

Hochschule Rhein Main

Fachbereich -Sozialwesen-
Studiengang – Gesundheitsbezogene Sozi-
ale Arbeit B.A.- Wintersemester 2021/2022

BACHELORARBEIT

zur Erlangung des akademischen Grades
“Bachelor of Arts B.A.”

Einflüsse auf das Ernährungsverhalten von Kleinkindern unter
Bedingungen sozialer Ungleichheit –
Anforderungen an eine lebensweltorientierte Soziale Arbeit

vorgelegt von: **Sophia Gerhardt**

Matrikelnummer: 1061060

Referentin: M.Sc. Birgit Planitz

Co-Referentin: Dipl.Soz-Päd., M.A. Stefanie Kruse

Ort: Wiesbaden

eingereicht am: 02.02.2022

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	III
Abkürzungsverzeichnis	IV
Einleitung	1
1 Ernährung zwischen Natur und Kultur	4
1.1. Physiologische Notwendigkeit und Sozialisation in der Familie	4
1.2. Sozialisation von Ernährungsgewohnheiten	5
1.3. Familiäre Einflussfaktoren	6
1.4. Soziokultureller Einfluss	9
2 Theoretischer Hintergrund	11
2.1. Habitus, sozialer Raum und Klassen nach Bourdieu	11
2.2. Lebensweltorientierung nach Thiersch und Kraus	14
3 Soziale Ungleichheit, Armut und prekäre Lebenslagen	19
3.1. Ursachen familiärer Armut und gesundheitliche Folgen	21
3.2. Soziale Ungleichheit im Ernährungsverhalten und Forschungsstand	23
3.3. Einordnung der Forschungsergebnisse	27
4 Ernährungskompetenz als Aufgabenbereich Sozialer Arbeit	29
4.1. Public Health und Gesundheitsförderung	29
4.2. Setting-Ansatz	31
4.3. (Frühkindliche) Ernährungsbildung als Gegenstand der Gesundheitsförderung	33
4.4. Empfehlungen zur „richtigen“ Kleinkindernährung	35
4.5. Normativität in der Ernährungsbildung	37
4.6. Handlungsfeld Frühe Hilfen	39
5 Anforderungen an die Soziale Arbeit	42
5.1. Rolle der Sozialen Arbeit in der (Re-)Produktion sozialer Ungleichheit	42
Resümee und Ausblick	46
Literaturverzeichnis	50

Anhang	60
Eigenständigkeitserklärung	62

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Einfluss der Gesellschaft auf den Habitus. Eigene Darstellung in Anlehnung an van Essen 2013, 36.....	12
Abbildung 2: Übergewicht und Adipositas bei 3- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen nach Geschlecht und sozioökonomischen Status (Schienkiewitz et al. 2018, 19; Kunz et al. 2018a In: BMAS 2021, 382)	25
Abbildung 3: Faktoren für die Entstehung von sozialen Ungleichheiten im Ernährungsverhalten (Fekete/Weyers 2016, 202)	26
Abbildung 4: Ernährungspyramide mit Ampelsystem des Bundeszentrum für Ernährung (BZfE 2020, 20).....	36

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BLE	Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung
BZfE	Bundeszentrale für Ernährung
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DGE	Deutsche Gesellschaft für Ernährung
Kap.	Kapitel
KiGGS	Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
NZFH	Nationales Zentrum Frühe Hilfen
RKI	Robert Koch-Institut
SES	Sozioökonomischer Status
SGB	Sozialgesetzbuch
SPFH	Sozialpädagogische Familienhilfe
WHO	Weltgesundheitsorganisation (world health organization)

Einleitung

„Der Mensch ist, was er isst“ (Feuerbach 1850/1975, 263 In: Schmidt 2011, 55). Dieser, den meisten unter uns geläufige Satz, stammt von dem deutschen Philosophen Ludwig Feuerbach und macht auf die enge Verwobenheit von Ernährung und Identität aufmerksam. Insbesondere die Esserfahrungen der frühen Kindheit prägen das Ernährungsverhalten eines Menschen bis ins Erwachsenenalter (vgl. Schmidt 2011, 55).

Feuerbachs Zitat scheint aktueller denn je, da Essen und Ernährung in unserer Gesellschaft thematisch omnipräsent sind. Wie währenddessen über das „richtige“ oder „gesunde“ Essen gedacht wird, unterliegt Wandlungen. Neben den gegenwärtigen Diskursen über eine richtige Ernährungsweise (z.B. fleischfreie, vegane oder nachhaltige Ernährung) sind es insbesondere negativ konnotierte Bilder, die mit Ernährung in Verbindung gebracht werden. Hierzu zählen insbesondere die zahlreichen Berichterstattungen über die Fehlernährung der Bevölkerung, z.B. zu überhöhtem Zucker- oder Fleischkonsum oder zur Adipositas-Epidemie bei Kindern (vgl. Schulz/Rose/Schmidt 2021, 9). Die Erhebungen der KiGGS-Welle 1 Studie des Robert-Koch-Institutes besagen, dass Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus ein häufig ungünstigeres Essverhalten aufweisen als Kinder aus besser gestellten Familien (vgl. Borrmann/Mensink 2015, 1007). Hierzu tritt die Erkenntnis aus KiGGS-Welle 2, dass Kinder und Jugendliche mit niedrigem sozioökonomischen Status (SES) deutlich häufiger von Übergewicht und Adipositas betroffen sind als Gleichaltrige mit hohem SES (vgl. Schienkiewitz et al. 2018, 16 ff.). Zur Bewältigung dieser Probleme sollen ernährungsbezogene Bildungsprogramme, im Rahmen der Gesundheitsförderung, Abhilfe schaffen (vgl. Schulz/Rose/Schmidt 2021, 11 f.) Diese adressieren in erster Linie Kinder und Familien. In Bezug auf die Entwicklung von Ernährungsgewohnheiten und -verhalten von Kindern wird vor allem auf den Einfluss der Familie, insbesondere auf die Verantwortung der Mutter, aufmerksam gemacht (vgl. Pudsel/Westenhöfer 1998, 38; Swanson et al. 2011, 2; Meyer 2018, 158).

Das Thema Essen und Ernährung ist überaus facettenreich, kontrovers sowie normativ geprägt und stellt Fachkräfte Sozialer Arbeit vor eine komplexe Aufgabe. Bisher wurde der sozialarbeiterischen Gestaltungsaufgabe und ihrem Potenzial in diesem Bereich nur vereinzelt Interesse zuteil. Es ist wenig bekannt über Standards und Absichten, die mit dieser Aufgabe angestrebt werden. In der Forschung und im Studium (Gesundheitsbezogener) Sozialer Arbeit kommt der Themenschwerpunkt nicht oder nur am Rande vor (vgl. Meyer 2018, 39 f.). Soziale Arbeit steht vor der Herausforderung, wie sie ihre

Adressat:innen darin unterstützen kann, sich in einem vielschichtigen Ernährungsversorgungssystem orientieren und dieses sinnvoll nutzen zu können. Zusätzlich steht sie vor der Aufgabe, wie sie Familien und Kinder in ihrer Ernährungskompetenz und Selbstwirksamkeit stärken kann, vor dem Hintergrund eines „Gesundheitsdiktates“ des aktivierenden Sozialstaats, des Einflusses durch gesellschaftliche Normen und (sozialer) Medien sowie durch eine zunehmende Individualisierung von Ernährungsweisen (Rose/Sturzenhecker 2009 12 f.; Meyer 2018, 25).

Im Handlungsfeld der Frühe Hilfen setzen Akteur:innen Sozialer Arbeit durch die Weitergabe von ernährungsbezogenen Informationen an Eltern fachliche Standards in der Ernährung und Esskultur. Welche sozialpädagogischen Absichten damit angestrebt werden, ist oftmals nicht festgelegt oder bekannt (vgl. Meyer 2018, 2). Das gleiche gilt für das Feld der Sozialpädagogischen Familienhilfe sowie für die Arbeit in sozialen Einrichtungen, wie z.B. Familienzentren oder Kindertagesstätten (vgl. ebd.).

Die Zielgruppe dieser Arbeit sind Familien mit Kleinkindern im Alter von etwa 6 Monaten (bzw. ab Einführung von Beikost) bis 3 Jahren. Diese Zeitspanne umfasst die frühe Lebensphase, in der kindliches Ernährungsverhalten in erster Linie durch die Familie, genauer die Eltern, beeinflusst wird und bevor weitere Einflüsse durch die Bildungsinstitutionen Kindertagesstätte oder Schule hinzukommen. Basierend auf diesem Wissen entwickelten sich die in der vorliegenden Bachelorarbeit bearbeiteten Forschungsfragen:

Welchen Einfluss hat Familie auf das Essverhalten von Kleinkindern, die unter Bedingungen sozialer Ungleichheit aufwachsen?

Welche Rolle trägt Soziale Arbeit in der (Re-)Produktion von sozialer Ungleichheit durch Maßnahmen zu „gesunder“ (Kleinkind-)Ernährung in der Ernährungsbildung von Familien?

Das erste Themengebiet beschäftigt sich mit der Sozialisation von Ernährungsgewohnheiten. Ein besonderes Augenmerk liegt auf der gemeinsamen Mahlzeit als besondere soziale Situation und dem familiären Einfluss auf die Herausbildung von Ernährungsgewohnheiten.

Das zweite Kapitel widmet sich der theoretischen Rahmung dieser Arbeit. Die Grundlagen hierzu bilden das Konzept des Habitus nach Pierre Bourdieu und die Lebensweltorientierung nach Hans Thiersch und Björn Kraus.

Im Anschluss werden im Themengebiet „soziale Ungleichheit, Armut und prekäre Lebenslagen“ weitere Schlüsselbegriffe definiert und deren Bedeutung und Auswirkungen in Bezug auf die Ernährung von Kleinkindern beschrieben. Zur Untermauerung werden Studienergebnisse aus KiGGS-Welle 1 und 2 des Robert Koch-Institutes näher betrachtet und fachlich eingeordnet.

Der Abschnitt „Ernährungskompetenz als Aufgabenbereich der Sozialen Arbeit“ befasst sich mit Sozialer Arbeit im Bereich Ernährungsbildung und Gesundheitsförderung im Kontext von Public Health. Zum einen ist hierbei die Betrachtung von relevanten gesundheitswissenschaftlichen Begrifflichkeiten und Konzepten (z.B. Setting-Ansatz), aktuellen Ernährungsempfehlungen zu „gesunder Kleinkindernährung“ seitens der Fachgesellschaften von Interesse sowie der Blick auf ausgewählte institutionelle Familien- bzw. Elternbildungsangebote zu gesundheitsförderlicher Ernährung von Heranwachsenden. Eine zentrale Bedeutung kommt der Analyse des normativen Charakters von ernährungsbezogenen Maßnahmen, insbesondere im Bereich der Frühen Hilfen und der Sozialpädagogischen Familienhilfe, zu. Zu diesem Zweck soll auf ein Beispiel aus dem Bereich Elternbildung zur Einführung von Beikost näher eingegangen werden.

Das abschließende Kapitel fünf „Anforderungen an die Soziale Arbeit“ fokussiert sich auf eine kritische Auseinandersetzung mit der Frage nach der Rolle der Sozialen Arbeit in der (Re-)Produktion von sozialer Ungleichheit durch gesundheitsförderliche Maßnahmen im Bereich (frühkindlicher) Ernährungsbildung. Hieran schließt sich die Formulierung des Handlungsauftrags und Aufgaben einer lebensweltorientierten Sozialen Arbeit im Kontext von Gesundheitsförderung gefolgt von einem Resümee mit Ausblick.

1 Ernährung zwischen Natur und Kultur

Essen ist natürliche Erfordernis und gleichermaßen eine soziokulturelle Angelegenheit. Um die gesellschaftliche Beschaffenheit von Essen und Ernährung erfassen zu können, muss auf die doppelte Zugehörigkeit zu Natur und Kultur aufmerksam gemacht werden (vgl. Barlösius 2011a, 37). Zudem werden Essen und Ernähren im alltäglichen Sprachgebrauch meist gleichbedeutend verwendet. Bei genauerer Untersuchung ergeben sich jedoch zwei unterschiedliche Bedeutungsinhalte. Demnach ist „Essen“ als sinngesteuerter alltäglicher Prozess zu verstehen, der mit subjektiven und emotionalen Empfindungen wie Geschmack (positive oder negative Geschmackserlebnisse) und sozialen Situationen etwa am Esstisch verbunden ist. Im Gegensatz dazu geht es bei dem naturwissenschaftlich geprägten Begriff „Ernähren“ primär darum, den Körper mittels einverleibter Nahrungsmittel und Speisen und mit Blick auf deren Nährwert gesund zu halten (vgl. Homfeldt 2016, 36). Im Rahmen dieser Arbeit meint „Ernährungsverhalten“ in Bezug auf Kleinkinder das kindliche Essverhalten, dass durch den Ernährungsstil der Eltern geformt wird. Das erste Kapitel wird sich mit der physiologischen und soziokulturellen Seite von Ernährung beschäftigen und einen Einblick in die Ernährungssoziologie geben.

1.1. Physiologische Notwendigkeit und Sozialisation in der Familie

Sich zu ernähren und zu essen bestimmt das Leben von Anfang an (vgl. Homfeldt 2016, 35). Schließlich muss der Mensch essen, um seine Körperfunktionen aufrechterhalten und sein Überleben sichern zu können (vgl. Barlösius 2011a, 25 f.).

Die Soziologin und Ernährungswissenschaftlerin Eva Barlösius geht in ihrem Werk „Soziologie des Essens“ eindringlich auf die umfassende soziokulturelle Bedeutung von Essen ein. Demnach sei es das erste Bedürfnis, das nach der Geburt gestillt werden muss. Gefüttert zu werden ist die erste soziale Situation, die ein Kind am Anfang seines Lebens erlebt (vgl. Barlösius 2011a, 11).

Wärme, Sicherheit und Zuwendung stehen damit in direktem Zusammenhang (vgl. Homfeldt 2016, 35). Mit dem Nahrungsbedürfnis beginnt das physische wie auch das soziale bzw. gesellschaftliche Leben eines Menschen. „Gesellschaften sind so, wie sie essen“ kann als Abwandlung Feuerbachs eingangs aufgeführten Spruchs verstanden werden (vgl. Barlösius 2011a, 11). Die Aussage macht auf die Allgegenwärtigkeit und Wirkung

von Essen in den meisten Ebenen menschlichen Lebens (z.B. körperlich, emotional, sozial, wirtschaftlich, politisch) aufmerksam. Die Funktion der Nahrungsaufnahme geht über die bloße physische Notwendigkeit zum Überleben eines einzelnen Menschen weit hinaus und ist mit Vergesellschaftungs- bzw. Sozialisationsprozessen eng verwoben (ebd.). Zudem ist die soziale Dimension von Essen überaus bedeutsam, um die Entstehung von Ernährungsgewohnheiten bei Kleinkindern verstehen zu können (vgl. ebd., 48). Kinder werden in eine Familie hineingeboren, welche Ausgangsort von Ernährung und Sozialisation ist (vgl. Herke et al. 2016, 110; Täubig 2016, 213). Sie fungiert als primäre Sozialisationsinstanz (vgl. Reitmeier 2013, 129). Im weiteren Verlauf werden zwei grundlegende Begriffe aus der Soziologie bestimmt.

(Ernährungs-)Sozialisation und Enkulturation

Die Begriffe Sozialisation und Enkulturation bezeichnen Gegebenheiten, die überall dort und zu allen Zeiten festzustellen sind, wo Menschen in Gemeinschaften zusammenleben (vgl. Raithel/Dollinger/Hörmann 2009, 60). Der französische Soziologe Emil Durkheim bezeichnet den Vorgang der „Vergesellschaftung menschlicher Natur“ als „Sozialisation“ (Durkheim 1972 In: Hurrelmann/Bauer 2015, 17). Er verweist damit auf die Prägung der menschlichen Persönlichkeit durch gesellschaftliche Bedingungen (vgl. Raithel/Dollinger/Hörmann 2009, 59). Mit Sozialisation wird das „Sozialwerden“ in einem milieuspezifischen Zusammenhang, wie z.B. der Familie, beschrieben, während Enkulturation als das „Sozialwerden“ im gesamtgesellschaftlichen bzw. kulturellen Kontext zu verstehen ist (Durkheim 1973 In: Raithel et al. 2009, 59). Im Laufe des Sozialisationsprozesses werden Werte und Normen der betreffenden Gesellschaft bzw. Gruppe gelernt (vgl. ebd.) In Bezug auf Essen und Ernährung bedeutet Ernährungssozialisation, die Übernahme von Werten und Normen, wie dies beispielsweise im familiären Kontext geschieht (vgl. Schmidt 2011, 56 f.).

1.2. Sozialisation von Ernährungsgewohnheiten

Nach Meyer beginnt mit der Geburt eines Kindes auch dessen Ernährungsbiografie. Diese durchläuft Enkulturations- und Sozialisationsprozesse, in denen wiederum Bedeutungen und Stellenwert von Essen, wie z.B. der individuelle Umgang mit Lebensmitteln, vermittelt wird. Dabei werden Ernährungsgewohnheiten über Generationen hinweg geprägt. Die

Familie gilt als ein zentraler gesellschaftlicher Einflussfaktor und als Ort, in dem Kultur gelebt und weitergegeben wird, woraus sich ableiten lässt, dass sie für die kulturelle Formung des Ernährungsverhalten ausschlaggebend ist (vgl. Meyer 2018, 158 f.).

Zudem verweist Reitmeier auf die Signifikanz der ersten Esserfahrungen für die Primärsozialisation und schätzt sie als entscheidend für die Charakterentwicklung, psychische Gesundheit und das Bindungsvermögen ein. Das Bedürfnis nach Nahrung hat im Leben des Kindes eine fundamentale Stellung und erlaubt keine längere Aufschiebung (vgl. Reitmeier 2013, 129). Kinder sind in der Regel in hohem Maße von den Ernährungsentscheidungen ihrer Eltern abhängig, die die Verantwortung für die kindliche Ernährung tragen. Dies gilt besonders für die ersten Lebensjahre (vgl. Pape 2021, 38).

Neben der Familie wirken sich gesellschaftliche Rahmenbedingungen, Regeln und Entwicklungen auf den Umgang mit Essen und die Entwicklung von Ernährungsgewohnheiten aus. Die Zeit, in die ein Kind hineingeboren wird und die damit verbundenen technischen Entwicklungen, politischen und wirtschaftliche Gegebenheiten, sowie Lebensmittel- und Ernährungstrends, üben einen lebenslangen Einfluss auf Ernährungsbiografien aus (vgl. Meyer 2018, 158 f.).

1.3. Familiäre Einflussfaktoren

In dieser Bachelorarbeit steht der familiäre Einfluss auf die Sozialisation von Ernährungsgewohnheiten im Kleinkindalter im Fokus. Vor dem Hintergrund der Bedeutsamkeit von Familie soll eine tiefergehende Definition aus soziologischer Sicht, insbesondere von „Familie als Herstellungsleistung“ und „Doing Family“, vorgenommen werden (Jurczyk 2020, 51).

Familie als Herstellungsleistung

Nach Karin Jurczyk ist es zum Verständnis heutiger Familien wichtig den Blick auf die Komplexität des Alltags und auf das zunehmend komplexer und komplizierter werdende Familienleben zu richten (vgl. Jurczyk 2020, 51 f.). Die Betrachtung des Alltags bietet sich deshalb an, weil hier alles aufeinandertrifft. Sie vertritt die These,

dass Familie keine natürlich und selbstverständlich gegebene Ressource (mehr) ist, auf die Gesellschaft, Wirtschaft, Staat und Individuen einfach zurückgreifen können, sondern dass sie täglich im biografischen Verlauf als Familie immer wieder [...] hergestellt werden muss. (Jurczyk 2020, 51)

Jurczyk drückt damit aus, dass Familie von einer selbstverständlichen, quasi naturgegebenen Ressource, wie sie aus gesellschaftlicher und politischer Sicht lange Zeit verstanden wurde, zu einer zunehmend voraussetzungsvollen Aktivität von allen Mitgliedern einer Familie wird. Dieses zeitgemäße Verständnis von Familie verdeutlicht sie anhand des Konzepts von Familie als Herstellungsleistung. Dessen Kernaussage beinhaltet, dass Familien ihre innerfamiliären Beziehungen praktisch und aktiv gestalten müssen und dass es der Integration von Individuen zu einem mehr oder weniger gemeinsamen und gelingenden Lebens bedarf (vgl. Kousholt 2011 In: ebd., 67). Der Begriff „Leistung“ meint in diesem Kontext, die Anstrengung und den Prozess bewusster Tätigkeiten - im Sinne der Herstellung von Gemeinsamkeit und Sorgeleistung - und trägt keinen erfolgs- oder zielorientierten Charakter. Gemeint ist, dass die Eigensinnigkeit des alltäglichen und privaten Lebenszusammenhangs von Familien im Mittelpunkt steht und nicht die Funktion gesellschaftliche Anforderungen zu erfüllen. Des Weiteren beinhaltet das Konzept drei Grundformen, die die Familienmitglieder im Rahmen der Herstellung von Familie erbringen. Eine davon umfasst das gemeinsame Tun (familiäre Praktiken), die wechselseitige Bezugnahme aufeinander und die identitätsstiftende Darstellung von Familie und wird als „Doing Family“ bezeichnet. Dabei wird Gemeinsamkeit unter anderem mittels Inklusions- und Exklusionsprozessen konstruiert (vgl. ebd., 61 f.).

An dieser Stelle bietet es sich an den Blick auf die gemeinsame Mahlzeit, als Schauplatz von Doing Family, zu lenken.

Gemeinsame Mahlzeiten als besondere soziale Situation

Schlegel-Matthies betrachtet gemeinsame Mahlzeiten als besondere soziale Situation, die das Zugehörigkeits- und Gemeinschaftsgefühl sowie den Zusammenhalt, insbesondere in Familien, stärken (vgl. Schlegel-Matthies 2011, 27). Darüber hinaus kann von einem Symbolcharakter der Mahlzeiten ausgegangen werden, in welchem soziale Beziehungen (z.B. Hierarchien, Inklusion und Exklusion) zum Ausdruck kommen (vgl. ebd.). Nach

Auffassung von Barlösius steht die Mahlzeit für eine soziale Institution, die Gemeinschaft und Zugehörigkeit symbolisiert (vgl. Barlösius 2011a, 165). „Durch die Teilnahme an einer Mahlzeit, das Teilen der Nahrung, wird man Mitglied einer Gemeinschaft.“ (ebd.). Neben der gemeinschaftsstiftenden Wirkung hebt der Soziologe Georg Simmel die stark sozialisierende Kraft des gemeinsamen Essens hervor (vgl. Simmel 1910, 6). Nach wie vor wird der Familienmahlzeit ein hoher Stellenwert zugeschrieben, entgegen dem Trend, welcher zeigt, dass die Häufigkeit von gemeinsamen familiären Mahlzeiten abnimmt. Rahmenbedingungen wie unterschiedliche zeitliche Rhythmen der Familienmitglieder erschweren die gemeinsamen Mahlzeiten (vgl. Barlösius 2011, 193; Schlegel-Matthies 2011, 35; Schmidt 2011, 55). Die Bedeutung der familiären Mahlzeit für die Sozialisation und Enkulturation von Kindern wird dementsprechend hoch eingeschätzt (vgl. Schlegel-Matthies 2011, 27 f.).

Zudem ist Familie ein wichtiges Umfeld für die Aneignung eines Ernährungsverhaltens, das als „gesund“ angesehen wird (vgl. Herke et al. 2016, 111). Herke und Kolleg:innen nehmen an, dass ein gesundes Ernährungsverhalten mit regelmäßigen gemeinsamen Mahlzeiten in Verbindung steht. Untersuchungen konnten zeigen, dass sich die Familienform als Einflussfaktor auf Ernährung erweist. Demnach frühstücken Kinder aus alternativen Familienformen (z.B. alleinerziehender Elternteil) unregelmäßiger im Vergleich zu Kindern aus traditionellen Familien (Mutter, Vater, Kind) (vgl. ebd.). Die soziale Funktion der Mahlzeit steht insbesondere mit dem traditionellen Leitbild der Familienmahlzeit in Zusammenhang, welches die Herstellung von Familie primär im Aufgabenbereich der Mutter verortet (vgl. ebd., 33).

Nach Bauer liegt die Hauptverantwortung für die Verpflegung (Lebensmitteleinkauf und -Zubereitung), insbesondere der Kinder, im mütterlichen Zuständigkeitsbereich (vgl. Bauer 2016, 55).

Auch aus Sicht der (Ernährungs-)Psychologie hat Familie, insbesondere die Eltern, einen bedeutenden Einfluss auf die kindliche Einstellung zu Essen und auf die Entwicklung von Essgewohnheiten und -problemen (vgl. Pudel/Westenhöfer 1998, 38; Freud/Burlingham 1982, 75-79 In: Meyer 2018, 164). Nach der Geburt eines Kindes übernimmt im Regelfall die Mutter die Hauptverantwortung für die Ernährung ihres Babys. Dies ändert sich, sobald das Kleinkind mit den restlichen Familienmitgliedern am Tisch sitzen kann, womit die familiäre Tischgemeinschaft zunehmend an Bedeutung dazu gewinnt. Die familiären Zusammenkünfte bei Tisch sind Ausgangspunkt der Ernährungssozialisation und -bildung und somit die Voraussetzung, um zukünftige Entscheidungen für eine individuell

angemessen Ernährungsweise treffen zu können (vgl. Meyer 2018, 110). Indessen wird Eltern eine Vorbildfunktion zugesprochen, da sich Kinder in der frühen Kindheit in aller Regel an den Ernährungsgewohnheiten ihrer Eltern orientieren und daraus lernen („Lernen am Modell“) (vgl. Schmidt 2011, 57). Die Erfahrungen, die mit bestimmten Speisen und Geschmacksrichtungen gemacht werden, tragen erheblich zur Formung von Nahrungspräferenzen und -Gewohnheiten bei. Pudel und Westenhöfer sprechen in diesem Kontext von „mere exposure effect“ (Pudel/Westenhöfer 1998, 48). Damit wird in der Psychologie der Mechanismus bezeichnet, dass Kinder lernen Speisen zu mögen, die sie (von den Eltern) häufig zu essen bekommen. Darüber lasse sich auch erklären, dass Kinder aus verschiedenen Kulturen regional geprägte Geschmacksvorlieben durch „liking by tasting“ erlernen (ebd., 48).

Bauer betont im Gegensatz zur Auffassung von Herke et al., dass der „Essalltag“ eine Aufgabe für die gesamte Familie darstellt, da er innerhalb der Alltagsbezüge aller Familienmitglieder gestaltet werden muss (Bauer 2016, 55). Dies gilt insbesondere ab Zeitpunkt des Schuleintritts der Kinder. Da Essen in hohem Maße in den Alltag von Familien eingebunden ist, spricht Bauer von „Essalltag“. Der Essalltag von Familien und deren gemeinsame Mahlzeiten sind eine zentrale familiäre Praktik von Doing Family und gestalten sich vor dem Hintergrund von kulturellen Einflüssen. Was gegessen wird, ist kulturell geprägt und abhängig von Gefühlen, normativen Wertvorstellungen, Ernährungssitten und Geschmack (vgl. ebd., 55 f.)

1.4. Soziokultureller Einfluss

Der Bereich des Essens wird stark durch gesellschaftliche Regeln normiert (Essmoral) und von öffentlichen Institutionen (z.B. Fachgesellschaften, Schulen, Kitas) beeinflusst und gesteuert (vgl. Barlösius 2011a, 48). Zudem beeinflussen gesellschaftliche Diskurse um Ernährung, welche in unserer Gesellschaft eine große Rolle spielen, das Ernährungsverhalten von Individuen. Verschiedene Ernährungsideale und -vorschläge beeinflussen das Handeln. Diese Ideale führen bei vielen Menschen – in diesem Kontext Familien, Eltern und Kleinkinder – nicht zu einem verbesserten Ernährungsverhalten, sondern wirken sich eher verunsichernd aus (vgl. Schritt 2011, 51).

Die sozialen Regelungen des Essens in Gesellschaften sind ethnisch und regional unterschiedlich. Sie kennzeichnen soziale Unterschiede im Essstil und schaffen soziale Ungleichheit in Form von Schichten und Klassen. Als Erklärungsansatz für sozial

unterschiedliche Ernährungsformen wird neben dem sozioökonomischen Status als Ausdruck sozialer Ungleichheit die Kategorie des Geschmacks herangezogen. In der Funktion eines gesellschaftlichen Distinktionsmittels erzeugt der Geschmack Zugehörigkeitsgefühle (vgl. Barlösius 2011a, 49). Der soziale Gebrauch von Geschmack vermittelt soziale Identität „[...] weshalb der Geschmack als Versinnbildlichung dessen gilt, wer und was man ist.“ (ebd., 86). Barlösius betrachtet den Geschmack als Vermögen, mittels Habitus soziale Identitäten zu identifizieren und somit soziale Differenzen sichtbar zu machen und soziokulturelle Unterschiede darzustellen (vgl. ebd., 86 f.). Die Verschiedenheit im Habitus spiegelt sich insbesondere im Kontext des gemeinsamen Essens als soziale Situation und kann somit Auskunft über die soziale Herkunft einer Person liefern (vgl. Reitmeier 2013, 142). Der Essgeschmack bildet einen zentralen Bestandteil des Habitus (vgl. Barlösius 2011a, 112).

2 Theoretischer Hintergrund

Das Konzept des Habitus nach Bourdieu dient, neben dem der Lebensweltorientierung nach Thiersch und Kraus, als theoretische Grundlage für diese Arbeit und soll im Folgenden genauer betrachtet und veranschaulicht werden.

2.1. Habitus, sozialer Raum und Klassen nach Bourdieu

Bereits in frühester Kindheit eignet sich ein Mensch, im Laufe seiner Sozialisation und in der Auseinandersetzung mit seiner Herkunftsfamilie, habituelle Dispositionen an. Der Habitus erleichtert die Orientierung in der sozialen Welt und bewirkt die Hervorbringung angemessener sozialer Verhaltensweisen eines Menschen. Unter dem Habitus werden die kollektiv geteilten, individuell angeeigneten Eigenschaften, Kompetenzen und Verhaltensmuster einer Person verstanden (vgl. Höblich 2015, 46). Das Konzept stammt von dem französischen Soziologen Pierre Bourdieu, der ihn als „strukturierte und strukturierende Struktur“ definiert (Bourdieu 1982, 279). Dabei bringen unterschiedliche Existenzbedingungen unterschiedliche Formen des Habitus (Systeme von Erzeugungsmustern) hervor (vgl. Bourdieu 2021, 278). Der Habitus wirkt zum einen strukturierend, da die Handlungen eines Individuums auf den sozialen Raum (Abb.1) zurückwirken und zum anderen als strukturiertes Prinzip, weil er durch den sozialen Raum bestimmt wird (vgl. ebd., 277 f.; Höblich 2015, 46). Mit dem Begriff des sozialen Raums charakterisiert Bourdieu soziale Beziehungen und Verhältnisse (vgl. Barlösius 2011b, 119). Nach seinem Verständnis bietet es sich an, Gesellschaft als einen konstruierten sozialen Raum zu verstehen. Innerhalb dieses Sozialraums nehmen die Akteur:innen, aufgrund ihrer ungleichen Ressourcen (Kapitalsorten) in Relation zu anderen Akteur:innen, unterschiedliche soziale Positionen ein, welche wiederum dauerhafte, habituelle Dispositionen, im Sinne eines Gefüges verinnerlichter Wahrnehmungs-, Denk-, und Handlungsschemata, prägen (vgl. Bourdieu 1995, 69; Höblich 2015, 46). Habitus und sozialer Raum bzw. soziales Feld stehen in einem entgegengesetzten und wechselwirkenden Verhältnis zueinander. Im Habitus werden äußerliche Sozialstrukturen durch Konditionierungsprozesse einverleibt, weshalb Bourdieu ebenso von einem „System von dauerhaften Dispositionen leibhaftig gewordener Geschichte“ spricht (Bourdieu 1995, 69).

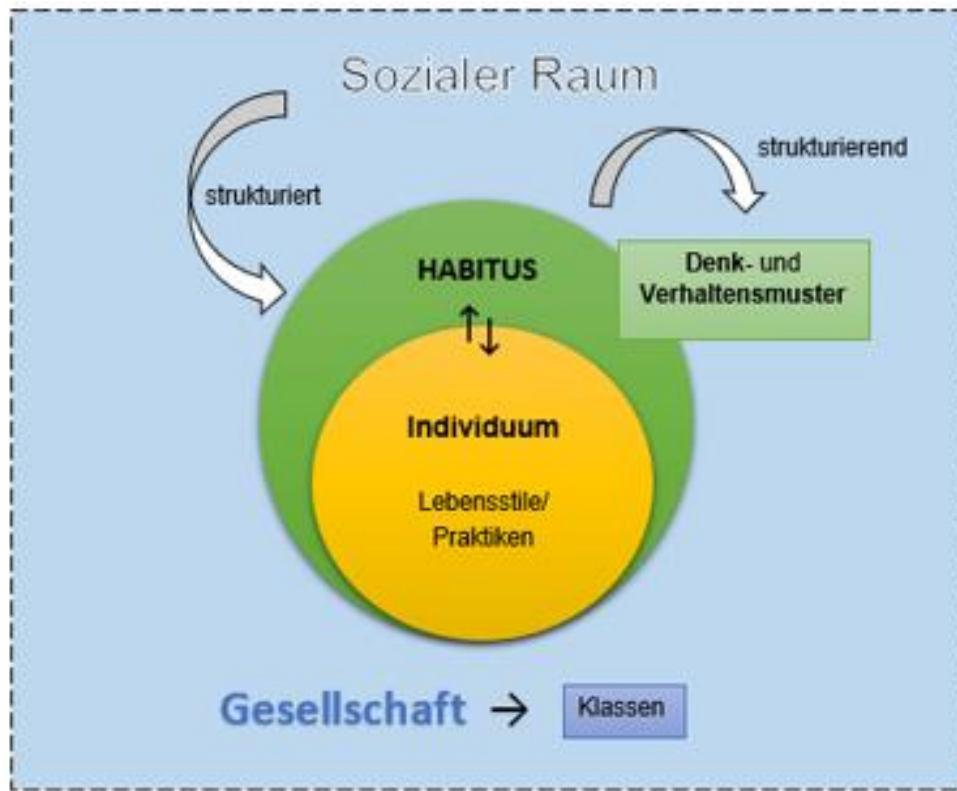


Abbildung 1: Einfluss der Gesellschaft auf den Habitus. Eigene Darstellung in Anlehnung an van Essen 2013, 36

Das Konzept wirkt als Vermittlungsinstanz zwischen Struktur und Praxis (Lebensstile) bzw. Gesellschaft und Individuum (vgl. ebd.; Barlösius 2011b, 46 f.). Der Habitus wird entlang milieuspezifischer Erfahrungen erworben und über Lebensstile und soziales Handeln zum Ausdruck gebracht. Merkmale wie Klassen- bzw. Schichtzugehörigkeit und Lebensbedingungen konstruieren und reproduzieren ihn (vgl. Höblich 2015, 46; Bourdieu 2021, 278 f.)

In dem Konzept wird außerdem der Zusammenhang und die Wechselwirkung von Familie als gesellschaftliche Mikrostruktur und dem Staat als gesellschaftliche Makrostruktur betrachtet. Hierbei erfüllt die Familie die Funktion eines „gesellschaftlichen Platzanweisers“ (Seehaus et al. 2015, 165). Aus Sicht von Barlösius folgt der Habitus einem vereinheitlichenden Prinzip und beschränkt sich auf die Erzeugung von Schemata, Muster und Formen. Dabei folgen die Schemata ähnlichen Prinzipien, was als Stil bzw. Lebensstil identifiziert wird (vgl. Barlösius 2011b, 48 f.). „So diktiert der Habitus nicht eine Essvorliebe für Currywurst oder Sushi, beinhaltet aber ein Schema, das nach deftigen und kräftigen oder zarten und feinen Speisen greifen lässt“ (ebd., 76). Somit bestimmt er lediglich die Art und Weise (z.B. Vorliebe für deftige Speisen) und nicht die Inhalte (z.B.

Currywurst) von Verhaltens- bzw. Ernährungsmustern, weshalb von individuellen Spielräumen in seiner Erscheinungsform auszugehen ist.

In diesem Zusammenhang kann von einer gewissen Flexibilität im Habitus ausgegangen werden, wonach er lediglich die Grenzen möglicher und unmöglicher Praktiken festlegt (vgl. Höblich 2015, 46).

Bezogen auf die Ausbildung von Ernährungsgewohnheiten lässt sich sagen, dass sich, je nach dem unter welchen sozioökonomischen Verhältnissen ein Kind aufwächst, entsprechende Geschmacksrichtungen ausbilden (vgl. Bourdieu 2021, 289). In seinem 1982 erschienen Werk analysiert Bourdieu „die feinen Unterschiede“ im Konsumverhalten von unterschiedlichen Klassen und den Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und Habitus. Vor diesem Hintergrund beschreibt er die Unterschiede zwischen verschiedenen Klassen in Bezug auf Nahrungsmittel und spricht von einem bestimmten Geschmack der „unteren“ und „oberen“ Klassen. Unterschiede im Konsum lassen sich folglich auf den Gegensatz von Luxus- und Notwendigkeitsgeschmack, wie Bourdieu es nennt, zurückführen (vgl. ebd., 289 f.). Im Zusammenhang mit dem Notwendigkeitsgeschmack der unteren Klassen, spricht er vom Essen als Grundbedürfnis und Bewältigungsstrategie. Gemeint ist, dass prekäre Lebenslagen schwierige emotionale Verfassungen, Mangel (z.B. an ausreichend finanziellen Ressourcen), Not und Zwänge hervorbringen, die wiederum durch entsprechende Essstile (z.B. preiswerte, süße, energiereiche Nahrungsmittel) kompensiert werden (vgl. Bourdieu 2021, 315).

Gemäß Bourdieu ist der Geschmack als „[...] Wahl des Schicksals, freilich eine unfreiwillige Wahl, durch Lebensumstände geschaffen“ zu verstehen (Bourdieu 2021, 290). Dementsprechend beruht der Geschmack, als zentrales Element des Habitus, nicht auf einer bewussten und individuellen Entscheidung – vielmehr wird er durch milieuspezifische Lernprozesse verinnerlicht und zur Gewohnheit (vgl. ebd.). Die geschmacklichen Vorlieben einer Person weisen sie somit als Angehörige einer bestimmten sozialen Klasse aus. In dem jeweiligen Ernährungsstil wird ein Habitus sichtbar, der eine Person mit anderen Menschen verbindet, die über eine ähnliche soziale Herkunft verfügen (vgl. Reinicke 2017, 376 f.). Des Weiteren zeigt Bourdieu auf, dass trotz der integrativen Fähigkeiten von Mahlzeiten als besondere soziale Situation, klassenspezifische Abgrenzung erzeugt wird (vgl. ebd., 289 f.). Der Habitus, der sich im sozialen Kontext der Kindheit herausbildet und von Bourdieu auch als „zweite Natur“ bezeichnet wird, wird maßgeblich von der familialen Herkunft geprägt (Bourdieu 1976, 171 In: El-Mafaalani 2017, 105).

In Bezug auf Kleinkinder, die in Familien unter Bedingungen sozialer Ungleichheit aufwachsen, bedeutet dies, dass die familiären Bedingungen – speziell der sozioökonomische Status bzw. der soziale Status der Eltern – sich in hohem Maße auf das kindliche Ernährungsverhalten auswirkt. Essen und Ernährung stellen hochbedeutsame Bausteine in der alltäglichen Lebensgestaltung von Familien dar und sind Anknüpfstelle für eine lebenslagenorientierte Soziale Arbeit, die ihre Adressat:innen in den Bezügen ihrer jeweiligen Lebenswelt sieht und diese anerkennt. Nach Walther sollte Soziale Arbeit den lebensweltlichen und gesellschaftlichen Kontext hinterfragen, in dem ein bestimmtes Gesundheits- und Ernährungsverhalten eingebettet ist (vgl. Walther 2015, 205).

2.2. Lebensweltorientierung nach Thiersch und Kraus

Lebensweltliche Orientierung besitzt eine große Relevanz für die Soziale Arbeit und stellt einen maßgeblichen Ansatz für die theoretische Diskussion in der Praxis da. Zentraler Vertreter der Theorie der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit ist Hans Thiersch. Das Konzept der Lebensweltorientierung entwickelte er in den 1960er- und 1970er-Jahren (vgl. Kraus 2006, 116).

Das Konzept betont, dass der Ausgang aller Sozialen Arbeit in den alltäglichen Deutungs- und Handlungsmustern der Adressat_innen und in ihren Bewältigungsanstrengungen liegt [...] [und] versucht die Eigensinnigkeit der Lebenserfahrung und Bedürftigkeit der Adressat_innen mit den Möglichkeiten institutionell und professionell gefasster Sozialer Arbeit zu verbinden. (Grunwald/Thiersch 2016, 24)

Lebensweltorientierte Soziale Arbeit fragt danach, wie Menschen ihren Alltag erleben und versucht, diesen Alltag in Bezug auf dessen Stärken, Probleme und Ressourcen zu verstehen. Dieses Verständnis ist Voraussetzung, damit ein Alltag im Hinblick auf sein Gelingen stabilisiert, verändert und neu strukturiert werden kann (vgl. ebd.).

Kraus' systemisch-konstruktivistische Begriffsbestimmung der Lebensweltorientierung, mit Blick auf die Soziale Arbeit, bedenkt die phänomenologischen Wurzeln des Begriffs der Lebenswelt nach Husserl (1962) und Schütz (1991). Ein entscheidender Aspekt in deren Begriffsdefinitionen liegt auch hier im Begriff des Alltags bzw. der "Alltagswelt" und damit in der Bedeutsamkeit der subjektiven Perspektive. Diese Subjektivität zeigt sich im doppelten Sinne in der Lebenswelt: Zum einen, weil sich Lebensbedingungen bzw. „Lebenslagen“ unterscheiden und zum anderen, da sich Menschen und deren

subjektive Wahrnehmung dieser Bedingungen unterscheiden (Kraus 2006, 120 f.). Gemäß des systemisch-konstruktivistischen Verständnisses nach Kraus gelten als Lebenslage die materiellen und immateriellen Lebensbedingungen eines Menschen. Hierzu zählen etwa die Verfügung über materielle und finanzielle Ressourcen, das familiäre und soziale Umfeld und die gesundheitliche und körperliche Verfassung eines Menschen (z.B. Körpergewicht, Geschlecht und Gesundheitszustand) (vgl. ebd., 124 f.). Im Gegensatz hierzu „gilt [als] Lebenswelt das unhintergebar subjektive Wirklichkeitskonstrukt eines Menschen (welches dieser unter den Bedingungen seiner Lebenswelt bildet).“ (ebd., 125). Beispielsweise gehört der Körper eines Kindes und der Zugang zu „gesunden“ Lebensmitteln zu dessen Lebenslage, die subjektive Wahrnehmung seines Körpers und seiner Ernährungssituation jedoch zur Lebenswelt. Gleichwohl diese Forderung nach der Orientierung an der „unerreichbar subjektiven Lebenswelt“ der Adressat:innen im ersten Moment paradox scheint, ist sie für die Soziale Arbeit vielversprechend, da sie dazu auffordert die Bedingungen der Lebenslagen eines Menschen zu beachten (Kraus 2006, 126). Gemeint ist, den Blick auf das soziale Eingebundensein von Menschen zu lenken. Schließlich kann Soziale Arbeit auf die Bedingungen der Lebenslagen ihrer Adressat:innen gestaltend Einfluss nehmen (z.B. Netzwerkarbeit, materielle Ressourcen). Ausgehend von einem Verständnis für die spezifischen Rahmenbedingungen, in denen ein Mensch lebt, muss jedoch die Frage gestellt werden, wie diese Lebensbedingungen (Lebenslagen) von der betroffenen Person wahrgenommen und eingeschätzt werden. Kraus betont, dass selbst die genaue Kenntnis über die Lebenslage eines Menschen keine verlässlichen Informationen über dessen subjektive Lebenswelt liefert. Folgerichtig meint Lebensweltorientierung in erster Linie die Orientierung an der Subjektivität der Lebenswelt und ihre grundsätzliche Berücksichtigung (vgl. ebd., 124 f.).

Struktur – und Handlungsmaxime

Die Struktur- und Handlungsmaxime werden als Kern des Konzepts und als Grundhaltung der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit verstanden. Thiersch und Grunwald erachten sieben Struktur- und Handlungsmaxime, welche im Anschluss erläutert werden, als zentral für die Ausgestaltung einer lebensweltorientierten Sozialen Arbeit (vgl. Grunwald/Thiersch 2016, 42 f.).

Das Prinzip der **Einmischung** verdeutlicht die sozialpolitische Positionierung im Gefüge des gesellschaftlichen, sozial- sowie bildungspolitischen Rahmens. Soziale Arbeit agiert

in Alltagsverhältnissen, die gesellschaftlich bedingt sind. Beispielsweise geht es im Blickfeld von sozialer Gerechtigkeit um Ungleichheiten, mangelnde Ressourcen, Exklusion, um Familien- und Kinderarmut, Bildungsarmut und Gesundheitsarmut. Sie hat ein besonderes Mandat in Form der Einmischung, dass sie aus ihrer arbeitsbasierten Fachkenntnis auf den unterschiedlichen Ebenen der allgemeinen Politik und Öffentlichkeit wahrnehmen und vertreten muss (vgl. Grunwald/Thiersch 2016, 42 ff.).

Prävention als Prinzip, im Sinne von primärer Prävention, zielt auf die Herstellung günstiger und belastbarer Alltags- und Lebenswelten ab und ist zunächst als grundsätzliche Aufgabe aller Sozialen Arbeit zu verstehen. Im Unterschied dazu geht es bei der sekundären Prävention darum, teils vorhersehbare Belastungen mittels gezielter Unterstützung im Vorfeld abzufangen und einzudämmen (vgl. ebd.).

Das Maxim der **Alltagsnähe** zielt auf das Verständnis der Adressat:innen, auf die Struktur des Gefüges von Hilfen und auf das Prinzip der Nähe zur Lebenswelt der Adressat:innen. Zugleich sollen Maßnahmen, die die lebensweltlichen Ressourcen in ihrem Eigensinn erhalten und entwickeln, Priorität vor denen haben, die eigene unterstützende Arrangements schaffen und darin die vorhandene Lebenswelt ersetzen.

Das Prinzip der Regionalisierung bzw. **Sozialräumlichkeit**¹ bezieht sich auf die Dimension räumlichen Bezugs lebensweltlicher Erfahrungen. Ähnlich wie bei der Prävention sollen auch hier die Ressourcen in den Verhältnissen gestärkt werden, um so einer Zuspitzung und Verhärtung sozialer Probleme entgegenzuwirken und um neue, nützliche Unterstützungsangebote zu gestalten. Sozialräumlichkeit zielt auf die Erfahrungen im sozialen Raum der Adressat:innen, wie sie sich im Selbstverständnis unterschiedlich nach sozialer Lage, kultureller Tradition, aber auch in besonderen Lebenskonstellationen, beispielsweise für Familien mit Kindern, je individuell ergeben (vgl. ebd., 44).

Beratung als Prinzip der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit verweist auf die Aufgabe Angebote im Alltag des Sozialraums und der Region zugänglich zu machen und Zugänge nicht nur zu institutionellen, sondern gerade auch zu lebensweltlichen Ressourcen zu erschließen (vgl. Schneider 2006 In: ebd., 45). Ebenso geht es um die Verbindung und Netzwerkarbeit zu den anderen für die Infrastruktur wichtigen Institutionen wie z.B. Schulen, Kindertagesstätten und Arztpraxen (vgl. Grunwald/Thiersch 2016, 45).

¹ Im sozialarbeiterischen Diskurs wird mit Sozialraum der Nahraum oder die direkte Umgebung einzelner Akteur:innen bezeichnet. Im Rahmen und Tradition der Gemeinwesenarbeit, zielt das fachliche Konzept der Sozialraumorientierung auf die Verbesserung der Lebensbedingungen von Bewohner:innen eines sozialen Raums (vgl. Kessl 2015, 310; Schoneville 2015, 311 In: Thole et al.).

Das Maxim der Integration bzw. **Inklusion** beschreibt den Grundsatz einer auf Menschenrechte bezogenen Sozialen Arbeit und betont die prinzipielle Gleichheit aller miteinander lebenden Menschen in der Anerkennung einer grundlegenden Gleichwertigkeit. Im Rahmen der Lebensweltorientierung wird insbesondere die Gleichheit in den alltäglichen Bewältigungsaufgaben und ihren sozialen Rahmenbedingungen hervorgehoben (vgl. ebd.).

Das Prinzip der **Partizipation** bezieht sich, vor dem Hintergrund von Inklusion und Menschenrechten, auf den Ansatz der alltäglichen Bewältigungsanstrengungen. Sie zielt auf die Möglichkeit, sich in Selbsttätigkeit zu erfahren und anzuerkennen, auf soziale Gerechtigkeit in Umgangsregeln der Demokratie, sowie auf Beteiligung und gemeinsame Gestaltung von Hilfen im Zeichen der Verhandlung. Partizipation muss stufenweise und aufgrund vielfältiger Aufgabenstellungen, Zielgruppen und Arbeitsfelder sehr unterschiedlich gestaltet werden (vgl. ebd., 46).

Lebensweltorientierung in der Arbeit mit belasteten Familien und Kindern

Für die einzelnen Arbeitsfelder Sozialer Arbeit haben die Handlungs- und Strukturmaxime jeweils unterschiedliche Bedeutungen. Im Arbeitsfeld der Familienhilfe ist folgende Frage leitend: Worin kann der gelingendere Alltag - als zentrale Zielsetzung der Lebensweltorientierung in der Arbeit mit belasteten Familien und Kindern - bestehen? Hier gilt es die Komplexität der Lebenswelt der Adressat:innen in ihren beziehungsbezogenen Routinen und Sinnzusammenhängen sowie in der Struktur geschlechterspezifischer Rollen zu berücksichtigen, ebenso wie ihre Position im allgemeinen sozialen Gefüge bzw. Sozialraum. Familien und Kinder sollen unterstützt und befähigt werden, die Stärken und Belastungen ihrer komplexen Lebenswelt erfassen zu können, insbesondere im Hinblick auf ein gedeihliches Aufwachsen der Kinder. Weitere Möglichkeiten oder Ressourcen sollen aufgespürt und vorhandenes Änderungspotenzial stabilisiert werden. Es wird danach gefragt, inwieweit sich Familien zu Beratungs- oder Unterstützungsangeboten öffnen und nachhaltige Kooperationen zu Kindertagesbetreuung und Schule, zu Ärzten und zu Angeboten des Jugendamts entstehen können (vgl. Grunwald/Thiersch 2016, 46 f.).

Ernährung und Essen ist als Teil der individuellen Lebenswelt eines Menschen zu betrachten und hat unterschiedliche Bedeutungen: Sättigung (z.B. Notwendigkeitsgeschmack), Essen als Belohnung und Genuss, Trost, Geborgenheit, Lebensqualität oder Statussymbol (z.B. Luxusgeschmack) (vgl. Walther 2015, 196 ff.). Der Frage nach der

Qualität der Ernährung liegt eine überaus subjektive Einschätzung des Individuums zu Grunde. Das, was Ernährungswissenschaftler und -mediziner als „ungesund“ bewerten, muss von den betroffenen Familien selbst keineswegs so wahrgenommen werden (vgl. Meyer 2018, 175).

Befinden sich Menschen in einer Lebenslage, die von emotionaler Überforderung und Existenzängsten geprägt ist, steht nicht selten die Bewältigung von Alltagsproblemen im Vordergrund (vgl. Homfeldt 2016, 46). Hinzu kommen soziokulturell unterschiedliche Vorstellungen von Gesundheit und Wohlbefinden in Bezug auf eine gesunde Ernährungsweise (vgl. Walther 2015, 198). Im Bereich der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit mit Familien in schwierigen Lebensverhältnissen ist ein Blick auf Ernährung, der die jeweiligen subjektiven, biographischen und kulturellen Konzepte einbezieht und der sensibel ist für die individuellen Bedeutungen und Gewohnheiten im Umgang mit Essen, bedeutsam. Gleichzeitig gilt es die strukturellen Rahmenbedingungen, die auf die Lebenswelt der Adressat:innen einwirken, nicht außer Acht zu lassen (vgl. Wanner 2016, 209). Menschen, die in sozioökonomisch stabilen Verhältnissen leben, folgen anderen Ernährungs- und Gesundheitsüberzeugungen sowie Prioritäten als Menschen unter Bedingungen sozialer Ungleichheit (vgl. Walther 2015, 198 f.)

3 Soziale Ungleichheit, Armut und prekäre Lebenslagen

In Untersuchungen wie die der Nationalen Verzehrsstudie 2² wurde festgestellt, dass Ernährung mit dem sozioökonomischen Status (SES) einer Person korreliert. Unter anderem wurde bestätigt, dass die Qualität von Nahrungsmitteln mit abnehmendem SES ebenfalls abnimmt (vgl. Max Rubner-Institut 2008, 119 f.). In weiteren Studien wird zudem auf den Zusammenhang zwischen sozialem Status und Gesundheit eingegangen, wobei das Ernährungsverhalten als eine bedeutende, gesundheitsrelevante Verhaltensweise beschrieben wird. Dabei ist die Phase der frühen Kindheit, die für die Ausbildung von Verhaltensweisen zentral ist, von besonderem Erkenntnisinteresse. Im Kindesalter lassen sich, bezüglich des Ernährungsverhaltens, deutliche Abweichungen je nach sozioökonomischem Hintergrund aufzeigen. Soziale Ungleichheit wird durch Ungleichheiten im SES sichtbar (vgl. Richter/Hurrelmann 2009 In: Herke et al. 2016, 109). Einleitend sollen wenige grundlegende Begriffe erläutert werden.

Soziale Ungleichheit

Aus Sicht von Hradil bezeichnet der Begriff „soziale Ungleichheit“ gesellschaftliche Vor- und Nachteile von Menschen. Soziale Ungleichheiten existieren in gesellschaftlich bedingten, beständigen und ungleichmäßigen Verteilungen knapper und begehrter „Güter“ (vgl. Hradil 2009, 36). Dabei handelt es sich um hilfreiche Ressourcen wie etwa Bildungsabschlüsse oder Einkommen. Weitere Bezugspunkte sozialer Ungleichheit sind (un-)vorteilhafte Lebensbedingungen, wie z.B. belastende Arbeitsbedingungen, gesundheitsförderliche Umweltbedingungen oder (un-)günstige Wohnverhältnisse. Aus soziologischen Zwecken werden (un-)vorteilhafte Lebensverhältnisse in Dimensionen eingeteilt. Als einflussreichste Dimensionen sozialer Ungleichheit gelten Bildung (gemessen an Bildungsabschlüssen), Wohlstand (Geld) und Macht(-stellungen) im gesellschaftlichen Gefüge. Im Unterschied dazu äußern sich Determinanten sozialer Ungleichheit in gesellschaftlichen Stellungen. In der modernen Industriegesellschaft stellt der Beruf die wichtigste Statusdeterminante sozialer Ungleichheit dar, unter anderem gefolgt von

² Im Rahmen der Nationalen Verzehrsstudie (NVS) 2 wurden repräsentative Daten zum Lebensmittelverzehr und zum Ernährungsverhalten der deutschen Bevölkerung ermittelt. Dabei wurden deutschlandweit zwischen 2005 und 2007 über 19 000 Männer und Frauen im Alter von 14 bis 80 Jahren befragt (vgl. Max Rubner-Institut 2008, 17).

Geschlecht, Alter, erreichter Bildung und Familienherkunft. Die wichtigsten Gruppierungen im Ungleichheitsgefüge sind diejenigen, die jeweils ähnliche Stellungen in der Berufshierarchie und damit ein vergleichbares Einkommen und Bildungsabschlüsse besitzen. Sie werden als soziale „Schichten“ bezeichnet (vgl. Hradil 2009, 36). Die Stellung eines Individuums in dieser hierarchischen Gesellschaftsstruktur wird oftmals mit dem Konstrukt des sozialen Status bzw. SES abgebildet, welcher in der Regel über den Beruf, das Einkommen und das Bildungsniveau definiert wird (vgl. Ditton/Maaz 2015, 193).

Armut

Jede Gesellschaft (re-)produziert soziale Ungleichheit, womit Armut als grundlegendes gesellschaftliches Phänomen angesehen werden kann (vgl. Rietzke 2015, 27). Jedoch konnte sich in sozialwissenschaftlichen und -politischen Diskussion bislang auf keine einheitliche Definition von Armut geeinigt werden. Gründe dafür sind die umfangreiche und komplexe Struktur des Armutsphänomens sowie politisch-normative Aufladungen von Begriffsdefinitionen (vgl. ebd.).

Nach dem Verständnis von Huster und Kolleg:innen beschreibt der Begriff der „Armut“, neben den besonderen Merkmalen und Folgen von durch materielle Unterversorgung gekennzeichneten Lebenslagen, vor allem den Prozess der Entstehung benachteiligter Lebenslagen. Er wird häufig gleichbedeutend mit der ressourcenorientierteren Bezeichnung der „sozialen Ausgrenzung“ verwendet. Soziale Ausgrenzung richtet den Blick über die materielle Lage hinaus auf andere Aspekte, die zu gesellschaftlicher Ausschließung führen oder zu ihrer Minimierung beitragen können. Zudem weist der Begriff auf die involvierten Akteur:innen hin. Gemeint sind sowohl diejenigen, die ausgegrenzt werden, als auch diejenigen, die soziale Ausgrenzung verursachen und ggf. davon profitieren (vgl. Huster et al. 2018, 4 ff.) Grundsätzlich kann Armut als extreme Ausprägung sozialer Ungleichheiten in verschiedenen Lebenslagen beschrieben werden (vgl. Rietzke 2015, 27).

Ernährungsarmut, als Folge von Armut, bezieht sich sowohl auf eine materielle Komponente (fehlende finanzielle Ressourcen), um ausreichend qualitativ hochwertige Nahrungsmittel einkaufen zu können, diese ordnungsgemäß zu lagern und zu zubereiten, als auch auf sozialen Komponenten (vgl. Sedelmeier 2011 In: Walther 2015, 201). Hierzu zählen Möglichkeiten der Gestaltung von kulturellen Essensbräuchen, die Erfüllung von

Rollen und Verantwortlichkeiten (z.B. mütterliche Beköstigungsarbeit, altersgerechte und gesunde Essensversorgung der Kinder) sowie Faktoren von sozialer Teilhabe im Aufbau und der Gestaltung sozialer Beziehungen und Zugehörigkeit (vgl. Sedelmeier 2011 In: Walther 2015, 201).

Prekäre (ökonomische) Lebenslagen

Der Begriff prekärer bzw. armutsnaher Lebenslagen geht über die Beschreibung einer aktuellen finanziellen Notlage einer Familie hinaus (vgl. Uhlendorff et al. 2013, 75). Obwohl Familien über ein Einkommen verfügen, sind die Teilhabe- und Zugangschancen der Familien in prekären Lebenslagen eingeschränkt. In diesem Zusammenhang wird auch von Einkommensarmut gesprochen. Zu den betroffenen Gruppen zählen sogenannte Niedriglohnbeschäftigte, Alleinerziehende, Familien mit drei oder mehr Kindern sowie Familien mit Migrationshintergrund (vgl. ebd.).

3.1. Ursachen familiärer Armut und gesundheitliche Folgen

Neben individuellen Faktoren spielt der familiäre Kontext für von Armut betroffene oder gefährdete Menschen, bezogen auf Armutsrisiken und -Ursachen sowie für Schutzfaktoren, eine wesentliche Rolle (vgl. Benz/Heinrich 2018, 573 ff.). Nach Benz und Heinrich steht familiäre Armut dabei in engem Zusammenhang mit gesellschaftlichen Ursachen, Risiken und Hilfsmaßnahmen (z.B. Kindergeld, sozialrechtliche und -pädagogische Beratungs- sowie Bildungsangebote). In Deutschland ist seit mehreren Jahren ein allgemeiner Anstieg von Armut zu erkennen. Dabei sind Kinder, Jugendliche, junge Erwachsene, Familien allein Erziehender, kinderreiche Familien und Familien mit Migrationsgeschichte überdurchschnittlich betroffen. Armut stellt einen starken Risikofaktor für das gelingende Aufwachsen von Kindern dar. Beispielsweise wirkt sich Einkommensarmut negative auf die Lebenslage von Kindern aus. Bereits früh stellen sich Fragen, etwa der kindgerechten Ausstattung, wozu auch eine angemessene Ernährung mit hochwertigen Lebensmitteln zählt. Eine Ursache familienbedingter Armut liegt in familiärer Sorgearbeit. Dies ist zum Beispiel dann der Fall, wenn aufgrund des Eingebundenseins einer erwerbsfähigen Person in Pflege- und Erziehungsaufgaben kein oder zu wenig Einkommen erzielt wird. Dieser Ursachenkomplex hängt von weiteren Faktoren ab wie z.B. von Strukturen, die eine Beschäftigung ermöglichen (Teilzeitausbildungen für

alleinerziehende Eltern) oder zeitlich verlässlichen Betreuungs- und Bildungsangeboten (Kitas, Schulen). Generell lassen sich Ursachen familiärer Armut sowohl auf der individuellen als auch auf der gesellschaftlichen Ebene feststellen. Die Gründe hierfür sind vielfältig: Scheidung, mangelnde „Bildungsanstrengungen“, Unfälle, Behinderung oder der Tod von Erwerbspersonen ebenso wie ein zu geringer Familienlastenausgleich (z.B. Eltern- oder Kindergeld), fehlende Kinderbetreuungsmöglichkeiten oder eine unzureichende soziale Sicherung. Darüber hinaus können die verschiedenen Ursachen der individuellen und gesellschaftlichen Ebene ineinandergreifen und sich gegenseitig verstärken (vgl. Benz/Heinrich 2018, 581 ff.).

(Einkommens-)Armut im familiären Kontext wirkt sich unmittelbar auf andere Lebensbereiche wie die Gesundheit(schancen) aus und bestimmt die Zukunftschancen von Kindern, die in Haushalten unter Bedingungen sozialer Ungleichheit aufwachsen (vgl. ebd., 588; BMAS 2021, 400). Laut Haverkamp besteht für Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status ein erhöhtes Risiko sich gesundheitsgefährdend zu verhalten. Dies zeigt sich unter anderem in einem ungesunden Ernährungsstil („Fast Food“) und häufigeren Problemen wie Übergewicht und Adipositas. Hauptgründe hierfür sind neben einer ungesunden Ernährung mit zu vielen gesättigten Fetten und Zucker, zu wenig ballaststoffreiche Ernährung mit zu geringem Obst- und Gemüseanteil bei gleichzeitig zu geringer körperlicher Bewegung, meist in Verbindung mit erhöhtem TV- oder Internetkonsum. Dabei gilt die frühe Kindheit bereits als entscheidend für die Entwicklung von Übergewicht. Ein weiterer wichtiger Gesichtspunkt, mit Blick auf die gesundheitlichen Folgen von Armut, ist armutsbezogener Stress im Alltag. Eine Zunahme der Expositionsdauer von Armutsbedingungen steht dabei mit einer schlechteren Gesundheit, insbesondere auch von Kindern, in Zusammenhang (vgl. Haverkamp 2018, 481 ff.).

Im Rahmen von gesundheitspolitischen und pädagogischen Diskursen werden Kinder zu meist als besonders „vulnerable“ Bevölkerungsgruppe bezeichnet (Schulz/Rose/Schmidt 2021, 40 f.). Frühe Gesundheitsrisiken in vulnerablen Phasen der Kindheit können ungünstige Langzeiteffekte auf die Hirnentwicklung und -funktionen oder das Körperwachstum in Kindheit und Jugend haben, die noch spät im Leben die gesundheitliche Entwicklung langfristig beeinflussen können (vgl. Haverkamp 2018, 481 ff.). Hinzu kommt, dass chronischer Stress (z. B. lebenslange Armut) über entzündliche Veränderungen der körpereigenen Immunabwehr mit nachfolgender Gewebe- und Organschädigung zu einem Ausbruch bestimmter chronischer Erkrankungen (z. B. Diabetes Mellitus Typ

2) beitragen kann. Die armutsbezogene, gesundheitliche Ungleichheit kann sich ungünstig auf die Gesundheit und Entwicklung der nachkommenden Generationen auswirken (vgl. ebd.).

3.2. Soziale Ungleichheit im Ernährungsverhalten und Forschungsstand

In gesellschaftlichen Diskursen wird Armut, genauer ein niedriger SES, oftmals mit ungünstigem Ernährungsverhalten und inadäquater Ernährungskompetenz in Verbindung gebracht (vgl. Schaeffer et al. 2021, 3 f.). Darüber hinaus liegt der Fokus auf Übergewicht und Adipositas und deren gesundheitlichen Risiken als Folgen einer ungesunden Ernährung (vgl. Schumacher 2010, 21; Walther 2015, 195).

Zur Darstellung des aktuellen Forschungsstandes werden in diesem Beitrag ausgewählte Erhebungen zur sozialen Ungleichheit im Ernährungsverhalten aufgegriffen. Die Situation im Hinblick auf soziale Unterschiede wird anhand von Zahlen aus den KiGGS-Welle 1 und 2 Studien des Robert Koch-Institutes und des 6. Armuts- und Reichtumsberichts des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) beleuchtet.

Einfluss des sozialen Status der Eltern: KiGGS-Welle 1 und 2 Studie

Studien, die das Ernährungsverhalten von Kindern untersuchen, betrachten dies meist in Zusammenhang mit dem sozialen Status bzw. SES der Eltern. Eine häufige Erkenntnis besteht darin, dass Kinder aus prekären Elternhäusern ungünstigere Ernährungsgewohnheiten aufweisen (vgl. Herke et al 2016, 112).

In der KiGGS-Welle 1 „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ des Robert Koch-Institutes wurde unter anderem die Häufigkeit des Obst- und Gemüseverzehr von 3- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen analysiert. Zu diesem Zweck wurde im Zeitraum von 2009 bis 2012 eine deutschlandweite (167 Studienorte) telefonische Befragung durchgeführt. Die Gruppe der Proband:innen von KiGGS-Welle 1 setzte sich aus ehemaligen, inzwischen älter gewordenen Teilnehmenden der KiGGS-Basiserhebung (2003-2006) und aus einer neuen Querschnittstichprobe 0-bis 6-Jähriger zusammen, die wiederum zufällig aus den Melderegistern der ursprünglichen 167 Studienorte der Basiserhebung gezogen wurden. Insgesamt nahmen mehr als 12.000 Kinder

und Jugendliche teil. Darunter waren ca. ein Drittel Ersteingeladene und mehr als die Hälfte bestand aus ehemaligen Proband:innen. Angaben zum Obst- und Gemüseverzehr von Kindern im Alter von 3 bis 10 Jahren wurden mittels Befragung der Eltern erhoben und Jugendliche im Alter von 11 bis 17 Jahren wurden selbst befragt (z.B. „Wie oft isst ihr Kind/du Obst/Gemüse?“, „Wie häufig trinkt ihr Kind/trinkst du Obst-/Gemüsesäfte?“). Die Antwortmöglichkeiten umfassten vier Optionen z.B. „jeden Tag“, „seltener als einmal pro Woche“. Außerdem wurde unter anderem die Menge der Portionen (eine Handvoll bzw. ein Glas Saft) am Tag bzw. pro Woche erfragt. Auf Grundlage dieser Angaben wurde der Konsum von Obst und Gemüse bei Kindern und Jugendlichen pro Tag sowie schichtspezifisch nach Geschlecht und Sozialstatus dargestellt. Der SES wurde mittels der drei Statusdimensionen schulische und berufliche Bildung, berufliche Position und dem Haushaltsnettoeinkommen ermittelt (vgl. Borrmann/Mensink 2015, 1005 f.)

Die Ergebnisse beinhalten die Kernaussage, dass Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigerem Sozialstatus deutlich seltener die empfohlenen fünf Portionen Obst und Gemüse pro Tag – gemäß den Empfehlungen der DGE – verzehren als Kinder aus Familien mit höherem Sozialstatus. Als Erklärungsansatz wird auf das geringere Einkommen sowie den Bildungsgrad der Eltern verwiesen. Eine weitere Erkenntnis besagt, dass Eltern mit einer höheren Bildung ihre ernährungsbewusste Lebensweise auf ihre Kinder übertragen (vgl. ebd., 1007).

Allerdings gilt es anzumerken, dass der mengenmäßige Obst- und Gemüsekonsum anhand der Häufigkeit von verzehrten Portionen, die sich an der jeweiligen Handgröße des Kindes orientieren, erhoben wurde und dadurch nicht die gleiche Aussagekraft wie konkrete Mengenangaben besitzt. Eine weitere Limitation besteht in der Methodik der Datenerhebung mittels telefonischer Befragung, wodurch keine umfassende und detaillierte Ernährungserhebung möglich war (vgl. ebd., 1011).

In Ergänzung dazu wurde mit der KiGGS-Welle 2 Studie zu „Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter in Deutschland“, die zwischen 2014 und 2017 stattfand, die Datenerhebung fortgesetzt. Alle ehemaligen und zwischenzeitlich älter gewordenen Studienteilnehmer:innen wurden erneut zur Studienteilnahme eingeladen. Zusätzlich wurden in allen Studienorten Familien mit Kindern im Alter von 0 bis 17 Jahren zum ersten Mal befragt. Im Unterschied zur vorherigen Erhebung fanden in KiGGS-Welle 2 körperliche Untersuchungen und medizinische Tests (z.B. Körpergewicht und -größe sowie Blutdruckmessung) statt. Die Ergebnisse aus der zweiten Folgerhebung bestätigen,

dass 3- bis 17-jährige Kinder und Jugendliche mit einem niedrigen SES deutlich häufiger von Übergewicht und Adipositas betroffen sind als Gleichaltrige mit höherem Sozialstatus (vgl. Schienkiewitz et al. 2018, 18 f.).

Weitere Forschungsergebnisse: Sechster Armuts- und Reichtumsbericht u.a.

Im Kontext des sechsten Armuts- und Reichtumsberichts des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) wird ebenfalls auf die Ergebnisse aus KiGGS 2 Bezug genommen (vgl. BMAS 2021, 382). Es wird betont, dass im Zeitraum der Erhebung (2014-2017) insgesamt 15,4 Prozent der 3- bis 17-Jährigen übergewichtig oder adipös waren (Abb.2 In: Anhang 1, 60).

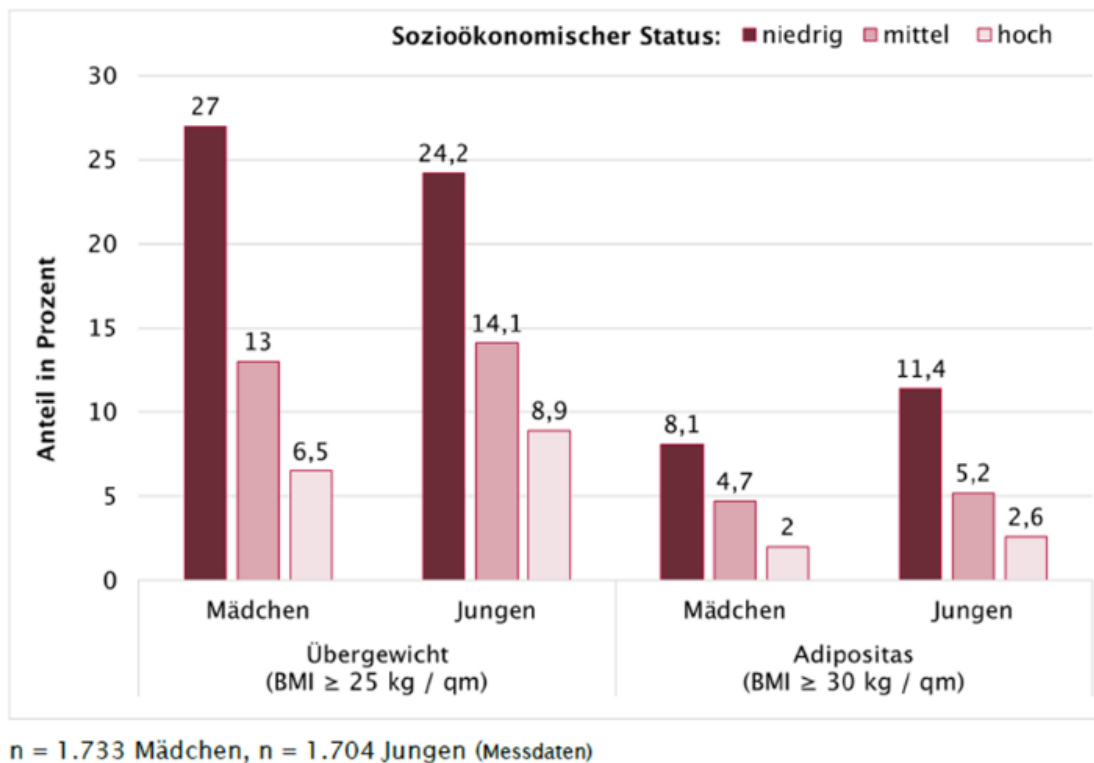


Abbildung 2: Übergewicht und Adipositas bei 3- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen nach Geschlecht und sozioökonomischen Status (Schienkiewitz et al. 2018, 19; Kunz et al. 2018a In: BMAS 2021, 382)

Außerdem sei festzustellen, dass bei einem niedrigen sozioökonomischen Status eine gesunde Ernährung und regelmäßige Bewegung seltener und der Konsum zuckerhaltiger Getränke sowie Übergewicht häufiger zu beobachten seien (vgl. ebd.).

Soziale Ungleichheiten im Ernährungsverhalten werden von einem komplexen Zusammenspiel verschiedener Faktoren bestimmt (vgl. Fekete/Weyers 2016, 201 f.). Sozioökonomische und strukturelle Benachteiligung sowie Faktoren aus der psychosozialen oder soziokulturellen Umwelt beeinflussen die Ernährungsgewohnheiten von Menschen auf verschiedene Weise (Abb.3).

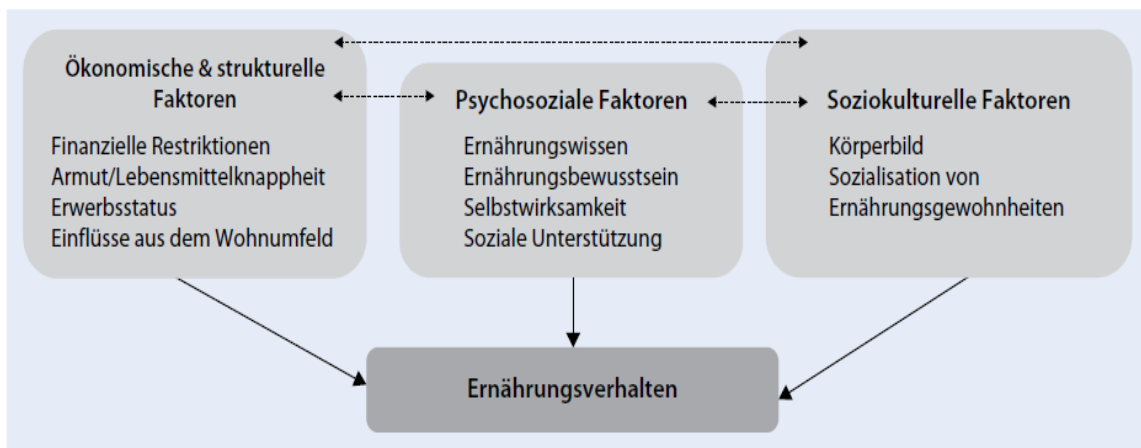


Abbildung 3: Faktoren für die Entstehung von sozialen Ungleichheiten im Ernährungsverhalten (Fekete/Weyers 2016, 202)

Dabei besteht insbesondere für Kinder, die in Familien unter Bedingungen sozialer Ungleichheit aufwachsen, ein erhöhtes Risiko, ungünstige Ernährungsmuster und ernährungsmitbedingte Erkrankungen (z.B. Adipositas, Diabetes Mellitus Typ 2) zu entwickeln (vgl. Marx et al. 2018, 71).

Fekete und Weyers halten fest, dass Ernährungswissen und -qualität miteinander in Verbindung stehen und dass Wissen über gesunde Ernährung sozial ungleich verteilt ist. Ernährungswissen tritt als Übermittler zwischen niedrigem SES und ungünstiger Ernährungsqualität auf. Dazu wirken sich Ernährungsbewusstsein in Verbindung mit einer hohen subjektiven Bedeutung von Ernährung positiv auf die Ernährungsweise eines Individuums aus. Die Entstehung sozialer Ungleichheiten im Ernährungsverhalten wird durch den Umstand gefördert, dass geringe subjektive Bedeutung von Ernährung und ungünstige Ernährungseinstellungen mit abnehmendem sozialen Status/SES assoziiert sind. Es wird auf den allgemeinen Zusammenhang eines gesunden Ernährungsverhaltens mit persönlichen Ressourcen wie hohen Selbstwirksamkeitserwartungen hingewiesen. Persönliche Ressourcen, wie das Vertrauen in die eigene Handlungsfähigkeit, sind für die Gestaltung einer gesundheitsförderlichen Ernährung von Bedeutung. Sie folgen in aller Regel einer sozialen Ungleichverteilung und ihr Mangel kann sich negativ auf die Qualität einer

Ernährung auswirken. Gleichermaßen nachteilig wirken sich mangelnde emotionale Unterstützung und ein fehlendes soziales Netzwerk aus (vgl. Fekete/Weyers 2016, 201 f.).

Die Verminderung sozialer Ungleichheit in Ernährung, Übergewicht und Gesundheit ist ein grundlegendes Ziel von Gesundheitsförderungsstrategien aus Sicht von Public Health (vgl. WHO 2012, 12 f.).

3.3. Einordnung der Forschungsergebnisse

Die Studiendaten aus den KiGGS-Studien liefern wichtige Hinweise hinsichtlich des Einflusses des SES des Elternhauses auf die kindliche Ernährung und Gesundheit. In Bezug auf die Zielgruppe dieser Arbeit (Familien mit Kleinkindern) scheint sich die Aussagekraft der Studienergebnisse, insbesondere von KiGGS 1, nicht gänzlich auf die Zielgruppe beziehen zu lassen, da die Altersspanne der Studienteilnehmer:innen bei drei Jahren beginnt. Da sich jedoch mehreren (ernährungs-)soziologischer sowie psychologischer Quellen (Kap.1-2.1.) zufolge spezifische Geschmackspräferenzen und Essgewohnheiten bereits in frühester Kindheit und damit bereits im ersten Lebensjahr ausbilden, kann davon ausgegangen werden, dass sie sich bis ins dritte Lebensjahr nicht wesentlich verändert haben.

Zusammenfassend lassen sich bisher folgende Erkenntnisse anführen: Die RKI-Studien zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland zeigen, dass (Klein-)Kinder ab dem Alter von drei Jahren, die in Familien mit wenig finanziellen Ressourcen leben, sich häufig schlechter ernähren bzw. ernährt werden, zu Übergewicht und der Entwicklung weiterer chronischer Krankheiten im Erwachsenenalter neigen.

Da Geschmack und Ernährungsgewohnheiten bereits in frühester Kindheit – genauer in den ersten 1000 Tagen im Leben eines Kindes – geprägt werden und die Ernährung in dieser Zeitspanne lebenslange Effekte hat, sollen unterschiedliche Maßnahmen Ernährungswissen und -Kompetenzen für ein gesundheitsförderliches Ernährungsverhalten bei Eltern und Kindern vermitteln (vgl. Gießelmann 2016, o.S.).

Im Kontext von Sozialer Arbeit werden unter anderem in Familienzentren spezielle Elternbildungskurse zur altersgerechten Ernährung von Kleinkindern angeboten. Gesund zu essen beruht allerdings nicht nur auf Ernährungskompetenz, sondern wird durch eine Vielzahl von Faktoren beeinflusst, wie z.B. finanzieller Zugang zu hochwertigen

Nahrungsmitteln, Koch- und Zubereitungskompetenz, sowie insbesondere zeitliche, strukturelle und soziale Barrieren (vgl. Walther 2015, 195). Soziale Arbeit, welche für Menschenrechte und soziale Gerechtigkeit eintritt, hat zur Handlungsaufgabe, sozial bedingte gesundheitliche und folglich auch ernährungsbezogene Ungleichheiten zu verringern und verfügt über die wissenschaftlichen und praktischen Fachkenntnisse um den sozialen Aspekt von Gesundheit und Ernährung zu „versorgen“ (vgl. Liel 2019, 7 f.).

4 Ernährungskompetenz als Aufgabenbereich Sozialer Arbeit

Soziale Arbeit findet sich in vielen Institutionen des Gesundheitswesens (Krankenhäuser, Öffentlicher Gesundheitsdienst u.a.) und Tätigkeitsbereichen des Sozialwesens (Kinder-, Jugend- und Familienhilfe, Frühförderung u.a.). Sie leistet einen entscheidenden Beitrag im Handlungsfeld der Gesundheitsförderung im Kontext von Public Health mit dem Ziel insbesondere sozial bedingte, gesundheitliche Benachteiligungen zu vermeiden oder zu verringern und für mehr Gesundheit und Teilhabe in der Bevölkerung zu sorgen (vgl. Liel 2019, 6). Hierbei handelt es sich um Ziele, die sie mit Public Health teilt. Zwischen Sozialer Arbeit und Public Health bestehen sowohl geschichtlich als auch inhaltlich Schnittmengen. Für beide Disziplinen ist ein Fokus auf Menschen und ihr soziales Umfeld charakteristisch (vgl. ebd.; Borgetto/Ehlers 2021, 111 ff.). In der Praxis der Sozialen Arbeit ist das Thema Essen und Ernährung in verschiedenen Handlungsfeldern, wie z.B. Eltern-Kind-Zentrum, Kita, Schule, Sozialpädagogische Familienhilfe, Frühe Hilfen, präsent (vgl. Meyer 2018, 106 ff.). Die meisten Arbeitsfelder sind wiederum in der Gesundheitsförderung eingebettet (vgl. Homfeldt 2016, 45). Maßnahmen zur Ernährungsbildung stellen, insbesondere in Bezug auf frühe Kindheit und Vorschulzeit, einen relevanten Gegenstand der Gesundheitsförderung dar (vgl. Rose/Sturzenhecker 2009, 10 ff.; Homfeldt 2016, 45). Im weiteren Verlauf werden zentrale Begriffe aus Sicht von Public Health bestimmt.

4.1. Public Health und Gesundheitsförderung

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert „Public Health“ gemäß Acheson als „die Theorie und die Praxis der Prävention von Krankheiten, Verlängerung des Lebens und Förderung der Gesundheit durch organisierte Anstrengungen der Gesellschaft“ (Acheson 1988 In: WHO 2012, 2). Zentrale Elemente sind der Doppelcharakter von Public Health als Wissenschaft und Praxis sowie das Ziel der Bevölkerungsgesundheit. Im Zentrum des Erkenntnisinteresses der Gesundheitswissenschaften – als deutsche Entsprechung zu der internationalen Bezeichnung Public Health – liegt die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung durch Krankheitsverhütung und Gesundheitsförderung (vgl. Schmidt-Semisch/Schorb 2021, 3). Gesundheitsförderung stellt einen von vielen

Gegenstandsbereichen der Gesundheitswissenschaften dar und umfasst ein breites Spektrum von Aktivitäten wie z.B. die Förderung geänderter Lebens- und Verhaltensweisen, Umwelt- und Gesellschaftsverhältnisse sowie Aufklärung und Beratung zur Schaffung gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen (vgl. WHO 2012, 12).

In der Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung von 1986 mit dem Ziel „Gesundheit für alle“, wird Gesundheit als selbstbestimmter und aktiver Prozess verstanden und als positives Konzept formuliert, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen sowie körperlicher Fähigkeiten für die Gesundheit betont (vgl. WHO 1986; Homfeldt 2016, 46). Gesundheitsförderung wird darin als Prozess beschrieben, der allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit(skompetenz) befähigen soll. Ihr Leitbild ist die Durchführung von Maßnahmen mit dem Ziel, durch die Beeinflussung von Gesundheitsdeterminanten³ die Gesundheit zu stärken. Gesundheitsförderliches Handeln ist krankheitsunspezifisch und ressourcenbezogen (vgl. WHO 1986). Sie richtet ihre Aufmerksamkeit auf die Frage, wie und mit welchen Mitteln das Gesundheitspotenzial von Menschen durch strukturelle und politische Unterstützungsmöglichkeiten gefördert werden kann, z. B. durch gesundheitsfördernde Lebenswelten. Demnach beachtet Gesundheitsförderung soziale (z.B. familiäres Umfeld) und ökonomische (z.B. Erwerbseinkommen) Determinanten von Gesundheit und betont die Wichtigkeit von gesundheitlicher Chancengleichheit. Des Weiteren ist sie bemüht, bestehende soziale Unterschiede im Gesundheitszustand von Menschen zu verringern, die sich unter anderem aus den Bedingungen entwickeln, in denen Menschen aufwachsen und leben, wozu auch besonders die Erfahrungen der ersten Lebensjahre, der sozioökonomische Status und die Umwelt gehören (vgl. WHO 2012, 13).

Die Begriffe Gesundheitsförderung und (Krankheits-)Prävention werden im wissenschaftlichen, praktischen und politischen Sprachgebrauch oft synonym verwendet (vgl. ebd., 12). Krankheitsprävention, welche zur Verhinderung oder Eindämmung von Krankheiten dient, begründet ihr Eingreifen vorwiegend pathogenetisch, d.h. ausgehend von Bedingungen und Risiken spezifischer Erkrankungen. Dahingegen argumentiert

³ Nach dem „Regenbogenmodell“ von Dhalgren und Whitehead (1991) werden mit Determinanten von Gesundheit eine Vielzahl relevanter Umwelteinflüsse auf eine bestimmte Personengruppe eines Settings umfasst. In diesem sozialen System können Bedingungen von Gesundheit und Krankheit gestaltet werden (vgl. Grossmann/Prümel-Phillipssen 2021 In: Tiemann/Mohokum 2021, 172).

Gesundheitsförderung eher salutogenetisch, d.h. mit der Entstehung und Erhaltung von Gesundheitszuständen. Aus salutogenetischer Perspektive, gemäß des Modells der Salutogenese⁴ von Aaron Antonovsky (1991), werden Gesundheit und Krankheit nicht als einander ausschließende Zustände angenommen, sondern als Pole eines gemeinsamen Kontinuums. Der jeweilige Gesundheitszustand eines Individuums wird durch die Balance zwischen unterschiedlich stabilen und zeitlich wandelbaren Risiko- und Schutzfaktoren bestimmt (vgl. Franzkowiak/Kuhn 2009, 16). Fließende Übergänge zwischen Prävention und Gesundheitsförderung bestehen maßgeblich bei der Verhältnisprävention, z.B. bei lebensraumbezogenen Interventionen in „Settings“ wie Familienzentren, Kindertageseinrichtungen oder Schulen (vgl. ebd., 27).

4.2. Setting-Ansatz

Der „Setting“- bzw. „Lebensweltansatz“ konzentriert sich auf die Lebenswelt von Menschen und damit auf die Rahmenbedingungen und Strukturen, in denen Menschen leben, aufwachsen, lernen, arbeiten, konsumieren, essen und trinken. Der Ansatz ist eine zentrale Strategie von Gesundheitsförderungsprogrammen der WHO (vgl. Hartung/Rosenbrock 2015, o.S.). Hartung und Rosenbrock definieren Setting als ein Sozialzusammenhang oder soziales System, in dem Menschen ihrem Alltag nachgehen und der Einfluss auf ihre Gesundheit ausübt. Ein Setting ist durch relative Beständigkeit gekennzeichnet und seine Mitglieder sind Bildungseinrichtungen und formale Organisationen (Schule, Kita, Betriebe), regionale Gemeinschaften (Kommune, Stadtteil, Quartier) gleiche Lebenslage (Familien-, Einkommenssituation, Gesundheitszustand), gemeinsame Wertvorstellungen bzw. Präferenzen (Religion, Kultur) oder auch eine Kombination verschiedener Kennzeichen. Gesundheitlich ausschlaggebend sind Settings, von denen wichtige Einflüsse auf die Gesundheit eines Individuums einwirken, und Gesundheitsbelastungen und/oder -ressourcen sowie alle Formen der Bewältigung von Gesundheitsrisiken ausgehen. Potenzielle Großrisiken stellen etwa eine ungünstige Ernährung, mangelnde Bewegung und Stress dar. Eine Möglichkeit der Gesundheitsförderung und Primärprävention

⁴ Als Schlüsselkonzept der Salutogenese dient Antonovsky sein Konzept des „Kohärenzgefühls“ (sense of coherence), das drei bedeutsame Voraussetzungen beschreibt, damit die Anforderungen im Leben eines Menschen bewältigt werden können. Demnach braucht es ein umfassendes, dauerhaftes und dynamisches Vertrauen, dass das Leben und seine Anforderungen verstehbar, handhabbar und sinnerfüllt sind (vgl. Antonovsky 1997, 33 ff.).

im Rahmen des Setting-Ansatzes wird vor allem durch die Erreichbarkeit von Zielgruppen im Setting genutzt, um dort Angebote der verhaltensbezogenen Prävention bereitzustellen. Ein Beispiel für eine ernährungsbezogene Intervention im Setting ist das Auslegen von Broschüren zur Ernährungsbildung in Kitas oder Familienberatungsstellen (vgl. Hartung/Rosenbrock 2015, o.S.). Zur speziellen Gesundheitsförderung von „sozial Benachteiligten“ hat sich der bundesweite Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“⁵ mit der Qualitätsentwicklung über „Good Practice-Kriterien“ gebildet. Die zwölf Kriterien erläutern ein Verständnis darüber, was sozialsituationbezogene Gesundheitsförderung zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit ausmacht und dienen der Orientierung von z.B. Institutionen und Fachkräften (vgl. BZgA 2020, o.S.).

Durchsucht man die Datenbank des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit zu ernährungsbezogenen Maßnahmen und Projekte für die Zielgruppe dieser Arbeit, so werden erstaunlicherweise 0 Treffer angezeigt (Schlüsselkriterien: „Familienzentrum“ / „Familie“, „Ernährung“, „Personen mit sehr niedrigem Einkommen“, „1 bis 3 Jahre“). Bei der Recherche nach Angeboten für die Lebenswelt Kindertageseinrichtung sieht es mit 4 Treffern fortschrittlicher aus (siehe Anhang). Dies kann als klarer Hinweis für einen sozialarbeiterischen Handlungsbedarf in der thematischen Gestaltung und dem Ausbau von weiteren Angebotsstrukturen im Bereich Ernährungsbildung von Familien gedeutet werden.

Familie als Setting der Gesundheitsförderung

Die Familie wird als primärer Sozialisationsort und Lebenswelt gesehen, die Kinder am frühesten und am nachhaltigsten prägt – weit bevor dies Bildungsstätten wie Kita und Schule tun (vgl. Geene 2015, o.S.). Geene zufolge bedarf es bei der Gesundheitsförderung von Familien einer äußerst sensiblen Vorgehensweise, bedenkt man Artikel 6 des Grundgesetzes, in dem auf den besonderen Schutz der Familie, hier in Form von Privatsphäre, hingewiesen wird (vgl. Art. 6 Abs. 1 GG). Er merkt an dieser Stelle an, dass die auf Organisationsentwicklung basierende Logik des Setting-Ansatzes für das Setting Familie in vieler Hinsicht fraglich ist. Demnach muss Gesundheitsförderung von Eltern und ihren

⁵ <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/>

Kindern die Autonomie des Systems Familie zunächst anerkennen und Angebote auf freiwilliger Basis ermöglichen. In erster Linie gilt es die Wirkung äußerlicher Bedingungen auf das familiäre System einzuordnen und gesundheitsförderlich auszurichten. Hier liegt der Fokus klar auf der Verhältnisebene und nicht auf der individuellen Verhaltensebene, die sich in Familien mit Kleinkindern vor allem an die Eltern und deren Verhaltensweisen richtet. Begleitend sollen die Bedürfnisse sowie Interessen von Familien respektiert und vertreten werden. In diesem Sinne gilt es Eltern darin zu unterstützen, ihren Kindern die Voraussetzungen zur Einübung gesunder Verhaltensweisen für ein gesundheitsförderliches Aufwachsen und Leben zu vermitteln (vgl. Geene 2015, o.S; Homfeldt 2016, 46). Im Zusammenhang mit frühkindlicher Ernährung werden unter anderem Kurse zur Beikosteneinführung im Rahmen von Elternbildungsprogrammen von Institutionen der Familienbildung (z.B. Familienzentrum/Eltern-Kind-Zentrum) angeboten (vgl. Pape 2021). Auf den Bereich der Frühen Hilfen als Kooperationspartner der Familienbildung und Handlungsfeld Sozialer Arbeit wird im fünften Kapitel näher eingegangen.

4.3. (Frühkindliche) Ernährungsbildung als Gegenstand der Gesundheitsförderung

Ernährungsbildung wird als wichtiges Feld der Gesundheitsförderung betrachtet und hat zur Aufgabe die Prinzipien einer „bedarfsgerechten“⁶ Ernährung bevölkerungsweit zu vermitteln und zur Prävention und Gesundheitsförderung der Bevölkerung beizutragen (vgl. Lührmann/Carlsohn 2021, 542).

Nach dem Verständnis einer zeitgemäßen Ernährungsbildung lässt sich der Anspruch formulieren, dass Heranwachsende zu einem selbstbestimmten und verantwortlichen Essverhalten in sozialer und kultureller Eingebundenheit befähigt werden sollen. Damit zielt die Ernährungsbildung auf die Fähigkeit, die eigene Ernährung politisch mündig (z.B. Urteilsfähigkeit, Auseinandersetzung mit Nachhaltigkeitsdiskursen), sozial und ökologisch verantwortlich (z.B. soziale Gerechtigkeit, Umweltbewusstsein, Tierwohl) sowie demokratisch teilhabend (z.B. Rechte als Verbraucher:innen kennen) unter komplexen

⁶ Eine bedarfsgerechte Zufuhr an Energie und Nährstoffen, im Sinne einer gesundheitsförderlichen und vollwertigen Ernährung bezieht sich auf die Mengeneempfehlungen der D-A-CH-Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr, die von den Gesellschaften für Ernährung in Deutschland (DGE), Österreich (ÖGE) und der Schweiz gemeinsam herausgegeben werden (vgl. DGE 2015, 1).

gesellschaftlichen Bedingungen (z.B. Globalisierung) zu gestalten (vgl. D-A-CH-Arbeitsgruppe zur Ernährungs- und Verbraucherbildung 2010, o.S.).

Nach Auffassung der DGE-Fachgruppe für Ernährungsbildung, beginnt frühkindliche Ernährungsbildung bereits im Mutterleib und betrifft insbesondere die ersten drei Lebensjahre. Die Verantwortung über die informelle Ernährungsbildung der Kleinkinder tragen währenddessen die Eltern und die Kita bzw. Tagespflege. Ernährungsbildung ab der Einführung von Beikost ist von besonderem Interesse, da sich in dieser frühen Lebensphase das Angebot an Lebensmitteln vergrößert und die Ausbildung von Ernährungsgewohnheiten beginnt. Ebenso beinhaltet ein Verständnis von Ernährungsbildung, gemäß der oben genannten Definition der D-A-CH Arbeitsgruppe, Kompetenzen rund um (Kleinkind-)Ernährung. Es besteht die Annahme, dass sich Eltern über die Bedeutsamkeit einer ernährungsbezogenen und sinnlichen Bildung in der frühen Kindheit häufig nicht im Klaren sind und fachliche Unterstützung benötigen (vgl. DGE 2013, 85).

In einer Untersuchung zu „Bedarfe und Ansätze für ernährungsbezogene Maßnahmen in sozial benachteiligten Familien“ wird betont, wie wichtig die Förderung der Ernährungskompetenz durch Fachkräfte (z.B. Sozialarbeiter:innen in Familienzentren, sozialpädagogische Familienhilfe) ist (Marx et al. 2018, 74).

Ergebnisse aus der Studie zur „Gesundheitskompetenz in Deutschland vor und während der Corona Pandemie“ der Universität Bielefeld besagen, dass Ernährungsgewohnheiten eng mit Gesundheitskompetenz zusammenhängen und insbesondere Menschen mit einem niedrigem SES eine geringere Gesundheitskompetenz bzw. „Health Literacy“ aufweisen als die Allgemeinbevölkerung (vgl. Schaeffer et al. 2021, 25).

Gesundheits- und Ernährungskompetenz

Gemäß der DGE-Fachgruppe für Ernährungsbildung beschreibt die ursprüngliche Bedeutung von „Literacy“ bzw. „Literalität“ in der Erwachsenenbildung die Fähigkeit, lesen und schreiben zu können sowie den Inhalt und Sinn von Texten zu verstehen. In der heutigen sogenannten Wissens- und Informationsgesellschaft umfasst Literacy den kritischen Umgang mit Informationen und mit neuen, sich ständig weiter entwickelnden Technologien (vgl. DGE 2013, 95).

Im Kontext von Gesundheitsförderung geht der Begriff der „Health Literacy“ bzw. Gesundheitskompetenz deutlich über das Verstehen und Anwenden von Gesundheitsinformationen hinaus. Health Literacy beschreibt alltagsnahes Wissen und Fähigkeiten im

Umgang mit Gesundheit und Krankheit, mit dem eigenen Körper ebenso wie mit den sozialen Lebensbedingungen, die auf die Gesundheit einwirken (Determinanten der Gesundheit) (Abel et al. 2018, o.S.) Insofern wird Literacy in der heutigen Zeit als Form sozialer Praxis und als Deutungsinstrument verstanden, um den zunehmend komplexer werdenden Alltag in seinen vielschichtigen Kontexten (Ernährung, Gesundheit u.a.) „lesen“ und einordnen zu können.

Der Begriff „Food Literacy“ bzw. Ernährungskompetenz verbindet diese Kompetenzbildung mit dem Thema Essen und Ernährung. Food Literacy zielt auf die Förderung selbstbestimmten Handelns bei alltäglichen Essensentscheidungen in Form von Selbstermächtigung bzw. Empowerment z.B. beim Umgang mit dem Überangebot an Lebensmitteln oder mit den zahllosen Ernährungsempfehlungen ab. Im Weiteren zählt auch die Vermittlung bzw. Erweiterung von Basiskompetenzen wie die Interpretation von Verpackungsinformationen oder die Mahlzeitenzubereitung aus frischen Zutaten dazu. Als Zielgruppen für Maßnahmen zur Förderung von Ernährungskompetenz werden insbesondere sogenannte „bildungsferne“ Personengruppen und „Sozialbenachteiligte“ aufgeführt (vgl. DGE 2013, 95). Für die Zielgruppe von Menschen, die in Bedingungen sozialer Ungleichheit leben, werden in Einrichtungen der Sozialen Arbeit, vor allem aber in Kitas und Schulen Projekte und Maßnahmen zur gesunden Ernährung – gemäß den Standards zentraler Fachinstitutionen – angeboten, in denen Wissen vermittelt und im Rahmen der alltäglichen Essenssituationen in den Einrichtungen (z.B. gemeinsames Mutter-Kind-Frühstück im Familienzentrum) beabsichtigt wird, Prinzipien gesundheitsfördernder Ernährung umzusetzen. Es besteht die Hoffnung, dass sich das neu Erlernte in einer Veränderung des Essverhaltens der Adressat:innen zeigt (vgl. Rose/Sturzenhecker 2009, 12). Dagegen wenden Rose und Sturzenhecker kritisch ein, dass Food Literacy, ihre Zielgruppe – zumeist Mütter –, unter dem Deckmantel von „Empowerment“, in aller Regel belehrt und mit Ratschlägen und Vorschriften geradezu „überhäuft“ (ebd.,16; Schulz/Rose/Schmidt 2021, 253).

4.4. Empfehlungen zur „richtigen“ Kleinkindernährung

Die in Deutschland offiziell gültigen lebensmittelbezogenen Ernährungsempfehlungen werden von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) herausgegeben und auf Basis der wissenschaftlich fundierten Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr abgeleitet (vgl. DGE 2015, 1 f.). Die Empfehlungen werden in Textform mit kurzen Botschaften als

„10 Regeln der DGE“ vermittelt (z.B. „Lebensmittelvielfalt genießen“, „Gemüse und Obst – Nimm 5 am Tag“, „Vollkorn wählen“, „Zucker und Salz einsparen“) (vgl. DGE 2017, o.S.). Zur Visualisierung der lebensmittelbezogenen Empfehlungen dienen der DGE-Ernährungskreis und die darauf basierende dreidimensionale DGE-Lebensmittelpyramide (vgl. DGE 2021a, o.S.). Diese Medien werden als Beispiele für eine „vollwertige“, „ausgewogene“ und „bedarfsgerechte“ – im Sinne von ausreichend aber nicht zu viel Energie (Kalorien) – Lebensmittelauswahl verstanden (vgl. ebd.)

Kinder haben aufgrund ihres schnellen Wachstums einen hohen Bedarf an Energie, Nährstoffen (Kohlenhydrate, Fett, Eiweiß) und Flüssigkeit bezogen auf ihr Körpergewicht, insbesondere im ersten Lebensjahr (vgl. Lührmann/Carlsohn 2021, 543). Kleinkinder (1 bis unter 4 Jahre) benötigen verglichen mit älteren Kindern weniger Energie. Grundsätzlich gilt jedoch, dass sich die Ernährung von Kleinkindern nicht wesentlich von der Kinderernährung unterscheidet. Im Hinblick auf Lebensmittelauswahl gelten die gleichen Empfehlungen wie für Kinder (4 bis unter 15 Jahre) (vgl. DGE 2021b, o.S.). In Anlehnung an die Lebensmittelpyramide der DGE nutzt das Bundeszentrum für Ernährung (BZfE) eine Ernährungspyramide in Form eines Ampelmodells, um zu veranschaulichen, wie sich eine „abwechslungsreiche und ausgewogene“ Ernährung zusammensetzt und sich „kinderleicht“ Mahlzeiten zusammenstellen lassen (Abb.4).



Abbildung 4: Ernährungspyramide mit Ampelsystem des Bundeszentrum für Ernährung (BZfE 2020, 20)

In Bezug auf eine „richtige“ Ernährung für Kleinkinder heißt das zusammengefasst:

- Reichlich Pflanzliches und Getränke: Gemüse (teils roh, teils gekocht), Salat, Obst, (Vollkorn-)Brot, Getreide und Beilagen wie Kartoffeln, Mineral- oder Leitungswasser und ungesüßter Tee
- Mäßig aber regelmäßig Tierisches: Milchprodukte, Ei, (mageres) Fleisch und Wurst sowie Fisch
- Sparsam Fett und Süßes: Pflanzenöle (Rapsöl), Butter oder Margarine, Pommes Frites, Süßigkeiten (z.B. Kekse, Kuchen, Eis) sowie Fruchtsaftgetränke oder süße Brotaufstriche (z.B. Honig, Marmelade, Nuss-Nougat-Creme) (vgl. BZfE 2020, 20 ff.)

Es lässt sich feststellen, dass eine sozialarbeiterische Perspektive auf Ernährungspraxen von Familien mit Kleinkindern in den gegenwärtigen Angeboten der Gesundheitsförderung wenig zum Ausdruck kommt. Dazu scheint es, dass (ernährungs-) wissenschaftliche bzw. medizinische geprägte und standardisierte Perspektiven auf Ernährungsweisen von Sozialarbeitenden häufig unhinterfragt übernommen werden (vgl. Rose/Sturzenhecker 2009, 12; Meyer 2018, 235 f). Bei ernährungsbezogenen Empfehlungen und sich daraus ableitenden Maßnahmen steht in aller Regel der ernährungsphysiologische Nährwert im Fokus, insbesondere auch im Hinblick auf metabolische Erkrankungen wie Adipositas (vgl. Schulz/Rose/Schmidt 2021, 248). Aspekte wie individuelle Essgewohnheiten und -Erfahrungen sowie Erreichbarkeit aufgrund von Lebenslagen stehen häufig im Hintergrund (vgl. Homfeldt 2016, 43). Dies ist insofern problematisch, da sich die gängigen Ernährungsbildungsprogramme zumeist an den sozialpolitischen und gesellschaftlichen Normen einer ausgewogenen Ernährung, nicht aber am „Eigensinn des Geschmacks“ von Adressat:innen orientieren (Rose/Sturzenhecker 2009, 290; Homfeldt 2016, 46).

4.5. Normativität in der Ernährungsbildung

Botschaften wie: Zu viel Fett und Zucker vermeiden, fünf Portionen Obst und Gemüse am Tag essen, selbst kochen anstatt Fast oder Convenience Food zu konsumieren – sind seit vielen Jahren im deutschen Alltag wie auch international (z.B. Großbritannien, USA), im Kontext von Ernährungs- sowie Übergewichtsdiskursen omnipräsent (vgl. Ottovay 2011, 70; Schulz/Rose/Schmidt 2021, 9 f.). Seit einiger Zeit treten weitere Botschaften, speziell in Bezug auf die Klimakrise und soziale Gerechtigkeit hinzu wie etwa die

(familiären) Mahlzeiten mit regionalen Zutaten zuzubereiten, deutlich weniger Fleisch zu verzehren und sich nachhaltig, verantwortungsbewusst und moralisch zu ernähren (vgl. Rose/Schmidt/Schulz 2021, 9). Die normative Orientierung ernährungsbezogener Empfehlungen und Maßnahmen zeigt sich insbesondere in Diskursen über die „beste“ Ernährungsform von Säuglingen wie es beispielsweise in der von Rose kritisch betrachteten „Stillnorm“ zum Ausdruck kommt (Rose 2021, 126). Ähnliches gilt in Hinblick auf eine „richtige“ und „gesunde“ Ernährung für (Klein-)Kinder (vgl. Schulz/Rose/Schmidt 2021, 252 f.). Empfehlungen wie sie beispielsweise über das Netzwerk „Gesund ins Leben“⁷ oder dem EU-Projekt „Food Literacy“ vermittelt werden, zielen auf Ernährungsbildung und Essverhalten der Eltern, genauer der Mütter als diejenigen, die Heranwachsende ernähren (vgl. Schulz/ Rose/Schmidt 2021, 252 ff.; Swanson et al. 2011, 10). Nach Schorb werden Mütter zumeist einseitig für das Ernährungsverhalten und das zu hohe Gewicht ihrer Kinder verantwortlich gemacht werden (vgl. Schorb 2021 In: Schulz/Rose/Schmidt 2021, 176). Die britischen und australischen Sozialwissenschaftler:innen Warin et al. kritisieren zudem, dass durch Normativität von ernährungsbezogenen Programmen, die sozial und gesellschaftlich bedingten Kontexte von Adressat:innen in einer durch soziale Ungleichheit strukturierten Welt, aus dem Blick geraten und folglich unverstanden bleibt, warum Eltern bzw. Mütter möglicherweise Empfehlungen nicht umsetzen oder Angebote nicht annehmen, die als „gut“ und „ermächtigend“ für sie gelten sollen:

When parents (and mothers in particular as primary care givers) show a lack of support for healthy eating practices, one needs to address issues of identity and authority that may be unwittingly undermined by the very health promotion initiatives that are designed to assist them. (Warin et al. 2008, 108)

Die Aufmerksamkeit wird insbesondere auf Familien in prekären Lebenslagen mit niedrigem sozioökonomischen Status gelenkt, an welcher Stelle erneut auf die Ergebnisse der Kindergesundheitsstudie des Robert KochInstitutes hingewiesen wird, wonach der SES mit der kindlichen Ernährungsqualität in direktem Zusammenhang steht (vgl. Kap. 3.2).

⁷ „Gesund ins Leben - Netzwerk junge Familie“ ist im Bundeszentrum für Ernährung der Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung angesiedelt und ist Teil des nationalen Aktionsplans "IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung". Das Netzwerk unterstützt Eltern in der Förderung der frühkindlichen Gesundheit in der Zeit von der Schwangerschaft bis ins Kleinkindalter (vgl. BLE 2021)

Nach Ottovay wird den Ernähr:innen nicht selten eine gesundheitsschädigende Essensversorgung ihrer Kinder vorgeworfen (z.B. zu zuckerreich, zu viel industriell verarbeitete Lebensmittel, zu wenig Gemüse und Obst). Sie verweist am Beispiel des englischen Falls „Rotherham“⁸ auf Diskurse elterlicher Schuldzuweisungen, die in Verbindung mit einer schichtspezifischen Abwertung und Stigmatisierung der „unteren“ sozialen Schichten stehen, „die ihre Sozialleistungen in Süßigkeiten investieren und ihre Kinder dick und krank füttern“ (Ottovay 2011, 74).

Aus Sicht professioneller und kritischer Sozialer Arbeit, die sich in ihrer Handlungspraxis an Grundwerten der Menschenwürde und -rechte sowie sozialen Gerechtigkeit orientiert, sind Stigmatisierungen solcher Art als moralisch höchst bedenklich zu bewerten. Schließlich führen Stigmatisierungsprozesse nicht selten zu einer Legitimation von Ungleichbehandlung und sozialem Ausschluss. Auch wenn sich Normativität in der Ernährungsbildung nicht ausschließlich in einer derart offensichtlichen und extremen Form abzeichnet, ist sie dennoch existent und zeigt sich häufig auf eine subtile Art und Weise. In diesem Zusammenhang bietet sich ein Blick auf den Bereich der „Frühen Hilfen“ als Beispiel sozialarbeiterischer Praxis hinsichtlich normativ-autoritärer Orientierung von Elternbildungsangeboten zu frühkindlicher Ernährung an.

4.6. Handlungsfeld Frühe Hilfen

Zunächst soll geklärt werden, was unter „Frühen Hilfen“ verstanden wird: Frühe Hilfen sind Unterstützungsangebote für Eltern bzw. Familien ab der Schwangerschaft und Familien mit Kindern bis drei Jahren. Ihr Ziel ist es Entwicklungsmöglichkeiten von Kindern und Eltern in Familie und Gesellschaft frühzeitig zu verbessern und gesunde Aufwuchsbedingungen für Kinder, insbesondere für diejenigen, die in belasteten Familien unter prekären Lebensverhältnissen aufwachsen, schaffen. Aus diesem Grund wenden sich Frühe Hilfen vor allem an Familien in sogenannten Problemlagen. Sie bilden lokale und regionale Unterstützungsnetzwerke mit koordinierten Hilfsangeboten, im Sinne der

⁸ Die explorative qualitative Untersuchung in der nordenglischen Stadt Rotherham – bekannt geworden durch den als „Fritten-Revolt“ (2006) bezeichneten Boykott britischer Mütter des vom TV-Koch Jamie Oliver eingeführten „gesunden“ Schulessens – befasst sich mit der Forschungsfrage unter welchen Bedingungen Adressat:innen die Botschaften verhaltensbezogener Ernährungserziehung aufgreifen und sie als sinnvoll deuten und wann und warum nicht (vgl. Ottovay 2011, 69).

Gesundheitsförderung. Für ihre praktische Umsetzung ist eine Vernetzung und Kooperation von Institutionen und Angeboten unter anderem aus Bereichen der Schwangerschaftsberatung, des Gesundheitswesens, der interdisziplinären Frühförderung und der Kinder- und Jugendhilfe (z.B. Familien- bzw. Eltern-Kind-Zentren, Erziehungsberatung oder Sozialpädagogische Familienhilfe) grundlegend. Zu ihren Aufgaben gehört, neben praktischer Unterstützung im Alltag, die Förderung der Beziehungs- und Erziehungs- sowie Versorgungskompetenz von Müttern und Vätern (vgl. NZFH o.J., 7 f.).

Im Bereich frühkindlicher Ernährung meint Förderung der Versorgungskompetenz das Wissen und die praktischen Fähigkeiten von Eltern im Bereich gesunde und altersgerechte Ernährung aufzubauen und zu stärken (vgl. Buschhorn 2012, 76 f.). Aufgrund komplexer Problemlagen von Familien sowie Angst vor Diskriminierung oder Schwellenängste können sie durch Angebote wie Eltern-Kind-Frühstück, Babycafé oder Kurse zur Beikosteneinführung nicht immer erreicht werden (vgl. Sturzenhecker 2009, 74; Geene 2017, 21).

Sind Familien stark belastet, sei es durch soziale (z.B. Probleme oder Gewalt in der Partnerschaft), emotionale (z.B. Überforderung, Trauer), gesundheitliche (z.B. chronische und psychische Krankheiten), Alkohol-/ Drogenprobleme oder wirtschaftliche Krisen- und Belastungssituationen (z.B. Armut oder Bedrohung durch Armut) kommt häufig Unterstützung in Form einer Sozialpädagogischen Familienhilfe (SPFH) zum Einsatz. Als ambulante Maßnahme der Kinder- und Jugendhilfe hat sie gemäß des Kinder- und Jugendhilfegesetz neben der „intensiven Betreuung und Begleitung von Familien in ihrer Erziehungsaufgabe“ vor allem deren Unterstützung „bei der Bewältigung von Alltagsproblemen“ zur Aufgabe (§ 31 SGB VIII).

Die sozialpädagogische Familienhilfe stellt ein sozialarbeiterisches Handlungsfeld dar, in dem die Themen Ernährung und gemeinsames Essen im Setting Familie eine regelmäßige Rolle spielen. Die Fachkraft ist nah am familiären Geschehen und kommt mit allen vorhandenen Problemlagen, die Familien betreffen können, in Berührung. Sie unterstützt beim Lebensmitteleinkauf und Kochen und nimmt unter anderem an gemeinsamen Mahlzeiten teil, wodurch Nähe und Vertrauen aufgebaut werden. Zudem ist es für die SPFH hilfreich, die individuelle Bedeutung des Essens für die jeweilige Familie zu erfahren, um Hypothesen für die Interpretation des Verhaltens der Einzelnen bilden und diese für sozialpädagogische Interventionen nutzen zu können (vgl. Meyer 2018, 106). Beispiele hierfür sind, dass Essen als Mittel zur Beziehungsgestaltung genutzt wird und um

Wertschätzung auszudrücken (z.B. Bewirtung der Fachkraft durch die Familie), der anhaltende „Hunger“ des Kleinkindes als Symbol für emotionale Bedürftigkeit verstanden werden kann oder wenn aufgrund von Unsicherheiten und aus Sorge, dass das Kind nicht satt werde, vorzeitig auf Beikost zurückgegriffen wird (vgl. Klug-Durán 2009, 96). Dem Umgang mit Essen und der Gestaltung von (gemeinsamen) Mahlzeiten fällt im Aufgabenbereich der SPFH eine große Bedeutung zu. So verwundert es, dass nach Müllers Auffassung das Wissen über frühkindliche Ernährung nicht zum professionellen Wissensbestand der Fachkräfte gehört und es von „aufsuchenden Helfer/innen nicht zu erwarten [sei], dass sie verschiedene Sorten von Babynahrung differenzieren [können] [...]“ (Müller 2017, 2). In solchen Fällen ist es Aufgabe der SPFH die Familien, im Sinne von Lebensweltorientierung und Netzwerkarbeit, beratend zu unterstützen und die Betroffenen mit weiteren Hilfsangeboten (z.B. Schwangerschaftsberatung, Familienhebamme) zu vernetzen (vgl. Klug-Durán 2009, 85 f).

Durch Familien- bzw. Elternbildungsangebote im Rahmen von Frühe Hilfen sowie durch die alltagspraktische und nahe Arbeit der Sozialpädagogischen Familienhilfe im familiären Setting bewegen sich Sozialarbeiter:innen in einem großen Verantwortungsbereich: Unterstützung der Adressat:innen in ihrer Erziehungs- und Versorgungskompetenz, Schutzauftrag⁹ bei Kindeswohlgefährdung (SPFH), sowie Einflussnahme mittels (ernährungsbezogener) Interventionen.

⁹§ 8a SGB VIII im Kinder- und Jugendhilfegesetz (vgl. Buschhorn 2012, 54).

5 Anforderungen an die Soziale Arbeit

Botschaften, die aus Diskursen über (gesunde) Ernährung stammen, verbreiten sich im gesellschaftlichen und professionellen Alltag und werden hier zum Bestandteil von Interaktionen Professioneller im Gesundheits- und Sozialbereich sowie in alltäglichen Kommunikationen im privaten und öffentlichen Leben (vgl. Schorb/Schmidt-Semisch 2009, 64 f.; Schritt 2011, 31). Gleichzeitig wissen Sozialarbeiter:innen nicht, wie gewisse Anforderungen und Appelle zu einer gesünderen Ernährung bei den adressierten Familien ankommen, ob sie möglicherweise Gefühle von Abwertung, Kränkung, Beschämung oder Reaktanz auslösen und anstatt von Teilhabe Rückzug bewirken (vgl. Schorb/Schmidt-Semisch 2009, 64 f.). Eltern und insbesondere Mütter, die in prekären und belastenden Verhältnissen leben, sind in ihrem Alltag häufig Vorurteilen und Stigmatisierungen ausgesetzt (siehe Kap.4.5.) – auch von Seiten der Fachkräfte Sozialer Arbeit.

5.1. Rolle der Sozialen Arbeit in der (Re-)Produktion sozialer Ungleichheit

In der Arbeit mit Familien tragen Sozialarbeiter:innen Botschaften zu „gesundem“ Essen weiter und beeinflussen ein komplexes Spannungsverhältnis zwischen Selbstermächtigung auf der einen Seite und den Anforderungen von Disziplinierung und Eigenverantwortung, im Sinne einer aktivierenden Sozialpolitik, auf der anderen Seite (vgl. Ottovay 2011, 70 ff.). Rose bezeichnet diesen Zustand zwischen „Wollen“ und „Sollen“ als „Spannung zur eigenen Geschmackslust“ (Rose 2009, 289).

Zudem betrachten Schorb und Semisch-Schmidt ernährungsbezogene Maßnahmen im Rahmen von Gesundheitsförderung kritisch, da sie aus ihrer Sicht soziale Ausschließungen bewirken, denn sie setzten einen spezifischen, als gesundheitsförderlich dargestellten Lebens- und Ernährungsstil voraus und adressieren damit in erster Linie die gesellschaftliche „Mittelschicht“. Mit Hinweis auf Bourdieus Habituskonzept, welches besagt, dass sich der Habitus („System von dauerhaften Dispositionen leibhaft gewordenen Geschichte“), neben dem sozialen Status, insbesondere im Geschmack und Ernährungsstil einer Person äußert, kann ein gesundheitsförderliches oder „ungesundes“ Verhalten nicht losgelöst vom sozioökonomischen Hintergrund oder der Lebenswelt eines Menschen

betrachtet werden. Da Ernährungsgewohnheiten und Geschmäcker in Habitus und Lebensstile eingebunden sind, die wiederum einige emotionale und unterbewusste Bestandteile haben (z.B. Bedeutung von heimatlichem Essen, Essen als Ablenkungs- und Trostmittel), lassen sich nicht einfach isolieren und ersetzen. Daher hat es nicht vorrangig mit Unwissenheit, Desinteresse oder mangelndem Willen zu tun, wenn Adressat:innen sich und ihre Kinder nicht so ernähren, wie es aus gesundheits- oder ernährungswissenschaftlicher Sicht optimal erscheint (vgl. Schorb/Semisch-Schmidt 2021, 848). Ergänzend zur bourdieuschen Perspektive auf den engen Zusammenhang von Ernährungsstil, Habitus und sozialem Status verweist die Soziologin Barlösius darauf, dass als gesund geltende Ernährungsstile wiederum durch den Habitus der professionellen Akteure (z.B. in Wissenschaft und Beratung) geprägt sind. Dementsprechend vertreten sie – und dazu zählen auch Sozialarbeiter:innen – mit ihren scheinbar neutralen Empfehlungen immer auch ihren eigenen Ernährungsstil und Normvorstellung, die wiederum durch ihre zumeist „mittelständische Sozialisation“ beeinflusst werden (vgl. Barlösius 2011a, 73). Des Weiteren werden im Rahmen eines mittelständischen Habitus Familienmahlzeiten meist als Sinnbild gelungener familiärer und sozialer Integration angesehen. Finden dagegen nur selten gemeinsame Mahlzeiten innerhalb einer Familie statt, wird dies nicht selten als familiäre Desintegration bzw. Auflösung gewertet (vgl. ebd., 192 f.)

Beispiel: Beikosteinführung

Ein Beispiel institutionell unterstützter und normativer Konstruktion von (un-)sicherer Kinderernährung stellt die Einführung von Beikost dar. In dieser Phase der Ernährungsumstellung entscheiden Eltern über Ernährungsformen und zum Verzehr bereitgestellte Lebensmittel. Mit der Beikost eröffnet sich ein breites Spektrum an potenziellen Risiken für das „verletzliche“ und „abhängige“ Kind: Übermäßige Aufnahme von als ungesund geltenden Nahrungsbestandteilen wie Zucker, Geschmacksverstärker (z.B. Glutamat) und Gluten oder Risiken durch Unverträglichkeiten (z.B. Laktose) oder Essunfälle wie etwa Erstickengefahr beim Verzehr von Lebensmitteln (z.B. Trauben) (vgl. Pape 2021, 43 f.).

Marx et al. berichten in ihrer Forschungsarbeit von Beobachtungen, in denen „sozial benachteiligte“ Eltern, die Beikosteinführung teilweise im dritten Monat beginnen und damit entgegen ernährungswissenschaftlicher Empfehlungen zur Säuglingsernährung handeln, in denen die Einführung der Beikost frühestens ab dem fünften Monat empfohlen

wird. Des Weiteren wird auf die Beziehung zwischen frühzeitiger Beikosteneinführung und einem erhöhten Risiko für die Entwicklung von Übergewicht im Kindesalter hingedeutet (vgl. Marx et al. 2018, 72 f.).

Im Rahmen von Kursen oder Beratungsangeboten in der Elternbildung sind Professionelle Sozialer Arbeit neben der Weitergabe von normativ geprägtem Ernährungswissen ebenfalls daran beteiligt, welche Merkmale Kleinkindern im institutionellen und privaten Kontext zugeschrieben werden. Beispielsweise ob sie als „aktives Versorgungsobjekt“, das aufgrund seiner angeborenen Hunger- und Sättigungsregulation erkennt und einfordert was es braucht, oder etwa als „passives, empfangendes Versorgungsobjekt“, das unfähig ist eigene Bedürfnisse wie Hunger und Sättigung zu signalisieren, wahrgenommen werden (Pape 2021, 48). Damit beteiligen sie sich, in aller Regel unbewusst, an der Produktion von Risiko- und Problem-Narrativen, wodurch die Adressat:innen in ihrer Ernährungskompetenz weiter verunsichert anstatt gestärkt zu werden (vgl., ebd. 48 ff.).

Aus diesem Grund betonen Schorb und Schmidt-Semisch die Wichtigkeit, dass sozialarbeiterische Fachkräfte, im Rahmen von Angeboten und Maßnahmen, ihr eigenes professionelles Handeln mit Blick auf die gesellschaftlichen und fachlichen Diskurse, in die ihr Handeln eingebettet ist, hinterfragen (vgl. Schorb/Schmidt-Semisch 2009, 64 f.). Somit lässt sich die Notwendigkeit ableiten, dass Soziale Arbeit mit Familien in prekären Lebenslagen einen reflektierten Umgang mit gesellschaftlichen, institutionellen sowie persönlichen Normvorstellungen von gesunder Ernährung erfordert – unter Berücksichtigung der jeweiligen Bedarfslagen, Lebenswelt und dem Eigensinn des Geschmacks (vgl. Meyer 2018, 244). So kann sichergestellt werden, dass Inhalt (z.B. Kindorientierte Gestaltung von Familienmahlzeiten), Symbolik (z.B. kultursensible Gestaltung) und Sprache (z.B. leicht verständliche und wertschätzende Sprache) von ernährungsbezogenen Angeboten zielgerichtet Familien in prekären Lebenslagen adressieren und nicht am Lebensstil der besser gestellten Mittelschichten anknüpfen und damit Zugangsbarrieren für die Zielgruppe aufrechterhalten bzw. schaffen (vgl. Schorb/Schmidt-Semisch 2021, 849).

Um einer (Re-)Produktion von sozialer Ungleichheit durch soziale Ausschließungen wie institutionelle Stigmatisierung, Bevormundung oder der Hochschwelligkeit durch Maßnahmen zu einer gesünderen Ernährung entgegenzuwirken, erscheinen Angebote im Sinne einer lebenswelt-, ressourcen- und lösungsorientierten Sozialen Arbeit vielversprechend (vgl. Homfeldt 2016, 46).

Als gelungenes Beispiel aus der sozialarbeiterischen Praxis bietet sich Sturzenheckers

Beobachtung zu einem Frühstücksangebot, im Blick auf Ermöglichung von Elternbildung, in einem Hamburger Eltern-Kind-Zentrum an: Das gemeinsame Frühstück für Mütter und ihre Kinder, das unter den Kriterien der Niedrigschwelligkeit (kostenfrei, „Komm-Struktur“) und Gastfreundlichkeit (Willkommenheißen, Anerkennung von Bedürfnissen) angeboten wird, stellt einen Rahmen dar, in welchem sich alle Teilnehmer:innen, gemeinsam an einem Tisch sitzend, als gleichwertig und in die (Tisch-)Gemeinschaft integriert erleben können. Dabei werden Mütter und ihre Kinder mit einem vielfältigen, kultursensiblen (Berücksichtigung kultureller Speiseregeln, z.B. verschiedene Sorten Rinderwurst), gesunden (z.B. frisch geschnittene Obst- und Gemüsestücke unterschiedlicher Sorten), schön angerichteten Frühstück empfangen. Ohne die Erwartung einer Gegenleistung soll auf Basis von Fürsorglichkeit und Anerkennung Vertrauen und Austausch gefördert werden um auf die Weise das Selbstvertrauen der Frauen, welches unter den Umständen schwieriger Lebensverhältnisse zu leiden hat, zu stärken (vgl. Sturzenhecker 2009, 68).

Resümee und Ausblick

Es lässt sich resümieren, dass Essen weit mehr als nur Nahrungsaufnahme ist. Im Verlauf dieser Arbeit wurde aufgezeigt, dass das Essverhalten von Kleinkindern von zahlreichen Faktoren beeinflusst wird und vor allem im Wechselspiel zwischen Individuum und Lebenswelt zu betrachten ist. Familie im Sinne einer komplexen „Herstellungsleistung“ und als Ort und Setting primärer Ernährungssozialisation kommt eine entscheidende Rolle bei der Ausbildung von Geschmack – im Sinne eines „kulinarischen“ Habitus – und Essgewohnheiten von Heranwachsenden zu. Insbesondere gilt die gemeinsame (Familien-)Mahlzeit als Mittlerin von Zugehörigkeitsgefühl, sozialer Identität aber auch von Ausschluss. Zudem kommen die KiGGS-Welle 1 und 2 Studie (RKI), in denen unter anderem der Zusammenhang von Ernährung(squalität) und sozialem Status (der Eltern) untersucht wurde, zu dem Ergebnis, dass sich sozial ungleiche Ausgangsbedingungen auf das Ernährungsverhalten und- Qualität, als auch auf die Gesundheit von (Klein-)Kindern in Form von Übergewicht zeigt. Um dem entgegenzuwirken und mit dem Ziel „allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen“ sieht es Gesundheitsförderung als ihre Aufgabe mit ernährungsbezogenen, nicht selten moralisierenden Zielkonzepten und Maßnahmen zu „gesunder“ (Kleinkind-)Ernährung auf die Betroffenen einzuwirken. Der normative Charakter der enthaltenen Botschaften ist insofern problematisch, da sie häufig Familien in prekären Lebenslagen stigmatisieren und ausschließen. Mit Bezug auf die Soziale Arbeit mit Familien stellt der Bereich der Frühen Hilfen ein exemplarisches Handlungsfeld dar, in dem Fachkräfte im Kontext der Ernährungsbildung von Eltern agieren. Bei der Vermittlung und Förderung von Ernährungskompetenz, z.B. zum Thema Beikosteneinführung, ist Soziale Arbeit mit vielfältigen ernährungswissenschaftlich und gesellschaftlich geprägten Ernährungsnormen konfrontiert, welche sie nicht selten unreflektiert in die Familien weiterträgt und dabei deren lebensweltliche Bezüge unberücksichtigt lässt.

Diese Bachelorarbeit ist der Forschungsfrage nachgegangen, welchen Einfluss Familie auf das Essverhalten von Kleinkindern hat, die unter Bedingungen sozialer Ungleichheit aufwachsen. Es haben sich hinreichend Hinweise ergeben, dass der Familie, als die wichtigster Einflussquelle auf die Ausformung eines schichtspezifischen und nur schwer austauschbaren (Ernährungs-)Habitus, eine elementare Rolle zukommt. Dies bedeutet eine erhebliche Verantwortung für Familien, deren Habitus wiederum durch gesellschaftliche Ungleichheitsverhältnisse in ihrer Lebenswelt geprägt wird. Als Bestandteil familiärer

Lebenswelten beeinflussen sozialpädagogische Institutionen und Settings, wie z.B. Familienzentren und Kitas, mittels ernährungsbezogener Interventionen den Alltag von Familien in prekären Lebenslagen.

Mit Blick auf die zweite Forschungsfrage nach der Rolle Sozialer Arbeit in der (Re-)Produktion von sozialer Ungleichheit durch Maßnahmen zu gesundheitsförderlicher (Kleinkind-)Ernährung in der Ernährungsbildung von Familien lässt sich resümieren, dass Fachkräfte soziale Ungleichheitsverhältnisse immer dann (re-)produzieren, wenn sie ihren Adressat:innen gesellschaftlich und institutionell geprägte Ernährungsnormen auferlegt, ohne die soziokulturelle Dimension von Essen und Ernährung zu bedenken.

Im folgenden Ausblick lassen sich auf Grundlage der erarbeiteten Erkenntnisse vier Anforderungen an eine lebensweltorientierte Soziale Arbeit (Handlungsmaxime nach Grunwald und Thiersch, Kap. 2.2) im Bereich der ernährungsbezogenen Bildungsarbeit und Unterstützung von Familien formulieren:

1. Familien und ihre Kleinkinder sind sehr verschieden (Habitus), weshalb es individuelle Entscheidungen bezüglich einer gesunden Lebensführung benötigt, anstatt den Fokus auf standardisierte Empfehlungen zu „gesunder“ Kleinkindernährung zu legen. Ziel von Fachkräften Sozialer Arbeit sollte es sein, die vielfältigen Facetten von Essen im Sinne einer „kommunikativ positiv besetzten Geschmacksvielfalt“ (praktisch) zu vermitteln (Heindl 2015, 154), dabei ressourcenorientiert zu arbeiten (z.B. worauf kann aufgebaut werden?, was funktioniert gut?) und die Familien ggf. mit weiteren leicht zugänglichen Unterstützungsangeboten der Kinder- und Jugendhilfe oder Kita zu vernetzen („Beratung“). Gleichzeitig sollten die Adressat:innen in ihrer Selbstbestimmung und Reflexionsfähigkeit, im Umgang mit einer für sie als sinnhaft (Kohärenzgefühl nach Antonovsky) empfundenen und umsetzbaren, gesunden Ernährungsweise für sich und ihre Kinder ermutigt und gestärkt werden („Inklusion“ und „Partizipation“).
2. Esspraxen und Ernährung von Familien – insbesondere von Eltern und Kindern unter Bedingungen sozialer Ungleichheit –, sind essenzielle Bausteine in der alltäglichen Lebensgestaltung und sollten verstärkt in den Blick Sozialer Arbeit als alltagsnahe Profession, in Theorie und Praxis wie auch Forschung genommen werden („Alltagsnähe“). Des Weiteren sind sozialarbeiterische

Perspektiven auf Essverhalten in der Lebensphase frühe Kindheit wichtig für die Entwicklung zukünftiger Angebote wie z.B. zur Gestaltung von angenehmen Familienmahlzeiten mit Kleinkindern oder zur Stärkung einer wertschätzenden Haltung gegenüber (mütterlicher) Beköstigungsarbeiten im Rahmen von Doing Family und Familie als Herstellungsleistung.

3. Aus Sicht professioneller Sozialer Arbeit ist es zu verhindern, dass die Forderung nach Ernährungskompetenz und ein „radikaler“, gesundheitsförderlicher Blick auf Selbstbestimmung und Empowerment zur Ausblendung von Rahmenbedingungen wie sozioökonomischer und struktureller Benachteiligung (z.B. Armut, Wohnen in deprivierten Gebieten) betroffener Familien führt. Im Kontext von Gesundheitsförderung braucht es eine Rückbesinnung auf die Prinzipien und Methoden Sozialer Arbeit. Somit sollte der Fokus verstärkt auf die Verhältnisebene, im Sinne der Lebensweltorientierung nach Thiersch/Grunwald und Kraus, gerichtet werden um somit in Zusammenarbeit mit anderen lokalen Netzwerkpartnern (Kinder- und Jugendhilfe, Stadtteilarbeit, Familienhebammen, Kitas u.a.) gesundheitsförderliche, familiäre Lebenswelten zu unterstützen. Kursangebote und Maßnahmen zur ernährungsbezogenen Familien- bzw. Elternbildung, die primär auf der Verhaltensebene ansetzen, auf Leistungsdenken beruhen oder auf bloße Selbstoptimierung in Sachen Ernährung abzielen, sind weder als eltern- noch kindgerecht zu bewerten. Gesundheitsfördernd sollte zudem im Sinne von Freude und Genuss am Essen und der Mahlzeitengestaltung verstanden werden.
4. Soziale Arbeit muss den lebensweltlichen und gesellschaftlichen Kontext kritisch hinterfragen, in dem ein bestimmtes Ernährungsverhalten eingebettet ist („Sozialräumlichkeit“). Dazu gehört es die vorherrschenden gesellschaftlichen Normen zu gesunder Ernährung, als auch die eigenen Vorstellungen zu reflektieren. Erst auf Grundlage dieser Erkenntnis können Professionelle ihre Adressat:innen – insbesondere Mütter – als Expert:innen ihrer Lebenswelt ermutigen und unterstützen, um trotz widersprüchlicher Ernährungsbotschaften von Politik, Medien und Marketing handlungsfähig zu bleiben. Sozialarbeitende sollten im Interesse ihrer Adressat:innen gegen einen überfordernden Aktivierungsauftrag eintreten („Einmischung“).

Im Rahmen der erarbeiteten Erkenntnisse dieser Arbeit lässt sich schließen, dass (Gesundheitsbezogene) Soziale Arbeit die Stärkung des sozialen Aspekts von Ernährung zur Aufgabe hat. Gemeinsame Mahlzeiten und Essenssituationen bieten Chancen für einen gelingenderen Alltag, der als zentrales Ziel der Lebensweltorientierung in der Arbeit mit Familien gilt.

Soziale Arbeit ist der großen Herausforderung gegenübergestellt, zielgruppen- und lösungsorientierte sowie nachhaltige Angebote zur (frühkindlichen) Ernährungsbildung von in Armut lebenden oder bedrohten und oftmals schwer zugänglichen Familien zu entwickeln. Dieser Aufgabe muss sie sich annehmen, um zu einem gesunden Aufwachsen der Kleinsten in den Familien beizutragen. Die bestehenden Maßnahmen zur Ernährungsbildung auf Grundlage von Gesundheitsförderung stellen unter Berücksichtigung lebensweltlicher Rahmenbedingungen entwicklungsfähige Anknüpfstellen dar. Somit kann Soziale Arbeit zur Eröffnung von neuen Erfahrungen und Möglichkeiten rund um das Thema Essen in Familien als zutiefst soziale Angelegenheit beitragen.

Literaturverzeichnis

- Antonovsky, Aaron (Hg.) (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: Dgvt-Verlag.
- Barlösius, Eva (2011a): Soziologie des Essens. Eine sozial- und kulturwissenschaftliche Einführung in die Ernährungsforschung. 2., völlig überarb. und erw. Aufl. Weinheim, München: Juventa-Verlag.
- Barlösius, Eva (2011b): Pierre Bourdieu. 2. Aufl. Frankfurt/M: Campus Verlag.
- Bauer, Maike (2016): Familien sind, wie sie Essen: Doing Family und Essalltag in Deutschland und Frankreich. In: Vicki Täubig (Hg.): Essen im Erziehungs- und Bildungsalltag. Weinheim: Beltz, S. 52–72.
- Bittlingmayer, Uwe H.; Sahrai, Diana; Schnabel, Peter-Ernst (Hg.) (2009): Normativität und Public Health. Vergessene Dimensionen gesundheitlicher Ungleichheit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bourdieu, Pierre (2021): Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft. 28. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Bundeszentrum für Ernährung (2020): Das beste Essen für Kleinkinder - Empfehlungen für die Ernährung von 1- bis 3-Jährigen. In: Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (Hg.), S. 18-37.
- Grunwald, Klaus; Thiersch, Hans (Hg.) (2016): Praxishandbuch Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Handlungszusammenhänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern. 3., vollständig überarbeitete Aufl. Weinheim, Basel, München: Beltz Juventa.
- Heindl, Ines (2016): Essen ist Kommunikation. Esskultur und Ernährung für eine Welt mit Zukunft. 1. Aufl. Wiesbaden: Umschau Zeitschriftenverlag.
- Herke, Max; Fink, Astrid; Moor, Irene; Richter, Matthias (2016): Familienform, soziale Ungleichheit und Ernährung. In: Vicki Täubig (Hg.): Essen im Erziehungs- und Bildungsalltag. Weinheim: Beltz, S. 109–131.
- Höblich, Davina (2015): Habitus. In: Werner Thole, Davina Höblich und Sarina Ahmed (Hg.): Taschenwörterbuch Soziale Arbeit. 2. Aufl. Bad Heilbrunn: Klinkhardt Julius, S. 122.

- Homfeldt, Hans-Günther (2016): Essen/Trinken und Ernähren – (sozial-)pädagogische Miniaturen zu einer gesundheitsbezogenen sozialen Bildung. In: Vicki Täubig (Hg.): Essen im Erziehungs- und Bildungsalltag. Weinheim: Beltz, S. 31–49.
- Jurczyk, Karin; Lange, Andreas; Thiessen, Barbara (Hg.) (2014): Doing Family. Warum Familienleben heute nicht mehr selbstverständlich ist. Weinheim: Beltz.
- Klug-Durán, Fresia (2009): Essen als Alltagskulisse. Kasuistik der Sozialpädagogischen Familienhilfe. In: Lotte Rose und Benedikt Sturzenhecker (Hg.): ‚Erst kommt das Fressen...!‘. Über Essen und Kochen in der Sozialen Arbeit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 85–98.
- Meyer, Christine (2018): Essen und Soziale Arbeit. Eine Einführung. Wiesbaden: Springer VS.
- Pape, Judith (2021): Von Brust zu Brei. Kindheitsbilder und Elternverantwortung während der Beikosteinführung. In: Marc Schulz, Lotte Rose und Friederike Schmidt (Hg.): Pädagogisierungen des Essens. Kinderernährung in Institutionen der Bildung und Erziehung, Familien und Medien. 1. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz Juventa, S. 38–50.
- Pudel, Volker; Westenhöfer, Joachim (2003): Ernährungspsychologie. Eine Einführung. 3., unveränderte Aufl. Göttingen, Bern: Hogrefe.
- Reitmeier, Simon (2013): Warum wir mögen, was wir essen. Eine Studie zur Sozialisation der Ernährung. Bielefeld: transcript.
- Richter, Matthias; Hurrelmann, Klaus (Hg.) (2006): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Rietzke, Tim (2015): Armut. In: Werner Thole, Davina Höblich und Sarina Ahmed (Hg.): Taschenwörterbuch Soziale Arbeit. 2. Aufl. Bad Heilbrunn: Klinkhardt Julius, S. 27–28.
- Rose, Lotte; Sturzenhecker, Benedikt (Hg.) (2009): ‚Erst kommt das Fressen...!‘. Über Essen und Kochen in der Sozialen Arbeit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Rose, Lotte (2009): Gesundes Essen. Anmerkungen zu den Schwierigkeiten, einen Trieb gesellschaftlich zu regulieren. In: Lotte Rose und Benedikt Sturzenhecker (Hg.):

- ‚Erst kommt das Fressen...!‘. Über Essen und Kochen in der Sozialen Arbeit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 281–294.
- Rose, Lotte (2021): Stillen – Muttersache: ein geschlechterkritischer Blick auf die Säuglingsernährung. In: Public Health Forum 29 (2), S. 125–127.
- Schlegel-Matthies, Kirsten (2011): Mahlzeit im Wandel – die Entideologisierung einer Institution. In: Gesa Schönberger und Barbara Methfessel (Hg.): Mahlzeiten. Alte Last oder neue Lust? 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 27–38.
- Schmidt, Sabine (2011): Wie Kinder beim Essen essen lernen. In: Gesa Schönberger und Barbara Methfessel (Hg.): Mahlzeiten. Alte Last oder neue Lust? 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 55–70.
- Schmidt-Semisch, Henning; Schorb, Friedrich (Hg.) (2021): Public Health. Disziplin - Praxis - Politik. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.
- Schorb, Friedrich; Schmidt-Semisch, Henning (2012): Die Problematisierung gesundheitlicher Risiken. In: Andreas Hanses und Kirsten Sander (Hg.): Interaktionsordnungen. Gesundheit als soziale Praxis. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 53–69.
- Schulz, Marc; Rose, Lotte; Schmidt, Friederike (Hg.) (2021): Pädagogisierungen des Essens. Kinderernährung in Institutionen der Bildung und Erziehung, Familien und Medien. 1. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Schumacher, Elisabeth (2010): Übergewicht und Adipositas Jugendlicher im Kontext von mangelndem kulturellen und sozialen Kapital. Ein Baustein zur Erklärung fortschreitenden Übergewichts Heranwachsender. Verlag Dr. Kovac: Hamburg.
- Seehaus, Rhea (2016): Mutter, Vater, Kind - Geschlechterpraxen in der Elternschaft. Leverkusen-Opladen: Barbara Budrich-Esser.
- Sturzenhecker, Benedikt (2009): Das Frühstück der Mütter – Elternbildung mit benachteiligten Müttern in Hamburger Eltern-Kind-Zentren. In: Lotte Rose und Benedikt Sturzenhecker (Hg.): ‚Erst kommt das Fressen...!‘. Über Essen und Kochen in der Sozialen Arbeit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 59–76.
- Täubig, Vicki (Hg.) (2016): Essen im Erziehungs- und Bildungsalltag. Weinheim: Beltz.

Uhlendorff, Uwe; Euteneuer, Matthias; Sabla-Dimitrov, Kim-Patrick (2013): Soziale Arbeit mit Familien. München, Basel: Reinhardt.

Walther, Kerstin (2015): Essen ist mehr als nur Nahrungsaufnahme. Gesunde Ernährung aus der Perspektive von sozialer Gesundheitsarbeit. In: Johanna Schockemöhle und Margit Stein (Hg.): Nachhaltige Ernährung lernen in verschiedenen Ernährungssituationen. Handlungsmöglichkeiten in pädagogischen und sozialpädagogischen Einrichtungen. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt, S. 195–207.

Wanner, Martina (2016): Gesundheit und Lebensweltorientierung. In: Klaus Grunwald und Hans Thiersch (Hg.): Praxishandbuch Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Handlungszusammenhänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern. 3., vollständig überarbeitete Auflage. Weinheim, Basel, München: Beltz Juventa, S. 200–211.

Internetveröffentlichungen

Abel, Thomas; Sommerhalder, Kathrin; Bruhin, Eva (2018): Health Literacy / Gesundheitskompetenz. In: BZgA (Hg.). Online verfügbar unter <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/health-literacy-gesundheitskompetenz/>, zuletzt geprüft am 27.12.2021.

BMAS (2021): Lebenslagen in Deutschland. Sechster Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Online verfügbar unter https://www.bmas.de/Shared-Docs/Downloads/DE/Soziale-Sicherung/6-arb-langfassung.pdf;jsessionid=09ACDC3DDEDC6AA931B38CE1AC6A012.delivery2-replication?__blob=publicationFile&v=3, zuletzt geprüft am 09.12.2021.

BEL (2021): Für Familien: Gesunder Familienalltag von Anfang an. Online verfügbar unter <https://www.gesund-ins-leben.de/fuer-familien/>, zuletzt geprüft am 12.01.2022.

Bundesministerium der Justiz (2021a): Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland. Art 6. Online verfügbar unter https://www.gesetze-im-internet.de/gg/art_6.html, zuletzt geprüft am 05.12.2021, zuletzt geprüft am 12.01.2022.

Bundesministerium der Justiz (2021b): SGB – Achtes Buch (VIII) – Kinder- und Jugendhilfe. Online verfügbar unter <https://www.gesetze-im-internet.de/sgeb/8.html>

internet.de/sgb_8/___31.html, zuletzt geprüft am 05.12.2021, zuletzt geprüft am 12.01.2022.

BZfE (2018): Gesund ins Leben – Netzwerk Junge Familie. In: Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (Hg.). Online verfügbar unter <https://www.inform.de/netzwerk/projekte/gesund-ins-leben-netzwerk-junge-familie/>, zuletzt geprüft am 12.01.2022.

BZgA (2020): Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Online verfügbar unter <https://www.bzga.de/forschung/fachdatenbanken-marktanalysen/gesundheitsfoerderung-bei-sozial-benachteiligten/>, zuletzt geprüft am 26.12.2021.

BZgA (2021): Settingansatz / Lebensweltansatz. Online verfügbar unter <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/settingansatz-lebensweltansatz/>, zuletzt aktualisiert am 30.11.2021, zuletzt geprüft am 30.11.2021.

BZgA (2022): Kooperationsverbund gesundheitliche Chancengleichheit. Online verfügbar unter <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank/recherche/>, zuletzt geprüft am 16.01.2022.

DGE (2021a): DGE-Ernährungskreis. Beispiele für eine vollwertige Ernährung. Online verfügbar unter <https://www.dge.de/ernaehrungspraxis/vollwertige-ernaehrung/ernaehrungskreis/>, zuletzt geprüft am 27.12.2021.

DGE (2021b): FitKid Aktion - Ein Projekt der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e.V. Online verfügbar unter <https://www.fitkid-aktion.de/fachinformationen/kinderernaehrung/kleinkinder/>, zuletzt geprüft am 26.12.2021.

Geene, Raimund (2015): Familie als Setting der Gesundheitsförderung. In: BZgA (Hg.). Online verfügbar unter <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/service/meldungen/familie-als-setting-der-gesundheitsfoerderung/>, zuletzt geprüft am 26.12.2021.

Georg Simmel (2015): Soziologie der Mahlzeit. Online verfügbar unter <https://www.socio.ch/sim/verschiedenes/1910/mahlzeit.htm>, zuletzt geprüft am 30.11.2021.

Gießelmann, Kathrin (2016): Frühkindliche Ernährung: Die ersten 1000 Tage entscheiden. In: Deutscher Ärzteverlag GmbH, Redaktion Deutsches Ärzteblatt (Hg.). Online verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/archiv/183216/Fruehkindliche->

Ernaehrung-Die-ersten-1000-Tage-entscheiden, zuletzt aktualisiert am 25.01.2022, zuletzt geprüft am 25.01.2022.

Hartung, Susanne; Rosenbrock, Rolf (2015): Settingansatz / Lebensweltansatz. In: BZgA (Hg.), zuletzt geprüft am 26.12.2021.

PDF-Dokumente

Anhorn, Roland; Stehr, Johannes (Hg.) (2021): Handbuch Soziale Ausschließung und Soziale Arbeit. 1. Aufl. Wiesbaden: Springer Fachmedien. Online verfügbar unter <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-531-19097-6.pdf>

Benz, Benjamin; Heinrich, Katharina (2018): Armut im Familienkontext. In: Ernst-Ulrich Huster, Jürgen Boeckh und Hildegard Mogge-Grotjahn (Hg.): Handbuch Armut und soziale Ausgrenzung. 3. Aufl. 2018. Wiesbaden: Springer VS, S. 573–576.

Borgetto, Bernhard; Ehlers, Corinna (2021): Soziale Arbeit und Public Health. In: Henning Schmidt-Semisch und Friedrich Schorb (Hg.): Public Health. Disziplin - Praxis - Politik. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, S. 105–124. Online verfügbar unter <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-658-30377-8.pdf>

Borrmann, Anja; Mensink, Gert B.M. (2015): Obst- und Gemüsekonsum von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse der KiGGS-Welle 1. In: Bundesgesundheitsblatt. RKI (Hg.). Online verfügbar unter <https://e-doc.rki.de/bitstream/handle/176904/2374/20WKw8ijbStyw.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Buschhorn, Claudia (2012): Frühe Hilfen. Versorgungskompetenz und Kompetenzüberzeugung von Eltern. Online verfügbar unter <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-531-19598-8.pdf>

Christiane Reinecke (2017): Der (damalige) Geschmack der Bourgeoisie. Eine historische Re-Lektüre von Pierre Bourdieus »Die feinen Unterschiede« (1979). Online verfügbar unter https://www.academia.edu/37834658/Der_damalige_Geschmack_der_Bourgeoisie_Eine_historische_Re_Lekt%C3%BCre_von_Pierre_Bourdieu_Die_feinen_Unterschiede_1979_

- D-A-CH-Arbeitsgruppe zur Ernährungs- und Verbraucherbildung (2010): Ernährungsbildung. Ernährung und Verbraucherbildung im Internet. Online verfügbar unter http://www.evb-online.de/glossar_ernaehrungsbildung.php
- DGE (2013): Ernährungsbildung – Standort und Perspektiven. Unter Mitarbeit von DGE-Fachgruppe Ernährungsbildung. Online verfügbar unter https://www.ernaehrungs-umschau.de/fileadmin/Ernaehrungs-Umschau/pdfs/pdf_2013/02_13/EU02_2013_M084_M095.qxd.pdf
- DGE (2015): Einführung. Online verfügbar unter <https://www.dge-medien-service.de/media/productattach/File-1484739526.pdf>
- DGE (2017): 10 Regeln der DGE. Online verfügbar unter <https://www.dge.de/fileadmin/public/doc/fm/10-Regeln-der-DGE.pdf>
- Ditton, Hartmut; Maaz, Kai (2011): Sozioökonomischer Status und soziale Ungleichheit. In: Hartmut Ditton, Cornelia Gräsel und Burkhard Gniewosz (Hg.): Empirische Bildungsforschung. Gegenstandsbereiche. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 193 f. Online verfügbar unter <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-531-93021-3.pdf>
- El-Mafaalani, Aladin (2017): Transformationen des Habitus. Praxeologische Zugänge zu sozialer Ungleichheit und Mobilität. In: Markus Rieger-Ladich und Uwe H. Bittlingmayer (Hg.): Pierre Bourdieu: Pädagogische Lektüren. Wiesbaden: Springer VS, S. 103–128. Online verfügbar unter <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-531-18904-8.pdf>
- Fekete, Christine; Weyers, Simone (2016): Soziale Ungleichheit im Ernährungsverhalten: Befundlage, Ursachen und Interventionen. In: Bundesgesundheitsblatt (Hg.), S. 197–205. Online verfügbar unter <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00103-015-2279-2.pdf>
- Franzkowiak, Peter; Kuhn, Annemarie (2009): Soziale Arbeit und Gesundheit, S. 4–33. Online verfügbar unter https://www.hs-koblenz.de/fileadmin/media/profiles/sozialwissenschaften/franzkow/franzkowiak_kuhn_2009_Studienbrief_Soz-Arb_und_Gesh__basa_o16_.pdf
- Geene, Raimund (o.J.): Gesundheitsförderung und Frühe Hilfen. In: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) in BZgA (Hg.). Online verfügbar unter

https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikation_NZFH_Impulspapier_Gesundheitsfoerderung_und_Fruehe_Hilfen.pdf

- Haverkamp, Fritz (2018): Gesundheitliche Ungleichheit und neue Morbidität. In: Ernst-Ulrich Huster, Jürgen Boeckh und Hildegard Mogge-Grotjahn (Hg.): Handbuch Armut und soziale Ausgrenzung. 3. Aufl. 2018. Wiesbaden: Springer VS, S. 479–502. Online verfügbar unter <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-658-19077-4.pdf>
- Hradil, Stefan (2006): Was prägt das Krankheitsrisiko: Schicht, Lage, Lebensstil? In: Matthias Richter und Klaus Hurrelmann (Hg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 33–52. Online verfügbar unter <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-531-90357-6.pdf>
- Hurrelmann, Klaus; Bauer, Ullrich (2015): Einführung in die Sozialisationstheorie. Das Modell der produktiven Realitätsverarbeitung. 13. Aufl. Weinheim: Beltz. Online verfügbar unter <https://www.beltz.de/fileadmin/beltz/leseproben/978-3-407-25843-4.pdf>
- Huster, Ernst-Ulrich; Boeckh, Jürgen; Mogge-Grotjahn, Hildegard (Hg.) (2018): Handbuch Armut und soziale Ausgrenzung. 3. Aufl. 2018. Wiesbaden: Springer VS. Online verfügbar unter <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-658-19077-4.pdf>
- Liel, Katrin (2019): Das Soziale der Gesundheit stärken. Soziale Arbeit als Profession der Gesundheitsförderung. In: Forum Sozialarbeit + Gesundheit. Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit e.V. (Hg.). Online verfügbar unter https://dvsg.org/fileadmin/user_upload/DVSG/Themen/Handlungsfelder/Gesundheitsfoerderung-und-Praevention/FORUM-Liel.pdf, zuletzt geprüft am 25.01.2022.
- Lührmann, Petra; Carlsohn, Anja (2021): Ernährung und Ernährungsverhalten – ein wichtiges Feld der Prävention und Gesundheitsförderung. In: Michael Tiemann und Melvin Mohokum (Hg.): Prävention und Gesundheitsförderung. 1. Aufl. 2021. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 537–560. Online verfügbar unter <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-662-62426-5.pdf>
- Marx, Kerstin; Meier-Gräwe, Uta; Lorkowski, Stefan; Dawczynski, Christine; Brombach, Christine (2018): Die familiäre Essumgebung im ersten Lebensjahr. In:

- Prävention und Gesundheitsförderung 1 (Hg.). Online verfügbar unter <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s11553-017-0592-3.pdf>
- Max Rubner-Institut (2008): Nationale Verzehrsstudie II. In: MRI Bundesforschungsinstitut für Ernährung und Lebensmittel (Hg.) Online verfügbar unter https://www.mri.bund.de/fileadmin/MRI/Institute/EV/NVS_II_Abschlussbericht_Teil_1_mit_Ergaenzungsbericht.pdf
- Müller, Matthias (2017): Sozialpädagogische Familienhilfe – aufsuchende familienbezogene Hilfen. Online verfügbar unter <https://www.sgbviii.de/files/SGB%20VIII/PDF/S174.pdf>
- NZFH (o.J.): Leitbild Frühe Hilfen. Beitrag des NZFH Beirats. Online verfügbar unter https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikation_NZFH_Kompakt_Berat_Leitbild_fuer_Fruehe_Hilfen.pdf
- Ottovay, Kathrin (2011): I got a brain in there! 'Gesund essen' im Spannungsverhältnis von Selbstermächtigung und Aktivierungsimperativ. Ein britisches Fallbeispiel. Online verfügbar unter http://www.med.uni-magdeburg.de/jkmg/wp-content/uploads/2013/03/JKMG_Band46_Kapitel06_Ottovay.pdf
- Raithel, Jürgen; Dollinger, Bernd; Hörmann, Georg (2009): Einführung Pädagogik. Begriffe · Strömungen Klassiker · Fachrichtungen. 3. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. Online verfügbar unter <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-531-91828-0.pdf>
- Schaeffer, Doris; Berens, Eva-Maria; Gille, Svea; Griese, Lennert; Klinger, Julia; Sombre, Steffen de et al. (2021): Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland vor und während der Corona Pandemie: Ergebnisse des HLS-GER 2. Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung (IZGK), Universität Bielefeld. Online verfügbar unter <https://www.uni-bielefeld.de/fakultaeten/gesundheitswissenschaften/ag/ag6/downloads/HLS-GER-2-Ergebnisbericht.pdf>
- Schienkiewitz, Anja; Brettschneider, Anna-Kristin; Damerow, Stefan; Schaffrath, Angelika Rosario (2018): Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. In: RKI (Hg.). Online verfügbar unter

https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/FactSheets/JoHM_01_2018_Adipositas_KiGGS-Welle2.pdf?__blob=publicationFile

Schorb, Friedrich; Schmidt-Semisch, Henning (2021): Gesundheitsförderung und sozialer Ausschluss. In: Roland Anhorn und Johannes Stehr (Hg.): Handbuch Soziale Ausschließung und Soziale Arbeit. 1. Aufl. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 839–852. Online verfügbar unter <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-531-19097-6.pdf>

Schritt, Katarina (2011): Ernährung im Kontext von Geschlechterverhältnissen. Analyse zur Diskursivität gesunder Ernährung. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. Online verfügbar unter <https://link.springer.com/content/pdf/bfm:978-3-531-92692-6/1.pdf>

Tiemann, Michael; Mohokum, Melvin (Hg.) (2021): Prävention und Gesundheitsförderung. 1. Aufl. 2021. Berlin, Heidelberg: Springer. Online verfügbar unter <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-662-62426-5.pdf>

van Essen, Fabian (2013): Soziale Ungleichheit, Bildung und Habitus. Möglichkeitsräume ehemaliger Förderschüler. Wiesbaden: Springer Fachmedien. Online verfügbar unter <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-658-01618-0.pdf>

Warin, Megan; Turner, Karen; Moore, Vivienne; Davies, Michael (2008): Bodies, mothers and identities: rethinking obesity and the BMI. In: Sociology of Health & Illness (Hg.). Online verfügbar unter <https://online-library.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1467-9566.2007.01029.x>

WHO (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Online verfügbar unter https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf

WHO (2012): Europäischer Aktionsplan zur Stärkung der Kapazitäten und Angebote der öffentlichen Gesundheit. Online verfügbar unter https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/171772/RC62wd12rev1-Ger.pdf

Anhang

Startseite > Praxisdatenbank > Recherche

Recherche

Recherchieren Sie in der bundesweit größten Zusammenstellung von Angeboten der Gesundheitsförderung, die sich insbesondere an Menschen in schwieriger sozialer Lage richten. Nutzen Sie die verschiedenen Recherchemöglichkeiten und die unterschiedlichen Suchkriterien, um gezielt Angebote und neue Anregungen zu finden.

Recherche	Erweiterte Recherche	Volltextsuche	Listen
<p>Recherche</p> <p>Lebenswelt: Familienzentrum</p> <p>Themen: Ernährung</p> <p>Zielgruppe: Personen mit sehr niedrigem Einkommen (z.B.)</p> <p>Altersgruppe: 1 bis 3 Jahre</p> <p>Good Practice: <input checked="" type="checkbox"/> Nur Treffer, die Good Practice-Kriterien erfüllen <input type="checkbox"/> auch abgeschlossene Angebote einbeziehen</p> <p>Rechercheergebnis: 0 Treffer</p>			



DATENSCHUTZ-BESTIMMUNGEN, NUTZUNGSBEDINGUNGEN UND HINWEISE

Hier können Sie die PDF-Dateien zu **Datenschutz, Nutzungsbedingungen** und die **Hinweise zu Urheberrecht und Persönlichkeitsrechten** herunterladen.

NEUESTE ANGEBOTE

Move [muv] - gemeinsam etwas bewegen!

Move[muv] - gemeinsam etwas bewegen! ist ein integrales Projekt zur Gesundheitsförderung von und...



Dorf- und Bürgertreffs

Anhang a): Rechercheergebnis der Praxisdatenbank zum Setting „Familienzentrum“ (BZgA 2022, o.S.)

Startseite > Praxisdatenbank > Recherche

Recherche

Recherchieren Sie in der bundesweit größten Zusammenstellung von Angeboten der Gesundheitsförderung, die sich insbesondere an Menschen in schwieriger sozialer Lage richten. Nutzen Sie die verschiedenen Recherchemöglichkeiten und die unterschiedlichen Suchkriterien, um gezielt Angebote und neue Anregungen zu finden.

Recherche	Erweiterte Recherche	Volltextsuche	Listen
<p>Recherche</p> <p>Lebenswelt: Familie</p> <p>Themen: Ernährung</p> <p>Zielgruppe: Personen mit sehr niedrigem Einkommen (z.B.)</p> <p>Altersgruppe: 1 bis 3 Jahre</p> <p>Good Practice: <input checked="" type="checkbox"/> Nur Treffer, die Good Practice-Kriterien erfüllen <input type="checkbox"/> auch abgeschlossene Angebote einbeziehen</p> <p>Rechercheergebnis: 0 Treffer</p>			



DATENSCHUTZ-BESTIMMUNGEN, NUTZUNGSBEDINGUNGEN UND HINWEISE

Hier können Sie die PDF-Dateien zu **Datenschutz, Nutzungsbedingungen** und die **Hinweise zu Urheberrecht und Persönlichkeitsrechten** herunterladen.

NEUESTE ANGEBOTE

Move [muv] - gemeinsam etwas bewegen!

Move[muv] - gemeinsam etwas bewegen! ist ein integrales Projekt zur Gesundheitsförderung von und...



Anhang b): Rechercheergebnis der Praxisdatenbank zum Setting „Familie“ (BZgA 2022, o.S.)

Recherche

Kriterien

- Lebenswelt: Kindertageseinrichtung / Kindertagespflege
- Thema: Ernährung
- Zielgruppe: Personen mit sehr niedrigem Einkommen (z.B. Personen im Niedriglohnssektor, Personen mit niedrigen Rentenbezügen)
- Altersgruppe: 1 bis 3 Jahre
- Nur Treffer, die Good Practice-Kriterien erfüllen

Suchergebnis (4 Treffer)

Suchergebnisse nach

Nr.	Titel	Anbieter	Jahr
1	GOOD PRACTICE Die AnGeL - Anlauf- und Koordinierungsstelle für Gesundheitsbewusstes Leben (99734 Nordhausen)	Horizont e.V.	
2	GOOD PRACTICE Früh übt sich. MINIFIT. Von klein auf gesund. (71636 Ludwigsburg)	mhplus Betriebskrankenkasse	2007
3	GOOD PRACTICE Lernen durch Genießen - Gesunde Ernährung aus Sehpferdchens Küche (21075 Hamburg)	Kindertagesstätte Sehpferdchen	2006
4	GOOD PRACTICE Schutzensel Flensburg (24939 Flensburg)	Schutzensel GmbH	2005

BZgA gesundheitliche Aufklärung



Gesundheit
Berlin-Brandenburg e.V.
Arbeitsgemeinschaft
für Gesundheitsförderung

DATENSCHUTZ-BESTIMMUNGEN, NUTZUNGSBEDINGUNGEN UND HINWEISE

Hier können Sie die PDF-Dateien zu **Datenschutz, Nutzungsbedingungen** und die Hinweise zu **Urheberrecht und Persönlichkeitsrechten** herunterladen.

NEUESTE ANGEBOTE

Move [muv] - gemeinsam etwas bewegen!

Move[muv] - gemeinsam etwas bewegen" ist ein integrales Projekt zur Gesundheitsförderung von und...



Dorf- und Bürgertreffs

Im strukturschwachen ländlichen Raum ist Begegnung und Teilhabe für Bürger*innen

Anhang c): Rechercheergebnis der Praxisdatenbank zum Setting „Kindertageseinrichtung“ (BZgA 2022, o.S.)

Eigenständigkeitserklärung

„Ich versichere, dass die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe angefertigt wurde und ich keine anderen als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Alle Stellen, die Ausführungen anderer Autor:innen wörtlich oder sinngemäß entnommen sind, habe ich durch Angabe der Quellen als Zitate kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde bisher weder in Teilen noch insgesamt als Prüfungsleistung vorgelegt/ingereicht und auch nicht veröffentlicht.“

Ort, Datum

Unterschrift



**Einverständniserklärung zur Übergabe einer unveröffentlichten
Abschlussarbeit an die Hochschul- und Landesbibliothek RheinMain
(HLB)**

Die HLB der Hochschule RheinMain (HSRM) bietet Studierenden an, ihre unveröffentlichte Abschlussarbeit, im Einvernehmen mit der jeweiligen Erstgutachterin / dem jeweiligen Erstgutachter der Arbeit, in gedruckter Form in das Bibliothekssystem zu übernehmen und auf diese Weise allgemein zugänglich zu machen.

Autor/in (Name, Vorname):

Art der Abschlussarbeit (Bachelor-, Master- oder Diplomarbeit):

Fachbereich/Studiengang:

Einverständniserklärung des/der Studierenden:

Ich stelle der HLB meine Abschlussarbeit in gedruckter Form zur Veröffentlichung zur Verfügung.

- Ich bin damit einverstanden, dass Titel und bibliographische Daten der Abschlussarbeit in den Katalogen der HLB zugänglich gemacht werden. Mir ist bekannt, dass die HLB nur im Rahmen ihrer technischen Möglichkeiten die notwendigen Maßnahmen zur Sicherung der inhaltlichen Unversehrtheit von Titel und bibliographischen Daten im internationalen Datenverkehr, ergreift.

- Ich bin damit einverstanden, dass das gedruckte Exemplar der Ausleihe zur Verfügung gestellt wird.
- Mir ist bewusst, dass eine Publikation der Abschlussarbeit zu einer Erschwerung oder Verhinderung anderweitiger Veröffentlichungen führen kann.
- Ich versichere, dass Urheber- und Lizenzrechte von mir überprüft wurden und ich alleinige/r Inhaber/in aller Rechte an der Abschlussarbeit bin. Ich versichere, dass durch die Veröffentlichung geltende Gesetze nicht verletzt werden und nicht in Rechte Dritter eingegriffen wird. Sollten Rechte Dritter an von mir zur Verfügung gestellten Text- oder Bildvorlagen einer Veröffentlichung tatsächlich oder eventuell entgegenstehen, werde ich die HLB der HSRM unverzüglich darüber informieren. Ich versichere, dass die Abschlussarbeit keine personenbezogenen Daten Dritter enthält, die dem Datenschutz unterliegen bzw. ich habe eine ausdrücklich schriftliche Einwilligung zur Veröffentlichung dieser Daten.
- Ich verpflichte mich, die HSRM von allen Ansprüchen Dritter, hinsichtlich der diesen zustehenden Urheber- oder sonstiger Schutzrechte gegen die HSRM freizustellen.
- Mir ist bekannt, dass die HSRM nicht für die missbräuchliche Verwendung von Inhalten meiner Abschlussarbeit durch Dritte haftet und dass ich für die Anmeldung von Schutzrechten selbst verantwortlich bin.

- Ich versichere, dass die abgegebene Version meiner Abschlussarbeit mit der genehmigten Originalfassung übereinstimmt, mit Ausnahme von den dem Datenschutz unterliegenden Teilen.

Ort, Datum, Unterschrift:

.....

Erklärung der Erstgutachterin / des Erstgutachters:

Der Veröffentlichung der Abschlussarbeit in der vorgenannten Form wird zugestimmt.

Ort, Datum, Unterschrift:

.....