändert haben. Der Anteil der Kinder, die ein regelmäßiges Frühstück vor Kindergarten- oder Schulbeginn verzehrten, nahm ab. Der Anteil derer, die kein Frühstück zu sich nahmen, stieg hingegen an. Dieser Trend wird als ungünstig bewertet und verstärkt sich bei Jugendlichen. Experten sehen auch hier einen Zusammenhang zur Entwicklung von Übergewicht. Für die Prävention von Übergewicht ist somit die Bedeutung des Frühstücks in Kindergärten und Schulen sowie im Rahmen der individuellen Beratung zu berücksichtigen (▸ Kap. 3.1).

Des Weiteren hat sich die Menge und Qualität der verzehrten Kohlenhydrate bei den Studienteilnehmern verändert. Der Kohlenhydratverzehr nahm über einen Zeitraum von 20 Jahren (1988–2007) bei Jungen um 13 % und bei Mädchen um 7 % zu. Die Qualität der zugeführten Kohlenhydrate hat sich jedoch aufgrund der stetig steigenden Zufuhr zuckerhaltiger Lebensmittel und Getränke verschlechtert.

Auch die Ballaststoffzufuhr sank bei Jungen um 10 % und bei Mädchen um 3 %. Dies geht mit einer Verringerung des Verzehrs qualitativ hochwertiger Kohlenhydratträger wie Vollkorngetreide und Hülsenfrüchten einher. Insbesondere bei Jungen, die in den zurückliegenden Jahren einen stärkeren Trend zu Übergewicht zeigten als Mädchen, ist aufgrund dieser Entwicklungen die Kohlenhydratmenge und -qualität im Rahmen von Ernährungsprogrammen zu berücksichtigen.

2.1.2 Lebensmittelverzehr und Nahrungspräferenzen von Frauen und Männern

Ernährungswissenschaftliche Unterschiede im Essverhalten zwischen Frauen und Männern werden in der Nationalen Verzehrstudie (Max Rubner Institut 2008) beschrieben. Hierbei werden die physiologischen Unterschiede zum Bedarf angeführt.

Die Ernährungsweisen von Frauen und Männern führen zu einer unterschiedlichen Nährstoffversorgung. So nehmen Männer weniger Energie über Kohlenhydrate zu sich (durchschnittlich 45 %) als Frauen (49 %). Die Energieaufnahme über Fette unterscheidet sich nur unwesentlich zwischen den Geschlechtern (34 % Frauen, 35 % Männer), die über Eiweiß ist identisch (jeweils 14 %). Die verbleibenden % werden über Ballaststoffe zugeführt.

Nach dem aktuellen Gesundheitsbericht des RKI nehmen Männer im Durchschnitt mehr Energie, Eiweiß, Ballaststoffe, Vitamin B_1 (Thiamin), Vitamin B_2 (Riboflavin), Vitamin B_3 (Niacin), Vitamin B_6, Folat, Vitamin B_{12}, Kalium, Calcium, Phosphor, Magnesium, Eisen sowie Iod zu sich. Frauen sind durchschnittlich besser mit Vitamin A und Zink versorgt. Die mediane Zufuhr an Vitamin E, Folat, Vitamin C, Calcium, Magnesium und Iod