

Kultursensible sozialpädiatrische Versorgung am Beispiel von Fütterstörungen

Gabriel Scheidecker¹, Susan Spallek², Kieu Nga Tran¹, Diemut Geigenmüller², Birgitt Röttger-Rössler¹ | ¹Freie Universität Berlin, Sonderforschungsbereich 1171 Affective Societies, Berlin; ²Vivantes Klinikum im Friedrichshain, Sozialpädiatrisches Zentrum, Berlin

Einleitung

Die Behandlung frühkindlicher Fütterstörungen findet zunehmend in von Migration geprägten Kontexten statt. So haben in Deutschland mehr als 40 % aller Kinder unter 5 Jahren einen Migrationshintergrund [1]. Die sich hierdurch erweiternde kulturelle Diversität wird auf verschiedenen Ebenen in der Therapie relevant. Neben etwaigen sprachlichen Differenzen und unterschiedlichen Kommunikationsstilen ist mit variierenden Ernährungspraktiken und Eltern-Kind-Interaktionsstilen zu rechnen. So sind nicht nur Art und Zubereitung von Speisen, sondern auch Auffassungen, Normvorstellungen und Praktiken rund um die frühkindliche Ernährung äußerst vielgestaltig [2]. In kulturvergleichender Perspektive zeigen sich zudem systematische Unterschiede in den Interaktionen und Beziehungsformen zwischen Eltern und Kindern [3]. Der kulturelle Faktor ist gleichermaßen bei den behandelten Familien wie den behandelnden Fachkräften und Institutionen zu sehen. Auch wenn die Standards und Leitlinien zur Behandlung von Fütterstörungen wissenschaftlich begründet werden [4], reflektieren sie zugleich kulturspezifische Ernährungsnormen des euro-amerikanischen Raums, dem die Forschung größtenteils entstammt [5].

Bei ungenügender Berücksichtigung können diese kulturellen Differenzen zu Fehleinschätzungen und Missverständ-



© Floerjfe - iStockphoto

nissen in der Elternberatung führen und damit den Therapieerfolg beeinträchtigen [6]. In diesem Beitrag stellen wir eine Reihe von Fallstricken vor, die sich bei der Behandlung vietnamesischer Familien im Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) am Vivantes Klinikum im Friedrichshain (Berlin) gezeigt haben. Damit möchten wir Fachkräfte für die kulturelle Variabilität von Ernährungspraktiken und die Notwendigkeit sensibilisieren, die elterlichen Praktiken und Sichtweisen verstärkt im Diagnose- und Behandlungsprozess zu berücksichtigen.

Behandlung von Fütterstörungen am SPZ des Vivantes Klinikums im Friedrichshain

Hier stellt die Behandlung von Fütterstörungen schon seit vielen Jahren einen Arbeitsschwerpunkt dar. Dabei hat sich eine interdisziplinäre Betrachtung der Fütterungssituation bewährt, die das Zusammenspiel der Eltern-Kind-Interaktionen, der Komorbiditäten und der kindlichen Entwicklung berücksichtigt. Sprachtherapeutische, kinderärztliche, gastroenterologische und psychologische Experten erarbeiten zunächst im Rahmen eines diagnos-

tischen Prozesses ein Bedingungsgefüge. Dabei wird die orofaziale, senso-motorische, regulatorische und autonome Entwicklung des Kindes betrachtet. Basierend auf den entsprechenden Befunden wird daraufhin ein Behandlungsplan inklusive einer Elternberatung und -anleitung in Anlehnung an aktuelle Leitlinien erstellt.

Während sich die interdisziplinäre Therapie von Fütterstörungen insgesamt bewährt hat, zeigten sich vergleichsweise geringe Behandlungserfolge bei vietnamesischen Familien, die im Einzugsgebiet des Klinikums einer der größten migran-tischen Gruppen angehören [7]. Dies äußerte sich durch eine im Behandlungsverlauf gleichbleibende Fütterinteraktion bei Gewichtsstagnation oder marginaler Gewichtszunahme des Kindes. Offenkundig lag dies nicht an mangelnder Bereitschaft der Eltern. Diese bekundeten wiederholt ihre Sorge, dass ihr Kind zu wenig esse und zu wenig zunehme und verfolgten somit grundsätzlich dasselbe Ziel wie das SPZ, dessen Behandlungsauftrag immer auch die Sicherung einer angemessenen Gewichtszunahme des Kindes umfasst. Auch stimmten die Eltern den Handlungsvorschlägen der Fachkräfte meist uneingeschränkt zu, ohne diese jedoch konsequent im familiären Setting umzusetzen. In der interdisziplinären Zusammenarbeit stellte sich daher immer wieder die Frage, wie diese Ambivalenz zu erklären sei.

Kulturanthropologische Kooperation bei der Versorgung vietnamesischer Familien

Um den Hintergründen nachzugehen, nahm das SPZ eine Kooperation mit einem kulturanthropologischen Forschungsprojekt auf, das zu Familien mit vietnamesischer Migrationsgeschichte in Berlin forscht und dabei auch deren Ernährungspraktiken in den Blick nimmt (TP A01 am SFB 1171, Freie Universität Berlin). Über den Zeitraum von 2 Jahren begleiteten Mitarbeiter des Projekts die Therapie mehrerer Familien, führten Nachbesprechungen mit den Fachkräften durch und interviewten die betroffenen Famili-

en. Hierbei zeigte sich, dass den beschriebenen Ambivalenzen häufig divergierende Normvorstellungen zum Füttern bei Fachkräften und vietnamesischen Eltern zugrunde lagen. Diese erwiesen sich als Fallstricke in der Elternberatung und erschwerten die häusliche Umsetzung der Therapieempfehlungen. Die Exploration der elterlichen Sichtweisen verbesserte die Verständigung und das Vertrauensverhältnis, womit es möglich wurde, nach individuell zugeschnittenen, für beide Seiten akzeptablen Lösungswegen zu suchen.

Die im Folgenden beschriebenen Fallstricke basieren auf Erfahrungen mit einigen vietnamesischen Familien, weshalb sich aus ihnen keine allgemeingültigen Anleitungen für die Diagnose und Behandlung von Fütterstörungen im Migrationskontext ableiten lassen. Sie zeigen aber beispielhaft verschiedene Dimensionen potentieller kultureller Varianz auf und bieten somit Ansatzpunkte für die in

jedem Einzelfall neu zu explorierenden Elternperspektiven.

Fallstricke bei der Behandlung von Fütterstörungen im Migrationskontext

Nahrungsmittel

Die Wahl geeigneter Nahrungsmittel ist entscheidend für den Behandlungserfolg. Jedoch können Nahrungsvorschriften sowie Vorstellungen darüber, welche Nahrungsmittel für Kinder geeignet sind, wie sie wirken und in welcher Form sie zubereitet werden, kulturell stark variieren. In Vietnam, wie in vielen anderen Weltregionen, ist beispielsweise eine humorale Lehre verbreitet, die Nahrungsmitteln entweder einen wärmenden oder kühlenden Effekt zuschreibt [6]. Die hieraus resultierenden Gebote der Nahrungsmittelwahl können den Therapieempfehlungen widersprechen und diese für Eltern schwer annehmbar machen.

Daneben ist stets mit globalisierungs- und migrationsbedingten Einflüssen zu rechnen. Wie in Fallbeispiel 1 dargestellt, bestehen einige vietnamesische Mütter darauf, ihren Kindern große Mengen Kuhmilch zu verabreichen. In Vietnam, wie in anderen asiatischen Ländern, wurde Kuhmilch erst kürzlich als neues, westlich konnotiertes Nahrungsmittel mit dem Versprechen eingeführt, dass es Kinder größer und intelligenter werden lässt. Mit der Migration nach Deutschland wird Milch vergleichsweise erschwinglich und folglich extensiv in der Ernährung von Kleinkindern eingesetzt.

Responsives versus proaktives Füttern

Die behandelten vietnamesischen Eltern tendierten zu einem proaktiven Füttern, indem sie den Vorgang der Nahrungsaufnahme stark kontrollierten und dem Kind eine passive Rolle zuwiesen. Dem gegenüber steht das Behandlungsziel, die selbstregulierte Nahrungsaufnahme des Kindes durch eine responsive Rolle der Bezugsperson zu fördern. Wie in Fallbeispiel 2 ließen sich Mütter jedoch allenfalls

Fallbeispiel 1

Kuhmilch

Familie P. stellt ihren 18 Monate alten Sohn aufgrund einer ablehnenden Haltung gegenüber der Milchflasche vor. Der Junge wehrt sich vehement, indem er den Kopf abwendet, seine Lippen zusammenkneift und sich vom Tisch wendet. Den Eltern ist es sehr wichtig, dass ihr Kind viel Kuhmilch erhält. Sie machen sich Sorgen um sein Gewicht, das zwar stetig, jedoch in kleinen Schritten zunimmt. Jede Mahlzeit wird zum „Kampf“. Eine Laktoseintoleranz liegt nicht vor.

Beratung ohne Berücksichtigung kultureller Aspekte

Anpassung der Nahrungsmittel gemäß dem Interesse des Jungen an festeren Nahrungskonsistenzen. Aufklärung der Mutter, dass Milch als Hauptnahrungsquelle nicht mehr altersangemessen ist.

Verlauf

Die Eltern bestehen weiterhin darauf, dass ihr Sohn Milch trinkt.

widerstrebend auf eine responsive Rolle ein oder fielen häufig in ein proaktives Füttern zurück, insbesondere nach längeren Behandlungspausen.

Das proaktive Füttern der vietnamesischen Mütter ist nicht allein aus der Fütterstörung heraus zu erklären, sondern entspricht einer in Vietnam etablierten Praxis des Fütterns, die als *dút* (wörtlich: hineinschieben) bezeichnet wird. Diese Fütterpraxis ist wiederum eingebettet in ein verbreitetes Ideal von proaktiver elterlicher Fürsorge im Rahmen einer hierarchisch-interdependenten Eltern-Kind-Beziehung.

Konzentration versus Ablenkung

Wie in Fallbeispiel 2 setzten die vietnamesischen Mütter häufig Ablenkungsstrategien beim Füttern ein. Gemäß den Behandlungsempfehlungen wurde in solchen Fällen eine möglichst ablenkungsarme Fütterungssituation geschaffen, damit sich das Kind bestmöglich auf das Essen konzentrieren konnte. Allerdings schienen Eltern diese Praxis kaum dauerhaft zu übernehmen. Dies zeigte sich etwa bei einer Familie nach längerer Behandlungspause. Zu Beginn der Sitzung präsentierte die Mutter ihrem Kind ein Spielzeug und begann es zu füttern, sobald es zu spielen begonnen hatte. Unsere Forschung zeigt, dass vietnamesische Eltern in Berlin ebenso wie in Vietnam routinemäßig für Ablenkung beim Füttern sorgen bzw. eine Spielphase des Kindes für die Mahlzeit nutzen. Ein solches Muster geteilter Aufmerksamkeit in der Eltern-Kind-Interaktion wurde in zahlreichen nicht-westlichen Kontexten beobachtet und mit der Tendenz zur exklusiven Aufmerksamkeit in westlichen Mittelschichtsfamilien kontrastiert [3].

Feste versus flexible Zeit – räumliche Strukturierung

Die meisten vietnamesischen Eltern ließen eine hohe zeit-räumliche Flexibilität bei den Mahlzeiten ihrer Kinder erkennen. In diesen Fällen zielte die Elternberatung darauf, die Dauer einzelner Mahlzeiten zu verkürzen, den zeitlichen Abstand zwischen ihnen zu vergrößern,

nächtliches Füttern zu reduzieren und einen festen Rhythmus einzuführen. Damit sollte für ausreichend Hunger und eine klare Trennung zwischen Schlaf- und Wachphasen beim Kind gesorgt werden. Auch wurde eine stärkere räumliche Abgrenzung der Mahlzeiten angestrebt, etwa durch die Platzierung des Kindes in einem Kindersitz am Tisch. Die Eltern schienen diese Empfehlungen jedoch nicht konsequent umzusetzen. Nach unserer Forschung folgten sie einem alternativen, in Vietnam und anderen asiatischen Gesellschaften weitverbreiteten Modell. Demzufolge haben Ernährungspraktiken eine große sozio-emotionale Bedeutung [8]. Sie gelten als zentrale Ausdrucksform von el-

terlicher Liebe und werden regulär sowohl zur Belohnung als auch zur Beruhigung von Kindern eingesetzt. Die Orientierung an emotionalen Motiven steht einer fixen zeitlichen und räumlichen Strukturierung der Mahlzeiten entgegen.

Widersprüchlicher Rat durch Fachkräfte und Angehörige

Unsere Interviews haben gezeigt, dass die vietnamesischen Eltern in der Regel auch von ihren Angehörigen in Berlin und Vietnam Ratschläge erhalten, die häufig im Widerspruch zu den Therapieempfehlungen des SPZ stehen. Auch berichteten Mütter, dass sie von ihren Eltern oder ihrem Ehemann für das Untergewicht ihres Kindes verantwortlich gemacht wurden und beträchtlichen Druck erfuhren, für eine Gewichtszunahme des Kindes zu sorgen. Hier kommt das Modell des proaktiven Fütterns zum Tragen, demzufolge die Mutter die kindliche Nahrungsaufnahme aktiv reguliert. Der divergierende Rat erschwert nicht nur die häusliche Umsetzung der Lernerfahrungen aus der Therapie, er kann zudem zu einer erheblichen Verunsicherung der Eltern und Kinder führen.

Vorteile eines kultursensiblen Ansatzes

In der therapeutischen Praxis hat es sich als sehr gewinnbringend erwiesen, die kultur- und migrationsbedingten Sichtweisen und Praktiken der Eltern zu explorieren und im Diagnose- und Beratungsprozess zu berücksichtigen. Dies half zuallererst, Missverständnisse zwischen Fachkräften und Eltern zu vermeiden bzw. aufzuklären. In vielen Fällen verbesserte sich hierdurch auch merklich die therapeutische Beziehung, was sich vor allem durch größere Offenheit der Eltern bemerkbar machte. Vermutlich war hierfür ausschlaggebend, dass sich Eltern besser verstanden und in ihren Sichtweisen respektiert fühlten. Schließlich ermöglichte der so erreichte Verständigungsprozess die gemeinsame Entwicklung individuell zugeschnittener Lösungswege, die den Behandlungszielen entsprachen und gleichzeitig für die Eltern

Fallbeispiel 2

Proaktives Füttern unter Ablenkung

Frau B. stellt ihren 21 Monate alten Sohn aufgrund einer Gewichtsstagnation vor. Sie beschreibt, dass er nichts esse und nur geringe Mengen Kuhmilch trinke. Brei lehne er stark ab.

Zu Essensbeginn schaltet Frau B. ihr Handy mit einem Kinderlieder-video an und legt es dem Sohn vor. Dann beginnt sie, ihn mit einem Löffel zu füttern. Dieser wehrt sich stark, dreht sich von seiner Mutter weg und schlägt ihr den Löffel aus der Hand. Schließlich versucht Frau B., ihm den Löffel in den Mund zu schummeln. Irgendwann nimmt er 2 Löffel ab, lässt den Brei teilweise aber wieder aus dem Mund laufen. Wenn der Sohn nach dem Löffel und in den Brei greift, unterbindet die Mutter dies. Auch putzt sie häufig seine Hände und Mund. Diese Essenssituation beschreibt die Mutter als typisch.

Beratung ohne Berücksichtigung kultureller Aspekte

Lebensmittel durch das Kind erkunden lassen, auch wenn die Kleidung schmutzig wird.

Verlauf

Die Mutter will dies nicht gewähren.

Fallbeispiel 1 (Forts.)

Kultursensible Exploration und Beratung im Fallbeispiel 1

Mit dem Hintergrundwissen zur Bedeutung von Kuhmilch in vietnamesischen Familien konnte in Erfahrung gebracht werden, dass die Mutter des 18 Monate alten Knaben eine positive Entwicklung der Intelligenz und des Wachstums mit dem Konsum von Milch verbindet. In der Elternberatung wurde dies wertschätzend aufgegriffen und gemeinsam überlegt, ob auch alternative Milchprodukte in den familiären Speiseplan aufgenommen werden könnten. Es stellte sich heraus, dass der Junge sehr gern griechischen Joghurt isst. Dieser war für die Eltern ein akzeptabler Ersatz für Kuhmilch und entsprach gleichzeitig dem Behandlungsziel, halb feste Nahrungsmittel in den Speiseplan zu integrieren. Zusätzlich ergab der Kalorienvergleich von 100 ml Kuhmilch 3,5 % (64 kcal) und 100 g griechischem Joghurt (133 kcal) einen weiteren Pluspunkt. Diese einvernehmliche Lösung war eine wichtige Grundlage für die Erkundung einer breiteren Lebensmittelpalette durch das Kind und für das Einführen des selbstständigen Essens im Rahmen von therapeutisch begleiteten Picknicks.

Verlauf

Die Essenssituationen wurden in der Familie entspannter. Die Eltern konnten es sogar tolerieren, wenn die Essensmengen des Sohnes schwanken. Seine Gewichtszunahme war zufriedenstellend.

annehmer waren (siehe Fortsetzung des Fallbeispiels 1).

Fazit

Die beschriebenen Fallstricke stellen Erkenntnisse aus qualitativer Forschung in der Arbeit mit vietnamesischen Familien dar und lassen sich somit nicht verallgemeinern oder gar in allgemeingültige Behandlungsstandards übersetzen. Dies wäre auch nicht zielführend, da kulturelle Diversität gerade ein individuelles Vorgehen erfordert. Die Fallstricke werfen Fragen auf, die in jedem Einzelfall neu beantwortet werden müssen:

- Welche Überzeugungen und Normvorstellungen stehen möglicherweise hinter den Fütterpraktiken der Eltern?
- Inwieweit sind die eigenen Empfehlungen medizinisch geboten oder reflektieren ebenfalls kulturell bedingte Präferenzen?
- Welche neuen Lösungswege lassen sich finden, die sowohl für die Fachkräfte als auch die Familien akzeptabel sind?

Eine Sensibilisierung für kulturelle Unterschiede ermöglicht es, innerhalb des diagnostischen Prozesses eine Haltung einzunehmen, die von Offenheit, Wertschätzung und Respekt für persönliche und kulturelle Diversität geprägt ist. In kultursensitiven Beratungs- und Therapieprozessen ist es wichtig, dass sich die Fachkräfte auch ihrer eigenen normativen Haltungen bewusst werden [9]. Dies ermöglicht es ihnen, die Einstellungen der jeweiligen Klienten ergebnisoffen zu erfragen, um sie im fallspezifischen Bedingungsgefüge und in der Beratung zu berücksichtigen.

Sozialpädiatrie lebt von Interdisziplinarität, auch über die medizinischen Disziplinen hinaus.

Die Kooperation mit einem kulturanthropologischen Projekt ermöglichte einen noch besseren kulturspezifischeren Zuschnitt des Behandlungsangebots und erhöht damit die teilhabeorientierte Ausrichtung der Behandlung sowie die elterliche Adhärenz therapeutischer Interventionen.

Literatur

1. Bundeszentrale für politische Bildung: <https://www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61646/migrationshintergrund-i>
2. Maldonado-Duran JM, Becerra TL, Gomez K (2019) Culture and eating in the perinatal period and early childhood. In: Maldonado-Duran JM, Jiménez-Gómez A, Maldonado-Morales MX, Lecannelier F (Hrsg) Clinical handbook of transcultural infant mental health. Springer, Cham, 181–194
3. Keller H (2013) Cultures of infancy. Psychology Press, New York, London
4. Von Hofacker N (2009) Frühkindliche Fütterstörungen. Monatsschr Kinderheilkd 157(6): 567–573
5. Uher R, Rutter M (2012) Classification of feeding and eating disorders: review of evidence and proposals for ICD-11. World Psychiatry 11 (2): 80–92
6. Pak-Gorstein S, Haq A, Graham EA (2009) Cultural influences on infant feeding practices. Pediatr Rev 30 (3) e11–21
7. Mai NTT, Scheidecker G (2020) Die Unterschätzten. Ein Kurzporträt der neuen Migration aus Vietnam nach Deutschland. In: VLab Berlin (Hg) Ist Zuhause da, wo die Sternfrüchte süß sind. Viet-deutsche Lebensrealitäten im Wandel. Regiospectra, Berlin, 117–130
8. Janowski M, Kerlogue F (Hrsg) (2007) Kinship and food in South East Asia. Nias Press, Kopenhagen
9. Borke J, Schiller EM, Schöllhorn A, Kärtner J (2015) Kultur – Entwicklung – Beratung. Kultursensitive Therapie und Beratung für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt in Zusammenhang mit diesem Beitrag besteht.

Korrespondenzadresse

Dr. Gabriel Scheidecker
 Institut für Sozial- und Kulturanthropologie
 SFB 1171 Affective Societies
 Habelschwerdter Alle 45
 14195 Berlin
 Tel.: 0 30/83 85 78 52
 E-Mail: gabriel.scheidecker@fu-berlin.de



Wesentliches für die Praxis ...

- Normen und Praktiken des Fütterns sind kulturell hochgradig variabel.
- Etablierte Leitlinien zur Behandlung frühkindlicher Fütterstörungen können, häufig unmerklich, im Widerspruch zu den elterlichen Normvorstellungen stehen.
- Die ergebnisoffene, kultursensible Exploration der elterlichen Sichtweisen ermöglicht ein besseres Vertrauensverhältnis, die Entwicklung fallspezifischer Lösungswege, eine erhöhte Adhärenz und verkürzte Behandlungsdauer.