

2 Stillen und Säuglingsernährung in Deutschland – die „SuSe“-Studie^{1,2,3,4}

2.1 Ausgangslage und Fragestellungen der Untersuchung

Stillen ist die natürliche und beste Ernährung für den Säugling. In den letzten 10 bis 20 Jahren wurden die Vorteile des Stillens aus geburtshilflicher, pädiatrischer und ernährungswissenschaftlicher Sicht wieder verstärkt in den Vordergrund gestellt (1, 2, 3, 4):

Stillen bietet für den Säugling zahlreiche Vorteile. Muttermilch passt sich den Bedürfnissen des Kindes an und enthält als reife Muttermilch (ab der 3. Woche) alle erforderlichen Nährstoffe in ausreichenden Mengen. Ferner bietet Muttermilch einen relativen Schutz gegen zahlreiche infektionsbedingte Krankheiten. Nach Auffassung der American Academy of Pediatrics (1997) führt Muttermilchernährung auch in entwickelten Ländern bei zahlreichen Krankheiten zu einer signifikanten Minderung des Risikos, so z. B. bei Diarrhöen, bronchopulmonalen Infektionen, Mittelohrentzündungen, Sepsis, bakterieller Hirnhautentzündung, Botulismus, Harnwegsinfekten und schwersten Darmentzündungen (Nekrotisierende Enterokolitis). Schutzeffekte der Muttermilchernährung werden auch gegen nichtinfektiöse Krankheiten diskutiert, wie Plötzlicher Kindstod, Diabetes mellitus Typ I, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Lymphome und Allergien. Ferner werden fördernde Einflüsse der Muttermilchernährung auf die kognitive Entwicklung behauptet. Weitgehend erwiesen ist die Schutzwirkung des Stillens gegen einen anomalen Zusammenbiss der Zähne (Malocclusion).

Stillen fördert auch die Gesundheit der Mutter, u. a. durch beschleunigte Rückbildung des Uterus, verminderten Blutverlust, raschere Rückbildung der schwangerschaftsbedingten Gewichtszunahme, verbesserte Remineralisierung des Skeletts sowie vermindertes Risiko für Ovarialkrebs und prämenopausalen Brustkrebs. Ferner fördert Stillen die elementar wichtige Mutter-Kind-Bindung und hat praktische sowie ökonomische Vorteile.

WHO und UNICEF haben sich zum Ziel gesetzt, das Stillen weltweit zu fördern. Stillwilligen Müttern soll ermöglicht werden, 4 bis 6 Monate voll zu stillen (5).

Eine Schlüsselrolle in der Stillförderung wird den Geburtskliniken zugeschrieben. Mit dem Programm der WHO/UNICEF „Zehn Schritte zum erfolgreichen Stillen“ sollen deshalb Ärzte und betreuendes Personal, aber auch Mütter bzw. Eltern, zum Stillen motiviert und möglichst viele Mütter zu einem langfristigen Stillerfolg geführt werden. In Anlehnung an das WHO-Programm wurden von der Nationalen Stillkommission Deutschlands (NSK) Empfehlungen zur Stillförderung in deutschen Krankenhäusern formuliert (6).

Zur Situation des Stillens in Deutschland sind nur wenige und mit unterschiedlichen Methoden gewonnene Daten verfügbar. Mit der vom Forschungsinstitut für Kinderernährung Dortmund im Zeitraum 1997 bis 1998 durchgeführten Studie „Stillen und Säuglingsernährung“ („SuSe“) wurden erstmals bundesweit repräsentative Daten zur Stillsituation in Geburtskliniken und bei Müttern, die in diesen Kliniken entbunden worden sind, erhoben.

¹ Kapitelbetreuer: Schöch, Gerhard

² Bearbeiterinnen: Dulon, Madeleine; Kersting, Mathilde

³ mit Förderung durch das Bundesministerium für Gesundheit

⁴ SuSe: Stillen und Säuglingsernährung

Tabelle 2/1: Empfehlungen zur Stillförderung in Krankenhäusern⁵

1. Schriftliche Stillrichtlinien und Stillbeauftragte

Schriftliche Richtlinien zur Stillförderung müssen vorliegen und dem gesamten Personal in regelmäßigen Abständen nahegebracht werden. Die Ernennung einer Stillbeauftragten dient der Entwicklung und Sicherung einer qualifizierten Stillförderung.

2. Regelmäßige Schulung

Das gesamte Mitarbeiterteam wird in Theorie und Praxis so geschult, dass es die Richtlinien zur Stillförderung mit Leben erfüllen kann.

3. Information in der Schwangerschaft

Die Frauen sollen bereits in der Schwangerenvorsorge und bei der Geburtsanmeldung im Krankenhaus über die gesundheitlichen Vorteile und die Praxis des Stillens informiert werden (u. a. Mitgabe von schriftlicher Information der Nationalen Stillkommission).

4. Frühes Anlegen

Möglichst innerhalb der ersten Lebensstunde.

5. Praktische Stillhilfe

Den Müttern ist das korrekte Anlegen zu zeigen und zu erklären, wie sie ihre Milchproduktion – auch im Falle einer Trennung von ihrem Kind – aufrechterhalten können.

6. Zufüttern aus ärztlicher Indikation

Beim gesunden, reifen Neugeborenen, das nach Bedarf gestillt wird, besteht keine Notwendigkeit, Flüssigkeiten oder Nahrung zuzufüttern.

Die Indikation für eine Ergänzung der Muttermilch durch andere Flüssigkeiten oder Nahrung ist durch den behandelnden Arzt zu stellen.

Die Ernährung von untergewichtigen, kranken oder frühgeborenen Kindern bedarf individueller ärztlicher Entscheidung.

7. Förderung der Mutter-Kind-Einheit

Durch Tag- und Nacht-Rooming-in.

8. Stillen nach Bedarf

Stillen nach Bedarf ermöglichen und fördern.

9. Sauger oder Schnuller

Sauger, Brusthütchen oder Schnuller sollen in den ersten Lebenswochen bei gestillten Kindern nach Möglichkeit vermieden werden. Alternative Zufütterungsmethoden (z. B. Becher-, Finger-, Löffelfütterung) sollten gezeigt werden.

10. Selbsthilfe

Die Entstehung von Stillgruppen ist zu fördern, und den Müttern sind bei der Entlassung aus der Klinik oder Entbindungseinrichtung Kontaktmöglichkeiten aufzuzeigen.

⁵ des Berufsverbandes der Frauenärzte, der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, der Akademie für Kinderheilkunde und Jugendmedizin, der Frauenärztlichen Akademie und der Nationalen Stillkommission vom 2. November 1998 (gekürzt aus [6]).

Folgende Fragestellungen wurden untersucht:

- Wie sind die Stillbedingungen in deutschen Geburtskliniken? Dabei dienen die Empfehlungen der WHO und der NSK als Beurteilungskriterien.
- Wie lange stillen Frauen in Deutschland und welche Faktoren beeinflussen das Stillverhalten?
- Wie werden Säuglinge im Verlauf des 1. Lebensjahres ernährt?

2.2 Studienanlage und Kollektive

Bei der SuSe-Studie handelt es sich um eine Querschnittstudie mit einem Follow-Up zur Erhebung der Säuglingsernährung im 1. Lebensjahr. Die Daten wurden im Zeitraum von Februar 1997 bis Juni 1998 erhoben. Die Beschreibung der Daten erfolgte mit Häufigkeitsauszählungen. Der Auswertung wurden die Teilnehmerinnen mit verwertbaren Antworten (Daten) als 100 % zugrunde gelegt. Fehlende Antworten (Daten) betrafen in aller Regel weniger als 5 % aller Teilnehmerinnen. Zur statistischen Datenauswertung wurde der Chi-Quadrat-Test verwendet. Der Beitrag von bestimmten Einflussgrößen auf den Stillversuch und die Stilldauer wurde mittels logistischer Regression berechnet.

Die Studie bestand aus 2 Untersuchungseinheiten: Geburtskliniken und Mutter-Kind-Paaren.

Klinik-Kollektiv

Aus der Grundgesamtheit aller deutschen Geburtskliniken ($n = 1120$) wurde eine Zufallsauswahl von 360 Kliniken angeschrieben, wovon 345 noch über eine Entbindungsabteilung verfügten und 177 teilnahmen (Teilnahmequote: 51,3 %). 82,0 % der teilnehmenden Kliniken lagen in den alten Ländern, 18,0 % in den neuen Ländern. Die Klinikgröße, gemessen an der Geburtenzahl, reichte von 185 bis 2700 Geburten pro Jahr. Es hatten 41,8 % der Kliniken weniger als 500 Geburten, 44,1 % zwischen 500 und 1000 Geburten und 14,1 % mehr als 1000 Geburten pro Jahr. Hinsichtlich der Lage in den alten und neuen Ländern und der Klinikgröße entsprach die Zusammensetzung der teilnehmenden Kliniken der Zusammensetzung der Grundgesamtheit. Die Datenerhebung zu den Stillbedingungen in den Kliniken erfolgte je nach Zuständigkeitsbereichen in den einzelnen Kliniken durch Ärzte und/oder Hebammen und/oder Krankenschwestern mittels Fragebogen.

Mutter-Kind-Kollektiv

Die Mütter des Mutter-Kind-Kollektivs waren in den teilnehmenden Kliniken während einer jeweils 14-tägigen Rekrutierungsfrist im Zeitraum März bis Mai 1997 entbunden worden. Mit den Müttern wurde 14 Tage nach der Geburt (pp: post partum) ein Telefoninterview zu den Stillbedingungen in der Klinik, der Ernährung des Säuglings und ggf. den Gründen für Nichtstillen bzw. Abstillen durchgeführt. Die Erhebung der Ernährungsweise der Säuglinge im 1. Lebensjahr erfolgte als postalische Befragung in Form von 5 food-frequency-Protokollen am Ende des 2., 4., 6., 9. und 12. Lebensmonats. Mütter, aus deren Protokollierung hervorging, dass sie abgestillt hatten, wurden telefonisch zu den Abstillgründen und zur Stilldauer befragt.

Von den im Rekrutierungszeitraum entbundenen Müttern erfüllten 3160 Mutter-Kind-Paare (72,6 %) die Teilnahme-kriterien: reifes, gesundes Neugeborenes; genügende deutsche Sprach-

kenntnisse der Mutter; vorhandener Telefonanschluss. Mit 1717 Müttern (Teilnahmequote: 54,3 %) wurde das Erstinterview 14 Tage pp realisiert. Das Studienkollektiv unterschied sich von den nicht-teilnahmebereiten Müttern durch einen höheren Anteil deutscher Mütter und durch eine höhere Schulbildung.

Das mittlere Alter der Mütter betrug 30 Jahre, die deutsche Nationalität hatten 92,8 %. Von den deutschen Müttern waren 80,3 % in den alten Ländern und 19,7 % in den neuen Ländern aufgewachsen. Etwa 69,0 % der Mütter hatten den Haupt- oder Realschulabschluss (bzw. 8. oder 10. Klasse der polytechnischen Oberschule), 31,0 % hatten einen höheren Schulabschluss. Als Berufsausbildung hatten 66,0 % der Mütter eine Lehre abgeschlossen, 11,0 % hatten eine Fachschule, 14,0 % eine Hoch-/Fachhochschule besucht, 9,0 % hatten (noch) keinen Ausbildungsabschluss. 81,2 % der Mütter waren verheiratet, 14,7 % lebten in einer festen Partnerschaft und 4,0 % waren alleinerziehend. Für 46,3 % der Mütter war es das 1. Kind, für 37,7 % das 2. Kind; 16,0 % der Mütter hatten schon 2 und mehr Kinder. 97,1 % der Säuglinge wurden in der Klinik stationär geboren und 2,9 % ambulant. Die mittlere Verweildauer der Mütter, die stationär entbunden worden waren, betrug 5 Tage. Die Kaiserschnittquote lag bei 16,8 %.

2.3 Ergebnisse

2.3.1 Stillbedingungen und Stillpraxis in den Geburtskliniken

Für die Beurteilung der Stillbedingungen in den untersuchten Kliniken wurden im wesentlichen die Empfehlungen der NSK für die Stillförderung in Geburtskliniken herangezogen (6). Die einbezogenen stillfördernden und stillhindernden Kriterien sind in Abbildung 2/1 in absteigender Reihenfolge entsprechend der Einhaltung der Empfehlungen in den Kliniken aufgeführt.

Richtlinien zur Stillförderung

Richtlinien zur Stillförderung sollen schriftlich vorliegen und dem gesamten Personal in regelmäßigen Abständen nahegebracht werden (6).

In 95,4 % der untersuchten Kliniken gab es für das Personal Richtlinien zur Stillförderung. In 33,1 % der Kliniken lagen die Richtlinien in schriftlicher Form vor, in den übrigen Kliniken wurden sie überwiegend nur mündlich weitergegeben. Schulungen des Personals zu den Richtlinien der Stillförderung wurden bei 24,0 % der Kliniken häufiger als einmal im Jahr durchgeführt, bei 76,0 % seltener als einmal im Jahr oder gar nicht.

Stillinformation und -beratung der Mütter

Die Frauen sollen bereits bei der Schwangerschaftsvorsorge und ggf. bei der Geburtsanmeldung in der Klinik über die gesundheitlichen Vorteile und die Praxis des Stillens informiert werden; die Entstehung von Stillgruppen soll gefördert werden; bei der Entlassung aus der Klinik sind die Mütter auf weitere Möglichkeiten der Stillberatung hinzuweisen (6).

In den untersuchten Kliniken erhielten die zur Entbindung kommenden Mütter die Informationen zum Stillen am häufigsten beim Geburtsvorbereitungskurs (86,9 %) und/oder bei einem Stillgespräch nach der Geburt (78,9 %). Schriftliches Informationsmaterial zum Stillen lag für die Mütter in 78,3 % der Kliniken aus. Die schriftlichen Informationen wurden in der Mehrzahl

der Fälle (56,2 %) nicht von der jeweiligen Klinik erstellt, sondern von anderen Herausgebern übernommen. Bei den anderen Herausgebern standen Hersteller von Säuglingskost an 1. Stelle (45,9 %), gefolgt von Stillinitiativen bzw. Stillgruppen (37,6 %) und Stillbüchern bzw. Zeitschriften (16,5 %). Bei Stillfragen nach der Entbindung standen in den Kliniken meist Hebammen (75,9 %) und/oder Stillschwwestern (57,6 %) zur Verfügung. Laktationsberaterinnen und/oder Stillgruppen gab es dagegen nur in 23,4 % der Kliniken. Als Hilfsangebote bei Stillproblemen nach der Entlassung informierten die meisten Kliniken über Adressen von Hebammen (93,1 %) und/oder boten (telefonische) Beratung durch Mitarbeiterinnen der Wochenstation an (90,8 %).

Praxis des Stillens

Das Neugeborene soll möglichst in der 1. Lebensstunde angelegt werden, und den Müttern soll das korrekte Anlegen gezeigt werden; das Stillen nach Bedarf soll ermöglicht und gefördert werden; die Mutter-Kind-Einheit soll durch Tag- und Nacht-Rooming-in gefördert werden, und Sauger, Stillhilfsmittel, wie Brusthütchen oder Schnuller, sollen in den 1. Lebenswochen bei gestillten Kindern nach Möglichkeit vermieden werden (6).

In 93,7 % der untersuchten Kliniken wurde das erste Anlegen des Neugeborenen innerhalb der 1. Stunde nach der Geburt ermöglicht. In allen Kliniken war eine Anleitung der Mütter beim 1. Anlegen vorgesehen. Aber nur in der Hälfte der Kliniken (54,3 %) war eine Dokumentation der erfolgten Anleitung in der Patientenakte vorgesehen. 99,4 % der Kliniken gaben als Stillregelung an, dass das Anlegen nach den Bedürfnissen des Kindes und der Mutter erfolge. In 66,7 % der Kliniken war Voll-Rooming-in möglich, d. h. das Kind konnte auf Wunsch der Mutter Tag und Nacht bei ihr sein. Diese Möglichkeit wurde nach Einschätzung des Klinikpersonals aber nur von 10,0 % der Mütter wahrgenommen. Überwiegend (90,0 %) praktizierten die Mütter nach der Entbindung Tages-Rooming-in. Stillhilfsmittel (Brusthütchen) kamen in knapp der Hälfte der Kliniken bei insgesamt mehr als 10 % der Mütter zum Einsatz.

Zufüttern bei Neugeborenen

Beim gesunden, reifen Neugeborenen, das nach Bedarf gestillt wird, besteht keine Notwendigkeit, Flüssigkeiten oder Nahrung zuzufüttern; die Indikation für eine ausnahmsweise erforderliche Ergänzung der Muttermilch durch andere Flüssigkeit oder Nahrung ist durch den behandelnden Arzt zu stellen; wird eine Zufütterung nötig, sollten zur Vermeidung von Saugproblemen alternative Fütterungsmethoden (Becher-, Löffel-, Fingerfütterung) anstelle von Flaschenfütterung gewählt werden (6). Gesunde Säuglinge sollen täglich nur einmal morgens gewogen werden (7).

In 78,1 % der untersuchten Kliniken waren Richtlinien für die Zufütterung von Flüssigkeit ohne bzw. mit Kohlenhydratzusatz und Säuglingsanfangsnahrung in den ersten 3 Lebenstagen bei gesunden, gestillten Neugeborenen vorhanden. In 58,9 % der Kliniken wurde nicht routinemäßig zugefüttert, sondern nur bei speziellen Indikationen. Als Ergänzung zur Muttermilch in den ersten 3 Tagen standen in 73,1 % der Kliniken Flüssigkeiten mit Kohlenhydratzusatz (z. B. Instant-Tee, gezuckerter Tee, Maltodextrin-/Glucose-Lösungen) an 1. Stelle, in 24,4 % der Kliniken Flüssigkeiten ohne Kohlenhydratzusatz (z. B. ungezuckerter Tee, Wasser). Nur in 2,5 % der Kliniken wurde Säuglingsanfangsnahrung (z. B. „Pre⁶“- oder „HA“-Nahrungen⁷,

⁶ „Pre“-Nahrung: Säuglingsanfangsnahrung mit Lactose als einzigem Kohlenhydrat; soll wie Muttermilch nach Bedarf gefüttert werden.

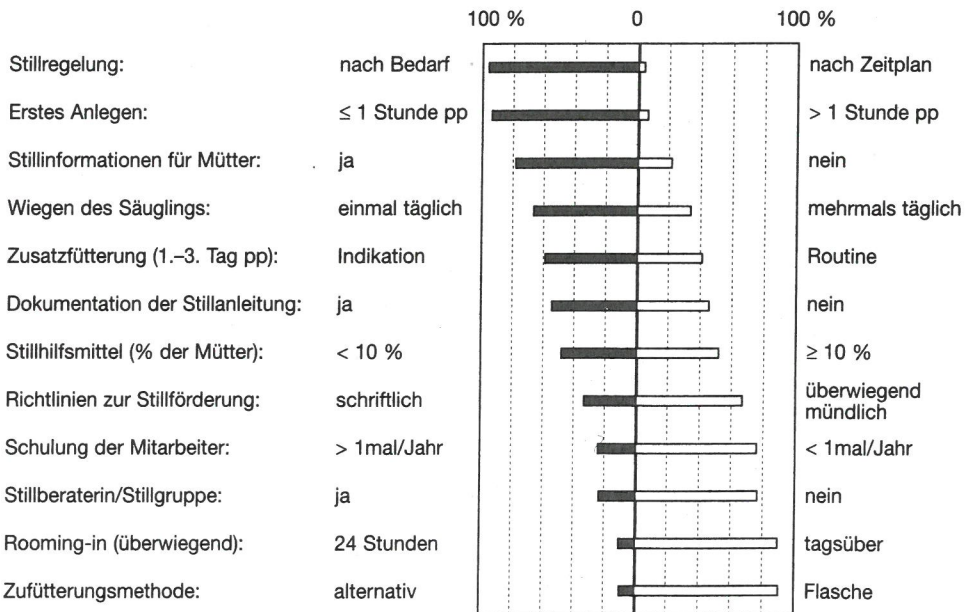
⁷ „HA“-Nahrung: Hypoallergene Nahrung; Säuglingsanfangsnahrung mit partiell hydrolysiertem Kuhmilchprotein; wird allergiegefährdeten Säuglingen als Muttermilchersatz gegeben, wenn Stillen nicht möglich ist.

s. 2.3.2.5) gegeben. Die Entscheidung über das – relativ selten vorkommende – Zufüttern einer Säuglingsanfangsnahrung in den ersten 3 Lebenstagen wurde – entgegen den Empfehlungen – meist aufgrund des Wunsches der Mutter (70,2 %) getroffen, seltener aufgrund einer Anordnung des behandelnden Arztes (33,3 %) oder der betreuenden Schwester (30,4 %)⁸. Alternative Fütterungsmethoden wurden lediglich in 9,7 % der Kliniken angewandt. Die Neugeborenen wurden in 66,3 % der Kliniken routinemäßig einmal täglich gewogen, in 33,7 % der Kliniken häufiger bzw. vor und nach dem Stillen (sog. Stillproben).

Beurteilung der Stillfördermaßnahmen in den Geburtskliniken

Zur Gesamtbeurteilung der Stillfördermaßnahmen in den einzelnen Geburtskliniken wurden 12 stillfördernde Kriterien (Abb. 2/1) pro Klinik additiv zusammengefasst und gemeinsam als „Stillförderung“ betrachtet (Einhaltung der jeweiligen Stillempfehlung = 1 Punkt, Nichteinhaltung der jeweiligen Stillempfehlung = 0 Punkte). Die Kliniken erreichten Werte für die Stillförderung zwischen 2 und 12 Punkten. Weniger als 4 Punkte erreichten 10,8 % der Kliniken, 4 bis 6 Punkte 56,4 %, 7 bis 9 Punkte 29,4 % und mehr als 10 Punkte 3,4 % der Kliniken. „Wenig“ Stillförderung (2–6 Punkte) wurde in 67,2 % der Kliniken, „viel“ Stillförderung (7–12 Punkte) in 32,8 % der Kliniken praktiziert.

Abbildung 2/1: Realisierung von Empfehlungen für die Stillförderung in deutschen Geburtskliniken (Teilnehmer n = 177; komplett ausgefüllter Klinikfragebogen n = 175), angegeben als prozentualer Anteil der Kliniken, die die jeweiligen Kriterien realisieren (linke Seite: stillfördernde Ausprägung, rechte Seite: nicht-stillfördernde Ausprägung)



⁸ Mehrfachnennungen möglich

Geburtskliniken mit mehr als 500 Geburten im Jahr setzten folgende Stillempfehlungen häufiger um als kleinere Geburtskliniken:

- Voll-Rooming-in als überwiegende Form des Zusammenseins von Mutter und Kind,
- Vorhandensein schriftlicher Richtlinien zur Stillförderung auf der Station,
- Weitergabe von Adressen von Stillgruppen an die Mütter bei der Entlassung,
- Gewichtskontrolle bei gesunden Neugeborenen nicht häufiger als einmal täglich,
- Zufüttern nur bei speziellen Indikationen.

Bei den anderen Stillempfehlungen bestanden keine Unterschiede in der Umsetzung zwischen großen und kleinen Kliniken.

2.3.2 Stillen und Säuglingsernährung im Alter von 0 bis 12 Monaten

2.3.2.1 Stillinformation, Stillbedingungen und Stillpraxis der Mütter während des Klinikaufenthaltes

Während der Schwangerschaft hatten sich 54,1 % der Mütter über Säuglingsernährung informiert, 12,4 % hatten sich nicht informiert; 33,5 % der Mütter hielten eine Beschäftigung mit diesem Thema nicht für erforderlich, weil sie über einschlägige berufliche oder persönliche Erfahrung verfügten. Von den Müttern mit mehr als einem Kind hatten 85,6 % Stillerfahrungen. Sie hatten in der Mehrzahl der Fälle (73,2 %) länger als 8 Wochen voll gestillt. Von den Müttern, die sich vor der Geburt über Säuglingsernährung informiert hatten, hatten sich 80,9 % speziell über das Stillen informiert. Bücher und Zeitschriften sowie der Geburtsvorbereitungskurs waren die wichtigsten Informationsquellen zum Stillen. Von den Müttern, die sich über das Stillen informiert hatten, waren 66,0 % mit der Information über das Stillen voll zufrieden, 31,5 % teilweise zufrieden und 2,5 % nicht zufrieden. 64,0 % der Mütter wollten das jetzige Kind bis zu 6 Monate voll stillen. 88,3 % der Väter der Kinder hatten eine positive Einstellung zum Stillen.

Innerhalb der 1. Stunde pp wurden 65,4 % der Neugeborenen stillwilliger Mütter erstmals an die Brust angelegt, 34,6 % wurden erst später erstmals angelegt. 72,3 % der Mütter wurden beim Stillen angeleitet, in der Mehrzahl von einer Schwester (81,6 %), in selteneren Fällen von einer Hebamme (16,4 %) oder einer Stillberaterin (2,0 %). Den Müttern, die beim Stillen angeleitet wurden, wurden in 65,0 % der Fälle verschiedene Stillpositionen gezeigt. Mit der Stillbetreuung in der Klinik waren 76,2 % der Mütter voll zufrieden, 20,4 % teilweise zufrieden und 3,4 % nicht zufrieden.

In der Klinik praktizierten 24,7 % der stillwilligen Mütter Voll-Rooming-in, 72,6 % Tages-Rooming-in und 2,6 % der Mütter waren überwiegend von ihrem Kind getrennt. 10,5 % aller stillwilligen Mütter praktizierten Bedding-in, d. h., sie hatten ihr Kind die meiste Zeit bei sich im Bett. In der Klinik wurden 91,8 % der Säuglinge nach Bedarf gestillt, d. h. immer dann, wenn sich das Kind meldete, und 4,2 % nach einem festen Rhythmus. Bei 4,0 % kam beides vor.

2.3.2.2 Prävalenz des Stillens

Nach der Entbindung hatten 90,8 % der Mütter versucht zu stillen. 9,2 % der Mütter hatten nicht versucht zu stillen. Zum Zeitpunkt der Entlassung aus der Geburtsklinik lag der Anteil ausschließlich (in Klammern: ausschließlich + überwiegend) gestillter Säuglinge bei 72,8 %

(78,0 %); 7,8 % der Säuglinge erhielten Zwiemilch (Muttermilch und Säuglingsanfangsnahrung), 11,7 % erhielten gar keine Muttermilch. Bei 2,5 % (ambulante Entbindungen) fehlten die Angaben. Der Anteil an ausschließlich (ausschließlich + überwiegend) gestillten Säuglingen ging von 60,0 % (74,9 %) 14 Tage pp über 41,7 % (58,3 %) am Ende des 2. Monats auf 9,8 % (12,6 %) am Ende des 6. Monats zurück (Tab. 2/2). Der Anteil an Säuglingen, die keine Muttermilch erhielten, stieg von 15,3 % 14 Tage pp über 30,0 % am Ende des 2. Monats auf 51,6 % am Ende des 6. Monats.

Tabelle 2/2: Ernährungskategorien im Verlauf des 1. Lebensjahres (Häufigkeiten in Prozent aller Säuglinge)

Alter Anzahl der Säuglinge	14 (±) Tage n = 1717	2 Monate n = 1586	4 Monate n = 1591	6 Monate n = 1586	9 Monate n = 1568	12 Monate n = 1540
Ernährungs- kategorien:						
ausschließlich Muttermilch ¹	60,0	41,7	33,2	9,8	0,2	0,0
überwiegend Muttermilch ²	14,9	16,6	11,6	2,8	0,0	0,1
Zwiemilch ³	10,0	11,0	6,9	0,8	0,0	0,0
Muttermilch + Beikost	0,0	0,1	3,7	26,0	20,1	8,6
Muttermilch + SMN ⁴ + Beikost	0,0	0,6	3,8	9,0	5,8	4,2
ausschließlich SMN ⁴	15,1	27,9	19,6	2,1	0,0	0,0
SMN ⁴ + Beikost	0,0	2,1	21,2	49,5	73,9	87,1

¹ Muttermilch ohne zusätzliche Flüssigkeit und ohne Säuglingsmilchnahrung

² Muttermilch und zusätzliche Flüssigkeit, z. B. Tee, Kohlenhydratlösungen, aber keine Säuglingsmilchnahrung

³ Muttermilch und Säuglingsmilchnahrung

⁴ Säuglingsmilchnahrung (industriell oder selbst hergestellt), einschließlich Kuhvollmilch (unverdünn, ohne Unterscheidung von Fettgehalt oder Erhitzungsgrad)

1, 2, 3 Definitionen der NSK (12)

2.3.2.3 Einflussfaktoren für primäres Nichtstillen und eine kurze Stilldauer

Für primäres Nichtstillen wurden aus den Befragungen der Mütter mittels logistischer Regressionsanalyse folgende Einflussfaktoren in absteigender Reihenfolge ihrer Signifikanz identifiziert: keine bzw. unklare Stillabsicht der Mutter, fehlendes Interesse des Partners an der Säuglingsernährung, Aufwachsen der Mutter in den alten Ländern, Vorhandensein eigener Kinder, Alter der Mutter unter 25 Jahre, fehlende Still Erfahrung der Mutter.

Mit einer kurzen Stilldauer (weniger als 4 Monate) waren folgende Einflussfaktoren in absteigender Reihenfolge ihrer Signifikanz assoziiert: niedriger Ausbildungsabschluss der Mutter, Vorhandensein eigener Kinder, Alter der Mutter unter 25 Jahre, fehlende Still Erfahrung der Mutter, Zusatzfütterung des Säuglings innerhalb der ersten 3 Lebenstage, alleinerziehende Mutter, Stillprobleme innerhalb der ersten 14 Tage pp, Tages-Rooming-in während des Klinikaufenthaltes, erstes Anlegen des Kindes später als 1 Stunde pp.

2.3.2.4 Von den Müttern genannte Gründe für primäres Nichtstillen und für Abstillen

Die von den Müttern genannten Hauptgründe für primäres Nichtstillen waren in absteigender Reihenfolge 'Überbeanspruchung durch die Familie', 'keine Zeit', 'Rauchen', 'Probleme mit der Brust/den Brustwarzen', 'frühere Probleme beim Stillen', 'keine Lust zum Stillen' und 'bevorstehende Erwerbstätigkeit'.

Bei der Analyse der Abstillgründe zeigte sich eine Abhängigkeit von der Stilldauer (Abb. 2/2). Als Hauptgrund für das Abstillen nannten Mütter, die kürzer als 14 Tage gestillt hatten, 'Probleme mit der Brust oder den Brustwarzen'. Mütter, die länger als 14 Tage, aber kürzer als 4 Monate gestillt hatten, nannten eine 'unzureichende Muttermilchmenge' und Mütter, die länger als 4 Monate gestillt hatten, gaben an, dass 'der Zeitpunkt des Abstillens sowohl für das Kind als auch für die Mutter stimmte'.

2.3.2.5 Sonstige Milchernährung und Flüssigkeit

Innerhalb der ersten 3 Tage pp erhielten 56,0 % der primär gestillten Säuglinge neben der Muttermilch noch eine Zusatzfütterung. Als Zusatzfütterung wurden überwiegend Flüssigkeiten in Form von Kohlenhydratlösungen (49,0 %) oder Tee (38,4 %) gegeben, seltener Zusatznahrungen wie Säuglingsanfangsnahrung („Pre“- oder „HA“-Nahrung), Spenderinnenmilch oder sog. Erstnahrung (zusammen 8,7 %) und nur ausnahmsweise abgekochtes Wasser (1,0 %). Bei 2,9 % der Säuglinge war den Müttern die Art der Zusatzfütterung unbekannt. Die Zusatzfütterung innerhalb der ersten 3 Tage pp erfolgte bei den meisten Säuglingen mit der Flasche (96,6 %) und nur bei 3,4 % der Säuglinge mit alternativen Fütterungsmethoden.

„Pre“-Nahrungen⁶ hatten nur im 2. Monat eine Bedeutung (10,0 % der Säuglinge). Der Anteil von Säuglingen, die „1“-Nahrungen⁹ erhielten, fiel vom Ende des 4. Monats (21,9 %) bis zum Ende des 6. Monats deutlich ab (6,6 %); gleichzeitig stieg der Anteil von Säuglingen, die „2“-Nahrungen¹⁰, d. h. Folgenahrungen, erhielten, von 10,0 auf 37,7 %. Die Verwendung von „HA“-Nahrungen⁷ lag mit Ausnahme des 12. Monats (6,8 %) auf gleichem Niveau (etwa 10,0 % aller Säuglinge).

Selbstgekochte Säuglingsmilch oder andere Milcharten erhielten zu keinem Zeitpunkt mehr als insgesamt 3,0 % der Säuglinge. Kuhmilch hatte bis zum Ende des 6. Monats keine Bedeutung, am Ende des 1. Lebensjahres erhielt dagegen etwa ein Viertel der Säuglinge unverdünnte Kuhmilch¹¹ zu trinken.

In den ersten 4 Monaten bekamen etwa die Hälfte, im 2. Lebenshalbjahr etwa 95,0 % der Säuglinge zusätzliche Flüssigkeit bzw. Getränke. In den ersten 4 Monaten wurden Getränke hauptsächlich in Form von Instanttee oder selbsthergestelltem Tee (zusammen fast 80 % der Getränke) gegeben. Ab dem 6. Monat stieg der Anteil von Säuglingen, die Saft (unverdünnt oder verdünnt mit Wasser oder Tee) erhielten, von 35,0 % bis auf 53,0 % am Ende des 1. Lebensjahres. Leitungswasser hatte als Getränk im gesamten 1. Lebensjahr keine Bedeutung (< 5 % der Säuglinge); Mineralwasser spielte nur am Ende des 1. Lebensjahres eine Rolle (11,3 % der Säuglinge).

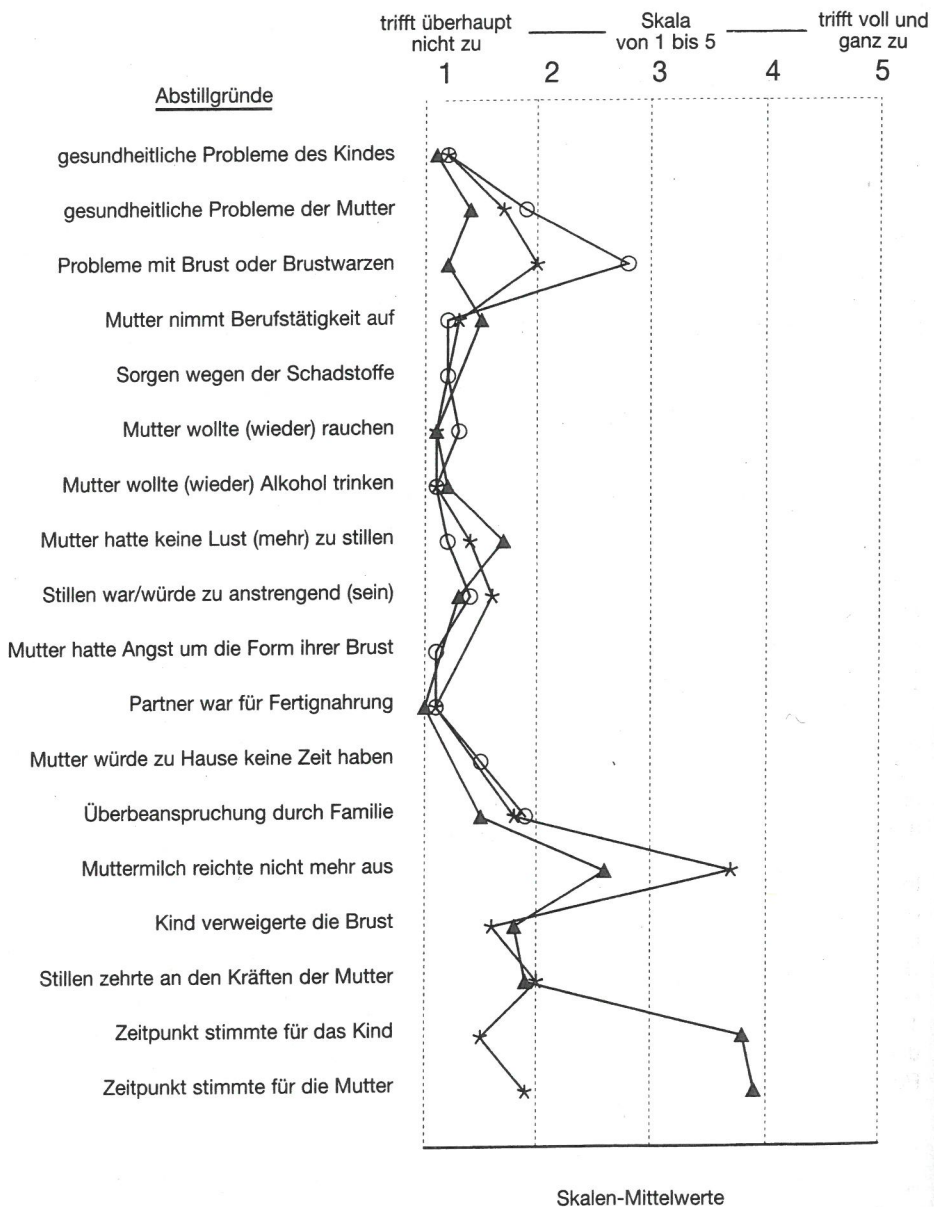
⁹ „1“-Nahrung: Säuglingsanfangsnahrung, die als Kohlenhydrat neben Lactose auch Stärke und ggf. weitere Kohlenhydrate (z. B. Maltodextrine, Saccharose) enthält.

¹⁰ „2“-Nahrung bzw. Folgemilch: Ist in ihrer Zusammensetzung weniger an Muttermilch adaptiert als Säuglingsanfangsnahrung; nur für Säuglinge über 4 Monate.

¹¹ vgl. Tab. 2/2

Abbildung 2/2: Von den Müttern genannte Abstillgründe in Abhängigkeit von der Stilldauer (angegeben als Skalenmittelwerte; fehlende Markierungen bedeuten Nicht-erhebung der betreffenden Items im jeweiligen Teilkollektiv)

Stilldauer: ○ ≤ 14 Tage * < 4 Monate ▲ ≥ 4 Monate
 n = 102 n = 428 n = 730



2.3.2.6 Beikost

Mahlzeiten mit Gemüse erhielten 20,9 % der Säuglinge bereits am Ende des 4. Monats (Tab. 2/3); mehrheitlich wurde industriell hergestellte Gläschenkost verwendet (Tab. 2/4). Mahlzeiten mit Gemüse waren am Ende des 6. Monats bei 77,3 % der Säuglinge eingeführt und ab dem Ende des 9. Monats bei nahezu allen Säuglingen, wobei die Gemüse-Mahlzeiten im 2. Lebenshalbjahr in knapp der Hälfte bis zu zwei Drittel der Fälle überwiegend selbst gekocht wurden.

Tabelle 2/3: Verzehr verschiedener Beikostmahlzeiten im Verlauf des 1. Lebensjahres (Nennungshäufigkeiten in Prozent)

Alter (Monate) Anzahl der Säuglinge	2 (n = 1586) ¹	4 (n = 1591) ¹	6 (n = 1586) ¹	9 (n = 1568) ¹	12 (n = 1540) ¹
Anzahl der Mahlzeiten pro Tag					
- mit Gemüse: 1	0,9	19,7	74,8	93,9	93,9
> 1	0,7	1,2	2,5	4,5	5,2
keine	98,4	78,8	22,6	1,5	0,9
- mit Milchbrei: 1	0,4	12,0	48,2	67,3	55,3
> 1	0,2	0,9	4,9	10,2	6,6
keine	99,4	87,0	46,7	22,4	38,1
- milchfrei, mit Obst, mit/ohne Getreide: 1	0,5	12,4	46,9	75,1	77,2
> 1	0,2	1,0	3,8	15,9	18,1
keine	99,3	86,5	49,2	8,7	4,6
pro Woche					
- mit Fleisch: 1-4	0,1	5,0	37,7	67,2	78,7
5-7	0,0	0,5	8,3	18,3	14,5
keine	99,8	94,2	53,8	14,4	6,7

¹ Alle Säuglinge = 100 %; Differenz zu 100 % = fehlende Angaben

Milchbrei erhielten am Ende des 4. Monats 12,9 % der Säuglinge (Tab. 2/3). Der Anteil von Säuglingen, die Milchbrei erhielten, stieg auf ein Maximum am Ende des 9. Monats und nahm bis zum Ende des 1. Lebensjahres wieder leicht ab. Die Milchbreie wurden mehrheitlich aus Fertigtupulver hergestellt (Tab. 2/4). Der Anteil von Säuglingen, die den Milchbrei überwiegend in selbstgekochter Form erhielten, stieg im 2. Lebenshalbjahr kontinuierlich bis auf 30,6 % am Ende des 1. Lebensjahres.

Der Anteil von Säuglingen, die milchfreie Mahlzeiten in Form von Obst- oder Obst-Getreide-Brei erhielten, nahm im 2. Lebenshalbjahr kontinuierlich von 50,7 % am Ende des 6. Monats bis auf 95,3 % am Ende des 1. Lebensjahres zu (Tab. 2/3). Die milchfreie Obst-Getreide-Mahlzeit wurde im 4. und 6. Monat von etwa drei Vierteln der Mütter als Gläschenkost gegeben, am Ende des 1. Lebensjahres aber von mehr als der Hälfte selbst zubereitet (Tab. 2/4).

Die Verzehrshäufigkeit von fleischhaltigen Mahlzeiten stieg nach dem 4. Monat an: es bekamen im 6. Monat etwa 8 %, im 9. Monat etwa 18 % und im 12. Monat etwa 14 % der Säuglinge fast täglich Fleisch, während 14 % (9. Monat) bzw. 7 % (12. Monat) keine Fleisch-Mahlzeit erhielten (Tab. 2/3).

Am Ende des 9. Monats bekamen etwa 39 % der Säuglinge eine oder mehrere Mahlzeiten pro Tag mit Brot; am Ende des 1. Lebensjahres waren dies etwa 80 % (nicht dargestellt).

Tabelle 2/4: Herstellung verschiedener Beikostmahlzeiten im Verlauf des 1. Lebensjahres (Nennungshäufigkeiten in Prozent)

Alter (Monate)	2	4	6	9	12
Überwiegende Herstellung					
Mahlzeiten mit Gemüse	(n = 27) ¹	(n = 337) ¹	(n = 1127) ¹	(n = 1545) ¹	(n = 1526) ¹
selbst gekocht	11,1	14,8	23,6	44,3	64,4
aus Gläschen	81,5	82,8	74,6	54,5	34,7
Mahlzeiten mit Milchbrei	(n = 9) ¹	(n = 206) ¹	(n = 845) ¹	(n = 1216) ¹	(n = 954) ¹
selbst gekocht	11,1	9,7	12,1	24,9	30,6
aus Fertigpulver/Gläschen	88,9	89,3	74,5	73,9	62,2
Milchfreie Mahlzeiten, mit Obst, mit/ohne Getreide	(n = 11) ¹	(n = 215) ¹	(n = 804) ¹	(n = 1431) ¹	(n = 1469) ¹
selbst zubereitet	27,3	22,3	26,7	42,8	59,6
aus Gläschen	63,6	77,2	72,9	51,8	34,2

¹ n = alle Säuglinge, die die jeweilige Mahlzeit erhielten = 100 %;
Differenz zu 100 % bei den einzelnen Mahlzeiten = fehlende Angabe

2.3.2.7 Häufigste Still- und Ernährungsprobleme im 1. Lebensjahr

Während des Aufenthaltes in der Entbindungsklinik hatten 40,3 % der Mütter Stillprobleme. Die von den Müttern am häufigsten genannten Probleme¹² waren 'wunde Brustwarzen' (33,9 %), 'zuwenig Muttermilch' (27,2 %), 'Milchstau' (18,3 %), 'Schwierigkeiten des Kindes beim Trinken' (17,6 %) und 'Brustentzündung' (10,5 %). Seltener wurden 'Flach- und Hohlwarzen' (5,7 %), 'zuviel Muttermilch' (4,6 %) und 'schmerzhafte Nachwehen bzw. schmerzhafter Milcheinschuss' (0,9 %) genannt. Die Betreuung bei den Stillproblemen erlebten 80,0 % der Mütter als 'gut'. Mütter von primär gestillten Säuglingen, die zum Zeitpunkt des Interviews 14 Tage pp Säuglingsmilchnahrung¹¹ (zu-)fütterten, nannten als häufigste Gründe für das frühe Zufüttern 'zuwenig Muttermilch' (54,6 %), 'das Kind wurde nicht satt' (19,8 %) und 'Probleme beim Stillen' (15,0 %).

Im Zeitraum zwischen der Entlassung aus der Klinik und dem Interview 14 Tage pp hatten 59,7 % der Mütter Stillprobleme. Die Mehrzahl dieser Mütter hatte sich Hilfe bei einer Hebamme oder einer Stillberaterin geholt (67,6 %); Familienangehörige, Bekannte oder Freunde wurden seltener gefragt (18,1 %); 4,3 % der Mütter hatten sich in Stillbüchern Rat geholt; nur wenige hatten einen Arzt (1,2 %) bzw. eine Klinik (1,1 %) oder die örtliche Stillgruppe (< 1 %) um Hilfe gebeten; 7,4 % der Mütter waren allein mit den Stillschwierigkeiten fertig geworden.

Im Laufe des 1. Lebensjahres wurden die Mütter im Rahmen der Ernährungsprotokolle gefragt, ob und, wenn ja, wie sie sich jeweils zwischenzeitlich über Säuglingsernährung informiert hatten. Am Ende des 2., 4. und 6. Monats gaben jeweils etwa 70 % der Mütter an, dass sie sich seit der letzten Befragung über Säuglingsernährung informiert hatten; am Ende des 9. bzw. 12. Monats waren es nur noch zwischen 50 und 60 %. Am häufigsten hatten sich die

¹² Mehrfachnennungen möglich

Mütter an den Haus- oder Kinderarzt gewandt und/oder sich aus schriftlichen Unterlagen informiert (40 bis 60 %). Im 2. Lebenshalbjahr erlangten Freunde und Verwandte (etwa 40 %) und Mutter-Kind-Gruppen (17 %) als Informationsquelle zunehmend Bedeutung. Beratungsstellen und andere medizinische Fachkräfte wie Hebammen, Stillberaterinnen oder Stillgruppen wurden lediglich in 1 bis 3 % der Fälle aufgesucht.

2.4 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Stillförderung in der Klinik

Die Befunde der SuSe-Studie zeigen, dass bei der Anwendung stillfördernder Maßnahmen in deutschen Geburtskliniken noch zahlreiche Verbesserungen im Sinne der aktuellen Stillempfehlungen vorzunehmen sind. Hierzu zählt insbesondere, dass die Richtlinien für die Stillförderung für das betreuende Personal durch schriftliche Festlegung verbindlich und durch regelmäßige Schulung verständlich gemacht werden, dass die Mutter-Kind-Einheit durch Tag- und Nacht-Rooming-in gefördert wird, dass die Zufütterung von Flüssigkeit oder Nahrung bei gesunden, gestillten Säuglingen in den ersten 3 Tagen pp auf ärztliche Anordnung beschränkt wird und dass, wenn möglich, alternative Zufütterungsmethoden eingesetzt werden. Vergleichsuntersuchungen aus der Vergangenheit liegen in Deutschland nicht vor.

Knappe Zeit- und Personalressourcen in den Kliniken sowie kürzer werdende Klinikaufenthalte der Mütter nach der Entbindung machen u. U. eine Umstrukturierung der Kreißsaalroutine und meistens Änderungen verschiedener Abläufe im Stations- bzw. Kinderzimmer erforderlich, um die personalintensiven Stillfördermaßnahmen in die Pflegeroutine zu integrieren. Auf die Stillförderung sollte insbesondere in kleineren Kliniken verstärkt geachtet werden.

Stillen und Stillberatung im 1. Lebensjahr

Die Stillquoten im 1. Lebensjahr sind in Deutschland nach einem historischen Tief in den 70er Jahren stetig angestiegen, wie Daten von vereinzelt lokalen prospektiven Studien und von retrospektiven Marktforschungsstudien zeigen (8). In der SuSe-Studie entsprechen die primären Stillquoten sowie die Stillquoten im Verlauf der 1. Lebensmonate etwa der Stillsituation in anderen mitteleuropäischen Ländern, z. B. der Schweiz (9), bleiben aber insbesondere nach den ersten 4 Lebensmonaten hinter den Stillquoten in skandinavischen Ländern weit zurück. So werden z. B. in Schweden im Alter von 6 Monaten noch etwa 75 % der Säuglinge teilgestillt (10).

In Anbetracht des rapiden Abfalls der Quote für ausschließliches Stillen innerhalb weniger Tage nach der Klinikentlassung sowie des hohen Anteils an Müttern mit Stillproblemen innerhalb der ersten 14 Tage pp in der SuSe-Studie wurde deutlich, dass die stillfördernden Maßnahmen in diesem, für den langfristigen Stillserfolg besonders bedeutsamen, Zeitraum verstärkt werden müssen. Offensichtlich fehlt es den Müttern an Informationen bzw. beratender Unterstützung. Dies zeigte sich beispielsweise darin, dass die Mütter als Stillprobleme am häufigsten Probleme mit der Brust bzw. Mangel an Muttermilch nannten, obwohl diese vermeintlichen Probleme bei guter Unterrichtung und kompetenter Beratung in aller Regel vermieden bzw. behoben werden können.

Stillwillige Mütter benötigen ein effektives Betreuungsnetz, beginnend in der Klinik und weitergeführt von Hebammen bzw. professionellen Laktationsberaterinnen, Stillgruppen und dem öffentlichen Gesundheitswesen. Hierzu sollte professionelle Stillberatung als primärpräventive

Aufgabe wieder in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V § 20; vormals § 20 des Gesundheitsförderungsgesetzes RVO) aufgenommen werden. Dazu zählt sowohl die stationäre als auch die ambulante, aufsuchende Stillberatung¹³. Zur Verwirklichung der weltweit geltenden Forderung nach einer 4- bis 6-monatigen Dauer des vollen Stillens ist qualifizierte Stillbetreuung über das Wochenbett hinaus auch im weiteren Verlauf des 1. Lebensjahres erforderlich, sinnvollerweise kombiniert mit einer weiterführenden Ernährungsberatung insbesondere im Hinblick auf eine eventuelle Ergänzung durch Säuglingsmilch und die Einführung von Beikost.

Säuglingsernährung im 1. Lebensjahr

Hinsichtlich der Ernährung mit Beikost zeigte sich in der SuSe-Studie, dass die Richtlinien des in Deutschland allgemein anerkannten „Ernährungsplans für das 1. Lebensjahr“ (11) von den meisten Müttern weitgehend eingehalten wurden. Industriell hergestellte Beikost hatte eine große Bedeutung in der Ernährung der Säuglinge. Deshalb ist es wünschenswert, dass sich die Hersteller nicht nur bezüglich der Einsatzzeitpunkte der Beikost, sondern auch bezüglich der Rezepturen eng an den „Ernährungsplan für das 1. Lebensjahr“ anlehnen. Bei der Wahl der Säuglingsmilchnahrung zeigte es sich, dass die meisten Mütter den Milchnahrungstyp („Pre“, „1“, „2“) im 1. Lebensjahr wechselten. Dies bietet ernährungsphysiologisch keine Vorteile, wird aber vom Marketing unterstützt.

Die in der SuSe-Studie aufgezeigten Abweichungen zwischen der Empfehlung, unverdünnte Kuhmilch im gesamten 1. Lebensjahr nicht als Trinkmahlzeit einzusetzen, und der Praxis in vielen Familien¹¹ sollten auf fragliche gesundheitliche Folgen für das Kind (unnötig hohe Zufuhr von Protein und Antigenen, vermehrt okkulte Blutverluste im Stuhl, verminderte Wasserreserven wegen vermehrten Anfalls harnpflichtiger Substanzen, keine Anreicherung mit Jod) untersucht werden.

Ausblick

Wichtige Zielgruppen für Stillförderung und weitere Informationen über richtige Säuglingsernährung sind nach den Befunden der SuSe-Studie in Übereinstimmung mit der Literatur besonders junge Frauen, Frauen aus den unteren Sozialschichten und Frauen, die schon ein Kind haben. Insbesondere ihnen sollten die wissenschaftlichen Erkenntnisse zum Stillen und zur Säuglingsernährung über verschiedene Medien in geeigneter Form praxisnah vermittelt werden. Dabei sollten auch die Väter angesprochen werden, um die Stillabsicht und die Stilldauer der Mütter durch eine positive Einstellung der Väter zu fördern. Um auch in Deutschland die nötigen gesellschaftlichen Voraussetzungen für eine Stillkultur nach dem Vorbild der skandinavischen Länder zu fördern, müsste auch auf politischer Ebene Überzeugungsarbeit geleistet werden, damit sich ein gesellschaftlicher Konsens hinsichtlich der Vorteile des Stillens entwickeln kann und Stillen auch nach dem Wochenbett und in der Öffentlichkeit als selbstverständlich angesehen wird.

Sinnvoll wäre ein regelmäßiges Monitoring der Entwicklung des Stillens und der Säuglingsernährung in Deutschland, das u. a. der Nationalen Stillkommission die erforderlichen Daten für eine noch wirkungsvollere Stillförderung liefern und eine Qualitätssicherung der Säuglingsernährung als wichtige präventive und gesundheitspolitische Aufgabe ermöglichen würde.

¹³ außerhalb der Klinik; die Beraterin kommt zur Mutter

2.5 Literatur

- (1) American Dietetic Association: Promotion of breast-feeding. *J Am Diet Assoc* 97 (1997) 662–665
- (2) British Paediatric Association: Is breastfeeding beneficial in the UK? Statement of the Standing Committee of the British Paediatric Association. *Arch Dis Child* 71 (1994) 376–380
- (3) Cunningham AS, Jelliffe DB, Jelliffe EFP: Breast-feeding and health in the 1980s: A global epidemiologic review. *J Pediatr* 118 (1991) 659–666
- (4) Schöch G, Alexy U, Kersting M: Advantages of breast-feeding and habits in different countries. In: Sutor AH, Hathaway WE (eds): *Vitamin K in Infancy*. Schattauer, New York; Editiones Roche, Basel (1995) 71–82
- (5) Innocenti-Declaration: On the protection, promotion and support of breastfeeding. WHO/UNICEF-Meeting on breastfeeding in the 1990s: A global initiative. Florence/Italy 30 July – 1 August 1990
- (6) Nationale Stillkommission: Empfehlungen zur Stillförderung in Krankenhäusern des Berufsverbandes der Frauenärzte, der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, der Akademie für Kinderheilkunde und Jugendmedizin, der Frauenärztlichen Akademie und der Nationalen Stillkommission vom 2.11.1998. *Akt Ernähr-Med* 24 (1999) 112–114
- (7) Ernährungskommission der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde: Empfehlung zum Stillen in den ersten Lebensstagen; gleichzeitig eine Richtlinie zum Einsatz sogenannter Erstnahrungen zur Energiesubstitution bei Neugeborenen. *Ernährungs-Umschau* 36 (1989) 376
- (8) Huch R, Bergmann R, Kersting M, Schneider HPG, Schubiger G: Stillen – nur wegen des babyfreundlichen Krankenhauses? *PerinatalMedizin* 8 (1996) 123–132
- (9) Conzelmann C, Brou C: Stillhäufigkeit und Stilldauer in der Schweiz 1994. Schlussbericht. Bundesamt für Gesundheitswesen, Basel
- (10) Zetterström R: Foreward. *Biology of the Neonate* 10 (1998) 80–83
- (11) Forschungsinstitut für Kinderernährung: Empfehlungen für die Ernährung von Säuglingen. Förderergesellschaft Kinderernährung, Dortmund (1996)
- (12) Springer S, Kersting M, Nehlsen E, Przyrembel H: Definitionen zur Säuglingsernährung. Vorschläge der Nationalen Stillkommission – Sagen wir was wir meinen? *Sozialpädiatrie* 21 (1999) 39–42