

Aus der Kinderklinik  
der Medizinischen Fakultät  
der Otto-von-Guericke Universität Magdeburg

Suche nach möglichen Einflussfaktoren auf Stillbeginn, Stillmodus sowie Stilldauer bei  
Mutter-Kind-Paaren im ersten Lebensjahr. Auswertung einer Querschnittsstudie.

## **D i s s e r t a t i o n**

zur Erlangung des Doktorgrades  
Dr.med.  
(doctor medicinae)

an der Medizinischen Fakultät  
der Otto-von-Guericke Universität Magdeburg

vorgelegt von  
aus  
Magdeburg

Antje Andrea Penzel-Langhammer  
Plauen  
2012

## **Dokumentationsblatt**

### **Bibliographische Beschreibung:**

Penzel-Langhammer, Antje: Suche nach möglichen Einflussfaktoren auf Stillbeginn, Stillmodus sowie Stilldauer bei Mutter-Kind-Paaren im ersten Lebensjahr. Auswertung einer Querschnittsstudie. – 2012. 54 Bl.: 1 Abb., 40 Tab., 13 Anl.

### **Kurzreferat:**

**Hintergrund:** Die WHO empfiehlt ausschließliches Stillen für mindestens sechs Monate und Teilstillen bis mindestens zum vollendeten zweiten Lebensjahr. Mit dieser Studie wird untersucht, welche Faktoren die Umsetzung dieser Empfehlung beeinflussen. **Methodik:** Es wurde eine internetbasierte Studie mit 800 Teilnehmerinnen durchgeführt. Je 200 Mutter-Kind-Paare aus vier Altersklassen wurden über Stillmodus sowie zu verschiedenen Lebensumständen befragt. Berechnet wurden die Prävalenzen des Stillens, deren mögliche Einflussfaktoren sowie die Korrelationen zwischen Stillen und den erhobenen Kriterien. **Ergebnisse:** 91,9% der Mütter begannen das Stillen. Im Alter von 2-3 Monaten wurden noch 71,5% der Kinder gestillt, im Alter von 6-7 Monaten noch 48,5%. 60,5% der Frauen stillten ihre Kinder im Alter von 2-3 Monaten voll; nach 6-7 Monaten waren es lediglich 18%. Negativ auf den Stillbeginn wirkten sich folgende Faktoren aus: Rauchen, Berufstätigkeit der Mutter, schlechter Gesundheitszustand des Kindes, Entbindung mittels Sectio caesare, niedriger Bildungsgrad der Frau, geringer sozialer Status. Wesentliche Einflussfaktoren für eine kurze Stilldauer waren: Rauchen, Berufstätigkeit der Mutter, notwendige postpartale neonatologische Betreuung des Kindes. Eine Steigerung der Stillrate durch die Zertifizierung „Babyfreundliches Krankenhaus“ konnte nicht nachgewiesen werden. **Schlussfolgerung:** Eine intensivierete Betreuung für Mütter aus sozial niedrigen Schichten, Raucherinnen, Mütter nach einem Kaiserschnitt und Mütter mit Kindern, die einer postpartalen neonatologischen Betreuung bedurften, scheint sehr wichtig für eine Steigerung der Stillrate. Weitere Untersuchungen bezüglich des Nutzens intensivierter Stillberatung erscheinen ratsam.

# Inhaltsverzeichnis

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| <b>1</b> | <b>Einleitung</b>   | <b>1</b>  |
| <b>2</b> | <b>Material und Methoden</b>  | <b>3</b>  |
| 2.1      | Durchführung der Studie   | 3         |
| 2.1.1    | Eine internetbasierte Umfrage   | 3         |
| 2.1.2    | Die Testpersonen  | 3         |
| 2.1.3    | Ablauf der Umfrage  | 4         |
| 2.1.4    | Auswertung der Umfrage  | 5         |
| 2.2      | Die erfassten Daten der Umfrage   | 5         |
| 2.2.1    | Die Frage nach dem Stillmodus   | 5         |
| 2.2.2    | Die Fragen zur Geburt   | 6         |
| 2.2.3    | Die Fragen zur Lebensweise der Mutter                                       | 7         |
| 2.2.4    | Informationen aus der Registrierungsdatei                                   | 7         |
| 2.3      | Biomathematische Einordnung und statistische Methoden                       | 8         |
| 2.3.1    | Studientyp  | 8         |
| 2.3.2    | Die Studienpopulation   | 8         |
| 2.3.3    | Die Stichprobe  | 8         |
| 2.3.4    | Repräsentativität   | 8         |
| 2.3.5    | Auswertung  | 10        |
| <b>3</b> | <b>Ergebnisse</b>   | <b>11</b> |
| 3.1      | Absolute und relative Prävalenzen   | 11        |
| 3.1.1    | Stillart  | 11        |
| 3.1.2    | Stillbeginn   | 11        |
| 3.1.3    | Geburtsmodalitäten  | 12        |
| 3.1.4    | Auszeichnung „Babyfreundliches/Stillfreundliches Krankenhaus“               | 12        |
| 3.1.5    | Raucheranteil der Mütter  | 12        |
| 3.1.6    | Notwendigkeit der postpartalen neonatologischen Betreuung                   | 13        |
| 3.1.7    | Geburtsgewicht  | 13        |
| 3.1.8    | Anzahl der berufstätigen Mütter   | 13        |
| 3.1.9    | Inanspruchnahme von Betreuungs-/Hilfsangeboten für Mütter                   | 14        |
| 3.1.10   | Alter der Mutter  | 14        |
| 3.1.11   | Wohnregion der Mutter   | 15        |
| 3.1.12   | Größe des Wohnortes   | 16        |
| 3.1.13   | Anzahl der Kinder im Haushalt   | 16        |
| 3.1.14   | Art des Schulabschlusses der Mutter   | 17        |
| 3.1.15   | Familieneinkommen   | 17        |
| 3.2      | Korrelationen zwischen Stillverhalten und den untersuchten Parametern       | 18        |
| 3.2.1    | Korrelation zwischen Stillbeginn und Geburtsmodalitäten                     | 18        |
| 3.2.2    | Korrelation zwischen Stillbeginn und Geburtsgewicht                         | 18        |
| 3.2.3    | Korrelation zwischen Stillbeginn und Klinikauszeichnung                     | 19        |
| 3.2.4    | Korrelation zwischen Stillverhalten und Gesundheitszustand des Neugeborenen | 20        |
| 3.2.5    | Korrelation zwischen Stillbeginn und Alter der Mutter                       | 21        |
| 3.2.6    | Korrelation zwischen Stillbeginn und beruflicher Position der Mutter        | 21        |
| 3.2.7    | Korrelation zwischen Stillbeginn und Wohnregion                             | 22        |

|          |  |           |
|----------|--|-----------|
| 3.2.8    | Korrelation zwischen Stillbeginn und Familieneinkommen                       | 23        |
| 3.2.9    | Korrelation zwischen Stillbeginn und Nutzung von<br>Betreuungsangeboten      | 23        |
| 3.2.10   | Korrelation zwischen Stillbeginn und Bildungsstand<br>der Mutter             | 24        |
| 3.2.11   | Korrelation zwischen Stillverhalten und Kindesalter                          | 24        |
| 3.2.12   | Korrelation zwischen Stillbeginn und Kinderzahl                              | 26        |
| 3.2.13   | Korrelation zwischen Stillverhalten und Rauchen                              | 26        |
| 3.2.14   | Korrelation zwischen Stillverhalten und Berufstätigkeit                      | 27        |
| <b>4</b> | <b>Diskussion</b>  | <b>28</b> |
| 4.1      | Nomenklatur  | 28        |
| 4.2      | Prävalenz des Stillbeginns   | 29        |
| 4.3      | Stilldauer   | 30        |
| 4.4      | Gesundheitszustand des Kindes  | 31        |
| 4.4.1    | Geburtsmodalität   | 32        |
| 4.4.2    | Geburtsgewicht   | 34        |
| 4.4.3    | Notwendigkeit der postpartalen neonatologischen Betreuung                    | 35        |
| 4.5      | Der Nutzen einer Stillberatung   | 35        |
| 4.5.1    | Die Auszeichnung „Babyfreundliches Krankenhaus“                              | 36        |
| 4.5.2    | Betreuungs-/ Hilfsangebote für Mütter  | 37        |
| 4.6      | Sozioökonomische Einflussfaktoren  | 37        |
| 4.6.1    | Schulabschluss der Mutter  | 37        |
| 4.6.2    | Berufstätigkeit der Mutter   | 38        |
| 4.6.3    | Familieneinkommen/ berufliche Position                                       | 39        |
| 4.6.4    | Wohnort (Region und Größe des Ortes)   | 39        |
| 4.6.5    | Kinderzahl im Haushalt   | 39        |
| 4.7      | Weitere maternale Einflussfaktoren   | 40        |
| 4.7.1    | Rauchen  | 40        |
| 4.7.2    | Alter der Mutter   | 41        |
| 4.8      | Schlusswort  | 41        |
| <b>5</b> | <b>Zusammenfassung</b>   | <b>44</b> |
| <b>6</b> | <b>Literaturverzeichnis</b>  | <b>45</b> |
| <b>7</b> | <b>Erklärung</b>   | <b>53</b> |
| <b>8</b> | <b>Lebenslauf</b>  | <b>54</b> |
| <b>9</b> | <b>Anlagen</b>   | <b>I</b>  |
| 9.1      | Die Fragen der Erhebung  | I         |
| 9.2      | Zitierte Internetseiten  | III       |
| 9.2.1    | Pressemitteilung „Stillen – es dürfte etwas länger sein!“ [11]               | III       |
| 9.2.2    | Pressemitteilung „30 Prozent aller Entbindungen durch<br>Kaiserschnitt“ [59] | IV        |
| 9.2.3    | DESTATIS – Tabelle zur Bevölkerung [60]                                      | IV        |
| 9.2.4    | BQS-Qualitätsreport Geburtshilfe 2007 [29]                                   | V         |
| 9.3      | Ratgeber und Informationsbroschüren  | VI        |
| 9.3.1    | Einheitliche Terminologie zur Säuglingsernährung [43]                        | VI        |
| 9.3.2    | Stilldauer [44]  | VIII      |
| 9.3.3    | Stillen - richtiges Anlegen und Saugen [45]                                  | IX        |

|       |  |   |   |   |   |   |       |
|-------|--|---|---|---|---|---|-------|
| 9.3.4 | Stillen und Berufstätigkeit [46]                           | . | . | . | . | . | XII   |
| 9.3.5 | Stillen und Rauchen - Ratgeber für Mütter bzw. Eltern [47] | . | . | . | . | . | XV    |
| 9.3.6 | Stillempfehlung für die Säuglingszeit [48]                 | . | . | . | . | . | XVI   |
| 9.3.7 | Stillempfehlung für Schwangere [49]                        | . | . | . | . | . | XVIII |
| 9.3.8 | Praktische Tipps für die Stillzeit [68]                    | . | . | . | . | . | XX    |

## 1 Einleitung

„Stillen ist gesund!“ „Stillen ist die beste Nahrung für das Baby!“ „Stillen senkt das Risiko für Allergien!“ „Stillen fördert die Mutter-Kind-Bindung!“ „Stillen senkt das mütterliche Brustkrebsrisiko!“

Diese und noch weitaus mehr positive Schlagzeilen rund um das Thema Stillen findet man seit einigen Jahren in der Literatur und den Medien. Die alten Ansichtsweisen der 70er Jahre in Deutschland werden mehr und mehr widerlegt. Die WHO empfiehlt ausschließliches Stillen in den ersten sechs Lebensmonaten, dann Teilstillen bis mindestens zum zweiten Geburtstag und länger [70, 72]. Viele wissenschaftliche Studien belegen den positiven Nutzen des Stillens [z.B.: 6, 18, 25, 28, 52, 63, 65, 74].

Der positive Einfluss weit über die alleinige Funktion der Nahrungsaufnahme hinaus ist derzeit unumstritten. Selbst in der Werbung für Säuglingsnahrung trifft man auf Aussagen wie: „Stillen ist die beste Ernährung für ihr Kind“.

Stillen erfreut sich immer größerer Beliebtheit und Popularität. Und auch ich als Mutter habe natürlich die Vorteile des Stillens für meine zwei Kinder und mich genutzt. Charlotte und Karl wurden beide sechs Monate voll und bis zum 18. Monat teils gestillt.

Und dennoch: Mir sind viele Mütter begegnet, die nicht stillen. Diese Frauen haben entweder nie mit dem Stillen begonnen oder sehr schnell damit aufgehört.

Ich fragte mich oft: Warum ist das so?

Dies ist eine Frage, auf die diese Studie eine Antwort suchen will. Welche Faktoren bewegen Frauen dazu, nicht zu stillen? Ist es vielleicht aus organisatorischen Gründen nicht möglich, weil die Mutter arbeitet? Oder will sie ihrem Kind keinen Schaden zufügen, weil sie raucht?

Des Weiteren soll hier nach positiven Einflussfaktoren auf das Stillverhalten gesucht werden. Stillen beispielsweise Frauen häufiger, die in einer Klinik mit der Auszeichnung „Babyfreundliches Krankenhaus“ entbunden haben?

Diese Untersuchung soll dazu beitragen, konkrete Konzepte weiterzuentwickeln, um das Stillen im deutschsprachigen Raum weiter zu fördern.

Die Daten, auf denen die Studie basiert, wurden im November/Dezember 2007 erhoben. Grundlage war eine internetbasierte Umfrage mit 800 Teilnehmerinnen.

Im Abschnitt „Material und Methoden“ wird zunächst die Durchführung der Studie beschrieben. Daran schließt sich eine Besprechung der erhobenen Daten an. Abschließend befasst sich dieser Teil mit der biomathematischen Einordnung.

Die Ergebnisse wurden in zwei Teile gegliedert. So werden zunächst die absoluten und relativen Wahrscheinlichkeiten der einzelnen Parameter dargestellt, um so die Studie mit weiteren Untersuchungen vergleichen zu können. Im zweiten Teil werden die Zusammenhänge zwischen dem Stillen und den untersuchten Faktoren dargelegt.

In der Diskussion werden die Punkte des Ergebnisteils aufgenommen und in die aktuelle Literatur eingeordnet. Es wird die Plausibilität geprüft und der jeweilige Faktor bezüglich seiner Wirkung auf das Stillverhalten gewertet. Anschließend sind alle wichtigen Ergebnisse nochmals zusammengestellt.

## **2 Material und Methoden**

Dieses Kapitel ist in drei Abschnitte gegliedert: Zu Beginn wird die Durchführung der Studie beschrieben. Darauf folgt eine Erläuterung der erhobenen Daten. Der letzte Teil befasst sich mit den biomathematischen Methoden.

### **2.1 Durchführung der Studie**

#### **2.1.1 Eine internetbasierte Umfrage**

Die für die Studie benötigten Daten wurden mittels einer internetbasierten Umfrage erhoben. Als Plattform für die Umfrage diente die Seite [www.rund-ums-baby.de](http://www.rund-ums-baby.de). Unter dieser Adresse finden Interessenten viele Informationen über Schwangerschaft, Babys, Kleinkinder und Familie. Zur Zielgruppe gehören demzufolge vor allem junge Mütter. Neben dem Geschäftsführer Herrn Ullrich Schneider arbeitet ein Team aus verschiedenen Experten daran, den Nutzern Informationen über Gesundheit, Stillen, Kinderpflege, Erziehung, Recht und viele andere Themen bereit zu stellen. Des Weiteren besteht die Möglichkeit, sich kostenlos und freiwillig auf genannter Seite registrieren zu lassen, um den vollen Serviceumfang nutzen zu können. Dabei werden die Personen darauf hingewiesen, dass sämtliche personenbezogene Daten anonym für weitere Zwecke, wie beispielsweise diese Umfrage, genutzt werden. Eine Ablehnung durch den jeweiligen Nutzer ist jederzeit möglich.

#### **2.1.2 Die Testpersonen**

Für die Studie wurden aus der Registrierungskartei der Website einige persönliche Daten der Teilnehmer genutzt, um die Zielpersonen für die Umfrage zu ermitteln.

Die Einschlusskriterien für die Teilnahme an der Studie waren: Wohnort der Mutter in Deutschland, Frauen mit Kind in den Altersklassen 2-3 Monate, 4-5 Monate, 6-7 Monate und 12-13 Monate (s. Tabelle 1).

Die Ausschlusskriterien für die Ermittlung waren Nutzer der Website, die nicht den oben genannten Kriterien entsprachen (Wohnort nicht in Deutschland, Kind außerhalb der Altersklassen, männliche Nutzer). Aufgrund der über E-Mail versandten Fragen konnten Frauen ohne gültige E-Mail-Adresse ebenfalls nicht an der Studie teilnehmen.

Tabelle 1: Kohortenbildung durch Einteilung der Kinder in Altersklassen.

| Altersklasse | Alter des Kindes in Lebensmonaten | Anzahl absolut |
|--------------|-----------------------------------|----------------|
| I            | 2-3                               | 200            |
| II           | 4-5                               | 200            |
| III          | 6-7                               | 200            |
| IV           | 12-13                             | 200            |

### 2.1.3 Ablauf der Umfrage

Die Mütter erhielten im November/Dezember 2007 per E-Mail eine Einladung, mit der sie aufgefordert wurden, sich an der Studie zu beteiligen. Sie konnten direkt in der Mail über einen Link zu der Umfrage weitergeleitet werden. Um die Teilnahme für die Mütter attraktiver zu machen, wurde sie mit einem Gewinnspiel gekoppelt. Dabei wurden kleine Präsente wie Kinderbücher, Teddys und kleine Spiele verlost. Diese Maßnahme diente der Steigerung der Antwortquote.

Die Fragen (s. Anhang) wurden einzeln und nacheinander angezeigt. Die Frauen konnten zwischen verschiedenen Antwortmöglichkeiten jeweils eine auswählen. Nach Beantwortung einer Frage gelangten die Mütter über den Button „Weiter“ zur nächsten Frage. Um weitergeleitet zu werden, war die Beantwortung der jeweiligen Frage Voraussetzung. Bei einigen Fragen (s. Anhang) wurde die Antwortmöglichkeit „Ich weiß nicht.“ oder „Sonstiges.“ eingebaut. Dies gab den Müttern die Möglichkeit, die Erhebung fortzuführen, auch wenn sie eine Frage nicht direkt beantworten konnten.

Frage Nr. 3, ob das Krankenhaus mit „stillfreundlich/babyfreundlich“ ausgezeichnet ist, wurde nur den Teilnehmerinnen vorgelegt, die auf die Frage Nr. 2 „Wie ist Ihr Kind zur Welt gekommen?“ mit „Im Krankenhaus per Kaiserschnitt.“ oder „Im Krankenhaus ohne Kaiserschnitt.“ antworteten. Befand sich der Geburtsort außerhalb einer Klinik, wurde Frage Nr. 3 übersprungen.

Eine Reihe weiterer Informationen über die Mütter wurde aus der Registrierungskartei der Internetseite entnommen. Dazu zählen: Alter der Mutter, Alter des Säuglings, Wohnregion, Größe des Wohnortes, Anzahl der Kinder im Haushalt, Art des Schulabschlusses sowie das Familieneinkommen.

Es mussten 3548 Frauen angeschrieben werden, um eine Teilnehmerzahl von 800 (je 200 pro Altersgruppe der Kinder) zu erreichen.

### **2.1.4 Auswertung der Umfrage**

Sämtliche Daten wurden gesammelt und zum einen bezüglich ihrer absoluten und relativen Prävalenzen ausgewertet (z.B.: Wie viele Mütter beginnen mit dem Stillen?). Des Weiteren wurden die Größen Stillen, Stillbeginn und Stillmodus auf Korrelationen mit erfragten Parametern analysiert (z.B.: Korrelation des Stillbeginns mit dem Bildungsgrad der Mutter). Dies ist die eigentliche Fragestellung der Studie und soll mögliche Zusammenhänge aufzeigen. Das Ziel der Studie ist es, Ursachen für das frühe Abstillen beziehungsweise für die Stillverweigerung von Geburt an zu finden. Dabei sind positive Ergebnisse nur ein Zeichen für eventuell vorhandene Ursachen, nicht aber ein Beweis (s.u.).

### **2.2 Die erfassten Daten der Umfrage**

An dieser Stelle soll näher auf einige Fragen der Studie (s. Anhang) sowie auf die Daten aus dem Registrierungsregister der Internetseite eingegangen werden.

#### **2.2.1 Die Frage nach dem Stillmodus**

Die erste Frage der Erhebung befasst sich mit dem Stillverhalten der Mütter. Sie hat große Bedeutung für die Studie, da sie in der Auswertung in jeder Fragestellung eine zentrale Rolle spielt. Die Antwortauswahl wurde nach den Stillempfehlungen der WHO und der Nationalen Stillkommission am Bundesinstitut für Risikobewertung erstellt [43, 70]. Es standen folgende Auswahlmöglichkeiten für die Frauen zur Verfügung: „Vollstillen.“, „Teilstillen.“, „Stillen beendet.“ und „Nie gestillt.“.

Diese Angaben wurden zum einen direkt für die Berechnungen genutzt (z.B. für die Berechnung der Korrelation zwischen Stillmodus und Alter des Kindes); zum anderen wurde aus ihnen abgelesen, ob die Frau mit dem Stillen begonnen hat. Dafür wurde die Variable „Stillbeginn“ benutzt. Alle Frauen, die auf die Frage nach dem Stillmodus mit „Nie gestillt.“ geantwortet haben, wurden zu „Stillbeginn – nein“ gezählt. Die Mütter, die mit „Vollstillen.“, „Teilstillen.“ oder „Stillen beendet.“ antworteten, zählen zu „Stillbeginn – ja“.

### 2.2.2 Die Fragen zur Geburt

Mit insgesamt vier Fragen sollten die Umstände der Geburt untersucht werden, um daraus Rückschlüsse zum Faktor Stillen zu ziehen.

Dabei wurde mit der Frage Nr. 2 der Geburtsort des Kindes näher untersucht. Bei den Klinikgeburten wurde zudem zwischen einer vaginalen Geburt sowie einer Kaiserschnittgeburt unterschieden (Wo haben Sie Ihr Kind zur Welt gebracht? - „Im Krankenhaus per Kaiserschnitt.“, „Im Krankenhaus ohne Kaiserschnitt.“, „Im Geburtshaus.“, „Zu Hause.“, „Sonstiges.“).

Die Fragen nach dem Geburtsgewicht (Frage Nr. 4) und nach der medizinischen Betreuung (Frage Nr. 5) sollen den gesundheitlichen Zustand des Säuglings einschätzen. Dabei wurde das Geburtsgewicht in Gruppen zusammengefasst: „unter 2000g“, „2001g - 3000g“, „3001g - 4000g“, „über 4000g“). Die Frage nach der medizinischen Betreuung des Kindes („Musste Ihr Kind nach der Geburt in einer Kinderklinik bzw. Neonatologie medizinisch betreut werden?“) enthielt die Antwortmöglichkeiten: „Ja.“/ „Nein.“ und wird für die Berechnung von Korrelationen mit beispielsweise dem Stillbeginn genutzt.

Die 3. Frage der Studie befasst sich mit den Geburtskliniken. Deshalb wurde sie nur Müttern vorgelegt, die im Krankenhaus entbunden hatten (s. 2.2.3). An dieser Stelle wurde nach der Auszeichnung „Stillfreundliches Krankenhaus“ (die Qualifizierung wurde im Zeitraum der Studie in „Babyfreundliches Krankenhaus“ umbenannt; in dieser Arbeit werden die Wendungen als Synonyme verwendet) gefragt. Diese Auszeichnung ist eine Initiative der WHO und UNICEF. Sie wird an Kliniken verliehen, die sich in besonderer Weise für das Stillen einsetzen. Dabei verpflichten sich die Krankenhäuser, einen von der Initiative vorgegebenen Zehnstufenplan zu erarbeiten und diesen über einen Zeitraum von ca. fünf Monaten im Klinikalltag zu etablieren. Die Kliniken verpflichten sich dabei unter anderem, das Stillen zu fördern, Mütter aufzuklären und zum Stillen zu animieren, jegliches Zufüttern aus nicht medizinischen Gründen zu unterlassen und das gesamte Personal auf stillfreundliches Verhalten zu schulen. Alle zehn Schritte werden überprüft und statistisch bewertet [50]. Mit Hilfe der Angaben aus der Frage wurde nach dem Zusammenhang dieser Zertifizierung und des Stillbeginns gesucht.

### **2.2.3 Die Fragen zur Lebensweise der Mutter**

Die Fragen Nr. 6-8 der Studie beleuchten drei Lebensweisen der Mutter. Sie dienen als Grundlage für die Suche nach Korrelationen.

Frage Nr. 6 befasst sich mit dem Rauchen. Dabei wird untersucht, ob die Mutter zum Zeitpunkt der Umfrage Raucherin war.

Mit der Frage Nr. 7 wurde die Tatsache erforscht, ob die Frau zum Zeitpunkt der Erhebung berufstätig war.

Ob die Teilnehmerinnen eine Betreuung während der Schwangerschaft oder nach der Geburt durch eine Hebamme in Anspruch nahmen, wurde mit Punkt Nr. 8 erörtert: „Haben Sie mindestens eine der folgenden Angebote in Anspruch genommen? - Geburtsvorbereitungskurs, häusliche Betreuung nach der Geburt durch eine Hebamme, Rückbildungskurs, Stillgruppe, sonstige Angebote unter der Leitung einer Hebamme“ (Antwortmöglichkeiten: „Ja.“/ „Nein.“). Die Auswahl der Angebote ist sehr ausführlich, so dass die Mütter die Frage zu 91,4% mit „Ja.“ beantworteten. Hätte man die Auswahl auf die Stillberatung allein begrenzt, würde man wahrscheinlich ein niedrigeres Ergebnis erhalten.

### **2.2.4 Informationen aus der Registrierungsdatei**

Aus der Datei der Internetseite wurden neben den Fragen noch weitere Daten zur Suche nach Korrelationen mit dem Stillen genutzt. Dazu zählen: Alter der Mutter, Schulabschluss der Mutter, Familieneinkommen, Kinderzahl, Bundeslandzugehörigkeit des Wohnortes sowie Größe des Wohnortes.

Das Bildungsniveau der Teilnehmerinnen soll durch den Schulabschluss (keinen, Hauptschule, Realschule, Fachhochschule, Abitur) eingeschätzt werden. Bei dieser Angabe wurden 18 Missing Values von 800 Fällen festgestellt.

Das Familieneinkommen soll den sozialen Stand der Mütter einschätzen. Dazu wurde es in drei Gruppen unterteilt. Es wurden 111 Missing Values von 800 Fällen konstatiert.

Die Kinderzahl der an der Umfrage beteiligten Frauen belief sich auf eins bis sechs. Da die Fallzahlen ab drei Kinder sehr gering waren und somit keine aussagefähigen Ergebnisse erwartet werden konnten, wurden die Fälle ab drei Kinder in der Variablen „mehr als zwei Kinder“ zusammengefasst.

Die Wohnregion der Frauen wurde in Form der deutschen Bundesländer registriert. Für die Berechnungen wurden sie zu alten und neuen Bundesländern zusammengefasst. Es gibt 71 Missing Values von 800 Fällen.

Ebenso auf die Wohnregion bezieht sich die Variable „Größe des Wohnortes“ gemessen an der Einwohnerzahl. Diese wurde in sechs Gruppen eingeteilt. Es wurden 132 Missing Values von 800 Fällen festgestellt.

## **2.3 Biomathematische Einordnung und statistische Methoden**

### **2.3.1 Studientyp**

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine bevölkerungsbezogene deskriptive Querschnittstudie in Form einer retrospektiven Erhebung. Die Daten wurden mit Hilfe einer Umfrage ermittelt. Die Kinder wurden in Kohorten nach Altersklassen eingeteilt (s. 2.2.2).

### **2.3.2 Die Studienpopulation**

Die Grundgesamtheit der Studie bilden die auf der Web-Site [www.rund-ums-baby.de](http://www.rund-ums-baby.de) registrierten in Deutschland lebenden Mütter, deren Säuglinge sich zum Zeitpunkt der Umfrage (November/Dezember 2007) in den Altersgruppen 2-3 Monate, 4-5 Monate, 6-7 Monate oder 12-13 Monate befanden.

### **2.3.3 Die Stichprobe**

Aus der Zielpopulation (Grundgesamtheit) wurden zufällig je Altersgruppe der Säuglinge 200 Mütter ausgesucht und gebeten, an der Studie teilzunehmen. Bei fehlender Mitwirkung wurden weitere Frauen zufällig ausgesucht und angeschrieben – solange, bis je Altersgruppe 200 Fragebögen beantwortet wurden. Insgesamt ergaben sich somit 800 Teilnehmer.

### **2.3.4 Repräsentativität**

Anhand dieser Studie lassen sich keine Rückschlüsse auf die Prävalenz der erfassten Merkmale in der Gesamtbevölkerung Deutschlands erzielen. Dies war auch nicht das

Untersuchungsziel, denn dieses bestand darin, Einflussfaktoren auf die Stillentscheidung innerhalb der untersuchten Population zu ermitteln.

Folgende Fehlermöglichkeiten hinsichtlich der Repräsentativität müssen diskutiert werden:

- a) Wahrscheinlich wurden nicht alle Säuglinge der Altersgruppen erfasst, da die Angaben zur Registrierung freiwillig sind. Es gibt also sicher Mütter, die über das Alter ihrer Kinder keine Angaben machten. Ebenso sind auch Mütter über ihre älteren Kinder registriert, die ihre neuen Babys nicht der Website meldeten. Somit konnten nicht alle Mütter mit Kindern in den Altersklassen der Studie teilnehmen. Das Ausmaß dieses Störfaktors ist nicht quantifizierbar.
- b) Es hatten wahrscheinlich nicht alle angeschriebenen Mütter die Möglichkeit, zu antworten, da die Studie in einem kurzen Zeitraum ablief. Es ist nicht auszuschließen, dass einige Frauen erst nach Beendigung der Umfrage ihren Fragebogen gelesen haben. Dieser Störfaktor ist ebenfalls nicht quantifizierbar.
- c) Ein wesentliches Problem ist der Stichprobenfehler durch Nichtbeteiligung. Die Fragen wurden an 3548 Mütter verschickt, um 800 beantwortete Fragebögen zu erhalten. Die Antwortquote von rund 23% weist auf Verzerrungen der Ergebnisse hin. Es ist nicht auszuschließen, dass lediglich Mütter mit einer starken Meinung zum Thema Stillen (sowohl positiv als auch negativ) teilgenommen haben.
- d) Nicht alle Fragen der Studie erhielten eine Antwortmöglichkeit wie „Sonstiges.“ oder „Ich weiß nicht.“. Da die Mütter aber nur zur nächsten Frage gelangen konnten, wenn sie eine Antwort gewählt hatten, ist es nicht auszuschließen, dass in diesem Fall einfach willkürlich eine Antwort gewählt wurde. Dieser Fehler dürfte sich aber nur gering auswirken, da es sich ausschließlich um allgemein verständliche Fragen und Antworten handelte.
- e) Die Stichprobe wurde nicht zufällig aus allen Müttern der BRD gezogen, sondern es fand eine Art Vorauswahl über eine Internetseite statt. Die Web-Site [www.rund-ums-baby.de](http://www.rund-ums-baby.de) enthält viele Informationen für junge Mütter. Man kann somit nicht ausschließen, dass die registrierten Frauen sich intensiver mit dem Thema Stillen befassten als die Normalbevölkerung und somit auch häufiger oder länger stillen (Selektionsbias).

### 2.3.5 Auswertung

Die Daten aus den beantworteten Fragen wurden in eine Datei des Programms SPSS Version 15 eingegeben. Mit Hilfe dieses Programms erfolgte die Klassifizierung und Auswertung der Daten. Es erfolgte eine Plausibilitätskontrolle und gegebenenfalls Korrektur der Daten. Die Grafik wurde mit SPSS Version 19 erstellt. Es erfolgte eine statistische Beratung durch Herrn Dr. rer. nat. Röhl vom Institut für Biometrie der Universität Magdeburg.

In der Auswertung wurden sowohl die Prävalenzen der einzelnen Parameter als auch die Korrelationen berechnet. Das Aufführen der Häufigkeiten bezüglich der einzelnen Variablen war dabei von geringerer Bedeutung für die eigentliche Fragestellung; dennoch werden diese Ergebnisse vor allem für Vergleiche mit Daten aus anderen Studien genutzt, um die Repräsentativität der Erhebung zu untersuchen.

Für die Faktoren, die die Wahrscheinlichkeit des Stillens, des Stillbeginns sowie des Stillmodus beeinflussen, werden die Korrelationen mit Hilfe der Irrtumswahrscheinlichkeit  $p$  angegeben. Liegt der  $p$ -Wert unter 0,05 (dies entspricht einem Konfidenzintervall, das den Wert 1 nicht enthält), beträgt die Wahrscheinlichkeit für eine Korrelation über 95%. Diese wird als signifikant gewertet und im Text als „Zusammenhang gilt als wahrscheinlich“ gekennzeichnet. Bei einem  $p$ -Wert zwischen 0,05-0,1 liegt die Wahrscheinlichkeit eines Zusammenhanges zwischen 95%-90%. Dies gilt als nicht signifikant und wird als „Zusammenhang nicht sicher auszuschließen“ bezeichnet. Bei  $p$ -Werten über 0,1 und einer Wahrscheinlichkeit für eine Beziehung zwischen den Faktoren unter 90% ist ein Zusammenhang nicht anzunehmen.

Diese Werte wurden mittels des „Chi<sup>2</sup>-Tests nach Pearson“ beziehungsweise mittels des „Exakten Tests nach Fischer“ ermittelt.

### 3 Ergebnisse

Dieses Kapitel besteht aus zwei Teilen: Der erste Teil beinhaltet absolute und relative Häufigkeiten (Prävalenzen). Diese Daten dienen als Grundlage für die Berechnungen der Korrelationen aus dem weiteren Abschnitt.

Im zweiten Teil wird der Frage nachgegangen, in wieweit die abgefragten Parameter das Stillen beeinflussen.

#### 3.1 Absolute und relative Prävalenzen

##### 3.1.1 Stillart

Tabelle 2 zeigt die Häufigkeiten der verschiedenen Stillarten. Die meisten Mütter stillten ihr Kind zum Zeitpunkt der Umfrage voll oder fütterten weitere Nahrung zu (Teilstillen). Ein großer Teil hatte bereits das Stillen beendet, lediglich 65 Frauen haben nie gestillt.

Tabelle 2: Prävalenzen des Stillmodus.

| Stillmodus      | Absolute Häufigkeit | Relative Häufigkeit in % |
|-----------------|---------------------|--------------------------|
| voll            | 270                 | 33,8                     |
| teils           | 152                 | 19,0                     |
| Stillen beendet | 313                 | 39,1                     |
| nie gestillt    | 65                  | 8,1                      |

Frage 1: Wie stillen Sie?

##### 3.1.2 Stillbeginn

Tabelle 3 zeigt, wie viele Mütter zum Umfragezeitpunkt nach der Geburt mit dem Stillen begonnen haben. Zu Stillbeginn – nein wurden die Teilnehmerinnen gezählt, die auf die Frage „Wie stillen Sie?“ mit „Ich habe nie gestillt.“ geantwortet haben. Bei der Frage nach dem Stillbeginn zählten zu „ja“ Mütter die „Ich stille voll.“, „Ich stille teils.“ oder „Ich habe das Stillen beendet.“ antworteten. Dies war bei circa 92% der befragten Frauen der Fall.

Tabelle 3: Prävalenzen des Stillbeginns.

| Stillbeginn | Absolute Häufigkeit | Relative Häufigkeit in % |
|-------------|---------------------|--------------------------|
| ja          | 735                 | 91,9                     |
| nein        | 65                  | 8,1                      |

### 3.1.3 Geburtsmodalitäten

Tabelle 4 stellt die Verteilung über den Geburtsort der Kinder dar. Zusätzlich enthält sie die Angabe, ob es sich bei Geburten in Kliniken um eine Sectio cesare handelte (im Weiteren als „Geburtsmodalität“ bezeichnet).

770 Kinder kamen im Krankenhaus zur Welt, davon 210 per Kaiserschnitt. Nur ein sehr kleiner Anteil der Geburten (insgesamt 3,7%) fand außerklinisch, d.h. im Geburtshaus, zu Hause oder anderweitig statt.

Tabelle 4: Prävalenzen der Geburtsmodalitäten.

| Geburtsmodus   | Absolute Häufigkeit | Relative Häufigkeit in % |
|----------------|---------------------|--------------------------|
| KH per Sectio  | 210                 | 26,3                     |
| KH ohne Sectio | 560                 | 70,0                     |
| Geburtshaus    | 21                  | 2,6                      |
| zu Hause       | 8                   | 1                        |
| sonstiges      | 1                   | 0,1                      |

Frage 2: Wie haben Sie Ihr Kind zur Welt gebracht?  
KH = Krankenhaus.

### 3.1.4 Auszeichnung „Babyfreundliches/Stillfreundliches Krankenhaus“

In Tabelle 5 wird die Verteilung der Auszeichnung „Babyfreundliches Krankenhaus“ dargestellt. Diese Frage wurde nur gestellt, wenn in einer Klinik entbunden wurde. 48,8% der Frauen beantworteten diese Frage mit „Ja.“, von 10,5% wurde sie verneint. Ein hoher Anteil der Mütter (40,6%) konnte die

Frage nicht beantworten. Die Summe der relativen Häufigkeiten ergibt aufgrund der Rundung nur 99,9%.

Tabelle 5: Prävalenz der KH-Auszeichnung.

| Zertifikat     | Absolute Häufigkeit | Relative Häufigkeit in % |
|----------------|---------------------|--------------------------|
| ja             | 376                 | 48,8                     |
| nein           | 81                  | 10,5                     |
| ich weiß nicht | 313                 | 40,6                     |

Frage 3: Hat Ihr Krankenhaus die Auszeichnung „Babyfreundliches/Stillfreundliches Krankenhaus“?  
KH = Krankenhaus.

### 3.1.5 Raucheranteil der Mütter

Tabelle 6 zeigt, ob die Mutter zum Zeitpunkt der Umfrage Raucherin war. 11,5% der befragten Mütter bejahten, 88,5% verneinten diese Frage.

Tabelle 6: Prävalenzen der Raucherinnen.

| Rauchen | Absolute Häufigkeit | Relative Häufigkeit in % |
|---------|---------------------|--------------------------|
| ja      | 92                  | 11,5                     |
| nein    | 708                 | 88,5                     |

Frage 6: Rauchen Sie?

### 3.1.6 Notwendigkeit der postpartalen neonatologischen Betreuung

Ob nach der Geburt eine neonatologische Betreuung des Kindes notwendig war, ist in Tabelle 7 dargestellt. In rund 90% der Fälle war keine Behandlung notwendig.

Tabelle 7: Postpartale neonatologische Betreuung.

| neon. Betreuung | Absolute Häufigkeit | Relative Häufigkeit in % |
|-----------------|---------------------|--------------------------|
| ja              | 84                  | 10,5                     |
| nein            | 716                 | 89,5                     |

Frage 5: Musste Ihr Kind nach der Geburt in einer Kinderklinik bzw. Neonatologie medizinisch betreut werden?

### 3.1.7 Geburtsgewicht

Tabelle 8 zeigt die Verteilung der verschiedenen Geburtsgewichte, eingeteilt in Gruppen (unter 2000g, 2000g - 3000g, 3001g - 4000g, über 4000g). Die Prävalenz der Kinder mit niedrigem Geburtsgewicht (unter 2000g) lag bei 9, die der Kinder mit hohem Geburtsgewicht (über 4000g) bei 74. Der Median befindet sich in der Gruppe 3001g-4000g.

Tabelle 8: Prävalenzen der Geburtsgewichte.

| Geburtsgewicht | Absolute Häufigkeit | Relative Häufigkeit in % |
|----------------|---------------------|--------------------------|
| unter 2000g    | 9                   | 1,1                      |
| 2000g-3000g    | 145                 | 18,1                     |
| 3001g-4000g    | 572                 | 71,5                     |
| über 4000g     | 74                  | 9,3                      |

Frage 4: Wie schwer war Ihr Kind bei der Geburt?

### 3.1.8 Anzahl der berufstätigen Mütter

Wie in Tabelle 9 aufgeführt, waren zum Zeitpunkt der Umfrage lediglich 15% der Mütter berufstätig.

Tabelle 9: Prävalenzen der berufstätigen Mütter.

| Berufstätigkeit | Absolute Häufigkeit | Relative Häufigkeit in % |
|-----------------|---------------------|--------------------------|
| ja              | 120                 | 15                       |
| nein            | 680                 | 85                       |

Frage 7: Gehen Sie derzeit einer beruflichen Tätigkeit nach?

### 3.1.9 Inanspruchnahme von Betreuungs-/Hilfsangeboten für Mütter

Die Häufigkeiten der Inanspruchnahme von Betreuungsangeboten werden in Tabelle 10 dargestellt. In der Umfrage wurden die Beispiele „Geburtsvorbereitungskurs“, „häusliche Betreuung nach der Geburt durch eine Hebamme“, „Rückbildungskurs“, „Stillgruppe“ sowie „sonstige Angebote unter der Leitung einer Hebamme“ aufgezählt. Rund 91%

der befragten Mütter nahmen an den Betreuungs- und Hilfsangeboten teil.

Tabelle 10: Teilnahme an Betreuungsangeboten.

| Teilnahme | Absolute Häufigkeit | Relative Häufigkeit in % |
|-----------|---------------------|--------------------------|
| ja        | 731                 | 91,4                     |
| nein      | 69                  | 8,6                      |

Frage 8: Haben Sie mindestens eine der folgenden Angebote in Anspruch genommen?

Geburtsvorbereitungskurs, häusliche Betreuung nach der Geburt durch eine Hebamme, Rückbildungskurs, Stillgruppe, sonstige Angebote unter der Leitung einer Hebamme.

### 3.1.10 Alter der Mutter

Mittels Tabelle 11 werden die Teilnehmerinnen in Altersklassen unterteilt, um die in 3.2.5 dargestellten Berechnung von Korrelationen zu ermöglichen. Die meisten Mütter waren zwischen 26 und 30 Jahre alt (42,1%). 2,1% der Frauen waren unter 21 Jahre, 1,7% über 40 Jahre alt.

Die Summe der relativen Häufigkeiten ergibt aufgrund der Rundung nur 99,9%.

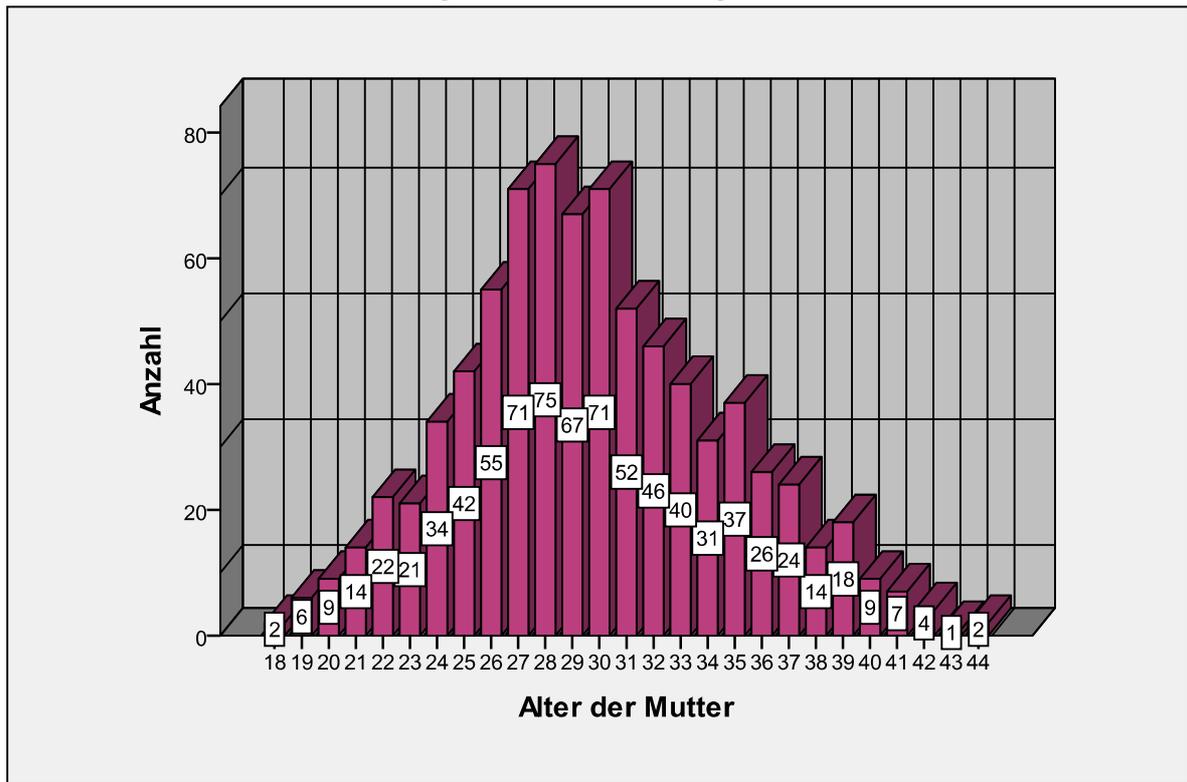
In Abbildung 1 ist die nichtklassifizierte Verteilung des Alters der Mutter zum Zeitpunkt der Umfrage dargestellt. Der Median liegt bei 29 Jahren, das arithmetische Mittel bei 29,7 Jahren (wobei hier „Dezimaljahre“ angegeben sind, d.h. dass beispielsweise eine „7“ nach dem Komma „7/10“ Jahre und nicht 7 Monate bedeutet). Von insgesamt 800 Fällen gibt es 4 fehlende Daten.

Tabelle 11: Alter der Mütter in Gruppen.

| Alter in Jahren | Absolute Häufigkeit | Relative Häufigkeit in % |
|-----------------|---------------------|--------------------------|
| bis 20          | 17                  | 2,1                      |
| 21-25           | 133                 | 16,7                     |
| 26-30           | 335                 | 42,1                     |
| 31-35           | 206                 | 25,9                     |
| 36-40           | 91                  | 11,4                     |
| über 40         | 14                  | 1,7                      |

Missing Values: 4 von 800 Fällen.

**Abbildung 1: Altersverteilung der Mütter.**



Alter in Jahren.

Missing Values: 4 von 800.

### 3.1.11 Wohnregion der Mutter

Tabelle 12 stellt die Verteilung der Wohnsitze der Mütter auf die alten (67,9%) und die neuen (23,3%) Bundesländer zum Zeitpunkt der Umfrage dar.

71 Frauen machten zum Wohnort keine Angaben.

Tabelle 12: Wohnregion der Mutter.

| BL      | Absolute Häufigkeit | Relative Häufigkeit in % |
|---------|---------------------|--------------------------|
| neue BL | 186                 | 25,6                     |
| alte BL | 543                 | 74,5                     |

BL = Bundesländer.

Missing Values: 71 von 800 Fällen.

### 3.1.12 Größe des Wohnortes

In Tabelle 13 sind die Prävalenzen der Wohnortgröße zum Zeitpunkt der Umfrage dargestellt. In den sechs festgelegten Größengruppen sind die Häufigkeiten relativ gleichmäßig verteilt, nur die Anzahl der Mütter in Großstädten lag zum Umfragezeitpunkt mit einer Anzahl von 181 circa doppelt so hoch wie beispielsweise die Anzahl in kleineren Orten (bis 1999 Einwohner) lebender Müttern (n=95).

Tabelle 13: Größe des Wohnortes.

| Einwohnerzahl   | Absolute Häufigkeit | Relative Häufigkeit in % |
|-----------------|---------------------|--------------------------|
| bis 1.999       | 95                  | 14,2                     |
| 2.000 – 4.999   | 104                 | 15,6                     |
| 5.000 – 19.999  | 121                 | 18,1                     |
| 20.000 – 49.999 | 108                 | 16,2                     |
| 50.000 – 99.999 | 59                  | 8,8                      |
| über 100.000    | 181                 | 27,1                     |

Missing Values: 132 von 800 Fällen.

### 3.1.13 Anzahl der Kinder im Haushalt

Die Anzahl der Kinder in den Haushalten zum Zeitpunkt der Umfrage ist in Tabelle 14 dargestellt. Der Median liegt bei 1, das arithmetische Mittel bei 1,6 Kindern. Die Summe der relativen Häufigkeiten ergibt aufgrund der Rundung 100,1%.

Tabelle 14: Anzahl der Kinder im Haushalt.

| Kinderzahl | Absolute Häufigkeit | Relative Häufigkeit in % |
|------------|---------------------|--------------------------|
| 1          | 452                 | 56,5                     |
| 2          | 249                 | 31,1                     |
| 3          | 78                  | 9,8                      |
| 4          | 13                  | 1,6                      |
| 5          | 6                   | 0,8                      |
| 6          | 2                   | 0,3                      |

### 3.1.14 Art des Schulabschlusses der Mutter

Tabelle 15 zeigt die Prävalenzen der Art des Schulabschlusses der Mütter. Zum größten Teil (321 Fälle) besaßen die Frauen einen Realschulabschluss. Ein weiterer hoher Anteil der Mütter (n=270) hatte das Abitur abgelegt. Lediglich sechs Mütter besaßen zum Zeitpunkt der Befragung keine abgeschlossene Schulausbildung.

Tabelle 15: Schulabschluss der Mutter.

| Abschluss      | Absolute Häufigkeit | Relative Häufigkeit in % |
|----------------|---------------------|--------------------------|
| keinen         | 6                   | 0,8                      |
| Hauptschule    | 69                  | 8,8                      |
| Realschule     | 321                 | 41,0                     |
| Fachhochschule | 116                 | 14,8                     |
| Abitur         | 270                 | 34,5                     |

Missing Values: 18 von 800 Fällen.

### 3.1.15 Familieneinkommen

Tabelle 16 zeigt die Häufigkeiten der Höhen des Familieneinkommens gestaffelt in Untergruppen. Mit 79% besitzen die meisten Familien ein monatliches Einkommen zwischen 1000-4000 Euro. Ein niedriges Einkommen von unter 1000 Euro besitzen 14,5% der Frauen.

Tabelle 16: Monatliches Familieneinkommen.

| Einkommen in Euro | Absolute Häufigkeit | Relative Häufigkeit in % |
|-------------------|---------------------|--------------------------|
| 0-1000            | 100                 | 14,5                     |
| 1000-4000         | 544                 | 79                       |
| über 4000         | 45                  | 6,5                      |

Missing Values: 111 von 800 Fällen.

### 3.2 Korrelationen zwischen Stillverhalten und den untersuchten Parametern

Dieser Teil der Arbeit stellt die Zusammenhänge zwischen den einzelnen Parametern und dem Stillen dar und ist somit der Kernbestandteil dieser Studie. Hier sollen die Ergebnisse der eigentlichen Fragestellung dargelegt werden. Dabei wird als „Stillbeginn – ja“ gewertet, wenn die befragte Mutter auf die Frage nach dem Stillmodus „Wie stillen Sie?“ eine der folgenden Antworten angekreuzt hat: „Ich stille voll (keine andere Milch, keine Breie).“, „Ich stille teils (zusätzlich andere Milch und/oder Breie).“ oder „Ich habe das Stillen beendet.“. Als „Stillbeginn – nein“ wird die Antwort „Ich habe nie gestillt.“ gewertet.

#### 3.2.1 Korrelation zwischen Stillbeginn und Geburtsmodalität

Die Mütter wurden nach dem Ort (Klinik, Geburtshaus, u.a) sowie der Art (Sectio caesare/vaginal) der Geburt befragt. Dabei scheint ein Zusammenhang mit dem Stillbeginn nicht sicher ausgeschlossen ( $p=0,068$ ).

Tabelle 17 verdeutlicht den Prozentsatz des Beginnens und Nichtbeginns mit dem Stillen in Verbindung mit der Geburtsmodalität. Vor allem Frauen mit Kaiserschnittgeburten begannen deutlich seltener zu stillen. Besonders hoch ist der Anteil des Stillbeginns bei Geburten mit intensiver Betreuung einer Hebamme in häuslicher Umgebung (Geburtshaus, zu Hause). Allerdings sind bei diesen Fällen die Stichprobenzahlen sehr gering.

Tabelle 17: Korrelation zwischen Stillbeginn und Geburtsmodalität.

| Geburtsmodalität | Stillbeginn „ja“<br>n=(in %) | Stillbeginn „nein“<br>n=(in %) |
|------------------|------------------------------|--------------------------------|
| KH per Sectio    | 183 (87,1)                   | 27 (12,9)                      |
| KH keine Sectio  | 523 (93,4)                   | 37 (6,6)                       |
| Geburtshaus      | 20 (95,2)                    | 1 (4,8)                        |
| zu Hause         | 8 (100)                      | 0 (0)                          |
| Sonstiges        | 1 (100)                      | 0 (0)                          |

KH = Krankenhaus.

Betrachten man den Unterschied zwischen Kaiserschnitt und vaginaler Geburt allein, so scheint ein signifikanter Zusammenhang zu bestehen ( $p=0,003$ ). Dabei wurde als Sectiogeurt die Antwort „Im Krankenhaus per Kaiserschnitt.“ gewertet. Die restlichen

Antwortmöglichkeiten („Im Krankenhaus ohne Kaiserschnitt.“; „Im Geburtshaus.“; „Zu Hause.“ sowie „Sonstiges.“) galten als vaginale Entbindung. Dies ist in Tabelle 18 dargestellt.

Tabelle 18: Korrelation zwischen Stillbeginn und Geburtsmodus.

| Geburtsmodus        | Stillbeginn „ja“<br>n=(in %) | Stillbeginn „nein“<br>n=(in %) |
|---------------------|------------------------------|--------------------------------|
| Sectio caesare      | 183 (87,1)                   | 27 (12,9)                      |
| vaginale Entbindung | 552 (93,6)                   | 38 (6,4)                       |

KH = Krankenhaus.

### 3.2.2 Korrelation zwischen Stillbeginn und Geburtsgewicht

Es scheint kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Geburtsgewicht und dem Stillbeginn zu bestehen ( $p=0,296$ ).

Tabelle 19: Korrelation zwischen Stillbeginn und Geburtsgewicht.

| Geburtsgewicht | Stillbeginn „ja“<br>n=(in %) | Stillbeginn „nein“<br>n=(in %) |
|----------------|------------------------------|--------------------------------|
| unter 2000g    | 7 (77,8)                     | 2 (22,2)                       |
| 2000-3000g     | 132 (91,0)                   | 13 (9,0)                       |
| 3001-4000g     | 529 (92,5)                   | 43 (7,5)                       |
| über 4000g     | 67 (90,5)                    | 7 (9,5)                        |

Tabelle 19 zeigt, dass bei einem Geburtsgewicht ab 2000g durchschnittlich 91,3% der Mütter mit dem Stillen begannen. Nur bei der Gruppe „Geburtsgewicht unter 2000g“ fällt mit 77,8% ein geringerer Stillbeginn auf, allerdings bei deutlich niedrigeren Fallzahlen.

### 3.2.3 Korrelation zwischen Stillbeginn und Klinikauszeichnung

Es wurde untersucht, ob in Krankenhäusern mit der Auszeichnung „Stillfreundliches Krankenhaus“ das Stillen häufiger begonnen wird. Tabelle 20 zeigt, dass in den Kliniken mit Auszeichnung (insgesamt 376 Fälle) 92,8% der Mütter mit dem Stillen begannen, bei Krankenhäusern ohne Auszeichnung (insgesamt 81 Fälle) 96,3%. Dabei konnte keine signifikante Korrelation festgestellt werden ( $p=0,252$ ).

Tabelle 20: Korrelation zwischen Stillbeginn und Auszeichnung „Stillfreundliches KH“.

| Auszeichnung | Stillbeginn „ja“<br>n=(in %) | Stillbeginn „nein“<br>n=(in %) |
|--------------|------------------------------|--------------------------------|
| ja           | 349 (92,8)                   | 27 (7,2)                       |
| nein         | 78 (96,3)                    | 3 (3,7)                        |

KH = Krankenhaus.

Missing Values: 313 von 770.

### 3.2.4 Korrelation zwischen Stillverhalten und Gesundheitszustand des Neugeborenen

Tabelle 21 zeigt, dass Kinder, die nach der Geburt neonatologisch behandelt werden mussten, seltener gestillt wurden als andere. Von 84 Fällen mit notwendiger Betreuung begannen 71 Mütter mit dem Stillen (84,5%). Im Gegensatz dazu begannen Frauen mit gesunden Kindern in 664 von insgesamt 716 Fällen (92,7%) das Stillen. Es scheint einen signifikanten inversen Zusammenhang zwischen neonatologischer Betreuung und Stillbeginn zu geben ( $p = 0,009$ ).

Tabelle 21: Korrelation zwischen Stillbeginn und Gesundheitszustand des Neugeborenen.

| Betreuung | Stillbeginn „ja“<br>n=(in %) | Stillbeginn „nein“<br>n=(in %) |
|-----------|------------------------------|--------------------------------|
| ja        | 71 (84,5)                    | 13 (15,5)                      |
| nein      | 664 (92,7)                   | 52 (7,3)                       |

Betreuung = postpartale neonatologische Betreuung.

Betrachtet man die Korrelation zwischen Stillmodus und neonatologischer Betreuung, dargestellt in Tabelle 22, so scheint es auch hier einen signifikanten Zusammenhang zu geben ( $p = 0,003$ ). Es stillen weniger Mütter voll, deren Kinder medizinisch betreut werden mussten. Aufgrund der Rundung ergibt die Zeile „Betreuung – nein“ 100,1%.

Tabelle 22: Korrelation zwischen Stillmodus und Gesundheitszustand des Neugeborenen.

| Betreuung | Vollstillen<br>n=(in %) | Teilstillen<br>n=(in %) | Stillen beendet<br>n=(in %) | nie gestillt<br>n=(in %) |
|-----------|-------------------------|-------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| ja        | 18 (21,4)               | 12 (14,3)               | 41 (48,8)                   | 13 (15,5)                |
| nein      | 252 (35,2)              | 140 (19,6)              | 272 (38,0)                  | 52 (7,3)                 |

Betreuung = postpartale neonatologische Betreuung.

### 3.2.5 Korrelation zwischen Stillbeginn und Alter der Mutter

Tabelle 23 zeigt, dass es keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Stillbeginn und dem Alter der Mutter gibt ( $p = 0,508$ ). Bei Müttern zwischen 21 und 40 Jahren begannen durchschnittlich 91,7% der Mütter mit dem Stillen. Nur in den Altersgruppen der Mütter unter 20 und über 40 Jahren gab es größere Abweichungen (bei Müttern unter 20 Jahren begannen 76,5% mit dem Stillen, bei Müttern über 40 Jahren 100%).

Tabelle 23: Korrelation zwischen Stillbeginn und Alter der Mutter.

| Alter der Mutter in Jahren | Stillbeginn „ja“<br>n=(in %) | Stillbeginn „nein“<br>n=(in %) |
|----------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| bis 20                     | 13 (76,5)                    | 4 (23,5)                       |
| 21-25                      | 119 (89,5)                   | 14 (10,5)                      |
| 26-30                      | 310 (92,5)                   | 25 (7,5)                       |
| 31-35                      | 193 (93,7)                   | 13 (6,3)                       |
| 36-40                      | 83 (91,2)                    | 8 (8,8)                        |
| über 40                    | 14 (100)                     | 0 (0)                          |

Missing Values: 4 von 800.

### 3.2.6 Korrelation zwischen Stillbeginn und beruflicher Position der Mutter

Tabelle 24 stellt die Korrelation zwischen dem beruflichen Stand der Mutter und dem Stillbeginn dar. Dabei kann kein signifikanter Zusammenhang festgestellt werden ( $p = 0,706$ ). Die Streubreite der Antwort „Stillbeginn – ja“ liegt bei 60-100%, wobei die meisten Positionen zwischen 88,3% (Hausfrauen) und 95,0% (Beamte) zu finden sind. Bei Punkten mit größeren Abweichungen des Stillbeginns ist die Fallzahl sehr gering (Soldatin 100% bei zwei befragten Frauen, Referentin/ Assistentin 80,0% bei fünf Befragten, Geschäftsleitung 60,0% bei ebenfalls fünf befragten Frauen) und somit kaum eine Auswertung möglich.

Tabelle 24: Korrelation zwischen Stillbeginn und beruflicher Position der Mutter.

| berufliche Position    | Stillbeginn „ja“<br>n=(in %) | Stillbeginn „nein“<br>n=(in %) |
|------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| Hausfrau               | 212 (88,3)                   | 28 (11,7)                      |
| Arbeiterin             | 18 (94,7)                    | 1 (5,3)                        |
| Angestellte            | 264 (93,6)                   | 18 (6,4)                       |
| leitende Angestellte   | 100 (93,5)                   | 7 (6,5)                        |
| Beamte                 | 38 (95,0)                    | 2 (5,0)                        |
| Ausbildung             | 59 (93,7)                    | 4 (6,3)                        |
| Soldatin               | 2 (100)                      | 0 (0)                          |
| Referentin/Assistentin | 4 (80,0)                     | 1 (20,0)                       |
| Geschäftsleitung       | 3 (60,0)                     | 2 (40,0)                       |

Missing Values: 37 von 800 Fällen.

### 3.2.7 Korrelation zwischen Stillbeginn und Wohnregion

In Tabelle 25 sind die Prävalenzen des Stillbeginns in Abhängigkeit von der Lage des Wohnortes in den ost- bzw. westdeutschen Bundesländern dargestellt. In beiden Regionen begannen zum Umfragezeitpunkt circa 92% das Stillen. Es scheint somit kein signifikanter Zusammenhang zu bestehen ( $p = 0,654$ ).

Tabelle 25: Korrelation zwischen dem Stillbeginn und der Wohnregion der Mutter (Ost-/Westdeutschland).

| Region  | Stillbeginn „ja“<br>n=(in %) | Stillbeginn „nein“<br>n=(in %) |
|---------|------------------------------|--------------------------------|
| neue BL | 171 (91,9)                   | 15 (8,1)                       |
| alte BL | 498 (91,7)                   | 45 (8,3)                       |

BL = Bundesländer.

Missing Values: 132 von 800 Fällen.

In Tabelle 26 wird verdeutlicht, dass es keinen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Stillbeginn und der Größe des Wohnortes gibt ( $p = 0,400$ ). In ländlichen Regionen mit weniger als 1.999 Einwohnern begannen zum Umfragezeitpunkt, ebenso wie in größeren Städten mit über 100.000 Einwohnern, circa 95% der Frauen mit dem Stillen. Die anderen Gruppen weichen davon nicht signifikant ab.

Tabelle 26: Korrelation zwischen Stillbeginn und Größe des Wohnortes.

| Größe des Wohnortes | Stillbeginn „ja“ | Stillbeginn „nein“ |
|---------------------|------------------|--------------------|
| bis 1.999EW         | 90 (94,7)        | 5 (5,3)            |
| 2.000-4.999EW       | 92 (88,5)        | 12 (11,5)          |
| 5.000-19.999EW      | 112 (92,6)       | 9 (7,4)            |
| 20.000-49.999EW     | 100 (92,6)       | 8 (7,4)            |
| 50.000-99.999EW     | 55 (93,2)        | 4 (6,8)            |
| ab 100.000          | 171 (94,5)       | 10 (5,5)           |

EW= Einwohner.

Missing Values: 132 von 800 Fällen

### 3.2.8 Korrelation zwischen Stillbeginn und Familieneinkommen

In Tabelle 27 wird der Zusammenhang zwischen Stillbeginn und Familieneinkommen dargestellt. Dabei scheint es zwischen den einzelnen Gruppen einen signifikanten Unterschied zu geben ( $p = 0,017$ ). In allen Gruppen liegt der Prozentsatz der Mütter, die mit dem Stillen begannen, zwischen 85% und 93,4%.

Tabelle 27: Korrelation zwischen Stillbeginn und Familieneinkommen.

| Einkommen in Euro | Stillbeginn „ja“<br>n=(in %) | Stillbeginn „nein“<br>n=(in %) |
|-------------------|------------------------------|--------------------------------|
| 0-1000            | 85 (85)                      | 15 (15)                        |
| 1000-4000         | 508 (93,4)                   | 36 (6,6)                       |
| über 4000         | 142 (91)                     | 14(9)                          |

Missing Values: 111 von 800 Fällen.

### 3.2.9 Korrelation zwischen Stillbeginn und Nutzung von Betreuungsangeboten

In Tabelle 28 ist der Zusammenhang zwischen dem Stillbeginn und der Nutzung von Betreuungsangeboten dargestellt. Teilnehmerinnen, die Angebote einer Hebamme in Anspruch nahmen, stillten nicht signifikant häufiger ( $p = 0,296$ ): 91,8% versus 86,2%. Die Auswahl der angegebenen Hilfestellungen war jedoch sehr umfassend, sodass keine relevanten Aussagen getroffen werden können (s. auch 2.2.3)

Tabelle 28: Korrelation zwischen Stillbeginn und Betreuungsangeboten.

| Nutzung der Angebote | Stillbeginn „ja“<br>n=(in %) | Stillbeginn „nein“<br>n=(in %) |
|----------------------|------------------------------|--------------------------------|
| ja                   | 675 (91,8)                   | 60 (8,2)                       |
| nein                 | 56 (86,2)                    | 9 (13,2)                       |

Angebote = Betreuung durch eine Hebamme.

### 3.2.10 Korrelation zwischen Stillbeginn und Bildungsstand der Mutter

In Tabelle 29 ist die Korrelation zwischen dem Stillbeginn und dem Schulabschluss der Mutter dargestellt. Dabei fällt auf, dass Teilnehmerinnen mit einem niedrigeren Bildungsstand seltener mit dem Stillen begannen. So stillten beispielsweise Frauen mit Abitur in 94,8% der Fälle, wohingegen Mütter mit Hauptschulabschluss nur in 76,8% der Fälle das Stillen begannen. Der niedrigste Stillbeginn lag bei Müttern ohne Schulabschluss. In dieser Gruppe stillten lediglich 66,7% der Frauen.

Es scheint hier einen signifikanten Zusammenhang zu geben ( $p = 0,001$ ).

Tabelle 29: Korrelation zwischen Stillbeginn und Schulabschluss der Mutter.

| Schulabschluss | Stillbeginn „ja“<br>n=(in %) | Stillbeginn „nein“<br>n=(in %) |
|----------------|------------------------------|--------------------------------|
| keinen         | 4 (66,7)                     | 2 (33,3)                       |
| Hauptschule    | 53 (76,8)                    | 16 (23,2)                      |
| Realschule     | 293 (91,3)                   | 28 (8,7)                       |
| Fachhochschule | 112 (96,6)                   | 4 (3,4)                        |
| Abitur         | 256 (94,8)                   | 14 (5,2)                       |

Missing Values: 111 von 800 Fällen.

### 3.2.11 Korrelation zwischen Stillverhalten und Kindesalter

Tabelle 30 zeigt die Abhängigkeit der Stilltätigkeit („ja“ oder „nein“) vom zeitlichen Verlauf. Dabei werden als Stillen „ja“ die Antworten „Ich stille voll.“ und „Ich stille teils.“ gewertet. Zur Aussage Stillen „nein“ zählen die Antworten „Ich habe das Stillen beendet.“ und „Ich habe nie gestillt.“. Wie zu erwarten, gibt es einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Stillen („ja“ oder „nein“) und dem Alter des Kindes ( $p = 0,000$ ). In jeder gewählten Altersgruppe der Kinder wurden 200 Mütter befragt. Der Anteil der stillenden Mütter sinkt

mit zunehmendem Alter des Kindes. Bei einem zwei bis drei Monate alten Kind beantworteten 143 von 200 Müttern die Frage nach dem Stillen mit „ja“; von Müttern, deren Kind 12 – 13 Monate alt war, bejahten nur noch 48 diese Frage.

Tabelle 30: Einfluss des Kindesalters auf die Stilltätigkeit.

| Alter des Kindes<br>in Lebensmonaten | Stillen „ja“<br>n=(in %) | Stillen „nein“<br>n=(in %) |
|--------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| 2-3                                  | 143 (71,5)               | 57 (28,5)                  |
| 4-5                                  | 134 (67)                 | 66 (33)                    |
| 6-7                                  | 97 (48,5)                | 103 (51,5)                 |
| 12-13                                | 48 (24)                  | 152 (76)                   |

In Tabelle 31 ist die Abhängigkeit des Stillmodus vom Alter des Kindes dargestellt. Dabei ist zu erkennen, dass der Anteil der Mütter, die voll- oder teilstillen, mit zunehmendem Alter des Kindes stetig sinkt, und der Anteil der Frauen, die das Stillen beendet haben, mit der Zeit ansteigt. Der Anteil der Mütter, die nie gestillt haben, ist in allen Altersklassen wie erwartet konstant. Es existiert demnach eine signifikante Korrelation zwischen Stillmodus und Alter des Kindes ( $p = 0,000$ ).

Im zeitlichen Verlauf gesehen, stillen nach 2-3 Monaten 60,5% der Frauen voll. Im Alter von 6-7 Monaten stillten lediglich noch 18% voll. Die Gesamtstillrate nach 6-7 Monaten liegt bei 48,5%.

Tabelle 31: Korrelation zwischen Stillmodus und Kindesalter.

| Alter des Kindes in<br>Lebensmonaten | Vollstillen<br>n=(in %) | Teilstillen<br>n=(in %) | Stillen beendet<br>n=(in %) | nie gestillt<br>n=(in %) |
|--------------------------------------|-------------------------|-------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| 2-3                                  | 121 (60,5)              | 22 (11)                 | 40 (20)                     | 17 (8,5)                 |
| 4-5                                  | 112 (56)                | 22 (11)                 | 53 (26,5)                   | 13 (6,5)                 |
| 6-7                                  | 36 (18)                 | 61 (30,5)               | 86 (43)                     | 17 (8,5)                 |
| 12-13                                | 1 (0,5)                 | 47 (23,5)               | 134 (67)                    | 18 (9)                   |

### 3.2.12 Korrelation zwischen Stillbeginn und Kinderzahl

Tabelle 32 zeigt die Korrelation zwischen der Kinderzahl und dem Stillbeginn. Aufgrund geringer Fallzahlen bei Müttern mit mehr als zwei Kindern im Haushalt wurden die befragten Mütter mit drei bis sechs Kindern (s. 3.1.13) in der Gruppe „mehr als zwei Kinder“ zusammengefasst. Es konnte dabei kein signifikanter Zusammenhang nachgewiesen werden ( $p = 0,250$ ). Der Anteil der Mütter, die mit dem Stillen begonnen haben, liegt in jeder Gruppe zwischen 89,9% und 92,4%.

Tabelle 32: Korrelation zwischen Stillbeginn und Kinderzahl im Haushalt.

| Kinderzahl | Stillbeginn „ja“<br>n=(in %) | Stillbeginn „nein“<br>n=(in %) |
|------------|------------------------------|--------------------------------|
| 1          | 416 (92,0)                   | 36 (8,0)                       |
| 2          | 230 (92,4)                   | 19 (7,6)                       |
| mehr als 2 | 89 (89,9)                    | 10 (10,1)                      |

### 3.2.13 Korrelation zwischen Stillverhalten und Rauchen

Den signifikanten Zusammenhang ( $p = 0,000$ ) zwischen Stillen („ja“ oder „nein“) und Rauchen zeigt die Tabelle 33. Dabei stillten zum Zeitpunkt der Umfrage rauchende Mütter deutlich seltener als Nichtraucherinnen (1,4% versus 51,4%).

Tabelle 33: Korrelation zwischen Stillwahrscheinlichkeit und Rauchen.

| Rauchen | Stillen „ja“<br>n=(in %) | Stillen „nein“<br>n=(in %) |
|---------|--------------------------|----------------------------|
| ja      | 11 (1,4)                 | 81 (10,1)                  |
| nein    | 411 (51,4)               | 297 (37,1)                 |

Ebenso begannen signifikant weniger rauchende Teilnehmerinnen mit dem Stillen als Nichtraucherinnen ( $p=0,000$ ). Dieser Sachverhalt ist in Tabelle 34 dargestellt. Es besteht ein direkter Zusammenhang.

Tabelle 34: Korrelation zwischen Stillbeginn und Rauchen.

| Rauchen | Stillbeginn „ja“<br>n=(in %) | Stillbeginn „nein“<br>n=(in %) |
|---------|------------------------------|--------------------------------|
| ja      | 71 (8,9)                     | 21 (2,6)                       |
| nein    | 664 (83)                     | 44 (5,5)                       |

Das Rauchen beeinflusst auch den Stillmodus signifikant ( $p = 0,000$ ). Dies ist in Tabelle 35 dargestellt. Mütter stillen signifikant häufiger voll, wenn sie nicht rauchen. Die meisten rauchenden Teilnehmerinnen haben das Stillen beendet oder nie mit dem Stillen begonnen.

Tabelle 35: Korrelation zwischen Stillmodus und Rauchen.

| Rauchen | Vollstillen<br>n=(in %) | Teilstillen<br>n=(in %) | Stillen beendet<br>n=(in %) | nie gestillt<br>n=(in %) |
|---------|-------------------------|-------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| ja      | 4 (4,3)                 | 7 (7,6)                 | 60 (65,2)                   | 21 (22,8)                |
| nein    | 266 (37,6)              | 145 (20,5)              | 253 (35,7)                  | 44 (6,2)                 |

### 3.2.14 Korrelation zwischen Stillverhalten und Berufstätigkeit

Der Zusammenhang zwischen Stillen und Berufstätigkeit lässt sich nur in Hinsicht auf den Stillmodus, nicht aber in Bezug auf den Stillbeginn sinnvoll untersuchen, da zum Zeitpunkt der Geburt und somit auch des Stillbeginns alle Frauen aufgrund des Mutterschutzes nicht berufstätig waren.

Tabelle 36 zeigt den signifikanten Zusammenhang ( $p = 0,001$ ) zwischen Stillmodus und Berufstätigkeit. Berufstätige Mütter stillen demnach seltener voll. Eine deutlich größere Anzahl arbeitender Mütter stillt im Gegensatz zu Müttern zu Hause teils oder hat das Stillen beendet.

Tabelle 36: Zusammenhang zwischen Stillmodus und Berufstätigkeit.

| Berufstätigkeit | Vollstillen<br>n=(in %) | Teilstillen<br>n=(in %) | Stillen beendet<br>n=(in %) | nie gestillt<br>n=(in %) |
|-----------------|-------------------------|-------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| ja              | 22 (18,3)               | 32 (26,7)               | 52 (43,3)                   | 14 (11,7)                |
| nein            | 248 (36,5)              | 120 (17,6)              | 261 (38,4)                  | 51 (7,5)                 |

## 4 Diskussion

In der Diskussion werden die einzelnen Punkte aus dem Ergebnisteil in die aktuelle Literatur eingeordnet. Dabei wird die Repräsentativität der Studie durch die Prävalenzen der Stillfaktoren im Vergleich mit anderen Angaben gewertet. Des Weiteren werden die Korrelationen zwischen dem Stillen und den möglichen Einflussfaktoren in den momentanen Stand eingeordnet und gewertet.

Zunächst werden die Daten des Stillbeginns mit denen anderer Studien verglichen. Im Anschluss werden verschiedene Gruppen von Einflussfaktoren diskutiert. Dazu gehören die Gesundheit des Kindes, Stillberatung, Sozioökonomie sowie weitere maternale Faktoren.

### 4.1 Nomenklatur

Die Vergleiche dieser Erhebung mit anderen Studien verlangt eine klare Definition des Stillens. So sollte klar geregelt sein, was zum Beispiel Vollstillen und ausschließliches Stillen unterscheidet. Diese Unterscheidung ist nicht immer einfach vorzunehmen und schafft in der Praxis viele Probleme [58]. Grundlage für die vorliegenden Begriffsbestimmungen sind die „Indicators for Assessing Breast-Feeding Practices“ der WHO [70] sowie die Empfehlung der Nationalen Stillkommission [43]. In Tabelle 38 ist die empfohlene Terminologie dargestellt und erläutert.

Die sehr detaillierte Terminologie ermöglicht es, verschiedene Studien besser miteinander zu vergleichen. Im Falle vieler Erhebungen erschwert es aber die Datensammlung, da die Teilnehmer diese Nomenklatur nicht kennen. So werden häufig verschiedene Ernährungsformen zusammengefasst. Auch in der hier vorliegenden Studie werden die verschiedenen Ernährungsformen zusammengefasst und bewertet. Die in dieser Umfrage verwendete Terminologie ist aus diesem Grund eine Vereinfachung der WHO-Empfehlung (siehe Tabelle 37).

Tabelle 37: Terminologie „Stillen“ in dieser Studie.

| Terminologie    | Erklärung   |
|-----------------|---|
| Vollstillen     | ausschließlich und überwiegend Muttermilch<br>(Tee, Wasser, Zuckerlösung erlaubt) |
| Teilstillen     | zusätzlich Muttermilchersatz und Beikost  |
| Stillen beendet | keinerlei Muttermilch   |

Tabelle 38: Terminologie zum Thema Stillen.

| WHO                                  | Nationale Stillkommission                    | Erklärung   |
|--------------------------------------|--|---|
| exclusive human milk feeding         | ausschließlich Frauenmilch                   | ggf. zusätzl. Vitamine, Medikamente, Mineralstoffe          |
| exclusive breast milk feeding        | ausschließlich Muttermilch                   | ggf. zusätzl. Vitamine, Medikamente, Mineralstoffe          |
| exclusive breast-/donor milk feeding | ausschließlich Mutter- und/oder Spendermilch | ggf. zusätzl. Vitamine, Medikamente, Mineralstoffe          |
| predominant breast feeding           | überwiegend Muttermilch                      | zusätzlich Flüssigkeiten wie z.B. Tee, Wasser, Zuckerlösung |
| supplementary feeding                | Zwimilch                                     | zusätzlich Muttermilchersatz                                |
| breast milk substitute               | Muttermilchersatz                            | industriell oder selbst hergestellte Säuglingsmilchnahrung  |
| weaning food, beikost                | Beikost                                      | Alle Nahrungsmittel außer Muttermilch und Muttermilchersatz |
| complementary feeding                | Muttermilch mit Beikost                      |   |
|                                      | Zwimilch mit Beikost                         |   |
|                                      | Muttermilchersatz mit Beikost                |   |

#### 4.2 Prävalenz des Stillbeginns

Die Daten dieser Studie zeigen, dass 91,9% der teilnehmenden Mütter mit dem Stillen begonnen haben. Dies deckt sich im Wesentlichen mit den Daten aus verschiedenen anderen Statistiken. So ermittelten beispielsweise Dulon und Kersting in der SuSe-Studie einen Stillbeginn von 91% [30]. Diese vom Forschungsinstitut für Kinderernährung Dortmund (FKE) 1997/1998 durchgeführte Studie war die erste große bundesweite Erhebung zum Thema Stillen und Säuglingsernährung in Deutschland. Sie bestand aus zwei Komponenten: einer Querschnitterhebung zu den Stillbedingungen in bundesdeutschen Geburtskliniken sowie einer Längsschnitterhebung zu Stillen und Säuglingsernährung im 1. Lebensjahr bei Mutter-Kind-Paaren aus den teilnehmenden Kliniken der Querschnitterhebung. Sie wird in dieser Studie aufgrund der ähnlichen Untersuchungsschwerpunkte häufiger zitiert.

In der Erhebung „Wie werden Säuglinge in Deutschland ernährt?“ von Bergmann et al. aus dem Jahr 1990, bei der sechs Geburtskliniken einbezogen wurden, zeigte sich ein Stillbeginn von 92% [8].

Die Ergebnisse des Kinder- und Jugendsurveys zum Thema „Verbreitung, Dauer und zeitlicher Trend des Stillens in Deutschland“ zeigte einen Anstieg des Stillbeginns in den Jahren von 1986-2005 um 7% (74% vs. 81,5% Stillquote) [36].

Auch regional begrenzte Untersuchungen in Deutschland zeigen ähnliche Stillbeginnquoten. So wurden in Berlin nach der Geburt 96,1% der Mutter-Kind-Paare stillend nach Hause entlassen. In dieser Studie vom Jahre 2005 wurden 19 Geburtskliniken und vier Geburtshäuser einbezogen. Die Tatsache, dass auch außerklinische Geburten einbezogen wurden, ist ein wesentlicher Unterschied zu vielen anderen Studien und könnte mit der hohen Stillrate zusammenhängen, denn nach Entbindung in Geburtshäusern wird signifikant häufiger gestillt [67].

Die zeitgleich durchgeführte Studie „Stillverhalten in Bayern“ zeigt einen Stillbeginn von 98,5% [33]. Eine weitere Stillstudie von 1981-1983 bei 1500 Müttern in Dortmund und Haltern zeigte eine initiale Stillrate von 92,2% (Dortmund) bzw. 97,2% (Haltern) [31]. In diese Quoten wurden allerdings auch vergebliche Stillversuche (also Mütter die versuchten, mit dem Stillen zu beginnen, denen es aber nicht gelang) einbezogen. Somit sind die Zahlen nicht direkt mit den hier besprochenen Studien vergleichbar.

Im europäischen Vergleich besitzt Deutschland eine der höchsten Stillbeginnquoten. Lediglich die skandinavischen Länder wie Norwegen und Dänemark können höhere Stillfrequenzen aufweisen [12].

### **4.3 Stildauer**

Bezüglich der Stildauer wird allgemein empfohlen, alle Säuglinge für sechs Monate ausschließlich voll zu stillen. Danach sollten die Kinder mindestens bis zum Ende des ersten Lebensjahres, besser bis über das vollendete zweite Lebensjahr hinaus gestillt werden [3, 44, 71]. Die Nationale Stillkommission schließt sich dieser Empfehlung an, gibt jedoch keine ausdrückliche Empfehlung zum Zeitpunkt des Abstillens. Jedoch wird explizit darauf hingewiesen, dass idealerweise auch nach Erlernung des Trinkens mittels Tasse/Becher weiter gestillt werden sollte [43].

In der im Rahmen dieser Arbeit durchgeführten Studie wurden Kinder im Alter von 2-3 Monaten zu 71,5% gestillt, im Alter von 12-13 Monaten lediglich noch zu 24%. Im Alter von

2-3 Monaten wurden 60,5% der Kinder voll gestillt, nach sechs Monaten nur noch 18%. Dies zeigt den großen Unterschied zwischen Empfehlung und Wirklichkeit. Es ist mehr Aufklärungsarbeit erforderlich, um nicht nur die initialen Stillquoten hoch zu halten, sondern vielmehr auch, um die Bereitschaft des langen Stillens zu entwickeln [11]. Dies zeigt sich auch in verschiedenen anderen Studien, die nicht nur Deutschland betreffen. Die Umsetzung der Stilldauer ist ein internationales Problem [20].

Eine Schweizer Studie aus dem Jahr 2003 zeigt eine initiale Stillrate von 94%. Nach sechs Monaten wurden noch 69% der Kinder gestillt [2]. In Italien begannen 85,3% zu stillen. Nach einem Monat stillten noch 66,5%, nach sechs Monaten 19,4%. Im Alter von zwölf Monaten wurden lediglich noch 4% gestillt [23].

In der SuSe-Studie stillten nach sechs Monaten noch 52%, nach zwölf Monaten 13% der Mütter [30]. Ebenso zeigte die Stillstudie von Dortmund und Haltern einen steilen Abfall der Stillquote nach kurzer Zeit [32].

Die multizentrische Allergiestudie MAS-90 von 1994 zeigte einen Stillbeginn von 92%. Nach drei Monaten stillten 57% der Mütter, nach zwölf Monaten lediglich 8% [8].

In der bayrischen Stillstudie stillten nach zwei Monaten noch 69,7% und nach sechs Monaten 51,6% (Stillbeginn 98,5%) [33]. Die Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey zeigen, dass es im Laufe der Jahre keinen eindeutigen Trend bezüglich der Stilldauer gibt. Es gibt allerdings einen deutlichen Unterschied zwischen Empfehlung und Umsetzung [36].

Als Vorbild bezüglich der Stilldauer können abermals die skandinavischen Länder dienen. Michaelsen zeigt bei einem Stillbeginn von rund 100%, dass nach sechs Monaten noch ca. 60%, nach zwölf Monaten ca. 20% stillen [42]. Eine weitere Studie von Yngve zeigt, dass im Vergleich zu den restlichen europäischen Ländern in Schweden und Norwegen die Stillraten und die Stilldauer sehr hoch sind [73].

#### **4.4 Gesundheitszustand des Kindes**

Die Nationale Stillkommission empfiehlt für einen positiven Start beim Stillen, das Baby so früh wie möglich im Kreißsaal anzulegen. Des Weiteren soll das Kind nach beidseitigem Bedarf so oft und so lange wie möglich angelegt werden. Ist ein direktes Stillen nicht möglich, wird das Abpumpen der Milch empfohlen [49]. Bei reifen gesunden Babys besteht keine Indikation zum Zufüttern weiterer Flüssigkeiten oder Nahrung [10].

Eine schwere Geburt, medizinische Komplikationen und Krankheit des Babys können einen denkbaren Einfluss auf das Stillverhalten haben. Mit den folgenden Punkten sollen mögliche Einflussfaktoren in der Zeit des Stillbeginns diskutiert werden.

#### 4.4.1 Geburtsmodalität

Um die Daten dieser Studie bezüglich der Geburtsmodalität mit denen anderer Statistiken vergleichen zu können, müssen ein paar Umstellungen vorgenommen werden. Im Jahr 2007 gab es in Deutschland 684.862 Lebendgeburten [60]. Davon fanden 667.152 im Krankenhaus statt [29]. Da amtliche statistische Referenzzahlen über die Anzahl der außerklinischen Geburten

Tab. 39: Statistik der Lebendgeburten in Deutschland 2007

| Lebendgeburten | Absolute Prävalenz | Relative Prävalenz |
|----------------|--------------------|--------------------|
| Gesamt         | 684.862            | 100%               |
| Klinik         | 667.152            | 97,4%              |
| außerklinisch  | 17.710             | 2,6%               |

Außerklinische Geburten berechnet aus „Gesamt-Klinik“ unter der Annahme, dass nicht erfasste Klinikgeburten gleich außerklinische Geburten sind

seit 1982 nicht mehr vorliegen, ergibt sich die Anzahl aus der Subtraktion der oben genannten Zahlen. Somit gab es 2007, unter der Annahme, dass nicht erfasste Klinikgeburten gleich außerklinische Geburten sind, 17.710 Lebendgeburten außerhalb der Klinik. Dies entspricht einer relativen Prävalenz von 97,4% Klinikgeburten.

Die Daten decken sich mit denen aus dieser Studie. Hier wurde ein Anteil von Geburten im Krankenhaus von 96,3% ermittelt.

Die Kaiserschnitttrate wird in der Literatur immer in Prozent von den Klinikgeburten angegeben. Um einen besseren Vergleich zu ermöglichen, wird an dieser Stelle der Studie ebenso verfahren. Bei der Literaturrecherche fand sich eine Kaiserschnitttrate von 30,2% in Deutschland [59]. Bei der im Rahmen dieser Arbeit durchgeführten Umfrage wurden 27,3% der Babys mittels Sectio entbunden. Dies wird in Tabelle 40 verdeutlicht.

Tab. 40: Prävalenz des Entbindungsmodus bei Klinikgeburten.

| Geburtsmodus   | Absolute Prävalenz | Relative Prävalenz<br>in % |
|----------------|--------------------|----------------------------|
| vaginal        | 560                | 72,7                       |
| Sectio caesare | 210                | 27,3                       |

## A) Einflüsse durch Sectio caesare

Das frühe Anlegen des Kindes an die mütterliche Brust beeinflusst stark positiv die Bindung zwischen Mutter und Kind sowie die Milchbildung [26]. Die Initiative „Babyfreundliches Krankenhaus“ gibt in ihrem 4. Schritt zum erfolgreichen Stillen vor, das Baby in der ersten Lebensstunde anzulegen [10]. Dieser Schritt wird wesentlich von einem Kaiserschnitt beeinflusst. So können Mütter nach einer Sectio nur halb so häufig wie nach einer vaginalen Geburt ihr Kind innerhalb der ersten 60 Minuten anlegen [9]. In Bezug dazu zeigte die SuSe-Studie, dass Mütter, die erst nach der ersten Lebensstunde das Kind stillten, insgesamt signifikant kürzer stillten [30].

Ähnlich negative Ergebnisse eines Kaiserschnittes auf die Stilldauer wurden auch von weiteren Studien geliefert [33, 55]. Die Stillstudie aus Dortmund und Haltern zeigte, dass es keinen signifikanten Zusammenhang zwischen den Stillversuchen und dem Entbindungsmodus gab, jedoch war der Anteil der nichtstillenden Mütter bei Entlassung dreimal höher, wenn per Kaiserschnitt entbunden wurde [31]. Auch in der zu Grunde liegenden Studie zeigt sich, dass Mütter mit Kaiserschnittgeburten seltener das Stillen begannen als Mütter mit vaginalen Geburten. Dies könnte mit der späteren Möglichkeit, das Kind an die Brust zu legen, mit dem Einsatz von Narkotika sowie häufiger schwierigeren postpartalen Gesundheitszuständen von Kind und Mutter zusammenhängen. Es ist also ein wichtiger Ansatz in der Stillförderung, dass Mütter mit Schnittentbindungen mehr Unterstützung benötigen und besser betreut werden müssen.

## B) Einfluss des Geburtsorts

Die Aussage, dass der Geburtsort einen Einfluss auf den Stillbeginn hat, ist mit dieser Studie nicht signifikant nachweisbar. Zwar lag der Prozentsatz des Stillbeginns bei außerklinischen Geburten mit 96,7% höher als bei Klinikgeburten mit 91,7%; allerdings ist die Anzahl der außerklinischen Geburten sehr gering, so dass keine definitiven Aussagen möglich sind. Die meisten Stillstudien beziehen ihre Daten aus Erhebungen von Geburtskliniken. Somit sind Geburten aus beispielsweise Geburtshäusern oder im häuslichen Milieu nicht erfasst. Lediglich die Berliner Untersuchung befasst sich konkret mit dem Unterschied zwischen klinischer und außerklinischer Geburt. Kinder, die in Geburtshäusern zur Welt kamen, wurden signifikant häufiger früh angelegt sowie signifikant häufiger überhaupt und ausschließlich gestillt [67]. Dies lässt Rückschlüsse auf eine bessere Vorbereitung der Familie

vor und nach der Geburt in Bezug auf das Stillen zu. Ebenso können Mutter-Kind-Paare in Geburtshäusern individueller betreut werden, als das in größeren Kliniken der Fall ist.

Die mangelhafte Datenlage über außerklinische Geburten ist für die Gesamtbetrachtung des Stillverhaltens in Deutschland von Nachteil und sollte überdacht werden. Für eine bessere Datenlage müssen einheitliche Richtlinien zur Erfassung festgelegt werden. An der Umsetzung sollten nicht nur die Geburtskliniken, sondern auch die Geburtshäuser, Hebammen und Meldebehörden beteiligt werden. Die Daten könnten dann an einer zentralen Stelle gesammelt und verwaltet werden.

#### **4.4.2 Geburtsgewicht**

Das Geburtsgewicht hat keinen Einfluss auf den Stillbeginn. Lediglich Kinder unter 2000g werden seltener gestillt, wobei die Fallzahlen in dieser Studie zu gering sind um Aussagen zur Signifikanz zu treffen. Dies ist allerdings plausibel, da Kinder mit solch geringem Geburtsgewicht neonatologisch betreut werden und das direkte Stillen oft nicht möglich ist. Somit erschwert es die Umstände für frühes Anlegen, Stillen nach Bedarf etc. Die Datenlage diesbezüglich scheint ebenfalls darauf hin zu deuten, dass bei Geburtsgewichten unter 2000g initial seltener gestillt wird. Eine ältere Studie von Coles et al. zeigt einen signifikanten Zusammenhang zwischen niedrigem Geburtsgewicht und Stillbeginn [13]. Gerstner und Grünberger fanden 1980 ebenfalls einen niedrigeren Stillbeginn bei einem Geburtsgewicht unter 2000g [21]. Ähnliche Geburtsgewichtsklassen wie hier wurden in einer Wiener Studie eingeteilt. Der Anteil an nicht stillenden Müttern war bei Kindern unter 2000g hochsignifikant größer als in den anderen Gruppen (2000g-3500g, über 3500g) [15].

Keinen Einfluss des Geburtsgewichts auf den Stillbeginn zeigte hingegen Boccolini et al. mit ihrer Studie „Factors associated with breastfeeding in the first hour of life“ [9]. Bei dieser Studie wurden jedoch Kinder mit einem sehr niedrigem Geburtsgewicht (very low birth weight < 1500g) ausgeschlossen. Somit kann kein direkter Vergleich mit den anderen Erhebungen durchgeführt werden. Auch in der Studie von Vogel et al. konnte kein Einfluss des Geburtsgewichts auf die Stilldauer festgestellt werden. Hierbei wird jedoch lediglich in zwei Gruppen, Gewicht bis 3,5 kg und Gewicht über 3,5kg unterschieden [66].

#### **4.4.3 Notwendigkeit der postpartalen neonatologischen Betreuung**

Auch für Kinder, die nach der Geburt intensivere medizinische Hilfe benötigen (z.B. Frühgeburten), wird das Stillen empfohlen. So wird im Informationsblatt „Stillempfehlung für Schwangere“ der Nationalen Stillkommission ausdrücklich darauf hingewiesen, dass Stillen auch für Frühgeborene von großem Nutzen ist [49]. Die Studie zeigt, dass es aber signifikant weniger stillende Mütter mit kranken Babys gibt. Ebenso ist der Anteil der vollstillenden Mütter signifikant geringer. Eine intensive medizinische Betreuung hat also direkten Einfluss auf das Stillverhalten. Dies ist erklärlich, da die äußerlichen Umstände, die optimale Stillverhältnisse bieten (Stillen nach Bedarf, häufiges Anlegen, ...), nicht gegeben sind. Die Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurvey ergaben ebenfalls, dass Kinder mit Problemen signifikant seltener gestillt wurden als reife Neugeborene oder Kinder ohne Probleme [36]. Somit ist eine intensivere Betreuung und Beratung für Mütter mit frühgeborenen und unreifen Kindern in Bezug auf das Stillverhalten wichtig. Es sollte genauer untersucht werden, wo Reserven und Verbesserungen diesbezüglich zu finden sind. So zeigten Merewood et al., dass Stillberater auf einer Neugeborenenintensivstation in Massachusetts einen signifikanten Einfluss auf das Stillverhalten haben. Die Stillberater erklärten den Müttern beispielsweise die Abpumptechniken, halfen beim Abpumpen, begleiteten die Mütter auf die Intensivstation, halfen der Mutter beim Stillen und Känguruing (enger Haut-zu-Haut-Kontakt zwischen Frühchen und Mutter/Vater). Nach zwölf Wochen war bei Frauen mit Stillberater die Stillquote um 181% höher als bei Müttern ohne Beratung [38].

#### **4.5 Nutzen der Stillberatung**

Um den Stillerfolg der Mutter zu erhöhen, ist es wichtig, die Frauen schon in der Schwangerschaft mit dem Thema Stillen vertraut zu machen. Dabei sollten die Vorteile aufgezeigt und die Natürlichkeit des Themas dargestellt werden [62]. Der Weg der Informationsverbreitung ist vielseitig. So gibt es beispielsweise viele Informationen über Informationsbroschüren und Ratgeber [z.B.: 10, 14, 44, 45, 46, 47, 48, 68]; des Weiteren wird Müttern direkter Kontakt zu Hebammen und Stillberaterinnen angeboten. Die Nationale Stillkommission empfiehlt zur Stillförderung in Kliniken die Durchsetzung eines Zehnstufenprogramms [10]. In babyfreundlichen/stillfreundlichen Krankenhäusern soll ein Großteil des Personals geschult sein, Müttern helfend zur Seite zu stehen. In wieweit die

Beratung und Betreuung einen Einfluss auf die Stillhäufigkeit und Dauer haben, soll im Folgenden erörtert werden.

#### **4.5.1 Die Auszeichnung „Babyfreundliches Krankenhaus“**

Im Praxisleitfaden „Der Weg zum "Babyfreundlichen Krankenhaus"“ wird beschrieben, wie eine Klinik, die diese Qualifizierung anstrebt, vorgehen sollte [1].

In dieser Studie konnte kein signifikanter Zusammenhang zwischen Stillbeginn und der Qualifizierung gefunden werden.

Dulon et al. untersuchten in der Studie „Breastfeeding promotion in non-UNICEF-certified hospitals and long-term breastfeeding success in Germany“, ob die Anzahl der erreichten Punkte aus den Zehnstufenprogramm von WHO und UNICEF einen Einfluss auf das Stillverhalten hat. Dabei fand sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen initialem Stillen und dem „breastfeeding promotion index“. Jedoch stillten signifikant weniger Frauen mit niedrigem promotion index nach vier und sechs Monaten voll [16].

Eine US-amerikanische Studie zeigte einen positiven Einfluss der Zertifizierung auf den Stillbeginn bei deutlich niedriger Stillfrequenz landesweit. So lag die durchschnittliche Stillrate in den gesamten USA 2001 bei 69,5% im Vergleich zu den ausgezeichneten Kliniken mit durchschnittlicher Stillrate von 83,8% [39]. Auch weitere Beobachtungsstudien wie beispielsweise von Merten et al. konnten eine Verlängerung der Stilldauer in Stillfreundlichen Krankenhäusern aufzeigen. Der gleichzeitige Anstieg des Stillbeginns konnte nicht direkt im Zusammenhang mit der Auszeichnung gewertet werden, da auch in nichtqualifizierten Kliniken die Stillquote anstieg [40]. Ein Selektionsbias konnte nicht ausgeschlossen werden.

Dass in der hier vorliegenden Studie kein Zusammenhang zwischen Stillbeginn und Auszeichnung gefunden werden konnte, liegt nach Betrachtung der Literatur wahrscheinlich an der bereits initial hohen Stillrate in Deutschland. An dieser Stelle wurde nicht untersucht, ob babyfreundliche/stillfreundliche Krankenhäuser eine Auswirkung auf die Stilldauer haben. Dies wäre ein interessanter Ansatzpunkt für folgende Studien.

#### **4.5.2 Betreuungs-/ Hilfsangebote für Mütter**

Es konnte kein Zusammenhang zwischen Betreuung durch Hebammen und einer besseren Stillquote gefunden werden. Dieses Ergebnis basiert wahrscheinlich auf einer ungenauen Fragestellung. Es wurde in der Fragestellung jegliche Betreuung durch Hebammen erwähnt,

aber es wurde nicht differenziert, ob es sich um eine intensive Betreuung oder ein einmaliges Angebot handelte. Es wurde ebenso nicht hinterfragt, ob es bei den Hilfestellungen auch um das Thema Stillen ging.

Eine positive Stillbewegung setzte sich in den 90er Jahren in Gang. Die öffentlichen Diskussionen sowie Entwicklung von Stillgruppen, Laktationsberaterinnen, usw. führten zwischen 1991 und 1995 zu einem Anstieg des ausschließlichen Stillens und Vollstillens [61]. In der Literatur wurde ein positiver Einfluss von intensivierten Stillberatungen vor allem in Bezug auf die Stilldauer gefunden [54, 57].

Dremsek et al. fanden einen positiven Einfluss der Stillberatung auf das Stillen. So stillten Frauen signifikant häufiger, wenn ihnen das Stillen erklärt wurde. Wurden die Erklärungen über das Stillen häufiger durchgeführt, stillten signifikant mehr Mütter als bei einmaliger Auskunft. Auch die Stilldauer erhöhte sich signifikant, wenn es mehr als eine Stillaufklärung für die Mutter gab. In dieser Studie wurde auch ein Zusammenhang zwischen Nichtstillen und fehlender Hilfestellung bei Stillproblemen gezeigt [15].

#### **4.6 Sozioökonomische Einflussfaktoren**

An dieser Stelle sollen weitere Faktoren diskutiert werden, die einen Einfluss auf die Stilltätigkeit haben könnten. So können mittels sozioökonomischer Angaben der Frauen spezifische Stillkampagnen entwickelt werden.

##### **4.6.1 Schulabschluss der Mutter**

Der Schulabschluss der Frauen hat einen signifikanten Einfluss auf die Stillhäufigkeit. Mütter mit einem höheren Bildungsgrad stillen häufiger als Mütter mit keinem oder einem niedrigeren Abschluss. Die Literaturrecherche diesbezüglich ist eindeutig und stimmt mit diesem Ergebnis überein. Es sollen an dieser Stelle lediglich ein paar Beispiele zitiert werden. So wurde von Li et al. in einer US-amerikanischen Studie die gleiche Aussage getroffen. Es konnte ein Zusammenhang zwischen Bildungsgrad und Stillbeginn sowie Stilldauer gefunden werden [37]. In der bereits erwähnten Schweizer Stillstudie wurde ebenfalls ein enger Zusammenhang zwischen Bildungsgrad und Ernährung in den ersten Lebenstagen nachgewiesen. Mütter mit höherem Abschluss stillten häufiger ausschließlich [2]. Die SuSe-Studie zeigte eine Erhöhung der Wahrscheinlichkeit für schnelles Abstillen bei niedrigem Bildungsstand der Mutter [30]. Die bayrische Stillstudie zeigte einen direkten Zusammenhang

zwischen Stillbeginn und Bildungsgrad. So stillten Mütter, die weniger als zehn Jahre Schulbildung besaßen, signifikant seltener [33]. Die eindeutige Datenlage gibt einen direkten Handlungsansatz vor. So sollte die Stillaufklärung für Mütter mit geringer schulischer Bildung verbessert werden. Dies sollte im engen Kontakt zur Mutter geschehen, um direkte Beratungen zu ermöglichen. Dafür eignen sich Personen, die in den Alltag der Mütter eingreifen können (z.B.: Hebammen, Familienberater, Stillberater etc.) und ein enges Vertrauensverhältnis zur Familie haben.

#### **4.6.2 Berufstätigkeit der Mutter**

Es konnte mit der Umfrage ein signifikanter Zusammenhang zwischen Stillmodus und Berufstätigkeit gefunden werden. So wurden Kinder deutlich häufiger vollgestillt, wenn die Mutter zu Hause war. Teilstillen hingegen wurde deutlich häufiger von arbeitenden Müttern durchgeführt. Ebenso hatten weitaus mehr Frauen abgestillt, die einer beruflichen Tätigkeit nachgingen. In der Literatur lassen sich die gleichen Ergebnisse nachweisen [z.B.: 19, 35, 42, 53, 55, 69].

In Deutschland gibt es für berufstätige Mütter einen besonderen Gesetzesschutz. Stillende Frauen erhalten zum Beispiel eine Mindestzeit an Pausen für das Stillen. Diese Zeit darf nicht mit einem Verdienstausschlag oder einer Nacharbeitungszeit verbunden sein. Es ist stillenden Müttern verboten, Akkord- und Fließbandarbeiten durchzuführen [46]. Diese Schutzmaßnahmen zum Wohle der Mutter und des Säuglings sollten positiven Einfluss auf die Stilltätigkeit haben. Dennoch scheint es in Deutschland für Frauen schwer möglich, Stillen und Arbeit zu verbinden. Es wäre wichtig, Mütter über ihre Rechte aufzuklären. Des Weiteren sollte mittels Öffentlichkeitsarbeit eine positive Stillkultur in Deutschland entwickelt werden, denn es ist nicht auszuschließen, dass Mütter aufgrund negativen sozialen Drucks der Umgebung ihre Rechte nicht in Anspruch nehmen.

#### **4.6.3 Familieneinkommen und berufliche Position der Mutter**

Es konnte in der im Rahmen dieser Arbeit durchgeführten Studie kein signifikanter Zusammenhang zwischen Stillbeginn und beruflicher Position gefunden werden. Jedoch waren die Antwortmöglichkeiten sehr umfassend und somit statistisch schwer zu bewerten. Die Literatursuche diesbezüglich blieb weitgehend erfolglos.

Merten et al. fanden einen signifikanten Zusammenhang zwischen Stilltätigkeit und jährlichem Einkommen [40]. Dies deckt sich mit der in dieser Umfrage gefundenen Korrelation zwischen Stillen und monatlichem Einkommen. Weiterhin konnte in der Literatur ein Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status allgemein und Stillverhalten gefunden werden. (siehe 4.5.2). Die Stillförderung sollte somit vermehrt bei sozial schwachen Familien ansetzen.

#### **4.6.4 Wohnort (Region und Größe des Ortes)**

Die Größe des Wohnortes und somit die Zuteilung Wohnort in ländlicher/städtischer Region hat keinen Einfluss auf die Stillhäufigkeit. Ob die Mutter mit dem Stillen beginnt, scheint auch unabhängig von der Tatsache zu sein, ob sie in Ost-oder Westdeutschland lebt.

In der SuSe-Studie wurde hingegen ein Zusammenhang zwischen Wohnraum in Ost-/Westdeutschland und Stillbeginn gefunden. So stillten signifikant mehr Mütter in Ostdeutschland als in den alten Bundesländern. Die Stilldauer lag bei den neuen Bundesländern allerdings signifikant unter den alten Bundesländern. Als Erklärung für die geringe Stilldauer der ostdeutschen Mütter wurden ein höherer Anteil an Alleinerziehenden, niedrigerer Bildungsgrad, jüngere Mütter sowie die schnelle Einführung von Zusatznahrung angeführt [17]. Zu den gleichen Ergebnissen kamen Lange et al. Dort wurde ebenfalls eine höhere initiale Stillquote in Ostdeutschland sowie längere Stilldauer in Westdeutschland festgestellt [36].

#### **4.6.5 Kinderzahl im Haushalt**

Die Kinderzahl im Haushalt hat keinen Einfluss auf den Stillbeginn.

Auch in der Literatur konnte kein Zusammenhang zwischen Kinderzahl und Stillbeginn gefunden werden. Lange et al. zeigten, dass es aufgliedert nach der Geschwisterreihenfolge nur geringe Unterschiede in der Stillhäufigkeit gibt. Eine Ausnahme stellten Mehrlinge dar, die signifikant seltener gestillt wurden als Einzelkinder [36].

In der Literatur fand sich lediglich ein Zusammenhang zwischen Stilldauer und der Tatsache, dass die Mutter bereits einmal stillte. So war eine vorhandene Stillerfahrung positiv für langes Stillen [24].

## 4.7 Weitere maternale Einflussfaktoren

### 4.7.1 Rauchen

Im Alter von 15-45 Jahren rauchen 36-45% der deutschen Frauen. Die Hälfte der Frauen gibt das Rauchen während der Schwangerschaft auf. Insgesamt rauchen ca. 25% der schwangeren Frauen bis zur Geburt ihres Babys mit zunehmender Tendenz [7]. In der im Rahmen dieser Arbeit durchgeführten Studie liegt die Raucherrate mit 11,5% niedriger. Dies deckt sich eher mit den Daten des Kinder- und Jugendsurveys von 2003-2007. Dort wurde eine Raucherinnenquote während der Schwangerschaft zwischen 17-18% festgestellt. Das Risiko für Rauchen war in niedrigen sozialen Schichten höher [5].

Das Rauchen beeinflusst ganz wesentlich das Stillverhalten. Kinder werden deutlich seltener voll gestillt bei rauchenden Müttern. Nichtraucherinnen beginnen signifikant häufiger zu stillen. Dies deckt sich mit den Daten weiterer Studien [z.B.: 24, 27, 36]. Rebhan et al. zeigten, dass der Einfluss des Rauchens von der Anzahl der gerauchten Zigaretten abhängt. So wurde das Risiko für kurzes ausschließliches Stillen am höchsten, wenn mehr als 5 Zigaretten am Tag geraucht wurden [51].

Giglia et al. untersuchten, welche Frauen während der Schwangerschaft mit dem Rauchen aufhörten, und welche Auswirkungen dies auf das Stillen hat. Es wurde ein signifikanter Zusammenhang zwischen Rauchentwöhnung während der Schwangerschaft und der Stilldauer gefunden. Dabei rauchten vor allem Frauen weiter und stillten somit kürzer, wenn sie einen rauchenden Partner hatten, weniger als zwölf Jahre Schulbildung absolvierten, mehr als zehn Zigaretten pro Tag rauchten, ungeplant schwanger waren und keine Geburtsvorbereitungskurse besuchten [22].

Eine Auswertung mehrerer Stillstudien wurde von Horta et al. durchgeführt. Diese zeigt, dass Rauchen der Mutter ein Risikofaktor für frühes Abstillen ist [27].

Rauchen ist ein wichtiger Einflussfaktor für die Stilltätigkeit. Es ist daraus zu schließen, dass mehr Aufmerksamkeit in die Aufklärung zur Raucherentwöhnung schon während der Schwangerschaft gelegt werden sollte. Dies ist nicht nur wichtig für die Kindesgesundheit, sondern fördert auch die Stillrate und -dauer. Hier sind ganz wesentlich die Gynäkologen, Pädiater und Hebammen gefordert. Durch deren engen Kontakt und die Betreuungsarbeit während der Schwangerschaft, Säuglings- und Kleinkindzeit können sie positiv auf die Mütter einwirken. Sollte trotz intensiver Arbeit mit der Mutter eine Entwöhnung vom Rauchen nicht gelingen, kann Stillen dennoch sinnvoll sein, da es die SIDS-Gefährdung (SIDS = „sudden

infant death syndrom“ /„Plötzlicher Kindstod“) von Säuglingen rauchender Mütter senkt. Wie die multivariable Analyse von Vennemann et al. zeigt, ist Rauchen ein Risikofaktor für den „Plötzlichen Kindstod“, Stillen senkt das Risiko. Da es sich bei Stillen und Rauchen um unabhängige Faktoren handelt, kann daraus geschlossen werden, dass Stillen trotz Rauchen protektiv wirkt [64]. Diese Theorie unterstützend zeigten Bajanowski et al., dass Stillen kein wesentlicher Übertragungsweg des Nikotins von Mutter zu Kind ist. Die Hauptursache der Nikotinaufnahme durch den Säugling ist das Passivrauchen [4]. Weiterführende Studien diesbezüglich erscheinen sinnvoll.

#### **4.7.2 Alter der Mutter**

Es konnte nicht nachgewiesen werden, dass das Alter der Mutter einen Einfluss auf den Stillbeginn hat. Nur bei der Gruppe sehr junger Mütter (unter 20 Jahre) und bei Müttern über 40 Jahren wich die initiale Stillquote ab (76,5% und 100%). Dies deckt sich mit der Studie aus Bayern. Auch in dieser Befragung konnte kein Zusammenhang zwischen Stillbeginn und Alter der Stillenden gefunden werden [33]. In dieser Studie untersuchten Kohlhuber et al. zusätzlich den Einfluss des Alters auf die Stilldauer und fanden heraus, dass junge Mütter (<25 Jahre) deutlich seltener vier Monate lang stillten. Ebenso fanden Scott et al. keinen Einfluss des Alters auf den Stillbeginn, aber einen signifikanten Zusammenhang zwischen Alter und Stilldauer [56].

Giovannini et al. zeigten ebenso einen signifikanten Zusammenhang zwischen Stilldauer und Alter der Mutter. Junge Mütter (<26 Jahre) stillten kürzer als ältere (>30 Jahre) [24].

#### **4.8 Schlusswort**

An dieser Stelle sollen abschließend nochmals einige wichtige Ergebnisse zusammenfassend gewertet werden.

Die untersuchten Prävalenzen liefern Resultate, die in das Bild der aktuellen Literatur passen und damit verglichen werden können. Die berechneten Korrelationen sind plausibel und geben ebenfalls Hinweis für eine gute Validität der erhobenen Daten.

Die wesentliche Aufgabe dieser Studie sollte sein, mögliche Ursachen für primäres Nichtstillen sowie für kurzes Stillen zu finden. Damit sollen Ansätze für Stillkampagnen gefunden und gewertet werden.

In der durchgeführten Studie konnte ein hoher Stillbeginn von 91,9% festgestellt werden. Im

Kindesalter von 2-3 Monaten lag die Stillrate bei 71,5%, im Alter von 12-13 Monaten lediglich noch bei 24%. 2-3 Monate alte Säuglinge wurden mit einem Prozentsatz von 60,5% voll gestillt, nach sechs Monaten waren es nur noch 18%. Dies zeigt, dass primäres Stillen für sehr viele Mütter ein wichtiges Thema ist. Allerdings ist die durchschnittliche Dauer des Stillens als sehr niedrig zu bewerten. Maßnahmen zur Aufklärung sollten daher nicht nur in der Schwangerschaft, sondern auch in der Säuglings- und Kleinkindzeit fortgeführt und verbessert werden.

Aufgrund der hier vorliegenden Ergebnisse lässt sich feststellen, dass vor allem Mütter mit niedriger Bildung, Raucherinnen und junge Mütter unter 20 Jahren unterstützt werden sollten. Ein weiterer Ansatzpunkt ist die Verbesserung der Arbeitsbedingungen für Mütter. So scheint die Gesetzgebung durchaus wegweisend, jedoch zeigen die Daten, dass die Umsetzung nicht der Wunschvorstellung der Gesetzgeber bzw. der Stillenden entspricht. Viele berufstätige Mütter geben bei einem Wiedereinstieg ins Arbeitsleben das Stillen auf oder verringern maßgeblich die Stillhäufigkeit.

Wesentlichen Einfluss auf das Stillverhalten hat auch eine notwendige neonatologische Betreuung nach der Geburt. So werden diese Kinder signifikant seltener und kürzer gestillt. Die Unterstützung dieser Mütter durch Stillberaterinnen sollte gefördert werden. Dies könnte in Kombination mit Hilfestellungen für Mütter, die per Kaiserschnitt entbunden haben, stattfinden. Denn auch bei diesen Frauen liegt die Stillrate niedriger als bei Teilnehmerinnen mit vaginalen Geburten.

In Bezug auf die Auszeichnung „Stillfreundliches/Babyfreundliches Krankenhaus“ kann festgestellt werden, dass die Förderung des Stillens dort gut betrieben wird. Die initial hohe Stillrate in Deutschland lässt sich dabei allerdings kaum anheben. Jedoch zeigt die Literatur, dass die gute Vorbereitung der Mutter auf die Stillzeit einen positiven Effekt für das weitere Stillen nach dem Krankenhausaufenthalt hat. So ergaben sich sichere Hinweise für längeres Stillen bei Entbindung in einem zertifizierten Krankenhaus. Dies wurde in dieser Studie allerdings nicht untersucht, ist für folgende Erhebungen jedoch ein interessanter Ansatzpunkt.

Zusammenfassend lässt sich konstatieren, dass Deutschland auf dem richtigen Weg bezüglich der Stillförderung ist. Es sollte vor allem weiter an der Umsetzung der WHO-Stillempfehlung für die Dauer des Stillens (mindestens sechs Monate ausschließlich, weiter bis mindestens zum vollendeten zweiten Lebensjahr) gearbeitet werden. Dabei sollte ein Hauptaugenmerk auf Mütter mit niedriger Bildung gelegt werden. Vor allem Raucherinnen sollten aufgeklärt und bei einer Entwöhnung unterstützt werden. Ferner sind weitere Initiativen zur

Stillförderung auf Säuglingsintensivstationen sowie bei Mutter-Kind-Paaren nach Kaiserschnittentbindung sinnvoll.

Als wesentlichen Ansatzpunkt für die Aufklärung und Betreuungsarbeit mit Schwangeren und Müttern sehe ich die Arbeit der Gynäkologen, Pädiater, Hebammen und Stillberater. Diese haben regelmäßigen Kontakt zu den Frauen in den entsprechenden Lebenslagen. So können diese Berufsgruppen die Mütter schon während der Schwangerschaft, in der Säuglings- sowie auch in der Kleinkindphase beraten. Dabei ist zunächst ein interessanter Punkt, wie gut die Berater bezüglich des Stillens ausgebildet sind. Die Interventionsstudie STELLA hat zum Ziel, durch Weiterbildung der speziellen Berufsgruppen, welche in der Mutter-Kind-Betreuung zuständig sind, die Stillprävalenz in der Modellregion Niederbayern zu erhöhen. Dabei ergab eine Befragung der Teilnehmer, dass diese durch die Schulung viel gelernt hätten [41]. Somit kann man schlussfolgern, dass primär eine Wissenslücke bestand und die Mutter-Kind-Paare schlechter betreut wurden als vorher. Es sollten weitere Schulungen, bundesweit und berufsgruppenübergreifend, durchgeführt werden.

Die aktuelle Datenlage und die Empfehlungen sollten bekannt sein, um Problemfälle zu erkennen und gezielte Hilfe anzubieten. Diese kann in Form von Beratungsgesprächen, Informationsmaterial und direkter Stillhilfe (z.B. durch Hebammen oder Stillberater) erfolgen.

## 5 Zusammenfassung

Suche nach möglichen Einflussfaktoren auf Stillbeginn, Stillmodus sowie Stilldauer bei Mutter-Kind-Paaren im ersten Lebensjahr. Auswertung einer Querschnittsstudie.

Antje Penzel-Langhammer

**Fragestellung:** Stillen ist eine wesentliche gesundheitsfördernde Komponente für Kinder. Die WHO empfiehlt ausschließliches Stillen für mindestens sechs Monate und Teilstillen bis mindestens zum vollendeten zweiten Lebensjahr. Welche Faktoren positiv oder negativ auf die Umsetzung dieser Empfehlung wirken, soll mit dieser Studie erörtert werden.

**Methodik:** Es wurde eine internetbasierte Umfrage durchgeführt. Über die Registrierungskartei der Internetseite [www.rund-ums-baby.de](http://www.rund-ums-baby.de) wurde eine Stichprobe von 800 teilnehmenden Müttern ausgewertet. Dabei wurden Alterskohorten der Säuglinge gebildet. Je 200 Mutter-Kind-Paare aus insgesamt vier Altersklassen wurden über Stillmodus sowie zu verschiedenen Lebensumständen befragt. Ermittelt wurden die Prävalenzen des Stillens sowie deren mögliche Einflussfaktoren. Als wesentlicher Bestandteil dieser Studie wurden die Korrelationen zwischen Stillen und der erhobenen Kriterien berechnet.

**Ergebnisse:** 91,9% der Mütter begannen initial das Stillen. Im Alter von 2-3 Monaten wurden noch 71,5% der Kinder gestillt, im Alter von 6-7 Monaten noch 48,5%. Vollstillen wurde bei Kindern im Alter von 2-3 Monaten von 60,5% der Frauen durchgeführt, nach 6-7 Monaten lediglich von 18% der Teilnehmerinnen. Die zu Beginn hohen Stillraten werden somit von einem schnellen Abfall der Stillrate und einer mangelhaften Dauer des Vollstillens begleitet. Negativ auf den Stillbeginn wirkten sich Rauchen, Berufstätigkeit der Mutter, schlechter Gesundheitszustand des Kindes, Entbindung mittels Sectio caesare, niedriger Bildungsgrad der Frau sowie geringer sozialer Status aus. Wesentliche Einflussfaktoren für kurze Stilldauer waren Rauchen, Berufstätigkeit der Mutter sowie notwendige postpartale neonatologische Betreuung des Kindes. Eine Steigerung der Stillrate durch die Zertifizierung „Babyfreundliches (ehem. stillfreundliches) Krankenhaus“ wurde nicht nachgewiesen.

**Schlussfolgerung:** 1.) Die Aufklärung über das Stillen sollte vor allem in niedrigeren sozialen Schichten ansetzen und auch Raucherinnen unterstützen. 2.) Es sollte weiter untersucht werden, welchen Nutzen eine intensivierete Stillberatung von Mutter-Kind-Paaren auf Säuglingsintensivstationen sowie nach Sectio caesare hat. 3.) Es sind weitere Untersuchungen bezüglich der Einflussfaktoren auf die Stilldauer notwendig, um gezielt eine Förderung und Umsetzung der WHO-Stillempfehlung zu erreichen.

## 6 Literaturverzeichnis

1. Abou-Dak M, Bauer Z: Der Weg zum "Babyfreundlichen Krankenhaus". Praxisleitfaden. 1. Auflage. Verlag im Kilian. Marburg (2009)
2. Ackermann-Liebrich U, Dratva J, Merten S: Stillen in der Schweiz: Erfolg und Herausforderung. Das Gesundheitswesen. 70. 1. 2–4. (2008)
3. American Academy of Pediatrics. Work Group on Breastfeeding: Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics. 100. 6. 1035–1039. (1997)
4. Bajanowski T, Brinkmann B, Mitchell EA, Vennemann MM, Leukel H W, Larsch KP, Beike J: Nicotine and cotinine in infants dying from sudden infant death syndrome. International journal of legal medicine. 122. 1. 23–28. (2008)
5. Bergmann KE, Bergmann RL, Ellert U, Dudenhausen JW: Perinatale Einflussfaktoren auf die spätere Gesundheit. Bundesgesundheitsblatt. 50. 5-6. 670–676. (2007)
6. Bergmann KE, Bergmann RL, Kries R, Böhm O, Richter R, Dudenhausen J W, Wahn U von: Early determinants of childhood overweight and adiposity in a birth cohort study: role of breast-feeding. International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders. 27. 2. 162–172 (2003)
7. Bergmann R, Bergmann K, Schumann S, Richter R, Dudenhausen J: Rauchen in der Schwangerschaft: Verbreitung, Trend, Risikofaktoren. Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie. 212. 3. 80–86. (2008)
8. Bergmann RL, Dudenhausen JW, Bergmann E, Bergmann KE, Schmid E, Bauer CP, Dorsch W, Forster J, Wahn U: Wie werden Säuglinge in Deutschland ernährt? Monatsschrift Kinderheilkunde. 142. 412–417. (1994)
9. Boccolini CS, Carvalho ML de, Oliveira M CoutoI de, Vasconcellos AG: Factors associated with breastfeeding in the first hour of life. Revista de saúde pública. 45. 1. 69–78. (2011)
10. Brodehl J: Empfehlung zur Stillförderung in Krankenhäusern. Kommentar zu den Empfehlungen. Monatsschrift Kinderheilkunde. 147. 615–617. (1999)

11. Bundesinstitut für Risikobewertung. Pressemitteilung: Stillen - es dürfte etwas länger sein! 29.09.2006. [http://www.bfr.bund.de/de/presseinformation/2006/27/stillen\\_es\\_duerfte\\_etwas\\_laenger\\_sein\\_-8416.html](http://www.bfr.bund.de/de/presseinformation/2006/27/stillen_es_duerfte_etwas_laenger_sein_-8416.html), zuletzt geprüft am 18.03.2012
12. Cattaneo A, Yngve A, Koletzko B, Guzman LR: Protection, promotion and support of breast-feeding in Europe: current situation. *Public Health Nutrition*. 8. 01.(2005)
13. Coles EC, Cotter S, Valman HB: Increasing prevalence of breast-feeding. *British medical journal*. 2. 6145. 1122. (1978)
14. Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin. Ernährungskommission. Elterninformation: Gesunde Ernährung für mein Baby. (2008)
15. Dremsek PA, Göpfrich H, Kurz H, Bock W, Benes K, Philipp K, Sacher M: Stillberatung, Stillhäufigkeit und Stilldauer in einem Wiener Perinatalzentrum. *Wiener medizinische Wochenschrift* (1946). 153. 11-12. 264–268. (2003)
16. Dulon M, Kersting M, Bender R: Breastfeeding promotion in non-UNICEF-certified hospitals and long-term breastfeeding success in Germany. *Acta Paediatrica*. 92. 6. 653–658. (2003)
17. Dulon M, Kersting M, Schach S: Duration of breastfeeding and associated factors in Western and Eastern Germany. *Acta Paediatrica*. 90. 8. 931–935. (2001)
18. Ekström A, Nissen E: A mother's feelings for her infant are strengthened by excellent breastfeeding counseling and continuity of care. *Pediatrics*. 118. 2. 309–314. (2006)
19. Ekström A, Widström AM, Nissen E: Duration of breastfeeding in Swedish primiparous and multiparous women. *Journal of human lactation : official journal of International Lactation Consultant Association*. 19. 2. 172–178. (2003)
20. Freeman V, Hof M van't, Haschke F: Patterns of milk and food intake in infants from birth to age 36 months: the Euro-growth study. *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition*. 31. 1. 76-85. (2000)
21. Gerstner G, Grünberger W: Faktoren, die das Bruststillen beeinflussen können. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Perinatologie*. 184. 70–75. (1980)
22. Giglia RC, Binns CW, Alfonso HS: Which women stop smoking during pregnancy and the effect on breastfeeding duration. *BMC Public Health*. 26. 195. (2006)

23. Giovannini M, Banderali G, Radaelli G, Carmine V, Riva E, Agostoni C: Monitoring breastfeeding rates in Italy: national surveys 1995 and 1999. *Acta paediatrica*. 92. 3. 357–363. (2003)
  
24. Giovannini M, Riva E, Banderali G, Scaglioni S, Veehof SHE, Sala M, Radaelli G, Agostoni C: Feeding practices of infants through the first year of life in Italy. *Acta Paediatrica*. 93. 4. 492–497. (2004)
  
25. Heinig MJ, Dewey KG: Health effects of breastfeeding for mothers: a critical review. *Nutrition research reviews*. 10. 1. 35–56. (1997)
  
26. Hohenauer L: Die Ernährung in den ersten Lebenstagen. *Kinderkrankenschwester : Organ der Sektion Kinderkrankenpflege / Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde*. 17. 8. 330–332. (1998)
  
27. Horta BL, Kramer MS, Platt RW: Maternal smoking and the risk of early weaning: a meta-analysis. *American journal of public health*. 91. 2. 304–307. (2001)
  
28. Huch R, Bergmann R, Kersting M, Schneider HPG, Schubiger G: Stillen - nur wegen des babyfreundlichen Krankenhauses? *Perinatal Medizin*. 8. 4. 123–132. (1996)
  
29. Institut für Qualität und Patientensicherheit (BQS). Qualitätsreport Geburtshilfe. 2007. <http://www.bqs-qualitaetsreport.de/2007/ergebnisse/leistungsbereiche/geburtshilfe>, zuletzt geprüft am 18.03.2012
  
30. Kersting M, Dulon M: Fakten zum Stillen in Deutschland. *Monatsschrift Kinderheilkunde*. 150. 10. 1196–1201. (2002)
  
31. Kersting M, Koester H, Wennemann J, Wember T, Schöch G: Stillstudien 1981-1983 bei 1,500 Müttern in Dortmund und Haltern. I. Studienkollektive und Stillraten auf der Entbindungsstation. *Monatsschrift Kinderheilkunde*. 135. 4. 204–209. (1987)
  
32. Kersting M, Wember T, Goddemeier T, Koester H, Wennemann J, Schöch G: Stillstudien 1981-1983 bei 1500 Müttern in Dortmund und Haltern. III. Stillraten und Stilldauer im 1. Lebenshalbjahr. *Monatsschrift Kinderheilkunde*. 135. 6. 314–319. (1987)

33. Kohlhuber M, Rebhan B, Schwegler U, Koletzko B, Fromme H: Breastfeeding rates and duration in Germany: a Bavarian cohort study. *The British journal of nutrition*. 99. 5. 1127–1132. (2008)
34. Kramer MS, Kakuma R: The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review. *Advances in experimental medicine and biology*. 554. 63–77. (2004)
35. Lande B, Andersen LF, Baerug A, Trygg KU, Lund-Larsen K, Veierød MB, Bjørneboe GE: Infant feeding practices and associated factors in the first six months of life: the Norwegian infant nutrition survey. *Acta Paediatrica*. 92. 2. 152–161. (2003)
36. Lange C, Schenk L, Bergmann R: Verbreitung, Dauer und zeitlicher Trend des Stillens in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*. 50. 5-6. 624–633. (2007)
37. Li R, Darling N, Maurice E, Barker L, Grummer-Strawn LM: Breastfeeding Rates in the United States by Characteristics of the Child, Mother, or Family: The 2002 National Immunization Survey. *Pediatrics*. 115. 1. 31-37. (2005)
38. Merewood A, Chamberlain LB, Cook JT, Philipp BL, Malone K, Bauchner H: The effect of peer counselors on breastfeeding rates in the neonatal intensive care unit: results of a randomized controlled trial. *Archives of pediatrics and adolescent medicine*. 160. 7. 681–685. (2006)
39. Merewood A, Mehta SD, Chamberlain LB, Philipp BL, Bauchner H: Breastfeeding rates in US Baby-Friendly hospitals: results of a national survey. *Pediatrics*. 116. 3. 628–634. (2005)
40. Merten S, Dratva J, Ackermann-Liebrich U: Do baby-friendly hospitals influence breastfeeding duration on a national level? *Pediatrics*. 116. 5. 702–708. (2005)
41. Meyer N, Spiegel H, Hendrowarsito L, Schwegler U, Fromme H, Bolte G: Personalschulung als Interventionsansatz auf Klinikebene zur Stillförderung: Evaluationsergebnisse der ersten Phase der STELLA-Studie. *Das Gesundheitswesen*. 74. 1. 34-41. (2010)
42. Michaelsen KF, Larsen PS, Thomsen BL, Samuelson G: The Copenhagen cohort study on infant nutrition and growth: duration of breast feeding and influencing factors. *Acta Paediatrica*. 83. 6. 565–571. (1994)

43. Nationale Stillkommission am Bundesinstitut für Risikobewertung. Einheitliche Terminologie zur Säuglingsernährung. Aktualisierte Empfehlung von 1999. Aktualisiert am 1.08.2007. [http://www.bfr.bund.de/cm/207/einheitliche\\_terminologie\\_zur\\_saeuglingsernaehrung.pdf](http://www.bfr.bund.de/cm/207/einheitliche_terminologie_zur_saeuglingsernaehrung.pdf), zuletzt geprüft am 18.03.2012
44. Nationale Stillkommission am Bundesinstitut für Risikobewertung. Stilldauer. Empfehlung der Nationalen Stillkommission vom 1.03.2004. <http://www.bfr.bund.de/cm/343/stilldauer.pdf>, zuletzt geprüft am 18.03.2012
45. Nationale Stillkommission am Bundesinstitut für Risikobewertung. Stillen - richtiges Anlegen und Saugen. Empfehlung vom 1. August 2007. [http://www.bfr.bund.de/cm/207/stillen\\_richtiges\\_anlegen\\_und\\_saugen.pdf](http://www.bfr.bund.de/cm/207/stillen_richtiges_anlegen_und_saugen.pdf), zuletzt geprüft am 18.03.2012
46. Nationale Stillkommission am Bundesinstitut für Risikobewertung. Stillen und Berufstätigkeit. Aktualisierte Elterninformation vom 26.03.2003. Aktualisiert am 1.08.2007. [http://www.bfr.bund.de/cm/207/stillen\\_und\\_berufstaetigkeit.pdf](http://www.bfr.bund.de/cm/207/stillen_und_berufstaetigkeit.pdf), zuletzt geprüft am 18.03.2012
47. Nationale Stillkommission am Bundesinstitut für Risikobewertung. Stillen und Rauchen - Ratgeber für Mütter bzw. Eltern. Aktualisierte Elterninformation vom März 2001, aktualisiert im März 2007, [http://www.bfr.bund.de/cm/207/stillen\\_und\\_rauchen\\_ratgeber\\_fuer\\_muetter\\_bzw\\_eltern.pdf](http://www.bfr.bund.de/cm/207/stillen_und_rauchen_ratgeber_fuer_muetter_bzw_eltern.pdf), zuletzt geprüft am 18.03.2012
48. Nationale Stillkommission am Bundesinstitut für Risikobewertung. Informationsbroschüre. Stillempfehlungen für die Säuglingszeit. Januar 2009.
49. Nationale Stillkommission am Bundesinstitut für Risikobewertung. Informationsbroschüre. Stillempfehlungen für Schwangere. Januar 2009.
50. Philipp BL, Merewood A: The Baby-Friendly way: the best breastfeeding start. *Pediatric clinics of North America*. 51. 3. 761–783. (2004)
51. Rebhan B, Kohlhuber M, Schwegler U, Koletzko B, Fromme H: Rauchen, Alkoholkonsum und koffeinhaltige Getränke vor, während und nach der Schwangerschaft – Ergebnisse aus der Studie „Stillverhalten in Bayern“. *Das Gesundheitswesen*. 71. 7. 391–398. (2009)
52. Ryan AS: Breastfeeding and the risk of childhood obesity. *Collegium Antropologicum*. 31. 1. 19-28. (2007)

53. Ryan A, Zhou W, Arensberg M: The effect of employment status on breastfeeding in the United States. *Women's Health Issues*. 16. 5. 243–251. (2006)
54. Schafer E, Vogel MK, Viegas S, Hausafus C: Volunteer Peer Counselors Increase Breastfeeding Duration Among Rural Low-Income Women. *Birth*. 25. 2. 101–106. (1998)
55. Scott JA, Binns CW, Oddy WH, Graham KI: Predictors of Breastfeeding Duration: Evidence From a Cohort Study. *Pediatrics*. 117. 4. 646–655. (2006)
56. Scott JA, Landers MC, Hughes RM, Binns CW: Factors associated with breastfeeding at discharge and duration of breastfeeding. *Journal of paediatrics and child health*. 37. 3. 254–261. (2001)
57. Sikorski J, Renfrew MJ: Support for breastfeeding mothers. *Cochrane database of systematic reviews*. 2. CD001141. (2000)
58. Springer S von, Kersting M, Nehlsen E, Przyrembel H: Definitionen zur Säuglingsernährung. Vorschläge der Nationalen Stillkommission - Sagen wir was wir meinen? *Sozialpädiatrie*. 21. 1. 39–42. (1999)
59. Statistisches Bundesamt Deutschland. 30 Prozent aller Entbindungen durch Kaiserschnitt. Pressemitteilung Nr.047 vom 24.11.2009. [https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/zdw/2009/PD09\\_047\\_p002.html](https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/zdw/2009/PD09_047_p002.html), zuletzt geprüft am 18.03.2012
60. Statistisches Bundesamt Deutschland. Tabellen zur Bevölkerung: Geborene und Gestorbene. Lange Reihen mit Jahresergebnisse ab 1950. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Indikatoren/LangeReihen/Bevoelkerung/lrb-ev04.html?nn=50738>, zuletzt geprüft am 18.03.2012
61. Tietze KW, Trumann B, Schlaud M, Kleemann WJ, Poets CF: Acceptance of breast feeding and public discussion-evaluation of health campaigns for breast feeding between 1991 and 1995. *Das Gesundheitswesen*. 60. 3. 154–158. (1998)
62. Tietze KW, Trumann B, Sedemund C: Stillen in Deutschland. Konstituierende Sitzung der Nationen Stillkommission 1.09.-2.09.1995. Schriftreihe des Robert-Kochinstitutes. (1995)

63. Vennemann MM, Bajanowski T, Brinkmann B, Jorch G, Yucesan K, Sauerland C, Mitchell EA: Does Breastfeeding Reduce the Risk of Sudden Infant Death Syndrome? *Pediatrics*. 123. 3. 406–410. (2009)
64. Vennemann MM, Findeisen M, Butterfass-Bahloul T, Jorch G, Brinkmann B, Kopcke W, Bajanowski T, Mitchell EA: Modifiable risk factors for SIDS in Germany: results of GeSID. *Acta Paediatrica*. 94. 6. 655–660. (2005)
65. Villalpando S, Hamosh M: Early and late effects of breast-feeding: does breast-feeding really matter. *Biology of the Neonate*. 74. 2. 177–191. (1998)
66. Vogel A, Hutchison BL, Mitchell EA: Factors associated with the duration of breastfeeding. *Acta Paediatrica*. 88. 12. 1320–1326. (1999)
67. Weissenborn A, Martin A, Bergmann R, Dudenhausen J, Przyrembel H: Untersuchung in Berliner Geburtskliniken und Geburtshäusern über den Stillbeginn und mögliche Einflussfaktoren. *Das Gesundheitswesen*. 71. 6. 332–338. (2009)
68. WHO/UNICEF-Initiative „Babyfreundliches Krankenhaus“. Praktische Tipps für die Stillzeit. Informationsbroschüre. (2010)
69. Williams P L, Innis SM, Vogel AM, Stephen LJ: Factors influencing infant feeding practices of mothers in Vancouver. *Canadian journal of public health*. 90. 2. 114–119. (1999)
70. World Health Organization (WHO): Division of Diarrhoeal and Acute Respiratory Disease Control. Indicators for Assessing Breast-Feeding Practices. Report of an Informal Meeting. Genf. (1991)
71. World Health Organization (WHO): Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. World Health Organization. Genf. (2003)
72. World Health Organization (WHO): The optimal duration of exclusive breastfeeding. Report of an expert consultation. Genf (2001)
73. Yngve A, Sjostrom M: Breastfeeding in countries of the European Union and EFTA: current and proposed recommendations, rationale, prevalence, duration and trends. *Public health nutrition*. 4. 2B. 631–645. (2001)

74. Zetterström R: Breastfeeding and infant-mother interaction. *Acta Paediatrica*. 88. 430. 1-6. (1999)

## 7 Erklärung

Ich erkläre, dass ich die der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität zur Promotion eingereichte Dissertation mit dem Titel:

Suche nach möglichen Einflussfaktoren auf Stillbeginn, Stillmodus sowie Stilldauer bei Mutter-Kind-Paaren im ersten Lebensjahr. Auswertung einer Querschnittsstudie.

in der Kinderklinik

mit Unterstützung durch Professor Dr. med. G. Jorch

ohne sonstige Hilfe durchgeführt und bei der Abfassung der Dissertation keine anderen als die dort aufgeführten Hilfsmittel benutzt habe.

Bei der Abfassung der Dissertation sind Rechte Dritter nicht verletzt worden.

Ich habe diese Dissertation bisher an keiner in- oder ausländischen Hochschule zur Promotion eingereicht. Ich übertrage der Medizinischen Fakultät das Recht, weitere Kopien meiner Dissertation herzustellen und zu vertreiben.

Magdeburg, den 10.04.2012

.....

Antje Penzel-Langhammer

## **8 Lebenslauf**

### Persönliche Daten

Name: Antje Andrea Penzel-Langhammer, geb. Langhammer  
Geburtstag: 10. Juni 1983  
Geburtsort: Plauen  
Familienstand: verheiratet, 2 Kinder

### Schulbildung

08/91 bis 07/95 Dittesgrundschule Plauen  
08/95 bis 06/02 Diesterweggymnasium Plauen

### Studium

10/02 bis 08/08 Medizinstudium Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg  
08/08 bis 02/10 Medizinstudium Universität Leipzig  
02/10 bis 10/10 Medizinstudium Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

### Berufstätigkeit

seit 01/11 Assistenzärztin in der Klinik für Chirurgie am Klinikum Obergöltzsch in  
Rodewisch, Chefarzt Dr.med. Thomas Schmidt

Plauen, den 10.04.2012

Antje Penzel-Langhammer

## 9 Anlagen

Im Folgenden finden sich Anlagen zur Arbeit. Dabei sind nochmals alle Fragen der Studie angegeben. Des Weiteren sind Textauszüge von zitierten Internetseiten sowie zitierte Informationsbroschüren angefügt. Damit soll gewährleistet werden, dass man die angegebenen Quellen jederzeit nachvollziehen kann.

### 9.1 Die Fragen der Erhebung

1. Wie stillen Sie?

- Ich stille voll.
- Ich stille teils (zusätzlich weitere Milchnahrung, Beikost).
- Ich habe das Stillen beendet.
- Ich habe nie gestillt.

2. Wie bzw. wo haben Sie Ihr Kind zur Welt gebracht?

- Im Krankenhaus per Kaiserschnitt.
- Im Krankenhaus ohne Kaiserschnitt.
- Im Geburtshaus.
- Zu Hause.
- Sonstiges.

3. Hat Ihr Krankenhaus die Auszeichnung „Stillfreundliches/ Babyfreundliches Krankenhaus“?

- Ja.
- Nein.
- Weiß ich nicht.

4. Wie schwer war Ihr Kind bei der Geburt?

- unter 2000g
- 2000g-3000g
- 3001g-4000g
- über 4000g

5. Musste Ihr Kind nach der Geburt in einer Kinderklinik bzw. Neonatologie medizinisch betreut werden?
- Ja.
  - Nein.
6. Rauchen Sie?
- Ja.
  - Nein.
7. Gehen Sie derzeit einer beruflichen Tätigkeit nach?
- Ja.
  - Nein.
8. Haben Sie mindestens eine der folgenden Angebote in Anspruch genommen?  
(Geburtsvorbereitungskurs, häusliche Betreuung nach der Geburt durch eine Hebamme, Rückbildungskurs, Stillgruppe, sonstige Angebote unter der Leitung einer Hebamme.)
- Ja.
  - Nein.

## 9.2 Zitierte Internetseiten

### 9.2.1 Pressemitteilung „Stillen – es dürfte etwas länger sein!“ [11]

#### Textauszug:

Stillen - es dürfte etwas länger sein!

27/2006, 29.09.2006

Erste Ergebnisse aktueller Studien zum Stillverhalten zeigen, dass eine intensivere Unterstützung der Stillenden nötig ist.

Rund 90 Prozent der in Berlin befragten Mütter stillen ihre Kinder nach der Geburt. Dies ist ein erstes Ergebnis von umfangreichen Studien des Bundesinstituts für Risikobewertung (BfR) über das Stillverhalten in Berlin. „Das ist zunächst einmal eine positive Nachricht, die zeigt, dass unsere Arbeit in diesem Punkt erfolgreich ist“, sagt Professor Dr. Hildegard Przyrembel, die Geschäftsführerin der Nationalen Stillkommission am Bundesinstitut für Risikobewertung. „Noch nicht zufrieden sind wir mit der Tatsache, dass die Mütter in Deutschland schon früh mit der Zufütterung von Muttermilchersatz und Beikost beginnen.“ Nach zwölf Jahren Aufklärungsarbeit durch die Stillkommission offenbart die Studie, dass mehr als die Hälfte der Mütter aus unterschiedlichen Gründen der Empfehlung, Kinder bis zum Alter von sechs Monaten ausschließlich zu stillen, nicht folgt. In diesem Zusammenhang betont die Nationale Stillkommission die Notwendigkeit, das Verbot der Verteilung von kostenlosen Proben von Säuglingsanfangsnahrung durchzusetzen.

Ziel der im Jahr 2004 am BfR begonnen Studien war es, aktuelle Daten über die Stilldauer und das Stillverhalten von Müttern zu erhalten. Neben rund 4000 Wöchnerinnen in den Kliniken und Geburtshäusern Berlins wurden auch Mütter befragt, die mit ihren Kindern an den Früherkennungsuntersuchungen in Kinderarztpraxen teilnahmen. Nach einer ersten Auswertung fangen zu viele Mütter früher als empfohlen damit an, Nahrung zuzufüttern. Sie geben auch zu früh Beikost und stillen zu früh ab. Diese Ergebnisse sind mit denen der Studie über Stillen und Säuglingsernährung (SuSe) des Forschungsinstituts für Kinderernährung in Dortmund von 1997/98 vergleichbar. Zugleich bestätigen die im Jahr 2005 vom Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit erhobenen Daten über das „Stillverhalten in Bayern“ die Berliner Ergebnisse. All diese Erkenntnisse deuten darauf hin, dass in der Stillförderung auch in Zukunft noch viel Arbeit zu leisten ist.

Das Wissen, dass Stillen der Ernährung mit Muttermilchersatzprodukten überlegen ist, und die Kenntnis über die Bedeutung des Stillens für die gesunde Entwicklung der Säuglinge waren im Jahr 1981 Anlass für die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und das Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (UNICEF), den "Internationalen Kodex für die Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten" zu formulieren. Ziel dieses Kodex' ist es, „zu einer sicheren und angemessenen Ernährung für Säuglinge und Kleinkinder beizutragen, und zwar durch Schutz und Förderung des Stillens und durch Sicherstellung einer sachgemäßen Verwendung von Muttermilchersatznahrung, wo solche gebraucht wird. Dies soll auf der Grundlage entsprechender Aufklärung und durch eine angemessene Vermarktung und Verteilung erfolgen.“

Heute - 25 Jahre später - ist man in Deutschland auf dem richtigen Weg, betont die Nationale Stillkommission. Das in Deutschland bestehende Verbot, kostenlose Proben von Säuglingsanfangsnahrung an Schwangere oder Mütter abzugeben, wird jedoch nicht immer eingehalten. Die im deutschen Diätverband zusammengeschlossenen Hersteller haben beschlossen,

keine derartigen Proben mehr zur Verfügung zu stellen und halten dieses Versprechen auch ein. Anlässlich der Weltstillwoche vom 2. bis 8. Oktober 2006 fordert die Nationale Stillkommission die übrigen Hersteller und Vertreiber nachdrücklich auf, keine kostenlosen Päckchen von Säuglingsanfangsnahrung mehr an Schwangere und an die Mütter Neugeborener zu verteilen.

## 9.2.2 Pressemitteilung „30 Prozent aller Entbindungen durch Kaiserschnitt“ [59]

### Textauszug:

#### 30 Prozent aller Entbindungen durch Kaiserschnitt

WIESBADEN – Immer häufiger entbinden Schwangere in Deutschland per Kaiserschnitt: Von bundesweit 663 000 Frauen, die im Jahr 2008 ihr Kind im Krankenhaus zur Welt brachten, wurden nach Mitteilung des Statistischen Bundesamtes (Destatis) 200 000 (30,2%) durch Kaiserschnitt entbunden. Seit 1991, dem Beginn der statistischen Erhebungen auf bundeseinheitlicher Rechtsgrundlage, hat sich der Anteil der Kaiserschnittentbindungen nahezu verdoppelt. Damals lag die Rate der Schnittentbindungen mit 126 000 von 823 000 Entbindungen bei 15,3%.

Im regionalen Vergleich wurden 2008 anteilig die meisten Kaiserschnittentbindungen (36,8%) im Saarland vorgenommen, gefolgt von Bremen (33,0%) und Hessen (32,9%). In Sachsen wurde dagegen nur bei etwa jeder fünften Entbindung (21,7%) ein Kaiserschnitt durchgeführt.

Mechanische Hilfsmittel wie die Saugglocke (Vakuumextraktion) oder die Geburtszange werden bei Krankenhausentbindungen immer seltener zur Geburtshilfe eingesetzt. Bei 32 000 Entbindungen im Jahr 2008 (4,8%) erfolgte eine Vakuumextraktion, der Anteil der Entbindungen mit Hilfe der Geburtszange lag bei nur noch 0,7% (4 500 Fälle). Dabei wurde die Vakuumextraktion noch am häufigsten in Berlin vorgenommen (8,0%), die Zangengeburt war in Thüringen mit 1,4% aller Entbindungen im regionalen Vergleich am weitesten verbreitet.

## 9.2.3 DESTATIS – Tabelle zur Bevölkerung [60]

### Tabellenauszug:

| Jahr | Geborenen |                    | Gestorbene |                    | Geburten- bzw. Sterbeüberschuss (-) |
|------|-----------|--------------------|------------|--------------------|-------------------------------------|
|      | Insgesamt | je 1 000 Einwohner | Insgesamt  | je 1 000 Einwohner |                                     |
| ...  | ...       | ...                | ...        | ...                | ...                                 |
| 2007 | 684 862   | 8,3                | 827 155    | 10,1               | -142 293                            |
| ...  | ...       | ...                | ...        | ...                | ...                                 |

## 9.2.4 BQS-Qualitätsreport Geburtshilfe 2007 [29]

### Basisstatistik:

| <b>Basisstatistik: Geburtshilfe</b>   |                |                |
|---------------------------------------|----------------|----------------|
|                                       | <b>2007</b>    |                |
|                                       | <b>Anzahl</b>  | <b>Anteil</b>  |
| <b>Alle Geburten</b>                  | <b>658.272</b> | <b>100,0 %</b> |
| Einlingsschwangerschaften             | 647.394        | 98,3 %         |
| Mehrlingsschwangerschaften            | 10.878         | 1,7 %          |
| <b>Alle Kinder</b>                    | <b>669.298</b> | <b>100,0 %</b> |
| Lebendgeborene                        | 667.152        | 99,7 %         |
| Totgeborene                           | 2.146          | 0,3 %          |
| Kinder aus Einlingsschwangerschaften  | 647.361        | 96,7 %         |
| Kinder aus Mehrlingsschwangerschaften | 21.937         | 3,3 %          |
| <b>Altersverteilung</b>               |                |                |
| Anzahl der Mütter                     | 658.272        | 100,0 %        |
| < 18 Jahre                            | 4.020          | 0,6 %          |
| 18 - 29 Jahre                         | 298.831        | 45,4 %         |
| 30 - 34 Jahre                         | 200.125        | 30,4 %         |
| 35 - 39 Jahre                         | 125.060        | 19,0 %         |
| ≥ 40 Jahre                            | 30.236         | 4,6 %          |
| Ohne verwertbare Angabe               | 0              | 0,0 %          |
| <b>Schwangerschaftsalter (Wochen)</b> |                |                |
| Anzahl der Kinder                     | 669.298        | 100,0 %        |
| < 28+0                                | 3.823          | 0,6 %          |
| 28+0 bis unter 32+0                   | 6.106          | 0,9 %          |
| 32+0 bis unter 37+0                   | 50.622         | 7,6 %          |
| 37+0 bis unter 42+0                   | 601.687        | 89,9 %         |
| ≥ 42+0                                | 7.051          | 1,1 %          |
| Ohne Angabe                           | 9              | 0,0 %          |
| <b>Geburtsgewicht</b>                 |                |                |
| Anzahl der Kinder                     | 669.298        | 100,0 %        |
| < 500 g                               | 578            | 0,1 %          |
| 500 g bis unter 750 g                 | 1.794          | 0,3 %          |
| 750 g bis unter 1.000 g               | 2.014          | 0,3 %          |
| 1.000 g bis unter 1.500 g             | 4.958          | 0,7 %          |
| 1.500 g bis unter 2.000 g             | 9.414          | 1,4 %          |
| 2.000 g bis unter 2.500 g             | 28.456         | 4,3 %          |
| 2.500 g bis unter 3.000 g             | 106.947        | 16,0 %         |
| 3.000 g bis unter 3.500 g             | 247.019        | 36,9 %         |
| 3.500 g bis unter 4.000 g             | 199.338        | 29,8 %         |
| 4.000 g bis unter 4.500 g             | 59.707         | 8,9 %          |
| ≥ 4.500 g                             | 9.073          | 1,4 %          |
| Ohne verwertbare Angabe               | 0              | 0,0 %          |
| <b>Entbindungsmodus</b>               |                |                |
| Anzahl der Kinder                     | 669.298        | 100,0 %        |
| Spontangeburt                         | 420.297        | 62,8 %         |
| Vaginal-operativ                      | 38.802         | 5,8 %          |
| Sectio caesarea                       | 206.237        | 30,8 %         |

### Dokumentationspflichtige Leistungen:

Dokumentationspflichtig sind alle im Krankenhaus erfolgten Geburten.

## **9.3 Ratgeber und Informationsbroschüren**

### **9.3.1 Einheitliche Terminologie zur Säuglingsernährung [43]**

## Einheitliche Terminologie zur Säuglingsernährung

Aktualisierte Empfehlung\* der Nationalen Stillkommission von 1999

### 1 Einleitung

Erfreulicherweise werden auch in Deutschland seit Mitte der 1970er Jahre zunehmend mehr Kinder gestillt. Es gibt jedoch wenig repräsentative Daten über aktuelle Stillquoten in verschiedenen Altersgruppen. Erhebungen von Stillquoten sind für statistische Aussagen nicht zu nutzen, wenn sie unterschiedliche Begriffe und Definitionen zur Säuglingsernährung verwenden. Für den Stillerfolg sind nicht nur Art und Weise der Nahrungsgabe von Bedeutung, sondern auch äußere Faktoren der Betreuung und des Zusammenseins von Mütter und Kind (Christensson et al., 1992; Righard et al., 1992; Michaelsen et al., 1994; Winberg et al., 1995; Enkin et al., 1995; Sadeeh und Akre, 1996; Anderson et al., 2003; Renfrew et al., 2005).

Eine einheitliche Terminologie aller in die Bewertung einzubeziehenden Merkmale ist notwendig, will man die Wirkung der vielfältigen bestehenden Initiativen zur Stillförderung verifizieren und miteinander vergleichen.

Die Nationale Stillkommission unterstreicht deshalb die Notwendigkeit einheitlicher Begriffsbestimmungen zur Säuglingsernährung

### 2 Einheitliche Terminologie

Die Nationale Stillkommission hat auf der Grundlage von zwei Berichten der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 1991, 2003) einheitliche Definitionen zur Säuglingsernährung für den deutschen Sprachraum erarbeitet.

Im Folgenden werden neben Angaben zur Art der Nahrung auch Begriffe zur Art und Weise der Nahrungsgabe, zur Betreuungsförm von Mütter und Kind, zum Fütterungsmodus und zu Saugproblemen erläutert. Soweit vorhanden, sind die Begriffe mit der englischen Entsprechung versehen.

#### Das räumliche Zusammensein von Mutter und Kind

- Rooming-in = Unterbringung von Mutter und Kind im gleichen Raum.
- 24h-Rooming-in = Mutter und Kind tags und nachts im gleichen Raum.
- Teil-Rooming-in = Mutter und Kind z. B. nur tags im gleichen Raum
- Bedding-in (auch als Bed-sharing oder Bett-Teilen bezeichnet); das Kind liegt im Bett der Mutter oder der Eltern (davon ist das Schlafen des Kindes in einem Balkonbett abzugrenzen).

#### Ernährung des Kindes

Stillen = breastfeeding; Trinken von Muttermilch an der Brust

Flaschenernährung = bottle feeding; jegliche Nahrungsaufnahme, auch Muttermilch, mittels Saugflasche.

\* aktualisiert am 01. August 2007

Seite 1 von 4

Stillen nach Bedarf (ad libitum) = breastfeeding on demand (demand feeding). Das Kind darf so oft und so lange trinken wie es möchte. Das schließt nicht aus, dass die Mütter ihr Kind wecken kann, wenn die Brust spannt und sie das Bedürfnis hat, ihr Kind anzulegen, auch wenn das Kind noch kein Hungerzeichen gegeben hat. Füttern nach Bedarf wird auch für junge Säuglinge, die Säuglingsanfangsnahrung erhalten, empfohlen.

|  |   |
|--|---|
| Ausschließliches Stillen                             | exclusive breastfeeding (EBF)<br>(gegebenenfalls zusätzlich Medikamente, Vitamine, Mineralstoffe)   |
| Ausschließlich Muttermilch                           | exclusive human milk feeding  |
| Ausschließlich Mutter- und/oder Spendermilch feeding | exclusive mother's-/donor milk feeding  |
| Überwiegendes Stillen                                | predominant breast feeding<br>(wie Ausschließliches Stillen aber mit Flüssigkeiten, z.B. Wasser, Tee, Zuckerosung)  |
| Vollstillen  | Summe von ausschließlichem und überwiegendem Stillen  |
| Zwielmilch   | mixed feeding (Muttermilch und Muttermilchersatz)   |
| Teilstillen  | Partial breastfeeding (Muttermilch und dazu Muttermilchersatz oder Beikost oder beides)   |
| Muttermilchersatz                                    | breast milk substitute<br>(industriell oder selbst hergestellte Säuglings(milch)nahrung unabhängig von der Eignung)   |
| Säuglingsanfangsnahrung                              | infant formula (industriell hergestellte Nahrung, die gesetzlichen Vorgaben entsprechen muss und von Geburt an gefüttert werden kann)                         |
| Folgenahrung   | follow-on formula (industriell hergestellte Nahrung, die gesetzlichen Vorgaben entsprechen muss und frühestens mit Beginn der Beikost gefüttert werden soll). |

Seite 2 von 4

## 9.3.2 Stilldauer [44]



Zufütterungstechniken = alternative feeding methods; können angewendet werden, um künstliche Sauger zu vermeiden. Wird bei jungen Säuglingen in der Phase des "Stilllernens" eine Zufütterung notwendig, wird die Nahrungsgabe mit Löffel oder Becher empfohlen (Howard et al. 2003). Auch Fingerfeeder oder Pipette sind möglich (siehe auch Empfehlungen der Nationalen Stillkommission; Zufütterungstechniken für gestillte Säuglinge, [http://www.bfr.bund.de/cm/207/zufuetterungstechniken\\_fuer\\_gestillte\\_saeuglinge.pdf](http://www.bfr.bund.de/cm/207/zufuetterungstechniken_fuer_gestillte_saeuglinge.pdf)). Mit diesen Zufütterungstechniken kann das Saugverhalten des Kindes kontrolliert und die Geschwindigkeit der Nahrungsgabe bestimmt werden. Auch bei Frühgeborenen, die später gestillt werden sollen, sind diese Füttertechniken eine Alternative zur Flasche (Lang et al. 1994; Mikkel-Kostyra, 1996). Ist das Stillen an der Brust nicht ausreichend, kann mit dem Brusternährungssatz ergänzt werden (Gudth-Gumberger, 2006). Dieses Set ist bei langzeitlicher Zufütterung empfehlenswert.

### Beikost

beikost, complementary food (alle Nahrungsmittel) (flüssig, breiig, fest) außer Muttermilch und Säuglingsanfangsnahrung) (WHO, 2003; Kersting et al., 1995)

### Weitere wichtige Definitionen

Saugverwirrung. Manche Stillkinder haben Schwierigkeiten, ihr Saugverhalten an die abwechselnde Fütterung an der Brust und mit der Flasche anzupassen (Neifert et al., 1995). Deshalb empfehlen sich besonders in den ersten Lebenswochen alternative Fütterungstechniken (siehe Zufütterungstechniken für gestillte Säuglinge [http://www.bfr.bund.de/cm/207/zufuetterungstechniken\\_fuer\\_gestillte\\_saeuglinge.pdf](http://www.bfr.bund.de/cm/207/zufuetterungstechniken_fuer_gestillte_saeuglinge.pdf)).

Inkorrektes Saugen und ineffizientes Trinkverhalten bedeutet die Unfähigkeit des Kindes, die Brustwarze und einen großen Bereich des Brustwarzenhofes in den Mund zu nehmen und die Brust zu entleeren (siehe Richtiges Anlegen und Saugen [http://www.bfr.bund.de/cm/207/stillen\\_richtiges\\_anlegen\\_und\\_saugen.pdf](http://www.bfr.bund.de/cm/207/stillen_richtiges_anlegen_und_saugen.pdf)).

### Literatur

Anderson GC, Moore E, Hepworth J, Bergman N: Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev* (2003); CD003519

Christensson K, Siles C, Moreno L, Belaustequi A, De La Fuente P, Lagercrantz H, Puyol P, Winberg J: Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot. *Acta Paediatr Scand* 81, 488-493 (1992)

Enkin M, Keirse M, Renfrew M, Neilson J: *Breastfeeding. In: A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. Oxford University Press, 349-363 (1995)

Gudth-Gumberger M: Stillen mit dem Brusternährungssatz. *Deutsche Hebammenzeitschrift, Eltern-Info Nr. 16* (2006)



Howard CR, Howard FM, Lanphear B, Eberly S, deBleek EA, Oakes D, Lawrence RA: A randomized clinical trial of pacifier use and bottle or cupfeeding and their effect on breast-feeding. *Pediatrics* 111, 511-518 (2003)

Kersting M, Kaiser B, Schöck G: Lebensmittel und Nährstoffe in der Beikost im 5-12. Lebensmonat. *Ernährungsumschau* 42, 19-21 (1995)

Lang S, Lawrence CJ, Orme R: Cup feeding an alternative method of infant feeding. *Arch Dis Child* 71, 365-369 (1994)

Michaelsen KF, Larsen PS, Thomsen BL, Samuelson G: The Copenhagen cohort study on infant nutrition and growth: duration of breast feeding and influencing factors. *Acta Paediatr Scand* 83, 565-571 (1994)

Mikkel-Kostyra K: Barriers in breast feeding: artificial nipples and nipple shields. *Pediatr Pol* 71, 161-164 (1996)

Neifert M, Lawrence R, Seacat J: Nipple confusion: Toward a formal definition. *J Pediatr* 126, 125-129 (1995)

Renfrew MJ, Dyson L, Wallace L, D'Souza L, McCormick F, Spiby H: The effectiveness of public health interventions to promote the duration of breastfeeding. *National Institute for Health and Clinical Excellence, London, 2005*

Righard L, Alade M: Sucking technique and its effect on success of breastfeeding. *Birth* 19, 185-189 (1992)

Sadeeh R, Akre J: Ten Steps to Successful Breastfeeding: A summary of the rationale and scientific evidence. *Birth* 23, 154-160 (1996)

World Health Organization (WHO) Division of Diarrhoeal and Acute Respiratory Disease Control. *Indicators for Assessing Breast-Feeding Practices. Report of an Informal Meeting. Geneva: WHO/CDD/SER/91.14.* (1991)

World Health Organization (WHO) (2003). *Infant and young child feeding. A tool for assessing national practices, policies and programmes.* ISBN 92 4 156254 4

Winberg J: Examining breast feeding-performance: forgotten influencing factors. *Acta Paediatr Scand* 84, 465-467 (1995)

## Stilldauer

Empfehlung der Nationalen Stillkommission am BfR vom 1. März 2004

Die Nationale Stillkommission gibt für Deutschland die folgenden Empfehlungen zur Stilldauer. Sie hat dabei die Stellungnahmen der Weltgesundheitsorganisation (WHO), die 2000 eine Expertengruppe zur wissenschaftlichen Ableitung der optimalen Dauer des ausschließlichen Stillens eingesetzt hatte (WHO, 2001), und der 54. Weltgesundheitsversammlung (WHA) (2001) berücksichtigt. Der Ernährungsplan für das erste Lebensjahr des Forschungsinstituts für Kinderernährung in Dortmund (Kersting, 2001) wird nach wie vor ausdrücklich unterstützt.

### Dauer des ausschließlichen Stillens

Muttermilch ist die beste Nahrung für nahezu alle Säuglinge. Ausschließliches Stillen in den ersten sechs Monaten ist für die Mehrzahl der Säuglinge die ausreichende Ernährung.

Ab wann ein Säugling zusätzlich Beikost benötigt, ergibt sich individuell in Abhängigkeit vom Gedeihen und der Essfähigkeit des Kindes. Beikost sollte in der Regel nicht später als zu Beginn des 7. Lebensmonats und keinesfalls vor dem Beginn des 5. Monats gegeben werden. Beikostzuführung bedeutet nicht Abstillen, sondern eine langsame Verminderung der Muttermilchmengen und Stillmahzeiten. Mutter und Kind bestimmen gemeinsam, wann abgestillt wird. Diese Empfehlungen geben einen Rahmen vor. Sie sollten nicht schematisches angewendet werden.

Die Nationale Stillkommission gebraucht "ausschließliches" Stillen weiterhin in dem engen ursprünglichen von der WHO (WHO, 1991) definierten Sinn (ausschließlich Muttermilch ohne Gabe von Flüssigkeiten oder anderer Nahrung) (Springer et al., 1999). In ihrer Stellungnahme "Zufütterung von gestillten Säuglingen" hat die Stillkommission (2001) ausdrücklich dargelegt, dass eine routinemäßige Zufütterung von Flüssigkeiten beim gestillten Säugling in der Regel überflüssig ist und daher auch nicht empfohlen wird.

### Kurzes oder teilweises Stillen

*Die Stillkommission hält auch kürzeres ausschließliches Stillen als sechs Monate oder teilweises Stillen für sehr sinnvoll.*

Wenn sechsmonatiges ausschließliches Stillen für Mütter nicht durchführbar ist, sollte dies keinesfalls ein Grund sein, gar nicht erst mit dem Stillen zu beginnen. Auch kürzeres ausschließliches Stillen oder teilweises Stillen nutzen dem Kind und sind erfreulich für Mutter und Kind.

Das Wissen um die Vorteile des Stillens sollte als Verpflichtung verstanden werden, stillwilligen Müttern bei der Lösung von Stillproblemen zu helfen, so dass sie nicht früher mit dem Stillen aufhören müssen, als sie eigentlich wollen. Die Stillkommission hat hierzu eine Stellungnahme zu "Stillen und Berufstätigkeit" (2003) herausgegeben.

### Abstillen

*Die Stillkommission betont, dass Beikostzuführung nicht mit Abstillen gleichzusetzen ist. Der endgültige Zeitpunkt des Abstillens ist eine individuelle Entscheidung, die gemeinsam von Mutter und Kind getroffen wird.*

Idealerweise wird weiter teilgestillt, auch wenn das Kind die Fertigkeit entwickelt hat, aus dem Becher oder der Tasse zu trinken. Mit zunehmendem Verzehr von Beikost bzw. modifizierter Familienkost am Ende des ersten und im Laufe des zweiten Lebensjahres nimmt die quantitative Bedeutung der Muttermilch als Lebensmittel entsprechend ab. Unter hiesigen Bedingungen, wo Beikost vernünftiger Zusammensetzung allgemein verfügbar ist, wird gegen Ende des ersten Lebensjahres in den meisten Fällen das Trinken an der Brust eher durch das Bedürfnis nach Nähe und Zuwendung als durch Hunger bestimmt werden.

Die Stillkommission gibt keine ausdrückliche Empfehlung, wann endgültig abgestillt werden sollte, weil sich für Deutschland hierzu keine wissenschaftlich begründete Basis finden lässt.

### Referenzen

Kersting, M (2001) Ernährung des Säuglings. Lebensmittel- und mahzeitenbezogene Empfehlungen. Monatsschr. Kinderheilkd. 149: 4-10

Nationale Stillkommission (2001) Zur Frage der Zufütterung von gesunden, gestillten Neugeborenen. [http://www.bfr.bund.de/cm/207/zufuetterung\\_bei\\_gestillten\\_neugeborenen.pdf](http://www.bfr.bund.de/cm/207/zufuetterung_bei_gestillten_neugeborenen.pdf)

Nationale Stillkommission (2003) Stillen und Berufstätigkeit. [http://www.bfr.bund.de/cm/207/stillen\\_und\\_berufstaetigkeit.pdf](http://www.bfr.bund.de/cm/207/stillen_und_berufstaetigkeit.pdf)

Springer, S, Kersting, M, Nehlsen, E, Przyrembel, H (1999) Definitionen zur Säuglingsernährung. Vorschläge der Nationalen Stillkommission - Sagen wir, was wir meinen? Sozialpädiatrische - Kinder- und Jugendheilkunde 21: 39-42

Weltgesundheitsorganisation (WHO) Division of Diarrhoeal and Acute Respiratory Disease Control (1991) Indicators for assessing breast-feeding practices. Report of an Informal Meeting 11-12 June 1991, Genf (Dokument WHO/CDD/SER/91.14)

Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2001) The optimal duration of exclusive breastfeeding. Report of an expert consultation. Genf, März 2001 (Dokument WHO/NHD/01.09, WHO/FCH/CAH/01.24)

Weltgesundheitsversammlung (WHA), 54. Sitzung (2001) Infant and young child nutrition. (Dokument WHA54.2)

E-Mail: [stillkommission@bfr.bund.de](mailto:stillkommission@bfr.bund.de)

### Stillen – richtiges Anlegen und Saugen

Empfehlung der Nationalen Stillkommission vom 1. August 2007

Stillprobleme sind eine wesentliche Ursache dafür, dass Frauen vorzeitig abstillen. Die SuSe-Studie („Stillen und Säuglingsernährung“) von 1997/98 ergab, dass Mütter, die über Stillprobleme in den ersten 14 Tagen berichteten, mehr als doppelt so oft frühzeitig abstillen als Mütter ohne Stillprobleme. Zum Teil sind diese Stillprobleme auf falsche Anlegetechniken zurückzuführen und damit vermeidbar. Entscheidende Hinweise für Ursachen und damit auch Behandlung von Stillproblemen können durch genaues und geduldiges Beobachten einer Stillmahlzeit gewonnen werden.

#### Beschreibung des Saugens

In der Regel verfügt das soeben geborene Kind über die notwendigen reflexartigen Reaktionen sowie die motorischen und sensorischen Fähigkeiten, die ihm helfen, die Brust zu finden und mit Mund und Zunge zu untersuchen. Hierfür ist Ruhe und eine gewisse Zeit notwendig, üblicherweise ein- bis eineinhalb Stunden.

Bei Neugeborenen nach Kaiserschnitt und nach Schmerzmittelgebrauch unter der Geburt kann auch mehr Zeit notwendig sein.

Anzeichen für Saugschwierigkeiten sind beispielsweise:

- Das Baby weint und weigert sich, an der Brust zu trinken.
- Die Zunge des Babys klebt an der Mamille aus seinem Mund.
- Ab-Bewegungen zu vollbringen.
- Das Baby macht nur schwache und ineffektive Saugbewegungen.
- Das Baby ist unruhig, schnappt nach der Brust und lässt immer wieder los.

#### Normales und erfolgreiches Saugen

Richtiges Saugen ist nur möglich, wenn das Baby so positioniert ist, dass es die Brust korrekt erfassen und diese auch während des Saugaktes halten kann.



Bild 1

Bild 1<sup>1</sup> - Kennzeichen für korrektes Saugen:

1. Der Mund ist weit geöffnet (Mund voll Brust).
2. Die Lippen sind nach außen gestülpt.
3. Das Kinn berührt die Brust.
4. Die Nase des Kindes ist nahe der Brust, berührt sie eventuell, ist frei zum Atmen.
5. Von dem Teil der Areola, der unter der Mamille liegt, wird mehr in den Mund des Kindes eingesaugt als von dem oberhalb gelegenen Teil (asymmetrisches Anlegen).
6. Die Wangen sind beim Saugen nicht eingezogen, sondern rund (keine Grübchen sichtbar).

Der Saugrhythmus verändert sich während des Saugintervalls – die schnellen flachen Saugbewegungen zum Anregen des Milchflusses werden zu ruhigeren effektiveren Bewegungen, an denen der Unterkiefer aktiv durch Heben und Senken beteiligt ist. Manchmal sind die Bewegungen bis zum Ohr sichtbar. Das sicht- und hörbare Schlucken des Babys zeigt, dass

**Gestörtes und erfolgloses Saugen**  
Der Saugrhythmus verändert sich nicht, die Wangen sind eingezogen wie beim Saugen an einem Strohhalm (Grübchen sind sichtbar).

Das Stillen ist während der ganzen Stillmahlzeit sehr schmerzhaft (Ansaugschmerz und Dauerschmerz)



Bild 2

Bild 2 - Kennzeichen für nicht korrektes Saugen:

1. Der Mund ist nicht weit geöffnet (Kussmäulchen).
2. Die Unterlippe ist eingezogen.
3. Das Kinn ist fern der Brust.
4. Die Nase des Kindes ist zu weit entfernt von der Brust oder in die Brust gedrückt. Es ist wenig oder gar kein Teil der Areola mit erfasst.

<sup>1</sup> Die verwendeten Bilder sind mit freundlicher Genehmigung der Autoren entnommen aus: Both, Frischknecht: „Stillen kompakt – Atlas zur Diagnostik und Therapie in der Stillberatung“ Elsevier 2007

Milch fließt. Wenn das Baby korrekt saugt, verspürt die Mutter während des Stillens keinen Schmerz. Schmerzen beim Ansaugen bis der Milchspendereflex einsetzt können während der ersten 7-14 Tage auftreten.

#### Mögliche Ursachen und Folgen des nicht korrekten Saugens

##### Ursachen

Folgende Faktoren können Ursache für nicht korrektes Saugen sein:

- besondere Anatomie der Brust
- besondere Bedingungen des Kindes (Frühgeburt, einschließlich Krankheiten und Fehlbildungen)
- besondere Umstände nach der Geburt (Störungen und Unterbrechungen des Mutter-Kind-Kontaktes in den ersten zwei Stunden nach der Geburt)
- zu früher Gebrauch von Flaschensauger und/oder Schnuller

##### Folgen

Folgen nicht korrekten Saugens können sein:

- Die Milchbildung wird ungenügend stimuliert
- Der Milchschuss verläuft sehr schmerzhaft
- Der Milchspendereflex ist gehemmt
- Wunde Mamilen
- Milchstau und Mastitis
- Übermäßiger Gewichtsverlust bzw. ungenügende Gewichtszunahme des Kindes

##### Allgemeine Maßnahmen zum Vermeiden von Saugschwierigkeiten

- Ein gesundes Neugeborenes wird nach der Geburt so auf den Bauch der Mutter gelegt, dass es selbst die Brust finden kann. Mutter, Vater und Kind dürfen sich ungestört während der ersten ein bis zwei Stunden kennen lernen. Alle notwendigen Routinemaßnahmen werden direkt bei Mutter und Kind durchgeführt bzw. nach Möglichkeit auf einen späteren Zeitpunkt verschoben.
- Rooming-in und Anlegen nach Bedarf regen die Milchbildung an und unterstützen das Kennenlernen der Bedürfnisse und Signale des Neugeborenen. Am ersten Lebenstag wird das Baby möglicherweise viel schlafen, danach sollte es aber bis zum Milchschuss häufig (mindestens 8-15mal/24h) an der Brust trinken. Ist die Milchbildung gut, angeregt, nimmt die Hautigkeit der Stillmahlzeiten bei steigender Milchaufnahme durch das Baby in der Regel wieder ab.
- Bei Müdigkeit und Saugschwäche des Säuglings kann gegebenenfalls die Anregung der Milchbildung innerhalb der ersten sechs bis zwölf Stunden nach der Geburt durch Brustmassagen, manuelles Milchgewinnen oder Abpumpen erfolgen.
- Ein gesundes Neugeborenes benötigt in den ersten Tagen keine Zufütterung von Flüssigkeit oder Nahrung. Ein frühes Zufüttern mit der Flasche kann dazu führen,

dass das Baby die Brust ablehnt. Manche gesunde Neugeborene schlafen länger, zeigen weniger Interesse an der Brust und sind erst zum Saugen bereit, wenn der Milchspendereflex einsetzt. Sie reagieren ungeduldig, wenn die Milch nicht gleich fließt. Wenn das Kind innerhalb der ersten sechs Stunden nach der Geburt nicht angelegt werden kann, sollte es z.B. abgepumptes Kolostrum mit Hilfe eines Löffels oder einer Pipette erhalten.

- Unnötige Interventionen im Mundbereich nach der Geburt sollten unterlassen werden. Dazu gehören Absaugen oder andere Fremdreize am Gaumen, wie Schnuller, Flaschensauger, Stillhütchen, Finger, Daumen, da dadurch Reize gesetzt werden, die anders wahrgenommen werden als der Reiz durch die Mamille.

- Fütterzeiten, die nicht dem Bedürfnis des Kindes folgen, können dem korrekten Saugen entgegenwirken.

##### Praxis des Anlegens

Das Baby wird so positioniert, dass es dem Körper der Mutter zugewandt ist. Das Gesicht des Kindes befindet sich gegenüber der Brust, die Nase in Höhe der Mamille. Sobald das Baby den Mund weit öffnet, zieht die Mutter es schnell nah zu sich heran und unterstützt so das korrekte Erfassen der Brust.

- Das Baby wird zur Brust gebracht – nicht umgekehrt. Es liegt eng am Körper der Mutter, beide befinden sich Bauch an Bauch.
- Ohr, Schulter und Hüfte des Kindes bilden eine Linie, der Rücken wird gut gestützt.
- Das Baby kann den Kopf leicht nach hinten überstrecken. Es muss den Kopf nicht zur Seite drehen, um an die Brust zu gelangen.
- Eventuell wird der Kopf des Babys sanft gestützt, wobei es ihn frei bewegen und so seine Position selbst korrigieren kann.
- Die Nasenflügel graben sich nicht in die Brust ein, sondern sind frei zum Atmen.
- Die Zunge schiebt sich nach unten über die untere Zahnleiste, das Baby saugt die Mamille und einen „Mund voll Brustgewebe“ aktiv ein, das entstehende Vakuum formt das erasste Brustgewebe. Die Zungenbewegungen massieren die Milch aus den Milchgängen und das Baby schluckt Milch.

Die Mutter sollte bequem liegen oder sitzen.

- Die Mutter nimmt eine bequeme Haltung ein, Kissen und eventuell eine Fußstütze können hilfreich sein.
- Sitzt die Mutter, sollten die Füße Bodenkontakt haben und der Rücken der Mutter gut gestützt sein.

Unterstützen oder Halten der Brust

Das Abstützen der Brust kann sinnvoll sein. Zur Unterstützung der Brust sollte der C-Griff gezeigt werden (wobei darauf zu achten ist, dass Finger und Daumen nicht zu nah an der Areola platziert sind).

- Beim C-Griff (Bild 3) liegt die Handfläche unterhalb der Brust, die Finger zeigen auf eine Seite, der Daumen auf die andere Seite. Um das Baby in den ersten Tagen beim Erfassen der Brust zu helfen, kann mit einem leichten Druck der Daumens auf das Brustgewebe die Mamille so dirigiert werden, dass das Kind Mamille sowie einen großen Teil der Areola gut erfassen kann. Der Zigaretten-griff oder Scherengriff, den viele Frauen von sich aus anwenden, kann das Erfassen von ausrei-chendem Brustgewebe behindern.



Bild 3

- Frühgeborene Kinder oder Kinder mit neurologi-schen Problemen können von besonderen Stillpo-sitionen oder spezieller Unterstützung der Brust, wie z. B. dem DanCar-Griff (Bild 4) profitieren. Hier ist fachliche Anleitung nötig.



Bild 4

#### Lösen von der Brust

In der Regel lässt das Neugeborene die Brust von allein los, wenn es satt ist.

- Zur Unterbrechung des Saugschlusses wird ein Finger in den Mundwinkel und zwi-schen die Zahnleisten des Kindes geschoben. Wird das Baby ohne Lösen des Saug-schlusses von der Brust gezogen, kann es zu Rissen und offenen Verletzungen der Mamille kommen.

#### Literatur

- American Academy of Pediatrics (2005). Breastfeeding and the use of human milk. *Pediat-rics* 115: 496-506.
- Auerbach KG (2000). Evidence-based care and the breastfeeding couple: key concerns. *J Midwifery Women's Health* 45: 205-211.
- Blomquist HK, Jonsbo F, Serenius F, Persson LA (1994). Supplementary feeding in the ma-ternity ward shortens the duration of breastfeeding. *Acta Paediatr.* 83: 1122-1126.
- Cronenweit L, Stukel T, Keraney M, Barrett J, Covington C, DellMonte K, Reinhardt R, Rippe L (1992). Single daily bottle use in the early weeks postpartum and breastfeeding outcomes. *Pediatrics* 90: 760-766.
- Dowling D, Thanatharakul W (2001). Nipple confusion, alternative feeding methods and breastfeeding supplementation: state of science. *Newborn and Infant Nurse Review* 1: 217-223.
- Hairstrom M, Kjellmer I (2000). Non-nutritive sucking by infants exposed to pethidine in utero. *Acta Paediatr.* 89: 1196-1200.
- Howard CR, Howard FM, Lanphear B, Eberly S, de Billeck EA, Oakes D, Lawrence RA (2003). Randomized clinical trial of pacifier use and bottle-feeding or cupfeeding and their effect of breastfeeding. *Pediatrics* 111: 511-518.
- Kassing D (2002). Bottlefeeding as tool to reinforce breastfeeding. *J Hum Lact* 18: 56-60.
- Kramer MS, Barr RG, Dagenais S, Yang H, Jones P, Ciofani L, Jané F (2001). Pacifier use, early weaning and cry/fuss behaviour. *JAMA* 286: 322-326.
- Kurinjil N, Shiono PH (1991) Early formula supplementation of breastfeeding. *Pediatrics* 88: 745-750.
- Nationale Stillkommission: Zur Frage einer Zufütterung beim gestillten Neugeborenen. Emp-fehlung 2001 BfR.
- Neifert M, Lawrence R., Seacat J (1995). Nipple confusion: toward a formal definition. *J Pe-diatr* 126:125-129.
- Newman J (1990). Breastfeeding problems associated with the early introduction of bottles and pacifiers. *J Hum Lact* 6: 59-63.
- Righard L, Alade MC (1990). Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. *Lancet* 336: 1105-1107.
- Righard L (1998). Are breastfeeding problems related to incorrect breastfeeding technique and the use of pacifiers and bottles? *Birth* 25: 40-44.

## 9.3.4 Stillen und Berufstätigkeit [46]



### Stillen und Berufstätigkeit

Aktualisierte Elterninformation\* der Nationalen Stillkommission vom 26. März 2003

Mutterschilch ist die beste Nahrung für den Jungen Säugling. Gut gedeihende Kinder können sechs Monate ausschließlich gestillt werden. Auch nach Beginn der Beikostfütterung sollte weiter gestillt werden. Die physiologischen, psychologischen und sozialen Vorteile des Stillens sind von der 55. Weltgesundheitsversammlung im Mai 2002 erneut hervorgehoben worden (WHA 55.25). Die Förderung des Stillens ist danach eine gesundheitspolitische und gesellschaftliche Aufgabe, die von allen mitgetragen werden sollte.

Stillen sollte für berufstätige Mütter kein Hindernis sein, ihrem Beruf nachzugehen. Umgekehrt sollte die Rückkehr in den Beruf kein Grund zum Abstillen sein. Das deutsche Mutterschutzgesetz gibt den rechtlichen Rahmen für den Schutz der stillenden Mütter am Arbeitsplatz vor. Der Gesetzgeber erkennt damit die besondere Schutzbedürftigkeit der berufstätigen stillenden Mutter an, gleichzeitig auch die besondere Schutzwürdigkeit des Stillens.

Die praktische Umsetzung ist allerdings nicht immer leicht. Mit den folgenden Ausführungen möchte die Nationale Stillkommission einerseits über die gesetzlichen Bestimmungen informieren, die stillende Mütter am Arbeitsplatz schützen und ihnen das Stillen ermöglichen sollen, und andererseits praktische Hinweise dazu geben, wie Berufstätigkeit und Stillen miteinander zu vereinbaren sind. Stillende Mütter sollten zusammen mit ihrer Umgebung (Partner, Familie, Arbeitskollegen, Arbeitgeber) nach der besten und für alle verträglichen Lösung suchen.

#### 1. Mutterschutzgesetz

Das Mutterschutzgesetz (2002) ist in Deutschland die rechtliche Grundlage zum Schutz von schwangeren und stillenden Frauen vor gesundheitlichen Schäden und Nachteilen am Arbeitsplatz.

#### §1 Geltungsbereich

Dieses Gesetz gilt

1. für Frauen, die in einem Arbeitsverhältnis stehen.
2. für weibliche in Heimarbeit Beschäftigte und ihnen Gleichgestellte, soweit sie am Stück mitarbeiten.

Es gilt für alle Frauen, die in einem Arbeitsverhältnis stehen, auch für Teilzeitbeschäftigte, Hausangestellte und Heimarbeiterinnen, und auch für alle Beschäftigungsverhältnisse (auch Ausbildenverhältnisse), unabhängig von der Sozialversicherungspflicht, dem Realeinkommen, der Staatsangehörigkeit und dem Familienstand. Es gilt jedoch nicht für Hausarbeitskräfte, Selbständige, Organmitglieder und Geschäftsführerinnen juristischer Personen oder Gesellschaften und Adoptivmütter.

#### 1.1 Gestaltung des Arbeitsplatzes, Schutzfristen (§2, Abs. 1, §3, Abs. 2, §6, Abs. 1), Kündigungsschutz (§9, Abs.1) und Elternzeit (vgl. Bundesurlaubsgesetz- und Elternzeitgesetz, 2006)

§2, Abs. 1 des Mutterschutzgesetzes enthält Verpflichtungen für den Arbeitgeber:

„Wer eine werdende oder stillende Mutter beschäftigt, hat bei der Einrichtung und der Unterhaltung des Arbeitsplatzes einschließlich der Maschinen, Werkzeuge und Geräte und bei der Regelung der Beschäftigung die erforderlichen Vorkehrungen und Maßnahmen zum Schutze von Leben und Gesundheit der werdenden Mütter oder stillenden Mütter zu treffen.“

Die Vorschriften über Schutzfristen, Kündigungsverbot und Elternzeit sind nicht davon abhängig, ob die Mutter stillt, sie werden nur der Vollständigkeit halber erwähnt.

Nach §3, Abs.2 und §6, Abs.1 sind folgende Schutzfristen einzuhalten:

„Werdende Mütter dürfen in den letzten sechs Wochen vor der Entbindung nicht beschäftigt werden, es sei denn, dass sie sich zur Arbeitsleistung ausdrücklich bereit erklären; die Erklärung kann jederzeit widerrufen werden.“

„Mütter dürfen bis zum Ablauf von acht Wochen, bei Früh- und Mehrlingsgeburten bis zum Ablauf von zwölf Wochen nach der Entbindung nicht beschäftigt werden. Bei Frühgeburten oder sonstigen vorzeitigen Entbindungen verlängern sich die Fristen nach Satz 1 zusätzlich um den Zeitraum der Schutzfrist nach §3, Abs.2, der nicht in Anspruch genommen werden konnte.“

Während der Schutzfrist nach der Entbindung dürfen Mütter nicht beschäftigt werden, selbst wenn sie dazu bereit wären. Nur im Falle des Todes des Kindes kann eine Mutter nach Ablauf von zwei Wochen auf eigenen Wunsch wieder berufstätig sein.

§9, Abs.1 regelt den Kündigungsschutz:

„Die Kündigung einer Frau während der Schwangerschaft und bis zum Ablauf von vier Monaten nach der Entbindung ist unzulässig, wenn dem Arbeitgeber zum Zeitpunkt der Kündigung die Schwangerschaft oder Entbindung bekannt war oder innerhalb zweier Wochen nach Zugang der Kündigung mitgeteilt wird...“

Im Anschluss an die Mutterschutzfrist kann Elternzeit genommen werden. Diese muss spätestens sieben Wochen vor ihrem Beginn angemeldet werden, wobei verbindlich zu erklären ist, für welchen Zeitraum Elternzeit genommen wird. Auch während der Elternzeit besteht Kündigungsschutz. Geregelt ist auch, wie viele Stunden in der Woche im Rahmen einer Nebenbeteiligung erlaubt sind (Bundesurlaubsgesetz- und Elternzeitgesetz, 2006).

#### 1.2 Arbeit und Stillpausen

##### 1.2.1 Arbeitsschutz für stillende Mütter (§6, Abs. 2 und 3)

In §6, Abs.3 werden die Tätigkeiten aufgeführt, die stillende Mütter nicht ausüben dürfen (mit Verweis auf §4, Abs.1 und 2 Beschäftigungsverbote). Generell untersagt ist zum Beispiel schwere körperliche Arbeit und Arbeit, bei der die Stillende schädlichen Einwirkungen von gesundheitsgefährdenden Stoffen oder Strahlen, von Staub, Gasen oder Dämpfen, von Hitze, Kälte oder Nässe, von Erschütterungen oder Lärm ausgesetzt ist. Arbeiten, die ein regelmäßiges Heben schwerer Lasten, Verharren in hockender oder bückender Haltung, er-

heblisches Strecken und Beugen erfordern oder die mit einem Risiko für Berufskrankheiten oder einer erhöhten Unfallgefahr einhergehen, sowie Akkordarbeit oder sonstige Arbeiten mit gesteigertem oder vorgeschriebenem Arbeitstempo dürfen von Stillenden nicht gefordert werden.

Nach §6, Abs. 2 dürfen *Frauen, die in den ersten Monaten nach der Entbindung nach ärztlichem Zeugnis nicht voll leistungsfähig sind, was durch ein ärztliches Zeugnis zu belegen ist, nicht zu einer ihre Leistungsfähigkeit übersteigenden Arbeit herangezogen werden.*

#### 1.2.2 Stillzeiten (§7, Abs. 1, 2, 3)

Nach §7, Abs. 1 hat die stillende Mutter Anspruch auf Stillpausen.

*„Stillenden Müttern ist auf ihr Verlangen die zum Stillen erforderliche Zeit, mindestens aber zweimal täglich eine halbe Stunde oder einmal täglich eine Stunde freizugeben. Bei einer zusammenhängenden Arbeitszeit von mehr als acht Stunden soll auf Verlangen zweimal eine Stillzeit von mindestens fünfundvierzig Minuten oder, wenn in der Nähe der Arbeitsstätte keine Stillgelegenheit vorhanden ist, einmal eine Stillzeit von mindestens neunzig Minuten gewährt werden. Die Arbeitszeit gilt als zusammenhängend, soweit sie nicht durch eine Ruhepause von mindestens zwei Stunden unterbrochen wird.“*

Im Gesetzestext ist ausdrücklich von Mindestzeiten für Stillpausen die Rede, das heißt, die genannten Zeiten können, falls erforderlich, auch überschritten werden. Auch Teilzeitschäftige haben Anspruch auf notwendige Stillpausen. Es sollte aber selbstverständlich sein, dass die Pausen mit einem möglichst geringen Arbeitszeitaufwand einhergehen. Nach Auffassung der Stillkommission können Stillpausen auch dazu dienen, Milch abzapfen, wenn das Kind nicht an der Arbeitsstätte gestillt werden kann.

Der Gesetzestext enthält keine Begrenzung oder Definition der Dauer der Stillperiode insgesamt. Aus Anfragen von stillenden Müttern und Arbeitgebern schließt die Stillkommission, dass die Empfehlung zum ausschließlichen Stillen – wenn möglich, sechs Monate – häufig als offiziell definierte Stillperiode missverstanden wird, für die Stillpausen beansprucht werden können. Diese Interpretation ist nicht richtig. Vielmehr ist davon auszugehen, dass es große individuelle Unterschiede in der Dauer der Stillperiode insgesamt gibt, die im Einzelfall berücksichtigt werden müssen.

*„Durch die Gewährung der Stillzeit darf ein Verdienstausfall nicht eintreten. Die Stillzeit darf von stillenden Müttern nicht vor- oder nachgearbeitet und nicht auf die in dem Arbeitszeitzgesetz oder in anderen Vorschriften festgesetzten Ruhepausen angerechnet werden.“* (§7, Abs. 2).

Auf Grund dieser Bestimmung sind Stillpausen als Arbeitszeit anzurechnen.

Die zuständige Aufsichtsbehörde kann Betrieben sogar Stillzeit und Stillräume vorschreiben (§7, Abs. 3): *„Die Aufsichtsbehörde kann in Einzelfällen nähere Bestimmungen über Zahl, Lage und Dauer der Stillzeiten treffen; sie kann die Einrichtung von Stillräumen vorschreiben.“*

#### 1.2.3 Mehrarbeit, Nacht- und Sonntagsarbeit (§8, Abs. 1)

Nach §8, Abs. 1 gelten folgende allgemeine Beschäftigungsverbote:

*„Werdende und stillende Mütter dürfen nicht mit Mehrarbeit, nicht in der Nacht zwischen 20 und 6 Uhr und nicht an Sonn- und Feiertagen beschäftigt werden.“*

Hierzu gibt es je nach Berufssparte festgeschriebene Ausnahmeregelungen.

§8, Abs. 3 Abweichend vom Nachtarbeitsverbot des Absatzes 1 dürfen werdende Mütter in den ersten vier Monaten der Schwangerschaft und stillende Mütter beschäftigt werden

1. in Gast- und Schankwirtschaften und im übrigen Beherbergungswesen bis 22 Uhr,
2. in der Landwirtschaft mit dem Melken von Vieh ab 5 Uhr,
3. als Künstlerinnen bei Musikaufführungen, Theatervorstellungen und ähnlichen Aufführungen bis 23 Uhr.

*Abs. 4 Im Verkehrswesen, in Gast- und Schankwirtschaften und im übrigen Beherbergungswesen, im Familienhaushalt, in Krankenpflege- und in Badeanstalten, bei Musikaufführungen, Theatervorstellungen, anderen Schauveranstaltungen, Darbietungen oder Lustbarkeiten dürfen werdende oder stillende Mütter, abweichend von Absatz 1, an Sonn- und Feiertagen beschäftigt werden, wenn ihnen in jeder Woche einmal eine ununterbrochene Ruhezeit von mindestens 24 Stunden im Anschluss an eine Nachtruhe gewährt wird.*

*Abs. 5 An in Heimarbeit Beschäftigte und ihnen Gleichgestellte, die werdende oder stillende Mütter sind, darf Heimarbeit nur in solchem Umfang und mit solchen Fertigungsinsten ausgeben werden, dass sie von der werdenden Mutter voraussichtlich während einer 8-stündigen Tagesarbeitszeit, von der stillenden Mutter voraussichtlich während einer 7/14-stündigen Tagesarbeitszeit an Werktagen ausgeführt werden kann.*

Die zuständige Aufsichtsbehörde kann in Einzelfällen Ausnahmen von den Vorschriften zulassen. In einigen Bundesländern sind die Gewerbeaufsichtämter, in anderen Ländern staatliche Arbeitsschutzämter zuständig. Bei den Landesministerien für Arbeit und Soziales kann die zuständige Behörde erfragt werden.

2. Praktische Umsetzung
- 2.1 Praktische Umsetzung durch die Mutter

Die praktische Vereinbarkeit des Stillens mit der Berufstätigkeit hängt vom Alter des Kindes, der Entfernung zwischen Arbeitsplatz und Wohnung und von der Gestaltung des Arbeitsplatzes bzw. der Art der Arbeit ab.

2.1.1 Stillen am Arbeitsplatz ist möglich

Besieht die Möglichkeit, das Kind in einer nahegelegenen Tagesstätte unterzubringen, es mit an den Arbeitsplatz zu nehmen oder zum Stillen bringen zu lassen, können die gesetzlich geregelten Stillpausen genutzt werden.

### 2.1.2 Stillen am Arbeitsplatz ist nicht möglich

Die zulässigen Stillpausen können zum Abpumpen genutzt werden, um die Milchbildung aufrechtzuerhalten und den Bedarf für den nächsten Tag bereitzustellen. Wurde das Kind bis zur Wiederaufnahme der Berufstätigkeit ausschließlich gestillt, ist es sinnvoll, schon ein bis zwei Wochen vor dem ersten Arbeitstag ein bis zweimal täglich Milch abzupumpen, damit der Umgang mit der Pumpe geübt und ein erster Milchvorrat angelegt werden kann.

Die Betreuungsperson zu Hause kann die Muttermilch dem Kind am darauffolgenden Tag verabreichen. Abgepumpte Muttermilch kann mit der Flasche oder mit dem Becher gegeben werden, falls die Betreuungsperson diese Technik beherrscht. Säuglinge akzeptieren die Flasche u.U. besser, wenn sie nicht durch die Mutter gegeben wird. Sollte die Muttermilch nicht ausreichen, ist Zwiemilchernährung (Muttermilchersatzmischung und Stillen) eine sinnvolle Alternative.

Bei der Aufbewahrung am Arbeitsplatz und beim Transport der Muttermilch nach Hause ist auf die Einhaltung der Kühlkette zu achten. Im Kühlschrank hält sich abgepumpte Muttermilch drei bis fünf Tage an der kältesten Stelle bei +4 Grad Celsius. Es ist möglich, auf eine schon gekühlte Portion frisch abgepumpte, abgekühlte Milch hinzuzufügen. Muttermilch kann im Vier-Sterne Gefrierschrank bei einer Temperatur von mindestens -20 Grad Celsius sechs Monate aufbewahrt werden. Auf eine eingefrorene Milchportion kann frisch abgepumpte, abgekühlte Milch hinzugegossen werden. Die Menge der frischen Milch sollte jedoch geringer sein als die bereits gefrorene, um ein Anlaufen zu vermeiden (siehe Empfehlungen der Nationalen Stillkommission, 1998). Bevor die Mutter zur Arbeit geht und wenn sie zurückkommt, wird sie ihr Kind stillen wollen. Aufgrund des veränderten Tagesablaufs und des Bedürfnisses nach Haut- und Körperkontakt wird das Kind häufiger angelegt werden mögen. Dafür ist es hilfreich, wenn das Bett des Kindes nahe am Elternbett steht.

## 2.2 Praktische Umsetzung durch den Arbeitgeber und die Arbeitskollegen

### 2.2.1 Unterstützung durch Arbeitgeber und Arbeitskollegen

Die Unterstützung durch Arbeitgeber und Kollegen ist Voraussetzung, dass eine arbeitende Mutter stillen kann. Selbstverständlich ist diese Unterstützung im Einzelfall aber nicht. Es ist deshalb zu empfehlen, rechtzeitig den Arbeitgeber und alle betroffenen Kollegen/Kolleginnen über die Stillabsicht zu informieren. In einem gemeinsamen Gespräch sollten Absprachen über notwendige Arbeitspausen und Arbeitsbeschränkungen getroffen werden. Wenn es die Gegebenheiten zulassen, können auch weitere Arbeitsbedingungen individuell angepasst werden, z.B. durch Job-Sharing, flexible Arbeitszeiten und ähnliches.

Der Arbeitgeber sollte von seiner Seite aus ein Informationsgespräch und gegebenenfalls eine Informationsbroschüre für Schwangere über das Mutterschutzgesetz anbieten und nicht nur der Pflicht entsprechen, das Mutterschutzgesetz vorrätig zu halten bzw. auszuhängen. Eine rechtzeitige gemeinsame Planung der Wiederaufnahme der Berufstätigkeit nach der Mutterschutzfrist und der Fortführung des Stillens nach Wiederaufnahme der Arbeit sollte zu Lösungen führen, die für alle Beteiligten befriedigend sind.

### 2.2.2 Voraussetzung für das Stillen und Abpumpen am Arbeitsplatz

Die gesetzlichen Stillpausen können fest in den Arbeitsplan eingebaut oder flexibel gehalten werden, so dass die Mutter entweder ihr Kind stillen oder Milch abpumpen kann.

Es sollten saubere Räumlichkeiten mit privater Atmosphäre zur Verfügung stehen, in denen die stillenden Mütter Milch abpumpen oder in denen sie ihre Babys stillen können. Für die zum Abpumpen erforderliche Ausrüstung sollte ein fester Aufbewahrungsort vorhanden sein, außerdem ein Kühlschrank und ein Waschbecken.

Größere Betriebe sollten Einrichtungen zur Unterbringung der Kinder, z.B. in einer betriebs-eigenen Kindertagesstätte, vorsehen. Kleinere Betriebe könnten z.B. Abkommen mit firmen-nahen Kindergärten oder Tagesstätten treffen. Wenn die Art der Arbeit und des Arbeitsplatzes hierzu geeignet ist (oder eingerichtet werden kann), sollte das Kind zur Arbeit mitgebracht werden können.

## 3 Referenzen

Bundesgesetzblatt 2002 Teil I Nr. 43, Juli 2002, Bonn Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Mutterschutzgesetz, Leitfäden zum Mutterschutz, Stand 2007 – [www.bmfsfj.de](http://www.bmfsfj.de)

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Elterngeld und Elternzeit, Stand 2007 – [www.bmfsfj.de](http://www.bmfsfj.de)

Empfehlungen der Nationalen Stillkommission (1998). Sammlung, Aufbewahrung und Umgang mit abgepumpter Muttermilch für das eigene Kind im Krankenhaus und zu Hause – [http://www.bfr.bund.de/cm/207/issammlung\\_aufbewahrung\\_und\\_umgang\\_mit\\_abgepumpter\\_muttermilch\\_fuer\\_das\\_eigene\\_kind.pdf](http://www.bfr.bund.de/cm/207/issammlung_aufbewahrung_und_umgang_mit_abgepumpter_muttermilch_fuer_das_eigene_kind.pdf)

Email: [stillkommission@bfr.bund.de](mailto:stillkommission@bfr.bund.de)

## 9.3.5 Stillen und Rauchen - Ratgeber für Mütter bzw. Eltern [47]



Bundesinstitut für Risikobewertung

### Veränderung der Muttermilch

Nachgewiesen ist, dass viele der zahlreichen Substanzen der Zigarette in die Milch überreten, und dort in gleicher Konzentration wie im mütterlichen Blut vorliegen. Manche Substanzen in der Zigarette – wie zum Beispiel das Nikotin – übersteigen sogar Blutwerte. Es gelangen auch kreberisursachende Stoffe aus der Zigarette, wie zum Beispiel Dioxine, Benzpyrene, Nitrosamine und Schwermetalle in die Muttermilch und erhöhen die Konzentrationen in der Milch, die aus dem mütterlichen Fettgewebe durch aktives oder passives Rauchen in der Schwangerschaft oder aus der Umweltbelastung durch Industriechemikalien resultieren.

Die Konzentration einiger Substanzen in der Milch ist über die Länge der Rauchpause vor dem Stillen zu beeinflussen. Das gilt z. B. für das Nikotin, das im Gegensatz zu anderen toxischen Substanzen im Laufe einer Stunde während einer Rauchpause deutlich mit seiner Konzentration in der Milch abfällt.

### Einflüsse auf das Kind

In welchem Ausmass das Kind von den Substanzen in der Milch beeinflusst wird, hängt im Wesentlichen von deren Konzentrationen und der Aufnahme der Substanzen im kindlichen Darm ab. Da beim Menschen die Aufnahme im Darm nicht bestimmt werden kann, ist hierüber kaum etwas bekannt. Auch die Auswirkungen der kreberregenden Stoffe auf die Häufigkeit der Krebserkrankungen im späteren Leben können nur *beiflichtet* werden, da naturgemäss die Untersuchungen solcher Zusammenhänge sehr schwierig sind.

Bei starkem mütterlichen Rauchen während des Stillens werden reduziertes Saugvermögen des Kindes, Unruhe, Koliken, Erbrechen und verminderte kindliche Gewichtszunahme beobachtet. Erkrankungen der Atemwege und Lunge (Husten, Erkältungen, Krupp u.v.m.) im Kindesalter sind bei von Raucherinnen gestillten Kindern häufiger. Wahrscheinlich sind diese negativen Effekte nicht ausschließlich auf die Aufnahme der Stoffe über die Milch zurückzuführen, sondern werden durch die passive Rauchaufnahme des Kindes verstärkt, wenn die Mutter in der Nähe des Kindes raucht.

### Beratung von rauchenden Stillenden

Ideal ist, während der Monate des Stillens nicht zu rauchen.

Wenn geraucht wird, sollte sich die Stillende um ständige Reduktion der Zigarettenzahl bemühen. Ein sehr starker Konsum ist mit der Stillfähigkeit und dem Gedeihen des Kindes schlecht vereinbar.

Eingedenk der Möglichkeit der passiven Aufnahme von Rauchbestandteilen sollte in der Nähe des Kindes nie geraucht werden.

Die Belastung der Milch mit einigen der schädlichen Stoffe kann die Mutter durch bewusste Rauchpausen vor dem Stillen reduzieren. Ein typisches Beispiel ist das Nikotin, dessen Konzentration in der Milch während einer z. B. einstündigen Rauchpause deutlich abnimmt.

Untersuchungen zu den Zusammenhängen beim plötzlichen Kindstod haben ergeben, dass das Risiko erhöht ist, wenn Kind und eine Mutter, die raucht, in einem Bett zusammen schlafen.

E-Mail: [stilkommission@bfr.bund.de](mailto:stilkommission@bfr.bund.de)

Seite 2 von 2



Risiken erkennen – Gesundheit schützen

### Stillen und Rauchen – Ratgeber für Mütter bzw. Eltern

Aktualisierte Elterninformation\* der Nationalen Stillkommission vom März 2001

Liebe Mütter,

Sie haben Ihr Baby geboren und werden nun dieses Kind mit Liebe in der Säuglingszeit und Kindheit begleiten. Wenn Sie Ihr Kind stillen und rauchen sind, müssen Sie unbedingt wissen, dass Sie Ihrem Kind mit der Zigarette keinen guten Dienst erweisen. Wenn das Stillen nicht so wichtig für das Gedeihen des Kindes wäre, müsste man Ihnen vom Stillen abraten.

Nehmen Sie sich einige Minuten, um zu lesen, was der heutige Kenntnisstand zu diesem Problem ist. Denken Sie aber viel länger darüber nach, ob es sich nicht lohnt, für die Monate des Stillens (oder sogar länger?) von dieser auch für Sie nachteiligen Gewohnheit zu lassen.

#### Der heutige Kenntnisstand zum Rauchen in der Stillzeit

Die Ansichten darüber, was einer rauchenden Stillenden empfohlen werden soll, sind kontrovers. Einerseits sind die grossen Vorteile des Stillens für die Entwicklung des Kindes bekannt, andererseits sind Effekte auf die mütterliche Stillfähigkeit, der Übertritt toxischer Substanzen in die Milch und Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung zu fürchten.

Während die Kenntnis, dass Rauchen in der Schwangerschaft große Nachteile auf den Verlauf von Schwangerschaft, Entwicklung und Wachstum des Kindes hat, weite Verbreitung bei Schwangeren und der beratenden Ärzteschaft gefunden hat, sind die nachteiligen Effekte des Rauchens während der Stillperiode weniger bekannt. Entsprechend nehmen vielleicht auch deshalb etwa 40-50 % der Frauen, die während der Schwangerschaft mit dem Rauchen aufgehört haben, nach der Geburt ihre Gewohnheit wieder auf.

Folgende Beobachtungen sind beim Rauchen während der Stillzeit gemacht worden:

#### Milchbildung

Rauchen verändert die mütterlichen Hormone, die die Milchbildung in der Brust bewirken. Bei starken Raucherinnen (ab 10-15 Zigaretten täglich) kommt es zum verspäteten Milcheinschuss und zur verminderten Milchproduktion. Es besteht ein deutlicher Zusammenhang mit der Zahl der gerauchten Zigaretten; d.h. der Einfluss ist umso ausgeprägter, je mehr geraucht wird.

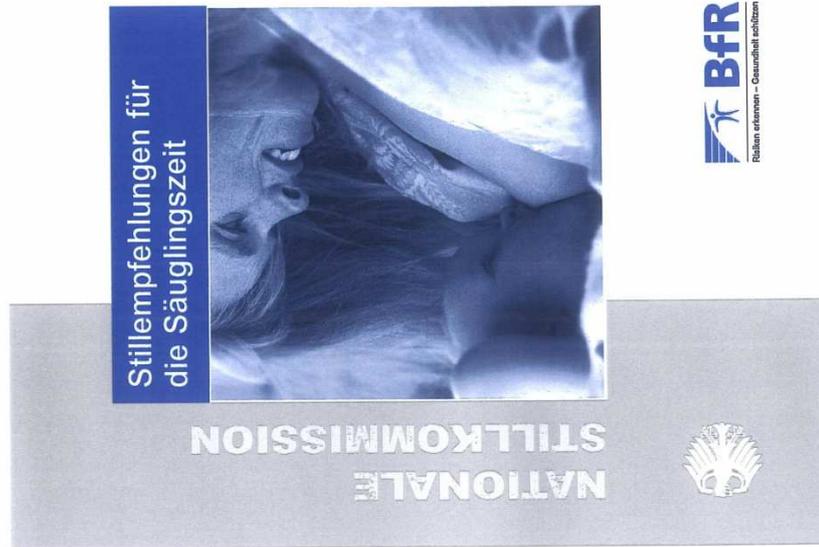
#### Motivation zum Stillen und zur Stilldauer

Alle entsprechenden Untersuchungen sind sich einig, dass Rauchen die Bereitschaft zum Stillen und die Dauer des Stillens negativ beeinflusst. In vergleichenden Untersuchungen wurde festgestellt, dass nichtrauchende Mütter viel motivierter als rauchende Stillende waren und dass dies unabhängig vom Sozialstatus beobachtet werden kann.

\* aktualisiert im März 2007

Seite 1 von 2

## 9.3.6 Stillempfehlung für die Säuglingszeit [48]



Nationale Stillkommission am Bundesinstitut für Risikobewertung

### **La Leche Liga Deutschland e.V.**

Geschäftsstelle  
Gesellenweg 13, 32427 Minden  
Tel.: 0571-48946  
Fax: 0571-4049480  
E-Mail: info@lalecheliga.de  
E-Mailberatung: beratung@lalecheliga.de  
Internet: www.lalecheliga.de

### **Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands e.V.**

Geschäftsstelle  
Kasseler Str. 1a, 60486 Frankfurt/Main  
Tel.: 0 69-79 53 49 71  
Fax: 0 69-79 53 49 72  
E-Mail: geschaeftsstelle@bfhd.de  
Internet: www.bfhd.de

### **Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland e.V.**

Geschäftsstelle Kinderkrankenhaus auf der Bull  
Janusz-Korczak-Allee 12, 30173 Hannover,  
Tel.: 05 11-28 26 08  
Fax: 05 11-85 15 16  
E-Mail: bv-kinderkrankenpflege@t-online.de

### **WHO-UNICEF-Initiative „Babyfreundliches Krankenhaus“ (BFH) e.V.**

Geschäftsstelle  
Jan-Wellem-Straße 6, 51420 Bergisch-Gladbach  
Tel.: 0 22 04-40 45 90  
Fax: 0 22 04-40 45 92  
E-Mail: info@babyfreundlich.org  
Internet: www.babyfreundlich.org

### **Die Nationale Stillkommission am Bundesinstitut für Risikobewertung**

Die Nationale Stillkommission wurde 1994 in der Folge einer Resolution der 45. Weltgesundheitsversammlung gegründet. Sie setzt sich aus Wissenschaftlern, Kinderärzten, Geburtshelfern, den Vertretern der Stillverbände, der Hebammen und Kinderkrankenschwestern zusammen. Ihre Aufgabe ist die Förderung des Stillens in der Bundesrepublik Deutschland. Sie berät die Bundesregierung, gibt Richtlinien und Empfehlungen heraus und unterstützt die verschiedenen Initiativen zur Beseitigung von Stillhindernissen. Die Nationale Stillkommission beschäftigt sich auch mit der Umsetzung der gesetzlichen Werbebeschränkungen für Säuglingsnahrung.

Diese „Stillempfehlung für die Säuglingszeit“ kann kostenlos unter Angabe der gewünschten Stückzahl bestellt werden bei der:

Geschäftsstelle der  
Nationalen Stillkommission  
Bundesinstitut für Risikobewertung  
Thielallee 88-92, 14195 Berlin  
Tel.: 030-8412-34 91  
Fax: 030-8412-3715  
E-Mail: stillkommission@bfr.bund.de  
www.bfr.bund.de

Herstellung: Werbedruck, Schneiderei, www.schneiderei.de  
Stand: Januar 2009

## Liebe Mutter, lieber Kinderarzt!

Die Nationale Stillkommission will mit den folgenden 14 Empfehlungen zur Förderung des Stillens in der Säuglingszeit beitragen und einige Fragen beantworten, die in dieser Zeit auftreten können.

1. Die beste Ernährung des Säuglings ist Muttermilch. Diese reicht in der Regel als alleinige Nahrung im ersten Lebenshalbjahr aus. Auch nachdem begonnen wurde, Beikost zu füttern, kann und soll weiter gestillt werden.
2. Ausschließlich gestillte Kinder brauchen keine zusätzliche Flüssigkeit.
3. Stillen nach Bedarf sichert am besten die Abstimmung zwischen Milchbildung und Sättigung des Kindes und ist eine gute Basis für die Entwicklung eines individuellen Mutter-Kind-Stillrhythmus. 24-Stunden Rooming-in sollte darum die Regel sein.
4. Beim Stillen nach Bedarf (anfangs mindestens 6 bis 8 mal pro Tag) wird ausreichend Muttermilch für ein oder mehrere Kinder (Mehrlinge) gebildet („Die Nachfrage regelt das Angebot“).
5. Anfangs sollte das Kind an beiden Brüsten angelegt werden, später entsprechend den Wünschen von Mutter und Kind ein- oder beidseitig.
6. Richtiges Anlegen (Erfassen auch eines großen Teils des Brustwarzenhofes) und häufiges Anlegen sind die beste Vorbereitung gegen Milchstau, schmerzhaftes Brustwarzen und Brustentzündung.

7. Hungerige Kinder sollten besonders häufig und beidseitig angelegt werden.

8. Gestillte Kinder sollten höchstens in den ersten Lebensjahren täglich unter gleichen Bedingungen gewogen werden, später wöchentlich oder im Rahmen von Früherkennungsuntersuchungen.

9. Stillende Mütter brauchen psychische und praktische Unterstützung durch den Vater, Familienangehörige oder Freunde.

10. Stillende Mütter sollen abwechslungsreich und ausgewogen essen und trinken. So empfängt es sich, zu jedem Stillen z. B. ein Glas Flüssigkeit bereitzustellen.

11. Eine notwendige medikamentöse Behandlung der Mutter ist nicht gleichzusetzen mit einer Indikation zur Stillpause oder zum Abstillen. Es gibt meistens einen Weg, ein Medikament zu finden, bei dem weiter gestillt werden kann. In jedem Fall sollte ein Arzt zu Rate gezogen werden.

12. Gestillte Kinder mit (Brech-)Durchfall werden weiter gestillt. Ein Flüssigkeits-/Elektrolytverlust wird nach ärztlicher Empfehlung durch geeignete Rehydrations-Lösungen zusätzlich ausgeglichen.

13. Bei schwerwiegenden Stillproblemen sollte professionelle Hilfe bei Hebammen, Laktationsberaterinnen, Kinderkrankenschwestern, Kinderärzten oder Frauenärzten eingeholt werden.

14. Selbsthilfegruppen stillender Mütter helfen, Probleme zu vermeiden bzw. sie zu lösen. Die Adressen können Sie bei Ihren regionalen Gesundheitsämtern erfragen. Weitere Informationen finden Sie unter:

[www.stillen-info.de](http://www.stillen-info.de)

### Arbeitsgemeinschaft Freier Stillgruppen (AFS) e.V.

Geschäftsstelle  
Bornheimer Straße 100, 53119 Bonn  
Tel.: 02 28 3 50 38 71  
Fax: 02 28 3 50 38 72  
E-Mail: [geschaeftsstelle@afs-stillen.de](mailto:geschaeftsstelle@afs-stillen.de)  
Infoline für Stillberatung: 01 80-57 84 55 36  
Internet: [www.afs-stillen.de](http://www.afs-stillen.de)

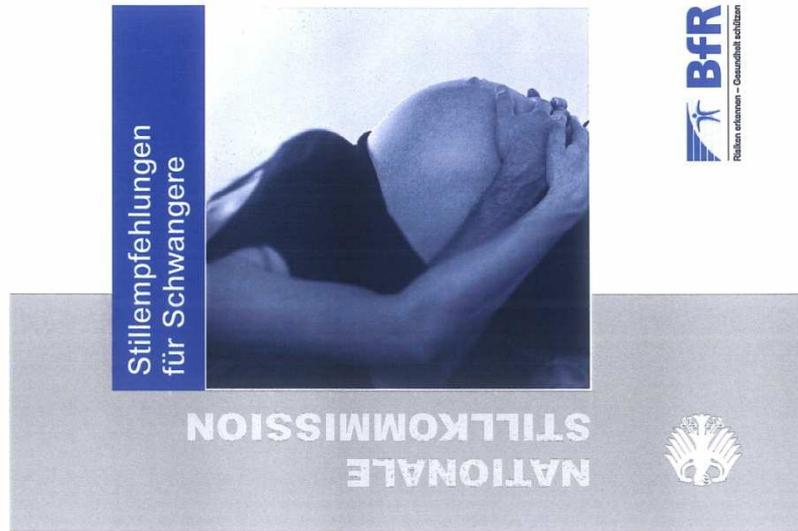
### Deutscher Hebammenverband e.V.

Geschäftsstelle  
Postfach 1724, 76006 Karlsruhe  
Tel.: 07 21-98 18 90  
Fax: 07 21-98 18 920  
E-Mail: [info@bdh.de](mailto:info@bdh.de)  
Internet: [www.bdh.de](http://www.bdh.de)

### Berufsverband Deutscher Laktationsberaterinnen

IBCLC e.V.  
Sekretariat  
Hildesheimer Str. 124E, 30880 Laatzen  
Tel.: 05 11-87 64 98 60  
Fax: 05 11-87 64 98 68  
E-Mail: [sekretariat@bdi-stillen.de](mailto:sekretariat@bdi-stillen.de)  
Internet: [www.bdi-stillen.de](http://www.bdi-stillen.de)

## 9.3.7 Stillempfehlung für Schwangere [49]



Nationale Stillkommission am Bundesinstitut für Risikobewertung

### **La Leche Liga Deutschland e. V.**

Geschäftsstelle  
Gesellenweg 13, 32427 Minden  
Tel.: 0571-4 69 46  
Fax: 0571-4 04 94 80  
E-Mail: [info@lalecheliga.de](mailto:info@lalecheliga.de)  
E-Mailberatung: [beratung@lalecheliga.de](mailto:beratung@lalecheliga.de)  
Internet: [www.lalecheliga.de](http://www.lalecheliga.de)

### **Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands e.V.**

Kasseler Str. 1a, 60486 Frankfurt/Main  
Tel.: 069-79 53 49 71  
Fax: 069-79 53 49 72  
E-Mail: [geschaeftsstelle@bfhd.de](mailto:geschaeftsstelle@bfhd.de)  
Internet: [www.bfhd.de](http://www.bfhd.de)

### **Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland e.V.**

Geschäftsstelle Kinderkrankenhaus auf der Bult  
Janusz-Korczak-Allee 12, 30173 Hannover  
Tel.: 05 11-28 26 08  
Fax: 05 11-85 15 16  
E-Mail: [bv-kinderkrankenpflege@l-online.de](mailto:bv-kinderkrankenpflege@l-online.de)

### **WHO-UNICEF-Initiative „Babyfreundliches Krankenhaus“ (BFH) e. V.**

Jan-Wellem-Strasse 6, 51429 Bergisch Gladbach  
Tel.: 022 04-40 45-90  
Fax: 022 04-40 45-92  
E-Mail: [info@babyfreundlich.org](mailto:info@babyfreundlich.org)  
Internet: [www.babyfreundlich.org](http://www.babyfreundlich.org)

### **Die Nationale Stillkommission am Bundesinstitut für Risikobewertung**

Die Nationale Stillkommission wurde 1994 in der Folge einer Resolution der 45. Versammlung der Weltgesundheitsorganisation gegründet. Sie setzt sich aus Wissenschaftlern, Kinderärzten, Geburtshelfern, den Vertretern der Stillverbände, der Hebammen und Kinderkrankenschwestern zusammen. Ihre Aufgabe ist die Förderung des Stillens in der Bundesrepublik Deutschland. Sie berät die Bundesregierung, gibt Richtlinien und Empfehlungen heraus und unterstützt die verschiedenen Initiativen zur Beseitigung bestehender Stillhindernisse. Die Nationale Stillkommission beschäftigt sich auch mit der Umsetzung der gesetzlichen Werbebeschränkungen für Säuglingsnahrung.

Diese „Stillempfehlung für die Schwangerschaft“ kann kostenlos unter Angabe der gewünschten Stückzahl bestellt werden bei der:

Geschäftsstelle der  
Nationalen Stillkommission  
Bundesinstitut für Risikobewertung  
Thielallee 88-92, 14195 Berlin  
Tel.: 0 30-84 12-34 91  
Fax: 0 30-84 12-37 15  
E-Mail: [stillkommission@bfr.bund.de](mailto:stillkommission@bfr.bund.de)  
[www.bfr.bund.de](http://www.bfr.bund.de)

Herstellung: Werbemind, Schreckkissa, [www.schreckkissa.de](http://www.schreckkissa.de)  
Stand: Januar 2009

## Liebe werdende Mutter,

mit diesem Blatt möchten wir Sie und Ihre Familie über die Vorteile des Stillens informieren und so Ihren Entschluss stärken, Ihr Kind zu stillen. Stillen bedeutet mehr als Ihrem Kind die beste und gesündeste Nahrung zu geben. Es ist auch Nahrung für die Seele und setzt in einzigartiger Weise die in der Schwangerschaft begonnene Beziehung zwischen Ihnen und Ihrem Kind fort.

Stillen wird gemeinsam erlernt: Wichtig sind Körperkontakt, Liebe zueinander und das Finden eines gemeinsamen Rhythmus.

### Weitere Vorteile des Stillens

Für das Kind:

- ▶ Muttermilch ist leicht verdaulich.
- ▶ Die Abwehrstoffe in der Muttermilch schützen vor vielen Infektionskrankheiten. Gestillte Kinder sind seltener krank als nicht gestillte Kinder.
- ▶ Muttermilch ist immer verfügbar, hygienisch einwandfrei und richtig temperiert.

Für die Mutter:

- ▶ Stillen spart Arbeit, Zeit und Geld und ist umweltfreundlich.
- ▶ Stillen macht unabhängig, auch wenn Sie unterwegs sind.
- ▶ Stillen fördert die Rückbildung der Gebärmutter und verringert den Blutverlust.

### Vorbereitung auf das Stillen in der Schwangerschaft

Informieren Sie sich über das Stillen. Lassen Sie sich korrekte Anlegen und verschiedene Stillpositionen zeigen. So können Sie viele Probleme vermeiden.

Sie müssen Ihre Brust nicht auf das Stillen vorbereiten, Ihr Körper macht das von ganz allein. Die Größe der Brust spielt keine Rolle beim Stillen. Flach- oder Hohlwarzen sind kein Stillhindernis, da das Kind nicht an der Brustwarze, sondern an der Brust trinkt.

### Der Stillbeginn

Legen Sie Ihr Kind im Kreislauf so früh wie möglich an – vor dem Baden, Wiegen und Messen. Ihr Kind erhält so die wertvolle Vormilch, die reich an Abwehrstoffen, leicht verdaulich und den Bedürfnissen eines Neugeborenen angepasst ist. Sie und Ihr Baby lernen das Stillen zu diesem Zeitpunkt leichter. Am besten gelingt es, wenn Sie mit Ihrem Kind Tag und Nacht zusammen sein können.

Stillen Sie Ihr Baby nach Bedarf, so oft und so lange, wie Sie beide es möchten. Das Trinken Ihres Babys an der Brust reguliert die Milchbildung. Ein gesundes, voll ausgetragenes Baby braucht keine andere Nahrung als Muttermilch.

Achten Sie auf eine gute Stillposition, damit Ihr Kind richtig trinken kann: Ihr Kind soll Ihnen mit seinem Körper ganz zugewandt sein und beim Trinken nicht nur die Brustwarze, sondern viel von der Brust im Mund haben.

Auch nach einem Kaiserschnitt können Sie Ihr Kind stillen. Sie brauchen in den ersten Tagen nur etwas mehr Unterstützung.

Für frühgeborene Kinder ist Muttermilch besonders wertvoll. Pumpen Sie Ihre Milch so lange ab, bis Ihr Kind an der Brust trinken kann.

Nehmen Sie die Unterstützung Ihres Partners, Ihrer Familie und Freunde in dieser ersten Zeit an und meiden Sie Stress. Ruhend Sie sich aus, wann immer es Ihnen möglich ist. Trinken Sie nach Durst und ernähren Sie sich ausgewogen.

Stillen ist ein Lernprozess für Mutter und Kind. Vertrauen Sie Ihrem Körper und sich selbst und seien Sie nicht entmutigt, wenn nicht alles auf Anhieb klappt.

Bedenken Sie, dass viele Schwierigkeiten und Unsicherheiten im Umgang mit Ihrem Kind auf mangelnder Information und fehlender Unterstützung beruhen! Suchen Sie sich kompetente Hilfe bei Hebammen, Laktationsberaterinnen, Stillgruppen und Kinder-/Krankenschwestern. Auch Ihr Frauen- oder Kinderarzt berät Sie gerne.

Fragen Sie schon in Ihrer Einbindungsklinik nach den Adressen weiterer Informationsquellen (z. B. [www.stillen-info.de](http://www.stillen-info.de)) oder wenden Sie sich an folgende Organisationen:

### Arbeitsgemeinschaft Freier Stillgruppen (AFS) e.V.

Geschäftsstelle  
Bornheimer Str. 100, 53119 Bonn  
Tel.: 0228-3 503871  
Fax: 0228-3 503872  
E-Mail: [geschaeftsstelle@afs-stillen.de](mailto:geschaeftsstelle@afs-stillen.de)  
Infoline für Stillberatung: 0180-57 84 55 36  
Internet: [www.afs-stillen.de](http://www.afs-stillen.de)

### Deutscher Hebammenverband e.V.

Postfach 1724, 76006 Karlsruhe  
Tel.: 07 21-981890  
Fax: 07 21-9 818920  
E-Mail: [info@bdh.de](mailto:info@bdh.de)  
Internet: [www.bdh.de](http://www.bdh.de)

### Berufsverband Deutscher Laktationsberaterinnen IBCLC e.V.

Sekretariat  
Hildesheimer Str. 124E, 30880 Laatzen  
Tel.: 0511-87649860  
Fax: 0511-87649868  
E-Mail: [sekretariat@bdi-stillen.de](mailto:sekretariat@bdi-stillen.de)  
Internet: [www.bdi-stillen.de](http://www.bdi-stillen.de)

## 9.3.8 Praktische Tipps für die Stillzeit [68]

### Praktische Tipps für die Stillzeit



Muttermilch macht uns mobil

TV-Reisejournalistin Tamina Kallert mit Sohn Konstantin



Muttermilch  
macht uns mobil

Als Reisejournalistin bereise ich wunderschöne Regionen in Deutschland, aber ich berichte auch über faszinierende Reiseziele im Ausland. Es macht mir immer große Freude, andere Menschen an meinen Reisen teilhaben zu lassen.

Jetzt freue ich mich auch darauf, gemeinsam mit meinem kleinen Konstantin die schöne weite Welt zu entdecken. Das Stillen macht uns beide mobil und unabhängig, auch wenn unser „Aktionsradius“ erst einmal nicht so groß ist. Muttermilch ist stets verfügbar, keimfrei und richtig temperiert. Ich muss mir auch keine Sorgen darüber machen, dass in der natürlichen Säuglingsernährung irgendetwas fehlt.

die „Rezeptur“ ist seit Jahrtausenden erprobt! Deshalb finde ich es so wichtig, dass Babyfreundliche Krankenhäuser Mütter beim Stillbeginn und darüber hinaus unterstützen.



Tamina Kallert  
TV-Reisejournalistin

## Praktische Tipps für die Stillzeit

- Achten Sie auf eine gute Stillposition: Ihr Baby soll Ihnen mit dem ganzen Körper zugewandt sein, den Mund auf Höhe der Brustwarze. Benutzen Sie Polster oder Stillkissen, um diese Position bequem während der gesamten Stillmahzeit beibehalten zu können. Das Baby soll viel von der Brust beim Stillen mit erfassen, damit es die Brust gut leeren kann und Ihnen keine Beschwerden verursacht.
- Stillen Sie so häufig wie möglich im Liegen, dann fühlen Sie sich schneller von der Geburt erholt.
- Stillen Sie Ihr Baby nach Bedarf: so oft es sich meldet und auch wenn Ihre Brust spannt und voll ist. Wenn eine Stelle besonders voll ist, versuchen Sie das Baby mit dem Unterkiefer in Richtung der betroffenen Stelle anzulegen.
- Die meisten unzufriedenen und weinenden Babys lassen sich durch Stillen gut beruhigen. Warten Sie nicht, bis Ihr Baby sich in sein Unwohlsein hineinsteigert. Ein schreies Baby lässt sich nicht gut anlegen.



## Stillen zuhause

- Lassen Sie das Baby Ihre Nähe spüren, am besten mit nackter Mamahaut auf nackter Babyhaut. Das stimuliert die Milchproduktion und hilft Ihrem Baby sich gut zu entwickeln.
- Richten Sie sich einen gemütlichen „Stillplatz“ ein, an dem Getränke und Snacks für Sie bereit stehen, denn Stillen macht Durst.
- Nachts ist es bequemer, wenn Sie Ihr Baby nahe bei sich haben und Sie für das Stillen nicht aufstehen müssen. Auf dem Elternportal der WHO/UNICEF-Initiative unter [www.babyfreundlich.org](http://www.babyfreundlich.org) finden Sie eine Information darüber, was Sie beachten müssen, wenn Sie Ihr Kind mit ins Elternbett nehmen.





Stillen, wenn Sie unterwegs sind

- Ein Tragetuch oder Tragesack sind hilfreich, die täglichen Verrichtungen mit einem unruhigen Baby einfacher zu machen, weil Sie dann die Hände frei haben.
- Wenn Sie mit Ihrem Baby außer Haus sind und stillen wollen, drehen Sie anderen Leuten Ihren Rücken zu. Beim Stillen selbst verdeckt Ihr Baby einen großen Teil der Brust. Sie können auch ein großes Tuch oder eine Windel über Schulter, Brust und Arm legen auf der Seite, wo Ihr Baby stillt, um Ihnen beiden etwas mehr Privatsphäre zu geben. Wenn Ihnen das nicht genügt, können Sie auch in Restaurants um einen abgelegenen Tisch bitten, an dem Sie sich abgewandt zum Publikum hinsetzen können. Oder nutzen Sie eine Umkleekabine in Kaufhäusern. Auch viele Kirchen sind tagsüber geöffnet und Sie können dort mit Ihrem Baby eine Besinnungs- und Stillpause einlegen.

Nach der Entlassung aus der Klinik -  
Babyfreundliche Krankenhäuser  
bleiben Ihre Ansprechpartner

Bei Ihrer Entlassung aus einer Babyfreundlichen Klinik erhalten Sie Informationen darüber, wo Sie weiterhin Unterstützung für das Stillen finden, etwa in Stillgruppen in Ihrer Umgebung. Die meisten Babyfreundlichen Krankenhäuser haben auch eigene Angebote, wie zum Beispiel eine 24-Stunden-Stillhotline, die Sie bei Fragen und Problemen anrufen können. Oder Sie besuchen das Stillcafé oder die Stillgruppe des Krankenhauses, die von ausgebildeten Stillberaterinnen geleitet werden. Dort finden Sie Kontakt zu anderen Müttern und treffen auch die Frauen wieder, die ihr Kind etwa zur gleichen Zeit wie Sie bekommen haben.



