

Aus dem Institut für Medizinische Soziologie
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

"Eigentlich wollen alle gerne stillen"-
Stillverhalten und Einstellungen zum Stillen von Migrantinnen
aus Polen und Staaten der ehemaligen Sowjetunion in Berlin

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Elisabeth Rögler

aus Hamburg

Datum der Promotion: 16.06.2018

Abkürzungsverzeichnis

KiGGS	Kinder- und Jugendgesundheitsurvey
SU	Sowjetunion
SuSe-Studie	Studie zu Stillen und Säuglingsernährung
TenSteps	„TenSteps to Successful Breastfeeding“ (WHO-Programm zur Unterstützung des Stillens)
WHO	World Health Organization

INHALTSVERZEICHNIS

1. ABSTRAKT	6
2. EINLEITUNG	8
2.1 Gegenstand der Untersuchung und Fragestellung	9
2.2 Migranten aus Polen und (ehemaligen) SU-Staaten	10
2.3 Stillverhalten in Deutschland und den Herkunftsländern	13
2.4 Mit dem Stillverhalten korrelierende Faktoren	16
2.4.1 Demografische Faktoren.....	16
2.4.2 Einstellung und Wissen zum Thema Stillen und Stillabsicht	18
2.4.3 Rauchen	21
2.4.4 Vorsorgeuntersuchungen, Geburtsvorbereitungskurse	22
2.4.5 Selbstvertrauen in die eigene Fähigkeit, zu stillen.....	23
2.4.6 Faktoren während des Aufenthalts in einer geburtshilflichen Einrichtung.....	23
2.4.7 Schwierigkeiten beim Stillen.....	25
2.4.8 Stillen in der Öffentlichkeit	26
2.4.9 Unterstützung in der Stillzeit.....	27
2.4.10 Erwerbsarbeit	28
2.4.11 Beikosteneinführung	29
2.5 Fazit der Literaturübersicht	29
3. METHODIK	30
3.1 Forschungsinstrument	30
3.2 Stichprobe	32
3.3 Interviewführung, Transkription und Datenanalyse	35

4. ERGEBNISSE AUS DEN INTERVIEWS.....	37
4.1 Einstellung der Mütter zum Stillen	37
4.1.1 Einstellung der Mütter zum Stillen.....	41
4.1.2 Hebammeninterviews: Stilleinstellung der Mütter	43
4.1.3 Wissen zum Thema Stillen	44
4.2 Einstellung des persönlichen Umfeldes und der Öffentlichkeit zum Stillen	48
4.2.1 Reaktionen aus dem persönlichen Umfeld der Mütter	50
4.2.2 Hebammeninterviews: Die Rolle des mütterlichen Umfelds auf das Stillen	55
4.2.3 Einstellung der Öffentlichkeit und des Gesundheitssystems in Deutschland	57
4.2.4 Einstellung der Öffentlichkeit und des Gesundheitssystems im Herkunftsland	59
4.3 Geburtseinrichtung und die ersten Lebenstage des Kindes	62
4.3.1 Die ersten Lebenstage des Kindes und der Stillbeginn.....	64
4.3.2 Auswahl der Geburtseinrichtung und spätere Beurteilung	69
4.4 Schwierigkeiten mit dem Stillen	74
4.4.1 Auftretende Schwierigkeiten mit dem Stillen.....	76
4.4.2 Ansprechpartner bei Stillproblemen	79
4.4.3 Umgang mit Stillproblemen	81
4.4.4 Abpumpen von Muttermilch	84
4.4.5 Hebammeninterviews: Unannehmlichkeiten beim Stillen und der Umgang mit ihnen.....	86
4.5 Stillen in Gegenwart anderer Menschen.....	87
4.6 Ende des Stillens.....	91
4.6.1 Beikost und Abstillen	93
4.6.2 Zufriedenheit mit der Stillzeit, -dauer	95
4.7 Als Migrantin im deutschen Gesundheitssystem.....	97
4.7.1 Betreuung durch Hebammen	99
4.7.2 Betreuung durch Ärzte.....	104

4.7.3	Schwangerschaftsverlauf, Vorsorgeuntersuchungen, Geburtsvorbereitungskurse und Rückbildungskurse	106
4.7.4	Hebammeninterviews: Migrantinnen als Klientinnen	109
4.8	Als Migrantin in Deutschland	112
4.8.1	Migrationsmotive und -umstände	115
4.8.2	Einstellung zur eigenen Migration.....	118
4.8.3	Deutschkenntnisse und in der Familie gesprochene Sprachen	120
4.9	Zusammenfassung: Mögliche Gründe des unterschiedlichen Stillverhaltens in den beiden Gruppen	123
5.	DISKUSSION	126
5.1	Methodendiskussion, Limitationen	126
5.2	Inhaltliche Diskussion - Stilleinstellung der Frauen und ihr Stillverhalten und -erleben beeinflussende Faktoren.....	129
5.3	Forschungsaussichten	142
6.	LITERATURVERZEICHNIS	145
7.	ANHANG	154
7.1	Interviewleitfaden Mütter	154
7.2	Interviewleitfaden Hebammen.....	156
7.3	Auswertungskategoriensystem Mütter	157
7.4	Auswertungskategoriensystem Hebammen	159
7.5	Eidesstattliche Versicherung.....	160
7.6	Lebenslauf.....	161
7.7	Danksagung	162

1. ABSTRAKT

Das Stillverhalten von Migrantinnen aus Polen und Ländern der ehemaligen Sowjetunion stellte sich in der KiGGS-Studie (Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (1)) sehr verschieden dar: Erstere hatten eine der niedrigsten Stillraten, Letztere hohe; Erstere stillten im Vergleich kurz, Letztere stillten am längsten. Das Ziel dieser Arbeit ist es, Gründe für dieses unterschiedliche Verhalten zu finden. Dafür wurden in Berlin in halbstrukturierten Interviews Mütter, die jeweils aus einer dieser Regionen immigriert waren, zu ihrer Einstellung und ihren Erfahrungen mit dem Stillen befragt. Um den Blick auf die Gruppe zu erweitern, wurden außerdem Hebammen, die polnisch oder russisch sprechen, zu ihren Erfahrungen mit Migrantinnen dieser Herkunftsregionen befragt.

In beiden Gruppen war die Einstellung zum Stillen positiv und die Bereitschaft groß, selbst zu stillen und dafür auch potentielle Unannehmlichkeiten in Kauf zu nehmen. Die Stillabsicht entstand jedoch unterschiedlich; Frauen aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion gingen meist selbstverständlich davon aus, dass sie stillen würden und hatten ein hohes Selbstvertrauen in ihr Stillvermögen. Frauen aus Polen entschieden sich eher während ihrer Schwangerschaft dazu, das Stillen ausprobieren zu wollen. Erstere hatten auch häufiger positive Stillvorbilder in ihrem Familien- und Bekanntenkreis, während insbesondere die Müttergeneration der Frauen aus Polen negative Erfahrungen mit dem eigenen Stillen hatte. Eine mögliche Folge daraus ist, dass Frauen aus Polen von den körperlichen Herausforderungen des Stillens eher unangenehm überrascht waren. In beiden Herkunftsgruppen fand sich im Kindesalter von etwa 2 Monaten die Vorstellung, die Muttermilch würde nicht ausreichen, was zum Zufüttern und Abstillen führte. Die Hebammen erlebten hier – besonders bei den Aussiedlerfamilien aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion – die Großmütter als stark einflussnehmend dahingehend, dass Zufüttern nötig sei, so dass die jungen Mütter in ihrem Stillwunsch verunsichert wurden. Für polnischstämmige Frauen galt dies weniger oft, da sie überwiegend ohne Großfamilie immigriert und auch unabhängiger in ihren Orientierungen schienen. Hier war die Rolle der Kindsväter für die Umsetzung des Stillwunsches wichtiger. Wichtig für den Stillerfolg war in beiden Gruppen eine stillunterstützende, zuverlässige und erreichbare Hebammenbetreuung, besonders in der Nachsorge. Auch Frauen mit guten Deutschkenntnissen wünschten sich oft muttersprachliche Betreuung. Selbst wenn dies nicht möglich war, waren die Frauen – auch im Vergleich zu ihren Herkunftsländern – mit dem deutschen Gesundheitssystem und ihrer Betreuung in Deutschland zufrieden.

“Actually, they would all like to breastfeed”- Breastfeeding behaviour and attitudes of migrants from Poland and former Soviet republics in Berlin

In the KiGGS study (‘Kinder- und Jugendgesundheitssurvey’ (1)), breastfeeding behaviour of migrants from Poland and former Soviet republics proved to be very differentiated: while the former group had one of the lowest rates of breastfeeding, the latter had a high rate; by comparison, the former group breastfed for a brief period, the latter for the longest. The aim of the thesis is to find the underlying reasons of this divergent behaviour. For this purpose, semi-structured interviews were conducted in Berlin with mothers who had immigrated from one of the two regions, about their attitudes towards and experiences with breastfeeding. To broaden the perspective, midwives who speak Polish or Russian were also interviewed about their experiences with migrants from those regions. In both groups, there was a positive attitude towards breastfeeding and a high willingness to breastfeed and put up with potential inconveniences to this end. However, the intention to breastfeed had a different origin in each case: women from former Soviet republics often took it for granted that they would breastfeed and had a high confidence in their ability to breastfeed. Women from Poland tended to decide to try breastfeeding while they were pregnant. The former group more frequently also had positive role models for breastfeeding among their friends and family, while the generation of the Polish women’s mothers in particular had negative experiences with their own breastfeeding. One possible consequence of this is that women from Poland were more likely to be unpleasantly surprised by the physical challenges of breastfeeding. In both groups, there was the notion, when the child was about two months old, that breastmilk was not sufficient which led them to add solids to their babies’ diet or wean them. Here – particularly in the case of resettler families from former Soviet republics –, the midwives found that grandmothers had a strong influence in forming the opinion that adding solid food was necessary, so young mothers were made insecure in their wish to breastfeed. This applied less frequently to women of Polish origin because most of them immigrated without their extended family and also were more independent; here, the role of a child’s father was more important for the realisation of the wish to breastfeed. In both groups, it was important for the success in breastfeeding that women were cared for by midwives who supported breastfeeding, were reliable and easy to contact, particularly during postnatal care. Also, women with good German language skills often wished for care in their native language. Even when this was not possible, the respective women were content with the German health care system and how they were cared for in Germany – also when they compared their experiences with their countries of origin.

2. EINLEITUNG

Stillen hat einen nachweislich krankheitspräventiven Effekt, der sich bis in das Erwachsenenalter auswirkt (2). Die WHO empfiehlt alle Kinder sechs Monate ausschließlich zu stillen, und auch während der Einführung von fester Nahrung weiter zu stillen (3). Daran angelehnte Forderungen haben viele Staaten in ihre nationale Gesundheitspolitik übernommen, so auch die Bundesrepublik Deutschland. Hier wird jedoch empfohlen, Beikost schon ab dem 5. und spätestens mit Beginn des 7. Lebensmonats einzuführen (4). In Deutschland beginnen 76% der Frauen zu stillen, wobei 23% der Kinder bis zum sechsten Monat voll gestillt werden. Diese Anteile sind allerdings in der Gesellschaft nicht gleichmäßig verteilt, so gibt es z.B. Unterschiede ja nach Sozialstatus, Rauchverhalten und Migrationshintergrund der Mutter (5).

Immigranten aus den ehemaligen SU-Staaten¹ und Polen bilden die zweit- und drittgrößte Zuwanderungsgruppe in Deutschland und Berlin. Nach den Zahlen des Mikrozensus 2014 haben von den etwa 81 Millionen Bewohnern Deutschlands 1,6 Millionen einen polnischen Migrationshintergrund, etwa 2,9 Millionen stammen aus einem (ehemaligen) SU-Staat. Der weitaus größte Teil dieser Menschen ist selbst immigriert (6), und zumindest die Zuwanderung aus Polen hält in bedeutendem Ausmaß weiter an (7).

Im deutschen Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) wurden Kinder mit Migrationshintergrund durchschnittlich häufiger und länger gestillt als Kinder ohne einen solchen. Jedoch zeigt sich der Einflussfaktor „Migrationshintergrund“ als nicht hinreichend: je nach Herkunftsland der Mütter sind Stillhäufigkeit und -dauer unterschiedlich. In jener Studie war die Stillrate nach Geburt bei Frauen aus den ehemaligen SU-Staaten deutlich höher als bei Müttern aus Polen. Noch stärker unterscheidet sich die Stilldauer - fast doppelt so viele Frauen aus den ehemaligen SU-Staaten wie aus Polen stillen mindestens sechs Monate (1). In dieser Arbeit soll der Frage nach möglichen Gründen für dieses unterschiedliche Stillverhalten

¹ SU: Sowjetunion (in Anlehnung an den Kinder- und Jugendgesundheitsurvey KiGGS (1)). Da auf diesem Survey die Fragestellung fußt, wurde die gleiche Herkunftsregion gewählt. Einschlusskriterium war, dass die Frauen selbst immigriert waren- deshalb kamen sie alle aus Staaten der EHEMALIGEN Sowjetunion. Alle von dort stammenden, befragten Frauen sprachen muttersprachlich Russisch, so dass für diese Gruppe innerhalb dieser Arbeit „russischsprachig“ synonym mit „aus einem ehemaligen SU-Staat kommend“ verwandt wird.

nachgegangen werden, denn der Gesundheitsstand ist Teil der Chancengleichheit der Kinder. Ihre Förderung ist aus gesellschaftlicher wie gesundheitsökonomischer Sicht wünschenswert.

Es sind medizinische und soziologische Faktoren bekannt, die mit Häufigkeit und Dauer des Stillens korrelieren. Die Korrelationen sind jedoch bei Migrantinnen im Vergleich mit deutschen Frauen sowie je nach Herkunftsland unterschiedlich (1; 8). Dies verweist darauf, dass der Migrationshintergrund einen entscheidenden Faktor für die Einstellung zum Stillen sowie das Stillverhalten darstellt.

Die besondere Situation der Mütter als Migrantinnen soll in dieser Arbeit im Vordergrund stehen. Sie leben in der gleichen Gesellschaft und nutzen das gleiche Gesundheitssystem wie deutsche Mütter, haben jedoch einen anderen kulturellen und biographischen Hintergrund. Wichtig ist außerdem der Aspekt, ob unser Gesundheitssystem den Bedürfnissen von Migrantinnen angemessen begegnet. Eine kanadische Studie kam zu dem Schluss, dass Migrantinnen nach der Geburt häufiger Situationen ausgesetzt sind, die bei allen Frauen den Stillerfolg erschweren (9).

Das Stillverhalten gehört zum präventiven Bereich des Gesundheitsverhaltens. Ob wir uns schon „gesund“ verhalten, bevor wir Krankheitssymptome spüren, wird besonders stark von Orientierungen und gesellschaftlichen Einstellungen sowie von soziologischen Faktoren geprägt. Diese Arbeit soll diese Orientierungen, die präventivem Verhalten zu Grunde liegen, deutlich machen. Darüber hinaus soll sie einen Beitrag leisten zu der Frage, wie unser Gesundheitssystem den in Deutschland lebenden Menschen auch unterschiedlicher Herkunft gerecht werden kann.

Besondere Beachtung wird dabei dem kulturellen Hintergrund der Mütter einerseits und ihrer sozialen Eingliederung in Deutschland andererseits geschenkt werden.

2.1 Gegenstand der Untersuchung und Fragestellung

In dieser Arbeit sollen die Gruppen der Migrantinnen aus Polen sowie der aus den ehemaligen SU-Staaten in Bezug auf ihr Stillverhalten und die Einflüsse genauer untersucht werden. Diese beiden Gruppen wurden gewählt, da sie in der Aufschlüsselung nach Herkunft in der KiGGS-Basis-Studie beim Anteil der Kinder, die weniger als sechs Monate gestillt wurden, jeweils die Extreme bilden; bei der Stillhäufigkeit ergibt sich fast dasselbe Bild (1). Mit den Daten von KiGGS-Basis lässt sich nicht erklären, was die Gründe für dieses unterschiedliche Stillverhalten sind bzw. in welchen wesentlichen Aspekten sich die Gruppen unterscheiden. Schwerpunkte

dieser Untersuchung sollen die Einstellung der Untersuchungsgruppen zum Stillen und die Rollen der Familie sowie des Gesundheitssystems bilden. Die zentralen Fragen lauten:

- Wie ist die Einstellung der befragten Frauen zum Stillen und wodurch wird sie beeinflusst?
- Welche Faktoren beeinflussen das Stillverhalten und Stillerleben?
- Welche Faktoren könnten das unterschiedliche Stillverhalten der beiden Migrantinnengruppen erklären?

Die Literaturübersicht beginnt mit einem Überblick über Migranten aus Polen und den (ehemaligen) SU-Staaten in Deutschland, dem Stillverhalten in Deutschland sowie in den Herkunftsländern, dann folgt der Themenkomplex Stillverhalten und Migration.

2.2 Migranten aus Polen und (ehemaligen) SU-Staaten

In Deutschland leben insgesamt 80,897 Millionen Menschen, davon haben etwa 20% einen Migrationshintergrund. Die meisten von ihnen stammen aus der Türkei, vom Gebiet der (ehemaligen) Sowjetunion und aus Polen (6).

Die Zahlen in Tabelle 1 zeigen, dass die Menschen aus beiden Herkunftsregionen meist eine eigene Migrationserfahrung haben. Der überwiegende Teil besitzt die deutsche Staatsangehörigkeit, besonders unter den aus der (ehemaligen) Sowjetunion stammenden Menschen, bei denen der Anteil der als (Spät-)Aussiedler höher ist als bei der Gruppe aus Polen. Von 1950 bis 1990 stammte der größte Teil einwandernden Aussiedler aus Polen, seitdem ganz überwiegend vom Gebiet der ehemaligen Sowjetunion (10 S. 23) U.a. durch Verschärfung der Aufnahmebedingungen und Kontingente ging die Einwanderung von Spätaussiedlern im Vergleich mit den 1990er Jahren zuletzt zurück, und da nur noch bis 1992 geborene Personen anerkannt werden, wird diese Einwanderungsform auslaufen (10). Insgesamt hat die Zuwanderung von Polen dagegen in den letzten Jahren zugenommen (7 S. 214-19).

Tabelle 1. In Deutschland lebende Menschen, in Tausend. Etwaige Abweichungen durch Rundung. Untere Zahlen Frauen. Daten aus dem Mikrozensus 2014 (6)

	jeder Herkunft	aus Polen stammend	aus ehemaligen SU-Staaten stammend
mit Migrationshintergrund im engeren Sinne²	16 386 8 159	1 617 839	2 927 1 570
mit eigener Migrationserfahrung	10 877 5 539	1 256 672	2 306 1 270
davon mit			
ausländischer Staatsangehörigkeit (des Herkunftslandes)		491 261	527 322
deutscher Staatsangehörigkeit auf Grund von			
Anerkennung als (Spät)-Aussiedler³		570 299	1 388 729
Einbürgerung		196 112	391 219

In beiden Gruppen gibt es etwas mehr Frauen als Männer, was vermutlich Ausdruck von Heiratsmigration ist (vgl. den höheren Anteil bei den Einbürgerungen durch deutschen Ehepartner) (11 S. 58). Die Hauptgründe für die Migration aus Polen nach Deutschland sind bei den Männern die Arbeit, bei den Frauen die Heirat vor der Arbeit (7 S. 62). Die Gruppe der Polinnen zeichnet sich dabei durch relativ hohe Bildung, gute Deutschkenntnisse und viele Kontakte zu Deutschen aus; nur 10% von ihnen haben Rückkehrpläne. Bei den Männern sind dies etwa 20% – sicher häufig durch Arbeitsverträge und Ehepartnerinnen in Polen begründet. Über 60% der hier lebenden Menschen mit polnischer Staatsangehörigkeit planen aber, weiterhin in Deutschland zu bleiben (7 S. 218-9).

² Menschen mit Migrationshintergrund im engeren Sinne: dies sind Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit; Menschen, die im Ausland geboren wurden; Menschen, die einen im Ausland geborenen Elternteil haben und mit diesem in einem Haushalt leben. Damit sind Migranten der 2. Generation, die nicht mehr mit ihren Eltern in einem Haushalt leben, hier nicht erfasst.

³ Aussiedler sind Menschen, die vor dem 1.1.1993 nach dem Bundesvertriebenengesetz als Deutscher anerkannt ist, Spätaussiedler jene anerkannte (10).

Die Zahlen des Mikrozensus 2014 sind auch für die einzelnen Teile Deutschlands, in diesem Falle Berlin vorhanden. Die Daten aus dem Melderegister der Stadt im Dezember des gleichen Jahres weichen an einigen Stellen massiv vom Mikrozensus ab (z.B. polnische Ausländer, aus der Sowjetunion stammende Deutsche), vermutlich ist dies im fehlerhaften Meldeverhalten begründet (12 S. 4). Die Zahlen des Melderegisters sind jedoch auch Grundlage für die Einschätzung der Wohnortverteilung der Menschen innerhalb der Stadt, die im Folgenden beschrieben wird. Der größte Teil der Bewohner mit Migrationshintergrund (911 000 der insgesamt 3 442 000 Bewohner) in Berlin stammt aus der Türkei (rund 20%), die beiden nächstgrößten Gruppen stammen aus Polen (rund 11%) und aus der (ehemaligen) Sowjetunion (rund 9%) (13). Unklar ist die Anzahl der in Berlin dauerhaft lebenden Migranten aus Polen und der ehemaligen SU, die hier nicht als dauerhaft lebend gemeldet sind und damit keinen gültigen Aufenthaltsstatus besitzen bzw. nicht arbeiten dürften; vermutlich ist sie nicht unerheblich (14).

Die Menschen mit Migrationshintergrund wohnen nicht gleichmäßig verteilt in der Stadt. Aus Polen stammende Migranten leben eher im Westteil der Stadt, in einigen Planungsräumen machen sie um 9% der Bevölkerung aus (13 S. 15). Noch stärker konzentrieren sich aus der (ehemaligen) Sowjetunion stammende Migranten, in einigen Planungsräumen stellen sie 15% bis zu 34,4% der dort gemeldeten Bevölkerung (13 S. 13). In diesen Gebieten ist teilweise, wie z.B. in Hellersdorf, der Anteil von Migranten im Berliner Durchschnitt nicht besonders hoch, der größte Teil dieser Gruppe stammt jedoch aus der (ehemaligen) Sowjetunion (13). Um solchen Konzentrationen entgegen zu wirken, gab es von 1989 bis 2009 ein Wohnortzuweisungsgesetz; jetzt ist die Wahl des Wohnortes für früher eingewanderte Aussiedler frei, neu ankommende werden weiterhin verteilt (10 S. 23-4).

Die Eltern von in Deutschland lebende Polen (Ausländer) leben, im Vergleich mit anderen Zuwanderungsgruppen, besonders häufig noch im Herkunftsland (7 S. 178); im Falle der (Spät-)Aussiedler (bis überwiegend 1990 Polen, danach überwiegend ehemalige Sowjetunion) wandert meist die ganze Familie mit mehreren Generationen ein (10). Typisch familiäre Rollen und Werte unterscheiden sich je nach Herkunft der Frauen (10 S. 113; 15; 7 S. 207).

Der rechtliche Aufenthaltsstatus ist im Rahmen dieser Arbeit aus zwei Gründen interessant: erstens steht er in Verbindung mit der erfolgreichen Integration der Menschen in Deutschland (langfristige Planungssicherheit, Zugang zu Arbeitsmarkt und Bildungsmöglichkeiten, Recht auf Sozialleistungen usw.) wie er z.B. für (Spät-)Aussiedler im Vergleich mit Zuwanderern gleicher Herkunft und anderen Aufenthaltsstatus für den Bildungserfolg gezeigt ist (10 S. 50), zweitens

gibt er einen Hinweis auf die Krankenversicherung und dadurch den Zugang zum Gesundheitssystem.

2.3 Stillverhalten in Deutschland und den Herkunftsländern

Stillverhalten⁴ in Deutschland

Das Stillverhalten in Deutschland und korrelierende Faktoren erfassten in den letzten Jahren zwei deutschlandweite Studien sowie einige regionale Studien. Als eine erste bundesweite Studie ist die SuSe-Studie (Studie zu Stillen und Säuglingsernährung) aus den Jahren 1997/1998 zu nennen, welche auf prospektiven Daten basiert (16). Die zweite Studie ist der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS-Basis) mit retrospektiven Daten für die Geburtsjahrgänge 1986-2002, die erste für Deutschland repräsentative Studie über das Stillverhalten (5; 17). In der KiGGS Welle 1 wurden die Geburtsjahrgänge 2002-2012 eingeschlossen, allerdings mit einer deutlich geringeren Beteiligung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund als in der Basiserhebung (18). Die regionalen Studien sind die sich am Design der SuSe-Studie orientierenden Erhebungen aus Bayern und Berlin von 2004-2006 (19), weitere drei kleinere Befragungen in Berlin (20), sowie eine Studie zu den mit der Stilldauer korrelierenden Faktoren von 2001 (21).

Die Stillhäufigkeit nach der Geburt betrug in der SuSe-Studie 91% (16). In KiGGS-Basis fanden sich niedrigere Werte, aber der Anteil jemals gestillter Kinder ist von 1986 (74%) bis 2005 (81,5%) gestiegen (5). Dieser Trend wird auch durch die aktuellere Erhebung der KiGGS Welle 1 bestätigt (17).

⁴ Um das Stillverhalten einer Bevölkerungsgruppe quantitativ zu beschreiben, werden drei Dimensionen benötigt: die Stillhäufigkeit/-rate nach Geburt, die Stilldauer sowie die Stillintensität (135). Die Stillintensität teilt die Nationale Stillkommission ein in „ausschließliches Stillen“, bei dem das Kind außer eventuellen Medikamenten, Vitaminen und Mineralstoffen keine Nahrung oder Flüssigkeit erhalten darf. Bei „überwiegendem Stillen“ wird auch Tee, Wasser oder Zuckerlösungen gefüttert, „volles Stillen“ beinhaltet die vorherigen beiden Arten. Beim „Teilstillen“ bekommen die Kinder auch Säuglingsnahrung oder Beikost, zu dieser Form gehört der in Deutschland bekannte Begriff der „Zwimilchernährung“ (136).

Die anfänglich hohen Stillraten sinken in den ersten Lebenswochen deutlich ab. In der SuSe-Studie wurden nach 4 Lebensmonaten noch 33% der Kinder ausschließlich gestillt, nach 6 Monaten waren es noch 10% (16). In der KiGGS ergibt sich ein ähnliches Bild. Die Stilldauer nahm hier von 1986 bis zu den Jahrgängen 1998–2001 zu, ist seitdem aber unverändert (5; 17)

Das Stillverhalten in Berlin scheint in etwa dem in der bundesweiten SuSe-Studie zu entsprechen (19). Auch die Stillhindernisse und -probleme sowie die Einflussfaktoren auf die Stilldauer unterschieden sich in kleineren Befragungen im Rahmen einer Dissertation nicht von denen aus anderen deutschen Studien (20).

Stillempfehlungen in Deutschland

Aktuell werden in Deutschland von der Nationalen Stillkommission sowie in Lehrbüchern ausschließliches Stillen für mindestens vier, möglichst sechs Monate empfohlen. Danach sollte, neben der Beikost, solange weitergestillt werden wie Mutter und Kind dies wollen (22; 23; 4). Ein Faltblatt mit diesen Empfehlungen gibt es auch in fünf anderen Sprachen, u.a. auf Russisch, nicht jedoch auf Polnisch (24). Von den Empfehlungen der WHO unterscheiden sich die deutschen Empfehlungen in der empfohlenen Dauer des ausschließlichen Stillens, die bei der WHO für alle Kinder einheitlich bei 6 Monaten liegt (3). Die Nationale Stillkommission betont den Vorteil des individuellen Zeitpunkts der Beikosteinführung innerhalb dieser zwei Monate je nach Entwicklungsstand des Kindes, dieser Zeitraum ist gleichzeitig begründet durch die Nährstoffanforderungen, die hygienischen Bedingungen in Deutschland sowie die Allergieprävention (4).

Die Stillempfehlungen änderten sich in den letzten 120 Jahren erheblich. Um 1900 waren die Stillempfehlungen die gleichen wie heute. Nun begannen die Ärzte zu fordern, die Mütter müssten nach einem festen Zeitplan stillen, dies wurde in den dreißiger Jahren zur anerkannten und allgemeinen Lehrmeinung. Erst nach 1960 lockerten sich die Empfehlungen wieder hin zu den freien Empfehlungen, Mutter und Kind könnten selbst entscheiden, wann es Mahlzeiten gäbe (23). Dass sich Reglementierungen negativ auf die Stillraten und -dauer auswirken, ist inzwischen bekannt (25; 26). U.a. durch diese Reglementierung nahm im Folgenden die Stilldauer ab und es entwickelte sich zunehmend eine „Flaschenkultur“ d.h. die Ernährung der Säuglinge fand in der Norm mit der Flasche statt. Durch die verbesserten Hygienebedingungen stieg trotz Flaschenernährung die Säuglingssterblichkeit nicht, so dass Stillen unnötig erschien. Mit dieser Veränderung erlangten Generationen von Eltern und künftigen Großeltern keine

Stillerrfahrungen. Trotzdem stiegen seit den 70er Jahren die Stillraten nach Geburt, und nachfolgend auch die Stilldauer langsam an (5).

Stillverhalten in den Herkunftsländern

Das Stillverhalten von Migrantinnen in Deutschland unterscheidet sich von dem der Mütter ohne Migrationshintergrund (1). Obwohl es nicht einfach dem Stillverhalten aus dem Herkunftsland entspricht (27), soll hier ein Blick in die Herkunftsländer der befragten Frauen geworfen werden, wie dort das Stillverhalten ist.

Einheitlich zeigen Studien seit 1991 aus verschiedenen Regionen der ehemaligen SU-Staaten sehr hohe Stillbeginnrraten. Über 90% der Mütter stillten ihre Kinder bei Entlassung aus der Geburtsklinik (28; 29; 30; 31). Viele Frauen nahmen sich eine Stilldauer bis zu einem Jahr vor und in der Zeit von 1998 bis 2004 war eine Zunahme der Stilldauer zu beobachten (28).

In einer Studie aus Polen vom Ende der neunziger Jahre, in der nur gesunde, reifgeborene Kinder eingeschlossen waren, wurden 95% jemals gestillt, 91% jemals ausschließlich. Die mittlere Stilldauer betrug 8,5 Monate (Median 5,0 Monate), die mittlere Dauer des ausschließlichen Stillens jedoch nur 2,8 Monate (Median 2,0 Monate) (32). Dagegen war die Rate jemals ausschließlichen Stillens in einer weiteren Studie nur 69% (33). Nach einer Studie zur Stilleinstellung fanden 10% der Mütter, Kinder sollten nicht länger als drei Monate gestillt werden, 52% fanden sechs Monate ideal und 38% das erste Lebensjahr (34).

Interessant ist, dass aus Polen stammende Migrantinnen in Irland eine Stillbeginnrrate von 82,2% hatten (35), diese liegt über den 75% in der KiGGS (1). Damit gehören polnisch Migrantinnen in Irland zu den besonders häufig stillenden Müttern- im Vergleich Irinnen 52,6% (35), während sie in der KiGGS knapp unter den Frauen ohne Migrationshintergrund liegen (1). In einer weiteren Studie beschreiben polnischstämmige Frauen in Irland ihr Bild, dass Mütter in Polen sowie polnischstämmige Migrantinnen besonders oft stillen (36).

2.4 Mit dem Stillverhalten korrelierende Faktoren

2.4.1 Demografische Faktoren

Alter und Familiensituation der Mütter

International und in Deutschland ist die Stillhäufigkeit bei älteren Müttern höher, sie stillen intensiver und länger als jüngere (5; 8; 37; 16). Dies ist ein deutlicher Zusammenhang, der auch in multivariaten Analysen bestätigt wird (8; 37). In vielen Studien ist ein weiterer Einflussfaktor der Ehestand der Mutter. Sind Mütter verheiratet, ist sowohl die Stillhäufigkeit höher als auch die Stilldauer länger (37). In Deutschland stillten alleinerziehende Mütter durchschnittlich kürzer (16; 21). Es zeigt sich in Deutschland kein wesentlicher Unterschied des Stillverhaltens nach dem Geschlecht des Kindes (5; 21).

Sozioökonomischer Status

Je nach ihrem sozioökonomischen Status unterscheidet sich das Stillverhalten von Müttern. In den entwickelten Ländern sind die Stillhäufigkeit und vor allem die Stilldauer bei höherem sozioökonomischen Status und besserer Bildung höher, die Situation in vielen Entwicklungsländern ist dagegen genau umgekehrt– hier füttern Mütter mit höherem Status ihren Kindern eher Pulvermilch (27; 8). In Deutschland zeigte sich im KiGGS der sozioökonomische Status sogar als der einflussreichste Faktor auf die Stillhäufigkeit und korrelierte zudem mit der Stilldauer als auch der Dauer des vollen Stillens (38), ähnlich in der SuSe- Studie (16). Die Größen, die zur Einschätzung des sozioökonomischen Status in den Studien herangezogen werden, sind wichtig, da die Bildung der Mutter in der Forschung konstant mit dem Stillverhalten korreliert, nicht jedoch das Familieneinkommen (37; 39). Sowohl in Studien in ehemaligen SU- Staaten (29) als auch in Polen gab es eine Korrelation von höherer Bildung und längerer Stilldauer (33).

Die gleichen Zusammenhänge gelten nicht automatisch auch für immigrierte Frauen. So ist ein relativ gut untersuchtes Phänomen das sogenannte „hispanic paradox“ in den USA. Migranten aus Lateinamerika mit häufig niedrigem Bildungsstand und Einkommen haben eine bessere Gesundheit und ein positiveres Gesundheits- und Stillverhalten als die autochthone Bevölkerung der entsprechenden Schicht (40). Der sozioökonomische Status hat auch bei Migrantinnen in Deutschland einen deutlich niedrigeren Einfluss auf das Stillverhalten als bei autochthonen. Bei

der Stilldauer ist diese Korrelation bei Müttern aus den ehemaligen SU-Staaten besonders gering (1).

Migrationshintergrund

Wie am vorangegangenen Abschnitt deutlich wurde, sind Korrelationen von Faktoren und Stillverhalten bei Migrantinnen nicht immer die gleichen wie bei Frauen ohne Migrationshintergrund. Dies ist in Deutschland für den sozioökonomischen Status, Rauchen und gesundheitliche Probleme rund um die Geburt belegt (1).

Der Migrationshintergrund der Eltern selbst korreliert mit dem Stillverhalten (8; 41; 1). Sowohl in einer aktuellen britischen Studie als auch in der deutschen KiGGS war die Stillhäufigkeit bei Migrantinnen höher, auch die Stilldauer war länger (42). Jedoch gibt es keinen Unterschied bei der Stillrate der mit 6 Monaten noch voll gestillten Kinder, wenn nicht nach Herkunftsland differenziert wird (42; 1).

In Deutschland gibt es noch wenig Forschung zum Stillverhalten als auch anderem Gesundheitsverhalten von Migranten. Die erste große und repräsentative Studie, in der sowohl das Stillverhalten als auch der Migrationshintergrund abgefragt wurde, war die KiGGS. Durch die Größe der Studie ist es möglich, auch eine Statistik innerhalb der sehr heterogenen Gruppe „Migranten“ in Bezug auf das Stillverhalten zu erheben. Hierbei zeigt sich, dass sich das Stillverhalten je nach Herkunftsland unterscheidet (1).

Bei der Aufschlüsselung nach Herkunftsland ergibt sich in der KiGGS folgendes Bild– Frauen aus den ehemaligen SU-Staaten haben die höchste Stillrate nach der Geburt (88%), Frauen aus Polen liegen mit einer Stillrate von 74% knapp unter dem Durchschnitt der Gruppe mit Migrationshintergrund und dem der Frauen ohne Migrationshintergrund. Bei der Stilldauer und der Dauer des vollen Stillens ergibt sich ein ähnliches Bild. Schenk et al. geben dabei zu bedenken, dass sich auf das Stillverhalten von Müttern aus den ehemaligen SU-Staaten positiv auswirken könnte, dass diese selten während der Schwangerschaft rauchten, selten Komplikationen bei der Geburt hatten und nur ein geringer Anteil der Kinder Frühgeborene waren (1). Interessanterweise haben polnische Migrantinnen in Irland besonders hohe Stillraten (35), höher als in der KiGGS (1).

Viele Studien kommen zu dem Schluss, dass sich das Stillverhalten mit fortschreitender Akkulturation zunehmend dem der autochthonen Bevölkerung angleicht (40; 8; 27; 43; 1; 42). Als Maß für die Akkulturation dienten hier das Alter bei Immigration (27), die Aufenthaltsdauer

(40; 43; 1) oder die Migrationsgenerationen (auch die des Vaters) (40; 42). In Deutschland sank entsprechend bei längerer Aufenthaltsdauer bei Müttern aus den ehemaligen SU-Staaten die Stillbereitschaft, bei Müttern aus Polen hingegen stieg sie (1).

Neben dem selbstgewählten Verhalten der Migranten lohnt es sich, einen Blick auf ihre Behandlung im Gesundheitswesen zu werfen. In einer kanadischen Studie fiel auf, dass Mütter mit Migrationshintergrund in der Klinik häufiger in einer Art behandelt wurden, die erfolgreiches Stillen erschweren. Gleichzeitig erfuhren sie jedoch häufiger als in Kanada geborene Mütter nach der Klinikentlassung professionelle Stillunterstützung (9). Ein Grund für eine unterschiedliche Behandlung können Vorurteile von Mitgliedern des Gesundheitssystems gegenüber bestimmten Gruppen von Migranten sein. So gaben in einer britischen Studie die befragten Hebammen an, dass ihnen solche Vorurteile in ihrem Arbeitsalltag mit den Müttern helfen sollten und dass sie besonders dann wirkten, wenn die Zeit nicht ausreiche, auf die Frauen individuell einzugehen. Neben der Erwartung, dass es mit Müttern asiatischer Herkunft Kommunikationsprobleme gäbe, wurden ihnen drei weitere Vorurteile entgegengebracht: Sie würden sich nicht nach den Ratschlägen richten und das Gesundheitssystem ausnutzen, „viel Wirbel um nichts“ machen und ihnen würden normale mütterliche Instinkte fehlen (44).

In den letzten Jahren gab es einige Studien, bei denen explizit auch zu aus Polen stammenden Migranten und ihrem Stillverhalten geforscht wurde, so in Norwegen (45), Großbritannien (46) und Irland (35; 36).

2.4.2 Einstellung und Wissen zum Thema Stillen und Stillabsicht

Eine positive Einstellung der Frauen wirkt sich auf die Stillhäufigkeit und -dauer aus (8). Frauen, die die gesundheitlichen Vorteile des Stillen kennen und auch erwarten, dass es einfach, praktisch und ihrer Freiheit dienend sei, stillen eher; bei gegenteiligen Erwartung geben sie eher die Flasche (8). Frauen mit niedrigem Einkommen tun dies oft selbst dann, wenn sie die gesundheitlichen Vorteile des Stillens sehen (47). Die stärkste negative Auswirkung hat Scham, wenn sie sich auf das Stillen bezieht, besonders stark bei Frauen mit niedrigem Einkommen (8; 48). Ein Unterschied scheint zudem zu bestehen, ob Mütter die gleichen Argumente als gesundheitlichen Vorteile vom Stillen oder als Risiken von Pulvermilch vermittelt werden (49). Die gesundheitlichen Vorteile sind für Mütter in Deutschland, Polen und Russland ein sehr wichtiger Grund, selbst zu stillen (30; 50; 51; 52). Für Frauen, die sich für Pulvermilch entscheiden ist das Gefühl, sich selbst damit wohlzufühlen ein wesentlicher Aspekt (53; 54).

Stillabsicht

Die vorgeburtliche Stillabsicht und die geplante Stilldauer sind mit die wichtigsten und in der Forschung konsistenten Prädiktoren für Stillhäufigkeit und -dauer (8; 37; 55). Nach einigen Studien erweisen sie sich als bedeutender als demographische Faktoren (37) und als der Einfluss des sozialen Umfeldes und des Arztes (56). Dies gilt insbesondere, wenn die Entscheidung zu stillen vor oder in der Frühschwangerschaft gefällt wird; fällt diese erst kurz vor der Geburt, wird oft früh wieder abgestillt (8). Kersting et al. weisen in diesem Zusammenhang auf die Stillpromotion auf vielen Geburtsstationen hin– so begännen vielleicht wenig überzeugte Mütter dort zwar mit dem Stillen, würden aber früh wieder aufhören (16). Eine Ambivalenz gegenüber dem Stillen– also eine unklare Stillabsicht– geht in vielen Studien mit kürzerer Stilldauer einher (8; 16).

Die Stillabsicht korreliert mit ähnlichen Faktoren wie das tatsächliche Stillverhalten, nämlich mit dem Alter der Mutter, ihrer Bildung (57) und ihrem Selbstbewusstsein (58). Hinzu kommt, ob die Mutter aus möglichst vielen Quellen über die Vorteile des Stillens gehört hat und ob ihr soziales Umfeld Stillen positiv bewertet (57). Einflüsse, die eine Ambivalenz dem Stillen gegenüber befördern, schwächen die Stillabsicht, welche über die gesamte Stillzeit vorhanden sein muss. Dadurch wird Stillen für die Mütter eine provisorische Fütterung, was die Entscheidung abstillen zu wollen wahrscheinlicher macht (59).

International wenig erforscht sind die Einstellungen und das Erleben von Müttern, die sich von Anfang an dafür entschieden, Pulvermilch mit der Flasche zu füttern (60; 61), viele Mütter erleben aber Ablehnung und negative Gefühle (62).

Informationsquellen zum Thema Säuglingsernährung und Stillen

Nach der deutschen SuSe-Studie stillten Mütter, die in der Schwangerschaft keine Informationen über die Säuglingsernährung gesucht hatten, kürzer (16). Nach einer kleinen Berliner Studie hatten sich Mütter mit Migrationshintergrund seltener als autochthone informiert, dafür war jedoch der häufigste Grund, dass Stillen „so normal und selbstverständlich sei, dass man sich nicht speziell informieren müsse“ (20 S. 53).

Zur Nutzung von Informationsquellen und Beratungsgesprächen ist es neben Sprachkenntnissen auch wesentlich, welches Vorwissen jemand besitzt. Eine Berliner Studie zum Wissen türkischer und deutscher Frauen zu gynäkologischen Themen ergab, dass dieses ungleich zwischen diesen Gruppen verteilt ist, so dass Gesundheitsinformationen teilweise nicht verstanden werden konnten (63).

Die von Müttern genutzten Informationsquellen unterscheiden sich je nachdem, ob das Kind bereits auf der Welt ist und in welchem Alter, ob die Mütter bereits stillen oder die Flasche geben (30). Immigrierte Mütter nutzen andere Informationsquellen als einheimische (9), so z.B. türkischstämmige in Deutschland seltener Printmedien und häufiger Verwandte und Bekannte, aber ähnlich oft wie deutschstämmige, den Kinderarzt. Ihnen war außerdem ärztliche Beratung in türkischer Sprache wichtig (64).

Werbung für Flaschenmilch– in einer amerikanischen Studie war solche Fernsehwerbung die häufigste Informationsquelle zu künstlicher Säuglingsnahrung war (65)– verunsichert Müttern, ob sie selbst in der Lage sind, zu stillen. Außerdem nehmen sie an, dass Flaschenmilch Unruhe und Milch-Aufstoßen des Kindes- was als normales Verhalten anzusehen ist- verhindert (66).

Personen mit Einfluss auf die Einstellung und Stillabsicht der Mutter

Sozialer Druck wird von Müttern jeweils überwiegend zu ihrem Verhalten passend empfunden. So geben stillende Mütter an, sie spürten stärkeren sozialen Druck zu stillen als die Flasche zu geben, bei Müttern, die die Flasche geben, ist dies umgekehrt (55; 30). Es gibt Hinweise, dass es das Stillverhalten positiv unterstützt, wenn Frauen schon jemanden erlebt haben, die stillt– im privaten Rahmen oder in der Öffentlichkeit (67; 8).

Viele Studien berichten, dass die Meinung des Vaters des Kindes der wichtigste Einfluss auf die Stillabsicht einer jungen Mutter ist (8; 57; 27; 56). Fast alle Mütter stillen, wenn ihr Partner dies wichtig findet; wenn er dem gegenüber jedoch indifferent ist, sind die Stillraten viel niedriger (27; 56). Mütter planen sogar häufiger, die Flasche zu geben, wenn sie nur annehmen, dass ihr Partner gegen Stillen sei, selbst wenn diese Annahme falsch ist (68). Gibson-Davis et al. beklagen, dass es noch zu wenig Forschung gibt, auf welche Art Väter das Stillverhalten beeinflussen, da auch der Migrationshintergrund des Vaters signifikant mit der Stillrate korreliert (40). Nach einer Studie in Russland war es fast allen Vätern wichtig, dass ihr Kind gestillt wird (30), eine ähnliche Studie gibt es aus Polen nicht.

Die Familie– besonders die eigene Mutter und die Frauen der Familie– hat nach dem Vater den größten Einfluss auf die Stillabsicht; in einigen Gruppen übertrifft er den des Vaters sogar, so eher bei Frauen mit niedrigem sozioökonomischem Status (8; 69; 70; 71). Auch gibt es kulturelle Unterschiede: In den USA war weißen Müttern die Meinung des Vaters am wichtigsten, schwarzen Müttern die ihrer Freundinnen und mexikanischen die der eigenen Mutter (72). Auch

die Einstellung des sonstigen sozialen Umfeldes beeinflusst die jungen Mütter, wie bei den Vätern variiert der Einfluss je nach sozioökonomischem Status und kulturellem Hintergrund (8; 73; 57; 72). Stillpromotion, die neben der Mutter auch Väter und Großmütter miteinbezieht, ist erfolgreicher (74).

Generell scheint der Einfluss des sozialen Umfeldes stärker zu sein als der von Angehörigen des Gesundheitssystems (75), welcher sich auch uneinheitlich darstellt. So beeinflussten Stillinformationen in der Schwangerschaft die Stillrate in einigen Fällen positiv, in anderen gar nicht. Andererseits kann die Stillrate negativ beeinflusst werden, wenn die Informationen und Empfehlungen inkonsistent, ungenau oder inadäquat sind (8). Selbst wenn der Einfluss nicht eindeutig ist, ist interessant, dass weniger als ein Fünftel der befragten Frauen in der SuSe-Studie sagten, ihre Gynäkologen hätten das Thema „Stillen“ im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge angesprochen (21).

Insgesamt scheint die Ernährung eines Säuglings moralisch bewertet zu werden und ist für die Mutter oft mit Scham besetzt: In einer britischen Studie empfanden sowohl stillende als auch Flasche fütternde Mütter Scham, weil die Gesellschaft sowohl die Nacktheit beim Stillen als auch Pulvermilch als nicht das Beste für das Kind ablehne, weshalb sich beide Gruppen verurteilt fühlten (76). Die moralische Bewertung der Mutter über die Säuglingsernährung klingt in einigen Studien an, ist aber wenig erforscht (60; 77), wie auch die Bedeutung von Geschlechterrollen für das Stillverhalten (78; 79; 77; 80), zumal in unterschiedlichen kulturellen Zusammenhängen.

2.4.3 Rauchen

Frauen, die in der Schwangerschaft rauchen, stillen seltener und kürzer als Nichtraucherinnen (37; 5). Rauchen wird als relevanter Prädiktor für gesundheitsbewusstes Verhalten in der Schwangerschaft angesehen, zumal ein Zusammenhang besteht zu Alkoholkonsum (81) sowie zum Zeitpunkt der ersten Arztkonsultation (40).

Je stärker Frauen rauchen, desto kleiner ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie ausschließlich stillen (8; 82). Wenn die Frauen in der Schwangerschaft aufhören zu rauchen, unterscheidet sich die Stilldauer nicht signifikant von der der Nichtraucherinnen, selbst wenn sie kurz nach der Geburt wieder anfangen zu rauchen (37; 81). In ähnlicher Weise wie das Rauchverhalten der Mutter wirkt sich das Rauchverhalten ihres Partners bzw. von in ihrem Haushalt lebenden Personen aus

(8). Bei Migrantinnen korreliert das Rauchen jedoch deutlich schwächer als bei deutschen Frauen mit dem Stillverhalten (1).

Insgesamt scheint es eine deutliche Dunkelziffer rauchender Schwangerer zu geben, was Ergebnisse aus mehreren Studien mit unterschiedlichen Designs nahelegen (83; 42). Obwohl Migrantinnen in der Schwangerschaft seltener rauchen als Nicht-Migrantinnen (83; 82), sind sie Zigarettenrauch eher ausgesetzt, da die Väter häufiger rauchen. Bergmann schlägt deshalb zum Wohle von Müttern und Kindern eine Raucherentwöhnung auch für die Väter vor (83). Der Anteil der Raucherinnen unterscheidet sich je nach Herkunft, so betrug er in der KiGGS-Studie bei schwangeren Frauen aus den ehemaligen SU-Staaten nur 3,8% und war damit mit Abstand am niedrigsten (1). In einer St. Petersburger Studie dagegen rauchten ein Viertel der Mütter in der Schwangerschaft (84), Kinder von Raucherinnen werden in Russland seltener und kürzer gestillt (29). Diese Korrelation ist auch aus Polen bekannt; in einer polnischen Studie rauchten etwa 15% der Schwangeren (85).

2.4.4 Vorsorgeuntersuchungen, Geburtsvorbereitungskurse

Frühe erste Arztkonsultation in der Schwangerschaft, regelmäßige medizinische Vorsorge und Teilnahme an einem Geburtsvorbereitungskurs korreliert positiv mit einer höheren Stillrate sowie insgesamt besserem Gesundheitsverhalten (72; 21; 42). Obwohl die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen insgesamt mit häufigerem Stillen einhergeht, scheint dies kein nötiger Faktor für positives Stillverhalten zu sein. In einer britischen Studie nahmen Migrantinnen der ersten Generation seltener als Einheimische oder Migrantinnen der zweiten Generation an den Untersuchungen teil, ihre Stillrate war jedoch höher (42).

In Russland sind die medizinische Vorsorge in der Schwangerschaft sowie Geburtsvorbereitungskurse kostenlos. Diese Angebote nimmt die überwiegende Zahl der Schwangeren auch an, und dies wiederum ist mit einer längeren Stilldauer korreliert (28; 29; 30). In einer kleinen Untersuchung des russischsprachigen Patientenkollektivs einer Berliner Gynäkologin wurde die Schwangerschaftsvorsorge gut angenommen (86). Womöglich gibt es ein verschiedene Inanspruchnahmeverhalten je nach Art der Vorsorge, so zeigt sich in der KiGGS, dass polnischstämmige Kinder meistens bei den Vorsorgen (U-Untersuchungen) gewesen waren, Kinder aus ehemaligen SU-Staaten auffällig selten (1). In einer anderen Studie, die sich jedoch mit Depressionen beschäftigte, fehlte besonders polnischen und russischen Migrantinnen Wissen über das deutsche Gesundheitssystem (87). Interessant in Bezug auf die

Inanspruchnahme ist auch, dass polnische Migrantinnen in Großbritannien (88) und Norwegen (45) die einheimischen Ärzte weniger schätzen als polnische und deshalb in Polen zum Arzt gehen. Außerdem störte sie in Großbritannien im Vergleich mit ihrem Heimatland, dass die Vorsorgen von Hebammen und nicht von Ärzten durchgeführt werden, so dass sie nach einem alternativen Zugang zum Arzt suchen (88). Ähnlich prägte der kulturelle Hintergrund die Erfahrungen mit und Erwartungen an Vor- und Nachsorge von Migrantinnen (89; 90). Bekannt ist auch, dass sich Migranten oft muttersprachliche, kultursensible Behandlung wünschen (91; 92; 93).

2.4.5 Selbstvertrauen in die eigene Fähigkeit, zu stillen

Bei Frauen, die selbstbewusst darauf vertrauen, dass sie erfolgreich stillen werden, ist die Stillrate höher (8) sowie die Stilldauer und die Dauer des exklusiven Stillens länger. Dieser Einfluss zeigt sich einheitlich in allen Studien (58). Man kann aus einem hohen Selbstvertrauen der Mutter schließen, dass sie sich eher entscheiden wird zu stillen, sich eine längere Dauer vornimmt, mehr Mühe dahinein investieren wird und erfolgreicher auf Stillschwierigkeiten reagieren wird (58). Es gibt einen statistischen Zusammenhang zwischen niedrigem Selbstvertrauen und unzureichender Milchproduktion (58), einem der am häufigsten genannten Gründe für frühes Abstillen.

2.4.6 Faktoren während des Aufenthalts in einer geburtshilflichen Einrichtung

Während der Geburt und in den ersten Lebenstagen des Kindes gibt es einige gut untersuchte Faktoren, die mit dem Stillverhalten korrelieren. Neben gesundheitlichen Faktoren von Mutter und Kind sind dies vor allem die Umstände am Geburtsort, das Verhalten des Gesundheitspersonals und die unterstützende Begleitung während des Stillvorgangs. Der Geburtsort ist heute fast immer das Krankenhaus (23; 94).

„TenSteps to Successful Breastfeeding“ (WHO-Programm zur Unterstützung des Stillens)

1991 starteten die WHO und UNICEF die „Baby-Friendly Hospital Initiative“, um Verhaltensweisen in Geburtseinrichtungen zu implementieren, die Stillen fördern und schützen. Dafür wurden die sogenannten „TenSteps to Successful Breastfeeding“ formuliert (95). Werden diese befolgt, hat dies einen positiven Effekt sowohl auf die Stillrate als auch auf die Stilldauer, und zwar unabhängig von Confoundern wie der sozialen Schicht oder der Ethnizität (96; 37; 25). In einer deutschen Studie war die Stilldauer bei Erfüllung der TenSteps länger, die Stillrate

jedoch gleich. Außerdem zeigte sich eine stärkere Assoziation mit demographischen Faktoren als mit den TenSteps (97). Positive Auswirkungen der TenSteps auf das Stillverhalten sind auch aus polnischen Studien bekannt (32; 33). Studien aus der ehemaligen Sowjetunion zeigten in Krankenhäusern viele den TenSteps widersprechende Praktiken; die Mütter waren sich dann seltener sicher, ausreichend Milch für ihre Kinder bilden zu können (28; 31).

Punkt fünf der „TenSteps to Successful Breastfeeding“ fordert, dass der Mutter gezeigt werden soll, wie man stillt und wie sie die Milchbildung bei Trennung vom Kind aufrecht erhalten kann (98). Diese technische Anleitung zu Beginn wird von den Müttern als hilfreich empfunden (99) und ein positives Stillverhalten kann dadurch unterstützt werden (8). Für die Vermeidung von Stillproblemen und erste positive Erfahrungen mit dem Stillen ist jedoch die Art und Weise der Anleitung wichtig. So führen Zeitmangel und eine schlechte Beziehung zwischen anleitender Person und der Mutter oft zu einer Situation, die letztere als respektlos und übergriffig empfindet. Dadurch verbindet sie das Stillen mit einem Eingriff in ihre Intimsphäre. Oft hat die Mutter gleichzeitig das Gefühl, dass Kind wurde angelegt und sie wäre passiv gewesen, selbstständiges Anlegen bei späteren Stillmahlzeiten wird dann als problematisch empfunden (99; 89; 100). Werden nur die technischen Fähigkeiten des Stillens gelehrt werden, die Mütter jedoch nicht gleichzeitig ermuntert und ihr Selbstvertrauen gestärkt wird, hat dies keinen positiven Effekt auf das Stillverhalten (101). Da fehlende Anleitung und Unterstützung durch Professionelle mit niedrigeren Stillraten nach der Geburt und kürzerer Stilldauer einhergehen (73) ist es problematisch, dass Frauen aus ethnisch gemischten Bevölkerungsgruppen mit niedrigem Einkommen ein hohes Risiko haben, zu wenig Unterstützung zu erhalten (102).

Unter Punkt 8 wird zu Stillen nach Bedarf aufgefordert. Stillen nach Stillplan, bei dem Säuglinge nach der Uhr alle vier Stunden mit einer nächtlichen achtstündigen Pause angelegt werden sollte, wurde über viele Jahre propagiert. Diese restriktiven Stillpläne gehen mit mehr Stillproblemen, häufigerer Zufütterung und kürzerer Stilldauer einher (25; 26). Zu Beginn des letzten Jahrhunderts wurde, ausgehend von der deutschen Pädiatrie, in vielen Ländern das Stillen nach einem vorgegebenen Plan als ideal angesehen und empfohlen, so auch in der Sowjetunion. Nur in Finnland wurde dies nie getan, Finnland hat noch heute die höchsten Stillraten in Europa (23).

Geburtshilfe und Geburtserleben

Schmerzmittel unter der Geburt – Opiode oder Inhalationsanästhetika – können sich negativ auf den Stillbeginn auswirken. Dieser schlechtere Start kann sich laut einigen Studien negativ

auf Stillrate auswirken, andere sehen keine Auswirkung (8; 25). Kein Effekt ist nachzuweisen in Krankenhäusern mit positivem Zugang zum Stillen (8) oder wenn Mütter Informationen über diesen Effekt bekommen (25). Keine Studie zeigt eine Auswirkung auf die Stilldauer (8).

In der deutschen SuSe-Studie stillten Mütter nach vaginalen Entbindungen häufiger ausschließlich als solche nach Kaiserschnitt (16). In einer polnischen Studie war etwa ein Viertel der befragten Mütter der Meinung, dass man nach einem Kaiserschnitt nicht stillen könne (34).

Subjektive hohe Stresslevel der Mutter während der Geburt korrelieren mit schlechteren Raten erfolgreichen Stillens und einem späteren Milcheinschuss. Die kontinuierliche psychische Unterstützung der Mutter durch eine Person kann den Stress mindern (25). Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass von Angestellten des Gesundheitssystems (Geburts)Schmerz-Äußerungen bei Migrantinnen als übertrieben eingeschätzt werden, in Deutschland als „Mittelmeersyndrom“ bezeichnet (103).

Kindlicher Gesundheitszustand

In Deutschland werden Frühgeborene sowie Neugeborene mit gesundheitlichen Problemen seltener gestillt, die Stilldauer unterscheidet sich jedoch nur gering (5). Mütter mit Migrationshintergrund hatten signifikant häufiger eine Frühgeburt als Mütter ohne Migrationshintergrund, bei ersteren ist jedoch die Stillrate höher als unter deutschen Müttern mit Frühgeborenen (1). Gesundheitliche Probleme des Kindes nach der Geburt haben unter Migrantinnen keinen relevanten Einfluss auf die Stillrate (1).

2.4.7 Schwierigkeiten beim Stillen

Stillprobleme sind der am häufigsten von Müttern angegebene Grund für frühes Abstillen und damit einer kurzen Stilldauer sowohl in Deutschland als auch international (16; 37). So ist der frühe Einsatz von Flaschenmilch meist keine freie Wahl, sondern erfolgt auf Grund von erlebten Schwierigkeiten (8). Viele Frauen glauben, dass die Fähigkeit zu stillen angeboren sei und sind überrascht von den körperlichen Herausforderungen, Schwierigkeiten und Schmerzen, die mit dem Stillen einhergehen können (37). Ob die Mütter bei Problemen abstillen, wird jedoch multifaktoriell beeinflusst (102), und erlebte Schwierigkeiten scheinen das Abstillen nicht direkt erklären zu können. In einer deutschen Studie erzählten Mütter, die weiterhin stillten, nicht von weniger Schwierigkeiten als solche, die abgestillt hatten (21). Mütter, die erfolgreich stillen, empfinden Stillschwierigkeiten als „normal“; Mütter, die nicht erfolgreich stillen, sind rigide in ihren Stillpraktiken, auf die negativen Aspekte des Stillens fokussiert und geben das Stillen bei

auftretenden Schwierigkeiten eher auf (8). Insgesamt gilt für Stillschwierigkeiten, dass sie in der Regel vermeidbar bzw. gut lösbar sind, wenn die Mütter gut informiert werden und Hilfe bekommen, sowohl während des Stillbeginns als auch bei möglicherweise auftretenden Schwierigkeiten (104; 16; 27; 73; 105). Werden Schwierigkeiten erfolgreich gemeistert, bestärkt dies Mütter in ihrem Selbstvertrauen und dem Stillwunsch (106; 107).

In einer deutschen Studie hatte etwa ein Drittel der Mütter Probleme mit der Brust (wunde Brustwarzen oder Mastitis), dies war in den ersten Wochen nach Geburt einer der häufigsten Gründe, abzustillen (16). In einer polnischen Studie wussten drei Viertel der Mütter, was der Milcheinschuss ist, aber nur ein Viertel wusste, wie sie sich in dieser Zeit verhalten sollten. Auch bei wunden Brustwarzen wusste nur die Hälfte der Frauen, was ihnen und ihrem Kind helfen würde (34). In einer anderen polnischen Studie waren zwei häufige Abstillgründe unzureichende Milchproduktion und nicht-saugende Kinder (108). Unter allen Stillproblemen ist die „unzureichende Milchproduktion“ konsistent der häufigste Grund für Zufüttern von Flaschenmilch und vorzeitiges Abstillen (8; 102; 27; 16; 21; 109).

2.4.8 Stillen in der Öffentlichkeit

Stillen in der Öffentlichkeit ist für viele Mütter ein Problem, selbst wenn Stillen in den Ländern die gesellschaftliche Norm ist. In vielen qualitativen Studien zur Stillabsicht spielt es eine Rolle (79; 110). In einer europäischen Studie war die Stlldauer von Müttern, die nicht in der Öffentlichkeit stillen mochten, kürzer (111). McInnes et al. weisen in ihrer Übersichtsarbeit qualitativer Studien darauf hin, dass die Wöchnerinnenstationen von vielen Müttern als öffentlicher Ort empfunden werden, an dem es geschäftig zugeht und Ruhe und Ungestörtheit nicht gesichert sind. Dies empfinden die Mütter beim Erlernen des Stillens als zusätzliche Erschwernis, sie fühlen sich häufig beobachtet und beurteilt, was sich negativ auf den Stillerfolg auswirkt (99; 110). In einer qualitativen Studie mit US-amerikanischen Frauen mit niedrigem Einkommen war wesentlicher Hinderungsgrund zu Stillen, dass sie sich schämten in der Öffentlichkeit oder im Beisein von Bekannten zu stillen, öffentliches Stillen würde von der Gesellschaft abgelehnt (112). Genauso empfanden britische Frauen Stillen in der Öffentlichkeit als Übertreten der sozialen Norm und mieden solche Situationen. Auch fanden sie Stillhilfe z.B. von der Hebamme im Beisein ihres Partners als unangenehm öffentlich (76). Viele Väter lehnen Stillen in der Öffentlichkeit ab (60; 113). Dabei kann wohnliche Enge für Mütter bedeuten, dass sie nicht Stillen wollen oder können (114).

Auf die besondere Situation von Migrantinnen weisen hier Schmied et al. hin, denn im Beisein welcher Personen stillen erlaubt ist, ist kulturell geprägt; eine immigrierte Mutter kann hier sowohl mit der Kultur ihres Herkunftslandes als auch des Aufnahmelandes in Konflikt kommen und Pulvermilch als Ausweg sehen (115). Ein Aspekt beim Stillen im Beisein andere ist, ob die Brust als Sexsymbol oder als Symbol von Mütterlichkeit gedeutet wird (116).

2.4.9 Unterstützung in der Stillzeit

Wie lange eine Mutter stillt wird davon beeinflusst, wie sehr sie darin unterstützt wird– sowohl von professioneller Seite als auch von ihrem sozialen Umfeld. Je mehr Bestätigung und Unterstützung eine Mutter für das Stillen aus ihrem sozialen Umfeld bekommt, desto leichter wird es ihr fallen und das Risiko, früh abzustillen, sinkt (117). Die gilt insbesondere für die unteren sozialen Schichten (27). In einer deutschen Studie nannten die Mütter neben ihren Partnern noch die Unterstützung durch ihre eigene Mutter als wesentlich, Freunde spielten keine wesentliche Rolle (21).

Eine Form der praktischen Unterstützung ist Hilfe im Haushalt– so stillen Frauen, die für viele Haushaltsaufgaben alleine verantwortlich sind, früher ab (118). Auch unterstützend ist die Bestärkung der Mutter in ihrem Stillwunsch und emotionaler Beistand, negativ für die Stilldauer jedoch eine häufige Betreuung des Säuglings durch Vater oder Großmutter (119). Über die Dauer der Stillzeit scheint sich die Unterstützung durch das Umfeld zu verändern und von Monat zu Monat abzunehmen, was sich besonders auf längeres Stillen negativ auswirkt (37).

Dass die Meinungen ihres Umfeldes stillende Mütter beeinflussen, zeigte sich in einer Studie aus den USA. Die hier befragten schwarzen Mütter waren dem Stillen gegenüber positiv eingestellt, wurden jedoch durch die unterschiedlichen Einstellungen ihres Umfeldes und der Gesellschaft so verunsichert, dass sie durch Zufüttern von Flaschennahrung ihren Stillerfolg negativ beeinflussten (59). Um für die Mutter unterstützend zu wirken, sollte ihr Umfeld zu ihren Stillvorstellungen passen, da eine Diskrepanz verunsichernd ist (99).

Vater

In der Forschung zeigt sich konsistent, dass zu Stillbeginn der Partner eine wichtige Unterstützung der Mutter ist (68). Die Stilldauer ist länger, wenn Väter über das Stillen, wichtige Stillschwierigkeiten und deren Behandlung informiert sind (27; 37). Nur wenige Studien beschäftigten sich bisher neben der Einstellung des Vaters auch mit der Beziehung der Eltern sowie ihrem Rollenverständnis. Nach einer US-amerikanischen Studie war eine schwierige

Paarbeziehung mit früherem Abstillen korreliert (118). In einer britischen Studie erzählten die Frauen, wie verstörend teilweise der Stillbeginn (u.a. durch eine weitere anwesende Person z.B. Hebamme) in Bezug auf ihre in der Partnerbeziehung bisher sexuell beachteten Brüste war, die nun in anderer Weise – und nicht nur zweiseitig – gezeigt und „benutzt“ werden (76). Ein Argument gegen das Stillen sahen irische Mütter darin, dass beim Füttern emotionale Nähe entstehe und der Vater eine genauso enge Bindung zum Kind aufbauen solle (60).

Familie

Neben dem Partner können auch andere Familienmitglieder, und im Besonderen die Großmutter mütterlicherseits, die Stilldauer positiv beeinflussen (120; 37; 8; 73), manchmal jedoch auch negativ. So wünschten sich Mütter in einer US-amerikanischen Studie, ihre Mutter solle sie im Stillwunsch bestärken; diese konnte aber auch durch die Äußerung eigener negativer Erfahrungen und kultureller Vorstellungen einen negativen Einfluss haben (121).

Gesundheitssystem

Zusätzliche Unterstützung stillender Mütter durch professionelle Angehörige des Gesundheitssystems kann die Stilldauer positiv beeinflussen (8; 73), wesentlich ist dieser nur bei hohen Stillbeginnraten (122). Der Einfluss Professioneller kann auch negativ sein, wenn ihre Informationen und Ratschläge variabel, inkonsistent und ungenau sind (8; 37). Oft entsteht dies weniger aus einer Ablehnung gegenüber dem Stillen heraus denn aus Unwissenheit des Personals, durch häufigen Personalwechsel und empfundenen Zeitdruck (8). Die Mütter gehen jedoch unterschiedlich mit inkonsistenter Unterstützung um. Wenn sie gute Unterstützung aus ihrem sozialen Umfeld haben und schon erfolgreich stillen, ignorieren sie wechselnde Informationen (99). Gleichzeitig sind jedoch besonders Erstgebärende empfänglich für den Rat, Flaschenmilch zuzufüttern, wenn dieser von Professionellen kommt (8).

2.4.10 Erwerbsarbeit

International ist das Ergebnis der meisten Studien gleich, dass die Rückkehr zu bezahlter Arbeit keinen Einfluss auf den Stillbeginn hat (8), einig sind sie, dass Arbeit in Teilzeit oder Selbstständigkeit keinen Einfluss haben (104; 8; 123). Jedoch die Stilldauer wird beeinflusst – Rückkehr zu bezahlter Vollzeitarbeit innerhalb eines Jahres ist mit einer kürzeren, ein längerer Mutterschutz mit einer längeren Stilldauer assoziiert. Frauen, die in Teilzeit, zu Hause, selbstständig oder in familienfreundlichen bzw. flexiblen Arbeitszeiten arbeiten, stillen länger;

unabhängig von Kofaktoren wie dem sozioökonomischen Status und der Bildung (8; 124; 37). In einer polnischen Studie war Rückkehr zur Erwerbsarbeit der häufigste Abstillgrund (108).

2.4.11 Beikosteinführung

Sowohl die WHO als auch die Deutsche Stillkommission geben in ihren Richtlinien die Empfehlung, dass Säuglinge in den ersten 6 Monaten ausschließlich mit Muttermilch ernährt werden sollten. Auch nach Einführung von Beikost sollte weiter gestillt werden (22; 3; 4). In einer deutschen und einer US-amerikanischen Studie bekam ein großer Teil der Kinder schon vor dem 4. Lebensmonat Beikost, nicht-gestillte Säuglinge jeweils häufiger als gestillte Kinder (125; 16). In den ehemaligen SU-Staaten wird den Kindern oft schon im zweiten Monat Obst- oder Karottensaft zugefüttert, dies entspricht den Empfehlungen aus der Sowjetunion (29; 31).

Ob Mütter zufrieden sind mit der Ernährung ihres Säuglings hängt stark davon ab, ob diese wie vorher beabsichtigt geschieht und eventuelle Stillziele erreicht werden konnten (126; 127).

2.5 Fazit der Literaturübersicht

Unterschiede zwischen den beiden Gruppen zeigen sich im Stillverhalten und geplanter Stilldauer in den Herkunftsländern, unterschiedlichem Rauchverhalten und einem besonders niedrigen Einfluss des sozioökonomischen Status bei russischsprachigen Frauen. Zudem konzentrieren sich russischsprachige Migrantinnen stärker in den Stadtvierteln und ihre Eltern leben häufiger in Deutschland.

Unbekannt sind bei beiden Gruppen deren Einstellung und Wissen zum Stillen; Umgang und Bewertung von möglichen Problemen; Unterstützung durch ihr soziales Umfeld sowie ihre Versorgung bei Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett durch das Gesundheitssystem.

3.METHODIK

3.1 Forschungsinstrument

Es wurde ein qualitativer Ansatz gewählt, da ein explorativer Zugang zum kaum erforschten Gegenstand gesucht wurde. Das Interesse dieser Arbeit liegt auf dem komplexen Geflecht der Orientierungen und der Einflussfaktoren, die die Entscheidung der Frauen für oder gegen das Stillen sowie für ihren Stillerfolg oder -misserfolg basieren. Das Forschungsinstrument soll die subjektive Sichtweise der Frauen auf das Stillen abbilden können. Ein qualitativer Ansatz scheint angemessen, da er Offenheit auch für unerwartete Aussagen der untersuchten Gruppe bietet.

Der Zugang zur „Stillgeschichte“ der Frauen wurde über das problemzentrierte Leitfadenterview gewählt (128; 129 S. 194-226). Damit war es möglich, die Interviews thematisch zu fokussieren und gleichzeitig Offenheit zu gewährleisten. Die im Interview gestellten Fragen wurden offen formuliert, um den Frauen die Gewichtung der Ereignisse selbst zu überlassen und keine Erklärungen vorwegzunehmen. Eine Frage nach der Migrationsgeschichte diente als Stimulus für die Eingangserzählung und sollte die Selbstläufigkeit des Interviews in Gang setzen. Weitere Leitfragen zielten auf die Geburt und die eigentliche „Stillgeschichte“. Über diese Erzählungen sollten auch implizite Einstellungen zum Stillen erschlossen werden, die die Frauen nicht direkt benennen (konnten). Die Meinungen zum Stillen wurden zudem explizit abgefragt. Sich eventuell zwischen Herkunfts- und Zuwanderungsland unterscheidende Stillnormen, die Einfluss auf das Verhalten nehmen könnten, sollten mit der Frage nach der wahrgenommenen öffentlichen Meinung in den jeweiligen Ländern thematisiert werden (Tabelle 2). Der Leitfaden wurde flexibel gehandhabt, um den freien Erzählfluss nicht zu behindern.

Ein exmanenter Frageteil wurde auf Basis der Literaturrecherche erarbeitet und berücksichtigte bereits bekannte Einflussfaktoren auf das Stillen. Sofern diese Aspekte nicht von allein durch die Befragten thematisiert wurden, wurden hier gezielt nachgefragt.

Tabelle 2: Leitfaden (Mütter)

Leitfrage	Inhaltliche und methodische Intention
Wie war das damals, als Sie nach Deutschland kamen? Erzählen Sie bitte.	Migrationsumstände/ Eingangserzählung
Wann sind Ihre Kinder geboren? Erzählen Sie von der Geburt.	Für das Stillverhalten relevante Kontextinformationen/ Überleitung zum Stillen
Erzählen Sie, wie war das mit dem Stillen?	Stillverhalten/ implizite Orientierungen zum Stillen
Meinen Sie, dass Mütter stillen sollten?	Explizite Orientierungen zum eigenen Stillen
Wie ist die öffentliche Meinung in Polen/ Russland, ob man stillen sollte?	Stillnormen im Herkunftsland
Wie nehmen Sie die Meinung dazu in Deutschland wahr?	Stillnormen im Zuwanderungsland/ Kontrastierung mit Herkunftskontext

Zur Überprüfung der Leitfäden wurden die ersten Interviews im Sinne eines Pretests durchgeführt und neu auftretenden Aspekte, die nicht abgedeckt waren, notiert und für die folgenden Interviews in den Leitfaden eingearbeitet. Außerdem wurde überprüft, ob die Formulierungen für die Befragten verständlich waren und wie gewünscht themenrelevante Antworten stimulierten.

Für jedes Interview wurde ein Dokumentationsblatt angelegt, auf dem Ort und Zeit des Interviews, Anwesende, besondere Umstände und Gesprächsinhalte, die nicht bei laufendem Aufnahmegerät gesagt worden waren, notiert wurden. Außerdem wurden einige soziodemographische Daten der Interviewten erhoben.

Mit Hebammen (Expertinnen), die mit Müttern aus Polen bzw. aus (ehemaligen) SU-Staaten arbeiten, wurden qualitative Experteninterviews geführt. Hierfür wurde ein eigener Interview-Leitfaden erarbeitet, in welchem es thematisch um den Arbeitsalltag der Hebammen sowie um

ihre Erfahrungen mit polnisch- und russischsprachigen Müttern ging. Hebammen haben einen privilegierten Zugang zu stillendenden Müttern und verfügen daher über exklusives Wissen über das Stillverhalten der Mütter und mögliche Faktoren, die das Stillverhalten beeinflussen.

3.2 Stichprobe

Zugang zum Feld, Einschlusskriterien

Es wurden sowohl Mütter als auch Hebammen als „Expertinnen“ zum Thema Stillverhalten und Einflussfaktoren interviewt. Die Kriterien für die Auswahl der Mütter waren, dass diese selbst immigriert sein sollten, ein Kind in Deutschland bekommen hatten und nun in Berlin lebten. Im Fokus stehen Migrantinnen erster Generation, die (teilweise) in einem anderen Land sozialisiert wurden. Aufgrund der begrenzten Ressourcen wurden nur Frauen mit Wohnsitz in Berlin eingeschlossen. Bei den russischsprachigen Müttern war außerdem Bedingung, dass sie sich auf Deutsch verständigen konnten, da die Interviewerin über keine russischen Sprachkenntnisse verfügt. Bei den polnischsprachigen Frauen konnten Teile des Interviews auch auf Polnisch geführt werden, da die Interviewerin auch polnisch spricht. Um eine möglichst große Breite möglicher Interviewpartnerinnen zu erreichen, wurden verschiedene Wege beschritten. Kontakte zu den Müttern kamen teilweise über Bekannte und das Schneeballprinzip zustande. Mit weiteren Müttern kam die Interviewerin über Integrationsvereine und Kindergärten in Kontakt.

Um die Zugangsbreite zum Untersuchungsgegenstand noch zu erweitern, wurden neben den Interviews mit den Müttern auch Experteninterviews mit Hebammen geführt, die Migrantinnen aus Polen und den ehemaligen SU-Staaten betreuen. Dadurch sollten auch Informationen über Frauen gesammelt werden, die nicht selbst zu einem Interview bereit wären. Hebammen wurden zunächst über die Hebammenliste (www.berliner-hebammenliste.de), auf der man nach Sprachkenntnissen suchen kann, kontaktiert, im Weiteren auch nach dem Schneeballsystem. Hebammen, die bereits ein Interview gegeben hatten, bat ich, unter ihren Klientinnen weitere mögliche Interviewpartnerinnen um Kontaktaufnahme zu bitten. Über diesen Weg kamen jedoch keine Interviews zustande, da keine der von den Hebammen gefragten Mütter bereit war, ein Interview zu geben.

Beschreibung der Stichprobe der Mütter

Es wurden zwischen Oktober 2009 und Februar 2010 insgesamt zwanzig Mütter interviewt, davon stammten neun aus Polen und elf aus den ehemaligen SU-Staaten. Die Einschlusskriterien

wurden von allen erfüllt. In Tabelle 3 sind einige Merkmale der Gruppen zusammengefasst. Die Kinder der interviewten Mütter waren zum Interviewzeitpunkt durchschnittlich 3 bis 3,5 Jahre alt, so dass die Mütter im Rückblick über die Stillzeit berichteten. Studien zeigen, dass Mütter sich auch nach Jahren recht genau erinnern, ob und wie lange sie gestillt haben; besonders bis zu einem Kindesalter von drei Jahren. Weniger genau sind die Angaben zur Dauer des exklusiven Stillens, wobei die Gabe von Flaschenmilch im Rückblick häufig früher als tatsächlich angegeben wird, die Einführung von fester Nahrung dagegen später (130).

Durch eine gezielte und kriteriengesteuerte Teilnehmergewinnung wurde zunächst versucht, theoretisch relevante Kombinationen von Merkmalen des sozialen und des Migrationskontextes möglichst umfassend zu berücksichtigen. Solche Merkmale waren das Wohnviertel, die Migrationswege und die Aufenthaltsdauer in Deutschland, aber auch der Weg des Erstkontaktes zur Interviewerin (Bekannte, verschiedene Institutionen). Die Suche nach neuen Interviewpartnerinnen wurde eingestellt, als eine als eine inhaltliche Sättigung des Materials dahingehend erreicht war, dass die Einstellungen zum Stillen, das Erleben der neuen Mutterrolle mit dem Hinterfragen der eigenen Identität, zu der die ethnische Herkunft zählte, sowie der Blick auf das deutsche Gesundheitssystem keine neuen Muster in den Erzählungen erkennen ließ. Obgleich in jedem Interview durch die persönlichen Geschichten immer auch Neues zur Sprache kam, waren die relevanten Themen nun vergleichbar schon von anderen Frauen erzählt worden.

Beschreibung der Stichprobe der Hebammen

Zwei der vier befragten Hebammen weisen selbst einen Migrationshintergrund auf und sprechen Polnisch bzw. Russisch. Die beiden anderen Hebammen haben durch ihre polnischstämmigen Ehemänner die Sprache erlernt. Drei der Hebammen arbeiten in Halbtagsstellen an einem Krankenhaus. Alle interviewten Hebammen bieten Nachsorge/ Wochenbettbetreuung an, drei Geburtsvorbereitungskurse und drei auch Vorsorgen. Alle standen auf der Berliner Hebammenliste unter polnisch bzw. russischsprachig; daher hatte die Autorin ihre Kontaktdaten. Sie betreuten unterschiedlich viele Frauen, die aus Polen oder den ehemaligen SU-Staaten stammten, jedoch jährlich jeweils fünf bis zwanzig Frauen dieser Herkunft im Wochenbett.

Tabelle 3. Beschreibung der Stichprobe der Mütter

	aus Polen stammend n= 9	aus ehemaligen SU-Staaten stammend n=11
Alter/ Jahren	durchschnittlich 32 (27-38)	durchschnittlich 31 Jahre (26-36)
Alter bei Geburt 1. Kind/ Jahren	durchschnittlich 28,5 Jahre (21-34)	durchschnittlich 26,5 Jahre (18-33)
Wie lange in Deutsch- land/ Jahren	durchschnittlich 9,5 Jahre (4-19)	durchschnittlich 10 Jahre (2-18)
Wie lange in D bis 1. Kind/ Jahren	durchschnittlich 5,5 Jahre, zwischen 0,5 und 15 Jahre	durchschnittlich 6,5 Jahre, zwischen 1,5 und 14 Jahren
Alter des/ der Kind/er	durchschnittlich 3 Jahre, zwischen 3 Monate und 7 Jahre	durchschnittlich 3,5 Jahre, zwischen 5 Monate und 6 Jahre
Herkunftsfamilie in Deutschland	6x nein 3x ja	8x ja 3x nein
Migrationshintergrund des Partners	4x kein Migrationshintergrund 3x Polen 2x anderer Migrationshintergrund	4x kein Migrationshintergrund 4x GUS 2x andere Migrationshintergrund 1x kein Partner
höchster Bildungsabschluss	6x Studium 2x Lehre bzw. Berufsschule 1x Schule	8x Studium 2x Ausbildung 1x Schule
Geburtsvorbereitungs- kurs	6x ja 3x nein	9x ja 2x nein
Geburtsort	7x Krankenhaus 2x Geburtshaus	10x Krankenhaus 1x Geburtshaus
Aufenthalt im Krankenhaus	3x ambulant sonst durchschnittlich 4 Tage (2-6)	durchschnittlich 4 Tage, (1-7) 1x längerer Aufenthalt auf der Kinderintensivstation
gesundheitliche Probleme im Wochenbett	5x keine 4x ja	5x keine 6x ja
Hebamme zur Nachsorge	8x ja 1x nein	10x ja 1x nein
überhaupt gestillt	9x ja	11x ja
wie lange voll gestillt	2x 6 Wochen 3x 5 Monate 3x 6 Monate mind. 3 Monate (Alter d. Kindes beim Interview)	4x 5 Monate 1x 3 Monate 4x 6 Monate 2x 7 Monate
wie lange überhaupt gestillt	2 x 6 Wochen 2 x 6 Monate 2x 9 Monate 1x 11 Monate mind. 3 Monate, mind. 9,5 Monate (Alter d. Kindes beim Interview)	1x 2 Monate 1x 3 Monate 1x 6 Monate 2x 9 Monate 3x 12 Monate 3x >12 Monate

3.3 Interviewführung, Transkription und Datenanalyse

Die Interviews wurden je nach Wunsch der Mütter und Hebammen bei ihnen zu Hause, im Café oder in einem Fall auf dem Spielplatz geführt. Die Interviews mit den Kindergartenmüttern konnten in einem ruhigen Raum in den Kindergärten stattfinden. Teilweise waren die Kinder zugegen, bei zwei Interviews auch die Väter. Die Anwesenheit von Kindern und Vätern war nicht störend, im Gegenteil wurden die Aussagen teilweise durch die Aussagen der Väter deutlicher und vielfältiger.

Zu Gesprächsbeginn wurde von allen Interviewten ihr Einverständnis zur Aufnahme mit einem digitalen Diktiergerät sowie zur Veröffentlichung der anonymisierten Gesprächsinhalte eingeholt.

Ein halbstrukturierter Interviewleitfaden bietet die Möglichkeit, die Fragen je nach Verlauf des Gespräches leicht abzuwandeln oder die Reihenfolge zu modifizieren sowie mit spontanen „Ad-hoc-Fragen“ (131 S. 70) auf bestimmte Aspekte weiter einzugehen. Dies erleichterte eine angenehme, offene Gesprächsatmosphäre über dies von vielen als intim empfundenen Thema. Die Möglichkeiten der Abwandlung waren auch wichtig für die Mütter, deren Deutschkenntnisse noch nicht so gut waren. Die Fragen sind chronologisch geordnet, da ein natürlicher Erzählverlauf nachgeahmt werden sollte. Tatsächlich zeigte sich diese Reihenfolge in den Interviews als den eigenen Erzählfluss der Interviewten entsprechend und viele Aspekte des Leitfadens wurden im Interviewverlauf in selbstgewählter Form angesprochen. Falls dies nicht der Fall war, ordnete die Interviewerin die Reihenfolge der Themen dem natürlichen Gesprächsverlauf unter, um eine offene Gesprächsatmosphäre zu unterstützen. Die Fragen sollten offen zu beantworten sein und zielten darauf ab, selbstbestimmt zu erzählen.

Die Aufnahmen wurden zeitnah transkribiert. In einigen Interviews wurde auch auf Polnisch geantwortet, dies wurde während der Transkription von der Autorin ins Deutsche übersetzt und gekennzeichnet. Wenn der Gesprächsfluss vom Forschungsthema weit abwich, wurden diese Teile in der Transkription inhaltlich zusammengefasst.

Die Auswertung der Interviews erfolgte in Anlehnung an die „Inhaltliche Strukturierung“, einer Methode innerhalb der „Qualitativen Inhaltsanalyse“ von Philipp Mayring (132) und mit Hilfe des Computerprogramms MAXQDA 10. Flick schreibt zur Qualitativen Inhaltsanalyse: „Der Ansatz eignet sich vor allem für die reduktive und an der Klassifikation von Inhalten orientierte Auswertung von großen Textmengen.“ (129 S. 416). Im Rahmen der Inhaltlichen Strukturierung

wurde auf Grundlage der Literaturrecherche eine erste Version des Kategorienschemas theoriegeleitet erarbeitet, welche sich insbesondere aus dem exmanenten Fragenteil im Leitfaden ergab. In einem zweiten Schritt wurde das Kategorienschema auf die ersten vier Interviews pro Herkunftsgruppe angewendet und auf Trennschärfe und Vollständigkeit der Kategorien geprüft. Für unerwartete, nicht einzuordnende Ergebnisse wurden zusätzliche Kategorien entwickelt. Falls der Differenzierungsgrad einer Kategorie nicht ausreichte und ein Informationsverlust drohte, wurden vorhandene Kategorien unterteilt. Die Kategorien wurden also sowohl deduktiv als auch induktiv aus dem Interviewmaterial heraus gewonnen. Auch die Gliederung der Kategorien musste teilweise verändert werden. Dadurch entstand ein Kategorienschema, das die literaturbasierten Hintergründe aus dem Leitfaden mit den sich erst während der offenen Interviews gezeigten Aspekte und Gewichtungen verbindet. In einem dritten Schritt dann wurde das gesamte Material mit diesem überarbeiteten Kategorienschema kodiert. Dies ermöglichte eine Vergleichbarkeit und Zusammenfassung der Interviewinhalte innerhalb einer Herkunftsgruppe. Zur Ergebnisaufbereitung wurden alle unter einer Kategorie kodierten Aussagen paraphrasiert und zusammengefasst, jeweils getrennt nach Herkunft der Frauen (Polen/ehemalige SU-Staaten). Die Interviews mit den Hebammen wurden analog ausgewertet, wobei das Kategoriensystem auf dem Hebammen-Leitfaden fußte und die Überarbeitung der Kategorien auf Grund der kleinen Fallzahl nach einem vollständigen Durchlauf der vier Interviews erfolgte. Die Ergebnisse in den Hauptkategorien der beiden Gruppen und der Hebammeninterviews wurden in einem weiteren Schritt (vergleichend) zusammengefasst und gegenübergestellt.

4. ERGEBNISSE AUS DEN INTERVIEWS

In den Interviews konnten die Frauen selbst die Schwerpunkte setzen, welche Aspekte sie für ihr Stillverhalten als wichtig empfanden. Dies waren erstens ihre Stillabsicht und wie sicher diese begründet war, zweitens, welche Unterstützung sie erhielten sowohl aus dem privaten Umfeld als auch vom Gesundheitssystem und drittens, ob der Stillbeginn unproblematisch war bzw. sie Probleme erfolgreich überwinden konnten. Wie zufrieden sie mit dem Stillen waren hing davon ab, ob das Stillen mit Schwierigkeiten verbunden war, wie das soziale Umfeld und die Zuwanderungsgesellschaft es bewerteten sowie inwieweit es sich mit sozialen Aktivitäten verknüpfen ließ. Letzteres hing u.a. davon, ob im Beisein Anderer gestillt wurde oder nicht.

Das folgende Kapitel behandelt zunächst als einen zentralen Punkt die Stilleinstellung der Frauen und zeigt, dass diese überwiegend stillbejahend ist und zu einer eigenen Stillabsicht geführt hat (4.1). Die Abschnitte 4.2 bis 4.8 beschäftigen sich mit der Frage, welche Faktoren bzw. Bedingungen die Stilleinstellung und das Stillverhalten der interviewten Frauen beeinflussen. Diese Bedingungen umfassen die Einstellung des persönlichen Umfelds und der Gesellschaft gegenüber dem Stillen, die Geburtssituation und die Gewöhnung an die neuen Aufgaben, Schwierigkeiten mit dem Stillen und der Umgang mit diesen, hilfreiche Personen, Schamgrenzen bzgl. des Stillens im Beisein anderer (bekannter und unbekannter) Personen sowie der eigene Migrationshintergrund. Abschnitt 4.9 trägt schließlich die Ergebnisse zu möglichen Gründen für das unterschiedliche Stillverhalten innerhalb der untersuchten Gruppen zusammen.

Zu Beginn eines jeden der ersten acht Abschnitte findet sich ein Überblickstext, in dem die verschiedenen Perspektiven zusammengeführt werden. Danach folgen differenziert ausgeführte Ergebnisse. Diese werden zunächst getrennt dargestellt für jede Herkunftsgruppe und jeweils mit Zitaten aus den Interviews belegt. Daran schließt sich die Analyse der Perspektive der Hebammen an.

4.1 Einstellung der Mütter zum Stillen

Einstellung zum Stillen

Die interviewten Frauen berichten von ihrer allgemein positiven Einstellung zum Stillen, entsprechendes berichten auch die befragten Hebammen über die von ihnen betreuten Frauen.

Die von den Frauen genannten Gründe zu stillen spiegeln diese selbstverständlich positive Einstellung wider: Stillen sei das Beste, Gesundeste und Natürlichste (von der Natur so vorgesehene) für die Kinder. Der wichtigste Vorteil war für alle Mütter der gesundheitliche Aspekt des Stillens. Einigen Frauen war auch der Beziehungsaufbau zwischen Mutter und Kind durch das Stillen wichtig. Alle diese Gründe bestätigen die Hebammen als in diesen Gruppen häufig vorkommend. Nur auf Nachfrage nannten die Mütter einzelne Nachteile des Stillens: gebundener an die Kinder zu sein, Schmerzen und eine kleinere Brust.

Stillabsicht

Mit der oben beschriebenen positiven Stilleinstellung in beiden Gruppen geht eine große Bereitschaft einher, selbst zu stillen: Alle befragten Mütter wollten ihr erstes Kind stillen. Jedoch war diese Absicht unterschiedlich stark ausgeprägt und reichte von „mir käme nichts Anderes in den Sinn“ bis hin zu „mein Arzt hat es empfohlen, da habe ich es probiert“.

Die meisten russischsprachigen und einige polnischstämmige Frauen hatten sich nicht die Frage nach einer alternativen Säuglingsernährung gestellt, weil es für sie selbstverständlich und natürlich war, dass sie ihre Kinder stillen würden. Auch dieses Bild deckt sich mit dem der Hebammen; sie erleben bei russisch- und polnischsprachigen Frauen eine große Bereitschaft zu stillen. Diese Haltung wird von den Frauen als selbstverständlich empfunden, ein Hinweis darauf, dass sie vermutlich schon vor der Schwangerschaft davon ausgingen, dass sie ihre Kinder stillen würden, und darauf, dass ihr soziales Umfeld eine ähnliche Einstellung aufweist.

Die befragten Mütter, die von einem Entscheidungsprozess zur eigenen Säuglingsernährung berichteten – überwiegend polnischsprachige –, wurden von den gesundheitlichen Vorteilen und durch Mitarbeiter des Gesundheitssystems überzeugt. Bezogen auf die Stillpromotion transportierten sich verschiedene Haltungen. Der Begriff „Stillpropaganda“, der in diesem Kontext von einigen russischsprachigen Müttern genutzt wurde, verweist auf eine Aufklärung, die als übertrieben erlebt und mit sozialem Druck assoziiert wird. Das Gefühl, sich dadurch zum Stillen gezwungen zu sehen, wurde negativ erlebt. Unter den russischsprachigen Müttern fanden sich aber auch positive Bewertungen der Stillpromotion. Die polnischen Frauen fanden die Stillpromotion inhaltlich gut, empfanden den dadurch entstehenden Druck jedoch ebenfalls als negativ. Wichtig ist den Frauen, die sich zu irgendeinem Zeitpunkt gegen Stillen entschieden, dass das Gesundheitspersonal diese Entscheidung respektierte.

Einstellung zu Pulvermilch

Die befragten Hebammen äußerten, dass die von ihnen betreuten Frauen Pulvermilch als guten Ersatz ansähen, wenn auf Grund von Problemen Stillen sehr schwierig für sie sei. Die technikgläubige Einstellung, Pulvermilch sei besonders gut und erstrebenswert, sei nicht verbreitet. Diese Einstellung käme nur manchmal bei den Großmüttern vor, für die Pulvermilch als modernes, praktisches Produkt erstrebenswert sei; außerdem würden diese sich eher von Packungsaufschriften über gesunde Inhaltsstoffe überzeugen lassen. Eine Frau mit polnischem Migrationshintergrund meinte, Flaschennahrung sei die „normale“ Fütterung, zwei der russischsprachigen Frauen verbanden mit Pulvermilch die Hoffnung, dies würde Spucken und häufiges Trinken des Kindes verbessern und stellten daraufhin die Ernährung auf Pulvermilch um. Informationen über Pulvermilch und damit verbundene Hoffnungen speisten sich zumeist aus der Werbung für Pulvermilch.

Obwohl die Frauen beider Herkunft überwiegend eine Stillabsicht hatten, unterschied sich die Einstellung dem Stillen gegenüber in einem Punkt: Für polnischstämmige Frauen schien eher Pulvernahrung der Standard und Stillen ein erstrebenswertes Plus. Die russischsprachigen Frauen empfanden eher das Stillen als Standardernährung, Pulvernahrung als einen guten Ersatz.

Geplante Stlldauer

Der größere Teil der Frauen beider Herkunft orientierte sich bei der von ihnen geplanten Stlldauer an den Empfehlungen des deutschen Gesundheitssystems, möglichst 4 bis 6 Monate voll und danach teilweise zu stillen. Danach wollten sie entweder abwarten, wie sich die Situation mit ihrem Kind entwickelt, oder bis zu einem von ihnen festgelegten Kindesalter teilweise stillen. Dies war bei den russischsprachigen Müttern meist ein Jahr. Begründet wurde diese Dauer damit, dass dies auch das empfohlene und beste Alter sei, um vollständig abzustillen. Die polnischsprachigen Mütter waren sich in der Einschätzung einer idealen Stlldauer weniger einig, einige fanden eine lange Stlldauer (auch über ein Jahr hinaus) für sich wünschenswert; viele wollten aber das Stillen erst ausprobieren und die Erfahrung abwarten, und hatten sich deshalb keine Stlldauer vorgenommen.

Herausforderung annehmen

Einige russischsprachige Frauen sprachen davon, dass Stillen allgemein mühsamer, anstrengender und einengender sei, als die Flasche zu geben. Dies entsprang nicht ihrer eigenen Erfahrung, wo sie Stillen als bequem empfanden, als vielmehr ihrem Allgemeinbild vom Stillen.

Gleichzeitig herrscht unter diesen Frauen eine große Bereitschaft, keine Mühen und Anstrengungen zu scheuen, wenn sie dadurch für ihre Kinder etwas Gutes tun können; dies bestätigten auch die Hebammen. Diese Bereitschaft, sich anzustrengen, wird auch in Berichten bezüglich ihrer Zeit des Ankommens hier in Deutschland deutlich, teilweise auch in Beschreibungen über ihre Eltern. Die polnischsprachigen Mütter sprachen vor über ihr eigenes Stillleben und nicht über ein davon getrenntes Allgemeinbild vom Stillen.

Wissen zum Thema Stillen

Dass Stillen für das Kind gesund und wichtig ist, empfanden alle als selbstverständliches Wissen. Genaueres Wissen (z.B., dass das Immunsystem oder die Rückbildung der Gebärmutter vom Stillen profitieren) stammte aus den Geburtsvorbereitungskursen, auch aus Gesprächen mit den Hebammen, aus Broschüren von Ärzten sowie aus Zeitschriften und Büchern. Die Frauen fanden besonders die Kurse und die Hebammengespräche hilfreich, sie konnten sich danach besser vorstellen, was sie erwartet.

Alle Frauen lasen Broschüren auf Deutsch. Sie vertrauten den Informationen aus deutschen Publikationen. Muttersprachliche Publikationen lasen die Frauen, die sich überwiegend in ihrer eigenen Herkunftsgruppe bewegten oder schlecht Deutsch sprachen, oft bekamen sie diese Publikationen geschenkt. Falls ihnen auf Deutsch zu lesen Mühe bereitete, kamen ihnen kürzere deutsche Publikationen entgegen. Positiv wurde reflektiert, dass sie durch diese die nötigen Vokabeln für die Kommunikation mit dem deutschen Gesundheitssystem lernten. Insgesamt schien es den russischsprachigen Müttern wichtiger als den polnischsprachigen zu sein, auch deutsche Publikationen zu lesen.

Grundsätzlich fühlten sich die Frauen vor Geburtsbeginn ausreichend zum Thema Stillen informiert. Einige russischsprachige Mütter bemängelten nach entstandenen Stillproblemen, dass sie im Vorhinein von Hebammen oder Ärzten darüber nur unzureichend informiert worden seien. Bei einigen der polnischsprachigen Frauen entstanden ähnliche Fragen, jedoch sahen sie die Verantwortung dafür, ausreichend informiert zu sein, bei sich selbst. Dieses Verantwortungsgefühl konnte das Stillvorhaben negativ beeinflussen, wenn auch nicht selbst zu lösende Stillprobleme bei sich verantwortet und nicht mit professioneller Unterstützung zu lösen versucht wurden.

4.1.1 Einstellung der Mütter zum Stillen

Frauen aus ehemaligen SU-Staaten

Alle befragten Frauen hatten zum Zeitpunkt der Geburt eine Stillabsicht. Für zwei Drittel der Frauen war es selbstverständlich, dass sie stillen würden; so dass sie sich nicht ernsthaft die Frage nach einer möglichen anderen Säuglingsernährung gestellt hatten. Auch die anderen interviewten Frauen hatten geplant, ihre Kinder zu stillen. Eine Frau berichtet von ihrem Entscheidungsprozess, dass sie in der ersten Zeit der Schwangerschaft eher nicht stillen wollte, denn man müsse immer die Brust entblößen, könne nicht alles essen, es sei anstrengend. Emotional hätte sie sich dann aber in den kommenden Monaten für das Stillen entschieden.

Etwa die Hälfte der Frauen hatte sich 6 Monate ausschließliches Stillen vorgenommen, die absolute Dauer dann aber offengelassen und je nach Kind entschieden. Bei den anderen lag die geplante Stilldauer zwischen 6 und 12 Monaten und orientierte sich an den Empfehlungen, die die einzelnen Frauen von Hebammen, Ärzten und aus den Medien erhalten hatten. Es war den Frauen wichtig, ihr „Stillziel“ auch zu erreichen.

Der zentrale Grund zu stillen war, dass es gesund für das Kind sei. Über die Hälfte der Frauen sagten in diesem Zusammenhang, dass Stillen das Immunsystem des Kindes unterstütze, auch die Allergieprophylaxe sowie die gute Verträglichkeit der Muttermilch wurden hier genannt. Die meisten Mütter empfanden Stillen, nachdem sie es begonnen hatten als bequem, unkompliziert und praktisch. Für sie war es selbstverständlich zu stillen; in diesem Kontext fiel das Wort „natürlich“ in dem Sinne, dass die Natur das so vorgesehen habe. Einem Teil der Mütter waren der Beziehungsaufbau und die gemeinsame Privatsphäre zwischen Mutter und Kind beim Stillen wichtig. Weiterhin wurde genannt, dass Stillen finanziell günstiger sei, es schön sei, ein guter Start, Muttermilch unersetzbar und vielleicht würden die Kinder sogar intelligenter.

Als einen Nachteil des Stillens nannte die Hälfte der Frauen, dass sie weniger Freiheit haben und gebundener seien als früher, auch weil sie nicht längere Zeit wegbleiben könnten und die Zeiten schlecht planbar seien. Eine Mutter meinte, sie könne verstehen, wenn sich Mütter deshalb gegen das Stillen entscheiden, die anderen lehnten eine Entscheidung gegen das Stillen aus diesem Grunde ab. Als weiterer Nachteil wurden jeweils einmal die Schmerzen genannt, sowie dass die Brust leide. Das dürfe aber kein Grund sein, nicht zu stillen.

- Eigentlich war es außer Frage, dass ich stille. Die Gründe, die ich genannt habe, waren die Gründe, die die Bestätigung waren. Ich wurde selbst gestillt, und ich finde es einfach natürlich. Die Mutter bekommt Milch, damit sie stillen kann. R2
- Ich war immer überzeugt, dass ich stillen werde und dass das supereinfach ist. R8
- [...] es ist einfach schön zu denken, sie lebt jetzt, weil ich sie stille, sie bekommt die Nahrung von mir. Keine Ahnung, es war für mich kein anderer Gedanke, wenn ich Milch habe, warum nicht? Das hat die Natur so gemacht, dann muss es so sein. [...] Wenn man sich die Frage nicht stellt, wenn ich Milch habe, warum sollte ich nicht stillen? Und hier [in Deutschland] hat man sich vielleicht früher eher die Frage gestellt, warum sollte ich stillen? [...] Ich werde [mein Kind] so lange stillen, solange es reicht. R6
- Und ich dachte mir ok, beim zweiten Kind bist du schon etwas schlauer, und machst nicht den Fehler und stillst richtig lange, also ein Jahr oder so. Das war meine Vorstellung, ich wollte dem Kind einen guten Start ins Leben geben, ohne Allergie halt durchzukommen, dass die Immunität gestärkt wird. R5
- Es ist sehr wichtig, im ersten Jahr zu stillen. Das erste Kind habe ich ein Jahr und drei Monate gestillt. Das war zu viel, viel zu viel. Ich habe später gelesen, bis zehn Monate ist normal. Bis zehn oder zwölf Monate reicht das für das Immunsystem, nach zwölf Monaten ist auch nicht schlimm. [...] Wenn Frauen überlegen, nicht zu stillen, sie haben Ruhe, aber ich verstehe das nicht. R3
- Ich war [von der „Stillpropaganda“] so darauf gepolt mindestens ein Jahr zu stillen, und habe dann pünktlich aufgehört. R1
- [...] die Brust leidet auch nicht so stark. Also nach zwei Kindern geht das noch. Wenn man sagt, ich will nicht stillen damit ich danach noch eine schöne Brust habe, das ist eine falsche Einstellung. Vielleicht nach drei-vier Kinder, oder im Alter generell. R4

Frauen aus Polen

Alle Frauen hatten sich vor der Geburt ihres ersten Kindes vorgenommen, zu stillen.

Unterschiede fanden sich dahingehend, ob die Entscheidung zu stillen ein bewusster Prozess oder unhinterfragte Absicht war.

Mehrere Frauen berichten von Hebammen und Ärzten, die rieten zu stillen. Dies hätte sie in ihrer Entscheidung beeinflusst. Einige hatten sich sechs Monate volles Stillen vorgenommen auf Empfehlung von Hebammen und Ärzten.

Jede der polnischen Mütter nannte etwa ein oder zwei Argumente für das Stillen. Die zentralen Argumente für Muttermilch waren die Gesundheit des Kindes, insbesondere das Immunsystem. dass Stillen natürlich und gut für das Kind sei und es eine Nähe zwischen Mutter und Kind

herstelle. Von einzelnen Frauen genannte Gründe waren weiterhin, dass es günstiger und einfach sei, dass Mutter und Vater selbst als Säuglinge nicht gestillt worden waren, dass eine stillende Freundin den Wunsch auslöste sowie dass der Arzt es geraten hätte, was Grund genug sei, es zu probieren. Eine Mutter meinte, die starke Unterstützung des Stillens durch das Geburtshaus und die Menschen, die sie dort kennen gelernt hat, hätte sie überzeugt zu stillen.

Als stillskeptische Auffassung fand sich die Überzeugung, die Brüste würden kleiner und die Brustwarzen unempfindlicher. Eine der Mütter mit dieser Ansicht beschrieb diese als „egoistischen Nachteil“. Als „nicht direkten Nachteil“ gab eine Mutter an, dass Stillen etwas sehr Intimes sei. Mütter sahen auch als nachteilig, gebundener zu sein und zu Beginn Schmerzen zu haben.

- Ich glaube, das war [immer] klar [dass ich stillen wollte]. Es war klar und wurde immer klarer, indem ich mich darüber informiert habe, was Stillen für das Kind bedeutet oder für die Mutter. P6
- Ich wollte das [Stillen] auf jeden Fall probieren. Ich habe mir aber auch keine großen Gedanken gemacht. Ich habe halt in Büchern gelesen und dann auch im Geburtsvorbereitungskurs gehört, dass es sehr gesund ist für das Kind. Und für dich auch eigentlich. Und es schien mir das Natürliche zu sein. P4
- [Ich wollte stillen,] Weil die Ärzte gesagt haben, dass das gut ist. Wenn die Ärzte das sagen, okay, dann versuche ich das. P9
- Aber [nach ein paar Monaten] dachte ich, ich will auch mal rausgehen, auch ein bisschen selbstständiger sein. Und ich denke, auch für das Kind ist das auch besser, wenn sie etwa selbstständiger wird und auch neue Sachen und Geschmäcker kennenlernt. Die ersten Monate hat es mich nicht gestört, so oft zu stillen, aber irgendwann schon. P1
- Naja, [ich sehe] nur ganz persönlich-egoistische [Nachteile] sozusagen, weil die Gefahr ist, dass meine Brüste dann kleiner werden. Und die Warzen waren dann mal einerseits sensibel, und andererseits sehr un-sensibel. Was die Sexualität anbetrifft. Aber das habe ich dann in Kauf genommen. Die Bedenken waren nicht groß genug, um zu überlegen, ob ich das Stillen lasse. Ich habe sehr kleine Brüste, und eine Freundin hatte nach ihrem Kind gar keine Brüste mehr. P6

4.1.2 Hebammeninterviews: Stilleinstellung der Mütter

Die Hebammen erleben bei den Frauen beiderlei Herkunft eine große Bereitschaft zu stillen. Ihre Perspektive bestätigt die bereits aufgeführten Gründe für das Stillen. Als vorgetragene Gründe wurden reflektiert, es sei das Beste für ihre Kinder, die Natur habe es so vorgesehen, sei also die erste Wahl. Der finanzielle Vorteil wird gesehen, sei aber für die Entscheidung nicht wesentlich.

Wichtig sei den polnischen Frauen auch die Nähe zum Kind, das Kuschneln beim Stillen; es ginge nicht nur um die Gabe von Muttermilch.

Fast alle Frauen möchten versuchen, zu stillen. Wenn einmal eine Frau gar nicht erst beginnen möchte, wäre dies oft beim zweiten Kind der Fall, wenn beim ersten Kind das Stillen als problematisch erlebt wurde.

Pulvermilch werde insgesamt als gute Ernährung gesehen. Selten sei inzwischen jedoch die technikgläubige Einstellung, dass sie besser sei als Muttermilch. Wenn jedoch aus irgendwelchen Gründen nicht (oder nicht mehr) gestillt wird, seien die Frauen sehr froh, dass es Pulvermilch gäbe und sie nicht wie ihre Mütter oder Großmütter Kuhmilch verdünnen und abkochen müssten. Eine Hebamme erzählt, die polnischsprachigen Frauen äußerten sich kritisch zur Pulvermilch, weil sie selbst zu der Generation gehörten, die als Kinder von der Tschernobylkatastrophe betroffen gewesen seien und gekaufter Milch deshalb misstrauten. Weil bei den russischsprachigen Frauen Pulvermilch häufig aus dem Gefühl heraus gefüttert würde, dass die Muttermilch nicht reiche, werde oft von Beginn an die Einsermilch gekauft anstatt der Premilch, die dem Alter der Kinder entspräche.

4.1.3 Wissen zum Thema Stillen

Frauen aus ehemaligen SU-Staaten

Fast alle Frauen lasen in der Schwangerschaft und Stillzeit über Kinderentwicklung und -pflege. Überwiegend wurden Sachbücher über die Geburt und das erste Lebensjahr sowie Broschüren vom Arzt und Elternzeitschriften gelesen. Die Informationen darin fanden die Frauen interessant und wichtig. Zum Thema Stillen hatten die Frauen aus diesen Medien Informationen über die gesundheitlichen Vorteile sowie das sechs Monate voll Stillen und dann das erste Zufüttern empfohlen wird.

Einige Frauen lasen Sachbücher auf Russisch, wenn sie auf Russisch flüssiger lesen können oder, wenn sie diese Bücher von Freundinnen geschenkt bekommen hatten. Die Broschüren und Zeitschriften waren auf Deutsch. Den Frauen, die Deutsch nicht so flüssig sprachen, war es wichtig, bei diesem Thema die deutschen Wörter kennen zu lernen, denn z.B. die Ärzte sprechen oft Deutsch. Jene Frauen, die in Deutschland zur Schule gegangen waren, fanden es unnötig, sich russische Bücher zu besorgen.

Einige Frauen betonten, dass das Wissen bzw. die Haltung im Umgang mit Kindern in den ehemaligen SU-Staaten und Deutschland sehr unterschiedlich seien. Die Frauen sprachen davon, dass ihre Herkunft (d.h. das Leben ihrer Eltern in der (ehemaligen) Sowjetunion sowie ihre Kindheit und Jugend dort) auch ihre Grundhaltung präge. Gleichzeitig orientierten sie sich in ihrem jetzigen Lebensabschnitt an den hiesigen Empfehlungen und vertrauten dabei auf die deutschen. Einige Frauen, die über familiäre oder freundschaftliche Kontakte in ihre Herkunftsregionen verfügen, wissen, welches Verhalten und welche Umstände für junge Eltern dort momentan üblich sind. Andere dagegen sind mit der ganzen Familie nach Deutschland eingewandert, ihr Bild von den Verhältnissen und dem Verhalten in den ehemaligen SU-Staaten ist mindestens zehn Jahre alt. Sie treffen ihre Entscheidungen eher auf Grundlage aktuellerer und hiesiger Informationen.

Einzelne Frauen informierten sich auch im Internet.

In den Geburtsvorbereitungskursen wurde Stillen angesprochen. Eine Mutter meinte jedoch, zu dem Zeitpunkt wäre es ihr alles sehr theoretisch vorgekommen, für die Hebammen sei das Thema Routine, aber sie könne sich das noch gar nicht vorstellen.

Ein wichtiger Ansprechpartner vor allem bei auftretenden Fragen zum Stillen waren die Nachsorgehebammen.

Insgesamt fühlten sich die Frauen ausreichend informiert über das Stillen. In einzelnen Fällen offenbarte sich zu wenig Wissen über Stillprobleme, besonders bei der sich schnell verschlimmernden Mastitis. Dann war der Druck, schnell passende Handlungsmöglichkeiten zu finden, besonders groß. So war eine Mutter von der sich verhärtenden Brust überrascht und selbst, als sie auf Rat der Hebamme eine Pumpe gekauft hatte, war sie wieder ratlos, was sie mit der Milch machen sollte. So äußerten einige Frauen im Nachhinein, dass sie nicht ausreichend Informationen von Ärzten und Hebammen bekommen hatten, oder schlecht beraten worden wären. Eine Mutter hatte ihr erstes Kind in einem ehemaligen SU-Staat bekommen, als sie noch sehr jung war, und dort hätte sie wenige Informationen gehabt. Hier bei ihrem zweiten Kind konnte sie sich besser informieren, es sei gut, wenn man genauer wisse, was zu tun sei.

- Wir haben auch verschiedene Bücher gehabt, geschenkt bekommen oder gekauft, und das war schon sehr deutlich, mit Statistiken untermauert, wie schlecht es ist, wenn man nicht stillt und wie wichtig es ist. Das es das Beste ist, was man seinem Kind geben kann. R1

- [Ich habe deutsche Bücher gelesen.] Russisch lese ich sehr, sehr wenig. Man kommt nicht dazu, im Studium ist alles auf Deutsch, und man hat auch nicht so viel– oder ich habe keine Zeit, um russische Bücher zu lesen. Zu deutschen Büchern komme ich auch nicht, aber man kriegt hier die ganzen Informationen auf Deutsch. Und jetzt extra ein russisches Buch zu besorgen, dafür gibt es keinen Grund. Es gibt hier genug Informationen, und ich vertraue auch den Büchern, die hier in Deutschland produziert werden über das Kind und die Forschung über die Kinder. Deshalb gab es überhaupt keinen Bedarf nach russischen Büchern zu suchen. R4
- Wenn ich etwas nicht verstehe, dann kann ich immer im Wörterbuch nachgucken. Außerdem ist es gut, wenn ich auch in diesem Bereich Wörter lerne, weil meine Gynäkologin spricht Deutsch, in der Kinderarztpraxis spricht man Deutsch, deswegen muss ich da gut Deutsch können. R6
- Also bei „Dr. Spock“– wie diese amerikanische Figur– das ist ganz wichtig in Russland. Das ist so eine Anleitung, ein dickes Buch, wenn man ein Baby kriegt. Aber ich habe das sehr schnell zur Seite gelegt, das war mir zu kompliziert, zu sehr so ein Produkt. Umfangreich und sehr betoniert, du musst das, das und das machen, und wenn sich dein Kind am 22. Tag umdreht, dann bedeutet das das. Also habe ich das schnell weggetan. Ich denke, ich habe auch so ein Gefühl für mein Kind, wann es reicht oder nicht. Ich spür das, wie sie sich fühlen. R8

Frauen aus Polen

Viele der Frauen lasen in der Schwangerschaft Ratgeberliteratur zum Thema Geburt und Säuglingspflege. Diese Informationen fanden die meisten hilfreich, eine Mutter las explizit über das Stillen nach, als sie dabei Probleme bekam. Zwei Mütter fanden die Informationen interessant, aber ihre Erfahrungen sahen dann anders aus. Zusätzlich zu den Büchern lasen einige Mütter auch Elternzeitschriften. Ein Drittel der Mütter, diejenigen mit polnischem Ehemann, hatten überwiegend auf Polnisch gelesen, die anderen auf Deutsch.

In einzelnen Fällen waren die Mütter unschlüssig, wie strikt sie sich an Ratschläge aus den Büchern halten sollen. Manchmal wurde dann für ein anderes Verhalten ein Argument wie z.B. Volksweisheiten gesucht, manchmal war einfach das Gefühl da, dass es für das eigene Kind anders besser passt.

Eine Mutter berichtete, dass die Empfehlungen der Familien für das Zufüttern sich in Deutschland, Polen und Spanien unterscheiden und man sich selbst einen Weg suchen müsste. Sie meinte auch, dass in Deutschland vielleicht zu viel auf Dinge geachtet wird, die gar nicht so wichtig sind.

Das Internet wurde als Informationsquelle, wo man viele Meinungen und Argumente einmal findet, genutzt. Diese Vielfalt wurde aber auch als Gegenargument genannt, weil man die Quellen nicht kennt, dort manchmal „komische Sachen“ stehen und man selbst schwer urteilen kann. Gerade die Foren waren einerseits interessant, andererseits verunsichernd.

In den Geburtsvorbereitungskursen wurde Stillen meist angesprochen, es wurde als hilfreich empfunden, da man sich dann ein wenig besser vorstellen konnte, was einen erwartet.

Bei Fragen, die in der Stillzeit auftraten, wurden häufig die Nachsorgehebammen um Rat gefragt.

Die meisten Frauen fühlten sich übers Stillen ausreichend informiert oder hatten bei auftretenden Fragen einen Ansprechpartner, meist ihre Hebamme, dem sie vertrauten oder wussten, wo sie Informationsmaterial finden. Problematische Situationen entstanden nur, wenn ein Problem sich schnell verschlimmerte wie z.B. eine Mastitis. Sie fühlten sich überwiegend selbst verantwortlich, die für sie nötigen Informationen über Infomaterialien und Nachfragen bei Hebammen und Ärzten zu bekommen.

- Teilweise habe ich auch im Internet nachgeschaut, aber das empfehle ich niemandem. Das sind oft komische Sachen, und man kann es überhaupt nicht einschätzen. P1
- Ach ja, und das Stillbuch habe ich gelesen. Das war gut, da waren viele Informationen drin und Probleme geschildert. Das habe ich gelesen, als ich diese Probleme [...] hatte. P3
- [Bei Fragen habe ich] Meistens die Hebamme [gefragt]. Einmal eine Freundin oder so. Ich habe immer meine Fragen gesammelt, und wenn die Hebamme kam, habe ich alles abgehakt. Wenn ich dann noch Zweifel hatte oder nicht so recht wusste, habe ich im Internet nachgelesen. Da gibt es ja viele Foren. Da ist jede Meinung vertreten. Das ist trotzdem hilfreich, dann hat man alles mal gelesen. P4
- Ja, [ich habe gelesen,] ich habe viele Zeitungen für junge Mamas, auch Bücher über die Schwangerschaft und die ersten Jahre. Aber Erfahrung ist Erfahrung, was man sieht ist was ganz Anderes. Zum Beispiel mit dem Stillen, die ersten Tage waren für mich problematisch, weil ich zu viel Milch hatte. Im Buch gab es das nicht, ich konnte das nicht alleine schaffen, ich brauchte die Hebamme. P7

4.2 Einstellung des persönlichen Umfeldes und der Öffentlichkeit zum Stillen

Alle Frauen berichten von Reaktionen aus ihrem persönlichen Umfeld auf ihren Stillwunsch sowie auf das Stillen, auch hatten sie eine Vorstellung, wie die Gesellschaft dem Stillen gegenüber eingestellt ist. Die Reaktionen stärkten oder verunsicherten die.

Persönliches Umfeld und Stillabsicht

Die Hebammen sahen in der polnischstämmigen Gruppe die Väter als wichtigen Einflussfaktor auf die Stillentscheidung der Mutter; die Väter wünschten sich, dass ihre Kinder gestillt werden. Den Einfluss der Großmütter dagegen erlebten die Hebammen als weniger stark; vor allem, weil diese oft in Polen lebten und der Alltag nicht gemeinsam verbracht wurde. In der russischsprachigen Gruppe ist es umgekehrt, hier erlebten die Hebammen die Väter als weniger wichtig für die Stillentscheidung: Zu Hause seien die Frauen dominanter, außerdem seien Wochenbett und Säuglingsbetreuung eher Frauensache. Auch etwa die Hälfte der russischsprachigen Frauen äußerte sich ähnlich. Entsprechend wichtiger fällt die Rolle der Großmütter aus (meist die Mutter, aber teilweise auch die Schwiegermutter der werdenden Mutter).

Die Stillverfahren der Großmütter mütterlicherseits waren in den beiden Gruppen verschieden und wirkten sich auf das Selbstbewusstsein der befragten Mütter unterschiedlich aus. Einige polnischsprachige Mütter hatten mit ihren Müttern über deren Stillverfahren gesprochen. Die Großmütter berichteten von einem ruppigen und ihre Intimität und Entscheidungen wenig respektierenden Gesundheitssystem im früheren Polen. Wenige Wochen nach der Geburt wurde ihnen meist gesagt, ihre Muttermilch sei nicht gut und reiche nicht, woraufhin sie zufütterten und meist abstillten. Diese Erlebnisse der Großmütter verunsicherten die befragten Frauen in ihrer Annahme, dass Stillen selbstverständlich möglich sei, die Muttermilch ausreiche und etwaige Probleme überwunden werden könnten. Auch ein großer Teil der russischsprachigen Frauen hatte mit ihren Müttern über deren Stillverfahren gesprochen. Die meisten Großmütter hatten ein Jahr oder länger gestillt, wenige wegen schwerwiegender gesundheitlicher Probleme nur einige Wochen. Hatten es die Großmütter in der Stillzeit schwer gehabt, berichteten einige Frauen bewundernd von deren Durchhaltevermögen und Stärke; das Stillen verbanden sie daher mit Mühen, die jedoch zu bewältigen sind.

Praktische Unterstützung des Stillwunsches

Die meisten Mütter berichteten von einer Person, meistens dem Vater oder der eigenen Mutter, die sie beim Stillen unterstützt hatte. Als Unterstützung wurden hier sowohl praktische Hilfe z.B. im Tagesablauf und bei Problemen empfunden als auch die Versicherung, dass die Muttermilch ausreicht und Mutter und Kind mögliche Probleme überstehen würden.

Die Unterstützung, die die Frauen in den ersten Lebenswochen ihres Kindes erhielten, war in beiden Gruppen unterschiedlich. In der Gruppe aus den ehemaligen SU-Staaten waren es häufig die Großmütter, die im Alltag beim Haushalt und der Kinderbetreuung halfen. In der Gruppe aus Polen waren es eher die Väter, hier wurden der Haushalt und das Kind betreffende Alltagsentscheidungen eher geteilt; was auch als selbstverständlich empfunden wurde.

Die Partner einiger russischsprachiger Frauen betreuten die Kinder oft und halfen bei Unsicherheiten und alltäglichen Aufgaben; besonders, wenn die Großeltern nicht vor Ort waren. Einige Mütter empfanden es als entlastend, wenn die Väter selbstverständlich akzeptierten, dass das Familienleben sich jetzt nach den Schlaf- und Stillzeiten des Kindes richtet. Mehrere Väter arbeiteten viel und waren im Alltag der Kinder wenig präsent. Dieses Rollenmodell hatten auch die Frauen verinnerlicht und akzeptiert.

Die befragten Hebammen äußerten, dass die jungen Mütter beiderlei Herkunft durch die Großmütter allgemein unterstützt würden, was aber das Stillen in manchen Fällen negativ beeinflusse. Viele Großmütter befürworteten frühes Zufüttern – schon im zweiten Lebensmonat – und seien davon überzeugt, dass Stillen alleine nicht zur Sättigung ausreiche; teilweise hätten sie sogar selbst das Zufüttern übernommen. Dadurch würde das Gleichgewicht von Angebot und Nachfrage an Muttermilch gestört und die Mütter verunsichert, so dass immer weniger Muttermilch und immer mehr Flaschennahrung (Pulvernahrung, Säfte) gefüttert würde. Je jünger die Mütter und je enger die Großfamilienverbände wären, desto weniger Kontakt hätten die Mütter außerhalb der Familie und könnten schwerer ihren eigenen Weg gehen. Dies sei bei Müttern aus den ehemaligen SU-Staaten häufiger der Fall.

Die Erfahrungen der Hebammen spiegeln sich bei den von mir befragten Frauen nicht so wider: hier waren es polnische Frauen, die in ihrem Stillwunsch von ihren Müttern verunsichert wurden. Diese Großmütter rieten bei Stillschwierigkeiten zum Abstillen oder forderten mit viel Nachdruck, es solle früh zugefüttert werden. Das führte zu Streitigkeiten zwischen Müttern und Großmüttern, da die Mütter weiterstillen wollten. Die meisten Großmütter der

polnischstämmigen Kinder hatten selbst negative Still Erfahrungen gemacht. In der Gruppe der Frauen aus den ehemaligen SU-Staaten erzählten die Großmütter nur von ihren Erlebnissen und damaligen Empfehlungen; die Mütter entschieden dann selbst und orientierten sich überwiegend an den Ratschlägen der Hebammen.

Die Frauen aus beiden Gruppen betonen, dass ihnen die Großmütter eine Hilfe waren. Einige Frauen aus Polen sagten offen, dass es auch Meinungsverschiedenheiten gab und dass sie teilweise Probleme verschwiegen hätten, um ihren Müttern keine Sorgen zu bereiten. Die Frauen aus den ehemaligen SU-Staaten sprachen dagegen eher von einer gemeinsam durchgestandenen, anstrengenden Zeit. Hier scheinen Nachkommen von Eltern und Großeltern als gemeinsame Aufgabe gesehen zu werden. Konnten die Großmütter nicht in der Nähe sein, wurde das sehr bedauert.

Von Vertretern des deutschen Gesundheitssystems erhielten die Mütter überwiegend den Rat zu stillen. In beiden Gruppen gab es Frauen, die sich erst auf Empfehlung des Gesundheitssystems im Laufe der Schwangerschaft entschieden zu stillen, diese Frauen reagierten auf Anstrengung und Stillprobleme mit Abstillen. Sie hatten wenig Zutrauen, etwaige Probleme lösen zu können bzw. glaubten, dass Unannehmlichkeiten wie starkes Spucken und häufiger Hunger des Kindes am Stillen lägen. Das Füttern von Pulvermilch half nur gegen wundte Brustwarzen; die mütterliche Anstrengung und Unzufriedenheit des Kindes blieben bestehen.

Fachliche Unterstützung zum Thema Stillen erhielten die Frauen fast ausschließlich von ihren Nachsorgehebammen, die sie auch in ihrer Stillabsicht bestärkten, und teilweise aus Büchern. Wenn die Frauen keine Hebammenhilfe hatten – überwiegend Frauen, die noch wenig Deutsch sprachen – waren Ärzte als Ansprechpartner wichtiger.

4.2.1 Reaktionen aus dem persönlichen Umfeld der Mütter

Frauen aus ehemaligen SU-Staaten

Die Väter der Kinder reagierten unterschiedlich auf das Stillen. Einige Väter unterstützten praktisch das Stillen, indem sie den Tagesablauf mitgestalteten und bei auftretendem Milchstau die Brust ausstrichen und für die Mutter sorgten. Beides wurde von den Müttern als sehr wichtig für den Stillerfolg bewertet. Für andere Väter fiel das Stillen und die Versorgung des Neugeborenen in den Zuständigkeitsbereich der Frau und sie entschied hier alleine. Einige Väter betreuten die Kinder viel und halfen ihren Frauen auch bei Unsicherheiten und Entscheidungen.

Wenn die Großeltern nicht vor Ort waren, wurde Hilfe durch die Väter deutlich betont. In etwa einem Viertel der Fälle erzählten die Mütter, dass die Väter nur selten zu Hause seien, weil sie viel arbeiten. Dies wurde jedoch von den Müttern als in Ordnung empfunden. In mehreren Fällen übernahmen die Väter selbstverständlich gemeinsam mit ihren Frauen Verantwortung und Aufgaben, die die Kinder betrafen. In diesen Fällen betonten die Mütter nicht, Hilfe gehabt zu haben. Es wurde eher an kleinen erzählten Begebenheiten deutlich, dass die Väter eine aktive Rolle spielen.

Von ihren eigenen Müttern wurden die Frauen als Kind selbst gestillt, wobei einige wenige wegen schwerwiegender gesundheitlicher Probleme nach den ersten Wochen abgestillt wurden. Die meisten Frauen hatten mit ihren Müttern wenigstens einmal über das Stillen gesprochen, unter anderem erzählten ihre Mütter ihnen davon, dass in der Sowjetunion Stillpläne propagiert worden waren, in denen alle Kinder alle vier Stunden gestillt werden sollten. Das hätte aber nur manchmal geklappt. Ersatzweise zur Brust der eigenen Mutter bekam der Bruder einer der Frauen Muttermilch von einer Milchbank, an der man aber täglich anstehen musste.

Fast alle Frauen berichten von Hilfe, die sie besonders in den ersten Wochen mit dem Neugeborenen und den alltäglichen Aufgaben bekommen haben. Diese wurde in allen Fällen innerhalb der Familie übernommen, vom Mann sowie von den Eltern und Schwiegereltern. Mehrere Mütter meinten, sie wüssten nicht, wie sie die ersten Monate ohne die Hilfe ihrer Eltern oder Schwiegereltern überstanden hätten.

In der Hälfte der Fälle leben die Eltern oder Schwiegereltern in der Nähe oder sogar im gleichen Haus, dann waren sie den Müttern immer eine große Hilfe. Besonders übernahmen sie die Kinderbetreuung, teilweise auch nachts, damit die Mutter schlafen konnte. Die Großmütter waren hier aktiver, aber auch die Großväter gingen z.B. mit dem Kind spazieren, um der Mutter Ruhe zu ermöglichen. In der anderen Hälfte der Fälle lebten die Großeltern nicht in der Nähe, in zwei waren jedoch die Großmütter die ersten Wochen nach der Geburt da. Zwei der Mütter, die die ersten Monate ohne Großeltern erlebten, bedauerten, dass ihre Mütter ihnen wegen der Entfernung nicht helfen konnten.

In einem Fall führte eine allgemein stressige Familiensituation dazu, dass eine Mutter abstillte; so konnte sie die Flasche auf ein Kissen ablegen und das Kind trank sie alleine. Darüber war sie sehr traurig, sah jedoch keine andere Möglichkeit.

Junge Mütter untereinander würden sich sehr vergleichen, berichten die befragten Mütter. Einige fühlten sich mit ihrem Verhalten als Gleiche unter Gleichen, was ihnen eine Bestätigung war, dass sie richtig handeln. Eine Mutter berichtete, dass die Grundstimmung unter den Müttern so war, dass alle sich in einer ähnlichen anstrengenden Situation befinden, besonders durch den Schlafmangel, aber untereinander das Gefühl vorherrschte, diese Situation zu meistern. Weiterhin empfand diese Mutter aber, dass echte Probleme ein Tabuthema gewesen wären.

- [Mein Mann hatte schon Erfahrung mit kleinen Kindern,] er konnte mich wirklich sehr unterstützen. Manchmal hat er mir Entscheidungen abgenommen, er war eine sehr große Hilfe. Ich konnte z.B. nicht auf die Hilfe meiner Mutter zugreifen, dafür war mein Mann da. Man sagt zwar, Männer haben keine Ahnung, aber das war bei mir nicht so. R2
- Mein Mann musste dann zurück [ins Ausland], aber wenn er hier wäre, müsste er auch jeden Tag zur Arbeit fahren müssen und würde mir nicht so viel helfen können, wie z.B. die Schwiegereltern. Die Schwiegermutter z.B. ist ab drei immer zu Hause. R4
- [Mein Mann] hat sich freigenommen. Er war bei der Geburt dabei, und weil ich schlecht schlafen konnte hat er mir [das Kind später] auch abgenommen. R5
- [...] mein Mann arbeitet wieder. Ununterbrochen. Er hat keinen Vaterschutz genommen. Weil er nicht wirklich wollte und ja, Kompromisse finden, und was bringt es ihm nur mit der Kleinen zu Hause zu bleiben, wir haben dann gemeinsam entschieden, er arbeitet und ich konzentriere mich auf das Kind. R7
- Das ganze Wissen über Kinder unterscheidet sich schon sehr in Deutschland und Russland. Also die Familie meinerseits, die mischen sich schon ziemlich ein, ich habe schon mehrere Versuche unternommen, dass zu begrenzen, für meine Autonomie. Die von der deutschen Seite, ich weiß nicht, ob das die Regel ist, die halten sich sehr raus. Die üben keine Kritik und sind sehr vorsichtig, und fragen immer, was sie ihm kochen sollen. Wirklich nach allem. Das finde ich auch sehr gut. R12
- [Meine Mutter] hat alle ihre drei Kinder gestillt. Sie hat dann auch erzählt, was da so ihre Erfahrung ist. Sie hat z.B. auch gesagt, in der Sowjetunion hieß es, man müsste alle vier Stunden stillen, darauf müsste es hinauslaufen. Sie hat erzählt, dass es bei meinem ältesten Bruder ziemlich gut geklappt hat nach einiger Zeit, aber bei meinem zweiten Bruder z.B. nie. Der hat immer alle drei Stunden getrunken. Und das hat sie dann auch gemacht. R1
- Ich war [im Rückbildungskurs] auch so durchschnittlich. Alle Frauen um mich herum hatten ungefähr die Lebensweise, die ich hatte. Ich war unter Gleichen, ich fühlte mich nicht außergewöhnlich. Vielleicht hat mich das auch in dem Gefühl bestärkt, dass ich das mache, was alle machen. R2

- Naja, meine Erfahrung war schon, dass man sich [unter jungen Müttern] vergleicht. Aber andererseits waren das jetzt nicht meine engsten Freundinnen, wir waren halt in einer ähnlichen Situation, weil wir unsere Kinder gerade bekommen hatten. Und alle hatten mehr oder weniger zu knabbern mit ihrem Schlafmangel und Männern, die nicht mithelfen [...]. R1

Frauen aus Polen

Ein Teil der Väter unterstützte seine Frauen indem sie ihnen versicherten, dass sie das schaffen und ihre Milch reicht. Einer wünschte sich, dass sein Kind gestillt wird, weil er selbst nicht gestillt worden war. Anderen war es egal, ob ihr Kind gestillt wurde. Die Väter konnten meist die ersten Tage Urlaub nehmen, um zu Hause zu sein. Mindestens einer ging später in Elternzeit. Die meisten übernahmen gemeinsam mit ihren Frauen die Kinderbetreuung und Haushaltsaufgaben.

Die meisten Frauen berichten davon, weitere Hilfe bei der Kinderbetreuung gehabt zu haben. In zwei Fällen lebten Großeltern in der Nähe. In einem Fall halfen sie viel, in dem anderen gab Streit über das Thema Stillen, weswegen der Kontakt in den ersten sechs Lebensmonaten des Kindes gering war. In drei Fällen kamen die Großmütter in den ersten Wochen nach der Geburt zum Helfen. Eine Mutter hatte das Angebot ihrer Mutter, zu kommen erst abgelehnt, weil sie es alleine schaffen wollte. Als es dann schwierig wurde kam ihre Mutter spontan.

In zwei Fällen erzählten die Frauen ihren Müttern nicht von größeren Komplikationen (Brustabszess und postpartale Depression) um sie nicht zu beunruhigen, gerade auch weil psychische Probleme in Polen tabuisiert würden.

Die überwiegende Anzahl der polnischen Frauen wurde als Säugling selbst zwei bis drei Wochen gestillt. Dann glaubten die meisten ihrer Mütter, dass sie nicht genug Milch hätten, dies wurde ihnen auch von ihrem persönlichen Umfeld und dem Gesundheitssystem gesagt. Etwa ein Viertel der Frauen wurde länger gestillt. Eine der Frauen berichtete von Streit mit ihrer Mutter, weil diese meinte, ihre Milch würde nicht reichen; diese Mutter hatte aus dem gleichen Vorwurf heraus damals abgestillt. Ersatzweise bekamen die Säuglinge damals Kuhmilch oder, falls vorhanden, Pulvermilch.

Viele polnische Mütter berichteten, dass ihr Stillverhalten von Bekannten kritisiert wurde. Eine Mutter erzählte, dass sie kritisiert wurde, weil sie ihr Kind zu häufig stille und es damit verwöhne.

Etwa die Hälfte der Mütter hatte erlebt, dass unter jungen Müttern solche, die die Flasche geben, schief angeguckt werden; denn es herrscht die Meinung vor, wer eine gute Mutter sei, stille sein Kind. Die Mütter betonten auch, dass Flasche fütternde Mütter nicht nach ihren Gründen gefragt würden, sondern nur über sie geurteilt würde. Zwei Mütter jedoch meinten, sie seien wegen der Flasche nicht schief angeguckt worden, einer wäre es auch egal gewesen, weil es ja ihr Kind sei. Eine Mutter hatte eine Haushaltshilfe, was ihr sehr half und mit der sie sich auch nett unterhalten konnte.

- Für mich war es wichtig, dass man Unterstützung bekommt. Von der Mutter oder so. Meine Mutter hat gesagt, wenn es nicht klappt, dann lass es. Aber mein Mann hat es unterstützt, meine Frauenärztin, und sie haben sich gefreut, dass ich nicht aufgegeben habe. Aber wenn man diese Unterstützung nicht bekommt, dann hört man schnell auf. P8
- Meine Mutter hat mir vorgeschlagen, sie kommt nach der Geburt nach Berlin für zwei Wochen um mich zu unterstützen. Ich wollte das nicht, ich wollte alleine zurechtkommen mit meinem Kind und meinem Mann. Ich habe gesagt, nach einem Monat. Ich habe richtig Regeln aufgestellt: nicht sofort, erst ist mein Mann mit mir, dann ist die Hebamme mit mir– so nach dem Motto, ich brauche Dich nicht, Mama. Und ich war total stolz, dass ich alleine zurechtkomme. Und nach zehn Tagen mit Kind habe ich meine Mutter angerufen und gesagt: „Komm!“ und dann habe ich sie auch gebeten, noch eine Woche länger zu bleiben. Das war eine totale Unterstützung für mich. Aber ich habe mich auch nicht getraut, mit meiner Mutter darüber zu reden, dass ich Depressionen habe. P2
- Meine Mutter hat damals noch gearbeitet. Mein Mann hat zwei Wochen Urlaub gehabt, und war auch im Krankenhaus immer den ganzen Tag mit da. Er hat aber zu Hause geschlafen. [Später zu Hause] war es sehr anstrengend. Aber dann konnte [mein Mann) bald wieder Urlaub nehmen. Und er musste die ersten zwei Monate nicht so viel arbeiten, er war viel zu Hause. P3
- [zum Mann gewandt] Für dich war es egal [ob ich stille]. Das war auch praktisch, weil wir in der Zeit oft nach Polen gefahren sind, dann musste man nicht viel mitnehmen, nur die Mama musste auch dabei sein. P7
- [Obwohl meine Eltern es wollten] habe [ich] dann aber nicht zugefüttert, ich war der Meinung, dass es ausreicht. Die Hebamme auch, und mein Mann auch. P6
- Ich denke, [meine Mutter] hat gestillt, aber nicht sehr lange. Drei Wochen oder so. P5
- Ich finde das traurig, dass es da so wenig Akzeptanz gab für eine Frau, die das Kind mit der Flasche füttert. Die Mamas haben mir leidgetan, die nicht genug Milch hatten oder früh angefangen haben zu arbeiten, dass

das nicht gut gesehen war – nicht von den Hebammen, von den anderen Mamas. Das war so ein Gefühl, sie will sich nicht für ihr Kind opfern und will nachts schlafen und dann kann auch der Mann füttern. P2

- [Ich wurde nie angeguckt, weil ich nicht gestillt habe.] Aber es gibt ja auch Situationen, wo die Frauen keine Milch haben, sie wollen, aber können nicht. Mich hat niemand gefragt, warum ich nicht stille. Ich habe nichts bemerkt, und wenn es so wäre, wäre es mir egal. Das ist mein Kind. P9

4.2.2 Hebammeninterviews: Die Rolle des mütterlichen Umfelds auf das Stillen

Die Erfahrungen und Einschätzungen der Hebammen ähneln sich bezüglich beider Gruppen, also bezogen auf Frauen aus einem ehemaligen SU-Staat und aus Polen. Die Ausprägung und die Lebensumstände werden aber als unterschiedlich beschrieben. Als Vergleichsgruppe diente den Hebammen die Gruppe der Frauen ohne Migrationshintergrund oder mit türkischem bzw. arabischem Migrationshintergrund.

In den Interviews mit den Hebammen dokumentierte sich die Auffassung, dass die Väter bei Familien aus den ehemaligen SU-Staaten keinen großen Einfluss auf die Entscheidung zu stillen haben. Die Frauen seien zu Hause die dominanteren, zudem seien Wochenbett und Säuglingsbetreuung eher Frauensache, so dass die Väter hier nur eine untergeordnete Rolle spielten. Die Großmütter und andere Frauen der Familie seien hier sowohl mit ihrer Einstellung als auch praktisch im Alltag die entscheidenderen Figuren.

Bei den polnischen Familien sei dagegen die Rolle des Vaters wichtiger, auch sie sähen das Stillen positiv, und um dies zu ermöglichen, nähmen sie ihrer Frau viel Haushaltarbeit ab. Es gebe keine so starke geschlechtsspezifische Trennung, dass Säuglingsbetreuung und Haushalt Frauensache sei. Zudem seien nur wenige Paare hier im Großfamilienverband in Deutschland, wodurch der Alltag der Mütter nicht automatisch stark mit den Frauen der Großfamilie verbunden sei.

Die Großmütter sowohl aus Polen als auch aus den ehemaligen SU-Staaten seien dem Stillen gegenüber grundsätzlich positiv eingestellt. Es gebe jedoch die Vorstellung, dass Muttermilch oft nicht reiche. Wenn die Kinder, im Wachstumsschub oder weil es ihre Eigenart sei, häufig trinken wollten, müsse nach ihrer Vorstellung zugefüttert werden, da die Milch in ihrer Zusammensetzung („zu wässrig“) und Menge offensichtlich nicht ausreichend sei. Teilweise werde von den Großmüttern Pulvermilch besonders positiv gesehen, weil auf der Packung stehe, was an guten Zusätzen drin ist und weil sie es attraktiv fänden, dass so etwas Praktisches erreichbar ist.

Als typisches Problem erlebten die Hebammen, dass die Mütter, wenn das Kind 4-6 Wochen alt ist, oft von ihrem Umfeld gesagt bekämen, ihre Milch reiche nicht und das Kind werde nicht satt. Besonders die Großmütter und Urgroßmütter würden dies tun. Es werde dann, wenn das Kind relativ kurz nach dem Stillen wieder Hunger zeigt, eine Flasche gegeben und nicht nochmals gestillt, wie es bei Stillen nach Bedarf angezeigt sei. Wenn das Kind danach zufriedener sei, werde dies als Beweis dafür gewertet, dass die Muttermilch nicht gut oder ausreichend sei. Dadurch wird das System von Nachfrage und Angebot der Muttermilch beim Stillen gestört; dass Stillen höre dann meist auf. Oft falle diese Situation auch mit der Zeit zusammen, in der die Brüste nicht mehr so prall sind wie in den ersten Wochen beim Milcheinschuss, sie werden dann wieder weich. Die jungen Mütter sagten dann auch der Hebamme, dass man doch fühle, dass keine Milch mehr in der Brust sei.

Dieses Problem trete bei den Frauen aus den ehemaligen SU-Staaten häufiger und deutlich stärker auf. Ein wichtiger Grund hierfür sei, dass die Frauen aus den ehemaligen SU-Staaten häufig als Aussiedler mit der ganzen Herkunftsfamilie nach Deutschland gekommen seien und meist in räumlicher Nähe– im gleichen Haus oder unmittelbarer Nachbarschaft– lebten. Zudem treffe sich die Familie auch viel, z.B. zum gemeinsamen Essen. Die jungen Frauen aus Polen seien dagegen überwiegend allein mit ihren Männern hier in Deutschland. Die Großmütter kämen oft nach der Geburt für ein paar Wochen um zu helfen, dann seien die jungen Mütter aber wieder stärker auf sich gestellt. Die Großmütter hätten dann im Alltag weniger Einfluss, die jungen Mütter könnten leichter den von ihnen gewählten Weg finden. Die Großmütter und Urgroßmütter selbst hätten damals, als sie ihre Kinder stillten, oft – auch von Personen des Gesundheitssystems– gesagt bekommen, sie hätten nicht genug Milch.

In den Familien aus den ehemaligen SU-Staaten sei es auch üblich und werde von den Großmüttern gefordert, dass frühzeitig Brei und Gemüse zugefüttert würden, teilweise schon im 2. Lebensmonat. Diese Aufgabe, genauso wie die Flasche, wird auch häufig von den Großmüttern selbst und nicht der Mutter übernommen. Bei den Familien aus Polen würden Schnuller als selbstverständlich gesehen sowie erwartet, dass die Kinder Tee zusätzlich zur Muttermilch trinken.

Eine Hebamme berichtet, dass sie den von ihr betreuten polnischen Frauen schon vor der Geburt und auch später immer wieder erkläre, dass sie durch häufigeres Anlegen des Kindes die Milchproduktion stärken könnten. Wenn diese dann anfangen, Flaschen zu füttern, würden sie oft

selbst merken, dass ihre Milchmenge zurückginge, sich an die Erklärungen der Hebamme erinnern und, weil sie ja stillen wollten, wieder häufiger anlegen und die Flasche weglassen.

4.2.3 Einstellung der Öffentlichkeit und des Gesundheitssystems in Deutschland

Frauen aus ehemaligen SU-Staaten

Die Mütter nahmen in Deutschland eine positive gesellschaftliche Meinung dem Stillen gegenüber wahr. Sie hätten immer positive Reaktionen bekommen und wären für das Stillen fast bewundert worden, sie fühlten sich mit diesem Verhalten „normal“.

Einige Mütter betonten, dass ihnen die Entscheidung, zu stillen gesellschaftlich freigestellt sei; andere empfanden es so, dass Mütter, die nicht stillen, negativ beurteilt werden. Negativ beurteilt würde auch, wenn man länger als ein Jahr stillt.

Einige Mütter hatten den Eindruck, dass in Deutschland alle Mütter stillen. Bei Problemen setzen sie alles ein, was der deutsche Markt bietet, damit das Stillen doch klappt. Andere wiederum berichteten, dass deutsche Frauen eher nicht stillen, weil sie dann gebundener wären, sie wollen mehr Freiheit und dass auch der Vater füttern kann. Es gäbe so eine typisch deutsche Einstellung, alles gestalten zu können und nicht auf einengende Umstände wie Stillen Rücksicht zu nehmen. Diese Einstellung haben die deutschen Mütter nicht nur selbst; die Gesellschaft erwarte ein solches Verhalten auch. Das Stillen erlebe aber momentan auch ein „Comeback“– nachdem es früher selten war, würden die deutschen Mütter jetzt wieder eher stillen.

In Deutschland erlebten die Mütter im Krankenhaus, in Arztpraxen und von ihren Hebammen Werbung für das Stillen. Die meisten empfanden das als sehr gut, eine Mutter jedoch fühlte sich dadurch sehr unter Druck gesetzt. Die Bettenachbarin einer anderen Mutter auf der Wochenbettstation sprach nur wenig Deutsch, ihr wurde vom Krankenhauspersonal kaum geholfen.

Eine Mutter betonte, wie gut sie das deutsche Krankenkassensystem findet, da man bekomme, was man benötigt.

- Gesellschaftlich auch positiv. Wenn ich gefragt wurde, ob ich ihn stille und ja gesagt habe, dann kamen immer positive Reaktionen und eher auch Bewunderung. Da war nie was Negatives. Höchstens, dass man so angebunden ist. Vielleicht ist es so ein bisschen ein Comeback vom Stillen. R12

- Ich habe das Gefühl, es wird erwartet oder empfohlen, dass eine Frau neun Monate stillt. [...] Das ist so meine Wahrnehmung, dass das ein bisschen als nicht normal angesehen wird, wenn man die Möglichkeit hat zu stillen aber nicht stillt. Wenn man krank ist oder es gibt keine Milch, das sind verständliche Gründe, aber dann bereut man, dass das Kind nicht gestillt werden kann. R2
- Ich sage ganz bewusst Stillpropaganda, denn hätte ich das anders erfahren, dass es durchaus ok ist z.B. mit dem Abpumpen, dass das nicht weiter schlimm ist und weniger gut oder auch nur die Flasche zu geben. [...] Was ich sagen wollte, es wäre entspannter, wenn es nicht von den Hebammen [und aus Büchern und im Krankenhaus] so dogmatisch rübergekommen wäre, [...] wie schlecht es ist, wenn man nicht stillt [...]. Normalerweise sieht man sich in unserer Gesellschaft ja damit konfrontiert, dass man viele Informationen hat, aber mit der Schlussfolgerung, du bist frei zu entscheiden, was du machst. Und hier ging das schon in die Richtung, nur schlechte Mütter würden an Flasche denken. R1
- Ich habe das Gefühl, in Deutschland gibt es eine gute Stillpropaganda. Durch die Hebammen, die Geburtsstationen, wenn du schwanger wirst, gehst du zum Frauenarzt und da heißt es dann: Stillen, Stillen, Stillen. Es wirkt sehr gezielt auf dich. Das ist gut. R9
- In den Krankenhäusern, in der Uniklinik, haben sie es [das Stillen] begrüßt. [...] Aber es war kein Diktat, kein „Du-musst-aber-stillen“. Sie haben angeboten, dass die Stillschwester kommt, wenn es Probleme gibt. [...] Aber man hat die Wahl, zu entscheiden, und man wird nicht gezwungen. Das ist gut. Sobald du dir selber vertrauen kannst, kannst du gut damit umgehen. R8

Frauen aus Polen

Alle polnischen Mütter nahmen eine positive Einstellung gegenüber dem Stillen in Deutschland wahr und fühlten sich als stillende Mütter unterstützt. Längeres Stillen würde jedoch negativ bewertet, die Kinder müssten bald selbstständiger werden.

Die Mütter bemerkten eine deutliche Empfehlung, zu stillen, aber es wird auch toleriert, wenn man sich dagegen entscheidet.

Die Ärzte, Hebammen und Schwestern auf den Geburtsstationen haben das Stillen sehr befürwortet und es wurde wiederholt angesprochen. Wenn eine der Mütter sich dagegen entschied, wurde das aber respektiert. Alle Hebammen in der Nachsorge wurden als stillunterstützend erlebt, die niedergelassenen Ärzte dagegen waren teilweise indifferent.

- Ich habe immer sehr viel Unterstützung bekommen. Immer wenn ich mit dem Kind unterwegs war oder gestillt habe. Auch bei der Arbeit [...] P2
- Hier sieht man das oft in der Öffentlichkeit. Stillen wird in Deutschland als gut angesehen, und das demonstriert man auch. P3

- In Polen ist das glaube ich so, dass man eher muss. [...] Ich denke, hier ist es eher locker. Wenn man will, dann ja, wenn nicht, dann nicht. [Die Hebammen] haben versucht, mich zu überreden, dass ich das [Stillen] versuche. Das wollten sie schon. [Aber als ich mich dagegen entschieden hatte,] war das kein Problem. P5
- Ich denke, die Ärzte sagen, man soll stillen, das ist gesünder und für das Kind wichtig. P7

4.2.4 Einstellung der Öffentlichkeit und des Gesundheitssystems im Herkunftsland

Frauen aus ehemaligen SU-Staaten

Die Einstellung der Gesellschaft in den ehemaligen SU-Staaten wird von den Frauen dem Stillen gegenüber positiv eingeschätzt. Stillen sei die Norm, es stillten mehr Mütter als in Deutschland und sie stillten länger, etwa ein oder auch zwei Jahre. Falls die Frauen jedoch wieder arbeiten gehen (müssen), stillen sie in der Regel ab, Milch abzupumpen ist nicht populär.

Die Mutterrolle wird in den ehemaligen SU-Staaten anders gesehen als hier in Deutschland. Wenn man ein Kind bekommt, wird das Muttersein zur Hauptaufgabe und eigene Bedürfnisse haben kaum noch Platz. Es wird von den Frauen erwartet, das erste Lebensjahr mit dem Kind zu Hause zu bleiben. Insgesamt gibt es viel striktere Regeln, wie man sich in der Kinderpflege verhalten soll; das gilt für die eigene Ernährung in Schwangerschaft und Stillzeit genauso wie für das Stillen und das Zufüttern. Dadurch ist es eine sehr angespannte Zeit. Rund um Schwangerschaft, Geburt und Säuglinge werden auch grundsätzlich medizinische Komplikationen und Pathologien erwartet, so dass selbst physiologisches Unwohlsein oft medizinische Behandlung nach sich zieht.

Obwohl die Gesellschaft dem Stillen gegenüber positiv eingestellt ist, wird nicht in der Öffentlichkeit gestillt, sondern zu Hause oder in speziellen Räumen.

Stillen wird von den Personen der Gesundheitssysteme in den ehemaligen SU-Staaten grundsätzlich positiv gesehen, jedoch berichten die Frauen von vielen ihnen bekannten Beispielen, wo die Praktiken und die Einstellung zu Schwangerschaft, Säuglingszeit und Mutterschaft den Stillerfolg erschweren.

Die Frauen berichten, dass die Krankenhäuser wie auch die Kinderbetreuung zu Sowjetzeiten sehr totalitär waren. Auch heute werden die Neugeborenen meist von ihren Müttern getrennt und nur zum Stillen gebracht, gestillt wird meist unter Aufsicht. Die Frauen meinten, zum Ausruhen sei das sicher gut, aber sie selbst würden das nicht akzeptieren können. Zudem sind Besuche von Angehörigen auf den Stationen fast nicht möglich. Die Mütter dürfen ihre eigene Kleidung nicht

tragen, da versucht wird, alles möglichst steril zu halten. Die Schwangerschaft wird ähnlich wie eine Krankheit eingeschätzt und mögliche Pathologien werden bereits vor ihrem Auftreten behandelt.

Auf der anderen Seite berichten zwei Frauen von Muttermilchbanken in Sowjetzeiten, dort konnten Mütter mit viel Milch ihre überschüssige abgeben und sie wurde dann an Mütter vergeben, die nicht stillen konnten. Eine Großmutter spendete dort, was sehr positiv erzählt wurde; in einem Fall musste eine Frau für ihr jüngeres Geschwister um Milch lange anstehen. Diese Muttermilchbanken wurden als Wertschätzung von Muttermilch empfunden, aber gleichzeitig auch als Mangelverwaltung, weil künstliche Pulvermilch nicht erhältlich war.

- Es wird von der Frau schon erwartet, dass sie das erste Jahr zu Hause verbringt und für das Kind da ist. Alles andere ist zu viel und gefährlich. [...] Für das Kind. Die Frau ist ja nach der Geburt Mutter. R2
- Es gab kaum Möglichkeiten [in der Sowjetunion], diese Pulverernährung für Babys zu bekommen. Das gab es, aber nicht in der Form, dass man das einfach zu Hause vorbereitet, man musste dafür in der Schlange stehen, deswegen haben fast alle ihre Kinder gestillt. Dass man die Möglichkeit hatte, Pulver mit Wasser zu vermischen, das gibt es erst seit '98, dass man das in Kasachstan bekommen kann. Aber fast alle haben ihre Kinder gestillt, und wenn das nicht genug war, dann gab es eine Stelle wo man hingehen konnte und Zusatznahrung bekommen, [...]. R4
- [...] dort stillen mehr Frauen als hier. Es gibt natürlich auch Frauen, die die Einstellung haben, dass Arbeit wichtiger ist, z.B. meine Freundin hat auch vor kurzem eine Tochter bekommen und hat sie am Anfang auch gestillt, und dann hatte sie Angst, dass sie ihre Arbeitsstelle verliert und dann hat sie sich für die Arbeit entschieden und die Tochter hat Folgemilch bekommen. Aber ansonsten stillt man eher. Das ist ja auch finanziell besser, und vielleicht haben die Leute da nicht so die Möglichkeit, das Pulver zu kaufen. R6
- Was ich von damals hörte, über das Muttersein und das Kind verpflegen in der Sowjetunion, das war so, nicht schlimm, aber so seltsam, dass ich nichts davon annehmen wollte. Zu Sowjetzeiten war es sehr totalitär, was die Kinderbetreuung anging, die Krankenhäuser waren sehr totalitär aufgebaut, dass man das Kind nur nach Stunden bekommen hat, gestillt unter Aufsicht, dann wurde das Kind wieder weggepackt in andere Räume, die Verwandten durften nicht rein. Die Mütter mussten sich desinfizieren, die Brustwarzen mit Seife waschen... R8
- Ich kann nur von meinem Freundeskreis sprechen, da stillen fast alle. Also die, die stillen konnten, haben gestillt. Es war nur nicht sehr entspannt. Sie stillen fast schon ein bisschen krankhaft, weil sie stillen müssen, weil es gesund ist. [...]
- In Russland kommen die Frauen alleine, die werden da eingesperrt auf der Geburtsstation, da kommt kein Mensch rein, es ist alles steril. Da darf man nicht seine Klamotten haben, man wird auch von dem Kind

getrennt- um Gottes Willen, das kann ich nicht akzeptieren. Ich hätte diese Geburt nicht ohne meinen Mann geschafft. Das geht nicht, gar keine Frage. R11

Frauen aus Polen

Die überwiegende Anzahl der Mütter meinte, dass es in Polen üblicher als in Deutschland sei, die Flasche zu geben. Nur eine Mutter berichtete gegenteilig, dass ihre in Polen lebende Schwester negative Kritik erfahren hätte, als sie früh abstillte.

Trotzdem ist Stillen in Polen wieder üblicher; es stillen anscheinend mehr Mütter als in früheren Generationen.

Junge Mütter in Polen stoßen aber auf mehr Hindernisse. Sie bekommen höchstens vier Monate Mutterschutz. Wenn die finanzielle Situation der Familie nicht sehr gut ist, geht die Mutter danach wieder arbeiten. Es gibt weniger Unterstützung und Betreuung von institutioneller Seite für junge Familien als in Deutschland.

Alle Frauen waren sich einig, dass es in Polen problematischer als in Deutschland ist, in der Öffentlichkeit zu stillen. Die Brust wird stärker als Sexualobjekt betrachtet, so dass die Mütter befangener sind und sie mehr verdecken, oder sie stillen nur zu Hause. Eine Frau hatte aber auch die Erfahrung gemacht, dass es unter jungen Leuten unproblematisch war, in der Öffentlichkeit zu stillen.

Die Frauen berichten von ihren in Polen lebenden Schwestern und Bekannten, dass diese dort viel weniger institutionelle Unterstützung bekommen als hier in Deutschland.

Geburtsvorbereitungskurse und eine Wochenbettbetreuung durch eine Hebamme sind zwar möglich, die Kosten muss man jedoch privat bezahlen, da das Gesundheitssystem sie nicht trägt. Für die überwiegende Anzahl der Frauen stehen weniger Ansprechpartner bei Fragen und Problemen zur Verfügung. Auch die Betreuung auf den Geburtsstationen sei schlecht, man bekäme wenig erklärt und werde oft grob behandelt. Häufig dürften die Verwandten nicht zu Besuch kommen. Den Neugeborenen werde teilweise ohne Wissen der Mutter die Flasche gegeben, obwohl diese stillen möchte.

Von den Erfahrungen ihrer eigenen Mütter berichten die Frauen, dass diesen oft von Personen des Gesundheitssystems in den ersten Wochen nach der Geburt erklärt wurde, sie hätten nicht genug Milch und müssten zufüttern.

Seit einiger Zeit gebe es sogenannte Gebietshebammen, die von den Geburtskliniken Nachricht bekommt, wenn Kinder geboren werden. Sie kommen dann zu einem Hausbesuch. Dies wird von den Müttern jedoch als Kontrolle empfunden, ob bei ihnen alles sauber ist. Die Mütter sehen in dieser Hebamme keine Hilfe oder Person, der man Fragen stellen kann.

- [In Polen ist das] jetzt Mode, Stillen. Früher war das so, dass die Mütter nach ein paar Tagen die Flasche geben sollten. Aber jetzt ist das modisch. Oder die Leute haben eine gute Meinung und überlegt, was besser ist. P7
- In Polen ist der Mutterschutz nur höchstens vier Monate, und wenn Du eine schlechte finanzielle Situation hast, gehst Du danach arbeiten. Ich persönlich kenne keine Frau, die dann noch weiter gestillt hat. [...] In Polen muss sich die Frau mehr opfern für das Kind und man bekommt nicht so viel Unterstützung von Fremden, also Institutionen wie hier. P2
- [In Polen] wird das Stillen als etwas Intimeres betrachtet, hier kann man auch auf dem Spielplatz oder im Restaurant stillen, und so etwas habe ich in Polen nie erlebt. P3
- Es gibt auch keine richtige Stillberatung in Polen. Und so eine Einstellung, dann wird einfach mit der Flasche zugefüttert. [...] es ist halt anders als hier, hier hat man mit der Geburtsvorbereitung und danach mit der Hebamme gute Betreuung, und in Polen hat man niemanden, den man mal fragen kann. Es gibt hier viel mehr Ansprechpartner. P1
- Meine Schwester hat aus Polen erzählt, da war ein achtzehnjähriges Mädchen, und die hat von den Schwestern und Hebammen in der Klinik kaum Unterstützung bekommen und hat z.B. das Kind zwei Tage nicht gestillt. Ich habe krasse Geschichten gehört, dass die Krankenschwestern die Babys einfach mit der Flasche füttern ohne die Mutter zu fragen. Insgesamt finde ich es ziemlich grausam, wie die Frauen in Polen entbinden. Wenn es von meiner Erfahrung hier aus Deutschland im Geburtshaus erzähle, dass Ruhe war und alles, dann beneiden mich alle, dass ich so ein Glück hatte, hier zu entbinden. P2

4.3 Geburtseinrichtung und die ersten Lebenstage des Kindes

Die ersten Lebenstage ihres Kindes wurden von den Müttern als wichtiger Zeitraum für den Erfolg des Stillens beschrieben. Hier fanden das erste Stillen nach der Geburt, das erste Anlegen ohne Hilfe und der Milcheinschuss statt. Außerdem mussten sich Mutter, Kind und Vater in ihre neuen Rollen einfinden.

Geburtseinrichtung

Fast alle Eltern hatten sich für das Krankenhaus als Geburtseinrichtung entschieden, für sie war die medizinische Sicherheit während der Geburt das Wichtigste. Den polnischstämmigen

Müttern war dabei eher wichtig, sich wohlfühlen; die russischsprachigen stellten das Wohlbefinden eher der medizinischen Sicherheit hintenan. Eine russischsprachige sowie zwei polnischsprachige Mütter gingen ins Geburtshaus, weil es ihnen wichtig war, in gemütlicher, nicht-medizinischer Atmosphäre mit ihnen vertrauten Hebammen zu entbinden. Zwei weitere polnischsprachige Mütter hatten sich Geburtshäuser angeschaut, sich aber dagegen entschieden, weil sie im Falle von Komplikationen hätten verlegt werden müssen. Die Frauen mit Kontakt zum Geburtshaus betonten auch, sie hätten dort viel Unterstützung und Überzeugung fürs Stillen erfahren. Meist hatte sich der Kontakt zum Geburtshaus zufällig ergeben und die anderen polnischstämmigen Frauen zeigten kein besonderes Interesse an Alternativmedizin und natürlicher Geburtshilfe.

Alle Frauen waren mit der medizinischen Versorgung in der jeweiligen Geburtseinrichtung sehr zufrieden.

Mit den Angestellten im Kreißaal und auf den Wöchnerinnenstationen machten die Frauen unterschiedliche Erfahrungen. Einige russischsprachige Frauen und alle polnischsprachigen Frauen fühlten sich gut unterstützt und betreut, einige russischsprachige Frauen berichteten aber davon, dass sie mit ihren Schwierigkeiten kaum wahrgenommen worden seien. Einige waren sich alle, dass die Angestellten nur sehr wenig Zeit für die einzelnen Patienten hatten.

Einige Mütter führten an, auch deshalb sehr zufrieden zu sein, weil sie Krankenhäuser aus ihren Heimatländern im Kopf hätten, wo die Verhältnisse und der Umgangston oft schlimm seien. Die polnischen Mütter meinten, in Polen hätte sich in den letzten Jahrzehnten zwar einiges geändert, aber sie empfänden Ärzte und Pflegepersonal dort immer noch zu oft als respektlos gegenüber der Intimsphäre und den Entscheidungen (z.B. bezüglich des Stillens) von Patienten.

Die Frauen, die im Geburtshaus entbunden hatten, waren glücklich mit dieser Entscheidung.

Die Frauen, die ambulant – im Geburtshaus oder im Krankenhaus – entbunden hatten, waren einige Stunden später bereits zu Hause und sehr zufrieden damit. Sie hatten Nachsorgehebammen als fachliche Ansprechpartnerinnen bei allen Unsicherheiten, andere Hilfen bekamen die Frauen von ihren Partnern und teilweise auch von ihren angereisten Müttern.

TenSteps

In den Geburtseinrichtungen waren die Praktiken ähnlich denen in den TenSteps geforderten (Hautkontakt nach der Geburt, frühes erstes Anlegen, 24hRoomingIn, keine Zufütterung, Hilfe

und Information). Die Frauen äußerten darüber Zufriedenheit, denn diese Praktiken empfanden sie als positiv für ihr Wohlbefinden sowie für einen guten Start ins Zusammenleben mit ihrem neuen Kind, auch unabhängig vom späteren Stillerfolg.

Das Personal wurde insgesamt als stillunterstützend empfunden. Beim ersten Anlegen wurde meistens geholfen, später aber wurden nur einige Mütter erneut auf das Stillen angesprochen; um Stillberatung mussten sie dann offensiv bitten. Neugeborenen auf der Intensivstation wurde die abgepumpte Milch ihrer Mütter gefüttert, aber nicht alle Mütter hatten ausreichend Information und Hilfe beim Abpumpen.

In allen Krankenhäusern gab es RoomingIn für die gesunden Neugeborenen. Manchmal konnte man die Kinder nachts ins Säuglingszimmer geben, sie wurden dann zum Stillen wiedergebracht. Dies nahmen zwei russischsprachige Mütter jeweils eine Nacht in Anspruch. Einige polnischsprachige Mütter empfanden es als richtig, dass auf ihren Stationen das Abgeben der Kinder ungern gesehen wurde. Alle Mütter fanden es sehr wichtig und richtig, dass die Kinder bei ihnen waren, selbst wenn sie erschöpft waren, schlechter ausruhen konnten und es in den Zimmern sehr eng war. Einige meinten, nach dieser Erfahrung könnten sie die in ihren Heimatländern übliche Praxis, dass die Neugeborenen ins Säuglingszimmer müssten, nicht mehr tolerieren.

4.3.1 Die ersten Lebenstage des Kindes und der Stillbeginn

Frauen aus ehemaligen SU-Staaten

Die ersten Wochen empfanden die meisten Mütter als sehr anstrengend. Sie hatten nun, wo das Kind da war, fast keine Zeit mehr für sich selbst. Eine Mutter meinte, weil sie noch recht jung gewesen sei, hätte sie sich nicht so viele Gedanken gemacht, wie die erste Zeit wird, wenn man älter wäre, würde man alles genauer im Voraus planen und vorbereiten.

Der Stillanfang war für einige die Mütter mit Problemen verbunden, bei anderen verlief das Stillen jedoch von Anfang an unproblematisch. Für alle war es jedoch eine Zeit in der sie etwas Neues– das Stillen– erlernten und einen neuen Menschen– ihr Kind– kennenlernten. Die Mütter erzählten, dass mit dem zweiten Kind alles viel einfacher ging und schneller funktionierte.

In den ersten Tagen ist das Leben mit dem Neugeborenen noch neu; die Mütter fühlten sich oft unsicher und besonders wesentlich war für sie in dieser Zeit die Ernährung und

Zufriedenstellung des Neugeborenen. Aus dieser Zeit berichteten die Mütter von hilfreichen Menschen, oder aber auch, dass ihnen solche gefehlt hätten. Hier wurden die Väter genannt, die ihnen beistanden genauso wie Hebammen und Krankenschwestern. Von letzteren halfen neben erklärenden Hilfestellungen vor allem die Versicherungen, dass man sich richtig verhielt und mit der Zeit alles weniger anstrengend und schmerzhaft würde.

Einige Frauen empfanden die ersten Wochen im Nachhinein als eine besonders glückliche Zeit. Bei einem Kind, das insgesamt recht viel geweint hat, waren die Stillzeiten besonders schön, da es dann entspannt und zufrieden war.

Alle Kinder, bei denen es keine gesundheitlichen Komplikationen gab, waren in der ersten Stunde nach der Geburt an die Brust gelegt. Einige Mütter empfanden dies als ihr erstes Stillen, einige meinten, es sei sicher keine Milch gekommen und sie hätten erst später das erste Mal tatsächlich gestillt.

Eine Mutter, deren Kind zu früh geboren war, wollte es gerne stillen, hatte jedoch gleichzeitig Angst, die Milch würde ihm nicht reichen. Für sie vergrößerte sich diese Verunsicherung noch dadurch, dass sie ihr Kind alle drei Stunden zum Stillen wecken sollte und es jedes Mal vor und nach dem Stillen gewogen wurde. Wenn es nicht ihr zweites Kind gewesen wäre, wäre sie durch dieses Vorgehen im Krankenhaus überfordert gewesen.

Für die Frauen, die im Krankenhaus entbunden hatten, brachte die Entlassung einige Tage nach der Geburt eine neue Herausforderung. Dieser Übergang war oft mit der Angst besetzt, ob man es zu Hause mit dem Kind schaffen wird, zumal man dort keine professionelle Hilfe von Krankenschwestern und Ärzten hat. Diese Ängste waren besonders groß, wenn die Großmütter nicht in der Nähe wohnten bzw. zu Besuch waren. Die Wochenbettbetreuung der Hebammen wurde hier als hilfreich empfunden.

Die meisten Frauen gewöhnten sich nach einigen Tagen oder Wochen ans Stillen und fanden es dann sehr bequem, besonders auch nachts, weil die Kinder noch lange nachts trinken wollten. Eine Mutter meinte, als Frau sollte man beim Stillen in guter Stimmung und entspannt sein, weil die Kinder alles mitbekommen, man könne sich z.B. Musik anmachen. Eine angenehme Haltung sei auch wichtig, sie stille deshalb immer im Liegen, weil es für sie einfacher sei.

Die Kinder hatten unterschiedliche Trinkrhythmen, alle Frauen waren der Meinung, dass man einem Kind immer die Brust geben muss, wenn es hungrig ist. Man könne versuchen, einen drei-

oder vierstündigen Rhythmus aufzubauen, aber nicht mit allen Kindern. Viele Mütter hatten auch aus dem Krankenhaus oder von ihren Hebammen empfohlen bekommen, nach Bedarf zu stillen, und hielten sich daran. Die Frauen erzählten meist, dass ihre Mütter noch nach Plan stillen sollten; ihnen gefiel, dass in Deutschland Stillen nach Bedarf empfohlen wird.

Eine Mutter sprach sich gegen starre Rahmen und Regeln aus, so ein „Muss“ sei schädlich. So hätte sie immer gehört, es sei wichtig, den Kindern Wasser oder Tee zu füttern, aber ihre hätten nie gewollt.

Die Brustgröße, über die sich einige Mütter Gedanken gemacht hatten, hätte ihren Erfahrungen nach keinen Einfluss auf die Milchmenge.

- Ich habe probiert, alle drei Stunden [zu stillen], aber das war nicht jedes Mal so. Manchmal wollte das Kind mehr, alle zwei Stunden. Aber meist alle drei Stunden.

Aber wenn das Kind anders wollte, haben Sie das gemacht.

Ja, natürlich. Ich kann doch nicht sagen „Nein, du musst warten.“

Manche älteren Ärzte sagen, dass man das so machen muss und dann warten muss.

Man kann das versuchen, aber nicht mit jedem Kind. Ich habe andere Mütter gefragt, wie oft sie stillen— alle zwei Stunden, alle vier Stunden, oder wenn das Baby schläft, acht Stunden nicht gestillt, danach wieder. R3

- Nachts wollen die Kinder noch über längere Zeit essen, und damit man nicht Fläschchen vorbereitet, ist es vielleicht einfacher, das Kind zu sich zu nehmen, [...] man schläft dann fast weiter. Das Kind wird dann gestillt und schläft auch ein. Da braucht man nicht richtig wach werden. R4
- Die ganzen Mittel, die die Milchbildung fördern sollen, helfen gar nicht. Entweder hat man die Milch oder nicht, das kann meiner Meinung nach nur das Baby. Wenn [es] gesaugt hat, habe ich mehr gekriegt, wenn nicht, dann wurde es weniger, weniger, weniger. Und dann gar keine. Alle anderen milchbildenden Mittel helfen gar nicht. R7
- [...] ich fand das schon so alles sehr anstrengend. Auch die ganze Umstellung. Ich hatte mir auch nicht so viele Gedanken gemacht, wenn man ein Kind hat, dann hat man gar keine Zeit für sich. Ich glaube, wenn man älter ist und ein Kind kriegt, dann macht man sich tausend Gedanken und es ist alles durchgeplant. Und wir haben alles eher auf den letzten Drücker eingekauft. R12
- Letztlich hatten sie mich auf einer Station untergebracht, wo zwar Frauen lagen, aber keine Wöchnerinnen, und deswegen alle Probleme also alles was das Abpumpen, Milchstau, irgendwelche hormonell-emotionalen Dinge anging, gab es einfach keinen Ansprechpartner bis auf immer wechselnde

Kinderkrankenschwestern. Die sind aber auch nicht dafür ausgebildet. Ich habe dann gleich falsch abgepumpt. R1

- [Die erste Zeit mit meinem Kind] war eine sehr glückliche Zeit, natürlich eine sehr anstrengende Zeit, das sagen fast alle Mütter. R2
- Dann wollte mein Mann, dass wir ganz schnell nach Hause kommen, obwohl ich – ehrlich gesagt – Angst hatte. Ich dachte, hier im Krankenhaus – das ist mein erstes Kind, ich habe keine Ahnung – da gibt es Krankenschwestern und Ärzte, falls etwas passiert. Und hier zu Hause, meine Mutter ist nicht hier, seine Mutter auch nicht, wer wird uns helfen, wenn etwas passiert? R6
- Das hatte nach dem Krankenhaus so einen Schlag gegeben, sie hatte manchmal so viel getrunken, da kam die Milch überall her, aus ihrer Nase, aus dem Mund... Es war sehr viel Milch. R11
- Am Anfang war [das Stillen] die schönste Zeit, am Anfang hat sie doch viel geschrien und geweint und wollte immer getragen werden. Und beim Stillen war sie immer ganz ruhig, und Mama konnte sich dann auch entspannen. R6

Frauen aus Polen

Die erste Zeit wurde von den Müttern als sehr anstrengend und stressig erlebt. Gerade auch im Zusammenhang mit dem Stillen empfanden die Mütter sie als große Herausforderung. Einige Mütter schliefen vor Erschöpfung immer direkt mit ein, wenn ihre Kinder schliefen.

Die vorherige Erwartung deckte sich nicht immer mit der Situation – mehrere Mütter meinte, sie hätten sich diese Zeit nicht als so anstrengend und zeitraubend vorgestellt. In der Erwartung war die Geburt das Schwierige, und dann würde alles leichter werden. Eine Mutter dagegen hatte erwartet, es würde anstrengend sein, aber sie empfand es dann viel einfacher als erwartet.

Das erste Anliegen kurz nach der Geburt wurde von einigen als nicht erfolgreich empfunden, da es entweder große Schmerzen verursachte oder das Kind nicht trank, sondern schrie. Später funktionierte das Stillen bei diesen Mutter-Kind-Paaren jedoch problemlos.

Die Kinder brauchten unterschiedlich viel Trinkzeit. Bei den Kindern, die viel Zeit benötigten, hatten die Mütter in diesen Tagen Angst, dass sie die nächsten Monate sechs bis acht Stunden am Tag nur mit Stillen beschäftigt sein würden. Diese Kinder brauchten auch in den kommenden Monaten viel Zeit, was die Mütter weiterhin als anstrengend empfanden, aber sie gewöhnten sich daran und konnten z.B. andere Dinge nebenher machen.

Eine Mutter hatte vor der Geburt Bedenken, sie würde ihr Kind nicht hören, wenn es nachts weint, aber sie hat es dann von Anfang an immer gehört.

Eine Mutter, bei der die erste Woche viel einfacher verlief, als sie es erwartet hatte und die schon viel auf den Beinen war, bekam Fieber, jedoch ohne weitere Entzündungszeichen. Die Ärzte rieten ihr, weiter zu stillen und sich Ruhe zu gönnen, nach zwei Tagen war das Fieber verschwunden.

Die problematische Anfangszeit, bis die Mütter das Stillen genießen konnten, dauerte unterschiedlich lang– von knapp zwei Wochen bis über zwei Monaten. Dann war es so in den Alltag integriert und keine Herausforderung mehr, so dass es für sie bequem und schön war.

Eine Mutter hat in der Schwangerschaft viel zugenommen und fühlte sich auch einige Monate nach der Geburt noch unwohl in ihrem Körper. Sie nahm zwar ab, auch durch das Stillen, aber es dauerte seine Zeit. Unangenehm und schwierig empfand eine Mutter, dass man in der Stillzeit ausreichend trinken muss.

- [...] jetzt ist es auch schön. Ein Moment der Intimität, etwas wirklich Schönes für mich und das Kind. Und jetzt ist es in den Alltag so integriert, es ist keine so große Herausforderung mehr. Ich konnte ja nichts parallel machen, jetzt kann ich auch lesen, oder was im Internet suchen oder mich mit dir unterhalten. Am Anfang dachte ich, bleibt das jetzt so, sechs oder acht Stunden am Tag nur damit beschäftigt sein, das ist schon eine komische Vorstellung. Aber es wird sicher noch einfacher und leichter. P4
- Das habe ich vorher gedacht, [dass die ersten Wochen sehr anstrengend werden,] aber als das Baby da war, war es ganz einfach. Ich habe auch gedacht, dass ich es nachts nicht höre, wenn das Baby weint. Aber natürlich habe ich es gehört, die Mamas sind so, dass sie es hören. P7
- Ich würde sagen, dass [der Anfang] die größte Herausforderung war. Ich fand das sehr schwierig. Es ist eine Begegnung mit der Natur, die man nicht erwartet. Also, wenn man sich so vorstellt, wenn der Milcheinschuss kommt, die Milch überall läuft und man hat noch keine Kontrolle darüber. Du stehst da, und dein T-Shirt ist total nass und du hast nichts bemerkt. Die ersten Tage, wo das so anfängt... Ich hatte mir da so keine Gedanken drübergemacht. Die Geburt ist halt schlimm und danach wird aber alles superleicht. P4
- Ich habe sofort diese Vormilch bekommen, ich habe das erste Mal fünf Minuten nach der Entbindung gestillt. Das war ein schönes Gefühl, weil ich gehört hatte, dass es passieren kann, dass ich zwei Tage keine oder wenig Milch habe. Und das ist auch problematisch, weil das Kind Hunger hat, und du kannst ihm nichts zu essen geben. Und du kannst Dich auch als Mama einfach schlecht fühlen. P2

4.3.2 Auswahl der Geburtseinrichtung und spätere Beurteilung

Frauen aus ehemaligen SU-Staaten

Bis auf ein Kind kamen alle im Krankenhaus zur Welt. Der wichtigste Grund für die Mütter, ihre Kinder im Krankenhaus zu entbinden, war die medizinische Sicherheit und die Angst vor Komplikationen. Einige meinten, auch im Krankenhaus sei es gemütlich bzw. sie hätten „kein Bedürfnis nach bunten Wänden“. Eine Mutter sagte, die Krankenhäuser in Deutschland seien nicht schlecht, sie habe schon andere gesehen.

Die Wahl für ein bestimmtes Krankenhaus fiel meist nach Empfehlungen durch Nachbarn, Freunde, Hebammen und niedergelassene Ärzte; ein weiteres Argument war die Nähe zum Wohnort. In einzelnen Fällen waren die Möglichkeit einer Wassergeburt und eine Neugeborenenintensivstation entscheidend.

Eine Mutter entschied sich für eine Entbindung im Geburtshaus. Die Gründe hierfür waren ihr Interesse an Alternativmedizin, die gemütliche, nicht-medizinische Atmosphäre, und dass man in Räumen und mit Hebammen entbindet, die man bereits vorher kennt.

Die meisten Frauen waren zufrieden mit dem Krankenhaus in dem sie entbanden, einige fanden es sehr gut. Teilweise verglichen die Mütter ihre Erfahrung mit dem Wissen, dass sie über Krankenhäuser in den ehemaligen SU-Staaten haben und waren im Vergleich sehr zufrieden. Mit der medizinischen Versorgung waren fast alle zufrieden. Während einer Geburt war der Kreißsaal völlig überfüllt, wodurch die Betreuung und das Raumangebot sehr schlecht waren.

Alle Mütter blieben noch ein bis sieben Tage auf der Geburtsstation. Hier waren die Erfahrungen unterschiedlich, einige empfanden diese Tage als erholsam, sie hätten nachts Hilfe bekommen und z.B. Quarkwickel zum Kühlen. Andere erzählten, die Schwestern hätten wenig geholfen. Die im deutschen Gesundheitssystem üblichen drei Tage wurden von einigen als zu kurz empfunden, da man genau zum Zeitpunkt der Entlassung den Milcheinschuss hätte und das eine besonders schwierige Zeit sei.

Auf vielen Geburtsstationen gab es Dreibettzimmer und keine Besucherzimmer, die Mütter empfanden die räumliche Enge mit anderen frischentbundenen Müttern, ihren Neugeborenen und zusätzlich Besuchern als sehr anstrengend. Andererseits war es für sie selbst auch sehr hilfreich, wenn sich ihre Männer oder Freundinnen bei ihnen aufhalten konnten und bei der Betreuung Neugeborenen helfen konnten.

Die Erfahrungen, die die Frauen mit dem Krankenhauspersonal gemacht haben, waren sehr unterschiedlich. Ein Teil war sehr zufrieden, dass Hebammen und Krankenschwestern sehr freundlich und engagiert gewesen seien, einige berichteten jedoch davon, dass sie alleine gelassen wurden oder ihre Bedürfnisse und Fragen grob abgewiesen wurden. Bei längeren Geburten kam es durch den Schichtwechsel zu wechselnder Hebammenbetreuung, dies empfanden die Frauen als unangenehm.

Wenn die Kinder auf die Intensivstation mussten, gab es von dort viel Unterstützung u.a. beim Stillen für die Mütter, sie konnten zum Stillen kommen oder ihre abgepumpte Milch wurde den Kindern gefüttert. Bei den Entlassungen auf die Normalstation wurde dann aber die Häufigkeit des Stillens festgelegt und die Kinder vorher und nachher gewogen, was als unnötig kontrollierend empfunden wurde. Eine Mutter erhielt sehr wenig Unterstützung, weil sie kein Bett auf der Geburtsstation, sondern auf einer normalen gynäkologischen Station bekommen hatte.

Die Frau, die im Geburtshaus war, ist im Rückblick sehr zufrieden mit ihrer Entscheidung.

Alle Kinder, bei denen es keine gesundheitlichen Komplikationen gab, wurden den Müttern nach der Geburt auf den Bauch und in der ersten Stunde nach der Geburt an die Brust gelegt, falls die Mütter das nicht von sich aus bereits getan hatten. Einige Mütter erzählten, dass dieses ihr erstes Stillen war, bei einigen schrie das Kind jedoch nur oder saugte nicht.

Auch in der Zeit danach wurde den meisten Frauen noch einmal von den Hebammen oder Schwestern gezeigt, wie man das Kind gut anlegen und halten kann, aber nur in einigen Fällen achtete später noch jemand darauf, ob es dann gut funktionierte.

Auf den Kinderintensivstationen wurde den Kindern die abgepumpte Milch gefüttert, jedoch fehlte in Einzelfällen ein kompetenter Ansprechpartner für die Mutter, weil diese kein Bett auf der Geburtsstation bekam.

Alle Mütter konnten ihre (gesunden) Kinder nach der Geburt bei sich behalten. Auf einigen Stationen gab es alternativ die Möglichkeit, sie zur Nacht bei den Schwestern im Säuglingszimmer abzugeben, um gut schlafen zu können. Zwei Mütter nahmen dieses Angebot an. Alle beurteilten es als positiv, dass ihre Kinder bei ihnen sein konnten, auch wenn sie sich nicht gut ausruhen konnten. Falls die Mütter ihre Kinder nachts ins Säuglingszimmer abgeben hatten, um gut schlafen zu können, so wurden sie ihnen zum Stillen gebracht.

- Ich fand das sehr schön, dass die Kinder sofort mit der Mutter zusammen sind, weil in Russland ist das ganz anders. Man nimmt die Kinder und bringt sie nur zum Stillen. Einerseits kann sich die Frau ausruhen, aber ich weiß nicht. Jetzt weiß ich, wie es anders läuft und finde das besser. Aber Ausruhen war sehr schlecht. Ich konnte meine Augen nicht zumachen, ich wollte sie immer sehen und immer beobachten, was sie macht, dass es ihr gut geht. R6
- [Bei meinem ersten Kind fühlte ich mich sehr gut betreut.] Damals hatte ich nicht so viele Ansprüche, ich hatte immer den Vergleich mit russischen Kliniken im Kopf, und das ist wie Tag und Nacht, das ist richtig schlimm, [... Aber] sie haben mir in den zwei Tagen nicht richtig gezeigt, wie das Kind angelegt wird. Also, sie haben es einmal gezeigt, aber sobald man etwas selbstständig macht, fragen sie nicht noch mal nach, ob ich das richtigmache oder nicht. [...] Vielleicht war es gut, dass man keine Hilfe bekommen hat und schnell gelernt hat, aber jetzt im Nachhinein denke ich, ein bisschen mehr Aufmerksamkeit wäre schon besser. R8
- Ich war komplett fertig nach so einer Nacht in Wehen und das ging dann die ganze Zeit so weiter, dass sich niemand für mich zuständig gefühlt hat [...]. Letztlich hatten sie mich auf einer Station untergebracht, wo zwar Frauen lagen, aber keine Wöchnerinnen, und deswegen alle Probleme– [mein Kind] war ja auf der Intensivstation, mit Kabeln und so und hat nicht richtig getrunken– also alles was das Abpumpen, Milchstau, irgendwelche hormonell-emotionalen Dinge anging, dafür gab es einfach keinen Ansprechpartner bis auf immer wechselnde Kinderkrankenschwestern. R1
- Beim ersten Kind war ich wegen dem Kaiserschnitt sieben Tage da und bei dem zweiten drei Tage. Ich fand das gut, denn man kennt doch vieles noch nicht, man kriegt dort Unterstützung und, wenn man Probleme jetzt mit dem Stillen hat und auch diese Verdickungen bekommt, dann kann man wirklich auch massiert werden oder kriegt Quarkpackungen. Diese Hilfe bekommt man sonst nicht. Und man hat die Möglichkeit, die Kinder nachts mit den anderen Kindern zu lassen, so dass man ausschlafen konnte und die wurden nur zum Stillen gebracht und wieder abgeholt. Von daher war ich sehr zufrieden mit dem Klinikum. R4
- Oh, das war eine sehr schreckliche Erfahrung [auf der Wochenbettstation]. Das Zimmer war sehr schmal, eine Frau hatte einen Kaiserschnitt und das Kind war auf der Intensivstation, glaube ich, auf jeden Fall in der Kinderklinik. Die hat gehustet, das Fenster war auf, die Betten waren eigentlich ein bisschen zu hoch, die Tür ging ständig auf und zu, weil Besucher kamen. R5
- Für mich war es wichtig, die medizinische Sicherheit zu bekommen, ich habe kein Bedürfnis nach gelben Wänden oder blau oder grün gestrichen, sondern die medizinische Sicherheit stand an erster Stelle. Und da sind wir zur Entscheidung gekommen, dass wir in der Uniklinik entbinden werden. Wir haben die Infoabende besucht, und uns dann für die Klinik entschieden. R7
- [Ich wollte im Geburtshaus entbinden], weil ich es gemütlich fand, keine medizinische Atmosphäre, nette Hebammen. Ich fand es auch schön, schon im Vorfeld meine Hebamme kennen zu lernen, auch die

Räumlichkeiten mehrmals gesehen zu haben. Man musste dort in immer kürzeren Abständen zum Gespräch während der Schwangerschaft, deshalb habe ich mich dort schon ein bisschen zu Hause gefühlt.
R2

Frauen aus Polen

Die sieben Frauen, die ihre Kinder im Krankenhaus entbunden haben, entschieden sich wegen der medizinischen Sicherheit dafür. Zwei hatten zuvor überlegt, ins Geburtshaus zu gehen, sich aber wegen einer möglichen Verlegung bei Komplikationen dagegen entschieden.

Die Entscheidung für ein bestimmtes Krankenhaus fiel mehrmals auf Grund der Nähe zum Wohnort, andere Gründe waren der Kreißsaal und der Informationsabend, die überzeugten, eine Kinderintensivstation und in einem Fall, dass es ein katholisches Haus war.

Um den Ort und die Hebammen kennenzulernen, nahmen einige Frauen am Geburtsvorbereitungskurs im Krankenhaus teil.

Zwei Mütter bekamen ihre Kinder im Geburtshaus, weil sie auf natürliche Weise entbinden wollten und Freundinnen von ihnen schöne Geburten im Geburtshaus erlebt hatten. Diese Entscheidung fiel teilweise auch gegen die Meinung von Familie und der Gynäkologin, die medizinische Risiken sahen.

Die Frauen waren übereinstimmend mit den Krankenhäusern, in denen sie entbanden, zufrieden. Das Personal sei sehr nett und kompetent gewesen. Es wurde auch berichtet, dass das Personal nicht viel Zeit hatte. Eine Frau hat es genossen, während der Geburt die meiste Zeit in Ruhe und alleine gelassen worden zu sein.

Gerade die jüngeren Schwestern waren sehr bemüht, bei Stillproblemen zu helfen und auch die Stillberatung wurde sehr positiv empfunden.

Die Frauen, die in den Geburtshäusern entbunden hatten, waren sehr zufrieden damit, obwohl es Unstimmigkeiten mit einer Hebamme gab.

Die Mütter empfanden die Situation und das Personal an den Geburtsorten als stillunterstützend. Die Kinder wurden, falls es keine Komplikationen gab, nach der Geburt der Mutter an die Brust gelegt. Wenn es in den folgenden Tagen Probleme gab, fanden die Frauen Ansprechpartner, die ihnen halfen. Bei Stillproblemen nahm sich das Personal viel Zeit. Die Betreuung hing auch davon ab, wie offensiv sich die Frauen mit Problemen und Fragen an das Personal wandten.

Teilweise hatten die Frauen bei ihren Schwestern oder Freundinnen erlebt, wie das Stillen ablaufen kann, ihnen halfen auch die Stillinformationen aus den Geburtsvorbereitungskursen in den ersten Tagen.

Alle Kinder waren nach der Geburt bei ihren Müttern. Einige Frauen fühlten sich schwach und brauchten Hilfe, die sie von den Krankenschwestern oder dem Vater bekamen. Eine meinte, sie hätte mehr Hilfe gebraucht, als sie bekam. Einige hätten ihr Kind theoretisch auch ins Säuglingszimmer abgeben können, das wurde aber auf den Stationen nicht so gerne gesehen, was die Mütter als richtig empfanden.

Einige Frauen gingen wenige Stunden nach der Geburt direkt nach Hause, die im Geburtshaus entbunden hatten bzw. ambulant in der Klinik. In diesen Fällen waren die Kinder auch immer in der Nähe der Mütter, für diese wäre es auch eine seltsame Vorstellung gewesen, wenn das Kind nicht bei ihnen geblieben wäre.

- [Mein Kind] war die ganze Zeit bei mir. Es war gut, wenn mein Mann da war, meine Freundinnen. Ich habe mich sehr schlecht gefühlt, und da hätte ich gesagt, dass jemand helfen sollte. Ich konnte nicht aufstehen. [Wenn es einem gut geht,] dann kann das Kind auch 24 Stunde bei der Mutter sein. Aber wenn man sich so schlecht fühlt, dann braucht man schon Hilfe. Und wenn die Familie dann nicht kommen kann, dann ist es schlimm. P8
- Ich war so müde, die Geburt war die ganze Nacht. [Mein Kind] war bei mir, aber die Schwester hat mir geholfen, weil ich wirklich schlafen musste. P9
- Besonders für die jüngeren Krankenschwestern war es sehr wichtig, dass die Kinder gestillt werden. Die älteren haben sich bemüht, aber wenn es nicht anders geht, ist die Flasche auch ok. Aber unterstützt wurde es auf jeden Fall. P3
- Was ich gut fand, im Krankenhaus, die haben da so gute Stillberatung. Mit allen Frauen, die Probleme haben, haben sie geübt und geübt und sich Zeit gelassen. Naja, trotzdem hat es [bei mir] ja nicht geklappt wegen der Schmerzen. P5
- [Im Krankenhaus], die waren alle nett. Die waren alle kompetent und angenehm und haben alles erklärt, wenn man Fragen hatte. P4
- Ich wollte das schon natürlich, aber vor allem hat meine beste Freundin mir dazu geraten, die hatte selbst eine sehr schöne Geburt im Geburtshaus. Dann habe ich es mir angeschaut, auch das Krankenhaus. Diese Freundin ist aber die einzige, die ich kannte, die im Geburtshaus entbunden hat. Ich kannte vorher auch keinen Unterschied zwischen Klinik und Geburtshaus. P2

- Nach der ersten Geburt hatte ich Angst, ich wollte lieber im Krankenhaus sein, da sind die Ärzte gleich da. Auch meine Freundin, die ihr Kind in der Uniklinik geboren hat, das Kind ist fast gestorben auch im Krankenhaus. Also ich würde, auch wenn ich nochmal schwanger wäre, ins Krankenhaus gehen. P8

4.4 Schwierigkeiten mit dem Stillen

Schwierigkeiten beim Stillen konnten den Stillerfolg erschweren oder verhindern. Wenn sie von Mutter, Kind und eventuell weiteren Personen bewältigt wurden, konnte dies den Stillerfolg im Weiteren jedoch auch positiv beeinflussen.

Bei einigen Mutter-Kind-Paaren war das Stillen von Anfang an unproblematisch. Hatte es jedoch zu Beginn Schwierigkeiten gegeben, stellte dies auch im Rückblick ein prägendes Erlebnis für die Mütter dar. War das Stillen einmal etabliert und funktionierte eine Weile zuverlässig, waren spätere Störungen (erhöhter Milchbedarf im Wachstumsschub der Kinder u.ä.) nur kleine Anekdoten, da die Mütter darauf vertrauten, dass sich der Milchfluss wieder entsprechend den Bedürfnissen einstellen würde. Mehrere polnischstämmige Frauen waren überrascht davon, dass das Stillen nicht immer sofort klappte, sondern es Schwierigkeiten geben konnte. Von möglichen Schwierigkeiten schon gehört zu haben (durch Freundinnen oder im Geburtsvorbereitungskurs) bewerteten die Frauen als positiv, weil sie Symptome leichter einordnen konnten und nicht so schnell panisch wurden. Die russischsprachigen Frauen hatten nicht mehr Wissen zu konkreten Stillproblemen als die polnischsprachigen; sie fühlten sich aber beim Auftreten von Schwierigkeiten weniger überrascht, weil sie ganz allgemein wussten, dass Stillen nicht immer sofort klappt. Eine polnischstämmige Mutter fand es weniger zeitraubend und anstrengend mit Säugling als erwartet, den meisten polnischstämmigen Müttern ging es aber genau umgekehrt. Die Hebammen dagegen meinten, die Frauen beider Herkunft hätten meist realistische Vorstellungen von den Mühen, die sie als Mutter erwarten.

In den Interviews wurde deutlich, dass die Frauen aus den ehemaligen SU-Staaten und Polen ihre oft herausfordernde neue Rolle als Mutter gerne annehmen. Dies gilt auch für das Stillen; etwaige Unannehmlichkeiten werden in Kauf genommen. Die befragten Hebammen haben die Erfahrung gemacht, dass der Stillerfolg in diesen Gruppen durch – durchaus auftretende – Stillprobleme kaum gefährdet ist.

Viele Mütter – anteilig mehr polnisch- als russischsprachige – hatten in den ersten ein bis zwei Wochen nach Stillbeginn Wunde Brustwarzen. Nach einiger Zeit und Pflege legten sich diese

Beschwerden. Die Frauen fanden die Schmerzen unangenehm und störend, aber nur eine polnischstämmige Mutter überlegte, deshalb abzustillen.

Der „Milcheinschuss“ mit prallen Brüsten und unkontrolliert ausfließender Milch wurde von einigen polnischen Frauen als sehr unangenehm empfunden, sie fühlten sich der Natur ausgeliefert. Die Brüste zu kühlen und sie nackt zu lassen wurde als Erleichterung empfunden; dies war aber ein ungewohntes Gefühl für die Mütter, auch in Gegenwart ihres Partners.

Die meisten hier befragten Frauen wurden am dritten Tag postpartum entlassen. In diese Zeit fiel oft auch der Milcheinschuss, weswegen besonders die russischsprachigen Mütter diesen Zeitpunkt als sehr ungünstig bewerteten. Einige von ihnen bekamen zu diesem Zeitpunkt eine Mastitis und waren überrascht von den sich rasch verschlimmernden Symptomen. Problematisch war es, wenn die Mütter keine Nachsorgehebamme hatten oder diese nicht erreichbar war, denn die Suche nach Hilfe in Form einer anderen Hebamme oder der Notaufnahme des Krankenhauses dauerte und verunsicherte sie. Andere Informationsquellen (Bücher, Internet) wurden in dieser akuten Situation als wenig hilfreich empfunden. Bei zwei polnischstämmigen Frauen verliefen die Mastitiden zu dem Zeitpunkt leicht, sie konnten das Problem mit Hilfe ihrer – erreichbaren – Hebammen durch Kühlen und Stillen lösen.

Wenige Säuglinge in beiden Gruppen tranken nicht selbst an der Brust, hier pumpten die Mütter ihre Milch ab und fütterten sie mit der Flasche. Dies wurde als belastend empfunden, da pumpen, füttern und abwaschen zeit- und kraftraubend war.

Bei Schwierigkeiten und Unsicherheiten waren die Nachsorgehebammen die wichtigsten Ansprechpartner, ihre praktischen Tipps wurden fast immer als sehr hilfreich empfunden. Sie halfen auch über schwierige Zeiten hinweg, indem sie den Müttern versicherten, wie gut sie trotz aller Probleme und Anstrengungen zurechtkämen und beteuerten, es würde bald leichter. Dies half besonders bei wunden Brustwarzen und unruhigen Kindern. In beiden Gruppen fanden jedoch einzelne Mütter, dass ihre Nachsorgehebammen ihre Probleme nicht ausreichend ernst genommen hätten und kaum eine Hilfe gewesen wären. Ärztliche Ratschläge zu Stillproblemen fanden die Frauen meist unzureichend, außerdem rieten diese meist nicht eindeutig zum Weiterstillen.

Der Vergleich mit dem Herkunftsland wurde von den polnischstämmigen Müttern angesprochen; junge Mütter in Deutschland hätten es einfacher als in Polen, wo sie niemanden außer Familienmitglieder bei Unsicherheiten und Schwierigkeiten fragen könnten.

Hebammenbetreuung und Geburtsvorbereitungskurse müssten dort selbst gezahlt werden. Hier in Deutschland gäbe es längeren Mutterschutz/ Elternzeit und Elterngeld sowie eine gut ausgebaute professionelle Betreuung von Seiten des Gesundheitswesens. Den Frauen gefiel es sehr, dass sie sich hier gut informieren konnten und professionelle Ansprechpartner hatten, mit deren Hilfe sich eben die Probleme oft schnell lösen ließen, die Bekannten in Polen ohne kundigen Rat größere Schwierigkeiten bereitet hatten. Für die russischsprachigen Mütter war der Vergleich mit ihren Herkunftsländern kein Thema in Bezug auf Stillprobleme.

4.4.1 Auftretende Schwierigkeiten mit dem Stillen

Frauen aus ehemaligen SU-Staaten

Ob die Milchmenge zum Bedarf der Kinder passen würde, war für die meisten Mütter eine Sorge. Überwiegend hatten sie die ersten Tage bis zum „Milcheinschuss“ das Gefühl, dass beim Stillen kaum etwas oder gar nichts kommt.

Wenn dann der „Milcheinschuss“ kam, waren die kommenden Tage für die meisten Mütter mühsam, da sie zu dem Zeitpunkt mehr Milch hatten, als ihre Kinder trinken konnten. Dadurch waren ihre Brüste geschwollen und schmerzten. Bei einigen hatte sich die anfängliche leichte Sorge, ob die Milchmenge zur Ernährung ihrer Kinder ausreichen würde, verwandelt in das Problem, wie man mit übertollen Brüsten umgeht.

Drei der Frauen bekamen in der Zeit des „Milcheinschusses“ eine Mastitis, hatten starke Schmerzen, verhärtete Brüste, hohes Fieber und fühlten sich verloren und schwach. Alle drei hatten zu dem Zeitpunkt keine kompetenten Ansprechpartner wie z.B. eine erreichbare Wochenbetthebamme und suchten sich erst dann Hilfe, als es schon schlimm war. Zwei Frauen hatten mehrmals einen Milchstau.

Zwei Kinder tranken nicht gut, eines wollte gar nicht aus der Brust trinken, ein anderes trank vor allem auf der einen Seite schlechter.

Ein großes Problem war für die meisten Frauen am Anfang, dass ihre Brustwarzen durch das Saugen wund waren, was ihnen große Schmerzen bereitete. Bei einigen waren die Brustwarzen blutig. Besonders beim Anlegen tat es weh. Nur zwei Frauen meinten, sie hätten damit keine Schwierigkeiten gehabt.

Ein ausgetretener Milchgang, ein seltenes und sehr schmerzhaftes Problem, das auch die meisten Hebammen noch nicht erlebt hatten, trat bei einer Mutter auf.

Eine Mutter erzählte, sie wäre bei einem beginnenden Milchstau überfordert gewesen, weil sie nicht wusste, dass ihre Brust weich bleiben soll. Niemand hätte ihr vorher erklärt, wie es sich anfühlen soll. Die anderen Frauen drückten keine Verwunderung über Probleme oder Unannehmlichkeiten aus, selbst wenn sie vorher von diesen nicht explizit gehört hatten.

- Die Brust war dann wirklich sehr hart, wie Stein. Das hatte niemand erzählt, wie sie sein soll, weich und nicht hart. Woher sollte ich das wissen, das war meine erste Erfahrung, vielleicht soll das so fest sein. [...] Das war wirklich das erste Problem, was ich empfunden habe, wo ich mich hilflos gefühlt habe. Keiner hat mir das erklärt, wie das während des Stillens sein soll. Wie soll das sein, wie soll ich mich fühlen. Natürlich habe ich das auch in den Büchern gelesen, aber dieses Gefühl, dass das immer weich bleiben soll und das man das immer kontrollieren muss, dass es immer weich bleibt, dass sich keine Steine bilden, das hat mir keiner erklärt. Nicht die Frauenärztin, nicht die Hebamme und auch nicht im Krankenhaus. R7
- Man hat am Anfang immer nicht das Gefühl, dass was rauskommt. Am ersten Tag hat er getrunken, am zweiten hatte ich wohl wenig Milch, da war er hungrig und hat viel geschrien. Am dritten Tag ist die Milch dann gekommen, und dann war es das Gefühl wie eine Kuh. Riesige Brüste. Dann war es kein Problem, er hat gut zugenommen. R12
- Die ganze Stillzeit war überhaupt unproblematisch. Keine Startschwierigkeiten, immer genug Milch, keine Entzündung. R2
- [...] man hat sich bemüht und wollte, dass es genug ist. Aber nach ein paar Tagen– es stellt sich ein. Wenn das Kind öfters angelegt wird, dann wird es mehr, wenn seltener, weniger, und das hat sich innerhalb von zwei Wochen eingependelt. [...] Es gab schon Momente, am Abend z.B., dass das Kind getrunken hat und nicht genug hatte und weint. Und man hat zu Hause ja auch nichts, man geht davon aus, dass es ausreichen soll. Es gab schon immer wieder solche Momente, gerade so im vierten Monat, das es nicht genug war, das Kind weint, und es gibt nichts mehr. Da weiß man dann nicht, ob man jetzt in den Laden läuft und Milch kauft oder halt warten soll, bis es wieder da ist. R4
- [Mein Kind] hat auch immer nur die Vormilch bekommen, weil sie das gar nicht alles trinken konnte. Das hatte nach dem Krankenhaus so einen Schlag gegeben, sie hatte manchmal so viel getrunken, da kam die Milch überall her, aus ihrer Nase, aus dem Mund... R11

Frauen aus Polen

Einige Mütter hatten zu Anfang das Gefühl fast keine Milch zu haben, andere hatten von Beginn an sehr viel. Wenn zu Beginn schon Milch da war, fühlten sich die Mütter zufrieden, dass ihr Kind nicht hungrig sein muss. Wenige hatten sehr viel Milch, was auch problematisch war.

Der „Milcheinschuss“ wurde als unangenehm und in wenigen Fällen schmerzhaft erlebt. Bei einigen Müttern floss die Milch in dieser Zeit von selbst und ihre Kleidung war immer wieder durchnässt, was als unkontrollierbar und unangenehm empfunden wurde.

Zwei Frauen bekamen eine leichte Mastitis, eine weitere eine schwere Mastitis mit Brustabszess. Dabei wurde als besonders belastend empfunden, dass die Mütter sich elend und schwach fühlten, viel heulen mussten und eigentlich ihr Kind gut versorgen wollten.

Zwei Kinder wollten gar nicht an der Brust saugen, obwohl sie vor Hunger weinten.

Fast alle Frauen hatten in der Anfangszeit Wunde Brustwarzen und Schmerzen beim Anlegen. Bei den meisten wurde es nach einer Woche besser, bei anderen dauerte es 2-3 Wochen. In einem Fall ließen die Schmerzen auch nach sechs Wochen nicht nach. Ein Kind spuckte einmal nach dem Stillen Blut, was jedoch nur von der wunden Brustwarze der Mutter stammte. Eine Mutter erzählte, dass sie die ersten Wochen beim Anlegen geschrien hätte vor Schmerzen, obwohl sie nicht wollte, dass ihr Kind merkt, dass sie beim Trinken leidet.

Die Mütter waren sich in sehr unterschiedlichem Maße vor der Geburt bewusst, dass es beim Stillen Schwierigkeiten geben könne. Sie hatten unterschiedliche Quellen, die sie auf mögliche Komplikationen hingewiesen hatten.

Eine Mutter berichtete, sie hätte aus dem Geburtsvorbereitungskurs von der Möglichkeit der Mastitis gewusst. Weil eine andere schon in der Schwangerschaft starke Stimmungsschwankungen hatte, hatte ihre Hebamme ihr gesagt, dass sie vielleicht eine postpartale Depression bekommen würde. Eine Mutter war bei den ersten auftretenden Schwierigkeiten überrascht, dass man beim Stillen ernsthafte Probleme haben kann. Als ihr Kind Blut spuckte war eine Mutter sehr froh, dass ihr eine Freundin von einer ähnlichen Erfahrung erzählt hatte, und das Blut von den entzündeten Brustwarzen stammte. Sie wäre sonst ins Krankenhaus gefahren.

- Nee, ich dachte, stillen klappt immer und jedes Kind trinkt an der Brust, das ist ja natürlich nach der Geburt. Ich habe nie erwartet, dass es da Probleme geben kann. Und [mein zweites Kind] hat dann gar nicht getrunken, ich dachte, wenn man stillen will, wird das immer klappen. P3
- Beim Stillen z.B. irgendwann die Situation, dass [mein Kind] Blut ausgespuckt hat. Und eine Freundin hat mir vorher mal erzählt, dass sie das Gleiche hatte. Sie ist sofort ins Krankenhaus mit dem Kind, weil sie meinte, dass da etwas Schlimmes passiert ist. Und die meinten, nee, nee, das sind ihre Brustwarzen, die

bluten und das Kind hat das halt mitgetrunken. Und ich dachte, wie eklig. Aber dann zwei Tage später ist mir das passiert, und ich war froh, dass sie mir das erzählt hat. So bin ich nicht gleich in Panik geraten. P4

- Ich hatte zweimal eine leichte Brustentzündung. [...] Das war aber nicht superschlimm, ich hatte nur einen Tag ziemlich hohes Fieber und Schmerzen. Ich habe auch die ganze Zeit gestillt, als ich krank war. Ich wusste vom Geburtsvorbereitungskurs, dass so etwas sein kann. P1
- Klar, die erste Woche war total schmerzhaft, aber das haben dir die anderen Frauen sicher auch gesagt. Also mit Blut und alles. [...] Aber was ich mir anders vorgestellt habe– [mein Kind] war von Anfang an so ein Kind, das viel Trinkzeit brauchte. [Es] wollte ständig an der Brust sein. Sein Rhythmus war bis zum Ende, das er jede zwei Stunden trinken wollte. P2
- Also, wenn man sich so vorstellt, wenn der Milcheinschuss kommt, die Milch überall läuft und man hat noch keine Kontrolle darüber. Du stehst da, und dein T-Shirt ist total nass und du hast nichts bemerkt. P4

4.4.2 Ansprechpartner bei Stillproblemen

Frauen aus ehemaligen SU-Staaten

Wenn es Schwierigkeiten beim Stillen gab, haben die Frauen sich Hilfe gesucht.

Noch im Krankenhaus hatten die Meisten kompetente Ansprechpartner durch die Hebammen und Krankenschwestern dort, eine Mutter lag jedoch auf einer normalen gynäkologischen Station (keine Geburtsstation) und fand niemanden, der ihr kompetent helfen konnte.

In den meisten Fällen fragten die Frauen ihre Nachsorgehebammen um Ratschläge, entweder kamen diese noch zu Wochenbettermittagen oder sie blieben telefonisch erreichbar. Ein bestehender Kontakt zu einer Hebamme und deren Erreichbarkeit waren gerade bei einsetzender Mastitis wichtig, da sich hier der Zustand oft schnell verschlechterte.

Neben den Hebammen baten die Frauen ihre Mütter und ihre Männer um Hilfe. Die Großmütter teilten dann ihre Erfahrungen, die Männer halfen z.B. beim Ausstreichen der Brust bei einem Milchstau. In der späteren Stillzeit fragten die Mütter teilweise auch mehrfache Mütter aus ihrem Bekanntenkreis nach Rat, in diesen Fällen handelte es sich jedoch meist um Unsicherheiten und keine handfesten Probleme.

Fast alle Frauen sprachen von ihren Eltern und ihren Schwiegereltern als Personen, die ihnen bei Unsicherheiten im Umgang (nicht explizit auf das Stillen bezogen) mit dem Kind helfen können. Dafür mussten diese vor Ort sein, das gemeinsame Umsorgen der Kinder war wichtig; das Telefon spielte hier keine Rolle.

- Letztlich hatten sie mich auf einer Station untergebracht, wo zwar Frauen lagen, aber keine Wöchnerinnen, und deswegen alle Probleme [...] alles was das Abpumpen, Milchstau, irgendwelche hormonell-emotionalen Dinge anging, gab es einfach keinen Ansprechpartner bis auf immer wechselnde Kinderkrankenschwestern. Die sind aber auch nicht dafür ausgebildet. R1
- Ich hatte zwar Milch, viel Milch, aber ich hatte trockene Brustwarzen, die waren wund und jedes Stillen war einfach eine Quälerei für mich. Ich habe dann immer die Zähne zusammengebissen und los. Das war wirklich sehr schlimm. Die Hebamme hat gesagt, ich solle noch abwarten, das wird besser. Salben, salben, salben, salben. Dann habe ich auch so Stillhütchen benutzt, die haben mir wirklich geholfen. Am Anfang wusste ich nichts darüber, und die neue Hebamme hat mir das empfohlen, und mein Mann hat sie mir dann gekauft. R6

Frauen aus Polen

Bei Schwierigkeiten und Unsicherheiten bezüglich des Stillens wandten sich die Mütter meist an ihre Nachsorgehebammen. Diese waren für sie telefonisch erreichbar, auch über die Zeit der Hausbesuche hinaus. Solange sie regelmäßig kamen, „sammelten“ einige Frauen ihre Fragen bewusst, um sie beim nächsten Kontakt zu stellen. Die praktischen Ratschläge der Hebammen wurden meist als hilfreich empfunden. Die Hebammen halfen über schwierige Zeiten auch insofern hinweg, indem sie die Frauen bestärkten, dass die Situation momentan zwar schwierig sei, aber sie alles richtigmachen würden und es vor allem mit den Wochen besser werden würde. Diese Versicherung half besonders bei schmerzenden Brustwarzen und unruhigen Kindern.

Wenn die Frauen keine Hebammenbetreuung hatten, war neben den Familienmitgliedern auch die Rolle der Ärzte (Pädiater und Gynäkologen) größer; dies traf auf Frauen zu, die noch wenig Deutsch sprachen.

Von Stillgruppen im Krankenhaus, Geburtshaus oder Müttertreffs wussten die meisten Mütter, nur zwei nahmen jedoch teil. Hier nutzten sie die Informationen, die sich auch teilweise präventiv auf Stillprobleme auswirkte, eine Anlaufstelle für aktuelle Stillprobleme waren diese Gruppen jedoch nicht.

Neben den Hebammen wandten sich die Mütter auch an ihre eigenen Mütter oder Schwestern, selten auch an Freundinnen. Zwei Mütter rieten abzustillen, einmal weil es zu wenig Milch sei und dem Kind nicht schmecke und einmal, falls es Schwierigkeiten damit gäbe. Informationen wurden auch im Internet gesucht, damit waren sie jedoch meist nicht zufrieden, weil dort sehr viele unterschiedliche Aussagen stünden und man nicht wüsste, wie vertrauenswürdig die Urheber seien.

- Ich habe die Hebamme, und auch meine Mutter und meine Schwester gefragt, welche Salbe man nehmen kann. Teilweise habe ich auch im Internet nachgeschaut, aber das empfehle ich niemandem. Das sind oft komische Sachen, und man kann es überhaupt nicht einschätzen. P1
- Von meiner Hebamme habe ich die Bestätigung bekommen, wenn du das so akzeptierst, kann [dein Kind] sooft an der Brust sein, wie er will. P2
- Ich habe immer meine Fragen gesammelt, und wenn die Hebamme kam, habe ich alles abgehakt. P4
- [Nach der Geburt] ist gleich meine Mutter gekommen, dann die Schwiegermutter, und sie haben viel geholfen und es war alles ok. Und ich hatte auch einen guten Kinderarzt, einen polnischen, da konnte ich alles fragen. P7
- Ich war ganz alleine in Deutschland, ich habe keine Familie in Deutschland, also keine Mutter oder Oma die mir gesagt hat, was ich falsch mache. Die Kinder waren für mich immer alles, ich habe viel gelesen, Bücher gekauft, für mich war da überhaupt kein Problem. Vielleicht, weil ich wirklich Kinder mag. P9

4.4.3 Umgang mit Stillproblemen

Frauen aus ehemaligen SU-Staaten

Die Befürchtung, nicht genug Milch zu haben, verschwand bei allen Frauen beim Milcheinschuss einige Tage nach der Geburt. Die Milchmenge passte sich nach einigen Tagen dem Bedarf des Kindes an. Dies war nur bei den Müttern erschwert, die abgepumpte Milch fütterten. Die Mütter wussten theoretisch, dass durch häufigeres Anlegen des Kindes die Milchproduktion angeregt wird, bei den meisten deckte sich dieses Wissen auch mit ihrem Gefühl. Eine Frau trank Fencheltee und aß Nüsse, um genug Milch zu haben; nach der Erfahrung einer anderen helfen diese Mittelchen zur Milchstimulation nicht, sondern nur ein häufigeres Anlegen des Kindes. Eine Mutter erzählte, sie sei nach vier Monaten noch einmal beunruhigt gewesen, dass ihre Tochter zu wenig Milch bekäme und hätte sich wieder an ihre Hebamme gewandt, die sie nach Wiegen des Kindes beruhigte.

Eine Frau hatte nach dem Milcheinschuss sehr viel Milch und ihr Kind spuckte viel. Weil ihr Kind oft weinte, legte sie es oft an und meinte im Nachhinein selbst, dass sie dadurch wahrscheinlich die Milchproduktion immer weiter anregte. Sie erhoffte sich, dass das Kind bei Flaschenfütterung nicht mehr so viel spucken würde und stillte gegen den Rat ihrer Hebammen, jedoch mit Wissen aber ohne Widerspruch des Kinderarztes ab. Schon währenddessen tat es ihr

leid, und auch das Spucken war nur etwa zwei Wochen lang besser, um dann unverändert bis zu ersten Lebensjahr zu bestehen.

Die Frauen, die eine Mastitis bekamen, bemühten sich durch Ausstreichen oder Abpumpen der Milch die Brust zu entlasten. Ihnen wurde jeweils ein Antibiotikum verschrieben. Eine Mutter meinte, mit dem Wissen von heute hätte sie damals besser handeln können und die Brust mehr gekühlt. Eine Mutter erzählte, sie hätte nach der zweiten Mastitis mit Tabletten abstillen müssen, ihre Brust hätte deshalb immer noch harte Stellen. Eine andere, die selbst tatsächlich keine Mastitis hatte, bemerkte, sie hätte sich bei mehreren Mastitiden gegen das Stillen entschieden.

Um die gereizten und wunden Brustwarzen zu pflegen, cremten die Mütter sie ein. Meist war ihnen Wollfett empfohlen worden, das ihnen gut half. Zwei Mütter hatten von ihren Hebammen Stillhütchen empfohlen bekommen, damit ließen die Schmerzen schnell nach und die Entzündung bildete sich zurück. Eine Mutter hielt sich jedoch zuerst aus Angst vor Schmerzen nicht an den Rat der Hebamme, die Stillhütchen nur auf der stärker entzündeten Seite und mit der zeitlichen Begrenzung von einer Woche zu benutzen, sondern benutzte sie beidseits über längere Zeit. Ihr Kind nahm in der Folge weniger zu, was Hebamme und Mutter jedoch bemerkten. Die Mutter ließ die Stillhütchen dann weg, ohne dass es noch einmal zu ähnlichen Schmerzen wie zu Anfang gekommen wäre.

Die Kinder, die nicht an der Mutterbrust saugen wollten, wurden mit abgepumpter Milch ernährt.

Eine Mutter benutzte vor der Stillzeit „Nippelformer“, weil eine ihrer Brustwarzen nicht gut aufgerichtet sei.

Während der Stillzeit aß eine Mutter keine Milchprodukte, weil sie den Eindruck hatte, ihr Kind bekäme dadurch noch mehr Bauchkrämpfe, als es eh schon hatte.

- Ich habe mich auch bemüht, dass ich genug Milch habe, viel Fencheltee getrunken oder Nüsse gegessen, so dass genug Milch produziert wird. R4
- [Mit den Stillhütchen,] das war genau der Fall, wo die Hebamme gesagt hat, ich muss etwas anders machen. Es hat mir so sehr gefallen, gar keine Schmerzen mehr, ich stille trotzdem, ich habe sie dann zwei Wochen benutzt. Dann für beide Brüste, obwohl es am Anfang nur an einer Brust so richtig schlimm war. Als die Hebamme dann kam, meinte sie, [mein Kind] habe wenig zugenommen, und ich habe mir Sorgen gemacht, und sie meinte, mach dir keine Sorgen, das wird bestimmt besser. Dann hat sie mich gefragt, wie ich stille, vielleicht gibt es da irgendwelche Probleme. Ich habe ihr von den Stillhütchen erzählt und sie meinte: ich habe dir doch gesagt, nur für eine Woche und nur an einer Brust, und du hast sie für beide

benutzt. Sie meinte, dass ist ein ganz anderer Prozess, sie bekommt nicht so viel Milch, sie muss sich mehr Mühe geben um genauso viel Milch zu kriegen. Und überhaupt, die Frau bekommt Milch nach dem Bedarf, soviel das Kind trinkt, soviel Milch bekommt das Kind. Und sie meinte, deswegen hast du vielleicht auch weniger Milch bekommen. Seitdem benutze ich keine Hütchen mehr und es läuft alles gut. R6

- Aber ich hatte [wegen der Schmerzen] Angst vor diesem Stillen, den ersten Monat, das war einfach schlimm. Aber ich habe einfach weitergemacht, und ihn gestillt bis er elf Monate alt war. R10
- Es war sehr viel Milch. Ich war aber auch deutlich zu gestresst. Sie hat immer geschrien, ich habe gedacht, sie will essen, einmal hin und her an der Brust, das hat wahrscheinlich noch stimuliert. Das war ein Chaos. Titten hier, Titten raus, das war ein bisschen komisch. R11

Frauen aus Polen

Um sich beim Milcheinschuss Erleichterung wegen der gespannten Brüste zu verschaffen kühlten einige Frauen sie, was ihnen die Hebammen empfohlen hatten.

Das Problem, dass die Kinder mehr Milch wollten als gerade da war, hatten zwei Mütter jeweils erst nach Wochen. Sie waren dann versucht, mit Flaschenmilch den Hunger zu stillen, hatten aber weil jeweils keine Milch zu Hause und die Geschäfte geschlossen waren, haben sie die Stunden so überstanden und später stimmten Angebot und Bedarf wieder überein.

Wenn die Frauen eine Mastitis hatten, stillten sie weiter und machten sich Umschläge um die Brüste. Eine Mutter stillte ab, nachdem sie einen Brustabszess bekam, zumal sie beim Stillen auch jedes Mal starke Schmerzen hatte. Hier lief jedoch auch die Behandlung einer Mastitis nicht gut, der Arzt hatte geraten, die Milch abzupumpen, der Mutter aber nicht erklärt, was mit der Milch zu tun sei. So stillte sie ihr Kind und pumpte zusätzlich Milch ab, die sie verwarf; insgesamt hat dieses Vorgehen die Milchproduktion wahrscheinlich noch angeregt. Die Frauen, die einmal eine Mastitis hatten, waren sehr aufmerksam, wenn sie später noch einmal Anzeichen dafür fanden. Sie kühlten dann frühzeitig und holten sich medizinische Hilfe.

Die Schmerzen an den wunden Brustwarzen dauerten bei einigen Frauen über zwei Wochen an, eine Mutter überlegte, deshalb abzustillen. Die meisten Frauen erzählten, diese Zeit trotz schlimmer Schmerzen einfach überstanden zu haben, es sei dann besser geworden; einer Mutter hatte ihre Hebamme von Stillhütchen abgeraten. Eine andere berichtete davon, dass sie von ihrer Hebamme Wollfett bekommen habe zum Eincremen und Teile der Plazenta auf die Brustwarzen gelegt habe.

Zwei Mütter hatten auch nach Wochen noch starke, teilweise stechende Schmerzen beim Stillen und beide stillten daraufhin ab. Bei ihrem zweiten Kind entschied sich eine Mutter im Vorhinein für Flaschennahrung, die andere pumpte bei den ersten Schmerzen ab und fütterte acht Monate lang die gepumpte Milch.

- Ich habe nicht überlegt, [wegen der schmerzenden Brustwarzen] aufzuhören, die Hebamme meinte immer, dass das vorbeigeht. P3
- Beim Stillen z.B. irgendwann die Situation, dass [mein Kind] Blut ausgespuckt hat. [...] Das war gleich nach dem Stillen, und ich habe meine Hebamme angerufen und sie meinte: „Einfach beobachten, wenn da nichts mehr kommt und sich das Kind normal verhält, dann ist gut, dann muss ich nicht ins Krankenhaus mit ihm. [...] und weiterstillen.“ Und ich fragte verzagt: „Mit Hütchen?“ Und sie meinte: „Nein, nein, versuchen Sie es so.“ Das war der Moment, wo ich dachte, ich probiere es jetzt noch kurz, aber ich bin keine Masochistin, wenn es nicht geht, dann geht es eben nicht. Wenn es solche Schmerzen sind– die sind so, dass du dir wirklich nicht vorstellen kannst, dass es vorbeigeht. Aber danach ging es aufwärts. P4
- Danach hatte ich eine Brustentzündung und einen Abszess, halt Probleme, da hatte ich eine Punktion und dann habe ich abgestillt. Da habe ich auch Tabletten genommen, ganz bewusst, weil ich den Schmerz nicht ertragen habe. P5
- Ich hatte zweimal eine leichte Brustentzündung. [...] Das war aber nicht superschlimm, ich hatte nur einen Tag ziemlich hohes Fieber und Schmerzen. Ich habe auch die ganze Zeit gestillt, als ich krank war. Ich wusste vom Geburtsvorbereitungskurs, dass so etwas sein kann. P1
- Weil ich so starke Schmerzen hatte, ich konnte gar nicht schlafen, ich war so genervt, und wenn dann das Kind noch geweint hat. Da habe ich gesagt, ich lasse es lieber, es gibt jetzt so viele Produkte für Milch, das ist ganz normal. P9

4.4.4 Abpumpen von Muttermilch

Frauen aus ehemaligen SU-Staaten

Einige Frauen pumpten ihre Milch ab. In den meisten Fällen taten sie dies, weil sie einen längeren Zeitraum von ihrem Kind getrennt waren. Einzelne Frauen froren auch etwas Milch ein, um einen Vorrat zu haben. Einige pumpten bei beginnender Mastitis, um ihre Brüste zu entlasten. Zwei Kinder konnten wegen medizinischer Komplikationen zuerst nur abgepumpte Milch trinken, wobei eines auch später nicht an der Brust saugte und mit abgepumpter Milch ernährt wurde, fünf Monat ausschließlich und insgesamt ein Jahr. Ein zweites Kind wurde „faul“

und trank nach drei Monaten nur noch manchmal selbst an der Brust, seine Mutter pumpte bis zum sechsten Monat.

Alle Frauen fanden das Pumpen anfangs schwierig und es blieb, auch nach Gewöhnung, mühsam. Besonders der Zeitaufwand war für die Mütter anstrengend, da zum Abpumpen auch noch das Füttern und Flaschen waschen kamen. Bei wenigen klappte das Pumpen nicht, und einige Kinder wollten die Flasche nicht annehmen.

Unterschiedliche Meinungen hatten die Frauen zu den verschiedenen Arten von Pumpen, meist wurden die Handpumpen als anstrengend und wenig effektiv empfunden. Auf der anderen Seite empfanden manche Frauen sie als schonender, weil der Druck leichter zu dosieren ist.

Probleme entstanden dadurch, dass die Frauen sich mit dem Pumpen nicht gut auskannten. Eine bemängelte, dass sie nirgendwo gezeigt bekommen hätte, dass man die Milch auch ohne Pumpe austreichen kann. Von einer elektrischen Pumpe bekam eine Mutter Blasen an den Brustwarzen, weil der Sog zu stark eingestellt war.

Die Mütter erzählten, dass Milchpumpen in Russland nicht verbreitet seien, obwohl viele Mütter stillen. Deutsche Frauen dagegen versuchten mit vielen Mitteln, erfolgreich zu stillen und pumpen gehöre dazu.

Eine Mutter erzählte aus ihrer Familie, dass in der Sowjetunion die Mütter im Krankenhaus hätten abpumpen müssen, damit der Milchstand gemessen werden konnte.

- [...] es hat mich schon sehr früh genervt, das ganze Procedere. Ich habe versucht [mein Kind] so von der Brust zu stillen, das ging nicht, dann musste ich abpumpen, das hat einfach Stunden gedauert. Dann windeln, kurz was essen und nach einer halben Stunde geht es von vorne wieder los. Ich war ziemlich fertig. [...] Mit vier Monaten habe ich dann die manuelle Brustpumpe für mich entdeckt, und ab da war es viel entspannter für uns alle. Ich habe dann immer so viel wie nötig, auch auf Vorrat abgepumpt, ich konnte die Muttermilch dann auch jemand anderem mitgeben und [mein Kind] für ein paar Stunden an jemand anderen geben. Das war dann sehr viel entspannter. R1
- [...] wir [hatten] auch schon einen Babysitter [...]. Damals war das eine große Sorge von mir, ich dachte, ich würde abpumpen, aber [mein Kind] hat keine Flasche genommen. Ich habe mir Sorgen gemacht, dass sie verhungert, [...]. Im Nachhinein ist das niedlich, dass man sich so Sorgen gemacht hat. R2

Frauen aus Polen

Zwei Kinder tranken nicht an der Brust, weshalb ihre Mütter die Milch abpumpten und fütterten; für eine der Mütter war das jedoch zu anstrengend, so dass sie es aufgab. Eine weitere Mutter

fütterte ihr zweites Kind mit abgepumpter Milch, da das Stillen des ersten Kindes ihr große Schmerzen bereitet hatte. Die zwei Kinder, die mit abgepumpter Milch gefüttert wurden, bekamen jeweils acht Monate Muttermilch. Ihre Mütter fanden, dass man sich an das Pumpen gewöhnen muss, es dann aber gut und schmerzfrei funktionierte.

Für eine Mutter war der Grund manchmal abzupumpen, dass sie nicht in der Öffentlichkeit stillen wollte, dies jedoch nicht in allen Situationen (z.B. Kinderarztbesuche) verhindern konnte.

Um nach einer Mastitis abzustillen riet der Arzt einer Mutter, abzupumpen. Ihr fehlte jedoch die Information, was sie mit der Milch machen sollte, so dass sie im Endeffekt stillte und die zusätzlich gepumpte Milch verwarf; wodurch die Milchbildung noch zusätzlich angeregt wurde.

Eine Mutter pumpte die Milch ab und hinterließ zu Hause Vorräte, weil sie für ihre Arbeit jeweils zwei bis drei Tage nicht zu Hause war. Während ihrer Arbeit bekam sie viel Verständnis dafür, dass sie Zeit zum Abpumpen sowie Zugang zu einem Kühlschrank benötigte.

In Polen sei das Abpumpen nicht sehr populär, deshalb sei es für die Frauen kompliziert, wenn sie wieder zur Arbeit gingen. Meistens stillten sie dann ab.

- Auch bei der Arbeit, wo ich ja Seminare geleitet habe, gab es sehr viel Verständnis dafür, dass ich Pausen zum Abpumpen brauchte. Und Zugang zum Kühlschrank und so. P2
- ...für [mein Kind] habe ich abgepumpt und die Milch mit der Flasche gegeben. Sie wollte nicht an der Brust trinken, und nach zwei Monaten habe ich aufgehört, das zu probieren, und habe für sie die Milch abgepumpt. [...] Das Pumpen ist unangenehm, und man muss immer noch alles abwaschen und so. P
- Ich habe ja davor noch die Milch abgepumpt, weil mir mein Frauenarzt gesagt hatte, Sie müssen die Milch abpumpen. Aber er hatte mich nicht aufgeklärt: ich habe [mein Kind] gestillt, dann die Milch abgepumpt und ihm diese Milch aber nicht gegeben, sondern weggetan. Da wurde es immer mehr und immer mehr. Also Stillen ist so eine Kunst. Da muss man wissen, wie. Und auch beim Abpumpen. Er sagte mir halt, pumpen Sie ab, und nichts weiter dazu. Das ist ja nicht selbstverständlich. P5

4.4.5 Hebammeninterviews: Unannehmlichkeiten beim Stillen und der Umgang mit ihnen

Die Hebammen berichten, dass die Frauen, die aus Polen oder einem ehemaligen SU-Staat stammen, sich bewusst darüber seien, dass es Unannehmlichkeiten mit sich bringe, kleine Kinder zu haben. Eine Hebamme führt es darauf zurück, dass die Frauen im Bekannten- und Verwandtenkreis eher schon das Leben mit kleinen Kindern kennen gelernt hätten. Auch beim

Stillen und besonders beim Stillbeginn würden eventuelle Schmerzen, Schlafmangel u.a. als normal empfunden und als etwas, das vorbeigehe und was man schon durchstehen werde. Es gebe eine höhere Toleranz, was man aushalten möchte oder könne im Vergleich zu Frauen mit türkischem Migrationshintergrund. Eine Hebamme beschreibt, dass die Frauen aus Polen gerne ihre neue Rolle als Mutter einnahmen, auch wenn sie Beschwerlichkeiten mit sich bringe. Die Hebammen berichten, dass sich dadurch Probleme, die sich zu Stillbeginn häufiger ergeben, gut in den Griff bekommen ließen. Der Stillterfolg sei davon nicht gefährdet. Die Frauen seien in der ersten Zeit sehr motiviert, zu stillen und überstünden meist auch erfolgreich etwaige Anfangsschwierigkeiten.

4.5 Stillen in Gegenwart anderer Menschen

Für die Frauen war wichtig, wie Stillen von anwesenden Personen bewertet wird, denn bei Aufmerksamkeit oder Ablehnung für das Stillen zogen sich die Mütter zurück. Dies bedeutete, zu jeder Stillmahlzeit eine geeignete Umgebung finden zu müssen.

Die Frauen empfanden ihre Brust beim Stillen nicht als sexuelles Objekt, deshalb war Stillen in der Öffentlichkeit oder im Beisein von Bekannten von ihrer Seite aus eigentlich unproblematisch. Unbehagen bereitete ihnen aber der Umstand, wenn anwesende Bekannte nicht zu wissen schienen, wo sie hinschauen sollten oder fremde Männer gafften. Deshalb deckten sich einige Frauen mit einem Tuch ab oder vermieden solche Situationen. So pumpte eine polnischstämmige Mutter Milch ab und fütterte sie aus der Flasche, falls abzusehen war, dass sie nicht in einem geschützten Rahmen würde stillen können. Sie empfand es nicht nur für sich, sondern auch als grundsätzlich unpassend, wenn eine Frau in der Öffentlichkeit stillt.

In den ersten Wochen stillten die meisten Frauen ungern im Beisein von männlichen Familienmitgliedern und Bekannten, weil sie sich noch ungeschickt fühlten. Bei kleinen Wohnungen oder auf der Wochenbettstation war dies nicht immer zu vermeiden und verunsicherte die Frauen. Die Brust ohne sexuellen Grund zu entblößen war für viele Frauen ungewohnt; ein wenig überrascht waren die Frauen davon, dass ihnen dies auch im Beisein ihrer Partner so ging.

Etwa die Hälfte der russischsprachigen und der größere Teil der polnischsprachigen Frauen stillten in Deutschland auch in der Öffentlichkeit, in Parks oder im Café; Stillen im Öffentlichen Nahverkehr wurde dagegen als unpassend empfunden. Einige verdeckten Kind und Brust mit

einem Tuch, aber weniger aus eigener Scham als aus dem Wunsch heraus, niemanden zu stören. Den Frauen, die in der Öffentlichkeit stillten, war diese Möglichkeit wichtig, weil sie sich so selbstverständlich in der Stadt bewegen und Kontakte pflegen konnten; außerdem fühlten sie sich dabei als Mutter von der Gesellschaft angenommen. Einige Mütter erzählten von positiven Begegnungen, wenn sie in der Öffentlichkeit gestillt hatten. Sie wurden von Fremden bestärkt, die es gut fanden, dass sie ihre Kinder stillten oder bekamen Sitzmöglichkeiten, ruhige Räume im Café oder etwas zu trinken angeboten. Dies bestärkte die Mütter in ihrem Stillwunsch.

Die anderen Frauen stillten nur zu Hause oder in nicht-öffentlichen Räumen. Die Anwesenheit von weiblichen Bekannten oder Verwandten wurden fast nie als unangenehm empfunden. Männliche Bekannte und Verwandte, zum Beispiel der eigene Vater, waren unangenehm und für manche nicht tolerierbar. Sie richteten die Planung des Tagesablaufs genauer nach den erwarteten Stillmahlzeiten aus. Dies erlebten manche dieser Frauen nach einigen Monaten als unangenehme Einschränkung, keine überlegte deshalb abzustillen; wie oben beschrieben stillten die, denen es wichtig war, auch in öffentlichen Situationen.

Keine der russischsprachigen Frauen hat oder hätte in ihrem Herkunftsland in der Öffentlichkeit gestillt; das empfanden die Mütter, die es aus Deutschland gewohnt waren, als störende Einschränkung. Bei Aufenthalten in Polen stillten einige Mütter auch in der Öffentlichkeit; sie waren dabei aber befangener als in Deutschland und deckten sich ab; die Brust würde dort stärker als sexuelles Objekt betrachtet. Eine Mutter hingegen war angenehm überrascht, dass es unter jungen Menschen doch unproblematisch war.

Frauen aus ehemaligen SU-Staaten

Die meisten Kinder wurden in den ersten Lebensmonaten voll gestillt, so dass die Mütter zu jeder Mahlzeit selbst bei ihrem Kind sein bzw. abpumpen mussten. Das empfanden einige Mütter als neue Einschränkung, denn sie konnten jeweils nur zwei bis drei Stunden ohne ihr Kind verbringen. Sie planten ihren Tagesablauf nach den Stillmahlzeiten des Kindes.

Eine Mutter betonte, dass es für sie persönlich besonders wichtig war, dass ihr Partner sie unterstützte und es akzeptierte, dass sich der Tagesablauf nach den Stillmahlzeiten richtet.

Etwa die Hälfte der Frauen hat in Deutschland in der Öffentlichkeit gestillt. Einige dieser Frauen suchten sich eher eine ruhige Ecke und deckten sich mit einem Tuch ab, dies aber eher aus dem Gefühl heraus, andere nicht stören zu wollen, als dass es ihnen selbst unangenehm war. Der genaue Ort machte jedoch einen Unterschied, so vermieden es alle, in öffentlichen

Verkehrsmitteln zu stillen, Cafés fanden manche unangenehm und Parks waren am passendsten. Seltsam fühlten sie sich meist mit männlichen Bekannten, mit weiblichen Unbekannten war es wiederum unkompliziert. Einige Mütter mochten nur zu Hause oder alleine in einem Raum stillen. Eine Mutter stillte immer im Liegen, und dafür musste sie sich wohlfühlen. Eine andere pumpte Milch ab, wenn sie einmal weggehen wollten und fütterte diese dann selbst aus der Flasche.

Keine der Frauen hätte in ihrem Herkunftsland in der Öffentlichkeit gestillt, nur zu Hause oder in besonderen Stillräumen. Die Anwesenheit weiblicher Familienangehöriger störte sie meist nicht, jedoch z.B. der eigene Vater.

- [Ich habe] schon [in der Öffentlichkeit gestillt.] Ich habe mich dann immer mit einem Tuch zugedeckt. Mir war das dann irgendwann schon ziemlich egal. Ich habe mich nur zugedeckt, weil ich dachte, dass es für die anderen unangenehm sein könnte. R12
- Ich habe überhaupt kein Problem damit gehabt. Also, in der Ukraine schon, aber hier überhaupt nicht. Vielleicht in der U-Bahn nicht, aber sonst an allen öffentlichen Plätzen habe ich sie gestillt. R2
- [...] ich war spazieren, hier am Kanal, da habe ich einfach draußen gestillt. Mir war das relativ egal, das Kind muss essen. Aber z.B., Gott-sei-Dank, da war eine Mutter in der U-Bahn und ihr Kind hat Hunger gehabt. So etwas ist mir nicht passiert, aber ich war auch keine großen Strecken unterwegs. R10
- [Ich habe] in einen eigenen Raum [gestillt]. Allein, das ist ruhig, wir werden nicht gesehen, nichts gefragt, wir sitzen da alleine. [...] bei mir war das alle drei Stunden. R3
- Was für mich wichtig war– also vielleicht noch mal betonen, dass die Unterstützung vom Partner sehr wichtig ist. Für mich persönlich war es sehr hilfreich. [...] Weniger wegen dem Kind, mehr wegen mir, als Frau. Dass der Partner das mitmacht, z.B., dass der Tagesablauf dadurch bestimmt wird. Das ist gut, wenn der Mann das nachvollziehen kann, mitmacht und versteht. R2
- Also man muss schon planen, ich habe sie gestillt, jetzt habe ich drei Stunden, früher zwei Stunden, und dann muss man planen, in dieser Zeit kann ich etwas machen und dann muss ich wieder stillen. [...] Deswegen ist es wirklich so, dass man sich gebunden fühlt, man hat die frühere Freiheit nicht mehr. R6

Frauen aus Polen

Die Mütter empfanden es als unterschiedlich einschränkend, dass sie die ersten Monate alle paar Stunden stillen mussten. Der problematische Aspekt dabei war für die meisten Mütter, dass sie einen passenden Ort zum Stillen brauchten, einigen war es außerhalb der engsten Familie unangenehm, im Beisein anderer zu stillen. Andere waren aus Deutschland das Stillen in der

Öffentlichkeit gewohnt und empfanden Druck, es in Polen nicht zu tun, da es dort unüblicher sei. Aus diesem Grund waren Aufenthalte in Polen für diese Mütter stressig.

Über zwei Drittel der Frauen stillte in Deutschland auch in der Öffentlichkeit. Einige deckten sich mit einem Tuch ab, um andere nicht zu stören oder wenn Männer aufmerksam gafften. Die meisten Frauen erzählten, dass sie ihre Brust beim Stillen nicht als sexuelles Objekt empfanden. Einige Frauen vermieden es, in der Öffentlichkeit oder mit männlichen Bekannten im Raum zu stillen. Unbehagen bereitet dabei neben der eigenen Scham die Unsicherheit der anderen anwesenden Personen, die nicht wussten, wo sie hinschauen sollten. Eine Frau pumpte vorher Milch ab, wenn sie zum Arzt ging, um dort die Flasche geben zu können. Ihr war es nicht nur persönlich unangenehm, sondern sie meinte, es würde ihr grundsätzlich nicht gefallen, wenn eine Mutter sich hier zwischen den anderen auszöge, um zu stillen.

In Polen stillten die Frauen nicht so unbefangen in der Öffentlichkeit. Wer dort stillte, deckte ein Tuch darüber. Die Brust würde viel stärker als sexuelles Objekt angesehen und die Frauen meinten, man müsste sich sehr verstecken. Eine Mutter war andererseits positiv überrascht, dass das Stillen in der Öffentlichkeit unter jungen Leuten kein Problem war. Eine Frau erzählte von Bekannten in Polen, die u.a. abgestillt hätten, weil es ihnen unangenehm war, draußen zu stillen.

- Das ist interessant, wie unterschiedlich das hier und in Polen ist. Für mich war die Brust nach zehnmal stillen am Tag kein sexuelles Objekt mehr, ich konnte sie allen zeigen, allen Freunden meines Mannes, in der U-Bahn. Als wir in Polen zu Besuch waren, merkte ich, man macht das nicht. Man muss total die Brust verstecken, die Nacktheit, für die Gesellschaft in Polen ist das einfach ein sexuelles Objekt. Da war ich schockiert. Ich war das so gewöhnt, und dort musste ich mir immer einen Ort suchen, und weil ich alle zwei Stunden gestillt habe, war das schwierig. P2
- [...] ich finde, dass [Stillen] etwas sehr Intimes ist. Und ich habe immer noch Schwierigkeiten, also mit weiblichen Bekannten oder Unbekannten habe ich weniger Probleme, aber wenn bekannte Männer dabei sind, finde ich das schon zu intim. Ich würde mich dann zurückziehen. So weit bin ich noch nicht, dass ich überall stillen würde, im Café und so. Und ich bin auch noch nicht so geschickt, dass ich das alles so machen würde, dass keiner merkt, was passiert. Vielleicht liegt es auch daran, dass Winter ist und man mehrere Schichten anhat. Es gibt zwar Still-BHs und Stillhemden, und trotzdem sind das immer mehrere Schichten Stoff, die man erst mal öffnen muss. P4
- Ja, [ich habe in der Öffentlichkeit gestillt]. Wenn ich gesehen habe, dass es jemandem unangenehm war, Männer da waren, die entweder heiß drauf waren, die Brüste zu sehen, oder es unangenehm empfunden haben, habe ich ein das mit einem Mulltuch abgedeckt. P6

- Wir hatten am Anfang eine Ein-Zimmer-Wohnung, und wenn Besuch da war, dann musste ich [im Beisein anderer Leute stillen]. Aber dann ging ich in die Küche oder in der Ecke. Ich wollte nicht, dass alle Leute gucken, wie ich stille. Und als das Kind schon größer war, hat es bei jeder Störung sofort hingehört, den Kopf gedreht– ich wollte lieber alleine sein. [...] Es gab auch solche Leute, die wussten nicht was sie machen sollten, wenn ich stille. Nicht gucken oder doch. Ich habe gesagt, ich zeige dir nicht meine Brust, ich muss stillen und das Baby war hier und das Hemd da. Ich wollte, dass das für mich ok ist und für die anderen. [...] Wenn ich zum Arzt ging habe ich etwas Milch abgepumpt, und es dann mit der Flasche gefüttert. Da war so ein Wartesaal für alle, kein getrenntes für Mütter mit kleinen Kindern, das gefällt mir nicht, wenn da alle sitzen und eine sich auszieht und dort stillt. Deshalb habe ich die Flasche mitgenommen. P7
- Die ersten Monate hat es mich nicht gestört, so oft zu stillen, aber irgendwann schon. P1

4.6 Ende des Stillens

Kulturelle Unterschiede zeigten sich für vielen Mütter beim Thema Beikost, was und zu welchem Zeitpunkt eingeführt werden sollte. Im Rückblick bewerten die Mütter die Stillzeit und die damit verbundenen Herausforderungen unterschiedlich.

Beikost und Abstillen

Die Kinder wurden zwischen dem fünften und sechsten Lebensmonat das erste Mal zugefüttert, da es so vom Gesundheitssystem in Deutschland empfohlen wird. Sie bekamen Obst- und Gemüsebrei, manchmal selbst zubereitet, manchmal gekauft; parallel wurde weitergestillt. Einige Frauen erzählten, wie unterschiedlich die Empfehlungen der Familien aus den verschiedenen Ländern seien, und dass man als Migrantin seinen persönlichen Weg finden müsse. Mehrere Mütter meinten, das Zufüttern sei anfangs schwierig gewesen, weil die Kinder nicht essen wollten oder es nicht gut vertragen hätten; andere Kinder waren sehr interessiert am Essen.

Einige polnischstämmige Frauen hatten, als ihre Kinder zwischen zwei und vier Monate alt waren, die Vorstellung (von sich aus sowie aus ihrem Umfeld), ihr Kind müsse jetzt von seiner Mutter unabhängiger werden, und überlegten, auf Brei und Flaschenmilch umzusteigen. Keine dieser Mütter tat das dann tatsächlich; im Nachhinein waren sie über dieses Gefühl auch eher verwundert.

Einige russischsprachige und wenige polnischsprachige Frauen hatten von ihren Müttern den Rat erhalten, bereits im zweiten Lebensmonat Saft oder Tee zufüttern, so wurde es in der

Sowjetunion und früher in Polen empfohlen. Obwohl viele Mütter davon wussten, tat es keine, weil hiesige Quellen (Hebammen, Ärzte, Publikationen) davon abrieten.

Die meisten der polnischstämmigen Kinder wurden bald, nachdem sie Beikost aßen, auch gänzlich abgestillt. Meist geschah dies auf Wunsch der Mutter, in zwei Fällen stillten die Mütter so lange, wie die Kinder dies wollten. Die Kinder der russischsprachigen Mütter wurden meist über die geplante Dauer von einem Jahr gestillt.

Zufriedenheit mit der Stillzeit

Die Frauen, die nicht auf Grund von Problemen abgestillt hatten, genossen die Stillzeit, nachdem sich das Stillen eingespielt hatte. Stillen sei eine schöne, intime Sache zwischen ihnen und ihrem Kind. Die meisten Frauen waren mit der Stildauer zufrieden, wobei dies nicht von der absoluten Dauer abhing – entweder entsprach die Stillzeit auch der geplanten Dauer, oder die Kinder saugten von sich aus nicht mehr. Die Mütter hatten das Gefühl, dass sie ihrem Kind etwas Gutes getan hatten, indem sie es gestillt hatten.

Falls es Schwierigkeiten gegeben hatte, waren die Mütter im Rückblick zufrieden damit, sich um das Stillen bemüht zu haben und manche Schwierigkeiten gelöst zu haben. Eine polnischstämmige Mutter war froh über ihre Entscheidung abzustillen, da es auch für ihr Kind besser wäre, eine entspannte, schmerzfreie Mutter zu haben. Zwei russischsprachige Mütter, die wegen Problemen früh abgestillt hatten, bereuten dies, auch wenn sie in der Situation keinen anderen Ausweg gesehen hatten. Die Mütter aus beiden Gruppen, die trotz vieler Probleme und Überanstrengung weiter abgepumpte Muttermilch gefüttert hatten, waren zufrieden. Eine hätte sich aber eine freiere Wahl gewünscht, auch abzustillen – sie empfand die Stillempfehlungen als „Stillpropaganda“ verbunden mit hohem Druck.

Bis auf einen Fall beendete keine Mutter das Stillen, weil sie wieder arbeiten wollte oder musste. Sie waren gerne bereit, mindestens ein Jahr nicht zu arbeiten; nach dieser Zeit stillten sie die Kinder meist nur noch sehr selten. Einige berichteten jedoch von in Russland lebenden Freundinnen; dort zu leben und zu arbeiten sei sehr stressig. Diese Freundinnen seien nach wenigen Monaten wieder arbeiten gegangen und stillten nicht mehr, um den Job nicht zu verlieren.

Insgesamt war es den Müttern vor allem wichtig, sich nach allen Kräften für den gewünschten Stillterfolg und damit für ihre Kinder eingesetzt zu haben.

4.6.1 Beikost und Abstillen

Frauen aus ehemaligen SU-Staaten

Die meisten Kinder wurden bis zum sechsten Monat voll gestillt, einige bekamen schon kurz vorher die erste Beikost, weil sie interessiert waren oder es medizinisch indiziert war. Die Frauen, die schon vor diesem empfohlenen Zeitpunkt des Zufütterns abgestillt hatten, hatten dies auf Grund von Stillproblemen, eine wegen Stress getan. Sie waren zu Säuglingsmilchnahrung übergegangen.

Als Beikost bekamen die Kinder zuerst Gemüse- und Obstbrei und wurden weiterhin gestillt. Auf das Essen reagierten die Kinder sehr unterschiedlich, einige waren sehr interessiert und vertrugen es auch gut, andere wollten nicht oder hatten Probleme mit der Verdauung.

Informationen über das Zufüttern holten sich die Frauen aus der Familie, von Freunden und aus Büchern. Die Ratschläge z.B. der Großelterngeneration wurden nur teilweise übernommen. So gaben die Frauen keine Säfte und meist auch keinen Tee oder Wasser vor dem 5. oder 6. Monat, wie es in der Sowjetunion üblich war, weil sie aus heutigen Quellen (Bücher, Broschüren, Hebamme, Kinderarzt) erfahren hatten, dass sechsmonatiges ausschließliches Stillen empfohlen wird.

Die meisten Mütter kochten den Brei selbst oder gaben den Kindern das Familienessen ungewürzt und zerdrückt. Fertignahrung in Gläsern schmeckte einigen Müttern nicht, weswegen sie sie ablehnten, andere fütterten sie jedoch.

Bis zum Abstillen der Kinder, was meist zwischen dem 9 und 12 Monat geschah, bekamen die Kinder weiterhin auch Muttermilch, danach Milch aus der Flasche. Einige Mütter gaben nun Pulvermilch, andere Kuhmilch, wobei Angst vor Allergien bestand. Ein Kind reagierte mit allergischem Ausschlag, der Kinderarzt fragte nicht nach der Ernährung und die Mutter fragte sich erst nach einigen Wochen selbst, ob es an der Milch liegen könne. Sie wechselte dann zu Ziegenmilch, bis sich auch hier eine Unverträglichkeit ausgebildet hatte.

Wenn die Kinder bis zum 9. Monat gänzlich abgestillt wurden, war es meist der Wunsch der Mutter gewesen, nicht mehr zu stillen. Bei den Kindern, die später abgestillt wurden, gab es unterschiedliche Gründe– die Mutter nahm Medikamente, die Kinder wollten nicht mehr, bisßen in die Brustwarze oder das nächtliche Stillen ließ sich schwer reduzieren und die Mutter war dadurch sehr müde. Eine Mutter fühlte sich durch die Empfehlungen des Gesundheitssystems

und des sozialen Umfeldes darauf „gepol“t“, zwölf Monate zu stillen und hörte dann pünktlich auf.

- Beim Zufüttern habe ich Frauen im Freundeskreis, die schon Kinder haben, gefragt. [...] Also meine deutschen Freundinnen haben mir Möhren empfohlen, und Kartoffeln. Meine Eltern meinten, geriebenen Apfel, und auch Kartoffeln. Ich habe mit Kartoffeln angefangen, und die Tagesmutter hat für ihn auch immer gekocht, weil diese Gläschen auch mir nicht geschmeckt haben. Nur die Früchte-Gläschen. R12
- Ich habe gelesen, dass man bis sechs Monate gar nichts geben darf. Kein Wasser. Muttermilch ist ausreichend als trinken. Meine Mutter sagte: Wir haben früher immer Saft gegeben! – Das war von früher, mit zwei Monaten schon Saft geben. Ich habe das nicht gemacht. R10

Frauen aus Polen

Die überwiegende Anzahl der Kinder wurde fünf oder sechs Monate voll gestillt. Einige Kinder waren dann schon sehr interessiert am Essen, weswegen sie eher früher etwas bekamen, bei anderen gestaltete sich das Zufüttern schwierig, weil sie nicht wollten und Milch vorzogen, oder das Essen nicht vertrugen. Auf Grund von Stillproblemen wurden zwei Kinder nach sechs Wochen abgestillt und bekamen Pulvermilch, zudem wurde das zweite Kind einer dieser Mütter gar nicht gestillt.

Die Kinder bekamen zuerst Obst, Gemüsebrei oder Suppen ohne Salz, einige Eltern fingen mit Fertignahrung aus Gläschen an.

Das endgültige Abstillen hatte verschiedene Gründe. Die Mütter, die ihren Kindern abgepumpte Milch gefüttert hatten, hörten nach acht Monaten damit auf. Eine Mutter stillte ihre Kinder jeweils mit sechs Monaten ab, bei einem war der Grund ihr Studium, und dass die Nächte für sie ruhiger wurden; ein weiteres Kind biss in diesem Alter und wurde deshalb abgestillt. Eine andere Mutter stillte nach neun Monaten ab, weil sie für die Arbeit tageweise wegfahren musste. Ihr Kind bekam in dieser Zeit zwar abgepumpte Milch, aber es vermisste seine Mutter sehr, dies Problem wurde nach dem Abstillen kleiner. Drei Kinder wurden 11 bis 18 Monate gestillt, diese Kinder wollten dann selbst nicht mehr.

- Im siebten Monat habe ich angefangen mit Brei. Aber den ersten Monat waren das dann immer nur nach dem Stillen zwei-drei Löffel Obst oder so. Im achten Monat habe ich angefangen, die Mahlzeiten zu ersetzen, jede Woche eine Mahlzeit. [Mein Kind ist jetzt neun Monate alt] und ich stille seit ungefähr vier Wochen nur einmal am Abend. P1

- [Das erste Kind] habe ich sechs Monate gestillt, dann kriegte er Zähne und dann war Schluss, er hat gebissen. [Mein zweites Kind] habe ich eineinhalb Jahre gestillt. P7

4.6.2 Zufriedenheit mit der Stillzeit, -dauer

Frauen aus ehemaligen SU-Staaten

Die Stillzeit wurde von vielen Müttern als schöne Zeit empfunden. Sie fühlten beim Stillen eine besondere Verbindung mit ihrem Kind, sie konnten es ernähren und die Kinder waren ruhig und zufrieden während des Stillens. Dass es den Kindern wichtig war, merkten die Mütter auch daran, dass sich die Kinder immer noch an die Brust kuscheln zum Einschlafen und dass es bei einigen schwierig war, ihnen das nächtliche Stillen abzugewöhnen.

Auch mit der Stilldauer waren die meisten Mütter zufrieden. Einige hatten sich eine Zeit vorgenommen und diese auch durchgehalten, selbst wenn es problematisch war; bei einigen wollten die Kinder nicht mehr, dann hatten die Mütter das Gefühl, ihnen gegeben zu haben was sie wollten. Insgesamt war es allen wichtig, sich nach Kräften bemüht zu haben.

Zwei Mütter waren bei jeweils einem ihrer Kinder unglücklich über die Stilldauer. Ein Kind, das früh abgestillt worden war, wurde nach einem Jahr schwer krank, so dass sich die Mutter fragt, ob es am frühen Abstillen lag. Beim einem anderen Mutter-Kind-Paar löste sich durch das Abstillen das Problem, dass das Kind viel spuckte, nicht, so dass die Mutter es im Nachhinein bereut, nicht weitergestillt zu haben. Eine Mutter ist damit zufrieden, dass ihr Kind ein Jahr lang Muttermilch bekam, für sie selbst war es jedoch, neben ihrem ersten Jahr in Deutschland, die stressigste und schwierigste Zeit ihres Lebens.

- [Mein Kind] ist Mitte Mai geboren, und ich habe Ende Juli abgestillt. Also über ein Jahr. Kurz bevor sie ein Jahr wurde, wurde es mir langsam lästig mit dem Stillen, man ist dann daran gebunden. Sie wollte nachts immer gestillt werden, ist sehr oft aufgewacht, ich habe sie immer wieder angelegt und war dann sehr übermüdet, ich konnte nicht durchschlafen. [...] Ich würde es wieder so machen. Und eigentlich habe ich ein gutes Gewissen, ein Jahr gestillt, sogar etwas drüber. Ich habe mir gesagt, ich habe mein Bestes gegeben. R2
- [Wegen der Brustentzündung und der Schmerzen] musste ich aufhören [zu stillen], mit Tabletten. Was ich im Nachhinein bereue, weil die Stellen immer noch hart sind. Jetzt habe ich keine Schmerzen, aber ich konnte mein Kind nicht weiter stillen. Aber [mein Kind] wurde dann krank, als er fast ein Jahr war, und die Ärzte konnten nicht feststellen, warum. Ob das was [mit dem frühen Abstillen] zu tun hat, kann ich nicht wissen, aber als Mutter macht man sich schon Gedanken. Und ich hätte ja auch gerne [länger gestillt]. R5

- Als ich sie abstillen musste, war das so, als ob etwas gestorben ist. Ich konnte auch schwer abstillen, weil ich eigentlich stillen wollte, aber vom Verstand gesagt habe, nein. Das waren unterschiedliche Informationen. R11

Frauen aus Polen

Die Frauen, die nicht auf Grund von Problemen abgestillt hatten, genossen die Stillzeit, wenn auch teilweise erst nach anfänglichen Schwierigkeiten. Das Stillen sei eine schöne, intime Sache zwischen ihnen und ihrem Kind. Eine Mutter berichtete davon, dass sie Ehrgeiz entwickelte, erfolgreich zu stillen und, je mehr sie investierte, desto wichtiger wurde es ihr. Nun ist sie zufrieden, die Schwierigkeiten überwunden zu haben.

Mit der Stilldauer waren die meisten Frauen zufrieden, wobei die Zufriedenheit nicht von der absoluten Länge der Stilldauer abhing. Die Frauen, die abgepumpte Milch gefüttert hatten, beendeten dies mit acht Monaten. Das Pumpen war anstrengend für sie gewesen, sie waren zufrieden, es so lange für die Kinder gemacht zu haben. Eine betonte, sie fände, dass ihr Kind sehr lange Muttermilch bekommen hätte. Zwei jüngere Geschwisterkinder wurden deutlich länger gestillt als die Älteren, was für die Mütter ein Grund war, warum sie mit ihrem Stillen insgesamt zufrieden sind. Eine Mutter meinte, sie habe ihr zweites Kind 18 Monate gestillt, weil es wahrscheinlich ihr letztes sein würde. Sie sagte sich immer, ihr Kind würde das noch brauchen. Sie hätte dabei aber übersehen, dass sie selbst sich nicht vom Stillen verabschieden wollte. Eine Mutter hatte sich nach einigen Monaten überlegt abzustillen, weil es bequemer sei, sich dann jedoch entschieden, dass ihr Kind glücklicher aufwachsen solle als sie selbst und war bereit, es so lange zu stillen, wie es wollte. Mit elf Monaten verlangte ihr Kind nicht mehr nach der Brust, nun ist die Mutter sehr zufrieden, das Bedürfnis ihres Kindes gestillt zu haben.

Eine Mutter, die wegen ihrer Arbeit häufiger mehrere Tage wegfahren musste, stillte nach neun Monaten ab, weil ihr Kind sie auch wegen dem Stillen sehr vermisste. Sie hat deshalb ein schlechtes Gewissen und verkürzte ihre Arbeit auf eine halbe Stelle, um mehr bei ihrem Kind sein zu können.

Eine Mutter, die wegen Stillproblemen abgestillt hatte und ihr zweites Kind gar nicht stillte, ist zufrieden, weil dadurch sie und ihre Kinder nicht dem Stress ausgesetzt waren, den das Stillen für sie bedeutete. Es wäre auch normal, Pulvermilch zu geben.

- Man braucht Zeit um zu sich selbst zu finden, dass man seine eigene Meinung hat. Es ist ok, [wie] ich mein Kind jetzt stille, oder ich füttere jetzt zu, weil mein Kind das will und das ist in Ordnung. P2

- Wie gesagt, ich bin froh, dass es beim älteren [Kind] sechs Wochen geklappt hat. Und beim jüngeren habe ich acht Monate durchgehalten. Das ist sehr lange. Und ich habe sogar noch dem älteren was geben können. Also ich bin zufrieden mit dem Ergebnis. P5
- Ich wollte, dass sie ein glücklicherer Mensch wird, als ich es gewesen war. Egal was die Gesellschaft dazu sagt, sie soll so lange trinken, wie sie will. Und dann war ich auch bereit, bis zum vierten Lebensjahr zu stillen. Meine Bereitschaft war da. Sie hat sich dann selbst im elften Monat abgestillt. P6
- Deshalb habe ich mich bei meinem [zweiten Kind] entschieden, dass ich nicht stillen werde. Weil ich so starke Schmerzen hatte, ich konnte gar nicht schlafen, ich war so genervt, und wenn dann das Kind noch geweint hat. Da habe ich gesagt, ich lasse es lieber, es gibt jetzt so viele Produkte für Milch, das ist ganz normal. P9

4.7 Als Migrantin im deutschen Gesundheitssystem

Die Frauen sehen das deutsche Gesundheitssystem überwiegend sehr positiv, im Vergleich zu ihren Herkunftsländern fühlen sie sich individueller wahrgenommen sowie stärker unterstützt und beraten. Gleichzeitig bedeutet jeder Kontakt mit Angehörigen des deutschen Gesundheitssystems, die nicht den gleichen kulturellen Hintergrund haben, eine Auseinandersetzung mit eigenen Erklärungsmustern für gesundheitliche Probleme sowie eigenen Verhaltensweisen, die auch durch den Migrationshintergrund mitgeprägt sind. Dies war für einige Frauen eine besondere Herausforderung, besonders in einer Situation, in der sie Rat und Hilfe benötigen.

Als sehr wichtig für einen guten Zugang zum Gesundheitssystem werden deutsche Sprachkenntnisse genannt. Die von mir interviewten Frauen sprachen alle Deutsch, kannten aber Geschichten von anderen Frauen, die wenig Deutsch sprachen. Dies führte dazu, dass diese Frauen scheu waren und Angebote des Gesundheitssystems (z.B. Geburtsvorbereitungskurse) nicht wahrnahmen. Aber das Gesundheitspersonal scheute den Kontakt, die fehlenden Sprachkenntnisse wurden als eine starke Kontaktbremse erlebt. Einige Frauen berichteten aus der Zeit, als sie noch schlechter Deutsch sprachen, von ihrer eigenen Scheu, Angebote anzunehmen. So wollten sie z.B. keine Nachsorgehebamme, die ihre Muttersprache nicht spricht. Sie sagten, sie wollten niemand „Fremdes“ in der Situation des Wochenbettes im Haus haben. Viele Frauen haben das Gefühl, ihre Sprachkenntnisse seien zu unzureichend, um mit Personen des Gesundheitssystems adäquat zu kommunizieren. Dies hängt nicht nur von den objektiven Sprachkenntnissen ab, sondern auch davon, wie stark Dissonanzen sowohl von den Frauen und

als auch von Angestellten des Gesundheitssystems mit dem Migrationshintergrund erklärt werden, dieser also als ein grundlegendes Problem empfunden wird.

Auch viele der befragten Frauen, die gut Deutsch sprachen, hatten nach einer Nachsorgehebamme gesucht, welche ihre Muttersprache spricht. Den Wunsch nach einer muttersprachlichen Hebamme begründeten die Frauen mit der Erwartung, dann weniger Worte machen zu müssen, weil der bekannte kulturelle Hintergrund schon viele Einstellungen automatisch transportieren würde. Diese Meinung teilen auch die befragten Hebammen; der kulturelle Hintergrund würde ihnen helfen, passend auf bestimmte Vorstellungen der Kindespflege sowie auf Familienstrukturen einzugehen. Für Frauen, die wenig Deutsch sprechen, wären muttersprachliche Hebammen sehr wichtig. Eine der Hebammen meinte jedoch, sie und ihre Kolleginnen würden sich um jede Frau bemühen, da wäre die Sprache nicht so wichtig.

Den beiden hier untersuchten Migrantinnengruppen scheinen in Bezug auf die beginnende Mutterschaft wenig und überwiegend positive Vorurteile von Seiten der Hebammen und Ärzte entgegengebracht werden. Die Hebammen empfinden den bekannten kulturellen Hintergrund als hilfreich und viele Mütter wünschten sich muttersprachliche Nachsorge. War dies nicht möglich (z.B. im Krankenhaus), fühlten sich die Mütter im Krankenhaus nicht (negativen) Vorurteilen in Bezug auf ihre besondere Herkunft ausgesetzt, trotz des Zeitdrucks, dem die behandelnden Hebammen und Pflegekräfte ausgesetzt sind.

Neben der Scheu vor nicht-muttersprachlicher Nachsorge ist eine weitere Hürde für die Nachsorgehebamme die durch das Herkunftsland geprägte Vorstellung von Hebammenaufgaben. So gibt es in Polen „Gebietshebammen“, denen alle Geburten gemeldet werden und die jedem Neugeborenen einen Besuch abstatten. Dies wird von den Müttern nicht als Hilfsangebot verstanden, sondern als Kontrolle, ob alles sauber und ordentlich sei – und eine solche Kontrolle hole man sich nicht freiwillig ins Haus.

In den meisten Fällen erlebten die Frauen die Hebammen als sympathisch und kompetent und bewerteten es positiv, solch eine Nachsorge gehabt zu haben. Zur besonderen Rolle der Hebammen in Bezug auf den Umgang mit Stillschwierigkeiten siehe Kapitel 4.4.

„Schwierigkeiten mit dem Stillen“.

Die befragten Hebammen erzählen von Frauen aus den ehemaligen SU-Staaten und Polen, dass diese den Rat der Hebammen niedriger schätzten als deutsche Frauen. Ärzte und deren Meinungen würden dagegen sehr respektiert. Diese Einstellung zeigte sich auch in den Interviews mit den Müttern; besonders für die Mütter mit geringen Sprachkenntnissen waren die Ärzte wichtig. Alle befragten Mütter gingen zu den Vorsorgeuntersuchungen beim Gynäkologen; manche hatten auch Vorsorgetermine bei ihren Hebammen. Die Untersuchungen wahrzunehmen war für alle wichtig und selbstverständlich.

4.7.1 Betreuung durch Hebammen

Frauen aus ehemaligen SU-Staat

Alle Frauen hatten eine Nachsorgehebamme. Zwei Drittel der Frauen berichteten positiv über die Nachsorge. Die Hebammen wurden als sympathisch und fachlich kompetent beschrieben, sie hätten viele praktische Tipps gegeben, viel geholfen und erklärt. Positiv empfanden auch einige, dass ihre Hebamme ihnen vermittelt hatte, dass alles gut verläuft und sie bestärkte, die neuen Herausforderungen meistern zu können. Einigen Frauen war auch wichtig, dass die Hebamme den Überblick über den Zustand des Kindes hat und der Mutter sagen würde, wenn sie etwas anders machen sollte; das gab ihnen Sicherheit.

Eine Frau betonte, dass es für sie eigentlich dazugehört, dass eine Hebamme selbst auch Kinder hat. Letztlich hatte ihre Hebamme jedoch keine Kinder, die Betreuung verlief dennoch sehr positiv.

In wenigen Fällen wurde die Nachsorge von den Müttern negativ beurteilt. In zwei Fällen war sie der Mutter nicht hilfreich. Eine Mutter beschrieb ihre Hebamme als gemütlich. Alles, was die Hebamme sagte, machte auf die Mutter einen zu idyllischen Eindruck. Bei Problemen aber sei die Hebamme keine Hilfe gewesen. Die Hebamme einer anderen Mutter fuhr vier Tage nach der Geburt weg, die Mutter bekam zu der Zeit im Milcheinschuss eine Mastitis, sie meinte, sie hätte mehr Hilfe gebraucht. Zwei andere Mütter suchten sich wenige Tage nach der Geburt eine andere Hebamme. Bei akuten Problemen und so spontan jemanden zu finden erwies sich als schwierig.

Bei Fragen und Unsicherheiten konnten die meisten Frauen ihre Hebamme telefonisch erreichen. Selbst wenn sie dies kein Mal nutzen, gab diese Möglichkeit ihnen Sicherheit.

Alle Hebammen waren dem Stillen gegenüber positiv eingestellt und unterstützten es.

Wenn sie Probleme beim Stillen hatten, wandten sich die Frauen an ihre Nachsorgehebammen. In der überwiegenden Anzahl der Fälle wurde der Rat der Hebammen als hilfreich empfunden.

Eine Mutter mit vielen Problemen hatte jedoch eine Hebamme, die ihr vermittelte, man müsse durch alle Stillprobleme gehen, es gäbe keinen alternativen Weg. Diese Mutter meinte, ihre Hebamme hätte die schwierige Situation nicht wahrgenommen und immer nur geraten, sich zu entspannen. Die Mutter findet diese Hebamme im Nachhinein als sehr dogmatisch und hätte sich bei all den Problemen mehr Auseinandersetzung mit dem Stillen aus der Brust gewünscht.

Die Hebammen, die die Geburten der Frauen begleiteten, waren nur in zwei Fällen die gleichen, die die Nachsorge übernahmen. Die Erfahrungen während der Geburt waren unterschiedlich, einige Frauen berichteten sehr positiv von den Hebammen und der praktischen Hilfe während der Geburt, die viel wichtiger war als die Theorie aus dem Geburtsvorbereitungskurs. Ein paar Frauen erlebten die Hebammen während der Geburt als nicht besonders engagiert. Manchmal passten die Vorstellungen und Bedürfnisse der Frauen nicht mit denen der diensthabenden Hebammen zusammen. Eine Frau wollte unbedingt eine Wassergeburt, was die diensthabende Hebamme nicht wollte; eine andere Frau fühlte sich von der Hebamme falsch eingeschätzt, wie viel Kraft sie noch hat und welche Schmerzen. Bei ihrem zweiten Kind löste eine Frau die Geburt ihres Kindes zur Dienstzeit ihrer Nachsorgehebamme erfolgreich mit Rizinusöl aus.

Alle Mütter hatten vor der Geburt ihres ersten Kindes eine Hebamme für die Nachsorge gesucht. Einige Frauen meinten, dass sie sich erst nicht vorstellen konnten, wofür sie eine Nachsorgehebamme brauchen, nach dem ersten Gespräch sei das klarer gewesen. Eine Frau, die ihr erstes Kind sehr jung noch im Herkunftsland bekommen hatte und nun in Berlin ihr zweites, sah auf Grund ihrer Erfahrung, ihrer Mutter im Haus und einer problemlosen Neugeborenenperiode keinen längeren Bedarf als zwei Termine für eine Nachsorge.

Die Hälfte der Frauen hatte eine Nachsorgehebamme, die auch an ihrem Geburtsort, d.h. im Krankenhaus oder Geburtshaus, arbeitete. Meist bekamen die Frauen bei der Anmeldung zur Geburt eine Liste mit Nachsorgehebammen, es fiel ihnen jedoch schwer, einfach nur nach den Namen zu entscheiden, welche sie zuerst anrufen sollten.

In einem Drittel der Fälle arbeitete die Hebamme beim betreuenden Gynäkologen oder die Frauen hatten von ihm eine Liste bekommen.

Zwei Frauen suchten über Listen im Internet eine Nachsorgehebamme in Wohnortnähe.

Ein wichtiges Entscheidungskriterium für eine Hebamme war die Empfehlung durch Bekannte; dies war in etwa der Hälfte der Fälle das ausschlaggebende Kriterium. Weiterhin entschied es sich oft einfach darüber, ob die Hebammen Zeit für die Nachsorge hatten. Die meisten Frauen hatten die Nachsorgehebamme bereits vor der Geburt persönlich bei einem Erstgespräch, im Krankenhaus oder in der Arztpraxis kennengelernt. Ob die Frauen im Nachhinein zufrieden mit ihrer Entscheidung für eine bestimmte Hebamme waren, hing jedoch nicht von einem solchen Zusammentreffen ab, eine Frau wechselte drei Tage nach der Geburt die Hebamme, eine andere fühlte sich bis zum Ende schlecht betreut. In beiden Fällen war den Frauen auch schon beim ersten Treffen die Hebamme nicht sehr sympathisch, sie entschieden sich zu diesem Zeitpunkt jedoch nicht dagegen.

Nach einer russischsprachigen Hebamme hatte ein Viertel der Frauen gesucht, wobei diese Mütter keine weiteren Gemeinsamkeiten wie z.B. Männer mit Migrationshintergrund oder nicht so gute Sprachkenntnisse hatten. Die wenigen russischsprachigen Hebammen, die sie in Berlin fanden, arbeiteten jedoch nur in weit entfernten Stadtvierteln. Der Gynäkologe einer Frau meinte, man würde kaum eine finden, da eine ausländische Ausbildung in Deutschland nicht anerkannt würde.

- [Bei meiner Hebamme] wurden aber Probleme nicht in dem Maße thematisiert, wie ich es mir im Nachhinein gewünscht hätte. Es hieß, wann immer sie in Stresssituationen kommen, entspannen sie sich, atmen sie ein und aus, das war so die Grundeinstellung. [...] Ich hatte schon so ein Gefühl, es ist ein wenig zu idyllisch, was hier transportiert wird. Auch so ein Eindruck, dass sie bewusst vermeidet, über Ausnahmezustände zu sprechen, die auftreten könnten. R1
- Dann habe ich mit dieser Hebamme telefoniert, sie ist gekommen und hat alles gezeigt und geholfen. Man sieht, dass sie die Kinder sehr gern hat. Sie hat zum Beispiel mich manchmal auch getadelt, dass ich etwas anders machen muss, [...]. R6
- Ich hatte eine Hebamme, die mich und meinen Mann sehr geprägt hat. Sie war parallel mit mir schwanger, also drei Wochen früher, es war ihr drittes Kind. [...] Sie war so tapfer und so –locker ist falsch, aber so gelassen was die Pflege von Kindern angeht und das hat sich übertragen. [...] Sie war gut, man konnte sie erreichen. Ich habe das nie genutzt, aber ich wusste, dass man sie anrufen kann. R8
- Sie war immer ein bisschen in Eile, [...]. Aber bei mir ging es ja, es war alles ok, und deswegen gab es gar keine Probleme. Sie kam, ein bisschen wiegen, ein bisschen gucken, ein bisschen mich angucken. Sie war schnell. Aber sie war super. [...] Sie ist auch nicht so eine, die immer alles ausprobieren will, irgendwelche

Mittelchen und nehmen sie hier, und reiben sie da. Sie ist ganz normal, das ist eine natürliche Sache, du kriegst das hin, keine Panik. Sie hat auf mich ganz normal gewirkt, so dass ich nie dieses Gefühl bekommen habe, Aufregung, heute muss ich mich vorbereiten, morgen auch und übermorgen erst. Sie war sehr souverän und wusste, was sie macht. R9

- Mir hat sie jemand empfohlen. Es war schwierig, sich für eine Hebamme zu entscheiden, weil man nur eine Liste hat. Ich habe erst eine angefragt, und dann wurde mir diese empfohlen und dann habe ich mich umentschieden, ohne sie aber vorher persönlich kennen zu lernen, einfach auf die Empfehlung hin. R4
- Ich glaube, man kann keine russischsprachige [Hebamme] finden in Berlin. Ich habe meinen Frauenarzt gefragt, und er meinte, such nicht zu viel. Die Hebammenausbildung [aus Russland] wird hier nicht anerkannt, und eine neue Ausbildung zu machen lohnt sich gar nicht, als erwachsene Frau. Vielleicht irgendwelche Russinnen, die hier geboren wurden. Aber dass eine Hebamme aus Russland hier arbeitet, das nicht, [...]. R11

Frauen aus Polen

Die meisten Frauen beschrieben das Verhältnis zu ihrer Hebamme als positiv und waren mit der Nachsorge zufrieden. Es wurde häufig gesagt, dass die Hebammen viel geholfen hätten und die Mütter sich unterstützt, bestärkt und bei etwaigen Problemen begleitet fühlten. In zwei Fällen war das Verhältnis zur Nachsorgehebamme schwierig, hier war die Hebamme der Mutter jeweils nicht so sympathisch und zusätzlich gab es Schwierigkeiten in den ersten Lebenswochen des Kindes. In einem Fall schien die Hebamme keine Probleme wahrzunehmen; im zweiten Fall vertraute die Mutter ihrer Hebamme nicht, die sie als dominant beschreibt, und erzählte ihr daraufhin nicht von ihren Wochenbettdepressionen.

Die Hebammen waren Ansprechpartner bei Fragen und Problemen. Einige Frauen sammelten ihre Fragen und stellten sie, wenn die Hebamme zur Nachsorge kam. In den meisten Fällen konnten die Frauen die Hebammen bei Fragen auch telefonisch erreichen. Eine Mutter berichtete, ihre Hebamme hätte zu Anfang mit dem Kind vieles schneller gemacht als sie folgen und beobachten konnte. Nachdem sie das gesagt hatte, erklärte ihre Hebamme mehr und machte Handgriffe langsamer.

Alle Hebammen waren dem Stillen gegenüber positiv eingestellt, eine Mutter berichtete, ihrer Hebamme sei es wichtig gewesen, dass sie das Stillen probiere.

Bei Stillproblemen wandten sich die Frauen hauptsächlich an ihre Nachsorgehebamme. Diese halfen ihnen in den meisten Fällen mit Ratschlägen zum Verhalten, empfahlen Cremes und gaben homöopathische Kügelchen. Die Hebammen beruhigten und bestärkten die Frauen oft,

dass ihre Probleme und Unsicherheiten normal seien, meist vergehen und erst mal nichts Gefährlicheres drohe. Meist handelten die Frauen in Absprache mit ihrer Hebamme und fühlten sich begleitet. In einem Fall hatte eine Mutter das Gefühl, ihre Hebamme nähme ihre Probleme nicht wahr; in diesem Fall fällt sie ihre Entscheidung auf Grund großer Schmerzen abzustellen ohne ihre Hebamme.

Die Frauen berichteten von dem Unterschied in Deutschland und Polen, dass in Deutschland zum Helfen die Hebamme käme, in Polen würde diese Rolle von der eigenen Mutter übernommen.

Nur eine der Frauen berichtete von den Hebammen bei der Geburt. Sie hätte vorher große Geburtsangst gehabt, diese hätten die Hebammen ihr während der Vorsorge und bei der Geburt genommen.

Alle Frauen, die eine Nachsorgehebamme hatten, hatten sich diese vor der Geburt des Kindes gesucht. Beim ersten Kind hatte eine Frau keine Nachsorgehebamme, da sie keine Deutsche wollte und ihr nicht bewusst war, dass es auch polnischsprachige in Berlin gibt. Eine andere Mutter wollte beim zweiten Kind keine Nachsorge, da ihr nun alles bekannt sei.

Kontakt zu ihren Nachsorgehebammen bekamen die Frauen auf unterschiedliche Weise. Zwei Frauen, die im Geburtshaus entbinden wollten, hatten eine Hebamme von dort; eine Frau hatte den Kontakt über das Krankenhaus, in dem sie entbinden wollte. Die Hebamme einer Frau arbeitete bei ihrem Gynäkologen, in einem anderen Fall waren Mutter und Hebamme schon vor der Schwangerschaft befreundet. In zwei Fällen wurden die Hebammen von anderen Frauen empfohlen, einmal von einer Freundin und einmal von anderen Teilnehmerinnen des Geburtsvorbereitungskurses. Eine Frau lernte ihre Nachsorgehebamme im Geburtsvorbereitungskurs kennen, und eine suchte sich ihre über das Internet.

Alle Frauen kannten die sie betreuenden Hebammen schon vor der Geburt persönlich und waren teilweise auch zur Vorsorge bei ihnen. Das wichtigste Entscheidungskriterium war für die Frauen, dass ihnen die Hebamme sympathisch war. Wenn die Frauen sich erst später in der Schwangerschaft um eine Hebamme kümmerten, war ausschlaggebend, ob diese Zeit für die Nachsorge hatte. In einem Fall war es der Mutter wichtig, dass die Hebamme Akupunktur beherrscht, da sie befürchtete, eine postpartale Depression zu bekommen.

Drei Nachsorgehebammen sprachen Polnisch, in einem Fall war dies der Mutter sehr wichtig. Diese drei Mütter haben jeweils polnische Männer. Eine weitere Mutter hätte gerne eine polnischsprachige Hebamme gehabt, sie fand jedoch keine in ihrem Bezirk. Eine Mutter berichtete, bei der Geburt hätte ihr Mann übersetzen müssen, die Sprache sei sehr wichtig.

- [Mit den anderen Hebammen war ich sehr zufrieden, außer mit der einen] die leider meine Hebamme im Wochenbett war. Bei dieser Frau habe ich immer das Gefühl, etwas stimmt nicht. Die Chemie zwischen uns hat nicht gestimmt. P1
- Ja, aber ist nicht so wichtig [dass man sich sehr sympathisch ist], weil das ja nicht so oft ist, manchmal eine Stunde. Für mich war das nicht so wichtig. Es war schon praktisch, dass sie gekommen ist, sie hat uns Ratschläge gegeben. P3
- Manches hat sie mir zu schnell gemacht. Wenn das dein erstes Kind ist, ist alles so neu. Z.B. meinte sie: wir brauchen diese Klammer am Bauchnabel gar nicht, das heilt viel besser, wenn es ab ist. Dann hat sie es schnell abgemacht und ich dachte, was passiert jetzt, ich hatte keine Vorstellung. Ich hatte vorher kaum Kontakt zu kleinen Kindern, habe keine kleinen Geschwister. Und sie hat das alles so schnell gemacht, [das Kind] schnell eingepackt und ich habe noch nicht einmal gesehen, wie das jetzt aussieht. Das musste sich ein bisschen einspielen, dass ich mehr Fragen habe und dass sie alles erklären muss, was sie macht. P4
- Ja, nach dem zweiten Kind [kam eine Hebamme], das war auch eine polnische Hebamme. Ich wusste vorher nicht, dass es hier auch polnische Hebammen gibt, und eine deutsche wollte ich nicht so gerne. Ich wusste nicht, wie das wird. Beim zweiten wusste ich das dann besser, und mit der Hebamme war das auch sehr gut, sie hat mir viel geholfen. P7
- [Die Hebamme] ist dann danach zwei oder dreimal zu mir nach Hause gekommen. Beim zweiten Kind nicht, ich brauchte niemanden. Ich wollte das nicht, ich kenne das alles. P9

4.7.2 Betreuung durch Ärzte

Frauen aus ehemaligen SU-Staaten

Die Mütter erlebten überwiegend Situationen, in denen ihnen die Ärzte Stillen empfahlen. Sechs Monate solle man stillen, dass sei gut für das Kind. Bei Problemen, beruhigten die Kinderärzte die Mütter, das Kind nähme gut zu. In einem Fall, in dem das Kind häufig spuckte, sprach sich der Kinderarzt jedoch nicht gegen die Flasche aus. Obwohl er der Mutter keine Hoffnung auf einen Einfluss auf das Spucken machte, empfand es als Ermutigung, es mit der Flasche zu probieren und stillte ab. Eine Mutter wurde von ihrer Gynäkologin beruhigt, dass die Brustgröße

keinen Einfluss auf die Milchmenge habe bzw. es sei sogar umgekehrt, kleine Brüste produzierten mehr Milch.

Eine Mutter war bei der Hälfte ihrer Vorsorgetermine bei ihrer Hebamme, obwohl sie ärztliche Kontrolle als „wahrscheinlich wichtig“ bezeichnet; sie würde üblicherweise eine Vorsorge vom Arzt kennen, jedoch auch Bekannte haben, die die ärztlichen Kontrollen nicht wollen, weil es ihnen gut gehe.

Einige Mütter berichteten von negativen Erfahrungen mit Ärzten. In zwei Fällen hätten sich die Ärzte über- und Risiken unterschätzt. In einem anderen Fall erklärten die Klinikärzte der Mutter nicht, was ihr Sohn hat. Selbstkritisch meinte diese Mutter, sie und ihr Partner hätten sich blindlings auf Ärzte und Hebammen verlassen und seien nicht unbequem geworden, im Nachhinein glaubt sie, dass sie sonst mehr Informationen über die Komplikationen ihres Kindes bekommen hätten.

Eine Mutter erzählte, sie habe keinen Kinderarzt gefunden, der ihr gefallen habe. Der, zu dem sie mit ihrem Kind jetzt gehe, vermittele ihr so ein Gefühl, als ob sie ihr Kind nicht gut behandle. Das sei ihr unangenehm, auch wenn sie verstehen könnte, dass der Arzt vielleicht zu viele schlecht behandelte Kinder sehen würde.

Eine Mutter berichtete von ihren Arztbesuchen, dass ihre Ärzte zwar keine Russen seien, jedoch russisch sprächen, sie könne alles auch auf Russisch machen. Eine andere Mutter erklärte, wie unterschiedlich sie das Arzt-Patienten-Verhältnis in Russland und Deutschland erlebt hätte. Ärzte in Russland seien sehr autoritär, aber es gäbe auch keine so große Distanz zum Patienten, mit ihnen würde direkt gesprochen, eher wie wenn der Arzt zur Familie gehörte.

- *Du hattest vorhin gesagt, dass die Familie in Russland wichtiger ist als hier. Das ist jetzt vielleicht eine sehr konstruierte Frage, aber wenn in Russland ein Arzt oder eine Hebamme was sagt, ist das wichtiger oder was die Familie sagt? Das passt ja nicht immer zusammen.*

Man würde schon auf den Arzt hören. Die Ärzte dort sind teilweise schon sehr autoritär. Ich habe das bei meinem Praktikum im Krankenhaus erlebt, dass da erwachsene Männer wie Schulkinder behandelt werden. Und die Ehefrauen kriegen gesagt, du musst ihn dazu zwingen, dass er das einhält und die Medikamente nimmt. Auf so einem Schulniveau zurechtgewiesen. Es ist wiederum keine so große Distanz zwischen Arzt und Patient, wie hier in Deutschland. In Russland hat man sehr direkt mit dem Patienten gesprochen, ihn auch mal in den Arm genommen, und da kam auch ganz direkte Kritik. Da hatte ich das Gefühl, als ob man Teil der Familie wäre. R12

Polen

Insgesamt waren die Ärzte der Frauen dem Stillen gegenüber positiv eingestellt. Bei Problemen und in stressigen Situationen gaben sie aber leicht den Rat, einfach abzustillen. Die Flasche zu geben wurde von ihnen empfohlen, um sowohl Stillschwierigkeiten zu beenden als auch allgemeinen Anstrengungen wie Schlafmangel und ähnlichem zu begegnen, hier wurde von ihnen wenig nach anderen Erleichterungen für die stillende Mutter gesucht.

Einige Frauen waren mit ihren Gynäkologen unzufrieden, weil diese Befunde übersehen hätten, den Geburtstermin falsch berechnet hätten und zu keiner Berichtigung bereit gewesen seien. Auch wollten sie zu früh die Geburt einleiten oder erweckten den Eindruck, sie wüssten selbst nicht so genau, was sie tun.

Für die Mütter waren die Kinderärzte neben gesundheitlichen Themen Ansprechpartner zum Thema Kinderernährung, Reisen mit dem Säugling sowie Mehrsprachigkeit.

Drei Frauen berichteten von ihren polnischsprachigen Gynäkologen als auch Kinderarzt. Die anderen Frauen hatten nicht nach polnischsprachigen Ärzten gesucht.

4.7.3 Schwangerschaftsverlauf, Vorsorgeuntersuchungen, Geburtsvorbereitungskurse und Rückbildungskurse

Frauen aus ehemaligen SU-Staaten

Die meisten Frauen berichten von unkomplizierten Schwangerschaften. Einige hatten Probleme mit Sodbrennen, eine Mutter zusätzlich noch Krampfadern, da sie früher in Russland viel im Stehen gearbeitet hatte. Eine Zeit der Unsicherheit erlebten einige Frauen, bei denen im Ultraschall oder bei der Toxoplasmosediagnostik beunruhigende Ergebnisse waren. Für diese Frauen kam eine Abtreibung nicht in Frage; die Ergebnisse wurden als belastend empfunden. Einigen Müttern fiel es schwer, ausreichend Ruhe und Schlaf zu finden, da sie entweder arbeiteten oder sie für das Kind umziehen und renovieren wollten. Vier Frauen hatten vor der Schwangerschaft bzw. dem Schwangerschaftswunsch geraucht, alle gaben es dann auf und fingen frühestens nach der Stillzeit wieder an. Auf die Frage, ob die Mütter geraucht hätten, wurde auch berichtet, dass zwei Väter jeweils vor der Entbindung aufgehört hätten zu rauchen. Alle Frauen gingen zu den Vorsorgeuntersuchungen bei Gynäkologen, manche im Wechsel mit Vorsorgeterminen bei ihren Hebammen. Die Frauen erachteten die Vorsorgeuntersuchungen als wichtig und es war selbstverständlich für sie, die Termine regelmäßig wahrzunehmen. Einige

Frauen berichteten, dass ihnen bei der Vorsorge geraten wurde, zu stillen, bei anderen wurde Stillen von den Gynäkologen nicht thematisiert.

Fast alle Frauen hatten vor der Geburt ihrer ersten Kinder an einem Geburtsvorbereitungskurs teilgenommen. Die Kurse wurden als empfehlenswert und nett beschrieben, man würde andere Schwangere treffen. Durch die vermittelten theoretischen Inhalte wussten die Frauen genauer, was sie unter der Geburt erwarten würde und wie sie sich verhalten können. Dies gab ihnen Sicherheit und Ruhe. Ähnlich ging es den Vätern, sie wussten nun, was sie würden tun können. Dies nahm einem Vater die Angst, so dass er sich nach dem Kurs entschied, bei der Geburt dabei sein zu wollen. Im Nachhinein wurde jedoch die praktische Hilfe und Anleitung durch die Hebammen während der Geburt als wesentlicher und hilfreicher empfunden. In den meisten Kursen wurde Stillen thematisiert und empfohlen, weil es für die Gesundheit der Kinder wichtig sei, bequem und günstig. Es sei gezeigt worden, wie man das Kind anlegt und hält; jedoch seien mögliche Probleme zu wenig zur Sprache gekommen.

Etwa die Hälfte der Frauen nahm an einem Rückbildungskurs teil. Einige hatten ihre Kinder bei sich, was teilweise dazu führte, dass sie zu sehr abgelenkt waren und die Übungen nicht mitmachen konnten. Einige Frauen beschrieben es aber auch als schöne Erfahrung, dass mehrere Frauen mit kleinen Kindern dort waren, die bei Hunger gestillt wurden. Die anderen sind ohne ihre Kinder zur Rückbildung gegangen und genossen es, Zeit für sich zu haben. Die Frauen, die nicht zu einem Kurs gingen meinten, sie hätten aus Büchern oder von der Hebamme Übungen gezeigt bekommen, oft fehlte ihnen jedoch die Zeit, diese regelmäßig zu machen.

An Krabbelgruppen hatte fast keine Frau Interesse.

- [Im Geburtsvorbereitungskurs] wurde empfohlen, dass wir möglichst lange die Babys stillen, wenn es möglich ist. [...] Aber wie sich die Mutter dabei fühlen soll, hat uns keiner erklärt. Keiner hat auch Fragen gestellt, weil man ja keine Erfahrung hat und man weiß nicht vorher, welche Fragen stelle ich mir dann, wenn ich das noch nicht weiß. R7
- Ich habe [im Rückbildungskurs] wirklich eine gute Erfahrung gehabt. Wenn Babys gequengelt haben, dann wurden sie gestillt, es gab Babys, die sich besser beschäftigen konnten und welche, die ihre Mutter überhaupt nicht in Ruhe ließen. Ich war da auch so durchschnittlich. Alle Frauen um mich herum hatten ungefähr die Lebensweise, die ich hatte. Ich war unter Gleichen, ich fühlte mich nicht außergewöhnlich. Vielleicht hat mich das auch in dem Gefühl bestärkt, dass ich das mache, was alle machen. R2

- [...] ich habe [mein Kind] bei seiner Oma gelassen und manche hatten niemanden, der aufpassen konnte, die hatten ihre Kinder dabei. Aber wer konnte, hat sich frei genommen. Das ist auch Zeit für sich, Ablenkung. Das braucht man auch. R10

Frauen aus Polen

In der überwiegenden Anzahl der Fälle verliefen die Schwangerschaften unproblematisch, manchen Müttern ging es in den ersten drei Monaten nicht gut. Eine Mutter hatte starke Stimmungsschwankungen, vermutlich ausgelöst durch die hormonellen Veränderungen. Eine Mutter wurde durch unklare Ergebnisse des Toxoplasmosetest und die danach einsetzende Diagnostik sehr verunsichert. Drei Frauen rauchten vor der Schwangerschaft, gaben es dann jedoch auf und nur eine begann nach der Stillzeit wieder. Eine Mutter betonte, dass auch ihr Mann nicht rauchen würde. Für die Frauen war es selbstverständlich, die Vorsorgeuntersuchungen beim Gynäkologen wahrzunehmen, ein Drittel ging im Wechsel zu Vorsorge bei ihrer Hebamme.

Zwei Drittel der Frauen hatten vor der Geburt ihrer ersten Kinder an einem Geburtsvorbereitungskurs teilgenommen. Dies wurde als hilfreich empfunden, auch weil die Frauen meinten, sie hätten danach gewusst, was sie erwartet. Stillen wurde in den Geburtsvorbereitungskursen thematisiert. Die Mütter, die nicht an einem Geburtsvorbereitungskurs teilgenommen hatten, nannten als Grund dafür ihre schlechten Deutschkenntnisse und, dass es ihnen nicht so wichtig erschien. Geburtsvorbereitungskurse waren den Frauen auch aus Polen bekannt, jedoch ist die Teilnahme dort nicht so üblich, weil man sie privat bezahlen muss.

Über die Hälfte der Frauen nahm an einem Rückbildungskurs teil, häufig im Geburtshaus oder der Hebammenpraxis, zu der sie schon Kontakt hatten. Die meisten nahmen ihre Kinder mit dorthin, einige konnten deshalb nur etwa die Hälfte der Übungen mitmachen, weil sie die restliche Zeit mit ihren Kindern beschäftigt waren. Viele der Mütter in den Kursen stillten. Wenn eine Mutter während des Kurses die Flasche gab, wurde unter den Müttern nicht thematisiert, warum sie die Flasche gibt. Die körperliche Bewegung im Kurs tat den Müttern gut, gerade wenn sie in der Schwangerschaft viel zugenommen hatten. Es gab jedoch auch Kurse, die wenig sportlich waren und von den Müttern deshalb als nicht so sinnvoll angesehen wurden. Eine Mutter hatte sich mehr Kontakte zu anderen Müttern erhofft, die in der Nähe wohnen; sie verstand sich mit den anderen Kursteilnehmerinnen jedoch nicht sehr gut.

Dass Stillgruppen im Krankenhaus, Geburtshaus oder Elterntreffs angeboten werden, wussten einige der Mütter, nur zwei haben jedoch davon Gebrauch gemacht. Für die, die einmal dort waren, war es spannend, Kinder in unterschiedlichem Alter zu erleben, zudem fanden sie die Tipps der anwesenden Hebamme interessant.

Ein Drittel der Frauen war mit ihren Kindern bei „PEKiP“-Kursen (Prager Eltern-Kind Programm) und sie erzählten, dass sie sich dort mit den anderen Müttern über das Stillen ausgetauscht hätten.

- Mir hat der Kurs sehr geholfen, dass ich wusste, was mich so erwartet. Dass ein Blasensprung kein Notfall ist, dass man nicht sofort das Kind bekommt wie im Film. [...] Ein Treffen war nur für [Stillen]. Man denkt erst nur über die Geburt nach, aber danach kommen auch schlimme Sachen. Man soll sich auf den Milcheinschuss vorbereiten, und das die Brustwarzen sehr schmerzhaft sein können, und was man machen kann. Und das Stillen überhaupt gut für das Kind ist, wenn man kann soll man mindestens sechs Monate stillen. P1
- [Ich habe keinen Geburtsvorbereitungskurs gemacht], ich konnte noch nicht gut Deutsch, und der Arzt meinte, das Kind kommt auch ohne Kurs auf die Welt. P7
- Ja, [ich war zum Rückbildungskurs] auch wieder da [in der Hebammenpraxis]. Das war ok. Ich hatte mir das anders vorgestellt, das waren nur so Beckenbodenübungen und Atmen. Nicht so mit Springen und so-naja, sechs Wochen nach der Geburt. P1
- Stillgruppen finde ich gut. Das ist so ein offener Treff, alle stillen– das ist lustig. Und es sind zwei Hebammen dort und man kann alles fragen. Und die Frauen kamen mit Kindern in unterschiedlichem Alter, und das war immer interessant. P2

4.7.4 Hebammeninterviews: Migrantinnen als Klientinnen

Bedarf muttersprachlicher Betreuung

Alle befragten Hebammen sehen ihre Arbeit mit den Frauen in deren Muttersprache als sinnvoll an.

Unterschiedlicher Meinung sind die Hebammen, ob Frauen mit Migrationshintergrund im Gesundheitssystem benachteiligt seien. Die Hebammen unterscheiden hier nach den Sprachkenntnissen der Frauen. Eine findet, die Mütter seien nicht benachteiligt, denn wenn jemand sprachlich nicht gut zu Recht käme, kümmerten sich alle besonders und z.B. man versuche, eine gleichsprachige Bett Nachbarin zu finden.

An den Betreuungsanfragen der Hebammen sehe man, dass der Bedarf an muttersprachlicher Betreuung gegeben sei, und dies nicht nur– wenn hier auch dringender– von Müttern mit geringen Deutschkenntnissen. Alle Hebammen berichten davon, dass sie auch Anfragen von Müttern hätten, die recht gut deutsch sprächen und sich trotzdem eine muttersprachliche Betreuung wünschten. Dadurch fühlten sie sich eher nach ihren Bedürfnissen betreut. Eine polnischsprachige Hebamme berichtet von russischsprachigen Müttern, die lieber von ihr als von einer nur deutschsprachigen Hebamme betreut werden wollten, begründet mit dem Wunsch nach kultureller Nähe.

Je nach Stadtviertel und der Anzahl dort arbeitender Hebammen empfinden manche Hebammen den Bedarf an muttersprachlicher Betreuung als gedeckt, manche sehen deutlich mehr Bedarf als Angebot. Von Seiten deutscher Hebammen gebe es vielleicht auch nicht ausreichend Bereitschaft, z.B. Russischkenntnisse aus der Schule zu nutzen.

Eine gemeinsame Sprache als gute Basis empfindet der überwiegende Anteil der Hebammen als wichtig für eine gute Betreuung, da sonst automatisch alles sehr vereinfacht ausgedrückt werde und vieles in der Kommunikation verloren gehe. So würden Informationen nur teilweise verstanden und Nachfragen seien nur schwer möglich, insgesamt sei die Kommunikation gehemmt. Die Hebammen berichten von Situationen ihrer Arbeit, in denen sie nicht nur die gemeinsame Sprache als wichtig empfänden, sondern auch, dass sie bestimmte Erwartungen, Vorstellungen und Verhaltensweise von Frauen mit einem bestimmten Migrationshintergrund bereits kennen. Das erleichtere die Zusammenarbeit sehr.

Eine polnischsprachige Hebamme wird auch regelmäßig von russischsprachigen Müttern angefragt, ob sie sie betreuen würde. Sie spricht nicht russisch; die Mütter begründen ihre Anfrage damit, dass „wir uns schon verstehen werden“. Die relative kulturelle und sprachliche Nähe bewirkt den Wunsch, von dieser Hebamme betreut zu werden. Eine andere polnischsprachige Hebamme vergleicht während des Interviews ihre Erfahrungen mit polnischsprachigen Frauen mit den Aussagen ihrer russischsprachigen Klinikkolleginnen. Drei Hebammen arbeiten überwiegend in Vierteln mit hohem Zuwandereranteil und durchschnittlich niedrigem sozioökonomischen Status der Bevölkerung.

Kontaktaufnahme und angenommene Angebote

Viele Mütter kontaktieren schon während der Schwangerschaft die Hebammen, um sich für die Nachsorge anzumelden.

Die Schwangerschaftsvorsorge beim Gynäkologen werde von den Frauen mit diesem Migrationshintergrund sehr selbstverständlich angenommen. Der Arzt habe einen hohen Wert, die auch mögliche Vorsorge bei den Hebammen werde eher nicht genutzt. Je nach Arzt erführen die Mütter bei der Vorsorge auch, dass die Krankenkasse die Kosten für eine Hebammenbetreuung übernehme, und sie bekämen vielleicht Adressen von Hebammen. Andere Frauen erführen dies bei der Anmeldung zur Geburt im Krankenhaus, die üblicherweise in der 30. Schwangerschaftswoche stattfindet. Die Krankenhäuser hätten fast immer eine Liste mit Nachsorgehebammen aus dem Bezirk, oft arbeiten diese Teilzeit auch im Kreissaal. Zunehmend meldeten sich Mütter jedoch auch kurz nach der Geburt, entweder hätten sie von möglicher Hebammenhilfe nicht gewusst oder sich nicht darum gekümmert. Auf den Geburtsstationen, auf denen freiberuflich arbeitende Hebammen zunehmend weniger als Konkurrenz denn als sinnvolle Ergänzung gesehen werden, werde den Müttern manchmal geraten, sich noch kurzfristig darum zu kümmern. Auch erführen viele Frauen aus dem Verwandten- und Bekanntenkreis, dass sie Hebammenhilfe bekommen könnten, oft mit einer zusätzlichen Empfehlung für eine bestimmte Hebamme.

Oft sei den Frauen unklar, wofür man Nachsorge durch die Hebamme brauchen könne, dass diese neben praktischen Ratschlägen als medizinische Fachkraft nach der Gesundheit von Mutter und Kind sowie der Ernährung schauen könne. Die Rolle einer Helfenden in den ersten Wochen nach der Geburt sowie von jemandem, der sich mit kleinen Kindern auskennt, liege häufig bei der eigenen Mutter bzw. Schwiegermutter. Darum suchten sich Frauen, die hier in räumlicher Nähe zu ihrer Großfamilie lebten, oft keine Hebammen. Wenn Frauen in dieser Situation trotzdem eine Hebamme gehabt hätten, berichteten sie oft davon, dass es eine Bereicherung und Hilfe gewesen wäre; trotz der Anwesenheit von Mutter oder Schwiegermutter. Unklare Vorstellungen von dem Sinn der Hebammennachsorge sowie ihre als unzureichend empfundenen Sprachkenntnisse hielten Frauen mit Migrationshintergrund davon ab, sich eine Nachsorgehebamme zu suchen.

Klarer als der Wunsch nach Hebammennachsorge sei oft der nach Hilfe für den Haushalt oder für ältere Kinder.

Kursangebote, also Geburtsvorbereitung, Pflegekurse oder Krabbelgruppen, würden eher selten genutzt. Manchmal sind die Sprachkenntnisse gering, so dass ein Kurs in deutscher Sprache nur wenig Information vermitteln könnte. Gleichzeitig gibt es oft die Überzeugung, alles schon zu

wissen: „Die Kinder kommen auch ohne Kurs auf die Welt“. Auch werde über Intimes eher nicht in einer Gruppe geredet. Eine Hebamme bietet mit einer Kollegin Kurse auf Polnisch an und berichtet, dass sie die Inhalte im Vergleich mit den deutschen Kursen verändert habe mit mehr konkreten Informationen. Die Frauen aus Polen bezögen weniger aus Büchern als aus dem Leben ihre Informationen und seien gelassener damit, dass sie mit ihrem Kind weniger dem Idealtypus aus dem Buch entsprächen. Deutsche Frauen wollten im Vergleich alles wissenschaftlich nachgewiesen haben. Eine andere Hebamme versucht, junge Mütter in Form von Krabbelgruppen privat zusammenzubringen. Bei starken Familienverbänden, wie sie bei Aussiedlern oft bestünden, seien die Mütter oft wenig interessiert an Kontakten außerhalb. Diese Hebamme sieht Vorteile durch Familien, aber auch die Nachteile, weil die Entscheidungsfreiheit der jungen Mütter stark eingeschränkt sei.

Orientierung an der Familie bzw. am Gesundheitssystem

Die Hebammen berichten, sie hätten mit den meisten von ihnen nachbetreuten Müttern ein gutes Verhältnis. Sie würden um Rat fragen, eventuell bei Fragen nochmal anrufen und die Erklärungen annehmen. Insgesamt würden Rat und Fachlichkeit der Hebamme niedriger geschätzt als durch deutsche Mütter. Die Ärzte wiederum würden sehr respektiert. Auch der Einfluss der Großmütter sei größer.

Bei Müttern aus den ehemaligen SU-Staaten, die hier mit ihrer Großfamilie leben, gebe es aber immer wieder die Situation, dass die Hebamme wenig gefragt werde bzw. ihr Rat und Erklärung nicht beachtet würden, weil die Meinung und Erfahrung der Großmütter als wichtiger empfunden würden. Gerade wenn es um das Thema zusätzlichen Flaschefütterns und frühes Zufüttern gehe, empfinden die Hebammen dies als frustrierend, weil sie dieses Verhalten dem ursprünglichen Wunsch der Mutter sowie dem Wohl des Kindes nicht entsprechend fänden.

Die Mütter aus Polen würden die Hebamme teilweise als Kontrolle empfinden, es sei ihnen wichtig, dass alles sauber und aufgeräumt sei, wenn sie komme. Dies käme daher, dass es in Polen staatliche Hebammen gebe, die bei jedem Neugeborenen einmal vorbeikämen und dort eine Kontrolle ähnlich wie vom Jugendamt empfunden würden.

4.8 Als Migrantin in Deutschland

Die Bedeutung des Migrationshintergrundes ist ein zentraler Aspekt dieses Forschungsvorhabens, und er ist auch für die befragten Frauen ein immer wiederkehrendes

Thema, das in vielen Bereichen ihres Lebens eine Bedeutung hat. Explizit durch die Mutterschaft ausgelöst beschäftigten sich viele Frauen mit der Rolle der eigenen Herkunft, und dies hatte wiederum Bedeutung für ihr Verhalten und Beziehungen.

Die befragten Frauen sind sich bewusst, dass sie und ihre Eltern durch die Kultur ihres Herkunftslandes und das dortige politische System geprägt sind. Deutlich benennen sie Einstellungen und Ratschläge als „nicht-deutsch-typisch“. Sie empfinden diese Kulturunterschiede meist als Wahlfreiheit, teilweise aber auch als Verunsicherung.

Von ihrem Exilland Deutschland aus gesehen gebe es eine gewisse Verbundenheit der beiden untersuchten Gruppen; geographisch, kulturell und sprachlich. So gebe es Frauen aus den ehemaligen SU-Staaten, die bei polnischen Hebammen nach Betreuung fragten, weil „wir uns schon verstehen werden“.

Selbstbild der Frauen in der deutschen Gesellschaft

In jedem der Interviews gab es – ohne speziell darauf abzielende Fragen – Aussagen dazu, wie sich die Frauen selbst in der deutschen Gesellschaft sehen. Dieser Punkt war ihnen wichtig und wirft ein Licht darauf, an welchen Empfehlungen (Deutschland-Herkunftsland) sie sich orientieren, welche Hilfen des Gesundheitssystems sie annehmen und auch, ob sie sich mit ihren persönlichen Verhaltensweisen und Einstellungen als Teil der deutschen Gesellschaft wahrnehmen. Unterschiede dabei hingen weniger vom Herkunftsland (ehemalige SU-Staaten oder Polen) ab, als vielmehr von deutschen Sprachkenntnissen, Bildung, Berufserfolg und ob der Partner den gleichen Migrationshintergrund hatte.

Die Frauen sind nach Deutschland immigriert, weil sie sich hier ein einfacheres und besseres Leben als in ihren Herkunftsländern erhofften. Bei den Frauen aus den ehemaligen SU-Staaten, besonders bei denen, die mit ihrer ganzen Familie übergesiedelt sind, war dies meist zum Zeitpunkt der Ausreise für das ganze Leben geplant. Bei den polnischen Frauen verlief die Entscheidung eher schrittweise. Sie waren häufig schon zu zeitweiligen Aufenthalten in Deutschland, wie einem Au-pair-Jahr oder zum Auslandsstudium; die Entscheidung, weiterhin oder wieder hier zu leben, entstand erst allmählich. Kontakte zu in Polen lebenden Verwandten sind durch die geographische Nähe und die offenen Grenzen leicht möglich; auch die Möglichkeit, später wieder in Polen zu leben, wird als selbstverständlich angenommen und manchmal auch geplant.

Die Frauen leben gerne in Deutschland. Fast alle erzählen von Einstellungen und Verhaltensweisen, die durch ihre Herkunftskultur geprägt sind. Je stärker sie durch ihre Familie bzw. durch ihr Wohnviertel überwiegend mit Migranten der gleichen Herkunft zu tun haben, desto weniger selbstverständlich empfinden sie sich als Teil der deutschen Gesellschaft. Hier gibt es ein Ringen darum, sich durch Angleichung als zur deutschen Gesellschaft passend zu empfinden und gleichzeitig den Einstellungen und Erfahrungen der Herkunftsgruppe und Familie zu folgen.

Durch die Mutterschaft fühlen sich die Frauen immer wieder in Frage gestellt: Ihr Migrationshintergrund mit Kultur und Sprache gehört zu ihrer Identität, sie verbinden mit ihrer Herkunftskultur viele positive Eigenschaften. Auch wollen sie keinen Bruch zwischen den Generationen, weil ihre Kinder z.B. die Sprache der Großeltern nicht mehr sprechen. Auf der anderen Seite möchten sie, dass ihre Kinder, bei denen sie überwiegend davon ausgehen, dass sie in Deutschland aufwachsen werden, sich hier sicher und zugehörig fühlen und leistungsfähig sind. Für die Frauen, aber noch stärker für die Großelterngeneration, ist ein häufiges Migrationsmotiv, dass es die eigenen Kinder leichter und besser haben sollen; dafür gibt man die Heimat auf und nimmt die Schwierigkeiten der Umsiedlung in Kauf. Viele Anstrengungen sind also dem Ziel geschuldet, hier gut anzukommen; durch die Elternschaft verstärkt sich die Frage, wovon man sich dafür entfernt. Die Frage, wie sie ihre Herkunftskultur und -sprache an ihre Kinder weitergeben können und wollen, ist besonders für Frauen mit einem deutschen Partner drängend, zumal wenn dieser ihre Muttersprache nicht spricht. Haben beide Partner einen Migrationshintergrund, stellt sich die Frage nicht nur der Mutter, sondern den Eltern gemeinsam.

Die Frauen empfinden es meist als positiv, dass sich durch die zwei Kulturen, in denen sie sich bewegen, viele Wahlmöglichkeiten auftun. Es wird ihnen auch deutlich, dass sich Empfehlungen über die Jahre und Grenzen hinweg unterscheiden, es also kaum unabänderliche Wahrheiten gibt. Dies äußerten sie im Rahmen dieser Arbeit etwa am Beispiel der Art des Zufütterns und der Kindererziehung. Gleichzeitig empfanden sie die Vielfalt als Herausforderung, besonders im medizinischen Bereich, weil die verschiedenen Empfehlungen sehr verwirrend sein könnten.

Die deutsche Gesellschaft in Berlin wird so erlebt, dass man viele Entscheidungsmöglichkeiten hat; im Vergleich zu ihren Herkunftsgesellschaften scheint sie deutlich individueller und weniger normativ. Das genießen die Frauen.

An sich selbst haben die Frauen den Anspruch, dass sie, wenn sie in Deutschland leben, auch Kontakt zu Deutschen haben und die Sprache möglichst gut beherrschen. Diese ist für sie ein

Schlüssel, sich gut selbstständig zurechtfinden zu können, sich als Teil der Gesellschaft fühlen zu können und auch als solcher angesehen zu werden. Wenn ihnen dies nicht gelingt, kritisieren sie sich selbst und beschreiben gleichzeitig auch äußere Umstände (persönliches Umfeld sowie Stadtviertel mit hohem Anteil an Personen mit dem gleichen Migrationshintergrund), die ihnen die Integration erschweren.

Ein weiterer Anspruch besonders der befragten Frauen aus den ehemaligen SU-Staaten ist es, dass sie und ihre Partner sich in Ausbildung und Beruf anstrengen. Beruflicher Erfolg und Fleiß sind für sie die Bedingungen, um sich als vollwertiger Teil der deutschen Gesellschaft fühlen zu können.

4.8.1 Migrationsmotive und -umstände

Frauen aus ehemaligen SU-Staaten

Die Entscheidung, nach Deutschland zu ziehen war zum Zeitpunkt des Umzugs bei den meisten Frauen nicht nur für die nächsten Jahre, sondern für das kommende Leben ausgelegt. Die jungen Frauen bzw. ihre Eltern kamen her, weil sie hier bessere Arbeits- und Lebensbedingungen für sich und ihre Kinder erwarteten. Über die Hälfte der Frauen kamen als Aussiedler/ Spätaussiedler oder Kontingentflüchtlinge nach Deutschland. Zwei verliebten sich in deutsche Männer und zogen zu ihnen. Drei weitere Frauen kamen zum Studium her, entweder wegen des leichteren Zugangs zur Universität oder als Auslandssemester.

Bei den Frauen, die zum Studieren kamen, war auch die Neugier auf ein anderes Land und andere Perspektiven ein Motiv. Sie hatten ursprünglich keine klaren Pläne, ob sie in Deutschland bleiben oder zurückzukehren wollen.

Über die Hälfte der Frauen kamen mit ihren Eltern und eventuell Geschwistern gemeinsam nach Deutschland. Die Frauen haben gerne ihre Familien in der Nähe, während des Einlebens in Deutschland berichten sie jedoch von der Verunsicherung aller Familienmitglieder. Selbst die Eltern können oft keinen Rat geben, weil sie sich selbst in Deutschland, dem hiesigen Bildungs- und Gesundheitssystem sowie dem Arbeitsmarkt nicht auskennen. Bis auf drei Frauen haben alle neben der direkten Herkunftsfamilie noch weitere Verwandte, die in Deutschland wohnen.

Die erste Zeit in Deutschland bewerten fast alle Frauen als sehr anstrengend und schwierig. Die Aussiedler verbrachten die erste Zeit in Lagern. Sprachkurse und Kontakte zu Deutschen waren hilfreich für die persönliche Ankunft und Orientierung.

- Es waren eher wirtschaftliche Gründe, finanzielle. Es war nicht so, dass uns hier etwas hergezogen hat, wir hatten hier zwar Verwandte, aber auch dort. [...] [Meine Eltern] waren vorher beide Bergbauingenieure, und es war klar, dass sie das hier nicht ausüben können. Sie wussten das, sie sind, denke ich, wegen uns [Kindern] gekommen. Sie haben dann gleich nach dem Sprachkurs mit einer Umschulung begonnen, die Mutter zur Pflegerin, und der Vater zum Elektriker. [...] Sie haben Berufe ausgesucht, wo man immer Arbeit findet. Für sie war die Umstellung viel schwieriger, wir hatten hier nur Positives, wir konnten die Schule weiterführen auch ohne ein Jahr zu verlieren. [...] Ich hatte [im Studium] zwei Freundeskreise – die, die nur deutsch gesprochen haben und die, die auch russisch sprachen. R4
- Ich [habe] den Beruf verfehlt. Ich wollte schon gerne etwas mit Russischkenntnissen machen und da man sich ja nicht so gut auskannte, war man sehr auf sich selber gestellt. Die Eltern –schlecht, weil die ja auch nicht so recht wussten, wie es war. R5
- Ich hatte ein paar Menschen hier. Ich komme aus Sibirien, und da sind ja die Deutschen auch hingeschickt worden, es gibt da deutsche Dörfer, also russische Deutsche. Sie sprechen zu Hause Deutsch und auch Russisch, und jetzt sind viele hier, ich hatte Bekannte. [...] Ich bin ohne Familie hier, das ist ganz schön schwer. R11
- Erst mal war ich als Besucherin hier, bei einer Freundin, und dann habe ich mich verliebt. Deshalb bin ich in Deutschland. So Standard. R11
- Und was auch entscheidend war, dass die Unis in Russland ziemlich korrupt sind. [...] Ich war jetzt zum Praktikum in Russland und habe auch Studenten kennen gelernt, die ganz normal einen Studienplatz bekommen haben ohne was zu zahlen. Aber die meinten, zum Bestehen von bestimmten Prüfungen würde man schon zahlen. R12

Frauen aus Polen

In fast allen Fällen reihten sich bei der Wohnortwahl (Deutschland-Polen) mehrere Entscheidungen für einige Jahre aus beruflichen und privaten Gründen aneinander, die Frauen haben sich nicht zu einem bestimmten Zeitpunkt für ein zukünftig dauerhaftes Leben in Deutschland entschieden und es gab keine große Übersiedlung. Viele hatten auch nach einem Auslandssemester oder Freiwilligendienst zwischenzeitlich wieder in Polen gelebt, bevor sie in Deutschland ihr erstes Kind bekamen.

Vier der Frauen kamen ursprünglich für ein Freiwilliges Jahr bzw. als Au-pair und/ oder zum Studium nach Deutschland. Im Folgenden entwickelte sich ihr Leben beruflich und privat so, dass sie jetzt mit ihrer Familie hier leben. Zwei dieser Frauen haben sich mit ihren Männern weniger für Deutschland als vielmehr für die Stadt Berlin als Lebensmittelpunkt entschieden.

In zwei Fällen zogen die Frauen zu ihren deutschen Ehemännern, eines der Paare hatte vorher auch schon gemeinsam in Polen gelebt. In drei Fällen hatten die Frauen bereits Familie in Deutschland, zwei Mal auf Grund deutscher Abstammung auch Anrecht auf die deutsche Staatsangehörigkeit. In den letztgenannten fünf Fällen, in denen die Frauen zu ihren zukünftigen Ehemännern zogen bzw. (mit oder noch ohne Partner) in die Nähe ihrer in Deutschland lebenden Familienangehörigen, war ihr Ziel auszuprobieren, ob Deutschland für ihr gemeinsames Leben der bessere Ort ist.

Die Frauen, die zum Au-pair oder Freiwilligendienst nach Deutschland kamen, hatten keine Verwandten vor Ort; sie waren aber von Anfang an in eine deutsche Familie oder durch ihre Arbeitsstelle bzw. Studium eingebunden. Für diese Frauen bedeutete die erste Zeit in Deutschland keine Umsiedlung, sondern das Kennenlernen eines anderen Landes auf Zeit. Sie gingen ja ursprünglich davon aus, nach einem Jahr wieder nach Polen zurück zu kehren. Das gab ihrer ersten Zeit in Deutschland eine gewisse Leichtigkeit, sie erinnern sie nicht als belastend schwierig.

Einige hatten als ersten Kontakt ihre hier lebenden Ehemänner. Eine Frau kam mit ihrer Mutter gemeinsam und fand das erste Jahr hier sehr schwer. Eine Frau zog gemeinsam mit ihrem polnischen Ehemann in die Nähe von Verwandten hier, sie planen nun nach einigen Jahren in Deutschland wieder zurück nach Polen zu gehen.

- Die Cousine von meinem Mann wohnt hier. Wir haben geheiratet, und sie meinte, vielleicht kommt ihr auch nach Deutschland, [...]. P7
- [...] dann konnte ich ein halbes Jahr nicht zurück. Dann hat sich das irgendwie verlängert bis zu einem Jahr, und nach dieser Zeit hatte ich mich schon so gewöhnt, dass ich gerne hiergeblieben bin. Aber das erste Jahr war schwer. P6
- Ich hatte gar keine Verbindung nach Deutschland. Ich hätte auch nie gedacht früher, dass ich nach Deutschland ziehen würde. Wenn ich mich nicht verliebt hätte, wäre das nie der Weg gewesen, den ich gegangen wäre, dann wäre ich nie auf die Idee gekommen. P4
- Wir wollten in Berlin bleiben, das ist die Stadt, in der wir leben wollen. Wir haben uns nicht für Deutschland entschieden, sondern für Berlin. Außerdem habe ich beruflich eine große Chance bekommen. P2

- Ich bin mit meinem Mann nach Deutschland gekommen. [...] er hat früher schon in Deutschland gewohnt, dann wieder in Polen und dann wieder in Deutschland, und wir haben gedacht, dass es in Deutschland vielleicht besser ist als in Polen. Wir wollen versuchen, in Deutschland uns selbstständig zu machen. P9

4.8.2 Einstellung zur eigenen Migration

Frauen aus ehemaligen SU-Staaten

Die Frauen fühlen sich in Deutschland wohl und leben gerne hier. Gleichzeitig spricht die überwiegende Zahl von ihnen von eigenen Einstellungen und Verhaltensweisen, die sie mit ihrem Heimatland verbinden und die sich von den hiesigen unterscheiden. Für einige von ihnen ist das der Grund, sich nicht vollständig zugehörig zu fühlen; dieses Gefühl drücken eher die Frauen aus, deren gesamte Familie hierher gesiedelt ist. Die anderen sehen sich als selbstverständlicher Teil der Gesellschaft, dies sind eher die Frauen, die ohne Familie in Deutschland sind und einen nicht aus einem ehemaligen SU-Staate stammenden Mann (Deutscher oder anderer Herkunft) haben. Diese Frauen sind gleichzeitig nicht so festgelegt auf den Wohnort Deutschland und würden mit ihrer Familie auch woanders zu wohnen oder planen dies sogar.

Für die Frauen ist jetzt als Mutter der Anteil der Migration an der eigenen Identität noch einmal deutlich. Sie wünschen sich für ihre Kinder, sich in Deutschland sicher, zugehörig und leistungsfähig zu fühlen. Gleichzeitig möchten sie auch, dass die Kinder ihre Muttersprache sprechen und ihre Kultur kennen, auch um mit ihrer Familie und eventuell russischsprachigen Freunden kommunizieren zu können.

- [...] das ganze System dort, ich meine das sowjetische, was dort gelehrt wurde, das hat auch sehr stark geprägt. Ich meine, man fühlt sich hier sehr wohl, aber so wie man sich verhält und fühlt, das ist doch so, wie es in der Sowjetunion geprägt war. Wie unsere ganze Kindheit verlaufen ist, das hat schon starke Auswirkungen auf die Zukunft, auf mein Verhalten hier in Deutschland. Man integriert sich schon, aber man kann nicht so fühlen. Die Mentalität ist ganz anders. Und die Mentalität gerade wurde durch die sowjetische Erziehung geprägt. R4
- Es gibt schon Unterschiede, aber ich denke mal, es hängt nicht nur mit der Sprache zusammen, es hängt auch vom Leben ab, was man dann lebt. Wir können das nahebringen, was wir selber erlebt haben und das unterscheidet sich von einer, sag ich mal, einheimischen Familie. Die haben eine ganz andere Struktur vielleicht und eine ganz andere Vorstellung. R5
- Wenn wir irgendwann mal [nach Kasachstan] fahren [...] dann eher um zu gucken, wie sich dort alles entwickelt hat. Eher aus kulturellen Gründen, als dort unbedingt jemanden zu besuchen. [Wir haben keine Familie mehr dort.] Wir haben auch nicht so starken Bezug, [beim ersten Besuch] nach zwei Jahren hatte

sich einiges geändert, und dann beim zweiten Besuch noch mehr. Es war schön dort zu Besuch zu sein, aber man war immer froh, nach Deutschland zurückkehren zu können. Wir fühlen uns hier sehr wohl und haben hier Bezug zu Deutschland. R4

- Ich bin zufrieden. Ich hätte sicherlich auch [in Russland] Kinder bekommen. Aber ich glaube, dass es mein Glück, dass ich sie hier bekommen durfte, weil mir das einfach näher ist, diese Ruhe. Was in Russland als Vernachlässigung gilt ist hier diese Ruhe, die ich in Schwangerschaft und jetzt als Mutter brauche. Sicherlich gibt es hier auch Überdrehte, und es gibt solche Kurse, die ich völlig verrückt halte, viele Tipps die auch nur noch als Luxustipps gelten. Aber man hat die Wahl, zu entscheiden, und man wird nicht gezwungen. Das ist gut. Sobald du dir selber vertrauen kannst, kannst du gut damit umgehen. R8
- Wir haben, als ich umgezogen bin, in [Süddeutschland] gewohnt. Da kam ich gar nicht klar. [...] Aber Berlin ist wie in Russland. Ich fühle mich hier zu Hause. R9

Frauen aus Polen

Die überwiegende Anzahl der befragten Frauen fühlt sich wohl in Berlin und hat das Gefühl, hier zur Gesellschaft zu gehören.

Ein kleiner Teil der Frauen erzählt davon, dass ihr Umfeld überwiegend aus hier lebenden Polen besteht; bis hin zu Ärzten und Hebammen. Sie benutzen ihre Deutschkenntnisse selten, fühlen sich unsicher und spielen mit dem Gedanken, nach Polen zurück zu kehren.

Bei allen Frauen, sowohl denen, die sich selbstverständlich zur deutsche Gesellschaft zugehörig fühlen und denen, die selbst sagen, dass sie sich eher in dem aus Polen stammenden Teil der deutschen Gesellschaft bewegen, ist die geographische Nähe Polens und die Durchlässigkeit der Grenze ein wichtiger Aspekt. Regelmäßige Kontakte mit der Familie in Polen und Besuche sind leicht möglich. Tatsächlich haben alle sowohl familiäre als auch freundschaftliche Kontakte nach Polen, so dass sie ein klares Bild haben, wie es momentan dort ist.

- Ich mochte Berlin und diese Leute sehr. Dann bin ich hergekommen, um besser Deutsch zu lernen und das Leben hier besser kennenzulernen. P2
- [Unsere Pläne, nach Polen zurückzukehren, sind noch nicht konkret,] aber vor drei Jahren haben wir schon gesagt, höchstens noch drei Jahre. Viele polnische Leute denken so. Bei uns ist der Grund, dass wir unsere Familien vermissen, die ganze Familie ist dort. Und hier sind wir immer fremd. Wir haben uns gedacht, bleiben wir hier bis zum Ende unseres Lebens– erst kommen die Kinder, dann kommen die Enkelkinder, und dann wollen wir auch bei ihnen sein und nicht nach Polen zurückfahren. Also jetzt oder nie mehr– also nicht heute, aber bald. P7

4.8.3 Deutschkenntnisse und in der Familie gesprochene Sprachen

Frauen aus ehemaligen SU-Staaten

Gut Deutsch zu können schätzen die Frauen als wichtig ein, um sich in Deutschland dazugehörig zu fühlen, alles erledigen zu können und auch beruflich erfolgreich sein zu können. Bis auf eine Ausnahme konnten die Frauen bei ihrer Ankunft in Deutschland wenig oder gar kein Deutsch, sie haben es hier mit Hilfe von Sprachkursen, Selbststudium und Zuhören gelernt. Da die Interviews auf Deutsch geführt wurden, hatten die von mir befragten Frauen alle mindestens gute Deutschkenntnisse, der größte Teil sprach es fließend.

Alle Mütter sprechen mit ihren Kindern überwiegend Russisch. Es ist den Frauen wichtig, dass ihre Kinder ihre Muttersprache können; besonders auch um mit ihrer Familie zu kommunizieren.

Auch die Väter der Kinder sprechen mit ihnen ihre Muttersprache, entweder Deutsch oder eine andere.

In zwei der vier Familien, in denen Mutter und Vater aus einem ehemaligen SU-Staat stammen, wird neben Russisch auch Deutsch gesprochen; die Eltern waren selbst schon als Jugendliche nach Deutschland gekommen.

Da die gemeinsame Sprache der Mütter mit ihren Ehepartnern, außer in den vier Familien, in denen beide Partner aus einem ehemaligen SU-Staat stammen, Deutsch ist, empfinden gerade die Mütter von jüngeren Kindern die sprachliche Trennung als seltsam. Um ein gemeinsames Familiengespräch zu ermöglichen, wechseln dann meist alle ins Deutsche, dies verkleinert aber den Raum, den Russisch bzw. eine eventuell andere Muttersprache des Vaters einnehmen kann. Wenn das erste Kind bereits einige Jahre alt ist, haben sich die Regeln, wann man welche Sprache spricht, eingespielt.

Einige Mütter sind auch mit ihrer Sprachwahl zufrieden, weil sie z.B. im Sprachkurs gehört hätten, ihre Kinder sollten ruhig mit ihrer Muttersprache aufwachsen und würden dann Deutsch im Kindergarten und in der Schule lernen. Keine der Mütter hat Sorgen, dass ihre Kinder nicht gut Deutsch lernen können, wenn sie mit ihnen zu Hause andere Sprachen sprechen. Als schwieriger empfinden es einige, ihren Kindern ausreichend Russisch beibringen zu können.

- Es ist schwer in Berlin mit Deutsch, alles gibt es auf Russisch, alle Bekannten auf Russisch, die Ärzte und der Kindergarten. Ich weiß das ist mein Problem, meine Schuld, ich habe gelernt im Sprachkurs, aber es ist zu schwer für mich, ich brauche Übung. [...] [Im Krankenhaus war alles] auf Deutsch. Das war sehr

schwierig, aber ich verstehe. Nicht alles, aber ich verstehe. Und ich erkläre so wie möglich und das hilft mir. R3

- [Meine Schwester hatte deutsche Freunde.] Für sie war das schwer, aber nur am Anfang, dann hat sie innerhalb von drei-vier Monaten die Sprache so gut beherrscht. Bei mir hat das viel, viel länger gedauert, viele Freunde waren Russlanddeutsche, und nur im Sprachkurs hat man die Möglichkeit gehabt, deutsch zu sprechen oder zu lernen. R4
- Mir würde vielleicht sogar das ganze Schwangerschaftsvokabular auf Russisch fehlen, ich würde schon draufkommen, wenn ich schreiben würde, aber so spontan bin ich mehr auf Deutsch als Mutter sozialisiert als auf Russisch. Ich kam her, als ich einundzwanzig war, da beschäftigt man sich noch nicht mit Schwangerschaft, und ich fühle mich viel sicherer auf Deutsch. R8
- Aber mit meinem Sohn spreche ich Russisch, aber manchmal ist das komisch, weil ich das Gefühl habe, dass er mich nicht versteht, weil ich jetzt ziemlich wenig Zeit mit ihm verbringe, und er zur deutschen Tagesmutter geht. [...] Ich rede mit meinem Sohn nur russisch, ich fände es auch komisch, mit ihm deutsch zu reden. [...] Es ist einfach nicht meine Muttersprache. [...] Meine Eltern sprechen nur ganz rudimentär deutsch, und sie besuchen uns auch häufig, fast jede Woche, es ist ja nicht so weit. Es ist halt schade, dass mein Mann bisher kein Russisch gelernt hat. R12
- Ich versuche Russisch [mit meinem Kind zu sprechen], aber wenn [mein Mann] zu Hause ist, dann oft Deutsch, das ist dann schwer. Es wird zu Hause viel Deutsch gesprochen. Aber ich will, dass sie auch Kontakt zu meiner Familie hat, und dann muss sie auch Russisch sprechen. R11
- Ich habe [Deutsch] an der Uni studiert. Deshalb ist es für viel einfacher, mich zu integrieren– es war eigentlich gar kein Problem, und da spielt die Sprache sicher eine große Rolle. R6

Frauen aus Polen

Die meisten Frauen hatten schon in der polnischen Schule Deutschunterricht. Einige belegten Kurse, als feststand, dass sie bald nach Deutschland gehen würden. Für die Frauen, die als Au-pair, zum Freiwilligendienst oder zum Auslandssemester nach Deutschland kamen, war der Spracherwerb eine wichtige Motivation, nach Deutschland zu kommen. Die Frauen, die nicht fließend Deutsch sprechen bedauerten, dass sie durch fehlende Kontakte zu Deutschen ihre Sprachkenntnisse nicht gut üben würden. Da die Interviews überwiegend auf Deutsch geführt wurden, konnten alle befragten Frauen sehr gut bis fließend Deutsch.

Alle Mütter sprechen mit ihren Kindern überwiegend Polnisch. Es ist ihnen wichtig, dass ihre Kinder ihre Muttersprache können, um Kontakt mit ihrer Familie haben zu können und weil bei einigen die Möglichkeit besteht, dass sie wieder nach Polen gehen.

Die Väter sprechen auch jeweils ihre Muttersprache mit den Kindern.

Vier Paare sprechen miteinander überwiegend Polnisch, dabei ist ein deutsch-polnisches Paar. Wenn Deutsch die gemeinsame Sprache der Eltern ist, bleibt den Muttersprachen weniger Raum; die meisten dieser Mütter sind jedoch zuversichtlich, dass es ausreicht, um Polnisch zu lernen. Eine Mutter ist eher unsicher. Die Mütter mit deutschen Männern wünschen sich, dass ihre Männer (falls sie es noch nicht können) mit den Kindern polnisch lernen.

Keine der Mütter macht sich Sorgen, dass ihre Kinder nicht gut Deutsch lernen würden; selbst nicht bei den Kindern, die im deutsch-polnischen Kindergarten sind.

- Ich [hatte] in Polen Deutsch gelernt. Aber das ist anders, wenn man in Polen Deutsch lernt. Ich wusste nicht, dass ich nach Deutschland komme, dass die Sprache benutze. Aber vor der Geburt meines Sohnes habe ich wirklich Deutsch gelernt, ich habe diesen Kurs für Ausländer gemacht. Bei der Geburt musste mein Mann dabei sein und alles übersetzen. Ich habe schon viel verstanden, aber ich konnte nichts sagen. Die Sprache ist wirklich wichtig. P9
- Ich brauche auch noch Erfahrung. Aber wir haben keine deutschen Freunde, und das ist schlecht. Ich habe niemanden, mit dem ich deutsch sprechen kann. Aber es geht. P7
- Ich lerne Deutsch seit der Grundschule, ich war ungefähr elf, als ich angefangen habe. Das hat sich dann durch die ganze Schule gezogen. Dann war ich ein Jahr Au-Pair in Berlin nach dem Abitur, das war '99/2000. P1
- [Ich spreche mit meinem Kind beide Sprachen.] Je nachdem, wer noch dabei ist. [Ich würde ihr gerne Polnisch beibringen], aber das ist nicht so einfach wie ich dachte. Ich hatte große Pläne, dass sie in den deutsch-polnischen Kindergarten geht, [aber der ist weit entfernt]. [...] Meine ganze Familie spricht kein Wort deutsch- oder fast nicht. Ja, wegen dem Kontakt mit meiner Familie und überhaupt, in Bezug auf Kultur und so, ich bin ja Polin. Das ist die Hälfte von [meinem Kind], das muss sie auch kennen lernen. P1
- [Mein Partner] spricht auch nicht so gut, also er versteht schon. Und wenn wir beide da sind und ich polnisch mit [meinem Kind] rede, das ist irgendwie komisch. Weil er nur ganz wenig mitbekommt. Vielleicht lernt er ja dabei. P4
- Wir sprechen kein Deutsch mit [unserem Kind], wir haben auch bestätigt bekommen, dass er sonst Deutsch mit unseren Fehlern und Akzenten lernt. Aber ich habe schon gemerkt, wenn ich mit anderen Müttern und Kindern zusammen bin, und ich spreche polnisch mit meinem Sohn, ist das immer komisch. Deshalb werde ich deutsch sprechen, damit mich alle verstehen. Ich habe mich sonst nicht gut gefühlt. Ich habe versucht, alles zu übersetzen, aber das ist zu viel, da war ich immer völlig fertig nach jedem Treffen. P2

- Drei Sprachen sind viel, ich hoffe, [die Kinder] schaffen das. Aber unser Kinderarzt, er kommt selbst aus Indien, sagt, Kinder sind in der Lage, fünf Sprachen auf einmal zu lernen. P5

4.9 Zusammenfassung: Mögliche Gründe des unterschiedlichen Stillverhaltens in den beiden Gruppen

In der KiGGS zeigte sich ein unterschiedliches Stillverhalten der beiden hier befragten Gruppen von Frauen aus den ehemaligen SU-Staaten und Polen (1). Die in dieser Arbeit befragten Mütter beider Herkunft waren sich in einigen Punkten einig- so in der positiven Einstellung dem Stillen gegenüber, in der Bereitschaft, für das Kind Anstrengungen anzunehmen, in der Bedeutung, die sie der Unterstützung des Stillen durch ihr Umfeld (Vater, Großmutter des Kindes) und guter Hebammenbetreuung beimaßen. In den nachfolgenden Aspekten unterschieden sich die Aussagen der Frauen dieser beiden Gruppen jedoch, so dass dies eine Begründung für das unterschiedliche Stillverhalten sein könnte.

Stillen oder Pulvermilch als Standard

In beiden Gruppen sind die Frauen dem Stillen gegenüber sehr positiv eingestellt. In Polen war und ist es jedoch verbreitet – man sieht das an der oft kurzen Stilldauer –, Pulvermilch zu füttern; die befragten Frauen berichteten davon. Pulvermilch wird von ihnen eher als Standardernährung angesehen, Stillen als möglicher Pluspunkt; die russischsprachigen Frauen sehen dagegen eher Stillen als Standard und Pulvermilch als (guten) Ersatz.

Selbstverständlichkeit der Stillentscheidung

In dieser Arbeit hatten in beiden Gruppen alle Frauen eine Stillabsicht und begannen auch, ihre Kinder zu stillen. Die Selbstverständlichkeit ihrer Stillentscheidung ist jedoch nicht die gleiche; in der Gruppe der Frauen aus Polen berichteten mehr Frauen von ihrem Entscheidungsprozess und davon, das Stillen ausprobieren zu wollen. Stillen wird allgemein positiv gesehen, aber diese allgemeine Zustimmung wird nicht unbedingt als für das eigene Verhalten entscheidend bewertet. In der Gruppe aus den ehemaligen SU-Staaten dagegen sind die Frauen eher ohne Frage davon überzeugt, dass sie stillen werden. Die Frauen aus den SU-Staaten haben in ihrem sozialen Umfeld häufiger positive Stillbeispiele, die Frauen aus Polen häufig negative und nur einzelne positive (besonders in der Generation ihrer Mütter). In der russischsprachigen Gruppe gingen die Frauen überwiegend davon aus, dass sie (erfolgreich) stillen werden; in der polnischsprachigen Gruppe war das Selbstbewusstsein in dieser Beziehung niedriger, sie wollten es aber

versuchen. Darauf aufbauend nahmen sich diese Frauen auch keine gewünschte Stilldauer vor, da sie es erst ausprobieren wollten; die Stillabsicht ist dann eher vorläufig und auf Widerruf angelegt.

So scheint die Stillabsicht der polnischstämmigen Frauen oft eine weniger sichere Basis zu haben, möglicherweise führen die folgenden Aspekte deshalb bei ihnen eher zum Abstillen und damit zu einer kürzeren Stilldauer.

Erschrecken vor körperlichen Reaktionen

Die Frauen aus Polen sprachen häufiger davon, dass gerade der Milcheinschuss mit den körperlichen Reaktionen und unkontrolliert auslaufender Milch für sie eine unerwartete „Begegnung mit der Natur“ war, die sie oft auch unangenehm berührte. Auch gaben deutlich mehr Frauen aus Polen Schmerzen und wunde Brustwarzen an. Dies könnte einer schlechteren Anlegetechnik geschuldet sein, aber auch einer anderen Erwartungshaltung, wie schmerz- und problemlos der Stillanfang sein würde und der Größe der Bereitschaft, auch Probleme oder Schmerzen zu ertragen. In beiden Gruppen wussten nur einige Frauen konkret von möglichen Stillproblemen, es waren jedoch mehr Frauen aus Polen davon unangenehm überrascht.

Unterstützung des Stillwunsches und die besondere Rolle der Großmütter

In beiden Herkunftsgruppen herrscht die Vorstellung, dass Muttermilch alleine nach wenigen Wochen nicht mehr reiche („gefühlte unzureichende Milchproduktion“) und man zufüttern müsse, was oft das Abstillen zur Folge hat. Diese Vorstellung wird besonders durch die Großmütter verbreitet. Laut einer Hebamme spielen russischsprachige Großmütter scheinen eine dominanter Rolle besonders bei jüngeren Müttern, außerdem wohnen sie häufiger – weil als (Spät-)Aussiedler gekommen – im gleichen Ort. Bei den hier befragten Frauen hingegen waren es polnischstämmige, bei denen die Großmütter in der Frage, ob ihr Enkelkind „ausreichend“ ernährt ist, auf ihre Töchter einwirkten. Ein Grund könnte die eigene, als unzureichend gebrandmarkte Still Erfahrung sein.

Junge Mütter untereinander und Stillpromotion

Mehrere Frauen aus Polen sagten, sie hätten es als unangenehm empfunden, dass junge Mütter in Deutschland so stark über das Stillverhalten anderer junger Mütter urteilten, meist ohne genaueres von ihnen zu wissen. In der Gruppe der Frauen aus den ehemaligen SU-Staaten meinten dagegen einige, sie könnten andere Frauen nicht verstehen, die nicht stillen. Ob sie dies anderen jungen Müttern zeigen würden, blieb dabei unklar. In Krankenhäusern, beim

Gynäkologen, im Geburtsvorbereitungskurs und in Publikationen werden die Vorteile des Stillens beworben. Professionelle würden aber eine mütterliche Entscheidung gegen das Stillen akzeptieren. Obwohl die Frauen aus beiden Gruppen eine positive Einstellung zum Stillen haben und deshalb diese Stillpromotion grundsätzlich begrüßen, bewerteten die meisten russischsprachigen Frauen den Druck, der zwischen den Müttern und durch die Stillpromotion entsteht, positiver als die polnischsprachigen.

Beikost Einführung und Abstillen

Die meisten polnischsprachigen Mütter nahmen die erfolgreiche Beikost Einführung ab dem 5.-6. Lebensmonat als passenden Zeitraum, bald auch gänzlich abzustellen. Da viele russischsprachige Mütter sich eine Stilldauer von etwa einem Jahr vorgenommen hatten, liefen hier Beikost und Stillen oft noch länger nebeneinander.

5. DISKUSSION

5.1 Methodendiskussion, Limitationen

Feldzugang

Der Kontakt zu den Müttern, die interviewt wurden, wurde in beiden Herkunftsgruppen über verschiedene Vereine und Kinderbetreuungseinrichtungen angebahnt und einige über den Bekanntenkreis der Autorin (Schneeballsystem). Dadurch wurde erreicht, dass die Frauen aus unterschiedlichen Wohnvierteln Berlins kamen, in unterschiedlichen Geburtseinrichtungen entbunden hatten, unterschiedliche Hebammen und Ärzte hatten, unterschiedlichen Freundeskreisen und Familien angehörten. Trotz der beschränkten Anzahl der Befragten war es so möglich, eine breite Einsicht in die jeweilige Gruppe zu erzielen. Obwohl die Interviewerin bei den Anfragen betonte, dass eigenes Stillen keine Voraussetzung für ein Interview sei, hatte allerdings keine der befragten Frauen dem Stillen gegenüber eine grundsätzlich ablehnende Haltung. Durch das mit der Interviewanfrage transportierte Thema fühlten sich Frauen, die Stillen nicht positiv sehen, möglicherweise nicht angesprochen oder wollten über das Thema nicht befragt werden. Um diese Selektion zu kompensieren, wurde die Perspektive der Hebammen einbezogen. Dennoch kann es sein, dass typische Einstellungen nicht stillender bzw. dem Stillen gegenüber negativ eingestellter Frauen nicht identifiziert werden konnten.

Der Bildungsstand der befragten Frauen war im Durchschnitt hoch; die Forschung zeigt, dass der Bildungsstand die Einstellung zum Stillen sowie das Stillverhalten beeinflusst (8; 27). Aus Studien in Polen und der ehemaligen SU-Staaten ist auch hier eine Korrelation von höherer Bildung und längerer Stilldauer bekannt (29; 33). Aus der KiGGS dagegen wissen wir, dass diese Korrelation bei immigrierten Frauen, insbesondere bei Frauen aus den ehemaligen SU-Staaten, niedriger ist als bei deutschen autochthonen Frauen (1). Ähnliches ist auch für lateinamerikanische Migrantinnen in den USA bekannt (40).

Alle Interviewten hatten sich bereit erklärt, sich in einem Interview über ein privates - teilweise intimes - Thema auf Deutsch befragen zu lassen. Mütter, die nicht in ein Interview einwilligten, schienen überwiegend innerhalb der Familie Kontakte zu pflegen, über einen eher niedrigeren Bildungsabschluss und wenig Deutschkenntnisse zu verfügen. Informationen über diese Gruppe lieferten die Experteninterviews mit den Hebammen. Allerdings können die Hebammen nur von

Frauen erzählen, die Hebammenhilfe suchen. Zu beachten ist, dass die Erfahrungen und das Wissen der Hebammen über die Mütter immer auch durch das Verhalten und die Einstellung der Hebammen selbst beeinflusst werden. Besonders deutlich wird dies, wenn es um die Kommunikation der Mütter mit Personen des Gesundheitssystems geht, da die Hebammen ja selbst ein Teil dessen sind.

Die Einschränkung, dass nicht alle angesprochenen Mütter sich zu einem Interview bereit erklärten, galt für Frauen beider Herkunft. Es lässt sich festhalten, dass die befragten Gruppen beider Herkunft sich nicht wesentlich im Alter, Bildung, und der Dauer des Aufenthalts in Deutschland unterschieden, hier ergibt sich kein Hinweis auf durch den Rekrutierungsprozess entstandene ungleiche Gruppen. Ein Unterschied zwischen den beiden Gruppen besteht darin, dass die russischsprachigen Frauen häufiger mit ihrer Herkunftsfamilie in Deutschland leben, die polnischstämmigen Frauen häufiger ohne Herkunftsfamilie. Dies entspricht der Verteilung dieses Merkmals bei Frauen im gebärfähigen Alter innerhalb der Herkunftsgruppen (7; 10).

Alle von mir befragten Frauen waren in Deutschland gemeldet und hatten eine deutsche Krankenversicherung. Die besonderen Probleme, die Frauen ohne deutsche Krankenversicherung haben (Frauen ohne Aufenthaltsstatus aus ehemaligen SU-Staaten und Polinnen, die nicht hier, sondern in Polen versichert sind), wurden in dieser Arbeit nicht besprochen.

Die Studie ist als eine qualitative und regional begrenzte angelegt. Es können daher keine Aussagen darüber getroffen werden, welche statistische Relevanz die hier ermittelten Einstellungen haben. Dafür müssten die Ergebnisse an einer für Deutschland repräsentativen Stichprobe überprüft werden. Die Stärke dieses Ansatzes ist es jedoch, das komplexe Zusammenspiel vieler Faktoren auf das Stillverhalten der Mütter untersuchen zu können und nicht schon im Vorfeld die möglichen Variablen und Ausprägungen festzulegen, zumal bislang zu den Orientierungen dieser Migrantengruppen in Bezug auf das Stillen keine Kenntnisse vorlagen.

Interviews und Auswertungsmodus

Aus Rücksicht auf die Wünsche der Interviewpartnerinnen fanden einige Interviews an teilweise unruhigen öffentlichen Orten – auf Kinderspielflächen oder in Cafés – statt. Oft waren die Kinder dabei. Dadurch wurden die Gespräche manchmal unterbrochen, wobei der Faden aber in den meisten Fällen unproblematisch wiederaufgenommen werden konnte.

In dieser Arbeit wurde rückblickend nach Einstellungen und Stillabsicht sowie Erfahrungen gefragt, die meist viele Monate zurücklagen. Dadurch werden einige Begebenheiten vermutlich durch die nachfolgenden Ereignisse verändert bewertet. Dies liegt besonders nahe bei der geplanten Stilldauer und wie Stillschwierigkeiten beurteilt wurden - je nachdem, ob sie im Verlauf der Auslöser für das Abstillen waren oder nicht.

Die halboffenen Interviews eigneten sich sehr gut für dieses teilweise intime Thema, da die Frauen überwiegend selbst entschieden, in welcher Form sie die Themen ansprechen wollten. Dadurch entstand im Gespräch eine entspannte Stimmung, selbst wenn manchmal zu Beginn noch Unsicherheit auf Seiten der interviewten Frauen zu spüren war.

Das hier gewählte Forschungsdesign beruht auf mündlichen Interviews, die immer eine Interaktion zwischen Interviewerin und Interviewten enthalten. Eine mögliche Beeinflussung der Erzählung durch die Interviewerin wurde systematisch in der Textanalyse kontrolliert und bei der Kodierung und Interpretation der qualitativen Daten berücksichtigt.

Obwohl die Stillzeit der befragten Frauen zwischen sieben und dreizehn Jahre zurückliegt, trägt diese Studie zu einem besseren Verständnis des Stillverhaltens von Migrantinnen bei, indem sie kulturspezifisch typische Einstellungen, besondere Bedürfnisse, Schwierigkeiten und Interaktionen darstellt. Stilleinstellung und -verhalten ändern sich mit längerer Aufenthaltsdauer von Immigranten, aber auch nach vielen Jahren und sogar in den Folgegenerationen sind noch Unterschiede zu Autochthonen und zwischen Müttern unterschiedlicher Herkunft feststellbar (1; 42).

In den Jahren zwischen der Planung und Durchführung der Interviews sowie der Fertigstellung dieser Arbeit erschienen einige qualitative Studien zum Stillverhalten und -erleben (45; 46; 48; 62; 66; 67; 76; 87; 89; 106), die nun insbesondere in der Diskussion der Ergebnisse berücksichtigt wurden, bei der Konzeption des Forschungsdesigns jedoch noch nicht zur Verfügung standen.

5.2 Inhaltliche Diskussion - Stilleinstellung der Frauen und ihr Stillverhalten und -erleben beeinflussende Faktoren

Die Erforschung der Stilleinstellung und der Einflüsse auf das Stillverhalten im Kontext einer Migration wurde auf die Migrantinnengruppen aus den früheren SU-Staaten und Polen fokussiert. Diese stellen als zweit- bzw. drittgrößte Migrantenpopulation in Berlin einen wesentlichen Anteil der Bevölkerung (6; 12). Beide Gruppen unterscheiden sich deutlich hinsichtlich ihres Anteils an Müttern, die weniger als 6 Monate stillen (1). Bislang nicht geklärt waren die Gründe für dieses unterschiedliche Stillverhalten. Aus der nationalen und internationalen Forschung ist bekannt, dass der Migrationshintergrund ein Korrelationsfaktor des Stillverhaltens ist (40; 8; 27; 43; 1; 42). Auch die hier befragten Frauen beschreiben ihren Migrationshintergrund als wesentlichen Einfluss auf ihre Stilleinstellung, ihr Stillverhalten und prägend für ihre sozialen Kontakte sowie den Zugang zum Gesundheitssystem. Eine vergleichende Analyse zweier Zuwanderergruppen kann Aufschluss über soziale Mechanismen geben, die dem Stillverhalten zugrunde liegen. Andersherum stellt die Mutterschaft die Frauen vor neue Fragen, die mit ihrem Migrationshintergrund zusammenhängen, besonders Muttersprache des Kindes und familiäre Rollen.

Stilleinstellung und -absicht

Die Erzählungen der befragten Frauen und Hebammen dokumentieren eine grundsätzlich große Stillbereitschaft sowohl seitens der russischsprachigen als auch der polnischsprachigen Frauen. Eine grundsätzliche Ablehnung des Stillens findet sich nach Erfahrung der Hebammen in diesen Migrantengruppen nur bei den zweitgeborenen Kindern, sofern das Stillen beim ersten Kind problematisch war. Stillabsicht und geplante Stilldauer sind durch Forschungsergebnisse belegte konsistente und wichtige Parameter für das Stillverhalten (8; 37; 55). Die Stillabsicht scheint aber in beiden Gruppen unterschiedlich verinnerlicht zu sein. Bei den russischsprachigen Frauen überwiegt eine unhinterfragte Selbstverständlichkeit, als Mutter zu stillen. Diese Orientierung wird durch eine kleine Studie aus Russland bestätigt (28). In den Interviews mit den polnischsprachigen Frauen dokumentiert sich hingegen ein Entscheidungsprozess, in dem Für und Wider bzgl. des Stillens abgewogen werden. Es ist aus der Forschung bekannt, dass eine spätere und tendenziell unsichere Entscheidung für das Stillen mit früherem Abstillen einhergeht (8; 16). Hierin könnte also bereits eine erste Erklärung für die unterschiedliche Stilldauer (1) in den beiden Migrantinnengruppen liegen.

Unterschiede fanden sich zudem in der Auffassung, welche Nahrung als Standardernährung für Säuglinge angesehen wird. In den Interviews mit polnischsprachigen Müttern zeigte sich die Orientierung, Pulvermilch sei die Standardernährung und Stillen ein zusätzliches Plus. Russischsprachige Mütter betrachten hingegen Stillen als (natürlichen) Standard und Pulverernährung als (guten) Ersatz. Bezüglich dieser Vorstellung, die die gleichen Gesundheitsunterschiede gestillter und nicht-gestillter Säuglinge beschreibt, gibt es Hinweise, dass der Standard ein Ausdruck der unterschiedlichen Wertigkeit der jeweiligen Ernährung ist (49). Interessanterweise zeigt eine qualitative irische Studie, dass Mütter mit polnischen Migrationshintergrund berichten, dass Stillen in Polen als normal angesehen wird, in Irland jedoch nicht (36). Mit den hier vorliegenden Interviews ist die Frage nach dem Standard und welche Säuglingsernährung als „normal“ in der jeweiligen Migrantinnengruppe angesehen wird, allerdings nicht generalisierend zu beantworten.

Die von fast allen Müttern genannten Argumente für das Stillen sind aufschlussreich. Übereinstimmend gaben sie an, es sei gesünder für das Kind und die Natur habe diese Ernährungsweise vorgesehen. Auch in Studien in Deutschland, Polen und Russland sahen Mütter gesundheitliche Vorteile als wichtigstes Argument, selbst zu stillen (30; 50; 51; 52). Wichtig war insbesondere den polnischsprachigen Müttern, dass durch das Stillen die emotionale Mutter-Kind-Bindung gestärkt würde; ein auch von in Polen befragten Müttern als sehr wichtig empfundenen Argument für das Stillen (51).

Stilldauer

In der KiGGS stillten polnischstämmige Mütter besonders häufig kürzer als 6 Monate und besonders selten bis 6 Monate ausschließlich (1). Neben der oben genannten unsicheren Stillabsicht kann ein weiterer Grund eine kürzere geplante Stilldauer sein. Die Mütter aus beiden Gruppen berichten übereinstimmend, dass sie sich bei der vorgenommenen Stilldauer an den Empfehlungen des deutschen Gesundheitssystems orientiert hätten, insbesondere an jener für ausschließliches Stillen. Das bedeutet, frühestens mit Beginn des 5. Monats und spätestens mit Beginn des 7. Monats zuzufüttern, und dabei auch weiter zu stillen (4). Unterschiede dokumentierten sich hinsichtlich der geplanten Gesamtdauer des Stillens und in ihrer rückblickenden Bewertung. Beides scheint durch die jeweiligen Vorstellungen im Herkunftsland geprägt zu sein. In der russischsprachigen Gruppe dominiert, zwölf Monate als gute Stilldauer zu betrachten. Das bestätigt auch eine kleine Studie, die Mütter in zwei Krankenhäusern Russlands befragte (28). Die Vorstellungen der polnischstämmigen Frauen bezüglich der absoluten

Stilldauer sind innerhalb der Gruppe heterogener. Häufig wollten die Mütter zunächst die Beikosteneinführung abwarten und entschieden dann oft innerhalb der nächsten Wochen abzustillen. Hier gibt es klare Ähnlichkeiten mit der Stillkultur im Herkunftsland: In Polen fanden die Hälfte der Teilnehmerinnen einer Studie, sechs Monate wären die ideale Dauer, nur knapp zwei Fünftel ein Jahr (34). In einer weiteren Studie stillten ein Drittel der Mütter ihr sechsmonatiges Kind noch (108) und in der KiGGS wurden 56,6% der Kinder mit polnischem Migrationshintergrund mit 6 Monaten nicht mehr gestillt (1).

Wie aus anderen Studien bekannt, hing die Zufriedenheit der Mütter davon ab, für wie wichtig sie Stillen hielten und ob sie ihre Stillziele annähernd erreichen konnten (127). Konnten sie dies nicht, war das Wissen bedeutsam, sich nach Kräften bemüht zu haben. Insbesondere die Frauen aus den früheren SU-Staaten berichteten von Anstrengungen, die sie unternommen hatten, ihr Stillziel auch bei Schwierigkeiten umzusetzen.

Stillverhalten und -erleben

Als für ihr Stillverhalten und -erleben wesentlich beeinflussend nennen die hier befragten Mütter die Unterstützung durch den Vater sowie zusätzlich oder auch vorrangig durch die Großmutter des Kindes. Zudem heben die Mütter die stillunterstützende Behandlung im deutschen Gesundheitssystem hervor. Hierzu zählt insbesondere eine zuverlässige Hebammenbetreuung, die die Überwindung möglicher Stillschwierigkeiten unterstützt. Das Gefühl, mit dem praktizierten Stillverhalten der gesellschaftlichen Rolle einer „guten Mutter“ zu entsprechen, wurde wesentlich von der Familie, Öffentlichkeit und anderen Müttern beeinflusst.

Soziales Umfeld

Einstimmig berichten die befragten Frauen und Hebammen, dass Mütter beiderlei Herkunft üblicherweise bestärkende sowie praktische Unterstützung beim Stillen erhalten. Diese Unterstützung war den Müttern für den Stillerfolg sehr wichtig. In vielen Studien (21; 117; 27; 8), besonders qualitativen (110), wird die Bedeutung von Unterstützung aus dem sozialen Umfeld für das Stillen betont. Stillpromotion ist erfolgreicher, wenn Väter und Großmütter mit einbezogen werden (74).

Bei den hier untersuchten Migrantinnengruppen hatten russischsprachige Frauen zumeist Hilfe von ihrer Mutter oder Schwiegermutter, während bei polnischstämmigen Frauen der Kindsvater üblicherweise die wichtigere Person in Bezug auf das Stillen war. Neben kulturellen Gründen liegt dies wohl auch an der unterschiedlichen Migrationsgeschichte – ein großer Teil der Frauen

aus den ehemaligen SU-Staaten sind Spätaussiedler, meist siedelte die ganze Großfamilie für immer nach Deutschland (10 S. 23). Frauen aus Polen immigrierten dagegen häufig alleine oder mit ihren Männern (7 S. 178). Gleichzeitig erleichtert die geographische Nähe, den Kontakt zu der in Polen gebliebenen Familie aufrecht zu erhalten. Für polnische Migrantinnen in Irland spielte ihre Mutter allerdings selbst dann eine wichtige Rolle für das Stillverhalten, wenn sie weit weg, in Polen, lebte (36).

Keine der interviewten Frauen berichtete von einem negativen oder verunsichernden Einfluss des Kindsvaters. Studien zeigen, dass Väter - wenn sie dem Stillen gegenüber indifferent oder negativ eingestellt sind oder die Mütter dies annehmen - die Stillabsicht und -dauer negativ beeinflussen können (27; 56; 68). Nach den Ergebnissen einer Studie in Russland war es fast allen Vätern wichtig, dass ihr Kind gestillt wird (30). Eine vergleichbare Studie aus Polen liegt nicht vor.

Neben der großen Hilfe, die die Großmütter für die hier untersuchten jungen Familien darstellen, erleben die befragten Hebammen auch manchmal eine negative Beeinflussung des Stillens. Im Einzelnen berichteten die befragten Hebammen, dass frühes Zufüttern von den Großmüttern befürwortet würde, Stillen als nicht ausreichend empfunden wird und, als Entlastung der Mutter, das Füttern zu übernehmen angeboten wird. Auch in anderen Studien wird in diesem Zusammenhang der Wunsch, die Mutter entlasten zu wollen, beschrieben (48; 121). Betreuen Großmutter oder Vater den Säugling häufig, wirkt sich das negativ auf die Stilldauer aus (119). Durch Zufüttern reduziert sich Nachfrage nach Muttermilch und die Milchproduktion sinkt, was den Eindruck „unzureichender Milchproduktion“ erweckt - ein bekannter und häufiger Grund für frühes Abstillen (8; 102). Die wichtige Rolle der Großmütter gerade für Migrantinnen wird in einer Übersichtsarbeit qualitativer Studien betont (115).

Bei jüngeren Frauen mit engerem Familienzusammenhalt, wie es in russischsprachigen Familien üblich ist, sehen die Hebammen dies häufiger. Dieses Bild deckt sich mit den in der Literatur beschriebenen Werten vom engen Familienzusammenhalt, klaren Rollenzuschreibungen und der Autorität der Älteren – diese Werte werden bei russischsprachigen Migranten sehr hochgeschätzt. Dahingegen schätzen polnischsprachige Migranten eher die Unabhängigkeit ihrer Kinder (10 S. 113; 15; 7 S. 207). Russischsprachige Mütter bewegen sich hier im Spannungsfeld zwischen zwei Wertvorstellungen: zum einen der Autorität des älteren Familienmitglieds Respekt zu zollen und seinen Ratschlägen zu folgen und zum anderen, der eigenen Einschätzung

und den Ratschlägen des hiesigen Gesundheitssystems zu folgen. Die eigenen Mütter sind den russischsprachigen Frauen beim Thema Stillen ein Vorbild für Durchhaltevermögen, weil sie ihre Kinder teils unter widrigen Umständen erfolgreich gestillt hatten.

In Großbritannien empfanden Migrantinnen aus Bangladesch es als problematisch, dass im Vergleich zu ihrem Herkunftsland die Großmutter als Informationsquelle niedriger bewertet wird als das Gesundheitspersonal (89). Einen ähnlichen Konflikt beschreiben die Hebammen für manche russischsprachigen Familien und schlagen vor, Großmütter und ihre Vorstellungen in der Wochenbettbetreuung von Seiten der Hebammen besser einzubeziehen.

Anders als die Hebammen erlebten von den befragten Müttern die polnischstämmigen, dass sie in ihrem Stillwunsch von ihren Müttern verunsichert wurden. Hier waren die Auslöser oft Stillschwierigkeiten, die die Großmütter mit Abstillen lösen wollten, oder auch die angenommene „unzureichende Milchproduktion“. Vor allem Menschen mit keiner oder negativer Still Erfahrung verunsicherten in einer britischen Studie stillende Mütter (76); auch viele Großmütter der polnischstämmigen Kinder gehörten hierzu. Die negativen Still Erfahrungen der Großmüttergeneration sind stark durch das damalige polnische Gesundheitssystem geprägt, in welchem den Müttern vermittelt wurde, ihre Milch würde nicht reichen. Dieser von den Hebammen als typisch beschriebene Konflikt wurde von keiner der befragten russischsprachigen Frauen so erlebt.

Die Frauen aus beiden Gruppen betonen, dass ihnen die Großmütter eine Hilfe waren. Polnischstämmige Frauen sprachen aber auch von Meinungsverschiedenheiten und berichteten davon, dass sie ihren Müttern teilweise Probleme verschwiegen hätten, damit diese sich keine Sorgen machten. Die Frauen aus den ehemaligen SU-Staaten sprachen dagegen eher von einer anstrengenden, gemeinsam durchgestandenen Zeit. Hier erscheint Kinderversorgung als gemeinsame Aufgabe von Müttern und Großmüttern verstanden worden zu sein. Dies deckt sich mit den Ergebnissen einer qualitativen Studie mit jungen Spätaussiedlerfrauen, in der der besondere Stellenwert der Mütter für deren Töchter betont wird (10 S. 55).

Relativ wenig beachtet in der Forschung ist bisher die Rolle der Schwiegermutter (71). Gerade in der russischsprachigen Gruppe waren sie, zumal wenn die eigene Mutter nicht vor Ort war, eine wichtige Stütze und Ansprechpartnerin.

Interessanterweise fühlten sich polnische Migrantinnen in Irland von ihren Familien unter Druck gesetzt nach der Geburt zu stillen (36), während die hier befragten polnischstämmigen Mütter

nicht von entsprechendem Druck berichten, aber von Konflikten einige Wochen nach Stillbeginn.

Problematisiert wurden ein sozialer Zwang zu stillen und empfundene Stigmatisierungen, sofern der Stillnorm nicht entsprochen wurde. Insbesondere die polnischstämmigen, aber auch die russischsprachigen Mütter störten diese erlebten Verurteilungen von jungen Müttern untereinander. Mögliche Auswirkungen des gesellschaftlichen Bildes einer „guten Mutter“, die selbstverständlich stillt, sind noch nicht ausreichend erforscht (60).

Geschlechterrollen und die Mutterrolle sind stark kulturell geprägt. Die Hebammen sprechen hier davon, dass die Frauen ihre neue Rolle als Mutter gerne annehmen. Vor allem die russischsprachigen Mütter empfinden sich selbst als stark geprägt durch ihre Herkunft, auch hinsichtlich der Rollenverteilung innerhalb der Familie. Welchen Einfluss die Rollenverteilung auf das Stillverhalten hat, stellt sich in der Forschung uneinheitlich dar: einige Studien gehen von einem Einfluss aus (77; 78; 79), während eine spanische Studie explizit keinen sieht (80). Welche Bedeutung es für die hier untersuchten Migrantinnengruppen hat, lässt sich mit den hier geführten Interviews nicht ausreichend beantworten.

Stillprobleme

Ein häufiges Stillproblem, die Sorge vor „unzureichender Milchproduktion“ (8; 102; 27; 16; 21), betrifft auch manche der hier befragten Frauen. Die Sorge speist sich u.a. aus der Vorstellung, Muttermilch wäre zu wässrig, bei den russischsprachigen Frauen aus dem Wissen, dass in der Sowjetunion frühes Zufüttern empfohlen wurde und bei den polnischsprachigen Frauen aus der Vorstellung, die Kinder müssten selbstständiger werden. Wie oben beschrieben wird diese Sorge manchmal durch die Großmütter verstärkt. Es ist aus vielen Studien bekannt, dass sich Mütter trotz eigenem Stillwunsch von Verwandten leicht die benötigte Sicherheit nehmen lassen und zweifeln, dass ihre Muttermilch ausreichen werde, und daraufhin Flaschenmilch zufüttern (59; 99). Dies ist insbesondere der Fall, wenn wohnliche Nähe besteht (71). Dabei liegt das Problem „unzureichender Milchproduktion“ sehr selten an einer primären Hypogalaktie (8) und wird von den Müttern fast nie mit objektiven Parametern wie fehlender Gewichtszunahme des Kindes begründet, sondern meist mit „kindlicher Unruhe“ (27; 109). Vermutlich entspringt also die Annahme, unzureichend Milch zu produzieren, eher der Unsicherheit als einem tatsächlichen Mangel; zumal Frauen mit pränatal hoher Selbstüberzeugung, erfolgreich stillen zu können (wie die meisten der befragten russischsprachigen Frauen), dieses Problem weit seltener erleben (58).

Ausschlaggebend bleibt jedoch letztendlich das Gefühl der Mutter, zu wenig Milch für ihr Kind zu haben. Das wird meist durch Zufüttern beantwortet, woraufhin das Kind weniger an der Brust saugt und infolgedessen die Milchproduktion tatsächlich sinkt. Dadurch wird die initiale Annahme „unzureichender Milchproduktion“ bestätigt (37; 8). Meist passiert dies zwischen der ersten und vierten Woche nach der Geburt. Die Sorge um zu wenig Milch bleibt jedoch auch in den kommenden vier Monaten der häufigste Abstillgrund auch bei deutschstämmigen Müttern (109; 21). Gefühlte „unzureichende Milchproduktion“ ist in Studien konsistent der häufigste Grund für Mütter, nicht mehr voll zu stillen (8). In einer polnischen Studie war es für fast ein Drittel der Frauen sogar der Grund, vollständig abzustillen (108), bzw. in einer weiteren Studie, nicht mehr ausschließlich zu stillen (52).

In den Interviews wurde deutlich, dass die Frauen aus den ehemaligen SU-Staaten und Polen ihre neue Rolle als Mutter als herausfordernd empfinden, diese Herausforderung aber gerne annehmen. Dies gilt auch für das Stillen, welches bekanntlich viele Frauen als umfassende Herausforderung erleben, wobei etwaige Unannehmlichkeiten akzeptiert werden (110). Die befragten Hebammen haben die Erfahrung gemacht, dass der Stillterfolg in diesen Gruppen trotz durchaus auftretender Stillprobleme kaum gefährdet ist. Aus einer deutschen Studie ist bekannt, dass nicht die Häufigkeit von Stillproblemen entscheidend ist, sondern der Umgang mit ihnen. Hierbei hatten weiterstillende Mütter nicht weniger oder andere Stillprobleme als Mütter, die abgestillt hatten (21). Interessanterweise gab es in der russischsprachigen Gruppe die Meinung, unabhängig von der eigenen oft positiven Stillterfahrung, Stillen sei mühsamer als Flasche zu geben. Allerdings wollten die Frauen diese Herausforderung gerne selbst annehmen. Interessanterweise ist die gleiche Annahme, Stillen sei mühsamer, in einer Studie für irische Mütter ein wesentlicher Grund die Flasche zu geben (67). Die polnischsprachigen Frauen ließen keine grundsätzliche Einstellung erkennen, ob Stillen oder die Flasche zu geben mühsamer sei.

Die Hebammen erzählten von der Erfahrung in beiden Gruppen, dass Stillprobleme den Stillterfolg selten gefährden. Im Gegensatz dazu sprechen die polnischstämmigen Frauen selbst davon, dass sie beim Auftreten als zu viel empfundener Problemen abstillen würden. Hierzu sei ihnen von ihren Müttern geraten worden, außerdem sehen sie diese Einstellung auch als typisch für Polen. Das Überwinden von Stillproblemen wird vom Selbstbewusstsein der Mütter, dass sie erfolgreich stillen werden sowie ihrer Bereitschaft, dafür Unannehmlichkeiten in Kauf zu nehmen, beeinflusst (58).

Wie in anderen qualitativen Studien (106; 107) fühlten sich die interviewten Mütter, wenn sie Stillschwierigkeiten erfolgreich überwunden hatten, besonders gestärkt in ihrem Stillwunsch und ihrem Glauben an sich als erfolgreich stillende Mutter.

Mehrere polnischstämmige Frauen waren überrascht davon, dass das Stillen nicht immer sofort klappte. Dieses Nichtwissen um potenzielle Schwierigkeiten wird auch in der Forschungsliteratur als ein weit verbreitetes Phänomen beschrieben (37). Im Sinne der Stillpromotion wünschen sich Frauen realistische Informationen, auch Stillprobleme betreffend – dies zeigen qualitative Studien in mehreren Ländern (107; 105). Der Umstand von Stillschwierigkeiten überrascht worden zu sein, wie es hier einige polnischstämmige Frauen schildern, führt zu einem Gefühl des Versagens und Selbstverschuldens der Probleme (107).

Die russischsprachigen Mütter waren im Vorfeld nicht besser informiert über konkrete Stillschwierigkeiten und den Umgang mit diesen. Im Unterschied zu den polnischsprachigen Müttern wussten sie aber aus Erzählungen ihrer Mütter, dass es nicht einfach sein kann und Schwierigkeiten auftreten können. Sie waren also im gewissen Maße vorbereitet.

Besonders der „Milcheinschuss“ mit prallen Brüsten und unkontrolliert ausfließender Milch wurde von den polnischsprachigen Müttern als sehr unangenehm empfunden. Sie fühlten sich der Natur ausgeliefert; so berichten es auch andere Frauen (110). In einer britischen Studie berichteten die Mütter, dass dieses Gefühl des Ausgeliefertseins ihr Selbstbewusstsein, erfolgreich stillen zu können, verunsicherte (107). Der Umgang mit dem Milcheinschuss scheint auch für in Polen lebende Mütter schwierig, so wussten drei Viertel der Befragten einer Studie zwar, was ein Milcheinschuss ist, aber nur ein Viertel, wie man damit gut umgeht (34). Kritisch sahen viele der befragten Mütter- polnisch- und russischsprachige- den Zeitpunkt der Entlassung aus der Geburtseinrichtung, weil dieser oft mit dem Milcheinschuss zusammenfiel und durch den Ortswechsel und die veränderte Betreuungssituation von Krankenhauspersonal auf Nachsorgehebamme leichter eine Mastitis entstehen konnte. Welcher Entlassungszeitpunkt für das Stillen als günstig anzusehen ist, kann wegen der nicht vergleichbaren Studien diesbezüglich nur unzureichend beantwortet werden (37).

In beiden Gruppen stillten auch Mütter mit starkem Stillwunsch auf Grund von Stillproblemen ab, was sie sehr bedauerten. Schuldgefühle und Reue sind Gefühle, von denen auch andere Mütter berichteten, wenn sie nicht erfolgreich stillen konnten, insbesondere wenn sie und ihr Umfeld das Stillen als wichtig empfanden (126). Studien zeigen, dass sich viele Stillprobleme,

besonders wurde Brustwarzen und Mastitis, durch gute Betreuung und Wissensvermittlung an die Mütter vermeiden lassen (73; 27; 37; 16)

Die Nachsorgehebammen waren die wichtigsten Ansprechpartner bei Unsicherheiten und Problemen. Wichtig für eine von den Frauen als gut empfundene Betreuung war hierbei, dass die Hebamme, besonders in den ersten Wochen, gut erreichbar war und dass die Betreuung als individuell wahrgenommen wurde. Beides sind bekannte Einflussfaktoren für erfolgreiche Stillunterstützung (107; 105).

Gesundheitssystem

Die Schwangerschaftsvorsorge beim Arzt, teilweise auch bei Hebammen, nahmen alle befragten Frauen selbstverständlich wahr. Dies ist auch für ein kleines Berliner Patientenkollektiv für russischsprachige Frauen belegt (86), sowie in Russland üblich (28; 29; 30). Teilnahme an der Schwangerschaftsvorsorge korreliert mit höheren Stillraten, wie deutsche und internationale Studien zeigen (72; 21; 42). Allerdings belegen Befunde einer britischen Studie, dass dort gerade Migrantinnen trotz geringer Inanspruchnahme hohe Stillraten haben (42). Polnische Migrantinnen in Großbritannien stört, dass die Schwangerschaftsvorsorge von Hebammen durchgeführt wird, sie wünschen sich Ärzte und häufigere Ultraschalluntersuchungen (88). Auch weil die Vorsorge in Deutschland stark arztbasiert ist und nur auf expliziten Wunsch der Mütter Untersuchungen durch Hebammen übernommen werden, war ähnliches für die hier befragten polnischsprachigen Mütter kein Thema. Eher schätzten einige von ihnen die Möglichkeit und freie Entscheidung, die als persönlicher empfundene Hebammenvorsorge nutzen zu dürfen.

An den Gebärtorten der interviewten Frauen waren die Praktiken ähnlich denen in den TenSteps geforderten (Hautkontakt nach der Geburt, frühes erstes Anlegen, 24hRoomingIn, keine Zufütterung, Hilfe und Information). Von diesen ist ein positiver Einfluss auf das Stillverhalten bekannt (25; 37; 96). Die Frauen äußerten darüber Zufriedenheit, denn diese Praktiken empfanden sie als positiv für ihr Wohlbefinden sowie für einen guten Start ins Zusammenleben mit ihrem Kind, auch unabhängig vom späteren Stillerfolg. Ähnliches berichtet eine russische Studie (28). Besonders wichtig durch den Vergleich mit den Praktiken im Herkunftsland war den Müttern, dass die Kinder rund um die Uhr bei ihren Müttern blieben. Medizinisch fühlten sich die Mütter an den Gebärtorten gut betreut, das Personal sei überwiegend freundlich und stillbejahend und selten drängend. Allerdings habe es zu wenig Zeit für die einzelnen Patienten. In einer britischen Studie führte dies fast immer zu inadäquater und damit nicht

stillunterstützender Betreuung der Wöchnerinnen (100). Zeitmangel kann ein Grund für Krankenhauspersonal sein, weniger individuell und stärker von Vorurteilen gegenüber bestimmten Migrantinnengruppen gelenkt zu betreuen (44). Dabei ist bekannt, dass vor allem individuelle Ansprache den Stillerfolg unterstützt (105). Den hier untersuchten Gruppen werden in Deutschland vermutlich wenig und eher positive Vorurteile entgegengebracht: Die hier befragten Mütter hatten nicht den Eindruck, dass das Gesundheitspersonal ihre Herkunft wichtig nahm. Die befragten Hebammen vermittelten ein Bild von den untersuchten Frauen, wonach sie realistische Vorstellungen von den Herausforderungen als Mutter hätten und diese auch hinnähmen. Ausreichend Deutsch zu können empfinden die Mütter aber als wichtige Voraussetzung für eine gute Betreuung durch das Gesundheitssystem. Es gibt bei ihnen sowohl Erfahrungen, dass das Gesundheitspersonal sich bei Sprachproblemen um Verständigung bemüht hätte, als auch solche, dass Frauen mit wenig Deutschkenntnisse weniger Betreuung erhielten.

Interessant ist das Ergebnis einer polnischen Studie, in der fast 90% der befragten Mütter meinten, zum Stillen benötigten Mütter medizinische Hilfe (52). Dies passt zu den Aussagen der hier befragten polnischsprachigen Frauen, die diese Hilfe wichtig fanden und gerne annahmen.

Unter den Interviewten hatten überdurchschnittlich viele, besonders polnischstämmige Frauen Interesse am Geburtshaus. In Berlin findet weniger als jede 40. Geburt im Geburtshaus statt (94). Dies könnte Ausdruck von besonderem Interesse an diesen Gebärtorten unter polnischsprachigen Migrantinnen sein. Allerdings hatte sich der Kontakt zum Geburtshaus meist zufällig ergeben und die anderen polnischstämmigen Frauen zeigten kein besonderes Interesse an Alternativmedizin und natürlicher Geburtshilfe. So ist das überdurchschnittliche Interesse wohl eher der kleinen Stichprobe geschuldet, vielleicht aber auch Ausdruck der Abneigung gegenüber als übergriffig empfundenen medizinischen Eingriffen, die in dieser Gruppe genannt wurde.

Dass Mütter beiderlei Herkunft gerne eine Nachsorgehebamme hätten, die ihre Muttersprache spricht, berichten sowohl die Mütter als auch die Hebammen. Die Suche nach muttersprachlicher und kultursensibler Betreuung ist auch aus anderen Migrantengruppen bekannt (91; 92; 93). Diesen Wunsch hatten selbst viele Mütter, die gut Deutsch sprechen, da muttersprachliche Betreuung ihnen eine größere Nähe und ähnlichere Vorstellungen von der Versorgung eines Säuglings versprachen. Da das Angebot muttersprachlicher Nachsorge aber oft nicht ausreichte, hatten viele Mütter keine solche. Demgegenüber sind ihre Erfahrungen mit den Hebammen

dennoch überwiegend positiv und es wurde an der Betreuung nicht bemängelt, dass sie nicht muttersprachlich stattfinden konnte.

Mütter und Hebammen beiderlei Herkunft äußern im Hinblick auf die Orientierung im Gesundheitssystem keine besonderen Schwierigkeiten für die hier untersuchten Gruppen, anders als es andere Studien zu migrationsspezifischen Zugangsbarrieren in anderen Gesundheitsbereichen thematisieren (87). Die Aufgaben von Hebammen, besonders in der Nachsorge, sind oft nicht explizit bekannt, die Hebammen berichten aber, dass das nicht herkunftsspezifisch sei. Viele Frauen bewerten die Hebammenhilfe im Nachhinein als sehr unterstützend und hilfreich. Das deutsche Gesundheitssystem und der über die Krankenkassen kostenlose Zugang werden sehr positiv gesehen. Besonders bezüglich des Stillens empfinden es die Frauen als ein Privileg im Vergleich mit Müttern aus ihren Herkunftsländern, dass sie in Deutschland kompetente Ansprechpartner aus dem Gesundheitssystem haben.

Aus Norwegen ist bekannt, dass polnische Migranten oft zum Arztbesuch nach Polen fahren (45) weil sie, wie auch für Schottland belegt (46), polnische Ärzte für besser halten. Die hier befragten polnischstämmigen Frauen reisten nicht zu polnischen Ärzten und schätzen die deutsche Geburtshilfe und Wochenbettbetreuung, wenn auch gerne mit muttersprachlichem Personal. Andersherum gibt es sogar viele Frauen aus Polen, die extra zur Geburt nach Deutschland kommen (133). Auch bei der Arztsuche ist Muttersprachlichkeit für viele hier befragte Frauen ein wichtiges Kriterium. Für die russischsprachigen Mütter scheint das Angebot muttersprachlicher Ärzte größer. Andererseits entsprach die Inanspruchnahme deutschsprachiger Ärzte dem Wunsch der hier befragten Mütter, Teil der deutschen Bevölkerung zu sein.

Ärztliche Ratschläge zu Stillproblemen empfanden die Frauen häufig als unzureichend. Negativ beurteilt wurde, dass die Ärzte zumeist nicht eindeutig zum Weiterstillen rieten. Unklare Stillunterstützung und unzureichende Ratschläge von Seiten Professioneller korrelieren bekanntermaßen mit kürzerer Stilldauer (8; 37). Dies entsteht häufig aus fachlicher Unsicherheit sowie Zeitmangel auf Seiten der Ärzte (102). Dass die Ärzte beim Thema Stillen nicht ausreichend kompetenten Rat geben können ist für beide untersuchte Gruppen insofern wichtig, als dass ärztlicher Rat oft höher geschätzt wird als solcher von den Hebammen. Für eine gute Betreuung war es deshalb hilfreich, wenn die Ärzte an Hebammen verwiesen und sie als kompetent bezeichneten.

Viele hier befragte Frauen informierten sich mit deutschem, vom Gesundheitssystem zur Verfügung gestellten Material über Stillen und orientierten sich daran. In einer kleinen Berliner Studie informierten sich Frauen mit Migrationshintergrund seltener zum Thema Stillen, zumeist weil sie es als so selbstverständlich empfanden, dass sie keine besondere Information benötigen würden (20). Über türkische Migrantinnen in Berlin ist bekannt, dass sie deutsche Gesundheitsinformationen manchmal aus fehlendem Vorwissen, nicht aber aus sprachlichen Gründen, schwer verstehen könnten (63). Für vergleichbare Probleme gibt es in den hier untersuchten Gruppen keine Hinweise.

Stillpromotion durch das Gesundheitssystem wurde von den Frauen als grundsätzlich positiv gesehen, Mütter mit Stillproblemen fühlten sich davon jedoch unter Druck gesetzt.

Polnischstämmige Mütter empfanden diesen Druck negativer als russischsprachige. Das Stillpromotion oft als Druck empfunden wird, ist bekannt (127; 61; 76; 78). Zudem haben Mütter, die sich für Pulvermilch entscheiden, durch die Stillpromotion oft Schuldgefühle und fühlen sich vom Gesundheitspersonal weniger sorgfältig betreut (62; 60; 61).

Stillen im Beisein anderer

Wie Stillen im Beisein anderer von den Müttern sowie den Anwesenden bewertet wird, war für das Stillerleben der Frauen wichtig. Die ist auch für viele Frauen in anderen qualitativen Studien wichtig und sie äußern Bedenken in Bezug darauf (110; 99). Vergleichbar mit Migrantinnen unterschiedlicher Herkunft in einer britischen Studie (114) waren hier beide befragten Gruppen bezüglich des Aspekts, dass männliche Verwandte oder anwesender Besuch eine Stillerschweris darstellen, gerade bei wohnlicher Enge. In russischsprachigen Familien war es unüblicher als in polnischsprachigen, dass in Beisein männlicher Verwandter oder Bekannter zu stillen, eine ähnliche Tendenz findet sich zwischen den Gruppen auch in der Bereitschaft, in der Öffentlichkeit zu stillen.

Wenn hier ein Teil der Frauen nicht in der Öffentlichkeit stillen mag, so sei darauf hingewiesen, dass viele Frauen schon die Wöchnerinnenstationen mit Mehrbettzimmern und Besuch als öffentlich empfanden (99). Die hier befragten Mütter setzte diese Situation mit vielen Menschen im Zimmer auf der Wöchnerinnenstation unter Stress, gerade, wenn sie sich noch wenig geschickt beim Stillen fühlten. Anders als in einer Übersichtsarbeit (79) meinten die hier befragten Frauen, sie hätten ihr Stillverhalten nicht davon beeinflussen lassen, ihr Stillerleben hat es aber deutlich beeinflusst. Es gibt wenig Literatur zu diesem Aspekt, aber eine Bedeutung liegt

nahe: Erstens senkt Scham in Bezug auf das Stillen die Stillabsicht (8), zweitens findet gerade der Stillbeginn meist in einem nicht zuverlässig privaten Raum (etwa der Wöchnerinnenstation) statt (99), was drittens die bekannte Beeinflussung der Stillabsicht durch die Meinung anderer verstärkt (8). In einer britischen Studie beschrieben Mütter mit unterschiedlichem Migrationshintergrund, dass sie die Scheu vor anderen zu stillen als Stillhindernis empfunden hätten (114), und auch die Mütter einer vier europäischen Länder vergleichenden Studie hatten eine kürzere Stilldauer, wenn sie nicht in der Öffentlichkeit stillen mochten (111).

Die Bedenken einiger Mütter, die deutsche Gesellschaft würde ihr öffentliches Stillen nicht tolerieren, sind durchaus begründet. Immer wieder gibt es in der Tagespresse Berichte von Vorfällen, in denen stillende Frauen angegangen und von Orten verwiesen werden (134). Zudem können schon allein die Bedenken dahingehend den Stillerfolg gefährden (126). In Irland lebende polnische Migrantinnen sagten, sie würden aus Angst vor negativen Reaktionen sowohl in Irland als auch in Polen nicht in der Öffentlichkeit stillen (36).

Für diejenigen Mütter, die nicht in der Öffentlichkeit stillen wollten, bedeutete dies einen zusätzlichen Organisationsaufwand, die Stillmahlzeiten zu passenden Uhrzeiten und an geeigneten Orten abzapfen, oder sie fütterten abgepumpte Milch mit der Flasche. Diejenigen, die in Deutschland in der Öffentlichkeit stillten, aber in ihren Heimatländern nicht, empfanden dies als Einschränkung ihrer persönlichen Freiheit.

Die hier interviewten Mütter beschreiben das Spannungsfeld von der Brust als Sexsymbol, das gegen Stillen im Beisein anderer spricht, und der Brust als primär mütterlichem Symbol, was für selbstverständliches Stillen auch im Beisein anderer spricht, ähnlich den Ergebnissen einer rumänischen Studie (116). Viele erlebten eine Veränderung ihres Bildes der eigenen Brust durch das alltägliche Stillen dahingehend, dass Stillen in der Öffentlichkeit ihnen nicht mehr unangenehm war, aber die Menschen drumherum, besonders Männer, irritiert oder auffallend gaffend reagierten. Einige Mütter berichteten in Bezug auf ihre nackten Brüste auch, dass ihnen zu Beginn beim Stillen auch die Gegenwart ihres Partners unangenehm gewesen sei, so wie auch Müttern in einer qualitativen britischen Studie (76). Inwiefern die Partner der befragten Mütter das Stillen in der Öffentlichkeit ablehnen, kam in den Interviews nicht zur Sprache. Allgemein ist bekannt, dass viele Väter Stillen in der Öffentlichkeit ablehnen (60; 113).

In beiden Gruppen bestärkte es Mütter in ihrem Stillwunsch und Selbstbewusstsein, wenn sie andere Mütter, insbesondere mit schon älteren Kindern, stillen sahen. Dieser Effekt ist aus

anderen Studien auch bekannt (67; 8; 107). Interessant in Bezug auf in der Öffentlichkeit stillen bzw. Flasche fütternde Mütter ist auch das Ergebnis eines Review, dass dies besonders für Migrantinnen eine Quelle der Information über die im Land übliche Säuglingsernährung ist (115).

Schenk et al. (2008) weisen darauf hin, dass hohen Stillraten von Migrantinnen in der KiGGS von der großen Anzahl aus den SU-Staaten stammenden Teilnehmerinnen herrühren könnten, die u.a. selten rauchen (1) und Rauchen mit niedrigeren Stillraten und Stilldauer einhergeht (37; 5). Alle hier befragten Mütter hörten mit dem Rauchen auf (sofern sie es getan hatten), bevor oder als sie schwanger waren, oft auch ihre Partner. Da aber sowohl in Russland (84) als auch in Polen (85) ein nicht unwesentlicher Anteil Schwangerer raucht und es vermutlich eine hohe Dunkelziffer rauchender Schwangerer gibt (83; 42), ist die Bedeutung des Zusammenhangs von Rauchen und dem Stillverhalten für die hier untersuchten Gruppen momentan nicht zu beantworten.

Was könnte die Unterschiede im Stillverhalten der beiden Gruppen begründen?

Insgesamt lässt sich resümieren, dass es mehrere Faktoren gibt, die das unterschiedliche Stillverhalten der beiden untersuchten Gruppen begründen könnten. Dies sind die Sicherheit der Stillabsicht, die geplante Stilldauer und die Erwartungshaltung gegenüber Stillschwierigkeiten. Sehr wichtig erscheint außerdem die verschiedenartige Unterstützung der Frauen aus der Familie, die meist als große Hilfe empfunden wird, daneben aber die Tendenz hat, die Stilldauer, besonders des ausschließlichen Stillens, negativ zu beeinflussen. Eine Bedeutung der Rollenverteilung in der Familie sowie der Möglichkeit, im Beisein Anderer stillen zu können, scheint wahrscheinlich.

5.3 Forschungsaussichten

Diese Arbeit beschäftigte sich mit der Einstellung und dem Verhalten von zwei großen Migrantengruppen in Berlin. Interessant wäre ein Vergleich mit deutschen Frauen sowie Frauen anderer Herkunftsgruppen. Dadurch würde deutlicher, welche Aspekte alle jungen Mütter betreffen und welche in spezifischer Weise Migrantinnen, welche kulturellen Prägungen wesentlich sind und wie die verschiedenen Frauen das Gesundheitssystem erleben.

Da in dieser Arbeit durch das Forschungsdesign und den Rekrutierungsweg nur wenige Frauen mit niedrigerem Bildungsstand als Interviewpartnerinnen gewonnen werden konnten, sich

andererseits in der KiGGS jedoch das Stillverhalten von Immigrantinnen und Autochthonen besonders bei niedrigem Bildungsstand unterschied (1), wäre eine Untersuchung genau dieser Gruppen interessant.

Nachdem die Interviews für diese Arbeit geführt worden waren, wurde eine Studie veröffentlicht, deren Ergebnis es ist, dass die Einstellung zu Pulvermilch eine zuverlässigere Voraussage für das Stillverhalten zuließ als die Einstellung zum Stillen (54). Das Thema Pulvermilch wurde in dieser Studie, bedingt durch den Fokus auf die Stilleinstellung, nicht explizit untersucht. Es gab aber Hinweise, dass die Einstellung zu Pulvermilch sich in den hier untersuchten Migrantinnengruppen unterscheidet und möglicherweise teilweise das unterschiedliche Stillverhalten begründet.

Wenig erforscht ist bisher, welche Auswirkung es auf das Stillverhalten hat, ob es gesellschaftlich anerkannt ist, in der Öffentlichkeit bzw. im Beisein anderer Personen zu stillen. In dieser Studie war es für die Frauen, die in der Öffentlichkeit gestillt hatten, wichtig, dass ihnen dies möglich war. Jene Frauen, die nicht in der Öffentlichkeit gestillt hatten, empfanden diesen Umstand nicht als einschränkend, sie wären im ersten Lebensjahr des Kindes ohnehin wenig unterwegs gewesen. Anderen Menschen während des Stillens ausweichen zu wollen, wurde jedoch bei wohnlicher Enge problematisch: Nun war die Entscheidung, alleine zu stillen, bei Besuch nicht möglich. Studien zu diesem Thema sind rar, wobei ein möglicher Zusammenhang naheliegt: Scham ist eines der aufs Stillen bezogenen Gefühle, das Frauen am ehestens vom (längeren) Stillen abhält (8). Auffällig war auch, dass viele Mütter schon die relative Öffentlichkeit, also nur eine weitere Person (auch den Partner), anfangs als unangenehm beschrieben, die bisher übliche Assoziation von der Brust als Objekt der sexuellen Begierde musste erst verändert werden. Viele Frauen fühlten sich schnell nicht mehr nackt, sie störte aber weiterhin die Verunsicherung und Scham (bei Männern auch manchmal deren Anzüglichkeit) der anderen. Inwiefern dieser Umstand das Stillverhalten beeinflusst, ist für Deutschland nicht erforscht, besonders nicht für Frauen mit Migrationshintergrund, die sich ja in verschiedenen kulturellen Kontexten bewegen.

Deutlich wurde in dieser Arbeit, wie wesentlich eine adäquate und erreichbare Hebammenbetreuung für ein erfolgreiches Stillen ist. Hier wäre es interessant zu erfahren, welche Faktoren eine muttersprachliche Betreuung verhindern. In den Interviews wurden als mögliche Gründe angesprochen, dass wenige Frauen mit Migrationshintergrund in der

Hebammenausbildung wären, es keine Anerkennung ausländischer Abschlüsse gäbe und dass die Frauen keinen Kontakt zu Hebammen in ihrer Muttersprache fänden.

Wünschenswert wäre es schließlich, die Ergebnisse mit einem quantitativen Forschungsdesign anhand einer repräsentativen Studie zu überprüfen und weitergehende Zusammenhangsanalysen zu realisieren.

6. LITERATURVERZEICHNIS

1. **Schenk, L, Neuhauser, H und Ellert, U.** *Kinder- und Jugendgesundheitsurvey KiGGS 2003-2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland.* Berlin : Robert Koch Institut, 2008.
2. **Ip, S, Chung, M, Raman, G, Chew, P, Magula, N, DeVine, D, Trikalinos, T, Lau, T.** Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep).* April 2007, Bd. (153), S. 1-186.
3. **WHO, World Health Organization.** Infant and young child feeding. Fact sheet N°342. [Online] 2015. [Zitat vom: 11.. Juni 2015.] <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/en/>.
4. **Bundesinstitut für Risikobewertung.** Update der S3-Leitlinie Allergieprävention weicht von Stillempfehlung der Nationalen Stillkommission ab. [Online] [Zitat vom: 20.. Oktober 2017.] <http://www.bfr.bund.de/cm/343/update-der-s3-leitlinie-allergiepraevention-weicht-von-stillempfehlung-der-nationalen-stillkommission-ab.pdf>.
5. **Lange, C, Schenk, L und Bergmann, R.** Verbreitung, Dauer und zeitlicher Trend des Stillens in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl- Gesundheitsforsch- Gesundheitsschutz* 5/6. 2007, S. 624- 633.
6. **Statistisches Bundesamt.** *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2014.* Wiesbaden : Statistisches Bundesamt, 2015.
7. **Babka von Gostomski, C, Kiss, A und Kreienbrink, A.** *Fortschritte der Integration. Zur Situation der fünf größten in Deutschland lebenden Ausländergruppen.* Nürnberg : Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2010.
8. **Dennis, CL.** Breastfeeding initiation and duration: a 1990- 2000 literature review. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* Januar-Februar 2002, Bd. 31(1), S. 12-32.
9. **Loiselle, CG, Semenic, SE, Côté, B, Lapointe, M, Gendron, R.** Impressions of breastfeeding information and support among first-time mothers within a multiethnic community. *Can J Nurs Res.* Dezember 2001, Bd. 33(3), S. 31-46.
10. **Worbs, S, Bund, E, Kohls, M, Babka von Gostomski, C.** *(Spät-)Aussiedler in Deutschland: Eine Analyse aktueller Daten und Forschungsergebnisse. Forschungsbericht 20.* Nürnberg : Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2013.
11. **Kohls, M.** *Morbidität und Mortalität von Migranten in Deutschland. Forschungsbericht 9.* Nürnberg : Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2011.
12. **Amt für Statistik Berlin-Brandenburg.** *Einwohnerinnen und Einwohner im Land Berlin am 31.12.2014. Statistischer Bericht A I 5 – hj 2 / 14.* Potsdam : Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2015.
13. **Rockmann, U.** Wer sind und wo leben die Zuwanderer in Berlin? Pressegespräch. [Online] 30.. Mär 2011. [Zitat vom: 5.. Okt 2015.] https://www.berlin.de/imperia/md/content/lb-integration-migration/statistik/pk_praesentation_afs_bed_bf.pdf?start&ts=1431006565&file=pk_praesentation_afs_bed_bf.pdf.

14. **Ohliger, Rainer und Raiser, Ulrich.** *Integration und Migration in Berlin: Zahlen- Daten- Fakten.* s.l. : Der Beauftragte des Senats von Berlin für Integration und Migration, 2005.
15. **Dietz, Barbara und Hilkes, Peter.** *Integriert oder isoliert?* München : Günter Olzog Verlag GmbH, 1994.
16. **Kersting, M und Dulon, M.** Fakten zum Stillen in Deutschland. Ergebnisse der SuSe-Studie. *Monatsschr Kinderheilkd.* Oktober 2002, Bd. 150, S. 1196-201.
17. **von der Lippe, E, Brettschneider, A, Gutsche, J, Poethko-Müller, C.** Einflussfaktoren auf die Verbreitung und Dauer des Stillens in Deutschland. Ergebnisse der KiGGS-Studie- Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). *Bundesgesundheitsbl.* 2014, 57, S. 849-859.
18. **Saß, AC, Grüne, B, Brettschneider, AK, Rommel, A, Razum, O, Ellert, U.** Beteiligung von Menschen mit Migrationshintergrund an Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts. *Bundesgesundheitsblatt.* 2015, Bd. 58, 6, S. 533-42.
19. **Bundesinstitut für Risikobewertung.**
http://www.bfr.bund.de/de/stillen_in_deutschland___eine_bestandsaufnahme-127243.html.
 [Online] [Zitat vom: 15. Nov 2012.]
20. **Weißborn, Anke.** Drei Studien über das Stillverhalten von Berliner Müttern als Beitrag zur Einrichtung eines Stillmonitorings in Deutschland. Dissertation, eingereicht an der Charité Universitätsmedizin Berlin : s.n., 2009.
21. **Peters, E, Wehkamp, KH, Felberbaum, RE, Krüger, D, Linder, R.** Breastfeeding duration is determined by only a few factors. *Eur J Public Health.* April 2005, Bd. 16(2), S. 162-7.
22. **Nationale Stillkommission, Bundesinstitut für Risikobewertung.** Stillempfehlungen für die Säuglingszeit. Berlin : s.n., Jan 2009.
23. **Manz, F, Manz, I und Lennert, T.** Zur Geschichte der ärztlichen Stillempfehlungen in Deutschland. *Monatsschr Kinderheilkd.* 1997, Bd. 145, S. 572-87.
24. **Lukassowitz, I.** Stillempfehlung der Nationalen Stillkommission gibt es jetzt auch in italienischer und russischer Sprache. [Online] 10. Juli 2001. [Zitat vom: 18. Dezember 2009.] <http://www.bfr.bund.de/cd/922>.
25. **Forster, DA und McLachlan, HL.** Breastfeeding initiation and birth setting practices: a review of the literature. *J Midwifery Womens Health.* Mai-Juni 2007, Bd. 52(3), S. 273-80.
26. **Renfrew, MJ, Lang, S, Martin, L, Woolridge, MW.** Feeding schedules in hospitals for newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000, Bd. (2): CD000090.
27. **Rogers, IS, Emmett, PM und Golding, J.** The incidence and duration of breastfeeding. *Early Hum Dev.* Oktober 1997, Bd. 29;49 Suppl, S. 45-74.
28. **Abolyan, LV.** The breastfeeding support and promotion in Baby-Friendly Maternity Hospitals and Not-as-Yet Baby-Friendly Hospitals in Russia. *Breastfeed Med.* 2006, Bd. 1(2), S. 71-8.
29. **Grjibovski, AM, Yngve, A, Bygren, LO, Sjöström, M.** Socio-demographic determinations of initiation and duration of breastfeeding in northwest Russia. *Acta paediatr.* May 2005, Bd. 94(5), S. 588-94.

30. **Miner, J, Witte, DJ und Nordstrom, DL.** Infant feeding practices in a Russian and a United States city: patterns and comparisons. *J Hum Lact.* Jun 1994, Bd. 10(2), S. 95-7.
31. **Welch, K, Mock, N, Sorensen, B, Netrobenko, O.** Health and nutrition in children under 2 years of age in three areas in the Russian Federation. *Bull World Health Organ.* 1996, Bd. 74(6), S. 605-12.
32. **Mikiel-Kostyra, K, Mazur, J und Boltruszko, I.** [Effect of early skin-to-skin contact after delivery on duration of breastfeeding: a prospective cohort study]. *Acta Paediatr.* 2002, Bd. 91(12), S. 1301-6.
33. **Mikiel-Kostyra, K, Mazur, J und Wojdan-Godek, E.** Factors affecting exclusive breastfeeding in Poland: cross-sectional survey of population-based samples. *Soz Praventivmed.* 2005, Bd. 50(1), S. 52-9.
34. **Dawidowicz, A, Krajewska, K, Krajewska-Kulak, E, Kulikowski, M, Szyszko-Perlowska, A, Rolka, H, Jankowiak, B, Leszczynska, K.** [Women's knowledge of health behaviors in the puerperium]. *Wiad Lek.* 2004, Bd. 57 Suppl 1, S. 70-3.
35. **Gallagher, L, Begley, C und Clarke, M.** Determinants of breastfeeding initiation in Ireland. *Ir J Med Sci.* 2016, Bd. 185, 3, S. 663-8.
36. **Szafranska, M und Gallagher, L.** Polish Women's Experiences Of Breastfeeding In Ireland. *Pract Midwife.* 2016, Bd. 19, 1, S. 30-2.
37. **Thulier D, Mercer J.** Variables associated with breastfeeding duration. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* Mai-Juni 2009, Bd. 38(3), S. 259-68.
38. **Lange, M, Kamtsiuris, P, Lange, C, Schaffrath Rosario, A, Stolzenberg, H, Lampert, T.** Messung soziodemographischer Merkmale im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) und ihre Bedeutung am Beispiel der Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes. *Bundesgesundheitsbl- Gesundheitsforsch- Gesundheitsschutz.* 2007, 50, S. 578-89.
39. **Skafida, V.** The relative importance of social class and maternal education for breast-feeding initiation. *Public Health Nutr.* 2009. 12(12):2285-92, 2009.
40. **Gibson-Davis, CM und Brooks-Gunn, J.** Couples' immigrations status and ethnicity as determinants of breastfeeding. *Am J Public Health.* April 2006, Bd. 96(4), S. 641-6.
41. **van der Wal, MF.** Breast feeding among autochthonous and allochthonous mothers in Amsterdam, 1992-1993. *Ned Tijdschr Geneesk.* Januar 1995, Bd. 139(1), S. 19-22.
42. **Hawkins, SS, Lamb, K, Cole, TJ, Law, C. Millenium Cohort Study Child Health Group.** Influence of moving to the UK on maternal health behaviours: prospective cohort study. *BMJ.* Mai 2008, Bd. 336(7652), S. 1052-5.
43. **Harley, K, Stamm, NL und Eskenazi, B.** The effect of time in the U.S. on the duration of breastfeeding in women of Mexican descent. *Matern Child Health J.* März 2007, Bd. 11(2), S. 119-25.
44. **Bowler, IM.** Stereotypes of women of Asian descent in midwifery: some evidence. *Midwifery.* März 1993, Bd. 9(1), S. 1-2.

45. **Czapka, EA und Sagbakken, M.** "Where to find those doctors?" A qualitative study on barriers and facilitators in access to and utilization of health care services by Polish migrants in Norway. *BMC Health Serv Res.* 2016, Bd. 16, 460.
46. **Sime, D.** 'I think that Polish doctors are better': newly arrived migrant children and their parents' experiences and views of health services in Scotland. *Health Place.* Nov 2014, 30, S. 86-93.
47. **Zimmerman, DR und Guttman, N.** "Breast is best": knowledge among low-income mothers is not enough. *J Hum Lact.* Feb 2001, Bd. 17, 1, S. 14-9.
48. **Bernie, K.** The factors influencing young mothers' infant feeding decisions: the views of healthcare professionals and voluntary workers on the role of the baby's maternal grandmother. *Breastfeed Med.* 9, 2014, Bd. 3, S. 161-5.
49. **Stuebe, A.** The Risks of Not Breastfeeding for Mothers and Infants. *Rev Obstet Gynecol.* 2, 2009, Bd. 4, S. 222-231.
50. **Sievers, E, Mensing, M und Kersting, M.** Säuglingsernährung- Bevölkerungsbefragung in Nordrhein-Westfalen. *Gesundheitswesen.* 2008, Bd. 70, S. 13-16.
51. **Klejewski, A, Urbaniak, T, Baczyk, G, Cichocka, E.** [Knowledge about breast feeding advantages among primiparas]. *Przegl Lek.* 2012;69(10):1021-5. 2012, Bd. 69, 10, S. 1021-5.
52. **Plagens-Rotman, K, Kubiak, S, Pięta, B, Wszolek, K, Iwanowicz-Palus, G, Opala, T.** Material awareness on natural feeding. *Ann Agric Environ Med.* 2014, Bd. 21, 2, S. 440-4.
53. **Gurka, KK, Hornsby, PP, Drake, E, Mulvihill, EM, Kinsey, EN, Yitayew, MS, Lauer, C, Corriveau, S, Coleman, V, Gulati, G, Kellams, AL.** Exploring intended infant feeding decisions among low-income women. *Breastfeed Med.* 2014 Oct;9(8):377-84. 2014, Bd. 9, 8, S. 377-84.
54. **Nommsen-Rivers, LA, Chantry, CJ, Cohen, RJ, Dewey, KG.** Comfort with the idea of formula feeding helps explain ethnic disparity in breastfeeding intentions among expectant first-time mothers. *Breastfeed Med.* 2010, Bd. 5, 1.
55. **Swanson, V und Power, KG.** Initiation and continuation of breastfeeding: theory of planned behaviour. *J Adv Nurs.* Mai 2005, Bd. 50(3), S. 272-82.
56. **Odom, E, Ruowei, L, Scanlon, K, Perrine, C, Grummer-Strawn, L.** Association of Family and Health Care Provider Opinion on Infant Feeding with Mother's Breastfeeding Decision. *J Acad Nutr Diet.* Aug 2014, Bd. 114, 8.
57. **Humphreys, AS, Thompson, NJ und Miner, KR.** Intention to breastfeed in low-income pregnant women: the role of social support and previous experience. *Birth.* September 1998, Bd. 25(3), S. 169-74.
58. **Dennis, CL.** Identifying Predictors of Breastfeeding Self-Efficacy in the Immediate Postpartum Period. *Research in Nursing & Health.* 29, 2006, S. 256-268.
59. **Kaufman, L, Deenadayalan, S und Karpati, A.** Breastfeeding Ambivalence Among Low-Income African American and Puerto Rican Women in North and Central Brooklyn. *Matern Child Health J.* Juli 2009, Bde. E-Publikation vor Druck.

60. **Atchan, M, Foureur, M und Davis, D.** The decision not to initiate breastfeeding--women's reasons, attitudes and influencing factors--a review of the literature. *Breastfeed Rev.* 19, 2011, Bd. 2, S. 9-17.
61. **Lakshman, R, Ogilvie, D und Ong, KK.** Mothers' experiences of bottle-feeding: a systematic review of qualitative and quantitative studies. *Arch Dis Child.* 94, 2009, Bd. 8, S. 596-601.
62. **Fallon, V, Komninou, S, Bennett, KM, Halford, JCG, Harrold, JA.** The emotional and practical experiences of formula-feeding mothers. *Matern Child Nutr.* 2017, Bd. 13, 4.
63. **David, M, Borde, T und Kentenich, H.** Kenntnisse deutscher und türkischer Frauen über spezifisch weibliche Körperfunktionen, Verhütung, Vorsorgeuntersuchungen und die Wechseljahr. *Migration- Frauen- Gesundheit.* Frankfurt am Main : s.n., 2000, S. 79- 97.
64. **Mensing, M, Sievers, E, Werse, W, Kersting, M.** Säuglingsernährung: Bevorzugte Informationsquellen in der türkischen und deutschen Bevölkerung in NRW. *Gesundheitswesen.* 2006, Bd. 68.
65. **Newby, R, Brodribb, W, Ware, RS, Davies, PS.** Antenatal information sources for maternal and infant diet. *Breastfeed Rev.* 2015, Bd. 23, 2, S. 13-21.
66. **Parry, K, Taylor, E, Hall-Dardess, P, Walker, M, Labbok, M.** Understanding women's interpretations of infant formula advertising. *Birth.* Jun 2013, Bd. 40, 2, S. 115-24.
67. **Carroll, M, Gallagher, L, Clarke, M, Millar, S, Begley, C.** Artificial milk-feeding women's views of their feeding choice in Ireland. *Midwifery.* 31, 2015, Bd. 6, S. 640-6.
68. **Bar-Yam, NB und Darby, L.** Fathers and breastfeeding: a review of the literature. *J Hum Lact.* März 1997, Bd. 3(1), S. 45-50.
69. **Barona-Vilar, C, Escribá-Agüir, V und Ferrero-Gandia, R.** A qualitative approach to social support and breast-feeding decisions. *Midwifery.* 2009, Bd. 25(2), S. 187-94.
70. **Hoddinot, P und Pill, R.** Qualitative study of decisions about infant feeding among women in east end of London. *BMJ.* Januar 1999, Bd. 318.
71. **Negin, J, Coffman, J, Vizintin, P, Raynes-Greenow , C.** The influence of grandmothers on breastfeeding rates: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2016, Bd. 16, 91.
72. **Raj, VK und Plichta, SB.** The role of social support in breastfeeding promotion a literature review. *J Hum Lact.* März 1998, Bd. 14(1), S. 41-5.
73. **Johnston, M, Landers, S, Noble, L, Szucs, K, Viehmann, L.** Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics.* 2012, Bd. 129, 3.
74. **Mueffelman, RE, Racine, EF, Warren-Findlow, J, Coffman, MJ.** Perceived Infant Feeding Preferences of Significant Family Members and Mothers' Intentions to Exclusively Breastfeed. *J Hum Lact.* 2015, 3, S. 479-89.
75. **Matthews, K, Webber, K, McKim, E, Banoub-Baddour, S, Laryea, M.** Maternal infant-feeding decisions: reasons and influences. *Can J Nurs Res.* 30, 1998, Bd. 2, S. 177-98.
76. **Thomson, G, Ebisch-Burton, K und Flacking, R.** Shame if you do – shame if you don't: women's experiences of infant feeding. *Maternal and Child Nutrition.* 2015, 11, S. 33-46.

77. **Callaghan, JE und Lazard, L.** 'Please don't put the whole dang thing out there!': a discursive analysis of internet discussions around infant feeding. *Psychol Health*. 2012, 8, S. 938-55.
78. **Kröger, M und Rückert-John, J.** Stillen als Quelle von Gesundheit und Glück. Die Rekonstruktion traditioneller Geschlechterrollen durch natürliche Mütterlichkeit. [Hrsg.] HW Hoefert und C Klotter. *Gesundheitszwänge*. Lengerich : s.n., 2013, S. 189-206.
79. **Roll, CL und Cheater, F.** Expectant parents' views of factors influencing infant feeding decisions in the antenatal period: A systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2016, 60, S. 145-55.
80. **Colodro-Conde, L, Limiñana-Gras, RM, Sánchez-López, MF, Ordoñana, JR.** Gender, health, and initiation of breastfeeding. *Women Health*. 2015;55(1):22-41. 2015, Bd. 55, 1, S. 22-41.
81. **Giglia, RC, Binns, CW und Alfonso, HS.** Which women stop smoking during pregnancy and the effect on breastfeeding duration. *BMC Public Health*. Juli 2006, Bd. 26, S. 6:195.
82. **Rebhan, B, Kohlhuber, M, Schwegler, U, Koletzko, B, Fromme, H.** Smoking, alcohol and coffee consumption of mothers before, during and after pregnancy- results of the study 'breast-feeding habits in Bavaria'. *Gesundheitswesen*. 71, Juli 2009, Bd. 7, S. 391-8.
83. **Bergmann, RL, Bergmann, KE, Schumann, S, Richter, R, Dudenhausen, JW.** Rauchen in der Schwangerschaft: Verbreitung, Trend, Risikofaktoren. *Z Geburtsh Neonatol*. 212, 2008, S. 80-2.
84. **Kelmanson, IA, Erman, LV und Litvina, SV.** Maternal smoking during pregnancy and behavioural characteristics in 2-4 month-old infants. *Klin Padiatr*. November-Dezember 2002, Bd. 214(6), S. 359-64.
85. **Wojdan-Godek, E, Mikiel-Kostyra, K und Mazur, J.** Effect of parental smoking on feeding pattern and weight of infants. *Med Wieku Rozwoj*. Oktober-Dezember 2003, Bd. 7(4 Pt 2), S. 617-27.
86. **Rosin, I.** *Russischsprachige Migrantinnen in der ambulanten gynäkologischen Versorgung in Berlin. Aspekte zur Inanspruchnahme, Erwartungen und Bedürfnissen im Vergleich zu einheimischen Frauen*. Berlin : Diplomarbeit Fachhochschule für Sozialarbeit und Sozialpädagogik „Alice Salomon“, 2007.
87. **Ries, Z, Frank, F, Bermejo, I, Kalaitidou, C, Zill, J, Dirmaier, J, Härter, M, Bengel, J, Hölzel, L.** [On the Way to Culture-Sensitive Patient Information Materials: Results of a Focus Group Study]. *Psychother Psychosom Med Psychol*. Sept 2017, S. Epub ahead of print.
88. **Pendleton, J.** Why won't Polish women birth at home? *Pract Midwife*. 2015, Bd. 18, 8, S. 34-6.
89. **McFadden, A, Renfrew, MJ und Atkin, K.** Does cultural context make a difference to women's experiences of maternity care? A qualitative study comparing the perspectives of breast-feeding women of Bangladeshi origin and health practitioners. *Health Expect*. 2013, Bd. 16, 4.
90. **Small, R, Roth, C, Raval, M, Shafiei, T, Korfker, D, Heaman, M, McCourt, C, Gagnon, A.** Immigrant and non-immigrant women's experiences of maternity care: a systematic and comparative review of studies in five countries. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014, Bd. 14, 152.

91. **Razum, O, Zeeb, H, Meesmann, U, Schenk, L, Bredehorst, M, Brzoska, P, Dercks, T, Glodny, S, Menkhaus, B, Salman, R, Saß, A, Ulrich, R.** *Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes.* Berlin : Robert Koch Institut, Statistisches Bundesamt, 2008.
92. **Kutscharski, O.** *Die Besonderheiten der ambulanten ärztlichen Versorgung der russischsprachigen PatientInnen in Berlin. Eine neue Herausforderung für die Soziale Arbeit?* s.l. : Diplomarbeit Fachhochschule für Sozialarbeit und Sozialpädagogik „Alice - Salomon“, 2006.
93. **Helfferrich, C und Klindworth, H.** *Zusammenfassung zentraler Ergebnisse der Studie "frauen leben- Familienplanung und Migration im Lebenslauf".* s.l. : Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), 2010.
94. **Meinlschmidt, G.** *Gesundheitsberichterstattung Berlin Basisbericht 2008, Daten des Gesundheits- und Sozialwesens.* 2008.
95. **WHO, World Health Organization.** Nutrition Programm: Baby-Friendly Hospital Initiative. [Online] 2011. [Zitat vom: 13. Juli 2011.] http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi_trainingcourse/en/index.html.
96. **Philipp, BL und Radford, A.** Baby-Friendly: snappy slogan or standard of care? *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* März 2006, Bd. 91(2), S. F145-9.
97. **Dulon, M, Kersting, M und Bender, R.** Breastfeeding promotion in non-UNICEF-certified hospitals and long-term breastfeeding success in Germany. *Acta Paediatr.* Juni 2003, Bd. 92(6), S. 653-8.
98. **WHO, World Health Organization.** *Evidence for the Ten Steps to Successful Breastfeeding.* Geneva : Division of Child Health and Development, 1998.
99. **McInnes, RJ und Chambers, JA.** Supporting breastfeeding mothers: qualitative synthesis. *J Adv Nurs.* Mai 2008, Bd. 62(4), S. 407-27.
100. **Dykes, F.** A critical ethnographic study of encounters between midwives and breast-feeding women in postnatal wards in England. *Midwifery.* 2005 Sep;21(3):241-52. 21, 2005, Bd. 3, S. 241-52.
101. **Hannula, L, Kauonen, M und Tarkka, MT.** A systematic review of professional support interventions for breastfeeding. *J Clin Nurs.* Mai 2008, Bd. 17(9), S. 1132-43.
102. **Wambach, K, Campbell, SH, Gill, SL, Dodgson, JE, Abiona, TC, Heinig, MJ.** Clinical lactation practice: 20 years of evidence. *J Hum Lact.* August 2005, Bd. 21(3), S. 245-58.
103. **Ernst, Gernot.** Mythos Mittelmeersyndrom: Über akuten und chronischen Schmerz bei Migrantinnen. Perspektiven im europäischen Kontext. [Buchverf.] Matthias David, et al. *Migration-Frauen-Gesundheits.* Frankfurt/ Main : Mabuse Verlag, 2000.
104. **Campbell, C.** Breastfeeding and health in the Western world. *Br J Gen Pract.* Oktober 1996, Bd. 46(411), S. 613-617.
105. **Schmied, V, Beake, S, Sheehan, A, McCourt, C, Dykes, F.** A meta-synthesis of women's perceptions and experiences of breastfeeding support. *JBI Libr Syst Rev.* 2009, Bd. 7, 14, S. 583-614.

106. **Heidari, Z, Kohan, S und Keshvari, M.** Empowerment in breastfeeding as viewed by women: A qualitative study. *J Educ Health Promot.* 5, 2017, Bd. 6, 33.
107. **Fox, R, McMullen, S und Newburn, M.** UK women's experiences of breastfeeding and additional breastfeeding support: a qualitative study of Baby Café services. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2015, Bd. 15, 147.
108. **Cwiek, D, Braneczka-Woźniak, D, Fryc, D, Grochans, E, Malinowski, W.** Reasons for giving up breastfeeding and support during problems with lactation in the north-western part of Poland. *Ann Acad Med Stetin.* 2010, Bd. 56, 2, S. 129-32.
109. **Gatti, L.** Maternal Perception of Insufficient Milk Supply in Breastfeeding. *Journal of Nursing Scholarship.* 2008, 40:4, S. 355-63.
110. **Nelson, AM.** A metasynthesis of qualitative breastfeeding studies. *J Midwifery Womens Health.* 51, 2006, Bd. 2.
111. **Scott, JA, Kwok, YY, Synnott, K, Bogue, J, Amarri, S, Norin, E, Gil, A, Edwards, CA.** A comparison of maternal attitudes to breastfeeding in public and the association with breastfeeding duration in four European countries: results of a cohort study. *Birth.* 2015, Bd. 42, 1, S. 78-85.
112. **Guttman, N und Zimmerman, DR.** Low-income mothers' views on breastfeeding. *Soc Sci Med.* 2000 May;50(10):1457-73. May 2000, Bd. 50, 10, S. 1457-73.
113. **Shepherd, CK, Power, KG und Carter, H.** Examining the correspondence of breastfeeding and bottle-feeding couples' infant feeding attitudes. *J Adv Nurs.* 2000, Bd. 31, 3, S. 651-60.
114. **Twamley, K, Puthussery, S, Harding, S, Baron, M, Macfarlane, A.** UK-born ethnic minority women and their experiences of feeding their newborn infant. *Midwifery.* 2011, Bd. 27, 5, S. 595-602.
115. **Schmied, V, Olley, H, Burns, E, Duff, M, Dennis, CL, Dahlen, H.** Contradictions and conflict: A meta-ethnographic study of migrant women's experiences of breastfeeding in a new country. *BMC Pregnancy and Childbirth.* 2012, Bd. 12, 163.
116. **Tăut, D.** Breastfeeding (Un)Covered: Narratives of Public Breastfeeding on Romanian Discussion Forums. *Int J Behav Med.* 2017.
117. **Tarkka, MT, Paunonen, M und Laippala, P.** Factors related to successful breast feeding by first-time mothers when the child is 3 months old. *J Adv Nurs.* 29, Januar 1999, Bd. 1, S. 113-8.
118. **Sullivan, ML, Leathers, SJ und Kelley, MA.** Family Characteristics Associated With Duration of Breastfeeding During Early Infancy Among Primiparas. *J Hum Lact.* 20, 2004, Bd. 2.
119. **Emmott, EH und Mace, R.** Practical Support from Fathers and Grandmothers is associated with Lower Levels of Breastfeeding in the UK Millennium Cohort Study. *PLoS ONE.* 2015, Bd. 10, 7.
120. **Singh, GK, Kogan, MD und Dee, DI.** Nativity/ immigrant status, race/ ethnicity, and social economic determinants of breastfeeding initiation and duration in the United States, 2003. *pediatrics.* Februar 2007, Bd. 38 Suppl 1, S. 38-46.

121. **Grassley, J und Eschiti, V.** Grandmother Breastfeeding Support: What Do Mothers Need and Want? *Birth*. Dez 2008, 35:4.
122. **Sikorski, J, Renfrew, MJ, Pindoria, S, Wade, A.** Support for breastfeeding mothers: a systemativ review. *Paediatr Perinat Epidemiol*. Oktober 2003, Bd. 17(4), S. 407-17.
123. **Hawkins, SS, Griffiths, LJ, Dezateux, C, Law, C, Millenium Cohort Study Child Health Group.** Maternal employment and breast-feeding initiation: findings from the Millennium Cohort Study. *Paediatr Perinat Epidemiol*. Mai 2007, Bd. 21(3), S. 242-7.
124. **Hawkins, SS, Griffiths, LJ, Dezateux, C, Law, C, Millenium Cohort Study Child Health Group.** The impact of maternal employment on breast-feeding duration in the UK Millenium Cohort Study. *Public Health Nutr*. September 2007, Bd. 10(9), S. 891-6.
125. **Clayton, HB, Li, R, Perrine, CG, Scanlon, KS.** Prevalence and Reasons for Introducing Infants Early to Solid Foods: Variations by Milk Feeding Type. *Pediatrics*. 131, 2013.
126. **Thomson, G und Dykes, F.** Women's sense of coherence related to their infant feeding experiences. *Matern Child Nutr*. 2011 Apr;7(2):160-74. 7, 2011, Bd. 2, S. 160-74.
127. **Symon, AG, Whitford, H und Dalzell, J.** Infant feeding in Eastern Scotland: a longitudinal mixed methods evaluation of antenatal intentions and postnatal satisfaction--the Feeding Your Baby study. *Midwifery*. 2013, Bd. 29, 7.
128. **Witzel, A.** Das problemzentrierte Interview. [Buchverf.] G. Jüttemann. *Qualitative Forschung in der Psychologie*. Weinheim : Beltz, 1985.
129. **Flick, Uwe.** *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. Reinbek bei Hamburg : Rowohlt Taschenbuch Verlag, 2009.
130. **Li, R, Scanlon, KS und Serdula, MK.** The validity and reliability of maternal recall of breastfeeding pratice. *Nutr Rev*. April 2005, Bd. 63(4), S. 103-10.
131. **Mayring, P.** *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. Weinheim und Basel : Beltz Verlag, 2002.
132. **Mayring, Philipp.** *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim und Basel : Beltz Verlag, 2003.
133. *Klinik in Schwedt. Wehklagen über Geburtstourismus.* **Sonnabend, L.** 14. Nov 2007, Spiegel Online. <http://www.spiegel.de/politik/deutschland/klinik-in-schwedt-wehklagen-ueber-geburtstourismus-a-517099.html> (Klinik in Schwedt. Wehklagen über Geburtstourismus, 2007).
134. *Stillen in der Öffentlichkeit. Muttermilch ist ein Lebensmittel.* **Vorsamer, B.** 25.. Sep 2015.
135. **Kersting, M und Dulon, M.** Assessment of breast-feeding promotion in hospitals and follow-up survey of mother-infant pairs in Germany: the SuSe Study. *Public Health Nutr*. August 2002, Bd. 5(4), S. 547-52.
136. **BfR, Bundesinstitut für Risikobewertung.** http://www.bfr.bund.de/cm/343/einheitliche_terminologie_zur_saeuglingsernaehrung.pdf. [Online] [Zitat vom: 14. Okt 2012.]

7. ANHANG

7.1 Interviewleitfaden Mütter

Wie war das damals, als Sie nach Deutschland kamen? Erzählen Sie bitte [Migrationsumstände/ Eingangserzählung]

- Umstände o. Gründe; Alter
- alleine/ mit Familie; schon Bekannte o. Familie vor Ort?
- Aufenthaltsstatus, Staatsangehörigkeit
- Sprache zu Hause

Wann sind ihre Kinder geboren? Erzählen Sie von der Geburt. [für das Stillverhalten relevante Kontextinformationen/ Überleitung zum Stillen]

- Schwangerschaft
 - o Probleme?
 - o Wonach haben Sie das Krankenhaus, die Hebamme ausgesucht?
- Geburt
 - o Probleme?
 - o Waren Sie mit Ihrem Kind gemeinsam untergebracht?
 - o Fühlten Sie sich gut betreut damals?

Erzählen Sie, wie war das mit dem Stillen? [Stillverhalten/ implizite Orientierungen zum Stillen]

- Stillen
 - o Hat es gleich geklappt? Wie lange? ausschließlich/ voll/ teilweise
 - o Woher wussten Sie, wie man richtig stillt? Hat Ihnen beim Stillen jemand geholfen? (Hebamme, Freundin, Familie?) Woher nahmen Sie Infos über das Stillen? (Vorteile, Vorgehen)
 - o Warum haben Sie Ihr Kind so lange gestillt?
 - o Mit wem lebten Sie in der Stillperiode zusammen?
 - Einstellung Partner zum Stillen
 - o TN Geburtsvorbereitung/ Rückbildung/ Stillgruppe/ Krabbelgruppe
- wenn nicht oder kurz gestillt: Hätten Sie gern (länger) gestillt? was hätte Sie zum Stillen/ längeren Stillen bewegen können?

Meinen Sie, dass Mütter stillen sollten? [explizite Orientierungen zum Stillen]

- wie war das in der Schwangerschaft- hat sich Ihre Meinung sich verändert?
- Gründe für das / gegen das Stillen
- gab es prägende Erlebnisse für Sie?

Öffentliche Meinung hier und im Herkunftsland [sozialer Kontext]

- Wie ist die öffentliche Meinung in Polen/ Russland, ob man stillen sollte?
 - o Wie war die Meinung zum Stillen in ihrem früheren Umfeld (eventuell nicht übereinstimmend mit der „allgemeinen“ Meinung)?
- Wie nehmen sie die Meinung dazu in Deutschland wahr?
 - o Wie nehmen sie die Meinung dazu in ihrem jetzigen Umfeld wahr?

Ist noch etwas offengeblieben?

Alter, Bildung, Rauchen, Alter des/ der Kind/er, wann immigriert, warum, Familie hier,
Nationalität Partner

7.2 Interviewleitfaden Hebammen

Wie sieht ihr Arbeitsalltag mit den Frauen aus?

- wieviel Prozent stammen aus Polen/ GUS?
- nach welchen Kriterien suchen die Frauen Sie?

Worin unterscheiden sich die Gruppen in ihrem Stillverhalten?

- Wollen die Frauen stillen?
 - o welche Vorteile sehen sie? welche Nachteile, Bedenken haben sie?
 - o Informationsquellen?
- Wie steht das Umfeld der Frauen dem Stillen gegenüber? - zufüttern?
- Gibt es Probleme beim Stillen, die in diesen Gruppen häufiger/seltener sind?
- Arbeitssituation der Frauen
- Familiensituation der Frauen
- Verständigung mit Professionellen

„Stillpromotion“

- o eigene Meinung zum Stillen, beraten Sie die Frauen in die Richtung, dass sie stillen sollten?
- o Gibt es gruppenspezifische „Stillpromotion“? Ist/ wäre gruppenspezifisch Ihrer Erfahrung nach sinnvoll?

Beobachten Sie häufiges/ seltenes Stillen bei Frauen aus Polen/ GUS?

Dokumentationsblatt

- Beruf, wie lange arbeiten sie schon in diesem Bereich?
- Alter, eigener Migrationshintergrund

Haben Sie das Gefühl, dass etwas noch nicht zur Sprache gekommen ist?

Kennen Sie Frauen, die ich vielleicht auch befragen könnte?

7.3 Auswertungskategoriensystem Mütter

Migrationsgeschichte

- Umstände der eigenen Migration
 - Mit wem gemeinsam, schon Bekannte/ Familie in Deutschland
- Hat das heutige persönliche Umfeld auch einen Migrationshintergrund?
- Eigene Deutschkenntnisse damals, heute
- Sprache zu Hause

Schwangerschaft

Geburt

- Geburt allgemein
- Geburtseinrichtung
 - Entscheidungsgründe für diese Einrichtung, Beurteilung
- Rooming-In
- Stillbeginn
 - Hilfe beim Stillen-Lernen in der Geburtseinrichtung

Gesundheitssystem

- Gesundheitssystem allgemein
- Hebamme
 - Kontaktaufnahme, Kriterien (u.a. muttersprachlich)?
- Arzt (Gynäkologe, Kinderarzt)
 - Muttersprachlicher Arzt?
- Kurse (Geburtsvorbereitung, Stillgruppen, Rückbildung usw.)

Stillprobleme

- Stillprobleme
 - Umgang mit Stillproblemen
 - Ansprechpartner bei Stillproblemen
 - Vorheriges Wissen um mögliche Stillprobleme
- Selbstüberzeugung bzw. Unsicherheit dem Stillen gegenüber
- Abpumpen und Füttern von Muttermilch

Abstillen

- Abstillgrund
- Zufriedenheit mit Stillzeit und -dauer

Einstellung dem Stillen gegenüber

- Einstellung der Mutter selbst, Vor- und Nachteile

- Stillabsicht

Reaktionen und Meinungen anderer

- Vater des Kindes
- Eigene Eltern
 - Stillerfahrungen der eigenen Mutter (Großmutter)
- Schwiegereltern
- Aufgabenverteilung im Haushalt und bei der Kinderbetreuung
- Freunde, Bekannte
- Einstellung anderer junger Mütter
- Öffentliche Meinung und Gesundheitssystem Deutschland
- Öffentliche Meinung und Gesundheitssystem Herkunftsland
- Stillen im Beisein anderer

Wissen zum Thema Stillen

- Informationsquellen und Bewertung dieser
- Reichte das eigene oder erreichbare Wissen aus?

7.4 Auswertungskategoriensystem Hebammen

Hebammenarbeit mit Migrantinnen

- Arbeitsalltag
- Kontaktaufnahme der Mütter mit den Hebammen
 - Wissen um Kostenübernahme der Nachsorge durch die Krankenkasse
 - Auswahlkriterium Muttersprache, Bedeutung der Muttersprache
- Patientinnen mit Migrationshintergrund im deutschen Gesundheitssystem
 - Bedeutung muttersprachlicher Angebote
- Kurse (Geburtsvorbereitungskurse, Stillgruppen, Rückbildungskurse)

Einstellung der Mütter zum Stillen

- Einstellung der polnischsprachigen/ russischsprachigen Mütter zum Stillen, Stillabsicht
- Einstellung zur Flaschennahrung, frühem Zufüttern (vor 5. Lebensmonat)

Einflüsse auf die Stilleinstellung und das Stillverhalten der Mütter

- Wissen um Einstellung und Gewohnheiten bzgl. Säuglingsernährung aus Herkunftsländern
- Rolle des Kindsvaters bei der Säuglingsernährung
- Rolle der Großeltern bei der Säuglingsernährung
- Eigene Einstellung der Hebamme zum Thema Stillen, eigenen Bedeutung den Müttern gegenüber
- Situation der betreuten Frauen
 - Familiär
 - Wohnsituation
 - Erwerbsarbeit

Stillprobleme

- Welche Probleme treten auf
- Wie ist der Umgang damit
- Wie ist die Erwartung/ das Wissen um Schwierigkeiten mit dem Stillen

7.5 Eidesstattliche Versicherung

„Ich, Elisabeth Rögler, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: „Eigentlich wollen alle gerne stillen"- Stillverhalten und Einstellungen zum Stillen von Migrantinnen aus Polen und Staaten der ehemaligen Sowjetunion in Berlin“ selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung (siehe „Uniform Requirements for Manuscripts (URM)“ des ICMJE -www.icmje.org) kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) entsprechen den URM (s.o) und werden von mir verantwortet.

Meine Anteile an etwaigen Publikationen zu dieser Dissertation entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit dem/der Betreuer/in, angegeben sind. Sämtliche Publikationen, die aus dieser Dissertation hervorgegangen sind und bei denen ich Autor bin, entsprechen den URM (s.o) und werden von mir verantwortet.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§156,161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.“

Datum

Unterschrift

7.6 Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

7.7 Danksagung

Zuerst möchte ich den Müttern und Hebammen ganz persönlich danken, die bereit waren, mir über solch private und intime Themen zu berichten und damit diese Arbeit ermöglicht haben.

Prof. Dr. Adelheid Kuhlmeier hat mir gezeigt, wie spannend und wesentlich die Medizinische Soziologie ist. Besonders danke ich Dr. Liane Schenk für die wiederholt mutmachende, zuverlässige und freundliche Betreuung meines Arbeitsprozesses. Sie sind mir Vorbilder geworden.

Friederike, Maruta, Micha, Anna, Andrea und Georg haben mit mir immer wieder inhaltliche, methodische und sprachliche Aspekte diskutiert und mich hinterfragt, wofür ich ihnen sehr dankbar bin.

Über die Dauer der Erstellung dieser Dissertation haben mich- neben den oben genannten- weitere Personen bestärkt, besonders Angela, Torben und Ulrike. Danke für alles!