GENDER
OPEN
REPOSITORIUM

Stillen als mütterliche Aufgabe. Ethnografische Einblicke in die Praxis der Stillberatung auf einer Geburtshilfestation

Rose, Lotte; Seehaus, Rhea; Tolasch, Eva

2017

https://doi.org/10.25595/2748

Veröffentlichungsversion / published version
Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Rose, Lotte; Seehaus, Rhea; Tolasch, Eva: *Stillen als mütterliche Aufgabe. Ethnografische Einblicke in die Praxis der Stillberatung auf einer Geburtshilfestation*, in: Gender : Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft, Jg. 9 (2017) Nr: 2, 46–61. DOI: https://doi.org/10.25595/2748.

Erstmalig hier erschienen / Initial publication here: https://doi.org/10.3224/gender.v9i2.04

GenderOpen – Repositorium für die Geschlechterforschung: www.genderopen.de

FREIE UNIVERSITÄT BERLIN

HUMBOLDT-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

Lotte Rose, Rhea Seehaus, Eva Tolasch

Stillen als mütterliche Aufgabe. Ethnografische Einblicke in die Praxis der Stillberatung auf einer Geburtshilfestation

Zusammenfassung

In Handlungen, Repräsentationen, Diskursen und Gefühlen zum Thema Muttermilchernährung aktualisieren sich gegenwärtig geschlechtliche Responsibilisierungsmomente, die mit Ein- und Ausschlüssen für Frauen als Mütter einhergehen. Damit flankieren sie auch die Frage nach (un)gleichen Geschlechterverhältnissen. Im Gegensatz zum englischsprachigen Raum ist die sozialwissenschaftliche Forschung zur Säuglingsernährung und zum Stillen in Deutschland noch wenig entwickelt. Dies gilt vor allem für qualitativ-praxisanalytische Untersuchungen. Diese Leerstelle nimmt der Beitrag aus einer genderpolitischen und ethnografischen Perspektive in den Blick und analysiert exemplarisch die sozialen Praktiken der professionellen Stillförderung auf einer Geburtshilfestation. Gefragt wird, wie der Körper der Mutter in diesen Settings bearbeitet und als Nährquelle für das Baby funktionsfähig gemacht wird. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass das Stillen in der Praxis als problemanfälliger Lerngegenstand konzipiert ist, der ein Arsenal an Hilfen und Problemlösungstechniken aktiviert, die den Mutterkörper reduzieren, fragmentieren und funktionalisieren sowie gleichzeitig als unersetzbar für das kindliche Gedeihen exponieren.

Schlüsselwörter
Stillen, Mutterschaft, Ethnografie, Körpertechniken, Stillberatung, Krankenhaus

Summary

Breastfeeding as a mother's task. Ethnographic insights into the practice of breastfeeding counselling on a postnatal ward

In acts, representations, discourses and emotions around the topic of breast milk nutrition there is an ongoing reconstruction of gendered responsibilities. This is often connected with the inclusion and exclusion of women as mothers and raises the question of (un)equal gender relations. In contrast to the English-speaking world, social science research on infant nutrition, specifically breastfeeding, has only recently become a growing field of research in Germany. This above all concerns to qualitative-practical investigations. Based on this research gap, this study examined the topic from a gender political and ethnographic perspective and analyzed the social practices of professional breastfeeding counselling provided on a postnatal ward. It asked how the mother's body is worked on in these settings and made functional as a source of nutrition for the baby. The results demonstrate that breastfeeding is conceptualized as a matter of problem-solving and learning, activating an arsenal of support and problem-solving techniques which reduces, fragments and functionalizes the mother's body and at the same time exposes it as irreplaceable for the growth and well-being of the child.

Keywords
breastfeeding, maternity, ethnography, body techniques, breastfeeding counselling, hospital

 https://doi.org/10.3224/gender.v9i2.04

Einführung

Der Mensch ist qua Natur auf Nahrung angewiesen. Wie die Ernährung eines Säuglings praktiziert wird, ist jedoch eine kulturelle und durchaus kontroverse Angelegenheit (vgl. u. a. Seichter 2014; Rose/Steinbeck 2015; Kröger/Rückert-John 2015). Keineswegs wurden Neugeborene immer gestillt. Vielmehr unterliegt die Säuglingsernährung historischen Wandlungen und sozialen Differenzen (Seichter 2014). Auch wenn es stets Alternativen zum Stillen gab und gibt (vgl. Blum 1999; Freudenschuß 2012; Knaak 2005), gilt derzeit die Muttermilchernährung als einzig optimal für das Gedeihen des Kindes (vgl. u. a. Freudenschuß 2012; Ott/Seehaus 2010). Die pragmatische Frage der Säuglingsernährung ist somit aufs Engste verknüpft mit der moralischen Frage nach der ‚Güte' der Mutter (Freudenschuß 2012: 144) – und mit der Frage der paternalen Geschlechterordnung. Schließlich ist das Stillen unmittelbar an den Mutterkörper gebunden und nicht vom Vaterkörper zu leisten. Dass dies Folgen für das Eltern-Arrangement hat, belegen Studien zu egalitärer Elternschaft, die zeigen, dass Stillen zu einem erheblichen Konfliktmoment für Paare mit Gleichheitsansprüchen wird (etwa Flaake 2014). Man muss sich nicht Seichter anschließen, die Gleichberechtigung gefährdet sieht und sinkende Geburtenraten prognostiziert, wenn weiterhin so nachdrücklich das Stillen propagiert wird (Seichter 2014: 165f.), doch ist das geschlechterkonservative Moment in den Still-Idealen nicht von der Hand zu weisen. Dies macht die Säuglingsernährung zu einem lohnenden Gegenstand der Genderforschung.

1 Stillernährung als Gegenstand sozialwissenschaftlicher Forschung

Die sozialwissenschaftliche Forschung zum Thema Mutterschaft und Säuglingsernährung ist im englischsprachigen Raum gut entwickelt. So gibt es Studien aus Kanada (u. a. Wall 2001; Knaak 2005), den USA (u. a. Stearns 1999; Cripe 2008), Neuseeland (Shaw 2004), Großbritannien und Australien (etwa Bartlett 2002; Schmied/Lupton 2001) sowie dem französischsprachigen Raum (u. a. Badinter 2012). In Deutschland entsteht erst seit Kurzem ein sozialwissenschaftliches Forschungsfeld zum Stillen (etwa Freudenschuß 2012; Heimerdinger 2009; Kröger/Rückert-John 2013; Ott/Seehaus 2010; Orland 2004; Seichter 2014; Rose/Steinbeck 2015; Seehaus/Tolasch 2017). Die entsprechenden Studien rekonstruieren, dass und wie das Stillen zur idealen Säuglingsernährung geworden ist und wie sich Mütter und Eltern mit dieser Norm arrangieren. Sie zeigen zudem, dass im Zentrum des Stilldiskurses die emotionalen und gesundheitlichen Bedürfnisse des Kindes und weniger die Interessen der Mutter stehen. Gerade in den medizinischen Diskursen wird die Mutter oftmals eher funktionalistisch auf den *Ernährungskörper*, der die gesündeste Nahrung für den Säugling bereithält, reduziert (Freudenschuß 2012: 138). Die Devise „breast is best" ist als Alltagswissen stabil verankert. Sowohl Mütter- und Eltern-Ratgeber wie auch staatliche Programme propagieren dies seit Langem (Wall 2001; Knaak 2005). Demgegenüber gilt die Flaschennahrung nicht als legitime gleichwertige Alternative (Cripe 2008: 65).

Mit der Priorisierung der Muttermilchernährung (Orland 2004; Badinter 2012) wird das Stillen zunehmend von öffentlichen Institutionen zum Lern-, Bildungs- und Beratungsgegenstand gemacht. Die Mutter erscheint als „unknowing, in need of instruction and (self) management" (Bartlett 2002: 381). Schon in der 2003 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO 2003: 14) ausgerufenen ‚weltweiten Strategie zur Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern' wird das Stillen nicht nur als bevorzugte Form der Säuglingsernährung, sondern auch als Lernerfordernis entworfen. Damit deutet sich eine symptomatische Paradoxie des Stillnormativs an: Trotz der unterstellten *Natürlichkeit* des Stillens werden diverse Instanzen, Techniken und Qualifizierungen benannt, die das Stillen erst ermöglichen. Damit gerät die Säuglingsernährung immer stärker in den Fokus normativer öffentlicher und professioneller Zugriffe. Sie ist keine ‚Privatsache', sondern wird von verschiedenen Akteurinnen und Akteuren unter der Prämisse hegemonialer Gesundheitsnormen zu perfektionieren versucht. Dies zum Ausgangspunkt nehmend, richten wir den Blick auf die professionelle Stillförderung und -beratung, wie sie auf Geburtshilfestationen für entbundene Mütter angeboten wird. Aus praxisanalytischer Perspektive fragen wir danach, wie hier das Stillen zwischen medizinischer Fürsorge und mütterlicher Qualifizierung als Gegenstand des Lernens und Übens situiert wird. Anliegen ist, ethnografisch nachzuzeichnen, wie der Körper der Mutter bearbeitet, als ideale Nährquelle für das Baby hervorgebracht, funktionsfähig gemacht und zum Körper des Babys in Beziehung gesetzt wird.

2 Das Untersuchungsdesign: Methode, Feld, heuristische Konzepte

Die Infrastruktur der institutionellen Bildungsangebote und Hilfen zum Stillen ist stark entwickelt. Sie reicht von der Stillberatung von speziell qualifizierten Stillschwestern auf den Wochenbettstationen über das Qualitätssiegel von WHO und UNICEF für ‚babyfreundliche Krankenhäuser', das die Stillförderung zu einer zentralen Bewertungsgrundlage macht, bis hin zu Info- und Beratungsveranstaltungen von Kliniken, Hebammen, Gesundheits- und Familienzentren sowie Selbsthilfegruppen, z. B. von der La Leche League, vor und nach der Geburt (vgl. Rose/Steinbeck 2015).

Im Rahmen eines Forschungsprojekts zum Stillen untersuchten wir die „sozialen Praktiken" (Reckwitz 2003) in Beratungs- und Hilfeangeboten. Anliegen war, auf der Grundlage ethnografischer Feldforschungen in diesen ‚sozialen Arenen' die normativen Anrufungen zum Stillen und eingelagerten Entwürfe von Mutter-, Vater- und Kindschaft zu rekonstruieren. Insgesamt entstanden 65 Beobachtungsprotokolle von Informationsabenden in Geburtskliniken, Geburtsvorbereitungs- und Säuglingspflegekursen, Stillinformationsabenden, Stillberatungen im Krankenhaus und anderen Einrichtungen, Stilltreffs und Still-Selbsthilfegruppen. Die Auswertung erfolgte in Anlehnung an die Grounded-Theory-Methodologie (Strauss/Corbin 1996) in einer mehrphasigen Verschränkung aus Datenerhebung und Datenauswertung.

Die nachfolgenden Ausführungen fokussieren die Stillberatung einer Geburtshilfestation. Bei diesem Feld ist einerseits davon auszugehen, dass die Still-Norm sehr stark wirksam ist, nimmt man die hohen Initialraten des Stillens in Geburtskliniken zum

Anhaltspunkt (Bundesinstitut für Risikobewertung 2016). Andererseits ist zu vermuten, dass sich kurz nach der Entbindung – anders als in vorbereitenden Kursen oder späteren Stillangeboten – Krisenmomente des Stillens akut verdichten und damit Techniken der Krisenbewältigung schärfer abzeichnen.

Die Stillberatung des untersuchten Krankenhauses wird von zwei Stillberaterinnen durchgeführt. Die Homepage des Krankenhauses erweckt den Eindruck eines kontinuierlichen Angebots der professionellen Stillberatung. Erst die ethnografische Beobachtung offenbarte, dass sich diese real auf wenige Tage im Monat beschränkte. Auch gab es Monate, in denen das Angebot gar nicht stattgefunden hat. An Tagen, an denen die Beratung stattfindet, steht jeweils eine Beraterin ganztägig zur Verfügung. Die Beratung findet im Stillraum statt, der nur Frauen offensteht, oder im Elternzimmer, das auch Vätern zugänglich ist. Sie wird bei den Wöchnerinnen nicht gezielt beworben, dennoch ist sie sehr gut besucht, sodass es zeitweise zu Wartezeiten kommt. Es nehmen vor allem Mütter teil, die als „Problemfälle" – so die Bezeichnung einer Stillberaterin – von der Station geschickt werden.

Der Feldzugang erwies sich im Vorfeld als sehr schwierig und aufwändig. Neben vielen anfangs vergeblichen Versuchen, den Feldzugang überhaupt herzustellen, musste sich die Ethnografin nach der Zusage eines Krankenhauses einem umfangreichen Einweisungs- und Impfprogramm unterziehen, um überhaupt dort forschen zu dürfen. Mit dem verantwortlichen Klinikpersonal war abgesprochen, dass sie an mehreren Tagen die Stillberaterin während ihrer Arbeit im Stillraum, Elternraum, vereinzelt auch in Stationszimmern, begleiten durfte, jedoch deren Arbeitsroutinen nicht unterbrechen oder stören sollte. Die Ethnografin wurde den Müttern als Forscherin, einige Male auch als Praktikantin, die Daten erhebt, vorgestellt, häufig ging jedoch die Vorstellung im allgemeinen Arbeitstrubel unter. Versuche, mit den Müttern flankierend ethnografische Interviews zu führen (Spradley 1979), waren selten erfolgreich, was sich u. U. mit der erheblichen Stress- und Körperbelastung vieler Mütter erklären lässt und auch mit der vorab getroffenen Vereinbarung, Arbeitsabläufe nicht zu stören. Gespräche kamen vor allem dann zustande, wenn die Forscherin mit Müttern (eher keinen Vätern) und den Stillberaterinnen allein war.

3 Was passiert in der Stillberatung? Ergebnisse der Ethnografie

Anlass zur Nutzung der Stillberatung sind Stillprobleme. Auf der Grundlage des Datenmaterials lassen sich drei prominente Problemfelder identifizieren. Erstens hat das Baby Schwierigkeiten, die Muttermilch selbst aus der Brust zu saugen, was von Professionellen als ‚Trinkproblem' bezeichnet wird. Zweitens gibt es ‚Milchgabeprobleme' auf Seiten der Mutter. Zum einen produziert die Brust nicht genug Milch, was meist Sorgen um das Wohlergehen des Kindes mobilisiert, die umso drängender sind, je jünger das Kind ist. Zum anderen lässt sich die vorhandene Milch nur schwer aus der Brust entnehmen. Das dritte Problemfeld sind die Schmerzen beim Stillen, die nicht nur für die Mütter Leid verursachen, sondern auch zu einem Stillhindernis werden können. In Anlehnung an Spradleys Ausführungen zur Systematisierung von ethnografischen Beobachtungs-

gegenständen (Spradley 1980: 93ff.) wird nachfolgend das praktische Repertoire der Techniken inventarisiert, die in der von uns untersuchten Stillberatung zur Behandlung der Problemfelder aktiviert werden.

Tabelle 1: Inventarisierung – Stillprobleme und Behandlungstechniken

Problem	Ziel	Techniken/Maßnahmen
Trinkprobleme des Babys	Aktivierung des Babys	Baby wecken, bewegen, ausziehen, wickeln
	Animation des Babys zum Trinken	manuelles Öffnen und Reizen des Babymundes, Ansprechen, Anfeuern, Ermuntern, Locken
	Optimierung des Babykörpers	manuelle Positionierung des Babykörpers an der Brust, manuelles Nachhelfen beim Griff des Babymundes an die Brustwarze
	Optimierung des Mutterkörpers	Anleitung der Mutter zur geeigneten Positionierung des eigenen Körpers und zum Halten des Babys, korrigierende Eingriffe am Körper, vor allem an der Brust, Benutzen von Brusthütchen
	Nähr-Kompensation	Flaschennahrung, Finger-Feeding, Verfüttern abgepumpter Muttermilch
‚Milchgabeprobleme' der Mutter	Anregung der Milchproduktion	erhöhte Flüssigkeitszufuhr, Kräutertees mit stimulierender Wirkung, Abpumpen von Milch, Entspannung der Mutter
	Kontrolle der Milchmenge	Stillprobe (Wiegen des Babys vor und nach dem Stillen), Messen der abgepumpten Milchmenge
	Anregung des Milchflusses	psychische Entspannung und Stressreduktion, Wärme, Schütteln der Brüste, Milch manuell ausdrücken
	Optimierung der Körper- und Brusthaltung der Mutter	manuelle Korrektur der Körperhaltung, Halten, (Aus-) Drücken, Formen der Brust, Einführen der Brust in den Babymund, Stillkissen
Stillschmerzen	Aus- und Durchhalten des Schmerzes	Übergehen des Schmerzes, Bagatellisieren, Zuspruch, Ermutigungsparolen
	Schmerzentlastung	Aufklärung zu brustschonenden Stillhaltungen, Einsatz von schonenden Melktechniken (Brusthütchen, elektrische Milchpumpe), Medikamente

Quelle: eigene Darstellung anknüpfend an Spradley (1980).

Die tabellarische Übersicht zeigt, dass und wie sich die Brusternährung des Babys als Feld mit vielfältigen Komplikationen darstellt, die Anlass für professionelle Hilfen sind. Diese halten wiederum ein großes Spektrum an Problemlösungstechniken für die verunsicherten, sich sorgenden und belasteten Mütter bereit. Stillen, so vermittelt diese Praxis, gelingt nicht einfach und intuitiv, sondern ist anspruchsvoll und bedarf des Beistands besonders geschulter Expertinnen und Experten. Im Nachfolgenden werden wir die drei Problemfelder anhand ausgewählter ethnografischer Szenen eingehender in den Blick nehmen.

3.1 Bearbeitung der Trinkprobleme des Babys

Obwohl in den vorbereitenden Bildungsangeboten zum Stillen immer wieder vom angeborenen Saugreflex die Rede ist, werden in der Stillförderung der Wochenbettstation regelmäßig andere Fälle sichtbar: Säuglinge, denen offenbar der Instinkt fehlt, das Richtige an der Brust zu tun, und die zu wenig oder falsch saugen, sodass sie zu wenig Milch erhalten. Dabei lässt sich vielfach die Drohfigur des verhungernden Säuglings erahnen. Diese wird aktiviert durch die medizinischen Angaben zur Gewichtsentwicklung von Neugeborenen, die die zeitlichen und quantitativen Spielräume der nachgeburtlichen Gewichtszunahme präzise definieren. Sie stellen eine „Chiffre für Normalität" (Kelle 2007: 201) des Kindes dar, an der sich das kindliche Wohlergehen bemisst. Ein Unterschreiten dieser Normen bedeutet automatisch eine gesundheitliche Gefährdung, weil der Säuglingskörper nur geringe Kompensationsmöglichkeiten hat.

Trinkprobleme des Säuglings werden auf zwei Ebenen diagnostiziert. Im ersten Fall ist der Säugling nicht aktiv genug. Im zweiten Fall zeigt er Fehlverhalten an der mütterlichen Brust: Dies umfasst die falsche Lippen- und Mundhaltung, das Saugen an der eigenen Wange, Faust oder Zunge statt an der Brustwarze, das unzureichende Umfassen der Brustwarze mit dem Mund, das zu schwache oder zu starke Saugen, was zu Verletzungen der Brustwarzen der Mutter führt. Die Diagnosen von ‚Fehlern' des Babys gehen häufig einher mit psychologisierenden Zuschreibungen wie Dummheit, Faulheit, Egozentrik oder gar Renitenz des Babys. In dem Wunsch, die Ursache der Trinkprobleme zu identifizieren, werden Charakterfehler diagnostiziert, die nicht allein stark stigmatisierend sind, sondern dem Baby einen handlungsmächtig-eigensinnigen Subjektstatus zuschreiben. Dabei wird ein starkes mütterliches Ausgeliefertsein gegenüber dem Baby konstruiert: Das Stillen kann nicht gelingen, weil das Baby nicht begreift, was es zu tun hat oder sich gar verweigert. Dieses Ausgeliefertsein wird in folgender Szene thematisiert:

„Die Stillberaterin adressiert das Baby und sagt: ‚Du kannst gierig sein, aber du musst die Technik lernen.' – ‚Aber Mama kann dir diese Technik nicht zeigen', so die Mutter. Irgendwie erzählt sie das mit einem Witz, aber gleichzeitig hat man das Gefühl, dass es für sie ziemlich schlimm ist, dass es mit dem Stillen nicht klappt."

Die Mutter sieht für sich keine Handlungsmöglichkeiten in der erlebten Krisensituation, sondern es ist einzig das Baby selbst, das sie lösen kann, indem es sich die korrekte Technik aneignet. Diesem Bild des Babys als dominantem Akteur des Stillgeschehens stehen jedoch die Praktiken gegenüber, mit denen versucht wird, das Verhalten des Babys erfolgreich zu beeinflussen. Das Bild von der Manipulierbarkeit des Babykörpers ist also ebenso wirksam.

Als eine Ursache von Trinkproblemen gilt – wie oben schon erwähnt – das unzureichende Aktivitätsniveau des Säuglings. In der Stillberatung werden häufig zu schläfrige und träge Babys identifiziert. Durchaus möglich wäre diese Verfasstheit als Ruhe- und Erholungsbedürfnis zu lesen, das enden könnte, wenn die Triebspannung des Hungers für den Säugling zu groß geworden oder die Erholung ausreichend ist. Stattdessen scheint es zwingend erforderlich, zügig mit gezielten Störreizen gegen die somatische Zeit des Säuglings zu arbeiten und seinen regressiv-homöostatischen Zustand zu been-

den, z. B. durch Wickeln oder das Ausziehen einiger Kleidungsschichten. Solange es der Säugling zu „gemütlich" hat, wie es eine Stillberaterin formuliert, macht er nicht das, was er tun soll, nämlich energisch an der Brust saugen. Es ist dies eine Figur, die tief verwurzelte archetypische Menschenbilder aktiviert: Der Mensch strengt sich erst an, wenn er Versagungen erleidet.

Bei den Bemühungen, den Säugling zum Trinken an der Brust zu bewegen, kommen aber auditiv-sprachliche Animationen, z. B. durch namentlich-lockende Ansprache, taktil-körperliche Reize, z. B. durch Lippenberührungen, oder unmittelbar körperliche Korrektive zum Einsatz, wie diese Szene demonstriert.

„Es scheint nicht richtig zu klappen mit dem Anlegen. Die Stillberaterin: ‚Sie macht keinen Lippenschluss. Nicht ziehen! Sie schiebt ihre Zunge dazwischen und saugt an der Zunge.' Jetzt scheint es zu gehen. ‚Da kommt Milch. Ich sage es dir! Weiter, weiter, weiter', adressiert die Stillberaterin das Kind. Das Kind hat wieder den Trinkprozess unterbrochen. ‚Noch immer die Zunge im Weg. Nochmals!', kommentiert die Stillberaterin den Vorgang. Die Stillberaterin hat die Brust wie einen Gegenstand in der Hand. Der Umgang mit der Brust ähnelt dem Umgang mit einer Flasche. Die Stillberaterin: ‚Mach nochmals den Mund gaaaanz weit auf, junger Mann! [Es ist eigentlich ein Mädchen.]' Die Stillberaterin steckt den Finger in den Mund des Babys: ‚Nicht schieben, saugen! Komm, versuchen wir es nochmals.'"

Der Säugling ist hier zwar ‚trinkwillig', aber inkompetent. Ihm werden verschiedene körpertechnische ‚Fehler' beim Saugen nachgewiesen. Die Stillberaterin korrigiert durch fortlaufende mündliche Anweisungen und Ermunterungen, die flankiert sind von Interventionen am Babykörper, aber auch am Mutterkörper zur Optimierung des kindlichen Saugens.

3.2 Bearbeitung der Milchgabeprobleme der Mutter

Trinkprobleme können aber auch durch mütterliche ‚Fehler' verursacht werden. Zu den häufigsten, die genannt werden, gehören eine ungeeignete Form der Brustwarzen, die die Nahrungsaufnahme durch das Baby praktisch behindert, das fehlerhafte Anlegen des Babys, physische und psychische Verspannungen der Mutter, die die Milch nicht ‚fließen' lassen, und Verletzungen der Brustwarze, die das Stillen zu schmerzhaft machen. Entsprechende Diagnosen führen zu Behandlungen des Körpers der Mutter mittels spezieller (Körper-)Techniken. Dies geschieht verbal, aber auch unmittelbar körperlich. Hierzu eine Szene:

„Die Stillberaterin zeigt eine Technik, bei der der Kopf des Kindes mit der linken Hand von der Mutter gestützt wird und mit der rechten Hand hält die Mutter ihre eigene Brust und formt sie ‚mundgerecht' für das Baby. ‚Und wenn er seinen Mund gaaaanz weit aufmacht, ranlegen!'"

Das erfolgreiche Stillen wird verhandelt als eine Frage der interaktiven Herstellung von Kompatibilität zweier Körper: Der Körper der Mutter – besonders ihre Brust – und der Körper des Babys – besonders sein Mund – müssen so zusammengefügt werden, dass das Baby saugen kann. Die Mutter ist aufgefordert, die eigene Brust für das Baby gut oral greifbar zu machen. Die Brust wird hier funktional verdinglicht. Sie erscheint primär als Objekt der Nahrungszufuhr und wird entsprechend sachrational modelliert und eingesetzt.

Gleichwohl bleibt eine gewisse mütterliche Angewiesenheit auf das Verhalten des Babys: Es muss zumindest den eigenen Mund öffnen, um es zum Trinken anlegen zu können. Aber auch dabei sind ggf. Korrekturen erforderlich. Falls das Baby beispielsweise die Brustwarze falsch greift, muss die Mutter die Verbindung zwischen den beiden Körpern wieder lösen. Bei der Herstellung von körperlicher Kompatibilität kann auch der Einsatz von unterstützenden Utensilien notwendig werden. So werden Stillkissen oder Brusthütchen empfohlen, um die Passung zwischen Brustwarze und Babymund zu erhöhen.

Die Optimierung des funktionalen Zusammenspiels zwischen Mutter- und Babykörper geht jedoch auch einher mit ‚handfesten' Griffen an den Mutterkörper, genauer: an die Brüste. Wir finden im Material viele Szenen, in denen die Stillberaterinnen an der Brust der Mutter hantieren: Sie wird gedrückt, geformt, in Richtung des Babymundes geschoben, zum Teil in den Mund eingeführt. Die Ethnografin beobachtet auf der Wochenbettstation diese und ähnliche Situationen als alltägliche Ereignisse:

„Die Mutter öffnet ihre Bluse und legt das Baby an. Die Stillberaterin korrigiert die Mutter bei den Stillpositionen des Babys immer wieder. Dabei greift sie an den Busen der Mutter und rückt das Kind im Arm der Mutter zurecht."

Der Griff an die mütterliche Brust ist offenbar im Kontext der Stillförderung eine legitime, normale Praxis. Es war kaum zu beobachten, dass Stillberaterinnen ihr Tun erläuterten oder um Erlaubnis baten. Nur sehr selten öffneten Frauen nicht umgehend ihre Hemden, wenn ihre Behandlung begann. Ebenso versuchten sie nur sehr vereinzelt, die entblößten Brüste – z. B. mit den Händen – zu bedecken. Die Praxis des Brustentblößens und -anfassens scheint vielmehr als notwendige Routine von allen anerkannt zu sein. Nur die reflexiven Einlassungen der Ethnografin in ihren Protokollen aktualisieren die eingelagerte soziale Brisanz dieser Handlungen.

„Mein Gefühl ist, dass es komisch ist, dass die Stillberaterin die Brust der Frau immer wieder anfasst und das Kind daranlegt. […] Die Brust gehört eigentlich der Frau und jetzt wird sie zu einem ‚Handwerkzeug' oder ‚Instrument' der Milchversorgung für das Kind. Es interessiert nicht mehr so richtig, dass dieses Körperteil nicht nur zum Milchgeben gedacht ist. […]. Mein Eindruck ist, dass viele Frauen denken, das gehört dann wohl dazu."

Das von der Ethnografin artikulierte Befremden über die beobachteten Handlungsroutinen markiert eine kontextuelle Differenz. Die Berührungen der nackten weiblichen Brust, die im Rahmen der Stillförderung sachfunktional für die Aufgabe des Nährens und damit sozial legitim sind, sind dann irritierend, wenn die Brust nicht zum „Milchgeben gedacht ist". Weil im Kontext der hegemonialen Kultur die weibliche Brust sexuell konnotiert ist, fühlt sich die Ethnografin „komisch" angesichts der selbstverständlichen Brustberührungen. Dies wirft die Frage auf, wie es Stillberaterinnen und Müttern gelingt, das Befremdliche der so häufigen Handgriffe im Zuge der Herstellung einer „professionellen Intimität" (Buschmeyer/Tolasch 2014) in der Stillsituation zu bewältigen und erfolgreich zu entsexualisieren und zu normalisieren (vgl. auch Stearns 1999).

3.3 Bearbeitung der Stillschmerzen

Schmerzen beim Stillen spielen in den ethnografischen Protokollen eine besonders exponierte Rolle. So gehört bereits in den Stillvorbereitungsveranstaltungen, die vor der Geburt angeboten werden, die Information zum Standard, dass Schmerzen beim Stillen gerade zu Beginn völlig normal seien. Zwar wird zugestanden, dass Schmerzen beim Stillen zeitlich begrenzt sein sollten (i. d. R. wird von zwei Wochen gesprochen) und auch Möglichkeiten zur Verfügung stehen, um sie zu vermeiden, wie z. B. ein verbesserte Stillposition oder die medizinische Behandlung des Säuglings, nichtsdestotrotz wird der Stillschmerz letztlich zur unvermeidbaren temporären Begleiterscheinung der Brusternährung erklärt: Er muss als Übergangsetappe schlicht überstanden werden. Dies ähnelt den Diskursivierungen des Geburtsschmerzes (vgl. u. a. Le Breton 2003: 122). Wie bei der Geburt gehört auch beim Stillen – in gewissem Ausmaß – die Pein der Mutter dazu. Sie veranlasst nicht dazu, die Brusternährung zu beenden oder zu unterbrechen.

Für viele der Mütter in der Stillberatung der Wochenbettstation ist das Stillen mit sehr großen Schmerzen verbunden – weil das Stillen Nachwehen auslöst, die Brust wund und entzündet ist, die falsche Stilltechnik angewandt wurde, Hilfsmittel nicht adäquat eingesetzt wurden (z. B. mangelnde Hygiene bei der Nutzung von Brusthütchen, was zu Pilzerkrankungen führen kann), das Sitzen oder Liegen wegen Geburtsverletzungen oder einer Sectio-Operation schmerzt oder weil die Brust zu viel Milch produziert. Die Verletzungen der Brust können so weit gehen, dass es zu offenen, blutenden Wunden kommt, die neben Schmerzen auch Ängste hervorrufen:

„Zurück zu Frau Rot: ‚Es tut weh. Ich habe Angst, dass sie zu viel Blut im Mund hat. Ist das schlimm?' Die Stillberaterin meint, dass das nicht schlimm ist, wenn das Kind Blut zu sich nimmt. Sie versuchen noch immer das Baby anzulegen."

Dass das Baby nicht nur Milch, sondern auch Blut der Mutter in sich aufnimmt, wird hier nicht zum Anlass, die eigene Versehrtheit zum Thema zu machen, sondern sie aktualisiert eine spezifische Angst um das Kind: Die Vorstellung, dass das Baby Blut trinkt, beunruhigt. Während die Milch aus dem Körper der Mutter erfolgreich als gute Nahrung konstruiert ist, birgt das Blut aus ihrem Körper erhöhte soziale Brisanz, rührt es doch an basale kulturelle Körper- und Nahrungstabus (Setzwein 1997).

Dass die Mütter Schmerzen haben, verbergen sie nicht. Ganz im Gegenteil artikulieren sie ihre Körperqualen offen: Sie stöhnen, jammern, weinen, erzählen von ihrer Pein. Die Stillförderung ist offenbar eine soziale Arena, in der die öffentliche Darstellung von Leid zugelassen ist. Dies hat vermutlich viel damit zu tun, dass dieser Raum Züge des Privaten aufweist. Die offenen bzw. (mit)erlebten Schmerzbekundungen bzw. -empfindungen der Frauen bringen die Ethnografin in der Klinik, aber auch jene an anderen Beobachtungsorten manches Mal an die Grenzen des Erträglichen. Sie schildern in ihren Protokollen teilweise, dass ihnen das Leiden der Mütter emotional zusetzt, dass sie auch verwirrt oder verärgert sind, dass den Müttern dies zugemutet und ihnen keine schnelle Entlastung geboten wird. Diese selbstreflexiven Einlassungen in den ethnografischen Protokolltexten sind als eigene Datenqualität insofern aufschlussreich, weil die beobachtete Praxisroutine damit verstärkt ‚befremdet' wird. Die dokumentierte Irritation der Ethnografinnen zum Umgang mit den Schmerzen in der Stillberatung verweist

auf soziale Diskrepanzen zwischen der beobachteten Sinnwelt und der Sinnwelt der Beobachterinnen. Während es ansonsten ‚normal' ist, leidende Menschen schnellstmöglich von ihren Schmerzen zu befreien, ist die Stillberatung offenbar ein sozialer Raum, in dem dieser Kodex nicht zwangsläufig sofort gilt. Diese Diskrepanz wird auch in folgender Szene sichtbar:

„Die Stillberaterin wendet sich Frau Weiß-Grau-Gemustert zu: ‚Wir nehmen nun auch die andere Seite [es geht um die Brust]' Sie gibt der Mutter Hinweise zum Anlegen bzw. zu den Stillpositionen und Mahlzeiten. Das Baby schreit. Das Anlegen löst bei der Mutter große Schmerzen aus. Sie stöhnt und sagt, dass es ihr sehr weh tut. Ich kann es emotional nicht gut aushalten mitzubekommen, dass die Mutter starke Schmerzen hat und ich dabei zuschaue. Sie stöhnt weiter und weiter. Und sagt: ‚Oh Gott!' Die Stillberaterin korrigiert die Hand, mit der die Mutter die Brust von unten hält und für das Baby formt. [...] Die Stillberaterin: ‚Weiter trinken!' [...] Ich gehe für fünf Minuten in die Pause. Frau Weiß-Grau-Gemustert hat noch immer Schmerzen, als ich wiederkomme."

Es ist gerade das protokollierte Erleben der Ethnografin, das verdeutlicht, wie sehr stillende Mütter und Beraterinnen außerhalb gängiger sozialer Körper-Konventionen stehen: die Mütter fordern nicht Schmerzfreiheit, die Beraterinnen marginalisieren den Schmerz. Dabei wird in den ethnografischen Protokollen rekonstruierbar, dass auch wenn das Saugen des Babys die Schmerzen verursacht und mitunter auch den Körper verletzt, wird das Baby nicht als Aggressor wahrgenommen, gegen den sich mütterliche Feindseligkeit richtet, sondern es werden weiterhin erfolgreich libidinöse Gefühle für das Baby aufrechterhalten. Was vor dem Hintergrund der hegemonialen Idealisierungen ‚unerschütterlicher' Mutterliebe selbstverständlich scheint, wird erst durch die emotionale Spiegelung der Ethnografin, die sich in den Protokollen zeigt, als besondere kulturelle Leistung erkennbar. Zum institutionellen Umgang mit dem Stillschmerz lassen sich verschiedene Modi ausmachen. Erstens bleiben die von den Müttern artikulierten Schmerzen bei den Professionellen meistens ohne Resonanz oder sie werden als erträglich und unabänderlich bagatellisiert. Mitgefühl – wie es in anderen nichtklinischen Kontexten sozial konform wäre – wird nur selten geäußert. Zweitens werden Stillerfolge, auch wenn sie noch so klein sind, demonstrativ gelobt und zum Anlass genommen, Zuversicht in das weitere Gelingen der Stillaufgabe zu vermitteln. Drittens werden Tipps und Hilfen zum besseren und brustschonenderen Stillen, zur akuten Schmerzlinderung und langfristigen Schmerzprävention gegeben, verbunden mit dem Versprechen, dass der Schmerz nachlassen wird, wenn diese Phase durchgestanden ist. Viertens werden Arbeitsparolen ausgegeben, wie z. B. „Das ist jetzt Fleißarbeit" oder „harte Arbeit für Mami". Fünftens wird schließlich die Milchpumpe als Kompensationstechnik eingesetzt, um die Brust zu schonen, aber dennoch die wertvolle Muttermilch für das Baby zu gewinnen. Gemeinsam ist diesen Praktiken das Bestreben, das akute mütterliche Befinden zu de-thematisieren und stattdessen die mütterliche Nähraufgabe und das kindliche Gedeihen zu fokussieren.

Dieses Normativ findet seine Resonanz im mütterlichen Verhalten. Auch wenn das Stillen erkennbar schmerzt, äußern die wenigsten der betroffenen Mütter den Wunsch, die Stillernährung zu beenden, zu unterbrechen und Flaschennahrung einzusetzen. Vielmehr sind sie bereit, erhebliche Anstrengungen auf sich zu nehmen, um weiterhin zu stillen. Sie lassen ihren Körper von den Stillberaterinnen behandeln oder bearbeiten ihn selbst; sie nutzen technische Hilfen wie Hütchen und Pumpe, setzen Wärme ein,

wenden die sog. Milk-Shaking-Technik an, um den Milchfluss zu ermöglichen, greifen stellenweise auch zu Medikamenten. Sie motivieren sich auch mit HeldInnenparolen wie z. B. „Wir sind KämpferInnen in unserer Familie“. Dieses typische Skript lässt sich lesen als Zeichen eines sozialen Konsens zum Ideal der Muttermilch in der Stillberatung. Sowohl die Mütter als auch die Stillberaterinnen erkennen es in ihren Praktiken an. Eine gute Mutter zu sein entscheidet sich nicht unbedingt allein daran, ob ihr das Stillen komplikationslos gelingt, sondern daran, wieviel sie bei auftretenden Komplikationen bereit ist, für das Gelingen auf sich zu nehmen.

Dieser Konsens ist jedoch kontextuell beschränkt. Zu berücksichtigen ist, dass bereits die Inanspruchnahme der Stillhilfe auf der Wochenbettstation insofern einer sozialen Selektion unterliegt, als nur jene jungen Mütter sie nutzen, die die Norm anerkennen und bestehende Stillkomplikationen lösen wollen statt auf die alternative Flaschennahrung umzustellen. Anzunehmen ist auch, dass dieser Konsens feldspezifisch ist und in anderen sozialen Arenen, z. B. familial-privaten, zerfällt, sodass hier mütterlicher Widerstand sich stärker formiert. Schließlich sinkt die Stillrate nach einer relativ hohen Initialquote in den Geburtskliniken in den ersten Lebenswochen des Neugeborenen zu Hause relativ schnell ab (Weissenborn et al. 2015).

Die Schmerzphänomene verweisen zum einen auf einen Antagonismus zwischen Mutter- und Babykörper, zum anderen wird dieser in spezifischer Weise ‚aufgelöst‘ oder übergangen, indem die Nähraufgabe der Mutter gegenüber ihrem Kind exponiert und ihre eigene Verfasstheit marginalisiert wird. Diese gerät nur dann in den Blick, wenn die Schädigungen des Körpers der Mutter zu einem manifesten Stillhindernis werden. Aber auch dann behält das Baby mit seinen Bedürfnissen Priorität. Im Zentrum der gemeinsamen Anstrengungen steht die Gesundheit des Babys, nicht die der Mutter. Ihre Verletzungen und Belastungen mobilisieren nur insofern professionelle Hilfe, als es um die Herstellung des stillenden Körpers für das Baby geht. Der Körper der Mutter wird damit in Anlehnung an Wall (2001: 602f.) und im Sinne Barbara Dudens (1991: 75) unverändert auch nach der Geburt als „Ökosystem“ des Babys gedeutet und funktionalisiert – eine Ordnungsmatrix mit ‚parasitären‘ Zügen.

4 Fazit: Stillen als mütterliche Aufgabe

Die ethnografischen Beobachtungen in der Praxis der klinischen Stillberatung zeigen, dass Stillen eine höchst voraussetzungsreiche (Mutterschafts-)Praxis ist, die nicht qua Natur instinktiv ‚von selbst läuft‘. Bereits die Tatsache, dass für die Brusternährung ein differenziertes Tableau an Hilfen bereitgestellt wird, während es Vergleichbares für die Flaschenernährung nicht gibt, ordnet beide Ernährungsformen ideell-normativ unterschiedlich an. Dass für die Flaschenernährung öffentliche Informations-, Bildungs- und Beratungsangebote fehlen, erklärt ‚ohne Worte‘ die Flaschenernährung zu einer simplen und sozial unerwünschten Angelegenheit. Umgekehrt transportiert die etablierte Infrastruktur der Stillangebote die soziale Mitteilung, dass diese Ernährungsform nicht nur erwünscht, sondern auch diffizil ist. Diese Symbolmatrix zeichnet die stillende – oder zumindest Stillen wollende oder versuchende – Mutter einmal mehr als die ‚bessere‘ Mutter aus. Erfolgreich zu stillen und aus Mutter und Kind eine – im Sprachgebrauch

der Stillberaterinnen – „funktionsfähige Einheit“ zu machen, verlangt der Mutter eine enorme und, wie zu sehen war, stellenweise schmerzhafte Anstrengung ab. Dass viele Mütter dazu bereit sind, verweist nicht nur auf den hohen gesellschaftlichen Stellenwert des Stillens, sondern auch auf die generelle Anerkennung des Umstands, dass Mütter ‚Opfer‘ für ihr Kind zu bringen haben.

Damit die Mutter als Nährquelle für das Baby verfügbar wird, werden vielfältige Techniken angewandt, die den Körper fragmentieren. Denn die Probleme, mit denen die Mütter in die Stillberatung kommen, werden ausschließlich als körpermechanische Frage der rationalen Optimierung der Passung von Mutter- und Babykörper bearbeitet. In der Stillberatung geht es nicht um das mütterliche Erleben der Stillsituation, -aufgabe oder -beziehung. Auch die gerade durchgestandene Geburt ist kein Thema. Sie ist stattdessen auf die Körperbehandlung konzentriert. Damit reiht sie sich ein in die allgemeine Tendenz der gesellschaftlichen Biomedikalisierung (Clarke et al. 2003), die ‚Probleme des Lebens‘ als medizinische Probleme definiert und behandelt. Im Zentrum der Bearbeitung steht die isolierte Brust, die instrumentalisiert ist für den Zweck des Milchgebens. Die Mutter mit ihrem Körper, ihrer inneren Verfasstheit, eigenen Bedürfnissen, Interessen oder auch Belastungen verschwindet hinter dem Nährorgan. Sie ist reduziert auf die Position des „Gattungswesen[s]“ (Freudenschuß 2012: 144), das dem Säugling gegenüber eine spezifische Körperfunktion zu erfüllen hat.

Im Zuge dessen wird die weibliche Brust symbolisch neu codiert: Sie wird entsexualisiert, vom Körper abgespalten und als Ernährungsutensil verdinglicht – ähnlich der Milchflasche (vgl. Stearns 1999: 318, 321). Diese körperliche Fragmentierung macht es nicht nur möglich, den öffentlichen Zugriff auf die Brust der Mutter zu legitimieren und zu normalisieren, sondern auch Konventionen sozialer Intimität außer Kraft zu setzen (vgl. Stearns 1999: 318, 321). Dass die Mütter in der Stillberatung scheinbar selbstverständlich ihre Brüste entblößen und an ihnen hantieren lassen, dass auch die Stillberaterinnen dies ebenso selbstverständlich praktizieren, verweist auf ein ausgeprägtes ‚undoing sexuality‘ (Gildemeister/Herricks 2012: 295). Gleichzeitig lassen sich diese Vorgänge lesen als Praktiken der performativen Hervorbringung des „shifting body“ (Teman 2009: 49): Der Körper der Schwangeren, der ein Kind geboren hat, wird transformiert in den Mutterkörper, der für das eigene Kind da ist und es nährt.

Was die normative Rahmung des Stillens betrifft, offenbart die Ethnografie gewisse Spannungsfelder. Während das Stillen auf der diskursiven Ebene fortwährend zur natürlichen Sache *erklärt* wird, wird es in der Praxis der Stillberatung zur anspruchsvollen Kulturtechnik *gemacht*, die erlernt werden muss und technischer Utensilien und Beratungshilfen bedarf. So gehört der Einsatz von technischen Utensilien zur Alltagsroutine, die als Hilfen propagiert und den Müttern geradezu aufgedrängt werden, um die Muttermilchernährung trotz Komplikationen doch zu bewerkstelligen.

Nichtsdestotrotz werden Alternativen zur exklusiven Brusternährung in der Stillberatung der Klinik als probates Mittel einer verantwortlichen Säuglingsernährung figuriert. Eine ‚gute Mutter‘ ist nicht unbedingt nur die, die komplikationslos oder auch konsequent ‚unter allen Umständen‘ stillt, sondern auch die, die ‚alles‘ – auch unter Zuhilfenahme technischer Angebote – versucht hat, und schließlich auch die, die zeitlich begrenzt oder auch dauerhaft auf die Flaschennahrung umsteigt, weil sich angesichts unlösbarer Stillprobleme das Wohlergehen des Kindes nicht anders sichern lässt. Damit

kann eine Mutter in erster Instanz am Anspruch des idealen Stillens scheitern, sich in zweiter Instanz dennoch als gute Mutter profilieren, indem sie sich angesichts widriger Umstände für eine Alternative zum Stillen entscheidet, um das Wohl des Kindes zu sichern.

Die Stillberaterinnen bewegen sich bei alledem in einem ambivalenten normativen Bezugssystem: Einerseits animieren sie die Mütter dazu, ihrem Kind uneingeschränkt die Brust zu geben und sich gegen jegliches ‚Beifüttern' von Flaschenmilch konsequent zu verwehren. Andererseits agieren sie aber auch als ‚Hüterin' des Wohls des Kindes, die die gute Gewichtsentwicklung genau verfolgt. So kann die Feldforschung zeigen, dass es stellenweise zu Konflikten zwischen Beraterinnen und Müttern kommt, wenn Babys in den Augen der Professionellen längst eine kritische Gewichtsgrenze erreicht haben, die Mütter aber immer noch auf Stillernährung beharren. Hier setzen sich die Stillberaterinnen dafür ein, dass das Baby ‚Ersatz-Milch' erhält.

Nicht zuletzt zeigen unsere Ergebnisse, dass die Bearbeitung der Stillprobleme ständig schwankt zwischen unterschiedlichen Modi der Herstellung einer funktionierenden nährenden Einheit zwischen Mutter und Baby. Vorherrschend ist die Responsibilisierung der Mutter. In der Folge steht sie im Zentrum der Problembearbeitung, wird angerufen zur Verbesserung ihrer Fähigkeiten zur Milchproduktion, Milchgabe und zum geeigneten Handling des Babys an der Brust. Aber auch das Baby gerät immer wieder in die Position des ‚schuldigen' Subjekts – wenn ihm ein disfunktionales Naturell oder mangelnde Fertigkeiten bescheinigt und seine ‚Fehler' korrigiert werden. Mutter und Baby erhalten damit in wechselnden Konstellationen sowohl Objekt- als auch Subjektstatus für das Vollzugsgeschehen des Stillens. So können beide jeweils dafür verantwortlich gemacht werden, dass das Stillen nicht gelingt, und in den Fokus der Behandlungsprozeduren geraten. Wie auch immer beide angeordnet werden, es dominiert das Bestreben, die interaktive und relationale Praxis des Stillens zu einer Seite hin aufzulösen – entweder zur Seite der Mutter, was häufiger geschieht, oder zur Seite des Babys.

Vor dem Hintergrund der vorliegenden Ergebnisse lässt sich das Stillen als ‚doppelte Körpermodifikation' charakterisieren. Anders als im Konzept der ‚reflexiven Körpertechniken' von Crossley, das Körperbearbeitungen als „work on the body by the body" (Crossley 2006: 105) fokussiert, wird beim Stillen aufgrund der wechselseitigen körperlichen Angewiesenheit zwischen Mutter und Baby in der Stillhandlung nicht allein der Körper der Mutter normgerecht perfektioniert, sondern ebenso der Babykörper. Während die ‚reflexiven Techniken' sich dadurch auszeichnen, ein individualisierendes Körperselbst als sozialen Positionsmarker hervorzubringen (vgl. Villa 2007), geht es beim Stillen darüber hinaus auch um die Erfüllung eines existentiellen Sachzwecks: das Überleben und Gedeihen eines anderen Körpers. Die Bearbeitung des stillenden Körpers trägt insofern Züge reflexiver Körpertechniken, als sich Mütter damit „verwandeln in die, die sie sein wollen sollen" (Villa 2008: 7): ‚gute Mütter', die wissen, was das ‚Beste' für ihr Baby ist, und bereit sind, ihren Körper dafür einzusetzen. Die Arbeit am und mit dem eigenen Still-Körper erfüllt damit Anliegen sozialer Distinktion und Selbst-Stilisierung. Gleichzeitig geschieht diese Arbeit aber für einen anderen Körper – den Körper des Neugeborenen, der existentiell auf die nährende Mutterbrust angewiesen ist. Diese Angewiesenheit muss jedoch in der Moderne aufgrund der vorhandenen

Kunstmilch aufwendig diskursiv erzeugt werden. Institutionen der Stillförderung und der Gesundheitspolitik spielen dabei eine wichtige Rolle. Zu guter Letzt: Dass in den ethnografischen Szenen Väter fehlen, ist kein Zufall, sondern systematischer Ausdruck der spezifischen Geschlechterordnung des Feldes. Die Mutter ist und wird als unersetzlich und einzigartig für das Wohlergehen des Babys positioniert, mehr noch: als eine, die eigene Interessen aufgrund dessen hintanstellen muss. Für den Vater gibt es (bisher) keine Position.

Literaturverzeichnis

Badinter, Elisabeth (2012). *Der Konflikt: Die Frau und die Mutter.* München: Dt. Taschenbuch-Verlag.

Bartlett, Alison (2002). Breastfeeding as Headwork: Corporeal Feminism and Meanings for Breastfeeding. *Women's Studies International Forum, 25*(3), 373–382. http://dx.doi.org/10.1016/s0277-5395(02)00260-1

Blum, Linda M. (1999). *At the Breast: Ideologies of Breastfeeding and Botherhood in the Contemporary United States.* Boston/Massachusetts: Beacon Press. http://dx.doi.org/10.5860/choice.37-1614

Bösl, Elsbeth (2017). Medizintechnik und Lifestyle-Produkt: Milchpumpen, Muttermilchdiskurs, Stilldiskurs und Konzepte von Mutterschaft. In Eva Tolasch & Rhea Seehaus (Hrsg.), *Mutterschaften sichtbar machen. Sozial- und kulturwissenschaftliche Beiträge* (S. 43–58). Opladen, Berlin, Toronto: Verlag Barbara Budrich.

Breidenstein, Georg; Hirschauer, Stefan; Kalthoff, Herbert & Nieswand, Boris (Hrsg.). (2013). *Ethnografie. Die Praxis der Feldforschung*. Konstanz, München: UVK.

Bundesinstitut für Risikobewertung (2016). *Stillen in Deutschland – eine Bestandsaufnahme*. Zugiff am 26. Oktober 2016 unter www.bfr.bund.de/de/stillen_in_deutschland_eine_bestandsaufnahme-127243.html.

Buschmeyer, Anna & Tolasch, Eva (2014). Ein Löffelchen für dich und eins für mich – (Ver)Handlungen von professioneller Intimität durch Vermeidung von Privatheit. *Feministische Studien, 1*, 9–23. http://dx.doi.org/10.1515/fs-2014-0103

Clarke, Adele E.; Shim, Janet K.; Mamo, Laura; Fosket, Jennifer Ruth & Fishman, Jennifer R. (2003). Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine. *American Sociological Review, 68,* 161–194.

Cripe, Emily T. (2008). Supporting breastfeeding(?): Nursing mothers' resistance to and accommodation of medical and social discourses. In Heather M. Zoller & Mohan J. Dutta (Hrsg.), *Emerging perspectives in health communication* (S. 63–84). New York: Routledge. http://dx.doi.org/10.1080/10810730802487489

Crossley, Nick (2006). *Reflexive Embodiment in Contemporary Society*. New York: Open University Press.

Duden, Barbara (1991). *Der Frauenleib als öffentlicher Ort.* Hamburg: Luchterhand.

Freudenschuß, Ina (2012). Vom Recht auf Stillen zur Pflicht der Mutter. Elemente eines globalen Stilldiskurses. *GENDER. Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft, 4*(3), 138–145.

Gildemeister, Regine & Herricks, Katja (2012). *Geschlechtersoziologie. Theoretische Zugänge zu einer vertrackten Kategorie des Sozialen*. München: Oldenbourg.

Heimerdinger, Timo (2009). Brust oder Flasche? – Säuglingsernährung und die Rolle von Beratungsmedien. In Michael Simon, Thomas Hengartner & Timo Heimerdinger (Hrsg.), *Bilder. Bücher, Bytes. Zur Medialität des Alltags* (S. 100–110). Münster: Waxmann.

Kelle, Helga (2007). „Ganz normal“: Die Repräsentation von Kinderkörpernormen in Somatogrammen. *Zeitschrift für Soziologie, 36*(3), 197–216. http://dx.doi.org/10.1515/zfsoz-2007-0303

Knaak, Stephanie (2005). Breast-Feeding, Bottle-Feeding and Dr Spock: The Shifting Context of Choice. *Canadian Review of Sociology and Anthropology, 42*(2), 197–216. http://dx.doi.org/10.1111/j.1755-618x.2005.tb02461.x

Kröger, Melanie & Rückert-John, Jana (2013). Stillen als Quelle von Gesundheit und Glück. Die Rekonstruktion traditioneller Geschlechterrollen durch natürliche Mütterlichkeit. In Hans-Wolfgang Hoefert & Christoph Klotter (Hrsg.), *Gesundheitszwänge* (S. 189–206). Lengerich: Pabst.

Le Breton, David (2003). *Schmerz. Eine Kulturgeschichte*. Zürich, Berlin: Diaphanes.

Lothrop, Hanny (1985). *Das Stillbuch.* München: Kösel.

Neifert, Marianne R.; Lawrence, Ruth & Seacat, Joy (1995). Nipple confusion: Toward a formal definition. *Journal of pediatrics, 126*(6), 125–129.

Orland, Barbara (2004). Wissenschaft, Markt und Erfahrung. „Künstliche“ Säuglingsernährung im 19. Jahrhundert. In Marguérite Bos, Bettina Vincenz & Tanja Wirz (Hrsg.), *Erfahrung: Alles nur Diskurs? Zur Verwendung des Erfahrungsbegriffs in der Geschlechtergeschichte.* Beiträge der 11. Schweizerischen HistorikerInnentagung 2002 (S. 291–396). Zürich: Chronos.

Ott, Marion & Seehaus, Rhea (2010). Stillen – Zum Wohle des Kindes. Reproduktion und Effekte von Stilldiskursen in Praktiken der Kindervorsorgeuntersuchung. *Feministische Studien, 28*(2), 257–269. http://dx.doi.org/10.1515/fs-2010-0208

Reckwitz, Andreas (2003). Grundelemente einer Theorie sozialer Praktiken. Eine sozialtheoretische Perspektive. *Zeitschrift für Soziologie, 32*(4), 282–301. http://dx.doi.org/10.1515/zfsoz-2003-0401

Rose, Lotte & Schmied-Knittel, Ina (2011). Magie und Technik: Moderne Geburt zwischen biografischem Event und kritischem Ereignis. In Paula-Irene Villa, Stephan Moebius & Barbara Thiessen (Hrsg.), *Soziologie der Geburt* (S. 75–100). Frankfurt/Main: Campus.

Rose, Lotte & Steinbeck, Stephanie (2015). Die Ernährung des Säuglings an der Mutterbrust. Ethnografische Notizen zu einer Geschlechterasymmetrie qua Natur. In Rhea Seehaus, Lotte Rose & Marga Günther (Hrsg.), *Mutter, Vater, Kind – Geschlechterpraxen in der Elternschaft* (S. 101–121). Opladen, Berlin, Toronto: Verlag Barbara Budrich.

Rückert-John, Jana & Kröger, Melanie (2015). ‚Stillende‘ Männer. Väterselbstbilder und Väterfremdbilder im Übergang zur Elternschaft. In Rhea Seehaus, Lotte Rose & Marga Günther (Hrsg.), *Mutter, Vater, Kind – Geschlechterpraxen in der Elternschaft* (S. 81–99). Opladen, Berlin, Toronto: Verlag Barbara Budrich.

Schmied, Virginia & Lupton, Deborah (2001). Blurring the Boundaries: Breastfeeding and Maternal Subjectivity. *Sociology of Health and Illness, 23*(2), 234–250. http://dx.doi.org/10.1111/1467-9566.00249

Seehaus, Rhea & Tolasch, Eva (2017). Vom Eltern-Projekt zum Mutter-Projekt. Über Fürsorge-Verantwortlichkeiten in der Stillberatung. In Rhea Seehaus & Eva Tolasch (Hrsg.), *Mutterschaften sichtbar machen. Sozial- und kulturwissenschaftliche Beiträge* (S. 227–239). Opladen, Berlin, Toronto: Verlag Barbara Budrich.

Seichter, Sabine (2014). *Erziehung an der Mutterbrust*. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.

Setzwein, Monika (1997). *Zur Soziologie des Essens. Tabu, Verbot, Meidung.* Opladen: Leske + Budrich.

Shaw, Rhonda (2004). “Performing breastfeeding: Embodiment, ethics and the maternal subject.” *Feminist Review, 78*, 99–116.

Spradley, James P. (1979). *The Ethnographic Interview*. Rinehart/Winston: Holt.

Spradley, James P. (1980). *Participant observation*. New York: Holt. http://dx.doi.org/10.2307/3318111

Stearns, Cindy (1999). Breastfeeding and the Good Maternal Body. *Gender & Society, 13*(3), 308–325. http://dx.doi.org/10.1177/089124399013003003

Strauss, Anselm & Corbin, Juliet (1996). *Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Psychologie Verlag.

Teman, Elly (2009). Embodying Surrogate Motherhood: Pregnancy as a Dyadic Body-project. *Body & Society, 15*(3), 47–69. http://dx.doi.org/10.1177/1357034x09337780

Villa, Paula-Irene (2007). Der Körper als kulturelle Inszenierung und Statussymbol. *Aus Politik und Zeitgeschichte*, (18), 18–26.

Villa, Paula-Irene (2008). Einleitung – Wider der Rede vom Äußerlichen. In Paula-Irene Villa (Hrsg.), *Schön Normal. Manipulationen am Körper als Technologien des Selbst* (S. 7–18). Bielefeld: transcript. http://dx.doi.org/10.14361/9783839408896-intro

Wall, Glenda (2001). Moral Constructions of Motherhood in Breastfeeding Discourse. *Gender & Society, 15*(4), 592–610. http://dx.doi.org/10.1177/089124301015004006

Weissenborn, A.; Abou-Akn, M.; Bergmann, R.; Both, D.; Gresens, R.; Hahn, B.; Hecker, A.; Koletzko, B.; Krawinkel, M.; Kroll, D.; Rouw, E.; Scheele, M.; Schwegler, U.; Sievers, E.; Sporleder, E.; Springer, S.; Vetter, K.; Wöckel, A. & Kersting, M. (2016). Stillhäufigkeit und Stilldauer in Deutschland – eine systematische Übersicht. *Gesundheitswesen, 78*(11), 695–707. http://dx.doi.org/10.1055/s-0035-1555946

Zu den Personen

Lotte Rose, Dr. phil, Professorin am Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit der Frankfurt University of Applied Sciences, Leitung des Frauenforschungszentrums der Hessischen Hochschulen (gFFZ). Arbeitsschwerpunkte: Genderforschung, Food Studies, Human-Animal-Studies, Ethnografie.
Kontakt: Frankfurt University of Applied Sciences, FB 4, Nibelungenplatz 3, 60318 Frankfurt/Main
E-Mail: rose@fb4.fra-uas.de

Rhea Seehaus, Dr. phil., wissenschaftliche Mitarbeiterin im Gender- und Frauenforschungszentrum der Hessischen Hochschulen (gFFZ). Arbeitsschwerpunkte: (pränatale) Elternschafts- und Mutterschaftsforschung, Ethnografie und Diskursanalyse.
Kontakt: Frankfurt University of Applied Sciences, gFFZ, Nibelungenplatz 3, 60318 Frankfurt/Main
E-Mail: seehaus.r@gffz.de

Eva Tolasch, Dr. phil., wissenschaftliche Koordinatorin und Gleichstellungsbeauftragte am Institut für Diversitätsforschung der Georg-August-Universität Göttingen, Lehrbeauftragte an der Universität Innsbruck und KSFH München. Arbeitsschwerpunkte: Elternschafts- und Mutterschaftsforschung, Genderansätze, qualitative Forschung (insb. Verschränkung von Diskursanalyse und Aktenanalyse, Ethnografie).
Kontakt: Georg-August-Universität Göttingen, Platz der Göttinger Sieben 3, 37073 Göttingen
E-Mail: eva.tolasch@sowi.uni-goettingen.de