

Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades

Doktor der Gesundheitswissenschaften (Dr. PH)

Einstellungen zur Kinderernährung im ersten Lebensjahr

**Eine qualitative Studie zu
Ernährungsvorstellungen und -praktiken von Müttern mit
und ohne türkischem Migrationshintergrund**

vorgelegt von

Dipl. oec.troph. Lisa Johanna Stahl, M.Sc. PHN

Gutachter 1: Prof. Dr. Oliver Razum, Universität Bielefeld

Gutachterin 2: Prof. Dr. Anja Kroke, Hochschule Fulda

Datum der Disputation: 22.11.2018

I. Zusammenfassung	V
II. Abbildungsverzeichnis.....	VII
III. Abkürzungsverzeichnis.....	VIII
IV. Tabellenverzeichnis.....	X
V. Glossar	XI

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
1.1. Ziel der Forschungsarbeit	5
1.2. Forschungsfragen.....	5
1.3. Methodik.....	6
1.4. Aufbau der Forschungsarbeit.....	7
2. Aktuelle Versorgung und Empfehlungen zur Kinderernährung	8
2.1. Aktuelle Ernährungsempfehlungen zur Kinderernährung.....	8
2.1.1. Stillen und Milchernährung.....	12
2.1.2. Beikost.....	14
2.1.3. Familienessen.....	15
2.2. Epidemiologische Daten zur Kinderernährung	17
2.2.1. Stillen.....	17
2.2.2. Beikost.....	18
2.2.3. Familienessen.....	19
2.3. Einstellungen zur Säuglings- und Kleinkindernährung	21
2.3.1. Definition von Einstellungen.....	21
2.3.2. Normative Faktoren bei der Kinderernährung im ersten Lebensjahr.....	23
2.3.3. Einstellungen zum Stillen	26
2.3.4. Einstellungen zu Beikost	27
2.3.5. Einstellungen zum Familienessen.....	28
2.4. Informationsverhalten zur Säuglings- und Kleinkindernährung.....	29
2.4.1. Informationsquellen.....	29
2.4.2. Grad der Informiertheit	30
2.4.3. Kritische Betrachtung der Ratgeberliteratur.....	31
3. Theoretischer Rahmen	34
3.1. Bedeutung der Säuglingsernährung.....	35

3.1.1.	Folgen von kindlicher Fehlernährung	36
3.1.2.	Die Lebenslaufperspektive im Zusammenhang mit der Übergewichtsentwicklung	40
3.1.3.	Maßnahmen zur Förderung einer gesunden Ernährung bei Kindern	43
3.2.	Migration und Gesundheit	44
3.3.	Soziale Ungleichheit der Gesundheit	47
3.4.	Theorien zur Mutterschaft	48
3.4.1.	Entwicklung der Mutterschaft unter historischer Perspektive	48
3.4.2.	Erleben von Mutterschaft	49
3.5.	Gesundheitsverhaltensmodelle	50
3.5.1.	Das Modell des geplanten Handelns	50
3.5.2.	Sozial-kognitives Prozessmodell gesundheitlichen Handelns	52
3.6.	Das Literacy-Konzept	57
3.7.	Fazit	62
4.	Methodisches Vorgehen	63
4.1.	Auswahl der Methode	63
4.2.	Gütekriterien qualitativer Forschung – Grundlagen	64
4.3.	Sensibilisierendes Konzept – Grundlagen	66
4.4.	Sampling	67
4.5.	Feldzugang und Rekrutierung	68
4.6.	Interviewgestaltung und Realisation	70
4.6.1.	Das Leitfaden-Interview	70
4.6.2.	Entwicklung des Leitfadens	70
4.7.	Interviewdurchführung und technische Realisation	75
4.7.1.	Postskript	75
4.7.2.	Datenschutz, Anonymität, Forschungsethik	75
4.7.3.	Soziodemografischer Fragebogen	76
4.8.	Auswertung	78
4.8.1.	Thematisches Kodieren	79
4.8.2.	Typenbildung	82
4.8.3.	Weiterentwicklung einer Theorie	85
5.	Ergebnisse	86
5.1.	Beschreibung des Samples	86
5.1.1.	Zeitlicher Verlauf des Ernährungsprozesses im Überblick	87
5.1.2.	Informationsquellen zum Thema Kinderernährung	89

5.2.	Falldarstellung	89
5.2.1.	Kurzfalldarstellungen von Müttern ohne Migrationshintergrund	89
5.2.2.	Kurzfalldarstellungen von Müttern mit Migrationshintergrund	102
5.2.3.	Gesamtschau der Mottos der Einzelfälle	120
5.3.	Gestaltung des Ernährungsprozesses im Überblick	121
5.3.1.	Problemsituationen im Ernährungsverlauf	122
5.3.2.	Strategien Im Ernährungsverlauf	123
5.3.3.	Umgang mit dem Kind	126
5.4.	Erleben des Ernährungsprozesses	129
5.4.1.	Positives Erleben	130
5.4.2.	Negatives Erleben	132
5.4.3.	Ambivalentes Erleben	134
5.5.	Annahmen und Überzeugungen im Ernährungsverlauf	136
5.5.1.	Überzeugungen zu subjektiver Norm	137
5.5.2.	Subjektive Vorstellung über die Gesundheit des Kindes	146
5.5.3.	Subjektive Annahmen zum Informationsgeschehen	148
5.6.	Vom Einzelfall zum Typus – Fallübergreifende Analyse der inhaltlichen Zusammenhänge	154
5.6.1.	Überblick Typologie	155
5.6.2.	Darstellung inhaltlicher Sinnzusammenhänge	157
5.7.	Zusammenfassung der Ergebnisse	159
6.	Diskussion	165
6.1.	Diskussion der Ergebnisse	166
6.1.1.	Gestaltung des Ernährungsprozesses im ersten Lebensjahr	166
6.1.2.	Erleben des Ernährungsverlaufs im ersten Lebensjahr	167
6.1.3.	Annahmen und Überzeugungen der Mütter zur Kinderernährung	168
6.1.4.	Begriffsverständnis und Sprachkompetenzen	169
6.1.5.	Hinweise zur Weiterentwicklung ernährungsbezogener Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen	169
6.1.6.	Bedeutung der Ernährungseinstellungen im Kontext der Entstehung chronischer Erkrankungen	170
6.2.	Diskussion der Typen	171
6.2.1.	Empirie-Theorie-Transfer	172
6.2.2.	Zuordnung der Fälle zu den Typen	178
6.3.	Diskussion der Methode, Stärken und Schwächen	180

7. Fazit	185
8. Literaturverzeichnis	188
9. Anhang.....	204
9.1. Anschreiben der Gatekeeper	204
9.2. Anschreiben der potentiellen Interviewpartnerinnen.....	206
9.3. Verschwiegenheitserklärung der türkischsprachigen Interviewerin	207
9.4. Einverständniserklärung der Interviewteilnehmerinnen	208
9.5. Soziodemografischer Fragebogen	209
9.6. Postskript.....	213
9.7. Transkriptionsregeln	214
9.8. Ausführliche Falldarstellungen	215
9.9. Danksagung	245
9.10. Eidesstattliche Erklärung	246

I. Zusammenfassung

Aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht ist das erste Lebensjahr von besonderer Bedeutung. Dieser Lebensabschnitt hat maßgeblichen Einfluss auf die spätere gesundheitliche Entwicklung und die Ernährungsgewohnheiten. Vor allem gilt dieser Zeitraum als eine kritische Phase in der Übergewichtsentstehung. Die aktuelle Datenlage weist darauf hin, dass Kinder aus sozial schlechter gestellten Familien und Kinder mit türkischem Migrationshintergrund (MH) ein ungünstigeres Ernährungsverhalten (mengenmäßig großer Verzehr von zuckerhaltigen Erfrischungsgetränken, Weißbrot, frittierten Kartoffeln, Schokolade und Knabberartikeln) zeigen als Kinder aus besser gestellten Familien und Kinder ohne MH und damit unter anderem einem höheren Risiko für Übergewicht, Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems und des Insulinstoffwechsels ausgesetzt sind. Die Ernährungseinstellungen der Eltern, und hier (immer noch) in erster Linie der Mütter haben einen Einfluss auf das kindliche Ernährungsverhalten. Jedoch ist über Einstellungen von Müttern mit und ohne türkischem MH zur Kinderernährung im ersten Lebensjahr noch wenig bekannt. Daraus ergibt sich die Frage, welche Einstellungen zur Kinderernährung im ersten Lebensjahr sich bei Müttern verschiedener sozialer Schichten mit und ohne türkischem MH in Deutschland identifizieren lassen.

Es wurden 23 leitfadengestützte Interviews mit zehn Müttern ohne MH und 13 Interviews mit Müttern mit türkischem MH geführt, transkribiert und mit Hilfe des thematischen Kodierens ausgewertet. Dabei konnten drei Typen von Einstellungen herausgearbeitet werden. Unterschiede in den Typen zeigen sich im Erleben und der Gestaltung des Ernährungsprozesses, den Strategien, dem Umgang mit dem Kind, den Vorstellungen zur subjektiv wahrgenommenen Norm und den subjektiven Annahmen im Informationsgeschehen. Jedoch zeigte sich kein Unterschied zwischen den Typen hinsichtlich des Migrationshintergrundes und des Sozialstatus. Es wird angenommen, dass im Zusammenhang mit den Einstellungen zur Kinderernährung eher persönliche Veranlagung und Ressourcen zum Tragen kommen.

Die Ergebnisse dieser Arbeit konnten zur Weiterentwicklung des sozial-kognitiven Prozessmodells gesundheitlichen Handelns genutzt werden, wobei Vorstellungen zur subjektiv wahrgenommenen Norm, Strategien ebenso wie Kompetenzen des Food Literacy-Konzepts integriert wurden. Darüber hinaus konnten anhand der vorliegenden Ergebnisse Hinweise zur Optimierung ernährungsbezogener Präventionsmaßnahmen ausgesprochen werden. Es besteht Forschungsbedarf, um weitere unbekannte Einflussfaktoren auf Einstellungen von Müttern zur Kinderernährung zu identifizieren und Präventionsmaßnahmen weiterzuentwickeln, anzuwenden und zu evaluieren.

I. Abstract

From a public-health-science perspective, the first year of life is particularly significant. This stage of childhood has an imprinting influence on later health development and eating habits. Above all, this period is regarded as a critical phase in the onset of obesity. Current data indicates that children from more socially disadvantaged families and children from Turkish migrant backgrounds exhibit less favourable dietary behaviour (high intake of soft drinks, white bread, fried potatoes, chocolate and snacks) than children from more socially advantaged families and children without migrant roots, thus exposing the former, amongst other complications, to a higher obesity risk, disease of the cardiovascular system and of insulin metabolism. Parental dietary attitudes – here (still) predominantly those of the mother – have a substantial impact on children's eating habits. Nevertheless, little is known to date about the infant-feeding attitudes of mothers from different social backgrounds and with and without Turkish migrant roots. This therefore poses the question what types of attitudes can be concretely identified.

Twenty-three guided interviews were undertaken: ten with mothers without a migrant background and 13 with mothers with a Turkish migrant background. These interviews were then transcribed and evaluated using thematic coding. This resulted in the identification of three types of attitude patterns. These types differed according to a number of demonstrable factors, namely: the experience of the progress of feeding; the strategies involved in the organisation of the feeding process and interaction with the infant; and attitudes towards subjectively perceived norms and subjective assumptions in the information process. However, contrary to expectations, there were no evident differences between the types in terms of the attributes migrant background or social status. With regards to attitudes towards infant feeding, the assumption is that the effective factors tend to lie more in personal predispositions and resources.

The results of this research work can potentially be used to further develop a Health Action Process Approach, whereby attitudes towards the subjectively perceived norm would be extended and maternal strategies in the feeding process would be integrated as well as competencies of the concept of food literacy. Furthermore, based on the present research results, suggestions could be formulated with which to optimise preventative feeding-related programmes. However, additional research is required in order to identify further unknown impact factors on maternal attitudes towards infant feeding and to further develop, apply and evaluate preventative programmes.

II. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Der Ernährungsplan für das erste Lebensjahr.....	10
Abbildung 2	Essens-Fahrplan für Babys.....	11
Abbildung 3	Modifiziertes Modell der Lebenslaufperspektive.....	42
Abbildung 4	Erklärungsmodell zum Zusammenhang von Migration und Gesundheit.....	46
Abbildung 5	Theory of planned behavior	51
Abbildung 6	Sozial-kognitives Prozessmodell gesundheitlichen Handelns	54
Abbildung 7	Ablauf der empirischen Untersuchung	64
Abbildung 8	Zirkuläre Strategie	66
Abbildung 9	Thematisches Kodieren	82
Abbildung 10	Stufenmodell empirisch begründeter Typenbildung	84
Abbildung 11	Darstellung der Spachfähigkeiten der IP mit türkischem MH in ihrer Muttersprache.....	104
Abbildung 12	Darstellung der Spachfähigkeiten der IP mit türkischem MH in ihrer Zweitsprache.....	104
Abbildung 13	Vorschlag für eine Erweiterung des sozial-kognitiven Prozessmodells gesundheitlichen Handelns	178

III. Abkürzungsverzeichnis

aid	Allgemeiner Informationsdienst
BfR	Bundesinstitut für Risikobewertung
BLE	Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung
BMEL	Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft
BMI	Body-Mass-Index
BRD	Bundesrepublik Deutschland
BzFE	Bundeszentrale für Ernährung
BzGA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DGAKI	Deutsche Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie
DGE	Deutsche Gesellschaft für Ernährung
DGKJ	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin
DGZMK	Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde bzw. Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
DONALD	Dortmund Nutritional and Anthropometrical Longitudinally Designed Study
EFSA	European Food Safety Authority
EsKiMo	Ernährungsstudie als KiGGS Modul
EU	Europäische Union
FKE	Forschungsinstitut für Kinderernährung
GRETA	German Representative Study of Toddler Alimentation
HA	hypoallergen
HAPA	Health Action Process Approach
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children
HNR	Heinz Nixdorf Recall Studie
HLS-GER	Studie zur Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland
IP	Interviewperson(en)
KiGGS	Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
KOPS	Kieler Obesity Prevention Study
MH	Migrationshintergrund
NRW	Nordrhein-Westfalen
NSK	Nationale Stillkommission am Bundesinstitut für Risikobewertung
optimiX	Optimierte Mischkost
SE	Selbstwirksamkeitserwartung

SES	socioeconomic status
SOEP	Sozioökonomisches Panel
SuSe	Studie zu Stillen und Säuglingsernährung
VELS	Verzehrsstudie zur Ermittlung der Lebensmittelaufnahme von Säuglingen und Kleinkindern
WHO	World Health Organisation

IV. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Begriffe zur Säuglingsernährung.....	XI
Tabelle 2	Definitionen und Begriffsbestimmungen.....	XII
Tabelle 3	Merkmale der Beikost selbst oder industriell hergestellt.....	15
Tabelle 4	Einteilung der Lebensmittelgruppen anhand der Optimierten Mischkost.....	16
Tabelle 5	Analytisches Raster zu der Sortierung von Elementen aus der Nutrition und Food Literacy.....	60
Tabelle 6	Das SPSS-Verfahren.....	71
Tabelle 7	Berechnungsgrundlage für den Schichtindex.....	77
Tabelle 8	Angaben zu Alter der Mütter, Alter und Anzahl der Kinder in der Stichprobe, differenziert nach Migrationsstatus.....	87
Tabelle 9	Ergebnisse zum Sozialstatus der Stichprobe, differenziert nach Migrationsstatus.....	87
Tabelle 10	Bezeichnungen der Mütter mit türkischem MH für Flaschennahrung und Beikost in der türkischen Sprache.....	103
Tabelle 11	Motto der IP ohne MH.....	120
Tabelle 12	Motto der IP mit türkischem MH.....	120
Tabelle 13	Relevante Kategorien zur Gestaltung des Ernährungsverlaufs.....	121
Tabelle 14	Relevante Kategorien zum Erleben des Ernährungsprozesses.....	129
Tabelle 15	Relevante Kategorien zu Annahmen und Überzeugungen im Ernährungsverlauf.....	137
Tabelle 16	Darstellung Typ A.....	155
Tabelle 17	Darstellung Typ B.....	156
Tabelle 18	Darstellung Typ C.....	157

V. Glossar

Tabelle 1 Begriffe zur Säuglingsernährung

Begriffe	Definition
Stillen	Trinken von Muttermilch an der Brust
Flaschenernährung	jegliche Nahrungsaufnahme, auch Muttermilch, mittels Saugflasche
Stillen nach Bedarf	Das Kind darf so oft und so lange trinken wie es möchte. Das schließt nicht aus, dass die Mutter ihr Kind wecken kann, wenn die Brust spannt und sie das Bedürfnis hat, ihr Kind anzulegen, auch wenn das Kind noch kein Hungerzeichen gegeben hat. Füttern nach Bedarf wird auch für junge Säuglinge, die Säuglingsanfangsnahrung erhalten, empfohlen.
Ausschließliches Stillen	Säugling erhält nur Muttermilch und keine anderen Flüssigkeiten oder Nahrung (gegebenenfalls zusätzlich Medikamente, Vitamine, Mineralstoffe)
Überwiegendes Stillen	wie Ausschließliches Stillen aber mit Flüssigkeiten, z.B. Wasser, Tee, Zuckerlösung
Vollstillen	Summe von ausschließlichem und überwiegendem Stillen
Zwimilch	Muttermilch und Muttermilchersatz
Teilstillen	Muttermilch und dazu Muttermilchersatz oder Beikost oder beides
Muttermilchersatz	industriell oder selbst hergestellte Säuglings(milch)nahrung unabhängig von der Eignung
Säuglingsanfangsnahrung	industriell hergestellte Nahrung, die gesetzlichen Vorgaben entsprechen muss und von Geburt an gefüttert werden kann
Folgenahrung	industriell hergestellte Nahrung, die gesetzlichen Vorgaben entsprechen muss und frühestens mit Beginn der Beikost gefüttert werden soll)
Beikost	alle Nahrungsmittel (flüssig, breiig, fest) außer Muttermilch und Säuglingsanfangsnahrung

nach (Nationale Stillkommission 2007; Weissenborn et al. 2015), eigene Darstellung

Menschen mit Migrationshintergrund. Erstmals wurde vom Statistischen Bundesamt im Mikrozensus 2005 der Begriff „Menschen mit Migrationshintergrund“ definiert. Darunter fallen alle nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland (BRD) Zugewanderten, sowie alle in Deutschland geborenen Ausländer und alle in Deutschland als Deutsche Geborenen mit mindestens einem zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenem Elternteil. Damit schließt dieser Begriff Nachkommen von Migranten und Migrantinnen ohne eigene Migrationserfahrung mit ein (Statistisches Bundesamt 2005). Da es vor dem Jahr 2005 keine einheitliche Definition für bestimmte zugewanderte Gruppen von Menschen gab, werden in dieser Arbeit die Begriffe, wie in Tabelle 2 dargestellt, in Anlehnung an den Gesundheitsbericht "Migration und Gesundheit" des Robert Koch-Instituts verwendet (Razum et al. 2008).

Tabelle 2 Definitionen und Begriffsbestimmungen

Begriff(e)	Definition und Herkunft
Ausländische Staatsangehörige Ausländische Bevölkerung Ausländerinnen und Ausländer Nichtdeutsche Männer und Frauen	Personen mit ausschließlich nichtdeutscher Staatsangehörigkeit Quelle: Amtliche Statistik
Zuwanderer	Personen, die nicht in Deutschland geboren, aber hier gemeldet sind, unabhängig von der augenblicklichen Staatsangehörigkeit (in Sonderfällen können auch Kinder aus Zuwandererhaushalten gemeint sein, unabhängig davon, ob sie selbst migriert sind). Quelle: <i>Sozioökonomisches Panel</i> (SOEP)
Zugewanderte Personen	Ausschließlich Menschen mit eigener Migrationserfahrung Quelle: unabhängig von bestimmter Datenquelle
Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund	Kinder, die entweder selbst aus einem anderen Land nach Deutschland zugewandert sind und von denen mindestens ein Elternteil nicht in Deutschland geboren ist oder deren beide Elternteile zugewandert oder nichtdeutscher Staatsangehörigkeit sind Quelle: <i>Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland</i> des Robert Koch-Instituts (KiGGS)

nach (Razum et al. 2008), eigene Darstellung

Sozialer Status/ Soziale Schicht/ Soziale Position. Der soziale Status bezeichnet die Stellung eines Menschen in der Gesellschaft. Aus Angaben zu Bildung, Einkommen und beruflichem Status lässt sich der soziale Status einer Person bestimmen. Die in diesem Zusammenhang verwendeten Begriffe „Status“ und „soziale Schicht“ nehmen gleichzeitig eine Wertung vor (Mielck 2005). Dem schließen sich noch weitere Begriffe an, die die soziale Stellung eines Menschen in der Gesellschaft charakterisieren, wie etwa der „sozioökonomische Status“ (engl. socioeconomic status, SES), die soziale Position (Kopp und Steinbach 2018) und die „Risikolage“. Von „Risikolage“ wird gesprochen, wenn das Einkommen einer Person unter 60% des Durchschnittsäquivalenzeinkommens des jeweiligen Bezugslandes liegt (Nold 2010).

Soziale Ungleichheit. Mit sozialer Ungleichheit werden Unterschiede in den Bereichen Bildung, Einkommen und beruflichem Status bezeichnet. Mit diesen Ausprägungen lässt sich die Gesellschaft in oben und unten einteilen, weshalb auch von „vertikaler“ sozialer Ungleichheit gesprochen wird (Lampert und Kroll 2009; Mielck 2005).

Auch mit den Merkmalen Alter, Geschlecht und Nationalität etc. lässt sich die Bevölkerung in Gruppen unterteilen. Zwischen diesen Gruppen besteht ebenso die Möglichkeit der sozialen Ungleichheit. Bei den oben genannten Charakteristika (Alter, Geschlecht und Nationalität etc.) spricht man auch von „horizontalen“ Merkmalen. Bislang existiert jedoch keine allgemein anerkannte Liste mit horizontalen Merkmalen der sozialen Ungleichheit. Um Bevölkerungsgruppen möglichst genau beschreiben zu können, ist es wichtig, vertikale mit horizontalen Merkmalen zu kombinieren, insbesondere im Hinblick auf ihre Gesundheit (Mielck 2005).

Soziale Ungleichheit der Gesundheit. Die soziale Ungleichheit der Gesundheit bezeichnet Unterschiede im Gesundheitszustand zwischen sozialen Schichten (Klemperer 2010). Die Zusammenhänge zwischen Schichtzugehörigkeit und dadurch bedingter Ungleichheit in der Gesundheit werden auch in dem Begriff „gesundheitliche Ungleichheit“ zusammengefasst. Dabei zeichnet sich ein sozialer Gradient in Mortalität und Morbidität ab. Das bedeutet, dass nicht nur die ärmsten Bevölkerungsgruppen negativen gesundheitlichen Auswirkungen von beispielsweise materieller Benachteiligung ausgesetzt sind, sondern dass sich diese Problematik durch alle gesellschaftlichen Schichten zieht. Bezogen auf den Gesundheitszustand verbessert sich dieser mit jedem Schritt in eine höhere gesellschaftliche Schicht (Siegrist und Marmot 2008).

Die gesundheitswissenschaftliche Forschung wird durch den sozialen Gradienten vor eine große Herausforderung gestellt, da der Gradient sich im Lebenslauf sehr unterschiedlich

ausprägt. Am stärksten wurden diese unterschiedlichen Ausprägungen in der frühen Kindheit und im mittleren Erwachsenenalter beobachtet (Kuh und Ben-Shlomo 2004). Außerdem gibt es eine Korrelation zwischen bestimmten Erkrankungen und sozialen Schichten. Das gilt etwa für die Mortalität und Morbidität bei häufig vorkommenden chronischen Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Depressionen, Atemwegserkrankungen, Typ-2-Diabetes sowie durch Übergewicht bedingte Störungen (van Rossum et al. 2000).

1. Einleitung

Die Ernährung in der frühen Lebensphase stellt die Weichen für die spätere Gesundheit und beeinflusst die Entstehung von Krankheit(en). Die Prägung der Ernährungsgewohnheiten des Kindes werden durch Familie, soziales Umfeld und kulturelle Merkmale beeinflusst (Birch et al. 2007). Im ersten Lebensjahr verändern sich beim Menschen der Energie- und Nährstoffbedarf und damit die Ernährung so stark wie in keinem anderen Lebensalter. Daneben wirkt die Ernährung in dieser Phase metabolisch und funktionell langfristig prägend (Koletzko et al. 2009; Plagemann et al. 2007). Eine ungünstige Ernährungsweise in der Säuglingsphase kann die Gesundheit im späteren Lebensalter negativ beeinflussen (Gießelmann 2016; Günther et al. 2007; Koletzko et al. 2009; Seehaus et al. 2015). Die Auswirkungen zeigen sich in den späteren Ernährungsgewohnheiten sowie bei der Entstehung von Übergewicht und in Funktionen des Organismus, wie dem Herz Kreislauf-System und dem Insulinstoffwechsel (Gießelmann 2016; Koletzko et al. 2010b).

Nun zeigen repräsentative Daten der *Studie zur Kinder- und Jugendgesundheit in Deutschland* (KiGGS) über das Ernährungsverhalten älterer Kinder und Jugendlicher, dass die Zusammensetzung der Nahrung vornehmlich bei Kindern aus Familien mit Migrationshintergrund und aus Familien mit niedrigem sozialen Status problematisch ist (Mensink et al. 2007b; Mensink et al. 2018) und dass diese Kinder einem erhöhten Risiko für Übergewicht und ernährungsmitbedingten Erkrankungen ausgesetzt sind (Kurth und Schaffrath Rosario 2007; Schenk et al. 2008; Schienkiewitz et al. 2018). Ergebnisse der ersten Welle von KiGGS (2003 – 2006) belegen, dass Kinder und Jugendliche mit türkischem Migrationshintergrund in vielen Punkten ein ungünstigeres Ernährungsverhalten als die Vergleichsgruppe der Deutschen ohne Migrationshintergrund hatten. Dies lässt sich an dem mengenmäßig großen Verzehr von zuckerhaltigen Erfrischungsgetränken, Weißbrot, frittierten oder gebratenen Kartoffeln, Schokolade und Knabberartikeln abbilden (Schenk et al. 2008). Daten der zweiten Welle von KiGGS (2014 – 2017) zeigen, dass der Verzehr zuckerhaltiger Erfrischungsmittel bei Kindern aus Familien mit niedrigem sozialen Status höher ist als bei Kindern aus Familien mit hohem sozialem Status (Mensink et al. 2018). Die Ergebnisse für die Übergewichtsprävalenz bei Kindern und Jugendlichen aus KiGGS bleiben in der zweiten Welle im Vergleich zur ersten Erhebung in KiGGS konstant auf dem hohen Niveau von 15,4% und weisen weiterhin einen sozialen Gradienten auf (Schienkiewitz et al. 2018). Ungleichheiten im Ernährungsverhalten nach Zugehörigkeit zu sozialer Schicht konnten bislang auch im Rahmen anderer Untersuchungen gut belegt werden (Muff 2009; Richter und Rosenbach 2011). Ernährungsbezogene Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen

zur Verbesserung der Ernährungsgewohnheiten mit dem Ziel einer nachhaltig günstigeren Lebensmittelauswahl und damit einhergehenden Übergewichtsprävention erreichen diese Zielgruppe in der Regel nur schwer (Muckelbauer et al. 2010; Plachta-Danielzik et al. 2007). Einen Leitfaden für eine bedarfsgerechte Ernährung in der Phase des ersten Lebensjahres liefern die Ernährungspläne von *Gesund ins Leben – Netzwerk Junge Familie*, herausgegeben vom Bundeszentrum für Ernährung (BzFE). Seit 2010 gibt es Bestrebungen, die Handlungsempfehlungen für die Ernährungsempfehlungen im ersten Lebensjahr durch die Zusammenarbeit mehrerer beteiligter Fachkräfte im Rahmen von konsensbasierten Entscheidungen zu vereinheitlichen (Koletzko et al. 2010a; Koletzko et al. 2016). Doch die Empfehlungen nehmen bislang noch keine Rücksicht auf die besonderen Bedürfnisse und diversitären Merkmale der Mütter ebenso wie die der Kinder. Die Bestrebungen, die Handlungsempfehlungen zu vereinheitlichen, stellen einen wichtigen Fortschritt dar, jedoch war die Übernahme der einheitlichen Botschaften mit Empfehlungen für das erste Lebensjahr in die Printmedien noch nicht flächendeckend erfolgreich; sie lag bei 30% (Hirsch und Rademacher 2014).

Häufig sind Mütter die Hauptverantwortlichen für die Ernährung ihrer Kinder im ersten Lebensjahr (Kersting 2009). Dabei stehen sie vor der Herausforderung, eine Synthese zu finden aus ihren eigenen Vorstellungen und den vielen und teilweise widersprüchlichen Empfehlungen von Fachpersonen im persönlichen Gespräch oder aus Publikationen und der Erfüllung einer gesellschaftlichen Norm, um die Bedürfnisse des Kindes alltagspraktisch umzusetzen. Nicht selten führt dieser Konflikt bei den Müttern zu erheblichen Verunsicherungen. Die vielfältigen Angebote, die über Kinderernährung informieren und Empfehlungen aussprechen, trägt nicht zwangsläufig dazu bei, dass sich die Mütter ausreichend informiert fühlen; im Gegenteil: Oft tragen die widersprüchlichen Angaben zur Verunsicherung bei, wie eine Studie aus Australien zeigen konnte (Kumar et al. 2010), was nicht selten einen vorzeitigen Stillabbruch zur Folge hat (Koletzko et al. 2016). Als Beispiel für solcherlei widersprüchliche Angaben durch unterschiedliche Einrichtungen sei hier die Stellungnahme der Nationalen Stillkommission (NSK) über den Zeitpunkt der Beikosteführung erwähnt (BfR 2015). In diesem Zusammenhang sei auch auf die Ergebnisse einer Literaturrecherche von Hayn und Kolleginnen hingewiesen, die auf eine Abnahme der Ernährungskompetenzen in den letzten Jahren hindeuten (Hayn et al. 2005). Die Ergebnisse der ersten repräsentativen *Studie zur Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland* (HLS-GER) untermauern diesen Trend, der zum Ausdruck bringt, dass 54,3% der deutschen Bevölkerung über eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz verfügen (Schaeffer et al. 2017).

In der Laienpresse werden Begriffe im Bereich der Säuglings- und Kinderernährung häufig nicht eindeutig definiert oder Formulierungen nicht den aktuellen Empfehlungen entspre-

chend verwendet, was zu Verständnisproblemen führen kann (Hirsch und Rademacher 2014; Kolm et al. 2016). Dabei gibt es Hinweise auf erhebliche Unterschiede, wie sich diese Unsicherheiten bei deutschen Müttern und Müttern mit Migrationshintergrund und bei Müttern aus verschiedenen sozialen Schichten artikulieren (Hilbig et al. 2011c; Hilbig et al. 2011b). Fekete und Weyers konnten dazu in der Auswertung der *Heinz Nixdorf Recall* (HNR)- Studie zeigen, dass ungünstige subjektive Ernährungseinstellungen, ein geringes Bewusstsein für Ernährung und ein niedriger sozialer Status miteinander einhergehen (Fekete und Weyers 2016). Bei Müttern mit Migrationshintergrund gibt es nicht selten Missverständnisse bei den Fachbegriffen. In der Studie *Teilhabe türkischstämmiger Familien an den bestehenden ernährungsbezogenen Präventionskonzepten für Säuglinge und Kinder – Ermittlung von Einstellungen und Verhaltensweisen bei türkischen und deutschen Familien zur kulturspezifischen Adaptierung der Konzepte*, die von 2009 bis 2010 am Forschungsinstitut für Kinderernährung (FKE) durchgeführt wurde, deuten die Ergebnisse darauf hin, dass Inhalte aus dem Bereich der Kinderernährung und Begriffe wie „Beikost“ oder „Flaschennahrung“, wie sie in deutschsprachigen Empfehlungen aufgeführt werden, von türkischen Müttern, aber auch von Müttern mit niedrigem sozialem Status, nicht immer ausreichend verstanden werden (Hilbig et al. 2011c; Hilbig et al. 2011b). Auch wenn dies noch nicht hinreichend belegt ist, kann angenommen werden, dass daraus ungünstige Ernährungsgewohnheiten beim Kind resultieren.

Die Basis der Verhaltensprävention¹ fußt auf der Annahme, dass individuelle Einstellungen das Ernährungsverhalten eines Menschen beeinflussen. Dieser Zusammenhang wird durch Gesundheitsverhaltenstheorien wie bspw. die Theorie des geplanten Verhaltens oder das sozial-kognitive Prozessmodell gesundheitlichen Handelns bestärkt. In der Theorie des geplanten Verhaltens gelten die Einstellungen und Überzeugungen eines Individuums als eine der drei maßgeblichen Voraussetzungen für Verhaltensänderungen (Ajzen 1985). Im Mittelpunkt des Modells steht die Absicht, die die Intention eines Individuums beschreibt, ein bestimmtes Verhalten auszuführen. Die Intention wird hauptsächlich durch die Einstellung zum Verhalten, die subjektive Norm und die Verhaltenskontrolle beeinflusst. Die persönliche Einstellung gilt in diesem Modell als wichtiger Faktor im Hinblick auf die Verhaltensrealisation (s. ebd.). Das sozial-kognitive Prozessmodell gesundheitlichen Handelns kann als Ergänzung zur Theorie des geplanten Verhaltens bezeichnet werden (Schwarzer 2004) und fußt auf dem Konzept der Selbstwirksamkeitserwartung, das als Prädiktor für das Ernährungsverhalten gilt (Muff 2009).

¹ Es wird hier auf die Verhaltensprävention eingegangen, da die Zielgruppe im Sinne der Einstellungen zur Kinderernährung in erster Linie die Perspektive und das Verhalten der Eltern bzw. hier der Mütter beinhaltet.

Über Einstellungen und Motivationen von Müttern mit und ohne Migrationshintergrund zur Ernährung ihrer Kinder gibt es bereits einige wenige Forschungsergebnisse (Hilbig et al. 2011c; Sievers et al. 2008). Hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen konativen, affektiven und kognitiven Komponenten der Einstellungen zur Kinderernährung bei Müttern mit und ohne Migrationshintergrund besteht noch ein erheblicher Forschungsbedarf. So führt die aktuelle Studienlage zu den Einstellungen der Mütter zur Kinderernährung zu der Annahme, dass Unterschiede in den Einstellungen zwischen Müttern mit und ohne türkischem Migrationshintergrund bestehen. Sievers und KollegInnen zeigen u.a., dass die Hebammenhilfe nach der Geburt von türkischen Müttern wenig anerkannt ist. Informationen durch den Kinderarzt oder von Verwandten haben dazu im Vergleich einen viel höheren Stellenwert (Sievers et al. 2008). Ohne eine differenzierte Analyse der Hintergründe dieser Verhaltensweisen sind effektive Maßnahmen zu einer Verbesserung der Teilhabe türkischstämmiger Familien an Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen nicht zu erwarten. Auch über die Stilldauer und die Bedeutung des Stillens gab es zwischen deutschen und türkischen Müttern unterschiedliche Auffassungen (Hilbig et al. 2011c; Hilbig et al. 2011b). Bislang existiert kein überzeugendes theoretisches Modell, welches die soziale Ungleichheit in den Unterschieden im Ernährungsverhalten bzw. in den Einstellungen unter Berücksichtigung des Migrationshintergrundes erklärt. Zum anderen untermauert die aktuelle Datenlage den Forschungsbedarf. Zu dem Forschungsfeld Einstellungen zum Ernährungsverhalten in der ersten Lebensphase unter Berücksichtigung des Migrationshintergrundes sowie der sozialen Schicht gibt es in Deutschland nur wenige Studien.

Diese Erkenntnisse bilden den Ausgangspunkt für das Ziel und die Fragestellung der vorliegenden Forschungsarbeit. Die vorliegende Arbeit erhebt den Anspruch diese Lücke zu füllen.

Ein besseres Verständnis über die Einstellungen zur Kinderernährung von Müttern mit niedrigem sozialen Status, mit und ohne türkischem Migrationshintergrund ist von besonderer Public Health-Relevanz, weil

1. Familien mit niedrigem sozialen Status ein erhöhtes Armutsrisiko und niedriges Bildungsniveau und damit ein höheres Risiko für gesundheitliche Beeinträchtigungen haben,
2. vor allem Familien mit Migrationshintergrund und (vielen) Kindern verstärkt gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt sind und
3. ein Erkenntnisgewinn hinsichtlich der Einstellungen zur Kinderernährung Potential bietet, Handlungsempfehlungen in diesem Bereich zielgruppenspezifisch und kultursensibel anzupassen. Damit ergibt sich die Möglichkeit, die Teilhabe von

Müttern mit niedrigem Sozialstatus, mit und ohne türkischem Migrationshintergrund an Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen zu verbessern.

1.1. Ziel der Forschungsarbeit

Das Ziel dieser Forschungsarbeit ist es, Erkenntnisse über Einstellungen von Müttern zur Kinderernährung im ersten Lebensjahr des Kindes zu erlangen und diese im Sinne einer Typologie darzustellen. Dabei werden die drei Einstellungskomponenten – kognitiv, affektiv, konativ – zu Hilfe genommen. Während die kognitive Komponente Überzeugungen und Vorstellungen zu dem Einstellungsgegenstand beinhaltet, werden unter der affektiven Komponente Gefühle subsumiert. Die konative Komponente umfasst die Verhaltensreaktion oder Verhaltensabsicht hinsichtlich des Einstellungsobjektes (Güttler 2003; Wänke und Bohner 2006). Der Zusammenhang zwischen der Ernährungseinstellung, dem Migrationshintergrund und der Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Schicht wird einer besonderen Betrachtung unterzogen.

Es sei darauf hingewiesen, dass in dieser Arbeit nicht die Ernährungspraktiken der Mütter gegenüber ihren Kindern bewertet werden sollen, vielmehr stehen die Annahmen und Bedürfnisse der Mütter im Zusammenhang mit der Ernährung ihres Kindes im ersten Lebensjahr im Vordergrund.

Ein übergeordnetes Ziel dieser Arbeit besteht in der Weiterentwicklung eines theoretischen Modells, welches die empirisch herausgearbeiteten Ergebnisse erklärt und integriert. Außerdem sollen die Ergebnisse dazu beitragen, Hinweise zur Weiterentwicklung von Handlungsempfehlungen zu formulieren, um die Zielgruppe dieser Arbeit angemessen und ihren Bedürfnissen entsprechend in der Ernährung ihrer Kinder in der frühen Lebensphase unterstützen zu können.

1.2. Forschungsfragen

Die forschungsleitende Frage ergibt sich aus der Forschungslücke, die hinsichtlich der Einstellungen von Müttern aus verschiedenen sozialen Schichten mit und ohne türkischem Migrationshintergrund in Deutschland zur Kinderernährung im ersten Lebensjahr besteht.

– Welche Einstellungen zur Kinderernährung im ersten Lebensjahr lassen sich bei Müttern verschiedener sozialer Schichten mit und ohne türkischen Migrationshintergrund in Deutschland identifizieren?

Im Zusammenhang mit der Frage nach den Einstellungen gilt es zu untersuchen, welche konativen, affektiven und kognitiven Komponenten der Mütter mit der Ernährung im ersten Lebensjahr ihres Kindes einhergehen.

Demnach wird die Hauptfragestellung anhand des Drei-Komponenten-Modells, welches die Einstellungen in eine konative (a), affektive (b) und kognitive (c) Komponente unterteilt, in folgende drei Unterfragestellungen gegliedert:

- a) Wie gestalten die Mütter den Prozess der Ernährung im ersten Lebensjahr?
- b) Wie erleben die Mütter den Prozess der Ernährung im ersten Lebensjahr?
- c) Welche Annahmen und Überzeugungen der Mütter beeinflussen den Prozess der Ernährung im ersten Lebensjahr des Kindes?

Darüber hinaus wird der Frage nachgegangen, ob Unterschiede in den Einstellungen zwischen Müttern mit und ohne türkischem Migrationshintergrund und in Bezug auf die Zugehörigkeit zu einer der Sozialstatusgruppen existieren. Daraus ergibt sich folgende Fragestellung:

– Welche Unterschiede bestehen in den Einstellungen zur Ernährung im Lebensjahr zwischen Müttern verschiedener sozialer Schichten und mit und ohne türkischem Migrationshintergrund?

1.3. Methodik

Für die wissenschaftliche Untersuchung subjektorientierter Sichtweisen bieten sich offene, explorative und rekonstruktive Verfahren an, welche sich auch unter qualitativen Methoden zusammenfassen lassen (Przyborski und Wohlrab-Sahr 2008). Als Erhebungsinstrument wurde in dieser Arbeit das teilstrukturierte Leitfaden-Interview gewählt. Der Leitfaden für die Interviews wurde anhand der SPSS-Methode (Sammeln, Prüfen, Sortieren, Subsummieren von Fragen) erstellt (Helfferich 2009). Das Sampling erfolgte anhand kontrastierender Merkmale wie Anzahl und Alter der Kinder, Vorliegen oder Abwesenheit eines türkischen Migrationshintergrundes und Zugehörigkeit zur Sozialstatusgruppe. Die Rekrutierung der Interviewpersonen wurde über verschiedene Zugangswege (Arztpraxis, Personen aus weiterem Bekanntenkreis, soziale Netzwerke, Schneeballverfahren) vollzogen. Bei der Rekrutierung sowie der Interviewdurchführung und Transkription wurde die Autorin durch eine türkischsprachige Interviewerin unterstützt. Alle Interviews wurden aufgezeichnet und anschlie-

ßend transkribiert. Die Interviews, die in der türkischen Sprache geführt wurden, wurden im Anschluss übersetzt. Im Anschluss an jedes Interview wurde der jeweiligen Interviewperson (IP) ein Fragebogen zu soziodemografischen Daten vorgelegt, welcher zu der Einteilung in eine der drei Sozialstatusgruppen diente und Angaben zum Migrationshintergrund sowie zum Sprech- und Hörverstehen in der Muttersprache bzw. in der deutschen Sprache beinhaltete. Die transkribierten Interviews wurden mit Hilfe des thematischen Kodierens ausgewertet (Kelle und Kluge 2010) und mündeten in eine fallübergreifende Typologisierung der für die Fragestellung relevanten Kategorien.

1.4. Aufbau der Forschungsarbeit

Beginnend mit dem Hintergrund werden in dieser Arbeit die aktuellen Forschungsergebnisse zu den für das Thema relevanten Studien dargestellt. Im Anschluss wird der theoretische Rahmen abgesteckt und die zur Erklärung des zu untersuchenden Phänomens bedeutsamen Theorien beschrieben. Im Methodenkapitel wird die Vorgehensweise des für diese Arbeit genutzten Studiendesigns erläutert. Die Ergebnisse der Auswertung mit den kurzen Falldarstellungen sowie der Darstellung und Erläuterung der zur Beantwortung der Forschungsfragen relevanten Kategorien sowie der darauf aufbauenden Typenbildung folgen im Anschluss. Im Rahmen der Diskussion werden die Ergebnisse dieser Arbeit dem aktuellen Forschungsstand gegenübergestellt und der Empirie-Theorie-Transfer dargelegt. Anschließend werden die Grenzen der Reichweite der Ergebnisse sowie die Methodendiskussion aufgezeigt. Die Arbeit schließt mit einem Fazit mit Ausblick für weitere Forschungsansätze sowie mit Handlungsempfehlungen für die Praxis.

2. Aktuelle Versorgung und Empfehlungen zur Kinderernährung

In diesem Kapitel werden aktuelle Empfehlungen zur Ernährung vom Säuglings- bis zum Jugendalter sowie Studienergebnisse zur aktuellen Ernährungssituation der Kinder mit und ohne türkischem Migrationshintergrund in Deutschland dargestellt. Es folgen Ergebnisse zur Einstellung zur Kinderernährung, die mit den normativen Faktoren zur Kinderernährung im ersten Lebensjahr beginnen. Im Anschluss werden Determinanten bei der Informationsnachfrage von Müttern mit und ohne türkischem Migrationshintergrund zur Kinderernährung erläutert.

2.1. Aktuelle Ernährungsempfehlungen zur Kinderernährung

Die aktuellen Empfehlungen zur Ernährung vom Säuglings- bis zum Jugendalter werden von unterschiedlichen Institutionen in Deutschland² verbreitet. Dazu zählen u.a. die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE, mit dem aid als Informationsdienst), die Bundeszentrale für Ernährung (BzFE), die Nationale Stillkommission (NSK) am Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR), das bis 2016 existierende Forschungsinstitut für Kinderernährung (FKE), die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) sowie die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) (Hirsch und Rademacher 2014). Daneben werden auch in einer Vielzahl an Ratgebern, Broschüren, Zeitschriften, Internetseiten und Werbepattformen z.B. von Säuglingsnahrungsmittelherstellern sowie über ÄrztInnen, Hebammen und weitere Personen in Gesundheitsfachberufen Informationen zur Ernährung des Säuglings und Kleinkindes verbreitet (s. ebd.). Die schiere Menge an Ernährungsempfehlungen und Ratschlägen unterschiedlichster Quellen führt bei den VerbraucherInnen eher zur Verunsicherung, anstatt zu einer nachhaltigen Aufklärung beizutragen (vgl. Kapitel 2.4.). Auch die Uneinigkeit bei unterschiedlichen Empfehlungen tragen zur Verunsicherung bei, wie beispielsweise in der Stellungnahme der NSK über den Zeitpunkt der Beikosteneinführung berichtet wird (BfR 2015). Eine aktuelle Studie von Lobstein und Kollegen zeigt auf, wie Marketingkampagnen von Lebensmittelherstellern für Säuglings- und Kleinkindernahrung versuchen, diese Zielgruppe als Kunden zu gewinnen; eine frühe Bindung und häufiger Kontakt mit den Produkten bzw. an eine Marke soll die Vorlieben prägen und zu einer dauerhaften Kundenbindung führen (Lobstein et al. 2015). Zur Verunsicherung führen auch die durch

² Hier wird ausschließlich auf die Ernährungsempfehlungen in Deutschland eingegangen, da das Thema auf in Deutschland lebende Familien ausgerichtet ist.

neue wissenschaftliche Erkenntnisse immer wieder vorgenommenen Änderungen in den Empfehlungen, die so weit gehen können, dass sie sich inhaltlich in erheblichem Maße von älteren Versionen unterscheiden. Zudem werden in der Laienpresse Begriffe im Bereich der Säuglings- und Kinderernährung häufig nicht eindeutig definiert oder Formulierungen nicht den aktuellen Empfehlungen entsprechend verwendet, was zu erheblichen Problemen beim Verständnis der Empfehlungen führen kann (Hirsch und Rademacher 2014; Kolm et al. 2016).

Empfehlungen zur Ernährung des Kindes im ersten Lebensjahr

Im Jahr 2010 wurde erstmals ein Konsensuspapier durch die Zusammenarbeit mehrerer beteiligter Fachkräfte im Rahmen einer Tagung von *Gesund ins Leben – Netzwerk Junge Familie* mit einheitlichen Empfehlungen zur Säuglingsernährung und Ernährung der stillenden Mütter veröffentlicht (Koletzko et al. 2010a). Die Initiative *Gesund ins Leben – Netzwerk Junge Familie* wird vom Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL) gefördert und ist ein Projekt von *In FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung* der Bundesregierung. *Gesund ins Leben – Netzwerk Junge Familie* besteht aus WissenschaftlerInnen und ExpertInnen unterschiedlicher Fachrichtungen, die sich mit dem Thema Säuglings- und Kleinkindernährung sowie der Ernährung der Mütter beschäftigen. Eine der Hauptaufgaben des Netzwerks besteht darin, flächendeckend Informationen mit den aktuellen Ernährungsempfehlungen zu verbreiten. Ziel der Zusammenarbeit bei der o.g. Tagung war eine Vereinheitlichung der Empfehlungen für den ersten Lebensabschnitt des Kindes, die Weitergabe einheitlicher Botschaften zu gewährleisten und damit eine verbesserte Kommunikation mit den Verbrauchern (bzw. den Familien, insbesondere den Müttern) anzuregen. Dazu wurde zunächst eine Recherche der aktuellen Ernährungsempfehlungen bei den gängigen nationalen und internationalen Institutionen (z.B. DGE, FKE, World Health Organisation (WHO), NSK, BfR) etc. durchgeführt.

Es wurden die D-A-CH Referenzwerte³ (DGE, SGE, ÖGE 2008) hinzugenommen sowie verschiedene Leitlinien, wie etwa die S3-Leitlinie zur Allergieprävention (DGAKI 2009) bzw. zu Fluoridierungsmaßnahmen (DGZMK 2005). Auf dieser Grundlage wurden unter den WissenschaftlerInnen und ExpertInnen einheitliche Kernaussagen zu den Handlungsempfehlungen unter Berücksichtigung der aktuellen Datenlage entwickelt, denn diese bislang nicht alle dieselben Inhalte hatten. Es zeigten sich z.B. Unterschiede bei der Formulierung von Zeitan-

³ Die D-A-CH-Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr werden gemeinsam von den Gesellschaften für Ernährung in Deutschland (DGE), Österreich (ÖGE) und der Schweiz (SGE) herausgegeben und in regelmäßigen Abständen aufgrund neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse aktualisiert. Sie beinhalten die Mengen für die altersgerechte tägliche Nährstoff- und Energiezufuhr und stellen damit die Grundlage für eine gesunde vollwertige Ernährung dar. <https://www.dge.de/wissenschaft/referenzwerte/> Zugriff: 28.07.2018

gaben hinsichtlich Stilldauer und Einführung von Beikost. Ebenso wie die fachliche Ebene wurde der Anwendungsbezug bei der Formulierung der Handlungsempfehlungen berücksichtigt (Koletzko et al. 2010a). Die Handlungsempfehlungen werden im Turnus von drei Jahren aktualisiert, sodass mittlerweile die dritte Aktualisierung veröffentlicht wurde (Koletzko et al. 2016). Dabei werden stets die aktuellen Leitlinien (DGAKI, DGZMK, DGE etc.) berücksichtigt und methodisch Änderungen vorgenommen, wie bereits bei der ersten Version der Handlungsempfehlungen.

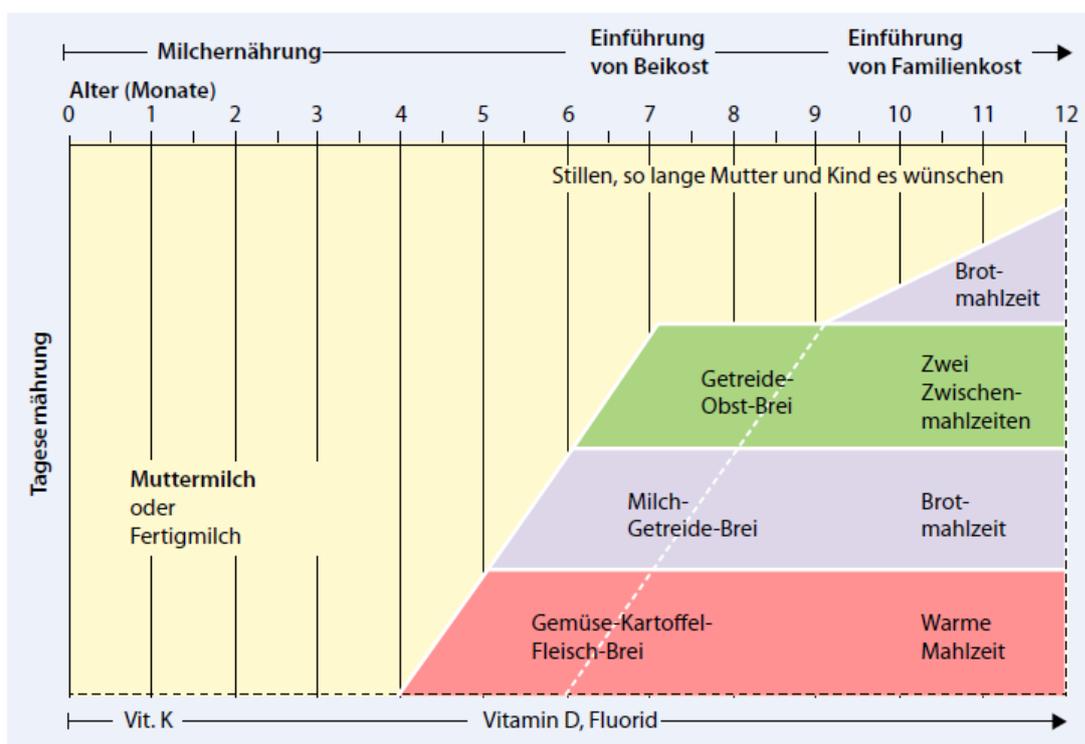


Abbildung 1 Der Ernährungsplan für das erste Lebensjahr (Hilbig 2012, S. 1090)

In Abbildung 1 ist das Schema des FKE für den Ernährungsplan für das erste Lebensjahr dargestellt. Auch andere Institutionen wie die DGE, der BfR und die NSK unterstützten diesen Ernährungsplan, der bis zur Schließung des Instituts als eine wichtige Basis für die Ernährungsempfehlungen im ersten Lebensjahr galt. Grundlage für diesen Ernährungsplan lieferten die D-A-CH-Referenzwerte (DGE 2015) für die Nährstoffzufuhr und die Ergebnisse der *Dortmund Nutritional and Anthropometrical Longitudinally Designed Study* (DONALD), eine vom FKE initiierte offene prospektive Kohortenstudie (Buyken et al. 2012). Seit 1985 werden fortlaufend Daten zum Ernährungsverhalten, Nahrungsmittelverzehr, Stoffwechsel und zur individuellen Entwicklung bei gesunden Teilnehmern von der Geburt bis ins junge Erwachsenenalter erhoben und ausgewertet. Am Beispiel des vom FKE entwickelten und

evaluierten Ernährungsplans für das erste Lebensjahr lässt sich eine Einteilung in drei Phasen vornehmen (s. Pfeil über der Grafik):

1. ausschließliche Milchernährung
2. Einführung von Beikost
3. Einführung der Familienkost



Abbildung 2 Essens-Fahrplan für Babys © Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung (BLE), Bonn; *Gesund ins Leben – Netzwerk Junge Familie* (BZfE 2018)

In Abbildung 2 ist der aktuelle Essens-Fahrplan für Babys von *Gesund ins Leben – Netzwerk Junge Familie* dargestellt. Dieser ist grafisch deutlich anders aufgebaut und enthält weniger Details im Vergleich zu dem Ernährungsplan in Abbildung 1. Als Gemeinsamkeit zum Ernährungsplan vom FKE (Abbildung 1) sind auch in dem Essens-Fahrplan für Babys von *Gesund ins Leben – Netzwerk Junge Familie* (Abbildung 2) die drei Phasen Milchnahrung, Beikost und Familienessen abgebildet.

In Anlehnung an die drei Phasen sind auch die folgenden Kapitel in der vorliegenden Arbeit aufgebaut.

2.1.1. Stillen und Milchernährung

„Stillen ist das Beste für das Kind“ – Dies wird so oder ähnlich in der Fachliteratur und in Ernährungsempfehlungen, aber auch in populärwissenschaftlichen Schriften in Überschriften und Kernaussagen prominent postuliert. Eine prägnante Botschaft. Und tatsächlich konnten viele Studien die Vorteile des Stillens belegen (Chowdhury et al. 2015; Horta et al. 2015; Ip et al. 2009). Auch die Fachgesellschaften DGE, FKE, DGKJ, NSK (Nationale Stillkommission/BfR 2010) sowie die WHO und die Europäische Union (EU) (European Commission 2004) sind sich einig, dass Stillen nützlich und hilfreich ist und damit gefördert werden sollte. Ein Vorteil des Stillens ist die optimale Nährstoffzusammensetzung der Muttermilch, die an die Bedürfnisse des Kinds angepasst ist. Zudem ist die Muttermilch hygienisch einwandfrei und stets richtig temperiert. Auch kann die Gabe von Muttermilch das Risiko von Durchfall, Mittelohrentzündung, plötzlichem Kindstod und späterem Risiko für Übergewicht beim Kind senken (Arenz et al. 2004; Hauck et al. 2011; Horta et al. 2015; Ip et al. 2009). Verschiedene Studien liefern außerdem Hinweise darauf, dass gestillte Kinder weniger häufig an Allergien und allergischem Asthma leiden und im späteren Leben seltener an Lymphomen, Leukämien und Morbus Hodgkin erkranken (Ballard und Morrow 2013; Hauck et al. 2011; Ip et al. 2009). Umstritten sind die Auswirkungen des Stillens auf die Entwicklung von Diabetes Mellitus Typ 1 und kardiovaskulären Erkrankungen im späteren Lebensalter (Horta et al. 2015; Ip et al. 2009).

Die Vorteile des Stillens kommen aber nicht nur dem Kind zugute, auch die Mütter profitieren gesundheitlich vom Stillen (Förderung der Uterusrückbildung nach der Geburt und Risikominderung für Brust- und Eierstockkrebs) (Chowdhury et al. 2015, 2015; Ip et al. 2009). Darüber hinaus wird durch das Stillen die affektive Bindung zwischen Mutter und Kind gestärkt (Hoddinott et al. 2008). Nicht zuletzt wird durch den Verzicht auf den Erwerb von Säuglingsnahrung eine Menge Geld gespart. Laut den Handlungsempfehlungen von *Gesund ins Leben – Netzwerk Junge Familie* sollte das erste Anlegen des Kindes zum Stillen unmittelbar nach der Geburt möglichst in einem Zeitraum von zwei Stunden erfolgen. Die Dauer, in der ausschließlich gestillt werden sollte, beträgt laut Empfehlung von *Gesund ins Leben – Netzwerk Junge Familie* rund vier Monate („bis zum Beginn des fünften Monats“). Das Gleiche gilt auch für Kinder mit einem erhöhten Allergierisiko (Koletzko et al. 2016). Die WHO und auch die europäische Lebensmittelbehörde (EFSA) empfehlen hingegen sechs Monate ausschließlich zu stillen (BfR 2018). Es wird kein genauer Hinweis darauf gegeben, bis wann

das Kind abgestillt werden soll. Die Stilldauer soll von Mutter und Kind bestimmt werden (Koletzko et al. 2016), denn auch nach der Einführung der Beikost (ab dem fünften Lebensmonat) wird empfohlen, weiterhin zu stillen. Generell wird versucht, im Ernährungsplan keine festen Zeitpunkte anzugeben, sondern Zeitfenster. Bei Zeitpunkt und Dauer des Stillens sollte sich die Mutter nach den Bedürfnissen des Säuglings richten, wobei zu beachten ist, dass das Kind in den ersten Lebenswochen bis zu zwölf Mal täglich angelegt werden muss (Koletzko et al. 2016).

Wenn gar nicht oder nicht vollgestillt wird, so besagen die Handlungsempfehlungen von *Gesund ins Leben – Netzwerk Junge Familie*, soll der Säugling eine industriell hergestellte Säuglingsnahrung erhalten. Die Kennzeichnung der Säuglingsnahrungen sind „Pre-Nahrung“ oder „1-Nahrung“ sowie „Folgenahrung“ oder „2-Nahrung“ bzw. „3-Nahrung“ und berücksichtigen die Alters- bzw. Entwicklungsstufe des Kindes. Während die Nahrungen, die mit „1“ oder „Pre“ gekennzeichnet sind (auch als Säuglingsanfangsnahrung bezeichnet) für die Zeit direkt nach der Geburt und bis zum Ende des ersten Lebensjahres gefüttert werden können, sollte die „2-Nahrung“ oder „3-Nahrung“ (Folgenahrung) erst mit der Einführung der Beikost gegeben werden. Laut Aussagen von DGE, FKE und DGKJ ist eine Gabe von Folgenahrung jedoch nicht notwendig. Gemäß der EG-Richtlinie 2006/141/EG (Europäische Union) ist die Verwendung von Folgenahrung an die Beikost gekoppelt und muss auf der Etikettierung deklarieren, dass sie keinen Ersatz für Muttermilch darstellt, sondern Teil einer Mischkost ist, die für Säuglinge ab einem Alter von mindestens sechs Monaten geeignet ist.

Die Säuglingsmilchnahrungen sollten nicht mit Kuhmilch oder Milch von anderen Tieren wie Ziege, Stute oder Schaf zubereitet werden. Es wird empfohlen, schadstofffreies und abgekochtes Wasser zu verwenden. Generell sollte Säuglingsmilchnahrung nicht selbst hergestellt, sondern es sollte auf die dafür hergestellten Produkte zurückgegriffen werden. Nahrung, die auf Basis von Kuhmilch oder anderen Milchsorten hergestellt wird, weist keinen optimalen Nährstoffgehalt auf und kann das Risiko von Magen-Darm-Infektionen erhöhen. Bei Säuglingen mit erhöhtem Allergierisiko, die nicht oder nicht voll gestillt werden, wird empfohlen, im ersten Lebensjahr eine hypoallergene Nahrung (HA-Nahrung) zu füttern. Darin sind sich die Fachgesellschaften DGE, FKE und DGKJ einig und werden in ihrer Aussage durch die S3-Leitlinie Allergieprävention (DGAKI 2014) unterstützt. Der Effekt der HA-Nahrung wird jedoch nach Meinung von Experten häufig überschätzt (Koletzko et al. 2016). Hinsichtlich Dauer und Häufigkeit der Gabe von Säuglingsmilchnahrungen empfehlen die Fachgesellschaften ebenso vorzugehen, wie es beim Stillen empfohlen wird (Bührer et al. 2014).

2.1.2. Beikost

Einig sind sich die Fachgesellschaften bei der Empfehlung, den Einführungszeitpunkt der Beikost „vom Gedeihen und der Essfähigkeit des Kindes“ (Bührer et al. 2014, S. 532) abhängig zu machen. Demnach werden auch hier Zeitfenster hinsichtlich der Einführung angegeben und keine verbindlichen Zeitpunkte (Bührer et al. 2014; Hilbig et al. 2012). Laut Ernährungsplan des FKEs für das erste Lebensjahr wird empfohlen, mit der Einführung der Beikost zwischen Beginn des fünften und vor Ende des siebten Lebensmonat des Kindes zu beginnen. So wird es auch von der Nationalen Stillkommission empfohlen.

Hintergrund der zeitlichen Empfehlung der Einführung von Beikost ist, neben der Entwicklung der motorischen (Ess-)Fähigkeiten des Säuglings, auch der ab dem Ende des ersten Lebenshalbjahres steigende Nährstoffbedarf des Säuglings, der durch Milch nicht mehr gedeckt werden kann. Ein weiteres Argument zur Empfehlung des Einführungszeitpunktes ist die Möglichkeit der Ausbildung einer immunologischen Toleranz für Lebensmittel beim Säugling sowie die Prägung des Geschmacks (Bührer et al. 2014; Hilbig et al. 2012).

Mit Einführung der Beikost sollte nach dem Ernährungsplan des FKE für das erste Lebensjahr Monat für Monat eine Milchmahlzeit durch Brei ersetzt werden. Die Breimahlzeiten setzen sich so zusammen, wie es in Abbildung 1 dargestellt ist.

Die Zusammenstellung der Lebensmittel bei den Breimahlzeiten und damit auch deren Nährstoffgehalt wird in Kombination mit den verbliebenen Nährstoffen aus der Milchnahrung (Gabe von Muttermilch oder Flaschennahrung auch nach Einführung der Beikost wird empfohlen) zu einer ausgewogenen Kost (Hilbig et al. 2012).

Als erste Breimahlzeit eignet sich wegen der kritischen Eisenversorgung des Säuglings eine Zusammenstellung von einer Gemüsesorte, Kartoffeln und Fleisch. Durch diese Lebensmittelauswahl wird eine ausreichende Zufuhr an Eisen und Zink gewährleistet. Die Fleischbeilage kann auch ein- bis zweimal wöchentlich durch Fisch ersetzt werden. Bei einer vegetarischen Ernährung eignet sich ein Gemüse-Kartoffel-Getreide-Brei (Bührer et al. 2014). Um erkennen zu können, ob Unverträglichkeitsreaktionen auftauchen, wird empfohlen, jedes neu in den Speiseplan aufgenommene Lebensmittel ungefähr drei Tage zu testen (Hilbig et al. 2012). Glutenhaltige Getreide sollen in kleinen Mengen zwischen dem fünften und siebten Lebensmonat gegeben werden, um das Risiko einer Unverträglichkeit zu senken.

Wie in Tabelle 3 dargestellt, haben Hilbig und KollegInnen hinsichtlich der Frage nach selbst zubereiteter Beikost oder industriell hergestellten Produkten eine Zusammenstellung von Vor- und Nachteilen der jeweiligen Zubereitungsform veröffentlicht (Hilbig et al. 2012). Dabei wird die Entscheidung für die Zubereitungsform den Eltern überlassen.

Tabelle 3 Merkmale der Beikost selbst oder industriell hergestellt

Selbtherstellung	Industrielle Herstellung
Begrenzung der Zutaten	Oft unnötige Zutaten
Ausreichende Sicherheit der üblichen Lebensmittelkontrolle	Zusätzliche Sicherheit, z.B. Schadstoffminimierung
Originalgeschmack, vielfältige Lebensmittelauswahl	Konfektionierter Geschmack
Freude am Kochen	Hoher Konvenienzgrad
Niedrige Kosten	Höhere Kosten

nach (Hilbig et al. 2012, S. 1092), eigene Darstellung

Die Empfehlungen für die Einführung von Beikost sind laut Aussagen von Hilbig et al. nicht evidenzbasiert, und dies wird auch in Zukunft nicht erwartet. Hintergrund dafür ist die länderspezifische und kulturelle Abhängigkeit der Lebensmittelwahl für die Beikost und die damit einhergehende komplexe Zusammensetzung der Lebensmittel im Zusammenhang mit dem Nährstoffbedarf in dieser Lebensspanne (Hilbig et al. 2012).

2.1.3. Familienessen

Gegen Ende des ersten Lebensjahres verändern sich der Energie- und Nährstoffbedarf des Kindes. Nach etwa zwölf Monaten ist das Kleinkind soweit entwickelt, dass es nach dem Konzept der Optimierten Mischkost (optimiX) ernährt werden kann.

Die vom FKE Anfang der 1990er Jahre konzipierte optimiX liefert die Grundlage für eine gesunde Ernährung im Alter von ein bis 18 Jahren und kann als Pendant zu den amerikanischen Food Based Dietary Guidelines gesehen werden (FAO 1996; Kersting et al. 2005). Das optimiX-Konzept wird hier angeführt, da es die Grundlage für eine gesunde Familienkost darstellt. Basis für die Entwicklung der Optimierten Mischkost sind die D-A-CH-Referenzwerte und die Ergebnisse der DONALD Studie. Mit den Verzehrdaten der DONALD Studie und den nährstoffbasierten Referenzwerten wurden neben der Berücksichtigung praktischer Aspekte wie den gängigen Essvorlieben und den gewöhnlichen Mahlzeitenmustern im Kindes- und Jugendalter in Deutschland auch primärpräventive Gesichtspunkte der Ernährung⁴ mit einbezogen und somit die lebensmittelbasierten Empfehlungen entwickelt (Buyken et al. 2012; Kersting et al. 2005).

⁴ Präventiv gegenüber Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Übergewicht und Diabetes Mellitus Typ II.

Auf Ebene der Nährstoffe liefern 7-Tages-Speisepläne die Basis für optimiX. Die Speisepläne wurden so angepasst, dass sie den Referenzwerten für 4- bis 6-Jährige gerecht werden. Die Lebensmittel aus den Speiseplänen wurden nach dem Konzept „empfohlene“ und „geduldete“ Lebensmittel in insgesamt elf Lebensmittelgruppen eingeteilt. Altersgemäße Lebensmittelmengen wurden pro Tag berechnet, indem die Verzehrmenen der Lebensmittelgruppen an den sieben Tagen aufsummiert wurden und damit pro Tag angegeben werden konnten (Kersting et al. 2005). Mit zunehmendem Alter ändern sich nicht die empfohlene Nährstoffdichte⁵, sondern nur die steigenden Verzehrmenen entsprechend dem altersgemäßen Energiebedarf (gemäß den altersentsprechenden Referenzwerten bei moderater körperlicher Aktivität). Die Zusammensetzung der Nahrung bleibt dieselbe wie in der Altersstufe der 4- bis 6-Jährigen. Neben der o.g. Einteilung besteht noch eine weitere Einteilung der Lebensmittelgruppen anhand der Ampelfarben in grün – reichlich, gelb – mäßig, rot – sparsam (s. Tabelle 4).

Die Einteilung in empfohlene und geduldete Lebensmittel hat den Hintergrund, dass der Nährstoffbedarf durch die empfohlenen Lebensmittel zu 100% gedeckt ist, der Energiebedarf jedoch nur zu 90%. Das bedeutet, dass die Lücke im Energiebedarf durch Lebensmittel mit niedriger Nährstoffdichte, aber hoher Energiedichte ausgeglichen werden kann wie z.B. Süßigkeiten, Knabberartikel und gesüßte Getränke.

Tabelle 4 Einteilung der Lebensmittelgruppen anhand der Optimierten Mischkost

Einteilung der Empfehlung	Lebensmittelgruppen	Anteile der Nährstoffdichte am Gesamtbedarf
Reichlich	Pflanzliche Lebensmittel und Getränke	78% (etwa zur Hälfte Getränke)
Mäßig	Tierische Lebensmittel	17%
Sparsam	Fett- und zuckerreiche Lebensmittel	5%

modifiziert in Anlehnung an (Alexy et al. 2008, S. 171), eigene Darstellung

Der optimiX-Tagesplan besteht aus fünf Mahlzeiten, die wiederum eingeteilt werden können in drei Hauptmahlzeiten (morgens, mittags und abends) sowie zwei Zwischenmahlzeiten (vormittags zwischen Frühstück und Mittagsessen und nachmittags zwischen Mittag- und Abendessen).

⁵ Die Nährstoffdichte bezeichnet das Verhältnis von Nährstoffgehalt z.B. eines Lebensmittels bezogen auf den Energiegehalt (Nährstoffdichte = Nährstoffgehalt (pro 100g)/Energiegehalt (kcal)).

2.2. Epidemiologische Daten zur Kinderernährung

In den folgenden Kapiteln werden zunächst aktuelle epidemiologische Daten zur Kinderernährung präsentiert. Im Anschluss daran werden Ergebnisse zu Einstellungen von Müttern zur Kinderernährung gezeigt, und es wird auf das Informationsgeschehen rund um die Kinderernährung eingegangen.

2.2.1. Stillen

Repräsentative Ergebnisse zu Stillverbreitung und -häufigkeit liefern Ergebnisse aus KiGGS. Es wurden, bezogen auf Gesamtdeutschland, 81,5% der im Jahr 2005 geborenen Säuglinge gestillt (Lange et al. 2007a). Zum Vergleich: Im Jahr 1986 waren es 74%. Mütter mit Migrationshintergrund stillten ihre Kinder häufiger als Mütter ohne Migrationshintergrund (79,1% zu 76,2%) (s. ebd.). Deutliche, d.h. statistisch signifikante Unterschiede zeigten sich beim Vergleich der Sozialstatusgruppen. Während der Anteil bei Müttern mit hohem Sozialstatus 90,5% erreichte, lag der Anteil bei Müttern mit niedrigem Sozialstatus bei 76,3%. Weiterhin ermittelte die Studie, dass die durchschnittliche Stilldauer bei 6,9 Monaten und die durchschnittliche Dauer des vollen Stillens bei 4,6 Monaten lag. Dabei stillten Mütter mit Migrationshintergrund im Durchschnitt einen Monat länger als Müttern ohne Migrationshintergrund. Bei der Berechnung multivariater logistischer Regressionsanalysen zum Zusammenhang verschiedener Faktoren mit dem Stillen erwies sich der Sozialstatus der Mutter als größter Einflussfaktor. Dabei war die Stillwahrscheinlichkeit bei Müttern mit hohem Sozialstatus 4-fach höher als bei Müttern niedrigerer Statusgruppen (Lange et al. 2007a).

Laut KiGGS wurden 22,4% der Kinder sechs Monate voll gestillt. Bis zum Jahr 2000 war ein Anstieg der Stillraten zu verzeichnen, danach jedoch sinken diese wieder. Lange und KollegInnen vermuten als Ursache dafür eine Diskussion um Schadstoffe in der Muttermilch. 68% der Geburtsjahrgänge 1998 – 2001 wurden nach vier Monaten noch gestillt und 48% noch nach sechs Monaten (Lange et al. 2007a). Raucherinnen haben ihre Kinder weniger häufig gestillt als Nichtraucherinnen. Auch wenn es nach der Geburt Probleme bei den Müttern oder den Kindern gab, wurde weniger gestillt. Frühgeborene wiederum wurden häufiger gestillt als Nicht-Frühgeborene (s. ebd.).

Ein aktuelles Review von Weissenborn und Kolleginnen zum Stillverhalten in Deutschland in den Jahren 1995 – 2014 zeigt, dass die Stillraten nach der Geburt zwar häufig hoch sind (72 – 97%), jedoch nach einem Zeitraum von zwei Monaten ein starker Rückgang zu verzeichnen ist. Bei einem Alter von sechs Monaten liegt die Stillhäufigkeit bei ungefähr 50% (Weissenborn et al. 2015).

Eine bundesweite Querschnittserhebung zu Stillbedingungen und eine Längsschnittstudie zu Stillen und Säuglingsernährung im ersten Lebensjahr (SuSe) wurde 1997/1998 vom FKE durchgeführt. Die Teilnehmerinnen wurden aus Geburtskliniken in ganz Deutschland rekrutiert. Insgesamt nahmen 1717 Mutter-Kind-Paare an der Studie teil, was ungefähr der Hälfte der potentiellen Studienteilnehmerinnen entsprach. Die Teilnehmerinnen unterschieden sich von den potentiellen Studienteilnehmerinnen, indem sie einen höheren sozialen Status aufwiesen und eine höhere Schulbildung hatten. Die primäre Stillquote betrug 91%, wobei die verbleibenden 9% gar nicht versucht hatten zu stillen. Nach den ersten vier bzw. sechs Monaten wurden noch 33% bzw. 10% der Säuglinge ausschließlich gestillt (Kersting und Dulon 2002).

2.2.2. Beikost

In vielen Studien wird entweder das Ernährungsverhalten von Säuglingen oder aber älteren Kindern erfasst; die Gruppe der Kleinkinder spielt eher eine untergeordnete Rolle (Cowin und Emmett 2007). In KiGGS wurde der Lebensmittelverzehr der 3- bis 17-Jährigen erhoben (Mensink et al. 2007b). Drei Studien in Deutschland haben sich mit den Nährstoff- und Verzehrdaten von Kleinkindern beschäftigt: die *Dortmund Nutritional and Anthropometrical Longitudinal Designed Study* (DONALD), die *German Representative Study of Toddler Alimentation* (GRETA) und die *Verzehrsstudie zur Ermittlung der Lebensmittelaufnahme von Säuglingen* (VELS).

Eine aktuelle Auswertung der zeitlichen Trends (Beobachtungszeitraum 2004 – 2013) von Nährstoffaufnahme und Fettzufuhr der DONALD-Studie bei 480 Kindern zwischen drei und 36 Monaten zeigte einen Anstieg im Kohlenhydrat- und Proteinverzehr und eine Senkung der Aufnahme von Fetten (Foterek et al. 2016). Ergebnisse einer weiteren Auswertung der DONALD-Studie weisen auf einen Zusammenhang zwischen der Art der Beikost und dem späteren Obst- und Gemüseverzehr hin. Der Gemüsekonsum im Kindergartenalter ist umso niedriger, je höher der Anteil an kommerzieller Beikost im Säuglingsalter war (Foterek et al. 2015).

In der GRETA-Studie wurde 2008 bei einer Stichprobe von 500 Kindern zwischen zehn und 36 Monaten der Nahrungsverzehr und die Nährstoffzufuhr erhoben und mit den Empfehlungen verglichen. Die Ergebnisse der GRETA-Studie zeigen, dass Kleinkinder im Durchschnitt zu wenig trinken und, verglichen mit den Empfehlungen der Optimierten Mischkost, bis auf Obst zu wenig pflanzliche Lebensmittel zu sich nehmen. Demgegenüber wurden die Empfehlungen für den Verzehr tierischer Lebensmittel und Süßigkeiten, ausgenommen Fisch, erreicht bzw. überschritten. Damit wurde die Proteinzufuhr um das Zwei- bis Dreifache über-

schritten, ähnlich wie es die VELS ermittelte. Betrachtet man die Kinder nach Zugehörigkeit zur sozioökonomischen Schicht, so fällt auf, dass Kinder aus Familien mit hohem SES häufiger pflanzliche Lebensmittel verzehren und weniger Fleisch und Wurstwaren als Kinder mit niedrigerem SES (Hilbig et al. 2011a).

In Deutschland hat man sich im Rahmen der VELS-Studie mit dem Ernährungsstatus von Säuglingen und Kindern auseinandergesetzt. In der bundesweit angelegten VELS-Studie wurde der Lebensmittelverzehr von Säuglingen und Kindern in Deutschland im Alter von sechs Monaten bis zu drei bzw. fünf Jahren erfasst. Es konnte gezeigt werden, dass die Kohlenhydrat- und Fettzufuhr der Kinder im Bereich der empfohlenen Zufuhr lag. Dagegen überschritt die Proteinzufuhr die Zufuhrempfehlungen um das Zwei- bis Dreifache. Die empfohlene Zufuhr an Ballaststoffen wurde im Mittel nicht erreicht (Heseker et al. 2003). Repräsentative Daten zum Beikostverzehr, getrennt nach Sozialstatus bzw. Migrationshintergrund, fehlen bislang für Deutschland.

2.2.3. Familienessen

Durch die Erhebung der Ernährungsgewohnheiten der 3- bis 17-Jährigen im Rahmen der ersten und zweiten Welle der KiGGS-Studie können in Deutschland erstmals repräsentative Aussagen über den Lebensmittelverzehr von Kindern und Jugendlichen getätigt werden. Es zeigte sich in den Ergebnissen der ersten Welle von KiGGS, dass präventivmedizinisch positiv zu bewertende Lebensmittel wie Milch, Brot und Obst von der Hälfte der Teilnehmer täglich verzehrt wurden. Demgegenüber ist der Verzehr von Süßigkeiten und süßen Getränken verhältnismäßig hoch (Mensink et al. 2007b). In der zweiten Welle von KiGGS wurde gezeigt, dass der Verzehr zuckerhaltiger Erfrischungsmittel bei Kindern aus Familien mit niedrigem sozialen Status höher ist als bei Kindern aus Familien mit hohem sozialen Status (Mensink et al. 2018).

Die longitudinale DONALD-Studie des FKE kommt zu ähnlichen Ergebnissen. Sie zeigte, dass sich die Ernährung von Kindern und Jugendlichen im Alter von vier bis 18 Jahren zum Teil erheblich von der Optimalen Mischkost unterscheidet, so ist z.B. der Verzehr von Gemüse zu niedrig und der Verzehr von Fleisch bzw. Wurst sowie Süßwaren zu hoch (Kersting et al. 2004).

Bislang wurden nur in wenigen Studien das Ernährungsverhalten türkischstämmiger Kinder im Alter von null bis sechs Jahren untersucht. Ergebnisse der ersten Welle von KiGGS zeigen, dass türkische Kinder und Jugendliche (drei bis 17 Jahre) in vielen Punkten ein ungünstigeres Ernährungsverhalten als die Vergleichsgruppe der Deutschen ohne Migrationshintergrund hatten. Zwar verzehren die Kinder mit türkischem Migrationshintergrund die

größten Mengen an nährstoffreichen Lebensmitteln wie Obst, Nudeln, Reis und Fisch, demgegenüber steht jedoch der mengenmäßig größte Verzehr von zuckerhaltigen Erfrischungsgetränken, Weißbrot, frittierten oder gebratenen Kartoffeln, Schokolade und Knabberartikeln (Schenk et al. 2008). Eine in Berlin durchgeführte Studie mit drei- bis sechsjährigen Kindern (n = 132; davon 77 türkischstämmige) aus einem sozialen Brennpunkt ergab ähnliche Ergebnisse. Sie zeigte, dass der Verzehr von Lebensmitteln mit hoher Nährstoffdichte (z.B. Obst, Gemüse, Fleisch, Vollkornbrot, Joghurt, Vollmilch) den Empfehlungen der Optimierten Mischkost entspricht. Dagegen überstieg der Verzehr von Lebensmitteln mit niedriger Nährstoffdichte (z.B. Fast Food, Süßigkeiten, Kuchen und Erfrischungsgetränke) die Empfehlungen (Bau et al. 2003).

Das Ernährungsmodul EsKiMo (*Ernährungsstudie als KiGGS Modul*) beschäftigte sich ausschließlich mit Verzehrdaten der sechs- bis 17-Jährigen, wobei nicht nach Sozialstatus und Migrationshintergrund differenziert wurde (Mensink et al. 2007a). Dabei zeigte sich bezogen auf die Trinkmenge, dass die Empfehlungen bei den meisten Altersgruppen erreicht wird. Beim Verzehr der laut optimiX empfohlenen kohlenhydratreichen Lebensmitteln erreichen demgegenüber nur 5% der Jungen und 2% der Mädchen die Empfehlungen. Besonders niedrig ist der Verzehr in der Gruppe der Sechs- bis Elfjährigen. Ebenso liegt der Verzehr von Obst, Gemüse und Fisch deutlich unterhalb der Empfehlungen. Bei Untersuchung der Aufnahme von Milch- und Milchprodukten zeigte sich im Vergleich mit den Empfehlungen, dass die Verzehrmenge in den meisten Altersgruppen unwesentlich unterhalb der Empfehlung lag. Der Fleisch- und Wurstverzehr lag insbesondere in der Gruppe der 12- bis 17-jährigen Jungen deutlich über den Empfehlungen. Beim Verzehr von Eiern ergab sich ein ähnliches Bild bei beiden Geschlechtern, und bei Süßigkeiten nahmen nahezu alle Kinder und Jugendlichen deutlich höhere Mengen als empfohlen zu sich. In der Gruppe der Sechs- bis Elfjährigen nehmen 65% der Jungen und 60% der Mädchen mehr als 20% ihrer Energie aus der Gruppe der Süßigkeiten auf. Empfohlen werden hier bis zu 10% der täglichen Energie (Richter et al. 2008).

Zusammengefasst deuten diese Ergebnisse darauf hin, dass die Ernährungsgewohnheiten von deutschen Kindern und denjenigen mit türkischem Migrationshintergrund in Deutschland zum Teil durch eine ungünstige Lebensmittelauswahl gekennzeichnet sind. Solch ein Ernährungsverhalten in der frühen Kindheit kann langfristige Folgen für die spätere Gesundheit haben, denn mehrere Studien bestätigen, dass die Ernährung in der sensiblen Phase des Säuglings- und Kindesalters langfristige Effekte auf die Gesundheit und das Wachstum haben kann (Koletzko et al. 2010b; Reilly et al. 2005) (vgl. Kapitel 3.1.2.). Außerdem weisen Studienergebnisse daraufhin, dass die Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern ein wich-

tiger Einflussfaktor für die Entstehung sogenannter Zivilisationskrankheiten, z.B. Herz-Kreislauf-Krankheiten oder Adipositas sein kann (Koletzko et al. 2005; Zwiauer 2001). Es bestehen Hinweise darauf, dass je früher mit einer gesunden Ernährung begonnen wird, desto selbstverständlicher sie Teil alltäglicher Lebensführung im Kindesalter und später im Erwachsenenalter sein wird, vgl. Kapitel 3.1.2. (Walter und Norman 2004).

2.3. Einstellungen zur Säuglings- und Kleinkindernährung

Wie Birch und KollegInnen schreiben, ist davon auszugehen, dass sich ein früh erlerntes Ernährungsverhalten auf die späteren Ernährungsgewohnheiten auswirken kann bzw. im späteren Leben beibehalten wird (Birch 1999; Birch et al. 2007). Die Prägung der Ernährungsgewohnheiten des Kindes werden durch Familie, soziales Umfeld und kulturelle Merkmale beeinflusst (Birch et al. 2007). In der frühen Kindheit spielen im Zusammenhang mit der Ernährung des Kindes die Einstellungen der Eltern eine besondere Rolle, vor allem die der Mütter, die häufig die Hauptverantwortlichen für die Kinderernährung sind.

Die Basis der Verhaltensprävention fußt auf der Annahme, dass individuelle Einstellungen das Ernährungsverhalten eines Menschen beeinflussen. Dieser Zusammenhang wird durch die Theorie des geplanten Verhaltens bestärkt, in der die Einstellungen und Überzeugungen eines Individuums als eine der drei maßgeblichen Voraussetzungen für Verhaltensänderungen gilt (Ajzen 1985).

Wie Fekete und Weyers zeigen konnten, bestehen auch Zusammenhänge zwischen ungünstigen subjektiven Ernährungseinstellungen, einem geringeren Bewusstsein für Ernährung und einem niedrigen sozialen Status (Fekete und Weyers 2016). Bislang ist noch wenig über die Einstellung von Müttern mit und ohne türkischem Migrationshintergrund in Deutschland zur Säuglings- und Kleinkindernährung bekannt. Diese Lücke soll durch die Erkenntnisse dieser Arbeit ein Stück weit geschlossen werden.

2.3.1. Definition von Einstellungen

Eine Einstellung ist eine „zusammenfassende Bewertung eines Einstellungsobjektes. Ein Einstellungsobjekt kann alles sein, das eine Person unterscheidet oder an das sie denkt. Einstellungsobjekte können konkret sein (z.B. Pizza) oder abstrakt (z.B. Redefreiheit), sie können leblose Dinge sein (z.B. Sportautos), Personen (z.B. Slobodan Milosevic, ich selbst) oder Gruppen (z.B. konservative Politiker, Ausländer)“ (Bohner und Wänke 2002, S. 5). Durch diese Bewertungsstrukturen kann die kognitive, affektive und konative Ebene des

Menschen hinsichtlich des Einstellungsobjektes beeinflusst werden (Wänke und Bohner 2006). In der Sozialpsychologie gelten Einstellungen als ein bedeutendes Konzept, da es zu Allem Einstellungen gibt, was eine vermittelnde Rolle zwischen Informationen und dem Verhalten und Erleben einnehmen kann (s. ebd.).

Die Einstellungsforschung untersucht vor allem „wie Einstellungen entstehen, wie sie Informationsverarbeitung und Verhalten beeinflussen und wie sie durch andere Menschen beeinflusst werden“ (Wänke und Bohner 2006, S. 404).

Anhand des Drei-Komponenten-Modells lassen sich drei Einstellungskomponenten unterscheiden (Güttler 2003; Wänke und Bohner 2006):

1. Kognitive Komponente: Darunter sind Gedanken bzw. Überzeugungen, Meinungen, Schemata etc. eines Individuums zu einem Einstellungsgegenstand gefasst (Vorstellungen, Urteile, Wissen, Glauben).
2. Affektive Komponente: Sie bestehen aus den Gefühlen, die ein Individuum gegenüber einem Gegenstand hat (emotionale Komponente, sich wohl oder unwohl fühlen bei Urteilen über soziale Kategorien oder Einstellungsobjekte).
3. Konative Komponente: Einstellungen beinhalten eine Verhaltensreaktion oder -intention gegenüber einem Einstellungsobjekt (behaviorale Komponente, Verhaltenstendenz, -absicht, Bereitschaft zum Handeln, Mitteilung einer Person über ihr eigenes Verhalten).

Diese drei Komponenten können als ein Netzwerk hinsichtlich des zu betrachtenden Einstellungsobjekts gesehen werden, denn sie „sind miteinander verbunden und gegenseitig voneinander abhängig“ (Güttler 2003, S. 103). Es sei angemerkt, dass die Komponenten des Drei-Komponenten-Modells auch als Reaktionen bezeichnet werden (Wänke und Bohner 2006).

Bei den Einstellungskomponenten kann keine konsistente Einteilung in positiv oder negativ vorgenommen werden, da es mitunter zu ambivalenten Reaktionen kommen kann. Diese beinhalten eine Reaktion auf ein Einstellungsobjekt, die sowohl stark positiv als auch stark negativ ist. Demgegenüber stehen die indifferenten oder neutralen Einstellungen, welche weder positive noch negative Reaktionen auf das Einstellungsobjekt nach sich ziehen (Wänke und Bohner 2006). Die Einstellungsstärke wird maßgeblich durch die interne Konsistenz einer Einstellung ausgedrückt. Zu den weiteren Indikatoren der Einstellungsstärke zählen Zugänglichkeit der Einstellung, Extremität, die mit der Einstellung verbundene Sicherheit und die zu Grunde liegende Informationsbasis (s. ebd.).

Es kann unterschieden werden zwischen expliziten und impliziten Einstellungen. Zu den expliziten Einstellungen zählen diejenigen, die dem Menschen bewusst sind und die er gut benennen kann. Implizite Einstellungen hingegen stellen eher unwillkürliche und teilweise auch unbewusste Bewertungen dar (Aronson et al. 2011).

Die wichtigsten Modelle zur Funktion wurden von Smith und Katz veröffentlicht (Katz 1960; Smith et al. 1956). Nach Katz wird unterschieden zwischen vier Funktionen von Einstellungen. Dazu zählen die Nützlichkeits- oder Anpassungsfunktion, die Wissensfunktion, die Ich-Verteidigungsfunktion und die expressive Funktion. Die Nützlichkeits- oder Anpassungsfunktion beinhaltet die Fähigkeit zur Kontrolle eines Individuums vom Erhalt von Belohnungen und Bestrafungen durch Anpassung der Einstellungen an den Sozialkontext bzw. durch Konformität mit der Bezugsgruppe. Es kann in diesem Zusammenhang auch von Strategien zur Selbstdarstellung gesprochen werden. Unter der Wissensfunktion wird eine durch Einstellungen ermöglichte Orientierungs- und Interpretationshilfe der immer komplexer werdenden Umwelt verstanden. Dazu zählt auch die leichtere Verarbeitung von Informationen, da durch die Einstellungen ein Muster zur Klassifizierung von Informationen angelegt ist. Die Ich-Verteidigungsfunktion dient dazu, das Selbstwertgefühl durch sogenannte Abwehrmechanismen zu schützen; unter der expressiven Funktion sind Selbstverwirklichung und Selbstbestätigung durch das Vorhandensein von Einstellungen zu verstehen. Darunter fällt gleichfalls das Bedürfnis, sich gemäß der eigenen Wertvorstellungen zu verhalten und dies auch mitzuteilen (Güttler 2003).

Es muss unterschieden werden zwischen der Funktion, eine bestimmte Einstellung zu haben und der Funktion, sie auszudrücken. Wänke und Bohner beschreiben den Zusammenhang zwischen Einstellung und Verhalten wie folgt: „Es kann aber nicht oft genug betont werden, dass weder die Plausibilität noch die unter bestimmten Bedingungen tatsächlich gefundenen Korrelationen zwischen Einstellungen und Verhalten einen kausalen Zusammenhang beweisen“ (Wänke und Bohner 2006, S. 410).

2.3.2. Normative Faktoren bei der Kinderernährung im ersten Lebensjahr

Normative Faktoren beim Stillen

Die Ernährung des Kindes ist nicht nur die Grundlage für seine physische Entwicklung, die Bedeutung geht weit darüber hinaus und beinhaltet auch die gesellschaftliche Perspektive auf das Thema und dessen Diskurs. Die daraus resultierenden Ansprüche setzen die Eltern mitunter einem hohen Druck aus. Das eigene Kind zu stillen, scheint zunächst eine freiwillige Entscheidung zu sein, es stellt sich jedoch heraus, dass Mütter, die nicht stillen, häufig Schuldgefühle entwickeln (Rose und Steinbeck 2015). Damit wird die Entscheidung, ob ge-

stillt werden soll, nicht allein auf Basis der persönlichen Einstellung gefällt, sondern sie wird auch, wie die Ausführungen im folgenden Abschnitt zeigen, von kulturellen und sozialen Normen und politischen Vorgaben beeinflusst (Pape 2017).

Stillen gilt als sichere Maßnahme zur Gewährleistung einer ausreichenden Ernährung des Säuglings – trotz aller Diskussionen über unerwünschte Fremdstoffe, die sich in der Muttermilch befinden können⁶. Der Großteil der Ratgeber empfiehlt weiterhin das Stillen, wobei auf Hinweise zu möglichen negativen Aspekten weitestgehend verzichtet wird (Seichter 2014). Dem Stillen wird „ein hoher ideeller Wert zugerechnet“ (Pape 2017, S. 3). Hinsichtlich der Aufteilung der Verantwortlichkeiten zwischen den Eltern bei der Versorgung des Kindes wird das Stillen oftmals als „eine natürliche Basis für die herausgehobene Bedeutung der Mutterschaft“ (Flaake 2014, S. 59) angesehen. Dieser Zusammenhang birgt nicht nur Verpflichtungen für die Mutter, sondern beinhaltet auch besondere Begünstigungen. Dazu zählt, dass sich eine Art Konsens zwischen dem Elternpaar herausbildet, welcher der Frau eine größere Kompetenz bei der Versorgung des Kindes zugesteht, vor allem im ersten Lebensjahr des Kindes (Meuser 2011). Somit steht meistens die Mutter in der Hauptverantwortung für die Entwicklung und Versorgung des Kindes (Rückert-John und Kröger 2015).

Das Stillen zu hinterfragen wird – auch, oder gerade eben politisch – tabuisiert, weil dadurch die elterlichen Fürsorgepflichten angezweifelt werden (könnten) (Rose und Steinbeck 2015). Das Bild der „guten Mutter“, das durch den (politischen) Stilldiskurs hervorgebracht wird, beinhaltet „das Ideal der stillenden Mutter, welchem sich die einzelne Mutter unterzuordnen hat, ob sie will oder nicht“ (Seichter 2014, S. 163). Die Probleme, insbesondere die psychologischen Belastungen, die im Zusammenhang mit dem Stillen oder Nichtstillen auftreten können, werden in der Ratgeberliteratur kaum oder auch gar nicht thematisiert (Oblasser et al. 2007).

Nicht immer wurde das Stillen so nachdrücklich empfohlen wie heutzutage. In den 1970er Jahren wurde dem Stillen keine große Bedeutung zugeschrieben und die Flaschennahrung aus als gleichwertig zur Muttermilch angesehen (Scherbaum 2003) – maßgeblich propagiert durch die entsprechenden Konzerne der Lebensmittelindustrie. Insbesondere in den ökonomisch ärmeren Ländern, in denen mangelnde hygienische Bedingungen vorherrschen, hat sich dieser Trend gezeigt. Ein inadäquater Gebrauch aufgrund der hygienischen Mängel und mangelnden Kaufkraft zum Erwerb der teuren Milchnahrungen führte zu zahlreichen gesundheitlichen Beschwerden bei den Kindern bis hin zu Todesfällen. Dieser Sachverhalt löste einen Boykott in zahlreichen Ländern gegenüber unlauterem Wettbewerb von Milch-

⁶ Bspw. Krankheitserreger, Umweltkontaminanten und Rückstände (Padberg et al. 2018).

nahrungen durch Großkonzerne aus und feuerte den Diskurs über Nutzen und Risiken von industrielle hergestellter Flaschennahrung an (Freudenschuß 2012).

Normative Faktoren beim Übergang zur Beikost

Trotz der Vielzahl an Ratgeberliteratur zur Umstellung auf Beikost (vgl. Kapitel 2.4.) und damit einer dokumentierten gesellschaftlichen Relevanz, ist der Prozess dieser ersten Ernährungsumstellung im Leben eines Menschen aus sozialwissenschaftlicher Sicht weitgehend unerforscht (Pape 2017). Pape hat in ihrer Arbeit durch teilnehmende Beobachtung das Verhalten von Teilnehmenden (vorwiegend Müttern) von in einem Familienzentrum angebotenen Informationsveranstaltungen zum Thema (Übergang zur) Beikost erhoben und analysiert. Sie kam dabei zu dem Schluss, dass die Änderung der Ernährung von flüssiger zu fester bzw. breiiger Kost bei einem Großteil der Teilnehmenden Verunsicherung, wenn nicht sogar Ängste hervorruft. Die Teilnehmenden drückten etwa ihre Befürchtung aus, dass die Versorgung mit der neuen Kost zur Mangelernährung ihres Kindes oder sogar zum Ersticken führen könnte. Pape schlussfolgert, dass die Ausführungen der Verantwortlichen des Familienzentrums zwar auf die Gefahren der Kinderernährung hinwiesen, mitunter aber so widersprüchlich formuliert waren, dass die Verunsicherung der Eltern wuchs (Pape 2017). Mit der Einführung der Beikost endet also die sichere Phase des Stillens (s. ebd.).

Normative Faktoren beim Familienessen

Das Familienessen ist aus gesellschaftlicher Sicht durch eine Vielzahl von unterschiedlichen Perspektiven mit normativen Bezügen geprägt. Dabei hat das kulturelle Umfeld Einfluss darauf „was, wann, wie als essbar gilt, in welchem Rahmen Mahlzeiten stattfinden und welche allgemeinen, tradierten, wissenschaftlichen Ansichten in der Gesellschaft bestehen, die auf das Essverhalten Einfluss haben“ (Schmidt 2011, S. 57). Zu den unterschiedlichen Perspektiven zählen Geschmack, Wertschätzung, Einstellung gegenüber dem Essen (s. Kapitel 2.3.5) aber auch Alltagspraktiken, Vorbildfunktion der Eltern sowie die Interaktion bei Tisch (Meyer 2018). Schmid führt dazu aus, dass die Geschmackspräferenzen der Eltern die Auswahl und Zubereitung der Speisen beeinflussen. Zur Wertschätzung des Essen zählen gemeinsame Rituale aber auch die Ess-Atmosphäre und die Fertigkeiten beim Kochen. Die Einstellungen gegenüber der Ernährung durch die Eltern kann sich in einer Tendenz zu eher traditionellen oder modernen Zubereitungsarten und in der Verwendung von Öko-, Qualitäts- oder Billigprodukten widerspiegeln. Alltagsroutinen in der Organisation von Mahlzeiten zeigen sich dadurch, wann, wie oft und mit wem wie gegessen wird und welchen Stellenwert dabei Tischmanieren einnehmen. Die Vorbildfunktion der Eltern hinsichtlich ihres eigenen Essverhaltens gilt als ein wichtiger Einflussfaktor für die Ernährungssozialisation des Kindes.

Die Interaktion bei Tisch bezieht sich auf die elterlichen Verhaltensweisen, die Einfluss auf das kindliche Essverhalten nehmen. Diesbezüglich sind Strategien zur Kontrolle und Restriktion zu nennen, aber auch zur Belohnung und Verinnerlichung rationaler Argumente (Schmidt 2011).

Religiöse Einflüsse auf die Ernährung sind bei Familien mit türkisch-islamischen Wurzeln durch den Verzicht auf Schweinefleisch gekennzeichnet und die Verwendung von Lebensmitteln, die als „halal“⁷ bezeichnet werden (Schmid 2003).

2.3.3. Einstellungen zum Stillen

Die Ergebnisse der SuSe-Studie zeigten, dass 93% der Mütter, die lang gestillt haben, und 57% der Mütter mit kurzer Stilldauer positive Still Erfahrungen gemacht haben (Kersting und Dulon 2002). Die Forschergruppe um Sievers führte 2005 eine Bevölkerungsbefragung zum Thema Stillen in NRW durch, bei der knapp die Hälfte der interviewten Teilnehmerinnen mit und ohne türkischem Migrationshintergrund sechs Monate ausschließliches Stillen als optimal bewertet haben. Bei den türkischen Müttern zeigte sich darüber hinaus, dass eine Stilldauer von mehr als sechs Monaten als sinnvoll erachtet wird. Die Motive für das Stillen sehen die Mütter hauptsächlich in den gesundheitlichen Vorteilen für das Kind, so etwa beim Schutz vor Infektionen. Die befragten Mütter begründen ihre Wahl für die Fertigmilch überwiegend damit, dass sie keine Möglichkeit (geringe Menge an Muttermilch, Stillprobleme) hatten zu stillen (Sievers et al. 2008; Weissenborn et al. 2015).

Neben der Einstellung der Mütter spielt auch die Still-Einstellung von Personen im sozialen Umfeld eine Rolle bei der Entscheidung für das Stillen oder das Nicht-Stillen, wie in der Studie *Stillverhalten in Bayern* gezeigt werden konnte (Rebhan et al. 2009). Waren der Partner der Mutter oder die eigenen Mütter und Großmütter dem Stillen gegenüber negativ eingestellt, so war die Wahrscheinlichkeit, dass die Mütter nicht stillen, größer (s.ebd.).

Ergebnisse qualitativer Interviews mit Müttern mit und ohne türkischen Migrationshintergrund zu Einstellungen und Motiven zum Stillen und bei der Kleinkindernährung am Forschungsinstitut für Kinderernährung zeigen, dass die interviewten Mütter dem Stillen eine hohe Bedeutung beigemessen haben und ihre Kinder auch tatsächlich gestillt hatten (Hilbig et al. 2011c). Über die Stilldauer gibt es unterschiedliche Ansichten. Die türkischstämmigen Mütter halten eine längere Stilldauer für angemessener als die Mütter ohne Migrationshintergrund. Dabei sind die Motive vielseitig. Türkischstämmige Mütter sehen gesundheitliche Vorteile, wie etwa die Prävention von Erkrankungen, durch das Stillen. Für Mütter ohne Migrations-

⁷ "Halal" ist eine Bezeichnung für religiös akzeptierte Nahrung aus dem Koran nach muslimischer Tradition (Böhles 2018).

hintergrund sind darüber hinaus soziale und praktische Gründe sowie die Mutter-Kind-Bindung von Bedeutung. Auffallend ist der Zwiespalt, der sich bei den meisten Müttern aufgrund des Stillens zeigte: Obwohl sie die (zeitlich begrenzten) Vorteile des Stillens zu ihrer Handlungsmaxime machen, sind die Mütter nicht frei von der Besorgnis, ihren Kindern nicht genug Nahrung allein mit der Muttermilch zukommen zu lassen. Sowohl bei Müttern mit als auch ohne Migrationshintergrund äußert sich dieser innere Konflikt in Unsicherheiten und Rechtfertigungen gegenüber ihrem Handeln. Dieser Rechtfertigungsdruck wird noch einmal größer, wenn die Mütter ihre Kinder früher als geplant abstillen. Das Nichteinhalten der (vermeintlich) sozialen Norm (hier: der Stillempfehlung) ist sowohl bei Müttern mit als auch ohne Migrationshintergrund mit innerer Verunsicherung verbunden (Hilbig et al. 2011b).

2.3.4. Einstellungen zu Beikost

Weitere Auswertungen der Studie von Hilbig und KollegInnen zeigen, dass einige häufig genutzte Begriffe wie „Beikost“ oder „Flaschennahrung“ insbesondere von türkischen Müttern nicht immer eindeutig verstanden werden. Es wird angenommen, dass dieses Phänomen zu Problemen bei der Verständigung zwischen türkischen Müttern und den jeweiligen Akteuren im Gesundheitssystem (ÄrztInnen, Hebammen, Ernährungsfachkräften) führen, die diese Begriffe häufig verwenden (Hilbig et al. 2011c). Aufgrund mangelnder Angaben kann aus den Erkenntnissen dieser Interview-Analyse nicht geschlussfolgert werden, ob die Unterschiede zwischen Müttern mit und ohne türkischem Migrationshintergrund eher kulturell oder schichtspezifisch begründet sind. Zur Erklärung der Ergebnisse stellt das Wissen um die Schichtzugehörigkeit einen bedeutenden Faktor dar. Außerdem wurde in der o.g. Studie nicht herausgearbeitet, was genau die Mütter unter den verschiedenen in der Säuglings- und Kinderernährung allgemein verwendeten Begriffe verstanden haben.

Eine weitere qualitative Studie aus England liefert Hinweise auf Unsicherheiten bei Müttern hinsichtlich des Einführungszeitpunktes von Beikost. Arden hat dabei folgende Themen bei ihrer Analyse identifiziert, die zu Verunsicherung bei den Müttern führen: „recommendations, guidelines and advice, signs from the baby, beliefs about solids and maternal considerations“ (Arden 2010, S. 159). Walsh und KollegInnen haben Mütter in Australien zu ihren Motivationen zur Einführung von Beikost befragt und haben die für die Mütter wahrgenommenen förderlichen und hemmenden Faktoren bei der Beikosteinführung herausgearbeitet. Generell empfanden die Mütter es als eine Herausforderung, die Empfehlung der WHO einzuhalten und mit dem Einführungszeitpunkt der Beikost bis zum sechsten Lebensmonat des Kindes zu warten. Zu den förderlichen Faktoren bezüglich der Einhaltung der Empfehlungen zählen Vorstellungen der Mütter zum Einfluss der Gewichtszunahme durch Beikostfütterung, die

Gestaltung des Schlafrhythmus des Kindes sowie die Freude an einer gemeinsamen Mahlzeit. Die hemmenden Faktoren hinsichtlich der Einhaltung der Empfehlungen beinhalten subjektive Normen und Normen sozialer Gruppen, Einflüsse durch Peers, frühe Hinweise auf die Fähigkeiten des Kindes, feste Nahrung zu sich zu nehmen und Widersprüche bei der Kennzeichnung von Lebensmitteln (Walsh et al. 2015).

Eine andere qualitative Studie aus Mexiko konnte bei der Untersuchung der Einstellungen der Mütter zur Einführung und Verwendung von Beikost folgende acht Konzepte identifizieren: Geschmacksentwicklung des Kindes, separate Zubereitung der Speisen für das Kind, Fähigkeit des Kindes feste Nahrungsmittel zu sich zu nehmen, Beikost hat angemessene Konsistenz, Variation in der Ernährung, Präferenzen von Nahrungsmitteln beim Kind, monetäre Aspekte und gesundheitliche Bewertung von Lebensmitteln (Monterrosa et al. 2012).

2.3.5. Einstellungen zum Familienessen

Bei den Einstellungen zum Familienessen spielen vielfältige und ganz unterschiedliche Aspekte eine Rolle wie etwa die Präferenzen der Eltern (z.B. vegetarische Ernährungsweise, Stellenwert der Ernährung, Kriterien zur Auswahl von Lebensmitteln) aber auch zeitliche, kompetenzbezogene und finanzielle Rahmenbedingungen sowie Einkaufsmöglichkeiten sind zu berücksichtigen (Schmidt 2011).

Es gibt Hinweise darauf, dass in Migrantenfamilien tradierte Zubereitungsmethoden und Verwendung von Speisen über mehrere Generationen hinweg beibehalten werden, was als identifikationsstiftend interpretiert wird (Schenk et al. 2008; Schmid 2003). Zusätzlich zu den tradierten Ernährungsgewohnheiten werden aber auch die Gewohnheiten des Einwanderungslandes mit in den Speiseplan integriert (Schenk et al. 2008).

Auch wenn in deutschen Familien die gemeinsamen Mahlzeiten seltener werden, so haben sie doch nach wie vor einen hohen Stellenwert, insbesondere in Familien mit kleinen Kindern (Schmidt 2011). Familienessen in der Gemeinschaft und Gastfreundschaftlichkeit haben auch bei türkischen Familien einen hohen Stellenwert, wobei dies mit einem großzügigem nahezu übermäßigem Angebot an Speisen verknüpft ist (Zwick 2007). Zwick zieht aus diesem besonderen Umgang mit dem Essen in der Gemeinschaft den Schluss, dass damit der sozioökonomische Status sowie das Ansehen in der Gesellschaft „ausgehandelt“ wird (Zwick 2007, S. 15).

Aus der Perspektive des Kindes nimmt der Einfluss durch äußere Reize (kulturelle Normierung) bei der Ernährung zu, während die Bedeutung innerer Reize (biologische Ebene) eher abnimmt (Pudel und Westenhöfer 2003). Außerdem kommen rationale oder pseudo-rationale

Einstellungen (Kognitionen) dazu, die sich jedoch erst in einem höheren Alter ausbilden (s. ebd.).

2.4. Informationsverhalten zur Säuglings- und Kleinkindernährung

In dieser Arbeit liegt der Fokus auf den Müttern, wenn es um die Einstellungen zur Kinderernährung geht, da sie in der Regel in den Familien die meiste Verantwortung gegenüber dem Kind in seinen ersten Lebensjahren übernehmen (Kersting 2009). Der Rolle bzw. Vorbildfunktion der Eltern im Bereich Gesundheit und Ernährungsverhalten der Kinder wird neben weiteren Einflüssen, wie Medien und Peergruppen (insbesondere im Jugendalter), der größte Einfluss zugesprochen (Velardo und Drummond 2013).

2.4.1. Informationsquellen

Während Mütter ohne Migrationshintergrund Informationen zur Kinderernährung durch den Kinderarzt, die Hebamme und die Geburtsklinik bevorzugen, ziehen türkische Mütter die Beratung ihres Arztes, sowie der eigenen Mutter und weiteren Verwandten vor. Ein Großteil der befragten türkischen Mütter wünscht sich Informationen und Beratung in türkischer Sprache. Printmedien werden häufiger von türkischen Frauen genutzt (Sievers et al. 2008).

Die Studie zu *Stillen und Säuglingsernährung* (SuSe) (Dulon und Kersting 2000) zeigte hinsichtlich des Informationsverhaltens zur Kinderernährung von Schwangeren und Müttern, dass die Hälfte der Mütter Informationen bereits vor der Schwangerschaft eingeholt hat.

Die Informationsquellen (sortiert nach absteigender Häufigkeit) lauten wie folgt:

1. Bücher und Zeitschriften
2. Geburtsvorbereitungskurs sowie Hebamme und Stillgruppe
3. Bekannte, Verwandte
4. FrauenärztInnen

Bei einem Großteil der Mütter (81%), die sich bereits vor der Geburt ihres Kindes zum Thema Ernährung informiert hatten, lag der Fokus dabei auf Informationen zum Stillen. 66% dieser Gruppe waren vollkommen zufrieden mit den Informationen. Insgesamt hatten sich deutlich mehr als die Hälfte der Mütter (70%) während des ersten Lebenshalbjahres über die Ernährung ihres Säuglings informiert. Die am häufigsten genutzten Informationsquellen wa-

ren der Kinder- oder Hausarzt sowie schriftliches Material und der Verwandten-bzw. Bekanntenkreis (Kersting und Dulon 2002). Eine Differenzierung nach Sozialstatus und Migrationshintergrund wurde in der SuSe-Studie nicht getätigt.

Beckmann und Ayerle haben in einer Befragung von Müttern zu Beratungsangeboten zur Beikost ähnliche Ergebnisse wie Kersting und Dulon zu den genutzten Informationsquellen gefunden, jedoch zeigt sich bei Beckmann und Ayerle eine andere Reihenfolge im Stellenwert der einzelnen Informationsquellen (Beckmann und Ayerle 2011). Die Familie wird an erster Stelle bei der Häufigkeit genannt, anschließend wird die Beratung durch KinderärztInnen, andere Mütter und die Hebamme angeführt. Printmedien und Internetquellen spielen bei den befragten Müttern eine untergeordnete Rolle. Auf die Frage, wem die Mütter am meisten Vertrauen bei der Beratung schenken, wurden KinderärztInnen an erster Stelle genannt, gefolgt von den Ratschlägen der Familie (Beckmann und Ayerle 2011).

Ein weiterer Aspekt im Informationsverhalten zur Kinderernährung stellt die Rolle der Akteure, die die Informationen verbreiten dar. Reiss und KollegInnen haben dazu Ergebnisse veröffentlicht, in denen sie die Akzeptanz der Handlungsempfehlungen von *Gesund ins Leben – Netzwerk Junge Familie* zur Säuglingsernährung bei verschiedenen Berufsgruppen hinterfragt haben. Hebammen bzw. EntbindungspflegerInnen akzeptierten dabei die Handlungsempfehlungen wesentlich weniger als Kinder- und JugendärztInnen. Es stellt sich heraus, dass die Akteure es bevorzugen, genauer auf die konkrete Situation der Familien zu schauen und anderen Empfehlungen als denen von *Gesund ins Leben – Netzwerk Junge Familie* und ihren eigenen Erfahrungen zu vertrauen (Reiss et al. 2016).

2.4.2. Grad der Informiertheit

Neben Art und Einfluss dieser direkt auf das Thema bezogenen Informationsquellen spielt das grundsätzliche Verständnis und die Ernährungskompetenz der Eltern, vornehmlich der Mütter, eine zentrale Rolle beim Ernährungs- und Fütterungsverhalten gegenüber dem Kind. Unter Kompetenz wird dabei – wenn man das Konzept von Health Literacy bzw. Food Literacy heranzieht – die Fähigkeit verstanden, Gesundheitsinformationen erwerben, begreifen und beurteilen sowie gesundheitsrelevante Entscheidungen treffen zu können (ausführliche Definition s. Kapitel 3.6.) (Abel und Sommerhalder 2015).

Die Ergebnisse einer Literaturrecherche von Hayn und KollegInnen weisen auf eine Abnahme der Ernährungskompetenzen in den letzten Jahren hin (Hayn et al. 2005).

Forschungsergebnisse zum Food Literacy-Konzept, die den Fokus auf der Interaktion zwischen Eltern und Kindern im Ernährungsgeschehen legen, sind nur vereinzelt zu finden. Ve-

lardo und Drummond haben in einer qualitativen Studie mit 14 Eltern (12 Mütter und 2 Väter) aus einer sozial benachteiligten Region in Süd Australien Fokusgruppeninterviews und Einzelinterviews zum Thema Ernährungsinformationen und Ernährungspraxis hinsichtlich der Ernährungsweise ihrer Kinder geführt (Velardo und Drummond 2013). Darin gaben die Eltern einstimmig das Internet als primäre Quelle für Ernährungsinformationen an. Zusätzlich zum Bezug von Informationen wurde das Internet über verschiedene Foren auch zum Austausch mit GesundheitsexpertInnen und anderen Eltern genutzt. Das Internet als Informationsquelle für ernährungsrelevante Informationen wurde einerseits als hilfreich und andererseits als zeitraubend bewertet. Allerdings gaben die Eltern an, dass die Flut an Daten zu eingegebenen Suchthemen sie mitunter überfordere. Dabei spielt die Fähigkeit, die Informationen kritisch bewerten zu können, eine große Rolle. Informationen zur Kinderernährung über persönliche Netzwerke seien aufgrund der nachvollziehbaren Erfahrungswerte und der unkomplizierten Anwendbarkeit der Hinweise bei den befragten Eltern sehr beliebt. Demgegenüber wurden Informationen von Ernährungsfachkräften oder medizinischem Personal als weniger relevant eingestuft, da sie oft zu fachspezifisch sind (Velardo und Drummond 2013).

2.4.3. Kritische Betrachtung der Ratgeberliteratur

Verschiedene Studien zeigen, dass es Probleme beim Verständnis von Ernährungsempfehlungen für Säuglinge und Kleinkinder und deren Umsetzung in den Alltag gibt (Hilbig et al. 2011c; Hilbig et al. 2011b; Kumar et al. 2010).

Nicht nur das Verständnis von Empfehlungen und Ratgeberliteratur, sondern auch die Quellen der Texte, die von sehr unterschiedlicher Qualität sein können, sind von Bedeutung. Neben offiziellen Empfehlungen (Koletzko et al. 2016) sind auch Informationen von Lebensmittel-Herstellern zu nennen (Informationen auf z.B. Verpackungen von Säuglingsanfangsnahrungen oder Beikost), Internetseiten (offizielle Empfehlungen, Hersteller, Internetforen zu dem Thema) und Printmedien (Ratgeberbücher, Flyer/ Infobroschüren von Krankenkassen, Zeitschriften).

Die Qualität eines Ratgebers liegt in den genauen Angaben zur Kinderernährung, die den aktuellen wissenschaftlichen Empfehlungen entsprechen. Doch nicht nur der Inhalt, sondern auch die Form und die Sprache bzw. die Ansprache sind von Bedeutung. Zu diesem Themenbereich hat bspw. Heimerdinger geforscht. Eine seiner Hypothesen lautet, dass die Ratgeberliteratur einen normativen Charakter hat und „als Mittel der Instruktion nach der Formulierung von Hans Trümpy auch als „Abbild“ oder „Vorbild“ gelebter Alltagspraxis verstanden werden kann“ (Heimerdinger 2009, S. 103). Er schlussfolgert, dass sich demnach zeittypische Norm- und Wertvorstellungen in der aktuellen Ratgeberliteratur wiederfinden lassen

müssten, weil das sogenannte Vorbild gelebter Alltagspraxis „als diskursiver Bestandteil der kulturellen Wirklichkeit an der Herstellung der Ratgeber beteiligt ist“ (s. ebd., S. 103). Nach der Auswertung relevanter Ratgeberliteratur aus den letzten 60 Jahren sowie der Herstellung eines Zusammenhangs mit den vorhandenen statistischen Daten kam Heimerdinger zu dem Ergebnis, dass die Beziehung zwischen den Texten der Ratgeberliteratur und der gelebten Alltagspraxis vielschichtig und individuell verschieden ist. „Mal stehen die Texte normativ, mal konstitutiv, mal kontrastiv zur Praxis, vielleicht sind sie aber auch als explikativ zu sehen. Nicht sie beeinflussen die Praxis, selbst wenn die Gattung dies suggeriert, sondern vielleicht wird oft auch eine bereits vorgängige Praxis durch die Ratgebertexte diskursiv verhandelbar und aus Akteursperspektive erklärbar.“ (Heimerdinger 2009, S. 104)

Faktoren, die aus Heimerdingers Sicht als ursächlich für bestimmte praktische Entscheidungen hinsichtlich Ernährungsfragen im ersten Lebensjahr angesehen werden können, sind Fragen zur gesetzlichen Regelungen des Mutterschutzes, zur ökonomischen Lage der Eltern, zu gesellschaftlichen und kulturellen Praktiken sowie habituellen Mustern. Neben den inhaltlichen Informationen, die den Ratgebertexten zu entnehmen sind, untersuchte Heimerdinger den gesamten thematischen Kontext der Ratgebertexte auf die Frage, wie Elternschaft verhandelt wird und arbeitete sechs Muster heraus, die jeweils im Zusammenhang mit den zeitlichen Trends stehen. Den aktuellsten Trend in der Elternschaftskultur (Beginn ab 1990) bezeichnet er als „intensive parenting/Remedikalisierung“ (Heimerdinger 2009, S. 105), womit die Kindzentrierung, Expertenorientierung, Anwendung intensiver Methoden der Kinderfürsorge und Stellenwert der Mutter als zentrale Bezugsperson für das Kind gemeint ist (vgl. Kapitel 3.4.2.).

Busch zieht nach einer Durchsicht von elf aktuellen Ratgebern zum Stillen und zur Flaschennahrung den Schluss, dass dort ein risikoorientierter Kommunikationsweg eingeschlagen wird. Dieser beinhaltet auch den Hinweis auf das Risiko einer Fehlernährung, der Entstehung von Diabetes und einer Überfütterung bei der Ernährung des Säuglings mit der Flasche. Bei den wenigen Abschnitten, die auf Stillprobleme eingehen, wird nach Meinung von Busch ein Trend zur Psychologisierung deutlich, der sich darin zeigt, dass die Mütter ihren inneren Konflikt bei der Stillbeziehung bearbeiten und auch bei Stillproblemen nicht allzu schnell zur Flaschennahrung greifen sollten. Darüber hinaus bewertet Busch die Darstellung der Flaschennahrung als Ersatz für das Stillen als wenig relevant, was die Bedeutung des Stillens gegenüber der Flaschennahrung unterstreicht. Insgesamt verhandeln die durchgesehenen Ratgeber relevante Themen wie Individualisierung und Rollenverständnis, Subjektivierung und Selbstbild und auf welche Weise Gleichberechtigung und Vorgehensweise bei Mutter- und Elternschaft gestaltet wird. Als Zwischenfazit sieht Busch die Vermutung der

normativen Aufforderung, dass eine gute Mutter ihr Kind stillt, als vorläufig bestätigt an, weist aber darauf hin, dass dieser Zusammenhang noch weiter zu untersuchen ist (Busch 2016).

3. Theoretischer Rahmen

Der vorliegende Forschungsgegenstand wird aus der Perspektive der Gesundheitswissenschaften – einem interdisziplinär ausgerichteten Fachbereich – betrachtet, wodurch Theorien sowie Konzepte aus verschiedenen Disziplinen und mit unterschiedlicher Reichweite erforderlich sind. Zu Beginn dieses Kapitels wird durch die Darstellung des Modells der Lebenslaufperspektive am Beispiel der Entstehung von kindlichem Übergewicht die Zielgruppe der Kinder betrachtet (s. Kapitel 3.1.1. und 3.1.2.). Dabei wird das komplexe Zusammenspiel von Risiko- und Schutzfaktoren, die im ersten Lebensjahr von Bedeutung sind, dargestellt und erläutert. In dem Modell der Lebenslaufperspektive wird ein komplexes System an Risiko- und Schutzfaktoren beschrieben, welches über den gesamten Lebenslauf wirkt. Dabei finden sich neben den elternbezogenen Einflüssen, zu denen die Ernährungskompetenz gezählt wird, auch die Einflüsse durch den sozialen Status auf die Gesundheit und durch das Vorhandensein eines Migrationshintergrundes (Reeske und Spallek 2011) (s. Abbildung 3). Die elternbezogenen Einflüsse sowie die des sozialen Status und die Einflüsse durch das Vorliegen eines Migrationshintergrundes dienen als Anknüpfungspunkte für das darauf folgende Modell zum Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit sowie den im Anschluss dargestellten Überblick zu den Erklärungsmodellen der sozialen Ungleichheit der Gesundheit (s. Kapitel 3.2. und 3.3.). Beide Modelle beinhalten – neben weiteren Determinanten wie Umwelt- und Kontextfaktoren – ebenso wie das Modell der Lebenslaufperspektive den Einfluss auf die Gesundheit durch Risiko- und Schutzfaktoren sowie durch das Gesundheitsverhalten (Bauer et al. 2008; Schenk 2007). Dadurch wird der Fokus theoriegeleitet auf die Perspektive und das gesundheitsbezogene Verhalten der Mütter gerichtet, welches wiederum Einfluss auf die Gesundheit der Kinder hat. Die Forschungsfragen der vorliegenden Arbeit (vgl. Kapitel 1.2.) beinhalten die Frage nach den Einstellungen der Mütter zur Kinderernährung, konkret sollen sie – unterteilt in die konative, affektive, kognitive Komponente – nach dem Dreikomponenten-Modell der Einstellungen untersucht werden (Güttler 2003) (s. Kapitel 2.3.1.). Um die konkreten Unterfragestellungen angemessen und entsprechend dieser Einteilung in die drei Komponenten der Einstellungen theoretisch einordnen und erklären zu können, wird zunächst ein kurzer Überblick zu einigen Mutterschafts-Theorien gegeben, wobei neben einer historischen Einordnung der Rolle der Mutter auch das Erleben von Mutterschaft aufgegriffen wird, worin die individuelle und affektive Perspektive der Mütter beleuchtet wird (s. Kapitel 3.4.1. und 3.4.2.). Sozialpsychologische Modelle zur Erklärung des Gesundheitsverhaltens, die auf der individuellen Ebene (hier: Perspektive der Mütter) anzusiedeln sind, bieten sich an, um die Fragestellungen der vorliegenden Arbeit theoretisch untermauern zu

können, da sie das Gesundheitsverhalten vorhersagen und erklären können und Einstellungen, Denkprozesse und Handlungen untersuchen (Schwarzer 2004). In diesem Zusammenhang werden die Theorie des geplanten Verhaltens sowie deren Weiterentwicklung in Form des sozial-kognitiven Prozessmodells gesundheitlichen Handelns aufgegriffen und hinsichtlich des Forschungsgegenstandes erläutert (s. Kapitel 3.5.1. und 3.5.2.). Eine besondere Rolle spielt das Konzept der Selbstwirksamkeit in dem sozial-kognitiven Prozessmodell gesundheitlichen Handelns, welcher als Prädiktor für das Ernährungsverhalten gilt (Muff 2009) und gleichermaßen als Schutz- wie auch als Risikofaktor fungieren kann. Anknüpfungspunkt zum Modell der Lebenslaufperspektive stellt neben den in beiden Modellen relevanten Risiko- und Schutzfaktoren das Gesundheitsverhalten dar, welches im sozial-kognitiven Prozessmodell gesundheitlichen Handelns erklärt wird und ebenfalls im Modell der Lebenslaufperspektive von Bedeutung ist. Abschließend wird auf die im Modell der Lebenslaufperspektive aufgeführten elternbezogenen Kompetenzen Rückgriff genommen, die in Form des Literacy-Konzeptes in einen Bezug zum vorliegenden Forschungsgegenstand gesetzt werden (s. Kapitel 3.6.).

Es sei anzumerken, dass neben den Theorien zur Einordnung des Forschungsgegenstandes, auch Konzepte zum Einsatz kommen, die bezüglich der Ernährungspraktiken von Müttern gegenüber ihren Kindern relevant sind.

3.1. Bedeutung der Säuglingsernährung

Die Ernährung im ersten Lebensjahr ist in verschiedener Hinsicht von besonderer Bedeutung für die gesunde Entwicklung des Kindes. Viele physiologische Funktionen wie die des Verdauungs-, Stoffwechsel- und Immunsystems befinden sich noch in der Entwicklung. Im Vergleich zu anderen Lebensphasen kann der Energiebedarf aufgrund des hohen Wachstumsbedarfs um das Doppelte erhöht sein. Neben der Weichenstellung für die Prägung von Geschmack und Ernährungsgewohnheiten kann dies auch langfristige Auswirkungen auf metabolische Faktoren und Funktionen des Organismus, wie etwa auf das Herz-Kreislauf-System und den Insulinstoffwechsel haben (Gießelmann 2016). Diese Auswirkungen wiederum können die Gesundheit und Entstehung von Krankheit(en) im weiteren Lebenslauf beeinflussen (Gießelmann 2016; Koletzko et al. 2009; Plagemann et al. 2007), ein Zusammenhang, der auch als metabolische Programmierung oder metabolische Prägung bezeichnet wird (Koletzko et al. 2010b). Dies betrifft die sogenannten sensitiven Phasen, zu der die prä- und frühe postnatale Phase zählen (s. ebd.).

Wegweisende Erkenntnisse zur metabolischen Programmierung im frühen Kindesalter lieferte die Forschergruppe um Barker (Barker 1990; Barker 2007). Die sogenannte Barker-Hypothese formuliert einen Zusammenhang zwischen der fetalen Umwelt und dem späteren Erkrankungsrisiko. Barker und KollegInnen fanden in ihrer Arbeit einen Zusammenhang zwischen niedrigem Geburtsgewicht und Körperzusammensetzung, erhöhten Blutfettwerten, verringerter Lebenserwartung und erhöhter Sterblichkeit aufgrund koronarer Herzerkrankungen im Erwachsenenalter (Barker 1990; Barker 2007). Auch gibt es die Vermutung, dass ein erhöhtes Krankheitsrisiko im Alter durch ein Aufholwachstum des geringen Geburtsgewichts bedingt sein könnte (Singhal und Lucas 2004). Die Forschergruppe um Koletzko konnte anhand eigener Untersuchungen im Rahmen des *Obesity Childhood Projects* die Annahmen der „Frühe Protein-Hypothese“ bestätigen. Diese besagt, dass eine gesteigerte Proteinzufuhr im Säuglingsalter das Risiko für Adipositas im weiteren Lebenslauf erhöht (Gießelmann 2016; Koletzko et al. 2010b). Auch Günther et al. konnten diesen Zusammenhang anhand von Daten der *DONALD-Studie* bestätigen (Günther et al. 2007). Daneben zeigen weitere Ergebnisse von Koletzko und KollegInnen die nachteiligen Auswirkungen eines schnellen postnatalen Wachstums auf das Herz-Kreislaufsystem und die Glukoseintoleranz im Erwachsenenalter (Diabetes) (Koletzko et al. 2009). Im Rahmen eines systematischen Review über systematische Reviews zu verschiedenen ernährungsbezogenen Interventionen sowie Einflussfaktoren im Kindesalter und deren Auswirkungen im späteren Leben konnte ebenfalls der Einfluss einer hohen Proteinaufnahme auf die Entwicklung von Übergewicht im späteren Leben nachgewiesen werden (Patro-Golab et al. 2016).

3.1.1. Folgen von kindlicher Fehlernährung

In der vorliegenden Arbeit wird das Augenmerk nicht nur auf die Übergewichtsproblematik als Folge von kindlicher Fehlernährung gerichtet, sondern auch die Prägung von Ernährungsgewohnheiten ins Blickfeld genommen und soziale Aspekte der Ernährung (vgl. Kapitel 2.3.) beleuchtet. Im folgenden Kapitel wird die Übergewichtsproblematik erläutert, weil sie als ein Problem mit großer Public Health-Relevanz angesehen wird und sowohl als Endpunkt als auch als Trigger für andere Erkrankungen beurteilt werden kann.

Definition von kindlichem Übergewicht

Übergewicht, darunter auch Adipositas, entsteht, wenn das Körperfett eines Menschen über das normale Maß hinaus ansteigt (WHO 2000). Die Grundlage der Definition von Übergewicht und Adipositas stellt der Körpermassenindex (engl.: Body-Mass-Index, BMI) dar. Der BMI berechnet sich aus dem Quotienten von Körpergewicht und Körpergröße zum Quadrat

(kg/m²). Die Bestimmung des BMI im Erwachsenenalter erfolgt anhand fester Grenzwerte. Aus den Messungen des Körpergewichts und der Körpergröße lassen sich BMI-Werte ermitteln und damit eine Einteilung in normalgewichtig bzw. übergewichtig (Grenzwert Übergewicht bei BMI ≥ 25 kg/m²) vornehmen (WHO 2004). Bei Kindern und Jugendlichen gilt es zu beachten, dass der BMI in hohem Maß von Alter und Geschlecht abhängig ist, wie etwa durch die altersphysiologische Veränderung der Fettmasse. Daher werden für diese Altersklasse geschlechtsspezifische Altersperzentilen für den BMI zur Bestimmung von Übergewicht und Adipositas eingesetzt (Kromeyer-Hauschild et al. 2001).

Verbreitung des kindlichen Übergewichts in Deutschland

Die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter in Deutschland hat in den letzten 20 Jahren deutlich zugenommen. Die Ergebnisse der ersten Welle von KiGGS zeigen, dass 15% der Kinder und Jugendlichen im Alter von drei bis 17 Jahren übergewichtig und 6,3% davon adipös sind. Bei differenzierter Betrachtung nach Sozialstatus und Migrationshintergrund fällt auf, dass Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus und Kinder mit Migrationshintergrund ein erhöhtes Übergewichtsrisiko haben. Vor allem Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund sind mit 19,5% häufiger von Übergewicht betroffen als die ohne bzw. mit einseitigem Migrationshintergrund (14,1% bzw. 13,7%) (Schenk et al. 2008). Für Kinder unter drei Jahren liegen bislang leider keine repräsentativen Ergebnisse für Deutschland vor.

Die Ergebnisse für die Übergewichtsprävalenz bei Kindern und Jugendlichen aus KiGGS bleiben in der zweiten Welle im Vergleich zu der ersten Erhebung in KiGGS konstant auf dem hohen Niveau von 15,4 % und weisen weiterhin einen sozialen Gradienten auf (Schienkiewitz et al. 2018).

Auswirkungen von kindlichem Übergewicht

Bei Übergewicht mit einer vermehrt abdominellen Fettverteilung ist das Risiko für Folgeerkrankungen im Vergleich zu einer Anlagerung des Fettes im Hüft- und Oberschenkelbereich deutlich erhöht (Wirth und Hauner 2013). Intraabdominales Fett begünstigt die Entstehung von kardiovaskulären Erkrankungen, Hyperlipoproteinämie, Hypertonie und Diabetes Mellitus Typ 2 (s. ebd.). Des Weiteren kann Übergewicht zu Arteriosklerose, Fettleber, orthopädischen Schäden und psychosozialen Störungen führen (Wirth und Hauner 2013). Außerdem kann kindliches Übergewicht zu psychosozialen Folgen beim betroffenen Kind führen, in Form von Verhaltensstörungen, Depressionen, gering ausgebildetem Selbstbewusstsein und Stigmatisierung von außen (Hartmann und Hilbert 2013).

Einflussfaktoren auf die Entstehung von kindlichem Übergewicht

Die Entstehung von Übergewicht ist nicht nur die Folge eines Ungleichgewichts zwischen Energieaufnahme und Energieverbrauch über einen längeren Zeitraum. Die Übergewichtsentwicklung wird neben der Energieaufnahme auch durch körperliche Aktivität, genetische Faktoren und Umweltfaktoren beeinflusst. Als Risikofaktoren im frühen Kindesalter gelten u.a. elterliches Übergewicht (insbesondere der Mutter), Stillverhalten, körperliche Inaktivität, hoher Verzehr von Lebensmitteln mit hoher Energiedichte sowie ein niedriger sozioökonomischer Status der Eltern (bestimmt durch Bildung, Einkommen, soziale Stellung des Menschen in der Gesellschaft (Beruf)) (Arenz et al. 2004; Malik et al. 2006; Moreno und Rodriguez 2007; Reilly et al. 2005; Siegrist und Marmot 2008; Wardle et al. 2008, 2008; Wareham et al. 2005). Dass diese Faktoren auf unterschiedliche Weise interagieren, ist unbestritten, auch wenn bis heute die genauen kausalen Zusammenhänge der Übergewichtsentstehung noch nicht abschließend erforscht sind.

Drei kritische Phasen in der Kindheit bzw. Jugend für die Entwicklung von Übergewicht werden diskutiert: Die pränatale und frühe postnatale Phase, der „Adiposity Rebound“ und die Pubertät (Dietz 1994), vgl. auch Ausführungen dazu in Kapitel 3.1.2. und Abbildung 3. Unter „kritische Phase“ versteht man die Phase in der Entwicklung des Menschen, in der physiologische Veränderungen ablaufen, die metabolisch langfristig so prägend sein können, dass sie das Risiko für ein späteres Übergewicht signifikant erhöhen. In der pränatalen und frühen postnatalen Phase zählen der Ernährungs- und Gewichtsstatus der Mutter während der Schwangerschaft (vor allem im letzten Trimester), ein niedriges Geburtsgewicht des Kindes und das Stillverhalten bzw. die Ernährung in den ersten Monaten zu den Risiken (Koletzko et al. 2010b; Reilly et al. 2005). Der „Adiposity Rebound“ ist der Zeitraum, in dem der kindliche BMI nach dem Anstieg in der frühen Kindheit und darauf folgender Abnahme wieder zu steigen beginnt (Dietz 1997; Taylor et al. 2005). Die dritte Phase ist die Pubertät, die von erheblichen hormonellen und physiologischen Veränderungen des Körpers geprägt ist (Niessen 2001).

Kontrovers wird bei der Ernährung in der postnatalen Phasen der Zeitpunkt der Beikosteinführung diskutiert, wo ein Zusammenhang zwischen früher Einführung der Beikost (vor dem vierten Lebensmonat) und einem erhöhten Risiko für Übergewicht vermutet wird. In einem systematischen Review mit Studien zu diesem Thema kamen Pearce und KollegInnen zu dem Fazit, dass die Studienlage sehr heterogen ist und der Einfluss von sozioökonomischem Status, Bildung und Geburtsgewicht auf den BMI höher ist, als die Beikosteinführung in dieser Phase (Pearce et al. 2013).

Sozioökonomische Determinanten bei der Entstehung von kindlichem Übergewicht

Aus verschiedenen Studien, die zeigen konnten, dass Übergewicht mit einer höheren Prävalenz bei sozial benachteiligten Kindern auftritt, wurde geschlussfolgert, dass auch soziale Determinanten eine Rolle im Entstehungsprozess von Übergewicht spielen (Pearce et al. 2013; Singh et al. 2010; Stamatakis et al. 2005).

Ein niedriger sozioökonomischer Status (SES), so konnten es die meisten internationalen Studien belegen, erhöht auch in Deutschland das Risiko für Übergewicht und Adipositas (Knopf et al. 1999; Kuntz et al. 2018; Prugger und Keil 2007). Bedeutende Faktoren in diesem Zusammenhang stellen Bildung, Arbeit, Einkommen und Geburtsgewicht dar (Batty und Leon 2002; McLaren 2007; Toschke et al. 2005). Vor allem bei Kindern mit Migrationshintergrund ist der Einfluss sozialer Determinanten auf die Übergewichtsentstehung erkennbar (Lange 2009; Shrewsbury und Wardle 2008).

Beim Vergleich der unterschiedlichen sozialen Charakteristika offenbart sich ein Zusammenhang zwischen dem Schulabschluss der Eltern und dem Übergewicht ihrer Kinder (Shrewsbury und Wardle 2008). Auch Übergewicht bei den Eltern ist ein Einflussfaktor (Kleiser et al. 2009; Langnase et al. 2003). Die Ergebnisse aus den Langzeiterhebungen der *Kieler Obesity Prevention Study* (KOPS-Studie, 1996 – 2012) zeigten, dass der soziale Gradient mit beachtlichen Unterschieden im Ernährungsstatus während der ersten Lebensjahre verbunden ist. Ebenso konnte aus der KOPS-Studie geschlussfolgert werden, dass sich der soziale Gradient im Übergewicht zwischen dem zweiten und sechsten Lebensjahr manifestiert und dass der elterliche BMI den sozialen Gradienten für den kindlichen BMI im Alter von fünf bis sieben Jahren beeinflusst (Langnase et al. 2003). Aus diesen Ergebnissen wird deutlich, dass das frühe Kindesalter einen besonders wichtigen Zeitraum für nachteilige Einflüsse durch einen niedrigen sozialen Status darstellt. Es muss betont werden, dass die Zusammenhänge zwischen den unterschiedlichen Einflussfaktoren, die sich zum Teil wechselseitig beeinflussen, sehr komplex sind und bislang nur unzureichend erklärt werden können (Kolib 2004; Kuntz et al. 2018; Lange 2009; Langnase et al. 2003) .

Der Einfluss des SES auf die Lebensmittelauswahl bei Kindern wurde in verschiedenen Studien untersucht (vgl. Kapitel 1. und 2.1.3.), die zu dem Ergebnis kommen, dass im Vergleich zu höheren Schichten weniger frisches Obst und Gemüse verzehrt wird, wohingegen der Verzehr von fetthaltigen Speisen und Süßigkeiten höher liegt (Lange 2009; Siegrist und Marmot 2008).

3.1.2. Die Lebenslaufperspektive im Zusammenhang mit der Übergewichtsentwicklung

In der Kindheits- und Jugendphase erfolgt die Weichenstellung für die gesundheitliche Entwicklung im weiteren Lebensverlauf, die wesentlich durch Lebensumstände geprägt ist. Für die Public Health-Forschung ist dieser Zusammenhang von besonderer Bedeutung, um die gesundheitliche Ungleichheit zu erklären (Hurrelmann 2006). Gesundheitsstörungen und Entwicklungsdefizite im Kindes- und Jugendalter können den Anfang einer langfristigen Bildung von Krankheit(en) darstellen. Diese belasten wiederum die Lebensqualität des Individuums und gehen mit einem Kosten- und Versorgungsaufwand für die Gesellschaft einher. Sozial benachteiligte Kinder sind häufiger in ihrer Entwicklung beeinträchtigt als sozial besser gestellte Kinder, woraus sich vermehrt gesundheitsschädigende Verhaltensweisen ausbilden (Pott und Lehmann 2002). Diese sind nur schwer beeinflussbar und verfestigen sich im weiteren Lebensverlauf (Lampert 2007). Die Gesundheitsförderung von Heranwachsenden und die Nutzung von Präventionspotentialen stellen eine wichtige Voraussetzung für die langfristige Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit dar (Hurrelmann 2006). Um erfolgversprechende Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen konzipieren zu können, ist die genaue Kenntnis des Gesundheitszustandes und der Informationen über soziale Merkmale und weiterer Kontextfaktoren der Zielgruppe unabdingbar. Hier wird demnach die Zielgruppe der Kinder verstärkt in den Fokus genommen. Da Kinder und Jugendliche in vielfältiger Weise von gesundheitlicher Ungleichheit betroffen sind, sollte darauf ein besonderes Augenmerk gerichtet sein (Lampert 2007). Kinder aus sozial schwächeren Familien werden nur schwer von gesundheitsförderlichen und präventiven Maßnahmen erreicht (Pott und Lehmann 2002) (vgl. Kapitel 3.1.3.).

Verschiedene Ansätze, die die gesundheitliche Ungleichheit im Zusammenhang mit der Lebenslaufperspektive zu erklären versuchen, konnten aufzeigen, dass die unterschiedlichen Determinanten (z.B. kulturelle und materielle Faktoren) in einer engen Beziehung zueinander stehen (vgl. Kapitel 3.3.).

Beim Ansatz, die Lebenslaufperspektive zur Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit zu berücksichtigen, werden Zusammenhänge zwischen sozialem Status, Gesundheit sowie Risikofaktoren- und Schutzfaktoren über den gesamten Lebenslauf betrachtet (Kuh und Ben-Shlomo 2004). Dabei wird versucht, das zeitliche und faktorbezogene Zusammenspiel von Risiken in einen sozialen Kontext zu bringen (Dragano et al. 2009; Dragano und Siegrist 2009). Unter Berücksichtigung verschiedenartiger Einflussfaktoren sind schichtenspezifische Risikokonstellationen möglich. Zu den Einflussfaktoren zählen Risiko- und Schutzfaktoren, wie etwa materielle Faktoren und unterschiedliche individuelle Ressourcen, sowie eltern- und

kindbezogene Faktoren, wie z.B. die Ernährung des Kinde und elternbezogene Kompetenzen (s. Abbildung 3), vgl. auch Kapitel 3.6.. Ungünstige Konstellationen dieser Einflussfaktoren können bei Kindern, insbesondere bei denjenigen aus unteren sozialen Schichten, zu gesundheitlicher Belastung führen. Kinder aus unteren sozialen Schichten sind häufiger einer ungünstigen Ernährungsweise, geringer körperlicher Aktivität und materieller Benachteiligung ausgesetzt (Klocke und Lampert 2001; Mensink et al. 2007b; Mensink et al. 2018).

Die Manifestation von Risikokonstellationen kann in unterschiedlichen Bereichen stattfinden, z.B. bei der Entwicklung gesundheitsbezogener Werte und Normen, der Entwicklung des Ernährungsverhaltens, die in Wechselwirkung zueinander stehen und sich im zeitlichen Verlauf auswirken. Im gesamten Lebenslauf können sich durch komplexe Wirkmechanismen Risiken entwickeln, die die Entstehung von Erkrankungen begünstigen, welche wiederum Einfluss auf die soziale Lage und dadurch auch auf zukünftige gesundheitliche Faktoren haben können. In verschiedenen Studien über Kinder aus Familien mit niedrigem sozialen Status konnte nachgewiesen werden, dass sich Einflussfaktoren im (frühen) Kindesalter bis hinein in das Erwachsenenalter negativ auf die Gesundheit auswirken (Dragano et al. 2009; Kuh und Ben-Shlomo 2004).

Beim Ansatz der Lebenslaufperspektive kann zwischen dem Modell der „kritischen Phasen“ und dem „Kumulationsmodell“ unterschieden werden. Im Kumulationsmodell stellt die Gesundheit nicht nur den Zielpunkt, sondern auch eine aktive Größe dar. Insgesamt besagt das Kumulationsmodell, dass sich Belastungen über den Lebensverlauf aufsummieren und die Gesundheit im späteren Erwachsenenalter beeinflussen. Der gesundheitsschädigende Einfluss ist dabei abhängig von Dauer und Ausmaß, mit der die Belastungen einwirken und kann auch von der Reihenfolge der Belastungsfaktoren abhängen (Dragano et al. 2009). Dem Modell der kritischen oder auch sensitiven Phasen liegt die Annahme zugrunde, dass es kritische Zeitfenster gibt, in denen Störfaktoren die normale Entwicklung von Organstrukturen und -funktionen langfristig schädigen können und damit die Gesundheit bzw. die Entstehung von Krankheiten beeinflussen (Kuh und Ben-Shlomo 2004).

Das Modell der sensitiven Phasen innerhalb der Lebenslaufperspektive am Beispiel der Entstehung von Übergewicht stellt einen Ansatzpunkt für die Erklärung des Zusammenspiels von sozialem Status, Migrationsstatus, Gesundheit und der Ernährung im Kindesalter dar. Damit liefert das Modell die passende Rahmung für die Untersuchung der in dieser Arbeit gestellten Fragen (vgl. Kapitel 1.2.). Denn wie in Kapitel 3.1.1. beschrieben, werden drei kritische Phasen in der Entstehung von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter diskutiert. Innerhalb der frühen postnatalen Phase sollen im Rahmen der Dissertation differenzierte Zusammenhänge zwischen dem sozialen Status des Kindes (bzw. dem der Mutter/Eltern) und verschiedenen Risiko- (und Schutz-)faktoren bezüglich der Entstehung von ernäh-

rungsmittelbedingten Erkrankungen untersucht werden. Dazu gehören Ernährungseinstellungen, gesundheitsbezogene Normen und Werte sowie mütterliche Einflüsse, wie die Ernährung des Kindes im Säuglings- und frühen Kindesalter und das Gesundheitsverhalten des Kindes (s. Kapitel 2.3.). Die Gesundheit wird dabei als kontinuierlicher Faktor und nicht als Zielpunkt im Modell betrachtet, da, wie bereits erwähnt, ernährungsmittelbedingte Erkrankungen häufig erst nach vielen Jahren auftreten (Koletzko et al. 2005; McMillen et al. 2009; Power und Parsons 2000). In vielen Studien, die die Lebenslaufperspektive als theoretischen Rahmen genutzt haben, wurde die Gesundheit bzw. Manifestation einer Krankheit durch eine gesicherte ärztliche Diagnose als Endpunkt im Modell betrachtet. Hier soll die Gesundheit im Kindesalter aber schon vor Auftreten einer Erkrankung bzw. vor Erstellung einer möglichen Diagnose beobachtet werden. Halfon et al. vermuten, dass die Modelle der Lebenslaufperspektive den Einfluss verschiedener Faktoren eher unterschätzen, solange erst Veränderungen in der Gesundheit berücksichtigt werden wenn sie pathologisch sind (Halfon et al. 2010). In Abbildung 3 ist das modifizierte Modell der Lebenslaufperspektive schematisch dargestellt.

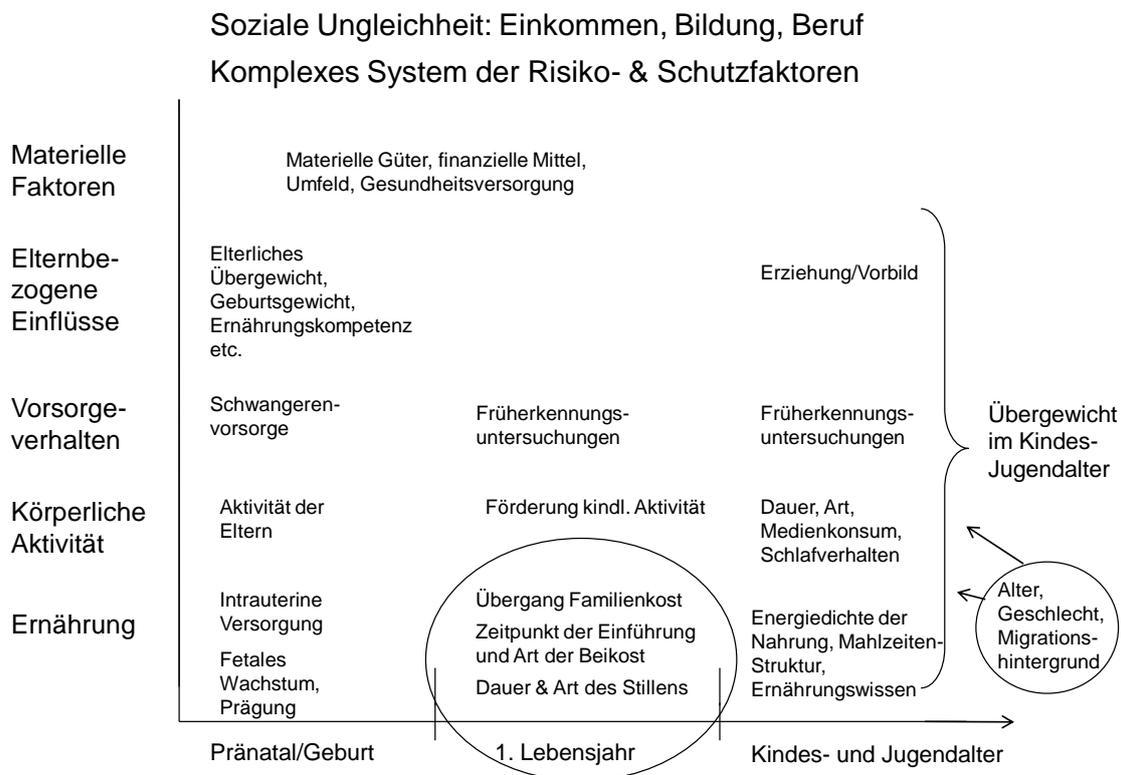


Abbildung 3 Modifiziertes Modell der Lebenslaufperspektive, in Anlehnung an (Reeske und Spallek 2011, S. 275), eigene Darstellung

Alter und Migrationshintergrund gelten als modifizierende Merkmale der sozialen Ungleichheit. In Bezug auf das Alter zeigen verschiedene Studien, dass sich die Ausprägungen der sozialen Ungleichheit auf die Gesundheit zwischen dem Kindes- und Jugendalter ändern (Richter 2005). Es wird davon ausgegangen, dass sich mit zunehmendem Alter die Zusammenhänge zwischen der sozialen Stellung der Eltern und der Gesundheit verringern. Gründe dafür können sein, dass sich das Spektrum der Krankheiten ändert, sich ein Loslösen vom Elternhaus vollzieht, die Selbstständigkeit damit erhöht wird und sich Jugendliche eher an Peers/Gleichaltrigen orientieren anstatt an den Eltern. Doch ausgerechnet im frühen Kindesalter sind die Ausprägungen der gesundheitlichen Ungleichheit markant (Chen et al. 2002). Auf die Zusammenhänge zwischen Migration und Gesundheit wird in Kapitel 3.2. näher eingegangen.

3.1.3. Maßnahmen zur Förderung einer gesunden Ernährung bei Kindern

In Deutschland werden für Kinder verschiedene, oft aus unterschiedlichen Ansätzen kombinierte ernährungsbezogene Gesundheitsförderungs- und Interventionsmaßnahmen durchgeführt, die maßgeblich auf eine Verhaltens- und Verhältnisprävention abzielen – mit gemischtem Resultat. So zeigt z.B. eine in Dortmund und Essen durchgeführte Interventionsstudie, dass niederschwellige Maßnahmen zur Steigerung des Trinkwasserverzehrs in Grundschulen bei deutschen Kindern zur Prävention von Übergewicht beitragen konnten, jedoch nicht bei Kindern mit (türkischem) Migrationshintergrund (Muckelbauer et al. 2010). Eine mögliche Ursache für diesen Unterschied im Erfolg der Intervention vermuten die AutorInnen darin, dass die aufklärerischen Maßnahmen nicht kulturspezifisch konzipiert worden sind (s. ebd.). Bei anderen Studien zeigten sich sogar Tendenzen, dass sich Gesundheitsförderungs- und Interventionsmaßnahmen bei Kindern mit niedrigem sozialen Status eher negativ auswirken (Plachta-Danielzik et al. 2007). Plachta-Danielzik und KollegInnen führen dies darauf zurück, dass ein niedriger sozialer Status als Barriere für eine Interventionsmaßnahme im familiären Bereich wirkt (s. ebd.).

In dem Review von Fröschl und KollegInnen zur Effektivität und Effizienz verschiedener Maßnahmen zur Primärprävention von Adipositas bei Kindern und Jugendlichen im Schulalter heben die AutorInnen hervor, dass Studien und Programme (insbesondere auf Ebene der Verhältnisprävention) fehlen, die sich auf die vulnerablen Gruppen konzentrieren (Fröschl et al. 2009).

Patro-Golab und KollegInnen kamen in ihrem systematischen Review über systematische Reviews zu verschiedenen ernährungsbezogenen Interventionen und Einflussfaktoren im Kindesalter und deren Auswirkungen im späteren Leben zu dem Schluss, dass es eine un-

zulängliche Evidenz für den Zusammenhang zwischen der Einhaltung von Ernährungsempfehlungen und Auswirkungen auf die Körperzusammensetzung, Übergewicht und Adipositas gibt (Patro-Golab et al. 2016).

Es existieren verschiedene Maßnahmen zur Stillförderung wie bspw. die Initiative *Babyfreundliches Krankenhaus*. Deneke und KollegInnen fanden bei einer Untersuchung der Qualität der Maßnahmen in stillfreundlichen Krankenhäusern heraus, dass diese bei Müttern mit niedrigem sozialen Status geringer ausfällt und Handlungsbedarf zur Verbesserung dieser Situation besteht (Deneke et al. 2008).

Zusammenfassend weisen die oben genannten Studien darauf hin, dass häufig nicht die Risikogruppen für Übergewicht durch Maßnahmen und Programme der Gesundheitsförderung und/oder Prävention erreicht werden, sondern eher diejenigen, die sowieso schon ein geringeres Risiko für Übergewicht hatten. Dieses Phänomen wird auch als Präventionsparadox oder Präventionsdilemma bezeichnet (Badura 2006). Um die Ursachen für dieses Phänomen, das nicht nur die Übergewichtsprävention, sondern auch weitere ernährungsmitbedingte Erkrankungen beinhaltet, müssen theoretische Modelle über den Zusammenhang von Schichtzugehörigkeit, Migration und Gesundheit berücksichtigt werden, die dann jeweils in die Planung und Umsetzung von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen einfließen. Es besteht demnach noch weiterer Forschungsbedarf, um effektive Strategien zur Förderung einer gesunden Ernährung im Kindesalter für die in dieser Arbeit betrachtete Zielgruppe implementieren zu können.

3.2. Migration und Gesundheit

Zunächst wird in diesem Kapitel auf die Public Health-Relevanz von Migration eingegangen, indem aktuelle Daten zur in Deutschland lebenden Bevölkerung mit Migrationshintergrund dargestellt werden. In Deutschland sind laut Statistischem Bundesamt 26,8% der Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren in Familien von mindestens einer Risikolage – Erwerbslosigkeit eines oder beider Elternteile, niedriger Schulabschluss der Eltern oder Einkommen unter 60% des Durchschnittsäquivalenzeinkommens – und 3,5% der Kinder in Familien von drei Risikolagen betroffen (Nold 2010). In Deutschland lebende Kinder und Jugendliche aus Familien mit Migrationshintergrund gehören überdurchschnittlich häufig unteren sozialen Schichten an und stammen oft aus Familien mit prekären Erwerbs- und Einkommenssituationen (Boos-Nünning 2000). Verschiedene Studien zeigen, dass ein niedriger sozialer Status mit einem schlechteren Gesundheitszustand einhergeht (Danielzik und Müller 2006; Richter

und Hurrelmann 2009), das betrifft nicht nur Erwachsene sondern auch Kinder und Jugendliche (Dragano et al. 2009), woraus allerdings nicht geschlussfolgert werden kann, dass Kinder mit Migrationshintergrund grundsätzlich in ihren Gesundheitschancen benachteiligt sind (Spallek und Razum 2008).

Migration wird in der Public Health-Forschung seit einigen Jahren verstärkt betrachtet. Im Verständnis der Ursachen von gesundheitlicher Ungleichheit bei Deutschen und Menschen mit Migrationshintergrund gibt es noch einen großen Forschungsbedarf, um der gesellschaftlichen Verantwortung, nämlich die gesundheitliche Ungleichheit zu verringern, gerecht werden zu können. Die Notwendigkeit für eine größere gesundheitswissenschaftliche Aufmerksamkeit begründet sich in dem hohen Anteil an Kindern mit Migrationshintergrund, die in Deutschland leben. Im Jahr 2016 hatten 38,1% aller Kinder unter fünf Jahren einen Migrationshintergrund (Statistisches Bundesamt 2017). Der Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund beträgt laut Statistischem Bundesamt 22,5%, dabei hat der größte Teil der Menschen einen türkischen Migrationshintergrund (15,1%) (Statistisches Bundesamt 2017). Laut Angaben des Mikrozensus wird sich der Anteil der Personen mit Migrationshintergrund vergrößern (s. ebd.).

Wie im Modell der Lebenslaufperspektive beschrieben (vgl. Kapitel 3.1.2.), stellt ein Migrationshintergrund stellt einen auf komplexe Weise modifizierenden Faktor auf die soziale Ungleichheit von Gesundheit dar. In Deutschland gehören Migranten überdurchschnittlich häufig einer niedrigen sozialen Schicht an. Durch die Schichtzugehörigkeit sind sie verstärkt verschiedenen Risikofaktoren ausgesetzt (Erhart et al. 2008). An dieser Stelle muss nochmals darauf hingewiesen werden, dass Migranten trotz überproportionaler sozialer Benachteiligung bei ihrer Gesundheit nicht notwendigerweise schlechter gestellt sind als die Bevölkerung des Ziellandes. Die gesundheitliche Ungleichheit im Verhältnis mit der Situation der Bevölkerung im Zielland und im Herkunftsland muss bei der Suche nach Zusammenhängen und Wirkmechanismen berücksichtigt werden (Spallek und Razum 2008). Durch das Vorhandensein eines Migrationshintergrundes ergeben sich verschiedene Chancen, aber auch Risiken, wie z.B. die geringe Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten aufgrund von mangelnden Sprachkenntnissen, was einen Einfluss auf die Gesundheit haben kann. Ebenso zeigten sich bereits in dem Modell der Lebenslaufperspektive (vgl. Abbildung 3) verschiedene Risiko- und Schutzfaktoren, die sich mit den hier genannten Chancen und Risiken gleichsetzen lassen. Abbildung 4 verdeutlicht die Komplexität der Einbeziehung von „Migration“ in sozialepidemiologische Forschung und zeigt einen Versuch für ein Erklärungsmodell zum Zusammenhang von Migration und Gesundheit von Liane Schenk (Schenk 2007). Das Modell findet in dieser Arbeit Berücksichtigung, da die Zielgruppe in der vorliegenden Untersuchung auch aus Müttern mit türkischem Migrationshintergrund besteht. Ansatzpunkte, mit

denen sich das vorliegende Modell von Schenk mit der Lebenslaufperspektive, der sozialen Ungleichheit der Gesundheit sowie mit den Gesundheitsverhaltensmodelle vereinen lassen, bestehen durch den Einfluss von Chancen und Risiken sowie des Gesundheitsverhaltens (vgl. Kapitel 3.5.).

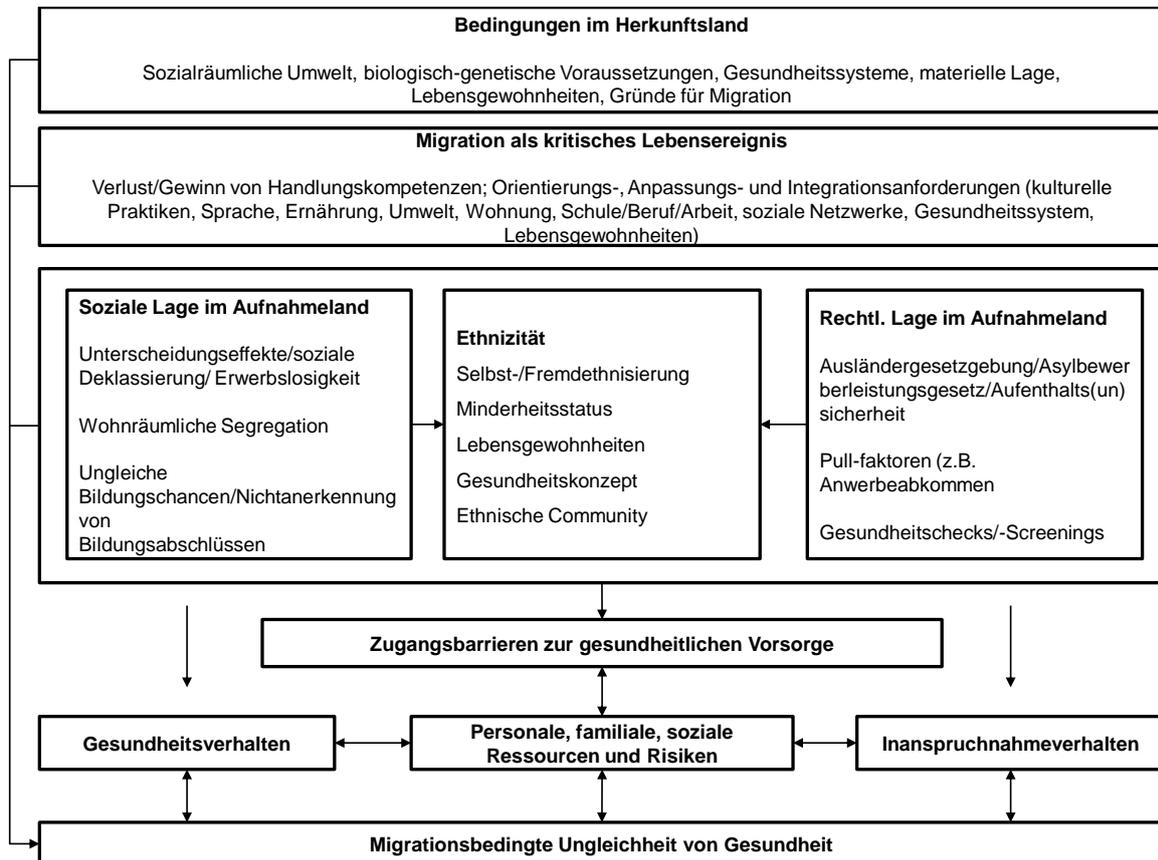


Abbildung 4 Erklärungsmodell zum Zusammenhang von Migration und Gesundheit, nach (Schenk 2007, S. 92), eigene Darstellung

3.3. Soziale Ungleichheit der Gesundheit

Überblick zu den Erklärungsansätzen der sozialen Ungleichheit der Gesundheit

Bislang gibt es eine Vielzahl an Studien zur Thematik „Soziale Ungleichheit und Gesundheit“ (Helmert und Schorb 2009; Richter und Hurrelmann 2009).

Die geläufigen Ansätze zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit lassen sich nach Bauer und Kollegen wie folgt zusammenfassen:

1. Materieller Ansatz → unter diesem Ansatz wird die ungleiche Exposition gegenüber gesundheitsschädigenden bzw. –förderlichen Lebensumwelten gefasst,
2. Kulturell-verhaltensbezogener Ansatz → der als Effekt ungleicher Präferenz- oder Verhaltensmuster wie Ernährung, Risikoverhalten etc. verstanden wird, oder dem
3. Psychosozialer Ansatz → als Resultat einer übermäßigen Belastung durch Stress, der aus einer Verknüpfung und Verkettung kontinuierlicher Belastungen in unterschiedlichen Lebensbedingungen, Lebensereignissen und individueller Disposition entsteht (Bauer et al. 2008).

Diese Ansätze stellen jedoch nur einen Detailausschnitt aus einer zusammenfassenden Perspektive dar. Die Diskussion um eine umfassende Theorie der Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten ist bis zu diesem Zeitpunkt noch nicht abgeschlossen. Einige Versuche für komplexere Erklärungsmodelle wurden durch Bündelung ungleich begünstigender Faktoren der unterschiedlichen Ebenen als Schutz- bzw. Risikofaktoren vorgenommen (Bauer et al. 2008; Mackenbach 2000; Mielck 2000; Richter und Mielck 2000) oder arbeiten mit der analytischen Modellierung der unterschiedlichen Strukturebenen (Lampert und Kroll 2009). Die Ansätze in denen gebündelte Faktoren zu- oder abnehmender Gefährdungen in einer lebenslangen Perspektive betrachtet werden, gewinnen heutzutage zunehmend an Aufmerksamkeit, da sie im Vergleich zu eindimensionalen Modellen die ganze Komplexität aufzeigen. In der Literatur werden diese komplexen Erklärungsmodelle auch als Lebenslaufperspektive (vgl. Kapitel 3.1.2.) bezeichnet (Dragano und Siegrist 2009; Smith 2008).

Die Erklärung eines ungünstigen Ernährungsverhaltens durch die klassischen Dimensionen des sozialen Status (Einkommen, Bildung, Beruf der Eltern) ist jedoch nur marginal. Richter und Rosenbach weisen in der Auswertung des deutschen Teils der internationalen Studie *Health Behavior in School-aged Children* (HBSC) auf die Bedeutung subjektiver Merkmale und dem Einfluss des Sozialkontextes bei der Erklärung des Gesundheitsverhaltens hin (Richter und Rosenbach 2011). Der kulturell-verhaltensbezogene Ansatz stellt eine gewinn-

bringende Grundlage zur theoretischen Untermauerung des Forschungsgegenstandes dar, weil sich die Forschungsfragen der vorliegenden Arbeit auf das Gesundheitsverhalten der Mütter beziehen und die dahinter liegenden Einstellungen untersucht werden sollen. Auf die genaueren Zusammenhänge zwischen der mütterlichen Perspektive und Erklärungsansätzen verschiedener Gesundheitsverhaltensmodelle wird in den folgenden Kapiteln näher eingegangen.

3.4. Theorien zur Mutterschaft

Die Theorien zur Mutterschaft werden in den unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen (Soziologie, Sozialwissenschaften, Psychologie, Naturwissenschaften, Ökonomie, Medizin) auf verschiedene Schwerpunkte hin betrachtet. In der Pädagogik wird die Entwicklung des Kindes in den Fokus gestellt, wohingegen in der (Familien-)Soziologie und Sozialpsychologie das Augenmerk auf der Mutter(-schaft) liegt (Fthenaki und Textor 2002). Die (Familien-)Soziologie und die Sozialpsychologie werden in der Thematik der hier vorliegenden Arbeit als sinnvoll erachtet, da hier die Einstellungen der Mütter untersucht werden sollen und die Einstellungen auch der Sozialpsychologie zugeordnet werden können.

3.4.1. Entwicklung der Mutterschaft unter historischer Perspektive

Historisch betrachtet wird Mutterschaft in jedem Jahrhundert je nach Epoche unterschiedlich verhandelt und betrachtet (Fthenaki und Textor 2002). Während im Mittelalter die Frau dem Mann untergeordnet und der häusliche Kontext geprägt war durch das Leben als Bauern, stand bei der Frau die Arbeit auf dem Hof im Vordergrund. Da für die Erziehung des Kindes wenig Zeit blieb, wurde sie meist von den Großmüttern, Geschwistern oder dem Gesinde übernommen. Auch in Familien höheren Ranges wurde die Mutterrolle bis Anfang des 19. Jahrhunderts von Ammen und HauslehrerInnen übernommen. Dies blieb auch in der Situation fortbestehen, die sich durch die zunehmend wachsende Arbeiterklasse entwickelte, bei der auch die Mütter zum Lebensunterhalt der Familie beitragen musste und demnach nur wenig Beachtung für die Mutterrolle aufbringen konnte. Im 19. Jahrhundert war eine Wende durch das wachsende Bürgertum erkennbar. Als Hauptaufgaben für Frauen galten nun Mutterschaft und Haushaltsführung, wobei der affektiven Bindung und den Bedürfnissen der Kinder vermehrt Aufmerksamkeit geschenkt wurde (Fthenaki und Textor 2002). Gegen Ende des 19. Jahrhunderts setzte eine Betrachtung der Mutter(-schaft) verstärkt aus wissenschaftlicher Perspektive ein (Heimerdinger 2009). Dies beinhaltete das Heranziehen von Fachlite-

ratur sowie Ratgebern zur Kindererziehung, welche bis zu diesem Zeitraum noch als aus „mütterlichen Fähigkeiten“ händelbar galt (Fthenaki und Textor 2002). Die Verantwortung der Kindererziehung wurde demnach auch durch die beteiligten Wissenschaften mit aufgenommen und wird in der Literatur auch als „Psychologisierung der Mutter-Kind-Beziehung“ bezeichnet, welche bis heute vorherrscht (s. ebd.).

Wie in Kapitel 2.4.3. bereits angeführt beschäftigte sich Heimerdinger mit Trends in der Elternschaftskultur. Den aktuellsten Trend in der Elternschaftskultur (Beginn ab 1990) bezeichnet er als „intensive parenting/ Remedikalisierung“, womit die Kindzentrierung, Expertenorientierung, Anwendung intensiver Methoden der Kinderfürsorge und Stellenwert der Mutter als zentrale Bezugsperson für das Kind gemeint ist (Heimerdinger 2009).

3.4.2. Erleben von Mutterschaft

Wie bereits zu Beginn des Kapitels 3.4. erwähnt, werden in dieser Arbeit die Perspektiven der theoretischen Ansätze aus dem Bereich der (Familien-)Soziologie und Sozialpsychologie aufgegriffen, da diese Disziplinen sich mit der Untersuchung der Mutterrolle im Spannungsfeld zwischen gesellschaftlichen Anforderungen und der tatsächlichen Ausführung beschäftigen. Daneben spielen Sozialisationsprozesse im Hinblick auf das Mutterwerden, die Entwicklung von Normen sowie der Einfluss von gesellschaftlichen Strukturen in diesen Wissenschaftsdisziplinen eine besondere Rolle. Untersucht werden bspw. die Zusammenhänge zwischen Gesellschaft und Ausprägungen von Mutterschaft nach Sozialstatus, Migrationshintergrund oder Zugehörigkeit zu ethnischen Gruppen und unterschiedlichen Lebenslagen. Nach der Geburt des Kindes müssen Mütter lernen, die Signale ihres Kindes zu deuten. Nicht selten geht dies einher mit dem Erleben eines Realitätsschocks. In dieser Phase orientieren sich die Mütter zumeist an Vorbildern oder Informationen aus Ratgebern, welche die gesellschaftlichen Normen zu der als richtig wahrgenommenen Kinderernährung aufzeigen. Die erste Phase der Mutterschaft nach der Geburt des Kindes kann demnach als ein Prozess verstanden werden, in dem die Mütter nach und nach ihre Fähigkeiten entwickeln und die Signale der Kinder verstehen lernen (Fthenaki und Textor 2002). Dieser Prozess ist geprägt durch unterschiedliche Sinneserfahrungen zwischen Mutter und Kind und kann durch Persönlichkeitsmerkmale und andere Eigenschaften erleichtert oder erschwert werden. Belastungen der Mutter treten häufig im Zusammenhang mit Schlafproblemen des Kindes, Problemen bei der Ernährung oder bei Krankheiten auf. Mütter berichten oft, dass sie in den ersten fünf Lebensmonaten des Kindes ihre eigenen Bedürfnisse hinter die ihres Kindes stellen, was auch als „Selbstaufopferung“ mit einhergehendem Verlust an Autonomie und Selbstverwirklichung beschrieben werden kann (Fthenaki und Textor 2002).

Welche Faktoren die Entwicklung des Mutterwerdens positiv und welche sie negativ beeinflussen, hat Huwiler als Ausgangspunkt genommen, um ein empirisch geprüftes Pfadmodell zu diesem Thema zu entwickeln. Demnach erklären folgende Variablen den Zusammenhang zwischen dem allgemeinen Wohlbefinden und der Zufriedenheit mit der Mutterrolle: Gesundheit und Verhalten des Kindes als Stressfaktor, Wohlergehen des Kindes, psychische Gesundheit und Belastbarkeit der Mutter, Familieneinkommen und Einschätzung der finanziellen Situation (Huwiler 1995).

3.5. Gesundheitsverhaltensmodelle

Sozialpsychologischen Gesundheitsverhaltensmodellen liegt die Annahme zugrunde, dass eine Interaktion aus verschiedenen psychosozialen Komponenten wie kognitiven Prozessen oder subjektiven Wahrnehmungen eine Vorhersagekraft für das gesundheitsbezogene Verhalten innehat. Einige persönlichkeitspsychologische Eigenschaften werden je nach Ausprägungsgrad als positiv für die Ausbildung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen angenommen. Dazu gehören bspw. eine hohe Selbstwirksamkeit sowie starke Kontrollüberzeugungen (Schwarzer 2004; Siegrist 2005). Daneben zählen die Dimensionen Wissen (vgl. Ausführungen zum Food Literacy-Konzept Kapitel 3.6.), soziale Unterstützung und subjektive Wichtigkeit als bedeutsame psychosoziale Ursachen schichtspezifischen Ernährungsverhaltens (Muff 2009). Die Modelle aus der Sozialpsychologie sind für das Thema dieser Studie von besonderer Relevanz, da sie zur Erklärung von Einstellungen, Werthaltungen, Denkprozessen und Handlungen dienen.

3.5.1. Das Modell des geplanten Handelns

Das Modell des geplanten Handelns, entwickelt von dem Sozialpsychologen Icek Ajzen (1985), welches in der Abbildung 5 zu sehen ist, verfolgt das Ziel, den Zusammenhang zwischen Einstellung und Verhalten zu erklären sowie den Prozess der Verhaltensänderung (Ajzen 1985). Im Zentrum des Modells steht die Intention, welche die Absicht eines Individuums beschreibt, ein bestimmtes Verhalten auszuführen. Beeinflusst wird die Intention hauptsächlich durch die Einstellung zum Verhalten, die subjektive Norm und die Verhaltenskontrolle. In dem Modell des geplanten Handelns (Einstellungsmodell) gilt demnach die persönliche Einstellung als wichtiger Faktor im Hinblick auf die Verhaltensrealisation. Nach Ajzen entsteht die Einstellung durch persönliche Überzeugungen und affektive Einschätzungen, die wiederum auf der Grundlage von Wissen und Informationen zu einer bestimmten

Thematik basieren. Die subjektive Norm kann als normative Überzeugung verstanden werden, die ein Individuum hinsichtlich der Bewertung einer bestimmten Verhaltensweise von einer Referenzgruppe oder besonders wichtigen Bezugspersonen wahrnimmt. Laut Ajzen (1985) kann angenommen werden, dass sich das akzeptierende bzw. ablehnende Verhalten in einer Gruppe im Verhalten des Individuums der Gruppe in Richtung der gelten Norm niederschlägt. Ein Zusammenwirken der normativen Überzeugung mit der Motivation des Individuums, sich normkonform zu verhalten, kann die subjektive Norm beeinflussen (Ajzen 1985; Ajzen und Fishbein 1975).

Die wahrgenommene Verhaltenskontrolle kann als Äquivalent zum Konzept der Selbstwirksamkeitserwartung gesehen werden, was im Deutschen auch als Ergebniserwartung oder Kontrollüberzeugung bezeichnet wird. Es beschreibt die Erwartungshaltung eines Individuums, ein angestrebtes Verhalten erfolgreich auszuführen, wobei angenommen wird, dass der Erfolg der Ausführung durch eine positive bzw. negative Ergebniserwartung beeinflusst wird (Bandura 1997). Nach Bandura (1997) haben Erfolgserlebnisse, die in der Vergangenheit liegen, und die wahrgenommene Kontrollierbarkeit einen positiven Einfluss auf die Wirksamkeits- und Ergebniserwartung. Mehrere Studien weisen darauf hin, dass hohe Kontrollüberzeugungen bei der Umsetzung gesundheitsrelevanter Verhaltensweise als Ressource wirken (Schwarzer 2004).

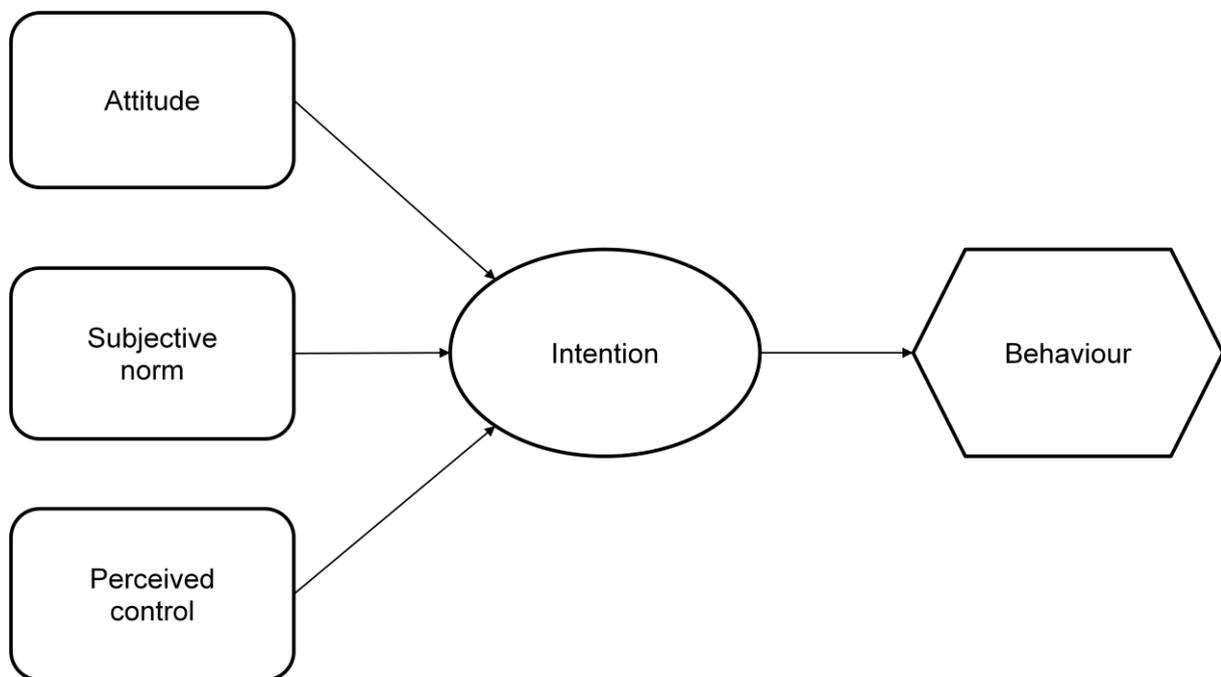


Abbildung 5 Theory of planned behavior, nach (Ajzen 1985; Ajzen und Fishbein 1975; Stubenitsky und Mela 2000), eigene Darstellung

Zusammengefasst stellt das Modell einen indirekten Zusammenhang zwischen Wissen (Ernährungswissen) und Intentionbildung bzw. gesundheitsrelevantem Verhalten (Ernährungsverhalten) her. Dabei stellt das Ernährungswissen den Anknüpfungspunkt zum Food Literacy-Konzept dar (vgl. Kapitel 3.6.).

Das Modell des geplanten Handelns ist bereits in verschiedenen Forschungsarbeiten im Zusammenhang mit ernährungsbezogenen Fragestellungen zum Einsatz gekommen (Lawton et al. 2012; Swanson und Power 2005). Lawton und KollegInnen haben das Modell genutzt, um der Frage nachzugehen, inwiefern damit das Stillverhalten (eingeteilt in Stillabsicht, Stillbeginn und Stildauer) vorhergesagt werden kann (Lawton et al. 2012). Auch Swanson und Power bedienten sich an dem Modell, um vermittelnde Prädikatoren sowohl zum Stillbeginn als auch zum Weiterstillen herauszuarbeiten und erklären zu können (Swanson und Power 2005).

Anknüpfungspunkte für die Erklärung des schichtspezifischen Ernährungsverhaltens:

- persönliche Einstellung als Resultat von Information, Wissen und subjektiver Bedeutung, die die Schichtdifferenzen im Ernährungsverhalten beeinflussen können
- sozialer Einfluss bzw. soziale Norm und deren Einfluss auf individuelle Verhaltensweisen, da die Orientierung an Bezugspersonen auch beim Zustandekommen schichtspezifischer Ernährungsweisen diskutiert wird

Ungeklärt bleibt jedoch in dem Modell des geplanten Handelns wie die Vorhersagekraft zwischen Intention und tatsächlichem Verhalten ist. Dies wird versucht in das sozial-kognitive Prozessmodell gesundheitlichen Handelns von Schwarzer mit einzubinden.

3.5.2. Sozial-kognitives Prozessmodell gesundheitlichen Handelns

Das sozial-kognitive Prozessmodell gesundheitlichen Handelns erscheint in dieser Arbeit passend, da es sich auf das Konzept der Selbstwirksamkeit beruft und dies, wie eingangs beschrieben, als bekannter ursächlicher psychoanalytischer Prädiktor für das Ernährungsverhalten gilt (Muff 2009). Außerdem bietet sich das Modell an, um das Gesundheitsverhalten vorherzusagen und erklären zu können. Unter dem Namen Health Action Process Approach (HAPA) ist das Modell bekannt geworden (Schwarzer 2004).

Das Modell stellt eine Erweiterung der sozial-kognitiven Theorie (Bandura 1997) dar und kann als Ergänzung zu der Theorie des geplanten Handelns (Ajzen und Fishbein 1975) gesehen werden. Die sozial-kognitive Theorie nach Bandura bezeichnet einen Lernprozess, der in unterschiedlichen Prozessen vonstattengeht, die sich zunächst in zwei Phasen (Aneignung und Ausführung) aufteilen.

Wesentliche Begriffe der sozial-kognitiven Theorie sind die Selbstwirksamkeits- und die Ergebniserwartung. Unter Selbstwirksamkeit wird die „Überzeugung, aufgrund eigener Kompetenzen gewünschte Handlungen erfolgreich ausführen bzw. in einer bestimmten Situation die angemessene Leistung erbringen zu können“ verstanden (Schwarzer 2004, S. 92). Dabei hat die Überzeugung eines Individuums hinsichtlich seines eigenen Wirkens Einfluss auf seine Wahrnehmung und Leistungen. Die Ergebniserwartung oder Selbstwirksamkeitserwartung kann wie folgt definiert werden: „beliefs in one’s capabilities to organize and execute courses of action required to produce given attainments“ (Bandura 1997). Die sozial-kognitive Theorie zeigte bereits in einigen Studien die Besonderheit der Selbstwirksamkeitserwartung im Zusammenhang mit Ernährungspraktiken gegenüber dem Kind auf.

Dennis hat anhand einer Studie mit kanadischen Müttern eine Skala zur Stillselbstwirksamkeit entwickeln können, die belegt, dass Selbstwirksamkeit beim Stillen eine besondere Rolle bei der Stillabsicht und Stilldauer spielt. Dabei konnten folgende Einflussfaktoren identifiziert werden, die die Stillselbstwirksamkeit erklären können: Bildungsstatus der Mutter, Unterstützung von anderen Müttern, Art der Entbindung, Zufriedenheit mit der Genesung nach der Geburt und der postnatalen Pflege, Vorstellungen über den Stillprozess und die geplante Art der Ernährung des Kindes sowie mütterliche Unruhe/Sorge (Dennis 2006). Damit lassen sich Bezüge zu den Fragestellungen der vorliegenden Arbeit darstellen. Die Vorstellungen zum Stillprozess lassen sich den kognitiven Komponenten der Ernährungseinstellungen zuordnen und beinhalten die subjektiv wahrgenommene Norm zum Stillen sowie die eigenen Erwartungen an das Stillen. Auch in der geplanten Art der Ernährung des Kindes finden sich Bezüge zur subjektiv wahrgenommenen Norm der Ernährungsweise und die Vorstellungen über die dem Kind gegenüber durchgeführten Ernährungspraktiken. Zu der affektiven Komponente der Ernährungseinstellungen lässt sich die mütterliche Unruhe/Sorge zuordnen, weil es die Wahrnehmung auf der Gefühlsebene beinhaltet.

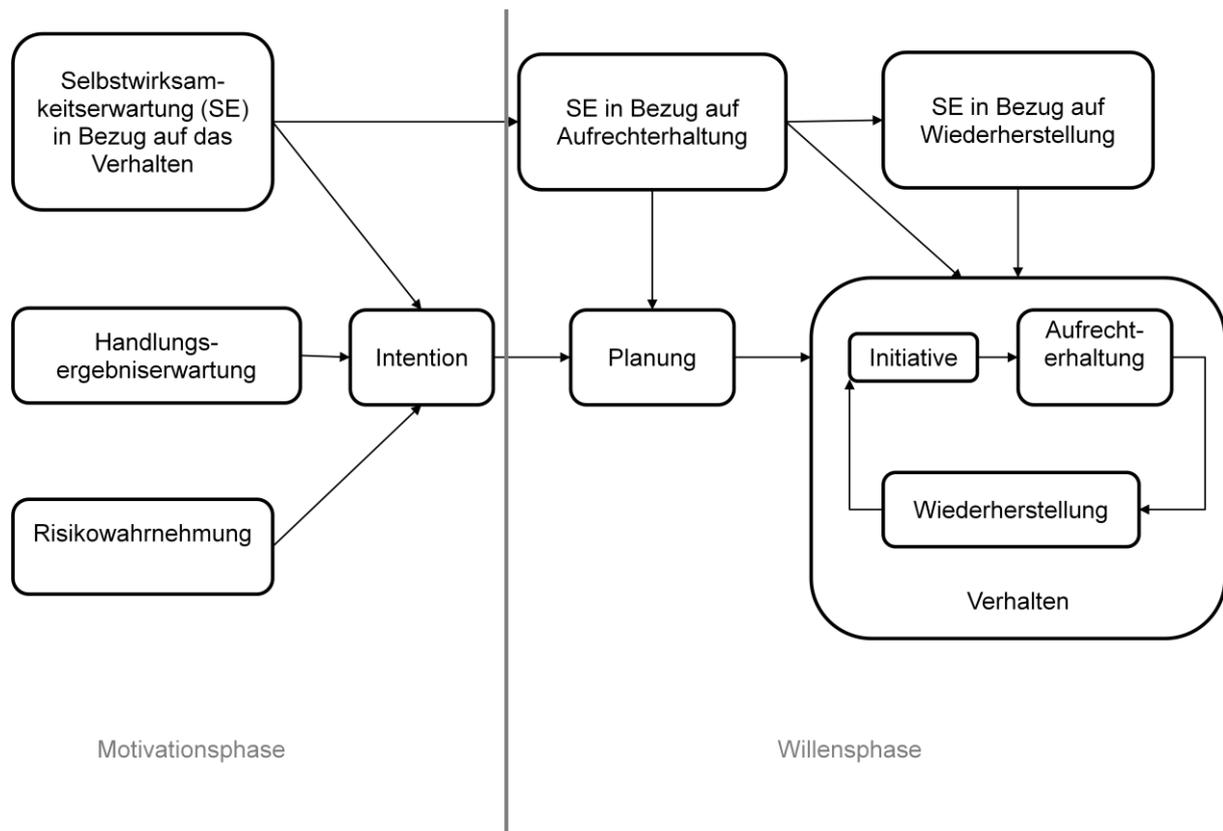


Abbildung 6 Sozial-kognitives Prozessmodell gesundheitlichen Handelns, nach (Schwarzer 2008, S. 6), eigene Darstellung

Kritikpunkt für die sozial-kognitive Theorie war jedoch das Fehlen der Variablen: Wille zur Handlungsausführung (Volition). Im sozial-kognitiven Prozessmodell gesundheitlichen Handelns findet diese Variable Berücksichtigung. Das Modell hat den Ausgangspunkt, „dass zur Bildung einer Absicht (z.B. die Entscheidung etwas Gesundes zu essen) eine Interaktion zwischen Kosten-Nutzen-Abwägungen und Wirksamkeitserwartung stattfindet und dass zur Erklärung des Gesundheitsverhaltens daneben auch noch die Umsetzung der Intention in das gewünschte Verhalten berücksichtigt werden muss“ (Pietrowsky 2006, S. 188). Da der Schwerpunkt in dieser Arbeit auf den Ernährungseinstellungen zur Handlungsausführung liegt, eignet sich das sozial-kognitive Prozessmodell gesundheitlichen Handelns für die Fragestellung in dieser Arbeit, weil sich dadurch Prozesse und Faktoren beschreiben und erklären lassen, die für die Handlungsausführung förderlich oder hemmend sein können.

Das sozial-kognitive Prozessmodell gesundheitlichen Handelns kann zur Erklärung und Vorhersage gesundheitsförderlicher und gesundheitsschädlicher Verhaltensweisen – wozu auch das Ernährungsverhalten gezählt werden kann – eingesetzt werden und hat, wie es der Name bereits zum Ausdruck bringt, einen prozesshaften, dynamischen Charakter. Nach

Schwarzer „schlägt das Modell eine Unterscheidung zwischen präintentionalen Motivationsprozessen und postintentionalen Volitionsprozessen vor“ (Schwarzer 2004, S. 90). Das Modell hält zwei Leitprinzipien fest: Zum einen, dass jeweils ein Schritt dem anderen folgt, und zum anderen, dass ein gewisser Grad an Selbstwirksamkeit vorhanden sein muss, um überhaupt einen Schritt in Richtung Verhaltensänderung oder Verhaltensdurchführung gehen zu können. Der motivationale Prozess, also die Intentionsbildung, beinhaltet die Selbstwirksamkeitserwartung, die Handlungsergebniserwartung und die Risikowahrnehmung, deren Konzeptualisierung im Folgenden dargestellt werden: Unter Risikowahrnehmung kann die subjektive Einschätzung von Erkrankungen oder Verletzlichkeit verstanden werden, wobei letztere auch als Situationsergebniserwartung beschrieben wird. Es bezeichnet die Erwartung des Ergebnisses, beim Verhalten einer Person in einer bestimmten Situation. Voraussetzung um Verhalten ändern zu können, ist die Risikoperzeption, welche mit dem „objektiven Risikostatus variieren kann“ (Schwarzer 2004, S. 92). Neben der Risikoperzeption müssen geeignete Verhaltensalternativen für die Person vorliegen, damit eine Verhaltensänderung möglich ist. Dabei ist es wichtig, dass die Person den Zusammenhang zwischen dem Einsatz solcher alternativen Handlungen und dem zu erwartenden Ergebnis erkennt, was auch als Handlungsergebniserwartung bezeichnet wird. Den möglichen Alternativen werden unterschiedliche, zum Teil positive, aber auch negative Ergebnisse zugeschrieben, wobei diese als förderliche und hemmende Faktoren Einfluss haben. Damit zeigt sich die Verbindung zu den Risiko- und Schutzfaktoren, die in dem Modell der Lebenslaufperspektive von Bedeutung sind, ebenso wie in dem Modell, das den Zusammenhang von Migration und Gesundheit erläutert sowie den Erklärungsansätzen zur sozialen Ungleichheit der Gesundheit. Verhandelt werden die Alternativen in dem sozial-kognitiven Prozessmodell gesundheitlichen Handelns jedoch erst in der Motivationsphase. „Das Abwägen des Für und Wider alternativer Handlungsziele ist typisch für eine rationale Entscheidungsfindung“ (Schwarzer 2004, S. 92). Es muss hervorgehoben werden, dass dem Konzept der Selbstwirksamkeitserwartung eine wichtige Rolle für den Aufbau und den Erhalt von Gesundheitsverhalten zukommt. Selbstwirksamkeitserwartungen beinhalten die subjektiven Überzeugungen, Verhaltensweisen aufgrund eigener Fähigkeiten ausführen zu können, auch in schwierigen Situationen. Mit den subjektiven Überzeugungen können Anknüpfungspunkte zu der kognitiven Komponente der Einstellungen hergestellt werden. Die eigenen Fähigkeiten lassen sich theoretisch mit dem Literacy-Konzept untermauern, die in Kapitel 3.6. ausführlich dargestellt werden. Hinsichtlich der hier zu untersuchenden Einstellungen der Mütter im Zusammenhang mit der Kinderernährung lassen sich Studienergebnisse heranziehen, die belegen, dass Individuen mit hoher Selbstwirksamkeitserwartung eher die Anstrengungen, die mit einer gesunden Ernährungsweise verbunden sind, annehmen und erfolgreich bewältigen als diejenigen mit

einer niedrigen Selbstwirksamkeitserwartung (Anderson et al. 2007). Auch in Bezug zur Schichtzugehörigkeit konnten Ergebnisse zum Einfluss der Selbstwirksamkeitserwartung nachgewiesen werden. Droomers konnte hinsichtlich des Zusammenhangs von Selbstwirksamkeitserwartungen und Schichtzugehörigkeit zeigen, dass Selbstwirksamkeitserwartungen mit niedrigem Sozialstatus sinken (Droomers 2004). Wobei anzumerken ist, dass Droomers sich nicht mit ernährungsbezogenen Fragestellungen auseinandergesetzt hat, sondern mit dem Suchtverhalten, in diesem Fall dem Rauchstopp.

Laut Schwarzer (2004) geht eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung mit einer konkreten Zielsetzung, dem Einsatz von gewissen Anstrengungen und Ausdauer einher. Diese drei Konstrukte: Selbstwirksamkeitserwartung, Handlungsergebniserwartung und Risikowahrnehmung, beeinflussen gemeinsam mit anderen Faktoren den Motivationsaufbau zu einem bestimmten Verhalten, wobei sich laut Schwarzer aufgrund mehrerer Studien erwiesen hat, dass die Selbstwirksamkeitserwartung an allen Prozessen beteiligt ist. Mit der Intentionsbildung findet der Abschluss der Motivationsphase statt (Schwarzer 2004).

Der volitionale Prozess, also die Planung und Realisierung gesundheitsbezogenen Handelns, tritt nach der Motivationsphase ein. Dieser Prozess beinhaltet das angestrebte Verhalten sowie deren Umsetzung und Aufrechterhaltung und kann in drei Phasen eingeteilt werden: die Planung und Initiative, die Handlungsausführung und Aufrechterhaltung sowie die Wiederherstellung beispielsweise nach einem Misserfolg. Ebenso wie in der Motivationsphase spielt auch bei dem volitionalen Prozess in allen Phasen die Selbstwirksamkeitserwartung eine große und verbindende Rolle. Die Planungsphase beinhaltet die durch die Zielintention gebildeten Handlungsergebnisse, die auf der Ausführung bestimmter Handlungen beruhen. Bevor diese Handlungsausführung stattfindet, muss sie detailliert geplant werden. Bei der Festlegung von Wie, Wann und Wo werden auch Handlungsalternativen generiert. Die Phase endet mit „ein oder mehreren handlungsnahen Ausführungsintentionen“ (Schwarzer 2004, S. 93). In der Phase der Handlungsausführung wird nun die geplante Handlung ausgeführt und aufrechterhalten. Währenddessen finden auch Prozesse statt, die hemmende Faktoren gegenüber der Handlung und der Intention abhalten. Personen, die an den eigenen Kompetenzen zweifeln geben tendenziell eher auf und sorgen sich um mögliche eigene Handlungsdefizite, wohingegen optimistisch eingestellte Personen sich auch von Rückschlägen nicht von ihren Handlungen abbringen lassen und ihre Ziele weiterhin verfolgen; auf die erste Handlungsausführung folgt deren Bewertung. Eine misslungene Umsetzung der Ziele führt eher zur Verringerung der Volitionsstärke, wohingegen Erfolge diese Stärke noch erhöhen und die positive Selbstwirksamkeitserwartung gestärkt wird. Je nachdem welchen Ursachen diese Misserfolge zugeschrieben werden, hat dies Einfluss auf weitere zukünftige Versuche. Werden als Ursachen für Erfolge die eigenen Fähigkeiten in Betracht gezogen, so erhöht

sich die positive Selbstwirksamkeitserwartung, wobei ein negativer Einfluss als Folge der Zuschreibung eines Erfolges auf günstige Umstände möglich ist. Zusammenfassend lässt sich für die volitionale Phase die Aussage treffen, dass es wichtig ist, „konstruktiv zu planen, sich erreichbare Unterziele zu setzen, sich Belohnungen zu schaffen und verschiedene Bewältigungsoptionen zur Verfügung zu haben“ (Schwarzer 2004, S. 96).

Das sozial-kognitive Prozessmodell gesundheitlichen Handelns erwies sich bereits in einigen Studien mit ernährungsbezogenen Fragestellungen als passendes theoretisches Erklärungsmodell. Martinez-Brockmann und KollegInnen demonstrierten den erfolgreichen Einsatz des Modells in der Vorhersage des Stillverhaltens von Müttern mit niedrigem Sozialstatus (Martinez-Brockman et al. 2017). Auch de Jager und KollegInnen fanden in ihrem Review zu psychosozialen Faktoren – darunter auch die Selbstwirksamkeitserwartung – im Zusammenhang mit dem ausschließlichen Stillen über einen Zeitraum von sechs Monaten eine starke Vorhersagekraft der psychosozialen Faktoren (Jager et al. 2013).

Zusammenfassend kann hinsichtlich der Forschungsfragen dieser Arbeit angenommen werden, dass das sozial-kognitive Prozessmodell gesundheitlichen Handelns als gut geeignet erscheint um die Einstellungen zur Kinderernährung aus Perspektive der Mütter erklären zu können, da das Modell neben der Motivation zu einem bestimmten Gesundheitsverhalten auch die Art der Bewältigung und den Umgang mit Problemen (Volition) berücksichtigt, was im Zusammenhang mit dem hier vorliegenden Forschungsgegenstand von besonderer Bedeutung ist. Da in dem Modell ein Schwerpunkt auf der Handlungsausführung steht sowie den diesbezüglichen hemmenden und fördernden Faktoren, wird dieses Modell im Rahmen des Empirie Theorie-Transfers (vgl. Kapitel 6.2.) zum Einsatz kommen.

3.6. Das Literacy-Konzept

Health Literacy-Konzept

Als geeigneter theoretischer Rahmen für diese Forschungsarbeit bietet sich das Health Literacy-Konzept an, weil es neben den im Folgenden beschriebenen inhaltlichen Fähigkeits-ebenen zum (kritischen) Umgang mit gesundheitsbezogenen Informationen auch Bezüge zur Sozialschicht und kulturellen Zugehörigkeit vereint.

Health Literacy kann im Deutschen mit Gesundheitskompetenz (literacy = Literalität bedeutet Lese- oder Schreibfähigkeit) übersetzt werden. Es existiert bislang keine einheitliche Definition für Health Literacy. Die verschiedenen Definitionen liefern ein breites Spektrum an Fä-

higkeiten: „Gesundheitsinformationen erwerben, verstehen und beurteilen, sich über Gesundheit/Krankheit austauschen, gesundheitsrelevante Entscheidungen treffen und Gesundheitsinformationen für den Erhalt und die Förderung von Gesundheit erfolgreich zu nutzen“ (Abel und Sommerhalder 2015, S. 923).

Nutbeam prägte mit seiner ersten Definition von Health Literacy eine Differenzierung in Form eines mehrdimensionalen Konstrukts in drei Fähigkeitsbereiche: die funktionale, die interaktive und die kritische Gesundheitskompetenz. Die funktionale Gesundheitskompetenz beinhaltet die Fähigkeit, nach gesundheitsrelevanten Informationen zu suchen bzw. diese auch zu finden und deren Inhalte zu verstehen (Nutbeam 2000). Übertragen auf die Stellung des Patienten in unserem Versorgungssystem meint diese Kompetenz den Wissenserwerb von Gesundheitsinformationen und Risiken sowie die angemessene Nutzung medizinischer Angebote (Smith et al. 2013). Die Fähigkeit, das erworbene Gesundheitswissen in Interaktion mit anderen Individuen auszutauschen und in unterschiedlichen Situationen anzuwenden, ist Inhalt der interaktiven Gesundheitskompetenz (Nutbeam 2000). Dazu zählen auch Gespräche über gesundheitsrelevante Themen in der Familie (Abel und Sommerhalder 2015). Mit der kritischen Gesundheitskompetenz werden stärker kognitive Fähigkeiten angesprochen, die im Zusammenhang mit sozialen Fähigkeiten dazu dienen, Informationen kritisch zu analysieren und damit eine bessere Kontrolle über gesundheitsbezogene Lebenssituationen erreichen zu können (Nutbeam 2000). Dies beinhaltet neben dem „selektiven Umgang mit den Angeboten des Gesundheitssystems genauso auch eine bewusste bzw. selbstbewusste und kritische bzw. selbstkritische Lebensgestaltung“ (Abel und Sommerhalder 2015, S. 54). Laut Abel und Sommerhalder wird mit der kritischen Gesundheitskompetenz die Fähigkeit beschrieben, mit gesundheitlichen Fragen und diesbezüglichen normativen Erwartungen selbstbewusst umzugehen und schreibt dieser Form von Kompetenz einen emanzipatorischen Charakter zu. Darüber hinaus lässt sich besonders die kritische Gesundheitskompetenz mit dem Empowerment⁸-Ansatz vereinen (Abel und Sommerhalder 2015).

Bei Betrachtung der Gesundheitskompetenz im Zusammenhang mit dem Sozialstatus konnten Schaeffer und KollegInnen in der repräsentativen *HLS-GER* nachweisen, dass 54,3% der deutschen Bevölkerung über eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz verfügt (Schaeffer et al. 2017). Dabei konnte die Forschergruppe einen sozialen Gradienten in der Gesundheitskompetenz herausstellen und zeigen, dass Personen mit niedrigem Sozialstatus (78,3%) und Menschen mit Migrationshintergrund (70,5%) einen prozentual höheren Anteil

⁸ „Empowerment zielt darauf ab, dass Menschen die Fähigkeit entwickeln und verbessern, ihre soziale Lebenswelt und ihr Leben selbst zu gestalten und sich nicht gestalten lassen“ (Brandes und Stark 2016, S. 1). Übersetzt werden kann der Begriff Empowerment als Selbstbefähigung oder Selbstbemächtigung (Sperlich 2009).

an eingeschränkter Gesundheitskompetenz aufweisen im Vergleich zu Personen höherer Sozialstatusgruppen und Personen ohne Migrationshintergrund (s. ebd.).

Das Health Literacy-Konzept findet auch Anwendung in anderen, stärker differenzierten gesundheitsbezogenen Kontexten wie der Mental Health Literacy und der Food/Nutrition Literacy, um nur einige zu nennen.

Food Literacy- und Nutrition Literacy-Konzept

Hinsichtlich der Forschungsfrage dieser Arbeit bietet sich mit dem theoretischen Überbau des Health Literacy-Konzepts das Food Literacy- oder Nutrition Literacy-Konzept im Speziellen an, die sich beide mit Literacy im Kontext von Ernährung beschäftigen. Bislang existiert auch hier keine einheitliche Definition für das Food Literacy- oder das Nutrition Literacy-Konzept. Krause und KollegInnen kamen in ihrem systematischen Review zu dem Thema Definitionen des Food Literacy- und des Nutrition Literacy-Konzepts zu der Erkenntnis, dass die beiden Begriffe in der Praxis koexistieren ohne dass beide Konzepte klar voneinander abgegrenzt werden. Eine Gemeinsamkeit beider Konzepte besteht darin, dass sie spezifische Formen der Health Literacy darstellen (Krause et al. 2016). Velardo hat in einem Artikel die Feinheiten zwischen den konzeptionellen Dimensionalisierungen der Begrifflichkeiten von Health Literacy, Food Literacy und Nutrition Literacy herausgearbeitet und ist auch zu dem Schluss gekommen, dass das Food Literacy- und das Nutrition Literacy-Konzept in der Literatur häufig abwechselnd verwendet werden. Ebenso konnte Velardo zeigen, dass die drei Fähigkeitsebenen aus dem Health Literacy-Konzept von Nutbeam (s. oben) in einen ernährungsbezogenen Kontext (s. Tabelle 5) gesetzt werden können (Velardo 2015).

Verschiedene Autoren konzeptualisieren Nutrition das Food Literacy-Konzept als einen spezifischen Bereich der Health Literacy, der sich durch die Fähigkeit auszeichnet, auf Ernährungsinformationen zuzugreifen sowie diese interpretieren und nutzen zu können (Carbone und Zoellner 2012; Neuhauser et al. 2007).

Tabelle 5 Analytisches Raster zu der Sortierung von Elementen aus der Nutrition und Food Literacy

Health Literacy Form	Kurze Begriffe, Themen und Themenfelder des Food Literacy- und Nutrition Literacy-Konzeptes
	Die Fähigkeit....
functional health literacy	<p>...Informationen über Lebensmittel und Ernährung</p> <ul style="list-style-type: none"> - zu erlangen - zu verstehen - zu nutzen <p>Wissen über verschiedene Themenfelder im Bereich Lebensmittel und Ernährung (z.B. Wissen über die Ernährungsempfehlungen)</p> <p>...praktische Fähigkeiten um eine (gesunde) Mahlzeit zubereiten zu können</p>
interactive health literacy	<p>...Informationen über Lebensmittel und Ernährung mit anderen und in Interaktion untereinander</p> <ul style="list-style-type: none"> - auszutauschen - zu teilen - zu diskutieren <p>Teilnahme an gemeinsamen Aktionen (z.B. gemeinsames Kochen)</p>
critical health literacy	<p>kritische Beurteilung von Informationen über Lebensmittel und Ernährung</p> <ul style="list-style-type: none"> - den Einfluss von Entscheidungen zu der Ernährung und zu den Lebensmitteln auf die Gesellschaft wahrnehmen - Lebensmittel als einen integrativen Bestandteil eines komplexen Produktions- und Distributionssystems verstehen - den Einfluss verschiedener sozialer Bedingungen auf die Lebensmittelwahl und das Ernährungsverhalten wahrnehmen

nach (Krause et al. 2016, Appendix, S.1), eigene Darstellung

Das Food Literacy-Konzept beinhaltet dagegen ein breiteres Spektrum an Kompetenzen, die im Ernährungsgeschehen von Bedeutung sind (Krause et al. 2016).

Beispiele für Begriffsdefinitionen bzw. Konzeptualisierungen des Food Literacy-Konzeptes lauten wie folgt:

„Food Literacy ist die Fähigkeit, den Ernährungsalltag selbstbestimmt, verantwortungsbewusst und genussvoll zu gestalten“ (aid 2018).

„The everyday practicalities associated with navigating the food system and using it in order to ensure a regular food intake that is consistent with food recommendations. ... Food literacy is the scaffolding that empowers individuals, households, communities or nations to protect diet quality through change and strengthen dietary resilience over time. It is composed of a collection of inter-related knowledge, skills and behaviors, required to plan, manage, select,

prepare and eat food to meet needs and determine intake” (Vidgen und Gallegos 2014, S. 54).

„Food literacy is a set of skills and attributes that help people sustain the daily preparation of healthy, tasty, affordable meals for themselves and their families. Food literacy builds resilience, because it includes food skills (techniques, knowledge and planning ability), the confidence to improvise and problem solve, and the ability to access and share information. Food literacy is made possible through external support with healthy food access and living conditions, broad learning opportunities, and positive socio-cultural environments.” (Desjardins und Azevedo 2013, S. 6).

Das Food Literacy-Konzept kommt hier zum Einsatz, weil es ein breiteres Spektrum an Fähigkeiten abdeckt als das Nutrition Literacy-Konzept. Dabei werden die Kompetenzen aus dem Food Literacy-Konzept genutzt, um die Fähigkeiten der in dieser Arbeit gebildeten Typen (vgl. Kapitel 5.6.1.) im Sinne eines Empirie Theorie-Transfers und der Weiterentwicklung des sozial-kognitiven Prozessmodells gesundheitlichen Handelns (vgl. Kapitel 6.2.) einordnen und erklären zu können.

Es fehlt jedoch ein Modell, das sich mit dem Food Literacy-Konzept im Zusammenhang mit Einstellungen von Müttern zur Kinderernährung auseinandersetzt. Krause und KollegInnen plädieren in ihrem systematischen Review für eine verstärkte Forschungsaktivität im Bereich der interaktiven Kompetenzen des Food Literacy-Konzeptes, da diese bislang eher selten diskutiert und untersucht wurden. Daneben formulieren sie einen erhöhten Forschungsbedarf hinsichtlich der Rolle von Motivation, Einstellungen und Verhalten im Zusammenhang mit dem Food Literacy-Konzept. Zwar werden diese Determinanten im Bereich des Health Literacy-Konzeptes schon diskutiert, jedoch beim Konzept der Food Literacy noch nicht weiter vertieft (Krause et al. 2016). Sörensen und KollegInnen haben bspw. 2012 ein integratives Modell des Health Literacy-Konzeptes entwickelt, in dem die Motivation zu Wissen und Fähigkeiten eingebettet ist (Sörensen et al. 2012). Das Modell beinhaltet neben den vier Hauptdimensionen (Zugang, Verständnis, Beurteilung und Anwendung von Informationen) auch distale und proximale Faktoren. Wobei zu den distalen Faktoren gesellschaftliche Faktoren und Umweltfaktoren zählen und unter die proximalen Faktoren persönliche und situationsbezogene Determinanten fallen (Sörensen et al. 2012). Dieses Modell wird zum jetzigen Zeitpunkt als vielversprechend im Hinblick auf die theoretische Untermauerung der Ergebnisse dieser Arbeit angesehen, weil es mit der Motivation zu Wissen und Fähigkeiten auch die Einstellungen der Subjekte beinhaltet.

3.7. Fazit

Die in diesem Kapitel aufgeführten theoretischen Erklärungsansätze und Konzepte liefern die Grundlage, um die Erklärung der Ernährungseinstellungen der Mütter in dieser Forschungsarbeit wissenschaftlich fundiert darzustellen und anhand der empirischen Ergebnisse entsprechend weiterzuentwickeln. Während das Modell der Lebenslaufperspektive die Grundlage für eine Betrachtung des Zusammenspiels zwischen Schutz- und Risikofaktoren am Beispiel der Übergewichtsentwicklung im Kindesalter unter Berücksichtigung der Einflüsse durch Sozialstruktur, elternbezogenen Kompetenzen und kultureller Zugehörigkeit liefert, tragen insbesondere das Food Literacy-Konzept sowie das sozial-kognitive Prozessmodell gesundheitlichen Handelns zur Erklärung der spezifischen Forschungsfragen (vgl. Kapitel 1.2.) dieser Arbeit bei. Die in Tabelle 5 beschriebenen Formen des Food Literacy-Konzeptes (funktionale, interaktive, kritische Form) und die Merkmale des sozial-kognitiven Prozessmodells gesundheitlichen Handelns (Selbstwirksamkeitserwartung sowie Planung und Aufrechterhaltung des Verhaltens) lassen sich gut vereinen, weil sich beide unter dem Überbegriff Kompetenzen und Fähigkeiten sowie deren Bewertung subsumieren lassen. Eben diese Kompetenzen und deren Bewertung werden in dieser Forschungsarbeit bei der Zielgruppe in den Fokus genommen und die Zusammenhänge zu den Einstellungen der Mütter untersucht, um Erkenntnisse für die Hintergründe des Handelns zu erlangen. Wie in der Ottawa Charta und in der Bangkok Charta gefordert – wenn nicht sogar in nahezu jeder Forschungsarbeit, in der die Kompetenzen der Handelnden hinsichtlich der Gesundheitsförderung betrachtet werden – sollen diese Kompetenzen im Sinne eines gesundheitsförderlichen Ansatzes gestärkt werden, um der entsprechenden Zielgruppe ein höheres Maß an Selbstbestimmung zu vermitteln im Hinblick auf die Stärkung der eigenen Gesundheit. Inwieweit das Food Literacy-Konzept sowie eines der Gesundheitsverhaltensmodelle als gewinnbringende theoretische Modelle in dem Empirie-Theorie-Transfer dieses Forschungsvorhabens angewendet werden können, wird in Kapitel 6.1. erörtert.

Zusammenfassend lässt sich aus den in diesem Kapitel aufgeführten theoretischen Ansätzen und Theorien ableiten, dass Forschungsbedarf hinsichtlich der Erklärung zu dem Zusammenhang von Faktoren im Ernährungsverhalten in der Phase des ersten Lebensjahres des Kindes von Müttern mit und ohne türkischem Migrationshintergrund besteht.

4. Methodisches Vorgehen

In diesem Kapitel wird zunächst die Methodenwahl begründet dargelegt. Im Anschluss folgen grundsätzliche Überlegungen zu den Gütekriterien qualitativer Forschung und dem sensibilisierenden Konzept der ForscherInnen. Sampling, Feldzugang, Rekrutierung der TeilnehmerInnen sowie Interviewgestaltung und Realisation der vorliegenden Studie werden in den darauf folgenden Abschnitten behandelt. Abschließend wird im Rahmen der Auswertungsmethoden auf das thematische Kodieren und die Typenbildung sowie Weiterentwicklung einer Theorie eingegangen.

4.1. Auswahl der Methode

Auf Grundlage der Forschungsfragen, die in Kapitel 1.2. aufgeführt wurden, konzentriert sich diese Arbeit auf die Untersuchung der Einstellungen von Müttern mit und ohne türkischem Migrationshintergrund zur Kinderernährung. Für die wissenschaftliche Untersuchung subjektorientierter Sichtweisen bieten sich offene, explorative und rekonstruktive Verfahren – zusammengefasst unter qualitativen Methoden – an. In Abbildung 7 ist das Vorgehen bei der empirischen Untersuchung grafisch verdeutlicht.

Unter Berücksichtigung der Gütekriterien qualitativer Forschung, die im ersten Schritt beschrieben werden, erfolgt die Darlegung des sensibilisierenden Konzepts. Im Anschluss daran werden das dieser Arbeit zugrunde liegende Sampling sowie der Feldzugang, die Rekrutierung und die technische und organisatorische Realisierung der Interviewdurchführung beschrieben. Ein zentrales Element dieses Kapitels, die Auswertung des Datenmaterials, wird anschließend dargestellt.

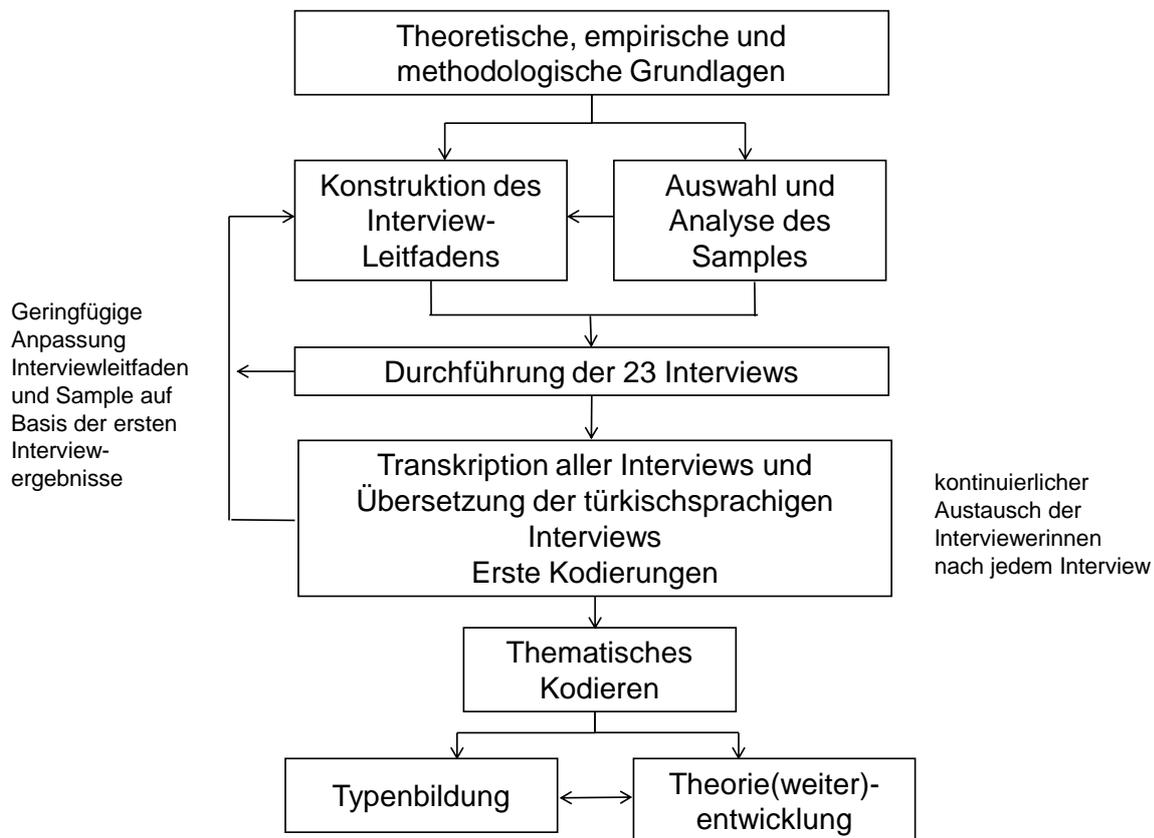


Abbildung 7 Ablauf der empirischen Untersuchung, eigene Darstellung

4.2. Gütekriterien qualitativer Forschung – Grundlagen

In dieser Arbeit wird aufgrund des explorativen Charakters des Forschungsgegenstands und der Tatsache, dass es bislang an Studien auf theoretischer sowie empirischer Ebene mangelt, ein qualitatives Forschungsdesign angewendet.

Im gesamten Forschungsprozess werden dabei in Anlehnung an Helfferich (2009) folgende Gütekriterien berücksichtigt:

1. Kommunikation
2. Offenheit
3. Vertrautheit und Fremdheit
4. Reflexivität

Das erste Grundprinzip Kommunikation ergibt sich aus dem Zugang vom Forscher zum Probanden, der in Form einer kommunikativen Interaktion erfolgt. Das zweite Grundprinzip Offenheit basiert auf der Gestaltung dieser Kommunikation. Der Befragte soll im Gespräch seinen „Sinn“ entfalten können. Um dies zu ermöglichen, benötigt der Befragte einen „offenen Äußerungsraum“, in dem er das was für ihn wichtig ist, so darlegen kann wie er es vermag (Helfferrich 2009). Eine Haltung der Offenheit bedeutet demnach, dass die Forschenden stets offen sind für neue Themen und nicht den Blick durch ihre fachwissenschaftliche Brille auf bestimmte einzelne Sachverhalte lenken. Der Umgang mit Vertrautheit und Fremdheit spielt eine wichtige Rolle im Hinblick auf die Positionierung der ForscherInnen und der Befragten. Mit Fremdheit ist die „Anerkennung der Differenz und der wechselseitigen Fremdheit der Sinnsysteme der von Interviewenden und Erzählenden“ gemeint (vgl. ebd., S. 24). Das Prinzip des Fremdverstehens beinhaltet, dass die Forschenden eigene Deutungen zurückstellen. Dabei gewinnt das vierte Grundprinzip Reflexivität an Bedeutung, da die Reflexion des eigenen Anteils im Verstehensprozess sowohl während des Interviews als auch bei der anschließenden Interpretation stets von den ForscherInnen berücksichtigt werden muss (Helfferrich 2009; Kruse 2014).

Ziel qualitativer Forschung und damit auch der vorliegenden Untersuchung ist es, Sinn zu rekonstruieren oder subjektive Sichtweisen (hier: der Mütter) bzw. subjektives Alltagswissen. Konkret geht es um das Verstehen der Einstellungen zur Kinderernährung und dies nicht anhand von Messungen, wie es in der quantitativen, standardisierten Forschung gehandhabt wird sondern aus dem Zusammenhang mit (gesprochenen) Texten. Dabei spielt der Kontext der Entstehungssituation dieser Texte eine besondere Rolle, denn Äußerungen sind immer kontextgebunden (Helfferrich 2009).

In dieser Arbeit wird ein zirkulärer Forschungsprozess oder auch iterative Strategie gewählt. Abbildung 8 zeigt den Prozess schematisch auf. Zirkulär meint dabei, dass die unterschiedlichen Forschungsschritte mehrmals durchlaufen werden und dabei von dem vorherigen Schritt abhängig sind. Konkret bedeutet dies, dass am Anfang des Forschungsprozesses nur ein „ungefähres Vorverständnis über den Forschungsgegenstand“ vgl. (Witt 2001) vorhanden ist.

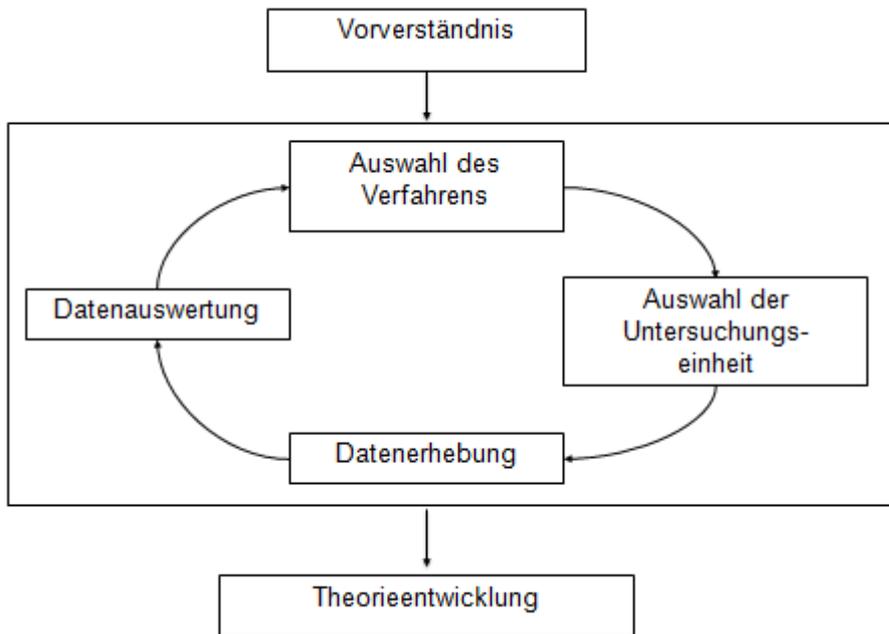


Abbildung 8 Zirkuläre Strategie, nach (Witt 2001), eigene Darstellung

4.3. Sensibilisierendes Konzept – Grundlagen

Das persönliche und analytische Vorwissen des Forschenden wird in der qualitativen Forschung in Form eines sogenannten sensibilisierenden Konzepts behandelt (Kelle und Kluge 2010). Anhand dieses Konzeptes wird hier die Sensibilisierung des Forschenden, in diesem Fall der Autorin, deutlich gemacht und offengelegt. Das bedeutet, dass damit die Untersuchung teilweise strukturiert und somit auch festgelegt wird, nach was gesucht oder was erfragt wird. Nur mit Hilfe der Verdeutlichung des Vorwissens, anhand eines derartigen sensibilisierenden Konzeptes, ist der Forschende in der Lage „intelligente“ Fragen zu stellen. Dies geschieht im Gegensatz zur quantitativen Forschung nach dem Prinzip der Offenheit. Wie die Bezeichnung „sensibilisierend“ schon im Wortlaut ausdrückt, ist dieses Konzept nicht vor der empirischen Untersuchung zu präzisieren; die Konkretisierung erfolgt erst in der Auseinandersetzung mit dem Datenmaterial (Kelle und Kluge 2010). Das Modell von Ajzen und Fishbein (Ajzen 1985; Ajzen und Fishbein 1975) sowie das sozial-kognitive Prozessmodell gesundheitlichen Handelns (Schwarzer 2004) und das Food Literacy-Konzept gelten im Sinne des theoriebasierten sensibilisierenden Konzeptes als besonders relevant für die vorliegende Fragestellung, da hier explizit von Einstellungen, Selbstwirksamkeitserwartung und

vom Informationsverhalten der Mütter die Rede ist und das Ernährungsverhalten stark geprägt sein kann von subjektiven Normen.

4.4. Sampling

Das Sampling erfolgt anhand kontrastierender Merkmale. Dieses Vorgehen ist für die Stichprobenkonstruktion in der qualitativen Forschung üblich (Schreier et al. 2008). Beim Sampling wird eine konzeptuelle Offenheit gegenüber dem Feld und dem Phänomen gefordert, was dazu führt, dass bei der Studienplanung erste Merkmale festgelegt wurden wie Alter des jüngsten Kindes, das Vorliegen bzw. die Abwesenheit eines türkischen Migrationshintergrundes und die Zugehörigkeit zur Sozialstatusgruppe. Weitere Merkmale wurden im Laufe der Studie angepasst. Die Vorgehensweise richtet sich innerhalb der festgelegten Merkmale nach der des theoretical sampling, angelehnt an die Grounded Theory (Flick et al. 2015).

Die Grundgesamtheit stellen in dieser Studie Mütter mit und ohne türkischem Migrationshintergrund (Definition von türkischem Migrationshintergrund im Glossar, vgl. Tabelle 2) dar. Die Stichprobe setzt sich demnach aus Müttern mit und ohne türkischem Migrationshintergrund, die in Deutschland leben, zusammen. Es wurde versucht, die Stichprobenszusammensetzung heterogen zu wählen, soweit möglich in Bezug auf den sozialen Status, um diesbezüglich kontrastierende Fälle zu bekommen.

Helfferrich spricht bei der Stichprobenkonstellation auch von einem dreistufigen Vorgehen: Verengung, Gewinnung an Breite und (eventuell weiterer) Verengung (Helfferrich 2009). Im ersten Schritt sollte dabei das „inhaltliche Interesse an bestimmten Gruppen“ möglichst präzise formuliert werden, woraufhin in einem weiteren Schritt das Augenmerk auf die „innere Repräsentation“ zu legen ist (vgl. ebd., S. 173). Nach Helfferrich dient diese Konstruktion der Stichprobe dazu, dass der Autor keine oder zumindest nur erschwerte vorschnelle Verallgemeinerungen über die gewollte Heterogenität bildet.

In einem dritten Schritt erfolgt dann, im Anschluss an die durchgeführten Interviews, eine Prüfung, welche Konstellationen nicht in der Stichprobe auftauchen. Damit wird der Forscherin bewusst, welche „Limitationen“ ihrer Arbeit zugrunde liegen (vgl. ebd.).

Das Prinzip umfasst also eine enge Fassung der Gruppe, um die es gehen soll, eine breite Variation innerhalb dieser Gruppe und zum Schluss möglicherweise noch einmal eine Verengung der Gruppendefinition und damit eine Limitation der Aussagekraft.

Kontrastierende Merkmale:

1. Anzahl und Alter der Kinder (jüngstes Kind nicht älter als 3 Jahre). Im Studienverlauf wurde das Merkmal Anzahl und Alter angepasst an ausschließlich ein Kind unter ca. 1,5 Jahren, da sich in den ersten Interviewverläufen gezeigt hat, dass eine Konzentration auf die Phase der frühen Kindheit bei Müttern mit mehreren und älteren Kindern schwer fällt.
2. Türkischer Migrationshintergrund vorhanden und kein Migrationshintergrund
3. Sozialer Status (Bildung (schulische und Berufsbildung) und Einkommen der Eltern)

4.5. Feldzugang und Rekrutierung

Bei der Rekrutierung wurde ein flexibles Vorgehen in Anlehnung an das theoretical sampling gewählt, um eine Offenheit gegenüber dem Feld und dem Phänomen zu gewährleisten. Dies bedeutet, dass vor Studienbeginn weder die konkrete Zusammensetzung noch die Größe der Stichprobe bekannt war. Es waren jedoch die zu untersuchenden Gruppen (vgl. Kapitel 4.4.) im Hinblick auf die Auswertungsmethode bekannt. Diese orientierten sich an dem Vorhandensein bzw. der Abwesenheit eines türkischen Migrationshintergrundes, dem Alter des Kindes und der Zugehörigkeit zu der Sozialstatusgruppe (s. oben).

Folgende Zugangswege zu potentiellen Interviewteilernehmerinnen wurden gewählt und werden im Folgenden näher beschrieben:

1. Ansprache über einen Kinderarzt im Ruhrgebiet
2. Ansprache über erweiterten Bekanntenkreis sowie Gatekeeper (Mitarbeiter in sozialer Einrichtung im nördlichen Münsterland)
3. Ansprache über interviewte Mütter, die bereits teilgenommen haben (sogenanntes Schneeballverfahren)

Der Start der Rekrutierung wurde über den Kontakt zu einem Kinderarzt im Ruhrgebiet vorgenommen. Die Wahl fiel auf die Kinderarztpraxis, da sie sich in einem sozialen Brennpunkt-Viertel befindet und angenommen wurde, dadurch Mütter mit unterschiedlichem Sozialstatus erreichen zu können. Nachdem der Kinderarzt Informationen über den Hintergrund sowie den Studienverlauf und die Zielgruppe der Studie erhalten hatte (s. Anhang 9.1.), sprach er Mütter, die den Kriterien (s. Kapitel 4.4.) entsprachen, gezielt in seiner Sprechstunde an. Die

Autorin hatte dann die Gelegenheit, an einem vereinbarten Termin in einem separaten Raum in der Arztpraxis die potentiellen Interviewteilnehmerinnen persönlich anzusprechen und zu einer Teilnahme zu motivieren. Den potentiellen Interviewteilnehmerinnen wurden Informationsblätter zur Studie ausgehändigt (s. Anhang 9.2.). Vereinbart wurden mit vier zur Teilnahme motivierten Müttern Telefontermine, um einen Termin für das persönliche Interview zu vereinbaren. Zwei der Mütter lehnten bei dem anschließenden Telefontermin die Durchführung des Interviews ab. Eine Mutter war telefonisch nicht erreichbar und bei einer weiteren Mutter hat der Lebenspartner das persönliche Interview abgelehnt. Aufgrund dieser Entwicklung wurde zu einer neuen Strategie bei der Rekrutierung übergegangen. Im Rahmen der neuen Strategie wurden zunächst im weiteren Bekanntenkreis der Autorin und der türkisch-sprachigen Interviewerin nach potentiellen Interviewpartnerinnen gesucht sowie über Gatekeeper und soziale Netzwerke und im weiteren Verlauf der Studie über das Schneeballverfahren. Im folgenden Teil werden die unterschiedlichen Informationswege hinsichtlich des Zugangsweges und der Informationsvermittlung aufgelistet:

- Ansprache über Personen aus dem weiteren Bekanntenkreis/potentielle Interviewpartnerinnen aus dem privatem Umfeld und/oder bei der Ansprache über Familienangehörige erhielten die potentiellen Interviewpartnerinnen zunächst mündliche Informationen und anschließend bei dem persönlichen Treffen schriftliche Informationen (s. Anhang 9.2.).
- Bei Ansprache über das Schneeballverfahren erhielten die potentiellen Interviewpartnerinnen zunächst mündliche Informationen über die Mütter, die bereits teilgenommen haben und anschließend je nach Zugangsweg (telefonisch, per Mail oder persönlich) in jedem Fall schriftliche (s. Anhang 9.2.) und teilweise auch vorab mündliche Informationen über die Autorin bzw. die türkischsprachige Interviewerin.
- Bei Ansprache über soziale Netzwerke erhielten die potentiellen Interviewpartnerinnen schriftliche Informationen (s. Anhang 9.2.).
- Bei Ansprache über Gatekeeper wurden schriftliche Informationen (s. Anhang 9.1.) per Mail versendet.

Neben den schriftlichen Informationen zu dem Hintergrund und dem Verlauf der Studie sowie zu den Richtlinien des Datenschutzes wurde jede Teilnehmerin mündlich deutlich darauf hingewiesen, dass die Interviewerinnen an den Hintergründen der Ernährung ihres Kindes interessiert sind und es dabei kein richtiges oder falsches Verhalten hinsichtlich der Ernährung gibt. Dies wurde explizit vor jedem Interview angesprochen um das Risiko zu minimieren,

dass die interviewten Mütter sozial erwünschte Antworten liefern (social desirability bias (Guest und Namey 2014)).

Mit dieser Vorgehensweise konnten insgesamt 23 Mütter interviewt werden, davon haben 13 Teilnehmerinnen einen türkischen Migrationshintergrund. Die Teilnahme zum Interview haben insgesamt sieben Mütter verweigert.

4.6. Interviewgestaltung und Realisation

In den folgenden Abschnitten wird zunächst auf die Grundlagen zum Leitfaden-Interview eingegangen. Anschließend wird die Entwicklung des Leitfadens für die vorliegende Arbeit dargestellt und der Leitfaden abgebildet.

4.6.1. Das Leitfaden-Interview

In dieser Arbeit wurde als Erhebungsinstrument das Leitfaden-Interview gewählt. Leitfaden-Interviews stellen sich als geeignete Methode dar, wenn es zum Einen gilt, subjektive Theorien und Formen des Alltagswissens bei maximaler Offenheit zu rekonstruieren und zum Anderen ist der Einsatz von Leitfaden-Interviews sinnvoll, wenn von den Interviewenden Themen eingeführt und damit in den offenen Erzählraum strukturierend eingegriffen wird (Helfferich 2009).

Das Leitfaden-Interview gehört zu den teilstrukturierten Interviewformen und stellt eine Sonderform von Interviews dar, weil nach der stringenten Unterteilung in qualitative und quantitative Forschung dementsprechend das offene, narrative Interview und das strukturierte Interview als kontrastierende Interviewformen zur Verfügung stehen. Grundlage für ein halbstrukturiertes Interview bildet ein Gesprächsleitfaden, der aus einer gewissen Anzahl an Leitfragen zu den entsprechenden Themen besteht, die im Gesprächsverlauf weiter exploriert werden können (Lamnek 2010).

4.6.2. Entwicklung des Leitfadens

Entwickelt wurde der Fragebogen vor dem Hintergrund der SPSS-Methode (Sammeln, Prüfen, Sortieren, Subsummieren, vgl. (Helfferich 2009)). Ein zentrales Merkmal dieses Verfahrens ist die Erstellung des Leitfadens in Zusammenarbeit mit einer Forschergruppe. Dies geschah in Form von zwei Forschergruppen, die sich zum Einen aus Promovenden der Universität Bielefeld (Fachbereich Gesundheitswissenschaften) zusammensetzte und zum Anderen

aus einer Gruppe von Promovenden, die sich im Rahmen eines Workshops zur qualitativen Forschung zusammenfand. Anhand dieser Vorgehensweise war es möglich, zunächst Fragen aus unterschiedlichen Blickrichtungen zu **sammeln** und diese hinsichtlich der Forschungsfrage zu **prüfen**, um sie im nächsten Schritt in der Forschergruppe zu **sortieren** (vgl. Tabelle 6).

Tabelle 6 Das SPSS-Verfahren

S	Im ersten Schritt werden in einem offenen Brainstorming möglichst viele Fragen gesammelt
P	Im Anschluss werden die Fragen hinsichtlich ihrer Eignung über prüft und alle die unpassend erscheinen gestrichen.
S	Mit den verbleibenden Fragen erfolgt nun eine Sortierung nach offenen Erzählaufforderungen, Aufrechterhaltungsfragen und konkreter Nachfragen.
S	Zum Schluss werden die Fragen noch unter die Leitfragen subsumiert .

nach (Helfferich 2011), eigene Darstellung

Dabei wurden die einzelnen Themen und Fragen des Leitfadens hinsichtlich ihrer Kultursensibilität und dem Sampling mit dem gleichzeitigen Vorhandensein unterschiedlicher sozialer (Bildungs-)Schichten diskutiert.

Ergebnis der Diskussionen war eine möglichst einfache und offene Formulierung der Fragen. Dabei wurde stets auf eine Reihenfolge der Fragen geachtet, die vom Allgemeinen zum Speziellen geht. Dieses Vorgehen bietet die Möglichkeit, dass die Interviewten sich zunächst sehr offen und anhand ihres eigenen Relevanzsystems auf die Antwort der Frage konzentrieren können, ohne bereits Vorgaben durch die Art und Weise der Fragestellung erhalten zu haben. Eine weitere Schwierigkeit wurde in dem Verhältnis zwischen Interviewerinnen und Interviewpartnerinnen hinsichtlich der Profession der Interviewerinnen gesehen. Während die Interviewerinnen aufgrund ihres Interviewanliegens und ihres Bildungskontextes als Expertinnen für das Thema angesehen werden können, sollten sich jedoch die interviewten Mütter als Expertinnen in der praktischen Anwendung der Kinderernährung betrachten. Die Interviewten sollten ihre eigene Vorgehensweise bei der Ernährung ihres Kindes erläutern und dabei die für sie geltenden subjektiven Theorien, Normen und Empfehlungen anführen, ohne darauf zu achten, was richtig oder falsch ist. Aufgrund dessen wurde, wie bereits weiter oben beschrieben, darauf explizit hingewiesen.

Es zeigte sich bereits während der Anwendung der SPSS-Methode die Schwierigkeit, dass die Interviews von zwei unterschiedlichen Interviewerinnen mit jeweils anderem fachwissenschaftlichen Hintergrund durchgeführt werden (die Autorin besitzt eine ernährungs- und gesundheitswissenschaftliche Ausbildung und die türkischsprachige Interviewerin besitzt einen sprachwissenschaftlichen Hintergrund und hat bereits Erfahrungen in der Durchführung qualitativer Interviews im Rahmen einer gesundheitswissenschaftlich ausgerichteten Studie sammeln können). Die Diskutanden kamen zu dem Schluss, dass die sorgfältige Einführung der türkischsprachigen Interviewerin in das Forschungsthema von besonderer Bedeutung für die Qualität der Interviewdurchführung ist. Demnach wurden der türkischsprachigen Interviewerin alle Vorarbeiten zu diesem Forschungsprojekt sowie die einschlägige Literatur zur Verfügung gestellt. Darüber hinaus wurde der aus der SPSS-Methode entwickelte Leitfaden mit der türkischsprachigen Interviewerin diskutiert, um sicherzustellen, dass sie die Hintergründe der Fragen nachvollziehen und verinnerlichen kann. Ein weiteres Ergebnis der Diskussion war eine unter den Interviewerinnen abgestimmte Vorgehensweise während der Phase der Interviewdurchführung, in der sie sich nach jedem Interview abstimmen, indem die Transkripte der Interviews ausgetauscht und diskutiert wurden und der Leitfaden bei Bedarf angepasst wurde.

Laut Helfferich bietet es sich an, ein bis vier Bündel an Fragen zur Konstruktion des Leitfadens zu konzipieren, wobei die Bündelung unterschiedlichen Kriterien unterliegen kann (z.B. einer zeitlichen Perspektive oder anhand des Forschungsinteresses). Bei der vorliegenden Arbeit wurde zunächst nach zeitlicher Perspektive gebündelt, das bedeutet ausgehend von der Ernährung nach der Geburt bis zum Zeitpunkt der Einführung des Familienessens. Die einzelnen thematischen Blöcke wurden in Anlehnung an Przyborski und Wohlrab-Sahr jeweils mit einer allgemein formulierten Frage eröffnet (Przyborski und Wohlrab-Sahr 2008). Dabei wurden die Fragen nicht immer in genau diesem Wortlaut und auch nicht zwingend in der angegebenen Reihenfolge in den Interviews gestellt, sondern angepasst an die jeweilige Situation bzw. das Sprachniveau (z.B. Umgangssprache vs. Fachsprache) (Geyer 2003). Laut Przyborski und Wohlrab-Sahr dient der Leitfaden eher zu der Orientierung des Interviewers während des Gesprächs und lässt sich flexibel einsetzen. Der Schwerpunkt liegt bei dem Interview darauf, dem Interviewten „Raum für die Darstellung von Sachverhalten und Positionen in ihrem situativen Kontext, ihrem Entstehungszusammenhang und ihrer Einbettung in die Relevanzstruktur“ zu geben (Przyborski und Wohlrab-Sahr 2014, S. 132). Während der Interviews zeigte sich jedoch teilweise, dass die Mütter direkt bei den unterschiedlichen Ernährungsphasen ihr eigenes Informationsverhalten angesprochen haben, sodass die Reihenfolge der (Nach-)Fragen dementsprechend angepasst wurde.

Nach Ullrich empfiehlt es sich jede Frage im Leitfaden nach folgenden Kriterien zu prüfen (Ullrich 1999):

1. Warum wird die Frage gestellt? (theoretische Relevanz oder technische Funktion)
2. Wonach soll gefragt werden?
3. Warum ist die Frage so (und nicht anders) formuliert? (Verständlichkeit, Eindeutigkeit, Ergiebigkeit)
4. Warum steht die Frage an einer bestimmten Stelle im Leitfaden.

Diese Fragestellungen wurden an jede Frage abschließend nach dem Durchlaufen der SPSS-Methode herangetragen und die Fragen wenn nötig dementsprechend geändert.

A) Einstieg

Zum Einstieg wird hier ein erzählgenerierender Impuls eingesetzt: Wie verlief die Ernährung Ihres Kindes im ersten Lebensjahr? Erzählen Sie mal.

Als erzählgenerierendes Instrument wird der Einstiegsfrage ein hoher Stellenwert zugesprochen, da sie mit ihrer offenen Formulierung einen angenehmen Einstieg in das Interview gewährt und die Interviewpartnerinnen die Möglichkeit haben für sie relevante Themen in einer eigenen Struktur darzustellen (Helfferich 2009).

B) Themenkomplex Ernährung

Es folgt die Überleitung zu detaillierteren Themen zur Ernährung des Kindes während des ersten Lebensjahres. Dabei werden die verschiedenen Phasen in der Ernährung des Kindes erfragt:

1. Stillen (Dauer, Erfahrungen, Probleme, Bewertung/Stellenwert des Stillens)
2. Flaschennahrung (Dauer, Erfahrungen, Probleme, Entscheidungskriterien und Bewertung der gewählten Flaschennahrung – falls zutreffend, Begrifflichkeiten)
3. Übergang zu fester Nahrung (Zeitpunkt, Art der Beikost, Entscheidungskriterien für die gewählte Ernährungsform, Begrifflichkeiten)
4. Übergang zum Familienessen (Zeitpunkt, Art des Familienessens, Entscheidungskriterien für den Übergang, Schwierigkeiten)
5. Empfehlungen, die die Interviewpartnerinnen an andere Mütter weitergeben würde

Daneben werden die Themen, die von den Interviewpartnerinnen neu eingeführt werden hinterfragt.

Zu den Begriffen: Wie bereits im Hintergrund unter Ernährungseinstellungen in Deutschland zur Kinderernährung beschrieben lieferten die Ergebnisse eines Forschungsprojektes im FKE Hinweise darauf, dass das Verständnis der fachlich geprägten Begriffe für die Säuglings- und Kleinkindernährung unterschiedlich bei Müttern ohne MH und Müttern mit türkischem MH sein könnte. Dementsprechend wurden die Bedeutungen der Begriffe hinterfragt.

C) Themenkomplex Informationswege

In diesem Teil des Interviews werden Fragen zum Informationsverhalten der Interviewpartnerinnen und den Orientierungen bzw. den Leitbildern hinsichtlich zur Kinderernährung erfragt. Folgende Themen wurden dabei berücksichtigt:

1. Kreis der AkteurInnen, von denen sich die Interviewpartnerinnen Informationen eingeholt haben (Stellenwert der einzelnen Personen, Verständnis und Bewertung der Informationen) sowie Akteure die (also eher unaufgefordert) Informationen zur Kinderernährung an die Mütter herangetragen haben
2. Weitere Informationsquellen (Internet, Broschüren, Ratgeber, weitere Printmedien etc.)
3. Inhalte der Informationen (Zeitraum, auf den sich die Information hinsichtlich der Kinderernährung bezieht, konkrete Inhalte & Empfehlungen)
4. Wünsche der Interviewpartnerinnen, die über die erhaltenen Informationen hinausgehen

Auch hier werden die Themen, die die Interviewpartnerinnen von sich aus aufgeführt haben, näher hinterfragt. Zum Abschluss wurde den Interviewpartnerinnen noch einmal Raum gelassen, um eigene Fragen zu stellen oder noch offene Themen zu klären.

Es wurde nach den Informationswegen sowie den Inhalten der Informationen gefragt, um herauszuarbeiten wie sich die Interviewten informieren und welche Informationen sie nutzten bzw. welche tatsächlich nützlich waren. Dies ist von besonderer Bedeutung, weil so der Hintergrund des Ernährungs- und Informationswissens der Mütter abgebildet werden kann.

4.7. Interviewdurchführung und technische Realisation

Die Interviews wurden von zwei Forscherinnen durchgeführt. Bei der ersten Forscherin handelt es sich um die Autorin, die zweite Forscherin ist eine Linguistik-Studentin und türkische Muttersprachlerin. Die Interviews wurden entweder in den Wohnungen der Interviewten bzw. in denen der Forscherinnen oder an einem öffentlichen Ort (z.B. Café) durchgeführt. Die türkischen Interviewten hatten die Möglichkeit, zwischen der deutschen und der türkischen Sprache zu wählen. Vor Interviewbeginn wurden die Probandinnen über den Interviewverlauf sowie datenschutzrechtliche Bestimmungen aufgeklärt und willigten bei Teilnahmebereitschaft mit ihrer Unterschrift der Durchführung des Interviews ein (s. Anhang 9.4.).

Die Interviews der Autorin wurden mit einem Diktiergerät (Olympus Player DS40) aufgezeichnet und mit Hilfe des dazugehörigen Olympus DSS Player Lite wortwörtlich transkribiert. Die türkischsprachigen Interviews wurden mit Hilfe einer speziellen App für Mobiltelefone aufgenommen und mit dem Programm f4 wortwörtlich transkribiert und wenn nötig in die deutsche Sprache übersetzt. Die Transkriptionsregeln sind im Anhang unter Punkt 9.7. aufgeführt.

4.7.1. Postskript

Um allgemeine Eindrücke der Gesprächssituation zu dokumentieren, wurde nach jedem Interview ein Postskript von der jeweiligen Interviewenden erstellt (s. Anhang 9.6.). Dies bietet die Möglichkeit, die Rahmenbedingungen des Gesprächs festzuhalten, die hinsichtlich der späteren Auswertung von besonderer Bedeutung sein können. In dem Postskript werden neben Datum, Ort und Zeit auch die Gesprächsatmosphäre, der Gesprächsverlauf, die Interaktionen, Besonderheiten, auffallende Themen sowie Störungen und der Zugang zu der Interviewpartnerin festgehalten.

4.7.2. Datenschutz, Anonymität, Forschungsethik

In jeder Studie, in der Daten von menschlichen Individuen erhoben und verwertet werden, sind datenschutzrechtliche und ethische Prinzipien in allen Schritten des Forschungsprozesses zu wahren. Zur unabhängigen Begutachtung dieses Forschungsprojektes wurde ein Ethikantrag gestellt mit dem Ergebnis, dass das hier beschriebene Projekt inklusive Datenschutzkonzept mit einem positiven Votum der Ethikkommission Münster beurteilt wurde.

Das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) liefert den rechtlichen Rahmen zur Umsetzung des Datenschutzes und der Anonymität in qualitativen Forschungsprojekten. Unter Berücksichtigung der Vorschriften des BDSG, insbesondere unter § 40 BDSG „Verarbeitung und Nut-

zung personenbezogener Daten durch Forschungseinrichtungen“ (in der zuletzt geänderten Version vom 25.02.2015) wurden die personenbezogenen Daten nur nach vorheriger Einwilligung mittels Unterschrift der Interviewteilnehmerinnen erhoben. Davor wurden die potentiellen Interviewteilnehmerinnen über den Zweck der Studie, die vorgesehene Verarbeitung und die Beseitigung der Daten informiert und hatten die Möglichkeit Rückfragen zu stellen. Allen Interviewpersonen wurde zugesichert, dass sie jederzeit, auch nach der Befragung, das Recht auf Widerruf haben. In den Fällen, in denen die potentiellen Interviewteilnehmerinnen über Dritte rekrutiert wurden, erhielten sie vorab Informationen zur Studie per Mail. Die Mailadresse der Interviewpartnerinnen verblieb dabei bei dem Gatekeeper und es wurde lediglich bei Interesse zur Teilnahme die Telefonnummer ohne vollständigen Namen und Adresse übermittelt. Die Adress- und personenbezogenen Daten wurden anonymisiert und die Einwilligungserklärungen wurden während der Datenaufbereitung und Auswertung in gedruckter Form getrennt von den Datenträgern aufbewahrt.

4.7.3. Soziodemografischer Fragebogen

Im Anschluss an jedes Interview wurde der jeweiligen Interviewpartnerin ein Fragebogen zu soziodemografischen Daten vorgelegt (s. Anhang 9.5.). Dieser beinhaltet neben Angaben zu Alter und Wohnort auch Daten zu Familienstand, beruflicher und schulischer Bildung, Berufstätigkeit, Einkommen, Geburtsland, Sprachfähigkeiten und Staatsbürgerschaft. Neben der Abfrage dieser Angaben bei der Interviewpartnerin wurden einige dieser Punkte auch über den Partner (Bildung, Beruf, Einkommen, Geburtsort) und die Eltern (Geburtsland) abgefragt.

Mit den Angaben zu Bildung (mit den Subdimensionen Schulbildung und (Berufs-) Ausbildung), Beruf (berufliche Stellung: hier Beschäftigungsstatus) und Einkommen wurde anschließend eine Einteilung in den sozialen Status vorgenommen. Das Vorgehen orientiert sich an der Einteilung des sozialen Status im Rahmen der KiGGS-Studie (Lampert et al. 2002; Lampert und Kroll 2009; Lange et al. 2007b), welche wiederum gemäß der Empfehlungen der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Epidemiologie entwickelt wurde (Jöckel et al. 1998). Bei den Variablen Schulabschluss und berufliche Stellung wurden jedoch geringfügige Änderungen der Einteilungen vorgenommen. Es wurden z.B. polytechnische Oberschule und erweiterte Oberschule nicht abgefragt, sondern nur die klassischen Schulformen. Da die meisten Mütter in Deutschland in dem ersten Lebensjahr ihres Kindes und teilweise darüber hinaus in Mutterschutz sind, wurde die berufliche Stellung bzw. der Beschäftigungsstatus bei der Erstellung des Index-Scores nicht berücksichtigt.

Tabelle 7 Berechnungsgrundlage für den Schichtindex

Punkt- wert pro Spalte	Schulbildung	Berufliche Qualifikation	Einkommen
1	Ohne Abschluss, Haupt-, Realschule, mittlere Reife, Fachhochschulreife, anderer Schulabschluss	Keinen Berufsabschluss, anderer Berufsabschluss, in Lehre, in Berufsausbildung	Unter 1250€
2	Ohne Abschluss, Hauptschule anderer Schulabschluss	Lehre, Berufsfachschule, Handelsschule, Fachschule, Studenten	1250-1749€
3	Realschule, mittlere Reife	Lehre, Berufsfachschule, Handelsschule, Fachschule, Studenten	1750-2249€
4	Fachhochschulreife	Lehre, Berufsfachschule, Handelsschule, Fachschule, Studenten	2250-2999€
5	Abitur	Keinen Berufsabschluss, Lehre, Berufsfachschule, Handelsschule, Fachschule, in Lehre, Studenten	3000-3999€
6	Abitur	Fachhochschule	4000-4999€
7	Abitur	Universität	Über 5000€

nach (Lange et al. 2007b), eigene Darstellung

In diesem mehrdimensionalen Status-Index werden die Ausgangsvariablen in ordinale Skalen mit je sieben Kategorien übertragen und diesen jeweils Punktwerte von 1 bis 7 zugeordnet (s. Tabelle 7). Der Indexwert errechnet sich aus der Summe der einzelnen Punktwerte und kann Werte zwischen zwei und 14 erreichen. Analog zu dem Vorgehen in KiGGS wurden auch hier Angaben von Mutter und Vater separat erhoben und berechnet⁹. Der höhere Index-Score wurde anschließend dem Haushalt zugeordnet und gilt für die Auswertung als ausschlaggebend. Bei getrennt lebenden Eltern wurde der Index-Score dem Elternteil zugeordnet, bei dem das Kind die meiste Zeit verbracht hatte. Die Einteilung in die drei Statusgruppen wurde je nach erreichtem Punktwert in folgende Kategorien vorgenommen: „niedriger Sozialstatus“ (2-5,5 Punkte), „mittlerer Sozialstatus“ (6-10 Punkte), „hoher Sozialstatus“ (10,5-14 Punkte) (Lange et al. 2007b). Diese Einteilung (Spanne bei niedrigem und hohem

⁹ Eine Mutter hat Angaben zu dem Kindesvater verweigert.

Status beinhaltet jeweils drei Punkte und bei mittlerem Status vier Punkte) wurde vorgenommen, um eine möglichst gleichwertige Einteilung der Punktwerte in die drei Statusgruppen zu gewährleisten.

4.8. Auswertung

Im Fokus qualitativer Auswertungsmethoden stehen stets deren Offenheit gegenüber dem Untersuchungsgegenstand (s. auch Gütekriterien in Kapitel 4.2.). Somit bedarf jeder Forschungsgegenstand eigens ausgewählter Auswertungsmethoden, die sich vor dem Hintergrund der Offenheit während der Nutzung derselben, also bei der Durchführung des Forschungsvorhabens auch noch ändern dürfen, wenn sie sich als ungeeignet herausstellen (Flick et al. 2015). Die Wahl des Auswertungsverfahrens ist, neben dem Kriterium der Offenheit, auch von weiteren Faktoren abhängig. Ob z.B. die Entscheidung für die qualitative Inhaltsanalyse oder für das Kodieren getroffen wird, hängt davon ab, inwiefern es gelingt, die Forschungsfrage sowie ein strukturiertes Auswertungsverfahren mit hoher Präzision zu entwickeln. Dabei bietet sich die qualitative Inhaltsanalyse eher bei Studien an, in denen man genau weiß, wonach gesucht wird. Daneben eignet sich das Kodieren bei Untersuchungen mit einer unscharfen Untersuchungsfrage, anhand derer keine strukturierten Variablen oder Einflussfaktoren entwickeln werden können. Das Kodierverfahren wird im Allgemeinen auch als weniger voraussetzungsvoll bezeichnet (Flick et al. 2015; Gläser und Laudel 2010). Da die leitende Forschungsfrage nach den Einstellungen der Mütter mehr dem Verfahren des Kodierens zugeordnet werden kann, wurde nach weiteren Voraussetzungen und Anwendungsmöglichkeiten des Kodierens recherchiert. Neben dem Kodieren in der Grounded Theory existiert noch das sogenannte thematische Kodieren. Das Auswertungsverfahren des thematischen Kodierens basiert bedeutend stärker auf Vorwissen, vor allem theoretischem Vorwissen, als das in der Grounded Theory der Fall ist. Demzufolge geht es in der Anwendung des thematischen Kodierens in einer empirischen Studie auch nicht um Theoriegenerierung per se, wie in der Grounded Theory üblich, „sondern um die Überprüfung und Weiterentwicklung einer als aussichtsreich eingeschätzten Theorie, dies allerdings nicht in generalisierender Weise, sondern als fallbezogene Überprüfung der Gültigkeit einer Theorie mittlerer Reichweite“ (Kuckartz 2010, S. 85).

Der Anspruch an die Weiterentwicklung eines theoretischen Modells zur Erklärung der empirischen Ergebnisse ist ein erklärtes Ziel dieser Arbeit und verdeutlicht damit neben der Zuordnung der Forschungsfrage zu dem Auswertungsverfahren die Passgenauigkeit des thematischen Kodierens in dieser Arbeit. Die Wahl des thematischen Kodierens als Auswer-

tungsverfahren bietet darüber hinaus noch andere Vorteile, wie z.B. die Eignung bei einem Gruppenvergleich von vorab festgelegten Gruppen (hier Mütter mit und ohne türkischem Migrationshintergrund) und kann bei Leitfadenterviews eingesetzt werden.

Die praktische Durchführung der Auswertung zeichnete sich durch die kontinuierliche Zusammenarbeit der türkischsprachigen Interviewerin und der Autorin aus. Dabei werteten sie gemeinsam dichte Textpassagen aus und hörten bei Bedarf gemeinsam die jeweiligen Audiomitschnitte nach. Die Postskripte wurden auch zu Hilfe genommen und die Interviewsituationen rückwirkend dargestellt. Mit diesem Verfahren konnte sichergestellt werden, dass auch die Kontextfaktoren der einzelnen Interviews bei der Auswertung berücksichtigt wurden, insbesondere bei den Interviews die von der türkischsprachigen Interviewerin durchgeführt wurden. Damit sollte der Inter-Interviewer-Bias bei der Auswertung möglichst gering gehalten werden. Ein genereller Einfluss der Interviewerinnen auf die Interviewten war jedoch nicht auszuschließen und wird daher im weiteren Verlauf der Diskussion der Ergebnisse berücksichtigt.

4.8.1. Thematisches Kodieren

Definition von Kategorien

Eine Hauptkategorie wird hier definiert als das einfachste der Konzepte dem „bestimmte Phänomene im Datenmaterial zugeordnet werden können“ (Kelle und Kluge 2010, S. 86). Die Hauptkategorie kann dabei aus einem Wort oder mehreren zusammengesetzten Wörtern (Nomen und Adjektive) bestehen und kann inhaltlich sehr alltagsnah und einfach formuliert sein oder aber theoretisch sehr abstrahiert. Eine Kategorie 1. Ebene entspricht dabei einem untergeordneten Phänomen der Hauptkategorie, wobei einer Hauptkategorie mindestens zwei Kategorien 1. Ebene zugeordnet werden sollen. Einer Kategorie 1. Ebene können Subkategorien zugeordnet werden, wenn nötig und möglich. Diese entsprechen weiter ausdifferenzierten Ausprägungen der Kategorien 1. Ebene. Der Vorgang der Zuordnung von Subkategorien zu Kategorien 1. Ebene lässt sich auch als Dimensionalisierung bezeichnen. In Anlehnung an Kelle und Kluge können diese Begrifflichkeiten mit folgenden Beispielen erläutert werden: Zwei Beispiele für Hauptkategorien können „Schulabschluss“ und „Gefühlsarbeit“ sein. Als Kategorien 1. Ebene für „Schulabschluss“ werden „Hauptschulabschluss“, „Realschule“, „Abitur“ etc. und auch „kein Schulabschluss“ genannt. Bei der „Gefühlsarbeit“ sind Situationen denkbar in denen Gefühlsarbeit vorhanden oder nicht vorhanden ist. Kelle und Kluge ziehen zur weiteren Veranschaulichung der Begrifflichkeiten den Vergleich mit der quantitativen Sozialforschung heran, wobei eine Hauptkategorie als Merkmal oder Variable bezeichnet werden kann und eine Kategorie 1. Ebene als Merkmalsausprägung (Kelle und

Kluge 2010). Nach Kelle und Kluge kann zwischen drei Arten von Kodierkategorien unterschieden werden:

1. Empirisch gehaltlose abstrakte theoretische Konzepte (sind z.B. als Heuristiken einsetzbar)
2. Alltagskonzepte (entsprechen häufig den Themenfeldern des Interviewleitfadens)
3. Empirisch gehaltvolle Kategorien (vgl. ebd.)

Thematisches Kodieren

Das thematische Kodieren besteht aus einem mehrstufigen Vorgehen. Es beginnt mit einer Reihe von Einzelfallanalysen, welche die Kurzbeschreibung des jeweiligen Falls zur Orientierung beinhaltet. Die Beschreibung enthält für das Interview typische Aussage(n) (Motto des Falls), eine knappe Darstellung der interviewten Person im Hinblick auf die Fragestellung (Alter der Mutter und des Kindes, sozialer Status, Informationen zum Migrationshintergrund und ein kurzer Abriss des Ernährungsverlaufs im ersten Lebensjahr des Kindes) und die zentralen Themen, die sie im Verlauf des Interviews zu dem Untersuchungsgegenstand angegeben hat. Die Einzelfallanalysen wurden im weiteren Verlauf der Erstellung weiterer ausführlicher Fallanalysen kontinuierlich modifiziert. Ebenso wurde das Motto der jeweiligen einzelnen Fälle kontinuierlich weiterentwickelt, sodass diese als interpretativ, wenngleich bezüglich der Inhalte des Interviews als stark verkürzt angesehen werden müssen. Ein Überblick über die Mottos der einzelnen Fälle sind in Tabelle 11 und Tabelle 12 dargestellt. Laut Kuckartz können nach Abschluss der Überarbeitung die Fallanalysen Bestandteil der Ergebnisse sein (Kuckartz 2010). In dieser Arbeit werden die Fallanalysen im Ergebnisteil (vgl. Kapitel 5.2.) gezeigt. Anschließend erfolgt die vertiefende Analyse des Einzelfalls (bzw. der Einzelfälle) mit dem Ziel den Sinnzusammenhang der Auseinandersetzung der jeweiligen Person mit dem Thema des Untersuchungsgegenstands zu erhalten, aufgrund dessen werden für nahezu alle einbezogenen Fälle ausführliche Fallanalysen durchgeführt. Ein Auszug aus den ausführlichen Falldarstellungen findet sich im Anhang unter Kapitel 9.8. Bestandteil der Analyse ist die Entwicklung eines Kategoriensystems für den einzelnen Fall. Dabei wird in Anlehnung an Strauss zunächst offen, dann selektiv kodiert. Ziel ist dabei zunächst die Generierung thematischer Bereiche und Kategorien für den einzelnen Fall (Flick et al. 2015). Wobei ein Unterschied zwischen der Grounded Theory und dem Verfahren des thematischen Kodierens in der Definition des Kodierbegriffs (bezogen auf den Vorgang des Kodierens) liegt. Im Vergleich zum Kodierbegriff bei der Grounded Theory beinhaltet das Kodieren bei

der Methode des thematischen Kodierens die Zuordnung des Materials zu Auswertungskategorien (Kuckartz 2010).

Im nächsten Schritt wurden nach den ersten Fallanalysen die Hauptkategorien, Kategorien 1. Ebene, Subkategorien und thematischen Bereiche, auf die sich die einzelnen Fälle beziehen, miteinander abgeglichen. Daraus entstand eine thematische Struktur, die als Grundlage für die Analyse weiterer Fälle dient, mit dem Zweck deren Vergleichbarkeit zu erhöhen. Die Struktur orientiert sich auf Ebene der Hauptkategorien (Definition in atlas.ti als Kodierfamilie), in dieser Arbeit an den konativen, affektiven und kognitiven Einstellungen der Mütter im Ernährungsprozess. Das Kategoriensystem wird aus den ersten Fällen entwickelt und an den weiteren Fällen geprüft, und wenn sich neue oder widersprüchliche Aspekte ergeben, entsprechend modifiziert. Mit dieser Struktur werden alle Fälle analysiert. Zur Feinanalyse der thematischen Bereiche werden einzelne dichte Textpassagen (z.B. die Einstiegspassage oder längere Erzählungen von Situationen) detailliert interpretiert.

Dabei wird das von Strauss vorgeschlagene Kodierparadigma als Basis für die Ableitung folgender Leitfragen genutzt:

1. Bedingungen: Warum? Was führte zu dieser Situation? Hintergrund? Verlauf?
2. Interaktion zwischen den Handelnden: Wer handelte? Was geschah?
3. Strategien und Taktiken: Welche Umgangsweisen? z.B. Vermeiden, Anpassen etc.
4. Konsequenzen: Was veränderte sich? Resultate? (Flick et al. 2015)

Ergebnis dieses Schritts ist eine fallbezogene Darstellung der Auseinandersetzung mit dem Gegenstand der Untersuchung einschließlich der Leitthemen (konative, affektive und kognitive Einstellungen zur Ernährung), die sich durch die Sichtweisen über verschiedene Bereiche (z.B. was als gesunde Ernährung angesehen wird, Umgang mit dem Kind) hinweg als spezifisch für den Fall festhalten lässt. Aus dem konstanten Vergleich der Fälle auf der Grundlage des entwickelten Kategoriensystems lässt sich das inhaltliche Spektrum der Auseinandersetzung der Interviewpartner mit den jeweiligen Themen skizzieren.

Die daraus entwickelte thematische Struktur dient auch für den Vergleich der Fälle und Gruppen in dieser Stichprobe, d.h. der Herausarbeitung von Gemeinsamkeiten und Unterschieden zwischen den zu untersuchenden Gruppen. Darüber wird die soziale Verteilung der Perspektiven auf den untersuchten Gegenstand analysiert und geprüft, zum Beispiel subjektive Annahmen zu gesunder Ernährung als Grundlage, um das Kind gesund aufwachsen zu lassen. Zur computergestützten Analyse wird das Programm atlas.ti Version 7 verwendet. Der Ablauf des thematischen Kodierens ist in der folgenden Abbildung grafisch dargestellt.

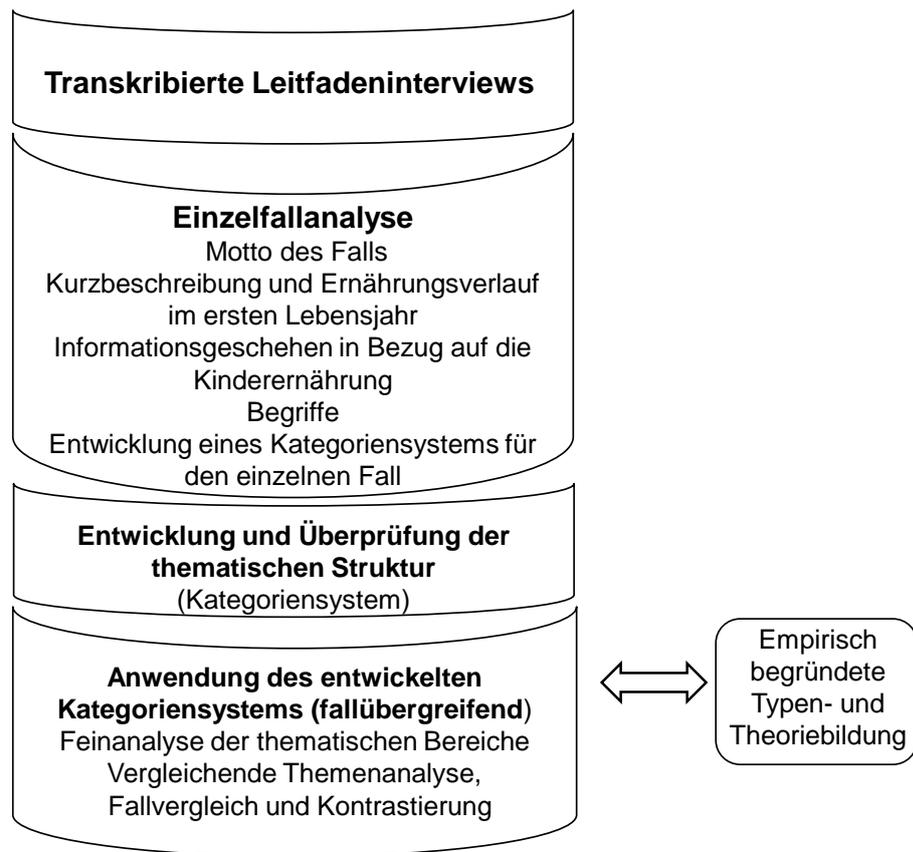


Abbildung 9 Thematisches Kodieren, modifiziert in Anlehnung an (Flick 1996, 2000), eigene Darstellung

Im folgenden Abschnitt werden die heuristischen Auswertungsstrategien beschrieben, die hier zur Anwendung kommen sollen. Unter heuristisch ist in diesem Zusammenhang Unbekanntes, Ungewöhnliches und gar Irritierendes zu verstehen, welches aus dem Datenmaterial herauszuarbeiten ist und dabei unterstützt, Struktur und Ordnung in die Datenmenge zu bringen (Kelle und Kluge 2010; Kleining 1995).

4.8.2. Typenbildung

Ziel der Typenbildung ist das Herausarbeiten von Ähnlichkeiten und Unterschieden im Datenmaterial (auf Basis der Hauptkategorien). Dies wird durch den Fallvergleich und Fallkontrastierungen auf Ebene der Einzelfälle und insbesondere auf übergeordneter Ebene erreicht. Die einem Typus zugeordneten Fälle sollen sich möglichst ähnlich sein und sich von den anderen Typen zugeordneten Fällen möglichst deutlich unterscheiden. Kelle und Kluge sprechen in diesem Zusammenhang auch von interner Homogenität auf der Typus-Ebene und externer Heterogenität auf Ebene der Typologie (Kelle und Kluge 2010). Helfferich bezeich-

net dies auch als das minimax-Prinzip (Helffferich 2011). Grundlage für die Typenbildung sind zunächst die einzelnen Fälle, die bezüglich einzelner Hauptkategorien zu ihren konativen, affektiven und kognitiven Einstellungen hinsichtlich der Kinderernährung zugeordnet wurden. Dies lässt sich auch als Elemente der Typen bezeichnen (Kelle und Kluge 2010).

Durch die Fallkontrastierungen und den Vergleich sollen sich Begrifflichkeiten herauskristallisieren, die die übergeordnete Struktur der Fälle darstellt (Kelle und Kluge 2010). Laut Kelle und Kluge wird eine Typologie „immer als das Ergebnis eines Gruppierungsprozesses bezeichnet, bei dem ein Objektbereich anhand eines oder mehrerer Merkmale in Gruppen bzw. Typen eingeteilt wird“ (s. ebd., S. 85).

Typologien verweisen auf inhaltliche Sinnzusammenhänge und können damit eine Grundlage für die Analyseheuristik bei der Theoriebildung darstellen. Jedoch nur wenn die Typologien so komplex formuliert und tiefgreifend analysiert werden, dass sie „schließlich ein System miteinander verknüpfter Hypothesen darstellen“ (Kelle und Kluge 2010, S. 95). Wenn die Formulierung eher weniger abstrakt verläuft, können sie lediglich einen Zwischenschritt zur Theoriebildung kennzeichnen.

Der Prozess der Typenbildung lässt sich auch in Form eines Stufenmodells darstellen (Abbildung 10). Dabei handelt es sich um ein logisch aufeinander aufbauendes Modell mit vier Stufen. Wie die Pfeile zwischen den Stufen eins bis drei zeigen, können bzw. sollen die ersten drei Stufen mehrmals durchlaufen werden, insbesondere bei der mehrdimensionalen Typenbildung.

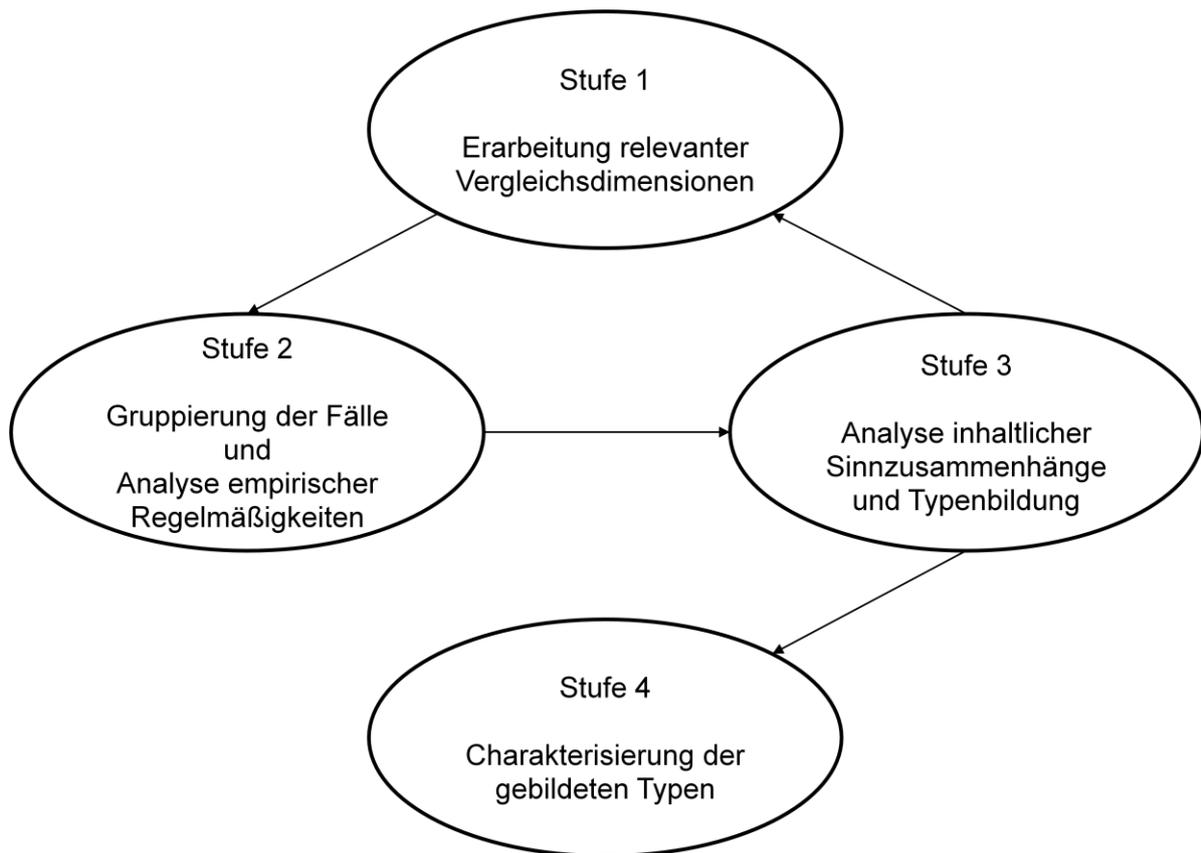


Abbildung 10 Stufenmodell empirisch begründeter Typenbildung, Darstellung in Anlehnung an (Kelle und Kluge 2010, S. 92)

Inhaltlich lässt sich unter den vier Stufen Folgendes verstehen:

- Erarbeitung von Hauptkategorien, Kategorien 1. Ebene und Subkategorien
- Fälle werden anhand definierter Vergleichsdimensionen (bzw. Hauptkategorien) und ihrer Ausprägungen (bzw. Kategorien 1. Ebene und Subkategorien) gruppiert und auf empirische Regelmäßigkeiten untersucht (minmax-Prinzip)
- Analyse der inhaltlichen Sinnzusammenhänge, die den empirisch gefundenen Typen zugrunde liegen
- Darstellung der gebildeten Typen und inhaltlichen Sinnzusammenhänge

Die Stufen eins bis drei wurden in eigener Arbeit sowie im Rahmen einer Auswertungsgruppe durchgeführt. Die Auswertungsgruppe besteht neben den Interviewenden (Autorin und türkischsprachige Linguistik-Studentin) aus weiteren zwei bis vier DoktorandInnen aus dem Bereich der Gesundheitswissenschaften.

Bei den Analyserunden werden folgende Fragen an das Material herangetragen:

- Wie werden die relevanten Themen dargestellt bzw. eingeführt?
- Wie positioniert sich die Interviewte innerhalb der auszuwertenden Passagen?
- Werden auch Fremdpositionierungen deutlich (z.B. die des Kindes)?
- Welche Bedeutung und Relevanz haben die Themen?
- Wie verdeutlichen die Interviewten ihre Einstellungen?

Nach jeder Analysesitzung werden die Ergebnisse in Form von Memos in dem Programm atlas.ti Version 7 niedergeschrieben und dienen damit der Dokumentation und zur Unterstützung der späteren Typenbildung.

4.8.3. Weiterentwicklung einer Theorie

In diesem Arbeitsschritt wird das allmähliche Schließen des theoretischen Konzepts vorgenommen, welches im Anschluss an die Typenbildung stattfindet und in Kapitel 6.2.1. dargestellt wird. Das Schließen des theoretischen Konzepts erfordert dabei die Untersuchungsschritte, die in den oben aufgeführten Kapiteln angeführt wurden. Die empirisch begründete Theorie wird um eine der vorherrschenden theoretisch abstrahierten Typen „herum“ entwickelt, das bedeutet, dass bisherige Theorien integriert werden ebenso wie die empirischen Ergebnisse. Eine Unterstützung in diesem Prozess liefern die in atlas.ti Version 7 erstellten Memos in allen Phasen der Forschungsarbeit sowie das kontinuierliche Rekurrieren auf das Gesundheitsverhalten erklärende wissenschaftliche Theorien.

Folgende Theorien (Lebenslaufperspektive, Modelle zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit, Migration und Gesundheit, vgl. Kapitel 3.) sind bei der Erklärung des Phänomens auf gesellschaftlicher Ebene anzusiedeln und beschäftigen sich u. a. mit der Frage wie Risiko- und Schutzfaktoren bei der Entstehung von Gesundheit wirken, während das sozial-kognitive Prozessmodell gesundheitlichen Handelns Verhaltensweisen auf individueller Ebene erklärt. Da in dieser Arbeit die Einstellungen der Mütter zur Kinderernährung untersucht werden sollen und diese zu den sozialpsychologischen Konzepten gezählt werden, erscheint das sozial-kognitive Prozessmodell gesundheitlichen Handelns im Vergleich zu den weiteren hier vorgestellten Theorien als eine sinnvolle Grundlage, um die Ergebnisse dieser Arbeit theoriebasiert erklären und einordnen zu können.

5. Ergebnisse

Im Ergebniskapitel werden zunächst die Merkmale des Samples vorgestellt. Anschließend wird der zeitliche Verlauf des Ernährungsprozesses anhand der drei Phasen, Stillen bzw. Milchernährung, Beikost und Familienessen, beschrieben. Es folgen exemplarische Einzelfallanalysen, Interviews mit kurzen Zusammenfassungen des Ernährungsverlaufs, der relevanten Themen und dem Motto des jeweiligen Falls. Zentrales Kernstück der Ergebnisse stellt die komparative Analyse dar, die in die empirisch begründete Theorie- und Typenbildung mündet.

5.1. Beschreibung des Samples

Insgesamt wurden 23 Interviews geführt, davon zehn mit Müttern ohne Migrationshintergrund und 13 mit Müttern mit türkischem MH. Das Alter der Mütter lag zum Zeitpunkt des Interviews zwischen 24 und 42 Jahren (Mittelwert: 29,5 Jahre). Das Alter des jüngsten Kindes lag im Mittel bei 1,8 Jahren, wobei sich eine Altersspanne von 0,5 bis 3,5 Jahren ergeben hat. Insgesamt betrachtet lag die Gesprächsdauer zwischen zehn und 48 Minuten. Dabei dauerten die Gespräche bei den Müttern ohne MH zehn bis 36 Minuten und bei den Müttern mit türkischem MH 22 bis 48 Minuten.

Im Verlauf des Forschungsprojekts haben sieben potentielle Interviewpersonen (IP) eine Teilnahme abgesagt. In Tabelle 8 sind o.g. Ergebnisse zusammengefasst und nach Migrationsstatus differenziert.

Tabelle 8 Angaben zu Alter der Mütter, Alter und Anzahl der Kinder in der Stichprobe, differenziert nach Migrationsstatus

	Gesamt (23)	IP ohne MH (10)	IP mit türkischem MH (13)
Alter der Mutter Spanne, (MW) in Jahren	24 - 42 (29,5)	26 - 42 (30,5)	24 - 39 (28,8)
Alter des jüngsten Kindes Spanne, (MW) in Monaten	6 - 40 (20,5)	11 - 36 (19,4)	6 - 40 (21,9)
Anzahl der Kinder			
1(n)	1 (17)	1 (9)	1 (8)
2(n)	2 (5)	2 (1)	2 (4)
3(n)	3 (1)	3 (0)	3 (1)

Angaben zum Sozialstatus

Tabelle 9 zeigt die Einteilung der interviewten Mütter getrennt nach Migrationsstatus in die drei Gruppen des Sozialstatus. Die Verteilung der Familien bzw. Eltern ohne MH auf die drei Gruppen ist annähernd gleich, demgegenüber sind die türkischen Eltern in der niedrigen und mittleren Gruppe überrepräsentiert. Die Zuteilung zu der jeweiligen Statusgruppe erfolgte auf Grundlage des in Kapitel 4.7.3. beschriebenen Vorgehens.

Tabelle 9 Ergebnisse zum Sozialstatus der Stichprobe, differenziert nach Migrationsstatus

	Statusgruppe		
	Niedrig 2 - 5,5 Punkte	Mittel 6 - 10 Punkte	Hoch 10,5 - 14 Punkte
Eltern ohne MH (10)	3	4	3
Eltern mit MH (13)	6	6	1

5.1.1. Zeitlicher Verlauf des Ernährungsprozesses im Überblick

Ergebnisse zum Stillen und zur Milchernährung

Die Stilldauer lag insgesamt zwischen zwei und 22 Monaten. Die Spanne der Stilldauer lag bei den Müttern ohne MH zwischen drei und 18 Monaten und bei den Müttern mit türkischem MH zwischen zwei und 22 Monaten. Bei den Frauen mit türkischem MH ist im Mittel eine

längere Stilldauer als bei Müttern ohne MH zu verzeichnen (9,13 zu 8,25 Monaten¹⁰). Zwei Mütter mit türkischem MH und zwei Mütter ohne türkischen MH haben gar nicht bzw. nur wenige Tage nach der Geburt gestillt. Eine Mutter ohne MH hat das Stillen von Beginn an abgelehnt und sich für die Flaschennahrung entschieden.

Zwischen Voll- und Teilstillen kann hier nicht eindeutig unterschieden werden, da die Mütter dazu in den Interviews häufig ungenaue Angaben machten. Es fällt auch auf, dass sich einige wenige Mütter während des Interviews hinsichtlich der genauen Stilldauer oder dem Einführungszeitpunkt von Beikost widersprechen und zum Teil unterschiedliche Zeiträume nennen.

Insgesamt haben 15 IP ihre Kinder auch mit der Flaschennahrung gefüttert. Vier Mütter mit türkischem MH und drei Mütter ohne türkischen MH gaben an, keine industriell hergestellte Flaschennahrung verwendet zu haben. Der Einführungszeitpunkt der Flaschennahrung erstreckt sich auf den Zeitraum direkt nach der Geburt bis zu dem elften Lebensmonat des Kindes.

Ergebnisse zur Beikost

Insgesamt lag der durchschnittliche Einführungszeitpunkt der Beikost bei allen IP im Alter von sechs Monaten. Bei Betrachtung der IP, getrennt nach Migrationshintergrund, zeigte sich, dass bei den Müttern ohne MH die Beikost zwischen dem dritten und dem elften Lebensmonat und bei den Müttern mit türkischem MH zwischen dem dritten und dem zehnten Lebensmonat des Kindes erstmals eingeführt wurde.

Ergebnisse zum Familienessen

Es ist anzumerken, dass sich viele der interviewten Mütter nicht mehr genau an den Zeitpunkt des Übergangs zum Familienessen erinnern konnten. Insgesamt konnten sich vier Mütter ohne MH und fünf Mütter mit türkischem MH gar nicht mehr an den Einführungszeitpunkt des Familienessens erinnern. Daher können hier nur Annahmen über den Zeitpunkt aus dem Interviewverlauf getroffen werden. Beim Vergleich der beiden Gruppen, getrennt nach Migrationsstatus, fällt auf, dass die Mütter mit türkischem MH zeitlich gesehen eher angefangen haben, das Kind am Familienessen teilhaben zu lassen als die Mütter ohne MH. Dabei lag der früheste Zeitpunkt bei Müttern mit türkischem MH im sechsten Lebensmonat des Kindes und bei den Müttern ohne MH im achten Monat.

¹⁰ Mittelwert wurde aufgrund der höchsten angegebenen Stilldauer der einzelnen Mütter berechnet, die gestillt haben.

5.1.2. Informationsquellen zum Thema Kinderernährung

Bei den Ergebnissen zum Informationsverhalten wurden als Akteure im Informationsgeschehen rund um die Kinderernährung die Hebammen, ÄrztInnen, befreundete Mütter und Familienangehörige genannt. Auch über öffentlich zugängliche Medien haben sich die Mütter informiert und nannten dabei vor allem das Internet und die Printmedien (Ratgeber, Informationsbroschüren unterschiedlicher Art, Rezeptbücher, Infolyer aus verschiedenen Kursen wie z.B. dem Geburtsvorbereitungskurs) als Quellen. Häufig wurde dabei im Internet in Elternforen recherchiert, in denen Meinungen und Erfahrungen ausgetauscht werden. Einige wenige Mütter haben sich über die Werbung zu unterschiedlichen Lebensmitteln aus Rundfunk und Fernsehen informiert. Ein Unterschied zwischen Müttern ohne MH und Müttern mit türkischem MH zeigte sich in dem Stellenwert der Informationen durch die eigene Mutter. Während fast alle Mütter mit MH die eigene Mutter als sinnvolle Quelle für Ernährungsinformationen ansahen, haben Mütter ohne MH den Stellenwert der Informationen durch die eigene Mutter eher gering eingeschätzt (vgl. Kapitel 2.4.).

5.2. Falldarstellung

Im folgenden Kapitel werden die kurzen Falldarstellungen der Interviews aufgeführt. Zunächst werden dabei die Falldarstellungen der Mütter ohne türkischen MH dargestellt, gefolgt von den Falldarstellungen der Mütter mit türkischem MH. Den Falldarstellungen wird das Motto des Falls vorangestellt, welches als prägnante Bezeichnung der jeweiligen IP angesehen werden kann. Vor den Falldarstellungen der Mütter ohne MH werden die aus den Fragebögen (s. Anhang Kapitel 9.5.) ermittelten Sprachkompetenzen der Mütter aufgeführt sowie eine zusammenfassende Darstellung der Begriffsverständnisse von Flaschennahrung und Beikost. Ebenso wurde bei den Falldarstellungen der Mütter mit türkischem MH vorgegangen, sodass auch dort vorab die Sprachkompetenzen der Mütter sowie die Begriffsverständnisse zu Flaschennahrung und Beikost beschrieben werden. Im Anschluss an die Falldarstellung wird ein Überblick über die Mottos der Einzelfälle dargestellt (s. Tabelle 11 und Tabelle 12).

5.2.1. Kurzfalldarstellungen von Müttern ohne Migrationshintergrund

Sprachkompetenzen der Mütter ohne türkischen MH

Alle IP ohne türkischen MH (N=10) gaben an, Deutsch als Muttersprache zu haben. Während beim Hörverstehen in der Muttersprache alle zehn IP ihre Fähigkeiten als gut ein-

schätzten, gaben bei Leseverstehen und Wortschatz jeweils eine IP und bei Grammatik zwei IP an, ihre Fähigkeiten als mittelmäßig zu bewerten. Alle anderen schätzten ihre Fähigkeiten in den drei zuletzt genannten Kategorien als gut ein und keine IP hat sich in einer der Kategorien als schlecht eingestuft.

Begriff Flaschennahrung bei Müttern ohne türkischen MH

Eine Mutter ohne MH kannte den Begriff Flaschennahrung nicht und konnte demnach keine Definition dazu abgeben. Die anderen Mütter ohne MH definierten die Flaschennahrung häufig als einen dickflüssigen Brei, der über eine Flasche verabreicht wird; außerdem wurden noch die Begriffe Milchpulver, Milchnahrung, Ersatzmilch, Fläschchen, Milchpulvernahrung, Pudding mit flüssiger Konsistenz sowie die Markennamen der entsprechenden Produkte genannt.

Begriff Beikost bei Müttern ohne türkischen MH

Mütter ohne türkischen MH definierten Beikost als etwas Zusätzliches bzw. als Ergänzung oder die Nahrung, die anstelle der Flasche gegeben wird und nannten als eigene Begriffe Breikost, Gläschnahrung, Gläschen, Snacks und Breinahrung.

Falldarstellung P1_D_SESm

Motto des Falls

„Die, die nichts unversucht lässt.“

Kurzbeschreibung und Ernährungsverlauf im ersten Lebensjahr

Die IP ist 33 Jahre alt und hat ein Kind, welches zum Zeitpunkt des Interviews 3 Jahre alt ist und lebt mit dem Kindsvater in einer Partnerschaft zusammen. Sie ist bei der Einteilung in den Sozialstatus der mittleren Gruppe zuzuordnen und hat keinen Migrationshintergrund. Die IP gibt an selbstständig beruflich tätig zu sein. Insgesamt hat die IP ihr Kind über einen Zeitraum von 5 Monaten gestillt. Die IP hat vielfältige Versuche unternommen, um weiter stillen zu können und drückt ihr Bedauern aus, dass diese nicht zum Erfolg geführt haben. Die Muttermilch wurde dann durch die Flaschennahrung ersetzt. Ungefähr zum gleichen Zeitpunkt hat die IP angefangen, Beikost einzuführen. Bei der Zubereitung der Beikost hat die IP selbstgekochte Breie bevorzugt und darauf geachtet, dass sie Lebensmittel in Bio-Qualität verwendet. Dennoch hat sie auch industriell hergestellte Beikost verwendet. Im Alter von sieben oder acht Monaten hat die Tochter bereits das Essen in Form von Brei bekommen,

das auch die Eltern gegessen haben und ab 12 Monaten hat das Kind alles mitgegessen. Die IP ernährt sich selbst vegetarisch und ihr Kind größtenteils auch, wobei sie beim Fleischverzehr ihres Kindes ausschließlich auf *Demeter*-Produkte zurückgreift. Der IP ist wichtig, dass ihre Tochter ein Bewusstsein für artgerechte Haltung bei Tieren entwickelt.

Informationsgeschehen in Bezug auf die Kinderernährung

Informationen zur Kinderernährung hat sich die Mutter aktiv durch das Lesen von Ratgebern (Bücher, Broschüren, Internetquellen) und im Austausch mit anderen Müttern geholt. Die Hebamme wurde nur bei der problematischen Phase des Stillens zu Rate gezogen. Von ihrem Arzt hat die IP kaum Informationen zur Kinderernährung erhalten, wobei sie auch nicht explizit danach gefragt hat.

Begriffe

Als Begriff für die Beikost nutzt die IP Breikost und Erstmilchpulver setzt sie mit der Flaschennahrung gleich.

Falldarstellung P2_D_SESn

Motto

„Totaler Still-Fan.“

Kurzbeschreibung und Ernährungsverlauf im ersten Lebensjahr

Die IP ist 42 Jahre alt, hat einen 16 Monate alten Sohn und ist der niedrigen Statusgruppe zuzuordnen. Sie hat keinen Migrationshintergrund, lebt mit dem Kindsvater in einer Partnerschaft zusammen und gibt an, zum Zeitpunkt des Interviews im Mutterschaftsurlaub zu sein. Die IP hat ihr Kind bis zu einem Alter von 13 Monaten gestillt. Ab dem sechsten Monat wurde das Kind langsam an die Nahrung herangeführt (auf Banane oder Weißbrot rumknabbern). Die Interviewte bewertet Stillen als sehr praktisch und förderlich für die Bindung zwischen Mutter und Kind. Sie würde es jeder Mutter empfehlen zu stillen, solange es möglich ist und schildert dabei einen selbst erlebten problemlosen Stillverlauf. Der Zeitpunkt der Einführung von anderen Lebensmitteln neben der Muttermilch wurde aktiv von dem Kind mitbestimmt, da es Interesse an dem Essen der Eltern gezeigt hat. Die Mutter hat Breie teilweise selber gekocht, aber, wie sie selbst bezeichnet, aus Faulheit auch gekaufte Beikost-Gläschen gefüttert. „P2: Aber jeden Tag hat's irgendwas mit Gemüse, aber auch Gläschen, weil ich ja oft zu faul war zum Kochen.“ (P2_D_SESn I 147:148).

Bei der Wahl der Lebensmittel für die Breie hat die Mutter pragmatisch entschieden und dem Kind die Gemüse- und Obstsorten gegeben, die sie selber auch verzehrt hat. Im Allgemeinen hat sie ihre Entscheidungen hinsichtlich der Ernährungsfragen hauptsächlich nach „Gutdünken“ getroffen. Der IP ist Bioqualität bei Lebensmitteln wichtig, daneben bezeichnet sie die Gestaltung der Ernährung auch als Gefühlssache und spricht dem Wohlgeschmack einen hohen Stellenwert zu. Wichtig war der IP eine zeitliche Regelmäßigkeit bei den Mahlzeiten zu erreichen. Auch für sich hat sie die Einhaltung regelmäßiger Mahlzeiten als positiv erachtet. Die Zubereitung der Mahlzeiten für das Kind hat ihr Bewusstsein für Essen geschärft und bei ihr selbst zu einer gesünderen Ernährung nach der Geburt geführt (salzärmer, viel Gemüse).

Informationsgeschehen in Bezug auf die Kinderernährung

Die IP hat sich hinsichtlich der Kinderernährung in erster Linie bei ihrer Hebamme informiert, zu der sie einen freundschaftlichen Kontakt pflegt und deren allgemein angstfreie Herangehensweise sie beeindruckt hat. Von der eigenen Mutter (verstorben) und der Schwiegermutter (keine Angaben) konnte sie keine Informationen beziehen. Daneben hat sich die Interviewte auch über Ratgeber (Bücher) und, eher selten, bei befreundeten Müttern informiert. Auch hierbei betont die Interviewte, dass sie die Entscheidungen über die Relevanz der Informationen nach ihrem Bauchgefühl getroffen hat. Die Beispiele aus dem Ratgeber hat sie aufgegriffen und die dortigen Empfehlungen (z.B. abends Getreidebrei) ausprobiert.

Begriffe

Flaschennahrung ist für die IP sehr flüssiger Brei, der über die Flasche gegeben wird. Selber hat sie Flaschennahrung nie gefüttert, weil es für sie bzw. ihr Kind nicht nötig war. Unter Beikost versteht die IP Brei.

Falldarstellung P3_D_SESh

Motto des Falls

„Die Risikoorientierte.“

Kurzbeschreibung und Ernährungsverlauf im ersten Lebensjahr

Die IP ist Studierende, lebt mit dem Kindsvater zusammen, ist 26 Jahre alt, und ihr Kind ist zum Zeitpunkt des Interviews zwei Jahre alt. Sie ist der höchsten Statusgruppe zuzuordnen und hat keinen Migrationshintergrund. Die IP hat ihr Kind sechs Monate voll gestillt und an-

schließlich noch bis zu einem Alter von anderthalb Jahren teilgestillt. Flaschennahrung hat die IP nicht gegeben, da das Kind diese abgelehnt hat. Ab dem siebten Monat hat die IP Beikost eingeführt. Den Übergang zur Beikost schildert die Mutter als Erleichterung, da für sie das ausschließliche Stillen mit großer Anstrengung verbunden war. Bei der Beikost wurde ein Mix zwischen gekauften Beikost-Gläschen und Selbstgekochem gefüttert, da sich dies als praktisch erwies. Bemerkenswert ist, dass nach dem erfolgreichen Einführen der Beikost nicht zum gemeinsamen Familienessen übergegangen wurde; für die Eltern und das Kind wurde jeweils separat gekocht.

Informationsgeschehen in Bezug auf die Kinderernährung

Die IP hat sich durch Bücher und im Internet über die Kinderernährung informiert und darüber hinaus auch von anderen Quellen viele Informationen erhalten (eigene Familie, Kinder- und Frauenarzt, Hebamme, Elternbriefe der Stadt, Werbeflyer), wobei sie sich teilweise belästigt fühlte (insbesondere durch die „Weisheiten“ in der Familie). Es wird deutlich, dass die IP das Wissen der erfahrenen Personen als nicht hilfreich erachtet. Das Informationsverhalten kann sowohl aktiv als auch passiv bezeichnet werden. „P3: Bei Personen, keine Ahnung. Natürlich belästigt einen die Familie mit, äh, vermeintlichen Weisheiten. Ähm, (Kind unterbricht uns), ähm, ja genau, Familie ja [..], ja. Beiderseits, genau. Das war, ja die war sehr präsent (lacht)“ (P3_D_SESh I 074:074). Empfehlungen z.B. zur Stilldauer wurden von der IP für wahrscheinlich richtig gehalten, wenn viele Quellen dieselben Empfehlungen formuliert haben. Die IP betont aber auch, dass sie und ihr Partner nicht alle Empfehlungen angenommen bzw. für wichtig gehalten haben. Letztendlich hätte die IP (und ihr Partner) sich noch bessere und vor allem verstärkt zielgerichtete Informationen mit den Hintergründen zur den Auswirkung der Ernährung gewünscht und eher keine Empfehlungen, welche Lebensmittel man geben sollte, sondern eher welche Wirkungen im Körper zu erwarten sind und welche Gefahren von der Ernährung ausgehen können.

Begriffe

Beikost bezeichnet die IP in eigenen Worten als Gläschen. Den Begriff Beikost kennt die IP zwar, kann ihn aber nicht zuordnen. Flaschennahrung ist für die IP Milchpulver oder Ersatzmilch.

Falldarstellung P4_D_SESh

Motto des Falls

„Die, die den Idealismus aus Gründen des Pragmatismus revidiert hat.“

Kurzbeschreibung und Ernährungsverlauf im ersten Lebensjahr

Die IP ist 34 Jahre alt, lebt mit dem Kindsvater zusammen und hat einen 16 Monate alten Sohn. Sie ist der höchsten sozialen Statusgruppe zuzuordnen, ist zum Zeitpunkt des Interviews in Teilzeit beschäftigt und hat keinen Migrationshintergrund. Das Kind wurde in den ersten drei Monaten vollgestillt. Anschließend hat die IP ihrem Säugling Flaschennahrung (Pre-Milch bis zum Alter von neun Monaten und dann Kuhmilch) gegeben, weil ihr das Stillen zu anstrengend wurde. Die von der IP anvisierte Stilldauer betrug 6 Monate. Den Übergang vom Vollstillen bis zur ausschließlichen Gabe der Flaschennahrung beschreibt die IP als „*natürlich*“ (P4_D_SESh I 017:017) und den Übergang zu der Familienkost als „*relativ schnell*“ (P4_D_SESh I 019:019). Die Beikost wurde ab dem fünften Monat eingeführt und bevor das erste Lebensjahr erreicht war, hat das Kind alles was die Eltern essen mitgegessen.

In den ersten Lebensmonaten des Kindes hat die IP sehr genau darauf geachtet, dass es nur Biolebensmittel, am besten selbstzubereitet, bekommt (Idealvorstellung einer gesunden Kinderernährung) und hatte eine sehr kritische Einstellung gegenüber konventionell hergestellten Gläschen. Dann hat sie sich aber näher mit dem Thema industriell hergestellte Beikost beschäftigt und ist „*lockerer*“ (P4_D_SESh I 052:052) geworden. Neben den praktischen Eigenschaften von fertig gekauften Gläschen hat die IP ihre anfängliche Skepsis gegenüber diesen Produkten hin zu einer positiven Einstellung geändert.

Informationsgeschehen in Bezug auf die Kinderernährung

Informiert hat sich die IP hauptsächlich bei ihrem Kinderarzt. Daneben hat sie noch Informationen bei ihrer Hebamme und Freunden eingeholt und zusätzlich einige Bücher und das Internet herangezogen. Ihr Informationsverhalten kann als aktiv aufsuchend bezeichnet werden. Bei der Informationsverarbeitung nimmt die IP die allgemeine Meinung, wenn diese einheitlich verbreitet wird als gesetzte Norm wahr. Sie ist aber durchaus bereit Ihre eigene Meinung zu ändern „*P4: Am Anfang waren wir so'n bisschen so idealistisch so ne wir füttern keine Gläschen ist ja alles ungesund und so. Aber in Wirklichkeit ist das ja gar nicht so.*“ (P4_D_SESh I 047:047), wobei dies bestimmt ist durch die (zeitlichen) Rahmenbedingungen und ihre erweiterten Informationen und Erfahrungen zu dem bestimmten Thema (Wunsch – Wirklichkeit). Die IP hat sich durch widersprüchliche Informationen verschiedener Quellen

verunsichert und verwirrt gefühlt (z.B. unterschiedliche Meinungen zum Einführungszeitpunkt Beikost). In dieser Situation stand ihr der Kinderarzt beruhigend zur Seite. Dies verdeutlicht auch, dass für die IP der ärztliche Rat einen hohen Stellenwert hat, obwohl aus ihrer Sicht auch die Ärzte unterschiedliche Meinungen zu dem idealen Einführungszeitpunkt von Beikost haben. Gewünscht hätte sie sich eine Anlaufstelle für ihre Fragen hinsichtlich der Ernährung, die besser und vor allem häufiger erreichbar ist, als der Kinderarzt es war.

Begriffe

Flaschennahrung ist für die IP Brei aus der Flasche, also etwas dickflüssigeres als Milch. Als Beikost bezeichnet sie alles was anfangs neben Milch zugefüttert wird.

Falldarstellung P5_D_SESm

Motto des Falls

„Die, die gerne ein Schema zu der Kinderernährung gehabt hätte.“

Kurzbeschreibung und Ernährungsverlauf im ersten Lebensjahr

Die IP ist zu dem Zeitpunkt des Interviews 27 Jahre alt, lebt mit ihrem Ehemann der auch Kindsvater ist zusammen und hat einen Sohn im Alter von 17 Monaten. Mit ihren Angaben zu dem sozialen Status ist sie der mittleren Statusgruppe zuzuordnen. Sie hat keinen Migrationshintergrund und ist zum Zeitpunkt des Interviews in Mutterschaftsurlaub.

Die IP hat ihr Kind zunächst nach der Geburt gestillt. Aufgrund der geringen Milchmenge und des schwachen Saugverhaltens des Kindes hat die IP ihre Muttermilch abgepumpt und zusätzlich auch noch industriell hergestellte Flaschennahrung bis zu dem 4. Lebensmonat des Kindes gefüttert. Danach hat sie abgestillt und ab dem 6. Monat mit der Einführung der Beikost begonnen. Dabei hat sie zu Beginn häufig fertig hergestellte Beikost verwendet, um auszutesten, welche Lebensmittel ihr Kind verträgt. Anschließend hat sie die Beikost hauptsächlich selbst gekocht. Die IP war sich unsicher zu dem Zeitpunkt der Einführung der Beikost, da das Kind aus ihrer Sicht abwechselnd gut und schlecht gegessen hat. Damit war es für die IP schwierig festzustellen, was ihr Kind tatsächlich an Lebensmitteln verträgt und welche Lebensmittel bevorzugt werden. Auch bei der Menge an Beikost war sie sich bis zum zehnten Monat nicht sicher. „P5: Und, ähm, hm, aber eigentlich, ich sag mal so, bis zum zehnten Monat war das schon immer ein bisschen unsicher, weil ich nie so richtig wusste, welche Menge muss der essen. Aber das ist ja auch von Kind zu Kind unterschiedlich da gibt's ja keinen Richtwert. Es gibt ja kein richtig oder falsch, das ist ja das Problem und, ähm,

was heißt Problem aber für mich wäre so ein Schema F gut gewesen, aber das funktioniert mit Kindern (lacht) natürlich nicht.“ (P5_D_SESm I 101:101). Ab dem elften Monat ist die IP dazu übergegangen, ihrem Kind dieselbe feste Nahrung zu geben, die sie und ihr Partner verzehrt haben.

Der IP und ihrem Partner sind regelmäßige Mahlzeiten wichtig, seitdem sie ein Kind haben. Vor der Geburt suchten sie häufig Fast Food Restaurants auf, was sie dann eingestellt haben.

Informationsgeschehen in Bezug auf die Kinderernährung

Informiert hat die IP sich bei der Hebamme, ihrem Kinderarzt und befreundeten Müttern aus der Krabbelgruppe. Ebenso hat sie Informationen zur Kinderernährung aus Büchern erlangt. Einen hohen Stellenwert hatte ihre Hebamme, die sie neben den persönlichen Treffen regelmäßig bei Kursen wie z.B. dem Babyschwimmen getroffen hat.

Das Suchen von Informationen zur Kinderernährung empfand die IP als aufwändig und hätte gern an einem Kurs zum Thema Kinderernährung teilgenommen. Jedoch waren diese in ihrer Umgebung zum betreffenden Zeitpunkt bereits ausgebucht. Insbesondere für die Phase der Umstellung von Milchnahrung auf Beikost hätte sie sich mehr Unterstützung erhofft.

Begriffe

Flaschennahrung ist für die IP (Pulver-)Milchnahrung, bzw. sie verwendet den konkreten Produktnamen. Unter Beikost versteht sie Gläschen oder Gläschennahrung.

Falldarstellung P6_D_SESh

Motto des Falls

„Die, die sich nicht verunsichern lässt.“

Kurzbeschreibung des Ernährungsverlaufs im ersten Lebensjahr

Die IP ist 35 Jahre alt, lebt mit dem Kindsvater zusammen und hat zu dem Zeitpunkt des Interviews ein einjähriges Kind. Sie ist der höchsten Gruppe des sozialen Status zuzuordnen, befindet sich zum Zeitpunkt des Interviews in Mutterschaftsurlaub und hat keinen Migrationshintergrund. Die IP hat ihr Kind bis zum sechsten Lebensmonat vollgestillt und hat anschließend mit der Einführung der Beikost begonnen. Zwischendurch hat sie auch Flaschennahrung ihrem Kind gefüttert. Komplette abgestillt hat die IP im achten Monat des Kindes. Bei der Beschreibung des Ernährungsverlaufs geht sie auf den schrittweisen Übergang von der

flüssigen zur festen Nahrung ein und thematisiert dabei auch wie sich nach einer Zeit die Vorlieben des Kindes entwickelt haben und sie diese erkennen konnte „P6: (...) ja auch so bisschen heraus kristallisiert, welche Sorten er ganz gerne mag (...)“ (P6_D_SESh I 041:041).

Dabei geht sie auch auf die Schwierigkeiten im Ernährungsalltag ein, wenn das Kind z.B. teilweise nur wenig isst oder sich übergibt.

Informationsgeschehen in Bezug auf die Kinderernährung

Die IP hat sich bei Ärzten, Hebammen, Bekannten sowie befreundeten Müttern zum Thema Kinderernährung informiert. Ihr Informationsverhalten lässt sich als aufsuchend beschreiben, da die IP angibt, bei Fragen die Hebamme kontaktiert zu haben. Sie beschreibt, dass die unterschiedlichen Akteure mitunter verschiedene Meinungen hätten. Bei dem Einführungszeitpunkt von Kuhmilch haben befreundete Mütter geraten, bereits vor dem zwölften Lebensmonat des Kindes zu beginnen, wohingegen der Arzt einen späteren Einführungszeitpunkt empfohlen hat. „P6: Ich hab aber erst später angefangen. Also manche machen das sofort nach einem halben Jahr und Andere geben erst ab einem Jahr dann Kuhmilch. Dabei hat jeder unterschiedliche Meinungen gehabt.“ (P6_D_SESh I 038:038). Darüber hinaus gab es auch bei den Empfehlungen zur Dauer des Vollstillens unterschiedliche Meinungen bei den Akteuren. Bei der Gesamtdauer der Einführungszeit von Beikost stellte sich für die IP heraus, dass diese Angaben nicht stimmen.

Begriffe

Flaschennahrung bezeichnet die IP als Babymilch. Unter Beikost versteht sie eine Art Ergänzung und nennt den Begriff Brei (wenn dieser richtig püriert ist und man die Lebensmittel nicht mehr erkennen kann).

Falldarstellung_P7_D_SESm

Motto des Falls

„Die intuitive Macherin.“

Kurzbeschreibung und Ernährungsverlauf im ersten Lebensjahr

Die IP ist zu dem Zeitpunkt des Interviews 31 Jahre alt, lebt mit ihrem Ehemann der auch Kindsvater ist zusammen und hat ein 21 Monate altes Kind. Sie ist der mittleren Statusgruppe zuzuordnen, ist zum Zeitpunkt des Interviews in Mutterschaftsurlaub und hat keinen

Migrationshintergrund. Bis zum zehnten bzw. elften Lebensmonat des Kindes hat die IP ausschließlich gestillt und hat danach auf Flaschennahrung und festere Nahrung umgestellt. Den Übergang zur Flaschennahrung beschreibt sie als problematisch und weist auf den schwierigen Umstellungsprozess hin, bei dem das Kind zunächst die Flasche verweigert hat. Im Gegensatz dazu verliefen die anderen Phasen in der Ernährung (Stillen, Einführung von Brei, Umstellung auf das Familienessen) völlig problemlos aus Sicht der Mutter ab. Bei der Umstellung auf feste Nahrung kommt dem Kind eine aktive Rolle zu, da es während der Nahrungsaufnahme der Mutter aufmerksam zugeschaut hat und Interesse an den Lebensmitteln zeigte. Auffallend ist das tiefe Vertrauen der IP in ihre eigene Intuition. Die lange ausschließliche Stillphase wird von der IP als erfolgreich wahrgenommen. „P7: (...) *Aber es hat halt super geklappt und dann hat sie auch so super mitgemacht (...) Bis zum elften Monat haben wir's halt geschafft aber dann war auch gut.*“ (P7_D_SESm I 028:028). Auch beim Stillvorgang wird dem Kind eine aktive Rolle zugesprochen.

Informationsgeschehen in Bezug auf die Kinderernährung

Über das Internet hat sich die IP aktiv über die Kinderernährung informiert. Daneben hat sie auch Bücher zu diesem Thema gelesen und sich mit anderen Müttern – darunter ihre eigene Mutter – darüber ausgetauscht. Von Arzt und Hebamme hat die IP eher weniger Informationen erhalten. Beim Thema Informationsverhalten geht Sie auf die große Informationsfülle ein und weist darauf hin, dass es aus ihrer Sicht keine klare Anleitung für die Ernährung jedes Kindes gibt.

„P7: *Klar, ähm, aber das ist ja so ne Informationsfülle die du da bekommst und ganz ehrlich weiß so keiner ganz genau was für jedes Kind das Richtige oder das Falsche ist und ich hab da eher so auf mich selbst gehört (...) aber man verlässt sich so'n bisschen also ich zumindest auf sich selbst, weil da blickt man ja gar nicht mehr durch.*“ (P7_D_SESm I 047:047).

Daraus hat die IP für sich geschlussfolgert, dass sie sich in Ernährungsfragen auf ihre eigene Intuition verlässt und ist mit dieser Strategie sehr zufrieden.

„P7: *Man unterhält sich ja mit Müttern in dem Alter und es gibt halt welche die extrem achten darauf, äh, was das Kind jetzt isst und was es nicht darf. Und es gibt halt welche, die sagen: ne kann ja nichts passieren, gib einfach. Und ich hab halt für mich so'n Mittelweg gefunden, wo ich ganz zufrieden mit bin.*“ (P7_D_SESm I 050:050)

Begriffe

Die IP nutzt für Flaschennahrung keinen weiteren Begriff. Unter Beikost versteht sie Brei, Gläschen und zusätzliche Nahrung.

Falldarstellung P8_D_SESm

Motto des Falls

„Die, die auf Normalität beharrt.“

Kurzbeschreibung und Ernährungsverlauf im ersten Lebensjahr

Die IP ist 31 Jahre alt, ihr Sohn ist knapp zwei Jahre alt. Sie lebt mit dem Kindsvater in einer Partnerschaft zusammen. Im Schema zum sozialen Status ist sie der mittleren Gruppe zuzuordnen. Sie hat keinen Migrationshintergrund und ist zum Zeitpunkt des Interviews im Mutterschaftsurlaub. Die IP hat ihr Kind nicht gestillt, sondern direkt nach der Geburt mit handelsüblicher Flaschennahrung gefüttert. Die Entscheidung für das Nichtstillen erläutert die IP damit, dass sie sich nicht der „Typ“ (s. folgendes Zitat) dafür sei, nicht in der Öffentlichkeit stillen möchte und Kinder, die gestillt werden, angeblich nachts nicht gut durchschlafen würden. „P8: Also ich habe nicht gestillt, das war mir von vornherein klar, dass ich nicht stille, weil ich nicht der Typ dafür bin.“ (P8_D_SESm I 016:016). Ab einem Alter von drei, vier Monaten hat sie angefangen ihrem Kind Beikost zu füttern. Industriell hergestellte Beikost hat die IP gar nicht gefüttert, sondern ausschließlich selbst gekocht. Dies konnte laut Aussage der IP nur dadurch ermöglicht werden, dass sie während dieser Zeit zu Hause war. Mit einem Jahr hat der Sohn sich dann am Familienessen beteiligt. Die Erzählung des Ernährungsverlaufs ist sehr kurz und knapp von der IP formuliert, wobei sie wiederholt auf die Normalität dieses Ernährungsverlaufs hinweist. „Möhrchen, Kartoffeln, das Übliche, ja und dann immer peu a peu gesteigert und dann noch'n Joghurt dabei.“ (P8_D_SESm I 016:016)

Informationsgeschehen in Bezug auf die Kinderernährung

Freunde, Familie, aber auch Hebammen und das Personal der Klinik, in dem sie ihr Kind entbunden hat, haben der IP geraten, Aptamil als Flaschennahrung zu nutzen. Das Informationsverhalten der IP ist als eher passiv zu beurteilen, da sie nicht weiter nach Informationen oder Ratschlägen und Tipps zur Kinderernährung gefragt hat (z.B. bei dem Thema Beikost). Eine Ausnahme stellt in diesem Zusammenhang die Schwester der IP dar, da sie diese als wichtigste Ansprechperson in Fragen zur Kinderernährung bezeichnet hat. Teilweise handelt die IP intuitiv oder verlässt sich auf das, was ihre Schwester ihr geraten hat und richtet sich nicht nach Empfehlungen aus dem Internet oder von Müttern aus der Krabbelgruppe. Dabei fühlt sie sich nicht unwohl, sich nicht normkonform zu verhalten, solange ihr Kind das Essen verträgt und keine Probleme damit hat. Die IP war nicht ganz zufrieden mit den Informatio-

nen zur Flaschennahrung, sondern hat sich eine größere Produktauswahl bei der Flaschennahrung gewünscht.

Begriffe

Beikost definiert die IP als Oberbegriff für Breinahrung und daneben auch als Gläschen. Bei der Frage danach, was Flaschennahrung für sie als Begriff bedeutet, nennt sie den Namen des Produkts, das sie verwendet hat.

Falldarstellung P9_D_SESn

Motto des Falls

„Die, die Empfehlungen unkritisch annimmt.“

Kurzbeschreibung und Ernährungsverlauf im ersten Lebensjahr

Die IP ist 20 Jahre alt und ist zu dem Zeitpunkt des Interviews schwanger. Ihr Kind ist elf Monate alt. Sie ist der niedrigen Statusgruppe zuzuordnen und hat keinen Migrationshintergrund. Zum Zeitpunkt des Interviews ist sie im Mutterschaftsurlaub und lebt mit dem Kindsvater zusammen. Die IP hat ihr Kind die ersten vier Monate nach der Geburt mit der Flasche ernährt, da sie Probleme bei der Milchproduktion hatte. Am Ende des vierten Lebensmonats des Kindes hat sie die Beikost eingeführt, wobei die IP betont, dass sie viel selbst gekocht hat. Industriell hergestellte Beikost lehnt sie aufgrund unerwünschter Inhaltsstoffe und des nicht ansprechenden äußeren Eindrucks ab. „P9: Wenn ich selber koche, weiß ich auf jeden Fall was drin steckt und gibt keine Zusatzstoffe oder so. Ich meine das steht ja in den Gläsern drin, das nichts drin ist, keine Geschmacksverstärker und so [...] ach sieht auch nicht immer so appetitlich aus.“ (P9_D_SESn I 097:097). Dieser Aussage widerspricht die IP im weiteren Verlauf des Interviews wenn sie erwähnt, dass sie industriell hergestellte Gläschen bei der Ernährung ihres Kindes verwendet hat (Früchtepüree, Abendbrei mit Vanille oder Schokoladengeschmack). Zu dem Zeitpunkt des Interviews isst ihr Kind bereits alles mit, was sie isst.

Problematisch war für die IP, dass ihr Kind weniger isst und trinkt als der Durchschnitt. Den Geschmack ihres Kindes scheint die IP gut zu kennen; mehrmals berichtet sie davon, was ihr Kind gerne isst.

Informationsgeschehen in Bezug auf die Kinderernährung

Bei Entscheidungen zur Lebensmittelwahl (z.B. Marke der Flaschennahrung) hat die IP sich an den Auskünften der Hebammen im Krankenhaus, des Arztes und an der Fernsehwerbung orientiert. Attribute, die von Relevanz für ihre Entscheidung waren, wie etwa der Preis, die Darstellung des Produktes in der Werbung oder die Information, dass viele andere Mütter dieses Produkt ebenfalls nutzen. Die erste Ansprechpartnerin in Ernährungsfragen für sie war immer die eigene Mutter. Die IP wünscht sich eine Ansprechperson, die ihr die Ernährungsempfehlungen mündlich vorträgt und sie in Ernährungsfragen beraten kann.

Die IP hat an einem Kochkurs einer gemeinnützigen Einrichtung speziell für die Säuglings- und Kleinkindernahrung teilgenommen. Dort wurden neben praktischen Kochübungen auch Infomaterialien z.B. mit Beikostrezepten verteilt.

Begriffe

Flaschennahrung bedeutet für die IP etwas Ähnliches wie Pudding mit flüssiger Konsistenz. Unter Beikost versteht die IP etwas, das anstelle der Flasche gefüttert wird.

Falldarstellung P10_D_SESn

Motto des Fall

„Die selbstbewusst Agierende“

Kurzbeschreibung und Ernährungsverlauf im ersten Lebensjahr

Die IP ist 26 Jahre, hat zwei Kinder im Alter von 18 Monaten und 6 Jahren. Sie ist der niedrigen Statusgruppe zuzuordnen und hat keinen Migrationshintergrund. Sie ist von dem Kindsvater getrennt und lebt mit einem neuen Partner zusammen. Zum Zeitpunkt des Interviews ist sie im Mutterschaftsurlaub. Die IP hat ihr Kind über einen Zeitraum von vier bis fünf Monaten gestillt (genauer Zeitpunkt des Abstillens nicht bekannt). Dabei betont die IP, dass sie ihr Kind auch in der Öffentlichkeit gestillt hat, auch wenn dies oft auf ablehnendes Verhalten stieß. Anschließend hat sie zu Flaschennahrung gewechselt. Den Zeitpunkt der Beikosteinführung beziffert sie bei fünf Monaten. Die Beikost hat sie größtenteils selbst hergestellt, ausgenommen der süßen Varianten. Bei der Wahl der Getränke sowie der Lebensmittel achtet die IP darauf, was ihrem Kind schmeckt.

Mit dem Alter von einem Jahr isst das jüngste Kind auch das Familienessen mit, wobei die IP darauf achtet, dass die Speisen für ihr Kind nicht stark bzw. gar nicht gewürzt sind.

Informationsgeschehen in Bezug auf die Kinderernährung

Die Eltern dieser IP werden als starke Bezugspersonen dargestellt, die die IP bei der Kinderbetreuung tatkräftig unterstützen. Die IP vertraut ihrer Ärztin und versucht die Empfehlungen dieser umzusetzen „P10: (...) also ich hab wirklich, ähm, versucht das zu machen was die Ärztin mir halt gesagt hat. Also was die jetzt nicht darf in dem ersten, äh, Lebensjahr, mit dem Ei und Fisch und sowas. Das ich da wirklich drauf achte und das sie das auch nicht bekommt.“ (P10_D_SESn I 024:024). Die IP sieht sich mit ihrer Haltung, dass das Kind alles an Lebensmitteln probieren durfte, auch wenn es entgegen der Empfehlung war, im Konflikt. Neben der Ärztin und den Eltern, insbesondere der Mutter der IP, hat sie sich nicht bei weiteren Akteuren zum Thema Kinderernährung informiert.

Begriffe

Flaschennahrung bedeutet für die IP normale Milch aus der Flasche. Beikost definiert die IP als Snacks wie z.B. Babykeksbrei oder ein Stück Apfel.

Besonderheiten

Die IP hat zwei Kinder. Von der Entwicklung in den ersten Jahren hat die IP beim ersten Kind nicht viel wahrgenommen, da sie alleinerziehend und in der Ausbildung war. Die Eltern der IP haben sich in dieser Zeit um das erste Kind gekümmert. Somit hat sie auch nicht mitbekommen, wie das erste Kind von den Eltern ernährt wurde.

5.2.2. Kurzfalldarstellungen von Müttern mit Migrationshintergrund

Begriff Flaschennahrung bei Müttern mit türkischem MH

Unter dem Begriff Flaschennahrung haben die Mütter mit türkischem MH häufig genannt, dass es sich dabei um zusätzliche Nahrung neben dem Stillen handelt oder die Muttermilch ersetzt. Dabei wurden verschiedene Ausdrücke zur Umschreibung des Begriffs Flaschennahrung erwähnt wie Milch, Fertigprodukt, Zweitnahrung, die Flasche, Zusätzliches, Baby-milch, Pre-Nahrung, Fertignahrung, Zufüttern und fertiges Pulver mit Wasser. Eine türkische Mutter hatte den Begriff Flaschennahrung noch nie gehört.

Begriff Flaschennahrung bei Müttern mit türkischem MH

Ähnlich wie bei Flaschennahrung haben die IP mit MH unter dem Begriff Beikost auch Zusätzliches, Fertignahrung und Zufüttern verstanden. Im Weiteren wurden Kindermilch, Flaschengerichte, Nahrung, die mit dem Löffel gegeben wird (auch Suppe und Joghurt), Fertig-

gläschen, Babybrei, Nahrungsergänzung, Brei, Gläschen, Zwischen- und Hauptmahlzeit genannt.

Übersetzung der Begriffe in die türkischen Sprache

Acht türkischen Müttern ist kein Begriff für Beikost in der türkischen Sprache eingefallen und vier türkische Mütter wussten keinen Begriff für Flaschennahrung in der türkischen Sprache. In Tabelle 10 sind die von den Müttern mit MH geäußerten türkischen Übersetzungen der Begriffe Flaschennahrung und Beikost aufgeführt. Dabei zeigen sich bei zwei Übersetzungen Überschneidungen (hazır = fertig; mama = Nahrung eines Säuglings), wobei jeweils für Flaschennahrung und Beikost die gleichen Begriffe gewählt wurden.

Tabelle 10 Bezeichnungen der Mütter mit türkischem MH für Flaschennahrung und Beikost in der türkischen Sprache

Flaschennahrung	Beikost
Hazır süt = Fertige Milch	Hazır Yemek = Fertigprodukt
süt = Milch	yemek = Essen
hazır = fertig	hazır = fertig
mama = Nahrung eines Säuglings	mama = Nahrung eines Säuglings
Şişe maması = Flaschennahrung	Kaşık maması = Essen, welches mit dem Löffel gegeben wird
Şişe = Flasche	Kaşık = Löffel
biberon = Babyflasche	Cici Bebe = Babykekse

Sprachkompetenzen der Mütter mit türkischem MH

Alle IP mit türkischem gaben an, dass ihre Muttersprache türkisch ist. Bei insgesamt acht Familien wird zu Hause hauptsächlich deutsch gesprochen.

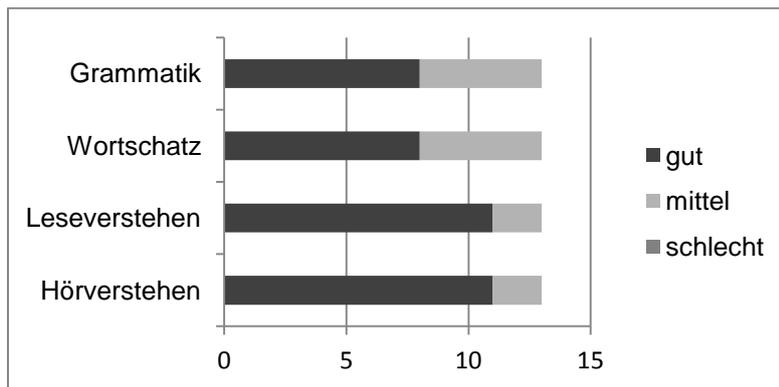


Abbildung 11 Darstellung der Spachfähigkeiten der IP mit türkischem MH in ihrer Muttersprache (türkisch) (N=13)

Abbildung 11 zeigt, dass die türkischen IP die Sprachfähigkeiten in ihrer Muttersprache größtenteils als gut einschätzen. Die Ergebnisse aus den Abbildungen 11 und 12 wurden anhand der Fragen des soziodemografischen Fragebogens erhoben (s. Anhang 9.5.) und die Häufigkeiten der Nennungen ausgezählt. Insbesondere das Lese- und Hörverstehen bezeichnen 11 von 13 türkischen IP als gut. Keine der türkischen IP hat ihre Sprachfähigkeiten in der türkischen Sprache als schlecht eingeschätzt. Ein eher differenziertes Bild zeigt sich allerdings in der Selbsteinschätzung der Sprachfähigkeiten der türkischen IP in der deutschen Sprache (Abbildung 12). Zwei der 13 IP mit türkischem MH schätzen ihre Fähigkeiten sowohl in Grammatik als auch im Leseverstehen als schlecht ein. Der Großteil der hier befragten IP schätzt die Sprachfähigkeiten in der deutschen Sprache jedoch ähnlich gut wie in der türkischen Sprache ein.

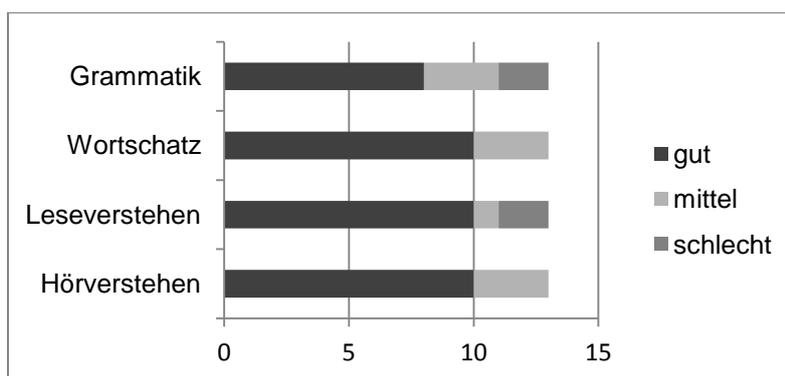


Abbildung 12 Darstellung der Spachfähigkeiten der IP mit türkischem MH in ihrer Zweitsprache (deutsch) (N=13)

Falldarstellung PA_T_SESm

Motto des Falls

„Die, die Individualität eines jeden Kindes hervorhebt.“

Kurzbeschreibung und Ernährungsverlauf im ersten Lebensjahr

Die IP ist 32 Jahre alt, ihr jüngster Sohn 36 Monate. Insgesamt hat sie zwei Kinder, wobei das ältere Kind 7,5 Jahre alt ist. Im Schema zum sozialen Status ist sie der mittleren Gruppe zuzuordnen und lebt mit ihrem Ehemann, der gleichzeitig auch Kindsvater ist zusammen. Zum Zeitpunkt des Interviews ist sie nicht berufstätig. Sie hat einen türkischen Migrationshintergrund¹¹, beide Eltern der Interviewten sind in der Türkei geboren, sie selber ist in Deutschland geboren.

Ihr Kind hat die IP bis zum sechsten oder siebten Lebensmonat gestillt. Danach hat sie angefangen mit der Flaschennahrung. Muttermilch gilt für die IP als das Beste für das Kind, weshalb sie es solange wie möglich vollgestillt hat. Den Übergang vom Stillen zur Flaschennahrung bezeichnet sie als langsam, wobei die Handlungsmacht des Kindes bei der Menge, die sie an Flaschennahrung gefüttert hat, zum Tragen kommt. Sie bezeichnet sich selbst als unsicher in der Anfangszeit der Ernährung ihres ersten Kindes. Sicherheit hat sie dadurch erlangt, dass sie rückblickend zu der Überzeugung kam, dass sich ihre Kinder gut entwickelt haben.

Ab dem achten oder neunten Monat hat sie damit begonnen, ihrem Kind Beikost zu geben. Aufgrund ihrer beruflichen Verpflichtungen hat sie sich für eine Mischung aus selbst hergestelltem und industriell gefertigtem Brei entschieden. Angefangen hat sie mit in Milch eingelegten Keksen. An den Zeitpunkt der Einführung des Familienessens kann diese IP sich nicht mehr erinnern.

Informationsgeschehen in Bezug auf die Kinderernährung

Informationen hat die Mutter von verschiedenen Akteuren wie ihrem Arzt, der Hebamme, Krankenschwestern, anderen Müttern, Freunden und Bekannten erhalten. Dabei waren ihr bei der Bewertung der Informationsquellen die fachliche Ausbildung und vor allem die Erfahrungswerte wichtig. Auch über Bücher hat diese Mutter sich bezüglich der Kinderernährung aktiv informiert.

¹¹ Wenn keine Angabe zur Sprache, in der das Interview geführt wurde erfolgt, wurde es in deutscher Sprache geführt.

Begriffe

Flaschennahrung und Beikost fasst die IP unter Flaschennahrung zusammen. Alles das, was nicht Stillen ist, bezeichnet sie als zufüttern.

Falldarstellung PB_T_SESm

Motto des Falls

„Die, die ihrem Kind die Entscheidung überlässt.“

Kurzbeschreibung und Ernährungsverlauf im ersten Lebensjahr

Die IP ist 28 Jahre alt, lebt mit ihrem Ehemann und Kindsvater zusammen und hat zwei Kinder. Das jüngere Kind ist zum Zeitpunkt des Interviews zwei Jahre und das ältere Kind zehn Jahre alt. In dem Schema zum sozialen Status ist sie der mittleren Gruppe zuzuordnen. Die IP gibt an, zum Zeitpunkt des Interviews Teilzeit berufstätig zu sein. Sie hat einen türkischen Migrationshintergrund, ist in der Türkei geboren und lebt seit 2005 in Deutschland mit einem befristeten Aufenthaltsstatus. Das Interview wurde auf Türkisch geführt.

Die IP hat ihr Kind bis zum 14. oder 15. Lebensmonat gestillt. Bis zum Zeitpunkt der Beikosteinführung (ab dem siebten Monat) hat das Kind neben der Muttermilch Multivitaminsaft, in Milch eingeweichte Kekse getrunken und Joghurt gegessen. Beweggrund für die IP konventionell hergestellte Beikost zu kaufen war, dass sie in der Öffentlichkeit nicht stillen wollte, obwohl die selbst hergestellte Kost für sie als gesünder bezeichnet wird. Die IP bedauert, dass sie ihrem Kind nicht ausschließlich die selbst hergestellte Kost gegeben hat und führt darauf zurück, dass ihr Kind kaum etwas isst, weil sich der Geschmack durch die konventionelle Beikost nicht richtig entwickeln kann. An den Zeitpunkt der Einführung des Familiensens kann sich die IP nicht mehr erinnern.

Informationsgeschehen in Bezug auf die Kinderernährung

Informationen hat die Mutter hauptsächlich von Familienmitgliedern, aber auch Ärzten und Krankenschwestern bekommen. Darüber hinaus hat sie sich auch noch selbstständig im Internet informiert.

Begriffe

Sie definiert Beikost als alle Nahrung, die mit dem Löffel gegeben wird, wozu auch Joghurt und Suppe gehören. Unter Flaschennahrung versteht die IP, dass Kekse in Milch aufgelöst und dem Kind diese in der Flasche gegeben werden.

Falldarstellung PC_T_SESh

Motto des Falls

„Die verstärkt Hinterfragende.“

Kurzbeschreibung und Ernährungsverlauf im ersten Lebensjahr

Die IP ist 26 Jahre alt, lebt mit ihrem Ehemann und Kindsvater zusammen und hat zwei Kinder. Das jüngere Kind ist zum Zeitpunkt des Interviews zwei Jahre alt und das ältere Kind ist vier Jahre alt. Zum Zeitpunkt des Interviews befindet sich die IP im Mutterschaftsurlaub. Die IP ist der höchsten Sozialstatusgruppe zuzuordnen und hat einen türkischen Migrationshintergrund. Während sie in Deutschland geboren ist, sind ihre Eltern in der Türkei geboren.

Die IP hat ihr jüngeres Kind sechs Monate vollgestillt und es insgesamt 22 Monate teilgestillt. Stillen ist nach Meinung der IP gesünder als Flaschennahrung, was sie darin bestätigt sieht, dass ihr Kind selten krank war. Flaschennahrung hat diese IP nicht genutzt. Im sechsten Lebensmonat des Kindes hat sie mit der Einführung von Beikost angefangen. Bei der Zubereitung der Beikost hat sich die IP für die selbstzubereitete Variante entschieden und betont mehrfach, dass die Einführung von Beikost sehr gut geklappt hat. Industriell hergestellte Beikost ist für die IP weniger gesund als selbst hergestellte Beikost aufgrund der Inhaltsstoffe und hygienischen Bedingungen. Sie widerspricht sich selber, indem sie sagt, dass sie ihren Kindern Beikost von *Alete* gegeben hat und vorher vehement betont, dass sie nur selbst gekocht hat. An den Zeitpunkt der Einführung des Familienessen kann die IP sich nicht mehr erinnern.

Informationsgeschehen in Bezug auf die Kinderernährung

Die IP beschreibt, dass sie sich häufig bei Fragen und Problemen an den Arzt gewendet hat. Daneben hat sie in Ratgebern und im Internet nachgelesen, ihre Hebamme sowie eine Ernährungsberaterin aus der Elternschule zu Rate gezogen. Dadurch, dass die Informationen von verschiedenen Stellen einheitlich waren, fühlte sich die IP gut informiert. Vor allem wenn die Personen, die ihr Empfehlungen für die Kinderernährung weitergeben, selber Mütter sind, hält sie diese Informationen für besonders wertvoll. Bei ihrer eigenen Mutter hat sie sehr oft zum Thema Ernährung nachgefragt.

Begriffe

Unter Beikost versteht die IP das Zufüttern von Getreide, Obst und Müsli. Flaschennahrung ist für diese IP eine konventionell hergestellte Milch mit Zucker- und Süßstoffzusatz sowie weiteren Zusatzstoffen.

Falldarstellung PD_T_SESn

Motto des Fall

„Die, die sich in Widersprüchen verstrickt.“

Kurzbeschreibung und Ernährungsverlauf im ersten Lebensjahr

Die IP ist zu dem Zeitpunkt des Interviews 36 Jahre, hat zwei Kinder und lebt getrennt von dem Kindsvater. Das jüngere Kind ist zwei Jahre und das ältere Kind ist sieben Jahre alt. Die IP ist der niedrigen Gruppe zum sozialen Status zuzuordnen und hat einen türkischen Migrationshintergrund. Anders als ihre Mutter, wurde sie in Deutschland geboren. Zum Zeitpunkt des Interviews befindet sich die IP im Mutterschaftsurlaub.

Die Stilldauer des jüngsten Kindes hat zehn Monate betragen. Währenddessen hat das Kind alles weitere an Nahrung abgelehnt. Die IP weist dennoch wiederholt auf den problemlosen Verlauf in der Ernährung ihres Kindes hin. Die IP weist mehrfach darauf hin, dass Flaschennahrung bei ihr nicht zum Einsatz gekommen ist, jedoch erwähnt sie auch, dass ihr Kind abends vor dem Schlafen die Flasche mit Milch bekommen hat. Im zehnten Lebensmonat des Kindes hat die IP angefangen Beikost zuzufüttern, wobei sie mit Suppe angefangen hat. Sie betont, dass sie industriell hergestellte Beikost gar nicht verwendet hat, beschreibt dann aber, dass sie Beikost aus dem Handel ihrem Kind angeboten hat, was jedoch abgelehnt wurde.

Informationsgeschehen in Bezug auf die Kinderernährung

Die IP beschreibt, dass sie sich aktiv keine Informationen vonseiten offizieller Akteure zur Kinderernährung geholt hat. Im Krankenhaus wurde ihr nach der Geburt dazu geraten, ruhig Flaschennahrung zu nutzen, da Stillen auch mit Anstrengung verbunden wäre. Dieser Empfehlung ist sie nicht nachgegangen; zum einen da ihr Kind die Flaschennahrung abgelehnt hat und zum anderen weil sie Stillen als gesünder im Vergleich zur Flaschennahrung bewertet. Die IP hat viele Informationen von Freunden und Bekannten bekommen.

Begriffe

Flaschennahrung bedeutet für die IP Milch aus der Flasche. Beikost benutzt die IP als Begriff nicht. Alternativ verwendet sie den Begriff Fertiggläschen.

Falldarstellung PE_T_SESm

Motto des Falls

„Die, die den Informationen der Familie uneingeschränkt vertraut.“

Kurzbeschreibung und Ernährungsverlauf im ersten Lebensjahr

Die IP ist 37 Jahre alt, hat drei Kinder und lebt mit ihrem Ehemann und Kindsvater zusammen. Das jüngste Kind ist zum Zeitpunkt des Interviews 2,5 Jahre alt. Die beiden älteren Kinder sind 10,5 und 14,5 Jahre alt. Das Interview wurde auf Türkisch geführt und die IP hat einen türkischen Migrationshintergrund. Seit 1997 lebt sie in Deutschland, sie ist in der Türkei geboren und lebte vorher auch dort. Sie ist der mittleren Statusgruppe zuzuordnen und ist zum Zeitpunkt des Interviews nicht berufstätig.

Die IP hat ihr jüngstes Kind 1,5 Jahre gestillt, wobei ihre Idealvorstellung zwei Jahre Stillen ist. Dies hat jedoch nicht funktioniert, da das Kind nach 1,5 Jahren nicht mehr an der Brust trinken wollte. Stillen hat für die IP gesundheitliche Vorteile für das Kind. Darüber hinaus bezeichnet die IP das Stillen als einen Wunsch jeder Mutter. Die Flaschennahrung empfindet sie als unnötig. Sie erwähnt jedoch, dass das Kind die Flaschennahrung nicht aufgenommen hat, was darauf hinweist, dass sie es zumindest einmal probiert haben muss. Grundsätzlich lehnt die IP die Flaschennahrung nicht ab und bezeichnet sie als Muttermilchersatz, wenn es mit dem Stillen nicht funktioniert. Ab dem sechsten Lebensmonat des Kindes hat sie Beikost eingeführt. Wenn sie genug Zeit hatte, hat sie selbst gekocht und bei Zeitmangel auf fertige Produkte zurückgegriffen. Dabei hat sie Gemüse und Suppen gefüttert. Den industriell hergestellten Beikostprodukten spricht die IP auch negative Eigenschaften zu, weswegen sie diese nicht auf Dauer geben würde.

Informationsgeschehen in Bezug auf die Kinderernährung

Die IP gibt an, sich mit Ergebnissen wissenschaftlicher Studien aus dem Fernsehen zu beschäftigen. Ihre eigenen Erfahrungen in der Ernährung sind für sie besonders wichtig, da sie bereits das dritte Kind hat, hat sie schon Erfahrungen bei der Versorgung ihrer ersten beiden Kinder sammeln können. Informiert hat sie sich hauptsächlich im privaten Umfeld. Die IP sieht einen Unterschied zwischen der deutschen und der türkischen Ernährungsweise, wobei

sie insbesondere auf die stärkere Verwendung von Gewürzen und den kulturell geprägten Rezepten in der türkischen Küche verweist. Da sich diese Unterschiede auch in den Empfehlungen niederschlagen, war es ihr nicht möglich immer alle Empfehlungen deutscher Ärzte, Hebammen etc. umzusetzen. Dies lässt darauf schließen, dass sie sich der türkischen Esskultur mehr verbunden fühlt als der deutschen.

Begriffe

Flaschennahrung wird von der IP als zusätzliche Ernährung betrachtet, auch als Ersatz für die Muttermilch, die aus einer Mischung aus Milchpulver und Wasser besteht. Beikost ist für die IP zusätzliche Nahrung wie Obst und Suppe.

Falldarstellung PF_T_SESm

Motto des Falls

„Die selbstbewusste Managerin.“

Kurzbeschreibung und Ernährungsverlauf im ersten Lebensjahr

Die IP ist 25 Jahre alt, verheiratet, lebt mit ihrem Ehemann zusammen und hat ein einjähriges Kind. Zum Zeitpunkt des Interviews ist sie schwanger und befindet sich im Mutterschaftsurlaub. Einzuordnen ist sie der mittleren Statusgruppe. Die Mutter ist in Deutschland geboren, ihre Muttersprache ist türkisch.

Die IP beschreibt in der Einstiegspassage einen problemlosen Verlauf der Ernährung im ersten Lebensjahr ihres Kindes und betont dabei mehrmals, dass es gut geklappt hat. Sie hat ihr Kind bis zum vierten Monat vollgestillt, hat dann im 5. Monat mit der Einführung der Beikost begonnen und hat bis zum siebten Lebensmonat teilgestillt, danach ist sie auf Flaschennahrung umgestiegen. Grund dafür waren die Zähne des Kindes, die das Stillen schmerzhaft gemacht haben, sonst hätte sie auch weiter gestillt. Die Umstellung auf die Beikost beschreibt die IP relativ ausführlich bzw. geht genauer darauf ein, dass das Kind lernen musste zu schlucken und mit dem Löffel zu essen. Zunächst hat sie dafür industriell hergestellte Beikost verwendet, um erst einmal zu testen, welche Sorten ihrem Kind schmecken bzw. welche sie verträgt. Wichtig war ihr dabei, dass das Kind lernt, vom Löffel zu essen. Nach der Probierphase hat sie alle Breie selbst gekocht und ab dem zehnten Lebensmonat isst das Kind alles mit, was die IP und ihr Partner essen, bis auf einige Gewürze, Kohlsorten, Bohnen etc. Mit einem Jahr isst das Kind aus der Sicht der Mutter nun „ganz normal“ mit. Ihre Kochkompetenzen und das Management des Ernährungsalltages beschreibt die IP als

„einfach“ (PF_T_SESm I 035:035) „PF: (...) ich habe immer geguckt was ich an Obst hatte. Das habe ich ihr dann püriert und da rein gemacht.“ (PF_T_SESm I 032:032). Bei der Wahl einer bestimmten Flaschennahrung hat die Mutter sich auf ihr Bauchgefühl verlassen, da das Kind die Flaschennahrungen zuerst abgelehnt hat.

Informationsgeschehen in Bezug auf die Kinderernährung

Generell hat sich die IP aktiv bei verschiedenen Quellen zur Säuglings- und Kleinkindernährung erkundigt (Arzt (Kinder- und Frauenarzt), in Foren im Internet, direkt bei Herstellern, Krankenkasse, Zeitschriften) und sich die für sie sinnvollste Information herausgesucht. Sie spricht dabei vom Filtern von Informationen, um das herauszusuchen, was für sie als sinnvoll erachtet wird und was ihr Kind angenommen hat. Sie geht in dem Zusammenhang auch auf die knappen zeitlichen Ressourcen ein, sodass sie nur schriftliche Informationen genutzt hat, da sie übersichtlich und schnell lesbar waren. Die Filter werden jedoch nicht näher erläutert. Die Informationen zur Säuglings- und Kleinkindernährung, die der IP von der Krankenkasse zugesendet wurden, hat sie ebenfalls berücksichtigt und empfand sie als besonders hilfreich. Orientiert hat sich die IP anhand einer Tabelle von der Krankenkasse, auf der abgebildet ist, ab welchem Alter welche Form der Ernährung für Säuglinge und Kleinkinder geeignet ist. Auch bei der Auswahl der Gläschen fand die IP Orientierung an den altersmäßigen Angaben der Hersteller auf den Lebensmittel-Verpackungen. Die Orientierung empfand die IP als wichtig, da sie in den ersten Lebenswochen und Monaten ihres Kindes doch verunsichert war und Angst hatte, etwas falsch zu machen.

Generell beschreibt die IP, dass sie hinsichtlich der Kinderernährung viel experimentiert hat und erst herausfinden musste, was ihr Kind verträgt und was ihrem Kind schmeckt. „PF: Weil beim Kinderarzt, die sagen, sie müssen gucken, was das Kind überhaupt trinkt. (...) Die können einem gar nicht mehr groß weiterhelfen.“ (PF_T_SESm I 109:109)

Begriffe

Flaschennahrung bezeichnet die IP als Babynahrung (Milchpulver, Babymilch), die man kaufen kann. Sie hat auch gehört, dass einige Mütter ihren Kindern dünnflüssigen Grießbrei aus der Flasche geben. Den Begriff Beikost hat die Mutter für sich nicht genutzt, er ist ihr aber auch nicht ganz fremd. Sie bezeichnet darunter alles was Brei ist und etwas was man zusätzlich zu der Milch gibt.

Falldarstellung PG_T_SESm

Motto des Falls

„Die Lockere.“

Kurzbeschreibung und Ernährungsverlauf im ersten Lebensjahr

Die IP ist in Deutschland geboren und hat einen türkischen Migrationshintergrund. Zu dem Zeitpunkt des Interviews ist sie 24 Jahre alt. Sie ist verheiratet, lebt mit ihrem Ehemann und Kindsvater zusammen und hat ein Kind im Alter von 1,5 Jahren. Ihre Muttersprache ist türkisch. Sie ist der mittleren Statusgruppe zuzuordnen und befindet sich zum Zeitpunkt des Interviews im Mutterschaftsurlaub.

Die IP hat versucht, ihr Kind nach der Geburt zu stillen, aber nach ihrer eigenen Einschätzung kam keine bzw. zu wenig Muttermilch. Zusätzlich hat sie Flaschennahrung (Pre-Nahrung) gegeben, weil die Muttermilch nicht ausreichte. Nach drei Monaten hat sie dann nur noch Flaschennahrung gefüttert und nicht mehr versucht, zu stillen, weil das Kind nicht mehr an der Brust trinken wollte. Stillen ist für die IP die beste Ernährungsweise für das Kind, erfordere jedoch einiges an Übung und Geduld. „PG: Stillen ist Übungssache wirklich und viele haben das, ja viele haben kein Geduld ne.“ (PG_T_SESm I 122:122). Den sättigenden Effekt der Flaschennahrung schätzt sie sehr, insbesondere in der Nacht empfindet sie es praktischer die Flasche zu geben als zu stillen. Ab dem dritten Monat hat sie dem Kind Beikost gegeben. Dies bezeichnet sie auch als Suppe. Die IP betont, dass sie hauptsächlich selber gekocht und nur wenig auf industriell hergestellte Beikost zurückgegriffen hat. Die Familien-nahrung wurde ab dem sechsten Monat von dem Kind gegessen. Von diesem Zeitpunkt an hat die IP das Essen für ihr Kind nicht mehr püriert.

Informationsgeschehen in Bezug auf die Kinderernährung

Die IP hat sich hauptsächlich bei Personen aus ihrer eigenen Familie informiert (Cousinen, Schwester). Daneben hat sie auch die Hebamme gefragt. Den Arzt hat sie nicht zu Rate gezogen. Sie sieht ihren beruflichen Hintergrund (Medizin-Branche) als vorteilhaft und ausschlaggebend dafür an, dass sie schon viele Informationen zur Kinderernährung hatte und sich nicht darüber hinaus informieren musste.

Begriffe

Flaschennahrung wurde als Begriff nicht verwendet, sondern Pre-Nahrung. Die Flaschennahrung ist aus Sicht der IP eine praktische Möglichkeit, das Kind zu ernähren, wenn es mit dem Stillen nicht geklappt hat. Beikost ist für die IP eher kein industriell hergestellter Brei, sondern selbstgekocht und püriert. Aus ihrer Sicht besteht eine Unterteilung in Haupt- und Zwischenmahlzeit bei der Beikost. Joghurt ist laut ihrer Interpretation eine Zwischenmahlzeit. Die Bedeutung der Beikost ändert sich aus der Sicht der Mutter je nach Alter und Entwicklungsstand des Kindes (z.B. Zahnstatus).

Falldarstellung PH_T_SESn

Motto des Falls

„Die, die ihrem Kind die Verantwortung überträgt.“

Kurzbeschreibung und Ernährungsverlauf im ersten Lebensjahr

Die IP ist 24 Jahre alt. Sie ist verheiratet, lebt mit ihrem Ehemann und Kindsvater zusammen und hat ein einjähriges Kind. Sie ist in Deutschland geboren und hat einen türkischen Migrationshintergrund. Das Interview wurde auf Deutsch geführt, wobei die IP vereinzelt Wörter auf Türkisch verwendet hat. Aufgrund der Angaben zum SES ist sie der niedrigen Statusgruppe zuzuordnen und befindet sich zum Zeitpunkt des Interviews im Mutterschaftsurlaub.

Das Kind hat zwei Tage nach der Geburt die Flaschennahrung erhalten, weil das Stillen nicht funktioniert hat. Die IP stellt diesen vergeblichen Versuch, das Kind zu stillen, als affektiv belastend dar. „PH: War auch sehr hart für mich, also ich habe sehr darunter gelitten, sehr, sehr stark.“ (PH_T_SESn I 023:023)

Ab dem sechsten Monat hat die Mutter begonnen, Beikost-Gläschen einzuführen. Hier beschreibt sie eine Vorgehensweise auf Empfehlung der Hebamme, die nicht der Norm entspricht. Laut der Empfehlung sollte dem Kind an mehreren aufeinander folgenden Tagen das gleiche Lebensmittel gefüttert werden, um herauszufinden ob es allergisch reagiert. Der Rat der Hebamme lautete, dass die IP schon früh sehen würde, ob das Kind das Lebensmittel verträgt, von daher brauche sie das entsprechende Lebensmittel nicht über einen Zeitraum von mehreren Tagen austesten. Die Beikost-Gläschen hat die IP ihrem Kind nur über einen Zeitraum von zwei Wochen angeboten, da das Kind sie danach abgelehnt hat. Der IP wurde ausdrücklich empfohlen, auf Gläschen zurückzugreifen (z.B. aufgrund des optimalen Vitamingehalts dieser Nahrung), woraus resultierte, dass sie nicht selber gekocht hat. Erst als das Kind die Beikost-Gläschen ablehnte, hat sie wieder angefangen, die Nahrung selbst zu-

zubereiten. Ab dem siebten Lebensmonat hat die IP begonnen, dem Kind, das danach verlangte, Familienkost anzubieten.

Informationsgeschehen in Bezug auf die Kinderernährung

Informationen hat diese IP von verschiedenen Seiten erhalten. Die wichtigste Informationsquelle war für sie die Hebamme. Daneben hat sie aber auch von anderen Müttern Tipps bekommen und sich im Internet (z.B. in Foren) und anhand von Büchern informiert. Sie hat dabei auch nach Tests für bestimmte Produkte für Kinder recherchiert (z.B. Flaschennahrung). Dabei wird nicht genauer bestimmt, wo genau sie diese Testinformationen gefunden hat. Sie hätte sich jedoch mehr Informationen zu Inhaltsstoffen und Unterschieden zwischen den verschiedenen Produkten (z.B. Flaschennahrung) gewünscht.

Begriffe

Unter Flaschennahrung versteht die Mutter Fertignahrung, die dem Kind mit der Flasche gegeben wird. Daneben nennt sie noch den konkreten Namen des Produkts. Beikost bezeichnet die IP als Zusatznahrung, die z.B. in Form von Gläschen im Handel angeboten werden.

Falldarstellung PI_T_SESm

Motto des Falls

„Die Überforderte.“

Kurzbeschreibung und Ernährungsverlauf im ersten Lebensjahr

Die IP ist 23 Jahre alt, lebt mit ihrem Ehemann und Kindsvater zusammen und hat ein Kind im Alter von 2 Jahren. Sie ist in Deutschland geboren, hat eine Zeit in der Türkei gelebt und hat einen türkischen Migrationshintergrund. Die Muttersprache der IP ist türkisch. Zum Zeitpunkt des Interviews befindet sie sich im Mutterschaftsurlaub.

Die IP hat ihr Kind bis zu dem sechsten Lebensmonat gestillt und danach Flaschennahrung und industriell hergestellte Beikost gefüttert. Der Zeitpunkt des Abstillens wurde durch eine zunehmend geringere Milchmenge bestimmt. Sie hätte gerne mehr als sechs Monate gestillt. Im Vergleich zur Flaschennahrung ist für die IP das Stillen praktischer und einfacher, da dies weniger Aufwand und Zeit beansprucht. Die IP betont, dass sie das Stillen als gesund einschätzt. Die IP ist davon überzeugt, dass selbstzubereitete Beikost gesünder ist als industriell hergestellte Beikost, weil sie so über die Inhaltsstoffe besser Bescheid weiß. Bei der Beikosteinführung war das Kind der IP sehr unruhig. Die IP gibt an, sich allein um das Kind ge-

kümmert zu haben, sodass sie häufiger auf industriell hergestellte Beikost zurückgegriffen hat und erst später, als das Kind insgesamt ruhiger war, die Zeit gefunden hat, um selber zu kochen. Im ersten Lebensjahr hat die IP auf Ratschlag ihrer eigenen Mutter noch keine Gewürze bei der Ernährung ihres Kindes verwendet.

Informationsgeschehen in Bezug auf die Kinderernährung

Die IP hat sich bei der Hebamme, Ärzten im Krankenhaus, Familienmitgliedern (Tante, eigene Mutter) sowie über Werbung, das Internet und in Büchern über Kinderernährung informiert. Häufig waren ihr allerdings Informationen zu anderen Themen wichtiger; sie hätte gerne mehr über die Entwicklung des Kindes erfahren. Besonders wichtig waren für sie die Informationen die sie über die eigene Familie und die Hebamme bezogen hat. Gewünscht hätte sie sich mehr Informationen zur Kinderernährung, wobei sie anmerkt wenig Zeit für den Informationserwerb und deren Verarbeitung gehabt zu haben, weil sie häufig allein mit dem Kind war.

Begriffe

Die IP bezeichnet Flaschennahrung als Babymilch und Pre-Nahrung und nennt den Namen des Produkts, welches sie genutzt hat. Unter Beikost versteht die IP das Essen, das die Kinder zwischendurch bekommen sowie Babybrei und Gläschen.

Falldarstellung PJ_T_SESn

Motto des Falls

„Die, die der Markennahrung vertraut.“

Kurzbeschreibung und Ernährungsverlauf im ersten Lebensjahr

Die IP ist 24 Jahre alt und hat ein Kind im Alter von 7 Monaten. Sie ist der niedrigen Statusgruppe zuzuordnen, lebt mit ihrem Ehemann und Kindsvater zusammen. Die IP ist in Deutschland geboren, hat einen türkischen Migrationshintergrund und gibt an, dass Türkisch ihre Muttersprache ist. Zum Zeitpunkt des Interviews befindet sie sich im Mutterschaftsurlaub.

Die IP hat ihr Kind zunächst zehn Tage gestillt und ist dann aufgrund der geringen Milchmenge und dem nachlassenden Trinkeifer des Kindes auf Flaschennahrung umgestiegen. Sie geht genauer darauf ein, dass das Stillen ein Prozess ist und von Mutter und Kind gelernt werden muss. Die IP beschreibt das zurückhaltende Trink- und später Essverhalten des Kin-

des als sehr affektive Situation, da sie befürchtet hat, dass ihr Kind zu wenig Nahrung zu sich nimmt. Ab dem vierten Lebensmonat des Kindes hat sie angefangen, ihrem Kind Beikost zu füttern. Als Beispiele nennt sie Keksbrei oder Obstpüree. Die IP berichtet, dass ihr Kind bereits im Alter von 7 Monaten zum Frühstück das gleiche isst, was die Eltern essen (z.B. Mozzarella, Nutella). Bei der Herstellung von Beikost greift die IP auf industriell hergestellte Gläschen zurück, ausgenommen wenn sie für sich und ihren Partner kindgerechte Lebensmittel zubereitet, dann füttert sie diese ihrem Kind in pürierter Form. Aus der Sicht der IP ist es wichtig, dass man bei der Ernährung in den ersten Lebensmonaten nicht zu oft wechselt, insbesondere bei der Flaschennahrung. Die von ihr als Markenahrung bezeichneten Produkte zieht sie anderen No-Name-Produkten vor, da sie diese für sicherer hält.

Informationsgeschehen in Bezug auf die Kinderernährung

Informiert hat sich die IP bei der Hebamme, ihrer Ärztin, Familienangehörigen (Tante, eigene Mutter), befreundeten Müttern sowie über das Internet. Zudem hat sie die Informationen auf den Lebensmittel-Verpackungen studiert. Sie beschreibt sich selbst als unerfahren. Es ist ihr erstes Kind und die IP war somit auf Informationen Dritter angewiesen. Einen hohen Stellenwert haben die Hebamme, die sie bei Problemen (z.B. Ausbleiben des Stuhlgangs bei ihrem Kind oder einer sehr geringen Trinkmenge) angesprochen hat sowie Freunde und Familienangehörige. Im Internet hat sie hauptsächlich nach Rezepten und Tipps zur Zubereitung von Beikost recherchiert.

Begriffe

Flaschennahrung ist für die IP kein Ersatz für Muttermilch sondern Nahrungsergänzung, Pre-Nahrung, und stellt für sie im ersten Lebensjahr die Hauptmahlzeit ihres Kindes dar. Beikost bezeichnet sie als Nahrungsergänzung zu der Milch und ist hinsichtlich der Konsistenz breiig.

Anmerkung zur Interviewsituation

Der Ehepartner von PJ war während des Interviews dabei. Er hat dies explizit gewünscht.

Falldarstellung PK_T_SESn

Motto des Falls

„Die, die ihrem Kind große Handlungsmacht zuschreibt.“

Kurzbeschreibung und Ernährungsverlauf im ersten Lebensjahr

Die IP ist 37 Jahre alt und hat ein Kind im Alter von 2 Jahren. Sie ist in Deutschland geboren und hat einen türkischen Migrationshintergrund. Die Muttersprache der IP ist türkisch. Mit ihren Angaben zum sozialen Status ist sie der niedrigen Gruppe zuzuordnen. Die IP ist alleinerziehend und befindet sich zum Zeitpunkt des Interviews im Mutterschaftsurlaub.

Die IP hat ihr Kind in den ersten zwei Monaten gestillt und zusätzlich Flaschennahrung gefüttert, da sie zu wenig Milch hatte. Sie hätte lieber ausschließlich und länger gestillt. Die Muttermilch hat sie abgepumpt und ihrem Kind per Flasche gegeben. Die industriell hergestellte Flaschennahrung bezeichnet sie als einfache Variante zum Stillen und als einzige mögliche Alternative, wenn die Muttermilchmenge zu gering ist, „PK: (...) ist zwar bisschen BEQUEMLICHKEIT eigentlich, aber wenn die Mama keine Milch hat, dann muss man ja irgendwie das Kind SATT kriegen. (...)“ (PK_T_SESn I 059:059). Ab dem vierten bzw. fünften Lebensmonat hat die IP begonnen ihrem Kind langsam Beikost zu füttern. Dabei hat sie eine Mischung aus selber hergestellten Breien und industriell produzierter Beikost gewählt.

Auffallend ist, dass die IP ihrem Kind eine große Handlungsmacht bezüglich des Hunger-Sättigungs-Gefühls sowie der Auswahl der Speisen zuschreibt. Aus ihrer Sicht kann ihr Kind beides besser einschätzen als sie selbst.

Informationsgeschehen in Bezug auf die Kinderernährung

Informiert hat sich die IP hauptsächlich bei einer befreundeten Mutter, die ihre Erfahrungswerte weitergegeben hat. Auch bei ihrem Arzt und der Hebamme hat sie sich erkundigt, insbesondere bei Problemen. Im Internet oder in Printmedien hat die IP nicht nach Informationen recherchiert, da sie seit der Geburt ihres Kindes keine Zeit mehr dazu hat und es davor nicht in Erwägung gezogen hat. Sie ist auch dem Rat einer Nachbarin gefolgt, als diese ihr empfohlen hat, ihrem Kind mit vier Monaten Suppe zu füttern.

Begriffe

Bei der Flaschennahrung nennt die IP die Marke der Produkte und versteht auch unter „zufüttern“ die Ernährung des Kindes mit der Flaschennahrung, zusätzlich zu dem Stillen. Beikost bedeutet für sie feste Nahrung, eine Mahlzeit, Breinahrung, aber auch Suppe.

Falldarstellung L_T_SESn

Motto des Falls

„Die, die auf ihre Intuition vertraut.“

Kurzbeschreibung und Ernährungsverlauf im ersten Lebensjahr

Die IP ist 40 Jahre alt und hat ein Kind im Alter von 2,5 Jahren. Sie ist in Deutschland geboren und hat einen türkischen Migrationshintergrund. Die Muttersprache der IP ist Türkisch. Anhand ihrer Angaben zum sozialen Status ist sie der niedrigen Gruppe zuzuordnen. Die IP ist alleinerziehend und befindet sich zum Zeitpunkt des Interviews im Mutterschaftsurlaub.

Die IP hat ihr Kind über einen Zeitraum von fünf Monaten vollgestillt und im Anschluss mit der Beikost angefangen. Ausgenommen von der Stilldauer war die erste Woche nach der Geburt im Krankenhaus, in der sie ihr Kind mit der Flaschennahrung gefüttert hat, da sie dort Probleme mit entzündeten Brustwarzen hatte. Begonnen hat die IP zunächst mit industriell hergestellter Beikost und ist anschließend zu selbstgekochten Breinahrungen übergegangen. Bis zum siebten Monat hat sie weiterhin gestillt und das Stillen dann durch in Kuhmilch eingeweichte Kekse ersetzt. Die IP hat ihrem Kind auch Flaschennahrung gegeben. Aus ihrer Sicht stellt die Flaschennahrung eine gute Alternative zum Stillen dar „*PL: (...) aber ich denke die [...] die jetzige Nahrung wird wahrscheinlich auch schon SO sag ich mal produziert, dass sie fast der Muttermilch entspricht. Also ich glaube schon, dass die schon [...] also nicht unbedingt ganz verkehrt ist.*“ (PL_T_SESn I 121:121). Wenn es möglich ist für Mutter und Kind, würde sie aber das Stillen der Flaschennahrung vorziehen. Im Nachhinein bewertet sie den Ernährungsverlauf ihres Kindes im ersten Lebensjahr als gut gelungen.

Informationsgeschehen in Bezug auf die Kinderernährung

Über Zeitschriften hat sich die IP regelmäßig informiert und hat sich auch mit ihrer eigenen Mutter über die Ernährung ihres Kindes ausgetauscht. Da die Hebamme und die Krankenschwester/innen im Krankenhaus widersprüchliche Informationen ausgesprochen haben, hat sich die IP auf ihre Intuition verlassen.

Begriffe

Unter Flaschennahrung versteht die Mutter fertiges Milchpulver, was man mit Wasser mischt und welches einen sättigenden Effekt hat. Alles an Nahrung, was ihr Kind neben der Muttermilch bekommen hat, bezeichnet sie als Zufüttern. Beikost definiert sie als Löffelnahrung und als ergänzende Ernährung zum Stillen.

Falldarstellung PM_T_SESn

Motto des Falls

„Die, die auf die Erfahrungen Anderer vertraut.“

Kurzbeschreibung und Ernährungsverlauf im ersten Lebensjahr

Die IP ist 25 Jahre alt, lebt mit ihrem Ehemann und Kindsvater zusammen und hat ein sechs Monate altes Kind. Sie ist in Deutschland geboren und hat einen türkischen Migrationshintergrund. Ihre Muttersprache ist Türkisch. Sie ist der niedrigen Gruppen des sozialen Status zuzuordnen und befindet sich zum Zeitpunkt des Interviews in Mutterschaftsurlaub.

Die IP stillt ihr Kind zum Zeitpunkt des Interviews noch und füttert seit dem vierten bzw. fünften Monat Beikost. Ihre Wunschstilldauer beträgt 1,5 Jahre. Auch die Flaschennahrung verwendet diese IP bei der Ernährung ihres Kindes, wobei sie mehrmals die unterschiedlichen Hersteller der Flaschennahrung gewechselt hat. Sie bevorzugt selbst hergestellte Breinahrung, wegen der vermeintlichen Konservierungsstoffe und langen Zutatenliste bei industriell hergestellter Beikost. Zum Experimentieren und Probieren, ob ihr Kind bestimmte Geschmacksrichtungen (z.B. Grießbrei, Möhren) mag und verträgt, hat IP aber auch fertig hergestellte Beikost gefüttert. Nach Auffassung der IP ist die türkische Ernährungsweise fetthaltiger als die deutsche.

Informationsgeschehen in Bezug auf die Kinderernährung

Informiert hat sich die IP bei ihrer Hebamme, ihrem Arzt, Freunden und der eigenen Mutter. Der Hebamme spricht sie einen höheren Kenntnisstand in der Kinderernährung zu als sich selbst „PM: (...)ich habe immer mit meiner Hebamme alles besprochen, was ich ihr am besten geben soll. Die hat ja mehr Ahnung als ich. Und sie hat mir dann gesagt, ähm, was ich ihr dann am besten gebe, wo was drin ist (...).“ (PM_T_SESn I 071:071). Ebenso attestiert sie ihrer eigenen Mutter ein größeres Wissen über Kinderernährung als sie selbst es haben kann. Sie hat sich auch in Zeitschriften über Ernährung informiert.

Begriffe

Flaschennahrung ist für die IP eine zusätzliche Nahrung neben dem Stillen und definiert sie als Zufüttern. Unter Beikost versteht die IP Nahrung, die dem Kind mit dem Löffel gegeben wird.

In Kapitel 9.8. im Anhang werden exemplarisch einige ausführliche Einzelfallanalysen dargestellt.

5.2.3. Gesamtschau der Mottos der Einzelfälle

Tabelle 11 Motto der IP ohne MH

Interviewperson	Motto
P1_D_SESm	„Die, die nichts unversucht lässt.“
P2_D_SESn	„Totaler Still-Fan.“
P3_D_SESh	„Die Risikoorientierte.“
P4_D_SESh	„Die, die den Idealismus aus Gründen des Pragmatismus revidiert hat.“
P5_D_SESm	„Die, die gerne ein Schema zu der Kinderernährung gehabt hätte.“
P6_D_SESh	„Die, die sich nicht verunsichern lässt.“
P7_D_SESm	„Die intuitive Macherin.“
P8_D_SESh	„Die, die auf Normalität beharrt.“
P9_D_SESn	„Die, die Empfehlungen unkritisch annimmt.“
P10_D_SESn	„Die selbstbewusst Agierende“

Tabelle 12 Motto der IP mit türkischem MH

Interviewperson	Motto
PA_T_SESm	„Die, die Individualität eines jeden Kindes hervorhebt.“
PB_T_SESm	„Die, die ihrem Kind die Entscheidung überlässt.“
PC_T_SESh	„Die verstärkt Hinterfragende.“
PD_T_SESn	„Die, die sich in Widersprüchen verstrickt.“
PE_T_SESm	„Die, die den Informationen der Familie uneingeschränkt vertraut.“
PF_T_SESm	„Die selbstbewusste Managerin.“
PG_T_SESm	„Die Lockere.“
PH_T_SESn	„Die, die ihrem Kind die Verantwortung überträgt.“
PI_T_SESm	„Die Überforderte.“
PJ_T_SESn	„Die, die der Markenahrung vertraut.“
PK_T_SESn	„Die, die ihrem Kind große Handlungsmacht zuschreibt.“
PL_T_SESn	„Die, die auf ihre Intuition vertraut.“
PM_T_SESn	„Die, die auf die Erfahrungen Anderer vertraut.“

5.3. Gestaltung des Ernährungsprozesses im Überblick

In diesem Kapitel wird die Gestaltung des Ernährungsprozesses aus der Perspektive der Mütter dargestellt. Dies beinhaltet die konative Komponente der Einstellungen, wie habitualisierte Verhaltensintentionen und der verhaltensbasierte Umgang mit der Kinderernährung.

In den folgenden Unterkapiteln werden hierfür als relevante Hauptkategorien zunächst die Problemsituationen beschrieben, die aus Sicht der Mütter während des Ernährungsverlaufs auftreten. Anschließend werden die Strategien der Mütter im Umgang mit der Kinderernährung aufgezeigt und die Interaktion mit dem Kind aufgeführt.

Tabelle 13 zeigt den für dieses Kapitel relevanten Ausschnitt aus dem Kategoriensystem.

Tabelle 13 Relevante Kategorien zur Gestaltung des Ernährungsverlaufs

Hauptkategorien	Kategorien 1. Ebene	Subkategorien
Problemsituationen	Stillprobleme	Milchstau Milchmenge Milchqualität Saugverhalten Zahnung Gesundheitliche Beschwerden Mutter Gesundheitliche Beschwerden Kind
	Probleme mit der Beikost	Nahrungsverweigerung Kind Gesundheitliche Beschwerden Kind
Strategien	Informationserwerb	Laienwissen Expertenwissen Ratgeber (schriftlich)
	Rückzug Experimentieren Verlass auf Intuition	
Umgang mit dem Kind	Einschätzung der Bedürfnisse des Kindes Reaktion auf Bedürfnisse des Kindes	

5.3.1. Problemsituationen im Ernährungsverlauf

Die Problemsituationen, die während des Ernährungsverlaufs auftreten, lassen sich einteilen in Stillprobleme und Probleme beim Übergang zur Beikost.

Stillprobleme

Die genannten Stillprobleme sind bei Müttern ohne MH und bei Müttern mit türkischem MH ähnlich und können auf eine geringe Milchmenge¹², -stau oder -qualität zurückgeführt werden, wie die folgenden Zitate zeigen:

„P1: (...) dass ich halt nicht mehr genug Milch, äh, äh, produziert habe (...).“ (P1_D_SESm I 043:043)

„P10: (...) Dann, ähm, war meine Milch halt schlecht und ich durfte nicht mehr weiter stillen (...).“ (P10_D_SESn I 033:033)

„PG: (...) ich habe versucht zu stillen, aber irgendwie kam da nichts (...).“ (PG_T_SESm I 027:027)

Weitere Gründe, die zu Stillproblemen führen, sind körperliche und psychische Beschwerden der IP, das Saugverhalten und/oder der Zahnstatus des Kindes oder gesundheitliche Beschwerden beim Kind. Dabei treten auch mehrere Stillprobleme mitunter gleichzeitig bei einer IP in unterschiedlichen Kombinationen auf (geringe Milchmenge, Saugverhalten des Kindes, körperliche Beschwerden der Mutter):

„P1: (...) danach hat sie sich leider selber abgestillt (...).“ (P1_D_SESm I 021:021)

„P4: (...) Also ich hab mir ja damals vorgenommen, sechs Monate vorgenommen, voll zu stillen und hab's nicht geschafft, weil ich das nicht durchziehen konnte. Nervlich und nachts auch (...).“ (P4_D_SESh I 096:096)

„PJ: Dann, sie hat nicht so viel getrunken, deswegen meine Milch ging zurück (...).“ (PJ_T_SESn I 027:027)

„I: Also dich haben hauptsächlich die Zähne gestört. PF: Ja, also, weil sie hat wirklich richtig zugebissen. Das war schon [...] die hat gebissen bis zum Bluten und deswegen habe ich es dann gelassen ne. Sonst hätte ich sie weiter gestillt (...).“ (PF_T_SESm I 065:066)

„PH: Ich habe es versucht, ich wollte es auch sehr gerne. Nur ich hatte leider keine Milch und die Kleine hatte einen sehr starken Saugreflex. Das hat dazu geführt, dass ich sehr, sehr starke [...] Wunden hatte und, ähm, da ich auch selber hell bin¹³, ist das so bei den Menschen so, dass das Probleme machen kann. Ja dann hat es nicht geklappt (...).“ (PH_T_SESn I 020:020)

¹² Subkategorien werden im Text unterstrichen

¹³ Anmerkung: Die IP bezieht diese Aussage auf ihre Hautfarbe.

Auch hier gibt es keine nennenswerten Unterschiede im Vergleich zu den Stillproblemen der IP mit und ohne türkischem MH. IP aus beiden Gruppen geben als Begründung für das Abstillen an, dass sich entweder das Kind selbst abgestillt oder dass die Milchmenge nicht gereicht habe.

Probleme mit der Beikost

Problemsituationen, die beim Übergang zur bzw. bei der Gabe von Beikost auftreten sind zum einen durch Nahrungsverweigerung des Kindes und zum anderen durch gesundheitliche Beschwerden des Kindes bedingt:

„P10: (...) und sonst Obst aus dem Gläschen gar nicht. Also das, äh, mag sie überhaupt nicht.“ (P10_D_SESn I 044:044)

„PB: (...) Essen wollte er ungerne, die Beikost mochte er nicht. Ich habe ihm so oft Gläschen gekauft, aber sie entsprechen halt seinem Geschmack nicht. Ich wollte ihm aber sehr gerne die Mahlzeiten aus den Gläschen geben, er wollte einfach nicht.“ (PB_T_SESm I 045:045)

„PJ: (...) Ja doch, also, die hat dann schon manchmal Verstopfung gekriegt oder so (...).“ (PF_T_SESm I 044:044)

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Problemsituationen bei IP ohne MH und bei IP mit türkischem MH ähnlich sind und keine erheblichen Unterschiede im Auftreten oder in der Art und Weise der Probleme zu erkennen sind.

5.3.2. Strategien Im Ernährungsverlauf

Zu den Strategien im Umgang mit der Kindesernährung zählen der Erwerb von Informationen zur Kinderernährung, der Verlass auf Intuition, das Experimentieren sowie der Rückzug der IP.

Informationserwerb

Frauen ohne MH haben sich eher über schriftliche Informationen, wie diverse Ratgeber, Wissen angeeignet, während die IP mit türkischem MH eher auf das mündlich übertragene Erfahrungswissen Anderer zurückgreifen. Das Erfahrungswissen kann eingeteilt werden in ExpertInnen- und Laieninformation. Auch hierbei ist ein deutlicher Unterschied zwischen IP mit und ohne MH erkennbar. IP ohne MH greifen eher auf das Wissen der Hebamme oder der ÄrztInnen (ExpertInnenwissen) zurück und IP mit türkischem MH nutzen eher die Unterstützung durch Familienangehörige oder andere Mütter (Laienwissen). Außer bei Problemsituationen; in diesem Fall greifen sowohl Mütter ohne MH als auch IP mit türkischem MH auf

ExpertInnenwissen zurück. Die folgenden Zitate verdeutlichen, dass IP ohne MH sowie IP mit türkischem MH auf Ratgeber zurückgreifen, um sich über die Kinderernährung zu informieren:

„I: (...) wie bist du da vorgegangen. Dass du dir überlegt hast, was du ihr gibst? Also. P1: Ich hab mir ein Buch gekauft (lacht).“ (P1_D_SESm I 031:032)

„P2: Ja auf jeden Fall, ähm, dieses GU-Buch. Quickfinder, äh, [..], Babys erstes Jahr oder so. Das ist halt so, da sind verschiedene Rubriken drin, wo du halt Entwicklungsstufen und so nachlesen kannst vom Kind und halt auch, ähm, wann man halt anfangen kann, es zu füttern und dann habe ich halt auch so'n Kochbuch halt, das, das ist'n Familienkochbuch wo halt quasi vom Säuglingsalter an bis ins Schulalter so, ähm, Rezepte halt drin stehen.“ (P2_D_SESn I 120:120)

„PL: Ja, man liest natürlich sehr viel die erste Zeit. Also ich habe auch eine Zeitschrift gehabt, die ich dann aber immer monatlich bekommen habe (...).“ (PL_T_SESn I 143:143)

Folgendes Zitat zeigt, dass auch eine Kombination aus ExpertInnen- und Laienwissen genutzt wurde, um sich zur Kinderernährung zu informieren:

„P6: (...) haben einfach gesagt, dass die, dass man ja mit dem vierten Monat anfangen kann, zu zufüttern, also Beikost und durch Freundin haben die mir Tipps gegeben, wie ich das machen kann, habe auch ein bisschen was dazu gelesen, und ich habe auch teilweise am Anfang dann auch meine Hebamme angerufen und immer gefragt.“ (P6_D_SESh I 035:035)

Wie bereits einleitend beschrieben, wird vor allem in Problemsituationen auf Empfehlungen und Ratschläge von ExpertInnen zurückgegriffen, dies gilt gleichermaßen für IP ohne MH und IP mit türkischem MH:

„P10: Ja, also, also als ich aufgehört hab, aufhören musste mit dem Stillen, da hatte sie so ganz kleine Punkte im Gesicht gehabt und am ganzen Körper, deswegen bin ich dann zum Arzt gegangen und der hat gesagt, es kommt von der Milch. (...).“ (P10_D_SESn I 038:038)

"PI: (...) sie hatte auch diesen Problem, ähm, wo sie, ähm, wo wir zur Flasche gewechselt haben, hat sie lange Zeit ihren Stuhlgang nicht gemacht (...) über 20 Tage kann das schon sein. I: und wie seid vorgegangen dann? PI: Zäpfchen habe ich bekommen und dann bin ich zum Arzt gegangen, und dann hat der Arzt mir gesagt, dass das ganz normal ist [..] ja.“ (PI_T_SESm I 089:093)

Eine Ursache für die geringe Nutzung schriftlicher Informationen liegt in dem Mangel an Zeit, wie eine IP mit türkischem MH beschreibt:

„I: Also du hast eben den Arzt aufgezehlt sowie das Internet und die Krankenkasse. Waren da sonst noch irgendwelche Informationsquellen? PF: eigentlich gar nicht, beim Frauenarzt ja auch. Zeitschriften [...] und so was, aber die habe ich nicht gelesen, aber ich habe einfach die Zeit nicht, das alles zu lesen. Also ich habe mich einfach auf KLEINere kurze und knappe Sachen beschränkt, wo man schnell einen Überblick, denke ich mal, hatte, das habe ich dann mal durchgelesen, aber sonst nichts.“ (PF_T_SESm I 171:172)

Die Erfahrung anderer Personen (Laienwissen) im Rahmen der Ernährung der eigenen Kinder stellt eine wichtige Informationsquelle für IP mit und ohne türkischem MH dar, wobei anzumerken ist, das nahezu alle IP mit türkischem MH dem Laienwissen eine große Bedeutung und nur wenige IP ohne MH dieser Art von Wissen einen hohen Stellenwert beimessen:

„I: Aha. Ok. Und von allen Seiten, wen meinst Du da, von dem ihr das gehört habt? P4: Von Freunden, ähm, genau und Bekannte so.“ (P4_D_SESh I 039:040)

„I: Und warum hast du das gerade zu dem Zeitpunkt gemacht? Gab es da Gründe für? P9: Ja weil viele mir das gesagt haben. (...) I: Okay kannst du dich noch daran erinnern, wer diese Vielen waren? P9: Also meine Eltern (...).“ (P9_D_SESn I 036:040)

„PD: Ja ich hatte ja ganz viele Leute über mich, also drum mich, ne. (...) Ich hatte Beratung, LEUTE um mich herum, genug. (...) Es waren ja Eltern, die schon zwei drei Kinder hatten, die schon Ahnung hatten, ne.“ (PD_T_SESn I 178:181)

„I: Kannst du mir auch Gründe nennen, warum du dein Kind gerade so ernährst, wie du es ernährst? PA: Erstens weil ich vergleiche mit anderen Müttern oder mit den Kindern (...).“ (PA_T_SESm I 051:052)

Rückzug

Eine IP ohne MH hat sich den Diskussionen um die Stillfrage entzogen, nachdem sie von befreundeten Müttern erfahren hat, dass sie die Einzige ist, die das Stillen ablehnt:

„P8: Ich hab, ähm, im Bekanntenkreis auch welche die mich gefragt haben, aber, hm, die haben alles genau anders gemacht und dann [...], ne, [...] so und dann hat sich das dann erledigt. Und dann hab ich auch gar nicht mehr gesagt, wie ich's gemacht hab.“ (P8_D_SESm I 112:112)

Eine andere IP ohne MH hat sich den Empfehlungen ihres Arztes entzogen, nachdem dieser ihr geraten hat, abzustillen, da ihr Kind in seinen Augen zu dick war (vgl. P8_D_SESm; Zitat nicht gezeigt). Für die anderen IP spielt der Rückzug als Strategie keine große Rolle.

Experimentieren

Die IP schildern unterschiedliche Versuche, die sie unternommen haben, um das selbst gesteckte Ziel, wie bspw. die Stilldauer, erreichen zu können. Bei der Stillabsicht wird dies besonders deutlich, es werden Versuche verschiedener Art unternommen, um das Stillen weiterhin fortführen zu können. Dabei sind keine Unterschiede zwischen den IP mit und ohne MH erkennbar.

„P1: (...) war so zwei Wochen wirklich GANZ intensiv experimentiert mit zehntausend Bockshornklee Sachen (...).“ (P1_D_SESm I 077:078)

„PH: (...) Wir haben alles Mögliche versucht, abpumpen, mit Hütchen, SALBEN, Kompressen, Teebeutel (...).“ (PH_T_SESn I 023:023)

Verlass auf Intuition

Neben dem Informationserwerb spielt für einige Mütter auch der Verlass auf die eigene Intuition eine bedeutende Rolle im Ernährungsgeschehen. IP ohne MH und IP mit türkischem MH beschreiben, dass sie sich auf ihr Bauchgefühl verlassen, wenn es um Praktiken in der Kinderernährung geht:

„P2: (...) aber, ähm, letztendlich ist das eher so worauf ich Bock hab, das mache ich halt.“ (P2_D_SESn I 056:056)

„PL: (...) Ich glaube manchmal kommt auch so was von Mutternatur so, dass man also (...) deswegen habe ich mich lieber auf meine innere Stimme verlassen. Also man, ich habe so meinen eigenen Stil gehabt, wie ich stille. Also, das denke ich, das muss man selber irgendwie erforschen.“ (PL_T_SESn I 152:155)

In den Strategien treten beim Informationserwerb Unterschiede zwischen Müttern ohne MH und mit türkischen MH auf, die sich darin zeigen, dass IP mit MH eher auf Expertenwissen zurückgreifen und IP ohne MH sich eher auf Laienwissen berufen.

5.3.3. Umgang mit dem Kind

Die Bedürfnisse ihrer Kinder lernen die IP im Laufe der Zeit einzuschätzen. Es wird deutlich, dass der Geschmack und die Vorlieben des Kindes ein wichtiger Einflussfaktor für die Ernährungspraktiken der IP sind. Die Zitate verdeutlichen, dass die IP besonderen Wert darauf legen, dass ihr Kind satt wird, es zufrieden ist und ihm bzw. ihr keine Nahrung vorenthalten wird.

Einschätzung der Bedürfnisse des Kindes

Die Bedürfnisse des Kindes kennen und deuten lernen ist eine wichtige Grundlage für den Großteil der IP, um zu verstehen, was das Kind will und was nicht. Nahezu alle IP beschreiben ihre Erfahrungen, die sie in dieser Phase gemacht haben:

„PD: (...) Es geht ja nicht anders, wenn das Kind nicht gesättigt wird und die ganze Zeit nur am Schreien ist. Dann ist man ja als Mutter auch schon ganz schön nervös, dann hat man ja auch kaum noch Milch, sagen manche, wenn man schon nervös ist und so. Wenn das Kind anfängt zu schreien und weißt nicht warum. Ich habe sie doch vorhin gestillt, warum ist das Kind noch am Schreien. Kind hat gar nichts, hat keine Schmerzen, gar nichts, aber das Kind weint nur. Bei meiner Tochter zum Beispiel, als erste. Ich hatte nicht so viel Ahnung, dann musste ich ihr die Flasche geben. Es gab mal Nächte, wo ich kaum geschlafen habe, [.] war sie dann nur am Schreien war. Sie wollte nur bei mir.“ (PD_T_SESn I 332:332)

„P4: (...) das Kind sagt einem ja irgendwie auch selber, was es will und was ... I: Aha. P4: ... es nicht will und was es verträgt und was nicht. Und das kriegt man dann ja auch ganz schnell mit.“ (P4_D_SESh I 096:096)

Einige wenige IP sprechen dem Kind schon im frühen Alter eine Entscheidungsfähigkeit zu, wie folgendes Zitat zeigt:

„PH: (...) Sie hatte aber immer mehr Interesse, ähm, [.] an unserem Essen sag ich mal so. Sie hat immer gern zugesehen und sie hat bemerkbar gemacht, dass sie wirklich mitessen möchte. Das merkt man, durch Bewegungen, Blicke. (...) Ja und dann wird das immer mehr, ja jetzt isst sie, wenn sie Lust hat, mit uns mit. Je nachdem, also, das ist einfach ihre Entscheidung. Sie macht es schon deutlich, wenn sie mit essen möchte. (...)“ (PH_T_SESn I 017:017)

Der Umgang mit dem Kind spielt eine wichtige Rolle und kann als handlungsleitend bezeichnet werden. Wenn das Kind bereits sehr früh Interesse an der Nahrung zeigt, wird zu einem früheren als geplanten Zeitpunkt die Beikost eingeführt, wie folgendes Zitat verdeutlicht:

„PF: genau es gibt so eine Tabelle [.] ähm, für die Ernährung. Da ist wirklich, dann steht da ab dem 5.Monat isst man das, nach dem 6.Monat kann man dies essen. (...) Habe da auch mal reingeguckt und mich versucht, bisschen daran zu richten. Aber das hat auch nicht immer geklappt, weil ich habe dann geguckt, wie sie es überhaupt annimmt mit der Nahrung. Ich habe zum Beispiel auch ein bisschen früher angefangen [.] teilweise, weil sie halt wirklich, sie hat aufs Essen gezeigt, sie wollte schon feste Nahrung zu sich nehmen. Dann kann ich dem Kind ja nicht das Essen verweigern.“ (PF_T_SESm I 159:160)

Reaktion auf Bedürfnisse des Kindes

Folgende Zitate verdeutlichen, dass die Mehrheit der IP angemessen auf die ernährungsbezogenen Bedürfnisse ihrer Kinder reagieren wollen:

„P7: (...) dass sie halt auch gerne was vom Tisch möchte (...) Weil wir haben gesagt, was soll passieren, machen wir's einfach mal (...) dann war das eigentlich relativ praktisch.“ (P7_D_SESm I 044:044)

„PE: Das Kind wollte die Flaschennahrung nicht, ich habe ihr sie dann auch nicht gegeben (...).“ (PE_T_SESm I 059:059)

„PF: (...) Dann kann ich dem Kind ja nicht das Essen verweigern (...).“ (PF_T_SESm I 159:159)

Zu den Reaktionen, die das Kind im Zusammenhang mit der Ernährung zeigt und die die IP im Umgang mit dem Kind wahrnehmen, zählen körperliche Reaktionen. Die IP nutzen diese als Orientierung, um einschätzen zu können, ob die Ernährungsweise richtig ist:

„PK: (...) das Kind hat Hunger, dann ist mir alles Recht, weil man ja ein Kind auch nicht hungern lassen (...).“ (PK_T_SESn I 100:100)

„PL: (...) Bis man gemerkt hat, wo ich halt gedacht habe, so jetzt reicht die Milch irgendwie nicht mehr, oder sie wird irgendwie nicht mehr satt. (...).“ (PL_T_SESn I 022:022)

„PK: Das Kind entscheidet, der muss ja selber sein Sättigungsgefühl selber entscheiden, was braucht der, weil der kann ja nicht unendlich trinken. Der muss ja selber wissen, wie groß sein Magen ist, wann er Hunger hat und wann nicht. Und da kann man nicht wenig geben, auch nicht zu viel. Und das Kind kann es selber, das Kind weiß es eigentlich im Grunde BESSER als die MAMA. Ob er Hunger hat oder nicht, da kann die Mama jede, alle halbe Stunde was geben, das Kind würde sich das nicht holen.“ (PK_T_SESn I 200:200)

„I: Bist du eigentlich selber davon überzeugt, wie du sie jetzt ernährst? Dass das irgendwie der richtige Weg ist? PM: Ähm ja I: Warum? PM: Ähm ja, ich sehe ja, wie es ihr geht. So lange da keine Probleme kommen [...], da ich sie ja jeden Tag sehe, weiß ich ja, wie es ihr geht, wie sie es aufnimmt, wie ihr Körper darauf reagiert. So im Stuhl oder so deswegen. Ja denke ich schon, dass es richtig ist.“ (PM_T_SESn I 382:385)

Es sind Unterschiede zwischen den IP beim Umgang mit dem Kind zu erkennen, die sich darin äußern, dass einige IP sehr gelassen mit dem Kind umgehen, auch in schwierigen Situationen (vgl. P4_D_SESh I 096:096; P7_D_SESm I 044:044) und wiederum andere IP deutlich angespannt sind (vgl. PD_T_SESn I 332:332) und sich dabei voll und ganz auf die Handlungsmacht des Kindes konzentrieren (vgl. PK_T_SESn I 200:200). Eine IP mit türkischem MH beschreibt in dem folgenden Zitat den subjektiv wahrgenommenen Unterschied zwischen Müttern ohne MH und Müttern mit türkischem MH im Umgang mit ihren Kindern:

„PI: (...) die deutschen Kinder sind viel ruhiger als die türkischen Kinder. (...) das heißt, wir zum Beispiel möchten unsere Kinder nicht, ähm, weinen lassen, aber die machen das. Einerseits ist das gut, einerseits ist das nicht gut. (...) PI: weil [...] zum Beispiel, sie muss jetzt schon eigentlich alleine schlafen können, aber macht sie zum Beispiel nicht. Ich muss ständig dabei sein, ich muss ihre Hand halten. Immer wenn sie aufwacht, muss ich dabei sein. So welche Sachen.“ (PI_T_SESm I 434:438)

5.4. Erleben des Ernährungsprozesses

Das Erleben des Ernährungsprozesses lässt sich in positive, negative und ambivalente Reaktionen der Mütter einteilen. Diese reichen von einem guten Gefühl, Zufriedenheit, Beruhigung in Bezug auf das eigene Verhalten über Verunsicherung und Überforderung bis hin zu Schuldgefühlen gegenüber dem Kind und inneren Konflikten der IP. Ein innerer Konflikt tritt bspw. auf, wenn eine Diskrepanz zwischen der Wunschvorstellung zur anvisierten Stilldauer und tatsächlicher Stilldauer entsteht. Die folgende Tabelle zeigt die relevanten Hauptkategorien zum Erleben des Ernährungsprozesses mit den entsprechenden Kategorien erster Ebene. Unter diesen Kategorien erster Ebene sind keine Subkategorien erforderlich.

Tabelle 14 Relevante Kategorien zum Erleben des Ernährungsprozesses

Hauptkategorien	Kategorien 1. Ebene
Positives Erleben	Gutes Gefühl Zufriedenheit Beruhigung durch eigenes Verhalten Überzeugung gegenüber dem eigenen Handeln Vergleich mit anderen Müttern
Negatives Erleben	Schlechtes Gefühl Schmerz beim Stillen Verunsicherung Widersprüchlichkeit in Informationen Mangel an Orientierung Schuldgefühle gegenüber dem Kind
Ambivalentes Erleben	Innerer Konflikt

5.4.1. Positives Erleben

Gutes Gefühl und Zufriedenheit

Ein positive Erleben tritt bei den IP auf, wenn sie ihre Ernährungspraktiken im Hinblick auf die affektive Wahrnehmung positiv bewerten. Ein gutes Gefühl und Zufriedenheit entstehen dabei, wie folgende Zitate exemplarisch zeigen, wenn die angewendeten Ernährungspraktiken aus Sicht der Mütter als gelungen wahrgenommen werden:

„P2: Nicht so dass ich jetzt immer gucke, was ist da drin, was braucht das Kind, sondern das es eigentlich eher so ne Gefühlssache (...) I: Aha. P2: (...) ist, das ich aber eigentlich auch n'gutes Gefühl hab, wie er ernährt wird, also.“ (P2_D_SESn I 057:058)

„P7: (...) Man unterhält sich ja mit Müttern in dem Alter, und es gibt halt welche, die extrem achten darauf, äh, was das Kind jetzt isst und was es nicht darf. Und es gibt halt welche, die sagen: ne, kann ja nichts passieren, gib einfach. Und ich hab halt für mich so'n Mittelweg gefunden, wo ich ganz zufrieden mit bin.“ (P7_D_SESm I 050:050)

Auch das Zubereiten der Mahlzeiten für das Kind kann zu einem positivem Erleben führen. Das gute Gefühl steht bei der IP, deren Zitat im Folgenden aufgeführt ist, in einem Zusammenhang damit, dass sie sich auch beruflich mit dem Kochen beschäftigt¹⁴ und gerne experimentiert bei der Zubereitung der Speisen für ihre Kinder. Wie das darauf folgende Zitat einer IP mit MH zeigt, kann die Freude beim Kochen aber auch bei Müttern entstehen, die beruflich keine Verbindung zum Kochen haben. Die Freude entsteht bei ihr durch die gemeinsame Aktion, die mit der Zubereitung der Speisen mit dem Kind verbunden ist:

„P10: Im ganzen Jahr ich hab immer, ich bereite die gern zu, weil ich halt sowieso zu Hause bin, jetzt wegen der Mutterzeit, dann bereite ich das gerne zu, und ich mach das dann auch. Also ich hab auch Spaß daran. Teilweise auch gelernt, ich hab ja Hauswirtschaftshelfer, ist ja fast dasselbe so mit Kochen und so und, ähm, und ich bereites es auch gern zu, egal was es ist, und ich experimentier auch gerne. Also wenn ich irgendwie, also wenn ich jetzt zum Beispiel im Fernsehen oder im Internet ein Rezept auch sehe und, ähm, ja ich überlege immer, wie kann ich das und das gestalten, dass die Kinder auch mitessen dürfen.“ (P10_D_SESn I 164:164)

„PK: Ich koche eigentlich gerne, wenn ich Zeit habe, koche ich gerne. I: Warum? PK: Macht mir Spaß, das Kind ist dabei. Der kann gucken, was die Mama macht, dann können wir zusammen probieren und dann kann ich auch testen, ob er es auch mag oder nicht.“ (PK_T_SESn I 276:278)

¹⁴ P10_D_SESn ist gelernte Hauswirtschaftshelferin.

Beruhigung durch eigenes Verhalten

Wenn die Ernährungspraktiken der IP gut gelungen sind, empfinden sie neben einem Gefühl der Zufriedenheit auch eine Beruhigung durch ihr eigenes Verhalten. Folgende Zitate verdeutlichen das positive Erleben anhand der gelungenen Stillpraxis:

„I: Ok und, ähm, die Entscheidung zu stillen hast Du aus welchen Gründen getroffen? P7: (...) Also ich wollte das von Anfang an. Aber ich hab auch gesagt, wenn's halt gar nicht klappt, dann würde ich halt die Flasche geben. Aber es hat halt super geklappt. (...)“
(P7_D_SESm I 027:028)

„PL: (...) wo ich dann zuhause war, war es eigentlich wieder ganz okay mit dem Stillen. Ähm ja, hat eigentlich auch ganz gut geklappt, ich hatte auch eigentlich reichlich genug Milch (...).“
(PL_T_SESn I 020:020)

Auch im Zusammenhang mit der Gabe von anderen Lebensmitteln tritt eine beruhigende Wirkung ein, wie es sich bei dieser IP mit türkischem MH zeigte. Aufgrund der Inhaltsstoffe, die in der selbstzubereiteten Suppe dieser IP sind und die sie als positiv bewertet, entsteht ein beruhigendes Gefühl:

„PL: (...) also ich habe es nicht bereut, dass ich ihr Suppe gegeben habe. Ich denke, wenn man die Möglichkeit hat, ist es auf jeden Fall denke ich [...] vitaminreich oder nährstoffreich, wenn man die immer als Mahlzeit schon eine Suppe anbietet. Also das ist jetzt eigentlich so [...] was mich eigentlich beruhigt, dass ich ihr das auf jeden Fall gegeben habe.“ (PL_T_SESn I 310:311)

Überzeugung gegenüber dem eigenen Handeln

Wenn die Mutter eine bestimmte Überzeugung gegenüber dem eigenen Handeln im Ernährungsgeschehen hat, die positiv besetzt ist, so lässt sich diese auch als positives Erleben bezeichnen. Diese Überzeugung kann unterschiedlich geprägt sein, wie folgendes Zitat darstellt. Es spiegelt die innere Haltung der IP wieder, die sich auf ihre Intuition verlässt und ihre Entscheidung zum Vorgehen in der Kinderernährung relativ sorgenfrei trifft und bereit ist, zu experimentieren:

„I: (...) Und, ähm, als du dann übergegangen bist, der Nahrung vom Löffel quasi, was hat dazu beigetragen, ihr das zu geben? P7: Aha, also sie saß mit am Tisch und hat halt immer aufmerksam gezeigt oder Geräusche von sich gegeben, dass sie halt auch gerne was vom Tisch möchte, und dann haben wir's einfach irgendwann probiert. (...) Weil wir haben gesagt, was soll passieren, machen wir's einfach mal.“ (P7_D_SESm I 043:044)

Vergleich mit anderen Müttern

Die aufgeführten Zitate zeigen die Überzeugungen der IP, wie sie im Sich-Vergleichen mit anderen Müttern bzw. deren Kindern entstehen. Mit Hilfe des Vergleiches gelingt diesen IP eine Einschätzung hinsichtlich der Auswirkungen der Ernährung auf ihr Kind, die positiv belegt ist:

„PG: Die Kinder oder wirklich manchmal die Freunde schimpfen auch mit mir, die soll keine Cola trinken oder so (...) wenn die das einmal im Glas sieht, darf sie probieren oder Schokolade darf sie probieren, darf sie essen. Süß darf sie auch essen. (...) Ich bin jetzt auch nicht so ein Typ, die sagt das muss alles Bio sein.(...) Gott sein Dank toi toi, ich habe jetzt ein Kind groß gezogen, die kaum krank war. Kann ich jetzt so, weil ich wirklich sehr locker bin.“
(PG_T_SESn I 196:196)

„PA: Erstens weil ich vergleiche mit anderen Müttern oder mit den Kindern sehe, wie dünn, wie schmal, wie bereit, wie groß sie sind. Und mein Kind, und ach, und was für mich auch ein ganz wichtiger Punkt war, meine Kinder sind auch nicht schnell krank gewesen. Das ist auch ein ganz großer Punkt, wenn Kinder unterernährt sind oder halt wenig Vitamine, habe ich das Gefühl gehabt, dass sie schnell krank wurden. (..) Und das habe ich bei meinem Sohn nicht.“ (PA_T_SESm I 052:053)

Es lassen sich keine Unterschiede zwischen IP mit und ohne türkischem MH im Hinblick auf das positive Erleben feststellen.

5.4.2. Negatives Erleben

Schlechtes Gefühl

Ein negatives Erleben im Zusammenhang mit der Kinderernährung ist mit verschiedenen Aspekten der Ernährung verbunden. Ein schlechtes Gefühl tritt in unterschiedlichen Situationen auf. Dazu gehört die Gabe von industriell hergestellten Lebensmitteln:

„PM: (...) trotzdem weiß man ja nicht, ne. Man hat trotzdem so ein schlechtes Gefühl noch, wenn man so was kauft. (...) ähm ja, ich muss immer gucken halt, ähm, was immer da drin ist. Und ich gebe so was, ähm, ungerne, manchmal ja. So wenn ich zuhause was selber koche oder so, zum Beispiel Möhren oder so.“ (PM_T_SESn I 126:128)

Schmerz beim Stillen

Körperliche Belastungen zeigen sich im Zusammenhang mit Stillproblemen, wie dem empfundenen Schmerz beim Stillen oder einer generellen Belastung durch das Stillen:

„P4: Ok. Ähm, also, ich hab voll gestillt bis drei Monate. Dann haben wir angefangen, mal hin und wieder so, ähm, Pulvermilch zu füttern. Halt, also, ähm, also eigentlich weil's mir zu viel war mit dem Stillen einfach nur so zwischendurch, und das hat sich natürlich dann immer gesteigert. Immer mehr, mehr Milch und weniger Stillen.“ (P4_D_SESh I 017:017)

„PH: Es war gar nichts da. Das dauert ja vier Tage, bis das eintritt, aber sie hat vier Tage leider schlecht überstanden, weil, äh, es waren sehr, sehr starke Wunden und man musste warten, bis die Wunden geheilt waren. (...) War auch sehr hart für mich, also ich habe sehr darunter gelitten, sehr, sehr stark.“ (PH_T_SESn I 023:023)

„PM: Also die Flasche habe ich ihr ganz am Anfang gegeben, also sie wollte immer mehr und meine Brustwarzen, so das war [...] ganz schlimm. So hat auch geblutet (...)“ (PM_T_SESn I 052:052)

Verunsicherung

Einige IP sprechen im Zusammenhang mit der Ernährung auch von Gefühlen der Verunsicherung. Dieses ausgewählte Zitat zeigt, dass die IP Angst vor der Allergieentwicklung bei ihrem Kind hatte, wenn sie ihm die als falsch empfundene Flaschennahrung füttert:

„P5: Ja. Also einfach aus Unsicherheit weil ich Angst davor hatte, dass er ne Allergie kriegen könnte.“ (P5_D_SESm I 076:076)

Widersprüchlichkeit in Informationen

Das folgende Zitat der IP zeigt, dass sie aufgrund von widersprüchlichen Informationen und dem Vergleich mit der Vorgehensweise anderer Mütter bei der Ernährung ihrer Kinder verunsichert war, da sie bereits vor dem vierten Monat mit der Beikosteinführung begonnen hat. Dieses negative Erleben aufgrund widersprüchlicher Informationen zeigt sich auch bei anderen IP:

„P4: Weil ich mir ganz unsicher war, ne, weil das halt überall anders stand. I: Aha. P4: Und alle haben immer gesagt: boah du bist aber früh, und der hat halt auch früh alles gegessen.“ (P4_D_SESh I 068:068)

Mangel an Orientierung

Auch durch einen Mangel an Orientierung können Unsicherheiten auftreten im Zusammenhang mit der als richtig empfundenen Menge an Lebensmitteln, wofür folgendes Zitat als Beleg angesehen werden kann. Ebenso wie diese IP es beschreibt, haben sich auch andere IP durch mangelnde Orientierung bei den Mengenangaben der Nahrung für ihr Kind verunsichert gefühlt:

„P5: (...) Und, ähm, hm, aber eigentlich, ich sag mal so, bis zum zehnten Monat war das schon immer ein bisschen unsicher, weil ich nie so richtig wusste, welche Menge muss der essen.“ (P5_D_SESm I 100:101)

Schuldgefühle gegenüber dem Kind

Eine IP setzt sich speziell mit Schuldgefühlen gegenüber ihrem Kind auseinander, die ihr Erleben der Ernährungssituation beeinflusst haben. Diese IP bereut, dass sie sich vor der Geburt ihres Kindes nicht weiter zur Kinderernährung informiert hat:

„PK: Da hast du keine Zeit, wenn das Baby da ist. Vorher habe ich mich nicht erkundigt, da war ich zu DUMM und dann nachher, wenn das Kind da ist, hast du keine Zeit, um im Internet zu searchen.“ (PK_T_SESn I 132:133)

Zusammengefasst lässt sich sagen, dass im Zusammenhang mit einem negativen Erleben verschiedene Situationen entstehen, die sich in einem allgemeinen Belastungsempfinden, Verunsicherung und Schuldgefühlen gegenüber dem Kind äußern können. Dabei sind keine nennenswerten Unterschiede zwischen IP mit und ohne türkischem MH ersichtlich.

5.4.3. Ambivalentes Erleben

Ein ambivalentes Erleben zeichnet sich dadurch aus, dass die Mütter ihr Erleben nicht eindeutig als positiv oder negativ wahrnehmen, sondern zwischen diesen beiden Emotionen schwanken. Hintergrund ist in diesem Zusammenhang die Diskrepanz zwischen der Wunschvorstellung von der Ernährung und der Wirklichkeit in den Ernährungspraktiken.

Innerer Konflikt

Diese Diskrepanz zwischen Wunsch und Wirklichkeit, die sich als innerer Konflikt beschreiben lässt, zeigte sich beim Stillverhalten bzw. der Stildauer, genauer gesagt, zwischen der Wunschdauer des Stillens bzw. der als sinnvoll erachteten Norm und der tatsächlich durchgeführten Stildauer. Es zeigen sich ähnliche Muster hinsichtlich der Einführungszeitpunktes

der Beikost, der Gabe von industrieller Babynahrung und anderen Ernährungspraktiken im ersten Lebensjahr des Kindes.

Folgende Zitate verdeutlichen die Wahrnehmung des inneren Konfliktes. Dies lässt sich auch als "Mutterschaftsdilemma" bezeichnen. Generell streben die Mütter das Ziel an, alles richtig für ihr Kind zu machen und ihrer subjektiven Norm entsprechend zu handeln:

„P4: (...) Also ich hab mir ja damals vorgenommen, sechs Monate vorgenommen, voll zu stillen und hab's nicht geschafft, weil ich das nicht durchziehen konnte. Nervlich und nachts auch.“ (P4_D_SESh I 096:096)

„PJ: (...) ich hätte lieber Muttermilch gegeben. Na, aber ich hatte ja keine Wahl, du hast ja keine Wahl, wenn nichts kommt, dann kommt nichts. Also es war halt [...] Not, anders ging es nicht.“ (PJ_T_SESn I 052:052)

„PK: (...) Also wenn ich Milch [...] dann hätte ich lieber gerne GESTILLT [...], aber da fehlt dieser, dieser Kontakt zum Kind. Diese Wärme, dieses Muttergefühl, das fehlt einem, das hat mir gefehlt. (...)“ (PK_T_SESn I 059:059)

Bei der Diskrepanz zwischen Wunschvorstellung und Realität kann die Stärke des inneren Konfliktes schwanken. Das reicht von einem stark empfunden inneren Konflikt bis hin zu eher schwachen Ausprägungen. Die im folgenden zitierte IP hat entgegen der Vorstellung, dass selbst hergestellte Beikost gesünder ist als industriell hergestellte, diese dennoch genutzt. Dadurch wird der innere Konflikt deutlich. Folgende Zitate zeigen zunächst einen schwach ausgeprägten inneren Konflikt, gefolgt von einem stärker ausgeprägten Konflikt:

„I: Wie stehst du eigentlich zu den Gläschen? PI: Ja nicht gut, kann man auch selber machen. I: Okay, warum kann man das selber machen oder warum meinst du, dass man das selber machen sollte? PI: Selber machen ist viel gesünder, du weißt, was da alles drin ist, wie es gemacht wird, und das aber bei dem Fertigprodukt, weißt du es ja nicht, siehst du es ja nicht. I: Gut und hast du dann auch selber gekocht zuhause? PI: Ja nicht viel. Mehr hat sie was fertig bekommen.“ (PI_T_SESm I 239:247)

„PF: (...) weil bei ihr ist wirklich, mache es dann SO genau und achte drauf, versuche halt alles richtig zu machen. Man hat Angst, das falsch zu machen.“ (PF_T_SESm I 232:232)

Folgendes Zitat einer IP mit türkischem MH verdeutlicht, dass die Gabe der Flaschennahrung nicht auf Grundlage einer bewussten Entscheidung für die Flaschennahrung und gegen das weitere Stillen erfolgt ist, sondern, dass es die einzige Alternative darstellt, wenn Stillprobleme auftauchen. Auch hieraus wird das Mutterschaftsdilemma verstärkt, da die IP, wie

dem unten genannten Zitat entnommen werden kann, nicht so hätten handeln (können), wie sie es sich gewünscht haben:

„PF: Ich hätte es, glaube ich, nicht genommen, wenn ich hätte stillen können, dann würde ich sie wahrscheinlich auch nicht geben. I: Warum nicht? PF: Ich weiß nicht, ist ja Chemie irgendwie, ne. Ist ja leider so, es ist ja alles. Meine Milch, ich weiß, wo die her kommt. Da ist nichts, wo ich sagen kann, das darf sie nicht. [...] Ja also eigentlich würde ich es ihr nicht geben, also hätte ich jetzt stillen können, hätte ich sie gestillt.“ (PF_T_SESm I 078:080)

„P5: Also ich, ähm, wollte stillen, hab das auch am Anfang gemacht. Das hat dann nicht geklappt und dann, ähm, weil er, dass er war zu schwach, die Trinkmenge, die ich hatte rauszusaugen und dann hab ich abgepumpt. I: Aha. P5: Und, ähm, das hat dann ganz gut geklappt, hat aber nicht gereicht, weil ich zu wenig Milch hatte, und ich musste dann zufüttern mit, ähm, Milchnahrung.“ (P5_D_SESm I 015:015)

Es lassen sich Unterschiede in der abschließenden, nachträglichen Beschreibung des Erlebens im Ernährungsprozess des ersten Lebensjahre erkennen, jedoch nicht getrennt nach MH. Dabei lassen sich die IP, die die Schwierigkeiten im Ernährungsverlauf gut gemeistert haben, als eine Gruppe zusammenfassen, die den Prozess positiv erlebt hat, und worin ihre Selbstwirksamkeit gestärkt wurde. Bei IP, die aus ihrer Sicht Problemsituationen im Ernährungsverlauf nicht erfolgreich bewältigen konnten, überwiegen die psychischen und körperlichen Beschwerden, und sie können als Gruppe zusammengefasst werden, die den Prozess negativ erlebt hat, worin ihre Selbstwirksamkeit geschwächt wurde. Die dritte und letzte Einteilung erfolgt in dem ambivalenten Erleben. Es lassen sich zu dieser Hauptkategorie die IP zuordnen, die neben positiven auch negative Erlebnisse im Ernährungsverlauf schildern und dies auch bei abschließender Betrachtung beibehalten. Dies lässt sich auch als Mutterchaftsdilemma zwischen Wunschvorstellung und Wirklichkeit bezeichnen.

5.5. Annahmen und Überzeugungen im Ernährungsverlauf

Die Annahmen und Überzeugungen im Ernährungsverlauf lassen sich in drei Hauptkategorien einteilen. Dazu gehören die Überzeugungen zur subjektiven Norm, die subjektive Vorstellung über die Gesundheit des Kindes sowie die subjektiven Annahmen im Informationsgeschehen.

Tabelle 15 Relevante Kategorien zu Annahmen und Überzeugungen im Ernährungsverlauf

Hauptkategorien	Kategorien 1. Ebene	Subkategorien
Überzeugungen zu subjektiver Norm	Stillen	Stilldauer
	Flaschennahrung	Haltung
		Einführungszeitpunkt
	Beikost	Haltung
		Einführungszeitpunkt
Familienessen	Haltung	
	Einführungszeitpunkt	
Resümee		Normalität
		Bewertung eigener Ernährungspraktiken
		Verweis auf Problemlösbarkeit
		Norm, die an andere Mütter weitergegeben wird
Subjektive Vorstellung über die Gesundheit des Kindes	Körpergewicht	
	Einfluss der Ernährung Ausbleiben von Erkrankungen	
Subjektive Annahmen zum Informationsgeschehen	Beziehung zu Akteuren	Vertrauensverhältnis
		Einschätzung der Erfahrungswerte
	Inhaltliche Qualität der Empfehlungen	Widersprüchlichkeit
		Informationsfülle
Idealvorstellung		Filter
		Zufriedenheit
		Mehr Orientierungshilfe Bessere Erreichbarkeit

5.5.1. Überzeugungen zu subjektiver Norm

Die subjektiv wahrgenommene Norm bezieht sich auf die Überzeugungen und Annahmen, die die IP als richtige Vorgehensweise hinsichtlich der Kinderernährung wahrnehmen. Die Norm orientiert sich dabei an den Phasen Stillen/Milchernahrung, Beikost und Familienessen.

Stillen

Die IP haben unterschiedliche Vorstellungen über die optimale Stilldauer. Dabei reicht die durchschnittlich wahrgenommene optimale Stilldauer von einem Zeitraum von sechs Mona-

ten bis hin zu dem Zeitpunkt, an dem das Stillen nicht mehr möglich ist. Die Mütter mit türkischem MH haben eine längere Stilldauer von bis zu 2 Jahren anvisiert:

„P2: (...) wir hatten die Empfehlung sechs Monate voll zu stillen [.] und, also von mehreren Stellen. (...).“ (P2_D_SESh I 094:095)

„PI: Mir wurde immer gesagt, ich soll das Kind so lange stillen, wie ich nur kann, weil es, wie ich schon gesagt habe, weil es einfacher ist, weil es gesund ist.“ (PI_T_SESh I 094:095)

„PE: Wie auch jede Mutter sich das wünscht, habe ich auch mein Kind gestillt. Ich wollte volle zwei Jahre stillen, hat aber doch nicht geklappt. (...).“ (PE_T_SESm I 022:022)

Nur eine der IP war von Beginn an gegen das Stillen. Als Ursache für die ablehnende Haltung gegenüber dem Stillen nannte diese IP ohne MH, dass sie Stillen in der Öffentlichkeit ablehne und ihr zugetragen wurde, dass gestillte Kinder im Vergleich zu nicht-gestillten Kindern weniger gut schlafen würden:

„P8: Ja. Also ich habe nicht gestillt, das war mir von vornherein klar, dass ich nicht stille, weil ich nicht der Typ dafür bin.“ (P8_D_SESm I 174:174)

Stillen war für den Großteil der IP richtig und wichtig. Die Haltung zum Stillen lässt sich demnach bei nahezu allen Müttern als positiv bezeichnen. Begründet wird diese positive Haltung mit dem Wissen über die Auswirkungen des Stillens auf das Immunsystem, die Annahmen über die gesundheitlichen Auswirkungen des Stillens auf das Kind, praktische Eigenschaften des Stillens und den Sättigungseffekt:

„I: Ok und, ähm, die Entscheidung zu stillen, hast Du aus welchen Gründen getroffen? P7: Weil ich's also für mich, sagt man ja immer so, ist es das wichtigste fürs Kind, fürs Immunsystem und so weiter, und weil das bei uns super geklappt hat, war das für mich gar keine Frage. (...) Also es war erstmal super praktisch, egal wo ich hingefahren bin, ich musste nichts mitnehmen, konnte sie direkt an die Brust nehmen und stillen. Ja und wie gesagt, ich hab immer gedacht, das ist das Gesundeste fürs Kind. Sie war auch nie wirklich krank und das waren dann so die Hauptgründe eigentlich. (...) Es war praktisch, es ging schnell und sie wurde halt satt und war zufrieden damit. Also das waren für mich die ausschlaggebenden Gründe.“ (P7_D_SESm I 027:034)

„PL: Klar es ist natürlich besser, wenn man NUR stillt (...) Also ich hatte mal gelesen, dass Kinder, die bis zu sechs Monaten vollgestillt werden oder gestillt werden, ähm, wie heißt das, wie heißt der Begriff, weniger anfällig sind erkältet zu werden.“ (PL_T_SESn I 121:126)

Für diese IP hat die Muttermilch auch einen positiven Effekt auf die Prävention von Allergien und Übergewicht:

„I: Ok. Und, äh, du hast ja erzählt, dass das mit dem Stillen auf Anhieb nicht so geklappt hat. Warum hast Du dich dann fürs Abpumpen entschieden und nicht quasi direkt für ne Ersatzmilch? P5: Weil ich meinte, dass die Muttermilch am besten ist. (...) Ich wollte gerne, dass er Muttermilch kriegt, weil, ähm, man halt immer viel von Allergien hört, wenn Kinder nicht gestillt werden. (...) Oder dass die auch zu Übergewicht neigen und, ähm, das wollte ich halt, ich hab gedacht, das kann ich dadurch n'bisschen verhindern.“ (P5_D_SESm I 061:064)

Flaschennahrung

Als Gründe für den Einführungszeitpunkt der Flaschennahrung nannten die IP, die stillen wollten, Stillprobleme, Belastungserscheinungen und Reaktionen des Kindes. Zu den Stillproblemen zählen Belastungen durch das Stillen, eine zu geringe Menge an Muttermilch, eine schlechte Milchqualität oder der Zahnstatus des Kindes. Die Reaktionen des Kindes äußerten sich darin, dass sich das Kind selbst abgestillt hat oder die IP die Vermutung hatte, dass es mit der Muttermilch nicht satt wird. Unterschiede zwischen Müttern mit und ohne türkischem MH lassen sich bezüglich der Gründe für die Einführung der Flaschennahrung nicht identifizieren. Es ist anzumerken, dass keine subjektive Norm hinsichtlich des Einführungszeitpunktes der Flaschennahrung erkennbar ist, wie es bei der Stilldauer und dem Einführungszeitpunkt der Beikost der Fall ist:

„P1: (...) Also ich hab meine Tochter ge, ähm, gestillt bis sie 5 Monate alt war [.,] hm [.,] danach hat sie sich leider selber abgestillt. Also ich hatte, konnte leider nicht mehr stillen, ich hatte zu wenig Milch. Sie hatte ständig HunGER (...).“ (P1_D_SESm I 021:021)

„P4: (...) Halt, also, ähm, also eigentlich weil's mir zu viel war mit dem Stillen einfach nur so zwischendurch und das hat sich natürlich dann immer gesteigert. Immer mehr, mehr Milch und weniger Stillen. (...).“ (P4_D_SESh I 017:017)

„P10: (...) und dann musste ich Milchprobe bei, beim Arzt abgeben, bei meinem Hausarzt die Probe abgeben, und dann wusste ich halt, dass die Milch zu dünn ist und, äh, zu säuerlich war also für das Kind halt. Die war halt schlecht. (...).“ (P10_D_SESn I 038:038)

„PJ: Ja ich habe sie zehn Tage erst mal gestillt. Dann, sie hat nicht so viel getrunken, deswegen meine Milch ging zurück. Dann haben wir mit Aptamil HA angefangen [.,] und das habe ich dann erst mal nur beibehalten (...).“ (PJ_T_SESn I 017:017)

„PB: Um das Kind zu sättigen, dafür wird die Flaschennahrung gebraucht.“ (PB_T_SESm I 067:067)

„PF: Und wo sie sieben Monate geworden ist, habe ich ihr dann die Flasche gegeben. Also meine Milch durch Babynahrung ersetzt halt, ne [.,] aber ich hätte sie weiter gestillt, aber weil

sie halt Zähne bekommen hat, dann ist es nicht unbedingt angenehm sie zu stillen. I: Okay. PF: Also habe sie dann abgestillt, sonst hätte ich sie auch weiter gestillt.“ (PF_SESn I 024:026)

Die Haltung zur Flaschennahrung bei den IP ohne MH lässt sich als neutral bezeichnen; es werden weder positive noch negative Wertungen geäußert. Während die Gabe der Flaschennahrung, wie bei folgendem ersten Zitat zu erkennen ist, mit den Vorlieben und Reaktionen des Kindes zusammenhängt, wird die Gabe der Flaschennahrung auch als Normalität angesehen werden, wie darauf folgendes Zitat zeigt:

„P3: (...) sie mochte nie diese andere Milch, also sie hat nie irgendwie diese Ersatzmilch bekommen, aber nur weil sie die nicht mochte (...).“ (P3_D_SESh I 027:027)

„P8: (...) Dann habe ich dann Aptamil genommen, ganz normal (...).“ (P8_D_SESm I 016:016)

Insgesamt zeigte sich bei den IP mit türkischem MH eine eher ablehnende Haltung gegenüber der Flaschennahrung, unabhängig davon, ob diese in der Ernährung des Kindes eingesetzt wurde oder nicht. Gründe dafür waren u. a., dass die Inhaltsstoffe für fragwürdig gehalten wurden (Zucker, Süßstoffe, Zusatzstoffe), die Flaschennahrung insgesamt als ungesund eingeschätzt wurde und auch, ähnlich wie bei den Müttern ohne MH, ihre Kinder diese Art der Nahrung ablehnten. Eine weitere Ursache für die ablehnende Haltung gegenüber der Flaschennahrung lag bei den IP mit MH darin, dass die Zubereitung der Milch in der Flasche unpraktisch erschien im Vergleich zum schnellen Anlegen beim Stillen. Die Verwendung der Flaschennahrung wird dennoch als Alternative zur Muttermilch eingesetzt, wobei die ablehnende Haltung gegenüber der Flaschennahrung deutlich wird, indem die Entscheidung für die Flaschennahrung aus der Not heraus getroffen wird:

„PD: Ja okay, das ist bestimmt nichts Gesundes [..], gesünder als Muttermilch gibt's ja nichts, ne. Aber was willst du machen, du kannst ja nicht Kind die ganze Zeit da liegen lassen und schreien lassen [..], ne. Da bist du ja auch selber durcheinander, und ich habe die Flaschennahrung dann gegeben. Ich wusste, dass das nicht gesund ist. Ich hätte lieber sie GESTILLT.“ (PD_T_SESn I 122:123)

„PF: Ich hätte es, glaube ich, nicht genommen, wenn ich hätte stillen können, dann würde ich sie wahrscheinlich auch nicht geben. I: Warum nicht? PF: Ich weiß nicht, ist ja Chemie irgendwie, ne. Ist ja leider so, es ist ja alles. Meine Milch, ich weiß, wo die her kommt. Da ist nichts, wo ich sagen kann, das darf sie nicht. [...] Ja also eigentlich würde ich es ihr nicht geben, also hätte ich jetzt stillen können, hätte ich sie gestillt (...).“ (PF_T_SESm I 078:080)

„PG: (...) Halt stillen ist immer besser, was man tun kann. Wirklich GESUND, aber wenn die Mütter das nicht können. (...) Das muss, irgendwas muss, müssen die Kinder dann halt bekommen, und ich habe Aptamil benutzt. (...).“ (PG_T_SESm I 116:116)

„I: Und was hältst du eigentlich von der Flaschennahrung? PJ: Was ich davon halte, ich hätte lieber Muttermilch gegeben. Na, aber ich hatte ja keine Wahl, du hast ja keine Wahl, wenn nichts kommt, dann kommt nichts. Also es war halt [...] Not, anders ging es nicht.“ (PJ_T_SESn I 051:052)

„PM: Ja wird ja immer so gesagt, weiß ich nicht. Ich möchte ja auch nicht, ähm, einfach irgendetwas geben, wovon ich nicht weiß, was da drin ist. So Gekauftes, deswegen.“ (PM_T_SESn I 038:038)

Auch die folgende IP mit MH lehnt die Flaschennahrung ab, da sie ihrer Meinung nach zu viel Zucker, Süßstoff und weitere Zusatzstoffe enthält. Falls jedoch nicht gestillt werden kann, so sieht sie auch die positiven Eigenschaften der Flaschennahrung. Die Flaschennahrung wird als legitim eingeschätzt, wenn nicht gestillt werden kann, bei Krankheit der Mütter oder bei Zeitmangel bzw. anderen Umständen, die es nicht erlauben zu stillen:

„PC: Ach so, ich hätte der Mama gesagt, dass sie auf jeden Fall weiterstillen soll und ja [...], okay, wenn die Mama krank wird und sie muss Antibiotika nehmen oder was, dann kann sie natürlich nicht mehr stillen. Dann würde ich sagen, dass sie auf die Flasche zurückgreifen soll, aber ähm, aber wenn sie Milch hat und sich gesund ernährt natürlich, dann würde ich ihr empfehlen, weiter zu stillen. Aber wenn sie irgendwie, wie gesagt, krank wird oder operiert werden muss und das Kind beim [...], das ist ja das Problem. Wenn man stillt, dann kann man das Kind nicht immer weggeben, aber wenn man die Flasche gibt, dann hat man auch Vorteile, dass man das Kind für ein paar Stunden irgendwo abgeben kann, wenn man mal was zu tun hat. Dementsprechend auch wenn die Mama auch berufstätig ist, dann kann sie ja auch nicht vollstillen, wenn sie wieder arbeiten muss. Dann ist natürlich die Flasche super Sache.“ (PC_T_SESh I 086:086)

„I: Also bist du auch, so jetzt mal direkt gesagt, gegen Fertigprodukte? PK: Jein, zum Beispiel, wenn die Mama keine Zeit hat, zum Arzt muss und das dauert lange und sie kann nicht stillen oder abpumpen, oder wie auch immer, und das Kind hat Hunger, dann ist mir alles Recht, weil man ja ein Kind auch nicht hungern lassen. Wenn das Kind Hunger hat, der will dann SOFORT was essen und nicht erst in zehn Minuten. Wenn die Mama dann halt Termine hat oder Verpflichtungen (...) Also ich finde das okay.“ (PK_T_SESn I 099:102)

Beikost

Der als richtig wahrgenommene Einführungszeitpunkt der Beikost liegt in etwa zwischen vier und acht Monaten. Folgendes Zitat verdeutlicht, dass diese als richtig wahrgenommene Norm auch als eine Art Vorschrift gesehen wird:

„PL: (...) fünf Monate habe ich eigentlich vollgestellt. Und nachdem, danach [..], nach vier Monaten darf man ja eigentlich zufüttern, und dann habe ich dann halt mit dieser [..] mit diesem GrießBREI [..] angefangen. Und [..] das hat sie dann nachmittags mehr oder weniger bekommen (...).“ (PL_T_SESn I 020:020)

Die Haltung der IP zur Beikost spiegelt sich insbesondere in der Frage danach, ob der Brei selbst hergestellt oder ob auf industriell hergestellte Produkte zurückgegriffen werden sollte, wieder. IP ohne MH bewerteten industriell hergestellte Beikost größtenteils positiv. Die Gründe dafür waren vor allem die Praktikabilität und die Annahme, dass diese Produkte sowohl aus hygienischer Sicht als auch hinsichtlich der Inhaltsstoffe besonders gut geprüft sind. Ein Großteil der Mütter ohne MH hat die Beikost teilweise selbstzubereitet und hat aber auch auf industriell hergestellte Produkte zurückgegriffen. Das Argument der Praktikabilität der fertig hergestellten Produkte kam insbesondere zum Tragen, wenn die Mütter unterwegs waren, Zeitmangel vorherrschte und die Nahrung schnell verfügbar sein sollte. Einige der IP ohne MH nutzten die industriell hergestellten Beikostprodukte, um neue Lebensmittel in den Speiseplan ihres Kindes erstmals aufzunehmen und um zu testen, ob diese vertragen und gemocht werden:

„P3: Äh, dann ham, sind wir irgendwie auch auf Gläschen umgestiegen, hm, ich glaub, ich weiß gar nicht, diese Biosachen von dm, das war irgendwie so'n Kompromiss zwischen wir hatten keine Lust ständig zu kochen und das abzufüllen, und wir haben halt beide weiter gearbeitet. Äh, ich hab studiert, und er hat gearbeitet, und deswegen war's für uns einfach zu zeitraubend (...).“ (P3_D_SESh I 042:042)

„P5: Bis zum [..] sechsten Monat, und dann bin ich angefangen bei ihm mit Beikost. Dann fängt man an mit Gemüse erstmal. Da hab ich dann erst die Gläschen genommen, weil die Menge ja erstmal am Anfang sehr gering ist, die die essen und ich hab dann gesagt, ich muss das erstmal ausprobieren ich war halt auch sehr unsicher. Ich hab dann mit Gläschen angefangen und hab dann Hipp-Gläschen genommen. Ähm, hab das ungefähr so zwei Monate gefüttert. Dann halt in verschiedenen Variationen also was es dann an Gemüse so gibt. Mit Kartoffeln. Und dann hab ich selber gekocht. Halt Möhren, Kartoffeln, Pastinake also naja jegliches Gemüse was er so essen wollte, ne.“ (P5_D_SESm I 021:021)

Im Vergleich zu den IP ohne MH herrschte in Bezug auf industriell hergestellte Beikostprodukte bei den Müttern mit türkischem MH eine gewisse Verunsicherung hinsichtlich der korrekten Lagerung und Lagerzeit der Produkte im Handel und der damit von ihnen empfundenen geringeren Wertigkeit der Inhaltsstoffe:

„PF: (...) was ich in den Gläschen kaufe, ist ja im Prinzip eigentlich ja fast dasselbe, nur dass ich selber weiß, was ich da reingetan habe. Also ich weiß, dass da nicht irgendwelches Zuckerzeug oder irgendwelche Konservierungsstoffe drin sind. Ich weiß, da ist wirklich Gemüse und so was drin.“ (PF_T_SESm I 197:198)

Ein Großteil der Mütter mit türkischem MH hat zum Zeitpunkt der Beikosteinführung Suppe gegeben. Dieses Vorgehen bezeichneten viele Mütter mit türkischem MH als typisch türkische Vorgehensweise. Dahinter lässt sich eine „türkische“ Norm erahnen, die die Gabe von Suppe im ersten Lebensjahr beinhaltet. Während das erstgenannte Zitat eine kritische Haltung gegenüber der Suppe zeigt, wird bei dem letztgenannten Zitat deutlich, dass dieses Vorgehen der eigenen subjektiven Norm entspricht:

„PC: Also, ich koche ja generell türkisch, aber was bei den türkischen Müttern sehr beliebt ist, ist mehr die Suppe, Suppe. (...) Erstens es geht viel schneller, die Suppe kriegen die Kinder viel schneller runter, weil sie nicht kauen müssen, aber, ähm, okay abends kann man mal dem Kind eine Suppe geben, aber NICHT NUR. Das Kind muss ja auch lernen zu kauen, also ich finde das schon wichtig, dass das Kind auch richtig feste Nahrung kriegt, aber das ist bei unseren TÜRKISCHEN Müttern leider nicht immer so.“ (PC_T_SESh I 159:159)

„PK: (...) Essen, mit Suppe kann man ja anfangen zu essen. Erst kommt die Suppe¹⁵, dann kommt halt weiche Gemüse, dann kommt er schon zu den Festeren, dann kommt das mit Fleisch, dass man beißen kann, wenn die Zähnnchen da sind.“ (PK_T_SESn I 349:349)

Eine weitere Zubereitungsart von Beikost, die nur bei den türkischen Müttern erwähnt wurde, war das Einweichen von Keksen in Milch¹⁶. Auch dieses Vorgehen lässt, ähnlich wie bei dem o.g. Vorgehen zur Gabe von Suppe, eine „türkische“ Norm erahnen:

„PD: Manche machen ja zum Beispiel Milch mit diese, ähm, Kekse. Babykekse, die vermischen das und geben dem Kind so (...).“ (PD_T_SESn I 134:134)

„PI: Aber das waren da halt Fertige und diese türkischen [.] Cici Bebe, die habe ich dann im Wasser, und dann hat sie es auch bekommen.“ (PI_T_SESm I 261:261)

¹⁵ Anmerkung: Die türkische Bezeichnung für die selbst zubereitete Suppe lautet Tarhana und besteht aus einer getrockneten Mischung aus Mehl, Joghurt und Gemüse, was zu einer Suppe gekocht wird

¹⁶ Die türkische Bezeichnung lautet "Cici Bebe" (Biskuit-Kekse), die laut Herstellerfirma als wertvolles Produkt für die Säuglings- und Kleinkindernahrung beworben werden.

„PL: Und ja dann gab es auch mal zum Beispiel, ähm, dass ich halt [...] Kekse mit MILCH eingeweicht habe. I: Cici Bebe? PL: Ja, zum Beispiel.“ (PL_T_SESn I 316:320)

Familienessen

Der Übergang zum Familienessen wird als schleichender Prozess wahrgenommen. Im Vergleich zu den anderen Phasen wie Stillen und Beikost werden in den Schilderungen der Mütter keine Bezüge zur subjektiven Norm deutlich, bzw. es werden keine besonderen Annahmen über den Einführungszeitpunkt des Familienessens erkennbar. Der Einführungszeitpunkt des Familienessens liegt zwischen dem achten bis vierzehnten Lebensmonat des Kindes. Insbesondere IP mit MH achten auf den Verzicht von Gewürzen bei der Zubereitung der Speisen für die Kinder, aber einige wenige IP ohne MH beschreiben, dass sie Gewürze nicht verwendet haben. Weitere Inhaltsstoffe, auf die geachtet werden, sind Zucker und Fett. Es wird deutlich, wie das zuletzt aufgeführte Zitat zeigt, dass mit dem Übergang zur Familienkost ein Zustand der Normalität erreicht ist:

„P7: (...) und dann, ja, nach und nach hat das dann angefangen, dass sie vom Tisch mitgegessen hat (...).“ (P7_D_SESm I 132:132)

„PH: (...) Natürlich halt habe ich darauf geguckt, dass das Sachen sind, die nicht so stark gewürzt sind erst mal. Dann hat sie morgens mit uns bisschen gefrühstückt zusammen, halt Tomaten, Käse, Brot, kleine Stücken. Ja und dann wird das immer mehr, ja jetzt isst sie, wenn sie Lust hat, mit uns mit.“ (PH_T_SESn I 017:017)

„P8: (...) Ja und dann nach einem Jahr, hat er auch schon (Kind redet im Hintergrund) dann ganz normal mitgegessen. Bei uns.“ (P8_D_SESm I 016:016)

Resümee

In der Bewertung der eigenen Ernährungspraktiken gegenüber dem Kind ziehen die IP entweder ein übergreifendes Resümee über den gesamten Ernährungsprozess oder bewerten nur bestimmte Teilaspekte in der Ernährung (Stillen, Einführung Beikost, Verwendung der Flaschennahrung, Gabe bestimmter Lebensmittel, Einhaltung der subjektiv wahrgenommenen Norm). Es wird deutlich, dass die IP versuchen, sich an die als richtig wahrgenommene Norm zu halten:

„P1: Also, ich hab angefangen mit passierten Pastinaken und Möhrchen, ähm, Kartoffeln gab's, Brot das erste Jahr gar nicht. Also Weizen, ah. Doch, doch, da fällt mir ein, da hat unser Kinderarzt schon gesagt, mit Weizenprodukten sollte man vorsichtig sein, deswegen habe ich ihr das am Anfang nicht gegeben. Honig hat sie das erste Jahr auch nicht bekommen. I: Aha. P1: Da habe ich mich schon dran gehalten.“ (P1_D_SESm I 059:059)

Eine eher als negativ wahrgenommene Bewertung der eigenen Ernährungspraktiken wird erkennbar, wenn sich die IP entgegen der von ihnen als richtig empfundenen Norm verhalten haben, wie folgendes Zitat zeigt:

„P9: (...) vielleicht noch für andere Mütter. Was mir oft aufgefallen ist, die geben ihren Kindern ja viel zwischendurch Süßigkeitenmäßig und so. Das hatte ich bei meinem Sohn auch gemacht, weil er ja so ein schlechter Esser ist, aber genau das sollte man zum Beispiel nicht machen, zwischendurch. I: Warum? P9: Mein Kinderarzt hatte mir verraten, dass Kinder sich (Kind stört) zwischendurch Süßigkeiten satt essen, zu den Hauptmahlzeiten ja nicht essen, diese vitaminreichen Sachen und so. I: Okay. P9: Und das kenne ich von mir selber. Das Kind kriegt dann einen Keks in die Hand, weil es essen muss, aber das ist nicht so gut, nur Zucker.“ (P9_D_SESn I 138:145)

„P10: (...) Ja aber jetzt bei der Kleine war das so, also ich hab wirklich, ähm, versucht das zu machen, was die Ärztin mir halt gesagt hat. Also was die jetzt nicht darf in dem ersten, äh, Lebensjahr, mit dem Ei und Fisch und sowas. Das ich da wirklich drauf achte und dass sie das auch nicht bekommt.“ (P10_D_SESn I 024:024)

Es fällt auf, dass einige IP mit MH häufig einen Verweis auf Problemlosigkeit trotz vorhandenen Problemen aussprechen. Die Problemlosigkeit bezieht sich dabei auf das Ausbleiben von Erkrankungen oder auf Aspekte der Ernährung. Auch wenn hier zunächst keine deutliche subjektive Norm zum Vorschein tritt, lässt sich ein Muster in dieser Art der Darstellung erahnen:

„I: Gab es irgendwo Probleme? PK: Nein, mit der Ernährung nicht.“ (PK_T_SESn I 173:174)

„PM: Ja, ich hatte ein paar Probleme am Anfang, aber sonst ist alles ok. (...) So Brustwarzen ähm. (...) ja nicht Entzündung, aber so [...], hat schon weh getan also, ich hatte ein bisschen Probleme, aber ging am Anfang. Danach ging das alles weg.“ (PM_T_SESn I 043:047)

Die Norm, die andere Mütter weitergegeben wird ist nahezu zu bei allen IP hinsichtlich des Stillens gleich. Bei der Frage danach, was die IP anderen Müttern zur Ernährung empfehlen würden, antworten nahezu alle IP, dass sie das Stillen empfehlen, wenn es möglich ist:

„I: (...) Wenn jetzt eine Freundin oder Bekannte oder eine Mutter auf die zukommt, deren Kind jetzt zwei bis drei Monate alt ist. Was würdest Du ihr empfehlen, äh, bezüglich Ernährung? P7: Erstmal zu stillen, wenn das irgendwie möglich ist, würde ich das jedem empfehlen. Und dann soll sie ihrem Instinkt folgen. Also ich find das ist das Wichtigste. I: Ja. P7: Weil wenn man irgendwas macht, was einen selber nicht überzeugt, finde ich, bringt das gar nichts. (...)“ (P7_D_SESm I 102:103)

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass sich beim Stillen alle IP bis auf Ausnahme einer IP ohne MH einig sind, dass dies das Beste für das Kind sei. Bei der anvisierten Stilldauer sind Unterschiede zwischen IP mit und ohne MH dahingehend erkennbar, dass IP mit MH eine längere Stilldauer erreichen möchten. Deutliche Unterschiede finden sich bei der Haltung zu industriell hergestellten Säuglingsprodukten wie Flaschennahrung und Beikost. IP mit türkischem MH bevorzugen selbst hergestellte Kost und lehnen industriell hergestellte Produkte eher ab, unabhängig davon ob sie diese nutzen oder nicht. Auch bei der Zubereitung von Beikost treten Unterschiede zwischen Müttern mit und ohne MH auf, wobei die IP mit MH häufig Suppe und in Milch eingeweichte Kekse als Beikost verwenden. Bei dem Familienessen treten kaum Unterschiede zwischen den IP ohne und mit MH auf, ausgenommen bei der Verwendung von Gewürzen. IP mit MH verweisen dabei eher auf den Verzicht von Gewürzen, wenn ihre Kinder am Familienessen teilhaben. Die Bewertung der eigenen Ernährungspraktiken geschieht in Orientierung an die subjektiv wahrgenommene Norm und wird als gelungen eingeschätzt, wenn diese Norm erreicht wurde und weist keine Unterschiede zwischen IP ohne MH und IP mit türkischem MH auf. Generell lässt sich feststellen, dass IP mit türkischem MH häufig auf eine Problemlösung in Ernährungs- oder Gesundheitsthemen zu ihrem Kind hinweisen, auch wenn sie explizit Probleme in diesen Bereichen beschreiben.

5.5.2. Subjektive Vorstellung über die Gesundheit des Kindes

Die subjektive Vorstellung über die Gesundheit des Kindes beinhaltet als Kategorien erster Ebene das Körpergewicht, den Einfluss der Ernährung und das Ausbleiben von Erkrankungen.

Körpergewicht

Die Zunahme an Körpergewicht dient den IP als ein bedeutender Indikator für den Gesundheitsstatus ihres Kindes. Wenn das Wachstum und das Körpergewicht als normentsprechend wahrgenommen wird, entsteht auch der Eindruck, dass die richtige Ernährungsweise gewählt wurde, wie folgendes Zitat zeigt:

„P5: Und da war halt meine Unsicherheit, weil ich nicht wusste, hat er jetzt genug gegessen oder nicht und, äh, mit neun zehn Monaten wiegt man den natürlich nicht mehr auf einer Babywaage. Aber natürlich hat er genug bekommen, weil er ja auch gewachsen ist und, ähm, irgendwann hab ich dann gedacht, dann wird's wohl richtig sein.“ (P5_D_SESm I 103:103)

"PK: (...) Und dann haben wir geguckt, wie, ob er regelmäßig zugenommen hat, der hat regelmäßig zugenommen. Und das war halt für mich wichtig, dass er GESUND ist, weil Kids

sollen ja regelmäßig zunehmen als Baby und das hat er gut gemacht. Der hat nicht großartig zugenommen, aber der hat langsam zugenommen, aber gut.“ (PK_T_SESn I 169:169)

Einfluss der Ernährung

Attribute, die die IP einer gesunden Ernährung zusprechen sind eine hohe Menge an Obst und Gemüse im Speiseplan, eine abwechslungsreiche Lebensmittelwahl, geringe Mengen an Zucker und Fett sowie der Verzicht von Fast Food. Folgendes Zitat verdeutlicht, dass sich die Ernährung der IP nach der Geburt des Kindes verändert hat, indem sie nun mehr Gemüse in den Speiseplan integriert und auf Fast Food verzichtet. Ebenso gehört zu einer gesunden Ernährung aus Sicht der IP, dass die Speisen selbstzubereitet werden:

„P7: Ja, wir sind „Fast Food“-Liebhaber (lacht), waren wir früher halt und haben halt öfter mal ne Pizza gegessen oder Pommes oder sowas. Einfach mal eben Nudeln angebraten oder sowas und halt nicht so sehr auf Gemüse oder sowas geachtet, aber jetzt ist schon wirklich irgendwas mit Gemüse dabei.“ (P7_D_SESm I 062:062)

„I: Was ist für dich eigentlich eine gesunde Ernährung? PI: Dass sie zwischendurch Obst hat, dass sie zum Mittagessen Gemüse hat, ja. [...] Also dass ich selber koche, nicht dass ich so, ähm, mir jetzt was bestelle, was für sie. Das nicht.“ (PI_T_SESm I 359:360)

Ausbleiben von Erkrankungen

Wie folgendes Zitat zeigt, ist diese IP mit MH nach einem Vergleich mit anderen Müttern davon überzeugt, dass die Gesundheit ihres Kindes, das kaum krank ist, durch die Ernährungsweise beeinflusst ist. Dieses Phänomen tritt bei einigen IP auf. IP mit MH benennen ein gesundes Kind auch als nicht schwach, wie in letztgenanntem Zitat zu erkennen ist:

„I: Kannst du mir auch Gründe nennen, warum du dein Kind gerade so ernährst, wie du es ernährst? PA: (...) Also ich hatte immer ein Vergleich mit meiner Freundin und da habe ich immer gemerkt, sie hat natürlich auch ganz anders ernährt. Also schon bisschen, fünfzig Prozent anders als ich, und dann merke ich extrem den Unterschied. Also mein Kind ist sehr, sehr selten krank und bei ihr ist es, dass er jede zwei oder [...] jeden Monat mal irgend ein Schnupfen oder eine Krankheit hat, die er wirklich erst mal, wirklich drei bis vier Tage zuhause sich erst mal aufbauen muss und er radikal abnimmt.“ (PA_T_SESm I 051:053)

„PL: Nein [...], also ich möchte jetzt nicht lügen, aber bis auf eine ganz normale Erkältung war sie jetzt nicht unbedingt sehr viel erkrankt, war sie nicht. Also es war halt kein Baby, das schwaches [...], sie war kein schwaches Baby oder so, ne.“ (PL_T_SESn I 132:132)

In Bezug auf die subjektiven Vorstellungen zur Gesundheit des Kindes zeigen sich kaum Unterschiede zwischen Müttern mit und ohne MH. Die Zunahme an Körpergewicht gehört für

beide Gruppen zu einer guten Gesundheit des Kindes. Dazu führt auch eine gesunde Ernährung, die in ihren Attributen ähnlich beschrieben werden. Ein Unterschied zwischen IP mit und ohne MH besteht darin, dass die Mütter mit MH ihre Kinder als nicht schwach bezeichnen, wenn diese aus ihrer Sicht gesund sind.

5.5.3. Subjektive Annahmen zum Informationsgeschehen

Die subjektiven Annahmen zum Informationsgeschehen lassen sich einteilen in die folgenden Kategorien erster Ebene: Beziehung zu AkteurInnen, inhaltliche Qualität der Empfehlungen und Idealvorstellung.

Beziehung zu AkteurInnen

Die Beziehung zu den AkteurInnen im Informationsgeschehen spielt eine bedeutende Rolle für die IP. Wenn ein Vertrauensverhältnis zu den AkteurInnen besteht, wird den Informationen eher Glauben geschenkt als wenn Misstrauen gegenüber den AkteurInnen besteht. Der Arzt und die Hebamme haben generell einen hohen Stellenwert im Informationsgeschehen, wenn es um Fragen zur Ernährung geht, wie die beiden folgenden Zitate zeigen. Daneben haben auch andere Mütter eine wichtige Funktion im Austausch zu Ernährungsfragen:

„P7: Also eigentlich haben wir in der Krabbelgruppe viel drüber gesprochen. Man hört sich halt so um, wie die anderen das halt machen, man hört sich halt so um, wie die das handhaben. Sonst hätte ich den Kinderarzt gefragt (...)“ (P7_D_SESm I 068:068)

„PM: Ähm, also, ich habe immer mit meiner Hebamme alles besprochen, ähm, was ich ihr am besten geben soll. Die hat ja mehr Ahnung als ich. Und sie hat mir dann gesagt, ähm, was ich ihr dann am besten gebe, wo was drin ist.“ (PM_T_SESn I 071:071)

Es zeigt sich aber auch, dass der Arzt nur eine untergeordnete Rolle im Informationsgeschehen zur Kinderernährung spielen kann. Grund dafür ist, dass der Arzt eher zu gesundheitsbezogenen Themen informiert und nicht speziell bei Ernährungsthemen. Häufig gilt der Arzt als Ansprechperson, wenn Probleme beim Kind auftauchen. Die Hebamme deckt auch praxisrelevante Informationen zur Kinderernährung ab, in denen Rezepte für Beikost oder Tipps für die Wahl der Flaschennahrung enthalten sind:

„I: Und, ähm, hast Du bestimmte Personen gehabt, die Dir Tipps gegeben haben und an die Du dich gewendet hast? P5: Ja. Also, in allererster Linie meine Hebamme, von der habe ich eigentlich so am Meisten übernommen. Dann auch der Kinderarzt und ich hab halt ne Krabbelgruppe, wo ich mich mit, ähm, Müttern ausgetauscht habe. Also eigentlich die Hebamme und die Krabbelgruppe. Vom Kinderarzt kriegt man zwischendurch mal so Anregungen wie man's machen kann, aber der berät in dem Sinn, finde ich, jetzt nicht. Also wenn man viel-

leicht mal nachfragt, dann schon aber. Der sagt dann, ist ok oder ist nicht ok, das war dann also eigentlich in allererster Linie die Hebamme. I: Aha. P5: Die mir am meisten geholfen hat.“ (P5_D_SESm I 037:038)

Wie folgendes Zitat verdeutlicht, werden den IP auch Informationen zugetragen, die als wenig sinnvoll oder relevant wahrgenommen werden:

„P3: Bei Personen, keine Ahnung. Natürlich belästigt einen die Familie mit, äh, vermeintlichen Weisheiten. Ähm (Kind unterbricht uns), ähm, ja genau, Familie, ja [..], ja. Beiderseits, genau. Das war, ja, die war sehr präsent (lacht).“ (P3_D_SESh I 076:077)

Die Einschätzung der Erfahrungswerte anderer Mütter (eigene Mütter mit eingeschlossen) haben einen hohen Stellenwert im Informationsgeschehen zur Kinderernährung:

„PM: Ja, beim ersten Kind weiß man ja eigentlich nicht, ne, aber, ähm, wenn man schon hört so von [..] erfAHRENEN Müttern, so meine Mutter oder so. Die hat ja auch gesagt, ja ihr habt auch immer das getrunken oder das und das gegessen.“ (PM_T_SESn I 104:105)

„I: Gut. Hast du dir eigentlich anfangs Informationen zum Thema Flaschennahrung eingeholt? [..] Vor der Geburt oder danach im Krankenhaus. PK: Nee, ne Freundin von mir sagte, dass Beba ganz gut ist. Dann habe ich das genommen. Und ich glaube ihr, sie hat ja vor mir ein Kind gekriegt. Sie hat ja ihre Erfahrung schon gemacht, und ich habe sie gefragt, was sie dann halt [..] gegeben hat als Flaschennahrung. (...)“ (PK_T_SESn I 122:122)

Das Vertrauen in die Freundin, die schon Kinder im jugendlichen Alter hat, ist so groß, dass diese IP keine weiteren Informationsquellen mehr benötigt hat:

„I: Sonst noch andere Quellen wie Arzt oder privat auch, Familie, Freunde? PK: Nö I: Gar nicht? PK: Nein, weil meine Freundin, die Kinder sind ja schon 15, 16. Da habe ich nichts mehr nachgefragt.“ (PK_T_SESn I 104:105)

Wie in Kapitel 5.1.2. bereits beschrieben, konnte ein Unterschied zwischen Müttern ohne MH und Müttern mit türkischem MH identifiziert werden, welchen Stellenwert sie den Informationen durch die eigene Mutter beigemessen haben. Die Mütter mit MH haben die eigene Mutter als sinnvolle Quelle für Ernährungsinformationen dargestellt, demgegenüber haben deutsche Mütter den Stellenwert der Ernährungsinformationen durch die eigene Mutter eher gering eingeschätzt. Gründe dafür waren hauptsächlich, dass die deutschen Mütter die Informationen der eigenen Mütter als falsch oder veraltet angesehen haben.

Inhaltliche Qualität der Empfehlungen

Es wurde bei vielen IP häufig zum Ausdruck gebracht, dass eine Verunsicherung durch Informationen unterschiedlicher Herkunft herrschte, wenn diese inhaltlich deutlich voneinander abgewichen sind. Ein Einzelfall zeigt sich bei dem Zitat folgender IP, die beschreibt, dass sie von ihren Freunden und Bekannten teils widersprüchliche Angaben zur Kinderernährung erhalten hat. Das bewertet sie jedoch nicht negativ, sondern führt dies auf ein typisch türkisches Merkmal zurück und weist diesen Informationen einen hohen Stellenwert zu, insbesondere wenn die Akteure selbst Eltern waren. Eine häufige Reaktion auf widersprüchliche Informationen war eine Verunsicherung bei den IP:

„PD: Ja, ich hatte ja ganz viele Leute über mich, also drum mich, ne. Die sagten, eine sagte, STILL, STILL, du hast Milch. Die andere sagte, gib noch Flasche noch dazu, das KIND ist nur am Schreien, das Kind ist nur am Schreien, weil es Hunger hat [..], ne. Ich hatte ja ganz viele. Du kennst ja bei türkischen Leuten. Jeder sagt was anderes. 'ISS das, kriegst du mehr Milch' 'Mach das, kriegst du mehr Milch' und so, ne [..], ja kennste ja. Ich brauchte mir keine Rate [..], Beratung zu holen. Ich hatte Beratung, LEUTE um mich herum, genug. I: War das Wissen für dich überhaupt wichtig und richtig auch gleichzeitig? PD: Ja, ich muss, das war ja mein erstes Kind. Musste ich ja wissen, was ich, äh, richtig mache und was ich nicht richtig mache. Es waren ja Eltern, die schon zwei, drei Kinder hatten, die schon Ahnung hatten, ne.“
(PD_T_SESn I 178:181)

Die Annahme darüber, dass es widersprüchliche Informationen gibt, führt bei dieser IP dazu, dass sie sich gar nicht weiter erkundigt hat:

„I: Gut, und hast du sonst noch andere Quellen? Also außer deiner Hebamme? PM: Ähm, ne, so [..], so nicht eigentlich. Ich möchte da jetzt auch nicht so, ähm, so viel rum recherchieren, weil [..] alle sagen ja immer was anderes.“ (PM_T_SESn I 225:226)

Eine andere Reaktion auf widersprüchliche Informationen zeigte sich im Verlass auf die eigene Intuition. Folgendes Zitat zeigt, dass sich diese IP durch den Widerspruch nicht beirren lassen hat und weiterhin ihre Vorgehensweise beibehalten hat:

„I: Dir ist ja noch was eingefallen. P7: Ja genau, das weiß ich noch, dass ich damals beim Arzt war. Da geht man ja regelmäßig zu den U-Untersuchungen und da hat die Ärztin zu mir gesagt, sie wäre zu dick. Ich sollte aufhören mit dem Stillen oder weniger stillen und das war für mich so, dass ich dachte, den frage ich überhaupt nicht mehr, weil das kam mir ganz komisch vor. Weil meine Hebamme hat gesagt, du kannst sie nicht zu viel stillen, du kannst sie oft anlegen, wie sie halt Hunger hat und der sagte mir auf einmal, sie sei zu dick und ich sollte weniger stillen. Da wusste ich halt erst auch nicht was ich machen sollte, aber im Endeffekt habe ich mir selber gedacht, du gibst ihr jetzt nicht weniger. Wenn sie Hunger hat, dann hat sie Hunger, und dann gibst du ihr auch was. I: Ja. P7: Ja und das war für mich

auch eigentlich so der ausschlaggebende Grund warum ich ihn nicht weiter wegen der Ernährung gefragt hatte. Weil das fand ich schon extrem. I: Aha. P7: Das man sagt n'Baby is zu dick, also für mich gibt's kein Baby, was zu dick ist. Die haben halt Babyspeck und sind n'bisschen dicker. Das ist mir grad noch eingefallen. Genau deswegen habe ich DEN wirklich gar nicht mehr gefragt, also auch was der mir gesagt hat, habe ich überhaupt nicht mehr registriert (lacht).“ (P7_D_SESm I 123:128)

Neben den widersprüchlichen Inhalten von Empfehlungen und Ratschlägen kann auch die Informationsfülle zur Verunsicherung bei den Müttern führen. Aus der Fülle der Informationen suchen sich die IP entweder die für sie relevanten und als richtig empfundenen Ratschläge heraus, wobei einige IP für diesen Vorgang eigene Filter für eben diese Informationen nutzen:

„I: Welche Stellenwerte haben die unterschiedlichen Quellen eigentlich für dich? Zum Beispiel, ob der Arzt für dich wichtig ist, dass man da die Information einholen kann, oder. PF: Ja, also, ich hole mir schon Informationen, aber ich führe dann Filter für mich, was ich für sinnvoll halte und was nicht. [...] Ich hole zwar Informationen ein, aber wenn ich für mich denke, nee das gefällt mir nicht, dann lasse ich es. Also ich filtere für mich, was ich für wichtig halte.“ (PF_T_SESm I 043:049)

Wiederum andere IP übernehmen die Tipps direkt ohne Filter anzuwenden, wie folgendes Zitat zeigt:

„I: (...) dann hast Du ja gesagt, dass du ihm die Flaschennahrung gegeben hast und, ähm, wie hast du dich entschieden, die besondere Marke oder das zu geben? P8: Das war im Krankenhaus. Da haben die gesagt Aptamil oder ob ich einen anderen Vorschlag hätte. Und, äh, da hab ich gesagt Aptamil und da haben alle gesagt, das ist das Beste und dann habe ich das genommen.“ (P8_D_SESm I 037:038)

Idealvorstellung

Einige IP berichten von einer Zufriedenheit, die sie im Informationsgeschehen zur Kinderernährung erfahren haben:

„P7: (...) aber es gab jetzt irgendwo nicht so die Probleme. I: Ja. P7: Dass ich gedacht habe, ich muss da jetzt dringend jemanden ansprechen. I: Aha. P7: Also es war ok so wie es war.“ (P7_D_SESm I 068:068)

„I: (...) gab's da noch andere Bereiche, wo du dir noch einen Ansprechpartner oder eine andere Informationsquelle oder ein anderes Vorgehen gewünscht hättest? P8: Nee, das nicht, ich war froh, dass ich da meine Schwester hatte, die mir eigentlich gut geholfen hatte, ne. (P8_D_SESm I 152:154)

„I: Und hättest du dir bezüglich des Themas auch was anderes gewünscht? PA: Eigentlich gar nichts, also wie gesagt, mein Kind hatte keine Krankheiten oder war keine Frühgeburt oder sonst was, wo ich gedacht habe [..], hatte ich nicht. Also ich hatte nicht irgendwie das Gefühl, wo ich sagte 'Oh ich brauche mehr Informationen', nein hatte ich nicht.“

(PA_T_SESm I 122:123)

„I: Also deine hauptsächlichen Informationsquellen waren jetzt das Internet. PC: Und die Kinderärztin auf jeden Fall. (...) Und die Informationen haben dir auch gereicht? PC: Ja haben mir gereicht.“ (PC_T_SESh I 222:225)

„I: Haben dir irgendwelche Informationen gefehlt? PK: Nee.“ (PK_T_SESn I 403:404)

Diese IP hat Unterstützung in Ernährungsfragen durch die Mütter in der Krabbelgruppe und durch ihre Hebamme (Geburtsvorbereitungskurs und Betreuung nach der Geburt) erfahren. Dabei schätzt sie die Dauer des Kurses (zehn Monate) und die nahezu ständige Erreichbarkeit der Hebamme als förderlich ein:

„P5: Also es ist ne Beleghebamme, die, ähm, ich weiß jetzt nicht, wie das bei anderen Hebammen ist, bei ihr ist es halt so, dass die schon so'n bisschen sich das Kredo auf die Fahnen geschrieben hat, dass die so im ersten Lebensjahr die Eltern noch begleitet, wenn das zeitlich möglich ist. Das war bei ihr eigentlich ganz gut. I: Ja. P5: Also wie gesagt, dadurch, dass wir n' Kurs besucht hatten und wir uns halt regelmäßig gesehen haben, konnte man sie halt immer noch fragen. I: Aha. P5: Und dann hat sie halt, wenn man's halt wirklich gebraucht hat, konnte man sie halt auch anrufen. I: Ah ja. P5: Die hat dann halt am Meisten dazu beigetragen.“ (P5_D_SESm I 047:047)

„I: Und waren die ausreichend für dich? Oder verständlich? PG: Klar ja. Ich habe da wie gesagt, ich hatte auch, habe auch so ein Vorteil, ich habe das auch in der Ausbildung gelernt, ne. Das ja ein Vorteil bei mir gewesen, also ich hätte am Anfang keine Probleme beziehungsweise ich konnte, ich kannte das ja (...) I: Okay. PG: (...) mit der Nahrungen [..] Vorbereitungen, was gut und nicht gut ist. Halt deshalb sage ich ja, ich habe dann auch, ich wusste dann ganz genau, wann ich mit Beikost anfangen, wie ich mit Beikost anfangen. Das ist ja gelernt bei mir.“ (PM_T_SESm I 156:159)

Ein Wunsch der IP besteht in mehr Orientierungshilfen zur Kinderernährung. Diese können darin bestehen, dass es ein klar strukturiertes Schema zur Kinderernährung geben sollte, auch wenn dies als wenig realistisch eingeschätzt wird, besteht dennoch der Wunsch danach:

„P5: (...) Aber das ist ja auch von Kind zu Kind unterschiedlich, da gibt's ja keinen Richtwert. Es gibt ja kein richtig oder falsch, das ist ja das Problem und, ähm, was heißt Problem, aber

für mich wäre so ein Schema F gut gewesen, aber das funktioniert mit Kindern (lacht) natürlich nicht.“ (P5_D_SESm I 100:101)

Folgendes Zitat unterstreicht die Herausforderung, mit der die Wahl und das Angebot an Ernährungsinformationen verbunden ist und beinhaltet auch den Wunsch zu mehr Orientierung. In diesem Beispiel einer IP ohne türkischen MH wird das Verlangen nach risikoorientierter Kommunikation zur Kinderernährung deutlich. Bei der Selbstreflexion dieser IP bezeichnet sie sich selbst als „wahrscheinlich ungewöhnlich“, was darauf schließen lässt, dass sie bei anderen Müttern von einem anders geprägten Informationsverhalten ausgeht:

„P3: Hm, weiß nicht, ne, wir hätten fast gerne noch mehr Infos gehabt (Mutter redet mit Tochter) ne, wir hätten ja gerne mehr so [...], aber wir sind da auch allen mit auf die Nerven gegangen. Also wir hätten ne begründete Information gehabt. (...) Also uns hat immer genervt, dass, ähm, keine Ahnung, auch so, also wir sind. Mein Mann ist jetzt auch Wissenschaftler und macht dann immer Statistiken und so und sagt dann auch immer ja, also wir regen uns halt auf. Also, wir sind wahrscheinlich ungewöhnlich. Wir sind einfach auch nervig, aber irgendwie, uns hat immer genervt, dass wir keine Statistiken bekommen haben. Wir wollten immer wissen, wie wahrscheinlich ist das, das und das passiert wenn (Kind redet dazwischen) das, das und das passiert, wenn die und die Gegebenheiten (unverständlich). Auch schon irgendwie während der Schwangerschaft, weil wir halt irgendwie nicht wissen wollten, geben sie jetzt ihrem Kind das und das. Dann fragt man sich ja, warum, was soll das bringen und so. Genau. Und das hat uns immer ein bisschen genervt. Wir wollten gern wissen warum und wenn man's nicht macht, was kann im schlimmsten Fall passieren. Und was wird der Nutzen und so sowas wollten wir halt wissen. Wir fanden so Angaben irgendwie immer nervig.“ (P3_D_SESh I 076:078)

Eine bessere Erreichbarkeit der AnsprechpartnerInnen im Informationsgeschehen wünschen sich viele IP. Die ÄrztInnen sind bspw. nur zu bestimmten Zeiten erreichbar. Als sinnvoll werden Kurse zu Ernährungsfragen angesehen oder eine Hotline, bei der man sich telefonisch Hilfe holen kann:

„P5: (...) aber da hat mir so eine Anlaufstelle gefehlt. (...) Und ich hatte dann halt eine Bekannte, die an so einem Kurs teilgenommen hat, und den hat ihre Hebamme angeboten, meine hatte das nicht. Ähm, und die hat mir dann die Unterlagen gegeben. Also für mich wär's gut gewesen, wenn ich so einem Abend teilgenommen hätte, aber es hat sich halt nicht ergeben. (...) weil alles voll war.“ (P5_D_SESm I 087:096)

Zusammenfassend lassen sich Unterschiede zwischen IP mit und ohne türkischem MH in Bezug auf den Stellenwert der Informationen durch verschiedene AkteurInnen feststellen. Türkische IP vertrauen auf die Informationen zur Kinderernährung durch die eigene Mutter.

Im Vergleich dazu lehnen IP ohne MH die Ratschläge der eigenen Mütter eher ab. Die allgemeine Widersprüchlichkeit in den Informationen wird von nahezu allen Müttern wahrgenommen, jedoch wünschen sich eher deutsche IP mehr Orientierungshilfen in den Ernährungsempfehlungen für Kinder sowie eine bessere Erreichbarkeit der AkteurInnen im Informationsgeschehen.

5.6. Vom Einzelfall zum Typus – Fallübergreifende Analyse der inhaltlichen Zusammenhänge

Anhand des Stufenmodells empirisch begründeter Typenbildung (vgl. Abbildung 10) wurden die Interviews der IP weiter ausgewertet und der Versuch einer Gruppierung vorgenommen. Es wurden unterschiedliche Hauptkategorien und Kategorien 1. Ebene miteinander kombiniert und auch wieder verworfen, wie bspw. die Kombination aus Problemsituationen und Strategien. Die Hauptkategorie Problemsituationen wurde hinsichtlich der Typenbildung ausgeschlossen, da die IP ähnliche Probleme im Zusammenhang mit dem Stillen und der Beikost schildern und damit nicht das Prinzip der internen Homogenität und externen Heterogenität (Kelle und Kluge 2010) im Rahmen der Typenbildung eingehalten werden konnte. Stattdessen wurden andere Kombinationen von Hauptkategorien und Kategorien 1. Ebene vollzogen, bis sich folgende zur Typenbildung relevante Hauptkategorien herauskristallisiert haben: Strategien, positives, negatives und ambivalentes Erleben, Umgang mit dem Kind sowie subjektive Annahmen zum Informationsgeschehen. Es wurden diese Kategorien für die Typenbildung herangezogen, da in den Ausführungen der IP zu diesen Kategorien Unterschiede zwischen den IP herausgearbeitet werden konnten. Die gebildeten Typen entsprechen Idealtypen, die anhand eines fallübergreifenden Vergleichs der Kategorien erster Ebene hinsichtlich des Erlebens, des Umgangs mit dem Kind und der Subkategorien der subjektiven Annahmen im Informationsgeschehen sowie der Kategorien erster Ebene und der Subkategorien der Strategien gebildet wurden. Es werden im Rahmen des fallübergreifenden Vergleichs die einzelnen Fälle zugeordnet, die am ehesten zu dem jeweils gebildeten Idealtypus passen. In dem Kapitel 5.6.1. ist ein tabellarischer Überblick über die gebildeten Typen dargestellt und Kapitel 5.6.2. werden die inhaltlichen Sinnzusammenhänge der Typen erläutert.

5.6.1. Überblick Typologie

Tabelle 16 Darstellung Typ A

Typ A – Die intuitiven Identifikationsdarstellerinnen				
Nutzen der Einstellung: Identifikationsfunktion (expressive Funktion und explizite Einstellung)				
Konative Einstellungen	Affektive Einstellungen	Kognitive Einstellungen	Zugeordnete Fälle ¹	
			Ohne MH	Mit MH
- Filter für Informationen erkennbar	- Positives Erleben des Ernährungsverlaufs	- Vorstellungen zur Norm deutlich	P2_n	PA_m ²
- experimentierfreudig	- Freude	- Norm dient als Orientierung	P6_h	PC_h ²
- Gelassen dem Unvorhersehbaren gegenüberstehen	- Verlass auf Bauchgefühl und Intuition	- Bei widersprüchlichen Informationen wenig bis kaum Verunsicherung	P7_m	PF_m
- pragmatischer und flexibler Umgang mit dem Kind	- Hohe Selbstwirksamkeit	- Einsatz von Filtern für Informationserwerb und -verarbeitung	P10_n ^{2,4}	PG_m
	- Kein innerer Konflikt erkennbar	- Eher zufrieden mit erlangten Informationen		PL_n ³

¹ Zugehörigkeit zur Gruppe des Sozialstatus angegeben durch: n - SES niedrig; m - SES mittel; h - SES hoch

² IP mit mehreren Kindern

³ alleinerziehende IP

⁴ lebt in Partnerschaft aber nicht mit dem Kindsvater

Tabelle 17 Darstellung Typ B

Typ B – Die verunsicherten Orientierungssuchenden				
Nutzen der Einstellung: Orientierungsfunktion (Wissensfunktion)				
Konative Einstellungen	Affektive Einstellungen	Kognitive Einstellungen	Zugeordnete Fälle ¹	
			Ohne MH	Mit MH
- Filtern von Informationen schwierig	- Negatives oder ambivalentes Erleben	- Betonung auf Orientierung an Norm	P1_m	PB_m ²
- Viele Informationen werden eingeholt	- Verunsicherung	- Starker Wunsch nach Erfüllen der Norm	P3_h	PD_n ^{2,3}
- rigide (Still-) Praktiken	- Schuldgefühle	- Sicherheitsbedürfnis im Informationsgeschehen wird geschildert	P4_h	PH_n
- Kind besitzt große Handlungsmacht	- Niedrige Selbstwirksamkeit	- Sicherheit durch Erfahrungen (Anderer)	P5_m	PI_m
	- Innerer Konflikt zwischen Wunschvorstellung und Wirklichkeit deutlich erkennbar	- Wunsch nach mehr Informationen (risikoorientiert, bessere Erreichbarkeit der AkteurInnen)		

¹ Zugehörigkeit zur Gruppe des Sozialstatus angegeben durch: n - SES niedrig; m - SES mittel; h - SES hoch

² IP mit mehreren Kindern

³ alleinerziehende IP

Tabelle 18 Darstellung Typ C

Typ C – Die unbewusst Selbstschützenden				
Funktion der Einstellung: Selbstdarstellungs- und Selbstschutzfunktion, Ich-Verteidigungsfunktion (implizite und unbewusste Einstellung)				
Konative Einstellungen	Affektive Einstellungen	Kognitive Einstellungen	Zugeordnete Fälle ¹	
			Ohne MH	Mit MH
- Informationen werden wenig bis gar nicht gefiltert angenommen	- Erleben positiv und negativ (neutral)	- Konkrete Vorstellungen zu Norm wenig erkennbar	P8_m	PE_m ²
- Praktiken an Bedürfnissen des Kindes orientiert	- Gutes und schlechtes Gefühl (schwach ausgeprägte Darstellung)	- Betonung von Problemlosigkeit nach außen	P9_n	PJ_n ⁴
- Kind hat Handlungsmacht	- Kein Drang danach Verunsicherung auszudrücken	- geringes Problembewusstsein		PK_n ³
	- Eher niedrige Selbstwirksamkeit	- Wünsche nach mehr Informationen werden kaum formuliert		PM_n ⁴
	- Kein innerer Konflikt erkennbar			

¹ Zugehörigkeit zur Gruppe des Sozialstatus angegeben durch: n - SES niedrig; m - SES mittel; h - SES hoch

² IP mit mehreren Kindern

³ alleinerziehende IP

⁴ PJ hat ein Kind im Alter von 7 Monaten; PM hat ein Kind im Alter von 6 Monaten

5.6.2. Darstellung inhaltlicher Sinnzusammenhänge

Folgende drei Typen können benannt werden, die anhand der Fallkontrastierung der relevanten Hauptkategorien und deren Ausprägungen herausgearbeitet wurden.

Typ A „Die intuitiven Identifikationsdarstellerinnen“ (vgl. Tabelle 16)

Die Strategien, die dieser Typologie zugeordnet werden können, zeichnen sich dadurch aus, dass die IP sich auf ihr Bauchgefühl und ihre Intuition verlassen. Dabei wird die Ernährungsweise den aktuellen Bedingungen angepasst, wozu zeitliche Faktoren gehören oder der Entwicklungsstand des Kindes. Der Umgang mit dem Kind ist durch Pragmatismus gekennzeichnet. Die Bedürfnisse des Kindes werden wahrgenommen. Die Umsetzung der als richtig

wahrgenommenen Normen zur Kinderernährung wird nicht strikt nach Vorgabe umgesetzt sondern eher experimentierfreudig ausgelegt.

Das Erleben der IP in Typ A ist von positiver Bestärkung (gutes Gefühl, Zufriedenheit, Beruhigung durch eigenes Verhalten) geprägt, wobei die IP eine hohe Selbstwirksamkeit (Überzeugung gegenüber den eigenen Absichten, Vergleich mit anderen Müttern) innehaben. Es ist kein innerer Konflikt zwischen Wunschvorstellung und Wirklichkeit erkennbar.

Bei den subjektiven Annahmen zum Informationsgeschehen entsteht bei den IP aus dieser Typologie, trotz Widersprüchen in den Informationen, wenig bis keine Verunsicherung. Um sich bei der Fülle an Informationen zurechtzufinden, nutzen diese IP Filter für die als richtig wahrgenommenen Informationen.

Der Nutzen der Einstellungen ist bei Typ A gekennzeichnet durch die Identifikationsfunktion, die die explizite Darstellung der eigenen Einstellung beinhaltet. Um diese Funktion näher zu erläutern, wird das Interview mit P2_D_SESn hier als ein Beispiel herangezogen. Diese IP schildert explizit ein positives Erleben des Stillens, wobei sie sich auf ihre Intuition verlassen hat und eine Selbstbestätigung für ihr eigenes Verhalten durch die gelungene Umsetzung ihrer Stillpraktiken erfährt. Für Informationen zur Kinderernährung setzt sie bewusst Filter ein, mit denen sie sich selbst identifizieren kann und ist mit den Informationen zur Kinderernährung weitestgehend zufrieden.

Typ B „Die verunsicherten Orientierungssuchenden“ (vgl. Tabelle 17)

Die Strategien, die dieser Typologie zuzuordnen sind, sind geprägt durch eine starke Orientierung an der als richtig wahrgenommenen Norm, wobei viele Informationen eingeholt werden und die dabei auftretenden Widersprüche in den Informationen zu Verunsicherung führen. Das Filtern von Informationen wird eher als schwierig wahrgenommen. Hinsichtlich des Umgangs mit dem Kind kann festgestellt werden, dass das Kind eine große Handlungsmacht hat, was sich auf die Reaktionen der IP auf die Bedürfnisse des Kindes in der Form auswirkt, dass direkt gehandelt werden muss und dass das Wohl des Kindes über dem Wohl der Mutter steht.

Das Erleben des Ernährungsprozesses im ersten Lebensjahr in diesem Typ ist ambivalent oder negativ, wobei ein innerer Konflikt zwischen der Wunschvorstellung und der Wirklichkeit deutlich erkennbar wird. Die Stärke dieses inneren Konfliktes kann schwanken zwischen sehr stark und eher schwach. Das Erleben ist eher geprägt durch Belastungen wie Verunsicherung und Überforderung. Es besteht der Wunsch nach noch mehr Informationen, die eher risikoorientiert ausgerichtet sein sollten und als stärkere Orientierungshilfe dienen sollen.

Der Nutzen der Einstellungen kann bei Typ B mit einer Orientierungsfunktion beschrieben werden, welche auch als Wissensfunktion bezeichnet werden kann. Zur Verdeutlichung die-

ser Funktion wird P3_D_SESh als Beispiel herangezogen. Diese IP verweist auf den Wunsch nach verstärkt risikoorientierten Informationen und vermittelt dadurch ihr gesteigertes Sicherheitsbedürfnis im Informationsgeschehen. Sie orientiert sich stark an ihrer subjektiv wahrgenommenen Norm bspw. im Hinblick auf die angestrebte Stilldauer. Ein innerer Konflikt wird durch den eher als geplanten Umstieg von Vollstillen auf Teilstillen ausgelöst.

Typ C „Die unbewusst Selbstschützenden“ (vgl. Tabelle 18)

Zu den Strategien, die diesem Typ entsprechen, zählen der Informationserwerb ohne erkennbare Filter und eine wenig erkennbare Absicht zur Selbstreflektion in Ernährungspraktiken. Hinsichtlich des Umgangs mit dem Kind kann auch hier wie bei dem Typus B festgestellt werden, dass das Kind eine große Handlungsmacht hat. Das Erleben des Ernährungsprozesses kann sowohl positiv als auch negativ sein, es ist jedoch kein ambivalentes sondern eher neutrales Erleben erkennbar, sodass auch kein innerer Konflikt zwischen der Wunschvorstellung und der Wirklichkeit deutlich wird.

Bei diesem Typus fällt häufig der Verweis auf eine Problemlosigkeit auf, trotz explizit genannter Probleme. Die subjektiven Annahmen zum Informationsgeschehen sind geprägt durch Zufriedenheit hinsichtlich der Empfehlungen zur Kinderernährung.

Der Nutzen der Einstellungen lässt sich bei Typ C mit einer Selbstdarstellungs- und Selbstschutzfunktion oder auch Ich-Verteidigungsfunktion bezeichnen, wobei die Einstellung teilweise implizit bleibt. Als Beispiel wird hier das Interview mit PM_T_SESn herangezogen. Die eigenen subjektiven Vorstellungen und Annahmen zur Kinderernährung bleiben bei dieser IP eher implizit und sind ihr vermutlich auch nicht bewusst. Sie schreibt anderen AkteurInnen wie bspw. der Hebamme oder der eigenen Mutter mehr Kompetenzen im Bereich der Kinderernährung zu und nimmt deren Empfehlungen zur Kinderernährung ungefiltert an.

5.7. Zusammenfassung der Ergebnisse

Über die Zusammensetzung der Stichprobe, die aus 23 IP besteht, lässt sich 1. ableiten, dass die Mütter ohne MH im Durchschnitt älter sind als die Mütter mit türkischem MH und 2. dass bei der Einstufung des sozialen Status die Zuordnung bei den IP ohne MH über die Gruppen niedriger, mittlerer und hoher SES relativ gleichmäßig verteilt ist. Bei den IP mit türkischem MH ist die niedrige und mittlere Gruppe des sozialen Status überrepräsentiert. IP mit türkischem MH hatten häufiger zwei oder mehr Kinder als die IP ohne MH.

Zeitlicher Überblick des Ernährungsverlaufs im ersten Lebensjahr

Stillen/Milchernährung

Der Großteil der IP hat ihr Kind gestillt bzw. es versucht und wollten ihr Kind auch stillen. Lediglich eine IP hat das Stillen abgelehnt. Die Stilldauer ist im Vergleich von IP ohne MH und IP mit türkischem MH unterschiedlich, wobei letztgenannte eine insgesamt längere Stilldauer anvisieren und auch umsetzen. Die Haltung zum Stillen ist bei nahezu allen IP positiv, weil sie sich dadurch, neben einem direkt positiven Einfluss auf das Immunsystem, grundsätzlich ein gesünderes Kind versprechen. Außerdem schätzten sie die praktischen Eigenschaften des Stillens und den beruhigenden sowie sättigenden Effekt des Stillens. Mehr als die Hälfte der IP haben industriell hergestellte Flaschennahrung in der Ernährung ihres Kindes eingesetzt. Die Haltung zur Flaschennahrung weist Unterschiede zwischen den beiden Gruppen auf. Während IP ohne MH die Flaschennahrung als neutral bewerten, sind IP mit türkischem MH gegenüber der Flaschennahrung eher negativ eingestellt und begründen dies durch fragwürdige Inhaltsstoffe sowie die als unpraktisch angesehene Zubereitung der Flaschennahrung.

Beikost

Der Zeitpunkt der Beikosteinführung weist keinen Unterschied bei Müttern mit und ohne türkischem MH auf. Jedoch zeigt sich auf der Ebene der verwendeten Lebensmittel bzw. Inhaltsstoffe der Beikost, dass IP mit türkischem MH häufig Suppe verwenden und in Milch eingelegte Kekse (der türkische Produktname: Cici Bebe). Die subjektiv wahrgenommene Norm wird besonders deutlich durch die Entscheidung zwischen selbst hergestellter und industriell hergestellter Beikost. Ähnlich wie bei der Bewertung der Flaschennahrung lehnen IP mit türkischem MH die industriell hergestellte Beikost eher ab, während IP ohne MH größtenteils positiv demgegenüber eingestellt sind. Gründe, die die IP mit türkischem MH für ihre ablehnende Haltung nennen, sind die Ungewissheit über die Inhaltsstoffe und die lange Lagerzeit der Produkte.

Familienessen

Insgesamt betrachtet sind die Äußerungen zum Familienessen daran orientiert, dass mit dem Übergang zum Familienessen ein Zustand der Normalität eintritt. Der Einführungszeitpunkt des Familienessens war im Vergleich zwischen IP mit und ohne MH bei den IP mit MH zu einem früheren Zeitpunkt.

Begriffsverständnis und Sprachkompetenzen

Begriffe wie Flaschennahrung und Beikost werden häufig unterschiedlich und nicht im Sinne der allgemeingültigen Definition verstanden, wobei kein Unterschied zwischen IP mit und ohne MH erkennbar ist. Die Ergebnisse hinsichtlich der Sprachkompetenzen in der Mutter- und ggfs. Zweitsprache zeigen, dass die meisten IP ihre Mutter- und ihre Zweitsprache als gut einschätzen (vgl. Kapitel 2.3.4.).

Zusammenfassende Ergebnisse zur Beantwortung der Forschungsfragen

Wie gestalten die Mütter den Prozess der Ernährung im ersten Lebensjahr?

Nahezu alle IP geben an, Stillprobleme gehabt zu haben, wobei kein Unterschied zwischen IP mit und ohne MH besteht. Zu den Strategien der IP zählen Informationserwerb, Rückzug, Experimentieren und Verlass auf die eigene Intuition. Sowohl IP mit als auch ohne MH informieren sich in Fragen zur Kindesernährung über Laien- und Expertenwissen. Der Kreis an AkteurlInnen, über die sich die IP informieren, besteht aus ÄrztInnen, Hebammen, Familienangehörigen, Freunden und Bekannten. Weitere Quellen für Informationen sind Printmedien wie Ratgeber und Zeitschriften, Internet(-foren) sowie Werbung der Hersteller. Während IP mit MH den Informationen der eigenen Mutter einen höheren Stellenwert beimessen als IP ohne MH, vertrauen letztgenannte eher auf das Expertenwissen. Jedoch berufen sich Mütter aus beiden Gruppen, insbesondere in Problemsituationen, auf das Expertenwissen. Es sind Unterschiede zwischen den IP beim Umgang mit dem Kind zu erkennen. Die Unterschiede zeigen sich darin, dass einige IP sehr gelassen mit dem Kind umgehen, auch in schwierigen Situationen und wiederum andere IP deutlich angespannt teilweise sehr verunsichert sind. Dabei weisen beide Interviewgruppen diesen Umgang mit dem Kind auf.

Wie erleben die Mütter den Prozess der Ernährung im ersten Lebensjahr?

Das Erleben des Ernährungsprozesses wird unterschiedlich wahrgenommen und kann eingeteilt werden in positiv, negativ und ambivalent. Dabei lassen sich zu jeder der drei Formen des Erlebens sowohl IP ohne als auch mit MH zuordnen. Beim positiven Erleben äußern die Mütter Emotionen wie ein gutes Gefühl, Zufriedenheit, Beruhigung für ihr eigenes Verhalten und eine positive Überzeugung gegenüber den eigenen Ansichten sowie im Vergleich mit anderen Müttern. Das Erleben wird als negativ bezeichnet, wenn die IP schlechte Gefühle, körperliche Schmerzen, Verunsicherung und Überforderung sowie Schuldgefühle gegenüber dem Kind mit dem Ernährungsprozess verbinden. Wenn die Mütter einen inneren Konflikt zwischen der Wunschvorstellung in Ernährungsbelangen und der Realität äußern, bspw. hinsichtlich der beabsichtigten und der tatsächlich umgesetzten Stilldauer, lässt sich dies als ambivalentes Erleben beschreiben.

Welche Annahmen und Überzeugungen der Mütter beeinflussen den Prozess der Ernährung im ersten Lebensjahr des Kindes?

Die IP haben unterschiedliche Vorstellungen über die optimale Stilldauer. Dabei visieren Mütter mit türkischem MH eine längere Stilldauer von bis zu zwei Jahren an. Zwischen Müttern mit und ohne türkischem MH lassen sich bezüglich der Gründe für die Einführung der Flaschennahrung keine Unterschiede erkennen. Während IP ohne MH eine eher neutrale Haltung gegenüber der Flaschennahrung zeigen, weisen IP mit MH eine eher ablehnende Haltung demgegenüber auf. Der als richtig wahrgenommene Einführungszeitpunkt der Beikost liegt in etwa zwischen vier und acht Monaten. Die Haltung der IP zur Beikost spiegelt sich insbesondere in der Frage danach, ob der Brei selbst hergestellt oder ob auf industriell hergestellte Produkte zurückgegriffen werden sollte, wieder. IP ohne MH bewerteten industriell hergestellte Beikost größtenteils positiv, während IP mit MH verunsichert sind hinsichtlich der langen Lagerzeit der Produkte und dessen Auswirkungen auf die Inhaltsstoffe. Im Vergleich zu den Phasen wie Stillen und Beikost werden in den Schilderungen der Mütter keine Bezüge zur subjektiven Norm hinsichtlich des Einführungszeitpunktes des Familiensens deutlich. Mit dem Übergang zur Familienkost wird ein Zustand der Normalität erreicht. Generell lässt sich feststellen, dass IP mit türkischem MH häufig auf eine Problemlosigkeit in Ernährungs- oder Gesundheitsthemen zu ihrem Kind hinweisen, auch wenn sie explizit Probleme in diesen Bereichen beschreiben.

Die subjektive Vorstellung über die Gesundheit des Kindes beinhaltet eine Zunahme an Körpergewicht des Kindes, wobei dies als Indikator für den kindlichen Gesundheitsstatus gilt. Außerdem zählt der Einfluss der Ernährung und das Ausbleiben von Erkrankungen dazu. Ein hoher Obst- und Gemüseverzehr sowie eine abwechslungsreiche Lebensmittelauswahl gelten aus Sicht der IP als Bestandteile einer gesunden Ernährung. In Bezug auf die subjektiven Vorstellungen zur Gesundheit des Kindes zeigen sich kaum Unterschiede zwischen Müttern mit und ohne MH.

Durch die Beziehung zu den AkteurInnen im Informationsgeschehen, die inhaltliche Qualität der Empfehlungen und die Idealvorstellungen an das Informationsgeschehen werden die subjektiven Annahmen zum Informationsgeschehen deutlich. Die Beziehung zu den AkteurInnen im Informationsgeschehen spielt eine bedeutende Rolle für die IP, wird die Beziehung als vertrauensvoll angesehen, so schenken die IP den Informationen Glauben. Die Mütter mit MH haben die eigene Mutter als sinnvolle Quelle für Ernährungsinformationen dargestellt, demgegenüber haben deutsche Mütter den Stellenwert der Ernährungsinformationen durch die eigene Mutter eher gering eingeschätzt.

Es wurde bei vielen IP häufig zum Ausdruck gebracht, dass eine Verunsicherung durch die Fülle an Informationen und durch die Informationen unterschiedlicher Herkunft herrschte, wenn diese inhaltlich deutlich voneinander abgewichen sind.

Hinsichtlich der Idealvorstellung zum Informationsgeschehen zeigte sich zum Teil eine Zufriedenheit bei den IP, andere wiederum hätten Wünsche zum Informationsgeschehen. Insbesondere IP ohne MH betonen, dass sie sich mehr Orientierungshilfen in den Ernährungsempfehlungen für Kinder sowie eine bessere Erreichbarkeit der AkteurInnen im Informationsgeschehen wünschen. Aber auch IP mit MH wünschen sich teilweise mehr Informationen zur Kinderernährung.

Welche Einstellungen zur Kinderernährung im ersten Lebensjahr lassen sich bei Müttern verschiedener sozialer Schichten mit und ohne türkischem Migrationshintergrund in Deutschland identifizieren?

Aus der fallübergreifenden Analyse konnten drei Typen gebildet werden, die sich als Idealtypen bezeichnen lassen (s. Kapitel 5.6.1.). Typ A „Die intuitiven Identifikationsdarstellerinnen“ zeichnet sich durch ein flexibles und pragmatisches Verhalten in Ernährungsbelangen aus, in denen auch in problematischen Situationen mit Gelassenheit reagiert wird. Außerdem beinhaltet dieser Typ kaum Anzeichen von Verunsicherung, sogar bei widersprüchlichen Informationen zur Kinderernährung verlässt sich dieser Typ auf die eigene Intuition. Das Erleben des Ernährungsprozesses wird insgesamt positiv wahrgenommen.

Typ B „Die verunsicherten Orientierungssuchenden“ weisen eher rigide und weniger flexible Ernährungspraktiken auf, die stark an normativen Überzeugungen orientiert sind. Wenn die Wunschvorstellung zur Kindesernährung, wie etwa der Stilldauer, nicht der Realität entspricht, reagiert dieser Typ verunsichert und äußert Schuldgefühle gegenüber dem Kind. Typ B weist einen deutlichen inneren Konflikt zwischen der Wunschvorstellung zur Kindesernährung und der tatsächlich umgesetzten Ernährungsweise auf.

Typ C „Die unbewusst Selbstschützenden“ ist gekennzeichnet durch einen auf Problemlosigkeit ausgerichteten Umgang mit dem Kind. Normative Überzeugungen werden kaum formuliert. Das Erleben des Ernährungsprozesses wird zwar gleichzeitig positiv und negativ wahrgenommen, wobei eine Tendenz zu wenig affektivem Erleben erkennbar ist, die sich auch als neutral bezeichnen lässt. Es lassen sich keine großen inneren Konflikte identifizieren. Auch bei negativen Erlebnissen im Zusammenhang mit der Kindesernährung werden kaum Formen von Verunsicherung geäußert.

Welche Unterschiede bestehen in den Einstellungen zur Ernährung im Lebensjahr zwischen Müttern verschiedener sozialer Schichten und mit und ohne türkischem Migrationshintergrund?

Hinsichtlich der Zuordnung der einzelnen Fälle zu den drei Typen bestehen kaum Unterschiede zwischen den Merkmalen Sozialstatus und Migrationsstatus. Die Verteilung der IP mit und ohne MH zwischen den drei Typen ist annähernd gleich, wobei dem Typ C nur zwei Fälle ohne MH zugeordnet werden konnten. Bezüglich der Verteilung des SES bei den Typen lässt sich zeigen, dass in Typ A und B jede Gruppe des Sozialstatus vertreten ist; ausgenommen bei Typ C sind keine Vertreterinnen der höchsten Sozialstatusgruppe zu finden.

6. Diskussion

In diesem Kapitel werden zunächst die Ergebnisse dieser Arbeit mit der aktuellen Literatur verglichen und diskutiert. Die Ergebnisdiskussion (Kapitel 6.1.) beinhaltet die verstärkte Perspektive auf Gemeinsamkeiten und Unterschieden zwischen Müttern mit und ohne türkischem MH bei der Gestaltung und dem Erleben des Ernährungsprozesses, den Annahmen und Überzeugungen zur Kinderernährung sowie den Sprachkompetenzen und dem Begriffsverständnis der IP. Dabei werden die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit in den Kontext des aktuellen Forschungsstandes eingeordnet, diskutiert und herausgestellt, welche neuen Ergebnisse erzielt werden konnten.

Erste Hinweise zur Weiterentwicklung ernährungsbezogener Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen werden an den dafür passenden thematischen Stellen hervorgehoben und im Anschluss in gebündelter Form ausgesprochen. Weitere Handlungsempfehlungen zur Weiterentwicklung von Maßnahmen werden im Fazit (Kapitel 7.) thematisiert.

Den Abschluss der Ergebnisdiskussion liefert die Auseinandersetzung mit der Frage nach der relativen Bedeutung der mütterlichen Einstellungen zur Kinderernährung im Kontext mit der Entstehung chronischer Erkrankungen.

Die Betrachtung der Ergebnisse auf Grundlage der Perspektive der Typen erfolgt in Kapitel 6.2.. Die in dieser Arbeit gebildeten Typen werden im Rahmen des Empirie-Theorie-Transfers (Kapitel 6.2.1.) dargelegt und diese ebenso wie die Ergebnisse in Kapitel 6.1. in den aktuellen Forschungskontext eingeordnet. Bei dem Empirie-Theorie-Transfer wird zunächst beschrieben, aus welchen Gründen sich das sozial-kognitive Prozessmodell gesundheitlichen Handelns als besonders geeignet erweist, um die Merkmale der Typen (vgl. Kapitel 5.6.1.) abzubilden. Dabei werden die relevanten Hauptkategorien hinsichtlich ihrer Ausprägungen innerhalb der Typen den Phasen des sozial-kognitiven Prozessmodells gesundheitlichen Handelns zugeordnet und diskutiert. Zu den Themen die im Rahmen des Empirie-Theorie-Transfers diskutiert werden zählen das positive, negative und ambivalente Erleben des Ernährungsverlaufs, der Umgang der Typen mit Problemsituationen, die angewendeten Strategien bezüglich der Kinderernährung, die Überzeugungen zu subjektiv wahrgenommenen Normen sowie die die subjektiven Annahmen zum Informationsgeschehen.

Im Anschluss wird in Kapitel 6.2.2. die Zugehörigkeit der den Typen zugeordneten IP zu den entsprechenden Gruppen des Sozialstatus diskutiert sowie das Vorliegen oder die Abwesenheit des Migrationshintergrundes innerhalb und zwischen den Typen.

Die Stärken und Schwächen der Arbeit sowie die Methodendiskussion (Kapitel 6.3.) bilden den Abschluss dieses Kapitels

6.1. Diskussion der Ergebnisse

Ein wichtiges Ergebnis der vorliegenden Studie zeigt, dass die vorgenommene Typeneinteilung weniger einen Zusammenhang mit einem Migrationshintergrund hat, als vielmehr mit anderen einstellungsbezogenen Faktoren. Sorgen und Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der Kinderernährung scheinen unabhängig vom Migrationshintergrund aufzutreten. Auf fallbezogener Ebene zeigen sich jedoch auch kulturspezifische Aspekte, etwa bei den Vorstellungen von und Praktiken zur Beikosternährung. In den folgenden Abschnitten wird eine differenziertere Betrachtung der Resultate hinsichtlich der fallbezogenen Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen Müttern mit und ohne MH dargestellt.

6.1.1. Gestaltung des Ernährungsprozesses im ersten Lebensjahr

Stillen/Milchernährung

IP mit türkischem MH haben andere Vorstellungen von der Länge der Stilldauer als IP ohne MH, was auch im Rahmen von KiGGS dargestellt werden konnte (Lange et al. 2007a). Ebenso kann die vorliegende Arbeit die positive Stilleinstellung eines Großteils der IP bestätigen, wie sie bereits in mehreren Studien erkannt wurde (Hilbig et al. 2011c; Sievers et al. 2008). Ähnlich wie bei Sievers und KollegInnen wurden auch von den in dieser Arbeit interviewten IP in erster Linie Stillprobleme als Grund für die Verwendung von Flaschennahrung angegeben (Sievers et al. 2008).

Eine neue Erkenntnis aus vorliegender Arbeit ist die Haltung zu industriell hergestellter Flaschennahrung. Es konnte hier gezeigt werden, dass die IP mit türkischem MH diese Form der Kinderernährung eher negativ bewerten. Ein Grund für diese Haltung war die Verunsicherung über die verwendeten Inhaltsstoffe bei der Flaschennahrung. Vergleichbare Ergebnisse aus anderen Studien sind nicht bekannt. Hier gibt es einen Ansatzpunkt für die Verbesserung von Informationen zur Flaschennahrung, wie bspw. durch die Formulierung von Hinweisen zur Qualität von Inhaltsstoffen der Flaschennahrung, um Mütter mit türkischem MH Unterstützung in ihrer informierten Entscheidung hinsichtlich der Bewertung von Flaschennahrung zu bieten.

Schwierigkeiten im Zusammenhang mit dem Stillen und der Milchernährung sind bei IP mit und ohne MH vergleichbar und treten demnach unabhängig vom MH auf. Andere Studien kommen diesbezüglich zu ähnlichen Ergebnissen und beschreiben identische Probleme im Zusammenhang mit dem Stillen und der Milchernährung (Abou-Dakn 2018; Peters et al. 2006). Häufig sind die Stillprobleme durch gesundheitliche Beschwerden der IP bedingt oder durch die Annahme, dass die Milchmenge unzureichend ist.

Beikost

Im Zusammenhang mit der Beikost zeigen sich auf Grundlage der Ergebnisse dieser Arbeit unabhängig vom MH ähnliche Ergebnisse beim Einführungszeitpunkt der Beikost. Unterschiede gab es bei der von den Müttern gewählten Nahrung; anders als die Gruppe ohne MH verwendeten die IP mit türkischem MH Suppe und eingeweichte Kekse (cici bebe). Auch zu diesen Ergebnissen liegen bislang keine vergleichbaren Daten vor. IP mit türkischem MH lehnen Fertigprodukte wie die im Handel erhältliche Beikost eher ab als IP ohne türkischen MH. Es ist zwar bekannt, dass in der türkischen Kultur die selbst zubereiteten Mahlzeiten einen hohen Stellenwert haben (Zwick 2007) und Wert auf tradierte Zubereitungsmethoden gelegt wird (Schenk et al. 2008; Schmid 2003), jedoch wurde bislang in keiner Studie herausgearbeitet, warum industriell hergestellte Kinder-Lebensmittel von Müttern mit türkischem MH eher abgelehnt wurden.

Familienessen

Der Übergang zum Familienessen war bei IP mit türkischem MH früher als bei IP ohne MH. Es kann vermutet werden, dass die IP (PG_T_SESm) die angegeben hat, bereits mit sechs Monaten das Familienessen eingeführt zu haben, sich über den Begriff nicht ganz im Klaren war und ihn nicht entsprechend vom Begriff Beikost trennen konnte. Da die IP sich häufig nicht genau oder auch gar nicht an den Zeitpunkt der Einführung des Familienessens erinnern konnten, wird diesem Aspekt keine große Bedeutung zugeschrieben.

6.1.2. Erleben des Ernährungsverlaufs im ersten Lebensjahr

Das Erleben des Ernährungsverlaufs der IP kann eingeteilt werden in ein positives, negatives oder ambivalentes Erleben und weist in der vorliegenden Arbeit keinen Unterschied zwischen IP mit und ohne MH auf. Auch Hilbig und KollegInnen kommen zu dem Ergebnis, dass Mütter aufgrund von Verunsicherungen einen inneren Konflikt erleben, welcher, verglichen mit vorliegender Arbeit, als ambivalentes Erleben interpretiert werden kann (Hilbig et al. 2011c). Geht man davon aus, dass Mütter mit einer hohen Selbstwirksamkeitserwartung eher Unannehmlichkeiten (z.B. Stillprobleme) akzeptieren und Mütter mit einer niedrigen Selbstwirksamkeitserwartung diese eher ablehnen, so lässt sich dadurch das unterschiedliche Erleben des Ernährungsverlaufs deuten. Dieser theoretische Erklärungsansatz wird in Kapitel 6.2.1. eingehender behandelt.

6.1.3. Annahmen und Überzeugungen der Mütter zur Kinderernährung

Die Ergebnisse vorliegender Arbeit zu unterschiedlichen Informationsstrukturen bei Müttern mit und ohne MH gehen mit den Resultaten der Studie von Sievers und KollegInnen einher (Sievers et al. 2008). Ebenso wie bei Sievers und KollegInnen konnte hier gezeigt werden, dass die IP mit türkischem MH den Informationen von Familienmitgliedern sowie Freunden und Bekannten einen hohen Stellenwert beimessen und IP ohne MH eher auf das Wissen von ÄrztInnen und Hebammen vertrauen (s. ebd.). Ebenso wie in der Studie von Beckmann und Ayerle zum Informationsverhalten von Müttern zur Beikosternährung wurde hier ebenfalls die Familie an erster Stelle bei der Häufigkeit zu Fragen zur Kinderernährung genannt, gefolgt von der Beratung durch den Kinderarzt (Beckmann und Ayerle 2011). Beckmann und Ayerle haben jedoch nicht nach Migrationshintergrund unterschieden. Bei Betrachtung der Ergebnisse mit denen von Beckmann und Ayerle muss angemerkt werden, dass die dort befragten Mütter den KinderärztInnen am meisten Vertrauen schenken (s. ebd.). Die Ergebnisse von Beckmann und Ayerle sind demnach hinsichtlich des Stellenwerts bzw. des Vertrauens zu Familienangehörigen und/oder ÄrztInnen im Informationsgeschehen vergleichbar mit denen der vorliegenden Arbeit, jedoch ohne Differenzierung nach Migrationsstatus.

Aus den Ergebnissen vorliegender Arbeit zeigt sich, dass die eigene Mutter oder Großmutter bei den IP mit türkischem MH einen besonderen Stellenwert im Informationsgeschehen zur Kinderernährung einnimmt. Zu ähnlichem Ergebnis kommen Ergün und KollegInnen, die Mütter in der Türkei zur Einschätzung des Stellenwerts in der Kinderernährung ihrer eigenen Mütter und Großmütter befragt haben (Ertem und Ergün 2013). Schmied und KollegInnen finden identische Ergebnisse in ihrem Review mit Studien aus dem englischsprachigen Bereich (Schmied et al. 2009). Aus Deutschland sind keine weiteren Studien zu dem Stellenwert von Müttern und Großmüttern im Zusammenhang mit Informationen zur Kinderernährung bekannt. Allerdings belegen die Ergebnisse von Otyakmaz und Kollegin einen bedeutenden Einfluss der Großmütter in Familien mit türkischem MH auf die Kindererziehung (Otyakmaz und Karakaşoğlu 2015). Ältere Menschen gelten in Familien mit türkischem MH häufig als Autoritätspersonen, wobei die jüngeren Familienmitglieder darauf bedacht sind, sich ihnen gegenüber respektvoll zu verhalten. Ausdruck findet der respektvolle Umgang in der Einhaltung bestimmter Verhaltensweisen und Rituale (s. ebd.) Daraus lassen sich auch Bezüge zur Kinderernährung herstellen, die ebenfalls dem Verhalten zuzuordnen sind und erzieherische Methoden beinhalten. Für die Gestaltung von ernährungsbezogenen Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen lässt sich daraus ableiten, dass die eigenen Mütter von Müttern mit türkischem MH mit in die Maßnahmen einbezogen werden sollten.

6.1.4. Begriffsverständnis und Sprachkompetenzen

Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen, dass die meisten IP ihre Fähigkeiten in Mutter- und Zweitsprache als gut einschätzen (s. Abbildung 11 und Abbildung 12). Da diese Ergebnisse auf selbst berichteten Angaben beruhen, kann nicht ausgeschlossen werden, dass sie durch sozial erwünschtes Antwortverhalten beeinflusst sind. Anders als es bei den Ergebnissen der Befragung von Hilbig und KollegInnen hervorgehoben wurde, nämlich dass sich die befragten Mütter mit türkischem MH Ernährungsinformationen in türkischer Sprache wünschen (Hilbig et al. 2014), äußerten sich die in dieser Arbeit befragten IP mit türkischem MH diesbezüglich nicht. Eine sprachliche Barriere beim Zugang zu Ernährungsinformationen wird daher in dieser Arbeit nicht gesehen. Das eigene Verständnis der IP von häufig genutzten Begriffen wie Flaschennahrung und Beikost (s. Ausführungen zu Beginn der Kapitel 5.2.1. und 5.2.2.) entspricht oft nicht der allgemein gültigen Definition. Es wird angenommen, dass dieser Umstand zu Verständigungsproblemen, Irritationen und Unsicherheiten in Beratungssituationen führen kann, wenn die Begriffe ohne klare Definition eingesetzt werden. Das gilt gleichermaßen für die Beratung und Informationen sowohl durch Laien- als auch ExpertInnenwissen. Auch hier zeigt sich ein Anknüpfungspunkt für den Hinweis zur Verbesserung von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen, der beinhaltet, dass die Begriffe möglichst einheitlich verwendet werden sollten. Es besteht noch Bedarf an der verstärkten Verbreitung aktueller und einheitlicher Ernährungsempfehlungen, insbesondere unter Hebammen und EntbindungspflegerInnen, wozu Reiss und KollegInnen plädieren (Reiss et al. 2016). Durch die Verwendung einheitlicher Ernährungsempfehlungen lassen sich womöglich auch widersprüchliche Aussagen zur Kinderernährung minimieren.

6.1.5. Hinweise zur Weiterentwicklung ernährungsbezogener Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen

Die Ergebnisse sollten Hinweise liefern für die Weiterentwicklung von ernährungsbezogenen Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen. Wie die aktuelle Datenlage zeigt, liefert eine Kombination aus verhaltens- und verhältnispräventiven Maßnahmen eine gute Grundlage für die Konzipierung von Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung (Kuntz et al. 2018). Als gutes Beispiel können hier die Frühförderung und die frühen Hilfen genannt werden (Nationales Zentrum Frühe Hilfen 2009). Kritisch diskutiert werden in der Gestaltung derartiger Maßnahmen die Setzung bestimmter normativer Wertvorstellungen und der häufig damit einhergehende Ausschluss alternativer Möglichkeiten, was wiederum zu sozialen Ausschlüssen führen kann und damit auf die Bestrebungen zur Verringerungen gesundheitlicher Ungleichheit kontraproduktiv wirkt (Franzkowiak 2015). Im Zusammenhang

mit der Kinderernährung werden meist die Mütter als die Schuldigen betrachtet, wenn sie sich nicht gemäß eben jener normativen Vorstellungen verhalten. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zu den Einstellungen der Mütter liefern Ansatzpunkte, um die Lebenswelt und die Bedürfnisse der Mütter im Zusammenhang mit der Kinderernährung besser verstehen zu können und in die Gestaltung von Maßnahmen einfließen zu lassen. Eine diversitätssensible¹⁷ Gestaltung von Maßnahmen kann dazu beitragen, dass die Merkmale der Mütter angemessen berücksichtigt werden. Betrachtet man die Einstellungen der Mütter als Ressourcen, so lassen sich ausgehend von den unterschiedlichen Einstellungsmustern Inhalte von Maßnahmen entsprechend ausrichten (vgl. Kapitel 7.).

6.1.6. Bedeutung der Ernährungseinstellungen im Kontext der Entstehung chronischer Erkrankungen

Es stellt sich abschließend die Frage, welche relative Bedeutung die mütterlichen Einstellungen zur Kinderernährung bei der Entstehung chronischer ernährungs(mit)bedingter Erkrankungen bei Kindern haben. Betrachtet man das komplexe Gefüge von Ursachen in der Krankheitsentstehung, die neben der Ernährung im ersten Lebensjahr meist über Jahre – wenn nicht gar Jahrzehnte – wirken können, so ist die Rolle der mütterlichen Einstellungen als ein relativ kleiner Baustein in den gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen zu betrachten. Weitere lebensstil- und gesundheitsbezogene Faktoren des Kindes, aber auch Umweltfaktoren sind nicht weniger relevant und wirken über den gesamten Lebenslauf. Denn nicht nur die prä- und postnatale Phase und das erste Lebensjahr, auch der Zeitpunkt um den "Adiposity Rebound" zählt zu den kritischen Phasen der Übergewichtsentstehung im Sinne des Lebenslaufansatzes (Taylor et al. 2005). Mit zunehmendem Alter des Kindes gewinnen der Einfluss durch Gleichaltrige und weiterer Faktoren auf die Ernährungsgewohnheiten an Bedeutung (Schulverpflegung, räumliche Nähe zu Fast-Food Verkaufsstellen sowie Möglichkeiten des Erwerbs stark verarbeiteter Lebensmittel und Süßigkeiten) und die elterlichen Einflüsse verlieren an Relevanz (Giese et al. 2013; Pudiel und Westenhöfer 2003; Renner et al. 2012). Die körperliche Aktivität gilt auch als ein wesentlicher Einflussfaktor im Gesundheitsgeschehen (Sygusch 2005), die in dieser Arbeit jedoch nicht erhoben wurde, da die Bewegungsfähigkeit im ersten Lebensjahr noch nicht vollkommen entwickelt ist.

¹⁷ Diversity, ein aus dem Englischen stammender Begriff kann übersetzt werden mit Vielfalt, Heterogenität oder Verschiedenheit. Das Diversity-Konzept beschreibt "die gesamte Vielfalt von pluralistischen Gesellschaften umfassend" und entwickelt diesbezüglich "einen ganzheitlichen Ansatz mit einer festen Verankerung in Organisationen und Strukturen" (Altgeld 2016, S. 1). Diversität berücksichtigt insbesondere folgende sechs Dimensionen: Alter, Geschlecht, kulturelle Herkunft, Behinderung, sexuelle Orientierung, Religion. Ursprünglich stammt das Konzept aus Arbeits- und Betriebszusammenhängen, findet aber immer mehr Anwendung auch in anderen Kontexten wie bspw. den Gesundheitswissenschaften (Altgeld 2016).

Aus methodischer Sicht besteht die größte Schwierigkeit darin, einen kausalen Zusammenhang zwischen den Faktoren herzustellen, die auf die spätere Gesundheit oder Entstehung von Krankheiten einwirken. Randomisierte, kontrollierte Studien, die als Goldstandard zur Untersuchung kausaler Zusammenhänge genutzt werden, können aus ethischen Gründen nicht oder nur äußerst selten in diesem Kontext eingesetzt werden. Demnach bieten sich prospektive Kohortenstudien (hier: Geburtskohorten) zur Untersuchung des Zusammenhangs von Ernährungseinstellungen der Mütter auf die spätere Gesundheit der Kinder an. In diesem Studiendesign wäre die zeitliche Folge von Exposition (Ernährungseinstellung der Mutter) und späterer Gesundheit (der Kinder) gewährleistet. Bislang ist jedoch keine Geburtskohorte bekannt, die eben diesen Zusammenhang untersucht hat. Auch Stok und KollegInnen plädieren für eine Untersuchung der Langzeiteffekte von Einstellungen auf das Ernährungsverhalten (Stok et al. 2018).

6.2. Diskussion der Typen

Aus den hier vorgestellten theoretischen Modellen eignet sich vor allem das sozial-kognitive Prozessmodell gesundheitlichen Handelns, um die Muster in den Einstellungen der drei hier vorgestellten Typen erklären zu können. Das Modell der Lebenslaufperspektive, der Überblick zu den Modellen zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit sowie das Modell zum Zusammenhang von Migration und Gesundheit und die Theorien zur Mutterschaft eignen sich wie in Kapitel 3. beschrieben, um den Forschungsgegenstand in einen größeren theoretischen Rahmen einzuordnen. Jedoch liefern verhaltensbezogene Ansätze wie das sozial-kognitive Prozessmodell gesundheitlichen Handelns einen besseren Erklärungsansatz für die Einstellungsmuster der in dieser Arbeit gebildeten Typen, da sie das individuelle Gesundheitsverhalten erklären oder vorhersagen können. Daher werden die oben aufgeführten Theorien eher vernachlässigt und das sozial-kognitive Prozessmodell gesundheitlichen Handelns als ein zugrundeliegendes Erklärungsmodell für die Einstellungsmuster in den gebildeten Typen herangezogen. Das Konzept der Food Literacy lässt sich mit dem Informationsgeschehen inkl. dem Informationserwerb, dem Verständnis von Begriffen, dem Austausch über Ernährungsinformationen und der kritischen Beurteilung von Informationen dieser Arbeit verbinden. Ein Bezug zu Motivationen und Einstellungen, zum affektiven Erleben des Ernährungsprozesses sowie zu Normen und Haltungen gegenüber der Kinderernährung ist jedoch nicht im Food Literacy-Konzept enthalten. Dennoch weisen die o.g. Aspekte des Food Literacy-Konzeptes einen gewinnbringenden Beitrag zur theoretischen Erklärung der Einstellungsmuster in den drei Typen (vgl. Kapitel 6.2.1.). Die Hintergründe zur Anwendung

des sozial-kognitiven Prozessmodells gesundheitlichen Handelns werden im Folgenden erläutert:

Eine grundlegende Annahme des sozial-kognitiven Modells ist, dass sich Menschen in ihren Fähigkeiten und Kompetenzen unterscheiden (Pervin et al. 2005). Dabei sind die Fähigkeiten eines jeden Menschen abhängig von der jeweiligen Situation. Pervin bezeichnet dies auch als Kontextspezifität (Pervin et al. 2005). Im Sinne des sozial-kognitiven Modells (Bandura 1997) wird davon abgesehen, Menschen als „allgemein kompetenter“ und „allgemein inkompetenter“ einzustufen, was auch als Orientierung in der theoretischen Erklärung der auf den Studienergebnissen dieser Arbeit basierenden Typen genutzt wird. Denn wie bereits in Kapitel 1. genannt, soll in dieser Arbeit nicht die Qualität der Kinderernährung zum Gegenstand gemacht werden sondern die Einstellungen zur Kinderernährung.

Die IP bedienen sich ihrer Gedanken und Überzeugungen gegenüber der als richtig wahrgenommenen Ernährung und schaffen ein Bild davon, wie sie ihr Kind ernähren sollten und formulieren anhand dessen ihre diesbezüglichen Erwartungen. Durch die von ihnen formulierten Absichten zur Kindesernährung entwickeln sie ihre Zielvorstellungen. Die Kombination dieser Merkmale dient als Grundlage bzw. Bewertungsmaßstab für ihr Handeln. Durch die unterschiedlichen Fähigkeiten und Kompetenzen der IP und dem Einfluss situativer Bedingungen variieren die Einstellungen zur Kinderernährung, was sich in den unterschiedlichen Typen, die in dieser Arbeit gebildet wurden, widerspiegelt.

Im folgenden Abschnitt werden die Muster und Zusammenhänge der Einstellungen in den drei Typen anhand des sozial-kognitiven Prozessmodells gesundheitlichen Handelns erläutert und diskutiert sowie notwendige Erweiterungen des Modells vorgeschlagen.

6.2.1. Empirie-Theorie-Transfer

Motivationsphase

Selbstwirksamkeitserwartung (SE) in Bezug auf das Verhalten

Die Wahrnehmung der Selbstwirksamkeit beeinflusst das menschliche Verhalten (Bandura 1997), was auch bei den drei in dieser Arbeit erstellten Typen erkennbar ist und im Folgenden erläutert wird. Während Typ A mit einem als hoch wahrgenommenen Maß an Selbstwirksamkeitserwartung auch Problemsituationen gelassen gegenübersteht, reagiert Typ B mit Verunsicherung und Überforderung und nimmt ein eher niedriges Maß an Selbstwirksamkeitserwartung wahr. Das Maß der Selbstwirksamkeitserwartung von Typ C lässt sich nur erahnen, da unklar bleibt, ob dieser Typ tatsächlich nicht verunsichert ist oder ob die Verunsicherung lediglich nicht explizit gezeigt wird und der Ausdruck der Problemlosigkeit als Mittel zum Selbstschutz eingesetzt wird. Letztgenanntes wird angenommen, sodass vor

diesem Hintergrund das Maß der Selbstwirksamkeitserwartung als eher niedrig eingeschätzt wird.

Die Einflussfaktoren auf die Selbstwirksamkeitserwartung am Beispiel des Stillens hat Dennis wie folgt herausgearbeitet: Bildungsstatus der Mutter, Unterstützung von anderen Müttern, Art der Entbindung, Zufriedenheit mit der Genesung nach der Geburt und der postnatalen Pflege, Vorstellungen über den Stillprozess und die geplante Art der Ernährung des Kindes sowie mütterliche Unruhe/Sorge (Dennis 2006).

Auch in der vorliegenden Studie zeigte sich, dass die Unterstützung von anderen, als erfahren wahrgenommenen Müttern sowie die Vorstellungen und Überzeugungen hinsichtlich der als richtig empfundenen Ernährung das Handeln und die Einstellungen der Mütter beeinflussen.

Risikowahrnehmung

Schwarzer beschreibt die Risikowahrnehmung in dem sozial-kognitiven Prozessmodell gesundheitlichen Handelns dadurch, dass sie auf „subjektiven Einschätzungen des Schweregrads von Erkrankungen sowie der eigenen Verwundbarkeit beruht“ (Schwarzer 2004, S. 91). Übertragen auf den Forschungsgegenstand dieser Arbeit wäre mit Risikowahrnehmung der IP gemeint, was sie im Zusammenhang mit der von ihr vollzogenen Kindesernährung (bspw. Stilldauer, Beikost selbst hergestellt oder industriell hergestellt) verbindet. Typ A nimmt Risiken im Zusammenhang mit der Kindesernährung wahr, wobei diese aber nicht überbetont werden. Demgegenüber wird die Risikowahrnehmung von Typ B sehr stark wahrgenommen und betont. Dem Typ C wird kann eine mangelnde Risikowahrnehmung zugeschrieben werden, die zum einen durch den mehrmaligen Verweis auf Problemlosigkeit entsteht und zum anderen, weil diesem Typen etwaige Risiken im Zusammenhang mit der Kinderernährung nicht gänzlich bewusst sind.

Handlungsergebniserwartung

Unter Handlungsergebniserwartung wird verstanden, dass „neben dem Vorliegen einer Risikoperzeption eine oder mehrere Verhaltensweisen bekannt sein müssen, die geeignet sind, die wahrgenommene Bedrohung zu reduzieren. Dabei müssen Personen die Kontingenzen zwischen solchen alternativen Handlungen und nachfolgenden Ergebnissen erkennen.“ (Schwarzer 2004, S. 92). Hinsichtlich der drei in dieser Arbeit identifizierten Einstellungsmuster lassen sich folgende Aussagen zu der Handlungsergebniserwartung treffen: Typ A erkennt Alternativen in den eigenen Ernährungspraktiken und experimentiert mit den ihm bekannten Alternativen. Typ B hält sehr starr an den subjektiv wahrgenommenen Normen fest, erkennt zwar auch Alternativen aber ist wenig experimentierfreudig, wenn dies das Ab-

weichen von der Norm beinhaltet. Typ C kann wenig Risikowahrnehmung (s. oben bei Risikowahrnehmung) und damit einhergehend wenig Bedarf an Alternativen zugeschrieben werden.

Intention

Allen Typen kann die Intention bzw. die oberste Priorität zugeschrieben werden, dass sie ihr Kind gut ernähren möchten. Dabei ist dem Typ A wichtig, ein gutes Gefühl mit dem Umgang in der Ernährung des Kindes zu erlangen. Typ B hat die Erfüllung der subjektiv wahrgenommenen Norm zum Ziel und Typ C den Zustand von Normalität und Problemlosigkeit.

Erweitert werden müsste das sozial-kognitive Modell gesundheitlichen Handelns mit den Annahmen und Überzeugungen der subjektiv wahrgenommenen Normen hinsichtlich der als richtig eingeschätzten Ernährungsweise, damit das Modell den Einstellungsmustern der in dieser Arbeit gebildeten Typen gerecht wird. Die Annahmen und Überzeugungen der subjektiv wahrgenommenen Normen sind mit der Motivation verbunden und infolgedessen auch damit eine Absicht (bspw. Länge der Stilldauer) zu bilden. Daher können die Annahmen und Überzeugungen der subjektiv wahrgenommenen Normen als Ergänzung zur Intention in das Modell integriert werden. In Abbildung 13 ist eine Erweiterung des sozial-kognitiven Prozessmodells gesundheitlichen Handelns abgebildet.

Annahmen und Überzeugungen der subjektiv wahrgenommenen Normen am Beispiel des Stillens

Die subjektiv wahrgenommene Norm zu Stilldauer und Haltung zum Stillen wird bei Typ A deutlich und dient als Orientierung. Bei Typ B wird die subjektiv wahrgenommene Norm zu Stilldauer und Haltung zum Stillen ebenfalls deutlich und dient als starke Orientierung, wenn nicht sogar als Vorgabe. Dahingegen wird dies bei Typ C wenig deutlich. Typ C äußert sich im Vergleich zu Typ A und Typ B nicht so explizit zu der von ihm wahrgenommenen normativen Wirkung der als optimal empfundenen Stilldauer.

Willensphase

Planung/SE in Bezug auf Aufrechterhaltung/SE in Bezug auf Wiederherstellung

Typ A plant die Ernährung des Kindes und steht dabei unvorhersehbaren Ereignissen gelassen gegenüber. Bei Problemen in der Kindesernährung experimentiert dieser Typ mit Alternativen. Eine akribischere Planung der Kindesernährung kann dem Typ B zugesprochen werden, wobei in Problemsituationen mit allen Mitteln versucht wird bspw. das Stillen aufrecht zu erhalten. Dies geht bei diesem Typen mit einem Belastungsempfinden und einer

Verunsicherung einher. Bei Typ C werden die Planungsmechanismen nicht offengelegt. In Problemsituationen orientiert sich dieser Typ an den Bedürfnissen des Kindes.

Verhalten

Typ A wird durch eine als gelungen empfundene Ernährung (positives Erleben, vgl. Tabelle 16), die auch die Bewältigung von Problemsituationen beinhaltet, in seinem Verhalten bestärkt und erfährt dadurch wiederum einen positiven Einfluss auf seine Selbstwirksamkeitserwartung. Typ B nimmt die Diskrepanz zwischen Wunschvorstellung (bspw. Stilldauer) und Realität (bspw. tatsächliche Stilldauer) als Belastungs- und Problemsituation wahr (ambivalentes und negatives Erleben, vgl. Tabelle 17), was auch als „kognitive Dissonanz“ (Aronson et al. 2011) bezeichnet werden kann. Die daraus entstehenden negativen Emotionen, wie Schuldgefühle dem Kind gegenüber, verstärken die niedrige Selbstwirksamkeitserwartung, da der Typ B sein Verhalten in Problemsituationen als gescheitert betrachtet. Bei Typ C lässt sich unter o.g. Vermutung annehmen, dass auch dieser Typ eine Verunsicherung wahrnimmt und ähnlich wie Typ B durch ein Verhalten, welches nicht den Erwartungen entspricht, einen weiteren negativen Einfluss auf die Selbstwirksamkeitserwartung erfährt (positives und negatives Erleben, vgl. Tabelle 18).

Dass die Kindesernährung, insbesondere das Stillen manchmal mit problematischen Situationen verbunden ist, bestätigen mehrere Studien (Nelson 2006; Peters et al. 2006; Thomson und Dykes 2011). Nelson kam in einer Metasynthese mit qualitativen Studien zum Stillen zu dem Schluss, dass Stillen für viele Mütter als Herausforderung wahrgenommen wird, wobei einige diese Herausforderung gern annehmen (Typ A) (Nelson 2006). Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen, dass nahezu alle IP mehr oder weniger Probleme mit der Kindesernährung schildern, eine besondere Rolle spielt hier aber der Umgang mit derartigen Problemen.

Aus der SuSe-Studie ist bekannt, dass der Umgang mit Stillproblemen einen wesentlichen Beitrag dazu leistet, ob sich die Mütter bestärkt fühlen und trotz widriger Umstände weiterstillen oder ob sie sich aufgrund der Stillprobleme zum Abstillen entscheiden (Peters et al. 2006). Dazu gehörte bspw. die Vorstellung über die Unkompliziertheit des Stillens, der Familienstand oder ob es sich um eine geplante Schwangerschaft handelt (s. ebd.). Wenn Mütter ernährungsbezogene Probleme bei ihrem Kind erfolgreich bewältigt haben, fühlten sie sich in ihrer Einschätzung, dass sie selbst eine gute Mutter sind, gestärkt, wie auch Heidari und KollegInnen zeigen konnten (Heidari et al. 2017).

Schuldgefühle gegenüber dem Kind sind Emotionen, die auch Mütter in anderen Studien berichteten, bspw. wenn sie nicht so lange wie geplant stillen konnten (Typ B) (Thomson und Dykes 2011).

Erweitert werden müsste das sozial-kognitive Prozessmodell gesundheitlichen Handelns mit Strategien des Informationserwerbs sowie deren Verarbeitung und Wünschen zum Informationsgeschehen, um die Einstellungsmuster der hier gebildeten Typen gänzlich einordnen zu können. Mit der Ergänzung durch diese Strategien können folgende Muster der Typen (Strategien, Wünsche zum Informationsgeschehen) erklärt werden. Die Strategien können der Willensphase des sozial-kognitiven Prozessmodells gesundheitlichen Handelns zugeordnet werden und stehen in Zusammenhang mit der Planung.

Strategien

Bei einer theoriegeleiteten Einordnung von Mustern in den Strategien der IP lässt sich das Food Literacy-Konzept heranziehen. Die in Tabelle 5 aufgeführten Formen des Food Literacy-Konzeptes (funktionale, interaktive und kritische Gesundheitskompetenz) lassen sich in den drei Typen abbilden. Hierbei ist anzumerken, dass die Formen des Food Literacy-Konzeptes aufeinander aufbauen. Voraussetzung für eine kritische Gesundheitskompetenz sind demnach die Fähigkeit Informationen zu erlangen, zu verstehen und zu nutzen sowie sich darüber auszutauschen und zu diskutieren. Typ A kann die Fähigkeit zugesprochen werden, Informationen kritisch zu reflektieren und einen selbstbewussten Umgang seiner Ernährungspraktiken zu hegen. Typ B weist sowohl interaktive als auch kritische Formen der Food Literacy-Konzeptes auf, wobei ein deutlicher Fokus auf der sehr offensiven Suche nach weiteren Informationen zur Kinderernährung liegt. Im Unterschied zu Typ A, pflegt Typ B keinen selbstbewussten, sondern einen eher unsicheren Umgang mit der Kindesernährung. Typ C weist Merkmale der funktionalen Gesundheitskompetenz auf, da auch dieser Typ sich Informationen einholt. Im Vergleich zu den Typen A und B ist jedoch beim Typ C keine Auseinandersetzung im Sinne einer kritischen oder interaktiven Gesundheitskompetenz erkennbar, da bspw. die Informationen von Typ C wenig bis gar nicht gefiltert übernommen werden. Die Zuordnungen zu den Formen des Food Literacy-Konzeptes lassen sich anhand der Literatur bestätigen. Abel und Sommerhalder schreiben der kritischen Gesundheitskompetenz die Fähigkeit zu, mit gesundheitlichen Fragen und diesbezüglichen normativen Erwartungen selbstbewusst umzugehen und bezeichnen diese Form von Kompetenz mit einem emanzipatorischen Charakter (Abel und Sommerhalder 2015), wie er in dieser Arbeit auch dem Typ A zugeschrieben wird.

Subjektive Annahmen zum Informationsgeschehen

Bei den subjektiven Annahmen zum Informationsgeschehen zeigt sich, dass Typ A generell eher zufrieden mit den erlangten Informationen ist. Dies unterstreicht die o.g. Ausführungen unter „Strategien“ im Bezug zum Food Literacy-Konzept, bei denen dem Typ A ein selbstbe-

wusster Umgang mit Informationen zugesprochen wird. Der Wunsch nach mehr Informationen ist bei Typ B deutlich erkennbar. Die Informationen sollten dabei risikoorientiert sein und AkteurInnen im Informationsgeschehen besser erreichbar sein, um von diesen insbesondere in Problemsituationen schneller Rat und Unterstützung erhalten zu können. Die Merkmale des Typ B unterstreichen die Verunsicherung, die im Zusammenhang mit der Kindesernährung zum Vorschein tritt. Demgegenüber formuliert der Typ C kaum Wünsche zum Informationsgeschehen. Einerseits kann das einer von Typ C empfundenen Zufriedenheit mit den erlangten Informationen Ausdruck geben oder andererseits auch darauf zurückzuführen sein, dass ein Wunsch nach mehr Informationen mit einer problematischen Wahrnehmung verbunden ist. Dieser Typ äußert sich jedoch eher nicht zu Problemsituationen, sondern verweist nahezu vehement auf Problemlosigkeit. Weitere Überlegungen zu Typ C führen zu der Annahme, dass dieser Typ zudem verunsichert ist, dies aber nicht kundtut und keine Notwendigkeit für die weitere Informationssuche sieht. Möglich wäre auch, dass der Typ C Zugangsbarrieren bei der Informationssuche wahrnimmt.

Der Wunsch nach einer guten Erreichbarkeit, wie etwa der Hebamme in der Geburtsnachsorge, wurde in anderen Studien als sinnvolle Maßnahme bei einer erfolgreichen Stillunterstützung genannt (Fox et al. 2015; Schmied et al. 2009). Zugangsbarrieren zur Gesundheitsversorgung gelten, insbesondere bei MigrantInnen, als ein relevanter hemmender Faktor, um Leistungen des Gesundheitssystems in Anspruch zu nehmen, was bspw. auch von Schenk und KollegInnen diskutiert wurde (Schenk 2007).

Der Vorschlag für eine Erweiterung des sozial-kognitiven Prozessmodells gesundheitlichen Handelns ist in Abbildung 13 dargestellt. Die erweiterten Merkmale des Modells sind die subjektiv wahrgenommenen Normen und die Strategien sowie die Formen des Food Literacy-Konzeptes; sie sind zur Verdeutlichung der Ergänzung anders dargestellt als die bereits bestehenden Stufen des Modells.

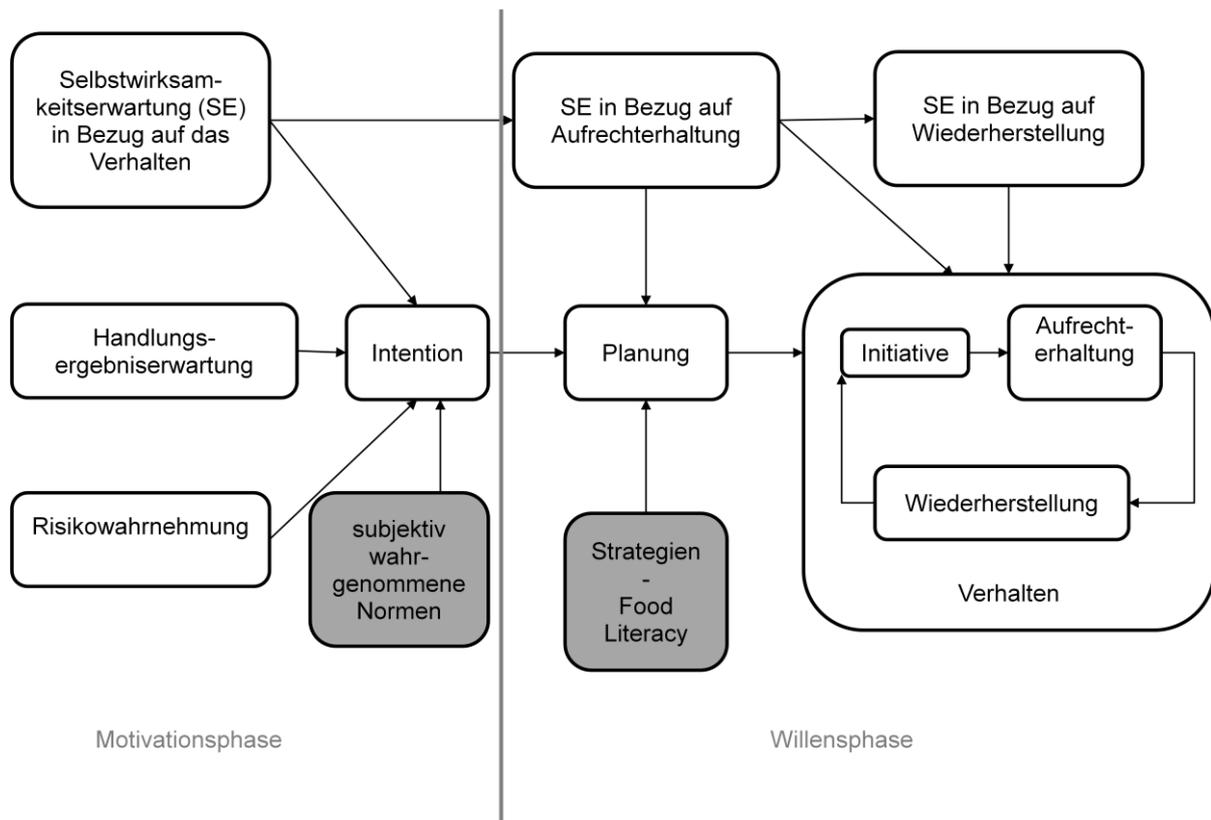


Abbildung 13 Vorschlag für eine Erweiterung des sozial-kognitiven Prozessmodells gesundheitlichen Handelns, eigene Darstellung in Anlehnung an (Schwarzer 2004)

6.2.2. Zuordnung der Fälle zu den Typen

Erstaunlicherweise gibt es hinsichtlich der Zuordnung der einzelnen Fälle zu den drei Typen kaum Unterschiede zwischen den Merkmalen Sozialstatus und Migrationsstatus. Die Verteilung der IP mit und ohne MH zwischen den drei Typen ist annähernd gleich, wobei dem Typ C nur zwei Fälle ohne MH zugeordnet werden konnten. Dabei ist anzumerken, dass eine insgesamt größere Zahl an IP mit türkischem MH an der Befragung teilgenommen hat. Die hier vorliegenden Einstellungsmuster zur Kinderernährung haben keinen Zusammenhang mit dem Migrationsstatus.

Hinsichtlich der Verteilung des SES bei den Typen lässt sich feststellen, dass in Typ A und Typ B jeder Sozialstatus (niedrig, mittel, hoch) vertreten ist; lediglich bei Typ C sind keine Vertreterinnen der höchsten Sozialstatusgruppe zu finden. Dies lässt sich dadurch erklären, dass bei den IP mit türkischem MH die höchste Sozialstatusgruppe unterrepräsentiert ist. Außerdem lässt sich annehmen, dass der Typ C für einen im Allgemeinen wenig an Ernährungsthemen interessierten Idealtypus steht. Ähnliche Ergebnisse weisen mehrere Studien

auf, bei denen das Interesse an ernährungsbezogenen Themen in den unteren sozialen Schichten weniger ausgeprägt ist (Fekete und Weyers 2016; Weyers et al. 2013).

Es kann angenommen werden, dass zu den o.g. weiteren Einflussfaktoren die persönliche Veranlagung und das Vorhandensein von Ressourcen zählen. Zu der persönlichen Veranlagung zählen allgemeine Charaktereigenschaften der IP und die eigene Ernährungsbiografie. Eine Unterstützung durch das soziale Umfeld, auch durch den Partner sowie kognitive Fähigkeiten lassen sich den Ressourcen zuordnen.

Der Status der Partnerschaft der Mutter kann auch einen Einfluss auf die Gesamtsituation und demnach auch auf die Ernährungssituation haben. Die Tatsache, ob eine Mutter alleinerziehend, in Trennung oder in einer glücklichen Partnerschaft lebt, hat laut Troger einen Einfluss auf ihre Einstellungen und ihren generellen psychischen Zustand (Troger 2014). In dieser Stichprobe lebten alle deutschen IP zum Zeitpunkt des Interviews in einer Partnerschaft, wobei eine IP diese nicht mit dem Kindsvater führt. Drei der türkischen IP waren alleinerziehend. In der Typenbildung ist jedoch je Typ eine der alleinerziehenden IP mit türkischem MH vertreten. Weitere Angaben zur Güte des partnerschaftlichen Verhältnisses zum Kindsvater wurden nicht erhoben.

Hinsichtlich kognitiver Fähigkeiten und Kompetenzen zu ernährungsbezogenen Themen ist ein beruflicher Hintergrund von Bedeutung, der Bezüge zu Ernährungs- und Gesundheitsthemen aufweist. Die Fälle P6_D_SESh, P10_D_SESn und PC_T_SESh, die alle dem Typ A zugeordnet sind, weisen durch ihre berufliche Bildung Kompetenzen und Erfahrungen in ernährungs- und gesundheitsbezogenen Themen auf (Oecotrophologin, Hauswirtschaftshelferin und Krankenschwester). Diese Merkmale wurden jedoch nicht per Fragebogen bei jeder IP erhoben, sondern sind im Laufe der Interviews geäußert worden, sodass nicht von allen IP Informationen dazu vorliegen. Es ist bekannt, dass der Bildungsstatus mit den entsprechenden Fachkompetenzen und diesbezüglichen Fähigkeiten einhergeht.

Abschließend lässt sich zusammenfassen, dass die hier vorgestellte Erweiterung des sozial-kognitiven Prozessmodells gesundheitlichen Handelns die relevanten Merkmale der Einstellungsmuster der drei Typen zu einem Großteil abdeckt. Dafür müssen jedoch die Kompetenzen der Mütter ergänzt werden sowie die Strategien und subjektiv wahrgenommenen Normen zur Kinderernährung.

6.3. Diskussion der Methode, Stärken und Schwächen

In diesem Kapitel werden die methodischen Vorgehensweisen und Entscheidungen im Verlauf dieser Arbeit kritisch reflektiert. Die Diskussion um Stärken und Schwächen der Studienergebnisse sowie die Reflektion der methodischen Vorgehensweise dienen dazu, Transparenz über den Forschungsteil und die Schlussfolgerungen der Ergebnisse zu schaffen.

Einleitend sei anzumerken, dass die Gütekriterien qualitativer Forschung nicht gleichzusetzen sind mit den zentralen Kriterien der quantitativen Forschung. Während in der qualitativen Forschung Gütekriterien wie Reflexivität, Fremdheit und Vertrautheit sowie Kommunikation und Offenheit (Helfferich 2011) von besonderer Bedeutung sind, lassen sich in der quantitativen Methodik Objektivität, Validität und Reliabilität als drei wichtige Qualitätskriterien nennen (Mey und Mruck 2010; Steinke 2015). Eine unmittelbare Anwendung der Konzepte von Objektivität, Reliabilität und Validität ist mit den Ansätzen der qualitativen Forschung nicht vereinbar, da die Grundsätze der beiden Forschungsmethodiken konträr sind. Die qualitative Forschung hat gegenüber der quantitativen Forschung ein anderes Ziel, und zwar Sinn zu rekonstruieren und subjektive Sichtweisen erfassen zu können (vgl. Kapitel 4.2.). Während bspw. in der quantitativen Forschung Wert auf Standardisierung in der Erhebung (Erhebungssituation) gelegt wird, sind die qualitativen ForscherInnen dazu aufgefordert, die Kontextbedingungen der Erhebung (Erhebungssituation) möglichst nicht zu kontrollieren (Steinke 2015).

Nach Steinke ist die Voraussetzung für die Prüfung der Gütekriterien einer Studie die Dokumentation des Forschungsprozesses (s. ebd.). Anhand dieser kann der Forschungsprozess in jeder Phase verfolgt werden, was zur intersubjektiven Nachvollziehbarkeit beiträgt (Steinke 2015). In diesem Zusammenhang ist hervorzuheben, dass neben der Dokumentation der Erhebungsmethoden, des Feldzugangs, der Stichprobensammensetzung, der Transkriptionsregeln und der Auswertungsmethoden auch das Vorverständnis der Autorin (vgl. Kapitel 4.3. und 3.) sowie Entscheidungen und Probleme (vgl. Kapitel 4.5.) während des Studienverlaufs dargelegt wurden.

Reflektion des Feldzugangs, des Rekrutierungsverfahrens und der Stichprobensammensetzung

Der erste Versuch des Feldzugangs und die erfolgte Rekrutierung der IP über einen Kinderarzt könnte dazu geführt haben, dass sich die potentiellen Teilnehmerinnen aufgrund der Kontaktaufnahme über die Arztpraxis zunächst zur Studienteilnahme verpflichtet fühlten, diese aber im Nachhinein ablehnten. Denn dieses Pflichtgefühl bestand nicht mehr, als in der

häuslichen Umgebung der Versuch unternommen wurde, telefonisch einen Termin zum Interview auszumachen. Bei dem darauf folgenden Vorgehen des Feldzugangs und der Rekrutierung über einen größeren Bekanntenkreis, soziale Medien, einen Gatekeeper aus einer sozialen Einrichtung und ein anschließendes Schneeballsystem wurde eine größere Teilnahmebereitschaft erzielt und die IP auch erfolgreich rekrutiert. Es konnten Mütter mit und ohne türkischem MH sowie unterschiedlichem SES rekrutiert und interviewt werden. Jedoch kann nicht ausgeschlossen werden, dass es bei der Teilnehmerinnenauswahl zu Verzerrungen gekommen ist, denn es sind keine Informationen über die Nichtteilnehmerinnen bekannt. Bei getrennt lebenden Eltern wurde demjenigen Elternteil der Schichtindex zugeteilt, dem das Kind für die längste Dauer „zugeordnet“ war. Dieser Umstand traf bei den IP P10_D_SESn, PD_T_SESn, PK_T_SESn, PL_T_SESn zu und wurde mit berücksichtigt bzw. hatten der Kindsvater und die Mutter keine unterschiedlichen Statusgruppen bei der Einteilung in den SES.

Grundsätzlich stellt sich die Frage, welche Merkmale des sozialen Status in Studien genutzt werden sollte. Das gut etablierte Konzept der Einteilung nach Beruf, Bildung und Einkommen bietet sich an, da es häufig genutzt wird und die eigenen Ergebnisse damit bezüglich des Sozialstatus vergleichbar mit vielen anderen Studien sind, die eben jenes Konzept auch nutzen. In der vorliegenden Arbeit lässt sich annehmen, dass es neben der aktuellen beruflichen Position (viele Mütter haben sich zum Zeitpunkt des Interviews im Mutterschaftsurlaub befunden) auch sinnvoll gewesen wäre die inhaltliche Schwerpunktsetzung der Ausbildung und der beruflichen Tätigkeit in den Blick zu nehmen. Wie oben beschrieben, haben drei Mütter durch ihre berufliche Tätigkeit einen ernährungs- und gesundheitsbezogenen beruflichen Hintergrund, der dazu beiträgt, dass sie verstärkte Kompetenzen in diesem Bereich aufweisen.

Bei der der Stichprobenszusammensetzung ist anzumerken, dass einige Mütter bereits mehrere Kinder hatten. Die ersten fünf interviewten Mütter mit türkischem MH haben zwei, eine davon hat drei Kinder. Im weiteren Verlauf der Rekrutierung wurde zur besseren Vergleichbarkeit verstärkt berücksichtigt, dass nur Mütter mit einem Kind interviewt wurden, sodass insgesamt neun deutsche Mütter mit einem Kind und acht türkische Mütter mit einem Kind an dieser Studie teilgenommen haben. Bei dem letzten Interview mit einer Mutter ohne MH war vorab nicht bekannt, dass sie bereits ein zweites Kind hat.

Weiterhin ist anzumerken, dass in dieser Arbeit ausschließlich die Perspektive der Mütter fokussiert wurde. Es wurden weder die Väter, noch ÄrztInnen, Hebammen und ErnährungsexpertInnen mit in die Studie eingeschlossen. Die Perspektive der o.g. weiteren AkteurInnen ist sicher auch von Interesse, da hier aber die komplexen Strukturen der Einstellungen der Mütter adressiert wurden, wurden die weiteren AkteurInnen nicht befragt.

Generell ist die Teilnahmebereitschaft an sozial- und gesundheitswissenschaftlichen Studien von Personen aus Familien mit niedrigem Sozialstatus eher als gering einzustufen, auch Personen aus Familien mit einem Migrationshintergrund sind eher schwierig für eine Studienteilnahme zu motivieren (Schenk 2002). Eine Teilnehmerzahl von 23 IP für die vorliegende Arbeit ist daher positiv zu bewerten.

Interviewdurchführung und Auswertung

Der anhand der SPSS-Methode (Helfferich 2011) erstellte Leitfaden lässt sich positiv hervorheben, da die Leitfadententwicklung regelgeleitet und unter Einbezug verschiedener Perspektiven durchgeführt wurde. Damit wurde den Kriterien der Reflexivität und der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit Sorge getragen.

Die Interviews wurden entweder an öffentlichen Orten wie Cafés oder in der häuslichen Umgebung der IP bzw. der Interviewerinnen durchgeführt. Es ist anzumerken, dass in jedem Interview das Kind anwesend war, was teilweise zu verringerter Aufmerksamkeit bei den Müttern führte. Darüber hinaus waren bei drei Interviews mit IP mit türkischem MH weitere Personen anwesend (PB_T_SESm: die Schwiegermutter; PE_T_SESm: der Ehemann; PJ_T_SESn: der Ehemann und die Schwester). Diese Tatsache kann womöglich das Gesagte der IP beeinflusst haben, da sie nicht so antworten können wie sie es ohne Zuhörerschaft getan hätten. Die Anwesenheit der weiteren Personen wurde jedoch explizit gewünscht und daher nicht von der Interviewerin abgelehnt, um die Atmosphäre und Gesprächsbereitschaft nicht vor dem Interview negativ zu beeinflussen.

Ein Einfluss auf das Gesagte in den Interviews durch die beiden Interviewerinnen kann nicht gänzlich ausgeschlossen werden. Die Interviewerin mit türkischem MH weist weniger Erfahrung in ernährungsbezogenen Themen auf als die Autorin, was sich auf die Qualität der Interviewfragen und demnach auch auf die Antworten der IP ausgewirkt haben kann. Durch den regelmäßigen Austausch und Reflektionen während der Leitfragenentwicklung und nach jedem geführten und transkribierten Interview zwischen der türkischsprachigen Interviewerin und der Autorin wurde versucht, dies zu minimieren. Nichtsdestotrotz stellt dieser Umstand eine Limitation hinsichtlich der Interviews mit den Müttern mit türkischem MH dar. Es sei anzumerken, dass die türkischsprachige Interviewerin eine besondere Gatekeeper-Funktion für die Rekrutierung und Befragung für die IP mit türkischem MH darstellt, da sie aus dem selben Kulturkreis wie die IP mit türkischem MH stammt und türkischsprachige Muttersprachlerin ist. Positiv ist bei der Interviewdurchführung anzumerken, dass die Gütekriterien Vertrautheit und Fremdheit durch kommunikative Bestätigung des Gesagten sowie durch interessiert Nachfragen zu den Hintergründen des Gesagten umgesetzt werden konnten.

Der Transkription und der Übersetzung der Interviews kann eine hohe Qualität zugesprochen werden, da sie stets nach einem Vier-Augen-Prinzip durchgeführt wurden. Die Offenlegung der Transkriptionsregeln und die Anführung von Zitaten im Text tragen zur intersubjektiven Nachvollziehbarkeit bei. Bei der Übersetzung ins Deutsche wurde eine weitere türkischsprachige Kollegin hinzugezogen.

Die Dauer der Interviews variiert zwischen zehn bis 49 Minuten. Die zeitlich kürzeren Interviews bringen vermutlich eine geringere Informationsdichte mit sich.

Die regelmäßigen Auswertungsrunden mit der türkischsprachigen Interviewerin und weiteren GesundheitswissenschaftlerInnen (vgl. Kapitel 4.8.1.) hinsichtlich des Interviewmaterials sind positiv zu bewerten, da mit dieser Vorgehensweise die Gütekriterien (vgl. Kapitel 4.2.) Offenheit und Fremdheit sowie Reflexivität (Helfferich 2011) umgesetzt werden können. Um darüber hinaus noch weitere Perspektiven in die Auswertung einfließen zu lassen, wurden kurze Auszüge aus zwei Interviews auch im Rahmen eines Workshops zu qualitativen Interviewmethoden analysiert (Osnabrücker Methodenschule (Februar 2015) Universität Osnabrück, Referentin: Prof. Dr. Cornelia Helfferich (Universität Freiburg)).

Das Problem des sozial erwünschten Antwortverhaltens (Guest und Namey 2014) lässt sich in dieser Arbeit nicht ausschließen. Das Thema Ernährung, insbesondere auch im Hinblick auf die Ernährung des eigenen Kindes, aber auch generell ist stark affektiv aufgeladen, so dass das Risiko ein sozial erwünschtes Antwortverhalten durch Befragungen über eben jenes Thema zu erhalten hoch ist. Um dies weitestgehend zu vermeiden wurde den Befragten explizit vor jedem Interview der Hinweis darauf gegeben, dass es kein richtiges oder falsches Verhalten hinsichtlich der Ernährung gibt. Weiterhin besteht auch ein Risiko für Erinnerungslücken bei den Interviewten, da die Mütter sich an ein in der Vergangenheit liegendes Verhalten erinnern müssen. Dazu ist anzumerken, dass die Mütter teilweise unterschiedliche Zeitpunkte für die Stilldauer oder die Einführung für Beikost während des Interviews angegeben haben, was die Vermutung für das Vorliegen einer Erinnerungsverzerrung unterstreicht. Da die Fragestellungen der hier vorliegenden Studie jedoch nicht auf die auf den Tag genau durchgeführte Ernährungsweise des Kindes abzielt, sondern die Einstellungen der Zielgruppe im Fokus stehen, wird diesem Umstand kein großer Stellenwert beigemessen.

Das thematische Kodieren zählt zu den kodifizierenden Verfahren. Es wurde regelgeitet in einem iterativen Prozess durchgeführt, dokumentiert und trägt damit zur intersubjektiven Nachvollziehbarkeit bei.

Bei der Reflektion der fallübergreifenden Typologisierung ist anzumerken, dass eine Zuordnung zu Mustern erfolgt ist, die idealtypische Sichtweisen enthält. Aufgrund der starken Komplexität der einzelnen Fälle hinsichtlich ihrer affektiven, konativen und kognitiven Einstellungen konnte kein eindeutiges Muster für drei Typen entwickelt werden, welches sich nicht auf den Idealtypus bezieht. Nichtsdestotrotz wurde bei der Typenbildung eine interne Homogenität innerhalb der und eine externe Heterogenität zwischen den Typen berücksichtigt und erreicht, wie es in der qualitativen Forschung gefordert wird (Helfferrich 2011; Kelle und Kluge 2010).

Reichweite der Ergebnisse

Da in dieser Arbeit ein qualitatives Forschungsdesign angewendet wird, wird kein Anspruch auf statistisch repräsentative Ergebnisse erhoben. Vielmehr ist das Ziel dieser Arbeit, Muster und Typen in den Einstellungen der Mütter zur Kinderernährung zu identifizieren, die auf subjektiven Überzeugungen beruhen. Mithilfe dieser Muster und Typen ließen sich im Rahmen einer Folgestudie Operationalisierungen entwickeln, die mit Hilfe einer quantitativen Untersuchung statistische Aussagen über die Verteilung der Muster und Typologien zulassen.

7. Fazit

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit sollen einen Beitrag leisten, bestehende ernährungsbezogene Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen diversitätssensibel anzupassen, um Mütter mit und ohne türkischem Migrationshintergrund bedürfnisgerecht bei den Herausforderungen der Kinderernährung im ersten Lebensjahr unterstützen zu können. Letztlich soll dadurch ein positiver Beitrag bei der Prägung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils und dem gesunden Aufwachsen der Kinder geleistet werden.

Dabei sollten neben verhaltensbezogenen Maßnahmen auch – im Sinne einer Kombination beider Ansätze – die Verhältnisse der Zielgruppe(n) mit einbezogen werden, (vgl. Kapitel 6.1.). Die Inhalte und Konzeptionierung der konkreten Maßnahmen richten sich danach, für welche Zielgruppe die Maßnahmen ausgerichtet sind.

Grundlage für die Weiterentwicklung von Maßnahmen können quantitativ ausgerichtete Studien sein, in denen die in dieser Arbeit entwickelten Einstellungsmuster zur Kinderernährung an einer repräsentativen Stichprobe untersucht werden. Damit könnten Hinweise auf die allgemeine Übertragbarkeit der Einstellungsmuster auf die entsprechende Bezugsbevölkerung geliefert werden. Im Studiendesign sollten weitere Einflussfaktoren berücksichtigt werden, die in dieser Arbeit nicht erhoben wurden. Dazu zählen bspw. eine detailliertere Untersuchung der Unterstützung durch das soziale Umfeld, der Güte der partnerschaftlichen Beziehung zum Kindsvater sowie der eigenen Ernährungsbiografie sowie die Erhebung entsprechender Daten zum ernährungs- und gesundheitsbezogenen Status der Eltern und deren Kinder.

Mögliche Ansätze und Hinweise für Handlungsempfehlungen, die vor dem Hintergrund der Ergebnisse dieser Arbeit ausgesprochen werden können und die in weiterzuentwickelnde diversitätssensiblen Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung eingesetzt werden können, werden im folgenden Ansatz aufgezeigt.

Die Wunschvorstellung der Mütter hinsichtlich der für sie als relevant empfundenen Themen zur Kinderernährung sollte auch unabhängig vom Migrationshintergrund Berücksichtigung in den Maßnahmen finden. Mit einem genaueren Wissen über die Wunschvorstellung (z.B. hinsichtlich der geplanten Stilldauer oder dem Einführungszeitpunkt der Beikost) könnte bereits vor der Beratung die Einstellung der Mutter erfragt und diese mit in die Beratung eingefügt werden. Das bedeutet nicht, dass die Wunschvorstellung der Mutter dann automatisch auch empfohlen wird, sondern mit aufgegriffen und in den aktuellen Kontext der Ernährungsempfehlungen für das erste Lebensjahr einsortiert und dazu Stellung genommen wird. Dieses Vorgehen bietet neben Flexibilität in den Ernährungsempfehlungen auch alltagspraktische

Bezüge und ist auf die individuellen Bedürfnisse der Mütter, unabhängig vom Migrationshintergrund, abgestimmt. Wenn eine Mutter bspw. schon positive Erfahrungen mit dem Stillen erlebt hat, sollten diese bestärkt werden. Demgegenüber sollte es vermieden werden, die negativen Stillenerfahrungen zu bestärken. Die Wunschvorstellung lässt sich auch als Resource benennen, da sie die Handlungsabsicht der Mutter enthält, welche im Sinne des sozial-kognitiven Prozessmodells gesundheitlichen Handelns als Prädiktor für ernährungsbezogene Praktiken gilt.

Kulturell bedingte Ernährungsweisen könnten im Sinne des Diversity-Konzeptes Berücksichtigung in Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung finden, wie etwa die von den IP mit türkischem MH verwendeten in Milch eingeweichten Kekse (Cici bebe) oder die anstelle von Breinahrung verwendete Suppe. Auch hier sollten die Wünsche der Mütter bezüglich der Verwendung bestimmter kulturspezifischer Lebensmittel oder Zubereitungsarten bei der Beratung zunächst in Erfahrung gebracht und in die ausgesprochenen Empfehlungen integriert werden.

Hinsichtlich der Formulierung von Ernährungsempfehlungen zur Kinderernährung kann auf Grundlage der Ergebnisse dieser Arbeit eine Umformulierung zu weniger dogmatischen und moralisierenden Empfehlungen ausgesprochen werden, unabhängig vom Migrationshintergrund. Dabei sollten auch Probleme, die bspw. beim Stillen auftreten, in den Fokus gerückt werden. Insbesondere für Typ B erscheint eine diesbezügliche Umformulierung sinnvoll, um den inneren Konflikt zwischen Wunschvorstellung und Wirklichkeit etwas entkräften zu können. Es wird angenommen, dass eine auf Flexibilität der Ernährungspraktiken ausgerichteten Empfehlung bei eher verunsicherten Müttern dazu führt, dass sie die Diskrepanz zwischen Wunschvorstellung und Wirklichkeit als weniger belastend wahrnehmen. Weiterhin lässt sich auf Grundlage der Ergebnisse dieser Arbeit der Hinweis ableiten, dass auf die von den Müttern wahrgenommenen widersprüchlichen Aussagen zu Ernährungsempfehlungen unabhängig vom Migrationshintergrund bspw. in der Beratung Bezug genommen werden sollte.

Darüber hinaus sollten Begriffe wie Flaschennahrung und Beikost im Sinne der allgemeingültigen Definition einheitlich bei Fachkräften und in der Literatur genutzt werden. Das Verständnis für die Begriffe im Bereich der Säuglingsernährung sollte somit auf beiden Seiten (ExpertInnen und Mütter) verbessert werden. Die ExpertInnen können sensibilisiert werden, sodass sie mögliche Probleme und Missverständnisse der Mütter bei der Beratung besser verstehen und erkennen können. Damit wiederum kann den Müttern anhand der von ihnen genutzten Begriffe erläutert werden, wie die allgemeingültigen Begriffe im Bereich der Säuglings- und Kinderernährung Begriffe definiert werden. Die dann bestenfalls verbesserte Kommunikation soll ebenfalls dabei helfen, Informationsmaterial verständlicher zu formulieren. Über die Erkenntnisse zu gewünschten bzw. genutzten Zugangswegen zu Ernährungs-

informationen soll die Möglichkeit gegeben werden auch hier verbesserte und zielgruppenspezifische Anpassungen der bisherigen Zugangswege zu gewähren. In diesem Zusammenhang liefern die Ergebnisse dieser Arbeit Hinweise darauf, dass es sich anbietet das soziale Umfeld insbesondere von Müttern mit türkischem MH in Beratungssituationen mit einzubeziehen.

Das sozial-kognitive Prozessmodell gesundheitlichen Handelns erwies sich zur Erklärung der Eigenschaften der in dieser Arbeit gebildeten Typen als geeignet, wobei die Vorstellungen der subjektiv wahrgenommenen Normen, die Strategien der IP und die Formen des Food Literacy-Konzeptes ergänzt wurden. Dennoch blieben vor allem bei Typ C Themen offen, die in einer nachfolgenden Studie untersucht werden sollten. Es konnte bei Typ C nicht abschließend geklärt werden, ob die Äußerungen im Hinblick auf die Problemlosigkeit in der Kinderernährung auf ein sozial erwünschtes Antwortverhalten zurückzuführen sind oder ob weitere unbekannte Faktoren einen Einfluss haben.

Zusammenfassend liefern die Ergebnisse dieser Arbeit einen Beitrag zur Verbesserung des Verständnisses zu Einstellungen zur Kinderernährung und bieten einen möglichen Ansatzpunkt zu verstärkter Berücksichtigung der Zielgruppengerechtigkeit in ernährungsbezogenen Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen.

8. Literaturverzeichnis

- Abel, T.; Sommerhalder, K. (2015): Health literacy: An introduction to the concept and its measurement. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 58 (9), S. 923–929.
- Abou-Dakn, Michael (2018): Gesundheitliche Auswirkungen des Stillens auf die Mutter. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 61 (8), S. 986–989.
- aid (2018): Food and Move Literacy. Ein innovativer Methodenkoffer. Hg. v. aid infodienst. Online verfügbar unter <https://www.aid.de/inhalt/food-literacy-1390.html>, zuletzt geprüft am 11.09.2018.
- Ajzen, I. (1985): From Intentions to Action: A Theory of Planned Behavior. In: S. R. Schmidt (Hg.): *Action control. From cognition to behavior*. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 11–39.
- Ajzen, I.; Fishbein, M. (1975): *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*. Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall.
- Alexy, U.; Clausen, K.; Kersting, M. (2008): Die Ernährung gesunder Kinder und Jugendlicher nach dem Konzept der "Optimierten Mischkost". In: *Ernährungs-Umschau* (3), S. 168–177.
- Altgeld, T. (2016): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. Diversity und Diversity Management /Vielfalt gestalten. Hg. v. BZgA. Verlag für Gesundheitsförderung. Werbach-Gamburg. Online verfügbar unter <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/diversity-und-diversity-management-vielfalt-gestalten/>, zuletzt geprüft am 03.09.2018.
- Anderson, E. S.; Winett, R. A.; Wojcik, J. R. (2007): Self-regulation, self-efficacy, outcome expectations, and social support: social cognitive theory and nutrition behavior. In: *Annals of behavioral medicine : a publication of the Society of Behavioral Medicine* 34 (3), S. 304–312.
- Arden, M. A. (2010): Conflicting influences on UK mothers' decisions to introduce solid foods to their infants. In: *Maternal & child nutrition* 6 (2), S. 159–173.
- Arenz, S.; Ruckerl, R.; Koletzko, B.; Kries, R. von (2004): Breast-feeding and childhood obesity-a systematic review. In: *Int J Obes Relat Metab Disord* (28), S. 1247–1256.
- Aronson, E.; Wilson, T. D.; Akert, R. M. (2011): *Sozialpsychologie*. 6., aktualisierte Aufl., [Nachdr.]. München: Pearson Studium (PS – Psychologie).
- Badura, Bernhard (2006): *Prävention: Ausgewählte Beiträge des Nationalen Präventionskongresses Dresden*. Berlin: Springer.
- Ballard, O.; Morrow, A. L. (2013): Human milk composition: nutrients and bioactive factors. In: *Pediatric clinics of North America* 60 (1), S. 49–74.
- Bandura, A. (1997): *Self-efficacy. The exercise of control*. Princeton, N.J: Worth Publishers.
- Barker, D. J. (1990): The fetal and infant origins of adult disease. In: *BMJ* 301 (6761), S. 1111.
- Barker, D. J. P. (2007): The origins of the developmental origins theory. In: *Journal of internal medicine* 261 (5), S. 412–417.
- Batty, G. D.; Leon, D. A. (2002): Socio-economic position and coronary heart disease risk factors in children and young people. Evidence from UK epidemiological studies. In: *Eur J Public Health* (12), S. 263–272.

- Bau, A. M.; Matteucci Gothe, R.; Borde, T. (2003): Ernährungsverhalten von 3- bis 6-jährigen Kindern verschiedener Ethnien – Ergebnisse einer Kitastudie in Berlin. In: *Ernährungs Umschau* (50), S. 214–218.
- Bauer, U.; Bittlingmayer, U. H.; Richter, M. (Hg.) (2008): Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss.
- Beckmann, L.; Ayerle, G. (2011): Informationsquellen und Vertrauen der Mütter/Eltern in der Beratung zur Beikosternährung. Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften. Online verfügbar unter https://www.medizin.uni-halle.de/fileadmin/Bereichsordner/Institute/GesundheitsPflegerwissenschaften/Hallesche_Beitr%C3%A4ge_und_EBN/Halle-PfleGe-10-01.pdf, zuletzt geprüft am 21.06.2018.
- BfR (2015): Update der S3-Leitlinie Allergieprävention weicht von Stillempfehlung der Nationalen Stillkommission ab. Stellungnahme der Nationalen Stillkommission am BfR vom 30. April 2015. Online verfügbar unter <http://www.bfr.bund.de/cm/343/update-der-s3-leitlinie-allergiepraevention-weicht-von-stillempfehlung-der-nationalen-stillkommission-ab.pdf>, zuletzt geprüft am 31.07.2018.
- BfR (2018): Empfehlungen zur Stilldauer – Einführung von Beikost. Online verfügbar unter http://www.bfr.bund.de/de/empfehlungen_zur_stilldauer___einfuehrung_von_beikost-54044.html, zuletzt geprüft am 31.07.2018.
- Birch, L. L. (1999): Development of food preferences. In: *Annual review of nutrition* 19, S. 41–62.
- Birch, L. L.; Savage, J. S.; Ventura, A. (2007): Influences on the Development of Children's Eating Behaviours: From Infancy to Adolescence. In: *Can J Diet Pract Res* (68(1)), S. 1–56.
- Böhles, H. (2018): Transkulturelle Medizin. Migranten aus muslimischen und afrikanischen Lebenswelten im ärztlichen Alltag. Berlin: Springer.
- Bohner, G.; Wänke, M. (2002): Attitudes and attitude change. Hove: Psychology Press (Social psychology).
- Boos-Nünning, U. (2000): Armut und Unterversorgung im Kindes- und Jugendalter. In: C. Butterwege (Hg.): *Kinderarmut in Deutschland*: Opladen, S. 150–173.
- Brandes, S.; Stark, W. (2016): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. Empowerment/Befähigung. Hg. v. BZgA. Verlag für Gesundheitsförderung. Werbach-Gamburg. Online verfügbar unter <https://www.leitbegriffe.bzga.de/?id=angebote&idx=169>, zuletzt geprüft am 24.03.2018.
- Bührer, C.; Genzel-Boroviczény, O.; Jochum, F.; Kauth, T.; Kersting, M.; Koletzko, B. et al. (2014): Ernährung gesunder Säuglinge. In: *Monatsschr Kinderheilkd* 162 (6), S. 527–538.
- Busch, S. (2016): Über Mütterlichkeit und Ernährung: "Eine gute Mutter stillt ihr Kind.". In: B. Althans und J. Bilstein (Hg.): *Essen - Bildung - Konsum: Pädagogisch-anthropologische Perspektiven*. Wiesbaden: Springer Science and Business Media, S. 127–137.
- Buyken, A. E.; Alexy, U.; Kersting, M.; Remer, T. (2012): Die DONALD Kohorte. Ein aktueller Überblick zu 25 Jahren Forschung im Rahmen der Dortmund Nutritional and Anthropometric Longitudinally Designed Study. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 55 (6-7), S. 875–884.
- BZfE (2018): Essens-Fahrplan für Babys. © Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung (BLE), Präsident: Dr. Hanns-Christoph Eiden, Deichmanns Aue 29, 53179 Bonn;

- (Gesund ins Leben – Netzwerk Junge Familie). Online verfügbar unter <https://ble-medienservice.de/3318/essens-fahrplan-fuer-babys-gerollt>, zuletzt geprüft am 03.07.2018.
- Carbone, E. T.; Zoellner, J. M. (2012): Nutrition and health literacy: a systematic review to inform nutrition research and practice. In: *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics* 112 (2), S. 254–265.
- Chowdhury, R.; Sinha, B.; Sankar, M. J.; Taneja, S.; Bhandari, N.; Rollins, N. et al. (2015): Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. In: *Acta paediatrica* 104 (467), S. 96–113.
- Cowin, I.; Emmett, P. (2007): Diet in a group of 18-month-old children in South West England, and comparison with the results of a national survey. In: *Journal of human nutrition and dietetics : the official journal of the British Dietetic Association* 20 (3), S. 254–267.
- Danielzik, S.; Müller, M. J. (2006): Sozioökonomische Einflüsse auf Lebensstil und Gesundheit von Kindern. In: *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin* (57), S. 214–219.
- Deneke, C.; Lüttmann, U.; Seibt, A. C. (2008): QuaSti – Qualität im Stillfreundlichen Krankenhaus. In: *Gesundheitswesen* 70 Suppl 1, 37-9.
- Dennis, C.-L. E. (2006): Identifying predictors of breastfeeding self-efficacy in the immediate postpartum period. In: *Research in nursing & health* 29 (4), S. 256–268.
- Desjardins, E.; Azevedo, E. (2013): Making something out of nothing. Food Literacy Among Youth, Youth Pregnant Women and Young Parents Who Are at Risk for Poor Health. Ontario, USA. Online verfügbar unter https://www.publichealthontario.ca/en/ServicesAndTools/Documents/LDCP/LDCP.Food.Skills_Report_WEB_FINAL.pdf, zuletzt geprüft am 31.07.2018.
- DGAKI (2009): S3-Leitlinie Allergieprävention – Update 2009. in Zusammenarbeit mit dem ÄDA, der DGKJ, der DDG und der GPA. In: *Allergo J* (18), S. 332–341. Online verfügbar unter http://dgaki.de/wp-content/uploads/2010/05/Leitlinie_Allergiepr%C3%A4vention2009.pdf, zuletzt geprüft am 31.07.2018.
- DGAKI (2014): S3-Leitlinie Allergieprävention. in Zusammenarbeit mit dem ÄDA, der DGKJ, der DDG und der GPA. Hg. v. AWMF. Düsseldorf. Online verfügbar unter http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/061-016l_S3_Allergiepr%C3%A4vention_2014-07.pdf, zuletzt geprüft am 31.07.2018.
- DGE (2015): Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr. 2. Aufl., 1. Ausgabe. Neustadt an der Weinstrasse: Neuer Umschau Buchverlag.
- DGE, SGE, ÖGE (2008): Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr. 1. Aufl., 3., vollst. durchges. und korrigierter Nachdr. Frankfurt am Main: Umschau/Braus.
- DGZMK (2005): Leitlinie "Fluoridierungsmaßnahme". Hg. v. Düsseldorf DGZMK. Online verfügbar unter http://www.dgzmk.de/uploads/tx_szdgzmkdocuments/Fluoridierungsmassnahmen_Laengversion.pdf, zuletzt geprüft am 31.07.2018.
- Dietz, W. H. (1994): Critical periods in childhood for the development of obesity. In: *Am J Clin Nutr* (59), 955–999.
- Dietz, W. H. (1997): Periods of risk in childhood for the development of adult obesity--what do we need to learn? In: *J Nutr* (127), 1884–1886.
- Dragano, N.; Lampert, T.; Siegrist, J. (2009): Materialien zum Dreizehnten Kinder- und Jugendbericht. Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen. Wie baut sich soziale Ungleichheit im Lebenslauf auf? Hg. v. Sachverständigenkommission Dreizehnter Kinder- und Jugendbericht. Online verfügbar unter

- http://www.dji.de/fileadmin/user_upload/bibs/Expertisenband_Kap_1_1_Drag_AK_LK_P.pdf, zuletzt geprüft am 31.07.2018.
- Dragano, N.; Siegrist, J. (2009): Die Lebenslaufperspektive gesundheitlicher Ungleichheit: Konzepte und Forschungsergebnisse. In: M. Richter und K. H. Hurrelmann (Hg.): *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. 2., überarbeitete Auflage.* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Droomers, M. (2004): Educational differences in the intention to stop smoking. Explanations based on the Theory of Planned Behaviour. In: *The European Journal of Public Health* 14 (2), S. 194–198.
- Dulon, M.; Kersting, M. (2000): Stillen und Säuglingsernährung in Deutschland – die SuSe-Studie. In: Deutsche Gesellschaft für Ernährung (Hg.): *Ernährungsbericht 2000.* DGE. Frankfurt am Main, S. 81–95.
- Erhart, M.; Schenk, L.; Ravens-Sieberer, U. (2008): Migration und gesundheitliche Ungleichheit im Kindes- und Jugendalter. In: M. Richter, K. Hurrelmann, A. Klocke, W. Melzer und U. Ravens-Sieberer (Hg.): *Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten. Ergebnisse der zweiten internationalen Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO.* Weinheim [u.a.]: Juventa-Verl. (Gesundheitsforschung), S. 141–159.
- Ertem, G.; Ergün, S. (2013): Traditional practices and beliefs regarding nutrition of children in the 0-5 age group in western Turkey: a qualitative study. In: *JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association* 63 (2), S. 173–178.
- Europäische Union: Richtlinie 2006/141/EG der Kommission vom 22. Dezember 2006 über Säuglingsanfangsnahrung und Folgenahrung und zur Änderung der Richtlinie 1999/21/EG. Amtsbl Europäische Union L 401/1-401/33.
- European Commission (2004): Schutz, Förderung, und Unterstützung des Stillens in Europa: ein Aktionsplan. IRCCS Burlo Garofolo Trieste, Italy, Unit for Health Services Research and International Health, WHO Collaborating Centre for Maternal and Child Health, Teilnehmer des Projekts „Förderung des Stillens in Europa“. Online verfügbar unter http://www.babyfreundlich.org/fileadmin/user_upload/download/Initiative_International/EU_Aktionsplan_Stillen.pdf, zuletzt geprüft am 31.07.2018.
- FAO (1996): Preparation and use of food-based dietary guidelines. Report for a joint FAO/WHO Consultation. Hg. v. WHO. Nutrition Programme. Geneva. Online verfügbar unter <http://www.fao.org/docrep/x0243e/x0243e00.htm>, zuletzt geprüft am 31.07.2018.
- Fekete, C.; Weyers, S. (2016): Soziale Ungleichheit im Ernährungsverhalten. Befundlage, Ursachen und Interventionen. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 59 (2), S. 197–205.
- Flaake, K. (2014): *Neue Mütter – neue Väter. Eine empirische Studie zu veränderten Geschlechterbeziehungen in Familien.* Orig.-Ausg. Gießen: Psychosozial-Verl. (Forschung psychosozial).
- Flick, U. (1996): *Psychologie des technisierten Alltags. Soziale Konstruktion und Repräsentation technischen Wandels in verschiedenen kulturellen Kontexten:* VS Verlag für Sozialwissenschaften (Beiträge zur psychologischen Forschung, Bd. 28).
- Flick, U. (Hg.) (2000): *Qualitative Forschung. Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften.* Reinbek: Rowohlt.
- Flick, U. (2002): *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung.* Orig.-Ausg., vollst. überarb. und erw. Neuausg., (6. Aufl.). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt (rororo, 55654 : Rowohlts Enzyklopädie).

- Flick, U.; Kardoff, E. v.; Steinke, I. (Hg.) (2015): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. 11. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verl.
- Foterek, K.; Hilbig, A.; Alexy, U. (2015): Associations between commercial complementary food consumption and fruit and vegetable intake in children. Results of the DONALD study. In: *Appetite* 85, S. 84–90.
- Foterek, K.; Hilbig, A.; Kersting, M.; Alexy, U. (2016): Age and time trends in the diet of young children: results of the DONALD study. In: *European journal of nutrition* 55 (2), S. 611–620.
- Fox, R.; McMullen, S.; Newburn, M. (2015): UK women's experiences of breastfeeding and additional breastfeeding support: a qualitative study of Baby Café services. In: *BMC pregnancy and childbirth* 15 (147), S. 1–12.
- Franzkowiak, P. (2015): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. Prävention und Krankheitsprävention*. Hg. v. BZgA. Verlag für Gesundheitsförderung. Werbach-Gamburg.
- Freudenschuß, I. (2012): Vom Recht auf Stillen zur Pflicht der Mutter. In: *Gender* (3), S. 138–145.
- Fröschl, B.; Wirl, C.; Haas, S. (2009): *Prävention von Adipositas bei Kindern und Jugendlichen (Verhalten- und Verhältnisprävention). Schriftenreihe Health Technology Assessment (HTA) in der Bundesrepublik Deutschland*. Online verfügbar unter https://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta242_bericht_de.pdf, zuletzt geprüft am 31.07.2018.
- Fthenaki, W. E.; Textor, M. R. (2002): *Mutterschaft, Vaterschaft*. Weinheim, Basel: Beltz.
- Geyer, S. (2003): *Forschungsmethoden in den Gesundheitswissenschaften. Eine Einführung in die empirischen Grundlagen*. Weinheim [u.a.]: Juventa-Verl. (Grundlagentexte Gesundheitswissenschaften).
- Giese, H.; Juhász, R.; Schupp, H.; Renner, B. (2013): Kann man Popularität und Freundschaft essen? In: *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* 21 (2), S. 71–81.
- Gießelmann, K. (2016): Frühkindliche Ernährung: Die ersten 1000 Tage entscheiden. In: *Dtsch Arztebl* 113 (43), A-1920-21.
- Gläser, J.; Laudel, G. (2010): *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen*. 4. Aufl. Wiesbaden: VS-Verl. (Lehrbuch).
- Guest, G.; Namey, E. E. (2014): *Public health research methods*. Los Angeles, Calif. [u.a.]: SAGE.
- Günther, A. L. B.; Remer, T.; Kroke, A.; Buyken, A. E. (2007): Early protein intake and later obesity risk: which protein sources at which time points throughout infancy and childhood are important for body mass index and body fat percentage at 7 y of age? In: *The American journal of clinical nutrition* 86 (6), S. 1765–1772.
- Güttler, P. O. (2003): *Sozialpsychologie. Soziale Einstellungen Vorurteile Einstellungsänderungen: mit 60 Abbildungen*. Vierte, durchgesehene und unwesentlich erweiterte Auflage. München, Wien: R. Oldenbourg Verlag (Edition Psychologie).
- Halfon, N.; Larson, K.; Russ, S. (2010): Why social determinants? In: *Healthcare quarterly (Toronto, Ont.)* 14 Spec No 1, S. 8–20.
- Hartmann, A. S.; Hilbert, A. (2013): Psychosoziale Folgen von Adipositas im Kindes- und Jugendalter und Strategien zu deren Behandlung. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 56 (4), S. 532–538.
- Hauck, F. R.; Thompson, J. M. D.; Tanabe, K. O.; Moon, R. Y.; Vennemann, M. M. (2011): Breastfeeding and reduced risk of sudden infant death syndrome: a meta-analysis. In: *Pediatrics* 128 (1), S. 103–110.

- Hayn, D.; Empacher, C.; Halbes, S. (2005): Trends und Entwicklungen von Ernährung im Alltag. Ergebnisse einer Literaturrecherche. Hg. v. Institut für sozial-ökonomische Forschung. Online verfügbar unter http://ernaehrungsdenkwerkstatt.de/fileadmin/user_upload/EDWText/TextElemente/Ernaehrungsoekologie/Ernaehrungswende_Vol_2__Trend_ErnaehrungAlltag.pdf, zuletzt geprüft am 11.09.2018.
- Heidari, Z.; Kohan, S.; Keshvari, M. (2017): Empowerment in breastfeeding as viewed by women: A qualitative study. In: *Journal of education and health promotion* 6 (33).
- Heimerdinger, T. (2009): Brust oder Flasche? – Säuglingsernährung und die Rolle von Beratungsmedien. In: M. Simon, T. Hengartner, T. Heimerdinger und A.-C. Lux (Hg.): Bilder Bücher Bytes. Zur Medialität des Alltags : 36. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Volkskunde in Mainz vom 23. bis 26. September 2007. Münster, New York: Waxmann (Mainzer Beiträge zur Kulturanthropologie/Volkskunde, Bd. 3), S. 100–110.
- Helffferich, C. (2009): Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. 3., überarbeitete Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Helffferich, C. (2011): Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. 4. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Helmert, U.; Schorb, F. (2009): Die Bedeutung verhaltensbezogener Faktoren im Kontext der sozialen Ungleichheit der Gesundheit. In: M. Richter und K. H. Hurrelmann (Hg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. 2., überarbeitete Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Heseker, H.; Oepping, A.; Vohmann, C. (2003): Verzehrsstudie zur Ermittlung der Lebensmittelaufnahme von Säuglingen und Kleinkindern für die Abschätzung eines akuten Toxizitätsrisikos durch Rückstände von Pflanzenschutzmitteln (VELS). In: *Forschungsbericht. Universität Paderborn*.
- Hilbig, A.; Alexy, U.; Drossard, C.; Kersting, M. (2011a): GRETA Ernährung von Kleinkindern in Deutschland. In: *Aktuel Ernährungsmed* (36), S. 224–2312.
- Hilbig, A.; Lentze, M. J.; Kersting, M. (2012): Einführung und Zusammensetzung der Beikost. In: *Monatsschr Kinderheilkd* 160 (11), S. 1089–1095.
- Hilbig, A.; Stahl, L.; Avci, Ö.; Dinter, J.; Kersting, M. (2011b): Gibt es in Deutschland interkulturelle Unterschiede beim Stillen? Eine Untersuchung zu Einstellungen und Motiven bei Müttern deutscher und türkischer Herkunft. In: *pädiatrische praxis* (77), S. 351–357.
- Hilbig, A.; Stahl, L.; Avci, Ö.; Dinter, J.; Kersting, M. (2014): Verständnis der bestehenden Ernährungsempfehlungen für Säuglinge bei Müttern deutscher und türkischer Herkunft. In: *Präv Gesundheitsf* 9 (2), S. 99–103.
- Hilbig, A.; Stahl, L.; Avci, Ö.; Dinter, J.; Kersting, M. (2011c): Einstellungen von Müttern zur Säuglingsernährung im interkulturellen Vergleich. In: *Kinderärztliche Praxis* (82), S. 242–243.
- Hirsch, J.; Rademacher, C. (2014): Implementation of the recommendations made by the “Gesund ins Leben” network as found in advice leaflets on the nutrition of infants. How and how well have the recommendations been implemented two years later? In: *Ernährungs Umschau* 61 (2), S. 27–31.
- Hoddinott, P.; Tappin, D.; Wright, C. (2008): Breast feeding. In: *BMJ (Clinical research ed.)* 336 (7649), S. 881–887.
- Horta, B. L.; Loret de Mola, C.; Victora, C. G. (2015): Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure and type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. In: *Acta paediatrica* 104 (467), S. 30–37.

- Hurrelmann, K. (2006): Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. 6., völlig überarb. Aufl. Weinheim [u.a.]: Juventa-Verl. (Grundlagentexte Soziologie).
- Huwiler, K. (1995): Herausforderung Mutterschaft. Eine Studie über das Zusammenspiel von mütterlichem Erleben, sozialen Beziehungen und öffentlichen Unterstützungsangeboten im ersten Jahr nach der Geburt. Bern: Huber.
- Ip, S.; Chung, M.; Raman, G.; Trikalinos, T. A.; Lau, J. (2009): A summary of the Agency for Healthcare Research and Quality's evidence report on breastfeeding in developed countries. In: *Breastfeeding medicine: the official journal of the Academy of Breastfeeding Medicine* 4 Suppl 1, S. 17–30.
- Jager, E. de; Skouteris, H.; Broadbent, J.; Amir, L.; Mellor, K. (2013): Psychosocial correlates of exclusive breastfeeding: a systematic review. In: *Midwifery* 29 (5), S. 506–518.
- Jöckel, K. H.; Babitsch, B.; Bellach, B. M. (1998): Messung und Quantifizierung soziodemographischer Merkmale in epidemiologischen Studien. In: München: MMV Medizin, S. 7–38.
- Katz, D. (1960): The Functional Approach to the Study of Attitudes. In: *Public Opinion Quarterly* 24 (2, Special Issue: Attitude Change), S. 163.
- Kelle, U.; Kluge, S. (2010): Vom Einzelfall zum Typus. Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung. 2., aktualis. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kersting, M. (Hg.) (2009): Kinderernährung aktuell. Schwerpunkte für Gesundheitsförderung und Prävention. 1. Aufl. Sulzbach (Taunus): Umschau Zeitschriftenvlg Breidenstein.
- Kersting, M.; Alexy, U.; Clausen, K. (2005): Using the concept of Food Based Dietary Guidelines to Develop an Optimized Mixed Diet (OMD) for German children and adolescents. In: *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition* 40 (3), S. 301–308.
- Kersting, M.; Alexy, U.; Kroke, A.; Lentze, M. J. (2004): Nutrition of children and adolescents. Results of the DONALD Study. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 47 (3), S. 213–218.
- Kersting, M.; Dulon, M. (2002): Fakten zum Stillen in Deutschland. In: *Monatsschrift Kinderheilkunde* 150 (10), S. 1196–1201.
- Kleining, G. (1995): Von der Hermeneutik zur qualitativen Heuristik. Weinheim: Beltz, Psychologie-Verl.-Union (Methoden und Diagnostik).
- Kleiser, C.; Schaffrath Rosario, A.; Mensink, G. B. M.; Prinz-Langenohl, R.; Kurth, B.-M. (2009): Potential determinants of obesity among children and adolescents in Germany: results from the cross-sectional KiGGS Study. In: *BMC public health* 9, S. 46.
- Klemperer, D. (2010): Sozialmedizin – Public Health. Lehrbuch für Gesundheits- und Sozialberufe. 1. Aufl. Bern: Huber (Lehrbuch Gesundheitswissenschaften).
- Klocke, A.; Lampert, T. (2001): Armut bei Kindern und Jugendlichen und die Auswirkungen auf die Gesundheit. Berlin (Gesundheitsberichterstattung des Bundes). Online verfügbar unter http://www.gbe-bund.de/pdf/Armut_bei_Kindern.pdf, zuletzt geprüft am 31.07.2018.
- Knopf, H.; Ellert, U.; Melchert, H. U. (1999): Sozialschicht und Gesundheit. In: *Gesundheitswesen* (61), Sonderheft 2: S. 169–S177.
- Koletzko, B.; Bauer, C.-P.; Cierpka, M.; Cremer, M.; Flothkötter, M.; Graf, C. et al. (2016): Ernährung und Bewegung von Säuglingen und stillenden Frauen. In: *Monatsschr Kinderheilkd* 164 (S5), S. 433–457.
- Koletzko, B.; Brönstrup, A.; Cremer, M.; Flothkötter, M.; Hellmers, C.; Kersting, M. et al. (2010a): Säuglingsernährung und Ernährung der stillenden Mutter. In: *Monatsschr Kinderheilkd* 158 (7), S. 679–689.

- Koletzko, B.; Decsi, T.; Molnár, D.; Hunty, A. (2009): Early nutrition programming and health outcomes in later life. Obesity and beyond. Dordrecht (Advances in Experimental Medicine and Biology).
- Koletzko, B.; Oberle, D.; Toschke, M. A.; Kries, R. von (2005): Programmiert die frühkindliche Ernährung die langfristige Gesundheit und das spätere Adipositasrisiko? In: F. Jochum (Hg.): Infusionstherapie und Diätetik in der Pädiatrie. Berlin, Heidelberg: Springer Medizin Verlag Heidelberg, S. 469–489.
- Koletzko, B.; Schiess, S.; Brands, B.; Haile, G.; Demmelmair, H.; Kries, R. von; Grote, V. (2010b): Infant feeding practice and later obesity risk. Indications for early metabolic programming. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 53 (7), S. 666–673.
- Kolip, P. (2004): Der Einfluss von Geschlecht und sozialer Lage auf Ernährung und Übergewicht im Kindesalter. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 47 (3), S. 235–239.
- Kolm, A.; Hithaller, A.; Ruso, P.; Höld, E. (2016): Einflussfaktoren auf das Beikostverhalten. Teil 1: Übersicht zur Datenlage in europäischen Studien. In: *Ernährungs Umschau* (06), S. 120–125.
- Kopp, J.; Steinbach, A. (Hg.) (2018): Grundbegriffe der Soziologie. 12. Auflage. Wiesbaden: Springer VS (Lehrbuch).
- Krause, C.; Sommerhalder, K.; Beer-Borst, S.; Abel, T. (2016): Just a subtle difference? Findings from a systematic review on definitions of nutrition literacy and food literacy. In: *Health Promotion International* 33 (3), S. 378–389.
- Kromeyer-Hauschild, K.; Wabitsch, M.; Geller, F.; Ziegler, A.; Geiß, H. C. et al. (2001): Perzentile für den Body Mass Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. In: *Monatsschr Kinderheilkd* (149), S. 807–818.
- Kruse, J. (Hg.) (2014): Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz. Weinheim: Beltz Juventa.
- Kuckartz, U. (2010): Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten. 3., aktualisierte Aufl. Wiesbaden: VS, Verl. für Sozialwiss (Lehrbuch).
- Kuh, D.; Ben-Shlomo, Y. (Hg.) (2004): A life course approach to chronic disease epidemiology. 2nd ed. Oxford, New York: Oxford University Press (Life course approach to adult health series, no. 2).
- Kumar, D.; Sanders, L.; Perrin, E. M.; Lokker, N.; Patterson, B.; Gunn, V. et al. (2010): Parental understanding of infant health information: health literacy, numeracy, and the Parental Health Literacy Activities Test (PHLAT). In: *Academic pediatrics* 10 (5), S. 309–316.
- Kuntz, B.; Waldhauer, J.; Zeiher, J.; Finger, J. D.; Lampert, T. (2018): Soziale Unterschiede im Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2. In: *Journal of Health Monitoring*, S. 45–63.
- Kurth, BM.; Schaffrath Rosario, A. (2007): The prevalence of overweight and obese children and adolescents living in Germany. Results of the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS). In: *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* (50), S. 736–743.
- Lamnek, S. (2010): Qualitative Sozialforschung. 5. überarbeitete Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- Lampert, T. (2007): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Geänd. Nachdr. Berlin (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes).

- Lampert, T.; Kroll, L. (2009): Die Messung des sozioökonomischen Status in sozialepidemiologischen Studien. In: M. Richter und K. H. Hurrelmann (Hg.): *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. 2., überarbeitete Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Lampert, T.; Schenk, L.; Stolzenberg, H. (2002): Konzeptualisierung und Operationalisierung sozialer Ungleichheit im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey. Conceptualisation and Operationalisation of Social Inequality in the National Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents. In: *Das Gesundheitswesen* (64 Sonderheft 1), S. 48–52.
- Lange, C.; Schenk, L.; Bergmann, R. (2007a): Verbreitung, Dauer und zeitlicher Trend des Stillens in Deutschland. In: *Bundesgesundheitsbl.* 50 (5-6), S. 624–633.
- Lange, D. (2009): Einfluss von sozialen Faktoren und der Lebenswelten auf den Ernährungszustand und Lebensstil von Kindern und Jugendlichen der Kieler Adipositas-Präventionsstudie (KOPS).: Der Andere Verlag, Tönning. (Band 53.).
- Lange, M.; Kamtsiuris, P.; Lange, C.; Schaffrath Rosario, A.; Stolzenberg, H.; Lampert, T. (2007b): Messung soziodemographischer Merkmale im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) und ihre Bedeutung am Beispiel der Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 50 (5-6), S. 578–589.
- Langnase, K.; Mast, M.; Danielzik, S.; Spethmann, C.; Muller, M. J. (2003): Socioeconomic gradients in body weight of German children reverse direction between the ages of 2 and 6 years. In: *The Journal of nutrition* 133 (3), S. 789–796.
- Lawton, R.; Ashley, L.; Dawson, S.; Waiblinger, D.; Conner, M. (2012): Employing an extended Theory of Planned Behaviour to predict breastfeeding intention, initiation, and maintenance in White British and South-Asian mothers living in Bradford. In: *British journal of health psychology* 17 (4), S. 854–871.
- Lobstein, T.; Jackson-Leach, R.; Moodie, M. L.; Hall, K. D.; Gortmaker, S. L.; Swinburn, B. A. et al. (2015): Child and adolescent obesity. Part of a bigger picture. In: *The Lancet* 385 (9986), S. 2510–2520.
- Mackenbach, J. (2000): Health Inequalities: Europe in profile. An independent expert report commissioned by the UK presidency of the EU. Hg. v. Departement of Health. London. Online verfügbar unter http://www.who.int/social_determinants/resources/european_inequalities.pdf, zuletzt geprüft am 31.07.2018.
- Malik, V. S.; Schulze, M. B.; Hu, F. B. (2006): Intake of sugar-sweetened beverages and weight gain: a systematic review. In: *The American journal of clinical nutrition* 84 (2), S. 274–288.
- Martinez-Brockman, J. L.; Shebl, F. M.; Harari, N.; Pérez-Escamilla, R. (2017): An assessment of the social cognitive predictors of exclusive breastfeeding behavior using the Health Action Process Approach. In: *Social science & medicine* 182, S. 106–116.
- McLaren, L. (2007): Socioeconomic status and obesity. In: *Epidemiologic reviews* 29, S. 29–48.
- McMillen, I. C.; Rattanaatray, L.; Duffield, J. A.; Morrison, J. L.; MacLaughlin, S. M.; Gentili, S.; Muhlhausler, B. S. (2009): The early origins of later obesity: pathways and mechanisms. In: *Advances in experimental medicine and biology* 646, S. 71–81.
- Mensink; G.B.M.; Schienkiewitz, A.; Rabenberg, M.; Borrmann, A.; Richter, A. (2018): Konsum zuckerhaltiger Erfrischungsgetränke bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. In: *Journal of Health Monitoring* 3 (1), S. 32–39.

- Mensink, G. B. M.; Bauch, A.; Vohmann, C.; Stahl, A.; Six, J.; Kohler, S. et al. (2007a): EsKiMo – the nutrition module in the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS). In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 50 (5-6), S. 902–908.
- Mensink, G. B. M.; Kleiser, C.; Richter, A. (2007b): Food consumption of children and adolescents in Germany. Results of the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS). In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 50 (5-6), S. 609–623.
- Meuser, M. (2011): Die Entdeckung der „neuen Väter“. Vaterschaftspraktiken, Geschlechternormen und Geschlechterkonflikte. In: K. Hahn und C. Koppetsch (Hg.): *Soziologie des Privaten*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 71–82.
- Mey, G.; Mruck, K. (2010): *Handbuch qualitative Forschung in der Psychologie*. 1. Aufl. Wiesbaden: VS-Verl.
- Meyer, C. (2018): *Essen und Soziale Arbeit. Eine Einführung*. Wiesbaden: Springer VS (Basiswissen Soziale Arbeit, 8).
- Mielck, A. (2000): *Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten*. 1. Aufl. Bern, Seattle: Hans Huber.
- Mielck, A. (2005): *Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion*. 1. Aufl. Bern: Hans Huber.
- Monterrosa, E. C.; Peltó, G. H.; Frongillo, E. A.; Rasmussen, K. M. (2012): Constructing maternal knowledge frameworks. How mothers conceptualize complementary feeding. In: *Appetite* 59 (2), S. 377–384.
- Moreno, L. A.; Rodriguez, G. (2007): Dietary risk factors for development of childhood obesity. In: *Current opinion in clinical nutrition and metabolic care* 10 (3), S. 336–341.
- Muckelbauer, R.; Libuda, L.; Clausen, K.; Toschke, A. M.; Reinehr, T.; Kersting, M. (2010): Immigrational background affects the effectiveness of a school-based overweight prevention program promoting water consumption. In: *Obesity (Silver Spring, Md.)* 18 (3), S. 528–534.
- Muff, C. (2009): *Soziale Ungleichheiten im Ernährungsverhalten. Theoretische Hintergründe und empirische Befunde*. Wien, Zürich, Berlin, Münster: Lit (Bd. 19).
- Nationale Stillkommission (2007): *Einheitliche Terminologie zur Säuglingsernährung. Aktualisierte Empfehlung der Nationalen Stillkommission von 1999*. Hg. v. Bundesinstitut für Risikobewertung. Online verfügbar unter https://mobil.bfr.bund.de/cm/343/einheitliche_terminologie_zur_saeuglingsernaehrung.pdf, zuletzt geprüft am 31.07.2018.
- Nationale Stillkommission/BfR (2010): *Grundsätzliches zum Stillen*. Berlin. Online verfügbar unter https://www.bfr.bund.de/de/grundsaeztliches_zum_stillen-10199.html, zuletzt geprüft am 31.07.2018.
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (2009): *Was sind frühe Hilfen*. Online verfügbar unter <https://www.fruehehilfen.de/fruehe-hilfen/was-sind-fruehe-hilfen/>, zuletzt geprüft am 06.09.2018.
- Nelson, A. M. (2006): A metasynthesis of qualitative breastfeeding studies. In: *Journal of midwifery & women's health* 51 (2), e13-20.
- Neuhauser, L.; Rothschild, R.; Rodriguez, F. M. (2007): MyPyramid.gov: assessment of literacy, cultural and linguistic factors in the USDA food pyramid web site. In: *Journal of nutrition education and behavior* 39 (4), S. 219–225.
- Niessen, K. (2001): *Pädiatrie*. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag.
- Nold, D. (2010): *Sozioökonomischer Status von Schülern und Schülerinnen 2008. Ergebnisse des Mikrozensus*. Hg. v. Statistisches Bundesamt. Bildung und Kultur. Wiesbaden.

- Online verfügbar unter
https://www.destatis.de/DE/Publikationen/WirtschaftStatistik/BildungForschungKultur/StatusSchueler_22010.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 31.07.2018.
- Nutbeam, D. (2000): Health literacy as a public health goal. A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. In: *Health Promotion International* 15 (3), S. 259–267.
- Oblasser, C.; Wesp, G.; Ebner, U. (2007): Der Kaiserschnitt hat kein Gesicht. Fotobuch, Wegweiser und Erfahrungsschatz aus Sicht von Müttern und geburtshilflichen ExpertInnen. Book on demand. Salzburg: Edition Riedenburg.
- Otyakmaz, B. Ö.; Karakaşoğlu, Y. (Hg.) (2015): Frühe Kindheit in der Migrationsgesellschaft. Erziehung, Bildung und Entwicklung in Familien und Kinderbetreuung. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Padberg, S.; Bühner, C.; Menzel, J.; Weikert, C.; Schaefer, C.; Abraham, K. (2018): Fremdstoffe und Krankheitserreger in der Muttermilch. Ein Risiko für das Kind? In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 61 (8), S. 960–970.
- Pape, J. (2017): Beikost als komplizierte Angelegenheit. Erwartete Risiken bei der Umstellung auf feste Kost und daran gebundene Verantwortlichkeiten beim Elternpaar. In: *Soziologiemagazin* 10 (1), S. 35–52.
- Patro-Golab, B.; Zalewski, B. M.; Kolodziej, M.; Kouwenhoven, S.; Poston, L.; Godfrey, K. M. et al. (2016): Nutritional interventions or exposures in infants and children aged up to 3 years and their effects on subsequent risk of overweight, obesity and body fat: a systematic review of systematic reviews. In: *Obesity reviews* 17 (12), S. 1245–1257.
- Pearce, J.; Taylor, M. A.; Langley-Evans, S. C. (2013): Timing of the introduction of complementary feeding and risk of childhood obesity: a systematic review. In: *International journal of obesity* 37 (10), S. 1295–1306.
- Pervin, L. A.; Cervone, D.; John, O. P. (2005): Persönlichkeitstheorien. 5., neubearb. Aufl. München [u.a.]: Reinhardt (UTB für Wissenschaft : Große Reihe : Psychologie).
- Peters, E.; Wehkamp, K.-H.; Felberbaum, R. E.; Krüger, D.; Linder, R. (2006): Breastfeeding duration is determined by only a few factors. In: *European journal of public health* 16 (2), S. 162–167.
- Pietrowsky (2006): Ernährung. In: B. Renneberg und P. Hammelstein (Hg.): *Gesundheitspsychologie*. Heidelberg: Springer Medizin (Springer-Lehrbuch), S. 173–194.
- Plachta-Danielzik, S.; Pust, S.; Asbeck, I.; Czerwinski-Mast, M.; Langnäse, K.; Fischer, C. et al. (2007): Four-year follow-up of school-based intervention on overweight children: the KOPS study. In: *Obesity* 15 (12), S. 3159–3169.
- Plagemann, A.; Harder, T.; Dudenhausen, J. W. (2007): Mechanismen perinataler Programmierung am Beispiel der Körpergewichts- und Stoffwechselregulation. In: *Gynäkologe* 40 (4), S. 248–255.
- Pott, E.; Lehmann, F. (2002): Interventionen zur Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen aus sozial benachteiligten Gruppen. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 45 (12), S. 976–983.
- Power, C.; Parsons, T. (2000): Nutritional and other influences in childhood as predictors of adult obesity. In: *The Proceedings of the Nutrition Society* 59 (2), S. 267–272.
- Prugger, C.; Keil, U. (2007): Entwicklung der Adipositas in Deutschland – Größenordnung, Determinanten und Perspektiven. In: *Dtsch Med Wochenschr* (132), S. 892–897.
- Przyborski, A.; Wohlrab-Sahr, M. (2008): *Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch*. München: Oldenbourg (Lehr- und Handbücher der Soziologie).
- Przyborski, A.; Wohlrab-Sahr, M. (2014): *Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch*. 4., erw. Aufl. München: Oldenbourg (Lehr- und Handbücher der Soziologie).

- Pudel, V.; Westenhöfer, J. (2003): Ernährungspsychologie. Eine Einführung. 3., unveränd. Aufl. Göttingen [u.a.]: Hogrefe.
- Razum, O.; Zeeb, H.; Meesmann, U.; Schenk, L.; Bredehorst, M.; Brzoska, P. et al. (2008): Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert-Koch-Institut.
- Rebhan, B.; Kohlhuber, M.; Schwegler, U.; Koletzko, B.; Fromme, H. (2009): Rauchen, Alkoholkonsum und koffeinhaltige Getränke vor, während und nach der Schwangerschaft – Ergebnisse aus der Studie "Stillverhalten in Bayern". In: *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 71 (7), S. 391–398.
- Reeske, A.; Spallek, J. (2011): Socioeconomic aspects of primary obesity prevention for children and adolescents. A life-course perspective on obesity development and prevention. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 54 (3), S. 272–280.
- Reilly, J. J.; Armstrong, J.; Dorosty, A. R.; Emmett, P. M.; Ness, A.; Rogers, I. et al. (2005): Early life risk factors for obesity in childhood: cohort study. In: *BMJ* 330 (7504), S. 1357-1370.
- Reiss, K.; Flothkötter, M.; Greif, N. P.; Kolip, P. (2016): Akzeptanz von Handlungsempfehlungen des Netzwerks "Gesund ins Leben – Netzwerk Junge Familie" zur Säuglingsernährung und Ernährung der stillenden Mutter. Befragung unterschiedlicher Berufsgruppen. In: *Gesundheitswesen* 80 (05), S. 482–488.
- Renner, B.; Sproesser, G.; Strohbach, S.; Schupp, H. T. (2012): Why we eat what we eat. The Eating Motivation Survey (TEMS). In: *Appetite* 59 (1), S. 117–128.
- Richter, A.; Vohmann, C.; Stahl, A.; Hesecker, H.; Mensink, GBM. (2008): Der aktuelle Lebensmittelverzehr von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Teil 2: Ergebnisse aus EsKiMo. In: *Ernährungs Umschau* (55), S. 28–36.
- Richter, M. (2005): Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Jugendalter. Der Einfluss sozialer Ungleichheit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Richter, M.; Hurrelmann, K. (Hg.) (2009): Gesundheitliche Ungleichheit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Richter, M.; Mielck, A. (2000): Strukturelle und verhaltensbezogene Determinanten gesundheitlicher Ungleichheit. In: *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften* (3), S. 198–215.
- Richter, M.; Rosenbach, F. (2011): Soziale Determinanten des Ernährungsverhaltens im Jugendalter. In: *ZSE Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation* (4), S. 409–426.
- Rose, L.; Steinbeck, S. (2015): Die Stillernährung des Säuglings. Ethnografische Notizen zu einer Geschlechterasymmetrie qua Natur. In: R. Seehaus, L. Rose und M. Günther (Hg.): Mutter, Vater, Kind – Geschlechterpraxen in der Elternschaft. Opladen [u.a.]: Budrich (Geschlechterforschung für die Praxis, 3), S. 101–122.
- Rückert-John, J.; Kröger, M. (2015): „Stillende“ Männer. Väterselbst- und -fremdbilder im Übergang zur Elternschaft. In: R. Seehaus, L. Rose und M. Günther (Hg.): Mutter, Vater, Kind – Geschlechterpraxen in der Elternschaft. Opladen [u.a.]: Budrich (Geschlechterforschung für die Praxis, 3), S. 81–100.
- Schaeffer, D.; Berens, E.-M.; Weishaar, H.; Vogt, D. (2017): Gesundheitskompetenz in Deutschland – Nationaler Aktionsplan. In: *Public Health Forum* 25 (1), S. 13–15.
- Schenk, L. (2002): Migrantenspezifische Teilnahmeharrieren und Zugangsmöglichkeiten im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey. In: *Gesundheitswesen (Sonderheft 1)*, S. 59–68.

- Schenk, L. (2007): Migration und Gesundheit. Entwicklung eines Erklärungs- und Analysemodells für epidemiologische Studien. In: *International journal of public health* 52 (2), S. 87–96.
- Schenk, L.; Neuhauser, H.; Ellert, U.; Poethko-Müller, C.; Kleiser, C.; Mensink, G. B.M. (Hg.) (2008): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003-2006 Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Scherbaum, V. (2003): Stillen. Frühkindliche Ernährung und reproduktive Gesundheit. Köln: Dt. Ärzte-Verl.
- Schienkiewitz, A.; Brettschneider, A. K.; Damerow, S.; Schaffrath Rosario, A. (2018): Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. In: *Journal of Health Monitoring* 3 (1), S. 16–23.
- Schmid, B. (2003): Ernährung und Migration. Empirische Untersuchungen zum Ernährungsverhalten italienischer griechischer und türkischer Migrantinnen in Deutschland. München: Utz.
- Schmidt, S. (2011): Wie Kinder beim Essen lernen. In: G. Schönberger (Hg.): Mahlzeiten. Alte Last oder neue Lust? 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss, S. 55–70.
- Schmied, V.; Beake, S.; Sheehan, A.; McCourt, C.; Dykes, F. (2009): A meta-synthesis of women's perceptions and experiences of breastfeeding support. In: *JBI library of systematic reviews* 7 (14), S. 583–614.
- Schreier, M.; Schmitz-Justen, F.; Diederich, A.; Lietz, P.; Winkelhage, J.; Heil, S. (2008): Sampling in qualitativen Untersuchungen: Entwicklung eines Stichprobenplanes zur Erfassung von Präferenzen unterschiedlicher Stakeholdergruppen zu Fragen der Priorisierung medizinischer Leistungen. Working Paper Series FOR 655 (12). Online verfügbar unter http://www.priorisierung-in-der-medizin.de/documents/FOR655_Nr12_Adele_final.pdf, zuletzt geprüft am 31.07.2018.
- Schwarzer, R. (2004): Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Einführung in die Gesundheitspsychologie. 3., überarb. Aufl. Göttingen [u.a.]: Hogrefe.
- Schwarzer, R. (2008): Modeling Health Behavior Change: How to Predict and Modify the Adoption and Maintenance of Health Behaviors. In: *Applied Psychology* 57 (1), S. 1–29.
- Seehaus, R.; Rose, L.; Günther, M. (Hg.) (2015): Mutter, Vater, Kind – Geschlechterpraxen in der Elternschaft. Opladen [u.a.]: Budrich (Geschlechterforschung für die Praxis, 3).
- Seichter, S. (2014): Erziehung an der Mutterbrust. Eine kritische Kulturgeschichte des Stillens. Weinheim [u.a.]: Beltz Juventa.
- Shrewsbury, V.; Wardle, J. (2008): Socioeconomic status and adiposity in childhood: a systematic review of cross-sectional studies 1990-2005. In: *Obesity* 16 (2), S. 275–284.
- Siegrist, J. (2005): Medizinische Soziologie. Mit 18 Tabellen. 6., neu bearb. und erw. Aufl. München [u.a.]: Elsevier, Urban & Fischer.
- Siegrist, J.; Marmot, M. G. (2008): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen. Bern: Hans Huber.
- Sievers, E.; Mensing, M.; Kersting, M. (2008): Die Einstellung der Bevölkerung zum Stillen und zur Säuglingsernährung – Bevölkerungsbefragung in Nordrhein-Westfalen. In: *Gesundheitswesen* 70 (S 1), S. 13–16.
- Singh, G. K.; Siahpush, M.; Kogan, M. D. (2010): Rising social inequalities in US childhood obesity, 2003-2007. In: *Annals of epidemiology* 20 (1), S. 40–52.

- Singhal, A.; Lucas, A. (2004): Early origins of cardiovascular disease: is there a unifying hypothesis? In: *Lancet* 363 (9421), S. 1642–1645.
- Smith, G. (2008): Die Bedeutung einer Lebenslaufperspektive für die Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit. In: U. Bauer, U. H. Bittlingmayer und M. Richter (Hg.): *Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit*. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss.
- Smith, M. B.; Bruner, J. S.; White, R. W. (1956): *Opinions and personality*. New York: Wiley.
- Smith, S. K.; Nutbeam, D.; McCaffery, K. J. (2013): Insights into the concept and measurement of health literacy from a study of shared decision-making in a low literacy population. In: *Journal of health psychology* 18 (8), S. 1011–1022.
- Sörensen, K.; van den Broucke, S.; Fullam, J.; Doyle, G.; Pelikan, J.; Slonska, Z.; Brand, H. (2012): Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. In: *BMC public health* 12, S. 80–93.
- Spallek, J.; Razum, O. (2008): Erklärungsmodelle für die gesundheitliche Situation von Migrantinnen und Migranten. In: U. Bauer, U. H. Bittlingmayer und M. Richter (Hg.): *Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit*. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss.
- Sperlich, S. (2009): Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit durch Empowerment. Empirische Analyse der Gesundheitseffekte für sozial benachteiligte Mütter. 1. Aufl. Wiesbaden: VS, Verl. für Sozialwiss.
- Stamatakis, E.; Primatesta, P.; Chinn, S.; Rona, R.; Falaschetti, E. (2005): Overweight and obesity trends from 1974 to 2003 in English children: what is the role of socioeconomic factors? In: *Archives of disease in childhood* 90 (10), S. 999–1004.
- Statistisches Bundesamt (2005): *Leben in Deutschland. Haushalte, Familien und Gesundheit – Ergebnisse des Mikrozensus 2005*. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressekonferenzen/2006/Mikrozensus/Pressebrochure.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 31.07.2018.
- Statistisches Bundesamt (2017): *Bevölkerung mit Migrationshintergrund - Ergebnisse des Mikrozensus – Fachserie 1 Reihe 2.2 – 2016*, zuletzt geprüft am 01.07.2018.
- Steinke, I. (2015): Gütekriterien qualitativer Forschung. In: U. Flick, E. v. Kardoff und I. Steinke (Hg.): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. 11. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verl., S. 319–331.
- Stok, F. M.; Mollen, S.; Verkooijen, K. T.; Renner, B. (2018): Editorial: Unravelling Social Norm Effects: How and When Social Norms Affect Eating Behavior. In: *Frontiers in psychology* 9 (738), S. 1–3.
- Stubenitsky, K.; Mela, D. J. (2000): UK consumer perceptions of starchy foods. In: *The British journal of nutrition* 83 (3), S. 277–285.
- Swanson, V.; Power, K. G. (2005): Initiation and continuation of breastfeeding: theory of planned behaviour. In: *Journal of advanced nursing* 50 (3), S. 272–282.
- Sygyusch, R. (2005): Jugendsport - Jugendgesundheit. Ein Forschungsüberblick. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 48 (8), S. 863–872.
- Taylor, R. W.; Grant, A. M.; Goulding, A.; Williams, S. M. (2005): Early adiposity rebound: review of papers linking this to subsequent obesity in children and adults. In: *Current opinion in clinical nutrition and metabolic care* 8 (6), S. 607–612.
- Thomson, G.; Dykes, F. (2011): Women's sense of coherence related to their infant feeding experiences. In: *Maternal & child nutrition* 7 (2), S. 160–174.
- Toschke, A. M.; Ludde, R.; Eisele, R.; Kries, R. von (2005): The obesity epidemic in young men is not confined to low social classes—a time series of 18-year-old German men at

- medical examination for military service with different educational attainment. In: *International journal of obesity* 29 (7), S. 875–877.
- Troger, R. (2014): Globalisierung und Depression. Fördert die moderne Wirtschaft psychische Erkrankungen? Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden (Schriftenreihe der Kalaidos Fachhochschule Schweiz).
- Ullrich, C. (1999): Deutungsmusteranalyse und diskursives Interview. In: *Zeitschrift für Soziologie* 28 (6), S. 429–447.
- van Rossum, C. T.; Shipley, M. J.; van de Mheen, H.; Grobbee, D. E.; Marmot, M. G. (2000): Employment grade differences in cause specific mortality. A 25 year follow up of civil servants from the first Whitehall study. In: *Journal of epidemiology and community health* 54 (3), S. 178–184.
- Velardo, S. (2015): The Nuances of Health Literacy, Nutrition Literacy, and Food Literacy. In: *Journal of nutrition education and behavior* 47 (4), 385-389.e1.
- Velardo, S.; Drummond, M. (2013): Understanding parental health literacy and food related parenting practices. In: *Health Sociology Review* 22 (2), S. 137–150.
- Vidgen, H. A.; Gallegos, D. (2014): Defining food literacy and its components. In: *Appetite* 76, S. 50–59.
- Walsh, A.; Kearney, L.; Dennis, N. (2015): Factors influencing first-time mothers' introduction of complementary foods: a qualitative exploration. In: *BMC public health* 15, S. 410–421.
- Walter, N.; Norman, K. (2004): Gesundheitsförderliches Ernährungsverhalten bei Kleinkindern. In: *Ernährung im Fokus* (7), S. 186–189.
- Wänke, M.; Bohner, G. (2006): Einstellungen. In: H.-W. Bierhoff (Hg.): *Handbuch der Sozialpsychologie und Kommunikationspsychologie*. Göttingen [u.a.]: Hogrefe (Handbuch der Psychologie, 3), S. 404–414.
- Wardle, J.; Carnell, S.; Haworth, C. M.; Plomin, R. (2008): Evidence for a strong genetic influence on childhood adiposity despite the force of the obesogenic environment. In: *The American journal of clinical nutrition* 87 (2), S. 398–404.
- Wareham, N. J.; van Sluijs, E. M. F.; Ekelund, U. (2005): Physical activity and obesity prevention: a review of the current evidence. In: *The Proceedings of the Nutrition Society* 64 (2), S. 229–247.
- Weissenborn, A.; Abou-Dakn, M.; Bergmann, R.; Both, D.; Gresens, R.; Hahn, B. et al. (2015): Stillhäufigkeit und Stilldauer in Deutschland – eine systematische Übersicht. In: *Gesundheitswesen* 78 (11), S. 695–707.
- Weyers, S.; Fekete, C.; Dragano, N.; Moebus, S.; Möhlenkamp, S.; Andrich, S. et al. (2013): Bildung, ausgewählte Ernährungseinstellungen und Ernährungsverhalten. In: *Präv Gesundheitsf* 8 (4), S. 289–294.
- WHO (2000): Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation. WHO Consultation on Obesity. Genf. Online verfügbar unter whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_894.pdf, zuletzt geprüft am 31.07.2018.
- Wirth, A.; Hauner, H. (2013): *Adipositas. Ätiologie, Folgekrankheiten, Diagnostik, Therapie*. 4., vollständig überarbeitete und aktualisierte Aufl. Berlin: Springer.
- Witt, H. (2001): Forschungsstrategien bei quantitativer und qualitativer Sozialforschung. Hg. v. Forum Qualitative Sozialforschung (2(1)). Online verfügbar unter <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/969/2114>, zuletzt geprüft am 11.09.2018.
- Zwiauer, K. (2001): Langzeiteffekte der Ernährung in den ersten 2 Lebensjahren. In: *Monatsschr Kinderheilkd* (149), S. 71–74.

Zwick, M. (2007): Migration, Ernährung und Körper – das Beispiel türkischer MigrantInnen in Deutschland. In: *Sietar Journal* (02), S. 13–17.

9. Anhang

9.1. Anschreiben der Gatekeeper

Universität Bielefeld

Fakultät für Gesundheitswissenschaften
School of Public Health - WHO Collaborating Centre

Universität Bielefeld | Postfach 10 01 31 | 33501 Bielefeld

Lisa Stahl, MSc.
wissenschaftliche Mitarbeiterin

**AG 3 Epidemiologie &
International Public Health**

Raum: T5-110
Tel: 0521.106-4330
Mobil: 0176/23928780
Fax: 0521.106-6465
Email: lisa.stahl@uni-bielefeld.de

Bielefeld, 01.12.20152

Seite 1 von 2

Informationen zu der Studie „Interkulturelle Einstellungen von Müttern zur Kinderernährung“

Sehr geehrte/r Frau/Herr,

viele Kinder aus Familien mit niedrigem sozialem Status leiden unter Übergewicht, insbesondere Kinder aus Familien mit türkischem Migrationshintergrund sind überproportional von dieser Problematik betroffen. Viele Bemühungen und Projekte mit dem Ziel der Prävention von Übergewicht bei Kindern erreichten bislang insbesondere die Risikogruppe Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus und mit türkischem Migrationshintergrund nicht. Die Ursachen für die mangelnde Inanspruchnahme der Projekte und Angebote sind vielfältig und bislang noch kaum erforscht. Frau Öcal und ich möchten mit unserem Forschungsansatz einen Beitrag dazu leisten diese Ursachen zu erforschen und Mütter mit niedrigem sozialen Status, mit und ohne türkischen Migrationshintergrund zu Einstellungen und Motiven zur Kinderernährung zu befragen um Erkenntnisse über Hintergründe für ihr Handeln zu erlangen.

Im Rahmen der oben genannten Studie möchten wir persönliche Interviews mit Müttern mit und ohne türkischen Migrationshintergrund führen. Die Dauer der persönlichen Interviews wird ca. 30-40 Minuten betragen. Der Schwerpunkt liegt dabei in der Ernährung des Kindes im ersten Lebensjahr. Dabei wird z. B. gefragt wie die Mutter ihr Kind am Anfang ernährt hat, ob sie gestillt hat und ab wann sie ihrem Kind andere Nahrung als Muttermilch gegeben hat und welche Einstellung sie dazu hat. Außerdem würden wir gerne erfahren woher sie die Informationen zur Kinderernährung hat und ob diese für sie verständlich und umsetzbar sind. Die Studie wurde bereits von der Ethikkommission Münster geprüft und hat ein positives Ethikvotum erhalten.

Für die Rekrutierung der Mütter würden wir uns über Ihre Mithilfe sehr freuen! Auswahlkriterien für die Mütter sind, dass jeweils das erste und einzige Kind im Alter von bis zu 3 Jahren ist und dass sie entweder einen türkischen Migrationshintergrund haben oder aus Deutschland stammen und keinen anderweitigen Migrationshintergrund besitzen. Wenn die Mütter Interesse zeigen, würde ich

Seite 2

gern mit ihnen persönlich in Kontakt treten. Dazu habe ich ein Anschreiben für die interessierten Mütter vorbereitet, in denen sie Informationen zum Projekt sowie unsere Kontaktdaten finden. In dem Anschreiben für die Mütter wird beschrieben wie die Teilnahme an dieser Studie verläuft und welchen Datenschutzbestimmungen die Studie unterliegt.

Zur Kontaktaufnahme bitten wir Sie den Müttern, auf die die Auswahlkriterien zutreffen ein Informationsblatt mitzugeben. Über Ihre Unterstützung bei der Rekrutierung von Müttern für unsere Studie würden wir uns sehr freuen!

Wenn Sie noch Fragen haben stehe ich Ihnen selbstverständlich jederzeit gerne zur Verfügung!
Ich bedanke mich schon im Voraus ganz herzlich für Ihre Unterstützung!

Mit freundlichen Grüßen

Lisa Stahl, M. Sc.

9.2. Anschreiben der potentiellen Interviewpartnerinnen

Universität Bielefeld

Fakultät für Gesundheitswissenschaften
School of Public Health - WHO Collaborating Centre

Universität Bielefeld | Postfach 10 01 31 | 33501 Bielefeld

An interessierte Mütter zur Teilnahme an unten
beschriebener Studie

Lisa Stahl, MSc.
wissenschaftliche Mitarbeiterin

**AG 3 Epidemiologie &
International Public Health**

Raum: U5-210
Tel: 0521.106-4330
Mobil: 0176/23928780
Fax: 0521.106-6465
Email: lisa.stahl@uni-bielefeld.de

Bielefeld, 06.11.2014

Seite 1 von 1

Informationen zu der Studie „Interkulturelle Einstellungen von Müttern zur Kinderernährung“

Liebe Mütter,

verschiedene Studien haben gezeigt, dass die Ernährung bei Kindern sehr unterschiedlich sein kann. Die Gründe dafür wurden bislang nur unzureichend erforscht. Im Rahmen der oben genannten Studie führe ich mehrere Befragungen mit dem Ziel durch, Einstellungen von Müttern zur Kinderernährung zu erhalten. Hintergrund meines Vorhabens ist die Idee die Inhalte von Ernährungsempfehlungen zu verändern und an die Bedürfnisse von Müttern anzupassen. Dazu benötige ich Ihre Mithilfe und würde mich sehr über Ihre Unterstützung freuen! Meine Studie ist so aufgebaut, dass ich Sie als Erstes darum bitten würde diese Informationen sorgfältig zu lesen und wenn Sie mit einer Teilnahme an der Studie einverstanden sind, würde ich Sie bitten mich telefonisch oder per Mail zu kontaktieren.

Im nächsten Schritt würde ich mögliche Fragen ihrerseits zur Studienteilnahme klären und Sie zu einem persönlichen Interview einladen. Das Interview wird ca. 30-40 Minuten dauern und besteht aus einem Gespräch in dem ich Ihnen Fragen zur Ernährung ihres Kindes stelle. Dabei geht es nicht um „richtig oder falsch“ sondern ausschließlich um ihre Erfahrungen und Einstellungen zur Kinderernährung. Stattfinden kann das Interview bei Ihnen zu Hause oder an einem anderen von Ihnen gewünschten Ort, dort wo es für Sie am bequemsten ist.

Ich freue mich über Ihre Bereitschaft diese Studie unterstützen!

Mit freundlichen Grüßen

Lisa Stahl, M. Sc.

Universität Bielefeld
Universitätsstraße 25
33615 Bielefeld

Öffentliche Verkehrsmittel:
Stadtbahnlinie 4 Richtung
Lohmannshof

Bankverbindung:
Ld Bk Hess-Thür Gz, Dus
BLZ: 300 500 00, Konto: 61 036

Steuernummer: 305/5879/0433
USt-IdNr.: DE81307718
Finanzamt Bielefeld Innenstadt

→ www.uni-bielefeld.de

9.3. Verschwiegenheitserklärung der türkischsprachigen Interviewerin

 <p>Universität Bielefeld</p>	<p>Fakultät für Gesundheitswissenschaften School of Public Health - WHO Collaborating Centre</p>
---	---

Universität Bielefeld | Postfach 10 01 31 | 33501 Bielefeld

Lisa Stahl, MSc.
wissenschaftliche Mitarbeiterin

**AG 3 Epidemiologie &
International Public Health**

Raum: T5-110
Tel: 0521.106-4330
Mobil: 0176/23928780
Fax: 0521.106-6465
Email: lisa.stahl@uni-bielefeld.de

Bielefeld, 08.05.2014
Seite 1

Verschwiegenheitserklärung von [REDACTED] im Rahmen der Mitarbeit an der Studie „Interkulturelle Einstellungen von Müttern zur Kinderernährung“

Hiermit erkläre ich, [REDACTED], dass ich bezüglich der mir übertragenen Aufgaben im Rahmen des Forschungsprojektes „Interkulturelle Einstellungen von Müttern zur Kinderernährung“ die geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen beachten werde.

Ich werde über die im Rahmen dieses Projektes mir bekannt gewordenen dienstlichen Angelegenheiten Verschwiegenheit bewahren.

Von jeglichen Informationen, Schriftstücken und anderem Schriftgut, die im Rahmen dieser Tätigkeit mir zugänglich gemacht werden bzw. bei denen ich bei der Anfertigung mitwirke, werde ich ohne Zustimmung der Projektleiterin Lisa Stahl keine Abschriften, Ablichtungen oder andereervielfältigungen anfertigen oder an Dritte weitergeben.

[REDACTED]

Ort, Datum, Unterschrift

Universität Bielefeld Universitätsstraße 25 33615 Bielefeld	Öffentliche Verkehrsmittel: Stadtbahnlinie 4 Richtung Seemammendorf	Bankverbindung: td 8k Hess-785r 6z, Dis 81z: 100 506 00, Kontoz. 0 030	Steuernummer: 10578790933 ÜSt-IDNr.: DE511307719 Finanzamt Bielefeld Innenstadt	 www.uni-bielefeld.de
---	---	--	---	--

9.4. Einverständniserklärung der Interviewteilnehmerinnen

Einverständniserklärung für die Teilnahme an der Studie „Interkulturelle Einstellungen von Müttern zur Kinderernährung“

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, an dem oben genannten Projekt teilzunehmen und das meine Daten einschließlich der Daten über Geschlecht, Alter, Ernährungsgewohnheiten und ethnischer Herkunft pseudonymisiert an den Auftraggeber der Studie zu ihrer wissenschaftlichen Auswertung weitergegeben werden.

Ich wurde von der verantwortlichen Person für die oben genannte Studie vollständig über die Bedeutung und Tragweite der Studie aufgeklärt. Über die Anonymisierung meiner Aussagen bin ich aufgeklärt worden. Ich bin auch darüber informiert worden, dass ich die Teilnahme jederzeit widerrufen kann. Ich habe das Informationsschreiben gelesen und verstanden. Ich hatte die Möglichkeit Fragen zu stellen, habe die Antworten verstanden und akzeptiere sie. Ich hatte genügend Zeit, mich zur Teilnahme an der Studie zu entscheiden und wurde darüber informiert, dass ich jederzeit und ohne Angabe von Gründen diese Zustimmung widerrufen kann, ohne dass dadurch Nachteile für mich entstehen. Mir ist bekannt, dass meine Daten anonym gespeichert und ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden.

Selbstverständlich werden die Daten vertraulich und anonym behandelt. In der späteren Veröffentlichung der Ergebnisse werden alle Informationen anonymisiert dargestellt. Somit können keine Rückschlüsse auf Ihre Person gezogen werden. Die Teilnahme an der Befragung ist selbstverständlich freiwillig und kann jederzeit von Ihnen widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Probanden

Unterschrift der Forscherin

Lisa Stahl, M. Sc.

9.5. Soziodemografischer Fragebogen

Fragebogen zu
SOZIODEMOGRAFISCHEN ANGABEN
Im Rahmen der Studie „Interkulturelle Einstellungen von Müttern zur Kinderernährung“

Probandennummer:

Datum:

Interviewerkürzel:

Geburtsdatum der Probandin (Angabe TT.MM.JJ):

Geburtsdatum des Kindes (Angabe TT.MM.JJ):

1. Geben Sie bitte Ihren Familienstand an:

- | | |
|--|--------------------------|
| Ledig | <input type="checkbox"/> |
| Verheiratet | <input type="checkbox"/> |
| Mit Partner/Vater des Kindes zusammen lebend | <input type="checkbox"/> |
| Geschieden/getrennt lebend | <input type="checkbox"/> |
| Verwitwet | <input type="checkbox"/> |

2. Welchen letzten Schulabschluss haben Sie?

- | | | |
|---------------------------|--------------------------|----------------|
| Abitur | <input type="checkbox"/> | |
| Fachhochschulreife | <input type="checkbox"/> | |
| Realschule/mittlere Reife | <input type="checkbox"/> | |
| Hauptschulabschluss | <input type="checkbox"/> | |
| Anderer Abschluss | <input type="checkbox"/> | Welcher? |
| Kein Abschluss | <input type="checkbox"/> | |

3. Welchen letzten Schulabschluss hat Ihr Partner?

- | | | |
|---------------------------|--------------------------|----------------|
| Abitur | <input type="checkbox"/> | |
| Fachhochschulreife | <input type="checkbox"/> | |
| Realschule/mittlere Reife | <input type="checkbox"/> | |
| Hauptschulabschluss | <input type="checkbox"/> | |
| Anderer Abschluss | <input type="checkbox"/> | Welcher? |
| Kein Abschluss | <input type="checkbox"/> | |

4. Welche beruflichen Abschluss haben Sie erworben?

- Lehre
- Berufsfachschule, Handels-, Fachschule
- Fachhochschule, Universität
- Anderer Abschluss Welcher?
- Kein Abschluss

5. Welchen beruflichen Abschluss hat Ihr Partner erworben?

- Lehre
- Berufsfachschule, Handels-, Fachschule
- Fachhochschule, Universität
- Anderer Abschluss Welcher?.....
- Kein Abschluss

6. Bitte geben Sie Ihre Berufstätigkeit an:

- Ganztags berufstätig
- Mutterschafts-/Erziehungsurlaub
- Rentner(in)/ Pensionär
- Nicht berufstätig/Hausfrau/Student(in)
- Teilzeit berufstätig
- Zurzeit arbeitslos
- Berufsunfähig/erwerbsunfähig
- Anderer Welche?.....

7. Bitte geben Sie die Berufstätigkeit Ihres Partners an:

- Ganztags berufstätig
- Mutterschafts-/Erziehungsurlaub
- Rentner/ Pensionär
- Nicht berufstätig/Hausmann/Student
- Teilzeit berufstätig
- Zurzeit arbeitslos
- Berufsunfähig/erwerbsunfähig
- Anderer Welche?.....

8. In welche der nachfolgenden Einkommensgruppen gehört Ihr Haushalt (Gemeint ist das durchschnittliche Netto-Einkommen pro Monat, also nach Abzug der Steuern, Sozialversicherung, Krankenversicherung. Falls mehrere Personen eine Einkommen haben: Bitte alle Monatseinkommen zusammenzählen). *Nur eine Antwort möglich*

- Unter 1250 €
- 1250 – 1749 €
- 1750 – 2249 €
- 2250 – 2999 €
- 3000 – 3999 €
- 4000 – 4999 €
- Über 5000 €

9. In welchem Land sind Sie geboren?

- In Deutschland
- In einem anderen Land Welches?

10. In welchem Land ist Ihr Partner geboren?

- In Deutschland
- In einem anderen Land Welches?

11. In welchem Land ist Ihre Mutter geboren?

- In Deutschland
- In einem anderen Land Welches?

12. In welchem Land ist Ihr Vater geboren?

- In Deutschland
- In einem anderen Land Welches?

13. Seit wann leben Sie hauptsächlich in Deutschland

- Seit meiner Geburt
- Seit (Jahreszahl)

14. Welche Sprache ist ihre Muttersprache?

Deutsch

Andere Welche?.....

15. Welche Sprache wird bei Ihnen hauptsächlich zu Hause gesprochen?

Deutsch

Andere Welche?.....

16. Wie bewerten Sie die folgenden Eigenschaften in ihrer Muttersprache ggfs. in der zweiten Sprache?

	Muttersprache			Zweitsprache		
	gut	mittel	schlecht	gut	mittel	schlecht
Hörverstehen	<input type="text"/>					
Leseverstehen	<input type="text"/>					
Wortschatz	<input type="text"/>					
Grammatik	<input type="text"/>					

17. Verfügen Sie über:

Die deutsche Staatsbürgerschaft

Einen unbefristeten Aufenthalt

Einen befristeten Aufenthalt

18. Bitte nennen Sie mir den Ort in dem Sie wohnen!

Ort:Bezirk/Stadtteil:.....

9.6. Postskript

Postskript Probandennummer: Datum: Zeit: Ort: Interviewerkürzel:	
Gesprächsatmosphäre	
Rapport	
Gesprächsverlauf	
Interaktionen	
Besonderheiten/ Anmerkungen	
Auffallende Themen	
Störungen	
Zugang zu Proband über	

9.7. Transkriptionsregeln

Beispiel für Kennung einer IP: P8_D_SESm

Kürzel für die Interviewpersonen setzen sich zusammen aus:

- „P“ (Bsp. P8 = achte IP der deutschen Mütter, PA = erste IP der türkischen Mütter)
- Kürzel für den Migrationsstatus (D = deutsch, T =türkischer MH)
- Zugehörigkeit zu sozialer Statusgruppe (SES „n“ = niedrig, „m“ = mittel, „h“ = hoch)

I = Interviewer

P8 = Probandennummer bei den deutschen IP bzw. Buchstabe bei den IP mit türkischem MH

[] = Nachträgliche Kommentare beim Abtippen oder Kommentare der Interviewteilnehmer

[..] = kurze Pause

[...] = etwas längere Pause

GROss = Betonung

Zitate aus den Interviews im Text werden wie folgt zitiert (gekürzte Probandenkennung (ohne Altersangaben) | Zeilennummern bzw. Block in atlas.ti) Beispiel: „P8: Also ich habe nicht gestillt, das war mir von vornherein klar, dass ich nicht stille, weil ich nicht der Typ dafür bin.“ (P8_D_SESm | 025:025)

(...) Auslassungen in dem Zitat

9.8. Ausführliche Falldarstellungen

Ausführliche Falldarstellung P3_D_SESh

Motto des Falls

„Die Risikoorientierte.“

Die IP ist 26 Jahre alt, hat zu dem Zeitpunkt des Interviews ein Kind im Alter von 2 Jahren und ist der höchsten Statusgruppe zuzuordnen. Sie hat keinen Migrationshintergrund.

Kurze Zusammenfassung des Ernährungsverlaufs

Sie hat ihr Kind 6 Monate voll gestillt und anschließend noch bis zu einem Alter von 1,5 Jahren weiterhin gestillt. Flaschennahrung wurde nicht gegeben, da das Kind diese abgelehnt hat. Ab dem siebten Monat hat die IP Beikost bei ihrem Kind eingeführt. Bei der Beikost wurde ein Mix zwischen Beikost-Gläschen und Selbstgekochtem gefüttert, da dies am praktischsten aus Sicht der Eltern war. In dieser Familie vollzieht sich das Familienessen in der Weise, dass jeder andere oder anders zubereitete Lebensmittel zu sich nimmt.

Hintergrund zum Übergang zur Beikost

Aufgrund der übereinstimmenden Empfehlung von verschiedenen Akteuren (Hebamme, Kinder- und Frauenarzt) wurde mit 6 Monaten die Beikost in Form von Haferbreien eingeführt. Eine Ersatzmilch wurde dem Kind zwar angeboten, es lehnte diese aber ab. Den Übergang zur Beikost schildert die Mutter als Erleichterung, da für sie das ausschließliche Stillen mit großer Anstrengung verbunden war. Unklar bleibt, welche konkreten Argumente sie in den übereinstimmenden Empfehlungen überzeugt haben, dass die Einführung von Beikost mit einem Alter von 6 Monaten sinnvoll ist. Inhaltlich kann die IP die Empfehlungen kaum wiedergeben, nur thematisch anreißen. Einzig überzeugend wirkte aus ihrer Sicht die große Menge an Daten, die sie zu dem Thema Beikosteinführung erhalten hat.

„P3: (...) wir hatten die Empfehlung sechs Monate voll zu stillen [...] und, also von mehreren Stellen. Nicht das wir alle Empfehlungen immer, äh, wichtig gefunden hätten aber da war das halt so, dass der Kinderarzt das gesagt hatte und die Hebamme und die Frauenärztin (lacht) und da haben wir gesagt ok ehm. Oder es gab auch andere Elternbriefe von der Stadt und da haben wir gesagt ok da wird das wohl stimmen so und deswegen. Dann haben wir aufgehört weil ich glaub [...] irgendwie auch gesagt wurde ich glaub vor allen Dingen [...] ach da war irgendwie Konsens keine Ahnung das irgendwann Sachen fehlen und das bestimmte Dinge dann, das sie nicht mehr satt werden nach sechs Monaten. Das die dann nochmal irgendwie

andere Sachen, das auch sich der Geschmack entwickelt (lacht) oder irgendwie so weiß ich nicht ne ganz große Menge an Daten die dann insgesamt so dazu geführt haben. I: aha. P3: und ich war dann froh als es dann doch weniger wurde mit (lacht) dem Stillen ja.“ (P3_D_SESh / 030:031)

Hintergrund zum Familienessen

Auffallend ist, dass nachdem die Beikost erfolgreich eingeführt wurde, nicht zum gemeinsamen Familienessen übergegangen wurde sondern, dass für Mutter, Vater und Kind jeweils separat gekocht wird. Die IP begründet dies dadurch, dass der Vater sehr scharf isst und die Mutter umgestiegen ist von einer sehr fleischlastigen Ernährung auf einen vegetarischen Ernährungsstil, bei der sie jedoch auf einige Komponenten verzichtet (z.B. Kartoffelpüree), die wichtig für das Kind sind. In diesem Zusammenhang erwähnt die IP auch, dass diese Art der Zubereitung mit einem höheren zeitlichen Aufwand verbunden ist. Ihre Vorstellung von einer richtigen bzw. nicht richtigen Vorgehensweise bei der Ernährung wird durch die Aussage deutlich „Das kannst du ja irgendwie auch nicht machen.“ (Zitat s. unten) Dadurch wird klar, dass die IP ein Konzept von einer gesunden Ernährung für ihr Kind hat, welches nicht ihrem bzw. dem Ernährungsstil ihres Partners entspricht.

„I: Aha und, äh, wenn du jetzt sagst sehr lange, seid ihr dann irgendwann übergegangen ich sag mal so zu dem quasi normalen Essen was ihr dann auch esst oder was kam dann danach? P3: Ne also im Grunde kochen wir dreimal für uns alle unterschiedliche (lacht). I: Ok. P3: Dinge immernoch. Also manchmal überschneidet sich das sie also NAME DER TOCHTER und mein Mann essen, ähm, [.] ja, ne, also wir haben nie angefangen ihr einfach unsere Sachen zu geben also aus unterschiedlichen Gründen. Also er isst viel Curry und das war sehr scharf. I: aha. P3: Und da haben wir gesagt das geht nicht. Ich hab ne zeitlang, jetzt bin ich Vegetarierin, ich hab als sie klein war nur Fleisch und Gemüse im Grunde gegessen. Das kannst du ja irgendwie auch nicht machen. Oder dann auch so halb gare Steaks so ungefähr. Das ist dann auch irgendwie nix. Und deswegen haben wir im Endeffekt (I redet mit Kind) haben wir eben dreimal am Tag gekocht und das ist jetzt immer noch'n Bisschen so. Also es gibt so'n bisschen so Kindernahrung. I: aha. P3: Und unsere Nahrung und bei ihm und ihr deckt sich das häufig weil die Gemüse essen, viel Kartoffelpüree und sowas ess ich alles gar nicht. Deswegen ja genau und irgendwann ja so sind wir dann so übergegangen zu normaler Nahrung Schrägstrich immernoch nicht (lacht).“ (P3_D_SESh I 044:049)

Eigene Ernährungsweise der IP

Die IP ernährt sich zur Zeit vegetarisch aus moralischen Gründen, obwohl sie Fleisch vom Geschmack her mag. Ihre eigene Familie (Mutter, Vater und Schwester der IP) bezeichnet

sie als sehr ernährungsbewusst. Ihr Vater zum Beispiel verzichtet seit 20 Jahren strikt auf Kohlenhydrate. Die Ernährung ist ein sehr präsent Thema für die IP, was die Auseinandersetzung z.B. in Hinblick auf den Konsum von Fleisch zeigt und das ihr Mann dem Thema Ernährung eine andere Bedeutung zuschreibt als sie.

„P3: Ähm (lacht), äh, also bei uns bei uns unserer Familie die ist super ernährungsbewusst. Also es sind auch so'n bisschen die Kohlenhydratfeinde (...) Also mein Vater isst jetzt seit 20 Jahren irgendwie kein, äh, keine Kohlenhydrate mehr also der is da schnell irgendwie also so lang Ich denken kann isst der sowas gar nicht mehr und so krass ist das bei uns jetzt allen nicht aber es ist schon immer ein sehr, sehr bewusstes wichtiges Thema. Aber bei uns sind auch viele halt eben Vegetarier. (...) Also wir essen alle gerne Fleisch (lacht) aber wir finden's irgendwie nicht richtig. Ne wir würden schon gern Fleisch essen. (...) ne also bei uns ist es ein wichtiges Thema also bei meinem Mann ist es wichtig, aber nur weil der so gerne isst.“ (P3_D_SESh I 044:049)

Vorstellungen über das Rollenbild einer guten Mutter

Die IP hat trotz der von ihr beschriebenen großen Anstrengungen weiterhin gestillt bis das Kind sechs Monate alt und damit die Empfehlung zum Stillen erreicht war. Das liefert Hinweise darauf, dass die IP das Erfüllen der Norm, also in diesem Fall das Stillen über einen Zeitraum von 6 Monaten, richtig und wichtig findet. Wie bereits eingangs beschrieben, wird auch hier deutlich, welche Vorstellungen die IP von einer richtigen Ernährungsweise für ihr Kind hat. Bei ihren Ausführungen zur Stillempfehlungen und Dauer positioniert sich die Mutter gemeinsam mit ihrem Partner und spricht dabei von „wir“. Aus Agency-Perspektive weist diese Art der Darstellung darauf hin, dass beide Eltern als verantwortlich angesehen werden für Entscheidungen hinsichtlich der Ernährung ihres Kindes.

In einem weiteren Zitat (s. unten (P3_D_SESh I 077:079)) wird deutlich, dass die Eltern ein besonderes Augenmerk auf die Abwehr von Gefahren legen, die durch die Lebensmittel auf ihr Kind einwirken könnten. Die Rolle der Eltern besteht demnach darin, den Nutzen und die Gefahren von Lebensmitteln abzuwägen und den bestmöglichen Kompromiss zu finden.

Informationswege/Informationsverhalten

Die IP hat sich durch Bücher und im Internet über die Kinderernährung informiert und darüber hinaus auch von anderen Quellen viele Informationen erhalten (eigene Familie, Kinder- und Frauenarzt, Hebamme, Elternbriefe der Stadt, Werbeflyer), wobei sie sich dabei teilweise belästigt fühlte (insbesondere durch die „Weisheiten“ in der Familie, s. Zitat unten (P3_D_SESh I 074:074)). Es wird deutlich, dass die IP das Wissen der erfahrenen Personen

als nicht sinnvoll erachtet. Das Informationsverhalten kann sowohl aktiv als auch passiv bezeichnet werden.

„P3: Bei Personen, keine Ahnung. Natürlich belästigt einen die Familie mit, äh, vermeintlichen Weisheiten. Ähm, (Kind unterbricht uns), ähm, ja, genau, Familie, ja [...] ja. Beiderseits, genau. Das war, ja die war sehr präsent (lacht).“ (P3_D_SESh I 074:074)

Im folgenden Zitat wird deutlich, dass die IP nicht nur die vermeintlichen Ernährungsratschläge der eigenen Familie als wenig hilfreich erachtet, sondern auch ihr eigenes Verlangen nach gut begründeten Ernährungsinformationen als verhältnismäßig anstrengend. Als wichtig erachtet die IP Statistiken, wobei der Eindruck entsteht, dass dies eher die Meinung ihres Mannes ist, die sie scheinbar ohne dies zu hinterfragen annimmt. Dies begründet die IP damit, dass ihr Mann im wissenschaftlichen Bereich tätig ist und sich mit dem Erstellen von Statistiken auskennt. Inhaltlich sollten die Statistiken zur Kinderernährung genau aufzeigen, was bei welcher Ernährung im besten und im schlimmsten Fall passieren kann.

„P3: Hm, weiß nicht ne wir hätten fast gerne noch mehr Infos gehabt (IP redet mit der Tochter) ne wir hätten ja gerne mehr so [...] aber wir sind da auch allen mit auf die Nerven gegangen. Also wir hätten ne begründete Information gehabt. I: Ah ja. P3: Also uns hat immer genervt, dass, ähm, keine Ahnung auch so also wir sind. Mein Mann ist jetzt auch Wissenschaftler und macht dann immer Statistiken und so und sagt dann auch immer ja, also wir regen uns halt auf. Also wir sind wahrscheinlich ungewöhnlich. Wir sind einfach auch nervig, aber irgendwie uns hat immer genervt, dass wir keine Statistiken bekommen haben. Wir wollten immer wissen wie wahrscheinlich ist das das und das passiert wenn (Kind redet dazwischen) dass das und das passiert wenn die und die Gegebenheiten (unverständlich). Auch schon irgendwie während der Schwangerschaft, weil wir halt irgendwie nicht wissen wollten- geben sie jetzt ihrem Kind das und das. Dann fragt man sich ja warum, was soll das bringen und so. Genau. Und das hat uns immer ein bisschen genervt. Wir wollten gern wissen warum und wenn man's nicht macht was kann im schlimmsten Fall passieren. Und was wird der Nutzen und so sowas wollten wir halt wissen. Wir fanden so Angaben irgendwie immer nervig. I: Ah ja, hm. P3: Also wir hatten zu viele Informationen, aber zu wenig begründet sozusagen.“ (P3_D_SESh I 077:079)

Relevanz/Bewertung der Informationen

Empfehlungen z.B. zur Stilldauer wurden für wahrscheinlich aus Sicht der IP gehalten, wenn viele Quellen dieselben Empfehlungen formuliert haben. Die IP betont aber auch, dass sie und ihr Partner nicht alle Empfehlungen angenommen bzw. für wichtig gehalten haben (s. Zitat oben (P3_D_SESh I 030:031)). Letztendlich hätte die IP (und ihr Partner) sich noch bessere und vor allem verstärkt zielgerichtete Informationen mit den Hintergründen zur Wir-

kung der Ernährung gewünscht und eher keine Empfehlungen welche Lebensmittel man geben sollte, sondern besser welche Wirkungen im Körper zu erwarten sind. Dies weist auf einen sehr kritische und risiko-orientierte Einstellung hinsichtlich der Ernährungsinformationen hin. Auch folgendes Zitat, in dem der Entscheidungsprozess für die Verwendung industriell hergestellter Beikost beschrieben wird, verdeutlicht die kritische Haltung der IP und ihres Mannes zu der Ernährung. Ein Entscheidungskriterium für die Wahl des Beikostproduktes war z.B. die Gefährlichkeit der Produkte im Vergleich untereinander. Auch hier wird die Aushandlung eines Kompromisses, was die Ernährungsweise ihres Kindes angeht, deutlich. Dabei werden verschiedene Aspekte wie z.B. biologischer Anbau der Lebensmittel, zeitlicher Aufwand bei der Herstellung (selbst gekocht oder gekauftes Produkt) sowie Risiken, die von den Kindernahrung ausgehen, gegeneinander abgewägt.

„P3: Äh, dann ham, sind wir irgendwie auch auf Gläschen umgestiegen, hm, ich glaub, ich weiß gar nicht, diese Biosachen von dm, das war irgendwie so'n Kompromiss zwischen wir hatten keine Lust ständig zu kochen und das abzufüllen, und wir haben halt beide weiter gearbeitet. Äh, ich hab studiert, und er hat gearbeitet, und deswegen war's für uns einfach zu zeitraubend. Und dann, äh, alles zu kochen, aber er ist dann (lacht), hat dann alles gegoogelt und wie gefährlich ist welche Kindernahrung, und deswegen ist er dann irgendwann bei dieser Bio-dm-Sache gelandet, und deswegen haben wir ihr das gegeben.“ (P3_D_SESh I 042:043)

Die IP beschreibt ausführlich welche Infomaterialien von welchem Akteur und aufgrund welcher Eigenschaften sie als sinnvoll erachtet hat. Besonders gut begründet und hilfreich haben die IP und ihr Mann die Informationen ihrer Frauenärztin bewertet, da sie diese als wissenschaftlich fundiert angesehen haben.

„P3: Also da waren die Erfahrungen einfach sehr unterschiedlich. Also die Printsachen zum Beispiel die wir ganz toll fanden waren diese Elternbriefe der Stadt Münster. Also die sind nämlich sehr begründet. Also die versuchen einem nicht. Da kann man sich da immernoch ärgern wenn da so Sachen weiß ich nicht so Korrelation bestimmter also keine Kausalzusammenhänge werden gezeigt sondern nur so Sachen wie. Keine Ahnung. Akademiker ach so das ist ja immer mein Lieblingsbeispiel. Halt Vegetarier sind schlanker aber die meisten Vegetarier sind Akademiker und Akademiker sind schlanker und so und dann ist das Ganze irgendwie schon langweilig und so ist das eben halt auch manchmal das man das liest und denkt ah Kausalzusammenhänge hat hier aber keiner nachgewiesen. Wie ernst kann man das nehmen und das ist immer so'n bisschen was uns nervt. Aber, ähm, ansonsten gut begründet waren zum Beispiel die Elternbriefe. Aber die Ärzte waren sehr (Kind redet immer wieder dazwischen) sind sehr bereit gewesen einem das zu erklären. Ja. Hebammen über-

haupt nicht. Ja die waren wirklich also (Kind redet dazwischen) ich mach ihnen doch nur Angst wenn ich ihnen das erzähle (Mutter redet mit dem Kind) Ja. Genau. Also die Hebamme war unbegründet also quasi und viele der Flyer sind nicht gut begründet gewesen. Manche waren sehr gut begründet. Für uns nicht mal trotzdem nicht ausreichend aber. I: Aha. P3: Aber es war jetzt nicht nicht komplett unbegründet das man irgendwie dachte ja, Restzweifel klar bleibt immer aber es ist nicht so, dass man dachte.“ (P3_D_SESh I 082:082).

„P3: [.] Also uns hat glaube ich unsere Frauenärztin viel geholfen weil die sEHR wissenschaftlich ist und wenn man fragt warum dass sehr, sehr auch detailliert erklärt. Das hat irgendwie geholfen. Aber auch weil wir die als Autorität anerkannt haben.“ (P3_D_SESh I 088:088)

Änderungen in den Ernährungsgewohnheiten/Einstellungen der IP zur Ernährung durch die Geburt des Kindes

Auf die Frage, ob sich die Einstellung zur Ernährung der IP durch die Geburt ihres Kindes geändert hat beschreibt die IP, dass die Bedeutung des sozialen Aspekts der Ernährung zugenommen. Auch wichtig ist ihr, dass ihr Kind lernt neue Lebensmittel auszuprobieren, wenn die Eltern ihr dies vormachen (wobei sie bemängelt, dass die Eltern das eben nicht tun). Außerdem wird deutlich, dass die Wirkung der Ernährung nach der Geburt für die IP noch deutlicher geworden ist. Diese beschreibt sie im Zusammenhang mit ihrem seelischen Zustand und ihrer Leistungsfähigkeit.

I: Ah ja. Ok. Und würdest Du sagen, dass sich deine Einstellung, ähm, nach der Geburt zur Ernährung geändert hat? P3: [.] Hm. Generell zur Ernährung als Gesamt, hm [...] also ich glaub ich ja, ja, [.] äh ich hab mehr gesehen wie sehr das meine Stimmung beeinflusst zum Beispiel in der Schwangerschaft und seit der Geburt also das ich's manchmal brauche zu essen also das ich nicht mehr ne Option ist nicht zu essen und dann schlecht gelaunt und nicht leistungsfähig zu sein. Das war halt vorher immer ne Option [.] ähhmm, mir ist bewusster, das es wichtig wäre, zusammen zu essen, was wir ganz wenig machen. Und vorher auch nicht gemacht haben und jetzt denke ich mir das geht eigentlich nicht. Und, ähm, sie kann ja nicht auf die Idee kommen, dass etwas schmeckt wenn wir es nicht mal essen. Und irgendwie so so Sachen ja also dieser soziale Aspekt am Essen ist stärker geworden. Auch eher so in der Theorie. Ja, ja. Aber ist jetzt für mich, war, äh, schon immer ein großes Thema aber es ist jetzt nicht bedeutender geworden oder so. (P3_D_SESh I 091:092)

Ausführliche Falldarstellung P4_D_SESh

Motto des Falls

„Die, die den Idealismus aus Gründen des Pragmatismus revidiert hat.“

Die Mutter ist 34 Jahre alt und hat einen 16 Monate alten Sohn. Sie ist der höchsten sozialen Statusgruppe zuzuordnen und hat keinen Migrationshintergrund.

Kurze Zusammenfassung des Ernährungsverlaufs

Das Kind wurde in den ersten drei Monaten vollgestillt. Anschließend hat die IP ihrem Säugling Flaschennahrung (Pre-Milch bis zum Alter von neun Monaten und dann Kuhmilch) gegeben, weil ihr das Stillen zu anstrengend wurde. Die von der IP anvisierte Stilldauer betrug 6 Monate. Den Übergang vom Vollstillen bis zur ausschließlichen Gabe der Flaschennahrung beschreibt die IP als „*natürlich*“ (P4_D_SESh I 017:017) und den Übergang zu der Familienkost als „*relativ schnell*“ (P4_D_SESh I 019:019). Die Beikost wurde ab dem fünften Monat eingeführt und bevor das erste Lebensjahr erreicht war, hat das Kind alles was die Eltern essen mitgegessen.

In den ersten Lebensmonaten des Kindes hat die IP sehr genau darauf geachtet, dass es nur Biolebensmittel, am besten selbstgekocht, bekommt und hatte eine sehr kritische Einstellung gegenüber konventionell hergestellten Gläschen. Das lässt sich als Idealvorstellung einer gesunden Kinderernährung der IP bezeichnen. Dann hat die IP sich aber näher mit dem Thema industriell hergestellte Beikost beschäftigt und ist – wie sie sagt – „*lockerer*“ (P4_D_SESh I 052:052) geworden.

„P4: *Im Gläschen ist dann halt auch irgendwie irgendwelche Zusatzmittel zum Binden was weiß ich drin. Ja gut aber, ähm, [,], ich hab mich dann auch bisschen mehr mit beschäftigt auch. Ich mein im Gegensatz zu Fertigsachen die man für Erwachsene kauft ist Babynahrung ja, ähm, super. I: Hm. P4: Und da bin ich lockerer geworden also da war ich am Anfang ein bisschen. I: Hm. P4: naja.*“ (P4_D_SESh I 052:052).

Neben den praktischen Eigenschaften von fertig gekauften Gläschen hat die IP ihre anfängliche Skepsis gegenüber diesen Produkten hin zu einer positiven Einstellung geändert und hat demnach ihre subjektive Vorstellung zu einer idealen Kinderernährung revidiert.

Hintergrund zum Übergang zur Beikost

Die Mutter war sich unsicher beim Übergang zur Beikost was den Zeitpunkt der Einführung angeht, da sie von mehreren Stellen die Information hatte, dass man erst ab dem sechsten Monat mit der Beikost anfangen kann. Ihre Hebamme hat sie aber bei der Entscheidung be-

stärkt, schon eher zu beginnen. Einen weiteren Grund für den frühen Einführungspunkt lieferte ihr Kind, welches bereits früh an den Lebensmitteln, die die Eltern verzehrt haben interessiert war.

Hinsichtlich der Lebensmittelwahl bei der Einführung von Beikost beschreibt die IP selbstbewusst, was ihre Vorstellung von der richtigen Einführung von Beikost ist am Beispiel der Möhre.

„I: Und, ähm, was meintest Du eben damit, ähm, dass man 4 Wochen was ausprobiert. Also dieses was kannst Du mir dafür ein Beispiel geben? P4: Also du fängst zum Beispiel mit Möhren an. Dann gibste ihm halt Möhren. Ersetzt halt erstmal eine Mahlzeit, wir haben dann die Mittagmahlzeit ersetzt. Man sagt halt, dass es am besten ist weil, ähm, also die Abendmahlzeit als Erstes zu ersetzen wär nicht so gut. Wenn das Kind es halt nicht verträgt dann schläft's schlecht. So. Und, ähm, dann hat er vier Wochen oder war's eine Woche, lass mich mal überlegen [...] ne eine Woche war's genau. Eine Woche hat er nämlich erstmal nur Möhren gekriegt, die nächste Woche hat er dann Pastinake glaub ich war's. Die hat er nicht vertragen, die hat er dann nur n paar Tage gekriegt anstatt ne Woche usw. Und, ähm, Apfel und Birne am Anfang schon. I: Aha. P4: Genau, ähm.“ (P4_D_SESh I 026:027).

In diesem Zitat lassen sich keine Zweifel an der eigenen Vorgehensweise oder Ähnliches erkennen, was die Annahme bestärkt, dass dieses der Idealvorstellung der IP entspricht und diese auch so umgesetzt wurde.

Vorstellungen über das Rollenbild einer guten Mutter

Attribute einer guten Ernährung für ihr Kind sind z.B. abwechslungsreich, wobei sie dies auch in Frage stellt.

„P4: Weil wir immer das Gleiche gegeben haben und ich hatte immer so das Gefühl, NE du musst jetzt mal was Anderes ist doch bestimmt langweilig für ihn. Stimmt wahrscheinlich gar nicht, äh, [...], genau aber da hab ich mir dann mal was ausgeliehen.“ (P4_D_SESh I 044:044). Die Idealvorstellung dieser IP zu der Rolle einer guten Mutter beinhaltet daneben auch die Erfüllung ihrer subjektiven Norm, was sich an folgendem Zitat belegen lässt.

„P4: (...) Ende des vierten Monats hat er dann angefangen mit Brei. Also mit Möhren als Erstes und Kartoffeln und dann auch ne wie man das so macht.“ (P4_D_SESh I 017:017).

Das Elternpaar versucht auf gemeinsame zeitlich regelmäßige Mahlzeiten in der Familie zu achten und tagsüber wenn das Kind von der Großmutter betreut wird, bekommt es auch manchmal Wurst und Fleisch welches keine Bio-Qualität hat. Beide Eltern wollen darauf achten, dass ihr Kind die konventionell hergestellte Wurst nicht mehr so oft bekommt. Daneben haben sie sich vorgenommen den Obstkonsum anstatt Keksen anzukurbeln.

Informationswege/Informationsverhalten

Informiert hat sich die Mutter hauptsächlich bei ihrem Kinderarzt. Daneben hat sie noch Informationen bei ihrer Hebamme und Freunden eingeholt und zusätzlich einige Bücher und verschiedene Seiten im Internet studiert. Ihr Informationsverhalten kann als aktiv aufsuchend bezeichnet werden. Die IP vertraut den Informationen des Kinderarztes, was durch folgendes Zitat belegt werden kann.

„P4: Knapp aber so um den Dreh irgendwie hat er dann alles mitgegessen. Am Anfang haben wir dann mit den Gewürzen erst aufgepasst aber der Kinderarzt meinte das ist egal und dann [.] I: Aha. P4: hat er dann einfach alles mitgegessen.“ (P4_D_SESh I 021:021).

Bei der Informationsverarbeitung nimmt die IP die allgemeine Meinung, wenn diese einheitlich verbreitet wird, als gesetzte Norm wahr. Ihre eigene Meinung ist sie aber durchaus bereit zu ändern.

„P4: Am Anfang waren wir so'n bisschen so idealistisch so ne wir füttern keine Gläschen ist ja alles ungesund und so. Aber in Wirklichkeit ist das ja gar nicht so.“ (P4_D_SESh I 047:047). Wobei dies bestimmt ist durch die (zeitlichen) Rahmenbedingungen und ihre erweiterten Informationen und Erfahrungen zu dem bestimmten Thema.

Relevanz/Bewertung der Informationen

Die IP hat sich durch widersprüchliche Informationen verschiedener Quellen verunsichert und verwirrt gefühlt (z.B. unterschiedliche Meinungen zum Einführungszeitpunkt Beikost). In dieser Situation stand ihr der Kinderarzt beruhigend zur Seite. Dies verdeutlicht auch noch einmal, dass für die IP der ärztliche Rat einen hohen Stellenwert hat, obwohl aus ihrer Sicht auch die Ärzte unterschiedliche Meinungen zu dem idealen Einführungszeitpunkt von Beikost haben können. Gewünscht hätte sie sich eine Anlaufstelle für ihre Fragen hinsichtlich der Ernährung, die besser und vor allem häufiger erreichbar ist, als der Kinderarzt es war.

Die IP zeigt demnach eine hohe Motivation, sich über Ernährungsthemen informieren zu wollen und die erhaltenen Informationen kritisch zu reflektieren.

„P4: (...)Ich hatte mal so ne Broschüre. Ich überleg grad wo ich die her hatte. So ne Broschüre richtig zur Ernährung im ersten Lebensjahr. I: Hm. P4: Die musste ich mir auch irgendwie bestellen, also die ist mir auch nicht zugeflogen. I: Hm. P4: die hat mir jetzt nicht der Kinderarzt mitgegeben oder die Hebamme. Ich weiß jetzt aber nicht mehr wo das war. I: Hm, ja. P4: das war schon gut aber weiß ich nicht hätte ich nicht nachgefragt, hätte ich die auch nicht gekriegt.“ (P4_D_SESh I 085:085).

Für sie ist es selbstverständlich sich auch mit den Lebensmitteln auseinander zu setzen, die sie ihrem Kind geben möchte.

„I: Und was meinst Du das Du dich näher damit beschäftigt hast, kannst Du das beschreiben? P4: Ich glaub das kam einfach weil, äh, weil wir am Anfang dachten, so jetzt probieren wir das Mal aus mit dem Gläschen und ist ja auch praktisch und dann, ähm, hm, [..], beschäftigst du dich ja automatisch damit wenn du im Laden stehst und da drauf guckst, was ist da drin. Und das hab ich dann bei immer mehr Gläschen gemacht und bei immer mehr Anbietern auch und so und [..] dann hatte ich halt n besseren Überblick auch.“ (P4_D_SESh I 054:056).

Ein weiteres Zitat zeigt, dass die IP bereit ist ihre Einstellungen zu der Ernährung durch Informationen zu überdenken und auch zu ändern.

I: Aha. Und, ähm, kannst Du das beschreiben warum ihr anfangs quasi dachtet, dass, ähm, Gläschen ungesund SIND? P4: Weil ich irgendwie dachte, da ist irgendwie viel Zucker drin oder es ist halt doch nicht also alles Bio also es [..] wir achten halt schon drauf, dass er [..] das wird jetzt auch immer weniger merk ich. Aber wir haben halt am Anfang sehr drauf geachtet, dass er nur Bio kriegt. I: Aha. P4: Und ich hab halt immer gedacht auch wenn Bio draufsteht ist halt nicht alles Bio was drin ist. I: Hm. P4: Und hab gedacht, dann ist selber kochen auch, ähm, gesünder deswegen und weil du halt kontrollieren kannst was du reintust. Ne. I: Aha. P4: Im Gläschen ist dann halt auch irgendwie irgendwelche Zusatzmittel zum Binden was weiß ich drin. Ja gut aber, ähm, [..], ich hab mich dann auch bisschen mehr mit beschäftigt auch. Ich mein im Gegensatz zu Fertigsachen die man für Erwachsene kauft ist Babynahrung ja, ähm, super. I: Hm. P4: Und da bin ich lockerer geworden also da war ich am Anfang ein bisschen. I: Hm. P4: naja. (P4_D_SESh I 050:052).

Die Hebamme ist eine wichtige und vertrauensvolle Quelle für Ernährungsinformationen für diese IP. Bei der Hebamme holt sich die IP die Bestätigung dafür, dass ihre Vorgehensweise in der Ernährung des Kindes richtig ist, wie folgendes Zitat zeigt.

I: Aha. Ok. Ja gut. Ähm, und, ähm, du hattest ja gerade auch erzählt, dass du so Informationen bekommen hast vom Kinderarzt oder von, ähm, Freunden. Gab's noch andere, ähm, Personen, die von denen du dir Infos geholt hast?

P4: Ähmm [..] von der Hebamme. I: Ah. P4: Am Anfang. Hm. Hab ich mit ihr besprochen. Man sagt ja so also allgemein hört man ja oft von Freunden, Verwandten, in Büchern liest man, das man mit, äh, Ende des 6. Monats halt anfangen soll mit Brei. Ähm wir hatten bei NAME DES KINDES als er halt 4 Monate alt war das Gefühl, er sitzt also er guckt also was wir machen am Tisch und findet das ganz interessant und, ähm, dann haben wir halt gedacht können wir nicht schon anfangen. Und haben sogar noch'n paar Wochen vorher angefangen. Und das hab ich halt alles mit meiner Hebamme vorher besprochen.

I: Aha. P4: Ob das ok ist und so. I: Ah ja. P4: Weil ich mir ganz unsicher war, ne, weil das halt überall anders stand. I: Aha. P4: Und alle haben immer gesagt: boah du bist aber früh,

und der hat halt auch früh alles gegessen. I: Hm. P4: Genau und vorher mit der Hebamme besprochen. (P4_D_SESh I 066:068).

Dieses Zitat spiegelt auch die Diskrepanz zwischen Wunsch und Wirklichkeit der IP wider. die Aussage der IP zeigt die Verunsicherung durch das früher als geplante Einführen von Beikost, wobei auch hier das Verhalten des Kindes den ausschlaggebenden Grund für den früheren Einführungszeitpunkt darstellt. Mithilfe der Absicherung durch die Hebamme ist die IP von ihrem Plan abgewichen und hat ihrem Kind bereits vor dem sechsten Lebensmonat Beikost gefüttert. Folgendes Zitat verdeutlicht die Haltung der Mutter gegenüber der Diskrepanz zwischen Wunsch und Wirklichkeit in Ernährungsbelangen.

„P4: Also ich hab mir ja damals vorgenommen, sechs Monate vorgenommen, voll zu stillen und hab's nicht geschafft, weil ich das nicht durchziehen konnte. Nervlich und nachts auch (...) Aber [...] ja es gibt halt so viele Meinungen und ich find man muss sich da also jetzt ist es halt wenn ich noch'n Kind kriegen würde, ne. Also ich find man muss sich da nicht so verrückt machen. Weil das Kind sagt einem ja irgendwie auch selber, was es will und was (...) I: Aha. P4: ... es nicht will und was es verträgt und was nicht. Und das kriegt man dann ja auch ganz schnell mit.“ (P4_SESh I 096:096).

Das Verhalten und die Reaktion des Kindes vermitteln der IP, ob es sich um die richtige Art und Weise der Ernährung handelt oder nicht.

Änderungen in den Ernährungsgewohnheiten/Einstellungen der IP zur Ernährung durch die Geburt des Kindes wurde nicht erwähnt.

Anmerkung zu der Interviewsituation

Das Interview wurde im Garten der IP geführt. An zwei Stellen wurde das Interview von Nachbarn unterbrochen. Die Gesprächsatmosphäre war sehr freundlich, offen und zugewandt.

Begriffe

Der Begriff der dieser IP als Erstes für Beikost eingefallen ist, lautet „zufüttern“. Beikost bedeutet dasselbe für sie. Also alles was anfangs neben Milch zugefüttert wird.

Flaschennahrung bedeutet für die IP Brei aus der Flasche, wobei sie Milch auch dazu zählt aber generell ist für sie die Flaschennahrung etwas Dickflüssigeres als Milch.

Ausführliche Falldarstellung P8_D_SESm

Motto des Falls

„Die, die auf Normalität beharrt.“

Die IP ist 31 Jahre alt, ihr Sohn ist knapp 2 Jahre alt. In dem Schema zum sozialen Status ist sie der mittleren Gruppe zuzuordnen. Sie hat keinen Migrationshintergrund.

Kurze Zusammenfassung des Ernährungsverlaufs im ersten Lebensjahr

Die IP hat ihr Kind nicht gestillt sondern direkt nach der Geburt mit handelsüblicher Flaschennahrung gefüttert. Ab einem Alter von drei/vier Monaten hat sie angefangen ihrem Kind Beikost zu füttern. Mit einem Jahr hat das Kind dann das Familienessen mitgegessen. Die Erzählung des Ernährungsverlaufs ist sehr kurz und knapp von der IP formuliert wobei sie wiederholt auf die Normalität dieses Ernährungsverlaufs hinweist.

„P3: (...) Möhrchen, Kartoffeln, das Übliche, ja und dann immer peu a peu gesteigert und dann noch'n Joghurt dabei.“ (P8_D_SESm I 016:016).

Hintergründe für das Nichtstillen

Die Entscheidung für das Nichtstillen erläutert die IP mit einer gewissen Bestimmtheit und nennt als Gründe dafür, dass sie sich nicht als „Typ“ (s. Zitat unten (P8_D_SESm I 016:016)) dafür bezeichnet und nicht in der Öffentlichkeit stillen möchte. Aus Agentivitäts-Perspektive stellt die IP sich so dar, dass sie selbst nicht dafür verantwortlich ist, dass sie kein "Still-Typ" ist. Damit legitimiert sie ihr Verhalten bezogen auf das Nichtstillen und gibt damit ihre Verantwortung ab. Unklar bleibt an folgender Passage, was genau die IP an der Situation schwierig fand. Denkbar wären die Rechtfertigungen gegenüber anderen wie z.B. der Hebamme, weil sie sich gegen das Stillen entschieden hat. Diese Interpretation bleibt aber rein spekulativ.

„P3: Also ich habe nicht gestillt, das war mir von vornherein klar, dass ich nicht stille, weil ich nicht der Typ dafür bin (...) I: (...) Du sagtest, äh, du wärst nicht der Typ fürs Stillen, was meinst Du damit? P8: Ja es war schwierig, wenn ich mich so zurück erinner meine Hebamme hat immer gesagt, Stillen ist das Beste und ne ich hab mir dann auch Gedanken gemacht aber ich weiß auch nicht. So in der Öffentlichkeit wenn andere Mütter stillen is ok aber für mich nene.“ (P8_D_SESm I 016:016 I 027:028).

Daneben schlafen laut Information der IP gestillte Kinder nachts weniger gut durch und ihre Erfahrung mit der Fütterung der Flaschennahrung hat gezeigt, dass ihr Kind nachts durch-

schläft. Der IP ist bewusst, dass Stillen das Beste für das Kind ist und hat sich aber trotzdem bewusst dagegen entschieden.

Hintergründe zu der Einführung von Beikost

Industriell hergestellte Beikost hat die IP gar nicht gefüttert, sondern ausschließlich selbstgekochte Breinahrung. Dies konnte laut Aussage der IP nur dadurch ermöglicht werden, dass sie während dieser Zeit zu Hause war. Als das Kind in einem Alter von drei/vier Monaten war, hat die Mutter dann damit begonnen Beikost zu füttern, wobei ein Grund dafür das Verlangen des Kindes war. Dies zeigt die Handlungsmacht des Kindes, indem es durch sein Verhalten die Mutter dazu veranlasst den Übergang zur Beikost vorzunehmen. Ebenso liefern die folgenden Äußerungen der IP Hinweise auf die Konzeptualisierung des Kindes als Akteur.

„P8: Ja er wollte immer, immer wenn er uns essen gesehen hat, wollte er immer auch was haben. Hat sofort den Mund aufgemacht und war richtig gierig.“ (P8_D_SESm I 056:056).

Eine zentrale Rolle spielte die Schwester der IP in dem Entscheidungsprozess dem Kind Beikost zu geben, da sie ihr geraten hat, dies zu tun.

„I: Und, ähm, wie hast Du dich dazu entschieden ihm das zu geben, was du ihm anfangs gegeben hast? P8: Meine Schwester. I: Ah ja. P8: Die hat selber 2 Kinder und, äh, die hat mir gesagt gib ihm doch mal einen Löffel oder zwei.“ (P8_D_SESm I 060:061).

Diskrepanz bei Aussagen zu der Ernährungsweise "Normkonformität versus Bauchgefühl"

Insgesamt beschreibt die IP den Ernährungsverlauf im ersten Lebensjahr des Kindes als betont "normal" ("*das Übliche*" (P8_D_SESm I 016:016)). Im weiteren Verlauf des Interviews beschreibt die IP aber auch, dass sie vieles in der Ernährung ihres Kindes anders gemacht hat, als es empfohlen wurde bzw. im Vergleich dazu, wie andere Mütter vorgegangen sind.

„I: Ähm und also quasi neben dem Konsens den es dann gab am Anfang zur Flaschennahrung und dem was deine Schwester dir erzählt hat, ähm, da zu dem Brei. Hattest Du dann noch andere Infoquellen? P8: Ja ich hab im Internet geguckt ab wann man, äh, bei, äh, bei-füttert, da haben se alle später geschrieben aber da habe ich nicht drauf gehört. I: Ok. P8: Auch hier bei uns in der Krabbelgruppe haben alle später erst zugefüttert.“ (P8_D_SESm I 087:088)

Die IP beschreibt auch, dass sie Entscheidungen hinsichtlich der Ernährung nach ihrem Bauchgefühl getroffen hat, obwohl sie dann doch an einigen Stellen auf den Rat anderer Personen gehört hat (z.B. hat sie bei dem Einführungszeitpunkt der Beikost auf ihre Schwester gehört, Zitat s. oben (P8_D_SESm I 060:061)). Rückblickend würde sie in Bezug auf die

Ernährung bei einem zweiten Kind nichts anders machen und würde einer ratsuchenden Schwangeren ihre Vorgehensweise bei der Säuglings-/Kinderernährung auch empfehlen, wobei die IP diese Aussage einschränkt durch die Individualität jedes Kindes. Es fällt auf, dass sie im Gegensatz dazu ihr Kind bzw. die Individualität ihres eigenen Kindes z.B. anhand von Situationsbeschreibungen eher selten in dem Interview thematisiert. Deutlich wird in unten abgebildeter Interviewpassage, dass die Mutter sich keinen anderen Meinungen und Diskussionen zu dem Thema Ernährung aussetzen will.

„I: (...) wenn jetzt eine Freundin oder Bekannte zu Dir ankommen würde, die, ähm, hm, jetzt gerade ein Kind bekommen hat, was würdest Du ihr so empfehlen, was die Ernährung angeht? Wenn die sagt erzähl mal was soll ich da machen? P8: Ich würd's ihr so sagen wie ich's auch gemacht hab. Das ist immer schwierig weil jedes Kind ist auch anders. I: Aha. P8: Ich hab, ähm, im Bekanntenkreis auch welche die mich gefragt haben aber, hm, die haben alles genau anders gemacht und dann [...] ne [...] so und dann hat sich das dann erledigt. Und dann hab ich auch gar nicht mehr gesagt wie ich's gemacht hab.“ (P8_D_SESm I 109:112).

Diese Aussage bestätigt die Annahme, dass die Mutter die Art und Weise, mit der sie ihr Kind im ersten Jahr ernährt hat, nicht gegenüber anderen Meinungen bzw. Vorgehensweisen vertreten will bzw. kann.

Nachdem das Kind ein Jahr alt war, hat es alles was die Familie gegessen hat auch mitgegessen. Begonnen hat der Übergang zum Familienessen mit neun bzw. zehn Monaten als das Kind langsam genug Zähne hatte, um auch festere Lebensmittel essen zu können.

Vorstellungen über das Rollenbild einer guten Mutter

Die Normativität von Mutterschaft bzw. die Vorstellungen über das Rollenbild einer guten Mutter weisen bei dieser IP Diskrepanzen auf. Diese zeigen sich einerseits dadurch, dass sie nicht gestillt hat, weil sie es nicht gewollt hat, obwohl es laut Hebamme das Beste für das Kind sei. Von einer guten Mutter wird angenommen, dass sie nur das Beste für das Kind will und dabei teilweise sogar das Kindeswohl über ihr eigenes Wohl stellt. Bei der Entscheidung für das Nichtstillen stehen jedoch eher die Bedürfnisse der IP im Vordergrund (Stillen in der Öffentlichkeit ist für die IP ein Tabuthema; Annahme, dass Kinder die gestillt werden, nicht durchschlafen – hier ist die Frage, für wen das gut ist: Durchschlafen bedeutet weniger Stress für die Mutter und für das Kind. Es müsste abgewogen werden zwischen Vorteilen durch das Stillen einerseits und durch das Durchschlafen andererseits). Als Alternative zur Muttermilch hat die IP Aptamil eingesetzt, denn das sei laut Aussagen des Personals im Krankenhaus sowie im familiären und Freundeskreis das Beste für das Kind. Das zeigt die Diskrepanz zum Stillen bzw. Nichtstillen der IP, denn auch dort wurde als Attribut „das Beste für's Kind“ genannt. Bei der Alternative zum Stillen legt die IP also doch Wert darauf, dass es

das Beste für das Kind ist (s. Zitat unten (P8_D_SESm I 124:142)). Sie hat sich aber auch Alternativen gewünscht, weil die von ihr verwendete Flaschennahrung eher im höheren Preissegment anzusiedeln ist.

Eine Art Empörung beinhaltet folgende Passage der IP über die Tatsache, dass die Hebamme ohne ihr ausdrückliches Einverständnis nach der Geburt ihrem Kind Aptamil gefüttert hat, als die IP noch in Narkose war.

„I: Aha. Und, ähm, hättest Du dir darüber hinaus, ähm, noch mehr an Informationen oder Ansprechpartnern oder Ähnlichem gewünscht? P8: Ja. Doch. I: Und wie hätte sowas aussehen sollen? P8: Ja das die Hebammen oder die Ärzte dann nicht nur auf eine Milchnahrung jetzt zum Beispiel schwören sondern jetzt auch mal irgendwie Vergleichsprodukte die vielleicht günstiger sind, weil Aptamil das war schon recht teuer. I: Ah ja. P8: Ne, das sie vielleicht da ein paar Alternativen geboten hätten. I: Aha. P8: Und dann nicht sofort, das Kind ist auf der Welt und sofort, äh, Aptamil gegeben, weil ich war aus der Narkose aufgewacht, äh, und dann hat er schon die Flasche gehabt. I: Ah ja. P8: Also ohne groß zu diskutieren, äh, weil ich vorher gesagt hab, ich möchte nicht stillen, da haben sie sofort, äh, über meinen Kopf hinweg, äh, ja die Flasche gegeben ne. I: Oh. Wow. P8: Ja. I: Das heißt Du hattest gar keinen Einfluss dann darauf was er dann bekommt. P8: Richtig. I: Du konntest nur sagen – stillen ja oder nein. P8: Ja. I: Und hast Du das dann auch bei denen angesprochen oder? P8: Ja ich, ähm, ich hab gesagt, dass ich das nicht in Ordnung fand. Ja aber das Kind hat doch Hunger. Und ich war eigentlich direkt nach der Narkose war ich ja ansprechbereit.“ (P8_D_SESm I 124:142)

Die Hebamme hat mit ihrem Verhalten eine Art Kontrollverlust bei der IP ausgelöst, da sie sich selbst in der Lage sah, ihr Kind nach der Geburt zu versorgen. Es wurde der IP also vorenthalten, ihrem Kind das erste Mal nach der Geburt die Flasche zu geben.

Als Diskrepanz zu der oben beschriebenen Empörung über das Verhalten der Hebamme nach der Geburt, hat die IP jedoch weiter zu Anfang des Interviews beschrieben, dass sie nach dem Einsatz von Aptamil gefragt wurde und dem zugestimmt hat.

„I: Ah ja, super. Ähm, ok und dann hast Du ja gesagt, dass du ihm die Flaschennahrung gegeben hast und, ähm, wie hast du dich entschieden, die besondere Marke oder das zu geben? P8: Das war im Krankenhaus. Da haben die gesagt Aptamil oder ob ich einen anderen Vorschlag hätte. Und, äh, da hab ich gesagt Aptamil und da haben alle gesagt, das ist das Beste und dann habe ich das genommen.“ (P8_D_SESm I 037:038)

Änderungen in den Ernährungsgewohnheiten/Einstellungen der IP zur Ernährung durch die Geburt des Kindes

Bevor das Kind auf der Welt war haben die Eheleute (IP und ihr Ehemann) häufig Fast Food verzehrt und zu unregelmäßigen Zeiten gegessen. Seitdem sie nun zu Dritt sind, haben sich ihre Ernährungsgewohnheiten geändert und zwar ganz bewusst hin zu gemeinsamen regelmäßigen und aus der Sicht der IP gesunden Mahlzeiten. In diesem Lebensbereich hat sich also durch die Geburt des Kindes ein bedeutender Wandel vollzogen. An diesen Ausführungen ist gut zu erkennen, dass die Eltern andere Maßstäbe und Werte an eine Kinderernährung legen als an ihre eigene Ernährung. Es lässt vermuten, dass die Eltern eine gewisse Vorbildfunktion ausüben wollen, um der Norm einer gemeinsam eingenommenen gesunden Mahlzeit entsprechen zu wollen. Damit verbunden ist auch der Aspekt der Verantwortung, den die Eltern für die Ernährung ihres Kindes haben.

„I: Und [...] wenn Du jetzt mal zurückdenkst, bevor der Kurze da war, hatte die Ernährung dann einen anderen Stellenwert bzw. habt ihr davor was anders gemacht? P8: Ja. Haben wir. Wir haben gegessen wann wir wollten. Und haben auch mal nur gestanden also nur nebenbei gegessen. Und heute, ähm, sitzen wir alle an einem Tisch und, äh, [...], machen alles zusammen ne. I: Aha. Und das bedeutet der Rahmen wie ihr dann das Essen zu euch nehmt, der hat sich verändert. P8: Ja. Genau. Doch. Schon extrem. Nicht mehr so oft McDonald's oder so ne. I: Aha, hm, ok. P8: Schon öfter mal gesund. I: Ähm, genau und das wär jetzt das Nächste worauf ich hinauswollen würde also wenn ihr dann so zusammensitzt hat sich dann wahrscheinlich auch was am Inhalt geändert, wie ich das gerade so rausgehört hab. Ähm, das bedeutet, äh, kannst du mir ein Beispiel dafür geben, also von früher zu. P8: Sonntags und Freitags hatten wir unseren Stammgriechen. I: Aha. P8: Jeden Freitag, äh, nach der Arbeit direkt da hin und, äh, den haben wir seit der Geburt halt nicht mehr gesehen. I: Ok (lacht). Und wenn du das jetzt so sagst was gibt es dann zum Beispiel freitags so bei Euch oder, äh, an einem Freitag? P8: Ja. Fischstäbchen, Spinat, Kartoffelbrei. So. I: Ja. Ok. P8: Ja.“ (P8_D_SESm I 052:053)

Informationswege/Informationsverhalten

Freunde, Familie, aber auch die Hebamme und das Klinikpersonal in dem sie ihr Kind entbunden hat, haben der IP geraten Aptamil als Flaschennahrung zu nutzen. Das Informationsverhalten der IP war eher passiv, da sie nicht weiter nachgefragt hat nach Informationen oder Ratschlägen und Tipps zur Kinderernährung (z.B. bei dem Thema Beikost).

Relevanz/Bewertung der Informationen

Teilweise handelt die IP intuitiv oder verlässt sich auf das, was ihre Schwester ihr geraten hat und richtet sich nicht nach Empfehlungen aus dem Internet oder von bekannten Müttern aus der Krabbelgruppe. Dabei fühlt sie sich nicht unwohl, sich nicht normkonform zu verhalten, solange ihr Kind das Essen verträgt und keine Probleme damit hat. Die IP war nicht ganz zufrieden mit den Informationen zur Flaschennahrung, sondern hat sich mehr Alternativen was die Produktauswahl angeht gewünscht.

„I: Aha. Und, ähm, hättest Du dir darüber hinaus, ähm, noch mehr an Informationen oder Ansprechpartnern oder Ähnlichem gewünscht? P8: Ja. Doch. I: Und wie hätte sowas aussehen sollen? P8: Ja das die Hebammen oder die Ärzte dann nicht nur auf eine Milchnahrung jetzt zum Beispiel schwören sondern jetzt auch mal irgendwie Vergleichsprodukte die vielleicht günstiger sind, weil Aptamil das war schon recht teuer. I: Ah ja. P8: Ne, das sie vielleicht da ein paar Alternativen geboten hätten. I: Aha.“ (P8_D_SESm I 124:131)

Als Ansprechpartner hat die IP insbesondere auf den Rat ihrer Schwester gehört, die aufgrund ihrer Erfahrung durch die eigenen zwei Kinder als vertrauenswürdige Informationsquelle angesehen werden kann. Die Hebamme ist der IP in Sachen Ernährung nicht unbedingt hilfreich zur Seite gestanden (dem Kind wurde „ungefragt“ Aptamil gegeben, s.o.)

Anmerkung zu der Interviewsituation

Das Interview fand nachmittags in der Wohnküche der IP statt. Die Wohnung war sehr sauber und aufgeräumt, es lagen bis auf ein Traktor keine Spielsachen in der Wohnung. In dem Raum war kein Licht an und es fing draußen schon an zu dämmern, da es Anfang Dezember war. Es war also zu Beginn des Interviews schon nicht besonders hell und dem Raum und wurde im Interviewverlauf immer dunkler. Dies konnte auch als Stimmung zwischen der Interviewerin und der IP wahrgenommen werden, die Interviewte ließ die Interviewerin im Dunkeln, wollte nichts von sich preisgeben.

Ausführliche Falldarstellung P10_D_SESn

Motto des Falls

„Die selbstbewusst Agierende.“

Die Mutter ist 26 Jahre und ihr jüngstes Kind ist 18 Monate alt. Sie ist der niedrigen Statusgruppe zuzuordnen und hat keinen Migrationshintergrund.

Kurzbeschreibung und Ernährungsverlauf im ersten Lebensjahr

Die IP hat ihr Kind über einen Zeitraum von vier bis fünf Monaten gestillt (genauer Zeitpunkt des Abstillens nicht bekannt). Dabei betont die IP, dass sie ihr Kind auch in der Öffentlichkeit gestillt hat, auch wenn dies zu Ablehnung von anderen Personen geführt hat. Anschließend ist sie zu der Gabe der Flaschennahrung übergegangen. Den Zeitpunkt der Beikosteinführung beziffert sie mit fünf Monaten. Die Beikost hat sie größtenteils selbst hergestellt, ausgenommen der süßen Varianten. Bei der Wahl der Getränke sowie auch der Lebensmittel achtet die IP darauf, was ihrem Kind schmeckt.

Mit dem Alter von einem Jahr isst das jüngste Kind auch das Familienessen mit, wobei die IP darauf achtet, dass die Speisen für ihr Kind nicht stark bzw. gar nicht gewürzt sind.

Die IP kocht sehr gern und experimentiert mit neuen Rezepten bzw. Gerichten. Im Vergleich zu anderen Müttern greift sie weniger häufig auf Fertigprodukte zurück „(...) *Ne wie viele Leute jetzt so von von meinen Alter sage ich jetzt mal so Mütter, die greifen halt so direkt zu Gläschen weil es schnell halt geht. Brauchste nur warm machen und dann kannst du das Kind halt geben. Ich bin dagegen ich nehme mir halt wirklich die Zeit dazu also wenn, also ich bereite das auch sehr gerne zu so ne. (...)*“ (P10_D_SESn I 164:164). Dies führt sie u. a. auch darauf zurück, dass sie gelernte Hauswirtschaftshelferin ist und beruflich den Umgang mit Lebensmitteln gelernt hat. Ihre praktischen Koch-Fertigkeiten beschreibt sie anhand verschiedener Beispiele „P10: *Ich unterscheide das so, dass ich, äh, wenn ich jetzt für mich und meinen Lebensgefährten halt koche dann ich sag jetzt mal so, wenn ich dann jetzt so Hackfleischbällchen mache, dann halbiere ich den Teig und mache für mich und meinen Lebensgefährten halt mit Salz und Pfeffer und alles Chilli und alles was da reinkommt und für die Kinder halt mach ich's halt Gewürz nicht rein. Ich teil das auch die Große isst genauso wie die Kleine halt auch. Das Gleiche wie wir nur halt anders gewürzt also ich trenn das immer.*“ (P10_D_SESn I 028:029).

Aufgrund familiärer Probleme hat sich diese IP während der Säuglingszeit, insbesondere bei der ihres ersten Kindes kaum um die Ernährung ihres Kindes kümmern können (Hintergrund dazu s. unten Besonderheiten). Daneben hatte sie auch beruflich bedingt wenig Zeit für ihr Kind. Im Vergleich dazu, hat sie bei ihrem zweiten Kind versucht, es möglichst nach den

Empfehlungen ihres Arztes und der eigenen Mutter zu ernähren „(...) also von das erste Jahr weiß ich von der Großen hab ich jetzt nicht viel mitbekommen. Also was ich sehr schade finde, aber zu der Zeit konnte ich nicht ändern halt. Ja aber jetzt bei der Kleine war das so, also ich hab wirklich, ähm, versucht das zu machen was die Ärztin mir halt gesagt hat. Also was die jetzt nicht darf in dem ersten, äh, Lebensjahr, mit dem Ei und Fisch und sowas. Das ich da wirklich drauf achte und das sie das auch nicht bekommt.“ (P10_D_SESn I 024:024).

Informationsgeschehen in Bezug auf die Kinderernährung

Die Eltern dieser IP werden als starke Bezugspersonen dargestellt, die die IP bei der Kinderbetreuung tatkräftig unterstützen. Daneben vertraut die IP auch ihrem Kinderarzt und versucht die seine Empfehlungen umzusetzen „(...) also ich hab wirklich, ähm, versucht, das zu machen was die Ärztin mir halt gesagt hat. Also was die jetzt nicht darf in dem ersten, äh, Lebensjahr, mit dem Ei und Fisch und sowas. Das ich da wirklich drauf achte und das sie das auch nicht bekommt.“ (P10_D_SESn I 024:024). Demgegenüber steht der Konflikt der IP, der dadurch ausgelöst wird, dass sie ihr Kind alles an Lebensmitteln probieren lassen hat, auch wenn es entgegen der Empfehlung war. Neben dem Kinderarzt und den Eltern, insbesondere der Mutter dieser IP, hat sie sich nicht bei weiteren Akteuren zum Thema Kinderernährung informiert. Bei Problemen in der Ernährung des Kindes hat sich diese IP aktiv bei ihrem Kinderarzt und der eigenen Mutter informiert. Vom Kinderarzt hat sie Rezeptblätter für die Ernährung ihres Kindes erhalten und ist damit gut zurechtgekommen.

Weitere Informationsquellen wie das Internet, Broschüren oder Ratgeber wurden nicht von dieser IP genannt.

Begriffe

Flaschennahrung bedeutet für die IP Milch aus der Flasche und Beikost definiert die IP Snacks wie z.B. Babykeksbrei oder ein Stück Apfel.

Änderungen in den Ernährungsgewohnheiten/Einstellungen der IP zur Ernährung durch die Geburt des Kindes

In Bezug auf die eigene Ernährung der IP hat sich nach der Geburt ihrer Kinder das Kochverhalten geändert. Bevor sie Mutter geworden ist, hat sie nur für sich selbst gekocht und nach der Geburt ihrer Kinder kocht sie für die ganze Familie, auch ihren Lebenspartner. Dies beinhaltet nicht nur die Menge an Lebensmitteln, die sie nun verwendet, sondern auch die Art der Zubereitung. Wie bereits unter „Kurzbeschreibung und Ernährungsverlauf im ersten Lebensjahr“ dargestellt ist, achtet die IP bei der Zubereitung der Speisen für ihre Kinder darauf, dass sie wenig bis keine Gewürze verwendet (vgl. Zitat (P10_D_SESn I 028:029)).

Relevanz/Bewertung der Informationen

Die IP bewertet die Informationen zur Säuglings- und Kinderernährung von ihrer eigenen Mutter und ihrem Kinderarzt als relevant und hinterfragt diese auch nicht. Sie beschreibt, dass ihr Kinderarzt in Rente gegangen ist und sie nun bei einem neuen Kinderarzt ist. Im Vergleich zu dem alten Kinderarzt fehlen ihr bei dem neuen Kinderarzt Hintergründe sowie spezielle Informationen, die der alte Kinderarzt ihr weitergegeben hat.

"(...) Jetzt bei dem anderen Kinderarzt, also wir haben jetzt einen Neuen also der andere Kinderarzt ist halt in Rente gegangen und jetzt gibts zwei Neue, Was ich halt schade finde. Die sind schon hach ganz anders. Die gehen auch anders mit die Kinder um, auch so wenn man Fragen stellt, auch Ernährung oder sowas, dann sagen sie halt sowas da kann man besser googlen ne. Es is, ähm, es is ne. Und der andere Kinderarzt der war so, der hat immer so Broschüren gegeben und Infoblätter, wo alles wirklich drin stand, halt wieviel, wieviel Salz man so reintun kann, wieviel Löffel, Teelöffel sowas stand immer dabei und das fand ich halt gut von ihm. Also wenn ich halt nicht nachgefragt hätte, hat er es mir auch nicht gegeben. (...)" (P10_D_SESn I 175:175).

Vorstellungen über das Rollenbild einer guten Mutter

Die IP bedauert, dass sie während den ersten Lebensmonaten für ihr erstes Kind nicht selber da sein konnte. Dennoch ist sie stolz auf sich, diese doch sehr schwierige Zeit überstanden zu haben. Sie beschreibt, dass ihr erstes Kind nicht geplant war und die Beziehung zu dem Kindesvater gewalttätig war und relativ kurz nach den ersten Monaten des ersten Kindes beendet wurde.

Eine wichtige Rolle einer guten Mutter stellt für sie das Kochen für die ganze Familie dar, die sie aus ihrer Perspektive auch mit Freude erfüllt.

Besonderheiten

Die IP hat zwei Kinder. Von den ersten Jahren des ersten Kindes hat diese IP jedoch nicht viel bewusst wahrgenommen, da sie alleinerziehend und währenddessen in der Ausbildung war. Die Eltern der IP haben sich in dieser Zeit um ihr erstes Kind gekümmert. Hinsichtlich der Ernährung ihres ersten Kindes hat diese IP auch nicht mitbekommen, wie das erste Kind von den Eltern der IP ernährt wurde, weil die IP beruflich bedingt häufig nicht mit dabei war.

Anmerkung zu der Interviewsituation

Die IP macht einen distanzlosen Eindruck bei ihren Beschreibungen und erwähnt direkt zu Beginn des Interviews zu schwierige Beziehung zu dem Kindesvater ihres ersten Kindes. In den Erzählungen der IP zeigt sie sich sehr redselig, wobei sie in der Erzählstruktur viele zeit-

liche und thematische Sprünge aufweist. Die Kommunikationsebene bewegt sich auf einem offenen und zugewandten Niveau.

Ausführliche Falldarstellung PA_T_SESm

Motto des Falls

„Die, die Individualität der Kinder hervorhebt.“

Die Probandin ist 32 Jahre alt, ihr jüngster Sohn ist 36 Monate. Insgesamt hat sie zwei Kinder. In dem Schema zum sozialen Status ist sie der mittleren Gruppe zuzuordnen. Sie hat einen türkischen Migrationshintergrund, beide Eltern der Interviewten sind in der Türkei geboren.

Ernährungsverlauf im ersten Lebensjahr

Ihr Kind hat sie bis zum sechsten/siebten Lebensmonat gestillt. Danach hat sie angefangen mit der Flaschennahrung. Sie beschreibt ihre Verunsicherung bei der Einführung der Flaschennahrung dadurch, dass sie sich zu einem früheren Zeitpunkt als sechs/sieben Monate nicht getraut Flaschennahrung zu geben. Für diese Frau gilt die Muttermilch als das Beste für das Kind, dies spricht außerdem dafür, dass sie solange wie möglich gestillt hat. Den Übergang bezeichnet sie als langsam wobei die Handlungsmacht des Kindes bei der Menge die sie an Flaschennahrung gefüttert hat zum Tragen kommt *„PA: Je mehr er Hunger hatte, umso mehr hat er Fläschchen bekommen.“* (PA_T_SESm I 015:015). Auch bei dem Thema Geschmacksprägung und dessen Einfluss auf die Ernährung spielt die Handlungsmacht des Kindes eine zentrale Rolle. *„PA: Ja und dann irgendwann mal hat das Kind auch so seinen eigenen Geschmack.“* (PA_T_SESm I 029:029). Sie bezeichnet sich selbst als unerfahren in der Anfangszeit der Ernährung bei ihrem ersten Kind („da es mein erstes Kind war, ist man halt immer sehr unerfahren“ 029:029). Dies drückt ihre affektive Einstellung zu dem Thema aus. Sicherheit hat sie dadurch erlangt, dass sie im Nachhinein sagen kann, dass sich ihre Kinder gut entwickelt haben und sie sich nicht beklagen kann. *„I: Okay. Also dann hast du selber zubereitet? PA: Selber zubereitet sowie auch Produkte gekauft, weil für mich war das ja auch auf einer Art und Weise auch immer so Neuland.“* (PA_T_SESm I 040:040).

Ab dem achten/neunten Monat hat sie damit begonnen ihrem Kind Beikost zu geben. Die Rahmenbedingungen bezüglich ihrer beruflichen Verpflichtungen nennt sie als Grund für die Wahl einer Mischung aus selber hergestelltem und industriell gefertigtem Brei.

Beurteilungskriterien des kindlichen Ernährungsstatus

Einen guten und gesunden Ernährungsstatus bei ihrem Kind macht sie am Entwicklungsstand (körperlicher Statur, Abwesenheit von Krankheiten) fest. Die Mutter schöpft auch aus ihren eigenen Erfahrungswerten ihre Einstellungen, dabei vergleicht sie die Entwicklung im Zusammenhang mit der Ernährung ihrer Kinder mit denen anderer Kinder und zieht dann Rückschlüsse auf die Ernährungsweise. „PA: Also ich kann mich wirklich nicht beklagen. Also ich merk es sehr viel, bei meinen Kindern, bei Beiden, die essen auch gerne Gemüse. Es ist jetzt nicht so, dass sie sagen Oh Gott das finde ich eklig und da denke ich mir mal, ich habe nichts Falsches gemacht.“ (PA_T_SESm I 049:049).

Einstellung zu Markenprodukten (Gläschen)

Ihre Meinung über teure Markenprodukten (Gläschen) ist eher negativ, weil ihres Erachtens ein Großteil der Marke den Preis ausmacht. Sie wählt aufgrund dessen die günstigeren aber ihrer Meinung nach genauso qualitativ hochwertigen Produkte. Im Allgemeinen stellt die Interviewte die industriell hergestellten Produkte für Säuglinge und Kleinkinder als Problem dar.

„PA: [...] das Problem ist, du hast ja so schnell die Möglichkeit auf Fertigprodukte zu zugehen. Du hast alles sehr wirklich parat. Früher war es nicht so, es ist Preis Leistungsverhältnis auch sehr günstig. Früher war es nicht der Fall und dem entsprechend [...] klar, wenn du jetzt fix fertig von der Arbeit kommst, fixierst du dich natürlich auch schnell auf die Fertigprodukte.“ (PA_T_SESm I 045:046).

Informationsverhalten

Informationen hat die Mutter von verschiedenen Akteuren wie z.B. ihrem Arzt, der Hebamme, Krankenschwestern, anderen Müttern, Freunden und Bekannten erhalten. Dabei waren ihr bei der Bewertung der Informationsquellen die fachliche Ausbildung und vor allem die Erfahrungswerte besonders wichtig. Auch über Bücher hat diese Mutter sich bezüglich der Kinderernährung aktiv informiert.

Die Mutter legt Wert auf die Individualität von Kindern (ob es nun Ernährung, Windeln etc. sei, jedes Kind reagiert anders und hat andere Vorlieben/Bedürfnisse).

Falldarstellung PE_T_SESm

Motto des Falls

„Die, die den Informationen der Familie uneingeschränkt vertraut.“

Die Mutter ist 37 Jahre alt und hat drei Kinder. Das jüngste Kind ist zum Zeitpunkt des Interviews 2,5 Jahre alt. Die Interviews wurden auf Türkisch geführt. Seit 1997 lebt sie in Deutschland, sie ist in der Türkei geboren und lebte vorher auch dort. Sie ist der mittleren Statusgruppe zuzuordnen.

Zusammenfassung des Ernährungsverlaufs

Sie hat ihr jüngstes Kind 1,5 Jahre gestillt, wobei ihre Idealvorstellung 2 Jahre stillen ist. Dies hat jedoch aufgrund des Kindes nicht funktioniert. Stillen hat für die Mutter gesundheitliche Vorteile für das Kind (Einfluss auf das Immunsystem, die Kinder sind dann weniger empfindlich und stärker und kräftiger). *„I: Was würdest du einer bekannten Stillenden zum Beispiel empfehlen? PE: Falls es mit der Muttermilch klappt, dann wünsche ich ihr, dass sie auch dabei bleiben kann. Geduld ist das A und O. Ich habe selber als Mutter feststellen können, dass Kinder, die von Anfang die Muttermilch kriegen, weniger krank werden und weniger empfindlich sind. Das Immunsystem stärkt sich aufgrund der Muttermilch. Die Kinder sind dann auch stärker und kräftiger.“* (PE_T_SESm I 087:088).

Die Flaschennahrung bezeichnet sie als unnötig, da sie diese nicht für ihr Kind benötigt hat. Sie erwähnt jedoch, dass das Kind die Flaschennahrung nicht aufgenommen hat, was darauf hinweist, dass sie es zumindest einmal probiert haben muss. Grundsätzlich lehnt die Interviewte die Flaschennahrung nicht ab und bezeichnet sie als Muttermilchersatz, wenn es mit dem Stillen nicht funktioniert. Im Vergleich zu anderen Müttern ist ihre Vorstellung von dem Einsatz der Flaschennahrung zeitlich bedingt. Ab dem sechsten Lebensmonat des Kindes hat sie Beikost eingeführt. Auch hier kommt die zeitliche Dimension zum Tragen. Wenn sie genug Zeit hatte, hat sie selbst gekocht und bei Zeitmangel auf fertige Produkte zurückgegriffen. Dabei hat sie Gemüse und Suppen gefüttert. *„PF: Die Flaschennahrung ist für mich [...] eigentlich unnötig, aber manchmal wenn Mütter mal Zeitmangel haben, dann greift man auf diese zusätzlichen Produkte zu.“* (PE_T_SESm I 040:040)

Beikost wurde ab dem sechsten Monat eingeführt, wobei die Mutter betont, dass sie dies anhand der bestehenden Norm gegeben hat (bezogen auf den Zeitpunkt sowie die Lebensmittel). Beikost ist für diese Mutter eine Mahlzeit die vom Löffel gegeben wird. *„I: Also du sagtest ja, du hast irgendwann mit der zusätzlichen Ernährung angefangen. PE: ab dem sechs-*

ten Monat. Ich habe Gemüse gekocht, püriert oder auch Obst. Die zusätzliche Ernährung besteht aus diesen Inhalten.“ (PE_T_SESm I 033:033)

Die Mutter hat neben der selbst hergestellten Beikost auch fertig hergestellte Gläschen gefüttert. Diese sind aus ihrer Sicht insbesondere für unterwegs praktisch. Dennoch spricht sie den fertig hergestellten Beikostprodukten auch negative Eigenschaften zu, weswegen sie diese nicht auf Dauer geben würde (Konservierungsstoffe).

Für die Interviewte scheint das Thema Ernährung relevant zu sein, da sie angibt sich mit Ergebnissen wissenschaftlicher Studien zu beschäftigen. *„I: Wurdest du bezüglich der Ernährung informiert? PE: also wenn ich mal Zeit habe oder so, dann beschäftige ich mich mit wissenschaftlichen Studien von irgendwelche Professoren, bezüglich der Ernährung des Kindes.“ (PE_T_SESm I 093:094).* Sie vertraut Sendungen mit informativen Inhalten (Quelle unbekannt), da sie sich als *„nicht recherchierende Mutter“* bezeichnet (PE_T_SESm I 115:115).

Ihre eigenen Erfahrungen sind für sie besonders wichtig, da es bereits das dritte Kind ist hat sie schon Erfahrungen bei der Versorgung ihrer ersten beiden Kinder sammeln können. Informiert hat sie sich hauptsächlich im privaten Umfeld.

Unterschiede in der Zubereitungsart

Für sie gibt es einen Unterschied zwischen der deutschen und der türkischen Ernährungsweise. Da sich diese Unterschiede auch in den Empfehlungen niederschlagen, war es ihr nicht möglich immer alle Empfehlungen deutscher Ärzte, Hebammen etc. umzusetzen. Dies lässt darauf schließen, dass sie sich der türkischen Esskultur mehr verbunden fühlt als der deutschen. *„I-Ich möchte jetzt einige Quellen erwähnen. Ärzte, Schwestern, Hebammen. Hast du von diesen Quellen mal Informationen bekommen? PE: Die Ärzte ja eigentlich sowieso, wie zu jeder Mutter. Sie haben ja immer Ratschläge. Ich habe nicht alle Ratschläge umsetzen können, deswegen weil die deutsche Küche sich von der türkischen Küche so ziemlich unterscheidet. Auch die Sitten und Kulturen sind nicht identisch, von daher, konnte ich nicht alle übernehmen.“ (PE_T_SESm I 101:102)*

Begriffe

Flaschennahrung wird von ihr definiert als zusätzliche Ernährung, auch als Ersatz für die Muttermilch (falls das Kind die Muttermilch nicht aufnimmt) und besteht aus einer Mischung aus Milchpulver und Wasser.

Ausführliche Falldarstellung PF_T_SESm

Motto des Falls

„Die selbstbewusste Managerin.“

Die Mutter ist 25 Jahre alt und hat ein einjähriges Kind. Zurzeit ist sie nochmal schwanger. Einzuordnen ist sie der mittleren Statusgruppe. Die Mutter ist in Deutschland geboren, ihre Muttersprache ist türkisch. Ihr Mann ist russischer Herkunft. Das Interview wurde auf Deutsch geführt.

Zusammenfassung des Ernährungsverlaufs

Die IP beschreibt in der Einstiegspassage einen problemlosen Verlauf der Ernährung im ersten Lebensjahr ihres Kindes. Sie hat ihr Kind bis zum vierten Monat vollgestillt, hat dann im 5. Monat mit der Einführung der Beikost begonnen und hat bis zum siebten Lebensmonat teilgestillt und ist danach auf Flaschennahrung umgestiegen. Grund dafür waren die Zähne des Kindes, die das Stillen schmerzhaft gemacht haben, sonst hätte sie auch weiter gestillt. Diskrepanz Wunsch- Wirklichkeit. Die Umstellung auf die Beikost beschreibt die IP relativ ausführlich bzw. geht genauer darauf ein, dass das Kind lernen musste zu schlucken und mit dem Löffel zu essen. Zunächst hat sie dafür industriell hergestellte Beikost verwendet um erst einmal auszutesten, welche Sorten ihrem Kind schmecken bzw. welche sie verträgt. Wichtig war ihr dabei auch, dass das Kind zunächst einmal lernt vom Löffel zu essen. Nach der Probierphase hat sie alle Breie selber gekocht hat und ab dem zehnten Lebensmonat esse das Kind alles mit was die IP und ihr Partner essen, bis auf Ausnahme einiger Gewürze, Kohlsorten, Bohnen etc. Mit einem Jahr isst das Kind aus der Sicht der Mutter nun „ganz normal“ mit. Ihre Kochkompetenzen und das Management des Ernährungsalltages beschreibt die IP als „einfach“. „PF: (...) *ich habe immer geguckt was ich an Obst hatte. Das habe ich ihr dann püriert und da rein gemacht.*“ (PF_T_SESm I 259:260).

Bei der Wahl einer bestimmten Flaschennahrung hat die Mutter sich auf ihr Bauchgefühl verlassen, da das Kind zunächst die ersten Flaschennahrungen komplett abgelehnt hat.

Generell hat sich die Mutter aktiv bei verschiedenen Quellen zur Säuglings- und Kleinkinderernährung erkundigt (Arzt (Kinder- und Frauenarzt), in Foren im Internet, direkt bei Herstellern, Krankenkasse, Zeitschriften) und sich davon aber die für sie am sinnvollsten erscheinende Information herausgesucht. Sie spricht dabei von Filtern der Informationen um das herauszusuchen, was für sie sinnvoll erscheint und ihr Kind diese Nahrung auch angenommen hat. Sie geht in dem Zusammenhang auch auf die knappen zeitlichen Ressourcen ein, sodass sie nur schriftliche Informationen genutzt hat die übersichtlich und schnell lesbar waren).

Die Informationen zu der Säuglings- und Kleinkindernährung, die der IP von der Krankenkasse zugesendet wurden, hat sie auch berücksichtigt und empfand diese als besonders hilfreich. Orientiert hat sich die IP anhand einer Tabelle von der Krankenkasse, auf der abgebildet ist ab welchem Alter welche Form der Ernährung für Säuglinge und Kleinkinder geeignet ist. Auch bei der Auswahl der Gläschen fand die IP Orientierung an den altersmäßigen Angaben der Hersteller auf den Lebensmittel-Verpackungen.

Häufig wird von der Mutter beschrieben, dass die Ernährung ihres Kindes problemlos verlief und dass das Kind alles soweit normal isst (Ausnahmen sind jedoch die Kuhmilch, die das Kind ablehnt oder generell Nahrung aus der Saugflasche). Es wird ein normkonformes Verhalten der Mutter deutlich, da sie beschreibt, dass sie sich an verschiedenen Stellen zur Kinderernährung erkundigt hat und sich dann entsprechend der Ratschläge verhalten hat. S. unten – Mutter hat schon Filter und genaue Vorstellungen, was sie richtig und wichtig empfindet.

Aus der Flasche wollte das Kind nie etwas trinken, von daher hat die Mutter eher einen Becher oder eine Schnabeltasse genutzt. Bei der Wahl einer bestimmten Flaschennahrung hat die Mutter sich auf ihr Bauchgefühl verlassen, da das Kind zunächst die ersten Flaschennahrungen komplett abgelehnt hat. Demgegenüber hat sie sich aber bei auch normkonform verhalten bei anderen Ernährungsfragen und sich entsprechend der Ratschläge verhalten (s. oben). Dennoch stellt die Mutter den Ernährungsverlauf als unproblematisch.

Informationsgeschehen

Bei dem Thema Ratschläge von Ärzten zur Flaschennahrung, sagt die Mutter von sich aus dass ihr Arzt ihr auch zum Probieren verschiedener Sorten/Marken von Flaschennahrungen geraten hat (vermutlich werden neuerdings keine Proben mehr von den Ärzten verteilt). Als Bewältigungsstrategie hat sich die Mutter aktiv engagiert und die Hersteller von Flaschennahrungen kontaktiert um Probierpackungen zu erhalten. Hat das Kind diese abgelehnt, so wurde die Nächste ausprobiert. „PF: Und wenn sie es gleich ausgespuckt hat, habe ich es auch weggelassen, dass sie sich gar nicht den Magen verdirbt oder so. Ich bin da schon vorsichtig angegangen, weil man weiß nie, wie die das dann annehmen oder wie das [...] vertragen.“ (PF_T_SESm I 111:114)

Generell hat sich die Mutter aktiv an verschiedenen Stellen zur Säuglings- und Kleinkindernährung erkundigt (Arzt (Kinder- und Frauenarzt), in Foren im Internet, direkt bei Herstellern, Krankenkasse, Zeitschriften,) und sich davon aber die für sie am sinnvollsten erscheinende Information herausgesucht (insbesondere spielte es auch eine Rolle, dass das Kind diese Art

und Weise der Ernährung angenommen hat und das die Informationen übersichtlich und schnell lesbar waren).

Die Informationen zu der Säuglings- und Kleinkindernährung, die der IP von der Krankenkasse zugesendet wurden, hat sie auch berücksichtigt und empfand diese als besonders hilfreich.

Hinsichtlich des Informationsverhaltens erwähnt die Mutter häufig den Kinderarzt, jedoch konnte der ihr auch nicht wirklich weiterhelfen. Aus ihrer Sicht liegt es z.B. in Bezug auf die Flaschennahrung daran, dass die Kinderärzte keine Proben für Flaschennahrung verteilen dürfen. Die Hebamme hat sie nicht angesprochen, da ihr Verhältnis zu ihr nicht gut war. Auch die Hersteller von Kindernahrung (Flaschennahrung) hat die Interviewte angefragt (eher nachgefragt nach Probepackungen nicht so sehr nach Informationen). Daneben hat sie sich auch noch in Internetforen erkundigt und Infomaterial von der Krankenkasse erhalten. Dieses war für sie am hilfreichsten. Orientierung bei den Zeiten wann welche Nahrung gefüttert werden sollte, lieferte ihr eine Tabelle, deren Herkunft jedoch nicht weiter erläutert wird. Ausschlaggebend waren aber neben den verschiedenen Informationsquellen ihr Bauchgefühl und die Reaktion des Kindes auf die Nahrung. Da das Kind die ersten Proben der Flaschennahrung ausgespuckt hat, hat die IP viel ausprobiert mit weiteren Proben der verschiedenen Hersteller, bis sie eine Marke gefunden hatte die das Kind mag.

Generell nutzt die IP Filter wenn sie Informationen erhält und nutzt dann für sich nur die Tipps und Ratschläge, die sie für sinnvoll und wichtig erachtet. Ein Filter besteht zB darin, dass ihr Kind die Nahrung annimmt. Es bleibt jedoch offen was andere Filter bedeuten können.

Subjektiv wahrgenommene Norm

Bei diesem Interview wird das Spannungsfeld der „allgemein anerkannten Norm“, „Ratschläge/Empfehlungen verschiedener Akteure“, „Entwicklungsphase des Kindes“, „Ernährungsverhalten des Kindes“ (z.B. Verweigerung der Flaschennahrung, hohes Interesse an dem Essen der Eltern) und letztendlich die Entscheidung der Mutter zu dem was sie ihrem Kind gefüttert hat sehr deutlich.

„I: Also das war die einzige Information, was offiziell war? PF: Ja I: Du meintest ja eben auch die Tabelle? PF: genau es gibt so eine Tabelle, [..], ähm, für die Ernährung. Da ist wirklich, dann steht da ab dem 5.Monat isst man das, nach dem 6.Monat kann man dies essen. Das kriegt man, das habe ich von der Krankenkasse zugeschickt bekommen, weil die wissen ja, dass man schwanger war. Deswegen, sobald das Kind auf der Welt ist, muss man es ja da melden und dann habe ich das zugeschickt bekommen. Habe da auch mal reingeguckt und mich versucht bisschen daran zu richten. Aber das hat auch nicht immer geklappt, weil ich

habe dann geguckt, wie sie es überhaupt annimmt mit der Nahrung. Ich habe zum Beispiel auch ein bisschen früher angefangen [..], teilweise, weil sie halt wirklich, sie hat aufs Essen gezeigt, sie wollte schon feste Nahrung zu sich nehmen. Dann kann ich dem Kind ja nicht das Essen verweigern. I: Genau. PF: Deshalb, ich habe dann halt in kleinen Mengen angefangen, bis der Magen das gut verarbeitet, und dann also hatten wir auch keine Schwierigkeiten.“ (PF_T_SESm I 155:161)

Problemlosigkeit

Obwohl das Stillen aufgrund der frühen Zahnung des Kindes nicht mehr möglich war und die Mutter beim Stillen gebissen wurde, sodass es blutete bezeichnet sie den Verlauf als unproblematisch.

Begriffe

Flaschennahrung: Babynahrung (Milchpulver, Babymilch), die man kaufen kann. sie hat auch gehört, dass einige Mütter ihren Kindern dünnflüssigen Grießbrei aus der Flasche geben. Den Begriff Beikost hat die Mutter für sich nicht genutzt, er ist ihr aber auch nicht ganz fremd. Sie bezeichnet darunter alles was Brei ist und etwas was man zusätzlich zu der Milch gibt.

Ausführliche Falldarstellung PG_T_SESm

Motto des Falls

„Die Lockere.“

Die Mutter ist in Deutschland geboren und hat einen türkischen Migrationshintergrund. Zu dem Zeitpunkt des Interviews ist sie 24 Jahre alt und hat ein Kind im Alter von 1,5 Jahren. Ihre Muttersprache ist türkisch. Sie ist der mittleren Statusgruppe zuzuordnen. Das Interview wurde auf Deutsch geführt.

Zusammenfassung des Ernährungsverlaufs

Die Mutter hat versucht das Kind zu stillen, aber nach ihrem Gefühl zufolge kam keine bzw. zu wenig Muttermilch. Daneben hat sie dann auch die Flaschennahrung (Pre-Nahrung) gegeben, weil die Muttermilch alleine nicht ausreichte. Nach drei Monaten hat sie dann nur noch Flaschennahrung gefüttert und nicht mehr versucht zu stillen weil das Kind auch nicht mehr an der Brust trinken wollte. Stillen würde sie jeder Mutter empfehlen. Wenn es nicht klappt, würde sie jedoch nicht empfehlen es zu erzwingen. Stillen ist für diese Mutter

Übungssache und erfordert einiges an Geduld und Zeit. „PG: (...) Tagsüber kein Problem, du kannst dir die Zeit nehmen, würde ich auch machen. Habe ich auch bei ihr gemacht ne, ich habe mir wirklich die Zeit genommen, ich habe die angelegt, ich habe wirklich, äh, [,], 20 oder 30 Minuten saß ich mit ihr, und habe sie versucht zu stillen ne, dass sie dann halt richtig anpackt und saugt, aber da kam wirklich nichts. Und nach ner Zeit habe ich selber gemerkt, da kommt nichts und das hat sich auch nicht gelohnt, aber man muss sich die Zeit nehmen. Stillen ist Übungssache wirklich und viele haben das, ja viele haben kein Geduld ne. Vielen haben kein Geduld und wollen nicht [,] oder viele, ich kenne auch viele, die sagen mein, die Brust wird wund, ich möchte nicht mehr stillen. Das kenne ich auch, aber das wirklich wichtig. Also stillen ist das Beste, was man machen kann.“ (PG_T_SESm I 122:122)

Ab dem dritten Monat hat sie ihrem Kind noch zusätzlich Tee und Wasser gegeben. Die Flaschennahrung hat das Kind dann noch bis zum Ende des ersten Lebensjahres bekommen. Nachts hat es gereicht, wenn sie ihrem Kind um 24 Uhr die Flasche gegeben hat und um acht Uhr morgens das nächste Mal bzw. am Tage immer nach einem Zeitraum von vier Stunden. Den sättigenden Effekt der Flaschennahrung schätzt sie sehr. Sie sagt, dass sie auch nachts immer wieder die Flaschennahrung verwenden würde, falls sie z.B. erneut ein Kind bekommen würde. Damit bräuchte sie nicht häufiger nachts aufstehen und stillen.

Ab dem dritten Monat hat sie dem Kind Beikost (in Form von Suppe) gegeben. Dies bezeichnet sie als nicht normal schweres Essen. Sondern mit Wasser verdünnt und püriert (Nudeln, Gemüse). Dabei betont die Mutter immer wieder die schrittweise Einführung bei der Beikost, indem sie aufzählt welche Lebensmittel sie für welchen Zeitraum ausgetestet hat um zu sehen ob ihr Kind diese verträgt und nicht allergisch darauf reagiert.

„PG: (...) aber halt immer, ähm, etappenweise. Ich habe jetzt nicht wirklich alles auf einmal probiert, weil dann konnte ich, könnte ich ja nicht, äh, rausfinden, ob irgendetwas allergisch reagiert, dass sie dann, dann könnte ich ja nicht wissen, auf was sie ja reagiert hat ne und, ähm, erst mal habe ich mit Suppe angefangen und dann habe ich ehm verschiedene Suppen benutzt. (...).“ (PG_T_SESm I 171:171)

Die Familiennahrung wurde ab dem sechsten Monat von dem Kind gegessen. Ab diesem Zeitpunkt hat die Mutter das Essen für ihr Kind nicht mehr püriert. Ab dem ersten Lebensjahr bezeichnet die Mutter ihr als selbstständig was die Nahrung angeht. Sie gibt ein Beispiel, dass ihr Kind sich auch selber eine Banane holt.

„PG: (...) Und ab dem ersten Lebensjahr, dann sind die selbstständig wirklich. Da fragt sie mich gar nicht oder die meldet sich gar nicht, dass sie Hunger hat oder die geht selber, die klettert, wenn die da Obst sieht, klettert die (...).“ (PG_T_SESm I 112:112)

Die Mutter bezeichnet sich im Zusammenhang mit der Ernährung des Kindes selber als nicht pingelig. Ihr Kind durfte von allen Lebensmitteln probieren. Aus der Sicht der Mutter hat das Kind auch keine Abneigung gegen bestimmte Lebensmittel, sondern isst alles was sie ihr in die Hand gibt. Wie das folgende Zitat zeigt spielt das Kind eine bedeutende Rolle in den Entscheidungsprozessen.

„I: So hast du dich für bestimmte Gemüsesorten zum Beispiel nicht entschieden, sondern es hat sich so ergeben. PG: ne nee das hat sich so ergeben, wenn sie halt Banane essen wollte, hat sie Banane gegessen. Wenn sie Gurken essen wollte, hat sie Gurken gegessen.“
(PG_T_SESm I 109:109)

Informationsgeschehen

Diese Mutter hat sich hauptsächlich bei Personen aus ihrer eigenen Familie informiert (Cousinen, Schwester). Daneben hat sie die Hebamme auch gefragt. Den Arzt hat sie jedoch nicht gefragt. Sie sieht ihren beruflichen Hintergrund als Krankenschwester als vorteilhaft und ausschlaggebend an, dass sie hier schon viele Informationen zur Kinderernährung hatte und sich nicht mehr großartig informieren musste.

Bei der Zubereitung der Lebensmittel orientiert sich die Mutter eher anhand der türkischen Küche. Auch Gewürze sind ihr wichtig. Sie bezeichnet sich als lockeren Typen, da sie ihr Kind alles probieren lässt, auch Scharfes, Süßes und Saures.

Ihr eigenes Verhalten betrachtet sie im Nachhinein als gelungen, denn ihr Kind war kaum krank. Für sie spiegelt sich eine gesunde Ernährung und eine lockere Einstellung zur Hygiene in der Gesundheit des Kindes wieder. Sie zieht dabei den Vergleich mit Kindern anderer Familie und sieht eine Verbindung zwischen einer für sie zu dominanten Hygiene und der häufigen Gabe von Antibiotika, weil das Kind oft krank ist.

Begriffe

Flaschennahrung wurde als Begriff nicht verwendet sondern Pre-Nahrung. Die Flaschennahrung ist eine unumgängliche Möglichkeit das Kind zu ernähren, weil es mit dem Stillen nicht geklappt hat.

Beikost ist für die Mutter eher kein selber gekaufter Brei, sondern selbst gekocht und püriert. Auf die Frage nach dem Begriff der Beikost antwortet die Mutter, dass sie eine Unterteilung in Haupt- und Zwischenmahlzeit bei dem Begriff vorsieht. Joghurt ist laut ihrer Interpretation eine Zwischenmahlzeit. Die Bedeutung der Beikost ändert sich aus der Sicht der Mutter je nach Alter und Entwicklungsstand des Kindes (z.B. Zähne bekommen).

9.9. Danksagung

Die Idee zu der vorliegenden Arbeit entstand während meiner Tätigkeit im Forschungsinstitut für Kinderernährung, wofür ich mich herzlich bei Frau Prof. Dr. Mathilde Kersting und den zahlreichen Mitarbeiterinnen des Instituts bedanken möchte.

Die Erstellung der Arbeit war nur durch die intensive Unterstützung mehrerer Personen möglich. Ein besonderer Dank gilt dabei Herrn Prof. Dr. Oliver Razum und Frau Prof. Dr. Anja Kroke, für ihre fachlichen Impulse, die konstruktive Kritik sowie die Betreuung während der gesamten Promotionsphase und die Begutachtung der vorliegenden Arbeit.

Der empirische Teil dieser Arbeit basiert auf einer Reihe an Interviews, die ich während meiner Tätigkeit an der Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften durchgeführt habe. Besonders möchte ich mich für die Kooperation mit und die Teilnahmebereitschaft von den Interviewpartnerinnen bedanken sowie für die Mitarbeit der türkischsprachigen Interviewerin Yeliz Öcal, ohne die eine Erstellung der Arbeit nicht möglich gewesen wäre.

Im Rahmen des Promotionsstudiengangs Public Health der Universität Bielefeld hat sich die sogenannte "Quali Schmiede" gegründet, in der ich mit weiteren DoktorandInnen kontinuierlich an unterschiedlichen promotionsrelevanten Themen gearbeitet habe. Ein besonderer Dank gilt hier Rita Müller und Gabriele Klärs für ihre tatkräftige Unterstützung und Diskussionsbereitschaft bei der Interviewauswertung und die stets motivierenden Gespräche über all die Jahre.

Bedanken möchte ich mich ganz herzlich auch bei allen KollegInnen und Freunden, die mir während der gesamten Zeit der Promotion mit Rat und Tat zur Seite standen und mich auch in schwierigen Phasen unterstützt haben. Namentlich möchte ich folgende Personen erwähnen: Dr. Anne Kathrin Exner, Dr. Yüce Yilmaz-Aslan, Prof. Dr. Anke Menzel-Begemann, Britta Magers und Sabrina Moisa. Ein besonderer Dank geht an meine Familie, die mir stets Rückhalt und in allen Lebenslagen den notwendigen Beistand gegeben hat.

Münster, im September 2018

Lisa Johanna Stahl

9.10. Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die Arbeit selbstständig verfasst und keine anderen Quellen und Hilfsmittel als die angegebenen benutzt, sowie die Stellen der Arbeit, die anderen Werken entnommen sind, unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht habe. Das gilt auch für die verwendeten Tabellen und Abbildungen.

Ich versichere, dass die vorliegende Arbeit nicht anderweitig in dieser Form als Dissertation eingereicht wurde und ich bisher auch keine weiteren Versuche zur Promotion unternommen habe.

Münster, im September 2018

Hinweis: Diese Arbeit ist auf altersbeständigem Papier gedruckt.