

Dissertation
an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften
der Universität Bielefeld
zur Erlangung des Grades
Doctor of Public Health (Dr. PH)

**Der Einfluss von Migrations- und
Akkulturationsprozessen auf Stillabsicht
und Stildauer**

vorgelegt von
Silke Brenne
Berlin, September 2017

1. Gutachter/in:
Prof. Dr. Oliver Razum
Universität Bielefeld

2. Gutachter/in:
Prof. Dr. Theda Borde
Alice Salomon Hochschule Berlin

Datum der Disputation: 15. März 2018

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	I
Abbildungsverzeichnis	V
Tabellenverzeichnis.....	VI
Abkürzungsverzeichnis	IX
Zusammenfassung.....	XI
1. Einleitung	1
2. Theoretischer Hintergrund der Arbeit.....	5
2.1 Migration und Gesundheit.....	5
2.2 Migration.....	5
2.3 Einbeziehung von Personen mit Migrationshintergrund in Studien	5
2.3.1 Personen mit Migrationshintergrund identifizieren	5
2.3.2 Personen mit Migrationshintergrund repräsentieren	7
2.4 Heterogenität der Personen mit Migrationshintergrund.....	8
2.5 Migrationsforschung und Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Lage	9
2.6 Stillen	10
2.6.1 Public-Health-Aspekte des Stillens.....	10
2.6.2 Aktuelle Empfehlungen zu Stillbeginn und Stilldauer.....	12
2.6.3 Stillpraktiken	13
2.6.4 Differenzierung des Stillverhaltens	13
2.6.5 Forschungsstand: Stillverhalten von Frauen mit und ohne Migrationshintergrund in Deutschland.....	14
2.6.6 Literaturübersicht: aktuelle Daten zum Stillverhalten von Frauen mit Migrationshintergrund.....	18
2.6.7 Überblick über das Stillverhalten im europäischen und internationalen Vergleich.	19
2.6.8 Literaturüberblick: Stillverhalten in ausgewählten Hauptherkunftsländern von Frauen mit Migrationshintergrund in Berlin	21
2.6.9 Zusammenfassung: Das Stillverhalten beeinflussende Faktoren	23
2.6.10 Gründe für Nicht-Stillen.....	24
2.7 Migrationsforschung und Akkulturation.....	25
2.7.1 Einführung in die gesundheitswissenschaftliche Akkulturationsforschung.....	26
2.7.2 Begriffsbestimmung: Kultur und Akkulturation	27
2.7.3 Akkulturationsmodelle	31
2.7.4 Messung von Akkulturation	33
2.7.5 Erhebungs- und Auswertungsmethoden.....	34
2.7.6 Literaturüberblick: Messung von Akkulturation in der internationalen gesundheitswissenschaftlichen Forschung	36
2.7.7 Messung von Akkulturation in gesundheitswissenschaftlichen Studien in Deutschland	38
2.7.8 Einbeziehung von Akkulturationskriterien in die Public-Health-Forschung zum Stillverhalten	39
2.8 Modelle zur Erklärung der Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund	41
2.8.1 Der „Healthy-Migrant-Effect“	41
2.8.2 Das „Latina Paradox“	42
2.8.3 Modell: „Migration als gesundheitlicher Übergang“	43
2.8.4 Modell: „Migration in der Life-Course-Epidemiologie“	44
2.9 Forschungstheoretischer Hintergrund	45

2.9.1	Gesundheitswissenschaftliche Theorien und Modelle des Gesundheitsverhaltens..	45
2.9.2	Die Theorie des geplanten Verhaltens („Theory of planned behaviour“ - TPB).	47
2.10	Ziele der Arbeit	50
2.10.1	Fragestellungen des empirischen Teils	50
2.10.2	Ziel des theoretischen Teils.....	52
2.10.3	Weiteres Ziel der Arbeit	53
3.	Methodisches Vorgehen: Empirischer Teil.....	54
3.1	Studiendesign: „Perinatale Gesundheit + Migration in Berlin“ (2010-2013).....	54
3.2	Ein- und Ausschlusskriterien	55
3.2.1	Einschlusskriterien	55
3.2.2	Ausschlusskriterien	55
3.3	Untersuchungsinstrumente	55
3.3.1	Erster Fragebogen (T1)	55
3.3.2	Zweiter Fragebogen (T2)	56
3.3.3	Dritter Fragebogen (T3)	56
3.3.4	Drop-Out-Bögen.....	56
3.4	Messung von Migrationsstatus und Akkulturationsgrad.....	57
3.4.1	Migrationsstatus nach Schenk et al. (2006).....	57
3.4.2	Ermittlung des Akkulturationsgrades.....	58
3.5	Pretest	59
3.6	Sekundärdaten	59
3.6.1	Perinataldaten	59
3.6.2	Mutterpassdaten	60
3.7	Datenerhebung	60
3.7.1	Datenerhebungsphase.....	60
3.7.2	Erhebungszeitpunkte	60
3.7.3	Diversitysensible Datenerhebung.....	61
3.8	Dateneingabe	63
3.9	Datenverknüpfung.....	64
3.10	Plausibilitätsprüfungen.....	65
3.11	Ethische Aspekte	65
3.12	Einwilligung der Teilnehmerinnen in die Studienteilnahme.....	65
3.13	Datenschutz	65
3.14	Statistische Datenanalyse der Studie „Perinatale Gesundheit + Migration in Berlin“.	66
3.15	Studiendesign – Empirischer Teil des Dissertationsprojekts	66
3.15.1	Variablen des empirischen Teils	66
3.15.2	Non-Response-Analyse	71
3.15.3	Hauptoutcomeparameter des empirischen Teils	71
3.15.4	Statistische Datenanalyse des empirischen Teils	72
4.	Ergebnisse des empirischen Teils.....	75
4.1	Gesamt-Response der Studie „Perinatale Gesundheit + Migration in Berlin“.....	75
4.2	Basisdaten des ersten Erhebungszeitpunktes (T1)	75
4.2.1	Migrationsstatus und soziodemografische Daten.....	75
4.2.2	Geburtsländer/ Geburtsregionen der Studienteilnehmerinnen (T1).....	78
4.3	Basisdaten des dritten Erhebungszeitpunktes (T3)	79
4.4	Vergleich des Migrationsstatus zu den drei Erhebungszeitpunkten.....	81
4.5	Auswertung: migrationssensible Datenerhebung.....	81
4.5.1	Sprache der Interviews	81
4.5.2	Sprache der Fragebögen	82

4.6	Belastbarkeit der Daten und Ablehnungsgründe: die Non-Response-Analyse.....	83
4.6.1	Non-Response-Analyse des ersten Erhebungszeitpunktes (T1).....	83
4.6.2	Ablehnungsgründe der Basisbefragung (T1)	83
4.6.3	Non-Response-Analyse und Ablehnungsgründe des dritten Erhebungszeitpunktes (T3).....	84
4.7	Akkulturationsgrad der Studienteilnehmerinnen	84
4.7.1	Akkulturationsgrad nach FRAKK15.....	84
4.7.2	Akkulturationsgrad nach Muttersprache und deutschen Sprachkenntnissen	86
4.7.3	Akkulturationsgrad nach Aufenthaltsdauer.....	87
4.7.4	Akkulturationsgrad nach Geburtsland bzw. Geburtsregion	87
4.8	Basisdaten der Stillbefragung: Ergebnisse des zweiten und dritten Erhebungszeitpunktes.....	87
4.9	Gründe für primäres Nicht-Stillen.....	90
4.10	Einflussfaktoren auf den Stillbeginn (T2).....	90
4.11	Einflussfaktoren auf eine lange versus eine kurze geplante Stilldauer (Stillabsicht) (T2)	96
4.12	Einflussfaktoren auf die Abstillwahrscheinlichkeit und die tatsächliche Stilldauer (T3)	104
4.13	Zusammenfassung der Ergebnisse der Studie „Perinatale Gesundheit + Migration in Berlin“ zum Stillverhalten	108
5.	Diskussion	110
5.1	Einführung in die Diskussion.....	110
5.2	Diskussion der Ergebnisse des Stillverhaltens des empirischen Teils	110
5.2.1	Einflussfaktoren auf den Stillbeginn im Kontext von Migration und Akkulturation	113
5.2.2	Gründe des primären Nicht-Stillens.....	115
5.2.3	Einflussfaktoren auf die Stillabsicht (geplante Stilldauer) im Kontext von Migration und Akkulturation	116
5.2.4	Einflussfaktoren auf die Stilldauer im Kontext von Migration und Akkulturation	117
5.3	Diskussion der Methoden und der Studiendurchführung.....	119
5.3.1	Stärken der Studie	119
5.3.2	Reichweite und Limitationen	123
5.4	Schlussfolgerungen des empirischen Teils	124
5.5	Diskussion des theoretischen Teils: Einbeziehung von Akkulturationskriterien in gesundheitswissenschaftliche Fragestellungen	125
5.5.1	Diskussion der Messung von Akkulturationsindikatoren	125
5.5.2	Schlussfolgerungen - Einbeziehung von Akkulturationsaspekten in gesundheitswissenschaftliche Studien.....	130
6.	Weiterentwicklung der Theoriemodelle unter Einbeziehung der empirischen Ergebnisse	133
6.1	Erweiterung der Theorie des geplanten Verhaltens (TPB)	133
6.2	Einbeziehung in das Modell der „Life-Course-Epidemiologie“	136
7.	Handlungsempfehlungen des empirischen Teils.....	142
8.	Fazit.....	148
9.	Literaturverzeichnis.....	150
10.	Anhang.....	175
10.1	Nationale Stillstudien: Angaben zu Stillprävalenzen und zur Stilldauer	175
10.2	In nationalen Studien genannte Einflussfaktoren auf das Stillverhalten.....	180
10.3	In interntionalen Studien häufig verwendete Akkulturationsskalen	184

10.3.1	AHIMSA (The Acculturation, Habits, and Interests Multicultural Scale for Adolescents Acculturation Scale) (Unger et al. 2002).....	184
10.3.2	ARSMA I (Acculturation Scale for Mexican Americans) (Cuellar et al. 1980)	184
10.3.3	ARSMA II (Acculturation Rating Scale for Mexican Americans II) (Cuellar et al. 1995).....	185
10.3.4	ASSIS (Acculturation Stress Scale for International Students) (Sandhu, Asrabadi 1994).....	187
10.3.5	BAS (Bidimensional Acculturation Scale) (Marin, Gamba 1996).....	188
10.3.6	BASH (Brief Acculturation Scale for Hispanics) (Norris et al. 1996).....	188
10.3.7	Akkulturationskala von Hazuda et al. (1988)	189
10.3.8	PAS (Psychological Acculturation Scale) (Tropp et al. 1999).....	190
10.3.9	SL-ASIA (Suinn-Lew Asian Self-Identity Acculturation Scale) (Suinn et al. 1995).....	191
10.4	Messung von Akkulturation in nationalen Studien	195
10.5	Fragebogen 1 (T1)	200
10.6	Fragebogen 2 (T2)	206
10.7	Fragebogen 3 (T3)	210
10.8	Teilnehmerinnen-Information	213
10.9	Teilnahme- und Datenschutzerklärung	214
10.10	Drop-Out-Analyse (T1)	215
10.11	Drop-Out-Analyse (T3)	216
10.12	Weitere Ergebnisse der Datenanalyse	217
11.	Danksagung	218
12.	Lebenslauf	219
13.	Ehrenwörtliche Erklärung	221

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Bevölkerung mit Migrationshintergrund; Quelle: Statistisches Bundesamt: Mikrozensus; Lizenz: Bundeszentrale für politische Bildung 2016	7
Abbildung 2: Stillraten in OECD-Ländern – Prävalenz der jemals gestillten Kinder, Angaben aus unterschiedlichen Jahren (OECD Family Database 2008, zit. nach OECD 2009: 48).....	21
Abbildung 3: Akkulturationsstrategien nach Berry (1997: 10); eigene Modifikation (SB)	32
Abbildung 4: Überblick: Modelle und Auswertungsverfahren, zit. nach Maehler und Schmidt-Denter (2013: 38); eigene Modifikation (SB)	34
Abbildung 5: Schematische Darstellung der akkulturationsbezogenen Einflussfaktoren auf das Stillverhalten	41
Abbildung 6: Theorie des geplanten Verhaltens von Ajzen (1991), zit. nach Naidoo und Wills (2003: 228); eigene Modifikation (SB)	48
Abbildung 7: Theorie des geplanten Verhaltens, zit. nach Seibt (2011: 564); eigene Modifikation (SB)	48
Abbildung 8: Theorie des geplanten Verhaltens, zit. nach Ajzen und Manstead (2007: 46); eigene Modifikation (SB).....	49
Abbildung 9: Skizze der möglichen Weiterentwicklung der Theorie des geplanten Verhaltens zur Erklärung des Stillverhaltens	53
Abbildung 10: Migrationsstatus: Algorithmus für die Gruppenbildung nach Schenk et al. (2006: 858); Ergänzung um einseitigen Migrationshintergrund (SB).....	58
Abbildung 11: Kaplan-Meier-Kurve: Weiterstillwahrscheinlichkeit nach Migrationsstatus	105
Abbildung 12: Modell der Einflussfaktoren auf das Stillverhalten: Erweiterung der Theorie des geplanten Verhaltens (TPB).....	135
Abbildung 13: Weiterentwicklung des Life-Course-Modells zur Beschreibung des Stillverhaltens von Frauen mit Migrationshintergrund (Reeske 2009, zit. nach Spallek 2012: 82); eigene Modifikation (SB)	139

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Kategorienbildung	70
Tabelle 2: Ausschöpfung der Studie "Perinatale Gesundheit + Migration in Berlin"	75
Tabelle 3: Studienteilnehmerinnen nach Migrationsstatus und Erhebungsstandort	76
Tabelle 4: Soziodemografische Basisdaten der Studienteilnehmerinnen (T1); n=7100	77
Tabelle 5: Studienteilnehmerinnen nach Geburtsland bzw. Geburtsregion (T1); n=7085	78
Tabelle 6: Soziodemografische Basisdaten der Studienteilnehmerinnen (T3); n=605	80
Tabelle 7: Migrationsstatus der Studienteilnehmerinnen nach Erhebungszeitpunkt (T1, T2, T3)	81
Tabelle 8: Vergleich Responderinnen versus Non-Responderinnen (T1)	83
Tabelle 9: Vergleich Responderinnen versus Non-Responderinnen (T3)	84
Tabelle 10: Auswertung Akkulturationsfragebögen (FRAKK15); n=3404	85
Tabelle 11: Akkulturationsgrad der Studienteilnehmerinnen mit Migrationshintergrund nach FRAKK15	85
Tabelle 12: Studienteilnehmerinnen mit Migrationshintergrund nach Akkulturationsgrad (FRAKK15)	86
Tabelle 13: Stillprävalenzen der Studienteilnehmerinnen nach Migrationsstatus, Akkulturationsgrad und Geburtsland bzw. Geburtsregion: zweiter (T2) und dritter (T3) Erhebungszeitpunkt	88
Tabelle 14: Stillanleitung in Geburtsklinik nach Migrationsstatus (T2); n=4164	89
Tabelle 15: Gründe für primäres Nicht-Stillen (T2); Mehrfachnennungen möglich; n=858... 90	
Tabelle 16: Chance zu stillen nach Migrationsstatus (nicht adjustierte und adjustierte binär logistische Regressionsanalyse); n=5817	91
Tabelle 17: Chance zu stillen nach Akkulturationsgrad (FRAKK15) bei Frauen mit Migrationshintergrund der 1.-3. Generation (nicht adjustierte und adjustierte binär logistische Regressionsanalyse); n=2641	93
Tabelle 18: Chance zu stillen nach Akkulturationsgrad (Geburtsländer Deutschland, Türkei, Libanon, GUS) bei Frauen mit Migrationshintergrund der 1.-3. Generation (adjustierte binär logistische Regressionsanalyse); n=1815	94
Tabelle 19: Chance zu stillen nach Akkulturationsgrad (deutsche Sprachkenntnisse als Proxy für Akkulturation) bei Frauen mit Migrationshintergrund der 1.-3. Generation (nicht adjustierte und adjustierte binär logistische Regressionsanalyse); n= 2638	95

Tabelle 20: Chance zu stillen nach Akkulturationsgrad (Aufenthaltsdauer unterteilt in vier Kategorien); Migrantinnen 1. Generation (adjustierte binär logistische Regressionsanalyse); n=2152.....	96
Tabelle 21: Geplante Stilldauer in Monaten nach Migrationsstatus, Akkulturationsgrad (FRAKK15), deutschen Sprachkenntnissen, Muttersprache, Aufenthaltsdauer und Geburtsland bzw. Geburtsregion.....	97
Tabelle 22: Chance einer geplanten langen Stilldauer (≥ 4 Monate) (nicht adjustierte und adjustierte binär logistische Regressionsanalyse); n=4704.....	98
Tabelle 23: Chance einer geplanten langen Stilldauer (≥ 4 Monate) nach Akkulturationsgrad (FRAKK15), Frauen mit Migrationshintergrund der 1.-3. Generation (nicht adjustierte und adjustierte binär logistische Regressionsanalyse); n=2152.....	100
Tabelle 24: Chance einer geplanten langen Stilldauer nach Akkulturationsgrad (deutsche Sprachkenntnisse, Muttersprache nicht Deutsch) bei Frauen mit Migrationshintergrund der 1.-3. Generation (adjustierte binär logistische Regressionsanalyse); n=2093.....	101
Tabelle 25: Chance einer geplanten langen Stilldauer nach Akkulturationsgrad (Sprachkenntnisse nach Muttersprache) bei Frauen mit Migrationshintergrund der 1.-3. Generation (adjustierte binär logistische Regressionsanalyse); n=2397.....	101
Tabelle 26: Einfluss des Akkulturationsgrades (Geburtsland/ -region) auf eine geplante lange Stilldauer (≥ 4 Monate) bei Frauen mit Migrationshintergrund der 1. Generation (nicht adjustierte und adjustierte binär logistische Regressionsanalyse); n=1470.....	102
Tabelle 27: Chance einer geplanten langen Stilldauer nach Akkulturationsgrad (Aufenthaltsdauer in Deutschland < 15 Jahre versus ≥ 15 Jahre); Migrantinnen der 1. Generation (nicht adjustierte und adjustierte binär logistische Regressionsanalyse); n=2821.....	103
Tabelle 28: Abstillrate in den ersten sechs Lebensmonaten	104
Tabelle 29: Risiko, innerhalb von sechs Monaten nach der Entbindung abzustillen; differenziert nach Migrationsstatus (nicht adjustierte und adjustierte Regressionsanalyse nach Cox); n=510.....	106
Tabelle 30: Risiko, innerhalb von sechs Monaten nach der Entbindung abzustellen; differenziert nach Akkulturationsgrad (FRAKK15) bei Frauen mit Migrationshintergrund 1.-3. Generation (adjustierte Regressionsanalyse nach Cox); n=216.....	107
Tabelle 31: Auf die drei Dimensionen des Stillverhaltens wirkende Hintergrundfaktoren...	133
Tabelle 32: Nationale Stillstudien: Angaben zu Stillprävalenzen und zur Stilldauer	175
Tabelle 33: Stillfördernde und stillhemmende Einflussfaktoren aus nationalen Stillstudien	180

Tabelle 34: Messung von Akkulturation in nationalen Studien der Jahre 2005-2015	195
Tabelle 35: Studienteilnehmerinnen nach Geburtsland bzw. Geburtsregion	217
Tabelle 36: Item-Non-Response der einzelnen Items des FRAKK15 nach Migrationsstatus (in Prozent)	217

Abkürzungsverzeichnis

AG	Arbeitsgemeinschaft
aOR	adjustierte Odds Ratios
APGAR-Score	Score zur Beurteilung des unmittelbar postnatalen Zustandes von Neugeborenen: Atmung, Puls, Grundtonus, Aussehen, Reflexe
AQUA	Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen
ARSMA	Acculturation Rating Scale for Mexican Americans
BAS	Bidimensional Acculturation Scale
BfR	Bundesinstitut für Risikobewertung
CVK	Charité Campus Virchow-Klinikum
df	degrees of freedom (Freiheitsgrade)
DFG	Deutsche Forschungsgemeinschaft
DGE	Deutsche Gesellschaft für Ernährung
DGKJ	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin
DONALD-Studie	Dortmund Nutritional and Anthropometric Longitudinally Designed Studie
EFTA	Europäische Freihandelszone (Island, Norwegen, Schweiz, Liechtenstein)
EU	Europäische Union
FRAKK	Frankfurter Akkulturationskala
FRAKK15	Frankfurter Akkulturationskala (15 Items)
FRAKK20	Frankfurter Akkulturationskala (20 Items)
FreiStill	Freiburger Stillstudie
GDD	Gemeindedolmetschdienst
GUS-Staaten	Gemeinschaft unabhängiger Staaten, elf Nachfolgestaaten der ehemaligen Sowjetunion
HR	Hazard Ratio
ID	Identifikator (Kennung)
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
k. A.	keine Angabe(n)

KAU	Vivantes-Klinikum Am Urban
KI	Konfidenzintervall
KiGGS-Studie	Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
KNK	Vivantes-Klinikum Neukölln
Md	Median
MW	Mittelwert
NaKo	Nationale Kohorte (Gesundheitsstudie)
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung)
OR	Odds Ratio
PINGU-Studie	Polyunsaturated fatty acids in child nutrition - a German multimodal optimisation study
pp	post partum
PR	Prevalence Ratio
QuaSti-Studie	Qualität im Stillfreundlichen Krankenhaus
RKI	Robert Koch-Institut
SD	Standard deviation (Standardabweichung)
SIDS	Sudden infant death syndrome (plötzlicher Kindstod)
SSW	Schwangerschaftswoche
STELLA-Studie	Studie zum Ernährungsverhalten im Säuglingsalter
SuSe-Studie	Stillen und Säuglingsernährung
T1	erster Erhebungszeitpunkt
T2	zweiter Erhebungszeitpunkt
T3	dritter Erhebungszeitpunkt
TPB	Theory of Planned Behaviour (Theorie des geplanten Verhaltens)
VIA	Vancouver Index of Acculturation
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)

Zusammenfassung

Hintergrund: Muttermilch bzw. Stillen ist die beste Ernährung für fast alle Säuglinge. Stillprävalenz und Stilldauer hängen stark von zeitlichen und kulturellen Trends ab. Sowohl stillfördernde als auch stillhemmende Einflussfaktoren wurden in neueren Studien eruiert. Obwohl sich Deutschland in den letzten Jahrzehnten zu einer Einwanderungsgesellschaft entwickelt hat, wurden in bisherigen Stillstudien kaum Analysen durchgeführt, die explizit Migrations- und Akkulturationsaspekte berücksichtigten.

Fragestellung: Hier setzt die prospektive Studie „Perinatale Gesundheit + Migration in Berlin“ an. Sie geht unter anderem der Frage nach, ob sich Unterschiede im Stillverhalten bei Frauen mit und ohne Migrationshintergrund zeigen und ob Migrations- und Akkulturationsprozesse einen Einfluss auf Stillabsicht, Stillbeginn und Stilldauer haben. Um das Stillverhalten auch in von Diversität geprägten Gesellschaften adäquat beschreiben zu können, werden im Rahmen dieser Arbeit bestehende Theoriemodelle um neu eruierte migrations- und akkulturationsbezogene Einflussfaktoren ergänzt und weiterentwickelt.

Methode: Anhand von standardisierten Fragebögen wurden Frauen in drei großen Berliner Geburtskliniken zum soziodemografischen Hintergrund, zur Versorgungssituation in der Schwangerschaft sowie zu eventuell erfolgter Migration und Akkulturation befragt. Die erhobenen Daten wurden mit den Perinataldaten der Kliniken verlinkt. Fragen zum Stillverhalten erfolgten im Wochenbett und bei einem Teilkollektiv sechs Monate nach der Entbindung.

Ergebnisse: In die Studie konnten 7100 Frauen eingeschlossen werden (Response 89,6%). Insgesamt hatten 57,9% der Studienteilnehmerinnen einen Migrationshintergrund. Unterschieden nach Migrantinnengeneration zeigte sich eine größere Chance für den Stillbeginn bei Immigrantinnen sowie bei Frauen mit Migrationshintergrund der zweiten und dritten Generation im Vergleich zu Frauen ohne Migrationshintergrund (aOR 2,07; 95% KI 1,43-3,00 respektive aOR 1,30; 95% KI 1,01-1,67). Ein hoher Akkulturationsgrad hatte auf den Stillbeginn keinen Einfluss. Für Frauen mit Migrationshintergrund zeigte sich eine größere Chance, eine längere Stilldauer (≥ 4 Monate) zu planen als für Frauen ohne Migrationshintergrund (aOR 1,86; 95% KI 1,50-2,30 Migrantinnen 1. Generation; aOR 1,77; 1,34-2,35 Frauen 2. + 3. Generation). Darüber hinaus konnten Unterschiede nach Akkulturationsgrad und nach Geburtsland aufgezeigt werden: Frauen mit einem höheren

Akkulturationsgrad (FRAKK15) sowie Immigrantinnen mit einer längeren Aufenthaltsdauer (≥ 15 Jahre) beabsichtigten seltener, lange zu stillen. In der Türkei geborene Frauen hatten eine größere Chance, eine lange Stillzeit zu planen.

Diskussion: Im Rahmen der Studie konnte das Stillverhalten einer großen Population systematisch nach Migrations- und Akkulturationskriterien ausgewertet werden. Dabei wurde deutlich, dass die Einbeziehung von Migrations- und Akkulturationsaspekten zu neuen Erkenntnissen in der gesundheitswissenschaftlichen Forschung beitragen kann, wobei die Dimensionen des Stillverhaltens getrennt betrachtet und Differenzierungen sowohl nach der Migrantinnengeneration als auch nach Akkulturationsindikatoren vorgenommen werden sollten. Unterschiede im Stillverhalten sind jedoch nur zum Teil durch Migrations- und Akkulturationseinflüsse zu erklären, immer spielen auch weitere soziodemografische und geburtshilfliche Faktoren wie beispielsweise das mütterliche Alter, die Schulbildung, die vorangegangene Still Erfahrung, die Parität, die Stillanleitung in der Geburtsklinik sowie das Rauchverhalten in der Schwangerschaft mit hinein.

Fazit: Die aufgezeigten Einflussfaktoren auf das Stillverhalten konnten zur Weiterentwicklung bestehender Theoriemodelle sowie zur Formulierung praktischer Handlungsempfehlungen herangezogen werden. Um Frauen in der Stillzeit adäquat zu unterstützen, sollten diversitätsgerechte Stillförderprogramme initiiert und in Kliniken und im ambulanten Bereich implementiert werden, die die Bedürfnisse und Bedarfe der einzelnen Frauen berücksichtigen.

1. Einleitung

Stillen bzw. die Ernährung des Säuglings mit Muttermilch stellt die beste Ernährung für fast alle Säuglinge dar und wird in internationalen und nationalen Veröffentlichungen bereits als „Goldstandard“ (z.B. Gage et al. 2012: 914; Libuda et al. 2014: 1335) der Säuglingsernährung beschrieben. Die als „Renaissance des Stillens“ (Rasenack et al. 2012: 67; Rückert, Mielck 2008: 64) bezeichneten letzten zwei bis drei Jahrzehnte führten dazu, dass – nach geringen Stillquoten und einer kurzen Gesamtstilldauer in den 1970er und frühen 1980er Jahren – die Vorteile der Muttermilchernährung eine besondere Aufmerksamkeit erlangten (vgl. von der Lippe et al. 2014). Beigetragen haben hierzu die wissenschaftlich nachgewiesenen ernährungsphysiologischen Vorteile der Muttermilch sowie die präventiven Aspekte des Stillens für die Säuglings- und Müttergesundheit sowie die Förderung der emotionalen Mutter-Kind-Bindung durch das Stillen (Koletzko et al. 2016).

In Deutschland liegen aus den letzten Jahren neuere Zahlen zur Stillhäufigkeit und Stlldauer vor (vgl. Foterek et al. 2016; Jöllenbeck 2012; Kohlhuber et al. 2008; Lange et al. 2007a; Libuda et al. 2014; Rasenack et al. 2012; Rebhan 2008; RKI 2015a; Spegel et al. 2011; von der Lippe et al. 2014; Weissenborn 2009; Weissenborn et al. 2009).

Ebenso wurden Gründe für den Stillbeginn sowie mitbedingende Faktoren eruiert und genauer analysiert. Allgemein ist die Stillrate von kulturellen und zeitlichen Trends abhängig; darüber hinaus zeigen sich Unterschiede in der Stillabsicht und der tatsächlichen Stlldauer (Kaufmann, Scherbaum 2003; Odom et al. 2013; Stuebe, Schwarz 2010; Zhou et al. 2010).

Die Empfehlungen zur Stlldauer, welche von Fachgesellschaften und Institutionen¹ regelmäßig herausgegeben werden, erfahren immer wieder Veränderungen durch neue wissenschaftliche Erkenntnisse (Koletzko et al 2016). In die Neuformulierung der Empfehlungen zur Stlldauer fließen häufig aktuelle Studienergebnisse zur Prävention von Erkrankungen ein: gestillte Kinder haben im Vergleich zu nicht gestillten Kindern ein geringeres Risiko für Durchfallerkrankungen, Mittelohrentzündungen sowie späteres Übergewicht (Koletzko et al. 2016).

¹ Z. B. Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE), Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR), World Health Organisation (WHO), Deutscher Hebammenverband e.V. (DHV), Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG).

Aufgrund der gesamtgesellschaftlichen Situation – Deutschland hat sich in den letzten Jahrzehnten zu einer Einwanderungsgesellschaft entwickelt (Autorengruppe Bildungsberichterstattung 2016) – ist die Einbeziehung von migrations- und diversitysensiblen Aspekten in gesundheitswissenschaftliche Fragestellungen von besonderer Bedeutung (Schlack et al. 2011). Dadurch wird ermöglicht, dass in einer von Zuwanderung geprägten Gesellschaft die Vielfalt der kulturellen Hintergründe in die Studienplanung, Datenerhebung und Datenanalyse einbezogen werden.

Im Jahr 2011 hatten fast 16 Mio. – d.h. knapp 20% der Bevölkerung Deutschlands – einen Migrationshintergrund (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2013); neuere Zahlen der Migrationsbewegungen der letzten Jahre zeigen eine weiter steigende Tendenz – im Jahr 2014 hatten 20,3% der Bevölkerung und im Jahr 2015 bereits 21,0% (Statistisches Bundesamt 2017) einen Migrationshintergrund – was die hohe Relevanz der Thematik weiter unterstreicht.

Um sich dem Thema der vorliegenden Dissertation – der Betrachtung des Stillverhaltens unter Einbeziehung von migrations- und diversitysensiblen Aspekten – zu nähern, wird zunächst ein kurzer Überblick über den Themenkomplex „Migration und Gesundheit“ gegeben. Dieses Themengebiet wird in Deutschland bereits seit längerem von mehreren Forscher/innenteams – z.B. Borde & David, Razum & Spallek – genauer analysiert, wobei jeweils unterschiedliche Themen in den Fokus gestellt werden: die Nutzung von Notfallambulanzen (Borde et al. 2003), die Wechseljahre (Borde et al. 2007; Hinrichsen et al. 2014), die Gesundheit von Schwangeren und Säuglingen (Razum et al. 2011) u.a.m. Hierbei sind neben der Durchführung von konkreten Forschungsprojekten sowohl die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Entwicklungen im internationalen Kontext als auch die Auseinandersetzung mit nationalen gesellschaftlichen Veränderungen und den damit verbundenen Chancen und Herausforderungen von besonderer Bedeutung.

Im Weiteren (vgl. 2.6) erfolgt eine Annäherung an die Bedeutung des Stillens im Kontext von Migration(sprozessen) und Kultur. Stillen – die ursprüngliche Ernährungsform des Säuglings – wird vor dem Hintergrund der aktuellen kulturellen und zeitlichen Trends näher betrachtet. Dabei dürfen auch Stillentwicklungen im internationalen Vergleich nicht fehlen. Bereits innerhalb Europas zeigen sich große Unterschiede in der Stillfreudigkeit: Während in Finnland, Großbritannien und Italien der Anteil der Frauen, die sechs Monate stillen, am

geringsten ist, ist der Anteil der Frauen, die eine ausschließliche sechsmonatige Stillzeit erreichen, in Dänemark, Schweden und Ungarn am höchsten (Gage et al. 2012).

Einen weiteren Schwerpunkt bildet der wissenschaftliche Diskurs zum Thema „Akkulturation“: hierunter wird die Auseinandersetzung von Personen mit Migrationshintergrund sowohl mit der Kultur des Herkunftslandes bzw. des Herkunftslandes der (Groß-)Eltern, als auch mit der Kultur des Aufnahmelandes beschrieben. In internationalen gesundheitswissenschaftlichen Studien und Publikationen ist die Einbeziehung des Konzepts der Akkulturation bereits weit verbreitet (z.B. Ahluwalia et al. 2012; Barcelona de Mendoza et al. 2016; Flores et al. 2016; Lopez-Class et al. 2011; Thomson, Hoffman-Goetz 2009), während in Deutschland Akkulturationsprozesse erst in neueren (gesundheits-) wissenschaftlichen Studien der letzten 15 Jahre vermehrt betrachtet werden (z.B. Bongard et al. 2002; Calliess et al. 2007; Lujic 2009; Sieberer et al. 2009; Tydecks et al. 2009). Aktuelle Publikationen und Forschungsarbeiten deuten hier auf neue Entwicklungen hin. Darüber hinaus sind beispielsweise die Arbeiten von Maehler und Schmidt-Denter (2013) sowie von Maehler und Brinkmann (2016) zu nennen, die sich im Rahmen der psychologischen Migrationsforschung mit dem Konstrukt und der Messung von Akkulturation differenziert auseinandersetzen.

Datengrundlage des empirischen Teils ist die prospektive, von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) geförderte, Studie „Perinatale Gesundheit + Migration in Berlin“ (Studienleitung: Matthias David und Theda Borde; Projektlaufzeit 2010-2013; GZ: DA 1199/2-1). Dabei sollte der Frage nachgegangen werden, ob sich Unterschiede in geburtshilflichen Outcomes zwischen Frauen mit und ohne Migrationshintergrund zeigen. Im Rahmen der Studie wurden soziodemografische Daten, Daten zur Versorgungssituation in der Schwangerschaft und um die Geburt sowie Daten zur eventuell erfolgten Migration und Akkulturation erhoben (T1) und vor der Datenanalyse mit den Perinataldaten der Geburtskliniken verlinkt. Weitere Erhebungszeitpunkte waren im Wochenbett (T2) sowie bei einem Teil der Frauen ebenfalls sechs Monate nach der Entbindung (T3). In diesem Rahmen wurden den Studienteilnehmerinnen mehrere Fragen zum Stillverhalten gestellt, welches schwerpunktmäßig in der vorliegenden Arbeit beforscht und analysiert wird.

Ziele der vorliegenden Dissertation sind (Kurzfassung):

1. Zum einen soll der Ist-Zustand des Stillverhaltens von Müttern in Berlin beschrieben werden. Hierbei werden vor dem Hintergrund von Migrationsprozessen und weiteren sozialen Determinanten die Einflüsse auf die Stillprävalenz sowie auf die geplante und die tatsächliche Stilldauer genauer analysiert und eine Auseinandersetzung mit aktueller nationaler und internationaler Literatur ermöglicht. Welche Tendenzen lassen sich aufzeigen? Wo gibt es Gemeinsamkeiten zwischen Frauen mit und ohne Migrationshintergrund? Zeigen sich eventuelle Unterschiede bei Frauen mit Migrationshintergrund? Anhand der gewonnenen Daten können Determinanten der Stillabsicht, des Stillbeginns und der Stilldauer unter besonderer Berücksichtigung von Migrations- und Akkulturationseinflüssen eruiert werden.

2. Des Weiteren wird eine systematische Auseinandersetzung mit dem Begriff der „Akkulturation“ unter besonderer Berücksichtigung der Anwendbarkeit innerhalb gesundheitswissenschaftlicher Fragestellungen erfolgen. Hier möchte ich mich mit der Leitfrage: „Kann die Betrachtung von Akkulturationsprozessen in gesundheitswissenschaftlichen Studien mit Migrant/innenstichproben zusätzliche Informationen liefern und die Ergebnisse weiter differenzieren?“ zuwenden. Insbesondere soll hier folgenden Fragen nachgegangen werden: Sollten Akkulturationsprozesse ebenfalls neben migrationsspezifischen Aspekten in Migrationsstudien einbezogen werden? Welche Chancen bietet das Konstrukt der „Akkulturation“ für die (gesundheits-)wissenschaftliche Forschung? Wie kann Akkulturation gemessen werden? Wo werden Grenzen erkennbar?

2. Theoretischer Hintergrund der Arbeit

2.1 Migration und Gesundheit

Inzwischen wird das Thema „Migration“ in mehreren Kontexten der Gesundheitsforschung thematisiert und in zahlreichen gesundheitswissenschaftlichen Fragestellungen berücksichtigt. In Deutschland haben sich verschiedene Forschungsgruppen (z.B. Borde & David, Razum & Spallek) gebildet, die sich explizit mit diesem Forschungsschwerpunkt befassen und in zentralen Themen der Fragestellung nachgehen, ob Migration einen eigenständigen Einflussfaktor auf gesundheitliche Outcomes darstellt. Um sich dem Thema der Migrationsforschung zu nähern, möchte ich zunächst eine Einführung in die zentralen Begriffe der vorliegenden Arbeit geben.

2.2 Migration

Der Begriff Migration leitet sich vom lateinischen Wort „migrare“ = wandern ab. In der Migrationsforschung wird zwischen Binnenmigration, der Migration über größere Entfernungen *innerhalb* eines Landes, und internationaler Migration, der Migration über Staatsgrenzen hinweg, unterschieden (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2016: 27; Han 2010, 2016). Wenngleich eine Binnenmigration ebenfalls von großer individueller Bedeutung sein kann, wird in der vorliegenden Arbeit ausschließlich die internationale Migration näher betrachtet.

2.3 Einbeziehung von Personen mit Migrationshintergrund in Studien

2.3.1 Personen mit Migrationshintergrund identifizieren

Mit der Zunahme des Anteils von Personen mit Migrationshintergrund an der Bevölkerung und dem gestiegenen Interesse an Auswertungen der amtlichen Statistik und Studien nach Migrationskriterien, wurde deutlich, dass Überlegungen zur Definition des Migrationsstatus von besonderer Bedeutung sind, um Personen mit Migrationshintergrund angemessen zu *identifizieren* (Borde 2009; Schenk et al. 2006). Im Forschungsprozess zeigte sich jedoch, dass die Operationalisierung des Migrationsstatus im Vergleich zu anderen Parametern wie z.B. Alter, Beruf, Schulabschluss weniger eindeutig und deshalb schwieriger zu erfassen ist. In der Vergangenheit wurde in Publikationen, aber auch in Auswertungen der amtlichen Statistik, häufig der Migrationsstatus nach unterschiedlichen Kriterien erhoben, was dazu führte, dass die Ergebnisse oft nicht miteinander vergleichbar waren (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2016; Reeske et al. 2011). Häufig war nicht klar, wer als

„Ausländer/in“, „Migrant/in“ oder „Person mit Migrationshintergrund“ bezeichnet wurde (Razum et al. 2008). Erschwerend kommt hinzu, dass in Register- oder Routinedaten – die beispielweise für Sekundäranalysen herangezogen werden – oft wichtige Angaben wie beispielsweise das Geburtsland fehlen/fehlten. Vor diesem Hintergrund war eine verbesserte Operationalisierung des Migrationsstatus dringend gefordert, um eine Vergleichbarkeit sowohl von wissenschaftlichen Studien als auch der amtlichen Statistik zu erreichen (Schenk et al. 2006).

Lange Zeit war die gängige Praxis, Aussagen zu Personen mit Migrationshintergrund allein anhand der Staatsangehörigkeit zu treffen (Razum et al. 2008; Reeske et al. 2011). Es zeigte sich jedoch, dass dadurch bestimmte Gruppen von Personen mit Migrationshintergrund wie (Spät)Aussiedler/innen oder Eingebürgerte, die zwar über die deutsche Staatsangehörigkeit verfügen, jedoch auch eine eigene Zuwanderungsgeschichte haben, bei der alleinigen Unterscheidung nach der Staatsangehörigkeit nicht angemessen Berücksichtigung fanden (Schenk et al. 2006).

Bereits seit 2005 wird im Rahmen der Mikrozensushebung eine Differenzierung nach „Personen mit Migrationshintergrund“ vorgenommen. Hierbei werden zu den Personen mit Migrationshintergrund Ausländer/innen mit eigener Migrationserfahrung, Ausländer/innen ohne eigene Migrationserfahrung, Deutsche (mit mindestens einem zugewanderten oder als Ausländer/in in Deutschland geborenen Elternteil) mit eigener Migrationserfahrung und Deutsche (mit mindestens einem zugewanderten oder als Ausländer/in in Deutschland geborenen Elternteil) ohne eigene Migrationserfahrung subsumiert (Statistisches Bundesamt 2017). Die Definition orientiert sich dabei an folgendem Schema (vgl. Abbildung 1):

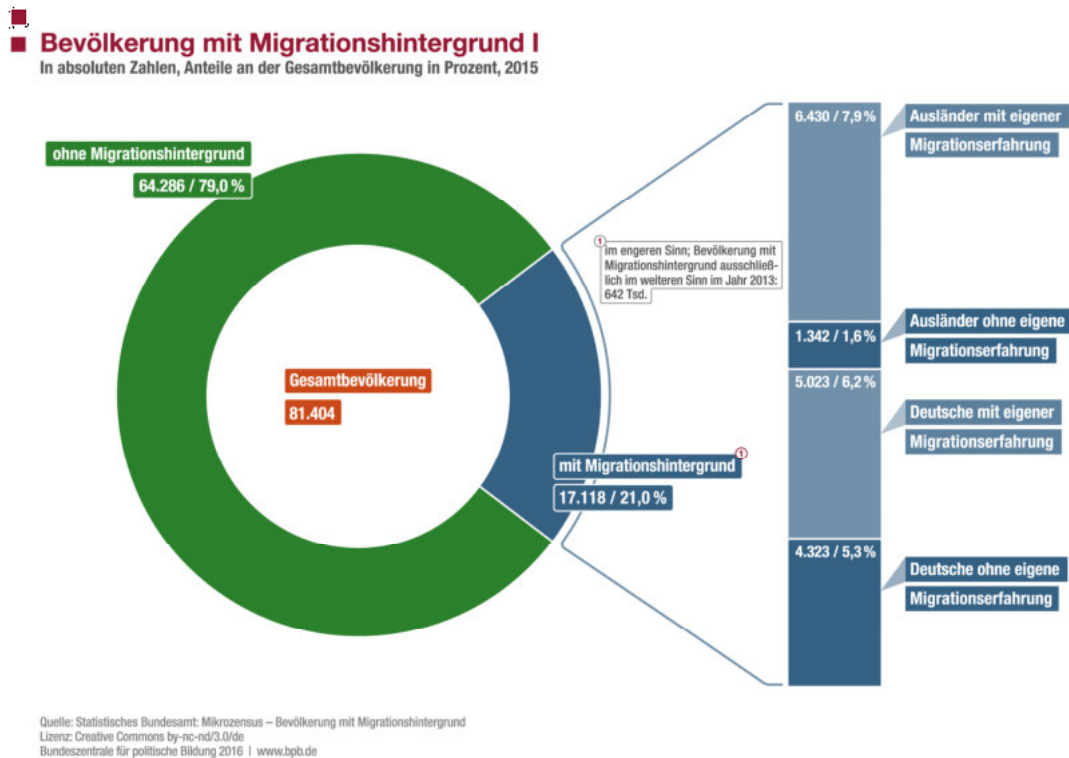


Abbildung 1: Bevölkerung mit Migrationshintergrund; Quelle: Statistisches Bundesamt: Mikrozensus; Lizenz: Bundeszentrale für politische Bildung 2016

2.3.2 Personen mit Migrationshintergrund repräsentieren

Neben der Operationalisierung des Migrationsstatus und der damit ermöglichten Identifizierung von Personen mit Migrationshintergrund ist in der Migrationsforschung ebenfalls von großer Bedeutung, möglichst viele Personen mit Migrationshintergrund in Studien einzuschließen, um diese Bevölkerungsgruppe angemessen zu *repräsentieren*. Nur so wird ermöglicht, aussagekräftige Studienergebnisse zu erzielen, die der gesamtgesellschaftlichen Realität gerecht werden.

In vielen Studien ist jedoch der Anteil der eingeschlossenen Personen mit Migrationshintergrund nach wie vor sehr gering, weshalb oft eine differenzierte Betrachtung und Analyse nach Personen mit Migrationshintergrund nicht durchführbar ist.

Ein Grund hierfür dürfte sein, dass in vielen sozial- und gesundheitswissenschaftlichen Studien unterschiedliche Personengruppen bisweilen als „schwer erreichbar“ („hard to reach“) gelten und als Folge davon in vielen Studien unterrepräsentiert sind bzw. häufig aus wissenschaftlichen Studien durch mittelschichtorientierte Forschungsdesigns und Erhebungsmethoden systematisch ausgeschlossen werden (Borde 2009). Oft werden hierzu

auch Personen mit Migrationshintergrund gezählt, vor allem, wenn geringe Deutschkenntnisse und ein niedriger Sozialstatus ergänzend hinzukommen. Dieses erklärt unter anderem, warum bisher in Deutschland immer noch keine Daten in ausreichender Menge vorliegen, die repräsentative Aussagen zur gesundheitlichen Lage von Menschen mit Migrationshintergrund ermöglichen und die Heterogenität der Bevölkerung mit Migrationshintergrund angemessen berücksichtigen.

2.4 Heterogenität der Personen mit Migrationshintergrund

Eine besondere Herausforderung in der Migrationsforschung stellt die Heterogenität der Zielgruppe dar. Personen mit Migrationshintergrund unterscheiden sich zum einen in denselben sozialen und sozioökonomischen Determinanten wie die Bevölkerung ohne Migrationshintergrund wie beispielsweise:

- Bildung(sstand)
- soziale Lage
- Einkommen
- Alter
- Geschlecht
- (Nicht-)Behinderung
- Religion/ Weltanschauung
- sexuelle Orientierung

Hinzu kommen jedoch noch sogenannte migrationspezifische Faktoren wie:

- rechtlicher Status/ Aufenthaltstitel
- Zuwanderungsgrund
- ethnische Zugehörigkeit
- Zuwanderungswege
- Aufenthaltsdauer
- gute oder weniger gute deutsche Sprachkenntnisse
- selbst zugewandert oder Nachfahre von Immigrant/innen

(Borde, Brenne 2016; Han 2010, 2016)

Um der hier aufgezeigten Heterogenität innerhalb der Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund gerecht zu werden, schlagen Forschungsgruppen unterschiedliche weitere Differenzierungen vor.

Eine häufig genutzte Einteilung ist die Unterscheidung nach der Migrant/innengeneration: Personen mit Migrationshintergrund, die über eine eigene Zuwanderungserfahrung verfügen, gehören der ersten Migrant/innengeneration (auch Immigrant/innen) an; dagegen werden Personen, die Nachfahren (Kinder/ Enkel) von selbst migrierten Immigrant/innen sind, als zweite (Kinder von Immigrant/innen) bzw. dritte Generation (Enkel von Immigrant/innen) bezeichnet. Dahinterstehende Überlegungen sind, dass selbst migrierte Personen andere Ressourcen, aber auch unterschiedliche Bedürfnisse aufweisen können als Personen, die bereits Nachkommen von Immigrant/innen sind (Schenk et al. 2006).

2.5 Migrationsforschung und Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Lage

Aus früheren Studien ist ein Zusammenhang zwischen der sozialen Lage und dem Gesundheitszustand der Bevölkerung bekannt (z.B. Lampert et al. 2013; RKI 2015b; Rosenbrock, Michel 2007). Zahlreiche sozialepidemiologische Untersuchungen zeigen, dass sozial und ökonomisch benachteiligte Personen eine höhere Mortalitäts- und Morbiditätsrate im Vergleich zu besser gestellten Bevölkerungsgruppen haben (Mielck, Helmert 2016; Reeske et al. 2011; RKI 2015b; Spallek 2012). Diese Wechselbeziehung zeigt sich bei einer Vielzahl von chronischen Erkrankungen: Beispielsweise treten Herzinfarkte, bestimmte Krebserkrankungen wie Lungen- und Magenkrebs, bestimmte Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes mellitus, aber auch degenerative Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems bei sozial schlechter gestellten Personen häufiger auf (RKI 2015b). Dagegen sind nur wenige Erkrankungen bekannt, die häufiger bei sozial besser gestellten Personen auftreten; als ein Beispiel sind hier allergische Erkrankungen zu nennen (RKI 2015b). Neben den Differenzen bei den Erkrankungs- und Sterberaten wurden ebenfalls Unterschiede im Gesundheitsverhalten zwischen sozial besser und schlechter gestellten Personen ersichtlich. Der Raucher/innenanteil ist beispielsweise bei Personen mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status höher als bei Personen mit einem höheren sozioökonomischen Status. Hier wird vermutet, dass neben dem gesundheitsrelevanten Wissen auch Einstellungen und Handlungskompetenzen eine Rolle spielen (RKI 2015b).

Da viele Personen mit Migrationshintergrund aufgrund verschiedener Ursachen (z.B. Arbeitslosigkeit bzw. Berufstätigkeit oft im Niedriglohnbereich, ungünstige Wohnsituation) häufig zu den sozial eher benachteiligten Bevölkerungsgruppen gehören, können sich hierdurch besondere Gesundheitsgefährdungen ergeben (Razum et al. 2008). Gleichwohl gilt, dass Personen mit Migrationshintergrund primär nicht „kränker“ sind als Personen ohne Migrationshintergrund. Außerdem sollte beachtet werden, dass die Bevölkerung mit Migrationshintergrund auch über nicht zu vernachlässigende Ressourcen verfügt: Zum einen ist die Bevölkerung mit Migrationshintergrund im Durchschnitt jünger als die Bevölkerung ohne Migrationshintergrund, dazu kommt, dass häufig vor allem sehr gesunde Personen eine Migration auf sich nehmen. Vielmehr sind es die Lebensbedingungen vor, während und nach der Migration von Personen mit Migrationshintergrund, die eventuell zu einer besonderen gesundheitlichen Gefährdung führen können (Razum et al. 2008; Spallek, Razum 2008). Zu den hier genannten Unterschieden aufgrund der sozialen Lage können noch weitere migrationspezifische Aspekte hinzukommen, die einen Einfluss auf die gesundheitliche Lage von Personen mit Migrationshintergrund darstellen: Zum einen kann der Zugang zum Gesundheitssystem aufgrund von Sprachbarrieren, möglicherweise geringer Kenntnis des Gesundheitssystems im Aufnahmeland und eventueller Diskriminierungserfahrungen erschwert sein. Zum anderen stellt eine Migration eine besondere Situation innerhalb der Familien der einzelnen Personen dar, bei der es aufgrund der Migration zur Trennung von Familienangehörigen sowie zu Diskriminierung(erfahrungen) etc. kommen kann (Razum et al. 2008; RKI 2015b).

2.6 Stillen

2.6.1 Public-Health-Aspekte des Stillens

Fast alle nationalen und internationalen Publikationen zum Thema „Stillen bzw. Muttermilchernährung“ betonen die Vorteile, die das Stillen sowohl für den Säugling als auch für die Mutter darstellt (z.B. Brettschneider et al 2016; Cabieses et al. 2014; Ibanez et al. 2012; Ip et al. 2007; Koletzko et al. 2016; Lutsiv et al. 2013; Rubin 2013). Von besonderer Bedeutung ist hier zum einen die Zusammensetzung der Muttermilch, da sich diese den jeweiligen Bedürfnissen des Säuglings anpasst: zum einen nach dem Alter des Säuglings – hier wird Kolostrum, auch als Vormilch bezeichnete Milch in den ersten Tagen zu Beginn der Stillzeit, von der „Übergangsmilch“ und der „reifen“ Muttermilch, deren Bildung nach der zweiten Lebenswoche einsetzt, unterschieden (Parlesak 2003). Zum anderen ist die Milch

genau auf den Bedarf des Säuglings abgestimmt: Zu Beginn einer Stillmahlzeit ist die Muttermilch flüssiger zur Durststillung und weist einen geringeren Fettgehalt auf, während sie zum Ende der Stillmahlzeit zur Sättigung dickflüssiger wird und einen höheren Fettgehalt aufweist (Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) 2012). Darüber hinaus sind die präventiven Aspekte des Stillens von großer Bedeutung: Die Vorteile für den Säugling liegen in der Verringerung von Infektionskrankheiten wie Durchfallerkrankungen, Mittelohrentzündungen, Magen-Darm-Infektionen etc., in der Prävention von Allergien und weiteren Erkrankungen wie z.B. Diabetes mellitus Typ 1 sowie in der Prävention des plötzlichen Kindstods (SIDS) (Koletzko et al. 2016; Rasenack et al. 2012; von der Lippe et al. 2014). In neueren Veröffentlichungen werden darüber hinaus häufig die Einflüsse des Stillens auf die Übergewichts- und Adipositasprävention beschrieben (Grube et al. 2015; Koletzko et al. 2016; Rubin 2013).

Für die stillenden Mütter liegen die Vorteile des Stillens vor allem in der beschleunigten Rückbildung der Gebärmutter, in der präventiven Wirkung des Stillens bezüglich der Entwicklung von Mamma- und Ovarialkarzinomen und in der Unterstützung der Wiedererlangung des vorgeburtlichen Gewichts (Koletzko et al. 2016; Lange et al. 2007a; Stuebe, Schwarz 2010; von der Lippe et al. 2014). Darüber hinaus kann das Stillen zu einer tragfesten Mutter-Kind-Bindung beitragen (Koletzko et al. 2016). Nicht vergessen werden darf, dass die Muttermilchernährung des Säuglings kostengünstig ist und die Milch der stillenden Mutter (fast) immer zur Verfügung steht, was dazu beiträgt, dass Mütter ihre Kinder unabhängig von verfügbaren Flaschen, Saugern etc. ernähren können (Jöllenbeck 2012; Koletzko et al. 2016; Rückert, Mielck 2008).

In neueren Studien werden bisweilen auch weitergehende Kostenanalysen durchgeführt, die die Gesundheitsausgaben für Mütter (und Kinder) anhand der Gesamtstilldauer vergleichen. Hier werden die als „Risiken des suboptimalen Stillens“ („burden of suboptimal breastfeeding“) (Bartick, Reinhold 2010: 1048) beschriebenen gesundheitlichen Gefährdungen wie beispielsweise Mamma-Karzinom-Erkrankungen, Diabetes mellitus Typ 2 sowie arterieller Hypertonus (Bluthochdruck) aufgeführt und in die oben genannten Kostenkalkulationen einbezogen. Tenor ist hierbei, dass durch eine Erhöhung der Gesamtstilldauer in der Gesellschaft Einsparungen im Gesundheitssektor möglich seien (Bartick, Reinhold 2010; Bartick et al. 2013; Hemmelmayr 2013; Renfrew et al. 2012).

2.6.2 Aktuelle Empfehlungen zu Stillbeginn und Stilldauer

In die Empfehlungen zur Stilldauer, welche regelmäßig von Fachgesellschaften und Institutionen² überarbeitet und neu herausgegeben werden, fließen jeweils aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse ein, bei denen das Augenmerk häufig auf den Präventionsmöglichkeiten durch das Stillen hinsichtlich bestimmter Erkrankungen liegt. Aktuell wird in Deutschland propagiert, Säuglinge vier bis sechs Monate ausschließlich zu stillen und im Anschluss nach und nach Beikost einzuführen (Hirsch, Rademacher 2014; Koletzko et al. 2016; von der Lippe et al. 2014). Dabei wird empfohlen auch bei der Einführung von Breinahrung das Stillen ergänzend fortzusetzen (Koletzko et al. 2016). Im Gegensatz zu den vorgenannten Empfehlungen propagiert die Weltgesundheitsorganisation (WHO 2017a,b) weiterhin eine sechsmonatige Stillzeit für alle Säuglinge weltweit. Während dieser Zeit sollten Säuglinge ausschließlich – d.h. ohne Zufütterung von Muttermilchersatz, Wasser und anderen Flüssigkeitsgaben wie Tee – gestillt werden (WHO 2017a). Allgemein wird eine Stillhäufigkeit nach Bedarf („on demand“) empfohlen, in der das Kind bestimmt, wann es an die Brust angelegt wird (Koletzko et al. 2016). Nach der Einführung von Beikost empfiehlt die WHO ebenfalls, das Stillen noch fortzusetzen und spricht sich für eine Gesamtstillzeit von 24 Monaten aus. Dagegen verzichtet die am Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) angesiedelte Nationale Stillkommission³ auf eine genaue Empfehlung der Gesamtstilldauer und betont, dass das Beenden der Stillzeit ausschließlich eine gemeinsame Entscheidung von Mutter und Kind darstelle (BfR 2004). Gleichwohl wird auch hier die Einführung der Beikost nicht als Ende der Stillzeit betrachtet (BfR 2004).

Bei diesen Empfehlungen darf jedoch nicht vergessen werden, dass für eine lange Stilldauer vor allem ein für beide Seiten zufriedenstellender Stillbeginn notwendig ist. Laut den aktuellen Stillempfehlungen sollte das erste Anlegen des Neugeborenen innerhalb der ersten zwei Stunden nach der Entbindung erfolgen (Hirsch, Rademacher 2014). Das als „Bonding“ bezeichnete Konzept zur Bindungsförderung empfiehlt, dem neugeborenen Kind baldmöglichst nach der Geburt im direkten Hautkontakt mit der Mutter die Möglichkeit zu geben, selbst die Brust für die erste Stillmahlzeit zu suchen, was zur Bildung einer tragfähigen

² Z. B. Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR), Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ), Nationale Stillkommission am BfR, Netzwerk Gesund ins Leben – Netzwerk Junge Familie (Bundeszentrum für Ernährung in der Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung), World Health Organization (WHO).

³ Die Nationale Stillkommission wurde 1994 am Robert Koch-Institut (RKI) gegründet und hat seit 2002 ihren Sitz am Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) (BfR 2017).

Mutter-Kind-Bindung beitragen kann (Guóth-Gumberger, Hormann 2003; Koletzko et al. 2016).

2.6.3 Stillpraktiken

Seit Beginn der 1990er Jahre werden von der Weltgesundheitsorganisation (WHO 1991) unterschiedliche Stillpraktiken, welche bisweilen auch als „Stillarten“ (Grabmeyr, Scherbaum 2003: 75) bezeichnet werden, unterschieden. Die Untergliederung soll zur Entwicklung einer einheitlichen Terminologie und klaren Definition beitragen:

- **ausschließliches Stillen:** Ernährung des Säuglings erfolgt ausschließlich mit Muttermilch; gegebenenfalls werden Medikamente, Vitamine und/oder Mineralstoffe zusätzlich gegeben,
- **überwiegendes Stillen:** wie ausschließliches Stillen, jedoch ist die Gabe von Flüssigkeiten wie z.B. Wasser und Tee erlaubt,
- **Vollstillen:** darunter wird sowohl das ausschließliche als auch das überwiegende Stillen subsumiert,
- **Teilstillen:** hierzu zählt die Gabe von Muttermilch in Verbindung mit Muttermilchersatz (sogenannte „Zwimilchernährung“) und/ oder Beikostgabe.

(BfR 2007; Grabmayr, Scherbaum 2003; WHO 1991, 2008)

2.6.4 Differenzierung des Stillverhaltens

Neben der Unterteilung des Stillens nach den Stillarten der WHO ist eine weitere Differenzierung des Stillverhaltens möglich: hier können die drei Dimensionen (Lawton et al. 2012) „**Stillabsicht**“, „**Stillbeginn**“ und „**Stilledauer**“, die das Stillverhalten näher beschreiben, unterschieden werden:

1. Stillabsicht (Breastfeeding Intention)

Die Stillabsicht, von Grabmayr und Scherbaum (2003: 59) auch als „Entscheidung zum Stillen“ bezeichnet, stellt eine notwendige Voraussetzung für den Stillbeginn dar. Unter Stillabsicht kann das meist bereits in der Schwangerschaft gebildete Vorhaben, sein Kind stillen zu wollen, beschrieben werden. Oft wird bereits hier der Entschluss gefasst, wie lange die Stillzeit mindestens bzw. höchstens dauern soll.

2. Stillbeginn (Breastfeeding Initiation)

Weiterhin ist der tatsächliche Stillbeginn von großer Bedeutung, der auch als Stillquote, Stillrate oder als (Initial-)Prävalenz des Stillens bezeichnet wird.

3. Stlldauer (Breastfeeding Duration)

Darüber hinaus sollte auch immer die (tatsächliche) Stlldauer genauer betrachtet werden. Hier ist zum einen möglich, die Zeit des Vollstillens, aber ebenso die Gesamtstillzeit (v.a. auch nach der Einführung der Beikost bis zum Zeitpunkt des Abstillens) differenziert zu betrachten. Dieses verdeutlicht, dass mögliche Unterschiede in der Definition bzw. Operationalisierung eine direkte Vergleichbarkeit der Ergebnisse erschweren.

2.6.5 Forschungsstand: Stillverhalten von Frauen mit und ohne Migrationshintergrund in Deutschland

Während in der Literatur die 1970er Jahre als der Tiefstand der Stillfreudigkeit beschrieben werden – Mitte der 1970er Jahre stillten ca. 50% der Mütter im Krankenhaus (Kersting 2004) – begann in den darauffolgenden Jahren ein langsames (Wieder-)Ansteigen der Stillfreudigkeit. Konnte in einer Studie aus dem Jahr 1981 in zwei Städten in Westdeutschland bereits eine Initialstillrate von 87% bis 95% aufgezeigt werden, sank die Stillprävalenz jedoch in den darauffolgenden Lebenswochen bzw. -monaten stark ab, sodass bei den viermonatigen Säuglingen nur noch weniger als 10% gestillt wurden (Kersting et al. 1987, zit. nach Rubin 2013: 203).

In Deutschland wurden in den letzten 20 Jahren mehrere Studien zum Stillverhalten durchgeführt. Diese waren teilweise als Längsschnitt- und teilweise als Querschnitterhebungen konzipierte Forschungsvorhaben, die Einflussfaktoren auf die Stillprävalenz und/ oder Stlldauer eruierten. Durch Differenzen in den Studiendesigns und den Ein- bzw. Ausschlusskriterien, aber auch durch sich zum Teil voneinander unterscheidende Definitionen des Stillens, sind die Ergebnisse jedoch nicht direkt vergleichbar. Dennoch können die hier genannten Forschungsvorhaben aus Deutschland – alles zwischen 1995 und 2016 publizierte quantitative Studien⁴, die aktuelle Daten zum Stillverhalten erhoben haben – einen allgemeinen gesamtgesellschaftlichen Trend wiedergeben (vgl. auch Rubin 2013; Weissenborn et al. 2016):

- 1) SuSe-Studie (Studie zu Stillen und Säuglingsernährung aus den Jahren 1996-1998) (Kersting, Dulon 2002a,b),

⁴ Einschlusskriterien: quantitative Studien aus Deutschland; zwischen 01.01.1995-31.12.2016 publiziert; Recherche über „PubMed“ zu den Schlagworten „Breastfeeding“ AND „Germany“, frei verfügbare Artikel; Ausschlusskriterium: qualitative Studien

- 2) Still-Studie von Peters et al. (2005) zu Einflussfaktoren auf die Stilldauer (Peters et al. 2005),
- 3) prospektive Kohortenstudie zum „Stillverhalten in Bayern“ (Kohlhuber et al. 2008; Rebhan 2008),
- 4) STELLA-Studie (Studie zum Ernährungsverhalten im Säuglingsalter) in Bayern (Spegel et al. 2011),
- 5) Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS)
 - a) die Stillbefragung im Rahmen der KiGGS-Studie (Basiserhebung) (Lange et al. 2007a,b) sowie
 - b) die erste Folgebefragung, die sogenannte KiGGS-Welle 1 (RKI 2015a; von der Lippe et al. 2014),
- 6) Berliner Stillstudie an Geburtskliniken und Geburtshäusern (Weissenborn 2009; Weissenborn et al. 2009),
- 7) QuaSti-Studie (Qualität im Stillfreundlichen Krankenhaus) (Deneke, Scheele 2007; Deneke et al. 2008; Jöllenbeck 2012),
- 8) Frei-Still (Freiburger Stillstudie) (Rasenack et al. 2012),
- 9) PINGU-Studie in Dortmund (2010-2013): Interventionsstudie zur Kinderernährung (Libuda et al. 2014) und
- 10) DONALD-Studie: offene Kohortenstudie u.a. zum Ernährungsverhalten (Foterek et al. 2016).

In den hier genannten Studien wurden jeweils die Stillprävalenzen zum Zeitpunkt nach der Entbindung sowie zu weiteren Messzeitpunkten nach zwei, drei, vier und/ oder sechs Monaten ermittelt, wodurch eine zeitliche Darstellung des Stillverhaltens ermöglicht wurde (vgl. Anhang 10.1 Tabelle 32).

Dabei konnte bei den hier aufgeführten neueren Stillstudien ein Ansteigen der Initialstillraten sowie der Stilldauer aufgezeigt werden (Kohlhuber et al. 2008; Lange et al. 2007a; Libuda et al. 2014; Rasenack et al. 2012; Rebhan 2008; RKI 2015a; von der Lippe et al. 2014; Weissenborn 2009). Jedoch wurde ebenfalls ersichtlich, dass die genannten Anfangsstillprävalenzen stark schwankten. Diese lagen zwischen 100% bei der Studie von Peters et al. (2005), da der primäre Stillwunsch der teilnehmenden Frauen als Einschlusskriterium diente, und 74% bei der STELLA-Studie (Spegel et al. 2011) sowie bei der KiGGS-Studie bei der Teilbetrachtung des Geburtenjahrgangs 1986 (Lange et al. 2007a). Trotz vieler auch größerer Unterschiede zwischen den einzelnen hier angeführten

quantitativen Studien können einige wichtige Parallelen gezogen werden: Zum einen wurde in den ersten Monaten nach der Geburt ein rascher Rückgang der Stillprävalenzen ersichtlich. Nach zwei bzw. drei Monaten lagen diese zwischen 54% und 87%. Insgesamt sanken die Stillraten in den ersten zwei Monaten zwischen 10 Prozentpunkten bei der QuaSti-Studie (Deneke et al. 2008) und 27 Prozentpunkten bei der Still-Studie von Peters et al. (2005). Einschränkend muss jedoch erwähnt werden, dass in Deutschland kein einheitliches Stillmonitoring existiert (Brettschneider et al. 2016), weshalb ein Vergleich der hier vorgestellten Studien nicht problemlos möglich ist (BfR 2009; Rubin 2013; von der Lippe et al. 2014). Dennoch lässt sich die gesamtgesellschaftliche Tendenz erkennen: Auch wenn die Initialstillraten in den verschiedenen Studien aufgrund unterschiedlicher Einschlusskriterien bisweilen stark differieren, stillt der Großteil der Frauen zumindest in den ersten Wochen nach der Geburt (Rubin 2013).

Zugleich sollte aber genau dieses bei der Beschreibung des aktuellen Stillverhaltens mitbeachtet werden: Das in vielen der hier aufgeführten Studien beschriebene rasche Absinken der Stillprävalenz in den ersten Monaten zeigt, dass ein großer Anteil der primär stillenden Frauen das Ziel vieler Fachgesellschaften (z.B. Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), Nationale Stillkommission), Säuglinge mindestens vier Monate ausschließlich zu stillen, nicht erreicht (Foterek et al. 2014; Libuda et al. 2014; Rubin 2013). Dazu kommt, dass neuere Längsschnitterhebungen aufzeigen konnten, dass in den letzten Jahren ein (erneutes) Absinken der Stilldauer zu verzeichnen ist. Foterek et al. (2014) wiesen anhand aktueller Daten der DONALD-Studie darauf hin, dass Kinder der Jahrgänge 2008-2012 eine höhere Chance hatten, weniger als vier Monate gestillt zu werden als Kinder der Jahrgänge 2001-2003 (OR 3,3; 95% KI 1,9-5,6). Auch in der Basiserhebung der KiGGS-Studie, die zwischen Mai 2003 und Mai 2006 vom Robert Koch-Institut (RKI) durchgeführt wurde und zum Ziel hatte, Daten zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu erheben, wurde dieser Trend bereits ersichtlich: Kinder der Jahrgänge 1998-2001 wurden hier am längsten gestillt, bei den Geburtsjahrgängen 2002-2006 zeigte sich bereits eine rückläufige Tendenz (Lange et al. 2007a). Die KiGGS-Studie zeichnet sich vor allem durch die erstmalige Erhebung repräsentativer Daten zur Stillhäufigkeit und zum Stillverhalten in Deutschland aus. Im Rahmen der Studie wurden Eltern von Kindern und Jugendlichen der Geburtenjahrgänge 1986-2005 retrospektiv befragt; Daten zur Stillhäufigkeit wurden von 17.197 Kindern, das entspricht 97,5% der Befragten, erhoben (Lange et al. 2007a).

Besonders hervorzuheben ist, dass innerhalb der KiGGS-Studie auch explizit der Migrationsstatus des Kindes erfasst und bei der Auswertung der Basiserhebung berücksichtigt wurde (Lange et al. 2007a,b). Hier zeigte sich bei der Stillrate differenziert nach Müttern von Kindern mit und ohne Migrationshintergrund, dass Kinder mit Migrationshintergrund häufiger gestillt werden (mit Migrationshintergrund versus ohne Migrationshintergrund 79,1% versus 76,2%) (Lange et al. 2007a). In der KiGGS-Migrantenauswertung zum „Ernährungsverhalten von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund“, die im Rahmen der Basiserhebung erfolgte, ließen sich darüber hinaus Unterschiede in der Stillhäufigkeit nach Herkunftsländern erkennen: 88,1% der Kinder aus der ehemaligen Sowjetunion sowie 79,3% der türkeistämmigen Kinder wurden gestillt (Kleiser et al. 2007). Zur Beschreibung des Migrationshintergrunds wurde im Rahmen der KiGGS-Studie der von Schenk et al. (2006) erarbeitete Mindestindikatorensatz für die Erfassung des Migrationsstatus verwendet (Schenk et al. 2007).

Von der KiGGS-Studie liegen inzwischen auch Ergebnisse der ersten Folgebefragung (KiGGS-Welle 1) vor und ermöglichen eine weitere Trendanalyse des Stillverhaltens in Deutschland (RKI 2015a; von der Lippe et al. 2014).

Insgesamt konnte ein Ansteigen der Prävalenz der jemals gestillten Kinder von 77,9% (Geburtsjahrgänge 1996-2002) auf 82,1% (Geburtsjahrgänge 2002-2012) aufgezeigt werden. Dagegen zeigte sich keine Veränderung der für diese Jahrgänge angegebenen durchschnittlichen Stilldauer, die jeweils bei 7,5 Monaten lag (RKI 2015a; von der Lippe et al. 2014). In der gesamten KiGGS-Basiserhebung (Jahrgänge 1986-2005) lag die durchschnittliche Stilldauer noch etwas darunter, nämlich bei 6,9 Monaten (von der Lippe et al. 2014).

Allerdings erfolgten kleine Änderungen im Auswertungsdesign: Während in der KiGGS-Welle1 erneut regionale Unterschiede zwischen Ost- und Westdeutschland differenziert untersucht wurden und eine höhere Initialstillrate nach der Geburt in Ostdeutschland ersichtlich wurde (OR 1,67; 95% KI 1,20-2,33), erfolgte (bisher) keine erneute Auswertung des Stillverhaltens nach Migrationsstatus (von der Lippe et al. 2014).

Obwohl in mehreren Stillstudien der Anteil der Frauen mit Migrationshintergrund extra erwähnt wurde – dieser lag zwischen 8% (Deneke, Scheele 2007) und 15,9% (Kohlhuber et al. 2008), wobei auch hier aufgrund unterschiedlicher Definitionen keine direkte Vergleichbarkeit möglich ist – erfolgten lediglich in der STELLA-Studie (Spegel et al. 2011) und in der Freiburger Stillstudie (Rasenack et al. 2012) weitere Analysen zum Stillverhalten von Frauen mit Migrationshintergrund. Während Spegel et al. (2011) berichten, dass Frauen,

die nicht in Deutschland geboren sind, zwar öfter mit dem Stillen beginnen, jedoch eine kürzere Stilldauer – definiert als Stillprävalenz des vollen bzw. ausschließlichen Stillens in der 16. Woche – aufweisen als Frauen, die in Deutschland geboren wurden, konnten Rasenack et al. (2012) eine tendenziell längere Stilldauer (zum Zeitpunkt nach sechs Monaten) bei Frauen mit Migrationshintergrund aufzeigen.

Außerdem darf vermutet werden, dass in vielen Studien immer noch ein Teil der Frauen mit Migrationshintergrund aufgrund fehlender bzw. nicht ausreichender deutscher Sprachkenntnisse keine Möglichkeit hatte, an den Erhebungen teilzunehmen (z.B. Kersting, Dulon 2002b; Peters et al. 2005; Weissenborn 2009). Dieses konnte beispielsweise bei der Non-Responderinnen-Analyse der SuSe-Studie (Kersting, Dulon 2002b) und der Studie zum Stillverhalten in Berlin (Weissenborn 2009) aufgezeigt werden: Hier wurden jeweils anteilmäßig höhere Teilnahmeraten von Frauen mit deutscher versus nicht-deutscher Nationalität beschrieben (Kersting, Dulon 2002b; Weissenborn 2009⁵).

2.6.6 Literaturübersicht: aktuelle Daten zum Stillverhalten von Frauen mit Migrationshintergrund

Inzwischen liegen aus mehreren (Einwanderungs-)Ländern Studien zum Einfluss von Migrationsaspekten auf das Stillverhalten vor. Um die bisher noch uneinheitlichen Ergebnisse zu skizzieren, soll in diesem Kapitel ein kurzer Überblick neuerer quantitativer Stillstudien aus europäischen sowie weiteren Industrieländern gegeben werden.

Tavoulari et al. (2015) konnten in einer Studie aus Griechenland darauf hinweisen, dass eine Migrationserfahrung der Mutter einen Einfluss auf den Stillbeginn (OR 7,97; 95% KI 1,02-62,19) und die Stilldauer, hier bezogen auf die geringere Chance des frühen Abstillens bei Frauen mit Migrationshintergrund versus nicht-migrierten Frauen (Hazard Ratio (HR) 0,35; 95% KI 0,21-0,58), hat. Auch in Irland wurden Unterschiede in der Stillprävalenz zwischen Immigrantinnen und Frauen aus Irland offensichtlich: Während 2010 bei der Klinikentlassung lediglich 46,1% der Irinnen stillten, lag die Stillprävalenz bei Immigrantinnen zum Untersuchungszeitpunkt bei 84,2% (Nolan, Layte 2015).

Dagegen zeigten sich in einer 2007 in Spanien durchgeführten Studie nur die Einflussfaktoren „Rauchen der Mutter“ (Stillbeginn: OR 0,610; 95% KI 0,429-0,867) und „Geburtsgewicht unter 2500g“ (Stillbeginn: OR 0,411; 95% KI 0,268-0,629) als statistisch signifikante Prädiktoren für den Stillbeginn und die Stillprävalenz zum Zeitpunkt drei Monate nach der

⁵ Herkunft: Responderinnen „anderes Land“ 21,1% versus Non-Responderinnen „anderes Land“ 40,1% (Weissenborn 2009).

Geburt. Ein Migrationsstatus erwies sich hier lediglich als Confounder (Sánchez Bayle et al. 2008). Dieses konnten Río. et al. (2011) in einer neueren Studie aus Spanien jedoch nicht bestätigen: Hier erwies sich eine Migrationserfahrung als protektiver Faktor für das Stillen (Chance nicht zu Stillen für Immigrantinnen aOR 0,52; 95% KI 0,50-0,54⁶). Bei der Differenzierung der Immigrantinnen nach Herkunftsregionen hatten lediglich chinesischstämmige Frauen im Vergleich zu Frauen aus Spanien eine höhere Chance nicht zu stillen (aOR 5,47; 95% KI 4,98-6,02).

In einer Studie aus Australien konnten Chen et al. (2013) aufzeigen, dass sich das Stillverhalten im Herkunftsland vom Stillverhalten im Aufnahmeland unterscheiden kann. Beim Vergleich der Daten zu Stillbeginn und Stilldauer zwischen chinesischen Immigrantinnen in Australien und Chinesinnen in der chinesischen Provinz Sichuan wurde offensichtlich, dass in Australien mehr Chinesinnen begannen, ihren Säugling zu stillen (94,1%) als nicht-migrierte Chinesinnen in China (86,2%), wobei aber die Stillrate der Australierinnen, die ungefähr bei 96% lag, nicht erreicht wurde. Auch nach zwölf Monaten unterschied sich die Stillrate signifikant zwischen den beiden Untersuchungsgruppen: während in Australien noch 38,3% der chinesischen Immigrantinnen stillten, war die Stillrate in China mit 16,3% signifikant niedriger ($p < 0,001$). Als Erklärung für die Unterschiede wird der „Healthy-Migrant-Effect“ (vgl. 2.8.1) vermutet (Chen et al. 2013).

2.6.7 Überblick über das Stillverhalten im europäischen und internationalen Vergleich

Um mich dem Stillverhalten von Frauen mit Migrationshintergrund weiter zu nähern, möchte ich ebenfalls einen Blick auf die Stillraten im europäischen und internationalen Kontext werfen. Bereits innerhalb Europas lassen sich bedeutsame Unterschiede hinsichtlich der Stillbereitschaft und der Stilldauer feststellen (Ibanez et al. 2012; Rückert, Mielck 2008). Mehrere Publikationen weisen beispielsweise auf die geringere Stillbereitschaft in Großbritannien (Brown, Davies 2014; McAndrew et al. 2012) und Deutschland im Vergleich zu Schweden hin, welches häufig als Beispielland für eine hohe Stillfreudigkeit angeführt wird (Rückert, Mielck 2008).

Ibanez et al. (2012) verglichen in einem Review-Artikel die Stillprävalenzen in mehreren industrialisierten Ländern. Hier waren Norwegen, Dänemark und Japan die Länder mit den höchsten initialen Stillprävalenzen des exklusiven Stillens (99%, 98,7% und 98,3%), während die niedrigsten Stillprävalenzen für Großbritannien, die USA und Frankreich

⁶ Adjustiert für: Geburtstyp (Mehrlingsgeburt ja/ nein), Geburtsmodus, mütterliches Alter, Krankenhausart, kombinierte Variable aus Gestationsalter und Geburtsgewicht.

angegeben wurden (70%, 69,5% und 62,6%). In einer neueren Publikation zur Prävention von Mammakarzinomerkrankungen durch Stillen wird auf die im europäischen Vergleich lange Gesamtstilldauer des ausschließlichen Stillens sechs Monate nach der Geburt des Kindes in Deutschland hingewiesen (22%), wohingegen die Stillprävalenzen des ausschließlichen Stillens nach sechs Monaten in Frankreich und Belgien bei unter 1% lagen. Als Erklärung wird die Länge der arbeitsrechtlichen Elternzeit in den entsprechenden Ländern vermutet (Scoccianti et al. 2015).

Ähnlich wie in Deutschland – hier stillen Mütter mit einem höheren Sozialstatus häufiger und länger als Mütter mit einem niedrigeren sozialen Status – lassen sich in weiteren Ländern wie beispielsweise in den USA, China, Italien, Australien, Russland und Spanien Korrelationen der Stillbereitschaft mit dem Sozialstatus bzw. dem sozioökonomischen Status erkennen (Ibanez et al. 2012; Rückert, Mielck 2008).

Lutsiv et al. (2013) eruierten in einer neueren Studie aus Kanada Einflussfaktoren auf die Stillabsicht: Insgesamt planten 85,3% der Studienteilnehmerinnen in den Geburtskliniken, ihr Kind zu stillen. Hier zeigten sich ein höheres mütterliches Alter, keine gesundheitlichen Probleme der Kindsmutter sowie die ausschließliche Hebammenvorsorge in der Schwangerschaft als stillfördernd, während eine Zwillingsgeburt, keine Teilnahme an der Schwangerenvorsorge, die Entbindung in einer Level-1-Klinik⁷ sowie bereits vorangegangene Geburten stillhemmend wirkten (Lutsiv et al. 2013).

⁷ Diese Bezeichnung bezieht sich auf die Einteilung der Geburtskliniken in Kanada: Zielgruppe der Level-1-Kliniken sind Frauen mit gesunden Schwangerschaften und Säuglingen und einer termingerechten Geburt ab der SSW36 (Lutsiv et al. 2013).

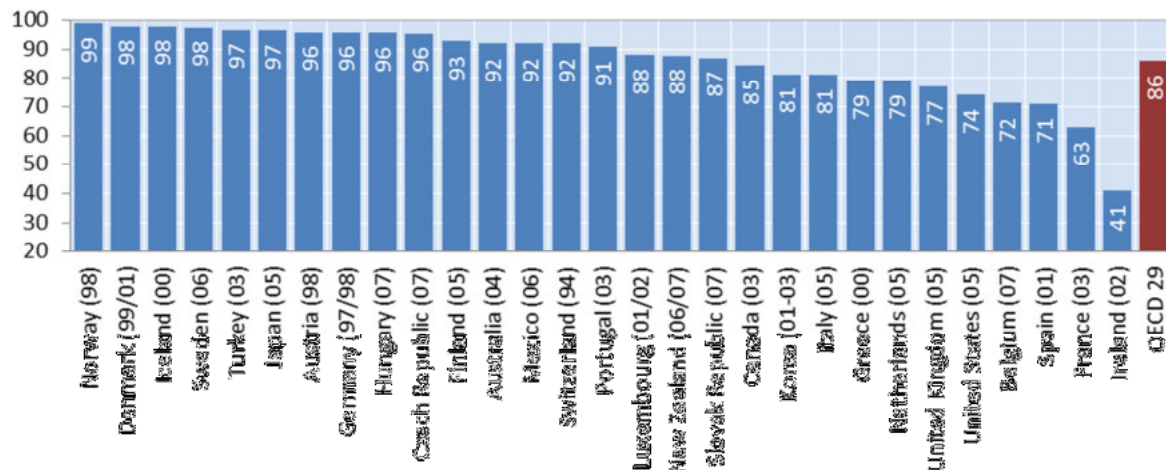


Abbildung 2: Stillraten in OECD-Ländern – Prävalenz der jemals gestillten Kinder, Angaben aus unterschiedlichen Jahren (OECD Family Database 2008, zit. nach OECD 2009: 48)⁸

Im internationalen Vergleich der Stillraten – wobei hier als Kriterium „jemals gestillt“ gewählt wurde – zeigt sich Irland bei den aktuell verfügbaren Stillprävalenzangaben der hier gelisteten OECD-Länder als ein Land mit sehr geringer Stillprävalenz, während Norwegen, Dänemark, Schweden sowie die Türkei die höchsten Stillprävalenzen aufwiesen (vgl. Abbildung 2). Die geringe Stillprävalenz Irlands, die bei 46,1% zum Zeitpunkt der Klinikentlassung lag, konnte auch für das Jahr 2010 bestätigt werden (Nolan, Layte 2015).

2.6.8 Literaturüberblick: Stillverhalten in ausgewählten Hauptherkunftsländern von Frauen mit Migrationshintergrund in Berlin

Da das Stillverhalten in den Herkunftsländern der Frauen mit Migrationshintergrund ebenfalls einen Einfluss auf das Stillverhalten im Aufnahmeland darstellen könnte (Chen et al. 2013), möchte ich in diesem Kapitel einen Blick auf die Stillraten ausgewählter Hauptherkunftsländer und -regionen der Personen mit Migrationshintergrund in Berlin werfen. Dieses waren 2011 in Berlin, dem Jahr der Datenerhebung der hier beschriebenen Studie, die Türkei (19,5%), Polen (10,6%), die Länder des ehemaligen Jugoslawiens (7,3%), die Russische Föderation (4,9%) sowie der Libanon (2,6%) (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg 2012, eigene Berechnungen). Auch hier sollte berücksichtigt werden, dass aufgrund sehr unterschiedlicher Erhebungsvorgaben ein direkter Vergleich der Stillraten nicht möglich ist (vgl. Ibanez et al. 2012). Im Folgenden möchte ich mich auf die Länder Türkei,

⁸ Die hier genannten Daten sind die neuesten verfügbaren Daten auf den Seiten der OECD (www.oecd.org).

Russland und Libanon beschränken, da diese auch in der vorliegenden Arbeit gesondert dargestellt werden.

Stillhäufigkeit in der Türkei

In der Türkei ist das Stillen weit verbreitet. Im Jahr 2013 wurden in der Türkei 96% aller Säuglinge gestillt (Hacettepe University Institute of Population Studies 2014). Die mittlere Stilldauer „jeglichen Stillens“ („any breastfeeding“) betrug knapp 16,7 Monate (Hacettepe University Institute of Population Studies 2014). Verglichen mit der Gesamtstilldauer ist die mittlere Dauer des ausschließlichen Stillens („exklusive breastfeeding“ nach der Definition der WHO) relativ kurz und liegt unter zwei Monaten für alle Untergruppen außer bei Frauen mit „High School oder höherer Schulbildung“ (Hacettepe University Institute of Population Studies 2014; WHO 2017c). Im Rahmen des türkischen Gesundheitsreports (Hacettepe University Institute of Population Studies 2014) wurden folgende Determinanten ermittelt, die auf eine lange Zeit des Vollstillens (Definition der WHO) hinweisen:

- höherer Bildungsstand der Mutter,
- höherer sozioökonomischer Status,
- Wohnort in der westlichen Region der Türkei.

Stillhäufigkeit in Russland

Valide Zahlen zur Stillhäufigkeit in Russland sind rar. Aufgrund der Größe des Landes ist darüber hinaus eine einheitliche Betrachtung schwierig. Grjibovski et al. (2005) geben für die nordwestliche Region Russlands folgende Stillraten an: lediglich 1,3% der Frauen, die in der 1999 zur Stillhäufigkeit durchgeführten Studie teilnahmen, haben nie gestillt, 75% der Frauen stillten ihr Kind noch drei Monate und 47,5% der Frauen stillten noch sechs Monate nach der Geburt. In die Studie wurden 1399 Säuglinge (Einlinge) aus Sewerodwinsk, einer Stadt im Nordwesten Russlands, eingeschlossen.

Tutel'ian et al. (2010) berichten Stillprävalenzen aus dem Jahr 2006, die bei einmonatigen Säuglingen bei 80%, bei zwei-bis viermonatigen Säuglingen bei 70% und bei vier bis sechsmonatigen Säuglingen bei 60% lagen.

Stillhäufigkeit im Libanon

Im Libanon haben in einer im Jahr 2005 veröffentlichten Studie mit 830 Studienteilnehmerinnen 4,6% der Frauen nie gestillt (Batal, Boulghaurjian 2005; Batal et al.

2006). Exklusives Stillen wurde selten angegeben; insgesamt war die allgemeine Stilldauer kurz. Nach einem Monat wurden noch 52,4% der Säuglinge ausschließlich gestillt, nach vier Monaten traf dieses auf 23,4% und nach sechs Monaten lediglich auf 10,1% der Säuglinge zu. Insgesamt konnten Unterschiede zwischen den länger und kürzer stillenden Frauen aufgezeigt werden: Frauen, die nach sechs Monaten noch stillten, kamen vor allem aus ländlichen Gebieten, hatten vor der Schwangerschaft ein höheres Gewicht und bereits mehrere Kinder geboren (Batal, Boulghaurjian 2005; Batal et al. 2006).

Eine neuere Studie aus dem Libanon zum Stillverhalten von erstgebärenden Frauen aus Beirut zeigt ähnliche Prävalenzen: insgesamt stillten acht bis zwölf Wochen nach der Geburt („any breastfeeding“) noch 67% der Studienteilnehmerinnen, wobei die Prävalenz des ausschließlichen Stillens („exclusive breastfeeding“) zu diesem Zeitpunkt bei lediglich 27,4% lag (Hamade et al. 2013).

2.6.9 Zusammenfassung: Das Stillverhalten beeinflussende Faktoren

Im Rahmen der hier aufgeführten nationalen und internationalen Stillstudien wurden sowohl stillfördernde als auch stillhemmende Faktoren eruiert und genauer analysiert, die auf eine, zwei oder alle drei Dimensionen des Stillens wirken, wobei der Fokus auf Stillstudien aus Deutschland liegt (vgl. Anhang 10.2 Tabelle 33).

In diesem Zusammenhang konnten in nationalen Studien als **stillfördernd** u.a. ein hoher Sozialstatus der Mutter (Lange et al. 2007a), ein höherer Bildungsgrad der Mutter (von der Lippe et al. 2014), das Nicht-Rauchen der Mutter in der Schwangerschaft (von der Lippe et al. 2014), ein Migrationshintergrund des Kindes (Lange et al. 2007a), ein höheres Alter der Mutter (von der Lippe et al. 2014), der Familienstand „verheiratet“ (Peters et al. 2005; Rebhan 2008), eine kompetente Betreuung in der Geburtsklinik (Rasenack et al. 2012), ein hoher Informiertheitsgrad zum Stillen (Libuda et al. 2014), die vorhandene Stillabsicht der Mutter (Weissenborn 2009), ein früher Zeitpunkt des ersten Anlegens (Weissenborn et al. 2009), eine positive frühere Stillerfahrung der Mutter (Rasenack et al. 2012) sowie ein hoher Reifegrad des Säuglings bei der Geburt (Lange et al. 2007a) benannt werden.

Stillhemmend wirkten dagegen u.a. die Überbeanspruchung der Mutter durch die Familie (Dulon, Kersting 1999, zit. nach Rubin 2013: 204), die ablehnende Haltung des (Kinds-) Vaters/ Partners (Kersting, Dulon 2002b; Kohlhuber et al. 2008), eine fehlende oder unklare Stillabsicht (Kersting, Dulon 2002b; Weissenborn 2009), das Rauchen der Mutter während der Schwangerschaft (Lange et al. 2007a; von der Lippe et al. 2014), die Frühgeburtlichkeit

des Kindes (von der Lippe et al. 2014), gesundheitliche Probleme des Kindes nach der Geburt (Lange et al. 2007a), eine primäre Sectioentbindung (Rebhan 2008; von der Lippe et al. 2014), frühere Stillprobleme der Mutter (von der Lippe et al. 2014), der Wunsch der Mutter (wieder) zu rauchen bzw. Kaffee oder Alkohol zu trinken (Rebhan et al. 2009; von der Lippe et al. 2014), gesundheitliche Probleme der Kindsmutter (von der Lippe et al. 2014), ein geringer Informiertheitsgrad bezüglich Stillen (Libuda et al. 2014), ein geringer Reifegrad des Kindes bei der Geburt (Lange et al. 2007a), eine Mehrlingsgeburt (von der Lippe et al. 2014), ein niedriges mütterliches Alter (unter 25 Jahren) (Kersting, Dulon 2002b) sowie „Zeitprobleme“ (Dulon, Kersting 1999, zit. nach Rubin 2013: 204).

Insgesamt konnten in Stillstudien aus Deutschland sowohl

1. soziodemografische (mütterliches Alter, der Rückkehrwunsch in die Berufstätigkeit, die mütterliche Schulbildung, Nettoeinkommen),
2. das Gesundheitsverhalten betreffende (Inanspruchnahme Hebammenvorsorge, Inanspruchnahme Schwangerenvorsorge, Rauchen in der Schwangerschaft, erster Anlegezeitpunkt, Zufüttern),
3. medizinische (Müttergesundheit, Kindergesundheit/ Verlegung in Kinderklinik, Geburtsmodus (Sectio), Frühgeburtlichkeit, Mehrlingsgeburt),
4. die Vorerfahrung betreffende (Stillerfahrung, Parität),
5. die soziale Unterstützung betreffende (feste Partnerschaft, Stillanleitung in der Klinik, Stillanleitung/ Hebammenbetreuung in Häuslichkeit, Unterstützung nach der Geburt) als auch
6. migrationsbedingte (Migrationsstatus, Herkunftsland)

Einflussfaktoren auf das Stillverhalten, welche stillfördernd respektive stillhemmend wirken können, benannt werden.

Generell können die hier beschriebenen stillhemmenden Einflussfaktoren sowohl zu einer verkürzten Gesamtstilldauer als auch zu einem früher als geplanten Zufüttern von Muttermilchersatzprodukten, aber auch zu primärem Nicht-Stillen führen.

2.6.10 Gründe für Nicht-Stillen

Wenngleich in dieser Arbeit vor allem die Aspekte des Stillens thematisiert werden, soll hier ebenfalls ein kurzer Blick auf die (möglichen) Gründe für das Nicht-Stillen geworfen werden.

Unter „Gründe für Nicht-Stillen“ werden ausdrücklich nur die Aspekte genannt, die zu primärem Nicht-Stillen führten und nicht Gründe für das Abstillen bzw. das frühere Abstillen als zunächst beabsichtigt.

Jöllnbeck (2012) geht davon aus, dass Gründe für das Nicht-Stillen überwiegend nicht medizinisch begründet sind, sondern aus psychosozialen, sozioökonomischen und soziokulturellen Überlegungen heraus entschieden werden.

In der Stillstudie von Weissenborn (2009) zeigte sich, dass ein nicht zu unterschätzender Grund für das Nicht-Stillen bereits früher aufgetretene Stillprobleme sind. Außerdem wird von Frauen, die sich gegen das Stillen entscheiden, oft der Wunsch geäußert, bald wieder zu rauchen bzw. Alkohol oder Kaffee zu trinken. Aber auch gesundheitliche Probleme und eigene Medikamenteneinnahme sowie die Vorstellung, dass Stillen anstrengend sei, hat Frauen öfter dazu bewogen, sich gegen eine Stillzeit zu entscheiden.

In der STELLA-Studie (Spegel et al. 2011) waren die fünf häufigsten Gründe für das Nicht-Stillen:

1. Überzeugung, dass Flaschenfütterung gleich gut wie Stillen sei,
2. Flaschenfütterung wurde als bequemer eingeschätzt,
3. Mutter gab an, keine Lust zu haben, ihr Kind zu stillen,
4. Überzeugung, Stillen mache abhängig,
5. auf Stillen wird wegen Stress mit Haushalt und Familie verzichtet (Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit o.J.; Spegel et al. 2011).

2.7 Migrationsforschung und Akkulturation

Die Betrachtung der Bevölkerung mit Migrationshintergrund nach Akkulturationsgrad stellt eine weitere Möglichkeit dar, migrationsspezifische Aspekte in Forschungsfragen einzubeziehen.

Um sich dem häufig schwer greifbaren Begriff der Akkulturation zu nähern, soll der Blick zunächst auf die Definition des Soziologen und Akkulturationsforschers Andreas Zick (2010: 19) gerichtet werden:

„Die Akkulturation von Individuen und Gruppen setzt ein, wenn Menschen Orte verlassen, eine neue kulturelle Umwelt aufsuchen, ihr begegnen und sich mit dieser neuen Welt auf der Grundlage ihrer Herkunft und den Herausforderungen der neuen Umwelt auseinandersetzen.“

Der Soziologe Petrus Han (2010, 2016) beschreibt Akkulturation als allmählichen Prozess der Herüberleitung von Wertvorstellungen der Herkunftskultur in die Kultur des Aufnahmelandes. Er unterscheidet dabei zwischen externer und interner Akkulturation: bei der externen Akkulturation stehen die typischen Verhaltensweisen und Umgangsformen der Kultur des Aufnahmelandes im Mittelpunkt. Hierzu zählen das Erlernen der Alltagssprache sowie das Vertrautmachen mit der materiellen Kultur des Aufnahmelandes. Dagegen betrifft die interne Akkulturation die schrittweise Übernahme der Wertvorstellungen des Aufnahmelandes. Nach Han (2010, 2016) findet Akkulturation sowohl auf der Gruppenebene, wozu strukturelle Veränderungen z.B. im kulturellen, ökonomischen und politischen Bereich gehören, als auch auf der individuellen Ebene, wozu beispielsweise Veränderungen in den externen Verhaltensweisen gehören, statt (Han 2010: 222).

Während in vielen großen gesundheitswissenschaftlichen Studien in Deutschland immer häufiger der Blick auch auf Personen mit Migrationshintergrund gerichtet wird (z.B. KiGGS-Studie, NaKo Gesundheitsstudie), findet die Differenzierung der Migrant/innenpopulation nach Akkulturationsaspekten – im Gegensatz zu US-amerikanischen Studien (vgl. Abraído-Lanza et al. 2006; Abraído-Lanza et al. 2016; Fox et al. 2017; Ro 2014; Thomson, Hoffman-Goetz 2009) – erst langsam eine größere Verbreitung. Dabei werden Akkulturationseinflüsse zunehmend von unterschiedlichen Wissenschaftsdisziplinen untersucht: Teilgebiete der Soziologie (z.B. Amelina 2010; Han 2010, 2016; Zick 2010), der Psychologie (z.B. Bongard et al. 2002; Bongard et al. 2015; Maehler, Schmidt-Denter 2013; Maehler, Shajek 2016), der Medizin sowie der Gesundheitswissenschaften (z.B. Brand et al. 2017; Calliess et al. 2007; David et al. 2012; Lujic 2009; Reiss et al. 2015) und Kooperationen der verschiedenen Wissenschaftsbereiche (z.B. Tydecks et al. 2009) setzen sich bei der Einbeziehung von Personen mit Migrationshintergrund vermehrt mit Akkulturationsorientierungen der Studienteilnehmer/innen bzw. mit Akkulturationsprozessen auseinander.

2.7.1 Einführung in die gesundheitswissenschaftliche Akkulturationsforschung

Aufgrund der gesundheitswissenschaftlichen Verortung dieser Arbeit soll vor dem Hintergrund der Public-Health-Forschung zunächst ein Blick auf die Einbeziehung von Akkulturationsaspekten in Forschungsvorhaben geworfen werden.

Allgemein zeigt sich, dass die medizinischen und gesundheitswissenschaftlichen Veröffentlichungen in der Literaturdatenbank „PubMed“, die sich mit Akkulturation („acculturation“) im weitesten Sinne befassen, vor allem von Beginn der 1990er Jahre an –

seit 1993 sind jährlich über 100 Publikationen unter diesem Schlagwort gelistet – zugenommen haben. Davor stellte die Betrachtung von Akkulturation(sprozessen) in gesundheitswissenschaftlichen und medizinischen Fragestellungen in internationalen Veröffentlichungen eher ein „Nischenthema“ mit in den einzelnen Jahren bisweilen sehr wenigen Publikationen dar. Zick (2010) sieht als die Besonderheit der Akkulturationsforschung, dass sich diese nicht vordergründig mit den Migrationsbewegungen auseinandersetzt, sondern mit den dahinter liegenden Prozessen. Während bei der Migrationsforschung die diversen Wanderungsbewegungen im Mittelpunkt stehen, kommen bei der Akkulturationsforschung Aspekte wie Identität und kultureller Hintergrund zum Tragen (Maehler, Schmidt-Denter 2013). Insofern könnte die Akkulturationsforschung als eine Ergänzung und Erweiterung der „klassischen“ Migrationsforschung dienen, wodurch sich auch neue Möglichkeiten erschließen (lassen). Darüber hinaus könnten die vermehrten Aktivitäten in diesem Bereich zu einer Etablierung als eigenständiges Forschungsfeld beitragen (Zick 2010). Allgemein wird in der Migrationsforschung das Konzept der Akkulturation berücksichtigt, um eine weitere Möglichkeit zu erhalten, das Migrant/innenkollektiv in seiner Heterogenität adäquat einzubeziehen und differenziert zu betrachten.

Um einen Zugang zur gesundheitswissenschaftlichen Akkulturationsforschung zu erhalten, werden nach der Begriffsklärung von „Kultur“ und „Akkulturation“ Akkulturationsmodelle sowie Messmöglichkeiten von Akkulturation(s-Orientierungen) in internationalen und nationalen Studien dargestellt. Dabei wird der Blick zunächst auf die Messung von Akkulturation in „klassischen“ Einwanderungsgesellschaften (z.B. USA, Kanada, Australien etc.) geworfen, bevor im Anschluss der Fokus auf nationale Studien gerichtet wird, die sich mit der Einbeziehung von Akkulturationsaspekten befassen. Abschließend werden die Ergebnisse aus internationalen Studien skizziert, die das Stillverhalten unter Einbeziehung von Akkulturationsaspekten genauer analysierten.

2.7.2 Begriffsbestimmung: Kultur und Akkulturation

Der Kulturbegriff

Zick (2010) weist darauf hin, dass eine Begriffsdefinition von „Kultur“ in der Akkulturationsforschung leider häufig fehlt, obwohl diese als Grundlage für die weitere Auseinandersetzung sowohl mit Akkulturationstheorien als auch mit Akkulturationsprozessen von Bedeutung ist. Eine Begriffsbestimmung sollte schon deshalb erfolgen, um „deutlich zu machen, >wohin< sich Individuen und Gruppen überhaupt *akkulturieren*“ (Zick 2010: 76;

Hervorhebung im Original). Da die in der Migrationsforschung bisweilen erfolgte Gleichsetzung von Kultur mit Ethnizität⁹ bzw. Nationalität¹⁰ (Maehler, Schmidt-Denter 2013) eine eher starre Sicht in Ländergrenzen auf den Kulturbegriff wirft, die in vielen Fällen weder der kulturellen Realität eines Landes bzw. einer Region entspricht, noch eine eigenständige Definition darstellt, soll hier versucht werden, sich einer umfassenden und für die gesundheitswissenschaftliche Akkulturationsforschung geeigneten Begriffsbestimmung anzunähern.

Dass sich eine Begriffsbestimmung nicht einfach gestaltet, da viele Aspekte des täglichen Lebens und Zusammenlebens mit hineinspielen, verdeutlicht die Vielzahl der bereits bestehenden Definitionen, die ihren Ursprung in verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen haben und sich oft erheblich voneinander unterscheiden.

Etymologisch leitet sich der Kulturbegriff vom lateinischen Wort „cultura“ ab, was „Bearbeitung“, „Pflege“, „Anbau“ bedeutet.

Bereits in den 1950er Jahren wurden von den Anthropologen Kroeber und Kluckhohn (1952) weit über hundert Kulturdefinitionen erfasst, die unterschiedlichen Wissenschaftsdisziplinen bzw. theoretischen Ansätzen zugeordnet werden können (vgl. Maehler 2012; Maehler, Schmidt-Denter 2013; Zick 2010).

Ähnlich hat sich Zick (2010) dem Kulturbegriff in der umfassenden Auseinandersetzung der „Psychologie der Akkulturation“ genähert: In einem umfangreichen Überblick wurde der Fokus auf unterschiedliche psychologisch relevante Kulturdefinitionen gerichtet und diese verschiedenen Ansätzen zugeordnet. Hier lassen sich beispielsweise (Hervorhebungen AZ)

- anthropologische (z.B. Moore, Lewis 1952, zit. nach Zick 2010: 78: „Kultur ist *alles, was Menschen voneinander lernen* (Wissen, Fähigkeiten, Informationen).“),
- wertorientierte, kognitive (z.B. Hofstede 1980, 1991, zit. nach Zick 2010: 78: „Kultur ist wie ein *Computerprogramm*, das das Verhalten kontrolliert. Kultur ist die Software im Geist.“),
- kulturwissenschaftliche (z.B. Herskovits 1948, zit. nach Zick 2010: 78: „Kultur ist *der von Menschen gemachte Teil der Umwelt*.“),

⁹ „Ethnos=griechisch: Volk: bezeichnet die individuell empfundene Zugehörigkeit einer Volksgruppe, deren gemeinsame Merkmale z.B. Sprache, Religion oder Traditionen sind.“ (Borde, Brenne 2016: 54)

¹⁰ „Beschreibt die Zugehörigkeit einer Person zu einer Nation. Der Begriff „Nation“ wird jedoch für verschiedene Konzepte angewandt. Neben dem Gebrauch von Nationalität als Zuordnung zu einer Ethnie bzw. Volksgruppe wird Nationalität auch in einem politischen Sinne gebraucht und bezeichnet danach die Zugehörigkeit zu einer politisch verstandenen Nation. Im Deutschen wird für die Zugehörigkeit zu einer politisch definierten Nation der Begriff der **Staatsbürgerschaft** und als juristischer Begriff **Staatsangehörigkeit** verwendet.“ (Borde, Brenne 2016: 55)

- interkulturelle (z.B. Thomas 1993, zit. nach Thomas, Utler 2013: 41: „Kultur ist ein universelles, für eine Gesellschaft, Organisation und Gruppe aber sehr typisches Orientierungssystem.“) sowie
- interaktionistische und konstruktivistische (z.B. Bourdieu 1987, zit. nach Fuchs 2012/2013: „>Kultur< ist kein harmloses Konzept eines harmonischen Miteinanders, sondern gelegentlich konfliktreiches Aufeinandertreffen unterschiedlicher Milieus und Lebensstile.“)

Kultur-Definitionen unterscheiden.

Da die Reflexion des Kulturbegriffs in dieser Arbeit vor allem als Hinführung zur gesundheitswissenschaftlichen Akkulturationsforschung dienen soll, möchte ich eine Definition des Kulturbegriffs vorschlagen, die dem interdisziplinären Ansatz der Gesundheitswissenschaften nahekommt. Hier haben sich besonders (gesundheits-)psychologische Kulturdefinitionen als geeignet erwiesen. Wurde Kultur in älteren psychologischen Definitionen noch als „Anpassung, Lernvorgang und Gewohnheit“ (Maehler, Schmidt-Denter 2013: 15) beschrieben und bisweilen als normativ (Maehler, Schmidt-Denter 2013) kritisiert, weisen neuere Definitionen dynamischere und offenere Perspektiven auf.

Eine sowohl umfassende als auch mehrdimensionale Definition des Kulturbegriffes stammt von der US-amerikanischen Psychologin und Familientherapeutin Celia Falicov (1995, zit. nach Hegemann, Oestereich 2009: 12):

„Kultur ist ein für uns alle geltender Hintergrund von etablierten und über Generationen überlieferten Sichtweisen, Werten, Ansichten und Haltungen, welche einerseits unser ganzes Denken, Fühlen und Handeln beeinflussen, die wir andererseits aber in individueller wie auch kollektiver Weise übernehmen, modifizieren und weiterentwickeln, und zwar in Abhängigkeit von unserer Teilhabe an unterschiedlichen Kontexten.“

Diese Definition bringt einen wichtigen Aspekt ein: Sie beschreibt Kultur nicht als statisch und feststehend, sondern betont, dass Kultur einem ständigen Wandel ausgesetzt sei und sich dadurch auszeichne, dass wir die die Kultur ausmachenden „...*Sichtweisen, Werte, Ansichten und Haltungen (...)* übernehmen, modifizieren und weiterentwickeln...“ (Falicov 1995, zit. nach Hegemann, Oestereich 2009: 12; Hervorhebungen SB).

Genau dieses wird ebenfalls in der Kulturdefinition von Weidacher (2000) beschrieben:

„Kultur ist eine dynamische, im Prozess befindliche *Organisation des sozialen Lebens* (von Menschen, die sich daran beteiligen). Sie kann nicht als statischer Gegenstand in seinen Elementen eindeutig objektiviert werden.“ (Weidacher 2000: 239, zit. nach Zick 2010: 79; Hervorhebungen AZ).

Der Akkulturationsbegriff

Um von der Kulturdefinition ausgehend einen Einstieg in die weitere Auseinandersetzung mit dem Themenkomplex „Akkulturation“ zu ermöglichen, soll auch hier zu einer Begriffsdefinition geführt werden, die als Grundlage für darauf aufbauende weitere Aspekte der Akkulturationsforschung dienen kann. Bereits unter 2.7 wurde die Definition des Akkulturationssoziologen Andreas Zick (2010) genannt¹¹. Diese Definition betont die Auseinandersetzung von Individuen und Gruppen mit der „kulturellen Umwelt“. Auch dieser Definition liegt eine dynamische Sicht zugrunde, eine „Auseinandersetzung“ zeugt immer von einer nicht starren, vorher bestimmten, sondern sich verändernden Perspektive.

Diese dynamische Sichtweise drückt sich auch in der Beschreibung von Akkulturation als Prozess aus, welche bereits das „Kernstück“ mehrerer Akkulturations-Definitionen darstellt (z.B. Abraído-Lanza et al. 2005; Berry 1990, 1997; Chirkov 2009; Redfield et al. 1936; Rudmin 2003):

„Acculturation refers to the process by which immigrants adopt the attitudes, values, customs, beliefs and behaviors of a new culture.“ (Abraído-Lanza et al. 2005: 1244)

Bei der Beschreibung des Akkulturationsprozesses wird deutlich, dass die zeitliche Komponente hier eine wichtige Rolle übernimmt, wenngleich keine Zeitangaben möglich sind, da hier sehr individuelle Faktoren mit hineinspielen (Chirkov 2009, zit. nach Maehler, Shajek 2016: 140).

Eine weitere in vielen gesundheitswissenschaftlichen Studien zitierte Definition kommt aus dem Bereich der Anthropologie und Soziologie:

„...groups of individuals having different cultures come into continuous first-hand contact, with subsequent changes in the original culture patterns of either or both groups.“ (Redfield et al. 1936, zit. nach Maehler, Shajek 2016: 139)

¹¹ „Die Akkulturation von Individuen und Gruppen setzt ein, wenn Menschen Orte verlassen, eine neue kulturelle Umwelt aufsuchen, ihr begegnen und sich mit dieser neuen Welt auf der Grundlage ihrer Herkunft und den Herausforderungen der neuen Umwelt auseinandersetzen.“ (Zick 2010: 19)

Diese beiden Definitionen weisen jedoch auch große Unterschiede auf: Während die erste Definition das Prozesshafte und Dynamische einbringt, wird dennoch die Richtung des Akkulturationsprozesses klar vorgegeben – die neue Kultur (des Aufnahmelandes) wird von den Immigrant/innen angenommen. Zick (2010) nennt diesen Prozess stufenweise „Assimilation an die dominante Mehrheitskultur“ (Zick 2010: 339). Die hier gezeichnete „eindimensionale“ Sicht wirft jedoch auch Fragen auf: Ist nicht immer auch davon auszugehen, dass nicht nur die „neue Kultur“ des Aufnahmelandes einen Einfluss auf die Immigrant/innen darstellt, sondern auch innerhalb des Akkulturationsprozesses die Immigrant/innen einen Einfluss auf die Kultur bzw. Personen des Ziellandes haben? Genau dieser Aspekt wird bei der zweiten Definition berücksichtigt, die zwar sehr viel älter, aber doch „offener“ formuliert ist. Hier kann der in beide Richtungen laufende Austausch und Kontakt zwischen Immigrant/innen und nicht-migrierter Bevölkerung – also zwischen den (beiden) Kulturen – gleich mitgedacht werden.

Und noch einen Schritt weiter geht die ebenfalls häufig verwendete Akkulturationsdefinition, die Akkulturation als „Aneignung einer zweiten bzw. neuen Kultur“ beschreibt (Rudmin 2009a, zit. nach Maehler, Shajek 2016: 140).

2.7.3 Akkulturationsmodelle

In wissenschaftlichen Publikationen wird zwischen mehreren Akkulturationsmodellen unterschieden: diese können ein- oder zweidimensional sein und sollen im Folgenden kurz skizziert und die dahinter stehenden Grundannahmen beschrieben werden (Maehler, Schmidt-Denter 2013).

Eindimensionale Modelle

Bei der eindimensionalen Betrachtung steht die Akkulturation von der Herkunfts- zur Aufnahmekultur im Sinne der Annahme *einer neuen* Kultur im Mittelpunkt. Die zugrundeliegende Vorstellung ist, dass ein Kontinuum zwischen Herkunfts- und Aufnahmekultur besteht (Maehler, Schmidt-Denter 2013). Das dahinterstehende Konzept stellt im Endeffekt Akkulturation als einen Assimilationsprozess dar, bei dem der Fokus ausschließlich auf die „Assimilation an die Aufnahmekultur“ – im wörtlichen Sinne „Angleichung“ – gerichtet ist (Maehler, Schmidt-Denter 2013; Zick 2010).

Zweidimensionale Modelle

Dagegen liegt bei der zweidimensionalen Betrachtung der Fokus sowohl auf der Herkunftskultur als auch auf der Aufnahmekultur.

Das in der Migrations- und Akkulturationsforschung bekannteste Rahmenmodell (vgl. Fox et al. 2017; Maehler, Schmidt-Denter 2013; Zick 2010) zeichnet sich ebenfalls durch eine zweidimensionale Grundannahme aus und stammt vom kanadischen Sozialpsychologen John W. Berry (1997).

Zu den wichtigsten Merkmalen des Akkulturationsmodells von Berry zählen, dass Akkulturation als zweidimensionaler Prozess gesehen wird, bei dem zum einen der Frage nach der „Beibehaltung der Kultur des Herkunftslandes“ (vgl. Abb.1, Issue 1) und zum anderen der Frage nach der „Identifikation mit der Kultur des Aufnahmelandes“ (vgl. Abbildung 3, Issue 2) nachgegangen wird (Berry 1997; Zick 2010).

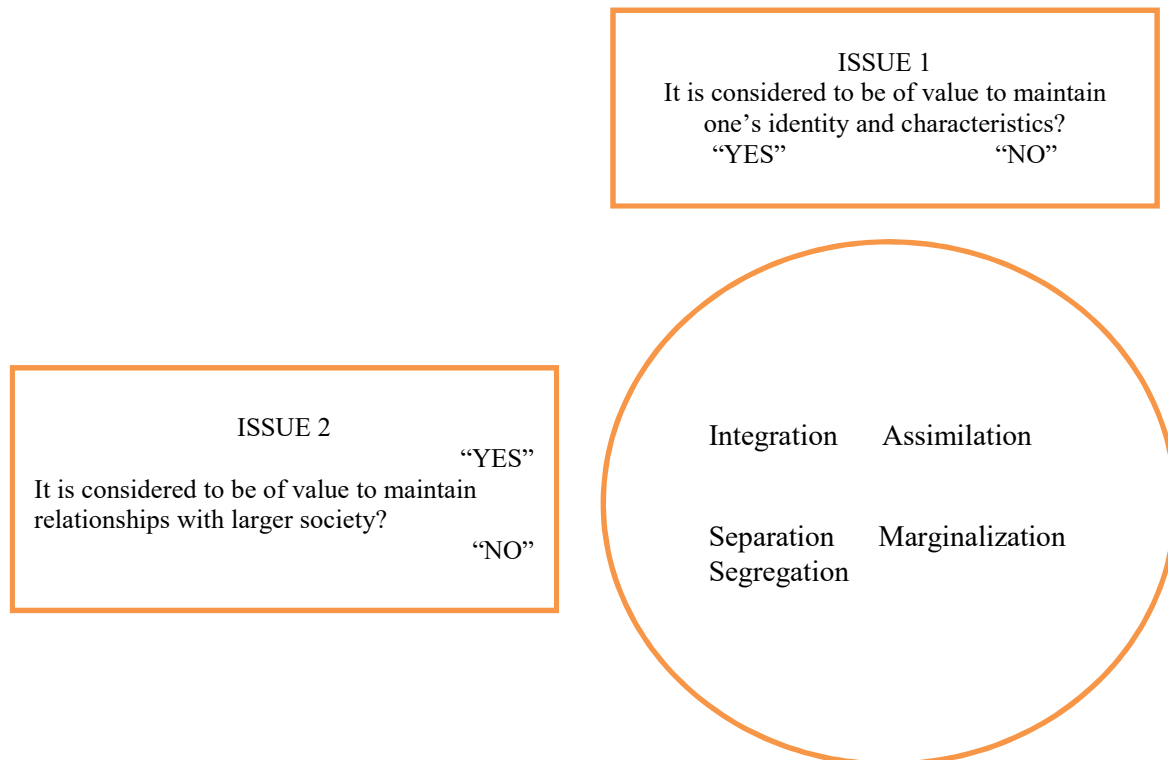


Abbildung 3: Akkulturationsstrategien nach Berry (1997: 10); eigene Modifikation (SB)

Anhand der beiden Säulen (Issue 1: „Beibehaltung der Herkunftskultur“ sowie Issue 2: „Orientierung an der Aufnahmekultur“) sind vier unterschiedliche Akkulturationsstrategien möglich, welche von den sich akkulturierenden Gruppen gewählt werden können: „Integration“, „Assimilation“, „Separation“ (Segregation) oder „Marginalisierung“ (Berry 1997; Maehler, Schmidt-Denter 2013). Die Akkulturationsstrategie der „Integration“

beinhaltet die Orientierung sowohl an der Aufnahme- als auch an der Herkunftskultur; bei der „Assimilation“ erfolgt die Orientierung lediglich an der Aufnahmekultur, während bei der Akkulturationsstrategie der „Separation“ (Segregation) alleine die Orientierung an der Herkunftskultur im Mittelpunkt steht und bei der „Marginalisierung“ keine der beiden kulturellen Orientierungen der Identifikation dienen (Berry 1997; Maehler, Schmidt-Denter 2013).

Nach wie vor wird das Akkulturationsmodell von Berry sehr häufig in wissenschaftlichen Veröffentlichungen zitiert und für zahlreiche gesundheitswissenschaftliche Forschungsvorhaben als Grundlagenmodell herangezogen (z.B. Behrens et al. 2014; Koca, Lapa 2014; Titzmann et al. 2015).

2.7.4 Messung von Akkulturation

Ausgehend von den unterschiedlichen Akkulturationsmodellen soll zur Messung des Konstrukts Akkulturation im Rahmen von gesundheitswissenschaftlichen Fragestellungen übergeleitet werden. Als Konstrukt werden in der Psychologie nicht beobachtbare Sachverhalte bezeichnet, die primär theoretischen Ursprungs sind und nicht direkt gemessen werden können, wozu neben „Akkulturation“ beispielsweise „Intelligenz“ und „Angst“ zählen (Lichtblau 2008). Zur Operationalisierung werden hierfür sogenannte Indikatoren verwendet, die sich aus manifesten Merkmalen (Variablen) zusammensetzen (Lichtblau 2008).

Insgesamt existieren bereits zahlreiche Möglichkeiten, um „Akkulturation“ von Personen mit Migrationshintergrund in wissenschaftlichen Studien zu messen. Vor allem in US-amerikanischen und kanadischen Studien finden häufig Akkulturationsfragebögen Verwendung. Die im Rahmen von US-amerikanischen und kanadischen Forschungsprojekten entwickelten Akkulturationsmessinstrumente wurden (zunächst) vor allem für Studien herangezogen, bei denen Personen mexikanischer bzw. lateinamerikanischer Herkunft – der größten Immigrant/innengruppe innerhalb der USA – im Vergleich zu Personen US-amerikanischer Herkunft im Mittelpunkt des Forschungsinteresses stehen (vgl. Abraído-Lanza et al. 2006; Thomson, Hoffman-Goetz 2009).

Durch die Komplexität der sich oft stark voneinander unterscheidenden Definitionen von „Akkulturation“ werden Forschende bei der Operationalisierung des Akkulturationsbegriffs vor besondere Herausforderungen gestellt (Zick 2010). Hier können beispielsweise Überlegungen hilfreich sein, ob der Fokus entweder mehr auf das *Verhalten* – hier beispielsweise die „Sprachnutzung“, „Mediennutzung“ etc. – oder aber auf die *Einstellung* –

hier beispielsweise das „Sich-Akzeptiertfühlen“ etc. – gerichtet werden soll (Calliess et al. 2012).

Thomson und Hoffman-Goetz (2009) geben in einem Review-Artikel einen ausführlichen Überblick über verschiedene Definitionen und Messmöglichkeiten von Akkulturation in gesundheitswissenschaftlichen Studien. Dabei wird deutlich, dass sich die verwendeten Akkulturationsfragebögen sowohl in der Länge (Spannweite 4-48 Items) als auch hinsichtlich der einbezogenen Kategorien deutlich voneinander unterscheiden. Lediglich die Kategorie „Sprache“ („language“) findet bei allen aufgeführten Messinstrumenten Verwendung.

2.7.5 Erhebungs- und Auswertungsmethoden

Analog zu den ein- und zweidimensionalen Akkulturationsmodellen können die Erhebungs- und Auswertungsmethoden ebenfalls nach diesen beiden Dimensionen unterschieden werden.

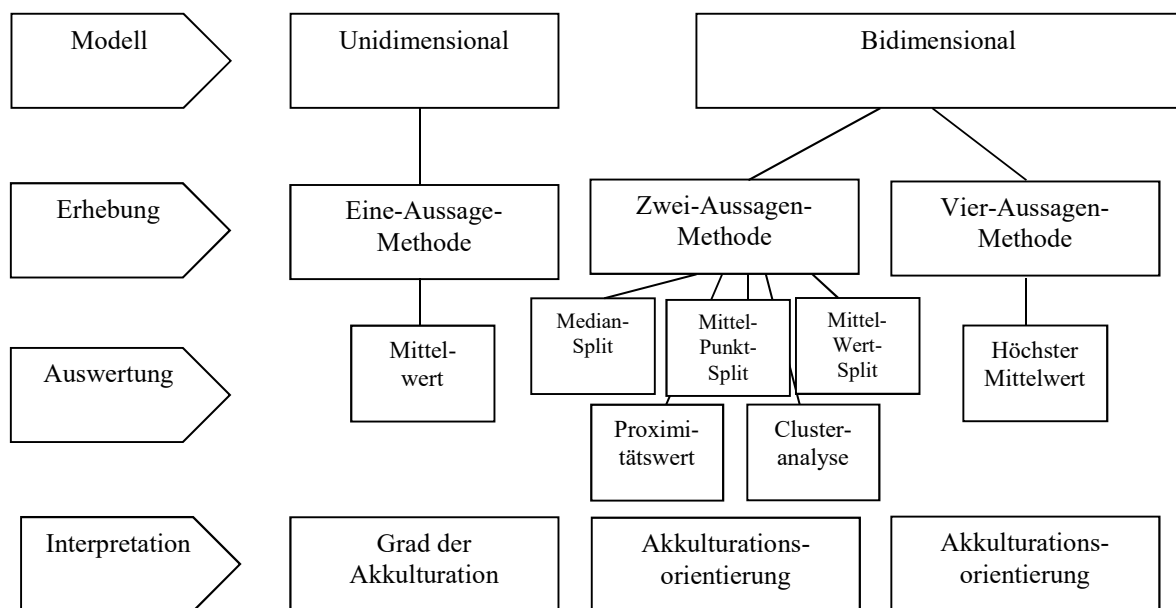


Abbildung 4: Überblick: Modelle und Auswertungsverfahren, zit. nach Maehler und Schmidt-Denter (2013: 38); eigene Modifikation (SB)

Eindimensionale Erhebungs- und Auswertungsmethoden

Eindimensionale Erhebungsinstrumente sind klassische Akkulturationsfragebögen, die anhand von Fragen Einstellungen zu unterschiedlichen alltäglichen Verhaltensweisen abfragen. Dabei wird die untersuchte Person gebeten anzugeben, welche Orientierung sie bei den jeweiligen Items präferiert: die Orientierung an der Herkunftskultur oder die Orientierung an der Aufnahmekultur. Die Angaben sind meist mittels mehrstufiger Antwort-Skalen vorzunehmen.

Diese Art der Erhebung wird auch als „Eine-Aussage-Methode“ („one-statement-measurement“) bezeichnet (Maehler, Schmidt-Denter 2013; Maehler, Shajek 2016). Die Auswertung erfolgt meist über die Aufsummierung der einzelnen Kennwerte und der Bildung des Mittelwerts, anhand dessen sich eine Einstufung in den Akkulturationsgrad vornehmen lässt (vgl. Abbildung 4).

Als schwierig bei der Interpretation von eindimensionalen Modellen wird die Auslegung der mittleren Werte gesehen: Stellen diese eine Orientierung an beiden Kulturen, sprich eine bikulturelle Ausrichtung dar, oder zeigt diese vielmehr eine Ablehnung beider Kulturen (Maehler, Schmidt-Denter 2013)?

Dass dennoch immer noch viele Akkulturationsskalen eindimensional konzipiert sind (Cruz et al. 2008), liegt wahrscheinlich auch an den Vorteilen dieser Vorgehensweise:

Eindimensionale Erhebungsinstrumente sind meist kurz und ermöglichen eine relativ schnelle Erhebung sowie Auswertung (Maehler, Schmidt-Denter 2013).

Zweidimensionale Erhebungs- und Auswertungsmethoden

Bei der zweidimensionalen Erhebung existieren mehrere Anwendungsmöglichkeiten.

Erwähnt werden soll hier die häufig verwendete „Zwei-Aussagen-Methode“ („two-statement-measurement“) bei der zwei Skalen gegenüberstehen: zum einen die Skala zur Messung der Orientierung an der Kultur der Aufnahmegesellschaft, zum anderen die Skala zur Messung der Orientierung an der Herkunftskultur (Maehler, Shajek 2016). Hier können nach Maehler und Schmidt-Denter (2013) verschiedene statistische Auswertungsmethoden gewählt werden (vgl. Abbildung 4): Mithilfe der statistischen Methoden des Mediansplits, des Proximitätswerts, des Mittelpunktsplits, des Mittelwertsplits oder der Clusteranalyse kann die Akkulturationsorientierung der Studienpopulation ermittelt werden.

Auf die etwas anspruchsvollere und häufig auch weniger eindeutige Auswertungsmethode der „Vier-Aussagen-Methode“ („four-statement-measurement“) soll hier nicht weiter eingegangen werden, da dieses Verfahren in der Literatur als sehr komplex und häufig nicht sehr anwendungsorientiert beschrieben wird (weiterführend vgl. Maehler, Schmidt-Denter 2013).

Messung von Akkulturation anhand von Proxys

In zahlreichen gesundheitswissenschaftlichen Studien wird jedoch ganz auf den Einsatz von Akkulturationsskalen verzichtet, obwohl Akkulturationsaspekte in die Analyse einbezogen werden (sollen). Häufig erfolgt hier die Ermittlung von Akkulturationsaspekten anhand von

Proxys, die stellvertretend den Akkulturationsgrad der Studienteilnehmer/innen beschreiben sollen (Thomson, Hoffman-Goetz 2009). Zur Messung von Akkulturation häufig herangezogene Proxys sind:

- Aufenthaltsdauer im Aufnahmeland: oft in Kategorien nach Aufenthaltsdauer in Jahren (z.B. Ayón et al. 2010; Finch, Vega 2003; Harley et al. 2007),
- Geburtsland der Studienteilnehmer/innen: Aufnahmeland versus anderes Land/ Herkunftsland (z.B. Fujishiro et al. 2011),
- Sprache bzw. Sprachkenntnisse mit unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen wie z.B. Muttersprache (z.B. Titzmann 2012), zu Hause gesprochene Sprache (z.B. Rühl et al. 2010) oder fließende Sprachkenntnisse (z.B. Tarn et al. 2005),
- bisweilen werden auch mehrere Proxys in einer Studie kombiniert: z.B. Aufenthaltslänge in Jahren, Muttersprache, subjektive Einschätzung der Deutschkenntnisse sowie die Fragen „Fühlen Sie sich in Deutschland zu Hause?“ (ja/nein) und „Haben Sie starke Verbindungen zu Ihrer Herkunftskultur?“ (ja/nein) (Sieberer et al. 2012) oder Aufenthaltslänge, Deutsch als Muttersprache sowie „Language Brokering¹²“ (z.B. Titzmann 2012)“.

Proxys bieten sich beispielsweise bei einer Sekundärdatenanalyse an, bei der keine Möglichkeit der Anwendung eines Akkulturationsfragebogens besteht, aber bestimmte Proxyparameter wie das Geburtsland der Studienteilnehmer/innen oder die Sprache des Interviews/ Fragebogens bereits vorliegen (Cruz et al. 2008; Thomson, Hoffman-Goetz 2009).

2.7.6 Literaturüberblick: Messung von Akkulturation in der internationalen gesundheitswissenschaftlichen Forschung

In internationalen gesundheitswissenschaftlichen Studien (z.B. in den USA und Kanada) werden seit längerem Differenzierungen nach Akkulturationsgrad innerhalb der Migrant/innenpopulation vorgenommen (vgl. Thomson, Hoffman-Goetz 2009). Hierzu werden neben Proxys diverse Akkulturationsskalen verwendet. Eine Literaturrecherche bei „PubMed“¹³ sollte einen Überblick über aktuelle in der Public-Health-Forschung verwendete

¹² Das Übersetzen durch Kinder/ Jugendliche für Eltern in Familien mit Migrationshintergrund.

¹³ Suche im Oktober 2014 in der Datenbank „PubMed“ zu den Schlagworten „acculturation scale“; anschließend Sichtung von n=102 Publikation mit Abstracts und frei verfügbaren Volltexten.

Akkulturationsfragebögen geben. Hier konnte aufgezeigt werden, dass neben neu für die jeweilige Studie entwickelten Akkulturationsfragebögen häufig auch bereits bestehende Erhebungsskalen herangezogen werden. Viele dieser Erhebungsinstrumente wurden bereits in den 1990er Jahren entwickelt und finden in aktuellen Forschungsvorhaben immer noch Verwendung. In den im Rahmen der Recherche gesichteten Studien (n=102) wurden folgende neun Messinstrumente jeweils in mindestens zwei Studien verwendet (alphabetisch geordnet) (vgl. Anhang 10.3):

- 1.) AHIMSA (Acculturation, Habits, and Interest Multicultural Scale for Adolescents) von Unger et al. (2002) (Original-Skala 8 Items),
- 2.) ARSMA I (Acculturation Rating Scale for Mexican Americans I) von Cuellar et al. (1980) (Original-Skala 20-24 Items, auch Kurzformen verwendet),
- 3.) ARSMA II (Acculturation Rating Scale for Mexican Americans II) von Cuellar et al. (1995) (Original-Skala bestehend aus zwei Skalen mit 30 und 18 Items, auch Kurzformen verwendet),
- 4.) ASSIS (Acculturation Stress Scale for International Students) von Sandhu und Asrabadi (1994) (Original-Skala 36 Items),
- 5.) BAS (Bidimensional Acculturation Scale) von Marin und Gamba (1996) (Original-Skala 24 Items, auch Kurzformen verwendet),
- 6.) BASH (Brief Acculturations Scale for Hispanics) von Norris et al. (1996) (Original-Skala 4 Items),
- 7.) Hazuda et al. (1988), Akkulturationsskala von Hazuda et al. (1988) (Original-Skala 31 Items, auch Kurzformen verwendet),
- 8.) PAS (Psychological Acculturation Scale) von Tropp et al. (1999) (Original-Skala 10 Items) sowie
- 9.) SL-ASIA (Suinn-Lew Asian Self-Identity Acculturation Scale) von Suinn et al. (1995) (Original-Skala 21 Items, auch Kurzformen verwendet).

Die große Bandbreite der in gesundheitswissenschaftlichen Studien angewandten Erhebungsinstrumente zeigt zum einen, dass sich die Einbeziehung und Operationalisierung des Konstrukts Akkulturation nicht einfach gestaltet und in jeder Skala – je nach Schwerpunktsetzung der Studie – unterschiedliche Aspekte wie Sprache, Verhalten, Freundschaft oder Einstellungen einbezogen werden. Darüber hinaus unterschieden sich die Fragebögen vor allem in der Länge: Die hier untersuchten Original-Messskalen umfassten zwischen 4 und 48 Items, wobei von bereits bestehenden Skalen bei der erneuten Anwendung

bisweilen nur einzelne Items zur Messung des Akkulturationsgrades in den Studien herangezogen wurden. Obwohl dieses aus Zeitersparnisgründen und weiteren praktischen Erwägungen nachvollziehbar ist, sollte bedacht werden, dass eine Vergleichbarkeit dadurch mitunter erschwert ist. Ein weiterer grundlegender Unterschied bezieht sich auf die Zielgruppe: Einige Akkulturationsskalen wurden explizit für bestimmte Migrant/innengruppen entwickelt (z.B. SL-ASIA von Suinn et al. (1995)), während andere primär für den „multikulturellen Gebrauch“ (z.B. AHIMSA von Unger et al. (2002)) bestimmt waren.

2.7.7 Messung von Akkulturation in gesundheitswissenschaftlichen Studien in Deutschland

Eine in der Datenbank „PubMed“ durchgeführte Literaturrecherche¹⁴ (vgl. Lärer et al. 2010) veranschaulicht, dass Akkulturationsaspekte inzwischen auch vermehrt in nationale Studien einbezogen werden.

Aufgrund der im Vorfeld bestimmten Ein- und Ausschlusskriterien¹⁵ umfasste die weitere Sichtung 31 Publikationen. Dabei erfolgte die Erfassung von Akkulturationsindikatoren in den meisten Studien (n=22) mit Hilfe von bereits existierenden (z.B. FRAKK, Günay und Haag, VIA) sowie neu entwickelten bzw. neu adaptierten Akkulturationsfragebögen (z.B. Titzmann et al. 2011) sowie in einigen Studien (n=9) mit Hilfe eines oder mehrerer Proxys (z.B. Zeissig et al. 2015; Titzmann, Silbereisen 2012).

Etwa einem Drittel der hier betrachteten Publikationen (n=10) diente das von Berry entwickelte Akkulturationskonzept mit den vier Akkulturationsstrategien als Orientierung – in den Gesundheitswissenschaften immer noch das meistzitierte Akkulturationsmodell (vgl. Behrens et al. 2014; Morawa, Erim 2014; Reiss et al. 2015; Shim et al. 2014).

Trotz der Einbeziehung von Akkulturationskriterien war in vielen der hier genannten Studien weder eine eindeutige Begriffsdefinition noch eine differenzierte Darstellung eines Akkulturationsmodells festzustellen, was eine Einordnung der erfolgten Analysen mitunter erschwert.

Gleichwohl konnte anhand der hier genannten Recherchen aufgezeigt werden, dass die Einbeziehung von Akkulturationskriterien zu neuen Erkenntnissen in der

¹⁴ Literaturrecherche im März 2015 zu den Schlagworten „acculturation AND germany“ sowie „acculturation AND german“ mit n=152 respektive n=148 Treffern; Einschluss von Studien aus Deutschland, Publikationen aus den Jahren 2005 bis 2015.

¹⁵ Einschlusskriterien: Studien aus Deutschland mit Messung des Akkulturationsgrades der Bevölkerung mit Migrationshintergrund anhand einer Akkulturationsskala oder von Proxys; Ausschlusskriterien: Reviews, Kasuistiken, weitere Studien ohne Messung des Akkulturationsgrades.

Migrationsforschung führen und als ein zusätzlicher Indikator für (gesundheits-) wissenschaftliche Outcomes herangezogen werden kann. Vor allem bei der Untersuchung von Gesundheits- (bzw. Risiko-)Verhalten wie beispielsweise des Khat-Konsums (Bongard et al. 2015), des Rauchens in der Schwangerschaft (Reiss et al. 2015) oder der Impfprävalenz bei Kindern (Mikolajczyk et al. 2008) konnte die Betrachtung von Akkulturationsaspekten zu differenzierteren Aussagen innerhalb der Migrant/innenpopulation beitragen (vgl. Anhang 10.4 Tabelle 34).

2.7.8 Einbeziehung von Akkulturationskriterien in die Public-Health-Forschung zum Stillverhalten

Im Folgenden soll der Blick auf das Stillverhalten unter Berücksichtigung von Akkulturationsaspekten gerichtet werden. Hier konnten Studienergebnisse aus (westlichen) Einwanderungsländern (z.B. USA, Großbritannien etc.) der letzten zwei bis drei Jahrzehnte¹⁶ aufzeigen, dass die Einbeziehung von Akkulturationskriterien zu einer differenzierteren Beschreibung des Stillverhaltens von Frauen mit Migrationshintergrund beitragen kann (vgl. Ahluwalia et al. 2012; Anderson et al. 2004; Barcelona de Mendoza et al. 2016; Chapman, Pérez-Escamilla 2013; Gorman et al. 2007; Rassin et al. 1994).

Rassin et al. (1994) beschrieben schon Mitte der 1990er Jahre, dass die Stillrate bei am wenigsten akkulturierten Frauen aus Lateinamerika am höchsten war (52,9%), während Frauen lateinamerikanischer Herkunft mit dem höchsten Akkulturationsgrad die geringste Stillrate (36,1%) aufwiesen. Dieses Phänomen wurde ein gutes Jahrzehnt später von Gorman et al. (2007) bestätigt: Auch hier war die Stillrate bei weniger akkulturierten Frauen lateinamerikanischer Herkunft höher als bei mehr akkulturierten Immigrantinnen aus Lateinamerika (OR 1,49; 95% KI 1,02-2,19). Weiterhin beschrieben Ahluwalia et al. (2012) in einer Studie das Stillverhalten von Immigrantinnen aus lateinamerikanischen Ländern in den USA: Verglichen mit nicht zugewanderten US-Amerikanerinnen konnten sie eine höhere Stillbereitschaft und Stilldauer bei Immigrantinnen aus Lateinamerika feststellen. Als Indikatoren für die Muttermilchernährung wurden der Stillbeginn, eine Stilldauer von zehn Wochen und länger sowie ausschließliches Stillen für zehn Wochen und länger gewertet (Stillbeginn von mehr akkulturierten Immigrantinnen versus weniger akkulturierten Immigrantinnen: PR (Prevalence Ratio) 0,88; 95% KI 0,86-0,90 sowie Stilldauer von mehr akkulturierten Immigrantinnen ≥ 10 Wochen: PR 0,77; 95% KI 0,72-0,82).

¹⁶ Ausgewählte Ergebnisse der Pub-Med-Recherche zu den Schlagworten „breastfeeding AND acculturation“; quantitative Studien, die sich mit dem Stillverhalten in Einwanderungsländern befassen (letzte Recherche: 22.03.2017).

Dagegen konnten Anderson et al. (2004) in einer Studie zu Stillbeginn und Akkulturation von Frauen aus Puerto Rico in den USA diese Ergebnisse nicht bestätigen; als mögliche Begründung führen sie die unterschiedliche Stillhäufigkeit in den Herkunftsländern der Frauen an. Beispielsweise liegt die Stillrate in Mexiko bei über 90%, wohingegen die Stillrate in Puerto Rico in den 1990er Jahren unter der der USA und anderer Länder Lateinamerikas lag (Anderson et al. 2004).

Dieses verdeutlicht die Heterogenität der in US-amerikanischen Publikationen häufig untersuchten „Latinas“¹⁷, da sowohl die Herkunftsländer als auch die Aufenthaltsdauer im Aufnahmeland stark variieren (Anderson et al. 2004; Chapman, Pérez-Escamilla 2013). Chapman und Pérez-Escamilla (2013) weisen in ihrer Studie noch auf einen weiteren Differenzierungspunkt hin: Aus Lateinamerika stammende Frauen in den USA begannen zwar häufiger mit dem Stillen, aber die Säuglinge wurden oft nicht ausschließlich gestillt, sondern erhielten bereits früh zusätzlich zur Muttermilch industriell hergestellte Säuglingsnahrung. Dieses frühe Zufüttern von Muttermilchersatzstoffen wird von den Autoren als „specific to their culture“ (Chapman, Pérez-Escamilla 2013: 188) beschrieben. Diese auch als „Zwielmilchernährung“ bezeichnete Art der Stillens konnte ebenfalls in neueren Studien bestätigt werden (Flores et al. 2016; Linares et al. 2014).

Barcelona de Mendoza et al. (2016) setzten den Fokus ebenfalls auf die Stillabsicht von Frauen aus Puerto Rico in den USA. Durch die Verwendung unterschiedlicher Messkriterien für Akkulturation – zum einen eine Akkulturationsskala, zum anderen Proxyvariablen – konnten sehr differenzierte Ergebnisse eruiert werden. Als Erklärung wird angemerkt, dass eine Akkulturationsskala und Proxys (z.B. die Sprachpräferenz) jeweils andere Konstrukte messen. Dennoch konnte aufgezeigt werden, dass eine höhere Akkulturation negativ mit der exklusiven Stillabsicht assoziiert ist. Abbildung 5 zeigt die in internationalen Stillstudien beschriebenen akkulturationsbezogenen stillfördernden sowie stillhemmenden Einflussfaktoren:

¹⁷ Der Begriff der „Latinas“ für Frauen aus lateinamerikanischen Ländern wird in den USA häufig synonym mit „Hispanics“ verwendet. Streng genommen ist die Gruppe der „Hispanics“ jedoch größer, da hierzu alle spanischsprachigen Einwanderinnen zählen und nicht nur diejenigen, die aus dem (latein-)amerikanischen Raum stammen (David 2011).

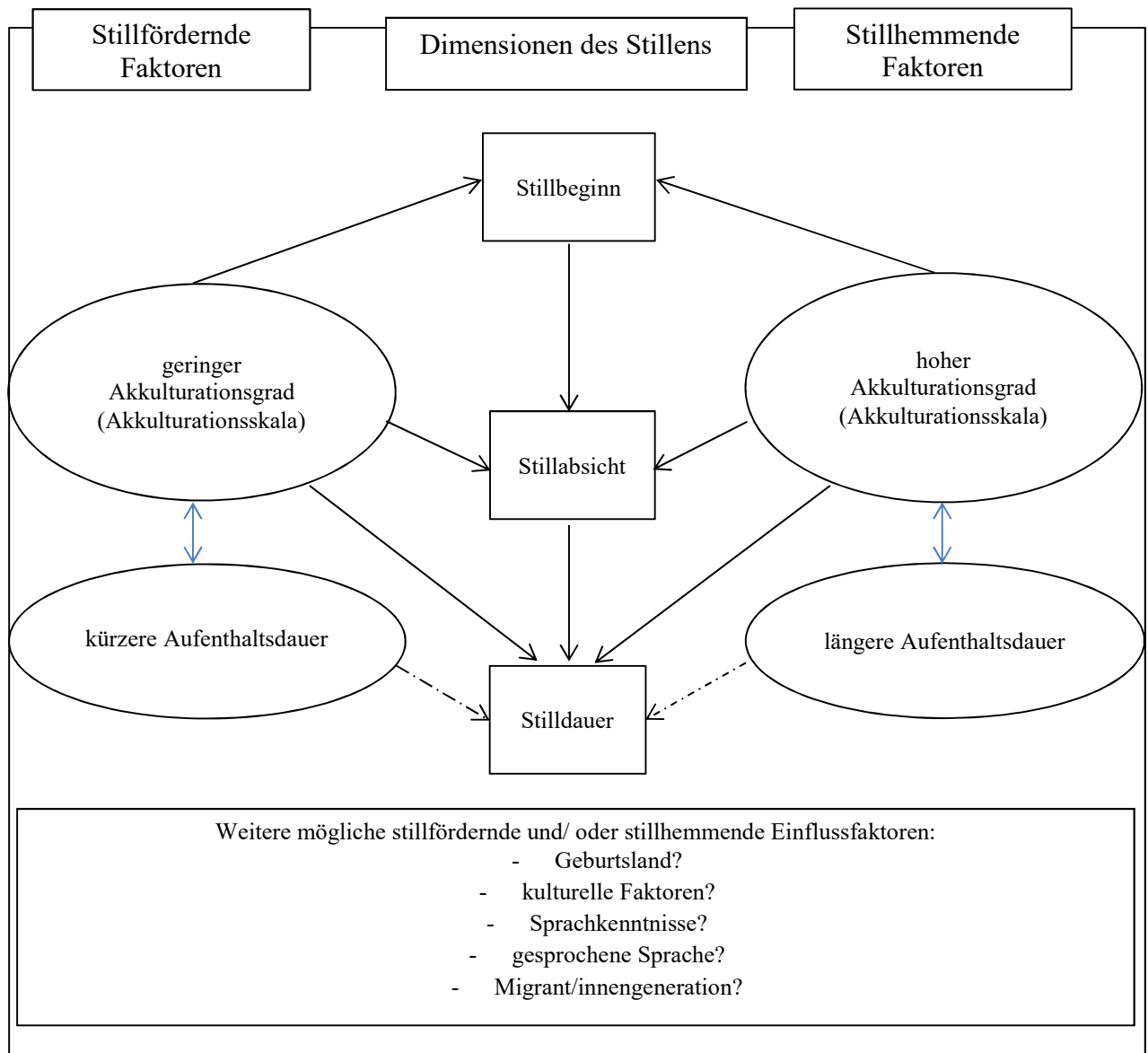


Abbildung 5: Schematische Darstellung der akkulturationsbezogenen Einflussfaktoren auf das Stillverhalten

2.8 Modelle zur Erklärung der Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund

2.8.1 Der „Healthy-Migrant-Effect“

Inzwischen existieren mehrere Modelle zur Erklärung der Gesundheit von Personen mit Migrationshintergrund. Ein oft verwendetes Erklärungsmodell ist das Modell des „Healthy-Migrant-Effects“, welches einen Vor-„Selektionsprozess bei der Zuwanderung“ (Kohls 2008: 17) bezeichnet und häufig zur Erklärung von Unterschieden gesundheitlicher Outcomes bei migrierten Personen herangezogen wird. Die Annahme dahinter ist, dass vor allem gesunde und jüngere Personen die Migration in ein anderes Land wagen und sich dieser Effekt in den

Morbiditäts- und Mortalitätsstatistiken wiederfindet, die in bestimmten Bereichen bei chronischen Erkrankungen (z.B. Herz-Kreislaufkrankungen) wegen einer vergleichsweise langen Latenzzeit niedrigere Krankheitsrisiken für Immigrant/innen aufweisen (Spallek 2012). Bei der Beschreibung des „Healthy-Migrant-Effects“ stellt sich jedoch die Frage, wer als Vergleichsgruppe dient: Sind die gesundheitlichen Vorteile im Vergleich zur Bevölkerung der Herkunftslandes oder im Vergleich zur Bevölkerung des Aufnahmelandes untersucht worden (Razum et al. 2008)?

2.8.2 Das „Latina Paradox“

Wiederholt wurde in epidemiologischen Studien aus den USA beschrieben, dass weniger akkulturierte Immigrant/innen aus Lateinamerika, welche die zahlenmäßig größte Migrant/innengruppe in den USA darstellen, trotz schlechterer sozialer Bedingungen bessere gesundheitliche Ergebnisse aufweisen als mehr akkulturierte Personen lateinamerikanischer Herkunft (McGlade et al. 2004).

Auch beim Stillverhalten zeigte sich (vgl. 2.7.8), dass in den USA Immigrantinnen aus Lateinamerika, die erst seit kürzerer Zeit im Aufnahmeland lebten, ihre Kinder länger stillten als Frauen, bei denen die Migration bereits längere Zeit zurücklag (Ahluwalia et al. 2012). Dieses Phänomen wird vor allem in der US-amerikanischen Forschungsliteratur als „Latina-Paradox“ (McGlade et al. 2004: 2062), „immigrant health paradox“ (Sussner et al. 2008: 673) bzw. „negativer Akkulturationseffekt“ (Ro 2014: 8039) bezeichnet. Frauen lateinamerikanischer Herkunft gehören in den USA häufig zu den sozioökonomisch schlechter gestellten Bevölkerungsgruppen. Da sozial und ökonomisch schlechter gestellte Bevölkerungsgruppen – wie in Kapitel 2.5 beschrieben – oft auch gesundheitlich benachteiligt sind und schlechtere Gesundheitsoutcomes aufweisen, wurde zunächst vermutet, dass sich dieses auch bei Immigrant/innen aus Lateinamerika zeige. Jedoch konnten in verschiedenen Studien bei Frauen aus Lateinamerika trotz schlechterer sozioökonomischer Bedingungen und eines geringeren Akkulturationsgrades bessere geburtshilfliche Outcomes – wie beispielsweise eine geringere Inzidenz von geringem Geburtsgewicht – nachgewiesen werden (Fuentes-Afflick, Lurie 1997; McGlade et al. 2004).

Hierzu zählen beispielsweise auch Unterschiede im Stillverhalten: Anders als erwartet zeigten Frauen lateinamerikanischer Herkunft mit einem geringeren Akkulturationsgrad bzw. einer kürzeren Aufenthaltsdauer im Zielland in vielen Studien eine höhere Stillprävalenz und eine längere Stilldauer als mehr akkulturierte Immigrantinnen aus Lateinamerika. Es wird vermutet, dass u.a. soziale Netzwerke, in denen die Frauen nach der Migration aufgefangen

werden und Unterstützung erhalten, dazu beitragen, dass gesundheitsförderliche Verhaltensweisen (z.B. Stillen) beibehalten und gesundheitliches Risikoverhalten wie Rauchen und ungesunde Ernährungsweisen (noch) vermieden werden (David 2011). Dieses Erklärungsmodell des epidemiologischen Paradoxons steht im direkten Bezug zum oben beschriebenen „Healthy-Migrant-Effect“, der ebenfalls bessere gesundheitliche Outcomes bei der migrierten Bevölkerung beschreibt.

2.8.3 Modell: „Migration als gesundheitlicher Übergang“

Aufgrund von Einschränkungen der bisherigen Erklärungsmodelle, entwickelten Razum et al. (Razum 2009; Razum, Twardella 2002) ein neues Modell zur Erklärung des Gesundheitszustandes von zugewanderten Personen. Das „Modell der Migration als gesundheitlicher Übergang“ setzt an der zu beobachtenden Entwicklung an, dass sich alle Gesellschaften weltweit in einem Übergang von hoher Sterblichkeit – verbunden mit hoher Säuglings- und Müttersterblichkeit sowie aufgrund von Infektionskrankheiten – zu geringerer Sterblichkeit – verbunden mit niedrigerer Säuglings- und Müttersterblichkeit und einer Sterblichkeit vor allem im hohen Lebensalter vermehrt aufgrund chronischer Erkrankungen – befinden. Diese Entwicklung kann in verschiedenen Ländern mit jeweils unterschiedlicher Geschwindigkeit beobachtet werden (Razum 2009; Razum, Twardella 2002). Im Rahmen der immer weiter zunehmenden internationalen Migration wechseln viele Personen den Lebensmittelpunkt von einem Land zu einem anderen, wobei sich viele Hauptherkunftsländer von Immigrant/innen in einem „früheren“ Stadium des gesundheitlichen Übergangs befinden, d.h. das Herkunftsland weist eine höhere Mütter- und Säuglingssterblichkeit auf als das Aufnahmeland. Nach der Migration profitieren die Immigrant/innen im Zielland meist relativ schnell von den gesundheitlichen und medizinischen Möglichkeiten und Entwicklungen in diesem Bereich, während der Übergang zu einer höheren Erkrankungsrate bei den chronischen Erkrankungen häufig einen längeren Zeitraum benötigt. So können sich Immigrant/innen je nach Aufenthaltsdauer im Aufnahmeland in unterschiedlichen Phasen des „gesundheitlichen Übergangs“ befinden, was als Erklärung für Unterschiede in den Morbiditäts- und Mortalitätsstatistiken herangezogen werden kann (Spallek 2012). Einhergehend mit der Entwicklung von chronischen Erkrankungen spielt das Gesundheitsverhalten ebenfalls eine entscheidende Rolle. Hier konnten bereits in früheren Studien sowohl spezifische Risiken als auch Ressourcen bei Personen mit Migrationshintergrund aufgezeigt werden – was sich beispielsweise in Unterschieden im Rauchverhalten, aber auch im Ernährungsverhalten zeigen kann (RKI 2015b).

2.8.4 Modell: „Migration in der Life-Course-Epidemiologie“

Aktuell wird in der epidemiologischen Forschung zunehmend das Modell der Lebenslaufperspektive („Life course epidemiology“) im Kontext der Beschreibung der Gesundheit von Personen mit Migrationshintergrund verwendet (Spallek 2012; Spallek et al. 2011). Dieses Modell geht auf die Beobachtungen des Epidemiologen David J. Barker zurück, der bei der Beschreibung der Adipositas-Ätiologie darauf hinwies, dass bereits die Gewichtsentwicklung vor der Geburt als sogenannte „vorgeburtliche Programmierung“ in die Krankheitsentstehung mit hineinspielt (Ben-Shlomo et al. 2016). Zentral für die Erklärung der Entstehung von Erkrankungen ist somit die Berücksichtigung des gesamten (bisherigen) Lebenslaufs der konkreten Personen. Diese Perspektive ist bei der Beschreibung der Gesundheit von Personen mit Migrationshintergrund neu und wurde in den bisherigen Modellen nicht ausreichend berücksichtigt (Spallek et al. 2011). Allgemein werden mehrere Konzepte der „Life course epidemiology“ unterschieden, die parallel verwendet werden (können). Dabei finden beispielsweise sowohl die (gesundheitlichen, aber auch sozialen) Bedingungen („exposures“) im Herkunftsland vor der Migration genauso Beachtung wie die Phase der Migration selbst als auch die neuen Lebensbedingungen nach der Migration. Bei diesem Erklärungsmodell liegt das Augenmerk auf der gesamten Zeitschiene des bisherigen Lebenslaufs, der sich durch verschiedene sensible bzw. kritische Phasen (Ben-Shlomo, Kuh 2002) auszeichnet: Hier können die wichtigen, aber auch vulnerablen Lebensabschnitte „Schwangerschaft/ im Uterus“, „Kindheit“, „Adoleszenz“, „junges Erwachsenenalter“ und „Erwachsenenalter“ für die Entstehung von Krankheiten unterschieden werden. Dabei wird deutlich, dass bei Immigrant/innen der Zeitpunkt der Migration zu unterschiedlichen Phasen erfolgen und so – je nach individuellem Zeitpunkt – ganz verschiedene Auswirkungen auf den jeweiligen Lebenslauf haben kann. Bei Nachkommen von Immigrant/innen wird durch dieses Erklärungsmodell deutlich, dass die Expositionen im Herkunftsland und auch während des Migrationsakts selbst zwar keine Rolle bei der Krankheitsentstehung spielen, durch die Familiengeschichte und die hiermit verbundene Weitergabe von Gesundheitsverhalten und kulturellen Überzeugungen aber ebenfalls weiterhin bedeutsam sein (können) und bei der Erklärung von eventuellen Unterschieden berücksichtigt werden sollten. Anhand des Modells ergeben sich vier verschiedene Möglichkeiten, wie bzw. wann die Bevölkerung mit Migrationshintergrund mit der Gesundheit der autochthonen Bevölkerung verglichen werden kann, um für die jeweilige wissenschaftliche Fragestellung Vergleichsgruppen zu generieren und aussagekräftige Ergebnisse zu erhalten:

1. im Herkunftsland (A): migrierende versus nicht migrierende Bevölkerung,
2. im Aufnahmeland (1): autochthone Bevölkerung versus migrierte Bevölkerung,
3. Vergleich nicht migrierte Bevölkerung im Herkunftsland (A) versus migrierte Bevölkerung im Aufnahmeland (1) oder
4. Vergleich zwischen zwei Aufnahmeländern: migrierte Bevölkerung aus Herkunftsland (A) in Aufnahmeland (1) versus migrierte Bevölkerung aus Herkunftsland (A) in Aufnahmeland (2)

(Spallek et al. 2011).

2.9 Forschungstheoretischer Hintergrund

In diesem Abschnitt möchte ich mich der forschungstheoretischen Einbettung meiner gesundheitswissenschaftlichen Arbeit widmen. Die Gesundheitswissenschaften sind unter anderem damit befasst, Gesundheitsverhalten zu erklären bzw. vorausszusagen. Stillen stellt ebenfalls ein Gesundheitsverhalten dar. In der gesundheitswissenschaftlichen Forschung werden häufig gesundheitspsychologische Theorien und Modelle herangezogen, um Gesundheitsverhalten genauer zu beschreiben bzw. vorausszusagen (Jöllnbeck 2012; Kolip, Müller 2009; Lippke, Renneberg 2006). Um mich einem gesundheitswissenschaftlichen Modell zur Beschreibung des Stillverhaltens zu nähern, soll zunächst ein kleiner Überblick über gesundheitswissenschaftliche Theorien und Modelle aufgezeigt werden, bevor die bereits für mehrere Stillstudien herangezogene Theorie des geplanten Verhaltens genauer dargestellt wird.

2.9.1 Gesundheitswissenschaftliche Theorien und Modelle des Gesundheitsverhaltens

Allgemein werden in der gesundheitswissenschaftlichen Forschung verschiedene Gesundheitsverhalten („health behaviour“) beschrieben – wozu Verhaltensweisen wie beispielsweise Stressbewältigung, Ernährung, Prävention von Alkohol- und Tabakkonsum sowie die Kondomnutzung zählen. Zusammengefasst ist Gesundheitsverhalten eine bestimmte Verhaltensweise einer Person mit dem Ziel, die Gesundheit zu erhalten (Faltermeier 2011). Dieses steht im Gegensatz zu sogenanntem Risikoverhalten, welches eine Verhaltensweise mit Gefährdungspotenzial darstellt (Hammelstein, Roth 2006).

Theorien und Modelle sollen dabei helfen, Gesundheitsverhalten zu beschreiben. Dabei zieht die Gesundheitsförderung, die ein Teilbereich der Gesundheitswissenschaften ist und sich

durch ihren interdisziplinären Bezug auszeichnet (Jöllenbeck 2012), vor allem Modelle aus der Gesundheitspsychologie heran.

Die Entwicklung der Gesundheitsförderung setzte in den 1980er Jahren ein und fand vor allem im europäischen Regionalbüro der Weltgesundheitsorganisation statt (Kaba-Schönstein 2011). Ihre zentralen Forderungen wurden in der Ottawa-Charta von 1986 zusammengefasst und begründeten die breiter angelegte „New Public Health“, deren Ziele den Erhalt und die Verbesserung der Gesundheit einschließen (Kaba-Schönstein 2011).

Gesundheitspsychologische Modelle haben ihren Ursprung in den 1960er und 1970er Jahren. Ein frühes Modell ist das von Rosenstock (1966) entwickelte und von Becker (1974) modifizierte „Health Belief Modell“ (HBM) (Modell der Gesundheitsüberzeugungen), welches zur Beschreibung des Inanspruchnahmeverhaltens von Vorsorgeuntersuchungen herangezogen wurde (Naidoo, Wills 2003). Aufbauend auf den Kritikpunkten des „Health Belief Modells“ wurden weitere Modelle und Theorien entwickelt. Zentral ist hierbei die Darstellung von **Einflussfaktoren**, die zu einem bestimmten Verhalten oder auch zur Vermeidung eines Verhaltens führen (Lippke, Renneberg 2006).

Eine gängige Unterteilung der unterschiedlichen Theorien und Modelle ist die Differenzierung in:

- 1.) **kontinuierliche Modelle** wie z.B. die Theorie des überlegten Handelns von Fishbein und Ajzen, die bereits im Jahr 1975 entwickelt wurde, sowie die Weiterentwicklung dieses Modells zur Theorie des geplanten Verhaltens durch Ajzen (1985, 1991, 2011). Die Grundannahme ist hier, dass der Prozess der Verhaltensänderung als linearer, also kontinuierlicher, Prozess gesehen wird (Lippke, Renneberg 2006)

sowie

- 2.) **Stufenmodelle** wie z.B. das transtheoretische Modell („Transtheoretical Model“ - TTM) der Verhaltensänderung (Prochaska, Velicer 1997). Der Unterschied zu den vorgenannten kontinuierlichen Modellen liegt vor allem in der Annahme, dass Menschen auf dem Weg zu einem bestimmten Zielverhalten unterschiedliche Stufen (Stadien) durchlaufen (Jöllenbeck 2012; Lippke, Renneberg 2006).

Wie bereits erwähnt sollen die unterschiedlichen gesundheitspsychologischen Theoriemodelle Gesundheitsverhalten erklären bzw. vorausszusagen; darüber hinaus zielen sie darauf ab,

kognitive, soziale und soziodemografische **Einflussfaktoren** zu benennen, die dieses Verhalten unterstützen (Faltermaier 2011).

Zur Beschreibung des Stillverhaltens wurden bereits in früheren Forschungsvorhaben gesundheitspsychologische Modelle herangezogen, wobei in mehreren Studien die von Ajzen (1985, 1991) entwickelte Theorie des geplanten Verhaltens Anwendung fand (z.B. Cabieses et al. 2014; Giles et al. 2007; Jöllenbeck 2012; Lawton et al. 2012; Swanson, Power 2005). Giles et al. (2007) nutzten diese beispielsweise in einer Studie zur Messung der Einstellung von Schulkindern in Großbritannien zum Stillen. Auch Swanson und Power (2005) zogen die von Ajzen (1991, 2011) beschriebene Theorie in einer Studie zum Stillen heran, um vermittelnde Prädiktoren sowohl des Stillbeginns als auch des Weiterstillens zu beschreiben. Jöllenbeck (2012), die sich mit der Identifikation wirksamer Interventionsmaßnahmen der Stillförderung befasste, bezeichnet die Theorie des geplanten Verhaltens als relevante theoretische Grundlage ihrer Arbeit. Lawton et al. (2012) nutzten die Theorie des geplanten Verhaltens zur Voraussage des Stillverhaltens – unterteilt in die Aspekte Stillabsicht, Stillbeginn sowie Stildauer. Cabieses et al. (2014) zogen in einer Studie aus England mehrere Faktoren der Theorie des geplanten Verhaltens zur Eruiierung der Stillabsicht heran, wobei zwischen vier möglichen Säuglingsernährungsabsichten unterschieden wurde: dem Stillen (1), dem Teilstillen (2), der Flaschenernährung (3) sowie der noch bestehenden Unentschiedenheit („no clear intention“) (4) (Cabieses et al. 2014:1).

2.9.2 Die Theorie des geplanten Verhaltens („Theory of planned behaviour“ - TPB)

Die Theorie des geplanten Verhaltens baut darauf auf, dass ein bestimmtes (Gesundheits-) Verhalten durch die Einstellung gegenüber dem Verhalten, die subjektive Norm sowie die wahrgenommene Verhaltenskontrolle beeinflusst wird, wobei die Kontrolle über das eigene Verhalten – ähnlich der Selbstwirksamkeitserwartung („self-efficacy“) von Bandura (1977, 2004) – sowohl auf die Intention (Verhaltensabsicht) als auch direkt auf das Verhalten selbst wirkt (Lippke, Renneberg 2006) (vgl. Abbildung 6).

Die Einstellung gegenüber einem Verhalten kann sowohl positive als auch negative Bewertungen des Zielverhaltens beinhalten (Lippke, Renneberg 2006).

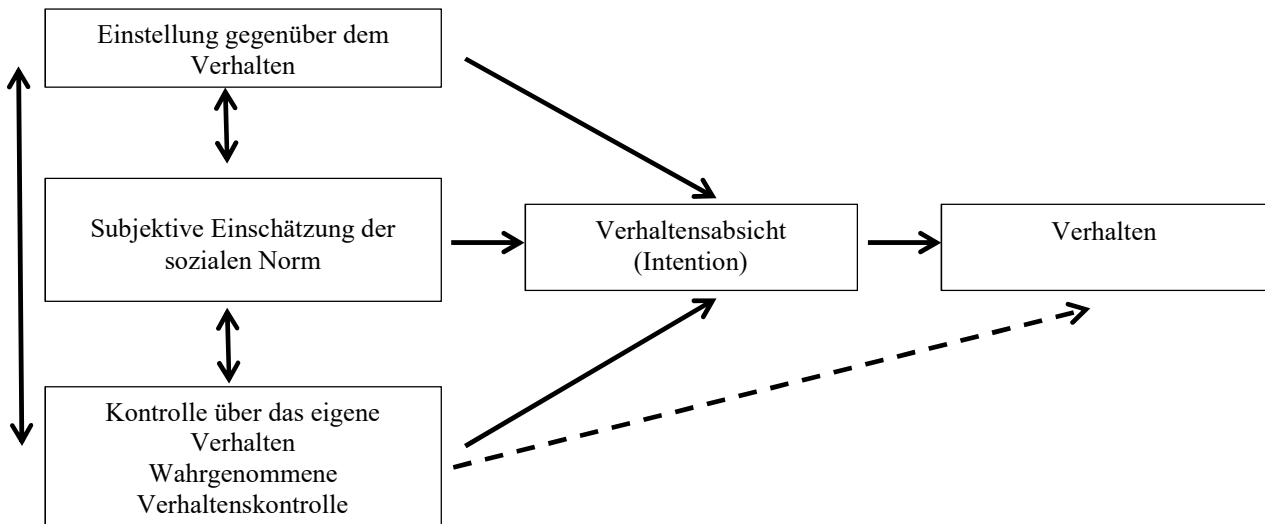


Abbildung 6: Theorie des geplanten Verhaltens von Ajzen (1991), zit. nach Naidoo und Wills (2003: 228); eigene Modifikation (SB)

Das ursprünglich von Fishbein und Ajzen (1975) in den 1970er Jahren entwickelte Modell wurde später von Ajzen (1991) durch das Konstrukt der „selbst eingeschätzten Verhaltenskontrolle“ ergänzt. Im Mittelpunkt der Theorie steht die Beziehung zwischen Überzeugungen, Einstellungen, Intention und Verhalten (Seibt 2011) (vgl. Abbildung 7).

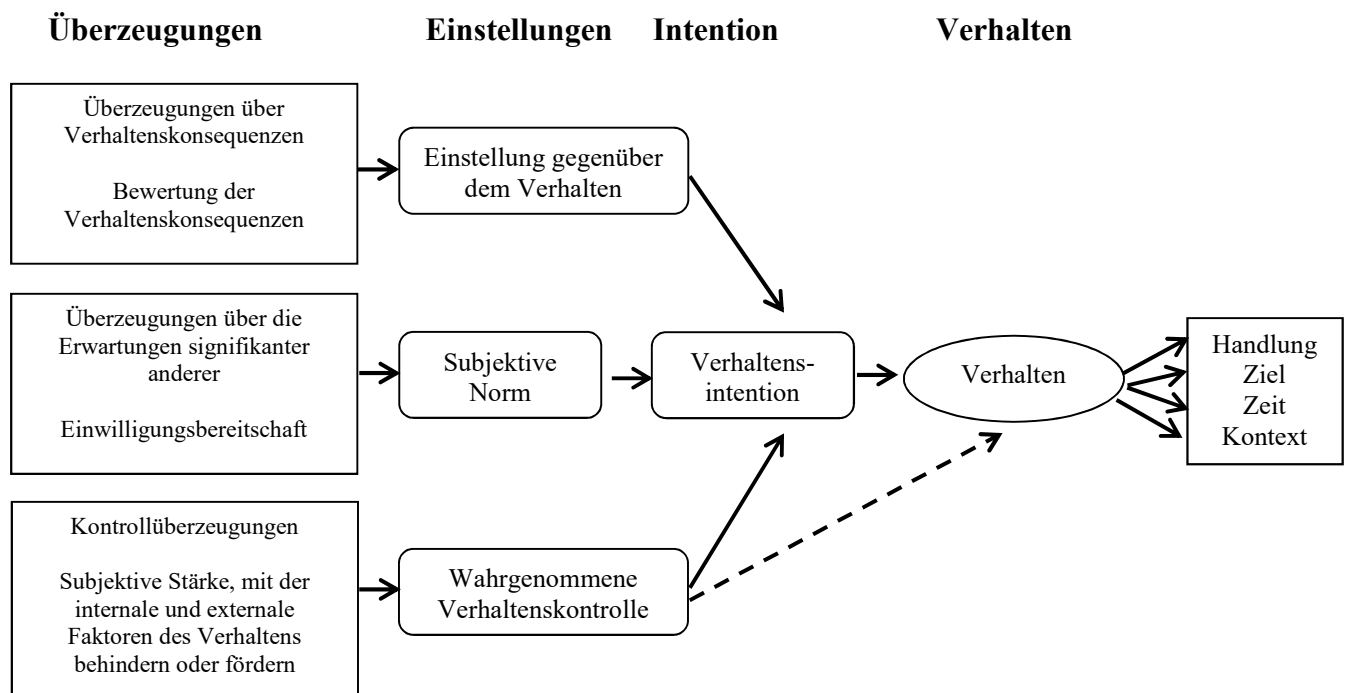


Abbildung 7: Theorie des geplanten Verhaltens, zit. nach Seibt (2011: 564); eigene Modifikation (SB)

Als ein grundlegender Einflussfaktor wird der Faktor der „Subjektiven Norm“ gesehen. Hier wird deutlich, dass „wichtige andere Personen“ wie beispielsweise Peergroups bei Teenagern, aber auch Familienangehörige (z.B. Mutter der Kindsmutter), (Ehe-)Partner/innen und Freunde/innen eine bedeutende Rolle bei der Zustimmung oder Ablehnung von unterschiedlichen Verhaltensweisen spielen (Seibt 2011).

Darüber hinaus beschreiben Ajzen und Manstead (2007) verschiedene Hintergrundfaktoren („backgroundfactors“), die auf die drei Haupteinflussfaktoren („major factors“) wirken:

1. Einstellung gegenüber dem Verhalten („Attitude toward the Behaviour“),
2. subjektive Einschätzung der sozialen Norm („Subjective Norm“) und
3. Kontrolle über das eigene Verhalten („Perceived Behavioural Control“).

Dabei werden persönliche (z.B. Selbstwertgefühl), demografische (z.B. Alter, Geschlecht, Ethnizität, Bildungsabschluss, Einkommen etc.) und umweltbezogene (z.B. Stress, Medienexposition etc.) Hintergrundfaktoren unterschieden, welche – über die drei Haupteinflussfaktoren die Verhaltensintention, aber auch über die wahrgenommene Verhaltenskontrolle – direkt das Verhalten beeinflussen (Ajzen, Manstead 2007) (vgl. Abbildung 8).

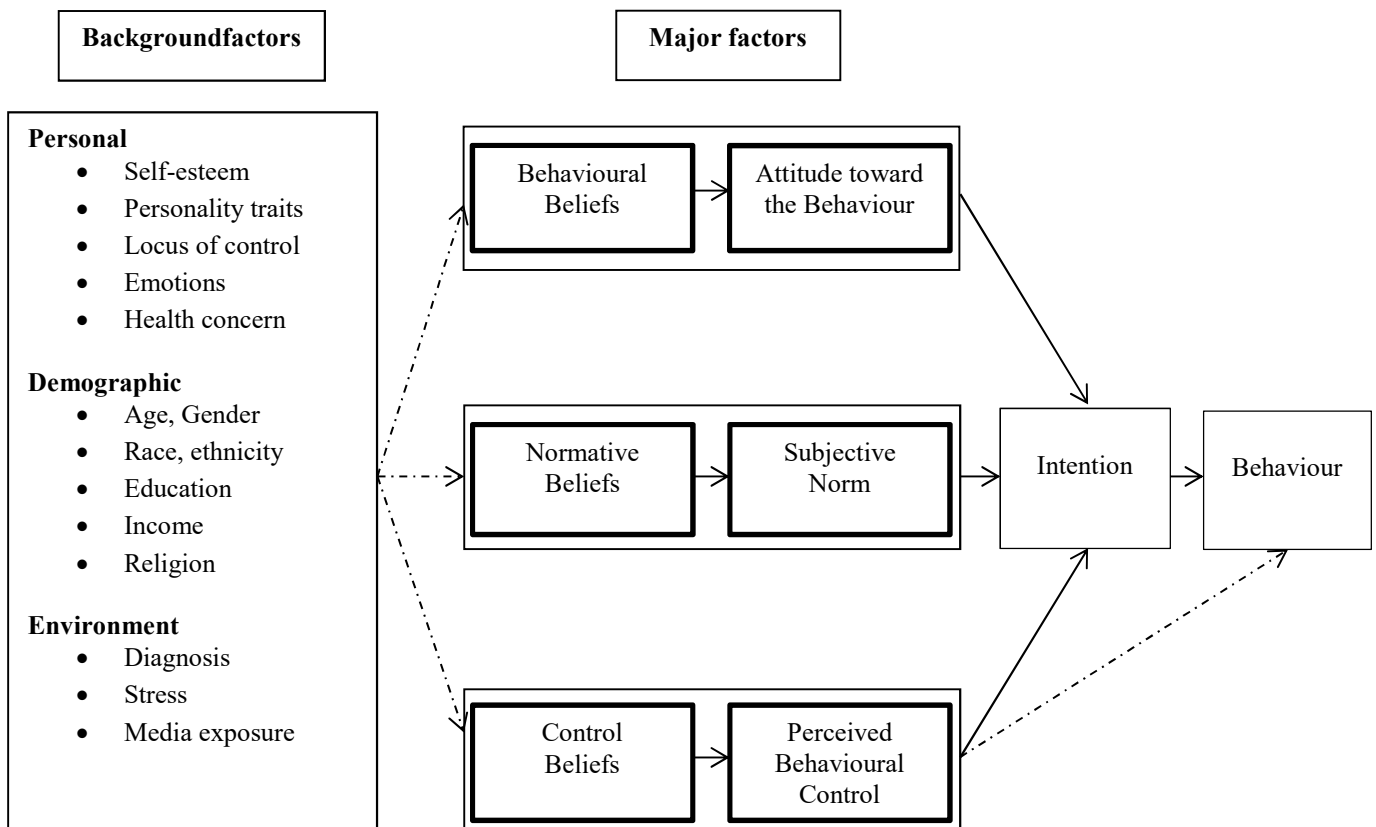


Abbildung 8: Theorie des geplanten Verhaltens, zit. nach Ajzen und Manstead (2007: 46); eigene Modifikation (SB)

2.10 Ziele der Arbeit

2.10.1 Fragestellungen des empirischen Teils

Das primäre Ziel des empirischen Teils meiner Arbeit ist der Frage nachzugehen, ob sich fortschreitende Migrations- und Akkulturationsprozesse auf das Stillverhalten auswirken. Wie aufgezeigt, erfolgte in den bisher in Deutschland publizierten Stillstudien im Gegensatz zu neueren Studien aus weiteren (Einwanderungs-)Ländern (vgl. Ahluwalia et al. 2012; Anderson et al. 2004; Barcelona de Mendoza et al. 2016; Chapman, Pérez-Escamilla 2013; Rassin et al. 1994) nur selten eine Differenzierung nach Migrationsaspekten. Lediglich im Rahmen der Basiserhebung der KiGGS-Studie wurde eine systematische Differenzierung nach Migrationshintergrund vorgenommen, wodurch Unterschiede im Stillverhalten sowohl nach Migrationsstatus als auch nach Herkunftsländern ersichtlich wurden (Lange et al. 2007a; Kleiser et al 2007). Eine weitere Unterdifferenzierung nach Akkulturationseinflüssen erfolgte bisher in keiner Stillstudie aus Deutschland.

Um dieses Ziel zu erreichen, werden mithilfe von statistischen Modellen die drei Dimensionen des Stillverhaltens – „Stillabsicht“, „Stillbeginn“ und „Stilledauer“ – im Kontext der in früheren Stillstudien genannten Einflussfaktoren unter besonderer Berücksichtigung von migrations- und akkulturationsbezogenen Faktoren genauer betrachtet. Dabei wird der Fokus sowohl auf die in nationalen Studien eruierten stillfördernden als auch stillhemmenden Einflussfaktoren (vgl. Anhang 10.2 Tabelle 33) sowie ergänzend auf migrations- und akkulturationsbedingte Einflussfaktoren aus internationalen Studien gerichtet. Die in früheren Studien genannten stillfördernden sowie stillhemmenden Einflussfaktoren wirken auf die unterschiedlichen Dimensionen des Stillens. Da in vielen Studien jedoch nicht immer alle Dimensionen des Stillens betrachtet wurden, sodass die Ergebnisse bisweilen kein differenziertes Bild des Stillverhaltens abgeben, soll dieses im Rahmen der hier vorliegenden Studie erfolgen.

Zur Systematisierung wurden die in früheren Stillstudien eruierten Einflussfaktoren (vgl. auch 2.6.9) auf das Stillverhalten nach folgenden thematischen Kategorien zusammengefasst und um akkulturationsbezogene Faktoren ergänzt:

1. Soziodemografische Faktoren: mütterliches Alter, Rückkehrwunsch in Berufstätigkeit, Schulbildung, Nettoeinkommen,
2. Gesundheitsverhalten: Inanspruchnahme Hebammenvorsorge, Inanspruchnahme Schwangerenvorsorge/ Geburtsvorbereitung, Rauchen in der Schwangerschaft, erster Anlegezeitpunkt**¹⁸, Zufüttern**,
3. Medizinische Faktoren: Müttergesundheit, Reifegrad des Neugeborenen, Kindergesundheit/ Verlegung in Kinderklinik, Geburtsmodus (Sectio), Frühgeburtslichkeit, Mehrlingsgeburt,
4. Erfahrung: Still Erfahrung, Parität,
5. (Soziale) Unterstützung: feste Partnerschaft, Familienstand**, Stillanleitung in der Klinik, Stillanleitung/ Hebammenbetreuung in Häuslichkeit, Unterstützung nach der Geburt, Einstellung naher Bezugspersonen zum Stillen**,
6. Migrations-/ Akkulturationsfaktoren: Migrationsstatus, Akkulturationsgrad, Herkunftsland, Aufenthaltsdauer, deutsche Sprachkenntnisse, Muttersprache,
7. Regionale Faktoren (innerhalb Deutschlands),
8. Stillabsicht** (erfragt in der Schwangerschaft),
9. Informiertheit zum Stillen**.

Zur Untersuchung der migrations- und akkulturationsbedingten Einflussfaktoren werden folgende Differenzierungen innerhalb des Studienkollektivs nach Migrationsfaktoren erfolgen:

- 1.) Zum einen soll untersucht werden, ob Unterschiede im Stillverhalten zwischen Frauen mit und ohne Migrationshintergrund, aber auch innerhalb des Migrantinnenkollektivs ersichtlich werden. So können Einflüsse einer eigenen Migrationserfahrung versus einer Migrationserfahrung der Eltern/ Großeltern genauer betrachtet werden.
- 2.) Darüber hinaus wird eine Differenzierung der Studienteilnehmerinnen mit Migrationshintergrund nach Akkulturationsgrad erfolgen, um der Frage nachzugehen, ob fortschreitende Akkulturationsprozesse einen Einfluss auf das Stillverhalten darstellen. Dabei werden Vergleichsgruppen nach folgenden Akkulturationskriterien gebildet:

¹⁸ Die mit ** gekennzeichneten Faktoren wurden in der vorliegenden Studie nicht erfasst.

- 1.) Frankfurter Akkulturationsskala (FRAKK15) (Bongard et al. 2000, 2002) sowie
- 2.) den drei Proxy-Variablen:
 - a) Sprachkenntnisse (sehr gute + gute versus sonstige Deutschkenntnisse sowie andere Muttersprache versus Muttersprache Deutsch + zweisprachig),
 - b) Länge des Aufenthalts in Deutschland (unterteilt in vier bzw. zwei Kategorien),
 - c) Geburtsland bzw. Geburtsregion (Deutschland: Frauen mit Migrationshintergrund der zweiten und dritten Generation, GUS-Staaten, Libanon und Türkei)¹⁹.

Schwerpunkt des empirischen Teils ist die Auswertung der an drei Berliner Geburtskliniken erhobenen Daten²⁰ zum Stillverhalten der Studie „Perinatale Gesundheit + Migration in Berlin“ (2010-2013).

2.10.2 Ziel des theoretischen Teils

Ein weiteres Hauptziel der vorliegenden Arbeit ist, das bestehende Theoriemodell des geplanten Verhaltens (Ajzen, Manstead 2007) sowie das Modell der Life-Course-Epidemiologie (Spallek 2011) um die Beschreibung des Stillverhaltens zu erweitern bzw. zu ergänzen.

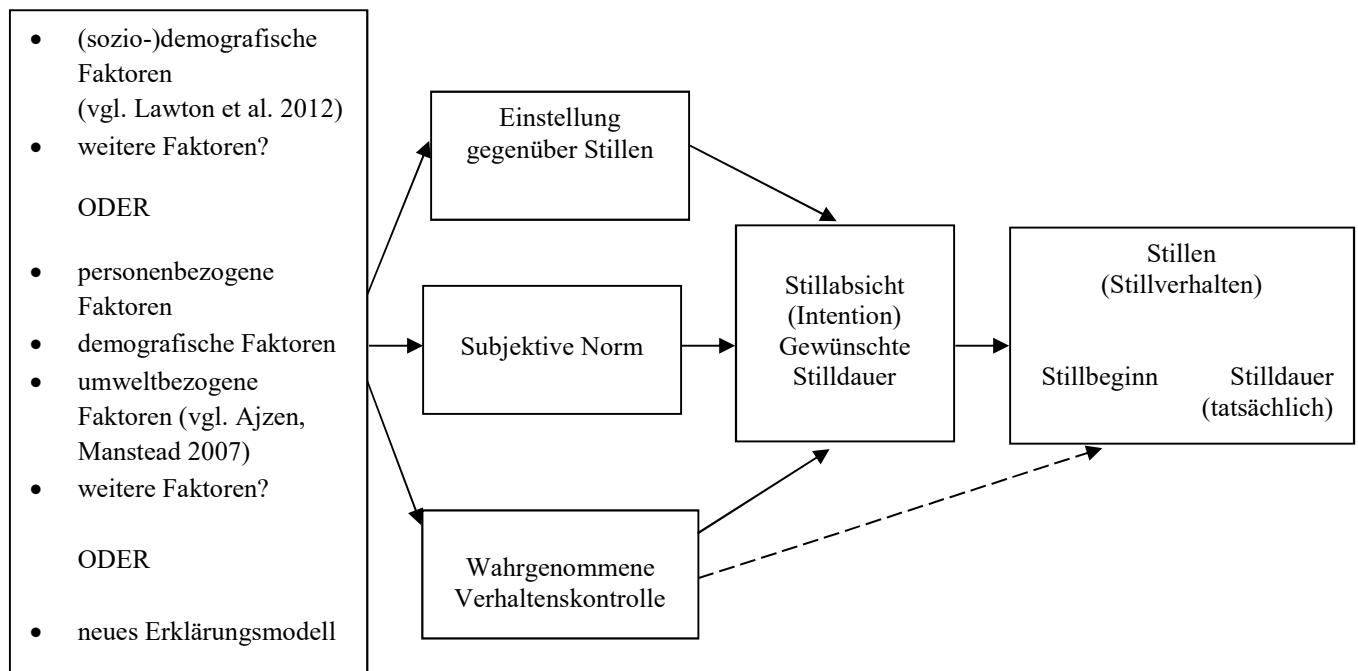
Hierzu sollen die im empirischen Teil eruierten Determinanten das Stillverhalten unter Einbeziehung von eventuellen Migrations- und Akkulturationseinflüssen näher beschreiben und für die Weiterentwicklung des in Kapitel 2.9.2 beschriebenen Theoriemodells herangezogen werden.

Dabei spielen die von Lawton et al. (2012) zur Beschreibung des Stillverhaltens einbezogenen (sozio-)demografischen Variablen ebenso in die Überlegungen zur Weiterentwicklung des Theoriemodells mit hinein wie die von Ajzen und Manstead (2007) beschriebenen und in drei Kategorien unterteilten Hintergrundfaktoren.

Ausgehend vom Modell der Theorie des geplanten Verhaltens (Ajzen 1991) lassen sich die möglichen relevanten Hintergrundfaktoren wie folgt darstellen (vgl. Abbildung 9), um im Anschluss anhand der hier gewonnenen Erkenntnisse das Modell der Life-Course-Epidemiologie zu erweitern:

¹⁹ Diese Betrachtung soll dazu beitragen, auch evtl. kulturelle Einflüsse zu berücksichtigen, da das Stillverhalten in den Herkunftsregionen der gebärenden Frauen Auswirkungen auf die aktuelle Stillpraxis haben könnte (Anderson et al. 2004; Chen et al. 2013; Kleiser et al. 2007).

²⁰ vgl. Kapitel 3.1



Hauptinflussfaktoren Intention Verhalten

Einstellungen

Dimensionen des Stillens

Abbildung 9: Skizze der möglichen Weiterentwicklung der Theorie des geplanten Verhaltens zur Erklärung des Stillverhaltens

2.10.3 Weiteres Ziel der Arbeit

Neben der empirischen Datenanalyse wird im Rahmen der Arbeit ein weiteres Forschungsziel verfolgt: Das Konzept der **Akkulturation** – wie in Kapitel 2.7 dargestellt – wird in gesundheitswissenschaftlichen Studien in Deutschland im Gegensatz zu Studien aus klassischen Einwanderungsländern wie z.B. den USA, Kanada und Australien (vgl. Thomson, Hoffman-Goetz 2009) erst seit den letzten Jahren öfter in die Studienplanung und Datenanalyse einbezogen. Um der Frage nachzugehen, ob Akkulturationseinflüsse neben migrationsrelevanten Angaben ebenfalls in die diversitysensible Gesundheitsforschung einbezogen werden sollten, um der Heterogenität der Bevölkerung mit Migrationshintergrund gerecht zu werden, wird im Rahmen der Diskussion eine theoriegeleitete Auseinandersetzung zur Einbeziehung von Akkulturationsaspekten in gesundheitswissenschaftliche Studien erfolgen. Unterstützend zur kritischen Reflexion sollen die hier einbezogenen Akkulturationskriterien einander gegenübergestellt und verglichen werden, um der Frage nachzugehen, ob und wenn ja welche Möglichkeiten sich durch die Einbeziehung von Akkulturationsaspekten in der Gesundheitsforschung ergeben sowie welche Messvariablen handhabbar und aussagekräftig sind.

3. Methodisches Vorgehen: Empirischer Teil

3.1 Studiendesign: „Perinatale Gesundheit + Migration in Berlin“ (2010-2013)

Die von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) geförderte Studie (Studienleitung Matthias David und Theda Borde; GZ: DA 1199/2-1) war als prospektive Versorgungsforschungsstudie konzipiert. Die Projektlaufzeit erstreckte sich von September 2010 bis Oktober 2012, nach Bewilligung einer einmaligen Verlängerung bis Januar 2013. Bereits mit der Antragstellung wurden drei Projektphasen festgelegt:

1. Vorbereitungsphase: September 2010 bis Januar 2011
2. Datenerhebungsphase: Januar 2011 bis Januar 2012
3. Auswertungsphase: Januar 2012 bis Oktober 2012; verlängert bis Januar 2013

In der Vorbereitungsphase erfolgte u.a. die Fragebogenentwicklung und die Einstellung und Schulung der Projektmitarbeiterinnen (Study Nurses/ Interviewerinnen sowie Studentische Mitarbeiterinnen).

In der Datenerhebungsphase wurden Frauen in folgenden drei Berliner Geburtskliniken interviewt:

1. **Klinik für Geburtsmedizin der Charité (Universitätsmedizin Berlin) Campus Virchow-Klinikum** in Berlin-Wedding (Level-I-Perinatalzentrum) (CVK),
2. **Klinik für Geburtsmedizin des Klinikums Am Urban** in Berlin-Kreuzberg (KAU) und
3. **Klinik für Geburtsmedizin des Klinikums Neukölln** in Berlin-Neukölln (KNK) (Level-I-Perinatalzentrum), die beiden letztgenannten sind Kliniken des kommunalen Berliner Krankenhauskonzerns „Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH“.

Die Datenerhebung erfolgte anhand von standardisierten Fragebögen (T1 und T2) durch Interviewerinnen in Face-to-Face-Interviews. Ziel war die Vollerhebung aller zur Entbindung aufgenommenen Frauen in den drei teilnehmenden Geburtskliniken. Zum dritten Erhebungszeitpunkt (T3) wurden bei einem Teilkollektiv Telefoninterviews durchgeführt. In der letzten Projektphase erfolgte die statistische Datenauswertung der Forschungshypothesen.

3.2 Ein- und Ausschlusskriterien

3.2.1 Einschlusskriterien

In die Studie wurden alle Frauen eingeschlossen, die in einer der drei teilnehmenden Geburtskliniken zur Geburt aufgenommen wurden, bei denen die Geburt ihres Kindes ab der Schwangerschaftswoche (SSW) 24+0 (mit Lebenszeichen) erfolgte und die bei der Geburt ihres Kindes mindestens 18 Jahre alt waren.

3.2.2 Ausschlusskriterien

Aus der Studie wurden Frauen ausgeschlossen, bei denen die Schwangerschaft mit einem Schwangerschaftsabbruch, einer Fehlgeburt, einem Spätabbruch, einem induzierten Abort oder einer Totgeburt (pränatal intrauterin verstorbenes Kind) endete. Ebenfalls nicht mit einbezogen wurden Frauen, die zum Zeitpunkt der Geburt ihres Kindes noch nicht 18 Jahre alt waren sowie Frauen mit einem ständigen Wohnsitz im Ausland.

3.3 Untersuchungsinstrumente

Die ersten beiden Fragebögen der Primärdatenerhebung an den drei Berliner Geburtskliniken lagen sowohl in deutscher Sprache als auch in acht Hauptherkunftssprachen²¹ der Studienteilnehmerinnen mit Migrationshintergrund vor (vgl. 3.7.3).

Bei der Fragebogenentwicklung des **ersten und zweiten Fragebogens** war das zentrale Anliegen, den ersten Fragebogen sehr umfassend zu gestalten, da bei den weiteren Erhebungszeitpunkten den Studienteilnehmerinnen nur noch wenige, erst dann relevante Fragen gestellt werden sollten.

3.3.1 Erster Fragebogen (T1)

Mit dem **ersten Fragebogen** wurden soziodemografische Angaben (23 Items), Angaben zur Versorgungssituation in der Schwangerschaft (9 Items) sowie zu eventuell erfolgter Migration und Akkulturation (8 Items) erhoben. Ergänzend wurde bei allen Frauen mit Migrationshintergrund die von Bongard et al. (2000, 2002) entwickelte und bereits evaluierte Frankfurter Akkulturationsskala (FRAKK) mit 15 Items zur Erfassung des Akkulturationsgrades eingesetzt (vgl. 3.4.2).

²¹ Arabisch, Englisch, Französisch, Kurdisch-Kurmandschi, Polnisch, Russisch, Spanisch und Türkisch

Der Fragebogen des ersten Erhebungszeitpunkts (T1) wurde vom Projektteam selbst entwickelt, wobei mehrere Items aus früher durchgeführten Studien der Studienleitung David und Borde übernommen wurden (vgl. Borde et al. 2002²²; Borde et al. 2003²³).

3.3.2 Zweiter Fragebogen (T2)

Im **zweiten** Fragebogen (6 Items) standen Fragen zum Stillbeginn und zur gewünschten Stilldauer bzw. zu Gründen des „Nicht-Stillens“ im Mittelpunkt. Darüber hinaus sollten die teilnehmenden Frauen *nach* der Schwangerschaft zum Rauchverhalten in der Schwangerschaft befragt werden, da hier aussagekräftigere Angaben als im Mutterpass erwartet wurden. Die Frage zum „Nicht-Stillen“ (Fragebogen 2, Frage 2) wurde aus Weissenborn (2009) übernommen; alle anderen Fragen wurden vom Projektteam selbst entwickelt.

3.3.3 Dritter Fragebogen (T3)

Zum dritten Erhebungszeitpunkt wurden ausschließlich Telefoninterviews bei einem Teilkollektiv durchgeführt. Anhand des dritten Fragebogens wurden nur Frauen befragt, bei denen die Geburt zwischen dem 10. Januar 2011 und dem 09. Mai 2011 an der Charité (Campus Virchow-Klinikum) erfolgte und die im Rahmen des zweiten Fragebogens ihr Einverständnis zu einem Telefoninterview gegeben hatten. Mit dem dritten Fragebogen wurden Angaben zur tatsächlichen Stilldauer, zum aktuellen Empfängnisverhaltensverhalten, zur Inanspruchnahme von Hebammenangeboten nach der Entbindung sowie den Kinderfrüherkennungsuntersuchungen („Vorsorgeuntersuchungen“) erfasst (7 Items).

3.3.4 Drop-Out-Bögen

Um einen Überblick über die häufigsten Ablehnungsgründe zu erhalten, wurden von den Interviewerinnen Drop-Out-Bögen für alle Non-Responderinnen ausgefüllt. Das waren zum einen Frauen, die aufgrund der Ausschlusskriterien nicht an der Studie teilnehmen konnten und als qualitätsneutrale Ausfälle gewertet wurden. Zum anderen wurden Drop-Out-Bögen für Frauen ausgefüllt, die explizit eine Studienteilnahme ablehnten sowie für Frauen, die aufgrund diverser Gründe (z.B. ambulante Entbindung außerhalb der Schichten der Interviewerinnen) nicht erreicht wurden. Neben den Gründen für die Nichtteilnahme wurden

²² Frauenklinikstudie 1996-1999

²³ Notfallambulanzstudie 2001-2003

Angaben zu einem eventuellen Migrationshintergrund erhoben. Die Zuordnung in die drei Kategorien „mit Migrationshintergrund“, „ohne Migrationshintergrund“ bzw. „nicht sicher zuordenbar“ erfolgte anhand der Namensanalyse des Vor- und/ oder Nachnamens der Non-Responderinnen. Zur Überprüfung, ob alle Frauen erfasst wurden, dienten die Geburtsnummern der Kliniken, die in den jeweiligen Geburtskliniken laufend für alle Geburten in chronologischer Reihenfolge vergeben werden. Mehrlingsgeburten werden dabei als *eine* Geburt gezählt. In die Non-Response-Analyse der Drop-Out-Bögen wurden ausschließlich Frauen einbezogen, die nicht aufgrund von Ausschlusskriterien von der Studienteilnahme ausgeschlossen waren.

3.4 Messung von Migrationsstatus und Akkulturationsgrad

3.4.1 Migrationsstatus nach Schenk et al. (2006)

Zur Operationalisierung eines Migrationshintergrunds wurde der von Schenk et al. (2006) entwickelte Mindestindikatorenansatz zur Erfassung des Migrationsstatus gewählt, welcher bereits in mehreren Studien Anwendung fand (z. B. Bermejo et al. 2012; Gust et al. 2014; Maksimovic et al. 2014; Oberaigner et al. 2013). Anhand der Fragen nach

- dem Geburtsland der Eltern („In welchem Land sind Ihre Eltern geboren? Mutter: In Deutschland, In einem anderen Land? In welchem?; Vater: In Deutschland, In einem anderen Land, In welchem?“),
- der Muttersprache der Studienteilnehmerin („Welche Sprache ist Ihre Muttersprache? Deutsch, andere Sprache, zweisprachig“),
- der Aufenthaltsdauer in Deutschland („Seit wann leben Sie hauptsächlich in Deutschland? Seit meiner Geburt, Seit (Jahreszahl), Wohnsitz ist nicht Deutschland“),
- der Selbsteinschätzung der Deutschkenntnisse („Wenn Deutsch nicht Ihre Muttersprache ist, wie gut schätzen Sie Ihre Deutschkenntnisse ein?“) und
- dem Aufenthaltsstatus („Verfügen Sie über: die deutsche Staatsangehörigkeit, einen unbefristeten Aufenthaltsstatus, einen befristeten Aufenthaltsstatus (z.B. Asylbewerber), sonstigen Status (z.B. Touristin, kurzfristiger Arbeitsaufenthalt u.a.)“)

ist die Eingruppierung der Studienteilnehmerinnen nach Migrationsstatus möglich, der sich an folgendem Algorithmus orientiert (vgl. Abbildung 10):

Migrant/in:	Beide Elternteile sind in einem anderen Land geboren oder Befragte Person lebt nicht seit ihrer Geburt in Deutschland, und mindestens ein Elternteil ist im Ausland geboren oder Muttersprache ist nicht Deutsch
Einteilung nach der Migrant/innengeneration:	
1. Generation:	Lebt nicht seit Geburt in Deutschland und hat eine eigene Migrationserfahrung
2. Generation:	Lebt seit der Geburt in Deutschland, beide Eltern sind in einem anderen Land geboren
3. Generation:	Die Eltern und die befragte Person sind in Deutschland geboren. Muttersprache ist nicht Deutsch
einseitiger Migrationshintergrund	Lebt seit der Geburt in Deutschland, ein Elternteil ist in Deutschland geboren und ein Elternteil ist in einem anderen Land geboren

Abbildung 10: Migrationsstatus: Algorithmus für die Gruppenbildung nach Schenk et al. (2006: 858); Ergänzung um einseitigen Migrationshintergrund (SB)

3.4.2 Ermittlung des Akkulturationsgrades

Ergänzt wurde der erste Fragebogen bei allen Frauen mit Migrationshintergrund durch den Akkulturationsfragebogen „Frankfurter Akkulturationskala“ (FRAKK15) (Bongard et al. 2000). Das Erhebungsinstrument setzt sich aus 15 Items zusammen, wobei Fragen nach der Mediennutzung, der eigenen Sprachpräferenz und des Eingebundenseins in soziale Gruppen/Netzwerke als Grundlage zur Ermittlung des Akkulturationsgrades dienen. Die Beantwortung der Items erfolgt anhand einer 7-stufigen Likert-Skala mit den Ausprägungen: „trifft überhaupt nicht zu“, „trifft im Wesentlichen nicht zu“, „trifft eher nicht zu“, „teils/ teils“, „trifft etwas zu“, „trifft im Wesentlichen zu“ und „trifft vollständig zu“. Anhand der gegebenen Antworten wurden Punkte verteilt: 0 Punkte für die Antwort „trifft überhaupt nicht zu“ bis 6 Punkte für „trifft vollständig zu“, die aufsummiert einen Gesamtwert ergaben und die Zuordnung in einen (aktuellen) Akkulturationsgrad ermöglichten. Die Erstversion des FRAKK mit 15 Items wurde ad hoc von der Arbeitsgruppe um den Psychologen Stephan Bongard für eine Studie zur Messung des Akkulturationsgrads von türkeistämmigen jungen Männern der zweiten Generation entwickelt (Bongard et al. 2007). Eine durchgeführte Faktorenanalyse zeigte jedoch, dass die Skala eher als eindimensionales Erhebungsinstrument

zu sehen ist und die beiden Ausprägungen „Assimilation“ und „Segregation“ misst (Bongard et al. 2007).

Dennoch fiel die Wahl des Studienleitungsteams auf diese Akkulturationskala: Zum einen war der FRAKK15 in Deutschland entwickelt worden, lag bereits auf Deutsch vor und war in mehreren früheren Studien erfolgreich angewandt worden (vgl. Bongard et al. 2002; Lujic 2009; Tydecks et al. 2009). Zum anderen ist er mit 15 Items ein relativ kurzer und gut handhabbarer Fragebogen, der bei Studienteilnehmerinnen mit Migrationshintergrund aus unterschiedlichen Herkunftsländern mit geringem Aufwand eingesetzt werden konnte.

3.5 Pretest

Der erste Fragebogen wurde an allen drei Erhebungsstandorten zwischen dem 20. Dezember 2010 und dem 21. Januar 2011 vor Beginn der Datenerhebungsphase auf seine Handhabbarkeit und Verständlichkeit getestet. Insgesamt wurden in diesem Rahmen 35 Frauen (CVK: n=12; KAU: n=12; KNK: n=11) im persönlichen Interview befragt. Im Mittelpunkt stand die Frage, wie Frauen und Angehörige auf eine Befragung zu diesem sensiblen Zeitpunkt reagieren und die Testung der Verständlichkeit der Fragen sowie der Länge der Interviews. Die hier gewonnenen Erkenntnisse dienten vor allem der Feinabstimmung des Interviewsettings in den jeweiligen Kliniken.

3.6 Sekundärdaten

3.6.1 Perinataldaten

Zur Beurteilung der geburtshilflichen Outcomes der Studienteilnehmerinnen und ihrer Kinder wurden die von den Kliniken zentral erfassten Perinataldaten zur Datenanalyse herangezogen. Die Datenübermittlung der Klinikdaten erfolgte von den IT-Abteilungen der drei teilnehmenden Geburtskliniken im Anschluss an die klinikinternen Plausibilitätsprüfungen.

Die Perinataldatenerfassung entwickelte sich aus der Münchner Perinatalstudie, welche 1975-1977 in Bayern durchgeführt wurde und die rasche Einführung der Perinataldatenerhebung in Bayern nach sich zog (AQUA-Institut 2012). Darauf folgte die schrittweise Implementierung der Perinataldatenerhebung in anderen Bundesländern (BQS-Qualitätsindikatoren 2009). Seit dem 01. Januar 2010 werden die von den Geburtskliniken übermittelten Perinataldaten vom AQUA-Institut in Göttingen im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung aufbereitet und ausgewertet (AQUA-Institut 2012).

Die geburtshilflichen Daten geben unter anderem Auskunft über den Geburtsmodus, eventuelle Geburtskomplikationen seitens der Mutter sowie über die geburtshilflichen Basisdaten des neugeborenen Kindes (z.B. Gewicht, Größe, APGAR-Werte etc.).

3.6.2 Mutterpassdaten

Ergänzend zu den Perinataldaten wurden folgende Daten aus den Mutterpässen der Studienteilnehmerinnen übernommen:

- (1) Schwangerschaftswoche (SSW) der ersten Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung,
- (2) Gesamtzahl der Vorsorge- und Ultraschalluntersuchungen sowie
- (3) der letzte präpartal ermittelte Hämoglobinwert zur Beurteilung einer Anämie.

3.7 Datenerhebung

3.7.1 Datenerhebungsphase

Die Datenerhebungsphase fand nach Erhebungsstandort zeitlich gestaffelt von Januar 2011 bis Januar 2012 statt, wobei je Standort alle Geburten des unten genannten Ein-Jahres-Zeitraums in die Studie eingeschlossen wurden:

1. Charité Universitätsmedizin Campus Virchow-Klinikum: 10.01.2011-09.01.2012
2. Vivantes-Klinikum Am Urban: 20.01.2011-19.01.2012
3. Vivantes-Klinikum Neukölln: 24.01.2011-23.01.2012

3.7.2 Erhebungszeitpunkte

Erster Erhebungszeitpunkt (T1):

Anhand des ersten Fragebogens wurden die Studienteilnehmerinnen bei der Aufnahme in die Geburtsklinik bzw. auf der Wochenbettstation befragt.

Zweiter Erhebungszeitpunkt (T2):

Die Befragung anhand des zweiten Fragebogens fand in der Regel am zweiten oder dritten Wochenbetttag (bei sogenannten Frühentlassungen auch bereits am ersten postpartalen Tag) statt.

Dritter Erhebungszeitpunkt (T3):

Ein Teil der Frauen wurde erneut sechs Monate nach der Entbindung zum Still- und Verhütungsverhalten interviewt. Ab dem 11. Juli 2011 erfolgte die telefonische Befragung von Frauen, bei denen die Geburt sechs Monate (Stichtag) zurücklag und die im Zeitraum vom 10. Januar 2011 bis 09. Mai 2011 an der Charité Campus Virchow-Klinikum entbunden wurden. Um möglichst alle Frauen, die einem dritten Interview zugestimmt hatten, in die Befragung einzuschließen, wurde festgelegt, bis zu zehn Telefonanrufversuche innerhalb von vier Wochen nach dem Stichtag durchzuführen. Für Frauen, die innerhalb dieses 4-Wochen-Zeitraums nicht erreicht werden konnten, wurde ein Drop-Out-Bogen (vgl. Anhang 10.11) ausgefüllt.

3.7.3 Diversitysensible Datenerhebung

Um das Studienziel – den Vergleich der geburtshilflichen Versorgungssituation sowie der geburtshilflichen Outcomes von Frauen mit und ohne Migrationshintergrund – zu erreichen, wurden bereits bei der Studienplanung Überlegungen zur migrations- und diversitysensiblen Gestaltung der Datenerhebung einbezogen.

Zum einen wurden als Erhebungsstandorte Geburtskliniken gewählt, die sich durch einen hohen Anteil an Frauen mit Migrationshintergrund auszeichneten (40% und darüber) (David, Borde 2009). Zum anderen wurden spezielle Vorüberlegungen zur Erreichbarkeit von potentiellen Studienteilnehmerinnen getroffen, um keine Gruppe systematisch aus der Studie auszuschließen: Migrantinnen ohne Deutschkenntnisse sollten ebenso wie Frauen ohne Vorerfahrungen an der Teilnahme an wissenschaftlichen Studien in die Studie einbezogen werden, um umfassende Daten zur Mütter- und Kindergesundheit zu erheben. Dabei wurden folgende methodische Vorgehensweisen für eine migrations- bzw. diversitysensible Datenerhebung im Rahmen wissenschaftlicher Studien erarbeitet und umgesetzt (Brenne et al. 2013):

Präsenz der Interviewerinnen

Um möglichst alle Frauen zu erreichen, die in eine der teilnehmenden Geburtskliniken zur Entbindung aufgenommen wurden, wurden die Interviews von eigens für die Studie eingestellten Interviewerinnen²⁴ durchgeführt, die täglich im Zwei-Schicht-System zwischen 6.30-19.30 Uhr in den Kliniken vor Ort waren. Durch die lange tägliche Präsenz sollte

²⁴ Study Nurses, Studentische Mitarbeiterinnen sowie die Verfasserin der Arbeit

ermöglicht werden, auch Frauen zu erreichen, die nur eine kurze Zeit in der Geburtsklinik verbrachten (z.B. nach einer ambulanten Entbindung).

Übersetzung der Erhebungsinstrumente

Um auch Frauen ohne oder mit nur geringen Deutschkenntnissen in die Studie einzuschließen, wurden die Fragebögen des ersten und zweiten Erhebungszeitpunktes in die Hauptherkunftssprachen der Frauen mit Migrationshintergrund der teilnehmenden Kliniken übersetzt. Die Fragebögen lagen für die Datenerhebung in folgenden Sprachen vor:

1. Arabisch (Übersetzung: Gemeindedolmetschdienst (GDD) Berlin),
2. Englisch (Übersetzung: Gemeindedolmetschdienst (GDD) Berlin),
3. Französisch (Übersetzung: Gemeindedolmetschdienst (GDD) Berlin),
4. Kurdisch-Kurmandschi (Übersetzung: SprIntpool Wuppertal),
5. Polnisch (Übersetzung: Gemeindedolmetschdienst (GDD) Berlin),
6. Russisch (Übersetzung: Gemeindedolmetschdienst (GDD) Berlin),
7. Spanisch (Übersetzung: Projektmitarbeiterin Carmen Guzmán) und
8. Türkisch (Übersetzung durch den Gemeindedolmetschdienst (GDD) Berlin).

Die Fragebögen des dritten Erhebungszeitpunktes lagen auf Deutsch, Englisch, Türkisch und Arabisch vor, da nur diese Sprachen von den Interviewerinnen im Rahmen der Telefoninterviews abgedeckt werden konnten.

Mit dem Einsatz von übersetzten Fragebögen wurden bereits in anderen Studien (z.B. KiGGS-Studie) gute Erfahrungen gesammelt (Kamtsiuris et al. 2007).

Fremdsprachenkompetenz und transkulturelle Kompetenz der Interviewerinnen

Schon bei der Einstellung der Interviewerinnen wurde großer Wert auf vorhandene Fremdsprachenkenntnisse gelegt, damit die Interviews bei Bedarf in der Muttersprache der Studienteilnehmerinnen durchgeführt werden konnten. Als weitere Grundkompetenz der Interviewerinnen kann deren transkulturelle Kompetenz gesehen werden: Diese ermöglichte den Projektmitarbeiterinnen, die potentiellen Studienteilnehmerinnen mit der nötigen Sensibilität anzusprechen und trug dazu bei, auch auf die individuellen Bedürfnisse der einzelnen Frauen eingehen zu können.

Hinzuziehen eines Kultur- und Sprachmittlers (bei Bedarf)

Bei Bedarf wurden Sprach- und Kulturmittlerinnen²⁵ des „Gemeindedolmetschdienstes Berlin“ für das Dolmetschen in den Geburtskliniken hinzugezogen. Durch die im Vorfeld erfolgte Absprache mit dem „Gemeindedolmetschdienst“, welcher in den meisten Fällen eine zeitnahe Terminvereinbarung ermöglichte, konnten weitere Frauen mit Migrationshintergrund, die über keine oder nicht ausreichende Deutschkenntnisse verfügten, in die Studie eingeschlossen werden²⁶.

Direktes Ansprechen durch die Interviewerinnen

Das direkte Ansprechen der potentiellen Studienteilnehmerinnen durch die Interviewerinnen sollte ermöglichen, Fragen zur Studie direkt zu beantworten und so die Teilnahmebereitschaft zu erhöhen.

Ausfüllen des Fragebogens durch die Interviewerinnen

Da das Ausfüllen des Fragebogens durch die Interviewerinnen übernommen wurde, war eine Studienteilnahme auch für Frauen möglich, die mit dem Selbstauffüllen von Fragebögen nicht vertraut bzw. Analphabetinnen waren.

Gleiches Befragungsprozedere für alle Studienteilnehmerinnen

Dieser Grundsatz der standardisierten Datenerhebung dient der Vergleichbarkeit der erhobenen Daten (Prüfer, Stiegler 2002).

3.8 Dateneingabe

Parallel zur Datenerhebungsphase erfolgte die Dateneingabe in die ACCESS-Datenbanken (Windows Access Version 2003) direkt an den drei Erhebungsstandorten. Am Ende der Datenerhebungsphase wurden die Datenbanken aller drei Kliniken zusammengespielt und durch die sogenannten Perinataldaten der einzelnen Kliniken ergänzt.

²⁵ Aufgrund des Studiendesigns und der sehr sensiblen Phase um die Geburt, in der die Interviews durchgeführt wurden, wurden ausschließlich Frauen als Sprachmittlerinnen eingesetzt.

²⁶ Aus Datenschutzgründen werden keine genaueren Angaben zur Anzahl der Einsätze durch den Gemeindedolmetschdienst sowie zu den verwendeten Sprachen gemacht.

3.9 Datenverknüpfung Patientinnen-Identifizierung

Um die Studienteilnehmerinnen den Perinataldaten der einzelnen Geburtskliniken eindeutig zuordnen zu können, vergaben die Interviewerinnen den interviewten Patientinnen Identifikationsnummern (ID). Diese wurden als laufende Nummern nach folgenden Kriterien verteilt:

- 1-----, „Vivantes-Klinikum am Urban“ (KAU): alle im „Klinikum am Urban“ entbundene Frauen erhielten eine mit „1“ beginnende fünfstellige ID, die auf den ausgefüllten Fragebögen bzw. den Drop-Out-Bögen des dortigen Klinikums vermerkt wurde.
- 2-----, „Vivantes-Klinikum Neukölln“ (KNK): allen im „Klinikum Neukölln“ entbundenen Frauen wurde eine mit der Ziffer 2 beginnende fünfstellige ID zugeordnet.
- 3-----, „Virchow-Klinikum“ der Charité - Universitätsmedizin Berlin (CVK): im Virchow-Klinikum wurde allen dort entbundenen Frauen eine fünfstellige ID mit der Ziffer 3 beginnend zugeordnet.
- Alle Fragebögen bzw. Drop-Out-Bögen wurden nach der Geburt durch die Geburtsnummer der jeweiligen Klinik (4-stellig, laufend vergeben, jedes Jahr mit der Geburtsnummer „1“ am 01. Januar beginnend) ergänzt.

Zur Optimierung der Datenzusammenführung und zur Erleichterung der Datenanalyse wurden im Rahmen der Datenverknüpfung der Erhebungsdaten, die als ACCESS-Datenbanken vorlagen, mit den Perinataldaten der Kliniken, welche als Excel-Dateien vorlagen, den Studienteilnehmerinnen jeweils neue siebenstellige IDs vergeben.

Die neuen IDs setzen sich aus der Geburtsnummer der Klinik (4-stellig), der zweistelligen Jahreszahl des Geburtsjahres des Kindes (11 oder 12) und aus der Kliniknummer (nach dem bereits oben beschriebenen Vergabeschema: „1“ für Klinikum am Urban, „2“ für Klinikum Neukölln, „3“ für Charité Virchow-Klinikum) zusammen.

Schema der ID-Bildung:

Kliniknummer (1-3), Einstellig	Jahreszahl der Geburt, zweistellig	Geburtsnummer der Klinik vierstellig
-----------------------------------	---------------------------------------	---

3.10 Plausibilitätsprüfungen

Vor Beginn der statistischen Datenanalyse erfolgten Plausibilitätsprüfungen, um Eingabefehler und eventuelle unplausible Werte zu identifizieren und, wenn möglich, zu korrigieren bzw. aus der Datenanalyse auszuschließen. Im Rahmen der Plausibilitätsprüfungen wurden im April und Mai 2012 kleinere Korrekturen (z.B. Alterskorrekturen) durchgeführt.

3.11 Ethische Aspekte

Die Studie wurde von der Ethikkommission der Charité, Universitätsmedizin Berlin, Campus Charité Mitte am 18. Februar 2009 (EA1/235/08) unter datenschutzrechtlichen Aspekten als unbedenklich eingeschätzt und genehmigt.

3.12 Einwilligung der Teilnehmerinnen in die Studienteilnahme

Um das informierte Einverständnis („informed consent“) der Studienteilnehmerinnen zu erhalten, erhielten alle potentiellen Teilnehmerinnen ein Informationsschreiben zur Studie sowie eine Datenschutz- und Einverständniserklärung. Letztgenannte wurde im Falle der Einwilligung in die Studienteilnahme unterschrieben den Projektmitarbeiterinnen zurückgegeben. Um auch Frauen mit Migrationshintergrund mit geringen Deutschkenntnissen umfassend über die Studie zu informieren, lagen sowohl die Informationsschreiben als auch die Datenschutz- und Einverständniserklärungen ebenfalls in den acht häufigsten Migrantinnensprachen (Arabisch, Englisch, Französisch, Kurdisch-Kurmandschi, Polnisch, Russisch, Spanisch und Türkisch) vor. Mit der Einwilligung in die Studienteilnahme stimmten die Studienteilnehmerinnen sowohl der Befragung als auch der Verknüpfung der Befragungsdaten mit den Perinataldaten der Kliniken zu (vgl. Anhang 10.8 und 10.9).

3.13 Datenschutz

Die Einwilligungserklärungen der Studienteilnehmerinnen wurden zur Wahrung des Datenschutzes in von den Befragungsdaten getrennten ACCESS-Datenmasken eingegeben. Aus Datenschutzgründen erfolgten die statistischen Datenanalysen ausschließlich an Datenschutzrechnern ohne Internetverbindung. Darüber hinaus wurden die Fragebögen, die Datenträger mit den Erhebungsdaten sowie die Computer mit den Datenbanken in abschließbaren Datenschutzeschränken aufbewahrt.

3.14 Statistische Datenanalyse der Studie „Perinatale Gesundheit + Migration in Berlin“

Die statistische Auswertung der DFG-Studie „Perinatale Gesundheit + Migration in Berlin“ erfolgte an der Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, AG Epidemiologie und International Public Health (Leitung: Oliver Razum) mit der Statistiksoftware SAS, Version SAS 9.2 (SAS Institute Inc., Cary, NC).

Für die Datenanalyse wurden Angaben aus dem ersten und teilweise aus dem zweiten Fragebogen in Verbindung mit den Perinataldaten (AQUA-Daten) und den aus dem Mutterpass der Studienteilnehmerinnen übernommenen Daten verwendet.

3.15 Studiendesign – Empirischer Teil des Dissertationsprojekts

Im Rahmen des Dissertationsprojekts wurde schwerpunktmäßig der zweite und dritte Fragebogen der Studie „Perinatale Gesundheit + Migration in Berlin“ ausgewertet, da zu diesen beiden Erhebungszeitpunkten Daten zum Stillverhalten erhoben wurden. Darüber hinaus wurden sowohl Angaben zum Sozialstatus als auch zur eventuell erfolgten Migration und Akkulturation aus dem ersten Fragebogen sowie ausgewählte gesundheitsrelevante Variablen der Perinataldaten zur Datenanalyse hinzugezogen.

3.15.1 Variablen des empirischen Teils

Folgende **Interviewvariablen** wurden für die Datenanalyse herangezogen:

Fragebogen 1²⁷: Mütterliches Alter (2); Schulabschluss/ Ausbildung (9); Rückkehrwunsch in Berufstätigkeit (14); Haushaltsnettoeinkommen (15); Partnerschaft (16); Muttersprache (33); Sprachkenntnisse Deutsch (*Selbsteinschätzung*) (34); Geburtsland (35); Aufenthaltsdauer Deutschland (36); Geburtsland der Eltern (37); Aufenthaltsstatus (38) sowie alle 15 Items der Frankfurter Akkulturationsskala (FRAKK15) (41).

Fragebogen 2: Stillbeginn (1); Gründe für Nicht-Stillen (2); gewünschte Stilldauer (3); Stillverfahren (4); Stillanleitung nach der Geburt (5); Rauchen in der Schwangerschaft (6).

Fragebogen 3: Stillverhalten (aktuell) (1); tatsächliche Stilldauer (2).

²⁷ Nummern in Klammern entsprechen den Fragennummern der jeweiligen Fragebögen.

Folgende **Variablen der Perinataldaten (AQUA-Daten)** wurden verwendet:

Anzahl Mehrlinge (12); Anzahl der vorangegangenen Schwangerschaften (25); errechneter Geburtstermin (58); Tragzeit nach klinischem Befund (59); Entbindungsmodus (Sectio versus vaginal) (134); Geburtstermin des Kindes (152).

Zur differenzierten Datenanalyse wurden aus den Variablen folgende **Kategorien** gebildet:

Mütterliches Alter

Unter medizinischen Aspekten wurden folgende vier Altersgruppen gebildet:

(1) 18-24 Jahre; (2) 25-29 Jahre; (3) 30-34 Jahre; (4) 35 Jahre+

(Aus-)Bildungsabschluss

Um eine Einteilung nach Bildungsabschluss vornehmen zu können, wurden folgende drei Gruppen unterschieden:

(1) kein Schulabschluss/ nur Grundschule; (2) mittlerer Bildungsabschluss (Hauptschulabschluss, Realschulabschluss/ POS²⁸/ Mittelschule, Fachschul-/ Berufsschulabschluss); (3) (Fach-)Abitur/ Hochschulabschluss (Universitäts-/ Fachhochschulabschluss).

Parität

Ausgehend von der Anzahl der vorangegangenen Geburten der Studienteilnehmerinnen wurden folgende Gruppen differenziert:

(1) Nullipara (keine vorangegangene Geburt); (2) Primi- und Bipara (bereits eine oder zwei vorangegangene Geburten); (3) Multipara (bereits drei oder mehr vorangegangene Geburten).

²⁸ Polytechnische Oberschule

Stilldauer

Folgende zwei Gruppen wurden unterschieden:

(1) lange Stilldauer (≥ 4 Monate); (2) kurze Stilldauer (< 4 Monate) (vgl. Kersting, Dulon 2002b).

Länderkategorisierung

Vorrangiges Ziel der Neustrukturierung der Länderkategorisierung war, die sechs Ländergruppen²⁹ der aktuellen Perinatalstatistik zu erweitern und durch eine neue Gruppenbildung zu ersetzen. Der hierfür entwickelte Länderschlüssel umfasst 16 Kategorien, wobei Deutschland und weitere Hauptherkunftsländer als einzelne Kategorien bestehen blieben (vgl. Deutschland, Libanon, Türkei). Die restlichen Länder wurden, um eine Identifizierung der einzelnen Frauen zu vermeiden, in Ländergruppen zusammengefasst, wobei die Kategorienbildung einerseits aufgrund der länderspezifischen politischen Entwicklungen, andererseits aufgrund der geografischen Lage erfolgte:

1. Deutschland,
2. Türkei,
3. EU 15 – die 15 Mitgliedstaaten der europäischen Union vor der sogenannten Osterweiterung (2004) sowie die EFTA-Staaten (Norwegen, Liechtenstein, Schweiz und Island) inkl. Grönland und Britisches Überseegebiet & Kronbesitzungen,
4. Rest-EU 25 (Süd- und osteuropäische Länder inklusive Polen, ohne ehemaliges Jugoslawien),
5. Ehemaliges Jugoslawien & Albanien,
6. Arabische Länder (ohne Libanon) & Israel,
7. Nordafrika (Marokko & West-Sahara, Algerien, Tunesien, Libyen, Ägypten),
8. Südliches Afrika (alle nicht unter 7. genannten afrikanischen Länder),
9. GUS-Staaten³⁰: elf Nachfolgestaaten der ehemaligen Sowjetunion (Russland, Weißrussland, Ukraine, Moldawien, Aserbaidschan, Armenien, Kasachstan, Kirgistan, Tadschikistan, Turkmenistan, Usbekistan),

²⁹ Unterteilt in Deutschland sowie sechs andere Ländergruppen: (1) Mittel- und Nordeuropa, Nordamerika; (2) Mittelmeerländer; (3) Osteuropa; (4) mittlerer Osten und Nordafrika; (5) Asien; (6) sonstige Staaten (vgl. AQUA-Institut 2012: 73).

³⁰ Hier ist zu beachten, dass z.B. Estland, Lettland und Litauen aufgrund der EU-Zugehörigkeit nicht zu dieser Gruppe gehören.

10. Nachbarstaaten der GUS-Staaten (Afghanistan, Georgien, Kaschmir, Pakistan),
11. China & Mongolei,
12. Indien und Rest-Asien,
13. Ozeanien,
14. USA & Kanada (einschließlich aller USA-/ Kanada-assoziierten Bundesländer und Kleinst-Staaten),
15. Lateinamerika & Karibik (einschließlich franz. /niederländisch assoziierter Kleinstaaten),
16. Libanon.

Akkulturationsgrad nach der Frankfurter Akkulturationsskala (FRAKK15): Zur Ermittlung des Akkulturationsgrades der Studienteilnehmerinnen wurde die Frankfurter Akkulturationsskala (FRAKK15) ausgewertet. Dazu wurden folgende neun Items – 2, 3, 5, 7, 9, 11, 12, 14, 15 – der Skala invertiert und anschließend zu einem Gesamtscore aufsummiert (Bongard et al. 2000). Je höher der so ermittelte Wert, desto höher ist der Akkulturationsgrad der Studienteilnehmerin. Die Spannweite der möglichen Werte liegt bei 0 bis 90. Die Quartilen dienten als Cut-Off-Werte, um Frauen mit Migrationshintergrund einem niedrigen (≤ 25 . Perzentile), einem mittleren (>25 . und <75 . Perzentile) und einem hohen Akkulturationsgrad (≥ 75 . Perzentile) zuordnen zu können.

Um auch Fragebögen mit einem oder zwei fehlenden Werten in die Analyse einbeziehen zu können, wurde hier der Mittelwert der vorhandenen Antworten gebildet und anstelle des einen bzw. der beiden fehlenden Werte eingesetzt.

In der Literatur wird die 15 Items umfassende Frankfurter Akkulturationsskala (FRAKK15) als eindimensionales Messinstrument beschrieben, da jeweils nur ein Faktor – in diesem Fall die „Orientierung an der Aufnahmekultur“ – bestimmt werden konnte (Bongard et al. 2000). Zur Überprüfung der Testgüte wird häufig die Reliabilität anhand des Cronbachs Alpha gemessen. Der Cronbachs Alpha gibt die interne Konsistenz eines Tests an und zeigt, wie gut ein Test ein Konstrukt misst. Je höher der Wert ist, desto besser wird die Dimension erfasst und desto stärker korrelieren die Items miteinander (Schecker 2014). In der Literatur wird der Cronbachs Alpha der Frankfurter Akkulturationsskala (FRAKK15) mit 0,83 angegeben, was einen guten Wert darstellt (Bongard et al. 2002).

Akkulturationsgrad nach Sprachkenntnissen: Ein häufig verwendeter Proxy ist die Unterteilung nach Sprachkenntnissen. Hier bietet sich der Vergleich von Frauen mit Migrationshintergrund mit sehr guten und guten deutschen Sprachkenntnissen als Proxy für einen höheren Akkulturationsgrad, und Frauen mit Migrationshintergrund mit nicht mindestens guten deutschen Sprachkenntnissen für einen geringeren Akkulturationsgrad an.

Akkulturationsgrad nach Aufenthaltsdauer: Ein ebenfalls häufig verwendeter Proxy zur Messung des Akkulturationsgrades ist die Differenzierung nach der Aufenthaltsdauer der Immigrantinnen der ersten Generation. Dabei wird eine kurze Aufenthaltsdauer einem geringeren Akkulturationsgrad und eine längere Aufenthaltsdauer im Aufnahmeland einem höheren Akkulturationsgrad gleichgesetzt. In der Literatur werden bei der Differenzierung unterschiedliche Zeitintervalle favorisiert (z.B. Abraído-Lanza et al. 2005; Reiss et al. 2015; Sussner et al. 2008). In der vorliegenden Studie erfolgt die Differenzierung in vier Gruppen mit einer Aufenthaltsdauer zwischen 0 und 4 Jahren, zwischen 5 und 9 Jahren, zwischen 10 und 14 Jahren sowie von 15 Jahren und länger (in Anlehnung an Reiss et al. 2015).

Kategorienbildung

Insgesamt wird zur Untersuchung des Stillverhaltens der Studienteilnehmerinnen auf folgende Kategorien zurückgegriffen (vgl. Tabelle 1):

Tabelle 1: Kategorienbildung

Gruppenbildung	Ausprägungen
Mütterliches Alter	-18-24 Jahre -25-29 Jahre -30-34 Jahre -35+ Jahre
(Aus-)Bildungsabschluss	-kein Schulabschluss/ nur Grundschule -mittlerer Bildungsabschluss (Hauptschulabschluss, Realschulabschluss/ POS/ Mittelschule, Fachschul-/ Berufsschulabschluss) -(Fach-)Abitur/ Hochschulabschluss (Universitäts-/ Fachhochschulabschluss)
Parität	-Nullipara (keine vorangegangene Geburt) -Primi- und Bipara (bereits eine oder zwei vorangegangene Geburten) -Multipara (bereits drei oder mehr vorangegangene Geburten)

Tab. 1 Fortsetzung

Gruppenbildung	Ausprägungen
Geplante Stilldauer	-<4 Monate (kurze Stilldauer) -≥4 Monate (lange Stilldauer)
Migrationsstatus	-1. Generation (Immigrantinnen) -Frauen mit Migrationshintergrund 2.+3. Generation -einseitiger Migrationshintergrund (Frauen mit einem zugewanderten Elternteil) -kein Migrationshintergrund
Unterscheidung nach Akkulturationsgrad bei Frauen mit Migrationshintergrund	
Akkulturationsgrad nach FRAKK15 (nur Frauen mit Migrationshintergrund 1.-3. Generation)	-gering (≤ 25. Perzentile) -mittel (>25.- <75. Perzentile) -hoch (≥75. Perzentile)
Muttersprache (nur Frauen mit Migrationshintergrund)	-deutsch/zweisprachig -andere
Deutschkenntnisse (nur Frauen mit Migrationshintergrund)	-sehr gute oder gute deutsche Sprachkenntnisse -nicht mindestens gute deutsche Sprachkenntnisse
Aufenthaltsdauer in Deutschland (nur Immigrantinnen der ersten Generation)	-0-4 Jahre -5-9 Jahre -10-14 Jahre -15+ Jahre
Geburtsland/-region (nur Frauen mit Migrationshintergrund 1.-3. Generation)	-Deutschland -Türkei -Libanon -GUS (elf Nachfolgestaaten der ehemaligen Sowjetunion)

3.15.2 Non-Response-Analyse

Die Non-Response-Analyse einer quantitativen Studie ist von besonderem Interesse: Hierdurch wird zum einen ersichtlich, wie belastbar die erhobenen Daten sind und zum anderen kann aufgezeigt werden, ob sich die Nicht-Teilnehmer/innen systematisch von den Studienteilnehmer/innen unterscheiden. Die Grundlage der Non-Response-Analyse sind in der vorliegenden Studie die ausgefüllten Drop-Out-Bögen, wobei die Gegenüberstellung der Teilnehmer/innen versus der Nicht-Teilnehmer/innen Rückschlüsse auf eine solide Datenbasis zulässt. Dafür sollten zwischen den beiden Gruppen (Teilnehmer/innen versus Nicht-Teilnehmer/innen) keine nennenswerten Unterschiede in den wichtigsten Merkmalen vorliegen (Kamtsiuris et al. 2007). Liegt beispielsweise der Anteil der Frauen mit Migrationshintergrund bei den Teilnehmerinnen ähnlich hoch wie bei den Nicht-Teilnehmerinnen kann davon ausgegangen werden, dass hier kein systematischer Ausschluss von Studienteilnehmerinnen mit Migrationshintergrund vorliegt.

3.15.3 Hauptoutcomeparameter des empirischen Teils

Die drei Hauptoutcomeparameter des empirischen Teils „Stillabsicht“ (geplante Stilldauer), „Stillbeginn“ und „Stilldauer“ (tatsächliche Stilldauer) sollen im Rahmen der vorliegenden Dissertation anhand von statistischen Analysemodellen getestet werden: Dabei wird in der

vorliegenden Studie nicht zwischen „ausschließlichem Stillen“, „Vollstillen“ und „Teilstillen“ im Sinne der Weltgesundheitsorganisation (WHO 1991, 2008) unterschieden, sondern „jegliches Stillen“ („any breastfeeding“) unter dem Begriff „Stillen“ subsumiert. Darüber hinaus wurde unter Stillen/ Muttermilchernährung sowohl das direkte Trinken von Muttermilch aus der Brust, aber auch die Gabe von abgepumpter Muttermilch zusammengefasst, da dieses bisweilen die einzige Möglichkeit ist, frühgeborenen Kindern Muttermilch anzubieten (Swanson, Power 2005).

3.15.4 Statistische Datenanalyse des empirischen Teils

Die statistische Datenanalyse des empirischen Teils der Arbeit wurde mit der Statistik-Software SPSS (IBM SPSS Statistics, deutsche Versionen 19, 21 und 22) durchgeführt.

Uni- und bivariate Analysen

Zunächst erfolgte die **univariate deskriptive Auswertung** der Variablen der Studienteilnehmerinnen nach absoluten (n) und relativen (%) Häufigkeiten, um einen Überblick über die Studienpopulation zu erhalten. Lage- und Streuungsmaße wurden abhängig vom Messniveau berechnet.

Um Gruppenunterschiede bei der Verteilung der Outcomes „Stillbeginn“, „geplante Stilldauer“ und „tatsächliche Stilldauer“ festzustellen, wurden im Anschluss **bivariate Analysen** stratifiziert nach migrations- bzw. akkulturationsbedingten sowie soziodemografischen und gesundheitsrelevanten Einflussfaktoren durchgeführt. Dabei wurden mit dem Chi-Quadrat-Test nach Pearson Zusammenhänge zwischen den Variablen auf Signifikanz getestet.

Multivariate Analyse der Hauptoutcomeparameter

Im letzten Schritt wurde das Stillverhalten anhand von multivariaten Regressionsmodellen analysiert.

Dabei sollten weitere Einflussfaktoren auf die drei Hauptoutcomes (1) „Stillbeginn“ („Stillprävalenz“), (2) „geplante Stilldauer“ („Stillabsicht“) und (3) „tatsächliche Stilldauer“ überprüft werden und zeigen, ob eventuelle Unterschiede im Stillverhalten auf migrations- und/ oder akkulturationsbedingte Einflussfaktoren zurückzuführen oder vor allem durch soziale und/oder gesundheitsrelevante Faktoren zu erklären sind.

Dabei wurde der Einfluss der folgenden Variablen, hier systematisiert nach thematischen Kategorien dargestellt, auf das Stillverhalten getestet:

1. Soziodemografische Faktoren: mütterliches Alter, Rückkehrwunsch in Berufstätigkeit, Schulbildung, Nettoeinkommen,
2. Gesundheitsverhalten: Rauchen in der Schwangerschaft,
3. Medizinische Faktoren: Geburtsmodus (Sectio), Frühgeburtlichkeit, Mehrlingsgeburt,
4. Erfahrung: Stillerfahrung, Parität,
5. (Soziale) Unterstützung: feste Partnerschaft, Stillanleitung in der Klinik,
6. Migrations-/ Akkulturationsfaktoren: Migrationsstatus, Akkulturationsgrad, Herkunftsland, Aufenthaltsdauer, deutsche Sprachkenntnisse, Muttersprache.

Hauptoutcomes:

1. **Stillbeginn (Stillquote):** Um zu untersuchen, ob Migrations- und Akkulturationsfaktoren neben soziodemografischen und/ oder gesundheitsrelevanten Parametern einen Einfluss auf den Stillbeginn darstellen, wurde anhand binär logistischer Regressionsmodelle die Chance zu stillen versus nicht zu stillen genauer betrachtet.
2. **Geplante Stilldauer (Stillabsicht):** Zur Ermittlung der Chance einer geplanten langen Stilldauer (vier und mehr Monate) versus einer geplanten kurzen Stilldauer (weniger als vier Monate) wurden unter Einbeziehung von Migrations- und Akkulturationsfaktoren sowie weiterer Hintergrundfaktoren (Covariaten) logistische Regressionsanalysen durchgeführt.
3. **Tatsächliche Stilldauer:** Anhand einer Coxregression (Cox 1972; Ziegler et al. 2007) wurde unter Einbeziehung von Migrations- und Akkulturationsfaktoren sowie weiteren Hintergrundfaktoren (Covariaten) die Abstillwahrscheinlichkeit genauer betrachtet. Die Voraussetzung hierfür ist, dass die Hazard-Ratio über die Zeit proportional („proportional hazard regression“) ist. Dieses kann anhand der Darstellung einer Kaplan-Meier-Kurve beurteilt werden (Zwiener et al. 2011). Anhand der Kaplan-Meier-Kurve wurde die tatsächliche Stilldauer stratifiziert nach Migrationsstatus dargestellt (vgl. Bühl 2012; Lange et al. 2007a; von der Lippe et al. 2014). Der Log-Rank-Test wurde zur Prüfung von Unterschieden zwischen den Vergleichsgruppen durchgeführt. Bei der Cox-Regression wurden auch zensierte Fälle

(in diesem Fall, Frauen, die bis zum dritten Erhebungszeitpunkt nicht abgestillt hatten) in die Analyse einbezogen (Zwiener et al. 2011).

Bei allen binär logistischen Regressionsanalysen wurde die Einschlussmethode gewählt.

Darüber hinaus wurde anhand des T-Tests für zwei unabhängige Stichproben ein Vergleich zwischen der tatsächlichen versus der geplanten Stilldauer bei Frauen, die zum dritten Erhebungszeitpunkt (T3) bereits abgestillt hatten, durchgeführt. Die dahinterstehende Vorannahme ist, dass viele Frauen primär eine längere Stillzeit planen, diese aber früher beenden als zunächst beabsichtigt (Kersting, Dulon 2002b).

Bei allen Datenanalysen wurde als Signifikanzniveau ein p-Wert von $p < 0,05$ festgesetzt. Die Ergebnisse werden als 95%-Konfidenzintervall angegeben.

4. Ergebnisse des empirischen Teils

4.1 Gesamt-Response der Studie „Perinatale Gesundheit + Migration in Berlin“

Im gesamten einjährigen Erhebungszeitraum (2011-2012) fanden an allen drei teilnehmenden Geburtskliniken insgesamt 8157 Geburten statt.

Unter Berücksichtigung der für die Studie beschriebenen Ein- und Ausschlusskriterien (vgl. 3.2) konnten 7100 Geburten in die Datenanalyse einbezogen werden. Die Gesamt-Response lag bei 89,6 % (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 2: Ausschöpfung der Studie "Perinatale Gesundheit + Migration in Berlin"

	n	%
Brutto	8157	
Ausschlusskriterien (Qualitätsneutrale Ausfälle)		
<i>Minderjährige Frauen</i>	106	
<i>Frauen mit Totgeburten</i>	105	
<i>Ständiger Wohnsitz Ausland</i>	24	
Bereinigtes Brutto	7922	100,0
Keine Einwilligung zum Zusammenspiel der Daten	6	<0,1
Keine Perinataldaten verfügbar	72	0,9
Teilnahme abgelehnt	381	4,8
Nicht erreicht	363	4,6
Auswertbares Netto	7100	89,6

4.2 Basisdaten des ersten Erhebungszeitpunktes (T1)

4.2.1 Migrationsstatus und soziodemografische Daten

Insgesamt hatten 57,9% (n=4109) der Studienteilnehmerinnen einen Migrationshintergrund. 39,7% aller Studienteilnehmerinnen waren Immigrantinnen der ersten Generation und verfügten über eine eigene Migrationserfahrung; 13,3% (n=947) waren Frauen mit Migrationshintergrund der zweiten Generation und 0,2% (n=11) Frauen mit Migrationshintergrund der dritten Generation. Wegen der kleinen Gruppengröße der Frauen der dritten Generation wurden diese für die weiteren Analysen mit den Frauen der zweiten Generation zusammengefasst. 4,7% (n=330) der Frauen hatten *einen* zugewanderten und einen einheimischen Elternteil (vgl. Tabelle 3).

Die drei Geburtskliniken unterschieden sich sowohl hinsichtlich der Anzahl der Geburten, der Versorgungsmöglichkeiten als auch in der Zusammensetzung des Migrantinnenkollektivs:

Während das Vivantes-Klinikum Neukölln und das Virchow-Klinikum der Charité-Universitätsmedizin – beides Level-I-Perinatalzentren³¹ – im Erhebungszeitraum jeweils mehr als 3000 Klinikgeburten verzeichneten (n=3634 versus n=3308) und beide einen ähnlich hohen Anteil an Frauen ohne Migrationshintergrund hatten (47,1% versus 41,9%), war das Vivantes-Klinikum am Urban die Geburtsklinik mit den wenigsten Geburten im Studienzeitraum (n=1215) und mit dem höchsten Anteil an Frauen mit Migrationshintergrund (72,3%) (vgl. Tabelle 3).

Tabelle 3: Studienteilnehmerinnen nach Migrationsstatus und Erhebungsstandort

Migrationsstatus	Klinikum am Urban	Klinikum Neukölln	Charité Virchow-Klinikum	gesamt
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Migrantinnen 1. Generation	495 (47,8)	1083 (34,7)	1243 (42,2)	2821 (39,7)
Frauen mit Migrationshintergrund 2.+3. Generation	204 (19,7)	426 (13,7)	328 (11,1)	958 (13,5)
Frauen mit einem zugewanderten Elternteil	50 (4,8)	140 (4,5)	140 (4,8)	330 (4,6)
Frauen ohne Migrationshintergrund	287 (27,7)	1471 (47,1)	1233 (41,9)	2991 (42,1)
gesamt	1036 (100,0)	3120 (100,0)	2944 (100,0)	7100 (100,0)

Tabelle 4 gibt einen Überblick über den soziodemografischen Hintergrund der Studienteilnehmerinnen zum ersten Erhebungszeitpunkt (T1). Hier werden sowohl soziodemografische als auch sozioökonomische Unterschiede zwischen den vier Untersuchungsgruppen ersichtlich. Frauen mit Migrationshintergrund der zweiten und dritten Generation waren bei der Geburt ihres Kindes im Durchschnitt 27,5 Jahre alt und damit verglichen mit den drei anderen Gruppen am jüngsten. Für die meisten Frauen ohne Migrationshintergrund als auch für den Großteil der Frauen mit einem zugewanderten Elternteil war die in die Studie eingeschlossene Geburt die erste (56,3% versus 57,0%), während anteilmäßig die meisten Frauen mit Migrationshintergrund (1.-3. Generation) bereits eine oder zwei vorangegangene Geburten aufweisen konnten (49,1% Immigrantinnen 1. Generation versus 47,1% Frauen der 2.+3. Generation). 15,7% der Migrantinnen der ersten Generation waren Vielgebärende mit mindestens drei vorangegangenen Entbindungen.

³¹ In Perinatalzentren des Level 1 werden Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht von unter 1250g sowie einer erwarteten Geburt vor 29+0 Schwangerschaftswoche behandelt (IQTiG: www.perinatalzentren.org).

Tabelle 4: Soziodemografische Basisdaten der Studienteilnehmerinnen (T1); n=7100

		Migrantinnen 1. Generation	Frauen mit Migrationshinter- grund 2.+3. Generation	Frauen mit 1 zugewanderten Elternteil	Frauen ohne Migrations- hintergrund	gesamt
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Mütterliches Alter (Jahre) (n=7100) Fehlende Werte: n=0	18-24	592 (21,0)	321 (33,5)	86 (26,1)	475 (15,9)	1474 (20,8)
	25-29	837 (29,7)	306 (31,9)	75 (22,7)	740 (24,7)	1958 (27,6)
	30-34	770 (27,3)	210 (21,9)	101 (30,6)	974 (32,6)	2055 (28,9)
	35+	622 (22,0)	121 (12,6)	68 (20,6)	802 (26,8)	1613 (22,7)
Mittelwert Alter (Jahre)		2821 (29,6)	958 (27,5)	330 (29,2)	2991 (30,7)	7100 (29,8)
Parität (n=7084) Fehlende Werte: n=16	0	989 (35,2)	429 (44,8)	187 (57,0)	1682 (56,3)	3287 (46,4)
	1-2	1380 (49,1)	451 (47,1)	124 (37,8)	1173 (39,3)	3128 (44,2)
	≥3	442 (15,7)	77 (8,0)	17 (5,2)	133 (4,5)	669 (9,4)
Schulbildung (n=7019) Fehlende Werte: n=81	Kein Schulab- schluss/ Grundschule	684 (24,8)	89 (9,3)	22 (6,7)	89 (3,0)	884 (12,6)
	Mittlerer Schulab- schluss	1119 (40,6)	705 (73,9)	173 (52,7)	1385 (46,4)	3382 (48,2)
	(Fach) Abitur/ Hochschul- abschluss	952 (34,6)	160 (16,8)	133 (40,5)	1508 (50,6)	2753 (39,2)
Haushaltsnetto- Einkommen (n=6376) Fehlende Werte: n=724	<900 Euro	628 (26,5)	197 (22,3)	50 (16,4)	317 (11,3)	1192 (18,7)
	900-1500 Euro	982 (41,4)	369 (41,7)	90 (29,6)	616 (21,9)	2057 (32,3)
	>1500-2600 Euro	490 (20,6)	217 (24,5)	79 (26,0)	806 (28,6)	1592 (25,0)
	>2600 Euro	273 (11,5)	102 (11,5)	85 (28,0)	1075 (38,2)	1535 (24,1)
Partnerschaft (n=7061) Fehlende Werte: n=39	ja	2613 (93,5)	910 (95,5)	311 (94,8)	2828 (94,7)	6662 (94,3)
Muttersprache (n=7100) Fehlende Werte: n=0	Deutsch	99 (3,5)	167 (17,4)	277 (83,9)	2986 (99,8)	3765 (53,0)
	zweisprachig	126 (4,5)	93 (9,7)	17 (5,3)		
Deutsche Sprach- kenntnisse (Selbststein- schätzung, Muttersprache nicht Deutsch) (n=3215) Fehlende Werte: n=115	Sehr gut-gut	1042 (41,1)	585 (90,3)	26 (86,7)	<i>nicht erhoben</i>	1653 (51,4)
gesamt n (%)		2821 (39,7)	958 (13,5)	330 (4,7)	2991 (42,1)	7100 (100,0)

Knapp ein Viertel (24,8%) der Migrantinnen der ersten Generation hatte einen geringen Bildungsabschluss (keinen Schulabschluss bzw. nur die Grundschule besucht); der Anteil lag damit höher als in den drei Vergleichsgruppen. Von den Frauen ohne Migrationshintergrund konnte gut die Hälfte (50,6%) ein (Fach-)Abitur bzw. ein abgeschlossenes (Fach-)Hochschulstudium vorweisen. Frauen mit Migrationshintergrund der zweiten und dritten Generation beendeten die Schule meistens mit einem mittleren Bildungsabschluss (73,9%). Während der Anteil der Frauen mit (Fach-)Abitur bzw. Hochschulabschluss der zweiten und dritten Generation bei lediglich 16,8% lag, verfügte gut ein Drittel der Migrantinnen der ersten Generation (34,6%) über einen hohen Schulabschluss bzw. einen Studienabschluss. Bei der Einkommenssituation zeigten sich sowohl bei den Immigrantinnen als auch bei Frauen mit Migrationshintergrund der zweiten und dritten Generation ähnliche Ergebnisse: Während Frauen mit Migrationshintergrund (Immigrantinnen 41,4% versus Frauen 2.+3. Generation 41,7%) vor allem in der Kategorie mit einem monatlichen Haushalts-Nettoeinkommen zwischen 900 und 1500 Euro anzutreffen waren, stand mehr als einem Drittel der Frauen ohne Migrationshintergrund (38,2%) ein monatliches Haushalts-Nettoeinkommen von über 2600 Euro zur Verfügung (Chi-Quadrat-Test 828,6; df 9; $p < 0,0001$).

4.2.2 Geburtsländer/ Geburtsregionen der Studienteilnehmerinnen (T1)

Die Hauptgeburtsländer der Studienteilnehmerinnen waren Deutschland ($n=4249$; 59,8%), die Türkei ($n=702$; 9,9%) sowie der Libanon ($n=378$; 5,3%). Tabelle 5 stellt die Hauptgeburtsländer/ Geburtsregionen der Studienteilnehmerinnen dar.

Tabelle 5: Studienteilnehmerinnen nach Geburtsland bzw. Geburtsregion (T1); $n=7085$

Geburtsland/ Geburtsregion	n	%
Deutschland	4249	59,8
Türkei	702	9,9
Südost- und osteuropäische EU-Länder (Rest-EU 25)	446	6,3
Libanon	378	5,3
Ehemaliges Jugoslawien & Albanien	313	4,4
GUS-Staaten (elf Nachfolgestaaten der ehemaligen Sowjetunion)	191	2,7
Arabische Länder (ohne Nordafrika) & Israel	154	2,2
Europa 15 & EFTA	146	2,1
Südliches Afrika	138	1,9
Restliche Länder / Regionen	368	5,2
gesamt	7085	99,8
fehlende Werte	15	0,2

Bei den in Ländergruppen zusammengefassten Ländern waren zum einen die Gruppe der südost- und osteuropäischen Länder der Europäischen Union (Rest-EU 25) (n=446; 6,3%) sowie die Gruppe der Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawiens plus Albanien (n=313; 4,4%) am häufigsten vertreten (vgl. auch Anhang 10.12 Tabelle 35).

4.3 Basisdaten des dritten Erhebungszeitpunktes (T3)

Da Fragen zum Stillen ausschließlich anhand des zweiten (n=6934) und dritten (n=605) Fragebogens erhoben wurden, ist im Rahmen der hier beschriebenen (Teil-)Studie neben der Responserate der gesamten Studie auch die Rücklaufquote und Stichprobengröße des zweiten und dritten Erhebungszeitpunkts von besonderer Bedeutung.

Von den 750 Frauen, die zunächst ihr Einverständnis zu einer weiteren Befragung nach sechs Monaten gegeben hatten, konnten 605 Studienteilnehmerinnen erneut befragt und in die weitere Datenanalyse eingeschlossen werden. Somit lag die Follow-up-Rate der Nachbefragung bei 80,7%.

Tabelle 6 gibt einen detaillierten Überblick der soziodemografischen und sozioökonomischen Basisdaten des dritten Erhebungszeitpunkts. Wegen der geringen Gruppengrößen wurden Frauen mit einem einseitigen Migrationshintergrund und Frauen ohne Migrationshintergrund außer bei den Kategorien „mütterliches Alter“ sowie „Muttersprache“ zu einer Gruppe zusammengefasst.

Auch hier wurden wieder sozioökonomische Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen ersichtlich: Während knapp die Hälfte der Frauen ohne Migrationshintergrund bzw. mit einem zugewanderten Elternteil angab, über 2600 Euro monatlich zur Verfügung zu haben, zählten von den Immigrantinnen lediglich 14,3% zu dieser Gruppe. 44,7% der Immigrantinnen bzw. 45,7% der Frauen mit Migrationshintergrund der zweiten und dritten Generation hatte ein monatliches Nettoeinkommen von 900 bis 1500 Euro.

Im Durchschnitt waren Frauen mit Migrationshintergrund der zweiten und dritten Generation mit 28,7 Jahren am jüngsten, während Frauen ohne Migrationshintergrund im Durchschnitt 31,8 Jahre alt waren.

Tabelle 6: Soziodemografische Basisdaten der Studienteilnehmerinnen (T3); n=605

		Migrantinnen 1. Generation	Frauen mit Migrations- hintergrund 2.+3. Generation	Frauen mit 1 zugewanderten Elternteil	Frauen ohne Migrations- hintergrund	gesamt
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Mütterliches Alter bei Geburt des Kindes (Jahre) (n=605) Fehlende Werte: n=0	18-24	32 (18,1)	17 (24,3)	10 (30,3)	44 (13,5)	103 (17,0)
	25-29	43 (24,3)	25 (35,7)	4 (12,1)	62 (19,1)	134 (22,1)
	30-34	56 (31,6)	15 (21,4)	13 (39,4)	106 (32,6)	190 (31,4)
	35+	46 (26,0)	13 (18,6)	6 (18,2)	113 (34,8)	178 (29,4)
Mittelwert Alter (Jahre)		30,6	28,7	29,7	31,8	31,0
Parität vor der untersuchten Geburt (n=605) Fehlende Werte: n=0	0	72 (40,7)	27 (38,6)	215 (60,1)		314 (51,9)
	1-2	82 (46,3)	38 (54,3)	133 (37,2)		253 (41,8)
	≥3	23 (13,0)	5 (7,1)	10 (2,8)		38 (6,3)
Schulbildung (n=604) Fehlende Werte: n=1	Kein Schulabschluss/ Grundschule	28 (15,8)	5 (7,1)	7 (2,0)		40 (6,6)
	Mittlerer Schulabschluss	77 (43,5)	56 (80,0)	140 (39,2)		273 (45,2)
	(Fach) Abitur/ Hochschul- abschluss	72 (40,7)	9 (12,9)	210 (58,8)		291 (48,2)
Haushaltsnetto- Einkommen (n=573) Fehlende Werte: n=32	<900 Euro	32 (19,9)	10 (14,3)	26 (7,6)		68 (11,9)
	900-1500 Euro	72 (44,7)	32 (45,7)	70 (20,5)		174 (30,4)
	>1500-2600 Euro	34 (21,1)	22 (31,4)	90 (26,3)		146 (25,5)
	>2600 Euro	23 (14,3)	6 (8,6)	156 (45,6)		185 (32,3)
Partnerschaft (n=604) Fehlende Werte: n=1	ja	169 (95,5)	67 (95,7)	339 (95,0)		575 (95,2)
Muttersprache (n=605) Fehlende Werte: n=0	Deutsch + zweisprachig	14 (7,9)	20 (28,6)	30 (90,9)	325 (100,0)	389 (64,3)
Deutsche Sprachkenntnisse (Selbstein- schätzung, Muttersprache nicht Deutsch (n=205) Fehlende Werte: n=8	Sehr gut-gut	84 (53,5)	44 (91,7)	- <i>nicht erhoben</i>		128 (62,4)
gesamt n (%)		177 (29,3)	70 (11,6)	33 (5,5)	325 (53,7)	605 (100,0)

4.4 Vergleich des Migrationsstatus zu den drei Erhebungszeitpunkten

Der Anteil der Frauen mit Migrationshintergrund lag zum dritten Erhebungszeitpunkt bei 46,3% und somit niedriger als bei den beiden ersten Erhebungszeitpunkten (T1: 57,9% bzw. T2: 58,2%). Knapp ein Drittel (29,3%) der Studienteilnehmerinnen des dritten Erhebungszeitpunkts waren Immigrantinnen der ersten Generation und 11,6 % Frauen mit Migrationshintergrund der zweiten bzw. dritten Generation (vgl. Tabelle 7).

Tabelle 7: Migrationsstatus der Studienteilnehmerinnen nach Erhebungszeitpunkt (T1, T2, T3)

	Migrantinnen 1. Generation	Frauen mit Migrationshintergrund 2.+3. Generation	Ein zugewandertes Elternteil	Frauen ohne Migrationshintergrund	gesamt
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Kreißsaal (T1)	2821 (39,7)	958 (13,5)	330 (4,7)	2991 (42,1)	7100 (100,0)
Wochenbett (T2)	2772 (40,0)	943 (13,6)	323 (4,7)	2896 (41,8)	6934 (100,0)
6 Monate pp (T3)	177 (29,3)	70 (11,6)	33 (5,5)	325 (53,7)	605 (100,0)

4.5 Auswertung: migrationssensible Datenerhebung

Anhand der Interviewerinnenbögen konnten die Angaben zur Sprache des Interviews sowie zur Sprache des Fragebogens ausgewertet werden und Hinweise geben, inwieweit die übersetzten Erhebungsinstrumente genutzt wurden.

4.5.1 Sprache der Interviews

Sprache der Interviews: erster Erhebungszeitpunkt (T1)

Der Großteil der Interviews wurde auf Deutsch durchgeführt (n=6706; 95,0%).

Differenziert nach Migrationsstatus zeigt sich: Während bei den Migrantinnen der ersten Generation 12,1% der Interviews (n=340) nicht auf Deutsch durchgeführt wurden – bevorzugte Sprachen waren Arabisch (n=170; 6,1%) respektive Türkisch (n=160; 5,7%) – wurden bei Frauen mit Migrationshintergrund der zweiten und dritten Generation lediglich neun Interviews nicht auf Deutsch durchgeführt.

Sprache der Interviews: zweiter Erhebungszeitpunkt (T2)

Da sich der zweite Fragebogen erheblich in der Länge vom ersten unterscheidet, soll auch hier ein kurzer Blick auf die Sprachen der Interviews geworfen werden. Zum zweiten Erhebungszeitpunkt wurden ebenfalls die meisten Interviews (n=6476; 94,7%) auf Deutsch

durchgeführt; lediglich 5,3% (n=362) der Interviews erfolgten nicht auf Deutsch, wobei hier Türkisch mit n=173 Interviews die häufigste Sprache war.

Sprache der Interviews: dritter Erhebungszeitpunkt (T3)

Die Interviews zum dritten Erhebungszeitpunkt waren ausschließlich Telefoninterviews. Da hier durch die Projektmitarbeiterinnen neben Deutsch nur die Sprachen Arabisch, Englisch und Türkisch abgedeckt werden konnten, wurden Frauen, die ein Telefoninterview nicht in einer dieser Sprachen führen konnten, aus der Befragung ausgeschlossen (n=3).

Auch zu diesem Erhebungszeitpunkt wurde der weitaus größte Anteil der Interviews auf Deutsch durchgeführt (n=537; 89,6%). Gut 10% der Interviews fanden in weiteren Sprachen statt, wobei 49 (8,2%) auf Türkisch sowie jeweils sechs (1,0%) Interviews auf Arabisch respektive Englisch durchgeführt wurden.

4.5.2 Sprache der Fragebögen

Sprache der Fragebögen (T1)

Angaben zur Sprache des Fragebogens liegen für fast alle Interviews (n=7065) vor. Zum Großteil (91,3%) wurden die Interviews mithilfe des deutschsprachigen Fragebogens (n=6449) durchgeführt. In einigen Fällen wurde noch ein zweiter Fragebogen in einer anderen Sprache hinzugezogen (n=215; 3,0%).

Insgesamt 616 (8,7%) Interviews wurden mit Fragebögen in anderen Sprachen durchgeführt: hier fanden vor allem türkische (3,6%; n=252), arabische (1,9%; n=136) sowie englische (1,2%; n=83) Fragebögen Verwendung.

Sprache der Fragebögen (T2)

Angaben zur Sprache des zweiten Fragebogens liegen von n=6844 Studienteilnehmerinnen vor. Die meisten Interviews erfolgten mithilfe des deutschsprachigen Fragebogens (n=6330; 92,5%). Bei 231 (3,4%) Studienteilnehmerinnen wurden türkischsprachige Fragebögen und bei 283 (4,1%) Studienteilnehmerinnen Fragebögen einer weiteren zur Verfügung stehenden Sprache verwendet, darunter bei 79 Frauen englischsprachige Fragebögen.

4.6 Belastbarkeit der Daten und Ablehnungsgründe: die Non-Response-Analyse

4.6.1 Non-Response-Analyse des ersten Erhebungszeitpunktes (T1)

Insgesamt lagen zu Studienende 744 ausgefüllte Drop-Out-Bögen vor, wobei 740 Drop-Out-Bögen Gründe für die Nicht-Teilnahme enthielten. Bei 720 Nicht-Teilnehmerinnen (T1) konnte eine Zuordnung zu „Frau mit Migrationshintergrund“, „Frau ohne Migrationshintergrund“ sowie „nicht sicher zuordenbar“ jeweils anhand des Vor- und/ oder Familiennamens vorgenommen werden. In Tabelle 8 sind die Ergebnisse detailliert dargestellt.

Tabelle 8: Vergleich Responderinnen versus Non-Responderinnen (T1)

	Responderinnen n (%)	Non-Responderinnen n (%)
Frauen mit Migrationshintergrund (1.-3. Generation)	3779 (53,2)	402 (55,8)
Frauen mit einem zugewanderten Elternteil	330 (4,7)	-
Frauen ohne Migrationshintergrund	2991 (42,1)	252 (35,0)
keine Zuordnung möglich	-	66 (9,2)
gesamt (%)	7100 (100,0)	720 (100,0)

Ein Vergleich der Studienteilnehmerinnen versus Nicht-Teilnehmerinnen zeigt, dass sich der Anteil der Frauen mit Migrationshintergrund (1.-3. Generation) in beiden Gruppen nur geringfügig um 2,6 Prozentpunkte unterscheidet. Dieses lässt vermuten, dass durch die Studienplanung kein systematischer Ausschluss von Frauen mit Migrationshintergrund erfolgte.

4.6.2 Ablehnungsgründe der Basisbefragung (T1)

Die meistgenannten Gründe für eine Nichtteilnahme (n=381) an der Studie waren:

- „mangelnde Motivation“ (n=152; 20,5%),
- „sonstige Gründe“ (n=112; 15,1%),
- „Frau möchte keine Auskunft geben“ (n=41; 5,5%) und
- „Begleitperson lehnt Teilnahme an der Studie ab“ (n=33; 4,5%).

Die relativ große Kategorie „sonstige Gründe“ führt zur Annahme, dass keine der möglichen Antwortkategorien für die Frauen zutreffend war bzw., dass mehrere unterschiedliche Gründe die Frauen bewogen haben, nicht an der Studie teilzunehmen.

Darüber hinaus nahmen 363 Frauen (4,6% der bereinigten Bruttostichprobe) nicht an der Studie teil, da sie von den Projektmitarbeiterinnen nicht angetroffen wurden. Der Grund hierfür war häufig eine ambulante Entbindung außerhalb der Dienstzeiten der Interviewerinnen.

4.6.3 Non-Response-Analyse und Ablehnungsgründe des dritten Erhebungszeitpunktes (T3)

Von 142 Frauen, die zunächst einer telefonischen Befragung sechs Monate nach der Entbindung zugestimmt hatten, lagen zum dritten Erhebungszeitpunkt Drop-Out-Bögen mit Gründen für die Nichtteilnahme vor.

Die auf dem Drop-Out-Bogen angegebenen Ablehnungsgründe waren vor allem „Frau wurde nicht erreicht“ (n=76; 53,5%) und „Telefonnummer stimmt nicht (mehr)“ (n=57; 40,1%). Bei neun Frauen lagen sonstige Gründe (z.B. sprachliche Schwierigkeiten) vor.

61,3% (n=87) der Nicht-Teilnehmerinnen hatten einen Migrationshintergrund (vgl. Tabelle 9).

Tabelle 9: Vergleich Responderinnen versus Non-Responderinnen (T3)

	Responderinnen n (%)	Non-Responderinnen n (%)
Frauen mit Migrationshintergrund (1.-3. Generation + Frauen mit einem zugewandertem Elternteil)	280 (46,5)	87 (61,3)
Frauen ohne Migrationshintergrund	325 (53,7)	55 (38,7)
gesamt (n=747) (%)	605 (100,0)	142 (100,0)

4.7 Akkulturationsgrad der Studienteilnehmerinnen

4.7.1 Akkulturationsgrad nach FRAKK15

Insgesamt lagen am Ende der Datenerhebungsphase von allen 4109 Frauen mit Migrationshintergrund 3518 Akkulturationsfragebögen der Frankfurter Akkulturationsskala (FRAKK15) vor, wovon 3084 (87,7%) vollständig ausgefüllt waren. Der interne Konsistenzkoeffizient Cronbachs Alpha lag bei allen vollständig ausgefüllten Fragebögen bei 0,78, was einen akzeptablen Wert darstellt (Schecker 2014).

Tabelle 10: Auswertung Akkulturationsfragebögen (FRAKK15); n=3404

	4109	Frauen mit Migrationshintergrund
	3518	FRAKK15-Fragebögen ausgefüllt
davon	434	FRAKK15 mit ≥ 1 fehlenden Wert(en)
davon	320	FRAKK15 mit ein oder zwei fehlenden Werten
	3084	FRAKK15-Fragebögen vollständig ausgefüllt
gesamt	3404	FRAKK15-Fragebögen ausgewertet

Die 434 weiteren Fragebögen wiesen mindestens einen fehlenden Wert auf, wobei 320 Fragebögen lediglich einen oder zwei fehlende Werte enthielten. Diese konnten durch den Mittelwert der vorhandenen Antworten ersetzt werden, sodass insgesamt 3404 Akkulturationsfragebögen in die Analysen einbezogen werden konnten (vgl. Tabelle 10).

In Tabelle 11 sind die anhand der Frankfurter Akkulturationsskala (FRAKK15) (Bongard et al. 2000, 2002) ermittelten Punktwerte der Studienteilnehmerinnen nach Migrationsstatus dargestellt, wobei ein hoher Punktwert einen hohen Akkulturationsgrad darstellt. Differenzen zwischen den Gruppen wurden hier vor allem beim Anfangs- sowie beim Mittelwert ersichtlich: Während Migrantinnen der ersten Generation den niedrigsten Mittelwert sowie den niedrigsten Anfangswert erreichten, wiesen Frauen mit einem zugewanderten Elternteil jeweils den höchsten Mittelwert sowie den höchsten Anfangswert auf.

Tabelle 11: Akkulturationsgrad der Studienteilnehmerinnen mit Migrationshintergrund nach FRAKK15

	Migrantinnen 1. Generation	Frauen mit Migrationshinter- grund 2.+3. Generation	Frauen mit einem zugewanderten Elternteil	Frauen mit Migrationshinter- grund 1.-3. Generation	Frauen mit Migrationshinter- grund (gesamt)
Mittelwert	55,7	61,6	71,8	57,3	58,3
Median	55	62	72	57	58
Minimum	13	27	33	13	13
Maximum	90	90	90	90	90
n	2288	878	238	3166	3404
fehlende Werte	533	80	92	613	705

Unterteilt in drei Akkulturationsgrade konnten 26,6% aller Frauen mit Migrationshintergrund einem geringen, 49,1% einem mittleren und 24,2% einem hohen Akkulturationsgrad zugeordnet werden. Als Cut-Off-Werte dienten die 25%- sowie die 75%-Perzentile (vgl. Tabelle 12).

Tabelle 12: Studienteilnehmerinnen mit Migrationshintergrund nach Akkulturationsgrad (FRAKK15)

FRAKK-Akkulturationsgrad	Migrantinnen 1. Generation n (%)	Frauen mit Migrationshintergrund 2.+3. Generation n (%)	Frauen mit einem zugewanderten Elternteil n (%)	Frauen mit Migrationshintergrund 1.-3. Generation n (%)	Frauen mit Migrationshintergrund (gesamt) n (%)
niedrig (0-49)	747 (32,6)	150 (17,1)	10 (4,2)	897 (28,3)	907 (26,6)
mittel (50-67)	1117 (48,8)	472 (53,8)	83 (34,9)	1589 (50,2)	1672 (49,1)
hoch (68-90)	424 (18,5)	256 (29,2)	145 (60,9)	680 (21,5)	825 (24,2)
gesamt (%)	2288 (99,9)	878 (100,1)	238 (100,0)	3166 (100,0)	3404 (100,0)

Ein Blick auf die Item-Non-Response der fehlenden Werte verdeutlicht, dass Frauen mit einem zugewanderten Elternteil am häufigsten Items des Akkulturationsfragebogens nicht beantwortet haben. Vollständige Angaben des FRAKK15 lagen vor allem von Frauen mit Migrationshintergrund der zweiten und dritten Generation vor (vgl. Anhang 10.12 Tabelle 36).

4.7.2 Akkulturationsgrad nach Muttersprache und deutschen Sprachkenntnissen

Muttersprache „Deutsch“

Insgesamt war von 13,2% (n=543) aller Frauen mit Migrationshintergrund „Deutsch“ die Muttersprache, während 81,0% (n=3330) eine andere Muttersprache sprachen und 5,7% (n=236) zweisprachig aufgewachsen waren.

Für 3,5% (n=99) der Immigrantinnen der ersten Generation war „Deutsch“ die Muttersprache, während dieses auf 17,4% (n=167) der Frauen mit Migrationshintergrund der zweiten und dritten Generation und auf 83,9% (n=277) der Frauen mit einem zugewanderten Elternteil zutraf.

Deutsche Sprachkenntnisse

Von allen Frauen mit Migrationshintergrund und ohne Muttersprache „Deutsch“ gab etwas mehr als die Hälfte an (n=1653; 51,4%), über „sehr gute“ bis „gute“ deutsche Sprachkenntnisse zu verfügen. Dabei zeigten sich große Unterschiede nach Migrationsstatus: Während 41,1% der Migrantinnen der ersten Generation dieser Gruppe zuzuordnen sind,

waren es 90,3% der Frauen der zweiten und dritten Generation respektive 86,7% der Frauen mit einem zugewanderten Elternteil.

4.7.3 Akkulturationsgrad nach Aufenthaltsdauer

Eine weitere Differenzierungsmöglichkeit innerhalb des Migrantinnenkollektivs bietet der Blick auf die Aufenthaltsdauer in Deutschland. In der vorliegenden Studie lebte gut ein Drittel der Migrantinnen der ersten Generation (n=982) seit bis zu 4 Jahren in Deutschland; 20,9% (n=581) seit 5 bis unter 10 Jahren, 14,7% (n=407) seit 10 bis unter 15 Jahren und knapp ein Drittel (n=805) seit 15 Jahren und länger.

Wenn die Aufenthaltsdauer im Aufnahmeland als Proxyvariable für den Akkulturationsgrad herangezogen wird, würde in diesem Modell ein niedriger Akkulturationsgrad einer Aufenthaltsdauer zwischen 0 und unter 5 Jahren (35,4%), ein mittlerer Akkulturationsgrad einer Aufenthaltsdauer zwischen 5 und unter 15 Jahren (35,6%) und ein hoher Akkulturationsgrad einer Aufenthaltsdauer von 15 Jahren und länger (29,0%) entsprechen.

4.7.4 Akkulturationsgrad nach Geburtsland bzw. Geburtsregion

Diese Einteilung deckt sich weitestgehend mit der Stratifizierung nach Migrationsstatus in der vorliegenden Studie, da die nicht in Deutschland geborenen Immigrantinnen der ersten Generation den in Deutschland geborenen Frauen mit Migrationshintergrund gegenübergestellt werden.

Bei der Betrachtung aller Frauen mit Migrationshintergrund (n=4109) sind knapp ein Drittel in Deutschland (n=1285) und gut zwei Drittel (n=2824) in einem anderen Land geboren.

Wenn das Geburtsland „Deutschland“ bei Frauen mit Migrationshintergrund als Proxy für einen hohen Akkulturationsgrad herangezogen wird, würde knapp ein Drittel der Frauen mit Migrationshintergrund dieser Kategorie zuzuordnen sein und die Untersuchungsgruppen „Frauen mit Migrationshintergrund der zweiten und dritten Generation“ sowie „Frauen mit einem zugewanderten Elternteil“ der vorliegenden Studie einschließen.

4.8 Basisdaten der Stillbefragung: Ergebnisse des zweiten und dritten Erhebungszeitpunktes

Während 90,4% (n=6220) aller teilnehmenden Frauen mit dem Stillen begonnen hatten, zeigten sich deutliche Unterschiede nach Migrationsstatus: 93,0% der Frauen der zweiten und

dritten Generation, jedoch lediglich 88,2% der Nicht-Migrantinnen hatten in der Geburtsklinik angefangen, ihr Kind³² zu stillen (Chi-Quadrat-Test 28,436; df 3; $p < 0,001$). Bei der differenzierten Betrachtung nach den Geburtsländern bzw. -regionen wurden ebenfalls Unterschiede ersichtlich: mit 96,2% war die Stillprävalenz der türkeistämmigen Frauen am höchsten.

Differenziert nach Akkulturationsgrad (FRAKK15) der Studienteilnehmerinnen mit Migrationshintergrund zeigte sich, dass Frauen mit einem niedrigen Akkulturationsgrad häufiger mit dem Stillen begonnen hatten als Frauen mit einem höheren Akkulturationsgrad (vgl. Tabelle 13).

Tabelle 13: Stillprävalenzen der Studienteilnehmerinnen nach Migrationsstatus, Akkulturationsgrad und Geburtsland bzw. Geburtsregion: zweiter (T2) und dritter (T3) Erhebungszeitpunkt

	Primäres Nichtstillen (T2) n (%)	
alle Studienteilnehmerinnen	664 (9,6)	
Migrationsstatus	Stillprävalenz Wochenbett (T2) n (%)	Stillprävalenz 6 Monate pp (T3) n (%)
Migrantinnen 1. Generation	2531 (91,7)	99 (55,9)
Frauen mit Migrationshintergrund 2.+3. Generation	870 (93,0)	23 (32,9)
Frauen mit einem zugewanderten Elternteil	291 (90,4)	18 (54,5)
Frauen ohne Migrationshintergrund	2528 (88,2)	172 (52,9)
Gesamtstillrate	6220 (90,4) (n=6884; fehlende Werte n=50)	312 (51,6)
Akkulturationsgrad (Frauen mit Migrationshintergrund 1.-3. Generation)		
Niedriger Akkulturationsgrad (FRAKK15)	827 (93,4)	42 (59,2)
Mittlerer Akkulturationsgrad (FRAKK15)	1437 (92,3)	53 (44,2)
Hoher Akkulturationsgrad (FRAKK15)	599 (89,9)	24 (45,3)
Geburtsland/ -region (Frauen mit Migrationshintergrund 1.-3. Generation)		
Deutschland	881 (92,8)	24 (33,8)
Türkei	660 (96,2)	28 (54,9)
Libanon	348 (94,3)	7 (43,8)
GUS-Staaten	173 (92,5)	10 (52,6)
Sprachkenntnisse (Frauen mit Migrationshintergrund 1.-3. Generation)		
Muttersprache Deutsch und zweisprachig	435 (92,4)	14 (41,2)
Andere Muttersprache	2966 (92,0)	108 (50,7)
Sehr gute – gute deutsche Sprachkenntnisse	1564 (92,8)	66 (48,2)
Mittlere bis keine deutschen Sprachkenntnisse	1448 (91,1)	44 (57,1)
Aufenthaltsdauer (Immigrantinnen 1. Generation)		
0-4 Jahre	884 (91,9)	29 (67,4)
5-9 Jahre	523 (91,9)	27 (62,8)
10-14 Jahre	371 (92,3)	16 (53,3)
15+ Jahre	713 (91,1)	27 (44,3)

³² Bei Mehrlingsgeburten wurde nur der erste Mehrling in die Analyse einbezogen.

Zum dritten Erhebungszeitpunkt stillten noch 312 Studienteilnehmerinnen (51,6%). Etwas mehr als 40% (n=253) der teilnehmenden Frauen hatten bereits abgestillt, während 6,6% (n=40) ihr Kind nie gestillt hatten. Von den noch stillenden Frauen beabsichtigte der Großteil (n=295) weiter zu stillen, lediglich 11 (3,6%) Frauen beabsichtigten zeitnah abzustillen.

Stillerfahrung nach Migrationsstatus und Parität

Von allen Studienteilnehmerinnen, die zum zweiten Erhebungszeitpunkt (T2) befragt wurden, verfügten 48,6% (n=3342) bereits über Stillerfahrung. Unterteilt nach Migrationsstatus konnten hier Unterschiede aufgezeigt werden: 60,4% (n=1664) der Migrantinnen der ersten Generation sowie 38,0% der Frauen ohne Migrationshintergrund hatten bereits weitere Geschwisterkinder des Neugeborenen gestillt (Chi-Quadrat-Test 293,525; df 3; $p < 0,0001$), wobei die meisten Frauen mit Stillerfahrung bereits ein (59,2%) oder zwei (24,1%) Geschwisterkinder gestillt hatten (Spannweite 1-13 Geschwisterkinder).

Stillanleitung nach Migrationsstatus

61,9% (n=4164) aller Frauen erhielten nach der Geburt in der Geburtsklinik Anleitung zum Stillen; davon stillten gut zwei Drittel zum ersten Mal, während es für knapp ein Drittel der zum Stillen angeleiteten Studienteilnehmerinnen (31,3%) nicht die erste Stillbeziehung war. Die Stillanleitung übernahmen in den Kliniken vor allem Krankenschwestern (Gesundheits- und Krankenpflegerinnen) (36,9%) und Hebammen (34,0%). Bei der differenzierten Betrachtung nach Migrationsstatus wurde ersichtlich, dass Migrantinnen der ersten Generation seltener eine Stillanleitung erhielten als Nicht-Migrantinnen (Chi-Quadrat-Test 156,165; df3; $p < 0,0001$) (vgl. Tabelle 14).

Tabelle 14: Stillanleitung in Geburtsklinik nach Migrationsstatus (T2); n=4164

zum Stillen angeleitet	n	%
Frauen mit Migrationshintergrund 1. Generation	1464	53,9
Frauen mit Migrationshintergrund 2.+3. Generation	542	59,2
Frauen mit einem zugewanderten Elternteil	216	69,5
Frauen ohne Migrationshintergrund	1942	69,8
gesamt	4164	100,0

4.9 Gründe für primäres Nicht-Stillen

Im Rahmen des zweiten Erhebungszeitpunktes wurden alle primär nicht stillenden Frauen nach den Gründen hierfür befragt. Von insgesamt 664 Frauen liegen hierzu auswertbare Daten vor.

In Tabelle 15 werden die von den Studienteilnehmerinnen genannten Gründe differenziert dargestellt, wobei Mehrfachnennungen möglich waren. Die drei meistgenannten Gründe sind bereits bei einem Geschwisterkind aufgetretene Probleme mit dem Stillen (n=119), eine Erkrankung der Kindsmutter (n=98) sowie eine Erkrankung des Kindes (n=87).

Tabelle 15: Gründe für primäres Nicht-Stillen (T2); Mehrfachnennungen möglich; n=858

Gründe für Nicht-Stillen	Nennungen
frühere Probleme mit dem Stillen	119
Kindsmutter ist krank	98
Kind ist nicht gesund	87
Flaschenfütterung wird bevorzugt	75
keine Lust zu stillen	57
Frau möchte wieder rauchen	57
ungünstige Brustwarzen	39
keine Zeit	35
sonstige Gründe (z.B. „Vater sagt nein zum Stillen“; „Kindsmutter möchte wieder Alkohol trinken“ oder „Kindsmutter stillt nicht wegen Schadstoffen in der Muttermilch“)	22
sonstige Gründe (Freitext)	269
gesamt	858

4.10 Einflussfaktoren auf den Stillbeginn (T2)

Einfluss von Migrationsfaktoren auf den Stillbeginn

Um verschiedene Einflussfaktoren auf den Stillbeginn zu prüfen, wurde im Basismodell zunächst nur der „Migrationsstatus“ als erklärende Variable einbezogen. Hiervon ausgehend wurde das Modell unter Hinzuziehung weiterer Faktoren erweitert. Im nicht-adjustierten Regressionsmodell war die Chance zu stillen bei Frauen mit Migrationshintergrund der zweiten und dritten Generation 1,79-mal höher als bei Frauen ohne Migrationshintergrund (p=0,001).

Auch im für weitere Einflussfaktoren adjustierten Regressionsmodell hatten Frauen mit Migrationshintergrund eine größere Chance mit dem Stillen zu beginnen als Frauen ohne Migrationshintergrund (2.+3. Generation aOR 2,07; 95% KI 1,43-3,00 respektive Migrantinnen 1. Generation aOR 1,30; 95% KI 1,01-1,67). Darüber hinaus waren die stärksten Prädiktoren für den Stillbeginn eine frühere Still Erfahrung (aOR 10,35; 95% KI

7,33-14,61), die Stillanleitung nach der Entbindung in der Geburtsklinik (aOR 7,55; 95% KI 5,88-9,69) und eine feste Partnerschaft (aOR 1,85; 95% KI 1,28-2,67) (vgl. Tabelle 16).

Tabelle 16: Chance zu stillen nach Migrationsstatus (nicht adjustierte und adjustierte binär logistische Regressionsanalyse); n=5817

	Odds Ratios	95%-KI	p-Wert
Migrationsstatus:			
Frauen ohne Migrationshintergrund	Referenz		
Migrantinnen 1. Generation	1,21	0,98-1,48	0,073
Frauen mit Migrationshintergrund 2.+3. Generation	1,79	1,29-2,50	0,001
Frauen mit einem zugewanderten Elternteil	1,19	0,76-1,88	0,448
Adjustierte Odds Ratios			
Migrationsstatus:			
Frauen ohne Migrationshintergrund	Referenz		
Migrantinnen 1. Generation	1,30	1,01-1,67	0,046
Frauen mit Migrationshintergrund 2.+3. Generation	2,07	1,43-3,00	<0,0001
Frauen mit einem zugewanderten Elternteil	1,17	0,70-1,97	0,544
Schulbildung:			
(Fach)Abitur	Referenz		
Haupt-/ Real-/ Berufsschule	0,77	0,58-1,01	0,060
Kein Abschluss/ nur Grundschule	0,62	0,41-0,92	0,019
Parität:			
Nullipara	Referenz		
Primi-/ Bipara	0,27	0,19-0,38	<0,0001
Multipara	0,21	0,13-0,35	<0,0001
Mütterliches Alter:			
18-24 Jahre	Referenz		
25-29 Jahre	0,96	0,70-1,33	0,823
30-34 Jahre	0,94	0,67-1,33	0,731
35 Jahre+	0,94	0,65-1,36	0,757
Nettoeinkommen:			
<900 Euro	0,85	0,57-1,27	0,427
900-1500 Euro	1,04	0,73-1,47	0,834
>1500-2600 Euro	1,05	0,75-1,47	0,785
>2600 Euro	Referenz		
Geburtsmodus:			
Sectio ja (Referenz: nein)	0,38	0,30-0,47	<0,0001
Mehrlingsgeburt: (Referenz: nein)	0,74	0,46-1,17	0,195
Rauchen während Schwangerschaft: (nein)			
Rauchen während Schwangerschaft: gelegentlich/ regelmäßig	Referenz		
	0,60	0,47-0,77	<0,0001
Frühgeburtlichkeit:			
Frühgeburt (nein) (\geq SSW37+0)	Referenz		
Frühe Frühgeburt ($<$ SSW37+0- \rightarrow SSW34+0)	0,40	0,29-0,55	<0,0001
Sehr frühe Frühgeburt (\leq SSW34+0)	0,23	0,16-0,34	<0,0001
Stillerrfahrung (Referenz: nein)	10,35	7,33-14,61	<0,0001
Stillanleitung in Klinik (Referenz: nein)	7,55	5,88-9,69	<0,0001
Feste Partnerschaft (Referenz: nein)	1,85	1,28-2,67	0,001
Modellgüte: R-Quadrat nach Nagelkerke 0,280			

Dagegen verringerten Rauchen in der Schwangerschaft (aOR 0,60; 95% KI 0,47-0,77), eine niedrigere (Schul-) Bildung (kein Schulabschluss/ Grundschulbildung) (aOR 0,62; 95% KI 0,41-0,92), die Frühgeburtlichkeit des Kindes (frühe Frühgeburt aOR 0,40; 95% KI 0,29-0,55 respektive sehr frühe Frühgeburt aOR 0,23; 95% KI 0,16-0,34), eine Schnitientbindung (aOR 0,38; 95% KI 0,30-0,47) sowie die Zugehörigkeit zur Gruppe der Mehrgebärenden die Chance, mit dem Stillen zu beginnen. Die Variablen mütterliches Alter, Mehrlingsgeburt und Nettoeinkommen stellten jedoch keinen Einfluss auf den Stillbeginn dar (vgl. Tabelle 16).

Einfluss von Akkulturationsfaktoren auf den Stillbeginn

Um innerhalb des Migrantinnenkollektivs zu prüfen, ob und wenn ja welchen Einfluss der Akkulturationsgrad der Studienteilnehmerinnen auf den Stillbeginn darstellt, wurden vier in dieser Arbeit verwendete Akkulturationskriterien zur Gegenüberstellung herangezogen: der Akkulturationsgrad nach FRAKK15, das Geburtsland, deutsche Sprachkenntnisse sowie die Länge des Aufenthalts in Deutschland.

Akkulturationsgrad nach FRAKK15

Der Akkulturationsgrad, gemessen anhand der Akkulturationsskala FRAKK15, stellte sowohl im nicht adjustierten als auch im adjustierten Regressionsmodell keinen Einfluss auf den Stillbeginn dar (vgl. Tabelle 17).

Im für weitere Einflussfaktoren adjustierten Regressionsmodell konnte innerhalb des Migrantinnenkollektivs eine größere Chance des Stillbeginns bei Frauen mit Migrationshintergrund der zweiten und dritten Generation (aOR 1,58; $p=0,031$) im Vergleich zu Immigrantinnen der ersten Generation bestätigt werden; außerdem waren eine feste Partnerschaft (aOR 2,23; 95% KI 1,28-3,91), die Stillanleitung in der Geburtsklinik (aOR 5,29; 95% KI 3,59-7,79) und eine bereits vorhandene Still Erfahrung (aOR 10,54; 95% KI 6,28-17,68) die stärksten Prädiktoren für den Stillbeginn. Eine geringere Chance zu stillen konnte für Frauen nach einer Schnitientbindung (aOR 0,33; 95% KI 0,26-0,48), für Frauen mit frühgeborenen Kindern (aOR 0,42; 95% KI 0,25-0,70 Frühgeburt \geq SSW 34+0- <SSW37+0 bzw. aOR 0,25; 95% KI 0,13-0,45 Frühgeburt <SSW 34+0) sowie für Mehrgebärende (aOR 0,30; 95% KI 0,18-0,52 Primi-/ Bipara bzw. aOR 0,24; 95%; KI 0,12-0,49 Multipara) beschrieben werden. Keinen Einfluss auf den Stillbeginn innerhalb des Migrantinnenkollektivs (erste bis dritte Generation) hatte das Rauchen in der

Schwangerschaft, das mütterliche Alter, die sozioökonomische Situation und das Vorliegen einer Mehrlingsgeburt (vgl. Tabelle 17).

Tabelle 17: Chance zu stillen nach Akkulturationsgrad (FRAKK15) bei Frauen mit Migrationshintergrund der 1.-3. Generation (nicht adjustierte und adjustierte binär logistische Regressionsanalyse); n=2641

	Odds Ratios	95%-KI	p-Wert
Akkulturationsgrad (FRAKK15):			
Niedriger Akkulturationsgrad (FRAKK15)	Referenz		
Mittlerer Akkulturationsgrad (FRAKK15)	0,94	0,65-1,35	0,731
Hoher Akkulturationsgrad (FRAKK15)	0,79	0,52-1,21	0,279
Adjustierte Odds Ratios			
Akkulturationsgrad (FRAKK15):			
Niedriger Akkulturationsgrad (FRAKK15)	Referenz		
Mittlerer Akkulturationsgrad (FRAKK15)	0,99	0,66-1,49	0,966
Hoher Akkulturationsgrad (FRAKK15)	0,86	0,52-1,41	0,540
Migrationsstatus:			
Migrantinnen 1. Generation	Referenz		
Frauen mit Migrationshintergrund 2.+3. Generation	1,58	1,04-2,41	0,031
Mütterliches Alter:			
18-24 Jahre	Referenz		
25-29 Jahre	1,01	0,61-1,68	0,967
30-34 Jahre	0,77	0,46-1,31	0,341
35+ Jahre	0,60	0,35-1,04	0,070
Nettoeinkommen:			
>2600 Euro	Referenz		
>1500-2600 Euro	1,28	0,71-2,32	0,413
900-1500 Euro	1,36	0,78-2,39	0,279
<900 Euro	1,22	0,66-2,25	0,529
Schulbildung:			
(Fach)Abitur	Referenz		
Haupt-/ Real-/ Berufsschule	0,90	0,59-1,39	0,633
Kein Abschluss/ nur Grundschule	0,74	0,43-1,30	0,296
Geburtsmodus:			
Sectio (Referenz nein)	0,33	0,26-0,48	<0,0001
Mehrlingsgeburt: (Referenz: nein)	0,97	0,45-2,10	0,942
Stillverfahren: (Referenz: nein)	10,54	6,28-17,68	<0,0001
Stillanleitung: (Referenz: nein)	5,29	3,59-7,79	<0,0001
Rauchen während Schwangerschaft: (nein)			
Rauchen während Schwangerschaft: gelegentlich/ regelmäßig	0,80	0,54-1,17	0,246
Parität:			
Nullipara	Referenz		
Primi-/ Bipara	0,30	0,18-0,52	<0,0001
Multipara	0,24	0,12-0,49	<0,0001
Frühgeburtlichkeit:			
Frühgeburt (nein) (\geq SSW37+0)	Referenz		
Frühe Frühgeburt (\geq SSW34+0- $<$ SSW37+0)	0,42	0,25-0,70	0,001
Sehr frühe Frühgeburt ($<$ SSW34+0)	0,25	0,13-0,45	<0,0001
Partnerschaft:			
Feste Partnerschaft (Referenz: nein)	2,23	1,28-3,91	0,005
Modellqualität: R-Quadrat nach Nagelkerke 0,231			

Akkulturationsgrad nach Geburtsland

Der Blick auf die Geburtsländer bzw. -regionen Deutschland, Libanon, Türkei sowie GUS-Staaten (n=2240) innerhalb des Migrantinnenkollektivs³³ zeigte, dass das Geburtsland – hier als Proxy für Akkulturation – ebenfalls keinen Einfluss auf die Chance des Stillbeginns hat. Auch hier waren die stillfördernden Haupteinflussfaktoren eine vorangegangene Stillererfahrung sowie die Stillanleitung in der Geburtsklinik. Als stillhemmend konnten eine Schnittentbindung, die Frühgeburtlichkeit des Kindes sowie die Zugehörigkeit zur Gruppe der Mehrgebärenden aufgezeigt werden (vgl. Tabelle 18).

Tabelle 18: Chance zu stillen nach Akkulturationsgrad (Geburtsländer Deutschland, Türkei, Libanon, GUS) bei Frauen mit Migrationshintergrund der 1.-3. Generation (adjustierte binär logistische Regressionsanalyse); n=1815

	Adjustierte Odds Ratios	95%-KI	p-Wert
Geburtsland:			
Deutschland	Referenz		
Türkei	1,59	0,85-2,99	0,146
Libanon	1,62	0,73-3,63	0,238
GUS-Staaten	0,88	0,41-1,93	0,757
Geburtsmodus:			
Sectio (Referenz: nein)	0,41	0,25-0,68	<0,0001
Stillererfahrung: (Referenz: nein)			
Erfahrung Stillen	10,27	5,12-20,61	<0,0001
Stillanleitung: (Referenz: nein)			
Anleitung Stillen	3,51	2,05-6,00	<0,0001
Parität:			
Nullipara	Referenz		
Primi-/ Bipara	0,24	0,12-0,51	<0,0001
Multipara	0,18	0,07-0,49	0,001
Frühgeburtlichkeit:			
Frühgeburt (nein) (\geq SSW 37+0)	Referenz		
Frühgeburt (\geq SSW34+0- $<$ SSW37+0)	0,44	0,21-0,94	0,033
Frühgeburt ($<$ SSW34+0)	0,11	0,05-0,24	<0,0001
Modellqualität: R-Quadrat nach Nagelkerke 0,200			
außerdem adjustiert für mütterliches Alter, Schulabschluss, Nettoeinkommen, Rauchen in der Schwangerschaft, Mehrlinge, feste Partnerschaft			

Akkulturationsgrad nach deutschen Sprachkenntnissen (Muttersprache nicht Deutsch)

Im nicht adjustierten Regressionsmodell hatten Frauen mit sehr guten sowie guten Deutschkenntnissen eine höhere Chance zu stillen. Jedoch konnte dieser stillfördernde Effekt im adjustierten Regressionsmodell nicht aufgezeigt werden: hier hatten deutsche Sprachkenntnisse keinen Einfluss auf den Stillbeginn. Als Prädiktoren für den Stillbeginn wurden die Stillanleitung in der Klinik (aOR 4,83; $p<0,0001$), eine frühere Stillererfahrung (aOR 10,08; $p<0,0001$) und eine feste Partnerschaft (aOR 1,89; $p=0,023$) ersichtlich, während

³³ erste bis dritte Generation

stillhemmend eine Sectioentbindung, die Frühgeburtlichkeit des Kindes, ein höheres mütterliches Alter (≥ 35 Jahre) und die Zugehörigkeit zur Gruppe der Mehrgebärenden wirkten (vgl. Tabelle 19).

Tabelle 19: Chance zu stillen nach Akkulturationsgrad (deutsche Sprachkenntnisse als Proxy für Akkulturation) bei Frauen mit Migrationshintergrund der 1.-3. Generation (nicht adjustierte und adjustierte binär logistische Regressionsanalyse); n= 2638

	Odds Ratios	95%-KI	p-Wert
Sprachkenntnisse:			
Geringe - mittlere Deutschkenntnisse	Referenz		
Sehr gute + gute Deutschkenntnisse	1,39	1,04-1,86	0,028
	Adjustierte Odds Ratios	95%-KI	p-Wert
Sprachkenntnisse:			
Geringe - mittlere Deutschkenntnisse	Referenz		
Sehr gute + gute Deutschkenntnisse	1,26	0,89-1,79	0,192
Geburtsmodus:			
Sectio (Referenz: nein)	0,32	0,26-0,45	<0,0001
Stillerrfahrung (Referenz: nein)	10,08	6,07-16,72	<0,0001
Mütterliches Alter:			
18-24 Jahre	Referenz		
25-29 Jahre	0,91	0,54-1,52	0,721
30-34 Jahre	0,62	0,37-1,05	0,078
35+ Jahre	0,51	0,30-0,88	0,016
Stillanleitung (Referenz: nein)	4,83	3,29-7,07	<0,0001
Parität:			
Nullipara	Referenz		
Primi-/ Bipara	0,33	0,19-0,56	<0,0001
Multipara	0,25	0,12-0,50	<0,0001
Frühgeburtlichkeit:			
Frühgeburt (nein) (\geq SSW37+0)	Referenz		
Frühe Frühgeburt (\geq SSW34+0- $<$ SSW37+0)	0,33	0,19-0,56	<0,0001
Sehr frühe Frühgeburt ($<$ SSW34+0)	0,25	0,12-0,50	<0,0001
Partnerschaft:			
Feste Partnerschaft (Referenz: nein)	1,89	1,09-3,26	0,023
Modellqualität: R-Quadrat nach Nagelkerke 0,252 außerdem adjustiert für: Schulabschluss, Nettoeinkommen und Rauchen in der Schwangerschaft			

Akkulturationsgrad nach Aufenthaltsdauer (Migrantinnen der ersten Generation)

Innerhalb der Gruppe der Immigrantinnen der ersten Generation (n=2821) konnte bei der Unterscheidung nach der Aufenthaltsdauer in Deutschland in Jahren (Aufenthaltsdauer in Deutschland unterteilt in vier Kategorien) im adjustierten Regressionsmodell kein Unterschied hinsichtlich der Chance des Stillbeginns aufgezeigt werden (vgl. Tabelle 20).

Tabelle 20: Chance zu stillen nach Akkulturationsgrad (Aufenthaltsdauer unterteilt in vier Kategorien); Migrantinnen 1. Generation (adjustierte binär logistische Regressionsanalyse); n=2152

	Adjustierte Odds Ratios	95%-KI	p-Wert
Aufenthaltsdauer in Deutschland:			
0-4 Jahre	Referenz		
5-9 Jahre	1,04	0,63-1,70	0,889
10-14 Jahre	1,48	0,81-2,72	0,206
15 Jahre +	1,05	0,66-1,69	0,838
Mütterliches Alter:			
18-24 Jahre	Referenz		
25-29 Jahre	0,84	0,48-1,47	0,547
30-34 Jahre	0,65	0,37-1,16	0,146
35+ Jahre	0,50	0,28-0,91	0,024
Geburtsmodus:			
Sectio (Referenz: nein)	0,30	0,21-0,44	<0,0001
Stillerrfahrung (Referenz: nein)	8,29	4,66-14,72	<0,0001
Stillanleitung (Referenz: nein)	5,99	3,88-9,09	<0,0001
Parität:			
Nullipara	Referenz		
Primi-/ Bipara	0,42	0,23-0,78	0,006
Multipara	0,35	0,16-0,79	0,011
Frühgeburlichkeit:			
Frühgeburt (nein) (\geq SSW37+0)	Referenz		
Frühe Frühgeburt (\geq SSW34+0- $<$ SSW37+0)	0,40	0,24-0,69	0,001
Sehr frühe Frühgeburt ($<$ SSW34+0)	0,15	0,08-0,29	<0,0001
Partnerschaft:			
Feste Partnerschaft (Referenz: nein)	2,07	1,19-3,62	0,011
Modellqualität: R-Quadrat nach Nagelkerke 0,262 außerdem adjustiert für Rauchen in der Schwangerschaft, Mehrlinge, Nettoeinkommen und Schulabschluss; n=2152			

Als stillfördernd erwiesen sich in dieser Gruppe eine vorangegangene Stillerfahrung, eine feste Partnerschaft und die Stillanleitung in der Geburtsklinik. Stillhemmend wirkten dagegen die Frühgeburlichkeit des Kindes, die Zugehörigkeit zur Gruppe der Mehrgebärenden, ein höheres mütterliches Alter (35 Jahre und älter) sowie eine Sectioentbindung, während die Schulbildung, das Haushaltsnettoeinkommen, Rauchen in der Schwangerschaft, das Vorliegen einer Mehrlingsgeburt und die Aufenthaltsdauer in Deutschland keinen Einfluss auf den Stillbeginn darstellten.

4.11 Einflussfaktoren auf eine lange versus eine kurze geplante Stildauer (Stillabsicht) (T2)

Angaben zur geplanten Stildauer liegen von 5672 Frauen vor. Der Mittelwert der gewünschten Stildauer aller Studienteilnehmerinnen beträgt 8,7 Monate (SD 5,2) und der Medianwert 6 Monate.

Tabelle 21: Geplante Stilldauer in Monaten nach Migrationsstatus, Akkulturationsgrad (FRAKK15), deutschen Sprachkenntnissen, Muttersprache, Aufenthaltsdauer und Geburtsland bzw. Geburtsregion

	Geplante Stilldauer in Monaten	
	Mittelwert (SD)	Median
Migrationsstatus		
Migrantinnen 1. Generation (n=2304)	10,5 (6,0)	12
Frauen mit Migrationshintergrund 2.+3. Generation (n=769)	9,2 (5,4)	6
Frauen mit einem zugewanderten Elternteil (n=273)	8,0 (5,0)	6
Frauen ohne Migrationshintergrund (n=2326)	6,9 (3,3)	6
gesamt (n=5672)	8,7 (5,2)	6
Akkulturationsgrad (3 Kategorien; 1.-3. Generation)		
Niedriger Akkulturationsgrad (FRAKK15) (n=771)	11,4 (6,3)	12
Mittlerer Akkulturationsgrad (FRAKK15) (n=1302)	10,0 (5,7)	8
Hoher Akkulturationsgrad (FRAKK15) (n=548)	8,4 (4,6)	6
gesamt (n=2621)	10,1 (5,8)	9
Deutsche Sprachkenntnisse (1.-3. Generation)		
Geringe bis keine Deutschkenntnisse (n=1330)	11,3 (6,3)	12
Sehr gute + gute deutsche Deutschkenntnisse (n=1384)	9,4 (5,2)	7
Muttersprache (1.-3. Generation)		
Deutsch + zweisprachig (n=399)	9,4 (5,9)	7
Andere Muttersprache (n=2674)	10,3 (5,8)	10
Aufenthaltsdauer (nur Migrantinnen 1. Generation)		
0-4 Jahre (n=814)	11,0 (5,9)	12
5-9 Jahre (n=487)	11,1 (6,2)	12
10-14 Jahre (n=335)	10,3 (5,9)	9
15+ Jahre (n=630)	9,6 (5,7)	7
Geburtsland/-region (1.-3. Generation)		
Deutschland (n=780)	9,2 (5,4)	6
Türkei (n=601)	12,4 (6,4)	12
Libanon (n=307)	10,4 (6,3)	12
GUS-Staaten (n=163)	9,7 (5,2)	8

Nach Migrationsstatus wurden Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen ersichtlich: Migrantinnen der ersten Generation gaben mit durchschnittlich 10,5 Monaten (Spannweite 0-36 Monate) die längste gewünschte Stillzeit an; dagegen wollten Frauen ohne Migrationshintergrund ihr Kind durchschnittlich 6,9 Monate stillen (Spannweite 1-36 Monate). Außerdem zeigten sich Unterschiede innerhalb des Migrantinnenkollektivs nach Akkulturationsgrad: Frauen mit einem niedrigeren Akkulturationsgrad planten eine längere Stillzeit als Frauen mit einem höheren Akkulturationsgrad (MW 11,4 Monate versus 8,4 Monate) (vgl. Tabelle 21).

Einfluss von Migrationsfaktoren auf die gewünschte Stilldauer

In einem logistischen Regressionsmodell sollten die Einflussfaktoren auf eine geplante lange Stilldauer (4 Monate und länger) versus eine kurze Stilldauer (kürzer als 4 Monate) getestet werden. Im nicht für weitere Einflussfaktoren adjustierten Modell hatten Migrantinnen der

ersten Generation eine größere Chance, eine längere Stilldauer zu planen als Frauen ohne Migrationshintergrund (OR 1,39; p=0,002) (vgl. Tabelle 22).

Tabelle 22: Chance einer geplanten langen Stilldauer (≥ 4 Monate) (nicht adjustierte und adjustierte binär logistische Regressionsanalyse); n=4704

	Odds Ratios	95%-KI	p-Wert
Migrationsstatus:			
Frauen ohne Migrationshintergrund	Referenz		
Migrantinnen 1. Generation	1,39	1,13-1,71	0,002
Frauen mit Migrationshintergrund 2.+3. Generation	1,30	0,97-1,73	0,079
Frauen mit einem zugewanderten Elternteil	1,24	0,79-1,92	0,350
Adjustierte Odds Ratios			
Migrationsstatus:			
Frauen ohne Migrationshintergrund	Referenz		
Migrantinnen 1. Generation	1,66	1,29-2,14	<0,0001
Frauen mit Migrationshintergrund 2.+3. Generation	1,71	1,25-2,36	<0,0001
Frauen mit einem zugewanderten Elternteil	1,42	0,90-2,24	0,130
Schulbildung:			
(Fach)Abitur	Referenz		
Haupt-/ Real-/ Berufsschule	0,62	0,49-0,80	<0,0001
Kein Abschluss/ nur Grundschule	0,53	0,36-0,77	0,001
Alter:			
18-24 Jahre	Referenz		
25-29 Jahre	1,53	1,16-2,02	0,003
30-34 Jahre	1,61	1,19-2,18	0,002
35+ Jahre	1,27	0,92-1,75	0,154
Nettoeinkommen:			
>2600 Euro	Referenz		
>1500-2600 Euro	1,10	0,82-1,46	0,527
900-1500 Euro	1,09	0,80-1,47	0,591
<900 Euro	1,00	0,70-1,43	0,995
Rauchen während der Schwangerschaft:			
Rauchen regelmäßig/ gelegentlich (Referenz: nein)	0,55	0,44-0,69	<0,0001
Parität:			
Nullipara	Referenz		
Primi-/ Bipara	0,49	0,32-0,77	0,002
Multipara	0,38	0,21-0,62	0,001
Frühgeburtlichkeit:			
Frühgeburt (nein) (\geq SSW37+0)	Referenz		
Frühe Frühgeburt (\geq SSW34+0-<SSW37+0)	0,95	0,68-1,34	0,770
Sehr frühe Frühgeburt (\leq SSW34+0)	1,06	0,61-1,83	0,844
(Rückkehr) Berufstätigkeit:			
nicht geplant	Referenz		
direkt nach Mutterschutz	0,42	0,27-0,65	<0,0001
nach der Elternzeit	1,06	0,74-1,52	0,751
erst später	1,20	0,86-1,68	0,287
Stillerfahrung (Referenz: nein)	1,58	1,02-2,47	0,041
Stillanleitung (Referenz: nein)	0,86	0,68-1,08	0,186
Geburtsmodus:			
Sectio (Referenz: nein)	0,86	0,70-1,05	0,134
Feste Partnerschaft (Referenz: nein)	0,87	0,57-1,35	0,537
Modellqualität: R-Quadrat nach Nagelkerke 0,062			

Dieser Effekt blieb auch im adjustierten Modell erhalten: ein Migrationsstatus sowohl der ersten als auch der zweiten und dritten Generation war mit einer größeren Chance einer geplanten langen Stillzeit verbunden. Darüber hinaus erwiesen sich eine vorangegangene Stillterfahrung sowie ein mütterliches Alter zwischen 25 und 34 Jahren ebenfalls als Prädiktoren für eine geplante lange Stillzeit. Als stärkste Prädiktoren für die Chance einer kurzen Stildauer konnten das Rauchen in der Schwangerschaft (aOR 0,55; $p < 0,0001$), ein niedriger Schulabschluss, die Zugehörigkeit zur Gruppe der Mehrgebärenden sowie die bereits nach der Mutterschutzfrist geplante Rückkehr in die Berufstätigkeit aufgezeigt werden (vgl. Tabelle 22).

Einfluss von Akkulturationsfaktoren auf die gewünschte Stildauer

Im nicht adjustierten Regressionsmodell zeigte sich kein Unterschied nach

Akkulturationsgrad (FRAKK15) für die Chance, eine lange Stillzeit zu planen.

Dagegen verringerten im adjustierten Modell ein mittlerer und höherer Akkulturationsgrad (FRAKK15), das Rauchen in der Schwangerschaft, eine geringe bzw. fehlende Schulbildung sowie die Zugehörigkeit zur Gruppe der Mehrgebärenden die Chance, eine lange Stillzeit zu planen. Der baldige Rückkehrwunsch in die Berufstätigkeit (hier nach der Mutterschutzfrist) war ebenfalls ein Prädiktor für eine geringe Chance, eine lange Stillzeit zu planen. Zudem zeigten sich Unterschiede nach dem mütterlichen Alter: die Chance für eine geplante lange Stillzeit war bei Frauen der Altersgruppe zwischen 30 und 34 Jahren höher als bei Frauen zwischen 18 und 24 Jahren (vgl. Tabelle 23).

Tabelle 23: Chance einer geplanten langen Stilldauer (≥ 4 Monate) nach Akkulturationsgrad (FRAKK15), Frauen mit Migrationshintergrund der 1.-3. Generation (nicht adjustierte und adjustierte binär logistische Regressionsanalyse); n=2152

	Odds Ratios	95%-KI	p-Wert
Niedriger Akkulturationsgrad (FRAKK15)	Referenz		
Mittlerer Akkulturationsgrad (FRAKK15)	0,71	0,50-1,02	0,067
Hoher Akkulturationsgrad (FRAKK15)	0,71	0,47-1,09	0,118

	Adjustierte Odds Ratios	95%-KI	p-Wert
Akkulturationsgrad:			
Niedriger Akkulturationsgrad (FRAKK15)	Referenz		
Mittlerer Akkulturationsgrad (FRAKK15)	0,61	0,41-0,89	0,011
Hoher Akkulturationsgrad (FRAKK15)	0,51	0,36-0,83	0,007
Migrationsstatus:			
Migrantinnen 1. Generation	Referenz		
Frauen mit Migrationshintergrund 2.+3. Generation	1,02	0,73-1,44	0,891
Alter:			
18-24 Jahre	Referenz		
25-29 Jahre	1,39	0,93-2,07	0,104
30-34 Jahre	1,91	1,20-3,04	0,007
35+ Jahre	1,41	0,85-2,32	0,182
Nettoeinkommen:			
>2600 Euro	Referenz		
>1500-2600 Euro	1,41	0,77-2,56	0,262
900-1500 Euro	0,98	0,56-1,70	0,935
<900 Euro	0,74	0,41-1,35	0,323
Schulbildung:			
(Fach)Abitur	Referenz		
Haupt-/ Real-/ Berufsschule	0,71	0,47-1,07	0,101
Kein Abschluss/ nur Grundschule	0,45	0,27-0,74	0,002
Geburtsmodus:			
Sectio (Referenz: nein)	1,08	0,76-1,53	0,672
(Rückkehr) Berufstätigkeit:			
nicht geplant	Referenz		
direkt nach Mutterschutz	0,38	0,20-0,71	0,003
nach der Elternzeit	0,92	0,56-1,51	0,752
erst später	1,08	0,71-1,64	0,712
Stillerrfahrung (Referenz: nein)	1,32	0,67-2,60	0,415
Stillanleitung (Referenz: nein)	0,87	0,62-1,21	0,408
Rauchen während Schwangerschaft (nein)			
Rauchen während Schwangerschaft: gelegentlich/ regelmäßig	0,70	0,50-0,98	0,039
Parität:			
Nullipara	Referenz		
Primi-/ Bipara	0,43	0,21-0,86	0,018
Multipara	0,30	0,13-0,71	0,006
Frühgeburtlichkeit:			
Frühgeburt (nein) (\geq SSW37+0)	Referenz		
Frühe Frühgeburt (\geq SSW34+0-<SSW37+0)	1,16	0,62-2,19	0,638
Sehr frühe Frühgeburt (<SSW34+0)	0,69	0,29-1,62	0,391
Partnerschaft:			
Feste Partnerschaft (Referenz: nein)	0,93	0,48-1,78	0,822
Modellqualität: R-Quadrat nach Nagelkerke 0,072			

Akkulturationsgrad nach deutschen Sprachkenntnissen (Muttersprache nicht Deutsch)

Bei der Verwendung des Proxys „Sprachkenntnisse“ konnte kein Einfluss auf die geplante Stilldauer festgestellt werden. Weder im für mehrere Einflussfaktoren adjustierten logistischen Regressionsmodell zur „Muttersprache Deutsch versus andere Sprache“ noch im Modell zu „mittleren bis keinen Deutschkenntnissen versus sehr guten und guten Deutschkenntnissen“ konnte der Einfluss des Proxys „Sprachkenntnisse“ auf die Chance der Planung einer längeren Stillzeit aufgezeigt werden (vgl. Tabellen 24 und 25).

Tabelle 24: Chance einer geplanten langen Stilldauer nach Akkulturationsgrad (deutsche Sprachkenntnisse, Muttersprache nicht Deutsch) bei Frauen mit Migrationshintergrund der 1.-3. Generation (adjustierte binär logistische Regressionsanalyse); n=2093

	Adjustierte Odds Ratios	95%-KI	p-Wert
Sprachkenntnisse:			
Geringe - mittlere Deutschkenntnisse	Referenz		
Sehr gute + gute Deutschkenntnisse	0,86	0,58-1,29	0,473
Modellqualität: R-Quadrat nach Nagelkerke 0,062			
außerdem adjustiert für: Schulabschluss, mütterliches Alter, Nettoeinkommen, feste Partnerschaft, Parität, Sectioentbindung, Rauchen in der Schwangerschaft, Frühgeburtlichkeit, Stillverfahren, Stillanleitung und Rückkehrwunsch in Berufstätigkeit			

Tabelle 25: Chance einer geplanten langen Stilldauer nach Akkulturationsgrad (Sprachkenntnisse nach Muttersprache) bei Frauen mit Migrationshintergrund der 1.-3. Generation (adjustierte binär logistische Regressionsanalyse); n=2397

	Adjustierte Odds Ratios	95%-KI	p-Wert
Muttersprache:			
Muttersprache nicht Deutsch	Referenz		
Muttersprache Deutsch + zweisprachig	0,76	0,51-1,12	0,165
Modellqualität: R-Quadrat nach Nagelkerke 0,056			
außerdem adjustiert für: Schulabschluss, mütterliches Alter, Nettoeinkommen, feste Partnerschaft, Parität, Sectioentbindung, Rauchen in der Schwangerschaft, Frühgeburtlichkeit, Stillverfahren, Stillanleitung und Rückkehrwunsch in Berufstätigkeit			

Akkulturationsgrad nach Geburtsland

Innerhalb des Migrantinnenkollektivs zeigte sich im nicht adjustierten Modell bei in der Türkei geborenen Frauen eine größere Chance für eine geplante lange Stillzeit, während im Libanon geborene Frauen eine geringere Chance für eine geplante lange Stillzeit hatten. Im für weitere Einflussfaktoren adjustierten Regressionsmodell blieben die Unterschiede für in der Türkei geborene Frauen erhalten (aOR 3,26; $p < 0,0001$); bei im Libanon geborenen Frauen zeigte sich weiterhin die Tendenz einer geringeren Chance für eine geplante lange Stillzeit (aOR 0,62; $p = 0,058$). Als weiterer Einflussfaktor auf die Chance einer geplanten langen Stillzeit wurde die Zugehörigkeit zur Altersgruppe der 30-34-jährigen Frauen ersichtlich. Dagegen reduzierte die Multiparität (drei und mehr vorangegangene Geburten) die Chance einer geplanten langen Stillzeit (vgl. Tabelle 26).

Tabelle 26: Einfluss des Akkulturationsgrades (Geburtsland/ -region) auf eine geplante lange Stilldauer (≥ 4 Monate) bei Frauen mit Migrationshintergrund der 1. Generation (nicht adjustierte und adjustierte binär logistische Regressionsanalyse); n=1470

	Odds Ratios	95%-KI	p-Wert
Geburtsland:			
Deutschland	Referenz		
Türkei	3,01	1,72-5,28	<0,0001
Libanon	0,53	0,34-0,82	0,004
GUS-Staaten	1,48	0,72-3,06	0,287
	Adjustierte Odds Ratios	95%-KI	p-Wert
Geburtsland:			
Deutschland	Referenz		
Türkei	3,26	1,78-6,00	<0,0001
Libanon	0,62	0,37-1,02	0,058
GUS-Staaten	1,20	0,55-2,58	0,649
Alter:			
18-24 Jahre	Referenz		
25-29 Jahre	1,38	0,84-2,27	0,202
30-34 Jahre	2,01	1,08-3,75	0,028
35 Jahre+	1,30	0,68-2,46	0,427
Nettoeinkommen:			
>2600 Euro	Referenz		
>1500-2600 Euro	1,22	0,52-2,88	0,646
900-1500 Euro	0,89	0,40-1,98	0,769
<900 Euro	0,73	0,31-1,72	0,467
Schulbildung:			
(Fach)Abitur	Referenz		
Haupt-/ Real-/ Berufsschule	0,663	0,36-1,22	0,184
Kein Abschluss/ nur Grundschule	0,53	0,26-1,10	0,090
Geburtsmodus:			
Sectio (Referenz: nein)	1,21	0,75-1,94	0,433
Stillerrfahrung (Referenz: nein)	1,19	0,50-2,83	0,689
Stillanleitung (Referenz: nein)	1,02	0,67-1,56	0,920
(Rückkehr) Berufstätigkeit:			
nicht geplant	Referenz		
direkt nach Mutterschutz	0,45	0,17-1,17	0,101
nach der Elternzeit	0,67	0,36-1,25	0,207
erst später	1,09	0,66-1,79	0,742
Rauchen während Schwangerschaft (nein)			
Rauchen während Schwangerschaft: gelegentlich/ regelmäßig	Referenz		
	0,67	0,44-1,03	0,070
Parität:			
Nullipara	Referenz		
Primi-/ Bipara	0,55	0,22-1,34	0,187
Multipara	0,33	0,11-0,98	0,045
Frühgeburtlichkeit:			
Frühgeburt (nein) (\geq SSW37+0)	Referenz		
Frühe Frühgeburt (\geq SSW34+0-<SSW37+0)	1,15	0,50-2,62	0,742
Sehr frühe Frühgeburt (<SSW34+0)	0,50	0,17-1,42	0,191
Partnerschaft:			
Feste Partnerschaft (Referenz: nein)	0,98	0,40-2,41	0,961
Modellqualität: R-Quadrat nach Nagelkerke 0,100			

Akkulturationsgrad nach Aufenthaltsdauer (Migrantinnen der ersten Generation)

Sowohl im nicht adjustierten als auch im adjustierten Regressionsmodell konnten Unterschiede in der gewünschten respektive geplanten Stilldauer nach Aufenthaltsdauer aufgezeigt werden (vgl. Tabelle 27).

Tabelle 27: Chance einer geplanten langen Stilldauer nach Akkulturationsgrad (Aufenthaltsdauer in Deutschland <15 Jahre versus ≥15 Jahre); Migrantinnen der 1. Generation (nicht adjustierte und adjustierte binär logistische Regressionsanalyse); n=2821

	Odds Ratios	95%-KI	p-Wert
Aufenthaltsdauer in Deutschland:			
<15 Jahre	Referenz		
≥15 Jahre	0,6	0,42-0,81	0,001
Adjustierte Odds Ratios			
Aufenthaltsdauer in Deutschland:			
<15 Jahre	Referenz		
≥15 Jahre	0,65	0,44-0,94	0,022
Geburtsmodus:			
Sectio (Referenz: nein)	1,09	0,73-1,62	0,680
Rauchen während Schwangerschaft: (nein)			
Rauchen gelegentlich/ regelmäßig	0,61	0,42-0,91	0,015
Alter:			
18-24 Jahre	Referenz		
25-29 Jahre	1,75	1,09-2,82	0,021
30-34 Jahre	1,95	1,15-3,31	0,013
35 Jahre+	1,59	0,94-2,72	0,094
Nettoeinkommen:			
>2600 Euro	Referenz		
>1500-2600 Euro	1,26	0,64-2,46	0,505
900-1500 Euro	1,07	0,57-2,01	0,832
<900 Euro	0,87	0,44-1,72	0,696
Schulbildung:			
(Fach)Abitur	Referenz		
Haupt-/ Real-/ Berufsschule	0,80	0,5-1,26	0,332
Kein Abschluss/ nur Grundschule	0,76	0,44-1,30	0,313
(Rückkehr) Berufstätigkeit:			
nicht geplant	Referenz		
direkt nach Mutterschutz	0,41	0,21-0,79	0,008
nach der Elternzeit	1,24	0,72-2,14	0,435
erst später	1,17	0,76-1,80	0,486
Stillerrfahrung (Referenz: nein)	1,51	0,69-3,31	0,301
Stillanleitung (Referenz: nein)	0,68	0,46-0,995	0,047
Parität:			
Nullipara	Referenz		
Primi-/ Bipara	0,42	0,19-0,96	0,040
Multipara	0,29	0,11-0,79	0,016
Frühgeburlichkeit:			
Frühgeburt (nein) (≥SSW37+0)	Referenz		
Frühe Frühgeburt (≥SSW34+0-<SSW37+0)	1,12	0,54-2,31	0,768
Sehr frühe Frühgeburt (<SSW34+0)	0,49	0,20-1,17	0,108
Partnerschaft:			
Feste Partnerschaft (Referenz: nein)	1,12	0,56-2,23	0,751
Modellqualität: R-Quadrat nach Nagelkerke 0,069			

Eine Aufenthaltsdauer in Deutschland von 15 Jahren und länger erhöhte die Chance, keine lange Stillzeit zu planen. Weitere Einflussfaktoren auf eine geringere Chance einer langen Stillzeit innerhalb der ersten Migrantinnengeneration waren auch hier das Rauchen in der Schwangerschaft, die nach der Mutterschutzfrist geplante Rückkehr in die Berufstätigkeit und die Zugehörigkeit zur Gruppe der Mehrgebärenden. Dagegen war das höhere mütterliche Alter (Altersgruppe 25-34 Jahre) mit einer größeren Chance für eine geplante lange Stillzeit verbunden (vgl. Tabelle 27).

4.12 Einflussfaktoren auf die Abstillwahrscheinlichkeit und die tatsächliche Stilldauer (T3)

Insgesamt lagen zum dritten Erhebungszeitpunkt von 553 Frauen genaue Angaben zur Stilldauer vor. Während mehr als die Hälfte der interviewten Frauen (57,7%; n=319) mindestens sechs Monate stillten, hatten 7,2% (n=40) bereits innerhalb des ersten Monats abgestillt (vgl. Tabelle 28).

Tabelle 28: Abstillrate in den ersten sechs Lebensmonaten

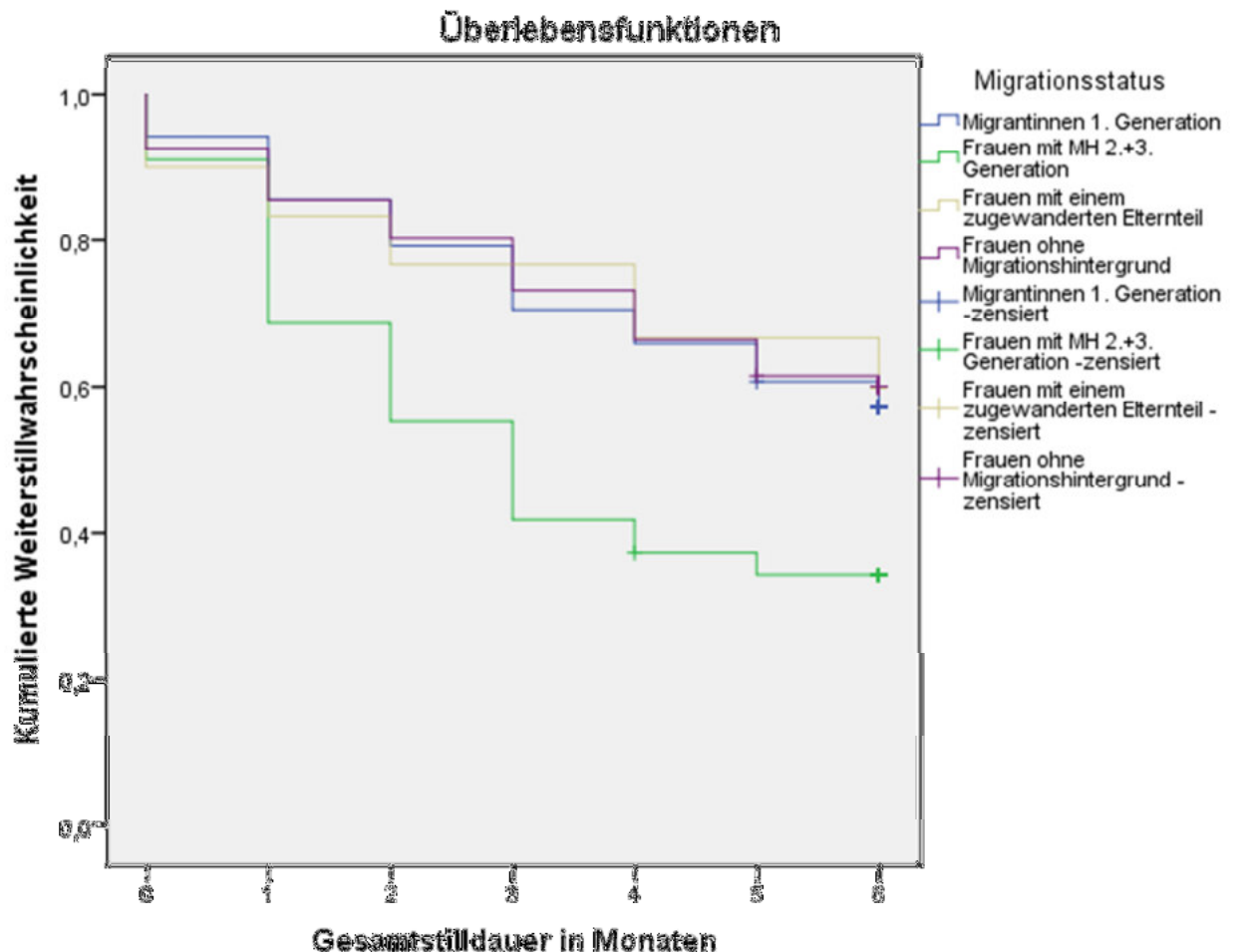
Anfangszeit des Intervalls	Frauen, die zu Beginn des Monats stillten	Frauen, die innerhalb des Monats abstillten	Abstillrate in % innerhalb des Lebensmonats
1. Lebensmonat	553	40	7,2
2. Lebensmonat	513	52	10,1
3. Lebensmonat	461	37	8,0
4. Lebensmonat	424	44	10,4
5. Lebensmonat	380	34	8,9
6. Lebensmonat	346	27	7,8
7. Lebensmonat	319		

Der differenzierte Blick auf die Studienteilnehmerinnen nach Migrationsstatus zeigt, dass 55,9% (n=99) der Migrantinnen der ersten Generation, 54,5% (n=18) der Frauen mit einem zugewanderten Elternteil und 52,9% (n=172) der Frauen ohne Migrationshintergrund zum dritten Erhebungszeitpunkt noch stillten, während die Stillprävalenz bei Frauen mit Migrationshintergrund der zweiten und dritten Generation bei 32,9% (n=23) lag (Chi-Quadrat 29,3; df=6; p<0,0001) (vg. Tabelle 13).

Anhand der Kaplan-Meier-Kurve lässt sich die Weiterstillwahrscheinlichkeit differenziert nach Migrationsstatus grafisch darstellen. Dabei wurden Unterschiede im Stillverhalten zwischen Frauen mit Migrationshintergrund der zweiten und dritten Generation und den anderen drei Vergleichsgruppen ersichtlich: Der Kurvenverlauf deutet auf ein höheres

Abstillrisiko bei Frauen mit Migrationshintergrund der zweiten und dritten Generation hin (vgl. Abbildung 11). Durch den Log-Rank Test konnte der signifikante Unterschied der Vergleichsgruppen bestätigt werden (Chi-Quadrat 21,8; df 3; $p < 0,0001$).

Abbildung 11: Kaplan-Meier-Kurve: Weiterstillwahrscheinlichkeit nach Migrationsstatus



Der Einfluss von Migrationsfaktoren auf die Abstillwahrscheinlichkeit

Anhand einer Regressionsanalyse nach Cox (1972) konnte die Wahrscheinlichkeit, innerhalb von sechs Monaten abzustellen, differenziert nach sozialen und migrationsspezifischen Einflussfaktoren untersucht werden. Im nicht adjustierten Regressionsmodell mit Migrationsstatus als alleiniger Covariate hatten Frauen mit Migrationshintergrund der zweiten und dritten Generation ein 2,10-mal höheres Risiko abzustellen als Frauen ohne Migrationshintergrund (HR 2,10; $p < 0,0001$).

Tabelle 29: Risiko, innerhalb von sechs Monaten nach der Entbindung abzustillen; differenziert nach Migrationsstatus (nicht adjustierte und adjustierte Regressionsanalyse nach Cox); n=510

	Hazard Ratios	95%-KI	p-Wert
Migrationsstatus:			
Frauen ohne Migrationshintergrund	Referenz		
Migrantinnen 1. Generation	1,12	0,82-1,53	0,465
Frauen mit Migrationshintergrund 2.+3. Generation	2,10	1,46-3,02	<0,0001
Ein zugewanderter Elternteil	0,78	0,38-1,61	0,505

	Adjustierte Hazard Ratios	95%-KI	p-Wert
Migrationsstatus:			
Frauen ohne Migrationshintergrund	Referenz		
Migrantinnen 1. Generation	0,76	0,53-1,09	0,136
Frauen mit Migrationshintergrund 2.+3. Generation	1,15	0,74-1,77	0,542
Frauen mit einem zugewanderten Elternteil	0,70	0,33-1,48	0,350
Schulbildung:			
(Fach)Abitur	Referenz		
Haupt-/ Real-/ Berufsschule	2,36	1,65-3,36	<0,0001
Kein Abschluss/ nur Grundschule	2,00	1,03-3,89	0,041
Nettoeinkommen:			
>2600 Euro	Referenz		
>1500-2600 Euro	1,43	0,95-2,15	0,085
900-1500 Euro	1,38	0,88-2,15	0,160
<900 Euro	2,10	1,21-3,62	0,008
Alter:			
18-24 Jahre	Referenz		
25-29 Jahre	0,76	0,50-1,15	0,195
30-34 Jahre	0,84	0,54-1,30	0,429
35+ Jahre	0,75	0,47-1,22	0,245
Rauchen während der Schwangerschaft:			
Rauchen regelmäßig/ gelegentlich (Referenz: nein)	1,58	1,12-2,23	0,009
Parität:			
Nullipara	Referenz		
Primi-/ Bipara	1,40	0,77-2,55	0,276
Multipara	1,36	0,59-3,16	0,476
Stillerrfahrung (Referenz: nein)	0,72	0,40-1,31	0,310
Feste Partnerschaft (Referenz: nein)	0,93	0,50-1,73	0,810
(Rückkehr) Berufstätigkeit:			
nicht geplant	Referenz		
direkt nach Mutterschutz	1,59	0,76-3,32	0,214
nach der Elternzeit	1,09	0,62-1,90	0,771
erst später	1,16	0,71-1,89	0,563
Geburtsmodus:			
Sectio (Referenz: nein)	1,44	1,06-1,94	0,018
Frühgeburtlichkeit:			
Frühgeburt (nein) (\geq SSW 37+0)	Referenz		
Frühe Frühgeburt (\geq SSW34+0-<SSW37+0)	1,04	0,65-1,66	0,887
Sehr frühe Frühgeburt (<SSW34+0)	1,47	0,70-3,06	0,310
Mehrlingsgeburt (Referenz: nein)	1,66	0,88-3,15	0,118

Im adjustierten Modell mit der Aufnahme weiterer Covariaten³⁴ blieb der Effekt des Migrationsstatus jedoch nicht signifikant. Hier konnte ein höheres Abstillrisiko für Frauen mit einem niedrigeren Schulabschluss, einem geringeren monatlichen Nettoeinkommen (<900 Euro), nach einer Schnittenbindung sowie für Frauen, die in der Schwangerschaft rauchten, aufgezeigt werden (vgl. Tabelle 29).

Abstillwahrscheinlichkeit (Migrantinnenkollektiv)

Innerhalb des Migrantinnenkollektivs (Frauen mit Migrationshintergrund der ersten bis dritten Generation) wurden Einflussfaktoren auf die Abstillwahrscheinlichkeit geprüft. Hier konnten im für mehrere Einflussfaktoren adjustierten Cox-Regressionsmodell ein höherer Akkulturationsgrad sowie ein niedrigerer Schulabschluss als Prädiktoren für das Risiko, innerhalb von sechs Monaten abzustillen, aufgezeigt werden (vgl. Tabelle 30).

Tabelle 30: Risiko, innerhalb von sechs Monaten nach der Entbindung abzustellen; differenziert nach Akkulturationsgrad (FRAKK15) bei Frauen mit Migrationshintergrund 1.-3. Generation (adjustierte Regressionsanalyse nach Cox); n=216

	Adjustierte Hazard Ratios	95%-KI	p-Wert
Akkulturationsgrad:			
Niedrigerer Akkulturationsgrad	Referenz		
Mittlerer Akkulturationsgrad	1,73	1,01-2,96	0,047
Höherer Akkulturationsgrad	2,23	1,11-4,48	0,024
Schulbildung:			
(Fach)Abitur	Referenz		
Haupt-/ Real-/ Berufsschule	2,27	1,33-3,85	0,002
Kein Abschluss/ nur Grundschule	2,71	1,19-6,17	0,018
außerdem adjustiert für Mehrlingsgeburt, Rauchen in der Schwangerschaft, Frühgeburtlichkeit, Sectioentbindung, Parität, mütterliches Alter, Stillverfahren, feste Partnerschaft und Nettoeinkommen			

Vergleich der geplanten (T2) mit der tatsächlichen Stlldauer (T3)

Um die tatsächliche Stlldauer mit der geplanten Stlldauer vergleichen zu können, wurden in die Subgruppenanalyse nur Frauen eingeschlossen, die zum dritten Erhebungszeitpunkt bereits abgestillt hatten (n=243). Die so ermittelte Gesamtstlldauer konnte mit den Angaben des zweiten Erhebungszeitpunkts (T2) verglichen werden. Alle Frauen, die zum dritten Erhebungszeitpunkt (T3) bereits abgestillt hatten, gaben durchschnittlich eine 2,41-monatige Stillzeit an, hatten aber nach der Entbindung eine im Durchschnitt knapp 7-monatige Stillzeit geplant (MW 6,93; Md 6,0; SD 3,78; Spannweite 1-24 Monate). Beim Vergleich der zunächst

³⁴ Schulabschluss, Parität, mütterliches Alter, Nettoeinkommen, Sectioentbindung, Mehrlingsgeburt, Rauchen in der Schwangerschaft, Frühgeburtlichkeit, Stillverfahren, feste Partnerschaft und Rückkehrwunsch in Berufstätigkeit.

geplanten Stilldauer (T2) mit der tatsächlichen Stilldauer (T3) konnte aufgezeigt werden, dass viele Frauen früher abstillen als ursprünglich geplant (T-Test MW 4,55; 95% KI 4,02-5,08; $p < 0,0001$; $n = 229$).

4.13 Zusammenfassung der Ergebnisse der Studie „Perinatale Gesundheit + Migration in Berlin“ zum Stillverhalten

Stillbeginn

- Ein Migrationsstatus der ersten bis dritten Generation erhöht die Chance des Stillbeginns, während der Akkulturationsgrad innerhalb des Migrantinnenkollektivs keinen Einfluss auf den Stillbeginn darstellt.
- Als weitere stillfördernde Prädiktoren erwiesen sich eine frühere Still Erfahrung, die Stillanleitung in der Geburtsklinik sowie eine feste Partnerschaft.
- Als stillhemmend dagegen konnten die Multiparität der Frauen, das Rauchen in der Schwangerschaft, die Frühgeburtlichkeit des Kindes, eine Sectioentbindung sowie eine geringere mütterliche Schulbildung aufgezeigt werden.

Stillabsicht - Gewünschte Stilldauer

- Im Gegensatz zum Stillbeginn wurden bei der Betrachtung der geplanten Stilldauer sowohl Migrations- als auch Akkulturationseinflüsse ersichtlich. Bei der Differenzierung innerhalb des Migrantinnenkollektivs konnten zum einen Unterschiede nach Akkulturationsgrad (FRAKK15) als auch nach den Proxys „Geburtsland“ und „Aufenthaltsdauer in Deutschland“ aufgezeigt werden.
- Ein höherer Akkulturationsgrad (FRAKK15) stellte eine geringere Chance für eine geplante lange Stillzeit dar.
- Die Differenzierung nach den Geburtsländern zeigte unterschiedliche Tendenzen: Immigrantinnen aus der Türkei hatten eine größere Chance eine lange Stillzeit zu planen, während Frauen, die im Libanon geboren wurden, die gegenteilige Tendenz aufzeigten.
- Innerhalb der Gruppe der Immigrantinnen (erste Generation) stellte eine lange Aufenthaltsdauer – hier definiert als 15 Jahre und länger – eine geringere Chance für eine geplante lange Stillzeit dar.

- Wichtige stillhemmende Einflussfaktoren auf die geplante Stilldauer waren eine niedrigere Schulbildung, die Mehrgeburtlichkeit sowie das Rauchen in der Schwangerschaft.
- Außerdem hatten Mütter im mittleren gebärfähigen Alter zwischen 25 und 34 Jahren eine größere Chance, eine lange Stillzeit zu planen.

Abstillwahrscheinlichkeit und tatsächliche Stilldauer

- Das Risiko, innerhalb von sechs Monaten nach der Entbindung abzustillen, war nur im nicht-adjustierten Modell für Frauen mit Migrationshintergrund der zweiten und dritten Generation höher.
- Im für mehrere Einflussfaktoren adjustierten Modell blieb diese Tendenz nicht erhalten.
- Hier zeigte sich, dass vor allem soziale Faktoren wie ein niedrigerer Schulabschluss und ein geringeres Nettoeinkommen, aber auch Gesundheitsfaktoren wie eine Schnittentbindung sowie das Gesundheitsverhalten wie Rauchen in der Schwangerschaft das (vorzeitige) Abstillrisiko erhöhten.

5. Diskussion

5.1 Einführung in die Diskussion

Obwohl sich Deutschland in den letzten Jahrzehnten zu einer Einwanderungsgesellschaft entwickelt hat, ist bei gesundheitswissenschaftlichen Fragestellungen die Einbeziehung von Migrations- und Akkulturationsaspekten weiterhin nicht die Regel. Während in internationalen Stillstudien bereits eine Vielzahl von Untersuchungen zum Einfluss von Migration und Akkulturation auf das Stillverhalten von Frauen durchgeführt wurden – wobei die Ergebnisse hier uneinheitlich sind und als mögliches Erklärungsmodell der „Healthy Migrant Effect“ (Chen et al. 2013; Nolan, Leyte 2015) sowie vor allem in US-amerikanischen Studien das hiermit in direktem Bezug stehende „Latina Paradox“ (Gibson-Davis, Brooks-Gunn 2006; McGlade et al. 2004; Sussner et al. 2008) herangezogen wurden – fehlen noch differenzierte Aussagen im nationalen Kontext.

Genau hier setzt die DFG-geförderte Studie „Perinatale Gesundheit + Migration in Berlin“ an, da mit den erhobenen Primärdaten in Verbindung mit den Perinataldaten der Geburtskliniken u.a. das Stillverhalten von gebärenden Frauen systematisch nach sozialen sowie migrations- und akkulturationsbezogenen Aspekten ausgewertet werden konnte.

Vor diesem Hintergrund sollen die Ergebnisse des empirischen Teils dargestellt und Determinanten des Stillverhaltens aufgezeigt werden. Darauf aufbauend wird die Anwendbarkeit des Konzepts der Akkulturation in gesundheitswissenschaftlichen Studien diskutiert, um anschließend anhand der Ergebnisse zwei Theoriemodelle – die Theorie des geplanten Verhaltens sowie das Modell der Life-Course-Epidemiologie – zur Beschreibung des Stillverhaltens zu ergänzen sowie Handlungsempfehlungen für Stillförderprogramme aufzuzeigen.

5.2 Diskussion der Ergebnisse des Stillverhaltens des empirischen Teils

Aus Public-Health-Sicht stellt Stillen die beste Ernährungsform für fast alle Säuglinge dar (Koletzko et al. 2016). In neueren Stillstudien der letzten zwei bis drei Dekaden (vgl. Deneke, Scheele 2007; Deneke et al. 2008; Foterek et al. 2014; Foterek et al. 2016; Kersting, Dulon 2002a,b; Jöllenbeck 2012; Lange et al. 2007a; Libuda et al. 2014; Kohlhuber et al. 2008; Peters et al. 2005; Rasenack et al. 2012; Rebhan 2008; Rebhan et al. 2009; Spiegel et al. 2011; von der Lippe et al. 2014; Weissenborn 2009; Weissenborn et al. 2009) konnten sowohl stillfördernde als auch stillhemmende Einflussfaktoren eruiert und aktuelle Trends des Stillverhaltens aufgezeigt werden (vgl. Weissenborn et al. 2016). Da in Deutschland bisher kein kontinuierliches Stillmonitoring existiert, obwohl bereits seit 2009 ein entsprechendes

Konzept der Nationalen Stillkommission vorliegt (BfR 2009) und auch aktuelle Publikationen für eine Implementierung plädieren (Brettschneider et al. 2016), sind die in früheren Studien genannten Prävalenzangaben aufgrund unterschiedlicher Studiendesigns nicht ohne weiteres miteinander vergleichbar. In der vorliegenden Berliner Studie lag die initiale Stillprävalenz aller Studienteilnehmerinnen bei 90,4%. Zwar wurden in weiteren nationalen Studien der letzten Dekaden mitunter höhere Prävalenzen genannt; jedoch sollte immer beachtet werden, welche Ein- und Ausschlusskriterien für die einzelnen Studien gelten. So berichteten Weissenborn et al. (2009) von einer Stillprävalenz bei Entlassung aus den Geburtskliniken von 96,1%. Hier waren jedoch Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 2500g, Frühgeburten vor der SSW37 und Kinder, die auf andere Stationen verlegt wurden, von vorne herein aus der Studie ausgeschlossen. Auch in der „Freiburger Stillstudie“ (Rasenack et al. 2012) lag die Gesamtprävalenz zu Beginn etwas höher bei 92%, wobei hier ebenfalls Mehrlingsgeburten und „medizinische Kontraindikation gegen das Stillen“ (Rasenack et al. 2012: 65) Ausschlusskriterien darstellten. Dagegen lag die Anfangsprävalenz in der KiGGS-Studie für die Geburtsjahrgänge 2002-2012, bei der wie in der vorliegenden Studie sowohl Mehrlings- als auch Frühgeburten einbezogen waren, bei 82,1% (von der Lippe et al. 2014) und somit niedriger als in der hier vorgestellten Berliner Studie.

Sozioökonomische Basisdaten

Anhand der erhobenen sozioökonomischen Basisdaten der vorliegenden Studie konnten soziale Unterschiede zwischen Frauen mit und ohne Migrationshintergrund sowie innerhalb des Kollektivs der Frauen mit Migrationshintergrund aufgezeigt werden. Vor allem die Gruppe der Immigrantinnen zeichnet sich durch eine große Diversität aus.

Hauptgeburtsländer/-regionen aller Studienteilnehmerinnen waren nach Deutschland die Türkei, gefolgt von den südost- und osteuropäischen EU-Ländern, dem Libanon, den Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawiens und Albaniens sowie den GUS-Staaten. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie ähneln denen des Mikrozensus 2015: hier waren Hauptherkunftsländer der Personen mit Migrationshintergrund ebenfalls die Türkei (16,7%), darauf folgten Polen (9,9%) sowie die Russische Föderation (7,1%) (Statistisches Bundesamt 2017, eigene Berechnungen). Zahlen für Berlin liegen sowohl zur Staatsangehörigkeit als auch zum Migrationshintergrund vor. Der Blick auf Personen mit Migrationshintergrund zeigt, dass im Jahr 2015 die größte Gruppe Personen mit türkeistämmigem Migrationshintergrund (n=174.505, darunter 83.271 Frauen) umfasste, gefolgt von Personen mit polnischem Migrationshintergrund (n=106.889 Personen, darunter 55.425 Frauen) sowie

Personen aus den Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawiens (n=77.291) und der Russischen Föderation (n=49.912) (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg 2016). Die hier genannten Zahlen sind jedoch aufgrund unterschiedlicher Operationalisierungen nicht direkt vergleichbar. Dennoch sollte eine migrationspezifische Besonderheit innerhalb der Studienpopulation berücksichtigt werden: Mit einem Anteil von 60,5% hat der Großteil der Frauen der zweiten Generation einen türkeistämmigen Migrationshintergrund (Borde et al. 2015, 2016; David et al. 2014). Aufgrund der Fragestellung der vorliegenden Arbeit wurden dahingehend zwar keine spezifischen Analysen durchgeführt, dennoch könnten bestimmte Verhaltensweisen der zweiten Migrantinnengeneration im Zusammenhang mit dem Stillverhalten durch die (kulturelle) Herkunft und eventuell damit verbundenen Vorstellungen, Sichtweisen und Haltungen erklärt werden.

Jedoch sorgten nicht nur die Herkunftsländer der Studienteilnehmerinnen der hier vorgestellten Studie für eine breite Vielfalt, auch die Bildungsabschlüsse der einzelnen Untersuchungsgruppen unterschieden sich stark: Zum einen kann mit 34,6% ein relativ großer Anteil der Immigrantinnen der ersten Generation einen höheren Bildungsabschluss vorweisen, auf der anderen Seite wurde offensichtlich, dass fast jede vierte Immigrantin über keinen Schulabschluss oder ausschließlich über Grundschulbildung verfügt. Dagegen sind Frauen mit Migrationshintergrund der zweiten und dritten Generation den Bildungsabschluss betreffend homogener: Der Großteil (73,9%) von ihnen hat die Schule mit einem mittleren Bildungsabschluss abgeschlossen. Jedoch liegt in dieser Gruppe der Anteil der Frauen, die einen höheren Schulabschluss vorweisen können, bei lediglich 16,8%. Verglichen mit einem Anteil von etwas mehr als 50% bei den Frauen ohne Migrationshintergrund und dem niedrigsten Wert aller vier Vergleichsgruppen, können diese Ergebnisse auch auf schlechtere Bildungschancen für Frauen mit Migrationshintergrund innerhalb Berlins hinweisen. Ähnliche Ergebnisse konnten sowohl in der aktuellen Mikrozensushebung von 2015 (Statistisches Bundesamt 2017) als auch im Bildungsbericht von 2016 (Autorengruppe Bildungsberichterstattung 2016) aufgezeigt werden.

Neben den Bildungsabschlüssen zeigen die Zahlen des aktuellen Haushaltsnettoeinkommens dieselbe Tendenz: Auch in der vorliegenden Studie sind Frauen mit Migrationshintergrund und hier vor allem Immigrantinnen – gut ein Viertel dieser Gruppe gibt ein Haushaltsnettoeinkommen von unter 900 Euro monatlich an – ökonomisch häufig schlechter gestellt als Frauen ohne Migrationshintergrund.

Hinsichtlich des Alters zeigte sich, dass Frauen mit Migrationshintergrund im Durchschnitt bei der Geburt des Kindes jünger sind als Frauen ohne Migrationshintergrund; darüber hinaus

zählen Frauen mit Migrationshintergrund häufiger zur Gruppe der Mehrgebärenden. In der Gruppe der Frauen mit drei und mehr vorangegangenen Geburten befinden sich in der vorliegenden Studie 15,7% der Immigrantinnen, jedoch lediglich 4,5% der Frauen ohne Migrationshintergrund.

5.2.1 Einflussfaktoren auf den Stillbeginn im Kontext von Migration und Akkulturation

Stillbeginn

Als Novum der hier vorgestellten Studie ist die Differenzierung der Studienteilnehmerinnen sowohl nach Migrationsstatus als auch nach Akkulturationskriterien zu sehen. Anhand der Datenanalyse wurde offensichtlich, wie in ähnlichen Studien (vgl. Oberaigner et al. 2013) bereits aufgezeigt, dass der Blick auf den Migrationsstatus (vgl. Schenk et al. 2006) in Einwanderungsgesellschaften zu differenzierten Ergebnissen führen kann. Frauen mit Migrationshintergrund der ersten sowie der zweiten und dritten Generation beginnen häufiger zu stillen als Frauen ohne Migrationshintergrund sowie Frauen mit einem zugewanderten Elternteil. Die in der KiGGS-Studie (Lange et al. 2007a) beschriebene größere Chance des Gestilltwerdens eines Kindes mit Migrationshintergrund konnte erneut bestätigt werden. Durch die differenzierte, migrationssensible Betrachtung können, wie im für Personen mit Migrationshintergrund erweiterten Modell der Life-Course-Epidemiologie (Spallek 2012; Spallek et al. 2011) beschrieben, stillfördernde, stillhemmende sowie eventuell migrationsbedingte Einflussfaktoren unter Berücksichtigung des gesamten Lebenslaufs genauer betrachtet werden (vgl. Kapitel 6).

Neben einem Migrationshintergrund haben die in früheren Studien eruierten Einflussfaktoren auf den Stillbeginn immer noch Gültigkeit. Stillhemmend wirkten ein niedrigerer Bildungsabschluss, Multiparität, Rauchen in der Schwangerschaft und die Frühgeburtslichkeit des Kindes. Als relevante stillfördernde Prädiktoren für den Stillbeginn wurden neben einem Migrationshintergrund eine positive vorangegangene Stillerfahrung, die erfolgte Stillanleitung in der Geburtsklinik sowie eine feste Partnerschaft offensichtlich. Diese Ergebnisse stimmen mit den Darstellungen aus früheren Studien überein: Auch von der Lippe et al. (2014) zeigten, dass ein höherer Bildungsgrad die Chance zu stillen erhöht, während Rauchen in der Schwangerschaft stillhemmend wirkt. Die Wichtigkeit einer positiven früheren Stillerfahrung sowie die einer kompetenten Betreuung in der Geburtsklinik für den Stillbeginn konnten bereits Rasenack et al. (2012) in ihrer Studie belegen.

Neu ist, dass darüber hinaus explizit die Stillanleitung in der Geburtsklinik als Prädiktor für eine höhere Chance des Stillbeginns wirkte. Da sowohl im Gesamtkollektiv als auch innerhalb des Migrantinnenkollektivs Frauen direkt von der Stillanleitung in der Geburtsklinik profitierten und eine größere Chance des Stillbeginns aufwiesen, wird der bestehende Handlungsbedarf deutlich. Hier kann der Wunsch der gebärenden Frauen vermutet werden, eine individuelle Anleitung und Unterstützung in ihrer speziellen neuen (Lebens-)Situation zu erfahren – als Erstgebärende genauso wie als Mehrgebärende. Denn jede Geburt stellt eine entscheidende Veränderung im Familiengefüge dar. Diese sensible Phase bietet somit die Möglichkeit, den einzelnen Frauen eine individuelle und auf die jeweilige Familiensituation zugeschnittene Stillanleitung anzubieten. Den Wunsch nach persönlicher Stillberatung bereits in der gynäkologischen Praxis während der Schwangerschaft haben Studienteilnehmerinnen in einer im Jahr 2010 durchgeführten Befragung aufgezeigt (Borrmann et al. 2011). Auch hier wurde offensichtlich, dass der Großteil (76%) der Frauen mit vorangegangener Stillerefahrung von Stillproblemen berichten konnte, was den umfangreichen Bedarf an einer angemessenen und individuellen Beratung weiter unterstreicht. Diese diversitätssensibel zu gestalten ist eine neue Herausforderung für die Initiierung bzw. Weiterentwicklung neuer sowie bestehender Stillförderprogramme, bei denen auch die Dimensionen „Alter“, „Parität“, „Familienstand“ sowie „Migrationsstatus“ Berücksichtigung finden. Des Weiteren sollten die bereits in der Schwangerschaft bestehenden Wünsche der Mütter bzw. Eltern hinsichtlich der Säuglingsernährung einbezogen werden. Cabieses et al. (2014) unterschieden in einer Studie mit schwangeren Frauen vier mögliche Konzepte der geplanten Säuglingsernährung: das ausschließliche Stillen, das Teilstillen sowie die Zwiemilchernährung, ergänzt durch die noch bestehende Unentschlossenheit („no clear intention“) (Cabieses et al. 2014: 1). Da letztgenannte Gruppe in der zitierten Studie bei ungefähr 20% lag (Cabieses et al. 2014), werden mögliche neue Ansatzpunkte früher Stillförderstrategien deutlich. Bereits die deskriptive Analyse der vorliegenden Studie hat die signifikant geringere Inanspruchnahme der Stillanleitung durch Immigrantinnen im Vergleich zu Frauen ohne Migrationshintergrund aufgezeigt (53,9% versus 69,8%; $p > 0,0001$). Gründe hierfür dürften zum einen Sprachbarrieren darstellen. Die Frage, ob darüber hinaus noch weitere (strukturelle) Zugangsbarrieren für die Unterschiede verantwortlich sind, könnten zukünftige, auch qualitativ ausgerichtete Studien genauer beleuchten.

Anders als in international durchgeführten Stillstudien (vgl. Ahluwalia, et al. 2012; Gorman et al. 2007; Rassin et al. 1994) zeigten sich in der vorliegenden Berliner Studie keine akkulturationsbedingten Unterschiede beim Stillbeginn. Vielmehr wirkten auch innerhalb des

Migrantinnenkollektivs die vorangegangene Still Erfahrung, die Stillanleitung in der Geburtsklinik sowie teilweise eine feste Partnerschaft stillfördernd, während als stillhemmende Einflussfaktoren eine Sectioentbindung, die Zugehörigkeit zur Gruppe der Mehrgebärenden sowie die Frühgeburtlichkeit des Kindes aufgezeigt werden konnten.

5.2.2 Gründe des primären Nicht-Stillens

Der Blick auf die Gründe des primären Nicht-Stillens zeigt, dass der hier am häufigsten genannte Grund der teilnehmenden Frauen bereits zu einem früheren Zeitpunkt aufgetretene Probleme mit dem Stillen war. Dieses verdeutlicht, dass viele Frauen bei einer früheren Geburt nicht abgeneigt waren, ihr Kind zu stillen. Vielmehr führten Schwierigkeiten in den vorangegangenen Stillbeziehungen dazu, dass nach einer weiteren Geburt das Stillen bzw. die Ernährung des Säuglings mit Muttermilch wegen der unerfreulichen Vorerfahrungen nicht erneut in Erwägung gezogen wurde, sondern die bewusste Entscheidung gegen das Stillen eine häufige Konsequenz darstellt. Dieses sind wichtige Aspekte, wenn in der eher kritisch besetzten Literatur von einer „normativen“ Bevormundung im Stillediskurs gesprochen wird (Freudenschuß 2012). Diese Sichtweise kann jedoch anhand der eigenen Auswertungen nicht bestätigt werden. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie weisen vielmehr darauf hin, dass viele Frauen zunächst das Stillen als Ernährungsform für ihr Kind erwägen bzw. erwogen haben. Bei einer weiteren Geburt profitierten mehrgebärende Frauen vor allem von einer positiven vorangegangenen Still Erfahrung. Wie unsere Auswertungen zeigen, stellt dieses einen starken Prädiktor für den (erneuten) Stillbeginn dar. Diejenigen Frauen dagegen, die über eine negative Still Erfahrung berichten, scheinen das erneute Stillen eher aufgrund der unerfreulichen Vorerfahrungen abzulehnen als aufgrund der gefühlten Bevormundung im Stillediskurs. Bereits Weissenborn (2009) benannte vorangegangene Stillprobleme als einen starken Prädiktor für das primäre Nicht-Stillen von Mehrgebärenden.

Diese Ergebnisse bestätigen, dass die Entscheidung für bzw. gegen das Stillen des eigenen Kindes in Form der informierten Entscheidungsfindung erfolgen sollte, wozu zum einen alle Frauen spätestens in der Schwangerschaft möglichst umfangreiche Informationen zum Stillen erhalten sollten, die ihnen bei ihrer individuellen Entscheidungsfindung helfen können. Auch Borrmann et al. (2011) plädieren im Hinblick auf gesundheitsförderliche Aspekte – wobei der Fokus hier sowohl auf die Mütter- als auch auf die Kindergesundheit gerichtet wird – für eine Ausweitung der Stillberatung bereits in der Schwangerschaft.

Darüber hinaus deuten die Ergebnisse der vorliegenden Studie darauf hin, dass Frauen, wenn sie sich für das Stillen entscheiden bzw. das Stillen nicht prinzipiell ablehnen, durch eine

individuelle Stillanleitung – angeboten direkt in der Entbindungsklinik – eine wichtige Unterstützung für einen gelungenen Stillbeginn erhalten können.

5.2.3 Einflussfaktoren auf die Stillabsicht (geplante Stilldauer) im Kontext von Migration und Akkulturation

Stillabsicht (Geplante Stilldauer)

Während in der deskriptiven Analyse Immigrantinnen mit durchschnittlich 10,5 Monaten die längste geplante Stillzeit nannten, wurde die kürzeste gewünschte Stilldauer mit durchschnittlich knapp sieben Monaten von Frauen ohne Migrationshintergrund angegeben. Ähnliche Tendenzen zeigten sich auch bei den weiteren Differenzierungen innerhalb des Migrantinnenkollektivs: Sowohl Frauen mit einem höheren Akkulturationsgrad – gemessen anhand der Akkulturationskala FRAKK15 – als auch Immigrantinnen der ersten Generation mit einer längeren Aufenthaltsdauer planten kürzere Stillzeiten als weniger akkulturierte bzw. kürzer in Deutschland lebende Frauen mit Migrationshintergrund. Bereits in internationalen Stillstudien konnten akkulturationsbedingte Unterschiede beschrieben werden (vgl. Ahluwalia et al. 2012; Gorman et al. 2007), die auch in der multivariaten Analyse der vorliegenden Studie bestätigt werden konnten.

Bei der migrationsbedingten Differenzierung hatten Frauen mit Migrationshintergrund eine größere Chance, eine mindestens viermonatige Stilldauer zu planen (Immigrantinnen aOR 1,66; $p < 0,0001$ respektive 2.+3. Generation aOR 1,71; $p < 0,0001$), während innerhalb des Migrantinnenkollektivs ein mittlerer respektive höherer Akkulturationsgrad (FRAKK15) mit einer geringeren Chance einer längeren Stillzeit verbunden war (mittlerer Akkulturationsgrad aOR 0,61; $p = 0,011$ versus höherer Akkulturationsgrad aOR 0,51; $p = 0,007$).

Hinsichtlich des Proxys „Geburtsland“ zeigten sich uneinheitliche Ergebnisse und verdeutlichen die Heterogenität des Immigrantinnenkollektivs: während in der Türkei geborene Frauen eine größere Chance einer geplanten langen Stillzeit aufwiesen, zeigten im Libanon geborene Frauen eine geringere Chance einer geplanten langen Stilldauer.

Hier könnten auch Unterschiede im Stillverhalten in den Herkunftsländern eine Rolle spielen und darauf hinweisen, dass der Blick auf Stillquoten von Frauen mit Migrationshintergrund immer auch das Stillverhalten im Herkunftsland einbeziehen sollte (Anderson et al. 2004; Chen et al. 2013). Bereits durchgeführte Studien zeigen jedoch, dass auch unterschiedliche Entwicklungen im Herkunfts- und Aufnahmeland möglich sind (vgl. Chen et al. 2013), wobei hier akkulturations- sowie migrationsbedingte Unterschiede im Verhaltensrepertoire von Personen mit Migrationshintergrund zum Tragen kommen können (Maehler, Shajek 2016).

Innerhalb des Migrantinnenkollektivs konnte eine kürzere Aufenthaltsdauer als weiterer Prädiktor für eine geplante lange Stillzeit aufgezeigt werden, was bereits in früheren internationalen Studien offensichtlich wurde (z.B. Harley et al. 2007; Sussner et al. 2008). Jedoch waren in den vorliegenden Auswertungen keine Unterschiede im Stillverhalten anhand sprachbasierter Proxys erkennbar. In derselben Studie konnte beispielsweise für in der Türkei geborene Frauen eine größere Chance des Rauchens in der Schwangerschaft aufgezeigt werden, wenn als akkulturationsdifferenzierender Proxy deutsche Sprachkenntnisse herangezogen wurden (OR 2,00; 95% KI 1,04-3,82) (Reiss et al. 2015). Jedoch können hier komplexe Wirkmechanismen des Akkulturationsprozesses deutlich werden und aufzeigen, dass jeweils nur eine differenzierte Analyse des untersuchten spezifischen Gesundheitsverhaltens neue akkulturationsbezogene Erkenntnisse bringen kann. Neben den hier beschriebenen migrations- und akkulturationsbedingten Einflussfaktoren wurden als weitere Prädiktoren für eine geplante lange Stilldauer die vorangegangene Still Erfahrung bei mindestens einem älteren Kind sowie ein mütterliches Alter zwischen 25 und 34 Jahren aufgezeigt. Ähnliche Ergebnisse wurden von Weissenborn (2009) und Kohlhuber et al. (2008) beschrieben, die ebenfalls das jüngere mütterliche Alter als Prädiktor für eine kürzere Stillzeit nannten.

Als stillhemmend hinsichtlich einer geplanten langen Stillzeit erwiesen sich in der vorliegenden Studie das Rauchen in der Schwangerschaft, die Multiparität, ein niedrigerer mütterlicher Schulabschluss sowie die frühe, bereits nach der Mutterschutzfrist geplante Rückkehr in die Berufstätigkeit. In früheren Studien wurde ebenfalls der stillhemmende Einfluss der frühen Rückkehr in die Berufstätigkeit beschrieben: Weissenborn (2009) zeigte, dass der frühe Rückkehrwunsch in die Berufstätigkeit stillhemmend auf den Stillbeginn wirkt, während Rebhan (2008) die spätere Wiederaufnahme der Berufstätigkeit als stillfördernd hinsichtlich einer langen Stilldauer aufzeigen konnte.

5.2.4 Einflussfaktoren auf die Stilldauer im Kontext von Migration und Akkulturation Stilldauer

In der vorliegenden Studie war ein starkes Absinken der Stillrate nach zwei Monaten ersichtlich: Die Abstillwahrscheinlichkeit lag im zweiten Lebensmonat bei der Einbeziehung aller Studienteilnehmerinnen mit 10,1% höher als im ersten und dritten Lebensmonat. Rasenack et al. (2012) beschrieben ebenfalls in diesem Zeitraum eine höhere Abstillwahrscheinlichkeit. Differenziert nach Migrantinnengeneration war die Weiterstillwahrscheinlichkeit bei Frauen mit Migrationshintergrund der zweiten und dritten

Generation geringer als in den drei Vergleichsgruppen. In der multivariaten Regressionsanalyse konnten diese migrationsbezogenen Unterschiede jedoch nicht bestätigt werden. Nach der Adjustierung für weitere soziodemografische und gesundheitsrelevante Einflussfaktoren wurden die hier wirkenden stillhemmenden Prädiktoren offenkundig: Frauen mit einer geringeren Schulbildung, mit einem sehr niedrigen Nettoeinkommen (unter 900 Euro monatlich), aber auch Frauen, die in der Schwangerschaft rauchten sowie Frauen nach einer Schnittentbindung hatten ein höheres Abstillrisiko. In der ersten Folgebefragung der KiGGS-Studie benannten von der Lippe et al. (2014) Stillprobleme, Rauchen, ein junges mütterliches Alter, einen niedrigen Sozialstatus, die fehlende Unterstützung durch den Partner sowie eine Sectioentbindung als wichtige mit einer kurzen Stillzeit assoziierte Einflussfaktoren. Auch in einer kanadischen Studie konnte der Zusammenhang zwischen einer Sectioentbindung, der geringeren Stillabsicht, einer geringeren Stillquote und einer kürzeren Stillzeit aufgezeigt werden (Hobbs et al. 2016). Gerade die immer weiter ansteigende Sectiorate (Borde et al. 2015, 2016) sollte bei der wieder sinkenden Stillprävalenz mitbedacht werden. Da eine Schnittentbindung – wie hier aufgezeigt – nicht nur die Chance des Stillbeginns verringert, sondern auch das Abstillrisiko innerhalb der ersten sechs Lebensmonate erhöht, können die Ergebnisse zusätzlich darauf hinweisen, die immer weiter ansteigende Sectiorate kritisch zu hinterfragen (vgl. Borde et al. 2015, 2016; Hobbs et al. 2016).

Während keine migrationsbezogenen Einflussfaktoren auf das Abstillrisiko aufgezeigt werden konnten, wurden neben sozialen auch akkulturationsbedingte Unterschiede offensichtlich: Neben einem niedrigeren Schulabschluss erwies sich ein höherer Akkulturationsgrad (FRAKK15) als Prädiktor für eine größere Abstillwahrscheinlichkeit. Ähnliche Ergebnisse wurden bereits in früheren internationalen Studien beschrieben: Chapman und Pérez-Escamilla (2013) zeigten, dass unterschiedliche Akkulturationstypen – hier wurden „traditionelle“, „assimilierte“, „weniger integrierte“ und „stark integrierte“ Latinas differenziert betrachtet – mit der Abstillwahrscheinlichkeit zusammenhängen, wobei die Gruppe der weniger integrierten Latinas eine geringere Abstillwahrscheinlichkeit aufwies als „traditionelle“, „assimilierte“ und „stark integrierte“ Frauen aus Lateinamerika. Im nationalen Kontext sind anhand der vorliegenden Studie in dieser Breite erstmalig Angaben zu akkulturationsbedingten Unterschieden in der Stildauer möglich.

5.3 Diskussion der Methoden und der Studiendurchführung

5.3.1 Stärken der Studie

Die Studie „Perinatale Gesundheit + Migration in Berlin“ war als Vollerhebung geplant und sollte alle Frauen, die in einer der drei teilnehmenden Geburtskliniken während des einjährigen Erhebungszeitraums zur Entbindung aufgenommen wurden, in die Studie einschließen. Aufgrund der im Vorfeld formulierten Ausschlusskriterien waren lediglich minderjährige Frauen, Frauen ohne Wohnsitz in Deutschland sowie Frauen mit Totgeburten und Schwangerschaftsabbrüchen aus der Studie ausgeschlossen.

Am Ende der Datenerhebungsphase lagen Daten von 7100 Studienteilnehmerinnen für die statistische Auswertung bereit. Dieses ermöglichte zum einen differenzierte Analysen zu den Forschungsfragen mit ausreichend großen Vergleichsgruppen. Zwar hatte die Wahl der Erhebungsstandorte – drei große Berliner Geburtskliniken, zwei davon Perinatalzentren mit jährlich über 3000 Klinikgeburten – bereits eine hohe Geburtenzahl erwarten lassen. Damit aus der Gruppe der potentiellen Studienteilnehmerinnen auch viele Frauen für eine Studienteilnahme gewonnen werden konnten, waren besondere Vorbereitungen notwendig. Die hohe Responserate von knapp 90% ist eine der großen Stärken der vorliegenden Studie. In vergleichbaren nationalen quantitativen Stillstudien lagen die Responseraten mit 75% bei der Berliner Stillstudie (Weissenborn 2009), mit 54% bei der STELLA-Studie (Spegel et al. 2011), mit 54,3% bei der SuSe-Studie (Kersting, Dulon 2002b) und mit 66,6% bei der KiGGS-Studie (Lange et al. 2007a) deutlich darunter.

Positiv auf den hohen Rücklauf wirkten folgende Vorgehensweisen der Datenerhebung: Zum einen waren die Interviewerinnen täglich – auch an den Wochenenden und Feiertagen – im Zwei-Schicht-System vor Ort und konnten die Studienteilnehmerinnen in den Geburtskliniken direkt ansprechen. Dieses kann in der sensiblen Phase rund um die Geburt eines Kindes von großer Bedeutung sein, um die Teilnahmebereitschaft an einer wissenschaftlichen Studie zu diesem Zeitpunkt zu erreichen bzw. zu erhöhen. Mit Blick auf die Responserate und die große Anzahl der Studienteilnehmerinnen hat sich die Planung und Finanzierung der Studie mit eigenen Interviewerinnen zu festen Dienstzeiten vor Ort gelohnt. Nur dieses ermöglichte die direkte Kontaktaufnahme zu vielen Studienteilnehmerinnen, die auf diese Weise in die Studie einbezogen werden konnten, was mit anderen Zugangsmöglichkeiten wie beispielsweise der Aushändigung der Fragebögen durch Klinik-Mitarbeiter/innen oder dem Auslegen der Fragebögen auf den Wochenbettstationen wahrscheinlich nicht möglich gewesen wäre. Mit der hier gewählten direkten Ansprache der potentiellen Studienteilnehmerinnen, dem

Vertrauensaufbau und den Face-to-Face-Interviews konnten eventuell aufkommende Fragen gleich im direkten Kontakt beantwortet werden.

Darüber hinaus wurde das Ausfüllen der Fragebögen von den Studienmitarbeiterinnen übernommen: Weder das Abgelenktsein durch das neugeborene Kind noch die eventuell geringe Erfahrung mit dem Ausfüllen von Fragebögen für wissenschaftliche Erhebungen sollten einen Grund für die Nicht-Teilnahme darstellen. So konnten auch Frauen, die beispielsweise Analphabetinnen waren, zu einer Studienteilnahme motiviert werden. Ein weiteres Studienziel war eine Vergleichsanalyse zwischen Frauen mit und ohne Migrationshintergrund. Um möglichst viele Frauen mit Zuwanderungsgeschichte zu erreichen und in die Studie einzuschließen, erfolgten im Vorfeld Überlegungen zur Erreichbarkeit von Frauen mit Migrationshintergrund – insbesondere von Immigrantinnen mit geringen Deutschkenntnissen. Hier ist davon auszugehen, dass die gewählte Methodik der „diversitysensiblen Datenerhebung“ zur Einbeziehung von Frauen mit Zuwanderungsgeschichte mit ausschlaggebend für die hohe Teilnahmerate von Frauen mit Migrationshintergrund war. Insgesamt hatten 57,9% der Studienteilnehmerinnen einen Migrationshintergrund was deutlich über dem Anteil an Personen mit Migrationshintergrund in Berlin liegt. Im Jahr 2011, dem Jahr der Datenerhebung der vorliegenden Studie, lag dieser Anteil berlinweit bei 26,5% und bei Frauen geringfügig darunter bei 25,7% (Amt für Statistik Berlin Brandenburg 2012). Wahrscheinlich trugen auch zwei migrationsspezifische Aspekte zusätzlich zur hohen Responserate der Frauen mit Migrationshintergrund bei: Zum einen sind Frauen mit Migrationshintergrund häufig jünger als die einheimische Bevölkerung (vgl. Brenne et al. 2015) und befinden sich deshalb häufiger im gebärfähigen Alter. Berlinweit lag der Anteil der 18- bis unter 45-jährigen Frauen mit Migrationshintergrund im Jahr 2015 bei 36,9% (Senatsverwaltung für Arbeit, Integration und Frauen 2017; eigene Berechnungen). Darüber hinaus lagen die teilnehmenden Geburtskliniken in drei Bezirken mit dem berlinweit höchsten Anteil an Personen mit Migrationshintergrund: im Jahr 2015 hatten in Friedrichshain-Kreuzberg 39,5%, in Neukölln 41,5% und in Mitte (inklusive Wedding) 48,2% der weiblichen Bevölkerung einen Migrationshintergrund (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg 2016). In vergleichbare gesundheitswissenschaftliche (Still-)Studien konnten häufig weniger Frauen mit Migrationshintergrund als in der vorliegenden Studie eingeschlossen werden. In der Quasti-Studie (Deneke et al. 2008) lag beispielsweise der Anteil der Studienteilnehmerinnen mit deutscher Herkunft bei 92%. 14,5% der Studienteilnehmerinnen der STELLA-Studie (Spiegel et al. 2011) waren nicht in Deutschland geboren, was in der vorliegenden Studie den Immigrantinnen der ersten Generation entspricht.

Dieser Anteil war in der Studie zum Stillverhalten in Bayern zwar mit 15,9% geringfügig höher, lag aber deutlich unter dem Anteil der Immigrantinnen in der vorliegenden Studie, der beim ersten Erhebungszeitpunkt bei 39,7% und beim dritten Erhebungszeitpunkt bei 29,3% lag. Da in früheren nationalen Stillstudien bisher nur in der KiGGS-Studie (Kleiser et al 2007), jedoch hier auch nicht mehr in der Folgebefragung der KiGGS-Welle 1, explizit eine Auswertung nach „Migrationskriterien“ erfolgte, trägt diese Studie wesentlich zur Eruiierung aktueller Daten zum Stillverhalten von Frauen mit und ohne Migrationshintergrund bei. Eine direkte Vergleichbarkeit mit anderen nationalen oder internationalen Studien ist jedoch aufgrund von unterschiedlichen Definitionen und Operationalisierungen des Stillverhaltens nicht möglich. Dennoch lassen sich allgemeine Trends am Beispiel der hier untersuchten großstädtischen Region aufzeigen.

Ganz unabhängig davon konnte gezeigt werden, dass Frauen mit Migrationshintergrund sehr gut für wissenschaftliche Fragestellungen erreichbar sind, wenn sprachliche Barrieren abgebaut und spezielle Vorbereitungen zu einer diversitysensiblen Datenerhebung getroffen werden. Hier sind zum einen die Bereitstellung von übersetzten Fragebögen sowie der Einsatz von Interviewerinnen mit Fremdsprachenkenntnissen sowie zum Teil mit eigenem Migrationshintergrund zu nennen. So konnten die Studienteilnehmerinnen teilweise direkt in ihrer Muttersprache angesprochen werden. Von der Herabsetzung der sprachlichen Barrieren scheinen vor allem Frauen der ersten Migrantinnengeneration zu profitieren, denn in dieser Gruppe wurden 12,1% der Interviews nicht auf Deutsch durchgeführt. Dagegen erfolgten bei den Nachkommen der Immigrantinnen nur noch sehr wenige Interviews nicht auf Deutsch, was ein Indikator dafür sein dürfte, dass Sprachbarrieren hier keine (Haupt-)Zugangsbarriere (mehr) zu den (Gesundheits-)Diensten darstellen.

Bei der Sprache der hinzugezogenen Fragebögen zeigte sich eine ähnliche Tendenz: Zwar wurden die meisten Interviews mithilfe eines deutschsprachigen Fragebogens durchgeführt, aber bei 8,7% der Interviews lag ausschließlich ein Fragebogen in einer anderen Sprache als Deutsch zugrunde und bei weiteren 3,0% wurde zusätzlich zum deutschen Fragebogen ein übersetzter Fragebogen hinzugezogen. Auch dieses verdeutlicht, dass bereits bei der Studienplanung in einer von Zuwanderung geprägten Gesellschaft Überlegungen zur Erreichbarkeit der potentiellen Studienteilnehmer/innen erfolgen sollten und die Übersetzung der Erhebungsinstrumente und weiterer (Studien-)Informationen zur Inklusion aller Zielgruppen beiträgt.

Non-Response-Analyse

Zur Überprüfung der möglichen Unterschiede zwischen Teilnehmerinnen und Nicht-Teilnehmerinnen wurde für den ersten und dritten Erhebungszeitpunkt jeweils eine Non-Responderinnen-Analyse anhand der Drop-Out-Bögen durchgeführt (vgl. Kamtsiuris et al. 2007). Zum ersten Erhebungszeitpunkt lag der Anteil der Frauen mit Migrationshintergrund von der ersten bis zur dritten Generation bei den Teilnehmerinnen bei 53,2% und bei den Nicht-Teilnehmerinnen bei 55,8%. Da sich die beiden Anteile lediglich um 2,6 Prozentpunkte unterscheiden, ist nicht davon auszugehen, dass Frauen mit Migrationshintergrund systematisch aus der Studie ausgeschlossen wurden.

Die beiden größten Gruppen der Nicht-Teilnehmerinnen waren zum einen Frauen, die durch die Interviewerinnen trotz Zwei-Schicht-System an sieben Tagen in der Woche nicht erreicht werden konnten (n=363). Dies betraf vor allem Frauen, die eine ambulante Entbindung gewählt und nach wenigen Stunden die Klinik wieder verlassen hatten; eine höhere Erreichbarkeit wäre eventuell nur mit einer „24-Stunden-Abdeckung“ durch die Studienmitarbeiterinnen möglich gewesen, was aber unweigerlich mit erheblich höheren Personalkosten einhergegangen wäre.

Die weiteren Nicht-Teilnehmerinnen (n=381) haben eine Studienteilnahme bewusst abgelehnt. Die meistgenannten Ablehnungsgründe waren zum einen „mangelnde Motivation“ sowie „sonstige Gründe“, wozu beispielsweise Datenschutzbedenken oder ein zu langer Fragebogen zählten.

Dagegen zeigen sich zum dritten Erhebungszeitpunkt größere Unterschiede zwischen den Responderinnen und Non-Responderinnen. Hier lag der Anteil der Frauen mit Migrationshintergrund bei den Responderinnen bei 46,5%, während er bei den Non-Responderinnen bei 61,3% lag. Ein Grund hierfür dürfte sein, dass die übersetzten Erhebungsinstrumente ausschließlich auf Arabisch, Englisch und Türkisch vorlagen, da nur diese Sprachen von den Interviewerinnen im Rahmen der Telefoninterviews abgedeckt werden konnten. Dazu kommt weiterhin, dass das direkte Ansprechen und der Face-to-Face-Kontakt wahrscheinlich entscheidend mit zur hohen Responserate beim ersten (und zweiten) Erhebungszeitpunkt beigetragen haben. Zwar nennen Maehler und Schmidt-Denter (2013) das Telefoninterview als beste Datenerhebungsform, um Migrant/innen für wissenschaftliche Studien zu gewinnen. Dieses konnte in der vorliegenden Studie jedoch nicht bestätigt werden.

5.3.2 Reichweite und Limitationen

Wie jede Studie hat auch diese Studie Einschränkungen. Trotz der Größe der Stichprobe kann die Studie nicht als repräsentativ gelten, da sich in jeder Region eine eigene Migrationspopulation herausgebildet hat. Daher ist die vorliegende Studie ausschließlich als exemplarisch für eine Großstadtregion mit dieser spezifischen Migrantinnenstruktur zu sehen. Dazu besteht durch die direkte Erhebung von zum Teil sensiblen Daten die Möglichkeit, dass sozial erwünschte Antworten gegeben wurden. Um dieses zu minimieren wurden beispielsweise Angaben zum Haushaltsnettoeinkommen nach Kategorien abgefragt. Darüber hinaus sind bei der Erhebung von verhaltensbezogenen Daten immer auch Erinnerungsfehler („recall bias“) möglich, beispielsweise bei der Erfragung der Stillzeiten zum dritten Erhebungszeitpunkt. Da dieser jedoch bereits sechs Monate nach der Entbindung lag und in früheren Studien die gute Erinnerbarkeit an die Gesamtstilldauer beschrieben wurde (Brettschneider et al. 2016), ist in der vorliegenden Studie von eher geringen Abweichungen auszugehen. Zum anderen ist die Entwicklung der übersetzten Erhebungsinstrumente zu nennen. Wenngleich die Hinzunahme von übersetzten Fragebögen ein großer Pluspunkt für die Erreichbarkeit von Personen mit Migrationshintergrund ist, können übersetzte Versionen trotz Rückübersetzung und der Anwendung und kontinuierlichen Qualitätskontrolle durch Interviewerinnen mit (zum Teil muttersprachlichen) Sprachkenntnissen eventuell zu unterschiedlichen Interpretationen sowie Verständnisproblemen führen (vgl. Brettschneider et al. 2015).

Außerdem ist die ausbleibende Differenzierung der Stillarten – „ausschließliches Stillen“ versus „Teilstillen“ – nach der WHO-Definition zu nennen, weshalb in der vorliegenden Studie die Stillprävalenzen lediglich als „jegliches Stillen“ („any breastfeeding“) ohne weitere Unterteilung zu interpretieren sind und keinen Aufschluss darüber geben, wie viele Frauen die Empfehlungen unterschiedlicher Fachgesellschaften, den Säugling mindestens bis zum Beginn des fünften Monats ausschließlich zu stillen (Koletzko et al. 2016; Prell, Koletzko 2016), erfüllen konnten, und ob sich hier Unterschiede zwischen Frauen mit und ohne Migrationshintergrund zeigten.

Durch die Einbeziehung weiterer Fragen wären eventuell differenziertere Informationen zum Stillverhalten, hier insbesondere zum Teilstillen (Zwiemilchernahrung) sowie zur Beikosteneinführung möglich gewesen. Linares et al. (2014) beschrieben in einer Studie aus den USA den schnellen Abfall der Quote des ausschließlichen Stillens bei Frauen aus Lateinamerika („Hispanics“): Während nach der Geburt 95% mit dem ausschließlichen Stillen begonnen haben, lag die Quote bei der Klinikentlassung nur noch bei 51%.

Ein weiterer Erhebungszeitpunkt beispielsweise nach zwölf Monaten könnte zusätzliche Informationen zur tatsächlichen Stilldauer liefern. Darüber hinaus wäre eine Unterscheidung zwischen dem Trinken der Muttermilch direkt an der mütterlichen Brust und dem Anbieten von abgepumpter Muttermilch ebenfalls eine Möglichkeit, differenziertere Angaben zur Säuglingsernährung zu erhalten, gerade auch im Hinblick auf die Ernährung von (sehr) früh geborenen Säuglingen mit Muttermilch.

Insgesamt sollte jedoch beachtet werden, dass die vorliegende Studie eine quantitative Erhebung mit vielen Vorteilen ist. Weitergehende Fragen zu spezifischen Entscheidungsprozessen bzgl. des Stillens, aber auch zum Erleben der Stillzeit sowie zu Wünschen hinsichtlich der Stillunterstützung könnte in zukünftigen, vor allem qualitativ ausgerichteten Studien beforscht werden und zusätzliche Hinweise zum Stillverhalten liefern.

5.4 Schlussfolgerungen des empirischen Teils

Im Rahmen der Stillauswertung der Studie „Perinatale Gesundheit + Migration in Berlin“ konnte bestätigt werden, dass der Großteil der Frauen nach der Entbindung mit dem Stillen beginnt. Jedoch zeigte sich erneut, dass immer noch viele Frauen früher abstillen als von einschlägigen Fachgesellschaften empfohlen (vgl. Koletzko et al. 2016; Rubin 2013). Durch die hier vorgestellten Ergebnisse wurden sowohl stillfördernde als auch stillhemmende Einflussfaktoren aufgezeigt, die auf die unterschiedlichen Dimensionen des Stillens wirken. Zum ersten Mal wurden in einer großen gesundheitswissenschaftlichen Studie aus Deutschland bei der Betrachtung von geburtshilflichen Outcomes Migrations- und Akkulturationsaspekte differenziert in die Datenanalyse einbezogen. So wurde deutlich, dass Migrations- und Akkulturationsfaktoren ebenfalls teilweise Einflussfaktoren auf das Stillverhalten darstellen. Als positiv hat sich die Differenzierung und Unterteilung des Stillverhaltens in die drei Dimensionen Stillbeginn (1), beabsichtigte Stilldauer (2) und tatsächliche Stilldauer (3) ebenso wie die Einbeziehung von migrations- und akkulturationsbedingten Aspekten in die statistische Datenanalyse erwiesen. Jedoch zeigte sich, dass nicht nur Migrations- und Akkulturationsfaktoren teilweise einen Einfluss auf die Stillabsicht, den Stillbeginn und die Stilldauer darstellen, sondern dass immer auch weitere soziodemografische sowie sozioökonomische Faktoren mit hineinspielen. Die Ergebnisse veranschaulichen, dass eine migrationssensible Betrachtung neue Informationen zum Stillverhalten von Frauen mit und ohne Migrationshintergrund liefern können.

5.5 Diskussion des theoretischen Teils: Einbeziehung von Akkulturationskriterien in gesundheitswissenschaftliche Fragestellungen

5.5.1 Diskussion der Messung von Akkulturationsindikatoren

Im Kontext der vorliegenden Studie sollen die durch die Einbeziehung von

Akkulturationsaspekten in die gesundheitswissenschaftliche Migrationsforschung entstehenden Chancen, aber auch Grenzen genauer betrachtet werden.

Wie bereits aufgezeigt, werden in die Public-Health-Forschung sowohl im internationalen als auch im nationalen Kontext zunehmend Akkulturationsindikatoren einbezogen, wobei die Messung des Akkulturationsgrades bzw. der Akkulturationsorientierung je nach Möglichkeit anhand von Akkulturationsfragebögen (vgl. Bongard et al. 2015; Brand et al. 2017; Iarmolenko et al. 2016) oder Proxys (vgl. Rühl et al. 2010; Titzmann 2012; Titzmann, Silbereisen 2012) erfolgt. Hintergrund ist, dass aufgrund der immer größer werdenden Diversität der Bevölkerung bereits die Frage aufgeworfen wurde, ob das Konzept des Migrationshintergrunds als Differenzierungsmerkmal in der diversitätssensiblen Gesundheitsforschung ausreicht oder ob weitere Unterdifferenzierungen notwendig seien, um Migrant/innen in gesundheitswissenschaftliche Studien einzubeziehen und zu aussagekräftigen Ergebnissen zu gelangen (Borde 2017). Eine weitere Differenzierungsmöglichkeit stellt hier das Akkulturationskonzept dar. Allgemein sind Akkulturationsskalen wie die hier verwendete Frankfurter Akkulturationsskala (FRAKK15) sehr gut in wissenschaftlichen Studien anwendbar und auch übersetzte Erhebungsinstrumente können – wie aufgezeigt – zu aussagekräftigen Ergebnissen führen. Voraussetzung ist jedoch immer die Akzeptanz der Studienteilnehmer/innen, wovon in der vorliegenden Studie bei Frauen mit Migrationshintergrund der ersten bis dritten Generation auszugehen ist. Lediglich Frauen mit einem einseitigen Migrationshintergrund brachen, wie die Non-Response-Analyse (vgl. Anhang 10.12 Tabelle 36) zeigte, häufiger den Akkulturationsfragebogen ab. Grund könnte die Überzeugung der betreffenden Frauen sein, die Fragen der Erhebungsskala seien nicht zu ihrer speziellen Situation passend, da nicht nur von einer Herkunftskultur ausgegangen werden kann und die verwendete Akkulturationsskala nicht für diese spezifische Gruppe entwickelt wurde (vgl. Fox et al. 2017). Aufgrund der hohen Non-Response-Rate in der Gruppe der Frauen mit einseitigem Migrationshintergrund wurden die akkulturationsbezogenen Analysen ausschließlich bei Frauen mit Migrationshintergrund der ersten bis dritten Generation sowie bei Untergruppen (z.B. Immigrantinnen) durchgeführt. Aufgrund der immer größer werdenden Diversität der Bevölkerung kommt die Frage auf, warum das Akkulturationskonzept fast ausschließlich die Dyade Herkunftskultur versus

Aufnahmekultur betrachtet (Fox et al. 2017). Zwar betonen Bongard et al. (2007), dass bei der Auseinandersetzung mit Akkulturation bzw. Akkulturationsprozessen vor allem die Berührung von zwei Kulturen im Mittelpunkt stehe, jedoch sollte aufgrund der immer größer werdenden Vielfalt ein Zusammenwirken von drei und mehr „Kulturen“, aber auch die Berücksichtigung von mehreren „Herkunftskulturen“ ebenfalls Beachtung finden können (Fox et al. 2017). Schon Straub (2003, zit. nach Maehler, Schmidt-Denter 2013) betonte, dass eine Person gleichzeitig mehreren Kulturen oder Subkulturen angehören kann. Hier setzt auch die Kritik an der Interpretation von Berrys Akkulturationsmodell (1997) an, da nicht zwangsläufig von einer „kulturlosen“ Einstellung bzw. Person auszugehen ist, wenn sowohl die Orientierung an der Herkunfts- als auch an der Aufnahmekultur abgelehnt werden (vgl. Rudmin 2006); vielmehr könne hier eine andere kulturelle Orientierung (z.B. weitere Kultur) oder eine multikulturelle Ausrichtung vorliegen (Rudmin 2006).

Dennoch ist in gesundheitswissenschaftlichen und medizinischen Studien das von Berry entwickelte Akkulturationsmodell immer noch das meistzitierte (vgl. Brand et al. 2017; Morawa, Erim 2014; Shim et al. 2014) und ermöglicht durch die zweidimensionale Ausrichtung eine differenzierte Betrachtung sowohl der Herkunfts- als auch der Aufnahmekultur. Neuere Forschungsergebnisse zeigen, dass beide kulturellen Orientierungen zwei unabhängige Dimensionen darstellen (Brand et al 2017). Diese Entwicklung hebt sich positiv von früheren eindimensionalen Akkulturationsmodellen ab (vgl. Maehler, Schmidt-Denter 2013; Maehler, Shajek 2016).

Auch die in dieser Studie verwendete Erstversion der Frankfurter Akkulturationsskala (FRAKK15) wurde bereits kritisch betrachtet: Zum einen äußerte die Autorengruppe selbst Bedenken zum Messinstrument, da die durchgeführte Faktorenanalyse eine eindimensionale Struktur aufwies und die gesamte Skala eher als Assimilationsskala im Sinne Berrys (1997) zu bezeichnen sei (Bongard et al. 2007). Inzwischen liegt eine revidierte und erweiterte Version der Frankfurter Akkulturationsskala mit 20 Items vor (FRAKK20) (Bongard et al. 2007). Diese wurde als mehrdimensionales Instrument entwickelt, welches sowohl die Orientierung an der Herkunfts- als auch an der Aufnahmekultur misst (Bongard et al. 2007) und die Einstufung in die vier Akkulturationsstrategien „Integration“, „Assimilation“, „Separation“ und „Marginalisierung“ nach Berry (1997) ermöglicht (Morawa, Erim 2014). Die revidierte Version fand bereits in mehreren nationalen Studien Verwendung (vgl. Behrens et al. 2014; Bongard et al. 2015; Brand et al. 2017; Morawa, Erim 2014).

Trotz der berechtigten Kritik an eindimensionalen Akkulturationsskalen konnten in der vorliegenden Studie sowohl anhand der eindimensionalen Frankfurter Akkulturationsskala

FRAKK15 als auch anhand diverser Proxyvariablen aussagekräftige Ergebnisse sowohl zum Stillverhalten als auch zum Rauchverhalten aufgezeigt werden (vgl. auch Reiss et al. 2015). Während der Stillbeginn in der vorliegenden Studie vor allem durch migrationsbezogene sowie weitere soziale Einflüsse zu erklären ist, wurden bei der geplanten Stilldauer auch akkulturationsbedingte Einflüsse offensichtlich. Sowohl anhand der Akkulturationskala (FRAKK15) als auch anhand der Unterschiede nach Aufenthaltslänge konnte ein „negativer Akkulturationseffekt“ (Ro 2014: 8039) aufgezeigt werden: weniger akkulturierte Migrantinnen planen eine längere Stillzeit als mehr akkulturierte. Ähnliche Ergebnisse wurden bereits in internationalen Stillstudien beschrieben (Ahluwalia et al. 2012; Barcelona de Mendoza et al. 2016). Hinsichtlich der Abstillwahrscheinlichkeit wurden ebenfalls akkulturationsbezogene Unterschiede ersichtlich, da mehr akkulturierte Frauen mit Migrationshintergrund ein größeres Risiko aufwiesen, innerhalb der ersten sechs Monate nach der Geburt abzustillen als weniger akkulturierte Frauen mit Migrationshintergrund. Zwar raten Fox et al. (2017) allgemein, auf Proxyvariablen zur Messung von Akkulturationsaspekten zu verzichten. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie können dieses jedoch nicht bestätigen: Die Proxys „Aufenthaltsdauer“ sowie „Geburtsland“ erwiesen sich als gut handhabbare Variablen, die zum einen mit der Akkulturationskala vergleichbare Ergebnisse aufzeigten, aber darüber hinausgehende hinter dem Stillverhalten stehende Wirkmechanismen verdeutlichten. In der hier beschriebenen Studie hatten in der Türkei geborene Frauen eine gut dreimal größere Chance, eine lange Stillzeit zu planen als in Deutschland geborenen Frauen mit Migrationshintergrund der zweiten und dritten Generation, während im Libanon geborene Frauen eine geringere Chance einer langen Stillzeit aufwiesen. In früheren Studien wurde wiederholt auf länderspezifische Unterschiede in den Stillprävalenzen hingewiesen (Chen et al. 2013; Ibanez et al. 2012). In der KiGGS-Studie konnten ebenfalls Unterschiede in den Stillraten nach Herkunftsländern aufgezeigt werden (Kleiser et al. 2007). In der vorliegenden Studie wurden bereits Unterschiede in der Sektiorate nach Herkunftsländern ersichtlich (Borde et al. 2015, 2016). Während in früheren Analysen ebenfalls anhand sprachbasierter Akkulturationsproxys Unterschiede in den untersuchten Outcomes aufgezeigt wurden (vgl. Reiss et al. 2015), konnten weder durch deutsche Sprachkenntnisse noch durch die Muttersprache Unterschiede im Stillverhalten erklärt werden. Neuere Ansätze bringen die gesundheitswissenschaftliche Akkulturationsforschung mit der „Life Course Epidemiology“ zusammen (Abraído-Lanza et al. 2016), wodurch sich neue Erklärungsmöglichkeiten akkulturationsbedingter Einflussfaktoren ergeben. Fox et al. (2017)

betonen, dass die Betrachtung und Einbeziehung des gesamten Lebenslaufs der Studienpopulation einen wichtigen neuen Ansatz darstellt. Gesundheitsverhalten, wozu auch das Stillverhalten zählt, ist mitunter ebenfalls durch familiäre Einflüsse – hier in starkem Maße durch das Verhalten der Eltern bzw. eines Elternteils – aber auch durch Einflüsse des sozialen Umfeldes bestimmt.

Allgemein sollte ein weiterer wichtiger Aspekt innerhalb der Akkulturationsforschung nicht unberücksichtigt bleiben: die Operationalisierung des Begriffs (vgl. Spallek 2012). Bei der Operationalisierung des Migrationsstatus hat sich der Fragebogen der RKI-Arbeitsgruppe um Liane Schenk (Schenk et al. 2006) als gut handhabbares Instrument gezeigt. Dieser wurde bereits in vielen deutschsprachigen Studien verwendet (z. B. Bermejo et al. 2012; Gust et al. 2014; Maksimovic et al. 2014; Oberaigner et al. 2013). Ebenso ist die Einführung des Migrationshintergrunds in der amtlichen Statistik der Bundesrepublik Deutschland seit dem Mikrozensus 2005 positiv zu bewerten. Beides hat zu einer stärkeren Einbeziehung der Bevölkerung mit Migrationshintergrund geführt und dazu beigetragen, dass vermehrt das Zusammenwirken von sozialen und migrationsbezogenen Einflussfaktoren in statistischen Analysen sowie Studien untersucht wird. Analog hierzu wäre die Entwicklung eines gut anwendbaren Fragebogens zur Differenzierung von Akkulturationsindikatoren in gesundheitswissenschaftlichen Fragestellungen ideal, um neben dem Migrationsstatus über eine weitere Möglichkeit zu verfügen, einen differenzierten Blick auf die Versorgungssituation von Menschen mit Migrationshintergrund zu werfen. Wie sich die derzeitige Entwicklung abzeichnet, könnte die Akkulturationsskala FRAKK20 (Bongard et al. 2007) diesen Platz einnehmen. Die Einteilung in die vier Akkulturationsstrategien stellt eine wichtige Weiterentwicklung dar, die nicht nur die Untergliederung in „mehr akkulturiert“ versus „weniger akkulturiert“ in den Fokus stellt, sondern über die zweidimensionale Auswertung weitergehende Aussagen hinsichtlich der Herkunfts- und Aufnahmekultur ermöglicht. Die anhand von Akkulturationsskalen ermittelten Akkulturationsstrategien sind jedoch nicht als statisch zu verstehen, sondern stellen immer eine Momentaufnahme dar, wobei über den Lebenslauf die von den einzelnen Personen gelebten Strategien gewechselt werden können (Fox et al. 2017).

Allgemein stellt die Verwendung des Begriffs der „Assimilation“ in Berrys Modell (1997) der Akkulturationsstrategien bisweilen einen weiteren Kritikpunkt dar (Amelina 2010). Um „normative Argumentationsmuster“ (Amelina 2010: 260) zu vermeiden, schlägt Amelina (2010) vor, diesen Begriff durch „Inklusion“ zu ersetzen. Jedoch bliebe auch die Überlegung, ob nicht die Substitution des Begriffes „Integration“ durch „Inklusion“ angemessener sei.

Gerade vor dem Hintergrund, dass in mehreren mit zwei- oder mehrdimensionalen Akkulturationsskalen durchgeführten Studien, oft die „Integration“ als die „gesündeste“ Akkulturationsstrategie beschrieben wurde (z.B. Behrens et al. 2014; Morawa, Erim 2014). Während Amelina (2010) noch die Frage stellte, ob „alternative Konzepte“ (Amelina 2010: 263) wie „Inklusion“ und „kulturelle Interferenz“ Migrationsprozesse ergänzend beschreiben können, diskutiert Georgi (2015) den zurzeit (noch) vor allem im Bildungsbereich und hier hauptsächlich im Fokus von (Nicht-)Behinderung verwendeten Begriff der Inklusion im Hinblick auf Überschneidungen mit den beiden ebenfalls aktuellen Schlagworten „Integration“ und „Diversity“. Wichtig bei den nicht zu negierenden Schnittmengen ist vor allem die bei der Inklusion einbezogene „rechtliche Dimension“ (Georgi 2015: 27). Dagegen wählt Schröder (2013) eine andere Schwerpunktsetzung, um die Vor- und Nachteile der Substitution des Integrationsbegriffs durch Inklusion zu erörtern: während Integration den Blick auf die Eingliederung richtet – wobei die „Bringschuld bei den Personen mit Migrationshintergrund“ liege – steht bei der Inklusion die „konkrete Ermöglichung von Teilhabe“ (Schröder 2013: 4) an vorderer Stelle, wobei die „Bringschuld“ der gesamten Gesellschaft zuzuordnen sei und zur Überwindung der „Wir-Ihr-Dualität“ (Schröder 2013: 7) beitragen könne. Darüber hinaus betont Schröder (2013), dass die „Zugehörigkeit im Sinne von Inklusion (auch) ... transnational und mehrnational gedacht werden (kann)“ (Schröder 2013: 5). Bereits seit Mitte der 1990er Jahre werden in Publikationen, die sich dem Themengebiet der Akkulturation widmen, die Hybridität und der Facettenreichtum von Akkulturationsprozessen unterstrichen (Amelina 2010). Dabei wird zu Recht darauf hingewiesen, dass in neueren Ansätzen der Betrachtung von Migrations- und Akkulturationsprozessen „transnationale Räume“ eingeschlossen werden sollten (Amelina 2010). Unter „transnationalen Räumen“ werden spezifische Migrationsbewegungen und Interaktionen subsumiert, die sich durch einen „plurilokalen“ (Amelina 2010: 263) Charakter hervorheben: hierzu zählen Netzwerke, Organisationen, Diaspora-Gemeinden etc., die sich durch grenzüberschreitende Strukturen auszeichnen. Analog hierzu werden Personen mit Migrationshintergrund, die ausgehend vom Aufnahmeland weiterhin über ausgeprägte Kontakte in das Herkunftsland, die Herkunftsgesellschaft und die Herkunftskultur verfügen, als Transmigrant/innen bezeichnet (Amelina 2010; Kuhlmann 2014). Durch neue digitale Technologien sind zusätzliche Möglichkeiten der Vernetzung und Kontakthaltung entstanden, die auch abseits der realen Migrationsbewegungen stattfinden (können). Dass genau diese sozialen Kontakte und Netzwerke auch Auswirkungen auf Gesundheitsverhalten sowie gesundheitliche Outcomes haben können, konnte bereits in früheren Stillstudien aufgezeigt

werden. Im Modell des „Latina Paradoxes“ spielen Kontakte und Netzwerke zur Erklärung von Unterschieden der gesundheitlichen Outcomes (z.B. Frühgeburtlichkeit, geringes Geburtsgewicht) eine entscheidende Rolle (vgl. David 2011; McGlade et al. 2004). Außerdem konnte aufgezeigt werden, dass die ausschließliche Betrachtung von sozialen Faktoren nicht immer für die Erklärung von gesundheitlichen Unterschieden ausreicht, sondern erst das Zusammenwirken von sozialen sowie migrations- und akkulturationsbezogenen Aspekten dahinterliegende Prozesse erklären und fortschreitende Akkulturationsprozesse beispielsweise mit Veränderungen in den gesundheitlichen Ergebnissen einhergehen können.

5.5.2 Schlussfolgerungen - Einbeziehung von Akkulturationsaspekten in gesundheitswissenschaftliche Studien

Allgemein stellt die Einbeziehung von Akkulturationsaspekten eine weitere Differenzierungsmöglichkeit dar und bietet die Möglichkeit, die immer größer werdende Vielfalt innerhalb der Bevölkerung mit Migrationshintergrund angemessen in die Gesundheitsforschung einzubeziehen und Migrations- und Akkulturationsfaktoren als weitere soziale Variablen in die Datenanalyse einzuschließen. Um sich differenziert mit dem Konstrukt der Akkulturation in gesundheitswissenschaftlichen Studien auseinanderzusetzen, sollten jedoch einige grundlegende Anforderungen erfüllt sein. Zum einen bedarf es sowohl einer eindeutigen Begriffsbestimmung des Kultur- als auch des Akkulturationsbegriffes (vgl. Zick 2010). Bei der Verwendung einer weitgefassten, ergebnisoffenen und dynamischen Definition wird ermöglicht, tiefer in die Akkulturationsprozesse von Einwanderungsgesellschaften einzusteigen und diese für die gesundheitswissenschaftliche Forschung zu nutzen. Ein mit den Definitionen übereinstimmendes Modell zur Beschreibung der (unterschiedlichen) Akkulturationsorientierungen, wie in Berrys Modell (1997) mit den vier Akkulturationsstrategien „Integration“, „Assimilation“, „Separation“ und „Marginalisierung“ erfolgt, stellt eine Gelegenheit dar, die häufig kritischen Anmerkungen, die Akkulturationsforschung bediene sich vorzugsweise normativer Vorgaben und befasse sich vor allem mit der Adaption bzw. Assimilation von Menschen mit Migrationshintergrund an die Aufnahmekultur, zu relativieren bzw. sogar ganz zu vermeiden. Dabei könnten sich aus der Abwendung von einem eher einseitigen Blick neue Ansatzpunkte für eine offenere Perspektive ergeben. Ein weiterer Schritt in eine offenere Sichtweise ermöglicht – wie im vorangegangenen Kapitel unter 5.5.1 ausgeführt – die Substitution des Begriffs der „Integration“ durch „Inklusion“. Außerdem bietet sich die in neueren Publikationen aufgezeigte Sichtweise an, Akkulturation als wechselseitigen Prozess zu verstehen, bei dem

nicht nur der Fokus auf die Auswirkungen der Aufnahmekultur auf die Immigrant/innen gerichtet wird. Zick (2010: 23) erwähnt sehr treffend, dass der Akkulturationsprozess immer auch akkultorative Reaktionen von beiden Seiten – sprich sowohl von Personen mit Migrationshintergrund als auch von der autochthonen Bevölkerung – fordert. Fragen, die hier zum Tragen kommen, sind: Wie wird die einheimische Bevölkerung „akkulturiert“? Wie reagiert die Bevölkerung der Aufnahmekultur auf „Neuankömmlinge“ (Zick 2010)? Eine dynamische Betrachtung der hier aufgezählten akkulturativen Aspekte kann dazu beitragen, eine nicht normative Sicht auf die akkulturativen *Prozesse* zu ermöglichen, die frei von normativen *Ergebnisvorgaben* sind. Dieses stellt eine zeitgemäße Grundlage für die Gesundheitsforschung dar, Akkulturationsprozesse weiter zu beforschen und sich nicht den Empfehlungen anderer Forscher/innen zu beugen, sich ganz von der Einbeziehung von Akkulturationsaspekten in die (Gesundheits-)Forschung zu verabschieden (Hunt et al. 2004). Diese Ausführungen verdeutlichen jedoch auch die Wichtigkeit einer bewussten Reflexion der gesamten „Komplexität des Akkulturationsprozesses, mit der die scientific community in konstruktiver Weise umgehen muss“ (Maehler, Shajek 2016: 157).

Obwohl in der vorliegenden Studie anhand der eindimensionalen Akkulturationsskala sowie der Proxys „Geburtsland“ und „Aufenthaltsdauer“ (FRAKK15) wichtige Hinweise zu den migrations- und akkulturationsbezogenen Wirkmechanismen des Stillverhaltens aufgezeigt wurden, bieten vor allem zwei- bzw. mehrdimensionale Akkulturationsskalen neue Auswertungsmöglichkeiten. Durch die bereits erfolgte Weiterentwicklung der Frankfurter Akkulturationsskala (Bongard et al. 2002; Bongard et al. 2007) von der eher als „Assimilationsskala“ bezeichneten Erstversion mit 15 Items zur erweiterten Version mit 20 Items, die eine zweidimensionale Struktur aufweist, steht der wissenschaftlichen Community ein neueres Instrument zur Verfügung, welches zunehmend in nationalen gesundheitswissenschaftlichen Migrationsforschungsprojekten Anwendung findet und die Einbeziehung weiterer akkulturationsbezogener Faktoren in die Gesundheitsforschung ermöglicht (z. B. Bongard et al. 2015; Brand et al. 2017).

Diese Erkenntnisse in Verbindung mit den Ergebnissen der vorliegenden Studie zeigen anschaulich, dass die hier eingeschlagene Schwerpunktsetzung bei einem „offenen“ Umgang mit dem Konzept der Akkulturation, bei dem nicht die „Assimilation“ – wörtlich Angleichung – an die Aufnahmekultur als geforderte Akkulturationsaufgabe von Menschen mit Migrationshintergrund gesehen wird, welche lange Zeit in der sozialwissenschaftlichen Forschung propagiert wurde (vgl. Zick 2010), sondern eine integrative oder besser inklusive Umgangsweise mit beiden (oder mehreren) Kulturen, bei der Anteile der Beibehaltung der

Herkunftskultur(en) als Bereicherung und äußerst gewinnbringender und (aus Public-Health-Sicht) gesunder Anteil des Akkulturationsprozesses gesehen werden kann.

6. Weiterentwicklung der Theoriemodelle unter Einbeziehung der empirischen Ergebnisse

6.1 Erweiterung der Theorie des geplanten Verhaltens (TPB)

Aufbauend auf dem in Kapitel 2.9 dargestellten gesundheitspsychologischen Modell des geplanten Verhaltens (Ajzen, Manstead 2007) wird anhand der empirischen Ergebnisse die Weiterentwicklung des Modells vorgestellt. Forschungstheoretischer Hintergrund ist die Theorie des geplanten Verhaltens, die bereits in mehreren vorangegangenen Studien zur Beschreibung des Stillverhaltens herangezogen wurde (vgl. Cabieses et al. 2014; Giles et al. 2007; Jöllenbeck 2012; Lawton et al. 2012; Swanson, Power 2005). Ajzen und Manstead (2007) ergänzten das ursprünglich von Ajzen (1991) entwickelte gesundheitspsychologische Modell um personenbezogene, demografische und umweltbezogene Hintergrundfaktoren, die auf die drei Haupteinflussfaktoren („Major Factors“) (1) Einstellung gegenüber dem (Gesundheits-)Verhalten, (2) subjektive Norm und (3) wahrgenommene Verhaltenskontrolle wirken, welches die Grundlage für die Einbeziehung der in der vorliegenden Studie eruierten stillfördernden sowie stillhemmenden Einflussfaktoren bildet.

Tabelle 31: Auf die drei Dimensionen des Stillverhaltens wirkende Hintergrundfaktoren

Hintergrundfaktoren:	Dimensionen des Stillens
1. Soziodemografische Faktoren: -mütterliches Alter -Rückkehrwunsch in Berufstätigkeit -Schulbildung -Nettoeinkommen	Stillabsicht (Intention)
2. Gesundheitsverhalten: -Rauchen in der Schwangerschaft	
3. Gesundheitsrelevante Faktoren: -Geburtsmodus (Sectio) -Frühgeburtlichkeit -Mehrlinge	
4. Erfahrung: -Stillerfahrung -Parität	Stillbeginn (Stillquote)
5. (Soziale) Unterstützung: -feste Partnerschaft -Stillanleitung in Geburtsklinik	
6. Migrations- und Akkulturationsfaktoren: <i>Migrationsstatus:</i> -eigene Migrationserfahrung der Mutter: 1. Generation -Migrationshintergrund der Mutter: 2.+3. Generation -einseitiger Migrationshintergrund der Mutter ----- <i>Akkulturationsfaktoren:</i> -Akkulturationsgrad der Mutter (z.B. nach FRAKK15) -Herkunftsland/ Herkunftsregion der Mutter -Aufenthaltsdauer in Deutschland (Immigrantinnen) -deutsche Sprachkenntnisse -Muttersprache: deutsch/ zweisprachig versus andere	Stilldauer

6. Weiterentwicklung der Theoriemodelle unter Einbeziehung der empirischen Ergebnisse

Um Gesundheitsverhalten im Allgemeinen sowie das Stillverhalten im Speziellen beschreiben zu können, spielen u.a. (sozio)demografische Einflussfaktoren (Ajzen, Manstead 2007; Lawton et al. 2012) eine wichtige Rolle. Hier setzt die Erweiterung des Theoriemodells an, da die neu eruierten stillfördernden sowie stillhemmenden Prädiktoren, die systematisch in Unterkategorien („Hintergrundfaktoren“) zusammengefasst werden, das bestehende Modell ergänzen. Somit können die einzelnen Dimensionen des Stillverhaltens sowie die dahinter stehenden Wirkmechanismen anschaulich dargestellt werden (vgl. Tabelle 31):

Der Einfluss von soziodemografischen Faktoren auf das Stillverhalten ist weithin bekannt und wurde bereits in diversen Studien belegt. Auch in neueren Studien konnte der von Rückert und Mielck (2008) in einer Übersichtarbeit zur „sozialen Ungleichheit beim Stillen in Deutschland“ beschriebene Einfluss sowohl auf die Stillquote als auch auf die Stilldauer bestätigt werden (Rasenack et al. 2012; von der Lippe et al. 2014). In der vorliegenden Studie werden in der Kategorie „soziodemografische Faktoren“ die Variablen „(mütterliches) Alter“, „mütterlicher Bildungsabschluss“, „monatliches Haushaltsnettoeinkommen“ sowie der eventuelle „Rückkehrwunsch in die Berufstätigkeit“ zusammengefasst. Die zweite Kategorie „Gesundheitsverhalten“ umfasst das „mütterliche Rauchverhalten in der Schwangerschaft“. Mehrere Variablen der Perinataldaten der Geburtskliniken³⁵, die ebenfalls als Prädiktoren auf das Stillverhalten wirken können, werden in der Kategorie „gesundheitsrelevante Faktoren“ zusammengefasst. Eine weitere Kategorie richtet den Fokus auf die „Erfahrung der Mutter“: hierunter wird zum einen die „Parität“ und zum anderen die eventuell bereits vorhandene „Stillerfahrung“ subsumiert. Unter der Kategorie „(soziale) Unterstützung“ werden schließlich die beiden möglichen Einflussfaktoren „Stillanleitung in der Geburtsklinik“ sowie die „vorhandene Partnerschaft“ erfasst. Als letzte Kategorie werden die in dieser Studie schwerpunktmäßig geprüften migrations- und akkulturationsbedingten Einflussfaktoren subsumiert, welche im neuen Modell als zwei verschiedene Faktoren – Migration und Akkulturation – dargestellt werden. Anhand der Kategorien können die ermittelten stillfördernden sowie stillhemmenden Hintergrundfaktoren in das von Ajzen und Manstead (2007) beschriebene Modell integriert werden. Wenn dabei die Hintergrundfaktoren nicht für das Stillverhalten allgemein, sondern als Einflussfaktoren getrennt für jede der drei Dimensionen dargestellt werden, wird eine differenzierte Beschreibung des Stillverhaltens ermöglicht (vgl. Abbildung 12):

³⁵ „Geburtsmodus“ (Sectioentbindung versus vaginale Entbindung), die „Frühgeburtlichkeit des Kindes“ sowie das eventuelle „Vorliegen einer Mehrlingsgeburt“.

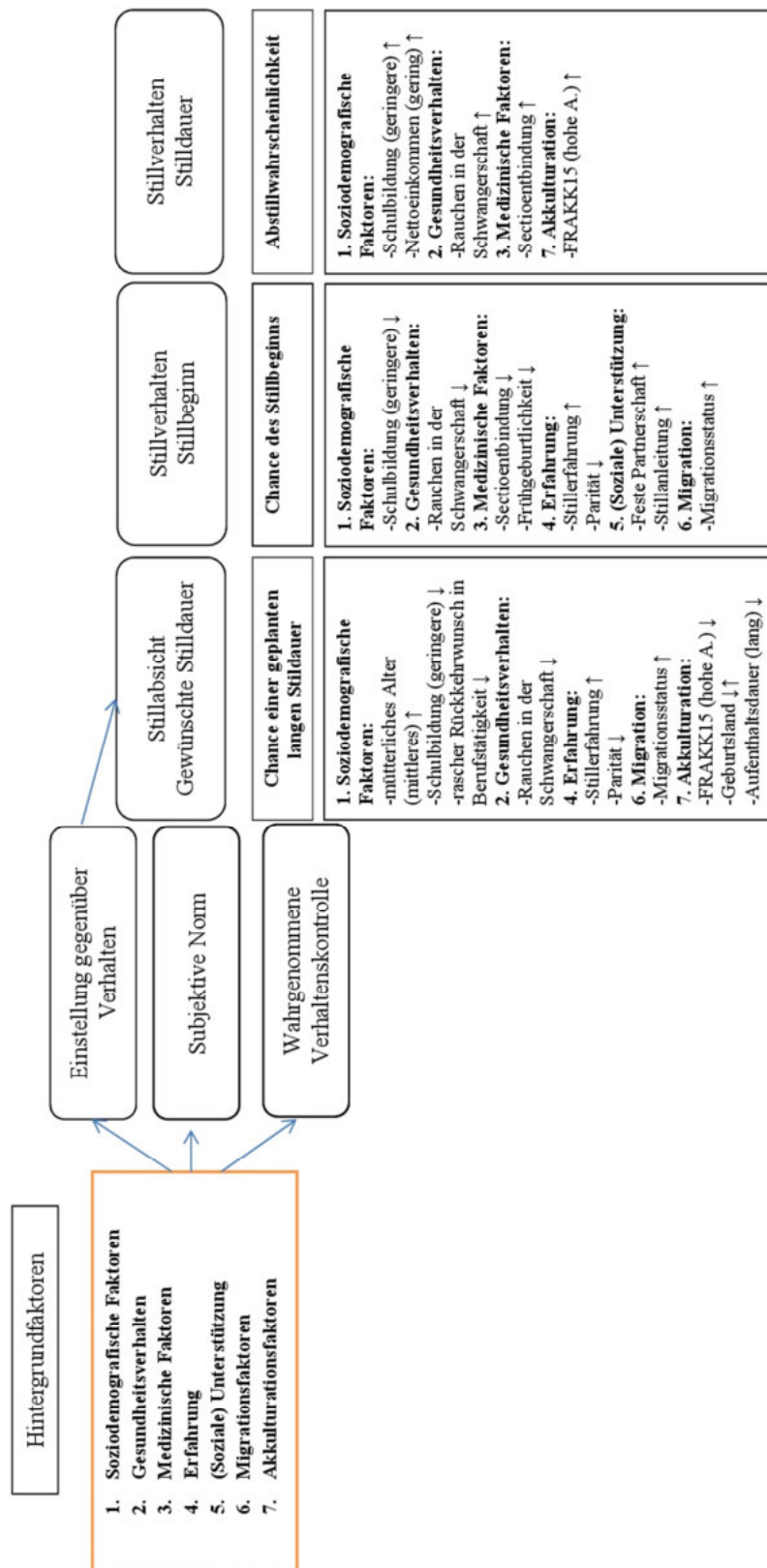


Abbildung 12: Modell der Einflussfaktoren auf das Stillverhalten: Erweiterung der Theorie des geplanten Verhaltens (TPB)

6. Weiterentwicklung der Theoriemodelle unter Einbeziehung der empirischen Ergebnisse

Im erweiterten Modell (vgl. Abbildung 12) wird deutlich, dass bestimmte Faktoren alle Dimensionen des Stillverhaltens beeinflussen, während andere Faktoren nur auf einige bestimmte Dimensionen wirken:

1. Bei allen drei Dimensionen zeigte sich der Einfluss soziodemografischer Faktoren, insbesondere wurde der stillhemmende Einfluss eines geringen mütterlichen Bildungsgrades auf den Stillbeginn, die geringere Chance einer geplanten langen Stillzeit sowie die höhere Abstillwahrscheinlichkeit innerhalb der ersten sechs Monate ersichtlich.
2. Rauchen in der Schwangerschaft wirkte ebenfalls auf alle drei Dimensionen stillhemmend.
3. Eine Sectioentbindung – hier unter den medizinischen Faktoren subsumiert – wirkte sowohl auf den Stillbeginn als auch auf die höhere Abstillwahrscheinlichkeit innerhalb der ersten sechs Monate stillhemmend.
4. Eine vorangegangene Stillerfahrung wirkte stillfördernd auf den Stillbeginn sowie auf die Chance einer geplanten langen Stillzeit.
5. Stillfördernd auf den Stillbeginn wirkte darüber hinaus die (soziale) Unterstützung – hierzu zählen zum einen die Stillanleitung in der Geburtsklinik sowie eine feste Partnerschaft, die im Idealfall auch eine positiv unterstützende Haltung zum Stillen umfassen dürfte.
6. Migrations- und akkulturationsbezogene Einflüsse zeigten sich ebenfalls bei allen drei Dimensionen: Während ein Migrationsstatus stillfördernd auf den Stillbeginn und eine geplante lange Stillzeit wirkt, stellt ein hoher Akkulturationsgrad (FRAKK15) einen Prädiktor innerhalb des Migrantinnenkollektivs für eine höhere Abstillwahrscheinlichkeit innerhalb der ersten sechs Monate und eine geringere Chance einer geplanten langen Stillzeit dar. Darüber hinaus zeigten sich bei Immigrantinnen der ersten Generation die akkulturationsbedingten Einflüsse der jeweiligen Herkunftsländer bzw. -regionen sowie der stillhemmende Einfluss einer langen Aufenthaltsdauer in Deutschland.

6.2 Einbeziehung in das Modell der „Life-Course-Epidemiologie“

Um die empirischen Ergebnisse der vorliegenden Studie zur Beschreibung des Gesundheit(sverhaltens) von Frauen mit Zuwanderungsgeschichte heranzuziehen, sollen diese in das bestehende und aktuell in der gesundheitswissenschaftlichen Migrationsforschung verwendete Modell der Lebenslaufperspektive („Life-Course-Epidemiologie“) integriert werden (vgl. Spallek 2012; Spallek et al. 2011). Dabei bieten die eruierten migrations- und akkulturationsbedingten stillfördernden bzw. stillhemmenden Einflussfaktoren die

Möglichkeit, die Lebenslaufperspektive um die Beschreibung des Stillverhaltens von Immigrantinnen und ihren Nachkommen zu ergänzen.

Insgesamt können mehrere für das Gesundheitsverhalten von Personen mit Migrationshintergrund relevante Faktoren benannt werden: Spallek (2012) betont das aus Public-Health-Sicht große Interesse an gesundheitlichen Verhaltensweisen wie beispielsweise Ernährung, Rauchverhalten und Alkoholkonsum. Faktoren, die diese Verhaltensweisen beeinflussen, werden oft direkt von den Eltern an die Nachkommen weitergegeben. Im Kontext der migrationssensiblen Gesundheitsforschung spielen hierbei ebenfalls kulturelle Überzeugungen sowie daraus resultierende Verhaltensweisen von Personen mit Zuwanderungsgeschichte eine Rolle (Spallek 2012).

Einen weiteren wichtigen Einflussfaktor auf die gesundheitliche Situation der Bevölkerung stellt der sozioökonomische Faktor dar (Spallek 2012). Jedoch sind im Gegensatz zu nationalen Studien, die vor allem schlechtere gesundheitliche Outcomes für sozial schlechter gestellte Personen aufzeigten (Lampert et al. 2013), US-amerikanische Studien nicht eindeutig und zeigen bisweilen uneinheitliche Ergebnisse (Abraído-Lanza et al. 2016). Darüber hinaus wirken akkulturationsbedingte Einflussfaktoren sowohl auf gesundheitliche Outcomes als auch auf das Gesundheitsverhalten von Personen mit Migrationsgeschichte (Spallek 2012).

Anhand dieser drei Haupteinflussfaktoren – Gesundheitsverhalten, sozioökonomische Faktoren sowie Akkulturation – soll das Stillverhalten von Frauen mit Zuwanderungsgeschichte unter Einbeziehung der Lebenslaufperspektive näher betrachtet werden:

Vor der Migration sind Frauen von den jeweils in den Herkunftsgesellschaften vorherrschenden kulturellen Einflüssen geprägt, die sowohl das Stillverhalten als auch weitere gesundheitliche Verhaltensweisen wie beispielsweise das Rauchverhalten beeinflussen.

Darüber hinaus konnten in Herkunftsgesellschaften ebenfalls soziodemografische Einflussfaktoren auf das Stillverhalten aufgezeigt werden (Batal, Boulghaurjian 2005; Batal et al. 2006; Hacettepe University Institute of Population Studies 2014). Während im Libanon Frauen mit einem geringen sozioökonomischen Status eine höhere Stillprävalenz hatten (Batal, Boulghaurjian 2005), zeigen neuere Daten aus der Türkei eine höhere Stillprävalenz bei Frauen mit einem höheren sozialen Status (Hacettepe University Institute of Population Studies 2014). Dieses verdeutlicht erneut die Heterogenität der Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Je nach Herkunftskultur können bereits zum Zeitpunkt der Migration die genannten Einflussfaktoren sehr unterschiedlich auf das Stillverhalten wirken. Genau

dieses in gesundheitswissenschaftliche Modelle adäquat einzubeziehen, stellt eine große Herausforderung dar.

Nach der Migration bleiben zum einen zunächst die jeweiligen kulturellen Einflüsse der Herkunftskultur bestehen, wobei hiermit verbundene Traditionen bis über mehrere Generationen erhalten bleiben können (Spallek 2012). Dieses unterstreicht die Wichtigkeit, Nachkommen von Immigrant/innen ebenfalls differenziert zu betrachten, um hier mögliche migrations- und akkulturationsbedingte Unterschiede im Vergleich zur Bevölkerung des Ziellandes bzw. im Vergleich des Herkunftslandes zu beachten. Dennoch sind aufgrund zunehmender Einflüsse der neuen kulturellen Umgebung und den damit verbundenen akkulturationsbedingten Prozessen Veränderungen des Gesundheitsverhaltens möglich: Zum einen können ungesunde Verhaltensweisen wie beispielsweise das Rauchen (vgl. Reiss et al. 2015) begonnen werden, zum anderen sind Veränderungen im Verhaltensrepertoire gesundheitlicher Verhaltensweisen (z.B. Ernährungs-, Alkoholkonsumverhalten, körperliche Aktivität) möglich (Spallek 2012).

In der vorliegenden Studie konnten migrations- und akkulturationsbedingte Unterschiede im Stillverhalten anschaulich aufgezeigt werden: zum einen bestand bei Immigrantinnen mit einer kürzeren Aufenthaltsdauer in Deutschland eine größere Chance, eine lange Stillzeit zu planen. Zum anderen zeigten sich Unterschiede in der Stillprävalenz nach Herkunftsland. Darüber hinaus wurden migrationsbedingte Unterschiede in der Stillquote beim Stillbeginn als auch bei der geplanten Stilldauer ersichtlich. In Abbildung 13 werden die für die Beschreibung des Stillverhaltens von Frauen mit Migrationshintergrund verwendeten Erklärungselemente in das Modell der Life-Course-Epidemiologie integriert.

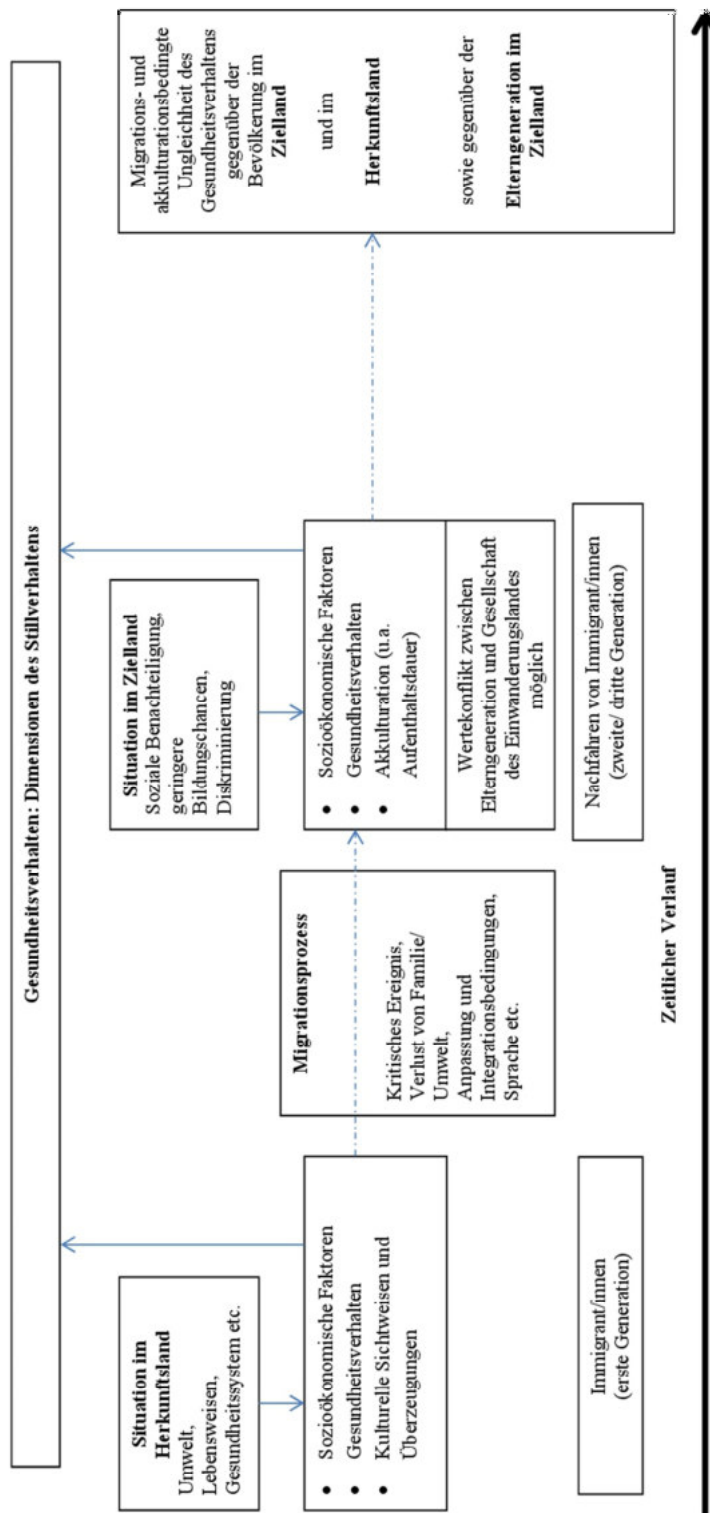


Abbildung 13: Weiterentwicklung des Life-Course-Modells zur Beschreibung des Stillverhaltens von Frauen mit Migrationshintergrund (Reeske 2009, zit. nach Spallek 2012: 82); eigene Modifikation (SB)

6. Weiterentwicklung der Theoriemodelle unter Einbeziehung der empirischen Ergebnisse

Anhand der Ergebnisse der vorliegenden Studie können die von Spallek et al. (2011: 6) genannten Vergleichsgruppen (vgl. 2.8.4) für die Durchführung von migrant/innensensiblen Gesundheitsforschungsprojekten ergänzt werden. Gerade hinsichtlich der Erforschung von Gesundheitsverhalten – wobei das Stillverhalten ein spezifisches Gesundheitsverhalten darstellt – bieten sich folgende vier Vergleichsgruppen an:

1. Vergleich nach Migrationsstatus (Schenk et al. 2006):

Um den Einfluss eines Migrationsstatus differenziert zu untersuchen und den Einfluss einer eigenen Zuwanderungsgeschichte versus der Zuwanderungsgeschichte der (Groß-) Elterngeneration genauer hinsichtlich gesundheitlicher Outcomes bzw. definierter Gesundheitsverhaltensweisen zu betrachten, bietet sich die Differenzierung nach Migrant/innengeneration an.

2. Vergleich der Bevölkerung mit Migrationshintergrund nach Akkulturationsgrad:

Diese Unterteilung bietet ebenfalls die Möglichkeit, unterschiedliche migrations- und akkulturationsbedingte Einflüsse in die Forschung einzubeziehen. Die Lebenslaufperspektive, die aktuell in der Akkulturationsforschung mehr Beachtung findet (Abraído-Lanza et al. 2016), bietet Ansatzpunkte für eine tiefergehende Erklärung sowie ein weiteres Verständnis für akkulturationsbedingte Einflussfaktoren auf Gesundheitsverhalten. Hier können – wie in der vorliegenden Studie bereits anhand der eindimensionalen Akkulturationsskala dargestellt – akkulturationsbedingte Wirkweisen des Gesundheitsverhaltens bei der Bevölkerung mit Migrationshintergrund aufgezeigt werden. Weiterführend bieten mehrdimensionale Akkulturationsskalen die Möglichkeit, sowohl die Aufnahme- als auch die Herkunftskultur einzubeziehen und einen differenzierteren Blick auf die einzelnen Akkulturationsstrategien zu werfen.

Darüber hinaus können die Variablen „Geburtsland“ und „Aufenthaltsdauer“, die häufig lediglich als akkulturationsbezogene Proxys untersucht werden, zusätzliche Informationen zu den akkulturativen Prozessen im Lebenslauf von Personen mit Zuwanderungsgeschichte geben:

3. Vergleich nach Geburtsland:

Hier können die in mehreren früheren Studien beschriebenen Unterschiede im Stillverhalten differenziert nach Herkunftsländern genauer analysiert werden. Außerdem kann der Blick auf

6. Weiterentwicklung der Theoriemodelle unter Einbeziehung der empirischen Ergebnisse

akkulturationsbedingte Einflüsse nach der Migration bzw. bei Nachkommen von Immigrant/innen neue Erkenntnisse bringen und spezifische Wirkweisen aufzeigen (Chen et al. 2013).

4. Vergleich nach Aufenthaltsdauer von Immigrantinnen im Aufnahmeland:

Darüber hinaus bietet sich die Differenzierung nach der Aufenthaltsdauer im Aufnahmeland an, die häufig mit einem höheren Akkulturationsgrad einhergeht, jedoch einen zusätzlichen Einflussfaktor auf gesundheitliche Outcomes bzw. Gesundheitsverhalten darstellen kann.

7. Handlungsempfehlungen des empirischen Teils

Die Ergebnisse des empirischen Teils der prospektiven (Teil-)Studie „Perinatale Gesundheit + Migration in Berlin“ zum Stillverhalten lassen sich zur Formulierung praxisnaher Handlungsempfehlungen zur Stillförderung heranziehen. Dieser Bereich der Gesundheitsförderung – worunter sich die Stillförderung subsumieren lässt – sollte, wie die vorliegenden Ergebnisse aufzeigen, zielgruppenorientiert ausgebaut werden, damit alle schwangeren, stillenden sowie stillinteressierten Frauen eine sowohl bedarfs- als auch bedürfnisgerechte Unterstützung vor, zu Beginn und während der Stillzeit erhalten (können).

Dabei können die einzelnen Bereiche der Stillförderung folgenden Schwerpunkten zugeordnet werden, wobei die Übergänge bisweilen fließend sind:

1. Stillanleitung in der Geburtsklinik anbieten
2. Mehrgebärende unterstützen
3. Positive Stillerfahrung ermöglichen
4. Förderung des Nichtrauchens in der Schwangerschaft
5. Diversitätsgerechte Stillförderprogramme initiieren und implementieren
6. Weitere Stillstudien initiieren

1. Stillanleitung in der Geburtsklinik anbieten:

Anhand der Ergebnisse konnte die positive stillfördernde Wirkung der individuellen Stillanleitung direkt in der Geburtsklinik aufgezeigt werden. Auch Rouw et al. (2014) plädieren für eine Stillberatung, die sowohl in der Klinik als auch in der Häuslichkeit nach der Entbindung stattfinden sollte. Um davon zu profitieren, sollte allen Frauen direkt nach der Entbindung eine individuelle Stillanleitung zukommen, auch wenn bereits eine frühere Stillerfahrung vorliegt. Darüber hinaus könnte die gesundheits- und stillfördernde Beratung bereits in der Schwangerschaft ansetzen. Dieses als ergebnisoffenes Beratungsgespräch konzipierte Angebot könnte sowohl bei Erst- als auch bei Mehrgebärenden zu einem frühen Zeitpunkt in der Schwangerschaft im Rahmen der medizinischen Schwangerenvorsorge in der gynäkologischen Praxis, bei der Anmeldung in der Geburtsklinik und/oder bei einem Vorgespräch mit der Hebamme der Wochenbettbetreuung erfolgen und Themen wie die Ernährung des neugeborenen Säuglings, aber auch bisherige Stillerfahrungen, Erwartungen an die Stillzeit etc. einschließen (Borrmann et al. 2011). Sowohl die Stillberatung in der Schwangerschaft als auch die direkte Stillanleitung in der Geburtsklinik – die nicht als

alterative, sondern als aufeinander aufbauende Angebote zu konzipieren sind – bieten die Möglichkeit, die Informiertheit der Mütter/ Eltern zu den Vorteilen des Stillens (für Kinder und Mütter) zu erhöhen und noch in Bezug auf das Stillen „unentschlossene“ Frauen zu erreichen (Cabieses et al. 2014). Bereits Libuda et al. (2014) betonen, dass in der Stillförderung den Informationen der behandelnden Ärzte/innen, der Hebammen sowie des Pflegepersonals der Wochenbettstationen eine entscheidende Rolle zukommt.

2. Mehrgebärende unterstützen:

Da die Ergebnisse der vorliegenden Studie aufzeigen, dass sich viele Mehrgebärende in einer Folgeschwangerschaft gegen das Stillen entscheiden, soll hier noch einmal explizit die Situation dieser Frauengruppe beleuchtet werden. Bisweilen erfolgt die Entscheidung gegen das Stillen sehr bewusst und als primäres Nicht-Stillen, da bei einer vorangegangenen Geburt bei einem älteren Kind bereits Stillschwierigkeiten auftraten und aus dieser Vorerfahrung heraus eine erneute Stillzeit mit den eventuell bekannten negativen Erfahrungen vermieden werden soll. Damit negative Stillerfahrungen nicht unmittelbar in den Stillverzicht münden, könnten hier spezifische Angebote ansetzen:

Zum einen bietet sich eine detaillierte Anamnese der bisherigen Stillerfahrungen an, bei der folgende Aspekte mit in die Beratung einbezogen werden: Wie war die letzte Stillbeziehung? Gab es eventuell Schwierigkeiten oder negative Erfahrungen? Wie lange liegt die Stillzeit bereits zurück? Wie lange wurde gestillt? Gab es eventuell wichtige Veränderungen seit der letzten Stillzeit (Geschwister, neue familiäre Situation, neue Still-Empfehlungen o.ä.)? Eine ressourcenorientierte, ergebnisoffene Beratung könnte hier gerade Mehrgebärenden bei der (erneuten) Planung einer Stillzeit Unterstützung geben und eventuelle Bedenken vorzeitig beseitigen. Die Beratungsangebote so zu planen, dass diese niedrigschwellig sind und auf die Akzeptanz der adressierten Frauen und Familien stoßen, stellt eine besondere Herausforderung für die Planung und Implementierung neuer Stillförderprogramme dar.

3. Positive Stillerfahrung ermöglichen:

Um Frauen, die sich primär für das Stillen entschieden haben, eine positive Stillerfahrung zu ermöglichen, bietet sich an, stillende Frauen während der gesamten Stillzeit Unterstützung in Form von Beratungsangeboten, Betreuungsmöglichkeiten und, wenn nötig, weitergehender Hilfestellung von professionellen Netzwerken anzubieten.

Dabei sollte die Stillberatung nicht nur die Unterstützung bei der Entscheidungsfindung umfassen, sondern auch Informationen über aktuelle Stillempfehlungen der Fachgesellschaften einschließen. Während sich Rouw et al. (2014) vor allem für eine Stillberatung durch ausgebildete Fachkräfte aussprechen, wird von Koletzko et al. (2016) auch die Unterstützung durch Laien als wichtig eingeschätzt.

Darüber hinaus könnten weitere Informations- und Beratungsangebote Frauen ermutigen, die Stillbeziehung so zu gestalten, wie es ihren Vorstellungen und ihrer gegenwärtigen Lebenssituation entspricht. Dazu zählt auch die notwendige soziale Unterstützung, sei es durch den/ die Partner/in, die Familie und/ oder den Freundeskreis bzw. weitere stillfördernde Angebote wie Stillgruppen, Stilltreffs etc. Hier bieten niedrigschwellige Angebote die Möglichkeit, den Austausch mit anderen Müttern/ Familien zu fördern. Aber auch im beruflichen Umfeld bietet sich ein Ausbau stillfreundlicher Angebote an, da anhand der eigenen Daten aufgezeigt werden konnte, dass der frühe Rückkehrwunsch in die Berufstätigkeit ein Prädiktor für die Planung einer kürzeren Stillzeit ist.

4. Förderung des Nicht-Rauchens in der Schwangerschaft:

Da Rauchen in der Schwangerschaft ebenfalls einen starken stillhemmenden Prädiktor für alle drei Dimensionen des Stillverhaltens darstellt, bietet sich an, zielgruppenspezifische Raucherentwöhnungs-Programme für Frauen in der Früh-Schwangerschaft sowie für Frauen, die eine Schwangerschaft planen, anzubieten, um die Adressatinnen darin zu unterstützen, das Rauchen in dieser Zeit aufzugeben (vgl. Rebhan et al. 2009). Neben der stillfördernden Wirkung stellt das Nichtrauchen in der Schwangerschaft, wie aus vielen Studien bekannt, einen großen gesundheitsfördernden Nutzen für die Mütter- und Kindergesundheit dar (vgl. Banderali et al. 2015; Koletzko et al. 2016; Reiss et al. 2015). Hier sollten diversitätssensible Aspekte wie Alter, Bildungshintergrund, Geschlecht und eine eventuelle Zuwanderungsgeschichte mit möglichen Zugangsbarrieren wie geringen oder fehlenden deutschen Sprachkenntnissen ebenfalls Berücksichtigung finden, damit sich Frauen von diesen Angeboten angesprochen fühlen und diese auch für sich nutzen können (vgl. Reiss et al. 2015).

5. Diversitätsgerechte Stillförderprogramme initiieren und implementieren:

Da sich in der vorliegenden Studie sowohl migrations- und akkulturationsbezogene als auch soziale Einflussfaktoren auf das Stillverhalten zeigten, wurden mehrere Ansatzpunkte für diversitätsgerechte Stillförderprogramme ersichtlich, die auf mehreren Ebenen wirken

können. Bei der Planung und Implementierung entsprechender Programme sollten sowohl Frauen mit und ohne Zuwanderungsgeschichte, aber auch mit diversen Bildungshintergründen und Familienkonstellationen sowie aus unterschiedlichen Altersgruppen einbezogen werden. Zum einen zeigte sich, dass Frauen mit Migrationshintergrund sowohl häufiger mit dem Stillen beginnen als auch längere Stillzeiten planen. Um hier den mit zunehmenden Akkulturationsprozessen absinkenden Stillprävalenzen entgegenzuwirken, bieten sich mehrere Möglichkeiten an. Beispielsweise kann der Fokus auf die hohe Stillfreudigkeit als Ressource gerichtet werden, die es zu erhalten gilt. Ein stillfördernder Ansatzpunkt könnte die Ausbildung von Frauen mit Migrationshintergrund zu Stillberaterinnen darstellen, die in der jeweiligen Migrantinnencommunity als Multiplikatorinnen sowie „Lotsinnen“ beratend und begleitend tätig werden können.

Einen weiteren Ansatzpunkt stellt die Erhöhung der Erreichbarkeit gerade auch von jüngeren schwangeren Frauen sowie von Frauen mit einer geringeren Schulbildung dar. In beiden Gruppen sind ebenfalls häufig Frauen mit Migrationshintergrund anzutreffen, wobei bei der (Weiter-) Entwicklung von Stillförderprogrammen genau dieser Mehrfachzugehörigkeit Rechnung getragen werden sollte. Da eine geringe Schulbildung auf alle Dimensionen des Stillverhaltens stillhemmend wirkt, sind hier früh ansetzende und breit aufgestellte Kampagnen denkbar. Dazu kann auch die vermehrte Sensibilisierung der Öffentlichkeit zum Thema „Stillen“ beitragen, damit gerade jüngere Frauen, die das Thema Stillen (noch) nicht aus dem eigenen sozialen Umfeld kennen, sich nicht in der Schwangerschaft zum ersten Mal mit dieser Thematik befassen (müssen), sondern eine Entscheidungsfindung eventuell bereits zu einem früheren Zeitpunkt erfolgen kann (vgl. Giles et al. 2007).

Darüber hinaus liegt die Herausforderung bei der Planung von Stillförderprogrammen darin, Angebote so zu gestalten, dass sich auch Frauen mit einem geringeren Bildungsgrad angesprochen fühlen. Hier könnten beispielsweise niederschwellige Angebote hilfreich sein, die vor allem jüngeren Müttern sowie Mehrgebärenden offen stehen und Beratung und Unterstützung nicht nur beim Stillen, sondern darüber hinaus bei weiteren sozialen sowie gesundheitlichen Fragen anbieten. Diese Beratungsangebote wohnortnah auszubauen ist ebenfalls eine Forderung, die vielen jungen Familien entgegenkommen dürfte. Als ein weiteres wichtiges Element in der Stillförderung zeigte sich – wie bereits aufgeführt – die Ausdehnung der Stillanleitung, welche sowohl als direkte Stillanleitung in den Geburtskliniken nach der Entbindung als auch als Stillberatung im Rahmen der Schwangerenvorsorge angeboten werden sollte. Gerade letztgenannte ist, aufgrund der hohen Inanspruchnahme sowohl von Frauen mit als auch ohne Migrationshintergrund, relativ gut

umsetzbar (Brenne et al. 2015). Hier wäre eine ganzheitliche Ausrichtung der Begleitung und Beratung, angefangen in der gynäkologischen Schwangerenvorsorge, intensiviert in der Geburtsklinik und weitergeführt durch eine Begleitung während der gesamten Stillzeit – beispielsweise angebunden an niedergelassene kinderärztliche und/ oder gynäkologische Praxen – eine mögliche Weiterentwicklung der stillfördernden Angebote. So könnten auch spezifische medizinische Faktoren von Beginn an in die Stillplanung einbezogen werden, um hier die Besonderheiten des Stillens von Mehrlingen, frühgeborenen Säuglingen sowie nach einer Sectioentbindung als besondere Beratungskonstellationen zu nennen. Diese stillfördernden Unterstützungsangebote bei Bedarf auch in den Herkunftssprachen der Immigrantinnen anzubieten bzw. durch mehrsprachige Informationsmaterialien zu ergänzen kann darüber hinaus die diversitätssensible und adressatinnengerechte Ausrichtung der Stillförderung unterstreichen.

6. Weitere Stillstudien initiieren:

Zum einen bietet sich die Implementierung eines Stillmonitorings an, welches bereits seit längerem von der Nationalen Stillkommission (BfR 2009) gefordert und auch in neueren Publikationen empfohlen wird (Brettschneider et al. 2016). Im Rahmen der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen (Brettschneider et al. 2016) könnten laufend aktuelle und repräsentative Daten zum Stillverhalten erhoben werden, die durch Angaben zum Migrationsstatus (Schenk et al. 2006) ergänzt werden. Dabei bietet sich an, die Erhebung sowohl nach den Stillarten der WHO-Definition (WHO 1991) differenziert vorzunehmen als auch zu Beginn der Stillzeit die gewünschte Stilldauer sowie zu späteren Erhebungszeitpunkten die tatsächliche Gesamtstilldauer sowie den Zeitpunkt der Beikosteneinführung mit zu erfassen. Diese kontinuierlich erhobenen Daten können die Grundlage für die laufende Weiterentwicklung aktueller Stillförderprogramme darstellen. Um darüber hinaus zu erfahren, welche Unterstützung sich die einzelnen Frauen in der Stillzeit wünschen, welche Unterstützungsangebote hilfreich sind und wo eventuell weitere Bedarfe vorliegen, bieten sich vor allem qualitativ ausgerichtete Forschungsvorhaben an, die der aktuellen gesellschaftlichen Situation Rechnung tragen und bei der Auswahl der Studienteilnehmerinnen die soziale, familiäre sowie migrationsbedingte Heterogenität berücksichtigen. Hier könnte schwerpunktmäßig das Erleben der Stillzeit sowie die (erlebte) Stillunterstützung in den Geburtskliniken, in der Schwangerenvorsorge sowie in den unterschiedlichen wohnortnahen (Hebammen-)Angeboten genauer betrachtet werden.

Um perspektivisch die anhand der vorliegenden Studie aufgezeigten migrations- und akkulturationsbezogenen Einflüsse auf das Stillverhalten zu präzisieren, bieten darauf aufbauende quantitative Erhebungen unter der Einbeziehung einer mehrdimensionalen Akkulturationsskala (z.B. FRAKK20 von Bongard et al. 2007) weitere Möglichkeiten. Differenzierende Analysen könnten den Einfluss der einzelnen Akkulturationsstrategien auf die Dimensionen des Stillverhaltens genauer beleuchten, um die in dieser Arbeit beschriebenen Ergebnisse weiter anzureichern und so langfristig zu einem breiteren Verständnis der Wirkmechanismen von Migration, Akkulturation und sozialen Determinanten auf das Stillverhalten von Frauen mit Migrationshintergrund unter der Einbeziehung der gesamten Lebensgeschichte („Life Course“) beizutragen.

8. Fazit

- Wie aufgezeigt, kann die Einbeziehung von Migrations- und Akkulturationsaspekten in gesundheitswissenschaftliche Studien zu neuen Erkenntnissen führen. Zur Berücksichtigung von Akkulturationsfaktoren bieten sich zum einen (evaluierte) Akkulturationsskalen an, die für Studienteilnehmer/innen ohne deutsche Sprachkenntnisse ebenfalls in die Hauptherkunftssprachen übersetzt vorliegen und validiert sein sollten.
- Aber auch die Verwendung von Proxys zeigte sich als geeignet: Durch die Differenzierung nach der Länge des Aufenthalts von Immigrantinnen sowie den Vergleich der Hauptgeburtsländer konnten weitere akkulturationsbedingte Wirkweisen des Stillverhaltens aufgezeigt werden.
- Die Erforschung des Stillverhaltens unter Berücksichtigung von migrations- und akkulturationsbezogenen Aspekten ist ein nicht zu vernachlässigendes Public-Health-Thema. Gerade in Einwanderungsgesellschaften mit immer größerer Diversität können die gewonnenen Ergebnisse einen wichtigen Beitrag zur Planung, Implementierung und (Weiter-)Entwicklung von Stillförderprogrammen unter Einbeziehung aller Frauen leisten.
- Den bisweilen kritischen Anmerkungen, denen sich sowohl die Migrations- als auch die Akkulturationsforschung ausgesetzt sieht, und bei der vor allem beanstandet wird, sie differenziere weiter und beschreibe bzw. zementiere Unterschiede, sollen die Chancen dieser Forschungsrichtung gegenübergestellt werden: Soziale Einflüsse auf das Stillverhalten sind aus früheren Studien bekannt (Rasenack et al. 2012; Rückert, Mielck 2008; von der Lippe et al. 2014). Zusammenfassend stellt die Einbeziehung von Migration und Akkulturation als weitere soziale Faktoren eine zeitgemäße Chance der diversitätssensiblen Gesundheitsforschung dar, die ermöglicht, Personen mit Migrationshintergrund in ihrer Vielfalt einzubeziehen und Differenzierungen zu berücksichtigen. So besteht die Möglichkeit, eventuelle Unterschiede im Gesundheitsverhalten sowie in den gesundheitlichen Outcomes aufzuzeigen und daraus Handlungsempfehlungen zur gesundheitlichen Chancengleichheit abzuleiten.
- Darüber hinaus kann die migrationssensible Gesundheitsforschung dazu beitragen, protektive Faktoren zu erkennen, Gesundheitsverhalten differenziert zu betrachten und migrationsbedingte Ressourcen zu benennen, um diese Erkenntnisse ebenfalls in neue Stillförder- bzw. Gesundheitsförderprogramme angemessen einfließen zu lassen. Dieses trägt wesentlich zur Verbesserung von Gesundheitschancen für alle Personen bei – ob mit oder ohne Migrationshintergrund.

- Außerdem trägt die Einbeziehung von Migrations- und Akkulturationseinflüssen in gesundheitswissenschaftliche Fragestellungen dazu bei, Personen mit Migrationshintergrund sichtbar zu machen und in die Forschung einzubeziehen, um die Ergebnisse auch für spezifische Anliegen dieser immer weiterwachsenden Personengruppe zu nutzen.
- Wenn der Blick auf aktuelle Migrations- und Fluchtbewegungen gerichtet wird, lässt sich vermuten, dass die Zahl der migrierenden Personen sowohl in Europa als auch weltweit weiterhin auf einem hohen Niveau bleibt (Frank et al. 2017). Dieses verdeutlicht die hohe Aktualität der in dieser Arbeit behandelten Schwerpunktsetzung, die zwar ein gesundheitswissenschaftliches Thema betrifft, dennoch aber viele Bereiche der aktuellen gesamtgesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Diskussion einbezieht.

9. Literaturverzeichnis

1. Abraído-Lanza, A. F.; Armbrister, A. N.; Flórez, K. R.; Aguirre, A. N. (2006): Toward a theory-driven model of acculturation in public health research. In: *American journal of public health* 96 (8), S. 1342–1346. DOI: 10.2105/AJPH.2005.064980.
2. Abraído-Lanza, A. F.; Chao, M. T.; Flórez, K. R. (2005): Do healthy behaviors decline with greater acculturation? Implications for the Latino mortality paradox. In: *Social science & medicine (1982)* 61 (6), S. 1243–1255. DOI: 10.1016/j.socscimed.2005.01.016.
3. Abraído-Lanza, A. F.; Echeverría, S. E.; Flórez, K. R. (2016): Latino Immigrants, Acculturation, and Health. Promising New Directions in Research. In: *Annual review of public health* 37, S. 219–236. DOI: 10.1146/annurev-publhealth-032315-021545.
4. Ahluwalia, I. B.; D'Angelo, D.; Morrow, B.; McDonald, J. A. (2012): Association between acculturation and breastfeeding among Hispanic women: data from the Pregnancy Risk Assessment and Monitoring System. In: *Journal of human lactation: official journal of International Lactation Consultant Association* 28 (2), S. 167–173. DOI: 10.1177/0890334412438403.
5. Ajzen, I. (1985): From Intentions to Actions. A Theory of Planned Behavior. In: J. Kuhl und J. Beckmann (Hg.): *Action Control*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, S. 11–39.
6. Ajzen, I. (1991): The theory of planned behavior. In: *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 50 (2), S. 179–211. DOI: 10.1016/0749-5978(91)90020-T.
7. Ajzen, I. (2011): The theory of planned behaviour: Reactions and reflections. In: *Psychology & Health* 26 (9), S. 1113–1127. DOI: 10.1080/08870446.2011.613995.
8. Ajzen, I.; Manstead, A.S.R. (2007): Changing health-related behaviours: An approach based on the theory of planned behaviour. In: van den Bos, K.; Hewstone, M., de Wit, J.; Schut, H.; Stroebe, M (Hg.), *The scope of social psychology: Theory and applications*. New York: Psychology Press. S. 43-63
9. Alba, R. (2005): Bright vs. blurred boundaries. Second-generation assimilation and exclusion in France, Germany, and the United States. In: *Ethnic and Racial Studies* 28 (1), S. 20–49. DOI: 10.1080/0141987042000280003.
10. Amelina, A. (2010): Transnationale Migration jenseits von Assimilation und Akkulturation. In: *Berlin J Soziol* 20 (2), S. 257–279. DOI: 10.1007/s11609-010-0123-y.
11. Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (2012): Einwohnerinnen und Einwohner im Land Berlin am 31. Dezember 2011. Hg. v. Amt für Statistik Berlin-Brandenburg. Online verfügbar unter https://www.statistik-berlin-brandenburg.de/Publikationen/Stat_Berichte/2012/SB_A01-05-00_2011h02_BE.pdf, zuletzt geprüft am 03.09.2017.
12. Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (2016): Einwohnerinnen und Einwohner im Land Berlin am 31. Dezember 2015. Online verfügbar unter https://www.statistik-berlin-brandenburg.de/publikationen/stat_berichte/2016/SB_A01-05-00_2015h02_BE.pdf, zuletzt geprüft am 03.09.2017.
13. Anderson, A. K.; Himmelgreen, D. A.; Peng Y-K; Segura-Pérez, S.; Pérez-Escamilla, R. (2004): Social capital and breastfeeding initiation among Puerto Rican women. In: *Advances in experimental medicine and biology* 554, S. 283–286.

14. AQUA-Institut (2012): Bundesauswertung 2011. Hg. v. Institut für angewandte Qualitätsförderung. AQUA-Institut. Göttingen. Online verfügbar unter https://sqg.de/downloads/Bundesauswertungen/2011/bu_Gesamt_16N1-GEBH_2011.pdf, zuletzt geprüft am 22.08.2017.
15. Arcia, E.; Skinner, M.; Bailey, D.; Correa, V. (2001): Models of acculturation and health behaviors among Latino immigrants to the US. In: *Social Science & Medicine* 53 (1), S. 41–53.
16. Autorengruppe Bildungsberichterstattung (Hg.) (2016): Bildung in Deutschland 2016. Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zu Bildung und Migration. Online verfügbar unter <http://www.bildungsbericht.de/de/bildungsberichte-seit-2006/bildungsbericht-2016/pdf-bildungsbericht-2016/bildungsbericht-2016>, zuletzt geprüft am 03.09.2017.
17. Ayón, C.; Marsiglia, F. F.; Bermudez-Parsai, M. (2010): Latino family mental health. Exploring the role of discrimination and familismo. In: *Journal of community psychology* 38 (6), S. 742–756. DOI: 10.1002/jcop.20392.
18. Banderali, G.; Martelli, A.; Landi, M.; Moretti, F.; Betti, F.; Radaelli, G. et al. (2015): Short and long term health effects of parental tobacco smoking during pregnancy and lactation. A descriptive review. In: *Journal of translational medicine* 13, S. 327. DOI: 10.1186/s12967-015-0690-y.
19. Bandura, A. (1977): Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. In: *Psychological Review* 84 (2), S. 191–215.
20. Bandura, A. (2004): Health promotion by social cognitive means. In: *Health education & behavior: the official publication of the Society for Public Health Education* 31 (2), S. 143–164. DOI: 10.1177/1090198104263660.
21. Barcelona de Mendoza, V.; Harville, E.; Theall, K.; Buekens, P.; Chasan-Taber, L. (2016): Acculturation and Intention to Breastfeed among a Population of Predominantly Puerto Rican Women. In: *Birth (Berkeley, Calif.)* 43 (1), S. 78–85. DOI: 10.1111/birt.12199.
22. Bartick, M.; Reinhold, A. (2010): The Burden of Suboptimal Breastfeeding in the United States: A Pediatric Cost Analysis. In: *PEDIATRICS* 125 (5), e1048–e1056. DOI: 10.1542/peds.2009-1616.
23. Bartick, M. C.; Stuebe, A. M.; Schwarz, E. B.; Luongo, C.; Reinhold, A. G.; Foster, E. M. (2013): Cost analysis of maternal disease associated with suboptimal breastfeeding. In: *Obstetrics and gynecology* 122 (1), S. 111–119. DOI: 10.1097/AOG.0b013e318297a047.
24. Batal, M.; Boulghaurjian, C. (2005): Breastfeeding initiation and duration in Lebanon. Are the hospitals "mother friendly"? In: *Journal of pediatric nursing* 20 (1), S. 53–59. DOI: 10.1016/j.pedn.2004.09.004.
25. Batal, M.; Boulghaurjian, C.; Abdallah, A.; Afifi, R. (2006): Breast-feeding and feeding practices of infants in a developing country. A national survey in Lebanon. In: *Public health nutrition* 9 (3), S. 313–319.
26. Bauer, U.; Bittlingmayer, U. H.; Richter, M. (Hg.) (2008): Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften (Gesundheit und Gesellschaft).

27. Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (o. J.): STELLA – Studie zum Ernährungsverhalten im Säuglingsalter: Erste Ergebnisse. Hg. v. Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit. Online verfügbar unter https://www.lgl.bayern.de/gesundheit/praevention/kindergesundheit/stillen/doc/stella_ergebnisse_flyer.pdf, zuletzt geprüft am 21.07.2017.
28. Beck, C. T. (2006): Acculturation. Implications for perinatal research. In: *MCN. The American journal of maternal child nursing* 31 (2), S. 114–120.
29. Becker, M. H. (Hg.) (1974): The health Belief Model and personal health behaviour. Thorofare, New Jersey: Slack.
30. Behrens, K.; del Pozo, M. A.; Großhennig, A.; Sieberer, M.; Graef-Calliess, I. T. (2014): How much orientation towards the host culture is healthy? Acculturation style as risk enhancement for depressive symptoms in immigrants. In: *The International journal of social psychiatry* 61 (5), S. 498–505. DOI: 10.1177/0020764014560356.
31. Ben-Shlomo, Y.; Cooper, R.; Kuh, D. (2016): The last two decades of life course epidemiology, and its relevance for research on ageing. In: *International Journal of Epidemiology* 45 (4), S. 973–988. DOI: 10.1093/ije/dyw096.
32. Ben-Shlomo, Y.; Kuh, D. (2002): A life course approach to chronic disease epidemiology. Conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives. In: *International Journal of Epidemiology* 31 (2), S. 285–293. DOI: 10.1093/ije/31.2.285.
33. Bermejo, I.; Nicolaus, L.; Kriston, L.; Hölzel, L.; Härter, M. (2012): Vergleichende Analyse psychosomatischer Beschwerden bei Personen mit spanischem, italienischem, türkischem und russischem Migrationshintergrund. In: *Psychiat Prax* 39 (04), S. 157–163. DOI: 10.1055/s-0031-1298903.
34. Berry, J. W. (1980): Acculturation as varieties of adaptation. In: A. Padilla (Hg.): *Acculturation: Theory, models and some new findings*. Boulder: Westview Press, S. 9–25.
35. Berry, J. W. (1990): Psychology of Acculturation. Understanding Individuals Moving Between Cultures. In: R. Brislin (Hg.): *Applied Cross-Cultural Psychology*. 2455 Teller Road, Thousand Oaks California 91320 United States: SAGE Publications, Inc, S. 232–253.
36. Berry, J. W. (1997): Immigration, Acculturation, and Adaptation. Lead Article. In: *Applied Psychology* 46 (1), S. 5–34.
37. Berry, J. W. (2001): A Psychology of Immigration. In: *J Social Issues* 57 (3), S. 615–631. DOI: 10.1111/0022-4537.00231.
38. Berry, J. W. (2003): Conceptual approaches to acculturation. In: K. M. Chun, P. B. Organista und G. Marin (Hg.): *Acculturation: Advances in theory, measurement, and applied research*. Washington, DC: American Psychological Association, S. 17–37.
39. Berry, J. W. (2005): Acculturation. Living successfully in two cultures. In: *International Journal of Intercultural Relations* 29 (6), S. 697–712. DOI: 10.1016/j.ijintrel.2005.07.013.
40. Berry, J. W.; Poortinga, Y. H.; Segall, M. H.; Dasen, P. R. (2002): *Cross-cultural psychology. Research and applications*. 2. ed. Cambridge: Cambridge Univ. Press.
41. Bhugra, D.; Jones, P. (2001): Migration and mental illness. In: *Advances in Psychiatric Treatment* 7 (3), S. 216–222. DOI: 10.1192/apt.7.3.216.

42. Birman, D. (2006): Acculturation Gap And Family Adjustment: Findings with Soviet Jewish refugees in the United States and implications for measurement. In: *Journal of Cross-Cultural Psychology* 37 (5), S. 568–589. DOI: 10.1177/0022022106290479.
43. Birman, D.; Trickett, E. J.; Vinokurov, A. (2002): Acculturation and adaptation of Soviet Jewish refugee adolescents. Predictors of adjustment across life domains. In: *American journal of community psychology* 30 (5), S. 585–607. DOI: 10.1023/A:1016323213871.
44. Blümel, S.; Franzkowiak, P.; Kaba-Schönstein, L. (Hg.) (2011): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Neuausgabe. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
45. Bongard, S.; Arslaner, H.; Pogge, S. F. (2000): Frankfurter Akkulturationsskala (FRAKK).
46. Bongard, S.; Kelava, A.; Gilan, DA.; Kim, Y-B; Sabic, M. (2007): Entwicklung der Frankfurter Akkulturationsskala (FRAKK). Unveröffentlichtes Manuskript. Frankfurt/Main.
47. Bongard, S.; Nakajima, M.; al'Absi, M. (2015): Khat chewing and acculturation in East-African migrants living in Frankfurt am Main/Germany. In: *Journal of ethnopharmacology* 164, S. 223–228. DOI: 10.1016/j.jep.2015.01.034.
48. Bongard, S.; Pogge, SF.; Arslaner, H.; Rohrmann, S.; Hodapp, V. (2002): Acculturation and cardiovascular reactivity of second-generation Turkish migrants in Germany. In: *Journal of psychosomatic research* 53 (3), S. 795–803.
49. Borde, T. (2009): Migration und Gesundheitsförderung. Hard to reach? Neue Zugangswege für "schwer erreichbare" Gruppen erschließen. Ergebnisse einer Tagung mit Expertinnen und Experten. Gesundheitsförderung konkret. Hg. v. Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Band 12), S. 18-31.
50. Borde, T. (2017): Konzepte für eine bessere Gesundheitsversorgung von Migrantinnen. Diversity Management? Kulturelle Öffnung? Migrationssensibilität? Kultursensibilität? Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie in Berlin GGGB. Berlin, 15.03.2017. Online verfügbar unter http://www.ggg-b.de/_download/unprotected/borde_t_diversity_management.pdf, zuletzt geprüft am 03.09.2017.
51. Borde, T.; Braun, T.; David, M. (2003): Unterschiede in der Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen durch deutsche Patienten/innen und Migranten/innen – Problembeschreibung, Ursachenanalyse, Lösungsansätze. Schlussbericht zum Forschungsprojekt (BMBF/Spitzenverbände der Krankenkassen, Förderkennzeichen 01 GL 0009). Berlin.
52. Borde, T.; Brenne, S. (2016): Pflegemanagement (B.A.) Herausforderungen für die Pflege - Migration. Studienbrief für die HFH. 2. Aufl. Hamburger Fern-Hochschule. Hamburg.
53. Borde, T.; Brenne, S.; Breckenkamp, J.; Razum, O.; David, M. (2015): Entbindung per Kaiserschnitt - Fakten und Debatten im transnationalen und transkulturellen Kontext zwischen Deutschland und der Türkei. In: E. Esen und T. Borde (Hg.): *Diversität in Gesellschaft, Gesundheit und Bildung*, Bd. 3. Ankara: Siyasal Kitabevi (Deutschland und die Türkei, / Herausgeber: Erol Esen, Theda Borde; Zentrum für Europäische Studien der Akdeniz Universität und Alice Salomon Hochschule Berlin; Band III), S. 309–343.

54. Borde, T.; Brenne, S.; Breckenkamp, J.; Razum, O.; David, M. (2016): Sectio im transnationalen und transkulturellen Kontext zwischen Deutschland und der Türkei. Fakten und Debatten zur Entbindung per Kaiserschnitt im transnationalen und transkulturellen Kontext zwischen Deutschland und der Türkei. In: *gyne* (8), S. 16–26.
55. Borde, T.; David, M.; Kentenich, H. (2002): Erwartungen und Zufriedenheit deutscher und türkischsprachiger Patientinnen im Krankenhaus - eine vergleichende Befragung in einer Berliner Frauenklinik. In: *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 64 (8-9), S. 476–485. DOI: 10.1055/s-2002-33775.
56. Borde, T.; Schalinski, A.; David, M. (2007): Vor und nach der Major-Deklaration 2003 - Anwendungsverhalten, Informiertheit und psychosoziale Daten zu Hormonersatztherapie und Wechseljahren bei chinesischen, japanischen, koreanischen und türkeistämmigen Migrantinnen im Vergleich zu deutschen Frauen in Berlin. Schlussbericht zum Forschungsprojekt. Teilprojekt 3 des Verbundprojekts: Assessment of Benefits and Risks of Hormone Therapy (HT): Health Care Needs and Health Care Services for Women in Germany. BMBF Förderkennzeichen: 01 KH 04 03.
57. Borrmann, B.; Cramer, E.; Steffens, M. (2011): Stillberatung als wichtiger Teil der Schwangerenvorsorge. In: *Frauenarzt* 52 (9), S. 846–848.
58. Bourdieu, P. (1987): Sozialer Sinn. Kritik der theoretischen Vernunft. Frankfurt/ Main: Suhrkamp.
59. Bourhis, R. Y.; Moise, L. C.; Perreault, S.; Senecal, S. (1997): Towards an Interactive Acculturation Model. A Social Psychological Approach. In: *International Journal of Psychology* 32 (6), S. 369–386. DOI: 10.1080/002075997400629.
60. BQS-Qualitätsindikatoren (2009): Leistungsbereich Geburtshilfe. Online verfügbar unter http://www.bqs-qualitaetsindikatoren.de/2008/ergebnisse/leistungsbereiche/geburtshilfe/index_html, zuletzt geprüft am 21.07.2017.
61. Brand, T.; Samkange-Zeeb, F.; Ellert, U.; Keil, T.; Krist, L.; Dragano, N. et al. (2017): Acculturation and health-related quality of life. Results from the German National Cohort migrant feasibility study. In: *International journal of public health* 62 (5), S. 521–529. DOI: 10.1007/s00038-017-0957-6.
62. Brenne, S.; Breckenkamp, J.; Razum, O.; David, M.; Borde, T. (2013): Wie können Migrantinnen erreicht werden? Forschungsprozesse und erste Ergebnisse der Berliner Perinatalstudie. In: E. Esen und T. Borde (Hg.): *Forschen, Lehren und Zusammenarbeiten in Gesellschaft, Gesundheit und Bildung*. Ankara: Siyasal Kitabevi (Deutschland und die Türkei; Band II), S. 183–198.
63. Brenne, S.; David, M.; Borde, T.; Breckenkamp, J.; Razum, O. (2015): Werden Frauen mit und ohne Migrationshintergrund von den Gesundheitsdiensten gleich gut erreicht? Das Beispiel Schwangerenvorsorge in Berlin. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 58 (6), S. 569–576. DOI: 10.1007/s00103-015-2141-6.
64. Brettschneider, A.-K.; Hölling, H.; Schlack, R.; Ellert, U. (2015): Psychische Gesundheit von Jugendlichen in Deutschland. Ein Vergleich nach Migrationshintergrund und Herkunftsland. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 58 (4-5), S. 474–489. DOI: 10.1007/s00103-015-2129-2.

65. Brettschneider, A.-K.; Weikert, C.; Abraham, K.; Prütz, F.; von der Lippe, E; Lange, C. (2016): Stillmonitoring in Deutschland – Welchen Beitrag können die KiGGS-Daten leisten? In: *Journal of Health Monitoring* 1 (2), S. 16-25. DOI: 10.17886/RKI-GBE-2016-038.
66. Brislin, R. (Hg.) (1990): *Applied Cross-Cultural Psychology*. 2455 Teller Road, Thousand Oaks California 91320 United States: SAGE Publications, Inc.
67. Brown, A.; Davies, R. (2014): Fathers' experiences of supporting breastfeeding. Challenges for breastfeeding promotion and education. In: *Maternal & child nutrition* 10 (4), S. 510–526. DOI: 10.1111/mcn.12129.
68. Bühl, A. (2012): *SPSS 20. Einführung in die moderne Datenanalyse*. 13., aktualisierte Aufl. München: Pearson.
69. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2016): *Migrationsbericht 2015*. Online verfügbar unter https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Migrationsberichte/migrationsbericht-2015.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 03.09.2017.
70. Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) (2004): *Stilldauer - Empfehlung der Nationalen Stillkommission am BfR vom 1. März 2004*. Online verfügbar unter <http://www.bfr.bund.de/cm/343/stilldauer.pdf>, zuletzt geprüft am 21.07.2017.
71. Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) (2007): *Einheitliche Terminologie zur Säuglingsernährung - Aktualisierte Empfehlung der Nationalen Stillkommission vom 1. August 2007*. Online verfügbar unter http://www.bfr.bund.de/cm/343/einheitliche_terminologie_zur_saeuglingsernaehrung.pdf, zuletzt geprüft am 03.09.2017.
72. Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) (2009): *Still-Monitoring in Deutschland. Konzept der Nationalen Stillkommission*. Online verfügbar unter http://www.bfr.bund.de/cm/343/still_monitoring_in_deutschland_konzept.pdf, zuletzt geprüft am 12.07.2017.
73. Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) (2012): *Unterschiede in der Zusammensetzung von Muttermilch und industriell hergestellter Säuglingsanfangs- und Folgenahrung und Auswirkungen auf die Gesundheit von Säuglingen. Stellungnahme der Nationalen Stillkommission vom 16. Juli 2012*. Hg. v. Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR). Online verfügbar unter <http://www.bfr.bund.de/cm/343/unterschiede-in-der-zusammensetzung-von-muttermilch-und-industriell-hergestellter-saeuglingsanfangs-und-folgenahrung.pdf>, zuletzt geprüft am 12.07.2017.
74. Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) (2017): *Nationale Stillkommission*. Online verfügbar unter http://www.bfr.bund.de/de/nationale_stillkommission-2404.html, zuletzt geprüft am 21.07.2017.
75. Bundeszentrale für politische Bildung (2016): *Mikrozensus - Bevölkerung mit Migrationshintergrund*. Online verfügbar unter: https://www.bpb.de/wissen/NY3SWU,0,0,Bev%F6lkerung_mit_Migrationshintergrund_I.html, zuletzt geprüft am 03.09.2017.
76. Buyken, A. E.; Alexy, U.; Kersting, M.; Remer, T. (2012): Die DONALD Kohorte. Ein aktueller Überblick zu 25 Jahren Forschung im Rahmen der Dortmund Nutritional and Anthropometric Longitudinally Designed Study. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 55 (6-7), S. 875–884. DOI: 10.1007/s00103-012-1503-6.

77. Cabieses, B.; Waiblinger, D.; Santorelli, G.; McEachan, R. R.C. (2014): What factors explain pregnant women's feeding intentions in Bradford England: A multi-methods, multi-ethnic study. In: *BMC Pregnancy and Childbirth* 14, S. 50. DOI: 10.1186/1471-2393-14-50.
78. Calliess, I.; Schmid-Ott, G.; Akguel, G.; Jaeger, B.; Ziegenbein, M. (2007): Einstellung zu Psychotherapie bei jungen türkischen Migranten in Deutschland. In: *Psychiat Prax* 34 (7), S. 343–348. DOI: 10.1055/s-2007-986191.
79. Calliess, I. T.; Bauer, S.; Behrens, K. (2012): Kulturdynamisches Modell der bikulturellen Identität. In: *Psychotherapeut* 57 (1), S. 36–41. DOI: 10.1007/s00278-011-0879-3.
80. Chapman, D. J.; Pérez-Escamilla, R. (2013): Acculturative type is associated with breastfeeding duration among low-income Latinas. In: *Maternal & child nutrition* 9 (2), S. 188–198. DOI: 10.1111/j.1740-8709.2011.00344.x.
81. Chen, S.; Binns, C.W.; Zhao, Y.; Maycock, B.; Liu, Y. (2013): Breastfeeding by Chinese mothers in Australia and China: the healthy migrant effect. In: *Journal of human lactation: official journal of International Lactation Consultant Association* 29 (2), S. 246–252. DOI: 10.1177/0890334413475838.
82. Chirkov, V. (2009): Critical psychology of acculturation: What do we study and how do we study it, when we investigate acculturation? In: *International Journal of Intercultural Relations* 33, S. 94–105.
83. Chun, K. M.; Organista, P. B.; Marin, G. (Hg.) (2003): *Acculturation: Advances in theory, measurement, and applied research*. Washington, DC: American Psychological Association.
84. Coronado, G. D.; Thompson, B.; McLerran, D.; Schwartz, S. M.; Koepsell, T. D. (2005): A short acculturation scale for Mexican-American populations. In: *Ethnicity & disease* 15 (1), S. 53–62.
85. Cox, D. R. (1972): Regression Models and Life-Tables. In: *Journal of the Royal Statistical Society. Series B (Methodological)* 34 (2), S. 187–220.
86. Cruz, T. H.; Marshall, S. W.; Bowling, J. M.; Villaveces, A. (2008): The Validity of a Proxy Acculturation Scale Among U.S. Hispanics. In: *Hispanic Journal of Behavioral Sciences* 30 (4), S. 425–446. DOI: 10.1177/0739986308323653.
87. Cuellar, I.; Arnold, B.; Maldonado, R. (1995): Acculturation Rating Scale for Mexican Americans-II. A Revision of the Original ARSMA Scale. In: *Hispanic Journal of Behavioral Sciences* 17 (3), S. 275–304. DOI: 10.1177/07399863950173001.
88. Cuellar I.; Harris L. C.; Jasso R. (1980): An acculturation scale for Mexican American normal and clinical populations. In: *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*. (2), S. 199–217.
89. Daniel, E.; Knafo, A. (2011): Values across life contexts. Manuscript submitted for publication.
90. Daniel, E.; Schiefer, D.; Möllering, A.; Benish-Weisman, M.; Boehnke, K.; Knafo, A. (2012): Value differentiation in adolescence. The role of age and cultural complexity. In: *Child development* 83 (1), S. 322–336. DOI: 10.1111/j.1467-8624.2011.01694.x.
91. David, M. (2011): Wenig Akkulturation - wenig Geburtsrisiko: Ist das paradox? In: M. David und T. Borde (Hg.): *Schwangerschaft, Geburt und frühe Kindheit in der Migration. Wie beeinflussen Migration und Akkulturation soziale und medizinische Parameter?* Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag, S. 81–100.

92. David, M.; Borde, T. (2009): Antrag auf Gewährung einer Sachbeihilfe bei der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG): "Der Einfluss von Migrations- und Akkulturationsprozessen auf Schwangerschaft und Geburt: Perinataldaten von Migrantinnen und deutschen Frauen im Vergleich". (GZ: DA 1199/2-1).
93. David, M.; Borde, T. (Hg.) (2011): Schwangerschaft, Geburt und frühe Kindheit in der Migration. Wie beeinflussen Migration und Akkulturation soziale und medizinische Parameter? Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
94. David, M.; Borde, T.; Brenne, S.; Ramsauer, B.; Henrich, W.; Breckenkamp, J.; Razum, O. (2014): Comparison of Perinatal Data of Immigrant Women of Turkish Origin and German Women - Results of a Prospective Study in Berlin. In: *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 74 (5), S. 441–448. DOI: 10.1055/s-0034-1368489.
95. David, M.; Borde, T.; Siedentopf, F. (2012): Do immigration and acculturation have an impact on hyperemesis gravidarum? Results of a study in Berlin/Germany. In: *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology* 33 (2), S. 78–84. DOI: 10.3109/0167482X.2012.666594.
96. Davis, L. E.; Engel, R. J. (2011): Hispanics. In: L. E. Davis und R. J. Engel (Hg.): *Measuring Race and Ethnicity*. New York, NY: Springer New York, S. 29–79.
97. Davis, L. E.; Engel, R. J. (Hg.) (2011): *Measuring Race and Ethnicity*. New York, NY: Springer New York.
98. Deneke, C.; Lüttmann, U.; Seibt, A. C. (2008): QuaSti - Qualität im Stillfreundlichen Krankenhaus. In: *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 70 Suppl 1, S37-9. DOI: 10.1055/s-2008-1042421.
99. Deneke, C.; Scheele, M. (2007): QuaSti - Qualität im Stillfreundlichen Krankenhaus. Ergebnisse einer Studie zum Stillverhalten. In: *Frauenarzt* 48 (4), S. 369–372.
100. Dulon, M.; Kersting, M. (1999): Erfassung der Situation des Stillverhaltens in der Bundesrepublik Deutschland: die SuSe-Studie. Abschlussbericht zum BMG-Vorhaben. Forschungsinstitut für Kinderernährung. Dortmund.
101. Esen, E.; Borde, T. (Hg.) (2013): *Forschen, Lehren und Zusammenarbeiten in Gesellschaft, Gesundheit und Bildung*. Avrupa Birliği Araştırma ve Uygulama Merkezi; Alice Salomon Hochschule Berlin; Türk-Alman Bilimsel İşbirliği forumu. Ankara: Siyasal Kitabevi (Deutschland und die Türkei; Band II).
102. Esen, E.; Borde, T. (Hg.) (2015): *Diversität in Gesellschaft, Gesundheit und Bildung*. Avrupa Birliği Araştırma ve Uygulama Merkezi; Alice Salomon Hochschule Berlin; Türk-Alman Bilimsel İşbirliği forumu. Ankara: Siyasal Kitabevi (Deutschland und die Türkei, / Herausgeber: Erol Esen, Theda Borde; Zentrum für Europäische Studien der Akdeniz Universität und Alice Salomon Hochschule Berlin; Band III).
103. Esser, H. (1980): *Aspekte der Wanderungssoziologie. Assimilation und Integration von Wanderern, ethnischen Gruppen und Minderheiten; eine handlungstheoretische Analyse*. Teilw. zugl.: Bochum, Univ., Habil.-Schr. Darmstadt: Luchterhand (Soziologische Texte, N.F., 119).
104. Falicov, C. (1995): Training to Think Culturally. A Multidimensional Comparative Framework. In: *Family Process* 34 (4), S. 373–388. DOI: 10.1111/j.1545-5300.1995.00373.x.

105. Faltermaier, T. (2011): Gesundheitsverhalten, Krankheitsverhalten, Gesundheitshandeln. In: S. Blümel, P. Franzkowiak und L. Kaba-Schönstein (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Neuausgabe. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung, S. 311–314.
106. Finch, B. K.; Vega, W. A. (2003): Acculturation stress, social support, and self-rated health among Latinos in California. In: *Journal of immigrant health* 5 (3), S. 109–117.
107. Fishbein, M.; Ajzen, I. (1975): Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research. Reading, MA: Addison-Wesley.
108. Flores, A.; Anchondo, I.; Huang, C.; Villanos, M. T.; Finch, C. (2016): "Las Dos Cosas," or Why Mexican American Mothers Breast-Feed, But Not for Long. In: *Southern medical journal* 109 (1), S. 42–50. DOI: 10.14423/SMJ.0000000000000400.
109. Foterek, K.; Hilbig, A.; Alexy, U. (2014): Breast-feeding and weaning practices in the DONALD study. Age and time trends. In: *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition* 58 (3), S. 361–367. DOI: 10.1097/MPG.0000000000000202.
110. Foterek, K.; Hilbig, A.; Kersting, M.; Alexy, U. (2016): Age and time trends in the diet of young children. Results of the DONALD study. In: *European journal of nutrition* 55 (2), S. 611–620. DOI: 10.1007/s00394-015-0881-6.
111. Fox, M.; Thayer, Z.; Wadhwa, P. D. (2017): Assessment of acculturation in minority health research. In: *Social science & medicine* (1982) 176, S. 123–132. DOI: 10.1016/j.socscimed.2017.01.029.
112. Frank, L.; Yesil-Jürgens, R.; Razum, O.; Bozorgmehr, K.; Schenk, L.; Gilsdorf, A. et al. (2017): Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen in Deutschland. In: *Journal of Health Monitoring*. DOI: 10.17886/RKI-GBE-2017-005.
113. Freudenschuß, I. (2012): Vom Recht auf Stillen zur Pflicht der Mutter: Elemente eines globalen Stilkurses. In: A. Schatzmann (Hg.): Nikarchos II: Epigrammata. Einleitung, Texte, Kommentar, Bd.3. 1. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht (Hypomnemata Untersuchungen zur Antike und zu ihrem Nachleben, Band 188), S. 138–145.
114. Fuchs, M. (2012/ 2013): Kulturbegriffe, Kultur der Moderne, kultureller Wandel. Online verfügbar unter <https://www.kubi-online.de/artikel/kulturbegriffe-kultur-moderne-kultureller-wandel>, zuletzt geprüft am 31.07.2017.
115. Fuentes-Afflick, E.; Lurie, P. (1997): Low Birth Weight and Latino Ethnicity. In: *Arch Pediatr Adolesc Med* 151 (7), S. 665. DOI: 10.1001/archpedi.1997.02170440027005.
116. Fujishiro, K.; Landsbergis, P. A.; Diez-Roux, A. V.; Stukovsky, K. H.; Shrager, S.; Baron, S. (2011): Factorial invariance, scale reliability, and construct validity of the job control and job demands scales for immigrant workers. The multi-ethnic study of atherosclerosis. In: *Journal of immigrant and minority health* 13 (3), S. 533–540. DOI: 10.1007/s10903-010-9364-2.
117. Gage, H.; Williams, P.; Von Rosen-Von Hoewel, J.; Laitinen, K.; Jakobik, V.; Martin-Bautista, E. et al. (2012): Influences on infant feeding decisions of first-time mothers in five European countries. In: *Eur J Clin Nutr* 66 (8), S. 914–919. DOI: 10.1038/ejcn.2012.56.

118. Genkova, P.; Ringeisen, T.; Leong, F.L.T. (Hg.) (2013): Handbuch Stress und Kultur. Interkulturelle und kulturvergleichende Perspektiven. Wiesbaden: Springer.
119. Georgi, V. B. (2015): Integration, Diversity, Inklusion. Anmerkungen zu aktuellen Debatten in der deutschen Migrationsgesellschaft. In: *DIE Zeitschrift für Erwachsenenbildung* 2/2015, S. 25-27. Online verfügbar unter <http://www.die-bonn.de/id/31360>, zuletzt geprüft am 03.09.2017.
120. Gerhards, J.; Hans, S. (2009): From Hasan to Herbert. Name-Giving Patterns of Immigrant Parents between Acculturation and Ethnic Maintenance. In: *American Journal of Sociology* 114 (4), S. 1102–1128. DOI: 10.1086/595944.
121. Geschke, D.; Mummendey, A.; Kessler, T.; Funke, F. (2010): Majority members' acculturation goals as predictors and effects of attitudes and behaviours towards migrants. In: *The British journal of social psychology* 49 (Pt 3), S. 489–506. DOI: 10.1348/014466609X470544.
122. Gibson, M. A. (2001): Immigrant Adaptation and Patterns of Acculturation. In: *Human Development* 44 (1), S. 19–23. DOI: 10.1159/000057037.
123. Gibson-Davis, C. M.; Brooks-Gunn, J. (2006): Couples' immigration status and ethnicity as determinants of breastfeeding. In: *American journal of public health* 96 (4), S. 641–646. DOI: 10.2105/AJPH.2005.064840.
124. Giles, M.; Connor, S.; McClenahan, C.; Mallett, J.; Stewart-Knox, B.; Wright, M. (2007): Measuring young people's attitudes to breastfeeding using the Theory of Planned Behaviour. In: *Journal of Public Health* 29 (1), S. 17–26. DOI: 10.1093/pubmed/fdl083.
125. Gorman, J. R.; Madlensky, L.; Jackson, D. J.; Ganiats, TG.; Boies, E. (2007): Early postpartum breastfeeding and acculturation among Hispanic women. In: *Birth (Berkeley, Calif.)* 34 (4), S. 308–315. DOI: 10.1111/j.1523-536X.2007.00189.x.
126. Grabmeyr, S.; Scherbaum, V. (2003): Stillen und Beifütterung im soziokulturellen Kontext. In: V. Scherbaum, F. M. Perl und U. Kretschmer (Hg.): Stillen. Frühkindliche Ernährung und reproduktive Gesundheit. Köln: Dt. Ärzte-Verlag, S. 59–82.
127. Grijbovski, A. M.; Yngve, A.; Bygren, L. O.; Sjöström, M. (2005): Socio-demographic determinants of initiation and duration of breastfeeding in northwest Russia. In: *Acta paediatrica (Oslo, Norway: 1992)* 94 (5), S. 588–594. DOI: 10.1080/08035250410023296.
128. Grube, M. M.; von der Lippe, E; Schlaud, M.; Brettschneider, A.-K. (2015): Does breastfeeding help to reduce the risk of childhood overweight and obesity? A propensity score analysis of data from the KiGGS study. In: *PloS one* 10 (3), e0122534. DOI: 10.1371/journal.pone.0122534.
129. Gül, V.; Kolb, S. (2009): Almanya'da Yaşayan Genç Türk Hastalarda Kültürel Uyum, İki Kültürlülük ve Psikiyatrik Bozukluklar. Acculturation, Bicultural Identity and Psychiatric Morbidity in Young Turkish Patients in Germany. In: *Turkish journal of psychiatry* 20 (2), S. 138–143.
130. Günay, E.; Haag, A. (1990): Krankheit in der Emigration - Eine Studie an türkischen Patientinnen in der Allgemeinpraxis aus psychosomatischer Sicht. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 40 (11), S. 417–422.
131. Guóth-Gumberger, M.; Hormann, E. (2003): Stillmanagement. In: V. Scherbaum, F. M. Perl und U. Kretschmer (Hg.): Stillen. Frühkindliche Ernährung und reproduktive Gesundheit. Köln: Dt. Ärzte-Verlag, S. 102–138.

132. Gust, N.; Petermann, F.; Koglin, U. (2014): Wissen über Emotionsregulationsstrategien bei Vorschulkindern mit und ohne Migrationshintergrund. In: *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 42 (5), S. 315–323. DOI: 10.1024/1422-4917/a000307.
133. Haasen, C.; Demiralay, C.; Reimer, J. (2008a): Acculturation and mental distress among Russian and Iranian migrants in Germany. In: *European Psychiatry* 23, S. 10–13. DOI: 10.1016/S0924-9338(08)70056-7.
134. Haasen, C.; Levit, O.; Gelbert, A.; Foroutan, N.; Norovjav, A.; Sinaa, M.; Demiralay, C. (2007): Zusammenhang zwischen psychischer Befindlichkeit und Akkulturation bei Migranten. In: *Psychiat Prax* 34 (7), S. 339–342. DOI: 10.1055/s-2007-971014.
135. Haasen, C.; Sinaa, M.; Reimer, J. (2008b): Alcohol use disorders among Afghan migrants in Germany. In: *Substance abuse* 29 (3), S. 65–70. DOI: 10.1080/08897070802218828.
136. Hacettepe University Institute of Population Studies (Hg.) (2014): 2013 Turkey Demographic and Health Survey (TDHS). T.R. Ministry of Development and TÜBİTAK. Ankara, Turkey.
137. Hamade, H.; Chaaya, M.; Saliba, M.; Chaaban, R.; Osman, H. (2013): Determinants of exclusive breastfeeding in an urban population of primiparas in Lebanon. A cross-sectional study. In: *BMC public health* 13, S. 702. DOI: 10.1186/1471-2458-13-702.
138. Hammelstein, P.; Roth, M. (2006): Das Bedürfnis nach Stimulation: "Sensation Seeking". In: B. Renneberg und P. Hammelstein (Hg.): *Gesundheitspsychologie*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, S. 67–72.
139. Han, P. (2010): *Soziologie der Migration: Erklärungsmodelle, Fakten, Politische Konsequenzen, Perspektiven*. 3. Aufl. Stuttgart: Lucius & Lucius.
140. Han, P. (2016): *Soziologie der Migration: Erklärungsmodelle, Fakten, Politische Konsequenzen, Perspektiven*. 4., unveränderte Auflage. Konstanz, München: UVK.
141. Harley, K.; Stamm, N. L.; Eskenazi, B. (2007): The effect of time in the U.S. on the duration of breastfeeding in women of Mexican descent. In: *Maternal and child health journal* 11 (2), S. 119–125. DOI: 10.1007/s10995-006-0152-5.
142. Hazuda, H. P.; Haffner, S. M.; Stern, M. P.; Eifler, C. W. (1988): Effects of acculturation and socioeconomic status on obesity and diabetes in Mexican Americans. The San Antonio Heart Study. In: *American journal of epidemiology* 128 (6), S. 1289–1301.
143. Hegemann, T.; Oestereich, C. (2009): *Einführung in die interkulturelle systemische Beratung und Therapie*. 1. Aufl. Heidelberg: Carl-Auer (Compact).
144. Hemmelmayr, A. (2013): Die Kosten des Nicht-Stillens. In: *Laktation & Stillen* (2), S. 10-11.
145. Herskovitz, M. (1948): *Man and his works: The science of cultural anthropology*. New York: Knopf.
146. Hinrichsen, G.; Wernecke, K.-D.; Schalinski, A.; Borde, T.; David, M. (2014): Menopausal symptoms in an intercultural context: a comparison between German women, Chinese women and migrant Chinese women using the Menopause Rating Scale (MRS II). In: *Arch Gynecol Obstet* 290 (5), S. 963–971. DOI: 10.1007/s00404-014-3314-5.

147. Hirsch, J.; Rademacher, C. (2014): Implementation of the recommendations made by the "Gesund ins Leben" network as found in advice leaflets on the nutrition of infants. How and how well have the recommendations been implemented two years later? In: *Ernährungs Umschau* 61 (2), S. 27-31. DOI: 10.4455/eu.2014.005.
148. Hobbs, A. J.; Mannion, C. A.; McDonald, S. W.; Brockway, M.; Tough, S. C. (2016): The impact of caesarean section on breastfeeding initiation, duration and difficulties in the first four months postpartum. In: *BMC pregnancy and childbirth* 16, S. 90. DOI: 10.1186/s12884-016-0876-1.
149. Hofstede, G. (1980): *Culture's consequences: International differences in work-related values*. Beverly Hills, CA: Sage.
150. Hofstede, G. (1991, 2001): *Cultures and organizations. Software of the mind*. London: McGraw-Hill.
151. Hovey, J. D.; Kim, S. E.; Seligman, L. D. (2006): The influences of cultural values, ethnic identity, and language use on the mental health of Korean American college students. In: *The Journal of psychology* 140 (5), S. 499–511. DOI: 10.3200/JRLP.140.5.499-511.
152. Hunt, L. M.; Schneider, S.; Comer, B. (2004): Should "acculturation" be a variable in health research? A critical review of research on US Hispanics. In: *Social science & medicine* (1982) 59 (5), S. 973–986. DOI: 10.1016/j.socscimed.2003.12.009.
153. Hurrelmann, K.; Razum, O. (Hg.) (2016): *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. 6., durchgesehene Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
154. Hurrelmann, K.; Richter, M. (Hg.) (2009): *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. 2., aktualisierte Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden.
155. Iarmolenko, S.; Titzmann, P. F.; Silbereisen, R. K. (2016): Bonds to the homeland. Patterns and determinants of women's transnational travel frequency among three immigrant groups in Germany. In: *International journal of psychology: Journal international de psychologie* 51 (2), S. 130–138. DOI: 10.1002/ijop.12141.
156. Ibanez, G.; Martin, N.; Denantes, M.; Saurel-Cubizolles, M-J; Ringa, V.; Magnier, A-M (2012): Prevalence of breastfeeding in industrialized countries. In: *Revue d'epidemiologie et de sante publique* 60 (4), S. 305–320. DOI: 10.1016/j.respe.2012.02.008.
157. Ip, S.; Chung, M.; Raman, G.; Chew, P.; Magula, N.; DeVine, D. et al. (2007): Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. In: *Evidence report/technology assessment* (153), S. 1–186.
158. IQTIG - Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (o.J.): Perinatalzentren. Online verfügbar unter <https://www.perinatalzentren.org>, zuletzt geprüft am 31.08.2017.
159. Jöllenbeck, M. (2012): *Identifikation wirksamer Interventionsmaßnahmen zur Stillförderung. Eine differenzierende Betrachtung unter Berücksichtigung des sozioökonomischen Status*. Dissertationsschrift. Universität, Bremen. Human- und Gesundheitswissenschaften.

160. Kaba-Schönstein, L. (2011): Gesundheitsförderung VI: Einordnung und Bewertung der Entwicklung (Terminologie, Verhältnis zur Prävention, Erfolge, Probleme und Perspektiven). In: S. Blümel, P. Franzkowiak und L. Kaba-Schönstein (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Neuausgabe. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung, S. 203–214.
161. Kamtsiuris, P.; Lange, M.; Schaffrath Rosario, A. (2007): Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Stichprobendesign, Response und Nonresponse-Analyse. In: *Bundesgesundheitsbl.* 50 (5-6), S. 547–556. DOI: 10.1007/s00103-007-0215-9.
162. Kaufmann, A.; Scherbaum, V. (2003): Stilldauer. In: V. Scherbaum, F. M. Perl und U. Kretschmer (Hg.): Stillen. Frühkindliche Ernährung und reproduktive Gesundheit. Köln: Dt. Ärzte-Verlag, S. 365–369.
163. Kersting, M. (2004): Stillen in Deutschland - Datenlage. In: Nationale Stillkommission am Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) (Hg.): Zehn Jahre Nationale Stillkommission - Internationales Symposium (Abstracts), S. 5–6. Online verfügbar unter <http://www.bfr.bund.de/cm/343/Abstractband.pdf>, zuletzt geprüft am 03.09.2017.
164. Kersting, M.; Dulong, M. (2002a): Assessment of breast-feeding promotion in hospitals and follow-up survey of mother-infant pairs in Germany. The SuSe Study. In: *Public health nutrition* 5 (4), S. 547–552. DOI: 10.1079/PHN2001321.
165. Kersting, M.; Dulong, M. (2002b): Fakten zum Stillen in Deutschland. In: *Monatsschrift Kinderheilkunde* 150 (10), S. 1196–1201. DOI: 10.1007/s00112-002-0561-5.
166. Kersting, M.; Wember, T.; Goddemeier, T.; Koester, H.; Wennemann, J. (1987): Stillstudien 1981-1983 bei 1500 Müttern in Dortmund und Haltern. III. Stillraten und Stilldauer im 1. Lebensjahr. In: *Monatsschr Kinderheilkd* (135), S. 314–319.
167. Kleiser, C.; Mensink, G.; Kurth, B.-M.; Neuhauser, H.; Schenk, L. (2007): Ernährungsverhalten von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund – KiGGS-Migrantenauswertung. Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz. Endbericht.
168. Koca, C.; Lapa, T. Y. (2014): Analysis of physical activity and acculturation among Turkish migrants in Germany and England. In: *Perceptual and motor skills* 119 (3), S. 698–716. DOI: 10.2466/06.PMS.119c29z7.
169. Kohlhuber, M.; Rebhan, B.; Schwegler, U.; Koletzko, B.; Fromme, H. (2008): Breastfeeding rates and duration in Germany. A Bavarian cohort study. In: *The British journal of nutrition* 99 (5), S. 1127–1132. DOI: 10.1017/S0007114508864835.
170. Kohls, M. (2008): Leben Migranten wirklich länger? Eine empirische Analyse der Mortalität von Migranten in Deutschland. Online verfügbar unter http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/WorkingPapers/wp16-leben-Migranten-laenger.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 03.09.2017.
171. Koletzko, B.; Bauer, C.-P.; Cierpka, M.; Cremer, M.; Flothkötter, M.; Graf, C. et al. (2016): Ernährung und Bewegung von Säuglingen und stillenden Frauen. In: *Monatsschr Kinderheilkd* 164 (S5), S. 433–457. DOI: 10.1007/s00112-016-0173-0.
172. Kolip, P.; Müller, V. E. (2009): Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention. 1. Aufl. Bern: Verlag Hans Huber.

173. Kroeber, A. L.; Kluckhohn, C. (1952): *Culture: A Critical Review of Concepts and Definitions*. New York: Vintage.
174. Krüger, D.; Parchmann, I.; Schecker, H. (Hg.) (2014): *Methoden in der naturwissenschaftsdidaktischen Forschung*. Berlin: Springer Spektrum.
175. Kuhl, J.; Beckmann, J. (Hg.) (1985): *Action Control*. Berlin, Heidelberg: Springer.
176. Kuhlmann, J. (2014): *Exil, Diaspora, Transmigration*. Bundeszentrale für politische Bildung. Online verfügbar unter <http://www.bpb.de/apuz/192563/exil-diaspora-transmigration>, zuletzt geprüft am 27.07.2017.
177. Lampert, T.; Kroll, L. E.; Lippe, E. von der; Müters, S.; Stolzenberg, H. (2013): Sozioökonomischer Status und Gesundheit. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 56 (5-6), S. 814–821. DOI: 10.1007/s00103-013-1695-4.
178. Lange, C.; Schenk, L.; Bergmann, R. (2007a): Verbreitung, Dauer und zeitlicher Trend des Stillens in Deutschland. In: *Bundesgesundheitsbl.* 50 (5-6), S. 624–633. DOI: 10.1007/s00103-007-0223-9.
179. Lange, M.; Kamtsiuris, P.; Lange, C.; Schaffrath Rosario, A.; Stolzenberg, H.; Lampert, T. (2007b): Messung soziodemographischer Merkmale im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) und ihre Bedeutung am Beispiel der Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands. In: *Bundesgesundheitsbl.* 50 (5-6), S. 578–589. DOI: 10.1007/s00103-007-0219-5.
180. Lawton, R.; Ashley, L.; Dawson, S.; Waiblinger, D.; Conner, M. (2012): Employing an extended Theory of Planned Behaviour to predict breastfeeding intention, initiation, and maintenance in White British and South-Asian mothers living in Bradford. In: *British Journal of Health Psychology* 17 (4), S. 854–871. DOI: 10.1111/j.2044-8287.2012.02083.x.
181. Lärer, K. L.; Sonntag, M.; Drazek, R.; Jaeschke, R. (2010): Einführung in die systematische Literaturrecherche mit den Datenbanken „PsycINFO“, „Pubmed“ und „PEP – Psychoanalytic Electronic Publishing“ sowie in das Literaturverwaltungsprogramm „Citavi“. Ein Tutorial für Studierende der Fächer Psychologie, Pädagogik, Psychoanalyse und Medizin. Universität Kassel, Institut für Psychoanalyse. Online verfügbar unter <https://kobra.bibliothek.uni-kassel.de/bitstream/urn:nbn:de:hebis:34-2010081634029/3/TutorialSystematischeLiteraturrecherche.pdf>, zuletzt geprüft am 30.06.2017.
182. Libuda, L.; Stimming, M.; Mesch, C.; Warschburger, P.; Kalhoff, H.; Koletzko, B. V.; Kersting, M. (2014): Frequencies and demographic determinants of breastfeeding and DHA supplementation in a nationwide sample of mothers in Germany. In: *European journal of nutrition* 53 (6), S. 1335–1344. DOI: 10.1007/s00394-013-0633-4.
183. Lichtblau, M. (2008): *Intelligenzdiagnostik_Das Konstrukt Intelligenz*. Online verfügbar unter https://www.ifs.phil.uni-hannover.de/fileadmin/sonderpaedagogik/DownloadsDozenten/Lichtblau/intelligenzdiagnostik_das_konstrukt_intelligenz.pdf, zuletzt geprüft am 12.07.2017.
184. Linares, A. M.; Rayens, M. K.; Gomez, M. L.; Gokun, Y.; Dignan, M. B. (2014): Intention to Breastfeed as a Predictor of Initiation of Exclusive Breastfeeding in Hispanic Women. In: *Journal of immigrant and minority health* 17 (4), S. 1192–1198. DOI: 10.1007/s10903-014-0049-0.

185. Lippke, S.; Renneberg, B. (2006): Theorien und Modelle des Gesundheitsverhaltens. In: B. Renneberg und P. Hammelstein (Hg.): *Gesundheitspsychologie*. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 35–60.
186. Lopez-Class, M.; Castro, F. G.; Ramirez, A. G. (2011): Conceptions of acculturation: A review and statement of critical issues. In: *Social Science & Medicine* 72 (9), S. 1555–1562. DOI: 10.1016/j.socscimed.2011.03.011.
187. Lujic, C. (2009): Krankheits- und behandlungsrelevante Besonderheiten türkischer Migranten mit Gesundheitsstörungen: Anregungen zur Optimierung der Versorgung. Dissertation. Justus-Liebig-Universität, Gießen. Fachbereich Medizin.
188. Lutsiv, O.; Pullenayegum, E.; Foster, G.; Vera, C.; Giglia, L.; Chapman, B. et al. (2013): Women's intentions to breastfeed: a population-based cohort study. In: *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology* 120 (12), S. 1490–1498. DOI: 10.1111/1471-0528.12376.
189. Maehler, D. (2012): Akkulturation und Identifikation bei eingebürgerten Migranten in Deutschland. Köln, Univ., Diss., 2011. Münster: Waxmann (Internationale Hochschulschriften, 558).
190. Maehler, D.; Brinkmann, H. U. (Hg.) (2016): Methoden der Migrationsforschung. Ein interdisziplinärer Forschungsleitfaden. 1. Aufl. 2016. Wiesbaden: Springer VS
191. Maehler, D.; Schmidt-Denter, U. (2013): Migrationsforschung in Deutschland. Leitfaden und Messinstrumente zur Erfassung psychologischer Konstrukte. Wiesbaden: Springer VS.
192. Maehler, D.; Shajek, A. (2016): Psychologische Akkulturationsforschung. In: D. Maehler und H. U. Brinkmann (Hg.): Methoden der Migrationsforschung. Ein interdisziplinärer Forschungsleitfaden. 1. Aufl. 2016, S. 137–162.
193. Maksimović, S.; Ziegenbein, M.; Graef-Calliess, I. T.; Ersöz, B.; Machleidt, W.; Sieberer, M. (2014): Geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich Depressivität bei Migranten der ersten und zweiten Generation. Ergebnisse einer Querschnittsuntersuchung an Beschäftigten einer Universitätsklinik. In: *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie* 82 (10), S. 579–585. DOI: 10.1055/s-0034-1366801.
194. Marin, G.; Gamba, R. J. (1996): A New Measurement of Acculturation for Hispanics. The Bidimensional Acculturation Scale for Hispanics (BAS). In: *Hispanic Journal of Behavioral Sciences* 18 (3), S. 297–316. DOI: 10.1177/07399863960183002.
195. McAndrew, F.; Thompson, J.; Fellows, L.; Large, A.; Speed, M.; Renfrew, M. (2012): Infant Feeding Survey 2010. London: Health and Social Care Information Centre. Online verfügbar unter <http://content.digital.nhs.uk/catalogue/PUB08694/Infant-Feeding-Survey-2010-Consolidated-Report.pdf>, zuletzt geprüft am 03.09.2017.
196. McGlade, M. S.; Saha, S.; Dahlstrom, M. E. (2004): The Latina paradox: an opportunity for restructuring prenatal care delivery. In: *American journal of public health* 94 (12), S. 2062–2065.
197. Merbach, M.; Wittig, U.; Brähler, E. (2008): Angst und Depression polnischer und vietnamesischer MigrantInnen in Leipzig unter besonderer Berücksichtigung ihres Eingliederungsprozesses. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 58 (3-4), S. 146–154. DOI: 10.1055/s-2008-1067351.

- 198.** Mielck, A.; Helmert, U. (2016): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: K. Hurrelmann und O. Razum (Hg.): *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. 6., durchgesehene Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- 199.** Mikolajczyk, R. T.; Akmatov, M. K.; Stich, H.; Krämer, A.; Kretzschmar, M. (2008): Association between acculturation and childhood vaccination coverage in migrant populations. A population based study from a rural region in Bavaria, Germany. In: *International journal of public health* 53 (4), S. 180–187. DOI: 10.1007/s00038-008-8002-4.
- 200.** Moore, O. K.; Lewis, D. J. (1952): Learning theory and culture. In: *Psychological Review* 59, S. 380–388.
- 201.** Morawa, E.; Erim, Y. (2014): Acculturation and depressive symptoms among Turkish immigrants in Germany. In: *International journal of environmental research and public health* 11 (9), S. 9503–9521. DOI: 10.3390/ijerph110909503.
- 202.** Naidoo, J.; Wills, J. (2003): Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Umfassend und anschaulich mit vielen Beispielen und Projekten aus der Praxis der Gesundheitsförderung. 1. Aufl. der dt. Ausg. Köln: BZgA Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung.
- 203.** Nationale Stillkommission am Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) (Hg.) (2004): Zehn Jahre Nationale Stillkommission - Internationales Symposium (Abstracts). Online verfügbar unter <http://www.bfr.bund.de/cm/343/Abstractband.pdf>, zuletzt geprüft am 03.09.2017.
- 204.** Nesterko, Y.; Seidel, N.; Brähler, E.; Glaesmer, H. (2014): Depression und Angst bei älteren russischstämmigen Menschen mit jüdischem Hintergrund in Deutschland. Wie wirken sich Diskriminierung und Religiosität aus? In: *Psychiatr Prax* 41 (2), S. 76–81. DOI: 10.1055/s-0033-1349647.
- 205.** Nicassio, P. M.; Solomon, G. S.; Guest, S. S.; McCullough, J. E. (1986): Emigration stress and language proficiency as correlates of depression in a sample of Southeast Asian refugees. In: *The International journal of social psychiatry* 32 (1), S. 22–28. DOI: 10.1177/002076408603200103.
- 206.** Nolan, A.; Layte, R. (2015): The 'healthy immigrant effect'. Breastfeeding behaviour in Ireland. In: *European journal of public health* 25 (4), S. 626–631. DOI: 10.1093/eurpub/cku177.
- 207.** Norris, A. E.; Ford, K.; Bova, C. A. (1996): Psychometrics of a Brief Acculturation Scale for Hispanics in a Probability Sample of Urban Hispanic Adolescents and Young Adults. In: *Hispanic Journal of Behavioral Sciences* 18 (1), S. 29–38. DOI: 10.1177/07399863960181004.
- 208.** Oberaigner, W.; Leitner, H.; Oberaigner, K.; Marth, C.; Pinzger, G.; Concini, H. et al. (2013): Migrants and obstetrics in Austria - applying a new questionnaire shows differences in obstetric care and outcome. In: *Wiener klinische Wochenschrift* 125 (1-2), S. 34–40.
- 209.** Odom, E. C.; Li, R.; Scanlon, K. S.; Perrine, C. G.; Grummer-Strawn, L. (2013): Reasons for Earlier Than Desired Cessation of Breastfeeding. In: *PEDIATRICS* 131 (3), e726–e732. DOI: 10.1542/peds.2012-1295.

210. OECD (2009): Doing better for children. Paris: OECD. Online verfügbar unter https://books.google.de/books?id=0Q_WAgAAQBAJ&pg=PA48&lpg=PA48&dq=oeed+2009+ever+breastfed&source=bl&ots=-3IH4Eey-5&sig=IKvKcZBobBO5L7oDt2aR6z5d9V8&hl=de&sa=X&ved=0ahUKEwi89M3miInWAhUQU1AKHRmrAcMQ6AEISTAE#v=onepage&q=oeed%202009%20ever%20breastfed&f=false, zuletzt geprüft am 03.09.2017.
211. Oppedal, B. (2006): Development and acculturation. In: D. L. Sam und J. W. Berry (Hg.): *The Cambridge handbook of acculturation psychology*. 1. publ. Cambridge u.a.: Cambridge Univ. Press, S. 97–112.
212. Padilla, A. (Hg.) (1980): *Acculturation: Theory, models and some new findings*. Boulder: Westview Press.
213. Parlesak, A. (2003): Biologische Eigenschaften und Inhaltsstoffe von Kolostrum und reifer Frauenmilch. In: V. Scherbaum, F. M. Perl und U. Kretschmer (Hg.): *Stillen. Frühkindliche Ernährung und reproduktive Gesundheit*. Köln: Dt. Ärzte-Verlag, S. 89–102.
214. Peters, E.; Wehkamp, K-H; Felberbaum, R. E.; Krüger, D.; Linder, R. (2005): Breastfeeding duration is determined by only a few factors. In: *European journal of public health* 16 (2), S. 162–167. DOI: 10.1093/eurpub/cki199.
215. Prell, C.; Koletzko, B. (2016): Breastfeeding and Complementary Feeding. In: *Deutsches Arzteblatt international* 113 (25), S. 435–444. DOI: 10.3238/arztebl.2016.0435.
216. Prochaska, J. O.; Velicer, W. F. (1997): The transtheoretical model of health behavior change. In: *American journal of health promotion: AJHP* 12 (1), S. 38–48.
217. Prüfer, P.; Stiegler, A. (2002): „Die Durchführung standardisierter Interviews“. Online verfügbar unter http://www.gesis.org/fileadmin/upload/forschung/publikationen/gesis_reihen/howto/How-to-lppas.pdf, zuletzt geprüft am 17.05.2017.
218. Rasenack, R.; Schneider, C.; Jahnz, E.; Schulte-Mönting, J.; Prömpeler, H.; Kunze, M. (2012): Factors Associated with the Duration of Breastfeeding in the Freiburg Birth Collective, Germany (FreiStill). In: *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 72 (1), S. 64–69. DOI: 10.1055/s-0031-1280470.
219. Rassin, D. K.; Markides, K. S.; Baranowski, T.; Richardson, C. J.; Mikrut, W. D.; Bee, D. E. (1994): Acculturation and the initiation of breastfeeding. In: *Journal of clinical epidemiology* 47 (7), S. 739–746.
220. Razum, O. (2009): Migration, Mortalität und der Healthy-migrant-Effekt. In: K. Hurrelmann und M. Richter (Hg.): *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. 2., aktualisierte Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden, S. 267–282.
221. Razum, O.; Reeske, A.; Spallek, J. (Hg.) (2011): *Gesundheit von Schwangeren und Säuglingen mit Migrationshintergrund*. Frankfurt am Main: Lang (Challenges in public health, 59).
222. Razum, O.; Twardella, D. (2002): Time travel with Oliver Twist - towards an explanation for a paradoxically low mortality among recent immigrants. In: *Tropical medicine & international health: TM & IH* 7 (1), S. 4–10.

223. Razum, O.; Zeeb, H.; Meesmann, U.; Schenk, L.; Bredehorst, M.; Brzoska, P. et al. (Hg.) (2008): Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch Institut. Berlin: Robert Koch Inst (Gesundheitsberichterstattung des Bundes).
224. Rebhan, B. (2008): Die prospektive Kohortenstudie "Stillverhalten in Bayern": Analyse von Daten zur Kindergesundheit, zur Säuglingsernährung und zu Genussmittelkonsum und Rauchverhalten der Mütter. Dissertation. Ludwigs-Maximilians-Universität zu München, München.
225. Rebhan, B.; Kohlhuber, M.; Schwegler, U.; Koletzko, B.; Fromme, H. (2009): Rauchen, Alkoholkonsum und koffeinhaltige Getränke vor, während und nach der Schwangerschaft. Ergebnisse aus der Studie "Stillverhalten in Bayern". In: *Gesundheitswesen* 71, S. 391–398.
226. Redfield, R.; Linton, R.; Herskovits, M. (1936): Memorandum for the study of acculturation. In: *American Anthropologist* 48, S. 149–152.
227. Reeske, A. (2009): Totgeburtlichkeit im Vergleich zwischen Geborenen von Müttern ausländischer und deutscher Herkunft. Eine Analyse der bundesweiten Perinatalerhebung 2004-2007. Masterarbeit. Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld.
228. Reeske, A.; Spallek, J.; Razum, O. (2011): Migration und Gesundheit. In: O. Razum, A. Reeske und J. Spallek (Hg.): *Gesundheit von Schwangeren und Säuglingen mit Migrationshintergrund*. Frankfurt am Main: Lang (Challenges in public health, 59), S. 15–29.
229. Reiss, K.; Breckenkamp, J.; Borde, T.; Brenne, S.; David, M.; Razum, O. (2015): Smoking during pregnancy among Turkish immigrants in Germany - are there associations with acculturation? In: *Nicotine & tobacco research: official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco* 17 (6), S. 643–652. DOI: 10.1093/ntr/ntu237.
230. Renfrew, M.; Pokhrel, S.; Quigley, M.; McCormick, F.; Fox-Rushby, J.; Dodds, R. et al. (2012): Preventing disease and saving resources: the potential contribution of increasing breastfeeding rates in the UK. Online verfügbar unter <http://dspace.brunel.ac.uk/bitstream/2438/10266/1/Fulltext.pdf>, zuletzt geprüft am 03.09.2017.
231. Renneberg, B.; Hammelstein, P. (Hg.) (2006): *Gesundheitspsychologie*. Berlin, Heidelberg: Springer.
232. Río, I.; Castelló-Pastor, A.; Del Val Sandín-Vázquez, M.; Barona, C.; Jané, M.; Más, R. et al. (2011): Breastfeeding initiation in immigrant and non-immigrant women in Spain. In: *Eur J Clin Nutr* 65 (12), S. 1345–1347. DOI: 10.1038/ejcn.2011.121.
233. Ro, A. (2014): The Longer You Stay, the Worse Your Health? A Critical Review of the Negative Acculturation Theory among Asian Immigrants. In: *IJERPH* 11 (8), S. 8038–8057. DOI: 10.3390/ijerph110808038.
234. Robert Koch-Institut (RKI) (2015b): Bericht Gesundheit in Deutschland 2015. Online verfügbar unter https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtlId/gesundheit_in_deutschland_2015.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 03.09.2017.

235. Robert Koch-Institut (RKI) (2015a): KiGGS Welle 1 - Faktenblatt: Stillverhalten. Online verfügbar unter http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsF/KiGGS_W1/kiggs1_fakten_stillen.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 03.09.2017.
236. Rosenbrock, R.; Michel, C. (2007): Primäre Prävention. Bausteine für eine systematische Gesundheitssicherung. korr. Nachdr. Berlin: MWV Med. Wiss. Verl.-Ges (Berliner Schriftenreihe Gesundheitswissenschaften).
237. Rosenstock, I. M. (1966): Why people use health services. In: *Millbank Memorial Fund Quarterly* 44, S. 94–121.
238. Rouw, E.; Hormann, E.; Scherbaum, V. (2014): The high cost of half-hearted breastfeeding promotion in Germany. In: *Int Breastfeed J* 9, S. 22. DOI: 10.1186/s13006-014-0022-5.
239. Rubin, D. (2013): Stillen in Deutschland. Vorteile, Stillraten und erfolgversprechende Ansätze der Stillförderung. In: *Ernährung im Fokus*, S. 200-2005.
240. Rückert, I. M.; Mielck, A. (2008): Soziale Ungleichheit beim Stillen in Deutschland. In: *Prävention und Gesundheitsförderung*, S. 56–66.
241. Rudmin, F. W. (2003): Critical history of the acculturation psychology of assimilation, separation, integration, and marginalization. In: *Review of General Psychology* 7 (1), S. 3–37.
242. Rudmin, F. W. (2009b): Catalogue of Acculturation Constructs: Descriptions of 126 Taxonomies, 1918-2003. *Online Readings in Psychology and Culture*, 8(1). <https://doi.org/10.9707/2307-0919.1074>
243. Rudmin, F. W. (2009a): Constructs, measurements and models of acculturation and acculturative stress. In: *International Journal of Intercultural Relations* 33 (2), S. 106–123. DOI: 10.1016/j.ijintrel.2008.12.001.
244. Rudmin, F. W. (2006): Debate in Science: The Case of Acculturation. In: *AnthroGlobe Journal*. Online verfügbar unter <https://munin.uit.no/bitstream/handle/10037/1996/article.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, zuletzt geprüft am 24.08.2017.
245. Rühl, R.; Taner, C.; Schweigert, F. J.; Wahn, U.; Grüber, C. (2010): Serum carotenoids and atopy among children of different ethnic origin living in Germany. In: *Pediatric allergy and immunology: official publication of the European Society of Pediatric Allergy and Immunology* 21 (7), S. 1072–1075. DOI: 10.1111/j.1399-3038.2010.01017.x.
246. Ryder, A. G.; Alden, L. E.; Paulhus, D. L. (2000): Is acculturation unidimensional or bidimensional? A head-to-head comparison in the prediction of personality, self-identity, and adjustment. In: *Journal of personality and social psychology* 79 (1), S. 49–65.
247. Sam, D. L.; Berry, J. W. (Hg.) (2006): *The Cambridge handbook of acculturation psychology*. 1. publ. Cambridge u.a.: Cambridge Univ. Press.
248. Sánchez Bayle, M.; Cano Fernández, C.; García García, M. C.; Yep Chullen, G.; Pérez Suárez, E. (2008): Inmigración, lactancia materna y hábito tabáquico. In: *Anales de pediatría (Barcelona, Spain: 2003)* 68 (5), S. 462–465.

249. Sandhu, D. S.; Asrabadi, B. R. (1994): Development of an Acculturative Stress Scale for International Students. Preliminary findings. In: *Psychological reports* 75 (1 Pt 2), S. 435–448. DOI: 10.2466/pr0.1994.75.1.435.
250. Sauer, M. (2007): Perspektiven des Zusammenlebens: die Integration türkischstämmiger Migrantinnen und Migranten in Nordrhein-Westfalen; Ergebnisse der achten Mehrthemenbefragung. Hg. v. Stiftung Zentrum für Türkeistudien und Integrationsforschung Institut an der Universität Duisburg Essen. Essen.
251. Schatzmann, A. (Hg.) (2012): Nikarchos II: Epigrammata. Einleitung, Texte, Kommentar. 1. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht (Hypomnemata Untersuchungen zur Antike und zu ihrem Nachleben, Band 188).
252. Schecker, H. (2014): Überprüfung der Konsistenz von Itemgruppen mit Cronbachs α . In: D. Krüger, I. Parchmann und H. Schecker (Hg.): Methoden in der naturwissenschaftsdidaktischen Forschung. Berlin: Springer Spektrum
253. Schenk, L.; Bau, A.-M.; Borde, T.; Butler, J.; Lampert, T.; Neuhauser, H. et al. (2006): Mindestindikatorenansatz zur Erfassung des Migrationsstatus. Empfehlungen für die epidemiologische Praxis. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 49 (9), S. 853–860. DOI: 10.1007/s00103-006-0018-4.
254. Schenk, L.; Ellert, U.; Neuhauser, H. (2007): Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Methodische Aspekte im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 50 (5-6), S. 590–599. DOI: 10.1007/s00103-007-0220-z.
255. Scherbaum, V.; Perl, F. M.; Kretschmer, U. (Hg.) (2003): Stillen. Frühkindliche Ernährung und reproduktive Gesundheit. Köln: Dt. Ärzte-Verlag.
256. Schlack, R.; Hölling, H.; Kurth, B. M.; Bergmann, E.; Ellert, U.; Gutsche, J. et al. (2011): KiGGS - Kinder- und Jugendgesundheitsstudie Welle 1. Projektbeschreibung. Berlin: Robert Koch-Institut (Gesundheitsberichterstattung des Bundes).
257. Schmidt, M.; Reh, V.; Hirsch, O.; Rief, W.; Christiansen, H. (2013): Assessment of ADHD Symptoms and the Issue of Cultural Variation. Are Conners 3 Rating Scales Applicable to Children and Parents With Migration Background? In: *Journal of attention disorders* 21 (7), S. 587–599. DOI: 10.1177/1087054713493319.
258. Schmitt-Rodermund, E.; Silbereisen, R. K. (1999): Determinants of Differential Acculturation of Developmental Timetables among Adolescent Immigrants to Germany. In: *International Journal of Psychology* 34 (4), S. 219–233. DOI: 10.1080/002075999399864.
259. Schröer, H. (2013): Inklusion versus Integration. Zauberformel oder neues Paradigma? In: *Migration und Soziale Arbeit* Jg. 35, 2013, Nr. 3, S. 249-255.
260. Schwartz, S. H. (1992): Universals in the content and structure of values: Theoretical advances and empirical tests in 20 countries. In: *Advances in Experimental Social Psychology* (25), S. 1–65.
261. Schwartz, S. H. (1999): A Theory of Cultural Values and Some Implications for Work. In: *Applied Psychology* 48 (1), S. 23–47. DOI: 10.1111/j.1464-0597.1999.tb00047.x.
262. Scoccianti, C.; Key, T. J.; Anderson, A. S.; Armaroli, P.; Berrino, F.; Cecchini, M. et al. (2015): European Code against Cancer 4th Edition. Breastfeeding and cancer. In: *Cancer epidemiology* 39 Suppl 1, S101-6. DOI: 10.1016/j.canep.2014.12.007.

263. Seibt, A. C. (2011): Theorie des geplanten Verhaltens. In: S. Blümel, P. Franzkowiak und L. Kaba-Schönstein (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Neuausgabe. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung, S. 564–566.
264. Senatsverwaltung für Arbeit, Integration und Frauen (2017): Gender Datenreport Berlin 2015. Hg. v. Senatsverwaltung für Arbeit, Integration und Frauen und Amt für Statistik Berlin-Brandenburg. Online verfügbar unter https://www.statistik-berlin-brandenburg.de/gender/Kapitel2015/demog_1.htm, zuletzt geprüft am 03.09.2017.
265. Shim, G.; Freund, H.; Stopsack, M.; Kämmerer, A.; Barnow, S. (2014): Acculturation, self-construal, mental and physical health. An explorative study of East Asian students in Germany. In: *International journal of psychology: Journal internationale de psychologie* 49 (4), S. 295–303. DOI: 10.1002/ijop.12008.
266. Sieberer, M.; Maksimović, S.; Ersöz, B.; Machleidt, W.; Ziegenbein, M.; Calliess, I. T. (2012): Depressive symptoms in first-and second-generation migrants. A cross-sectional study of a multi-ethnic working population. In: *The International journal of social psychiatry* 58 (6), S. 605–613. DOI: 10.1177/0020764011418418.
267. Sieberer, M.; Ziegenbein, M.; Clark, D.; Ersöz, B.; Calliess, I. T. (2009): Gesundheit und Akkulturation durch Bewegung? Ergebnisse einer Querschnittsstudie zur körperlichen Aktivität von Migranten. In: *Zeitschrift Med. Psychologie* 18 (3-4), S. 170–179.
268. Sluzki, C. E. (1979): Migration and Family Conflict. In: *Family Process* 18 (4), S. 379–390. DOI: 10.1111/j.1545-5300.1979.00379.x.
269. Spallek, J. (2012): Migrantengesundheit. Die Sicht der Life-Course-Epidemiologie am Beispiel von Krebs bei türkischen Zuwanderern. 1. Aufl. Weinheim: Beltz Juventa (Gesundheitsforschung).
270. Spallek, J.; Razum, O. (2008): Gleich und gerecht? Erklärungsmodelle für die gesundheitliche Situation von Migrantinnen und Migranten. In: U. Bauer, U. H. Bittlingmayer und M. Richter (Hg.): *Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit*. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwiss (Gesundheit und Gesellschaft), S. 271–288.
271. Spallek, J.; Zeeb, H.; Razum, O. (2011): What do we have to know from migrants' past exposures to understand their health status? a life course approach. In: *Emerging themes in epidemiology* 8 (1), S. 6. DOI: 10.1186/1742-7622-8-6.
272. Spiegel, H.; Meyer, N.; Hendrowarsito, L.; Schwegler, U.; Fromme, H.; Bolte, G. (2011): Endbericht: STELLA – Studie zum Ernährungsverhalten im Säuglingsalter Interventionsprojekt zur Verbesserung der Stillbedingungen in einer Modellregion. Hg. v. Spiegel, Meyer, Hendrowarsito, Schwegler, Fromme, Bolte. München.
273. Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2013): Bevölkerung nach Migrationsstatus regional 2011. Ergebnisse des Mikrozensus. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegration/BevoelkerungMigrationsstatus5125203117004.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 03.09.2017.
274. Statistisches Bundesamt (DESTATIS) (2017): Bevölkerung mit Migrationshintergrund - Ergebnisse des Mikrozensus - Fachserie 1 Reihe 2.2 – 2015. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund2010220157004.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 03.09.2017.

275. Straub, J. (2003): Psychologie und die Kulturen in einer globalisierten Welt. In: A. Thomas (Hg.): Kulturvergleichende Psychologie. Göttingen: Hogrefe, S. 543–566.
276. Stuebe, A. M.; Schwarz, E. B. (2010): The risks and benefits of infant feeding practices for women and their children. In: *Journal of perinatology: official journal of the California Perinatal Association* 30 (3), S. 155–162. DOI: 10.1038/jp.2009.107.
277. Suinn R. M. (o.J.): Psychosocial Measures for Asian Americans: Tools for Practice and Research. Name of Measure: The Suinn-Lew Asian Self Identity Acculturation (Suinn, Ahuna, & Khoo, 1992). Verfügbar unter: http://www.columbia.edu/cu/ssw/projects/pmap/docs/suinn_slasia.pdf, zuletzt geprüft am 10.09.2017
278. Suinn, R. M.; Khoo, G.; Ahuna, C. (1995): The Suinn-Lew Asian Self-Identity Acculturation Scale. Cross-Cultural Information. In: *Journal of Multicultural Counseling and Development* 23 (3), S. 139–148. DOI: 10.1002/j.2161-1912.1995.tb00269.x.
279. Sussner, K. M.; Lindsay, A. C.; Peterson, K. E. (2008): The influence of acculturation on breast-feeding initiation and duration in low-income women in the US. In: *Journal of biosocial science* 40 (5), S. 673–696. DOI: 10.1017/S0021932007002593.
280. Swanson, V.; Power, K. G. (2005): Initiation and continuation of breastfeeding: theory of planned behaviour. In: *Journal of advanced nursing*, S. 272–282.
281. Tagay, S.; Düllmann, S.; Brähler, E.; Stecker, A.; Senf, W. (2009): Wie hängen Religiosität, psychische Symptombelastung und Integration zusammen? Eine vergleichende Betrachtung der Religiosität bei türkischen/kurdischen Migranten gegenüber Deutschen. In: *Psychiat Prax* 36 (6), S. 286–292. DOI: 10.1055/s-0029-1220340.
282. Tarn, D. M.; Meredith, L. S.; Kagawa-Singer, M.; Matsumura, S.; Bito, S.; Oye, R. K. et al. (2005): Trust in one's physician. The role of ethnic match, autonomy, acculturation, and religiosity among Japanese and Japanese Americans. In: *Annals of family medicine* 3 (4), S. 339–347. DOI: 10.1370/afm.289.
283. Tavoulari, E.-F.; Benetou, V.; Vlastarakos, P. V.; Kreatsas, G.; Linos, A. (2015): Immigrant status as important determinant of breastfeeding practice in southern Europe. In: *Central European journal of public health* 23 (1), S. 39–44. DOI: 10.21101/cejph.a4092.
284. Telzer, E. H. (2011): Expanding the Acculturation Gap-Distress Model. An Integrative Review of Research. In: *Human Development* 53 (6), S. 313–340. DOI: 10.1159/000322476.
285. Thomas, A. (Hg.) (1993, 2003): Kulturvergleichende Psychologie. Eine Einführung. Göttingen: Hogrefe.
286. Thomas, A. (1993): Psychologie interkulturellen Lernens und Handelns. In: A. Thomas (Hg.): Kulturvergleichende Psychologie. Eine Einführung. Göttingen: Hogrefe, S. 377–424.
287. Thomas, A.; Utler, A. (2013): Kultur, Kulturdimensionen und Kulturstandards. In: P. Genkova, T. Ringeisen und F.L.T. Leong (Hg.): Handbuch Stress und Kultur. Interkulturelle und kulturvergleichende Perspektiven. Wiesbaden: Springer, S. 41–58.

288. Thomson, M. D.; Hoffman-Goetz, L. (2009): Defining and measuring acculturation: a systematic review of public health studies with Hispanic populations in the United States. In: *Social science & medicine (1982)* 69 (7), S. 983–991. DOI: 10.1016/j.socscimed.2009.05.011.
289. Titzmann, P. F. (2012): Growing up too soon? Parentification among immigrant and native adolescents in Germany. In: *Journal of youth and adolescence* 41 (7), S. 880–893. DOI: 10.1007/s10964-011-9711-1.
290. Titzmann, P. F.; Gniewosz, B.; Michel, A. (2015): Two sides of a story. Mothers' and adolescents' agreement on child disclosure in immigrant and native families. In: *Journal of youth and adolescence* 44 (1), S. 155–169. DOI: 10.1007/s10964-013-0077-4.
291. Titzmann, P. F.; Raabe, T.; Silbereisen, R. K. (2008): Risk and protective factors for delinquency among male adolescent immigrants at different stages of the acculturation process. In: *International journal of psychology: Journal internationale de psychologie* 43 (1), S. 19–31. DOI: 10.1080/00207590701804305.
292. Titzmann, P. F.; Silbereisen, R. K. (2009): Friendship homophily among ethnic German immigrants. A longitudinal comparison between recent and more experienced immigrant adolescents. In: *Journal of family psychology: JFP: journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)* 23 (3), S. 301–310. DOI: 10.1037/a0015493.
293. Titzmann, P. F.; Silbereisen, R. K. (2012): Acculturation or development? Autonomy expectations among ethnic German immigrant adolescents and their native German age-mates. In: *Child development* 83 (5), S. 1640–1654. DOI: 10.1111/j.1467-8624.2012.01799.x.
294. Titzmann, P. F.; Silbereisen, R. K.; Mesch, G. S. (2014): Minor delinquency and immigration. A longitudinal study among male adolescents. In: *Developmental psychology* 50 (1), S. 271–282. DOI: 10.1037/a0032666.
295. Titzmann, P. F.; Silbereisen, R. K.; Mesch, G. S.; Schmitt-Rodermund, E. (2011): Migration-Specific Hassles Among Adolescent Immigrants From the Former Soviet Union in Germany and Israel. In: *Journal of Cross-Cultural Psychology* 42 (5), S. 777–794. DOI: 10.1177/0022022110362756.
296. Tropp, L. R.; Erkut, S.; Coll, C. G.; Alarcón, O.; Vázquez García, H. A. (1999): Psychological Acculturation. Development of a new Measure for Puerto Ricans on the U.S. Mainland. In: *Educational and psychological measurement* 59 (2), S. 351–367. DOI: 10.1177/00131649921969794.
297. Tutel'ian, V. A.; Baturin, A. K.; Kon', I. I.; Safronova, A. M.; Keshabiants, E. E.; Starovoïtov, M. L.; Gmoshinskaia, M. V. (2010): Nutrition and nutritional status in infants and children of early years of life in Russian Federation. In: *Voprosy pitaniia* 79 (6), S. 57–63.
298. Tydecks, S.; Temur-Erman, S.; Schouler-Ocak, M.; Fydrich, T. (2009): Psychische Störungen, psychische Belastungen und soziale Unterstützung bei türkischen Migranten in zwei Berliner Allgemeinarztpraxen. In: *Zeitschrift für Medizinische Psychologie* (3-4), S. 101-107.
299. Unger, J. B.; Gallaher, P.; Shakib, S.; Ritt-Olson, A.; Palmer, P. H.; Johnson, C. A. (2002): The AHIMSA Acculturation Scale. In: *The Journal of Early Adolescence* 22 (3), S. 225–251. DOI: 10.1177/02731602022003001.

- 300.** von der Lippe, E; Brettschneider, A.-K.; Gutsche, J.; Poethko-Müller, C. (2014): Einflussfaktoren auf Verbreitung und Dauer des Stillens in Deutschland. Ergebnisse der KiGGS-Studie - Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 57 (7), S. 849–859. DOI: 10.1007/s00103-014-1985-5.
- 301.** Weidacher, A. (2000): In Deutschland zu Hause. Politische Orientierungen griechischer, italienischer, türkischer und deutscher junger Erwachsener im Vergleich. DJI-Ausländersurvey. Wiesbaden, s.l.: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- 302.** Weissenborn, A. (2009): Drei Studien über das Stillverhalten von Berliner Müttern als Beitrag zur Einrichtung eines Stillmonitorings in Deutschland. Dissertation, Charité - Universitätsmedizin Berlin.
- 303.** Weissenborn, A.; Abou-Dakn, M.; Bergmann, R.; Both, D.; Gresens, R.; Hahn, B. et al. (2016): Stillhäufigkeit und Stilldauer in Deutschland – eine systematische Übersicht. In: *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 78 (11), S. 695–707. DOI: 10.1055/s-0035-1555946.
- 304.** Weissenborn, A.; Martin, A.; Bergmann, R.; Dudenhausen, J.; Przyrembel, H. (2009): Untersuchung in Berliner Geburtskliniken und Geburtshäusern über den Stillbeginn und mögliche Einflussfaktoren. In: *Gesundheitswesen* 71 (06), S. 332–338. DOI: 10.1055/s-0029-1220759.
- 305.** World Health Organization (WHO) (1991): Indicators for assessing breastfeeding practices. Online verfügbar unter http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/62134/1/WHO_CDD_SER_91.14.pdf, zuletzt geprüft am 03.09.2017.
- 306.** World Health Organization (WHO) (2008): Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Part 1; Definitions. Online verfügbar unter www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241596664/en/, zuletzt geprüft am 03.09.2017.
- 307.** World Health Organization (WHO) (2017a): Exclusive breastfeeding. Online verfügbar unter http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/en/, zuletzt geprüft am 31.08.2017.
- 308.** World Health Organization (WHO) (2017b): Infant and young child feeding. Hg. v. WHO. Online verfügbar unter <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/en/>, zuletzt geprüft am 31.08.2017.
- 309.** World Health Organization (WHO) (2017c): Infant and young child feeding data by country. Nutrition. Online verfügbar unter <http://www.who.int/nutrition/databases/infantfeeding/countries/en/>, zuletzt geprüft am 31.08.2017.
- 310.** Zeissig, S. R.; Singer, S.; Koch, L.; Zeeb, H.; Merbach, M.; Bertram, H. et al. (2015): Utilisation of psychosocial and informational services in immigrant and non-immigrant German cancer survivors. In: *Psycho-oncology* 24 (8), S. 919–925. DOI: 10.1002/pon.3742.
- 311.** Zhang, J.; Mandl, H.; Wang, E. (2010): Personality, acculturation, and psychosocial adjustment of Chinese international students in Germany. In: *Psychological reports* 107 (2), S. 511–525. DOI: 10.2466/07.09.11.17.PR0.107.5.511-525.

- 312.** Zhou, Q.; Younger, K. M.; Kearney, J. M. (2010): An exploration of the knowledge and attitudes towards breastfeeding among a sample of Chinese mothers in Ireland. In: *BMC public health* 10, S. 722. DOI: 10.1186/1471-2458-10-722.
- 313.** Zick, A. (2010): Psychologie der Akkulturation. Neufassung eines Forschungsbereiches. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften/ Springer
- 314.** Ziegler, A.; Lange, S.; Bender, R. (2007): Überlebenszeitanalyse. Die Cox-Regression. In: *Deutsche medizinische Wochenschrift (1946)* 132 Suppl 1, e42-4. DOI: 10.1055/s-2007-959039.
- 315.** Zwiener, I.; Blettner, M.; Hommel, G. (2011): Überlebenszeitanalyse. Teil 15 der Serie zur Bewertung wissenschaftlicher Publikationen. In: *Deutsches Ärzteblatt* 108 (10), 163-169.

10. Anhang

10.1 Nationale Stillstudien: Angaben zu Stillprävalenzen und zur Stilldauer

Studie	Studienpopulation Response rate	Ein- bzw. Ausschlusskriterien	Initial- Stillprävalenz	Stillprävalenz (nach 2 oder 3 Monaten)	Stillprävalenz (4 Monate)	Stillprävalenz (6 Monate)	Stilldauer (gesamt)	Angaben zum Migrationsstatus
SuSe-Studie (Stillen und Säuglingsernährung) (1997/1998) (Kersting Dulon 2002a,b)	n=1717 Mutter-Kind- Paare (Response: 54,3%)	Ausschlusskriterien: -Geburtsgewicht <2500 g -Gestationsalter <37SSW -Verlegung auf neonatale Station -Mutter spricht kein Deutsch -kein Telefon zu Hause	91% (Kriterium: jemals gestillt)	70% (nach 2 Monaten) (Kriterium: jemals gestillt)	59% (Kriterium: jemals gestillt)	48% (Kriterium: jemals gestillt)	k. A.	Vergleich Respondentinnen versus Non-Respondentinnen: höherer Anteil deutscher Mütter bei Respondentinnen als bei Non-Respondentinnen
Studie von Peters et al. (2005) (Geburten von 12.07.2001-14.09.2001) Erhebungszeitraum 11/2001-01/2002	n=52 (Response: 74%)	Einschlusskriterien: -primärer Stillwunsch Ausschlusskriterien: -unzureichende deutsche Sprachkenntnisse	es wurden nur Frauen eingeschlossen, die zunächst stillen wollten	73% (nach 2 Monaten)	58% stillten noch beim Interview (4- 5 Monate pp)	k. A.	k. A.	90% der Studienteilnehmerinnen haben die deutsche Staatsangehörigkeit
Studie „Stillverhalten in Bayern“ (Prospektive Kohortenstudie) (Kohlhuber et al. 2008; Rebhan 2008; Rebhan et al. 2009); Geburten von April 2005	n=3840 (Response: 43,6%); Ausschluss von n=18; Gesamterhebung: n=3822	Ausschlusskriterien: -<18 Jahre -bei Zwillings- bzw. Mehrlingsgeburt: ausschließlich Angaben des erstgeborenen Kindes	89,5%	69,7% (nach 2 Monaten)	60,6%	51,6%	k. A.	15,9 % der Teilnehmerinnen waren Immigrantinnen (d.h. nicht in Deutschland geboren)
STELLA-Studie (Interventionsstudie aus Bayern zum Ernährungsverhalten im Säuglingsalter) 2. Projektabschnitt: Kohortenstudie mit 3 Erhebungszeitpunkten zum Stillverhalten Mütterbefragung; Geburten vom 01.04.2009-15.06.2009 (Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit o.J.; Spiegel et al. 2011)	n= 604 (Response: 54%)	Einschlusskriterien: -Entbindung im Erhebungszeitraum in 10 ausgewählten Geburtskliniken in Bayern Ausschlusskriterium: -Minderjährigkeit der Mutter	74%	54% (in der 8. Woche pp) (Kriterium: volles oder ausschließliches Stillen)	48% (in der 16. Woche pp) (Kriterium: volles oder ausschließliches Stillen)	nicht erhoben	Definition von Stilldauer: Punktprävalenz des Stillstatus in der 16. Woche (ausschließlich bzw. voll stillen versus teilweise/ gar nicht stillen)	14,5% der Studienteilnehmerinnen waren nicht in Deutschland geboren; Frauen mit Migrationshintergrund (Frauen, die nicht in Deutschland geboren sind) begannen häufiger zu stillen (initiale Stillquote), stillten aber seltener in der 16.Woche noch voll oder ausschließlich (56,3%) als in Deutschland geborene Frauen (63,5%).

Tabelle 32: Nationale Stillstudien: Angaben zu Stillprävalenzen und zur Stilldauer

Tab. 32 Fortsetzung

Studie	Studienpopulation Responserate	Ein- bzw. Ausschlusskriterien	Initial-Stillprävalenz	Stillprävalenz (nach 2 oder 3 Monaten)	Stillprävalenz (4 Monate)	Stillprävalenz (6 Monate)	Stilldauer (gesamt)	Angaben zum Migrationsstatus
QuaSti-Studie (Qualität im stillfreundlichen Krankenhaus) (Datenerhebung 05/2005- 04/2006) (Deneke, Scheele 2007; Deneke et al. 2008; Jölleneck 2012)	n=403	Einschlusskriterium: Frauen, die in einer als babyfreundlich zertifizierten Geburtsklinik in Hamburg entbunden wurden	97% nach der Geburt	88% (2 Monate pp) 82% (3 Monate pp)	79%	k. A.	k. A.	92% sind deutscher Herkunft
KiGGS-Studie Basiserhebung (Datenerhebung von 05/2003-05/2006) (Geburtsjahrgänge 1986- 2005) (Lange et al. 2007a)	n=17.641 Kinder und Jugendliche (Response: 66,6%), Angaben zum Stillen existieren von 17.197 Kindern (97,5%)	Einschlusskriterien: Teilnehmergewinnung erfolgte durch ein vorher festgelegtes 2-stufiges Verfahren, um repräsentative Daten zu erheben. Qualitätsneutrale Ausfälle u.a. wenn Verständigung mit Proband/in und/oder Eltern aufgrund von Sprachproblemen nicht möglich war bzw. Proband/in bereits 18 Jahre alt war (Kamisiunis et al. 2007)	76,7% der Geburtsjahrgänge 1986-2005 bzw. 81,5% des Geburtsjahrgangs 2005 sowie 74% des Geburtsjahrgangs 1986 wurden jemals gestillt	k. A.	64% Kinder aus Westdeutschland versus 53% Kinder aus Ostdeutschland	43% Kinder aus Westdeutschland versus 34% Kinder aus Ostdeutschland	MW 6,9 Monate (95% KI 6,76-7,03); aber MW 7,49 Monate der Geburtsjahr- gänge 1996- 2002; nicht einbezogen: Frauen, die bei Befragung noch stillten	Mütter von Kindern mit Migrationshintergrund stillen häufiger als Mütter von Kindern ohne Migrationshintergrund; im Durchschnitt wurden Kinder mit Migrationshintergrund 7,75 (95% KI 7,44-8,07) Monate gestillt, keine statistisch bedeutsamen Unterschiede zwischen Kindern mit Migrations- hintergrund und ohne Migrationshintergrund bei der mindestens 6 Monate dauernden Zeit des Vollstillens (Definition der WHO)
KiGGS-Studie Welle 1 (Erste Folgebefragung 2009- 2012) n=12.368 im Querschnitt (Altersbereich 0-17 Jahre), davon 4.455 Erstingeladene (Response 38,8%); Ergebnisse für Geburts- jahrgänge 2002-2012; kombinierte Querschnitt- und Kohortenstudie (von der Lippe et al. 2014)	n=4455 (Response 38,8%) in Analyse einbezogen: n=4410	neue Querschnittsstich- probe der 0-6-jährigen Kinder, dazu die früheren Teilnehmer/innen der Basiserhebung zur Weiterführung der Kohorte (eingeschlossen waren auch Mehrlings- und Frühgeburten)	82,1% (Geburtsjahrgänge 2002-2012)	k. A.	34,0% ausschließliches Stillen von mind. 4 Monaten	17,7% volles Stillen von mindestens 6 Monaten	MW 7,46 Monate (95%- KI 7,17-7,75); Stilldauer wurde nicht ermittelt, wenn zum Zeitpunkt der Befragung Kind noch gestillt wurde	nicht mehr ausgewertet

Tab. 32 Fortsetzung

Studie	Studienpopulation Response rate	Ein- bzw. Ausschlusskriterien	Initial-Stillprävalenz	Stillprävalenz (nach 2 oder 3 Monaten)	Stillprävalenz (4 Monate)	Stillprävalenz (6 Monate)	Stilldauer (gesamt)	Angaben zum Migrationsstatus
Frei Still - Freiburger Stillstudie: erster Erhebungszeit- punkt (T0): August- Dezember 2007; prospektive multizentrische Längsschnitt- Kohortenstudie (Rasenaek et al. 2012)	n=443 Follow-up-Rate: 97,5%	Ausschlusskriterien: -unter 18 Jahre alt -fehlende deutsche Sprachkenntnisse -kein Telefon vorhanden -medizinische Kontraindikation gegen Stillen -Mehrlingsgeburt	92%	74% (nach 3 Monaten)	k. A.	61%	k. A.	Frauen ohne Migrationshintergrund stillten tendenziell öfter 6 Monate als Frauen mit Migrationshintergrund (nicht -signifikant)
Berliner Stillstudie: Studienzeitraum: Erhebungsstandorte: 2 Geburtskliniken in Berlin Rekrutierungsphase 15.06.-15.12.2004 auf den Wochenbetstationen der teilnehmenden Kliniken (Weissenborn 2009; Weissenborn et al. 2016)	n=807 (Response 67%)	Einschlusskriterien: - Alter der Mutter ≥ 18 Jahre - Gestationsalter ≥ 37 SSW - Geburtsgewicht des Kindes ≥ 2.500 g - keine Verlegung des Kindes auf Intensivstation - Mutter oder Kind hatten keine gesundheitlichen Probleme, die das Stillen unmöglich machen - ausreichende Deutschkenntnisse der Mutter	97%	73,1% (2 Monate pp)	64,1%	57,0%	k. A.	- Ausschluss der potentiellen Studienteilnehmerinnen ohne ausreichende deutsche Sprachkenntnisse (n=351; 22,6%); - 27,1% (n=219) der Studienteilnehmerinnen waren nichtdeutscher Herkunft. - im Vergleich zur Grundgesamtheit geringere Teilnahme rate von Frauen nichtdeutscher Herkunft versus deutscher Herkunft k. A.
Berliner Stillstudie: Querschnittserhebung zum Zeitpunkt der Kindervorsorgeunter- suchungen (U3-U6); Rekrutierungsphase beim Kinderarzt/ärztin (U3): 01.01.-31.03.2005; (Weissenborn 2009; Weissenborn et al. 2016)	n=2141 Mutter-Kind- Paare	keine Ausschlusskriterien formuliert; Response: 70% der im Erhebungszeitraum zur U3 vorgestellten Kinder	k. A.	80% (U3: 4-6 Wochen pp)	66% (U4: 3-4 Monate pp)	45% (U5: 6-7 Monate pp)	k. A.	k. A.

Tab. 32 Fortsetzung

Studie	Studienpopulation Response rate	Ein- bzw. Ausschlusskriterien	Initial-Stillprävalenz	Stillprävalenz (nach 2 oder 3 Monaten)	Stillprävalenz (4 Monate)	Stillprävalenz (6 Monate)	Stilldauer (gesamt)	Angaben zum Migrationsstatus
Berliner Stillstudie (Geburtsjahr 2006): Erhebungsstandorte: 19 Berliner Geburtskliniken und 4 Geburtshäuser; Studienzeitpunkt: dreimonatige Erhebung im Zeitraum Februar bis Mai 2006 (Weissenborn et al. 2009; Weissenborn et al. 2016)	n=4287 Mutter-Kind- Paare (Response 75%); zur Analyse wurden 3.787 Mutter-Kind-Paare einbezogen (66,3% der Studienpopulation)	Ausschlusskriterien Kind: -Frühgeburt < 37.SSW -Geburtsgewicht < 2500 g -Verlegung auf andere Station -schwere Erkrankung Ausschlusskriterien Mutter: -HIV/ Aids -Epilepsie oder psychische Erkrankung mit Behandlungsindikation -schwere Suchtproblematik -Status nach großer Brust-OP -andere schwere Erkrankung -Einnahme von Medikamenten mit Kontraindikation des Stillens -nicht ausreichende Sprachkenntnisse zur Beantwortung der Fragen bzw. fehlende Dokumentation des Stillverhaltens	96,1 % der Mutter- Kind-Paare stillend nach Hause entlassen; 70,5% der Mütter stillten zum Zeitpunkt der Entlassung ausschließlich	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A. bzgl. Stillquote (Weissenborn et al. 2009); statistisch signifikant mehr Frauen nicht deutscher Herkunft waren Non- Responderinnen als Responderinnen (Weissenborn 2009)
PINGU-Projekt ("polyunsaturated fatty acids in child nutrition") (2010-2013) Datenerhebungsphase: 26.11.2010-16.12.2010 (Libuda et al. 2014)	n=985 Mütter von Kindern zwischen 5-36 Monaten in die Auswertung einbezogen; Gesamtrücklauf: n=1013 (Response 56%); retrospektive Befragung	Einschlusskriterien: -Alter des Kindes zwischen 5 und 36 Monaten -bei Mehrlingen: Fragen für jüngstes Kind Ausschlusskriterien: -fehlender Internetanschluss -unplausible Angaben	78,3% (jemale gestillt)	k. A.	55,6% stillten mindestens 4 Monate ausschließlich	k. A.	k. A.	k. A.

Tab. 32 Fortsetzung

Studie	Studienpopulation Responserate	Ein- bzw. Ausschlusskriterien	Initial-Stillprävalenz	Stillprävalenz (nach 2 oder 3 Monaten)	Stillprävalenz (4 Monate)	Stillprävalenz (6 Monate)	Stilldauer (gesamt)	Angaben zum Migrationsstatus
DONALD-Studie (German Dortmund Nutritional and Anthropometric Longitudinally Designed Study) offene Kohortenstudie seit 1985, jährlich werden etwa 35-40 neue Kinder eingeschlossen (Foterek et al. 2014, 2016)	für die Still-Publikation (Foterek et al. 2014) wurden n=366 Kinder eingeschlossen (Erhebungszeitraum 2004-2012); für die Still-Publikation (Foterek et al. 2016) wurden 480 Kinder eingeschlossen, (Erhebungszeitraum 2004-2013)	Einschlusskriterien: -jährlich etwa 35-40 neue Proband/innen im Alter von 3-4 Monaten -sogenannte „kaukasisch- stämmige Probanden“ (Buyken et al. 2012: 875) -Interesse der Eltern an Longitudinalstudie teilzunehmen -ausreichende deutsche Sprachkenntnisse (Buyken et al. 2012)	96,2% der Mütter stillten mindestens eine Woche (Foterek et al. 2014)	- 3 Monate pp: 63% der Kinder wurden 2004-2008 und 71% der Kinder wurden 2009- 2013 ausschließlich gestillt; 16% der Kinder wurden 2004- 2008 und 11% der Kinder wurden 2009-2013 teilweise gestillt (Foterek et al. 2016).	- 4 Monate pp: 79,1% der Kinder wurden teilweise und 60,5% voll gestillt (Foterek et al. 2014)	6 Monate pp: 71,2% der Kinder wurden teilweise und 24,5% voll gestillt (Foterek et al. 2014); 17% der Kinder wurden 2004-2008 und 11% der Kinder 2009-2013 ausschließlich gestillt; 54% der Kinder wurden 2004- 2008 und 60% der Kinder 2009-2013 teilweise gestillt (Foterek et al. 2016).	mittlere Stilldauer des Vollstillens: 21 Wochen (Interquartils- abstand 7-25 Wochen), die mittlere Stilldauer der Teilstillens: 35 Wochen (Interquartils- abstand 21-50 Wochen) (Foterek et al. 2014).	eingeschlossen wurden ausschließlich sogenannte „kaukasisch- stämmige Probanden“ (Buyken et al. 2012: 875)

10.2 In nationalen Studien genannte Einflussfaktoren auf das Stillverhalten

Tabelle 33: Stillfördernde und stillhemmende Einflussfaktoren aus nationalen Stillstudien

Stillfördernde Faktoren	Dimensionen des Stillens	Stillhemmende Faktoren
	Stillabsicht	Gesundheitsverhalten <ul style="list-style-type: none"> Wunsch der Mutter (wieder) zu rauchen bzw. Kaffee/ Alkohol zu trinken (von der Lippe et al. 2014) Medizinische Faktoren <ul style="list-style-type: none"> gesundheitliche Probleme der Mutter des Kindes (von der Lippe et al. 2014)
Soziodemografische Faktoren <ul style="list-style-type: none"> hoher und mittlerer Sozialstatus der Mutter (Libuda et al. 2014) Alter der Mutter zwischen 30 und 39 Jahren (Lange et al. 2007a) Schulbildung (Deneke et al. 2008; von der Lippe et al. 2014; Weissenborn 2009) mittlerer Sozialstatus der Mutter (OR 1,8; 95% KI 1,65-2,03) (Lange et al. 2007a) hoher Sozialstatus der Mutter (OR 4,4; 95% KI 3,60-5,30) (Lange et al. 2007a) Gesundheitsverhalten <ul style="list-style-type: none"> erstes Anlegen innerhalb der ersten Stunde nach der Geburt (Weissenborn 2009) Medizinische Faktoren <ul style="list-style-type: none"> Geburtsmodus (Weissenborn 2009) Erfahrung <ul style="list-style-type: none"> Anzahl der Kinder (Parität) (Weissenborn 2009) frühere Still Erfahrung wirkt protektiv vor Nicht-Stillen (OR 0,25; 95% KI 0,15-0,42) (Kohlhuber et al. 2008) (Soziale) Unterstützung <ul style="list-style-type: none"> Informationen zur Kinderernährung vor allem von Hebammen und Ärzten/innen (Libuda et al 2014) Migrationsfaktoren <ul style="list-style-type: none"> Migrationshintergrund des Kindes (Mütter von Kindern mit Migrationshintergrund stillen häufiger) (OR 1,8; 95% KI 1,52-2,13) (Lange et al. 2007a) Frauen, die nicht in Deutschland geboren sind, beginnen öfter zu stillen (Spegel et al. 2011) Regionale Faktoren <ul style="list-style-type: none"> Herkunft Ostdeutschland (OR 1,5; 95% KI 1,28-1,81) (Lange et al. 2007a) Stillabsicht <ul style="list-style-type: none"> Stillabsicht (Weissenborn 2009) 	Stillbeginn	Soziodemografische Faktoren <ul style="list-style-type: none"> beabsichtigte baldige Rückkehr in den Beruf (Weissenborn 2009) Alter der Mutter (< 25 Jahre) (Kersting, Dulon 2002b) geringer Bildungsgrad (<10 Jahre Schulbildung) (OR 3,88; 95% KI 2,11-7,12) (Kohlhuber et al. 2008) Gesundheitsverhalten <ul style="list-style-type: none"> Rauchen der Mutter (in der Schwangerschaft) (OR 0,4; 95% KI 0,36-0,45) (Lange et al. 2007a); (von der Lippe et al. 2014) Rauchen der Mutter (Deneke et al. 2008) Medizinische Faktoren <ul style="list-style-type: none"> Frühgeburtlichkeit des Kindes (OR 3,04; 95% KI 1,50-6,15) (Kohlhuber et al. 2008); (Lange et al. 2007a; von der Lippe et al. 2014) Mehrlinge (Lange et al. 2007a; von der Lippe et al. 2014) gesundheitliche Probleme des Kindes nach der Geburt (Lange et al. 2007a) nicht reif bei der Geburt (OR 0,5; 95% KI 0,47-0,61) (Lange et al. 2007a) Probleme nach der Geburt (OR 0,8; 95% KI 0,73-0,89) (Lange et al. 2007a) Erfahrung <ul style="list-style-type: none"> frühere Stillprobleme (von der Lippe et al. 2014) fehlende Still Erfahrung (Kersting, Dulon 2002b) mehrgGebärend (Kersting, Dulon 2002b) fehlende oder unklare Stillabsicht (Kersting, Dulon 2002b)

Tab. 33 Fortsetzung

Stillfördernde Faktoren	Dimensionen des Stillens	Stillhemmende Faktoren
<p>Informiertheit zum Stillen</p> <ul style="list-style-type: none"> Informationen zum Stillen bereits vor Geburt wirkt protektiv vor Nicht-Stillen (OR 0,37; 95% KI 0,23-0,60) (Kohlhuber et al. 2008) 	<p>Stillbeginn</p>	<p>(Soziale) Unterstützung</p> <ul style="list-style-type: none"> Desinteresse des Partners an der Säuglingsernährung (Kersting, Dulon 2002b) ablehnende Haltung des Kindsvaters/ Partners (OR 21,79; 95% KI 13,46-35,27) (Kohlhuber et al. 2008); (von der Lippe et al. 2014) ablehnende Haltung der mütterlichen Großmutter zum Stillen (OR 3,62; 95% KI 2,26-5,81) (Kohlhuber et al. 2008) Informationsgewinnung zur Kinderernährung vor allem durch eigene Mutter (Libuda et al. 2014) <p>Regionale Faktoren</p> <ul style="list-style-type: none"> Aufwachsen in Westdeutschland (Kersting, Dulon 2002b) <p>Informiertheit zum Stillen</p> <ul style="list-style-type: none"> geringer Informiertheitsgrad zum Stillen (Libuda et al. 2014)
<p>Einflussfaktoren auf eine lange Stillzeit</p> <p>Soziodemografische Faktoren</p> <ul style="list-style-type: none"> höheres Alter der Mutter (Rasenack et al. 2012; Rebhan 2008) Alter der Mutter bei Geburt (OR 1,1; 95% KI 1,06-1,09) (Lange et al. 2007a) längere Ausbildungsdauer/ Schulbildung (Deneke et al. 2008); (OR 3,927; 95% KI 2,350-6,562) Rasenack et al. 2012) spätere (Wieder-)Aufnahme der Berufstätigkeit (Rebhan 2008) höhere Ausbildung der Mutter (Rebhan 2008) hoher Bildungsgrad der Mutter (von der Lippe et al. 2014) hoher Sozialstatus der Mutter (OR 1,6; 95% KI 1,34-1,82) (Lange et al. 2007a) mittlerer Sozialstatus (OR 1,2; 95% KI 1,02-1,31) (Lange et al. 2007a) höheres Familieneinkommen (Rebhan 2008) <p>Gesundheitsverhalten</p> <ul style="list-style-type: none"> Nichtraucherin (Deneke et al. 2008; Lange et al. 2007a) Mutter nahm an einem Geburtsvorbereitungs- oder Säuglingspflegekurs teil (Peters et al. 2005) <p>Medizinische Faktoren</p> <ul style="list-style-type: none"> nicht reif bei der Geburt (OR 1,2; 95% KI 1,03-1,47) (Lange et al. 2007a) hoher Reifegrad des Säuglings bei Geburt (Lange et al. 2007a) <p>Erfahrung</p> <ul style="list-style-type: none"> positives Erleben der Stillerrfahrung (Rasenack et al. 2012) Geschwister vorhanden (OR 0,74; 95% KI 0,60-0,90) (Kohlhuber et al. 2008) zwei oder mehr ältere Geschwister (von der Lippe et al. 2014) 	<p>Stilldauer</p>	<p>Einflussfaktoren auf eine kurze Stilldauer</p> <p>Soziodemografische Faktoren</p> <ul style="list-style-type: none"> Alter der Mutter <25 Jahre (Kersting, Dulon 2002b; Weissenborn 2009) junges mütterliches Alter (<= 24 Jahre) (OR 3,31; 95% KI 2,16-5,06) (Kohlhuber et al. 2008) niedriger (Aus-)Bildungsstand (<10 Jahre) (OR 2,52; 95 % KI 1,91-3,34) (Kohlhuber et al. 2008) niedrigerer Bildungsstatus der Mutter (Dulon, Kersting 1999, 2002b; von der Lippe et al. 2014) Schulabschluss der Mutter: Hauptschulabschluss versus Abitur (OR 5,62; 95% KI 3,20-9,89) (Weissenborn 2009) männliches Geschlecht des Säuglings (OR 1,75; 95% KI 1,20-2,55) (Weissenborn 2009) niedriger Sozialstatus (Libuda et al. 2014)

Tab.33 Fortsetzung

Stillfördernde Faktoren	Dimensionen des Stillens	Stillhemmende Faktoren
<p>(Soziale) Unterstützung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Familienstand: verheiratet (Peters et al. 2005; Rebhan 2008) • Unterstützung der Stillentscheidung durch Partner (Rasenack et al. 2012) • Zufriedenheit mit Betreuung in Geburtsklinik (OR 2,091; 95% KI 1,250-3,499) (Rasenack et al. 2012) • Nachsorge durch Hebamme (Rasenack et al. 2012) <p>Migrationsfaktoren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Geburtsland nicht Deutschland (OR 1,54; 95% KI 1,15-2,05) (Kohlhuber et al. 2008) • Kinder mit Migrationshintergrund (Lange et al. 2007a) • Frauen mit Migrationshintergrund stillten länger (Zeitpunkt nach 6 Monaten) (Rasenack et al. 2012) <p>Regionale Faktoren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kinder aus Westdeutschland (Lange et al. 2007a) <p>Stillabsicht</p> <ul style="list-style-type: none"> • vorbestehende Stillabsicht (Rasenack et al. 2012) • starke Stillmotivation nach 3 Monaten (Rasenack et al. 2012) 	<p>Stilldauer</p>	<p>Gesundheitsverhalten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rauchen (OR 4,38; 95% KI 2,66-7,21) (Kohlhuber et al. 2008); (Deneke et al. 2008); (OR 3,46; 95% KI 1,29-9,27) (Weissenborn 2009) • Rauchen der Mutter in der Schwangerschaft (OR 0,6; 95% KI 0,50-0,70) (Lange et al. 2007a); von der Lippe et al. 2014) • Wiegen des Säuglings >1x/ Tag (Kersting, Dulon 2002b) • Schnullergabe innerhalb der ersten 14 Tage (Kersting, Dulon 2002b) • Gebrauch von Hilfsmitteln zum Stillen (Rebhan 2008) • Zufütterung innerhalb der ersten 3 Lebensstage (Kersting, Dulon 2002b) • teilweises Stillen in der ersten Woche nach der Entlassung (OR 6,09; 95% KI 3,23-11,49) (Weissenborn 2009) • frühes Zufüttern (Rebhan 2008) • Zufütterung anderer Nahrung/ Flüssigkeiten in den ersten zwei Monaten nach der Geburt (OR 18,74; 95% KI 7,65-45,94) (Weissenborn 2009) • erstes Anlegen >1 Stunde nach der Geburt (Kerstin, Dulon 2002b) • Stillprobleme in den ersten 14 Tagen (Kersting, Dulon 2002b) • Stillprobleme in den ersten 2 Monaten (OR 2,50; 95% KI 1,16-5,40) (Weissenborn 2009) • Stillprobleme (OR 7,56; 95% KI 6,21-9,91) (Kohlhuber et al. 2008) <p>Medizinische Faktoren</p> <ul style="list-style-type: none"> • primäre Sectio (Rebhan 2008) • Sectioentbindung (Deneke et al. 2008); (OR 1,69; 95% KI 1,36-2,10) (Kohlhuber et al. 2008); (von der Lippe et al. 2014) • Entbindung mit vaginal-operative Entbindung (OR 1,98; 95% KI 1,2-3,25) (Kohlhuber et al. 2008) • Zwillings- bzw. Mehrlingsgeburt (von der Lippe et al. 2014) • Frühgeburtlichkeit (von der Lippe et al. 2014) • Brustentzündungen (Deneke et al. 2008) <p>Erfahrung</p> <ul style="list-style-type: none"> • negative Stillrerfahrung (OR 0,433; 95% KI 0,204-0,917) (Rasenack et al. 2012) • erstgeborenes Kind (von der Lippe et al. 2014) • fehlende Stillrerfahrung (Kersting, Dulon 2002b) • keine bzw. <8 Wochen Stillrerfahrung (OR 2,48; 95% KI 1,60-3,84) (Weissenborn 2009) • mehrgebärend (Kersting, Dulon 2002b)

Tab. 33 Fortsetzung

Stillfördernde Faktoren	Dimensionen des Stillens	Stillhemmende Faktoren
	<p>Stildauer</p>	<p>(Soziale) Unterstützung</p> <ul style="list-style-type: none"> • alleinerziehend (Kersting, Dulon 2002b) • negative Einstellung des Partners zum Stillen (OR 2,36; 95% KI 1,58-3,52) (Kohlhuber et al. 2008) • negative Einstellung der mütterlichen Großmutter zum Stillen (OR 1,62; 95% KI 1,25-2,08) (Kohlhuber et al. 2008) • keine bzw. keine positive Einstellung des Partners zum Stillen (OR 5,69; 95% KI 2,75-11,77) (Weissenborn 2009) • Mutter alleinerziehend oder ohne Partnerschaft (OR 3,91; 95% KI 2,16-7,07) (Weissenborn 2009) • keine Hebammennachsorge nach der Geburt (OR 3,13; 95% KI 1,49-6,63) (Weissenborn 2009); (OR 0,307; 95% KI 0,119-0,790) (Rasenack et al. 2012) • nur Tages-Rooming-in in der Klinik (Kersting, Dulon 2002b) <p>Migrationsfaktoren</p> <ul style="list-style-type: none"> • nicht in Deutschland geborene Frauen hatten eine geringere Stillprävalenz in der 14. Woche (volles bzw. ausschließliches Stillen) (Spegel et al. 2011) <p>Regionale Faktoren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Herkunft Ostdeutschland (OR 0,7; 95% KI 0,62-0,88) (Lange et al. 2007a) <p>Stillabsicht</p> <ul style="list-style-type: none"> • keine Stillabsicht (Kersting, Dulon 2002b); (OR 35,7; 95% KI 4,59-250) (Weissenborn 2009)

10.3 In internationalen Studien häufig verwendete Akkulturationsskalen

10.3.1 AHIMSA (The Acculturation, Habits, and Interests Multicultural Scale for Adolescents Acculturation Scale) (Unger et al. 2002)

1. I am most comfortable being with people from . . .
2. My best friends are from . . .
3. The people I fit in with best are from . . .
4. My favorite music is from . . .
5. My favorite TV shows are from . . .
6. The holidays I celebrate are from . . .
7. The food I eat at home is from . . .
8. The way I do things and the way I think about things are from . . .

Response Options for All Items

- a. The United States
- b. The country my family is from
- c. Both
- d. Neither

10.3.2 ARSMA I (Acculturation Scale for Mexican Americans) (Cuellar et al. 1980)

Items und Antwortvorgaben der ursprünglichen Skala mit 20 bis 24 Items; Skala in Englisch und Spanisch; jeweils 5-stufige Antwortvorgaben (Cuellar et al. 1980, revidierte Form nach Cuellar et al. 1995, zit. nach Zick 2010: 42):

1. Welche Sprache sprechen Sie? (nur Spanisch – eher Spanisch und etwas Englisch – Spanisch und Englisch in gleichem Maße – eher Englisch und etwas Spanisch – nur Englisch)
2. Welche Sprache bevorzugen Sie? (wie 1)
3. Wie identifizieren Sie sich selbst? (Mexican – Chicano – Mexican American – Spanish American, Latin American, Hispanic American, American – Anglo American or other)
4. Welche ethnische Identifikation wählt Ihre Mutter? (wie 3)
5. Welche ethnische Identifikation wählt Ihr Vater? (wie 3)
6. Welche ethnische Herkunft hatten Ihre Freunde als Sie 6 Jahre alt waren? (ausschließlich nur Mexican, Chicanos, Mexican American (La Raza) – eher Raza – etwa gleich Raza, Anglos oder andere Gruppe – eher Anglos, Blacks oder andere ethnische Gruppen – fast ausschließlich Anglos, Blacks oder andere ethnische Gruppen)
7. Welche Herkunft hatten Ihre Freunde als Sie zwischen 6 und 18 Jahre alt waren? (wie 6)
8. Mit wem sind Sie heute außerhalb Ihrer Gemeinschaft verbunden? (wie 6)
9. Welche Musik bevorzugen Sie? (nur Spanisch, eher Spanisch, Spanisch und Englisch gleich, eher Englisch, nur Englisch)
10. Welche Fernsehprogramme sehen Sie hauptsächlich? (nur Spanische etc. wie 9)

11. Welche Kinofilme bevorzugen Sie? (wie 10)
12. a-g: Wo sind geboren: Sie? Ihr Vater? Ihre Mutter? Die Eltern der Eltern (einzeln abgefragt)
13. Wo sind Sie aufgewachsen? (in Mexiko, mehr in Mexiko, in USA und Mexiko gleich, eher in USA, nur in USA)
14. Welchen Kontakt hatten Sie zu Mexiko? (1 Jahr aufgewachsen, weniger als 1 Jahr in Mexiko gelebt, besuche manchmal Mexiko, manchmal Kommunikation (Briefe, Telefonanrufe etc.) mit Mexiko, kein Kontakt zu Mexiko)
15. Welches Essen bevorzugen Sie? (ausschließlich mexikanisch, mehr mexikanisch als amerikanisch, gleich, eher amerikanisches Essen, ausschließlich amerikanisches Essen)
16. In welcher Sprache denken Sie? (wie 9)
17. Können Sie Spanisch lesen? (ja, nein) Können Sie Englisch lesen? (ja, nein) Was können Sie besser lesen? (nur Spanisch, Spanisch besser als Englisch, beides gleich, Englisch besser als Spanisch, nur Englisch)
18. Wie 17 mit Bezug auf Englisch
19. Wenn Sie sich selbst als Mexican, Chicano, Mexican American, Mitglied von La Raza verstehen oder sich mit diesen Gruppen identifizieren, wie stolz sind Sie darüber, dieser Gruppe anzugehören? (1= äußerst stolz, 5= kein Stolz und negative Gefühle gegenüber La Raza)
20. Wie würden Sie sich selbst einschätzen? (sehr mexikanisch, eher mexikanisch, bikulturell, mehr angliiziert, sehr angliiziert)

10.3.3 ARSMA II (Acculturation Rating Scale for Mexican Americans II) (Cuellar et al. 1995)

Scale 1

1. I speak Spanish
2. I speak English
3. I enjoy speaking Spanish
4. I associate with Anglos
5. I associate with Mexicans and/or Mexican Americans
6. I enjoy listening to Spanish language music
7. I enjoy listening to English language music
8. I enjoy Spanish language on TV
9. I enjoy English language on TV
10. I enjoy English language movies
11. I enjoy Spanish language movies
12. I enjoy reading (e.g., books in Spanish)
13. I enjoy reading (e.g., books in English)
14. I write letters in Spanish
15. I write letters in English
16. My thinking is done in the English language
17. My thinking is done in the Spanish language
18. My contact with Mexico has been
19. My contact with the USA has been

20. My father identifies or identified himself as 'Mexicano'
21. My mother identifies or identified herself as 'Mexicana'
22. My friends, while I was growing up, were of Mexican origin
23. My friends, while I was growing up, were of Anglo origin
24. My family cooks Mexican foods
25. My friends now are of Anglo origin
26. My friends now are of Mexican origin
27. I like to identify myself as an Anglo American
28. I like to identify myself as a Mexican American
29. I like to identify myself as a Mexican
30. I like to identify myself as an American

Antwortvorgaben

Scale 1:

1 = Not at all; 2 = Very little or not very often; 3 = Moderately;
4 = Much or very often; 5 = Extremely often or almost always

Scale 2

1. I have difficulty accepting some ideas held by Anglos
2. I have difficulty accepting some attitudes held by Anglos
3. I have difficulty accepting some behaviors exhibited by Anglos
4. I have difficulty accepting some values held by some Anglos
5. I have difficulty accepting certain practices and customs found in some Anglos
6. I have, or think I would have, difficulty accepting Anglos as close personal friends
7. I have difficulty accepting ideas held by some Mexicans
8. I have difficulty accepting certain attitudes held by Mexicans
9. I have difficulty accepting some behaviors exhibited by Mexicans
10. I have difficulty accepting some values held by some Mexicans
11. I have difficulty accepting certain practices and customs found in some Mexicans
12. I have, or think I would have, difficulty accepting Mexicans as close personal friends
13. I have difficulty accepting ideas held by Mexican Americans
14. I have difficulty accepting certain attitudes held by Mexican Americans
15. I have difficulty accepting some behaviors exhibited by Mexican Americans
16. I have difficulty accepting some values held by Mexican Americans
17. I have difficulty accepting certain practices and customs commonly found in Mexican Americans
18. I have, or think I would have, difficulty accepting Mexican Americans as close personal friends

Antwortvorgaben

Scale 2:

1 = Not at all; 2 = Very little or not very often; 3 = Moderately; 4 = Much or very often;
5 = Extremely often or almost always

(Cuellar et al. 1995, zit. nach Davis, Engel 2011: 65-67)

10.3.4 ASSIS (Acculturation Stress Scale for International Students) (Sandhu, Asrabadi 1994)³⁶

1. Homesickness bothers me.
2. I feel uncomfortable to adjust to new foods.
3. I am treated differently in social situations.
4. Others are sarcastic toward my cultural values.
5. I feel nervous to communicate in English.
6. I feel sad living in unfamiliar surroundings.
7. I fear for my personal safety because of my different cultural background.
8. I feel intimidated to participate in social activities.
9. Others are biased toward me.
10. I feel guilty to leave my family and friends behind.
11. Many opportunities are denied to me.
12. I feel angry that my people are considered inferior here.
13. Multiple pressures are placed upon me after migration.
14. I feel that I receive unequal treatment.
15. People show hatred toward me nonverbally.
16. It hurts when people don't understand my cultural values.
17. I am denied what I deserve.
18. I frequently relocate for fear of others.
19. I feel low because of my cultural background.
20. Others don't appreciate my cultural values.
21. I miss the people and country of my origin.
22. I feel uncomfortable to adjust to new cultural values.
23. I feel that my people are discriminated against.
24. People show hatred toward me through actions.
25. I feel that my status in this society is low due to my cultural background.
26. I am treated differently because of my race.
27. I feel insecure here.
28. I don't feel a sense of belonging (community) here.
29. I am treated differently because of my color.
30. I feel sad to consider my people's problems.
31. I generally keep a low profile due to fear.
32. I feel some people don't associate with me because of my ethnicity.
33. People show hatred toward me verbally.
34. I feel guilty that I am living a different life-style here.
35. I feel sad leaving my relatives behind.
36. I worry about my future for not being able to decide whether to stay here or to go back.

The response format ranged from 1 as strongly disagree to 5 as strongly agree with 3 as not sure. Higher scores on each item meant higher acculturative stress.

³⁶ Im Gegensatz zu den weiteren hier zitierten Akkulturationsskalen dient diese Skala vor allem der Erfassung des Akkulturationsstresses (vgl. auch weiterführend Zick 2010).

10.3.5 BAS (Bidimensional Acculturation Scale) (Marin, Gamba 1996)

Englische Version:

Language Use Subscale

1. How often do you speak English?
2. How often do you speak in English with your friends?
3. How often do you think in English?
4. How often do you speak Spanish?
5. How often do you speak in Spanish with your friends?
6. How often do you think in Spanish?

Linguistic Proficiency Subscale

7. How well do you speak English?
8. How well do you read English?
9. How well do you understand television programs in English?
10. How well do you understand radio programs in English?
11. How well do you write in English?
12. How well do you understand music in English?
13. How well do you speak Spanish?
14. How well do you read Spanish?
15. How well do you understand television programs in Spanish?
16. How well do you understand radio programs in Spanish?
17. How well do you write in Spanish?
18. How well do you understand music in Spanish?

Electronic Media Subscale

19. How often do you watch television programs in English?
20. How often do you listen to radio programs in English?
21. How often do you listen to music in English?
22. How often do you watch television programs in Spanish?
23. How often do you listen to radio programs in Spanish?
24. How often do you listen to music in Spanish?

Antwortmöglichkeiten anhand vierstufiger Likertskala (Marin, Gamba 1996):

Für die Items 1-6 sowie 19-24: almost always (4); often (3); sometimes (2); almost never (1)

Für die Items 7-18: very well (4); well (3); poorly (2); very poorly (1)

10.3.6 BASH (Brief Acculturation Scale for Hispanics) (Norris et al. 1996)

1. In general what language do you read and speak?
2. What language do you usually speak at home?
3. In what language do you usually think?
4. What language do you usually speak with your friends?

Response categories: 1= Only Spanish; 2= More Spanish than English; 3= Both equally;
4= More English than Spanish; 5= Only English

(Norris et al. 1996, zit. nach Davis, Engel 2011: 37)

10.3.7 Akkulturationsskala von Hazuda et al. (1988)**Acculturation****I. Early childhood experience with English versus Spanish language**

1. What was the first language you learned to speak?
2. What language was spoken in your home when you were a child?

Scale range: 2-6 points

II. Adult proficiency in English

1. In your opinion, how well do you understand spoken English?
2. In your opinion, how well do you speak English?
3. In your opinion, how well do you read English?

Scale range: 3-12 points

III. Adult pattern of English versus Spanish language usage

1. What language do you usually use with your spouse?
2. What language do you usually use with your children?
3. What language do you usually use with your parents?
4. What language do you usually use at family gatherings, such as Christmas or other holidays?
5. What language do you usually use with most of your friends?
6. What language do you usually (sic!) with most of your neighbors?
7. What language do you usually use with most of the people at work?
8. In what language are the TV programs you watch?
9. In what language are the radio stations you watch?
10. In what language are the books and magazines you read?

Scale range: 10-50 points

IV. Value placed on preserving Mexican cultural origin

1. How important do you feel it is for your children to know something about the history of Mexico?
2. How important do you feel it is for your children to follow Mexican customs and ways of life?
3. How important do you feel it is for your children to celebrate Mexican holidays such as Cinco de Mayo or el Seis de Septiembre?

Scale range: 3-15 points

V. Attitude toward traditional family structure and sex-role organization

1. Knowing your family ancestry or lineage, that is, tracing your family tree, is an important part of family life.
2. It is important to know your cousins, aunts, and uncles and to have a close relationship with them.
3. A person should remember other family members who have passed away on the anniversary of their death, All Soul's Day, or other special occasions.
4. Brothers have the responsibility to protect their sisters while they are growing up.
5. While they are growing up, sisters have an obligation to respect their brother's authority.
6. If they could live anywhere they wanted to, married children should live close to their parents so that they can help each other.

7. In the absence of the father, the most important decisions should be made by the eldest son rather than the mother, if the son is old enough.

Scale range: 7-35 points

Structural Assimilation

I. Childhood interaction with members of mainstream society

1. When you were growing up, were your neighbors mostly Mexican Americans, mostly Anglo, or about equal numbers of each?
2. When you were growing up, were your schoolmates mostly Mexican American, mostly Anglo, or about equal numbers of each?
3. When you were growing up, were your close, personal friends mostly Mexican American, mostly Anglo, or about equal numbers of each?

Scale range: 3-9 points

II. Adult interaction with members of mainstream society

1. Throughout your adult life, have your neighbors been mostly Mexican Americans, mostly Anglo, or about equal numbers of each?
2. Throughout your adult life, have your close, personal friends been mostly Mexican American, mostly Anglo, or about equal numbers of each?
3. (Are the people with whom you work closely on the job/ Are the people with whom you work closely on your last job) mostly Mexican American, mostly Anglo, or about equal numbers of each?

Scale range: 3-9 points

(Originalskala mit 31 Items)

10.3.8 PAS (Psychological Acculturation Scale) (Tropp et al. 1999)

1. With which group(s) of people do you feel you share most of your beliefs and values?
2. With which group(s) of people do you feel you have the most in common?
3. With which group(s) of people do you feel the most comfortable?
4. In your opinion, which group(s) of people best understand(s) your ideas (your way of thinking)?
5. Which culture(s) do you feel proud to be a part of?
6. In which culture(s) do you know how things are done and feel that you can do them easily?
7. In which culture(s) do you feel confident that you know how to act?
8. In your opinion, which group(s) of people do you understand best?
9. In which culture(s) do you know what is expected of a person in various situations?
10. Which culture(s) do you know the most about the history, traditions, and customs, and so forth?

Item responses for the PAS were scored on a 9-point Likert-type scale, ranging from 1 (only Hispanic/Latino) to 9 (only Anglo/American), with a bicultural orientation defining its midpoint (Tropp et al. 1999: 4).

10.3.9 SL-ASIA (Suinn-Lew Asian Self-Identity Acculturation Scale) (Suinn et al. 1995)

Instructions: The questions which follow are for the purpose of collecting information about your historical background as well as more recent behaviors which may be related to your cultural identity. Choose the one answer which best describes you.

1. What language can you speak?
 1. Asian only (for example, Chinese, Japanese, Korean, Vietnamese, etc.)
 2. Mostly Asian, some English
 3. Asian and English about equally well (bilingual)
 4. Mostly English, some Asian
 5. Only English

2. What language do you prefer?
 1. Asian only (for example, Chinese, Japanese, Korean, Vietnamese, etc.)
 2. Mostly Asian, some English
 3. Asian and English about equally well (bilingual)
 4. Mostly English, some Asian
 5. Only English

3. How do you identify yourself?
 1. Oriental
 2. Asian
 3. Asian-American
 4. Chinese-American, Japanese-American, Korean-American, etc.
 5. American

4. Which identification does (did) your mother use?
 1. Oriental
 2. Asian
 3. Asian-American
 4. Chinese-American, Japanese-American, Korean-American, etc.
 5. American

5. Which identification does (did) your father use?
 1. Oriental
 2. Asian
 3. Asian-American
 4. Chinese-American, Japanese-American, Korean-American, etc.
 5. American

6. What was the ethnic origin of the friends and peers you had, as a child up to age 6?
 1. Almost exclusively Asians, Asian-Americans, Orientals
 2. Mostly Asians, Asian-Americans, Orientals
 3. About equally Asian groups and Anglo groups
 4. Mostly Anglos, Blacks, Hispanics, or other non-Asian ethnic groups
 5. Almost exclusively Anglos, Blacks, Hispanics, or other non-Asian ethnic groups

7. What was the ethnic origin of the friends and peers you had, as a child from 6 to 18?
 1. Almost exclusively Asians, Asian-Americans, Orientals
 2. Mostly Asians, Asian-Americans, Orientals
 3. About equally Asian groups and Anglo groups
 4. Mostly Anglos, Blacks, Hispanics, or other non-Asian ethnic groups
 5. Almost exclusively Anglos, Blacks, Hispanics, or other non-Asian ethnic groups

8. Whom do you now associate with in the community?
 1. Almost exclusively Asians, Asian-Americans, Orientals
 2. Mostly Asians, Asian-Americans, Orientals
 3. About equally Asian groups and Anglo groups
 4. Mostly Anglos, Blacks, Hispanics, or other non-Asian ethnic groups
 5. Almost exclusively Anglos, Blacks, Hispanics, or other non-Asian ethnic groups

9. If you could pick, whom would you prefer to associate with in the community?
 1. Almost exclusively Asians, Asian-Americans, Orientals
 2. Mostly Asians, Asian-Americans, Orientals
 3. About equally Asian groups and Anglo groups
 4. Mostly Anglos, Blacks, Hispanics, or other non-Asian ethnic groups
 5. Almost exclusively Anglos, Blacks, Hispanics, or other non-Asian ethnic groups

10. What is your music preference?
 1. Only Asian music (for example, Chinese, Japanese, Korean, Vietnamese, etc.)
 2. Mostly Asian
 3. Equally Asian and English
 4. Mostly English
 5. English only

11. What is your movie preference?
 1. Asian-language movies only
 2. Asian-language movies mostly
 3. Equally Asian/English English-language movies
 4. Mostly English-language movies only
 5. English-language movies only

12. What generation are you? (circle the generation that best applies to you:)
 1. 1st Generation = I was born in Asia or country other than U.S.
 2. 2nd Generation = I was born in U.S., either parent was born in Asia or country other than U.S.
 3. 3rd Generation = I was born in U.S., both parents were born in U.S, and all grandparents born in Asia or country other than U.S.
 4. 4th Generation = I was born in U.S., both parents were born in U.S, and at least one grandparent born in Asia or country other than U.S. and one grandparent born in U.S.
 5. 5th Generation = I was born in U.S., both parents were born in U.S., and all grandparents also born in U.S.

13. Where were you raised?

1. In Asia only
2. Mostly in Asia, some in U.S.
3. Equally in Asia and U.S.
4. Mostly in U.S., some in Asia
5. In U.S. only

14. What contact have you had with Asia?

1. Raised one year or more in Asia
2. Lived for less than one year in Asia
3. Occasional visits to Asia
4. Occasional communications (letters, phone calls, etc.) with people in Asia
5. No exposure or communications with people in Asia

15. What is your food preference at home?

1. Exclusively Asian food
2. Mostly Asian food, some American
3. About equally Asian and American
4. Mostly American food
5. Exclusively American food

16. What is your food preference in restaurants?

1. Exclusively Asian food
2. Mostly Asian food, some American
3. About equally Asian and American
4. Mostly American food
5. Exclusively American food

17. Do you

1. Read only an Asian language?
2. Read an Asian language better than English?
3. Read both Asian and English equally well?
4. Read English better than an Asian language?
5. Read only English?

18. Do you

1. Write only an Asian language?
2. Write an Asian language better than English?
3. Write both Asian and English equally well?
4. Write English better than an Asian language?
5. Write only English?

19. If you consider yourself a member of the Asian group (Oriental, Asian, Asian-American, Chinese-American, etc., whatever term you prefer), how much pride do you have in this group?

1. Extremely proud
2. Moderately proud
3. Little pride
4. No pride but do not feel negative toward group
5. No pride but do feel negative toward group

20. How would you rate yourself?

1. Very Asian
2. Mostly Asian
3. Bicultural
4. Mostly Westernized
5. Very Westernized

21. Do you participate in Asian occasions, holidays, traditions, etc.?

1. Nearly all
2. Most of them
3. Some of them
4. A few of them
5. None at all

(Original-Skala mit 21 Items)

(Quelle: Suinn o.J.)

10.4 Messung von Akkulturation in nationalen Studien

1. Messung von Akkulturation anhand eines Akkulturationsfragebogens						
Autor/innen (Publikationsjahr)	Definition von Akkulturation	Messung von Akkulturation: Messinstrument	Studienpopulation	Themengebiet: Outcome	Zentrale Ergebnisse hinsichtlich Akkulturation:	
1. Bongard et al. (2015)	Redfield et al. (1936)	Frankfurter Akkulturationsskala (FRACK20) (Bongard et al. 2007) (20 Items)	n=61 Migrant/innen aus ostafrikanischen Ländern	Gesundheits-/ Risikoverhalten: Khat- Konsum	+	
2. Iarmolenko et al. (2016)	keine Definition	(Vancouver) Index of Acculturation (VIA) (Ryder et al. 2000) (20 Items)	n=894 Migrant/innen (3 Gruppen): 1) Spätaussiedler/innen, 2) russische Juden/Jüdinnen, 3) türkische Arbeitsmigrant/innen	„Transnationalismus“ als Bindung sowohl an Herkunfts- als auch an Aufnahmeland: Reisefrequenz ins Herkunftsland	+	
3. Reiss et al. (2015)	Berry (1997); Rudmin (2009b)	Frankfurter Akkulturationsskala (FRACK15) (Bongard et al. 2000, 2002) (15 Items) sowie zwei Proxy-Parameter: Dauer des Aufenthalts und deutsche Sprachkenntnisse	n=7100 Frauen mit und ohne Migrationshintergrund	Gesundheits-/ Risikoverhalten: Rauchen in der Schwangerschaft	+	
4. Behrens et al. (2014)	Berry (1990, 1997); Bhugra; Jones (2001)	Frankfurter Akkulturationsskala (FRACK20) (Bongard et al. 2007) (20 Items)	n=90 mit unterschiedlichem Migrationshintergrund	psychische Gesundheit: Depressivität	+	
5. Morawa, Erim (2014)	Berry (1997, 2005)	Frankfurter Akkulturationsskala (FRACK20) (Bongard et al. 2007) (20 Items)	n=471 türkeistämmige Migrant/innen	psychische Gesundheit: Depressivität	+	
6. Shim et al. (2014)	Berry (1997); Redfield et al. (1936)	Vancouver Index of Acculturation (VIA) (Ryder et al. 2000) (20 Items)	n=161 Studierende in Deutschland mit ostasiatischem Migrationshintergrund	psychische Gesundheit: Depressivität	+	
7. Titzmann et al. (2014)	Akkulturations- stress: Titzmann et al. (2011)	Instrument zur Bewertung des Akkulturationsstress (Titzmann et al. 2011)	1) n=188 männliche adolezente Spätaussiedler aus der ehemaligen Sowjetunion, 2) n=237 männliche Adoleszente ohne Migrationshintergrund, 3) n=182 männliche jüdische Adolezente aus Israel	delinquentes Verhalten und Akkulturationsstress	+	

Tabelle 34: Messung von Akkulturation in nationalen Studien der Jahre 2005-2015

+: Akkulturation(sgrad) hat Einfluss auf untersuchte/s Outcome/s
 -: Akkulturation(sgrad) hat keinen Einfluss auf untersuchte/s Outcome/s

Tab. 34 Fortsetzung

Autor/innen (Publikationsjahr)	Definition von Akkulturation	Messung von Akkulturation: Messinstrument	Studienpopulation	Themengebiet: Outcome	Zentrale Ergebnisse hinsichtlich Akkulturation:
8. Hinrichsen et al. (2014)	Hinrichsen et al. (2014)	eigene Skala mit Fragen zu Migration/ Sprachkompetenz und Akkulturation (15 Items)	1) n=420 deutsche Frauen, 2) n=126 chinesische Migrantinnen, 3) n=218 Chinesinnen	menopausale Symptome im interkulturellen Kontext	+
9. Schmidt et al. (2013)	Schmidt et al. (2013)	Fragebogen von Günay, Haag (1990) (7 Items, modifiziert)	n=243 Kinder mit türkeistämmigem Migrationshintergrund	Aufmerksamkeitsstörungen: Evaluation des Fragebogens von Connors (2008) auf kulturelle Einflüsse	+
10. David et al. (2012)	Beck (2006)	Fragebogen von Günay, Haag (1990) (23 Items), Messung des Akkulturationsgrades basiert auf 9 Items. Akkulturation hier Selbsteinschätzung von Integration (1 Item, 7-stufig) und erlebter Diskriminierung (6 Items)	n=753 Frauen, davon n=545 Migrantinnen	Hyperemesis Gravidarum: psychisches Wohlergehen	-
11. Nesterko et al. (2014)	Berry (1997)	Messung von Akkulturation anhand der Fragen: 1) „Fühlen Sie sich in Deutschland zu Hause?“ 2) Haben Sie eine enge Bindung zu Ihrer Heimatkultur?“	n=110 jüdische Einwanderer/innen aus der ehemaligen Sowjetunion ≥ 60 Jahre	psychische Gesundheit: Einfluss von Diskriminierung und Religiosität	+
12. Maksimovic et al. (2014)	keine Definition	Messung von Akkulturation anhand der Fragen: 1) „Fühlen Sie sich in Deutschland zu Hause?“ 2) Haben Sie eine enge Bindung zu Ihrer Heimatkultur?“	n=2786 Studienteilnehmer/innen, davon 85% (n=2370) ohne Migrationshintergrund	psychische Gesundheit: Depressivität	+
13. Daniel et al. (2012)	Berry (1997, 2001); Hofstede (2001); Schwartz (1999)	„Values in Context Questionnaire“ (VICQ) (Daniel, Knafo 2011) sowie „Schwartz Value Survey“ (SVS) (Schwartz 1992) (12 Items, adaptierte Fassung)	n= 3497 Jugendliche: 1) aus Deutschland, 2) aus Israel, 3) Immigrant/innen aus der ehemaligen Sowjetunion in Deutschland, 4) Immigrant/innen aus der ehemaligen Sowjetunion in Israel	Wertedifferenzierung von Jugendlichen	+
14. Zhang et al. (2010)	Berry (1997); Gibson (2001)	Vancouver Index of Acculturation (VIA) (Ryder et al. 2000) (20 Items)	n=139 chinesische Studierende in München	psychische Gesundheit von Studierenden	- (Akkulturations- variablen erklären lediglich 4% der Varianz)

+: Akkulturation(sgrad) hat Einfluss auf untersuchte/s Outcome/s
 -: Akkulturation(sgrad) hat keinen Einfluss auf untersuchte/s Outcome/s

Tab. 34 Fortsetzung

Autor/innen (Publikationsjahr)	Definition von Akkulturation	Messung von Akkulturation: Messinstrument	Studienpopulation	Themengebiet: Outcome	Zentrale Ergebnisse hinsichtlich Akkulturation ¹ :
15. Geschke et al. (2010)	Berry (1997); Redfield et al. (1936); Rudmin (2006)	Beurteilung der Akkulturationsziele von Migrant/innen durch Mehrheitsbevölkerung mit je drei Items pro Akkulturationsziel: 1) Beibehaltung der Herkunftskultur, 2) Beibehaltung der deutschen Kultur, 3) Adaption der Herkunftskultur, 4) Adaption der deutschen Kultur	n=116 Personen der Mehrheitsbevölkerung (Querschnitt); n=70 Personen der Mehrheitsbevölkerung (Längsschnitt)	Akkulturationsziele der Mehrheitsbevölkerung als Prädiktoren für Haltung und Verhalten gegenüber Migrant/innen	+
16. Gül, Kolb (2009)	Berry (2003); Hovey et al (2006) keine Definition	5-Item-Akkulturation-Fragebogen von Coronado et al. (2005) (adaptierte Fassung) Akkulturation wurde anhand der Items des Fragebogens von Sauer (2007) gemessen	n=220 Patient/innen mit Migrationshintergrund Türkei	psychische Gesundheit und ethnische Identität	+
17. Tagay et al. (2009)	keine Definition	Akkulturationsindex aus den migrationsrelevanten Fragen (7 Items)	n=179 Migrant/innen versus 184 Personen ohne Migrationshintergrund	Religiosität, psychische Symptombelastung und Integration	+
18. Mikolajczyk et al. (2008)	Abraido-Lanza et al. (2006); Arcia et al. (2001)	Akkulturationsindex aus den migrationsrelevanten Fragen (7 Items)	n=1481 Vorschulkinder, mit und ohne Migrationshintergrund	Impfprävalenz bei Kindern	+
19. Merbach et al. (2008)	Bourhis et al. (1997)	Messung von Akkulturation nach folgenden Unterkriterien: 1) kognitive Assimilation, 2) strukturelle Assimilation, 3) soziale Assimilation, 4) identifikative Assimilation	n=140 polnische Migrant/innen; n=82 vietnamesische Migrant/innen	psychische Gesundheit: Angst und Depression	+
20. Haasen et al. (2008a)	Berry (1980)	Akkulturation-Stress-Index (ASI) (Nicassio et al. 1986) (20 Items)	n=202 russischstämmige Migrant/innen und n= 100 iranische Migrant/innen	psychische Gesundheit: mentale Erschöpfung bei Migrant/innen	+ (mentale Erschöpfung und Akkulturations- stress) - (Akkulturations- stress und Dauer des Aufenthalts)
21. Haasen et al. (2008b)	keine Definition	Akkulturation-Stress-Index (ASI) (Nicassio et al. 1986) (adaptierte Fassung)	n=50 Immigrant/innen aus Afghanistan mit schädlichem Alkoholkonsum	psychische Gesundheit: schädlicher Alkoholkonsum	+

+: Akkulturation(sgrad) hat Einfluss auf untersuchte/s Outcome/s

-: Akkulturation(sgrad) hat keinen Einfluss auf untersuchte/s Outcome/s

Tab. 34 Fortsetzung

Autor/innen (Publikationsjahr)	Definition von Akkulturation	Messung von Akkulturation: Messinstrument	Studienpopulation	Themengebiet: Outcome	Zentrale Ergebnisse hinsichtlich Akkulturation ¹ :
8. Haasen et al. (2007)	Berry (1980)	Akkulturation-Stress-Index (ASI) (Nicassio et al. 1986) (20 Items) (adaptierte Fassung)	n=402 Migrant/innen	psychische Gesundheit: Akkulturationsstress und psychische Belastung	+(Akkulturationsstress und psychische Belastung) -(Akkulturationsstress und Aufenthaltsdauer)
2. Verwendung von Proxys zur Messung von Akkulturation					
1. Titzmann et al. (2015)	Berry et al. (2002); Oppedal (2006)	Akkulturation wird indirekt durch die beiden Variablen Sprachmittlung und Länge des Aufenthalts gemessen	n=197 Mutter-Adoleszenten-Paare ohne Migrationshintergrund; n=185 Mutter-Kind-(Adoleszenten) Paare aus der ehemaligen Sowjetunion	Mutter-Kind/ Adoleszenten-Paare: Vergleichsstudie bzgl. Informationsweitergabe zwischen den Generationen	+
2. Zeissig et al. (2015)	Chirkov (2009)	Migrationshintergrund nach Schenk et al. (2006): Migrant/innen mit einseitigem Migrationshintergrund werden als mehr akkulturiert bezeichnet	n=6143 Krebsüberlebende, davon n=383 (6%) Immigrant/innen	Nutzung von psychosozialen und informativen Angeboten durch Krebsüberlebende	+
3. Titzmann, Silbereisen (2012)	Redfield et al. (1936).	1) Länge des Aufenthalts, 2) Deutsch als Muttersprache, 3) akkulturativer Wechsel (alterstypische Verhaltensweisen)	n=523 adoleszente Spätaussiedler/innen aus der ehemaligen Sowjetunion; n= 475 Adoleszente ohne Migrationshintergrund	Autonomieerwartungen bei Jugendlichen	+(bei Jugendlichen mit späterem Migrationszeitpunkt)
4. Titzmann (2012)	Birman (2006); Telzer (2011)	1) Länge des Aufenthalts, 2) Deutsch als Muttersprache, 3) „Language Brokering“ sowie drei inter-ethnische Kontaktvariablen	jeweils Mutter-Adoleszenten-Paare: 1) n=197 ohne Migrationshintergrund, 2) n=185 Spätaussiedlerinnen	Parentifizierung bei Adoleszenten: Vergleich von Migrantenjugendlichen aus der ehemaligen Sowjetunion und einheimischen Jugendlichen	+
5. Sieberer et al. (2012)	keine Definition	1) Länge des Aufenthalts in Jahren, 2) Muttersprache, 3) subjektive Einschätzung der Deutschkenntnisse sowie die Fragen 4) „Fühlen Sie sich in Deutschland zu Hause?“ (ja/nein) und 5) „Haben Sie starke Verbindungen zu Ihrer Herkunftskultur?“ (ja/nein)	n=2932 Studienteilnehmer/innen, davon n=419 mit Migrationshintergrund	psychische Gesundheit: depressive Symptome	-

+ : Akkulturation(sgrad) hat Einfluss auf untersuchte/s Outcome/s

- : Akkulturation(sgrad) hat keinen Einfluss auf untersuchte/s Outcome/s

Tab. 34 Fortsetzung

Autor/innen (Publikationsjahr)	Definition von Akkulturation	Messung von Akkulturation: Messinstrument	Studienpopulation	Themengebiet: Outcome	Zentrale Ergebnisse hinsichtlich Akkulturation ¹ :
6. Rühl et al. (2010)	Akkulturation als kulturelle Adaption	zu Hause gesprochene Sprache bei türkeistämmigen Familien	n=49 Kinder ohne Migrationshintergrund, n=73 Kinder mit türkeistämmigem Migrationshintergrund	atopische Erkrankungen bei Kindern: Einfluss von Akkulturation auf Ernährungsgewohnheiten	+
7. Titzmann, Silbereisen (2009)	keine Definition	1) Länge des Aufenthalts, 2) elterliche Bedenken, 3) Sprachnutzung, 4) erlebte Diskriminierung)	n=218 neu migrierte sowie n=272 bereits vor längerem migrierte Jugendliche aus der ehemaligen Sowjetunion	Freundschaften von Jugendlichen aus der ehemaligen Sowjetunion	+
8. Gerhards, Hans (2009)	Alba (2005)	Namensgebung (Vornamen) der Kinder von Personen mit Migrationshintergrund	in Deutschland geborene Kinder mit Eltern aus der Türkei, dem ehemaligen Jugoslawien und romanischen Ländern	Namensgebung (Vornamen) des Aufnahmelandes als Zeichen der Akkulturation/ Assimilation	+
9. Titzmann et al. (2008)	Birman et al. (2002); Esser (1980); Sluzki (1979)	Länge des Aufenthalts: Newcomer bei Aufenthalt <3,5 Jahre (Schmitt- Rodermund, Silbereisen 1999)	n=402 männliche Spätaussiedler aus der ehemaligen Sowjetunion; n=395 männliche deutsche Jugendliche	Delinquenz von Jugendlichen: Vergleich von einheimischen Jugendlichen mit jugendlichen Spätaussiedlern der ehemaligen Sowjetunion.	+

+: Akkulturation(sgrad) hat Einfluss auf untersuchte/s Outcome/s

-: Akkulturation(sgrad) hat keinen Einfluss auf untersuchte/s Outcome/s

10.5 Fragebogen 1 (T1)

Forschungsprojekt:
 „Der Einfluss von Migrations- und Akkulturationsprozessen auf Schwangerschaft und Geburt: Perinataldaten von
 Migrantinnen und deutschen Frauen im Vergleich“ (2010-2012)
 Prof. Dr. med. Matthias David (Charité); Prof. Dr. Theda Borde, MPH (ASH Berlin)

Patienten Nr. |__|__|__|__|__|__|

Geburten Nr. |__|__|__|__|__|__|

Stand: 27.01.2011

Fragebogen 1: Befragung von Frauen in Berliner Geburtskliniken**A. Soziodemografische Angaben**

1. Wie lautet die Postleitzahl Ihres Wohnortes?
|__|__|__|__|__|__|
2. Wie alt sind Sie?
|__|__| Jahre
3. Haben Sie bereits eigene Kinder?
 nein
 ja Wie viele? |__|__|
(Anzahl der eigenen Kinder)
4. Mit wem wohnen Sie in einem Haushalt? *(Mehrfachantworten möglich)*
 alleine
 mit Kind(ern)
 mit (Ehe-)Partner
 mit den Eltern
 mit den Schwiegereltern
 mit anderen Familienangehörigen
 in einer Wohngemeinschaft
 sonstiges (z.B. Wohnheim)
5. Wie viele Personen leben in Ihrem Haushalt?
|__|__| *(Anzahl der Personen)*
6. Wie viele Zimmer hat Ihre Wohnung/Ihr Haus?
|__|__| *(Anzahl der Zimmer ohne Bad und Küche)*
7. Wo sind Sie zur Schule gegangen?
 entfällt, keine Schule besucht
 nur in Deutschland
 nur im Ausland
 in Deutschland und im Ausland
 In welchem Land/ in welchen Ländern

8. Wie lange haben Sie die Schule besucht? *(Anzahl der Schuljahre)*
 |__|__| Jahre in Deutschland
 |__|__| Jahre im Ausland
9. Welchen Schulabschluss haben Sie?
(Kreuzen Sie Ihren höchsten Schulabschluss an)
 keinen Schulabschluss/ nur Grundschule
 Hauptschulabschluss
 Realschulabschluss/ POS/ Mittelschule
 Fachschul-/ Berufsschulabschluss
 Abitur/ Fachabitur
 Universitäts-/ Fachhochschulabschluss
10. Haben Sie einen Beruf erlernt bzw. ein Studium abgeschlossen?
 nein ja
 Welchen/Welches?

11. Sind Sie zurzeit berufstätig?
(vor und während der Schwangerschaft)
 nein ja
 Welche Tätigkeit?

12. Erwerbsstatus
(vor und während der Schwangerschaft)
 Angestellte/ Arbeiterin/ Beamtin
 selbständig oder freiberuflich tätig
 Studentin/ Schülerin/ Auszubildende
 Hausfrau
 vorübergehende Freistellung (z.B. Elternzeit)
 Sonstiges

13. Erhalten Sie zusätzliche finanzielle Unterstützung durch:
(Mehrfachnennung möglich)
 Arbeitslosengeld I oder II (Hartz IV)
 Rente (z.B. Erwerbsunfähigkeitsrente)
 Unterstützung vom (Ehe-)Partner

Fragebogen 1 Fortsetzung

- Unterstützung von den Eltern
 Bafög oder Ausbildungsförderung
 Sonstiges

- entfällt, keine Partnerschaft
 in Deutschland
 in einem anderen Land
 In welchem? _____

- 14. Planen Sie nach dem Mutterschutz (wieder) erwerbstätig zu sein?**
 nein
 ja, direkt nach der Mutterschutzfrist
 ja, nach einer Elternzeit von
 |_|_| Monaten
 ja, aber erst später, wenn das Kind
 |_|_| Jahre alt ist

- 19. Seit wann lebt Ihr Partner hauptsächlich in Deutschland?**
 entfällt, keine Partnerschaft
 seit seiner Geburt
 seit |_|_|_|_| (Jahreszahl)
 Wohnsitz ist nicht in Deutschland

- 15. Wie hoch ist Ihr monatliches Haushaltsnettoeinkommen?**
(Einkommen aller Haushaltsmitglieder abzüglich Steuern, inklusive Kindergeld, Elterngeld etc.)

- < 900 Euro
 900-1500 Euro
 >1500-2600 Euro
 > 2600 Euro

- 20. Sind Sie mit dem Vater Ihres Kindes verwandt?**
 nein ja
 Wenn ja, Verwandtschaftsverhältnis?

- 21. Welcher Religion gehören Sie an?**
 keiner weiter mit Frage 23.
 christlich
 muslimisch
 anderer Religion
 Welcher?

- 16. Haben Sie derzeit eine feste Partnerschaft?**
 nein ja

- 22. Wie stark fühlen Sie sich Ihrer Religion verbunden?**
 entfällt
 gar nicht
 wenig
 mittel
 stark

- 17. Leben Sie mit Ihrem (Ehe-)Partner zusammen?**
 nein ja

- 18. In welchem Land ist Ihr Partner geboren?**

- 23. Wie zufrieden sind Sie derzeit mit den folgenden Lebensbereichen?**
(bitte kreuzen Sie in jeder Reihe ein Feld an)

0 = ganz und gar unzufrieden bis ganz und gar zufrieden = 10

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Wohnsituation											
Einkommen											
berufliche Situation											
familiäre Situation											
Gesundheit											
mit Ihrem Leben insgesamt											

Fragebogen 1 Fortsetzung

B. Versorgungsaspekte

24. Wurden Sie während Ihrer Schwangerschaft von einem/ einer Frauenarzt/-ärztin betreut?
- nein ja
25. Welches Geschlecht hat Ihr/e niedergelassene/r Frauenärztin/ Frauenarzt, die/der Sie während dieser Schwangerschaft zuletzt betreut hat?
- weiblich männlich
26. Welche Nationalität hat diese/r Frauenarzt/ Frauenärztin?
- deutsch
 andere Nationalität
 Welche? _____
 weiß ich nicht
27. Bei wie vielen niedergelassenen Frauenärzten/ Frauenärztinnen waren Sie insgesamt während dieser Schwangerschaft?
- |__|__| (Anzahl)
28. Wurden Sie während dieser Schwangerschaft auch von Frauenärzten/ Frauenärztinnen in Kliniken betreut?
- nein ja
29. Gehen Sie meist allein oder eher in Begleitung (z.B. mit Partner, Freundin, Familienangehörigen) zum Frauenarzt/ zur Frauenärztin?
- eher allein
 eher in Begleitung
30. Haben Sie außer der medizinischen Vorsorge bei einem/r Frauenarzt/ Frauenärztin weitere Angebote der Schwangerenbetreuung/ Geburtsvorbereitung während dieser Schwangerschaft genutzt?
- nein, keine weiteren
- Wenn ja (kreuzen Sie bitte alles an, was Sie genutzt haben)
- Schwangerschaftsgymnastik, -yoga, -sport, -schwimmen
 Schwangerenvorsorge durch eine Hebamme
 Geburtsvorbereitungskurs
 Informationsabende und Besichtigungstermine in Kliniken
 Informationsabende und Besichtigungstermine in Geburtshäusern
 Beratung zur Elternzeit/ Elterngeld
 soziale Beratung in einer Schwangerschaftsberatungsstelle
 finanzielle Unterstützung von der Bundesstiftung "Mutter und Kind"
 finanzielle Unterstützung von der Stiftung "Hilfe für die Familie"
 psychologische Beratung
 andere Angebote, welche
-
-
-
31. Wer unterstützt Sie nach der Geburt Ihres Kindes zu Hause? (*Mehrfachnennung möglich*)
- Partner
 andere Familienangehörige
 Freunde/Bekannte/Nachbarn
 Familienpflege
 Hebamme
 niemand

Fragebogen 1 Fortsetzung

32. Durch welche Medien und Personen informieren Sie sich in der Regel zu Fragen im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt und Gesundheit?

(bitte kreuzen Sie in jeder Reihe ein Feld an)

	oft	manchmal	selten	nie
Internet				
Fernsehen/ Radio				
Zeitungen/ Zeitschriften/ Bücher / Broschüren				
Ärzte/innen/ Hebammen				
Familienangehörige/ andere Frauen				

C. Migration, Akkulturation, Kommunikation, soziale Netze

33. Welche Sprache ist Ihre Muttersprache?

- deutsch (1)
 andere Sprache (2)

.....
 zweisprachig:
 und

34. Wenn Deutsch nicht Ihre Muttersprache ist, wie gut schätzen Sie Ihre Deutschkenntnisse ein?

- Ich habe
 sehr gute geringe
 gute keine
 mittelmäßige Deutschkenntnisse

35. In welchem Land sind Sie geboren?

- in Deutschland (1)
 in einem anderen Land (2)
 In welchem?

36. Seit wann leben Sie hauptsächlich in Deutschland?

- seit meiner Geburt
 seit |__|__|__|__| (Jahreszahl)
 Wohnsitz ist nicht in Deutschland

37. In welchem Land sind Ihre Eltern geboren?

- Mutter in Deutschland (1)
 in einem anderen Land (2)
 In welchem?

Wenn die Fragen 33, 35 und 37 mindestens einmal mit der Antwortmöglichkeit (2) beantwortet wurden, weiter mit Frage 41.

- Vater in Deutschland (1)
 in einem anderen Land (2)

In welchem?

38. Verfügen Sie über

(bitte nur ein Feld ankreuzen)

- die deutsche Staatsangehörigkeit
 einen unbefristeten Aufenthaltsstatus
 einen befristeten Aufenthaltsstatus (z.B. Asylbewerber)
 sonstigen Status (z.B. Touristin, kurzfristiger Arbeitsaufenthalt u.a.)

39. Wenn Sie nicht in Deutschland geboren sind, wie sind Sie nach Deutschland gekommen?

- entfällt, da in Deutschland geboren
 (bitte nur ein Feld ankreuzen)

- als Kind mit den Eltern hierher gezogen
 zum (Ehe-)Partner nach Deutschland gezogen
 Arbeitsaufnahme in Deutschland
 zum Studium oder zur Ausbildung
 aus politischen Gründen (Asyl)
 als deutschstämmige Aussiedlerin
 als Touristin
 andere Wege (bitte benennen)

40. Haben Sie Familienangehörige in Berlin? (außer Kindern)

- nein
 ja

Fragebogen 1 Fortsetzung

41. Fragen zur Akkulturation

Frankfurter Akkulturationskala FRAKK (Bongard, Pogge, Arslaner, Rohmann & Hodapp, 2002)

		trifft überhaupt nicht zu ---	trifft im Wesentl ichen nicht zu --	trifft eher nicht zu -	teils- teils +/-	trifft etwas zu +	trifft im Wesentl ichen zu ++	trifft vollstän dig zu +++
1.	Ich benutze deutsche Massenmedien (TV, Tageszeitung, Zeitschriften etc.).	0	1	2	3	4	5	6
2.	In meiner Freizeit spreche ich die Sprache meines Herkunftslandes bzw. des Herkunftslandes meiner Eltern.	0	1	2	3	4	5	6
3.	Ich lebe stark nach den Traditionen meines Herkunftslandes bzw. des Herkunftslandes meiner Eltern.	0	1	2	3	4	5	6
4.	Ich fühle mich von meinen deutschen Nachbarn; Kollegen/innen; Mitmenschen angenommen.	0	1	2	3	4	5	6
5.	Ich habe kein Interesse daran, mich mit Deutschen anzufreunden.	0	1	2	3	4	5	6
6.	Einen Deutschen in der Verwandtschaft kann ich mir gut vorstellen.	0	1	2	3	4	5	6
7.	Es belastet mich, in der deutschen Gesellschaft zu leben.	0	1	2	3	4	5	6
8.	Ich verfolge die politischen Geschehnisse in Deutschland.	0	1	2	3	4	5	6
9.	Wenn ich Probleme habe, spreche ich darüber mit anderen Personen aus meinem Herkunftsland bzw. dem Herkunftsland meiner Eltern.	0	1	2	3	4	5	6
10.	Ich fühle mich von der deutschen Gesellschaft akzeptiert.	0	1	2	3	4	5	6
11.	Ich habe keine deutschen Freunde.	0	1	2	3	4	5	6
12.	Im Laufe der Zeit hat die Religion eine immer stärkere Bedeutung für mich bekommen.	0	1	2	3	4	5	6
13.	Ich möchte mein Leben in Deutschland verbringen.	0	1	2	3	4	5	6
14.	Ich mache Gebrauch von Massenmedien aus meinem Herkunftsland bzw. aus dem Herkunftsland meiner Eltern (TV, Tageszeitung, Zeitschriften etc.).	0	1	2	3	4	5	6
15.	Meine Freunde kommen zum größten Teil aus meinem Herkunftsland bzw. aus dem Herkunftsland meiner Eltern.	0	1	2	3	4	5	6

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Fragebogen 1 Fortsetzung

Interviewerbogen: Fragebogen 1**42. Erhebungsstandort**

- Vivantes Klinikum am Urban
 Vivantes Klinikum Neukölln
 Charité Campus Virchow Klinikum

43. Station in der Klinik

- Schwangerenberatung
 Präpartale Station
 Kreißsaal
 Wochenbettstation

44. Interviewerin |__|__|__|__|

45. Befragungszeitpunkt

Datum

Uhrzeit: von bis

46. Befragungsdauer |__|__| Minuten

47. Sprache des Interviews

- deutsch türkisch
 andere Sprache
.....
 zweisprachig:
..... und

48. Sprache des Fragebogens

- deutsch türkisch
 englisch arabisch
 kurdisch russisch
 französisch
 andere Sprache
.....
 zweisprachig:
..... und

53. Sonstige Bemerkungen

.....
.....
.....
.....

49. Die Schwangere war während der Befragung

- allein mit der Interviewerin
 in Begleitung von

.....

50. Wenn in Begleitung: wurde das Gespräch von der Begleitperson gedolmetscht?

- nein ja

51. Wurde das Interview mit Hilfe anderer gedolmetscht?

- nein ja
wenn ja, durch wen/wie?
 Audiübersetzung
 andere Interviewerin per Telefon
 andere Person nämlich:

.....

52. Unterbrechung während des Interviews

- nein
 ja

wenn ja, Grund?

.....

.....

.....

(Unterschrift der Interviewerin)

10.6 Fragebogen 2 (T2)

Forschungsprojekt:
„Der Einfluss von Migrations- und Akkulturationsprozessen auf Schwangerschaft und Geburt: Perinataldaten von Migrantinnen und deutschen Frauen im Vergleich“ (2010-2012)
 Prof. Dr. med. Matthias David (Charité); Prof. Dr. Theda Borde, MPH (ASH Berlin)

Patientinnen Nr. |__|__|__|__|__|__|

Geburten Nr. |__|__|__|__|__|

Stand: 27.01.2011

Fragebogen 2: Wöchnerinnen (2. Tag postpartum)

1. **Haben Sie begonnen, Ihr Kind zu stillen?**
 nein weiter mit Frage 2.
 ja weiter mit Frage 3.

2. **Falls Sie nicht stillen, geben Sie bitte den Grund/ die Gründe für Ihre Entscheidung an**
(Mehrfachnennung möglich)
 mein Kind hatte/ hat gesundheitliche Probleme
 ich kann nicht stillen, weil ich krank war/ bin
 ich habe ungünstige Brustwarzen
 ich hatte bei einem früheren Kind schon Probleme mit dem Stillen
 ich habe Angst, dass Muttermilch zu viele Schadstoffe enthält
 ich habe keine Lust zu stillen
 ich finde, Flaschenfütterung ist genauso gut wie Stillen
 ich möchte gem wieder rauchen
 ich möchte gem mal wieder ein Glas Wein/Bier o. ä. trinken
 ich glaube, dass ich keine Zeit zum Stillen haben werde
 der Vater meines Kindes/mein Partner möchte nicht, dass ich stille
 Sonstige *(bitte benennen)* _____

weiter mit Frage 4.

Quelle: „Das Stillverhalten von Müttern nach der Entbindung in Berliner Kliniken“, Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) (2004) (Dissertation von A. Weissenborn)

3. **Wie lange möchten Sie Ihr Kind stillen?**
 |__|__| Monate

4. **Haben Sie bereits Still Erfahrung?**
 nein
 ja bei |__|__| Kind(ern)

5. **Wurden Sie nach dieser Geburt zum Stillen angeleitet?** *(Mehrfachnennung möglich)*
 nein
 ja Von wem?
 Stillberaterin Krankenschwester Hebamme
 Arzt/ Ärztin berufliche Qualifikation unbekannt
 Mutter/ Verwandte Sonstige *(bitte benennen)* _____

6. **Haben Sie in dieser letzten Schwangerschaft geraucht?**
 nein
 ja, regelmäßig Wie viele Zigaretten täglich? |__|__|
 ja, ab und zu

7. **Falls die Entbindung zwischen dem 10.01.2011 und dem 09.05.2011 erfolgte:**
 Dürfen wir Sie in ca. 6 Monaten noch einmal anrufen und Ihnen im Rahmen dieser Studie sechs kurze Fragen zur ersten Zeit mit Ihrem Kind stellen?
 nein
 ja

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Fragebogen 2 Fortsetzung

Patientinnen Nr. | _ | _ | _ | _ | _ |

Geburten Nr. | _ | _ | _ | _ |

- 8. Falls die Entbindung zwischen dem 10.01.2011 und dem 09.05.2011 erfolgte:**
Dürfen wir Sie in ca. 6 Monaten noch einmal anrufen und Ihnen im Rahmen dieser Studie sechs kurze Fragen zur ersten Zeit mit Ihrem Kind stellen?
- nein
 ja

Telefon- Nr. _____

Fragebogen 2 Fortsetzung

Interviewerbogen: Fragebogen 2

9. Erhebungsstandort

- Vivantes Klinikum am Urban
- Vivantes Klinikum Neukölln
- Charité Campus Virchow Klinikum

10. Station in der Klinik

- Schwangerenberatung
- Präpartale Station
- Kreißsaal
- Wochenbettstation

11. Interviewerin |__|__|__|__|

12. Befragungszeitpunkt

Datum

Uhrzeit: von bis

13. Befragungsdauer |__|__| Minuten

14. Sprache des Interviews

- deutsch türkisch
- andere Sprache
-
- zweisprachig:
- und

15. Sprache des Fragebogens

- deutsch türkisch
- englisch arabisch
- kurdisch russisch
- französisch
- andere Sprache
-
- zweisprachig:
- und

16. Die Schwangere war während der Befragung

- allein mit der Interviewerin
 - in Begleitung von
-

17. Wenn in Begleitung, wurde das Gespräch von der Begleitperson gedolmetscht?

- nein ja

18. Wurde das Interview mit Hilfe anderer gedolmetscht?

- nein ja
 - wenn ja, durch wen/wie?
 - Audioübersetzung
 - andere Interviewerin per Telefon
 - andere Person nämlich:
-

19. Unterbrechung während des Interviews

- nein
 - ja
 - wenn ja, Grund?
-
-
-

20. Sonstige Bemerkungen

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(Unterschrift der Interviewerin)

Fragebogen 2 Fortsetzung

Patientinnen Nr. | _ | _ | _ | _ | _ |

Geburten Nr. | _ | _ | _ | _ |

Zusätzliche Angaben zu den Perinataldaten

21. Zahl der Vorsorgeuntersuchungen (laut Mutterpass) | _ | _ |

22. Zahl der dokumentierten Ultraschalluntersuchungen (laut Mutterpass) | _ | _ |

23. Präpartaler Hb-Wert a) laut Mutterpass _____ (g/dl)

b) laut Klinik _____ (g/dl)

24. Postpartaler Hb-Wert der Mutter _____ (g/dl)

10.7 Fragebogen 3 (T3)

Forschungsprojekt:
 „Der Einfluss von Migrations- und Akkulturationsprozessen auf Schwangerschaft und Geburt:
 Perinataldaten von Migrantinnen und deutschen Frauen im Vergleich“ (2010-2012)
 Prof. Dr. med. Matthias David (Charité); Prof. Dr. Theda Borde, MPH (ASH Berlin)

Stand: 23.06.2011

Patientinnen Nr. | _ | _ | _ | _ | _ | _

Geburten Nr. | _ | _ | _ | _ | _ | _

Fragebogen 3: Telefoninterview 6 Monate nach der Geburt**1. Haben Sie ihr Kind gestillt bzw. stillen Sie noch?** nein, ich habe nie gestillt ja, ich stille nochund habe vor, weiter zu stillen nein ja ja, ich habe abgestillt**2. Wie lange haben Sie gestillt?**

Ich habe | _ | _ | Monate gestillt

| _ | _ | Wochen gestillt

3. Haben Sie nach der Geburt die Betreuung durch eine Hebamme in Anspruch genommen? nein jaFalls ja, welche(s) Angebot(e) (*Mehrfachnennung möglich*) Wochenbettbetreuung Stillberatung/ Ernährungsberatung Rückbildungskurs Sonstiges Welche/s? _____**4. Sind bei Ihnen Komplikationen im Wochenbett (bis 8 Wochen nach der Geburt) aufgetreten?** nein ja

Falls ja, welche?

 verstärkte Nachblutung Fieber Wundheilungsstörung erhöhter Blutdruck Sonstige (*bitte benennen*) _____**5. Wurden Sie wegen der eingetretenen Komplikation(en) stationär im Krankenhaus behandelt?** nein ja**6. Haben Sie mit Ihrem Kind die Früherkennungsuntersuchungen („gelbes Vorsorgeheft“) beim Kinderarzt/ bei der Kinderärztin oder beim Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) in Anspruch genommen?** nein ja, die U3 (4.-5. Lebenswoche) wurde durchgeführt ja, die U4 (3.-4. Lebensmonat) wurde durchgeführt ja, die U3 und die U4 wurden durchgeführt

Fragebogen 3 Fortsetzung

7. Benutzen Sie zurzeit Empfängnisverhütungsmittel oder wenden Sie Empfängnisverhütungsmethoden an?

- nein (weiter mit **Frage 7.2**)
 ja (weiter mit **Frage 7.1**)

7.1 Falls ja: Wie verhüten Sie?

(Bitte die Frau frei, d.h. ohne die Antwortmöglichkeiten vorzulesen, antworten lassen):

- Pille Spirale Vaginalring
 Verhütungspflaster Dreimonatsspritze Kondom
 Diaphragma
 Sterilisation (Frau) Sterilisation (Mann)
 Hormonimplantat Coitus Interruptus/ „Aufpassen“
 natürliche Familienplanung
 ich hoffe, durch Stillen nicht schwanger zu werden
 Sonstige Methode/n: (*bitte benennen*)
-

7.2 Falls nein: Aus welchem Grund?

(Bitte die Frau frei, d.h. ohne die Antwortmöglichkeiten vorzulesen, antworten lassen):

- ich möchte gerne ein weiteres Kind/ erneut schwanger werden
 ich habe zurzeit keine Partnerschaft
 Verhütung ist mir zu teuer
 ich vertrage die Pille etc. nicht
 aus religiösen Gründen
 Sonstiger Grund (*bitte benennen*)
-

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Fragebogen 3 Fortsetzung

Interviewerbogen: Fragebogen 3**1. Interviewerin**

|_|_|_|_|

2. Befragungszeitpunkt

Datum:

Uhrzeit : vonbis

3. Befragungsdauer

|_|_| Minuten

4. Wurde bereits zu einem anderen Zeitpunkt versucht, die Mutter zu erreichen? nein ja

Datum: _____

Datum: _____

Datum: _____

5. Sprache des Interviews deutsch türkisch englisch arabisch andere Sprache _____ zweisprachig: und**6. Wurde das Gespräch von einer weiteren Person gedolmetscht?** nein ja

Falls ja, von wem? _____

7. Unterbrechung während des Interviews nein ja**8. Sonstige Bemerkungen**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(Unterschrift der Interviewerin)

10.8 Teilnehmerinnen-Information

Charité | Campus Virchow-Klinikum | Frauenklinik | 13353 Berlin

Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Direktor: Prof. Dr. med. W. Lichtenegger

Teilnehmerinneninformation

Tel.: +49 (0)30 – 450 564142
 Fax: +49 (0)30 – 450 564904

matthias.david@charite.de
 silke.brenne@charite.de

10. März 2014

Versorgungsforschungsstudie:

Der Einfluss von Migrations- und Akkulturationsprozessen auf Schwangerschaft und Geburt - Perinataldaten von Migrantinnen und deutschen Frauen im Vergleich

Teilnehmerinneninformation

Sehr geehrte Schwangere,

wir führen eine wissenschaftliche Studie zum Einfluss von Zuwanderungs- und damit zusammenhängenden Anpassungsprozessen auf Schwangerschaft und Geburt durch, die durch Mittel der Deutschen Forschungsgemeinschaft gefördert wird.

Mit den Ergebnissen wollen wir zu einer besseren gesundheitlichen Versorgung von Frauen in der Schwangerschaft, während der Geburt und im Wochenbett beitragen.

Wir möchten herausfinden, ob es Unterschiede bei der Schwangerschaftsbetreuung und letztlich bei den geburtshilflichen Ergebnissen (Wohlbefinden von Mutter und Kind) in Abhängigkeit davon gibt, ob die Schwangere einen Migrationshintergrund (auch der zweiten oder dritten Zuwanderungsgeneration) hat oder nicht. Studienergebnisse aus anderen Ländern wie den Niederlanden, Skandinavien oder den USA und Kanada geben Hinweise auf solche Unterschiede, die möglicherweise auf Unterschiede in der Versorgung hinweisen.

Dazu sollen nun in drei Berliner Geburtskliniken von mindestens 3.000 Frauen mit sog. Migrationshintergrund, d.h. dass die Schwangere selbst oder deren Eltern nach Deutschland zugewandert sind, und von mindestens ebenso vielen deutschen Frauen Daten erhoben werden.

Die Routinedaten zu Mutter und Neugeborenem, die in der Klinik erfasst werden, reichen jedoch für eine ausführliche Analyse nicht aus. Deshalb legen wir Ihnen, wenn Sie zur Geburt aufgenommen werden, in der Kreißsalaufnahme einige ergänzende Fragen vor, die Sie mit Unterstützung einer Projektmitarbeiterin beantworten sollen.

Mit Hilfe dieser zusätzlich erhobenen Angaben, die wir dann mit den geburtshilflichen Routinedaten zusammenführen, wird es möglich sein, auch für die aktuelle Situation in Deutschland Aufschlüsse über den Einfluss von Migrationserfahrung auf Schwangerschaft und Geburt zu gewinnen.

Mit der Beantwortung der Fragebögen leisten Sie einen bedeutenden Beitrag zu dieser Studie.

Selbstverständlich ist Ihre *Teilnahme freiwillig*. Ihre Angaben werden nicht an Dritte weitergegeben.

Wir würden uns freuen, wenn Sie uns bei der wissenschaftlichen Untersuchung unterstützen und danken Ihnen für Ihre Mitarbeit!



Prof. Dr. Matthias David
 Charité Universitätsmedizin Berlin
 Studienleitung



Prof. Dr. Theda Borde
 Alice Salomon Hochschule Berlin
 Studienleitung



Silke Brenne, MPH
 Charité Universitätsmedizin Berlin
 Projektkoordination

10.9 Teilnahme- und Datenschutzerklärung

Charité | Campus Virchow-Klinikum | Frauenklinik | 13353 Berlin

Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Direktor: Prof. Dr. med. W. Lichtenegger

Teilnahmeerklärung & Datenschutzerklärung

Tel.: +49 (0)30 – 450 564142
Fax: +49 (0)30 – 450 564904

matthias.david@charite.de
silke.brenne@charite.de

15. Juni 2015

Versorgungsforschungsstudie: **Der Einfluß von Migrations- und Akkulturationsprozessen auf Schwangerschaft und Geburt - Perinataldaten von Migrantinnen und deutschen Frauen im Vergleich**

Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der Befragung und zur Datenverarbeitung

Hiermit erkläre ich, dass ich über Ziel und Bedeutung der Befragung schriftlich (siehe Teilnehmerinnen-Information) aufgeklärt wurde.

Ich hatte ausreichend Zeit und Gelegenheit, Fragen an die Projektmitarbeiter zu stellen und meine Entscheidung über die Teilnahme an der Studie unbeeinflusst zu treffen.

Durch meine Unterschrift auf der Einwilligungserklärung erkläre ich mich damit einverstanden, dass der Studienarzt und seine Mitarbeiter meine personenbezogenen Daten zum Zweck der o.g. Studie erheben und verarbeiten dürfen. Personenbezogene Daten sind z.B. mein Name, mein Geburtsdatum, meine Adresse und Daten zu meiner Gesundheit, zu Erkrankungen, zum Schwangerschaftsverlauf oder andere persönliche Daten, die während meiner Teilnahme an der Studie zweckgebunden erhoben wurden.

Die personenbezogenen erhobenen Daten werden ausschließlich für die Durchführung der Studie verwendet und diese, einem Pseudonym zugeordnet, für Zwecke der Forschung statistisch ausgewertet. Eine Weitergabe der Daten an Dritte erfolgt nicht.

Ich habe das Recht auf Auskunft über alle beim Studienarzt vorhandenen personenbezogenen Daten über mich und auf Berichtigung unrichtiger personenbezogener Daten. In diesen Fällen kann ich mich an die u.g. Projektmitarbeiterin wenden. Die Adresse und Telefonnummer des Studienverantwortlichen finden sich auf diesem Formblatt.

10.10 Drop-Out-Analyse (T1)

Forschungsprojekt:
 „Der Einfluss von Migrations- und Akkulturationsprozessen auf Schwangerschaft und Geburt: Perinataldaten von
 Migrantinnen und deutschen Frauen im Vergleich“ (2010-2012)
 Prof. Dr. med. Matthias David (Charité); Prof. Dr. Theda Borde, MPH (ASH Berlin)

Patienten Nr. | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Geburten Nr. | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Stand: 03.01.2011

Interviewerbogen: Drop-out-Analyse

Datum: _____

1. Erhebungsstandort

Klinikum am Urban Klinikum Neukölln Virchow Klinikum

2. Station in der Klinik

Kreißsaal Wochenbettstation Präpartale Station

3. Interviewerin

| _ | _ | _ | _ |

4. Ablehnungsgrund/ -gründe

- mangelnde Motivation für die Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie
- Begleitperson lehnt Studienteilnahme ab
- zu langer Fragebogen
- Frau möchte keine Auskunft zu diesem Thema geben
- Frau hat keine Zeit
- Frau fühlt sich nicht wohl
- Frau ist durch ihr Kind abgelenkt
- plötzlich eingetretener Notfall
- Frau wurde nicht angetroffen und ist bereits entlassen
- Sonstige/r Grund/ Gründe

5. Zuordnung aufgrund des Vor- und/oder Familiennamens der Schwangeren/Wöchnerin

- Frau **mit** Migrationshintergrund
- Frau **ohne** Migrationshintergrund/ deutsche Frau
- nicht sicher zuordenbar

6. Sonstige Bemerkungen

.....

.....

.....

.....

.....

(Unterschrift der Interviewerin)

10.11 Drop-Out-Analyse (T3)

Forschungsprojekt:
 „Der Einfluss von Migrations- und Akkulturationsprozessen auf Schwangerschaft und Geburt: Perinataldaten von
 Migrantinnen und deutschen Frauen im Vergleich“ (2010-2012)
 Prof. Dr. med. Matthias David (Charité); Prof. Dr. Theda Borde, MPH (ASH Berlin)

Patienten Nr. | _ | _ | _ | _ | _ |

Geburten Nr. | _ | _ | _ | _ |

Stand: 11.07.2011

Drop-out-Analyse: Fragebogen 3

Datum: _____

1. Erhebungsstandort

Virchow Klinikum

2. Interviewerin

| _ | _ | _ | _ |

3. Ablehnungsgrund/ -gründe

- Telefonnummer stimmt nicht (mehr)
 mangelnde Motivation für die Teilnahme
 Frau möchte keine Auskunft zu diesem Thema geben
 Frau hat keine Zeit
 Frau fühlt sich nicht wohl
 Frau ist durch ihr Kind abgelenkt
 Frau wurde nicht erreicht
 sprachliche Schwierigkeiten
 Sonstige/r Grund/ Gründe

4. Zuordnung aufgrund des Vor- und/oder Familiennamens der Schwangeren/Wöchnerin

- Frau **mit** Migrationshintergrund
 Frau **ohne** Migrationshintergrund/ deutsche Frau
 nicht sicher zuordenbar

5. Sonstige Bemerkungen

.....

 (Unterschrift der Interviewerin)

10.12 Weitere Ergebnisse der Datenanalyse

Tabelle 35: Studienteilnehmerinnen nach Geburtsland bzw. Geburtsregion

Geburtsland/ Geburtsregion	n	%
Deutschland	4249	59,8
Türkei	702	9,9
Südost- und osteuropäische EU-Länder (Rest-EU 25)	446	6,3
Libanon	378	5,3
Ehemaliges Jugoslawien & Albanien	313	4,4
GUS-Staaten (elf Nachfolgestaaten der ehemaligen Sowjetunion)	191	2,7
Arabische Länder (ohne Nordafrika) & Israel	154	2,2
Europa 15 & EFTA	146	2,1
Südliches Afrika	138	1,9
Indien & Restasien	126	1,8
Nordafrika	76	1,1
Lateinamerika & Karibik	60	0,8
GUS-Nachbarn (Afghanistan, Georgien, Kaschmir, Pakistan)	49	0,7
China & Mongolei	30	0,4
Restliche Länder / Regionen	27	0,4
gesamt	7085	99,8
fehlende Werte	15	0,2

Tabelle 36: Item-Non-Response der einzelnen Items des FRAKK15 nach Migrationsstatus (in Prozent)

Item	Migrantinnen 1. Generation	Frauen mit Migrationshintergrund 2.+3. Generation	Frauen mit einseitigem Migrationshintergrund	Alle Frauen mit Migrationshintergrund
	%	%	%	%
1	16,2	6,5	22,1	14,4
2	16,3	7,2	25,2	14,9
3	17,6	7,4	26,7	15,9
4	18,5	7,6	26,7	16,6
5	18,2	7,8	25,8	16,4
6	18,5	7,9	26,1	16,6
7	18,4	7,9	26,1	16,5
8	17,7	7,3	26,1	16,0
9	18,1	7,7	27,3	16,5
10	19,3	8,5	26,7	17,4
11	18,5	7,9	25,5	16,6
12	21,0	9,4	29,7	19,0
13	18,5	8,8	27,0	16,9
14	17,5	7,9	27,6	16,1
15	17,8	7,8	27,3	16,3
Mittelwerte	18,2	7,8	26,4	16,4

11. Danksagung

Allen, die zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen haben, ein herzliches Dankeschön!

Zunächst möchte ich Frau Prof. Dr. Theda Borde und Herrn Prof. Dr. Matthias David für die Überlassung des Themas im Rahmen der DFG-Studie „Perinatale Gesundheit + Migration in Berlin“ herzlich danken. Frau Prof. Dr. Theda Borde und Herrn Prof. Dr. Oliver Razum danke ich darüber hinaus für die Übernahme der Betreuung meiner Arbeit. Dem gesamten Team der „Berliner DFG-Studie“ möchte ich für die Unterstützung bei meiner Arbeit, die vielen nützlichen Anmerkungen und Rückmeldungen sowie die zahlreichen Literaturhinweise danken. Darüber hinaus danke ich Herrn Dr. Jürgen Breckenkamp für den immer wieder kritischen Blick auf meine statistische Datenanalyse und die hiermit verbundenen hilfreichen Hinweise.

Ein besonderes Dankeschön an die Study Nurses und die studentischen Mitarbeiterinnen der DFG-Studie – ohne Euch wäre diese Datenmenge nie erhoben worden! Insbesondere möchte ich hier Frau Dr. Judith von Hofen-Hohloch für den immer wieder bereichernden und kritisch-reflektierten Austausch zu unseren Dissertationsthemen danken.

Dazu ein ganz besonderer Dank an die vielen Studienteilnehmerinnen, die in der sensiblen Zeit kurz vor bzw. nach der Geburt die Zeit gefunden haben, an einer wissenschaftlichen Studie teilzunehmen.

Außerdem möchte ich Frau Prof. Dr. Swantje Köbsell und Herrn Prof. Dr. Matthias David für die Übernahme des Korrekturlesens sowie die schnellen und hilfreichen Rückmeldungen herzlich danken.

Vielen Dank allen Teilnehmerinnen des Kolloquiums des Promotionsstipendienprogramms der Alice Salomon Hochschule (ASH) Berlin – der Austausch mit Euch hat mich immer wieder darin bestärkt, weiter zu machen und das „Projekt Dissertation“ abzuschließen.

Ein herzliches Dankeschön meinen Freundinnen und Freunden, die immer wieder ein offenes Ohr für meine diversen Motivationstiefs hatten und Gespräche, aber auch Ablenkung in Form von gemeinsamen Unternehmungen anboten – hier möchte ich vor allem Frank, Evi, Monika, Ute und Wiebke einen besonderen Dank aussprechen. Ohne Euch wäre ich jetzt nicht an dieser Stelle angelangt!

Danken möchte ich ebenfalls von ganzem Herzen meinen Söhnen Felix, Luik und Jannik, die mich immer wieder ermutigt haben, diese Arbeit fertig zu stellen und nicht aufzugeben.

12. Lebenslauf

13. Ehrenwörtliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die Arbeit selbständig verfasst und keine anderen Quellen und Hilfsmittel als die angegebenen benutzt, sowie die Stellen der Arbeit, die anderen Werken entnommen sind, unter Angabe der Quelle als Entlehnung kenntlich gemacht habe. Das gilt auch für die verwendeten Tabellen und Abbildungen.

Ich versichere, dass die vorliegende Arbeit nicht anderweitig in dieser Form als Dissertation eingereicht wurde und ich bisher auch keine weiteren Versuche zur Promotion unternommen habe.

Berlin, den 12. September 2017

Silke Brenne