

Aus der Universitäts-Frauenklinik
Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe
der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg i. Br.



***Soziodemographische Bedingungen im Freiburger
Entbindungskollektiv und deren Einflüsse auf Stillen und
Ernährung des Säuglings***

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung des Medizinischen Doktorgrades

der Medizinischen Fakultät

der Albert-Ludwigs-Universität

Freiburg i. Br.

vorgelegt 2010

von Claudia Ulrike Schneider

geboren in Freiburg i. Br.

Dekan	Prof. Dr. Christoph Peters
1. Gutachter	Prof. Dr. Heinrich Prömpeler
2. Gutachter	PD Dr. Marcus Krüger
Jahr der Promotion	2010

Inhaltsverzeichnis

1. EINLEITUNG.....	1
1.1 Stillverhalten im Wandel der Zeit.....	1
1.2 Vorteile des Stillens.....	3
1.3 Stillförderung in Deutschland.....	12
1.4 Aktueller Wissensstand.....	15
1.5 Fragestellung und Zielsetzung.....	17
2. PROBANDINNEN UND METHODEN.....	18
2.1 Studienbeschreibung.....	18
2.1.1 Einschlusskriterien.....	19
2.1.2 Ausschlusskriterien.....	19
2.1.3 Abbruchkriterien.....	19
2.2 Stichprobenbeschreibung.....	20
2.3 Erhebungsmethoden.....	22
2.3.1 Interview.....	22
2.3.1.1 Vorstudien.....	23
2.3.1.2 Hauptstudie erstes Interview.....	24
2.3.2 Telefoninterviews.....	26
2.3.2.1 Vorstudien Telefoninterview.....	26
2.3.2.2 Hauptstudie Telefoninterviews.....	27
2.3.3 Primär abgestillte Probandinnen.....	28
2.4 Methoden der Datenerhebung.....	29
2.4.1 Persönliches Interview.....	29
2.4.2 Telefoninterviews.....	31
2.5 Statistische Auswertung.....	31
3. ERGEBNISSE.....	32
3.1 Kollektiv.....	32
3.2 Stillbezogene Parameter.....	33
3.2.1 Stilldauer.....	33
3.2.1.1 Stilldauer im Gesamtkollektiv.....	33
3.2.1.2 Vergleich der Geburtsorte hinsichtlich der Stilldauer.....	36
3.2.2 Abstillgründe.....	38
3.2.2.1 Gründe für primäres Abstillen.....	38
3.2.2.2 Abstillgründe im Gesamtkollektiv.....	39
3.2.3 Stillplanung in der Schwangerschaft.....	41
3.2.4 Stillentscheidung.....	42

3.3	Mütterliche Parameter.....	44
3.3.1	Alter.....	44
3.3.1.1	Vergleich des Alters mit der Perinatalerhebung Baden-Württemberg.....	45
3.3.2	Nationalität.....	46
3.3.3	Familienstand.....	47
3.3.4	Ausbildungsniveau.....	48
3.3.4.1	Ausbildungsniveau des Gesamtkollektivs.....	48
3.3.4.2	Ausbildungsniveau der primär abgestellten Frauen.....	50
3.3.5	Berufstätigkeit.....	50
3.3.5.1	Berufstätigkeit Lebenspartner.....	50
3.3.5.2	Stillunterstützung Lebenspartner.....	52
3.3.6	Parität.....	53
3.3.7	Geburtsmodus.....	54
3.4	Kindliche Parameter.....	56
3.4.1	Reife.....	56
4.	DISKUSSION.....	58
4.1	Vergleich des Kollektivs.....	58
4.2	Stillbezogene Parameter.....	59
4.2.1	Vergleich der Stilldauer mit anderen Studien.....	59
4.2.2	Vergleich der Abstillgründe.....	70
4.2.3	Stillplanung.....	72
4.2.4	Stillentscheidung.....	73
4.3	Mütterliche Parameter.....	74
4.3.1	Alter.....	74
4.3.2	Nationalität.....	74
4.3.3	Familienstand.....	75
4.3.4	Ausbildungsniveau.....	75
4.3.5	Berufstätigkeit des Partners.....	77
4.3.6	Stillunterstützung des Lebenspartners.....	77
4.3.7	Parität.....	78
4.3.8	Geburtsmodus.....	79
4.4	Kindliche Parameter.....	80
4.4.1	Reife.....	80
4.5	Methodenkritik.....	81
4.5.1	Kollektiv.....	81
4.5.2	Anamnestische Daten.....	81
4.6	Schlussfolgerungen.....	82

5. ZUSAMMENFASSUNG.....	84
6. LITERATURVERZEICHNIS.....	85
7. ANHANG.....	94
7.1 Aufklärungsbogen.....	94
7.2 Einverständniserklärung.....	95
7.3 Standardisierte Einleitung und Ausleitung des 1. Interviews.....	96
7.4 Das erste Interview.....	97
7.5 Das erste Interview der primär abgestellten Frauen.....	98
7.6 Standardisierte Einleitung und Ausleitung der Telefoninterviews.....	99
7.7 Telefoninterview 3 Monate post partum.....	100
7.8 Telefoninterview 6 und 12 Monate post partum.....	102
DANKSAGUNG.....	104
CURRICULUM VITAE	105

1. Kapitel: Einleitung

1.1 Stillverhalten im Wandel der Zeit

Muttermilch ist die beste, praktischste und preiswerteste Nahrung für das Neugeborene. „Stillen ist ein Menschenrecht“ [WHO], „Breast is best“ [La Leche Liga] oder „Stillen ist das Beste für ihr Kind“ [Hipp], sind nur drei der populären Aussagen zu diesem Thema. Stillen sollte deshalb für Mütter selbstverständlich sein. Zu Beginn des neuen Jahrtausends ist es das aber schon lange nicht mehr.

Lange Zeit war es normal und lebensnotwendig zu stillen. In der Steinzeit stellte das Stillen die einzige Möglichkeit zur Säuglingsernährung dar. Zu dieser Zeit stellte sich der Mutter nicht die Frage, ob sie stillen sollte oder nicht. Muttermilch sicherte das Überleben der Menschheit. Das mütterliche Stillverhalten änderte sich in Abhängigkeit vom Wandel der Gesellschaft mehrmals.

Bereits 1600 v. Chr. delegierten wohlhabende Mütter die Tätigkeit des Stillens an eine Amme. Ammen sind Frauen, die gegen Entgelt Kinder anderer Frauen stillen. In Ägypten bildete das Ammenwesen sogar einen eigenen Berufsstand.

Als Gründe für die Weigerung der biologischen Mutter, den Säugling selbst zu stillen, obwohl diese Entscheidung mit einer höheren Säuglingssterblichkeitsrate einherging, werden die Angst, die Schönheit der Brüste zu verlieren, sowie die schwache Konstitution der adeligen Frauen genannt. Darüber hinaus galt Stillen als lächerlich und vermittelte den Eindruck einer menschlichen Milchkuh [Badinter 1981].

Im Mittelalter stillten die Mütter ihre Kinder wieder vornehmlich selbst. Es gab medizinisch keine Gründe den Frauen vom Stillen abzuraten, solange sie gesund waren. Die Kleider hatten praktische Schlitze, die diskretes Stillen ermöglichten.

Im 17. Jahrhundert hatte das Ammenwesen einen erneuten Höhepunkt. Waren Ammen bis dahin nur den adeligen Familien vorbehalten, breiteten sie sich nun auf das Bürgertum und im 18. Jahrhundert sogar auf alle Schichten aus. Stillen bekam ein sehr negatives Image, es galt als unschicklich.

Eine Rolle für das florierende Ammenwesen mag auch die Einstellung der Männer gespielt haben, da von stillenden Frauen vollständige sexuelle Abstinenz erwartet wurde.

Die durchschnittliche Stilldauer zu dieser Zeit lag bei 24 Monaten. Stillprobleme traten gehäuft auf, vor allem Brustwarzenprobleme, verursacht durch die einengende, modische Kleidung [Sporleder 1992]. Mit der rasanten Zunahme der Säuglingssterblichkeit, für die die mangelnde Hygiene, die falsche Ernährung und der lieblose Umgang der Ammen mit den fremden Kindern verantwortlich gemacht wurden, setzte sich allmählich auch wieder das Stillen der eigenen Kinder durch.

Ein Trend „zurück zur Natur“ setzte ein. Der Wandel in der Einstellung zum Stillen ist angeblich auf den Philosophen Jean Jaques Rousseau zurückzuführen. Die Rückkehr zur Natur bedeutete im Hinblick auf die Ernährung des Kindes das Selbststillen der Mutter als natürliche Mutterpflicht [Badinter 1981]. Gegen das weit verbreitete, inzwischen als unnatürlich verschriene Ammenwesen, wurde protestiert. Ende des 19. Jahrhunderts war es so gut wie ausgestorben.

Seit Anfang des 20. Jahrhunderts existiert künstliche Säuglingsnahrung, die von der Industrie als „Muttermilch gleichwertig“ angepriesen wird. Nun war also die Entscheidungsmöglichkeit zwischen natürlicher - dem Stillen - und künstlicher Säuglingsernährung gegeben [Fahr 1996].

Die Stilldauer nahm danach bis zu den 70er Jahren ab. Eine Studie aus Frankreich von 1972 zeigt, dass nur noch 32 % der Mütter ihre Kinder in der ersten Lebenswoche stillten. Dank der Wissenschaft, die sich dem Thema „Laktation und Stillen“ annahm, und somit unter anderem auch neue Vorteile des Stillens aufdeckte, stieg die Stillrate 1977 bereits wieder auf 51 % an [Rumeau- Rouquette et al. 1980].

Suboptimales oder gar kein Stillen stellt heutzutage die größte Gefahr für die Gesundheit und das Überleben von Kindern auf der ganzen Welt dar. Eine Verbesserung der momentanen Stillsituation könnte täglich das Leben von 3.500 Kindern retten, mehr als jede andere Präventivmaßnahme [Laktation und Stillen 2006].

1.2 Vorteile des Stillens

Ist Stillen im 21. Jahrhundert immer noch die beste Ernährungsform für Säuglinge? Mitunter ist es Aufgabe der Wissenschaft, in regelmäßigem Zeitintervall dies zu hinterfragen und gegebenenfalls zu belegen.

- *Stillen schützt das Leben der Kinder*

Gestillte Kinder weisen weltweit eine niedrigere Säuglingssterblichkeit auf. In Entwicklungsländern mit schlechten hygienischen und sanitären Bedingungen ist es offensichtlich, das Stillen die Gesundheit und das Überleben der Kinder sichert. Eine Studie aus Brasilien zeigt, dass Kinder, die mit Muttermilchersatzprodukten ernährt werden, 14 mal häufiger an Durchfallerkrankungen sterben, als gestillte Kinder [Fuchs et al. 1996]. Ähnliche Ergebnisse hinsichtlich des protektiven Effekts des Stillens auf dehydrierende Diarrhoeerkrankheiten zeigen auch Studien aus anderen ärmeren Ländern, z. B. Publikationen aus Nigeria [Meremikwu et al. 1997; Davies-Adetugbo et al. 1997], Ägypten [Jousilahti et al. 1997], Indien [Golding et al. 1997] und aus Bangladesch [Haider et al. 1996].

Aber Stillen ist in Bezug auf die Säuglingssterblichkeit in den reichen, westlichen Ländern ebenfalls von Bedeutung. Das Risiko am plötzlichen Kindstod (sudden infant death syndrome, SIDS) zu versterben, ist bei gestillten Kindern um ein Drittel verringert [Mitchell et al. 1991]. Rauchen erhöht das Risiko für SIDS. Gestillte Kinder von Raucherinnen haben jedoch ein gleich hohes Risiko wie nicht gestillte Kinder von Nichtraucherinnen.

- *Gestillte Kinder sind gesünder*

Der Einfluss des Stillens auf die kindliche Gesundheit ist mannigfaltig. Die Muttermilch enthält immunregulierende, antiinflammatorische und antimikrobielle Bestandteile [Goldman 1993]. Darunter z. B. Laktoferrin, das Eisen bindet und somit antiinfektiös wirkt, sowie Lysozym, ein Enzym der Leukozyten, das die Zellwand von Bakterien zerstört.

Linolsäure (siehe unten), Bifidusfaktor, reichlich IgA und Makrophagen ergänzen den „Nestschutz“ des Neugeborenen, der durch den diaplazentären Antikörperübertritt (IgG) zustande kam. Aus diesem Grund ist die Morbidität für Infektionskrankheiten bei gestillten Kindern signifikant niedriger [Dewey et al. 1995; Howie et al. 1990; Golding et al. 1997]. Nachgewiesen wurde dieser Vorteil des Stillens z. B. für Otitis media.

Die Mittelohrentzündung ist eine der häufigsten Erkrankungen bei Kindern unter drei Lebensjahren. Kinder, die ausschließlich durch Muttermilch ernährt werden, haben ein bis zu 60 % niedrigeres Risiko an einer Mittelohrentzündung zu erkranken [Rosen et al. 1996; Duffy und Faden 1997; Aniansson et al. 1994]. Das erklärt sich einerseits durch das Immunsystem aktivierende Bestandteile in der Muttermilch (siehe unten), andererseits auch durch den Saugvorgang an der Brust an sich, der sich protektiv gegen das Aszendieren von Bakterien in das Innenohr auswirkt.

Die Nekrotisierende Enterokolitis (NEC), eine hämorrhagisch-nekrotisierende, entzündliche Erkrankung des Dün- und Dickdarms, von der überwiegend Frühgeborene und hypotrophe Neugeborene betroffen sind, ist wegen der hohen Letalitätsrate von bis zu 50 % sehr gefürchtet. Muttermilch enthält Antikörper, Wachstumsfaktoren, zelluläre Immunfaktoren und Platelet-Activating Factor Acetylhydrolase, die für das seltenere Auftreten von NEC bei muttermilchernährten Frühgeborenen ursächlich sein könnten [Lucas und Cole 1990; Schurr und Perkins 2008].

Außerdem enthält Muttermilch einen hohen Anteil an Molke und speziellen Enzymen, die sie gut verdaulich machen. Das Kolostrum führt zu einer schnelleren Darmpassage des Mekoniums, und somit zu einer verringerten Bilirubinrückresorption (enterohepatischer Kreislauf) und geringerem Risiko für einen Neugeborenenikterus. Jedoch bei insuffizienter Kalorienzufuhr z. B. in Folge von Stillproblemen, steigt das unkonjugierte Billirubin im Serum an. Dies kann eine Ursache des Muttermilchikterus darstellen [Gartner 2001].

Zusammenfassend werden gestillte Kinder im ersten Lebensjahr zehn mal seltener in ein Krankenhaus eingeliefert als Kinder, die mit Muttermilchersatzprodukten ernährt werden [Fallot et al. 1980]. Eine Meningitis tritt z. B. bei nicht gestillten Säuglingen viermal häufiger auf, als bei gestillten.

Wenn ein gestilltes Kind an einer Infektion z. B. der Atemwege, der Harnwege oder einer Meningitis erkrankt, ist der Krankheitsverlauf meist milder und kürzer andauernd [Pisacane et al. 1992].

- *Stillen als Allergieprophylaxe*

Vor allem in der westlichen Welt verzeichnet man eine ständige Zunahme allergischer Erkrankungen. Stillen steht in der Prophylaxe atopischer Erkrankungen an oberster Stelle. Der Formenkreis der Atopien setzt sich zusammen aus Rhinitis allergica, dem allergischen Asthma bronchiale und der atopischen Dermatitis (Synonym: Neurodermitits). Auf Grund einer genetischen Prädisposition kommt es zu einer Überempfindlichkeitsreaktion vom Soforttyp.

Muttermilch kann diese Prädisposition für Allergien positiv beeinflussen. Sie ist arm an Fremdeiweißen, enthält IgA (mit 90 % der Hauptanteil der Immunglobuline in der Muttermilch), die Allergene binden und Prostaglandin E, das sich schützend auf die Darmmucosa auswirkt [Prentice 1987]. Für die langkettigen, essentiellen Fettsäuren der Muttermilch (z. B. Linolensäure) wurde eine allergenprotektive Wirkung über die Reifung und Differenzierung der Immunzellen des Thymus nachgewiesen [Wijga et al. 2006].

Wissenschaftler aus Helsinki stellten in ihrer Studie, in der 150 Kinder 17 Jahre lang beobachtet wurden, fest, dass gar nicht oder weniger als ein Monat gestillte Kinder im Alter von 17 Jahren zu 65 % an atopischen Erkrankungen litten (vor allem an respiratorischen Störungen z. B. Pollenallergie). Mindestens sechs Monate voll gestillte Kinder litten am seltensten unter Ekzemen oder Nahrungsmittelallergien, respiratorische Allergien lagen am Ende der Beobachtungszeit bei 42 % [Saarinen und Kajosaari 1995].

Auch in der Asthmaprophylaxe spielt das Stillen eine bedeutende Rolle. Kinder, die vier Monate voll gestillt werden, erkranken im Alter von sechs Jahren seltener an Asthma, als Kinder, die kürzer oder gar nicht gestillt wurden. Durch das Zufüttern von Milchersatzprodukten erhöht sich das Risiko für Asthma um 25 %, für mehrfach auftretende asthmatische Symptome sogar um 41 % und für einen positiven Allergie-Hauttest um 30 % [Oddy et al. 1999].

- *Stillen fördert die kognitive Entwicklung*

Muttermilch enthält reichlich essentielle langkettige Fettsäuren (PUFA), die bei der Hirnentwicklung benötigt werden. Der ebenfalls in der Muttermilch enthaltene Wachstumsfaktor IGF (insulin-like growth factor) liefert wahrscheinlich notwendige Impulse für die Hirnentwicklung. Aber auch der enge und einzigartige Mutter-Kind-Kontakt beim Stillen könnte sich positiv auf die Kommunikationsfähigkeit auswirken. Beim Stillen werden alle Sinne angeregt (sehen, spüren, hören, riechen und schmecken), die die kognitive Entwicklung fördern.

Eine Studie aus Weißrussland brachte 2008 den wissenschaftlichen Nachweis dafür, dass Stillen die kognitive Entwicklung von Kindern fördert. 14.000 Mutter-Kind-Paare aus 31 Entbindungskliniken (50 % davon Babyfreundliche Krankenhäuser) wurden in die Studie eingeschlossen. Als die Kinder das Grundschulalter erreichten, wurden zahlreiche Standardtests zur kognitiven Entwicklung (u.a. Wechsler Abbreviated Scales of Intelligence) durchgeführt. Gestillte Kinder schnitten – unabhängig vom elterlichen Intelligenzquotienten – in allen untersuchten Bereichen (verbale und praktische Intelligenz, lesen, schreiben, rechnen) signifikant besser ab. Der Gesamt-IQ war um 5,9 Punkte höher. Der größte Unterschied zeigte sich in der verbalen Intelligenz (7,5 Punkte), welcher durch die beim Stillen entstandene enge Mutter-Kind-Beziehung verursacht sein könnte [Kramer et al. 2008]. Ebenso lässt sich ein positiver Einfluss der Stilldauer auf die kognitive Entwicklung nachweisen [Mortensen et al. 2002]. Insbesondere bei Frühgeborenen zeigt sich eine deutlich bessere kognitive, motorische und intellektuelle Entwicklung, wenn sie Muttermilch erhalten [Lucas et al. 1992].

- *Stillen verringert Zahn-Kiefer-Erkrankungen*

Durch das Saugen an der Brust wird die Entwicklung der Gesichts- und Kiefermuskulatur und des Kiefers selbst optimal gefördert. Daraus ergibt sich eine protektive Wirkung gegenüber Zahn- und Kieferfehlstellungen [Raymond und Bacon 2006]. Auch die Sprachentwicklung wird positiv beeinflusst.

Eine Studie hat ergeben, dass Stillen über 40 Tage einen Schutz vor Karies darstellt [Oulis et al. 1999]. Streptococcus mutans, der verursachende Keim von Karies, vermehrt sich auf Muttermilch schlechter als auf künstlicher Babynahrung.

Stillen dient auch aus dem Grund als Kariesprophylaxe, weil die Muttermilch nur aus der Brustdrüse sezerniert wird, wenn das Kind aktiv saugt. Es findet also kein Dauertropfen wie bei der Flaschenfütterung statt. Außerdem werden die Frontzähne des Kindes nicht von Muttermilch umspült, da die Brustwarzenöffnung am Übergang des harten zum weichen Gaumen zum Liegen kommt [Torney 1990].

Studien konnten widerlegen, dass nach Bedarf gestillte Kinder (d.h. auch Stillen in der Nacht), eine höhere Kariesinzidenz aufweisen, als die generelle altersentsprechende Bevölkerungsgruppe [Weerheijm et al. 1998].

- *Stillen senkt die Inzidenz chronischer Krankheiten im Erwachsenenalter*

Die WHO beschreibt Adipositas, Diabetes und Herz-Kreislaufferkrankungen als die „neuen Seuchen“.

Jedes fünfte Kind in Deutschland ist zu dick. Säuglinge, die ausschließlich gestillt wurden, neigen dagegen offenbar seltener zu Übergewicht. Bereits bei einer Gesamtstilldauer von mindestens vier Wochen zeigt sich ein signifikant vermindertes Risiko für Übergewicht. Bei einer Gesamtstilldauer von 12 - 25 Wochen wird eine Risikoreduktion für Übergewicht im Alter von 2 Jahren von 60 % erreicht [Kreichauf et al. 2008].

Besonders Kinder von Müttern mit Gestationsdiabetes haben ein erhöhtes Risiko für Adipositas. Hummel et al. untersuchten in ihrer Studie 257 Frauen mit Gestationsdiabetes. Die Ergebnisse zeigen, dass diese Frauen, insbesondere adipöse Frauen und Frauen mit insulinpflichtigem Gestationsdiabetes, signifikant seltener und kürzer stillen als gesunde Frauen ohne Diabetes (mediane Gesamtstilldauer 16 vs. 26 Wochen). Neben genetischen Faktoren, könnte dies eine weitere Erklärung für das erhöhte Risiko von Adipositas bei den Nachkommen sein [Hummel et al. 2008].

Aktuell gibt es in Deutschland 6,7 Millionen Diabetiker, das entspricht acht Prozent der Bevölkerung (davon 4.2 Millionen mit Diabetes Typ 2, 0,5 Millionen Diabetes Typ1, ca. 2 Millionen nicht diagnostiziert). Die Prävalenz einen manifesten Diabetes im Alter über 65 Jahren zu bekommen liegt momentan bei über 10 %. In den USA haben vier Prozent der adipösen Jugendlichen bereits einen „Altersdiabetes“ (Diabetes Typ 2) [Herold 2007].

Kinder, die während der ersten Lebensmonate ausschließlich gestillt werden, weisen ein geringeres Risiko auf, an Diabetes mellitus zu erkranken, als Kinder, die früh Kontakt mit artfremden Eiweißen haben. Nicht gestillte Kinder haben laut Jones et al. ein um 33 % erhöhtes Risiko für Diabetes [Jones et al. 1998].

Die Koronare Herzerkrankung (KHK) ist in den Industrieländern die häufigste Todesursache. Die Lebenszeitprävalenz in Deutschland einen Herzinfarkt zu erleiden liegt für Männer bei 30 %, für Frauen bei 15 % [Herold 2007].

Ravelli et al. stellten fest, dass diejenigen Probanden, die als Säugling mit Muttermilchersatzprodukten ernährt wurden, höhere LDL-, Cholesterin- und Apolipoprotein B Konzentrationen, sowie niedrigere HDL Konzentrationen aufwiesen, als voll gestillte Probanden [Ravelli et al. 2000]. Muttermilch senkt die Lipoprotein A-Konzentration im Säugling. Nach dem Abstillen steigt die Konzentration signifikant an. Arteriosklerose beginnt bereits in den ersten Lebensjahren. Die niedrige Lipoprotein A Konzentration gestillter Kinder könnte eine Ursache für das reduzierte Risiko von späteren Herzerkrankungen sein [Routi et al. 1995].

Nicht gestillte Kinder haben ein dreifach erhöhtes Risiko für Morbus Crohn und andere chronisch entzündliche Darmerkrankungen (CED) [Koletzko et al. 1989].

Muttermilch schützt vor Krebs. Neue Studien haben gezeigt, dass krebskranke Kinder signifikant seltener gestillt wurden [Ortega- Garcia et al. 2008]. Shu et al. wiesen nach, dass das Risiko an akuter lymphatischer Leukämie (ALL) bzw. an akuter myeloischer Leukämie (AML) zu erkranken bei gestillten Kindern verringert ist [Shu et al. 1999]. In Indien wurde ein signifikant geringeres Risiko für Lymphome bei gestillten Säuglingen festgestellt. Die hohe Stillrate in Indien ist für die Autoren eine mögliche Erklärung für die dort vorliegende niedrige Krebsrate bei Kindern [Mathur et al. 1993].

- *Stillen fördert Mutter-Kind-Beziehung*

Für die Entwicklung einer intakten Mutter-Kind-Beziehung ist Stillen eine nicht zu unterschätzende Grundlage. Diese Beziehung beginnt schon kurz nach der Geburt mit dem Bonding und dem ersten Anlegen.

Bonding, die erste sensible Phase der Gefühls- und Bindungsentwicklung zwischen der Mutter und dem Neugeborenen post partum hat nicht nur positive Auswirkungen auf die Stilldauer, sondern kann auch zu einer engeren Bindung zwischen Mutter und Kind führen [Widstrom et al. 1990]. Stillen fördert somit das Selbstvertrauen der Stillenden in ihre Fähigkeiten als Mutter und stärkt ihr Selbstwertgefühl.

Intensiver Mutter-Kind-Kontakt fördert fürsorgliches Verhalten [O`Conner et al. 1980]. In Australien zeigte eine Studie mit 7223 Mutter-Kind-Paaren, die über 15 Jahre hinweg beobachtet wurden, dass Stillen vor Vernachlässigung und Misshandlung des Kindes durch die Mütter schützt. Nicht gestillte Kinder litten 4,8 mal häufiger unter Misshandlungen und/oder Vernachlässigung als gestillte Kinder [Strathearn et al. 2009].

- *Stillvorteile für die Mutter*

Das erste Anlegen post partum stimuliert die Oxytocinausschüttung, die wiederum die Uteruskontraktion fördert. Durch Stillen wird die Placenta schneller ausgestoßen, die Placentaperiode der Geburt verkürzt, und somit die post partale Blutung verringert [Chua et al. 1994]. Des Weiteren sinkt die Morbidität im Wochenbett. Dies zeigt sich z. B. bei der Endometritis [Labbok et Colie 1992].

Stillen dient der Schwangerschaftsverhütung. Weltweit werden mehr Schwangerschaften durch Stillen verhindert als durch alle anderen Empfängnisverhütungsmethoden. Der Pearl Index der Lactational Amenorrhea Method (LAM) liegt bei 2. Zum Vergleich: ohne Verhütung ist der Pearl Index 85, für das Kondom ist er 7 und für die Antibabypille liegt er bei 0,1- 0,9 [Pro Familia 2004].

Durch die empfängnisverhütende Wirkung des Stillens verbessert sich auch der Gesundheitszustand der Frau, und verhindert die Probleme, die sich aus dicht aufeinanderfolgenden Schwangerschaften und Geburten ergeben.

Die laktationsbedingte Amenorrhoe und die damit verbundene nicht vorhandene Blutung lässt den Hb-Wert nach dem Wochenbett schneller wieder ansteigen und auf höherem Niveau halten, als bei Müttern, die nicht stillen [Kramer und Kakuma 2002].

Stillen reduziert das langfristige Risiko für Frauen an bestimmten Karzinomen zu erkranken. Nachgewiesen wurde dieser Vorteil des Stillens z. B. für das Ovarialkarzinom [Rosenblatt und Thomas 1993] und das Endometriumkarzinom [Schindler 2009]. Ein positiver Einfluss des Stillens auf die Entstehung von Brustkrebs wird angenommen [Lord et al. 2008]. Einige neuere Studien z. B. der Review von Yang und Jakobsen widersprechen allerdings der oben genannten Aussage, und können keinen Zusammenhang zwischen Stillen und Brustkrebs nachweisen [Yang und Jakobsen 2008].

Frauen, die während ihres Lebens gestillt haben, besitzen ein signifikant verringertes Risiko, an Osteoporose zu erkranken [Kalkwarf et al. 1995/1996; Cumming und Klineberg 1993].

Eine ausschließlich stillende Mutter weist einen erhöhten Energieverbrauch von 635 kcal täglich in den ersten vier Monaten auf, sowie 285 kcal zusätzlich bei partiellem Stillen. Die Stillzeit ist somit die ideale Lebensphase, um Gewicht abzunehmen [Eugster 2008]. Auch längerfristige Diäten sind für das gestillte Kind unbedenklich und beeinflussen die Milchmenge nicht, solange der mütterliche Gewichtsverlust zwei Kilogramm im Monat nicht überschreitet, und das Kind ad libitum angelegt wird [Dewey et al. 1993].

Das Stillen scheint auch für die Mütter protektiv auf Herz-Kreislauserkrankungen zu wirken. Die Laktation hat einen positiven Einfluss auf die Lipidhomöostase und die Blutdruckregulierung der Stillenden. Bei Frauen, die während ihres Lebens zwei Jahre oder mehr gestillt haben, ist deshalb das Herzinfarktrisiko gegenüber Müttern, die nicht gestillt haben, signifikant erniedrigt [Stuebe et al. 2009].

- *Vorteile für die Gesellschaft*

Einer der meistgenannte Vorteile, weshalb sich Frauen für das Stillen entscheiden ist neben den Aussagen, dass Muttermilch gesund und das Beste für die Säuglinge ist, auch, dass Stillen billig ist.

In Deutschland spart das Stillen den Familien ungefähr 75 Euro pro Monat [Riordan 1997]. Niedrigere Kosten erlauben bessere Nahrung für die Mutter und die anderen Kinder.

Stillen stellt vor allem eine Ressourceneinsparung für die Gesellschaft dar, indem die Krankheitskosten (Arztbesuche, Krankenhausbehandlungen) durch gesündere Kinder und Mütter verringert werden.

Außerdem ist Stillen für eine geringere Umweltbelastung und Umweltverschmutzung bekannt [Radford 1991].

Zusammenfassend müssen Mütter dahingehend aufgeklärt werden, dass sie durch das Stillen nicht nur das Beste für ihr Kind tun, sondern vor allem auch das Beste für sich und die Familie.

1.3 Stillförderung in Deutschland

Seit den 80er Jahren steigen die Stillquoten wieder kontinuierlich an. Es zeigt sich ein Trend zum vermehrten und längeren Stillen. Dieser Trend wird sowohl auf nationaler, wie auch auf internationaler Ebene gefördert.

Die **WHO** (Weltgesundheitsorganisation) und **UNICEF** (Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen) setzen sich weltweit dafür ein, dass Kinder (auch in Industrienationen) in den ersten sechs Lebensmonaten ausschließlich gestillt werden und eine Fortsetzung des Stillens bis zum Alter von zwei Jahren oder darüber hinaus erfolgt [WHO 2001].

Aus der Beobachtung heraus, dass die Stillquote einen Tiefstand, nicht nur in den Industrienationen, sondern auch in den Ländern der Dritten Welt erreicht hatte, entstand 1992 die **Initiative Babyfreundliches Krankenhaus (BFHI: Baby Friendly Hospital Initiative)**. Aktuell existieren ca. 20.000 Babyfreundliche Krankenhäuser weltweit, aber nur ca. 500 davon befinden sich in Industrieländern. In Deutschland sind es momentan 47 Kliniken, zwei davon alleine in Freiburg [Stand September 2009].

Unter anderem durch Aus- und Weiterbildung des Gesundheitspersonals sollen die ersten post partalen Tage optimal zur Stillförderung genutzt werden, mit dem Ziel, dass möglichst viele Frauen das Krankenhaus nach der Geburt vollstillend verlassen.

Um die Rahmenbedingungen für das Stillen zu verbessern und die Mütter zum Stillen zu ermutigen, wurden folgende 10 Schritte zum erfolgreich Stillen nach den Richtlinien der UNICEF/WHO festgelegt:

10 Schritte zum erfolgreichen Stillen nach den Richtlinien der UNICEF/ WHO

1. Schriftliche Richtlinien zur Stillförderung haben, die dem gesamten Pflegepersonal in regelmäßigen Abständen nahe gebracht werden.
2. Das gesamte Mitarbeiter Team in Theorie und Praxis so schulen, dass es diese Richtlinien mit Leben füllen kann.
3. Alle schwangeren Frauen über die Vorteile und Praxis des Stillens informieren.
4. Müttern ermöglichen, ihr Kind innerhalb der ersten halben Stunde nach der Geburt anzulegen.
5. Den Müttern das korrekte Anlegen zeigen und ihnen erklären, wie sie ihre Milchproduktion aufrechterhalten können, auch im Falle der Trennung von ihrem Kind.
6. Neugeborenen Kindern weder Flüssigkeit noch sonstige Nahrung zusätzlich zur Muttermilch geben, wenn es nicht aus gesundheitlichen Gründen angezeigt ist.
7. „Rooming in“ praktizieren – Mutter und Kind erlauben, zusammen zu bleiben – 24 Stunden am Tag.
8. Zum Stillen nach Bedarf ermuntern.
9. Gestillten Säuglingen keinen Gummisauger oder Schnuller geben.
10. Die Entstehung von Stillgruppen fördern und Mütter bei der Entlassung aus der Klinik oder Entbindungseinrichtung mit diesen Gruppen in Kontakt bringen

Abbildung 1 - 1: 10 Schritte zum erfolgreichen Stillen nach den Richtlinien der UNICEF/WHO

Die Initiative Babyfreundliches Krankenhaus ist eines der wichtigsten UNICEF Programme zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit, vor allem in den Entwicklungsländern, wo oft unzureichende hygienische Voraussetzungen zur Zubereitung von Muttermilchersatzprodukten vorherrschen. Schätzungen der UNICEF zu Folge würden 1,3 Millionen Säuglinge jährlich noch leben, wenn sie in den ersten sechs Lebensmonaten ausschließlich gestillt worden wären [UNICEF 2004]. Es existieren auch nationale Institutionen, die zur Stillförderung beitragen:

Die **Nationale Stillkommission** wurde 1994 gegründet. Zusammengesetzt aus Gynäkologen, Pädiatern, Hebammen, Kinderkrankenschwestern, Vertretern der Stillverbände und Wissenschaftlern, hat sie die Aufgabe, Stillempfehlungen herauszugeben, die Bestrebungen der WHO zu unterstützen, das Bundesministerium zu beraten und die Aus- und Weiterbildung der Berufsgruppen, die mit Stillen in Kontakt kommen, zu fördern [Hormann 1997].

Die Nationale Stillkommission empfiehlt ebenfalls das ausschließliche Stillen in den ersten (vier bis) sechs Lebensmonaten des Kindes. Das Zufüttern von Beikost sollte laut diesen Empfehlungen nicht später als zu Beginn des siebten Lebensmonates und keinesfalls vor dem Beginn des fünften Monats erfolgen. Eine zeitliche Angabe zum Abstillen wird nicht gegeben.

1956 wurde die **La Leche Liga (LLL)** als eine der ersten Selbsthilfegruppen für Mütter, die ihr Kind stillen möchten, in den USA gegründet. Weltweit gibt es mehr als 26.000 LLL-Stillberaterinnen, die ehrenamtlich tätig sind, um stillende Frauen zu informieren, zu ermutigen und zu unterstützen. Seit 1976 ist die LLL auch in Deutschland ein eingetragener Verein, der unter anderem auch versucht, auf Regierungsebene ein politisches Bewusstsein für die Notwendigkeit von stillfreundlichen Maßnahmen in Wirtschaft und Medizin herbeizuführen.

Das Ziel der **Arbeitsgemeinschaft Freier Stillgruppen (AFS) e.V.** ist es, durch Vernetzung, Informations- und Erfahrungsaustausch stillenden Müttern zu helfen und das Stillen wieder zu einer Selbstverständlichkeit werden zu lassen.

Die **Aktionsgruppe Babynahrung (AGB) e. V.** setzt sich seit 1980 für die Förderung und den Schutz des Stillens, sowie für die ethisch verantwortbare Vermarktung von künstlicher Säuglingsnahrung ein, anhand des Internationalen Kodex für die Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten. Kampagnen, Bildungs- und Öffentlichkeitsarbeit veranschaulichen eindrücklich, welche Priorität es bei den Organisationen heute hat, dass Mütter ihre Kinder nach Möglichkeit stillen.

1.4 Aktueller Wissensstand

Trotz all dieser Erkenntnisse wird jedoch weltweit nur ein knappes Drittel aller Kinder in den ersten fünf Monaten ausschließlich gestillt [WHO 2001]. Auch ist die Stillrate in Deutschland wie in ganz Europa sehr niedrig, besonders wenn man die Länge der Stillperiode betrachtet.

- *Die SuSe Studie*

1998 erfolgte die bis dahin größte Datenerhebung zum Thema „Stillen und Säuglingsernährung“ in Deutschland. Untersucht wurden Stillbedingungen in deutschen Geburtskliniken und das Stillen im ersten Lebensjahr. Rekrutiert wurden 1717 Mutter-Kind-Paare [Kersting und Dulong 2002 a/b]. Ergebnisse zu den Stillquoten lauten wie folgt:

Tabelle 1 - 1: Stillraten der SuSe Studie

	2 Monate pp	4 Monate pp	6 Monate pp	9 Monate pp	12 Monate pp
Ausschließliches* Stillen	42 %	33 %	10 %	0 %	0 %
Stillen insgesamt	70 %	59 %	48 %	26 %	13 %

*ausschließliches Stillen bedeutet Muttermilch ohne andere Flüssigkeit- oder Nahrungszufuhr

- *Stillverhalten in Bayern 2005*

Anhand eines Kollektivs von 2938 Müttern wurde der Zusammenhang zwischen den 10 Schritten der WHO Initiative Babyfreundliches Krankenhaus und der Stilldauer in 141 Geburtskliniken (davon nur eines BFHI zertifiziert), 10 Geburtshäusern und 30 Hausgeburtshebammen in Bayern untersucht. Die Studie ergab, dass die Geburtsbedingungen, das klinische oder außerklinische Wochenbett, Stillprobleme, Schnullergabe, Zufütterung und Stillverfahren, großen Einfluss auf die Stilldauer für ausschließliches Stillen bis zum vierten Monat haben [Kohlhuber et al. 2008].

Tabelle 1 - 2: Stillraten der Studie zum Stillverhalten in Bayern

	Initiales Stillen	4 Monate pp	6 Monate pp
Gesamtstillquote	90 %	61 %	52 %

- KiGGS 2007

Die Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsveys (Verbreitung, Dauer und Trend des Stillens in Deutschland) zeigen auf, dass nur 22,4 % der Kinder aus den Geburtsjahrgängen 1986 - 2005 sechs Monate voll gestillt wurden [Kurth 2007].

- Hamburger QuaSti Studie 2005

Bei der Studie "QuaSti- Qualität im Stillfreundlichen Krankenhaus" lautete die übergeordnete Fragestellung, welche Wirksamkeit und Stildauer sich in einem BFHI zertifizierten Krankenhaus längerfristig erzielen lassen. Dafür wurden 403 Frauen telefonisch interviewt [Deneke und Scheele 2007].

Tabelle 1 - 3: Stillraten der QuaSti Studie

	Initiales Stillen	2 Monate pp	3 Monate pp	4 Monate pp	5 Monate pp
Ausschließliches Stillen	97 %	81 %	75 %	71 %	51 %
Stillquote insgesamt	97%	87 %	82 %	79 %	73 %

1.5 Fragestellung und Zielsetzung

Die *Freiburger Stillstudie* (FreiStill) soll aufzeigen, wie lange Frauen im Freiburger Geburtenkollektiv stillen und was ihnen hilft bzw. was sie hindert, eine erfolgreiche Stillbeziehung mit ihrem Kind zu beginnen und aufrecht zu erhalten.

Es existieren zunehmend mehr Studien, die das Stillen zum wissenschaftlichen Thema machen. Daten bezüglich der Stilldauer über die ersten zwölf Lebensmonaten eines Säuglings in Deutschland wurden allerdings seit der SuSe Studie 1998 nicht mehr erhoben. Die darauffolgenden Untersuchungen beliefen sich auf einen Zeitraum von maximal sechs Lebensmonaten. Wir möchten mit unserer Studie die aktuelle Stillsituation untersuchen, in wie weit die WHO Empfehlungen zu sechs Lebensmonaten ausschließlichem Stillen und bis zu zwölf Lebensmonaten Teilstillen, umgesetzt werden. Diese Ergebnisse sollen zu einer noch besseren Unterstützung der Mütter mit ihren Neugeborenen beitragen.

Wenn das Stillen, wie oben zitiert, ein natürlicher Vorgang ist, der häufig mit instinktivem mütterlichen Verhalten gleichgesetzt wird, so stellt sich die Frage, warum nicht mehr Frauen länger stillen, und weshalb so groß angelegte Kampagnen zur Unterstützung und Beratung der Mütter von Nöten sind. So soll diese Studie auch klären, welche Gründe für oder gegen die Entscheidung zum Stillen sprechen, wann diese Entscheidung getroffen wird, und wie sich die soziodemographischen Faktoren auf die Stilldauer auswirken.

Die Ergebnisse sollen dazu beitragen, dass Stillen wieder mehr zu einer Selbstverständlichkeit wird.

2. Kapitel: Probandinnen und Methoden

2.1 Studienbeschreibung

Die *Freiburger Stillstudie* (FreiStill) wird als eine epidemiologische Arbeit über insgesamt 17 Monate mit Frauen, die in der Universitäts-Frauenklinik (UFK), dem evangelischen Diakoniekrankenhaus (DIAK) oder dem Geburtshaus Mayenrain in Freiburg im Breisgau ein lebendes Kind geboren haben, durchgeführt. Die Probandinnen (Pdn) werden nach der Methode der Gelegenheitsauswahl in die Studie miteinbezogen, d.h. alle Wöchnerinnen, die sich am ersten Tag nach der Geburt auf den Wochenstationen befinden und die Einschlusskriterien erfüllen, werden in die Studie mit aufgenommen.

Vom 01.08.2007 bis zum 23.12.2007 fand die erste Datenerhebung in den drei Studieninstitutionen statt. Die weiteren Messpunkte zum Erlangen der Daten – jeweils drei, sechs und zwölf Monate nach der Erstbefragung – lagen zwischen dem 01.11.2007 und dem 23.12.2008. Die angestrebte Stichprobengröße lag bei 443 Pdn, wovon 441 Datensätze ausgewertet werden konnten, davon 407 stillende und 34 abgestillte Pdn.

Tabelle 2 - 1: Übersicht der Studienteilnehmerinnen

	Uniklinik	Diakonie	Geburtshaus
Stillende	201	198	8
Abgestillte	18	16	0

2.1.1 Einschlusskriterien

- Die Gruppe der Pdn besteht aus Frauen, die in der UFK, dem DIAK oder dem Geburtshaus Mayenrain in Freiburg im Breisgau ein lebendes Kind geboren haben.
- Pdn, die ihr Einverständnis zur Studie gegeben haben
- Volljährige Pdn (aus rechtlichen Gründen)

2.1.2 Ausschlusskriterien

- Frauen, die nicht über ausreichende deutsche Sprachkenntnisse verfügen, d.h. die Interviewfragen nicht ohne Übersetzer verstehen und/oder sich nicht entsprechend dazu äußern können.
- Fehlen eines Telefons
- Wohnort außerhalb Deutschlands, Frankreichs und der Schweiz
- medizinische Kontraindikationen, die es den Pdn nicht ermöglichen, ihre Kinder zu stillen. Darunter fällt zum Beispiel eine HIV-Erkrankung der Mutter, seltene Stoffwechselerkrankungen des Kindes (z.B. Galaktosämie), schwere Fehlbildungen des Kindes (z. B. eine nicht therapierte Ösophagusatresie), offene Lungentuberkulose der Pdn, einige wenige Brustoperationen oder ein lebensbedrohlicher Gesundheitszustand der Pdn oder des Kindes, insbesondere hochgradige Frühgeburtlichkeit.
- Pdn mit Mehrlingsgeburten
- Minderjährige Pdn

2.1.3 Abbruchkriterien

Pdn, die die Teilnahme beim ersten Interview ablehnen, werden als primäre Ablehnerinnen geführt. Die genannten Gründe, z. B. „keine Lust“ oder „keine Zeit“, werden festgehalten.

Da es sich bei der *Freiburger Stillstudie* um eine Längsschnittstudie handelt, werden Pdn, die die weiteren Telefoninterviews im Verlauf von drei, sechs und zwölf Monaten ablehnen, als sekundäre Ablehnerinnen geführt und die Begründungen ebenfalls statistisch festgehalten. Auch Mütter, die bei den Telefoninterviews nach wiederholten Versuchen nicht mehr zu erreichen waren, auch nicht durch Kontaktieren des Frauenarztes der jeweiligen Pd und/oder auf postalischem Weg, werden zu den sekundären Ablehnerinnen gerechnet.

2.2 Stichprobenbeschreibung

Die Studie ist multizentrisch angelegt. Es werden sowohl Mütter in der UFK und dem DIAK interviewt. Es handelt sich bei beiden Kliniken um von der WHO und UNICEF ausgezeichnete „Babyfreundliche Krankenhäuser“. Um möglichst auch eine Aussage über die Stillsituation in der außerklinischen Geburtshilfe machen zu können, ist das Geburtshaus Mayenrain in Freiburg ebenfalls in die Studie mit aufgenommen worden.

Tabelle 2 - 2: Beschreibung der Erhebungseinrichtungen

	UFK	DIAK	Mayenrain
Geburtenanzahl 2007	1425	1229	46
Kreißsaalanzahl	4	3	2
Anzahl ärztlicher Geburtshelfer	9	9	0
Anzahl Hebammen/ Anzahl (Kinder-) Krankenschwestern der Wochenstation	6/18	0/13	4/0
Neonatologische Intensivstation	ja	nein	nein

Die UFK verfügt über eine neonatologische Intensivstation mit zwölf Betten. Hier werden Frühgeborene und kranke, aber reife Neugeborene behandelt. Die Station befindet sich im selben Gebäude wie die Wochenstation. Die daraus resultierenden kürzeren Wegstrecken und kürzere Trennungsphasen wirken sich positiv auf die Entstehung der Mutter-Kind-Beziehung aus.

Je nach Gesundheitszustand des Kindes besteht die Möglichkeit auf der Intensivstation anzulegen oder Milch abzupumpen.

Das DIAK verfügt über keine Früh-/Neugeborenen Intensivstation. Aus diesem Grund entbinden hier, im Gegensatz zur UFK, Frauen mit einem unauffälligen Schwangerschaftsverlauf und mit gesunden bzw. reifen Kindern. Auch finden sich weniger getrennte Mutter-Kind-Paare, da sich die Wöchnerinnen, bei denen das Kind in eine Kinderklinik verlegt werden muss, mitverlegen lassen. Diese Frauen zählen somit zum Klientel der UFK und nicht mehr zum Klientel des DIAK. Eine über Wochen und Monate andauernde Mutter-Kind-Trennung, die bei Frühgeborenen, die länger in einer Kinderklinik stationär bleiben, gehäuft auftritt, betrifft ebenfalls diese Studiengruppe. Eine erfolgreiche Stillbeziehung ist wahrscheinlich leichter aufzunehmen ohne diese Trennung oder Einschränkung des Gesundheitszustandes.

Das Hebammenteam „Mayenrain“ betreut sowohl ambulante Geburten im Geburtshaus, als auch Hausgeburten. Zur Zeit der Datenerhebung besteht das Team aus vier Hebammen. Ein ärztlicher Geburtshelfer ist nicht vorhanden. Zu erwarten ist ein anderes Klientel an Frauen, die eine konstante Betreuung durch die Geburtshaushebammen bereits während der Schwangerschaft, sowie später bei der Geburt und im Wochenbett erhalten.

Die Probandinnen sind entbundene Frauen. Die Wöchnerinnen werden bei der ersten Datenerhebung am ersten Tag nach der Geburt (t_0) – wobei wir den Tag, an dem die Geburt stattgefunden hat, als Tag null definieren – befragt.

Des Weiteren werden die stillenden Probandinnen – das Einverständnis vorausgesetzt – in Zeitabständen von drei, sechs und zwölf Monaten nach der Geburt ihres Kindes nochmals telefonisch zu Hause interviewt.

Die Gruppe der Frauen, die das Stillen von Anfang an ablehnen, nicht stillen können und/oder primär scheitern, werden nur in einem einmaligen Interview befragt. In dieser Stichprobe interessieren die Gründe, die zum primären Abstillen führen. Die Stichprobengröße beträgt bei den abgestillten Probandinnen 34 Frauen, davon haben 18 Frauen in der UFK und 16 Frauen im DIAK entbunden.

2.3 Erhebungsmethoden

2.3.1 Interview

Die erste Datenerhebung erfolgt face-to-face durch die Versuchsleiterinnen (VL) auf der jeweiligen Wochenstation am ersten Tag post partum (pp). Durchschnittlich fanden die Interviews ab 14:30 Uhr in der UFK und frühestens ab 15:00 Uhr im DIAK statt, da dort die Besuchszeit erst ab diesem Zeitpunkt beginnt, und von beiden Krankenhäusern um die Einhaltung der Mittagsruhe gebeten wurde. Die Befragung des Geburtshausklientels fand – nach vorheriger telefonischer Terminabsprache – bei den Probandinnen zu Hause statt.

Die Festlegung von t₀ auf den ersten Tag post partum wird dadurch begründet, dass die Entbundenen die ersten 24 Stunden mit ihrem Kind ungestört verbringen sollten, unter anderem zur Stärkung der Mutter-Kind-Beziehung. Außerdem sollte t₀ so gewählt werden, dass der Milcheinschuss noch nicht stattgefunden hat, um möglichst die ersten Stillverfahren zu erfragen.

Um intervenierende Variablen zu kontrollieren, werden die Probandinnen immer in derselben Situation des Klinikalltags – nach der Mittagsruhe – befragt. Die Frauen werden vorab in der Schwangerenambulanz und bei der Aufnahme im Kreißsaal von den diensthabenden Hebammen und Hebammenschülerinnen über die Studie vorinformiert.

Dies erfolgt durch einen standardisierten Aufklärungsbogens (siehe Anhang). Die Probandinnen des Geburtshauses werden durch die betreuende Hebamme – im Rahmen der Schwangerenvorsorge – aufgeklärt, ebenfalls mit dem standardisierten Aufklärungsbogen. Das Interview erfolgt dann face-to-face, also in alleiniger Anwesenheit der Probandin und der Versuchsleiterin.

VL Nr.1 ist eine 26 jährige Studentin der Humanmedizin, zum Zeitpunkt der ersten Datenerhebung im siebten Fachsemester und examinierte Hebamme.

VL Nr. 2 ist eine 22 jährige Studentin der Humanmedizin, zum Zeitpunkt der ersten Datenerhebung ebenfalls im siebten Fachsemester ohne geburtshilfliche bzw. Stillverfahren.

2.3.1.1 Vorstudien

Der Interviewleitfaden wurde in einer Vorstudie auf seine Durchführbarkeit und die Verständlichkeit der Fragen getestet. Die Probandinnen dieser Vorstudie setzen sich aus 6 Frauen – Freunde und Verwandte – im Alter von 22 bis 50 Jahren, mit unterschiedlichen Bildungswegen, zusammen.

Anhand der Aussagen der Probandinnen wurde die Intervieweinleitung verändert. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass das Interview anonym ist und dass die VL auch persönliche Fragen stellen, diese aber abgelehnt werden können.

(Einleitung siehe Anhang)

Die Fragen werden in Themenbereiche gegliedert:

- Momentane und frühere Stillsituation/Stillplanung
- Anamnese mütterlicher und kindlicher (Vor-)Erkrankungen
- Familienstand/Unterstützungssituation durch den Partner
- Klinikbewertung
- Rauchen
- Staatsangehörigkeit der Mutter und des Kindsvaters

Die Reihenfolge der Items wird ebenfalls durch die VL verbessert. Die Frage zur Staatsangehörigkeit wird zum Beispiel an den Schluss des Interviews gesetzt, die Fragen zur aktuellen Stillsituation an den Anfang, um einen wertfreien Start zu ermöglichen. In der Mitte des Interviews wird nach der Unterstützung gefragt, zu einem Zeitpunkt, an dem bereits ein Vertrauensverhältnis zwischen VL und Pd besteht.

Durch die Erprobung kommt eine ungefähre Schätzung der Interviewdauer von 15 Minuten zustande. Die sich daraus ergebenden Verbesserungen der Fragestellung und Verständlichkeit, führten zu der 2. Version der Interviewvorlage.

Dieser neue, über vier Vorstufen weiterentwickelte und durch die Vorstudie verbesserte Interviewleitfaden wird in einer Vorstudie von 10 Wöchnerinnen, 5 davon im DIAK und 5 Frauen in der UFK, erprobt. Daraus ergeben sich vor allem Verbesserungen zum Ablauf:

1. Erfolgt die schriftliche Zustimmung zur anonymen Datenverwertung der Pd nach durchgeführtem Interview, und nicht, wie bis dahin geplant, bereits vorab bei der Aufklärung im Kreißaal.
2. Es stellte sich als schwierig heraus, mit den Pdn unter vier Augen zu sprechen, da gerade in einem so kurzen Zeitraum nach der Geburt des Kindes, sich der Kindsvater meist nicht von der Pd trennen lässt. In diesen Ausnahmefällen findet auf ausdrücklichen Wunsch das Interview auch in Gegenwart des Kindsvaters bzw. Verwandten statt.
3. Neben der Wochenstation der UFK wird auch die Station für Risikoschwangerschaften mit einbezogen. Dort befinden sich ca. fünf Prozent der Wöchnerinnen des Klinikums. Hierbei handelt es sich vor allem um Pdn, deren Kinder sich auf der Früh- und Neugeborenenintensivstation befinden. Diese Pdn sind für unsere Erhebung von besonderer Bedeutung, vor allem auch im Vergleich zu den Pdn des DIAKS.

2.3.1.2 Hauptstudie erstes Interview

Vor jedem Interview erfolgt eine standardisierte Einleitung durch die jeweilige VL, die aus einer Begrüßung, einer kurzen standardisierten Zusammenfassung des Studienaufbaus und der geplanten Interviewdauer besteht. Diese Standardisierung erfolgt, um den Interviewereffekt zu kontrollieren (Text siehe Anhang). Die Zeitdauer des ersten Interviews t_0 der Hauptstudie wird mit 10 Minuten veranschlagt. Durchschnittlich ergab sich eine Interviewdauer von 9 Minuten.

Allgemeine medizinische und soziodemographische Parameter, die aus der Akte entnommen wurden:

- Name der Mutter
- Alter der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt ihres Kindes
- Geburtsmodus
- Zeitpunkt post partum
- Gravida/Para
- SSW zum Zeitpunkt der Geburt

Themenbereiche des ersten Interviews:

- die momentane Stillsituation (Stillen ja/nein, vollstillen oder zufüttern)
- die Stillvorerfahrungen mit früheren Kindern
- Stillplanung bereits in der Schwangerschaft
- geplante Stilldauer (Voll-/Teilstillen in Monaten)
- verwendete Stillhilfsmittel
- Erkrankungen der Mutter und des Kindes
- Trennungssituation von Mutter und Kind
- Familienstand
- Unterstützung durch den Lebenspartner
- Klinikbewertung (Stillanleitung/Betreuung/Stillinformationen)
- Rauchen (momentane Situation/Schwangerschaft)
- Staatsangehörigkeit Mutter/Herkunftsland Mutter und Kindsvater
- Telefonnummer

Neben stillbezogenen Variablen werden beim persönlichen Erstgespräch auch soziodemographische Daten erfasst, z. B. Staatsangehörigkeit/ethnische Herkunft und Familienstand der Probandinnen.

Andere Länder und Kulturen weisen eventuell verschiedene Rollenverteilungen der Frauen, unterschiedliche Stellenwerte des Stillens und andere Unterstützung der Mütter auf. All dies könnte Einfluss auf das Stillen haben, weshalb nach dem Herkunftsland der Probandinnen, aber auch deren Lebenspartner gefragt wird. Kindliche Variablen stellen z. B. Reife, Gesundheitszustand und die eventuelle Trennung Mutter und Kind dar (siehe Anhang).

Nach dem Interview erfolgt eine ebenfalls standardisierte, einheitliche Verabschiedung mit Dank an die Probandinnen.

Allgemeine medizinische und soziodemographische Daten der Mütter (siehe oben) wurden aus den Patientenakten entnommen. Begründet wird dieses Vorgehen mit der Interviewdauer, die möglichst kurz gehalten werden sollte, da Mutter und Kind kurz nach der Geburt Zeit für sich brauchen.

2.3.2 Telefoninterviews

Drei weitere Interviews folgen in einem Zeitabstand von drei, sechs und zwölf Monaten nach der Geburt des Kindes telefonisch.

Die Begründung der Messzeitpunkte erfolgt nach ausführlichem Literaturstudium und Gruppendiskussionen mit zwei Gynäkologen. Die Datenerhebung über zwölf Monate orientiert sich an der SuSe Studie [Kersting und Dulong 2002 a/b], bei der die Pdn zwei Wochen, zwei, vier, sechs, neun und zwölf Monate nach der Geburt befragt wurden. Auf Grund fehlender Veränderungen in den kurzen Interviewabständen der SuSe Studie, aber auch wegen des geringeren Zeit- und Arbeitsaufwandes, werden bewusst nur vier Interviewzeitpunkte gewählt.

Die Festlegung der Interviewzeitpunkte basiert auch auf den Empfehlungen der Nationalen Stillkommission Deutschlands (NSK), die sich für sechs Monate vollstillen und weiterstillen bis zu einem Jahr einsetzt. Diese Zeitangaben sollen mit unserer Studie erfasst werden, um die Umsetzung dieser Empfehlungen in Freiburg aufzuzeigen.

Die Ergebnisse der QuaSti Studie [Denecke und Scheele 2007] zeigen die Stillsituation in Hamburg bis zu sechs Monaten pp auf. Diese zum Beginn unserer Datenerhebung fehlenden Daten über den Stillverlauf nach zwölf Monaten pp war eine weitere Begründung, die *Freiburger Stillstudie* über ein Jahr pp durchzuführen.

2.3.2.1 Vorstudien Telefoninterview

Wieder wird der vier mal verbesserte Interviewleitfaden zuerst an den bereits oben beschriebenen 6 Pdn der ersten Vorstudie, und danach an den 10 Pdn der zweiten Vorstudie getestet. Es konnte keine Standardisierung z. B. in der Uhrzeit der Datenerhebung hergestellt werden.

Eine geeignete, in der Vorstudie festgelegte Uhrzeit konnte von den Pdn wegen den nicht planbaren Bedürfnissen der Kinder nicht eingehalten werden (Stillen nach Bedarf, Bedürfnisse der Geschwisterkinder).

Dennoch wird auf die individuellen tageszeitbezogenen Wünsche der Stillenden eingegangen, um die Compliance der Pdn zu verbessern. Des Weiteren wird keine Frau vor 10 Uhr morgens und nicht nach 21 Uhr abends befragt.

Der Interviewleitfaden wurde in eine restringierte Codierung gebracht, da es selbst bei gut sprechenden Ausländerinnen in der Telefonsituation zu inhaltlichen Verständigungsschwierigkeiten kam.

Das Telefoninterview wird um weitere neue Themenbereiche ergänzt, z. B. die Unterstützung Verwandter und Freunde oder Berufstätigkeit der Pd. Einige bereits einmalig abgefragte Items werden herausgenommen, z. B. Stillwunsch in der Schwangerschaft oder Stillvorerfahrung mit früheren Kindern.

2.3.2.2 Hauptstudie Telefoninterviews

Es erfolgt auch vor den Telefoninterviews eine standardisierte Einleitung für die Pdn (siehe Anhang). Die Interviewdauer ist mit 15 Minuten geplant. Bei der Durchführung ergab sich eine durchschnittliche Dauer von 10 Minuten nach drei Monaten post partum, sowie jeweils sechs Minuten bei den Interviews nach sechs und zwölf Monaten post partum. Es werden auch die Anrufversuche bis zum Erfolg der Datenerhebung festgehalten.

Themenbereiche des Telefoninterviews:

- Stillverhalten (aktuelle Stillsituation, zufüttern, Anzahl/Dauer der Stillmahlzeiten, Stillveränderungen, Stilltricks, Hilfsmittel)
- Zweifel an der Muttermilchmenge
- Erleben der Stillzeit/Erfüllung der Vorstellungen
- Motivation weiter zu Stillen
- Weitere Stillplanung (teilstillen/vollstillen)
- Erkrankungen Mutter und Kind/Trennung
- Familienstand/Unterstützung Lebenspartner
- Erhaltene Unterstützung durch das Umfeld/Nachsorge
- Berufstätigkeit Mutter/Lebenspartner
- Bewertung der Klinik im Rückblick
- Rauchverhalten Mutter und Umgebung

Falls die Pd abgestellt hat, interessiert vor allem der Abstillgrund und die Verbesserungsmöglichkeiten – aus Sicht der Pd –, die bei t0 erhoben werden. Aus den so gewonnen Daten erhoffen wir uns Erkenntnisse zu bekommen, die die Anzahl der primär abgestellten Frauen verringern können.

Außer den körperlichen Erkrankungen wird auch das seelische Befinden der Pdn erforscht, um z. B. eine Wochenbettdepression zu erfassen. Bei Verdacht auf eine behandlungsbedürftige Depression werden die Pdn an Prof. Dr. Schuth, Gynäkologe und Psychologe an der UFK, verwiesen. Diese Abweichung von der Datenerhebung zur Intervention wurde bewusst in Kauf genommen, um den Pdn zu einer Therapie zu verhelfen.

In den Telefoninterviews gehen erstmals auch subjektive Bewertungen der Pdn in die Studie mit ein: Einschätzung der eigenen Muttermilchmenge und Zweifel an der Ernährbarkeit des Kindes, Erleben der Stillzeit, Gründe warum die Stillentscheidung getroffen wurde, ob die Vorstellungen erfüllt wurden und wie stark die Stillenden ihre Motivation zum Weiterstillen einschätzten. Das Telefoninterview endet mit einer offenen Frage zum Thema Tipps und Empfehlungen für andere Mütter (siehe Fragebogen im Anhang). Die Telefoninterviews wurden standardisiert und einheitlich für beide VL beendet (siehe Anhang).

2.3.3 Primär abgestillte Probandinnen

Eine Probandengruppe von Frauen, die beim ersten Interview bereits abgestellt haben, wird nur einmalig am ersten Tag pp interviewt. Die Gewinnung der Pdn erfolgt analog zu den anderen in der Schwangerenambulanz und im Kreißaal.

Verwendet wird die gleiche standardisierte Einleitung. Die Interviewdauer ist auf Grund der größeren Fragenanzahl auf 15 Minuten konzipiert. Durchschnittliche Interviewdauer betrug bei den abgestellten Frauen 9 Minuten.

Folgende Items werden bei den primär abgestellten Pdn ergänzend erhoben:

- Abstillursache
- was den Frauen geholfen hätte, sich für das Stillen zu entscheiden

Des Weiteren wurde analog zu den Interviews der stillenden Pdn nach soziodemographischen Daten, nach der vorhandenen Unterstützung und der Betreuung in der Klinik, dem eigenen Rauchverhalten und dem Rauchverhalten der Umgebung der Pdn, sowie nach den Stillvorerfahrungen mit früheren Kindern gefragt.

Außerdem wurden sozioepidemiologische Fragen, die sonst erst in den Telefoninterviews abgefragt werden, vorgezogen. Das waren z. B. Ausbildungs-/Berufssituation der Pdn und tägliche Arbeitszeit des Lebenspartners.

2.4 Methoden der Datenerhebung

Es handelt sich um eine prospektive, longitudinale und multizentrische Kohortenstudie. Dabei handelt es sich um eine quantitative Methode, die Hypothesen testet und Objektivität anstrebt.

Es wird eine prospektive Datenerhebung gewählt, um keine Verzerrungen durch Erinnerungsaussagen, wie es bei einer retrospektiven Studie der Fall ist, zu erhalten. Da die Pdn im Voraus wissen, dass sie über Monate interviewt werden, könnten sich die Ergebnisse dahin gehend verfälschen, dass die Pdn länger stillen, als sie das ohne die Teilnahme an der Studie getan hätten. Dieser Einfluss wird bewusst in Kauf genommen, ob er relevant ist, oder vernachlässigt werden kann, ist offen.

2.4.1 Persönliches Interview

Die Ergebnisse der Untersuchung resultieren aus dem Inhalt der Interviews. Um die angestrebte Stichprobengröße von 400 Pdn zu bewältigen, erfordert es 2 Versuchsleiterinnen. Um den Interviewereinfluss zu kontrollieren, wird die Datenerhebung von beiden Versuchsleiterinnen in beiden Kliniken und dem Geburtshaus standardisiert durchgeführt.

Die Pdn werden während der gesamten Studie immer von derselben Versuchsleiterin befragt, d.h. die Versuchsleiterin des ersten face-to-face Interviews ist die gleiche, wie die bei den nachfolgenden Telefoninterviews, damit auch die Interviewbias möglichst klein gehalten werden.

Die Pdn werden während des untersuchten Zeitraums – das gilt sowohl für das face-to-face Interview, wie auch für die Telefoninterviews – an jedem Tag der Woche interviewt, auch an Sonntagen und Feiertagen, um potentielle systemische Fehler zu minimieren, da eine Beschränkung der Studie auf bestimmte Wochentage zu Verzerrungen führen würde.

Auf Grund der fehlenden Genehmigung durch die Ethikkommission werden keine Tonband oder Videoaufzeichnungen durchgeführt, sondern ein Gedächtnisprotokoll bei allen Interviews erstellt. Bei den standardisierten Interviews werden überwiegend geschlossene Fragen verwendet, um eine einfachere Auswertung zu erzielen.

Im Vergleich zur Datenerhebung durch einen Fragebogen, hat diese Untersuchungsmethode die Vorteile, dass der Interviewer dem Befragten die Frage näher erläutern kann, dass die Antworten eine gute Vergleichbarkeit aufweisen, leicht statistisch zu analysieren sind, und es möglich ist auch nonverbale Reaktionen der Probandinnen zu erfassen. Es können auf der einen Seite Fakten, auf der anderen Seite aber auch Gefühle, Wertvorstellungen und subjektive Ansichten mit Hilfe von offenen Fragen erhoben werden. Ferner ist in der Gegenwart des Interviewers die Wahrscheinlichkeit größer, dass die Befragten ehrliche Antworten geben, als beim Ausfüllen eines Fragebogens.

Nachteile des face-to-face Interviews liegen im erhöhten zeitlichen und finanziellen Aufwand. Es besteht auch die Gefahr der Interviewbias. Das Risiko von Verzerrungen ist erhöht, da die Befragten nicht nur auf die Fragen, sondern auch auf den Interviewer reagieren. Auch ist zu bedenken, dass die Befragten in einer mündlichen Befragungssituation eher eine sozial erwünschte Antwort geben könnten, als im Vergleich zu einer anonymen Fragebogenerhebung.

2.4.2 Telefoninterviews

Die weiteren Interviews – die Anzahl richtet sich nach der Stlldauer der Pdn, maximal aber drei Stück – erfolgen per Telefoninterview.

Diese gewählte Methode hat den Vorteil, dass sie zeitlich effizienter ist, als ein face-to-face Interview, was auch für die Befragten von Nutzen ist. Außerdem fällt das Beantworten sensibler Fragen in einem Telefoninterview möglicherweise leichter. Da die UFK ein großes Einzugsgebiet aufweist, ist es durch diese Methode problemlos möglich, ein weites geographisches Gebiet abzudecken. Somit handelt es sich hierbei um eine ökonomische Methode, da keine Wegekosten entstehen, um ein Interview führen zu können.

Nachteil dieser qualitativen Datenerhebung ist, dass ein großer Teil der menschlichen Kommunikation- Körpersprache und Mimik- verloren geht. Weitere Nachteile ergeben sich durch die erschwerte Kontrolle der Interviewsituation, die Begrenzung auf relativ einfache Fragegegenstände und die eingeschränkte Interviewdauer, die besonders auch durch die offenen Fragen- im Vergleich zu den persönlichen Erstinterviews- verlängert ist. Die offenen Fragen führen auch zu einer erschwerten Auswertung mit erhöhtem zeitlichen Aufwand. Außerdem könnte es zu einer zusätzlichen Belastung für Pdn mit eingeschränkter Ausdrucksfähigkeit kommen.

2.5 Statistische Auswertung

Die in den Interviews erhobenen Daten wurden einer logistischen Regressionsanalyse unterzogen. Dies ist ein Verfahren zur multivariaten Analyse, die nachweist, welche Faktoren die Zielgröße (Stlldauer) signifikant beeinflussen, und ob Interaktionen zwischen den einzelnen Faktoren auftreten.

Das Institut für medizinische Biometrie und Statistik übernahm die Auswertung der *Freiburger Stillstudie*. Dies erfolgte mit dem Programm SAS, Version 9.

3. Kapitel: Ergebnisse

3.1 Kollektiv

Von den 1757 in Freiburg geborenen Kindern von August 2007 bis Dezember 2007 [Standesamt Freiburg] wurden 443 Mutter-Kind-Paare in unsere Studie aufgenommen.

Von den ursprünglich 443 bei t0 befragten Probandinnen nahmen 432 an der vollständigen Studie teil. 11 Probandinnen schieden vorzeitig, d. h. vor dem Beenden der Stillzeit, aus. Davon waren 6 Probandinnen im Studienverlauf weder telefonisch noch auf postalischem Wege zu erreichen, weitere 3 entfielen auf Grund von Umzug ins nicht europäische Ausland und 1 Probandin gab als sekundären Ablehnungsgrund „keine Lust mehr an der Studie teilzunehmen“ an. 1 Kind wurde im Laufe der Studie in eine Pflegefamilie gegeben. Die Follow-up-Teilnahmequote lag somit bei 97,5 %. Von den erhobenen 443 Datensätzen konnten 441 statistisch ausgewertet werden.

Tabelle 3 – 1: Beschreibung des Kollektivs

	Uni- Frauenklinik	Diakonie- krankenhaus	Geburts- haus	N
Anzahl der eingeschlossenen Probandinnen (Anteil der Geburtenzahl in %)	219 (36,5 %)	216 (42,52 %)	8 (66,67 %)	443 (39,55 %)
Anzahl Geburten im Untersuchungszeitraum 08-12/2007	600	508	12	1120

Die Studie wurde von zwei Versuchsleiterinnen durchgeführt. In der statistischen Auswertung mittels logistischer Regressionsanalyse konnte kein Interviewereffekt nachgewiesen werden, so dass die Ergebnisse von beiden Interviewerinnen verwendet werden konnten. Die nicht in dieser Arbeit aufgeführten Ergebnisse der *Freiburger Stillstudie* werden in der noch folgenden Doktorarbeit der zweiten Versuchsleiterin bearbeitet.

3.2 Stillbezogene Parameter

3.2.1 Stlldauer

3.2.1.1 Stlldauer im Gesamtkollektiv

92,29 % (n= 407) der Studienteilnehmerinnen nahmen eine Stillbeziehung auf, 7,70 % (n= 34) der interviewten Mütter stillten primär ab. Tabelle 3 - 2 zeigt die Gesamtstillquote aller Studienteilnehmerinnen im Studienverlauf, eingeteilt in primär abgestillte Frauen, Mütter, die kürzer als 6 Monate post partum stillten und Mütter, die die Empfehlungen von WHO/UNICEF umsetzten (\geq 6 Monate post partum stillen).

Tabelle 3 - 2: Gesamtstillquote aller Studienteilnehmerinnen Interview t1 - 3

	primär abgestillt	< 6 Monate gestillt	> 6 Monate gestillt
Anzahl der Studienteilnehmerinnen	7,70 % (n= 34)	31,06 % (n= 137)	61,22 % (n= 270)

Der Abfall der Gesamtstillquote aller Studienteilnehmerinnen gemessen nach der Zeit in Monaten post partum ist mittels einer Kaplan-Meier-Kurve in der Abbildung 3 - 1 dargestellt.

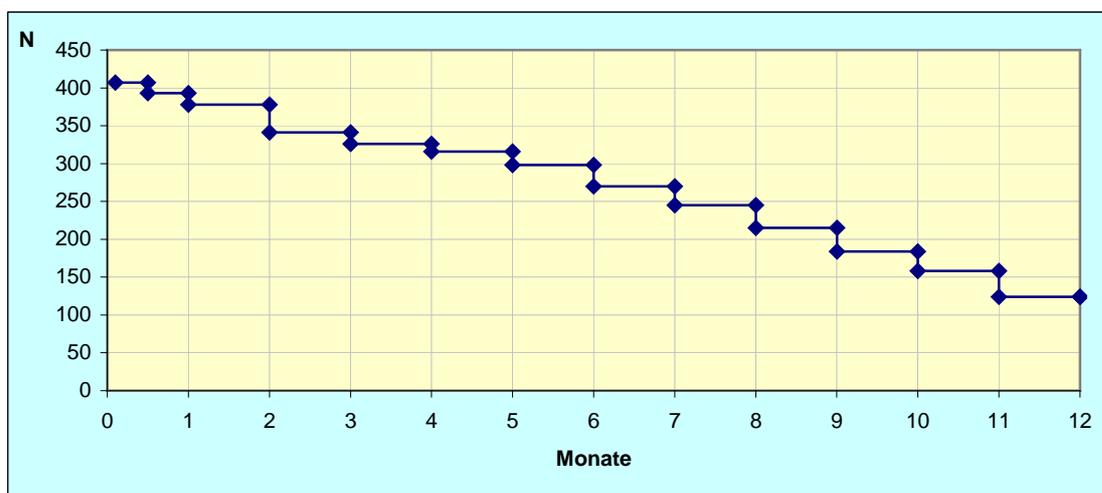


Abbildung 3 - 1: Zahl der Stillenden im Bezug auf die Stlldauer in Monaten

Wie viele Studienteilnehmerinnen stillen zu den einzelnen Erhebungszeitpunkten, zu den Interviews nach drei, sechs bzw. zwölf Monaten nach der Geburt?

Der stärkste Abfall der Gesamtstillquote zeigte sich nach dem zweiten Monat post partum.

Tabelle 3- 3: Anzahl der stillenden Probandinnen im Studienverlauf

	Initiale Quote	1 Mo pp	2 Mo pp	3 Mo pp	4 Mo pp	5 Mo pp	6 Mo pp
Anzahl der stillenden Probandinnen	407 (92%)	378 (85%)	341 (77%)	326 (74%)	316 (72%)	289 (67%)	270 (61%)
		7 Mo pp	8 Mo pp	9 Mo pp	10 Mo pp	11 Mo pp	12 Mo pp
		245 (56%)	215 (48%)	184 (42%)	158 (36%)	124 (28%)	124 (28%)

Die Stillsituation im Studienverlauf, d. h. die Stillquote aufgeteilt in Teil- bzw. Vollstillen, präsentierte sich wie folgt:

Tabelle 3 - 4: Stillsituation im Studienverlauf

	1. Tag pp	3 Monate pp
abgestillt	7,7 % (n= 34)	18,91 % (n= 76)
Teilstillen	13,57 % (n= 60)	12,44 % (n= 50)
Vollstillen	78,73 % (n= 348)	68,66 % (n= 276)

Hat die Stillsituation in den ersten Tagen nach der Geburt bereits einen Einfluss auf die weitere Stilldauer?

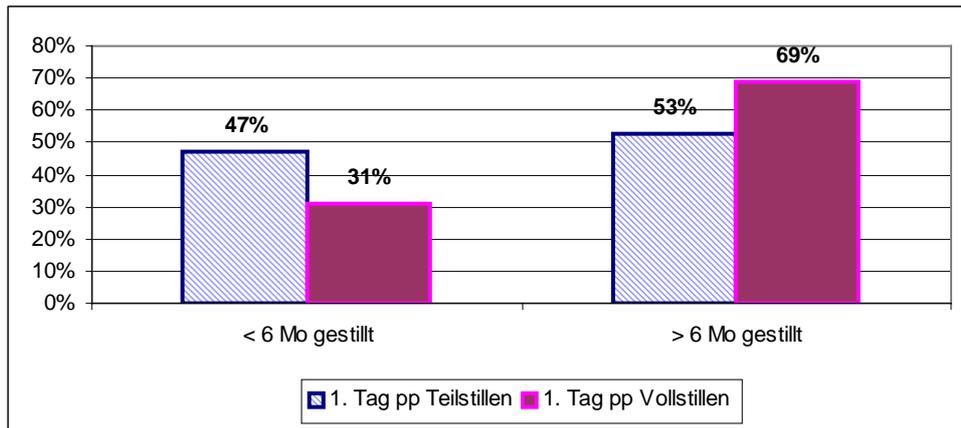


Abbildung 3 - 2: Einfluss der Stillsituation am 1. Tag pp auf die Stlldauer

68,88 % (n= 239) der Studienteilnehmerinnen, die bereits zum ersten Interviewzeitpunkt am ersten Tag post partum voll stillten, d. h. dem Kind keine anderen Flüssigkeiten außer Muttermilch gaben, erfüllten die WHO/UNICEF Empfehlungen. Nur 52,54 % (n= 31) der Studienteilnehmerinnen, die ihr Kind am ersten Tag nach der Geburt zufütterten, stillten sechs Monate und länger. Zu sehen ist die Tendenz zum Abstillen vor sechs Monaten post partum bei Zufütterung in den ersten Lebenstagen des Kindes.

Als Zufütterungsgründe wurden am häufigsten zu wenig Muttermilch, Krankheit des Kindes, Rat des Kinderarztes oder mütterlicher Wunsch genannt.

Ein ähnlicher Effekt ist beim Einfluss der Stillsituation nach drei Monaten post partum zu beobachten (siehe Abbildung 3 - 3). Von den 50 Müttern, die drei Monate post partum zufütterten, stillten nur 18 (36 %) \geq 6 Monate post partum. Im Vergleich dazu erreichten von den 276 Frauen, die zum Zeitpunkt von drei Monaten post partum voll stillten, 246 (89,49 %) die empfohlene Stlldauer von \geq 6 Monate post partum.

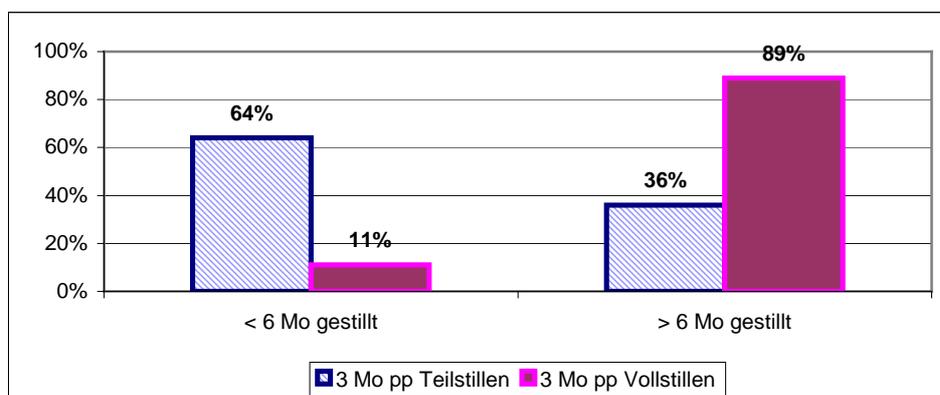


Abbildung 3- 3: Einfluss der Stillsituation 3 Monate pp auf die Stlldauer

3.2.1.2 Vergleich der Geburtsorte hinsichtlich der Stilldauer

68,89 % (n= 141) der Mütter, die im Diakoniekrankenhaus Freiburg ihr Kind zur Welt brachten, stillten ihr Kind mindestens die ersten 6 Lebensmonate. Die in der Universitäts-Frauenklinik geborenen Kinder wurden im Vergleich dazu nur zu 55,25 % (n= 121) \geq 6 Monate post partum gestillt. Es zeigt sich somit ein Trend zur längeren Stilldauer im Diakoniekrankenhaus. Dieses Ergebnis war jedoch nicht signifikant. Auch könnte dieser statistische Unterschied auf Grund des unterschiedlichen Patientenkollektivs und der Klinikunterschiede an sich (Sectorate, Rate an Frühgeborenen/kranken Neugeborenen) mitbedingt sein. (Die Klinikunterschiede werden in der noch ausstehenden Arbeit der zweiten Doktorandin näher untersucht).

An der *Freiburger Stillstudie* nahmen 8 Frauen, die im Geburtshaus Mayenrain ihr Kind geboren hatten, teil. Alle Studienteilnehmerinnen dieser Geburtseinrichtung stillten sechs Monate und länger. Auf Grund der geringen Anzahl dieser Probandinnen war statistisch kein Vergleich mit den anderen Geburtsorten möglich.

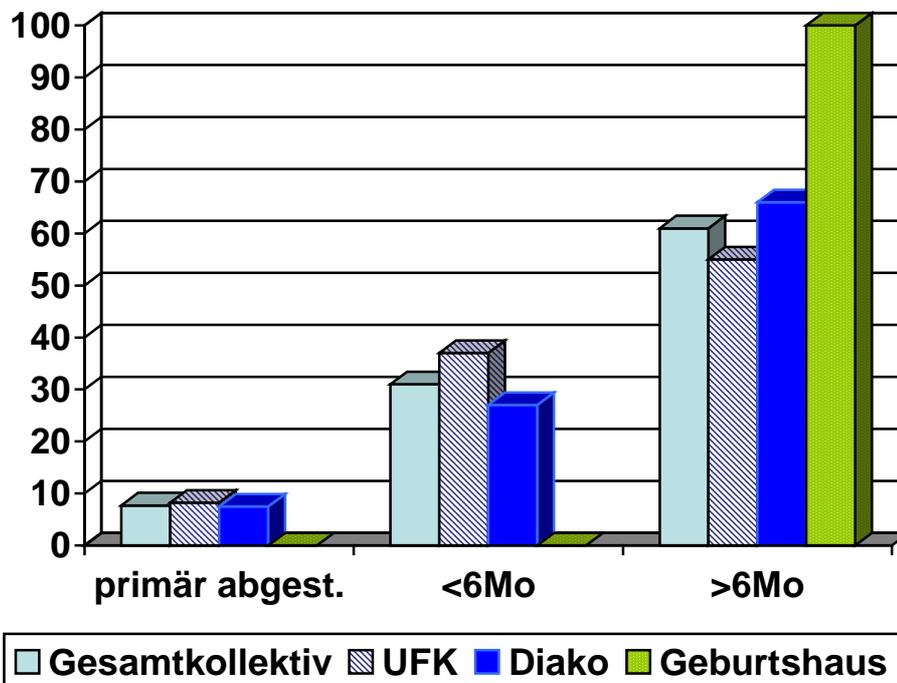


Abbildung 3 - 4: Gesamtstillquote aufgeschlüsselt nach den teilnehmenden Einrichtungen

Bei den primär abgestellten Frauen zeigt sich in der Universitäts-Frauenklinik eine minimal höhere Quote von 8,22 % (n= 18), im Vergleich zum Diakoniekrankenhaus mit 7,48 % (n= 16).

Die Stillquote der stillenden Studienteilnehmerinnen aufgeschlüsselt in Teil- und Vollstillen im Klinikvergleich zeigen die folgenden Abbildungen 3 - 5 und 3 - 6:

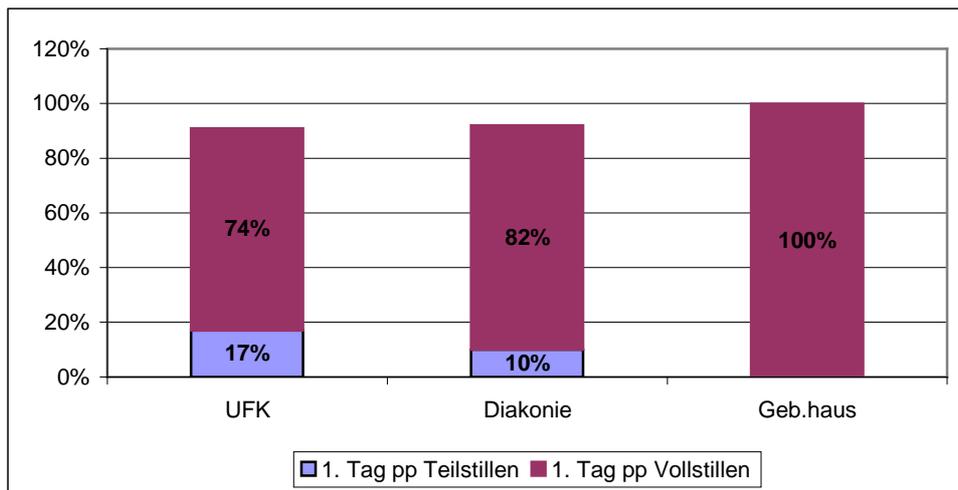


Abbildung 3 - 5: Stillsituation am 1. Tag pp im Klinikvergleich

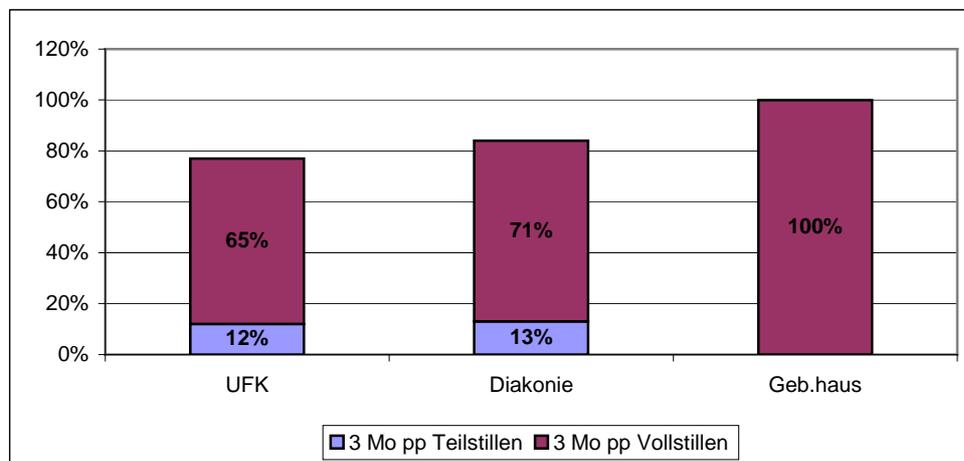


Abbildung 3 - 6: Stillsituation 3 Monate pp im Klinikvergleich

Im direkten Vergleich der Geburtsorte präsentiert sich das Diakoniekrankenhaus mit einer höheren Stillquote bei den vollstillenden Frauen, sowohl am ersten Tag nach der Geburt, wie auch nach drei Monaten.

Doch warum stillten die Studienteilnehmerinnen ab?

3.2.2 Abstillgründe

3.2.2.1 Gründe für primäres Abstillen

7,7 % (n= 34) der Studienteilnehmerinnen waren primär abgestillt, d. h. Frauen, die sich von Studienbeginn an gegen das Stillen entschieden haben. 52,94 % (n= 18) der primär abgestillten Studienteilnehmerinnen hatten ihr Kind in der Universitäts-Frauenklinik geboren, 47,06 % (n= 16) im Diakoniekrankenhaus.

Die von den primär abgestillten Studienteilnehmerinnen genannten Abstillgründe zeigt Abbildung 3 - 7. Schlechte Erfahrungen mit dem Stillen bei vorausgegangenem Kindern war mit 38,24 % (n= 13) der meistgenannte Grund, keine Stillbeziehung einzugehen, gefolgt vom mütterlichen Wunsch abzustillen (20,59 %, n= 7). Als dritthäufigster Grund der primär abgestillten Frauen wurden Brustprobleme genannt. Darunter fallen z. B. vorrangegangene Brustoperationen und die Ablehnung der kindlichen Berührung an der Brust.

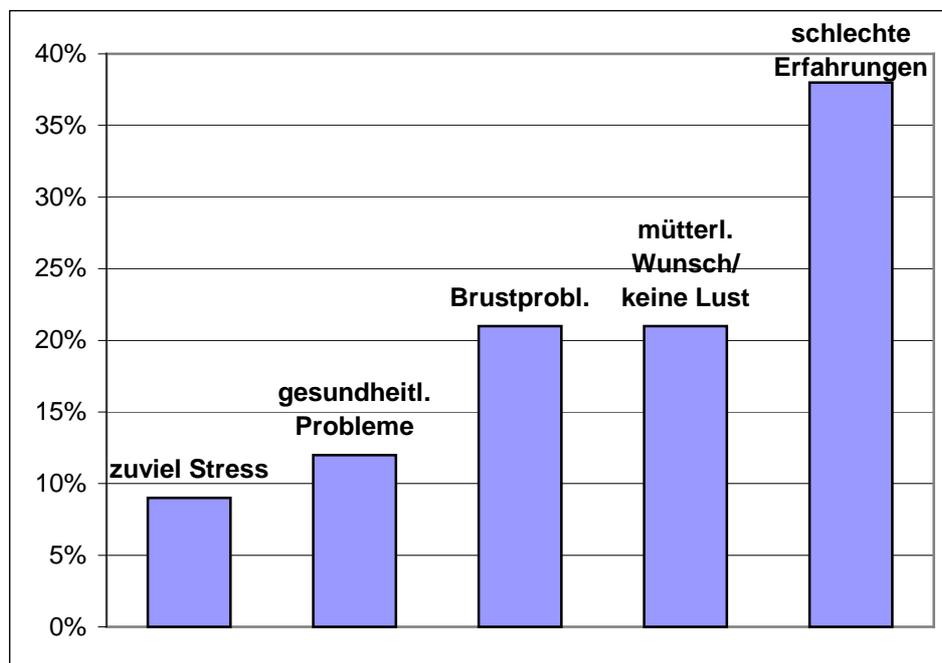


Abbildung 3 - 7: Häufigste Abstillursachen der primär abgestillten Studienteilnehmerinnen

3.2.2.2 Abstillgründe im Gesamtkollektiv

24,02 % (n= 80) aller Studienteilnehmerinnen gaben als Abstillgrund zuwenig Muttermilch an. Das war somit die mit Abstand am häufigsten genannte Antwort im Gesamtkollektiv.

Die „Top 10“ der Abstillursachen zeigt die folgende Abbildung:

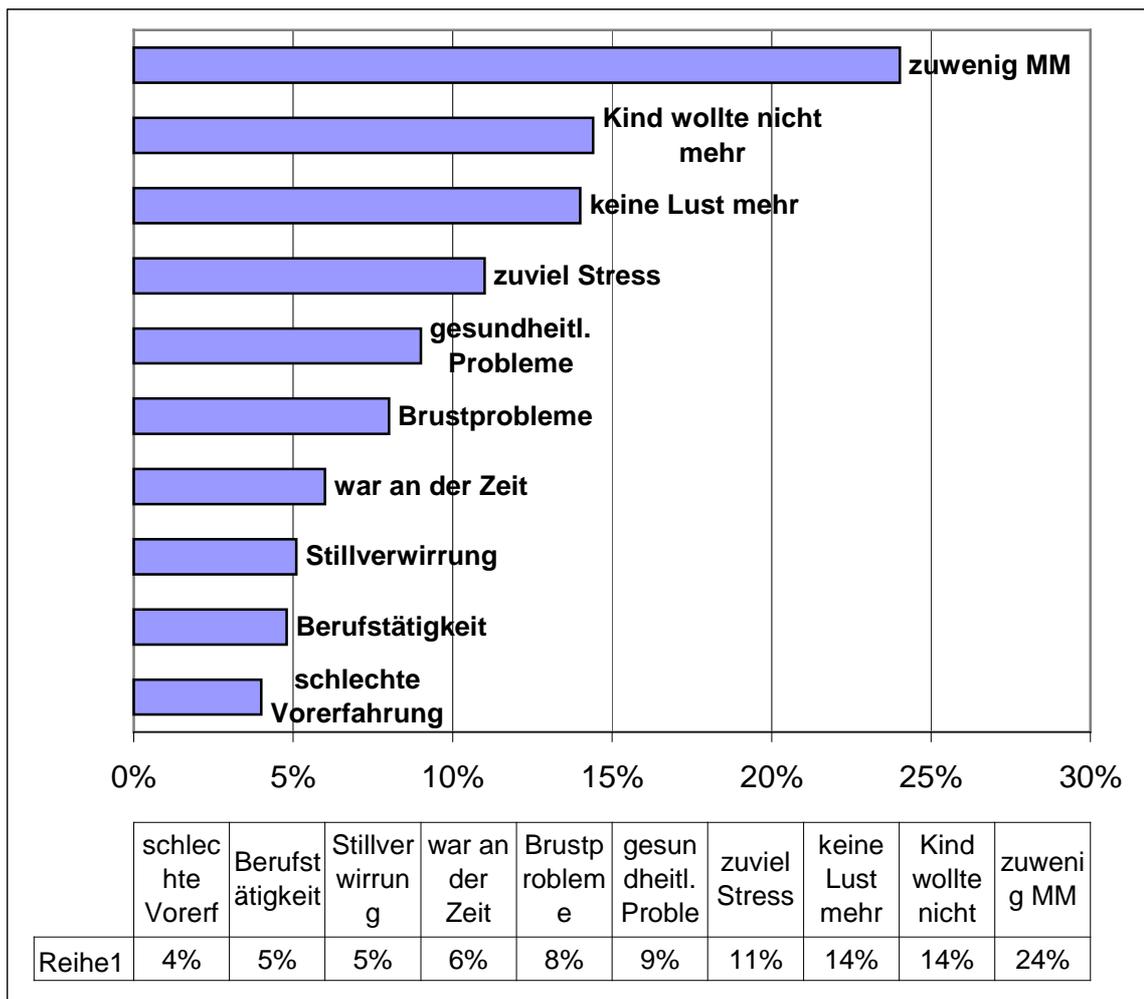


Abbildung 3 - 8: Abstillgründe im Gesamtkollektiv

Welchen Einfluss hat der Abstillgrund auf die Stildauer?

Abhängig von der Stilldauer haben die Abstillgründe eine unterschiedliche Relevanz (siehe Abbildung 3 – 9). Die Studienteilnehmerinnen, die als Abstillgrund mit 42 % (n= 58) zu wenig Muttermilch angaben, stillten am häufigsten weniger als 6 Monate post partum. Der zweithäufigste ungünstige Einfluss auf eine Stilldauer unter den empfohlenen 6 Monaten post partum stellt zuviel Stress und Überforderung der Mütter dar.

Studienteilnehmerinnen, die 6 Monate oder länger stillen, geben als häufigsten Abstillgrund an, dass das Kind sich selbst abgestillt hätte (26,54 %). 18,52 % (n= 30) der Mütter aus dieser Kategorie stillten aus eigenem Wunsch ab.

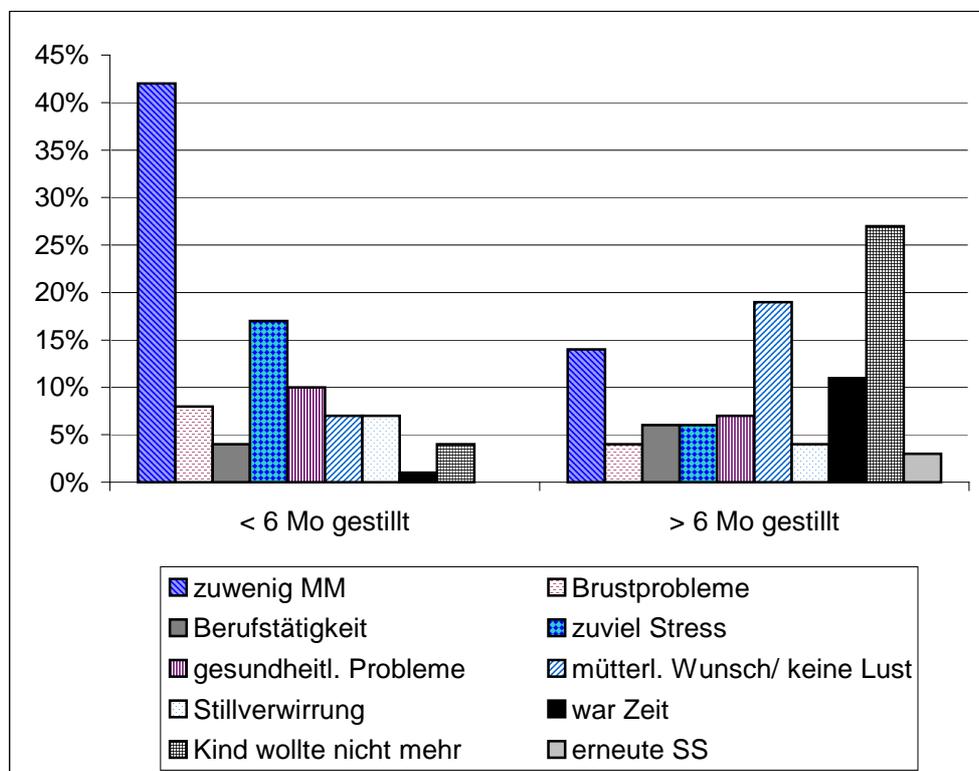


Abbildung 3 - 9: Einfluss Abstillgrund auf die Stilldauer

3.2.3 Stillplanung in der Schwangerschaft

91,16 % (n= 402) der Studienteilnehmerinnen hatten bereits während der Schwangerschaft geplant ihr Kind zu stillen. 7,03 % (n= 31) Frauen lehnten das Stillen während der Schwangerschaft ab. 1,81 % (n= 8) der Studienteilnehmerinnen gaben an, während der Schwangerschaft noch unentschlossen dem Stillen gegenüber gewesen zu sein. Aus der Kategorie der unentschlossenen und dem Stillen ablehnend gegenüber stehenden Frauen (n= 39) stillten 74,36 % (n= 29) primär ab. Lediglich 10,26 % (n= 4) der Mütter aus dieser Kategorie erreichten das von der WHO/UNICEF definierte Ziel, indem sie ≥ 6 Monate post partum stillten.

Wie beeinflusst die bereits in der Schwangerschaft getroffene Stillplanung die Stlldauer?

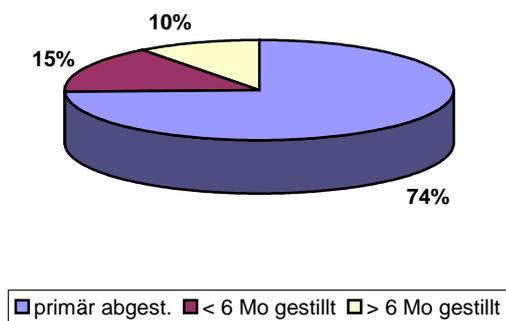


Abbildung 3 - 10: Einfluss keiner Stillplanung oder Unentschlossenheit zu Stillen in der SS auf die Stlldauer

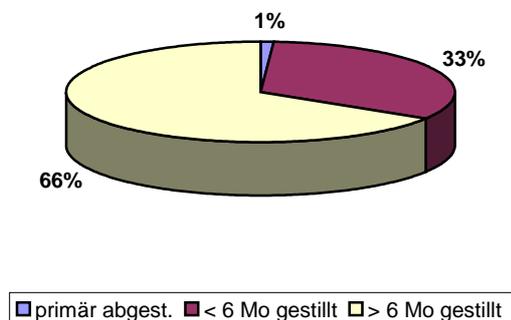


Abbildung 3 - 11: Stlldauer der Probandinnen mit positiver Stilleinstellung

66,17 % (n= 266) der Frauen, die ≥ 6 Monate post partum stillten, hatten sich bereits in der Schwangerschaft für das Stillen entschieden. Es ist somit eine deutlich höhere Motivation bereits präpartal bei diesen Frauen anzunehmen.

3.2.4 Stillentscheidung

Studienteilnehmerinnen, die sich für das Stillen entschieden haben, also nicht primär abgestillt haben, taten dies aus folgenden Gründen:

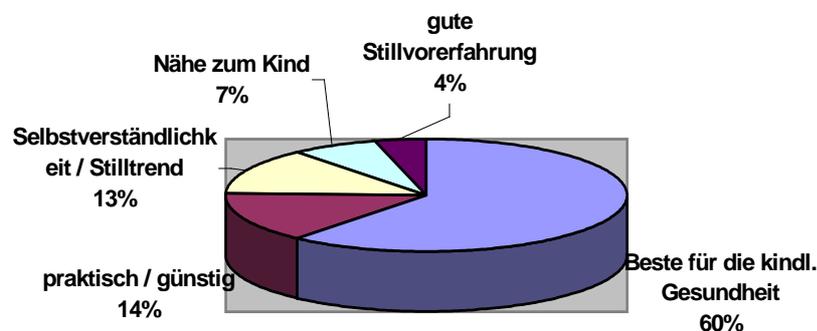


Abbildung 3 - 12: Gründe für das Stillen

60,20 % (n= 242) der Studienteilnehmerinnen entschieden sich für die natürliche Form der Säuglingsernährung, dem Stillen, weil es das Beste ist, was man für die kindliche Gesundheit tun kann. Dabei wurde am häufigsten der positive Effekt des Stillens auf das kindliche Immunsystem genannt. Der zweithäufigste Grund sich für das Stillen zu entscheiden, stellte mit 13,68 % (n= 55) der finanzielle und praktische Nutzen dieser Ernährungsform dar.

12,69 % (n= 51) der Mütter empfanden es als eine Selbstverständlichkeit zu stillen, 1,49 % (n= 6) folgten dem Stilltrend. Für weitere 7,46 % (n= 30) der Mütter war die Nähe zu ihrem Kind beim Stillen der ausschlaggebende Grund, sich für das Stillen zu entscheiden. Auf Grund einer positiven Stillvorerfahrung bei vorangegangenen Kindern entschieden sich 4,48 % (n= 18) der Mütter für eine erneute Stillbeziehung.

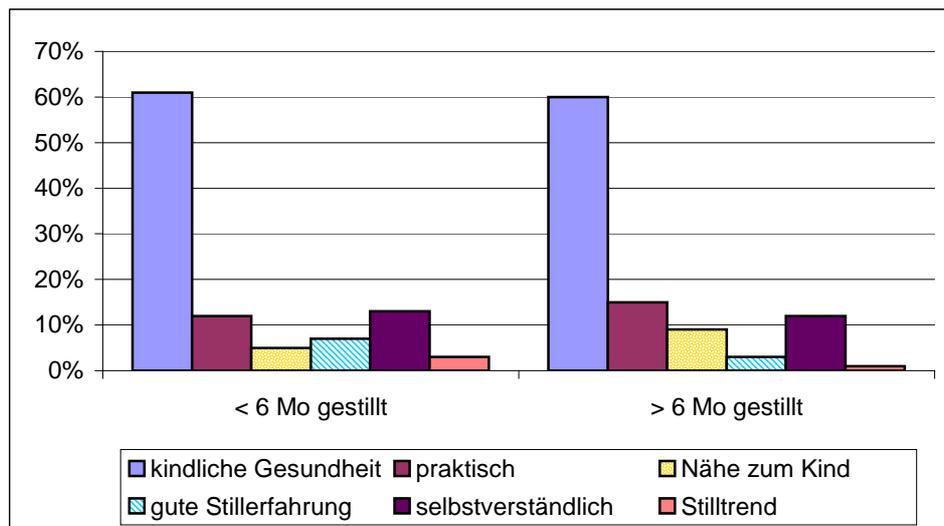


Abbildung 3 - 13: Einfluss Stillentscheidung auf die Stlldauer

Aus der Abbildung 3 - 13 ist der Einfluss der Gründe für das Stillen auf die Stlldauer zu entnehmen. Frauen, die sich aus Gründen des gesundheitlich positiven Einflusses zum Stillen entschieden haben, stillten in beiden Kategorien deutlich häufiger als Frauen, die sich aus anderen Gründen entschieden haben. In der Kategorie des Stillens < 6 Monaten hatten sich 60,58 % (n= 83) der Mütter auf Grund des gesundheitlichen Benefits zum Stillen entschieden, für 13,14 % (n= 18) der Mütter stellte die Entscheidung für das Stillen eine Selbstverständlichkeit dar.

Die gesundheitlichen Vorteile für das Kind (60 %) und der praktische Nutzen dieser Ernährungsform (14,72 %) hatte die günstigsten Aussichten auf eine Stlldauer > 6 Monate post partum.

3.3 Mütterliche Parameter

3.3.1 Alter

Das Alter der Probandinnen zum Zeitpunkt der Geburt des letzten Kindes lag zwischen 18 und 47 Jahren, der Mittelwert betrug 31 Jahre. Davon waren 14,45 % (n= 64) jünger als 26 Jahre, 56,88 % (n= 252) waren zwischen 26 - 34 Jahre und 28,22 % (n= 125) waren über 35 Jahre alt. Diese Einteilung in drei Altersgruppen wurde zur besseren Vergleichbarkeit mit unseren Referenzstudien gewählt.

Eine Übersicht über die Altersverteilung der Mütter zum Zeitpunkt der Geburt zeigt Abbildung 3 -14.

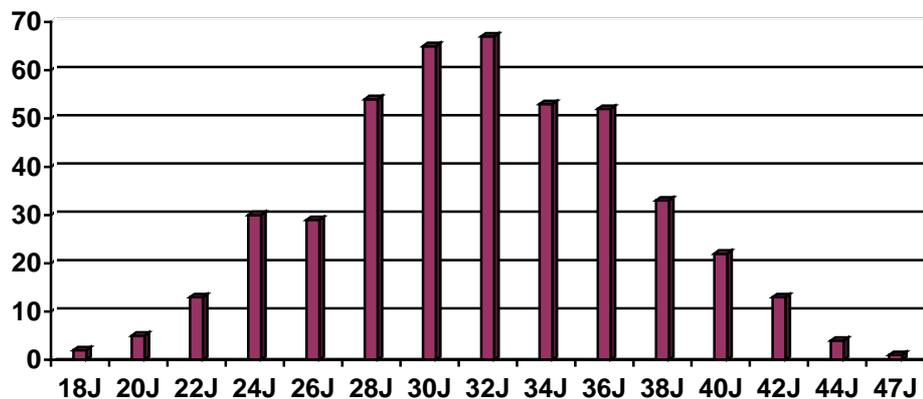


Abbildung 3 - 14: Alter der Studienteilnehmerinnen zu Studienbeginn

Der Einfluss des mütterlichen Alters auf die Stilldauer, eingeteilt in stillen bis sechs Monate post partum und über sechs Monate post partum zeigt die folgende Abbildung 3 - 15:

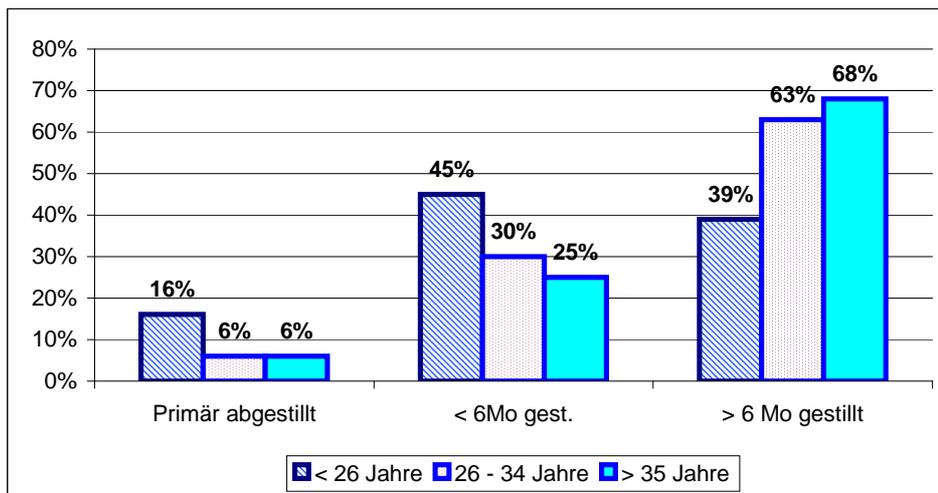


Abbildung 3 - 15: Einfluss Lebensalter der Mutter auf die Stilldauer

68 % der Mütter zwischen 35 und 47 Jahren stillten länger als 6 Monate, setzten somit die Empfehlung von WHO/UNICEF zur Säuglingsernährung – ausschließliche Gabe von Muttermilch in den ersten sechs Lebensmonaten mit anschließender allmählicher Beikostfütterung – um.

Junge Frauen zwischen 18 und 25 Jahren stillten mit 16 % häufiger primär ab, als die Älteren (6 %). Nur 39,06 % der Frauen unter 26 Jahren stillten über 6 Monate. Das Alter der Probandinnen war hinsichtlich der Stilldauer nicht signifikant.

3.3.1.1 Vergleich des Alters mit der Perinatalerhebung Baden-Württemberg

Die Verteilung der Altersgruppen in der Perinatalerhebung Baden-Württemberg [Externe vergleichende Qualitätssicherung im Krankenhaus] zeigt für das Jahr 2007 einen Altersgipfel bei den frisch Entbundenen zwischen 18 und 30 Jahren (40,7 %). Im Alter zwischen 30 und 35 Jahren befanden sich nur 32,8 % der Mütter, über 35 Jahren nur 26,1 %.

Tabelle 3 - 5: Verteilung der Altersgruppen der *Freiburger Stillstudie* im Vergleich mit der Perinatalerhebung

	18 bis 30 Jahre	30 bis 35 Jahre	> 35 Jahre
Perinatalerhebung Baden- Württemberg	40,7 %	32,8 %	26,1 %
<i>Freiburger Stillstudie</i>	36,6 %	41,3 %	22,1 %

Frauen in der Altersgruppe zwischen 30 und 35 Jahren sind in der *Freiburger Stillstudie* im Vergleich zum Baden-Württembergischen Kollektiv überrepräsentiert, jüngere Frauen zwischen 18 und 30 Jahren und ältere Frauen über 35 Jahren sind unterrepräsentiert.

3.3.2 Nationalität

Wie in Tabelle 3 - 6 dargestellt, hatten 87,58 % der an unserer Studie teilnehmenden Frauen eine deutsche Staatsangehörigkeit, waren also im Besitz eines deutschen Ausweises.

Tabelle 3 - 6: Staatsangehörigkeit der Studienteilnehmerinnen laut aktuellem Pass, kategorisiert nach Kontinenten

	Anzahl der Studienteilnehmerinnen (N=443)
Deutschland	87,58 % (n= 388)
Europa (außer Deutschland)	10,64 % (n= 47)
Amerika	0,68 % (n= 3)
Asien	0,68 % (n= 3)
Afrika	0,45 % (n= 2)

Des weiteren untersuchten wir die ethnische Herkunft der Probandinnen und deren Partner, da dies einen kulturellen Einfluss auf das Stillen aufweisen könnte. 67,49 % (n= 299) der Studienteilnehmer hatten keinen Migrationshintergrund. Von 32,05 % (n= 142) der Studienteilnehmerinnen wurde ein anderes Herkunftsland als Deutschland bei ihnen selbst oder dem Lebenspartner angegeben.

Im Vergleich dazu gaben 80,1 % aller Entbundenen in Baden-Württemberg 2007 Deutschland als Herkunftsland an [Externe vergleichende Qualitätssicherung 2007].

Frauen mit Migrationshintergrund sind in der *Freiburger Stillstudie* überrepräsentiert. Untersucht man die Stilldauer getrennt nach der Herkunft zeigt sich folgendes Ergebnis:

Tabelle 3 - 7: Einfluss Migrationshintergrund auf die Stilldauer

	Ohne Migrationshintergrund	Mit Migrationshintergrund
Primär abgestellt	8,36 % (n= 25)	6,34 % (n= 9)
< 6 Monate gestillt	28,42 % (n= 85)	36,62 % (n= 52)
> 6 Monate gestillt	63,21 % (n= 189)	57,04 % (n= 81)

Für das primäre Abstillen entschieden sich weniger Frauen mit Migrationshintergrund. Jedoch stillten diese Frauen früher ab, damit erfüllten sie nicht die von der WHO/UNICEF empfohlene Stilldauer von sechs Monate post partum.

Das Stillen sechs Monate oder länger gelingt Frauen deutscher Herkunft etwas häufiger. Das Ergebnis war jedoch nicht signifikant.

3.3.3 Familienstand

Zu Beginn der Studie hatten 97,29 % (n= 431) der Probandinnen einen Lebenspartner und 2,25 % (n= 10) gaben an, alleinerziehend zu sein, d.h. ohne aktuellen Lebenspartner.

Im Baden-Württembergischen Vergleichskollektiv waren 10,7 % der frisch Entbundenen alleinstehend ohne Lebenspartner. Somit waren alleinerziehende Mütter in unserer Studie unterrepräsentiert.

Die Stilldauer von Müttern mit Lebenspartner unterschied sich nicht signifikant von den alleinerziehenden Müttern ($p= 0,4153$).

3.3.4 Ausbildungsniveau

3.3.4.1 Ausbildungsniveau des Gesamtkollektivs

Das erfragte höchste allgemeine Ausbildungsniveau der Studienteilnehmerinnen wurde kategorisiert in drei Stufen. Mütter, die keinen Schulabschluss oder nur den Hauptschulabschluss haben, wurden in die erste Kategorie Ausbildung < 10 Jahre eingeteilt. Mütter mit Realschulabschluss oder einer abgeschlossenen Berufsausbildung in die zweite Kategorie 10 - 11 Ausbildungsjahre und Studienteilnehmerinnen mit Abitur, einer anderen Fachhochschulberechtigung oder eines Studiums zählten zur dritten Kategorie (> 11 Jahre).

Tabelle 3 - 8: Ausbildungsniveau aller Studienteilnehmerinnen

	< 10 Jahre	10 - 11 Jahre	> 11 Jahre
Anzahl der Studienteilnehmerinnen	9,40 % (n= 41)	55,05 % (n= 240)	35,55 % (n= 155)
Bildungsniveau Baden-Württemberg 2006 der 20 - 40 Jährigen [Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2006]	31,05 %	32,2 %	36,75 %

Die Anzahl der Studienteilnehmerinnen mit einem Ausbildungsniveau > 11 Jahre entspricht annähernd dem Baden-Württembergischen Landesdurchschnitt der 20 - 40 jährigen, und ist somit statistisch vergleichbar. In Tabelle 3 - 8 wird der Eindruck erweckt, dass gering gebildete Frauen bei unserer Untersuchung unterrepräsentiert sind. Jedoch muss berücksichtigt werden, dass in der *Freiburger Stillstudie* nur das Ausbildungsniveau der Studienteilnehmerinnen, eingeteilt in die Kategorien keinen Schulabschluss, Hauptschulabschluss, Lehre, Realschulabschluss, Abitur/ Fachhochschulberechtigung, erfasst wurde.

Daraus geht hervor, dass die Einteilung der Frauen mit einer abgeschlossenen Berufsausbildung, wobei nicht erfasst wurde, ob dieser ein Hauptschulabschluss oder ein Realschulabschluss voraus ging, nicht eindeutig zu den Kategorien Ausbildungsniveau < 10 Jahre oder zwischen 10 - 11 Jahre vorgenommen werden konnte, und somit nur bedingt mit dem Landesdurchschnitt vergleichbar ist.

In Abbildung 3 - 16 ist der Zusammenhang zwischen der Stilldauer und dem Ausbildungsniveau der Studienteilnehmerinnen zu sehen.

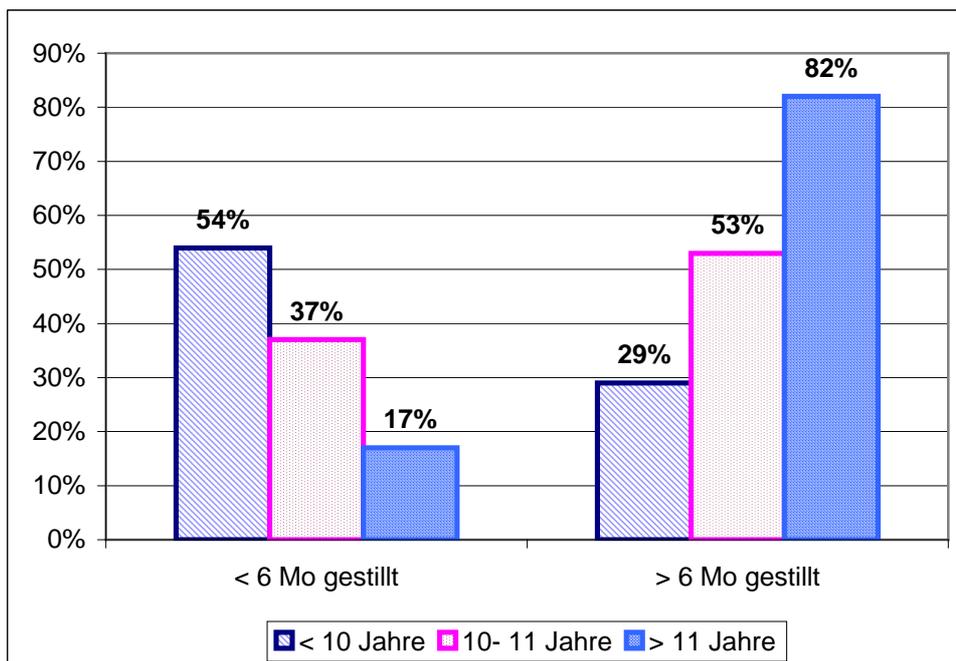


Abbildung 3 - 16: Einfluss Ausbildungsniveau auf die Stilldauer

Mit einem $p < 0,0001$ [95 % - Konfidenzintervall 2,350 - 6,562] konnte ein sehr hoch signifikanter Zusammenhang zwischen einem höheren Ausbildungsniveau und einer längeren Stilldauer hergestellt werden. Studienteilnehmerinnen mit einem höheren Ausbildungsniveau (> 11 Jahre Ausbildungszeit), also Frauen mit einer Hochschulberechtigung, stillten signifikant länger als Studienteilnehmerinnen mit einer absolvierten Lehre (10 - 11 Jahre Ausbildungszeit) oder ohne Schulabschluss bzw. einem Hauptschulabschluss (< 10 Jahre Ausbildungszeit).

3.3.4.2 Ausbildungsniveau der primär abgestellten Frauen

Das Ausbildungsniveau der primär abgestellten Studienteilnehmerinnen unterscheidet sich von dem des Gesamtkollektivs. 17,07 % (n= 7) der Frauen, die sich gegen das Stillen entschieden haben, hatten ein niedriges Ausbildungsniveau (< 10 Jahre). Im Gegensatz dazu, sind Mütter mit einem hohen Ausbildungsniveau (>11 Jahre) mit 1,29 % so gut wie nicht vertreten.

Tabelle 3 - 9: Ausbildungsniveau der primär abgestellten Pdn im Vergleich zum Gesamtkollektiv

	< 10 Jahre	10 - 11 Jahre	> 11 Jahre
Anzahl der Studienteilnehmerinnen	41 (9,4 %)	240 (55,05 %)	155 (35,55 %)
Primär abgestellte Studienteilnehmerinnen (n= 34)	7 (17,1 %)	25 (10,4 %)	2 (1,3 %)

3.3.5 Berufstätigkeit

Zum Zeitpunkt der ersten Datenerhebung am ersten Tag post partum waren 100 % der Studienteilnehmerinnen im Mutterschutz.

Beim t1-Interview nach drei Monaten post partum befanden sich noch 92,98 % (n= 371) in der Elternzeit, 7,02 % (n= 28) waren bereits teil- bzw. vollberufstätig.

Wir konnten weder einen positiven noch einen negativen Einfluss der Berufstätigkeit der stillenden Mutter auf die Stlldauer nachweisen.

3.3.5.1 Berufstätigkeit Lebenspartner

Da die mögliche familiäre Unterstützung mitunter die Anwesenheit des Lebenspartners voraussetzt, wurden die Frauen auch diesbezüglich interviewt.

6,19 % (n= 27) der Lebenspartner waren den ganzen Tag zu Hause bei der Familie, bedingt zum einen durch Arbeitslosigkeit (3,44 %), aber auch bewusst gewählt durch die Elternzeit (2,75 %). 12,39 % (n= 54) der Väter gingen einer Teilzeitbeschäftigung nach.

Jedoch die Mehrzahl der Männer, 79,13 % (n= 345), waren Vollzeit berufstätig, davon im Mittel 10 Stunden täglich außer Haus (23,39 %).

Bezüglich des Parameters Stilldauer ergaben sich keine signifikanten ($p= 0,7529$) positiven Einflüsse der Familien mit zu Hause gebliebenen Vätern im Vergleich zu Familien mit berufstätigen Vätern.

Die primär abgestellten Studienteilnehmerinnen wurden ebenfalls nach der Berufstätigkeit ihres Lebenspartners gefragt. 91 % der Frauen gaben an, dass ihre Lebenspartner berufstätig waren (Vollzeit und Teilzeit beschäftigt). Bei 9 % der primär abgestellten Frauen war der Lebenspartner ohne Beschäftigung. Somit war bei diesen Frauen der Lebenspartner häufiger ohne Berufstätigkeit als beim stillenden Vergleichskollektivs (6,19 % ohne Berufstätigkeit).

Aus unserer Untersuchung ergab sich jedoch keine Signifikanz hinsichtlich des Einflusses der Berufstätigkeit auf die Entscheidung der Frauen für oder gegen das Stillen.

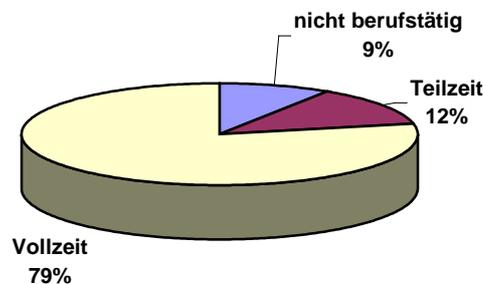


Abbildung 3 - 17: Einfluss Berufstätigkeit des Lebenspartners auf primäres Abstillen

3.3.5.2 Stillunterstützung Lebenspartner

Die stillenden Studienteilnehmerinnen wurden nach der Unterstützung des Lebenspartners konkret in Bezug auf das Stillen gefragt. 76,87 % (n= 309) der stillenden Mütter fühlten sich von ihrem Partner genügend beim Stillen unterstützt. Als unzureichend wurde die Stillunterstützung von 20,65 % (n= 83) der Mütter empfunden. 15,32 % (n= 64) dieser Mütter waren unzufrieden, weil die Entscheidung zum Stillen allein bei ihnen lag, oder das Thema Stillen dem Lebenspartner egal war (2,99 %). Die restlichen 2,34 % (n= 7) wurden hinsichtlich des Stillens zwar von ihren Partnern unterstützt, empfanden diese Unterstützung aber als ungenügend.

Der mögliche Einfluss der Stillunterstützung durch die Lebenspartner zeigt Abbildung 3 - 18:

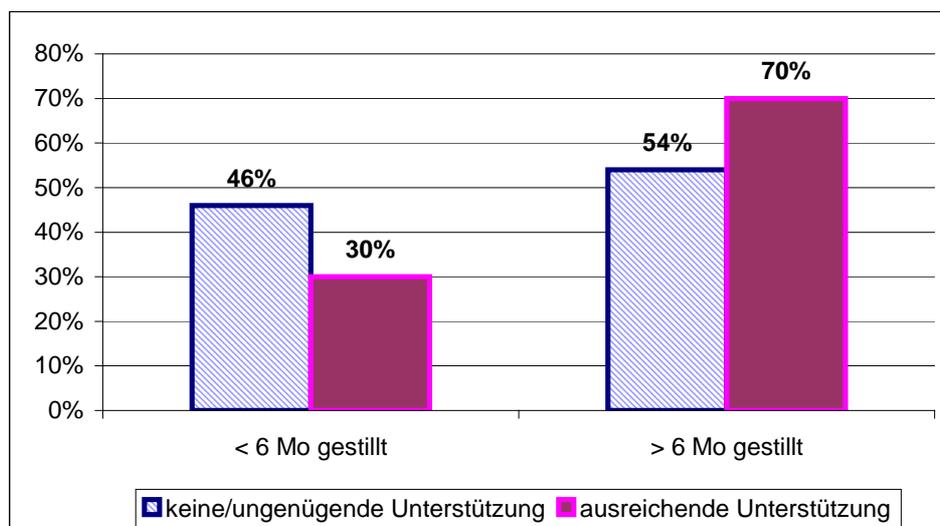


Abbildung 3 - 18: Einfluss der Stillunterstützung durch die Lebenspartner auf die Stilldauer

Eine als ausreichend empfundene Stillunterstützung des Lebenspartners scheint die Stilldauer positiv zu beeinflussen. Der Unterschied erwies sich jedoch nicht als signifikant.

3.3.6 Parität

Betrachtet man das Studienkollektiv hinsichtlich der Anzahl der erlebten Geburten der Studienteilnehmerinnen zeigten sich folgende Ergebnisse:

Annähernd die Hälfte der befragten Frauen hatten zum Zeitpunkt unserer Studie ihr erstes Kind geboren (49,66 %, n= 220), 50,34 % (n= 223) waren Vielgebärende, d.h. hatten zwei oder mehr Kinder geboren. Die Maximalanzahl lag bei 5 Geburten.

Der Einfluss der Parität auf die Stilldauer zeigt Abbildung 3 - 19:

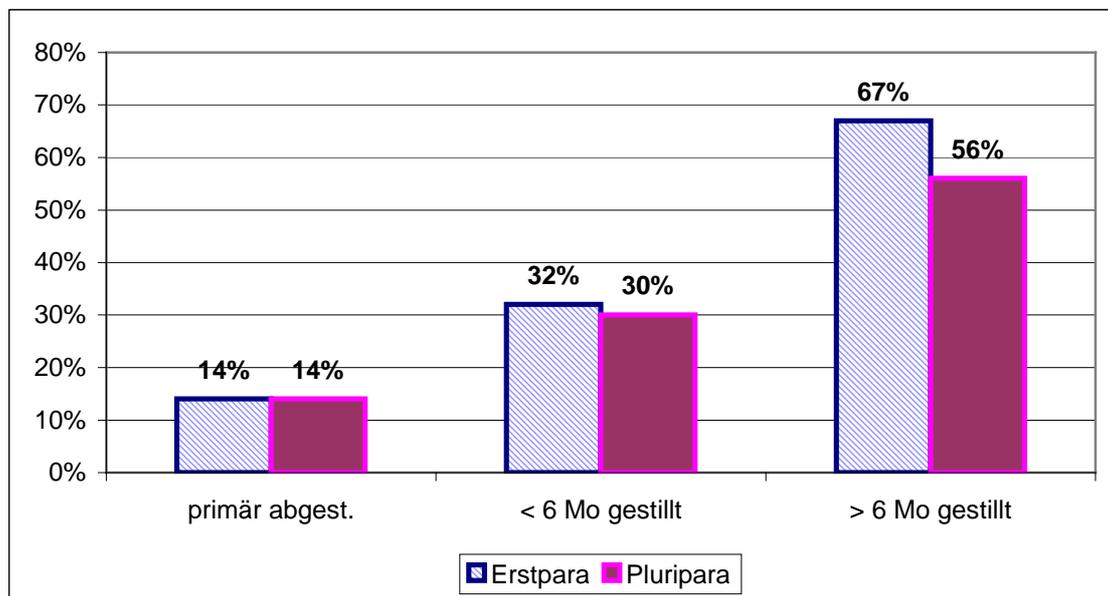


Abbildung 3 - 19: Einfluss der Anzahl der vorausgehender Geburten auf die Stilldauer

Es entsteht der Eindruck, dass Mehrgebärende seltener das durch die WHO/UNICEF definierte Ziel der Stilldauer von sechs Monaten post partum erreichen, als Studienteilnehmerinnen mit ihrem ersten Kind. Dieses Ergebnis war jedoch nicht signifikant.

Unter den primär abgestillten Müttern waren 91,18 % (n= 31) Mehrgebärende und nur 8,82 % (n= 3) hatten ihr erstes Kind geboren.

3.3.7 Geburtsmodus

48,53 % der Studienteilnehmerinnen hatten eine Spontangeburt, 5,87 % eine vaginaloperative Entbindung, d. h. eine Geburt per Vakuumextraktion oder Forceps. Der Anteil an primären und sekundären Sectiones ist mit jeweils 22,8 % identisch. Der Gesamtanteil an Kaiserschnitten in unserem Kollektiv von 45,6 % liegt deutlich über dem Baden-Württembergischen Durchschnitt [Externe vergleichende Qualitätssicherung 2007].

Tabelle 3 - 10: Geburtsmodi der Studienteilnehmer im Vergleich zum Baden-Württembergischen Gesamtkollektiv

	Freiburger Stillstudie	Baden-Württembergische Perinatalerhebung
Spontanpartus	48,53 % (n= 215)	61,3 %
Vaginal operativ	5,87 % (n= 26)	6,2 %
Sectio caesarea	45,6 % (n= 202)	32,2 %

Hatte die Art der Entbindung einen Einfluss auf die Stilldauer?

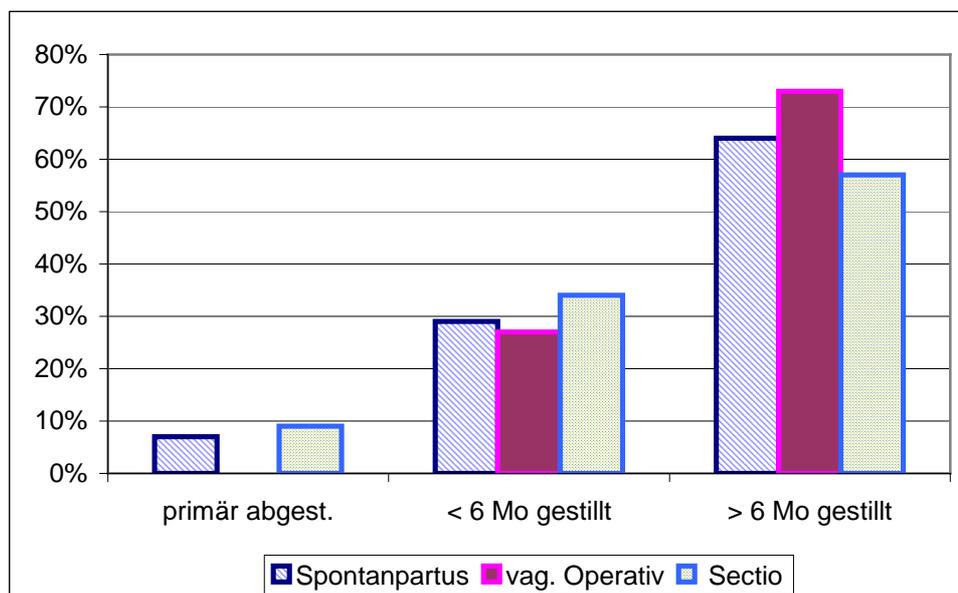


Abbildung 3 - 20: Einfluss Entbindungsmodus auf die Stilldauer

Studienteilnehmerinnen nach einer Sectio stillten häufiger primär ab (9,41 %) als Studienteilnehmerinnen nach einer Spontangeburt (7,04 %) bzw. nach einer vaginal operativen Entbindung.

Ebenfalls ist ein positiver Trend zum längeren Stillen bei den Müttern der vaginal entbundenen Kindern zu sehen. 63,85 % der Studienteilnehmerinnen nach einer Spontangeburt stillten ≥ 6 Monate post partum, bei der kleinen Gruppe nach einer vaginal operativen Geburt waren es 73,09 %. Lediglich 56,93 % der Mütter mit einem Kaiserschnitt erfüllten die WHO/UNICEF Empfehlungen.

In der logistischen Regressionsanalyse war dieser Trend jedoch nicht signifikant.

3.4 Kindliche Parameter

3.4.1 Reife

In unserer Studie wurden 10,84 % (n= 48) der Kinder als Frühgeburten registriert, das bedeutet, dass diese vor der vollendeten 37. Schwangerschaftswoche auf die Welt kamen. Die Mehrzahl der in Freiburg untersuchten Kinder (82,61 %) wurde reif geboren, d. h. die Geburt erfolgte zwischen der 38. und der 41. Schwangerschaftswoche. 6,55 % (n= 29) der Kinder waren „übertragen“, also nach der 42. Schwangerschaftswoche geboren. Im Median kamen die Kinder der *Freiburger Stillstudie* in der 40. Schwangerschaftswoche zur Welt.

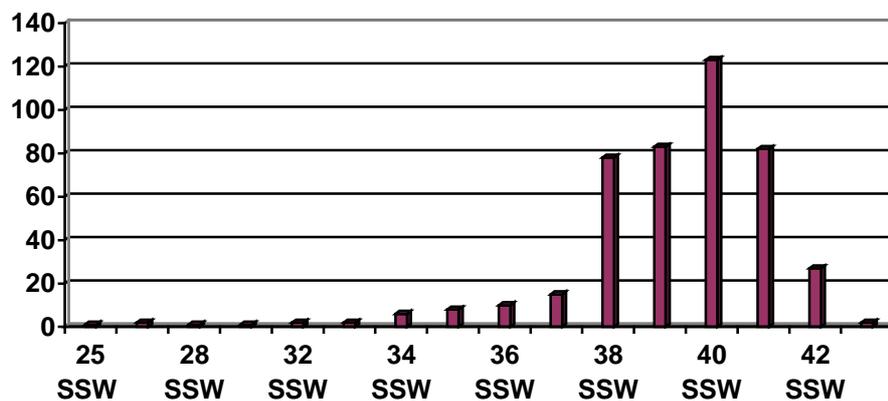


Abbildung 3 - 21: Schwangerschaftsalter in Wochen zum Zeitpunkt der Geburt

Die *Freiburger Stillstudie* beinhaltet mit 10,84 % ein relativ großes Frühchenkollektiv. Im Vergleich dazu lag der Anteil der Frühchen im Baden-Württembergischen Vergleichskollektiv bei nur 8 %. Eine genauere Aufschlüsselung des Frühgeborenenanteils im landesweiten Vergleich ist der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen.

Tabelle 3 - 11: Frühgeborenenkollektiv im landesweiten Vergleich

	Freiburger Stillstudie	Perinatalerhebung Baden- Württemberg 2007
unter 27+0 SSW	0,7 % (n= 3)	0,4 %
27+0 bis unter 32+0 SSW	0,9 % (n= 4)	0,9 %
32+0 bis unter 37+0 SSW	9,3 % (n= 41)	6,7 %

Frauen mit reif geborenen Kindern stillten häufiger die empfohlenen sechs Monate oder länger, als Mütter mit Frühgeborenen (62,6 % vs. 50 %). Auch dieser Effekt war bei der Berechnung der logistischen Regression statistisch nicht signifikant. Den scheinbar ungünstigen Einfluss der Frühgeburtlichkeit auf die Stilldauer zeigt die folgende Grafik:

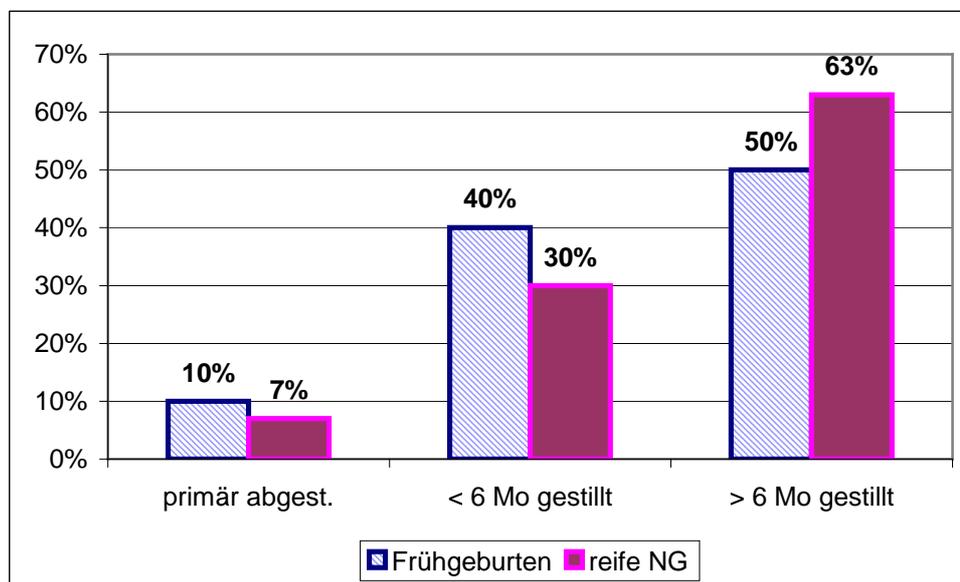


Abbildung 3 - 22: Einfluss der kindlichen Reife auf die Stilldauer

4. Kapitel: Diskussion

Die *Freiburger Stillstudie* sollte aufzeigen, wie lange Frauen im Freiburger Geburtenkollektiv stillen, welche Einflüsse sich positiv und negativ auf die Stilldauer auswirken. Von den insgesamt 59 untersuchten Variablen erwies sich aus soziodemographischer Sicht lediglich eine signifikant als ein Prädiktor für eine erfolgreiche Stillbeziehung:

**höheres Ausbildungsniveau
(> 11 Jahre Ausbildungszeit)**

Im Folgenden werden die Ergebnisse der einzelnen Parameter bewertet und mit der aktuellen Literatur verglichen.

4.1 Vergleich des Kollektivs

Die Stichprobengröße der *Freiburger Stillstudie* war mit 443 befragten Studienteilnehmerinnen im Vergleich zu unseren Referenzstudien, z. B. der QuaSti Studie mit 403 befragten Frauen, vergleichbar groß [Deneke und Scheele 2007]. Im Rahmen der Studie zum Stillverhalten in Bayern wurden jedoch 3822 Mütter untersucht, bei der SuSe Studie waren es 1717 Studienteilnehmerinnen [Kohlhuber et al. 2008; Dulon und Kersting 2000b].

Die Follow-Up-Quote der *Freiburger Stillstudie* war mit 97 % höher als bei der Studie aus Bayern (82%) und der SuSe Studie (90%).

4.2 Stillbezogene Parameter

4.2.1 Vergleich der Stilldauer mit anderen Studien

Bei den Vergleichen der unterschiedlichen nationalen Stillstudienergebnisse sind das unterschiedliche Studiendesign, unterschiedliche Kollektive und gelegentlich abweichende Definitionen zu berücksichtigen.

- Die SuSe Studie

In der Studie „Stillen und Säuglingsernährung“ wurden 1997/1998 erstmals bundesweit die Stillbedingungen in deutschen Geburtskliniken und das Stillen während des ersten Lebensjahres einschließlich der Einflussfaktoren auf das Stillen untersucht. In den Geburtskliniken wurden die Stillempfehlungen der Nationalen Stillkommission, die 1994 gegründet wurde, und der WHO bis dahin insgesamt nur wenig umgesetzt.

Es wurden 177 zufällig ausgewählte Geburtskliniken bundesweit in die Studie eingeschlossen. Mittels schriftlicher Befragung wurden 1717 Mutter-Kind-Paare prospektiv über zwölf Monate hinweg untersucht, hinsichtlich Stilldauer und Faktoren, die das Stillverhalten beeinflussen. Das Erstinterview wurde 14 Tage nach der Geburt telefonisch durchgeführt. Dabei wurden wie bei der *Freiburger Stillstudie* auch primär abgestillte Frauen mit in die Studie aufgenommen und nach ihren Abstillgründen befragt [Dulon und Kersting 2000b]. Die weitere Datenerhebung fand per Telefoninterviews nach zwei, vier, sechs, neun und zwölf Monaten post partum statt. Die *Freiburger Stillstudie* lehnte die Datenerhebungszeitpunkte an die der SuSe Studie an, um eine bessere Vergleichbarkeit zu erzielen. Da seit der SuSe Studie keine Veröffentlichung der Stillsituation in Deutschland über das gesamte erste Lebensjahr hinweg mehr stattgefunden hat, stellt sie die wichtigste Vergleichsstudie für die Ergebnisse in Freiburg dar.

Was hat sich in den letzten 10 Jahren an der Stillsituation in Deutschland verändert? Haben die vielen Maßnahmen zur Stillförderung, unter anderem die Initiative Babyfreundliches Krankenhaus, eine Verbesserung erzielt?

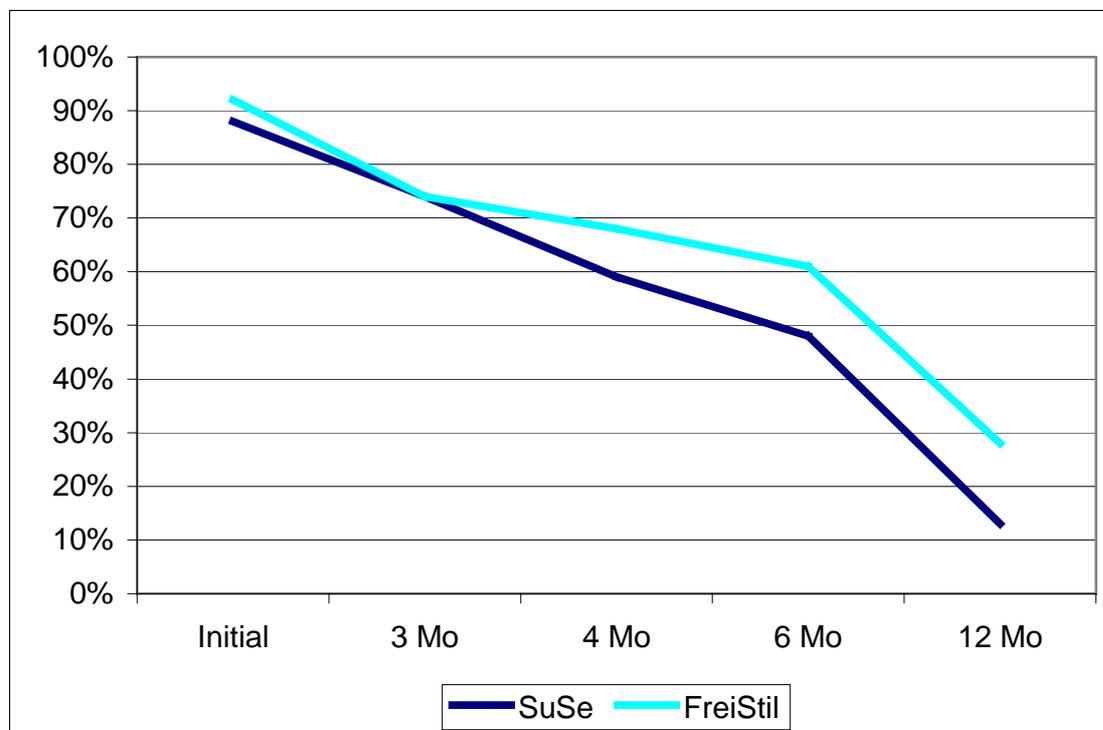
Tabelle 4 - 1 zeigt den direkten Vergleich der Stillquoten zwischen 1998 und 2008.

Tabelle 4 - 1: Vergleich Stillquote insgesamt zwischen der SuSe Studie und der *Freiburger Stillstudie*

Gesamtstillquote nach	SuSe Studie 1998	Freiburger Stillstudie 2008
Initiale Stillaufnahme	88 %	92 %
4 bzw. 3 Monaten pp	59 % (4 Monate)	74 % (3 Monate)
6 Monaten pp	48 %	61 %
12 Monaten pp	13 %	28 %

Ergebnisdiskussion: Wie aus der Tabelle ersichtlich, ist in der *Freiburger Stillstudie* über den gesamten Erhebungszeitraum eine höhere Stillquote zu verzeichnen, d. h. 2008 beginnen mehr Frauen zu stillen und führen dies auch länger durch als zu Zeiten der SuSe Studie. Es zeigt sich somit eine Verbesserung der Stillsituation in Deutschland in den letzten 10 Jahren.

Abbildung 4 - 1 stellt den Vergleich der Gesamtstlldauer der SuSe Studie und der *Freiburger Stillstudie* nochmals grafisch dar:

Abbildung 4 - 1: Stlldauer in der SuSe und der *Freiburger Stillstudie*

- Stillverhalten in Bayern

2005 wurden 2938 Mütter nach zwei, vier sechs und neun Monaten post partum schriftlich zum Stillverhalten befragt. Es sollte der Zusammenhang zwischen den 10 Schritten der WHO Initiative Babyfreundliches Krankenhaus und der Stlldauer in 141 Geburtskliniken (davon nur eines BFHI zertifiziert), und 10 Geburtshäusern, sowie bei 30 Hausgeburtshebammen in Bayern, untersucht werden. Verschiedene Aspekte dieser Studie wurden unter unterschiedlichen Erstautoren veröffentlicht [Schwegler et al. 2008; Kohlhuber et al. 2008; Koletzko B. 2008].

Die Studie ergab, dass die 10 Schritte der WHO statistisch hoch signifikant mit der Stlldauer verbunden waren, vor allem die Zufütterung von Flüssigkeiten in den ersten sechs Lebenstagen. Ambulante und außerklinische Geburten zeigten einen statistisch signifikanten günstigen Effekt auf die Stlldauer.

Tabelle 4 - 2. Vergleich der Stillquoten zwischen der Studie Stillverhalten in Bayern und der *Freiburger Stillstudie*

Gesamtstillquote nach	Stillverhalten in Bayern 2005	Freiburger Stillstudie 2008
Initiale Stillaufnahme	90 %	92 %
4 bzw. 3 Monaten pp	61 % (4 Monate)	74 % (3 Monate)
6 Monaten pp	52 %	61 %

Ergebnisdiskussion: Die Studie „Stillverhalten in Bayern“ schloss Frühgeborene aus, während die *Freiburger Stillstudie* Kinder aller Schwangerschaftswochen mit einbezog. Trotz des Frühchenanteils von 10 % zeigte sich bei den in Freiburg geborenen Kindern eine längere Gesamtstlldauer. Bei diesem Vergleich muss auch berücksichtigt werden, dass der Fragebogenrücklauf bei der Bayrischen Studie unter 50 % lag.

Das sehr ausgewählte Kollektiv, das letzten Endes an der Studie teilnahm, setzte sich aus älteren Frauen (60 % zwischen 25 - 34 Jahre) und Frauen mit höherem Schulabschluss (40 % > 11 Jahren Ausbildungsniveau) als der bayrische Durchschnitt zusammen, ähnlich der *Freiburger Stillstudie* [Schwegler et al 2008].

Die Studie zum „Stillverhalten in Bayern“ kam zu dem Ergebnis, dass ausschließliches Stillen reifer Neugeborener in den ersten Lebenstagen, d. h. ohne Zufütterung von anderen Flüssigkeiten außer Muttermilch, die Stilldauer positiv beeinflusst. Dies konnte auch in der *Freiburger Stillstudie* gezeigt werden, wobei in unserer Studie auch Frühgeborene teilnahmen, die aus medizinischer Indikation meist von Geburt an nur teilgestillt werden. Wie die *Freiburger Stillstudie* zeigt, scheint die Frühgeburtlichkeit einen ungünstigen Einfluss auf die Stilldauer zu haben.

- KIGGS

Die Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsveys (Verbreitung, Dauer und Trend des Stillens in Deutschland) zeigen einen Anstieg der Stillhäufigkeit von 1986 - 2005. Über alle Geburtsjahrgänge hinweg wurden 77 % der Kinder jemals gestillt, jedoch wurden nur 22 % der Kinder aus diesen Geburtsjahrgängen sechs Monate voll gestillt. Für den Geburtenjahrgang 2005 lässt sich daraus errechnen, dass 81 % der Kinder initial gestillt wurden und 35 % davon bis sechs Monate voll [Lange 2007]. Signifikant häufiger gestillt wurden Kinder von sozial besser gestellten Bevölkerungsgruppen, Nichtraucherinnen, gesunde Kinder und Kinder mit Migrationshintergrund.

Ergebnisdiskussion: Die Ergebnisse der *Freiburger Stillstudie* zeigten ebenfalls, dass bei Kindern mit Migrationshintergrund häufiger eine Stillbeziehung begonnen wird, jedoch ist die Stilldauer deutlich kürzer als bei Familien ohne Migrationshintergrund.

- Berliner Studie des Bundesinstituts für Risikobewertung

Die vom Bundesinstitut für Risikobewertung 2006 veröffentlichte Studie über die Stillsituation in der Region Berlin bestätigte die Ergebnisse der Studie zum Stillverhalten in Bayern. Weit weniger als die Hälfte der 4000 Studienteilnehmerinnen, die in den Berliner Kliniken und Geburtshäusern ihr Kind geboren hatten, folgten den Empfehlungen der WHO/UNICEF sechs Monate ausschließlich zu stillen.

Die Studie kam zu dem Ergebnis, dass Mütter in Deutschland zu früh mit dem Zufüttern von Muttermilchersatzprodukten und Beikost beginnen [Przyrembel 2006].

Tabelle 4 - 3: Vergleich Stillquoten zwischen der Studie Stillverhalten in Bayern, der Regionalerhebung Berlin und der *Freiburger Stillstudie*

Gesamtstillquote nach	Stillverhalten in Bayern 2005	Regionalerhebung Berlin 2006	Freiburger Stillstudie 2008
Initiale Stillaufnahme	90 %	95 %	92 %
4 bzw. 3 Monaten pp	61 % (4 Monate)	64 % (4 Monate)	74 % (3 Monate)
6 Monaten pp	52 %	57 %	61 %

Ergebnisdiskussion: Die Datenerhebung in Berlin erfolgte uneinheitlich, teils retrospektiv bei U-Untersuchungen der Kinder. Durch die nur regional erfolgten Datenerhebungen sind Einflüsse wie z. B. Ausländeranteil oder Bildungsniveau der jeweiligen Regionen nicht zu vermeiden.

Die *Freiburger Stillstudie* zeigt im direkten Vergleich eine geringe Tendenz zum längeren Stillen. Ob dieser Trend regional bedingt ist, oder durch den unterschiedlichen Erhebungszeitraum, und damit verbundenen verbesserten Stillförderung, bleibt offen.

- Die Hamburger QuaSti Studie

Bei der Studie "QuaSti – Qualität im Stillfreundlichen Krankenhaus" lautete die übergeordnete Fragestellung, welche Stilldauer sich in einem BFHI zertifizierten Krankenhaus längerfristig erzielen lässt. Diese Studie stellte die erste Datenerhebung eines BFHI zertifizierten Krankenhauses dar. Da bei der Freiburger Stillstudie ebenfalls zwei BFHI zertifizierte Krankenhäuser teilnahmen, soll diese Studie zum Vergleich herangezogen werden. Dafür wurden 403 Frauen telefonisch, computergestützt interviewt [Deneke und Scheele 2007].

Der Interviewzeitpunkt lag uneinheitlich zwischen zwei und vier Monaten, woraus eine schlechte Vergleichbarkeit entsteht.

Tabelle 4 - 4: Vergleich Vollstillquote zwischen der QuaSti Studie und der *Freiburger Stillstudie*

Gesamtstillquote nach	QuaSti Studie 2007	Freiburger Stillstudie 2008
Initiale Stillaufnahme	97 %	92 %
3 Monaten pp	82 %	74 %
5 bzw. 6 Monate pp	73 % (5 Monate)	61 % (6 Monate)

Ergebnisdiskussion: Da die Interviewzeitpunkte bei den in Tabelle 4 - 4 verglichenen Studien unterschiedlich gewählt wurden, sind die Quoten der QuaSti Studie > 3 Monaten nicht vergleichbar mit der *Freiburger Stillstudie*. Viele Frauen beginnen ab dem sechsten Monat mit der Beikost-Zufütterung, was ein Grund für die niedrigere Stillquote der Freiburger Studie gegenüber der Hamburger Studie, die ihre teilnehmenden Frauen mit fünf Monaten post partum das letzte Mal untersucht haben, sein könnte.

Die Studienteilnehmerinnen der *Freiburger Stillstudie* folgten somit den gängigen Stillempfehlungen. Die pädiatrische Fachgesellschaft bewertet bereits vier Monate langes ausschließliches Stillen als Erfolg, und empfiehlt das Zufüttern von Beikost zwischen dem fünften und siebten Lebensmonat. Auf Grund dieser Definition erreichten wesentlich mehr Studienteilnehmerinnen die empfohlene Stilldauer [Deutscher Bundestag 2008].

Das Studienkollektiv der QuaSti Studie zeigte genau wie bei der Studie zum Stillverhalten in Bayern einen stark erhöhten Anteil von gebildeten Frauen – 63 % hatten eine Hochschulzulassungsberechtigung (> 11 Jahre Ausbildungsniveau) – was die Ergebnisse dieser Studie zum Positiven verändert haben dürfte. Das Kollektiv der *Freiburger Stillstudie* repräsentiert hinsichtlich des Bildungsniveaus den Landesdurchschnitt.

- Zusammenfassung der nationalen Stillstudien

Zusammengefasst zeigt die Abbildung 4 - 2 die Gesamtstillquote der *Freiburger Stillstudie* mit den oben beschriebenen Vergleichsstudien:

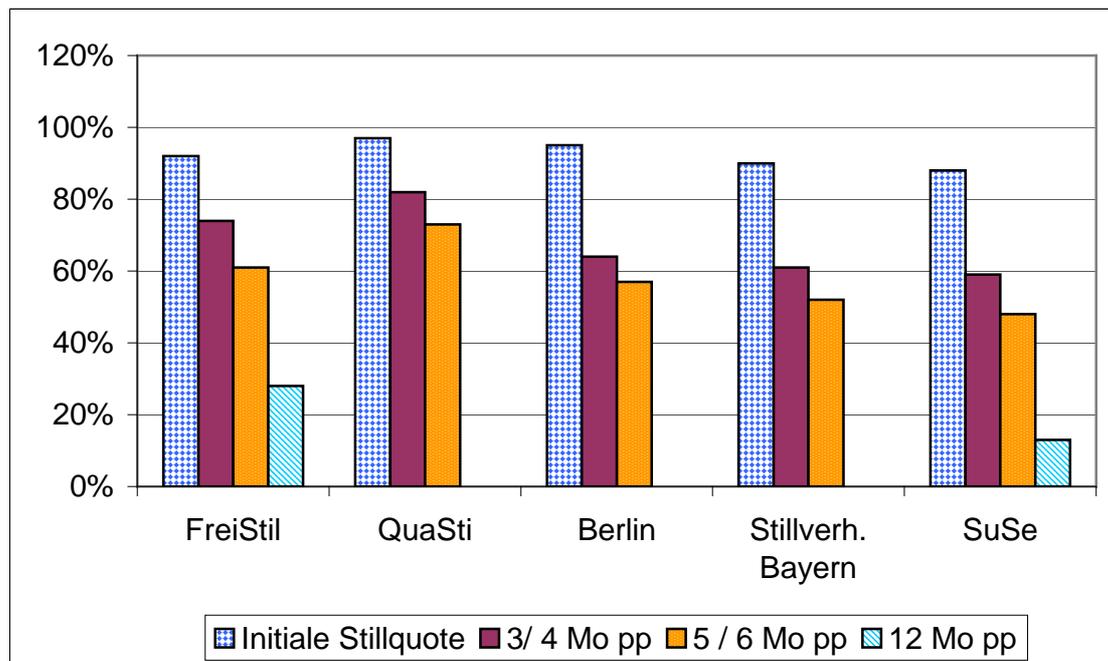


Abbildung 4 - 2: Gesamtstillquote im Vergleich der vorgestellten Studien

Die *Freiburger Stillstudie* war die einzige neuere Studie, die die Stildauer über zwölf Monate post partum erfasste, womit erstmals seit 10 Jahren, seit der SuSe Studie, die Stillsituation in Deutschland während des gesamten ersten Lebensjahres untersucht wurde.

Das Ziel der weltweiten Initiative „Healthy People 2010“, dass 50 % aller Kinder bis sechs Monate post partum gestillt werden sollen, hat die *Freiburger Stillstudie*, wie auch alle Vergleichsstudien, bereits erfüllt.

Abbildung 4 - 3 zeigt die Gesamtstillquote der zu vergleichenden Studien bis sechs Monaten. Die QuaSti Studie scheint die höchsten Stillquoten zu erreicht. Der Erhebungszeitraum endet bei dieser Studie allerdings bereits bei 5 Monaten post partum. Bei den Studien, die ihre Teilnehmerinnen bis 6 Monate post partum untersucht haben, erreicht die *Freiburger Stillstudie* die höchsten Stillquoten nach 3 Monaten post partum.

Die SuSe Studie bleibt die Hauptvergleichsstudie, da alle nachfolgend durchgeführten Studien auf Grund der unterschiedlich gewählten Datenerhebungszeitpunkte und der abweichenden Methodenwahl nur bedingt mit der *Freiburger Stillstudie* zu vergleichen sind.

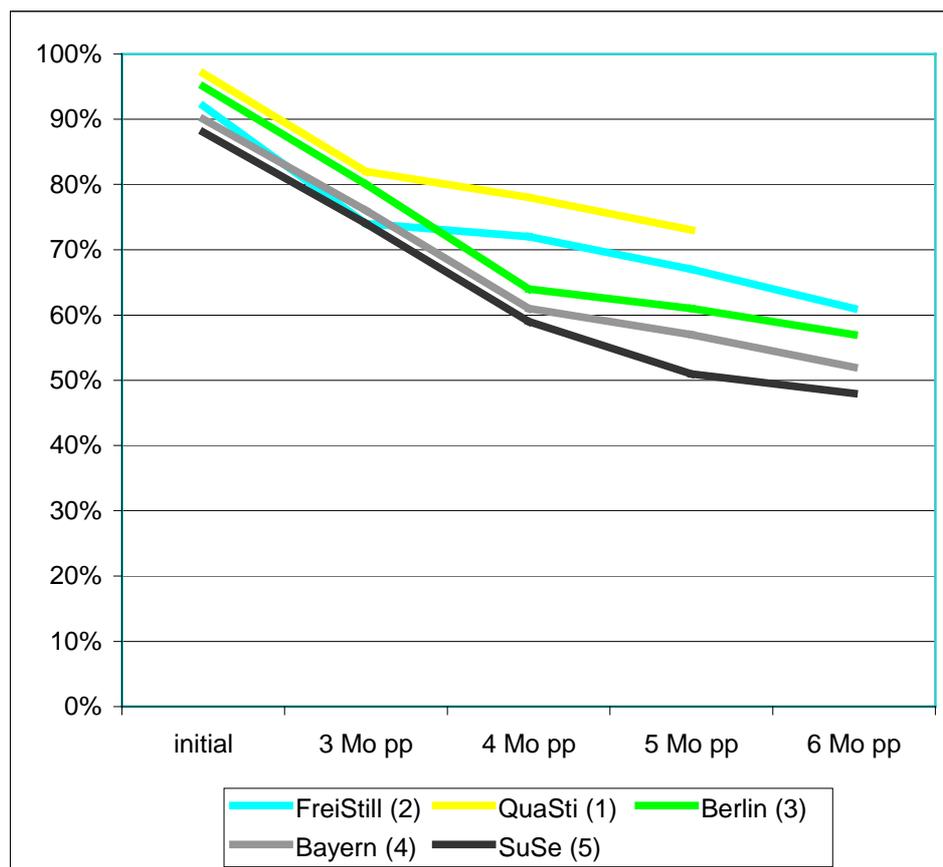


Abbildung 4 - 3: Gesamtstillquote der zu vergleichenden Studien im Zeitraum bis 6 Monate post partum

- Europäische Stilldaten im Vergleich

Im Rahmen des EU-Projektes „Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe“ wurden 2003 Stilldaten aus 21 Mitgliedsländern in Hinblick auf die Gesamtstilldauer und das ausschließliche Stillen über sechs Monate verglichen. Deutschland lag in dieser Studie auf Platz fünf in der Kategorie Gesamtstillzeit, d. h. die Gesamtstilldauer des Voll- und Teilstillens, und im Hinblick auf die Anzahl der nach sechs Monaten ausschließlich gestillten Kinder auf Platz acht [Cattaneo et al. 2008].

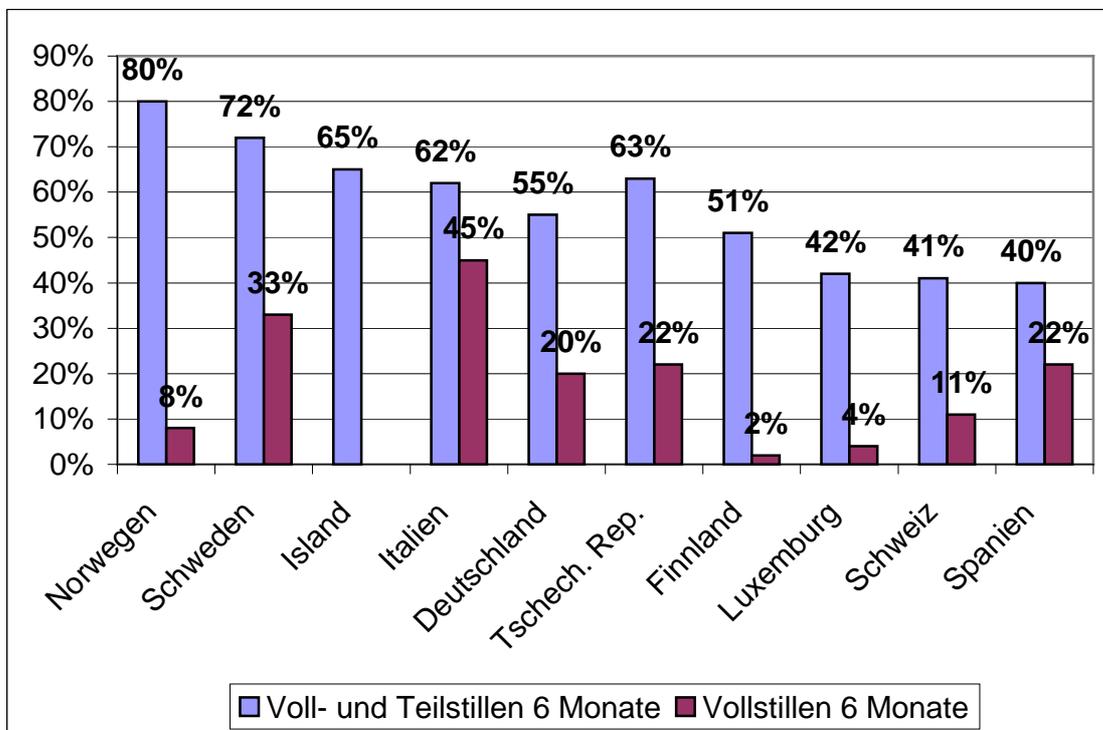


Abbildung 4 - 4: Anteil der Mütter, die 6 Monate pp voll- und teilgestillt haben und Anteil der Mütter, die bis 6 Monate pp vollgestillt haben im europäischen Vergleich im Jahr 2003

Ergebnisdiskussion: Im weltweiten Vergleich werden in den skandinavischen Ländern, in denen schon viel früher mit der Stillförderung begonnen wurde, weit höhere Stillquoten als z. B. in Mitteleuropa erreicht [Zetterström 1999; Nylander 2004].

Um auch in Deutschland vergleichbar gute Stillraten zu erzielen, könnte es hilfreich sein, die positiven und negativen Einflüsse auf die Stilldauer zu kennen (siehe unten).

- *Zusammenfassende Interpretation der Ergebnisse zur Stilldauer der Freiburger Stillstudie*

Die Stilldauer ist in den letzten 10 Jahren stetig angestiegen, wie der erfolgte Literaturvergleich darlegt. Auch in Freiburg hat ein mit anderen Regionen in Deutschland vergleichbarer Trend zum längeren Stillen eingesetzt (siehe Vergleichsstudien aus Bayern/Hamburg/Berlin). Trotzdem stillen immer noch viele Mütter vor dem sechsten Monat post partum ab. Die WHO/UNICEF Empfehlungen – Vollstillen bis sechs Monate post partum und Teilstillen bis zum Ende des ersten Lebensjahres und darüber hinaus – sind bisher nur unzureichend umgesetzt.

Studienteilnehmerinnen, die bereits am ersten Tag post partum zufütterten, stillten kürzer als die voll stillenden Studienteilnehmerinnen zum gleichen Zeitpunkt. Diese Feststellung gilt ebenfalls für die Mütter, die bei dem Interview nach 3 Monaten post partum bereits teil stillten. Der Verzicht auf die Gabe zusätzlicher Flüssigkeiten in den ersten Tagen nach der Geburt scheint das Stillen günstig zu beeinflussen und die Bemühungen der „Initiative Babyfreundliches Krankenhaus“ zu bestätigen.

Es muss aber auch kritisch bedacht werden, dass bei den Frühgeburten und kranken Neugeborenen, die an der *Freiburger Stillstudie* teilnahmen, eine Zufütterung teilweise aus medizinischen Gründen indiziert war. Dies hatte einen ungünstigen Effekt auf die Stillquote des Gesamtkollektivs.

Der stärkste Abfall der Stillquote war nach zwei Monaten post partum zu verzeichnen (siehe Abbildung 3 – 1, Seite 33). Mütter mit Stillproblemen oder schwierigem Stillbeginn neigen eher dazu, das Stillen in dieser Phase aufzugeben. Baxter et al. wiesen anhand ihrer Studie von 5090 australischen Mutter-Kind-Paaren nach, dass die ersten zwei Monate post partum eine kritische Phase hinsichtlich des Stillens darstellen. Der Rückgang des Stillens von der Geburt bis zum zweiten Monat post partum war größer, als der Rückgang in den darauffolgenden drei Monaten. Dieser Rückgang wurde vor allem durch Stillprobleme verursacht [Baxter et al. 2009].

Positive Einflüsse auf die Stilldauer hatten in unserer Studie ein höheres Ausbildungsniveau der Mütter, höheres Mutteralter, fehlender Migrationshintergrund und Erstparität.

Signifikante Risikofaktoren ($p < 0,01$) für eine Stilldauer weniger als vier Monate post partum der SuSe Studie im Vergleich mit der *Freiburger Stillstudie* zeigt Tabelle 4 – 5 [Dulon und Kersting 2001] .

Tabelle 4 - 5: Vergleich der negativen Einflussfaktoren auf die Stilldauer zwischen der SuSe Studie und der *Freiburger Stillstudie* (* = signifikant)

SuSe Studie 1998	Freiburger Stillstudie 2008
Niedriges Ausbildungsniveau *	<i>Niedriges Ausbildungsniveau *</i>
Mehrgebärende *	<i>Mehrgebärende</i>
Junge Frauen *	<i>Junge Frauen</i>
Zufütterung in den ersten Lebenstagen *	<i>Zufütterung am ersten Lebenstag</i>
Fehlende Still Erfahrung *	<i>Migrationshintergrund</i>
Alleinerziehend *	

Ergebnisdiskussion: Es gelten die gleichen negativen Einflussfaktoren auf das Stillen wie vor 10 Jahren. Stillfördernde Maßnahmen sollten besonders für junge Frauen mit niedrigem Ausbildungsniveau (kein Schulabschluss/Hauptschulabschluss), Mehrgebärende und für Frauen mit Migrationshintergrund eingesetzt werden, um die Stillsituation in Deutschland weiter zu verbessern.

Diese These wird durch die SuSe Studie unterstützt, die ebenfalls zeigt, dass Frauen aus unteren sozialen Schichten und jüngere Frauen eine besondere Ansprache benötigen [Dulon und Kersting 2000a].

4.2.2 Vergleich der Abstillgründe

- **primär abgestillte Studienteilnehmerinnen**

8 % der Mütter in der SuSe Studie hatten von vornherein nicht versucht zu stillen. Die Quote der primär abgestillten Frauen in Freiburg (8 %) ist somit vergleichbar mit früheren Erhebungen in Deutschland [Bergmann et al. 1994; Kersting et al. 1987]. Subjektive Begründung für das primäre Nichtstillen der Vergleichsstudien lauten wie folgt:

Tabelle 4 - 6: Vergleich der häufigsten Abstillursachen der primär abgestillten Frauen zwischen der SuSe Studie, der Studie zum Stillverhalten in Bayern und der Freiburger Stillstudie

SuSe Studie 1998	Stillverhalten in Bayern 2005	FreiStil 2008
1. Überlastung der Familie /zuviel Stress	1. Flaschenfütterung bequemer	1. schlechte Erfahrungen bei früheren Kindern
2. keine Zeit	2. schlechte Erfahr. bei früheren Kindern	2. keine Lust
3. Brustprobleme	3. Berufstätigkeit	3. Brustprobleme
4. schlechte Erfahrungen bei früheren Kindern	4. Überlastung der Familie/ zuviel Stress	4. gesundheitliche Probleme
		5. zu viel Stress

Die primär abgestillten Frauen unserer Studie gaben als Abstillgrund mit 38 % am häufigsten „schlechte Erfahrungen mit vorangehenden Kindern“ an (siehe Abbildung 3 – 7, Seite 38). Bei den Frauen, die ihre jetzige Stillzeit als negativ empfunden haben besteht die Gefahr, dass sie sich bei den folgenden Schwangerschaften gegen das Stillen entscheiden.

Durch verbesserte und verlängerte fachliche Betreuung könnten negative Stillerefahrungen reduziert werden.

Ergebnisdiskussion: Die Einflussfaktoren für primäres Nichtstillen bei den in Tabelle 4 - 6 verglichenen Studien sind grundsätzlich positiv veränderbar, durch entsprechende Unterstützung und Aufklärung der Mütter vor oder spätestens während der Schwangerschaft.

- **Abstillgründe des Gesamtkollektivs**

Noch zu wenige in Freiburg geborene Kinder werden gemäß den von der WHO/ UNICEF entwickelten Empfehlungen gestillt. Das Stillen wird vorzeitig beendet. Die Ursachen dafür sind vielfältig (siehe Abbildung 3 – 8, Seite 39).

Der Hauptgrund für das vorzeitige Abstillen war sowohl bei der *Freiburger Stillstudie* (24 %) wie auch bei der SuSe Studie eine zu geringe Muttermilchmenge. Bei guter Unterstützung und Stillen nach Bedarf kann versucht werden, die Muttermilchmenge zu steigern. Ein echter Milchmangel ist selten [Geist et al. 1998].

Ein weiterer häufiger Grund für frühes Abstillen (17 %) stellt „zu viel Stress“ dar. Es wurde bereits von mehreren Autoren nachgewiesen, dass psychischer und auch physischer Stress die Prolaktin- und Oxytocinproduktion und somit auch die Laktation hemmen kann [Slattery et Neumann 2008; Sisk et al. 2006]. Heinrichs et al. gehen davon aus, dass dieser Mechanismus die gestillten Kinder vor einer stressbedingt erhöhten Cortisonkonzentration der Muttermilch schützen soll [Heinrichs et al. 2002]. Weiterhin lässt sich daraus schließen, dass der vermehrte Stress auch zu einer verringerten Muttermilchmenge führt, und somit wiederum dem Hauptabstillgrund zuzuordnen ist.

Als weiterer Grund für frühes Abstillen wurde mit 8 % Brustprobleme in unserer Studie genannt. Dies sollte ebenfalls durch eine intensive fachliche Betreuung zumindest teilweise vermeidbar sein.

Ergebnisdiskussion: Die oben genannten ungünstigen Einflussfaktoren auf eine kurze Stilldauer in der *Freiburger Stillstudie* (zuwenig Muttermilch) bzw. die subjektiven Gründe der Mütter für frühes Abstillen sind grundsätzlich positiv beeinflussbar.

Betrachtet man die Abstillgründe der Mütter, die sechs Monate und länger gestillt haben, so wurden eher Abstillgründe, wie „das Kind wollte nicht mehr/das Kind hat sich selbst abgestillt“ (27 %) und der mütterliche Wunsch nach dem Ende der erfolgreichen Stillzeit (17 %) angegeben.

4.2.3 Stillplanung

91 % der teilnehmenden Freiburger Mütter hatten sich bereits in der Schwangerschaft für das Stillen als Ernährungsform ihres Kindes entschieden (siehe S. 41). Lediglich knapp 2 % der Mütter gaben an, während der Schwangerschaft noch unentschlossen gegenüber dem Stillen gewesen zu sein.

76 % der QuaSti Studienteilnehmerinnen haben sich ebenfalls bereits vor der Schwangerschaft zum Stillen entschlossen, 20 % während der Schwangerschaft, und nur 1 % in der Klinik.

Ergebnisdiskussion: Für zukünftige Maßnahmen zur Stillförderung ist dieses Ergebnis von großer Relevanz. Die Motivierung der Frauen für das Stillen darf nicht erst in der Geburtsklinik erfolgen, sondern muss bereits vorher einsetzen, z. B. durch den/die betreuende/n Frauenarzt/-ärztin im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge, oder durch Hebammen im Rahmen von Geburtsvorbereitungskursen. Eine Studie in Tschechien wies ebenfalls nach, dass die Aufklärung der Schwangeren bereits in der Schwangerschaft wichtig für die spätere Stildauer ist [Mydlilova et al. 2008].

Es hat sich gezeigt, dass die Stillförderungen eines „Babyfreundlichen Krankenhauses“ (wie es auch die Universitäts-Frauenklinik Freiburg und das Diakoniekrankenhaus sind) nur begrenzten Einfluss auf die Stildauer haben [Dulon et al. 2003]. Eine Arbeit aus England kam ebenfalls zu dem Ergebnis, dass die Initiative Babyfreundliches Krankenhaus zwar zu einer um 10 % erhöhten initialen Stillquote führen kann, aber keinen Einfluss auf die Stildauer hat [Bartington et al. 2006].

4.2.4 Stillentscheidung

Der meist genannte Grund, warum sich die Studienteilnehmerinnen für das Stillen entschieden haben war, dass es das Beste für die kindliche Gesundheit ist (60 %). Zu den fünf häufigsten Nennungen gehören auch der „Stilltrend/Selbstverständlichkeit“, dass Stillen „praktisch/günstig“ ist, die „Nähe zum Kind“ und die „gute Stillererfahrung mit vorherigen Kindern“ (siehe Abbildung 3 – 12, Seite 42). Sievers et al. kamen bei einer Telefonbefragung in Nordrhein-Westfalen ebenfalls zu dem Ergebnis, dass die Vorteile des Stillens für die kindliche Gesundheit bei der Entscheidung für das Stillen im Vordergrund stehen [Sievers et al. 2008].

Die Tatsache, dass Stillen auch das Beste für die mütterliche Gesundheit ist, wurde von keiner der 407 befragten stillenden Mütter erwähnt.

Ergebnisdiskussion: Da Stillen für die Mutter mit nicht zu unterschätzenden gesundheitlichen Vorteilen, vor allem in der Prävention von Anämie, Herz-Kreislaufkrankungen, Adipositas und Krebserkrankungen (siehe Einleitung) einher geht, darf diese Erkenntnis in der Aufklärungsarbeit nicht vernachlässigt werden. Bisher scheinen diese Informationen in der Bevölkerung noch nicht weit verbreitet zu sein.

4.3 Mütterliche Parameter

4.3.1 Alter

Mit einem Durchschnittsalter von 31 Jahren waren die Studienteilnehmerinnen jünger als die Mütter in Bayern (32 Jahre) und in Hamburg (33 Jahre). Die Probandinnen der vor 10 Jahren erhobenen SuSe Studie waren jünger (30 Jahre).

Studienteilnehmerinnen höheren Alters, d.h. Mütter über 35 Jahren stillten tendenziell am längsten. Von diesen stillten 68 % sechs Monate oder länger. Im Vergleich dazu stillten 64 % der Frauen mittleren Alters (26 bis 34 Jahre), und nur 39 % der jüngeren Frauen (zwischen 18 und 25 Jahren) so lange.

Ergebnisdiskussion: Die *Freiburger Stillstudie* hat aufgezeigt, dass ältere Frauen am längsten stillen (siehe Abbildung 3 – 15, Seite 45). Vor allem jüngere Frauen (zwischen 18 und 25 Jahren) stillen eher primär ab und benötigen noch mehr Information und Unterstützung, um sich für das Stillen zu entscheiden. Diese Ergebnisse waren wahrscheinlich auf Grund der niedrigen Fallzahl nicht signifikant.

4.3.2 Nationalität

Es nahmen mehr Frauen mit einem Migrationshintergrund an der *Freiburger Stillstudie* teil (32 %), als im Kollektiv der Perinatalerhebung Baden-Württemberg 2007 (20 %) auftraten. In der Studienpopulation der bayrischen Studie gaben 84 % der Mütter Deutschland als Geburtsland an. Bei der QuaSti Studie waren 92 % der Mütter deutscher Herkunft.

Studienteilnehmerinnen ohne Migrationshintergrund stillten scheinbar länger als Mütter aus Familien mit Migrationshintergrund (siehe Tabelle 3 – 7, Seite 47). Dieses Ergebnis war jedoch nicht signifikant. Die bayrische Studie kam zu dem gleichen Ergebnis, dass Kinder im Ausland geborener Mütter seltener bis zum 4. Monat post partum gestillt werden [Schwegler et al. 2008].

Jedoch hat die Studie gezeigt, dass Frauen aus anderen Herkunftsländern seltener primär abstillten als Frauen deutscher Herkunft.

Ergebnisdiskussion: Frauen mit Migrationshintergrund beginnen häufiger mit dem Stillen als Frauen deutscher Herkunft. Die *Freiburger Stillstudie* zeigte aber auch, dass die Studienteilnehmerinnen mit Migrationshintergrund früher abstillen, somit die WHO/UNICEF Empfehlungen seltener umsetzen. Daher sollte man diesen Frauen durch gezielte Interventionsmaßnahmen zu einer längeren Stilldauer verhelfen. Ausländische Mütter lehnen oft aus kulturellen Gründen die Hebammenhilfe ab bzw. beenden die Nachsorgebetreuung früh. Die Stillunterstützung erfolgt oftmals durch Familienmitglieder, wie z. B. Mütter oder Großmütter. Diese mangelnde Betreuung durch Fachpersonal könnte eine Ursache dafür sein, dass diese Mütter aus Unwissenheit oder bei Stillproblemen früher abstillen.

4.3.3 Familienstand

Der überwiegende Teil der Freiburger Mütter war zu Studienbeginn liiert (97 %). Die Vergleichsstudien weisen ähnliche Ergebnisse vor [Seibt et al. 2008].

Lediglich 2 % der Frauen gaben an, alleinerziehend zu sein, was deutlich geringer ist als im Baden-Württembergischen Vergleichskollektiv (11 %).

Die Stilldauer von Müttern mit Lebenspartner und alleinerziehenden Müttern wiesen die gleiche Stilldauer auf (siehe Seite 47).

4.3.4 Ausbildungsniveau

Der Anteil der Studienteilnehmerinnen mit Abitur, einer Hochschulzulassungsberechtigung bzw. einem Studium war mit 36 % (n= 155) im Gegensatz zu anderen Studien mit dem Landesdurchschnitt vergleichbar [Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2006]. Bei der SuSe Studie zeigte sich ein geringerer Prozentsatz an Frauen mit einer höheren Schulbildung (31 % > 11 Jahre Bildungsniveau). Bei der QuaSti Studie lag der Anteil der Frauen mit Hochschulzulassung sogar bei 63 %. Jedoch wies die Mehrzahl der Freiburger Studienteilnehmerinnen ein Ausbildungsniveau in der Kategorie 10 - 11 Jahre auf, nämlich 55 % (n= 240).

Die *Freiburger Stillstudie* konnte einen hoch signifikanten Zusammenhang zwischen einem höheren Ausbildungsniveau und einer längeren Stilldauer herstellen (siehe Abbildung 3 – 16, Seite 49). Eine höhere Bildung bedeutet eine längere Stillzeit.

Studienteilnehmerinnen mit einem höheren Ausbildungsniveau (> 11 Jahre Ausbildungszeit), stillten signifikant länger als Studienteilnehmerinnen mit einer absolvierten Lehre (10 - 11 Jahre Ausbildungszeit) oder ohne Schulabschluss bzw. einem Hauptschulabschluss (< 10 Jahre Ausbildungszeit).

Zu diesen Ergebnissen gelangen auch die Vergleichsstudien. Bei der Studie zum Stillverhalten in Bayern stellten die Frauen mit Abitur, Fachhochschulabschluss bzw. Studium (> 11 Jahre Ausbildungszeit) mit 64 % die größte Gruppe der langstillenden Frauen (definiert als vier Monate ausschließliches Stillen) dar [Schwegler et al. 2008]. Auch die Ergebnisse der QuaSti Studie zeigen, dass die Stilldauer mit dem Ausbildungsniveau korreliert. Die Mütter mit höherem Bildungsniveau (Studium bzw. Fachschule) stillten durchschnittlich 9,8 Monaten und somit länger als Frauen mit niedrigerem Bildungsniveau, die durchschnittlich 8,3 Monate stillten [Jöllenbeck et al. 2009].

Ergebnisdiskussion: Die Stilldauer korreliert signifikant mit dem sozioökonomischen Status der Frau, insbesondere mit dem Ausbildungsniveau.

Unter den primär abgestillten Frauen waren die mit niedrigem Ausbildungsniveau mit 17 % im Vergleich zum Gesamtkollektiv mit 9 % überproportional vertreten (siehe Tabelle 3 – 9, Seite 50). Hier könnte gezielte Präventionsarbeit, z. B. durch Aufklärungsunterricht über die natürliche Säuglingsernährung an den Schulen, insbesondere an Hauptschulen, zu einer niedrigeren primären Abstillrate beitragen.

4.3.5 Berufstätigkeit des Partners

Die Mehrzahl der Lebenspartner der stillenden Studienteilnehmerinnen waren berufstätig (94 %) und durchschnittlich 10 Stunden am Tag, an 5 Tagen in der Woche, außer Haus. Lediglich 6 % der Männer befanden sich tagsüber daheim. Die Berufstätigkeit der Männer hatte keinen negativen Einfluss auf die Stilldauer.

Ergebnisdiskussion: Insgesamt fühlt sich die Mehrheit der Studienteilnehmerinnen genügend vom familiären Umfeld unterstützt. Es hat den Anschein, dass die Lebenspartner der Studienteilnehmerinnen sich trotz der langen Abwesenheit genügend in die Unterstützung und Kindererziehung mit einbringen.

Bei den primär abgestillten Frauen waren 9 % der Lebenspartner nicht berufstätig (siehe Seite 51). Dieser Unterschied zeigt womöglich einen Trend zu einer schlechteren sozialen Situation in Deutschland auf. Kinder aus sozial schwachen Familien, in denen Arbeitslosigkeit herrscht, werden seltener gestillt, und haben somit hinsichtlich ihrer Gesundheit einen schlechteren Start ins Leben. Da es besonders für Familien mit einem geringen Einkommen auch aus ökonomischen Gründen nur von Vorteil ist zu stillen, zeigt diese Beobachtung einen dringenden Interventionsbedarf auf.

4.3.6 Stillunterstützung des Lebenspartners

Gefragt nach der Unterstützung des Lebenspartners beim Stillen gaben 77 % der stillenden Mütter an, sich diesbezüglich genügend unterstützt zu fühlen. In 21 % der Familien war das Stillen alleinige Entscheidung der Mutter, dem Lebenspartner war die Ernährungsform des Kindes „egal“.

Ergebnisdiskussion: Beinahe jeder fünfte Mann zeigt ein Desinteresse gegenüber dem Thema Stillen. Dieser eher ungünstige Einfluss auf die Stilldauer war nicht signifikant (siehe Abbildung 3 – 18, Seite 52).

In der Studie zum Stillverhalten in Bayern konnte jedoch nachgewiesen werden, dass eine ablehnende Haltung des Lebenspartners ein signifikanter Risikofaktor für ein frühes Abstillen ist [Koletzko B. 2008].

Scott et al. kamen zu dem Ergebnis, dass bei ihrer Untersuchung in England die Unterstützung des Lebenspartners ein signifikanter Einflussfaktor auf die Stillrate nach Entlassung aus der Klinik darstellt [Scott et al. 2001].

4.3.7 Parität

Die Anzahl der Erstgebärenden (50 %) bzw. der Mehrgebärenden (50 %) war in der *Freiburger Stillstudie* annähernd gleich. Bei den Vergleichsstudien waren in Bayern 44 % Erstgebärende, bei der SuSe Studie waren es 46 %.

Im Studienverlauf zeigte sich, dass Mehrgebärende eine kürzere Stilldauer aufwiesen, als Studienteilnehmerinnen mit ihrem ersten Kind (siehe Abbildung 3 - 19, Seite 53). Sowohl in der Studie zum Stillverhalten in Bayern, wie auch bei der SuSe Studie stillten Mehrgebärende kürzer [Dulon und Kersting 2000a; Schwegler et al. 2008].

91 % der befragten Frauen, die primär abgestillt haben, hatten bereits ein bzw. mehrere Kinder geboren. Mehrgebärende entschieden sich somit häufiger gegen das Stillen, als Erstgebärende (9 %).

Ergebnisdiskussion: Das Kollektiv der *Freiburger Stillstudie* war hinsichtlich der Parität mit dem Baden-Württembergischen Durchschnitt vergleichbar.

Es zeigte sich ein positiver Einfluss bei Erstgebärenden hinsichtlich der Stilldauer. Erstgebärende stillten selten primär ab, waren also motivierter das Erlebnis Stillen auszuprobieren. Diese Mütter stillten mit 67 % häufiger ≥ 6 Monate post partum als Mehrgebärende (56 %). Da „zu viel Stress“ auch einer der meistgenannten Abstillursachen darstellt, ist ein Zusammenhang mit der Mehrbelastung einer mehrfachen Mutter im Vergleich zu einer Erstgebärenden anzunehmen, was sich wiederum auf die Stillsituation überträgt. In diesen Fällen könnte sich mehr Unterstützung im sozialen Umfeld positiv auf die Stilldauer von Mehrgebärenden auswirken.

4.3.8 Geburtsmodus

Mit 46 % (23 % primäre/23 % sekundäre) lag die Sectio caesarea Rate weit über dem Landesdurchschnitt von 32 %. Auch in den Vergleichsstudien war die Kaiserschnitttrate deutlich niedriger: 28 % in Bayern und Hamburg (QuaSti), und nur 17 % in der SuSe Studie.

Die Universitäts-Frauenklinik ist ein Zentrum der Maximalversorgung. Viele Mütter mit problematischem Schwangerschafts- und Geburtsverlauf werden hier aufgenommen. Die Frauenklinik und die Universitäts-Kinderklinik sind ein Perinatalzentrum Level 1, mit dem Schwerpunkt im Bereich Hochrisikoentbindungen und dem gesamten Spektrum der Erkrankungen und Fehlbildungen von Früh- und Neugeborenen. Diese Tatsachen sind für das spezielle Klientel der Universitätsklinik verantwortlich und erklären die hohe Rate an operativen Schnittentbindungen.

64 % der Studienteilnehmerinnen, die die WHO/UNICEF Empfehlungen – stillen mindestens 6 Monate post partum – umsetzten, hatten ihr Kind spontan zur Welt gebracht. Lediglich 57 % der per Kaiserschnitt geborenen Kinder wurden so lange gestillt.

Ergebnisdiskussion: In der unserer Studie erkennt man einen möglicherweise ungünstigen Einfluss der Schnittentbindungen auf die Stilldauer (siehe Abbildung 3 - 20, Seite 54). Dieser Einfluss auf die Stilldauer war nicht signifikant. Die bisherige Literatur bestätigt diesen Einfluss der Entbindungsart auf die langfristige Stilldauer nicht [De Lathouwer et al. 2004].

Eine ebenfalls in der Universitätsklinik Freiburg durchgeführte Studie zeigt, dass per elektiver Sectio caesarea geborene Kinder signifikant häufiger stationär in der Kinderklinik aufgenommen werden und eine erhöhte respiratorische Morbidität als bei Kindern nach Spontanpartus [Heinzmann et al. 2009]. Diese erhöhte Morbiditätsrate und die damit verbundene Trennung des Mutter-Kind-Paares könnte den von uns nachgewiesenen negativen Einfluss auf die Stilldauer erklären, vor allem die höhere Rate der primär abgestillten Mütter unter den operativ entbundenen Frauen (9 % vs. 7 %). Aber auch die zum Teil über Monate andauernde stationäre Therapie der Frühgeborenen, deren Anteil an der *Freiburger Stillstudie* hoch war, könnte sich limitierend auf die Stilldauer auswirken.

4.4 Kindliche Parameter

4.4.1 Reife

Die in der *Freiburger Stillstudie* untersuchten Kinder wurden zwischen der 25. bis 42. Schwangerschaftswoche geboren.

Die SuSe Studie schloss nur gesunde, reife Neugeborene älter als 37 Schwangerschaftswochen und schwerer als 2500 g in die Studie mit ein. Das gleiche gilt für die Studie zum Stillverhalten in Bayern.

Insgesamt stillen bei der *Freiburger Stillstudie* Mütter mit Frühgeborenen früher ab. Lediglich 50 % dieser Mütter stillen die empfohlenen sechs Monate post partum oder länger. Im Gegensatz dazu erfüllten 63 % der Mütter mit reifen Neugeborenen die WHO/UNICEF Empfehlungen. Dieser eher ungünstige Einfluss der Frühgeburtslichkeit auf die Stilldauer erwies sich jedoch nicht als signifikant (siehe Abbildung 3 – 22, Seite 57).

Ergebnisdiskussion: Die nationale Stillkommission empfiehlt die Ernährung mit Muttermilch auch bei Frühgeborenen, trotz Untersuchungen, die zeigen, dass ein Frühgeborenes erst ab einem Gestationsalter von 34 Schwangerschaftswochen in der Lage ist, effektiv an der Brust zu trinken, d. h. den Trink- und Atemvorgang zu koordinieren [Herber-Jonat 2006]. Um diese Empfehlung auch bei Müttern mit Frühgeborenen umzusetzen, bedarf es einer intensiven Stillunterstützung.

Anhand des Beispiels Schweden ist ersichtlich, dass das Stillen eines Frühgeborenen im Gegensatz zu einem reifen Neugeborenen keinen Unterschied in der Stilldauer bedeuten muss [Flacking et al. 2007]. Auch in unserer Studie unterschied sich die Stilldauer zwischen Früh- und reifen Neugeborenen nicht signifikant.

4.5 Methodenkritik

4.5.1 Kollektiv

Die Datenerhebung in Freiburg ist als weitgehend objektiv einzustufen, da durch die multizentrische Datenerhebung in zwei der drei Freiburger Geburtskliniken und dem Einbeziehen der „alternativen“ Studienteilnehmerinnen aus dem Geburtshaus versucht wurde, das gesamte Freiburger Geburtenkollektiv zu repräsentieren.

Es ist nicht auszuschließen, dass sich eher stillinteressierte Mütter zur Teilnahme bereit erklärt haben, und somit eine eher positive Darstellung der Stillsituation in Freiburg resultierte, was aber auch in jeder der aufgeführten Vergleichsstudien zu beachten ist.

Wie bereits oben erwähnt ist die Stichprobengröße der *Freiburger Stillstudie* im Hinblick auf die Referenzstudien (z. B. QuaSti) vergleichbar groß. Für zukünftige Forschungsprojekte, die weitere mögliche signifikante Einflüsse auf die Stlldauer erarbeiten könnten, wäre eine größere Probandenzahl erforderlich.

Auch sollten mehr Frauen mit einer anderen Muttersprache als deutsch und geringeren Sprachkenntnissen in die Studien miteingeschlossen werden.

4.5.2 Anamnestische Daten

Auf retrospektiv erhobenen Daten basierende Ergebnisse, z. B. Erleben der Stillvorerfahrung, haben üblicherweise eine eingeschränkter Aussagekraft, weil sich die Probandinnen möglicherweise unzureichend oder gar nicht an die Ereignisse in der Vorgeschichte erinnern. Jedoch sind diese subjektiven Erinnerungen in unserer Studie für die aktuellen Entscheidungen, z. B. für oder gegen das Stillen, relevant.

Eine mögliche Fehlerquelle stellt auch die mangelnde Compliance der Probandinnen dar. Verursacht durch mehre Anrufversuche ergab sich eine ungenaue Einhaltung der vorgegebenen Interviewzeiten t1 - 4. Durchschnittlich fanden die Interviews am 92. Tag (90 – 95), am 184. Tag (181 – 187) und am 369. Tag (367 – 372) post partum statt.

4.6 Schlussfolgerungen

Die Stillquoten in Deutschland steigen seit dem historischen Tiefpunkt Mitte der 70er Jahre des letzten Jahrhunderts bis heute kontinuierlich an. Auch seit der letzten großen bundesweiten Datenerhebung mit Hilfe der SuSe Studie 1998 zeigt sich eine Tendenz zur längeren Stilldauer in den letzten 10 Jahren. Trotz dieser erfreulichen Steigerung der Stillquote, sollte man sich nicht mit dem bisher Erreichten zufrieden geben.

Die Empfehlungen von WHO und UNICEF bezüglich der Stilldauer von mindestens 6 Monate post partum werden in Freiburg nur von 61 % der stillenden Mütter erfüllt. Die Empfehlung bis zwölf Monate weiter zu stillen, setzen nur 28 % um. Daraus geht hervor, dass noch mehr stillfördernde Maßnahmen benötigt werden, damit vergleichbar hohe Stillquoten wie in Schweden erreicht werden.

Die stillfördernden Maßnahmen bereits vor oder in der Schwangerschaft greifen, denn spätestens zu diesem Zeitpunkt fällt die Entscheidung für oder gegen das Stillen. Die dringend erforderlichen Informationen über die beste Säuglingsernährung sollte bereits in den Schulen einen Platz im Lehrplan einnehmen.

Das Gesundheitssystem gewährt jeder Frau die Hebammenhilfe bis zum Ende der Stillzeit, auch über die üblichen acht Wochen post partum hinaus [Deutscher Hebammenverband]. Nur wenige Mütter nehmen dieses Hilfsangebot in Anspruch. Es bedarf noch intensiver Aufklärungsarbeit in diesem Bereich.

Durch eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von Geburtskliniken, Nachsorgeprofessionellen und des öffentlichen Gesundheitswesens könnte mehr Müttern zu einer längeren Stilldauer verholfen werden. Voraussetzung dafür ist unter anderem, dass die Thematisierung von Stillen und Säuglingsernährung an den Hochschulen, im Rahmen des Medizinstudiums, und in der Ausbildung anderer Heilberufe einen höheren Stellenwert als bisher einnimmt.

Anhand der Studienergebnisse können die betreuenden Berufsgruppen erkennen, welche Mütter noch intensivere Stillunterstützung benötigen, um die von WHO/UNICEF empfohlene Stilldauer von mindestens 6 Monate post partum zu erfüllen.

Dies betrifft vor allem:

- Mütter mit geringem Ausbildungsniveau
- Junge Mütter
- Frauen mit Migrationshintergrund
- Mehrgebärende
- Frauen nach Kaiserschnitt
- Mütter mit Frühgeborenen

Die Studienergebnisse sollten zum Wohle von Mutter und Kind umgesetzt werden, gemäß dem Motto der Weltstillstudie 2008: „Alle gewinnen, wenn stillende Mütter gut unterstützt werden“.

5. Kapitel: Zusammenfassung

FRAGESTELLUNG: Die vorliegende Arbeit untersucht erstmals seit 10 Jahren die Stillsituation in Deutschland über das gesamte erste Lebensjahr. Die Studie fand 2007/2008 an der Universitäts-Frauenklinik Freiburg und dem Diakoniekrankenhaus Freiburg statt. Ausgangspunkt der vorliegenden Arbeit ist die Tatsache, dass die Stillempfehlungen der WHO/UNICEF, vollstillen bis 6 Monate und teilstillen bis 12 Monate post partum, trotz intensiver Bemühungen in Deutschland nur zum Teil umgesetzt werden. Die *Freiburger Stillstudie* wurde durchgeführt zur prospektiven Erfassung der Stillraten nach 3, 6 und 12 Monaten post partum. Auch primär abgestillte Frauen wurden in die Studie miteinbezogen. Des Weiteren ist das Ziel der vorliegenden Untersuchung aufzuzeigen, welche soziodemographischen Faktoren einen negativen und welche einen positiven Einfluss auf die Stilldauer haben.

METHODE: Über den Zeitraum August bis Dezember 2007 wurden insgesamt 443 Wöchnerinnen in die Studie aufgenommen, davon hatten 34 Frauen primär abgestillt. Die Probandinnen hatten ihr Kind an zwei der drei großen Freiburger Geburtskliniken, die beide als „Babyfreundliche Krankenhäuser“ zertifiziert sind, oder im Geburtshaus geboren. Das erste persönliche Interview fand am ersten Tag post partum in der jeweiligen Entbindungseinrichtung statt. Drei weitere Telefoninterview folgten nach 3, 6 und 12 Monaten post partum. Die letzte Datenerhebung erfolgte jeweils nach Beendigung des Stillens.

ERGEBNISSE: Die initiale Stillrate betrug 92 %. 61 % der Mütter erfüllten die WHO/UNICEF Empfehlungen, d. h. sie stillten 6 Monate und länger. Als signifikant positiver Faktor aus soziodemographischer Sicht erwies sich ein hohes Ausbildungsniveau der Mütter, d.h. > 11 Jahre Ausbildungszeit (Abitur, Studium, Fachhochschule). Auffallend war auch, dass sich 98 % der Mütter bereits während der Schwangerschaft für oder gegen das Stillen entscheiden.

SCHLUSSFOLGERUNG: In den letzten 10 Jahren zeigt sich eine deutliche Zunahme der Stilldauer. Fast 2/3 der Frauen erfüllen bereits die WHO/UNICEF Empfehlungen. Es zeigt sich jedoch ein noch verbesserungswürdiger Abfall der Stillquote nach 2 Monaten post partum. Mehr Stillförderung vor allem in diesen ersten Monaten und bereits in der Schwangerschaft ist noch von Nöten.

6. Kapitel: Literaturverzeichnis

- Aniansson G**, Alm B, Andersson B, Hakansson A, Larsson P, Nylen O, Peterson H, Rigner P, Svanborg M, Salpharwal H (1994): A prospectiv cohort study on breastfeeding and otitis media in Swedish infants. *Pediatr Infect Dis J* 13(3): 183-8
- Ausbildungszentrum für Laktation und Stillen** (1996): Allergieprävention durch Stillen.
- Badinter E** (1981): Die Mutterliebe. Geschichte eines Gefühls vom 17. Jahrhundert bis heute. München, 68-71/113
- Bartington S**, Griffith LJ, Tate AR, Dezateux C (2006): Are breastfeeding rates higher among mothers delivering in Baby Friendly accredited maternity units in der UK? *Int J Epidemiol* 35(5): 1178-86
- Batstra L**, Neeleman J, Hadders- Algra M (2003): Can breast feeding modify the adverse effects of smoking during pregnancy on the child`s cognitive development? *J Epidemiol Community Health* 57(6): 403-4
- Baxter J**, Cooklin AR, Smith J (2009): Which mothers wean their babies prematurely from full breastfeeding? An australian cohort study. *Acta paediatrica* 98: 1274-1277
- Bergmann RL** (1994): Wie werden Säuglinge in Deutschland ernährt? *Monatsschr Kinderheilkd* 142: 412-417
- Both D** (2006): Stillverhalten in Bayern- eine Studie des Bayrischen Landesamtes für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit. *Laktation und Stillen* 1/2006: 12-13
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung** (2001): Stillen und Muttermilchernährung: Grundlagen, Erfahrungen und Empfehlungen. Gesundheitsförderung konkret: Band 3, BzGA, Köln
- Cattaneo A**, Yngve A, Koletzko B, Guzman LR (2008): Promotion of breastfeeding in Europe projekt. *Public Health Nutr* 11(12): 1411
- Chua S**, Arulkumaran S, Lim I, Selamat N, Ratnam SS (1994) : Influence of breastfeeding and nipple stimulation on postpartum uterine activity. *Br J Obstet Gynaecol* 101(9): 804-5
- Cluett ER** (2003): Hebammenforschung- Grundlagen und Anwendung. Bluff R (Hrsg.),Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto und Seattle
- Cumming RG**, Klineberg RJ (1993) : Breastfeeding and other reproductive factors and the risk of hip fractures in elderly women. *Int J Epidemiol* 22(4): 684-91

- Davies- Adetugbo AA**, Adetugbo K, Orewole Y, Fabiyi AK (1997): Breastfeeding promotion in a diarrhoea programme in rural communities. *J Diarrhoeal Dis Res* 15(3): 161-6
- De Lathouwer S**, Lionet C, Lansac J, Body G, Perrotin F (2004): Predictive factors of early cessation of breastfeeding. A prospective study in a university hospital. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 117(2): 169-73
- Deneke C**, Scheele M (2007): QuaSti– Qualität im Stillfreundlichen Krankenhaus. *Frauenarzt* 48(4): 369-72
- Deneke C**, Seibt AC, Lüttmann U, Jöllenbeck M (2007): Stillverhalten in einem babyfreundlichen Krankenhaus- Für einen gesunden Start ins Leben: das Stillen fördern, aber wie? Vortrag an der Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg, Hamburg 10. Oktober 2007
- Deutscher Bundestag** (2008): Stand der Förderung des Stillens von Säuglingen und Kleinkindern. Drucksache 16/10558
- Deutscher Hebammenverband e.V.**: <http://www.hebammenverband.de>
- Dewey KG**, Heinig MJ, Nommsen LA (1993): Maternal weight- loss patterns during prolonged lactation. *Am J Clin Nutr* 58(2): 162-66
- Dewey KG**, Heinig MJ, Nommsen-Rivers LA (1995): Differences in morbidity between breast- fed and formula-fed infants. *Pediatr* 126: 696-702
- Duffy LC**, Faden H (1997): Exclusive breastfeeding protects against bacterial colonization and day care exposure to otitis media. *Pediatrics* 100(4): E7
- Dulon M**, Kersting M (2000a): Stillförderung in Geburtskliniken in Deutschland: Ergebnisse der SuSe Studie. *Frauenarzt* 41: 1248-1255
- Dulon M**, Kersting M (2000b): Stillen und Säuglingsernährung in Deutschland- die SuSe Studie. Deutsche Gesellschaft für Ernährung (Hrsg.): Ernährungsbericht 2000; Frankfurt a. M.
- Dulon M**, Kersting M (2001): Erfassung der Situation des Stillverhaltens in der Bundesrepublik Deutschland: die SuSe-Studie. Forschungsbericht vom 05.01.2001. Bundesministerium für Gesundheit.
- Dulon M**, Kersting M., Bender R (2003): Breastfeeding promotion in non-UNICEF-certified hospitals and long-term breastfeeding success in Germany. *Acta Paediatr* 92(6): 653-8
- Externe vergleichende Qualitätssicherung** (2007): Jahresauswertung 2007
Modul 16/1 Geburtshilfe, Gesamtstatistik Baden- Württemberg.
Geschäftsstelle Qualitätssicherung im Krankenhaus, Birkenwaldstr. 151,
70191 Stuttgart
- Eugster G** (2008): Stillzeit lässt die Pfunde purzeln! *Laktation und Stillen* 2/2002: 48-55
- Fahr S** (1996): Stillen unter soziologischer Betrachtung. *Kinderkrankenschwester* 15(11): 431-3, 15(12): 475-9

- Fallot ME**, Boyd JL, Oski FA (1980): Breastfeeding reduces incidence of hospital admission for infections in infants. *Pediatrics* 65(6): 1121-4
- Flacking R**, Wallin L, Ewald U (2007): Perinatal and socioeconomic determinants of breastfeeding duration in very preterm infants. *Acta Paediatr* 96(8): 1126-30
- Fuchs SC**, Victora CG, Martines J (1996): Case- control study of risk of dehydrating diarrhoea in infants in vulnerable period after full weaning. *BMJ* 313(7054): 391-4
- Gartner LM** (2001): Breastfeeding and jaundice. *J Perinatol* 21 Suppl: 25-9, 35-9
- Geist Ch**, Harder U, Stiefel A (1998): Hebammenkunde- Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf. De Gruyter Verlag, Berlin und New York
- Golding J**, Emmett PM, Rogers IS (1997): Does breastfeeding protect against non- gastric Infections? *Early Hum Dev* 49 Suppl: 105-20
- Goldman AS** (1993): The immune system of human milk: antimikrobial, antiinflammatoric and immunomodulating properties. *Pediatr.Infect Dis J* 12(8): 664-71
- Haider R**, Islam A, Kabir I, Habte D (1996): Early complementary feeding is Associated with low nutritional status of young infants recovering from diarrhoea. *J Trop Paediatr* 42(3): 170-2
- Harder U** (2003): Wochenbett in der Klinik und zu Hause. Hippokrates Verlag, Stuttgart
- Heinrichs M**, Neumann I, Ehlert U (2002): Lactation and stress: protective effects of breastfeeding in humans. *Stress* 5(3): 195-203
- Heinzmann A**, Brugger M, Engels C, Prömpeler H, Superti- Furga A, Strauch K, Krüger M (2009): Risk factors of neonatal respiratory distress following vaginal delivery and caesarean section in the German population. *Acta Paediatr* 98(1): 25-30
- Herber- Jonat S** (2006): Breastfeeding in premature infants. *Geburtshilfe Neonatol* 211(1): 8-12
- Herold G** (Hrsg) und Mitarbeiter (2007): Innere Medizin, Köln
- Hormann E**, Siebert W, Stögmann W, Wündisch GF (1997): Stillen- einst und Heute. München
- Howie PW**, Forsyth JS, Ogston SA, Clark A, Florey CD (1990): Protective effect of breastfeeding against infection. *BMJ* 300(6716): 11-16
- Hummel S**, Hummel M, Knopff A, Bonifacio E, Ziegler AG (2008): Breastfeeding in women with gestational diabetes. *Dtsch Med Wochenschr* 133(5): 180-4

- Jöllenbeck M**, Deneke C, Seibt AC, Scheele M (2009): Unterstützungswünsche für das Stillen- Ergebnisse der QuaSti Studie. *Frauenarzt* 50(6): 515-18
- Jones ME**, Swerdlow AJ, Gill LE (1998): Prenatal and early life risk factors for childhood onset diabetes mellitus: a record linkage study. *Int J Epidemiol* 27(3): 444-9
- Jousilahti P**, Madkour SM, Lambrechts T, Sherwin E (1997): Diarrhoeal disease morbidity and home treatment practices in Egypt. *Public Health* 111(1): 5-10
- Kalkwarf HJ**, Specker BL, Heubi JE, Vieira NE, Yergey AL (1996): Intestinal calcium absorption of women during lactation and after weaning. *Am J Clin Nutr* 63(4): 526-31
- Kalkwarf HJ**, Specker BL (1995): Bone mineral loss during lactation and recovery after weaning. *Obstet Gynecol* 86(1): 26-32
- Kersting M**, Wember T, Goddemeier T, Koester H, Wennemann J, Schöda G (1987): Stillstudien 1981- 1983 bei 1500 Müttern in Dortmund und Haltern: Studienkollektive und Stillraten auf der Entbindungsstation. *Monatsschr Kinderheilkd* 135(6): 314-9
- Kersting M.**, Dulon M.(2002a): Assessment of breast- feeding promotion in hospitals and follow-up survey of mother- infant pairs in Germany: the SuSe Study, *Public Health Nutr* 5(4): 547-52
- Kersting M**, Dulon M (2002b): Fakten zum Stillen in Deutschland: Ergebnisse der Suse Studie. *Monatsschr Kinderheilkd* 150: 1196-1201
- Kewitz G** (2004): Richtlinien für das Zufüttern von gesunden, reifen Neugeborenen im Krankenhaus. *American Academy of Breastfeeding Medicine. Laktation und Stillen* 1/2004: 23-25
- Kohlhuber M**, Rebhan B, Schwegler U, Koletzko B, Fromme H (2008): Breastfeeding rates and duration in Germany: a bavarian cohort study. *BrJ Nutr* 99(5): 1127-32
- Koletzko B** (Hrsg.) (2007): *Kinder- und Jugendmedizin*, 13. Auflage, Springer-Verlag, Heidelberg
- Koletzko B** (2008): Anforderungen an die richtige Säuglingsernährung. *Ernährungsumschau* 1/2008: 9-11
- Koletzko S**, Sherman P, Corey M, Griffiths A, Schmith C (1989): Role of infant feeding practices in development of Crohn`s disease in childhood. *BMJ* 298(688): 1617-1618
- Kramer MS**, Kakuma R (2002): Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database of syst rev* (1): CD003517

- Kramer MS**, Aboud F, Mironova E, Vanilovich I, Platt RW, Matush L, Igumnov S, Fombonne E, Bogdanovich N, Ducruet T, Collet JP, Chalmers B, Hodnett E, Davidovsky S, Skugarevsky O, Trofimovich O, Kozlova L, Shapiro S (2008): Breastfeeding and child cognitive Development. Arch Gen Psychiatry 65(5): 578-84
- Kreichauf S**, Pfluger M, Hummel S, Ziegler AG (2008): Effect of breastfeeding on the risk of becoming overweight in offspring of mothers with type 1 diabetes. Dtsch Med Wochenschr 133(22): 1173-7
- Kurth BM** (2007): Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Ein Überblick über Planung, Durchführung und Ergebnisse unter Berücksichtigung von Aspekten eines Qualitätsmanagements. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 50: 533-46
- Labbok MH**, Colie C (1992): Puerperium and breast-feeding. Curr Opin Obstet Gynecol 4(6): 818-25
- Laktation und Stillen** (2006): Innocenti- Deklaration 2005. Laktation und Stillen, 2/2006: 56-58
- Lange C**, Schenk L, Bergmann R (2007): Verbreitung, Dauer und zeitlicher Trend des Stillens in Deutschland- Ergebnisse des Kinder- und Jugend surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl- Gesundheitsforsch- Gesundheitsschutz 5-6/2007
- Lord SJ**, Bernstein L, Joshuson KA, Malone KE, Mc Donald JA, Marchbanks PA, Simon MS, Strom BL, Press MF, Folger SG, Burkman RT, Deapen D, Spirtas R, Ursin G (2008): Breastcancer risk and hormone receptor status in older women by parity, age of first birth, and breastfeeding: a case- control study. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 17(7): 1723-30
- Lucas A**, Cole T (1990): Breast milk and neonatal necrotising enterocolitis. Lancet 336(8730): 1519-22
- Lucas A**, Mortey R, Cole TJ, Lister G, Leeson- Payne C (1992): Breastmilk and subsequent intelligence quotient in children born preterm. Lancet 339(8788): 261-4
- Mathur GP**, Gupta N, Mathur S, Gupta V, Pradhan S, Dwivedi JN, Tripathi BN, Kushwada KP, Sathy N, Moli UJ (1993): Breastfeeding and childhood cancer. Indian Pediatr 30(5): 651-7
- Meremikwu MM**, Asindi AA, Antia- Obong OE (1997): The influence of breast feeding on the occurrence of dysentery, persistent diarrhoea and malnutrition among Nigerian children with diarrhoea. West Afr J Med: 16 (1): 20-3
- Mitchell EA**, Scragg R, Stewart A (1991): Cot death supplement results from the first year of the New Zealands cot death study. NZ Med J 104: 71-76

- Moll I** (2005): Dermatologie- Duale Reihe, 6. Auflage, Thiemeverlag, Stuttgart
- Mortensen EL**, Michaelsen KF, Sanders SA, Reinisch JM (2002): The association between duration of breastfeeding and adult intelligence. *JAMA* 287(18): 2365-71
- Mydlilova A**, Schneiderova D, Protivova I, Sipek A (2008): The quality of breastfeeding preparation in the antenatal courses. *Ceska Gynekol* 73(1): 29-34
- Nationale Stillkommission** (2004): Empfehlungen zur Stilldauer. Nationale Stillkommission am Bundesinstitut für Risikobewertung
- Nationale Stillkommission** (1999): Empfehlungen zur Stillförderung in Krankenhäusern. *Ernähr Umschau* 46: 186-185
- Nylander G** (2004): Why is everybody breastfeeding in Norway? Why such big differences within Europe? Internationales Symposium- Zehn Jahre Nationale Stillkommission in Deutschland. Berlin 1./2. Oktober 2004
- O`Conner S**, Vietze PM, Sherrod KB, Sandler HM, Attemeier WA (1980): Reduced incidence of parenting inadequacy following rooming in. *Pediatrics* 66(2): 176-82
- Oddy WH**, Hott PG, Sly PD, Read AW, Landau LI, Stanley FJ, Kandall GE, Burton PR (1999) : Association between breastfeeding and asthma in 6 year old children: finding of a prospective birth cohort study. *BMJ* 319(7213): 815-9
- Ortega- Garcia JA**, Ferris-Tortajada J, Torres-Cantero AM, Soldin OP, Torres EP, Fuster-Soler JL, Lopez-Ibor B, Madero-Lopez L (2008): Full breastfeeding and paediatric cancer. *J Paediatr Child Health* 44(1-2):10-3
- Oulis CJ**, Berdouses ED, Vadiakas G, Lygidakis NA (1999): Feeding practices of greek children with and without nursing caries. *Pediatr Dent* 21 (7): 409-16
- Pisacane A**, Graziano L, Zona G (1992): Breastfeeding and urinary tract infection. *J Pediatr* 120: 87-89
- Prentice A**, Ewing G, Roberts SB, Lucas A, McCarthy A, Jarjou LM, Whitehead RG (1987): The nutritional role of breast- milk IgA and lactoferrin. *Acta Paediatr Scand* 76(4): 592-8
- Pro Familia** (2004): Leitlinien der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Juli 2004
- Przyrembel H** (2006): Stillen- es dürfte etwas länger sein. Bundesinstitut für Risikobewertung. Presseinformation 27/2006
- Radford A** (1991): The ecological impact of breastfeeding. Baby milk action coalition. 13. World Congress, Hong Kong

- Ravelli AC**, van der Meulen JH, Osmond C, Barler DJ, Bleker OP (2000): Infant feeding and adult glucose tolerance, lipid profile, blood pressure, and obesity. *Arch Dis Child* 82(3): 248-52
- Raymond JL**, Bacon W (2006): Influence of feeding method on maxillofacial development. *Orthod Fr* 77(1): 101-3
- Riordan JM** (1997): The cost of not breastfeeding: a commentary. *J Hum Lact* 13(2): 93-97
- Rosenblatt KA**, Thomas DB (1993): Lactation and the risk of epithelial ovarian cancer- The WHO collaborative study of neoplasia and steroid contraceptives. *Int J Epidemiol* 22(2) : 192-7
- Rosen IA**, Hakansson A, Hansson C, Aniansson G, Hansson C, Andersson B, Nylen O, Sabharwal H, Svanborg C (1996): Antibodies to pneumococcal polysaccharides in human milk: lack of relationship to colonization and acute otitis media. *Pediatr Infect Dis J* 15(6): 498-507
- Routi T**, Rönnemaa T, Lapinleimu H, Salo P, Viikari J, Leino A, Välimäki J, Jokinen E, Simell O (1995): Effect of weaning on serum lipoprotein concentration : the STRIP baby study. *Pediatr Res* 38(4): 522-27
- Rumeau- Rouquette C**, Crost M, Breart G, du Mazaubrun C (1980) : Evolution of breastfeeding in France from 1972- 1976. *Arch Fr Pediatr* 37(5): 331-5
- Saarinen UM**, Kajosaari M (1995): Breast- feeding as prophylaxis against atopic disease: prospective follow-up study until 17 years old. *Lancet* 346(8982): 1065-69
- Schindler AE** (2009): Progesteron deficiency and endometrial cancer risk. *Maturitas* 62(4): 334-7
- Schurr P**, Perkins EM (2008): The relationship between feeding and necrotizing enterocolitis in very low birth weight infants. *Neonatal Netw* 27(6): 397-407
- Schwegler U**, Kohlhuber M, Twardella D, Abou- Dakn M, Rebhan B, Fromme H (2008): Einfluss der Stillbedingungen in den ersten Lebenstagen auf die Dauer des ausschließlichen Stillens. *Geburtsh Frauenheilk* 68: 607-614
- Scott JA**, Landers MC, Hughes RM, Binns CW (2001): Factors associated with breastfeeding at discharge and duration of breastfeeding. *J Paediatr Child Health* 37(3): 254-61
- Seibt AC**, Deneke C, Juppe- Schütz T, Scheele M, Lüttmann U, Jöllenbeck M (2008): Wirksamkeit eines babyfreundlichen Krankenhauses aus Sicht der Nutzerinnen, ausgewählte Ergebnisse der Hamburger QuaSti- Studie. *Laktation und Stillen* 1/2008: 12-18

- Shu XO**, Linet MS, Steinbruch M, Wen WQ, Buckley JD, Neglia JP, Potter JD, Reaman GH, Robinson LL (1999): Breastfeeding and risk of childhood acute leukemia. *J Natl Cancer Inst* 91(20): 1765-72
- Sievers E**, Mensing M, Kersting M (2008): Public opinion on breastfeeding and infant nutrition: results of a questionnaire in North Rhine- Westfalia. *Gesundheitswesen* 70 Suppl(1): 13-16
- Sisk PM.**, Lovelady CA., Dillard RG, Gruber KJ (2006): Lactation counseling for mothers of very low birth weight infants: effect on maternal anxiety and infant intake of human milk. *Pediatrics* 117(5): 1859-60
- Slattery DA**, Neumann ID (2008): No stress please! Mechanisms of stress hyporesponsiveness of the maternal brain. *J Physiol* 586(2): 377-85
- Sporleder E** (1992): Stillpraxis über fünf Jahrtausende. *Stillnachrichten* 1/92: 14-21
- Statistisches Landesamt Baden- Württemberg** (2006): Bevölkerung in Baden-Württemberg im Jahr 2006 nach Altersgruppen, allgemeiner Schulabschluß. Statistisches Landesamt Baden- Württemberg- Bildungsberichterstattung 2007. S. 39-40, 250
- Strathearn L**, Mamun AA, Najman JM, O`Callaghan MJ (2009): Does breastfeeding protect against substantiated child abuse and neglect? A 15-year cohort study. *Pediatrics* 123(2): 483-93
- Stuebe AM**, Michels KB, Willett WC (2009): Duration of lactation and incidence of myocardial infarction in middle to late adulthood. *Am J Obstet Gynecol* 200(2): 138e1-138e8
- Taveras EM**, Capra AM, Braveman PA, Jensvold NG, Escobar GJ, Lieu TA (2003): Clinician support and psychosocial risk factors associated with breastfeeding discontinuation. *Pediatrics* 112(1): 108-115
- Taveras EM**, Li R, Grummer-Strawn L, Richardson M, Marshall R, Rego VH, Miroshnik I, Lieu TA (2004): Opinions and practices of clinicians associated with continuation of exclusive breastfeeding. *Pediatrics* 113(4):e 283-90
- Torney PH** (1990): An investigation of prolonged, on- demand breastfeeding and dental caries. Presented LLLI conference, Chicago USA
- UNICEF** (2004): Progress for children- a child survival report card. UNICEF New York
- Weerheijm KL**, Uyttendaele- Speybrouck BF, Euwe HC, Groen HJ (1998) : Prolonged demand breastfeeding and nursing caries. *Caries Res* 32: 46-50
- Widström AM**, Wahlberg V, Matthiesen AS, Eneroth P, Uvnäs- Moberg K, Werner S, Wimberg J (1990): Short term effect of early suckling and touch of the nipple on maternal behaviour. *Early Hum Dev* 21(3): 153-63

- Wijga AH**, van Houwelingen AC, Kerkhof M, Tabac C, de Jongste JC, Gerritsen J, Boshuizen H, Brunekreef B, Smit HA (2006) : Breast milk fatty acids and allergic disease in preschool children: the Prevention and Incidence of Asthma and Mite Allergy birth cohort study. *J Allergy Clin Immunol* 177(2): 440-7
- WHO** (2001): Resolution der 54. Weltgesundheitsversammlung, Säuglings- und Kleinkinderernährung, Genf
- WHO** (2007): [www.Euro.who.int/eprise/main/WHO/progs/NUT/Infant/2007](http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/progs/NUT/Infant/2007)
- WHO/ UNICEF**- Initiative Babyfreundliches Krankenhaus,
<http://www.babyfreundlich.org>
- WHO/ UNICEF** (1990): Stillen- Schutz, Förderung und Unterstützung, die besondere Rolle des Gesundheitspersonals. Hrsg. Aktionsgruppe Babynahrung, Aachen
- WHO/ UNICEF- Initiative Stillfreundliches Krankenhaus** (1991): The Baby-Friendly- Hospital- Initiative, a global effort to give babies the best possible start in life. UNICEF, Canada
- Yang L**, Jacobsen KH (2008): A systematic review of the association between breastfeeding and breast cancer. *J Women Health (Larchmt)* 17(10): 1635- 45
- Zetterström R** (1999): Breastfeeding and infant- mother interaction. *Acta Paediatr Suppl* 88(430): 1-6

7. Kapitel: Anhang

7.1 Aufklärungsbogen



Untersuchung zum Thema: Positive und negative Einflüsse auf den Stillterfolg

Aufklärung

Liebe Frauen,

Sie werden in den nächsten Monaten viele neue Erfahrungen machen. Eine dieser Erfahrungen wird die Ernährung Ihres Kindes sein. Wir machen eine Untersuchung über die Einflüsse während dieser Zeit. Damit wollen wir zukünftigen Müttern die Ernährung ihres Säuglings erleichtern. Außerdem wollen wir die Betreuung durch das Personal verbessern. Deshalb würden wir Sie sehr gerne zu diesem Thema befragen. Wir machen drei Interviews. Am Tag nach der Geburt kommen wir zu Ihnen auf die Wochenstation. Danach würden wir Sie noch dreimal anrufen. Das dauert jeweils etwa 15 Minuten. Mit Müttern die nicht stillen oder nicht stillen können, würden wir gerne ein einmaliges Interview führen.

Für weitere Fragen wenden sie sich bitte an das Pflegepersonal oder direkt an uns: claudia.ernst@uniklinik-freiburg.de oder eva-maria.jahnz@uniklinik-freiburg.de

Wir bedanken uns für Ihre Hilfe.

Dr. Regina Rasenack, Oberärztin

Dr. Bärbel Basters- Hoffmann, Oberärztin

Mela Pinter, Leitung Geburtshaus Mayenrain

Claudia Ernst, Hebamme und Medizinstudentin

Eva-Maria Jahnz, Medizinstudentin

7.2 Einverständniserklärung



UNIVERSITÄTS
FREIBURG KLINIKUM



Untersuchung zum Thema: Positive und negative Einflüsse auf den Stillserfolg

Einwilligung

Ich willige ein, dass meine Daten zu den im Aufklärungsbogen angegebenen Zwecken verwendet werden dürfen.

Außerdem willige ich ein, dass mich die Doktorandinnen noch dreimal anrufen dürfen.

Diese Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen.

Freiburg, den

Unterschrift

Doktorandin

Widerrufe bitte an folgende Adressen:

claudia.ernst@uniklinik-freiburg.de oder eva-maria.jahnz@uniklinik-freiburg.de

Version 1.07

7.3 Standardisierte Einleitung und Ausleitung des 1. Interviews

Einleitung

Guten Tag, mein Name ist **Claudia Ernst**, ich bin **Medizinstudentin**.
Ich mache an der **Uniklinik (Diakoniekrankenhaus)** eine **Studie übers Stillen**.
Wir möchten **mehr wissen** übers Stillen, und da Sie **gerade Mutter geworden** sind, brauchen wir Ihre **Erfahrungen**.

Ich will mich deshalb ein **bisschen mit Ihnen unterhalten**,
das dauert **höchstens 15 Minuten**.
Dann will ich Sie, wenn Sie **einverstanden** sind **zu Hause** nochmals **anrufen**, bis zu 3 Mal, je nachdem wie lange Sie stillen werden.

Es kann sein, dass Ihnen eine **Frage unangenehm** ist, weil wir auch **persönliche Fragen** stellen müssen.
Wenn Sie eine **Frage nicht beantworten wollen**, sagen Sie einfach nichts.
Uns ist es wichtig, **ehrliche Antworten zu kriegen**.
Was Sie mir jetzt sagen **erfährt sonst niemand**. (Zweifel: das kann ich Ihnen auch schriftlich geben)
Haben Sie **noch Fragen**? Oder können wir mit dem **Gespräch beginnen**?

Ausleitung

Vielen Dank, dass Sie **Zeit für mich hatten**..

Ich brauche noch Ihre **Telefonnummer**:
Ich werde Sie **dann- wenn Sie einverstanden sind- in 3 Monaten** anrufen.
Ist Ihnen eine bestimmte Uhrzeit recht?

Nochmals vielen **Dank, dass Sie mitgemacht haben**.
Dann brauche ich noch Ihre **Unterschrift**, dass Sie mit unserem **Gespräch einverstanden** waren.
Ich wünsche Ihnen und Ihrem **Kind** alles Gute.
Auf Wiedersehen.

7.4 Das erste Interview

1. Interview: Positive und negative Einflüsse auf den Stillterfolg

<i>Datum:</i>	<i>Messzeitpunkt:</i>
<i>Name:</i>	<i>Versuchspersonennr.:</i>
<i>Telefon:</i>	<i>Klinik:</i>
<i>Geburtsmodus:</i>	<i>Interviewer:</i>
<i>Alter:</i>	<i>Para:</i>
<i>Gravida:</i>	<i>Schwangerschaftswoche:</i>
<i>Zeiddauer Interview:</i>	

- 1) Stillen Sie Ihr Kind? Oder pumpen Sie ab?
 - NEIN: - Wann haben Sie abgestillt?
 - Warum haben Sie abgestillt?
 - Wie haben Sie die Stillzeit erlebt?
 - Was hätten Sie sich zur Verbesserung Ihrer Stillzeit gewünscht?
 - 2) Haben Sie noch andere Kinder?
 - JA: - Haben Sie sie gestillt?
 - Wie lange haben Sie Ihre anderen Kinder ausschließlich gestillt, damit meine ich ohne zuzufüttern?
 - Wie haben Sie die Stillzeit erlebt? ° eher positiv ° eher negativ
 - 3) Hatten Sie während Ihrer jetzigen Schwangerschaft das Stillen geplant?
 - 4) Sie stillen momentan. Bekommt Ihr Kind außer Muttermilch noch andere Nahrung?
 - JA: Welche?
 - Was benutzen Sie zum zuzufüttern?
 - 5) Verwenden Sie zum Stillen irgendwelche Hilfsmittel? z.B. Stillhütchen, Milchpumpe
 - 6) Wie lange haben Sie vor Ihr Kind ausschließlich zu Stillen, d.h. ohne zuzufüttern?
 - 7) Wie lange haben Sie vor zu stillen und zuzufüttern?
- Nun muss ich noch ein paar persönliche Fragen stellen. Sie wissen ja, dass keiner erfährt wovon wir reden:**
- 8) Haben Sie irgendwelche Erkrankungen?
 - JA: Welche?
 - 9) Hat Ihr Kind irgendwelche Erkrankungen?
 - JA: Welche?
 - 10) War Ihr Kind seit der Geburt auf der Kinderintensivstation?
 - NEIN: Wo? Warum?
- Noch eine sehr persönliche Frage:**
- 11) Sind Sie verheiratet?
 - NEIN: Haben Sie derzeit einen Lebenspartner?
 - 12) Hilft Ihnen Ihr Lebenspartner?
 - JA: Inwiefern? Genügend?
 - Welche Unterstützung würden Sie sich noch wünschen?
- Ich frage Sie jetzt noch zur Betreuung hier in der Klinik. Sie können offen reden, es erfährt niemand**
- 13) Wie fanden Sie die Stillanleitung und die Betreuung in der Klinik?
 - 14) Fanden Sie die Informationen zum Stillen ausreichend? Hilfreich?
 - NEIN: Was hätten Sie sich noch gewünscht?
 - 15) Rauchen Sie momentan?
 - 16) Haben Sie während der Schwangerschaft geraucht?
- Noch zwei Fragen, die nicht direkt zum Thema gehören:**
- 17) Welche Staatsangehörigkeit haben Sie?
 - 18) Aus welchem Land stammen Sie ursprünglich? Und Ihr Mann?
 - 19) Möchten Sie noch etwas sagen?

7.5 Das erste Interview der primär abgestellten Frauen

Primär abgestillte Frauen: Positive und negative Einflüsse auf den Stillerfolg

Datum:

Messzeitpunkt:

Name:

Versuchspersonennr.:

Telefon:

Klinik:

Geburtsmodus:

Interviewer:

Alter:

Gravida:

Para:

Schwangerschaftswoche:

Zeitdauer Interview:

1) Stillen Sie Ihr Kind? Oder pumpen Sie ab?

2) Wann haben Sie abgestellt?

3) Aus welchen Gründen haben Sie abgestellt?

4) Haben Sie noch andere Kinder?

JA: - Haben Sie sie gestillt?

Wie lange haben Sie Ihre anderen Kinder ausschließlich gestillt, damit meine ich ohne zuzufüttern?

Wie haben Sie die Stillzeit erlebt? ° eher positiv ° eher negativ

5) Hatten Sie während Ihrer jetzigen Schwangerschaft das Stillen geplant?

Nun muss ich noch ein paar persönliche Fragen stellen. Sie wissen ja, dass keiner erfährt wovon wir reden:

6) Haben Sie irgendwelche Erkrankungen?

JA: Welche?

7) Hat Ihr Kind irgendwelche Erkrankungen?

JA: Welche?

8) War Ihr Kind seit der Geburt auf der Kinderintensivstation?

NEIN: Wo? Warum?

Noch eine sehr persönliche Frage:

9) Sind Sie verheiratet?

NEIN: Haben Sie derzeit einen Lebenspartner?

10) Werden Sie von Ihrem Partner unterstützt?

JA: Inwiefern? Genügend?

11) Arbeitet Ihr Lebenspartner?

JA: Wie viele Stunden ist er beruflich außer Haus?

12) Welche Berufsausbildung haben Sie?

13) Haben Sie vor bald wieder zu arbeiten?

14) Werden Sie zu Hause noch von jemand anderem unterstützt?

JA: Inwiefern? Genügend?

Ich frage Sie jetzt noch zur Betreuung hier in der Klinik. Sie können offen reden, es erfährt niemand

15) Wie empfanden Sie die Betreuung in der Klinik?

16) Fanden Sie die Informationen zum Stillen bzw. abstillen ausreichend? Hilfreich?

NEIN: Was hätten Sie sich noch gewünscht?

17) Rauchen Sie momentan?

18) Haben Sie während der Schwangerschaft geraucht?

19) Raucht sonst jemand bei Ihnen zu Hause?

20) Was hätte Ihnen geholfen, sich für das Stillen zu entscheiden?

Noch zwei Fragen, die nicht direkt zum Thema gehören:

21) Welche Staatsangehörigkeit haben Sie?

22) Aus welchem Land stammen Sie ursprünglich? Und Ihr Mann?

23) Möchten Sie noch etwas sagen?

7.6 Standardisierte Einleitung und Ausleitung der Telefoninterviews

Einleitung: Telfoninterview

Guten Tag, hier spricht **Claudia Schneider** von der **Freiburger Stillstudie**.

Wir haben **kurz nach der Geburt** und nochmals vor **3 Monaten miteinander übers Stillen gesprochen**.

Sie haben **mir erlaubt**, dass ich nochmals **anrufen darf**. Können sie sich **erinnern**?

NEIN: Ich war ein Tag nach der Geburt ihres Kindes bei ihnen in der **Uni-Klinik/ im Diakoniekrankenhaus** und habe ihnen **ein paar Fragen gestellt**. Dabei ging es **ums Stillen**.

Ich würde mich, wenn sie **Zeit haben**, jetzt noch mal **gerne mit ihnen unterhalten**. Das dauert ungefähr **5 Minuten**. Wäre das **jetzt** für sie **machbar**?

Es kann sein, dass Ihnen eine **Frage unangenehm** ist, weil wir auch **persönliche Fragen** stellen müssen. Wenn das so wäre **müssen sie nicht antworten**, wenn sie nicht möchten. Uns ist **wichtig, ehrliche Antworten** zu bekommen.

Was sie mir erzählen **erfährt sonst niemand**, denn ihre Daten werden natürlich anonymisiert für die Studie.

Einige Fragen werden Ihnen vom letzten Mal bekannt vorkommen, wir möchten herausfinden, ob sich seit dem etwas geändert hat.

Haben sie noch Fragen? Oder können wir anfangen?

Vielen Dank, dass sie sich die Zeit genommen haben.

Da Sie jetzt noch stillen, sind Sie damit einverstanden, dass ich in 6 Monaten nochmals bei Ihnen anrufe? Dauert dann auch nur 5 Minuten. Stimmt die Telefonnummer dann noch? Nochmals vielen Dank und auf Wiederhören!

7.7 Telefoninterview 3 Monate post partum

2.-4. Interview: Positive und negative Einflüsse auf den Stillterfolg

Datum:

Messzeitpunkt:

Name:

Versuchspersonenr.:

Interviewer:

Zeitdauer Interview:

Anrufversuche:

1) Stillen Sie Ihr Kind? Oder pumpen Sie ab?

NEIN: - Wann haben Sie abgestillt?

- Warum haben Sie abgestillt?

- Wie haben Sie die Stillzeit erlebt? frei!

- Warum hatten sie sich für das Stillen entschieden?

- Sind ihre Erwartungen erfüllt worden?

- Wie häufig haben sie ihr Kind am Tag gestillt?

- Wie lange dauerte eine Stillmahlzeit?

- Hat sich während der Stillzeit etwas am Stillen verändert? War es mal schwerer oder leichter?

- Hatten sie einen Trick der ihnen das Stillen erleichtert hat?

- War das Stillen ihres Kindes so wie sie es sich vorgestellt haben?

- Hätte man in ihrer Stillzeit etwas verbessern können? JA: Was?

- Was hätte ihnen geholfen sich fürs weiterstillen zu entscheiden?

- Geben sie ihrem Kind irgendetwas zur Beruhigung z.B. einen Schnuller?

JA:

2) Sie stillen momentan. Bekommt Ihr Kind außer Muttermilch noch andere Nahrung?

JA: Welche?

Was benutzen Sie zum zufüttern? z.B. Flasche oder Becher

Warum füttern sie zu?

3) Wie häufig stillen sie ihr Kind am Tag?

4) Wie lange dauert eine Stillmahlzeit?

5) Wie klappt das stillen? War es anfangs mal leichter oder schwerer?(hat sich was geändert)

6) Haben sie eine Trick, der ihnen das stillen erleichtert?

7) Ist das Stillen ihres Kindes so wie sie es sich vorgestellt haben?

8) Denken sie ihre Milchmenge reicht ihrem Kind (nicht)? Nein: Wieso nicht?

9) Verwenden Sie zum Stillen irgendwelche Hilfsmittel? z.B. Stillhütchen, Milchpumpe, Brustwarzenformer?

10) Wie haben Sie bis jetzt die Stillzeit erlebt? Frei!

- Warum haben sie sich zum Stillen entschieden?

- Sind ihre Erwartungen erfüllt worden?

11) Wie sind sie momentan motiviert weiter zu stillen? Scala 1-4(1=sehr stark, 4=sehr schwach)

12) Wie lange haben Sie vor Ihr Kind jetzt noch ausschließlich weiter zu Stillen, d.h. ohne zuzufüttern?

13) Wie lange möchten sie weiterstillen und zuzufüttern?

14) Geben sie ihrem Kind irgendetwas zur Beruhigung z.B. einen Schnuller?

Nun muss ich noch ein paar persönliche Fragen stellen. Sie wissen ja, dass keiner erfährt wovon wir reden:

15) Haben Sie seit unserem letzten Gespräch irgendwelche körperliche Erkrankungen?

JA: Welche?

Wie geht es ihnen seelisch mit der neuen Situation?

Schlecht: Was haben Sie an seelischen Beschwerden bemerkt?

-Ich würde gerne mit dem Interview weitermachen und am Ende noch ein Mal auf diese frage zurückkommen.

16) Hat Ihr Kind seit unserem letzten Gespräch neue Erkrankungen?

JA: Welche?

17) War ihr Kind seit unserem letzten Gespräch in einer Klinik?

JA: Wo? Warum?

Noch eine sehr persönliche Frage:

18) Hat sich an ihrem Familienstand etwas geändert?(Sind sie noch verheiratet bzw. in Partnerschaft)

19) Werden Sie von Ihrem Partner unterstützt?

JA: Inwiefern? (Bereiche: HH/Kinder, emotional, bestärkt und unterstützt er sie durch das was er sagt) Ist die Hilfe ausreichend oder wünschen sie sich mehr?

-Welche Unterstützung würden Sie sich noch wünschen?

-Unterstützt sie ihr Partner bei der Entscheidung zu stillen? NEIN: Warum nicht?

20) Arbeitet Ihr Partner?

JA: Wie viele Stunden ist er pro Tag beruflich außer Haus?

21) Welche Berufsausbildung haben Sie?

Keine: Welchen Schulabschluss haben sie?

22) Sind sie zur Zeit berufstätig?

JA: Wie viele Stunden sind sie pro Tag außer Haus?

NEIN: Haben Sie vor bald wieder zu arbeiten? Wann? Möchten sie dann Vollzeit arbeiten?

23) Werden Sie zu Hause noch von jemand anderem unterstützt?

JA: Von wem? Inwiefern? Bereiche siehe oben? Ist die Hilfe ausreichend oder wünschen sie sich mehr?

-Welche Unterstützung würden Sie sich noch wünschen?

Ich frage Sie jetzt noch zur Betreuung nach der Entlassung aus der Klinik.

24) Wurden Sie durch medizinisches Personal betreut?

JA: Von wem?

-Wie fanden Sie die Betreuung?

-Was hätten Sie sich noch gewünscht?

-Wie bewerten sie im Rückblick die Betreuung in der Klinik? Frei, Bereiche differenzieren

Jetzt noch zwei Fragen, die nicht direkt zum Thema gehören?

25) Rauchen Sie momentan?

26) Raucht sonst jemand bei Ihnen zu Hause?

27) Möchten Sie noch etwas sagen, was ihnen wichtig wäre?

Depression: darf ich Ihnen noch einige Fragen stellen?

-Schuth -Blatt!!

7.8 Telefoninterview 6 und 12 Monate post partum

3.-4. Interview: Positive und negative Einflüsse auf den Stillterfolg

Datum:

Messzeitpunkt:

Name:

Versuchspersonennr.:

Interviewer:

Zeitdauer Interview:

Anrufversuche:

1) Stillen Sie Ihr Kind? Oder pumpen Sie ab?

NEIN: - Wann haben Sie abgestillt?

- Warum haben Sie abgestillt?

- Wie haben Sie die Stillzeit insgesamt erlebt? frei!

- Wie häufig haben sie ihr Kind am Tag gestillt?

- Wie lange dauerte eine Stillmahlzeit?

- Hat sich seit unserem letzten Gespräch am Stillen etwas verändert? War es mal schwerer oder leichter?

- Hatten sie einen Trick der ihnen das Stillen erleichtert hat?

- Hätte man in ihrer Stillzeit etwas verbessern können? JA: Was?

- Was hätte ihnen geholfen sich fürs weiterstillen zu entscheiden?

- Geben sie ihrem Kind irgendetwas zur Beruhigung z.B. einen Schnuller?

- Welche Nahrung bekommt ihr Kind jetzt?

- Was benutzen sie zum Füttern?

JA:

2) Sie stillen momentan. Bekommt Ihr Kind außer Muttermilch noch andere Nahrung?

JA: Welche?

Was benutzen Sie zum zufüttern? z.B. Flasche oder Becher

Warum füttern sie zu?

3) Wie häufig stillen sie ihr Kind am Tag?

4) Wie lange dauert eine Stillmahlzeit?

5) Wie klappt das stillen? Hat sich seit unserem letzten Gespräch am Stillen etwas verändert?

6) Haben sie eine neuen Trick, der ihnen das stillen erleichtert?

7) Denken sie ihre Milchmenge reicht ihrem Kind (nicht)? Nein: Wieso nicht?

8) Verwenden Sie zum Stillen irgendwelche Hilfsmittel? z.B. Stillhütchen, Milchpumpe, Brustwarzenformer?

9) Wie sind sie momentan motiviert weiter zu stillen? Scala 1-4 (1=sehr stark, 4=sehr schwach)

10) Wie lange haben Sie vor Ihr Kind jetzt noch ausschließlich weiter zu Stillen, d.h. ohne zuzufüttern?

11) Wie lange möchten sie weiterstillen und zuzufüttern?

12) Geben sie ihrem Kind irgendetwas zur Beruhigung z.B. einen Schnuller?

Nun muss ich noch ein paar persönliche Fragen stellen. Sie wissen ja, dass keiner erfährt wovon wir reden:

13) Haben Sie seit unserem letzten Gespräch irgendwelche körperliche Erkrankungen?

JA: Welche?

Wie geht es ihnen seelisch mit der neuen Situation?

Schlecht: Was haben Sie an seelischen Beschwerden bemerkt?

-Ich würde gerne mit dem Interview weitermachen und am Ende noch ein Mal auf diese frage zurückkommen.

14) Hat Ihr Kind seit unserem letzten Gespräch neue Erkrankungen?

JA: Welche?

15) War ihr Kind seit unserem letzten Gespräch in einer Klinik?

JA: Wo? Warum?

Noch eine sehr persönliche Frage:

16) Hat sich an ihrem Familienstand etwas geändert?(Sind sie noch verheiratet bzw. in Partnerschaft)

17) Werden Sie von Ihrem Partner unterstützt?

JA: Inwiefern? (Bereiche: HH/Kinder, emotional, bestärkt und unterstützt er sie durch das was er sagt) Ist die Hilfe ausreichend oder wünschen sie sich mehr?

-Welche Unterstützung würden Sie sich noch wünschen?

-Unterstützt sie ihr Partner bei der Entscheidung zu stillen? NEIN: Warum nicht?

18) Sind sie zur Zeit berufstätig?

JA: Wie viele Stunden sind sie pro Tag außer Haus?

NEIN: Haben Sie vor bald wieder zu arbeiten? Wann? Möchten sie dann Vollzeit arbeiten?

19) Werden Sie zu Hause noch von jemand anderem unterstützt?

JA: Von wem? Inwiefern? Bereiche siehe oben? Ist die Hilfe ausreichend oder wünschen sie sich mehr?

-Welche Unterstützung würden Sie sich noch wünschen?

Jetzt noch zwei Fragen, die nicht direkt zum Thema gehören?

20) Rauchen Sie momentan?

21) Raucht sonst jemand bei Ihnen zu Hause?

22) Möchten Sie noch etwas sagen, was ihnen wichtig wäre?

Depression: darf ich Ihnen noch einige Fragen stellen?

-Schuth -Blatt!!

Die Seiten 105-105 (Danksagung und Lebenslauf) enthalten persönliche Daten. Sie sind deshalb nicht Bestandteil der Online-Veröffentlichung.

