

# Fakten zum Stillen in Deutschland

## Ergebnisse der SuSe-Studie

### Zusammenfassung

**Studie.** In der SuSe-Studie 1997/1998 wurden die Stillbedingungen in deutschen Geburtskliniken ( $n=177$ ) und das Stillen im 1. Lebensjahr bei dort rekrutierten Mutter-Kind-Paaren ( $n=1717$ ) untersucht.

**Ergebnisse.** Die aktuellen Empfehlungen zur Stillförderung wurden in den Kliniken unterschiedlich (10–96%) realisiert. Die hohen primären Stillquoten (91%) fielen bereits innerhalb der ersten Wochen stark ab. Im Alter von 4 (6) Monaten wurden 33(10)% der Säuglinge ausschließlich gestillt. Im 2. Lebenshalbjahr dominierte die Gabe von Folgemilch. Zufütterung in den ersten 3 Lebenstagen war mit einer kurzen Stilldauer assoziiert. Häufig genannte Gründe für frühes Abstillen waren Probleme mit der Brust und Mangel an Muttermilch. Ärztliche Stillberatung war selten.

**Schlussfolgerung.** Das im Vergleich zu früher heute vermehrte Stillen in Deutschland könnte und sollte weiter gefördert werden.

### Schlüsselwörter

Stillen · Stillförderung · Geburtskliniken · Stillprobleme · Muttermilchersatznahrung

Stillen ist die natürliche und beste Ernährung für den Säugling. Es bietet auch gesundheitliche Vorteile für die Mutter und fördert die elementare Mutter-Kind-Bindung. Stillen ist praktisch, billig und umweltschonend [1, 18, 20]. Säuglinge sollten möglichst 4–6 Monate ausschließlich gestillt werden. Danach kann bei altersgemäßer Beikost so lange weiter teilgestillt werden, wie Mutter und Kind dies wünschen [1].

Zum Stillen in Deutschland liegen seit jeher nur spärliche Daten überwiegend aus Westdeutschland vor [2, 13, 17]. 1997/1998 wurde vom Forschungsinstitut für Kinderernährung Dortmund (FKE) die erste bundesweite Studie zu Stillen und Säuglingsernährung, die *SuSe-Studie*, durchgeführt [4, 12]. Wesentliche Befunde zu den Stillbedingungen in Geburtskliniken wurden an anderer Stelle dargestellt [5]. Hier sollen ausgewählte Befunde zum Stillen, die für die pädiatrische Ernährungsberatung von Interesse sind, aufgezeigt werden.

### Methode

Die SuSe-Studie hat 2 Komponenten:

- eine Querschnitterhebung zu den Stillbedingungen in bundesdeutschen Geburtskliniken und
- eine Längsschnitterhebung zu Stillen und Säuglingsernährung im 1. Lebensjahr bei Mutter-Kind-Paaren aus den teilnehmenden Kliniken der Querschnitterhebung.

### Kollektive

Aus einer randomisierten Stichprobe der deutschen *Geburtskliniken* nahmen

177 Kliniken (51%) an der SuSe-Studie teil [4, 5]. Hinsichtlich der Klinikgröße (Geburtenzahl) und der Lage in West- oder Ostdeutschland (alte oder neue Bundesländer) unterschieden sich die teilnehmenden Kliniken nicht von der Grundgesamtheit. Überwiegende Gründe für die Nichtteilnahme waren fehlendes Interesse (61%) oder Zeitmangel (26%).

In den teilnehmenden Kliniken wurden die entbundenen Mütter in einem jeweils pro Klinik festgelegten 2-wöchigen Zeitraum (Frühjahr 1997) vom Klinikpersonal über die SuSe-Studie informiert und vom FKE schriftlich zur Teilnahme eingeladen. Als Einschlusskriterien (potenzielle Studienteilnehmer) galten: gesundes, reifes Neugeborenes >2500 g, >37. SSW; Mutter Deutsch sprechend, mit Telefon; schriftliche Einwilligungserklärung spätestens 14 Tage postpartum im FKE vorliegend.

1717 Mutter-Kind-Paare (54,3% der potenziellen Studienteilnehmer) nahmen an der SuSe-Studie teil. Das Studienkollektiv unterschied sich hinsichtlich Geschlecht und Geburtsgewicht des Kindes sowie Alter und Parität der Mutter nicht von den potenziellen Studienteilnehmern, hatte aber eine höhere Schulbildung und einen höheren Anteil deutscher Mütter [4].

© Springer-Verlag 2002

Mit finanzieller Förderung des BMG,  
Gz: 426–7620–0/127

Priv.-Doz. Dr. Mathilde Kersting  
Forschungsinstitut für Kinderernährung,  
Heinstück 11, 44225 Dortmund,  
E-Mail: kersting@fke-do.de

M. Kersting · M. Dulon

## Breastfeeding in Germany. Results of the SuSe-study

### Abstract

**Aim of the study.** In the SuSe-Study 1997/98 breastfeeding management in German hospitals ( $n=177$ ) and breastfeeding during the 1st year of life in mother-infant-pairs ( $n=1717$ ) recruited in these hospitals were assessed.

**Results.** The actual recommendations for breastfeeding in hospitals were realized variously (10–96%). 91% of the mothers initiated breastfeeding but breastfeeding rates decreased significantly already during the first weeks after birth. At the age of 4 (6) months 33 (10) % of the infants were exclusively breastfed. Follow-up formula was the most frequently used milk in the 2<sup>nd</sup> half of the 1<sup>st</sup> year of life. Problems with breastfeeding at home and perceived breastmilk insufficiency were mentioned among the predominant reasons for early cessation of breastfeeding. Supplementary feeding of fluids or formula during the first 3 days after birth was negatively associated with breastfeeding duration.

**Conclusion.** Breastfeeding has increased in Germany compared to former studies but can and should be promoted further.

### Keywords

Breastfeeding · Breastfeeding promotion · Maternity wards · Breastfeeding problems · Breastmilk substitute

## Erhebungen

Die Stillbedingungen in den Kliniken wurden anhand von Eigenangaben des Personals („Klinikfragebogen“) auf der Basis der Empfehlungen der Nationalen Stillkommission (NSK) erfasst [15], die an das Zehn-Punkte-Programm von WHO und UNICEF zur weltweiten Förderung des Stillens angelehnt sind.

Die teilnehmenden Mütter wurden in einem telefonischen *Erstinterview 14 Tage postpartum* v. a. zu ihren Stillereignissen in der Klinik und der Ernährung des Säuglings befragt. Der weitere Verlauf des Stillens sowie der Ernährung im 1. Lebensjahr wurden mit einfachen *Ernährungsprotokollen am Ende des 2., 4., 6., 9. und 12. Monats* erfasst (Follow-up-Teilnahmequote: etwa 90%). Der Stillstatus wurde anhand der Definitionen der NSK bzw. der WHO beurteilt [16], die Säuglingsernährung (Muttermilchersatz, Beikost) anhand des vom FKE in Zusammenarbeit mit der Ernährungskommission der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin entwickelten „Ernährungsplans für das 1. Lebensjahr“ [7]. „Kurzstillen“ wurde als Stilldauer von weniger als 4 Monaten definiert, „Langstillen“ als Stilldauer von 4 Monaten und mehr (bezogen auf Stillen insgesamt).

Begründungen der Mütter für primäres Nichtstillen wurden beim *Erstinterview* (14 Tage postpartum) erfragt, Begründungen für Abstillen in einem so genannten *Abstillinterview*, sobald aus einem Ernährungsprotokoll hervorging, dass das Kind keine Muttermilch mehr bekam. Dabei wurden den Müttern verschiedene Begründungen genannt, die

sie anhand einer 5-stufigen Ratingskala bewerteten.

## Statistik

Univariate Zusammenhänge (Einflussfaktoren für primäres Nichtstillen bzw. für Kurzstillen) wurden mittels  $\chi^2$ -Test und Odds-Ratios (OR, 95%-Konfidenzintervall) untersucht, multivariate Zusammenhänge mittels logistischer Regression.

## Ergebnisse

### Kliniken

Die aktuellen Empfehlungen für die *Stillförderung* wurden in den Kliniken in unterschiedlicher Häufigkeit umgesetzt (Tabelle 1).

Eine eventuelle *Zusatzfütterung* bei gestillten, gesunden reifen Neugeborenen wurde in 59% der Kliniken entsprechend den aktuellen Empfehlungen auf spezielle Indikationen beschränkt. Als eventuelle Zusatzflüssigkeit wurden überwiegend fertige Maltodextrin-/Glukoselösungen eingesetzt (82% der Kliniken), gefolgt von ungezuckertem Tee (51%). In vereinzelt Kliniken (<5%) stand Zusatznahrung (Säuglingsmilch) an erster Stelle der evtl. eingesetzten Zusatzfütterung. Beim Einsatz von HANahrung als Zusatznahrung wurde diese überwiegend bei familiärer Atopiebelastung zugefüttert (45% der Kliniken), seltener bei gestillten Säuglingen generell (23%).

Eine eventuelle *Zufütterung von Säuglingsmilch* innerhalb der ersten 3 Lebenstage erfolgte meist auf Wunsch der Mutter (46% der Kliniken), seltener auf Entscheidung eines Arztes (16%) bzw. einer Schwester (12%) oder in Absprache von Mutter und Arzt bzw. Schwester (27%).

### Mütter

Die *primäre Stillquote* in der Klinik betrug 91%. 9% der Mütter hatten von vornherein nicht versucht, zu stillen.

*Einflussfaktoren für primäres Nichtstillen* waren (in abnehmender Bedeutung):

- Fehlende/unklare Stillabsicht,
- Fehlendes Interesse des Partners,
- Aufwachsen in Westdeutschland,

Tabelle 1  
**Umsetzung von Empfehlungen zur Stillförderung in deutschen Geburtskliniken (% der Kliniken)**

Empfehlungen (Beispiele)	Umsetzung [%]
Stillen nach Bedarf	96
Anlegen innerhalb der 1. Stunde nach der Geburt	94
Möglichkeit des 24-h-Rooming-in	67
Keine routinemäßige Zufütterung (Flüssigkeit, Milch) bei gestillten Säuglingen in den ersten 3 Lebenstagen	59
Schriftliche Stillrichtlinien für das Personal	33
Nutzung des 24-h-Rooming-in (% der Mütter)	10
Alternative Zufütterungsmethoden (z. B. Löffelfütterung)	10

Tabelle 2

## Stillquoten im 1. Lebensjahr [%]

Stillkategorien	Alter des Säuglings						
	5 Tage <sup>a</sup>	14 Tage	2 Monate	4 Monate	6 Monate	9 Monate	12 Monate
Ausschließlich Stillen <sup>b</sup>	73	60	42	33	10	<1	–
Überwiegend Stillen <sup>c</sup>	5	15	17	11	3	<1	<1
<b>Summe: „Vollstillen“</b>	<b>78</b>	<b>75</b>	<b>59</b>	<b>44</b>	<b>13</b>	<b>&lt;1</b>	<b>&lt;1</b>
Zwimilch <sup>d</sup>	8	10	11	7	<1	–	–
Stillen und Beikost	–	–	<1	4	26	20	9
Zwimilch und Beikost	–	–	<1	4	9	6	4
<b>Summe: Stillen insgesamt</b>	<b>86</b>	<b>85</b>	<b>70</b>	<b>59</b>	<b>48</b>	<b>26</b>	<b>13</b>
Säuglingsmilch	12	15	28	20	2	–	–
Säuglingsmilch und Beikost	–	–	2	21	50	74	87 <sup>e</sup>
<b>Summe: Nichtstillen</b>	<b>12</b>	<b>15</b>	<b>30</b>	<b>41</b>	<b>52</b>	<b>74</b>	<b>87</b>

<sup>a</sup> Klinikentlassung; 2% fehlende Angaben

<sup>b</sup> Muttermilch ohne andere Flüssigkeit oder Nahrung

<sup>c</sup> Muttermilch und Flüssigkeit (Kohlenhydratlösung, Tee usw.)

<sup>d</sup> Muttermilch und Säuglingsmilch und ggf. Flüssigkeit

<sup>e</sup> Einschließlich 12% ohne Säuglingsmilch

- ▶ Mehrgebärend,
- ▶ Fehlende Stillverfahren,
- ▶ Alter <25 Jahre

Die Stillquoten im 1. Lebensjahr sind in Tabelle 2 und Abb. 1 dargestellt.

Bei der Entlassung aus der Klinik, im Durchschnitt am 5. Tag postpartum, wurden 73% der Säuglinge ausschließlich und 86% insgesamt gestillt. Bei vaginaler Entbindung lagen die Quoten für ausschließliches Stillen bei der Entlassung höher als bei Sectioentbindung (84% vs. 70%, bezogen auf primär gestillte Säuglinge).

Innerhalb der ersten 14 Tage blieb der Anteil insgesamt gestillter Säuglinge nahezu unverändert, der Anteil ausschließlich gestillter Säuglinge fiel von 73 auf 60%. In diesem Zeitraum wurden vermehrt Flüssigkeiten (z. B. Tee) zugefüttert (überwiegendes Stillen). Bis zum Alter von 4 bzw. 6 Monaten wurden 33% bzw. 10% der Säuglinge ausschließlich gestillt. Beikost wurde bei nichtgestillten Säuglingen früher eingeführt als bei gestillten Säuglingen, wie die Befunde im Alter von 4 Monaten (8% vs. 21% mit Beikost) zeigen (Tabelle 2).

Die durchschnittliche Stilldauer bezogen auf „Vollstillen“ betrug 16,7

(±10,0) Wochen und bezogen auf Stillen insgesamt 27,2 (±16,5) Wochen.

Befragt nach ihrer ursprünglich beabsichtigten Stilldauer gaben 82% der kurz stillenden Mütter an, dass sie kürzer als beabsichtigt gestillt hatten, bei lang stillenden Müttern waren es 23%. Fast alle lang stillenden Mütter

(93%) und immerhin die Mehrheit der kurz stillenden Mütter (57%) beurteilten ihre Stillverfahren als positiv.

Bei den ermittelten signifikanten Einflussfaktoren für eine kurze Stilldauer lassen sich modifizierbare und nicht-modifizierbare Faktoren unterscheiden.

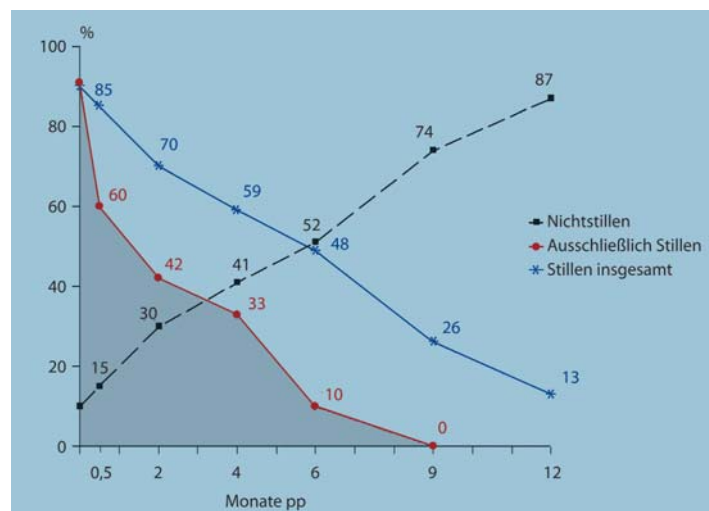


Abb. 1 ▲ Stillquoten (% aller Säuglinge) zu den jeweiligen Erhebungszeitpunkten im 1. Lebensjahr bezogen auf ausschließliches Stillen (Muttermilch ohne andere Flüssigkeit oder Nahrung), Stillen insgesamt (mit oder ohne andere Flüssigkeit oder Nahrung) und Nichtstillen

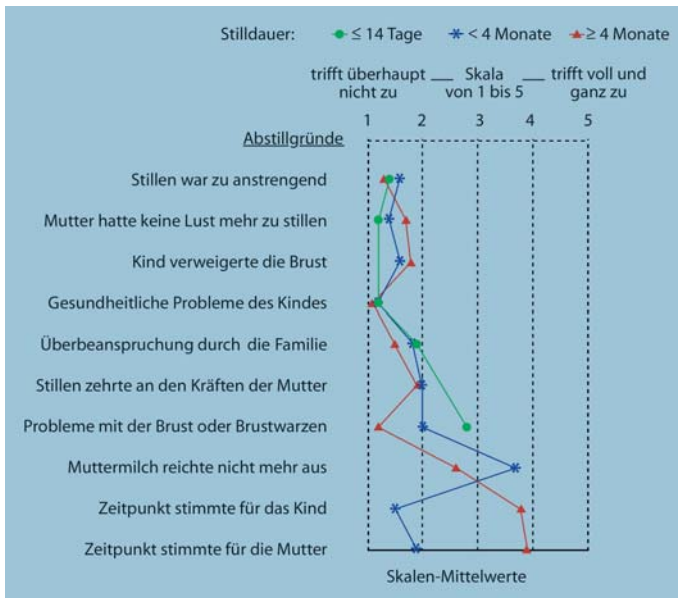


Abb. 2 ▲ Von den Müttern im Telefoninterview genannte häufigste Begründungen für Abstillen in Abhängigkeit von der Stilldauer (Skalenmittelwerte)

Einflussfaktoren für eine kurze Stilldauer waren (in abnehmender Bedeutung):

1. Nichtmodifizierbare, soziodemographische Faktoren:
  - Niedriger Ausbildungsstatus
  - Mehrgebärend,
  - Alter <25 Jahre,
  - Fehlende Stillverfahren,
  - Alleinerziehend
2. Modifizierbare Faktoren mütterlicherseits:
  - Stillprobleme innerhalb der ersten 14 Tage,
  - Fehlende/unklare Stillabsicht,
  - Keine Information über Säuglingsernährung vor der Geburt
3. Modifizierbare Faktoren der Stillpraxis:
  - Zusatzfütterung (v. a. Säuglingsmilchnahrung) innerhalb der ersten 3 Lebenstage,
  - Wiegen des Säuglings >1-mal/Tag,
  - Nur Tages-Rooming-in in der Klinik,
  - Erstes Anlegen >1 h nach der Geburt,
  - Schnuller innerhalb der ersten 14 Tage

Die meist genannten subjektiven Abstillgründe der Mütter sind in Abb. 2 dargestellt. Bei kurzer Stilldauer wurden vorrangig Probleme mit der Brust sowie eine un-

zureichende Milchmenge, d. h. Zusammenhänge mit der Stilltechnik bzw. Stillanleitung, genannt, gefolgt von Belastungen durch das Stillen bzw. durch die Familie.

Etwa 2/3 der stillenden Mütter gaben an, dass sie zu Hause Stillprobleme (Tabelle 3) gehabt hätten. Unabhängig vom Zeitpunkt, zu dem die Stillprobleme auftraten, wurde mehrheitlich Hilfe bei einer Hebamme bzw. Stillberaterin (ca. 50–70%) eingeholt, ärztlicher Rat nur selten (<10%).

Mütter, die innerhalb der ersten 14 Tage Säuglingsmilch zugefüttert hatten, nannten als weitaus häufigste Begründung hierfür „zu wenig Muttermilch“ und/oder „das Kind wurde nicht satt“ (74%).

Bezüglich ihrer eigenen Ernährung in der Stillzeit hatten die meisten Mütter (73%) auf bestimmte Lebensmittel verzichtet. Fast immer handelte es sich dabei um blähende (91%) und/oder säurehaltige Lebensmittel (37%).

Bei der Auswahl der Muttermilchersatznahrung spielte Säuglingsanfangsnahrung in Form von „Pre“-Nahrung mit Ausnahme der ersten Lebenswochen keine Rolle (Tabelle 4). In Form von „1“-Nahrung wurde sie v. a. im Alter von 2–4 Monaten verwendet. „2“-Nahrung (Folgemilch) dominierte während des 2. Lebenshalbjahrs. Etwa 1/4 der Säuglinge erhielt gegen Ende des 1. Lebensjahres Kuhvollmilch als Flaschennahrung. Andere Formen der Selbst-

herstellung von Säuglingsmilch (<5%) waren zahlenmäßig unbedeutend.

Während der Schwangerschaft hatten 54% der Mütter Informationen (Tabelle 5) über die Säuglingsernährung eingeholt, die meisten von ihnen (81%) speziell über das Stillen. Sie waren mit den Stillinformationen mehrheitlich (66%) voll zufrieden.

Während des 1. Lebenshalbjahres hatten sich etwa 70% der Mütter über die Ernährung ihres Säuglings informiert, während des 2. Lebenshalbjahres noch etwa 55%. Häufigste Informationsquellen waren der Kinder- oder Hausarzt sowie schriftliches Material (je etwa 50%), gefolgt vom Verwandten-/Bekanntenkreis (etwa 40%).

## Diskussion

**Beim Stillen in Deutschland besteht seit einem historischen Tiefpunkt zu Anfang der 1970er Jahre ein anhaltender Aufwärtstrend.**

Dies lässt sich aus den aktuellen Stillquoten der SuSe-Studie verglichen mit Daten aus Studien früherer Jahre ableiten [2, 11, 13, 17].

Die jetzigen Stillquoten in Deutschland sind mit Ländern wie der Schweiz [3] und Italien [9] vergleichbar und höher als im Durchschnitt europäischer Länder [8]. Sie bleiben aber weit hinter den skandinavischen Ländern zurück. So wurden z. B. 1997 in Schweden mehr als 50% der Säuglinge im Alter von 6 Monaten ausschließlich gestillt im Vergleich zu 10% in der SuSe-Studie [20]. Ausschließliches Stillen wird allerdings nicht immer einheitlich definiert.

Bei der Diskussion der Stilldaten aus der SuSe-Studie ist zu bedenken, dass die primären Teilnahmequoten von etwa 50% bei Kliniken und Müttern möglicherweise zu einer Verzerrung der Befunde geführt haben. Es ist nicht aus-

Tabelle 3  
Häufigste Stillprobleme innerhalb der ersten 14 Tage

Stillprobleme	Häufigkeit [%]
Wunde Brustwarzen	34
Milchstau, Brustentzündung	29
Zu wenig Milch	27
Trinkschwierigkeiten des Kindes	18

Tabelle 4

**Säuglingsmilch im 1. Lebensjahr (in % aller Säuglinge)**

Art der Milch	Alter des Säuglings						
	5 Tage <sup>a</sup>	14 Tage	2 Monate	4 Monate	6 Monate	9 Monate	12 Monate
Pre-Nahrung	9	11	10	5	2	1	1
1-Nahrung	2	6	20	22	7	4	2
2-Nahrung	–	–	<1	11	38	46	39
HA-Nahrung	6	7	10	11	10	9	7
Selbst hergestellte Nahrung	<1	<1	1	2	4	4	3
Kuhvollmilch	–	–	<1	<1	1	10	26

<sup>a</sup> Klinikentlassung

zuschließen, dass eher stillfreundliche Kliniken und stillinteressierte Mütter zur Teilnahme bereit waren und somit eine eher positive Darstellung des Stillens in Deutschland resultiert. Umso mehr wäre weitere Stillförderung in Deutschland wünschenswert.

Bezüglich des Stillens in der Klinik liegen Marktforschungen vor, die vorbehaltlich der unschärferen Erhebungsmethodik einen Anhalt zur Einordnung der SuSe-Studiendaten geben können. Danach wurden 1997 in Deutschland 80% der Säuglinge „in der Klinik“ gestillt [11]. In der SuSe-Studie wurden 75% (Durchschnittsangaben des Klinikpersonals) bzw. 78% der Säuglinge (Interviewangaben der Studienmütter) bei der Entlassung aus der Klinik vollgestillt. Auch beim Einsatz von Säuglingsmilchnahrung spiegelt die SuSe-Studie die Marktsituation recht genau wider.

**Die primäre Stillquote ist heute wie schon in früheren Jahren erfreulich hoch. Nach wie vor fallen die Stillquoten aber bereits innerhalb der ersten Wochen stark ab.**

Der Abfall der Stillquoten betrifft west- und ostdeutsche Mütter (alte und neue Bundesländer) gleichermaßen, allerdings auf unterschiedlichem Niveau [6]. Ostdeutsche Mütter stillen primär häufiger (97 vs. 89%), nach der Entlassung aus der Klinik und während der ersten 6 Monate aber seltener als westdeutsche Mütter. Die Unterschiede in der Stilldauer lassen sich durch eine unterschiedliche Verteilung der Hintergrundvariablen für kurzes Stillen, z. B. alleinerziehende Mütter, subjektive Abstillgründe, erklären, wogegen die Wohnregion Ost- oder Westdeutschland per se keine Rolle spielt [6].

Bei der Suche nach sinnvollen Ansatzpunkten für die Stillförderung in Deutschland könnte das *Beispiel Schweden* von Interesse sein [10, 20]. Auch dort kam es Anfang der 1970er Jahre zu einer Renaissance des Stillens, die aber offenbar wesentlich wirkungsvoller war als in Deutschland.

Trendsetter für das Stillen in Schweden waren Mütter mit hohem Bildungsniveau, die die damals neuen Forschungsergebnisse über die nutritionellen und immunologischen Vorzüge des Stillens aufgriffen und durch Gründung von Stillgruppen landesweit weiter propagierten. Parallel wurde auf politischer Ebene ein großteils bezahlter 12-monatiger Mutterschaftsurlaub eingeführt und der WHO/UNICEF-Kode zur Einschränkung des Marketing für Säuglingsnahrung umgesetzt. Ein bemerkenswerter weiterer Anstieg der Stillkurven in den 1990er Jahren wird v. a. durch die verstärkte Stillförderung in den schwedischen Geburtskliniken erklärt, mit der schon in den 1980er Jahren die Ziele der WHO/UNICEF-Initiative „Babyfriendly Hospital“ unter Berücksichtigung der schwedischen Bedingungen verfolgt wurden [10, 20].

**Die Stillförderung in der Klinik, insbesondere der frühe Mutter-Kind-Kontakt, ist entscheidend für langfristiges erfolgreiches Stillen [20].**

In den deutschen *Geburtskliniken* werden die aktuellen Empfehlungen zur Stillförderung in unterschiedlichem Ausmaß realisiert. Unter anderem bedarf die Routine der Zufütterung in vielen Kliniken einer Aktualisierung und Einschränkung [15, 19]. Dies könnte sich auch positiv auf das Verhalten der Mütter zu Hause auswirken, die in der Mei-

nung, ihre Milchmenge reiche nicht aus, vielfach schon in den ersten Tagen nach der Entlassung aus der Klinik mit der Zufütterung von Tee beginnen.

Die *Nationale Stillkommission*, in der auch die kinderärztlichen und frauenärztlichen Fachgesellschaften Deutschlands vertreten sind, hat ihre Aktivitäten zunächst auf die Stillförderung in Krankenhäusern fokussiert [15]. Die Befunde der SuSe-Studie werden hierbei berücksichtigt.

**Die SuSe-Studie deutet darauf hin, dass die Information der Mütter über das Stillen vielfach verbesserungsbedürftig ist.**

Nur etwa die Hälfte der Mütter hatte sich vor der Geburt *Informationen* über das Stillen beschafft und das zumeist nur anhand von schriftlichem Material. Tatsächlich waren fehlende Information und eine unklare Stillabsicht bei der Datenanalyse mit einer kurzen Stilldauer assoziiert. Es ist denkbar, dass ein Teil der Mütter heute – getragen von einer allgemeinen Befürwortung des Stillens in der Klinik – zwar mit dem Stillen beginnt, aber vom Stillen nicht innerlich überzeugt ist.

Tabelle 5

**Meist genutzte Informationsquellen zum Stillen**

Informationsquellen	Häufigkeit [%]
Bücher, Zeitschriften	57
Geburtsvorbereitungskurs, Hebamme, Stillgruppe	33
Bekannte, Verwandte	9
Frauenarzt	2

Ein Beispiel dafür, dass hohe initiale Stillquoten allein noch keine Gewähr für langfristige Stillquoten auf höherem Niveau bieten, zeigen die initial höheren, längerfristig aber niedrigeren Stillquoten der ostdeutschen verglichen mit den westdeutschen Müttern der SuSe-Studie [6].

Ein Großteil der Mütter in der SuSe-Studie hatte zu Hause *Stillprobleme*, und nannte diesbezüglich v. a. Probleme mit der Brust, z. B. wunde Brustwarzen, oder Mangel an Muttermilch. Entsprechende Gründe wurden auch für frühes Abstillen angeführt.

**Bei guter Information und praktischer Anleitung sind Stillprobleme in der Regel vermeidbar [1, 14].**

Bei Stillproblemen kann auch nach der Klinikentlassung professionelle Hilfe durch die von den Krankenkassen bezahlte *Nachsorge durch Hebammen* in Anspruch genommen werden, unabhängig vom Alter des Säuglings. Diese Möglichkeit sollte weiter bekannt gemacht werden.

*Stillgruppen*, die in Schweden wegberreitend für die Entwicklung einer „Stillkultur“ wirkten, sind in Deutschland zahlenmäßig bislang nur eine Randgruppe bei der Stillberatung. Andererseits könnten sie die Stillberatung und -unterstützung durch die Familie teilweise mit übernehmen, da den heutigen Großmüttern, die ihre Kinder in der Zeit des Stilltiefs der 1970er Jahre geboren haben, vielfach die eigene Stillverfahren für eine kompetente Stillberatung fehlt.

**Zur Stillberatung sollte auch die Ernährungsberatung der stillenden Mutter gehören.**

In der Mehrzahl der Kliniken wurde eine besondere „*Schonkost*“ für Stillende angeboten [5]. Die Mehrzahl der Mütter verzichtete auch zu Hause auf blähende oder säurehaltige Lebensmittel. Zusammenhänge zwischen der Ernährung der stillenden Mutter und Blähungen bzw. Wundsein beim Säugling werden in Einzelfällen berichtet, konnten in kontrollierten Studien bisher aber nicht nachgewiesen werden [14].

**Ärztliche Beratung zum Stillen wird bislang wenig in Anspruch genommen.**

Dies betrifft nach den Befunden der SuSe-Studie sowohl die frauenärztliche

als auch die kinderärztliche Betreuung vor und nach der Geburt.

Dagegen wird der *Kinderarzt als Berater* zur allgemeinen Säuglingsernährung während des gesamten 1. Lebensjahres häufig gefragt. Inwieweit die derzeitige Praxis bei der Wahl der Muttermilchersatznahrung, d. h. die geringe Akzeptanz der als Anfangsnahrung empfehlenswerten „Pre“-Nahrung und die Beliebtheit der ernährungsphysiologisch nicht erforderlichen Folgemilch („2“-Nahrung) von der Beratung durch den Kinderarzt oder mehr vom Marketing beeinflusst wird, kann mit den vorliegenden Daten nicht beantwortet werden.

Es wäre grundsätzlich leicht möglich, im Rahmen der kinderärztlichen *Vorsorgeuntersuchungen* (U<sub>3</sub>, U<sub>4</sub>) neben der Säuglingsernährung allgemein das Stillen verstärkt anzusprechen. Dabei bedürfen nach den Befunden der SuSe-Studie und anderer Untersuchungen v. a. Mütter aus unteren Sozialschichten, jüngere und alleinerziehende Mütter sowie Mehrgebärende, besonderer Zuwendung [3, 9, 19]. Die American Academy of Pediatrics hat international wegweisend die pädiatrische Stillberatung überzeugend empfohlen [1].

**Fazit für die Praxis**

**Vielfältige wissenschaftliche und praktische Gründe sprechen für das Stillen. In Deutschland nimmt das Stillen weiter zu. Eine gesellschaftlich akzeptierte Stillkultur wie z. B. in den skandinavischen Ländern muss aber erst noch aufgebaut werden. Neben einem guten Start des Stillens, für den v. a. durch entsprechende Stillfördermaßnahmen in den Entbindungskliniken gesorgt werden kann, bedarf es einer kompetenten Nachsorge, damit die erfreulich hohen primären Stillquoten sich mehr als bisher in langfristig erfolgreichem Stillen fortsetzen. Die kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen könnten auch für eine vermehrte Stillberatung genutzt werden.**

**Literatur**

1. American American Academy of Pediatrics (1997) Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 100: 1035–1039
2. Bergmann RL, Dudenhausen J, Bergmann E, Bergmann KE, Schmidt E, Bauer CP, Dorsch W, Forster J, Wahn U (1994) Wie werden Säuglinge in Deutschland ernährt? *Monatsschr Kinderheilkd* 142: 412–417

3. Conzelmann C, Bron C (1995) Stillhäufigkeit und Stilldauer in der Schweiz 1994. *Schlussbericht*. Bundesamt für das Gesundheitswesen, Basel
4. Dulon M, Kersting M (2000) Stillen und Säuglingsernährung in Deutschland – die SuSe-Studie. In: Deutsche Gesellschaft für Ernährung (Hrsg) *Ernährungsbericht 2000*. DGE, Frankfurt, S 81–95
5. Dulon M, Kersting M (2000) Stillförderung in Geburtskliniken in Deutschland: Ergebnisse der SuSe-Studie. *Frauenarzt* 41: 1248–1255
6. Dulon M, Kersting M, Schach S (2001) Duration of breastfeeding and associated factors in Western and Eastern Germany. *Acta Paediatr* 90: 931–935
7. Forschungsinstitut für Kinderernährung (2001) Empfehlungen für die Ernährung von Säuglingen. *aid, DGE (Hrsg.)*, Bonn
8. Freeman V, Hof M van't, Haschke F, Euro-Growth Study Group (2000) Patterns of milk and food intake in infants from birth to age 36 months: The Euro-Growth Study. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 31: S76–S85
9. Giovannini M, Banderall G, Agostini C, Silano M, Radaelli G, Riva E (1999) Epidemiology of breastfeeding in Italy. *Acta Paediatr Suppl* 430: 19–22
10. Hormann E, Nehlsen E (1997) Die aktuelle Stillsituation in Deutschland und europaweit. In: Siebert W, Stögmann W, Wündisch GF (Hrsg) *Stillen – einst und heute*. Marseille, München, S 7–16
11. IVE (1999) IVE Babymonitor. IVE Research International, Hamburg
12. Kersting M, Dulon M (2002) Assessment of breastfeeding promotion in hospitals and follow-up survey of mother-infant-pairs in Germany: the SuSe Study. *Public Health Nutr* 5: 547–552
13. Kersting M, Koester W, Wennemann T, Wember T, Schöch G (1987) Stillstudien 1981–1983 bei 1500 Müttern in Dortmund und Haltern. Teile I, II, III. *Monatsschr Kinderheilkd* 135: 204–209, 247–252, 314–319
14. Lawrence RA, Lawrence RM (1999) *Breastfeeding. A guide for the medical profession*. Mosby, St Louis
15. Nationale Stillkommission (1999) Empfehlungen zur Stillförderung in Krankenhäusern. Kommentar zu den Empfehlungen. *Monatsschr Kinderheilkd* 147: 615–617
16. Springer S, Kersting M, Nehlsen E, Przyrembel H (1999) Definitionen zur Säuglingsernährung. *Sozialpädiatrie* 21: 39–42
17. Tietze KW, Trumann B, Schlaud M, Kleemann WJ, Poets CF (1998) Stillbereitschaft und öffentliche Diskussion – Evaluation von Gesundheitskampagnen zum Stillen zwischen 1991 und 1995. *Gesundheitswesen* 60: 154–158
18. Villalpando S, Hamosh M (1998) Early and late effects of breast-feeding: does breast-feeding really matter? *Biol Neonate* 74: 177–191
19. Vogel A, Hutchison BL, Mitchell EA (1999) Factors associated with the duration of breastfeeding. *Acta Paediatr* 88: 1320–1326
20. Zetterström B (1999) Breastfeeding and infant-mother interaction. *Acta Paediatr Suppl* 430: 1–6