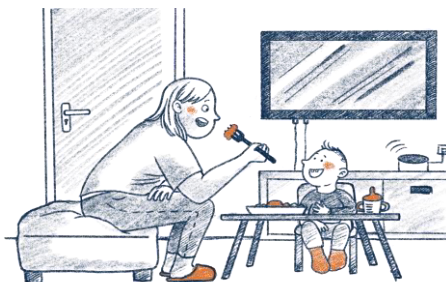


Die familiäre Essumgebung

Eine Betrachtung von Mahlzeiten- und Fütterungspraktiken im 1. Lebensjahr und Schlussfolgerungen für die gesundheitsfördernde Ernährungskommunikation



DISSERTATION

zur Erlangung des Doktorgrades (Dr. oec. troph.) im Fachbereich Agrarwissenschaften, Ökötrophologie und Umweltmanagement der Universität Gießen

Vorgelegt von: Kerstin Marx

Weimar, im September 2021

1. Gutachterin: Prof. i. R. Dr. Uta Meier-Gräwe

2. Gutachterin: Prof. Dr. Christine Brombach

3. Gutachterin: Prof. Dr. Wencke Gwozdz

Prüfer: Prof. Dr. Stefan Wahlen

Prüferin: Prof. Dr. Angela Häußler

Prüfungsvorsitzende: Prof. Dr. Jasmin Godemann

Tag der Disputation: 23. Mai 2022

Illustrationen Cover: Sandruschka

**Erklärung gemäß der
Promotionsordnung des Fachbereichs 09 vom 07. Juli 2004 § 17 (2)**

„Ich erkläre: Ich habe die vorgelegte Dissertation selbständig und ohne unerlaubte fremde Hilfe und nur mit den Hilfen angefertigt, die ich in der Dissertation angegeben habe.

Alle Textstellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten Schriften entnommen sind, und alle Angaben, die auf mündlichen Auskünften beruhen, sind als solche kenntlich gemacht.

Bei den von mir durchgeführten und in der Dissertation erwähnten Untersuchungen habe ich die Grundsätze guter wissenschaftlicher Praxis, wie sie in der „Satzung der Justus-Liebig-Universität Gießen zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis“ niedergelegt sind, eingehalten.“

30.09.2021

Datum, Unterschrift

Danksagungen

Zu promovieren nebst Job und Familie war eine echte Herausforderung. Alles unter einen Hut zu bekommen, scheint im Nachhinein geschafft, doch unterschätzt wird das tägliche Balancespiel zwischen Arbeit, Kinderbetreuung, für den Partner, Freundschaften und gelegentlich sich selbst Zeit zu haben und dabei den ganz persönlichen Anspruch, eine Dissertation anzufertigen, weiterzuverfolgen. Deshalb möchte ich an dieser Stelle von ganzem Herzen und mit sehr viel Nachdruck den beiden Frauen Danke sagen, die in mich als Person und in meine Fähigkeiten vertraut haben und mir professionell, konstruktiv und mit viel Verständnis gegenüber der Vereinbarung dieser Arbeit mit meinem „noch anderen Leben“ zur Seite standen:

Liebe Frau Meier-Gräwe, liebe Frau Brombach Sie gaben mir den Mut, den ich brauchte mich auf die Reise zu machen, waren verständnisvoll als der Weg steinig wurde und zeigten mir auf, dass der ein oder andere Felsen manchmal von einem selbst geschaffen wurde. Das werde ich nicht vergessen – DANKE!

Liebe Frau Prof. Dr. Wencke Gwozdz – danke für ihre Bereitschaft sich dieser Arbeit anzunehmen. Ich habe mich sehr gefreut!

Ein großes Dankeschön möchte ich Herrn Prof. Dr. Stefan Lorkowski widmen, der es ermöglichte den Themenbereich der Säuglingsernährung und die Zielgruppe der jungen Eltern im Kompetenzcluster für Ernährung und kardiovaskuläre Gesundheit (nutriCARD) Halle-Jena-Leipzig zu verankern und der dadurch inhaltlich stark aufgewertet wurde. Auch Dr. Christine Dawczynski gebührt ein ebenso großes Dankeschön, die mich zusammen mit Herrn Lorkowski und Frau Brombach bei der inhaltlichen Gesamtkonzeption des Forschungsthemas begleitete und unterstützte.

Liebe Johanna, ohne dich wäre die Umsetzung der quantitativen Befragung in dem Maße schlichtweg unmöglich gewesen. Da hatte ich richtig Glück, dass dich das Thema überzeugt hat. Vielen Dank!

Eine Kusshand bleibt in Weimar und geht an Frau Dr. Eva-Maria Hähnel und dem gesamten A-Team für eure Offenheit neue Wege zu gehen und mir somit die Möglichkeit gegeben zu haben mich selbst thematisch „verwirklichen“ zu dürfen, immer in dem grundlegenden Vertrauen, dass es gut wird! Ihr seid toll! Danke insbesondere dir, Gudrun!

Freunde kann man sich bekanntlich aussuchen und an dieser Stelle möchte ich festhalten, dass es mich besonders gut getroffen hat: Liebe Rahel, liebe Rike – danke für euer Mitdenken, für euer Lob und für eure Kritik. Liebe Rahel, danke für deine unheimlich wertvolle Kompetenz des Beherrschens der deutschen Rechtschreibung! Dear Sole, dear Michael thanks for the profound discussions we shared!

„Mama, ist das für dein Buch?“ habe ich in der intensiven Abschlussphase des letzten Jahres öfter gehört. Ihr könnt euch nicht vorstellen, wie gut es tut zu antworten: „Jetzt, jetzt ist es fertig!“ Liebe Maja, lieber Nathan, liebe Lucy – noch nicht, aber irgendwann wisst ihr, dass eure bedingungslose Liebe mein größtes Zugpferd ist. Und du Tobi, du weißt das schon! Deshalb hast du mich gelobt, als ich mit der Arbeit unzufrieden war, hast Kritik geübt, als ich mir zu sicher war, hattest Geduld, wenn es mir selbst zu lange dauerte und hast immer verständnisvoll „Ja!“ gesagt, als ich gefragt habe, ob du es mal lesen magst.

Bedanken möchte ich mich bei den teilnehmenden Kinderarztpraxen und ihr großes Engagement im eh schon stressigen Praxisalltag die Befragung zu bewerben und vor Ort zu koordinieren!

Mein letztes Dankeschön geht an all die Eltern, die mir den ungemein großen Vertrauensvorschuss gaben, mich an ihrer privaten Lebenswelt mit all ihren Höhen und Tiefen teilhaben zu lassen. Ich weiß, dass dies nicht selbstverständlich ist. Erst durch euch habe ich eine Vorstellung bekommen was Wertschätzung und Kommunikation auf Augenhöhe wirklich bedeutet. Danke, für eure Ehrlichkeit! Damit habt ihr mein Leben sehr bereichert.

- Für die Kunst der Balance aus persönlichem Streben und Zufriedenheit! -

Inhaltsverzeichnis

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis

Kapitel 1: Einleitung.....1

1.1	Heranführung an das Thema	1
1.2	Zielstellung und methodologische Herangehensweise	5
1.3	Wissenschaftliche Verortung.....	7

Kapitel 2: Forschungsgegenstand und theoretischer Hintergrund.....8

2.1	Elterliche und familiäre Einflussfaktoren auf das kindliche Essverhalten.....	8
2.2	Die familiäre Essumgebung.....	26
2.3	Geschmacksentwicklung im Säuglings- und Kindesalter	29
2.4	Die Entwicklung von Essfertigkeiten im Säuglingsalter	34
2.5	Handlungsempfehlungen zur Ernährung von Säuglingen	39
2.6	Responsive Feeding und die Essbeziehung zwischen Eltern und Kind	41

QUALITATIVE STUDIE

Kapitel 3: Material und Methoden 53

3.1	Fragestellung und Forschungsdesign	53
3.2	Qualitative Sozialforschung.....	55
3.3	Leitfadengestütztes Interview.....	56
3.4	Konzeption und Vorbereitung der Datenerhebung	56
3.5	Datenerhebung.....	58
3.6	Auswertung der Daten.....	61
3.7	Gütekriterien qualitativer Forschung.....	63

Kapitel 4: Ergebnisse 65

4.1	Übersicht der Studienteilnehmer.....	65
4.2	Fallzusammenfassungen	66
4.3	Kategorien.....	76

Kapitel 5: Diskussion105

5.1	Diskussion der Methoden	105
5.2	Diskussion der Ergebnisse.....	107

QUANTITATIVE STUDIE

Kapitel 6: Material und Methoden124

6.1	Fragestellung und Forschungsdesign	124
6.2	Konzeption und Vorbereitung der Datenerhebung	126
6.3	Datenerhebung.....	132
6.4	Datenaufbereitung und -auswertung.....	133

Kapitel 7: Ergebnisse138

7.1	Übersicht der Studienpopulation	138
7.2	Häufigkeitsanalyse der Fragebogenvariablen	141
7.3	Bivariate Analysen.....	156

Kapitel 8: Diskussion161

8.1	Diskussion der Methoden	161
8.2	Diskussion der Ergebnisse	165
8.3	Ausblick.....	180

Kapitel 9: Schlussfolgerungen für die Ernährungskommunikation.....181

9.1	Exkurs Ernährungskommunikation	181
9.2	Anforderungen an die gesundheitsfördernde Ernährungskommunikation im ersten Lebensjahr	185
9.3	Inhaltliche Schwerpunkte und Strategien für die gesundheitsfördernde Ernährungskommunikation im ersten Lebensjahr	191

Zusammenfassung.....197

Summary.....199

Literaturverzeichnis.....201

Anhang

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1.1	Sequenzielles Mixed-Method-Vorgehen der Studie	6
Abbildung 1.2	Public Health Action Cycle mit Fokussierung auf zielgruppenspezifische Strategien	7
Abbildung 2.1	Modell der familiären Essumgebung und beispielhafte Einflussfaktoren	27
Abbildung 2.2	Elterliche Einflussfaktoren von Mahlzeitengestaltung und Fütterungspraktiken auf die Entwicklung des kindlichen Essverhaltens	29
Abbildung 2.3	Annäherungen der elterlichen und kindlichen Essumgebung im Laufe des 1. Lebensjahres	52
Abbildung 7.1	Elterliche Einstellungen in Bezug auf Mahlzeitenbereitstellung und Mahlzeitenausgestaltung	142
Abbildung 7.2	Positive Assoziationen in Bezug auf Beköstigung	143
Abbildung 7.3	Herausforderungen und Sorgen in Bezug auf die Ernährung des Säuglings	143
Abbildung 7.4	Subjektive Ansichten und Einstellungen zum Stellenwert von Gesundheit in Deutschland und des Körpergewichts von Kindern	144
Abbildung 7.5	Selbstwirksamkeitserwartungen in Bezug auf die Entwicklung des Säuglings	144
Abbildung 7.6	Wahrgenommene Ernährungsprobleme im ersten Lebensjahr	147
Abbildung 7.7	Informationsquellen	148
Abbildung 7.8	Aspekte der Mahlzeitenplanung	149
Abbildung 7.9	Aspekte der Lebensmittelbeschaffung und Beköstigungsarbeit	150
Abbildung 7.10	Anzahl der täglichen Mahlzeiten (n = 186, fehlend = 18); „Wenn Sie an den gestrigen Tag denken. Wie viele Mahlzeiten (auch Snacks) hat ihr Kind gegessen bzw. getrunken? Beziehen Sie auch die nächtlichen Mahlzeiten sowie Mahlzeiten in der Fremdbetreuung (z. B. Kita oder Babysitter) mit ein“.	150
Abbildung 7.11	Beikostbeginn nach Monaten (n = 194, fehlend = 10); „Ab welchem Monat hat ihr Baby zum ersten Mal etwas anderes als Muttermilch oder Säuglingsmilchnahrung probiert? Ausnahme: Wasser und ungesüßter (Baby-)Tee“	151
Abbildung 7.12	Aspekte der Mahlzeitenausgestaltung	152
Abbildung 7.13	Mediennutzung während der Säuglingsmahlzeiten	152
Abbildung 7.14	Häusliche Mahlzeitenorte	153
Abbildung 7.15	Responsive Mahlzeitenpraktiken beim Übergang von der Bei- zur Familienkost	154
Abbildung 7.16	Nicht-responsive Mahlzeitenpraktiken beim Übergang von der Bei- zur Familienkost	155
Abbildung 7.17	Lebensmittel und Erziehung	155
Abbildung 7.18	Gegenüberstellung des Beikostbeginns stratifiziert nach Schulabschluss der Eltern (n = 193; fehlende Werte = 11); p-Wert < 0,001	159
Abbildung 7.19	Gegenüberstellung des Beikostbeginns stratifiziert nach finanzieller Situation der Eltern (n = 194; fehlende Werte = 11); p-Wert = 0,053	159

Tabelle 2.1	Responsive und nicht-responsive Praktiken: Geburt bis Ende 4. Lebensmonat	45
Tabelle 2.2	Responsive und nicht-responsive Praktiken: 5. bis Ende 6. Lebensmonat	46
Tabelle 2.3	Responsive und nicht-responsive Praktiken: 7. bis Ende 9. Lebensmonat	47
Tabelle 2.4	Responsive und nicht-responsive Praktiken: 10. bis Ende 12. Lebensmonat	49
Tabelle 4.1	Übersicht der Zeitpunkte der Beikosteinführung	97
Tabelle 6.1	Übersicht Teilnahmezeitraum Arztpraxen und einzelne Rücklaufraten	133
Tabelle 6.2	Gegenüberstellung der Empfehlungen zum Lebensmittelverzehr im Säuglings- und Kleinkindalter nach Häufigkeiten	135
Tabelle 6.3	Abgeleitete Empfehlungen und zugeordnete Punktwerte	136
Tabelle 7.1	Soziodemografische Angaben der Eltern und Haushaltscharakteristika	139
Tabelle 7.2	Geburtscharakteristika und Angaben zum Kind	140
Tabelle 7.3	Ernährungswissen	145
Tabelle 7.4	Familiärer Lebensmittelverzehr von Säuglingen nach abgeleiteten Empfehlungen (n = 173)	156
Tabelle 7.5	Familiärer Lebensmittelverzehr von Säuglingen nach abgeleiteten Empfehlungen und stratifiziert nach Bildungsabschluss der Eltern (n = 173)	157
Tabelle 7.6	Familiärer Lebensmittelverzehr von Säuglingen nach abgeleiteten Empfehlungen und finanzieller Situation der Eltern (n = 173)	158
Tabelle 7.7	Informationsquellen stratifiziert nach Bildungsabschluss der Eltern (n = 204); „Wo holen sie sich Tipps rund um die Beikost und das Familienessen?“	160
Tabelle 7.8	Informationsquellen stratifiziert nach finanzieller Situation der Eltern (n = 204); „Wo holen sie sich Tipps rund um die Beikost und das Familienessen?“	160
Tabelle 8.1	Gegenüberstellung des Erreichens der Verzehrempfehlungen von Gemüse und Obst im Rahmen des Übergangs Beikost-Familienessen und der Kleinkindernährung	176

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
BLE	Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMEL	Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMI	Body-Mass-Index
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
BZfE	Bundeszentrum für Ernährung
DGE	Deutsche Gesellschaft für Ernährung
EPHNA	European Public Health Nutrition Alliance
GBA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
KI	Konfidenzintervall
RKI	Robert Koch-Institut
SD	Standardabweichung
WHO	World Health Organisation

Kapitel 1

Einleitung

1.1 Heranführung an das Thema

In Anbetracht der persistierenden hohen Prävalenz für Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland muss diesem Thema nach wie vor große Aufmerksamkeit geschenkt werden. Nach dem aktuellen Kinder- und Jugendgesundheitsurvey haben bereits 15,4 % der Kinder und Jugendlichen im Alter von drei bis 17 Jahren Übergewicht und knapp 6 % Adipositas entwickelt (vgl. Schienkiewitz et al. 2018). Auffallend ist, dass bereits in der Altersklasse der drei- bis sechsjährigen Übergewicht bei 10,8 % der Mädchen und 7,3 % der Jungen vorkommt. Von Adipositas betroffen sind 3,2 % der Mädchen und 1 % der Jungen dieser Altersklasse. Da Übergewicht und besonders Adipositas in der Kindheit mit einer Reihe von chronischen Krankheiten, wie Diabetes Mellitus Typ 2, Bluthochdruck und Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Erwachsenenalter assoziiert sind (vgl. Llewellyn et al. 2016), hat dies massive Auswirkungen auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Betroffenen und stellt Deutschland zugleich gesundheits- und sozialpolitisch vor große finanzielle und ethische Herausforderungen (vgl. Gwozdz 2014; vgl. Reisch und Gwozdz 2011).

Als eine wesentliche Hauptursache für das Auftreten von Übergewicht und Adipositas wird eine für unsere genetische Ausstattung zu hohe Energieaufnahme durch inadäquaten Nahrungsmittelverzehr angesehen (vgl. Birch und Fischer 1998). Auch der Lebensmittelverzehr von Kindern und Jugendlichen in Deutschland ist fern von optimal. So nehmen nur 14 % wie empfohlen fünf Mal am Tag Obst und Gemüse zu sich (vgl. Krug et al. 2018). Der überwiegende Teil der Kinder und Jugendlichen isst auch zu wenig wünschenswerte Kohlenhydratlieferanten wie Brot, Kartoffeln, Getreide und Getreideprodukte. Dagegen ist der Verzehr von Fleisch und Wurst, Süßigkeiten und Knabberartikeln zu hoch (vgl. RKI und BZgA 2008: 105). Auch wenn ernährungsmitbedingte Erkrankungen zunächst unmittelbar auf den Lebensmittelverzehr zurückzuführen sind, ist dieser jedoch nur ein Teilaspekt des menschlichen Ernährungs- bzw. Essverhaltens. Das Essverhalten umfasst neben dem Verzehr weiterhin die Nahrungsbeschaffung, die Zubereitung und die Nachbereitung von Lebensmitteln (vgl. Leonhäuser et al. 2009: 20) und ist in Form von Mahlzeiten in einem sozialen Kontext eingebettet (vgl. Brombach 2011). Die daraus resultierenden Aktivitäten beeinflussen wiederum den Lebensmittelverzehr.

Für die Entwicklung eines gesunden Essverhaltens und die Vorbeugung von Übergewicht, Adipositas und weiteren ernährungsmitbedingten Erkrankungen ist das Säuglingsalter besonders relevant. Im ersten Lebensjahr findet der Übergang von der ausschließlichen Milchernaehrung hin zur Familienkost statt, die mit wenigen Ausnahmen ab dem zweiten Lebensjahr empfohlen wird (vgl. Alexy et al. 2008; vgl. Hilbig et al. 2012; vgl. Koletzko et al. 2013; vgl. Koletzko et al. 2016). Für die Auswahl und Darreichung von Lebensmitteln sind im ersten Lebensjahr hauptsächlich die Eltern verantwortlich. Mit

Einführung der Beikost und dem Übergang zur Familienernährung legen Eltern erstmalig auch neue Mahlzeiten- und Beköstigungspraktiken, sowohl für den Säugling als auch im Zusammenspiel mit der bisherigen Familienkonstellation, fest. Familiäre Mahlzeiten, ob getrennt oder gemeinsam eingenommen, werden eingeübt, und der Grundstein für künftige Beköstigungsroutinen und Mahlzeitenmuster gelegt. Eltern gestalten die Essumgebung ihrer Kinder aus (vgl. Scaglioni et al. 2008). Durch ihre Praktiken und den damit einhergehenden zwischenmenschlichen Interaktionen beeinflussen Eltern das Essverhalten von Säuglingen und maßgeblich die weitere Entwicklung dessen. Essverhaltensweisen und Geschmacksgewohnheiten, die sich in der frühen Kindheit etablieren, bleiben auch im späteren Leben bestehen (vgl. Ashcroft et al. 2007; vgl. Ziesmann et al. 2019). Vor diesem Hintergrund müssen junge Eltern und das Setting Familie im ersten Lebensjahr verstärkt für ernährungsbezogene Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention berücksichtigt werden. Dies hat entscheidendes Potential, die Gesundheit auf Bevölkerungsebene zu verbessern (vgl. Swanson et al. 2011).

Bedarf an effektiven ernährungsbezogenen Maßnahmen und alltagsnaher Ernährungskommunikation

Nach Loss und Leitzmann (2011) können Maßnahmen, die eine Veränderung des Ernährungsverhaltens anvisieren, in verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen unterschieden werden. Während verhaltensorientierte Maßnahmen am Verbraucher ansetzen und üblicherweise in Form von Sensibilisierungs- und Aufklärungskampagnen Wissen stärken und infolgedessen Einstellungen und Verhalten ändern wollen, stellen verhältnispräventive Maßnahmen, die strukturellen Lebens- und Arbeitsbedingungen und das Umfeld in den Vordergrund. Die Verhältnisse sollen so gestaltet sein, dass sie Gesundheitsressourcen stärken und ein gesundes Aufwachsen und Leben ermöglichen. Bei der Verhältnisprävention wird davon ausgegangen, dass Verhalten immer ein Resultat der Möglichkeiten ist, die sich einer Person bieten (vgl. Milio 1981 zitiert nach Loss und Leitzmann 2011). Hat ein Mensch beispielsweise keinen Zugang zu sicheren und adäquaten Lebensmitteln, ist eine gesunde Ernährung grundsätzlich nicht möglich. Dies gilt unabhängig davon, wie viel Wissen, Kompetenzen und Motivation dieser Mensch mitbringt, sich bedarfsgerecht und ausgewogen ernähren zu können und zu wollen. In Deutschland wie auch in anderen einkommensstarken Ländern ist der Zugang zu sicheren und adäquaten Lebensmitteln durchaus gewährleistet. Allerdings begünstigen bestehende Verhältnisse eine Über- und Fehlernährung (vgl. Drewnowski und Darmon 2005; vgl. Reisch und Gwozdz 2011). In diesem Zusammenhang wird häufig von „obesogenic environments“ gesprochen (vgl. Ogilvie und Hamlet 2005; vgl. Swinburn und Egger 2004). Demnach muss neben einer Verhaltensaufklärung zur Wahl einer gesunden Ernährung auch die Option und Motivation gegeben werden diese Wahl umzusetzen (vgl. Gittelsohn und Lee 2013). Nicht immer können verhältnis- von verhaltenspräventiven Maßnahmen klar voneinander abgegrenzt werden, da eine Veränderung der Verhältnisse oft auch eine individuelle Verhaltensänderung anvisiert (vgl. Loss und Leitzmann 2011). Da Verhalten ein Produkt individueller Verhaltensweisen und der Verhältnisse ist, müssen auch gesundheitsfördernde und primärpräventive Maßnahmen zur Förderung einer gesunden Ernährung auf eine Änderung des Verhaltens als auch der Verhältnisse abzielen.

Verhältnispräventive Maßnahmen sind am besten in in sich abgeschlossenen, organisatorischen und räumlichen Lebenswelten, wie dem Kindergarten, der Schule, dem Betrieb als auch der Kommune möglich, weshalb ein Hauptfokus von gesetzlich gesteuerten Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Primärprävention auf diese, sogenannten „Settings“ gelegt wird (vgl. GKV–Spitzenverband 2018). Nach dem Setting- bzw. Lebensweltenansatz der WHO sollen die Lebensbedingungen von Menschen gesundheitsgerecht gestaltet werden und somit eine Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit sein (vgl. WHO 1986). In Settings können Menschen unabhängig von ihrer sozialen Lage erreicht werden (vgl. Kuhn und Bolte 2015: 72). Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten zielen darauf ab, unter möglichst direkter und kontinuierlicher Beteiligung (Partizipation) der darin lebenden Menschen einen Prozess geplanter organisatorischer Veränderungen anzuregen und zu unterstützen (vgl. GKV-Spitzenverband 2018: 22). Damit einhergehend wird auch auf die Stärkung von individuellen und gemeinschaftlichen Fähigkeiten und Ressourcen der Menschen (Empowerment) zur aktiven Mitgestaltung abgezielt (vgl. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit 2017: 15), um sie zu einem eigenverantwortlichen gesundheitsförderlichen Verhalten zu motivieren und zu befähigen (vgl. GKV-Spitzenverband 2018: 22).

Maßnahmen zur Förderung eines gesunden Essverhaltens, die auf das Setting Familie im ersten Lebensjahr abzielen, können am geeignetsten über bereits bestehende Strukturen, mit denen werdende und junge Eltern in Kontakt kommen, befördert werden. Wichtige Ansprechpartner sind Frauenärzte, das Krankenhauspersonal auf Entbindungs- und Wochenbettstationen, Hebammen und Kinderärzte als auch kommunale und freie Angebote wie Willkommensbesuche, Eltern-Cafés, Familienzentren und Präventionsangebote der Krankenkassen. Auch gibt es weiterführende kommunale Unterstützungsstrukturen im Rahmen der Frühen Hilfen für Familien in belasteten Lebenslagen. Dazu gehören beispielsweise Familienhebammen, Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenschwesterinnen und -pfleger¹ und die sozialpädagogische Familienhilfe. In vielen dieser Maßnahmen ist die Ernährungskommunikation relevant, denn häufig unterstützen Multiplikatoren durch Sensibilisierung, Aufklärung und Beratung bzw. auch durch Weitergabe geeigneter Informationsmaterialien junge Eltern bei der Umsetzung einer gesundheitsfördernden Essumgebung. Teilweise ist zusätzlich, insbesondere durch aufsuchende Hilfen auch anleitende und begleitende Unterstützung möglich. Junge Eltern sind eine vulnerable Zielgruppe. Nach der Geburt ist für sie vieles neu und Unterstützung ist in vielen Bereichen nötig und wichtig. Für Fachkräfte ist Ernährung dabei meist nur ein wichtiges Thema von vielen (vgl. Marx et al. 2018).

Während informationsbasierte Maßnahmen, die auf eine Veränderung des Ernährungsverhaltens bei Menschen abzielen, die bereits körperliche Risikofaktoren aufweisen oder erkrankt sind, durchaus moderate Erfolge verzeichnen (vgl. Browne et al. 2019; vgl. Greaves et al. 2011; Jenkins et al. 2017; Lin et al. 2014), bleibt die Effektivität solcher Maßnahmen im Bereich der Primärprävention und Gesundheitsförderung bisherig überschaubar gering (vgl. Alberta Health Service 2018; vgl. Capacci et al. 2012; vgl. Gwozdz 2014; vgl. Hodder et al. 2020). Häufig mangelt es in Maßnahmen auch an Evidenz zur Effektivität (vgl. Alberta Health Service 2018; vgl. Browne et al. 2019; vgl. Capacci et al. 2012). Aus

¹ Je nach Region auch bekannt als Familienkinderkrankenschwester.

Studien geht regelmäßig hervor, dass Maßnahmen die Kontext- und Rahmenbedingungen des Familienlebens sowie die Ausgestaltung des Essalltags mitberücksichtigen müssen, um erfolgreich zu sein (vgl. André 2012: 361-369; vgl. Cameron et al. 2014; vgl. Kime 2008; vgl. Meier-Gräwe 2010). Dies gilt auch für die im Rahmen der Ernährungskommunikation angestrebte Vermittlung von Ernährungsinformationen und Ernährungsempfehlungen. Ernährungsbotschaften – wie einfach sie auch formuliert sein mögen – setzen sonst nicht am Alltag der Familien an. Zwar können aufklärende, beratende und unterstützende Maßnahmen die strukturellen Rahmenbedingungen und gegebenen Lebenslagen, in denen sich Familien befinden, nicht ändern. Dennoch müssen diese familialen Kontexte berücksichtigt werden. Insbesondere die Fülle an Informationen macht es notwendig den Informationstransfer zu schärfen und zu prüfen, welche Aspekte im ersten Lebensjahr prioritär Eltern erreichen sollten und motivieren können. Um die „Binnenlogiken“ des Alltags und familiale Kontextbedingungen angemessen berücksichtigen zu können sind Bedarfsanalysen in jungen Familien nötig (vgl. Meier-Gräwe 2010). Wie schon Leonhäuser et al. (2009: 29) in ihrer Arbeit betont haben, gibt es in Deutschland nur wenige Studien zum Essalltag und Ernährungsverhalten von Familienhaushalten. Zehn Jahre später ist dieses Forschungsfeld weiterhin kaum erschlossen.

Einen wesentlichen Kritikpunkt sieht die Autorin darin, dass auch wenn gängig vom Ernährungsverhalten gesprochen wird, die ernährungswissenschaftliche Forschung häufig ausschließlich den Lebensmittelverzehr fokussiert. Demnach thematisieren auch Maßnahmen der Ernährungskommunikation zum überwiegenden Teil Botschaften, die sich darauf beziehen, „was“ und „wie viel“ gegessen werden sollte. Gängige Interventionsziele sind beispielsweise das Steigern des Obst- und Gemüseverzehrs sowie eine Reduktion des Salz- und Fettkonsums. Nicht ohne Grund steht der Lebensmittelverzehr im Fokus des gesellschaftspolitischen Interesses. Denn wie bereits eingangs verdeutlicht, sind vielfach kausale Zusammenhänge eines ungünstigen Lebensmittelverzehrs auf die Entstehung von Übergewicht und Adipositas und ernährungsmitbedingten, degenerativen Erkrankungen bekannt. Anhand von Morbidität und Mortalität als Folgen von mit Ernährung assoziierten Erkrankungen sind die direkten und indirekten Kosten für die Gesundheits- und Sozialsysteme messbar (vgl. GBD 2017 Diet Collaborators 2019; vgl. WHO 2009a). Negative Prognosen zu Wohlstand und Zukunftsfähigkeit unserer Gesellschaft können gezogen werden.

Die Reduktion auf den Lebensmittelverzehr hat jedoch wesentliche Nachteile. Zum einen wird hauptsächlich die körperliche Gesundheit betont, dabei jedoch vernachlässigt, dass das Essverhalten auch wesentlichen Einfluss auf die soziale und seelische Gesundheit von Menschen hat. So haben gemeinsame Mahlzeiten sinnstiftende und soziale Funktionen (vgl. Brombach 2011), und beeinflussen so unser Wohlbefinden. Der Essgenuss ist ein wichtiges Element der Lebensqualität (vgl. Pudiel 2009). Ein umfassendes Verständnis von Gesundheit nach der Weltgesundheitsorganisation (WHO) (1946) betont „... ein(en) Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen“. Zum anderen wird vernachlässigt, dass die sozialen und psychischen Aspekte des Ernährungsverhaltens direkten Einfluss auf den Lebensmittelverzehr und die „körperliche“ Gesundheit haben. So haben Studien aus den vergangenen Jahren immer wieder gezeigt, dass beispielsweise die soziale Gestaltung von kindlichen Mahlzeiten ein wichtiger Aspekt ist,

der sich auf den Nahrungsmittelverzehr und die kindliche Gewichtsentwicklung auswirkt (vgl. Berge et al. 2014; vgl. Fulkerson et al. 2006; vgl. Hamilton und Hamilton Wilson 2009; vgl. Utter et al. 2017).

Für ernährungsbezogene Maßnahmen, die junge Familien adressieren, ist es demnach notwendig, die Ausgestaltung der familiären Essumgebung möglichst ganzheitlich zu betrachten und gegebene Lebenslagen der Familien zu berücksichtigen. So können möglichst viele Faktoren, die den Essalltag und deren Beköstigungsaktivitäten beeinflussen, identifiziert werden. Setzen Empfehlungen und Informationen am bestehenden Essalltag und den Ressourcen der Familien an, werden sie alltagsnah. Alltagsnahe Botschaften erhöhen Motivation und Umsetzungsfähigkeit. Dem geht voraus, dass zunächst ein umfassendes Verständnis benötigt wird, wie junge Eltern die familiäre Essumgebung organisieren und ausgestalten. Aus dieser Überlegung ergibt sich die Fragestellung dieser Arbeit.

1.2 Zielstellung und methodologische Herangehensweise

Über die Ausgestaltung der familiären Essumgebung im ersten Lebensjahr ist nur wenig bekannt. Diese steht im Forschungsinteresse der vorliegenden Arbeit. Es findet eine umfassende Betrachtung der familiären Essumgebung im ersten Lebensjahr statt, insbesondere in Bezug auf die Mahlzeiten- und Fütterungspraktiken von Eltern mit Säuglingen. Ziel ist es, Bedarfe und alltagsnahe Ansätze zur Ausgestaltung einer gesunden familiären Essumgebung im ersten Lebensjahr zu identifizieren. Daraus werden Ableitungen für die Ernährungskommunikation von gesundheitsfördernden und primärpräventiven Maßnahmen gezogen. Zusammengefasst wird also untersucht: „Welche Bedarfe und Ansätze zur Ausgestaltung einer gesundheitsfördernden Essumgebung sollten im ersten Lebensjahr im Rahmen der Ernährungskommunikation aufgegriffen werden?“

Zunächst werden Einflussfaktoren auf die Entwicklung des kindlichen Essverhaltens betrachtet. Hierfür werden elterliche und familiäre Einflussfaktoren auf den kindlichen Lebensmittelverzehr und auf die Entstehung von Übergewicht und Adipositas aus der Literatur zusammengetragen. Mit Hilfe dieser Einflussfaktoren wird die familiäre Essumgebung im ersten Lebensjahr definiert. Weitere Aspekte, die die Entwicklung des Essverhaltens beeinflussen umfassen die Geschmacksentwicklung und die Entwicklung von Essfertigkeiten im ersten Lebensjahr. Anschließend werden Empfehlungen zur Säuglingsernährung sowie das Konzept der „Responsiven Ernährung“ vorgestellt. Ernährungspraktiken von Eltern werden vor dem Hintergrund der Responsivität und der Gesundheitsförderlichkeit für den Kontext der familiären Essumgebung und unter Berücksichtigung des Säuglingsalters zusammengetragen und abgeleitet. Diese Übersicht dient als Grundlage, um die im empirischen Teil erhobenen elterlichen Praktiken einschätzen und bewerten zu können.

Um die Forschungsfrage umfassend zu betrachten wurde ein sequentieller Mixed-Method-Ansatz angewendet (vgl. Roch 2017: 96). Zunächst wurde eine qualitative Studie mit 15 Familien durchgeführt, um sich dem Themenfeld der familiären Essumgebung im ersten Lebensjahr zu nähern. Im Vordergrund steht eine detaillierte Darstellung von elterlichen Mahlzeiten- und Fütterungspraktiken und welchen

Zwängen, Sinnsetzungen und Motivationen diesen zugrunde liegen. Dabei konnten Familienkonstellationen, gegebenen Lebenslagen und soziodemografische Aspekte berücksichtigt werden. Da es einen Zusammenhang von Benachteiligung und ungünstigem Essverhalten gibt (siehe Kapitel 2.1) und zudem bekannt ist, dass Menschen in benachteiligten Lebenslagen weniger häufig durch Angebote der Primärprävention erreicht werden (vgl. Jordan und von der Lippe 2013), wurde bei der Auswahl der Studienteilnehmenden ein Schwerpunkt auf Eltern in benachteiligten Lebenslagen gelegt.

An diese explorative Untersuchung schließt sich eine quantitative Vertiefung an. Dabei wurden die Ergebnisse der qualitativen Studie für die Planung und Durchführung der quantitativen Studie berücksichtigt. In einem quantitativen Studiendesign ($n = 204$) wurde untersucht, mit welchen Häufigkeiten elterliche Einstellungen und Praktiken vorkommen, zu welchen Ernährungsthemen junge Eltern sensibilisiert sind, welche Ernährungsprobleme bei Säuglingen auftreten und woher Eltern Informationen zur Bei- und Familienkost beziehen. Unter den Ernährungspraktiken wurde insbesondere untersucht, inwiefern Empfehlungen zum Lebensmittelverzehr von Säuglingen und zur Beikost Einführung erreicht werden. Durch die höheren Fallzahlen kann besser abgeleitet werden, wie hoch die Relevanz, der aus der qualitativen Studie eruierten Themen, ist. Ferner wurde untersucht, inwiefern Zusammenhänge von Verzehrsempfehlungen, Beikost Einführung und der elterlichen Informationsbeschaffung nach Bildungsabschluss und finanzieller Lage von Eltern vorhanden sind.

Beide Studien werden zunächst eigenständig dargestellt und diskutiert. Die Ausgestaltung der familiären Essumgebung mit den darin stattfindenden Mahlzeiten- und Fütterungspraktiken von Eltern wird vor dem Hintergrund der Responsivität bzw. Gesundheitsförderlichkeit gegenüber dem Säugling diskutiert. Bei der Auswertung der quantitativen Studie wird im Sinne der Komplementarität (vgl. Roch 2017: 104) bereits Bezug zu relevanten Erkenntnissen aus der qualitativen Studie genommen. Als Schlussbetrachtung werden die wesentlichen Erkenntnisse beider Studien aus dem besonderen Blickwinkel der gesundheitsfördernden und primärpräventiven Ernährungskommunikation zusammengeführt. Anforderungen und inhaltliche Schwerpunkte werden für die Ernährungskommunikation im ersten Lebensjahr abgeleitet.

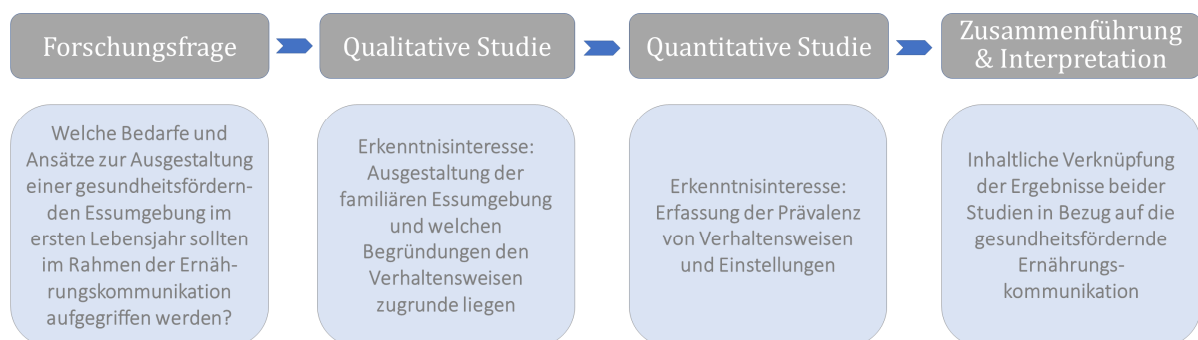


Abbildung 1.1 Sequenzielles Mixed-Method-Vorgehen der Studie

1.3 Wissenschaftliche Verortung

In der vorliegenden Arbeit werden unterschiedliche theoretische Forschungsdisziplinen miteinander verbunden. Aus der Perspektive der epidemiologischen Ernährungswissenschaft und Public Health Nutrition kommt ein ungünstiges Essverhalten und eine hohe Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei Kindern den Ausgangspunkt der Überlegungen. Damit einhergehend resultiert als übergeordnetes gesellschaftspolitisches Ziel „gesunde Ernährung“ zu fördern und ernährungsmitbedingte Erkrankungen primärpräventiv vorzubeugen. Als eine wichtige Zielgruppe werden Eltern mit Säuglingen identifiziert, denn diese beeinflussen maßgeblich das Essverhalten und die weitere Entwicklung des Essverhaltens ihrer Kinder.

Im Sinne des Public Health Action Cycle müssen Strategien und Maßnahmen erarbeitet werden, die bei der Zielgruppe ein Ändern im Handeln bewirken. Wirkungsvolle Maßnahmen benötigen eine wirkorientierte Planung (vgl. Kurz und Kubeck 2015: 11-17). Hierfür ist es relevant Einflussfaktoren auf das Zielverhalten zu berücksichtigen. Um der Komplexität von Handeln gerecht zu werden wird eine familien- und haushaltsorientierte Perspektive auf das Essverhalten zugrunde gelegt (siehe Kapitel 2.2). Durch einen qualitativen lebensweltbezogenen Ansatz können Begründungen für Verhaltensweisen aufgezeigt werden. Diese können bei der Umsetzung von Maßnahmen und in der Kommunikation mit der Zielgruppe berücksichtigt werden, um Verhaltensänderung zu befördern. Zur Planung wirkorientierter Maßnahmen ist beispielsweise interessant *was* (Themen, Botschaften, Inhalte), *wodurch* (Kommunikationskanäle und Art der Sensibilisierung/ Aufklärung: Gespräch, Flyer, Bild) und *wie* adressiert werden muss (inhaltliche Ansprache der Zielgruppe: Aufbereitung der Themen, audio/visuelle Wiedergabe, Verständlichkeit, praktische Anleitung). Diese Arbeit unterstützt die Phase der Strategie- und Maßnahmenplanung. Ernährungskommunikation kann hierbei als Werkzeug von Maßnahmen betrachtet werden, als auch gezielt selbst als Maßnahme eingesetzt werden. Nicht Gegenstand dieser Arbeit sind die pädagogische Aufbereitung und didaktische Vermittlung von als relevant identifizierten Themen für die Zielgruppe.

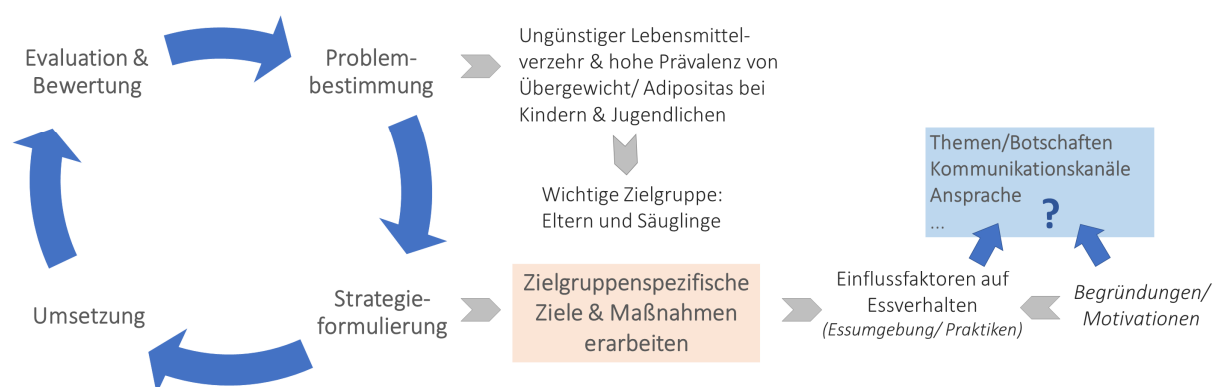


Abbildung 1.2 Public Health Action Cycle mit Fokussierung auf zielgruppenspezifische Strategien

Kapitel 2

Forschungsgegenstand und theoretischer Hintergrund

In diesem Kapitel wird die Entwicklung des Essverhaltens im Säuglingsalter thematisiert und abgeleitet, wie Eltern durch Ausgestaltung der familiären Essumgebung Säuglinge bei der Entwicklung eines gesundheitsfördernden Essverhaltens unterstützen können. Zunächst wird im Kapitel 2.1 „Elterliche und familiäre Einflussfaktoren auf das kindliche Essverhalten“ betrachtet wie Eltern den kindlichen Lebensmittelverzehr und die Entwicklung von Übergewicht und Adipositas beeinflussen. Anschließend werden Einflussfaktoren von Eltern als Modell der familiären Essumgebung zusammengetragen (Kapitel 2.2). In den darauffolgenden Kapiteln 2.3 bis 2.5 wird auf die Entwicklung des Essverhaltens von Kindern mit speziellem Fokus auf das erste Lebensjahr eingegangen. Insbesondere werden Einflüsse auf die Geschmacksprägung (Kapitel 2.3), die Entwicklung von Essfertigkeiten (Kapitel 2.4), die aktuellen Empfehlungen zur Säuglingsernährung (Kapitel 2.5) sowie das Konzept des „Responsive Feeding“ und die Essbeziehung zwischen Eltern und Kind (Kapitel 2.3) vorgestellt. Das Konzept der responsiven Ernährung wird anschließend unter Berücksichtigung von Essfertigkeiten und Empfehlungen zur Säuglingsernährung für das erste Lebensjahr weiter ausdifferenziert und auf den Kontext der familiären Essumgebung im ersten Lebensjahr erweitert. Dies bildet die Grundlage für die methodische Herangehensweise und um anschließend elterliche Praktiken zu bewerten und Bedarfe abzuleiten.

2.1 Elterliche und familiäre Einflussfaktoren auf das kindliche Essverhalten

Das Essverhalten von Kindern wird neben angeborenen und physiologischen (vgl. Ellroth 2009) auch von sozio-kulturellen Faktoren beeinflusst (vgl. Barlösius 2010, vgl. Brombach 2011, vgl. Leonhäuser et al. 2009: 21). Unter den sozio-kulturellen¹ Faktoren wirken vor allem die Familie und die Eltern

¹ Essen und Trinken werden als sozial vermittelte Handlungen in Familien, Haushalten und durch Eltern beschrieben (vgl. Brombach 2011; vgl. Leonhäuser et al. 2009: 21). Die Produktion von Nahrung und die Überführung in Speisen findet typischerweise in Küchen statt. „Durch die zielgerichtete Bearbeitung und Zubereitung der Nahrung wird diese von einem Natur- in einen Kulturzustand überführt.“ (Brombach 2011). Kochen hat personale, soziale und damit kulturelle Bezüge (vgl. Brombach 2005). Auch die Unterscheidung von essbar und nicht essbar ist soziokulturell bestimmt (vgl. Bartsch 2008). Die Küche ist ein kulturelles Regelwerk und stets in soziale Kontexte eingebunden (vgl. Barlösius 2015: 135). Eltern als Verantwortliche der Nahrungsbeschaffung, Zubereitung und Darreichung von Speisen können demnach gegenüber ihren Kindern als soziokulturelle Faktoren betrachtet werden.

entscheidend bei der Prägung des Essverhaltens von Kindern mit (vgl. Schmidt 2009: 78). Der Essalltag² von Säuglingen findet in Deutschland fast ausschließlich in der Familie statt³ und wird durch Eltern sowohl häuslich als auch außerhäuslich organisiert. Der Essalltag bezeichnet die räumliche, personelle, zeitliche und soziale Gestaltung der Mahlzeiten als auch die damit zusammenhängenden Beköstigungsaktivitäten⁴ (vgl. Leonhäuser et al. 2009: 40f; Meier-Gräwe 2010: 215). Eltern beeinflussen das kindliche Essverhalten durch ihr eigenes Essverhalten (vgl. Birch und Fischer 1998; vgl. Scaglioni et al. 2008) und durch Ernährungspraktiken gegenüber ihren Kindern (vgl. Rhee 2008; vgl. Scaglioni et al. 2008). Das Essverhalten von Eltern und ihre Ernährungspraktiken gegenüber Kindern können sowohl ungerichtet sein als auch bewusst das Ziel verfolgen Essverhaltensweisen des Kindes zu Formen (vgl. Rhee 2008).

In diesem Kapitel geht es darum wie Eltern den Lebensmittelverzehr von Kindern und die Entwicklung von Übergewicht und Adipositas beeinflussen. Im Fokus der zusammengetragenen Literatur stehen dabei Studien, bei denen es um den mit Übergewicht und Adipositas assoziierten Lebensmittelverzehr von Kindern geht. Studien, die den Lebensmittelverzehr zur generellen Förderung der Nährstoff- und Energieaufnahme adressieren, um Mangelernährung zu vermeiden, werden nicht berücksichtigt. Demnach werden hauptsächlich Studien aus einkommensstarken Ländern angeführt, in denen ein struktureller Zugang zu sicheren und adäquaten Lebensmitteln grundsätzlich vorausgesetzt werden kann. Der überwiegende Teil der in diesem Kapitel betrachteten Literatur kommt aus Nordamerika, Europa und Australien.

Elterlicher Lebensmittelverzehr und Vorbildfunktion

In der Familie findet die Primärsozialisation in der Ernährung statt (vgl. Reitmeier 2013: 129). Mit fortschreitender körperlicher und kognitiver Entwicklung nehmen Säuglinge und Kinder im Laufe der ersten Lebensjahre mehr und mehr die Handlungsmuster von Eltern und Geschwistern wahr und ahmen diese nach (vgl. Reitmeier 2014). Sie lernen, dass Mahlzeiten periodisch stattfinden, mit bestimmten Lebensmitteln und Speisen in einer bestimmten Art und Weise (vgl. Brombach 2017). Sich wiederholende Handlungen verfestigen sich und werden zu habitualisierten Tätigkeiten (vgl. Berger und Luckmann 2010: 56f). So erfahren Säuglinge und Kinder durch die Denk- und Handlungsmuster von Eltern eine strukturierende Prägung (vgl. Reitmeier 2014). Die Eltern wiederum orientieren sich dabei u.a. an ihre eigenen familialen Erfahrungen, Gewohnheiten und kulturellen Regeln als Resultat ihrer eigenen Ernährungssozialisation (vgl. Brombach et al. 2014; vgl. Brombach 2017; vgl. Leonhäuser et al. 2009: 113-124).

² bzw. die Ernährungsversorgung ist elementarer Bestandteil häuslicher Handlung, der zur Sicherstellung regenerativer Grundfunktionen aller Familienmitglieder unabdingbar ist. (vgl. Von Schweitzer 1991: 137 zitiert nach Leonhäuser et al. 2009: 38).

³ Im Jahr 2016 lag der außerfamiliäre Betreuungsbedarf von unter Einjährigen in der Kindertagesbetreuung und Kindertagespflege bei 2,5 % (vgl. BMFSFJ 2017a: 5).

⁴ Unter Beköstigung werden nach Leonhäuser et al. (2009: 40f) „... Aktivitäten der Informationsbeschaffung, Organisation und Planung von Mahlzeiten, des Einkaufs und der Vorratshaltung sowie der Zu- und Nachbereitung von Mahlzeiten verstanden ...“

Das elterliche Essverhalten hat demnach eine Vorbildfunktion für Kinder, denn Beobachtungs- und Nachahmungslernen ist das wichtigste Lernprinzip im Kindesalter (vgl. Ellroth 2009; vgl. Schmidt 2009: 81). Kinder wollen essen, was sie bei ihren Eltern auf den Tellern sehen, gleichzeitig ahmen sie Eltern in Gestik und Mimik nach (vgl. Schmidt 2009: 81). Eltern prägen durch ihre eigenen Vorlieben den Lebensmittelverzehr von Kindern. Die Lebensmittel und Speisen die Eltern (gerne) essen sind auch eher für die Kinder zu Hause und zu den Mahlzeiten verfügbar (vgl. Olivera 1992). Dadurch bekommen Kinder die wiederholte Möglichkeit diese Lebensmittel auch öfter auszuprobieren. Durch wiederholten Kontakt gewöhnen sich Kinder an den Geschmack von Speisen und bilden diesen gegenüber Akzeptanzen und Vorlieben aus, die wiederum mit einem höheren Verzehr der Speisen einhergehen⁵ (vgl. Anzman-Frasca et al. 2012; vgl. Ellroth 2007; vgl. Maier et al. 2007; vgl. Wardle et al. 2003).

So gibt es eindeutige Zusammenhänge zwischen den elterlichen und kindlichen Lebensmittelverzehr (vgl. Brown und Ogden 2004; vgl. Pearson et al. 2009; vgl. Olivera et al. 1992; vgl. Rasmussen et al. 2006; vgl. Robinson et al. 2007; vgl. Van der Horst et al. 2007a), zwischen dem Modellverhalten von Eltern auf den Lebensmittelverzehr von Kindern (vgl. Draxton et al. 2014; vgl. Pearson et al. 2009) sowie zwischen elterlichen und kindlichen Lebensmittelpräferenzen (vgl. Birch 1980). Zusammenhänge gibt es z.B. im Verzehr von Obst und Gemüse, im Fettverzehr, im Snackkonsum sowie im Verzehr von gesüßten Getränken auch bereits im Säuglingsalter. Ähnlichkeiten im Lebensmittelverzehr von Eltern und Kinder sind stärker, je häufiger Mahlzeiten zu Hause oder in der Familie eingenommen werden (vgl. Olivera et al. 1992; vgl. Vauthier et al. 1996; vgl. Vepsäläinen et al. 2018). Auch scheint der mütterliche Lebensmittelverzehr stärker als der väterliche mit dem kindlichen Lebensmittelverzehr assoziiert zu sein (vgl. Beydoun und Wang 2009; vgl. Borah-Giddens und Falciglia 1993; vgl. Vepsäläinen et al. 2018).

Zeitliche Mahlzeitenstruktur und Mahlzeitenhäufigkeit

Eltern legen die Mahlzeitenstruktur und somit die zeitliche Verankerung von Mahlzeiten im Tagesverlauf fest. Durch die zeitliche Mahlzeitenstruktur wird vorgegeben wie häufig und welche Mahlzeiten am Tag im Rahmen der Familie bereitgestellt werden und wann diese stattfinden. Mahlzeiten können durch Eltern beispielsweise vorgeplant werden oder eher spontan erfolgen. Inwiefern Mahlzeiten geplant und zeitlich strukturiert werden wirkt sich auf den Lebensmittelverzehr aus (vgl. Boutelle et al. 2003; vgl. Hanson et al. 2019; vgl. Wyse et al. 2011). So beschreibt Boutelle et al. (2003), dass vorgeplante Mahlzeiten in Familien mit einem höheren Obst- und Gemüseverzehr einhergehen. Auch wenn Kinder nur zu vorab von Eltern fest gesetzten Mahlzeiten essen, ist dies mit einem erhöhten kindlichen Verzehr von Obst und Gemüse assoziiert (vgl. Wyse et al. 2011). Finanne et al. (2017) beschreibt zudem, dass Kinder mehr Spaß am Essen haben und weniger anfällig sind ihren Lebensmittelverzehr emotional⁶ einzuschränken, wenn die zeitliche Mahlzeitenstruktur durch Eltern vorgegeben wird. In Familien, die weniger häufig Mahlzeiten im Voraus planen, finden auch weniger häufig familiäre Mahlzeiten statt (vgl. Fruh et al. 2013). Dabei ist ebenfalls bekannt, dass sich Kinder und Jugendliche qualitativ hochwertiger ernähren, je häufiger Mahlzeiten in der Familie bzw. zu Hause bereitgestellt werden (vgl. Crombie 2009;

⁵ Siehe: „Mere-Exposure-Effekt“ Kapitel 2.3

⁶ Gefühlslagen in der Studie von Finanne et al. (2017) umfassen aufgebracht, verärgert, müde und fröhlich.

vgl. Swanson et al. 2011). Insbesondere das Frühstück und Abendbrot zu Hause steht bei Kindern und Jugendlichen im Zusammenhang mit höherer kognitiver Leistungsfähigkeit (vgl. Adolphus et al. 2013; vgl. Adolphus et al. 2016). So können sich beispielsweise Kinder, die gefrühstückt haben, besser in der Schule konzentrieren und erinnern.

Studien zeigen auch, dass das Risiko für Adipositas sinkt je häufiger Kinder und Jugendliche täglich Mahlzeiten verzehren (vgl. Toschke et al. 2009, vgl. Koletzko und Toschke 2010). Werden Mahlzeiten ausgelassen, insbesondere das Frühstück, geht dies mit einem erhöhten Risiko für kindliche Adipositas einher (vgl. Kehski-Rakonen et al. 2003, vgl. Koletzko und Toschke 2010). Dabei wird aus der Studienlage nicht eindeutig ersichtlich, ob es sich hierbei um Frühstück im generellen handelt oder sich speziell auf Frühstück im sozialen Kontext der Familie bezieht.

Mahlzeitenorte

Mahlzeitenorte beeinflussen das zu den Mahlzeiten dazugehörige „Set up“ und die damit eingehende Auswahl von Speisen. Dazu gehören beispielsweise, inwiefern ein Tisch gedeckt wird, Geschirr und Besteck genutzt wird, die einzelnen Lebensmittel zur Auswahl zur Verfügung gestellt oder bereits auf Tellern angerichtet serviert werden. Demnach steht nahe, dass ‚wo‘ das Essen häuslich (am Küchentisch, im Wohnzimmer, vor dem Fernseher etc.) oder auch außerhäuslich (Restaurant, Imbiss, Picknick etc.) stattfindet die Qualität, der zu den Mahlzeiten bereitgestellten Speisen, und den kindlichen Lebensmittelverzehr beeinflussen kann. Beispielweise zeigt Kasper et al. (2019), dass familiäre Mahlzeiten, die am Esstisch stattfinden ernährungsphysiologisch hochwertiger sind im Vergleich zu Mahlzeiten, die nicht am Esstisch stattfinden. In einer schottischen Studie ernährten sich Kleinkinder qualitativ schlechter, wenn sie weniger häufig an einer „ordentlichen Tischmahlzeit“ („proper sit down meal“) teilnahmen (vgl. Swanson et al. 2011). Auch Essprobleme treten bei Kindern häufiger auf, wenn die durch Mütter bereitgestellten häuslichen Mahlzeiten unorganisiert sind und nicht am Tisch stattfinden (vgl. Cooper 2004). Ein strukturiertes Mahlzeitensetting, bei dem Kinder am Tisch sitzen und nicht mit dem Essen herumlaufen (vgl. Jansen et al. 2016) geht einher damit, dass Kinder beim Verzehr von Speisen weniger wählerisch sind und ihre Mahlzeiten mehr genießen (vgl. Finanne et al. 2017). Kinder verzehren mehr ungünstige Lebensmittel wie gesüßte Getränke, süße und herzhafte Snacks und trinken weniger Wasser, wenn Familien mindestens einmal in der Woche im Restaurant⁷ essen im Vergleich zu Familien, die Restaurants weniger häufig besuchen (vgl. Ayala et al. 2008).

An welchen Orten, also „wo“ Mahlzeiten stattfinden, beeinflusst die Art der Zubereitung und die Zuständigkeit für die Zubereitung (vgl. Brombach 2001). Mahlzeitenzuständigkeit und -zubereitung spielen eine Rolle für den kindlichen Lebensmittelverzehr und Gewichtsstatus. Nehmen Kinder häufiger ihre Mahlzeiten bei Nachbarn, Freunde oder Verwandten ein, steigt die Wahrscheinlichkeit gesüßte Getränke zu verzehren (vgl. Ayala et al. 2008). Fulkerson et al. (2011) konnte zeigen, dass wenn Speisen für das häusliche Familienabendessen mindestens einmal die Woche außerhäuslich erworben werden,

⁷ Unter Restaurant werden Fast-Food-Restaurants, Restaurants, in denen man bedient wird, als auch Buffet-Restaurants zusammengefasst.

die Wahrscheinlichkeit für Jugendliche übergewichtig oder adipös zu sein eineinhalb Mal bis doppelt so hoch ist als in Familien, die diese Möglichkeiten nicht nutzen. Dabei steigt Risiko für Übergewicht und Adipositas unabhängig davon, wo die verzehrfertigen Speisen außerhäuslich erworben werden, z.B. in (Fast Food) Restaurants, durch den Lieferservice oder von unterwegs mitgenommen.

Mahlzeitenausgestaltung

Die Mahlzeitenausgestaltung umfasst, ob und wie häufig innerhalb einer Familie gemeinsam gegessen wird als auch die generelle Mahlzeitenatmosphäre. Die Mahlzeitenatmosphäre wird beispielsweise durch persönlichen Austausch und Kommunikation der Familienmitglieder untereinander, durch Tischregeln und Tischmanieren, und durch weitere Aktivitäten, die während einer Mahlzeit stattfinden, (bspw. Medienkonsum) beeinflusst. Wie Mahlzeiten ausgestaltet sind, hat wesentlichen Einfluss auf das kindliche Essverhalten. Einzelne Aspekte werden im Folgenden näher aufgeführt.

Gemeinsame familiäre Mahlzeiten

Mahlzeiten, die zusammen in der Familie eingenommen werden, vermitteln ein Gefühl der Zusammen- und Zugehörigkeit, sie stärken den Familienzusammenhalt und schaffen Familienidentität (vgl. Brombach 2001; vgl. Brombach 2011; vgl. Horning et al. 2016). Gemeinsame Mahlzeiten bieten die Möglichkeit mit der Familie Zeit zu verbringen und sich auszutauschen (vgl. Brombach 2001). Gleichzeitig geben sie Gelegenheit zur Vorbildfunktion (vgl. Neumark-Sztainer et al. 2004). Durch die Gemeinsamkeit des Mahls wird eine zeitliche Regelmäßigkeit herbeigeführt (vgl. Simmel 1990) durch die Routinen und Rituale entstehen (vgl. Brombach 2011).

Familiäre Mahlzeiten, die regelmäßig gemeinsam stattfinden wirken sich positiv auf die körperliche, geistige und emotionale Gesundheit von Kindern und Jugendlichen aus. Kinder und Jugendliche ernähren sich qualitativ hochwertiger (vgl. Hammons und Fiese 2011; vgl. Woodruff et al. 2010; vgl. Neumark-Sztainer 2006; vgl. Fulkerson et al. 2014a), haben ein günstigeres Nährstoffprofil (vgl. Gillman et al. 2000) und leiden weniger häufig an Essstörungen (vgl. Neumark-Sztainer et al. 2004), wenn in der Familie regelmäßig gemeinsam gegessen wird. Jugendliche die häufig mit ihren Eltern gemeinsam essen fühlen sich wohler und zeigen weniger depressive Symptome und gewaltbereites Verhalten (vgl. Fulkerson et al. 2006; vgl. Utter et al. 2017). Weiterhin schützen gemeinsame Mahlzeiten im Jugendalter vor gesundheitsriskante Verhaltensweisen wie Alkohol-, Tabak- und Drogenkonsum (vgl. Fulkerson et al. 2006; vgl. Utter et al. 2017). Auch scheinen gemeinsamen Mahlzeiten vor Übergewicht und Adipositas zu schützen (vgl. Hammons und Fiese 2011; vgl. Rollins et al. 2010; vgl. Taveras et al. 2005; vgl. Vik et al. 2016), auch wenn dieser Zusammenhang nicht immer konsistent bestätigt werden konnte (vgl. Valdés et al. 2013; vgl. Würbach et al. 2009). Dabei hält der protektive Effekt von gemeinsamen Mahlzeiten auf das Körpergewicht bis in das Erwachsenenalter an. So haben junge Erwachsene, die als Jugendliche an gemeinsamen familialen Mahlzeiten teilgenommen haben auch zehn Jahre später seltener Übergewicht entwickelt im Vergleich zu jungen Erwachsenen, die als Jugendliche nicht mit ihren Eltern gemeinsam gegessen haben (vgl. Berge et al. 2015).

Insbesondere im Kleinkindalter kommt es vor, dass Kinder skeptisch gegenüber Lebensmitteln werden, zum Teil auch wenn sie diese bereits kennen (siehe Kapitel 2.2). Kleinkinder lehnen weniger häufig ihnen unbekannte Lebensmittel ab, wenn ihre Mütter gemeinsam mit ihnen essen (vgl. Harper und Sanders 1975). Dadurch können gemeinsame Mahlzeiten Lebensmittelvielfalt befördern. Kinder, die eine Vielfalt von Nahrungsmitteln kennenlernen sind offener gegenüber neuen Speisen. Die Offenheit gegenüber Lebensmitteln wiederum korreliert gleichzeitig invers mit dem Körpergewicht (vgl. Birch und Fischer 1998). Werden regelmäßig gemeinsame Mahlzeiten eingenommen steht dies mit einer positiven „Familienfunktionalität“⁸ in Verbindung, welche wiederum zu einem günstigen Lebensmittelverzehr, Wohlbefinden und Gesundheit bei Kindern beiträgt (vgl. Utter et al. 2017).

In vielen Studien wird deutlich, dass je häufiger gemeinsame familiäre Mahlzeiten stattfinden, desto empfehlungskonformer und wünschenswerter ist auch der Lebensmittelverzehr von Kindern (vgl. Gillman et al. 2000; vgl. Fulkerson et al. 2006; vgl. Neumark-Sztainer 2006; vgl. Woodruff et al. 2010). Gillman et al. (2000) konnte zeigen, dass sowohl das Lebensmittel- als auch das Nährstoffprofil von Kindern günstiger ist, je häufiger gemeinsam in der Familie Abendbrot gegessen wurde. Die Wahrscheinlichkeit für Kinder mindestens fünf Portionen Obst und Gemüse am Tag zu essen, stieg um je 45 %, wenn Kinder täglich im Vergleich zu häufig bzw. häufig im Vergleich zu nie oder selten in der Familie Abendbrot aßen.

Gemeinsame familiäre Mahlzeiten finden nicht nur zu Hause, sondern auch außerhäuslich statt. Ob und wie viele Mahlzeiten zu Hause und auch gemeinsam stattfinden, hängt wiederum von den Planungs-, Koch- und Zubereitungskompetenzen ab, sowie der zeitlichen und finanziellen Ressourcen der Familie.

Mahlzeitenatmosphäre

Die positiven Eigenschaften gemeinsamer Mahlzeiten auf die Gesundheit von Kindern, können nicht losgelöst von ihrer Struktur und sozialen Ausgestaltung der Mahlzeiten betrachtet werden. Von der Ausgestaltung hängt nicht nur ab welche Lebensmittel zu den Mahlzeiten verfügbar sind und inwiefern Eltern ihre Vorbildfunktion wahrnehmen, sondern auch die Art und Weise – also „wie“ gegessen wird. Die sozialen Kontexte in denen Mahlzeiten stattfinden und die damit verbundenen Interaktionen zwischen den einzelnen Familienmitgliedern, während der gemeinsamen oder auch nicht gemeinsamen Mahlzeiten, generieren eine Mahlzeitenatmosphäre. Hierzu gehören beispielsweise welche Tischregeln und Tischmanieren Anwendung finden, ob miteinander gesprochen wird und welcher Umgangston herrscht, wie viel Zeit für das Mahl und wieviel Zeit für Konversation zur Verfügung stehen oder ob man während der Mahlzeiten abgelenkt ist durch z.B. Medienkonsum. Verbale und non-verbale Interaktion und Kommunikation kann sowohl im Austausch mit dem Essen passieren als auch andere Haltungen und Themen umfassen.

Die positiven Auswirkungen von Frühstück und Abendessen auf die schulischen Leistungen und die Sprachentwicklung von Kindern liegen vermutlich in den Tischgesprächen gemeinsamer Mahlzeiten

⁸ Nähere Beschreibung siehe S. 22

begründet (vgl. Hamilton und Hamilton Wilson 2009). Kinder bekommen durch Konversationen am Tisch die Möglichkeit ihre Kommunikationsfähigkeiten zu üben und auszubauen (vgl. Snow und Beals 2006). Sie generieren Wissen zu am Tisch besprochenen Themen und erlernen neue Vokabeln. Gelegenheiten am Tisch werden genutzt, um Gespräche zu üben in Bezug auf die Ausdrucksweise und Nachvollziehbarkeit für andere.

Mahlzeiten transportieren Emotionen (vgl. Brombach 2001). Ist die Mahlzeitenatmosphäre angenehm und emotional positiv besetzt kann davon ausgegangen werden, dass auch die zu den Mahlzeiten verzehrten Lebensmittel mit Wohlbefinden und schönen Erfahrungen assoziiert werden. Unangenehme Erfahrungen während der Mahlzeiten könnten dagegen einen gegenteiligen Effekt hervorrufen. Eltern beeinflussen die Mahlzeitenatmosphäre häufig auch durch spezifische Esserziehungspraktiken gegenüber Kindern sowie durch ihren Erziehungsstil (siehe unten). Die generelle Mahlzeitenatmosphäre und der Umgangston zu Tisch sind wiederum eingebettet im allgemeinen Erziehungsstil der Eltern, Familien- und Kommunikationsdynamiken. Interaktionen der Eltern untereinander und zwischen Eltern und Geschwistern während gemeinsam eingenommener Mahlzeiten haben ebenso Einfluss auf das kindliche Essverhalten (vgl. Mosli et al. 2016; vgl. Thullen et al. 2016).

Die Mahlzeitenatmosphäre wirkt sich auch auf das kindliche Körpergewicht aus. So haben Berge et al. (2014) festgestellt, dass positive zwischenmenschlichen Interaktionen während gemeinsamer Mahlzeiten vor kindlichem Übergewicht und Adipositas schützt. Dabei geht es um generelle Mahlzeitendynamiken und vor allem auch um Dynamiken in Bezug auf die am Tisch verzehrten Lebensmittel. Hierzu können beispielsweise Konversationen und Handlungen zum Herumreichen von Speisen gehören oder ein Austausch über Geschmack, Zubereitung etc. Jacobs und Fiese (2007) konnten zeigen, dass Familien mit übergewichtigen Kindern, die unter Asthma leiden während gemeinsamer Mahlzeiten weniger miteinander involviert sind im Vergleich zu Familien mit Kindern, die zwar auch von Asthma betroffen, jedoch nicht übergewichtig sind. Berücksichtigt werden muss allerdings, dass das kindliche Körpergewicht bzw. die Wahrnehmung dessen wiederum Tischkonversationen beeinflussen kann. Eltern adipöser Jugendlicher berichten häufiger von Konflikten und weniger positiven Mahlzeiteninteraktionen im Vergleich zu Eltern, deren jugendliche Kinder kein Übergewicht haben (Zeller et al. 2007).

Ablenkungen

Ablenkungen während der Mahlzeiten beziehen sich typischerweise auf den Konsum von Medien durch die Nutzung elektronischer Geräte wie Fernsehen, Video, Computer, Radio und verstärkt heutzutage auch sogenannte „smart-“, „personal- oder „I-devices“ wie Smartphones und Tablets. Insbesondere Fernsehkonsum während der Mahlzeiten ist mit einem ungünstigen Lebensmittelverzehr, einer erhöhten Energieaufnahme und einer erhöhten Energieaufnahme durch ungünstige Lebensmittel bei Kindern assoziiert. So essen Kinder die häufiger während ihrer Mahlzeiten Fernsehen gucken auch häufiger energiereiche Snackprodukte, Junk-Food und gesüßte Getränke, dagegen weniger Obst und Gemüse (vgl. Avery et al. 2017; vgl. Cox et al. 2012; vgl. Liang et al. 2009; vgl. Lissner et al. 2012). Auch die Fernsehnutzung während gemeinsamer familialer Mahlzeiten wirkt sich negativ auf die Qualität der zu den Mahlzeiten bereitgestellten Speisen aus, als auch auf die Qualität des kindlichen Lebensmittelverzehrs. Dabei ist die nutritive Qualität des Mahls bereits beeinträchtigt, wenn der Fernseher während

der Mahlzeiten im Hintergrund läuft und nicht beachtet wird (vgl. Trofholz et al. 2017). Weiterhin scheint in manchen europäischen Ländern die kindliche Fernsehnutzung zu den Mahlzeiten mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für Übergewicht einherzugehen (vgl. Liang et al. 2009; vgl. Lissner et al. 2012; vgl. Roos et al. 2014; vgl. Vik et al. 2013). Die ungünstigen Effekte auf die Qualität der Ernährung beziehen sich bei Jugendlichen neben dem Konsum von Fernsehen und Filmen während der Mahlzeiten auch auf eine Reihe an weiteren elektronischen Medien wie Kommunikation über Textnachrichten, telefonieren, Hören von Musik über Kopfhörer und das Spielen über handheld-Geräte⁹ (vgl. Fulkerson et al. 2014b).

Ablenkung während der Mahlzeiten kann sich darauf beziehen, dass das Essen als Aktivität nicht im Vordergrund steht, sondern eher nebenbei passiert. Sättigungssignale und -gefühle aufgrund steigender Energieaufnahme während der Mahlzeiten werden durch Mediennutzung nicht so gut wahrgenommen (vgl. Bellisle und Dalix 2001) und führen so möglicherweise zu passiven Überkonsum und erhöhter Energieaufnahme. Im Kontext von gemeinsam eingenommenen Mahlzeiten könnten Ablenkungen während der Mahlzeiten familiäre Interaktionen stören oder gar hemmen und dadurch die positiven sozialen Auswirkungen gemeinsamer Mahlzeiten beeinträchtigen (vgl. Moser et al. 2016). Trofholz et al. (2017) und Fulkerson et al. (2014b) zeigen, dass die Nutzung elektronischer Medien während der Mahlzeiten die Mahlzeitenatmosphäre und Kommunikation während der Mahlzeiten negativ beeinflusst.

Ablenkungen können sehr vielseitig auftreten, in Form von Fernsehen, Videos, dem spielen elektronischer Spiele, telefonieren, verbal oder schriftlich chatten, texten oder lesen sind Ablenkungen, die eher durch sogenannte I-Devices stattfinden. Durch die Nutzung von sozialen online-Netzwerken und Plattformen finden verschiedene Aktivitäten häufig überlappend statt. So wird beispielsweise in einem kreisförmigen Prozess ein „Post“ zunächst gelesen um dann in Form von Fotos, Bildern, Sprache beantwortet zu werden. Insbesondere vor dem Hintergrund des leichten Zugangs zum Internet wirkt die Nutzung von Smartphones verstärkt Fragen und Bedenken auf wie der Konsum die Fähigkeiten von Menschen miteinander zu kommunizieren und aufeinander einzugehen beeinflusst (vgl. Moser et al. 2016). „Alone Together“ diskutiert das alleinige Interagieren mit Geräten in der Präsenz von anderen (vgl. Turkle 2011). Aber es konnte durchaus gezeigt werden, dass neue Medienanwendungen Beteiligung und Interaktionen am Tisch erleichtern (vgl. Ferdous et al. 2017). Die zumindest gelegentliche Nutzung von mobilen Technologien während familialer Mahlzeiten scheint weit verbreitet zu sein (vgl. Moser et al. 2016). In diesen Zusammenhang wird die Rolle von neuen Technologien am Familientisch und deren Einfluss auf das Essverhalten von Kindern ein weiteres spannendes Forschungsfeld werden. Dabei sollte ermutigt werden nicht nur die Häufigkeit der Nutzung verschiedener Medien an sich zu untersuchen, sondern die genauen Anwendungen und deren Einfluss auf die Familiendynamiken am Tisch zu spezifizieren, um Ablenkungen und sozialen Nutzen der Technologien voneinander abgrenzen zu können.

⁹ „Handheld“ bezieht sich auf ein tragbares elektronisches Gerät in Abgrenzung zu stationären Spielekonsolen.

Esserziehungspraktiken

Während der kindlichen Mahlzeiten, unabhängig davon, ob diese gemeinsam mit den Eltern eingenommen werden, haben Eltern durch direkte Esserziehungspraktiken Einfluss auf die kindliche Ernährung. Mit Esserziehungspraktiken verfolgen Eltern bewusst die Absicht den kindlichen Lebensmittelverzehr und das kindliche Essverhalten zu beeinflussen (vgl. Rhee 2008). Ziel ist es beispielsweise den Verzehr von gewünschten Lebensmitteln zu steigern und die Einschränkung oder den Nicht-Verzehr von ungewünschten Lebensmitteln. Esserziehungspraktiken beeinflussen neben dem Lebensmittelverzehr auch die Mahlzeitenatmosphäre, sofern deren Anwendung unmittelbar, während der Mahlzeiten durchgesetzt wird. Weiterhin werden durch Esserziehungspraktiken während der Mahlzeiten auch Tischregeln und Tischmanieren geformt. Sie gehen zudem über den Kontext von Mahlzeiten hinaus und betreffen zum Teil die Verfügbarkeit und den Zugang zu Lebensmitteln häuslich als auch außerhäuslich (siehe unten: Verfügbarkeit und Zugang zu Lebensmitteln).

Esserziehungspraktiken, die direkt in der Interaktion mit dem Kind zwanghaft den kindlichen Lebensmittelverzehr kontrollieren wollen, konnten mit einem ungünstigen Verzehr von Lebensmitteln bzw. einem ungünstigen Körpergewicht bei Kindern in Zusammenhang gebracht werden (vgl. Birch und Fisher 2000; vgl. Fisher und Birch 2002; vgl. Blaine et al. 2017; vgl. Vereecken et al. 2009). Dazu zählen Verbote und Einschränkungen gegenüber Kindern bestimmte Lebensmittel zu essen, das Auffordern zum (Auf)Essen, Kinder zum Essen zu überreden, ihnen gegenüber Druck auszuüben, als auch Bestechungspraktiken, die eine Belohnung vorsehen, wenn (auf)gegessen wird. Werden direkte Einschränkungen von Eltern gegenüber bestimmten Lebensmitteln vorgenommen, wird der Verzehr kurzfristig eingeschränkt (vgl. van der Horst et al. 2007b). Längerfristig können Einschränkungen wie ausgesprochene Verbote das „verbotene Lebensmittel“ für das Kind attraktiver machen und letztendlich zu einem erhöhten Verzehr des eigentlich unerwünschten Lebensmittels führen (vgl. Ogden 2019: 52). So zeigen Birch und Fisher (2000), dass wenn Töchter von ihren Müttern im Verzehr von energiereichen Snackprodukten eingeschränkt wurden, dies den Verzehr von Snackprodukten erhöhte als diese Produkte für die Töchter frei verfügbar waren. Auch wird der Verzehr von Obst und Gemüse negativ beeinflusst, wenn Eltern Druck gegenüber ihren Töchtern ausüben Aufzuessen bzw. den Teller leer zu essen (vgl. Fisher et al. 2002). Einschränkende Verzehrpraktiken, Aufforderungen und Ermutigungen von Eltern gegenüber ihren Kindern zu Essen, sowie das direkte Anbieten von Lebensmitteln durch Eltern sind mit einer erhöhten Kalorienzufuhr und einem erhöhten kindlichen Körpergewicht assoziiert. (vgl. Birch und Fisher 2002; vgl. Faith et al. 2004a; vgl. Klesges et al. 1983).

Andererseits gibt es auch direkte Esserziehungspraktiken von Eltern, die einen gewünschten Lebensmittelverzehr bei Kindern befördern können. Loben Eltern ihre Kinder verbal, wenn sie Obst und Gemüse essen, geht dies mit einem erhöhten Verzehr von Obst und Gemüse einher (vgl. Vereecken et al. 2004). Auch wenn Kinder zum Verzehr von Obst und Gemüse ermutigt werden, indem Eltern verbal verdeutlichen, wie „lecker es schmeckt“, „wie gut und gesund es ist“, oder dass es hilft „Groß zu werden“ fördert dies den Obst- und Gemüseverzehr (vgl. Vaughn et al. 2016). Werden Kinder von ihren Eltern während der Mahlzeiten angeleitet und gelobt haben Kinder eine geringere Gesamtenergieaufnahme und geringere BMI-Perzentilenwerte im Vergleich zu Kindern deren Eltern diese Praktiken nicht anwenden (vgl. Marshall et al. 2011; vgl. Van der Horst et al. 2007a).

Direkte Esserziehungspraktiken, die Eltern gegenüber ihren Kindern anwenden hängen wiederum von kindlichem Verhalten und von kindlichen Eigenschaften und Dispositionen ab sowie den damit verbundenen Sorgen der Eltern (vgl. Scaglioni et al. 2018; vgl. Vaughn et al. 2016). Dazu zählen, ob das Kind als guter oder schlechter Esser wahrgenommen wird, kindliches Temperament, als auch das kindliche Körpergewicht. Einschränkende Verzehrpaktiken werden hauptsächlich angewendet, wenn Kinder einen hohen BMI haben, Druck ausübende Praktiken „zu essen“ dagegen eher, bei Kindern mit einem niedrigen BMI (Shloim et al. 2015). Dies konnte bereits im Säuglingsalter festgestellt werden (Fildes et al. 2015). So tendieren Eltern dazu Druck gegenüber ihren Säuglingen auszuüben „mehr zu essen“, wenn die Säuglinge leichter sind und weniger Appetit zeigen. Eingeschränkt wird der Verzehr von Muttermilch und Säuglingsmilch bei Säuglingen mit viel Appetit. Auch wenn Eltern ihre Kinder als übergewichtig wahrnehmen kommt es seltener vor, dass die Kinder zum Essen ermutigt werden (Yilmaz et al. 2013 zitiert nach Shloim et al. 2015). Inwiefern sich Esserziehungspraktiken auf das kindliche Körpergewicht auswirken, ist dabei auch abhängig von kindlichen Eigenschaften. Faith et al. (2004b) beschreibt, dass elterliche Überwachung des kindlichen Lebensmittelverzehrs in Bezug auf energiereiche Lebensmittel, Snacks und Süßigkeiten im Alter von 5 Jahren geringere BMI Z-Werte mit 7 Jahren vorhersagen, sofern Kinder ein niedriges Risiko für die Entwicklung von Übergewicht haben. Eine Einschränkung von energiereichen Lebensmitteln und Druckausübende Praktiken mehr zu essen führen dagegen zu höheren BMI Z-Werten mit 7 Jahren bei Kindern mit einem hohen Risiko für Übergewicht.

Kontrollierende Esserziehungspraktiken können auch dahingehend unterschieden werden, ob sie vom Kind offensichtlich als Kontrolle wahrgenommen werden oder nicht. Ogden (2006) spricht in diesem Zusammenhang von „overt control“ und „covert control“. Bei beiden Praktiken geht es darum den Verzehr bestimmter Lebensmittel einzuschränken, aber während „overt control“ vom Kind offensichtlich als solche wahrgenommen wird, vermeiden Eltern die „covert control“ anwenden von vorneherein Situationen, bei denen Kinder mit unerwünschten Lebensmitteln in Kontakt kommen. Es geht um eine eher versteckte oder verdeckte Kontrolle. In ihrer Studie definierte Ogden Praktiken als „covert control“, wenn „ungesunde“ Lebensmittel nicht vor den Kindern verzehrt und verfügbar gemacht wurden. Letzteres, indem man den Kauf meidet, als auch Cafés und Restaurants, die „ungesundes“ Essen anbieten. Während versteckte Kontrolle von Eltern den kindlichen Verzehr „ungesunder“ Snacks reduzierte, förderte dagegen offensichtliche Kontrolle den Verzehr „gesunder“ Snacks.

Erziehungsstile

Spezifische Esserziehungspraktiken sind kontextgebunden und in einem generellen Erziehungsstil eingebettet (vgl. Rhee 2008). Der elterliche Erziehungsstil beschreibt ein generelles Muster, das den emotionalen Hintergrund bereitstellt, in dem spezifische (Ess-)Erziehungspraktiken von den Eltern ausgedrückt und vom Kind interpretiert werden (ebd.). Während elterliche Erziehungspraktiken eher beschreiben, „was“ Eltern tun, drückt der elterliche Erziehungsstil aus „wie“ Eltern es tun (ebd.). Elterliche Erziehungsstile beschreiben, wie Eltern mit ihren Kindern generell interagieren, außer- und innerhalb von Situationen, die die kindliche Ernährung betreffen. Esserziehungsstile beeinflussen so auch die Mahlzeitenatmosphäre und den Lebensmittelverzehr. Während Erziehungspraktiken

kontextgebunden sind, sind Erziehungsstile „interindividuell variable, aber intraindividuell vergleichsweise stabile Tendenzen von Eltern bestimmte Erziehungspraktiken zu manifestieren“ (vgl. Krohne und Hock 1994: 5 zitiert nach Krohne und Hock 2015: 556).

Elterliche Kontrolle als Esserziehungspraktik in einer generell warmen und involvierten Atmosphäre könnte positive Effekte auf den kindlichen Lebensmittelverzehr haben, dagegen negative Effekte in einer strengen autoritären Umgebung (vgl. Kremers 2003). Inwiefern beispielsweise ein von den Eltern ausgesprochenes Verbot als solches vom Kind wahrgenommen und befolgt wird hängt vom Umgangston, den damit verbundenen Gefühlen und die daraus erwartete Konsequenz ab, wenn das Kind das Verbot befolgt oder auch nicht befolgt. So können z. B. Verbote im scharfen Ton, als auch im freundlichen Ton ausgesprochen werden, mit oder ohne Nachdruck. Ein im freundlichen Ton ausgesprochenes Verbot ohne Nachdruck: „Iss‘ das nicht!“ kann so eine völlig andere Reaktion beim Kind hervorrufen als ein im scharfen Ton mit impliziert angedrohter Strafe ausgedrücktes Verbot: „Wehe, du isst das!“. Auch ein ausgesprochenes Lob muss sich in den Augen eines Kindes nicht wie ein Lob anfühlen, wenn Eltern Gleichgültigkeit statt emotionaler Wärme transportieren. Erziehungsstile moderieren somit den Einfluss einer spezifischen Erziehungspraktik auf das Kind (vgl. Darling und Steinberg 1993). Damit einhergehend sind Forderungen verbunden, dass eine spezifische Erziehungspraktik nicht losgelöst vom elterlichen Erziehungsstil betrachtet werden sollte (vgl. Rhee 2008). Spezifische (Ess-)Erziehungspraktiken und generelle (Ess-)Erziehungsstile werden kombiniert und interagieren miteinander (vgl. ebd.). Durch die Kombination kann ein gewünschtes Outcome befördert werden. Wird die häusliche Verfügbarkeit von gesüßten Getränken eingeschränkt und gleichzeitig der Verzehr verbal reguliert, wobei sich Eltern involviert zeigen und sich moderat streng äußern, ist dies die effektivste Strategie den Konsum von gesüßten Getränken bei Jugendlichen zu reduzieren (vgl. Van der Horst et al. 2007b). Verbunden mit dem Erziehungsstil sind auch die generelle Wahrnehmung der kindlichen Bedürfnisse und Erziehungs-kompetenzen von Eltern (siehe Kapitel 2.6).

In Bezug auf die Auswirkungen von Erziehungsstilen auf die Ernährung und das Körpergewicht von Kindern finden häufig, die nach Baumrind (1967; 1971: 1f; 1987) definierten und durch Maccoby und Martin (1983) ergänzten und operationalisierten Erziehungsstile Anwendung. Danach werden Erziehungsstile in zwei zugrunde liegende Dimensionen bzw. Prozesse unterschieden: 1. Anforderungen („Demandingness“): Dazu gehören in welchem Ausmaß Eltern (Disziplin)Forderungen und Ansprüche stellen, kontrollieren und Einfluss nehmen als auch welche Reife, sie ihren Kindern zutrauen (vgl. Baumrind 1971; vgl. Maccoby und Martin 1983, vgl. Rhee 2008). Und 2. Ansprechbarkeit („Responsiveness“): Dazu gehören in welchem Ausmaß Eltern gegenüber ihren Kindern Wärme und Zuneigung zeigen, wie empfindsam sie reagieren und die generelle Involviertheit mit ihren Kindern (vgl. Baumrind 1967; vgl. Baumrind 1987; vgl. Maccoby und Martin 1983; vgl. Darling und Steinberg 1993).

Nach Baumrind und Maccoby und Martin wurden die folgenden vier Erziehungsstile definiert, die danach eingeteilt werden in wie hoch oder niedrig elterliche Forderungen und Ansprechbarkeit ausgeprägt sind (vgl. Baumrind 1987, vgl. Lang et al. 2012: 93f; vgl. Morgan 2016: 93ff):

Autoritativer Erziehungsstil: Der autoritative Erziehungsstil ist durch hohe Anforderung und hohe Ansprechbarkeit von Eltern gekennzeichnet. Eltern mit diesem Erziehungsstil stellen Anforderungen, setzen klare Regeln und Grenzen und überwachen die Einhaltung streng. Regeln und Grenzen sind rational aufgesetzt und begründet. Innerhalb der aufgesetzten Grenzen geben Eltern den Kindern aber Autonomie. Sie strafen maßvoll und konsequent und nicht willkürlich. Gleichzeitig sind Eltern warmherzig, gehen auf das Kind ein und achten auf Sorgen und Nöte.

Autoritärer Erziehungsstil: Beim autoritären Erziehungsstil sind die Anforderungen der Eltern hoch, ihre Ansprechbarkeit jedoch niedrig. Im Autoritären Erziehungsstil werden Forderungen oft durch Macht, Drohung und Strafe erzwungen. Eltern erwarten, dass Kinder ihren Anweisungen ohne Nachfrage und Begründungen folgen. Auf die Bedürfnisse der Kinder wird wenig eingegangen und Eltern zeigen gegenüber dem Kind wenig Wärme.

Permissiver Erziehungsstil: Eltern mit einem permissiven bzw. „laizzes-fair“ oder auch nachgiebigen Erziehungsstil zeigen eine hohe Ansprechbarkeit, aber haben niedrige Anforderungen. Eltern reagieren stark auf die Bedürfnisse und Wünsche der Kinder und sind sehr nachsichtig. Sie stellen jedoch kaum Anforderungen oder verlangen angemessenes Verhalten.

Vernachlässigender Erziehungsstil: Im Zurückweisenden-vernachlässigenden Erziehungsstil ist sowohl die Ansprechbarkeit niedrig als auch die Anforderung. Eltern zeigen wenig Reaktion auf ihr Kind und es bekommt keine Unterstützung. Dem Kind werden keine Grenzen und Kontrollen gegeben.

Der autoritative Erziehungsstil wird als positiv erachtet, da er mit einer gesunden kindlichen Entwicklung einhergeht (vgl. Morgan 2016: 94). Dies hat sich auch in Bezug auf die kindliche Ernährung und Gewichtsentwicklung bestätigt. So ist der autoritative Erziehungsstil mit einem günstigen Lebensmittelverzehr sowie einem gesunden kindlichen Körpergewicht assoziiert (vgl. Kremers et al. 2003; vgl. Rhee et al. 2006, vgl. Shloim et al. 2015). Auch bei wählerischen Kindern fördert ein autoritativer Erziehungsstil den Verzehr von Obst und Gemüse (vgl. Rodenburg et al. 2012). Bei Kindern von Eltern mit einem autoritären, permissiven und vernachlässigenden Erziehungsstil besteht dagegen eher ein erhöhtes Risiko für einen ungünstigen Lebensmittelverzehr (z.B. ein höherer Verzehr von Snackprodukten und Süßigkeiten) und für Übergewicht (vgl. Rhee et al. 2006; vgl. Shloim et al. 2015; vgl. Verreken et al. 2004). Hierbei muss jedoch beachtet werden, dass die hier angeführten vier Erziehungsstile Konstrukte mit eindeutiger Zuordnung bilden. In der Praxis können sich Erziehungsstile mischen (vgl. Baumrind 1987). Weiterhin konnte gezeigt werden, dass die einzelnen Erziehungsstildimensionen unabhängigen Einfluss auf die kindliche Ernährung und das kindliche Körpergewicht haben. Hohe Ansprechbarkeit in Form von elterlicher Wärme und Sensibilität, sowie eine positive Eltern-Kind-Beziehung sind mit einem günstigen Lebensmittelverzehr und einem gesünderen Körpergewicht assoziiert (vgl. Pinquart 2014; vgl. Rhee et al. 2006).

Der elterliche Erziehungsstil beeinflusst auch den kindlichen Fernseh- und Medienkonsum. Dieser steht bei Kindern wiederum im Zusammenhang mit einem erhöhten Verzehr von Fast-Food, energiereichen und salzigen Snacks, Softdrinks, sowie mit einer geringeren Aufnahme von Obst und Gemüse (vgl. Coon

und Tucker 2002; vgl. Emond et al. 2019; vgl. Giammattei et al. 2003; vgl. Taveras et al. 2006). Ebenfalls besteht ein Zusammenhang zwischen erhöhten Fernsehkonsum und kindlichem Übergewicht (vgl. Coon und Tucker 2002; vgl. Gable et al. 2000; vgl. Giammattei et al. 2003). Lebensmittel sind, trotz eingeführter Selbst-Regulationsstrategien der Lebensmittelindustrie in manchen Ländern, weiterhin eine häufig beworbene Produktgruppe, wobei vorrangig energiegeliche Lebensmittel und Speisen (süße Snacks, Cerealien und Fast Food) beworben werden (vgl. Coon und Tucker 2002; vgl. Hebden et al. 2011; vgl. Neville et al. 2005; vgl. Smithers et al. 2014). Die Nachfrage von Kindern nach Lebensmitteln korreliert direkt mit der Frequenz, mit der diese Lebensmittel beworben werden (vgl. Coon und Tucker 2002). Kinder, die der Fernsehwerbung ausgesetzt sind, wählen häufiger Lebensmittel, die im Fernsehen beworben werden (vgl. Goldberg et al. 1978). Die Häufigkeit mit der Kinder Lebensmittelwerbung beim Fernsehen ausgesetzt sind korreliert mit der Prävalenz von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen (vgl. Lobstein und Dobb 2005). Elterliche Erziehungsstile beeinflussen indirekt über andere Erziehungsdomänen – wie die hier betrachtete Regulation des Medienkonsums – den kindlichen Lebensmittelverzehr.

Begrifflichkeiten Erziehungspraktiken und Erziehungsstile

In der Literatur sind Begrifflichkeiten die Esserziehungspraktiken und Esserziehungsstile betreffen häufig miteinander verstrickt und nicht immer eindeutig zuordenbar. Esserziehungsstile werden z.B. durch die Anwendung konkreter Praktiken und deren Kombinationen definiert wie beispielsweise bei Birch et al. (2001) und Thompson et al. (2009). Andererseits stehen bestimmte Praktiken stellvertretend für einen Erziehungsstil. So wird z.B. Strenge und Kontrolle eher autoritären Eltern zugeordnet (vgl. Kremers et al. 2003). Esserziehungsstile bei Säuglingen werden zum Teil nach den Erziehungsdimensionen Kontrolle und Ansprechbarkeit definiert, zum Teil aus einer Kombination von beiden (vgl. Thompson et al. 2009).

Erkenntnisse zu den Auswirkungen elterlicher Erziehungspraktiken auf den kindlichen Lebensmittelverzehr sind in der Studienlage teilweise inkonsistent aufgrund ähnlich verwendeter Termini, denen jedoch unterschiedliche Praktiken zugrunde liegen oder dadurch, dass bestimmte Esserziehungspraktiken und -stile sich auf bestimmte Lebensmittel oder Lebensmittelgruppen beziehen. So werden beispielsweise kontrollierende und überwachende Praktiken und Stile häufiger in Bezug auf ernährungsphysiologisch ungünstige Lebensmittel wie Snackprodukte und Süßigkeiten angewendet wie bei Birch et al. (2001). Assoziationen dieser Praktiken mit der Qualität der Ernährung oder dem Körpergewicht des Kindes können demnach nicht neutral nach Praktik interpretiert werden, sondern immer vor dem Hintergrund der zu der Praktik definierten Lebensmittel. Um Widersprüchlichkeit zu vermeiden und Vergleichbarkeit zu stärken entwarfen Vaughn et al. (2016) ein Arbeitspapier mit dem Ziel Esserziehungspraktiken eindeutig ausdifferenzieren. Werden Kinder beispielsweise für das Aufessen gelobt oder zum Aufessen ermutigt, wird dies nach Vaughn et al. (2016) eher als eine kontrollierende Maßnahme bzw. Praktik aufzuessen betrachtet, statt als eine lobende Maßnahme. Das Loben als kontrollierende Praktik bezieht sich dabei auf die Person (beispielsweise „Du bist ein braves Mädchen.“). Dagegen wird vorgeschlagen die Begrifflichkeit „Loben“ (engl. „praise“) lediglich prozessorientiert anzuwenden als positive Bestärkung durch verbales Feedback gegenüber dem Kind. Dazu gehört ein Kind dafür zu loben, dass es ein wünschenswertes Lebensmittel verzehrt oder es sich

traut zu probieren. Auch wie oben dargestellt sind kontrollierende Maßnahmen nicht per se ungünstig, wenn sie statt direkter und offensichtlicher Kontrolle die Verfügbarkeit und den Zugang regulieren. So schlagen Vaughn et al. den Oberbegriff „erzwingende Kontrolle“ (engl. „coercive control“) vor, bei der ausschließlich zwanghafte, den kindlichen Lebensmittelverzehr, kontrollierende Praktiken von Eltern in der direkten Interaktion mit dem Kind und für das Kind offensichtlich als Kontrolle erkennbar, untersucht werden. Verfügbarkeit und Zugang fallen dagegen unter das Konstrukt „Struktur“, welches ausdrückt wie Eltern das kindliche Umfeld organisieren, um kindliche Kompetenzen zu stärken.

Zusammen mit dem Definieren der Begrifflichkeiten ordnen die Autoren bereits teilweise einen Umgangston – die Art und Weise, wie die Erziehungspraktik eingesetzt wird – zu: So implizieren zwanghaft kontrollierende Praktiken auch Schärfe und Durchsetzung, Loben wird grundsätzlich eher positiv im Ton angenommen. Während klare Definitionen von Esserziehungspraktiken sehr zu begrüßen sind, darf der den Praktiken zugrunde liegende Erziehungsstil nicht unberücksichtigt bleiben. Es ist fragwürdig, ob eine wie von Vaughn et al. (2016) implizierte Annahme der Art und Weise ausreichend ist, um elterliche Praktiken tatsächlich eindeutig zuordnen zu können. Möglicherweise kann nicht unterschieden werden, ob eine zwanghaft kontrollierende Praktik per se, ungünstig ist oder ob der ungünstige Zusammenhang dadurch zustande kommt, dass hauptsächlich autoritäre Eltern zwanghaft kontrollierende Praktiken anwenden und somit diese Kategorie eher den Erziehungsstil „autoritär“ repräsentiert. Mit Ausblick der Förderung eines gesunden Essverhaltens ist dies jedoch dringend notwendig. So kann nicht eindeutig entschieden werden, ob man „lediglich“ Tipps für die verbale Kommunikation zwischen Eltern und Kind vermitteln kann oder eher viel tiefgreifende Unterstützung angeboten werden sollte, die die Ansprechbarkeit und die Wahrnehmung der kindlichen Bedürfnisse sowie deren angemessene Umsetzung in den Vordergrund rückt. Letzteres verlangt schlussendlich intensive und längerfristige Unterstützung sowie eine gesellschaftskritische Betrachtung für das Zustandekommen ungünstiger Erziehungsstile und nicht „nur“ die Betrachtung von Kommunikationsregeln zu Tisch.

Lebensmittel als Erziehungsinstrument

Eltern beeinflussen das kindliche Essverhalten, wenn sie Lebensmittel als Erziehungsmittel instrumentalisieren oder andere Bedürfnisse des Kindes mit Lebensmitteln kompensieren (vgl. Stifter und Moding 2015). Darunter zählt beispielsweise, wenn das Verhalten des Kindes – meist außerhalb des Kontexts von Mahlzeiten – mit Nahrung belohnt wird oder mit dem Entzug bzw. Vorenthalten von Nahrung bestraft wird. Weiterhin können Lebensmittel zur Beruhigung eingesetzt werden oder als Kompensation für Aufmerksamkeit. Kommt dem Verzehr von Lebensmitteln durch Belohnung oder Beruhigung einer psychosozialen Kompensationsfunktion zu (vgl. Meier-Gräwe 2010: 225) besteht die Gefahr, dass die kindliche Nahrungsaufnahme losgelöst von intrinsischen Hunger- und Sättigungssignalen erfolgt und zu einer Energieaufnahme über den physiologischen Bedarf hinausführt (vgl. Wardle et al. 2002). Die beeinträchtigte Fähigkeit der Selbstregulation der Energieaufnahme könnte ein Risiko zur Entwicklung von Übergewicht sein (Stifter und Moding 2015). In einer aktuellen Arbeit zeigte Jansen et al. (2019), dass bei Kindern ab sechs Jahren ein höherer BMI prognostiziert werden kann, wenn diese als Säuglinge im Alter von sechs Monaten mit Nahrung beruhigt wurden. Auch kann im Säugling- und Kleinkindsalter

eine schnellere Gewichtszunahme festgestellt werden, wenn beobachtet wurde, dass Mütter ihre Säuglinge mit Nahrung beruhigten (Stifter und Moding 2015). Weiterhin sind Kinder, die mit Lebensmitteln beruhigt werden, selbst anfällig für einen emotionalen Essstil (Braden et al. 2014; Steinsbekk et al. 2018). Emotionales Essen wiederum steht bei Kindern im Zusammenhang mit einem ungünstigen Ernährungsmuster (vgl. Jalo et al. 2019). Eltern die Lebensmittel instrumentalisieren, nutzen hierfür in der Regel Snacks oder Süßigkeiten, die einen hohen Energie- jedoch einen geringen Nährstoffgehalt aufweisen und somit ernährungsphysiologisch ungünstig sind (vgl. Wang et al. 2017). Kinder, deren Eltern Lebensmittel zur Belohnung oder Beruhigung einsetzen, konsumieren mehr ungünstige Snackprodukte (vgl. Lo et al. 2015; vgl. Sleddens et al. 2010; vgl. Wang et al. 2017) und regelmäßig Süßigkeiten (vgl. Verreken et al. 2004), dagegen weniger Obst und Gemüse (vgl. Lo et al. 2015).

Familienfunktionalität

Die Familie kann als ein System von Personen betrachtet werden bei der die einzelnen Mitglieder durch Kommunikation miteinander in Verbindung stehen (vgl. Schneewind 1999: 90). Die Familienfunktionalität („family functioning“) beschreibt wie sich Interaktionen der Familienmitglieder auf familiäre Beziehungen und die Funktionalität der Familie als Ganzes auswirken (vgl. Halliday et al. 2014). Im Rahmen der Operationalisierung von Familienfunktionalität werden beispielsweise tägliche Routinen und Organisationsstrukturen, Aufgabenbewältigung, Rollenverteilungen, Kommunikationsbereitschaft, Involviertheit, Zusammenhalt und emotionale Verbundenheit zwischen den Familienmitgliedern sowie die Anpassungsfähigkeit der Familie auf Veränderungen betrachtet (vgl. Halliday 2014 et al.; vgl. Miller et al. 2000).

Die Familienfunktionalität bildet – wie die Erziehungsstile – die sozio-emotionale Umwelt im Kontext Familie (vgl. Rhee 2008). Sowohl die allgemeine Familienfunktionalität als auch einzelne Aspekte der Familienfunktionalität beeinflussen das Essverhalten von Kindern. Funktionierende Familien bewältigen das tägliche Leben effizient, in einem emotional warmen und unterstützenden Kontext mit offener und klarer Kommunikation (vgl. Kitzman-Ulrich et al. 2010; vgl. Halliday et al. 2014; vgl. Rhee 2008) und können dadurch gesunde Ernährungsgewohnheiten unterstützen (vgl. Rhee 2008). So ist eine höher ausgeprägte Familienfunktionalität mit gesunden Ernährungsmustern bei Jugendlichen assoziiert (vgl. Ambrosini et al. 2009). Mellin et al. (2002) konnte zeigen, dass Familienverbundenheit mit einem gesteigerten Obst- und Gemüsekonsum einhergeht. Ein unzureichender Verzehr von Obst und Gemüse korreliert dagegen mit niedriger Familienverbundenheit (vgl. Neumark-Sztainer et al. 1996), und ist eingeschränkt, wenn Kinder aus weniger funktionierenden Haushalten kommen (vgl. Renzaho et al. 2011). Eine eingeschränkte Familienfunktion erhöht zudem auch das Risiko für Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen (vgl. Halliday et al. 2014). Der Verzehr energiereicher Speisen wird von Eltern übergewichtiger und adipöser Kinder weniger überwacht und Eltern zeigen sich auch weniger verantwortlich für die Ernährung ihrer Kinder, wenn die Familienfunktionalität verringert ist (vgl. Warnick et al. 2019).

Psychosoziale Belastungen wie Stress beeinträchtigen die Familienfunktionalität und Eltern-Kind-Interaktionen (vgl. Sidor et al. 2018). Familien mit übergewichtigen Kindern sind stärker von psychosozialen Stress betroffen (vgl. Mellin et al. 2002; vgl. Moens et al. 2009; vgl. Zeller et al. 2007). Auch sind Aspekte der Familienfunktionalität in Familien mit Kindern, die von Übergewicht oder Adipositas betroffen sind, weniger gut ausgeprägt. Dazu gehören u. a. eingeschränkte Kommunikation und weniger positive Mahlzeiteninteraktionen, niedriger ausgeprägte Familienverbundenheit und niedriger ausgeprägte Familienhierarchie sowie höhere Werte für Familienkonflikte (vgl. Halliday et al. 2014; vgl. Mendelson et al. 1995; vgl. Zeller et al. 2007).

Verfügbarkeit und Zugang zu Lebensmitteln

Eltern sind für die Lebensmittelbeschaffung und die häusliche Aufbewahrung verantwortlich. Sie legen fest welche Lebensmittel zu Hause verfügbar sind und zu den Mahlzeiten bereitgestellt werden (vgl. Martin-Biggers et al. 2016). Die häusliche Verfügbarkeit von Lebensmitteln und deren Zugang beeinflusst den kindlichen Lebensmittelverzehr. Sind wünschenswerte Lebensmittel für Kinder zu Hause verfügbar und zugänglich werden diese auch häufiger verzehrt (vgl. Loth et al. 2016; vgl. Wyse et al. 2011). Andersherum gilt dies auch für ernährungsphysiologisch ungünstige Lebensmittel wie Snackprodukte (vgl. Blaine et al. 2017; vgl. Loth et al. 2016). Werden Obst und Gemüse für Kinder leicht zugänglich und in einem verzehrsfertigen Format (z.B. gewaschen und in Portionen geschnitten) bereitgestellt, ist dies mit einem erhöhten kindlichen Verzehr von Obst und Gemüse assoziiert (vgl. Wyse et al. 2011). Kinder, denen eine große Vielfalt an Obst und Gemüse häuslich zur Verfügung steht, bevorzugen und essen auch eine große Vielfalt an Obst und Gemüse (vgl. Krølner et al. 2011). Inwiefern ein Lebensmittel verfügbar und zugänglich ist, hängt natürlich vom Alter des Kindes in Kombination mit den Esserziehungspraktiken ab. So ist ein Säugling oder Kleinkind wahrscheinlich eher nicht in der Lage zu sehen bzw. auch zu identifizieren (wenn verpackt) was sich auf dem Küchenregal oder im Kühlschrank befindet, dagegen eher, wenn es angerichtet auf dem Tisch platziert ist. Ob und wie häufig ein größeres Kind dagegen den Zugang zum Kühlschrank, zur Obst- und Gemüseschale oder zum Süßigkeitenfach nutzt, hängt von den familiären Regeln und den damit verbundenen Erziehungsstil der Eltern ab. Eltern können bewusst die häusliche und außerhäusliche Verfügbarkeit und den Zugang zu erwünschten oder unerwünschten Lebensmitteln kontrollieren. Hierbei handelt es sich nach Odgers et al. Prinzip (2006) um eine „versteckte Kontrolle“ („covert control“) (siehe oben).

Lebensstile, Haushaltsstile und übergeordnete Rahmenbedingungen

Sowohl der elterliche Ernährungsstil als auch der elterliche Erziehungsstil sind eingebettet in einem übergeordneten Lebensstil. Nach Meier (2002: 59 zitiert nach Häußler 2002) sind Ernährungsstile relativ stabile Muster der Ernährungsversorgung, die abhängen von verfügbaren Ressourcen, gegebenen Lebenslagen sowie den Wertorientierungen und Einstellungen. Die Ernährungsversorgung von Familien ist z. B. entscheidend an finanzielle und zeitliche Ressourcen gebunden, weshalb Haushaltseinkommen und Arbeitszeitmuster (Erwerbstätigkeit oder Erwerbslosigkeit) die familiäre Essumgebung unmittelbar beeinflussen (vgl. André 2012; vgl. Leonhäuser et al. 2009). Unter den immateriellen Ressourcen sind es Wissen, Fähig- und Fertigkeiten sowie psychosoziale Faktoren wie die wahrgenommene

Verhaltenskontrolle und die Selbstwirksamkeit. Ernährungswissen, Koch- und Zubereitungs Kompetenzen, sowie eine hohe Selbstwirksamkeit der Eltern in Bezug auf Aspekte der Beköstigung sind mit einem günstigen kindlichen Lebensmittelverzehr assoziiert (vgl. Beshara et al. 2010; vgl. Romanos-Nanclares et al. 2018; vgl. Swanson et al. 2011). Beispielsweise konnte gezeigt werden, dass sich Kinder, deren Mütter häufiger ein selbstgekochtes Essen aus einfachen Zutaten zubereiten, qualitativ hochwertiger ernähren (vgl. Swanson et al. 2011). Ob eine Mutter solch ein Essen zubereitete, hing sehr von ihrer Selbstwirksamkeit ab, so etwas tatsächlich tun zu können. Die Selbstwirksamkeit von Müttern beeinflusst auch die Bereitstellung von Frühstück und einer ‚ordentlichen‘ Tischmahlzeit für Kinder (ebd.). Mütter, die zuversichtlicher sind eine gesunde Mahlzeit zubereiten zu können, stellen auch gesündere Speisen zum Abendessen bereit (vgl. Beshara et al. 2010).

Weiterhin beeinflussen elterliche Einstellungen Verhalten und Verhaltensintention. So erreichen Kinder von Eltern, die positiv gegenüber gesunder Ernährung eingestellt sind häufiger eine adäquate Nährstoffaufnahme und ernähren sich qualitativ hochwertiger im Vergleich zu Eltern, die niedrige Einstellungswerte gegenüber gesunder Ernährung aufweisen (vgl. Romanos-Nanclares et al. 2018). Vertreten Mütter beispielsweise die Einstellung, dass die Bereitstellung von Frühstück und Tischmahlzeiten sowie das Zubereiten einfacher warmer Speisen sich positiv auf Kinder auswirken, beeinflusst das positiv die Intention, die einzelnen Verhaltensweisen auszuführen (vgl. Swanson et al. 2011). Wahrgenommene elterliche Verantwortlichkeit für die kindliche Ernährung steht in Zusammenhang mit niedrigeren BMI Z-Werten bei Kindern (vgl. Faith et al. 2004b). Dagegen sind die BMI Z-Werte bei Kindern erhöht, wenn sich Eltern Sorgen über das kindliche Körpergewicht machen (vgl. ebd).

Zu den gegebenen Lebenslagen zählen kurzfristig als unveränderbar bzw. unveränderbar wahrgenommene Einflussfaktoren (vgl. Häußler 2002). Dazu gehören bspw. Einkommen, Bildung, der sozio-ökonomische Status, Wohnsituation und Wohnumfeld als auch das soziale Umfeld wie die Familie und der Freundes- und Kollegenkreis. Häußler (2002) stellt dabei heraus, dass sich die gegebenen Lebenslagen nicht von den vorhandenen Ressourcen trennen lassen. Beispielsweise beeinflusst das Einkommen, welche finanziellen Ressourcen einer Familie zur Verfügung stehen. Die finanziellen Ressourcen beeinflussen wiederum die Wohnumgebung, die Wohnsituation und die häusliche Ausstattung sowie damit einhergehend Möglichkeiten der Vorratshaltung, Verfügbarkeit von Lebensmitteln, Möglichkeiten der Mahlzeitenzubereitung und -gestaltung. Beim Erwerb neuer Ressourcen müssen wiederum die gegebenen Lebenslagen mitbedacht werden.

Insbesondere ein niedriger sozioökonomischer Status, niedrige Schulbildung und niedriges Einkommen von Eltern sind mit einem weniger empfehlungskonformen Lebensmittelverzehr von Kindern und ungünstigen Ernährungspraktiken gegenüber Kindern assoziiert worden. So essen Kinder aus Familien mit niedrigem sozio-ökonomischen Status weniger und weniger häufig Obst und Gemüse (vgl. Borrmann et al. 2015; vgl. Haapalahti et al. 2003; vgl. Hilbig et al. 2011; vgl. Rasmussen et al. 2006; vgl. Van Ansem et al. 2014) als auch weniger wünschenswerte Getreideprodukte (vgl. Haapalahti et al. 2003; vgl. Hilbig et al. 2011). Dagegen wird von Kindern mehr Fleisch, Wurst und Süßigkeiten konsumiert, wenn Eltern einen niedrigen sozio-ökonomischen Status haben im Vergleich zu Kindern aus sozio-ökonomisch

starken Familien (vgl. Hilbig et al. 2011). Auch frühstücken Kinder aus Familien mit niedrigem sozio-ökonomischen Status weniger regelmäßig (vgl. Van Ansem et al. 2014) und essen häufiger vor dem Fernseher (vgl. Fulkerson et al. 2014b). Ein niedriges, im Vergleich zu einem hohen, Familieneinkommen wirkt sich bei Jugendlichen nicht nur ungünstig auf den Verzehr von Obst und Gemüse, sondern auch auf die häusliche Verfügbarkeit von Obst und Gemüse aus (vgl. Bere et al. 2008; vgl. Krølner et al. 2011). Vereecken et al. (2004) konnte zeigen, dass der kindliche Verzehr von Obst und Gemüse steigt und regelmäßiger wird, je höher die mütterliche Bildung ist. Der Konsum von Softdrinks wird dagegen desto unwahrscheinlicher. Auch waren höher gebildete Mütter in der Studie weniger permissiv, lobten ihre Kinder häufiger für den Verzehr von Obst und Gemüse und verzichteten häufiger auf den Verzehr von Süßigkeiten in der Gegenwart ihrer Kinder. Unterschiede im Lebensmittelverzehr von Kindern nach Bildung und sozio-ökonomischen Status von Eltern können zu einem erheblichen Teil durch elterliche Ernährungspraktiken, elterliche Esserziehungsstile und Esserziehungspraktiken erklärt werden (ebd.; vgl. Van Ansem et al. 2014). Neben einem ungünstigeren Lebensmittelverzehr sind Kinder von Eltern aus sozioökonomisch benachteiligten Lebenslagen auch häufiger von Übergewicht und Adipositas betroffen (vgl. Kurth und Schaffrath Rosario 2007; vgl. Williams et al. 2018).

Die Familie und ihre Mitglieder, in der Familie stattfindende Tätigkeiten und Aktivitäten, die von Eltern und Kindern wahrgenommenen und ausgeübten Rollen sowie die Beziehung zwischen ihnen bildet nach Bronfenbrenner (vgl. 1979) ein Mikrosystem. Elterliche Verhaltensweisen beeinflussen das kindliche Essverhalten im System Familie unmittelbar. Die Familie steht jedoch mit anderen Mikrosystemen, wie Kindergarten, Schule, Nachbarschaft und Sozialraum im Austausch. Die einzelnen Mikrosysteme sind wiederum in übergeordnete Strukturen und Rahmenbedingungen eingebettet und von diesen abhängig. Inwiefern Eltern ihre Sozialisations- und Erziehungsrollen effektiv ausüben können, hängt z. B. von Anforderungen und Unterstützung anderer Settings ab (vgl. Bronfenbrenner 1979: 7). So beeinflussen die in einem Land geltenden Lebens- und Arbeitsbedingungen die individuellen Lebensweisen von Menschen (vgl. Gesundheit Berlin-Brandenburg 2014: 7f) und somit die Ausgestaltung der familiären und häuslichen Essumgebung. Sozio-ökonomische Faktoren werden durch die Wirtschafts-, Arbeits-, Bildungs- und Sozialsysteme geformt. Die Lebens- und Arbeitsbedingungen von Menschen sind wiederum in eine kulturelle, politische, ökonomische und physische Umwelt eingebunden (vgl. Dahlgren und Whitehead 1991: 11). Nach Bronfenbrenner (vgl. 1979) stehen alle Systeme miteinander in Verbindung. Kinder, als Individuen, müssen als "wachsende, dynamische Einheit" („growing dynamic entity“) betrachtet werden, die einerseits ihre Umgebung beeinflussen und verändern und andererseits selbst auch von ihrer Umwelt beeinflusst werden (beschrieben als „development in context“).

Da insbesondere im Säuglingsalter ein Großteil der Mahlzeitenbereitstellung durch die Eltern zu Hause stattfindet, wird das Essverhalten der Kinder maßgeblich durch die gelebten Haushaltsstile beeinflusst. In Haushalten werden Aushandlungs- und Entscheidungsprozesse getroffen, die sich an den gegebenen Lebenslagen und Ressourcen orientieren. Diese dienen dazu, individuelle Bedürfnisse und Interessen, Wertvorstellungen und Lebensstilpräferenzen der einzelnen Familienmitglieder auszubalancieren und zu koordinieren (vgl. Meier 2000 zitiert nach Meier-Gräwe 2010: 216). Die häusliche Essumgebung ist also Ausdruck dieser Aushandlungs- und Entscheidungsprozesse.

2.2 Die familiäre Essumgebung

Im Kapitel 2.1 wurde aufgezeigt, dass Eltern durch ihr eigenes Essverhalten, durch ihre Ernährungspraktiken gegenüber Kindern, durch ihren Erziehungsstil, als auch durch die häusliche Ausstattung und die Verfügbarmachung von Lebensmitteln den Lebensmittelverzehr und die Entwicklung des Körpergewichts von Kindern beeinflussen. Gleichzeitig wurde dargestellt, dass Eltern und Kinder durch den Kontext Familie, ein Mikrosystem bilden. Der Begriff der familiären Umgebung oder Umwelt (engl. „family environment“) im Rahmen der Sozialwissenschaften bezieht sich auf die körperlichen, seelischen und sozialen Zustände der in einem Haushalt lebenden Familienmitglieder (Carey 2002: 303). Die Familie wird als offenes, sich entwickelndes, zielorientiertes und sich selbst regulierendes System betrachtet (vgl. Broderick 1993 zitiert nach Schneewind 1999: 99), deren Mitglieder über das Vehikel Kommunikation miteinander in Beziehung stehen (vgl. Schneewind 1999: 99). Durch bestimmte psychosozialen Eigenschaften, Dynamiken (z.B. Soziales Klima, Kommunikation), und Praktiken beeinflusst die Familie das Verhalten von Kindern (vgl. Niermann et al. 2018, vgl. Scaglioni et al. 2008).

In einzelnen Studien werden das elterliche Essverhalten, elterliche Ernährungspraktiken gegenüber Kindern, die Verfügbarkeit und der Zugang zu Lebensmitteln und Speisen als Teil der familiären Essumgebung bzw. Essumgebungen bezeichnet (vgl. Loth et al. 2016; vgl. Scaglioni et al. 2008); eine konkrete Definition der familiären Essumgebung gibt es jedoch nicht. Für die vorliegende Arbeit wird, insbesondere auch vor dem Hintergrund der Gesundheitsförderung, die Familie als Setting (bzw. Lebenswelt) betrachtet, die über physische und soziale Gegebenheiten bzw. Eigenschaften und Dynamiken verfügt.¹⁰ Die familiäre Essumgebung beschreibt das Setting Familie mit Fokus auf das Essverhalten der einzelnen Familienmitglieder, sowohl häuslich als auch außerhäuslich. Das häusliche familiäre Setting ist zudem räumlich-strukturell eingegrenzt. Die familiäre Essumgebung umfasst den Essalltag in Familien mit den darin stattfindenden familiären Mahlzeiten, als auch räumliche, organisatorische und soziale Aspekte - sowie deren Zusammenspiel - die die Gestaltung von Mahlzeiten sowie die zu den Mahlzeiten verzehrten Speisen im Kontext Familie unmittelbar beeinflussen.

Räumliche Aspekte betreffen die physische häusliche Ausstattung und die Verfügbarkeit sowie den Zugang zu Lebensmitteln und Speisen. Zu den organisatorischen Faktoren zählen Aspekte der Planung und Bereitstellung von Mahlzeiten, so auch Aspekte der Informationsbeschaffung. Soziale Faktoren betreffen beispielsweise zwischenmenschliche Beziehungen und Interaktionen der Familienmitglieder untereinander, Kommunikations- und Erziehungspraktiken sowie -stile. Nicht immer können einzelne Faktoren klar voneinander abgegrenzt werden. So hängt die häusliche Verfügbarkeit von Lebensmitteln für die einzelnen Familienmitglieder von der Lebensmittelbeschaffung (organisatorisch), der Möglichkeit der Vorratshaltung und Aufbewahrung (räumlich-strukturell) und zum Teil auch von sozialen Strukturen (Zugang durch familiale Regeln) ab. Durch die Ausgestaltung der familiären Essumgebung wird determiniert wann, wo, mit wem Mahlzeiten im Kontext der Familie stattfinden, wie

¹⁰ Auch wenn die Familie hier als Setting bzw. Lebenswelt betrachtet wird, muss herausgestellt werden, dass diese kein eigenständiges Setting im Sinne des Setting-Ansatzes der WHO darstellt (vgl. Geene 2018). Familien sind in ihrer Autonomie grundsätzlich geschützt, weshalb Prinzipien des Setting-Ansatzes bei Familien nicht angewendet werden können (vgl. Geene 2015, vgl. Geene 2018).

diese Mahlzeiten ausgestaltet sind und was und wieviel im Rahmen dieser Mahlzeiten gegessen wird. Die familiäre Essumgebung ist – in Anlehnung an Haushaltsstile (vgl. Meier 2000 zitiert nach Meier-Gräwe 2010: 216) – das Resultat von Entscheidungs- und Aushandlungsprozessen aller Familienmitglieder untereinander und unterliegt einer komplexen Dynamik¹¹.

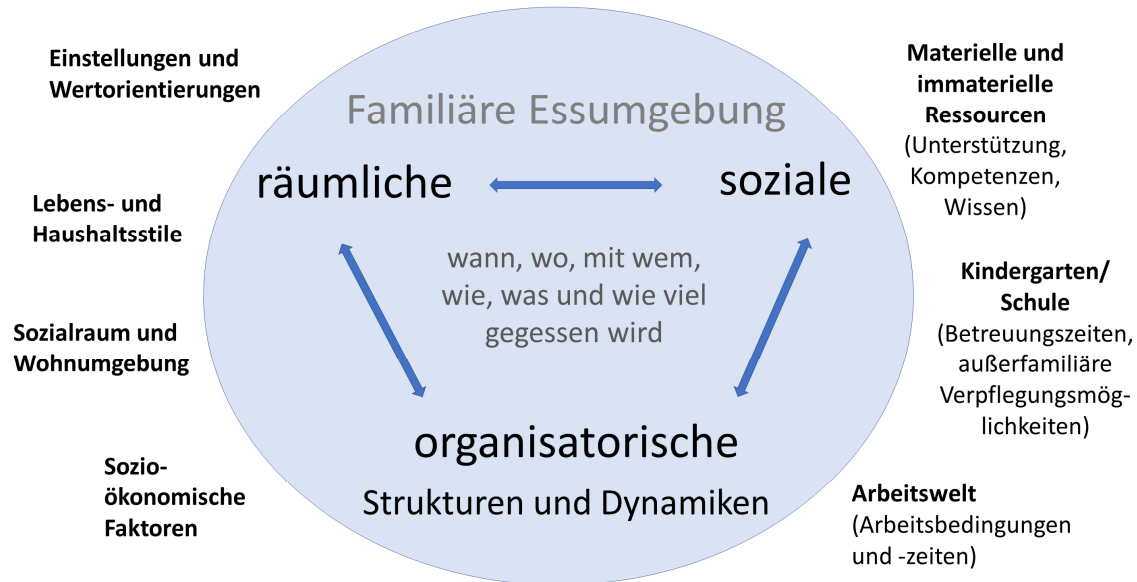


Abbildung 2.1 Modell der familiären Essumgebung und beispielhafte Einflussfaktoren

Die familiäre Essumgebung unterteilt sich in die elterliche und kindliche Essumgebung. Wie stark sich beide Essumgebungen überschneiden, hängt vom Alter des Kindes, der häuslichen Ausstattung, Verfügbarkeit und Zugang zu Lebensmitteln, dem elterlichen Essverhalten sowie ihren Mahlzeiten- und Fütterungspraktiken gegenüber Kindern, ihrem Erziehungsstil und ihren Esserziehungspraktiken ab. Weiterhin ist ausschlaggebend wie bewusst und reflektiert Verhaltensweisen umgesetzt und familiäre Entscheidungen und Aushandlungsprozesse getroffen werden. So können Eltern beispielsweise durch eine bewusst eingesetzte Vorbildfunktion den Lebensmittelverzehr und die Mahlzeitenpraktiken ihrer Kinder beeinflussen. Zur häuslichen Ausstattung gehört u. a., ob ein Esstisch und Stühle vorhanden sind, wie gut die Küche ausgestattet ist, auf welche Möglichkeiten der Speisenzubereitung zurückgegriffen werden kann und welche Vorratshaltung möglich ist. Zudem gehören auch weitere Aspekte wie Mediennutzung (TV, Smartphone, etc.) dazu, sofern sie Mahlzeiten beeinflussen. Inwiefern Lebensmittel für Kinder verfügbar und zugänglich sind, hängt neben dem Alter und der häuslichen Ausstattung auch von elterlichen Esserziehungspraktiken ab.

Mit fortschreitendem Alter wird der kindliche Einfluss auf die aktive Ausgestaltung der familiären Essumgebung größer, wodurch sich das Esssetting innerhalb der Familie immer wieder neu formiert. So entwickelt sich beispielsweise der Zugang zu Lebensmitteln, die sich im Kühlschrank befinden, die

¹¹ „Die Ernährungsvorlieben und -vorstellungen der einzelnen Haushaltsmitglieder sind nicht nur eine individuelle Variable, sie spiegeln gesellschaftliche Rollenvorstellungen und Normen wider. Bei der Entwicklung der familialen Ernährungsweise spielen die Beziehungsebene zwischen den Partnern, die Machtstrukturen sowie die gesellschaftlich verankerten Rollenbilder eine wichtige Rolle.“ (Häussler 2007: 72).

Mitentscheidung, was im Einkaufskorb landet oder was zum Abendessen auf dem Tisch verfügbar ist erst mit fortschreitender kognitiver und körperlicher Reife des Kindes und dessen Fähig- und Fertigkeiten. Auch nehmen mit fortschreitendem Alter außerfamiliale Sozialisationseinflüsse aus weiteren Settings wie Kita, Schule, Peergroup als auch der sozialräumlichen Umwelt (Einkaufsmöglichkeiten, Imbiss, Restaurants) zu. Diese zunehmenden Einflüsse außerfamilialer Faktoren können wiederum dazu führen, dass sich das Kind bewusst von der familiären Ernährungsweise abgrenzt. So ist es beispielsweise möglich, dass sich Jugendliche, welche Taschengeld zur freien Verfügung erhalten, dazu entscheiden mit Freunden außerhäuslich essen zu gehen, anstatt an familiären Mahlzeiten teilzunehmen.

Anders als bei der häuslichen Essumgebung nach Rosenkranz (vgl. 2008), bei der elterliche Praktiken eine Säule der sozio-kulturellen Umwelt bilden, die mit anderen Umwelten interagiert, rückt die familiäre Essumgebung die Eltern als Mediatoren in den Vordergrund. Eltern gestalten vor dem Hintergrund der gegebenen Lebenslagen¹² und den ihnen zur Verfügung stehenden materiellen und immateriellen Ressourcen¹³ die Essumgebung aktiv aus. Elterliche Lebensstile, sowie Einstellungen und Wertorientierungen als Teil ihrer eigenen Ernährungssozialisation sind dabei handlungsweisend. Weiterhin reicht das Esssetting Familie über die häusliche Essumgebung hinaus. Auch außerhäuslich greifen organisatorische und soziale familiäre Strukturen, die darüber entscheiden wann, wo, was, mit wem und wie gegessen wird. Faktoren der häuslichen familiären Essumgebung beeinflussen wiederum wie häufig Mahlzeiten im Rahmen der Familie außerhalb stattfinden.

Die familiären Essumgebung, mit den darin stattfindenden Mahlzeiten- und Fütterungspraktiken, beeinflusst die Entwicklung der körperlichen, sozialen und seelischen Gesundheit von Säuglingen (vgl. Marx et al. 2018). Räumliche, zeitliche, personelle und soziale Kontexte von Mahlzeiten (vgl. Essalltag Leonhäuser et al. 2009: 39f; vgl. Meier-Gräwe 2010: 215) beeinflussen die Auswahl und den Verzehr von Lebensmitteln und vice versa (vgl. Marx et al. 2018; siehe Abbildung 2.2). Von den Essumgebungen die Eltern ihren Kindern bereitstellen kann es abhängen, ob sich beim heranwachsenden Kind ein gesundes oder eher ein ungesundes Essverhalten, welches u.a. die Entwicklung von Übergewicht fördern kann, entwickelt (vgl. Scaglioni et al. 2008). Welche elterlichen Verhaltensweisen und Praktiken mit einem gesundheitsfördernden Essverhalten des Säuglings bzw. einer gesundheitsfördernden Entwicklung des Essverhaltens von Säuglingen in Verbindung stehen, wird in Kapitel 2.6 abgeleitet.

¹² gegebene Lebenslagen umfassen u. a. die Familienkonstellation, Arbeitssituation der Eltern, Betreuungssituation der Kinder, das Wohnumfeld und die Wohnverhältnisse und die daraus resultierende häusliche und technische Ausstattung als auch soziodemografischen Gegebenheiten wie Bildungs- und Sozialstatus.

¹³ Ressourcen: z. B. Zeit, finanzielle Mittel, Unterstützungsmöglichkeiten, Wissen, Kompetenzen



Abbildung 2.2 Elterliche Einflussfaktoren von Mahlzeitengestaltung und Fütterungspraktiken auf die Entwicklung des kindlichen Essverhaltens (Marx et al. 2018)

2.3 Geschmacksentwicklung im Säuglings- und Kindesalter

Die Ausbildung von Geschmacksakzeptanzen und -präferenzen spielen für den Verzehr von Lebensmitteln im Säuglings- und Kindesalter eine besondere Rolle, denn Kinder essen, was sie präferieren (vgl. Birch und Fisher 1998). Unter Geschmack bzw. „Schmecken“ wird in der Alltagssprache die subjektive Wahrnehmung aus einem komplexen Zusammenspiel von mehreren Sinnesreizen – hauptsächlich dem Schmecken und Riechen – verstanden (vgl. Hatt 2006: 328; vgl. Small und Prescott 2005). Während das Schmecken im engeren Sinne die gustatorische Wahrnehmung über den Mundraum und Zunge meint, werden Gerüche hauptsächlich über die Nase wahrgenommen (olfaktorische Wahrnehmung). Das Aroma einer Speise entsteht durch die Integration von gustatorischer und olfaktorischer Information (vgl. Samuelson und Fontanini 2017). Ganzheitlich betrachtet setzt sich der Geschmack einer Speise aus allen Empfindungen zusammen, die während der Nahrungsaufnahme entstehen (vgl. Hatt 2006: 328) und bezieht sich z. B. auch auf das Mundgefühl (z. B. durch Textur und Viskosität), die Temperatur oder gar das Aussehen einer Speise.

Geschmackspräferenzen und -abneigungen sind angeboren und werden durch Lernerfahrungen geformt (vgl. Yeomans 2006: 95). Sowohl körperliche als auch soziale Erfahrungen, die direkt oder indirekt aus dem Verzehr von Lebensmitteln resultieren, beeinflussen die Ausbildung von Vorlieben und Abneigungen. Das Erlernen eines Geschmacks kann als eine Kombination aus wiederholtem Kontakt mit dem Geschmack, sozialer Anleitung und dem kindlichen Streben nach sozialer Anerkennung und Zugehörigkeit zur Gruppe betrachtet werden (vgl. Pudel und Westenhöfer 1998: 42). Im Folgenden werden einzelnen Mechanismen, die zur Geschmacksprägung im Säuglingsalter beitragen ausführlicher betrachtet.

Angeborene Präferenzen und Abneigungen

Säuglinge werden mit einer genetischen Disposition für süßen Geschmack geboren (vgl. Desor et al. 1975; vgl. Rosenstein und Oster 1988; vgl. Steiner 2001). Die Wahrnehmung von süß hilft uns Menschen Kohlenhydrate und insbesondere Zucker als Energiequellen zu identifizieren (vgl. Choi und Han 2015). Auch die Muttermilch ist durch ihren hohen Gehalt an Milchzucker (Laktose) sehr süß. Laktose wird u. a. in Glucose zerlegt und dient im menschlichen Organismus als eine Hauptquelle für Energie (vgl. Forestell 2017). Verabreicht man Neugeborenen Tropfen einer Sucrose- bzw. Saccharoselösung löst dies bei ihnen Reaktionen aus, die als sensorisches Wohlgefallen wahrgenommen werden: Das Gesicht entspannt sich, der Säugling beginnt zu saugen und hebt gegebenenfalls die Lippen so, dass es einem Lächeln ähnelt (vgl. Rosenstein und Oster 1988; vgl. Steiner 2001). Die Vorliebe für süß konnte bereits indirekt im Mutterleib nachgewiesen werden. So regte eine Injektion des Fruchtwassers mit einem süßen Geschmackstimulus beim Fötus das Schlucken von Fruchtwasser an (vgl. De Snoo 1937 in Mistretta und Bradley 1975).

Dagegen wird Bitter als Geschmack von Neugeborenen abgelehnt (vgl. Rosenstein und Oster 1988; vgl. Steiner 2001). Der bittere Geschmack ist häufig in Pflanzen zu finden und wird durch natürliche Giftstoffe wie Zyaniden (Alkaloiden) hervorgerufen (vgl. Ellroth 2007; vgl. Beauchamp und Mennella 2009). Man geht davon aus, dass pflanzenfressende Organismen wie der Mensch einen Schutzmechanismus aufgebaut haben, der sie vor Vergiftungen schützt (vgl. Beauchamp und Mennella 2009). Abneigung wird beispielsweise dadurch signalisiert, dass Neugeborene ihre Augen weit aufsperrten, die Nase kräuseln und die Stirn in Falten legen. Sie verziehen den Mund, schütteln den Kopf und „schlagen“ auch mit den Arm (vgl. Rosenstein und Oster 1988; vgl. Steiner 2001). Auch Primaten zeigen positive Affektionen für süß und lehnen bitter ab (vgl. Steiner 2001). Es kann vermutet werden, dass diese beiden basalen Geschmackseindrücke eine lange ontogenetische Geschichte haben (vgl. Rozin 1976: 53).

Weiterhin wird auch ein saurer Geschmack von Neugeborenen gemieden, wenn auch nicht so stark wie bitter (vgl. Steiner 2001). Leichte Salzkonzentrationen in Form von Natriumchlorid werden allerdings akzeptiert und eine Vorliebe für einen salzigen Geschmackseindruck ist bei Säuglingen ab einem Alter von vier Monaten zu beobachten (vgl. Beauchamp et al. 1986, vgl. Liem 2017). Natrium ist ein essentieller Nährstoff, der im menschlichen Körper für die Regulation des Elektrolythaushalts benötigt wird. Es wird vermutet, dass der biologische Bedarf für Natrium in Kombination mit einem Mangel an Natrium in der Nahrung unserer Vorfahren zu einem evolutionären Antrieb führte, speziell Natrium zu konsumieren (vgl. Beauchamp 1987). Aus Tierexperimenten wird vermutet, dass die Wahrnehmung für Salz jedoch erst postnatal voll ausreift (vgl. Hill und Mistretta 1990). Eine Präferenz für den reinen Geschmackseindruck umami ist nicht eindeutig nachgewiesen (vgl. Beauchamp und Pearson 1991; vgl. Beauchamp et al. 1998; vgl. Okiyama und Beauchamp 1998).

Bei den Experimenten zu den Geschmacksvorlieben im Säuglingsalter muss beachtet werden, dass die Geschmackseindrücke gustastatorisch (über den Mundraum und die Zunge) vermittelt wurden. Weiterhin wurden primäre einseitige Geschmacksstimuli genutzt (vgl. Hatt 2006: 331). Wie oben beschrieben, setzt sich Geschmack und Aroma von Lebensmitteln durch die Wahrnehmung von sowohl

Mund- als auch Nasenraum zusammen. Selten ist zudem der Geschmackseindruck von Lebensmitteln rein einseitig, sondern besteht eher aus einer Kombination mehrerer Geschmacksrichtungen gleichzeitig.

Prä- und Postnatale Geschmacksprägung

Die Entwicklung des Geschmacks- und Geruchssinns beginnt bereits sehr früh in der Schwangerschaft und Säuglinge werden mit einem fast fertigen Geschmacks- und Geruchssinn geboren (vgl. Ventura und Worobey 2013). Angeborene Geschmackspräferenzen und Abneigungen werden prä- und postnatal geformt (ebd.). In der Schwangerschaft nimmt der Fötus über Mund und Nase Fruchtwasser auf (ebd.). Dieses enthält Geschmacks- und Geruchsstoffe (ebd.) welche die Ernährung der Mutter widerspiegeln. So erfährt der Fötus bereits im Mutterleib eine geschmackliche Prägung (in-utero Programming) (ebd.). Beim Stillen setzt sich diese Geschmacksprägung postnatal fort, denn auch über die Muttermilch werden Aromen und Geschmacksstoffe der maternalen Ernährung übertragen (vgl. Beauchamp und Mennella 2009). Gegenüber den Geschmackseindrücken, die der Säugling durch das Fruchtwasser und der Muttermilch kennenlernt, entwickelt er Präferenzen, die seinen Lebensmittelverzehr in der Beikostphase und im späteren Säuglingsalter beeinflussen (vgl. Menella et al. 2001, vgl. Mennella et al. 2017). Ähnliche Beobachtungen konnten auch für bestimmte Geschmackseindrücke durch den Verzehr von Säuglingsmilchnahrungen gemacht werden (vgl. Menella et al. 2009). Dabei muss angemerkt werden, dass Säuglingsmilchnahrungen generell in ihrem Aromenspektrum eher gleichbleibend sind im Vergleich zur Muttermilch (vgl. Menella 2014).

Evolutionobiologische Programme

Mere-Exposure-Effekt

Ein sich wiederholender Geschmackseindruck trägt dazu bei, dass Säuglinge gegenüber diesen eine Akzeptanz und sogar Vorliebe aufbauen können (vgl. Ellroth 2007). Dies ist ein geschmacklicher Gewöhnungseffekt (im engl. „food familiarisation“), der durch wiederholtes Anbieten bzw. dem wiederholten Aussetzen einer Speise, dem sog. „mere exposure“, zustande kommt (vgl. Zajonc 2001; vgl. Birch und Anzman-Fransca 2011: 190). Es wird davon ausgegangen, dass einer Geschmacksvorliebe für bereits verzehrte Speisen ein wichtiges biologisches Sicherheitsprinzip zugrunde liegt. Speisen, die man bereits kennen gelernt hat und die sich als nicht giftig und sogar verträglich herausgestellt haben, können beruhigt ein weiteres Mal gegessen werden (vgl. Ellroth 2007). So war es in Zeiten knapper Nahrung wichtig zu wissen, mit welchen (Lebens)Mitteln der Hunger zu sättigen war, ohne Gesundheitsrisiken einzugehen (vgl. Pudel und Westenhöfer 1998: 45). Der Gewöhnungseffekt setzt bereits indirekt durch die prä- und postnatale Prägung ein.

Säuglinge, die postnatal regelmäßig Zuckerwasser bekommen haben zeigten im Alter von sechs Monaten eine erhöhte Präferenz für süß im Vergleich zu Säuglingen, die kein Zuckerwasser bekommen haben (vgl. Beauchamp und Moran 1982). Die erhöhte Präferenz war auch noch mit zwei Jahren feststellbar, selbst wenn die Gabe von Zuckerwasser zwischenzeitlich unterbrochen wurde (vgl. Beauchamp und Moran 1984). In der Beikostphase fördert ein wiederholtes Anbieten einer unbekannten oder bereits vom Säugling abgelehnten Speise, die Ausbildung einer Akzeptanz oder Präferenz

gegenüber dieser Speise (vgl. Sullivan und Birch 1994; vgl. Birch und Fischer 1998; vgl. Maier et al. 2007; vgl. Remy et al. 2013). Häufig ist dafür ein fünf- bis zehnmaliges Anbieten der Speise in einem Zeitfenster von 2 bis 4 Wochen nötig. Dabei wird die Akzeptanz der Speise erleichtert, wenn im Zeitraum der wiederholten Exposition auch gestillt wird (vgl. Sullivan und Birch 1994; vgl. Maier et al. 2007; vgl. Hausner et al. 2010).

Sensorisch-Spezifische Sättigung (Wahrnehmungsspezifische Sättigung)

Durch den „mere exposure“ Effekt können sich langfristige Geschmacksvorlieben ausbilden (vgl. Ellroth 2007). Damit die Lebensmittelwahl jedoch nicht zu einseitig wird und die Gefahr einer Mangelernährung besteht wird gegenüber eines sich ständig wiederholenden Geschmackseindrucks eine Ablehnung aufgebaut (vgl. Ellroth 2007). Wird beispielsweise eine bestimmte Speise mehrere Tage nacheinander gegessen, kann man diese irgendwann „nicht mehr riechen“ oder sie „hängt zum Halse raus“ – eine sensorische Sättigung gegenüber einem spezifischen Geschmack hat sich eingestellt. Innerhalb einer Mahlzeit wird eine möglichst abwechslungsreiche Lebensmittelauswahl durch die sensorische-spezifische Sättigung ermöglicht. Im Laufe der Mahlzeit nimmt die Lust bzw. der Appetit auf eine bereits verzehrte Speise ab, während der Appetit auf eine noch nicht verzehrte Speise steigt (vgl. Rolls et al. 1981). Dieses Phänomen erklärt beispielsweise, dass sich nach dem Hauptgang zum Mittag- oder Abendessen in vielen Kulturen ein Nachtisch etabliert hat.

Food Neophobia

Mit Beginn der Beikost ist ein Großteil der Säuglinge neuen Geschmackseindrücken grundsätzlich aufgeschlossen (vgl. Schwartz et al. 2011). Nachdem Säuglinge und Kleinkinder ein Repertoire an bekannten und sicheren Speisen aufgebaut haben werden sie jedoch zunehmend skeptisch gegenüber neuen Speisen und lehnen diese ab (vgl. Capaldi 1992: 2). Typischerweise tritt diese „Angst vor neuen Lebensmitteln“ um das zweite Lebensjahr herum auf (vgl. ebd.). Menschen probieren neue, potentielle Lebensmittelquellen prinzipiell mit Vorsicht aus, da in der Natur Nahrungsquellen vielfach giftig sein können (vgl. Pliner und Salvy 2006: 75). Bekannte Nahrungsmittel werden gegenüber unbekannten Nahrungsmitteln bevorzugt (vgl. ebd.).

Bildung von Präferenzen und Abneigungen durch post-ingestive Konsequenzen und Emotionen

Nach einer Mahlzeit ändern sich physiologische körperliche Parameter und das emotionale Befinden (vgl. Macht 2005). Die Bereitstellung von Energiesubstraten wirkt sich positiv verstärkend auf das emotionale Geschehen aus (vgl. ebd.). Eine gehaltvolle, energiereiche Mahlzeit ist in der Regel durch Entspannung, Desaktivierung und verbesserte Stimmung gekennzeichnet (vgl. ebd.). Das Prinzip des „Flavour Consequence Learning“ beschreibt, dass ein Geschmack mit den post-ingestiven körperlichen Auswirkungen assoziiert und dadurch bewertet wird (vgl. Yeomans 2006: 95ff). Beispielsweise gibt es einen eindeutigen Zusammenhang zwischen der Energiedichte von Speisen und deren Bevorzugung (vgl. Drewnowski 1998). Es kann angenommen werden, dass die Präferenz von energiereichen gegenüber energieärmeren Speisen auf eine vorangegangene post-ingestive Erfahrung beruht schneller satt zu werden (vgl. Yeomans 2006: 96f). In experimentellen Studien mit Kindern wurde festgestellt,

dass diese gelernt haben energiereichere Speisen gegenüber ähnlichen, jedoch energieärmeren Speisen zu bevorzugen (vgl. Johnson et al. 1991; vgl. Kern et al. 1993).

Auch die Entstehung von Abneigungen und Aversionen kann durch unangenehme körperliche Erfahrungen nach dem Verzehr von Lebensmitteln erklärt werden und wird als „taste aversion learning“ bezeichnet (vgl. Capaldi 1992: 3). Treten beispielsweise Bauchschmerzen, Übelkeit oder Erbrechen, zeitnah nach dem Verzehr einer Speise auf kann dies zu einer künftigen Aversion gegenüber dieser Speise führen (vgl. Ellroth 2007). Eine Aversion kann sich sowohl durch ursächliche Beziehung der Speise mit den körperlichen Auswirkungen bilden als auch durch eine nicht-ursächliche Beziehung (vgl. ebd.). Eine ursächliche Beziehung kommt beispielsweise zustande, wenn ein Lebensmittel verdorben ist und infolgedessen unangenehme Symptome einer Lebensmittelvergiftung auftreten. Kommt es zu ähnlichen negativen körperlichen Reaktionen aufgrund eines nicht mit dem Lebensmittel im Zusammenhang stehenden Magen-Darm-Virus, kann dies ebenfalls zu einer Aversion gegenüber dem Geschmackseindruck führen. Geschmacksaversionen sind schnell erlernt, robust und persistent (vgl. Capaldi 1992:3). Die resultierende aversive Besetzung des Geschmackseindrucks soll den Menschen vor künftigen potenziell lebensbedrohlichen Konsequenzen schützen (vgl. Ellroth 2007).

Weitere Lernmechanismen

Die Ausbildung von Geschmackspräferenzen beruht auf sozio-kulturelle Lernprozesse (vgl. Pudel und Westenhöfer 1998: 40). Sowohl negative als auch positive Gefühle können mit Lebensmitteln und Mahlzeiten in Verbindung stehen und sich auf die Geschmacksprägung und den Lebensmittelverzehr auswirken (vgl. Kugler 2009). Geschmacksprägung kann so durch Assoziationen von verzehrten Lebensmitteln und den dabei erlebten sozialen Erfahrungen stattfinden. Werden beispielsweise gemeinsame Mahlzeiten von Kindern als positiv erlebt, werden auch positive Assoziationen zu den Geschmäckern der Speisen aufgebaut, die zu den Mahlzeiten verzehrt werden. Durch Familienmahlzeiten werden Emotionen transportiert und der Geschmack von typischen Familiengerichten vermittelt Vertrautheit und Geborgenheit auch über die eigene Kindheit hinaus (vgl. Brombach 2001). Die Geschmacksprägung von Kindern hängt vom elterlichen Essverhalten und Ernährungspraktiken ab, welche bereits im Kapitel 2.1 ausführlich betrachtet wurden.

Eine übergeordnete Esskultur gibt durch Normen, Werte, Glaubensvorstellungen, Traditionen und gesellschaftlichen Vorstellungen einen Rahmen der Geschmacksentwicklung vor. So wird beispielsweise essbares von nicht essbarem definiert. Weiterhin können durch die Esskultur typische Mahlzeitenmuster¹⁴, Tischregeln und Tischmanieren wie der Umgang mit Besteck (vgl. Brombach 2001) abgeleitet werden.

¹⁴ In Deutschland gibt es typischerweise ein Dreitakt-Mahlzeitenmuster mit Frühstück, Mittag und Abendbrot (vgl. Meier-Gräwe 2009: 192).

2.4 Die Entwicklung von Essfertigkeiten im Säuglingsalter

Nahrungsaufnahme und Essen lernen sind sehr komplexe Prozesse, bei der der Säugling und seine Bezugspersonen aktiv involviert sind (vgl. Arvedson und Brodsky 2002: 61). Die Veränderung in der Nahrungsaufnahme und dem Essverhalten geht im ersten Lebensjahr einher mit der Entwicklung von motorischen, kognitiven und sozialen Fähig- und Fertigkeiten (vgl. Harbron et al. 2013). Die zunächst „einseitige“ Ernährung in Form von Muttermilch oder Säuglingsmilchnahrung nach der Geburt, wird gegen Ende des ersten Lebensjahrs zu einer mehr und mehr vielfältigen, omnivoren Ernährungsweise (vgl. Birch 1998). Während der Säugling nach der Geburt vorerst ausschließlich gefüttert werden muss, nimmt er im Laufe des ersten Lebensjahres Lebensmittel und Speisen mehr und mehr aktiv und eigenständig auf. Dem anfänglichen Saugen und Schlucken von „flüssiger“ Muttermilch kommt ein Beißen und Kauen von Lebensmitteln mit fester werdender Konsistenz hinzu. Aus der Nahrungsaufnahme bzw. dem Füttern nach Bedarf werden gegen Ende des ersten Lebensjahrs regelmäßige Mahlzeiten zu festen Zeiten (vgl. Marx et al. 2018).

Dabei bedingen sich ernährungsphysiologische Bedarfe und die Entwicklung von Essfertigkeiten gegenseitig. Nur durch eine altersentsprechende Nährstoffzufuhr, die den ernährungsphysiologischen Bedarfen des Säuglings gerecht wird, kann der Säugling gedeihen und reifen und sich altersentsprechend körperlich, kognitiv und sozial entwickeln. Um Essfertigkeiten zu erwerben, muss der Säugling zum einen körperlich und kognitiv in der Lage sein diese auszuführen, zum anderen benötigt er Gelegenheit seine Fertigkeiten zu üben und zu präzisieren. Der Körper entwickelt sich im Zusammenspiel mit seiner Umwelt (vgl. Adolph und Franchak 2017). Die motorische Entwicklung findet statt, weil der Säugling aktiv versucht, Aufgaben und Anreize der Umgebung zu erfassen (vgl. Gibson 1988 zitiert nach Cierpka 2011). Hierfür benötigt er die Anleitung und Unterstützung seiner Eltern, die seine Bedürfnisse erkennen und fördern. Vom Säugling erworbene neue Fähig- und Fertigkeiten – z. B. festere Nahrung zu kauen und zu verdauen – sind wiederum nötig, um den sich verändernden ernährungsphysiologischen Bedarfen im Laufe des ersten Lebensjahrs gerecht zu werden. Essfähig- und -fertigkeiten können nicht isoliert betrachtet werden, sie sind immer eingebettet in der körperlichen Reife und den psychosozialen (Ess-)Erfahrungen des Säuglings (vgl. Biber 2014: 40).

Geburt bis 6 Monate

Wenn ein Säugling auf die Welt kommt, hat er zunächst das Bedürfnis zwischen sich und seiner Umwelt ein Gleichgewicht anzustreben, um sich sicher zu fühlen (vgl. Stevenson und Allaire 1991). Diese Homöostase seiner körperlichen Funktionen ist Voraussetzung für weitere Interaktionen mit der Welt außerhalb des Mutterleibs (vgl. Satter 1990) und fördert die Entwicklung von emotionalen Bindungen zu den primären Bezugspersonen (vgl. Stevenson und Allaire 1991). Im Mutterleib wurde der Säugling kontinuierlich über die Plazenta versorgt. Nach der Geburt zählt nun das Essen zu seinen grundlegendsten Bedürfnissen, welches befriedigt bzw. gestillt werden muss (Barlösius 2015: 19). Das Essverhalten eines Neugeborenen wird durch Hunger- und Sättigungsmuster gesteuert (vgl. Arvedson und Brodsky 2002: 61). Neugeborene äußern zunächst ihr Bedürfnis nach Nahrung z. B. durch Schreien,

Such- und Saugbewegungen (nach der Brust) und verstärkte Aufgewecktheit (vgl. Arvedson und Brodsky 2002: 67). Die Nahrungsaufnahme ist in den ersten zwei Lebensmonaten größtenteils reflexgesteuert (vgl. Biber 2014: 57). Ein gesundes und reifes Neugeborenes zeigt sich typischerweise pro-aktiv in der Nahrungssuche und -aufnahme (vgl. Arvedson 2006). Reife Neugeborene sind in der Lage Saugen, Schlucken und Atmen an der Brust oder der Flasche zu koordinieren (vgl. ebd.) und sind so auf die orale Zufuhr von Muttermilch bzw. Säuglingsmilchnahrung ideal vorbereitet. In den ersten Wochen nach der Geburt nimmt der Säugling zunächst viele kleine (Still-)Mahlzeiten zu sich (vgl. Stüwe 2004: 261). Die eingenommene Muttermilchmenge pro Mahlzeit steigt in den ersten drei Lebensmonaten an, während die Häufigkeit der täglichen Mahlzeiten in der Regel abnimmt (vgl. Kent et al. 2013)¹⁵. Bereits mit zwei bis drei Monaten wird das Hunger-Sättigungsmuster des Säuglings regelmäßiger (vgl. Arvedson und Brodsky 2002: 61). Ab dem dritten bis fünften Lebensmonat kann das Saugen willentlich gesteuert werden (vgl. Biber 2014: 42). Auch der Suchreflex wird nach drei bis sechs Monaten durch die nun bewusste Zuwendung zur Nahrungsquelle abgelöst (vgl. Arvedson und Brodsky 2002: 55; vgl. Biber 2014: 42). Ab dem Alter von drei Monaten werden soziale Interaktionen während der Mahlzeiten aufgebaut (vgl. Satter 1990; vgl. Van den Engel-Hoek et al. 2014) und dafür bewusste Trinkpausen seitens des Säuglings eingelegt (vgl. Satter 1990). Das Mahlzeitenmuster von gestillten Kindern im Alter von drei bis sechs Monaten bleibt relativ stabil (vgl. Kent et al. 2013). Beobachtet wurde, dass Säuglinge, die in den ersten sechs Lebensmonaten ausschließlich gestillt werden, ein weites Spektrum von sechs bis 18 Stillmahlzeiten in 24 Stunden zu sich nehmen (vgl. Kent et al. 2006)¹⁶.

Mit vier bis sechs Monaten zeigen Säuglinge typischerweise, dass sie bereit für die Beikost sind (vgl. Arvedson 2006). In diesem Zeitfenster lässt der Zungenstreckreflex nach (vgl. Arvedson und Brodsky 2002: 55) - ein Schutzmechanismus in den ersten Lebensmonaten, bei dem Lebensmittel oder andere fremde Stoffe, die in den Mund gelangen mit der Zunge wieder herausgeschoben werden, so dass sich der Säugling nicht daran verschlucken kann (vgl. Gahagan 2012). Der Säugling hat mehr willentliche Kontrolle über seine Mundbewegungen; Zungen- und Lippenbewegungen lösen sich voneinander ab (vgl. Arvedson 2006). Anatomische Veränderungen führen zu mehr Platz in der Mundhöhle und ermöglichen ihm nun auch vertikale Zungenbewegungen, neben den bisherigen Vor- und Zurückbewegungen der Zunge beim Saugen (vgl. Arvedson 2006). Gleichzeitig ist der Säugling mit vier bis sechs Monaten in der Lage mit Unterstützung eine stabile aufrechte Position einzunehmen und sein Köpfchen aufrecht zu halten (vgl. Koletzko et al. 2016; vgl. WHO Multicentre Growth Reference Study Group 2006). Eine aufrechte Position erleichtert das Abschlucken von breiiger Nahrung und schützt davor, dass sich der Säugling verschluckt (vgl. Pridham 1990). Eltern können eine aufrechte sichere Essposition ideal unterstützen, indem sie ihren Säugling seitlich auf den Schoß nehmen und seine Haltung mit einem Arm unterstützen (vgl. BLE 2018: 152). Der Säugling bekommt dadurch die nötige Stabilität und Sicherheit für das Essen von breiigen Speisen. Motorische Änderungen in diesem Zeitraum

¹⁵ Eine Abnahme der Frequenz wird nicht beobachtet, wenn die initiale Stillfrequenz bereits sehr niedrig ist (vgl. Kent et al. 2013).

¹⁶ Eine Ausnahme hiervon bilden die ersten 24 bis 48 Stunden nach der Geburt. Hier stellt sich der Säugling zunächst auf das Leben außerhalb des Mutterleibs um und nimmt im Vergleich nur wenige Stillmahlzeiten (ca. vier bis sechs am Tag) zu sich (vgl. Stüwe 2004: 261).

gehen mit einer verstärkten Wahrnehmung und Wiedererkennung des Säuglings gegenüber Objekten in seiner Umwelt einher. So zeigt der Säugling verstärkt Interesse an dem, was Eltern, Geschwister und andere Personen in seiner Gegenwart zu sich nehmen (vgl. Gesund ins Leben 2020). Er beobachtet beispielsweise seine Eltern neugierig beim Essen, imitiert die Öffnung des Mundes und Kaubewegungen und signalisiert so Interesse an Beikost. Im Durchschnitt öffnen Säuglinge mit knapp viereinhalb Monaten zum ersten Mal den Mund, wenn ihnen Speisen angeboten werden (vgl. Carruth und Skinner 2002). Säuglinge lernen breiige Nahrung vom Löffel zu nehmen, die Nahrung mit der Zunge in den hinteren Mundraum zu transportieren und abzuschlucken (vgl. Van den Engel-Hoek et al. 2014). Durch wiederholendes Probieren, Versuch und Irrtum werden die Handlungsabläufe präziser (vgl. ebd). Im Durchschnitt benötigen Säuglinge 5,7 Wochen von der Einführung des „Gefüttertwerdens“ mit dem Löffel bis dahin, dass sie diese Fertigkeit erworben haben und die Nahrung schnell und effizient mit den Lippen vom Löffel nehmen und Abschlucken können (vgl. ebd). Hunger- und Sättigungssignale, um Nahrungsaufnahme zu regulieren ändern sich durch erworbene Körperkontrollen. Ab dem vierten Monat signalisieren Säuglinge, dass sie hungrig sind, indem sie ihre eigenen Hände zum Mund oder zum Kopf führen (vgl. Harbron 2013) oder indem sie zum Löffel greifen (vgl. Carruth und Skinner 2002). Auch lernen Säuglinge den Kopf zur Nahrung bzw. zum Löffel hinzubewegen (vgl. Satter 1990). Möchten sie bestimmte Speisen nicht essen oder sind satt, dann können sie den Kopf und Körper nun wegrehen oder die Nahrung wieder ausspucken bzw. mit der Zunge hinausbefördern (vgl. Harbron 2013). Mit fünf Monaten erreicht auch die α -Amylase der Bauchspeicheldrüse ihre volle Enzymaktivität und der Säugling ist nun auch in der Lage größere Mengen von Stärke zu verdauen (vgl. Koletzko und Lentze 2019: 13) – zeitgleich mit seinen motorischen Fertigkeiten zur Aufnahme von Beikost.

6 bis 12 Monate

Bereits mit sechs Monaten beginnen Säuglinge ihren Kiefer vertikal (hoch und runter) zu bewegen und „mampfende“ Bewegungen auszuführen (vgl. Biber 2014: 45; vgl. Pridham 1990). Hier fangen die ersten Säuglinge an bereits festere Breie oder Breie mit kleinen festeren Stückchen zu „kauen“ (vgl. Carruth und Skinner 2002, vgl. Pridham 1990). Auch die Zahndurchbrüche der unteren Schneidezähne sind ab einem Alter von sechs Monaten zu beobachten (vgl. Schwemmler und Arens 2018). Die zunehmende Zungenflexibilität, die während der Breimahlzeiten vom Löffel geübt wird, ermöglicht dem Säugling mit ca. acht Monaten Nahrung vor dem Schlucken besser „zu verarbeiten“ und erleichtert das Abschlucken dickerer Boli (vgl. Pridham 1990). Das effiziente Essen von breiiger Nahrung mit kleinen Stückchen kann durchschnittlich zum Ende des neunten Lebensmonats beobachtet werden (vgl. Carruth und Skinner 2002). Ab dem neunten Lebensmonat kann der Säugling seinen Kiefer beim Kauen diagonal-rotatorisch bewegen und die vertikalen „mampfenden“ Bewegungen werden abgelöst (vgl. Biber 2014: 45). Ab dem 10. Monat sind Säuglinge mehr und mehr in der Lage festere Lebensmittel zu zerkleinern und die gleichen Speisen wie Eltern und ältere Geschwister zu essen (vgl. Koletzko et al. 2016). Das Kauen mit rotierenden Kieferbewegungen ist mit ca. zehn Monaten gut ausgereift (vgl. Biber 2014: 45).

Die Hälfte der Säuglinge kann mit sieben Monaten mit Unterstützung frei sitzen und sich zwischen dem achten und neunten Lebensmonat selbstständig aufsetzen und ohne Hilfe sitzen (vgl. Roth und

Krombholz 2016). Dies sind weitere wichtige Meilensteine für die Selbst-Regulation der Nahrungsaufnahme, denn der Säugling hat dadurch die Möglichkeit sich freier zu bewegen und später auch eigenständig Nahrung zu greifen und zum Mund zu führen (vgl. Pridham 1990). Ohne Unterstützung zu sitzen, ermöglicht das Abschlucken von festerer Nahrung (vgl. ebd.).

Im Laufe des zweiten Lebenshalbjahres wird die Hand-Mund-Koordination präziser. Dies sind Fähigkeiten, die der Säugling benötigt, um mit den Händen selbst zu essen (vgl. Pridham 1990). Durchschnittlich zum Ende des 9. Lebensmonats erwerben Säuglinge die Fähigkeit auf einem Tisch liegende Lebensmittel mit den Fingern zu sich zu „harken“ (vgl. Carruth und Skinner 2002). Im Alter von 9 bis 12 Monaten dann hat sich die Hand- und Fingerkontrolle so weit entwickelt, dass die einzelnen Finger unabhängig voneinander gesteuert werden können (vgl. Cirpka 2011: 26). Daumen und Zeige- oder Mittelfinger werden gestreckt, wie bei einer Pinzette zusammengeführt, wodurch Säuglinge in der Lage sind Essen präziser zwischen Zeigefinger und Daumen aufzunehmen (vgl. Butterworth et al. 1997 zitiert nach Cirpka 2011: 26). Säuglinge sind begierig diesen so genannten „Pinzettengriff“ zu üben (vgl. Pridham 1990). Wenig später entwickelt sich auch der „Zangengriff“ bei dem, statt gestreckten Fingern, zumindest der Zeige- oder Mittelfinger gekrümmt wird und dem Daumen so gegenübersteht (vgl. Biber 2014: 45). Jetzt kann das Kind Gegenstände auch bewusst los- oder fallenlassen (vgl. ebd.).

Im zweiten Lebenshalbjahr lernen Säuglinge Flüssigkeit aus einer offenen Tasse oder einem offenen Glas zu schlucken, welches für sie gehalten wird (vgl. Pridham 1990). Zwar verschlucken sich Säuglinge leicht, aber durch kontinuierliche Übung sind die meisten Säuglinge mit neun, zehn Monaten in der Lage mit Unterstützung aus einer offenen Tasse zu trinken (vgl. ebd.). Zusammen mit den motorischen Errungenschaften zeigt der Säugling im zweiten Lebenshalbjahr ein zunehmendes Interesse daran sich selbst zu ernähren. Er greift willentlich nach dem Löffel oder mit den Fingern nach dem Essen, er beobachtet mehr und mehr seine Mitmenschen beim Essen und fordert selbst Nahrung ein (vgl. Pridham 1990). Durch die Ausbildung der oral-, grob- und feinmotorischen Fähigkeiten, zusammen mit der kognitiven Reife beginnt ca. ab dem zehnten Monat eine Phase der aktiven und eigenständigen Nahrungsaufnahme mit den Fingern. Nun sind Säuglinge bewusst in der Lage Lebensmittel in den Mund zu führen oder wieder loszulassen; in den Mund geführte Speisen zu kauen und zu schlucken oder wieder auszuspucken. Auch differenziert sich die Sprache (vgl. Biber 2014: 46) und das non-verbale Sprachverständnis weiter und der Säugling kann nun auch durch Lautäußerungen, erste Wörter, oder Schütteln des Kopfes als „Nein“-Geste kommunizieren, ob er essen möchte oder nicht und ob ihn eine angebotene Speise „mundet“ oder nicht. So signalisieren Säuglinge z.B. durch weinerliche Laute Ungeduld, wenn das Essen vorbereitet wird und sie bereits ihr Essen sehen, aber die Mahlzeit noch nicht direkt losgeht (vgl. Pridham 1990). Auch beginnen Säuglinge in diesem Alter ihr Essen aktiv auf den Boden fallen zu lassen, wenn sie satt sind (vgl. ebd.).

Ab dem 12. Monat halten Säuglinge den Löffel eigenständig, auch wenn sie noch keine Drehbewegungen mit diesem ausführen können (vgl. ebd.) und durch die eher waagrecht-parallele Bewegung des Löffels zum Mund noch viel kleckern. Mit Unterstützung der Eltern gelingt es ihnen Nahrung mit dem Löffel aufzunehmen und vom Löffel in den Mund zu befördern. Ende des ersten Lebensjahres haben Säuglinge im Durchschnitt die Fähigkeit erworben festere Lebensmittel zu kauen

und zu schlucken, ohne sich dabei zu verschlucken (vgl. Carruth und Skinner 2002). Auch können die meisten Säuglinge eine offene Tasse mit beiden Händen halten und kontinuierlich daraus trinken, ohne sich zu verschlucken (vgl. Pridham 1990).

Gegen Ende des ersten Lebensjahres arbeiten Eltern und Säuglinge auf einen festeren Mahlzeitenrhythmus hin, der das Essen nach Bedarf ablöst (vgl. Satter 1990). Säuglinge sind nun eher in der Lage mit längeren Pausen zwischen den Mahlzeiten umzugehen (vgl. ebd.; vgl. Marx et al. 2018) und etwas zu warten, wenn sie hungrig sind. Diese Fähigkeiten zusammen mit der Errungenschaft vermehrt eigenständige Nahrung zu sich zu nehmen, gibt Eltern nun auch besser die Möglichkeit Mahlzeiten gemeinsam als Familie zu planen und einzunehmen. Gemeinsame Familienmahlzeiten bilden wiederum die Grundlage für das Kennenlernen von weiteren vielfältigen Speisen, deren unterschiedliche Texturen und Konsistenzen, den Umgang mit Besteck, das Kennenlernen von Tischregeln etc. und sind wichtig für die weitere Entwicklung des kindlichen Essverhaltens (siehe Kapitel 2.1).

Dennoch geht das Essenlernen zum Teil weit über das erste Lebensjahr hinaus und hängt dabei von der Mahlzeitenkultur und den kulturüblichen „Esswerkzeugen“ ab. Während Säuglinge, die gleichen Kaubewegungen unabhängig vom Lebensmittel ausführen, sind erst ältere Kinder in der Lage Kieferbewegungen und Muskelkraft den Lebensmitteltexturen und -konsistenzen anzupassen (vgl. Adolph und Franchak 2017). Im Alter von zwei bis drei Jahren reift das Schluckmuster aus, zeitgleich entwickelt sich im Kleinkindalter das Milchgebiss (vgl. Schwemmle und Arens 2018). Im Alter von drei Jahren ist das Milchgebiss komplett und erlaubt eine Optimierung der Nahrungszerkleinerung (vgl. ebd.).

Der Umgang mit dem Löffel und später auch mit Gabel und Messer, ist eine komplexe feinmotorische Handlung (vgl. Cierpka 2011: 26). Erst mit 18 Monaten sind Kinder in der Lage den Löffel so zu halten und zu bewegen, dass sie damit relativ effektiv ohne Hilfe essen können (vgl. Adolph und Franchak 2017). Dabei nutzen Kleinkinder hierfür die komplette Hand, die von oben den Löffel oder die Gabel umfasst und erst sehr viel später werden Löffel und Gabel mit den Fingern gehalten, wobei die Hand die Haltung des Bestecks von unten unterstützt (vgl. ebd.). Erst in einem Alter von vier Jahren erfolgt die Nahrungsaufnahme gut koordiniert (vgl. Schwemmle und Arens 2018).

Die Entwicklung von Essfertigkeiten ist Voraussetzung für die eigenständiger werdende Nahrungsaufnahme und „Selbstfütterung“ durch den Säugling. Die hier beschriebenen Fertigkeiten in der Entwicklung des Säuglings können als Meilensteine für das Erlernen der eigenständiger werdenden Nahrungsaufnahme im ersten Lebensjahr betrachtet werden. Meilensteine können als eine grobe Orientierung dienen, um altersentsprechende Entwicklungen besser einordnen zu können und Entwicklungsverzögerungen davon abzugrenzen (vgl. Cierpka 2011: 22). Beim Erlernen von Essfertigkeiten gibt es jedoch eine sehr große interindividuelle Variabilität (vgl. Carruth und Skinner 2002; vgl. Van den Engel-Hoek et al. 2014), die zudem umwelt- und kulturabhängig ist (vgl. Adolph et al. 2010: 64).

In Anlehnung an Pridham (1990) lassen sich folgende Meilensteine der Essentwicklung zusammenfassen:

Ca. 0-4 Monate: Eine regelmäßige Nahrungsaufnahme mit Wach- und Schlafrhythmus (vgl. Stevenson und Allaire 1991)

Ca. 4-6 Monate: Beginn der Breikostfütterung vom Löffel durch die Eltern

6-8 Monate: Beginn der Aufnahme von festeren Breitexturen bzw. „Brei mit Klümpchen“

9-12 Monate: Beginn der aktiv eigenständiger werdenden Nahrungsaufnahme mit Unterstützung der Eltern: Säuglinge können für sie zu- und angerichtetes Fingerfood eigenständig zu sich nehmen, mit Unterstützung vom Löffel, den sie selbst halten, essen als auch aus einem offenen Glas oder einer Tasse trinken.

2.5 Handlungsempfehlungen zur Ernährung von Säuglingen

Was einen optimalen Lebensmittelverzehr im Säuglingsalter ausmacht, um den Nährstoffbedarf zu decken und Wachstum und Entwicklung zu fördern ist bekannt (vgl. Robinson et al. 2007). In Deutschland wurden hierfür erstmals 2010 die aktuellen Handlungsempfehlungen zur Säuglingsernährung herausgegeben, die 2016 zuletzt aktualisiert wurden (vgl. Koletzko et al. 2010; vgl. Koletzko 2016). Die Handlungsempfehlungen orientieren sich hauptsächlich an den ernährungsphysiologischen Bedarfen des Säuglings im Verlauf des ersten Lebensjahrs. In Form eines „Essensfahrplans für das erste Lebensjahr“ und dem „Brei-Fahrplan“ werden Lebensmitteln und deren Zusammensetzung zu Mahlzeiten, Zubereitung und Darreichungsform von Speisen nach Säuglingsalter so ausgewählt, dass sie Energie- und Nährstoffbedarfe des Säuglings so gut als möglich decken und gleichzeitig Überernährung vermeiden. Die einzelnen Phasen der Säuglingsernährung: 1. „Nur Milch: Am besten Muttermilch“, 2. „Weiterstillen und B(r)eikost“, 3. „Übergang zum Familienessen“ berücksichtigen dabei zugleich die Bedürfnisse des Säuglings, seine physiologische und motorische Entwicklung, die Reife des Verdauungssystems und der Nierenfunktion sowie Aspekte der Immunabwehr.

Im Nachfolgenden werden die Empfehlungen, insbesondere in Bezug auf die Lebensmittelauswahl, kurz vorgestellt. Auf die Empfehlungen von Nahrungsergänzungsmitteln wird nicht eingegangen. Sofern nicht anders vermerkt, wird sich nachfolgend auf die aktualisierten Handlungsempfehlungen von „Gesund ins Leben – Netzwerk Junge Familie“ (vgl. Koletzko et al. 2016) bezogen:

Phasen der Säuglingsernährung

1. Ernährung in den ersten 5 bis 7 Lebensmonaten: „Nur Milch: Am besten Muttermilch“

„Im ersten Lebenshalbjahr sollten Säuglinge gestillt werden, mindestens bis zum Beginn des 5. Lebensmonats ausschließlich.“ Dies gilt auch für Kinder mit erhöhtem Allergierisiko. Ausschließliches Stillen ist

weiterhin bis zum Beginn des 7. Monats möglich. „Häufigkeit und Dauer des Stillens sollten vom kindlichen Bedarf bestimmt werden.“ Wird nicht oder nicht ausschließlich gestillt wird eine Säuglingsanfangsnahrung (Pre- oder Nr. 1-Nahrungen) empfohlen.

2. Ernährung ab dem 5. bzw. 7. Lebensmonat: „Weiterstillen + B(r)eikost“

Die Beikosteinführung sollte frühestens ab dem fünften Monat und spätestens mit Beginn des siebten Monats erfolgen. Neben der Beikost wird weiterhin gestillt bzw. Säuglingsmilchanfangsnahrung gegeben. Auch kann mit der Beikosteinführung Folgenahrung mit der Nr. 2 gegeben werden.

Abfolge und Auswahl der Breikost

Die Abfolge und Auswahl der Breikost wird übersichtlich als „Brei-Fahrplan“ dargestellt (vgl. Gesund ins Leben 2020). Als erstes wird ein Brei mit Gemüse, Kartoffeln, Fleisch oder als vegetarische Variante ein Gemüse-Kartoffel-Getreide-Brei empfohlen. Anstatt Fleisch kann ein- bis zweimal die Woche fettreicher Fisch angeboten werden. Jeweils etwa einen Monat später werden zusätzlich ein Milch-Getreide-Brei und ein Getreide-Obst-Brei empfohlen. Frühestens ab dem 7. Monat und spätestens ab dem 9. Monat sind alle drei Breie eingeführt.

Es sollte eine Variation an Gemüse und Obst angeboten werden. Kartoffeln können beispielsweise auch durch Nudeln, Reis oder andere Getreidearten ersetzt werden. Getreideprodukte sollten möglichst aus Vollkorn sein. Das Fleisch mager. Ein Zusatz von Salz und ein starker Süßgeschmack in der Beikost sollte vermieden werden.

Beikost kann selbstgekocht oder fertig gekauft werden. Breie sollten vom Löffel gegessen werden und von Trinkbreien und Trinkmahlzeiten wird abgeraten.

In der Beikostzeit können zusätzlich zur Mutter- oder Säuglingsmilchnahrung Wasser oder ungesüßte Tees angeboten werden. Eine zusätzliche Flüssigkeitszufuhr von ca. 100 bis 200 ml Wasser pro Tag sollte spätestens nach Einführung des dritten Breis angeboten werden (vgl. Alexy und Hilbig 2016), wobei das Trinken aus Becher oder Tasse empfohlen wird.

Beikosteinführung

Die Beikosteinführung sollte schrittweise erfolgen und erst dann, wenn der Säugling Interesse für neue Lebensmittel zeigt und Reifezeichen aufweist: Dazu gehören, dass der Zungenstoßreflex nachlässt, dass der Säugling allein den Kopf halten kann und mit Hilfe aufrecht sitzt als auch Interesse daran zeigt, was seine Eltern und Geschwister zu sich nehmen. Auch ist es ein Reifezeichen, wenn sich der Säugling eigenständig Dinge in den Mund nimmt (vgl. Gesund ins Leben 2020). Da der Säugling Zeit benötigt, um sich an neues Essen zu gewöhnen und seine Verdauung umzustellen wird eine schrittweise Einführung des Gemüse-Kartoffel-Fleisch-Breis bzw. des Gemüse Kartoffel-Getreide-Breis empfohlen. So sollte mit einigen Löffeln Gemüsepüree vor der Still- oder der Flaschenmahlzeit begonnen werden, die Gemüsemenge wird langsam gesteigert und schrittweise werden die weiteren Zutaten (Kartoffeln und Öl, sowie Fleisch und Obstsaft) hinzugefügt (vgl. Aid 2016a; vgl. Gesund ins Leben 2020).

3. Ernährung ab dem 10. Lebensmonat: „Übergang zum Familienessen“

Ab dem 10. Monat kann der Übergang zur Familienkost erfolgen (vgl. Aid 2016b). Weiterhin sollte jedoch darauf geachtet werden, dass Speisen wenig gewürzt, nicht oder wenig gesalzen und gut bekömmlich sind (vgl. Kindergesundheit-info 2018). Neben der Breikost können Säuglinge geeignete Lebensmittel mit der Hand selbst zu sich nehmen. Insbesondere Lebensmittel, die der Säugling mit seinem Speichel schnell einweichen kann, werden empfohlen. Harte, glatte oder runde Gemüse- oder Obststücke und Nüsse, an denen sich Säuglinge schnell verschlucken können, sollten gemieden werden (vgl. Kindergesundheit-info 2018).

Zum Ende des ersten Lebensjahres und mit dem Start ins Kleinkindalter werden fünf regelmäßige Mahlzeiten am Tag, davon drei Hauptmahlzeiten und zwei Zwischenmahlzeiten, angestrebt (vgl. Kindergesundheit-info 2018; vgl. Koletzko und Toschke 2010). Die WHO (2009: 22) empfiehlt auch drei bis vier Haupt- und ein bis zwei Zwischenmahlzeiten bzw. Snacks je nach Appetit des Kindes. Für die Auswahl der Lebensmittel kann sich an der Ernährungspyramide orientiert werden (vgl. BZfE 2020). Auch über das erste Lebensjahr hinaus sind schwer kaubare Lebensmittel, rohe tierische Produkte (darunter auch Bienenhonig) und rohe Getreideprodukte ungeeignete Lebensmittel für Kinder (vgl. BLE 2018: 166; vgl. Kindergesundheit-info 2018). Weiterhin stellen stark gebratene oder gebräunte, oder gar Lebensmittel mit verbrannten Stellen eine gesundheitliche Gefährdung für Säuglinge und Kleinkinder dar, denn beim starken Erhitzen entstehen polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe oder Acrylamid, die den noch nicht ausgereiften Stoffwechsel des Kleinkindes überfordern können. (vgl. BLE 2018: 166).

2.6 Responsive Feeding und die Essbeziehung zwischen Eltern und Kind

Die Nahrungsaufnahme ist im ersten Lebensjahr ein wechselseitiger Prozess, welcher von den Fähigkeiten und Eigenschaften des Säuglings und seiner Eltern abhängt (vgl. Satter 1990). Der Säugling signalisiert z.B. durch Gesichtsausdruck, körperliche Bewegungen oder Vokalisierung, dass er hungrig bzw. satt ist. Er ist von seinen Eltern abhängig, dass diese in der Lage sind seine Hunger- und Sättigungssignale wahrzunehmen. Je nachdem wie Eltern die Signale des Säuglings beantworten z.B. sofort, verzögert oder gar nicht (vgl. ebd.), wirkt sich dies auf die Essbeziehung zwischen Eltern und Kind und die Entwicklung des kindlichen Essverhaltens aus.

Säuglinge und Eltern lernen verbale und nonverbale Signale voneinander wahrzunehmen und zu interpretieren (vgl. Black und Aboud 2011). Dieser Prozess formt die Basis für eine Bindungsbeziehung zwischen Kind und Eltern (vgl. ebd.). Erfährt der Säugling während des ersten Lebensjahres, dass in Phasen der Unsicherheit eine Bindungsperson verlässlich und angemessen auf ihn eingeht, so entwickelt er eine sichere Bindungsbeziehung zu dieser Person (vgl. Ainsworth 1973 zitiert nach Aschersleben 2003: 298). Dadurch wird eine gesunde sozio-emotionale Entwicklung des Kindes gefördert (vgl. Ainsworth et al. 1978 zitiert nach Black und Aboud 2011).

Im Esskontext wird hierbei von einer Responsiven Ernährung gesprochen. Unter Responsiver oder auch feinfühligster Ernährung (aus dem engl. Responsive Feeding¹⁷) wird eine reziproke¹⁸ bzw. wechselseitige Beziehung zwischen dem Säugling und seinen Eltern verstanden bei der der Säugling Hunger und Sättigung signalisiert und die Eltern darauf unmittelbar, emotional unterstützend, kontingent, sowie entwicklungs- und altersentsprechend reagieren bzw. antworten (vgl. Black und Aboud 2011, vgl. DiSantis et al. 2011a).

Responsive Ernährung bezieht sich auf eine positive, Kind-orientierte Essbeziehung zwischen dem Säugling und seinen Eltern im Kontext von Mahlzeiten und in Bezug auf die darin stattfindenden Interaktionen. Sie umfasst eine „Teilung von Verantwortlichkeit“ bei denen Eltern determinieren *was, wann, wo, mit wem* und *wie* die Säuglingsmahlzeiten ausgestaltet sind und die Säuglinge bestimmen wie viel sie essen (vgl. Satter 1990). Eltern stellen dem Säugling alters- und bedarfsgerechte Speisen in einem ansprechenden und unterstützenden Mahlzeitenumfeld bereit. Dies bedeutet, dass die Auswahl und Textur von Lebensmitteln und Speisen auf die psychomotorische Entwicklung abgestimmt ist (vgl. Koletzko et al. 2016) und sich nach den ernährungsphysiologischen Bedarfen des Kindes richtet, als auch dass Eltern die Mahlzeiten des Säuglings mit emotionaler Wärme begleiten (vgl. Harbron 2013) und seine Bedürfnisse je nach Alter und seinen Fertigkeiten unterstützen (vgl. Satter 1990). Eltern sind hierbei proaktiv in der Mahlzeitenbereitstellung und Interaktion mit dem Säugling (vgl. Black und Aboud 2011; vgl. Harbron et al. 2013). Durch Blickkontakt, einer freundlichen Mimik und liebevollen, ermutigenden Worten suchen sie während der Mahlzeiten Kontakt zum Säugling (vgl. Harbron 2013). Der Säugling wird dabei sicher, bequem und mit altersentsprechender Unterstützung gehalten bzw. hingesezt (vgl. Black und Aboud 2011; vgl. Satter 1990). Eltern sind geduldig, das Tempo mit dem gefüttert wird orientiert sich an der Essgeschwindigkeit des Säuglings und Eltern geben dem Säugling die Möglichkeit während der Mahlzeiten soziale Interaktionen aufzubauen (vgl. Satter 1990). Gleichzeitig verdeutlichen Eltern ihre Erwartungen (vgl. Harbron 2013), halten weitere Ablenkungen so gering wie möglich und überreizen ihn nicht (vgl. Satter 1990). Durch responsive Mahlzeiten- und Fütterungspraktiken wird beim Säugling zum einen der Verzehr von wünschenswerten Lebensmitteln gefördert (vgl. Harbron 2013) und zum anderen positive Emotionen und Assoziationen gegenüber Mahlzeiten aufgebaut. Mahlzeiten stellen hierbei einen Kontext bereit in dem sich Kinder sicher und geborgen fühlen.

¹⁷ Im englischen wird unter dem Begriff „Feeding“ verstanden, dass der Säugling mit Nahrungsmitteln versorgt wird, unabhängig davon wie groß der aktive bzw. eigenständige Anteil seiner Nahrungsaufnahme selbst daran ist. Wird der Säugling gestillt ist der aktive Teil der Nahrungsaufnahme des Säuglings das Saugen und Schlucken an der Brust. Bekommt ein älterer Säugling einen Teller mit Nudeln und Tomatensoße bereitgestellt, umfasst die aktive Nahrungsaufnahme des Säuglings auch das eigenständige Nehmen der Nahrung vom Teller in die Hand, das Führen der Hand zum Mund sowie das Kauen und Schlucken der Nahrung. Im Deutschen wird der Begriff „Füttern“ in der Ernährung des Menschen eher als das Reichen von Nahrung in den Mund verstanden (beispielsweise mit der Flasche füttern oder den Brei auf dem Löffel in den Mund reichen) und ist daher wesentlich eingeschränkter in der Bedeutung. Deshalb wird Responsive Feeding hier mit Responsiver Ernährung übersetzt. Dabei muss herausgestellt werden, dass der Begriff Ernährung hier sowohl „ernährt werden“ und „sich ernähren“ umfasst und es in der Responsiven Ernährung um die Beziehung zwischen Ernährer und zu Ernährendem geht.

¹⁸ sinnhaft, aufeinander bezogen

Responsive Mahlzeiten- und Fütterungspraktiken fördern die Selbstregulationsfähigkeiten in der Energieaufnahme von Säuglingen (vgl. Harbron 2013). Sie stehen in Zusammenhang mit idealer körperlicher Entwicklung und Nährstoffaufnahme (vgl. ebd.; vgl. Satter 1990) und schützen zudem vor Übergewicht, Adipositas, Fütter- und Essstörungen (vgl. DiSantis et al. 2011a; vgl. Hurley et al. 2011; vgl. Satter 1990). Responsive Ernährungspraktiken von Eltern werden gefördert, wenn Eltern in der Lage sind Hunger- und Sättigungssignale ihres Säuglings wahrzunehmen. Auch die Etablierung von Routinen, bei der Mahlzeiten wiederkehrend am gleichen Ort bzw. Platz eingenommen werden, zeitlich strukturiert¹⁹ sind und Eltern Vorbilder in der Mahlzeitengestaltung und Lebensmittelauswahl sind, erleichtert die Förderung responsiver Ernährung (vgl. Black und Aboud 2011).

Ist die Essbeziehung von Säugling und Eltern nicht aufeinander bezogen, spricht man von einer nicht-responsiven Ernährung (vgl. Hurley et al. 2011). Diese kann den Aufbau einer positiven Beziehung zwischen Kind und Eltern stören (vgl. Harbron et al. 2013). Sind Eltern beispielsweise kaum oder nicht in der Lage Hungersignale ihres Säuglings zu erkennen oder nicht in der Lage Hunger von anderen Bedürfnissen abzugrenzen, können sie nicht adäquat auf das Bedürfnis ihres Kindes nach Nahrung eingehen. Auch wenn Eltern sich dazu entscheiden Muttermilch oder Säuglingsmilchnahrung nicht nach Bedarf zu füttern – also prompt dann, wenn der Säugling Hunger zeigt – sondern stattdessen einen festen Zeitplan verfolgen, entspricht dies nicht den Bedürfnissen des Säuglings und ist somit nicht-responsiv. Ein fester Zeitplan kann dazu führen, dass die Hungersignale des Kindes vorerst ignoriert werden oder der Säugling gefüttert wird, obwohl er noch gar keinen Hunger hat.

Weiterhin sind als nicht-responsive Praktiken offensichtlich kontrollierende und restriktive Praktiken von Eltern, fehlende Involviertheit und fehlende Anteilnahme von Eltern, als auch Mahlzeitsituationen, die von den Wünschen der Kinder dominiert werden, identifiziert worden (vgl. Harbron et al. 2013; vgl. Hurley et al. 2011). Nicht-responsive Ernährungspraktiken führen zu einer Entkopplung der Nahrungsaufnahme von internalen Hunger- und Sättigungssignalen (vgl. DiSantis et al. 2011a; vgl. Harbron et al. 2013). Sie können zu Fütterproblemen führen (vgl. Satter 1990) und stehen in westlichen Ländern im Zusammenhang mit Überernährung (vgl. DiSantis 2011a; vgl. Harbron et al. 2013). Worobey et al. (2009) konnten zeigen, dass Säuglinge im Alter von sechs bis zwölf Monaten mehr an Gewicht zunahmen, wenn Mütter weniger feinfühlig gegenüber den Sättigungssignalen ihres Säuglings sind. Auch ist es 5-mal wahrscheinlicher, dass Kinder im Alter von 4 Jahren übergewichtig oder adipös sind, wenn sie als Säuglinge bereits am ersten Tag nach der Geburt mit Säuglingsmilchnahrung an fünf der ersten sieben Mahlzeiten überfüttert wurden, im Vergleich zu Säuglingen, die die ersten sieben Mahlzeiten nach der Geburt nicht überfüttert wurden (vgl. Watchmaker et al. 2020). Weiterhin können sich nicht-responsive Ernährungspraktiken negativ auf die soziale und emotionale Entwicklung von Kindern auswirken (vgl. Harbron et al. 2013; vgl. Satter 1990).

¹⁹ Die zeitliche Struktur bezieht sich hierbei auf Beikost- und Familienkostmahlzeiten und steht nicht in Konflikt zu dem Füttern nach Bedarf von Mutter- oder Säuglingsmilchnahrung.

Responsive und nicht-Responsive Ernährungspraktiken hängen eng zusammen mit dem elterlichen Erziehungsstil. Wie bereits in Kapitel 2.1 erwähnt, ist ein autoritativer Erziehungsstil, welcher hohe Anforderungen an das Kind stellt, aber bei den Eltern gleichzeitig eine hohe Ansprechbarkeit in Form von warmen und unterstützenden Reaktionen aufweisen, wichtig für die kindliche Entwicklung und hängt auch mit einem günstigen kindlichen Lebensmittelverzehr und der Entwicklung eines gesunden Körpergewichts zusammen. Im Mahlzeitenkontext von Säuglingen werden Praktiken, die einen autoritativen Erziehungsstil widerspiegeln als reponsiv angesehen. Dagegen führen autoritäre, permissive und vernachlässigende Erziehungsstile eher zu nicht-responsiven Ernährungspraktiken (vgl. Harbron et al. 2013).

Responsive und gesundheitsfördernde Praktiken im 1. Lebensjahr

Wie bereits in den vorangegangenen Kapiteln 2.3 und 2.4 verdeutlicht, ändern sich im Laufe des ersten Lebensjahrs sowohl kindliche Bedürfnisse als auch ernährungsphysiologische Bedarfe. Die kindlichen Ess-Bedürfnisse orientieren sich an den motorischen, kognitiven und sozialen Fähig- und Fertigkeiten. Damit einhergehend ändern sich auch Anforderungen an Lebensmittel, Konsistenz von Speisen und die Ansprüche an die Mahlzeiten- und Fütterungspraktiken. Responsive elterliche Ernährungspraktiken betonen die Berücksichtigung der kindlichen Entwicklung und Bedürfnisse als auch die ernährungsphysiologischen Bedarfe. Die Eltern als responsive Assistenten unterstützen den Säugling beim Lösen seiner Entwicklungsaufgaben (vgl. Gutknecht 2010: 106) und damit einhergehend in seinen Autonomiebestrebungen zunehmend eigenständiger die Nahrungsaufnahme zu regulieren und zu gestalten.

Um elterliche Praktiken im ersten Lebensjahr einordnen und bewerten zu können, ist es notwendig differenziert darzustellen, was eine responsive – und damit einhergehend eine gesundheitsfördernde – Essumgebung im ersten Lebensjahr ist und welche Praktiken gefördert bzw. vermieden werden sollten. Dafür werden nachfolgend elterliche Praktiken, unter zu Hilfenahme der Meilensteine der kindlichen Entwicklung und den Ernährungsempfehlungen, nach Säuglingsalter ausdifferenziert und das Konzept der responsiven Ernährung auf den Kontext der familiären Essumgebung ausgeweitet. Hierbei werden die im Kapitel 2.1 dargestellten Erkenntnisse von elterlichen Einflussfaktoren auf das kindliche Essverhalten mit einbezogen.

Unter Berücksichtigung der ernährungsphysiologischen Bedarfe des Säuglings und seinen motorischen, kognitiven und sozialen Fähig- und Fertigkeiten, sowie vor dem Hintergrund der Förderung von kindlichen Autonomiebestrebungen im Kontext von Mahlzeiten und der Selbstregulation der Nahrungs- und Energieaufnahme werden folgende Aspekte für die Altersphasen: Geburt bis Ende 4. Lebensmonat; 5. bis Ende 6 Lebensmonat, 7. bis Ende 9 Lebensmonat und 10. bis Ende 12. Lebensmonat, ausdifferenziert:

- Lebensmittelempfehlungen und Empfehlungen zur Konsistenz von Speisen
- Zeitliche Mahlzeitenstruktur im Tagesverlauf und Mahlzeitenanzahl
- Fütterpositionen und Mahlzeitenorte
- Mahlzeitenausgestaltung und Essatmosphäre
- Ausgestaltung der häuslichen Essumgebung

- Zu berücksichtigende Aspekte bei Mahlzeiten außerhäuslich

Auch werden Beispiele für nicht responsive-Praktiken aufgeführt. Als nicht responsiv werden Praktiken angesehen, die beim Säugling Stress auslösen können und so zu Regulationsschwierigkeiten oder Regulationsstörungen führen können. Zu Stress kommt es beispielsweise, wenn der Säugling überfordert wird (zum Beispiel, wenn die Konsistenz und Größe von angebotenen Speisen beim Säugling ständig einen erneuten Würgereflex hervorrufen) oder er die Bewältigung seiner Entwicklungsaufgaben nicht wahrnehmen kann (zum Beispiel, wenn ein Säugling ausschließlich gefüttert wird, obwohl er bereits eigenständig sitzen kann und nach Lebensmitteln greifen will). Weiterhin werden Praktiken als nicht responsiv eingeordnet, wenn die Lebensmittel- und Speisenauswahl nicht den ernährungsphysiologischen Bedarf unterstützt. Aspekte, die nicht aus den vorangegangenen Kapiteln abgeleitet werden, sind mit entsprechender Quellenangabe versehen. Bei der Zusammenstellung handelt es sich um eine grobe schematische Einordnung, bei der die individuellen Essfertigkeiten eines Säuglings stets im Vordergrund stehen und berücksichtigt werden müssen. Auch muss berücksichtigt werden, dass die nachfolgend vorgestellten einzelnen Praktiken polarisiert dargestellt sind. Inwiefern eine familiäre Essumgebung mehr oder weniger gesundheitsfördernd ausgestaltet ist, ergibt sich erst aus der Summe und dem Zusammenspiel der einzelnen Praktiken.

Tabelle 2.1 Responsive und nicht-responsive Praktiken: Geburt bis Ende 4. Lebensmonat

Responsive Praktiken	
Speisen und Lebensmittel	➤ Muttermilch ➤ Säuglingsmilchnahrung Pre oder Nr. 1
Zeitliche Mahlzeitenstruktur	➤ Füttern nach Bedarf, auch nachts
Anzahl der Mahlzeiten	➤ ca. 6 bis 18 Still- bzw. Muttermilchmahlzeiten in 24 Stunden sind normal ➤ Speziell die ersten Wochen nach der Geburt hat der Säugling häufig Bedarf an vielen kleinen Stillmahlzeiten. Die Mahlzeitenfrequenz sinkt bis zu Beginn des 4. Lebensmonats
Fütterpositionen und Mahlzeitenorte	➤ am Körper bzw. mit Körperkontakt, auf dem Arm
Ausgestaltung der Mahlzeiten und Essatmosphäre	➤ der Säugling wird von den Eltern gefüttert; - bei Flaschenfütterung: Eltern halten die Flasche während der Mahlzeit <u>Während der Mahlzeiten:</u> ➤ Eltern nehmen Blickkontakt mit ihrem Säugling auf ➤ Eltern signalisieren durch Mimik und Gestik Freundlichkeit und Sympathie ➤ Eltern sprechen ggf. freundliche und ermutigende Worte während der Mahlzeiten ➤ Eltern achten auf eine ruhige Atmosphäre ohne störende Ablenkung ➤ Eltern nehmen sich Zeit für die Mahlzeiten ihres Säuglings; das Mahlzeitentempo richtet sich nach dem Säugling
Häusliche Essumgebung	➤ geeignete Mahlzeitenorte fürs Stillen oder für die Flaschenmahlzeiten sind eingerichtet ➤ Eltern sind auf Mahlzeiten des Säuglings vorbereitet, z. B. durch entsprechende Vorratshaltung bei Flaschenfütterung

außerhäuslich/unterwegs	➤ Mahlzeiten für den Säugling werden eingeplant und sofern der Säugling mit der Flasche gefüttert wird, entsprechend vorbereitet
Mögliche nicht-responsive Praktiken	➤ Säuglinge werden nach einer starren, zeitlich vorgegebenen Struktur gefüttert z.B. alle vier Stunden ➤ die Mahlzeitenatmosphäre ist laut und unruhig, da z.B. ein Fernseher oder das Radio im Hintergrund läuft ➤ Mutter oder Vater sind während der Mahlzeiten abgelenkt, z.B. durch Nutzung von Smartphones oder durch Fernsehgucken ➤ der Säugling bekommt bereits weitere Speisen und Getränke in die Flasche gemischt ➤ der Säugling wird gedrängt oder animiert (mehr) zu trinken ➤ Eltern begleiten die Flaschenmahlzeiten ihres Säuglings nicht und die Flasche wird dem Säugling allein überlassen

Tabelle 2.2 Responsive und nicht-responsive Praktiken: 5. bis Ende 6. Lebensmonat

Responsive Praktiken	
Speisen und Lebensmittel	➤ Muttermilch und/oder Säuglingsmilchnahrung Pre oder Nr. 1 ausschließlich oder in Kombination mit Beikost ➤ Folgenahrung Nr. 2 möglich mit Einführung der Beikost (jedoch nicht notwendig) ➤ Einführung der Beikost möglich ➤ Beikost nach dem Beikostschema: Ein Gemüse-Kartoffel-Fleisch bzw. ein Gemüse-Kartoffel-Getreide-Brei und eventuell zusätzlich ein Milch-Getreide-Brei ➤ ggf. Wasser oder ungesüßten Tee zu den Beikostmahlzeiten anbieten
Konsistenz der Beikost	➤ breiig, flüssige Breie
Zeitliche Mahlzeitenstruktur	➤ Muttermilch und Säuglingsmilchnahrung: Füttern nach Bedarf, auch nachts ➤ Breikostmahlzeiten werden am Tag zeitlich eingeplant, z.B. mittags und/oder abends
Anzahl der Mahlzeiten	➤ ca. 5 bis 8 Still- bzw. Muttermilchmahlzeiten in 24 Stunden (Orientierungswerte bei ausschließlichen Muttermilchmahlzeiten)²⁰ ➤ ca. Säuglingsmilchnahrung 4 bis 5 Mahlzeiten in 24 Stunden (Orientierungswerte bei ausschließlichen Säuglingsmilchnahrungsmahlzeiten)²⁰ ➤ bis zu 2 Beikostmahlzeiten
Fütterpositionen und Mahlzeitenorte	➤ am Körper bzw. mit Körperkontakt, auf dem Arm ➤ unterstützende Sitzpositionen für die Gabe von Beikost, idealerweise auf dem Schoß sitzend am (Ess-)Tisch
Ausgestaltung der Mahlzeiten und Essatmosphäre	➤ Eltern füttern ihre Säuglinge ➤ bei Flaschenfütterung: Eltern halten die Flasche während der Mahlzeit, der Säugling darf die Flasche anfassen ➤ Breimahlzeiten werden mit dem Löffel gefüttert, der Säugling darf den Löffel anfassen <u>Während der Mahlzeiten:</u>

²⁰ vgl. Stüwe 2004: 281

	➤ Eltern nehmen Blickkontakt mit ihrem Säugling auf ➤ Eltern signalisieren durch Mimik und Gestik Freundlichkeit und Sympathie ➤ Eltern sprechen freundliche und ermutigende Worte während der Mahlzeiten und verbalisieren ggf. ihr Handeln/die Situation ➤ Eltern nehmen sich Zeit für die Mahlzeiten ihres Säuglings; das Mahlzeitentempo richtet sich nach dem Säugling ➤ Eltern achten auf eine ruhige Atmosphäre ohne störende Ablenkung ➤ zu den Breimahlzeiten: Eltern unterstützen die Akzeptanz von neuen Lebensmitteln in dem sie artikulieren oder verbalisieren, dass die angebotenen Speisen lecker schmecken (z.B. „Mhm!“ oder „Das schmeckt lecker!“)
Häusliche Essumgebung	➤ geeignete Mahlzeitenorte fürs Stillen oder Flaschenmahlzeiten sind eingerichtet ➤ geeignete Mahlzeitenorte für Beikostmahlzeiten sind eingerichtet ➤ Eltern sind auf Mahlzeiten des Säuglings vorbereitet, z.B. durch entsprechende Planung und Vorratshaltung ➤ Beikostmahlzeiten sind vorgeplant und können schnell aufbereitet werden, wenn der Säugling Hunger zeigt ➤ Säuglinge sind bei den Mahlzeiten von Eltern und Geschwister dabei oder zugegen und können so Mahlzeiten wahrnehmen und ein Interesse für Beikost aufbauen
außerhäuslich/unterwegs	➤ Mahlzeiten für den Säugling werden eingeplant und entsprechend vorbereitet
Mögliche nicht-responsive Praktiken	➤ Säuglinge werden nach einer starren, zeitlich vorgegebenen Struktur gefüttert, z. B. alle vier Stunden ➤ die Mahlzeitenatmosphäre ist laut und unruhig, da z. B. ein Fernseher oder das Radio im Hintergrund läuft ➤ Mutter oder Vater sind während der Mahlzeiten abgelenkt, z.B. durch Nutzung von Smartphones oder durch Fernsehgucken ➤ der Säugling wird gedrängt oder animiert (mehr) zu trinken bzw. mehr zu essen ➤ der Säugling bekommt Breinahrung in der Flasche ➤ Eltern begleiten die Mahlzeiten ihres Säuglings nicht ➤ der Säugling wird ohne Unterstützung hingesezt ➤ der Säugling soll eigenständig Essen ➤ der Säugling bekommt ausschließlich Essen auf die Hand

Tabelle 2.3 Responsive und nicht-responsive Praktiken: 7. bis Ende 9. Lebensmonat

Responsive Praktiken	
Speisen und Lebensmittel	➤ Muttermilch und/oder Säuglingsmilchnahrung Pre, Nr. 1 oder Folgenahrung Nr. 2 komplementieren die Beikostmahlzeiten ➤ Einführung der Beikost spätestens mit Beginn des 7. Lebensmonats ➤ 3 Beikostmahlzeiten zum Ende des 9. Lebensmonats ➤ Beikost nach dem Beikostschema: Ein Gemüse-Kartoffel-Fleisch bzw. Gemüse-Kartoffel-Getreide-Brei, ein Milch-Getreide-Brei, ein Getreide-Obst-Brei; ausgewählte Lebensmittel als Fingerfood möglich, wenn der Säugling eigenständig sitzen kann ➤ ab der 3. Beikostmahlzeit: Zu jeder Mahlzeit und zwischendurch Wasser oder ungesüßten Tee anbieten (ca. 100-200 ml täglich)

Konsistenz der Beikost	➤ flüssige bis feste Breikonsistenz, ggf. Brei mit weichen festen Stücken; weiche feste oder schnell durch Speichel eingeweichte festere Lebensmittel möglich ➤ mundgerechte Stücke bei Lebensmitteln mit fester Konsistenz
Zeitliche Mahlzeitenstruktur	➤ Muttermilch und Säuglingsmilchnahrung: Füttern nach Bedarf, auch nachts ➤ Beikostmahlzeiten werden am Tag zeitlich eingeplant, z.B. mittags, nachmittags, abends ➤ Säuglinge sind bei den Mahlzeiten von Eltern und Geschwister dabei oder zugegen und können so ein Interesse für Beikost und Familienkost aufbauen ➤ gemeinsame Mahlzeiten werden gelegentlich ausprobiert, wenn der Säugling eigenständig sitzen kann
Anzahl der Mahlzeiten	➤ ca. 1 - 5 Still- bzw. Muttermilchmahlzeiten oder Säuglingsmilchnahrung in 24 Stunden (Orientierungswerte bei zusätzlicher Beikost)²¹ ➤ 3 Beikostmahlzeiten zum Ende des 9. Lebensmonats
Fütterpositionen und Mahlzeitenorte	➤ Still- und Flaschenmahlzeiten am Körper bzw. mit Körperkontakt, auf dem Arm ➤ unterstützende Sitzpositionen für die Gabe von Beikost, idealerweise auf dem Schoß sitzend am (Ess-)Tisch ➤ Baby-Stuhl oder Hochstuhl, wenn der Säugling eigenständig sitzen kann; idealerweise am Esstisch der Familie
Ausgestaltung der Mahlzeiten und Essatmosphäre	➤ Eltern füttern und unterstützen ihre Säuglinge größtenteils beim Essen, sie unterstützen eigenständige Essversuche des Säuglings ➤ Möglichkeiten bei Flaschenfütterung: - Eltern halten die Flasche während der Mahlzeit, wobei der Säugling die Flasche anfassen darf - der Säugling darf die Flasche selbst halten, Eltern halten Körperkontakt ➤ Breimahlzeiten werden gefüttert ➤ der Säugling darf das Halten von Besteck (Löffel bzw. kindgerechte Gabel) und Bewegungen zum Mund üben ➤ der Säugling darf Speisen mit den Händen anfassen und eigenständig essen ➤ der Säugling darf mit Unterstützung der Eltern versuchen aus dem offenen oder halboffenen Becher, Tasse oder Glas zu trinken <u>Während der Mahlzeiten:</u> ➤ Eltern nehmen immer wieder Blickkontakt mit ihrem Säugling auf ➤ Eltern signalisieren Freundlichkeit und Sympathie ➤ Eltern verdeutlichen, dass die angebotenen Speisen lecker sind und sprechen ermutigende Worte ➤ während der Mahlzeiten „unterhalten“ sich Eltern mit dem Säugling und verbalisieren ggf. ihr Handeln/die Situation ➤ Eltern fragen den Säugling gezielt, ob er satt ist oder mehr essen möchte (auch wenn der Säugling selbst noch nicht reden kann) ➤ Eltern unterstützen und ermutigen eigenständige Essensversuche des Säuglings ➤ Eltern nehmen sich Zeit für die Mahlzeiten ihres Säuglings; Das Mahlzeitentempo richtet sich nach dem Säugling

²¹ vgl. Breifahrplan (Gesund ins Leben 2020) und Stüwe 2004: 282f

Häusliche Essumgebung	➤ Eltern achten auf eine ruhige Atmosphäre ohne störende Ablenkung
	➤ geeignete Mahlzeitenorte fürs Stillen oder Flaschenmahlzeiten sind eingerichtet
	➤ geeignete Mahlzeitenorte für Beikostmahlzeiten sind eingerichtet
	➤ Eltern sind auf Mahlzeiten des Säuglings vorbereitet, z. B. durch entsprechende Planung u. Vorratshaltung
	➤ Der Säugling hat keinen freien Zugang zu Lebensmitteln und Speisen
	➤ ungünstige Speisen werden nicht in Sicht- und Reichweite des Säuglings aufbewahrt
außerhäuslich/unterwegs	➤ Mahlzeiten für den Säugling werden eingeplant und entsprechend vorbereitet
Mögliche nicht-responsive Praktiken	➤ Säuglinge werden nach einer starren, zeitlich vorgegebenen Struktur gefüttert, z. B. alle vier Stunden ➤ die Mahlzeitenatmosphäre ist laut und unruhig, da z. B. ein Fernseher oder das Radio im Hintergrund läuft ➤ Mutter/ Vater sind während der Mahlzeiten abgelenkt, z. B. durch Nutzung von Smartphones oder durch Fernsehgucken ➤ Eltern begleiten die Mahlzeiten ihres Säuglings nicht ➤ der Säugling wird ohne Unterstützung hingesetzt, wenn er noch nicht eigenständig sitzen kann ➤ der Säugling soll eigenständig essen ➤ der Säugling soll Besteck benutzen ➤ der Säugling soll aus einer offenen Tasse trinken ➤ der Säugling wird zum Aufessen gedrängt ➤ schmackhafte Speisen werden zum Belohnen oder Trösten genutzt ➤ der Entzug von Nahrung bzw. bestimmter Lebensmittel wird als Bestrafung eingesetzt ➤ der Säugling hat freien Zugang zu Lebensmitteln und kann beliebig essen

Tabelle 2.4 Responsive und nicht-responsive Praktiken: 10. bis Ende 12. Lebensmonat

Responsive Praktiken	
Speisen und Lebensmittel	➤ Muttermilch und/oder Säuglingsmilchnahrung Pre, Nr. 1 oder Folgenahrung komplementieren die Beikost- bzw. Familienkostmahlzeiten ➤ Beikost nach dem Beikostschema oder bis zu 5 speziell ausgewählte Familienkostmahlzeiten (auch im Wechsel möglich): - Gemüse-Kartoffel-Fleisch bzw. Gemüse-Kartoffel-Getreide-Brei als fester, stückiger Brei oder stückigem, weichen Fingerfood - Milch-Getreide-Brei oder Brotmahlzeit mit Milchprodukten oder einem Glas Milch, Gemüse/Obst zusätzlich als Fingerfood - Getreide-Obst-Brei oder 2-mal täglich Getreide und Obst als Zwischenmahlzeit - statt einer Still- bzw. Flaschenmahlzeit kann eine weitere Brotmahlzeit mit Milchprodukten oder Milch angeboten werden, Gemüse/Obst zusätzlich als Fingerfood ➤ mit dem Übergang zur Familienkost möglichst 3-mal täglich Gemüse anbieten ➤ zu jeder Beikost- u. Familienmahlzeit sowie zwischendurch Wasser o. ungesüßter Tee anbieten (ca. 100-200 ml täglich) ➤ ab dem 2. Lebensjahr orientiert sich der Lebensmittelverzehr an das Konzept der optimierten Mischkost; die Lebensmittelpyramide dient als Orientierungshilfe

	➤ weiterhin Lebensmittelausnahmen: z.B. rohe tierische Produkte; rohe Getreideprodukte (siehe Kapitel 2.3)
Konsistenz der Beikost	➤ feste(re) Breikonsistenz, ggf. mit festen jedoch nicht harten Stücken; leicht zu kauende feste oder schnell durch Speichel einweichbare feste Lebensmittel und Speisen möglich ➤ mundgerechte Stücke bei Lebensmitteln mit fester Konsistenz ➤ keine harten u. schwer kaubaren Lebensmittel
Mahlzeitenstruktur	➤ Mahlzeiten werden am Tag zeitlich eingeplant z.B. früh, vormittags, mittags, nachmittags, abends; die vorgeplante Mahlzeitenstruktur wird zeitlich dem Bedarf des Säuglings angepasst ➤ gemeinsame Mahlzeiten werden zeitlich eingeplant und vorbereitet – hierfür werden elterliche und kindliche Mahlzeitenstruktur zeitlich zusammengelegt
Anzahl der Mahlzeiten	➤ 4 bis 6 Mahlzeiten am Tag (3 bis 4 Haupt- und 1 bis 2 Zwischenmahlzeiten bzw. Snacks je nach Appetit des Kindes) ²² ➤ mit dem Übergang zur Familienkost und ab dem 2. Lebensjahr möglichst 5 ausgewählte Familienkostmahlzeiten (3 Haupt- und 2 Zwischenmahlzeiten) anstreben.
Fütterpositionen und Mahlzeitenorte	➤ Still- und Flaschenmahlzeiten am Körper bzw. mit Körperkontakt, auf dem Arm ➤ Baby-Stuhl oder Hochstuhl, wenn der Säugling eigenständig sitzen kann; Idealerweise am Esstisch der Familie
Ausgestaltung der Mahlzeiten und Essatmosphäre	➤ Eltern füttern und unterstützen ihren Säugling beim Essen, lassen ihnen jedoch viel Freiraum es selbst zu versuchen und eigenständig zu essen ➤ Möglichkeiten bei Flaschenfütterung: - Eltern halten die Flasche während der Mahlzeit, wobei der Säugling die Flasche anfassen darf - der Säugling darf die Flasche selbst halten, Eltern halten dabei Blick- und Körperkontakt ➤ der Säugling darf eigenständig Besteck (Löffel bzw. kindgerechte Gabel) nutzen, für die Drehbewegung im Mund benötigt er jedoch weiterhin Unterstützung ➤ der Säugling darf Speisen mit den Händen anfassen ➤ der Säugling darf mit oder ohne Unterstützung der Eltern aus dem offenen oder halb offenen Becher, Tasse oder Glas trinken <u>Während der Mahlzeiten:</u> ➤ Eltern nehmen immer wieder Blickkontakt mit ihrem Säugling auf ➤ Eltern signalisieren Freundlichkeit und Sympathie ➤ Eltern verdeutlichen, dass die angebotenen Speisen lecker sind und sprechen ermutigende Worte ➤ während der Mahlzeiten „unterhalten“ sich Eltern mit dem Säugling und verbalisieren ggf. ihr Handeln/die Situation ➤ Eltern fragen den Säugling gezielt, ob er satt ist oder mehr essen möchte (auch wenn der Säugling selbst noch nicht reden kann) ➤ Eltern unterstützen und ermutigen eigenständige Essensversuche des Säuglings ➤ Eltern nehmen sich Zeit für die Mahlzeiten ihres Säuglings; Das Mahlzeitentempo richtet sich nach dem Säugling ➤ Eltern achten auf eine ruhige Atmosphäre ohne störende Ablenkung

²² Die WHO (2009: 22) empfiehlt im Alter von 9 bis 23 Monaten: 4 bis 6 Mahlzeiten am Tag (3 bis 4 Haupt- und 1 bis 2 Zwischenmahlzeiten bzw. Snacks je nach Appetit des Kindes)

Häusliche Essumgebung	➤ geeignete Mahlzeitenorte fürs Stillen oder Flaschenmahlzeiten sind eingerichtet ➤ geeignete Mahlzeitenorte für Beikost- und Familienkostmahlzeiten sind eingerichtet ➤ Eltern sind auf Mahlzeiten des Säuglings vorbereitet, z.B. durch entsprechende Planung und Vorratshaltung ➤ der Säugling hat keinen freien Zugang zu Lebensmitteln und Speisen ➤ ungünstige Speisen werden nicht in Sicht- und Reichweite des Säuglings aufbewahrt
außerhäuslich/unterwegs	➤ Mahlzeiten für den Säugling werden eingeplant und entsprechend vorbereitet
Mögliche nicht-responsive Praktiken	➤ Säuglinge werden nach einer starren, zeitlich vorgegebenen Struktur gefüttert, z. B. alle vier Stunden ➤ eine für den Säugling absehbare wiederkehrende zeitliche Mahlzeitenstruktur im Tagesverlauf ist nicht vorhanden ➤ die Mahlzeitenatmosphäre ist laut und unruhig, da z. B. ein Fernseher oder das Radio im Hintergrund läuft ➤ Mutter/ Vater sind während der Mahlzeiten abgelenkt (Bsp. durch Nutzung von Smartphones oder durch Fernsehgucken) ➤ Eltern begleiten die Mahlzeiten ihres Säuglings nicht ➤ der Säugling wird ohne Unterstützung hingesetzt, wenn er noch nicht eigenständig sitzen kann ➤ der Säugling soll eigenständig essen ➤ der Säugling soll eigenständig Besteck benutzen ➤ der Säugling soll eigenständig aus einer offenen Tasse trinken ➤ der Säugling wird zum Aufessen gedrängt ➤ schmackhafte Speisen werden zum Belohnen oder Trösten genutzt ➤ der Entzug von Nahrung bzw. bestimmter Lebensmittel wird als Bestrafung eingesetzt ➤ der Säugling hat freien Zugang zu Lebensmitteln und kann zeitlich beliebig essen

In besonderen Situationen

Besondere Situationen wie Krankheit, Schmerzen, Wehleiden oder Entwicklungssprünge können es unter Umständen nötig machen besonders feinfühlig auf die Bedürfnisse des Säuglings einzugehen. Hat der Säugling beispielsweise durch Krankheit oder Unwohlsein wenig Appetit ist es notwendig ihm öfter Lebensmittel anzubieten und ihn zum Essen zu ermutigen (vgl. Harbron et al. 2013; vgl. WHO 2009: 24), da vermutlich nur kleine Portionen gegessen werden und weniger als üblich verzehrt wird (vgl. WHO 2009: 24 ebd.). Hier sollten besonders weiche Lebensmittel angeboten werden, die leicht zu kauen und zu schlucken sind und sich an den Geschmacksvorlieben des Säuglings orientieren (vgl. Harbron et al. 2013). Gegebenenfalls ist es nötig wieder mehr Muttermilch anzubieten (vgl. WHO 2009: 21) bzw. Säuglingsmilchmahlzeiten. Auch wenn beispielsweise der Säugling Schmerzen im Mund durch Zahndurchbrüche hat, kann es notwendig werden Beikostmahlzeiten wieder mit Muttermilch oder Säuglingsmilchmahlzeiten zu komplementieren. Eventuell isst der Säugling aufgrund von Schmerzen nur wenig pürierte und festere Lebensmittel. Bei Entwicklungssprüngen oder Phasen der Unsicherheit kann es passieren, dass Säuglinge Verhaltensweisen zeigen, die sie eigentlich schon abgelegt hatten. So

möchten sie beispielsweise verstärkt gefüttert werden. Responsivität bedeutet auch hier, dass Eltern die Bedürfnisse in den besonderen Umständen erkennen und reflexiv flexibel darauf reagieren.

Die familiäre Essumgebung im ersten Lebensjahr

Im Säuglingsalter wird die familiäre Essumgebung maßgeblich durch die Eltern ausgestaltet. Aus den Zusammenstellungen der Tabellen 2.1 bis 2.4 wird deutlich, dass sich kindliche und elterliche Essumgebung im Laufe des ersten Lebensjahres mehr und mehr überschneiden (siehe Abbildung 2.3). Wie sehr und in welchen Aspekten sich die Essumgebungen überschneiden bzw. unterscheiden hängt vom Essverhalten der Eltern, den elterlichen Mahlzeiten- und Fütterungspraktiken, sowie dem Alter und Entwicklungsstand des Kindes ab. Angestrebt werden sollte eine familiäre Ausgestaltung bei der sich kindliche und elterliche Essumgebungen in Bezug auf Mahlzeitenstrukturen, Anzahl der Mahlzeiten und der Mahlzeitenorte angleichen und gemeinsame Mahlzeiten ermöglicht werden. Die Lebensmittelauswahl und -konsistenz sollte sich dagegen an den Bedürfnissen und ernährungsphysiologischen Bedarfen des Säuglings orientieren. Auf den elterlichen Lebensmittelverzehr kommt es demnach an, ob es wünschenswert ist, dass sich kindliche und elterliche Essumgebung in Bezug auf die bereitgestellten und verzehrten Lebensmittel überschneiden. Wünschenswert wäre die elterliche Wahrnehmung einer positiven Vorbildfunktion in Bezug auf eine für den Säugling empfehlungskonforme Lebensmittelauswahl. Kindliche und elterliche Essumgebungen sollten sich nicht im Zugang und der Verfügbarkeit von Lebensmitteln angleichen, auch über das erste Lebensjahr hinaus. Die Lebensmittelauswahl und deren Bereitstellung für die Mahlzeiten liegen in der Verantwortung der Eltern. Überschneiden sich kindliche und elterliche Essumgebungen zum Ende des ersten Lebensjahrs nicht bzw. nur marginal oder die Essumgebungen sind fast identisch, dann kann dies auf eine weniger gesundheitsfördernde Essumgebung hindeuten.

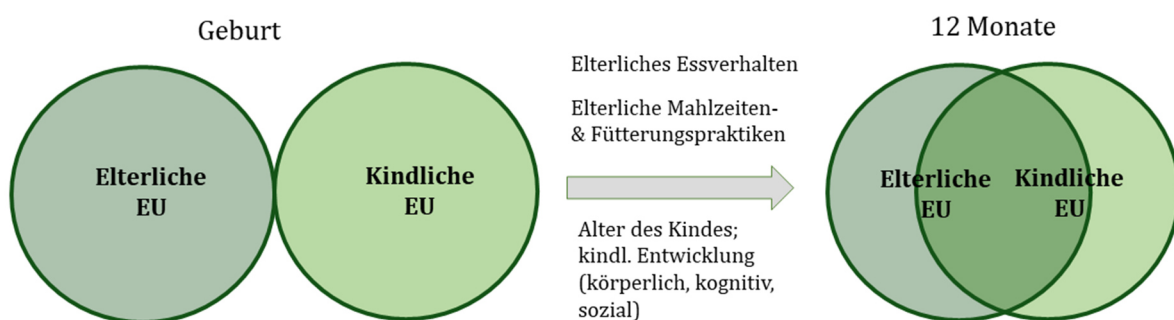


Abbildung 2.3 Annäherungen der elterlichen und kindlichen Essumgebung im Laufe des 1. Lebensjahres

Der Fokus der vorliegenden Arbeit liegt auf der familiären Essumgebung als Setting mit strukturellen, organisatorischen und sozialen Gegebenheiten und Dynamiken, die Mahlzeiten und deren Ausgestaltung im Kontext Familie beeinflussen. Diese Faktoren können im Rahmen ernährungsbezogener Maßnahmen als Ansatzpunkte bzw. Stellschrauben genutzt werden, die familiäre Essumgebung gesundheitsfördernd auszugestalten. Ein gesundheitsförderndes familiäres Esssetting erleichtert demnach ein gesundheitsförderndes Essverhalten von Säuglingen.

Kapitel 3

Material und Methoden

3.1 Fragestellung und Forschungsdesign

Im vorangegangenen Kapitel wurde der theoretische Hintergrund für den nun folgenden empirischen Teil aufbereitet. Im Kapitel 2.1 „Elterliche und familiäre Einflussfaktoren auf das kindliche Essverhalten“ wurde zunächst dargestellt, inwiefern Eltern den Lebensmittelverzehr und das Körpergewicht von Kindern beeinflussen. In den Kapiteln 2.2 bis 2.6 wurde speziell auf die Entwicklung des Essverhaltens im ersten Lebensjahr eingegangen und dargestellt welche elterlichen Praktiken als gesundheitsfördernd bzw. responsiv betrachtet werden können. Die Kombination der Kapitel bildete die theoretische Grundlage zur Erstellung eines Leitfadensinterviews. Weiterhin wurde den hier angestrebten Interviews in Familien, eine Expertenbefragung mit Familienhebammen vorangestellt (vgl. Marx et al. 2018). In dieser Expertenbefragung wurde die Ausgestaltung der familiären Essumgebung im ersten Lebensjahr in Familien in belasteten Lebenslagen thematisiert und Bedarfe für ernährungsbezogene Maßnahmen aus Expertensicht abgeleitet. Dadurch konnte bei der Erstellung des Interviewleitfadens für die Familien zugleich auf aus der Praxis abgeleitete Erkenntnisse zurückgegriffen werden.

Es wurden 15 Eltern mit Säuglingen im Alter von sechs bis zwölf Monaten mit Hilfe von leitfadengestützten Interviews zur Ausgestaltung ihrer familiären Essumgebung befragt. Im Forschungsinteresse standen insbesondere Mahlzeiten- und Fütterungspraktiken von Eltern gegenüber ihren Säuglingen. Bei der Auswahl der Studienteilnehmenden wurde ein Schwerpunkt auf Eltern in benachteiligten Lebenslagen gelegt. Familien in benachteiligten Lebenslagen haben einen erhöhten Bedarf zur Umsetzung gesundheitsfördernder Ernährungspraktiken und müssen demnach in ernährungsbezogenen Maßnahmen und der Ernährungskommunikation besonders berücksichtigt werden. Durch die Analyse der Interviews wird ein umfassender Einblick in den Essalltag von Säuglingen unter Berücksichtigung der Familienkonstellationen, Alltagsgestaltung und der gegebenen familialen Lebenslagen gewährleistet. Es kann erfasst werden welchen handlungsleitenden Motivationen und Sinnsetzungen den elterlichen Praktiken zugrunde liegen. Diese Ergebnisse werden dargestellt und zunächst vor dem Hintergrund der Förderung eines gesunden Essverhaltens im ersten Lebensjahr diskutiert. Dabei werden Bedarfe und Ansatzmöglichkeiten für die Arbeit mit jungen Familien identifiziert.

Die Studie fand im Rahmen des Arbeitspaketes „Konzeptentwicklung zur Verbesserung des Ernährungsverhaltens in jungen Familien“ des Kompetenzclusters für Ernährung und kardiovaskuläre Gesundheit (nutriCARD), Halle-Jena-Leipzig statt und wurde durch das Bundesministerium für Bildung und

Forschung (BMBF) gefördert (Förderkennzeichen 01EA1411A und 01EA1411E). Sie wurde von der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V. AGETHUR koordiniert und durchgeführt. An der Koordination und Durchführung war die Autorin federführend beteiligt. Die Studie wurde von der Ethikkommission des Universitätsklinikums Jena am 13. Mai 2015 unter dem Titel „Mahlzeiten- und Ernährungspraktiken in jungen Familien. Eine Analyse der familiären Essumgebung“ zur Kenntnis genommen und als ethisch unbedenklich eingestuft (Bearbeitungsnummer: 4436-05/15).

Forschungsfragen

Die Arbeit hat zum Ziel einen detaillierten Einblick in die Ausgestaltung der familiären Essumgebung im ersten Lebensjahr zu generieren und abzuleiten welche Bedarfe und Ansätze sich hieraus für den Unterstützungs- und Beratungskontext ergeben. An die folgende Hauptforschungsfrage schließen sich die nachstehenden weiteren Subforschungsfragen an:

„Wie ist die familiäre Essumgebung im ersten Lebensjahr ausgestaltet insbesondere in Bezug auf den Essalltag von Säuglingen?“

Die Subforschungsfragen adressieren spezifische Aspekte des Essalltags von Säuglingen sowie weitere potentielle Faktoren (wie Einstellungen), die die Ausgestaltung der familiären Essumgebung beeinflussen und unterstützen die Hauptforschungsfrage:

- Wie sind Säuglingsmahlzeiten organisiert und strukturiert und wie hoch ist der Beköstigungsaufwand?
- Welche Mahlzeiten- und Fütterungspraktiken gegenüber Säuglingen finden statt?
- Was und wo essen Säuglinge sowohl häuslich als auch außerhäuslich über den Tag verteilt?
- Wie gestalten sich die Säuglingsmahlzeiten im Zusammenspiel mit den Mahlzeiten der anderen Familienmitglieder?
- Finden gemeinsame Mahlzeiten statt und was begünstigt bzw. erschwert die Umsetzung gemeinsamer Mahlzeiten?
- Welcher Motivation liegt der Speisewahl für den Säugling zugrunde bzw. welche Bedürfnisse verfolgen Eltern bei der Speisewahl?
- Auf welche Ernährungsinformationen greifen Eltern im zweiten Lebenshalbjahr zurück?
- Welche (Wert)Vorstellungen und Einstellungen haben Eltern in Bezug auf die Ernährung ihres Säuglings und einer gesunden Ernährung generell? Welche Argumentationen und Anreize können hierfür in der Ernährungskommunikation genutzt werden, um eine gesunde familiäre Essumgebung zu befördern?
- Inwiefern beeinflussen die gegebenen Lebenslagen der Familien die Ausgestaltung der familiären Essumgebung?

In den nachfolgenden Kapiteln wird die Erarbeitung des Interviewleitfadens, die Konzeption und Durchführung der Befragung sowie die Datenaufbereitung und Auswertung der Interviews ausführlich dargestellt. Zunächst findet jedoch die methodische Positionierung in die qualitative Sozialforschung

statt und die entsprechende Begründung zur Anwendung eines leitfadengestützten Interviews als Erhebungsmethode.

3.2 Qualitative Sozialforschung

“I am persuaded that it is possible to undertake experiments in sociology which have as much right to be called scientific experiments as those in physics and chemistry. I am persuaded that there exists a social space which has all the essential properties of a real empirical space and deserves as much attention (...) as the physical space, although it is not a physical one. The perception of social space and the experimental and conceptual investigation of the dynamics and laws of the processes in social space are of fundamental theoretical and practical importance.” (Lewin, 1939)

Ernährungspraktiken sind komplexe soziale Phänomene, die situations- und kontextgebunden sind. Sie hängen u. a. von Wertorientierungen und Einstellungen ab, sind im Alltag und der gegebenen Lebenslagen der Familien eingebettet und werden durch zwischenmenschliche Beziehungen und Interaktionen ausgehandelt und geformt. Um eine möglichst offene Betrachtung der familiären Essumgebung zu gewährleisten, wurde eine qualitative Herangehensweise gewählt. Qualitative Forschungsmethoden schaffen vorrangig einen deutenden und sinnverstehenden Zugang (vgl. von Kardoff 1995: 4 zitiert nach Helfferich 2011: 25). „Gegenstände werden dabei nicht in einzelne Variablen zerlegt, sondern in ihrer Komplexität und Ganzheit in ihrem alltäglichen Kontext untersucht“ (Flick, 2012: 27).

Insbesondere wenn es, wie im Fall der Ernährungsberatung und -kommunikation, darum geht Menschen aufzuklären, zu sensibilisieren und sie zu motivieren etwas Neues auszuprobieren, ist es wichtig nicht nur die Handlungen der Zielgruppe an sich zu kennen und zu bewerten, sondern möglichst auch den subjektiven Sinn dahinter in Erfahrung zu bringen. Jede Handlung setzt den ständigen Einsatz von Hintergrundwissen, einen Entwurf oder einer Orientierung voraus (vgl. Schütz 2004: 201 zitiert nach Przyborski und Wohrab-Sahr 2010: 26). Es ist wichtig die implizierten Konstruktionen und Orientierungen sowie die Handlungsentwürfe in Erfahrung zu bringen, in die das Handeln eingebettet ist, auch wenn diese Einbettung den Handelnden nicht unmittelbar bewusst ist (vgl. Przyborski und Wohrab-Sahr 2010: 26). Orientieren sich „Botschaften“ der Ernährungskommunikation, an den Sinnstrukturen bzw. dem Common Sense und der Logik der Adressaten, werden diese alltagsrelevant und nachvollziehbar und fördern die Identifizierung mit der Botschaft und die Bereitschaft sich mit dem Inhalt auseinander zu setzen.

Die Ausgangsposition des Forschenden ist durch das Fehlen des Vertrautseins (in diesem Fall die Ausgestaltung der familiären Essumgebung von Familien mit Säuglingen) mit dem, was tatsächlich in dem für die Studie ausgesuchten Bereich des Lebens geschieht, gekennzeichnet (vgl. Blumer 1969/1973:118 zitiert nach Flick 2012: 23). Eine qualitative Vorgehensweise ist notwendig, um den Relevanzstrukturen der Familien gerecht zu werden und nicht an der Komplexität und „Differenziertheit der Gegenstände“ (vgl. Flick 2012: 23) vorbei zu zielen. Die Befragten bzw. „Handelnden“ konstruieren ihre sozialen Wirklichkeiten (Konstruktion 1. Grades), die im Forschungsprozess rekonstruiert werden und demnach nach Schütz (1971: 6f) so genannte Konstruktionen 2. Grades darstellen. Dabei gilt es die

wissenschaftlichen Konstrukte, Kategorien und Typen an den Alltagskonstruktionen bzw. den Common Sense anzuschließen (vgl. Przyborski und Wohrab-Sahr 2010: 26).

3.3 Leitfadengestütztes Interview

Für die vorliegende Arbeit wurde ein offenes, leitfadengestütztes Interview als Erhebungsmethode gewählt. Diese Interviewform ist in Forschungskontexten angebracht, die bestimmte, relativ eingegrenzte Fragestellungen verfolgen und alltägliche Praktiken beschreiben (vgl. Przyborski und Wohrab-Sahr 2010: 139), was in Bezug auf die familiären Essumgebung im ersten Lebensjahr der Fall ist. Das leitfadengestützte Interview, ist bedingt durch den Leitfaden, stärker inhaltlich vorstrukturiert als andere qualitative Erhebungsmethoden (vgl. ebd.: 140) und ermöglicht dadurch leicht den Vergleich des Interviewmaterials der Befragten. Dennoch muss gewährleistet werden, dass die Erforschten ihre Relevanzsysteme formal und inhaltlich eigenständig entfalten können. Demzufolge sollte sich das Gespräch vom Allgemeinen zum Spezifischen bewegen (vgl. Merton et. al 1956 zitiert nach Przyborski und Wohrab-Sahr 2010: 140) und bei der Perspektive des Interviewten seinen Ausgangspunkt nehmen. An den Anfang des Interviews ist daher eine möglichst offene, unter Umständen narrativ orientierte Eingangsfrage zu stellen → „Kriterium der Offenheit“ (vgl. Przyborski und Wohrab-Sahr 2010: 140 Abwandlung zum Kriterium der Reichweite nach Merton et al. 1956). Anschließend können spezifischere Nachfragen erfolgen, um die genauere Bedeutung der angesprochenen Sachverhalte in Erfahrung zu bringen → „Kriterium der Spezifität“ (vgl. Merton et al. 1956 und Hopf 1978 zitiert nach Przyborski und Wohrab-Sahr 2010: 141).

3.4 Konzeption und Vorbereitung der Datenerhebung

Entwicklung des Interviewleitfadens

Für die Leitfadenerstellung orientierte sich die Autorin an das „SPSS-Prinzip“ von Helfferich (2011: 35 und 182-189), wonach die vier Schritte: „Sammeln“, „Prüfen“, „Sortieren“ und „Subsumieren“ angewendet werden, um das Forschungsinteresse und die Forschungsfrage weiter zu präzisieren: So wurden zunächst möglichst viele Fragen gesammelt, die die Vielfalt des anfänglichen Forschungsinteresses der Autorin widerspiegeln („Prinzip des Sammelns“). Dabei wurden interessante Sachverhalte und Erkenntnisse aus den bereits geführten Experteninterviews mit Familienhebammen thematisch besonders berücksichtigt.

Anschließend wurden Fragen, die auf Informationen anstatt auf Rekonstruktion abzielen ausgesondert oder in den Nachfrageteil des Leitfadens verortet („Prinzip der Prüfung“). Angaben zur Person sowie soziodemografische Angaben wurden in einem Kurzfragebogen untergebracht. Weiterhin wurden die Fragen auf die Eignung für das Interviewvorhaben und der Fragestellung geprüft („Prinzip der Prüfung“).

Die Fragen wurden ferner, vor dem Hintergrund der begrenzten zeitlichen Ressourcen von Eltern für die Durchführung eines Interviews, auf die wesentlichsten Aspekte des Forschungsinteresses konzentriert. Anschließend wurden die Fragen in einem sinnhaften Zusammenhang gebracht („Prinzip der Sortierung“) und möglichst eine Erzählform zugeordnet, bei der mehrere interessante Aspekte von allein angesprochen werden („Prinzip der Subsumierung“).

Der Interviewleitfaden orientiert sich an folgende Themenbereiche:

- Alltags- und Mahlzeitenorganisation
- Umbruchsituation Schwangerschaft/Geburt
- Kindliche Entwicklung und Fertigkeiten
- Mahlzeitenpraktiken gegenüber dem Säugling und Lebensmittelverzehr des Säuglings
- Mahlzeiten der Eltern und ggf. weiterer im Haushalt lebender Kinder
- Zukunftswünsche
- Berufliche Entwicklung/ Werdegang
- Spezifische Stellungnahmen zu Ernährung, Gesundheit, Übergewicht

Für jeden Themenbereich wurde im Leitfaden der gewünschte Erkenntnisgewinn festgehalten. Insbesondere am Anfang des Interviews, als auch bei jedem neuen Themenbereich, wurden offene Erzählstimuli gewählt. So beginnt der Leitfaden mit der Frage „Als erstes würde ich Sie bitten mir mal zu erzählen, wie so ein typischer Tag für ... (Name des Kindes) und Sie abläuft?“ Die Interviewten werden so eingeladen zu „erzählen“ und können ihre eigenen Relevanzsysteme entfalten. Zu jeden offenen Erzählstimulus wurden jedoch auch Hilfestellungen formuliert, um den Interviewpartner bei Bedarf einen leichteren Einstieg in das Thema zu geben. Diesen erzählgenerierenden Fragen folgen Aufrechterhaltungs- oder Steuerungsfragen (vgl. Helfferich 2011: 102f). Steuerungsfragen eignen sich für die Detaillierung von angesprochenen Aspekten. Dadurch kann eine inhaltliche Fokussierung stattfinden. Mit Hilfe von Detailfragen (vgl. Gläser und Laudel 2010: 125ff) können Erklärungen und Begründungen generiert werden. Für den Interviewleitfaden wurden erste Nachfragen als Steuerungsfragen vorformuliert. Hilfestellungen und vorformulierte Nachfragen können dem Leitfaden im Anhang entnommen werden.

Zum Ende des Leitfadens wurden Meinungsfragen formuliert, durch welche die Teilnehmer um Stellungnahmen gebeten werden. Angesprochen werden u.a. Aspekte, die kontroverse, brisante gesellschaftliche Themen darstellen wie Geschmack und Übergewicht bei Kindern. Meinungsfragen können u. a. Aufschluss über Motive (vgl. ebd.: 123), Wertorientierungen und Einstellungen der Befragten geben. Diese können letztendlich auch in Bezug zu den beschriebenen Praktiken gesetzt werden. Auch wird Ernährungswissen abgefragt, indem die Teilnehmenden gefragt wurden, ob sie die aktuellen Empfehlungen zu Obst und Gemüse sowie zu Süßigkeiten und Snackprodukten kennen.

Der Leitfaden wurde in zwei Pre-Tests auf die Formulierungen hin getestet und die Interviewsituation wurde vorab geübt. Auch wurde festgehalten welcher ungefähre zeitliche Rahmen für die Gespräche eingeplant werden muss.

Interviewbegleitende Materialien

Neben dem Interviewleitfaden wurden ein Kurzfragebogen und ein Interviewbericht erstellt, welche den Datenerhebungsprozess komplementieren. Der Kurzfragebogen diente dazu zusätzlich auch soziodemografische Angaben zu erfassen, diese jedoch inhaltlich vom Interview zu trennen. Abgefragt wurde das Alter der Person, Geburtsdatum des Säuglings und ggf. der Geschwisterkinder. Ferner wurden Schul- und Berufsabschluss, aktuelles Haushaltsnettoeinkommen, Inanspruchnahme finanzieller Unterstützungsleistungen, sowie die Betreuungssituation des Säuglings abgefragt. Für diese Parameter wurden Kategorien vorgeschlagen, um den Befragten eine schnelle Einordnung zu ermöglichen. Es gab jedoch auch die Möglichkeit eine Antwort frei zu formulieren.

3.5 Datenerhebung

Zielgruppe und Rekrutierung der Studienteilnehmer

Für diese Arbeit bilden Eltern mit Säuglingen im Alter von sechs bis zwölf Monaten die Zielgruppe. Das zweite Lebenshalbjahr wurde explizit gewählt, da Säuglinge im zweiten Lebenshalbjahr kognitive und motorische Fähigkeiten erwerben, durch die sie eigenständiger in der Nahrungsaufnahme werden bzw. werden wollen. So verfeinern sich Essfertigkeiten beispielsweise dadurch, dass die Hand-Mund-Koordination der Säuglinge gezielter wird. Auch lernt die Hälfte der Säuglinge während des 8. und 9. Lebensmonats eigenständig zu sitzen, was ein wichtiger Meilenstein für die aktiver werdende eigenständige Nahrungsaufnahme ist. Weiterhin sollte nach den Empfehlungen zur Säuglingsernährung spätestens ab dem 7. Monat die Einführung von Beikost stattfinden. Das zweite Lebenshalbjahr markiert somit ein Zeitfenster in welches neue Lebensmittel angeboten und neue Fütterungspraktiken erprobt werden.

Um zuzuordnen, ob sich Familien in benachteiligten Lebenslagen befinden, werden Kriterien herangezogen, bei denen ein Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein des Kriteriums und sozialer Benachteiligung bekannt ist. Soziale Benachteiligung geht für viele Familien mit einer Beeinträchtigung an gesellschaftlicher Teilhabe einher (vgl. AGJ 2018: 3). Diese Kriterien wurden durch den Kurzfragebogen erhoben:

- **Niedriger bzw. keinen Schulabschluss** (vgl. Böhm et al. 2013: 75): Keinen Schulabschluss, Förderschul- oder Hauptschulabschluss
- **Keinen Ausbildungsabschluss** (vgl. Böhm et al. 2013: 75): Keine abgeschlossene Berufsausbildung, Teilnahme an Bildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen vor der Schwangerschaft bzw. dem Mutterschutz
- **Inanspruchnahme von finanziellen Unterstützungsleistungen:** Dazu gehört eine oder mehrere der folgenden (Transfer)Leistungen (vgl. BMAS 2017: 10ff): Bezug von Arbeitslosengeld II (Hartz IV), Wohngeld, Kindergeldzuschlag, Unterhaltsvorschuss und anderen finanziellen Sozialleistungen.

- **Alleinerziehend** (vgl. BMFSFJ 2017b: 7): Ob eine Person das Kriterium alleinerziehend erfüllt, entscheidet sich nach dem im Kurzfragebogen zugeordneten Familienstatus „alleinerziehend“ und nicht allein nach der Haushaltskonstellation¹.
- **3 oder mehr Kinder** (vgl. BMFSFJ 2017b: 7)
- **Belastende Lebensumstände:** Das Kriterium „belastende Lebensumstände“ galt als erfüllt, wenn die Familien unterstützende, die Familien aufsuchende Hilfen in Anspruch genommen haben (Sozialpädagogische Familienhilfe, Familienhebammen, Familienkinderkrankenschwester) oder in stationär unterstützenden Einrichtungen (Eltern-Kind-Haus) lebten.

Die Rekrutierung der Zielgruppe fand größtenteils über „Gatekeeper“ (vgl. Helferich 2010: 175) statt. Unter Gatekeeper sind in diesem Fall Multiplikatoren gemeint, die direkt mit Familien mit Säuglingen in Kontakt sind. Im persönlichen Gespräch oder per Telefon wurden Familienhebammen, Familienhelfer, Kinderärzte, eine Familienkinderkrankenschwester, sowie Sozialpädagogische Fachkräfte von Eltern-Kind- und Familienzentren angesprochen. Die Multiplikatoren wurden gebeten im persönlichen Gespräch mit Eltern, diese auf die Befragung aufmerksam zu machen und bei Interesse ein mündliches Einverständnis zur Kontaktaufnahme einzuholen. Daraufhin trat die Autorin per Telefon mit den interessierten Eltern in Kontakt. Teilweise wurde der Autorin die Möglichkeit gegeben die Befragung direkt bei Eltern (z.B. im Rahmen einer Krabbelgruppe) vorzustellen und Kontaktdaten auszutauschen. Während der Absprache zur Interviewdurchführung mit den Familien strebte die Autorin eine Durchführung in den Haushalten der Familien an, um so auch einen beobachtenden Einblick in die häuslichen Essumgebungen der Familien und den darin stattfindenden Interaktionen der Familienmitglieder zu bekommen. Über den Zugang von Multiplikatoren konnten elf Eltern für das Interview gewonnen werden. Fünf Eltern wurden weiterhin von der Autorin persönlich in einem sozialbenachteiligten Stadtteil angesprochen. Von den fünf Eltern haben vier Eltern das Interview durchgeführt. Insgesamt kamen somit 15 Interviews zustande.

Zur Erleichterung der Kontaktaufnahme und Rekrutierung der Studienteilnehmer wurde vorab ein Projektinformationsflyer erstellt, der über Gatekeeper oder von der Autorin selbst an Eltern ausgegeben wurde. Die Studienteilnehmer bekamen eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 10 Euro. Die Rekrutierung der Studienteilnehmer erfolgte im Raum Apolda, Erfurt, Jena und Weimar.

Durchführung der Interviews

Die Interviews wurden im Zeitraum Mai 2015 bis März 2016 geführt und von der Autorin selbst vorgenommen. Von den insgesamt 15 Interviews fanden elf Interviews in den Wohnungen der Familien statt, drei Interviews wurden im Beratungsraum eines Eltern-Kind-Hauses geführt und ein Interview in

¹ Unter dem Begriff „Alleinerziehend“ werden Familien definiert, bei der ein Elternteil allein mit Kind oder Kindern im Haushalt lebt (vgl. BMFSFJ 2017b: 19). Dies berücksichtigt jedoch nicht in der Betreuung und Erziehung des Kindes/ der Kinder geteilte Verantwortlichkeiten von Paaren, die nicht im gleichen Haushalt leben. Demnach wird das Kriterium anhand des Kurzfragebogens danach festgelegt, ob sich der befragte Elternteil subjektiv als alleinerziehend betrachtet.

einem Familienzentrum. Die Dauer variierte zwischen 23 Minuten und 100 Minuten. 14 der Interviews wurden mit Müttern durchgeführt, ein Interview mit einem Vater. In sieben Familien waren die Säuglinge während der gesamten Interviewdauer anwesend, in weiteren drei Familien waren die Säuglinge teilweise während der Interviewdurchführung anwesend. Dadurch kam es während der Befragung immer mal wieder zu Interaktionen zwischen Eltern und Säugling. Zwar wurde dadurch teilweise die Länge der Interviews beeinflusst, jedoch nicht die generelle Gesprächsatmosphäre und die Gesprächsthemen.

In allen Familien fanden vor Beginn der eigentlichen Interviews ausführliche Vorgespräche statt. Hier wurde seitens der Interviewerin die aktuelle Wohnsituation und Wohnumgebung angesprochen und in Erfahrung gebracht, wie sich die Familie häuslich eingerichtet hat. Auch wurde die Interviewerin mit Ausnahme einer Familie kurz durch die Wohnungen geführt. Dies galt auch für die Familien, die im Eltern-Kind-Heim leben, obwohl die Interviews selbst in einem wohnungsnahen Beratungsraum stattgefunden haben. Weiterhin wurde im Vorgespräch die Betreuungssituation des Säuglings während der Interviewführung abgeklärt.

Nach den Vorgesprächen wurde den Eltern das Thema der Befragung und die damit verbundenen Projektziele ein weiteres Mal vorgestellt. Sie wurden über die Handhabung und Auswertung der Daten informiert, die damit verbundene Anonymisierung und den Datenschutz. Eine Einverständniserklärung wurde von den Teilnehmenden in zweifacher Ausführung unterzeichnet und ein Exemplar den Teilnehmenden weitergereicht. Durch die Einverständniserklärung erhielten die Teilnehmenden die Kontaktdaten der Autorin und die Möglichkeit der Rücksprache. Anschließend wurden die Teilnehmenden gebeten den Kurzfragebogen mit Angaben zur Person und weiterer im Haushalt lebender Personen sowie demografischen Angaben schriftlich auszufüllen. Dann wurden die Interviews begonnen und mit dem Aufnahmegerät „Zoom H2n“ aufgenommen.

Die eigentlichen Interviews orientierten sich am Leitfaden (siehe oben), wobei am Anfang und zu jedem neuen Themenbereich offene Erzählstimuli gewählt wurden, die anschließend mit konkreten Nachfragen spezifiziert wurden. Die vorab festgelegte Leitfaden-Reihenfolge der Themenbereiche und Nachfragen wurde während der Interviews flexibel an den Relevanzstrukturen der Befragten ausgerichtet. Über den Interviewverlauf hinweg wurden, wenn angebracht, Äußerungen seitens des Interviewers formuliert die Helfferich (2011: 105f) als „Zurückspiegeln, Paraphrase, Angebot von Deutungen“ zusammenfasst. Diese Äußerungen sind Teil des aktiven Zuhörens und signalisieren Aufmerksamkeit, Anteilnahme und Wertschätzung gegenüber dem Gesprächspartner. Im Gespräch aufgetretene widersprüchliche Äußerungen wurden hinterfragt.

Einige der Teilnehmenden haben sehr belastende, teilweise traumatisierende Erfahrungen erlebt. So kam es in zwei Gesprächen unerwartet vor, dass die Teilnehmenden sehr emotional reagiert bzw. geweint haben. Hier wurde seitens der Interviewerin emotionale Anteilnahme signalisiert und angeboten das Aufnahmegerät abzustellen. Der Erzählperson wurde freigestellt, ob und inwiefern sie ihre Erfahrungen weiter ausführen möchte.

Am Ende des Gesprächs wurden die Teilnehmer aufgefordert weitere wichtige Aspekte anzusprechen, die noch nicht im Interviewverlauf aufgegriffen wurden. Als Abschluss jedes Interviews wurden sie gebeten zu reflektieren, wie sie das Interview empfanden und welche Motivation ihrer Teilnahme zugrunde lag.

Im anschließenden Nachgespräch konnten die Teilnehmenden Fragen zur Säuglingsernährung stellen. Weiterhin sprach die Autorin im Interview gefallene Themen an, die sie selbst als kritisch betrachtet, da sie mit einer möglichen Gesundheitsgefährdung des Säuglings einhergehen können. So wurde beispielsweise im Nachgespräch zweier Interviews der Verzehr von Honig aufgegriffen und in einem weiteren Interview auf die gesundheitlichen Bedenken der veganen Ernährung eingegangen. Eine Mutter wiederum empfand sich selbst zu ängstlich und übervorsichtig, weil sie ihren Säugling ständig begleitet, um ihn vor Unfallgefahren wie Stürze zu schützen. Sie deutete während des Interviews an, dass sie sich jetzt trauen, müsste ihren Säugling seine eigenen, auch negativen, Erfahrungen machen zu lassen. Hier bestärkte die Autorin die Mutter in ihrem bisherigen Verhalten gegenüber dem Säugling.

Im Anschluss an die Interviews und Nachgespräche – jedoch nach der Verabschiedung aus den Familien – wurden die Interviewberichte angefertigt. Festgehalten wurden Tag, Dauer und Zustandekommen der Interviews. Hier fand seitens der Autorin eine erste Reflexion der Interviewsituation statt. Festgehalten wurden das Auftreten und die Erzählbereitschaft der Interviewten, sowie Unterbrechungen und Störungen während der Befragungen. Auch wurden die häusliche Essumgebung, die Wohnumgebung sowie erste auffallende Themen dokumentiert. Das Protokoll zum Interviewbericht kann dem Anhang entnommen werden.

3.6 Auswertung der Daten

Transkription und Datenaufbereitung

Die aufgezeichneten Interviews wurden vollständig wörtlich transkribiert. Bei der Transkription orientierte sich die Autorin an das Gesprächsanalytische Transkriptionssystem II (GAT II) (vgl. Selting et al. 2009). Erstellt wurden so genannte „Basistranskripte“ oder auch „einfache Transkripte“ genannt, die um nonverbale Kommunikation und bestimmte Einzelkonventionen erweitert wurden. So wurden bei den vorliegenden Interviews der Satzbau und die Grammatik nicht korrigiert und syntaktische Fehler beibehalten. Wortverkürzungen, die ganze Wörter ergeben wie beispielsweise „mal“ (einmal) oder „grad“ (gerade), wurden beibehalten und nicht geglättet. Geglättet wurden dagegen sehr spezifische dialektische Abkürzungen wie „ma“ (wir). Wortverbindungen wie „hamwa“ (haben wir) wurden auseinander genommen und geglättet. Weiterhin wurden parasprachliche und emotionale Äußerungen bei der Transkription berücksichtigt. Pausen, Interaktionen und Unterbrechungen wurden entsprechend als solche gekennzeichnet und deren Dauer notiert. Ein einfaches Transkript lässt einen schnelleren Zugang zum Gesprächsinhalt zu. Dabei war es der Autorin dennoch wichtig, die Sprache nicht zu weit zu glätten, damit der generelle Gesprächs- und Umgangston nicht verloren geht.

Qualitative Inhaltsanalyse

Für die Auswertung der Daten wurde eine inhaltlich-strukturierende qualitative Inhaltsanalyse angewendet. Die qualitative Inhaltsanalyse eignet sich für die systematische und theoriegeleitete Bearbeitung auch von großen Mengen an Textmaterial (vgl. Mayring 2002: 121). Bei dieser Auswertungsmethode werden am Material ausgewählte inhaltliche Aspekte identifiziert, konzeptualisiert und das Material in Hinblick auf die identifizierten Aspekte beschrieben (vgl. Schreier 2014). Für den Analyseprozess nutzte die Autorin in Anlehnung an Kuckartz (2016: 100) und Schreier (2014) folgende Vorgehensweise:

Schritt 1: Initiierende Textarbeit

Schritt 2: Ableitung von thematischen Hauptkategorien (Oberkategorien) aus der Fragestellung bzw. dem Interviewleitfaden

Schritt 3: Codieren des gesamten Materials mit den Hauptkategorien und Bestimmung von Codiereinheiten

Schritt 4: Induktive Entwicklung von Subkategorien (Unterkategorien) und Kategoriedefinitionen

Schritt 5: Erprobung und Modifikation des Kategoriensystems

Schritt 6: Kodieren des gesamten Materials mit dem überarbeiteten Kategoriensystem

Schritt 7: Ergebnisdarstellung, Interpretation, Beantwortung der Forschungsfrage

Schritt 1: Initiierende Textarbeit

Um sich mit dem Textmaterial vertraut zu machen wurden die Interviewtranskripte zunächst sorgfältig gelesen. Dabei wurden wichtig erscheinende Textpassagen markiert und An- und Bemerkungen zu allem, was auffällt hinzugefügt. Memos und erste Fallzusammenfassungen wurden angefertigt (vgl. Kuckartz 2016: 101).

Schritt 2: Ableitung von thematischen Hauptkategorien (Oberkategorien) aus der Fragestellung bzw. dem Interviewleitfaden

Die Hauptkategorien für die Inhaltsanalyse wurden zunächst aus der Forschungsfrage deduktiv bzw. nach Kuckartz „A-priori“ abgeleitet. Diesem vorläufigen Kategoriensystem wurden nach intensiver Befassung mit den Interviews weitere induktive Kategorien hinzugefügt bzw. bereits bestehende Kategorien wurden angepasst. Für die induktive Kategorienbildung wurden Passagen des Originaltexts zunächst zusammengefasst und anschließend in Form einer Kategorie verallgemeinert (siehe Kategorienbildung via fokussierte Zusammenfassung (vgl. Kuckartz 2016: 85)). Das deduktiv-induktiv erstellte Kategoriensystem kann dem Anhang entnommen werden.

Schritt 3: Codieren des gesamten Materials mit den Hauptkategorien und Bestimmung von Codiereinheiten

Der Text wurde sequentiell durchgearbeitet und inhaltlich-thematisch den Hauptkategorien zugeordnet. Codiert wurden Sinneinheiten, auch wenn diese mehrere Sätze oder Absätze umfassten. War die Interviewerfrage zum Verständnis erforderlich wurde diese mitcodiert. Codierregeln wurden aufgestellt, um Zuordnungsprobleme zwischen einzelnen Kategorien zu vermeiden.

Schritt 4: Induktive Entwicklung von Subkategorien (Unterkategorien) und Kategoriedefinitionen

Nach dem ersten Codierprozess erfolgte eine Ausdifferenzierung der Hauptkategorien in Subkategorien. Dafür wurden zunächst alle Textstellen der Kategorie in einer Tabelle gegenübergestellt, geordnet und systematisiert. Für die so identifizierten Subthemen wurden Definitionen formuliert und Ankerbeispiele zugeordnet.

Schritt 5: Erprobung und Modifikation des Kategoriensystems

In diesem Teil der Arbeit wurde das vorab erstellte Kategoriensystem an vier Interviews getestet, um die konkrete Anwendbarkeit auf das Interviewmaterial zu prüfen.

Schritt 6: Codieren des kompletten Materials mit dem ausdifferenzierten Kategoriensystem (Zweiter Codierprozess)

In diesem Schritt wurde das gesamte Material erneut durchlaufen und die codierten Textstellen wurden dem ausdifferenzierten Kategoriensystem zugeordnet.

Schritt 7: Ergebnisdarstellung, Interpretation, Beantwortung der Forschungsfrage

Für die Ergebnisdarstellung wurden zunächst Fallzusammenfassungen der Familien angefertigt. Anschließend erfolgte die beschreibende und interpretative Zusammenstellung der Ergebnisse in Form der Kategorien. Hierbei werden Ähnlichkeiten und Differenzen der Fälle gegenübergestellt. Von jedem Säugling wurde ein Kurzprofil über die kindliche Essumgebung angefertigt (siehe Anhang). Die Ergebnisse der Kategorien wurden vor dem Hintergrund gesundheitsfördernder Bedarfe in der Kommunikation mit Familien und Ansatzmöglichkeiten zur Unterstützung diskutiert.

Für den Auswertungsprozess, insbesondere für das Codieren und die Erstellung von Kodiereinheiten („Codings“) wurde auf die Software MAXQDA Version 18 zurückgegriffen.

3.7 Gütekriterien qualitativer Forschung

Für Qualitative Forschungsmethoden ist bekannt das objektive Qualitätskriterien (Objektivität, Validität und Reabilität) aus standardisierten Methoden nicht einfach als Gütekriterien übernommen werden können (vgl. Steinke 1999: 131-204 zitiert nach Bohnsack et al. 2011). Die Subjektivität von Untersuchten und Untersuchern wird in der qualitativen Forschung zum Bestandteil des Forschungsprozesses (vgl. Flick 2012: 29). Helferich (2011: 155) beschreibt: „Die Unmöglichkeit von Objektivität ist ja nicht ein Mangel, sondern Ausgangspunkt qualitativer Forschung, daher kann es nicht um anzustrebende Objektivität gehen, sondern um einen anzustrebenden angemessenen Umgang mit Subjektivität.“ Auch gibt es keinen einheitlichen Konsens für Gütekriterien in der qualitativer Sozialforschung was daran liegt, dass die qualitative Sozialforschung ein sehr heterogenes Feld ist und bisherige Versuche Kriterien festzulegen, aufgrund der unterschiedlichen Forschungsmethoden und -zugänge an ihre Grenzen stoßen (vgl. Bohnsack et al. 2011: 80ff). Das relevante Referenzsystem, um Standards zu formulieren ist die theoretische und methodologische Begründung eines Vorhabens (vgl. Bohnsack 2005: 76 zitiert nach Flick 2009: 14). Standards können somit je nach Forschungsdesign und Erhebungsmethode unterschiedlich ausfallen. Reichertz (2000) schlägt deshalb vor sich der Darstellung

im Sinne des Beschreibens von Forschung zu widmen. Plausible und valide erscheinende Forschungsergebnisse entstehen so auch in der lesenden Auseinandersetzung des Dargestellten durch den Rezipienten. Demnach ist ein wichtiges Qualitätsziel die intersubjektive Überprüfbarkeit der empirischen Erkenntnisse entlang des gesamten Forschungsprozesses zu gewährleisten (vgl. Przyborski und Wohrab-Sahr 2010: 353f). Weitere Gütekriterien qualitativer Forschung sind methodisch kontrolliertes Fremdverstehen – also Bedingungen dafür zu schaffen, dass die Erforschten ihre Relevanzsysteme formal und inhaltlich eigenständig entfalten können (vgl. ebd.: 31) sowie die informierte Einwilligung zur Befragung (vgl. Gläser und Laudel 2010: 52).

Kapitel 4

Ergebnisse

4.1 Übersicht der Studienteilnehmer

An der qualitativen Studie nahmen 14 Mütter und ein Vater teil. Die Eltern waren im Durchschnitt 24,1 Jahre alt. Die jüngste Teilnehmerin war zum Zeitpunkt der Befragung 19 Jahre alt, die beiden ältesten Teilnehmerinnen 28 Jahre alt. Damit bildet das Studienkollektiv nach chronologischem Alter junge bzw. sehr junge Eltern ab. Alle Eltern waren zum Zeitpunkt der Befragung ausschließlich oder hauptsächlich für die Betreuung des im Haushalt lebenden Säuglings zuständig. Das durchschnittliche Alter der zwei Mädchen und der 13 Jungen betrug 9,3 Monate und reichte von sechs bis zwölf Monate. In acht Familien leben die Befragten mit ihrem derzeitigen Partner und mit geteilter Betreuungs- und Erziehungsverantwortung gegenüber dem Säugling im gleichen Haushalt. Davon ist ein Elternpaar verheiratet. In fester Beziehung und mit geteilter Betreuungs- und Erziehungsverantwortung gegenüber dem Säugling, aber in unterschiedlichen Haushalten leben zwei Mütter. Fünf Mütter sind, unabhängig von ihrem Beziehungsstatus, alleinerziehend. Von den befragten Eltern sind neun Erstlingseltern. Größere Geschwisterkinder im Alter von drei bis fünf Jahren gibt es in vier Haushalten. In zwei Familien sind größere Geschwisterkinder in Pflegefamilien untergebracht. Sechs der Familien leben im 2-Personenhaushalt, fünf Familien leben im 3-Personen-Haushalt, drei Familien im 4-Personen Haushalt und in einem Haushalt leben fünf Personen. Drei der Mütter leben in einem Eltern-Kind-Heim. Alle Befragten haben die deutsche Staatsangehörigkeit, wobei eine Teilnehmerin zusätzlich auch die ungarische Staatsangehörigkeit innehat. Als höchsten Schulabschluss gaben sechs der Eltern den Hauptschulabschluss an, fünf Eltern einen Realschulabschluss und drei Eltern haben Abitur bzw. Fachabitur gemacht. Eine Mutter hat die Schule ohne Abschluss beendet. Beim durchschnittlichen monatlichen Haushaltsnettoeinkommen wurden von zwölf der Teilnehmenden Angaben zwischen 500 € und 3000 € gemacht. Die im Eltern-Kind-Heim lebenden Mütter bekommen monatlich Taschengeld ausgezahlt. Dafür entfallen Aufwendungen für Unterkunft und teilweise auch Verpflegung. Eine Teilnehmerin kann nicht einschätzen wieviel Geld ihr monatlich zur Verfügung steht.

In elf Familien werden Transferleistungen und/oder Unterstützungsleistungen (Wohngeld, Kindergeldzuschlag etc.) bezogen. Weiterhin nehmen sieben Familien externe Unterstützung (Sozialpädagogische Familienhilfe, Familienhebamme, Familienkinderkrankenschwester) in Anspruch. Insgesamt leben 13 der 15 Haushalte in benachteiligten Lebenslagen.

4.2 Fallzusammenfassungen

Als erste Übersicht wird jede Familie kurz vorgestellt. Dabei wird auf die Konstellation der Kern-Familie und deren Wohn- und Arbeitssituation sowie die Betreuungsverantwortlichkeiten der im Haushalt lebenden Säuglinge und Geschwisterkinder eingegangen. Auch werden biografische Aspekte angeführt, sofern sie Einfluss auf den Alltag haben. Weiterhin werden soziodemografische Angaben zum Schulabschluss, der beruflichen Lage und dem Familieneinkommen gemacht und aufgeführt, inwiefern die Familien in benachteiligten Lebenslagen leben. Ein Einblick in die Lebenssituation und bedeutende biografische Zusammenhänge sind wichtig, um die familiäre Essumgebung in einen größeren Rahmen einbetten zu können.

Familie A



Familienkonstellation und gegebene Lebenslagen

Frau A ist 29 Jahre alt und lebt zusammen mit ihrem Partner und ihren drei Kindern in einem städtischen Altbauviertel in Nähe des Stadtzentrums. Frau A's Sohn Baby Arik ist sieben Monate alt. Ihre zwei Töchter sind fünf und drei Jahre alt. Frau A's Partner ist der leibliche Vater von Baby Arik. Beide Töchter sind aus vorangegangener, nun geschiedener Ehe. Sie haben regelmäßigen Kontakt zu ihrem leiblichen Vater und dessen Familie. Frau A befindet sich gerade in Elternzeit. Ihr Partner hat sich selbstständig gemacht und ist momentan nur am Wochenende zu Hause, weshalb die Betreuung der drei Kinder und die Daseinsvorsorge unter der Woche hauptsächlich auf Frau A entfällt. Die beiden Töchter besuchen von ca. 9:00 bis 15:00 Uhr den Kindergarten. Hilfe bei der Betreuung ihres Sohnes bekommt Frau A durch ihre Schwiegermutter.

Baby Arik's Geburt fand zwei Wochen vor dem eigentlichen Geburtstermin per Kaiserschnitt statt, da eine unzureichende Versorgung über die Nabelschnur festgestellt wurde. Mit einem Geburtsgewicht von 2600 g verbrachte Baby Arik zunächst einen Tag auf der Neonatalogie bevor er zu Frau A auf die Wochenbettstation kam. Frau A war mit Baby Arik noch lange im Krankenhaus.

Sozio-Demografischer Hintergrund

Frau A hat einen Realschulabschluss und ist gelernte Friseurin. Zuletzt hat sie als Friseurin in Teilzeit vor der Elternzeit ihrer jüngsten Tochter gearbeitet. Nach der Elternzeit der jüngsten Tochter ist sie direkt in die Elternzeit mit Baby Arik übergegangen. Das monatliche Haushaltseinkommen der 5-köpfigen Familie beläuft sich zwischen 2500 € bis 3000 € und setzt sich zusammen aus dem Elterngeld, Kindergeld, Gehalt des Partners und dem Unterhalt für die zwei Töchter.

Anzahl der Kriterien der Benachteiligung: 1

≥ 3 Kinder

Familie B



Familienkonstellation und gegebene Lebenslagen

Frau B ist 26 Jahre alt, ledig und lebt mit ihrem Partner und Baby Bjarne in einem städtischen Altbauviertel in Nähe des Stadtzentrums. Baby Bjarne ist zum Zeitpunkt des Interviews acht Monate alt. Frau B befindet sich gerade in Elternzeit. Ihr Partner ist tagsüber arbeiten und kommt nachmittags nach Hause. Frau B besucht mit Baby Bjarne zweimal die Woche eine Krabbelgruppe. Unterstützung bekommt Frau B von ihren Schwiegereltern, die Baby Bjarne ab und zu ein paar Stunden betreuen.

Sozio-Demografischer Hintergrund

Frau B hat einen Realschulabschluss und zwei abgeschlossene Lehren. Zum einen ist sie gelernte Kindererzieherin, zum anderen Bürokauffrau. Vor der Elternzeit war Frau B als Bürokauffrau angestellt. Das momentane familiäre Haushaltseinkommen der 3-köpfigen Familie liegt zwischen 1500 € und 2000 € und setzt sich zusammen aus dem Gehalt des Partners, Elterngeld, Kindergeld, sowie Kindergeldzuschlag.

Anzahl der Kriterien der Benachteiligung: 1

Inanspruchnahme von finanziellen Unterstützungsleistungen: Bezug von Kindergeldzuschlag

Familie C



Familienkonstellation und gegebene Lebenslagen

Frau C ist 23 Jahre alt und lebt mit ihrem 12 Monate alten Sohn Collin in einer separaten Wohnung, die zu einem Eltern-Kind-Heim gehört. In der Wohnung lebt eine weitere Mutter mit Kind, die Küche teilen sich die beiden Familien. Das Eltern-Kind-Heim befindet sich in einem Dorf in Stadtnähe. Frau C ist alleinerziehend und befindet sich momentan in Elternzeit. Seit drei Monaten ist Frau C in fester Partnerschaft. Ihr Partner und ihre Familie leben in Frau C's eigentlicher Heimatstadt. Frau C fährt mit Baby Collin einmal im Monat ihre Familie und ihren Partner besuchen. Momentan ist Frau C auf Wohnungssuche in ihrer Heimatstadt und möchte dort mit ihrem Partner zusammenziehen.

Die momentane Unterbringung im Eltern-Kind-Heim kam dadurch zustande, dass Frau C vor der Entbindung obdachlos war und ohne Wohnung und Annahme von externer Unterstützung das Sorgerecht für Baby Collin nicht hätte behalten dürfen. Ihre damalige Schwangerschaft mit Baby Collin war ungeplant und machte Frau C Angst. Sie hat den „Kopf in den Sand gesteckt“ und ist von einem Tag auf den anderen nicht mehr zur Lehre gegangen. Dadurch wurde sie fristlos gekündigt, konnte ihre

Wohnung nicht mehr bezahlen und hat Mietschulden angesammelt, bis sie schließlich obdachlos wurde. Erst als sich die Geburt ankündigte hat sich Frau C entschlossen ins Krankenhaus zu gehen und Hilfe aufzusuchen. Dort informierten die Mitarbeiter das Jugendamt, weil Frau C's Situation als Kindeswohlgefährdend für ihr Neugeborenes eingestuft wurde. Später am Tag der Entbindung wurde Frau C vom Jugendamt in der Klinik aufgesucht, um die weitere Fürsorge und das Sorgerecht für Baby Collin zu diskutieren. Frau C entschied sich, den Auflagen vom Jugendamt nachzukommen und das Sorgerecht für Baby Collin zu behalten. Da Frau C Mietschulden hatte und es ihr nicht möglich war eine neue Wohnung zu mieten wurde sie in das Eltern-Kind-Heim vermittelt.

Sozio-Demografischer Hintergrund

Frau C hat einen Hauptschulabschluss, ist ungelernt und war vor der Geburt ihres Sohnes in Ausbildung zum Garten- und Landschaftsbau, die aufgrund der Schwangerschaft abgebrochen wurde. Das Eltern-Kind-Heim ist eine stationär betreute Einrichtung. Ihre Einkünfte vom JobCenter (Hartz4) und der Familienkasse (Kindergeld) gehen direkt an das Jugendamt. Dafür hat Frau C keine weiteren Aufwendungen mehr für das Wohnen und die damit verbundenen Nebenkosten. Frau C bekommt monatlich ein Taschengeld in Höhe von ca. 330 € gestellt, mit welchem sie die weiteren Aufwendungen (Verpflegung, Hygiene, Bekleidung und Mittel für Eigenbedarf) organisiert.

Anzahl der Kriterien der Benachteiligung: 4

Niedriger Schulabschluss: Hauptschulabschluss; keinen Ausbildungsabschluss; Inanspruchnahme von finanziellen Unterstützungsleistungen: Bezug von Hartz IV; Belastende Lebensumstände: Inanspruchnahme stationärer Familienhilfe

Familie D



Familienkonstellation und gegebene Lebenslagen

Frau D ist 27 Jahre alt und lebt mit ihrem Partner, ihrem acht Monate alten Baby Daniel und ihrer fünf Jahre alten Tochter seit kurzem in einer sanierten Plattenbauwohnung in einem benachteiligten Vorstadtwohngebiet. Familie D ist aufgrund der günstigen Miete in den Stadtteil gezogen. Ihr Partner ist der leibliche Vater von Baby Daniel, jedoch nicht von ihrer älteren Tochter. Familie D hat einen kleinen Hund als Haustier. Frau D ist mit Baby Daniel in Elternzeit. Ihr Partner ist unbefristet angestellt, tagsüber arbeiten und kommt am Nachmittag nach Hause. Frau D's Tochter besucht täglich von morgens bis nachmittags den Kindergarten. Für den Transport von und zur Einrichtung ist Frau D auf die öffentlichen Verkehrsmittel angewiesen. Unterstützung bei der Betreuung der Kinder bekommt Frau D oft von den Großeltern.

Frau D leidet seit einigen Jahren an Multipler Sklerose und macht sich große Sorgen, über die Zukunft ihrer Kinder, wenn es ihr einmal schlechter gehen sollte. Die Kinder sind durch Frau D's Partner abgesichert und in guten Händen. Frau D und ihr Partner haben sich demnächst vorgenommen zu heiraten.

Sozio-Demografischer Hintergrund

Frau D hat einen Hauptschulabschluss und ist gelernte Friseurin. Das letzte Mal hat sie nach der Elternzeit ihrer Tochter gearbeitet und ist dann aufgrund ihrer Erkrankung berentet worden. Ihr monatliches Nettoeinkommen gibt Frau D zwischen 1000 € und 1500 € an. Es setzt sich zusammen aus Frau D's Rente, Unterhalt für Frau D's Tochter, Wohngeld sowie Eltern- und Kindergeld.

Anzahl der Kriterien der Benachteiligung: 2

Niedriger Schulabschluss: Hauptschulabschluss; Inanspruchnahme von finanziellen Unterstützungsleistungen: Bezug von Wohngeld

Familie E



Familienkonstellation und gegebene Lebenslagen

Frau E ist 23 Jahre alt, und lebt mit ihrer acht Monate alten Tochter Emily im Eltern-Kind-Heim. Im Heim hat Frau E ein eigenes Zimmer für Baby Emily und sich. Weiterhin gibt es eine Küche und einen Gemeinschaftsraum, den sie sich aktuell mit zwei weiteren Müttern und ihren Kindern teilt. Auch haben die im Eltern-Kind-Heim zuständigen Betreuer (stationäre sozialpädagogische Familienhilfe) ein Büro. Frau E kann dadurch schnell, wenn nötig, auf Unterstützung zurückgreifen. Frau E befindet sich in Elternzeit. Ihr Partner ist der leibliche Vater von Baby Emily. Er befindet sich gerade in einer berufsbegleitenden Maßnahme und kommt nachmittags fast täglich zu Besuch. Einmal die Woche besucht Frau E mit Baby Emily einen Pekip-Kurs.

Frau E kam im Anschluss an den mit Baby Emilys Geburt verbundenen Krankenhausaufenthalt direkt im Eltern-Kind-Heim unter. Sie hat bereits während der Schwangerschaft mit Hilfe ihrer Mutter eine Schwangerschaftsberatungsstelle aufgesucht aus Angst, die Betreuung eines Säuglings nicht alleine zu schaffen. Über die Beratungsstelle wurde Frau E zum Jugendamt vermittelt und hat darüber das Angebot für einen Platz im Eltern-Kind-Heim bekommen. Durch die enge Betreuung im Eltern-Kind-Heim wird Frau E angehalten ihren Alltag mit Baby Emily zu strukturieren und hierfür entsprechende Haushalts- und Planungskompetenzen zu erlernen. Der Aufenthalt im Eltern-Kind-Heim endet voraussichtlich, wenn Baby Emily ein Jahr alt wird. Frau E und ihr Partner streben danach an zusammen zu ziehen. Mittlerweile ist Frau E zuversichtlich, dass sie es auch ohne Hilfe schafft, sich um Baby Emily zu kümmern.

Sozio-Demografischer Hintergrund

Frau E hat einen Hauptschulabschluss und ist gelernte Bürokraft. Vor der Geburt ihrer Tochter Emily war Frau E über das Arbeitsamt geringfügig in einem Callcenter beschäftigt. Das Eltern-Kind-Heim ist eine stationär betreute Einrichtung. Frau E's Ansprüche auf Sozialleistungen (Hartz IV) und Kindergeld

werden nicht an sie ausgezahlt. Frau E hat keine Aufwendungen für das Wohnen und die damit verbundenen Nebenkosten. Auch wird ihr die Verpflegung gestellt. Frau E bekommt Geld für Aufwendungen von Bekleidung und Hygiene. Weiterhin wird ihr ein Taschengeld in Höhe von 70 € ausgezahlt.

Anzahl der Kriterien der Benachteiligung: 3

Niedriger Schulabschluss: Hauptschulabschluss; Inanspruchnahme von finanziellen Unterstützungsleistungen: Bezug von Hartz IV; Belastende Lebensumstände: Inanspruchnahme stationärer Familienhilfe

Familie F



Familienkonstellation und gegebene Lebenslagen

Frau F ist 25 Jahre alt und lebt mit ihrem Partner, Baby Finn (11 Monate) und ihrer fünfjährigen Tochter in einer Plattenbauwohnung in einem benachteiligten Stadtteil. Ihr Partner ist der leibliche Vater von Baby Finn, jedoch nicht von ihrer älteren Tochter. Jedes zweite Wochenende ist Frau F's große Tochter bei ihrem leiblichen Vater untergebracht. Frau F befindet sich gerade in Elternzeit und ist zusätzlich stundenweise geringfügig beschäftigt. Nebenbei ist sie auf Jobsuche für die Zeit nach der Elternzeit. Ihr Partner ist häufig auf Montage unterwegs, weshalb Frau F häufig allein für die Daseinsvorsorge und Betreuung der Kinder verantwortlich ist. Frau F's große Tochter ist tagsüber in der Kita untergebracht. Für den Transport von und zur Kita ist Frau F auf die öffentlichen Busverbindungen angewiesen. Gelegentlich wird Frau F von ihren Schwiegereltern bei der Betreuung der Kinder unterstützt.

Sozio-Demografischer Hintergrund

Frau F hat einen (Fach)Abiturabschluss und eine physiotherapeutische Grundausbildung abgeschlossen. Vor der Geburt von Baby Finn befand sie sich in einer zweiten Ausbildung zur Bürokauffrau. Das monatliche Haushaltsnettoeinkommen der 4-köpfigen Familie liegt bei 2800€ und setzt sich zusammen aus dem Gehalt des Partners, Frau F's Gehalt aus geringfügiger Beschäftigung, Unterhalt für Frau F's Tochter sowie Eltern- und Kindergeld.

Anzahl der Kriterien der Benachteiligung: Keine

Familie G



Familienkonstellation und gegebene Lebenslagen

Frau G ist 19 Jahre alt und lebt mit ihrem acht Monate alten Sohn Gregor in einer günstigen Altbauwohnung in Nähe des Stadtzentrums. Sie hat eine Katze. Ihr Partner wohnt nicht mit im gleichen Haushalt. Er ist der leibliche Vater von Baby Gregor und kommt regelmäßig zu Besuch. Frau G befindet

sich in Elternzeit. Die Betreuung von Baby Gregor wird fast ausschließlich von Frau G übernommen, ihr Partner unterstützt sie. Am Wochenende wird Baby Gregor gelegentlich von seinem Opa betreut.

Sozio-Demografischer Hintergrund

Frau G hat einen Realschulabschluss und hat bis zur Geburt von Baby Gregor ungelernt gearbeitet. Nach der Elternzeit strebt sie eine Ausbildung zur Gastronomiefachfrau an. Das monatliche Haushaltsnettoeinkommen der 2-köpfigen Familie liegt zwischen 700 € und 800 € und setzt sich zusammen aus dem Bezug von Hartz IV, Eltern- und Kindergeld.

Anzahl der Kriterien der Benachteiligung: 2

Keinen Ausbildungsabschluss; Inanspruchnahme von finanziellen Unterstützungsleistungen: Bezug von Hartz IV

Familie H



Familienkonstellation und gegebene Lebenslagen

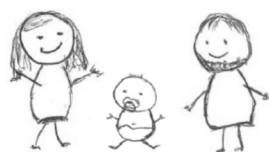
Herr H ist 28 Jahre alt und lebt mit seiner Ehefrau und dem gemeinsamen elf Monate alten Sohn Hans in einer Altbauwohnung in einem günstigen Wohnviertel nahe dem Stadtzentrum. Herr und Frau H haben sich die Elternzeit aufgeteilt. So haben beide den ersten Monat Elternzeit genommen. Vom 2. bis zum 8. Lebensmonat von Baby Hans hatte Frau H Elternzeit und seit dem 9. bis zum 13. Monat ist Herr H wieder mit Baby Hans zu Hause. Frau H geht tagsüber arbeiten und kommt nachmittags heim.

Sozio-Demografischer Hintergrund

Herr H hat einen Abiturabschluss und studiert Lehramt. Vor Baby Hans' Geburt war er im Referendariat als Regelschullehrer. Das monatliche Haushaltsnettoeinkommen der 3-köpfigen Familie liegt zwischen 1000 € und 1500 € und setzt sich zusammen aus dem Gehalt von Frau H, Wohngeld, Eltern- und Kindergeld.

Anzahl der Kriterien der Benachteiligung: keine

Familie I



Familienkonstellation und gegebene Lebenslagen

Frau I ist 21 Jahre alt und lebt mit ihrem 11 Monate alten Sohn Ingmar und Ingmars leiblichem Vater zusammen in einer unsanierten Altbauwohnung in einem günstigen Wohnviertel nahe dem Stadtzen-

trum. Frau I und Ingmars Vater sind jedoch seit ein paar Tagen getrennt und wollen demnächst auseinander ziehen. Neben der Elternzeit ist Frau I geringfügig stundenweise nachmittags beschäftigt. Baby Ingmar besucht seit kurzem für ein paar Stunden vormittags die Kindertagesstätte zur Eingewöhnung. Für den Transport von und zur Einrichtung nutzt Frau I das öffentliche Busnetz. Baby Ingmars Vater ist tagsüber in der Lehre, kommt nachmittags nach Hause und übernimmt die Betreuung von Baby Ingmar, wenn Frau I arbeiten geht. Hilfe bei der Betreuung von Baby Ingmar bekommt Familie I von Frau I's Mutter.

Sozio-Demografischer Hintergrund

Frau I hat Abitur gemacht. Sie hat neben der deutschen auch die ungarische Staatsangehörigkeit. Sie ist ungelernt und hat vor der Geburt ihres Sohnes einen Bundesfreiwilligendienst absolviert. Das monatliche Haushaltsnettoeinkommen der 3-köpfigen Familie liegt zwischen 1000 € und 1500 € und setzt sich zusammen aus dem Gehalt des Partners, Frau I's Gehalt aus geringfügiger Beschäftigung sowie Eltern- und Kindergeld.

Anzahl der Kriterien der Benachteiligung: 1

Keinen Ausbildungsabschluss

Familie J



Familienkonstellation und gegebene Lebenslagen

Frau J ist 20 Jahre alt und lebt mit ihrem 11 Monate alten Baby Jake und ihrem Partner zusammen in einer Plattenbauwohnung in einem benachteiligten Wohngebiet am Stadtrand. Frau J's Partner ist nicht der leibliche Vater von Jake. Sie sind zusammengekommen als Frau J mit Baby Jake schwanger war. Frau J befindet sich in Elternzeit. Sie ist schwanger. Frau J's Partner arbeitet im Schichtdienst und kommt momentan am Nachmittag nach Hause. Bei der Betreuung von Baby Jake wird Frau J von den Schwiegereltern unterstützt.

Sozio-Demografischer Hintergrund

Frau J hat einen Hauptschulabschluss und ist ungelernt. Frau J bezieht Hartz IV, sie bekommt für Baby Jake Unterhaltsvorschuss ausgezahlt sowie Eltern- und Kindergeld. Das ihr und Baby Jake zur Verfügung stehende monatliche Nettoeinkommen beläuft sich zwischen 500 und 800 €.

Anzahl der Kriterien der Benachteiligung: 3

Niedriger Schulabschluss: Hauptschulabschluss; keinen Ausbildungsabschluss; Inanspruchnahme von finanziellen Unterstützungsleistungen: Bezug von Hartz IV

Familie K



Familienkonstellation und gegebene Lebenslagen

Frau K ist 21 Jahre alt und lebt mit ihrem 6 Monate alten Baby Karl in einer Plattenbauwohnung in einem benachteiligten Wohngebiet am Stadtrand. Sie ist alleinerziehend. Seit ein paar Tagen besitzt Frau K einen drei Monate alten Babyhund aus dem Tierheim, der noch nicht stubenrein ist. Sie hat vor kurzem ihre Elternzeit beendet und eine überbetriebliche Ausbildung begonnen. Baby Karl geht seit einem Monat für acht Stunden am Tag zu einer Tagesmutter. Frau K hat einen Freund, den sie häufig am Wochenende sieht. Sie bekommt momentan Unterstützung von einer Sozialpädagogischen Familienhilfe und einer Familienhebamme.

Vom Kindsvater hat sich Frau K Anfang der Schwangerschaft getrennt. Ihr Ex-Partner hatte parallel eine weitere Beziehung geführt und Frau K beschimpft und beleidigt. Zwar konnte sie die vorher mit ihrem Ex-Partner geteilte Wohnung behalten, hatte jedoch damit verbunden viertausend Euro Schulden. Von ihrem Ausbildungsgeber wurde Frau K aufgrund der Schwangerschaft gedrängt zu kündigen und ist dem nachgegangen. Für Frau K war die Schwangerschaft eine sehr schwierige Zeit, denn für sie gab es keine Anlaufstelle, die ihr helfen und Zuversicht geben konnte. Die Beziehung zu ihrem Ex-Partner belastet Frau K weiterhin sehr. Sie hat Angst, dass ihr Ex-Partner nach der Vaterschaftsprüfung Umgang mit Baby Karl verlangt. Eigentlich wünscht sie, nichts mehr mit ihm zu tun zu haben.

Sozio-Demografischer Hintergrund

Frau K hat einen Hauptschulabschluss. Sie ist ungelernt. Vor der Geburt von Baby Karl hat Frau K eine Ausbildung zur Verkäuferin angefangen und das erste Lehrjahr abgeschlossen. Nun setzt sie die Lehre überbetrieblich fort. Das monatliche Haushaltsnettoeinkommen der 2-köpfigen Familie liegt zwischen 1000 € und 1500 € und setzt sich zusammen aus dem Bezug von Hartz IV, Unterhaltsvorschuss für Baby Karl, Eltern- und Kindergeld.

Anzahl der Kriterien der Benachteiligung: 5

Niedriger Schulabschluss: Hauptschulabschluss; keinen Ausbildungsabschluss; Inanspruchnahme von finanziellen Unterstützungsleistungen: Bezug von Hartz IV; Alleinerziehend; Belastende Lebensumstände: Inanspruchnahme Familienhilfe

Familie L



Familienkonstellation und gegebene Lebenslagen

Frau L ist 22 Jahre alt und lebt momentan mit ihrem 10 Monate alten Sohn Leon im Eltern-Kind-Heim. Im Heim hat sie ein eigenes Zimmer für Baby Leon und sich. Die Küche und ein Gemeinschaftsraum teilt sich Frau L mit weiteren Müttern und ihren Kindern. Sie ist alleinerziehend und befindet sich in Elternzeit. Mit dem Vater des Kindes ist Frau L seit der Schwangerschaft nicht mehr zusammen, hegt aber regen Kontakt zu ihm. Im Eltern-Kind Heim bekommt sie Unterstützung von der stationären sozialpädagogischen Familienhilfe (Bezugsbetreuer). Weiterhin wird sie von ihrer Mutter unterstützt. Baby Leon war aufgrund psychischer Erkrankung von Frau L nach Baby Leons Geburt zwischen dem 6. und dem 8. Monat bei einer Pflegemutter untergekommen. Aufgrund ihrer Erkrankung hat sich Frau L dazu entschieden für eine Weile im Eltern-Kind-Heim unterzukommen.

Sozio-Demografischer Hintergrund

Frau L hat einen Realschulabschluss und ist gelernte Verkäuferin. Vor der Geburt von Baby Leon hat Frau L eine weitere Ausbildung im Bereich Wellness angefangen. Frau L's monatliches Einkommen beläuft sich zwischen 500 € und 800 €. Sie bezieht Hartz IV, Eltern- sowie Kindergeld.

Anzahl der Kriterien der Benachteiligung: 3

Inanspruchnahme von finanziellen Unterstützungsleistungen: Bezug von Hartz IV; Alleinerziehend;
Belastende Lebensumstände: Inanspruchnahme stationärer Familienhilfe

Familie M



Familienkonstellation und gegebene Lebenslagen

Frau M ist 28 Jahre alt und lebt momentan mit ihrem 9 Monate alten Sohn Maxi, ihrer 5 Jahre alten Tochter und ihrem Partner in einem günstigen ländlichen Wohnviertel in Stadtnähe. Sie befindet sich in Elternzeit. Frau M's 5 Jahre alte Tochter geht tagsüber in den Kindergarten. Frau M's Partner ist Baby Maxis leiblicher Vater. Er ist mit zu Hause und unterstützt im Alltag. Vor der Geburt von Baby Maxi war er im Montagebereich tätig und häufig mehrere Tage nicht zu Hause. Jetzt ist er arbeitslos und sucht Arbeit in Wohnortnähe. Jedes zweite Wochenende lebt weiterhin der leibliche Sohn von Frau M's Partner mit im Haushalt. Familie M bekommt seit kurzem Unterstützung von einer Familienkinderkrankenschwester.

Baby Maxi kam zehn Wochen zu früh auf die Welt und musste dadurch drei Monate im Krankenhaus bleiben. Durch die Frühgeburt ergaben sich auch über den langen Krankenhausaufenthalt hinaus für

Familie M häufige Arztbesuche mit Baby Maxi zur Nachkontrolle. Auch musste in den letzten drei Monaten abgeklärt werden, ob Baby Maxi an Krebs erkrankt ist. Erst vor kurzem hat Familie M eine Negativdiagnose bekommen. Seit Baby Maxis Geburt ist die Familie körperlich und psychisch stark belastet.

Sozio-Demografischer Hintergrund

Frau M hat Abitur gemacht und ist gelernte Rechtsanwaltsfachangestellte. Vor der Geburt von Baby Maxi ist Frau M in diesem Bereich beschäftigt gewesen. Das monatliche Haushaltsnettoeinkommen der 4- bzw. zeitweise 5-köpfigen Familie beläuft sich auf 1700 €. Es setzt sich zusammen aus dem Bezug von Hartz IV und weiteren Sozialleistungen, Unterhalt sowie Eltern- und Kindergeld.

Anzahl der Kriterien der Benachteiligung: 2

Inanspruchnahme von finanziellen Unterstützungsleistungen: Bezug von Hartz IV und Sozialleistungen;
Belastende Lebensumstände: Inanspruchnahme Familienkinderkrankenschwester

Familie N



Familienkonstellation und gegebene Lebenslagen

Frau N ist 22 Jahre alt und lebt mit ihrem zehn Monate alten Sohn Nigel in einer Plattenbauwohnung in einem sozial-benachteiligten Wohnviertel am Stadtrand. Frau N ist alleinerziehend und befindet sich in Elternzeit. Vor ein paar Tagen hat sich Frau N von ihrem Freund getrennt, mit dem sie vier Monate zusammen war, aber nicht zusammengelebt hat. Sie bekommt momentan fast täglich Unterstützung von einer sozialpädagogischen Familienhilfe und einer Familienhebamme. Auch hat Frau N eine sehr enge Freundin, die sie unterstützt. Baby Nigel geht täglich drei bis vier Stunden in die Krippe. Dies ist eine Auflage vom Jugendamt, damit das Kind nicht in Obhut genommen wird. Frau N hat bereits eine zwei Jahre alte Tochter, die in einer Pflegefamilie lebt. Frau N hat einen rechtlichen Vormund, der sich um finanzielle Angelegenheiten kümmert.

Sozio-Demografischer Hintergrund

Frau N hat einen Hauptschulabschluss und ist ungelernt. Vor der Geburt von Baby Nigel hat Frau N an einer berufsvorbereitenden Maßnahme teilgenommen. Das monatliche Haushaltsnettoeinkommen kann Frau N selbst nicht einschätzen. Dafür hat sie eine rechtliche Betreuung. Frau N bezieht Hartz IV und Kindergeld. Unterhalt für Baby Nigel hat sie nicht geltend gemacht.

Anzahl der Kriterien der Benachteiligung: 5

Niedriger Schulabschluss: Hauptschulabschluss; keinen Ausbildungsabschluss; Inanspruchnahme von finanziellen Unterstützungsleistungen: Bezug von Hartz IV; Alleinerziehend; Belastende Lebensumstände: Inanspruchnahme Familienhilfe, Familienhebamme

Familie O



Familienkonstellation und gegebene Lebenslagen

Frau O ist 27 Jahre alt und lebt mit ihrer 9 Monate alten Tochter Olive in einem günstigen Wohnviertel in Stadtnähe. Sie ist alleinerziehend und befindet sich in Elternzeit. Zu dem Kindsvater hat Frau O keinen Kontakt. Weiterhin hat Frau O eine sieben Jahre alte Tochter, die seit 2 Jahren bei einer Pflegefamilie lebt. Einmal im Monat hat Frau O persönlichen Kontakt zu ihr. Frau O wird drei Mal die Woche für zwei Stunden von einer Familienhilfe unterstützt. Weiterhin hat Frau O eine rechtliche Betreuerin die sie in Geldangelegenheiten unterstützt. Frau O bekommt die Pflegestufe „Null“.

Sozio-Demografischer Hintergrund

Frau O hat keinen Schulabschluss. Vor der Geburt von Baby Olive hatte Frau O eine Lehre im Landschaftsgartenbau begonnen, welche durch Baby Olive's Geburt abgebrochen wurde. Das monatliche Haushaltsnettoeinkommen der 2-köpfigen Familie liegt zwischen 500 € und 800 €. Es setzt sich zusammen aus dem Bezug von Hartz IV, Unterhaltsvorschuss sowie Eltern- und Kindergeld.

Anzahl der Kriterien der Benachteiligung: 5

Keinen Schulabschluss; keinen Ausbildungsabschluss; Inanspruchnahme von finanziellen Unterstützungsleistungen: Bezug von Hartz IV; Alleinerziehend, Belastende Lebensumstände: Inanspruchnahme Familienhilfe

4.3 Kategorien

Aus den Interviews wurden neun thematische Hauptkategorien und 22 Subkategorien herausgearbeitet (siehe Kategoriensystem Anhang). Dadurch, dass die leitfadengestützten Interviews offengehalten wurden, haben Themen durchaus unterschiedliche Gewichtung entlang der Interviews. Gegebenenfalls wurden dadurch nicht von allen Teilnehmenden Aussagen zu den hier abgeleiteten nachfolgenden Kategorien gemacht.

Alltagsorganisation (K 1)

Kinderbetreuung und Haushaltsmanagement

In allen Familien stehen die Versorgung und Betreuung der Säuglinge und Kinder im Mittelpunkt des Alltags. Haushaltsaktivitäten und Alltagsorganisationen zu meistern, wie Kochen, Waschen, Einkaufen und Wege erledigen, ist für viele Eltern eine Herausforderung, denn bei allen Aktivitäten sind die Säuglinge mit dabei und müssen organisatorisch mitbedacht werden (Frau A, B, C, F, K, L, M). Insbesondere wenn Wege zu erledigen sind erfordert dies zusätzlich ein logistisches Umdenken durch den Kinderwagen. Frau C fasst die Alltagsorganisation mit Baby Collin wie folgt zusammen: „Na, man merkt halt schon, dass man mehr fürs Kind da sein muss. Man muss erst immer, egal was man macht,

man muss erst komplett umdenken, wie man's halt macht, so dass Kind halt nicht, sag ich mal, nicht alleine ist. Und muss ihn halt überall mit hinnehmen. (...) So jetzt auch wegen Haushalt. Das Kind muss immer danebenstehen, das geht dann nicht anders. Muss dann halt schon bei jeder Kleinigkeit echt umdenken. Das kann auch, kann sich auch hier, wie sagt man? Man kann sich dadurch auch extrem eingeengt fühlen. Das muss ich auch dazu sagen.“

Nicht selten empfinden die Eltern, den Spagat zwischen der intensiven Betreuung der Säuglinge und der gleichzeitigen Organisation des Haushalts, sowie der Versorgungsaktivitäten als anstrengend (Frau A, B, C, F, K, L, M). Vor allem wenn die Säuglinge z. B. durch Krankheit, Zahnung oder Entwicklungsschübe sehr pflegeaufwendig sind, kommen die Eltern schnell an ihre physischen und psychischen Grenzen. Frau B, F und M macht insbesondere der Schlafmangel zu schaffen. Frau M konstatiert: „So, dann ist Maxi auch noch krank. Der ist im Zehn-Minuten-Takt ist der dann unruhig. Zwischendurch hin und immer wieder Nucki rein und mal hoch [auf den Arm nehmen] und mal was trinken. Es ist wirklich, es ist extrem. Es geht wahnsinnig an die Substanz.“

In den Familien mit bereits größeren Geschwisterkindern machen sich die Mütter Sorgen nicht allen Kindern gerecht werden zu können (Frau A, D, F und M). Insbesondere die größeren Geschwisterkinder bleiben mit ihren Bedürfnissen nach Aufmerksamkeit durch den intensiven Betreuungsaufwand der Säuglinge zurück. Dadurch sind diese öfter auch unzufrieden, was sich wiederum belastend auf das gesamte Familienklima auswirkt. Zwar „ist es halt so“, denn „man kann sich ja nicht zerteilen“ (Frau D), aber wohl fühlen sich die Mütter damit nicht. Entlastend ist, wenn die größeren Geschwisterkinder im Haushalt oder bei der Kinderbetreuung eingespannt werden können und die übertragene Verantwortung für sich positiv als große Geschwisterrolle wahrnehmen.

Unterstützungsmöglichkeiten und deren Wahrnehmung

Die meisten Eltern in fester Partnerschaft schätzen, dass sie auf die Hilfe und Unterstützung ihres Partners zurückgreifen können. Wichtig ist, sich in der Betreuung der Säuglinge und Kinder auch einmal abwechseln und durchatmen zu können (Familie A, B, D, E, M, I).

Weiterhin wird familiäre Hilfe von den Eltern, Schwiegereltern, den eigenen Großeltern, den eigenen Geschwistern und Verwandten als auch Hilfe von Freunden von allen Familien sehr gerne angenommen und als Entlastung angesehen. So gibt es in Familie A, B, D, F und M regelmäßige Tage, an denen die Säuglinge und größeren Geschwisterkinder für ein paar Stunden von ihren Großeltern als auch Urgroßeltern betreut werden. Auch in Familie G wird Baby Gregor regelmäßig ab und zu von seinem Großvater betreut. Weniger und eher unregelmäßig bis hin zu gar keiner Unterstützung von der Familie haben Familie C, H, K, N, und O.

Familie H und M haben Freunde, die auch mal die Kinder betreuen, allerdings merkt Herr H an, dass dies immer gut vorgeplant werden muss. Für ihn ist das größte Problem „schnell an jemanden zu kommen der Mal auf ihn [Baby Hans] aufpassen kann“. Frau N hat eine Freundin auf deren Unterstützung sie dringend angewiesen ist. Weiterhin unterstützen Familie und Freunde im Haushalt und bei der Ernährungsversorgung.

Von den befragten Familien werden sechs der Familien (Familie C, E, K, L, N, O) durch die Familienhilfe, als auch im Fall von Frau N zusätzlich durch eine Familienhebamme, eng betreut. Dabei haben Familie C, E und L durch ihren Aufenthalt im Eltern-Kind-Heim, einen unmittelbaren Zugang zu ihren sogenannten Bezugsbetreuern. Familie M bekommt seit ein paar Wochen Unterstützung von einer Familiengesundheits- und Kinderkrankenpflegerin. Familie K und Familie O wurden zunächst von einer Familienhebamme unterstützt, aber aufgrund von zeitlichen Engpässen bei den Familienhebammen wurden die Familien an die Familienhilfe übergeben. In den Familien K, M, N und O handelt es sich um aufsuchende Unterstützung. Familie N und Familie O werden mindestens drei Tage die Woche für mehrere Stunden besucht. Familie K und M ein bis zweimal die Woche.

Familie B, H und I haben bisher einige Angebote im Säuglingsalter wahrgenommen. So gehen Frau B und Herr H mit ihren Säuglingen aktuell einmal in der Woche in die Krabbelgruppe. Familie H war mit Baby Hans auch beim Babyschwimmen. Frau I hat mit Baby Ingmar vor der Eingewöhnung in die Kita mehrere Kurse besucht (Tragetuchtanzen, Babyschwimmen, Yoga und Krabbelkurs). Frau I findet, dass sie sehr viel Unterstützung bekommen hat, seitdem Baby Ingmar auf der Welt ist. Besonders erwähnt sie, dass nach der Geburt eine Frau von der Stadt zu einem netten Gespräch kam und ihr kommunale Eltern-Kind-Angebote sowie Unterstützungsmöglichkeiten für sie und Baby Ingmar aufgezeigt hat. Auch Familie H wurde auf die verschiedenen Eltern-Kind-Angebote durch eine Informationsbroschüre aufmerksam, die die Familie nach der Geburt bekommen hat. Familie C, E und L nehmen über das Eltern-Kind-Heim an einem Pekip-Kurs im Familienzentrum teil.

Frau K wollte mit Baby Karl auch einen Schwimmkurs besuchen, allerdings war sie öfter vor Ort und hat auch mehrmals angerufen, aber die zuständige Person nicht erreicht. Sie konstatiert: „Ich hätt’ es mir halt gewünscht, aber ich hab halt auch kein Bock mehr irgendwem immer nachzurennen. Das nervt mich halt auch.“

Frau G war einmal bei einer Krabbelgruppe gewesen, aber sie empfand die „anderen Eltern“ als hochnäsig und ist daraufhin nicht mehr hingegangen. Auch wurde ihr angeboten zum Jugendamt zu gehen, wenn sie Unterstützung benötigt, aber Frau G „hält nichts vom Jugendamt“.

Frau M wurden keine Unterstützungsmöglichkeiten angeboten als sie mit Baby Maxi vom langen Krankenhausaufenthalt ein viertel Jahr nach der Geburt wieder nach Hause kam. Sie musste Eigeninitiative ergreifen. Über eine lokale Anlaufstelle wurde sie zum Jugendamt verwiesen mit dessen Hilfe sie die Familiengesundheits- und Kinderkrankenpflegerin beantragt hat, deren Unterstützung Familie M sehr schätzt. Die Genehmigung hat jedoch zwei Monate gedauert. Gewünscht hätte sich Frau M, dass nach der Geburt wie eigentlich geplant, ihre Hebamme vorbeigekommen wäre und sich angeboten hätte. Aufgrund des langen Krankenhausaufenthalts mit Baby Maxi hatte sie jedoch keinen Kontakt zu ihr und sie selbst hatte nicht die Zeit sich organisatorisch zu kümmern. So konstatiert Frau M „Das Problem ist, dass wir als Eltern einfach ganz oft nicht die Zeit haben da anzurufen und zu sagen: ‚Könnt ihr mal? Machst du mal?‘ Das geht nicht. Ich würde mir schon wünschen, dass einfach die Leute eher zu uns kommen und sich vielleicht anbieten und sagen ‚Können wir dir helfen? In dem Bereich? In dem Bereich? Wo brennt es denn?‘ oder irgendwie sowas. Nicht, dass man da komplett alleine dasteht

und dann erstmal vielleicht zur Stelle [Name der kommunalen Anlaufstelle] laufen muss, um zu erfahren wo kriege ich Hilfe her. Wer kann mir helfen und wer ist überhaupt bereit dazu? Kostet das Geld? Was muss ich tun dafür? Das sind alles so Sachen, das hätte schneller gehen können. Wir hätten für den Maxi viel schneller Hilfe haben können, denke ich.“

Familie M fühlte sich auch durch den Verdacht an einer Krebserkrankung von Baby Maxi sehr allein gelassen und beschreibt, dass diese Phase ihre Familie stark körperlich und psychisch belastet hat:

„Ich muss sagen, wir hatten die Diagnose im August bekommen und von August bis November war für uns der absolute Horror auf der Welt. Wir waren mit den Nerven völlig am Ende. Wir waren gereizt. Wir sind uns gegenseitig auch angegangen. Aufgrund des Stresses haben Matthias [Partner] und ich uns ganz, ganz viel gestritten, weil wir nicht wussten, wohin mit unserem Stress und dem Frust und den Problemen. Und das war so viel für uns dann einfach gewesen, da sind wir gegenseitig dann aneinander angegangen. Wo wir dann gesagt haben, das kann man nicht machen. Das geht nicht. Das ist der falsche Weg. Wir müssen einen anderen Weg finden! Irgendwie muss es anders laufen und das sind alles so Sachen, da hätte jemand da sein müssen! Da hätte einfach jemand da sein müssen und hätte zu uns sagen müssen ‚Ich helfe euch! Wir kriegen das hin!‘ Einfach nur jemand der da ist und der zu uns sagt ‚Es wird alles wieder gut!‘ Nur dieser eine Satz. Auch wenn es vielleicht gelogen gewesen wäre, aber dieser Satz von irgendjemandem Außenstehenden hätte uns wahrscheinlich wahnsinnig viel geholfen. Wenn irgendjemand da gewesen wäre, der uns in den Arm genommen hätte und gesagt hätte ‚Es wird wieder gut! Ihr kriegt das hin! Das wird wieder!‘ Aber so sind wir von Anfang August bis Mitte November durch die Hölle gegangen. Es war die absolute Hölle.“

Frau A und Frau F haben sich in der Zeit der Schwangerschaft und nach der Geburt ihrer Säuglinge Unterstützung beim Jugendamt für die größeren Geschwisterkinder gesucht aufgrund von Verhaltensauffälligkeiten. Gründe für die Verhaltensauffälligkeiten sind Verunsicherung und Eifersucht der größeren Geschwisterkinder auf das neue Geschwisterkind.

Mahlzeitenorganisation und Beköstigung (K 2)

Zeitliche Mahlzeitenstruktur

In allen Familien bilden Säuglingsmahlzeiten feste Eckpunkte im Tagesgeschehen und sind fest im Tagesablauf eingeplant. Jedoch variieren die vorgeplante Anzahl und die zeitliche Struktur der Mahlzeiten. In vielen Familien gibt es feste, aber dennoch flexible Strukturen für die Säuglingsmahlzeiten, die vor allem die Schlafbedürfnisse der Säuglinge berücksichtigen (Familie A, C, E, F, G, H, M). So beschreibt Herr H „... und Abendbrot, naja, soll eigentlich so um sechs sein. Es hängt halt davon ab wie müde er ist, ne [nicht wahr]?“ Weiterhin beeinflussen vor allem die Arbeitszeiten der bereits wieder arbeitenden Mütter als auch die Arbeitszeiten der Partner die zeitliche Verankerung von Säuglings- und Familienmahlzeiten im Tagesverlauf, sowie Bring- und Abholtermine größerer Geschwisterkinder zu und von der Kita, insbesondere wenn die Familien auf den öffentlichen Nahverkehr angewiesen sind. Auch Freizeitunternehmungen, Kursbesuche und Jobsuche beeinflussen die Mahlzeitenstruktur.

Die tägliche, wiederkehrende Bereitstellung der Säuglingsmahlzeiten variiert in den meisten Familien zwischen einer viertel Stunde bis hin zu einer ganzen Stunde. In den Familien B, D, I und L wird dagegen angestrebt die geplanten Säuglingsmahlzeiten möglichst, um die gleiche Tageszeit bereitzustellen. In diesen Familien dominiert die Struktur der Säuglingsmahlzeiten den Tagesablauf und alle weiteren Aktivitäten werden so organisiert, dass sie in die Zeitfenster zwischen den Mahlzeiten passen. Durch dieses sehr starre Zeitfenster werden die Mahlzeiten jedoch unter Umständen für die Eltern beschwerlich. So beschreibt Frau B, dass Baby Bjarne zu Mittag manchmal bereits zu müde ist um Brei zu essen und durch Ablenkung zum Essen überredet werden muss: „Also wir tun ihn auch oft, weil gerade wenn er doch schon mal zu müde ist, dann geben wir ihm auch schon mal was zum Spielen in die Hand. Einfach, dass er nochmal ein bisschen abgelenkt ist.“ Frau D kommt dagegen gut mit der starren Struktur klar: „Strikt halb zwölf bekommt Baby Daniel Mittagessen, egal wie müde er ist. Er isst aber trotzdem, weil er ein guter Esser ist.“ Die starre Mahlzeitenstruktur begründet Frau B mit „damit die Familie eine Routine hat“. Für Frau D ist es wichtig die Zeiten so zu trainieren, wie sie letztendlich auch in der Kita sind, damit für Baby Daniel in der Kita keine Umgewöhnung stattfinden muss. Die zeitlich starre Mahlzeitstruktur berücksichtigt jedoch nicht, ob eventuell zusätzlich zwischen den geplanten auch weitere, eher spontane, Mahlzeiten unterwegs oder zwischendurch stattfinden.

Weniger strukturiert und teilweise spontan organisiert sind die Säuglingsmahlzeiten in den Familien J und N. So beschreibt Frau N die Mahlzeiten von Baby Nigel: „Ja, also, Mittag, Nachmittag zum Kaffee, wenn er Bock hat. Wenn nicht, kriegt er mal zwischendurch was. Ein Keks oder so und halt abends. Dann abends vielleicht auch nochmal eine Flasche, wenn er dann noch nicht schläft.“ Die Mahlzeiten sind in Familie N in einem eher unstrukturierten Alltag eingebettet. So will Baby Nigel abends nicht einschlafen, geht sehr spät ins Bett und wacht erst am späten Vormittag auf. Deshalb entfällt das Frühstück für Baby Nigel und die erste Mahlzeit ist das Mittagessen.

Zwischenmahlzeiten, Snacks und Mahlzeiten unterwegs werden häufig, im Gegensatz zu den eingeplanten Mahlzeiten, flexibler gehalten und teilweise spontan organisiert. Mahlzeiten zwischendurch und unterwegs werden teilweise (Familie G, K und O) nicht als richtige Mahlzeiten angesehen, wie am Beispiel von Frau G deutlich wird:

KM: „(...) Du hattest jetzt so erzählt Frühstück, Mittag, Abendbrot. Hat er irgendwelche Zwischenmahlzeiten, die er noch kriegt?“

Frau G: „Zwischenmahlzeiten jetzt direkt nicht, ne [nein]. Mal so zwischendurch mal nen Keks oder ein Zwieback oder so, ja, aber so jetzt direkt Mahlzeiten nicht.“

Im Kontrast zu den Säuglingsmahlzeiten beschreiben viele der Eltern, dass ihre eigenen Mahlzeiten häufig unregelmäßig und zwischendurch stattfinden (Familie A, B, C, F, G, I, J und N). Teilweise wird nicht gefrühstückt (Frau B, C, G, I, K, N und Herr H) und am Tag werden nur sehr wenige Mahlzeiten zu sich genommen (Frau B, C, H, I, J, K, N, O und Herr H). Einige Eltern beschreiben, dass ihre Säuglinge Essen einfordern (durch, zum Beispiel, Quengeln und Weinen), wenn sie ihre Eltern beim Essen beobachten, aber selbst nicht an der Mahlzeit teilnehmen (Frau C, F, I und Herr H). Um das zu umgehen, isst Frau I gezielt nicht vor Baby Ingmar (z.B. dann, wenn Baby Ingmar schläft) und Frau F versucht ihre Mahlzeiten

gezielt zu verheimlichen, wie am nachfolgenden Beispiel deutlich wird:

KM: „Und isst du auch mal irgendwie so heimlich oder so wenn deine Kinder nicht da sind?“

Frau F: „Ja.“

KM: „Was denn da?“

Frau F: „Was mir gerade in die Hände fällt. Ein Apfel oder auch mal ne Milchschnitte. Also, so manchmal denk ich dann so, der Magen hängt sonst wo und wenn er [Baby Finn] hier im Laufgitter ist, ... dann versteck ich mich quasi im Kühlschrank und beiß da mal zweimal ab und eh' ja. (...) Ja, weil, sobald ich was zu essen hab in der Hand, stehen sie alle beide [Baby Finn und Schwester Fabienne] da. Und da kann es auch vorher gerade Kaffee gegeben haben oder sonst was. Funktioniert nicht.“

Durch elterliche Mahlzeiten in Familie B, C, F, K und N und einen bereits teilweise eigenständigen Zugang der Säuglinge zu Lebensmitteln im häuslichen Umfeld von Familie G und J kommt es zu zusätzlichen spontanen Mahlzeiten für die Säuglinge. Diese sind im Tagesverlauf jedoch nicht als Säuglingsmahlzeiten eingeplant bzw. werden nicht als solche berücksichtigt. Frau K und Frau N nutzen ihre eigenen Mahlzeiten dabei als Gelegenheit, um den Säuglingen gezielt ihre Speisen anzubieten und so auszuprobieren was gegessen wird.

Beikost- und Mahlzeitenzubereitung

In den meisten der befragten Familien wird den Säuglingen einmal am Tag eine selbst gekochte warme Mahlzeit bereitgestellt. In sechs Familien (Familie A, B, E, H, L und M) wird ein Gemüse-Kartoffel-Brei mit und ohne Fleisch vorgekocht, tiefgefroren und für das Mittagessen wieder aufgewärmt. Frau I kocht täglich frischen Mittagsbrei für Baby Ingmar und Frau F täglich Mittagessen für sich und Baby Finn. In den Familien D, G und J wird täglich abends eine warme Familienmahlzeit zubereitet. Ob Baby Daniel Familienkost bekommt bzw. stattdessen auf ein „Gläschen“¹ zurückgegriffen wird, hängt in Familie D davon ab, ob die Lebensmittelwahl und die Zubereitung der Familienkost auch für den Säugling geeignet sind. Frau C kocht gelegentlich für sich und Baby Collin, andernfalls gibt es Gläschenkost¹. Einige Familien haben ein „Notfallgläschen“ zu Hause auf das sie zurückgreifen können, wenn mal nicht geschafft wird zu kochen oder die Familie unterwegs ist (Familie B, E, F, L, M).

In den Familien J, K, N und O wird für die warme Mahlzeit der Säuglinge hauptsächlich auf kommerziell hergestellte Breikost aus dem Glas zurückgegriffen. Kochen die Eltern für sich, wird den Säuglingen zusätzlich auch Familienkost angeboten. Weiterhin nutzen viele Eltern mit Wasser oder Milch anrührbare Getreidebreie, die zum Teil säuglingsmilchpulverbasiert sind. Weiterhin werden Frucht- bzw. Frucht-Getreidemahlzeiten (Familie B, I, J, K, L, O) aus dem Glas verwendet sowie süße Speisen aus dem Glas (z. B. Keksbrei) in Familie J, N und O.

Der zeitliche Aufwand für die Zubereitung der elterlichen Mahlzeiten wird möglichst geringgehalten,

¹ Die hier gemeinte kommerzielle Beikost aus dem Glas bezieht sich speziell auf herzhafte Menüs, die typischerweise oder zumindest teilweise den Komponenten des Gemüse-Kartoffel-Fleisch-Breis entsprechen (siehe Kapitel 2.5)

insbesondere bei den alleinerziehenden Müttern und dann, wenn tagsüber nur ein Elternteil zu Hause ist (Familie A, B, C, F, G, J, K, N, O). Neben der Kinderbetreuung fehlen oft die Zeit und die Kraft für aufwendigere Speisenzubereitungen und es sollte schnell gehen. Nicht selten holen sich die Mütter auch unterwegs essen oder greifen auf Fertigprodukte zurück. Für sich selbst kochen wird auch als zu aufwendig empfunden und ist teilweise mit Unlust verbunden. So beschreibt Frau A, deren Partner momentan nur am Wochenende zu Hause ist: „Also, diesen Stress jetzt, mich hier auch noch hinstellen und was [für mich] kochen, mache ich nicht.“ Frau N konstatiert: „Wenn ich allein bin, dann koche ich natürlich nicht.“ KM: „Ja, okay!“ Frau N: „Was soll man da auch kochen. für wen?“. Ausnahmen hiervon sind die geplanten gemeinsamen Mahlzeiten mit dem Partner bzw. der ganzen Familie (siehe unten: Mahlzeitenbegleitung und gemeinsame Mahlzeiten).

Lebensmittelbesorgungen

Steht den Familien ein Auto zur Verfügung (A, B, D, F, G, I, J) wird meist einmal pro Woche ein Lebensmittelgroßeinkauf gemacht. Frische Lebensmittel wie Brot oder Gemüse und Kleinigkeiten werden zwischendurch zusätzlich vom lokal gelegenen Supermarkt geholt. Für den Großeinkauf leihen sich Familie F, I und J ein Auto bei den (Schwieger-)Eltern oder Geschwistern aus. Frau F und Frau I greifen auch gerne auf die Unterstützung der Eltern beim Einkaufen zurück, wenn die Partner verhindert sind.

Sind die Familien für die Lebensmittelbesorgungen auf die öffentlichen Verkehrsmittel oder zu Fuß angewiesen, wird zwei bis drei Mal in der Woche eingekauft (Familie C, E, F, K, O) bis hin zum fast täglichen Einkauf (Frau M, Herr H). Frau N geht spontan einkaufen, wenn sie etwas benötigt. Dadurch, dass die Familien mit Säugling und gegebenenfalls weiteren Kindern unterwegs sind, gibt es nicht die Möglichkeit viel zu transportieren, weshalb häufiger eingekauft wird. Frau M stellt ihre Einkaufssituation wie folgt dar: „Weil, ohne Auto ist dann immer, du bist einfach unflexibel. Du musst sehen, wie du das mit dem Einkauf hinkriegst. (...) So einen riesengroßen Wocheneinkauf ist nicht möglich. Wie willst du das denn wegstücken? So mit zwei Kindern und dann Kinderwagen. Jeht nicht, so. Also wird jeden Tag vielleicht ein bisschen was gekauft. So, was wird benötigt oder so.“

Familie F und M verbinden die Lebensmittelbesorgungen mit dem Weg zur Kita für die größeren Geschwisterkinder. So wird beispielsweise das Zeitfenster zum Einkaufen genutzt in der das größere Geschwisterkind zur Kita gebracht wurde, bis der nächste Bus wieder nach Hause fährt. Frau K nutzt die Gelegenheit zum Einkaufen, wenn sie nach der Kita nachmittags mit Baby Karl am Supermarkt vorbeikommt. Einkaufen gehen – insbesondere, wenn die Kinder mit dabei sind – ist für einige der Frauen mit viel Aufwand verbunden und wird als anstrengend empfunden (Frau C, F, K, L, M). Frau K schildert wie folgt: „Ich versuch schon zweimal in der Woche Großeinkauf, aber so wirklich. Da vergisst man da nochmal was und dann muss ich trotzdem noch mal nach der Arbeit schnell. Das liegt ja hier alles auf dem Weg. Da hab' ich Glück, aber das ist halt trotzdem anstrengend Einkauf und Kind hochschleppen. Kann halt auch nicht zu viel kaufen. Wenn das Trinken alle ist, kann ich gar nicht kaufen. Da muss ich halt auf mein Freund warten.“

Mahlzeiten- und Fütterungspraktiken (K 3)

Häusliche Essumgebung und Mahlzeitenorte

Der Großteil der Familien hat eine Küche als separaten Raum, nur in den Wohnungen von Familie J und N befindet sich eine Wohnküche. Bei den Familien, die in Plattenbauwohnungen leben, ist die Küche bzw. die vorgegebene Küchenzeile der Wohnküche sehr klein (Familie F, J, K, N). Eine Ausnahme macht hier die Plattenbauwohnung von Familie D. In den Familien G, J, K und N ist die Küche bzw. Küchenzeile nur dürftig eingerichtet. Es gibt wenige Küchenutensilien und Aufbewahrungsmöglichkeiten.

Der überwiegende Teil der Familien hat einen Küchen- bzw. Esstisch, an dem die Mahlzeiten eingenommen werden (Familie A, B, C, D, E, F, H, I, L, M). In den Familien A, C, D, E, F, H und L befindet sich der Esstisch in der Küche, in den Familien B, I und M im Wohnzimmer. Keinen ausschließlichen Esstisch findet man in Familie G, J, K, N und O. In diesen Familien werden die Mahlzeiten am Couchtisch oder auf dem Sofa im Wohnzimmer bzw. der Wohnküche eingenommen. In Familie N wird das Sofa tagsüber als Sitzgelegenheit genutzt, fungiert nachts jedoch gleichzeitig als Bett für Frau N. In den Familien G, J, K, M, N, O befindet sich in der Nähe der Esstische bzw. Couchtische ein Fernseher.

Fast in allen Haushalten gibt es für die Säuglinge einen Hochstuhl oder eine extra für die Säuglinge bereitgestellte Stuhl-Tischkombination, an denen die Beikostmahlzeiten stattfinden, auch wenn es keinen extra Esstisch für die Eltern gibt. Lediglich in Familie N und O gibt es keine separate Sitzmöglichkeit für den Säugling. Frau N arrangiert zu den Mahlzeiten Sofa und Couchtisch so, dass Baby Nigel gut sitzen und essen kann. Frau O setzt Baby Olive für die Beikostmahlzeiten in eine Babywippe zum Füttern und stellt diese auf die Couch, da Baby Olive noch nicht eigenständig sitzt. Frau A stellt Baby Arik und seinen größeren Schwestern, wenn es abends schon spät geworden ist, einen Teller mit Speisen im Wohnzimmer bereit. Baby Arik sitzt dann in seinem Babywipper und seine größeren Schwestern auf der Couch. Nebenbei läuft der Fernseher.

Zwischendurch gibt es für manche Säuglinge in der Wohnung auch Essen auf die Hand oder direkt in den Mund, ohne dass die Säuglinge am Tisch sitzen (Familie F, G, H, I, J, K, N). Sogenannte „Flaschenmahlzeiten“ (Säuglingsmilchnahrung aus der Nuckelflasche) finden auch im Bett (Frau A, E, J, K, N), oder auf dem Sofa (Frau J und Frau K) statt. Frau I füttert Baby Ingmar früh Säuglingsmilch in der Flasche, während sie mit ihm im Sessel sitzt, den sie auch zum Stillen genutzt hat.

Mahlzeitenbegleitung und gemeinsame Mahlzeiten

Zu den Beikostmahlzeiten am Tisch werden die Säuglinge von ihren Eltern begleitet. Breimahlzeiten werden gefüttert bzw. die Säuglinge bekommen Unterstützung von ihren Eltern. Familienkost oder Fingerfood nehmen fast alle Säuglinge, die bereits sitzen können, eigenständig zu sich (Säuglinge der Familie A, B, C, D, G, H, I, J, L und N). Baby Maxi (Familie M), der zehn Wochen zu früh auf die Welt kam und motorisch leicht entwicklungsverzögert ist, wird auch die Familienkost direkt in den Mund gereicht.

In einigen Familien werden die Flaschenmahlzeiten nicht von den Eltern begleitet (Familie J, K und N) und die Säuglinge halten die Nuckelflasche selbst. So gibt Frau K die Flasche mit Säuglingsmilchnahrung

mit ins Bett, wenn es schon spät ist. Frau J und Frau N geben die Flasche zum besseren Einschlafen mit ins Bett. Frau N beschreibt: „Wenn er jetzt rumquengelt und sich die Augen reibt aber trotzdem noch Hunger hat, dann geht er mit Flasche ins Bett, weil es bringt ja nichts wenn, ich ihn auf dem Arm fütter‘ und dann reinlege und er dann wieder wach wird und wieder heult ... und wenn die Flasche im Bett ist, dann wird die Tür auch einen Spalt offen gelassen, weil ich ja gleich nebenan bin. (...) Ja, und dann lass ich die Tür offen, damit ich höre, falls er sich verschluckt oder irgendwas anderes, dass ich das dann auch hör‘.“

In vielen Familien werden gemeinsame Mahlzeiten mit den Säuglingen umgesetzt (Familie A, C, D, F, G, J, L, M, N). Insbesondere in den Familien in denen bereits Geschwisterkinder mit im Haushalt wohnen, finden täglich mehrmals gemeinsame Mahlzeiten statt (Familie A, D und M). Gelegentlich werden in diesen Familien Mahlzeiten für die Kinder bereitgestellt und die Eltern gesellen sich dazu, ohne selbst zu essen (Familie A und D). In den Familien G und J wird täglich abends mit den Säuglingen gemeinsam warm gegessen. Frau F kocht täglich eine warme Mittagsmahlzeit und isst mit Baby Finn mit. So beschreibt Frau F: „Ja, mittags sitzen wir immer zusammen. Dadurch, dass ich selber koch‘, ess‘ ich mit ihm ja. Meistens von einem Teller. Naja, kann ich mal schnell und dann schieb ich da [in Baby Finns Mund] wieder einen Löffel rein“. Frau N isst und trinkt täglich gemeinsam mit Baby Nigel, um ihn zum Essen bzw. zum Trinken zu animieren, auch wenn sie selbst keinen Hunger hat. Frau C und Frau L arrangieren gelegentlich gemeinsame Mahlzeiten mit ihren Säuglingen zum Mittag- (Frau C) oder zum Abendessen (Frau C und Frau L).

In Familie B, H und I essen die Eltern abends, wenn die Partner von der Arbeit zu Hause sind, gemeinsam. Gemeinsame Mahlzeiten mit ihren Säuglingen wurden schon einmal ausprobiert, aber diese sind noch nicht im Alltag etabliert. Jedoch sprechen sich die Familien dafür aus, dass es an der Zeit ist, gemeinsame Mahlzeiten „anzugehen“. Frau B hat festgestellt, dass Baby Bjarne, wenn er mit jemandem mitisst, wesentlich entspannter und gelassener isst, weshalb sie versucht auch mit ihm mitzuessen. Für Familie B wird es jedoch eine „riesen Umstellung“, wenn Baby Bjarne mit am Tisch sitzt, da Frau B Baby Bjarne gerne ausgewogen ernähren möchte und sie selbst und ihr Partner sich momentan noch sehr ungesund ernähren. Frau B hofft, dass sie, in Bezug auf eine ausgewogene Familienernährung, „die Kurve kriegen“. Für Herrn H ist es schwierig gemeinsame Mahlzeiten abends umzusetzen, aufgrund der unterschiedlich gewohnten Mahlzeitenstruktur: „Da könnten wir langsam anfangen mit ihm zu essen, aber er isst halt so, so verdammt zeitig. Das sind wir einfach nicht gewohnt, deswegen.“ Insbesondere Frau I empfindet die Umsetzung von gemeinsamen Mahlzeiten als schwierig. Da sie ihre Mahlzeit gerne langsam in Ruhe genießen möchte, empfindet sie die Aufmerksamkeit und Unterstützung, die Baby Ingmar noch beim Essen benötigt, als störend. Weiterhin verschmähst Baby Ingmar sein eigenes Essen, quengelt und greift in die Teller der Eltern hinein. Frau I fühlt sich dadurch unter Druck gesetzt, weshalb sie diese Situationen meidet und dann isst, wenn Baby Ingmar schläft. Frau I vermutet, dass sie dieses Problem nicht hätte, wenn sie Baby Ingmar Familienkost mit anbieten würde, ist sich aber unschlüssig, ob er die salzigen Lebensmittel schon essen kann.

In Familie E und O haben noch keine gemeinsamen Mahlzeiten mit den Säuglingen stattgefunden. In diesen Familien können die Säuglinge noch nicht eigenständig sitzen und benötigen noch starke

Unterstützung der Eltern beim Essen.

Gemeinsame Mahlzeiten, auch wenn sie noch nicht mit den Säuglingen umgesetzt werden, werden in den Familien A, D, E, G, H, I und M als sehr wichtig erachtet. Sie bedeuten gemeinsame Familien- und Kommunikationszeit, Geselligkeit und sind mit Wohlbefinden und Wertschätzung gegenüber den Kindern verbunden. So sind für Frau D die täglichen gemeinsamen Mahlzeiten zum Abendessen ein wichtiger Anlaufpunkt, damit die Familie einmal am Tag zusammen Zeit verbringt und sich austauscht. Sie beschreibt: „... er isst immer bei uns mit. Also wir essen immer um sechs Abendbrot. Das ist unsere Abendbrotzeit, wo wir alle am Tisch auch sitzen, und da kriegt er dann entweder, wenn er jetzt bei uns nicht mitessen kann, trotzdem sein Gläschen nebenbei mit. Also so, dass wir wirklich von Anfang schon alle zusammen essen, weil das ist mir wichtig. Das ist die einzigste [einzige] Mahlzeit, wo wir alle zusammen sind und das haben wir bei der Großen schon gemacht gehabt und ja, sonst sieht man sich ja manchmal dann gar nicht so, weil jeder irgendwo verteilt ist. Und dann sitzen wir auch hier ein halbes Stündchen, so dass jeder nochmal kurz erzählt.“

Im „Familienbeisammensein essen“ wird als Kultur bzw. Ritual wahrgenommen (Frau A, G und M). Frau M ist so groß geworden und möchte dies ihren Kindern weitergeben. Frau A und Frau G haben als Kinder selbst nicht die Erfahrung gemeinsamer Mahlzeiten in ihrem Elternhaus gemacht und finden dies schade. Gerade auch deshalb setzen sie die gemeinsamen Mahlzeiten nun um.

Mahlzeiteausgestaltung und Tischsitten

Viele Eltern gestehen ihren Säuglingen zu, das Essen anzufassen und untersuchen zu wollen, den Umgang mit Löffel und Gabel zu üben und kleckern zu dürfen (Familie A, C, G, H, I, M, N und O). Dementsprechend gibt es Lätzchen oder Kleidchen in denen sich das Kind „vollsauen kann“. Eltern drücken Stolz aus, wenn sie die erlernten Fertigkeiten ihrer Kinder zu den Mahlzeiten beschreiben. Frau A und Frau B haben zudem die Erfahrung gemacht, dass, auch wenn die Säuglinge sehr energisch beim Essenlernen sind, es auch Situationen gibt, in denen sie gefüttert werden wollen, was als Bequemlichkeit oder Faulheit bewertet wird.

Die Essozialisation zu Tisch ist nicht selten mit Herausforderungen verbunden. Typisch ist, dass die Säuglinge anfangen mit dem Essen zu spielen, das Essen ausspucken oder es herunter- oder wegwerfen, wenn sie satt sind. Dies empfinden Eltern als anstrengend und eine Grenze zwischen Fertigkeiten fördern und „Manieren“ beibringen muss gefunden werden. Frau K findet es stressig, wenn Baby Karl anfängt den Löffel aus der Hand zu schlagen oder das Essen ausspuckt, denn sie will, dass „wenigstens das Gläschen aufgegessen wird.“

Frau F, J und Frau K ist es unangenehm, dass durch die Säuglingsmahlzeiten Essplatz und Wohnung dreckig werden und sie versuchen diese Situation durch Füttern des Kindes oder entsprechende Speisenauswahl zu umgehen. So setzt Frau F beispielsweise durch, Baby Finn zu füttern, obwohl er gerne eigenständig essen möchte. Auf die Hand gibt es nur Obst. Frau F konstatiert: „Er will halt jetzt selber essen. Das Problem ist aber, das mit dem selber Essen funktioniert nicht. Mit selber Essen, alles isst, außer sein Mund.“ KM: „Okay!“ Frau F: „Jaja. Das sieht dann alles aus wie Schwein. Nur im Mund ist

nichts gelandet.“

In den Familien A, B, C, D, F, G, H, L, M, N wird auf die Umsetzung von bestimmten Tischregeln und Mahlzeitenritualen geachtet. In Familie E, I, J, K und O gibt es bisherig noch keine konkreten Tischregeln. Frau E und Frau I betonen, dass es ja noch keine gemeinsamen Mahlzeiten gibt. Frau K konstatiert dagegen „Ich hab‘ keinen Tisch.“ Frau O möchte gerne Tischrituale einführen, wenn Baby Olive älter ist. Neben den bereits oben erwähnten „Tischmanieren“ ist eine typische von den Eltern angebrachte Regel, während der Mahlzeiten zu sitzen bzw. auch sitzen zu bleiben (Familie A, D, F, G, H, L und M). So bekommt Baby Hans kein Essen mehr, wenn er aufsteht. Für Frau A ist es wichtig, dass wenigstens eine gewisse Kernzeit gemeinsam am Tisch verbracht wird. Dagegen betonen Frau D und Frau M, dass sitzen geblieben wird, bis alle Familienmitglieder mit dem Essen fertig sind. Weiterhin stellt Frau D den Fernseher und den elektrischen Bilderrahmen aus, weil ihre große Tochter sonst abgelenkt ist. Frau F ist es wichtig, dass während der Mahlzeiten nicht „gequatscht“ wird, weil die Kinder sonst nicht ordentlich essen. Auch Frau N möchte, dass während der Mahlzeiten nicht geredet wird. In Familie H wird vor den Hauptmahlzeiten gebetet.

Spezifische Esserziehungspraktiken

Eltern sprechen über Esserziehungspraktiken vor allem wenn es um Lebensmittel oder Speisen geht, bei denen sie gegenüber dem Verzehr durch ihre Kinder, Vorbehalte haben. Dies tritt vorrangig dann auf, wenn es um die Verfügbarkeit bzw. die Verfügbarmachung dieser Lebensmittel im familiären Umfeld geht und beschränkt sich bei den Säuglingen zunächst auf deren Blick- oder Greiffeld. Frau E, M und Herr H geben an, dass sie ihren Kindern Speisen bewusst direkt vorenthalten und in dem Zusammenhang auch „Nein!“ als direktes Verbot aussprechen, wenn sie die Speisen für ihre Säuglinge nicht geeignet halten (z.B. aus gesundheitlichen Gründen). Das passiert beispielsweise in Situationen in denen Säuglinge ihre Eltern beim Essen beobachten oder zu gemeinsamen Mahlzeiten. Frau M konstatiert ihre gemeinsame Mahlzeituersituation zum Frühstück: „Und dann sind es halt Sachen, die er unbedingt essen will. Nutellabrot. So! Ich ess‘ jeden früh, ich brauch mein Nutellabrot! Ich ess‘ seit Jahren, seitdem ich klein bin, esse ich jeden früh Nutella zum Frühstück und der Maxi will das auch. Das seh‘ ich aber nicht ein. Das kriegt er nicht, so! Und dazu ist er einfach noch zu klein. So! Kann er in zwee [zwei] Jahren nachfragen, ob er ein Nutellabrot haben kann, da geht das bestimmt, aber jetzt sag ich nein.“

Herr H bietet Baby Hans teilweise auch eine andere Speise an und tut so als ob es die gleiche Speise wäre, die er verzehrt. Frau I vermeidet von vorneherein die Verfügbarkeit von Lebensmitteln die Baby Ingmar nicht verzehren soll, spricht sich aber gegen ein direktes Vorenthalten aus, weil aus ihrer Sicht Druck und Zwang zu nichts führt: „Und wenn er sagt ‚Mama!‘, mit zwei [Jahren] ‚Ich möchte unbedingt‘ ein Stück Torte geben, weil es ihm schmeckt und ihn glücklich macht, aber ich würd‘ es ihm halt nicht vor die Nase stellen. Ich würd‘ es ihm nicht von alleine anbieten. Ja ich würds‘ nicht im Hause haben, so in Schubfächern die Süßigkeiten, so dass er weiß okay es ist immer was da. Es ist nie was da! Das ist manchmal auch ein bisschen schade für mich, wenn ich abends Lust auf Schokolade habe, aber es ist leider nie was da und ja.“

Andersherum macht es Frau B, die Baby Bjarne gelegentlich direkt Süßigkeiten anbietet, weil man es ja nicht verbieten kann. Kompromisse und Zugeständnisse in Bezug auf von Kindern gern verspeiste Lebensmittel treten in Familien mit größeren Kindern auf. So berichten Frau A, D, F und M, dass die größeren Geschwisterkinder gerne nach Süßigkeiten, Snacks oder Nachtisch aus dem „Süßigkeitenfach“, der „Süßigkeitenschale“, dem Kühlschrank oder direkt im Supermarkt fragen. Dass gefragt und nicht einfach genommen wird ist den Eltern wichtig. Über direkte Bejahung oder Verneinung wird der Zugang reguliert. Der Verzehr von Süßigkeiten und Snacks wird davon abhängig gemacht, wie gut auch die eigentlich geplanten Mahlzeiten zu Tisch verzehrt werden. Eltern orientieren sich dabei an Erfahrungen. So gibt es in Familie A beispielsweise nach 17:00 Uhr keine Süßigkeiten mehr, auch für Baby Arik nicht, da Frau A die Erfahrung gemacht hat, dass die Kinder sonst kein Abendbrot mehr essen. In Familie F gibt es vor den Mahlzeiten „nicht noch mal Süßkram ohne Ende.“ Ansonsten werden gerne Zugeständnisse gemacht, auch wenn die Eltern die Lebensmittel nicht für gut befinden. Dann wird der Verzehr über die Zugangshäufigkeit und die Portionsgröße reguliert. Frau M konstatiert: „Also ich würde meinen Kindern jetzt niemals eine Tüte Chips in die Hand drücken. [...] Wenn wir jetzt Kinderwochenende haben oder so und alle tausend Kinder da sind, dann kriegen die jeder eine Tasse mit Chips und dann können die das essen. So! Aber dann kann ich immer noch über die Menge bestimmen und nicht das Kind.“

Im Kontrast dazu ist der Zugang zu im Haushalt verfügbaren Lebensmitteln in Familie G und J auch schon für die Säuglinge frei und die Entscheidung über den Verzehr wird an die Säuglinge abgegeben. So haben sowohl Frau G's Partner und Frau G's Vater ein Süßigkeitenschränk was Baby Gregor „natürlich ganz interessant“ findet. Wenn Baby Gregor „halt mal ne [eine] Schokolade futtern will, dann macht er das.“ Im Haushalt von Familie J befindet sich auf dem Couchtisch in Sichthöhe von Baby Jake, eine Schüssel mit Keksen, die er zwischendurch isst. Auch Frau K hat eine Schale mit Bonbons und Süßigkeiten im Wohnzimmer zu stehen, noch jedoch außerhalb der Sicht- und Reichweite von Baby Karl.

Weiterhin werden Lebensmittel und Speisen gelegentlich gegeben, um den Säuglingen etwas Gutes zu tun oder sie für gutes Verhalten zu belohnen (Familie F, G, J und K). So bekommt Baby Gregor beispielsweise ein Stück Schokolade, wenn Frau G mit ihm lange unterwegs war und Baby Gregor besonders lieb war. Frau I, K und L nutzen gelegentlich Lebensmittel, um ihre quengelnden Säuglinge zu beruhigen. Dabei treten diese Situationen insbesondere in stressigen Momenten unterwegs auf, wenn die Mütter einkaufen gehen oder andere Besorgungen machen müssen.

Mahlzeitenmuster und Lebensmittelverzehr (K 4)

Die nachfolgende Beschreibung und Unterteilung zum Vergleich der von den Säuglingen verzehrten Speisen und Lebensmittel orientiert sich, so weit wie möglich, am Beikostschema (siehe Kapitel 2.5).

Mahlzeitenanzahl

In den meisten Familien verzehren die Säuglinge vier bis sechs „geplante“ Mahlzeiten am Tag. Baby Nigel nimmt dagegen täglich nur zwei bis vier Mahlzeiten zu sich. Baby Finn und Baby Karl bekommen sieben Mahlzeiten am Tag bereitgestellt. Als Speisen werden sowohl Beikost- bzw. Familienkostmahlzeiten verzehrt als auch Mahlzeiten die eher zwischendurch (z. B. als Snacks oder Süßigkeiten) und/oder

unterwegs gegessen werden. Bei der täglichen Mahlzeitenanzahl können gegebenenfalls nicht alle Zwischenmahlzeiten und Snacks zwischendurch berücksichtigt werden (siehe „Zeitliche Mahlzeitenstruktur“).

Säuglingsmilchnahrung und Getränke

Die meisten Säuglinge bekommen täglich Säuglingsmilchnahrung. Baby Arik, Bjarne, Daniel, Ingmar, Nigel und Olive bekommen einmal am Tag die „Flasche“ bzw. die „Milch“, Baby Jake, Maxi und Leon zwei Mal am Tag und Baby Karl vier Mal über den Tag verteilt². Hauptsächlich wird eine Flasche mit Säuglingsmilchnahrung früh nach dem Aufstehen gereicht (Frau A, D, I, J, K, L, M, O), aber auch abends (Familie M) oder vor dem zu Bett gehen (Familie K, J, N). Nachts bekommt lediglich Baby Bjarne noch eine Säuglingsmilchmahlzeit. Baby Emily bekommt gelegentlich vor dem zu Bett gehen eine Flasche. Baby Finn trinkt statt der Säuglingsmilchnahrung zwei bis drei Mal am Tag ein paar Schlucke H-Milch aus seiner Schnabeltasche. Baby Gregor bekommt Kuhmilch mit Honig gesüßt. Keiner der Säuglinge aus den befragten Familien wird mehr gestillt bzw. bekommt Muttermilch.

Baby Hans, Ingmar, Leon und Olive bekommen ausschließlich Wasser bzw. ungesüßten Tee zu trinken. Weiterhin bekommen auch Baby Arik, Bjarne, Daniel, Emily, Karl und Nigel häufig Wasser als Getränk angeboten. Auch Baby Maxi trinkt Wasser, „wenn er wirklich Durst hat“.

Gemische aus Wasser oder Tee mit Saft werden häufig bis täglich von Baby Arik, Emily, Daniel und Maxi verzerrt. Gelegentlich hat Baby Bjarne einen „Hieper auf Karottensaft“. Baby Arik bekommt zum Teil verdünnten Saft, zum Teil unverdünnten Saft regelmäßig am Nachmittag. Auch Baby Karl hat seit dem 5. Monat Saft getrunken, aber wollte diesen dann nicht mehr als das Wetter so heiß wurde. Frau M ist froh darüber, dass Baby Maxi nachts statt einer Säuglingsmilchmahlzeit nun Früchtetee gemischt mit Apfelsaft trinkt. Weiterhin werden gesüßte Instant-Tee-Getränke (Baby Gregor und Baby Maxi) sowie „Bananenmilch“³ (Baby Nigel) verzerrt.

Warme Hauptmahlzeiten – Gemüse, Kartoffeln, Getreide, wahlweise Fleisch

Alle Säuglinge bekommen täglich mindestens eine warme Mahlzeit bereitgestellt. Dabei isst der Großteil der Säuglinge zu Mittag warm. Baby Daniel und Baby Gregor verzehren am Abend eine warme Mahlzeit. Baby Jake isst sowohl zu Mittag als auch zu Abend warm. Meistens wird den Säuglingen Brei als warme Mahlzeit angeboten. Warme, unpürierte Familienkost bekommen Baby Finn, Gregor, Jake und häufig auch Baby Daniel. Auch Frau C und Frau M bieten ihren Säuglingen statt Breikost gelegentlich zum Mittag unpürierte Familienkost an. Wenn es etwas Geeignetes für Baby Hans gibt, bekommt er zum Mittag auch Familienkost angeboten. Aber das ist noch nicht fest eingeplant und eher sporadisch, meistens bekommt Baby Hans noch Brei.

² Die Anfangsbuchstaben der Namen der Säuglinge entsprechen der Zugehörigkeit zur gleichen Familie, z. B. Baby Arik -> Familie A, Baby Bjarne -> Familie B usw. (siehe Kapitel 4.2 „Fallzusammenfassungen“).

³ Gemeint ist hier ein kommerziell erworbenes Milchmischerzeugnis mit Bananengeschmack.

Die typische warme Mahlzeit besteht meistens aus Gemüse- und Kartoffeln bzw. statt der Kartoffeln aus einer Getreidekomponente. Als Mahlzeiten mit Getreidekomponente werden in vielen Familien Nudeln bereitgestellt (Familie C, D, F, G, H, K und N), aber auch Reis (Familie F) und Couscous (Familie M). Es werden sowohl vegetarische Gerichte als auch Gerichte mit Fleisch angeboten. Fleisch ist häufig fester Bestandteil der warmen Familienmahlzeit für Baby Daniel, Finn und Gregor. Aber auch Baby Arik und Baby Leon bekommen häufig Gemüse-Kartoffel-Fleischbrei. Baby Gregor bekommt angebratene Wurst zu essen. Baby Bjarne, Baby Emily und Baby Olive bekommen sowohl vegetarischen Gemüsebrei als auch Gemüsebrei mit Fleisch. Baby Hans isst eher selten Brei mit Fleisch und Baby Ingmar verzerrt ausschließlich vegetarischen Gemüse-Kartoffel-Getreide-Brei. Neben Fleisch bekommen Baby Finn, Hans und Maxi auch Fisch zu essen.

Beliebte Familienkost bei Baby Collin, Daniel, Finn und Gregor sind Nudeln mit Tomatensoße, wobei Tomatensoße sich bei Frau G aus angebratener Wurst oder Hackfleisch mit Ketchup zusammensetzt. In den Familien, in denen der Brei selbst vorgekocht wird, bekommen die Säuglinge die vorgekochte Breisorte mehrere Tage hintereinander bis erneut vorgekocht wird (Familie A, E, H, L und M). Frau B kocht dagegen immer zwei Breivarianten vor, eine Fleisch- und eine fleischlose Variante, die Baby Bjarne abwechselnd zum Mittag verzerrt. Frau I achtet darauf, dass der vegetarische Brei sowohl aus einer Kartoffel- als auch aus einer Getreidekomponente besteht. In den Familien, in denen der Brei selbst vorgekocht wird, werden häufig verschiedene Gemüsesorten zubereitet. Insbesondere Frau A, B, I und Herr H nutzen eine Vielfalt an Gemüse für den Mittagsbrei. Typische verwendete Gemüsesorten sind Möhre, Pastinake, Blumenkohl, Kohlrabi, Kürbis, Zucchini und Fenchel.

Milch-Getreide-Mahlzeiten und Milchspeisen

Milch-Getreide-Brei verzehren acht der Säuglinge häufig bis täglich (Familie A, B, C, D, E, H, I, L, N, O), wobei die meisten Säuglinge die Mahlzeit zum Abend bekommen, Baby Daniel dagegen zum Mittag und Baby Leon, zusätzlich zum Abend, auch morgens. Häufig wird Grießbrei von den Eltern bereitgestellt, aber auch weitere auf säuglingsmilchpulverbasierte Getreidebreie mit gegebenenfalls zugesetzten Aromen oder bestimmten Geschmacksrichtungen (beispielsweise „Abendbrei“, „Keksbrei“, „Stratiatella“ oder „Schoko“). Baby Bjarne, Daniel, Ingmar und Leon bekommen eine Obstkomponente zum Milchbrei dazu. Frau I nutzt für den Milchbrei Reis- oder Dinkelmilch. Baby Maxi bekommt am Nachmittag Joghurt mit Müsli zu essen oder Naturjoghurt mit Fruchtpüree. Frau K und Frau N geben ihren Säuglingen gelegentlich Joghurt. Frau G kocht Baby Gregor gelegentlich Grießbrei oder Pudding zum Mittag. Auch Milch-Getreidemahlzeiten werden den Säuglingen durch frisches Kochen oder das Anrühren mit warmem Wasser häufig als warme Speise angeboten.

Getreide- und Obstmahlzeiten

Getreide-, Obst- oder Getreide-Obstmahlzeiten werden insbesondere vormittags und nachmittags bereitgestellt, wobei Eltern die Komponenten der Speisen häufig variieren. In vielen Familien wird den Säuglingen täglich Obst- oder Obstbrei ohne Getreidekomponente angeboten (Familie A, C, E, F, H, I, K, L, M und O) oder im Wechsel mit bzw. zusätzlich zu weiteren Obst-Getreidemahlzeiten (Familie B, E, H, I, L). Baby Finn trinkt nachmittags einen Smoothie. Baby Karl bekommt neben Erdbeeren- oder

Bananenmus aus dem „Gläschen“ manchmal auch abends Apfelmus (pürierter Apfel mit Zucker) zum Nachtisch.

Baby Arik, Daniel, Emily, Jake, Karl und Maxi verzehren mindestens einmal täglich Obst⁴, Baby Hans, Finn und Olive zweimal täglich und Baby Bjarne, Ingmar und Leon sogar dreimal täglich. Baby Collin bekommt gelegentlich eine Banane zum Frühstück. Kein Obst verzehren dagegen Baby Gregor und Baby Nigel.

Getreidemahlzeiten, werden den Säuglingen vor allem in Form von Babykeksen und Butterkeksen aber auch Reiswaffeln, Zwieback, Hirsekringel, Plätzchen und Schokokekse angeboten (Familie C, D, E, F, G, H, I, J, L, N, O). Gerne werden diese Lebensmittel auch zwischendurch (Familie D, I, J, N, O), als Nachtisch (Familie D) oder unterwegs auf die Hand gegeben (Familie D, F, I, K, L, O). Auch Brötchen und Brezeln werden gern unterwegs angeboten (Familie B, G und H).

Brotmahlzeiten und weitere Familienkost

Baby Collin und Baby Finn frühstücken täglich Familienkost, Baby Hans fängt nun damit an. Typische Lebensmittel sind Brot, Brötchen oder Toastbrot mit Marmelade und Schokolade, sowie Cornflakes. Baby Gregor bekommt häufig eine Brotmahlzeit zum Mittag. Brotmahlzeiten mit zum Beispiel Frischkäse oder Leberwurst zum Abend gibt es täglich für Baby Finn, Baby Maxi und gelegentlich für Baby Hans. Baby Arik fordert sich Familienkost zu den gemeinsamen Mahlzeiten ein. So bekommt er beispielsweise schon Leberwurstbrot zum Lutschen, da er es noch nicht kauen kann. Auch Baby Daniel isst, seit er sechs Monate alt ist, Leberwurstbrot.

Weiterhin bekommen Baby Jake, Karl, Leon, Nigel und Olive Speisen der Eltern zum Probieren. Frau L versucht ab und zu abends Baby Leon Mischbrot ohne Rinde mit Tee oder Leberwurst anzubieten. Frau N gibt Baby Nigel Wurst (Wiener Würstchen) bei der sie die „Haut“ (Wursthülle) entfernt.

Süßigkeiten und ungünstige Lebensmittel

Süßigkeiten und süße Speisen werden von einigen Säuglingen schon regelmäßig verzerrt. Baby Arik bekommt zum Beispiel Schokolade zu essen, Baby Bjarne ein kleines Stück Kinderschokolade und Baby Finn Milchschnitte. Baby Gregor bekommt regelmäßig Schokolade, Baby Jake Schokokekse. Baby Karl bekommt Eis, Sahne und Pommes Frites von Frau K zum Probieren und Baby Maxi „Süßkram“ und Kuchen. Frau A, B, D und Frau M begründen die Gabe von Süßigkeiten und Snacks damit, dass die anderen angebotenen Speisen gut gegessen werden. So beschreibt Frau A: „Also das habe ich bei den anderen Kindern auch nicht gemacht so früh schon so süß gegeben. Mach’ ich aber eh bei ihm, weil er auch wirklich ein guter Esser ist, weißt du. Er isst halt auch wirklich sein, sein Mittag ordentlich.“

Baby Gregor und Baby Hans bekommen bereits Honig zu essen. Baby Hans hat auch schon mal Nüsse bekommen. Frau G nutzt den Honig um die Milch zu süßen, damit Baby Gregor sie auch trinkt. Herr H hat gehört, dass es in Bezug auf Honig und Nüsse Unverträglichkeiten geben soll, aber als sie Honig ausprobiert haben, hat es „nichts gemacht“.

⁴ pur oder als Bestandteil des Getreide-Obst- und des Milch-Getreide-Breis

Wahrnehmung und Beschreibung der Speisen

Eltern beschreiben die Speisen und Lebensmittel, die ihre Säuglinge zu sich nehmen sehr unterschiedlich. Sehr detailliert und möglichst genau nach Inhalt und teilweise Menge aufgeschlüsselt beschreiben Frau B und Frau I die Beikost. Die Bezeichnung der Speisen spiegelt bei den beiden Frauen den Sprachgebrauch der wissenschaftlichen Beikostempfehlungen wider. Auch Frau A, L, M und Herr H beschreiben die Zusammensetzung der Säuglingsmahlzeiten sehr ausführlich. Dagegen beschreiben Mütter, die hauptsächlich kommerzielle Beikost aus dem Glas verwenden die Speisen eher ungenau (Frau J, K, N und O). Manchmal ist ihnen nicht genau bekannt wie sich die Gläschenkost zusammensetzt und kommerzielle Beikost wird schlichtweg als „Gläschen“ bezeichnet oder als „herzhaftes“ oder „süßes aus dem Glas“. Auch wird nicht selten der Name der Marke zur Beschreibung herangezogen oder die empfohlene Monatsangabe „Gläschen, wo vier Monate draufsteht“. Auch bei den milchpulverbasierten Anrührbreien werden Bezeichnungen wie „Abend“- oder „Keksbrei“ genutzt. Beispielhaft kann hierfür das Gespräch mit Frau N herangezogen werden:

KM: „Was gibst du ihn da für Gläschen?“

Frau N: „Na, hier Babyzeug da. So ein normales Babygläschen.“

Vorlieben und Abneigungen

Alle Eltern haben die Erfahrung gemacht, dass ihre Säuglinge bestimmte Speisen bevorzugen und wiederum andere Speisen ablehnen. Dabei gibt es Säuglinge, die gute Esser sind (Baby Arik, Baby Bjarne, Baby Hans, Baby Ingmar, Baby Olive) und Säuglinge, die bereits eher wählerisch in ihrer Speisenwahl sind (Baby Collin, Gregor, Karl, Nigel). Ob die Kinder gute Esser sind, was sie mögen und was nicht begründen Eltern nicht selten in der angeborenen Persönlichkeit bzw. den angeborenen Geschmackspräferenzen ihrer Kinder. Teilweise werden auch elterliche Vorlieben und Abneigungen herangezogen, um zu erklären, warum bestimmte Speisen gemocht oder verschmäht werden. So trinkt Baby Nigel besonders gerne alles Süße, was Frau N auch gerne trinkt. Frau C begründet Baby Collins wählerisches Verhalten gegenüber Gemüse und Obst mit ihrer eigenen Abneigung von Gemüse und Obst. Frau K und Frau N verdeutlichen in ihrer Wortwahl, dass die vom Säugling verschmähten Speisen auch ihren Geschmack nicht treffen. So konstatiert Frau K: „Lachs mit Reis oder so. Das hat gestunken und das wollt‘ er auch nicht. Der hat die Gusche verzogen.“

Gerne verzerrt werden insbesondere süße Speisen wie Milch-Getreide-Breie, Kuchen, Obst und Süßigkeiten, aber auch Fleisch und teilweise bestimmte Gemüsesorten. Keine spezifischen Vorlieben haben Baby Ingmar und Baby Leon. Frau I beschreibt Baby Ingmar in einem Alter, in dem er alles noch gerne isst. Geschmackliche Vorlieben werden mit positiven Emotionen beschrieben und sind mit Wohlbefinden assoziiert. Frau M erinnert sich „Am liebsten isst Baby Maxi Kuchen. So den ersten Kuchen hat er och [auch] bei Nachbars gegessen. Da kam der [Baby Maxi] hier rüber. Ein ganzes Gesicht voll mit Krümeln! Total glücklich!“

Abneigungen beschreiben Eltern durch die Reaktion ihrer Säuglinge gegenüber angebotenen Speisen. Typische Reaktionen der Säuglinge sind: Die Speise wieder auszuspucken oder mit der Zunge wieder herauszuschieben, das Gesicht verziehen, anfangen zu jammern oder zu weinen, sich schütteln als auch den Mund nicht mehr öffnen. Im Fall von Frau C, E, N, O und Herrn H werden die abgelehnten Speisen

nicht noch einmal angeboten. Stattdessen bekommen die Säuglinge bei Frau E und Frau O etwas anderes zu essen angeboten oder die Flasche mit Säuglingsmilch, damit die Kinder „was im Bauch haben“. So beschreibt Frau O, dass Speisen die Baby Olive nicht essen möchte in Zukunft weggelassen werden: „Und wenn es dem Kind nicht schmeckt dann braucht es das nicht essen, dann wird es nicht noch einmal angeboten“. Frau I und Frau L bieten bewusst nicht-gemochte Speisen immer mal wieder an. Frau F führt einen neuen Geschmack zum Ende von Baby Finns Mahlzeiten ein, denn wenn Baby Finn etwas nicht mag, dann macht er seinen Mund nicht mehr auf. Frau G dagegen süßt die Speisen die Baby Gregor ablehnt. So soll Baby Gregor Milch trinken, weil diese Kalzium enthält, aber „pur weigert er sich“. Deshalb gibt Frau G einen Löffel Honig hinzu, „dann ist es bisschen süßer und schon schmeckt’s ihm“.

Über die Hälfte der Säuglinge reagierte schon einmal abneigend gegenüber Gemüse (Baby Collin, Daniel, Emily, Finn, Gregor, Ingmar, Jake und Olive). Die Eltern benennen hier Spinat, Tomate, Paprika, Möhre und Brokkoli. Baby Collin und Baby Gregor sind generell skeptisch gegenüber Gemüse und Obst. Verschmäht wurden auch Mittagsbreie (Baby Bjarne, Emily, Karl) und Familienkost (Baby Daniel, Hans, Leon, Maxi und Nigel). Eltern betonen vor allem die vegetarische Komponente (Schmelzflocken, Kartoffeln, Reis) bzw. das fehlende Fleisch. Baby Hans und Baby Leon lehnen dagegen zurzeit Brote mit Wurst (Leberwurst, Teewurst) ab, Baby Karl und Baby Nigel Gerichte mit Fisch. Baby Emily trinkt kein Wasser, dafür Saft „erstaunlicherweise“ gut. Baby Karl mag keinen Tee und Baby Leon keinen Fencheltee. Frau A, B und G haben die Erfahrung gemacht, dass sich die Abneigungen auf die Konsistenz der Speisen beziehen. So müssen zum Beispiel für Baby Arik und Baby Bjarne die Speisen noch richtig breiig sein. Baby Gregor kam mit der vielen Flüssigkeit der Wassermelone „nicht so klar“. Frau D, Frau L und Herr H stellen heraus, dass ihre Säuglinge bestimmte Phasen haben, in welchen sie Speisen ablehnen, die vorher problemlos oder sogar gerne gegessen wurden.

Speisenauswahl und Informationsbeschaffung (K 5)

Viele Eltern probieren Speisen und Lebensmittel für ihren Säugling intuitiv aus und beobachten, ob die Lebensmittel gegessen und vertragen werden (A, F, G, H, J, K, L, M, N). Werden die Lebensmittel gerne und gut gegessen, werden diese auch weiterhin angeboten, denn bei dem was den Kindern schmeckt, können sich Eltern sicher sein, dass es aufgegessen wird und die Kinder satt werden. So isst beispielsweise Baby Finn gerne Nudeln mit Tomatensoße. Das gibt es dadurch auch öfter zu essen, weil Frau F weiß, dass Baby Finn das isst. Typische Probleme, die Eltern nach dem Verzehr von Speisen beobachtet haben sind Blähungen, Bauchschmerzen, Durchfall und Verstopfung. Bei der Speisenauswahl orientieren sich Eltern auch an dem was sie selbst (gerne) verzehren (G, H, J, K, N und O) und an Speisen, von denen sie denken, dass diese von den Säuglingen gerne gegessen werden (Frau C, F, O und Herr H). Für Frau K ist es wichtig Baby Karl an alles heranzutasten. Genutzt werden Lebensmittel die zu Hause verfügbar sind (Frau G, L, M und O).

Beim Kauf kommerzieller Beikost und Säuglingsmilchnahrung werden gerne auch die Altersangaben auf den Verpackungen zu Rate gezogen, um zu entscheiden, ob die Lebensmittel geeignet sind (Frau C, D, G, I, K, L, N, O). Auch die Speisenzubereitung orientiert sich an dem was die Säuglinge essen und vertragen. So haben sich Frau A, B, F und G erst für das Selberkochen entschieden, nachdem ihre Kinder

die angebotene Gläschenkost nicht vertragen haben oder nicht essen wollten. So beschreibt Frau A: „Ja so gekaufte Gläschen, da ging's ihm so schlecht davon, dass wir gesagt haben, also das machen wir auf jeden Fall nicht nochmal.“

Frau A und Frau O greifen auch auf ihre Erfahrungen mit den älteren Kindern zurück. Speisen werden angeboten, wenn die Säuglinge daran Interesse zeigen oder die Speisen einfordern (Frau A, C, M und I). Frau A, E, F und L haben sich ihre Informationen zur Säuglingsernährung aus Büchern zur kindlichen Entwicklung angelesen. Aus dem Gespräch mit Frau A wird deutlich, dass sie sich beim ersten Kind zur Säuglingsernährung belesen hat, dann aber mehr und mehr die Signale der Säuglinge berücksichtigte: Frau A: „Also em ich hab' mich halt bei Anna [5 Jahre alte Tochter] hatte ich mich halt belesen wann man das so anfängt oder kriegt man ja dann auch mit der Zeit mit und em im Laufe jetzt der Kinder muss ich aber sagen, dass ich das halt dann gemacht habe, wenn ich gemerkt habe sie fordern es. Also, also es ist dann halt schon so – er [Baby Arik] – dadurch, dass wir halt auch dann durch die großen Kinder praktisch dieses Geregelt haben, dass wir am Tisch sitzen. Man merkt halt, wenn er dasitzt und eh und fordert irgendwas, ne? Er wird dann unzufrieden, er wird dann quengelig.“

Weiterhin spielen gesundheitliche und ethische Motive sowie die Praktikabilität eine Rolle bei der Speisenauswahl. So greifen Frau B, Frau I und Frau L auf Speisen ohne Zucker bzw. mit möglichst wenig zugesetzten Zucker zurück. Auch Frau M mischt den Saft mit Tee, weil purer Saft zu süß ist. Insbesondere Frau I achtet durch die vegane Ernährung beim Mittagsbrei für Baby Ingmar ganz genau auf die Inhaltsstoffe, um einen Nährstoffmangel zu vermeiden. Um Allergene zu vermeiden, nutzt Frau I statt Sojamilch, Reis oder Dinkelmilch für den Milchbrei von Baby Ingmar. Frau G gibt Baby Gregor Milch zu trinken, weil Milch Kalzium enthält und das wichtig für die Knochen ist. Frau A und Frau O geben ihren Säuglingen gezielt Speisen zum Knabbern in die Hand (z. B. Brot und Kekse) um den Zahnungsprozess zu unterstützen. Frau N hat Baby Nigel bereits im 3. Monat Karottensaft angeboten, weil er keine gesunde Hautfarbe hatte. Bestimmte Lebensmittel werden bei Frau E aus gesundheitlicher Motivation explizit nicht angeboten. So darf Baby Emily noch keinen Spinat essen und sie bekommt keinen Blumenkohl, weil dieser zu sehr bläht. Bekommen die Säuglinge bereits Familienkost achten Eltern zum Teil darauf, dass die angebotenen Lebensmittel nicht oder nicht so stark gesalzen und gewürzt sind (Frau D, K, N und Herr H). Auch werden die Essfertigkeiten und die Anzahl der Zähne berücksichtigt (Frau A, B, N). So entfernt Frau N beispielsweise die Wursthülle von dem Wiener Würstchen, bevor sie diese Baby Nigel zum Essen gibt.

Ethische Gründe führt Frau I auf. Sie ernährt Baby Ingmar vegan, da Baby Ingmars Vater auch Veganer ist und er es für selbstverständlich hält, dass sein „eigen Fleisch und Blut“ nichts vom Tier isst. Für Frau I ist es nicht schlimm, dass Baby Ingmar vegan ernährt wird. Sie hat sich belesen. Es ist ja nicht negativ und es machen viele Kinder. Für Frau K spielt die Praktikabilität eine wichtige Rolle bei der Speisewahl. Sie gibt Baby Karl am Morgen, unterwegs und abends noch Säuglingsmilchnahrung anstatt Brei, weil dies eine schnelle Möglichkeit ist. Eigentlich würde sie die „Milch“ gerne absetzen, aber sie kann früh zum Beispiel kein „Gläschen“ geben, weil dafür die Zeit nicht reicht.

Fragen zur Ernährung besprechen Frau A, Frau D, Frau K und Herr H in erster Linie mit ihrem Partner. Der Austausch mit anderen jungen Eltern aus dem Bekannten- oder Familienkreis spielt in Familie B, D, F und H eine große Rolle. Auch werden eher zufällig an die Eltern herangetragene Informationen bei der Speisenwahl und -zubereitung berücksichtigt. Frau K hat ihre Informationen, neben dem was auf dem Gläschen steht, vom Hörensagen. Herr H nutzt beispielsweise Rapsöl für die Zubereitung der Breikost: „Das hab‘ ich mal irgendwo gelesen.“

Die Meinungen zu Ernährungsfragen von den eigenen Eltern oder den Schwiegereltern der Befragten wird von Frau B, Frau M und Herrn H mit gewisser Vorsicht und Skepsis betrachtet. So beschreibt Frau B „Naja schon meine Mama, klar! Aber die sind halt noch alle so ein bisschen, ich sag mal vom alten Schlag. Die haben da immer noch so ein bisschen ne [eine] andere Meinung wo ich immer sage ‚Ne [nein]!‘“ Für Frau C ist dagegen ihre Mutter Ansprechpartner Nummer eins, denn sie hat ja auch schon drei Kinder großgezogen und auch Frau I bespricht sich viel mit ihrer Mutter. Frau F, G und N geben dagegen an, sich mit niemanden in Bezug auf Ernährung auszutauschen. Frau G, J und N hören sich zwar die Bedenken aus dem Familien- und Freundeskreis an, aber berücksichtigen diese häufig nicht wie am Beispiel von Frau G deutlich wird:

„Und mein Vater macht das halt komplett anders und er war halt eh von Anfang an der Meinung ‚Ja, in Ketchup sind die Gewürze zu stark.‘ Und da hab‘ ich gesagt ‚Du, ich probier‘ das jetzt. Entweder hab‘ ich Pech und es wird ne [eine] eh anstrengende Nacht mit Bauchkrämpfen und Allem oder es geht halt einfach gut.‘ Und es ist gutgegangen. Er hat’s vertragen, ihm hat’s geschmeckt und von daher.

KM: „Okay!“

Frau G: „Und so mach ich das eigentlich bei fast allen wo ich mir unsicher bin.“

Gezielte Informationen zur Säuglingsernährung suchen die Eltern vor allem wenn Probleme und Unverträglichkeiten auftreten, wenn sie sich unsicher sind oder sich Sorgen machen. Wichtige Informationsquellen sind hier vor allem Hebammen, Kinderärzte, Bücher, Internetseiten und Internetforen. Für Frau E, Frau M und Frau O sind vor allem auch die unterstützende Hilfe durch Familienhilfe bzw. Familienhebamme wichtig für den Austausch von Ernährungsfragen. Insbesondere nach der Geburt und in Bezug auf Stillthemen tauschen sich die Eltern viel mit der Hebamme aus. In der späteren Säuglingsernährung wird die Hebamme dagegen weniger zu Rate gezogen. Frau I hat die Erfahrung gemacht, dass sich die Hebamme dann eher aus dem Kontakt mit den Familien zurückzieht. Frau B ist nach wie vor durch die Krabbelgruppe in engen Kontakt mit ihrer Hebamme und nutzt die Gelegenheit für Nachfragen. Frau M greift gerne auf ihre Kinderärztin zurück: „Wenn wir überhaupt nicht weiterwissen, dann rufen wir beim Kinderarzt an. Dann fragen wir da dann nach. Wie ist denn das? Also da ist wirklich das Schöne, dass wir mit Frau Doktor Kind [Name Kinderarzt] in einem engen Kontakt stehen.“ Viele andere Familien haben zu unregelmäßig Kontakt mit ihrem Kinderarzt, um sich über Ernährung auszutauschen. Frau F und Frau I meiden Ernährungsthemen beim Kinderarzt. Frau F spricht Ernährungsthemen nicht an, weil ihr gesagt wurde, dass Baby Finn zu dick ist. Frau I weiß, dass ihre Kinderärztin eher von veganer Ernährung abrät. Deshalb ist das Internet für Frau I als Informationsquelle besonders wichtig, denn dort findet sich schon viel über vegane Ernährung. Auch Frau D nutzt besonders intensiv ein „Mamiforum“, wenn sie sich Sorgen macht. Frau M nutzt das Internet gezielt nicht, weil sich

dort häufig die „Geister streiten“ und was auf der einen Webseite stimmt, stimmt auf der anderen Webseite nicht.

Stillen und Säuglingsmilchnahrungen (K 6)

Der überwiegende Teil der Mütter hat nach der Geburt gestillt bzw. den Säugling mit abgepumpter Muttermilch gefüttert (Frau A, B, D, G, H, I, J, K, L, M). Frau J hat die ersten zwei bis drei Wochen voll gestillt und Frau G und Frau N die ersten vier Wochen. Baby Bjarne wurde von Frau B zehn Wochen voll gestillt, danach bis zur Einführung der Beikost gegen Ende des 4. Lebensmonats teilgestillt. Frau A und Frau H haben ihre Säuglinge drei Monate lang voll gestillt. Frau H hat anschließend Baby Hans, neben der Beikost, bis zum 6. Monat weiter teilgestillt. Baby Arik befand sich die ersten Tage nach der Geburt auf der Neonatologie, weshalb er von Frau A abgepumpte Muttermilch bekommen hat, bevor er dann gestillt werden konnte. Frau L hat vier Monate voll gestillt, wobei Baby Leon am Anfang abgepumpte Muttermilch aufgrund von Stillproblemen bekommen hat. Frau I hat Baby Ingmar sieben Monate lang voll gestillt. Frau K hat die ersten 4 Wochen teilgestillt und Frau D die ersten 2 Wochen. Weitere vier Wochen hat Frau D Baby Daniel neben der Säuglingsmilchnahrung mit abgepumpter Muttermilch versorgt.

Frau D und Frau K mussten von Anfang an Säuglingsmilchnahrung „zufüttern“⁵, weil sie nicht genug Muttermilch hatten. Frau D hat sich darüber sehr geärgert. Baby Daniel hat als Folge des „Zufütterns“ an der Brust dann auch nicht mehr richtig gesaugt, da die Milch aus der Flasche schneller kam. Deshalb ist Frau D dazu übergegangen die Muttermilch abzupumpen. Sechs Wochen nach Baby Daniels Geburt hat Frau D dann aufgehört abzupumpen, weil „keine Muttermilch mehr kam“. Frau K hat zum einen an ihrer Brustgröße gemerkt, dass sie nicht genug Milch hatte und zum anderen an der Milchmenge. Nach vier Wochen hat Frau K aufgegeben. Die Milch hat nicht gereicht, die Brust hatte sich entzündet und Frau K wollte mal wieder ausgehen. Auch Baby Gregor ist von der Muttermilch nicht satt geworden. Frau G musste ihn jede halbe Stunde anlegen. Deshalb hat sie nach einem Monat angefangen abzustillen und stattdessen angefangen Säuglingsmilchnahrung zu geben. Für Frau J ging das Stillen nach zwei bis drei Wochen nicht mehr, denn ihre Brust schmerzte und Baby Jake wollte dann auch nicht mehr trinken.

Frau A und Frau B haben mit dem Stillen aufgehört, weil es „zu belastend“ wurde. Dadurch, dass Frau A's Partner wieder zum Arbeiten unterwegs war, hatte sie durch die größeren Kinder gar nicht die Zeit in Ruhe zu stillen. Ständig kam beim Stillen etwas dazwischen und dadurch wurde auch Baby Arik nie befriedigt. Dies äußerte sich zum Beispiel an Magenkrämpfen und Unzufriedenheit. Als Frau A dann auf die „Flasche“ umgestellt hat, war Baby Arik nach der Mahlzeit erst einmal satt und zufrieden. Im Fall von Frau B wollte Baby Bjarne alle zwei Stunden an die Brust und hat oft eine Stunde lang getrunken. Damit Baby Bjarne wenigstens einmal am Tag drei, vier Stunden am Stück schläft und auch Frau B sich erholen kann hat sie nach zehn Wochen angefangen abends Säuglingsmilchnahrung zu geben anstatt zu Stillen. Bestärkt in der Entscheidung aufzuhören wurde Frau B als sie die Muttermilch abpumpte und gesehen

⁵ Neben der Muttermilch wird auch Säuglingsmilchnahrung gegeben, entweder im Anschluss nach dem Stillen bzw. der Muttermilch, um die Mahlzeit zu komplementieren oder im Wechsel mit Still- und Muttermilchmahlzeiten.

hat, dass die Milchmenge viel zu wenig war. So hat Frau B nach und nach die Muttermilchmahlzeiten mit Säuglingsmilchnahrung ersetzt.

Frau I hat volle sieben Monate gestillt, wobei sie Baby Ingmar von Anfang an in einem vier-Stundenrhythmus angelegt hat. Sie wusste, dass sechs Monate Vollstillen „vorgeschrieben“ ist und sie hat dann bis zum 8. Monat weitergestillt, weil es so bequem war. Leider ging ihre Muttermilch zurück, was Frau I daran merkte, dass Baby Ingmar 14 Tage lang keinen Stuhlgang mehr hatte und stark abgenommen hat. Beim Kinderarztbesuch konnte bestätigt werden, dass Baby Ingmar zu wenig Muttermilch pro Mahlzeit bekommt, indem er vor und nach der Mahlzeit gewogen wurde. Frau I hat daraufhin zunächst zum Stillen Säuglingsmilchnahrung „zugefüttert“ und dann die Stillmahlzeiten mit Flaschenmahlzeiten ersetzt. Eigentlich wollte Frau I ihren Sohn drei Jahre lang stillen. Baby Ingmar hat die erste Flasche Säuglingsmilchnahrung „innerhalb von Sekunden leer gezuschelt“. Frau I macht sich Vorwürfe, dass sie zuerst nicht gemerkt hat, dass Baby Ingmar zu wenig Nahrung bekommt.

Auch Frau L hat Baby Leon nach der Geburt zunächst mit abgepumpter Muttermilch versorgt. Baby Leon wollte nicht so richtig von der Brust trinken und das hat bei Frau L schnell Angst und Stress ausgelöst, ihr Baby nicht versorgen zu können. Durch Unterstützung von einer Hebamme konnte Baby Leon dann doch gestillt werden. Frau L erinnert sich: „Ja, das war die Lara [Name der Hebamme], die mir auch geholfen, weil es am Anfang mit dem Stillen nicht so geklappt hat. Und ich muss sagen, wenn das nicht klappt, dann kommt man ganz schön in Stress, weil man eben schon Angst hat, wenn so kleines Wesen nicht seine Mahlzeit bekommt. Und ich musste dann noch abpumpen und das war dann schon Stress. Aber zugefüttert hab ich nie. Also ich hab’s immer irgendwie hinbekommen. Weil am Anfang wollte er nicht so an der Brust trinken und da brauch’ man dann wirklich eine Hebamme und so eine richtige Hand, die dann zeigt, so geht’s.“

Frau N hat mit dem Stillen aufgehört, da Baby Nigel nicht ausreichend zugenommen hat. Frau N denkt, dass ihn wahrscheinlich die Milch nicht gereicht hat, obwohl er schön gesaugt hat und ordentlich trank. Das Jugendamt hat aufgrund des niedrigen Körpergewichts von Baby Nigel Frau N „beschuldigt“ sich nicht um ihr Kind zu kümmern und angedroht es „wegzunehmen“. Deshalb hat Frau N nach vier, fünf Wochen angefangen die Flasche zu geben. Für Frau N war das eine „harte Zeit“ in der sie um ihr Kind gekämpft hat.

Frau C, E, F, M und O haben nicht gestillt. Baby Emily kam etwas zu früh (in der 37. Schwangerschaftswoche) auf die Welt und wog nur 2100 g. Sie war zu schwach zum Trinken und hat zunächst eine Magensonde bekommen. Frau E hat es mit dem Stillen versucht, aber Baby Emily hat sich beim Anlegen ins Weinen hineingesteigert, hat gar nicht getrunken oder ist eingeschlafen. Frau E hatte für ihre Tochter spezielle „Frühchennahrung“ aus der Apotheke besorgen müssen.

Für Frau F war von Anfang an klar, dass sie nicht stillen würde. Sie hat es bei ihrer großen Tochter probiert, aber hatte damals keine Milch, das Anlegen schmerzte sehr und ihre Tochter hat damals so sehr geschrien, dass Frau F diese Erfahrung nicht noch einmal machen wollte. Aus ihrer Sicht bringt es

nichts, wenn sie sich selbst quält und wenn das Kind sich quält. Frau F findet „nicht-Stillen“ auch praktischer.

Baby Maxi musste durch seine zehn Wochen zu frühe Geburt sehr lange über die Sonde ernährt werden. Daneben haben die Eltern immer mal wieder versucht ein Fläschchen mit hypoallergener Prenahrung zu geben und sich gefreut, wenn Baby Maxi daraus zumindest ein bisschen getrunken hat. Mehr hat er einfach nicht geschafft, weil er gar nicht die Kraft hatte zu saugen. Als von einem Tag auf den anderen die Sonde gezogen wurde, musste Baby Maxi durch das Fläschchen langsam essen lernen. Frau M empfand diesen Prozess als schwierig und mühselig. Sie erinnert sich: „Aber essen lernen war für Baby Maxi wirklich - die Sonde gezogen - jetzt musst du! So, und dann musste er! Das hat dann auch, das hat funktioniert. Das ging, aber es war schwierig. Er hat wahnsinnig lange gebraucht auch für seine Mahlzeiten. Zwischendurch immer wieder eingeschlafen. Dann wach machen! Nahrung nochmal warm machen und so. Das war mühselig. Es war richtig mühselig gewesen.“

Auch in Bezug auf die Auswahl der Säuglingsmilchnahrung war es für die Eltern u.a. wichtig, dass die Säuglingsmilch satt macht (Frau B, C, D, F, J und O). Das bedeutet zum einen, dass ein Sättigungsgefühl während der Mahlzeit einsetzt (Frau J und Frau O) und das Sättigungsgefühl langanhaltend ist (Frau B, C, D, F und O). So haben Frau B, C, D und J von der Pre-Nahrung (Säuglingsmilchnahrung Pre) auf die Anfangsmilch (Säuglingsmilchnahrung mit der Nr.1) gewechselt, weil sie gemerkt haben, dass ihr Säugling von der Pre-Nahrung nicht satt wurde. Frau C beschreibt, dass Baby Collin nach einer Stunde schon wieder Hunger hatte. Für Frau D ist Pre-Nahrung auch eher zum Zufüttern gedacht. Auch Baby Finn ist von der Säuglingsmilchnahrung mit der Nr. 1 nicht satt geworden, weshalb Frau F ungefähr einen Monat nach der Geburt angefangen hat, abends Reisflocken mit in die Flaschennahrung zu mischen.

Beikosteinführung (K 7)

Tabelle 4.1 Übersicht der Zeitpunkte der Beikosteinführung

Familie	Beikosteinführung	Erste Lebensmittel und Speisen
A	Mit 6 Monaten	Möhren-Kartoffel-Brei
B	Mit knapp 4 Monaten	Möhrenbrei, zerdrückte Banane
C	Mit 6 Monaten	Gläschen, die ab 4 Monate deklariert waren
D	Mit 3 ½ Monaten	Pastinakenbrei; Möhrenbrei und Spinat wurden abgelehnt
E	Mit 4 Monaten	Brei mit Fleisch
F	Mit einem Monat (Mit 3 ½ Monaten)	Reisflocken in Säuglingsmilchnahrung; (Möhren- und Kartoffelbrei, ab und zu Fleisch)
G	Mit 6, 7 Monaten	Familienkost
H	Mit 3 Monaten	Möhrensaft, Anrührbrei, bekömmliches Gemüse, wie Fenchel
I	Mit 8 Monaten	k. A.
J	Mit 5, 6 Monaten	Bananebrei (Glas)
K	Mit 5 Monaten	Möhrenbrei, Möhren-Kartoffelbrei

L	Mit 5 Monaten	Obstbrei, Pastinake, Möhre
M	Mit 6 Monaten	Möhrenbrei
N	Mit 2 Monaten (Mit 4 Monaten)	Möhrensaft aus der Nuckelflasche; (Gläschen „da wo 4 Monate draufsteht“)
O	Mit 4, 5 Monaten	k. A.

In den Familien B, D, F, H und N wurde die Beikost vor den 5. Lebensmonat eingeführt. Frau F und Frau N gaben bereits sogar ab dem 2. bzw. ab dem 3. Lebensmonat ihren Säuglingen erste andere Lebensmittel aus der Nuckelflasche zu trinken zusätzlich zur Säuglingsmilchnahrung. Frau F hat hierfür den Nuckelaufsatz vergrößert. Mit 4 bis 6 Monaten (ab dem 5. Monat bis ab dem 7. Monat) haben die Säuglinge in den Familien A, C, E, G, J, K, L, M und O erstmalig Beikost probiert. Dabei empfinden Frau C, E und J den Zeitpunkt als spät. Frau I hat Baby Ingmar erstmalig mit 8 Monaten (ab dem 9. Monat) Breikost angeboten.

In den meisten Familien wurde mit Gemüse angefangen, wobei hauptsächlich Möhre (Möhrenbrei, Möhrensaft) und Pastinake angeboten wurden (Familie A, B, D, F, H, K, L, M und N), aber auch Obst wie beispielsweise Banane (Familie B, H, J und L). Ein detaillierter Vergleich zum Beikostbeginn und die ersten angebotenen Speisen kann der Tabelle 4.1 entnommen werden.

Viele Eltern haben ihren Säuglingen Beikost angeboten und von der Akzeptanz bzw. Bereitschaft des Säuglings die Speise zu essen abhängig gemacht, ob nun weiterhin regelmäßig Beikost angeboten wird (Familie B, C, D, E, F, H, J, K, L und N). Wurde die angebotene Speise angenommen, wussten die Eltern, dass die Säuglinge bereit für die Beikost sind. Demnach repräsentieren die von den Eltern angegebenen Zeitpunkte der Beikosteinführung die Akzeptanz des Säuglings gegenüber breiiger Nahrung. Unter Umständen haben die Eltern jedoch schon früher angefangen Beikost anzubieten, aber es wurde von den Säuglingen abgelehnt (Familie C, K und N). Frau F und Frau N verstehen Beikost als Brei bzw. als Speisen, die vom Löffel gegessen werden. Als Zeitpunkte der Beikosteinführung haben beide Frauen einen weiteren späteren Zeitpunkt angegeben (Frau F: mit 3 ½ Monate; Frau N: mit 4 Monaten), obwohl ihre Säuglinge bereits andere Lebensmittel zum Trinken schon eher erhalten haben. In den Familien B, D, F, H und L wird der Prozess der Beikosteinführung so beschrieben, dass dem Säugling zunächst ein paar Löffel Saft oder Brei angeboten wurde bis der Säugling dies nicht mehr essen wollte. Anschließend wurde Säuglingsmilch oder Muttermilch gegeben. Eltern konnten so die Menge der täglich verzehrten Beikost zu einer eigenständigen Mahlzeit steigern. Wie die Akzeptanz der Beikost durch den Säugling zur regelmäßigen Einführung in den Alltag führt, beschreibt Herr H:

„[...] und dann haben wir einfach versucht ihm was anzubieten und er hat's dann gegessen und dann war das okay. Also wir haben ganz am Anfang glaub ich mit Möhrensaft angefangen. Einfach nur ein paar Tropfen, mehr hat er da nicht genommen. Und dann ist das auch immer besser geworden und dann hat er auch schon von selbst was gewollt.“

Frau A, G, I und M haben sich hauptsächlich am Interesse der Säuglinge für die Speisen der Eltern und Geschwister orientiert. In Familie A und M kam dies durch gemeinsame Mahlzeiten zustande. Frau G

und Frau I erkannten es an der Reaktion ihrer Säuglinge, als die Eltern gegessen haben und die Säuglinge unmittelbar dabei waren: So beschreibt Frau I: „Er hat halt unser Essen so angestarrt, wenn wir mal was vor ihm gegessen haben. Was natürlich auch mal vorkommt. Wir können ja nicht immer, wenn er schläft, essen. Und er wollte es so sehr und hat halt danach gegriffen und mit den Augen danach gestarrt, so dass wir wussten, dass er jetzt auch normales Essen möchte.“

Für Frau J und Frau O war es Zeit Beikost auszuprobieren als Baby Jake und Baby Olive „von der Flasche her“ nicht mehr satt geworden sind. Frau K hat ihre Hebamme zurate gezogen, um zu erfahren, wie sie bei Baby Karl nun weiter vorgehen sollte, denn auf der Verpackung der Säuglingsmilchnahrung hat sie nur Portionsangaben bis zum 5. Monat gefunden. Baby Bjarne war reif für die Beikost, denn er hat tagelang immer nur die Hälfte von der Säuglingsmilch getrunken und Frau B hatte Angst, dass Baby Bjarne zu wenig Nahrung bekommt. Zwar meinte Frau B's Hebamme, dass es ein bisschen früh für Beikost ist, aber Frau B hat trotzdem angefangen. Sie dachte sich bei Möhrchen kann man nicht so viel falsch machen. Frau E hat mit der Beikost angefangen als Baby Emily 4 Monate alt war. Auf den Tag genau und nicht früher. Dazu hat ihr auch der Kinderarzt geraten. Für Frau und Herr H war es wichtig eine Lösung ab dem 9. Lebensmonat von Baby Hans zu finden, da Frau H wieder auf Arbeit musste und nicht mehr stillen konnte. Deshalb haben sie versucht rechtzeitig ab dem vierten Monat Baby Hans an Beikost heranzuführen.

Einstellungen und Stellungnahmen (K 8)

(Gesunde) Ernährung

In Bezug auf Ernährung sind Eltern sehr verschiedene Aspekte wichtig. So werden eine abwechslungsreiche, ausgewogene und nicht einseitige Ernährung genannt (Frau A, B, C, I, M). Ernährung sollte gesund sein oder dafür sorgen, dass Krankheiten nicht entstehen bzw. es „nicht so schnell bergab geht“ (Frau B, C, F, I, O). Gesunde Ernährung wird dabei mit frisch Kochen, frische Zutaten, und selbermachen assoziiert (Frau B, E, G, I, N) und ist Lebensqualität (Frau F). Herr H assoziiert mit gesunder Ernährung die Lebensmittelempfehlungen nach der Ernährungspyramide, steht dieser aber skeptisch gegenüber: „Es gibt ja immer diese komische Pyramide. Nach der richte ich mich zwar kein bisschen, aber ich denke so in dem Sinne ist gesunde Ernährung. Ich geh' aber auch davon aus, dass zu gesunder Ernährung auch mal dazugehört dem zu gehorchen was der Kopf einem auch jetzt einmal sagt. Ich hab' jetzt zum Beispiel Hunger auf was Süßes. Dann möchte ich gerne was Süßes. Solang' ich das nicht übertreibe, weißt du, dass ich das alles in einem gewissen Maß nehme, finde ich das okay. Ich will es aber auch nicht überstrapazieren, das mit gesunder Ernährung. Ja, man spricht in letzter Zeit sehr viel drüber über gesunde Ernährung. Was das alles sein kann und dass die ausgewogen sein muss, und was weiß ich.“

Häufig beschreiben Eltern welche Lebensmittel bzw. Lebensmittelgruppen bei einer gesunden Ernährung weniger häufig verzehrt werden sollten („nicht jeden Tag“) oder auf was man eher gänzlich verzichten sollte. Dazu gehören vor allem zuckerhaltige Lebensmittel und zuckerhaltige Getränke (Frau B, C, I, L), sowie fettiges Essen, Fast Food und Fertiggerichte (Frau C, G, I, M) vor allem bei den Kindern. Diese Lebensmittel werden als nicht gesund bezeichnet. Obst und Gemüse dagegen sollten (viel)

gegessen werden (Frau A, D, F, M und Herr H), aber auch Fleisch (Frau D, E, G, M) und Fisch (Frau D und Frau M) gehört dazu. Frau D und Herr H führen auch „viel trinken“ für ihre Kinder auf.

Frau I, Frau K und Herrn H ist es wichtig ihren Kindern Kochkompetenzen zu vermitteln. Herr H möchte das Baby Hans Spaß an der Essenszubereitung hat und Wertschätzung gegenüber den Lebensmitteln und der Speisenzubereitung aufbaut. Auch Frau M, möchte dass ihre Kinder Obst und Gemüse „kennen“, dass sie wissen, wie diese Lebensmittel aussehen und den Geschmack zuordnen können, weshalb sie ab und zu Geschmackstest mit ihrer großen Tochter durchführt. Frau G, betont dass jedes Kind einmal am Tag eine warme Mahlzeit braucht.

Einschätzung Säuglingsernährung

Ein Großteil der Eltern schätzt die Ernährung ihrer Säuglinge als gesund ein (Frau A, B, D, E, G, I, L, O und Herr H) zumindest bist jetzt (Frau B und Frau E). Frau I bezeichnet Baby Ingmars Ernährung sogar als „sehr gesund“. Bei Baby Maxi ist Familie M „dran“. Frau C schätzt, dass sich Baby Collin teilweise gesund ernährt. Baby Nigels Ernährung ist laut Frau N „mittelmäßig“, denn er bekommt ja auch Kekse und Süßes. Frau K kann nicht einschätzen, ob die Milch und die Speisen aus den Babygläschen, die Baby Karl verzehrt, gesund sind. Frau O geht davon aus, dass in dem Gläschen nicht „so gesunde Sachen drinne“ sind, weil im Endeffekt soll das Kind ja auch satt werden und zunehmen. Frau D schätzt Baby Daniels Ernährung als gesund ein, weil sie frisches Obst selbst püriert. Herr H sieht, dass Baby Hans Ernährung gesund ist, weil er signalisieren kann, wenn er satt ist und seinen eigenen Geschmack entwickelt.

Stellungnahme: Empfehlungen

Die Eltern wurden gefragt, ob sie, angelehnt an die Ernährungspyramide, die Empfehlungen zum täglichen Verzehr von Gemüse und Obst, als auch zu Süßigkeiten und Snackprodukte kennen. Relativ zuversichtlich, die Empfehlungen für Gemüse und Obst zu kennen war lediglich Frau A „ja fünf kleine Mahlzeiten sind immer oder fünf Stücken Obst sollte man wohl essen am Tag glaube ich. Von jedem ein bisschen“. Herr H hat mal gehört, dass es „fünf verschiedene Früchte an fünf verschiedenen Zeiten am Tag oder irgendwie so“ sind und weiß nicht, ob das noch aktuell ist. Auch Frau D hat mal gehört, dass es zwei Portionen Obst am Tag sein sollen. Der Großteil der Befragten kannte keine Empfehlungen zum Verzehr von Gemüse und Obst (Frau C, E, F, G, I, J, K, L, M, N, O). Wurden die Interviewten um eine Schätzung, ausgedrückt in Portionen, gebeten wurde der Verzehr eher unterschätzt. Nicht selten reagierten die Eltern verblüfft oder fassungslos auf die Angabe der Interviewerin, dass man täglich insgesamt fünf Portionen Obst und Gemüse, davon zwei Portionen Obst und drei Portionen Gemüse, verzehren sollte und verdeutlichen, dass sie so viel nicht essen bzw. schaffen zu essen (Frau C, E, G, L und M). Auch Herr H grenzt den eigenen Verzehr mit „aber das machen wir nicht“ von den Empfehlungen ab.

Frau B und Frau L geben die Empfehlungen für Süßigkeiten und Snackprodukte mit einer Kinderhand voll bzw. einer Portion täglich an. Frau C, D, E, F, G, J, K, M, N, O und Herr H kennen keine Empfehlungen zu Snack- und Süßigkeiten. Die Eltern sind sich bewusst, dass Süßigkeiten und Snacks eher selten bzw.

wenig verzehrt werden sollten und die Empfehlung, ausgedrückt als Portion wird eher richtig eingeschätzt bzw. leicht unterschätzt (Frau C, D, G, J, K, M, N und Herr H).

Stellungnahme: „Was meinem Kind schmeckt ist auch gut für mein Kind.“

Der Aussage „Was meinem Kind schmeckt ist auch gut für mein Kind.“ stehen die meisten Eltern sehr skeptisch gegenüber, sie wird stark abgewogen und kann nicht immer eindeutig beantwortet werden. Frau A, B, C, F, J und N stimmen der Aussage eher nicht zu. Allen voran werden Lebensmittel bzw. Speisen genannt, die die Eltern als ungünstig betrachten, von denen sie aber sicher sind oder beobachtet haben, dass Kinder diese Speisen gerne essen. Genannt werden vor allem süße Speisen bzw. Süßigkeiten und typische Fastfood-gerichte wie Pommes, Hamburger und Nuggets.

Frau I, L und Frau M stimmen der Aussage grundsätzlich zu, machen die Aussage aber auch von den Lebensmitteln abhängig. Frau D, G, K und Frau O betonen, dass jeder seinen eigenen Geschmack hat. Demzufolge bringt es nach Frau K auch nichts, Baby Karl „was reinzuflößen, was ihm nicht schmeckt und da stundenlang davorzusetzen“. Aber auch Frau G und Frau O denken, dass uneingeschränkter Verzehr von dem was schmeckt auf Dauer nicht gut ist.

Herr H stimmt der Aussage zu und stellt heraus „was dem Kind schmeckt kann erstmal prinzipiell nicht schlecht sein“. Er hat zu dem Thema auch eine Studie gelesen. Dort wurde den Kindern eine Reihe von Speisen verfügbar gemacht und insgesamt haben sich die Kinder ausgewogen ernährt. Herr H betont, dass die angebotenen Speisen in der Studie nicht „so ungesund“ waren, aber dennoch bei einseitiger Auswahl eine Fehlernährung verursachen können. Dennoch sollte vielleicht nicht alles Angebotene zugleich zuckerhaltig sein.

Stellungnahme: „Denken Sie, dass Ernährung Einfluss auf die Zukunft ihres Kindes hat? Inwiefern?“

Der Großteil der Eltern stimmt dieser Aussage zu (Frau A, B, D, F, I, K, L, M, O und Herr H) bzw. teilweise zu (Frau C und Frau E). Ernährung beeinflusst, wie fit und sportlich man ist (Frau A, B, C, F, K, L und O). Davon hängt wiederum ab, welchen Beruf man erlernen kann (Frau C) oder wie akzeptiert man ist (Frau B). So wollte Frau C gerne Polizistin werden, hatte aber aufgrund von Übergewicht nicht die nötige Ausdauer. Frau D, M und Frau L stellen heraus, dass die Ernährung das Körpergewicht beeinflusst. Weiterhin sind die Vitamine wichtig fürs Gehirn und die Öle für die Fettzellen. Herr H betont, dass Ernährung zwar ein wichtiger Faktor ist, aber er dies persönlich nicht als das Wichtigste einstufen möchte. Es hängt viel vom sozialen Umfeld ab. Frau G und Frau J können sich nicht vorstellen, dass die Ernährung die Zukunft beeinflusst.

Stellungnahme: „Viele Experten sagen, dass zu viel Süßes nicht gut für die Kinder ist. Was denken Sie, warum ist das so?“

Eltern assoziieren mit „zu viel süß“ für Kinder hauptsächlich die negativen Folgen für die Zähne (A, C, D, E, K, L, M und O). Frau B, G, K und Herr H stellen explizit zu viel Zucker als ungünstig heraus. So beschreiben Frau G und Frau K, dass die Kinder durch zu viel Zucker einen „Zuckerschock“ bekommen

und „aufdrehen“. Frau A und Herr H stellen den Bezug von Zucker zum Körpergewicht und der Gesundheit her. So brauchen Kinder zwar Energie, „aber irgendwann ist [es] zu viel“ (Herr H). Frau B betont, dass der ganze industrielle Zucker krank macht, was sie durch ihre Erkrankung an Schwangerschaftsdiabetes weiß.

Stellungnahme: „Man hört momentan verstärkt in den Nachrichten, dass Kinder häufiger für ihr Alter zu dick sind. Was denken Sie, warum ist das so?“

Gründe für die Zunahme von Übergewicht sehen die meisten Eltern in „falscher“ oder „ungesunder“ Ernährung (A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, K, L, O) sowie fehlender Bewegung (Frau B, C, G, M). Frau K, Frau M und Frau O machen zu einem Großteil die Gene verantwortlich. Frau B und Frau G stellen weiterhin heraus, dass Krankheiten für die Entwicklung von Übergewicht verantwortlich sein können.

Die meisten Eltern finden es nicht gut, traurig oder gar schlimm, wenn Kinder für ihr Alter zu dick sind aufgrund der sozialen Ausgrenzung von Gleichaltrigen, die mit Hänkeln und Mobbing einhergeht und die betroffenen Kinder darunter leiden lässt (Frau B, D, E, F, H, I, L, M). Als soziale Ausgrenzung wird zunächst das Aussehen „dick sein“ aufgeführt, aber auch aufgrund von z. B. eingeschränkter Bewegung nicht mithalten können. Frau C und Frau I wurden in ihrer Schulzeit selbst sozial ausgegrenzt aufgrund ihres äußerlichen Aussehens und sind hierfür stark sensibilisiert.

Die Verantwortung für das Körpergewicht der Kinder wird von den Befragten häufig an die Eltern abgegeben (Frau (A), B, D, E, F, G, I; K, L) und ist nicht selten mit Vorurteilen verbunden. Typische Reaktionen sind: Die Eltern „sind selber Junkfood-belastet“ und „die Kinder bekommen es nicht anders vorgelebt“. Es fehlen geregelte Mahlzeiten und eine Esskultur. Die Eltern setzen sich mit dem Essverhalten ihrer Kinder nicht auseinander. Sie greifen auf Fertiggerichte und Fast Food zurück z. B. weil sie „selber nicht kochen können“, sie „keine Zeit haben“ zu kochen oder sie „zu faul“ sind. Eltern „verwöhnen“ oder „mästen“ ihre Kinder mit Essen, um fehlende Zeit mit den Kindern zu kompensieren oder um sie ruhig zu stellen. Die Eltern erziehen ihre Kinder nicht richtig.

Weiterhin wird aber auch angemerkt, dass aufgrund der Arbeit und Arbeitsbedingungen bei Eltern häufig die Zeit fehlt zu kochen und mit den Kindern Unternehmungen zu machen, wodurch Kinder häufiger Zeit am Bildschirm verbringen. Frau G und Frau N machen deutlich, dass Fast Food eine attraktive Ernährungsoption ist, weil es unkompliziert und sehr günstig ist und schnell satt macht. Frau D merkt wiederum in Bezug auf süße Speisen an: „Das ist alles mit Absicht gemacht“.

Stellungnahme: „Es gibt auch Familien, die weniger Wert auf gesunde Ernährung legen. Was denken Sie – Wie könnte man diese Eltern motivieren?“

Werden die Eltern gefragt, wie man andere Eltern motivieren könnte die Ernährung umzustellen sind einige der Eltern sehr skeptisch, inwiefern motiviert werden kann, wenn kein Interesse am Thema Ernährung besteht (Frau B, C, D, G, H). Ernährungsberatung, Informationsbroschüren zur Aufklärung oder Rezepte können beispielsweise angeboten werden (Frau D, E, F, M und L). Frau A nimmt wahr, dass schon viel für die Ernährung (z.B. in der Kita) gemacht wird und auch Frau D findet, dass Ärzte Ernährungsthemen bereits gut ansprechen. Von Frau B, I und Herrn H wird angemerkt, dass die

klassische Informationsvermittlung wie Ernährungsberatung, Rezepte mitgeben oder Informationen übers Fernsehen vermitteln, eher nicht bei Eltern ankommt. Am ehesten Sprechen sich die Eltern für gemeinsame Aktivitäten aus, um andere Eltern zu motivieren (Frau B, C, G, I, M und Herr H). Gemeinsame Elternkochkurse, in welchen Eltern an die Hand genommen werden, Anleitung bekommen und die Kinder mit dabei sind. Aktivitäten, die Spaß machen und mit denen gezeigt wird „wie leicht, wie schnell und wie gut es schmeckt“. Wichtig ist, dass gesunde Ernährung vorgemacht und gar nicht erst darüber geredet wird. Dabei könnte man die Angebote bereits zur Geburt bewerben. So fasst Frau M für sich zusammen:

„So gerade die [Eltern], die frisch gebacken sind und keinerlei Erfahrungen haben. Die an die Hand zu nehmen und denen vielleicht einfach Ernährungstipps mitzugeben. Oder direkt halt von der Klinik aus, dann schon, wenn die Mutter entbunden hat, dann gleich auf die Angebote hinweisen. Guck mal! „Wir haben das und das (...).“ Nicht nur: Wir haben Babyschwimmen und das ist unsere Krabbelgruppe (...). Und guck mal wir haben hier auch ein Elternkochkurs.“

Auch Frau N findet es gut, wenn man gemeinsam kochen könnte und gezeigt bekommt was gut ist. Dabei lehnt sie aber Angebote im Stadtteil ab. Sie selber würde diese Angebote nicht wahrnehmen, allem voran wegen ihres Körpergewichts. Aufgrund des „Babybauchs“ fühlt sie sich unwohl unter Leute zu gehen. Vielmehr würde sie sich wünschen, dass die Familienhilfe vom Jugendamt mit ihr gemeinsam kocht und findet es schade, dass ihr aktuell nur gesagt wird, was sie machen soll.

Um Eltern für gesunde Ernährung zu motivieren, sollte man aufzeigen, dass diese für die Gesundheit des Kindes wichtig ist (Frau F, K und Herr H). Man sollte dabei thematisieren welche negativen Folgen ungesunde Ernährung hat, als auch wie viel Lebensqualität eine ausgewogene, gesunde Ernährung mit sich bringt. Einige Argumente, die eigene Ernährung umzustellen wären für die Befragten beispielsweise, um berufliche weiterzukommen (Frau C), wenn es durch die bisherige Ernährung zu Übergewicht kommt (Frau K) oder Mangelerscheinungen und Beeinträchtigungen auftreten (Frau I).

Beruf und Zukunftsperspektiven (K 9)

Viele Eltern wollen unbedingt arbeiten gehen und sind sehr motiviert ins Berufsleben einzusteigen bzw. wieder einzusteigen (Frau B, C, E, F, G, I, K, N und O). Frau F, G und K „fällt zu Hause die Decke auf den Kopf“, weshalb Frau F und Frau K bereits wieder angefangen haben zu arbeiten. Die jungen Frauen, die erst noch eine Ausbildung angehen möchten, sind sehr zuversichtlich Beruf und Familie vereinbaren zu können (Frau C, G, I, J, K, N). Für Frau C stellt sich noch die Herausforderung eine Ausbildung in der Nähe ihres Wohnorts zu finden, da die langen Fahrtzeiten sonst nicht vereinbar mit den Kitabetreuungszeiten sind. Auch Frau K hatte Glück, dass sie nun eine überbetriebliche Ausbildung in Wohnortnähe anfangen konnte. Frau A, B, D, F, L und M haben schon längere Zeit in festen Berufen gearbeitet und machen sich dagegen eher Sorgen, dass sie durch die Arbeit nicht genug Zeit für die Kinder haben. Insbesondere Frau A, D, F und M, die bereits größere Kinder haben, berichten, dass ihre bisherigen Arbeitgeber keine oder nur wenig Rücksicht darauf genommen haben, dass die Frauen bereits Mütter sind. Diese Frauen empfanden ihre Arbeitsbedingungen vor der Elternzeit als sehr stressig, einerseits durch Schichtdienst, der nicht gut mit Kinderbetreuungszeiten vereinbar ist, andererseits durch teilweise zusätzlichen Druck

seitens der Arbeitgeber wieder arbeiten zu müssen, auch wenn ihre Kinder, z. B. durch Krankheit, eigentlich extra Betreuung benötigen. So hat sich Frau A unter anderem auch durch die schlechte Entlohnung zunächst gegen eine Rückkehr in ihren Beruf als Friseurin entschieden: „Ich hab’ eh aufgehört zu arbeiten, aber weil eh ich zu wenig Zeit für die Kinder hätte. (...) Für mich [hat] dieser Sinn sich nicht eh ergeben praktisch für so wenig Geld, sag ich mal eh jetzt auf so viel Zeit mit den Kindern zu verzichten.“

Frau F und Frau M sind empört und teilweise resigniert, dass einerseits von der Politik signalisiert wird, dass Deutschland Kinder braucht, andererseits es so schwierig ist einen Arbeitgeber zu finden der akzeptiert, dass man Kinder hat. Mit Kindern arbeiten zu gehen funktioniert für Frau F und Frau M nur mit Hilfe. So hat Frau F’s Schwiegermutter beispielsweise ihre große Tochter häufig aus dem Kindergarten abgeholt und betreut, wenn sie arbeiten war. Frau M konstatiert: „Und einen Arbeitgeber zu finden, der das versteht, dass ich zwei Kinder hab’, dadurch nicht behindert bin aber eben schon eingeschränkt. Also natürlich probier’ ich mir immer Optionen freizuhalten von Freunden bis hin zur Familie, die dann auch mal einspringen können, wenn die Kinder krank sind. Die die Kinder vielleicht auch mal schnell abholen können, wenn ich es gerade mal nicht kann, aber es ist wahnsinnig schwer in der heutigen Zeit wirklich einen familienfreundlichen Arbeitgeber zu finden. Das ist nahezu unmöglich.“

Zufrieden mit den Arbeitsbedingungen vor der Elternzeit waren Frau E und Herr H. Frau E war geringfügig im Callcenter über das Arbeitsamt beschäftigt und möchte gerne wieder dort arbeiten, allerdings wurden vorerst die Gelder für diese Maßnahme gestrichen. Herr H war vor der Elternzeit Referendar und wird nach der Elternzeit als Lehrer anfangen. Dadurch, dass er als Referendar relativ zeitig am Tag von der Schule nach Hause kam, konnte er viel Zeit mit seiner Frau und Baby Hans verbringen.

Kapitel 5

Diskussion

5.1 Diskussion der Methoden

Umsetzung von Gütekriterien entlang des qualitativen Forschungsprozesses

Um die intersubjektive Überprüfbarkeit der empirischen Erkenntnisse entlang des gesamten Forschungsprozesses zu gewährleisten, wurden für die vorliegende Arbeit die einzelnen Schritte: Auswahl und Definition des Untersuchungsgegenstandes, Fragestellung, Auswahl der Erhebungsmethoden und Durchführung der Erhebung, die Aufbereitung und Analyse der Daten sowie die Ergebnisdarstellung und die Interpretation möglichst genau dargestellt. So wird der Leser in die Lage versetzt auf der Grundlage der empirischen Datenlage selbst Schlussfolgerungen anzustellen und eigene Interpretationen vorzunehmen (vgl. Przyborski und Wohrab-Sahr 2010: 353). Dabei sind die verwendeten Methoden und Vorgehensweisen als reflektiertes Ergebnis aus einer Reihe von Möglichkeiten zu sehen (vgl. Flick 2009: 132f „Guiding questions for selecting a qualitative research question“ und „Rules of thumb and key questions for reflecting research steps and methods“). An den entsprechenden Stellen wurden Entscheidungsschritte der Autorin für den Leser transparent gemacht.

Um die Gegenstandsangemessenheit der Erhebungsmethode zu verdeutlichen, wurde in den Kapiteln 3.2 und 3.3 reflektiert und dargelegt, warum in Bezug auf die Fragestellung sich sowohl für ein qualitatives Forschungsdesign und im spezifischen für die Erhebung durch ein Leitfadeninterview entschieden wurde. Eine Begründung zur Auswahl der Zielgruppe, dem Alter der Säuglinge und die Bestrebung die Interviews im häuslichen Umfeld der jungen Familien durchzuführen, erfolgte im Kapitel 3.5. Neben der detaillierten Darstellung der Datenerhebung und der Datenanalyse (Kapitel 3.5 und 3.6) werden dem Leser das Erhebungsinstrument mit dem gewünschten Erkenntnisgewinn, der Kurzfragebogen und der Interviewbericht sowie das Kategoriensystem zur besseren Nachvollziehbarkeit im Anhang zugänglich gemacht. Trotz der nach bestem Wissen und Gewissen geplanten ungestörten Datenerhebung (Anstreben der Interviews zu Zeiten, in denen der Säugling schläft) kam es durch die Anwesenheit der Kinder bei den Interviews und den Interaktionen zwischen Eltern und Kind zu Unterbrechungen im Gespräch. Ein möglichst ungestörter Interviewverlauf war somit in den wenigsten Familien möglich. Diese Unterbrechungen sollten jedoch nicht als ein Mangel an Qualität der Interviews gesehen werden, denn sie gaben der Autorin zusätzlich die Möglichkeit Eltern-Kind-Interaktionen zu beobachten und haben vielmehr zum Zuwachs des Erkenntnisinteresses beigetragen. Durch die beobachteten Situationen konnten Äußerungen im Interview sogar besser nachvollzogen

und eingeordnet werden. Sozial erwünschtes Antwortverhalten seitens der Interviewten ist nie auszuschließen. Viele der befragten Frauen leben in prekären Lebenslagen und verdeutlichten, dass sie sich dieser Situation bewusst sind und als sehr unangenehm empfinden. In Familie G und Familie N ist der Autorin aufgefallen, dass die Frauen während der Interviewdurchführung einen gepflegteren Sprachgebrauch bzw. Umgangston nutzten als im Vor- und Nachgespräch. Um sozial erwünschtes Antwortverhalten bzw. „Beschönigungen von Problemen“ möglichst zu umgehen, als auch den Eltern das Gefühl zu vermitteln, dass die Autorin als Gesprächspartnerin jemand ist, der sie verstehen kann (vgl. Helfferich 2011: 120) wurden die Eltern zu Beginn des Interviews darauf hingewiesen, dass das Interview darauf abzielt, die ganz persönlichen Sichtweisen und Erfahrungen der Eltern kennenzulernen. Durch die Darstellung des Forschungsinteresses im Vorgespräch wurden die Eltern als Experten angesprochen und ein Interesse an ihre Kompetenz signalisiert (vgl. Przyborski und Wohrab-Sahr 2010: 135). Ferner wurden die Eltern im Anschluss der Interviewsituation gefragt, wie sie das Gespräch empfunden haben und um ein kurzes Statement gebeten, warum sie sich für die Teilnahme entschieden haben. Bis auf Frau C, die manche Fragen als wiederholend empfand, äußerten sich die Teilnehmenden positiv bis sehr positiv über das Interview. Die meisten Eltern betonten, dass sie es sehr wichtig finden auch einmal selbst gefragt zu werden. Durch diese positiven Äußerungen kann angenommen werden, dass das sozial erwünschte Antwortverhalten im Rahmen der Interviews möglichst geringgehalten wurde.

Der Leitfaden wurde so konzipiert, dass eine Entfaltung der Relevanzsysteme der Befragten möglich ist. Um diese Offenheit auch im Auswertungsprozess weiterzuverfolgen, wählte die Autorin eine deduktiv-induktive Kategorienbildung. Reflexionen im Prozess der Datenanalyse wurden vorgenommen in dem im Interview Gesagtes zugleich mit den Beobachtungen des Interviewers abgeglichen wurde. Reliabilität der Interpretation der Ergebnisse (vgl. Przyborski und Wohrab-Sahr 2010: 354) wird dadurch gewährleistet, dass im Diskussionsteil theorierelevante Abstraktionen und Generalisierungen an das empirische Material zurückgebunden werden durch Bezugnahme auf die jeweiligen Ergebnisausführungen.

Es ist Aufgabe des Sozialwissenschaftlers dafür Sorge zu tragen, dass die Privatsphäre der Untersuchten nicht verletzt wird und damit einhergehend „der Freiheit des Individuums, darüber zu entscheiden, wann, unter welchen Umständen und in welchem Ausmaß es seine Einstellungen, Überzeugungen und Meinungen anderen mitteilt oder nicht“ (Gläser und Laudel 2010: 52). Um den ethischen Kriterien einer informierten Einwilligung gerecht zu werden, wurde den Eltern eine ausführliche Projektinformation an die Hand gegeben und offengelegt, dass die Daten vertraulich gehandhabt, anonymisiert und nur durch die Autorin im Rahmen einer Dissertation ausgewertet werden und sich gegebenenfalls daraus weiter entwickelnder wissenschaftlicher Arbeit. Den Teilnehmenden wurde zugesichert, dass eine Weitergabe an Dritte nur in anonymisierter und zusammengefasster Form erfolgt. Weiterhin wurden die Teilnehmenden ausdrücklich darüber informiert, dass die Teilnahme freiwillig ist und das Interview mit einem Audiogerät aufgezeichnet wird. Den Eltern wurde ferner angeboten das verschriftlichte Interview zu lesen und Aussagen, die sie im Nachhinein nichtzutreffend finden zu löschen, anzupassen oder zu ergänzen. Hiervon hat kein Elternteil Gebrauch gemacht.

Limitationen

Die familiäre Essumgebung und der Essalltag von Säuglingen ist ein komplexer Handlungsbereich, der in dieser Studie mit Hilfe von leitfadengestützten Interviews festgehalten wird. Auch wenn durch die Offenheit des Fragebogens die Entfaltung der eigenen Relevanzsysteme der Befragten versucht wurde zu ermöglichen, so finden die Auswertung und Interpretation der Daten jedoch stets aus der subjektiven Sichtweise der Autorin statt. Sprachliche Äußerungen und deren Bedeutungsgehalte werden vor den Erfahrungen und kulturellem Hintergrund der Autorin vorgenommen und beeinflussen den Interpretationsrahmen und das Fremdverstehen. Esspraktiken werden beispielsweise nach einem vorher abgeleiteten und definierten Modell eingeordnet, obwohl auch andere Einordnungen und Herangehensweisen denkbar gewesen wären.

Es ist nicht möglich aufgrund der geringen Fallzahl von 15 Familien repräsentative Ergebnisse zu erzielen. Die Generalisierbarkeit der Ergebnisse ist nur in Bezug auf die hier dargestellten Fälle möglich. Dennoch liefern die hier gefundenen Erkenntnisse Ansatzpunkte zur Förderung eines gesunden Essverhaltens für die Arbeit mit jungen Familien im Rahmen von Gesundheitsförderung und Primärprävention. Weiterhin können die Erkenntnisse eine Grundlage für quantitative Erhebungen bilden und bei der Erstellung neuer Hypothesen Berücksichtigung finden.

5.2 Diskussion der Ergebnisse

Nachfolgend werden die Ergebnisse der qualitativen Studie vor dem Hintergrund der Forschungsfragen kategorienübergreifend diskutiert. Es werden sich als relevant herausgestellte Aspekte der Essumgebungen in den Familien vor dem Hintergrund der Förderung von Responsivität und Gesundheitsförderlichkeit diskutiert und Bedarfe und Ansatzmöglichkeiten für die Arbeit mit Familien herausgestellt. Ferner werden Anforderungen an ernährungsbezogene Maßnahmen im ersten Lebensjahr abgeleitet.

Einschätzung der familiären Essumgebungen anhand der Ergebniskategorien

Mahlzeitenorganisation und Beköstigung

Der Beköstigungsaufwand ist in vielen der befragten Familien sehr hoch und setzt Struktur, Absprache und zeitliche Ressourcen voraus. In vielen Familien wird mehrmals die Woche bis hin zu täglich, eingekauft, wobei nicht selten auf die Hilfe der Familie, z. B. die eigenen Eltern, zurückgegriffen wird. Insbesondere, wenn kein Auto zur Verfügung steht und der Einkauf mit dem Kinderwagen stattfindet, ist dies für die Eltern aufwendig und körperlich belastend. Der Großteil der Eltern bereitet die tägliche warme Mahlzeit für den Säugling selbst zu. Entweder wird Brei vorgekocht, tiefgefroren und bei Bedarf wieder aufgetaut oder es wird täglich frisch gekocht. Letzteres hauptsächlich dann, wenn die Säuglinge bereits Familienkost verzehren. Nur vier Familien greifen vorrangig auf kommerziell hergestellte Speisen aus dem Glas zurück. Zeitliche Abstriche machen Eltern vorrangig, wenn es um ihre eigene Ernährung geht. Wie bereits Meier-Gräwe (2010: 214) beschreibt, ist die verlässliche

Ernährungsversorgung von Kindern und Eltern an 365 Tagen im Jahr und mehrmals täglich keinesfalls trivial. Ein nicht unerheblicher Anteil der täglichen Zeit wird in den Familien mit der Besorgung von Lebensmitteln und der Planung, Bereitstellung und Ausgestaltung von Mahlzeiten verbracht. Familien mit Säuglingen scheinen hier einer zeitlichen Doppelbelastung zu unterliegen insbesondere, wenn die Säuglinge noch nicht an der Familienkost teilnehmen und Beikostmahlzeiten extra bereitgestellt werden.

Viele Familien haben bereits eine zeitliche Struktur und Regelmäßigkeit für die Säuglingsmahlzeiten aufgebaut, die sich an die Schlafbedürfnisse der Säuglinge orientiert und in bestehende Alltagsstrukturen wie Arbeitszeiten der Eltern und Kitabesuch größerer Geschwisterkinder eingebettet ist. Regelmäßig Mahlzeiten in einem absehbaren Zeitplan, zu denen die Säuglinge auch hungrig sind, spiegeln im zweiten Lebenshalbjahr mit dem Übergang zur Familienkost wünschenswerte und altersgerechte Praktiken wider (vgl. Satter 1990). Sie versorgen den Säugling mit Energie und Nährstoffen und sind wichtige Orientierungspunkte im Tagesgeschehen, die ihm Verlässlichkeit und Sicherheit geben. Der Säugling und dessen Organismus kann sich auf die regelmäßige Zufuhr von Energie verlassen und damit einhergehend das Stillen von Hunger als Grundbedürfnis¹. Der Aufbau von (Mahlzeiten)-Routinen ermöglicht dem Säugling künftig ein stabiles Umfeld in welchem er explorieren und lernen kann (vgl. McKinney et al. 2018: 113). Dabei ist es auch wichtig die Schlafbedürfnisse der Säuglinge zu berücksichtigen und die Mahlzeiten zeitlich dem etwas anzupassen. Demnach sind die weniger strukturierten und spontan organisierten Säuglingsmahlzeiten in den Familien J und N, sowie der spontane Verzehr zu elterlichen Mahlzeiten in den Familien B, C, F, G, K und O als ungünstig zu bewerten. Spontane Mahlzeiten bürden zudem das Risiko, dass auf Speisen zurückgegriffen wird, die gerade verfügbar sind. Dies wird vor allem deutlich, wenn Eltern vor ihren Säuglingen essen. Die Säuglinge „fordern“ dann die Lebensmittel ein, die sie bei ihren Eltern sehen. Obwohl Säuglingsmahlzeiten gut organisiert und vorgeplant sind, kommt es dennoch zu weiteren, spontanen Mahlzeiten im Tagesverlauf. Dies ist ungünstig, da die Mahlzeitenanzahl „ungeplant“ steigt und die Lebensmittel- und Speisenwahl dann eher die Vorlieben der Eltern widerspiegelt. So kommt es eher zu einem Mitessen, statt gemeinsamen Mahlzeiten. Der Lebensmittelverzehr zu den zusätzlichen Mahlzeiten könnte den Lebensmittelverzehr erwünschter Speisen zu im Voraus geplanten Mahlzeiten beeinträchtigen, dadurch dass der Säugling keinen oder weniger Hunger hat. Wünschenswert im zweiten Lebenshalbjahr wären regelmäßig eingeplante, gemeinsame Mahlzeiten vor allem wenn die Säuglinge bereits eigenständig sitzen können.

Spontane Mahlzeiten werden auch begünstigt, wenn es für die Säuglinge keine Einschränkung zu im Haushalt verfügbaren Speisen gibt. So haben Baby Gregor, Baby Jake und Baby Karl Zugang zu Keksen und Süßigkeiten, die sich im Schrank bzw. auf dem Tisch befinden. In den Familien G, J und N wird zudem deutlich, dass die Entscheidung über den Verzehr und somit auch die Verantwortlichkeit für den Zeitpunkt von Mahlzeiten an den Säugling abgegeben wird. So isst Baby Nigel, „wenn er Bock hat“. Diese Praktik ist nicht-responsiv. Die Verantwortlichkeit für die zeitliche Mahlzeitenstruktur im

¹ Essen und Trinken als Grundbedürfnisse nach Maslow (vgl. Methfessel 2020).

Säuglingsalter sollte alleinig bei den Eltern liegen. Kinder benötigen Führung und Grenzen (vgl. Satter 1990), um sich orientieren zu können und sicher zu fühlen.

Weniger günstig ist weiterhin, wenn sich die zeitliche Struktur von Säuglingsmahlzeiten ausschließlich, wie im Fall von Familie B, D, I und L an der Tageszeit orientiert. Durch die sehr starre zeitliche Struktur kann es passieren, dass Mahlzeiten sich nicht an die eigentlichen Hunger- und Sättigungsbedürfnisse des Säuglings orientieren und sich dadurch ungünstig auf die Selbstregulation der Energieaufnahme auswirken. Im Fall von Frau B wird deutlich, dass die feste Struktur unter Umständen zu belastenden Mahlzeituersituationen führt, in welchen Baby Bjarne abgelenkt werden muss, damit er weiter isst. Frau B begründet die starre Struktur mit dem Aufbau einer Routine. Das Konzept Routine wird hierbei jedoch ungünstiger Weise gleichgesetzt mit der Tageszeit bzw. auf diese reduziert. Ein gelegentliches Vorverlegen der Mittagsmahlzeit für Baby Bjarne würde für Frau B den Druck aus der angespannten Mahlzeituersituation nehmen.

Die Erarbeitung zeitlicher Mahlzeitenstrukturen spielt spätestens mit dem Übergang zur Familienkost eine wichtige Rolle. Wichtige Ansatzpunkte in den hier betrachteten Familien sind die Erarbeitung gemeinsamer Mahlzeiten und die Vermeidung eines ungeplanten Mitessens der Säuglinge bei den Eltern. Mit dem Übergang zu regelmäßigen Beikostmahlzeiten sollte für Eltern explizit herausgestellt werden, dass eine zeitliche Struktur wünschenswert ist, die Bedürfnisse des Säuglings jedoch (wie z.B. Schlaf und Hunger) weiterhin vorrangig berücksichtigt werden müssen. Mahlzeiten sollten dementsprechend zeitlich angepasst werden. Es wird weiterhin deutlich, dass in der ernährungsbezogenen Arbeit eine umfassende Stärkung von Elternkompetenzen ein wichtiger Ansatzpunkt ist, um gesundheitsfördernde Mahlzeitenstrukturen und Ernährungspraktiken zu befördern. Einhergehend mit der motorischen Entwicklung und den Essfertigkeiten gilt es die Wahrnehmung der kognitiven und sozialen Entwicklung der Säuglinge herauszustellen und Eltern in ihrer Verantwortlichkeit bezüglich der Bereitstellung von Mahlzeiten und der Auswahl der Speisen zu stärken, Grenzen der kindlichen Entwicklung aufzuzeigen und sinnvolle altersentsprechende Regeln im Zugang und der Verfügbarkeit von Lebensmitteln zu erarbeiten.

Mahlzeiten- und Fütterungspraktiken

Zum Großteil werden in den Familien alters- und entwicklungsentsprechende Mahlzeiten- und Fütterungspraktiken umgesetzt, insbesondere zu den Hauptmahlzeiten. So gibt es für die Säuglinge, die bereits eigenständig sitzen können, einen extra eingerichteten Essplatz wie den Hochstuhl oder eine Babystuhl-Tischkombination an einem fest etablierten Ort in der Wohnung. Eltern begleiten Säuglinge zu den Tischmahlzeiten und die meisten gestehen ihnen zu, dass sie eigenständig mit den Händen essen und den Umgang mit Löffel oder Gabel üben dürfen. Vielen Eltern ist bewusst, dass die selbstständige Nahrungsaufnahme erst erlernt werden muss und kleckern gehört dazu. Gleichzeitig unterstützen Eltern die Aufnahme von breiigen Speisen durch Füttern. Angeleitete Beikostmahlzeiten, bei denen Säuglinge ihre motorischen und koordinativen Fähig- und Fertigkeiten in einem anleitenden und unterstützenden Kontext üben können, fördert die unabhängige Nahrungsaufnahme und ist Teil eines gesundheitsfördernden Essverhaltens im zweiten Lebenshalbjahr. Ein stabiler und sicherer Essplatz an denen Säuglinge Hände und Kopf frei bewegen können ist Grundlage, um Fähig- und

Fertigkeiten zu erproben. Die elterliche Begleitung gibt den Säuglingen Rückversicherung zu den angebotenen Speisen.

Eltern sind stolz auf die Fähigkeiten ihrer Kinder, dennoch werden die Mahlzeiten im zweiten Lebenshalbjahr als anstrengend empfunden. So wird der Essplatz und unter Umständen die Wohnung dreckig, wenn Kinder eigenständig essen dürfen. Um dies zu umgehen, werden in den Familien F, J und K die Säuglinge gefüttert oder Lebensmittel angeboten, die einfach mit der Hand zu essen sind. Diese Praktiken berücksichtigen jedoch nicht die Erprobung von Essfertigkeiten und bergen die Gefahr, dass Lebensmittel auf der Grundlage der einfachen Handhabung gewählt werden und nicht nach ernährungsphysiologischen Gesichtspunkten. Auffallend ist, dass Mahlzeiten in der Wohnung von Frau J und Frau K im Wohnzimmer bzw. der Wohnküche am Couchtisch stattfinden. So ist es verständlich, dass die Mütter bestrebt sind den Wohlfühlraum der Wohnung sauber zu halten. In diesem Fall wirkt es sich ungünstig auf die Mahlzeitenpraktiken des Säuglings aus, wenn die Wohnungen nicht mit einem separaten Essplatz ausgestattet sind.

Besonders ungünstig sind die unbegleiteten Flaschenmahlzeiten in den Familien J, K und N. Hier besteht die Gefahr, dass die Säuglinge sich in Abwesenheit der Eltern verschlucken, Hunger- und Sättigungssignale der Säuglinge von den Eltern nicht adäquat wahrgenommen werden können und eine positive Sozialisierung zu den Mahlzeiten nicht stattfindet.

Weniger günstig ist die Gestaltung von Zwischenmahlzeiten und von Mahlzeiten unterwegs. Die Hälfte der Eltern legt weniger Wert darauf, dass ihre Säuglinge sich zu den Zwischenmahlzeiten hinsetzen, wodurch es hier auch oft Essen auf die Hand, in Form von leicht zu verzehrenden geeigneten Fingerfood gibt. Auch unterwegs im Kinderwagen wird eher auf leicht zu verzehrende kommerzielle Convenience-Getreideprodukte, die die Säuglinge bereits eigenständig halten können, zurückgegriffen. Vor diesem Hintergrund sind die Zwischenmahlzeiten als doppelt ungünstig zu betrachten. Zum einen gibt es eher ungünstige Lebensmittel, zum anderen ist die Mahlzeitenausgestaltung ungünstig, da die Säuglinge eher unbegleitet und nebenbei essen. Durch Essen nebenbei können Kinder ihre Sättigungssignale nicht so gut wahrnehmen und es besteht zudem die Gefahr, dass Mahlzeiten künstlich in die Länge gezogen werden oder Lebensmittel Teil des Spielens werden. Dies sind wiederum ungünstige Voraussetzungen für die Tischmahlzeiten.

In der Arbeit mit Eltern sollte die Begleitung der Säuglingsmahlzeiten durch die Eltern ein Thema sein. Insbesondere sollte die Mahlzeitenbegleitung und -gestaltung unterwegs herausgestellt werden. Ansatzpunkte wären Mahlzeiten unterwegs möglichst gezielt zeitlich so einzuplanen, dass Eltern die Mahlzeiten begleiten können und auf ein Essen nebenbei verzichtet werden kann. Der Übergang zur Beikost und die damit einhergehenden Etablierung eines eigenen Sitzplatzes für den Säugling wäre ein geeigneter Zeitpunkt Eltern auf die späteren eigenständigen Essversuche des Säuglings aufmerksam zu machen. Eltern sollten ermutigt werden einen möglichst leicht zu reinigen Essplatz zu etablieren bzw. den Essplatz so auszustatten, dass dieser leicht zu reinigen ist, um unangenehme Erfahrungen, die zu einer Einschränkung eigenständiger Essversuche führen könnten, vorwegzunehmen.

Die in dieser Studie befragten Eltern haben bereits konkrete Vorstellungen über die Ausgestaltung von Mahlzeiten am Tisch. Altersgerechte Tischregeln sind, dass Säuglinge sich zu den Mahlzeiten hinsetzen. Die Hälfte der Familien setzt diese Praktiken zu den Hauptmahlzeiten um. Aus den Interviews wird deutlich, dass Eltern über die Verhaltensweisen ihrer Kinder am Tisch gut deren Sättigungssignale wahrnehmen können. Ungünstig dagegen sind Mahlzeitu-situationen, bei denen die Säuglinge so lange sitzen bleiben sollen bis alle Familienmitglieder mit dem Essen fertig sind, wie sie in Familie D und M vorkommen bzw. sie nicht reden dürfen wie in Familie F und N. Diese Regeln sind für die Säuglinge noch nicht greifbar und nicht mit deren kognitiver Entwicklung und ihrem Bewegungsdrang vereinbar. Verbale Kommunikation ist für Säuglinge und Kinder zudem wichtig, um ihre Bedürfnisse und Gefühle verdeutlichen zu können, um in Austausch mit anderen Spaß zu haben und Freude zu empfinden. Diese nicht altersgerechten Praktiken könnten dazu führen, dass Mahlzeiten als unangenehm empfunden und langfristig mit negativen Emotionen in Verbindung gebracht werden.

Weiterhin ungünstig sind Verbote gegenüber dem Verzehr von Lebensmitteln, die direkt für die Säuglinge sichtbar sind. So isst Frau M täglich morgens vor Baby Maxi ein Nutellabrot, der wiederum keines essen darf, weil er dafür noch zu klein ist. Ellroth (2012) beschreibt jedoch, dass die von Eltern verbotenen Lebensmittel bei Kindern ein besonders starkes Verlangen nach diesen Lebensmitteln auslösen und so die Vorliebe für das eigentlich Verbotene fördern. Sind diese Lebensmittel dann nicht mehr eingeschränkt – z.B. wie bei Baby Maxi, wenn er - wie Frau M konstatiert - in zwei Jahren älter ist, werden sie bevorzugt konsumiert. Demgegenüber ist die Praktik von Herrn H, der so tut, als ob er das gleiche wie Baby Hans isst, eher eine wünschenswerte Notlösung, um nicht den Verzehr ungünstiger Speisen zu fördern. Frau I betont als einzige, dass sie den Verzehr nicht-wünschenswerter Speisen durch eine Nicht-Verfügbarkeit im Haushalt lenken kann. Auch, dass der Zugang in den Familien mit größeren Geschwisterkindern zunächst über die Eltern reguliert wird, kann als positiv betrachtet werden. Dennoch führt allein die Verfügbarkeit im Haushalt dazu, dass die Kinder auch gerne nach Süßigkeiten fragen, wobei Eltern, bis auf wenige Ausnahmeregel-n, eher nachgiebig sind und den Kindern die Süßigkeiten zugestehen. Dies verdeutlicht, dass hier Bedarf besteht Eltern stärker über Zusammenhänge von Verfügbarkeit und Verzehr zu sensibilisieren und mit ihnen Strategien zu erarbeiten, die anstatt direkter Verbote auf eine gezielt geplante Verfügbarkeit bzw. Nicht-Verfügbarkeit, abzielen.

Dass Lebensmittel zur Beruhigung oder Belohnung eingesetzt werden, kommt in einigen Familien nur gelegentlich vor und spielt eher eine untergeordnete Rolle. Dennoch muss herausgestellt werden, dass diese Praktiken vorkommen, wenn sich die Eltern gestresst und überfordert fühlen, wobei von drei Frauen hier Situationen beim Einkaufen bzw. unterwegs genannt werden. Letztendlich verdeutlicht dies, dass auch gesellschaftlich jungen Eltern der Rücken für die Betreuungsarbeit gestärkt werden muss, anstatt dass diese gefühlt unter Druck stehen und als Notlösung das Quengeln ihrer Kinder mit Essen zu unterbinden.

Insbesondere gemeinsame Familienmahlzeiten haben einen hohen Stellenwert und sind mit gemeinsamem Beisammensein, Unterhaltung und Spaß in den Familien verbunden. Die positiven Aus-

wirkungen von familialen Mahlzeiten auf die Entwicklung eines gesunden Essverhaltens von Kindern wurden im Kapitel 2.2 bereits ausführlich dargestellt und sind im Säuglingsalter zu begrüßen. Gemeinsame Mahlzeiten können bereits stattfinden, wenn die Säuglinge eigenständig sitzen können und sollten spätestens mit dem Übergang zur Familienkost regelmäßig etabliert werden. Trotz des hohen Stellenwerts von gemeinsamen Mahlzeiten, werden diese nur in sieben der dreizehn Familien, in denen die Säuglinge bereits eigenständig sitzen können, täglich umgesetzt. Gemeinsame Mahlzeiten finden häufiger in Familien mit größeren Geschwisterkindern statt und wenn die Säuglinge bereits Familienkost mitessen wie in den Familien A, D, F, G, J und M. Hemmende Faktoren für die Umsetzung sind die Hilfestellungen, die die Säuglinge beim Essen benötigen, wenn sich Eltern beim Essen gestört fühlen, wenn Eltern ihre eigene Ernährung als ungünstig einstufen und befürchten, dass dies auch den Lebensmittelverzehr des Säuglings negativ beeinflusst oder der elterliche Mahlzeitenrhythmus nicht dem des Säuglings entspricht. Bedarf besteht demnach mit dem Übergang zur Familienernährung auf gemeinsame Mahlzeiten hinzuarbeiten, die den ernährungsphysiologischen Bedürfnissen des Säuglings gerecht wird. Über die Wahl der Speisen und Tischpraktiken könnten geeignete familiäre Strategien erarbeitet werden, um den mit gemeinsamen Mahlzeiten assoziierten Stress möglichst zu reduzieren.

Mahlzeitenmuster und Lebensmittelverzehr

Für die Säuglingsernährung im zweiten Lebenshalbjahr lassen sich typische Mahlzeitenmuster erkennen, die sich am Breifahrplan (vgl. Gesund ins Leben 2020) bzw. am Ernährungsfahrplan für das erste Lebensjahr (vgl. Alexy und Hilbig 2016) orientieren. Der Lebensmittelverzehr der Säuglinge in den einzelnen Familien kann den Kurzprofilen (siehe Anhang) entnommen werden. Zeitliche Ähnlichkeiten und Gemeinsamkeiten in der Speisenzusammensetzung finden sich vor allem in Bezug auf die Säuglingsmilchmahlzeiten früh, der warmen Mittagsmahlzeit mit Gemüse, Kartoffeln und wahlweise Fleisch sowie der Milch-Getreide-Mahlzeit am Abend. Tägliche Brotmahlzeiten finden in nur wenigen Familien statt und werden bevorzugt als Frühstück und Abendbrot für die Säuglinge bereitgestellt. Auch Getreide-Obst-Mahlzeiten nehmen nur wenige Säuglinge täglich zu sich. Stattdessen werden Getreide und Obst häufiger in separaten Mahlzeiten angeboten. Wünschenswerte Vollkornprodukte werden von den Säuglingen zu wenig verzehrt. Auch bei den Mittagsbreien wird meist auf ein Getreideanteil verzichtet, wenn vegetarische Menüs angeboten werden. Dagegen wird häufig auf ungünstige Getreideprodukte wie Baby- und Butterkekse als Fingerfood zurückgegriffen. Nur sechs der Säuglinge nehmen, wie empfohlen, zweimal täglich oder häufiger Obst zu sich.

Weiterhin ungünstig ist, dass bereits sieben der Säuglinge regelmäßig Süßigkeiten und zum Teil süße oder gesüßte Getränke (hauptsächlich Saft und Saftschorlen) bekommen. Diese Lebensmittel weisen einen hohen Zuckergehalt und eine hohe Energiedichte auf. Ausschließlich Wasser und ungesüßten Tee bekommen nur vier der Säuglinge.

Auffallend ist, dass viele Säuglinge bereits zeitig Familienkost bekommen, dabei jedoch weniger auf eine babyfreundliche Zubereitung und eine spezielle Auswahl nach den Empfehlungen geachtet wird. Nicht selten werden Speisen angeboten, die gewürzt und gesalzen sind wie Wurst- und Wurstaufstrich und somit eher ungünstig sind.

Im Beikostschema wird Gemüse als Bestandteil des Gemüse-Kartoffel-Fleisch-Breis bzw. des Gemüse-Kartoffel-Getreide-Breis einmal täglich empfohlen. Ab dem zweiten Lebensjahr wird dagegen empfohlen täglich drei Portionen Gemüse zu verzehren. Ab dem 10. Lebensmonat wird empfohlen die Beikost langsam auf die Familienkost umzustellen. Baby Collin sollte nun bereits drei Portionen Gemüse täglich bekommen. In weiteren neun Familien wäre es ebenso an der Zeit häufiger Gemüse mit in den Speiseplan aufzunehmen. Ungünstig ist, dass in keiner der Familien gezielt mehr als einmal täglich Gemüse angeboten wird.

In vielen Familien besteht Verbesserungsbedarf im Lebensmittelverzehr der Säuglinge was im Kontrast zu dem steht, wie Eltern die Ernährung ihres Säuglings einschätzen. Die meisten Eltern sind sich demnach nicht bewusst, dass der Lebensmittelverzehr zum Teil ungünstig ist und verdeutlicht, dass Bedarf zum Dialog besteht.

Speisenauswahl und Informationsbeschaffung

Bei der Speisenwahl orientieren sich Eltern vorrangig daran was von den Kindern gegessen und vertragen wird. Satt Werden und satt Sein spielen für Eltern eine wichtige Rolle, weshalb sie sich bei der Auswahl und Zubereitung von Speisen auch an Vorlieben und Abneigungen orientieren. Vorlieben werden u.a. angeboten, weil die Eltern sich gewiss sind, dass die Speisen von den Säuglingen verzehrt werden. Abgelehnte Speisen werden zum Teil durch andere Speisen ersetzt, wenn Eltern sich sorgen, dass ihre Kinder nicht genug essen. Geschmacksvorlieben werden als angeboren und Teil der Persönlichkeit wahrgenommen. Ähnlich hat auch Häußler (2007: 189) festgestellt, dass Geschmacksvorlieben der Kinder von den Eltern als in der Natur des Kindes liegend empfunden werden. Den meisten Eltern ist nicht bewusst, dass Kinder sich durch einen wiederholten Geschmackseindruck an Speisen gewöhnen können. Dass abgelehnte Lebensmittel in einigen Familien nicht noch einmal angeboten werden, limitiert die Lebensmittelvielfalt und ist ungünstig für die Geschmacksprägung. Dies betrifft insbesondere die Vielfalt an Gemüse, denn Gemüse wird am häufigsten von den Säuglingen abgelehnt. Sensibilisierungsbedarf besteht demnach darin, Eltern zu verdeutlichen, dass sie die Geschmacksvorlieben ihres Kindes beeinflussen können und sie darin zu bestärken.

Insbesondere der informelle Austausch innerhalb der Familie und dem Freundeskreis sind für junge Eltern wichtige Maßnahmen zur Informationsbeschaffung und Entscheidungsfindung in Bezug auf die Säuglingsernährung. Eine gezielte Informationsbeschaffung findet vorrangig statt, wenn sich Eltern unsicher sind oder Probleme auftreten. Hier spielen die Multiplikatoren (Familienhilfe, Hebammen, Kinderärzte) eine große Rolle, insbesondere wenn Eltern zu ihnen einen guten und regelmäßigen Kontakt haben. Beim Kauf von Säuglingsmilchnahrung und kommerzieller Beikost aus dem Glas werden bei der Mehrheit der Eltern die Altersangaben als Entscheidungshilfe genutzt. Dabei wird deutlich, dass Eltern die regelmäßig kommerzielle Beikost aus dem Glas nutzen, nicht gut in der Lage sind die Speisen, die ihre Säuglinge zu sich nehmen, in Bezug auf die Zutaten zu beschreiben und hier Unterstützung benötigen. Sofern Eltern auf kommerzielle Beikostprodukte zurückgreifen, wäre es wünschenswert, wenn Fachkräfte explizit Produkte herausstellen, die sich am Beikostschema orientieren.

Stillen und Säuglingsmilchnahrung

Stillen ist für Mutter und Kind mit vielen gesundheitlichen Vorteilen assoziiert (vgl. Koletzko et al. 2016; vgl. Prell und Koletzko 2016) und ideale Voraussetzung für den Aufbau einer positiven Bindungsbeziehung (vgl. Harbron et al. 2013). Stillen steht im Zusammenhang mit der Entwicklung eines gesunden Körpergewichts von Kindern (vgl. Horta und Victora 2013: 16). Es wird vermutet, dass Stillen die Selbstregulation der Energieaufnahme beim Säugling fördert, dadurch dass Mütter beim Stillen weniger kontrollierende Praktiken anwenden (vgl. Taveras et al. 2004, vgl. DiSantis et al. 2011b). Vor diesen Hintergründen ist es wünschenswert und gesundheitsfördernd, wenn Frauen die Möglichkeit des Stillens wahrnehmen.

Aus den Interviews wird deutlich, dass der überwiegende Teil der Mütter nach der Geburt zunächst mit dem Stillen begonnen hat, aber mit Ausnahme von Frau H, I und Frau L in recht kurzer Zeit nach der Geburt abgestillt wurde. Nicht-Stillen, Abstillen, oder Zufüttern von Säuglingsmilchnahrung zusätzlich zur Muttermilch wird von den Müttern hauptsächlich damit begründet, dass ihre Muttermilchmenge nicht ausreichend war. Zu dieser Begründung kommen die Frauen unter anderem dadurch, dass die Säuglinge innerhalb einer Stillmahlzeit aufgrund der geringen Muttermilchmenge nicht mehr satt wurden oder der zeitliche Abstand zur nächsten Stillmahlzeit sehr gering war. So wollte beispielsweise Baby Gregor alle halbe Stunde an die Brust, Baby Bjarne alle zwei Stunden. Die Menge der Muttermilch wurde auch anhand der eigenen Brustgröße gemessen oder anhand der Milchmenge beim Abpumpen und in Folge daraus als unzureichend eingestuft.

Weitere Gründe für das Abstillen waren Stillprobleme wie wundte Brustwarzen und Schmerzen als auch die von Müttern als belastend empfundene Situation, wenn ihre Säuglinge häufig an die Brust wollten oder unzufrieden während oder nach dem Stillen waren.

Auch bei der Umstellung von der Säuglingsmilchnahrung Pre auf die Säuglingsmilchnahrung mit der Nr.1 bzw. von der Nr. 1 auf Folgemilch orientierten sich die Eltern zum einen daran wie schnell die Säuglinge innerhalb einer Mahlzeit satt wurden und zum anderen daran wie lange die Satttheit andauerte - gemessen am zeitlichen Abstand zur nächsten Mahlzeit.

Die Interviews verdeutlichen, dass die Zeit nach der Geburt durch die häufigen Mahlzeiten und die damit verbundene Angst, dass die Säuglinge nicht satt werden sowohl psychisch als auch körperlich eine sehr sensible und belastende Zeit für die Mütter ist. Dies unterstreicht die Notwendigkeit für kontinuierliche Unterstützung in den ersten Wochen nach der Geburt wie sie idealerweise durch den Anspruch auf Hebammenhilfe in Deutschland umgesetzt werden kann (vgl. Deutscher Hebammenverband 2020; vgl. GKV Spitzenverband et al. 2020; vgl. § 24f SGB V Entbindung). Aber auch das Pflegepersonal² auf den Wochenbettstationen im Krankenhaus, in denen ein überwiegender Teil der Frauen drei bis vier Tage nach der Geburt verbleibt (vgl. IGES Institut 2019: 86f), sind bedeutsame Ansprechpartner, um das Stillen zu initiieren und Müttern Anleitung zu geben und Kompetenzen zu

² von den in Thüringer Kliniken angestellten Hebammen entfallen 11 % der Tätigkeit auf die stationäre Betreuung nach Entbindung (vgl. IGES Institut 2015: 104)

vermitteln, die sie nach dem Krankenhausaufenthalt ideal auf das Stillen zu Hause vorbereiten. Den hier genannten Argumentationen zu Folge scheint es für Mütter in benachteiligten Lebenslagen neben der praktischen Anleitung zum Stillen genauso wichtig zu sein ein Verständnis für den häufigen Mahlzeitenrhythmus aufzubauen und sie über das Zusammenspiel der Häufigkeit des Saugens an der Brust durch den Säugling und der Produktion von Muttermilch zu sensibilisieren. Die Synthese von Muttermilch hängt von der Häufigkeit des Stillens und den Entleerungsgrad der Brust während einer Stillmahlzeit ab (vgl. Kent et al. 2012). Dabei ist ein häufiges Anlegen bzw. Stillen in den ersten Tagen nach der Geburt notwendig, um die Milchbildung anzuregen (vgl. Koletzko et al. 2016). So passt sich die Muttermilchproduktion in der Regel dem Bedarf des Säuglings ideal an. Kent et al. (2012) sprechen sich dafür aus Müttern, die ihre Muttermilchmenge als nicht ausreichend für die Ernährung ihres Säuglings wahrnehmen über die Individualität und „Normalität“ der Stillmahlzeitenhäufigkeit und -dauer, sowie der individuellen Muttermilchmengen zu sensibilisieren. Auch ist es wichtig Müttern, wenn unbegründet, die Sorge zu nehmen, dass der Säugling durch alleiniges Stillen nicht satt wird. Eltern und insbesondere Mütter mit Stillwunsch sollten zudem auf die körperliche Mehr-Belastung u. a. durch Stillen^{3*} in den ersten Wochen nach der Geburt vorbereitet werden. Bereits im Krankenhaus wäre es wünschenswert familiennahe Entlastungsstrategien für die ersten Wochen nach der Geburt zu erarbeiten, um ein Abstillen aufgrund plötzlicher Mehr- oder Überbelastung entgegenzuwirken. Weiterhin wirkt Stress sich wiederum ungünstig auf den Muttermilchfluss aus und verringert die Muttermilchmenge während des Stillens oder Abpumpens (vgl. Geddes 2007). So kann Stress wiederum die Erfahrungen und Ängste der Mütter, dass ihr Säugling nicht satt wird, verstärken.

Beikosteinführung

In über der Hälfte der Familien wurde die Beikost zwischen dem fünften und siebten Lebensmonat eingeführt und somit den Empfehlungen entsprechend (vgl. Koletzko et al. 2016). Immerhin wurde jedoch auch in fünf Familien Beikost vor dem fünften Lebensmonat und somit auch vor den Empfehlungen eingeführt. In Familie I wurde mit der Beikost dagegen erst im neunten Monat – und somit deutlich nach den Empfehlungen - begonnen. Die vorzeitige Einführung als auch die späte Einführung von Beikost entspricht nicht den ernährungsphysiologischen Bedarfen und den Essfertigkeiten des Säuglings und kann somit als ungünstig und nicht responsiv betrachtet werden. Weiterhin wird vermutet, dass die vorzeitige Einführung von Beikost das Risiko für kindliches Übergewicht erhöht (vgl. Pearce 2013) und auch deshalb als nicht gesundheitsfördernd zu betrachten ist. Insbesondere die sehr zeitige Gabe von Reisflocken zusammen mit der Säuglingsmilch in Familie F im zweiten Lebensmonat, als auch die Gabe von Karottensaft in Familie N im dritten Lebensmonat kann als äußerst ungünstig und teilweise gesundheitsgefährdend betrachtet werden, denn durch die Fehlernährung kann es zu Gedeihstörungen und Entwicklungsverzögerungen kommen. Motive für die vorzeitige Einführung von Beikost sind insbesondere elterliche Sorgen, dass der Säugling nicht satt wird.

Für die Beikosteinführung wird empfohlen den Gemüse-Kartoffel-Fleischbrei schrittweise einzuführen (vgl. Aid 2016; vgl. Gesund ins Leben 2020). Dabei wird empfohlen zunächst ein wenig püriertes

³ aber auch durch die Regenerierung und Ruhebedürftigkeit

Gemüse vor der Still- bzw. Flaschenmahlzeit anzubieten und diese Menge dann schrittweise, in Abhängigkeit von der Akzeptanz und den Fertigkeiten des Säuglings, zu steigern und anschließend die weiteren Komponenten des Gemüse-Kartoffel-Fleisch-Breis einzuführen. In vielen Familien entspricht die Speisenauswahl dem nach Beikostfahrplan empfohlenen Gemüse, wie Möhre und Pastinake und auch die schrittweise Einführung richtet sich in einigen Familien nach den Bedürfnissen des Säuglings. Dennoch gibt es auch Speisen wie Banane und Familienkost, als auch flüssige Lebensmittel wie Karottensaft, die nicht günstig sind. Weiterhin richten sich Frau C und N nach der Deklaration der Altersangaben auf industriell hergestellter Beikost im Glas, diese entspricht jedoch nicht automatisch dem Beikostschema.

Auffallend ist weiterhin, dass ein Großteil der Eltern sich bei der Einführung der Beikost nicht an Reifezeichen der Säuglinge orientiert, sondern Beikost eher intuitiv angeboten und die Einführung von der Akzeptanz des Säuglings abhängig gemacht wird. Diese Praktik ist ebenfalls weniger günstig, da es passieren kann, dass der Säugling wichtige Fertigkeiten zum Abschlucken noch nicht entwickelt hat und sich verschluckt.

Einstellungen und Motivationen

Eltern ist gesunde Ernährung wichtig und sie orientieren sich bei der Speisenwahl für die Säuglinge auch an gesundheitlichen Motiven. Gesundheit bedeutet in erster Linie die Vermeidung von Krankheiten. Neben einer ausgewogenen und abwechslungsreichen Ernährung wird mit gesunder Ernährung selbst bzw. frisch Kochen assoziiert. Eltern wissen, dass Obst und Gemüse wichtige Lebensmittelgruppen sind, zuckerhaltige Produkte und Fast Food dagegen ungünstig. Die genauen Ernährungsempfehlungen zu Obst und Gemüse als auch zu Süßigkeiten und Snackprodukten werden jedoch nur von den wenigsten Eltern zuversichtlich genannt. Dabei fällt auf, dass die Verzehrempfehlungen von Obst und Gemüse häufig unterschätzt werden und Eltern über täglich fünf Portionen Obst und Gemüse doch sehr erstaunt sind. Einige der Eltern sind nicht zuversichtlich die Empfehlungen zu Obst und Gemüse im Speiseplan umsetzen zu können. Dies verdeutlicht, dass die Erarbeitung von Strategien zur praktischen Umsetzung von Verzehrempfehlungen ein wichtiges Thema in der Elternarbeit sein kann.

Mit einer gesunden Ernährung wird hauptsächlich der Lebensmittelverzehr assoziiert und nicht selten werden Lebensmittel danach unterteilt, ob sie wie im Fall von Obst und Gemüse gesund oder wie im Fall von zuckerhaltigen Lebensmitteln und Fast Food ungesund sind. Gesunde Ernährung ist für Eltern durchaus ein Anreiz. Es wird jedoch deutlich, dass gesundheitliche Motive nicht unbedingt gesunde Praktiken bedeuten. So nutzt beispielsweise Frau G Honig zum Süßen, damit Baby Gregor seine Milch trinkt, die wichtig ist, um ihn mit Kalzium zu versorgen. Dabei wird Honig im ersten Lebensjahr nicht empfohlen, da der Verzehr zu einer Infektion mit Botulinus Bakterien führen kann (Kindergesundheit-info 2018), die im Säuglingsalter lebensbedrohlich werden kann (Brook 2007). Frau N möchte durch die Gabe von Karottensaft Baby Nigels ungesunder Hautfarbe vorbeugen, füttert jedoch Karottensaft weit vor den Empfehlungen zur Einführung der Beikost. Auch das Knabbern oder Lutschen von festen Speisen, um den Zahnungsprozess zu unterstützen sind ungünstige Praktiken, die zwar mit einer gut gemeinten Intention ausgeführt werden, jedoch nicht gesundheitsfördernd sind.

In der Arbeit mit Eltern scheint es demnach sinnvoll auch ungünstige Praktiken und Speisen zu identifizieren und den Eltern hierbei nachvollziehbare Begründungen an die Hand zu geben. Hierfür müssten jedoch zunächst solche Praktiken umfangreich erfasst werden, um direkt darauf eingehen zu können.

Skeptisch kann die Unterteilung von Lebensmitteln und Speisen in gesund und ungesund betrachtet werden. Die Wortwahl „gesund“ und „ungesund“ impliziert einen Absolutheitsanspruch bei welchem einzelne Lebensmittel bewertet werden und nicht der gesamte Lebensmittelverzehr. So kann auch teilweise die Gabe von Süßigkeiten bei einigen Eltern erklärt werden. Solange die Säuglinge „ordentlich“ essen, wird ihnen auch der Verzehr von Süßigkeiten zugestanden. Weiterhin birgt die Einteilung von Lebensmittel in gesund und ungesund die Gefahr, dass Gesundheit weiterhin kognitiv verankert bleibt und Mahlzeitenpraktiken und deren Ausgestaltung, sowie Aspekte des Wohlfühlens und des Essgenusses nicht mit dem Gesundheitswert in Verbindung gebracht werden. Dabei geht aus den Interviews hervor, dass positive Emotionen, Zufriedenheit und Wohlbefinden handlungsleitend bei der Wahl von Speisen und der Mahlzeitengestaltung sind. Eine starke Vereinfachung bzw. Reduktion von Lebensmitteln in gesund und ungesund ist möglicherweise das Resultat der bisherigen Ernährungskommunikation durch Experten und sollte für neue Ansätze dringend überdacht werden. Es ist wichtig anzuerkennen, dass im Säuglings- und Kindesalter die Gemeinsamkeit des Mahls und eine positive Essatmosphäre wichtige Kontexte bilden durch welche Kinder positive Assoziationen zu Speisen und Lebensmitteln herstellen lernen und dadurch Akzeptanzen und Präferenzen gegenüber diesen Speisen aufbauen. Dies gilt insbesondere für Lebensmittel, für die es zunächst keine angeborene geschmackliche Präferenz und Prädisposition gibt. Die Gemeinsamkeit des Mahls ist ein wichtiger Ansatzpunkt, dass Speisen und einzelne Lebensmittel eine positive Bedeutung bekommen und mit Essgenuss und sozialem Wohlbefinden assoziiert werden. Andernfalls besteht die Gefahr, dass der „Genusswert“ von Speisen allein auf den Geschmack reduziert wird (vgl. Marx et al. 2018) und zu sehr angeborenen Präferenzen und Abneigungen widerspiegelt, die in einer adipogenen Umwelt schnell zu einem ungünstigen Körpergewicht führen können.

Werden Eltern gefragt, wie andere Eltern für eine gesunde Ernährung motiviert werden können, wird an erster Stelle gemeinsame Elternkochkurse genannt, bei der die Kinder mit dabei sind. Motivierend sind praktische Anleitung, Spaß haben, Machbarkeit, Convenience und Geschmack. Diese zentralen Punkte sehen Eltern als Anreize und verdeutlichen, dass gesunde Ernährung allen voran sowohl attraktiv in der Umsetzung als auch im Geschmack werden muss. Um für gesunde Ernährung zu motivieren, sollte vor allem der positive Mehrwert einer gesunden Ernährung verdeutlicht und aufgezeigt werden. Das setzt ein ganzheitliches Gesundheitsverständnis voraus. Dies wird auch aus dem Interview mit Frau I deutlich, welche das Internet als verlässliche Informationsquelle für die Umsetzung einer veganen Säuglingsernährung nutzt. Frau I's detailliert zubereiteter Brei richtet sich danach, alle wichtigen Nährstoffe zu enthalten, um Mangelerscheinungen zu vermeiden. Würde es bei Baby Ingmar zu nachweisbaren Mangelerscheinungen oder Beeinträchtigungen kommen, wäre sie durchaus bereit die Ernährung umzustellen. Auch auf den Ernährungsinformationsseiten von

Fachgesellschaften stehen an erster Stelle die Nährstoffe, die durch vegane Ernährung unzureichend aufgenommen werden und so die Gesundheit und Entwicklung des Kindes gefährden können (vgl. Alexy und Hilbig 2016; vgl. Koletzko et al. 2016; vgl. Richter et al. 2016). Dies spiegelt die medizinische Sichtweise der Krankheitsvermeidung wider. Diese Argumentationen machen sich wiederum Befürworter veganer Ernährung zu Nutze und Vorschläge auf Internetseiten und Internetforen werden unterbreitet diese Nährstoffmängel mit bestimmten Produkten und Präparaten zu umgehen (siehe z. B. Peta 2006, Peta n.d. und Verband für Unabhängige Gesundheitsberatung 2020). Zu wenig wird bisher argumentiert, dass eine gesundheitsfördernde Ernährung Grundlage für ein höchsterreichbares Maß an Gesundheit ist, bei der sich Kinder optimal körperlich, seelisch, kognitiv und sozial entwickeln. Demnach wäre wünschenswert, wenn Fachgesellschaften in der Diskussion und Aufklärung über sensible Ernährungsthemen wie die vegane Ernährung stärker Bezug nehmen zu den positiven Aspekten einer gesundheitsfördernden Ernährung und wenn möglich dies nachvollziehbar veranschaulichen. Lediglich auf Gesundheit als eher abstrakten Begriff zu verweisen, der zudem häufig auf die körperliche Gesundheit reduziert wird, reicht nicht aus.

Gleichzeitig wird deutlich, dass nachvollziehbare gesundheitliche Vorteile von Lebensmitteln (siehe Beispiel von Frau G zu Milch und Kalzium und Frau N zu Karottensaft und Hautfarbe) durchaus Anreize für Eltern mit niedrigem Bildungsabschluss sind, derer sich die Ernährungskommunikation zu Nutze machen kann.

Die meisten Eltern sind für den Zusammenhang von Ernährung und Körpergewicht sensibilisiert und auch der Zusammenhang von Bewegung und Körpergewicht ist Eltern bewusst. „Ungesunde“ und „falsche“ Ernährung in Form von zu viel Fast Food und nicht selbst Kochen wird hierbei als Hauptursache angesehen. Dabei fällt auf, dass viele Eltern vorurteilsbehaftet gegenüber Eltern mit übergewichtigen Kindern sind dadurch, dass sie diese für das kindliche Körpergewicht verantwortlich machen. Adipöse Kinder werden dabei als Opfer gesehen, insbesondere durch soziale Ausgrenzung gegenüber Altersgenossen. In Bezug auf die bisherige Ernährungskommunikation sollten die Meinungen der Eltern stark zu denken geben. Letztendlich spiegeln die hier dargestellten Meinungen wider, wie das Thema Übergewicht und Adipositas von den Eltern gesellschaftlich wahrgenommen wird. Der Verbraucher wird in die Verantwortung genommen für seine Ernährung, für seine Bewegung und für seinen Lebensstil - somit auch für sein „freigewähltes“ Körpergewicht. Demnach sollte die Ernährungskommunikation stark überdacht werden. Sicherlich müssen Eltern dafür sensibilisiert werden, dass sie das Körpergewicht ihrer Kinder beeinflussen können und in der Umsetzung gesundheitsfördernder Praktiken gestärkt werden, jedoch darf es nicht – auch nicht unintendiert – zum „Blaming“⁴ von Eltern führen. Zwischen „Eltern Verantwortung geben“ und die „Verantwortung an Eltern abgeben“ liegt in der Kommunikation ein schmaler Grat. Diesen gilt es in der künftigen Ernährungskommunikation so darzustellen, dass es nicht zu gesellschaftlichen Stigmatisierungen kommt, was sicherlich eine Herausforderung ist.

⁴ Aus dem Englischen: Jemanden die Schuld bzw. Verantwortung für ein ungünstiges Ereignis zuweisen.

Anforderungen an ernährungsbezogene Maßnahmen

Aus den Interviews geht hervor, dass Eltern durch die Betreuung und Versorgung ihrer sechs bis zwölf Monate alten Säuglinge bei gleichzeitiger Daseinsvorsorge, physisch und psychisch stark ausgelastet sind was unterstreicht, dass es sich hierbei um eine vulnerable Zielgruppe handelt die besondere Unterstützung benötigt. Vor allem in den Mehr-Kind-Familien, bei Alleinerziehenden und in belastenden Lebenssituationen kommen Familien schnell an ihre Grenzen. Unterstützung durch die eigenen Eltern und Großeltern sowie durch den Freundeskreis sind wichtige Ressourcen für junge Eltern.

Von dem überwiegenden Teil der Familien, die sich in belasteten und prekären Lebenssituationen befinden, werden kommunale Unterstützungsmöglichkeiten wahrgenommen. In extremen Notsituationen wie Verschuldung, Obdachlosigkeit oder psychische Erkrankung, sind die Familienhilfe und Eltern-Kind-Heime wichtige Anfangsstationen, um Eltern Sicherheit und Halt zu geben und ihnen eine gemeinsame Zukunft mit ihren Säuglingen zu ermöglichen. Am Beispiel von Familie C, E, L, K, N und O wird deutlich, dass die Vernetzung von Not-Hilfstrukturen gut funktioniert. Im Fall von Familie M konnten Hilfestrukturen allerdings erst sehr spät greifen, da diese durch die Frühgeburt aus „regulären“ Zeitplänen und Zuständigkeiten ausbrachen. So hatte Familie M zu den kommunalen Vernetzungsstrukturen keinen Zugang, weil sie aufgrund der Frühgeburt in ein spezielles – und nicht örtlich angesiedeltes – Krankenhaus untergebracht wurde. Nach Rückkehr konnte die Familie aufgrund des vorangeschrittenen Alters von Baby Maxi nicht mehr auf ihre angedachte Nachsorgehebamme zurückgreifen. Durch den Alltag mit dem pflegeaufwendigen Säugling hatte die Familie zunächst auch keine freien Ressourcen sich Unterstützung zu holen. Erst im Laufe des zweiten Lebenshalbjahrs hatte die Familie die Kraft, Eigeninitiative zu ergreifen und Hilfe aufzusuchen. Da jedes 11. Kind in Deutschland zu früh geboren wird (vgl. Technikerkrankenkasse Kindergesundheitsreport 2019) ist Familie M durchaus kein Einzelfall. Insbesondere Familienhebammen und Familienkinderkrankenschwestern können bei Frühgeburtlichkeit zur Unterstützung herangezogen werden (vgl. Ayerle 2012; vgl. Hahn und Sander 2012; vgl. Hahn und Sander 2014), hierfür muss jedoch eine Verknüpfung von regulärer zu spezieller Betreuung erfolgen können, auch über kommunale Grenzen hinaus.

Aus den Ergebniskategorien und der Zusammenstellung der Kurzprofile (siehe Anhang) wird deutlich, dass jede Familie Ressourcen zur Förderung einer gesunden Essumgebung mit sich bringt, an denen man ansetzen kann. Dementsprechend ist es für ernährungsbezogene Maßnahmen wichtig, die gesamte Essumgebung zu betrachten und den Alltag und die Lebenslagen der Familien zu berücksichtigen, um identifizieren zu können welche Strategien erfolgsversprechend sind. Multiplikatoren und Fachkräfte wie Hebammen, Kinderärzte und Familienhelfer sind potentiell wichtige Ansprechpartner für Ernährungsfragen im zweiten Lebenshalbjahr, wenn Probleme auftreten oder Eltern unsicher sind. Weniger werden diese Fachkräfte dagegen konsultiert, um sich vorab Informationen zu holen und zur Säuglingsernährung beraten zu lassen.

Ferner besteht weiterhin die Herausforderung, dass Beratung und unterstützende Angebote Familien zunächst erreichen und von den Eltern auch als Unterstützung wahrgenommen werden. Aus den Interviews wird deutlich, dass sich einige Eltern in Beratungssituationen, bei denen es um die Gesundheit des Kindes geht oder bei der Wahrnehmung von sozialräumlichen Angeboten nicht abgeholt gefühlt haben und dadurch grundsätzlich eher skeptisch gegenüber Hilfestrukturen sind. So führte beispielsweise bei Frau F die Feststellung des Kinderarztes, dass Baby Finn zu dick ist, dazu, dass sie Ernährungsthemen meidet. Frau G fühlte sich in der Krabbelgruppe gegenüber den anderen Eltern als Außenseiterin, auf die „hochnäsiger“ herabgeschaut wurde. Vom Jugendamt hält sie nichts. Für Frau N war es nicht nachvollziehbar, warum die Kinderärzte sich dafür aussprachen, dass Baby Nigel aufgrund der geringen Gewichtszunahme in der ersten Wochen nach der Geburt in Obhut genommen werden sollte. Für Frau N bedeutet Hilfe annehmen auch gleichzeitig das Zugeständnis, es nicht allein zu schaffen. Damit Frau N Unterstützung als Chance sieht und annimmt benötigt sie vor allem die Zuversicht, dass Hilfe Annehmen nichts mit persönlichem Versagen zu tun hat.

Die Erfahrungen der Familien verdeutlichen einmal mehr, dass bei beratenden und unterstützenden Maßnahmen zunächst die Herausforderung an einer offenen Haltung und wertschätzenden Kommunikation auf Augenhöhe besteht (vgl. BMFSFJ 2014: 22), die eine Anerkennung der Erziehungsleistung voraussetzt und die Zeit mit sich bringt, den Alltag der Familien nachzuvollziehen. So können relevante Stellschrauben zur Förderung einer gesundheitsfördernden Essumgebung identifiziert werden. Statt die Verantwortung an die Eltern abzugeben, müssen gemeinsam Strategien erarbeitet und die Selbstwirksamkeit der Eltern gestärkt werden. Maßnahmen benötigen hierfür Zeit und kontinuierliche Begleitung. Insbesondere eine vertrauensvolle Beziehung und regelmäßiger Kontakt zu Experten wie sie in Familie B, E, M, L und O beschrieben werden, erleichtern Eltern die Informationsbeschaffung.

Die Ergebnisse zeigen, dass ernährungsbezogene Maßnahmen mit gesundheitsfördernder und primärpräventiver Ausrichtung im ersten Lebensjahr in Bezug auf den zeitlichen Umfang, ausbaufähig sind, insbesondere da sie – wie oben festgestellt – eine umfassende Betrachtung der familiären Essumgebungen und kontinuierliche Begleitung benötigen. Es ist bekannt, dass eine frühzeitig investierte Förderung in Familien sich positiv auf die Entwicklungschancen von Kindern auswirkt und wesentlich weniger Folgekosten verursacht (vgl. Meier-Gräwe und Wagenknecht 2011). Aufgrund des hohen Belastungs- und Überforderungspotentials von Familien mit Säuglingen scheint es sinnvoll bereits zum Zeitpunkt „rund um die Geburt“ rechtzeitig und vorsorglich mit Fachkräften Strategien zur Bewältigung des Alltags zu erarbeiten und bei Bedarf eine rechtzeitige Vernetzung zu weiteren Hilfsangeboten zu schaffen – auch für Familien, die zunächst nicht durch physische und psychosoziale Überforderungsanzeichen und Problemlagen auffallen. Die Wochenbettstation im Krankenhaus wäre ein geeignetes strukturelles Setting, um möglichst rechtzeitig viele junge Familien zu erreichen, auch wenn diese nicht von einer Nachsorgehebamme profitieren. Eine solche Angebotsstruktur könnte gleichzeitig auch das Stillen befördern, denn die Interviews machen deutlich, dass Stresssituationen und Ängste Hauptgründe für das nicht-Stillen und das vorzeitige Abstillen sind. Dies setzt jedoch voraus, dass hinter Beratungs- und Vernetzungsstrukturen passgenaue Angebote vorhanden sind, die Familien rechtzeitig erreichen und ausreichend unterstützen können. Eine erschöpfte Vernetzung mit

fehlendem Personal und fehlenden Maßnahmen, die es lediglich schafft, sich zuspitzende Kindeswohlgefährdende Situationen zu entschärfen, ist allein nicht ausreichend. Letztere sind dabei Endpunkte einer von den Eltern nicht gewollten, verhängnisvollen Entwicklung, an deren Anfang vielfältige Überforderungen stehen (vgl. Kindler und Sann 2007: 43 zitiert nach Meier-Gräwe 2013: 133). Demnach sind je nach sozialräumlichem Bedarf eine angemessene personelle Ausstattung und Finanzierung notwendig (vgl. Meier-Gräwe 2013: 141). Um Eltern auch gesundheitsfördernd und primärpräventiv zu unterstützen, spielen leicht zugängliche, aufsuchende Hilfsangebote in Regie der Frühen Hilfen eine genauso große Rolle wie weitere sozialräumliche Angebote von Kommunen und Gesundheitskassen und Zugänge über bereits etablierte Strukturen wie Hebamme und Kinderarzt. Für Familien die bereits Unterstützung erhalten ist es wiederum wichtig, dass die bisherige Unterstützung nicht abbricht oder vom Umfang her zurückgefahren wird. Eltern mit bereits größeren Kindern müssten auch leicht von aufsuchenden Hilfsangeboten profitieren können, denn sie sind durch die zusätzliche Betreuung der größeren Geschwisterkinder zeitlich stark eingebunden. Viele Eltern sprechen sich selbst für praxisorientierte Angebote aus, die Spaß machen. Hieraus wird zugleich ersichtlich, dass partizipative Ansätze und die Einbindung der Zielgruppe Erfolgsfaktoren sind, um junge Familien zu erreichen.

Familienfreundliche Rahmenbedingungen

Wie die Ergebnisse verdeutlichen, kann eine gesundheitsfördernde Ausgestaltung der familiären Essumgebung nicht unabhängig von den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen betrachtet werden. Nicht zu vernachlässigen ist, dass die Familien aufgrund ihrer prekären finanziellen Lebenslagen in ihren Handlungsspielräumen stark eingeengt sind (vgl. Meier-Gräwe 2013: 135ff; vgl. Leonhäuser und Lehmkuhler 2002). So wird kritisch diskutiert, dass mit der derzeitigen Grundsicherung Hartz IV eine ausgewogene Ernährung eigentlich nicht vereinbar ist (vgl. Society of Nutrition and Food Science 2018; Özer 2018). Weiterhin sind die notdürftig ausgestatteten Küchen in einigen Familien eine weitere Hemmschwelle aufwendigere Beköstigungsarbeiten anzugehen. Zwar gibt es für Schwangere und Eltern mit niedrigem Einkommen zur Geburt ihres Kindes die Möglichkeit, sog. Erstausrüstung für den Säugling zu beantragen (siehe § 24 SGB II „Abweichende Erbringung von Leistungen“; Bundesagentur für Arbeit 2017), weitere wichtige Versorgungsbereiche wie Küche, küchentechnische Ausstattung, Esstisch und Stühle (mit Ausnahme eines Hochstuhls), finden jedoch keine grundsätzliche Berücksichtigung. Eine gesunde familiäre Essumgebung braucht die entsprechenden strukturellen Voraussetzungen, um erworbene Kompetenzen unterstützender Angebote auch praktisch häuslich umsetzen zu können. Ohne ausreichende finanzielle Mittel für die Lebensmittelversorgung in zudem schlecht ausgerüsteten Küchen ist dies nicht möglich.

Eine berufliche Ausbildung und Anstellung ist für viele der befragten Eltern Teil der Lebensplanung und insbesondere die sehr jungen Mütter sind sehr motiviert eine Ausbildung neu anzufangen oder weiterzuführen. Sie blicken ihrem zukünftigen Arbeitsleben sehr zuversichtlich entgegen. Dagegen sind die Mütter, die schon länger in festen Berufen gearbeitet haben und teilweise schon Erfahrung mit ihren größeren Kindern hatten, sehr besorgt einen Arbeitgeber zu finden, der es ermöglicht, Familie und Beruf zu vereinbaren. Insbesondere die familien-unfreundlichen Arbeitszeiten und das zusätzliche Unverständnis der Arbeitgeber für die Betreuung der Kinder bei beispielsweise Krankheit,

stimmen diese Mütter pessimistisch nicht genug Zeit für die Fürsorge und Betreuung ihrer Kinder zu haben oder erst gar keine Anstellung aufgrund der Kinder zu bekommen. So haben diese Mütter bereits schlechte Erfahrung durch ihre bisherigen Arbeitszeiten und -bedingungen gemacht, die nicht mit den Betreuungszeiten der Kinder vereinbar waren und nur durch Hilfe von den eigenen Eltern und Schwiegereltern bewerkstelligt werden konnten. An den Interviews geht deutlich hervor, dass Care-Aufgaben der Erwerbstätigkeit weiterhin ein Dorn im Auge sind und die bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf bei familienpolitischen Maßnahmen wie das Elterngeld und ElterngeldPlus (vgl. BMFSFJ 2018) ihre Grenzen finden. Die Chancen der jungen Frauen sich auf dem Arbeitsmarkt zu behaupten, werden trotz ihrer Zuversicht eher gering ausfallen (vgl. Meier-Gräwe 2013: 130).

Weiterhin wird deutlich, dass Ausbildungs- und Arbeitszeiten von Eltern Beköstigungsarbeiten und Mahlzeiten beeinflussen. Wie auch andere Bereiche der Fürsorge kann die Gestaltung des Essalltags ohne einen Puffer an flexibler Zeit nicht gelingen, um auf spezifische Anforderungen, Biorhythmen und kindliche Belange mit der ihnen eigenen Unvorhersehbarkeit angemessen reagieren zu können (vgl. Meier-Gräwe 2010: 190). Auch in dieser Studie wird deutlich, dass die Beköstigungsarbeit einen erheblichen Arbeitsaufwand und zeitliche Ressourcen von jungen Familien in Anspruch nimmt.

Damit sich junge Familien gesundheitsfördernd entfalten können, müssen auch die Arbeitsbedingungen so gestaltet werden, dass eine zeitliche Vereinbarkeit von Familie und Beruf gewährleistet werden kann. Klünder und Meier-Gräwe (2017) konnten zeigen, dass die in die Ernährungsversorgung gesteckte Zeit in Familien in den Jahren 2012 und 2013 seit kurz nach der Jahrtausendwende (2001/2002) abgenommen hat, insbesondere in Familien mit vollzeiterwerbstätigen Müttern. In der aktuellen AOK Familienstudie (2018) wurde gegenüber 2014 erneut bestätigt, dass Zeitknappheit weiterhin der größte Belastungsfaktor für Familien ist. Stress kann sich ungünstig auf das Familienklima auswirken (vgl. Bornstein und Zlotnik 2008). Eingeschränkte zeitliche Ressourcen sind mit dafür verantwortlich, dass zu Hause nicht gekocht wird (vgl. Jabs et al. 2007; vgl. Mills et al. 2017) und wirken sich so ungünstig auf die Häufigkeit von familialen Mahlzeiten aus (vgl. Rosenkranz 2008: 10). Dabei hängt die in häusliche Mahlzeiten investierte Zeit mit einer höheren ernährungsphysiologischen Qualität der zubereiteten Speisen zusammen (vgl. Monsivais et al. 2014) und ist ein Teil von „Doing Family“⁵. Die Forderung nach einer neuen geschlechtergerechten und geschlechtersensiblen, flexiblen Unternehmenskultur, die Fürsorgeaufgaben strukturell ermöglicht (vgl. Ohrem 2013: 241) - auch ohne auf die hier oft zurückgegriffene Hilfe von Familienangehörigen angewiesen zu sein - ist unabdinglich. Unter geschlechtergerechte und geschlechtersensible Unternehmenskultur – wird hier, in Anlehnung an Ohrem et al. (vgl. ebd. 239ff), die Auflösung traditionell weiblich und männlich definierter Arbeitsbereiche, sowohl im Privaten als auch in marktförmig organisierten Zusammenhängen verstanden durch gleichwertige Behandlung, Bewertung und Entlohnung. Denn „O[obwohl die väterliche Beteiligung an der Betreuungsarbeit im Steigen begriffen ist, ist der Übergang zur Elternschaft nach wie vor mit einer geschlechtsspezifischen und

⁵ Nach Schier und Jurczyk (2008) fokussiert sich „Doing Family“ zum einen auf die Prozesse, in denen im alltäglichen und biographischen Handeln Familie als gemeinschaftliches Ganzes permanent neu hergestellt wird und zum anderen auf die konkreten Praktiken und Gestaltungsleistungen der Familienmitglieder, um Familie im Alltag lebbar zu machen.

ungleichen Arbeitsteilung verbunden“ (Schmidt et al. 2017). Geschlechtssensibilität betont dabei die notwendige Fokussierung auf die Individualität des Menschen und seiner Interessen anstatt einer stereotypen Verharrung in Geschlechterrollen. Geschlechtersensibilität in Unternehmen rückt ab von stereotypen Erwartungshaltungen und gibt Familien den nötigen Freiraum Fürsorge und Daseinsaufgaben entsprechend den familieneigenen Ressourcen und Interessen zu orientieren und auszurichten. Eine geschlechtergerechte und -sensible Unternehmenskultur kann als Teil der Care-Ökonomie betrachtet werden. Nach Ohrem et al. (2013: 243) basiert Care-Ökonomie auf dem wertschätzenden Umgang von Frauen und Männern mit sich und ihrer sozialen wie natürlichen Umwelt, aber auch auf einer egalitären Aufteilung gesellschaftlich notwendiger Arbeitstätigkeiten. Care-Arbeit lohnt sich, sowohl in ethischer als auch in ökonomischer Hinsicht (vgl. Apitzsch und Schmidbaur 2010: 12). Ein Care-Ökonomischer Ansatz kann die Volkswirtschaft positiv beeinflussen und ist nachhaltig (vgl. Ohrem et al. 2013: 243).

Kapitel 6

Material und Methoden

6.1 Fragestellung und Forschungsdesign

Die vorangegangene qualitative Befragung gibt einen umfassenden Einblick zu elterlichen Mahlzeiten- und Fütterungspraktiken im zweiten Lebenshalbjahr und welche Begründungen diesen zugrunde liegen. Die Erkenntnisse wurden für die Entwicklung der nun folgenden semiquantitativen Befragung, die zur besseren Übersichtlichkeit für die folgende Arbeit als „Quantitative Studie“ abgekürzt wird, aufgegriffen.

In einer semiquantitativen Querschnittsbefragung wurden in Thüringen Eltern mit Säuglingen zum Zeitpunkt der Früherkennungsuntersuchung U6 zur Ausgestaltung der familiären Essumgebung befragt. Ziel dieses Studiendesigns war es ausgewählte Mahlzeiten- und Fütterungspraktiken, den Lebensmittelverzehr von Säuglingen, sowie wichtige Aspekte, die elterliches Verhalten beeinflussen - wie Einstellungen, Ernährungswissen, Ernährungsprobleme und Informationsbeschaffung - beim Übergang von der Bei- zur Familienkost zu erfassen. Darüber hinaus wurde untersucht, inwiefern der Lebensmittelverzehr von Säuglingen, der Beikostbeginn und die Informationsbeschaffung von Eltern nach Bildungsabschluss und finanzieller Lage von Familien verteilt sind. Der Fokus der Studie liegt auf der Prävalenz bzw. Häufigkeitsverteilung von Praktiken und dient dazu Bedarfe bei der Umsetzung gesundheitsfördernder Praktiken und von Handlungsempfehlungen zu identifizieren. Die Erkenntnisse können wiederum genutzt werden, um die Ernährungskommunikation für junge Familien zielgerichtet anzupassen.

Die Studie fand im Rahmen des Arbeitspaketes „Konzeptentwicklung zur Verbesserung des Ernährungsverhaltens in jungen Familien“ des Kompetenzclusters für Ernährung und kardiovaskuläre Gesundheit (nutriCARD), Halle-Jena-Leipzig statt und wurde durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert (Förderkennzeichen 01EA1411A und 01EA1411E). Sie wurde von der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V. AGETHUR in Kooperation mit dem Ernährungswissenschaftlichen Institut Jena von Juni 2016 bis Ende Januar 2017 durchgeführt. An der Koordination und Durchführung war die Autorin federführend beteiligt. Die Studie wurde von der Ethikkommission des Universitätsklinikums Jena am 30.05.2016 unter dem Titel „Fütterungs- und Esspraktiken in jungen Familien.“ zur Kenntnis genommen und als ethisch unbedenklich eingestuft (Bearbeitungsnummer: 4809-05/16). Ausgerichtet an den finanziellen und zeitlichen Ressourcen wurden 200 schriftliche Befragungen angestrebt.

Forschungsfragen und Hypothesen

Da bisher wenig über Mahlzeiten- und Fütterungspraktiken als auch über den Lebensmittelverzehr von Säuglingen beim Übergang von der Bei- zur Familienkost bekannt ist, ist das Studiendesign explorativ angelegt. Hypothesen werden für die Häufigkeiten des Lebensmittelgruppenverzehrs von Säuglingen aufgestellt, über Zusammenhänge des Lebensmittelgruppenverzehrs und der Bildung sowie finanziellen Lage von Eltern, als auch für den Zusammenhang des Beikostbeginns und der Bildung von Eltern.

Forschungsfragen

- Welche Einstellungen, Ansichten und Selbstwirksamkeitserwartungen von Eltern mit Säuglingen in Bezug auf Beköstigungsaktivitäten, Mahlzeiten und Gesundheit sind vorhanden?
- Welches Ernährungswissen ist bei jungen Eltern vorhanden?
- Aus welchen Quellen holen sich Eltern Ernährungsinformationen?
- Welche Ernährungsprobleme bei Säuglingen treten auf?
- Wie häufig finden Beköstigungsaktivitäten in den Familien statt?
- Welche Mahlzeiten- und Fütterungspraktiken von Eltern gegenüber Säuglingen finden statt?
- Welche Lebensmittelgruppen werden von Säuglingen verzehrt?
- Wie verteilen sich Verzehrhäufigkeiten von Lebensmittelgruppen nach Bildungsabschluss und finanzieller Lage?
- Wie verteilen sich Ernährungsprobleme und Informationsbeschaffung nach Bildungsabschluss und finanzieller Lage?
- Wie verteilt sich der Beginn der Beikost nach Bildungsabschluss und finanzieller Lage?

Hypothesen

Die Autorin geht angelehnt an Erkenntnisse zur aktuellen Ernährungssituation von Kindern in Deutschland (vgl. Hilbig et al. 2011; vgl. Krug et al. 2018; vgl. Mensink et al. 2007a; vgl. Mensink et al. 2007b) davon aus, dass bereits beim Übergang von der Bei- zur Familienkost Verzehrempfehlungen zu Obst, Gemüse und wünschenswerten Getreideprodukten unzureichend erreicht werden. Als erstrebenswert kann eine Umsetzung der Verzehrempfehlungen von mindestens drei Viertel der Säuglinge angesehen werden.

In Bezug auf die vorliegende Studie werden demnach folgende Hypothesen formuliert:

1. Weniger als drei Viertel der Säuglinge erreichen die Verzehrempfehlungen für Obst.
2. Weniger als drei Viertel der Säuglinge erreichen die Verzehrempfehlungen für Gemüse.
3. Weniger als drei Viertel der Säuglinge erreichen die Verzehrempfehlungen für wünschenswerte Getreideprodukte.

Kinder und Jugendliche von Eltern mit einem niedrigen sozio-ökonomischen Status ernähren sich ungünstiger als Kinder von Eltern mit mittlerem und hohem sozio-ökonomischen Status (vgl. Borrmann et al. 2015; vgl. Hilbig et al. 2011).

In Bezug auf die vorliegende Studie werden demnach folgende Hypothesen formuliert:

4. Säuglinge von Eltern mit niedrigerem Bildungsabschluss erreichen weniger häufig Verzehrempfehlungen als Säuglinge von Eltern mit hohem Bildungsabschluss.
5. Säuglinge von Eltern, die von finanzieller Benachteiligung betroffen sind, erreichen weniger häufig Verzehrempfehlungen als Säuglinge deren Eltern nicht finanziell benachteiligt sind.

Es gibt Hinweise darauf, dass ein niedriger Bildungsabschluss ein Risikofaktor für einen vorzeitigen Beginn von Beikost ist (vgl. Wang et al. 2019). Demnach wird folgende Hypothese vermutet:

6. Eltern mit niedrigerem Bildungsabschluss führen häufiger Beikost vor den Empfehlungen ein als Eltern mit hohem Bildungsabschluss.

6.2 Konzeption und Vorbereitung der Datenerhebung

Entwicklung des Fragebogens

Um eine Einschätzung der Häufigkeitsverteilung von Aspekten der familiären Essumgebung im ersten Lebensjahr und darin stattfindenden Mahlzeiten- und Fütterungspraktiken zu bekommen wurde ein semiquantitativer Fragebogen entwickelt. Der Fragebogenentwicklung ging zunächst eine ausführliche Recherche der Literatur voraus (siehe „Forschungsgegenstand und theoretischer Hintergrund“ Kapitel 2). Bestandteil der Literaturrecherche war es vor allem elterliche Praktiken und Merkmale der häuslichen Essumgebung zu identifizieren, die das Essverhalten, den Lebensmittelverzehr oder das Erkrankungsrisiko für Übergewicht und Adipositas von Säuglingen und Kindern beeinflussen. Anschließend wurden zwei qualitative Vorstudien durchgeführt, um relevante Aspekte zur Ausgestaltung der familiären Essumgebung im ersten Lebensjahr zu erfassen. Es wurde eine qualitative Befragung von Familienhebammen als Experten durchgeführt (vgl. Marx et al. 2018) sowie eine qualitative Befragung von Familien (siehe „Qualitative Studie“ Kapitel 3 bis 5). Die Erkenntnisse aus beiden Studien wurden für die Erstellung des Fragebogens genutzt. Bezüge zu den qualitativen Studien für die Fragebogenentwicklung werden mitunter in den einzelnen Fragebogenabschnitten aufgegriffen. Weiterhin wurden bereits bestehende Instrumente zur Fragenformulierung herangezogen, wie der Infant Feeding Style Questionnaire (vgl. Thompson et al. 2009) und der Parental Feeding Style Questionnaire (vgl. Wardle et al. 2002, vgl. Ozcetin et al. 2010).

Die Ernährung im ersten Lebensjahr ändert sich rapide und durchläuft mehrere Phasen. Um die Praktiken der Eltern besser miteinander vergleichen und bewerten zu können wurde daher ein eingegrenztes Säuglingsalter angestrebt. Gewählt wurde der Übergang von der Bei- zur Familienkost. Da in dieser Zeit erstmalig Mahlzeitenpraktiken etabliert werden, die den Grundstein für künftige familiäre Mahlzeitengewohnheiten legen, ist dieses Zeitfenster besonders interessant. Demnach sind die Fragen für ein Säuglingsalter von neun bis einschließlich zwölf Monaten formuliert und orientieren sich an entsprechenden Entwicklungsphasen und Empfehlungen. In diesem Zeitraum sollte die Beikost

nach dem Essensfahrplan im ersten Lebensjahr vollständig eingeführt sein und der graduelle Übergang von der Bei- zur Familienkost findet statt (vgl. Alexy und Hilbig 2016; vgl. Koletzko et al. 2016). Bei der Formulierung der Fragen zum Lebensmittelgruppenverzehr wurde beispielsweise darauf geachtet, dass sowohl die Beikost als auch die Familienkost bei den Hinweisen zum Ausfüllen berücksichtigt wurden. Weiterhin wurde bedacht, dass Mahlzeiten ggf. weiterhin getrunken werden, wenn es sich z. B. um Muttermilch oder Säuglingsmilchnahrungen handelt.

Für die Erfassung der familiären Essumgebung beim Übergang von der Bei- zur Familienkost wurde ein eigener Fragebogen entwickelt. Durch den Fragebogen wurde einen möglichst detaillierten Einblick in die Essumgebung angestrebt durch Berücksichtigung von Einstellungen, Ernährungswissen, Informationsbeschaffung, Ernährungsproblemen, Mahlzeiten- und Fütterungspraktiken und dem Lebensmittelverzehr von Säuglingen. Hierfür sind – nach Stand der Autorin – keine validierten Fragebögen bekannt. Für eine gelingende Befragung ist es notwendig den Umfang der Befragung dem Befragungsetting und der Zielgruppe anzupassen. Bei der Frageformulierung stand im Vordergrund, dass die Befragten relevante Informationen zum Beantworten der Frage aus dem Gedächtnis abrufen können (vgl. Porst 2009: 23). Weiterhin stehen Eltern mit Säuglingen, insbesondere beim Kinderarzt, unter zeitlichen Spannungen. Ein angemessenes Zeitfenster, bei der eine vollständige Beantwortung des Fragebogens möglich ist, hat demnach eine hohe Priorität. Angestrebt wurde hier ein Fragebogenformat, welcher einen zeitlichen Umfang von 30 Minuten nicht übersteigt.

Inhaltliche Schwerpunkte und Themenblöcke

Der Fragebogen wurde inhaltlich als auch optisch in verschiedene Abschnitte und Themenblöcke unterteilt. Nachstehend wird auf die inhaltlichen Schwerpunkte und deren Entwicklung eingegangen, die für die Forschungsfragen und Hypothesen relevant sind. Der vollständige Fragebogen ist im Anhang aufgeführt.

Abschnitt 1 und 2: Soziodemographische Angaben zum Kind und zum befragten Elternteil

Im ersten Abschnitt des Fragebogens wurde nach Angaben zum Kind und zur Geburt gefragt. Die Teilnehmenden wurden gebeten, die Angaben auf das jüngste Kind und bei Mehrlingsgeburten auf das zuletzt geborene Kind zu beziehen. Erfragt wurden das Geburtsdatum und Geschlecht des Kindes, und ob es sich um eine Mehrlings- oder Frühgeburt handelte. Weiterhin wurden Körpergröße und Körpergewicht zur Geburt und zur Früherkennungsuntersuchung U6 erfragt, wo das Kind zur Welt kam (Krankenhaus, Geburtshaus, zu Hause etc.) und ob vaginal oder per Kaiserschnitt entbunden wurde. Im Falle eines Kaiserschnitts wurde weiterhin gefragt, ob dieser auf Wunsch durchgeführt wurde. Es wurde nach Geschwistern und nach der aktuellen Betreuungssituation des Säuglings gefragt. Angaben zur Betreuungssituation umfassten, von wem der Säugling hauptsächlich oder überwiegend betreut wird, ob der Säugling bereits eine Kindertageseinrichtung oder Tagespflege besucht und ob die Eltern Unterstützung bei der Betreuung ihres Säuglings haben.

Im zweiten Abschnitt wurde nach Angaben zum ausfüllenden Elternteil gefragt. Erfasst wurden Geschlecht, Geburtsdatum und Staatsangehörigkeit der auszufüllenden Person sowie deren Familienstand und Schulabschluss. Weiterhin wurde nach der Haushaltsgröße und dem Haushaltseinkommen gefragt, als auch die Inanspruchnahme finanzieller Leistungen des Haushalts.

Abschnitt 3 und 4: Einstellungen, subjektive Ansichten und Selbstwirksamkeitserwartungen zu Ernährungspraktiken

Mit den Einstellungsfragen wurden die Bewertung von Mahlzeitenzubereitung und gemeinsame Mahlzeiten und Tischpraktiken in Bezug auf den Säugling fokussiert. Kognitive Einstellungen wurden über die Wichtigkeit eines bestimmten Verhaltens für die Person erfragt (zum Beispiel „Mir ist wichtig, dass in der Familie gemeinsam gegessen wird.“). Für Affektive Einstellungen wurden Formulierungen verwendet, die Emotionen, Gefühle und Bewertungen ausdrücken: „Das Kochen und Zubereiten von Speisen macht mir Spaß“, „Ich freue mich auf gemeinsame Mahlzeiten“ etc. Hierbei wurden auch Einstellungen zum Lebensmittelverzehr und zum Körpergewicht erfragt: „Ich mache mir manchmal Sorgen, dass mein Kind zu viel bzw. zu wenig isst.“, „Ich hätte kein Problem damit, wenn mein Kind später einmal unter- bzw. übergewichtig wäre.“

Normative Ansichten wurden durch bewertende Aussagen abgefragt, die sich nicht direkt auf die Person beziehen (zum Beispiel „Ein Baby sollte mit sechs Monaten eine Nuckelflasche alleine halten“, „Gesunde Ernährung besitzt in Deutschland einen hohen Stellenwert“). Die Selbstwirksamkeitserwartung einer Person bezieht sich darauf, inwiefern die Person überzeugt ist, ein gewünschtes Ereignis durch das eigene Verhalten beeinflussen zu können (vgl. Bandura 1977). Die Selbstwirksamkeit von Eltern wurde in Bezug auf die Entwicklung des Kindes durch den eingeschätzten Einfluss der eigenen Person erfragt („Ich habe großen Einfluss darauf, wie sich mein Baby körperlich und geistig entwickelt.“ und „Ich kann die Geschmacksvorlieben meines Babys beeinflussen.“). Antwortmöglichkeiten für die Fragen aus den ersten beiden Themenblöcken wurden in Form einer verbalisierten 5-stufigen-Skala vorgegeben, die von links nach rechts wie folgt lautet: „stimme überhaupt nicht zu“, „stimme (eher) nicht zu“, „stimme mittelmäßig zu“, „stimme zu“, „stimme voll zu“.

Einstellungen, Ansichten und Selbstwirksamkeitserwartungen sind wichtige Faktoren, die sich sowohl gegenseitig als auch Verhalten beeinflussen (vgl. Ajzen 1991; vgl. Ajzen 2001). In Bezug auf die Ernährungskommunikation ist es wichtig diese zu erfassen, um beispielsweise einen Ausgangspunkt für Sensibilisierungs- und Aufklärungsmaßnahmen festzulegen. Durch Einstellungen und Ansichten können Motive und Anreize ermittelt werden, auf die die Ernährungskommunikation in ihrer Argumentation zurückgreifen kann. So ist es zum Beispiel wichtig zu erfassen, ob und inwiefern gemeinsame Mahlzeiten als wichtig erachtet werden und welche Gefühle und Emotionen damit verbunden sind. Dadurch kann besser eingeschätzt werden, ob die Umsetzung gemeinsamer Mahlzeiten grundsätzlich als erstrebenswert für Familien bewertet wird. Nur wenn dies der Fall ist, kann die Ernährungskommunikation „gemeinsame Mahlzeiten“ als Argument und Ausgangspunkt für weitere Botschaften nutzen. In Bezug auf den Trend der Fehlernährung und der hohen Prävalenz von Übergewicht und Adipositas ist es beispielsweise auch von Bedeutung zu betrachten, wie Eltern gesunde Ernährung in Deutschland generell wahrnehmen, inwiefern sie sich selbst die Verantwortung für das kindliche

Körpergewicht geben und wie ein ungünstiges Körpergewicht bei Kindern bewertet wird. So kann zum Beispiel ermittelt werden, ob ein gemeinsames Grundverständnis in Bezug auf die Ernährungskommunikation gegeben ist. Spielt zum Beispiel das Körpergewicht der Kinder für Eltern nur eine untergeordnete Rolle, können Maßnahmen der Ernährungskommunikation nicht für ein „Normalgewicht“ bzw. „gesundes Körpergewicht“ werben. In Konsequenz daraus müsste der Fokus eher darauf gelenkt werden über die gesundheitlichen Folgen von Übergewicht zu sensibilisieren und die „Popularität“ von „Normalgewicht“ bzw. einer gesunden Gewichtsentwicklung zu erhöhen, durch beispielsweise verstärkte Aufklärungsarbeit. Erst dann kann in der weiteren Ernährungskommunikation „Normalgewicht“ als ein gemeinsames Grundverständnis in der weiteren Argumentation genutzt werden.

Abschnitt 5: Informationsbeschaffung

Dieser Themenblock erfasst durch die Frage „Wo holen sie sich Tipps rund um die Beikost und das Familienessen?“ welche Informationskanäle Eltern nutzen, um sich über Beikost und Familienessen zu informieren. In einer 5-stufigen Ordinalskala mit der Rangfolge 1. „Nie“, 2. „Selten“, 3. „Ab und zu“, 4. „Häufig“ und 5. „Sehr häufig“ wurde um die Einordnung folgender Informationsquellen gebeten: 1. Eigene Eltern oder Schwiegereltern; 2. Partner/in und Freunde; 3. Kinderarzt; 4. Hebamme; 5. Zeitschriften, Bücher, Flyer, Broschüren; 6. Fernsehwerbung; 7. Herstellerangaben auf Säuglingsmilchnahrungen und Beikostprodukten; 8. Foren und Informationsseiten im Internet. Weiterhin konnten die Teilnehmenden diese Informationsquellen durch weitere Angaben ergänzen.

Abschnitt 6: Ernährungswissen

Um das Ernährungswissen abzufragen, wurden in einem Themenblock verschiedene Zusammenhänge von Ernährung und Gesundheit als auch Ernährungsempfehlungen als Aussagen vorformuliert zum Beispiel „Ein hoher Medien- und Fernsehkonsum bei Kindern erhöht das Risiko für Übergewicht.“. Der richtige Zusammenhang wurde stets durch die Aussage selbst vorgegeben. Dabei wurden die Aussagen als Affirmation formuliert. Als Antwortmöglichkeiten wurde 1. „Stimmt nicht“; 2. „Stimmt“; 3. „Weiß nicht“ vorgegeben. Wissensfragen, die Empfehlungen zur Säuglingsernährung betreffen, resultierten aus den qualitativen Interviews. So ist beispielsweise in den qualitativen Familieninterviews aufgefallen, dass sich Eltern bei der Auswahl von Säuglingsmilchnahrungen an die Altersangaben der Hersteller orientieren. Aus diesem Grund ist es interessant in Erfahrung zu bringen, ob Eltern bewusst ist, dass die Gabe von Folgenahrung nicht notwendig ist (vgl. Koletzko et al. 2016).

Abschnitt 7: Angaben zur Mahlzeitenhäufigkeit und zum Beginn der Beikost

Im 7. Abschnitt soll zunächst schriftlich frei angegeben werden wie viele Mahlzeiten der Säugling am gestrigen Tag zu sich genommen (gegessen bzw. getrunken) hat. Dabei wird in der Formulierung herausgestellt, dass auch Snacks mit anzugeben sind. Als weitere Erinnerungstütze wird gebeten nächtliche Mahlzeiten und Mahlzeiten in der Fremdbetreuung z.B. in der Kita oder beim Babysitter mit einzu-beziehen.

Um den Beikostbeginn zu erheben wurde folgende Fragestellung formuliert: „Ab welchem Monat hat ihr Baby zum ersten Mal etwas anderes als Muttermilch oder Säuglingsmilchnahrung probiert?“. Als

Ausnahmen wurden Wasser und ungesüßter Tee angegeben. Eltern konnten nachfolgend den Monat frei eintragen. Um herauszustellen, dass es sich jeweils um den Lebensmonat handelt in dem sich der Säugling befand und nicht um das Alter in vollendeten Monaten wurde zur Hilfestellung das Wort „ab“ vor dem freien Platz für die Antwort hinzugefügt. Bei der Formulierung der Frage wurden die Erkenntnisse aus der qualitativen Befragung berücksichtigt. In einigen Fällen bekommen Säuglinge bereits sehr zeitig weitere Lebensmittel zusätzlich zur Muttermilch und Säuglingsmilchnahrung, zum Beispiel Reisflocken in die Säuglingsmilchnahrung gemischt oder die Gabe von Karottensaft. Dies wird jedoch nicht als Beikost eingeordnet unter anderem, weil es sich um Lebensmittel handelt, die getrunken werden. Unter Beikost wird dagegen eher die Gabe von Speisen vom Löffel verstanden.

Abschnitt 8: Verzehrhäufigkeiten von Lebensmittel(-gruppen)

Der familiäre Lebensmittelverzehr der Säuglinge wird durch verschiedene Lebensmittel und Lebensmittelgruppen für den Zeitraum der letzten sieben Tage in Form von Häufigkeiten abgefragt. Dabei wurde explizit herausgestellt, dass der Lebensmittelverzehr sowohl häuslich als auch außerhäuslich berücksichtigt werden soll, jedoch nicht die Mahlzeiten in der Tagespflege oder der Kita. Vorgegebene Antwortmöglichkeiten werden in einer 5-stufigen verbalisierten Skala angegeben, die sich auf den Zeitraum einer Woche bezieht: 1. „Seltener bis nie“; 2. „Ein- bis dreimal in der Woche“; 3. „Vier- bis sechsmal in der Woche“; 4. „Täglich“; 5. „Mehr als täglich“. Die abgefragten Lebensmittel bzw. Lebensmittelgruppen orientieren sich an den Empfehlungen zur Säuglingsernährung, an die gängigen Gruppen der Ernährungspyramide als auch an Lebensmittel(-gruppen), die bei der qualitativen Befragung in Familien herausgestellt wurden wie beispielsweise süße Aufstriche, Wurst(-aufstrich) und Pommes. Bei der Bezeichnung der Lebensmittel wurde darauf geachtet, dass die Speisekonsistenz - wenn relevant - als Brei- sowie als feste Form berücksichtigt wurde. Hinweise zum Ausfüllen der Kategorien wurden in Bezug auf Breimenüs und deren Zuordnung zu unterschiedlichen Lebensmittelgruppen gegeben. Die Reihenfolge und genaue Bezeichnung der abgefragten Lebensmittelgruppen können den Fragebogen im Anhang entnommen werden.

Abschnitt 9: Beköstigungspraktiken, Mahlzeitenbegleitung und Medienkonsum

An dieser Stelle werden weitere Praktiken abgefragt, die die Ernährungsversorgung und Beköstigung betreffen (Lebensmittelbeschaffung, Nutzung von selbsthergestellter Breikost und kommerzieller Conveniencekost) als auch die Ausgestaltung von Mahlzeiten, insbesondere in Bezug auf die Mahlzeitenbegleitung und den Medienkonsum während der Mahlzeiten. Auch hier sollen die Aussagen auf das häusliche und außerhäusliche familiäre Umfeld für die letzten sieben Tage (dem Umfang einer Woche) bezogen werden. Die Antwortmöglichkeiten werden als Häufigkeiten in einer 5-stufigen Skala analog zum Lebensmittelverzehr vorgegeben. Aus der qualitativen Studie in Familien wurde deutlich, dass mitunter zu den Mahlzeiten der Fernseher läuft, Eltern jedoch nicht wahrnehmen, dass der Säugling tatsächlich Fernseher guckt, weil Säuglinge – zum Beispiel aufgrund geringer Aufmerksamkeitsspannen – nicht kontinuierlich auf den Bildschirm schauen. Dies wird bei den Fragestellungen berücksichtigt. So wird zum einen nach Medienkonsum während der Mahlzeiten gefragt unabhängig davon, ob der Säugling diese Medien auch explizit selbst konsumiert („Wie häufig isst ihr Baby vor dem laufenden Fernseher, unabhängig davon, ob es hinguckt?“ und „Wie häufig läuft das Radio oder Musik, wenn ihr Baby isst“) und zum anderen wird direkt nach dem Medienkonsum der

Eltern zu den Säuglingsmahlzeiten gefragt, zum Beispiel „Wie häufig gucken Sie Fernsehen, wenn ihr Baby isst?“.

Abschnitt 10: Ernährungsprobleme im ersten Lebensjahr

Die Interviews mit Eltern haben ergeben, dass Verdauungsprobleme und -beschwerden als auch die Akzeptanz von angebotenen Speisen die Lebensmittelauswahl von Eltern beeinflusst. Demnach werden in einem Themenblock mögliche Probleme, die im ersten Lebensjahr vorkommen können (Durchfall, Verstopfung, zu viel gespuckt etc.) abgefragt. Dabei handelt es sich um subjektiv wahrgenommene Probleme – denn es wird zum einen nicht nach einer medizinischen Abklärung des Problems gefragt, zum anderen können die aufgeführten Vorgaben zum Teil medizinisch nicht als objektive Probleme betrachtet werden (z. B. zu viel spucken, sehr wählerisch sein etc.). Es wurden für diesen Themenblock drei Antwortmöglichkeiten vorgegeben: 1. „nein, nie“; 2. „kam schon einmal vor“; 3. „ja, häufig“.

Abschnitt 11: Mahlzeitenorte

Zunächst wird in diesem Abschnitt gefragt, ob das Kind einen eigenen Stuhl oder Hochstuhl besitzt. Zwar wird gemeinläufig und in den Empfehlungen zur Säuglingsernährung von Mahlzeiten im (Hoch-)Stuhl ausgegangen, sobald der Säugling eigenständig sitzen kann, jedoch haben die qualitativen Interviews mit Familienhebammen und Eltern aufgezeigt, dass dies nicht unbedingt als Voraussetzung angenommen werden kann. Anschließend werden häusliche Mahlzeitenorte, an denen der Säugling seine Mahlzeiten zu sich nimmt, in einem Themenblock abgefragt. Diese werden in Häufigkeiten, bezogen auf einen Wochenzeitraum analog dem Lebensmittelverzehr, in einer fünf-stufigen Skala abgefragt (1. „seltener bis nie“ bis 5. „mehrmals täglich“). In der Frage wird herausgestellt, dass Säuglingsmahlzeiten in Form von Beikost, Familienkost oder Snacks mit einbezogen werden sollen. Folgende Mahlzeitenorte werden vorgegeben: „Couchtisch“, „Sofa“, „Küchentisch bzw. separater Esstisch“, „Laufgitter“, „Baby-Autoschale oder Baby-Wippe“, „Fußboden oder Krabbeldecke“. In einer weiteren offenen Antwortkategorie „Wo noch?“ können weitere Mahlzeitenorte ergänzt werden. Bewusst wird entschieden nur häusliche Mahlzeitenorte einzubeziehen, um die Angemessenheit eines Mahlzeitenortes besser einschätzen zu können. So macht es einen Unterschied, ob beispielsweise Mahlzeiten häuslich in der Autoschale stattfinden oder unterwegs in der Autoschale stattfinden.

Abschnitt 12: Weitere Ernährungspraktiken

Im letzten Abschnitt werden u. a. Praktiken zur Mahlzeitenplanung („Was mein Baby zu essen bekommt, plane ich mindestens schon einen Tag im Voraus.“), zum Umgang mit der Ablehnung von Lebensmitteln durch den Säugling („Wenn mein Baby etwas nicht essen möchte, biete ich ihm stattdessen etwas anderes zu essen an.“) und inwiefern Ernährung in der Erziehung eingesetzt wird („Ich gebe meinem Baby etwas Leckeres zu essen, wenn es etwas besonders gut gemacht hat oder brav war.“) erfragt. Auch werden Eltern gebeten einzuschätzen, inwiefern sie Schreien des Säuglings durch Hunger von anderen Bedürfnissen abgrenzen können. Als Abschlussfrage soll durch die Eltern subjektiv eingeschätzt werden, ob die Ernährung ihres Säuglings gesund ist. Die zu erfassenden Praktiken wurden als Verhaltensaussage formuliert. Auf einer verbalisierten 5-stufigen Skala wurden folgende Antwortmöglichkeiten vorgegeben: 1. „stimme überhaupt nicht zu“; 2. „stimme (eher) nicht zu“; 3. „stimme mittelmäßig zu“; 4. „stimme zu“; 5. „stimme voll zu“.

Testung des Fragebogens und der Durchführbarkeit der Datenerhebung

Die Items des Fragebogens wurden zunächst in einer Expertengruppe in Bezug auf inhaltliche und formale Kriterien wie Verständlichkeit und Eindeutigkeit der Fragen sowie sprachliche Konsistenz geprüft und überarbeitet (vgl. Kallus 2016: 30). In der Expertengruppe wurde festgelegt, dass die Formulierung „Baby“ statt „Säugling“ genutzt wird, um einen besseren Bezug und Identifikation mit der Zielgruppe zu erreichen. Anschließend wurde der Fragebogen einem Pretest auf Verständlichkeit und zur Identifizierung problematischer Wörter und Fragen unterzogen (vgl. Porst: 185f). Weiterhin wurde durch den Pretest das Zeitformat getestet. Im Pretest wurden 20 Eltern mit Säuglingen im Alter von neun bis vierzehn Monaten gebeten den Fragebogen schriftlich auszufüllen und dabei Unverständlichkeiten als auch andere Anmerkungen, Hinweise und Anregungen schriftlich zu dokumentieren. Anschließend wurde im Gespräch ein Gesamtfeedback zum Fragebogen eingeholt und eventuelle Anmerkungen diskutiert. Die Rekrutierung der Pretestteilnehmer erfolgte über Kontakte, die sich während der qualitativen Befragung ergeben haben, sowie über den Bekanntenkreis der Autorin. Der Fragebogen wurde daraufhin ein weiteres Mal überarbeitet. Durch die Pretestung wurde beispielsweise die Frage „Wie häufig kochen Sie den Brei für ihr Baby selbst?“ umformuliert zu: „Wie häufig bekommt Ihr Baby Brei, den Sie selbst gekocht haben?“ Berechtigterweise wurde zu dieser Frage von Eltern, die den Brei für ihren Säugling selbst kochen, angemerkt, dass sie mehrere Breiportionen vorkochen, dadurch zwar nicht jeden Tag gekocht wird, aber der Säugling dennoch jeden Tag selbstgekochten Brei erhält.

Die Fragebögen wurden über Kinderarztpraxen zum Zeitpunkt der Früherkennungsuntersuchung U6 an die Eltern herangetragen. Mit jeder teilnehmenden Praxis wurde zuvor ein Termin anvisiert, um die Durchführbarkeit zu besprechen und Bewerbung, Verteilung und Einsammlung der Fragebögen an die Gegebenheiten der jeweiligen Praxis anzupassen. Weiterhin wurde abgeschätzt wie viel Früherkennungsuntersuchungen pro Monat stattfinden, um die Verteilung und Einsammlung der Fragebögen sowie die Abgabe von kleinen „Give aways“ (Kinderlöffel oder Kinderbuch) als Dankeschön an die Eltern für die Teilnahme zu koordinieren.

6.3 Datenerhebung

Die Rekrutierung von jungen Familien fand über Kinderarztpraxen in vier Thüringer Städten (Apolda, Erfurt, Jena und Weimar) zum Zeitpunkt der Früherkennungsuntersuchung U6 statt. Die U6 findet in der Regel zwischen dem 10. und 12. Lebensmonat statt, wobei die Toleranzgrenze zwischen dem 9. und 14. Lebensmonat liegt (vgl. GBA 2017). Von insgesamt 24 schriftlich und telefonisch angefragten Kinderarztpraxen erklärten sich zwölf Praxen bereit an der Bewerbung der schriftlichen Befragung und dem Aushändigen der Fragebögen an die Eltern teilzunehmen. Um auch Eltern aus benachteiligten Lebenslagen für die Befragung zu gewinnen, wurde bei der Auswahl der Praxisstandorte möglichst darauf geachtet, dass die Arztpraxen in benachteiligten Stadtteilen lokalisiert waren. Praxisteam oder Kinderarzt sprachen die Familien zur U6 an und stellten die Studie vor. Den Eltern wurde ein Informationsblatt zur Projektbeschreibung, Datenverarbeitung und Einverständniserklärung in zweifacher Ausführung (siehe Anhang), zusammen mit dem Fragebogen und einem leeren Briefumschlag

ausgehändigt. Einverständniserklärung und Fragebögen wurden entweder direkt von den Eltern im Wartezimmer ausgefüllt oder mit nach Hause gegeben und spätestens zum nächsten Impftermin, zu dem die meisten Arztpraxen vier Wochen später eingeladen haben, von der Praxis wieder entgegengenommen.

Teilnahmevoraussetzungen waren das Verstehen der deutschen Sprache sowie, dass der Säugling permanent oder überwiegend im gleichen Haushalt wie die befragte Person lebt. Letztere Voraussetzung wurde auch als Abfrage im Fragebogen gegengeprüft. Das Verstehen der deutschen Sprache wurde durch das Praxisteam eingeschätzt. Die Datenerhebung fand von Juni 2016 bis Ende Januar 2017 statt. Der Zeitraum der Teilnahme richtete sich nach Kapazität jeder einzelnen Praxis (siehe Tabelle 6.1). Es wurden 204 Fragebögen eingesammelt. Die Betreuung der Arztpraxen während des Erhebungszeitraums wurde von zwei Personen koordiniert und durchgeführt.

Tabelle 6.1 Übersicht Teilnahmezeitraum Arztpraxen und einzelne Rücklaufzeiten

Praxis Nr.	Teilnahmezeitraum	Laufzeit in Monaten	Rücklaufzeit in %
1	02.06.16 - 19.01.17	6,5	28,5
2	09.06.16 - 15.12.16	6,0	81,3
3	18.08.16 - 02.02.17	5,5	38,5
4	23.08.16 - 14.02.17	5,5	27,5
5	30.05.16 - 03.02.17	8,0	87,5
6	30.05.16 - 03.02.17	8,0	91,3
7	01.07.16 - 09.09.16	2,0	30,0
8	01.06.16 - 14.12.16	6,5	84,4
9	21.06.16 - 22.09.16	3,0	45,5
10	01.08.16 - 31.01.17	6,0	57,1
11	23.08.16 - 31.01.17	5,5	90,0
12	25.10.16 - 31.01.17	3,0	100,0

6.4 Datenaufbereitung und -auswertung

Dateneingabe

Für den Datensatz wurde zunächst ein Datenprotokoll mit Verschlüsselungen angefertigt. Anschließend wurde der Rohdatensatz codiert in Microsoft Excel eingegeben. Zur Überprüfung der Dateneingabe wurden 10 % als Stichprobe (20 Fälle) zufällig gewählt und für diese eine doppelte Dateneingabe vorgenommen. Eine Fehlergrenze von $\leq 1\%$ wurde festgelegt, um die Notwendigkeit einer vollständigen doppelten Dateneingabe zu prüfen. Der Fehleranteil lag mit 0,25 % (95 % oberes KI: 0,42, einseitig signifikant) unter der festgelegten Grenze und auf eine vollständige doppelte Dateneingabe konnte verzichtet werden. Anschließend wurde der Rohdatensatz in das Statistikauswertungsprogramm „IBM SPSS Statistics 24“ eingepflegt. Hier wurde die Aufbereitung von Variablen und statistischen Auswertungen vorgenommen.

Kategorienaufbereitung

Die Aufbereitung der Kategorien wird entsprechend dem Forschungsinteresse und den Untersuchungsmethoden vorgenommen. Bei der Darstellung von Häufigkeiten werden die Verteilung von Merkmalsausprägungen und die inhaltliche und statistische Aussagekraft berücksichtigt.

Einstellungen, Selbstwirksamkeitserwartung und weitere Ernährungspraktiken

Die Darstellung von Häufigkeiten zu Einstellungen, Selbstwirksamkeitserwartungen und weiteren Ernährungspraktiken (Themenblöcke 1, 2 und 9) erfolgt in den folgenden drei Kategorien: 1. „stimme (überhaupt) nicht zu“; 2. „stimme mittelmäßig zu“; 3. „stimme (voll) zu“. Unter der Kategorie „stimme (überhaupt) nicht zu“ wurden die ursprünglichen Antwortmöglichkeiten „stimme (überhaupt) nicht zu“ und „stimme (eher) nicht zu“ zusammengefasst. Die Antwortmöglichkeit „stimme mittelmäßig zu“ bleibt unverändert und die Antwortmöglichkeiten „stimme zu“ und „stimme (voll) zu“ werden in der Kategorie „stimme (voll) zu“ zusammengefasst.

Ernährungswissen

Inwiefern Eltern sich den Zusammenhängen von Ernährung und Gesundheit bewusst sind bzw. inwiefern sie Ernährungsempfehlungen kennen, wurde durch Zustimmung (Antwortkategorie „stimmt“) erhoben. Dieser Antwortkategorie wurde die Zuordnungen zu den Aussagen „stimmt nicht“ und „weiß nicht“ gegenübergestellt. Die zusammengefasste Kategorie „stimmt nicht/weiß nicht“ repräsentiert somit Eltern, die sich eines bestimmten Zusammenhangs nicht bewusst sind oder Empfehlungen nicht kennen.

Beköstigungspraktiken, Mahlzeitenbegleitung, Medienkonsum, Mahlzeitenorte

Ernährungspraktiken und Mahlzeitenorte deren Häufigkeitsangaben sich auf die letzten sieben Tage bezogen, wurden für die Häufigkeitsanalyse in drei Kategorien zusammengefasst 1. „seltener bis nie“, 2. „ein- bis sechsmal die Woche“, 3. „(mehrmals) täglich“.

Lebensmittelverzehrhäufigkeiten

Die Angaben zu den Lebensmittelverzehrhäufigkeiten wurden zunächst einer Plausibilitätsprüfung unterzogen. Hierbei wurde geprüft, ob mit den angegebenen Häufigkeiten prinzipiell eine lebensfähige und plausible Ernährung angegeben wurde. Um die Lebensmittelverzehrhäufigkeiten der Säuglinge qualitativ einschätzen zu können, wurden Empfehlungen der Beikost ab dem 7. bzw. 9. Monat, Empfehlungen zum Übergang der Familienernährung ab dem 10. bis 12. Monat und Empfehlungen zur Kleinkindernährung ab dem ersten Lebensjahr aufgelistet und gegenübergestellt (siehe Tabelle 6.2) (vgl. Aid Infodienst 2016a; vgl. Aid Infodienst 2016b; vgl. BZfE 2020; vgl. Gesund ins Leben 2020; vgl. Koletzko et al. 2016). Anschließend wurden die Lebensmittelgruppen entsprechend der Ernährungspyramide (vgl. BZfE 2020) zusammengefasst und Ableitungen für einen wünschenswerten Verzehr anhand der Antwortmöglichkeiten des Fragebogens definiert (siehe Tabelle 6.2). Die abgeleiteten Empfehlungen berücksichtigen den Alterszeitraum der Früherkennungsuntersuchung U6 (zwischen dem 10. und 12. Lebensmonat), in welchem die vollständig eingeführte Beikost ab sieben bzw. neun Monaten in die Familienkost bzw. das Familienessen gegen Ende des ersten Lebensjahres übergeht. Demnach wurden

für die abgeleiteten Empfehlungen sowohl die Beikostempfehlungen als auch die Empfehlungen zur Kleinkindernährung berücksichtigt.

Den erfassten Lebensmittelverzehrhäufigkeiten wurde ein Punktwert zugeordnet, der den wöchentlichen Durchschnittsverzehr widerspiegelt (siehe Tabelle 6.3). So wurde der Angabe „seltener bis nie“ ein Punktwert von Null, der Kategorie „1 bis 3-mal in der Woche“ ein Punktwert von Zwei, der Kategorie „4 bis 6-mal in der Woche“ ein Punktwert von Fünf, der Kategorie „einmal am Tag“ ein Punktwert von Sieben, und der Kategorie „mehrmals täglich“ ein Punktwert von 14 zugeordnet. Aus den zugeordneten Punktwerten wurden für zusammengefasste Lebensmittelgruppen, die sich aus mehreren Lebensmittelgruppen zusammensetzen (beispielsweise die Gruppe: „Fleisch, Fisch und Eier“), Summenpunktwerte gebildet. Über Punktwerte und Summenpunktwerte erfolgte die Zuordnung der Lebensmittelverzehrhäufigkeiten in „Empfehlungen erreicht“ versus „Empfehlungen nicht erreicht“.

Tabelle 6.2 Gegenüberstellung der Empfehlungen zum Lebensmittelverzehr im Säuglings- und Kleinkindalter nach Häufigkeiten* (vgl. Aid Infodienst 2016a; vgl. Aid Infodienst 2016b; vgl. BZfE 2020; vgl. Gesund ins Leben 2020; vgl. Koletzko et al. 2016)

	Beikost ab dem 7. bzw. 9. Monat	Übergang Beikost- Familienessen ab dem 10.-12. Monat	Kleinkindernährung¹ ab dem 2. Lebensjahr (13. Monat)
Muttermilch und/oder Säuglingsmilchnahrung Pre/Nr.1	Nach Bedarf, 1- bis mehrmals täglich	Nach Bedarf, 1- bis mehrmals täglich	Stillen weiterhin möglich, wird im Mahlzeitenplan und den Lebensmittelgruppen der Kleinkindernährung jedoch nicht mehr explizit berücksichtigt.
Säuglingsmilchnahrung Nr. 2/Nr. 3 (Folgenahrung)	Einführung frühestens mit der Beikost, jedoch nicht notwendig		---
Milch(-produkte)	1-mal täglich	1- bis 2-mal täglich	3-mal täglich
Kartoffeln, Getreide (-produkte), Teigwaren	3(4) ² -mal täglich	3- bis 4(5) ² -mal täglich	4(5) ² -mal täglich
Gemüse	1-mal täglich	1- bis 3-mal täglich	3-mal täglich
Obst	2-mal täglich	1- bis 2-mal täglich	2-mal täglich
Fleisch	5-mal wöchentlich	5-mal wöchentlich	Bis zu 3-mal wöchentlich
Fisch	1- bis 2-mal wöchentlich	1- bis 2-mal wöchentlich	1- bis 2-mal wöchentlich
Ei	Keine direkte Positionierung ³	Keine direkte Positionierung ³	Als Teil der ‚Fleisch, Fisch‘- Kategorie; 1 bis 2 Eier/Woche
Wasser/ungesüßter Tee	1-mal täglich	1- bis 3-mal täglich	6-mal täglich
Süßigkeiten, gesüßte Getränke, salzige Snack- produkte	Nicht empfohlen	Nicht empfohlen	Max. 1-mal täglich

* Die angegebenen Häufigkeiten entsprechen der Anzahl an Portionen.

¹ Die Kleinkindernährung entspricht den Empfehlungen der Familiernährung mit bestimmten Ausnahmen in der Lebensmittelauswahl und -zubereitung (siehe Kapitel 2.5).

² Eine weitere Getreideportion als Bestandteil einer ovo-lacto-vegetarischen Ernährung.

³ Von einer Beikost ohne tierische Lebensmittel wie Milch, Ei, Fleisch und Fisch wird abgeraten.

Tabelle 6.3 Abgeleitete Empfehlungen und zugeordnete Punktwerte

Zusammengefasste Lebensmittelgruppen	Abgeleitete Empfehlung	Zugeordnete Punktwerte bzw. Summenpunktwerte
Muttermilch, Säuglingsmilchnahrungen, Milch(-produkte) ¹	2- bis 3-mal täglich	14 – 21
Kartoffeln, Getreide(-produkte), Teigwaren	mehrmals täglich	≥ 14
→ inkl. Müsli/Cornflakes	mehrmals täglich	≥ 14
→ inkl. Müsli/Cornflakes, (Baby-) Kekse/Kuchen	mehrmals täglich	≥ 14
Gemüse ²	1- od. mehrmals täglich	≥ 7
Obst ²	1- od. mehrmals täglich	≥ 7
Fleisch, Fisch, Ei	bis 1-mal täglich	≤ 7
Wasser/ ungesüßter Tee	1- od. mehrmals täglich	≥ 7
Ungünstige Lebensmittel ³	selten/ nie	0

¹ beinhaltet auch Folgemilch und Kleinkindmilch

² außer Saft bzw. Saftschorlen

³ erfasst wurden Süßigkeiten, gesüßte Getränke, salzige Snackprodukte, Pommes Frites

Häufigkeitsverteilung nach Bildungsabschluss und finanzieller Situation der Eltern

Angaben zum Lebensmittelverzehr, zum Beikostbeginn und zur Informationsbeschaffung werden nach dem Bildungsabschluss der Eltern und deren finanzieller Situation stratifiziert. Die Verteilung der Häufigkeiten wird gegenübergestellt, um Unterschiede zwischen den Gruppen zu identifizieren. Der Bildungsabschluss der Eltern wird für die Gegenüberstellung dichotomisiert. Dabei werden Eltern mit (Fach-)Abiturabschluss denen ohne (Fach-)Abiturabschluss gegenübergestellt. Bei der finanziellen Situation der Eltern werden Haushalte ohne finanzielle Benachteiligung Haushalten mit finanzieller Benachteiligung gegenübergestellt. Die Zuordnung eines Haushalts zur Kategorie „finanziell benachteiligt“ erfolgt, wenn die befragte Person angab, eine oder mehrere der folgenden Leistungen in Anspruch zu nehmen: Hartz IV, Wohngeld, Kindergeldzuschlag, Unterhaltsvorschuss und/oder Rente. Familien, die diese Leistungen in Anspruch nehmen, leben in der Regel in prekären finanziellen Verhältnissen und sind somit finanziell benachteiligt (vgl. BMAS 2017).

Beikostbeginn

Die Beikosteinführung sollte frühestens ab dem 5. Lebensmonat und spätestens ab dem 7. Lebensmonat erfolgen. Um die Häufigkeitsverteilung des Beikostbeginns nach den soziodemographischen Parametern Bildung und finanzielle Situation zu beurteilen, wurden die Monatsangaben zum Beikostbeginn in die folgenden drei Kategorien zusammengefasst: 1. „Vor dem 5. Lebensmonat“; 2. „5. bis einschließlich 7. Lebensmonat“, 3. „Ab dem 8. Lebensmonat“. Dabei repräsentiert die Kategorie „5. bis einschließlich 7. Lebensmonat“ den Empfehlungszeitraum.

Informationsbeschaffung

Um die Verteilung von Informationsquellen nach Bildungsabschluss und finanzieller Situation der Eltern zu betrachten, wurden die Angaben „häufig“ und „sehr häufig“ zusammengefasst und den zusammengefassten Angaben („nie“, „selten“, „ab und zu“) gegenübergestellt.

Statistische Analyse

Insgesamt wurden Daten von 204 Fragebögen erhoben. Die Rücklaufquote aus den zwölf beteiligten Arztpraxen lag zwischen 27,5 % und 100 % (siehe Tabelle 6.1). Im Durchschnitt betrug die Rücklaufquote 63,5 %. Für die Häufigkeitsanalyse und -darstellung wurden fehlende Angaben der jeweiligen Variablen ausgeschlossen. Bei der Aufsummierung von Prozentwerten einer dargestellten Häufigkeitsverteilung einer Variablen auf 100 % kann es rundungsbedingt zu Abweichungen kommen.

Für die Analyse des familiären Lebensmittelverzehrs von Säuglingen wurden weiterhin Fälle ausgeschlossen, bei denen der Säugling bereits in einer außerfamiliären Betreuung wie einer Kita oder bei einer Tagesmutter untergebracht wurde ($n = 27$) sowie bei fehlenden Angaben dieser Variable ($n = 4$). So konnten maximal 173 Fälle für die deskriptive Analyse des Lebensmittelverzehr und der Gegenüberstellung des Lebensmittelverzehrs nach den soziodemografischen Parametern Bildung und finanzieller Lage herangezogen werden. Gruppenunterschiede für die Variablen Bildung und finanzielle Situation wurden mit Hilfe des χ^2 -Tests auf Unabhängigkeit bzw. mit dem Fisher's exaktem Test, für erwartete Zellwerte < 5 , identifiziert. Fehlende Werte wurden fallweise aus den Analysen ausgeschlossen. Als statistisches Signifikanzniveau wurde $p \leq 0,05$ definiert. Die Auswertung der Daten, sowohl der deskriptiven als auch interferenzstatistischen, erfolgte mit der Statistiksoftware IBM SPSS Statistics Version 24. Die graphische Aufbereitung wurde mit Microsoft Word vorgenommen.

Kapitel 7

Ergebnisse

Nachfolgend werden die Ergebnisse der quantitativen Befragung aufgeführt. Zunächst erfolgt eine deskriptive Beschreibung der Stichprobe, gefolgt von einer Häufigkeitsanalyse der Fragebogenvariablen. Anschließend werden die Informationsquellen von Eltern, der Lebensmittelverzehr der Säuglinge und der Zeitpunkt der Beikosteneinführung nach Bildungsstand der Eltern und deren finanzielle Situation stratifiziert dargestellt und unterschiedliche Verteilungen zwischen den Gruppen durch Angabe des p-Wertes deutlich gemacht.

7.1 Übersicht der Studienpopulation

Soziodemografische Angaben der Eltern und Haushaltscharakteristika

An der Studie haben fast ausschließlich Mütter (95,5 %) teilgenommen. Die restlichen Fragebögen wurden von Vätern beantwortet. Das Alter der Befragten beträgt im Durchschnitt $30,6 \pm 5,2$ Jahre, wobei die jüngste Teilnehmerin 17 Jahre alt und die älteste Teilnehmerin 45 Jahre alt ist. Über die Hälfte der Eltern (56 %) besitzt einen Abitur- bzw. Fachabiturabschluss an. Ein Drittel der Eltern hat einen Realschulabschluss und 11 % der Eltern einen Hauptschul-, keinen oder einen anderen Abschluss. Die Familien setzen sich zu über die Hälfte aus 3-Personen-Haushalten zusammen. Ein Viertel sind 4-Personen-Haushalte. Danach folgen 5-Personen und größere Haushalte mit 16,5 % sowie 2-Personen-haushalte mit 8,5 %. Zu einem überwiegenden Teil (85,6 %) leben die Befragten mit ihrem Partner im gleichen Haushalt. Unter den Befragten, die nicht mit ihrem Partner zusammenleben, sind 8,8 % alleinerziehend. Die hauptsächliche Betreuung des Kindes obliegt bei 45 % der Befragten beiden Partnern. Das durchschnittliche Haushaltsnettoeinkommen der Familien setzt sich wie folgt zusammen: 34 % der Haushalte verfügen über weniger als 1500 € im Monat, 31 % der Haushalte stehen 1500 € bis 2500 € monatlich zur Verfügung und weitere 35 % haben ein Einkommen über 2500 € pro Monat. 24,3 % der Haushalte beziehen staatliche finanzielle (Unterstützungs)Leistungen wie Hartz 4, Wohngeld, Kindergeldzuschlag, Unterhaltsvorschuss oder Rente und sind somit von finanzieller Benachteiligung betroffen.

Geburtscharakteristika und Angaben zum Kind

Die Säuglinge der befragten Eltern sind durchschnittlich $11,3 \pm 0,7$ Monate alt und repräsentieren somit gut die anvisierte Zielgruppe der Studie. 51,5 % der Säuglinge sind Mädchen und 48,5 % Jungen. Der Großteil der Säuglinge erblickte im Krankenhaus das Licht der Welt. Dagegen wurden nur 2,5 % der Kinder im Geburtshaus und 1,5 % zu Hause geboren. Zu früh geboren, und somit vor der vollendeten 37. Schwangerschaftswoche, wurden 7,4 % der Säuglinge. Bei 2 % der Geburten handelte es sich um Mehrlingsgeburten. Die Kaiserschnitttrate lag bei 23,5 %, wobei davon 14,5 % der Kaiserschnitte auf Wunsch der Mütter durchgeführt wurden. Die Kaiserschnitttrate auf Wunsch entspricht somit 3,5 % aller Kaiserschnittgeburten. In 73,5 % der Fälle war die Schwangerschaft geplant. Der größte Teil der Familien (91,5 %) hatte nach der Geburt Unterstützung von einer Hebamme. In 85,4 % der Familien wurde das Kind länger als zwei Wochen gestillt.

Geschwisterkinder kommen in 43,3 % der Familien vor. Regelmäßige Unterstützung bei der Betreuung des Kindes erhalten 84,5 % der Eltern und 13,5 % der Säuglinge besuchen bereits eine Kita oder Tagesmutter. In 4,5 % der Fälle geben Eltern an, dass ihre Säuglinge von Lebensmittelallergien betroffen sind. Aufgeführt wurden, mit teilweisen Mehrfachnennungen, Unverträglichkeiten gegen Laktose (1x), Kuhmilch (2x), Milchpulver (1x), Karotte (3x), Weizen (2x), Tomate (1x). Bei zwei Kindern (1 %) lag eine körperliche oder geistige Behinderung vor, die spezielle Fütterungspraktiken und Lebensmittel erfordert. In den nachfolgenden Tabellen 7.1 und 7.2 sind die Ergebnisse übersichtlich zusammengefasst und um weitere Merkmale ergänzt.

Tabelle 7.1 Soziodemografische Angaben der Eltern und Haushaltscharakteristika

		n	%
Ausfüllende Person [n = 202; f = 2]	Mutter	193	95,5
	Vater	9	4,5
Staatsangehörigkeit [n = 201; f = 3]	Deutsch	196	97,5
	Andere	4	2,5
Höchster Schulabschluss [n = 201; f = 3]	Hauptschul-, keinen o. anderen Abschluss	22	11,0
	Realschulabschluss	67	33,3
	Allgemeine o. fachgebundene Hochschulreife	112	55,7
Anzahl der im Haushalt lebenden Personen [n = 200; f = 4]	2	17	8,5
	3	105	52,5
	4	45	22,5
	5 und mehr	33	16,5
Familienstand [n = 202; f = 2]	Partner lebt mit im Haushalt	173	85,6
	Partner lebt nicht mit im Haushalt	29	14,4
	→ Alleinerziehend	18	8,8
Hauptsächliche Betreuung des Kindes [n = 201; f = 3]	Beide Elternteile	90	44,8
	Ein Elternteil	111	55,2

Durchschnittl. monatliches Haushaltsnettoeinkommen	<1500 €	67	34,0
[n = 197; f = 7]	1500 - 2500 €	61	31,0
	>2500 €	69	35,0
Von finanzieller Benachteiligung betroffen¹		47	23,3
[n = 202; f = 2]			
	Minimum	Maximum	MW
Alter der Eltern	17	45	30,6
[n = 186; f = 18]			5,24

¹ Bezug von Hartz 4, Wohngeld, Unterhaltsvorschuss, Kindergeldzuschlag, Rente
n = Anzahl der Fälle; f = fehlende Angaben

Tabelle 7.2 Geburtscharakteristika und Angaben zum Kind

		n	%
Geschlecht des Kindes	Mädchen	105	51,5
[n = 204; f = 0]	Jungen	99	48,5
Gestationsalter zur Geburt	Reifgeburten (≥ 37 SSW.)	189	92,6
[n = 204; f = 0]	Frühgeburten	15	7,4
Mehrlingsgeburt		4	2,0
[n = 204; f = 0]			
Geburtsort	Krankenhaus	196	96,0
[n = 204; f = 0]	Geburtshaus	5	2,5
	Zu Hause	3	1,5
Geburtsmodus	vaginale Entbindung	156	76,5
[n = 204; f = 0]	Kaiserschnitt (insgesamt)	48	23,5
	➤ davon Kaiserschnitt auf Wunsch [n = 201; f = 3]	7	14,5
Geplante Schwangerschaft		147	73,5
[n = 200; f = 4]			
Unterstützung durch Hebamme nach Geburt		184	91,5
[n = 201; f = 3]			
Stillen ≥ 2 Wochen		170	85,4
[n = 199; f = 5]			
Geschwisterkinder	0	115	56,7
[n = 203; f = 1]	≥ 1	88	43,3
Besuch einer Kita		27	13,5
[n = 200; f = 4]			
Lebensmittelallergien		9	4,5
[n = 201; f = 3]			
Behinderungen		2	1,0
[n = 201; f = 3]			
Regelmäßige Unterstützung bei Kindesbetreuung		169	84,5
[n = 200; f = 4]			
	Minimum	Maximum	MW
Alter des Kindes	9	15	11,3
[n = 195; f = 9]			0,7

7.2 Häufigkeitsanalyse der Fragebogenvariablen

Einstellungen und Ansichten zu Mahlzeiten in der Familie

Für einen Großteil der Eltern ist es wichtig, dass in der Familie gemeinsam gegessen wird und dass man sich während der Mahlzeiten unterhalten kann, denn diesen Fragen stimmen 96 % bzw. 84 % der Eltern (voll) zu. Ein schneller und zügiger Mahlzeitenablauf spielt mit nur 12 % Zustimmung eine untergeordnete Rolle. Anders sieht es bei der Mahlzeitenbereitstellung aus. Hier finden es immerhin 36,5 % der Eltern (sehr) wichtig, dass eine Mahlzeit schnell und zügig zubereitet ist. Für 90 % der Eltern ist „selber kochen“ wichtig.

81 % der Eltern stimmen (voll) zu, dass Säuglinge sich zum Essen hinsetzen sollten. Auch wenn es für fast 63 % der Eltern nicht wichtig ist, dass Säuglinge mit dem Essen kleckern, stimmen 10 % der Eltern (voll) zu und 27 % mittelmäßig zu, dass kleckern unerwünscht ist. Gleichzeitig ist es fast 20 % der Eltern (sehr) wichtig und 42,5 % mittelmäßig wichtig, dass Säuglinge möglichst schnell ohne Hilfe essen können. Auch wenn es darum geht, eine Nuckelflasche mit sechs Monaten eigenständig halten zu können, stimmen fast 17 % der Eltern (voll) zu und weitere 20 % mittelmäßig zu. Eine detaillierte Übersicht zu den Häufigkeitsangaben kann der Abbildung 7.1 entnommen werden.

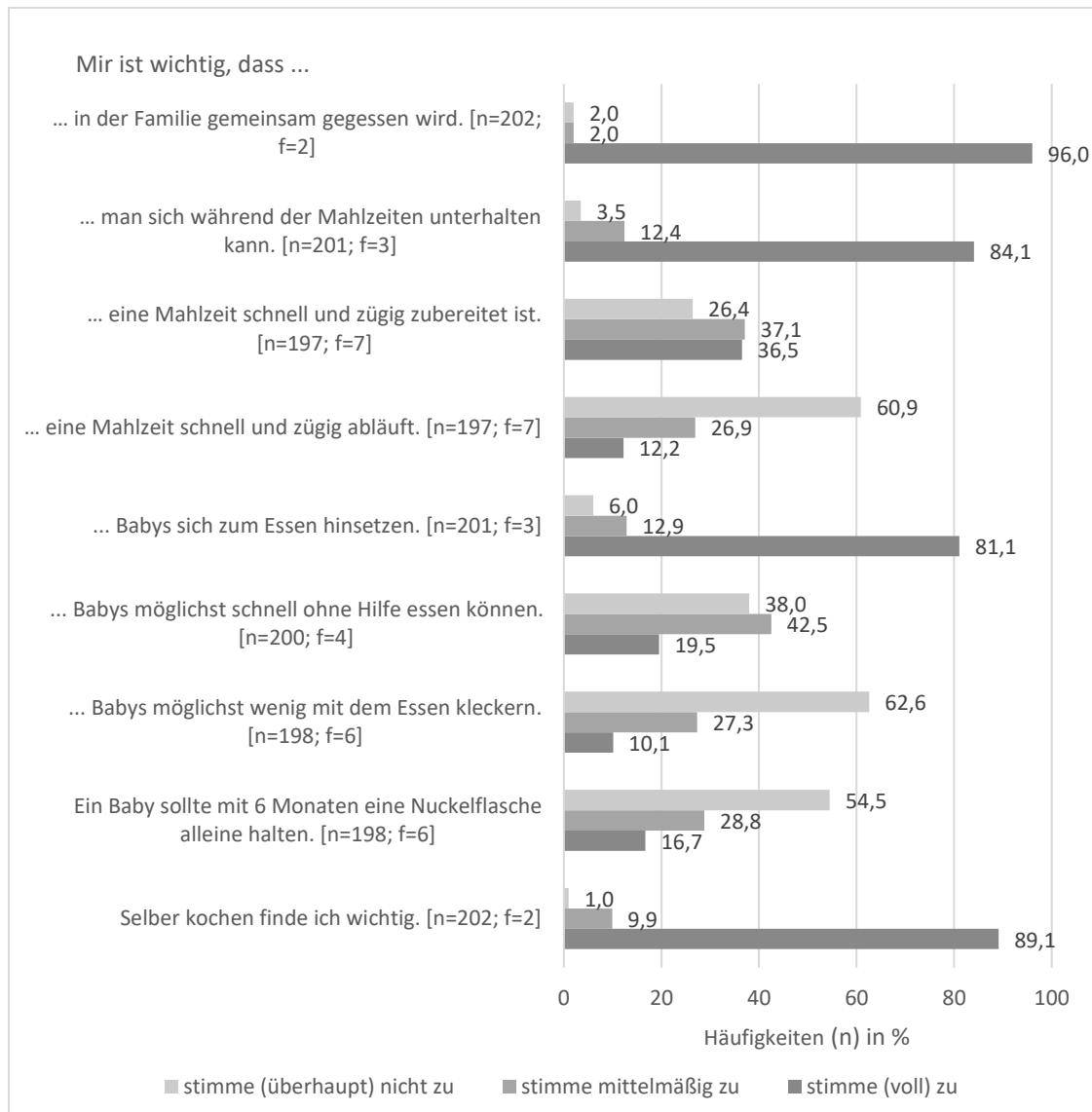


Abbildung 7.1 Elterliche Einstellungen in Bezug auf Mahlzeitenbereitstellung und Mahlzeitenausgestaltung

Emotionen, Ansichten und Selbstwirksamkeitserwartungen in Bezug auf Beköstigung, Ernährung des Säuglings, Gesundheit und Körpergewicht

Die Beköstigung ist zu einem Großteil positiv assoziiert. So gehen über Dreiviertel der Eltern (76,7 %) gerne Lebensmittel einkaufen und auch das Kochen und Zubereiten von Speisen macht ihnen Spaß (78 %). Fast alle Eltern freuen sich auf gemeinsame Mahlzeiten (95 %) und stimmen zu, dass Beisammensein am Tisch dem Säugling guttut (94,6 %).

Geht es um die Bereitstellung von Speisen für den Säugling stimmen 18 % der Eltern (voll) und weitere 31 % mittelmäßig zu, dass sie schnell mal unter Stress stehen, wenn der Säugling hungrig ist. Die Sorge darüber, dass der Säugling zu wenig essen könnte, teilt mehr als ein Fünftel (22,4 %) der Eltern. Dagegen machen sich 9 % der Eltern Sorgen, dass der Säugling zu viel isst. Eine detaillierte Übersicht zu den Häufigkeitsangaben zeigen die Abbildungen 7.2 und 7.3.

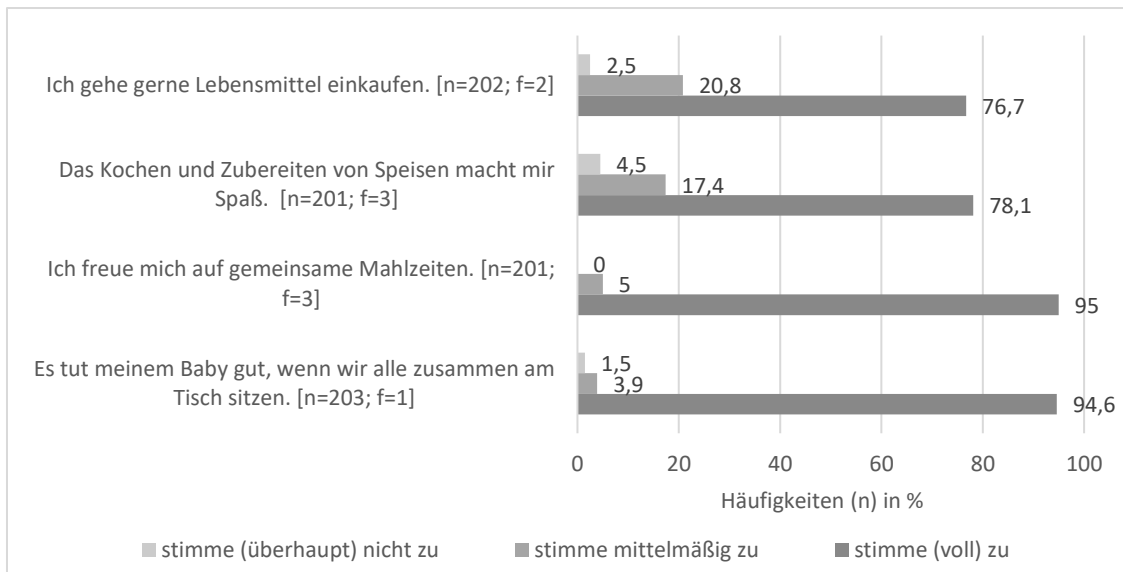


Abbildung 7.2 Positive Assoziationen in Bezug auf Beköstigung

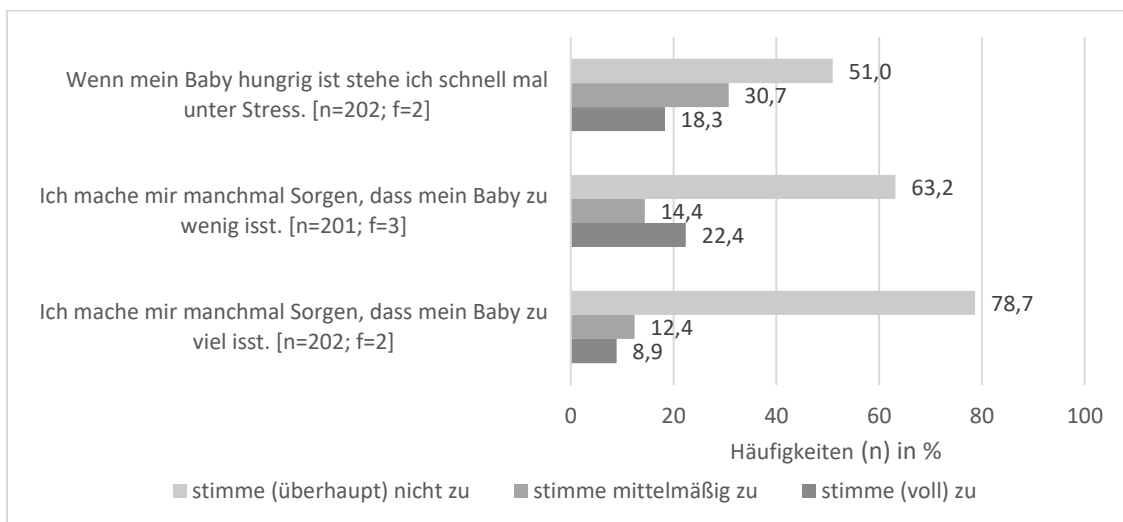


Abbildung 7.3 Herausforderungen und Sorgen in Bezug auf die Ernährung des Säuglings

Für 46 % der Eltern hat gesunde Ernährung in Deutschland einen hohen Stellenwert und 37 % der Eltern stimmen mittelmäßig zu. Ein Sechstel der Eltern nimmt dies dagegen nicht wahr. Für 88% der Befragten tragen Eltern eine große Verantwortung für das Körpergewicht des Kindes. Nur ein geringer Teil der Eltern hätte kein Problem damit, wenn das eigene Kind später einmal untergewichtig (6,4 %) oder übergewichtig (5 %) wäre. Der Großteil der Eltern spricht sich mit 83 % bzw. 76 % dagegen aus.

Geht es um den eigenen Einfluss als Elternteil auf die körperliche und geistige Entwicklung des Säuglings, stimmen dem 84 % der Eltern (voll) zu. Geht es um den eigenen Einfluss als Elternteil auf die Geschmacksvorlieben des Säuglings stimmen dem 34 % der Eltern (voll) zu. Dagegen geben 28 % der Eltern an die Geschmacksvorlieben ihres Säuglings (überhaupt) nicht beeinflussen können. Eine genaue prozentuale Verteilung der Häufigkeitsangaben kann den Abbildungen 4 und 5 entnommen werden.

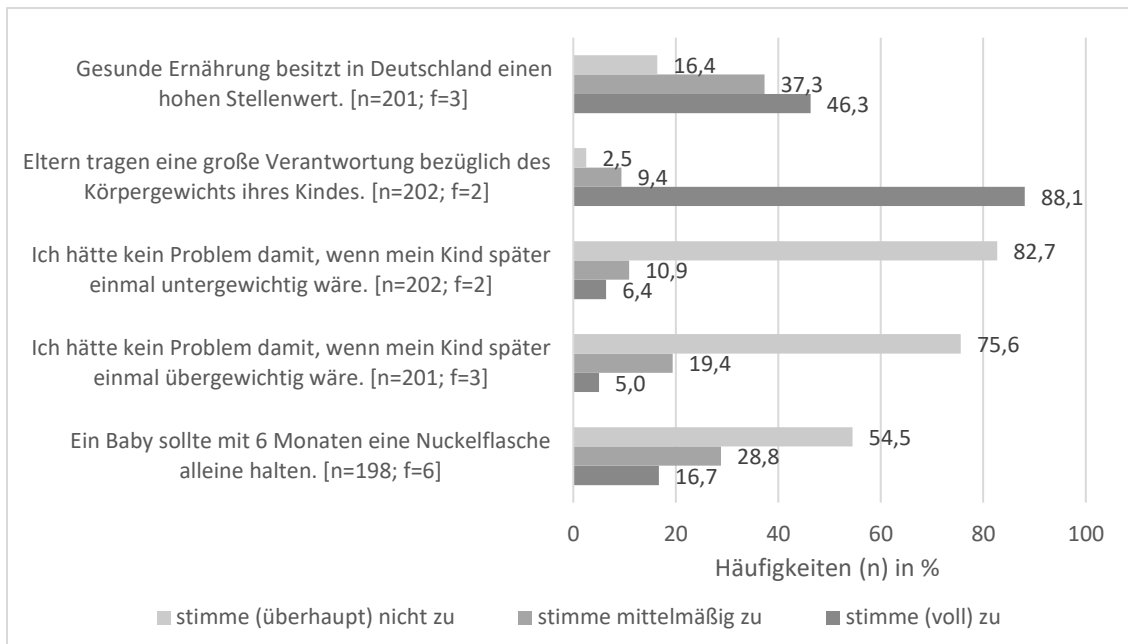


Abbildung 7.4 Subjektive Ansichten und Einstellungen zum Stellenwert von Gesundheit in Deutschland und des Körpergewichts von Kindern

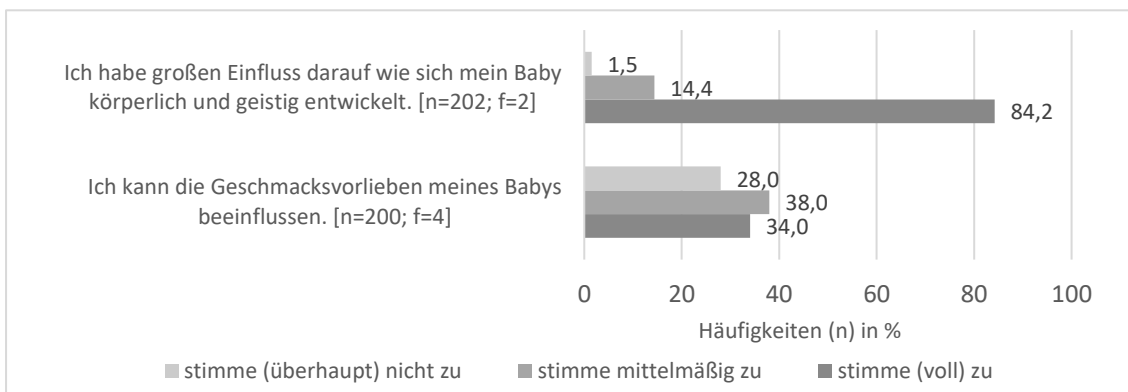


Abbildung 7.5 Selbstwirksamkeitserwartungen in Bezug auf die Entwicklung des Säuglings

Ernährungswissen

Der Einfluss von Ernährung auf Immunsystem, Körpergewicht und Herzinfarktrisiko sind Eltern gut bekannt, denn die meisten Eltern stimmen den unter Tabelle 7.3 aufgeführten Aussagen zu allgemeinen Zusammenhängen von Ernährung und Gesundheit zu. Auch kennen die meisten Eltern die Zusammenhänge eines hohen kindlichen Verzehr von Zucker und Süßigkeiten und dem erhöhten Risiko für die Entstehung von Übergewicht und Diabetes (siehe Tabelle 1). Über 90 % der Eltern sind zudem über die positiven Auswirkungen einer gesunden Ernährung bzw. des regelmäßig zu Hause Frühstückens auf die kognitiven Leistungen von Kindern in der Schule sensibilisiert. Weniger bekannt sind dagegen Zusammenhänge zum Medienkonsum, Salzverzehr und Aspekte zum Essenlernen: Ein Drittel der Eltern stimmt nicht zu oder weiß nicht, dass ein hoher Medien- bzw. Fernsehkonsum mit dem Risiko für Übergewicht bei Kindern assoziiert ist. Über einen hohen Salzverzehr und das Risiko für Bluthochdruck und Herzinfarkt sind 40 % der Eltern nicht sensibilisiert. Knapp über 30 % der Eltern sind sich nicht

bewusst, dass sie die Geschmacksvorlieben ihres Kindes beeinflussen können. Etwas über die Hälfte der Eltern (54,5 %) stimmen zu, dass Kinder Vorlieben für Speisen durch wiederholtes Probieren entwickeln.

In Bezug auf Ernährungsempfehlungen im ersten Lebensjahr wissen die meisten Eltern, dass eine möglichst salzlose bzw. salzarme Ernährung empfohlen wird. Auch stimmen 45 % der Eltern zu, dass der Verzehr von Säuglingsmilchnahrung mit der Nr. 2 (sog. Folgenahrung oder Folgemilch) mit Beginn der Beikost gegeben werden kann, jedoch nicht notwendig ist. Über 60 % der Eltern stimmen zu, dass Fleisch und Wurstwaren von Kindern in Deutschland generell zu häufig verzehrt werden, Obst und Gemüse dagegen zu wenig verzehrt wird. Die prozentualen Verteilungen zu den Aussagen kann der Tabelle 7.3 entnommen werden.

Tabelle 7.3 Ernährungswissen

	Stimmt n (%)	Stimmt nicht/ Weiß nicht n (%)
Allgemeine Zusammenhänge von Ernährung und Gesundheit		
Eine gesunde Ernährung stärkt das Immunsystem. [n = 202; f = 2]	196 (97,0)	6 (3,0)
Die Ernährung beeinflusst das Körpergewicht. [n = 201; f = 3]	192 (95,5)	9 (4,5)
Die Ernährung beeinflusst das spätere Risiko für Herzinfarkt. [n = 200; f = 4]	168 (84,0)	32 (16,0)
Zuckerhaltige Lebensmittel und gesundheitliche Auswirkungen		
Ein hoher Verzehr von Zucker und Süßigkeiten bei Kindern erhöht das Risiko für Übergewicht. [n = 202; f = 2]	193 (95,5)	9 (4,5)
Ein hoher Verzehr von Zucker und Süßigkeiten bei Kindern erhöht das Risiko für Diabetes. [n = 202; f = 2]	186 (92,1)	16 (7,9)
Positive Auswirkungen von Ernährung auf die kognitive Leistung von Kindern		
Eine gesunde Ernährung fördert die Leistungsfähigkeit in der Schule. [n = 202; f = 2]	184 (92,0)	16 (8,0)
Regelmäßig Frühstück zu Hause fördert die Konzentration und Leistungsfähigkeit in der Schule. [n = 202; f = 2]	185 (91,6)	17 (8,4)
Medienkonsum		
Ein hoher Medien- und Fernsehkonsum bei Kindern erhöht das Risiko für Übergewicht. [n = 201; f = 3]	133 (66,2)	68 (33,8)
Salzverzehr und gesundheitliche Auswirkungen		
Ein hoher Salzverzehr bei Babys und Kindern erhöht das Risiko für Bluthochdruck und Herzinfarkt. [n = 199; f = 5]	121 (60,8)	78 (39,2)
Essenlernen		
Eltern haben Einfluss auf die Geschmacksvorlieben ihres Kindes. [n = 201; f = 3]	139 (69,2)	62 (30,8)
Kinder lernen die Speisen zu mögen, die man ihnen öfter anbietet. [n = 202; f = 2]	110 (54,5)	92 (45,5)
Spezifische Aspekte in Bezug auf das erste Lebensjahr		
Babys brauchen noch keine Süßigkeiten. [n = 201; f = 3]	190 (94,5)	11 (5,5)

Im 1. Lebensjahr wird eine salzlose bzw. extrem salzarme Ernährung empfohlen. [n = 201; f = 3]	181 (90,0)	20 (10,0)
Idealerweise fängt die Beikost mit Gemüse(brei) an. [n = 201; f = 3]	180 (89,6)	21 (10,4)
Baby-Folgenahrung 2 ist laut Empfehlung überflüssig. [n = 202; f = 2]	91 (45,0)	111 (55,0)
Ernährungssituation von Kindern in Deutschland		
Kinder in Deutschland essen generell zu wenig Gemüse & Obst. [n = 202; f = 2]	128 (63,4)	74 (36,6)
Kinder in Deutschland essen generell zu häufig Fleisch & Wurst. [n = 201; f = 3]	123 (61,2)	78 (38,8)

Ernährungsprobleme

Ernährungsprobleme im ersten Lebensjahr treten in 2,5 % bis 11,6 % der Familien häufig auf (siehe Abb. 7.6). Ab und zu betreffen die unter Abbildung 7.6 aufgeführten Probleme ein Fünftel bis Zweidrittel aller Befragten. Insbesondere werden Probleme aufgeführt, die mit der Akzeptanz des Säuglings gegenüber Speisen einhergehen. So teilen 65,5 % der Eltern mit, dass ihr Säugling die angebotenen Speisen ab und zu ablehnt. Bei weiteren 10 % der Eltern tritt dieses Problem häufig auf. Fast 31 % der Eltern nehmen ihren Säugling gelegentlich und weitere 7 % häufig als sehr wählerisch gegenüber der Speisenauswahl wahr. In Bezug auf die Verdauung werden vor allem Blähungen und Bauchkrämpfe von der Hälfte der Eltern als gelegentliches und bei 11,4 % der Eltern als häufiges Problem aufgeführt. Durchfall und Verstopfung haben Säuglinge in 5 % der Familien häufig. Gelegentlich kommen Durchfall und Verstopfung bei 46,5 % bzw. 39,1 % der Säuglinge vor. Starke Spuckprobleme des Säuglings begleiten 11,6 % der Eltern häufig und weitere 29,8 % gelegentlich. Einen wunden Po des Säuglings, ausgelöst durch bestimmte Speisen, führen insgesamt 41,6 % der Eltern an. Über ein Viertel der Eltern (26,8 %) haben insgesamt schon einmal die Erfahrung gemacht, dass ihr Säugling nicht immer satt wird.

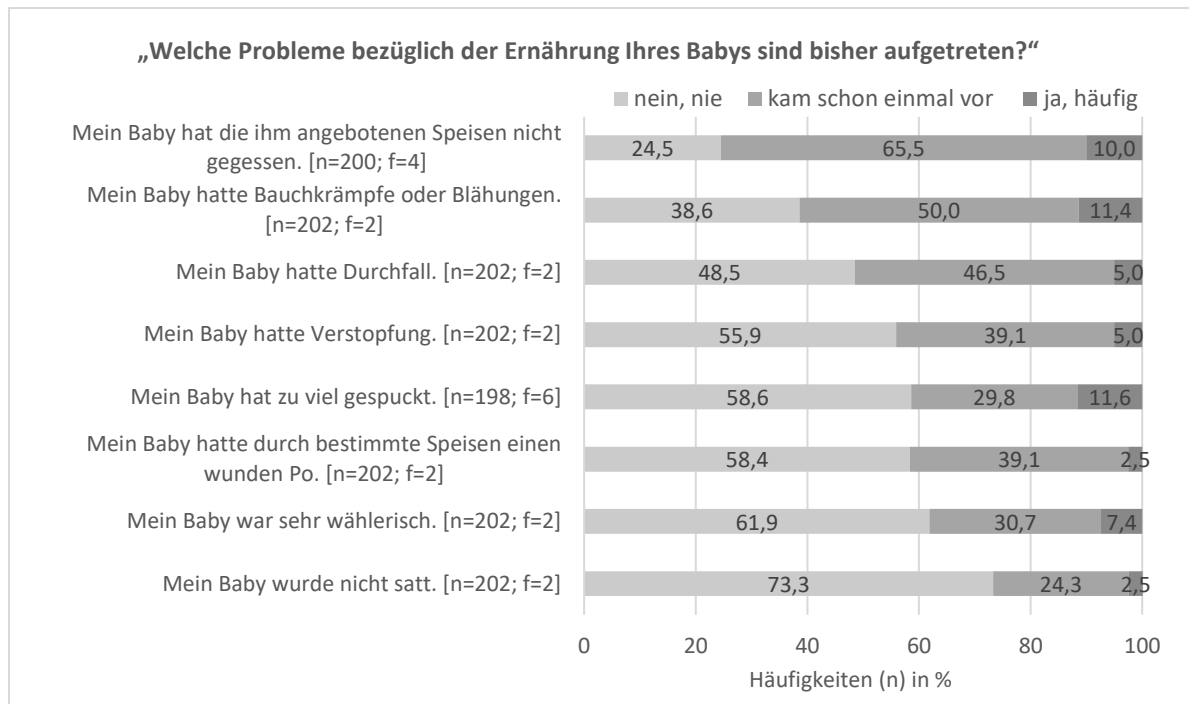


Abbildung 7.6 Wahrgenommene Ernährungsprobleme im ersten Lebensjahr

Informationsbeschaffung zu Beikost und Familienessen

Die am häufigsten von Eltern genannten Informationsquellen rund um die Beikost und das Familienessen sind Printmedien wie Zeitschriften, Bücher, Flyer und Broschüren. Diese werden von 44,2 % der Eltern (sehr) häufig genutzt und von weiteren 27,4 % ab und zu. Auch Partner und Freunde sind für 31,5 % der Eltern häufig und weiteren 42,6 % der Eltern ab und zu wichtige Ansprechpartner. Ähnlich häufig (31,4 %) werden Informationsseiten und Foren im Internet genutzt. Weitere 27,8 % beziehen Informationen aus dem Internet ab und zu. Die eigenen Eltern und Schwiegereltern werden von fast 23 % der Eltern häufig und weiteren 37,1 % ab und zu zurate gezogen. Hebammen und Kinderärzte werden dagegen weniger häufig aufgesucht, wenn es um die Beikost oder das Familienessen geht. So holen sich 17,1 % (sehr) häufig Tipps von der Hebamme, beim Kinderarzt sind es 12,7 % der Eltern. Für weitere 25 % bzw. 34 % sind Hebamme und Kinderarzt jedoch ab und zu regelmäßige Ansprechpartner. Ähnlich bedeutsam sind auch die Herstellerangaben auf kommerzieller Säuglingsnahrung und Beikostprodukten. Herstellerangaben nutzen 12,5 % der Eltern (sehr) häufig und weitere 24 % ab und zu. Fernsehwerbung spielt dagegen eine eher untergeordnete Rolle. Diese nutzen 1 % der Eltern häufig und weitere 7,8 % ab und zu. Vereinzelt haben Eltern auch angegeben, dass sie sich vom Bauchgefühl oder der Intuition leiten lassen (2 %) sowie Erfahrungen von älteren Geschwisterkindern nutzen (1,5 %). Eine detaillierte Übersicht zur Informationsbeschaffung über Beikost und Familienessen kann Abbildung 7.7 entnommen werden.

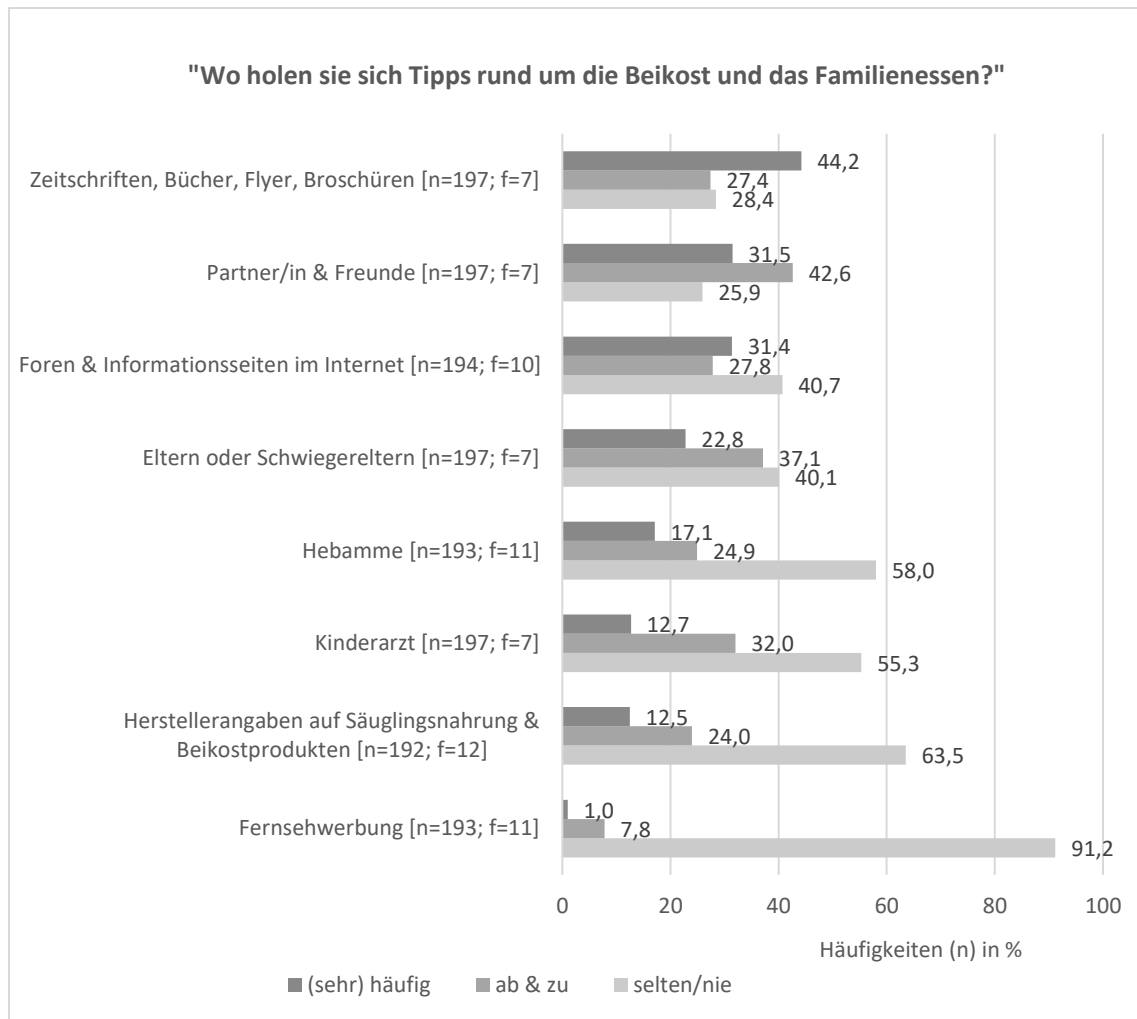


Abbildung 7.7 Informationsquellen

Mahlzeiten- und Fütterungspraktiken

Mahlzeitenplanung

Während 33 % der Eltern Mahlzeiten im Voraus planen, entscheiden fast genauso viele Eltern (29,6 %) spontan was ihr Säugling zu essen bekommt. In 63,6 % der Haushalte essen Säuglinge immer zur gleichen Uhrzeit. Detaillierte Häufigkeitsangaben können der Abbildung 7.8 entnommen werden.

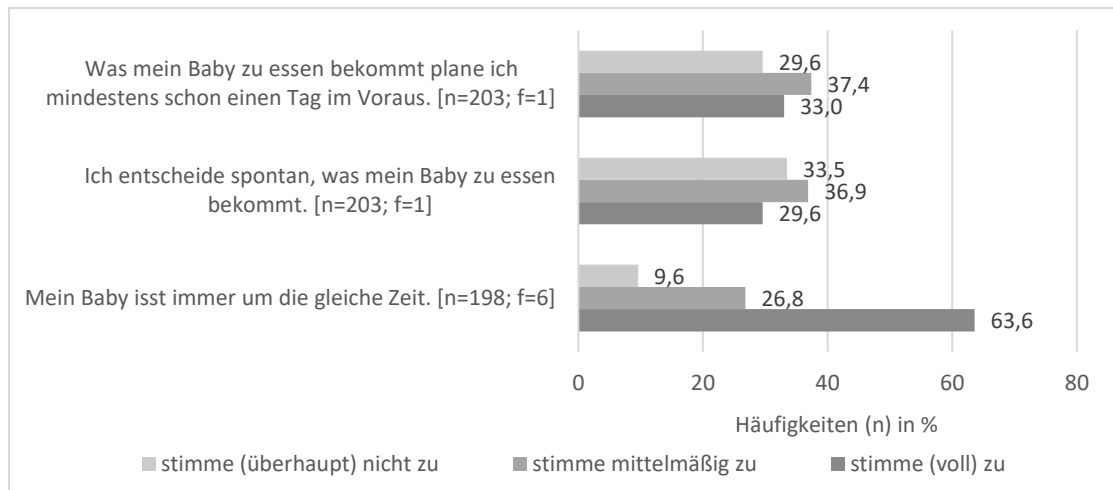


Abbildung 7.8 Aspekte der Mahlzeitenplanung

Lebensmittelbeschaffung und Beköstigungsarbeit

Der größte Teil der Familien (92 %) geht ein- bis sechsmal in der Woche einkaufen, 6% sogar täglich. Insgesamt kochen 81,4 % der Eltern Brei für ihren Säugling. Täglich bekommen 42 % der Säuglinge selbstgekochten Brei zu essen und weitere 39,2 % bekommen ein- bis sechsmal die Woche selbstgekochten Brei. Dagegen verzehren 18,6 % der Säuglinge nie oder nur selten selbstgekochten Brei. Auf kommerzielle Convenience-Produkte, welche nur angerührt oder warm gemacht werden müssen, greifen 27,4 % der Eltern täglich zurück und weitere 39,6 % ein- bis sechsmal die Woche. 33 % der Eltern nutzen nie oder nur selten solche Produkte. Familienessen bekommen bereits fast 90 % der Säuglinge. Über die Hälfte der Säuglinge (56,2 %) nimmt täglich Familienkost zu sich, ein Drittel der Säuglinge ein- bis sechsmal die Woche. Detaillierte Häufigkeitsverteilungen zur Lebensmittelbeschaffung und Beköstigungsarbeit kann der Abbildung 7.9 entnommen werden.

In Bezug auf die täglichen Mahlzeiten für den Säugling gibt es eine Spannweite von zwei bis 14 Mahlzeiten am Tag, wobei explizit auch die nächtlichen Mahlzeiten erfragt wurden. Am häufigsten bekommen die Säuglinge fünf Mahlzeiten am Tag (32,5 %), gefolgt von sechs täglichen Mahlzeiten in 26,3 % der Familien und vier täglichen Mahlzeiten in 19,9 % der Familien. Sieben Mahlzeiten werden täglich in 9,7 % der Familien bereitgestellt und acht Säuglingsmahlzeiten am Tag kommen in 7 % der Familien vor. Vereinzelt (0,5 % bis 1 %) werden nur zwei, drei oder mehr als acht Mahlzeiten täglich bereitgestellt. Im Durchschnitt nehmen die Säuglinge $5,7 \pm 1,5$ Mahlzeiten am Tag zu sich. Eine detaillierte Häufigkeitsverteilung kann der Abbildung 7.10 entnommen werden.

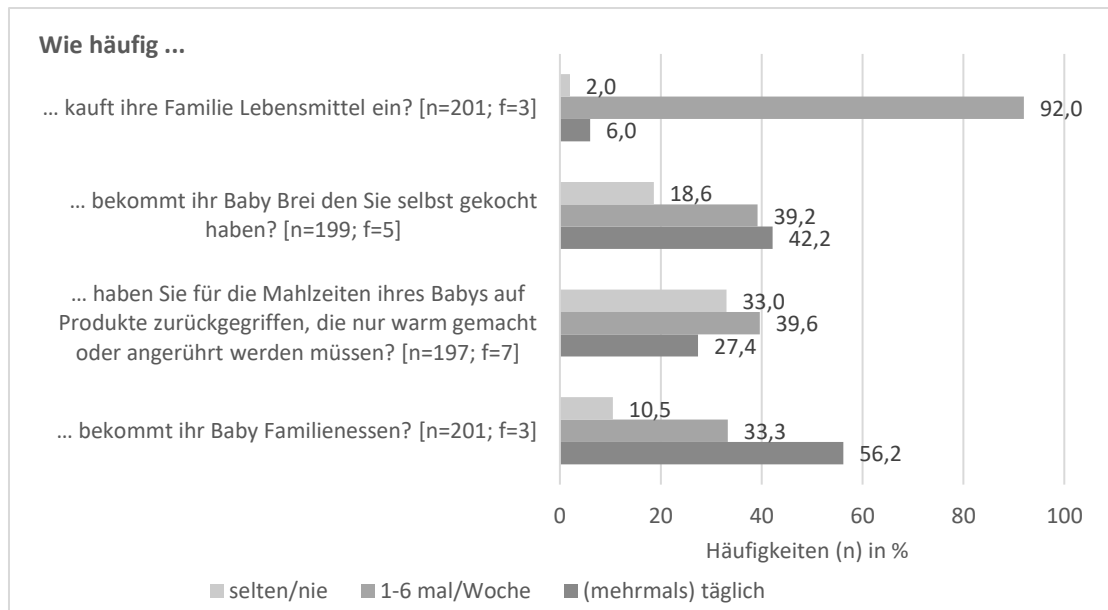


Abbildung 7.9 Aspekte der Lebensmittelbeschaffung und Beköstigungsarbeit

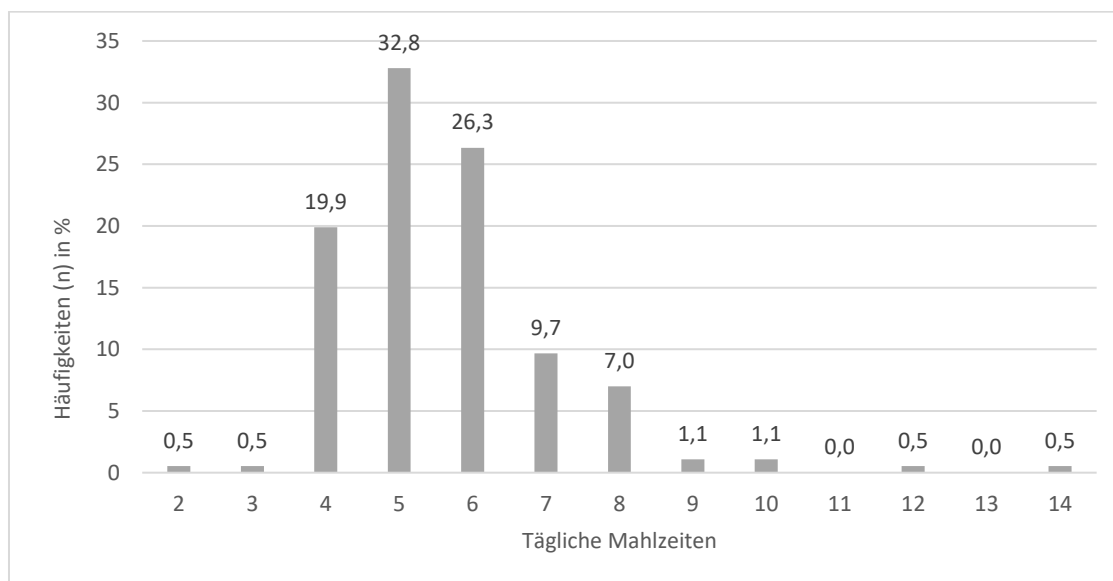


Abbildung 7.10 Anzahl der täglichen Mahlzeiten (n = 186, fehlend = 18); „Wenn Sie an den gestrigen Tag denken. Wie viele Mahlzeiten (auch Snacks) hat ihr Kind gegessen bzw. getrunken? Beziehen Sie auch die nächtlichen Mahlzeiten sowie Mahlzeiten in der Fremdbetreuung (z.B. Kita oder Babysitter) mit ein“.

Beikost Einführung

Mit der Beikost wird vereinzelt schon ab dem 1. und 2. Lebensmonat begonnen (siehe Abbildung 7.11). Im dritten Lebensmonat geben 5,2 % der Eltern ihren Säuglingen zum ersten Mal Beikost. Am häufigsten wird zum ersten Mal ab dem 5. Lebensmonat des Säuglings Beikost gereicht (29,9 %), gefolgt vom 6. Lebensmonat (23,2 %) und 4. Lebensmonat (22,7 %). Ab dem 7. Lebensmonat führen 9,8 % der Eltern Beikost ein. Ein kleiner Teil der Eltern (5,2 %) führt die Beikost ab dem 8. Lebensmonat ein. Vereinzelt wird auch erstmalig ab dem 9., 10. oder 11. Lebensmonat Beikost gereicht. Im Durchschnitt findet die

Beikosteinführung mit $4,3^1 \pm 1,5$ Monaten statt, wobei der Großteil der Eltern (85,8 %) die Beikost ab dem 4. bis einschließlich 6. Lebensmonat einführt.

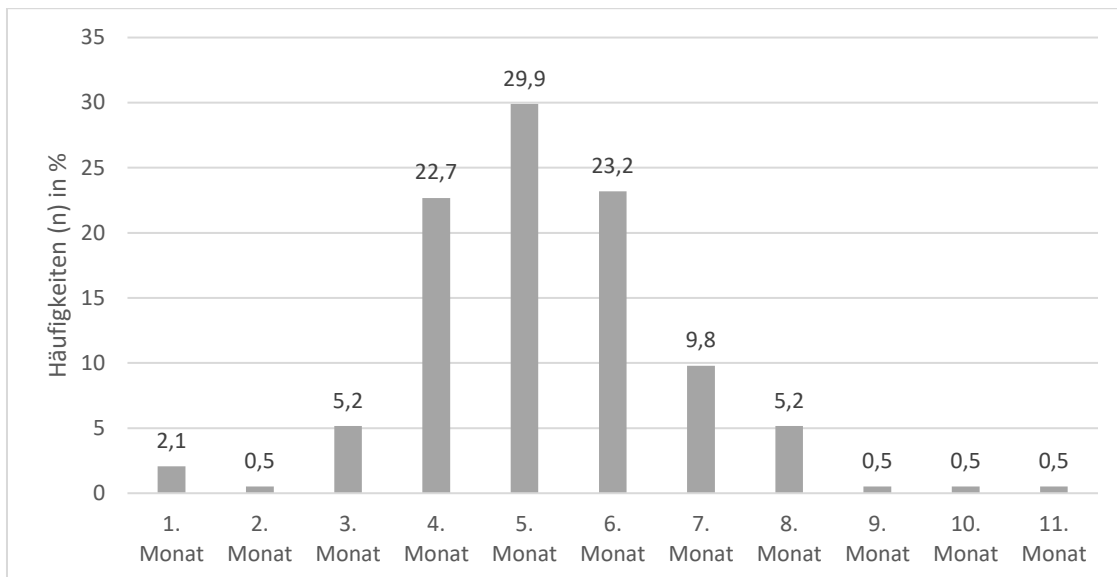


Abbildung 7.11 Beikostbeginn nach Monaten (n = 194, fehlend = 10); „Ab welchem Monat hat ihr Baby zum ersten Mal etwas anderes als Muttermilch oder Säuglingsmilchnahrung probiert? Ausnahme: Wasser und ungesüßter (Baby-)Tee“

Mahlzeitenbegleitung und -ausgestaltung

Ein Großteil der Eltern nimmt täglich gemeinsam mit dem Kind Mahlzeiten ein (86 %) und füttert oder unterstützt den Säugling beim Essen (91,3 %). Nur ein kleiner Teil der Befragten (13,2 %) begleitet den Säugling nicht zu jeder täglichen Mahlzeit. Essen auf die Hand bekommen 41 % der Säuglinge täglich und 34,5 % der Säuglinge gelegentlich. Eine detaillierte Übersicht kann der Abbildung 7.12 entnommen werden.

Mediennutzung während der Mahlzeiten

Die Mediennutzung während der kindlichen Mahlzeiten ist mit Ausnahme des Hörens von Radio und Musik eher gering (siehe Abbildung 7.13). Vor dem laufenden Fernseher essen täglich 4,5 % der Säuglinge und auch 4,5 % der Eltern gucken täglich Fernsehen, während ihr Säugling isst. 5 % der Eltern nutzen täglich Handys oder digitale Medien während der Säuglingsmahlzeiten und vereinzelt wird täglich während der Säuglingsmahlzeiten in einem Buch oder einer Zeitschrift gelesen. Radio bzw. andere Audiomedien werden zu den Mahlzeiten des Säuglings in fast 32 % der Familien täglich und in weiteren 28 % gelegentlich konsumiert. Wird die elterliche Mediennutzung insgesamt betrachtet (Frage 2 bis 4 der Abbildung 7.13), so sind es 37,4 % die täglich und 30,8 % die ein- bis sechsmal die Woche Medien während der Säuglingsmahlzeiten konsumieren.

¹ bzw. ab dem 5,3. Lebensmonat

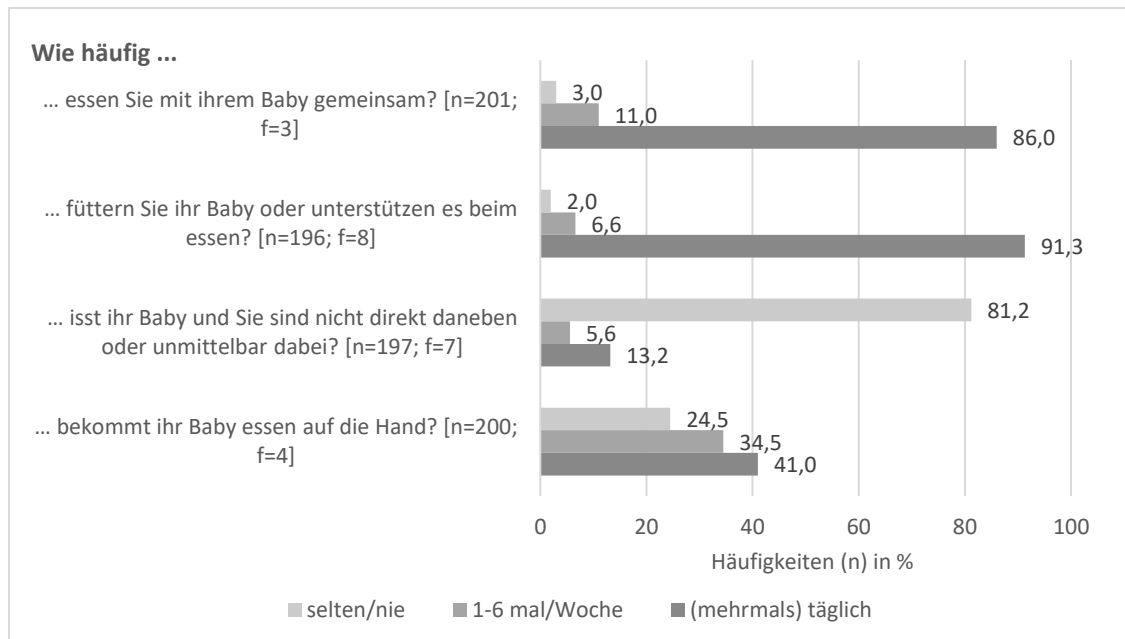


Abbildung 7.12 Aspekte der Mahlzeiteausgestaltung

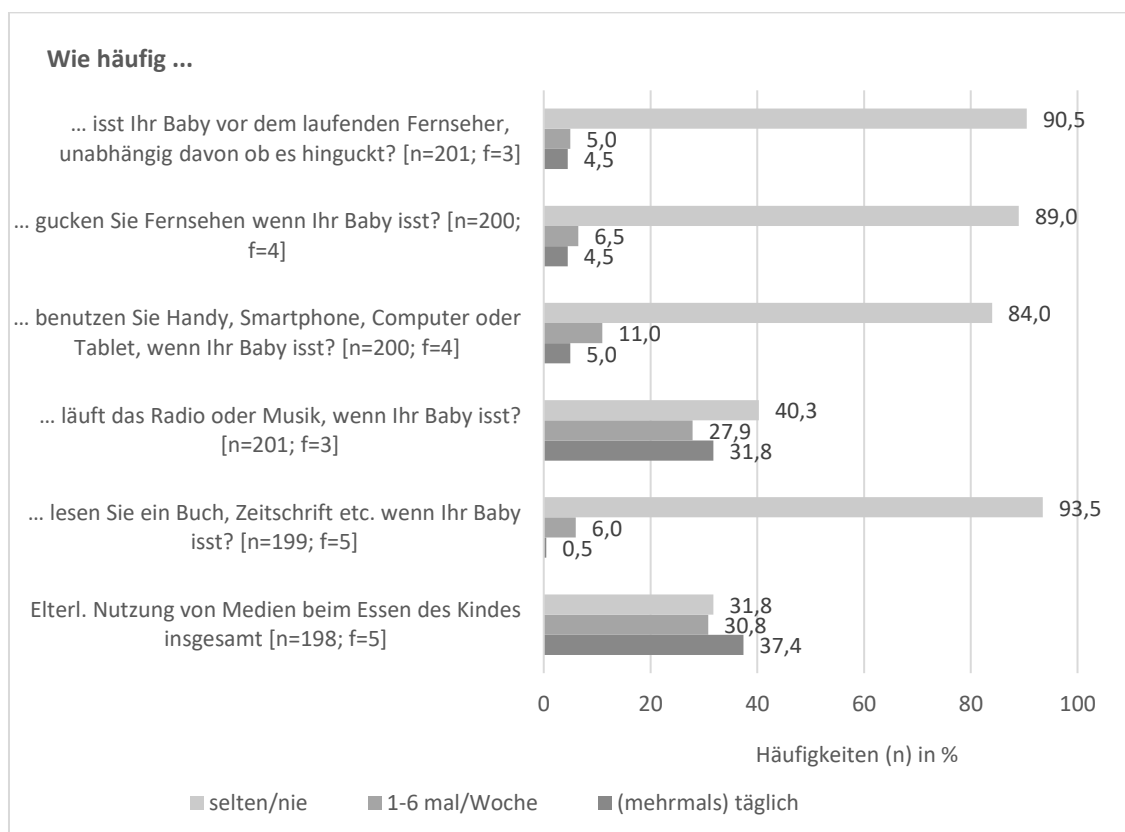


Abbildung 7.13 Mediennutzung während der Säuglingsmahlzeiten

Häusliche Mahlzeitenorte

Zu Hause finden bei einem Großteil der Familien (86,9 %) die Mahlzeiten des Säuglings täglich am Küchen- bzw. Esstisch statt. In 8 % der Familien finden die Mahlzeiten ein- bis sechsmal die Woche am Esstisch statt und in 5 % der Familien kommt ein Esstisch für die Säuglingsmahlzeiten selten oder nie zum Einsatz. Am Couchtisch essen 6,5 % der Säuglinge täglich und weitere 10 % ein- bis sechsmal in der

Woche. Auf dem Sofa, im Laufgitter und der Autoschale finden Mahlzeiten des Säuglings nur in vereinzelt Familien (2,5 % bis 3 %) täglich statt. Auf dem Fußboden oder der Krabbeldecke essen 8,6 % der Säuglinge täglich. Ein- bis sechsmal die Woche finden die Säuglingsmahlzeiten in 10,5 % der Familien auf dem Sofa und in 8,6 % der Familien im Laufgitter statt. Baby-Autoschale und Babywippe bzw. Fußboden und Krabbeldecke kommen bei über ein Fünftel (22,2 %) bzw. über ein Viertel (26,3 %) der Familien ein- bis sechsmal die Woche als Mahlzeitenorte zum Einsatz. Eine detaillierte Häufigkeitsverteilung kann der Abbildung 7.14. entnommen werden.

Von den 204 befragten Eltern gaben 199 an, dass ihr Kind einen eigenen Stuhl bzw. Hochstuhl besitzt. Zwei Eltern verneinten die Antwort und in drei Fällen wurde die Frage nicht beantwortet. Weiterhin wurde zusätzlich von 30 Eltern (14,7 %) frei angegeben, dass auch im Kinderwagen Mahlzeiten gegeben werden.

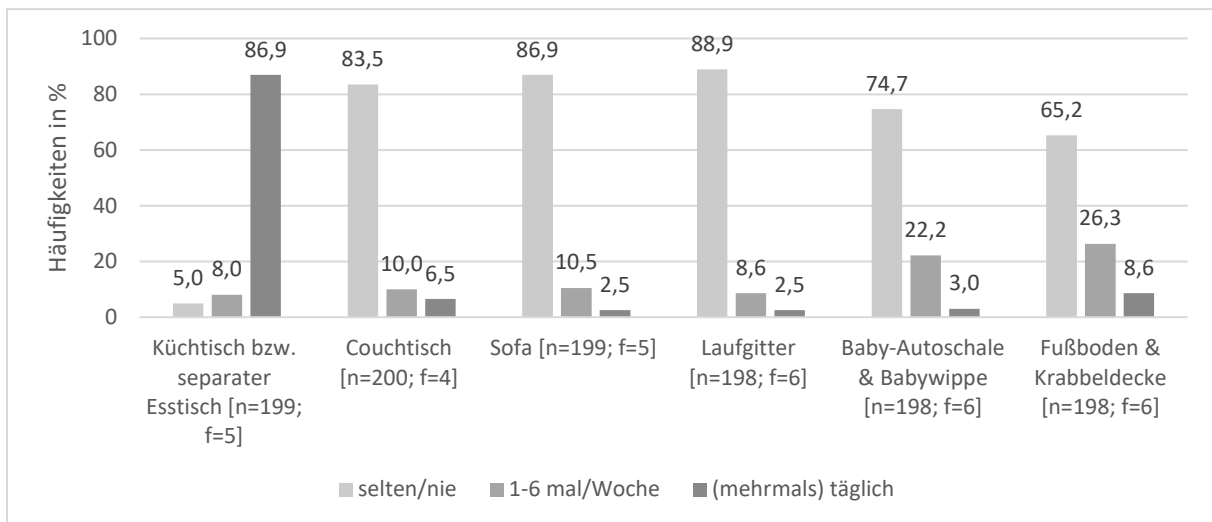


Abbildung 7.14 Häusliche Mahlzeitenorte

Responsive Mahlzeitenpraktiken

64,5 % der Eltern stimmen (voll) zu, wenn es darum geht dem Säugling zu verdeutlichen, dass das von ihnen angebotene Essen schmackhaft ist. Knapp 9 % der Eltern stimmen dieser Praktik nicht zu. Geht es darum, dass der Säugling sein Essen genau anfassen und untersuchen darf, sprechen sich 72,1 % der Eltern dafür aus und 6,5 % stimmen dieser Praktik nicht zu. Knapp zwei Drittel der Eltern (66,3 %) bieten ihrem Säugling, eine zuvor nicht gemochte Speise, öfter an. 14,4 % der Eltern äußern sich allerdings dagegen aus. Eine detaillierte Häufigkeitsverteilung zeigt Abbildung 7.15.

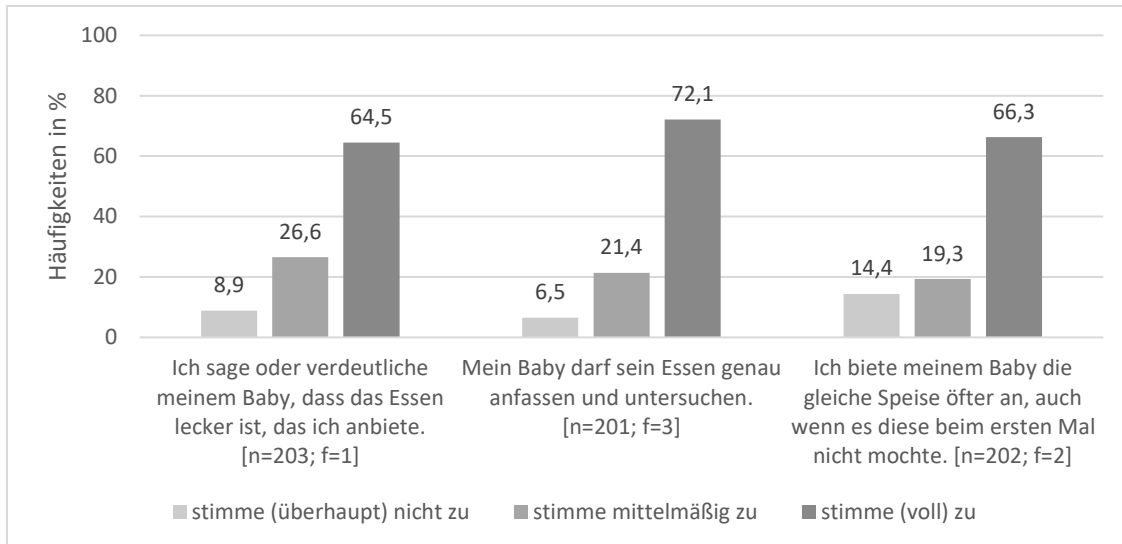


Abbildung 7.15 Responsive Mahlzeitenpraktiken beim Übergang von der Bei- zur Familienkost

Elternkompetenzen

Geht es um die Aussage „Wenn mein Baby schreit, ist es schwer einzuschätzen, ob es Hunger hat oder etwas anderes möchte.“ stimmen 82,2 % der Eltern (überhaupt) nicht, 15,8 % mittelmäßig und 2 % (voll) zu. Diese Aussage wurde von 202 (fehlend = 2) Eltern beantwortet.

Nicht-responsive Mahlzeitenpraktiken

In 5,4 % der Haushalte dürfen Säuglinge mit dem Essen herumkrabbeln bzw. herumlaufen und 11,3 % der Eltern stimmen dem mittelmäßig zu. Der größte Teil der Eltern (83,3 %) stimmt dieser Praktik jedoch (überhaupt) nicht zu. Dass der Säugling ordentlich isst und möglichst nicht kleckert, befürwortet fast 9 % der Eltern und weitere 25 % stimmen mittelmäßig zu. Fast die Hälfte der Eltern (47,3 %) spricht sich dafür aus ihrem Säugling etwas anderes anzubieten, sofern es eine angebotene Speise nicht essen möchte. Weitere 32 % der Eltern stimmen dieser Praktik mittelmäßig zu.

Nur sehr wenige Eltern nutzen Lebensmittel gegenüber ihrem Säugling zur Belohnung für gutes Verhalten (4,5 %), zur Beruhigung, wenn er schreit (2,5 %) oder als Kompensation, damit er nicht quengelt (2,5 %). Die meisten Eltern stimmen diesen Praktiken nicht zu. Allerdings ist es nicht unüblich, dass Eltern ihren Säuglingen schmackhafte Speisen bereitstellen, um ihnen etwas Gutes zu tun. Dem stimmen 17,3 % der Eltern (voll) und weitere 29,2 % mittelmäßig zu. Detaillierte Häufigkeitsverteilungen finden sich in den Abbildungen 7.16 und 7.17.

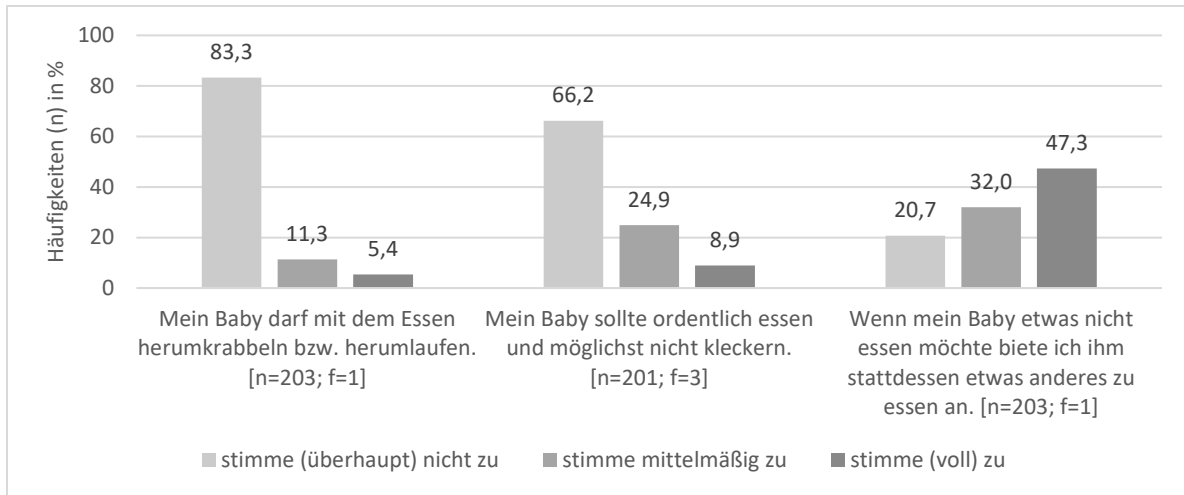


Abbildung 7.16 Nicht-responsive Mahlzeitenpraktiken beim Übergang von der Bei- zur Familienkost

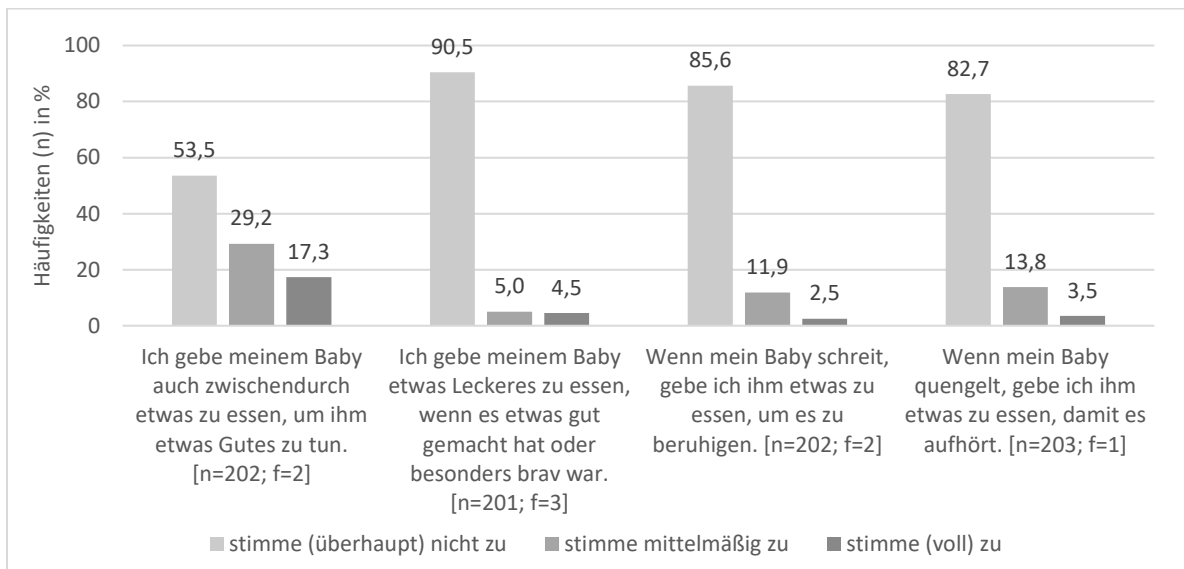


Abbildung 7.17 Lebensmittel und Erziehung

Einschätzung der Säuglingsernährung

Ein Großteil der Eltern (83,8 %) stimmt der Aussage „Die Ernährung meines Säuglings schätze ich als gesund ein.“ (voll) zu. Nicht ganz ein Sechstel (15,7 %) stimmt der Aussage mittelmäßig zu und 0,5 % der Eltern stimmen (überhaupt) nicht zu. Das Item wurde von allen 204 Befragten beantwortet.

Lebensmittelverzehr

Tabelle 2 gibt einen Überblick über die abgeleiteten Verzehrempfehlungen sowie die Anzahl der Säuglinge, die diese Empfehlungen erreichen. 61,6 % der Säuglinge erhalten zwei- bis dreimal täglich Lebensmittel aus der Kategorie ‚Muttermilch, Säuglingsmilchnahrungen, Milch(-produkte)‘. Knapp die Hälfte der Säuglinge (49,1 %) verzehrt die empfohlene Frequenz von mehrmals täglich bzw. mindestens zweimal täglich Kartoffeln und/oder wünschenswerten Getreideprodukten und Teigwaren wie Brot, Brötchen, Getreideflocken, Nudeln und Reis. Werden auch Müsliprodukte und Cornflakes als

Getreidequellen mit in die Empfehlungen eingeschlossen, erhöht sich der Anteil der Säuglinge, die die Empfehlungen erreichen, auf 57,4 %. Werden zudem auch Backwaren wie (Baby-)Kekse und Kuchen mit hinein gezählt, verzehren 71,8 % der Säuglinge mindestens zweimal täglich Kartoffel- und Getreideprodukte. Gemüse wird mindestens einmal täglich von 71 % der Säuglinge verzehrt und Obst nehmen mindestens einmal täglich 81,4 % der Säuglinge zu sich. Geht es um den Verzehr von Lebensmitteln aus der Kategorie ‚Fleisch, Fisch und Ei‘ werden die Empfehlungen ‚bis einmal täglich‘ von 66,1 % der Säuglinge eingehalten. Die Empfehlungen für den täglichen Verzehr von Wasser und ungesüßten Tees erreichen 90,6 % der Säuglinge. 73,5 % der Säuglinge verzehren nie oder nur selten ungünstige Lebensmittel wie gesüßte Getränke, Süßigkeiten, salzige Snacks oder Pommes Frites.

Tabelle 7.4 Familiärer Lebensmittelverzehr von Säuglingen nach abgeleiteten Empfehlungen (n=173)

Lebensmittelgruppe	n	Fehlende Werte	Abgeleitete Empfehlung	Säuglinge, die die Empfehlungen erreichen	
				n	%
Muttermilch, Säuglingsmilchnahrungen, Milch(-produkte) ¹	172	1 (0,6)	2- bis 3-mal täglich	106	61,6
Kartoffeln, Getreide (-produkte), Teigwaren	170	3 (1,7)	mehrmals täglich	83	49,1
➔ inkl. Müsli/Cornflakes	170	3 (1,7)	mehrmals täglich	97	57,4
➔ inkl. Müsli/Cornflakes, (Baby-)Kekse/Kuchen	170	3 (1,7)	mehrmals täglich	122	71,8
Gemüse ²	169	4 (2,3)	1- od. mehrmals täglich	120	71,0
Obst ²	172	1 (0,6)	1- od. mehrmals täglich	140	81,4
Fleisch, Fisch, Ei	168	5 (2,9)	bis 1-mal täglich	111	66,1
Wasser/ ungesüßter Tee	171	2 (1,2)	1- od. mehrmals täglich	155	90,6
Ungünstige Lebensmittel ³	166	7 (4,0)	selten/ nie	122	73,5

¹ beinhaltet auch Folgemilch und Kleinkindmilch

² außer Saft bzw. Saftschorlen

³ umfasst Süßigkeiten, gesüßte Getränke, salzige Snackprodukte, Pommes Frites

7.3 Bivariate Analysen

Verzehrhäufigkeiten stratifiziert nach Schulabschluss und finanzieller Situation

Werden die Verzehrhäufigkeiten nach Schulabschluss und finanzieller Situation der Eltern stratifiziert, zeigt sich, dass sich bei einigen Lebensmittelgruppen die Verzehrhäufigkeiten signifikant unterscheiden (siehe Tabellen 7.5 und 7.6). Haben Eltern keinen (Fach-)Abiturabschluss erreichen signifikant weniger Säuglinge die Empfehlungen für ‚Kartoffeln, Getreide(-produkte) und Teigwaren‘ (34,8 % vs. 59,6 %), für ‚Kartoffeln, Getreide(-produkte) und Teigwaren inklusive Müsli/Cornflakes‘ (43,5 % vs. 67,7 %) für

‚Gemüse‘ (61,4 % vs. 77,6 %) und für ‚Obst‘ (69,0 % vs. 90,0 %), für ‚Wasser/ungesüßter Tee‘ (81,7 % vs. 97,0 %) sowie für ‚ungünstige Lebensmittel‘ (57,4 % vs. 84,5 %) im Vergleich zu Eltern mit (Fach-)Abitur. Nehmen Eltern finanzielle staatliche Hilfen in Anspruch, erreichen die Säuglinge signifikant seltener die Empfehlungen für den Verzehr von ‚Kartoffeln, Getreide(-produkte) und Teigwaren‘ (25,0 % vs. 55,6 %), ‚Kartoffeln, Getreide(-produkte) und Teigwaren inklusive Müsli/Cornflakes‘ (36,1 % vs. 63,2 %), ‚Gemüse‘ (55,6 % vs. 75,2 %) und ‚Obst‘ (62,2 % vs. 86,7 %) als auch für ‚ungünstige Lebensmittel‘ (44,4 % vs. 81,5 %) im Vergleich zu Eltern, die diese Hilfen nicht beziehen.

Tabelle 7.5 Familiärer Lebensmittelverzehr von Säuglingen nach abgeleiteten Empfehlungen und stratifiziert nach Bildungsabschluss der Eltern (n=173)

Lebensmittelgruppe	Bildungsabschluss						p-Wert
	Fehlende Werte		kein (Fach-) Abitur		(Fach-) Abitur		
	n	%	n	%	n	%	
Muttermilch, Säuglingsmilch-nahrungen, Milch(-produkte) ¹	2	1,2	40	65,3	65	65,0	0,252
Kartoffeln, Getreide(-produkte), Teigwaren	5	2,9	24	34,8	59	59,6	0,002
➔ inkl. Müsli/ Cornflakes	5	2,9	30	43,5	67	67,7	0,002
➔ inkl. Müsli/Cornflakes, (Baby-)Kekse/Kuchen	5	2,9	46	66,7	76	76,8	0,149
Gemüse ²	5	2,9	43	61,4	76	77,6	0,023
Obst ²	2	1,2	49	69,0	90	90,0	0,001
Fleisch, Fisch, Ei	6	3,5	43	62,3	67	68,4	0,417
Wasser/ ungesüßter Tee	3	1,7	58	81,7	96	97,0	0,001
Ungünstige Lebensmittel ³	8	4,6	39	57,4	83	84,5	<0,001

¹ beinhaltet auch Folgemilch und Kleinkindmilch

² außer Saft bzw. Saftschorlen

³ umfasst Süßigkeiten, gesüßte Getränke, salzige Snackprodukte, Pommes Frites

Tabelle 7.6 Familiärer Lebensmittelverzehr von Säuglingen nach abgeleiteten Empfehlungen und finanzieller Situation der Eltern (n=173)

Lebensmittelgruppe	Finanzielle Situation						p-Wert
	fehlende Werte		benachteiligt		nicht benachteiligt		
	n	%	n	%	n	%	
Muttermilch, Säuglingsmilch-nahrungen, Milch(-produkte) ¹	1	0,6	20	54,1	86	63,7	0,285
Kartoffeln, Getreide(-produkte), Teigwaren	4	2,3	9	25,0	74	55,6	0,001
➔ inkl. Müsli/ Cornflakes	4	2,3	13	36,1	84	63,2	0,004
➔ inkl. Müsli/Cornflakes, (Baby-)Kekse/Kuchen	4	2,3	25	69,4	97	72,9	0,679
Gemüse ²	4	2,3	20	55,6	100	75,2	0,021
Obst ²	1	0,6	23	62,2	117	86,7	0,001
Fleisch, Fisch, Ei	5	2,9	25	69,4	86	65,2	0,630
Wasser/ ungesüßter Tee	2	1,2	32	86,5	123	91,8	0,343
Ungünstige Lebensmittel ³	7	4,0	16	44,4	106	81,5	<0,001

¹ beinhaltet auch Folgemilch und Kleinkindmilch

² außer Saft bzw. Saftschorlen

⁴ umfasst Süßigkeiten, gesüßte Getränke, salzige Snackprodukte, Pommes Frites

Beikostbeginn stratifiziert nach Schulabschluss und finanzieller Situation

Die Verteilung der Häufigkeiten in Bezug auf den Beginn der Beikost von Säuglingen, deren Eltern kein (Fach-) Abiturabschluss haben, im Vergleich zu Säuglingen von Eltern mit (Fach-) Abiturabschluss ist signifikant unterschiedlich (siehe Abb. 7.18). So haben die Hälfte der Säuglinge aus Elternhäusern ohne (Fach-) Abitur bereits vor dem 5. Lebensmonat Beikost bekommen, dagegen nur 15,5 % der Säuglinge aus Elternhäusern mit (Fach-) Abitur. Ab dem fünften bis einschließlich siebten Lebensmonat verzehrten 39,8 % der Säuglinge aus Elternhäusern ohne (Fach-) Abitur und 80 % der Säuglinge aus Elternhäusern mit (Fach-) Abitur zum ersten Mal Beikost. Ab dem achten Lebensmonat verzehrten 9,6 % der Säuglinge aus Elternhäusern ohne (Fach-) Abitur und 4,5 % der Säuglinge aus Elternhäusern mit (Fach-) Abitur zum ersten Mal Beikost. Die Häufigkeitsverteilung des Beikostbeginns nach finanzieller Situation der Eltern erwies sich dagegen nicht als statistisch signifikant unterschiedlich (siehe Abb. 7.19).

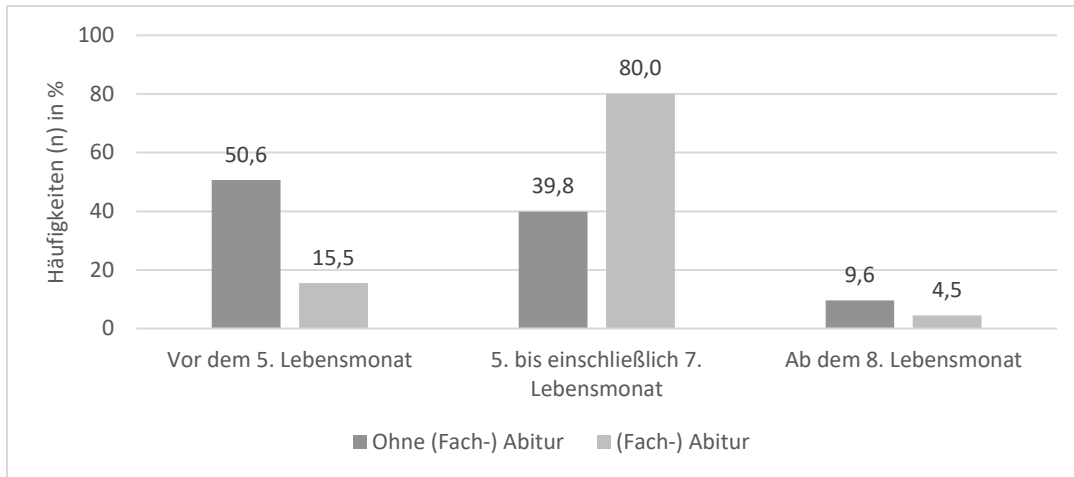


Abbildung 7.18 Gegenüberstellung des Beikostbeginns stratifiziert nach Schulabschluss der Eltern (n=193; fehlende Werte = 11); p-Wert < 0,001

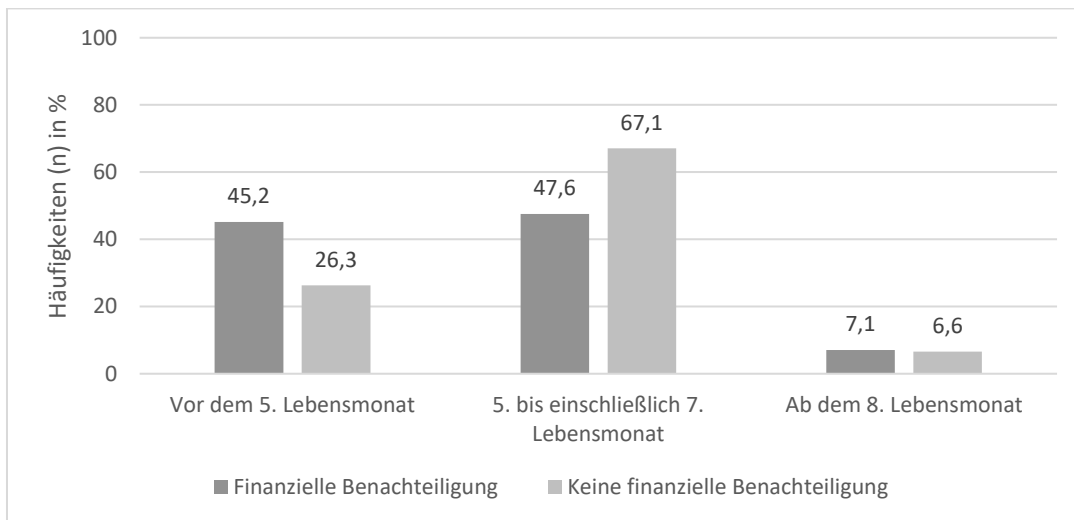


Abbildung 7.19 Gegenüberstellung des Beikostbeginns stratifiziert nach finanzieller Situation der Eltern (n = 194; fehlende Werte = 11); p-Wert = 0,053

Informationsbeschaffung stratifiziert nach Schulabschluss und finanzieller Situation

Eltern mit (Fach-)Abiturabschluss nutzen signifikant häufiger Zeitschriften, Bücher, Flyer und Broschüren als Informationsquelle im Vergleich zu Eltern ohne (Fach-)Abiturabschluss (82,7 % vs. 56,5 %). Auch tauschen sie sich häufiger mit dem Partner und mit Freunden aus (79,8 % vs. 66,3 %) sowie mit der Hebamme (49,5 % vs. 32,1 %). Dagegen ziehen Eltern ohne (Fach-)Abiturabschluss signifikant häufiger Herstellerangaben auf Säuglingsnahrung und Beikostprodukten (47,0 % vs. 28,0 %) als auch Fernsehwerbung (15,7 % vs. 3,7 %) zu Rate. Eltern, die finanziell benachteiligt sind nutzen signifikant weniger häufig Zeitschriften, Bücher, Flyer und Broschüren als Informationsquelle im Vergleich zu Eltern, die nicht finanziell benachteiligt sind. Eine vollständige Häufigkeitsverteilung kann den Tabellen 7.7 und 7.8 entnommen werden.

Tabelle 7.7 Informationsquellen stratifiziert nach Bildungsabschluss der Eltern (n = 204);
„Wo holen sie sich Tipps rund um die Beikost und das Familienessen?“

Genutzte Informationsquellen	Bildungsabschluss						p-Wert
	fehlende Werte		kein (Fach-)Abitur		(Fach-)Abitur		
	n	%	n	%	n	%	
Zeitschriften, Bücher, Flyer, Broschüren	9	4,4	48	56,5	91	82,7	<0,001
Partner/in & Freunde	9	4,4	57	66,3	87	79,8	0,033
Foren & Informationsseiten im Internet	12	5,9	47	55,3	66	61,7	0,372
Eltern oder Schwiegereltern	9	4,4	55	64,0	62	56,9	0,317
Hebamme	13	6,4	27	32,1	53	49,5	0,016
Kinderarzt	9	4,4	40	46,0	47	43,5	0,731
Herstellerangaben Säuglingsnahrung & Beikostprodukte	14	6,9	39	47,0	30	28,0	0,007
Fernsehwerbung	13	6,4	13	15,7	4	3,7	0,004

Tabelle 7.8 Informationsquellen stratifiziert nach finanzieller Situation der Eltern (n = 204);
„Wo holen sie sich Tipps rund um die Beikost und das Familienessen?“

Genutzte Informationsquellen	Finanzielle Situation						p-Wert
	fehlende Werte		benachteiligt		nicht benachteiligt		
	n	%	n	%	n	%	
Zeitschriften, Bücher, Flyer, Broschüren	8	3,9	23	53,5	117	76,5	0,003
Partner/in & Freunde	8	3,9	27	61,4	118	77,6	0,300
Foren & Informationsseiten im Internet	11	5,4	22	51,2	92	61,3	0,232
Eltern oder Schwiegereltern	8	3,9	22	51,2	96	62,7	0,170
Hebamme	12	5,9	17	39,5	63	42,3	0,748
Kinderarzt	8	3,9	22	50,0	65	42,8	0,395
Herstellerangaben Säuglingsnahrung & Beikostprodukte	13	6,4	15	35,7	54	36,2	0,950
Fernsehwerbung	12	5,9	3	7,1	14	9,3	1,000

Kapitel 8

Diskussion

8.1 Diskussion der Methoden

Erstellung des Erhebungsinstruments

Der Erstellung des Fragebogens gingen Befragungen mit Familienhebammen als Experten (vgl. Marx et al. 2018) und Interviews mit Eltern von Säuglingen im Alter von sechs bis zwölf Monaten voraus, welche inhaltsanalytisch ausgewertet wurden (siehe Qualitative Studie). Durch diese Vorgehensweise erfolgte die Präzisierung der zu erfassenden Merkmale und deren Operationalisierung für den hier entwickelten teilstandardisierten Fragebogen aus der Sicht der Befragten (vgl. Kallus 2016: 30). Weiterhin wurden die erstellten Fragebogenitems in einer Expertendiskussion sowie in einem Pretest mit der Zielgruppe inhaltlich und formal geprüft. Dadurch kann eine angemessene und zielorientierte Formulierung von Items vorausgesetzt werden (vgl. ebd.: 18). Die Operationalisierung des Merkmalbereichs aus Sicht der Befragten trägt zur Sicherung der Validität bei (vgl. ebd.: 17).

Vorgehensweise bei der Datenerhebung

Das Studiendesign war explorativ. Bei der Datenerhebung stand zunächst im Vordergrund auch Eltern aus benachteiligten Lebenslagen zu erreichen. Demnach lag bei der Auswahl von Kinderarztpraxen ein Fokus auf Praxen in sozial benachteiligten Stadtgebieten. Es kann davon ausgegangen werden, dass diese Praxen auch häufig von Eltern mit niedrigem Sozialstatus in Anspruch genommen werden. Um möglichst viele Eltern an der Teilnahme der Befragung zu motivieren, wurden kleine Give Aways (Löffel oder Bilderbücher für die Säuglinge) als Aufwandsentschädigung bei erfolgter Teilnahme ausgehändigt. Weiterhin spielte bei der Auswahl der Standorte die Durchführbarkeit vor Ort, als auch die personellen und zeitlichen Ressourcen der Studienkoordinatorinnen eine entscheidende Rolle. So wurde beispielsweise bei der Standortauswahl der Arztpraxen auch die Erreichbarkeit mit den öffentlichen Verkehrsmitteln berücksichtigt.

Um Durchführungsobjektivität zu gewährleisten, erfolgte mit jeder teilnehmenden Praxis zu Beginn der Datenerhebung ein ausführliches Gespräch, bei dem das Studienziel, die Ansprache der Eltern durch das Praxisteam, das Aushändigen und Einsammeln der Fragebögen, sowie die Dokumentation des Rücklaufs geklärt wurde. Weiterhin gab es für die Eltern eine allgemeine Projektinformation und die Zusicherung der anonymisierten Auswertung.

Mahlzeitenpraktiken der Eltern hängen stark von der Entwicklung und den damit einhergehenden Fähigkeiten und Fertigkeiten des Säuglings ab. Um Vergleichbarkeit bei der Auswertung zu gewährleisten, wurde ein eingegrenztes Säuglingsalter zwischen zehn und zwölf Lebensmonaten durch die Befragung im Zeitraum der Früherkennungsuntersuchung U6 angestrebt.

Schriftliche Befragung

Ein Vorteil der schriftlichen Befragung lag darin, dass die Fragebögen von den Eltern mitgenommen werden konnten und die Beantwortung der Fragen nach freier Zeiteinteilung erfolgen konnte. Gerade durch den hohen Betreuungsaufwand von Säuglingen ist es notwendig Befragungen jederzeit abbrechen und wieder aufnehmen zu können. So konnte unter den gegebenen Umständen möglichst gut gewährleistet werden, dass eine vollständige Beantwortung der Items erfolgte. Sozial erwünschtes Antwortverhalten kann zu einer systematischen Verzerrung von Antworten in Fragebögen führen (vgl. Sedlmeier und Renkewitz 2008: 95) und kann für diese Studie nicht ausgeschlossen werden. Um sozial erwünschtes Antwortverhalten zu minimieren und die Eltern zu ermutigen ihre persönlichen Sichtweisen und Praktiken anzuführen wurde die Projektinformation so formuliert, dass deutlich wurde, dass Meinungen und Probleme von Eltern wichtig sind, um gelingende Beratung und Unterstützung für Eltern anbieten zu können. Auch im Fragebogen wurden die Teilnehmenden zwischen der Erfassung der soziodemographischen Parameter und den inhaltlichen Itembatterien daran erinnert, die Beantwortung der Fragen nach ihrer persönlichen Meinung vorzunehmen („Bitte kreuzen Sie nachfolgend pro Aussage/Frage das Kästchen an, das Ihre ganz persönliche Meinung am besten widerspiegelt bzw. Ihren Praktiken und Verhaltensweisen am nächsten kommt.“). Ein weiteres wichtiges Kriterium, um sozial erwünschtes Antwortverhalten zu minimieren, ist die Zusicherung von Anonymität (vgl. ebd.: 96), die durch die Projektinformation gegeben wurde.

Auswertung

Hypothesenbildung Lebensmittelgruppenverzehr

Um einen auf Bevölkerungsebene nicht ausreichenden Verzehr der Lebensmittelgruppen „Gemüse“, „Obst“ und „wünschenswerte Getreideprodukte“ quantitativ einzustufen wurde für die Hypothesenbildung eine Grenze von Dreiviertel (75 %) der Säuglinge oder mehr definiert, die die Empfehlungen erreichen. Es ist nach Stand der Autorin nicht bekannt was in Bezug auf die Gesundheitsförderung und Primärprävention von ernährungsmitbedingten Erkrankungen wünschenswerte Prävalenzen für das Erreichen bzw. nicht-Erreichen von Verzehrempfehlungen auf Bevölkerungsebene in Deutschland wären. Demnach wurde sich hier an Quartilen als gängiges Einteilungsmaß in der Epidemiologie orientiert. Wenn man davon ausgeht, dass Verzehrempfehlungen theoretisch sowohl gar nicht (0 %) als auch zu 100 % erreicht werden können, wurde das Erreichen des oberen Quartils (75 %) als wünschenswerte Grenze für die Verzehrempfehlungen festgesetzt.

Erfassung des Lebensmittelgruppenverzehr

Mit der vorliegenden Studie wurden Verzehrhäufigkeiten von Lebensmittelgruppen von Säuglingen beim Übergang von der Bei- zur Familienkost in Thüringen erfasst. Mit der Abfrage von Verzehrhäufigkeiten und bedingt durch die geringe Fallzahl kann die Studie nur einen Überblick über den Verzehr geben und lediglich auf Trends in der Säuglingsernährung hinweisen. Es können keine Ableitungen über die ernährungsphysiologische Qualität gemacht werden. Auch ist es nicht möglich, Aussagen über Portionsgrößen zu treffen. Dies könnte den Verzehr von Lebensmitteln unterrepräsentieren, da möglicherweise mehr als eine Portion pro Mahlzeit verzehrt wurde. Ein Vergleich der Daten mit anderen Studien ist aufgrund der eingeschränkten Lebensmittelverzehrerhebung und der fehlenden Bildungsrepräsentativität nicht möglich. Trotzdem eignen sich Verzehrhäufigkeiten, um die Qualität der Ernährung einzuschätzen, denn jede Mahlzeit sollte sich aus Komponenten von möglichst zwei bis drei unterschiedlichen Lebensmittelgruppen zusammensetzen. Weiterhin ist es durch Verzehrhäufigkeiten möglich einen direkten Abgleich zu den in Form von Häufigkeiten dargestellten Verzehrempfehlungen herzustellen, welche als Instrument der Verbraucherkommunikation genutzt werden.

Abgefragt wurden die Lebensmittelgruppen anhand einer 5-Punkt-Likert-Skala in der der Verzehr von „selten bis nie“ hin zu „mehrmals täglich“ eingestuft werden konnte. Diese Einstufung innerhalb einer abgefragten Lebensmittelkategorie differenziert jedoch nicht wie häufig mehrmals täglich ein Lebensmittel konsumiert wurde, weshalb bei bestimmten Lebensmittelgruppen nur die Annäherung an die empfohlene Verzehrhäufigkeit möglich ist. In Bezug auf die zusammengesetzte Kategorie „Muttermilch, Säuglingsmilchnahrungen, Milch(-produkte)“ kann somit ein Überverzehr nur zwischen den Kategorien festgestellt werden (siehe Tabelle 6.3).

Beikosteinführung

Bei der Erfassung der Beikost wurde sich in dieser Studie an den Wortlaut der nationalen Empfehlungen orientiert, bei der der Beginn des Lebensmonats im Vordergrund steht (ab 5. Monat) und nicht das Alter in Monaten (mit 4 Monaten und älter). Es ist aber nicht auszuschließen, dass diese Fragestellung von Eltern unterschiedlich verstanden wird und zu einer falsch positiven Zuordnung der vorzeitigen Beikosteinführung führt, welche die Prävalenz der vorzeitigen Einführung von Beikost in dieser Studie möglicherweise überschätzt. Unter Beikost werden nach *ESPGAHN committee on Nutrition* alle festen und flüssigen Lebensmittel außer Muttermilch, Säuglingsmilchnahrung und Folgenahrung verstanden (vgl. Agostoni et al. 2008). Da es in besonderen Situationen empfohlen wird dem Säugling zusätzlich Flüssigkeit zu geben (z.B. hohe Temperaturen im Sommer, Erkrankungen und Fieber des Kindes) (Kindergesundheit-info 2019; vgl. WHO 2005: 20; vgl. WHO 2009b: 24) wurden in dieser Studie Wasser und ungesüßter Tee als Flüssigkeiten mit Hydrations- bzw. Rehydrationswert und nicht als Beikost erfasst.

Um zu beurteilen, ob die Beikost vorzeitig oder entsprechend den Empfehlungen eingeführt wurde, wurden die im Fragebogen offen anzugebenden Monate in die folgenden drei Kategorien zusammengefasst: 1. „Vor dem 5. Lebensmonat“, 2. „5. bis einschließlich 7. Lebensmonat“, 3. „Ab dem 8. Lebensmonat“. Dabei repräsentiert die Kategorie „5. bis einschließlich 7. Lebensmonat“ den Empfehlungszeit-

raum. Laut Empfehlungen sollte die Beikosteinführung frühestens ab dem 5. Lebensmonat und spätestens ab dem 7. Lebensmonat erfolgen (vgl. Koletzko et al. 2016). Die in dieser Studie vorgenommene Einteilung erfasst demnach nicht, ob – wie nach den Empfehlungen – direkt zu Beginn des 7. Monats mit der Beikost begonnen wurde oder erst am Ende des 7. Lebensmonats. Dennoch scheint diese Einteilung am plausibelsten, denn die Beikosteinführung ist ein gradueller Prozess, bei der zunächst Beikost nur löffelweise vor dem Stillen oder der Säuglingsmilchmahlzeit angeboten wird. Die Beikostmenge steigt innerhalb der darauffolgenden Tage bzw. Wochen an bis eine Beikostmahlzeit schließlich eine Still- bzw. Säuglingsmilchmahlzeit komplett ersetzt. Wie schnell eine Beikostmahlzeit eine Still- bzw. Säuglingsmilchmahlzeit ersetzt, richtet sich nach dem Säugling. Demnach kann der 7. Lebensmonat unbedenklich als empfohlener Zeitraum der Beikosteinführung gelten. Nur die Betrachtung des 5. und 6. Lebensmonats als Empfehlungszeitraum für die Beikosteinführung wäre zu kurz gegriffen, da auch die WHO empfiehlt die ersten sechs Monate ausschließlich zu Stillen (vgl. WHO 2009b: 3). Die Beikosteinführung beginnt nach den Empfehlungen der WHO frühestens ab dem 7. Lebensmonat (vgl. ebd.: 4).

Umgang mit fehlenden Werten

Die Anzahl der fehlenden Werte für Variablen, bei denen ein bi-variabler Zusammenhang betrachtet wurde, sind in dieser Studie sehr gering (1,0 % - 6,9 %), weshalb Fälle mit fehlenden Angaben der Variablen listenweise ausgeschlossen wurden.

Unberücksichtigte Fragebogenvariablen

Eine wichtige Lebensmittelgruppe, die auch im Rahmen der Ernährungspyramide Berücksichtigung findet, ist „Fette und Öle“. Im Fragebogen wurde auch nach dem Verzehr von „Butter und Ölen“ gefragt, weil davon ausgegangen wurde, dass dies die gängigsten Quellen für Fett im Säuglingsalter sind. Allerdings wurde im Fragebogen keine Hilfestellung gegeben diese Lebensmittelgruppe auch bei der Gabe von kommerzieller Beikost (zum Beispiel aus dem Glas) zu berücksichtigen. Weiterhin ist in den Namenbezeichnungen kommerzieller Beikost nicht erkennbar, dass Fette oder Öle der Beikost zugesetzt sind. Aufgrund dessen kann davon ausgegangen werden, dass die Angaben zum Fettverzehr nicht valide sind. Für die Einschätzung des Lebensmittelverzehrs von Säuglingen wurde diese Variable deshalb nicht berücksichtigt.

Bei der Erarbeitung des Fragebogens wurde die Frage „Nach dem Verzehr von zuckerhaltigen Speisen haben Kinder mehr Energie zum Spielen und Toben.“ unter Ernährungswissen aufgeführt (siehe Anhang). Diese Frage wurde aufgrund von Erfahrungswerten von Experten und Eltern aufgenommen. Die wissenschaftliche Beweislage dieses Zusammenhangs hat sich jedoch als unzureichend herausgestellt, weshalb diese Frage nicht in die Auswertung aufgenommen wurde.

Stratifizierung nach Bildung und finanzieller Lage

In dieser Studie gibt es eine signifikant unterschiedliche Verteilung von Bildungsabschluss und finanzieller Lage ($p \leq 0,001$). So kommen finanziell benachteiligte Haushalte signifikant häufiger vor, wenn die Eltern einen niedrigeren Bildungsabschluss vorweisen. Eine Kombination beider Merkmale ist jedoch aufgrund der geringen Fallzahlen nicht sinnvoll. In Bezug auf die Ernährungskommunikation ist es dennoch wichtig Schulabschluss und finanzielle Lage separat zu betrachten, um verschiedene

Ansatzmöglichkeiten für die Ernährungskommunikation zu identifizieren. Signifikant unterschiedliche Häufigkeitsverteilungen nach Bildung und finanzieller Lage wurden mit dem Chi²-Test ermittelt. Bei diesem Test bleiben jedoch eine Richtung des Zusammenhangs und der Einfluss von Drittvariablen unberücksichtigt.

8.2 Diskussion der Ergebnisse

Soziodemografische Angaben

Die Säuglinge in dieser Studie wurden mit 97,5 % fast ausschließlich im Krankenhaus geboren. Nur ein kleiner Teil der Geburten fand im Geburtshaus oder zu Hause statt. Diese Daten stimmen mit Durchschnittsdaten aus Deutschland überein (GBE Bund 2015). Die Frühgeburtenrate liegt mit nur 7,4 % unter den bisher bekannten Frühgeburtenraten in Deutschland. Die durchschnittliche Frühgeburtenrate in der Deutschen KiGGS Erhebung im Zeitraum 2003 bis 2006 betrug 11,6 % (vgl. Weichert et al. 2015). Im Jahr 2011 wurden 9 % aller Säuglinge zu früh geboren (vgl. Schleußner 2013). Als eine Frühgeburt wird eine Geburt vor der vollendeten 37. Schwangerschaftswoche bezeichnet (vgl. Weichert et al. 2015). Frühgeburten gehen mit einem erhöhten Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko für die Säuglinge einher (vgl. ebd.) und bedeuten zugleich eine starke psycho-soziale und physische Belastung für die gesamte Familie (vgl. Keller et al. 2011: 136), weshalb Familien mit zu früh geborenen Kindern besonders intensive Unterstützung benötigen. Unter Umständen entwickeln sich Essfertigkeiten von zu früh geborenen Säuglingen verzögert, weshalb Frühgeburtenlichkeit grundsätzlich bei der Betrachtung von Mahlzeiten- und Fütterungspraktiken mit beachtet werden sollte. Aufgrund der hier geringen Anzahl von zu früh geborenen Säuglingen als auch des zeitlich späten Erhebungszeitraums von der Bei- zur Familienkost ist jedoch nicht davon auszugehen, dass die erhobenen Mahlzeiten- und Fütterungspraktiken durch Frühgeburtenlichkeit beeinflusst werden.

Weiterhin liegt auch die Kaiserschnitttrate von 23,5 % in dieser Studie im unteren Bereich von Thüringen. So lagen die Kaiserschnittraten 2013 zwischen 20,4 % und 33,6 %, durchschnittlich bei 26,1 % (vgl. IGES Institut 2015). In dieser Studie wurde weiterhin erfragt, inwiefern es sich um einen Kaiserschnitt auf Wunsch handelte, wobei bei 14,5 % aller Kaiserschnitte bzw. bei 3,4 % der Geburten insgesamt betrachtet ein Kaiserschnitt auf Wunsch durchgeführt wurde. Der Entwicklung der Kaiserschnitttrate, die nicht medizinisch notwendig und somit theoretisch vermeidbar ist, sollte vor dem Hintergrund der Förderung des Stillens besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden, denn Hobbs et al. (2016) zeigen: Frauen, die einen Kaiserschnitt auf Wunsch planen, stillen seltener und hören, sofern sie stillen, auch schneller wieder damit auf.

Trotz des Anspruchs auch Eltern aus benachteiligten Lebenslagen zu erreichen, ist dies nur eingeschränkt gelungen. In dieser Studie sind Eltern mit niedrigem Bildungsabschluss unterrepräsentiert und Eltern mit hohem Bildungsabschluss überrepräsentiert. Als Vergleichspopulation wird der Schulbesuch von Kindern nach höchstem allgemeinem Schulabschluss der Eltern herangezogen (vgl. Destatis 2017). Eine Orientierung an die allgemeine Bildungsverteilung in der deutschen Bevölkerung

ist nicht ausreichend, denn diese gibt keine Auskunft über eine Elternschaft. Deutschlandweit stammen 22 % aller schulpflichtigen Kinder aus Elternhäusern ohne Bildungsabschluss oder mit Hauptschulabschluss. In dieser Studie haben 11 % der Eltern keinen Abschluss, einen Hauptschul- oder einen anderen Abschluss. Dagegen haben 43,5 % der Eltern (Fach-)Abitur. In dieser Studie haben 54,3 % der Eltern (Fach-)Abitur.

Das monatliche Haushaltsnettoeinkommen ist in den hier zusammengefassten drei Kategorien 1. < 1500 €, 2. 1500 € - 2500 € und 3. > 2500 €, mit 34 %, 31 % und 35 % relativ gleich verteilt. Um Eltern in finanziell benachteiligten Lebenslagen gesondert zu erfassen, wurden neben dem Einkommen an sich, auch der Bezug von finanziellen Leistungen erhoben, welche Armut verhindern und Teilhabe ermöglichen sollen. Die Erhebung von staatlichen Unterstützungsleistungen hat den Vorteil, dass die Möglichkeit der Inanspruchnahme (Anspruchsberechtigung) und die Höhe der finanziellen Unterstützung sowohl die Haushaltsgröße als auch monatliche finanzielle Belastungen (zum Beispiel Mietbelastung) berücksichtigen (vgl. BBSR 2020: 11; vgl. BMAS 2020). Allerdings kann es auch Familien geben, die finanzielle Hilfen nicht in Anspruch nehmen, obwohl sie eigentlich dazu berechtigt wären. Dementsprechend kann nicht ausgeschlossen werden, dass Familien von finanzieller Benachteiligung betroffen sind, jedoch nicht als solche erfasst wurden. In dieser Stichprobe beziehen 23,3 % der Haushalte staatliche finanzielle Unterstützungsleistungen und können somit als finanziell benachteiligt eingestuft werden. Die Prävalenz von armutsgefährdeten Kindern in Deutschland, deren Berechnung das familiäre Einkommen zugrunde liegt, wird zwischen 14,6 % und 21,1 % geschätzt (BMFSFJ 2017b: 7).

91,5 % der befragten Familien haben nach der Geburt Unterstützung von einer Hebamme bekommen. Die Unterstützung durch Hebammen im Wochenbett bzw. der geburtlichen Nachsorge steht jeder gesetzlich versicherten Frau in Deutschland zu (vgl. § 24c und § 24d SGB V). Zwar wird die Unterstützungsleistung von dem Großteil der Befragten angenommen, zeigt aber zugleich, dass ein kleiner Prozentsatz (8,5 %) diese Unterstützungsleistung nicht wahrnimmt bzw. nicht wahrnehmen kann und demnach besonders vulnerabel ist. Im Rahmen einer online-Befragung (vgl. Hebammenstudie Whitepaper 2018) aus dem Jahr 2018 konnte festgestellt werden, dass in Thüringen sogar nur 88 % der gesetzlich versicherten Frauen eine Nachsorgehebamme in Anspruch nehmen. Im bundesweiten Durchschnitt sinkt die Inanspruchnahme weiter auf nur knapp 80 % (vgl. ebd.). Dabei wurde als Hauptgrund für die Nicht-Inanspruchnahme von fast der Hälfte der Frauen angegeben, dass keine Hebamme verfügbar war. Auch wussten ein Fünftel der gesetzlich versicherten Frauen nicht, dass sie Anspruch auf eine Wochenbettbetreuung haben. Diese strukturellen Entwicklungen im Bereich der Versorgung müssen sehr kritisch betrachtet werden. Individuelle und begleitende Unterstützung wie die Hebammennachsorge sind in der Phase rund um die Geburt wichtig für die Mutter-Kind- und Familiengesundheit. Erst wenn Familien ausreichend in der Lage sind die neuen Anforderungen und Belastungen bei Familiengründung zu bewältigen, werden Ressourcen frei auch auf weitere gesundheits- und primärpräventive Angebote zurückzugreifen. Auch wenn die Gesundheitsförderung und Primärprävention mit dem Präventionsgesetz finanziell verbindlicher aufgestellt wurde (vgl. Bundesgesetzblatt 2015) kann diese Verbindlichkeit das Problem einer strukturellen Unterversorgung von Gesundheitsprofessionen nicht abfangen, geschweige denn ersetzen. So ist erkennbar geworden, dass Fördervorhaben und -programme der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), trotz erweitertem

Schwerpunkt zu Aufbau und die Stärkung gesundheitsfördernder Strukturen in der Kommune, bei der inhaltlichen Umsetzung einzelner Projekte weiterhin im originären Aufgabenfeld der GKV-Individualprävention mit typischen Themen wie Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung verbleiben (vgl. GKV-Bündnis für Gesundheit n.d.). Die Diskussion um eine ernsthafte personelle und finanzielle Unterfütterung von gesundheitsfördernden Versorgungsstrukturen wie die der Hebammen, Familienhebammen, und Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger:innen, bleibt dabei weiterhin aus dem Präventionsgesetz ausgelagert. Eine erschöpfte Vernetzung wird jedoch gesundheitliche Chancenungleichheit eher verstärken. Daran schließt sich an, dass 15,5 % der hier befragten Eltern keine regelmäßige Unterstützung bei der Kindesbetreuung haben und dementsprechend besonders vulnerabel für Überforderung sind. Unter diese knapp 16 % fallen jedoch nicht nur Mütter und Väter, die alleinerziehend sind. Damit auch diese Familien bestmöglich befähigt werden ihr familiäres Setting gesundheitsfördernd auszurichten, muss diese Zielgruppe rechtzeitig identifiziert werden. Maßnahmen der Gesundheitsförderung sollten für diese Zielgruppe eher begleitend und passgenau ausgerichtet sein statt, wie üblich, punktuell in Form von einzelnen Kursen und Angeboten.

Die Schwangerschaft war bei dem überwiegenden Teil der Befragten geplant, bei einem Viertel der Familien jedoch nicht. Insbesondere für Familien, bei denen die Schwangerschaft nicht geplant war, könnte man davon ausgehen, dass ein besonderer Unterstützungs- bzw. Kommunikationsbedarf u. a. auch zu Ernährungsthemen besteht.

Einschätzung der Häufigkeitsangaben der Fragebogenvariablen und bivariaten Analysen

Beköstigungsarbeit und Lebensmittelbesorgung

Die Beköstigungsarbeit hat einen großen Stellenwert in den Familien und der Beköstigungsaufwand kann, wie auch aus den qualitativen Ergebnissen ersichtlich wird, als sehr hoch eingestuft werden. So ist für 90 % der Eltern selber kochen wichtig und ein Großteil der Eltern macht das Kochen und Zubereiten von Speisen Spaß. Der Zeitaufwand für die Bereitstellung von Mahlzeiten ist Eltern ebenfalls nicht unwichtig. So ist es 37 % der Eltern wichtig und weiteren 37 % der Eltern mittelmäßig wichtig, dass Mahlzeiten schnell und zügig zubereitet werden. Ein Großteil der Eltern (92 %) kauft mindestens einmal in der Woche ein, weitere 6 % sogar täglich. Bei über Dreiviertel der Eltern macht das Einkaufen von Lebensmitteln Spaß und ist demnach emotional positiv assoziiert.

In über 80 % der Familien wird der Säugling mindestens einmal die Woche mit selbsthergestellter Breikost versorgt, davon bekommen 42 % der Säuglinge sogar täglich selbst gekochten Babybrei. Die hohe Bereitschaft von Eltern selbst zu kochen ist sehr positiv zu betrachten, denn ein höherer Anteil an kommerzieller Beikost ist mit einem geringen Gemüse- und Obstverzehr im Säuglingsalter assoziiert (vgl. Foterek 2016). Weiterhin weisen Säuglinge, die einen hohen Anteil an kommerzieller Beikost bekommen eine hohe zugesetzte Zuckerzufuhr aus Beikost auf, als auch eine höhere Gesamtzuckerzufuhr (vgl. ebd.). Da über ein Viertel der Eltern täglich auf fertige oder halbfertige Convenience-Produkte zurückgreift, ist die Umsetzung von praxisorientierten ernährungsbildenden Angeboten eine wichtige strukturelle Voraussetzung ein gesundheitsförderndes Essverhalten im Säuglingsalter zu befördern.

Mahlzeitenplanung

Eine rechtzeitige Mahlzeitenplanung ist ideal, um den Speiseplan für den Säugling abwechslungsreich zu gestalten. Werden Mahlzeiten einen Tag im Voraus geplant, lässt dies genügend Zeit, um überlegte Entscheidungen und Vorbereitungen zu treffen. Eine spontane Lebensmittelwahl ist dagegen eher ungünstig. Diese birgt die Gefahr, dass auf Speisen zurückgegriffen wird, die gerade verfügbar sind, unabhängig davon, ob sie als Mahlzeit für den Säugling geeignet sind. Nur knapp ein Drittel der Eltern stimmt zu, die Mahlzeiten für den Säugling mindestens schon einen Tag im Voraus zu planen. Fast ebenso viele Eltern stimmen zu, spontan zu entscheiden, was ihr Säugling zu essen bekommt. Dies macht deutlich, dass eine gezielte Mahlzeitenplanung in vielen Familien durchaus ausbaufähig ist und in der Kommunikation mit Eltern berücksichtigt werden sollte. Die Planung von Mahlzeiten kann einen gewünschten Lebensmittelverzehr unterstützen und gleichzeitig Stress bei der Mahlzeitenbereitstellung reduzieren. Immerhin stimmen 18 % der Eltern zu und 31 % mittelmäßig zu, dass sie schnell mal unter Stress stehen, wenn der Säugling hungrig ist.

Eine für den Säugling absehbare Bereitstellung von Mahlzeiten im Tagesverlauf ist wichtig für die Entwicklung eines gesunden Essverhaltens. Demnach ist es günstig, wenn Mahlzeiten um die gleiche Tageszeit angestrebt werden. Fast zwei Drittel der Eltern stimmen zu, dass ihr Säugling immer um die gleiche Zeit isst. In den qualitativen Studien wurde festgestellt, dass eine zu starre Struktur, die nicht auch anderen Bedürfnissen des Säuglings entgegenkommt, wie zum Beispiel Schlaf, allerdings ungünstig ist. Diese Unterscheidung kann jedoch bei der hier gestellten Frage nicht getroffen werden.

Mahlzeitenorte

Gegen Ende des ersten Lebensjahres ist es wünschenswert, dass Mahlzeiten möglichst am Tisch stattfinden. In einem Großteil der Familien werden diese Praktiken täglich umgesetzt. So finden in fast 87 % der Familien die Säuglingsmahlzeiten mindestens einmal täglich am Küchen- oder Esstisch statt. Insbesondere ein Esstisch bietet, abhängig von der Größe, Möglichkeiten für eine Vielzahl an Speisen und Zubereitungsformen. In einem kleinen Teil der Familien (6,5 %) finden täglich Mahlzeiten am Couchtisch statt. Während Mahlzeiten an einem Couchtisch per se nicht als ungünstig zu betrachten sind, muss jedoch berücksichtigt werden, dass bedingt durch die limitierte Größe und Höhe des Couchtischs, es zu einer eingeschränkten Vorauswahl von Lebensmitteln und Speisen kommen kann. So ist es durchaus wahrscheinlich, dass Speisen so ausgewählt oder zubereitet serviert werden, dass sie auf dem Couchtisch Platz finden.

Auf dem Sofa, im Laufgitter und in der Baby-Autoschale bzw. Babywippe werden häusliche Mahlzeiten zwar von den wenigsten Eltern täglich bereitgestellt, jedoch ist die gelegentliche Nutzung nicht von der Hand zu weisen. So finden die Mahlzeiten des Säuglings in über einem Fünftel der Familien ein- bis mehrmals die Woche in der Autoschale oder der Babywippe statt. Dabei kann, bei im Durchschnitt von elf Monate alten Säuglingen, weniger davon ausgegangen werden, dass Autoschale und Babywippe für die Säuglinge als Unterstützung zum Sitzen genutzt werden. Autoschale und Babywippe sind als Mahlzeitenorte ungünstig. Sie bergen die Gefahr, dass dem Säugling Lebensmittel auf die Hand gegeben werden und altersentsprechende Esspraktiken nicht geübt werden können. Ungünstig ist weiterhin,

dass fast ein Zehntel der Säuglinge täglich Lebensmittel auf der Krabbeldecke oder dem Fußboden konsumieren und dies bei weiteren 26 % ein- bis sechsmal in der Woche der Fall ist. Fast 17 % der Eltern stimmen weiterhin voll bis mittelmäßig zu, dass Säuglinge mit dem Essen herumkrabbeln bzw. herumlaufen dürfen. Insbesondere das freie Essen in der Wohnung birgt die Gefahr, dass Mahlzeiten nebenbei z. B. während des Spielens stattfinden, Sättigungsgefühle nicht so gut wahrgenommen werden und die Mahlzeit künstlich in die Länge gezogen wird. Auch können schneller Unfälle passieren, wenn sich der Säugling mit dem Essen frei bewegen darf. Der Verzehr von Speisen nebenbei und unter Ablenkung ist auch im Kinderwagen unterwegs gegeben, was von 15 % der Eltern angegeben wurde. Positiv zu bewerten ist, dass in fast allen Familien ein Babystuhl oder Babyhochstuhl vorhanden ist. Dieser Stuhl unterstützt, dass der Säugling sicher sitzt und Hände und Kopf frei bewegen und so seine Fähig- und Fertigkeiten eigenständig zu essen ideal üben kann.

Gemeinsame Mahlzeiten

Für den Großteil der Eltern sind Mahlzeiten eine Aktivität der Gemeinsamkeit und Kommunikation. So sind den meisten Eltern gemeinsame Mahlzeiten wichtig und sie freuen sich darauf. Ein Großteil der Eltern legt Wert darauf sich während der Mahlzeiten auszutauschen und schafft es mindestens einmal täglich gemeinsame Mahlzeiten mit dem Säugling umzusetzen. Fast alle Eltern sind überzeugt, dass Beisammensein am Tisch dem Säugling guttut.

Für eine gesundheitsfördernde Entwicklung des Essverhaltens von Säuglingen sind der hohe Stellenwert von gemeinsamen Mahlzeiten und die tägliche Umsetzung zunächst gute Voraussetzungen, da gemeinsame Mahlzeiten dem Säugling Gelegenheit zum Beobachten und Imitieren geben und Interesse für die zu Tisch verzehrten Lebensmittel aufgebaut werden kann. Gemeinsame Mahlzeiten und positive Kommunikation zu Tisch steht für Doing Family (vgl. Schier und Jurczyk 2008) und Zusammengehörigkeit (vgl. Brombach 2011) und sind wichtige Voraussetzung dafür, dass der Säugling den Verzehr von Lebensmitteln auch mit Gemeinsamkeit und Geselligkeit verbindet und gegenüber gemeinsamen Mahlzeiten ebenfalls einen hohen Stellenwert aufbaut. Weiterhin sind diese Praktiken mit einem günstigen Lebensmittelverzehr assoziiert (siehe Kapitel 2.1).

Mahlzeitenbegleitung und -ausgestaltung

Von den befragten Eltern legt der überwiegende Teil Wert darauf, dass sich die Säuglinge zu den Mahlzeiten hinsetzen und über 60 % ist es nicht wichtig, dass eine Mahlzeit schnell und zügig abläuft. Diese Einstellungen sind wünschenswert, denn sich zu den Mahlzeiten hinsetzen und Zeit lassen unterstützt, dass der Säugling Hunger und Sättigung wahrnehmen kann. 63 % der Eltern ist es nicht wichtig, dass der Säugling mit dem Essen kleckert. Diese wünschenswerte Einstellung ist Voraussetzung dafür, dass der Säugling Lebensmittel z. B. durch Anfassen für sich erfahrbar machen kann und seine Fähigkeiten und Fertigkeiten altersentsprechend übt. Auch dadurch wird eine positive Assoziation zu den verzehrten Lebensmitteln und den Mahlzeiten gefördert.

Nicht altersgerecht für das Säuglings- und selbst für das Kleinkindalter sind dagegen Mahlzeitenpraktiken, die darauf bedacht sind, ein Kleckern zu vermeiden, da sonst wichtige koordinative und geschmacksbildende Lernprozesse unterbunden werden. Gleichzeitig birgt dies die Gefahr, dass eine

vielseitige Lebensmittelauswahl beschränkt wird. So wird aus den Ergebnissen der qualitativen Studie ersichtlich, dass Eltern auf Lebensmittel zurückgreifen, die einfach zu handhaben sind und es zum Füttern des Säuglings kommt, wenn sie kleckern als unangenehm oder stressig empfinden (siehe S. 108). Immerhin stimmen 10 % der Eltern zu und weitere 27 % mittelmäßig zu, dass Säuglinge möglichst wenig mit dem Essen kleckern sollten. Geht es darum, dass das eigene Kind ordentlich essen und möglichst wenig kleckern sollte, stimmen noch 9 % der Eltern zu und weitere 25 % mittelmäßig zu.

Weiteren 38 % der Eltern ist auch wichtig, dass Säuglinge möglichst schnell und ohne Hilfe essen können. Je mehr Gelegenheit ein Säugling zum Üben bekommt, desto schneller ist dieser wiederum nicht mehr auf die Hilfe der Eltern angewiesen und desto schneller wird auch „kleckerfrei“ gegessen. Demnach scheint es wichtig, Eltern für die Entwicklung eines gesunden Essverhaltens und die Förderung der Eigenständigkeit durch Gelegenheit zum Üben mit Fingern und später auch mit Besteck zu sensibilisieren und Strategien zur Umsetzung zu erarbeiten. Um die Umsetzung zu erleichtern, sollten Eltern beispielsweise ermutigt werden einen den Essfertigkeiten des Säuglings entsprechenden Essplatz mit Beginn der Beikost häuslich einzurichten und diesen so zu gestalten, dass dieser leicht zu reinigen ist.

Die Betonung auf die Unabhängigkeit zum eigenständigen Essen wird auch dadurch unterstrichen, dass 45,5 % der Eltern mittelmäßig bis voll zustimmen, dass der Säugling mit sechs Monaten seine Nuckelflasche eigenständig halten sollte. In den qualitativen Interviews wurde eigenständig essen können, aber es nicht zu wollen u. a. als Bequemlichkeit eingestuft (siehe S. 85). Auch wenn der Säugling in der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahrs zunehmend eigenständiger isst, wird es dennoch - auch über das erste Lebensjahr hinaus - wiederkehrend Situationen geben, in welchen der Säugling mehr die Unterstützung seiner Eltern benötigt und gefüttert werden möchte oder gar sollte. Beispielsweise durch Entwicklungssprünge, Unwohl- oder Kranksein, als auch Schmerzen (zum Beispiel Zahnungsprozess) kann es zu einer Rückkehr von Essverhaltensweisen kommen, die eventuell bereits abgelegt wurden. Eltern sollten diesen Bedürfnissen nachkommen, denn Essen reichen und gefüttert werden bedeutet auch für den älteren Säugling Zuwendung und Geborgenheit. Eine besondere Zuneigung und Ermutigung zu essen bzw. Flüssigkeit aufzunehmen ist wichtig, wenn der Säugling krank ist und möglicherweise wenig Appetit hat (vgl. Harbron et al. 2013; vgl. WHO 2009b: 24). Demnach ist es positiv, dass der Großteil der Eltern täglich ihren Säugling füttert oder beim Essen unterstützt. Nur 13 % der Eltern sind täglich nicht direkt daneben oder unmittelbar dabei, wenn der Säugling isst.

Als responsiv kann beim Übergang von der Bei- zur Familienkost betrachtet werden, wenn Eltern während der Mahlzeiten dem Säugling verdeutlichen, dass das Essen lecker ist, das sie anbieten; dass der Säugling sein Essen genau anfassen und untersuchen darf und dass zuvor nicht gemochte Speisen auch weiterhin angeboten werden (siehe Abb. 7.15). Diesen Praktiken stimmen immerhin um die zwei Drittel der Eltern (65 - 72 %) zu. Die Praktiken sind u. a. wichtig, um die Akzeptanz von unbekannten und abgelehnten Speisen zu erhöhen und Voraussetzung für den Verzehr einer möglichst großen Lebensmittelvielfalt. Für ein Drittel der Eltern sind diese Praktiken jedoch nicht selbstverständlich. Weiterhin stimmt fast die Hälfte der Eltern zu, dass sie ihrem Säugling etwas anderes zu essen anbieten, wenn er etwas nicht essen möchte (Abb. 7.16). Aus der qualitativen Studie wurde deutlich, dass Eltern

abgelehnte Speisen häufig nicht noch ein weiteres Mal anbieten, da sie die Geschmackspräferenzen ihres Säuglings als gegeben und nicht veränderbar sehen. Auch in der quantitativen Studie stehen Eltern ihrem eigenen Einfluss auf die Geschmacksvorlieben ihres Kindes skeptisch gegenüber. So stimmen nur etwas über ein Drittel der Eltern zu, die Geschmackspräferenzen ihres Säuglings beeinflussen zu können. Selbstsicherer sind sie dagegen, wenn es um die gesamte körperliche und geistige Entwicklung des Säuglings geht. 84,2 % der Eltern stimmen zu, die Entwicklung beeinflussen zu können.

Demnach ist es wichtig Eltern darüber zu sensibilisieren, dass sie durch die oben genannten Praktiken die Akzeptanz von Speisen beeinflussen können. Eltern brauchen Informationen und Hilfestellungen, wie sie durch ihr Modellverhalten (vgl. Ellroth 2009; vgl. Schmidt 2009: 81) und durch Gewöhnungslernen wie dem „Mere-Exposure-Effekt“ (vgl. Ellroth 2007, vgl. Zajonc 2001) oder dem „flavour-flavour-learning“ (vgl. Havermans und Jansen 2007) die Akzeptanz von Speisen beeinflussen können. Vor allem ist es wichtig ihre Selbstwirksamkeit zu stärken und zu verdeutlichen, dass phasenweise Vorlieben und Abneigungen u. a. aufgrund der sensorischen spezifischen Sättigung durchaus normal sind und der Geschmack des Säuglings nicht ausschließlich angeboren ist.

Mediennutzung während der Mahlzeiten

Während die Nutzung von Fernsehen, Computer, Handy und I-Devices (Smartphone, Tablet) von Eltern während der Mahlzeiten ihres Säuglings mit um die 5 % sehr gering ist, werden Audiomedien in fast ein Drittel der Familien täglich und in weiteren 28 % einmal bis mehrmals die Woche konsumiert. Wird die elterliche Mediennutzung insgesamt betrachtet, so sind es 37 %, die täglich Medien nutzen. Die Nutzung von Medien während der Mahlzeiten des Säuglings ist nicht responsiv, selbst wenn die Eltern das Gefühl haben, dass die Medien vom Säugling (noch) nicht wahrgenommen werden. Durch die Ablenkung während der Mahlzeiten können Säuglinge ihre Sättigungsgefühle und Eltern die kindlichen Sättigungssignale nicht ideal wahrnehmen (vgl. Bellisle und Dalix 2001). Durch die Ablenkung neben dem Essen kann es hierbei zu einem Verzehr über den eigentlichen Hunger hinaus, kommen. Weiterhin können wichtige Interaktionen zwischen Eltern und Kind während der Mahlzeiten aufgrund der Ablenkung durch die Medien unterbunden werden (vgl. Moser 2016). Bei Hörmedien kann es beispielsweise durch einen höheren Geräuschpegel zur Ablenkung oder Unterbindungen von Interaktionen am Tisch kommen. Nicht zu vernachlässigen ist, dass Hörmedien auch über Fernseh- oder andere Bildschirmgeräte empfangen und zum Beispiel in Form eines Bildschirmschoners, visualisiert werden können. Befindet sich dann der Bildschirm in Sichtweite des Säuglings kann es zusätzlich zu einer visuellen Ablenkung kommen. Medienkonsum während der Mahlzeiten kann sich als ungünstige Mahlzeitenpraktik längerfristig etablieren und sich ungünstig auf den kindlichen Lebensmittelverzehr und das kindliche Körpergewicht auswirken (vgl. Avery et al. 2017; vgl. Cox et al. 2012; vgl. Liang et al. 2009; vgl. Roos et al. 2014; vgl. Vik et al. 2013). Über ein Drittel der Eltern ist sich nicht bewusst, dass ein hoher Medien- und Fernsehkonsum bei Kindern das Risiko für Übergewicht erhöht (siehe Tabelle 7.3). Demnach gibt es einen nicht unbedeutenden Bedarf junge Eltern über die ungünstigen Auswirkungen von Medienkonsum während der Mahlzeiten zu sensibilisieren.

Erziehung und Elternkompetenz

Dass Lebensmittel als Erziehungsmittel eingesetzt werden, kommt nur bei einem geringen Teil der Haushalte vor. So stimmen nur wenige Eltern zu, Lebensmittel als Belohnung, zur Beruhigung oder als Ablenkung vom Quengeln einzusetzen. Dies ist positiv zu betrachten, denn schmackhafte Speisen als Belohnung oder zur Beruhigung anzubieten kann die Verhaltensweisen des Säuglings, die zur Gabe der schmackhaften Speisen führen, durch operante Konditionierung verstärken (vgl. Ellroth 2007) und in Folge darin auch den Verzehr dieser schmackhaften Speisen. Wird ein Säugling mit Nahrung beruhigt, obwohl er gar nicht hungrig ist, fördert dies die Assoziation, dass Nahrung emotionalen Trost spendet. Säuglinge lernen dann - im Sinne der Konditionierung - sich eher an dem externen Signal „emotionales Unwohlsein“ zu orientieren, anstatt ihrem eigentlichen Bedürfnis nach Nahrung. Nach der Geburt müssen Eltern zunächst erlernen, Unruhe und Schreien des Säuglings aufgrund von Hunger von anderen Bedürfnissen abzugrenzen. Häufig kommt es vor, dass Schreien aufgrund von Aufregung, Schmerzen oder Angst als Hunger wahrgenommen werden und infolgedessen dem Säugling Nahrung angeboten wird (vgl. Ferraro 2019). Mit dem Übergang von der Bei- zur Familienkost fällt es dem überwiegenden Teil der hier befragten Eltern nicht mehr schwer Hunger von anderen Bedürfnissen des Kindes abzugrenzen, wenn es schreit. Für fast 16 % der Eltern ist jedoch das Abgrenzen von Hungersignalen nicht so einfach und 2 % der Eltern gibt an, dass es ihnen sogar schwerfällt. Demnach sollte die Wahrnehmung von Hungersignalen und die Abgrenzung zu anderen Bedürfnissen auch im späteren Säuglingsalter ein Thema bleiben für das Eltern sensibilisiert und wenn nötig unterstützt werden sollten.

Ansichten zum Körpergewicht und elterliche Sorgen

Eltern stehen der Entwicklung des Körpergewichts ihres Kindes nicht gleichgültig gegenüber. So hätte nur ein geringer Teil der Eltern kein Problem damit, wenn das eigene Kind später einmal untergewichtig oder übergewichtig wäre (siehe Abb. 7.4). Das generelle Interesse der Eltern an einer gesunden Gewichtsentwicklung des Kindes ist positiv zu bewerten und eine wichtige Voraussetzung dafür, dass Themen der Gewichtsentwicklung auch in die Ernährungskommunikation mit aufgegriffen werden können.

Die Sorge darüber, dass der Säugling zu wenig isst (22 %), ist sehr viel deutlicher ausgeprägt als die Sorge darüber, dass der Säugling zu viel isst (8 %). Auch in den qualitativen Interviews wurde deutlich, dass ausreichend satt sein eine wichtige Rolle für Eltern spielt und die Wahl der Lebensmittel und Speisen stark beeinflusst. Historisch gesehen war ein Mangel an Nahrungsmitteln lange Zeit die größte Bedrohung für die kindliche Gesundheit und dessen Entwicklung gewesen (vgl. Birch et al. 2007). Die Ergebnisse verdeutlichen, dass die Sorge den Säugling nicht ausreichend zu ernähren bei mehr als einem Fünftel der Eltern weiterhin zutrifft. Ein wichtiger Schritt in der Ernährungskommunikation ist demnach Eltern im ersten Lebensjahr möglichst viel Sicherheit und Kontrollmöglichkeiten an die Hand zu geben, wie sie eigenständig überprüfen können, dass ihr Kind genügend Nahrung bekommt. Hierfür können eine stärkere Sensibilisierung für Hunger- und Sättigungssignale als auch Überprüfungsmöglichkeiten für Gedeihen und gesundes Wachstum zum Beispiel anhand der Anzahl und Menge der kindlichen Blasenentleerungen, des Stuhlgangs und der Gewichtszunahme, geeignet sein. Weiterhin kann Eltern Sicherheit vermittelt werden in dem man über die ausgeprägte Hunger- und Sättigungsregulation von

Säuglingen aufklärt und demnach auch wenig Appetit des Säuglings bei einer Mahlzeit zunächst kein Anlass zur Sorge ist.

Ernährungswissen

Dem Großteil der Eltern sind allgemeine Zusammenhänge von Ernährung und Gesundheit bekannt und auch über die Risiken eines hohen Konsums von zuckerhaltigen Lebensmitteln auf die Entstehung von Übergewicht und Diabetes sind Eltern gut aufgeklärt (siehe Tab. 7.3). Sensibilisierungs- und Aufklärungsbedarf besteht jedoch weiterhin in Bezug auf den Zusammenhang eines hohen Medienkonsums und dem Risiko für Übergewicht sowie in Bezug auf die gesundheitlichen Folgen eines zu hohen Salzverzehrs. Eltern sollten auch verstärkt über die Geschmacksprägung von Kindern sensibilisiert werden, denn knapp 31 % der Eltern wissen nicht, dass sie die Geschmacksvorlieben ihres Kindes beeinflussen können.

Als Ersatz für Muttermilch eignen sich Säuglingsmilchnahrung Pre und Säuglingsmilchnahrung mit der Nr. 1. Der Verzehr von Säuglingsmilchnahrung mit der Nr. 2 (sog. Folgenahrung oder Folgemilch) kann mit Beginn der Beikost gegeben werden, ist jedoch nicht notwendig (vgl. Koletzko et al. 2016). Dies ist über der Hälfte der Eltern nicht bewusst und sollte im Zuge der Verbraucheraufklärung deutlicher thematisiert werden.

Durch repräsentative Studien ist bekannt, dass der Verzehr von Fleisch und Wurstwaren bei Kindern in Deutschland allgemein zu hoch ist. Dagegen ist der Verzehr von Obst und Gemüse zu gering (vgl. Mensink et al. 2007a). Über die Ernährungssituation von Kindern in Deutschland sind etwas über 60 % der Eltern sensibilisiert und dementsprechend fast 40 % nicht. Daraus wird deutlich, dass die allgemeine Ernährungssituation von Kindern in Deutschland stärker kommuniziert werden sollte.

Ernährungsprobleme

Eine Reihe von Ernährungsproblemen begleitet gelegentlich ein Fünftel bis drei Viertel aller Eltern im ersten Lebensjahr. Häufig kommen Ernährungsprobleme dagegen nur in wenigen Familien vor. Hervorzuheben ist insbesondere eine fehlende Akzeptanz gegenüber angebotenen Speisen, Verdauungsbeschwerden wie Bauchkrämpfe und Blähungen als auch, dass der Säugling zu viel gespuckt hat. Diese Probleme kommen bei einem Zehntel der Familien häufig vor. Aus den qualitativen Interviews wurde deutlich, dass die Wahl der Lebensmittel für den Säugling u. a. von der Bereitschaft und Akzeptanz diese zu essen und von der Verträglichkeit abhängig gemacht wird. Dementsprechend sollten mögliche Ernährungsprobleme von vornherein in der Arbeit mit Eltern mit abgefragt werden und mögliche Ursachen, der Umgang mit den Problemen und ggf. Behandlungsmöglichkeiten thematisiert werden. Dabei kann herausgestellt werden, inwiefern diese subjektiv wahrgenommenen Probleme tatsächlich behandelt werden müssen. So ist ein häufiges Spucken unverdauter oder angedauter Milch im Anschluss an die Nahrungsaufnahme besonders in den ersten Lebenswochen nach der Geburt durchaus normal (vgl. Köster 2004: 185) wird jedoch von den Eltern als Problem eingestuft.

Informationsbeschaffung

Wichtige Informationsquellen rund um die Beikost und das Familienessen sind insbesondere Printmedien, Partner und Freunde sowie das Internet. Dass Printmedien von jungen Eltern besonders häufig

genutzt werden, könnte ein positives Indiz dafür sein, dass Informationsmaterialien zur Säuglingsernährung, die insbesondere durch das „Netzwerk Gesund ins Leben“ in den letzten Jahren stark in Form von Flyern, Broschüren und Aufklebern verbreitet wurden, durchaus bei jungen Familien ankommen. Hebammen und Kinderärzte stehen bei der Informationsbeschaffung zu Bei- und Familienkostthemen zwar nicht im Vordergrund, sind jedoch für um die 40 % der Eltern weiterhin regelmäßige Ansprechpartner und können so insbesondere Schwerpunktthemen vorrausschauend und frühzeitig adressieren.

Informationsbeschaffung nach Bildung und finanzieller Situation

Bei der Informationsbeschaffung zeigen sich deutliche Unterschiede nach Bildungsstand und zum Teil nach finanzieller Situation der Eltern (siehe Tab. 7.7 und 7.8). So nutzen Eltern mit (Fach-)Abiturabschluss signifikant häufiger Printmedien, Partner und Freunde und Hebammen als Informationsquellen. Eltern ohne (Fach-)Abiturabschluss beziehen ihre Informationen signifikant häufiger aus Herstellerangaben auf kommerzieller Säuglingsnahrung und Beikostprodukten sowie aus der Fernsehwerbung. Sind Eltern von finanzieller Benachteiligung betroffen, nutzen sie signifikant weniger häufig Printmedien im Vergleich zu Eltern, die nicht finanziell benachteiligt sind. Um möglichst Eltern aus allen Lebenslagen anzusprechen, sollten demnach auch möglichst vielfältige Informationskanäle genutzt werden. Zwar werden Printmedien bevorzugt von Eltern mit Fachabitur und in nicht finanziell benachteiligten Lebenslagen genutzt, jedoch beziehen auch über die Hälfte der Eltern ohne (Fach-)Abitur und mit finanzieller Benachteiligung Informationen aus Printmedien. Demnach haben Printmedien auch mit großes Potential Eltern aus benachteiligten Lebenslagen zu erreichen. Herausforderungen für Printmedien bestehen jedoch darin leicht verständliche Informationen, sowie ansprechende und inhaltlich nicht überladende Formate bereitzustellen. Kommunale Ämterstrukturen, wie Wohngeldstellen oder auch das Jobcenter, die besonders zu Familien in benachteiligten Lebenslagen Kontakt haben, könnten Informationsmaterialien bereitstellen, die speziell für diese Zielgruppe konzipiert und aufbereitet sind.

Da insbesondere Eltern mit niedrigerem Bildungsabschluss Herstellerangaben und Fernsehwerbung zu Rate ziehen, würde diese Zielgruppe auch von einer stärkeren Transparenz industriell hergestellter Produkte und einer schärferen Regulierung der Werbung profitieren. Gleichzeitig kann wiederum gesundheitsfördernde Ernährungskommunikation über Fernsehen genutzt werden, um diese Eltern anzusprechen.

Anzahl der Säuglingsmahlzeiten

Im Laufe des ersten Lebensjahres werden aus den Mahlzeiten nach Bedarf mehr und mehr fest etablierte regelmäßige Mahlzeiten (vgl. Marx et al. 2018). Mit dem Übergang zum Familienessen und ab dem zweiten Lebensjahr sind vier bis sechs Mahlzeiten am Tag, bei der ggf. auch ein bis zwei Muttermilch- oder Säuglingsmilchmahlzeiten berücksichtigt werden können, wünschenswert (vgl. Kindergesundheit-info 2018; vgl. Koletzko und Toschke 2010; vgl. WHO 2009b: 22). Dies trifft für den überwiegenden Anteil der Säuglinge (79,0 %) zu (siehe Abb. 7.10). Demnach sind die im Durchschnitt 5,7 (SD 1,2) Mahlzeiten täglich als positiv einzustufen. Extrem wenige (zwei oder drei) oder extrem viele (neun Mahlzeiten oder mehr) Mahlzeiten am Tag sind eher Ausnahmen. Ein kleiner Prozentsatz der

Säuglinge (16,7 %) bekommt sieben bis acht Mahlzeiten am Tag. Für diese Säuglinge wäre eine Reduktion der Mahlzeitenanzahl wünschenswert.

Lebensmittelgruppenverzehr

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass bereits im späten Säuglingsalter Empfehlungen zu Verzehrhäufigkeiten von wichtigen Lebensmittelgruppen, mit Ausnahme von günstigen Getränken und Obst, unzureichend erreicht werden. Damit schließt diese Studie teilweise an bestehende Erkenntnisse zur Kleinkind- und Kinderernährung an (vgl. Hilbig et al. 2011; vgl. Mensink et al. 2007a; vgl. Mensink et al. 2007b). Ein Vergleich mit diesen Studien ist jedoch aufgrund der unterschiedlichen Erhebungsmethoden und der in dieser Studie fehlenden Repräsentativität nicht gegeben.

Spätestens mit Einführung des dritten Breis im Beikostfahrplan sollten Säuglinge, neben der Muttermilch und/oder Säuglingsmilchnahrung, täglich zusätzlich ca. 100 bis 200 ml nicht gesüßte Flüssigkeit – vorzugsweise Wasser oder ungesüßte Kräuter- oder Früchtetees – trinken (vgl. Alexy und Hilbig 2016). Demnach ist positiv hervorzuheben, dass ein Großteil der Säuglinge mindestens einmal täglich Wasser oder ungesüßten Tee verzehrt.

Weiterhin positiv zu betrachten ist, dass ein Großteil der Säuglinge (81 %) mindestens einmal täglich Obst verzehrt. Demnach kann die eingangs gestellte 1. Hypothese „Weniger als drei Viertel der Säuglinge erreichen die Verzehrempfehlungen für Obst“ nicht bestätigt werden. Gemüse wird von 71 % der Säuglinge mindestens einmal täglich verzehrt. Damit erreichen jedoch bereits im Säuglingsalter knapp 30 % nicht die Empfehlungen für den altersentsprechenden Gemüseverzehr. Die 2. Hypothese „Weniger als drei Viertel der Säuglinge erreichen die Verzehrempfehlungen für Gemüse“ wird damit bestätigt.

Die Ergebnisse zum Obst- und Gemüseverzehr werfen weitere Fragestellungen auf, welche über die eingangs gestellten Überlegungen und Hypothesen hinausgehen. Dem hier betrachteten Obst- und Gemüseverzehr liegen die Empfehlungen des Beikostfahrplans ab dem 7. bzw. 9. Monat zugrunde, bei dem mindestens einmal täglich Obst bzw. Gemüse verzehrt werden sollte. Mit dem Beginn des zweiten Lebensjahres steigen allerdings die Verzehrempfehlungen für Obst und Gemüse an. So sollte Obst ab dem zweiten Lebensjahr zweimal täglich und Gemüse dreimal täglich verzehrt werden (vgl. BZfE 2020). In der Übergangsphase von der Beikost zum Familienessen (ab dem 10. bis einschließlich 12. Lebensmonat) werden beide Kostformen, angepasst an die Entwicklung und Fertigkeiten des Kindes, empfohlen. Dabei ist ab dem 10. Lebensmonat eine graduell steigende Anzahl an Familienkostmahlzeiten, die die Beikostmahlzeiten nach und nach ersetzen, wünschenswert. Die hier zugrunde liegende Stichprobe mit einem Altersdurchschnitt von 11,3 Monaten (SD 0,7) befindet sich eher am Ende des Übergangs der Beikost zum Familienessen. Auch nehmen bereits über die Hälfte der Säuglinge (56,2 %) täglich und ein weiteres Drittel ein bis mehrmals die Woche am Familienessen teil (siehe Abb. 7.9). Da nicht davon ausgegangen werden kann, dass sich die Ernährung der Säuglinge plötzlich mit dem 1. Geburtstag und dem Beginn des zweiten Lebensjahres ändert, ist es interessant auch den mehrmals täglichen Verzehr von Obst und Gemüse zu betrachten (siehe Tabelle 8.1). Dabei wird deutlich, dass der prozentuale Anteil von Säuglingen, die mindestens 2-mal täglich Obst und Gemüse verzehren,

besorgniserregend niedrig ist. So nimmt nur etwas über die Hälfte der Säuglinge mehrmals täglich Obst zu sich, bei Gemüse erreicht sogar nur ein Sechstel die Verzehrempfehlungen der Kleinkindernährung. Demnach werden zwar die Verzehrempfehlungen von Obst im Rahmen der Beikostempfehlungen zufriedenstellend und im Fall von Gemüse fast zufriedenstellend erreicht. Für die Empfehlungen im Rahmen der Kleinkindernährung und der damit verbundenen Familienkost bzw. -ernährung ist dies jedoch nicht der Fall.

Tabelle 8.1 Gegenüberstellung des Erreichens der Verzehrempfehlungen von Gemüse und Obst im Rahmen des Übergangs Beikost-Familienessen und der Kleinkindernährung

Lebensmittelgruppe	n	Fehlende Werte	Abgeleitete Empfehlung	Säuglinge, die die Empfehlungen erreichen	
				n	%
Gemüse ¹ Übergang Beikost-Familienessen	169	4 (2,3)	1- od. mehrmals täglich	120	71,0
Gemüse ¹ Kleinkindernährung	169	4 (2,3)	mehrmals täglich	27	16,0
Obst ¹ Übergang Beikost-Familienessen	172	1 (0,6)	1- od. mehrmals täglich	140	81,4
Obst ¹ Kleinkindernährung	172	1 (0,6)	mehrmals täglich	92	53,5

¹ außer Saft bzw. Saftschorlen

Als besonders ungünstig muss auch der hier verzeichnete Verzehr von wünschenswerten „Kartoffeln, Getreide(-produkten) und Teigwaren“ eingestuft werden, da weniger als die Hälfte der Säuglinge die Verzehrempfehlungen „mehrmals täglich“ erreicht. Wird auch der Verzehr von Müsli und Zerealien als auch Backwaren mit einbezogen, steigt der Anteil der Säuglinge, die die Empfehlungen erreichen auf 57 % bzw. 72 % an. Allerdings muss hierbei berücksichtigt werden, dass sowohl Zerealien (wie z.B. Cornflakes) als auch Backwaren ernährungsphysiologisch eher ungünstig zu bewerten sind. Nicht selten enthalten diese Lebensmittel nennenswerte Mengen an zugesetztem Zucker (vgl. Foodwatch 2017, vgl. Foodwatch 2019; vgl. Ökotest 2019) oder bestehen aus Weißmehlprodukten mit niedrigem glykämischen Index und einem geringen Vitamin- und Nährstoffgehalt. Süße Backwaren gehören in der Babyernährung mit zu den zuckerreichsten Lebensmittelquellen (vgl. Herrick et al. 2020). Dabei implizieren kommerzielle Convenience-Getreideprodukte wie Baby-Kekse, Biscuits oder Kinderkekse durch ihre Altersangaben auf den Verpackungen, beispielsweise ab dem 6., dem 8. oder ab dem 10. Lebensmonat, dass diese Produkte durchaus für die Säuglingsernährung geeignet sind. Dies verdeutlicht, dass eine stärkere gesetzliche Reglementierung der Vermarktung von kommerziellen Convenience-Produkten – wie sie die WHO (2018) fordert – notwendig ist. Diese schlägt ein gesetzliches Verbot bei der Vermarktung von Frühstücksflocken und Müslis gegenüber Kindern vor, wenn diese Produkte einen Gesamtzuckergehalt von mehr als 15 g pro 100 g Lebensmittel aufweisen (vgl. WHO 2015). Unabhängige Verbraucherschutzorganisationen wie Foodwatch und Ökotest zeigen auf, dass die 2018 unterzeichnete Grundsatzvereinbarung vom BMEL und Wirtschaftsverbänden, die auf eine freiwillige Selbstverpflichtung der Lebensmittelindustrie beruht Produkte zu reformulieren (vgl. BMEL 2018a) allein nicht ausreichen. Die angedachte Überarbeitung der EU-Regelung zur Getreidebeikost, die aktuell auch Zwiebacke und Kekse umfasst (vgl. BMEL 2018b), wäre vor dem Hintergrund des immer

noch hohen Zuckergehalts in Beikostprodukten sehr zu begrüßen. Wegweisend ist die kürzlich verabschiedete Änderung der Fruchtsaft- und Erfrischungsgetränkeverordnung, die zugesetzten Zucker und süßende Zutaten in Säuglings- und Kindertees untersagt (vgl. Bundesrat 2020: Drucksache 141/20).

Die Verzehrempfehlungen für die tierischen Lebensmittel „Fleisch, Wurst, Eier und Fisch“ werden von zwei Drittel der Säuglinge erreicht. Ein Drittel dagegen verzehrt diese tierischen Produkte mehr als einmal täglich und somit zu häufig. In den Handlungsempfehlungen zur Säuglingsernährung (vgl. Koletzko et al. 2016) wird zu Eiern und Eiprodukten – außer im Rahmen einer veganen Ernährung¹ – nicht explizit Bezug genommen. Da diese jedoch gängige tierische Lebensmittel sind, wäre eine zukünftige Positionierung und insbesondere die Herausstellung der Bedeutung im Rahmen einer ovo-lacto-vegetarischen Säuglingsernährung wünschenswert. 62 % der Säuglinge verzehren zwei- bis dreimal täglich Muttermilch, Säuglingsmilchnahrung und andere Milch(-produkte). 38 % der Säuglinge verzehren zu wenig oder zu viel innerhalb dieser Lebensmittelkategorie.

Auf Süßigkeiten, gesüßte Getränke, salzige Snackprodukte und Pommes Frites, die in der Kategorie „Ungünstige Lebensmittel“ zusammengefasst wurden, sollte im ersten Lebensjahr verzichtet werden (vgl. ebd.). Insbesondere der Verzehr von gesüßten Getränken im Säuglingsalter erhöht die Wahrscheinlichkeit für Adipositas in der Kindheit (vgl. Pan et al. 2014). Positiv hervorzuheben ist, dass immerhin drei Viertel der Säuglinge diese ungünstigen Lebensmittel selten oder nie verzehren. Wang et al. (2019) deuten darauf hin, dass in den Niederlanden ungünstige Lebensmittel wie gesüßte Getränke und Snackprodukte bereits mit 6 Monaten bei 41 % bzw. 35 % der Säuglinge mindestens einmal die Woche auf dem Speiseplan stehen. Allerdings schließen Wang et al. auch (Baby-/Kinder-)Kekse und Saft in diese ungünstigen Lebensmittelkategorien ein.

In repräsentativen Studien wurden bereits vielfach ungünstige Verzehrsgewohnheiten von Kindern und Jugendlichen festgestellt (vgl. Hilbig et al. 2011; vgl. Krug et al. 2018; vgl. Mensink et al. 2007a; vgl. Mensink et al. 2007b). Die Verzehrtenendenzen in diesen Studien lassen vermuten, dass ein ungünstiger Lebensmittelverzehr bereits mit dem Übergang von der Säuglings- zur Kleinkindernährung etabliert wird. Da ein den Empfehlungen entsprechender Obst- und Gemüseverzehr als auch der Verzehr von wünschenswerten Getreideprodukten in Hinblick auf die Prävention ernährungsmitbedingter Erkrankungen wünschenswert ist (vgl. DGE 2012), sollten im Rahmen der Ernährungskommunikation die Änderungen in den Verzehrempfehlungen von der Bei- zur Familienkost für die Eltern explizit herausgestellt werden. Interessanterweise schätzt ein Großteil der Eltern die Ernährung ihres Säuglings, entgegen den hier bereits festgestellten Bedarfen, als gesund ein. Auch dies unterstreicht die Notwendigkeit einer stärkeren Sensibilisierung für wünschenswerte Lebensmittel mit dem Übergang zur Familienernährung. Aus der qualitativen Studie wurde deutlich, dass Getreideprodukte aufgrund der einfachen Handhabbarkeit gerne als Fingerfood und auf die Hand gegeben werden. Demnach ist eine stärkere Sensibilisierung von Eltern für zuckerhaltige Convenience-Getreideprodukte gekoppelt mit einer besseren Transparenz der Zutaten in kommerziellen Beikostprodukten wünschenswert.

¹ Es wird von einer veganen Ernährung, ohne tierische Lebensmittel wie Milch, Ei, Fleisch und Fisch in der Beikost, abgeraten.

Lebensmittelgruppenverzehr nach Bildung und finanzieller Situation

Ein Zusammenhang zwischen Verzehrgewohnheiten von Kindern und deren sozialer familiärer Lage sind auch in Deutschland lange bekannt (vgl. Borrmann et al. 2015, vgl. Hilbig et al. 2011). Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, dass Unterschiede nach Bildung und finanzieller Lage von Eltern bereits im Säuglingsalter auftreten. So erreichen Säuglinge weniger häufig die Empfehlungen für wünschenswerte Getreideprodukte, Gemüse, Obst, und ungünstige Lebensmittel, wenn ihre Eltern einen niedrigeren Schulabschluss haben oder finanziell benachteiligt sind. Auch verzehren Säuglinge weniger häufig Wasser bzw. ungesüßten Tee, wenn ihre Eltern einen niedrigeren Schulabschluss haben. Beispielsweise erreichen nur 35 % der Säuglinge von Eltern mit niedrigerem Bildungsabschluss die Empfehlungen für Kartoffeln und wünschenswerte Getreideprodukte, bei den Säuglingen aus finanziell benachteiligten Elternhäusern sind es sogar nur ein Viertel, die die Empfehlungen erreichen. Interessanterweise gibt es keine signifikanten Unterschiede im Verzehr, wenn auch ungünstigere Getreideprodukte wie (Baby- und Kinder-)Kekse und Kuchen als Getreidequellen hinzugezogen werden und macht deutlich, dass diese Produkte wünschenswerte Getreidequellen ersetzen. Ein besonders großer Unterschied besteht im Verzehr der Kategorie ‚ungünstige Lebensmittel‘. Nur 57 % der Säuglinge, deren Eltern einen niedrigeren Bildungsabschluss haben und 44 % der Säuglinge aus Elternhäusern in finanziell benachteiligten Lebenslagen erreichen die Empfehlungen für die Kategorie ‚ungünstige Lebensmittel‘. Andernfalls erreichen über 80 % der Säuglinge die Empfehlungen.

Da Säuglinge, deren Eltern kein (Fach-)Abitur haben und Säuglinge aus finanziell benachteiligten Familien in verschiedenen Lebensmittelgruppen weniger häufig die Empfehlungen erreichen, weisen sie demnach ungünstigere Verzehrmuster auf. Die aufgestellten Hypothesen 4 und 5 können bestätigt werden.

1. Säuglinge von Eltern mit niedrigerem Bildungsabschluss erreichen weniger häufig Verzehrempfehlungen als Säuglinge von Eltern mit hohem Bildungsabschluss.
2. Säuglinge von Eltern, die von finanzieller Benachteiligung betroffen sind, erreichen weniger häufig Verzehrempfehlungen als Säuglinge deren Eltern nicht finanziell benachteiligt sind.

Daraus ergibt sich der Bedarf junge Familien in benachteiligten Lebenslagen besonderes in gesundheitsfördernden und primärpräventiven Maßnahmen zu unterstützen und sie in der Ernährungskommunikation besonders zu berücksichtigen.

Beikosteinführung

In Deutschland und der EU wird die Einführung der Beikost frühestens ab dem 5. Monat (bzw. mit/nach 4 Monaten) und spätestens ab dem 7. Monat (bzw. mit/nach 6 Monaten) empfohlen. Zusammengefasst dargestellt, haben 30,4 % der Säuglinge vor dem 5. Monat, 62,9 % der Säuglinge im Zeitfenster der Empfehlungen „ab dem 5. bis einschließlich 7. Monat“ und 6,7 % der Säuglinge ab dem 8. Monat die erste Beikost bekommen.

Eine vorzeitige Einführung von Beikost geht mit einem höheren Risiko einher in der Kindheit Übergewicht zu entwickeln (vgl. Pearce et al 2013; vgl. Pluymen et al. 2018). In dieser Erhebung betrug

die vorzeitige Einführung der Beikost vor dem 5. Lebensmonat 30,4 %. Diese relativ hohe Rate der vorzeitigen Einführung von Beikost kommt auch in anderen Ländern nach aktuellerer Studienlage durchaus vor. So wurde im englischen nationalen „Infant Feeding Survey“ von 2010 festgestellt, dass 30 % der Mütter Beikost bis zum 4. Monat des Säuglings bereits eingeführt haben (vgl. Renfrew et al. 2011), in einer niederländischen Erhebung (zwischen 2009 und 2010) betrug die Prävalenz 21 % (vgl. Wang et al. 2019). Dagegen scheint eine vorzeitige Einführung der Beikost in anderen europäischen Ländern eher gering zu sein. So liegt die Prävalenzrate zur Einführung von Beikost vor dem vollendeten 4. Monat in Studien aus Lettland (Erhebungszeitraum: 2012-2014) bei 9 % (vgl. Sirina et al. 2018), Dänemark (Erhebungszeitraum: unbekannt) und Nordostitalien (Erhebungszeitraum: 2007-2011) bei 7 % (vgl. Kronborg 2014; vgl. Carletti et al. 2017), in Österreich (Erhebungszeitraum: 2017-2019) bei 4,3 % (vgl. Zielinska et al. 2019), in Polen (Erhebungszeitraum: 2017-2019) bei 2,4 % (vgl. ebd.) und in der Schweiz (Erhebungszeitraum: 2014) bei nur 2 % (vgl. Dravata et al. 2014). Studien deuten darauf hin, dass die frühe Einführung der Beikost im Vergleich zu den 90er bis zeitigen 2000er Jahren bereits abgenommen hat (vgl. ebd.; vgl. Renfrew et al. 2011; vgl. Pluymen et al. 2018).

Die Einführung der Beikost nach dem Beikostfahrplan wird spätestens mit Beginn des 7. Lebensmonats des Säuglings empfohlen, um die Referenzwerte für die steigende Energie- und Nährstoffzufuhr des Säuglings, insbesondere in Bezug auf Eisen, weitestgehend zu erreichen (vgl. Koletzko et al. 2016). Eine späte Einführung der Beikost ab dem 8. Lebensmonat kam bei lediglich 6,7 % der Familien vor. Nur in Ausnahmefällen wurde die Beikost ab dem 9. Monat und später eingeführt.

Aufgrund unterschiedlicher Definition von Beikost sowie unterschiedlicher Definitionen für den Zeitpunkt des Beikostbeginns können Studien, die die Beikosteinführung betrachten nur sehr eingeschränkt verglichen werden. Die in dieser Studie erzielten Ergebnisse stehen für sich und sind nicht repräsentativ. Die Diskussion macht deutlich, dass repräsentative Studien benötigt werden, um einzuschätzen inwiefern Beikost nach den aktuellen Handlungsempfehlungen eingeführt wird. Dabei liegt es nahe, dass sich Erhebungen in ihren Definitionen auch an die Wortwahl der gängigen Handlungsempfehlungen (in diesem Fall „ab dem 5. Monat“) orientieren.

Beikosteinführung nach Bildung und finanzieller Situation

Aus der Häufigkeitsverteilung stratifiziert nach Bildungsabschluss der Eltern wird deutlich, dass signifikant mehr Eltern mit niedrigerem Bildungsabschluss sowohl vor als auch nach den Empfehlungen mit der Beikost beginnen (siehe Abb. 7.18). So führen bereits die Hälfte der Eltern ohne (Fach-)Abitur die Beikost vor dem 5. Lebensmonat ein, dagegen nur 16 % der Eltern mit (Fach-)Abitur. Demnach kann die Hypothese 6: „Eltern mit niedrigerem Bildungsabschluss führen häufiger Beikost vor den Empfehlungen ein als Eltern mit hohem Bildungsabschluss.“ bestätigt werden. Eine signifikant unterschiedliche Häufigkeitsverteilung nach finanzieller Lage konnte - vermutlich aufgrund der geringen Fallzahl der Studie - nicht gefunden werden. Ein Schwerpunkt der Ernährungskommunikation in den ersten Monaten nach der Geburt sollte auf die Vermeidung der vorzeitigen Einführung von Beikost liegen, wobei Eltern aus bildungsferneren Haushalten besonders berücksichtigt werden sollten.

In Bezug auf die Einführung der Beikost spielt nicht nur der Zeitraum eine Rolle, sondern auch die Auswahl der Lebensmittel. So wird nach dem Beikostfahrplan empfohlen die Beikost mit dem „Gemüse-Kartoffel-Fleisch-Brei“ bzw. als vegetarische Variante dem Gemüse-Kartoffel-Getreide-Brei“ zu beginnen. Dieser wird schrittweise und als erstes mit der Gemüsekomponente eingeführt. Ein Großteil (90 %) der Eltern kennen diese Empfehlungen (siehe Tab. 7.3). Auch aus den Ergebnissen der qualitativen Studie wird deutlich, dass die meisten der befragten Eltern mit einer Gemüsekomponente anfangen.

8.3 Ausblick

Die Ergebnisse dieser Studie geben Einblicke in Mahlzeiten- und Fütterungspraktiken junger Familien. Es wird aufgezeigt, dass es unterschiedliche Faktoren gibt, die im ersten Lebensjahr betrachtet werden müssen, um das Essverhalten von Säuglingen zu beurteilen. Diese Faktoren sind von der Literatur abgeleitet und es hat keine Validierung der abgefragten Items stattgefunden. Demnach wäre es wünschenswert, dass zukünftig für relevante Konstrukte der Essumgebung im ersten Lebensjahr validierten Fragebögen entwickelt werden. Insbesondere die Nutzung von Medien während der Mahlzeiten von Eltern als auch von Säuglingen scheint vor dem Hintergrund der immer präsenteren Nutzung von digitalen Endgeräten ein wichtiger Aspekt zu sein, der sowohl in Bezug auf ungünstige als auch auf günstige Auswirkungen von Kommunikation während der Mahlzeiten und die Wahrnehmung von Hunger- und Sättigungssignalen betrachtet werden sollte.

Bei der Abfrage der häuslichen Mahlzeitenorte wurde deutlich, dass auch dem außerhäuslichen Verzehr von Lebensmitteln (z. B. im Kinderwagen) mehr Beachtung geschenkt werden muss. Weiterhin zeigen die Ergebnisse, dass es sich lohnt, zukünftig repräsentative Studien durchzuführen, die den Lebensmittelverzehr von Säuglingen im zweiten Lebenshalbjahr und mit Übergang zur Familienkost einschätzen können. Die gilt auch für den Zeitpunkt der Einführung von Beikost, sowie für die Auswahl der Lebensmittel bei der Beikosteinführung. Vor dem Hintergrund der Beachtung motorischer und kognitiver Fertigkeiten wäre in zukünftigen Studien auch die Berücksichtigung der Speisenkonsistenz interessant.

Kapitel 9

Schlussfolgerungen für die Ernährungskommunikation

9.1 Exkurs Ernährungskommunikation

Ernährungskommunikation ist ein Teilbereich der Gesundheitskommunikation (vgl. Maschkowski und Büning-Fesel 2010). Sie umfasst nach Maschkowski und Büning-Fesel (2010) die Vermittlung und den Austausch von Wissen, Meinungen und Gefühlen in Bezug auf Ernährung mit Hilfe unterschiedlicher Kommunikationskanäle bzw. Medien. So gehören das Gespräch zwischen Freunden, das Beratungsgespräch mit dem Arzt, sowie Botschaften, die über Flyer, Broschüren, Fernsehen und Internet andere Menschen erreichen genauso wie z. B. die Vermarktung von Produkten durch Unternehmen zum breiten Begriff der Ernährungskommunikation.

„Ernährungskommunikation durch Experten“ (Rehaag und Waskow 2006: 28f) wird von staatlichen und halbstaatlichen Institutionen und Organisationen (BZfE, BZgA, DGE, Verbraucherzentralen und Vernetzungsstellen, Krankenkassen etc.), sowie weiteren professionellen Dienstleistern (Ernährungsberater*innen, Diabetesberater*innen, Ärzt*innen etc.) übernommen. Im Fokus der Ernährungskommunikation des öffentlichen Ernährungs- und Gesundheitssektors stehen vor allem Ernährungsaspekte und ihre Zusammenhänge mit Gesundheit bzw. Krankheit, Lebensmittelsicherheit und Verbraucherschutz, sowie mehr und mehr auch ethische Aspekte wie soziale Standards bei den Produktionsbedingungen und Tierwohl- als auch Nachhaltigkeitsaspekte.¹

Insbesondere an die Ernährungskommunikation durch Experten kann analog wie in der Gesundheitskommunikation gefordert werden, dass diese ethischen Grundprinzipien entspricht (vgl. Loss und Nagel 2009, vgl. Cross et al. 2017: 153-157). Aufgeführt nach Loss und Nagel (2009) werden (1) Richtigkeit, Vollständigkeit und Ausgewogenheit, (2) Transparenz, (3) Partizipation der Zielgruppe, (4) Respekt vor der menschlichen Würde, (5) soziale Gerechtigkeit und (6) Verhältnismäßigkeit. Dies nicht ohne Grund, denn wer Ernährungsthemen kommuniziert nimmt beispielsweise Einfluss darauf welche Werte bestimmten Ernährungsstilen zugeschrieben werden, wie mit Ernährung assoziierte Erkrankungen und

¹ Ernährungskommunikation durch Experten des öffentlichen Ernährungs- und Gesundheitssektors kann sich im deutschsprachigen Raum - analog zur Ernährungspolitik (vgl. Meier-Ploeger et al. 2005: 5; vgl. Straka 2007) - auf alle unmittelbar mit Ernährung in Verbindung stehenden Bereiche beziehen und greift neben gesundheitlichen Themen beispielsweise auch Themen zum Verbraucherschutz, zu Anbau- und Produktionsbedingungen, oder zur Lebensmittelverschwendung auf und ist dementsprechend recht umfassend. Im angelsächsischen Sprachraum bezieht sich „nutrition communication“ dagegen explizit auf die im Rahmen von „nutrition policy“ (vgl. Rehaag und Waskow 2006: 23) bzw. von „public health nutrition policy“ (vgl. Lawrence 2007: 451) verorteten Bereiche zur Lebensmittelsicherheit und zu Ernährung im Zusammenhang mit Gesundheit bzw. Krankheit.

Erkrankungsrisiken wahrgenommen werden und natürlich auch auf das Essverhalten selbst. Durch Ernährungskommunikation wird gesellschaftlich ausgehandelt was als erstrebenswertes Ernährungs-handeln gilt (vgl. Godemann und Bartelmeß 2017). Jedoch bewegt sich die Ernährungskommunikation dabei in einem kommunikativen Spannungsfeld. Einerseits sollen Ernährungsinformationen vollständig und evidenzbasiert sein (vgl. Loss und Nagel 2009), andererseits leicht verständlich und vom Alltag ausgehend (vgl. Barlösius und Schiek 2006: 12f). Während beispielsweise im Rahmen einer Patientenaufklärung zur Teilnahme an einer Ernährungstherapie oder an einem Programm zur Gewichtsreduktion neutral und vollständig über Vorteile als auch unerwünschte Nebeneffekte aufgeklärt werden muss, damit der Patient eine informierte Entscheidung treffen kann, ist es fragwürdig, ob eine neutrale, vollständige und rein kognitive Vermittlung von Ernährungsempfehlungen ihr Ziel zur Verhaltensänderung erreicht. Da gesundheitliche Ernährungskommunikation im Allgemeinen das gesamte Kontinuum von Gesundheit und Krankheit betreffen kann – also von Gesundheitsförderung bis hin zu speziellen Ernährungsformen im Rahmen der Tertiärprävention oder Rehabilitation - und dementsprechend unterschiedliche Intentionen verfolgt, wird nachfolgend eingrenzend auf Ernährungskommunikation im Rahmen von Gesundheitsförderung und Primärprävention Bezug genommen.

Ernährungskommunikation in Gesundheitsförderung und Primärprävention

Ernährung im Zusammenhang von Gesundheitsförderung und Primärprävention fokussiert die Förderung einer bedarfsgerechten und ausgewogenen Ernährung, um Gesundheit und Wohlbefinden optimal zu fördern und ernährungsmitbedingten Erkrankungen vorzubeugen. Verkürzt wird häufig von der Förderung einer gesunden Ernährung gesprochen. Dementsprechend zielt die Ernährungskommunikation im Bereich Gesundheitsförderung und Primärprävention darauf ab, eine bedarfsgerechte und ausgewogene Ernährung zu kommunizieren sowie einen Lebensmittelverzehr, der mit einem verringerten Risiko für ernährungsbedingte chronische Erkrankungen einhergeht. Gesundheitsfördernde und primärpräventive Ernährungskommunikation durch öffentliche Institutionen kann als Teil von „Public health nutrition policy“ gesehen werden. Ernährungsinformationen zielen unter anderem darauf ab den Verbraucher je nach Lebensphase für Ernährungs- und Verzehrempfehlungen – sowohl auf der Ebene von Lebensmitteln und Lebensmittelgruppen als auch auf der Ebene von Makro- und Mikronährstoffen – zu sensibilisieren und über Ernährung zu informieren bzw. aufzuklären. Ferner werden durch Ernährungskommunikation Verbraucher über die Zusammenhänge einer ungünstigen Ernährung mit Krankheiten wie Übergewicht, Diabetes Mellitus Typ 2, und Erkrankungen des Herzkreislaufsystems aufgeklärt. Ziel ist es über die Botschaften eine Einstellungs- und Verhaltensänderung hin zu einem gesunden Essverhalten anzuregen. Die Richtung der Botschaften – und somit auch die Richtung der gewünschten Einstellungs- und Verhaltensänderung – orientiert sich dabei häufig am durch repräsentative Studien ermittelten ernährungsphysiologischen Ist-Zustand der Bevölkerung und den daran abgeleiteten Handlungsbedarfen im Sinne eines Public Health-Interesses. Daraus resultieren Botschaften, die intendieren, den Verzehr von ernährungsphysiologisch günstigen Lebensmittelgruppen wie Obst und Gemüse attraktiver zu machen. Dagegen soll ein zu hoher Verzehr von ernährungsphysiologisch eher ungünstigen Lebensmitteln und Nährstoffen, wie zum Beispiel Produkte mit hohem

Zucker- oder Salzgehalt oder eine zu hohe Aufnahme von gesättigten Fettsäuren und Transfettsäuren, reduziert werden.

Instrumente der gesundheitsfördernden Ernährungskommunikation sind beispielsweise lebensmittelbasierte Verzehrempfehlungen („Dietary Guidelines“), die oft auch zur besseren Veranschaulichung verbildlicht sind (vgl. EPHNA und WHO 2017; vgl. Lawrence und Robertson 2007: 51-63). In Deutschland gibt es unter anderem die dreidimensionale Ernährungspyramide der DGE (Deutschen Gesellschaft für Ernährung), den DGE-Ernährungskreis, die 10 Regeln der DGE, die Ernährungspyramide des BZfE, das Konzept der optimierten Mischkost ab dem Kleinkindalter sowie den Ernährungsfahrplan im ersten Lebensjahr, entwickelt vom Forschungsinstitut für Kinderernährung, als auch den Ernährungsplan und den Beikostfahrplan vom Netzwerk Gesund ins Leben. Darüber hinaus gibt es auch ausführlichere Leitlinien zu bestimmten Nährstoffen von der DGE, zum Beispiel die evidenzbasierte Leitlinie zur Fettzufuhr (vgl. DGE 2015) oder zur Kohlenhydratzufuhr (vgl. DGE 2011). Durch Botschaften in Form von Kampagnen wie „5 am Tag“ oder von Nährwert-Kennzeichnungen auf Lebensmittelverpackungen, insbesondere wenn diese auf der Vorderseite der Verpackung platziert sind, wie der „Nutri-Score“ und die „Lebensmittelampel“² wird versucht die Lebensmittelauswahl und schließlich auch den Lebensmittelverzehr in eine gewünschte Richtung zu lenken.

Der Trend ungünstiger Ernährungsmuster durch Überernährung hat seine Anfänge in den 50er Jahren der Nachkriegszeit Deutschlands (vgl. Pudel und Westenhöfer 2003: 59) und wird bereits seit mehreren Jahrzehnten im Rahmen von Ernährungs- und Gesundheitsmonitorings dokumentiert. Vergleicht man Ergebnisse zum Lebensmittelverzehr des mehr als zwei Jahrzehnte zurückliegenden ersten repräsentativen Bundesgesundheitsurvey aus dem Jahr 1998 mit heutigen Studien, haben sich wesentliche Ergebnisse kaum verändert. Weiterhin werden zu wenig Obst und Gemüse, dagegen zu viel tierische Produkte und hochverarbeitete Lebensmittel konsumiert (vgl. Mensink et al. 1999; vgl. Mensink et al. 2013, vgl. Krug et al. 2018). Dies macht deutlich, dass die Ernährungskommunikation ihr Ziel bisherig nicht erreicht hat. Gründe im „Scheitern“ der gesundheitlichen Ernährungskommunikation (vgl. Spiekermann 2006: 39) werden sowohl in den Botschaften selbst als auch in der Art und Weise wie die Botschaften kommuniziert werden gesehen. So wird kritisiert, dass Informationen darauf abzielen vor dem Hintergrund der Gesundheit und Leistungsfähigkeit rational und kognitiv richtige Entscheidungen zu treffen (vgl. Barlösius und Schiek 2006: 11). Dagegen werden der Essalltag und die Esskultur, und damit einhergehende „Zwänge“ und Sinnsetzungen, außen vorgelassen. Der Wissenstransfer erfolgt belehrend hierarchisch in einem einseitigen top-down-Ansatz von Experten an die Bevölkerung (vgl. Spiekermann 2006: 40; vgl. Cross et al. 2017: 21).

² Die Kampagne „Fünf am Tag“ bzw. „5 a day“ wird im Vereinten Königreich gleichzeitig auch als Kommunikationsinstrument auf Lebensmittelverpackungen eingesetzt. Dabei wird auf einem Produkt, welches Obst und/oder Gemüse enthält, aufgeführt wie viele Portionen der Verzehr des Produkts zu den fünf wünschenswerten Portionen Obst und Gemüse am Tag beiträgt: „One of (your) 5 a day“.

Nach wie vor steht die Ernährungskommunikation auf dem Prüfstand und mehr denn je wird sich Gedanken darüber gemacht, wie man Botschaften effektiv kommuniziert³. Vorgeschlagen wird ein dialogischer statt einseitiger Informationstransfer (vgl. Lee und Garvin 2003), bei dem die Gegebenheiten des Alltags und die Sichtweisen der Informationsrezipienten berücksichtigt werden. Der Empfänger („Decoder“) interpretiert nicht nur die Botschaften des Senders, sondern reagiert darauf mit Feedback und wird dadurch selbst zum Sender („Encoder“) (vgl. Schramm 1954 zitiert nach McQuail und Windahl 1993: 19f). Der Sender nimmt die Botschaft erneut entgegen und wird somit auch zum Empfänger. Der zirkuläre, dialogische Austausch, bei dem der Sender von Botschaften sich auch als Empfänger versteht impliziert eine ebenbürtige Beziehung zwischen Sender und Empfänger (vgl. ebd.) und bereitet den Weg für eine Kommunikation auf Augenhöhe. Kommunikation ist erfolgreich, wenn die Interpretation der Botschaft durch den Rezipienten der intendierten Botschaft des Senders entspricht (vgl. Cross et al. 2017: 22). Durch Feedback kann beurteilt werden, wie effektiv der Kommunikationsprozess ist und ob dieser ggf. angepasst oder verbessert werden kann (vgl. ebd.: 20). Dabei ist die erfolgreiche Verbreitung von Ernährungswissen und Ernährungsempfehlungen nur der erste Schritt im Rahmen einer politisch intendierten Einstellungs- und Verhaltensänderung. Die Empfänger von Ernährungsbotschaften sind keineswegs als passive Subjekte von Interventionen zu betrachten (vgl. ebd.: 85), denn intrinsische Motivation der Rezipienten ist Voraussetzung dafür, dass Veränderungen stattfinden können (vgl. ebd.: 84). Demnach ist es Aufgabe des Senders, zu wissen was die Empfänger motiviert, und eine „bottom-up“-Informationsverarbeitung anzuregen (vgl. ebd.). Dabei sollte der Kommunikationsprozess personen-, interaktions- und beziehungsorientiert sein (vgl. ebd.: 24).

Ein entscheidender Nachteil der Ernährungskommunikation in gesundheitsfördernden und primärpräventiven Maßnahmen ist, dass „gesunde“ Menschen zu einer Verhaltensänderung angeregt werden sollen, obwohl aus deren Perspektive zunächst weder ein Nachteil aus dem bisherigen Verhalten noch ein Vorteil des neuen Verhaltens erkennbar ist. Schon allein deswegen muss Ernährungskommunikation an den Alltags- und Lebensbedingungen der Menschen ansetzen und deren subjektive Theorien zu Essen und Ernährung einbeziehen (vgl. Methfessel 2006: 57). Maschkowski (2019: 81) schlägt eine salutogenetische Perspektive der Ernährungskommunikation vor, deren Fragestellungen ressourcenorientiert ausgerichtet sind und nach Lern- und Erfahrungsfeldern suchen, die gesundheitsförderliche Praktiken unterstützen.

Im Nachfolgenden werden Erkenntnisse aus den hier aufgeführten Studien für den Kontext der gesundheitsfördernden und primärpräventiven Ernährungskommunikation (zusammengefasst als: gesundheitsfördernde Ernährungskommunikation) im ersten Lebensjahr abgeleitet. Dabei werden zunächst Anforderungen an die gesundheitsfördernde Ernährungskommunikation zu jungen Familien allgemein aufgezeigt (Kapitel 9.2). Anschließend werden Schwerpunkte und Strategien für die gesundheitsfördernde Ernährungskommunikation im ersten Lebensjahr vorgestellt (Kapitel 9.3). Die

³ So beschäftigte sich das 18. Aid Forum (2015) unter dem Titel „Ernährungsempfehlungen: Fette Ratschläge, magere Relevanz?“ mit der Kommunikation von Ernährungsempfehlungen; Auch sieht sich das 2017 gegründete Bundeszentrum für Ernährung (BZfE) als zentrales Sprachrohr der Ernährungskommunikation im Auftrag des Bundesministeriums für Ernährung und Landwirtschaft (vgl. BLE 2019) und informiert im medialen-online Auftritt „Ernährungskommunikation - erfolgreich kommunizieren“.

vordergründige Perspektive ist es Familien zu erreichen und zu bewegen. Demnach werden verschiedene Aspekte der Ernährungskommunikation thematisiert. Bezug genommen wird u. a. auf Informationskanäle bzw. Medien, die zeitliche und inhaltliche Profilierung von Themen und des Informationstransfers, die Themenaufbereitung, als auch Begründungen und Argumentationsmöglichkeiten, die als Anreize zu gewünschter Verhaltensänderung beitragen können. Gesundheitsfördernde und primärpräventive Ernährungskommunikation wird hierbei zum einen als Werkzeug von gesundheitsfördernden und primärpräventiven Maßnahmen verstanden (z. B. im Rahmen von Beratungs-, Bildungs- und Unterstützungsangeboten), zum anderen als eigenständige Maßnahme des Transfers von Informationen und Botschaften durch Medien.

9.2 Anforderungen an die gesundheitsfördernde Ernährungskommunikation im ersten Lebensjahr

Ganzheitliche und ressourcenorientierte Betrachtung der familiären Essumgebung

Wie aus den Studienergebnissen festgestellt, gibt es viele Ansatzpunkte die familiäre Essumgebung im ersten Lebensjahr zu fördern. Die erstellten Kurzprofile zur Essumgebung (siehe Anhang) zeigen beispielsweise auf, dass jede Familie bereits Ressourcen mit sich bringt an denen angesetzt werden kann. Diese sollten anerkannt, wertgeschätzt, unterstützt und gefördert werden. Ein ressourcenorientierter Ansatz steuert über den Ausbau gesundheitsförderlicher Praktiken zum gewünschten Zielverhalten bei, anstatt das unerwünschte Verhalten in den Vordergrund zu stellen und dieses ändern oder unterlassen zu wollen. In Bezug auf die Ernährungskommunikation mit jungen Familien ist es deshalb wichtig, die familiäre Essumgebung möglichst ganzheitlich zu betrachten und familiäre Alltagsherausforderungen zu berücksichtigen. Durch eine lebensweltliche Perspektive können so Potentiale und Bedarfe nach ihrer Priorität und ihrem Veränderungspotential identifiziert werden.

Eltern beeinflussen durch ihre Praktiken das Essverhalten ihrer Säuglinge und die zukünftige Entwicklung dessen. Dabei spielen die räumliche, zeitliche, personelle und soziale Gestaltung von Mahlzeiten im Kontext Familie eine ebenso bedeutende Rolle wie der Lebensmittelverzehr. Wie bereits aus der vorangegangenen Befragung mit Familienhebammen als Experten dargestellt und vielfach in der Literatur diskutiert, beeinflussen Mahlzeiten- und Fütterungspraktiken von Eltern den Lebensmittelverzehr und das Körpergewicht, aber auch unabhängig davon die soziale, emotionale und seelische Gesundheit und Entwicklung von Kindern (vgl. Marx et al. 2018). Ein ganzheitliches Verständnis von Gesundheit setzt eine möglichst ganzheitliche Betrachtung des Essverhaltens voraus. Ob ein Essverhalten gesund ist oder nicht kann nicht lediglich danach beurteilt werden, inwiefern Verzehrempfehlungen erreicht werden. Dies wird durch die Ergebnisse der hier dargestellten Studien erneut bestärkt. Mahlzeiten- und Fütterungspraktiken sollten demnach nicht nur als Mittel zum Zweck - wobei der Zweck einen den Empfehlungen entsprechenden Lebensmittelverzehr widerspiegelt -

betrachtet werden, sondern sind vielmehr eigenständige Qualitätskriterien, die für die Beurteilung des Essverhaltens herangezogen werden sollten. Hierfür wird jedoch notwendig Qualitätskriterien zu definieren und Assessment-Instrumente zu entwickeln an denen sich Multiplikatoren und Fachkräfte orientieren können. Die im Kapitel 2.6 zusammengestellten responsiven und gesundheitsfördernden Praktiken bieten für das erste Lebensjahr eine gute Grundlage. Dabei müssen anleitende Materialien für Fachkräfte auf den Umfang und Kontext der ihnen möglichen Kommunikation mit jungen Eltern (Anleitung, Beratung, Flyer zur Auslage etc.) abgestimmt sein. Ferner benötigt es repräsentative Erhebungen und validierte Instrumente, die das Essverhalten möglichst umfassend betrachten und sich nicht einseitig auf den Lebensmittelverzehr beschränken.

Junge Familien erreichen

Informationen und Austausch rund um die Beikost und das Familienessen spielt eine nicht unbedeutende Rolle für junge Eltern. Im Rahmen einer gesundheitsfördernden Ernährungskommunikation haben insbesondere Printmedien und Onlineauftritte großes Potential Eltern zu erreichen. Dabei zeigen die qualitativen Interviews, dass im Internet jegliche Informationen und Argumentationsstränge zu finden sind und dementsprechend auch Ernährungsstile beworben werden, von denen - wie im Falle der veganen Ernährung – aufgrund des Risikos zur Mangelernährung eher abgeraten wird (vgl. Richter et al. 2016). Da eine gezielte Informationsbeschaffung häufig erst stattfindet, wenn Probleme auftreten oder Eltern sich Sorgen machen, ist „Wissen wo es steht“ im Internet besonders relevant, denn Onlinemedien sind heutzutage so gut wie immer zugänglich. Demnach wäre ein wichtiges Ziel der gesundheitsfördernden Ernährungskommunikation vertrauenswürdige und wissenschaftlich fundierte online-Expertenseiten bekannter zu machen. Massenmediale Kampagnen sind in Deutschland vor allem durch Plakataktionen der BZgA bekannt, wobei Botschaften dahingehend ausgerichtet sind, vor allem bestimmte gesundheitliche Themen zu adressieren. Besonders präsent sind beispielsweise die Kampagne „Deutschland sucht den Impfpass“ zum Schutz vor Infektionen und „Liebesleben. Es ist deins. Schütze es.“ zur Prävention von HIV und sexuell übertragbaren Infektionen. Eine Möglichkeit wäre es massenmediale Werbekanäle (Plakataktionen, Werbung über Fernsehen oder stark genutzte Online-Kanäle wie youtube) auch gezielter zu nutzen, um vertrauenswürdige und öffentliche Internetseiten zu bewerben wie „www.kindergesundheit-info.de“ (Herausgeber: BZgA) und „www.gesund-ins-leben.de“ (Herausgeber: BLE), damit zum Zeitpunkt der gezielt-geplanten Informationsbeschaffung die erwünschten Seiten auch bekannt sind. In den USA dürfen die Top-Level-Domainendung „.gov“ nur von staatlichen Behörden und Institutionen verwendet werden (vgl. Dotgov n.d.) und die Top-Level-Domainendung „.edu“ ist Organisationen des Bildungssystems vorbehalten (vgl. Educause n.d.). Auch Deutschland könnte zusammen mit der EU eine ähnliche Transparenz anstreben.

Gleichzeitig ergibt sich die Notwendigkeit, die Präsenz von Ernährungsempfehlungen durch vielfältige Kommunikationskanäle zu steigern und diese zeitlich und räumlich geeignet zu platzieren, um Eltern den Zugang zu Empfehlungen zu erleichtern. Die Bekanntheit von Empfehlungen zum Obst- und Gemüse-, sowie zum Süßigkeiten- und Snackverzehr waren dem Großteil der Eltern in der qualitativen Studie nicht bekannt und der empfohlene Verzehr von Obst und Gemüse wurde weit unterschätzt. Aus der quantitativen Studie wird deutlich, dass sich immerhin 37 % bis 39 % der Eltern nicht bewusst sind,

dass Kinder in Deutschland zu wenig Obst und Gemüse essen, dagegen zu häufig Fleisch und Wurst verzehren. Auch eine neuere durchgeführte repräsentative Umfrage zu den gängigen Ernährungsempfehlungen der DGE zeigt, dass bei nur 14 % der Erwachsenen die 10 Regeln der DGE bekannt sind und nur ein Zehntel der Befragten kennt den DGE-Ernährungskreis (vgl. Bechthold et al. 2017). Aufgrund der geringen Bekanntheit der Empfehlungen wären demnach insbesondere massenmediale Kommunikationskanäle eine geeignete Wahl Eltern zu erreichen und zu informieren.

Hochwertige qualitätsgesicherte Medien zu entwickeln, setzt voraus, dass entsprechende finanzielle Ressourcen zur Verfügung stehen. Zum einen für die bedarfsorientierte Eruierung von Ernährungsthemen und zum anderen, um die erarbeiteten Ideen in Kooperationen mit geeigneten Umsetzungspartnern wie Medienagenturen auch zielgruppenansprechend aufzubereiten und anschließend über geeignete Kommunikationskanäle zu platzieren. Dabei sollten weiterhin finanzielle und zeitliche Ressourcen eingeplant werden, um die erarbeiteten Medien – im besten Fall noch vor einer breiten Veröffentlichung – zu evaluieren und bei Bedarf erneut überarbeiten zu können. Die wenige, massenmediale Präsenz (vgl. Rössler und Willhöft 2004) insbesondere im Bereich der visuellen und audiovisuellen Kommunikation zeigt, dass die öffentliche gesundheitsfördernde Ernährungskommunikation durch Experten für die Lebensmittelindustrie kein ernstzunehmender Konkurrent ist. In einem Zeitalter mit einer großen Auswahl an Informationskanälen besteht eine der größten Herausforderungen darin Botschaften ansprechend und einladend aufzubereiten und auch emotional zu überzeugen. Denn letztendlich geht es nicht nur darum den Verbraucher optisch und akustisch zu erreichen, sondern einen Prozess der Verhaltensänderung anzuregen. Hierfür hat die Lebensmittelindustrie in den letzten Jahren erfolgreich auf Konzepte wie „Content Marketing“ und „Storytelling“ zurückgegriffen (vgl. Rancati und Gordini 2014). Ein ganzheitliches Verständnis eines gesundheitsfördernden Essverhaltens, welches Esskultur und Essgenuss und deren Zusammenhänge mit seelischem und sozialen Wohlbefinden entsprechend berücksichtigt, bietet auch für die gesundheitsfördernde Ernährungskommunikation ideale Voraussetzung diese Konzepte im Social Marketing für sich zu nutzen. Mit Blick auf die Ausgaben der Lebensmittelindustrie für Marketing⁴ bedeutet dies für staatliche Fördermittelgeber jedoch, dass Interdisziplinarität im Forschungsfeld und das finanzielle Budget der gesundheitsfördernden Ernährungskommunikation eine ganz andere Priorisierung benötigen. Dass häufiger Eltern aus bildungsferneren Familien Lebensmittelwerbung zur Informationsbeschaffung heranziehen, lässt vermuten, dass gerade audiovisuelle Kommunikation über Fernsehen und online-Kanäle geeignet wäre, um diese Familien zu erreichen.

⁴ Bspw. gehörte Coca-Cola im Jahr 2019 mit Ausgaben in Höhe von knapp 188,7 Millionen Euro zu den Unternehmen mit den höchsten Bruttowerbeaufwendungen in Deutschland (vgl. Statista 2021a). Der Energydrink „Red Bull“ ist eine Marke der Red Bull GmbH, welches Extremsportevents veranstaltet und bewirbt und somit passend dem Motto „Red Bull verleiht Flügel“ dem Energydrink sein Image verleiht. Die Bruttowerbeaufwendungen der Red Bull GmbH in Deutschland betrugen 2019 knapp 27 Millionen Euro (vgl. Statista 2021b). Coca-Cola und Red Bull sind beides Spezialisten im Storytelling und Content Marketing, die mit ihren emotionalen und spannenden Werbefilmen auf youtube Millionen von Menschen erreichen. So hat Coca-Cola auf youtube.com mehr als 3,5 Millionen Abonnenten – und damit Menschen, die aktiv die Werbung des Unternehmens aufsuchen und nicht nur „passive“ Empfänger gezielt platzierter Werbung sind.

Ausbau von verbindlichen Qualitätskriterien in der gesundheitsfördernden Ernährungskommunikation

Der überwiegende Teil der Eltern tauscht sich mit dem Partner, Freunden und den Eltern zu Themen der Bei- und Familienkost aus. Insbesondere bei der Speisenauswahl für den Säugling entscheiden sich Eltern häufig intuitiv und orientieren sich dabei an Meinungen und Erfahrungen anderer Eltern, ihrem Familien- und Freundeskreis sowie an beiläufigen, an sie herangetragene Informationen, zum Beispiel vom Hören-Sagen. Die Ergebnisse der Studien zeigen, dass die informelle Ernährungskommunikation wesentlich handlungsleitend bei der Speisenauswahl ist, insbesondere bei Eltern in benachteiligten Lebenslagen. Demnach besteht die Herausforderung Einstellungen und Zielsetzungen des Essalltags kontinuierlich zu eruieren und in der Expertenkommunikation zu berücksichtigen. Ernährungsbezogene Alltagskommunikation lebt und passiert – und das macht sie so wertvoll – von den Erfahrungen der Menschen. Dabei ist davon auszugehen, dass Menschen vor dem Hintergrund der ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen handeln. Im Rahmen der gesundheitsfördernden und primärpräventiven Ernährungskommunikation können durch Einbezug der Zielgruppe so auch Barrieren zur Umsetzung von Empfehlungen identifiziert werden. Ein wichtiger Schritt die Alltagsrelevanz mit einzubeziehen ist es, wie oben erwähnt, die familiäre Essumgebung ganzheitlich zu betrachten. Die Ernährungskommunikation sollte handlungsleitenden Motive, zum Beispiel Sorgen der Eltern, dass der Säugling nicht satt wird, für sich als Ausgangspunkt nutzen, vor dem Hintergrund dieser handlungsleitenden Motive argumentieren und wenn möglich Strategien zur Umsetzung wünschenswerter Praktiken anbieten. So wurde beispielsweise aus den qualitativen Interviews deutlich, dass manche Eltern sich nicht in der Lage sehen, ihren Kindern fünf Portionen Obst und Gemüse täglich anzubieten. Hier werden neben den Empfehlungen an sich praktische Anregungen und Hilfestellungen für die Umsetzung im Alltag benötigt.

Aus den qualitativen Interviews ist weiterhin sichtbar geworden, dass übergewichtige Kinder als Opfer empfunden werden und ein „Blaming“⁵ gegenüber den Eltern stattfindet. Ernährungskommunikation sollte jedoch den Anspruch verfolgen ohne Blaming und Stigmatisierung ein Grundverständnis eines gesunden Essverhaltens zu fördern. Wenn es nicht möglich bzw. eingeschränkt zielführend ist, wie von Loss und Nagel (2009) gefordert, umfassende ethische Grundprinzipien für den Kontext der gesundheitsfördernden und primärpräventiven Ernährungskommunikation anzusetzen, so erscheint es unverzichtbar der gesundheitsfördernden Ernährungskommunikation Qualitätsanforderungen zugrunde zu legen. Ähnlich wie bereits in der Medizin Patienten stärker bei der Erarbeitung von Gesundheitsinformationen und Leitlinien beteiligt werden (vgl. ÄZQ 2020; vgl. ZZQ 2018), sollten auch Ernährungsbotschaften bei der Perspektive der Menschen, die sie erreichen will, ihren Ausgangspunkt nehmen und gemeinsam mit der Zielgruppe entwickelt werden. Die erstellten Informationen - ganz gleich ob Plakate, Werbefilme, Flyer oder ausführliche Informationsbroschüren - müssen ferner in einem dialogischen Prozess mit der Zielgruppe abgeglichen werden. Das Feedback der Zielgruppe dient dabei als eine Art Qualitätssicherungsprozess. So kann nicht nur sichergestellt werden, dass Informationen am Alltag der Verbraucher ansetzen, sondern auch Stigmatisierungen und Blaming vermieden werden. Auch die optische Aufbereitung und die Wahl der Kommunikationsmedien können dadurch zielgruppenorientiert erfolgen. In Forschungsvorhaben sollten zielgruppenorientierte

⁵ Aus dem Englischen: Jemanden die Schuld bzw. Verantwortung für ein ungünstiges Ereignis zuweisen.

partizipative Ansätze von vorneherein mitgeplant werden. Wie hier deutlich geworden ist sind qualitative Forschungszugänge gegenüber quantitativen Methoden eine geeignete Wahl, um auch Menschen in benachteiligten Lebenslagen zu erreichen.

Transparenz und Reglementierung von kommerziellen Beikostprodukten steigern

Fast die Hälfte der Eltern mit niedrigerem Bildungsabschluss aus der quantitativen Studie nutzen Herstellerangaben auf Säuglingsmilchnahrungen und Beikostprodukten als Informationsquellen. Ein Hauptfokus liegt nach den qualitativen Interviews auf den Altersangaben der industriell hergestellten Säuglingsmilch- und Beikostprodukte. Zum Teil können Eltern jedoch nicht genau oder eindeutig benennen welche Lebensmittel im Glas oder im Anrührbrei enthalten sind und diese Produkte werden schlichtweg mit: „Gläschen“, „Abendbrei“, „herzhaftes aus dem Glas“, „Gläschen wo vier Monate draufsteht“ benannt. Es besteht die Gefahr, dass die Auswahl der Speisen auf die Monatsangaben reduziert wird und die Zutaten und Inhaltsstoffe nicht dem empfohlenen Beikostschema entsprechen. Demnach wäre es wünschenswert, wenn kommerzielle Beikostprodukte verstärkt Bezug zu den Beikostempfehlungen, sowie deren Abfolge nehmen würden bzw. stärker dazu verpflichtet werden. Zum einen sollten sich die Namensbezeichnungen industriell hergestellter Beikostprodukte stärker am Beikostschema orientieren - sofern die Rezepturen geeignet sind - und nicht durch Werbeslogans wie „Abendbrei“ eigene Kategorien verwenden. Zum anderen sollte besser herausgestellt werden, ab wann und in welchem Umfang das jeweilige Lebensmittel einen Beitrag zur Säuglingsernährung leistet bzw. wie die Speise zu einer empfehlenswerten Mahlzeit sinnvoll ergänzt werden kann. So könnte beispielsweise auf einen gängigen Gläschenbrei „Gemüse mit Rind“ zusätzlich die Angabe stehen, dass dieser Brei den Empfehlungen des Gemüse-Kartoffel-Fleisch-Breis entspricht und frühestens ab dem 5. Monat, einmal am Tag angeboten werden kann. Auf Säften, die gängig auch als Produkte der Säuglingsernährung vermarktet werden, könnte beispielsweise der Vermerk stehen, dass dieser als Bestandteil des selbst hergestellten Gemüse-Kartoffel-Fleisch-Breis bzw. des Milch-Getreide-Breis genutzt werden kann, jedoch nicht als regelmäßiges Getränk im ersten Lebensjahr geeignet ist. Bei einer solchen Zuordnung würden gleichzeitig Produkte, die nicht den Empfehlungen entsprechen – beispielsweise Kinder- und Babykekse mit übermäßigem Zuckergehalt – besser herausgestellt werden.

Eine gesetzliche Orientierung oder Anpassung der Vermarktung von kommerziellen Beikostprodukten an das „Nutrient Profile Model“ der WHO (2015) wäre wünschenswert. Dabei geht es neben der Vermarktung nicht nur um die Adressierung von Kindern, sondern auch um die Ansprache von bzw. Vermarktung an Eltern. So könnten die alleinigen Monatsangaben ohne Zusatzinformation so interpretiert werden, dass diese für die Säuglingsernährung, in der den Eltern bekannten herkömmlichen Art des Verzehrs geeignet sind (z. B. beim Saft im Sinne eines Getränks). Es kann davon ausgegangen werden, dass von einer stärkeren Reglementierung und Transparenz der Bewerbung von kommerziellen Beikostprodukten insbesondere Eltern mit niedrigerem Schulabschluss profitieren würden, da diese - wie die quantitativen Ergebnisse zeigen – auch häufiger Herstellerangaben zu Rate ziehen.

Ernährung - Gesellschaftliches Gut statt individuelle Lebensstilentscheidung

Insbesondere in der Diskussion darum, benachteiligte Zielgruppen besonders anzusprechen muss anerkannt werden, dass der eigene Ernährungsstil zum einen immer von den Gegebenheiten und Möglichkeiten abhängig ist, die sich einer Person bieten, zum anderen Ernährungsverhalten habitualisiertes Verhalten ist, welches sich über Jahre geformt hat. Dennoch fokussieren sich politische Maßnahmen und Strategien in Deutschland und der EU darauf das individuelle Gesundheitsverhalten zu ändern (vgl. Cross et al. 2017: 146). Die Annahme, durch Ernährungsinformationen die Entscheidung an den Verbraucher abgeben zu können – häufig getarnt unter dem Deckmantel der Eigenverantwortlichkeit – kann nicht zielführend sein, wenn sie nicht durch ernstgemeinte verhältnispräventive Maßnahmen und familienfreundliche Rahmenbedingungen begleitet wird. Es ist sehr unwahrscheinlich, dass Verhaltensänderung sich alleinig aufgrund von Informationstransfer einstellt (vgl. Cross et al. 2017: 155). Junge Familien benötigen allem voran eine strukturell abgesicherte Versorgung von Hebammen, einen leichten und unkomplizierten Zugang zu aufsuchender Hilfe und sozialräumlichen Angeboten sowie Arbeitsbedingungen, die es ermöglichen Familie und Beruf zu vereinbaren umso zeitliche Ressourcen zu schaffen, den familiären Essalltag gesundheitsfördernd auszugestalten. Herausforderung bleibt es weiterhin, besonders vulnerable Zielgruppen zu erreichen.

Immer wieder wird festgestellt, dass bildungsärmere Menschen insbesondere, wenn sie zudem noch finanziell benachteiligt sind, ein ungünstigeres Essverhalten haben (vgl. Fekete und Weyers 2016) und häufiger von ernährungsmitbedingten degenerativen Erkrankungen betroffen sind (vgl. Geyer 2016). Die Ergebnisse der hier aufgeführten quantitativen Studie deuten darauf hin, dass Unterschiede zu Verzehrhäufigkeiten nach Bildung und finanzieller Lage bereits im späten Säuglingsalter auftreten. Welche Schlussfolgerungen können hierbei für die Ernährungskommunikation gezogen werden? Wohl nicht, das Abitur als gesellschaftlich wünschenswerten Schulabschluss hervorzuheben und dadurch eher Vorurteile gegenüber „anderen“ Bildungswegen potenziell zu verschärfen. Sicherlich sollte auch nicht der Druck, durch ein alleiniges „mehr“ an Ernährungsinformationen steigen und für jene Menschen, die den Empfehlungen nicht nachkommen oder nicht nachkommen können zu weiterer Stigmatisierung führen. Dagegen ist jedoch eine zielgruppensensible Ansprache und Unterstützung von Menschen in benachteiligten Lebenslagen wünschenswert und notwendig.

Ist der Bedarf bekannt, erscheint es sinnvoll den Bildungsweg von Menschen, unabhängig der Schulform, langfristig – von Kindergarten über Schule und Berufsausbildung – durch gesundheitsfördernde Settings zu begleiten. Dabei geht es vor allem um verhältnispräventive Bestrebungen, bei der gesunde Ernährung langfristig Teil der Kindergarten- und Schulkultur ist und nicht rein lehrplanmäßig und ausschließlich kognitiv vermittelt oder in wenigen Unterrichtsstunden abgehandelt wird. Kindergärten und Schulen haben als außerfamiliäre Institutionen, neben der Familie, eine besondere Bedeutung für die Ernährungssozialisation, da sie relativ früh und unmittelbar auf die Kinder einwirken und Einfluss auf die Habitualisierung des Essverhaltens nehmen können (vgl. Reitmeier 2013: 166). Es gibt bereits viele gute Einzelmaßnahmen und Programme mit denen gesunde Ernährung in Kita und Schule gefördert werden kann. Auch gibt es Ansätze welche Gesundheitsförderung und Gesundheitsbildung als Teil des Schulkonzepts vorsehen. Diese politischen Bestrebungen sollten verstärkt für Eltern

im Rahmen der Ernährungskommunikation sichtbar gemacht werden, um so auch seitens der Politik anwaltschaftliches Engagement für eine gesunde Ernährung zu signalisieren.

Trotz positiver Modellprojekte scheint die Etablierung einer umfassenden gesundheitsfördernden Esskultur eher von den Bestrebungen einzelner Einrichtungen und Bildungsträger abhängig zu sein, die sich mit Hilfe professioneller Partner der Gesundheitsförderung mühsam auf den Weg gemacht haben. Die hierfür oftmals notwendigen zeitlichen und personellen Ressourcen für beispielsweise Fortbildungen, Umstrukturierungen oder gar bauliche Maßnahmen sind ohne Unterstützung von außen für viele Einrichtungen jedoch nicht zu bewältigen. Auch den Einrichtungen zur Seite stehende beratende und begleitende Partner aus der Gesundheitsförderung (häufig Vereine und gGmbHs) kommen personell schnell an ihre Grenzen. Hierbei muss sich die Ernährungspolitik bewusst machen, dass sie „nicht nicht kommunizieren kann“⁶. So wird das Essverhalten von Kindern in Familien, Kita und Schule geformt und habitualisiert, ganz gleich ob gesundheitsfördernde Maßnahmen unterstützen oder nicht. Sollen Menschen überzeugt werden, dass Ernährung etwas wert ist, muss ein Leitbild einer wertschätzenden Ernährungskultur und Ernährungssoziokultur etabliert werden und durch überzeugende politische Handlungen unterfüttert werden. Andernfalls darf sich die Politik nicht wundern, wenn Menschen zwar gut gemeinte Ernährungsbotschaften hören, sich jedoch damit nicht identifizieren können und sich schlussendlich dagegen entscheiden.

9.3 Inhaltliche Schwerpunkte und Strategien für die gesundheitsfördernde Ernährungskommunikation im ersten Lebensjahr

Selbstverständlich gibt es bereits viele Ansätze, die zur Ernährungskommunikation im ersten Lebensjahr beitragen. So kann beispielsweise das Netzwerk Junge Familie - Gesund ins Leben genannt werden, das seit 2010 die Handlungsempfehlungen zur Säuglingsernährung herausgibt und durch Multiplikatorenfortbildungen und Netzwerkaktivitäten das Herantragen von einheitlichen Empfehlungen an Eltern professionsübergreifend stärken möchte und dies mit entsprechenden Informationsmaterialien für Eltern unterfüttert. Auch der online Auftritt der BZgA „kindergesundheit-info.de und des Netzwerks „gesund-ins-leben“ ist in den vergangenen Jahren im Bereich Ernährung vielfach ergänzt, aktualisiert und ansprechend aufbereitet worden. Mit dem Ausbau der Frühen Hilfen seit der Bundesinitiative 2012 können verstärkt insbesondere Eltern in belasteten Lebenslagen von aufsuchender Hilfe durch Familienhebammen und Familienkinderkrankenpflegern auch im Bereich Ernährung unterstützt werden und auch allgemeine kommunale Angebote wie Eltern-Treffs sind in diesem Rahmen ausgebaut worden. Weiterhin bieten einige Gesundheitskassen wie die AOK PLUS in Thüringen und Sachsen seit einigen Jahren spezielle Präventionsangebote für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern an. Die hier

⁶ Anlehnung an das Axiom der Kommunikationstheorie nach Paul Watzlawick „Man kann nicht nicht kommunizieren!“

abgeleiteten Erkenntnisse leisten einen Beitrag die gesundheitsfördernde Ernährungskommunikation im ersten Lebensjahr inhaltlich zu ergänzen, zu profilieren und zeitlich anzupassen.

Förderung responsiver Mahlzeitenstrukturen

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass die Erarbeitung von altersentsprechenden Mahlzeitenstrukturen verstärkt in Ernährungskommunikation berücksichtigt werden muss. So ist es wichtig im zweiten Lebenshalbjahr Eltern für eine zunehmende Regelmäßigkeit in den Säuglingsmahlzeiten zu sensibilisieren, jedoch zu verdeutlichen, dass die Mahlzeitenstrukturen weiterhin an den Bedürfnissen der Säuglinge ausgerichtet und zeitlich nicht zu starr gehandhabt werden sollten. Dagegen sollten spontane und eher ungeplante Beikost und Familienmahlzeiten vermieden werden.

Spontane Mahlzeiten kommen durch unterschiedliche Mahlzeitenstrukturen von Säuglingen und Eltern zustande als auch durch eine freie Verfügbarkeit oder einen einfachen Zugang zu Lebensmitteln. Durch unterschiedliche Mahlzeitenzeiten von Eltern und Säuglingen, kann es zu einem Mitessen der Säuglinge bei den Eltern kommen. Dadurch steigt die Mahlzeitenanzahl ungeplant und birgt zudem die Gefahr eines ungünstigen Lebensmittelverzehrs und einer ungünstigen Mahlzeitengestaltung. Die Planung von Säuglingsmahlzeiten in Abstimmung mit den elterlichen Mahlzeiten sind wichtige Ansatzpunkte, um spontane Mahlzeitu-situationen zu vermeiden. Eltern müssen hierfür sensibilisiert werden und Strategien zur Umsetzung gemeinsamer Mahlzeiten erarbeitet werden. Weiterhin sollten die Motivation und Selbstwirksamkeit von Eltern gestärkt werden durch bewusste Verfügbar- bzw. Nicht-Verfügbarmachung von Speisen zu Mahlzeiten, aber auch darüber hinaus in der häuslichen Essumgebung, den Lebensmittelverzehr regulieren zu können, ohne dass direkte Verbote ausgesprochen werden müssen. Durch die häusliche Einschränkung eines freien Zugangs zu Lebensmitteln kann eine regelmäßige Mahlzeitenstruktur befördert werden. So sollten insbesondere Süßigkeiten und Snackprodukte außer Sicht- und Reichweite aufbewahrt werden, um zum einen nicht geplante Mahlzeiten zu vermeiden und zum anderen einem häufigen Nachfragen des Kindes nach Lebensmitteln in Sichtweite zuvorzukommen. Mit dem Übergang ins Kleinkindalter wäre wünschenswert klare Regeln einzuführen, wann genascht werden darf. Herausforderungen können darin bestehen, dass Eltern Mahlzeitu-situationen wie Mitessen des Säuglings als auch ein den Verzehr von Snacks und Essen auf die Hand zwischendurch nicht unbedingt als „richtige“ Mahlzeiten wahrnehmen. Familien müssen verstärkt dafür sensibilisiert werden, dass auch Kleinigkeiten und Naschen zur Energieaufnahme beitragen und den Verzehr wünschenswerter Lebensmittel zu geplanten Haupt- oder Tischmahlzeiten ungünstig beeinflussen können. Um die Mahlzeitenstruktur von Familien einschätzen zu können müssen Fachkräfte solche Ess-Gelegenheiten explizit erfragen.

Förderung des Stillens durch Unterstützung, Anleitung und Empowerment

Den Säugling nicht ernähren bzw. nicht ausreichend ernähren zu können ist bei den Müttern verständlicherweise mit sehr großen Ängsten verbunden. Aus Angst, dass der Säugling nicht genug Muttermilch bekommt und nicht satt wird – gemessen am geringen zeitlichen Abstand zur nächsten Mahlzeit – haben die meisten Frauen aus den qualitativen Interviews bereits wenige Wochen nach der

Geburt ihres Kindes das Stillen abgebrochen. Weitere Gründe sind Stillprobleme wie wundte Brüste und belastende Stillsituationen, die z. B. durch häufiges Anlegen des Säuglings an die Brust zustande kommen. Auch in der aktuellen KiGGS Welle 2, welche die Geburtsjahrgänge 2009 bis 2014 untersucht, gaben fast 70 % der Mütter, die weniger als sechs Monate gestillt haben an, dass sie mit dem Stillen aufgrund von zu wenig Milch aufgehört haben (vgl. Brettschneider et al. 2018). Die Sorgen der Mütter verdeutlicht, dass diese sehr viel besser auf die Stillzeit in den ersten Wochen nach der Geburt vorbereitet werden müssen. Effektives Stillen, bei der ein guter Milchfluss gewährleistet werden kann und es bei der Mutter nicht zu Schmerzen und Problemen kommt, setzt ein richtiges Anlegen des Säuglings an der Mutterbrust voraus (vgl. WHO 2009: 13f) und muss gelernt werden. Hierfür braucht es zunächst ausreichende und verständnisvolle Unterstützung durch Fachkräfte im Krankenhaus und durch Hebammen im Wochenbett. Dabei scheinen neben der praktischen Anleitung auch Erklärungen und Begründungen für die häufigen Stillmahlzeiten in den ersten Wochen nach der Geburt ein wichtiger Ansatzpunkt.

Prinzipiell sind 95 % der Mütter biologisch in der Lage ausreichend Muttermilch zu produzieren (vgl. Neifert 2001). Um Müttern die Sorge zu nehmen, dass ihr Säugling durchs Stillen nicht satt wird ist es wichtig dafür zu sensibilisieren, dass ein Neugeborenes aufgrund seines kleinen Magens und der geringen Aufnahmekapazität (vgl. Bergmann 2013) in den ersten Tagen nach der Geburt auch viele kleine Mahlzeiten benötigt. Auch sollten Eltern darüber informiert werden, dass die Frequenz des Anlegens an der Brust die Muttermilchmenge reguliert (vgl. WHO 2009: 11). In diesem Zusammenhang ist es wichtig Eltern auch über Wachstumsphasen bzw. Wachstumsschübe in den ersten Wochen und Monaten zu sensibilisieren, die mit einem Mehrbedarf an Nahrung und einen ggf. häufigeren Still- oder Mahlzeitenrhythmus einhergehen können. Sind Wachstumsphasen dagegen wieder vorbei kann auch der Bedarf an Nahrung wieder nachlassen. Der plötzliche Mehr- oder Minderbedarf darf jedoch nicht so interpretiert werden, dass Mutter- oder Säuglingsmilchnahrung als alleiniges Nahrungsmittel in den ersten vier bis sechs Lebensmonaten nicht mehr ausreichend ist. Um ein Abstillen aus Sorge, dass der Säugling nicht satt wird vorzubeugen, kann in Beratungsgesprächen explizit der Mahlzeitenrhythmus erfragt werden, als auch inwiefern die aktuelle Füttersituation seitens der Eltern als belastend wahrgenommen wird.

Weiterhin brauchen Mütter Rückversicherung, dass ihr Baby durchs Stillen prinzipiell satt werden kann auch wenn dafür ein häufiges Anlegen nötig ist. Tipps, um eigenständig überprüfen zu können, ob ein ausreichender Milchfluss zu den Stillmahlzeiten gegeben ist, können der Mutter helfen Selbstwirksamkeit aufzubauen. Dazu gehören beispielsweise, dass das Baby nach anfänglich kurzen schnellen Saugbewegungen an der Brust, rhythmisch saugt und schluckt, sich im Laufe der Stillmahlzeit entspannt und nach der Mahlzeit zufrieden ist (vgl. Gesund in Leben 2019). Davon abgegrenzt werden müssen wiederum Mythen und Fehlschlüsse wie, dass die Größe der Brust mit der Muttermilchmenge zusammenhängt oder das Abpumpen von Muttermilch ein verlässliches Maß für eine ausreichende Muttermilchversorgung ist. Weitere Möglichkeiten zum Abbau von Ängsten ist die Wahrnehmung von Hunger- und Sättigungssignalen durch die Eltern und eine stärkere Sensibilisierung für die ausgeprägte Hunger-Sättigungsregulation von Säuglingen, insbesondere im Umgang mit wenig Appetit seitens des Säuglings. Inwiefern Mütter das Stillen ihres Säuglings als „normal“ oder „unnormal“ wahrnehmen

hängt sehr von ihren Erwartungen ab, was denn eigentlich „normales“ Stillen bedeutet (vgl. Kent 2012). Demnach ist es wichtig im Rahmen der Stillkommunikation herauszustellen, dass Anzahl und Dauer von Stillmahlzeiten sehr unterschiedlich sein können (vgl. ebd.) und dennoch „normal“.

Vorzeitige Einführung von Beikost vermeiden

Wie die Ergebnisse der quantitativen Studie zeigen, bekommen 30 % der Säuglinge bereits vor dem 5. Lebensmonat und somit vor den Empfehlungen Beikost. Ein Schwerpunkt in der gesundheitsfördernden Ernährungskommunikation sollte demnach darauf abzielen, die vorzeitige Einführung von Beikost zu reduzieren bzw. die altersgerechte Einführung von Beikost zwischen dem 5. und 7. Lebensmonat zu fördern. Da ein kleiner Prozentsatz der Eltern teilweise schon sehr zeitig mit der Beikost beginnt ist eine frühzeitige Adressierung des Themas nach der Geburt in der Kommunikation mit jungen Familien nötig.

Aus den Interviews mit den Familien wird deutlich, dass Eltern bei der Einführung von Speisen eher intuitiv vorgehen und sich weniger an der Bereitschaft des Säuglings und weiteren Reifezeichen orientieren. Demnach sollten neben den empfohlenen Einführungszeitraum auch die Reifezeichen (Köpfchen eigenständig halten, mit Unterstützung aufrecht sitzen, generelles Interesse an dem, was andere Essen etc. (vgl. Gesund ins Leben 2020)), die wichtige Voraussetzungen für die Aufnahme halbfester und breiiger Nahrung sind, stärker in der Elternkommunikation berücksichtigt werden.

Auch wird Beikost u. a. zu zeitig eingeführt, weil Eltern sich Sorgen machen, dass Säuglinge durch das Stillen oder die Gabe von Säuglingsmilchnahrung nicht mehr ausreichend satt werden. In diesem Zusammenhang ist es – wie beim Stillen – wichtig, Eltern für Wachstumsphasen zu sensibilisieren und ihnen prinzipiell die Sorge zu nehmen, dass Muttermilch oder Säuglingsmilchmahlzeiten nicht mehr ausreichend sind. Ob und wodurch der Mahlzeitrhythmus Grund zur elterlichen Sorge ist, kann in einem Gespräch wiederum Teil des Beratungsassessments sein. Während Beikost von einigen Eltern als Kost vom Löffel verstanden wird, ist dies für andere Getränke oder Trinkmahlzeiten nicht unbedingt der Fall. In der gesundheitsfördernden Ernährungskommunikation sollte dies mitbedacht und herausgestellt werden.

Förderung von Lebensmittelvielfalt durch Stärkung elterlicher Selbstwirksamkeit Geschmacksvorlieben beeinflussen zu können

Aus der qualitativen Studie wird deutlich, dass Eltern die Geschmacksvorlieben ihres Säuglings häufig für angeboren und somit gegeben sehen. Aus diesem Grunde wird sich bei der Speisenauswahl für die Säuglinge daran orientiert was von den Säuglingen gegessen wird und abgelehnte Speisen werden unter Umständen nicht noch einmal angeboten. Auch die quantitative Untersuchung zeigte, dass ein Drittel der Eltern nicht davon überzeugt sind, die Geschmacksvorlieben ihres Säuglings beeinflussen zu können. Da ein vielseitiger und abwechslungsreicher Lebensmittelverzehr Bestandteil einer ausgewogenen, bedarfsgerechten Ernährung ist, spielt insbesondere die Förderung von Lebensmitteln mit eher bitteren Geschmacksrichtungen, für die Säuglinge keine angeborenen Vorlieben haben (siehe Kapitel 2.3), eine besondere Rolle. Sensibilisierungsbedarf besteht darin, Eltern zu verdeutlichen, dass sie die

Geschmacksvorlieben ihres Kindes beeinflussen können und die elterliche Selbstwirksamkeit darin zu stärken. Strategien zur Förderung von nicht so gern verzehrten oder abgelehnten Speisen umfassen gemeinsame Mahlzeitenpraktiken und ein emotional-unterstützendes Mahlzeitenambiente, bei denen Eltern positive Rollenmodelle sind und dem Säugling die wünschenswerte Speisen schmackhaft machen. Innerhalb der Säuglingsmahlzeiten können Eltern mit Mimik, Gestik und verbal signalisieren, dass die angebotene Speise lecker ist und den Säugling so ermutigen die angebotene Speise zu probieren. Weitere Strategien umfassen das wiederholte Anbieten einer Speise, um den Säugling an den Geschmack zu gewöhnen (siehe Kapitel 2.3 „food familiarisation“ und „mere exposure“) als auch ein Kombinieren von nicht gemochten Speisen, mit Lebensmitteln für die der Säugling eine Vorliebe hat (vgl. Havermans und Jansen 2007). Instrumente, mit denen Eltern Fortschritte bei der Geschmacksgewöhnung dokumentieren können, wären wünschenswerte unterstützende Werkzeuge, um Eltern zu ermutigen und in ihrer Handlungskompetenz zu stärken.

Den Übergang von der Bei- zur Familienkost verstärkt begleiten

Gegen Ende des ersten Lebensjahrs ist es wünschenswert, dass Kinder und Eltern gemeinsam essen. Die Speisenauswahl für die Säuglinge sollte jedoch speziell nach den ernährungsphysiologischen Bedarfen und den Empfehlungen gewählt werden. Aus den Interviews wird deutlich, dass der Lebensmittelverzehr der Säuglinge durch die Familienkost eher ungünstiger wird. Hier wird vor allem deutlich, dass Strategien notwendig sind Eltern beim Übergang von der Bei- zur Familienkost zu begleiten und kann nicht losgelöst vom elterlichen Lebensmittelverzehr und den elterlichen Mahlzeitenpraktiken betrachtet werden. Eine der größten Herausforderungen besteht darin gemeinsame Mahlzeiten zu etablieren, zu denen sich die Auswahl der Lebensmittel und Speisen an den Empfehlungen der Säuglings- und Kleinkindernährung orientiert. Dabei kann die bereits oben angedeutete Planung von gemeinsamen Mahlzeiten, um ein „bloßes Mitessen“ bei den Eltern zu vermeiden zunächst eine wichtige Strategie sein. Wünschenswert im Rahmen der gesundheitsfördernden Ernährungskommunikation wären die Erarbeitung und Verbreitung von Familienkostrezepten, die so aufbereitet sind, dass sie mit nur wenig Aufwand neben einer Version für Eltern- und Geschwister zeitgleich eine baby- bzw. kleinkindfreundliche Zubereitung ermöglichen.

Explizit sollten Eltern mit Säuglingen gegen Ende des zweiten Lebenshalbjahrs auch auf die Änderungen der Verzehrempfehlungen von der Säuglings- zur Kleinkindernährung aufmerksam gemacht werden. Insbesondere der Anstieg des Gemüse-, Obst- und Getreideverzehrs von der Säuglings- zur Kleinkindernährung muss für Eltern herausgestellt werden, denn die Ergebnisse der quantitativen Studie lassen vermuten, dass Verzehrempfehlungen bereits beim Übergang zur Familienkost unzureichend erreicht werden. Aus den Interviews wird auch deutlich, dass Familienkost angeboten wird, die schon von vornherein gesalzen, gewürzt bzw. bereits gepökelt ist. Eltern sollten deshalb, neben den wünschenswerten Lebensmittelempfehlungen, auch verstärkt darüber sensibilisiert werden, welche Speisen in den ersten beiden Lebensjahren eher ungünstig sind. In diesem Zusammenhang wurde auch deutlich, dass weiterhin Aufklärungsbedarf für gesundheitsgefährdende Lebensmittel wie Honig besteht.

Motivation und Argumente für wünschenswerte Lebensmittel

Aus den qualitativen Interviews geht hervor, dass nachvollziehbare gesundheitliche Aspekte und Motivationen für Eltern eine wichtige Rolle bei der Lebensmittelauswahl spielen. Demnach sollte in der gesundheitsfördernden Ernährungskommunikation mit jungen Eltern vor allem die positiven Mehrwerte eines gesunden Essverhaltens adressiert werden, wobei Argumente auch über Gesundheit hinaus andere Anreize wie Nachhaltigkeit und ethische Aspekte berücksichtigen sollten. Um insbesondere Eltern aus benachteiligten Lebenslagen für gesunde Ernährung zu motivieren, können leicht verständliche Anreize für empfehlenswerte als auch Begründungen für nicht-empfehlenswerte Lebensmittel bzw. Lebensmittelgruppen an die Hand gegeben werden. Kleinteilige möglichst konkrete Argumentationen scheinen hierbei erfolgsversprechend. In Bezug auf Obst und Gemüse können beispielsweise der hohe Vitamingehalt und deren positive Auswirkungen auf Immunsystem, Wachstum, sowie auf kognitive und körperliche Funktionen als Anreize genutzt werden. Selbstverständlich müssen diese Informationen ansprechend auditiv, visuell oder audiovisuell verpackt und aufbereitet werden, wobei der Bezug zu einer ganzheitlichen Gesundheit nicht aus den Augen verloren werden darf. Eine pauschalisierte Einteilung von Lebensmitteln oder Mahlzeiten in gesund und ungesund, bei der beispielsweise Süßigkeiten und zuckerhaltige Lebensmittel als einzelne Bösewichte dargestellt werden, ist weder richtig noch zielführend. Sie verschärft lediglich das schlechte Gewissen von Eltern, die es nicht schaffen die vorherrschenden normativen Ansichten von gesunder Ernährung umzusetzen. Diese Art der Kommunikation verharret dann in einem unerwünschten einseitigen Top-Down-Transfer, bei der Experten wissen was richtig ist und Eltern als Rezipienten die Botschaften nun doch endlich umsetzen sollen.

Zusammenfassung

Für die Entwicklung eines gesunden Essverhaltens und die Vorbeugung von ernährungsmitbedingten Erkrankungen wie Adipositas ist das Säuglingsalter besonders relevant. Im ersten Lebensjahr findet der Übergang von der ausschließlichen Milchernährung zur Familienkost statt, die mit einigen Ausnahmen ab dem zweiten Lebensjahr empfohlen wird. Mit der Einführung der Beikost und dem Übergang zur Familienernährung legen Eltern erstmalig neue Mahlzeiten- und Beköstigungspraktiken fest, sowohl für den Säugling als auch im Zusammenspiel mit der bisherigen Familienkonstellation. Mahlzeiten im Setting Familie, ob getrennt oder gemeinsam eingenommen, werden eingeübt, und der Grundstein für künftige familiäre Beköstigungsroutrinen und Mahlzeitenmuster gelegt. Durch ihre Praktiken und den damit einhergehenden zwischenmenschlichen Interaktionen beeinflussen Eltern das Essverhalten von Säuglingen und somit maßgeblich die weitere Entwicklung dessen. Vor diesem Hintergrund müssen junge Eltern und die Familie im ersten Lebensjahr verstärkt für ernährungsbezogene Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention berücksichtigt werden.

Über die Ausgestaltung der familiären Essumgebung im ersten Lebensjahr ist nur wenig bekannt. Diese steht im Forschungsinteresse der vorliegenden Arbeit. Dabei werden aufgrund des Zusammenhangs eines ungünstigen Lebensmittelverzehrs bei Kindern aus Elternhäusern mit niedrigem sozio-ökonomischem Satus insbesondere Familien aus benachteiligten Lebenslagen als Zielgruppe der Arbeit betrachtet. Ziel ist es einen umfassenden Einblick in den familiären Essalltag zu bekommen und Bedarfe und alltagsnahe Ansätze zur Förderung einer gesundheitsfördernden Essumgebung im ersten Lebensjahr zu identifizieren. Daraus werden anschließend Anforderungen und inhaltliche Schwerpunkte für die gesundheitsfördernde und primärpräventive Ernährungskommunikation abgeleitet. Um die familiäre Essumgebung nach ihrem gesundheitsfördernden Potential einschätzen zu können wird das Konzept der „Responsiven Ernährung“ auf den Kontext der familiären Essumgebung im ersten Lebensjahr erweitert.

Als Methode wurde ein sequenzieller Mixed-Method-Ansatz genutzt. Zunächst wurde in 15 Familien mit Säuglingen im Alter von sechs bis zwölf Monaten die familiäre Essumgebung in mündlich geführten Interviews qualitativ eruiert. Anschließend wurde eine semi-quantitative Befragung im Rahmen der kinderärztlichen Früherkennungsuntersuchung U6 durchgeführt. In dieser Studie wurden 204 Eltern mit Säuglingen im durchschnittlichen Alter von 11,3 (SD 0,7) Monaten mit Hilfe eines schriftlich auszufüllenden Fragebogens befragt. Betrachtet wurden elterliche Mahlzeiten- und Fütterungspraktiken, der Lebensmittelverzehr von Säuglingen sowie u. a. Einstellungen, Ernährungswissen, Aspekte der Informationsbeschaffung und wahrgenommene Ernährungsprobleme von Eltern. Beide Studien werden zunächst unabhängig voneinander dargestellt und diskutiert. Anschließend werden wesentliche Erkenntnisse beider Studien aus dem Blickwinkel der gesundheitsfördernden Ernährungskommunikation zusammengeführt.

Aus der qualitativen Befragung wird deutlich, dass Beköstigungsarbeit einen hohen zeitlichen Stellenwert in den Familien einnimmt. Insbesondere Familien in Multiproblemlagen benötigen Unterstützung

in der Ausgestaltung einer gesundheitsfördernden Essumgebung. Dabei ist wichtig anzuerkennen, dass jede Familie Ressourcen mit sich bringt, an denen man ansetzen kann. Aufsuchende und stationäre Hilfsangebote in Notsituationen bringen Entlastung und hilfreiche Unterstützung, jedoch müssen passgenaue Angebote mit gesundheitsförderndem und primärpräventivem Charakter ausgebaut werden. Anforderungen an gesundheitsfördernde Maßnahmen sind Kommunikation auf Augenhöhe, schnelle unkomplizierte Hilfe, und längerfristig begleitende Formate. Weiterhin dürfen eine angemessene finanzielle Unterstützung von Familien, strukturelle Versorgungsangebote und eine geschlechtersensible Unternehmenskultur, die Fürsorgeaufgaben schätzt und Vereinbarkeit von Familie und Beruf ermöglicht, nicht vernachlässigt werden. Diese stellen die nötigen Rahmenbedingungen, in denen sich verhaltenspräventive Informations-, Beratungs- und Unterstützungsangebote erst entfalten können.

Aus der quantitativen Studie wird deutlich, dass mit dem Übergang von der Bei- zur Familienkost Verzehrhäufigkeiten von relevanten Lebensmittelgruppen, wie wünschenswerte Getreideprodukte, Obst und Gemüse nicht mehr zufriedenstellend erreicht werden. Auch finden sich bereits im Säuglingsalter Unterschiede im Lebensmittelverzehr nach finanzieller Situation und Bildung der Eltern. So erreichen Säuglinge von Eltern mit niedrigerem Schulabschluss als auch mit finanzieller Benachteiligung weniger häufig Verzehrempfehlungen. Fast ein Drittel der Säuglinge bekommt Beikost vor den empfohlenen Zeitraum. Bei Säuglingen von Eltern mit niedrigerem Schulabschluss beginnt sogar die Hälfte vorzeitig mit der Beikost. Um sich über Beikost und Familienessen zu informieren, nutzen Eltern vorrangig Printmedien wie Zeitschriften, Bücher, Flyer und Broschüren. Dabei nutzen Eltern mit niedrigerem Schulabschluss häufiger informelle Kommunikationsquellen, Herstellerangaben und Fernsehwerbung.

Die vorliegende Arbeit stellt heraus, dass gesundheitsfördernde Ernährungskommunikation eine umfassende Betrachtung des Essverhaltens benötigt, welches ein ganzheitliches Verständnis von Gesundheit voraussetzt. In Familien müssen soziale, räumliche und organisatorische Faktoren des Essverhaltens stärker berücksichtigt werden und Empfehlungen zum Lebensmittelverzehr ergänzen. Die familiären Mahlzeitenstrukturen, Mahlzeitenorte, Interaktionen oder Ablenkungen während der Mahlzeiten als auch die häusliche Verfügbarkeit von Speisen sind wichtige Ansatzpunkte zur Förderung einer gesundheitsfördernden Essumgebung. Hierfür benötigt es künftig Qualitätskriterien, die diese Faktoren festlegen und operationalisieren gefolgt von einem standardisierten Monitoring. Um die Effektivität von Maßnahmen der Ernährungskommunikation zu befördern und um Stigmatisierung zu vermeiden, benötigt Ernährungskommunikation partizipative Ansätze. Maßnahmen und Botschaften müssen fortlaufend mit der Zielgruppe entwickelt und rückgeprüft werden. Die Arbeit konnte zeigen, dass qualitative Bedarfserhebungen hierfür wichtig sind. Diese ermöglichen es Sinnsetzungen, Logikketten und Argumente unter Berücksichtigung der familiären Lebenslagen zu erarbeiten, derer sich die Ernährungskommunikation zu Nutze machen kann. Weiterhin sind qualitative Zugänge ein nötiges Instrument, um Familien in benachteiligten Lebenslagen zu erreichen. Schwerpunktthemen der Ernährungskommunikation im ersten Lebensjahr sind die Förderung des Stillens und die Vermeidung der vorzeitigen Einführung von Beikost. Eltern benötigen Hilfestellung bei der Erarbeitung von geeigneten Mahlzeitenstrukturen, um die Geschmacksvorlieben ihres Säuglings positiv beeinflussen zu können und bei der Umsetzung von Verzehrempfehlungen mit dem Übergang von der Beikost zur Familienernährung.

Summary

Infancy is particularly important for the development of healthy eating behaviour and the prevention of diet-related diseases such as obesity. In the first year of life, the transition from exclusive milk feeding to the family diet takes place. From 12 months onward it is recommended to implement the family diet with the exception of some food selection and preparation. With the introduction of complementary feeding and the transition to family diet new routines around meals and feeding practices are being developed for both, the infant, and the new family unit.

Meals within the family setting, whether eaten separately or together, are being practiced daily and lay the foundation for future family feeding routines and meal patterns. Through their practices and the interpersonal interactions that accompany them, parents influence the eating behaviour of infants and thus significantly influence their further development of eating behaviour. Therefore, new parents and the family setting in the first year of life must be prioritised within nutrition-related health promotion and primary prevention measures. Little is known about how the family eating environment in the first year of life is shaped. This is the purpose of the present study.

Due to known disadvantages in food consumption among children from homes with a low socio-economic status, families from disadvantaged backgrounds are considered a key target group of the study. The aim is to gain a comprehensive insight into the daily eating practices of families and to identify needs and practical approaches for promoting a healthy eating environment in the first year. Conclusions are drawn for improving health-promoting and primary preventive nutrition communication. In order to be able to assess the family eating environment according to its health-promoting potential, the concept of "responsive feeding" is extended to the context of the family eating environment in the first year of life.

A sequential mixed-method approach was used. First, 15 qualitative interviews were conducted with families with infants aged six to twelve months to examine the family eating environment. This was followed by a semi-quantitative survey within the paediatric screening examination U6. In this survey, 204 parents with infants of an average age of 11.3 (SD 0.7) months were interviewed using a written questionnaire. The quantitative study explored variables such as meal and feeding practices of parents, infant food consumption, parental attitudes, nutrition knowledge, aspects of information provision and perceived nutrition problems.

Qualitative and quantitative data are first presented and discussed independently of each other. The main findings of both studies are subsequently brought together from the perspective of health-promotion nutrition communication. The qualitative survey shows that food and meal provision require a significant time commitment for parents. Families with multiple problems particularly need support in creating a healthy eating environment, although it is important to acknowledge that every family has resources that can be used. "Go to" approaches and in-patient services in emergency situations provide stress reduction and helpful support, however, tailored services with a health-promoting and primary preventive approach need to be expanded.

Health promotion programs require a communication at eye level approach rather than top-down communication, quick and uncomplicated help, and formats that provide long-term support. Furthermore, adequate financial support for families, structural care services and a gender-sensitive corporate culture that values caring responsibilities and compatibility of family and work, must not be neglected. These provide the necessary framework in which behavioural prevention measures of information, counselling and support services can develop.

The quantitative research shows that with the transition from complementary feeding to the family diet, consumption frequencies of relevant food groups, such as desirable cereal products, fruits, and vegetables, are no longer achieved satisfactorily. Differences in food consumption by financial situation and education of parents can also be found as early as infancy. Thus, infants born to parents with lower education as well as financial disadvantage are less likely to reach recommended consumption levels. Almost one third of infants are given complementary foods before the recommended period. Among infants of parents with a lower level of education, about half start complementary feeding early. Parents seek information about complementary feeding and family meals, primarily using print media such as magazines, books, flyers, and brochures. Parents with a lower level of education are more likely to use informal sources of communication, information provided by manufacturers and television advertising.

The present work highlights that health-promoting nutrition communication requires a comprehensive view of eating behaviour, which presupposes a holistic understanding of health. In families, social and structural factors of eating behaviour need to be taken into consideration and complement recommendations on food consumption. Family meal patterns, meal locations, interactions during or distractions at mealtimes as well as the availability of food at home are important starting points for promoting a healthy eating environment. In the future, this will require quality criteria that define and operationalise these factors, followed by standardised monitoring. In order to promote the effectiveness of nutrition communication measures and to avoid stigmatisation, nutrition communication needs participatory approaches. Measures and messages must be developed and reviewed with the target group on an ongoing basis. The study showed that qualitative needs assessments are important. These make it possible to identify structures of sense, logic chains and arguments within family life circumstances, which can be used in nutrition communication. Qualitative approaches are also necessary strategies to reach disadvantaged families. Emphasis in the first year of life should be put on promoting breastfeeding and avoiding early introduction of complementary feeding. Furthermore, parents need support in developing suitable meal structures, in positively shaping their infant's taste preferences and in implementing food recommendations when transitioning from complementary feeding to the family diet.

Literaturverzeichnis

- Adolph, K. E., Karasik, I. B. und Tamis-LeMonda, C. S. (2010). Motor skill. In: Bornstein, M. H. (Hrsg.) *Handbook of cultural and developmental science*. New York, London: Psychology Press Taylor and Francis Group, S. 61-88.
- Adolph, K. E. und Franchak, J. M. (2017). The development of motor behaviour. *Wiley Interdisciplinary Reviews: Cognitive Science*, [online] 8(1-2), Nr.: e1430. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1002/wcs.1430> [Zugriff: 20.04.2020].
- Adolphus, K., Lawton, C. L. und Dye, L. (2013). The effects of breakfast on behavior and academic performance in children and adolescents. *Frontiers in Human Neuroscience*. [online] 7, Nr. 425. Verfügbar unter: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnhum.2013.00425/full> [Zugriff: 17.03.2020].
- Adolphus, K., Lawton, C. L., Champ, C. L. und Dye, L. (2016). The Effects of Breakfast and Breakfast Composition on Cognition in Children and Adolescents: A Systematic Review. *Advances in Nutrition*, 7(3), S. 590S-612S.
- (AGJ) Arbeitsgemeinschaft für Kinder und Jugendhilfe. (2018). *Teilhabe: ein zentraler Begriff für die Kinder- und Jugendhilfe und für eine offene und freie Gesellschaft*. Positionspapier der Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe – AGJ. [PDF] Verfügbar unter: https://www.agj.de/fileadmin/files/positionen/2018/Teilhabe_ein_zentraler_Begriff_f%C3%BCr_die_Kinder_und_Jugendhilfe.pdf [Zugriff: 05.04.2020].
- Agostoni, C., Decsi, T., Fewtrell, M., Goulet, O., Kolacek, S., Koletzko, B. et al. (2008). Complementary feeding: a commentary by the ESPGHAN committee on nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 46(1), S. 99-110.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), S. 179-211.
- Ajzen, I. (2001). Nature and Operation of Attitudes. *Annual Review of Psychology*, 52, S. 27-58.
- Alberta Health Services. (2018). *Nutrition-related chronic disease prevention interventions: A review of the effectiveness of various universal population health promotion nutrition interventions for adults (≥18 years). Full report*. [PDF] Nutrition Services, Population and Public Health. Calgary, Alberta, Canada. Abrufbar unter: <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/cdp/if-cdp-ns-cdp-lit-review-full-report.pdf> [Zugriff: 22.02.2020].
- Alexy, U., Clausen, K. und Kersting, M. (2008). Die Ernährung gesunder Kinder und Jugendlicher nach dem Konzept der optimierten Mischkost. *Ernährungs Umschau*, (3), S. 168-177.
- Alexy, U. und Hilbig, A. (2016). Update Säuglingsernährung. *Ernährungs Umschau*, S. M716-M724.

- Aid Infodienst. (2016a). Das beste Essen für Babys. [Flyer] 6., Auflage, Meckenheim; aktualisierte Auflage Verfügbar unter: <https://www.ble-medianservice.de/0329/das-beste-essen-fuer-babys> [Zugriff: 29.06.2020].
- Aid Infodienst. (2016b). Was Kleinkinder brauchen. [Flyer] Paderborn; aktualisierte Auflage Verfügbar unter: <https://www.ble-medianservice.de/0361/was-kleinkinder-brauchen> [Zugriff: 29.06.2020].
- Ainsworth, M. D. S. (1973). The development of infant-mother attachment. In: Cardwell, B. und Ricciuti, H. (Hrsg.) *Review of Child Development Research*, Chicago, IL: University of Chicago Press, S. 1-94.
- Ainsworth, M. D. S., Belhar, M. C., Waters, E. und Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Association.
- Ambrosini, G. L., Oddy, W. H., Robinson, M., O'Sullivan, T. A., Hands, B. P., de Klerk, N. H. et al. (2009). Adolescent dietary patterns are associated with lifestyle and family psycho-social factors. *Public Health Nutrition*, 12(10), S. 1807-1815.
- André, S. (2013). *Lebensesswelten von alleinerziehenden. Eine qualitative Studie über sozial benachteiligte alleinerziehende Mütter*. Schriften zur Ökotrophologie – Band 6, Hamburg: Verlag Dr. Kovac.
- Anzman-Frasca, S., Savage, J. S., Marini, M. E., Fisher J. O. und Birch, L. L. (2012). Repeated Exposure and Associative Conditioning Promote Preschool Children's Liking of Vegetables. *Appetite*, 58(2), S. 543-53.
- Apitzsch U. und Schmidbaur, M. (2010). Care und Reproduktion. Einleitung. In: *Apitzsch U. und Schmidbaur, M. (Hrsg.) Care und Migration: Die Ent-Sorgung menschlicher Reproduktionsarbeit entlang von Geschlechter- und Armutsgrenzen*. Verlag Opladen und Farmington Hills: Barbara Budrich Verlag, S. 11-22.
- Arvedson, J. C. (2006). Swallowing and feeding in infants and young children. *GI Motility online* [online] Verfügbar unter: <https://www.nature.com/gimo/contents/pt1/full/gimo17.html> [Zugriff: 20.04.2020].
- Arvedson, J. C. und Brodsky, L. (2002). *Pediatric swallowing and feeding: Assessment and management*. 2. Aufl., Canada: Singular Publishing Group.
- Aschersleben, G. (2003). Der Einfluss der frühen Mutter-Kind-Interaktion auf die sozial-kognitive Entwicklung. In: Brisch, K. H. und Hellbrügge, T. (Hrsg.) *Der Säugling – Bindung, Neurobiologie und Gene. Grundlagen für Prävention, Beratung und Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta. S. 298-312.
- Avery, A., Anderson, C. und McCullough, F. (2017). Associations between children's diet quality and watching television during meal or snack consumption: A systematic review. *Maternal & Child Nutrition*, [online] 13(4). Verfügbar unter: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/mcn.12428> [Zugriff: 19.03.2020].
- Ashcroft, J., Semmler, C., Carnell, S., van Jaarsveld, C. H. M. und Wardle, J. (2007). Continuity and stability of eating behaviour traits in children. *European Journal of Clinical Nutrition*, 62, S. 985-990.

- Ayala, G. X., Rogers, M., Arredondo, E. M., Campbell, N. R., Baquero, B., Duerksen, S. C. et al. (2008.) Away-from-home food intake and risk for obesity: examining the influence of context. *Obesity (Silver Spring)*, 16(5), S. 1002-1008.
- Ayerle, G. M. (2012). Frühstart: Familienhebammen im Netzwerk Frühe Hilfen. Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.) PDF [online] Verfügbar unter: https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/downloads/Fruehstart.pdf [Zugriff: 20.05.2020].
- (ÄZQ) Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (2021). *Patientenleitlinien*. [online] Verfügbar unter: <https://www.patienten-information.de/patientenleitlinien/patientenleitlinien-nvl> [Zugriff: 19.12.2020].
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, S. 191-215.
- Barlösius, E. (2015). *Soziologie des Essens. Eine sozial- und kulturwissenschaftliche Einführung*. 2., überarbeitete Auflage, Weinheim München: Beltz Juventa.
- Barlösius, E. und Schiek, D. (2006). Das Profil öffentlicher Ernährungskommunikation – eine Synopse. In: Eva Barlösius und Regine Rehaag (Hrsg.), *Skandal oder Kontinuität. Anforderungen an eine öffentliche Ernährungskommunikation*. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, S. 9-19.
- Bartsch, S. (2008). Essstile von Männern und Frauen. Der Genderaspekt in der Gesundheitsprävention und –beratung. *Ernährungs Umschau*, 55, S. 672-681.
- Baumrind, D. (1967). Child Care Practices Antecedent Three Patterns of Preschool Behavior. *Genetic Psychology Monographs*, 75(1), S. 43-88.
- Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology Monograph*, 4 (1). 101-103.
- Baumrind, D. (1987). Parental disciplinary patterns and social competence in children. *Youth and Society*, 9(3), S. 239-276.
- (BBSR) Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung. (2020). Evaluierung der Wohngeldreform 2016. Bonn: BBSR-Online-Publikation 13/2020. [PDF] Verfügbar unter: https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/veroeffentlichungen/bbsr-online/2020/bbsr-online-13-2020-dl.pdf?__blob=publicationFile&v=4 [Zugriff: 09.01.2021].
- Beauchamp, G. K. (1987). The human preference for excess salt. *American Scientist*, 75(1), S. 27-33.
- Beauchamp, G. K. und Mennella, J. A. (2009). Early flavor learning and its impact on later feeding behavior. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 48, S. S25-S30.
- Beauchamp, G. K. und Moran, M. (1982). Dietary experience and sweet taste preferences in human infants. *Appetite*, 3(2), S. 139-152.
- Beauchamp, G. K. und Moran, M. (1984). Acceptance of sweet and salty tastes in 2-year-old children. *Appetite*, 5(4), S. 291-305.

- Beauchamp, G. K. und Pearson, P. (1991). Human development and umami taste. *Physiology & Behavior*, 49(5), S. 1009-1012.
- Beauchamp, G. K., Cowart, B. J., und Moran, M. (1986). Developmental changes in salt acceptability in human infants. *Developmental Psychobiology*, 19(1), S. 17-25.
- Beauchamp, G. K., Bachmanov, A. und Stein, L. J. (1998) Development and Genetics of Glutamate Taste Preference. *Annals of the New York Academy of Science*, 855, S. 412-6.
- Bechthold, A., Wendt, I., Laubach, B., Mayerböck, C., Oberritter, H. und Nöthlings, U. (2017). Bekanntheit der lebensmittelbezogenen Ernährungsempfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE). *Ernährungs Umschau*, 64(7), S. M374-M378.
- Bellisle, F. und Dalix, A. M. (2001). Cognitive restraint can be offset by distraction, leading to increased meal intake in women. *American Journal of Clinical Nutrition*, 74(2), S. 197-200.
- Bere, E., van Lenthe, F., Klepp, K.-I. und Brug, J. (2008). Why do parents' education level and income affect the amount of fruits and vegetables adolescents eat? *European Journal of Public Health*, 18(6), S. 611-615.
- Berge, J. M., Rowley, S., Trofholz, A., Hanson, C., Rueter, M., MacLehose, R. F. et al. (2014). Childhood obesity and interpersonal dynamics during family meals. *Pediatrics*, 134(5), S. 923-932.
- Berge, J. M., Wall, M., Hsueh, T. F., Fulkerson, J. A., Larson, N. und Neumark-Sztainer, D. (2015). The protective role of family meals for youth obesity. 10-year longitudinal associations, *Journal of Pediatrics*, 166(2), S. 296-301.
- Berger, P. L. und Luckmann, T. (2010). Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Eine Theorie der Wissenssoziologie. 23. Aufl. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Bergmann, N. J. (2013). Neonatal stomach volume and physiology suggest feeding at 1-h intervals. *Acta Paediatrica*, 102(8), S. 773-777.
- Beshara, M., Hutchinson, A., und Wilson, C. (2010). Preparing meals under time stress. The experience of working mothers. *Appetite*, 55(3), S. 695-700.
- Beydoun, M. A. und Wang, Y. (2009). Parent-child dietary intake resemblance in the United States: Evidence from a large representative survey. *Social Science and Medicine*, 68(12), S. 2137-2144.
- Biber, D. (2014). *Frühkindliche Dysphagien und Trinkschwächen*. Heidelberg, Berlin: Springer.
- Birch, L. L. (1980). The relationships between children's food preferences and those of their parents. *Journal of Nutrition Education*, 12(1), S. 14-18.
- Birch, L. L. (1998). Development of food acceptance patterns in the first years of life. *Proceedings of the Nutrition Society*, 54(4), S. 617-624.
- Birch, L. L. und Anzman-Frasca, S. (2011). Learning to Prefer the Familiar in Obesogenic Environments. In: van Goudoever, H., Guandalini, S. und Kleinman, R. E. (Hrsg.), *Early Nutrition: Impact on Short- and Long-Term Health*. 68th Nestlé Nutrition Institute Workshop Pediatric Program, Basel: Karger, 68, S.187-199.

- Birch, L. L. und Fischer, J. O. (1998). Development of Eating Behaviors Among Children and Adolescents. *Pediatrics*, 101(3 Pt 2), S. 539-549.
- Birch, L. L. und Fischer, J. O. (2000). Mothers' child-feeding practices influence daughters' eating and weight. *American Journal of Clinical Nutrition*, 71(5), 1054-1061.
- Birch, L. L., Fisher, J. O., Grimm-Thomas, K., Markey C. N., Sawyer, R. und Johnson, S. L. (2001). Confirmatory Factor Analysis of the Child Feeding Questionnaire: A Measure of Parental Attitudes, Beliefs and Practices About Child Feeding and Obesity Proneness. *Appetite*, 36(3), S. 201-210.
- Birch, L., Savage, J. S. und Ventura, A. (2007). Influences on the Development of Children's Eating Behaviours: From Infancy to Adolescence. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, 68(1), S. s1-s56.
- Black, M. M. und Aboud, F. E. (2011). Responsive Feeding Is Embedded in a Theoretical Framework of Responsive Parenting. *Journal of Nutrition*, 141(3), S. 490-494.
- Blaine R. E., Kachurak, A., Davison, K. K., Klabunde R. und Fisher, J. O. (2017). Food parenting and child snacking: A systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, [online] 14, Nr. 146. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0593-9> [Zugriff: 20.03.2020].
- (BLE) Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung. (2018). Ernährung von Säuglingen. Referentenhandbuch zur Multiplikatorenfortbildung. [PDF] Verfügbar unter: https://www.gesund-ins-leben.de/_data/files/fortbildung_saeuglinge_handbuch.pdf [Zugriff: 24.04.2020].
- (BLE) Bundesanstalt für Ernährung. (2019). Bundeszentrum für Ernährung. [PDF] Verfügbar unter: <https://www.in-form.de/fileadmin/Dokumente/Materialien/bzfe-image-deutsch.pdf> [Zugriff: 20.09.2020].
- Blumer, H. (1973): Der methodologische Standort des symbolischen Interaktionismus. In: Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen (Hrsg.). *Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit*, Band.1, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, S. 80-146.
- (BMAS) Bundesministerium für Arbeit und Soziales. (2017). *Lebenslagen in Deutschland. Der fünfte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Kurzfassung*. [PDF] Verfügbar unter: http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Pressemitteilungen/2017/5-arb-kurzfassung.pdf?__blob=publicationFile&v=2 [Zugriff: 05.04.2020].
- (BMAS) Bundesministerium für Arbeit und Soziales. (2020). Arbeitslosengeld II / Sozialgeld, [online] <https://www.bmas.de/DE/Themen/Arbeitsmarkt/Grundsicherung/Leistungen-zur-Sicherung-des-Lebensunterhalts/2-teaser-artikelseite-arbeitslosengeld-2-sozialgeld.html> [Zugriff: 09.01.2020].
- (BMEL) Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft. (2018a). Grundsatzvereinbarung zwischen dem BMEL und den teilnehmenden Wirtschaftsverbänden des Runden Tisches. [PDF] Verfügbar unter: https://www.bmel.de/SharedDocs/Downloads/DE/_Ernaehrung/Reduktionsstrategie/GrundsatzvereinbarungReduktion.pdf?__blob=publicationFile&v=4 [Zugriff: 19.12.2020].

- (BMEL) Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft. (2018b). Julia Klöckner: "Unsere Vereinbarung für weniger Zucker, Fett und Salz in Fertignahrungsmitteln ist ein wichtiger Schritt, den es so noch nicht gegeben hat!" Pressemitteilung Nr. 152/2018 Verfügbar unter: <https://www.bmel.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2018/152-grundsatzvereinbarung.html> [Zugriff: 19.12.2020].
- (BMFSFJ) Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (2014). Das Bundesprogramm "Elternchance ist Kinderchance". Zentrale Befunde der Evaluation. PDF [online] Verfügbar unter: <https://www.bmfsfj.de/blob/93608/7a2e7f4cd4f0bc23150a1f7ce2697377/elternchance-ist-kinderchance-broschuere-zum-bundesprogramm-data.pdf> [Zugriff: 20.06.2020].
- (BMFSFJ) Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (2017a). *Kindertagesbetreuung Kompakt. Ausbaustand und Bedarf 2016*. [PDF] Verfügbar unter: <https://www.bmfsfj.de/blob/113848/bf9083e0e9ad752e9b4996381233b7fa/kindertagesbetreuung-kompakt-ausbaustand-und-bedarf-2016-ausgabe-2-data.pdf> [Zugriff: 19.03.2020].
- (BMFSFJ) Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (2017b). *Familienbericht 2017. Leistungen. Wirkungen. Trends*. [PDF] Verfügbar unter: <https://www.bmfsfj.de/blob/119524/f51728a14e3c91c3d8ea657bb01bbab0/familienreport-2017-data.pdf> [Zugriff: 05.04.2020].
- (BMFSFJ) Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (2018). Neue Familienzeit. Informationen zu Leistungen für Familien. [PDF] Verfügbar unter: <https://www.bmfsfj.de/blob/94416/900e0630e67f46d57b0895391419e89b/neue-familienzeit-data.pdf> [Zugriff: 20.06.2020].
- Böhm, B., Schneider, M., Reim, D. und Bochmann, S. (2013). Evaluation der Eltern-AG Abschlussbericht. Nexus Institut für Kooperationsmanagement und interdisziplinäre Forschung e.V. (Hrsg.). [PDF] Verfügbar unter: https://www.eltern-ag.de/data/nexus_eV_Forschung_ELTERN-AG_Abschlussbericht_final_100913.pdf [Zugriff: 05.04.2020].
- Bohnsack, R. (2005). Standards nicht standardisierter Forschung in den Erziehungs- und Sozialwissenschaften. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, 8(4), S. 63-81.
- Bohnsack, R., Marotzki, W. und Meuser, M. (2011). *Hauptbegriffe qualitativer Sozialforschung*. 3., durchgesehene Auflage, Opladen und Farmington Hills, MI: Verlag Barbara Budrich.
- Borah-Giddens, J. und Falciglia G. A. (1993). A meta-analysis of the relationship in food preferences between parents and children. *Journal of Nutrition Education*, 25(3), S. 102-107.
- Bornstein, M. H. und Zlotnik, D. (2008). Parenting Styles and their Effects. In: Haith, M. M. und Benson, J. B. (Hrsg.) *Encyclopedia of Infant and Early Childhood Development*, S. 496-509.
- Borrmann, A., Mensink, G. und KiGGS Study Group. (2015). Obst- und Gemüsekonsum von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse der KiGGS-Welle 1. *Bundesgesundheitsblatt*, 58(9), S. 1005-1014.
- Boutelle, K. N., Birnbaum, A. S., Lytle, L. A., Murray, D. M. und Story, M. (2003). Associations between perceived family meal environment and parent intake of fruit, vegetables, and fat. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 35(1), S. 24-29.

- Braden, A., Rhee, K., Peterson, C. B., Rydell, S. A., Zucker, N. und Boutelle, K. (2014). Associations between child emotional eating and general parenting style, feeding practices, and parent psychopathology. *Appetite*, 80, S. 35-40.
- Brettschneider, A. K., von der Lippe, E., Lange, C. (2018). Stillverhalten in Deutschland – Neues aus KiGGS Welle 2. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 61(8), S. 920-925.
- Broderick, C. B. (1993). *Understanding family process: Basics of family systems theory*. Sage Publications.
- Brombach, C. (2001) Mahlzeit – Familienzeit? Mahlzeiten im heutigen Familienalltag. *Ernährungs Umschau*, 48(6), S. 238-242.
- Brombach, C. (2005). Der „lange Arm“ der Familie - Am Beispiel des Kochens. *Ernährung im Fokus*, 5(7), S. 201-207.
- Brombach, C. (2011). Soziale Dimensionen des Ernährungsverhaltens. *Ernährungs Umschau*, (6), S. 318-324.
- Brombach, C. (2017). Meals and Eating Practices within a Multigenerational Approach: A Qualitative Insight Study. *International Journal of Clinical Nutrition & Dietetics*, [online] 3, S. 122. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.15344/2456-8171/2017/122> [Zugriff: 07.03.2020].
- Brombach, C., Haefeli, D., Bartsch, S. und Winkler, G. (2014). Ernährungsmuster im Verlauf von drei Generationen: Gibt es inter- und intraindividuelle Unterschiede? In: Dr. Rainer Wild Stiftung (Hrsg.) *Internationaler Arbeitskreis für Kulturforschung des Essens. Mitteilungen*, 21, S. 12-22.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development. Experiments by nature and design*. Cambridge, Massachusetts, London: Harvard University Press.
- Brook, I. (2007). Infant botulism: epidemiology and relation to sudden infant death syndrome. *Journal of Perinatology*, 27, S. 175-180.
- Brown, R. und Ogden, J. (2004). Children's eating attitudes and behaviour: A study of the modelling and control theories of parental influence. *Health Education Research*, 19(3), S. 261-271.
- Browne, S., Minozzi, S., Bellisario, C., Sweeney, M. R. und Susta, D. (2019). Effectiveness of interventions aimed at improving dietary behaviours among people at higher risk of or with chronic non-communicable diseases: An overview of systematic reviews. *European Journal of Clinical Nutrition*, 73, S. 9-23.
- Bundesagentur für Arbeit. (2017). Zweites Buch Sozialgesetzbuch – SGB II Fachliche Weisungen. [PDF] Verfügbar unter: https://www.arbeitsagentur.de/datei/dok_ba014179.pdf [Zugriff: 19.12.2020].
- Bundesgesetzblatt. (2015). Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz–PrävG). *Bundesanzeiger Verlag*, S. 1368-1379.

- Bundesrat. (2020). Vierte Verordnung zur Änderung der Fruchtsaft- und Erfrischungsgetränkeverordnung. Beschluss. Drucksache 141/20. [PDF]. Verfügbar unter: [https://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2020/0101-0200/141-20\(B\).pdf?__blob=publicationFile&v=1](https://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2020/0101-0200/141-20(B).pdf?__blob=publicationFile&v=1) [Zugriff: 19.12.2020].
- Butterworth, G., Verweij, E. und Hopkins, B. (1997). The development of prehension in infants: Halverson revisited. *British Journal of Developmental Psychology*, 15(2), S. 223-226.
- (BZfE) Bundeszentrum für Ernährung. (2020). Die Ernährungspyramide – Eine für alle. [online] Verfügbar unter: <https://www.bzfe.de/inhalt/die-aid-ernaehrungspyramide-640.html> [Zugriff: 20.04.2020].
- Cameron, A. J., Ball, K., Hesketh, K. D., McNaughton, S. A., Salmon, J., Crawford, D. A. et al. (2014). Variation in outcomes of the Melbourne Infant, Feeding, Activity and Nutrition Trial (InFANT) Program according to maternal education and age. *Preventive Medicine*, 58, S. 58-63.
- Capacci, S., Mazzocchi, M., Shankar, B., Brambila Macias, J., Verbeke, W., Pérez-Cueto, F. J. A. et al. (2012). Policies to promote healthy eating in Europe: A structured review of policies and their effectiveness. *Nutrition Reviews*, [online] 70(3), S. 188-200. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1111/j.1753-4887.2011.00442.x> [Zugriff: 22.02.2020].
- Capaldi, E. D. (1992). Conditioned food preferences In: Medin, D. L. (Hrsg.), *Psychology of Learning and Motivation - Advances in Research and Theory*, San Diego, California: Academic Press, 28, S. 1-33.
- Carey, G. (2002). *Human genetics for the social science*. Thousand Oaks, London, New Dehli: Sage Publications.
- Carletti, C., Pani, P., Monasta, L., Knowles, A. und Cattaneo, A. (2017). Introduction of complementary foods in a cohort of infants in Northeast Italy: do parents comply with WHO recommendations? *Nutrients*, 9(1), Nr. 34 [online] Verfügbar unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5295078/> [Zugriff: 19.12.2020].
- Carruth, B. R. und Skinner, J. D. (2002). Feeding behaviors and other motor development in healthy children (2–24 months). *Journal American College Nutrition*, 21, S. 88-96.
- Choi, N.-E. und Han, J. H. (2015). *How Flavor Works: The Science of Taste and Aroma*, Wiley Blackwell.
- Cierpka, M. (2011). *Frühe Kindheit. 0-3 Jahre*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag.
- Coon, K. A. und Tucker, K. L. (2002). Television and Children's Consumption Patterns. A Review of the Literature. *Minerva Pediatrica*, 54(5), S. 423-436.
- Cooper, P. J., Whelan, E., Woolgar, M., Morrell, J. und Murray L. (2004). Association between childhood feeding problems and maternal eating disorder: Role of the family environment. *British Journal of Psychiatry*. 184, S. 210-215.
- Cox, R., Skouteris, H., Rutherford, L., Fuller-Tyszkiewics, M., Dell'Aquila, D. und Hardy, L. L. (2012). Television viewing, television content, food intake, physical activity and body mass index: A cross-sectional study of preschool children aged 2-6 years. *Health Promotion Journal of Australia*, 23(1), 58-62.

- Crombie, I. K., Kiezebrink, K., Irvine, L., Wrieden, W. L., Swanson, V., Power, K. et al. (2009). What maternal factors influence the diet of 2-year old children living in deprived areas? A cross-sectional survey. *Public Health Nutrition*, 12(8), S. 1254-1260.
- Cross, R., Davis, S. und O'Neil, I. (2017). *Health Communication. Theoretical and critical perspectives*. Cambridge: Polity Press.
- Dahlgren, G. und Whitehead, M. 1991. Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Stockholm, Sweden: Institute for Futures Studies.
- Darling, N. und Steinberg, L. (1993). Parenting Style as Context: An Integrative Model. *Psychological Bulletin*, 113(3), S. 487-496.
- De Snoo, K. (1937). Das trinkende Kind im Uterus. *Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie*, 105, S. 88-97.
- Desor, J. A., Maller, O. und Andrews, K. (1975). Ingestive responses of human newborns to salty, sour, and bitter stimuli. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 89(8), S. 966-970.
- Destatis. (2017). Schulbesuch nach ausgewählten Schularten und höchstem allgemeinen Schulabschluss der Eltern. [online] Verfügbar unter: <https://vf/www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Bildungsstand/Tabellen/allgemeinbildender-abschluss.html> [Zugriff: 09.01.2021].
- Deutscher Hebammenverband (2020). Hebammenhilfe - was steht Ihnen zu? [online] Verfügbar unter: <https://www.hebammenverband.de/familie/hebammenhilfe/> [Zugriff:19.12.2020].
- DGE (Deutsche Gesellschaft für Ernährung). (2011). Evidenzbasierte Leitlinie: Kohlenhydratzufuhr und Prävention ausgewählter ernährungsmitbedingter Krankheiten. [online] Verfügbar unter: <https://www.dge.de/wissenschaft/leitlinien/leitlinie-kohlenhydrate/> [Zugriff: 20.09.2020].
- (DGE) Deutsche Gesellschaft für Ernährung. (2012). Stellungnahme. Gemüse und Obst in der Prävention ausgewählter chronischer Erkrankungen. [PDF] Verfügbar unter: <https://www.dge.de/fileadmin/public/doc/ws/stellungnahme/DGE-Stellungnahme-Gemuese-Obst-2012.pdf> [Zugriff:19.12.2020].
- DGE (Deutsche Gesellschaft für Ernährung). (2015). Evidenzbasierte Leitlinie: Fettzufuhr und Prävention ausgewählter ernährungsbedingter Krankheiten. 2. Version 2015. [online] Verfügbar unter: <https://www.dge.de/index.php?id=207#c313> [Zugriff: 20.09.2020].
- DiSantis, K. I., Hodges, E. A., Johnson, S. L. und Fisher, J. O. (2011a). The role of responsive feeding in overweight during infancy and toddlerhood: a systematic review. *International Journal of Obesity*, 35, S. 480-492.
- DiSantis, K. I., Collins, B. N., Fisher, J. O. und Davey, A. (2011b). Do infants fed directly from the breast have improved appetite regulation and slower growth during early childhood compared with infants fed from a bottle? *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, [online] 8, S. 89. Verfügbar unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3170240/> [Zugriff: 20.05.2020].

- Dotgov. (n.d.). *About us - .gov puts US governments on the internet*. [online] Verfügbar unter: <https://home.dotgov.gov/about/> [Zugriff: 20.09.2020].
- Dravata, J., Gross, K., Späth, A., Zemp Stutz, E. (2014). SWIFS – Swiss Infant Feeding Study. Eine nationale Studie zur Säuglingsernährung und Gesundheit im ersten Lebensjahr. Executive Summary [PDF] Verfügbar unter: https://www.swisstph.ch/fileadmin/user_upload/SwissTPH/Projects/SWIFS/ExecutiveSummary_SWIFS_DE.pdf [Zugriff: 22.12.2020].
- Draxton, M., Fulkerson, J. A., Friend, S., Flattum, C. S. und Schow, R. (2014). Parental role modeling of fruits and vegetables at meals and snacks is associated with children's adequate consumption. *Appetite*, 78, S. 1-7.
- Drewnowski, A. (1998). Energy Density, Palatability, and Satiety: Implications for Weight Control. *Nutrition Reviews*, 56(12), S. 347-353.
- Drewnowski, A. und Darmon, N. (2005). The economics of obesity: Dietary energy density and energy cost. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 82(1), S. 265-273.
- Educause. (n.d.). *.edu Eligibility*. [online] Verfügbar unter: <https://www.webcitation.org/6G1XUuMML?url=http://net.educause.edu/edudomain/eligibility.asp> [Zugriff: 20.09.2020].
- Ellrott, T. (2007). Wie Kinder essen lernen. *Ernährung – Wissenschaft und Praxis*, 1, S. 167-173.
- Ellrott, T. (2009). Einflussfaktoren auf die Entwicklung des Essverhaltens im Kindesalter. Übersichtsarbeit. *Oralprophylaxe und Kinderzahnheilkunde*, 31(2), S. 78-85.
- Ellroth, T. (2012). Psychologie der Ernährung. *Aktuelle Ernährungsmedizin*, 37(3), S. 155-167.
- Emond, J. A., Longacre, M. R., Drake, K. M., Titus, I. J., Hendricks, K., MacKenzie, T. et al. (2019). Influence of Child-Targeted Fast Food TV Advertising Exposure on Fast Food Intake: A Longitudinal Study of Preschool-Age Children. *Appetite*, 140, S. 134-141.
- (EPHNA) European Public Health Nutrition Alliance und WHO (World Health Organization). (2017). Nutrition Communication in Europe. Meeting Report. Joint Meeting of the European Public Health Nutrition Alliance (EPHNA) and World Health Organization (WHO Regional Office for Europe), Denmark, [PDF] Verfügbar unter: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/375992/EPHNA-Final-Meeting-Report.pdf [Zugriff: 20.09.2020].
- Faith, M. S., Scanlon, K. S., Birch, L. L., Francis, L. A. und Sherry, B. (2004a). Parent-child feeding strategies and their relationships to child eating and weight status. *Obesity Research*, 12, S. 1711–1722.
- Faith, M. S., Berkowitz, R. I., Stallings, V. A., Kerns, J., Storey, M., und Stunkard, A. J. (2004b). Parental Feeding Attitudes and Styles and Child Body Mass Index: Prospective Analysis of a Gene-Environment Interaction. *Pediatrics*, 114(4), S. e429-e436.
- Fekete, C und Weyers, S. (2016). Soziale Ungleichheit im Ernährungsverhalten. Befundlage, Ursachen und Interventionen. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 59, S. 197-205.

- Ferdous, H. S., Vetere, F., Hilary, D., Ploderer, B., O'Hara, K., Comber, R. et al. (2017). Celebratory technology to orchestrate the sharing of devices and stories during family mealtimes. In: The Association of Computing Machinery (Hrsg.) *CHI '17: Proceedings of the 2017 CHI Conference on Human Factors in Computing Systems*, New York: S. 6960-6972.
- Ferraro, A. A. (2019). Anxious mothers need support to avoid emotional feeding of infants. *The Journal of Nutrition*, 149(5), S. 703-704.
- Fildes, A., van Jaarsveld, C. H. M., Llewellyn, C., Wardle, J. und Fisher, A. (2015). Parental Control Over Feeding in Infancy. Influence of Infant Weight, Appetite and Feeding Method. *Appetite*, 91, S. 101-106.
- Finnane, J.M., Jansen, E., Mallan, K. M. und Daniels, L. A. (2017). Mealtime structure and responsive feeding practices are associated with less food fussiness and more food enjoyment in children. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 49, S. 11-18.
- Fisher, J. O., Mitchell, D. C., Smiciklas-Wright, H. und Birch, L. L. (2002). Parental influences on young girls' fruit and vegetable, micronutrient, and fat intakes. *Journal of the American Dietetic Association*, 102(1), S. 58-64.
- Fischer, J. O. und Birch, L. L. (2002). Eating in the absence of hunger and overweight in girls from 5 to 7 y of age. *American Journal of Clinical Nutrition*, 76(1), S. 226-231.
- Flick, U. (2009). *Managing quality in qualitative Research*. Reprinted (2007), London, Thousand Oaks, New Delhi, Singapore: SAGE Publications.
- Flick, U. (2012). *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. 5. Aufl., vollständig überarbeitete und erweiterte Neuauflage 2007; Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Foodwatch. (2017). Alete erhält den Goldenen Windbeutel 2017 – Verbraucher wählen zuckrigen Babykeks zur Werbelüge des Jahres – Protestaktion heute am Firmensitz bei Frankfurt. Pressemitteilung, [online] Verfügbar unter: <https://www.foodwatch.org/de/pressemitteilungen/2017/alete-erhaelt-den-goldenen-windbeutel-2017-verbraucher-waehlen-zuckrigen-babykeks-zur-werbeluege-des-jahres-protestaktion-heute-am-firmensitz-bei-frankfurt/> [Zugriff: 22.12.2020].
- Foodwatch. (2019). Marktstudie: Klöckners süße Versprechen, [online] Verfügbar unter: https://www.foodwatch.org/fileadmin/-DE/Themen/Kinderernaehrung/Marktstudie_Kinderlebensmittel.pdf [Zugriff: 22.12.2020].
- Forestell, C. A. (2017). Flavor Perception and Preference Development in Human Infants. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 70(Suppl. 3), S. 17-25.
- Foterek K. (2016). *Complementary feeding practice during infancy and its relevance for dietary behaviour in infancy and childhood*. Dissertation, Ernährungs- und Lebensmittelwissenschaften, [online] Verfügbar unter: <https://bonndoc.ulb.uni-bonn.de/xmlui/handle/20.500.11811/6616> [Zugriff: 19.12.2020].

- Fruh, S. M., Mulekar, M. S., Hall, H. R., Adams, J. R., Lemley, T., Evans, B. et al. (2013). Meal-Planning Practices with Individuals in Health Disparity Zip Codes. *Journal for Nurse Practitioners*, 9(6), S. 344-349.
- Fulkerson, J. A., Story, M., Mellin, A., Leffert, N., Neumark-Sztainer, D. und French, S. A. (2006). Family Dinner Meal Frequency and Adolescent Development: Relationships with Developmental Assets and High-Risk Behaviors. *Journal of Adolescent Health*, 39(3), S. 337-345.
- Fulkerson, J. A., Farbakhsh, K., Lytle, L., Hearst, M. O., Dengel, D. R., Pasch, K. E. et al. (2011). Away-from-home family dinner sources and associations with weight status, body composition, and related biomarkers of chronic disease among adolescents and their parents. *Journal of the American Dietetic Association*, 111(12), S. 1892-1897.
- Fulkerson, J. A., Larson, N., Horning, M. und Neumark-Sztainer, D. (2014a). A review of associations between family or shared meal frequency and dietary and weight status outcomes across the lifespan. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 46(1), S. 2-19.
- Fulkerson, J. A., Loth, K., Bruening, M., Berge, J., Eisenberg, M. E. und Neumark-Sztainer, D. (2014b). Time 2 tlk 2nite: Use of electronic media by adolescents during family meals and associations with demographic characteristics, family characteristics, and foods served. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 114(7), S. 1053-1058.
- Gable, S., Chang, Y. und Krull, J. L. (2007). Television watching and frequency of family meals are predictive of overweight onset and persistence in a national sample of school-aged children. *Journal of the American Dietetic Association*, 107(1), S. 53-61.
- Gahagan, S. (2012). The Development of Eating Behavior - Biology and Context. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 33(3), S. 261-271.
- (GBA) Gemeinsamer Bundesausschuss. (2017). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (Kinder-Richtlinie) [PDF] Verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1537/RL_Kinder_2017-10-19_iK-2018-03-16.pdf [Zugriff: 25.10.2018].
- GBD 2017 Diet Collaborators (2019). Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990–2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 393(10184), S. 1958-1972.
- (GBE Bund) Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (2015). Inanspruchnahme geburtshilflicher Leistungen [Gesundheit in Deutschland, 2015], [online]. Verfügbar unter: http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=25390 [Zugriff: 07.01.2020].
- Geddes, D. T. (2007). Inside the lactating breast: The latest anatomy research. *Journal of Midwifery and Womens Health*, 52(6), S. 556-563.
- Geene, R. (2015). Familie als Setting der Gesundheitsförderung. (online) Verfügbar unter: <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/service/meldungen/familie-als-setting-der-gesundheitsfoerderung/> [Zugriff: 31.03.2020].

- Geene, R. (2018). Gesundheitsförderung und Familien – Familiäre Gesundheitsförderung. In: BZgA (Hrsg.) *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung* (online) Verfügbar unter: <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitsfoerderung-und-familien-familiaere-gesundheitsfoerderung/> [Zugriff: 31.03.2020].
- Gesund ins Leben. (2019). *Wird mein Baby beim Stillen satt? Fakten, die Müttern mehr Sicherheit beim Stillen geben*. [online] Verfügbar unter: <https://www.gesund-ins-leben.de/netzwerk-gesund-ins-leben/aktuelle-meldungen/meldungen-2020/wird-mein-baby-beim-stillen-satt/> [Zugriff: 24.04.2020].
- Gesund ins Leben. (2020). *Reif für die Beikost*. [online] Verfügbar unter: <https://www.gesund-ins-leben.de/inhalt/brei-fahrplan-29435.html> [Zugriff: 24.04.2020].
- Gesundheit Berlin-Brandenburg (Hrsg.). (2014). *Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für kommunale Prävention und Gesundheitsförderung*, 4. aktual. Auflage. [PDF] Verfügbar unter: <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/gesundheitsfoerderung-im-quartier/aktiv-werden-fuer-gesundheit-arbeitshilfen/> [Zugriff: 31.03.2020].
- Geyer, S. (2016). Soziale Ungleichheiten beim Auftreten chronischer Krankheiten. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 59, S. 181-187.
- Giammattei, J., Blix, G., Marshak, H. H., Wollitzer, A. O. und Pettitt, D. J. (2003). Television watching and soft drink consumption: Associations with obesity in 11- To 13-year-old schoolchildren. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 157(9), S. 882-886.
- Gibson E. J. (1988). Exploratory behavior in the development of perceiving, acting and the acquiring of knowledge. In: Rosenzweig M. R. und Porter L. W. (Hrsg.) *Annual review of psychology*, Bd 39, 0066-4308. Annual Reviews, Palo Alto, CA, S. 1-41.
- Gillman, M. W., Rifas-Shiman, S. L., Frazier A. L., Rockett, H. R., Camargo Jr, C. A., Field, A. E. et al. (2009). Family dinner and diet quality among older children and adolescents. *Archives of Family Medicine*, 9(3), S. 235-240.
- Gittelsohn, J. und Lee, K. (2013). Integrating educational, environmental, and behavioral economic strategies may improve the effectiveness of obesity interventions. *Applied Economic Perspectives and Policy*, 35(1), S. 52-68.
- GKV-Bündnis für Gesundheit. (n.d.). Kommunales Förderprogramm des GKV-Bündnisses für Gesundheit für die Förderung zielgruppenspezifischer Interventionen in der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention. Öffentliche Bekanntmachung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). [PDF] Verfügbar unter: <https://www.gkv-buendnis.de/foerderprogramm/zielgruppenspezifische-interventionen/> [Zugriff: 19.12.2020].
- GKV-Spitzenverband. (2018). *Leitfaden Prävention – Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V*. [PDF] Verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Leitfaden_Pravention_2018_barrierefrei.pdf [Zugriff: 26.09.2019].

- GKV-Spitzenverband et al. (2020). Gemeinsames Rundschreiben vom 06./07.12.2017 in der Fassung vom 03.12.2020 zu den Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft. [PDF] Verfügbar unter: https://www.gkv-datenaustausch.de/media/dokumente/arbeitgeber/eel/gem_rs_mug/2020_12_03_NS_FLB_TOP_01_24c24iSGBV_GR_zu_den_Leistungen_bei_Schwangerschaft_u_Mutterschaft_An13.pdf [Zugriff: 19.12.2020]
- Gläser, J. und Laudel, G. (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse*. 4. Auflage, VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Godemann, J. und Bartelmeß, T. (2017). Ernährungskommunikation und Nachhaltigkeit. Perspektiven eines Forschungsfeldes. *Ernährungs Umschau*, 64(12), S. M692-M698.
- Greaves, C. J., Sheppard, K. E., Abraham, C., Hardeman, W., Roden, M., Evans, P. H. et al. (2011) Systematic review of reviews of intervention components associated with increased effectiveness in dietary and physical activity interventions. *BMC Public Health*, [online] 11, Nr. 119. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-119> [Zugriff: 26.09.2019].
- Gwozdz, W. (2014). Obesity, sustainability, and public health. In: Reisch, L. A. und Thøgersen, J. (Hrsg.) *Handbook of Research on Sustainable Consumption*, 1. Auflage, Cheltenham: Edward Elgar Publishing, S. 224-242.
- Goldberg, M. E., Gorn, G. J. und Gibson, W. (1978). TV Messages for Snack and Breakfast Foods: Do They Influence Children's Preferences? *Journal of Consumer Research*, 5(2), S. 73-81.
- Gutknecht, D. (2010). *Professionelle Responsivität. Ein hochschulbezogenes Ausbildungskonzept für den frühpädagogischen Arbeitskontext U3: Kinder unter drei Jahren und ihre Familien*. Dissertation, PH Heidelberg.
- Haapalahti, M., Mykkanen, H., Tikkanen, S. und Kokkonen, J. (2003). Meal patterns and food use in 10- to 11-year-old Finnish children. *Public Health Nutrition*, 6(4), S. 365-370.
- Halliday, J. A., Palma, C. L., Mellor, D., Green, J. und Renzaho, A. M. N. (2014). The Relationship between Family Functioning and Child and Adolescent Overweight and Obesity: A Systematic Review. *International Journal of Obesity*, 38(4), S. 480-493.
- Hamilton, S. K. und Hamilton Wilson, J. (2009). Family Mealtimes: Worth the Effort? *Childhood Obesity and Nutrition*, 1(6), S. 346-350.
- Hammons, A. J. und Fiese, B. H. (2011). Is frequency of shared family meals related to the nutritional health of children and adolescents? *Pediatrics*, 127(6), S. e1565-e1574.
- Hanson, A. J., Kattelman, K. K., McCormack, L. A., Zhou, W., Brown, O. N., Horacek, T. M. et al. (2019). Cooking and Meal Planning as Predictors of Fruit and Vegetable Intake and BMI in First-Year College Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, [online] 16(14), Nr. 2462. Verfügbar unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6679210/> [Zugriff: 16.03.2020].
- Harper, L. V. und Sanders, K. M. (1975). The effect of adults' eating on young children's acceptance of unfamiliar foods. *Journal of Experimental Child Psychology*, 20(2), S. 206-214.

- Hahn, M. und Sander, E. (2012). Kompetenzprofil Familienhebammen. Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.) [PDF] Verfügbar unter: https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/downloads/Kompetenzprofil.pdf [Zugriff: 20.05.2020].
- Hahn, M. und Sander, E. (2014). Kompetenzprofil Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger in den Frühen Hilfen. Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.) [PDF] Verfügbar unter: <https://www.bzga.de/infomaterialien/fruehe-hilfen/qualifizierung-von-fachkraeften/kompetenzprofil-familien-gesundheits-und-kinderkrankenpflegerinnen-und-pfleger-in-den-fruehen-hilf/> [Zugriff: 20.05.2020].
- Harbron, J., Booley, S., Najaar, B. und Day, C. E. (2013). Responsive feeding: establishing healthy eating behaviour early on in life. *South African Journal of Clinical Nutrition*, 26(3), S. S141-S149.
- Hatt, H. (2006). Geschmack. In: Schmidt, R. F. und Schaible, H-G. (Hrsg.) *Neuro- und Sinnesphysiologie*, 5., Auflage, Heidelberg: Springer Medizin, S. 328-339.
- Häußler, A. (2002). Wie kommt der Mensch zu seinem Ernährungsstil? Hintergründe alternativer Ernährungsformen. *Ernährungs Umschau*, 49(4), S. 128-132.
- Häußler, A. (2007). *Nachhaltige Ernährungsweisen in Familienhaushalten. Eine qualitative Studie über die Umsetzbarkeit des Ernährungsleitbilds in der Alltagspraxis*. Dissertation, Justus-Liebig-Universität Gießen.
- Hausner, H., Nicklaus, S., Issanchou, S., Mølgaard, C. und Møller, P. (2010). Breastfeeding facilitates acceptance of a novel dietary flavour compound. *Clinical Nutrition*, 29(1), S. 141-148.
- Havermans, R. C. und Jansen, A. (2007). Increasing children's liking of vegetables through flavour-flavour learning. *Appetite*, 48, S. 259-262.
- Hebden, L. A., King, L., Grunseit, A., Kelly, B. und Chapman, K. (2011). Advertising of Fast Food to Children on Australian Television: The Impact of Industry Self-Regulation. *Medical Journal of Australia*, 195(1), S. 20-24.
- Helferich, C. (2011). *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. 4. Auflage, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Herrick, K. A., Fryar, C. D., Hamner, H. C., Park, S. und Ogden, C. L. (2020). Added Sugars Intake among US Infants and Toddlers. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 120(1), S. 23-32.
- Hilbig, A., Alexy, U., Drossard, C. und Kersting, M. (2011). GRETA: Ernährung von Kleinkindern in Deutschland. German Representative Study of Toddler Alimentation. *Aktuelle Ernährungsmedizin*, 36(04), S. 224-231.
- Hilbig, A., Lentze, M. und Kersting, M. (2012). Einführung und Zusammensetzung der Beikost. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 160, S. 1089-1095.
- Hill D. L. und Mistretta C. M. (1990). Developmental neurobiology of salt taste sensation. *Trends in Neurosciences*, 13(5), S. 188-195.

- Hobbs, A. J., Mannion, C. A., McDonald, S. W., Brockway, M., und Tough, S. C. (2016). The impact of caesarean section on breastfeeding initiation, duration and difficulties in the first four months postpartum. *BMC Pregnancy and Childbirth*, [online] 16, Nr.: 90. Verfügbar unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4847344/> [Zugriff: 09.01.2021].
- Hodder, R. K., O'Brien, K. M., Tzelepis, F., Wyse, R. J. und Wolfenden L. (2020). Interventions for increasing fruit and vegetable consumption in children aged five years and under. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, [online] Abrufbar unter: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008552.pub7> [Zugriff: 22.09.2020].
- Hopf, C. (1978). Die Pseudo-Exploration – Überlegungen zur Technik qualitativer Interviews in der Sozialforschung. In: *ZfS* 7, 2, S. 97-115.
- Horning, M. L., Fulkerson, J. A., Friend, S. E. und Neumark-Sztainer, D. (2016). Associations between nine family dinner frequency measures and child weight, dietary and psychosocial outcomes. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 116(6), S. 991-999.
- Horta, B. L. und Victora, C. G. (2013). *Long-term effects of breastfeeding. A systematic review*. Geneva: World Health Organisation (Hrsg.). [PDF] Verfügbar unter: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/79198/9789241505307_eng.pdf;jsessionid=206342D2B3D415DC78D25554986808E6?sequence=1 [Zugriff: 19.12.2020].
- Hurley, K. M., Cross, M. B. und Hughes S. O. (2011). A systematic review of responsive feeding and child obesity in high income countries. *The Journal of Nutrition*; 141(3), S. 495-501.
- IGES Institut. (2015). Hebammenversorgung in Thüringen. Gutachten zur Versorgungs- und Bedarfssituation mit Hebammenleistungen sowie über die Einkommens- und Arbeitssituation von Hebammen in Thüringen. Endbericht für das Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie. [PDF] Verfügbar unter: https://www.tmasgff.de/fileadmin/user_upload/Gesundheit/Dateien/Familie_und_Geburt/gutachten_hebammenversorgung_in_thueringen.pdf [Zugriff: 09.01.2021].
- IGES Institut. (2019). Stationäre Hebammenversorgung. Gutachten für das Bundesministerium für Gesundheit. [PDF] Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/stationaere_Hebammenversorgung_IGES-Gutachten.pdf [Zugriff: 15.05.2020]
- Jacobs, M. P. und Fiese, B. H. (2007). Family Mealtime Interactions and Overweight Children with Asthma: Potential for Compounded Risks? *Journal of Pediatric Psychology*, 32(1), S. 64-68.
- Jalo, E., Konttinen, H., Vepsäläinen, H., Chaput, J.-P., Hu, G., Maher, C. et al. (2019). Emotional Eating, Health Behaviours, and Obesity in Children: A 12-Country Cross-Sectional Study. *Nutrients*, [online] 11(2), Nr. 351. Verfügbar unter: <https://www.mdpi.com/2072-6643/11/2/351> [Zugriff: 25.03.2020].
- Jansen, E., Williams, K. E., Mallan, K. M., Nicholson, J. M. und Daniels, L. A. (2016). The Feeding Practices and Structure Questionnaire (FPSQ-28): A parsimonious version validated for longitudinal use from 2-5 years, *Appetite*, 100, S. 172-180.

- Jansen, P. W., Derks, I. P. M., Batenburg, A., Jaddoe, V. W. V., Franco, O. H., Verhulst, F. C. et al. (2019). Using food to soothe in infancy is prospectively associated with childhood BMI in a population-based cohort. *Journal of Nutrition*, 149(5), S. 788-794.
- Jenkins, D. J. A., Boucher, B. A., Ashbury, F. D., Sloan, M., Brown, P., El-Sohemy, A. et al. (2017). Effect of Current Dietary Recommendations on Weight Loss and Cardiovascular Risk Factors. *Journal of the American College of Cardiology*, 69(9), S. 1103-1112.
- Johnson, S. L., McPhee, L. und Birch, L. L. (1991). Conditioned Preferences: Young Children Prefer Flavors Associated With High Dietary Fat. *Physiology and Behavior*, 50(6), S. 1245-1251.
- Jordan, S. und von der Lippe, E. (2013). Teilnahme an verhaltenspräventiven Maßnahmen. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt*, 56, S. 878-884.
- Kallus, K. W. (2016). *Erstellung von Fragebogen*. 2., aktualisierte und überarbeitete Auflage. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- Kasper, N., Ball, S. C., Halverson, K., Miller, A. L., Appugliese, D., Lumeng, J. C. et al. (2019). Deconstructing the family meal: Are characteristics of the mealtime environment associated With the healthfulness of meals served? *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 119(8), S. 1296–1304.
- Kehski-Rakonen, A., Kaprio, J., Rissanen, A., Virkkunen, M. und Rose, R. J. (2003). Breakfast skipping and health-compromising behaviors in adolescents and adults. *European Journal of Clinical Nutrition*, 57(7), S. 842-53.
- Keller, M., Saugstad, O., van Steenbrugge, G., Mader, S., Thiele, N. und European Foundation for the Care of Newborn Infants (Hrsg). (2011). *Caring for Tomorrow. EFCNI White Paper on Maternal and Newborn Health and Aftercare Services*. München 2011.
- Kent, J. C., Mitoulas, L. R., Cregan, M. D., Ramsay, D. T., Doherty, D. A. und Hartmann, P. E. (2006). Volume and Frequency of Breastfeedings and Fat Content of Breast Milk Throughout the Day. *Pediatrics*, 117(3), S. 387-395.
- Kent, J. C., Prime, D. K. und Garbin, C. P. (2012). Principles for maintaining or increasing breast milk production. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 41(1), S. 114-121.
- Kent, J. C., Hepworth, A. R., Sherriff, J. L., Cox, D. B., Mitoulas, L. R. und Hartmann, P. E. (2013). Longitudinal Changes in Breastfeeding Patterns from 1 to 6 months of Lactation. *Breastfeeding Medicine*, 8(4), S. 401-407.
- Kern, D. L., McPhee, L., Fisher, J., Johnson, S. und Birch, L. L. (1993). The postingestive consequences of fat condition preferences for flavors associated with high dietary fat. *Physiology and Behavior*, 54(1), S. 71-76.
- Klesges, R. C., Coates, T. J., Brown, G., Sturgeon-Tillisch, J., Moldenhauer-Klesges, L. M., Holzer, B. et al. (1983). Parental influences on children's eating behavior and relative weight. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 16(4), S. 371-378.

- Kime N. (2008). Childrens eating behaviours. The importance of the family setting. *Area*, 40(3), S. 315-322.
- Kindergesundheit-info. (2018). Essen wie die „Großen“ – Familienkost. [online] Verfügbar unter: <https://www.kindergesundheit-info.de/themen/ernaehrung/0-12-monate/familienkost/> [Zugriff: 20.04.2020].
- Kindergesundheit-info. (2019). Getränke im ersten Lebensjahr. [online] <https://www.kindergesundheit-info.de/themen/ernaehrung/0-12-monate/getraenke/> [Zugriff: 19.12.2020].
- Kindler, H. und Sann, A. (2007): Frühe Hilfen zur Prävention von Kindeswohlgefährdung. In: Bundesarbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendschutz (Hrsg.), *Kinder- und Jugendschutz in Wissenschaft und Praxis (Jahrgang 2007-2009)*, H. 2, S. 42-45.
- Kitzman-Ulrich, H., Wilson, D. K., St George, S. M., Lawman, H., Segal, M. und Fairchild, A. (2010). The Integration of a Family Systems Approach for Understanding Youth Obesity, Physical Activity, and Dietary Programs. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 13(3), S. 231-253.
- Klunder, N. und Meier-Gräwe U. (2017). Essalltag und Arbeitsteilung von Eltern in Paarbeziehungen. Eine Analyse auf Basis der repräsentativen Zeitverwendungsdaten 2012/13 und 2001/02. *Zeitschrift für Familienforschung*; 29(2), S. 179-201.
- Köster, H. (2004). Beobachtung und Unterstützung der Anpassungsvorgänge während des Wochenbetts der Mutter. In: Bund Deutscher Hebammen (Hrsg.) *Das Neugeborene in der Hebammenpraxis*. Stuttgart: Hippokrates Verlag, S. 170-204.
- Koletzko, B. und Toschke, A. M. (2010). Meal patterns and frequencies: Do they affect body weight in children and adolescents? *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*, 50(2), S. 100-105.
- Koletzko, B., Brönstrup, A., Cremer, M., Flothkötter, M., Hellmers, C., Kersting, M. et al. (2010). Säuglingsernährung und Ernährung der stillenden Mutter. Handlungsempfehlungen – Ein Konsensuspapier im Auftrag des bundesweiten Netzwerk Junge Familie. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 158, S.679-689.
- Koletzko, B., Armbruster, M., Bauer, C-P., Bös, K., Cierpka, M., Cremer, M. et al. (2013). Ernährung und Bewegung im Kleinkindalter. Handlungsempfehlungen des Netzwerks „Gesund ins Leben – Netzwerk Junge Familie“. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 161(12), S. 1187-1200.
- Koletzko, B., Bauer, C. P., Cierpka, M., Cremer, M., Flothkötter, M., Graf, C. et al. (2016). Ernährung und Bewegung von Säuglingen und stillenden Frauen. Aktualisierte Handlungsempfehlungen von „Gesund ins Leben – Netzwerk Junge Familie“, eine Initiative von IN FORM. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 164(9), S. 765-789.
- Koletzko, S. und Lentze, L. (2019). Physiologie des Verdauungstraktes im Kindesalter. In: von Schweinitz, D. und Ure, B. (Hrsg.) *Kinderchirurgie. Viszerale und allgemeine Chirurgie des Kindesalters*. 3. Aufl., Springer, S. 11-16.

- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (Hrsg.) (2017). Kriterien für gute Praxis der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit. [PDF] Verfügbar unter: <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/qualitaetsentwicklung/03-setting-ansatz/> [Zugriff: 04.03.2020].
- Kremers, S. P. J., Brug, J., de Vries, H. und Engels, R. C. M. E. (2003). Parenting Style and Adolescent Fruit Consumption. *Appetite*, 41(1), S. 43-50.
- Krohne H. W. und Hock, M. (1994). *Elterliche Erziehung und Angstentwicklung des Kindes: Untersuchungen über die Entwicklungsbedingungen von Ängstlichkeit und Angstbewältigung*. Bern: H. Huber Verlag.
- Krohne, H. W. und Hock, M. (2015). Psychologische Diagnostik. Grundlagen und Anwendungsfelder. In: Hasselhorn, M., Heuer, H. und Schneider, S. (Hrsg.) *Standards Psychologie*, 2. Überarbeitete und aktualisierte Aufl., Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Krølner, R., Rasmussen, M., Brug, J., Klepp, K.-I., Wind, M., und Due, P. (2011). Determinants of fruit and vegetable consumption among children and adolescents: a review of the literature. Part II: Qualitative Studies. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, [online] 8, S. 112. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1186/1479-5868-8-112> [Zugriff: 25.03.2020].
- Kronborg, H., Foverskov, E. und Væth, M. (2014). Breastfeeding and introduction of complementary food in Danish infants. *BMC Pediatrics*, 14, Nr. 243 [online] Verfügbar unter: <https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2431-14-243> [Zugriff: 19.12.2020].
- Krug, S., Finger, J. D., Lange, C., Richter, A. und Mensink G. B. M. (2018). Sport- und Ernährungsverhalten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring*, 3(2), S. 3-21.
- Kuckartz, U. (2016). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. 3., überarbeitete Auflage, Weinheim und Basel: Beltz Juventa Verlag.
- Kugler, M. (2009). Verhaltensmodifikation in der Ernährungsberatung. Ausgewählte Theorien und Modelle aus der Psychologie. *Ernährungs Umschau*, 9(1), S. 36-44.
- Kuhn, J. und Bolte, G. (2015) Epidemiologie und Sozialepidemiologie. In: BZgA (Hrsg.) *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention, Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. [EBook] Verfügbar unter: https://www.leitbegriffe.bzga.de/fileadmin/user_upload/leitbegriffe/e-Books/E-Book_Leitbegriffe_2018_08.pdf [Zugriff: 03.03.2020].
- Kurth, B.-M. und Schaffrath Rosario, A. (2007). Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50, S. 736-743.
- Kurz, B. und Kubeck, D. (2015). Kursbuch Wirkung. Das Praxishandbuch für alle, die Gutes noch besser tun wollen. 3. Aufl., Berlin: PHINEO gAG.

- Lang, F. R., Martin, M. und Pinquart, M. (2012). *Entwicklungspsychologie – Erwachsenenalter*. Göttingen: Hogrefe.
- Lawrence, M. (2007). Policy and politics. In: Lawrence, M. und Worsley, T. (Hrsg.), *Public Health Nutrition. From principles to practice*. Crows Nest: Allen & Unwin, S. 450-473.
- Lawrence, M. und Robertson, A. (2007). Reference standards and guidelines. In: Lawrence, M. und Worsley, T. (Hrsg.), *Public Health Nutrition. From principles to practice*. Crows Nest: Allen & Unwin, S. 39-70.
- Lee, R. G. und Garvin, T. (2003). Moving from information transfer to information exchange in health and health care. *Social Science and Medicine*, 56(3), S. 449-464.
- Leonhäuser, I.-U. und Lehmkuhler, S. (2002). Ernährung und Armut: erste empirische Befunde. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 10, S. 21-33.
- Leonhäuser, I.-U., Meier-Gräwe, U., Möser, A., Zander, U. und Köhler J. (2009). *Essalltag in Familien. Ernährungsversorgung zwischen privatem und öffentlichem Raum*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Lewin, K. (1939). Experiments in Social Space. *Reflections*, 1(1), S. 7-13.
- Liang, T., Kuhle, S. und Veugelers, P. J. (2009). Nutrition and body weights of Canadian children watching television and eating while watching television. *Public Health Nutrition*, 12(12), S. 2457-2463.
- Liem, D. G. (2017). Infants' and Children's Salt Taste Perception and Liking: A Review. *Nutrients*, [online] 9(9), Nr. 1011. Verfügbar unter: <https://www.mdpi.com/2072-6643/9/9/1011> [Zugriff: 03.05.2020].
- Lin, J. S., O'Connor, E., Evans, C. V., Senger, C. A., Rowland, M. G. und Groom, H. C. (2014). Behavioral counseling to promote a healthy lifestyle in persons with cardiovascular risk factors: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 161(8), S. 568-78.
- Llewellyn, A., Simmonds, M., Owen, C. G. und Woolacott, N. (2016). Childhood obesity as a predictor of morbidity in adulthood: a systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, 17(1), S. 56-67.
- Lissner, L., Lanfer, A., Gwozdz, W., Olafsdottir, S., Eiben, G., Moreno, L. A. et al. (2012). Television habits in relation to overweight, diet and taste preferences in European children: the IDEFICS study. *European Journal of Epidemiology*, 27(9), S. 705-715.
- Lo, K., Cheung, C., Lee, A., Tam, W. W. S. und Keung, V. (2015). Associations between Parental Feeding Styles and Childhood Eating Habits: a survey of Hong Kong Pre-School Children. *PLoS One*, [online] 10(4), Nr. e0124753. [Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0124753> [Zugriff: 25.03.2020].
- Lobstein, T., Baur, L. und Uauy, R. (2004). Obesity in children and young people: a crisis in public health, *Obesity Reviews*, 5(S1), S. 4-85.

- Lobstein, T. und Dobb, S. (2005). Evidence of a possible link between obesogenic food advertising and child overweight. *Obesity Reviews*, 6(3), S. 203-208.
- Loss J. und Nagel E. (2009). Probleme und ethische Herausforderungen bei der bevölkerungsbezogenen Gesundheitskommunikation. *Bundesgesundheitsblatt*, 52, S.502-511.
- Loss, J. und Leitzmann, M. (2011). Ansätze zur verhältnisorientierten Adipositasprävention bei Kindern und Jugendlichen. *Bundesgesundheitsblatt*, 54, S. 281-289.
- Loth, K. A., MacLehose, R. F., Larson, N., Berge, J. M., und Neumark-Sztainer, D. (2016). Food availability, modeling and restriction: How are these different aspects of the family eating environment related to adolescent dietary intake? *Appetite*, 96, S. 80-86.
- Maccoby, E. und Martin, J. (1983). Socialization in the context of the family: parent-child interaction. In: Hetherington, E. (Hrsg) *Handbook of Child Psychology: Socialization, Personality and Social Development*. New York: Wiley, S. 1-101.
- Macht, M. (2005). Essen und Emotion. *Ernährungs Umschau*, 52(8), S. 304-308.
- Maier, A., Chabanet, C., Schaal, B., Issanchou, S. und Leathwood, P. (2007). Effects of repeated exposure on acceptance of initially disliked vegetables in on acceptance of initially 7-month old infants. *Food Quality and Preference*, 18(8), S. 1023-1032.
- Marshall, S., Golley, R. und Hendrie, G. (2011). Expanding the understanding of how parenting influences the dietary intake and weight status of children: a cross-sectional study. *Nutrition & Dietetics*. 68(2), S. 127–133.
- Martin Biggers, J., Worobey, J. und Byrd-Bredbenner, C. (2016). Interpersonal Characteristics in the Home Environment Associated with Childhood Obesity. [PDF] In: *Recent Advances in Obesity in Children*. Verfügbar unter: www.avidscience.com/wp-content/uploads/2016/05/OIC-15-03_May-06-2016.pdf [Zugriff: 25.03.2020].
- Marx, K., Meier-Gräwe, U., Lorkowski, S., Dawczynski, C. und Brombach, C. (2018). Die familiäre Essumgebung im ersten Lebensjahr. Bedarfe und Ansätze für ernährungsbezogene Maßnahmen in sozial benachteiligten Familien. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 13, S. 69-75.
- Maschkowski, G. und Büning-Fesel, M. (2010). Ernährungskommunikation in Deutschland – Definition, Risiken und Anforderungen. *Ernährungs Umschau* 57, S. 676-679.
- Maschkowski, G. (2019). *Ernährungskommunikation – alltagstauglich, salutogen und transformativ. Drei Fallstudien zu Ernährungspraxis und -umfeld von Familien*. Hochschulschriften zur Nachhaltigkeit Band 83. Oekom Verlag.
- Mayring, P. (2002). *Einführung in die Qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken*. 5. überarbeitete Aufl., Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- McKinney, E. S., James, S. R., Smith Murray, S, Nelson, K. und Ashwill, J. (2018). *Maternal-Child Nursing*, 5. Auflage, Canada: Elsevier.
- McQuail, D. und Windahl, S. (2013). *Communication models: For the study of mass communication*. 2. Aufl. 1993, London und New York: Routledge.

- Meier, U. (2000). Die Pluralisierung der Lebensformen und ihre kulturelle Ausdifferenzierung. In: Kettschau, I., Methfessel, B., und Piorkowsky, M.-B. (Hrsg.), *Familie 2000. Bildung für Familien und Haushalte zwischen Alltagskompetenz und Professionalität. Europäische Perspektiven*. Baltmannsweiler: Schneider-Verlag Hohengehren, S. 56-69.
- Meier-Gräwe, U. (2009). Zeitliche Choreographien des Essalltags von Familien in der flexibilisierten Gesellschaft. In: Heitkötter, M., Jurczyk, K., Lange, A. und Meier-Gräwe U. (Hrsg.) *Zeit für Beziehungen? Zeit und Zeitpolitik für Familien*, Opladen und Farmington Hills: Barbara Budrich Verlag, S. 187-213.
- Meier-Gräwe, U. (2010). Der familiäre Essalltag als wirkungsmächtiger Produktionszusammenhang von Gesundheit. Eine Kontrastierung milieuspezifischer Ernährungsversorgungsstile. In: Ohlbrecht, H., Schönberger C. (Hrsg.), *Gesundheit als Familienaufgabe: Zum Verhältnis von Autonomie und staatlicher Intervention*. Weinheim/München: Juventa, S. 212-226.
- Meier-Gräwe, U. 2013. Zusammenarbeit der Partner vor Ort: Vernetzungs- und Sozialraumorientierung. In: Correll, L. und Lepperhoff, J. (Hrsg.) Kompetenzteam Wissenschaft des Bundesprogramms „Elternchance ist Kinderchance“ *Frühe Bildung in der Familie*. Perspektiven der Familienbildung. Weinheim und Basel 2013, S. 130-144.
- Meier-Gräwe, U. und Wagenknecht, I. (2011). Kosten und Nutzen Früher Hilfen. Eine Kosten-Nutzen-Analyse im Projekt „Guter Start ins Kinderleben“. In: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) (Hrsg.), *Materialien zu Frühen Hilfen, Expertise Heft 4*, Köln.
- Meier-Ploeger, A. und Wissenschaftlicher Beirat „Verbraucher und Ernährungspolitik“ beim BMVEL. (2005). Grundsatzpapier Ernährungspolitik des Wissenschaftlichen Beirats „Verbraucher- und Ernährungspolitik“ beim BMVEL. Witzhausen/ Berlin.
- Mellin, A. E., Neumark-Sztainer, D., Story, M., Ireland, M. und Resnick, M. D. (2002). Unhealthy Behaviors and Psychosocial Difficulties Among Overweight Adolescents: The Potential Impact of Familial Factors. *Journal of Adolescent Health*, 31(2), S. 145-153.
- Mendelson, B. K., White, D. R. und Schliecker, E. (1995). Adolescents' Weight, Sex, and Family Functioning. *International Journal of Eating Disorders*, 17(1), S. 73-79.
- Mennella, J. A. (2014). Ontogeny of taste preferences: basic biology and implications for health. *American Journal of Clinical Nutrition*, 99(3), S. 704S-11S.
- Mennella, J. A., Jagnow, C. P. und Beauchamp, G. K. (2001). Prenatal and postnatal flavor learning by human infants. *Pediatrics*, [online] 107(6), E88-E93. Verfügbar unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1351272/> [Zugriff: 05.05.2020].
- Mennella, J. A., Forestell, C. A., Morgan, L. K. und Beauchamp, G. K. (2009). Early milk feeding influences taste acceptance and liking during infancy. *American Journal of Clinical Nutrition*, 90(3), S. 780S-8S.
- Mennella, J. A., Daniels, L. M. und Reiter, A. R. (2017). Learning to like vegetables during breastfeeding: a randomized clinical trial of lactating mothers and infants. *American Journal of Clinical Nutrition*, 106(1), S. 67-76.

- Mensink, G. B. M., Thamm, M. und Haas, K. (1999). Die Ernährung in Deutschland 1998. *Gesundheitswesen* 61(S2), S.200-206.
- Mensink, G. B. M., Hesecker, H., Richter, A., Stahl, A., Vohmann, C, Fischer, J. et al. (2007). *Ernährungsstudie als KiGGS-Modul (EskiMo) Forschungsbericht*. [PDF] Verfügbar unter: <https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/552/29R1BsXR8XBc.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [Zugriff: 19.12.2020].
- Mensink, G. B. M., Kleiser, C. und Richter, A. (2007b). Lebensmittelverzehr bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50, S. 609-623.
- Mensink, G. B. M., Truthmann, J., Rabenberg, M., Heidemann, C., Haftenberger, M., Schienkiewitz, A. et al. (2013). Obst- und Gemüsekonsum in Deutschland – Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt*, 56(5/6), S. 779-785.
- Merton, R. K., Fiske, M. und Kendall, P. L. (1956). *The Focused Interview. A Manual of Problems and Procedures*. Glencoe, IL: Free Press.
- Methfessel, B. (2006). Information – Belehrung – Begleitung. Ernährungskommunikation in Bildung und Beratung In: Eva Barlösius und Regine Rehaag (Hrsg.), *Skandal oder Kontinuität. Anforderungen an eine öffentliche Ernährungskommunikation*. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, S. 51-60.
- Methfessel, B. (2020). Maslows Bedürfnistheorie und ihre Bedeutung für die Fachdidaktik. *HiBiFo – Haushalt in Bildung & Forschung* [online], S. 69-86. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.3224/hibifo.v9i1.05> [Zugriff: 12.05.2020].
- Milio, N. (1981). *Promoting health through public policy*. Philadelphia: F. A. Davis.
- Miller, I. W., Ryan, C. E., Keitner, G. I., Bishop, D. S. und Epstein, N. B. (2000). The McMaster approach to families: theory, assessment, treatment and research. *Journal of Family Therapy*, 22(2), S. 168-189.
- Mistretta, C. M. und Bradley, R. M. (1975). Taste and swallowing in utero. *British Medical Bulletin*, 31(1), S. 80-84.
- Moens, E., Braet, C., Bosmans, G. und Rosseel, Y. (2009). Unfavourable family characteristics and their associations with childhood obesity: A cross-sectional study. *European Eating Disorders Review*, 17(4), S. 315-323.
- Morgan, M. (2016). *Erziehungspartnerschaft und Erziehungsdivergenzen. Die Bedeutung divergierender Konzepte von Erzieherinnen und Migrantenern. Dissertation: Julius Maximilian Universität München 2015*. Wiesbaden: Springer VS.
- Moser, C., Schoenebeck, S. Y. und Reinecke, K. 2016. Technology at the Table: Attitudes About Mobile Phone Use at Mealtimes. In: The Association for Computing Machinery (Hrsg.) *Proceedings of the 2016 CHI Conference on Human Factors in Computing Systems (CHI '16)*, New York: S. 1881-1892.
- Mosli, R. H., Miller, A. L., Peterson, K. E. und Lumeng, J. C. (2016). Sibling Feeding Behavior: Mothers as Role Models During Mealtimes. *Appetite*, 96, S. 617-620.

- Neifert, M. R. (2001). Prevention of breastfeeding tragedies. *Pediatric Clinics of North America*, 48(2), S. 273-297.
- Neumark-Sztainer, D. (2006). Eating among teens: do family mealtimes make a difference for adolescents' nutrition? *New Directions for Child and Adolescent Development*, 111, S. 91-105.
- Neumark-Sztainer, D., Story, M., Resnick, M. D. und Blum, R. W. (1996). Correlates of Inadequate Fruit and Vegetable Consumption Among Adolescents. *Preventive Medicine*, 25 (5), S. 497-505.
- Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Story, M. und Fulkerson, J. A. (2004). Are family meal patterns associated with disordered eating behaviors among adolescents? *Journal of Adolescent Health*, 35(5), S. 350-359.
- Neville, L., Thomas, M. und Bauman, A. (2005). Food Advertising on Australian Television: The Extent of Children's Exposure. *Health Promotion International*, 20(2), S. 105-112.
- Niermann, C. Y. N., Gerards, S. M. P. L. und Kremers, S. P. J. (2018). Conceptualizing Family Influences on Children's Energy Balance-Related Behaviors: Levels of Interacting Family Environmental Subsystems (The LIFES Framework). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, [online] 15(12), Nr. 2714. Verfügbar unter: <https://www.mdpi.com/1660-4601/15/12/2714> [Zugriff: 20.03.2020].
- Ogden, J. (2019). Eating behaviour. In: Llewellyn, C., Ayers, S., McManus, C. et al (Hrsg.) *The Cambridge handbook of psychology, health and medicine*. 3. Aufl. Großbritannien: Cambridge University Press, S. 51-55.
- Ogden, J., Reynolds, R., und Smith, A. (2006). Expanding the concept of parental control: a role for overt and covert control in children's snacking behaviour. *Appetite*, 47(1), S. 100-106.
- Ogilvie, D. und Hamlet, N. (2005). Obesity: the elephant in the corner. *British Medical Journal*, 331, S.1545-1548.
- Ohrem, S., Häußler, A. und Meier-Gräwe, U. (2013). Von der Nationalökonomie zur Care-Ökonomie - Geschlechtergerechte Arbeitsteilung und ihre Bedeutung für nachhaltige Wirtschaftskonzepte. In: Marianne Heimbach-Steins (Hrsg.), *Jahrbuch für Christliche Sozialwissenschaften*, 54, S. 227-248.
- Okiyama, A. und Beauchamp, G. K. (1998) Taste dimensions of monosodium glutamate (MSG) in a food system: role of glutamate in young American subjects. *Physiology & Behavior*, 65(1), S. 177-181.
- Ökotest. (2019). Babykekse im Test: So gesund sind Kekse für Kleinkinder, [online] Verfügbar unter: https://www.oekotest.de/essen-trinken/Babykekse-im-Test-So-gesund-sind-Kekse-fuer-Kleinkinder_111619_1.html [Zugriff: 22.12.2020].
- Olivera, S. A., Ellison, R. C., Moore, L. L., Gillman, M. W., Garrahe, E. J. und Singer, M.R. (1992). Parent-child relationships in nutrient intake: the Framingham Children's Study. *American Journal of Clinical Nutrition*, 56, S. 593-598.
- Ozcetin, M., Yilmaz, R., Erkorkmaz, Ü. und Esmeray, H. (2010). Reliability and validity study of parental feeding style questionnaire. *Turkish Archives of Pediatrics*, 45, S. 124-131. Verfügbar unter: https://www.journalagent.com/tpa/pdfs/TPA_45_2_124_131.pdf [Zugriff: 19.12.2020].

- Özer, E. (2018). Gesunde Ernährung - auch mit wenig Geld möglich? NDR: Panorama 3 [Archiv online] Verfügbar unter: <https://www.ndr.de/fernsehen/sendungen/panorama3/Gesunde-Ernaehrung-auch-mit-wenig-Geld-moeglich,essensversuch100.html> [Zugriff: 19.12.2020].
- Pan, L., Li, R., Park, S., Galuska, D. A., Sherry, B. und Freedman, D. S. (2014). A longitudinal analysis of sugar-sweetened beverage intake during infancy and obesity at six years old. *Pediatrics*, 34(Suppl 1), S. S29-S35.
- Pearce, J., Taylor, M. A. und Langley-Evans, S. C. (2013). Timing of the introduction of complementary feeding and risk of childhood obesity: a systematic review. *International Journal of Obesity (Lond)*; 37(10), S. 1295-1306.
- Pearson, N., Biddle, S. J. und Gorely, T. (2009). Family correlates of fruit and vegetable consumption in children and adolescents: a systematic review. *Public Health Nutrition*, 12(02), S. 267-283.
- Peta. (2006). Vegane Kinder: Gesund und Glücklich. [online] Verfügbar unter: <https://www.peta.de/veganekinder> [Zugriff: 19.12.2020].
- Peta. (n.d.). Vegane Ernährung für Kinder: Wie geht es richtig? [online] Verfügbar unter: <https://www.peta.de/veggiekinder> [Zugriff: 19.12.2020].
- Pinquart, M. (2014). Associations of General Parenting and Parent–Child Relationship With Pediatric Obesity: A Meta-Analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, 39(4), S. 381-393.
- Pliner, P. und Salvy, S. J. (2006). Food Neophobia in Humans In: Shepherd, R. und Raats, M. (Hrsg.), *The psychology of food choice. Frontiers in Nutritional Science, No. 3*, Wallingford, Cambridge: CABI, S. 75-92.
- Pluymen, L. P. M., Wijga, A. H., Gehring, U., Koppelman, G. H., Smit, H. A. und van Rossem, L. (2018). Early introduction of complementary foods and childhood overweight in breastfed and formula-fed infants in the Netherlands: the PIAMA birth cohort study. *European Journal of Nutrition*, 57(5), S. 1985-1993.
- Porst, R. (2009). Fragebogen. Ein Arbeitsbuch. 2. Auflage In: Sahner, H., Bayer, M. und Sackmann, R. (Hrsg.), *Studienskripten zur Soziologie*. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Prell, C. und Koletzko, B. (2016). Stillen und Beikost. Empfehlungen für die Säuglingsernährung. *Deutsches Ärzteblatt Int*; 113(25), S. 435-44.
- Pridham, K. F. (1990). Feeding behavior of 6- to 12-month-old infants: assessment and sources of parental information. *The Journal of pediatrics*, 117(2 Pt 2), S. 174-180.
- Przyborski, A. und Wohlrab-Sahr, M. (2010). *Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch*. 3., korrigierte Auflage. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag.
- Pudel, V. (2009). Ernährung und Gesundheit – Informations- oder Verhaltensdefizit? *Ernährungsumschau*, 56(1), S. 34–35.
- Pudel, V. und Westenhöfer, J. (1998). *Ernährungspsychologie: Eine Einführung*. 2., überarbeitete und erweiterte Aufl., Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe - Verlag für Psychologie.

- Rasmussen, M., Krølner, R., Klepp, K.-I., Lytle, L., Brug, J., Bere, E. et al. (2006). Determinants of fruit and vegetable consumption among children and adolescents: a review of the literature. Part I: Quantitative studies. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, [online] 3, Nr. 22. Verfügbar unter: <https://ijbnpa.biomedcentral.com/articles/10.1186/1479-5868-3-22> [Zugriff: 30.03.2020].
- Rehaag, R. und Waskow, F. (2006). Rahmenbedingungen von Ernährungskommunikation In: Eva Barlösius und Regine Rehaag (Hrsg.), *Skandal oder Kontinuität. Anforderungen an eine öffentliche Ernährungskommunikation*. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, S. 21-37.
- Reichert, J. (2000). Zur Gültigkeit von Qualitativer Sozialforschung. *Forum Qualitative Sozialforschung*, [online] 1(2), Art. 32 Verfügbar unter: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1101> [Zugriff: 05.04.2020].
- Reisch, L. A. und Gwozdz, W. (2011). Chubby cheeks and climate change: childhood obesity as a sustainable development issue. *International Journal of Consumer Studies*, 35(1), S. 3-9.
- Reitmeier, S. (2013). *Warum wir mögen, was wir essen. Eine Studie zur Sozialisation der Ernährung*. Bielefeld: Transcript Verlag.
- Reitmeier, S. (2014). Ernährungssozialisation in der frühen Kindheit. *Ernährungs Umschau*, 61(7), S. 116-122.
- Remy, E., Issanchou, S., Chabanet, C. und Nicklaus, S. (2013). Repeated exposure of infants at complementary feeding to a vegetable puree increases acceptance as effectively as flavor-flavor learning and more effectively than flavor-nutrient learning. *Journal of Nutrition*, 143(7), S. 1194-1200.
- Renfrew, M., McAndrew, F., Thompson, J., Fellows, L., Large, A., und Speed, M. (2011). *Infant Feeding Survey 2010*. Health and Social Care Information Centre. Verfügbar unter: https://sp.ukdataservice.ac.uk/doc/7281/mrdoc/pdf/7281_ifs-uk-2010_report.pdf [Zugriff: 22.12.2020].
- Renzaho, A. M. N., Kumanyika, S. und Tucker, K. L. (2011). Family functioning, parental psychological distress, child behavioral problems, socio-economic disadvantage and fruit and vegetable consumption among 4–12 year-old Victorians, Australia. *Health Promotion International*, 26(3), S. 263-275.
- Rhee, K. E., Lumeng, J. C., Appugliese, D. P., Kaciroti, N. und Bradley, R. H. (2006). Parenting Styles and Overweight Status in First Grade. *Pediatrics*, 117(6), S. 2047-2054.
- Rhee, K. (2008). Childhood overweight and the relationship between parent behaviors, parenting style, and family functioning. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 615(1), S. 12-37.
- Richter, M., Boeing, H., Grünewald-Funk, D., Heseker, H., Kroke, A., Leschik-Bonnet, E. et al. (2016). Vegan diet. Position of the German Nutrition Society (DGE). *Ernährungs Umschau*, 63(04), S. 92-102. Erratum in: 63(05), M26.

- (RKI) Robert Koch Institut und (BZgA) Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). (2008). *Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. Berlin: RKI.
- Robinson, S., Marriott, L., Poole, J., Crozier, S., Borland, S., Lawrence, W. et al. (2007). Dietary patterns in infancy: the importance of maternal and family influences on feeding practice. *British Journal of Nutrition*, 98, S. 1029-1037.
- Rodenburg, G., Kremers, S. P. J., Oenema, A., van de Mheen, D. (2012). Associations of children's appetitive traits with weight and dietary behaviours in the context of general parenting. *PLoS One*, [online] 7(12), Nr. e50642. Verfügbar unter: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0050642> [Zugriff: 24.03.2020].
- Rössler, P. und Willhöft, C. (2004). Darstellung und Wirkung von Ernährungsinformationen im Fernsehen. In: Deutsche Gesellschaft für Ernährung (Hrsg.), *Ernährungsbericht 2004*, S. 347-406.
- Rollins, B. Y., Belue, R. Z. und Francis, L. A. (2010). The beneficial effect of family meals on obesity differs by race, sex, and household education: the National Survey of Children's Health, 2003-2004. *Journal of the American Dietetic Association*, 110 (9), S. 1335-1339.
- Rolls, B. J., Rolls, E. T., Rowe, E. A. und Sweeney, K. (1981). Sensory specific satiety in man. *Physiology and Behavior*, 27(1), S. 137-142.
- Romanos-Nanclares, A., Zazpe, I., Santiago, S., Marín, L., Rico-Campà, A. und Martín-Calvo, N. (2018). Influence of Parental Healthy-Eating Attitudes and Nutritional Knowledge on Nutritional Adequacy and Diet Quality among Preschoolers: The SENDO Project. *Nutrients*, [online] 10(12), Nr. 1875. Verfügbar unter: <https://www.mdpi.com/2072-6643/10/12/1875> [Zugriff: 30.03.2020].
- Roos, E., Pajunen, T., Ray, C., Lynch, C., Kristiansdottir, Á. G., Halldorsson, T. I. (2014). Does eating family meals and having the television on during dinner correlate with overweight? A sub-study of the PRO GREENS project, looking at children from nine European countries. *Public Health Nutrition*, 17(11), S. 2528-2536.
- Rosenstein, D. und Oster, H. (1988). Differential facial responses to four basic tastes in newborns. *Child Development*, 59(6), S. 1555-1568.
- Roth, A. und Krombholz, H. (2016). Meilensteine der motorischen Entwicklung. Panelstudie zur motorischen Entwicklung von Kindern in den ersten zwei Lebensjahren. IFP Projektbericht 28/2016.
- Rozin, P. (1976). The selection of foods by rats, humans, and other animals. In: Rosenblatt, J. S., Hinde, R. A., Shaw, E. und Beer, C. (Hrsg.) *Advances in the study of behaviour*. New York, San Francisco, London: Academic Press, 6, S. 21-76.
- Samuelsen, C. L. und Fontanini, A. (2017). Processing of Intraoral Olfactory and Gustatory Signals in the Gustatory Cortex of Awake Rats. *Journal of Neuroscience*, 37(2), S. 244-257.
- Satter, E. (1990). The feeding relationship: Problems and Interventions. *Journal of Pediatrics*, 117(2), S. 181-189.

- Scaglioni, S., Salvioni, M. und Galimberti, C. (2008). Influence of parental attitudes in the development of children eating behaviour. *British Journal of Nutrition*, 99(Suppl. 1), S. 22-25.
- Scaglioni, S., De Cosmi, V., Ciappolino, V., Parazzini, F., Brambilla, P. und Agostoni, C. (2018). Factors Influencing Children's Eating Behaviours. *Nutrients*, [online] 10(6): 706. Verfügbar unter: <https://www.mdpi.com/2072-6643/10/6/706> [Zugriff: 20.03.2020].
- Schienkiewitz A., Brettschneider, A. K., Damerow, S. und Schaffrath Rosario, A. (2018). Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring* 3 (1), S. 16-23.
- Schier, M. und Jurczyk, K. (2008). „Familie als Herstellungsleistung“ in Zeiten der Entgrenzung. *Sozialwissenschaftlicher Fachinformationsdienst soFid*, Familienforschung 2008/1, S. 9-18.
- Schleußner, E. (2013). Drohende Frühgeburt. Prävention, Diagnostik und Therapie. *Deutsches Ärzteblatt*; 110(13), S. 227-236.
- Schmidt, E-M., Rieder, I., Zartler, U., Schadler, C. und Richter, R. (2017). Turning points in the transition to parenthood: Variability of father involvement over time. *Zeitschrift für Familienforschung*; 2; S. 139-155.
- Schmidt, S. (2009). Wie Essverhalten in der Familie geprägt wird In: Kersting, M. (Hrsg.), *Kinderernährung aktuell*, 1. Aufl., Sulzbach im Taunus: Umschau Zeitschriftenverlag, S. 78-91.
- Schneewind, K. A. (1999). *Familienpsychologie*. 2. überarbeitete Auflage. Stuttgart: Verlag W Kohlhammer.
- Schreier, M. (2014). Varianten qualitativer Inhaltsanalyse: Ein Wegweiser im Dickicht der Begrifflichkeiten. *Forum Qualitative Sozialforschung*, [online] 15(1), Art. 18 Verfügbar unter: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/2043> [Zugriff: 05.04.2020].
- Schütz, A. (1971). Gesammelte Aufsätze. Bd. 1. *Das Problem der sozialen Wirklichkeit*. Den Haag: Martinus Nijhoff.
- Schütz, A. (2004). *Der sinnhafte Aufbau der sozialen Welt. Eine Einleitung in die verstehende Soziologie*. Neue Aufl. (1932), Konstanz: UVK.
- Schramm, W. (1954). How communication works. In: Schramm, W. (Hrsg.), *The Process and Effects of Mass Communication*. Urbana: University of Illinois Press.
- Schwartz, C., Chabanet, C., Lange, C., Issanchou, S. und Nicklaus, S. (2011). The role of taste in food acceptance at the beginning of complementary feeding. *Physiology and Behavior*, 104(4), S. 646-652.
- Schwemmler, C. und Arens, C. (2018). Fütter-, Ess- und Schluckstörungen bei Säuglingen und Kindern. Ein Überblick. *HNO*, 66, S. 515-526.
- Sedlmeier, P. und Renkewitz, K. (2008). *Forschungsmethoden und Statistik in der Psychologie*, München: Pearson Studium.

- Selting, M., Auer, P., Barth-Weingarten, D., Bergmann, J., Bergmann, P., Birkner, K. et al. (2009). Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem 2 (GAT 2). *Gesprächsforschung*, [online] 10, S. 353-402. Verfügbar unter: <http://www.gespraechsforschung-ozs.de/heft2009/px-gat2.pdf> [Zugriff: 06.04.2020].
- Shloim, N., Edelson, L. R., Martin, N. und Hetherington, M. M. (2015). Parenting Styles, Feeding Styles, Feeding Practices, and Weight Status in 4-12 Year-Old Children: A Systematic Review of the Literature. *Frontiers in Psychology*, [online] 6, Nr. 1849. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01849> [Zugriff 20.03.2020].
- Sirina, I., Strele, I., Siksna, I. und Gardovska, D. (2018). Eating Patterns and Food Choices of Latvian Infants during Their First Year of Life. *Medicina (Kaunas)*, 54(1), Nr. 7 [online] Verfügbar unter: <https://www.mdpi.com/1010-660X/54/1/7> [Zugriff: 22.12.2020].
- Sleddens, E. F., Kremers, S. P., De Vries, N. K. und Thijs, C. (2010). Relationship between parental feeding styles and eating behaviours of Dutch children aged 6-7. *Appetite*, 54, S. 30-36.
- Sidor, A., Köhler, H. und Cierpka, M. (2018). Einfluss der sozioökonomischen Risikobelastung auf mütterliche Feinfühligkeit, Stressbelastung und Familienfunktionalität. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 67(3), S. 257-273.
- Simmel, G. (1990). Soziologie der Mahlzeit. In: *Der Zeitgeist*, Beiblatt zum Berliner Tageblatt Nr. 41 vom 10 Oktober 1910, Berlin: S. 1-2. Verfügbar unter: <http://socio.ch/sim/verschiedenes/1910/mahlzeit.htm> [Zugriff: 19.03.2020].
- Small, D. M. und Prescott, J. (2005). Odor/taste integration and the perception of flavor. *Experimental Brain Research*, 166(3-4), S. 345-57.
- Smithers, L. G., Lynch, J. W. und Merlin, T. (2014). Industry Self-Regulation and TV Advertising of Foods to Australian Children. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 50 (5), S. 386-392.
- Snow, C. E. und Beals, D. E. (2006). Mealtime talk that supports literacy development. *New Directions for Child and Adolescent Development*, (111), S. 51-66.
- Spiekermann U. (2006). Warum scheitert die Ernährungskommunikation? Eine Antwort aus kulturwissenschaftlicher Perspektive. In: Eva Barlösius und Regine Rehaag (Hrsg.), *Skandal oder Kontinuität. Anforderungen an eine öffentliche Ernährungskommunikation*. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, S. 39-50.
- Society of Nutrition and Food Science. (2018). SNFS Stellungnahme: Kinder in Ernährungsarmut. [online] <http://snfs.org/comments/snfs-stellungnahme-kinder.html> [Zugriff: 19.12.2020].
- Statista. (2021a). Entwicklung der Bruttowerbeaufwendungen von Coca-Cola in Deutschland in den Jahren 2016 bis 2019. [online] Verfügbar unter: <https://de.statista.com/prognosen/1173956/bruttowerbeaufwendungen-von-coca-cola> [Zugriff: 11.02.2021].
- Statista. (2021b). Entwicklung der Bruttowerbeaufwendungen der Red Bull GmbH in Deutschland in den Jahren 2016 bis 2019. [online] Verfügbar unter: <https://de.statista.com/prognosen/1179193/bruttowerbeaufwendungen-von-red-bull> [Zugriff: 11.02.2021].

- Steiner, J. E., Glaser, D., Hawilo, M. E. und Berridge, K. C. (2001). Comparative expression of hedonic impact: affective reactions to taste by human infants and other primates. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 25(1), S. 53-74.
- Steinke, I. (1999). *Kriterien qualitativer Forschung: Ansätze zur Bewertung qualitativ-empirischer Sozialforschung*. Weinheim und München: Juventa.
- Steinsbekk, S., Barker, E. D., Llewellyn, C., Fildes, A. und Wichstrøm, L. (2018). Emotional Feeding and Emotional Eating: Reciprocal Processes and the Influence of Negative Affectivity. *Child Development*, 89(4), S. 1234-1246.
- Stevenson, R. D. und Allaire, J. H. (1991). The development of normal feeding and swallowing. In: Blackman, J. A. (Hrsg.) *Development and behavior: The very young child. Pediatric Clinics of North America*, 38(6), S. 1439-1453.
- Stifter, C. A. und Moding, K. M. (2015). Understanding and Measuring Parent Use of Food to Soothe Infant and Toddler Distress: A Longitudinal Study from 6 to 18 months of age. *Appetite*, 95, S. 188-196.
- Straka, D. (2007). Ernährungspolitik in Deutschland. Von der Ernährungssicherung bis zum gesundheitsfördernden Lebensstil. *Ernährungs Umschau*, (12), S. 730-736.
- Stüwe, M. (2004). Ernährung des Kindes im ersten Lebensjahr. In: Bund Deutscher Hebammen (Hrsg.) *Das Neugeborene in der Hebammenpraxis*. Stuttgart: Hippokrates Verlag, S. 256-293.
- Sullivan, S. A. und Birch, L. L. (1994). Infant dietary experience and acceptance of solid foods. *Pediatrics*, 93(2), S. 271-277.
- Swanson, V., Power, K. G., Crombie, I. K., Irvine, L., Kiezebrink, K., Wrieden, W. et al. (2011) Maternal Feeding Behaviour and Young Children's Dietary Quality: A Cross-Sectional Study of Socially Disadvantaged Mothers of Two-Year Old Children Using the Theory of Planned Behaviour. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, [online] 8, S. 65. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1186/1479-5868-8-65> [Zugriff: 25.03.2020].
- Swinburn, B. und Egger, G. (2004). The runaway weight gain train: too many accelerators, not enough brakes. *BMJ*, [online] 329(7468), S. 736-739. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1136/bmj.329.7468.736> [Zugriff: 25.03.2020].
- Taveras, E. M., Scanlon, K. S., Birch, L. L., Rifas-Shiman, S. L., Rich-Edwards, J. W., und Gillman, M. W. (2004). Association of breastfeeding with maternal control of infant feeding at age 1 year. *Pediatrics*, 114(5), S. e577-e583.
- Taveras, E. M., Rifas-Shiman, S. L., Berkey, C. S., Rockett, H. R. H., Field, A. E., Lindsay Frazier, A. et al. (2005). Family dinner and adolescent overweight. *Obesity Research*, 13(5), S. 900-906.
- Taveras, E. M., Sandora, T. J., Shih, M-C., Ross-Degnan, D., Goldmann, D. A. und Gillman, M. W. (2006). The Association of Television and Video Viewing with Fast Food Intake by Preschool-Age Children. *Obesity (Silver Spring)*, 14(11), S. 2034-2041.

- Technikerkrankenkasse Kindergesundheitsreport (2019). Kindergesundheitsreport – Eine Routinedatenanalyse zu mittelfristigen Auswirkungen von Kaiserschnitt und Frühgeburt. Hamburg: Techniker Krankenkasse (Hrsg.), PDF [online] Verfügbar unter: <https://www.tk.de/resource/blob/2061920/cb0a2bd21b6839f4e0d13d5259c09597/studie--kindergesundheitsreport-2019-data.pdf> [Zugriff: 20.05.2020].
- Thompson, A. L., Mendez, M. A., Borja, J. B., Adair, L. S., Zimmer, C. R. und Bentley, M. E. (2009). Development and Validation of the Infant Feeding Style Questionnaire. *Appetite*, 53(2), S. 210-221.
- Thullen, M., Majee, W. und Davis, A. N. (2016). Co-parenting and Feeding in Early Childhood: Reflections of Parent Dyads on How They Manage the Developmental Stages of Feeding Over the First Three Years. *Appetite*, 105, S. 334-343.
- Toschke, A. M., Thorsteinsdottir, K. H., von Kries, R. und GME Study Group. (2009). Meal Frequency, Breakfast Consumption and Childhood Obesity. *International Journal of Pediatric Obesity*, 4(4), S. 100-105.
- Trofholz, A. C., Tate, A. D., Miner, M. H und Berge, J. M. (2017). Associations between TV Viewing at Family Meals and the Emotional Atmosphere of the Meal, Meal Healthfulness, Child Dietary Intake, and Child Weight Status. *Appetite*, 108, S. 361-366.
- Turkle S. (2011). *Alone Together: Why We Expect More from Technology and Less from Each Other*. Basic Books.
- Utter, J., Denny, S., Peiris-John, R., Moselen, E., Dyson, B. und Clark, T. (2017). Family Meals and Adolescent Emotional Well-Being: Findings from a National Study. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 49 (1), S. 67-72.
- Van Ansem, W. J., Schrijvers, C. T., Rodenburg, G. und van de Mheen, D. (2014). Maternal educational level and children's healthy eating behaviour: role of the home food environment (cross-sectional results from the INPACT study). *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, [online] 11, Nr. 113. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1186/s12966-014-0113-0> [Zugriff: 30.03.2020].
- Van den Engel-Hoek, L., van Hulst, K. C. M., van Gerven, M. H. J. C., van Haaften, L. und de Groot, S. A. F. (2014). Development of oral motor behavior to the skill assisted spoon feeding. *Infant Behaviour & Development*, 37(2), S. 187-191.
- Van der Horst, K., Oenema, A., Ferreira, I., Wendel-Vos, W., Giskes, K., van Lenthe, F. et al. (2007a). A systematic review of environmental correlates of obesity-related dietary behaviors in youth. *Health Education Research*, 22(2), S. 203-226.
- Van der Horst, K., Kremers, S., Ferreira, I., Singh, A., Oenema, A. und Brug, J. (2007b). Perceived parenting style and practices and the consumption of sugar-sweetened beverages by adolescents. *Health Education Research*, 22(2), S. 295-304.
- Vaughn, A. E., Ward, D. S., Fisher, J. O., Faith, M. S., Hughes, S. O., Kremers S. P. J. et. al. (2016). Fundamental constructs in food parenting practices: a content map to guide future research. *Nutrition Reviews*, 74(2), S. 98-117.

- Vauthier, J. M., Lluch, A., Lecomte, E., Artur, Y. und Herbeth, B. (1996). Family Resemblance in Energy and Macronutrient Intakes: The Stanislas Family Study. *International Journal of Epidemiology*, 25(5), S. 1030-1037.
- Ventura, A. K. und Worobey, J. (2013). Early influences on the development of food preferences. *Current Biology*, 23(9), S. R401-408.
- Vepsäläinen, H., Nevalainen, J., Fogelholm, M., Korkalo, L., Roos, E., Ray, C. et al. (2018). Like Parent, Like Child? Dietary Resemblance in Families. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, [online] 15(1), Nr. 62. Verfügbar unter: <https://ijbnpa.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12966-018-0693-1> [Zugriff: 16.03.2020].
- Verband für Unabhängige Gesundheitsberatung. (2020). Vegane Kinderernährung. [online] Verfügbar unter: <https://www.ugb.de/kinder-gesund-ernaehren/vegane-kinderernaehrung/> [Zugriff: 19.12.2020].
- Vereecken, C. A., Keukelier, E. und Maes, L. (2004). Influence of mother's educational level on food parenting practices and food habits of young children. *Appetite*, 43(1), S. 93-103.
- Vereecken, C. A., Legiest, E., De Bourdeaudhuij, I., und Maes, L. (2009). Associations between general parenting styles and specific food-related parenting practices and children's food consumption. *American Journal of Health Promotion*, 23(4), S. 233-240.
- Vik, F. N., Bjørnarå, H. B., Overby, N. C., Lien, N., Androutsos, O., Maes, L. et al. (2013). Associations between eating meals, watching TV while eating meals and weight status among children, ages 10–12 years in eight European countries: the ENERGY cross-sectional study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, [online] 10, S. 58. Verfügbar unter: <https://ijbnpa.biomedcentral.com/articles/10.1186/1479-5868-10-58> [Zugriff: 18.03.2020].
- Vik, F. N., Te Velde, S. J., Van Lippevelde, W., Manios, Y., Kovacs, E., Jan, N. et al. (2016). Regular family breakfast was associated with children's overweight and parental education: Results from the ENERGY cross-sectional study. *Preventive Medicine*, 91, S. 197-203.
- Valdés, J., Rodríguez-Artalejo, F., Aguilar, L., Jaén-Casquero, M. B. und Royo-Bordonada, M. Á. (2013). Frequency of family meals and childhood overweight. A systematic review, *Pediatric Obesity*, 8(1), S. e1-e13.
- von Kardoff, E. (1995). Qualitative Sozialforschung: Versuch einer Standortbestimmung. In: Flick, U., von Kardorff, E. und Keupp, H. (Hrsg.) *Handbuch Qualitative Sozialforschung: Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen*, 2. Aufl., Weinheim: Beltz, S. 3-11.
- von Schweitzer, R. (1991). *Wirtschaftslehre des privaten Haushalts*. Stuttgart: UTB Verlag.
- Wang, L., van de Gaar, V. M., Jansen, W., Mieloo, C. L., van Grieken, A. und Raat, H. (2017). Feeding styles, parenting styles and snacking behaviour in children attending primary schools in multi-ethnic neighbourhoods: a cross sectional study. *BMJ Open*, [online] 7(7), Nr. e015495. Verfügbar unter: <https://bmjopen.bmj.com/content/7/7/e015495> [Zugriff: 25.03.2020].

- Wang, L., van Grieken, A., van der Velde, L. A., Vlasblom, E., Beltman, M., L'Hoir, M. P. et al. (2019). Factors associated with early introduction of complementary feeding and consumption of non-recommended foods among Dutch infants: the BeeBOFT study. *BMC Public Health*, [online] 19(1), Nr. 388. Verfügbar unter: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-019-6722-4> [Zugriff: 19.12.2021].
- Wardle, J., Sanderson, S., Guthrie, C. A., Rapoport, L. und Plomin, R. (2002). Parental Feeding Style and the Intergenerational Transmission of Obesity Risk. *Obesity Research*, 10(6), S. 453-462.
- Wardle, J., Herrera, M.-L., Cooke, L. und Gibson, E. L. (2003). Modifying children's food preferences: the effects of exposure and reward on acceptance of an unfamiliar vegetable. *European Journal of Clinical Nutrition*, 57, S. 341-348.
- Warnick, J. L., Stromberg, S. E., Krietsch, K. M. und Janicke, D. M. (2019). Family functioning mediates the relationship between child behaviour problems and parent feeding practices in youth with overweight or obesity. *Translational Behavioral Medicine*, 9(3), S. 431-439.
- Watchmaker, B., Boyd, B. und Dugas, L. R. (2020). Newborn feeding recommendations and practices increase the risk of development of overweight and obesity. *BMC Pediatrics*, 20, Nr.: 104 [online] Verfügbar unter: <https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12887-020-1982-9> [Zugriff: 19.12.2020].
- Weichert, A., Weichert, T. M., Bergmann, R. L., Henrich, W., Kalache, K. D., Richter, R. et al. (2015). Einflussfaktoren auf die Frühgeburt in Deutschland – Analyse der für Deutschland repräsentativen KiGGS-Daten. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 75(08), S. 819-826.
- (WHO) World Health Organization. (1946). Verfassung der Weltgesundheitsorganisation (Übersetzung). [PDF] Verfügbar unter: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19460131/201405080000/0.810.1.pdf> [Zugriff: 03.03.2020].
- (WHO) World Health Organization. (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. [PDF] Abrufbar unter: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf [Zugriff: 03.03.2020].
- (WHO) World Health Organization. (2005). *Guiding principles for feeding non-breastfed children 6-24 months of age*. [PDF] Verfügbar unter: <https://www.who.int/publications/i/item/9241593431> [Zugriff: 19.12.2020].
- (WHO) World Health Organization Multicentre Growth Reference Study Group. (2006). WHO Motor Development Study: Windows of Achievement for Six Gross Motor Development Milestones. *Acta Paediatrica*, Supplement 450, S. 86-95.
- (WHO) World Health Organization. (2009a). GLOBAL HEALTH RISKS. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. [PDF] Abrufbar unter: https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf [Zugriff: 04.03.2020].
- (WHO) World Health Organization. (2009b). *Infant and young child feeding. Model Chapter for textbooks for medical students and allied health professionals*. [PDF] Verfügbar unter: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44117/9789241597494_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y [Zugriff: 19.12.2020]

- (WHO) World Health Organization (2015). WHO Regional Office for Europe nutrient profile model. [PDF] Verfügbar unter: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/270716/Nutrient-children_web-new.pdf [Zugriff: 19.12.2020].
- (WHO) World Health Organization. (2018). Taking action on childhood obesity. [PDF] Verfügbar unter: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274792/WHO-NMH-PND-ECHO-18.1-eng.pdf?ua=1> [Zugriff: 19.12.2020].
- Williams, A. S., Ge, B., Petroski, G., Kruse, R. L., McElroy J. A. und Koopman, R. J. (2018). Socioeconomic Status and Other Factors Associated with Childhood Obesity. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 31(4), S. 514-521.
- Woodruff, S. J., Hanning, R. M., McGoldrick, K. und Brown, K. S. (2010). Healthy Eating Index-C is positively associated with family dinner frequency among students in grades 6-8 from Southern Ontario, Canada. *European Journal of Clinical Nutrition*, 64(5), S. 454-460.
- Worobey, J., Lopez, M. I. und Hoffman, D. J. (2009). Maternal Behavior and Infant Weight Gain in the First Year. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 41(3), S. 169-175.
- Würbach, A., Zellner, K. und Kromeyer-Hauschild, K. (2009). Meal patterns among children and adolescents and their associations with weight status and parental characteristics. *Public Health Nutrition*, 12(8), S. 1115-1121.
- Wyse, R., Campbell, E., Nathan, N. und Wolfenden, L. (2011). Associations between characteristics of the home food environment and fruit and vegetable intake in preschool children: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, [online] 11, Nr.: 938. Verfügbar unter: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-11-938> [Zugriff: 16.03.2020].
- Yeomans, M. R. (2006). The role of learning in development of food preferences. In: Shepherd, R. und Raats, M. (Hrsg.), *The psychology of food choice. Frontiers in Nutritional Science, No. 3*, Wallingford, Cambridge: CABI, S. 93-112.
- Yilmaz, R., Erkorkmaz, Ü., Özçetin, M. und Karaaslan, E. (2013). How does parents' visual perception of their child's weight status affect their feeding style. *Nutricion Hospitalaria*, 28(3), S. 741-746.
- Zajonc, R. B. (2001). Mere Exposure: A Gateway to the Subliminal. *Current Directions in Psychological Science*, 10(6), S. 224-228.
- Zeller, M. H., Reiter-Purtill, J., Modi, A. C., Gutzwiller, J., Vannatta, K. und Davies, W. H. (2007). Controlled study of critical parent and family factors in the obesogenic environment. *Obesity (Silver Spring)*, 15(1), S. 126-136.
- Zielinska, M. A., Rust, P., Masztalerz-Kozubek, D., Bichler, J. und Hamułka, J. (2019). Factors Influencing the Age of Complementary Feeding - A Cross-Sectional Study from Two European Countries. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(20), Nr. 3799 [online] Verfügbar unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6843416/> [Zugriff: 19.12.2020].

- Ziesmann, A., Kiflen, R., De Rubeis, V., Smith, B. T., Maguire, J. L., Birken C. S. et al. (2019). The Association between Early Childhood and Later Childhood Sugar-Containing Beverage Intake: A Prospective Cohort Study. *Nutrients*, [online] 11(10), Nr. 2338. Verfügbar unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6835692/> [Zugriff: 04.03.2020].
- (ZZQ) Zentrum Zahnärztliche Qualität. (2018). Methodenpapier: Anforderungen an evidenzbasierte, patientenorientierte Gesundheitsinformationen“ [PDF] https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/b/methodenpapier_zzq.pdf [Zugriff: 19.12.2020].

Anhang

Interviewleitfaden Seite 1 von 3

Interviewleitfaden: Mahlzeiten- und Ernährungspraktiken in jungen Familien

- 1. Als erstes würde ich Sie bitten mir mal zu erzählen, wie so ein typischer Tag für ... (Name des Kindes) und Sie abläuft?**

Hilfestellung:

Wann stehen Sie auf? Was ist das Erste, was Sie machen? Wann isst ..., wann schläft ... (Kind) üblicherweise? Wann gehen Sie einkaufen?

Nachfragen:

- 1.1 Welche Sendungen oder Filme guckt ihr Kind?

- 2. So ein kleines Kind ist ja ein riesen Umbruch im eigenen Leben. Wie hat sich ihr Leben verändert seit ... (Name des Kindes) auf der Welt ist? Machen Sie jetzt bestimmte Dinge anders als vorher?**

Hilfestellungen:

Was läuft jetzt anders als vorher? Z. B. zwischen Ihnen und ihrem Partner/Vater des Kindes; Zwischen ihnen und den anderen Kindern, im Tagesablauf, Hobbys ...

Nachfragen:

- 2.1 Gibt es Dinge, die Sie vorher gerne gemacht haben und Ihnen jetzt zu kurz kommen?
2.2 Welche Sorgen beschäftigen Sie momentan?
2.3 Welche Unterstützungsmöglichkeiten werden Ihnen Angeboten für Sie und ihr Kind?/ Sind Sie mit den Unterstützungsangeboten, die für Sie und ihr Kind angeboten werden zufrieden?
2.4 Was würden Sie sich noch wünschen?
2.5 Gibt es etwas, dass ihnen Angst macht, wenn Sie an nächstes Jahr denken?

- 3. Wie würden Sie die momentane Entwicklungsphase ihres Kindes beschreiben? Was hat er/sie gerade gelernt, was macht er/sie besonders gern?**

Hilfestellung:

Was kann er/sie z. B. schon

Nachfragen:

- 3.1 Ein kleines Kind zu haben ist ja eine besonders herausfordernde Zeit & kann sehr anstrengend sein. Über was (z.B. in Bezug auf die kindliche Entwicklung) würden Sie gerne mehr wissen? Wo wünschen Sie sich Unterstützung? (Hilfestellung: z. B. durch Familien, Freunde, aber auch durch soziale Dienstleistungen)
3.2 Gibt es in seinem Alter auch schon etwas was er gerne machen möchte, aber bei Ihnen absolut tabu ist? Wie gehen sie damit um?
3.3 Was sind feste Regeln für ... (Name des Kindes)? / Gibt es schon feste Regeln?
3.4 Was ist ihnen in der Erziehung besonders wichtig?
3.5 Angenommen Sie stehen unter Stress und ... fängt an zu schreien. Wie geht es Ihnen dann/ Was machen Sie dann?
3.6 Wann sind Sie besonders stolz auf ...? Wie zeigen Sie ihm das?

Interviewleitfaden Seite 2 von 3

4. ... (Name des Kindes) ist jetzt ... Monate alt. (Sie haben ja schon angesprochen, dass es mehrere Mahlzeiten am Tag gibt.) Was isst denn ... (Name des Kindes) momentan über den Tag verteilt?

Nachfragen:

- 4.1 Gibt es etwas was er/sie besonders gerne isst oder trinkt? Hat er/sie das schon immer gerne gegessen?
- 4.2 Mag er/sie etwas überhaupt nicht?
- 4.3 Was waren denn so die ersten Lebensmittel oder Getränke, die ... (Name des Kindes) ausprobiert hat? Bzw. Was war für Sie der richtige Zeitpunkt andere Getränke oder Speisen zur Muttermilch/Säuglingsmilchnahrung zu geben?
- 4.4 Haben Sie gestillt oder hat ... (Name des Kindes) von Anfang an Säuglingsnahrung bekommen?
- 4.5 Haben oder hatten Sie eine spezielle Sorte oder Firma auf die Sie Wert legen? Was finden Sie gut an dieser Milch/Brei, dieser Firma? Mit welcher Milch/welchem Brei haben Sie gute Erfahrungen gemacht?
- 4.6 Sie sind ja bestimmt auch viel mit ... (Name des Kindes) unterwegs? Was gibt es denn unterwegs zu essen und wo und wie isst ... (Name des Kindes) da?
- 4.7 Gibt es momentan Probleme bezüglich der Ernährung oder gibt es etwas, wo Sie Unterstützung gebrauchen könnten?
- 4.8 Mit wem besprechen Sie üblicherweise Fragen zu Ernährung? Sind die Tipps für Sie nützlich?
- 4.9 Gibt es Tischregeln?

5. Wann und wie essen Sie bzw. Partner, Geschwister?

Nachfragen:

- 5.1 Was ist für Sie selbst ein richtig schönes Essen? Wo fühlen sie sich echt wohl? Was gefällt ihnen daran? Machen Sie so etwas öfter?
- 5.2 Essen Sie jetzt anders als vor der Geburt?
- 5.3 Und in Bezug auf den Haushalt und das Einkaufen?
- 5.4 Wie reagiert ... auf das was Sie essen und wie gehen Sie damit um?
- 5.5 Wer kauft bei Ihnen (in Ihrer Familie) wo und wann ein?

6. Wo sehen Sie ... (Name des Kindes) in 10 Jahren? Was wünschen Sie sich für ihn?

Nachfragen:

- 6.1 Was denken Sie was er/sie dafür braucht?
- 6.2 Wie können Sie ihn/sie dabei unterstützen?
- 6.3 Wo denken Sie könnte es Schwierigkeiten mit der Unterstützung geben? (Hilfestellung: Denken Sie, dass es Faktoren gibt, die Sie nicht oder kaum beeinflussen können?)
- 6.4 Was ist Ihnen in Bezug auf die Gesundheit wichtig?

7. Wann haben Sie vor der Geburt das letzte Mal gearbeitet und wie zufrieden waren Sie mit dem Job?

Hilfestellung:

Wie waren die Arbeitsbedingungen? Haben Sie sich wohl gefühlt?

Interviewleitfaden Seite 3 von 3

Nachfragen:

7.1 Möchten Sie/Planen Sie auch zukünftig wieder arbeiten gehen?

8. Stellungnahmen und provokante Fragen:

- 8.1 Was halten Sie von der Aussage: „Was meinem Kind schmeckt ist auch gut für mein Kind“?
 - 8.2 Man hört momentan verstärkt in den Nachrichten, dass Kinder häufiger für ihr Alter zu dick sind. Was denken Sie, warum ist das so?
 - 8.3 Viele Experten z. B. auch die Hebammen sagen, dass zu viel Süßes nicht gut für die Kinder ist. Was denken Sie, warum ist das so?
 - 8.4 Denken Sie, dass Ernährung Einfluss auf die Zukunft ihres Kindes hat? Inwiefern?
 - 8.5 Schätzen Sie die Ernährung/das Essverhalten von ... (Name des Kindes) als gesund ein?
 - 8.6 Es gibt auch Familien, die weniger Wert auf gesunde Ernährung legen. Was denken Sie? Wie könnte man diese Eltern motivieren? Nachfragen: Was würde Sie selbst auch motivieren die Ernährung umzustellen?“
 - 8.7 Was bedeutet für Sie „gesunde Ernährung“?
 - 8.8 Für den täglichen Verzehr von Obst- und Gemüse gibt es Empfehlungen in Form von Portionen. Kennen Sie zufällig die aktuellen Empfehlungen? Und kennen Sie die Empfehlungen zum Verzehr von Süßigkeiten und Snackprodukten? Wenn, Nein: Schätzen Sie doch mal bitte!
9. Sehr geehrte/r Frau/Herr Wir sind am Ende des Interviews. Ich möchte mich noch einmal recht herzlich bedanken, dass Sie sich für das Interview bereiterklärt haben. Habe ich noch irgendetwas vergessen anzusprechen was Ihnen wichtig ist?
10. Wie haben Sie denn das Interview empfunden?
11. Was hat Sie bewegt daran teilzunehmen?

Bewerbung Interview

Liebe Familie,

Herzlichen Glückwunsch zu Ihrem neuen Familienzuwachs und alles Gute für den gemeinsamen Start ins Leben.



Junge Elternschaft ist mit vielen Herausforderungen verbunden. Auch in Bezug auf die Ernährung ist das erste Lebensjahr sehr anspruchsvoll. Während das Kind am Anfang ausschließlich Mutter- bzw. Säuglingsmilch trinkt, lernt es innerhalb des zweiten Halbjahres ganz alleine zu essen.

Im Rahmen eines wissenschaftlichen Projektes möchte ich frischgebackenen Eltern helfen, Schwierigkeiten und Stress rund ums Essen zu vermeiden. Um gute Unterstützungsarbeit anbieten zu können ist es wichtig, auch Ihre Sichtweise als Mutter zu kennen. Welche Informationen wünschen Sie sich in Bezug auf Ernährung und wo und wie können Sie Unterstützung gebrauchen?

Ich würde mich sehr freuen, wenn Sie sich bereiterklären hierfür an einer ca. 35 minütigen Befragung teilzunehmen. Hierfür gibt es eine **Aufwandsentschädigung von 10 Euro**. Bitte rufen Sie mich an, damit ich Ihnen das Projekt persönlich vorstellen kann. Gerne können Sie auch ihrer Hebamme mitteilen, ob dieses Ihren Namen und Ihre Telefonnummer an mich weiterreichen darf.

Mit freundlichen Grüßen, Kerstin Marx.

Tel: 01636866485 oder: 036434989819

Email: marx@agethur.de

Projektinformation Familie



nutriCARD
COMPETENCE CLUSTER for NUTRITION
and CARDIOVASCULAR HEALTH



Landesvereinigung für
Gesundheitsförderung
Thüringen e.V.

AGETHUR - Postfach 31 71 - 99402 Weimar

Kerstin Marx

Landesvereinigung für Gesundheitsförderung
Thüringen e.V. - AGETHUR -
Carl-August-Allee 9
99423 Weimar

Tel.: 0 36 43 - 4 98 98-19
Fax: 0 36 43 - 4 98 98-16

Email: marx@agethur.de
www.agethur.de

Projektinformation zur Befragung

28.09.2015

Liebe Familie,

Herzlichen Glückwunsch zu Ihrem neuen Familienzuwachs und alles Gute für den gemeinsamen Start ins Leben. Junge Elternschaft ist mit vielen Herausforderungen verbunden. Auch in Bezug auf die Ernährung ist das erste Lebensjahr sehr anspruchsvoll. Während das Kind am Anfang ausschließlich Mutter- bzw. Säuglingsmilch trinkt, lernt es innerhalb des zweiten Halbjahres ganz alleine zu essen.

Im Rahmen des wissenschaftlichen Projekts „Förderung des Essverhalten in jungen Familien“, möchte die Landesvereinigung zusammen mit dem Institut für Ernährungswissenschaft der Friedrich-Schiller-Universität Jena zukünftig mit Hilfe von Ärzten und Hebammen frischgebackenen Eltern helfen Schwierigkeiten und Stress rund ums Essen zu vermeiden und eine gesundheitsfördernde Essumgebung zu etablieren. Um gute Beratungs- und Unterstützungsarbeit für junge Familien anbieten zu können ist es wichtig auch Ihre Sichtweise als Mutter bzw. Vater zu kennen. Welche Informationen wünschen Sie sich in Bezug auf Ernährung und wo und wie können Sie Unterstützung gebrauchen?

Ich würde mich sehr freuen, wenn Sie sich bereiterklären würden, hierfür an einer Befragung teilzunehmen.

Diese Befragung ist eingebettet in das Kompetenzcluster für Ernährung und Kardiovaskuläre Gesundheit – nutriCARD.

Mit freundlichen Grüßen,

Kerstin Marx

Einverständniserklärung Eltern



nutriCARD
COMPETENCE CLUSTER for NUTRITION
and CARDIOVASCULAR HEALTH



Landesvereinigung für
Gesundheitsförderung
Thüringen e.V.

AGETHUR - Postfach 31 71 - 99402 Weimar

Kerstin Marx

Landesvereinigung für Gesundheitsförderung
Thüringen e.V. - AGETHUR-
Carl-August-Allee 9
99423 Weimar

Tel.: 0 36 43 – 4 98 98-19

Fax: 0 36 43 – 4 98 98-16

Email: marx@agethur.de
www.agethur.de

Liebe Teilnehmerin,

vielen Dank, dass Sie sich bereit erklärt haben für ein Interview zur Verfügung zu stehen. Die Daten werden im Rahmen des Projekts „Förderung des Essverhaltens in jungen Familien“ und sich daraus entwickelnder wissenschaftlicher Arbeit (Dissertation) ausgewertet und veröffentlicht.

Ihre Antworten werden selbstverständlich streng vertraulich gehandhabt und anonymisiert. Ich sichere Ihnen zu, dass die Daten nur in anonymisierter und zusammengefasster Form an Dritte weitergegeben werden.

Das Interview wird mit einem Audiogerät aufgezeichnet. Auf Ihren Wunsch hin, lasse ich Ihnen die Interviewaufnahme im Anschluss an das Interview zukommen. So haben Sie die Möglichkeit Aussagen, die Sie im Nachhinein nicht zutreffend finden zu löschen, anzupassen oder zu ergänzen.

Herzlichen Dank,

Kerstin Marx.

Einverständniserklärung

Hiermit bestätige ich die freiwillige Teilnahme am Interview, die Aufzeichnung des Interviews per Audioträger und die Nutzung der Interviewinhalte zur wissenschaftlichen Auswertung und Ergebnisdarstellung nach oben genannten Vorgaben.

Eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 10 Euro sowie eine Ausfertigung dieser Erklärung habe ich erhalten.

..... den

Unterschrift:.....



Kurzfragebogen Seite 1 von 2

Kurzfragebogen

Datum:

Fragen zum Kind

1. Geburtsdatum des Babys: _____
☐ Mädchen
☐ Junge
2. Anzahl der Geschwisterkinder und Geburtsdatum:
1. _____ 2. _____ 3. _____
3. Betreuungssituation:
☐ Nur Mutter/Vater (jeweiliges unterstreichen)
☐ Überwiegend Mutter/Vater, Hilfe durch:
☐ Teils Mutter/teils Vater
Unterstützung durch:
☐ Familienhebamme
☐ Sozialpädagogische Familienhilfe
☐ Sonstige Hilfe: _____
4. Betreuungssituation Geschwisterkinder (z.B. Kita, Tagesmutter, Schule, Hort)
1. _____ 2. _____ 3. _____

Fragen zu ihrer Person:

- ☐ Mutter ☐ Vater

1. Alter (in Jahren): _____
2. Schulabschluss bitte ankreuzen:
☐ Hauptschulabschluss
☐ Realschulabschluss (Mittlere Reife)
☐ Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/Abitur (Fachoberschule und Gymnasium)
☐ Anderer Schulabschluss
☐ Schule ohne Abschluss beendet
☐ Noch keinen Schulabschluss
3. Staatsangehörigkeit: _____

Kurzfragebogen Seite 2 von 2

4. Familienstand:

- ☐ Verheiratet
- ☐ Getrennt/Geschieden
- ☐ Ledig, und mit Partner zusammen lebend
- ☐ Ledig, Partner lebt woanders
- ☐ alleinerziehend
- ☐ Sonstiges: _____

5. erlernter Beruf: _____

6. Beschäftigung/Beruf **vor** der Geburt des Kindes: _____

zum Beispiel:

- ☐ Angestellte in Vollzeit (wöchentliche Arbeitszeit von 35h und mehr)
- ☐ Angestellte in Teilzeit (15-34 h)
- ☐ Geringfügiges Beschäftigungsverhältnis/Minijob
- ☐ Ausbildung (Berufsschule)
- ☐ Selbstständig/Ich-AG
- ☐ Elternzeit/Erziehungszeit/vorübergehende berufliche Freistellung
- ☐ Hausfrau/-mann
- ☐ Sonstiges: _____ (z.B. Berufsvorbereitung/Weiterbildung/
Berufliche Integrationsmaßnahmen)

7. Derzeitige Beschäftigung:

- ☐ Eltern- bzw. Erziehungszeit ☐ Elternzeit & berufl. Beschäftigung ☐ nur berufliche
Beschäftigung → was _____ Stundenumfang: _____

8. Durchschnittliches Haushaltsnettoeinkommen pro Monat inkl. Kindergeld: _____

- ☐ 500€ - 800€ ☐ 800€ - 1000€ ☐ 1000€ - 1500€ ☐ 1500€ - 2000€
☐ 2000-2500€ ☐ 2500 - 3000€ ☐ > 3000€

Dieses setzt sich zusammen aus:

- ☐ Gehalt Partner
- ☐ Unterhalt
- ☐ Elterngeld
- ☐ Kindergeld
- ☐ Wohngeld
- ☐ Kindergeldzuschlag
- ☐ Transferleistungen (Hartz IV)
- ☐ Sozialleistungen
- ☐ Ausbildungshilfen (BAB/BAföG)
- ☐ Geldgeschenke von Familie und Freunde

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

Interviewbericht

Datum:

Interviewbericht

Interviewer:

Uhrzeit:

Dauer des Interviews:

Ort des Interviews:

Zustandekommen des Interviews:

Gespräch/Situation vor Einschalten des Aufnahmegeräts & Essumgebung:

Erzählbereitschaft & Rahmenbedingungen während des Gesprächs:

Auffallende Themen:

Nachinterviewphase:

Verbleib, Kontakt & weiteres Vorgehen:

Sonstiges:

Kategoriensystem Übersicht

Kategorien und Subkategorien
K 1 Alltagsorganisation K 1.1 Kinderbetreuung und Haushaltsmanagement K 1.2 Unterstützungsmöglichkeiten und deren Wahrnehmung
K 2 Mahlzeitenorganisation und Beköstigung K 2.1 Zeitliche Mahlzeitenstruktur K 2.2 Beikost- und Mahlzeitenzubereitung K 2.3 Lebensmittelbesorgungen
K 3 Mahlzeiten- und Fütterungspraktiken K 3.1 Häusliche Essumgebung und Mahlzeitenorte K 3.2 Mahlzeitenbegleitung und gemeinsame Mahlzeiten K 3.3 Mahlzeitenausgestaltung und Tischsitten K 3.4 Spezifische Esserziehungspraktiken
K 4 Mahlzeitenmuster und Lebensmittelverzehr K 4.1 Mahlzeitenanzahl K 4.2 Säuglingsmilchnahrung und Getränke K 4.3 Warme Hauptmahlzeiten - Gemüse, Kartoffeln, Getreide, wahlweise Fleisch K 4.4 Milch-Getreide-Mahlzeiten und Milchspeisen K 4.5 Getreide- und Obstmahlzeiten K 4.6 Brotmahlzeiten und weitere Familienkost K 4.7 Süßigkeiten und ungünstige Lebensmittel K 4.8 Wahrnehmung und Beschreibung der Speisen K 4.9 Vorlieben und Abneigungen
K 5 Speisenauswahl und Informationsbeschaffung
K 6 Stillen und Säuglingsmilchnahrung
K 7 Beikosteinführung
K 8 Einstellungen und Stellungnahmen K 8.1 (Gesunde) Ernährung K 8.2 Einschätzung Säuglingsernährung K 8.3 Stellungnahme: Empfehlungen K 8.4 Stellungnahme: „Was meinem Kind schmeckt ist auch gut für mein Kind.“ K 8.5 Stellungnahme: „Denken Sie, dass Ernährung Einfluss auf die Zukunft ihres Kindes hat? Inwiefern?“ K 8.6 Stellungnahme: „Viele Experten sagen, dass zu viel Süßes nicht gut für die Kinder ist. Was denken Sie, warum ist das so?“ K 8.7 Stellungnahme: „Man hört momentan verstärkt in den Nachrichten, dass Kinder häufiger für ihr Alter zu dick sind. Was denken Sie, warum ist das so?“ K 8.8 Stellungnahme: „Es gibt auch Familien, die weniger Wert auf gesunde Ernährung legen. Was denken Sie, wie könnte man diese Eltern motivieren?“
K 9 Beruf und Zukunftsperspektiven

Kategoriensystem, Definition und Ankerbeispiel

Kategorien und Subkategorien	Definition und Beschreibung	Ankerbeispiel
K 1 Alltagsorganisation		
K 1.1 Kinderbetreuung und Haushaltsmanagement	Aspekte/Textstellen, die übergeordnet und allgemein die Organisation des Alltags, des Haushalts und der Kinderbetreuung betreffen sowie deren Zusammenspiel.	„Es sind halt die Sachen zu organisieren. Also man ist halt schon so den ganzen Tag mit den Kindersachen beschäftigt sag ich mal jetzt, gerade wenn die so klein sind und wenn man dann zum Arzt [muss]. Es hat ja jede Woche ein Kind irgendetwas anderes.“ (Frau A, 109)
K 1.2 Unterstützungsmöglichkeiten und deren Wahrnehmung	Aspekte/Textstellen, die die familiäre und außerfamiliäre Unterstützung bei der Betreuung des Kindes/der Kinder und der Wahrnehmung von Erziehungs- und Entwicklungsaufgaben betreffen.	„Ich glaub ich habe unglaublich viel Unterstützung bekommen. Also direkt nach der Geburt kam ja auch die Stadt vorbei mit einer Frau [Name] und hat halt alles an Fördermöglichkeiten und Unterstützung mir vorgetragen. Zwei Stunden lang war sie hier. Total nett. War total lieb und hat alles dagelassen und viele Prospekte. Ich hab’ auch sehr viel davon wahrgenommen und zum Beispiel Babyschwimmen ... Also dadurch hab’ ich mich sehr unterstützt gefühlt. (Frau I, 269)
K 2 Mahlzeitenorganisation und Beköstigung		
K 2.1 Zeitliche Mahlzeitenstruktur	Aspekte/Textstellen, die vordergründig die zeitliche Bereitstellung von Mahlzeiten im Tagesverlauf betreffen sowie Begründungen und Motivationen, die den Praktiken/Handlungen zugrunde liegen.	„Ja, also Mittag haben wir schon unsere festen Zeiten. Das ist halt zwischen halb zwölf und um zwölf wo’s dann Mittagessen gibt. (Frau C, 387)
K 2.2 Beikost- und Mahlzeitenzubereitung	Aspekte/Textstellen, in welchen die Zubereitung, die Aufbewahrung und Bereitstellung von Speisen und Mahlzeiten thematisiert wird, Zuständigkeiten dafür sowie Begründungen und Motivationen, die den Praktiken /Handlungen zugrunde liegen.	„Weil, ich koche halt auch immer vor, deswegen habe ich nicht ein ganzes Repertoire an verschiedenen Breien. Also es gibt immer zweierlei.“ (Frau B, 109)
K 2.3 Lebensmittelbesorgungen	Aspekte/Textstellen die vordergründig mit der Beschaffung von Lebensmitteln (einkaufen gehen) zusammenhängen, sowie Begründungen und Motivationen, die diesen Praktiken/Handlungen zugrunde liegen.	„Ich hab’ runterwärts hab ich nen Rewe, wo ich zur Not mal schnell hinflitzen kann. Aber so jetzt den Großeinkauf machen wir dann mit dem Vater zusammen – Auto!“ (Frau G, 324)
K 3 Mahlzeiten- und Fütterungspraktiken		
K 3.1 Häusliche Essumgebung und Mahlzeitenorte	Aspekte/Textstellen, die wohntech-nische Gegebenheiten und Ausstattungen betreffen, die Einfluss auf Mahlzeitenorte im Haushalt nehmen sowie Aussagen die vordergründig beschreiben „wo“ Mahlzeiten für der Säugling stattfinden sowie Begründungen und Motivationen, die den Praktiken/ Handlungen zugrunde liegen.	„Also wenn wir vorm Fernseher essen, dann kriegt er das in seinem Sitz. Da habe ich extra ... so eine braune Wippe und ... eh ansonsten machen wir das hier im Stuhl.“ (Frau A, 85)

K 3.2 Mahlzeitenbegleitung und gemeinsame Mahlzeiten	Aspekte/Textstellen, die vordergründig beschreiben ob, und durch wen die Mahlzeiten des Säuglings begleitet werden bzw. gemeinsame Mahlzeiten mit Eltern und /oder Geschwister in der Familie stattfinden sowie Begründungen und Motivationen, die diesen Praktiken /Handlungen zu Grunde liegen.	„Ja, mittags sitzen wir immer zusammen. Dadurch, dass ich selber koch‘, ess‘ ich mit ihm ja. Meistens von einem Teller. Naja, kann ich mal schnell und dann schieb ich da [in Baby Finns Mund] wieder einen Löffel rein“. (Frau F, 364)
K 3.3 Mahlzeitausgestaltung und Tischsitten	Aspekte/Textstellen, die Handlungen und Fertigkeiten des Säuglings während der Mahlzeiten beschreiben als auch Dynamiken, Interaktionen und Gefühle während der Mahlzeiten des Säuglings im Zusammenspiel mit seinen Handlungen. Hier geht es auch um generelle normative Ansichten (Tischregeln) während Mahlzeiten und Begründungen, die diesen zu Grunde liegen. K3.3 gibt Aufschluss über die Mahlzeitenatmosphäre.	„Er hat mich ja verstanden. Ich hab‘ nur gesagt: ‚Diesen Löffel musst du dann daneben legen‘. Er hat es dann auch gemacht also. Er hat ihn zwar nicht danebengelegt, sondern er hat ihn daneben geschmissen und dann hat er mit der Hand weiter gegessen.“ (Frau N, 190)
K 3.4 Spezifische Esserziehungspraktiken	Aspekte/Textstellen, die Regeln und deren Durchsetzung bzw. Umgang zum Zugang, zur Verfügbarkeit und zum Verzehr von bestimmten Lebensmitteln durch Säuglinge und Geschwisterkinder beschreiben. Hierzu gehören auch Belohnungen und Verbote sowie deren Begründungen. In Abgrenzung zu K 3.3 geht es explizit um Situationen, die zu Mahlzeiten führen können oder die eine spezifische Situation während einer Mahlzeit betrachten, bei der der Erziehungsaspekt in Bezug auf den Lebensmittelverzehr und dessen Durchsetzung im Vordergrund steht, unabhängig von der allgemeinen Atmosphäre des (gemeinsamen) Essens.	„Weil wir haben hier jetzt auch hier so ein riesen Süßigkeitenfach wie man sieht, aber da gehts auch nicht ran ohne zu fragen.“ (Frau F, 124)
K 4 Mahlzeitenmuster und Lebensmittelverzehr		
K 4.1 Mahlzeitenanzahl	Aspekte/Textstellen, die Auskunft über die Anzahl der täglichen Mahlzeiten geben.	KM: „Wie viele Mahlzeiten kriegt sie momentan?“ Frau E: „Also jetzt im Moment ungefähr fünf, weil mit einer Flasche vielleicht noch abends mit dazugerechnet und die vier Breie. (Frau E, 279-280)
K 4.2 Säuglingsmilchnahrung und Getränke	Aspekte/Textstellen, die vordergründig den Verzehr von Säuglingsmilchnahrung oder Getränken durch den Säugling beschreiben, als auch „wann“ (mittags, abends ...) diese Getränke verzehrt werden. Eingeschlossen werden auch Begründungen und Motivationen, die diesen Praktiken/Handlungen zu Grunde liegen.	„Also er kriegt jetzt nicht mehr die angerührte [Säuglingsmilchnahrung], sondern H-Milch nen Schluck und dann geht er ins Bett. (Frau F, 87)

K 3.2 Mahlzeitenbegleitung und gemeinsame Mahlzeiten	Aspekte/Textstellen, die vordergründig beschreiben ob, und durch wen die Mahlzeiten des Säuglings begleitet werden bzw. gemeinsame Mahlzeiten mit Eltern und /oder Geschwister in der Familie stattfinden sowie Begründungen und Motivationen, die diesen Praktiken /Handlungen zu Grunde liegen.	„Ja, mittags sitzen wir immer zusammen. Dadurch, dass ich selber koch‘, ess‘ ich mit ihm ja. Meistens von einem Teller. Naja, kann ich mal schnell und dann schieb ich da [in Baby Finns Mund] wieder einen Löffel rein.“ (Frau F, 364)
K 3.3 Mahlzeitenausgestaltung und Tischsitten	Aspekte/Textstellen, die Handlungen und Fertigkeiten des Säuglings während der Mahlzeiten beschreiben als auch Dynamiken, Interaktionen und Gefühle während der Mahlzeiten des Säuglings im Zusammenspiel mit seinen Handlungen. Hier geht es auch um generelle normative Ansichten (Tischregeln) während Mahlzeiten und Begründungen, die diesen zu Grunde liegen. K3.3 gibt Aufschluss über die Mahlzeitenatmosphäre.	„Er hat mich ja verstanden. Ich hab‘ nur gesagt: ‚Diesen Löffel musst du dann daneben legen‘. Er hat es dann auch gemacht also. Er hat ihn zwar nicht danebengelegt, sondern er hat ihn daneben geschmissen und dann hat er mit der Hand weiter gegessen.“ (Frau N, 190)
K 3.4 Spezifische Esserziehungspraktiken	Aspekte/Textstellen, die Regeln und deren Durchsetzung bzw. Umgang zum Zugang, zur Verfügbarkeit und zum Verzehr von bestimmten Lebensmitteln durch Säuglinge und Geschwisterkinder beschreiben. Hierzu gehören auch Belohnungen und Verbote sowie deren Begründungen. In Abgrenzung zu K 3.3 geht es explizit um Situationen, die zu Mahlzeiten führen können oder die eine spezifische Situation während einer Mahlzeit betrachten, bei der der Erziehungsaspekt in Bezug auf den Lebensmittelverzehr und dessen Durchsetzung im Vordergrund steht, unabhängig von der allgemeinen Atmosphäre des (gemeinsamen) Essens.	„Weil wir haben hier jetzt auch hier so ein riesen Süßigkeitenfach wie man sieht, aber da gehts auch nicht ran ohne zu fragen.“ (Frau F, 124)
K 4 Mahlzeitenmuster und Lebensmittelverzehr		
K 4.1 Mahlzeitenanzahl	Aspekte/Textstellen, die Auskunft über die Anzahl der täglichen Mahlzeiten geben.	KM: „Wie viele Mahlzeiten kriegt sie momentan?“ Frau E: „Also jetzt im Moment ungefähr fünf, weil mit einer Flasche vielleicht noch abends mit dazugerechnet und die vier Breie. (Frau E, 279-280)
K 4.2 Säuglingsmilchnahrung und Getränke	Aspekte/Textstellen, die vordergründig den Verzehr von Säuglingsmilchnahrung oder Getränken durch den Säugling beschreiben, als auch „wann“ (mittags, abends ...) diese Getränke verzehrt werden. Eingeschlossen werden auch Begründungen und Motivationen, die diesen Praktiken/Handlungen zu Grunde liegen.	„Also er kriegt jetzt nicht mehr die angerührte [Säuglingsmilchnahrung], sondern H-Milch nen Schluck und dann geht er ins Bett. (Frau F, 87)

K 4.3 Warme Hauptmahlzeiten - Gemüse, Kartoffeln, Getreide, wahlweise Fleisch	Aspekte/Textstellen, die vordergründig den Verzehr von Lebensmitteln und Speisen durch den Säugling beschreiben, die sich an den Gemüse-Kartoffel-Fleisch bzw. Gemüse-Kartoffel-Getreide-Brei des Beikostschemas orientieren und/oder die kulturell bedingt typischerweise als warme Mahlzeit/Speise verzehrt werden, als auch „wann“ (mittags, abends ...) diese Speisen verzehrt werden.	„Also im Moment sind wir bei Möhre-Kartoffel und Kohlrabi als fleischlos und als Fleischbrei haben wir jetzt Kartoffel-Möhre-Blumenkohl mit Rindfleisch. Das sind so die Mittagsbreie.“ (Frau B, 109)
K 4.4 Milch-Getreide-Mahlzeiten und Milchspeisen	Aspekte/Textstellen, die vordergründig den Verzehr von Lebensmitteln und Speisen durch den Säugling beschreiben, die sich an den Milch-Getreide-Brei des Beikostschemas orientieren oder an andere Speisen, bei denen es vordergründig um den Verzehr von Milchprodukten als eigenständige Mahlzeit geht, als auch „wann“ (mittags, abends ...) diese Speisen verzehrt werden. Ausgenommen werden hier Milch als Getränk und Säuglingsmilchnahrung (hierfür siehe K 4.1).	„Abends machen wir meistens ein Brei. (...) Also er isst halt unheimlich gerne Griesbrei.“ (Frau A, 212)
K 4.5 Getreide- und Obstmahlzeiten	Aspekte/Textstellen, die vordergründig den Verzehr von Lebensmitteln und Speisen durch den Säugling beschreiben, die sich an den Getreide-Obst-Brei des Beikostschemas orientieren oder bei denen es vordergründig um den Verzehr von Getreideprodukten (inkl. Teig- und Backwaren wie Kekse) und/oder Obst als eigenständige Mahlzeit geht, als auch „wann“ (mittags, abends ...) diese Speisen verzehrt werden. Nicht einbezogen werden hier Getreideprodukte wie Brot, die kulturell bedingt typischerweise als kalte Hauptmahlzeiten im Rahmen der Familienkost (Frühstück, Abendbrot) verzehrt werden (siehe K 4.6).	„Nachmittags kriegt er auch nochmal meistens so ein Obstbrei mit Getreide. Also entweder reiner Obstbrei oder halt mit Getreide.“ (Frau B, 113)
K 4.6 Brotmahlzeiten und weitere Familienkost	Aspekte/Textstellen, die vordergründig den Verzehr von Lebensmitteln und Speisen durch den Säugling beschreiben, die kulturell bedingt typischerweise als Brotmahlzeiten oder kalte Hauptmahlzeiten im Rahmen der Familienkost verzehrt werden, als auch „wann“ (mittags, abends ...) diese Speisen verzehrt werden.	„Ja das Frühstück das variiert sich ja auch, immer unterschiedlich ... mal Marmeladenbrötchen oder Marmeladenbrot oder mal Schokolade halt, also Schokoladenausaufstrich.“ (Frau C, 52)

K 4.7 Süßigkeiten und ungünstige Lebensmittel	Aspekte/Textstellen, die vordergründig den Verzehr von Süßigkeiten und anderen Lebensmitteln durch den Säugling beschreiben, die ernährungsphysiologisch als ungünstig (durch z. B. hohen Energie-, Zucker- oder Salzgehalt) oder gar als gesundheitsbedenklich eingestuft werden sowie Begründungen und Motivationen, die die Gabe dieser Lebensmittel zugrunde liegen.	„... auch er darf jetzt auch schon mal ein Stückchen Schokolade oder was.“ (Frau A, 275)
K 4.8 Wahrnehmung und Beschreibung der Speisen	Aspekte/Textstellen, die Auskunft darüber geben auf welche Art und Weise und mit welcher Wortwahl Lebensmittel, Speisen und deren Zusammensetzung für den Säugling wahrgenommen und beschrieben werden.	„Dann pürier‘ ich den [Brei] em Pürierstab, ein Esslöffel Öl und meistens zehn Gramm Schmelzflocken und danach gibt es dann noch zehn bis zwanzig Milliliter Obstsaft.“ (Frau I, 59)
K 4.9 Vorlieben und Abneigungen	Aspekte/Textstellen, die vordergründig emotionale Reaktionen des Säuglings bei dem Verzehr von Lebensmitteln beschreiben sowie den generellen Appetit (bzw. die Lust/Aufgeschlossenheit Speisen zu essen) sowie Begründungen und Vermutungen, die den Reaktionen des Säuglings zugrunde liegen.	„Naja zum Beispiel Bananenmilch oder sowas. Also er trinkt sehr gerne, aber kriegt halt dann einen wunden Hintern oder ich trinke halt gerne Banane alles was mit Banane zu tun hat trinke ich gerne.“ (Frau N, 216)
K 5 Speisenauswahl und Informationsbeschaffung	Aspekte/Textstellen, die vordergründig beschreiben wie und/oder aus welcher Motivation heraus Lebensmittel und Speisen angeboten bzw. auch nicht angeboten werden. Dazu zählt auch die gezielte Informationsbeschaffung unabhängig davon, ob diese formell (Bücher und Experten) oder informell (Besprechungen mit Partner und Freunden) stattfindet.	„Also em ich hab‘ mich halt bei Anna [5 Jahre alte Tochter] hatte ich mich halt belesen wann man das so anfängt oder kriegt man ja dann auch mit der Zeit mit und em im Laufe jetzt der Kinder muss ich aber sagen, dass ich das halt dann gemacht habe, wenn ich gemerkt habe sie fordern es. Also, also es ist dann halt schon so – er [Baby Arik] – dadurch, dass wir halt auch dann durch die großen Kinder praktisch dieses Geregelte haben, dass wir am Tisch sitzen. Man merkt halt, wenn er dasitzt und eh und fordert irgendwas, ne? Er wird dann unzufrieden, er wird dann quengelig.“ (Frau A, 232)
K 6 Stillen und Säuglingsmilchnahrung	Aspekte/Textstellen, die vordergründig Stillen und die Gabe von Muttermilch und Säuglingsmilchnahrung nach der Geburt und deren Zusammenspiel im weiteren zeitlichen Verlauf des ersten Lebensjahrs betrachten sowie Begründungen und Motivationen für diese Praktiken. Im Gegensatz zu K 4.1 wird hier explizit der Verzehr von Säuglingsmilchnahrung nach der Geburt und in Bezug auf die Umstellung vom Stillen oder der Gabe von Muttermilch betrachtet. Es geht nicht um den Verzehr von Säuglingsmilchnahrung im Rahmen der aktuellen Mahlzeiten zum Zeitpunkt der Befragung (Hierfür siehe K 4.1).	„Ich hab‘ gestillt am Anfang auch voll bloß das wurde dann irgendwann für mich ziemlich belastend weil er wollte alle zwei Stunden und dann hat er jeweils immer eine Stunde getrunken. (...) und ich habe das Gefühl gehabt der wurde nie mehr satt. Und da haben wir dann peu à peu haben wir abends dann wenigstens die letzte Flasche die er gegen zehn meistens, also wo er eigentlich hätte die Brust kriegen müssen, da haben wir ihn dann schon mal eine Flasche gegeben. Damit er wenigstens mal drei vier Stunden am Stück schläft und ich auch mal drei vier Stunden am Stück schlafe und das wurde immer mehr und da haben wir dann peu à peu quasi umgestellt. (Frau B; 71)

K 7 Beikost Einführung	Aspekte/Textstellen bei der der Zeitpunkt, die Auswahl von Lebensmitteln und Speisen und die Herangehensweise bei der Einführung von Beikost oder weiteren ersten Lebensmittel beschrieben werden. Hierunter fallen auch Motivationen und Begründungen für diese Praktiken und Reaktionen seitens des Säuglings auf diese Praktiken und Speisen, sowie deren Zusammenspiel.	KM: „Ja, wann war denn für dich so der Zeitpunkt, dass du gesagt hast ‚Oh der ist jetzt so weit für die Beikost?‘“ Frau B: „Das fing an, dass er immer wenn wir gegessen haben, dass er ganz neugierig war. so auf die Art und Weise ‚Was schieben die sich da in den Mund?‘ und der wollte die Milch auch immer schlechter. Also da hat er mir teilweise tagelang immer nur die Hälfte von der Milch getrunken und da hab’ ich irgendwann gesagt ‚ne komm‘. Meine Hebamme meinte zwar es ist ein bisschen früh, aber ich hab’ trotzdem angefangen mit Möhrchen einfach weil ich dachte bei Möhrchen kann man nicht so viel falsch machen.“ (Frau B, 145-146)
K 8 Einstellungen und Stellungnahmen		
K 8.1 (Gesunde) Ernährung	Aspekte/Textstellen, die vordergründig beschreiben was Eltern in Bezug auf Ernährung und gesunde Ernährung wichtig ist und welche Einstellungen sie zu gesunder Ernährung haben. Hier werden allgemeine und übergeordnete Aspekte betrachtet, jedoch nicht Motivationen und Einstellungen, die Praktiken aus anderen Kategorien begründen.	„Na, da kann ich nur sagen die Ernährung sollte halt wie gesagt em abwechslungsreich sein damit halt diese diversen Krankheiten nicht entstehen. Ich mein’ Allergien kann man ja sowieso nicht vermeiden. Oder, dass es halt nicht so schnell bergab geht, sag ich mal so. (Frau C, 545)
K 8.2 Einschätzung Säuglingsernährung	Aspekte/Textstellen, die im Rahmen der Frage „Schätzen Sie die Ernährung von ... (Name des Kindes) als gesund ein?“ beantwortet wurden und die die Ernährung des Säuglings in Bezug auf Gesundheit einschätzen sowie Begründungen für die Einschätzung.	Frau D: „Ja! Dadurch, dass ich viel selber das Obst püriere ... gerade, wenn frische Äpfel da sind oder jetzt die Kirschen und die Erdbeeren das wird dann halt doch alles frisch püriert. (Frau D, 531)
K 8.3 Stellungnahme: Empfehlungen	Aspekte/Textstellen, die im Zusammenhang mit dem konkreten Nachfragen über das Kennen der Empfehlungen zum Obst- und Gemüseverzehr und zum Verzehr von Süßigkeiten und Snackprodukten beantwortet wurden.	„Ja, fünf kleine Mahlzeiten sind immer oder fünf stücken Obst sollte man wohl essen am Tag glaube ich. Von jedem ein bisschen.“ (Frau A, 411)
K 8.4 Stellungnahme: „Was meinem Kind schmeckt ist auch gut für mein Kind.“	Aspekte/Textstellen, die im Rahmen der Stellungnahme und Frage „Was halten Sie von der Aussage: ‚Was meinem Kind schmeckt ist auch gut für mein Kind?‘“ beantwortet wurden.	Frau G: „Ja, naja! Zum Teil stimmt aber jetzt zum Beispiel jedem Kind schmeckt irgendwas Süßes. Das könnten die glaube ich den ganzen Tag füttern. Dass auf Dauer ist jetzt nicht so gut, aber ansonsten find ich eigentlich schon, ja. (Frau G, 429)
K 8.5 Stellungnahme: „Denken Sie, dass Ernährung Einfluss auf die Zukunft ihres Kindes hat? Inwiefern?“	Aspekte/Textstellen, die im Rahmen der Fragen „Denken Sie, dass Ernährung Einfluss auf die Zukunft ihres Kindes hat? Inwiefern?“ beantwortet wurden.	Frau G: „Nö. Find ich jetzt, also kann ich mir nicht vorstellen.“ (Frau G, 483)

K 8.6 Stellungnahme: „Viele Experten sagen, dass zu viel Süßes nicht gut für die Kinder ist. Was denken Sie, warum ist das so?“	Aspekte/Textstellen, die im Rahmen der Stellungnahme und Frage „Viele Experten sagen, dass zu viel Süßes nicht gut für die Kinder ist. Was denken Sie, warum ist das so?“ beantwortet wurden.	Frau K: „Na durch die Zähne, denk ich mal. Weil es halt och Milchzähne sind und die fallen zwar och wieder raus und kommen dann nochmal neu aber ich weiß nicht. Ist halt auch dieser Zuckerschock. (...) Die sind ja dann nochmal aufgedrehter. (Frau K 271.)
K 8.7 Stellungnahme: „Man hört momentan verstärkt in den Nachrichten, dass Kinder häufiger für ihr Alter zu dick sind. Was denken Sie, warum ist das so?“	Aspekte/Textstellen, die im Rahmen der der Stellungnahme und Frage „Man hört momentan verstärkt in den Nachrichten, dass Kinder häufiger für ihr Alter zu dick sind. Was denken Sie, warum ist das so?“ beantwortet wurden.	„Na, ich glaub’, weil die Eltern einfach nicht drauf achten. Also ich glaube schon, dass das eher mit an den Eltern [liegt].“ (Frau D, 550)
K 8.8 Stellungnahme: „Es gibt auch Familien, die weniger Wert auf gesunde Ernährung legen. Was denken Sie, wie könnte man diese Eltern motivieren?“	Aspekte/Textstellen, die im Rahmen der Stellungnahme und Frage „Es gibt auch Familien, die weniger Wert auf gesunde Ernährung legen. Was denken Sie, wie könnte man diese Eltern motivieren?“ beantwortet wurden.	„Na ich würde zum Beispiel versuchen mit dem Kind mal einen Apfel zu schneiden oder so. So diese versuchen zu integrieren. (...) Einfach mal probieren lassen. (...) So auf die Art und Weise. Also wirklich Anleitungen vielleicht geben. Weil ich glaube, wenn man die [denen] sagt ‚Komm zu mir in die Beratung‘ und man gibt denen dann Rezepte und so. Das machen die nicht. Also ich glaub’ man müsste dann, wenn direkt in die Familien gehen und auch vielleicht immer wieder in die Familien gehen und sagen ‚Horcht zu heute kochen wir mal was Gesundes‘ und vor allem die Kinder mitnehmen. (Frau B, 279)
K 9 Beruf und Zukunftsperspektiven	Aspekte/Textstellen, die beschreiben in welchen Schul-, Ausbildungs-Arbeits- und/oder Anstellungsverhältnissen, sich die befragten Personen vor der Geburt befanden, sich aktuell befinden oder planen anzugehen sowie Erfahrungen und Erwartungen für die weiter Berufs- und Karrierebahn im Zusammenspiel mit der Familie.	„Und einen Arbeitgeber zu finden, der das versteht, dass ich zwei Kinder hab’, dadurch nicht behindert bin aber eben schon eingeschränkt. Also natürlich probier’ ich mir immer Optionen freizuhalten von Freunden bis hin zur Familie, die dann auch mal einspringen können, wenn die Kinder krank sind. Die die Kinder vielleicht auch mal schnell abholen können, wenn ich es gerade mal nicht kann, aber es ist wahnsinnig schwer in der heutigen Zeit wirklich einen familienfreundlichen Arbeitgeber zu finden. Das ist nahezu unmöglich.“ (Frau M, 92)

Kurzprofile der kindlichen Essumgebungen

Die Kurzprofile geben einen zusammengefassten Einblick in die Ausgestaltung der kindlichen Essumgebung für den Säugling der jeweiligen Familie. Die einzelnen Aspekte werden sofern möglich bewertet. Nicht immer ist jedoch eine eindeutige Bewertung möglich. Daraus ergeben sich eine Gesamteinschätzung der jeweiligen kindlichen Essumgebung und Verbesserungspotentiale.

Familie A – Baby Arik (7 Monate)

Bereiche der Essumgebung	Ausgestaltung	Bewertung und Ableitung
Mahlzeitenstruktur	Geplante Mahlzeiten: An den Bedürfnissen des Säuglings ausgerichtete Struktur	Responsiv
Häusliche Ausstattung	Küche mit Esstisch, Baby-Hochstuhl	
Häusliche Mahlzeitenorte	Bett, Baby-Hochstuhl am Esstisch (Baby Arik kann jedoch noch nicht eigenständig sitzen), gelegentlich im Babywippen im Wohnzimmer vor dem Fernseher	Mahlzeiten auf dem Schoß wünschenswert; Keine Mahlzeiten vor dem Fernseher wünschenswert
Mahlzeitenbegleitung	Ja	Responsiv
Gemeinsame Mahlzeiten	Täglich	Responsiv
Mahlzeitenausgestaltung	Unterstützung und Anleitung wird gegeben; Förderung von Fertigkeiten und Selbstständigkeit	Responsiv
Verfügbarkeit & Zugang zu Lebensmitteln	Eingeschränkt, aber Frau A ist leicht nachgiebig	
Speisen- und Lebensmittel	Früh nach dem Aufstehen: Flasche mit Säuglingsmilchnahrung Vormittags: Obstbrei Mittags: Gemüse-Kartoffel-Fleisch-Brei Nachmittags: Saft oder Saft-Tee-Gemisch, Familienkost (Brote der Geschwisterkinder zum Lutschen), Abends: Griesbrei, eingeforderte Familienkost (Leberwurstbrot) Getränke: Wasser, (Saft, Saft-Tee-Gemisch als Teil der Mahlzeit) Sonstige Lebensmittel: Regelmäßig Schokolade, Süßigkeiten, Eis	Überwiegend empfehlungskonform: Hauptmahlzeiten nach Beikostschema <u>Ungünstig:</u> - regelmäßige Exposition zu Süßigkeiten und gesüßten Getränken und nicht speziell ausgewählter Familienkost: teilw. salzig, gewürzt - Konsistenz der Familienkost teilw. zu fest - Zu wenige altersgerechte wünschenswerte Getreideprodukte
Mahlzeitenanzahl	5	

Einschätzung kindliche Essumgebung: Überwiegend gesundheitsfördernd; Verbesserungspotentiale hauptsächlich in der Förderung wünschenswerter Familienkost und möglichst Verzicht auf Süßigkeiten und gesüßte Getränke.

Familie B – Baby Bjarne (11 Monate)

Bereiche der Essumgebung	Ausgestaltung	Bewertung und Ableitung
Mahlzeitenstruktur	Teilweise starre Struktur der geplanten Mahlzeiten; gelegentlich zusätzliche Mahlzeiten, wenn Frau B isst	Weniger günstig
Häusliche Ausstattung	Küche, Esstisch im Wohnzimmer, Baby-Hochstuhl	
Häusliche Mahlzeitenorte	Bett, Baby-Hochstuhl am Esstisch	Responsiv
Mahlzeitenbegleitung	Ja	Responsiv
Gemeinsame Mahlzeiten	Nein	Wünschenswert, ausbaufähig
Mahlzeitausgestaltung	Unterstützung und Anleitung wird gegeben; größtenteils Fütterung von Breikost; ggf. wird der Säugling, wenn er müde ist, abgelenkt, damit er weiter isst	Überwiegend responsiv
Verfügbarkeit & Zugang zu Lebensmitteln	Eingeschränkt	Responsiv
Speisen- und Lebensmittel	Nachts/früh: Flasche mit Säuglingsmilchnahrung Frühstück: Getreide-Obst-Brei Mittags: abwechselnd Gemüse-Kartoffel-Brei und Gemüse-Kartoffel-Fleisch-Brei Nachmittags: Getreide-Obst-Brei oder Obstbrei Abends: Milch-Getreide-Brei mit Obst Getränke: Wasser, Tee, gelegentlich Saft Sonstige Lebensmittel: regelmäßig ein kleines Stück Kinderschokolade, Brötchen	Größtenteils empfehlungskonform: Mahlzeiten entsprechen weitestgehend dem Beikostschema <u>Ungünstig:</u> - regelmäßige Exposition zu Süßigkeiten - fast ausschließlich Gabe von breiigen Speisen, kaum Fingerfood
Mahlzeitenanzahl:	5 (+ zusätzlich durch elterliche Mahlzeiten)	

Einschätzung kindliche Essumgebung: Größtenteils gesundheitsfördernd; Verbesserungspotentiale hauptsächlich in der Etablierung gemeinsamer Mahlzeiten, dabei leichte zeitliche Anpassung der Mahlzeitenstruktur an die Schlafbedürfnisse des Säuglings. Dadurch ist ggf. keine Ablenkung mehr nötig, damit der Säugling zu den Mahlzeiten isst. Möglichst Verzicht auf die regelmäßige Gabe von Süßigkeiten; Anbieten von mehr Gemüse wäre wünschenswert sowie Förderung der Selbstständigkeit in der Nahrungsaufnahme durch geeignete Lebensmittelwahl.

Familie C – Baby Collin (12 Monate)

Bereiche der Essumgebung	Ausgestaltung	Bewertung und Ableitung
Mahlzeitenstruktur	Geplante Mahlzeiten: An den Bedürfnissen des Säuglings ausgerichtete Struktur; gelegentlich zusätzliche Mahlzeiten, wenn Frau C isst	Responsiv, aber ausbaufähig
Häusliche Ausstattung	Küche mit Esstisch, Baby-Hochstuhl	
Häusliche Mahlzeitenorte	Baby-Hochstuhl am Esstisch	Responsiv
Mahlzeitenbegleitung	Ja	Responsiv
Gemeinsame Mahlzeiten	Gelegentlich	Responsiv; ausbaufähig
Mahlzeiteausgestaltung	Unterstützung und Anleitung wird gegeben; Förderung von Fertigkeiten und Selbstständigkeit	Responsiv
Verfügbarkeit & Zugang zu Lebensmitteln	Eingeschränkt	Responsiv
Speisen- und Lebensmittel	Früh: Familienkost: Brot, Brötchen mit süßem Aufstrich, ab und zu Obst Mittags: Gemüse-Brei oder Familienkost (Kartoffeln/ Nudeln und Gemüse, Fleisch) Nachmittags: Plätzchen Abends: Milch-Getreide-Brei Getränke: k. A. Sonstig: zusätzliche Zwischenmahlzeiten erfolgen gelegentlich spontan, wenn Frau C isst, weil Baby Collin sich auch etwas einfordert	Überwiegend empfehlungskonform: Übergang Beikost zur Familienkost <u>Ungünstig:</u> - Familienkost teilweise ungünstige Speisenwahl: süße Aufstriche morgens und ungünstige Getreideprodukte (Plätzchen) - zu wenig Obst und Gemüse - abends ausschließlich Breikost
Mahlzeitenanzahl:	4 (+ zusätzliche Mahlzeit, wenn Frau C isst)	5 regelmäßig eingeplante Mahlzeiten wünschenswert

Einschätzung kindliche Essumgebung: Überwiegend gesundheitsfördernd; Verbesserungspotentiale hauptsächlich in der Förderung wünschenswerter Familienkost: Vollkorngetreideprodukte zu den Zwischenmahlzeiten und abends, Steigerung des Obst- und Gemüseverzehr; Verbesserungspotentiale in der Etablierung geplanter gemeinsamer Mahlzeiten

Familie D – Baby Daniel (8 Monate)

Bereiche der Essumgebung	Ausgestaltung	Bewertung und Ableitung
Mahlzeitenstruktur	Teilw. relativ starre Struktur zu den geplanten Hauptmahlzeiten	Weniger günstig
Häusliche Ausstattung	Küche mit Esstisch, Baby-Hochstuhl am Esstisch	
Häusliche Mahlzeitenorte	Hochstuhl am Esstisch	Responsiv
Mahlzeitenbegleitung	Ja	Responsiv
Gemeinsame Mahlzeiten	Täglich	Responsiv
Mahlzeiteausgestaltung	Unterstützung und Anleitung wird gegeben; Förderung von Fertigkeiten und Selbstständigkeit; sitzen bleiben, bis alle aufgegessen haben	Teilweise responsiv, nicht altersgerechte Tischregel
Verfügbarkeit & Zugang zu Lebensmitteln	Eingeschränkt	Responsiv
Speisen- und Lebensmittel		Überwiegend empfehlungskonform: hohe Exposition zu Familienkost, jedoch teilw. speziell altersgerecht zubereitet <u>Ungünstig:</u> - häufig ungünstige Getreideprodukte - zu wenig Obst - regelmäßig süße Getränke
Früh nach dem Aufstehen:	Säuglingsmilchnahrung	
Vormittags zwischendurch:	Babykeks	
Mittags:	Milchbrei mit Obst; Nachtisch: Babykeks	
Nachmittags (unterwegs):	z. B. Babykeks/Hirsekringelchen/ Reiswaffeln oder Butterkeks	
Abendbrot:	warme speziell ausgewählte (ohne Salz und Gewürze) Familienkost oder herzhaft Breikost (Gemüse, Kartoffeln/Getreide, Fleisch)	
Getränke:	Tee, Saft-Wasser-Gemisch	
Sonstige Speisen:	Brot mit Leberwurst	
Mahlzeitenanzahl	5	

Einschätzung kindliche Essumgebung: Überwiegend gesundheitsfördernd; Verbesserungspotentiale hauptsächlich in der Förderung wünschenswerter Vollkorngetreideprodukte und Obst, dafür Saft bzw. Saft-Wasser-Gemische eher gelegentlich statt regelmäßig anbieten. Tischpraktiken „sitzen bleiben bis alle aufgegessen haben“ altersgerecht anpassen.

Familie E – Baby Emily (8 Monate)

Bereiche der Essumgebung	Ausgestaltung	Bewertung und Ableitung
Mahlzeitenstruktur	An den Bedürfnissen des Säuglings ausgerichtete Struktur	Responsiv
Häusliche Ausstattung	Küche mit Esstisch; Baby-Hochstuhl vorhanden, aber wird noch nicht benutzt	
Häusliche Mahlzeitenorte	Schoß am Esstisch (Säugling kann noch nicht eigenständig sitzen)	Responsiv
Mahlzeitenbegleitung	Ja	Responsiv
Gemeinsame Mahlzeiten	Noch nicht zutreffend	
Mahlzeitausgestaltung	Unterstützung und Anleitung wird gegeben; Förderung von Fertigkeiten und Selbstständigkeit	Responsiv
Verfügbarkeit & Zugang zu Lebensmitteln	Eingeschränkt	Responsiv
Speisen und Lebensmittel	Früh: meistens Obstbrei, manchmal Getreide-Obst-Brei Mittags: Gemüse- Kartoffel oder Gemüse-Kartoffel-Fleischbrei Nachmittags: Obstbrei, manchmal Butterkeks zerdrückt in Fencheltee Abendbrot: Milch-Getreide-Brei Abends/nachts: gelegentlich Säuglingsmilchnahrung Getränke: Meistens verdünnter Saft, manchmal Fencheltee Sonstig: Brötchenkrümel	Überwiegend empfehlungskonform: <u>Ungünstig:</u> - zu wenig Säuglingsmilchnahrung → mind. 1-mal täglich wünschenswert - teilweise zu wenig günstige Getreidequellen - regelmäßig gesüßte Getränke
Mahlzeitenanzahl	4 bis 5	

Einschätzung kindliche Essumgebung: Überwiegend gesundheitsfördernd, Verbesserungspotentiale: Täglicher Verzehr von Säuglingsmilchnahrung und wünschenswerte Vollkorngetreideprodukte, keine regelmäßige Gabe von gesüßten Getränken

Familie F – Baby Finn (11 Monate)

Bereiche der Essumgebung	Ausgestaltung	Bewertung und Ableitung
Mahlzeitenstruktur	Geplante Mahlzeiten: An den Bedürfnissen des Säuglings ausgerichtete Struktur, regelmäßig weitere Mahlzeiten, wenn Frau F isst und es die Kinder mitbekommen	Weniger günstig
Häusliche Ausstattung	Kleine Küche mit Esstisch, Baby-Hochstuhl	
Häusliche Mahlzeitenorte	Baby-Hochstuhl am Esstisch; Zwischenmahlzeiten teilweise frei in der Wohnung	Zwischenmahlzeiten weniger responsiv
Mahlzeitenbegleitung	Ja	Responsiv
Gemeinsame Mahlzeiten	Täglich, Mitessen mit Frau F	Responsiv
Mahlzeitenausgestaltung	Strenge Tischregeln (nicht reden); Eingeschränkte Förderung von Fertigkeiten und Selbstständigkeit durch Füttern oder Anbieten von einfachen handhabbaren Fingerspeisen	Nicht responsiv
Verfügbarkeit & Zugang zu Lebensmitteln	Eingeschränkt	Responsiv
Weitere auffallende Praktiken	Lebensmittel genutzt, um den Kindern etwas Gutes zu tun, sowie als Belohnung	Nicht responsiv
Speisen und Lebensmittel	Früh nach dem Aufstehen: H-Milch Frühstück: Brot, Brötchen, Cornflakes Zwischenmahlzeit am Vormittag: Obst Mittags: Familienkost mit Fleisch, insb. Nudeln mit Tomatensoße, auch Fisch, gelegentlich Mittagsbrei aus Glas Nachmittags: Smoothie Abendbrot: Brotmahlzeit abends/nachts: H-Milch sonstige LM: Fellinchen, ab und zu süße Snacks (Milchschnitte) unterwegs gelegentlich: Kekse	Teilweise empfehlungskonform: <u>Ungünstig:</u> - viel flüssige Nahrung: H-Milch früh und Abend, Smoothie nachmittags - regelmäßige Exposition zu Süßigkeiten - Fast ausschließlich Familienkost, dabei keine extra Zubereitung und keine extra gewählten Lebensmittel
Mahlzeitenanzahl	7 (+ gelegentlich weitere Mahlzeiten) - sehr viele Zwischenmahlzeiten	Ungünstig

Einschätzung kindliche Essumgebung: Weniger gesundheitsfördernd, Verbesserungspotentiale insbesondere durch Reduktion in der Anzahl der Mahlzeiten und Etablierung eines regelmäßigen Mahlzeitenrhythmus, der Förderung von selbständigen Essen und altersgerechter Esserziehungspraktiken. Auswahl der Familienkost nach den Empfehlungen und Reduzierung des Süßigkeitenverzehrns wünschenswert.

Familie G – Baby Gregor (8 Monate)

Bereiche der Essumgebung	Ausgestaltung	Bewertung und Ableitung
Mahlzeitenstruktur	Geplante Mahlzeiten: An den Bedürfnissen des Säuglings ausgerichtete Struktur	Responsiv
Häusliche Ausstattung	Große Küche jedoch ohne Esstisch, Couchtisch im Wohnzimmer, Freistehende Babystuhl-Tisch-Kombination	
Häusliche Mahlzeitenorte	Babystuhl-Tisch Kombination; Zwischenmahlzeiten frei in der Wohnung	Zwischenmahlzeiten nicht responsiv
Mahlzeitenbegleitung	Ja	Responsiv
Gemeinsame Mahlzeiten	Täglich; jedoch durch Räumlichkeiten eher Neben- statt Miteinander	Ausbaufähig
Mahlzeitenausgestaltung	Unterstützung und Anleitung wird gegeben; Förderung von Fertigkeiten und Selbstständigkeit zu den Tischmahlzeiten	Responsiv
Verfügbarkeit & Zugang zu Lebensmitteln	Nicht eingeschränkt: Freier Zugang zum Süßigkeitschrank	Nicht responsiv
Weitere auffallende Praktiken	Lebensmittel werden genutzt, um den Säugling etwas Gutes zu tun	Nicht responsiv
Speisen- und Lebensmittel Frühstück: Brot mit Nutella Mittags: Brotmahlzeit, gelegentlich Pudding oder Milch-Getreide-Brei Abends: Familienkost mit allen möglichen Fleisch- und Wurstsorten (Schnitzel, Bratwurst, Bockwurst, Hackfleisch), insb. Nudeln mit Tomatensoße (angebratene Wurst bzw. Gehacktes mit Ketchup) Zwischendurch: Keks, Zwieback nachts: ab und zu etwas zu trinken sonstige Lebensmittel: gelegentlich Süßigkeiten Getränke: gesüßte Milch mit Honig, gesüßter Instanttee Gelegentlich unterwegs: Brezel, Brötchen		Kaum empfehlungskonform: <u>Ungünstig:</u> - Ausschließlich Familienkost ohne spezielle Zubereitung und teilweise ungünstige Lebensmittel (Wurst, Gehacktes) - gesüßte Getränke: gesüßte Milch mit Honig, gesüßter Tee - Keine Säuglingsmilchnahrung - Wenig Obst und Gemüse - Regelmäßiger Verzehr von Süßigkeiten - Gesundheitsbedenkliche Lebensmittel: Honig
Mahlzeitenanzahl	4 (+ gelegentlich nachts, und weitere Zwischenmahlzeiten durch uneingeschränkten Zugang)	Fester Mahlzeitenrhythmus wünschenswert

Einschätzung kindliche Essumgebung: Weniger gesundheitsfördernd; starke Verbesserungspotentiale insbesondere durch Förderung altersentsprechender wünschenswerter Lebensmittel nach den Empfehlungen und Verzicht auf gesundheitsbedenkliche Lebensmittel; weiterhin Einschränkung des freien Zugangs zu Lebensmitteln wünschenswert

Familie H – Baby Hans (11 Monate)

Bereiche der Essumgebung	Ausgestaltung	Bewertung und Ableitung
Mahlzeitenstruktur	An den Bedürfnissen des Säuglings ausgerichtete Struktur	Responsiv
Häusliche Ausstattung	Küche mit Esstisch; Baby-Hochstuhl am Esstisch	
Häusliche Mahlzeitenorte	Baby-Hochstuhl; Zwischenmahlzeiten teilweise frei in der Wohnung	Zwischenmahlzeiten weniger responsiv
Mahlzeitenbegleitung	Ja	Responsiv
Gemeinsame Mahlzeiten	Nein	wünschenswert, ausbaufähig
Mahlzeitausgestaltung	Unterstützung und Anleitung wird gegeben; Förderung von Fertigkeiten und Selbstständigkeit	Responsiv
Verfügbarkeit & Zugang zu Lebensmitteln	Eingeschränkt	Responsiv
Speisen- und Lebensmittel		
	Frühstück: Getreide-Obst-Brei, gelegentlich Toast mit Marmelade Mittags: Gemüse-Getreide-Brei, gelegentlich Gemüse-Getreide-Fleischbrei, bzw. statt Fleisch auch Fisch; selten: ausgewählte Familienkost (weniger gewürzt) Abendbrot: Milch-Getreidebrei od. Brot mit Frischkäse Zwischendurch vormittags und nachmittags: Kekse Getränke: Wasser Unterwegs: gelegentlich Semmel vom Bäcker Sonstige Lebensmittel Joghurt ungesüßt; Honig und Nüsse wurden ausprobiert	Größtenteils empfehlungskonform: Teilweise Beikost nach Beikostschema im Wechsel mit Familienkost (speziell zubereitet und ausgewählt) <u>Ungünstig:</u> - Gelegentlich gesundheitsbedenkliche Lebensmittel: Honig, Nüsse
Mahlzeitenanzahl	5	

Einschätzung kindliche Essumgebung: Größtenteils gesundheitsfördernd; Verbesserungspotentiale hauptsächlich in der Etablierung gemeinsamer Mahlzeiten und dem Verzicht auf gesundheitsbedenkliche Lebensmittel.

Familie I – Baby Ingmar (11 Monate)

Bereiche der Essumgebung	Ausgestaltung	Bewertung und Ableitung
Mahlzeitenstruktur	An den Bedürfnissen des Säuglings ausgerichtete Struktur	Responsiv
Häusliche Ausstattung	Küche, Esstisch im Wohnzimmer, Baby-Hochstuhl separat in Küche	
Häusliche Mahlzeitenorte	Hochstuhl am Esstisch; Zwischenmahlzeiten teilweise frei in der Wohnung	Zwischenmahlzeiten teilw. Nicht responsiv
Mahlzeitenbegleitung	Ja	Responsiv
Gemeinsame Mahlzeiten	Nein	Wünschenswert, ausbaufähig
Mahlzeitausgestaltung	Unterstützung und Anleitung wird gegeben; Förderung von Fertigkeiten und Selbstständigkeit	Responsiv
Verfügbarkeit & Zugang zu Lebensmitteln	Eingeschränkt	Responsiv
Weitere auffallende Praktiken	Ab und zu unterwegs Lebensmittel zur Beruhigung	Nicht responsiv
Speisen- und Lebensmittel		
Frühstück:	Säuglingsmilchnahrung	Größtenteils empfehlungskonform: Beikost nach Beikostschema und speziell ausgewählte Familienkost <u>Ungünstig:</u> Kein Verzehr von Fleisch, Fisch und Eiern
Vormittags (in der Kita):	Obst	
Mittags:	vegetarischer Gemüse-Kartoffel-Getreide-Brei	
Nachmittags:	Obst(-brei) od. Brötchen od. Reiswaffeln mit Obstpüree	
Abends:	Getreidebrei mit Reis- od. Dinkelmilch und püriertem Obst, gelegentlich Brot mit Margarine und ein bisschen	
Getränke:	Gemüse	
Unterwegs:	Wasser Babykekse od. Reiswaffeln auf die Hand zum selbst essen im Kinderwagen	
Mahlzeitenanzahl	5 + gelegentlich unterwegs	

Einschätzung kindliche Essumgebung: Größtenteils gesundheitsfördernd, jedoch Gefahr der Mangelernährung bei Übergang in die Familienkost; Verbesserungspotentiale in der Etablierung gemeinsamer Mahlzeiten und dem Anbieten von tierischem Eiweiß. Wünschenswert wäre der regelmäßige Verzehr von Fleisch, Fisch und Eiern, da sonst Gefahr für die Entstehung von Nährstoffmangel insbesondere in Bezug auf Eiweiß, Eisen und Vitamin B12 besteht, wenn keine Säuglingsmilchnahrung mehr gegeben wird.

Familie J – Baby Jake (11 Monate)

Bereiche der Essumgebung	Ausgestaltung	Bewertung und Ableitung
Mahlzeitenstruktur	Teilweise unstrukturiert und spontan organisiert; Entscheidung von Mahlzeiten wird an den Säugling abgegeben	Nicht responsiv
Häusliche Ausstattung	Kleine Wohnküche; kein Esstisch; Couchtisch, vom Couchtisch etwas abseitsstehende Babystuhl-Tisch-Kombination	
Häusliche Mahlzeitenorte	Bett, Babystuhl-Tisch-Kombination; Zwischenmahlzeiten frei in der Wohnung	Zwischenmahlzeiten weniger responsiv
Mahlzeitenbegleitung	Teilweise (Säuglingsmilchmahlzeiten aus der Flasche im Bett sind unbegleitet)	Nicht responsiv
Gemeinsame Mahlzeiten	Täglich	Responsiv
Mahlzeitausgestaltung	Unterstützung und Anleitung wird gegeben; eingeschränkte Förderung von Fertigkeiten und Selbstständigkeit durch Füttern	Ausbaufähig
Verfügbarkeit & Zugang zu Lebensmitteln	Nicht eingeschränkt: Freier Zugang zu Keksen und Nuckelflasche auf dem Couchtisch;	Nicht responsiv
Weitere auffallende Praktiken	Lebensmittel werden genutzt, um dem Säugling etwas Gutes zu tun, sowie als Belohnung	Nicht responsiv
Speisen- und Lebensmittel		
	Früh: Säuglingsmilchnahrung Vormittags: Obst oder Obst-Getreide-Brei: Apfel, Banane, Zwieback Mittags: Gemüse-Kartoffel-Brei Abends: Familienkost (Kartoffelbrei, Fleisch) Zwischendurch tagsüber: Kekse, Schokokekse vor dem zu Bett gehen: Säuglingsmilchnahrung Getränke: k. A.	Teilweise empfehlungskonform: <u>Ungünstig:</u> - zu wenig Obst - täglicher Verzehr von ungünstigen Getreideprodukten und Süßigkeiten - Familienkost nicht speziell ausgewählt - Viel breiige Kost
Mahlzeitenanzahl	5 (+ weitere Mahlzeiten zusätzlich zwischendurch)	Feste Mahlzeiten wären wünschenswert

Einschätzung kindliche Essumgebung: Weniger gesundheitsfördernd; Verbesserungspotentiale durch gezielte Planung von festen Mahlzeiten bei der die Entscheidung nicht ans Kind abgegeben wird. Förderung der ständigen Mahlzeitenbegleitung und Speisen nach den Empfehlungen.

Familie K – Baby Karl (6 Monate)

Essumgebung und Mahlzeitenpraktiken	Ausgestaltung	Bewertung und Ableitung
Mahlzeitenstruktur	Nach Bedarf	Responsiv
Häusliche Ausstattung	Kleine Wohnküche; kein Esstisch, Couchtisch; freistehender Baby-Hochstuhl im Wohnzimmer	
Häusliche Mahlzeitenorte	Bett, Hochstuhl, Couch	
Mahlzeitenbegleitung	Teilweise (Säuglingsmilchmahlzeiten aus der Flasche sind unbegleitet)	Nicht responsiv
Gemeinsame Mahlzeiten	Mitessen bei Frau K	Weniger günstig
Mahlzeitenausgestaltung	Frau K tendiert dazu Interaktionen mit dem Essen zu unterbinden; Frau K will, dass aufgegessen wird	Nicht responsiv
Verfügbarkeit & Zugang zu Lebensmitteln	Nicht eingeschränkt: Freier Zugang zur Süßigkeitenschale auf dem Couchtisch	Nicht responsiv
Weitere auffallende Praktiken	Lebensmittel unterwegs genutzt, um dem Säugling was Gutes zu tun	Nicht responsiv
Speisen- und Lebensmittel		
Früh:	Säuglingsmilchnahrung	Teilweise empfehlungskonform: <u>Ungünstig:</u> - regelmäßige Exposition zu ungünstiger Familienkost, - hohe Exposition zu süßen Speisen (gesüßtes Obst; Saft als Getränk) - Bisherig keine wünschenswerten Getreideprodukte
Vormittags (Tagesmutter):	Säuglingsmilchnahrung	
Mittags (Tagesmutter):	Frau K weiß es nicht genau	
nachmittags:	Säuglingsmilchnahrung	
Abends:	Gemüse-Kartoffel-Brei, Brei aus Nudeln und Käsesoße, zum Nachtisch Obstbrei oder Apfelmus	
zum Schlafengehen:	Säuglingsmilchnahrung	
sonstig:	Täglich, wenn Frau K isst, z. B. Familienkost, Eis, Sahne, Pommes	
Getränke:	Wasser; Saft	
unterwegs:	Säuglingsmilch und Kekse	
Mahlzeitenanzahl:	7	

Einschätzung kindliche Essumgebung: Weniger gesundheitsfördernd; Verbesserungspotentiale hauptsächlich in der Begleitung der Mahlzeiten, in der Beachtung der Sättigungssignale und dem Weglassen ungünstiger Familienkost.

Familie L – Baby Leon (10 Monate)

Essumgebung und Mahlzeitenpraktiken	Ausgestaltung	Bewertung und Ableitung
Mahlzeitenstruktur Hauptmahlzeiten	Zum Teil starre zeitliche Struktur	Weniger günstig
Häusliche Ausstattung	Küche mit Esstisch, Baby-Hochstuhl	
Häusliche Mahlzeitenorte	Baby-Hochstuhl am Esstisch	Responsiv
Mahlzeitenbegleitung	Ja	Responsiv
Gemeinsame Mahlzeiten	Gelegentlich	Responsiv, ausbaufähig
Mahlzeiteausgestaltung	Unterstützung und Anleitung wird gegeben; Förderung von Fertigkeiten und Selbstständigkeit	Responsiv
Verfügbarkeit & Zugang zu Lebensmitteln	Eingeschränkt	Responsiv
Weitere auffallende Praktiken	ab und zu unterwegs Lebensmittel zur Beruhigung	Nicht responsiv
Speisen und Lebensmittel		
Früh/Nach dem Aufstehen:	Säuglingsmilchnahrung	Größtenteils empfehlungskonform: <u>Ungünstig:</u> - hoher Milchverzehr - gelegentlich salzige und würzige Familienkost
Vormittags:	Milch-Getreidebrei mit Obst	
Mittags:	Gemüse-Kartoffel-Fleisch-Brei	
früher Nachmittag:	Säuglingsmilchnahrung	
Nachmittag:	Obstbrei oder Zwieback mit zerdrücktem Obst	
Abends:	Milch-Getreidebrei mit Obst	
Getränke:	Wasser und Fencheltee	
Gelegentlich Mahlzeiten unterwegs:	Reiswaffeln als Snack oder Obst-Quetschies	
Sonstige Lebensmittel:	Leberwurst, Teewurst	
Mahlzeitenanzahl:	6	

Einschätzung kindliche Essumgebung: Größtenteils gesundheitsfördernd, Verbesserungspotentiale hauptsächlich in der Etablierung gemeinsamer Mahlzeiten und Anpassung der Mahlzeitenzeiten an die Bedürfnisse des Säuglings. Weiterhin Sensibilisierung für günstige Familienkost mit möglichst Verzicht auf salzige und gewürzte Lebensmittel.

Familie M – Baby Maxi (9 Monate)

Essumgebung und Mahlzeitenpraktiken	Ausgestaltung	Bewertung und Ableitung
Mahlzeitenstruktur Hauptmahlzeiten	An den Bedürfnissen des Säuglings ausgerichtete Struktur	Responsiv
Häusliche Ausstattung	Küche mit Couchtisch, Eltern rauchen in der Küche und Zugang zur Küche ist für Kinder nicht erlaubt; Esstisch im Wohnzimmer mit Baby-Hochstuhl	
Häusliche Mahlzeitenorte	Baby-Hochstuhl am Esstisch	Responsiv
Mahlzeitenbegleitung	Ja	Responsiv
Gemeinsame Mahlzeiten	Täglich	Responsiv
Mahlzeitenausgestaltung	Unterstützung und Anleitung wird gegeben; Förderung von Fertigkeiten und Selbstständigkeit; Teilweise direkte und offensichtliche Verbote ggü. Speisen am Tisch; Säugling muss sitzenbleiben, bis alle aufgegessen haben	Nicht altersgerechte Esserziehungspraktiken am Tisch
Verfügbarkeit & Zugang zu Lebensmitteln	Eingeschränkt	Responsiv
Speisen- und Lebensmittel		Überwiegend empfehlungskonform: Übergang Beikost-Familienkost <u>Ungünstig:</u> - zu wenig günstige Getreideprodukte, - regelmäßiger Zugang zu süßen Speisen und ungünstiger Familienkost - täglicher Verzehr von gesüßten Getränken
Früh/nach dem Aufstehen:	Säuglingsmilchnahrung	
Vormittags:	Obstpüree oder Banane	
Mittags:	Gemüse-Kartoffel/Getreide-Brei oder Familienkost: Gemüse mit Kartoffeln, Fleisch, Fisch	
Nachmittags:	Joghurtmüsli oder Naturjoghurt mit Fruchtpüree	
Abends:	½ Scheibe Brot mit Leberwurst und 150 ml Folgemilch	
Nachts:	Früchtetee mit Apfelsaft	
Zwischendurch:	Reiswaffeln	
Getränke:	gesüßter Instanttee, ab und zu Wasser, Saft mit Wasser gemischt (siehe nachts)	
Sonstige LM:	gelegentlich Süßkram, Kuchen, Wiener Wienerwürstchen vom Fleischer	
unterwegs (selten):		
Mahlzeitenanzahl	6 – 7	

Einschätzung kindliche Essumgebung: Überwiegend gesundheitsfördernd, Verbesserungspotentiale hauptsächlich in der Förderung responsiver Esserziehungspraktiken und vereinzelt auch der Verzicht auf ungünstige Lebensmittel.

Familie N – Baby Nigel (10 Monate)

Essumgebung und Mahlzeitenpraktiken	Ausgestaltung	Bewertung und Ableitung
Mahlzeitenstruktur	Zum Großteil unstrukturiert und spontan organisiert; Entscheidung von Mahlzeiten wird an den Säugling abgegeben	Nicht responsiv
Häusliche Ausstattung	Kleine Wohnküche mit Couchtisch; kein Esstisch; kein Kinderhochstuhl	
Häusliche Mahlzeitenorte	Bett, Couchtisch; Zwischenmahlzeiten frei in der Wohnung	Zwischenmahlzeiten Nicht responsiv
Mahlzeitenbegleitung	Teilweise (Säuglingsmilchmahlzeiten aus der Flasche sind unbegleitet)	Nicht responsiv
Gemeinsame Mahlzeiten	Täglich, teilweise Mitessen bei Frau N	Responsiv, ausbaufähig
Mahlzeitenausgestaltung	Unterstützung und Anleitung wird gegeben; Förderung von Fertigkeiten und Selbstständigkeit	Responsiv
Verfügbarkeit & Zugang zu Lebensmitteln	Nicht eingeschränkt: Freier Zugang zu Keksen	Nicht responsiv
Speisen- und Lebensmittel		
Früh:	nichts, da Baby Nigel lange schläft	Kaum empfehlungskonform: <u>Ungünstig:</u> - zu wenige Mahlzeiten - teilweise speziell ausgewählte Familienkost, jedoch trotzdem teilw. ungünstig, weil Lebensmittel an sich schon stark gesalzen, gewürzt und gesüßt sind (Wurst, Joghurt, Bananenmilch)
Mittags:	Gemüse- oder Gemüse-Kartoffel-Brei, manchmal ausgewählte Familienkost: nichts Scharfes oder Salziges; nicht gesalzener Kartoffelbrei, Wurst ohne Haut, kleinpürierte Nudeln	
ggf. nachmittags und/oder Zwischendurch:	Kekse, ein bisschen Milch, Wasser	
Abends:	Keksbrei oder Joghurt von Frau N	
Ggf. vor dem zu Bett gehen:	Säuglingsmilchnahrung	
Getränke:	Hauptsächlich Wasser, süße Getränke (Bananenmilch)	
unterwegs (selten):	Kekse, Süßes	
Mahlzeitenanzahl:	2 (+ ggf. 2 am Nachmittag und Abend)	Regelmäßig feste Mahlzeiten wünschenswert

Einschätzung kindliche Essumgebung: Weniger gesundheitsfördernd; starkes Verbesserungspotential in der Etablierung einer regelmäßigen und verlässlichen zeitlichen Mahlzeitenstruktur und der Begleitung von Mahlzeiten; starkes Verbesserungspotential in der Auswahl geeigneter empfehlungskonformer Familienkost.

Familie O – Baby Olive (9 Monate)

Essumgebung und Mahlzeitenpraktiken	Ausgestaltung	Bewertung und Ableitung
Mahlzeitenstruktur	Weniger strukturiert	Weniger responsiv
Häusliche Ausstattung	Kleine Wohnküche, kein Esstisch; Couchtisch, bisher kein Babystuhl	
Häusliche Mahlzeitenorte	Babywippe auf der Couch (Säugling kann noch nicht eigenständig sitzen)	
Mahlzeitenbegleitung	Ja	Responsiv
Gemeinsame Mahlzeiten	Nicht zutreffend	
Mahlzeiteausgestaltung	Unterstützung und Anleitung wird gegeben; Förderung von Fertigkeiten und Selbstständigkeit	Responsiv
Verfügbarkeit & Zugang zu Lebensmitteln	Eingeschränkt	Responsiv
Speisen- und Lebensmittel	Früh: Säuglingsmilchnahrung Vormittags: Obst Mittags: Gemüse-Brei, ggf. mit Fleisch Nachmittags: Brei mit Obst Abends: Süßliches aus dem Glas oder Milch-Getreide-Brei, manchmal Familienkost Zwischendurch (insb. unterwegs): Kekse zum selbst essen im Kinderwagen	Größtenteils empfehlungskonform: <u>Ungünstig:</u> wenig wünschenswerte Getreideprodukte (Obst ohne Getreidekomponente; Kekse)
Mahlzeitenanzahl	5-6	

Einschätzung kindliche Essumgebung: Größtenteils gesundheitsfördernd, Verbesserungspotentiale hauptsächlich in der Förderung des Verzehrs wünschenswerter Getreideprodukte und der Vermeidung von Mahlzeiten unterwegs im Kinderwagen.

QUANTITATIVE STUDIE

Projektinformation & Einverständniserklärung



Liebe Eltern,

essen lernen ist nicht immer ganz einfach, sowohl für Sie als auch für Ihr Baby. Wir – die Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen und das ernährungswissenschaftliche Institut der Universität Jena – möchten gerne herausfinden, wie Sie als Eltern gut beraten und unterstützt werden können. Es interessiert uns, Ihre Meinungen und Probleme diesbezüglich zu erfahren und welche ernährungsbezogenen Praktiken und Strategien Sie anwenden.

Wir laden Sie hiermit herzlich ein uns zu unterstützen und an dieser Befragung teilzunehmen. Wir sichern Ihnen selbstverständlich zu, dass:

- alle Angaben vertraulich gehandhabt und nicht an Dritte weitergegeben werden.
- alle Angaben anonymisiert werden und keinerlei Rückschlüsse auf Ihre Person zulassen.

Für den Fragebogen liegt deshalb ein Briefumschlag bei. Diese Einverständniserklärung geben Sie bitte gesondert beim Praxisteam ab.

Ihre Teilnahme ist natürlich freiwillig und durch eine Nicht-Teilnahme entstehen Ihnen keinerlei Nachteile.

Sie können an der Befragung teilnehmen, wenn ihr Baby in Deutschland geboren wurde und Sie permanent oder mindestens teilweise (d. h. mindestens 2 Tage/Woche) im gleichen Haushalt wie das Baby leben.

Wenn Sie nach der Untersuchung keine Zeit haben die momentane Größe und das Gewicht ihres Kindes aus dem U-Heft einzutragen, können Sie diese Angaben ggf. einfach von der Kinderarztpraxis ergänzen lassen oder Sie geben den Fragebogen ein anderes Mal ab.

Die Befragung dauert ca. 25 Minuten. Bitte füllen Sie bei Interesse die nachfolgende Einverständniserklärung aus. Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung: 03643/4989819 oder per E-mail: marx@agethur.de

Einverständnis-Erklärung zur Befragung „Ernährungspraktiken in jungen Familien“

- Ich wurde über die Befragung „Ernährungspraktiken in jungen Familien“ informiert.
- Mir ist bekannt, dass meine Daten anonym bearbeitet und ausgewertet werden und keinerlei Rückschlüsse auf meine Person zulassen.
- Die Auswertung erfolgt durch die Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V. Thüringen sowie durch das ernährungswissenschaftliche Institut der Universität Jena und dient ausschließlich wissenschaftlichen Zwecken.
- Ich bin darüber unterrichtet, dass meine Teilnahme freiwillig ist. Bei Nicht-Teilnahme entstehen mir keinerlei Nachteile.

Ich habe eine Kopie des Informationsschreibens und der Einwilligungserklärung erhalten und erkläre hiermit meine freiwillige Teilnahme an der Befragung:

Datum: _____

Unterschrift: _____

Fragebogen „Ernährungspraktiken in jungen Familien“ Seite 1 von 8

Datum:

(wichtig!)

Hinweise zum Ausfüllen

- Bitte kreuzen Sie das jeweilig zutreffende Kästchen an:

Beispiel: ja ☒ nein ☐

- Haben Sie sich bei einer Frage vertan? Bitte das falsch ausgefüllte Kästchen ausmalen und das richtige ankreuzen:

ja ☒ nein ☒

Angaben zum Kind:

- Bitte beziehen Sie die folgenden Angaben immer auf das jüngste Kind, bei Zwillings- oder Mehrlingsgeburten auf das zuletzt geborene Kind.

Wann wurde Ihr Kind geboren?

Tag		Monat		Jahr	

Ist ihr Kind ein? Mädchen ☐ Junge ☐

War es eine Zwillings- oder Mehrlingsgeburt?ja ☐ nein ☐

War es eine Frühgeburt?ja ☐ nein ☐

(Geburt vor vollendeter 37. Schwangerschaftswoche)

↳ Wenn Frühgeburt, in welcher Schwangerschaftswoche kam ihr Kind zur Welt? . SSW

➤ **Bitte übertragen Sie die Angaben aus dem U-Heft**

Gewicht des Kindes zur Geburt:g Gewicht des Kindes zur U6:g

Größe des Kindes zur Geburt:cm Größe des Kindes zur U6:cm

Die U6 ist heute: ☐

Die U6 war am: Tag Monat Jahr

Wie viele **weitere** Kinder leben im **gleichen Haushalt**?

Wo wurde Ihr Kind geboren?

- ☐ im Krankenhaus
☐ im Geburtshaus
☐ zu Hause
☐ woanders:

Wie kam Ihr Kind zur Welt (Geburtsmodus)?

- ☐ vaginale Entbindung
☐ Kaiserschnitt
 wenn Kaiserschnitt: War dieser auf Wunsch?ja ☐ nein ☐

Haben Sie Ihr Kind mehr als 2 Wochen lang gestillt?ja ☐ nein ☐

Fragebogen „Ernährungspraktiken in jungen Familien“ Seite 2 von 8

Hatten Sie innerhalb der ersten Wochen nach der Geburt zu Hause Hilfe von einer Hebamme? ja ☐ nein ☐

Von wem wird das Kind in der Familie momentan hauptsächlich bzw. überwiegend betreut?
(Mehrfachnennungen möglich)

- ☐ leibliche Mutter ☐ nicht-leibliche Partnerin
☐ leiblicher Vater ☐ nicht-leiblicher Partner
☐ jemand anderes?

Besucht das Kind momentan eine Tageseinrichtung oder Kindertagesstätte? ja ☐ nein ☐

↳ Wenn ja, in welchem Betreuungsumfang?

- ☐ bis 5 Stunden
☐ 5 - 8 Stunden
☐ > 8 Stunden

Bekommen Sie bei der Betreuung ihres Kindes regelmäßig Unterstützung? ja ☐ nein ☐

↳ Wenn ja, durch wen?

- ☐ Partner/in
☐ eigene Eltern/Schwiegereltern
☐ Freunde
☐ Babysitter
☐ Familienhebamme/ Sozialpädagogische Familienhilfe/ Gesundheits- & Kinderkrankenschwester
☐ Sonstige Hilfe:

Wurden bei Ihrem Kind Lebensmittelallergien oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten festgestellt? ja ☐ nein ☐

↳ Wenn ja, welche?

Hat Ihr Kind eine körperliche od. geistige Behinderung, die spezielle Fütterungspraktiken & Lebensmittel erfordert? (z.B. Lippen-Kiefer-Gaumenspalte, Downsyndrom)? ja ☐ nein ☐

War die Schwangerschaft damals geplant? ja ☐ nein ☐

Angaben zu Ihrer Person:

Sie sind? ☐ Mutter ☐ Vater ☐ jemand anderes?

Wann sind Sie geboren?
Tag Monat Jahr

Welche Staatsangehörigkeit haben Sie?

- ☐ deutsch und/oder:
☐ eine andere? welche?

Fragebogen „Ernährungspraktiken in jungen Familien“ Seite 3 von 8

Leben Sie mit dem Kind...

- ☐ permanent od. überwiegend im gleichen Haushalt?
☐ teilweise (mindestens 2 Tage pro Woche) im gleichen Haushalt?

Andere Formen des Zusammenlebens? _____

Ihr aktueller Familienstand:

- ☐ verheiratet bzw. eingetragene Lebenspartnerschaft und mit Partner/in zusammen lebend
☐ verheiratet bzw. eingetragene Lebenspartnerschaft und getrennt lebend
☐ geschieden
☐ nicht verheiratet (ledig), und mit Partner/in zusammen lebend
☐ nicht verheiratet (ledig), Partner/in lebt woanders
☐ alleinerziehend
☐ Sonstiges: _____

Ihr momentan höchster Schulabschluss:

- ☐ Hauptschulabschluss
☐ Realschulabschluss (Mittlere Reife)
☐ allgemeine oder Fach(gebundene)-Hochschulreife (Abitur oder Fach(gebundenes)-Abitur)
☐ Schule ohne Abschluss beendet
☐ Noch keinen Schulabschluss
☐ Anderer Schulabschluss: _____

Haben Sie eine Berufsausbildung abgeschlossen?ja ☐ nein ☐

Haben Sie ein Studium oder Fachhochschulstudium abgeschlossen?ja ☐ nein ☐

Wie viele Personen (einschließlich Kinder) leben in ihrem Haushalt? _____ Personen

Wie ist ihr durchschnittliches Haushaltsnettoeinkommen pro Monat? (inkl. Kinder- u. Elterngeld)

- | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ unter 500€ | ☐ 501 - 800€ | ☐ 801 - 1000€ | ☐ 1001 - 1500€ |
| ☐ 1501 - 2000€ | ☐ 2001 - 2500€ | ☐ 2501 - 3000€ | ☐ über 3000€ |

Welche der folgenden Leistungen nimmt Ihr Haushalt momentan in Anspruch?

- ☐ Kindergeld
☐ Elterngeld
☐ Thüringer Erziehungsgeld und/oder Betreuungsgeld
☐ Wohngeld
☐ Kindergeldzuschlag
☐ Hartz IV
☐ Unterhalt fürs Kind
☐ Unterhaltsvorschuss fürs Kind
☐ Rente
☐ Bafög
☐ BAB (Berufsausbildungsbeihilfe)
☐ andere: _____

Fragebogen „Ernährungspraktiken in jungen Familien“ Seite 4 von 8

Bitte kreuzen Sie nachfolgend pro Aussage/Frage das Kästchen an, das Ihre ganz persönliche Meinung am besten widerspiegelt bzw. Ihren Praktiken und Verhaltensweisen am nächsten kommt.

Wie wichtig sind Ihnen folgende Aspekte?

Mir ist wichtig, dass...	stimme überhaupt nicht zu	stimme (eher) nicht zu	stimme mittelmäßig zu	stimme zu	stimme voll zu
... eine Mahlzeit schnell und zügig zubereitet ist.	☐	☐	☐	☐	☐
... eine Mahlzeit schnell und zügig abläuft.	☐	☐	☐	☐	☐
... in der Familie gemeinsam gegessen wird.	☐	☐	☐	☐	☐
... man sich während der Mahlzeiten unterhalten kann.	☐	☐	☐	☐	☐
... Babys möglichst wenig mit dem Essen kleckern.	☐	☐	☐	☐	☐
... Babys sich zum Essen hinsetzen.	☐	☐	☐	☐	☐
... Babys möglichst schnell ohne Hilfe essen können.	☐	☐	☐	☐	☐

Wie bewerten Sie folgende Aussagen?	stimme überhaupt nicht zu	stimme (eher) nicht zu	stimme mittelmäßig zu	stimme zu	stimme voll zu
Selber kochen finde ich wichtig.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich gehe gerne Lebensmittel einkaufen.	☐	☐	☐	☐	☐
Das Kochen und Zubereiten von Speisen macht mir Spaß.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn mein Baby hungrig ist, stehe ich schnell mal unter Stress.	☐	☐	☐	☐	☐
Es tut meinem Baby gut, wenn wir alle zusammen am Tisch sitzen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich freue mich auf gemeinsame Mahlzeiten.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich mache mir manchmal Sorgen, dass mein Baby zu wenig isst.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich mache mir manchmal Sorgen, dass mein Baby zu viel isst.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich kann die Geschmacksvorlieben meines Babys beeinflussen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe großen Einfluss darauf, wie sich mein Baby körperlich und geistig entwickelt.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich hätte kein Problem damit, wenn mein Kind später einmal übergewichtig wäre.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich hätte kein Problem damit, wenn mein Kind später einmal untergewichtig wäre.	☐	☐	☐	☐	☐
Gesunde Ernährung besitzt in Deutschland einen hohen Stellenwert.	☐	☐	☐	☐	☐
Eltern tragen eine große Verantwortung bezüglich des Körpergewichts ihres Kindes.	☐	☐	☐	☐	☐
Ein Baby sollte mit 6 Monaten eine Nuckelflasche alleine halten.	☐	☐	☐	☐	☐

Fragebogen „Ernährungspraktiken in jungen Familien“ Seite 5 von 8

Wo holen Sie sich Tipps rund um die Beikost und das Familienessen?	nie	selten	ab & zu	häufig	sehr häufig
Eigene Eltern oder Schwiegereltern	☐	☐	☐	☐	☐
Partner/in & Freunde	☐	☐	☐	☐	☐
Kinderarzt	☐	☐	☐	☐	☐
Hebamme	☐	☐	☐	☐	☐
Zeitschriften, Bücher, Flyer, Broschüre	☐	☐	☐	☐	☐
Fernsehwerbung	☐	☐	☐	☐	☐
Herstellerangaben auf Säuglingsnahrungen & Beikostprodukten	☐	☐	☐	☐	☐
Foren & Informationsseiten im Internet	☐	☐	☐	☐	☐
Andere?					

Wie bewerten Sie folgende Aussagen?	stimmt nicht	stimmt	weiß nicht
Ein hoher Salzverzehr bei Babys und Kindern erhöht das Risiko für Bluthochdruck und Herzinfarkt.	☐	☐	☐
Ein hoher Verzehr von Zucker und Süßigkeiten bei Kindern kann ihre Konzentration beeinträchtigen.	☐	☐	☐
Ein hoher Verzehr von Zucker und Süßigkeiten bei Kindern erhöht das Risiko für Übergewicht.	☐	☐	☐
Ein hoher Verzehr von Zucker und Süßigkeiten bei Kindern erhöht das Risiko für Diabetes.	☐	☐	☐
Nach dem Verzehr von zuckerhaltigen Speisen, haben Kinder mehr Energie zum Spielen und Toben.	☐	☐	☐
Eine gesunde Ernährung fördert die Leistungsfähigkeit in der Schule.	☐	☐	☐
Regelmäßig Frühstück zu Hause fördert die Konzentration und Leistungsfähigkeit in der Schule.	☐	☐	☐
Ein hoher Medien- und Fernsehkonsum bei Kindern erhöht das Risiko für Übergewicht.	☐	☐	☐
Kinder in Deutschland essen generell zu wenig Gemüse & Obst.	☐	☐	☐
Kinder in Deutschland essen generell zu häufig Fleisch & Wurst.	☐	☐	☐
Eine gesunde Ernährung stärkt das Immunsystem.	☐	☐	☐
Die Ernährung beeinflusst das Körpergewicht.	☐	☐	☐
Die Ernährung beeinflusst das spätere Risiko für Herzinfarkt.	☐	☐	☐
Eltern haben Einfluss auf die Geschmacksvorlieben ihres Kindes.	☐	☐	☐
Kinder lernen die Speisen zu mögen, die man ihnen öfter anbietet.	☐	☐	☐
Baby-Folgenreichung 2 ist laut Empfehlung überflüssig.	☐	☐	☐
Idealerweise fängt die Beikost mit Gemüse(brei) an.	☐	☐	☐
Babys brauchen noch keine Süßigkeiten.	☐	☐	☐
Im 1. Lebensjahr wird eine salzlose bzw. extrem salzarme Ernährung empfohlen.	☐	☐	☐

- Wenn Sie an den **gestrigen Tag** denken. Wie viele Mahlzeiten (auch Snacks) hat ihr Kind gegessen bzw. getrunken? Beziehen Sie auch die **nächtlichen Mahlzeiten** sowie **Mahlzeiten in der Fremdbetreuung (z.B. Kita oder Babysitter)** mit ein.

_____ Mahlzeiten

Fragebogen „Ernährungspraktiken in jungen Familien“ Seite 6 von 8

- Ab welchem Monat hat ihr Baby zum ersten Mal etwas anderes als Muttermilch oder Säuglingsmilchnahrung probiert? **Ausnahme:** Wasser und ungesüßter Baby-Tee
ab _____. Monat

Wenn Sie an die letzte Woche denken – also die letzten 7 Tage. Wie häufig hat ihr Kind zu Hause oder unterwegs - die folgenden Lebensmittel verzehrt?

(Ohne Mahlzeiten in Tagespflege und Kita)

Achtung: Manche Kategorien müssen doppelt zugeordnet werden. z.B.:

- ➔ der Milchbrei aus Getreideflocken zählt einerseits zur Kategorie „Milchbrei und Milchprodukte“, gleichzeitig zur Kategorie „Brot, Nudeln, Reis und Getreideflocken“
- ➔ Gemüse-Kartoffel-Fleisch-Brei: Kategorie „Gemüse“ + Kategorie „Kartoffel“ + Kategorie „Fleisch bzw. Wurst“

	seltener bis nie	1-3 mal in der Woche	4-6 mal in der Woche	einmal am Tag	mehrmals täglich
Muttermilch	☐	☐	☐	☐	☐
Säuglingsmilchnahrung Pre	☐	☐	☐	☐	☐
Säuglingsmilchnahrung Nr. 1	☐	☐	☐	☐	☐
Säuglingsmilchnahrung Nr. 2 oder Nr. 3	☐	☐	☐	☐	☐
Kleinkindmilch	☐	☐	☐	☐	☐
Wasser und ungesüßter Tee	☐	☐	☐	☐	☐
Gesüßte Getränke (Limonade Tee mit Zucker, Krümeltee)	☐	☐	☐	☐	☐
Saft & Saftschorlen	☐	☐	☐	☐	☐
Milch, Milchbrei & Milchprodukte (z.B. Joghurt, Käse)	☐	☐	☐	☐	☐
Obst- bzw. Frucht(brei) roh oder gekocht: z.B. Stückchen oder als Mus aus dem Gläschen oder Becher	☐	☐	☐	☐	☐
Gemüse(brei) - roh oder gekocht	☐	☐	☐	☐	☐
Süße Aufstriche (Marmelade, Schokoladencreme)	☐	☐	☐	☐	☐
Kartoffeln	☐	☐	☐	☐	☐
Pommes	☐	☐	☐	☐	☐
Müsli & Cornflakes	☐	☐	☐	☐	☐
Brot, Nudeln, Reis und Getreideflocken	☐	☐	☐	☐	☐
Fleisch bzw. Wurst(aufstrich)	☐	☐	☐	☐	☐
Fisch	☐	☐	☐	☐	☐
Ei	☐	☐	☐	☐	☐
(Baby)Kekse und Kuchen	☐	☐	☐	☐	☐
Süßigkeiten (wie Schokolade, Gummibärchen)	☐	☐	☐	☐	☐
Salzige Knabbereien (wie Chips, Salzstangen)	☐	☐	☐	☐	☐
Butter & Öle	☐	☐	☐	☐	☐

Fragebogen „Ernährungspraktiken in jungen Familien“ Seite 7 von 8

Weiterhin in Bezug auf die letzten 7 Tagen und das **familiäre Umfeld** (sowohl zu Hause als auch unterwegs).

Wie häufig ...	seltener bis nie	1-3 mal in der Woche	4-6 mal in der Woche	einmal am Tag	mehrmals täglich
... kauft Ihre Familie Lebensmittel ein?	☐	☐	☐	☐	☐
... haben Sie für die Mahlzeiten ihres Babys auf Produkte zurückgegriffen, die nur warm gemacht oder angerührt werden müssen (z.B. Gläschenkost oder Milchbreipulver)?	☐	☐	☐	☐	☐
... bekommt Ihr Baby Brei den Sie selbst gekocht haben?	☐	☐	☐	☐	☐
... bekommt Ihr Baby Essen auf die Hand? (z.B. unterwegs im Kinderwagen od. zuhause im Laufgitter od. beim Spielen)	☐	☐	☐	☐	☐
... bekommt ihr Baby Familienessen (also das, was Sie auch essen)?	☐	☐	☐	☐	☐
... essen Sie mit ihrem Baby gemeinsam?	☐	☐	☐	☐	☐
... isst ihr Baby und Sie sind nicht direkt daneben oder unmittelbar dabei?	☐	☐	☐	☐	☐
... füttern Sie ihr Baby oder unterstützen es beim Essen?	☐	☐	☐	☐	☐
... gucken Sie Fernsehen, wenn ihr Baby isst?	☐	☐	☐	☐	☐
... benutzen Sie Handy, Smartphone, Computer oder Tablet, wenn ihr Baby isst?	☐	☐	☐	☐	☐
... isst Ihr Baby vor dem laufenden Fernseher, unabhängig davon ob es hinguckt?	☐	☐	☐	☐	☐
... läuft das Radio od. Musik, wenn Ihr Baby isst?	☐	☐	☐	☐	☐
... lesen Sie ein Buch, Zeitschrift etc. wenn ihr Baby isst?	☐	☐	☐	☐	☐

Welche Probleme bezüglich der Ernährung Ihres Babys sind bisher aufgetreten?

	nein, nie	kam schon einmal vor	ja, häufig
Mein Baby hatte Durchfall.	☐	☐	☐
Mein Baby hatte Verstopfung.	☐	☐	☐
Wenn ja, ist Ihnen bekannt durch welche Speisen?			
Mein Baby hat zu viel gespuckt.	☐	☐	☐
Mein Baby wurde nicht satt.	☐	☐	☐
Mein Baby hatte Bauchkrämpfe od. Blähungen.	☐	☐	☐
Mein Baby hat die ihm angebotenen Speisen nicht gegessen.	☐	☐	☐
Mein Baby war sehr wählerisch.	☐	☐	☐
Mein Baby hatte durch bestimmte Speisen einen wunden Po.	☐	☐	☐
Wenn ja, ist Ihnen bekannt durch welche Speisen?			

Benutzt ihr Kind zurzeit einen Nuckel?.....ja ☐ nein ☐

Besitzt ihr Kind einen eigenen Stuhl oder Hochstuhl?.....ja ☐ nein ☐

Fragebogen „Ernährungspraktiken in jungen Familien“ Seite 8 von 8

Wenn Sie mit Ihrem Baby zu Hause sind: Wie häufig bekommt Ihr Baby Beikost, Familienkost od. Snacks...	seltener bis nie	1-3 mal in der Woche	4-6 mal in der Woche	einmal am Tag	mehrmals täglich
... am Couchtisch?	☐	☐	☐	☐	☐
... auf dem Sofa?	☐	☐	☐	☐	☐
... am Küchentisch bzw. separatem Esstisch?	☐	☐	☐	☐	☐
... im Laufgitter?	☐	☐	☐	☐	☐
... in der Baby-Auto-Schale oder in der Baby-Wippe?	☐	☐	☐	☐	☐
... auf dem Fußboden oder der Krabbeldecke?	☐	☐	☐	☐	☐
Wo noch?					

Bitte kreuzen Sie pro Aussage das Kästchen an, das Ihre Praktiken **am besten** wiedergibt.

	stimme überhaupt nicht zu	stimme (eher) nicht zu	stimme mittelmäßig zu	stimme zu	stimme voll zu
Was mein Baby zu essen bekommt, plane ich mindestens schon einen Tag im Voraus.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich entscheide spontan, was mein Baby zu essen bekommt.	☐	☐	☐	☐	☐
Mein Baby isst immer um die gleiche Zeit.	☐	☐	☐	☐	☐
Manchmal esse ich heimlich, damit es mein Baby nicht mitbekommt.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich sage od. verdeutliche meinem Baby, dass das Essen lecker ist, das ich anbiete.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn mein Baby etwas nicht essen möchte, biete ich ihm stattdessen etwas anderes zu essen an.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich biete meinem Baby die gleiche Speise öfter an, auch wenn es diese beim 1. Mal nicht mochte.	☐	☐	☐	☐	☐
Mein Baby darf sein Essen genau anfassen und untersuchen.	☐	☐	☐	☐	☐
Mein Baby sollte ordentlich essen und möglichst nicht kleckern.	☐	☐	☐	☐	☐
Mein Baby darf mit dem Essen herumkrabbeln bzw. herumlaufen.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn mein Baby schreit, ist es schwer einzuschätzen, ob es Hunger hat od. etwas anderes möchte.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich gebe meinem Baby auch zwischendurch etwas zu essen, um ihm etwas Gutes zu tun.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich gebe meinem Baby etwas Leckeres zu essen, wenn es etwas besonders gut gemacht hat od. brav war.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn mein Baby schreit, gebe ich ihm etwas zu essen, um es zu beruhigen.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn mein Baby quengelt, gebe ich ihm etwas zu essen, damit es aufhört.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich umarme mein Baby oder gebe ihm einen Kuss, wenn es etwas gut gemacht hat.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich „nein“ sage, passe ich auf, dass es nicht doch gemacht wird.	☐	☐	☐	☐	☐
Die Ernährung meines Babys schätze ich als gesund ein.	☐	☐	☐	☐	☐

Gibt es noch etwas, was Sie uns mitteilen möchten?.....

..... geschafft! Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme !