

Stillen als Ressource nutzen im Kontext der Frühen Hilfen

Vorbemerkung

Den Impuls zu diesem Eckpunktepapier gab ein Treffen des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) mit dem Runden Tisch Stillförderung in Deutschland. Es befasst sich mit den Möglichkeiten, inwieweit Stillen auch über die Strukturen der Frühen Hilfen gefördert werden kann.

INHALT

Beteiligte Organisationen 2

1 Einleitung 3

1.1 Ziel dieses Eckpunktepapiers 3

1.2 Stillen und Frühe Hilfen 3

2 Bedeutung des Stillens 5

2.1 Stillen unterstützt die Mutter-Kind-Bindung 5

2.2 Stillen beeinflusst die Gesundheit und die Entwicklung des Kindes 6

2.3 Stillen beeinflusst die Gesundheit der Mutter 7

3 Einbeziehung der Väter und familiärer Bezugspersonen 8

4 Gesellschaftliche Rahmenbedingungen 9

4.1 Gesellschaftliche Sicht auf das Stillen 9

4.2 Was wissen wir über das Stillverhalten von Familien in den Frühen Hilfen? 10

4.3 Qualifikationen und Strukturen im Gesundheitswesen 10

4.4 Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten 13

5 Stillförderung 15

5.1 Wer ist zuständig für persönliche Stillberatung und -begleitung? 15

5.2 Wer ist zuständig für allgemeine Stillförderung? 16

5.3 Welche weiteren Initiativen gibt es? 16

5.4 Was brauchen die Eltern? 17

6 Integration von Stillförderung in die Frühen Hilfen 19

6.1 Nutzen für die Familien im Kontext der Frühen Hilfen 19

6.2 In den Frühen Hilfen benötigte Strukturen 19

6.3 Kosten 20

7 Zusammenfassung der Empfehlungen 21

8 Literatur 22

Beteiligte Organisationen

Der Runde Tisch Stillförderung in Deutschland ist ein informeller Zusammenschluss von Organisationen, Verbänden und Institutionen in Deutschland, die sich für Schutz, Förderung und Unterstützung des Stillens einsetzen. Aktuell (Stand: 2017) sind folgende Organisationen daran beteiligt:

- Aktionsgruppe Babynahrung (AGB) e.V.
- Arbeitsgemeinschaft Freier Stillgruppen (AFS) e.V.
- Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V. (AKF)
- Ausbildungszentrum Laktation und Stillen
- Berufsverband Deutscher Laktationsberaterinnen IBCLC e.V.
- Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) e.V.
- Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland (BeKD) e.V.
- Deutsche Liga für das Kind
- Deutscher Hebammenverband (DHV) e.V.
- Deutsches Ausbildungsinstitut für Stillbegleitung gUG (DAIS)
- Europäisches Institut für Stillen und Laktation EISL
- Fortbildungszentrum Bensberg
- Gesellschaft für Geburtsvorbereitung – Familienbildung und Frauengesundheit Bundesverband e.V.
- Initiative Babyfreundlich von WHO und UNICEF e.V.
- La Leche Liga (LLL) e.V.

Wir danken allen Mitwirkenden für ihr Engagement und hoffen auf eine weite Verbreitung und intensive Diskussion der Thesen und Vorschläge sowie positive Impulse für die Begleitung und Unterstützung junger Familien im Kontext der Frühen Hilfen.

Einleitung

1.1 Ziel dieses Eckpunktepapiers

Stillen spielt bislang im Diskurs der Frühen Hilfen nur eine untergeordnete Rolle. In dem vom NZFH für die Arbeit mit den Familien herausgegebenen „Nestmaterial“¹ wird es erwähnt, und hier und da gibt es einzelne Stillförderprojekte im Kontext der Frühen Hilfen. Gerade für Familien in belasteten Lebenslagen und ihre Kinder ist es wichtig, ihnen den Zugang zum Stillen zu erleichtern. Manchmal bestehen Vorbehalte gegen gezielte Stillförderung: Das Stillen sei für Mütter in schwierigen Situationen eine zusätzliche Belastung und sie könnten deshalb von Stillfördermaßnahmen kaum profitieren. Eine solche Einstellung wird leicht zur selbsterfüllenden Prophezeiung: Die betroffenen Mütter erhalten unter dieser Prämisse keine ausreichende Unterstützung und bei Fragen und Schwierigkeiten wenig Ermutigung zum Stillen.

Ziel dieses Papiers ist es, den Stand des Wissens zur Bedeutung des Stillens und die Rahmenbedingungen für gelingendes Stillen darzustellen, damit das Stillen als Ressource im Kontext der Frühen Hilfen wahrgenommen und genutzt werden kann.

Es geht darum, Stillen zu *ermöglichen* und zu *unterstützen*, und nicht darum, Druck auf Mütter auszuüben, um Stillen zu erzwingen.

1.2 Stillen und Frühe Hilfen

In der Begriffsbestimmung zu den Frühen Hilfen des wissenschaftlichen Beirats heißt es: „Frühe Hilfen bilden lokale und regionale Unterstützungssysteme mit koordinierten Hilfsangeboten für Eltern und Kinder ab Beginn der Schwangerschaft und in den ersten Lebensjahren mit einem Schwerpunkt auf der Altersgruppe der 0- bis 3-Jährigen. Sie zielen darauf ab, Entwicklungsmöglichkeiten von Kindern und Eltern in Familie und Gesellschaft frühzeitig und nachhaltig zu verbessern“ (NZFH 2009). „Grundlegend sind Angebote, die sich an alle (werdenden) Eltern mit ihren Kindern im Sinne der Gesundheitsförderung richten (universelle/primäre Prävention). Darüber hinaus wenden sich Frühe Hilfen insbesondere an Familien in Problemlagen (selektive/sekundäre Prävention)“ (ebd.).

In der Altersgruppe der 0- bis 3-Jährigen ist das Stillen ein wesentliches, biologisch vorgeprägtes Element der Mutter-Kind-Beziehung und der Versorgung des Kindes. Säuglinge sind von der Natur auf das Saugen an der Brust und die Aufnahme von Muttermilch als erste Nahrung vorbereitet. Auch bei der Mutter finden im Verlauf der Schwangerschaft Prozesse statt, die den Körper auf das Stillen vorbereiten. Dazu gehören nicht nur die Vergrößerung der Brustdrüsen und die Speicherung von Depotfetten, sondern auch hormonelle Anpassungen, die das Stillen und die enge körperliche Nähe zum Neugeborenen unterstützen. Nichtstillen bedeutet demzufolge für Mutter und Kind zunächst Stress und beeinträchtigt die kritische Phase des Übergangs zur Elternschaft. Auf der anderen Seite ist Stillen in dieser Lebensphase sowohl für

1 siehe www.fruehehilfen.de/serviceangebote-des-nzfh/materialien/publikationen/nest-material/?L=0

1

die Gesundheit und die Entwicklung der Kinder als auch der Mütter ein wesentlicher Faktor. Väter spielen bei dem Thema insbesondere als Unterstützer der Mütter eine wichtige Rolle. Deshalb ist das Stillen mit allen seinen Aspekten ein wichtiges Thema für die Frühen Hilfen.

Die beiden Ebenen der primären und der sekundären Prävention müssen auch bei der Stillförderung berücksichtigt werden. Stillspezifische Qualifikationen der Fachleute und Bindungs- und stillfördernde Strukturen in den Einrichtungen des Gesundheitssystems als Maßnahmen der Gesundheitsförderung und primären Prävention bilden die Grundlage. Spezielle Unterstützungsangebote im Sinne der sekundären Prävention für die besonderen Bedürfnisse von Eltern und Kindern können dann daran anknüpfen.

Bedeutung des Stillens

Weltweit ist das Stillen als die primäre Präventionsmaßnahme zur Sicherung der Gesundheit aller Mütter und Kinder anerkannt. In der Kinderrechtskonvention ist das Recht der Kinder auf bestmögliche Gesundheit festgehalten, dabei wird auch das Stillen genannt (UN-Kinderrechtskonvention 1989).

Die WHO und viele Fachgesellschaften empfehlen, sechs Monate ausschließlich zu stillen, das heißt keine andere Nahrung oder Flüssigkeit außer Muttermilch zu geben, und danach mit angemessener Beikost bis zum Alter von zwei Jahren oder darüber hinaus weiter zu stillen (WHO 2003; Kramer u. a. 2012; Pérez-Escamilla u. a. 2019).

Wichtig ist, dass die Einführung von Beikost nicht bedeutet, dass dann schnell innerhalb weniger Tage oder Wochen abgestillt wird. Wie lange ein Kind insgesamt gestillt werden kann und soll, hängt von den jeweiligen Umständen und Bedürfnissen der Mutter und des Kindes ab und sollte deshalb auch individuell bestimmt werden.

2.1 Stillen unterstützt die Mutter-Kind-Bindung

Die physiologischen Vorgänge beim Stillen wirken sich unterstützend auf die Mutter-Kind-Bindung aus. Inzwischen gibt es eine Reihe von Studien, in denen die körperlichen Prozesse während des Stillens untersucht wurden. Die beim Stillen ausgeschütteten Hormone Oxytocin und Prolaktin begünstigen und verstärken mütterliche Zuwendung (Uvnäs-Moberg 2003). Kim u. a. (2011) haben Müttern im ersten Monat nach der Geburt Tonaufzeichnungen vom Weinen ihrer Babys vorgespielt und die Aktivierung verschiedener Gehirnregionen gemessen. Ausschließlich stillende Mütter zeigten eine stärkere Aktivierung in bindungsrelevanten Gehirnregionen als teil- oder nichtstillende Mütter. Auch dies könnte eine Folge der Oxytocin-Ausschüttung beim Stillen sein. Der Hautkontakt beim Stillen und das Saugen an der Brust senken die Spiegel der Stresshormone (Handlin u. a. 2009; Heinrichs u. a. 2001). Dies hilft der Mutter, sich gelassener dem Kind zuzuwenden.

Auch weitere Studien zum mütterlichen Verhalten, wie die unten genannten, weisen auf verstärkte Bindung hin. Vorab bestehende Unterschiede zwischen stillenden und nichtstillenden Müttern können die Ergebnisse verzerren und müssen so weit wie möglich erfasst und berücksichtigt werden. Strathearn u. a. (2009) fanden bei der Analyse von Unterschieden bei nichtgestillten Kindern gegenüber Kindern, die rund vier Monate lang gestillt worden waren, ein 2,6-fach erhöhtes Risiko für Vernachlässigung oder Misshandlung durch die Mutter. Beim Verhalten anderer Bezugspersonen gab es keine Unterschiede, was dafür spricht, dass das Stillen als spezifischer Faktor wirkte.

2

Cierpka (2015) betont, dass Interventionen, deren Fokus auf der Verbesserung der elterlichen Feinfühligkeit lag, sich bei der Verbesserung der kindlichen Bindungssicherheit am effektivsten erwiesen. Unter diesem Aspekt untersuchten Edwards u. a. (2015) das Verhalten junger Mütter. Ihre Vergleichsgruppen teilten sie danach ein, wie groß die Vorab-Wahrscheinlichkeit für das Stillen war („propensity score matching approach“), um so ergebnisrelevante Unterschiede zwischen den Müttern zu erfassen. Sie fanden bei den stillenden Müttern eine erhöhte elterliche Wirksamkeit („parenting efficacy“) und Feinfühligkeit („sensitivity“).

Gelingendes Stillen ist auch eine Erfahrung von Selbstwirksamkeit und Handlungsfähigkeit, einer wichtigen Grundlage für die Bewältigung von Widrigkeiten (BMFSFJ 2009). Dies stabilisiert die mütterliche Psyche und damit auch die Mutter-Kind-Bindung. Auch bei den guten Gründen für das Stillen ist eine respektierende Haltung gegenüber Frauen, die aus gesundheitlichen Gründen oder aus bewusster Entscheidung nicht stillen, wichtig. Denn der Aufbau von Druck und Schuldgefühlen kann zur Belastung der Mutter-Kinder-Bindung führen.

2.2 Stillen beeinflusst die Gesundheit und die Entwicklung des Kindes

- Inhaltsstoffe der Muttermilch geben dem Kind immunologische Unterstützung, sowohl direkt gegen Infektionen als auch für den Aufbau und die Weichenstellungen seines Immunsystems. Auch der Einfluss der Muttermilch auf die Gesamtheit der Mikroorganismen im Darm (Darmflora) wirkt darauf ein. Mittelohrentzündungen, Erkrankungen der Atemwege und Magen-Darm-Erkrankungen treten bei nicht oder kurz gestillten Kindern wesentlich häufiger auf. Dadurch verursachte Krankenhausaufenthalte sind bei ihnen sehr viel häufiger (Victora u. a. 2016).
- Längeres Stillen verringert das Risiko für Übergewicht und Adipositas um 26 % (ebd.).
- Stillen unterstützt die Entwicklung des Nervensystems und der Intelligenz (ebd.).
- Das Risiko für den plötzlichen Kindstod (SIDS) ist bei nichtgestillten Kindern mehr als doppelt so hoch im Vergleich zu gestillten Kindern (Hauck u. a. 2011).
- Das Saugen an der Brust unterstützt eine gute Kiefer- und Zahnentwicklung. Fehlstellungen treten bei Flaschenfütterung deutlich häufiger auf (Peres u. a. 2015). Dies führt zu einem erhöhten kieferorthopädischen und logopädischen Behandlungsbedarf.

Diese Effekte zeigen sich sowohl in Entwicklungsländern als auch in industrialisierten Ländern.

Insbesondere die geringere Infektanfälligkeit, aber auch die anderen positiven Effekte auf die Gesundheit des Kindes können dazu beitragen, dass der Alltag mit dem Säugling stressärmer verläuft. Dies kann vor allem für Familien in Problemlagen ein wichtiger Schutzfaktor sein.

2.3 Stillen beeinflusst die Gesundheit der Mutter

In der Phase kurz nach der Geburt ist das Stillen ein wesentliches Element im Regelkreis der physiologischen Umstellung nach der Schwangerschaft. Die beteiligten Hormone fördern die Rückbildungsvorgänge und verbessern die Wundheilung; dadurch sinkt das Risiko für Infektionen der Gebärmutter, der Kaiserschnittnaht und der Dammschnittnaht (Perl 2003).

Stillen kann auch das psychische Wohlbefinden und die Schlafqualität der Mutter fördern (Doan u. a. 2014; Uvnäs-Moberg/Petersson 2005). Ob das gelingt, hängt allerdings davon ab, ob es eine adäquate Stillberatung vor und nach der Geburt gab und wie stillfreundlich die Umgebungsfaktoren am Geburtsort waren. Unter günstigen Bedingungen gleicht sich beim Stillen der Schlaf-Wach-Rhythmus von Mutter und Kind einander an. Das Hormon Oxytocin, das beim Stillen ausgeschüttet wird, senkt den Blutdruck und den Cortisolspiegel. Es wirkt beruhigend und stimmungsaufhellend.

Eine räumliche Trennung von Mutter und Kind, starre Regeln in Bezug auf die Stillfrequenz und ambivalente Botschaften zum Thema Stillen können Mütter jedoch verunsichern und das Einspielen einer unkomplizierten Stillbeziehung behindern.

Viele längerfristige Auswirkungen auf die körperliche Gesundheit sind umso stärker ausgeprägt, je länger die Mutter ausschließlich bzw. überhaupt stillt. Bei einer Stillzeit von mindestens drei Monaten ist bei Müttern mit Gestationsdiabetes das Risiko, einen Diabetes Typ 2 zu entwickeln, deutlich verringert. Zum Teil ist dies auf einen niedrigeren BMI bei stillenden Frauen zurückzuführen. Stillen verbessert aber auch die Insulinempfindlichkeit und wirkt sich günstig auf den Fett- und Zuckerstoffwechsel der Mutter aus. Diese Effekte halten auch noch lange nach dem Ende der Stillzeit an (Much u. a. 2016). Das Brustkrebsrisiko sinkt um 4,3 % pro zwölf Monate Stillzeit (Victoria u. a. 2016). Auch das Risiko für Eierstockkrebs sinkt bei längerer Stillzeit (ebd.).

Allerdings gibt es auch medizinische Gründe, die es Müttern nicht möglich machen zu stillen, wie zum Beispiel akute Krebserkrankungen oder Suchterkrankungen. Dann ist es besonders wichtig, keinen unnötigen Druck aufzubauen und Versagensgefühlen der Mütter entgegenzuwirken. Zudem sollten Möglichkeiten angeboten werden, die Erfahrungen von Nähe und Geborgenheit, wie sie durch das Stillen hergestellt werden, zu ermöglichen.

3

Einbeziehung der Väter und familiärer Bezugspersonen

Die Väter spielen in Bezug auf das Stillen eine entscheidende Rolle: Wenn der Partner eine negative Einstellung zum Stillen hat, ist für die Mutter das Risiko des primären Abstillens² um den Faktor 22 erhöht; auch die durchschnittliche Stilldauer wird dadurch verkürzt (Kohlhuber u.a. 2008). Bei einer Befragung in Großbritannien äußerte ein Teil der Väter, dass sie sich bei der Stillbeziehung außen vor fühlten und nicht recht wussten, wie sie ihre Partnerin unterstützen können. Sie waren froh über faktische und praktische Informationen. Wenn Fachpersonal die Väter in die Stillinformation nicht einbezog, vermittelte ihnen dies den Eindruck, für unwichtig gehalten zu werden (Brown/Davis 2014). Pisacane u.a. führten in Neapel eine Interventionsstudie mit gezielter Stillinformation für werdende Väter durch. Dadurch erhöhte sich die Prävalenz des vollen Stillens mit sechs Monaten von 15 % in der Kontrollgruppe auf 25 % in der Interventionsgruppe. Außerdem berichteten in der Interventionsgruppe 91 % der Mütter, dass sie von ihren Partnern unterstützt wurden und in Bezug auf die Ernährung des Babys von ihnen Hilfe bekamen, während dies in der Kontrollgruppe nur 34 % der Mütter berichteten (Pisacane u.a. 2005).

Neben den Vätern haben auch die Großmütter erheblichen Einfluss: Eine negative Einstellung der mütterlichen Großmutter zum Stillen erhöht das Risiko des primären Abstillens um den Faktor 3,6 (Kohlhuber u.a. 2008). Deshalb ist es sinnvoll, auch die Großmütter bzw. Großeltern mit einzubeziehen.

Solides Wissen und eine positive Haltung zum Stillen im sozialen Umfeld sind wesentliche Faktoren für gelingendes Stillen. Die Netzwerkarbeit der Frühen Hilfen kann zum Beispiel durch Angebote für familiäre Bezugspersonen dazu beitragen.

2 Primäres Abstillen bedeutet, dass direkt nach der Geburt abgestillt, also gar nicht gestillt wird.

Gesellschaftliche Rahmenbedingungen

4

„Stillerfolg liegt nicht in der alleinigen Verantwortung der Frau – Stillförderung ist eine gesellschaftliche Verantwortung“ (Rollins u. a. 2016).

Damit das Stillen gelingen kann, braucht es entsprechende gesellschaftliche Strukturen und Rahmenbedingungen. Besonders für Frauen in schwierigen Lebenssituationen sind stillhemmende Strukturen, Bedingungen und Einstellungen eine besondere Hürde und können das Stillen für sie unattraktiv machen (Smith u. a. 2012). Es ist nicht zielführend, hier nur im Sinne einer Verhaltensprävention bei der einzelnen Mutter und ihrem persönlichen Verhalten anzusetzen. Vielmehr muss dies durch eine Verbesserung der Bedingungen im Umfeld ergänzt und unterfüttert werden, um die Chancen der Mütter auf gelingendes Stillen zu erhöhen (Verhältnisprävention) (vgl. BMFSFJ 2009; Cierpka 2015).

4.1 Gesellschaftliche Sicht auf das Stillen

Die gesellschaftliche Sicht auf das Stillen ist zwiespältig, und die Mütter erhalten doppelte Botschaften. Die eine Botschaft lautet: „Stillen ist das Beste, du solltest dein Kind stillen“. Manche Mütter fühlen sich dadurch unter Druck gesetzt. Die andere lautet: „Flaschennahrung ist (fast) so gut wie Muttermilch und Stillen, lass auch mal den Papa füttern, still nicht im Restaurant, und still nicht so lange“. Henderson u. a. (2000) fanden bei einer Medienanalyse in Großbritannien, dass Flaschenfütterung sehr oft bildlich und als unproblematisch dargestellt wurde, während Stillen insgesamt seltener vorkam und häufig nur im Text erwähnt wurde. Bei Schulprojekten mit Puppen als Babysimulatoren, durch die die Schülerinnen und Schüler an das Thema herangeführt werden sollen, werden die Puppen mit der Flasche gefüttert (t-online.de 2012). Derartige Darstellungen erschweren jungen Müttern den Zugang zum Stillen.

Auch die Veränderung der Brust im Verlauf von Schwangerschaft und Stillzeit kann für die Frauen ein Problem darstellen – zumal die weibliche Brust in westlichen Kulturen als bedeutsames sexuelles Symbol gilt. Stillen erhält damit auch eine sexuelle Konnotation, vor allem wenn Kleinkinder gestillt werden (was in anderen Kulturen durchaus gesellschaftlich akzeptiert ist, z. B. in Südkorea oder Mali).

Unerwünschte Veränderungen lassen sich durch den Verzicht auf das Stillen allerdings nicht verhindern, da sich die weibliche Brust durch die Schwangerschaft und auch durch andere Einflüsse, wie z. B. Schwankungen des Körpergewichts, verändert.

Frauen, die sich unsicher fühlen, tendieren eher dazu einen Weg einzuschlagen, der aus ihrer Sicht der sozialen Norm entspricht. Wenn sie dazu noch in einem Umfeld leben, in dem das Stillen mit negativen Assoziationen behaftet ist, fällt es ihnen nachvollziehbar schwer, gegen den Strom zu schwimmen. Verständnis für die individuelle Situation, ergebnisoffene Beratungen zum Stillen schon in der Schwangerschaft und die Einbeziehung der Väter als Adressaten für Informationen über das Stillen haben sich in diesem Kontext als Maßnahmen bewährt

4

(Wouk u. a. 2017). Darüber hinaus sind öffentlich bekannte Personen als Vorbilder wichtig, um das Stillen in allen Bevölkerungsgruppen zu fördern.

4.2 Was wissen wir über das Stillverhalten von Familien in den Frühen Hilfen?

Laut Kinder- und Jugendgesundheitsurvey beginnen rund 82 % der Mütter nach der Geburt mit dem Stillen. Nach ca. fünf Monaten wird nur noch jedes zweite Kind gestillt. Der stärkste Abfall der Stillraten war hier wie auch in anderen Untersuchungen in den ersten zwei Monaten (Weissenborn u. a. 2015). Dabei zeigen sich erhebliche Unterschiede bei verschiedenen Bevölkerungsgruppen. Mütter mit niedrigem Sozialstatus hatten zu 67,3 % gestillt, Mütter mit mittlerem Sozialstatus zu 80,0 % und Mütter mit hohem Sozialstatus zu 90,5 %. Mütter, die in der Schwangerschaft geraucht hatten, hatten zu 58 % jemals gestillt, die nichtrauchenden Mütter zu 80,9 %. Säuglinge von Müttern unter 20 Jahren, Frühgeborene und Mehrlinge wurden ebenfalls seltener gestillt (Lange u. a. 2007; vd Lippe u. a. 2014). Bei Müttern in schwierigen Lebenslagen kommen häufig mehrere dieser Faktoren zusammen. Bei ihnen dürften die Stillraten durch kumulative Effekte insgesamt noch niedriger liegen.

Zum Stillverhalten der Familien, die im Rahmen der Frühen Hilfen begleitet werden, gibt es Einzelrückmeldungen, die auf den Nutzen von Stillunterstützung hindeuten. So stillte in einem Bezirk in Hessen 2015/16 gut die Hälfte der Mütter in den Familien, die eine Begleitung durch eine Familienhebamme oder durch Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenschwester/-innen (FGKiKP) in Anspruch nahmen, im Durchschnitt vier Monate (Deissmann, Netzwerkkoordinatorin Frühe Hilfen, persönliche Mitteilung). In einer Babyfreundlichen Geburtsklinik in NRW betrug in den Jahren 2014/2015 die Stillbeginnrate bei Müttern, die in die Frühen Hilfen übergeleitet wurden, 77 % (Serowy, Kinderkrankenschwester, persönliche Mitteilung). Die Begleitforschung zu den Frühen Hilfen kann in Zukunft möglicherweise dazu systematische Aussagen machen.

4.3 Qualifikationen und Strukturen im Gesundheitswesen

In der Schwangerschaft und rund um die Geburt nutzen fast alle Mütter die medizinischen Angebote. Auch Eltern in belasteten Situationen haben hier einen leichten Zugang, der zur Gesundheitsförderung genutzt werden kann. Das Verhalten der Mitarbeitenden und ihr Fachwissen zum Stillen sowie die Strukturen im Gesundheitssystem und in den einzelnen Einrichtungen haben dabei erheblichen Einfluss auf den Stillerfolg.

Deshalb ist auch die Aus- und Fortbildung zum Stillen in den medizinischen Berufen ein wesentlicher Baustein für qualifizierte Stillberatung. Zurzeit wird das Stillen nur in manchen Studien- und Ausbildungsgängen thematisiert. Mehrere Institute bieten unabhängige Stillfortbildungen an, die für die nachzuweisenden Fortbildungen von Ärztinnen, Ärzten, Hebammen und Pflegenden anerkannt sind. Den Bereich des Stillens in den Aus- und Fortbildungscurricula der medizinischen Berufe stärker zu verankern, ist eine im Nationalen Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ empfohlene Maßnahme (Kooperationsverbund Gesundheitsziele.de 2017).

In den Geburts- und Kinderkliniken werden für viele Mütter die Weichen für gelingendes Stillen gestellt – oder auch dagegen. WHO und UNICEF haben evidenzbasierte Kriterien für wirksame Still- und Bindungsunterstützung in der Geburtsklinik entwickelt und in den „Zehn Schritten zum erfolgreichen Stillen“ der *Initiative Babyfreundlich* zusammengefasst (siehe Kasten S.12). Die Initiative wurde inzwischen in einer Reihe von Ländern auf neonatologische Abteilungen ausgedehnt. In Deutschland ist die Erfüllung der „Babyfreundlich“-Kriterien keine verbindliche Qualitätsanforderung für Geburts- und Kinderkliniken. Rund 100 Kliniken haben sie auf freiwilliger Basis umgesetzt.

Die „Zehn Schritte“ können als ein Instrument zur Qualitätssicherung betrachtet werden. Sie erfassen fünf Bereiche (nach Pérez-Escamilla u. a. 2016):

1. Die grundsätzliche Ausrichtung der Klinik mit verbindlichen Richtlinien zum Stillen und zur Einhaltung des Internationalen Kodex zur Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten (keine Werbung für Muttermilchersatzprodukte, Flaschen und Sauger; keine Proben oder Geschenke an Mütter; kein Sponsoring von Fortbildungen oder Veranstaltungen und keine Geschenke an die Klinik oder an Personal) (Schritt 1).
2. Personalentwicklung mit Schulungen und regelmäßigen Fortbildungen zum Stillen (Schritt 2).
3. Förderung und Unterstützung des Stillens mit Information in der Schwangerschaft (Schritt 3), Beratung und Hilfe für guten Stillstart in der Klinik (Schritte 4, 5, 6 und 8) und Hilfestellung für die Zeit nach der Klinikentlassung (Schritt 10).
4. Schutz des Stillens durch Unterstützung des ausschließlichen Stillens ohne Zufüttern (Schritt 6) und ohne Flaschen und Sauger (Schritt 9).
5. Strukturvorgaben in den Abläufen: unmittelbarer, ungestörter Hautkontakt ab Geburt, auch bei Kaiserschnitt (Schritt 4), und 24-Stunden Rooming-in, ohne Trennung von Mutter und Kind (Schritt 7).

Die „Zehn Schritte zum erfolgreichen Stillen“ wirken zusammen. Richtlinien und Schulungen ermöglichen eine einheitliche, Sicherheit vermittelnde Beratung der Mütter. Unmittelbarer,

4

ungestörter Hautkontakt ab Geburt und ununterbrochenes Zusammensein von Mutter und Kind ermöglichen frühes und häufiges Stillen nach Bedarf, sodass die Milchbildung gut in Gang kommen kann und ausschließliches Stillen ohne Zufüttern ermöglicht wird. Auch die Mutter-Kind-Bindung wird dadurch unterstützt.

Konsequente Umsetzung dieser Kriterien hat sich weltweit als wirksamste Maßnahme zur Unterstützung des Stillbeginns gezeigt, ablesbar in der Steigerung der Stillraten (Pérez-Escamilla u. a. 2016; Sinha u. a. 2015).

Initiative Babyfreundlich von WHO und UNICEF „Zehn Schritte zur babyfreundlichen Einrichtung“

in der Formulierung in Deutschland als B.E.St.-Kriterien = Bindung, Entwicklung, Stillen

- 1. Schritt:** Schriftliche Richtlinien zur Umsetzung der B.E.St.-Kriterien auf der Grundlage der „Zehn Schritte für eine babyfreundliche Einrichtung nach WHO und UNICEF“ haben und mit allen Mitarbeitenden regelmäßig besprechen.
Vollständige Einhaltung des internationalen Kodex für die Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten.
Ein fortlaufendes Monitoring- und Datenevaluierungssystem einrichten.
- 2. Schritt:** Alle Mitarbeitenden so schulen, dass sie über die notwendigen Kenntnisse und Fähigkeiten für die Umsetzung der B.E.St.-Richtlinien verfügen.
- 3. Schritt:** Alle schwangeren Frauen bzw. werdenden Eltern über Bedeutung und Praxis der Bindungs- und Entwicklungsförderung unter Einbeziehung des Stillens informieren.
- 4. Schritt:** Den Müttern ermöglichen, unmittelbar ab Geburt ununterbrochen Hautkontakt mit ihrem Baby zu haben, mindestens eine Stunde lang oder bis das Baby das erste Mal gestillt wurde.
- 5. Schritt:** Den Müttern korrektes Anlegen zeigen und ihnen erklären, wie sie ihre Milchproduktion aufrechterhalten können.
- 6. Schritt:** Neugeborenen weder Flüssigkeiten noch sonstige Nahrung zusätzlich zur Muttermilch geben, außer bei medizinischer Indikation.

7. **Schritt:** 24-Stunden-Rooming-in praktizieren – die Möglichkeiten schaffen, dass Mutter und Kind Tag und Nacht zusammen bleiben können. Zu Hautkontakt und Känguruen anleiten und ermutigen.
8. **Schritt:** Die Eltern dabei unterstützen, die Signale ihres Kindes zum Stillen bzw. Füttern zu erkennen und angemessen darauf einzugehen.
9. **Schritt:** Gestillten Kindern keine künstlichen Sauger anbieten. Eltern zu Anwendung und Risiken von Flaschen, Saugern und Schnullern beraten.
10. **Schritt:** Im Rahmen der Entlassung dabei unterstützen, dass Eltern und Kinder zeitnah Zugang zu fortlaufender Unterstützung und Betreuung erhalten. Die Entstehung von Stillgruppen fördern.

4.4 Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten

Werbung für Flaschennahrungen und andere Muttermilchersatzprodukte trägt dazu bei, dass Mütter nicht stillen oder vorzeitig abstillen (Rollins u. a. 2016). Die Weltgesundheitsversammlung WHA³ hat 1981 einen Kodex zur Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten verabschiedet, der regelmäßig aktualisiert wird (WHO-Kodex). Darin wird Regierungen, Gesundheitsbehörden und Firmen, die Muttermilchersatzprodukte herstellen und vermarkten, die Verantwortung übertragen, das Stillen zu schützen. Informationen zu den Produkten und zur Flaschenfütterung können firmenunabhängig bezogen werden, zum Beispiel über das Netzwerk Junge Familie.

Einige Vorgaben des WHO-Kodex sind in die deutsche Diätverordnung aufgenommen worden. „Inakzeptable Werbemaßnahmen“ sind jedoch immer noch verbreitet: „Drei Jahrzehnte nach der Verabschiedung des WHO-Kodex für die Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten ist es höchste Zeit, dass Hersteller und Überwachungsbehörden diese für die Kindergesundheit wichtigen Vorgaben konsequent umsetzen. Ärzte, Hebammen, Angehörige der Pflegeberufe und andere mit der Kindergesundheit befasste Berufsgruppen sollten sich in ihrer praktischen Arbeit konsequent für die Einhaltung ethischer Vermarktungsregeln einsetzen“ (Koletzko 2011).

3 WHA = World Health Assembly, höchstes Entscheidungsgremium der Weltgesundheitsorganisation WHO

4

Die Ernährungskommission der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin hat sich dafür ausgesprochen, Kaufanreize für Säuglingsanfangs- und Folgenahrungen zu unterbinden. Das betrifft direkte Kaufanreize wie z. B. Verteilung von Proben oder Sonderrabatte. Außerdem sollen im Gesundheitswesen tätige Institutionen und Personen keine Anreize erhalten, Verbraucher indirekt zur Verwendung oder zum Kauf solcher Produkte zu bewegen (Ernährungskommission 2014).

„Anreize für in der Gesundheitsvorsorge oder -versorgung tätige Institutionen oder Personen“ erfolgen unter anderem durch gesponserte Fortbildungen. Dadurch werden Interessenkonflikte erzeugt (Lieb u. a. 2011). Die Arzneimittelkommission hat für ihre eigenen Fortbildungen festgelegt, dass diese „weder direkt noch indirekt (z. B. über die Zahlung an eine Agentur oder Klinik, die die Veranstaltung ausrichtet) aus Mitteln von pharmazeutischen Unternehmen oder Herstellern von Medizinprodukten finanziert“ werden (Arzneimittelkommission 2015). Auf das Stillen übertragen bedeutet dies, keine Zahlungen von Herstellern von Muttermilchersatzprodukten und von Stillhilfsmitteln für Fortbildungen zuzulassen.

Stillförderung

5.1 Wer ist zuständig für persönliche Stillberatung und -begleitung?

Stillberatung und Stillbegleitung gehören inhaltlich in die Zuständigkeit vieler Personen und Institutionen:

- Schwangerschaftsberatungsstellen erreichen viele Frauen schon in einem frühen Stadium der Schwangerschaft und können diese Kontakte für Informationen und Gespräche zum Stillen nutzen.
- Gynäkologinnen/Gynäkologen, Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte sind für viele Mütter maßgebliche Ansprechpartnerinnen und -partner bei Fragen und Schwierigkeiten beim Stillen.
- Hebammen begleiten Mütter in der Schwangerschaft, während und nach der Geburt. Stillberatung und -begleitung gehören zu ihren Kernaufgaben. Das gilt auch für Familienhebammen und für Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekräfte.
- In der Geburtsklinik beeinflussen die persönliche Beratung durch das Personal, aber auch die Strukturen und Routineabläufe den Stillbeginn. Manche Geburtskliniken bieten für die Zeit nach der Entlassung Gruppentreffen oder/und Stillambulanzen an.
- Kinderkliniken spielen für Mütter von kranken und frühgeborenen Kindern eine entscheidende Rolle für das Stillen.

Inwieweit diese Institutionen und Personen tatsächlich effektiv zum Stillen beraten, hängt wesentlich vom persönlichen Interesse und der durch Fortbildung zur Stillberatung erworbenen Qualifikation der einzelnen Mitarbeitenden ab und ist dadurch sehr heterogen. Ein weiterer wesentlicher Faktor ist die für Stillberatung zur Verfügung stehende Zeit, die oft viel zu kurz ist und bei Zeit- und Personalplänen nicht berücksichtigt wird.

Einen primären Fokus auf das Stillen haben eigens fortgebildete Stillberaterinnen:

- Still- und Laktationsberaterinnen aus dem medizinischen Bereich mit der Zusatzqualifikation IBCLC⁴ sind entweder in Kliniken angestellt oder arbeiten in privater Praxis. Das gilt auch für Stillberaterinnen mit anderen Zertifikaten.
- Ehrenamtliche Mutter-zu-Mutter Stillberatung wird von Beraterinnen der Arbeitsgemeinschaft Freier Stillgruppen (AFS), der La Leche Liga (LLL) und anderen angeboten, und zwar sowohl in Gruppentreffen als auch telefonisch oder im Internet.

4 IBCLC = International Board Certified Lactation Consultant, internationaler Titel für examinierte Still- und Laktationsberaterinnen.

5

5.2 Wer ist zuständig für allgemeine Stillförderung?

Das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft hat mehrere Institutionen beauftragt:

- Die Nationale Stillkommission (NSK) wurde 1994 von der Bundesregierung gegründet. Seit 2019 ist sie beim Max Rubner-Institut und dort am Institut für Kinderernährung angesiedelt. Ihre Aufgabe ist die Förderung des Stillens in der Bundesrepublik Deutschland. Sie soll die Bunderegierung beraten, Richtlinien und Empfehlungen herausgeben und Initiativen zur Beseitigung bestehender Stillhindernisse unterstützen.
- Eine Koordinierungsstelle für die Stillförderung wurde 2019 am Max Rubner Institut neu eingerichtet. Sie hat den Auftrag, eine nationale Strategie zur Stillförderung zu erarbeiten und umzusetzen. Dabei sollen alle Organisationen und Einrichtungen beteiligt werden, die in diesem Bereich arbeiten. Zu den Aufgaben der Koordinierungsstelle gehört es unter anderem, evidenzbasierte Standards zu erstellen und die Konzepte für Aus-, Fort- und Weiterbildung zu überarbeiten. Außerdem soll ein systematisches Stillmonitoring aufgebaut werden.
- „Gesund ins Leben – Netzwerk Junge Familie“ ist Teil des Bundeszentrums für Ernährung (BZE). Es ist ein Netzwerk von Institutionen, Fachgesellschaften und Verbänden, die sich mit Themen junger Familien befassen. Das Ziel ist, Eltern einheitliche Botschaften zur Ernährung und Bewegung zu vermitteln, damit sie und ihre Kinder gesund leben und aufwachsen. Das Netzwerk gibt allgemeine Handlungsempfehlungen heraus und bildet Multiplikatorinnen und Multiplikatoren fort.

Auf Landes- und kommunaler Ebene gibt es nur vereinzelt definierte Zuständigkeiten.

Für den Schutz des Stillens durch die Umsetzung des Internationalen Kodex zur Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten setzt sich der Verein „Aktionsgruppe Babynahrung“ (AGB) ein.

5.3 Welche weiteren Initiativen gibt es?

- Eine Expertenkommission hat in dem Projekt „So wird Deutschland stillfreundlich“ eine Reihe von Empfehlungen erarbeitet (Becoming Breastfeeding Friendly 2019). Diese Empfehlungen sollen mit Hilfe der oben genannten Institutionen umgesetzt werden.
- Das Netzwerk Junge Familie hat Stillempfehlungen (Koletzko u. a. 2016) sowie ein Fortbildungscurriculum zum Stillen herausgebracht.
- Das Gesundheitsziel „Rund um die Geburt“ nennt als Teilziel 3.2, dass der Anteil stillender Mütter sowie die Stilldauer erhöht werden soll und nennt dazu Maßnahmenempfehlungen (Kooperationsverbund gesundheitsziele.de 2017).

- Der Runde Tisch Stillförderung in Deutschland ist ein selbstorganisiertes Netzwerktreffen von stillfördernden Organisationen einschließlich Berufsverbänden und Ausbildungsinstituten mit dem Ziel verbesserter Zusammenarbeit und wirksamer Stillförderung.
- Auf kommunaler Ebene und in den Stadtstaaten gibt es an einigen Orten Initiativen und Konzepte zur Stillförderung, z. B. die Hamburger Stillempfehlungen und die Bremer Empfehlungen zur Förderung des Stillens, öffentlichkeitswirksame Aktionen wie „Zum Stillen willkommen“, sowie regionale Runde Tische zur Stillförderung. Solche Aktivitäten werden in der Regel von einzelnen oder wenigen Personen initiiert und gestaltet. Es gibt keine übergreifenden Konzepte für Stillförderung in den Kommunen und wenig Verstärkung.

Das Präventionsgesetz berücksichtigt die Stillförderung bislang nicht explizit.

5.4 Was brauchen die Eltern?

Stillen ist eine Alltagsaktivität, eingebettet in die Gestaltung des familiären Lebens. Stillbegleitung und -beratung ist sinnvollerweise integraler Teil von familienfreundlichen und familienstützenden Strukturen und Angeboten mit stillspezifischen Elementen.

In der Schwangerschaft

- brauchen die werdenden Eltern klare, einheitliche und zielgruppenspezifische Informationen zum Stillen in angemessener Sprache (siehe z. B. aid-Wendeflyer für junge Eltern). Die Informationen müssen industrieunabhängig sein;
- dazu gehört, das Stillen als die normale Säuglingsernährung zu benennen, die im Alltag gelebt wird, und nicht als schwer erreichbares Ideal. Stillen als „normal“ zu erleben, begünstigt eine längere Stillzeit (Brown u. a. 2009). Ebenfalls gehört feinfühliges Eingehen auf die Anliegen der werdenden Eltern dazu und Respekt für ihre Entscheidungen. Wo schon seit mehreren Generationen nicht gestillt wurde, fehlen tradiertes Stillwissen und Rollenmodelle.
- ▶ Ein erster Anknüpfungspunkt kann die Schwangerschaftsberatung sein. Die aktuelle Studie KiD 0-3 des NZFH belegt deutlich, wie wichtig die Schwangerschaftsberatung als Zugangsweg in die Frühen Hilfen gerade für Familien mit besonderen Belastungen ist. So nutzen besonders häufig Familien, die von Armut bedroht sind und Familien mit geringerem Bildungsgrad dieses Angebot (NZFH 2017). Damit können diese Familien auch zum Stillen gezielt angesprochen werden.
- ▶ Weitere Anknüpfungspunkte sind die Vorsorgeuntersuchungen in den Frauenarztpraxen und bei den Hebammen.

5

Rund um die Geburt

- sind still- und bindungsfreundliche Vorgehensweisen in den Geburts- und Kinderkliniken hilfreich (Rollins u. a. 2016; Bolte u. a. 2011).
- ▶ Alle Geburtskliniken und neonatologischen Abteilungen sollen die Kriterien der *Initiative Babyfreundlich* von WHO und UNICEF umsetzen.

Wochenbett und spätere Stillzeit

- Das Stillen muss im Alltag als selbstverständlicher Teil der Betreuung des Kindes erlebbar sein (Hoddinott u. a. 2012).
- Besondere Stillhindernisse im Lebensstil (Rauchen, Alkohol, Erwerbstätigkeit), im sozialen Umfeld (Haltung der Väter, der Großeltern und im Bekanntenkreis), gesundheitliche Probleme (Adipositas und Diabetes) etc. bedürfen gezielter Aufmerksamkeit und Beratung.
- Besonders für Mütter in schwierigen Lebenslagen ist es wichtig, dass Mitarbeitende des Gesundheitssystems und andere unterstützende Personen, auch aus dem Bereich der Jugendhilfe, eine positive Haltung zum Stillen vermitteln; dass sie anerkennen, dass die Mütter mit dem Stillen etwas Wertvolles und Wichtiges tun; dass sie erreichbare, nicht zu hoch gesteckte Ziele definieren (z. B. ggf. auch Teilstillen) und dass sie darstellen, welchen Mehrwert das Stillen sowohl für das Kind als auch die Mutter darstellt.
- Niedrigschwellige, fachkundige und für die Mütter kostenfreie Beratungsangebote zur Vorbeugung und Behandlung von Stillproblemen, von der Schwangerschaft bis zum Ende der Stillzeit, sollen für alle Mütter zur Verfügung stehen. Stillprobleme sind der häufigste von Müttern genannte Grund für vorzeitiges Abstillen (Kohlhuber u. a. 2008). Die ersten acht Wochen nach der Geburt sind eine kritische Zeit, in der viele Mütter das (ausschließliche) Stillen aufgeben; hier ist besonders intensive Begleitung nötig (Weissenborn u. a. 2015).
- ▶ Hebammen sowie die Familienhebammen und andere Fachleute aus dem Bereich der Frühen Hilfen können bei entsprechender Fortbildung die Eltern unterstützen und wissen, an wen sie im Bedarfsfall weiter verweisen können.
- ▶ Bei allen U-Untersuchungen kann in den kinderärztlichen Praxen ein Augenmerk auf das Stillen gelegt werden. Hilfreich ist es, wenn die Medizinischen Fachangestellten ein grundlegendes Wissen über das Stillen haben.
- ▶ Stillgruppen, Still- und Laktationsberaterinnen IBCLC und andere geschulte Stillberaterinnen sowie Stillambulanzen sollen erreichbar sein. Die Netzwerkpartner der Frühen Hilfen sollen regionale Anlaufstellen kennen.

Integration von Stillförderung in die Frühen Hilfen

6

6.1 Nutzen für die Familien im Kontext der Frühen Hilfen

Wie oben dargestellt, ist das Stillen eine wertvolle Ressource für das gesunde Aufwachsen der Kinder und auch für die Mütter. Je ungünstiger die Lebensumstände sind – in Bezug auf soziale Bedingungen, Infektionsrisiken, Hygiene, Ernährung etc. – desto stärker wirken sich die mit Nichtstillen verbundenen Risiken aus und desto wichtiger ist es, das Stillen als Ressource zu nutzen. Andererseits ist es beim Stillen so wie bei allen anderen Lebensstilfaktoren auch: Es fällt deutlich schwerer, die Motivation und Energie für gesundheitsförderliches Verhalten aufzubringen, wenn das Leben von Existenzängsten, sozialer Ausgrenzung oder Krankheit bestimmt wird.

Mütter in belastenden Lebenslagen haben weniger Zugang zum Stillen als sozial besser gestellte Mütter. Sie haben weniger finanzielle, soziale und zeitliche Möglichkeiten sich zu informieren, Geburtsvorbereitungskurse und Stillgruppen zu besuchen, die Geburtsklinik auszuwählen und nach der Geburt bei Bedarf eine für sie kostenpflichtige Stillberatung zu nutzen. Während Komm-Strukturen vorwiegend von Eltern mit höherer Bildung genutzt werden, erreichen die aufsuchenden Angebote der Frühen Hilfen auch und gerade Eltern mit niedriger Bildung (Eickhorst u. a. 2016). Wenn in den aufsuchenden Angeboten Stillunterstützung integriert ist, kann dies den Familien den Zugang zum Stillen erleichtern.

Zu den Aufgaben der Frühen Hilfen gehört Gesundheitsförderung (universelle/primäre Prävention). Allgemeine still- und bindungsfreundliche Strukturen sind für alle werdenden und jungen Eltern hilfreich und Bestandteil dieses Bereichs. Gleichzeitig schaffen sie die Voraussetzungen dafür, dass auch für Eltern mit besonderen Belastungen gelingendes Stillen leichter möglich ist, und dienen damit auch der selektiven/sekundären Prävention. Wenn durch fehlende Unterstützung in der Geburtsklinik das Stillen holprig startet, kann der zur Überwindung dieser anfänglichen Probleme zusätzlich erforderliche Aufwand für stärker belastete Mütter allerdings zu hoch sein.

6.2 In den Frühen Hilfen benötigte Strukturen

Stillförderung ist eine Querschnittsaufgabe, die eine gute Zusammenarbeit zwischen dem Jugendhilfesystem und dem Gesundheitssystem im Rahmen der Frühen Hilfen benötigt. Dies erfordert, dass sich die Netzwerkpartner mit den jeweiligen Arbeitsfeldern kennen. Ebenso ist erforderlich, dass alle um die Bedeutung des Stillens auch für die Bindungsförderung wissen und dies in ihrer Arbeit umsetzen.

Die Netzwerkkordinierenden der Frühen Hilfen können ihre jeweiligen Kooperationspartner und Kolleginnen und Kollegen für Stillen und Stillberatung sensibilisieren und dazu Fortbildungen organisieren. Sie können Schnittstellen zur Stillberatung identifizieren und

6

Eltern über offene Angebote und kostenfreie Stillberatung informieren. Die jeweiligen Zuständigkeiten aller Beteiligten sollen dabei umfassend und eindeutig geklärt werden.

Ziel ist, dass die Mütter im Kontext der Frühen Hilfen Unterstützung zum Stillen erhalten und bei Stillproblemen schnell kompetente und niedrigschwellige Hilfe bekommen.

Geeignetes, industrieunabhängiges Informationsmaterial kann von der BZgA, der NSK, dem aid und den oben genannten Stillförderorganisationen bezogen werden.

6.3 Kosten

Kosten entstehen vor allem für die Aus- und Fortbildung der Fachpersonen und auch der Ehrenamtlichen sowie für den Zeitaufwand der Stillberatung. Investitionen in Stillförderung machen sich jedoch innerhalb weniger Jahre bezahlt (Renfrew u.a. 2012). Umgekehrt führt unzureichende Stillförderung zu hohen Folgekosten und gesundheitlichen Beeinträchtigungen (Rouw u.a. 2014).

Zusammenfassung der Empfehlungen

7

Stillen hat große Bedeutung für den Aufbau der Bindung zwischen Mutter und Kind, für die mütterliche und kindliche Gesundheit und die kindliche Entwicklung. Stillen soll als Ressource im Kontext der Frühen Hilfen stärker genutzt und den Familien ein besserer Zugang zum gelingenden Stillen ermöglicht werden.

- Die Netzwerkkoordinierenden sollen in ihren Aufgabenkatalog integrieren, die Netzwerkpartner für Stillunterstützung zu sensibilisieren und Vernetzung mit professionellen und ehrenamtlichen Stellen in diesem Bereich zu unterstützen.
- Die Mitarbeitenden in den Frühen Hilfen, einschließlich der freiwillig Engagierten bzw. Ehrenamtlichen (Babylotsen, Patinnen/Paten, etc), sollen regelmäßig zum Stillen fortgebildet werden, wobei der Umfang von ihrer Aufgabenstellung abhängt.
- In Zusammenarbeit mit dem Gesundheitssystem sollen still- und bindungsfreundliche Strukturen geschaffen werden. In den Geburts- und Kinderkliniken sollen die von WHO und UNICEF erarbeiteten „Babyfreundlich“- Kriterien umgesetzt werden. Im ambulanten Bereich sollen niedrigschwellige, kassenfinanzierte Anlaufstellen für Hilfe bei Stillproblemen z. B. in Form von Stillambulanzen angeboten werden. Pädiatrische Vorsorgeuntersuchungen sollen zur Stillbegleitung genutzt werden.
- In den Ausbildungs- und Fortbildungscurricula muss das Stillen angemessen berücksichtigt werden.
- Fortbildungen und Praxisgegenstände (Uhren, Kugelschreiber, Bettschilder etc.) sowie Gegenstände für Eltern (Mutterpass- und U-Hefthüllen etc.) und Informationsmaterial müssen von Industrieinfluss freigehalten werden.
- In der wissenschaftlichen Begleitforschung und bei der (Weiter-)Entwicklung von Projekten im Bereich Früher Hilfen sollen Stillen und Stillbegleitung berücksichtigt werden. Dadurch können Barrieren deutlich werden, die gelingendes Stillen erschweren, Maßnahmen identifiziert werden, die das Stillen wirksam unterstützen, und gesundheitliche Auswirkungen von (Nicht-)Stillen dokumentiert werden.

8

Literatur

- aid infodienst** (2012): Wendeflyer „Stillen – was sonst?“, „Babys an den Busen“. Bonn
- Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft**: Regeln für unabhängige ärztliche AkdÄ-Fortbildungsveranstaltungen 2015 www.akdae.de/Fortbildung/Regeln.pdf (31.10.2019)
- (BLE) Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung** (2019): Empfehlungen zur Stillförderung in Deutschland. Handlungsansätze des Forschungsvorhabens Becoming Breastfeeding Friendly. Bonn www.gesund-ins-leben.de/_data/files/bbf_empfehlungen.pdf (31.10.2019)
- Bolte, G./Fromme, H.** (2011): STELLA – Studie zum Ernährungsverhalten im Säuglingsalter. Interventionsprojekt zur Verbesserung der Stillbedingungen in einer Modellregion. Abschlussbericht. München
- Brown, A./Davis, D.** (2014): Fathers' experiences of supporting breastfeeding: challenges for breastfeeding promotion and education. *Maternal and Child Nutrition* 2014; 10:510–526
- Brown, A./Raynor, P./Lee, M.** (2009): Young mothers who choose to breast feed: the importance of being part of a supportive breast-feeding community. *Midwifery* 2009; 27(1):53–59
- (BMFSFJ) Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** (2009): 13. Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. Drucksache 16/12860 vom 30.4.2009
- Cierpka, M.** (2015): Psychosoziale Prävention. In: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.): *Stellt die frühe Kindheit Weichen?* Heidelberg, S. 8–33 www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikation_NZFH_Tagungsbegleiter_Stellt_Kindheit_Weichen.pdf (31.10.2019)
- Doan, T./Gay, C. L./Kennedy, H. P./Newman, J./Lee, K. A.** (2014): Nighttime breastfeeding behavior is associated with more nocturnal sleep among first-time mothers at one month postpartum. *J Clin Sleep Med.* 2014 Mar 15; 10(3):313–9
- Edwards, R./Thullen, M./Henson, L./Lee, H./Hans, S.** (2015): The Association of Breastfeeding Initiation with Sensitivity, Cognitive Stimulation, and Efficacy Among Young Mothers: A Propensity Score Matching Approach. *Breastfeeding Medicine* 2015; 10(1):13–19
- Eickhorst, A./Schreier, A./Brand, C./Lang, K./Liel, C./Renner, I./Neumann, A./Sann, A.** (2016): Inanspruchnahme von Angeboten der Frühen Hilfen und darüber hinaus durch psychosozial belastete Eltern. *Bundesgesundheitsblatt* 2016; 59:1271–1280
- Ernährungskommission der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin, unterstützt durch die Ernährungskommission der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde** (2014): Werbebeschränkungen für Säuglingsanfangs- und Folgenahrungen. Stellungnahme. *Monatsschr Kinderheilkd* 2014, DOI 10.1007/s00112-014-3153-2 (31.10.2019)
- Handlin, L./Jonas, W./Pettersson, M./Ejdebäck, M./Ransjö-Arvidson, A./Nissen, E./Uvnäs-Moberg, K.** (2009): Effects of

Sucking and Skin-to-Skin Contact on Maternal ACTH and Cortisol Levels During the Second Day Postpartum – Influence of Epidural Analgesia and Oxytocin in the Perinatal Period. *Breastfeeding Medicine* 2009; 4(4): 207–220

Hauck, F./Thompson, J./Tanabe, K./Moon, R./Vennemann, M. (2011): Breastfeeding and Reduced Risk of Sudden Infant Death Syndrome: A Meta-analysis. *Pediatrics* 128(1):1–8

Heinrichs, M./Meinlschmidt, G./Neumann, I./Wagner, S./Kirschbaum, C./Ehlert, U./Hellhammer, D. (2001): Effects of Suckling on Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis Responses to Psychosocial Stress in Postpartum Lactating Women. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 2001; 86(10):4798–4804

Henderson, L./Kitzinger, J./Green, J. (2000): Representing infant feeding: content analysis of British media portrayals of bottle feeding and breast feeding. *BMJ* 2000; 321:1196–8

Hoddinott, P./Craig, L. C. A./Britten, J. u. a. (2012): A serial qualitative interview study of infant feeding experiences: idealism meets realism. *BMJ Open* 2012; 2:e000504

Initiative Babyfreundlich von WHO und UNICEF: www.babyfreundlich.org (31.10.2019)

Kim, P./Feldman, R./Mayes, L./Eicher, V./Thompson, N./Leckman, J./Swain, J. (2011): Breastfeeding, Brain Activation to Own Infant Cry, and Maternal Sensitivity. *J Child Psychol Psychiatry* 2011; 52(8): 907–915

Kohlhuber, M./Rebhan, B./Schwegler, U./Koletzko, B./Fromme, H. (2008): Breastfeeding rates and duration in Germany: a Bavarian cohort study. *British Journal of Nutrition* 99:1127–1132

Koletzko, B./Bauer, C-P./Cierpka, M. u. a. (2016): Ernährung und Bewegung von Säuglingen und stillenden Frauen. Aktualisierte Handlungsempfehlungen von „Gesund ins Leben – Netzwerk Junge Familie“, eine Initiative von IN FORM. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 2016; DOI 10.1007/s00112-016-0147-2 (31.10.2019)

Koletzko, B./Hartmann, W./Albring, C. (2011): Inakzeptable Werbemaßnahmen. *Dtsch. Ärztebl* 2011; 108(43):A2268-9 www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=111069 (31.10.2019)

Kooperationsverbund gesundheitsziele.de. Nationales Gesundheitsziel Gesundheit rund um die Geburt 2017 gesundheitsziele.de/cms/medium/1328/20170207_broschue-re_GRUDG.pdf (31.10.2019)

Kramer, M. S./Kakuma, R. (2012): Optimal duration of exclusive breastfeeding (Review). *The Cochrane Library* www.cochrane.org/CD003517/PREG_optimal-duration-of-exclusive-breastfeeding (31.10.2019)

Lange, C./Schenk, L./Bergmann, R. (2007): Verbreitung, Dauer und zeitlicher Trend des Stillens in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KIGGS). *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 50:624–633

Lieb, K./Klemperer, D./Ludwig, W. (2011): *Interessenkonflikte in der Medizin.* Berlin/Heidelberg

8

- von der Lippe, E./Brettschneider, A.-K./Gutsche, J./Poethko-Müller, C.** (2014): KiGGS Study Group. Einflussfaktoren auf Verbreitung und Dauer des Stillens in Deutschland. Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsbl 2014 57:849–859
- Much, D. u. a.** (2016): Lactation is Associated with Altered Metabolomic Signatures in Women with Gestational Diabetes, *Diabetologia* 2016 Oct; 59(10):2193–202, DOI: 10.1007/s00125-016-4055-8 (31.10.2019)
- (NZFH) Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.)** (2009): Wissenschaftlicher Beirat. Begriffsbestimmung „Frühe Hilfen“ www.fruehehilfen.de/fruehe-hilfen/was-sind-fruehe-hilfen/?L=0 (31.10.2019)
- (NZFH) Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.)** (2017): Bundesinitiative Frühe Hilfen aktuell, Ausgabe 1/2017
- Peres, K. G./Cascaes, A. M./BDS/Peres, M. A./Demarco, F. F./Santos, I. S./Matijasevich, A./Barros, A.** (2015): Exclusive Breastfeeding and Risk of Dental Malocclusion. *Pediatrics* 6/2015
- Pérez-Escamilla, R./Martinez, J./Segura-Pérez, S.** (2016): Impact of the Baby-friendly Hospital Initiative on breastfeeding and child health outcomes: a systematic review. *Maternal Child Nutrition*
- Pérez-Escamilla, R./Buccini, G./Segura-Pérez, S./Piwoz, E.** (2019): Perspective: Should Exclusive Breastfeeding Still Be Recommended for 6 Months? *Adv Nutr* 00:1–13
- Perl, F. M.** (2003): Kurz- und mittelfristige Effekte des Stillens auf die Gesundheit der Mutter. In: Scherbaum, V./Perl, F. M./Kretschmer, U. (Hrsg.) (2003): Stillen. Frühkindliche Ernährung und reproduktive Gesundheit. Köln: Deutscher Ärzte Verlag, S. 316
- Pisacane, A./Continisio, G. I./Aldinucci, M./D’Amora, S./Continisio, P.** (2005): A controlled trial of the father’s role in breastfeeding promotion. *Pediatrics* 2005; 116:494–498
- Renfrew, M. J./Pokhrel, S./Quigley, M./McCormick, F./Fox-Rushby, J./Dodds, R./Duffy, S./Trueman, P./Williams, A.** (2012): Preventing disease and saving resources: the potential contribution of increasing breastfeeding rates in the UK. UNICEF UK www.unicef.org.uk/wp-content/uploads/sites/2/2012/11/Preventing_disease_saving_resources.pdf?epslanguage=en (31.10.2019); deutsche Zusammenfassung www.reichschottky.de/pdf_stillen/2012-UK-bf-resources-URS.pdf (31.10.2019)
- Rollins, N. C. u. a.** (2016): Lancet Breastfeeding Series: Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices in less than a generation. *Lancet* 2016; 387: 491–504
- Rouw, E./Hormann, E./Scherbaum, V.** (2014): The high cost of half-hearted breastfeeding promotion in Germany. *International Breastfeeding Journal* 2014 9:22
- Sinha, B./Chowdhury, R./Sankar, M./Martines, J./Taneja, S./Mazumder, S./Rollins, N./Bahl, R./Bhandari, N.** (2015): Interventions to improve breastfeeding outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica* 2015 104, 114–135
- Smith, P. H./Hausman, B./Labbok, M.** (2012): Beyond Health, Beyond Choice:

Breastfeeding Constraints and Realities (Critical Issues in Health and Medicine). Rutgers University Press

Strathearn, L./Mamun, A./Najman, J./O'Callaghan, M. (2009): Does Breastfeeding Protect Against Substantiated Child Abuse and Neglect? A 15-Year Cohort Study. *Pediatrics* 2009; 123;483-493

t-online.de (2012): Babysimulatoren, Beschreibung eines Schulprojektes in Darmstadt www.t-online.de/eltern/schwangerschaft/id_53073220/babybedenzeit-fuer-teenager-fuenf-tage-eltern-auf-probe.html (31.10.2019)

UN-Kinderrechtskonvention (1989): Texte in amtlicher Übersetzung von 1990 www.kid-verlag.de/kiko.htm (31.10.2019)

Uvnäs-Moberg, K. (2003): *The Oxytocin Factor*. Da Capo Press

Uvnäs-Moberg, K./Pettersson, P. (2005): Oxytocin, ein Vermittler von Antistress, Wohlbefinden, sozialer Interaktion, Wachstum und Heilung/Oxytocin, a mediator of anti-stress, well-being, social interaction, growth and healing. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 2005 Band 51, Ausgabe 1, S. 57–80

Victora, C. G./Bahl, R./Barros, A. J. D./França G. V. A. u. a. (2016): Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*; 387: 475–90

Weissenborn, A./Abou-Dakn, M./Bergmann, R./Both, D./Gresens, R./Hahn, B./Hecker, A./Koletzko, B./Krawinkel, M./Kroll, D./Rouw, E./Scheele, M./Schwegler, U./Sievers, E./Sporleder, E./Springer, S./Vetter, K./Wöckel, A./Kersting, M. (2015): Stillhäufigkeit und Stilldauer in Deutschland

– eine systematische Übersicht. Stuttgart: Thieme, Reihe Gesundheitswesen

WHO (2003): *Globale Strategie für die Säuglings- und Kleinkindernahrung*. Genf www.who.int/nutrition/publications/infant-feeding/9241562218/en/ (31.10.2019)

WHO (1981): *Internationaler Kodex zur Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten*. www.reich-schottky.de/kodex.html (31.10.2019)

Wouk, K./Tully, K. P./Labbok, M. H. (2017): Systematic Review of Evidence for Baby-Friendly Hospital Initiative Step 3. *J Hum Lact.* 2017 Feb; 33(1):50–82

Publikationen des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH)

Geburtskliniken und Frühe Hilfen: Eine Win-Win-Situation? Ergebnisse aus dem NZFH-Forschungszyklus »Zusammen für Familien« (ZuFa-Monitoring) Kompakt

Sara Scharmanski, Ilona Renner. Hrsg.:
Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH),
Köln 2019
Bestellnummer 16000193

Kindertageseinrichtungen als Koope- rationspartner der Frühen Hilfen.

Materialien zu Frühen Hilfen 11. Expertise.

Jörg Maywald. Hrsg.: Nationales Zentrum
Frühe Hilfen (NZFH), Köln 2019
Bestellnummer 16000189

Recherche zu landesrechtlichen Vorgaben und Förderprogrammen

Materialien zu Frühen Hilfen 10. Grundlagen zur Kooperation

Institut für Sozialpädagogische Forschung
Mainz gGmbH (ism), Sarah Schmenger,
Elisabeth Schmutz. Hrsg.: Nationales Zent-
rum Frühe Hilfen (NZFH), Köln 2017
Bestellnummer 16000183

Eltern mit psychischen Erkrankun- gen in den Frühen Hilfen

Materialien zu Frühen Hilfen 9. Handreichung

Albert Lenz. Hrsg.: Nationales Zentrum
Frühe Hilfen (NZFH), Köln 2017
Bestellnummer: 16000185

Rechtsgutachten zu Fragestellungen im Zusammenhang mit dem Einsatz von Familienhebammen und Famili- en-Gesundheits- und Kinderkranken- pflegerinnen und -pflegern Materialien zu Frühen Hilfen 8.

Expertise

Harald Horschitz, Thomas Meysen, Torsten
Schaumberg, Lydia Schönecker, David
Seltmann. Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe
Hilfen (NZFH), Köln 2015
Bestellnummer: 16000168

Qualitätsrahmen Frühe Hilfen Impuls des NZFH-Beirats zur

Qualitätsentwicklung Kompakt 5

Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen
(NZFH), Köln 2016
Bestellnummer: 16000177

Gesundheitsförderung und Frühe Hilfen

Impulspapier

Raimund Geene. Hrsg.: Nationales Zent-
rum Frühe Hilfen (NZFH), Köln 2017
Bestellnummer: 16000175

Kinder von Eltern mit psychischen Erkrankungen im Kontext der Frühen Hilfen

Eckpunktepapier

Melanie Pillhofer, Ute Ziegenhain, Jörg
M. Fegert, Till Hoffmann, Mechthild Paul.
Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen
(NZFH), Köln 2016
Bestellnummer: 16000172

Das Gesundheitswesen als elementarer Bestandteil der Frühen Hilfen: Möglichkeiten der systematischen Zusammenarbeit im Netzwerk

**Impulse zur Netzwerkarbeit
Frühe Hilfen 4**

Raimund Geene. Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), Köln 2016
Online abrufbar unter:
<http://www.fruehehilfen.de/impulse-netzwerk-geene/>

Stellt die frühe Kindheit Weichen?

Tagungsbegleiter

Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), Köln 2015
Online abrufbar unter:
<http://www.fruehehilfen.de/tagungsbegleiter-stellt-die-fruehe-kindheit-weichen/>

Dokumentationsvorlage für Familienhebammen und vergleichbare Berufsgruppen aus dem Gesundheitsbereich

Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), Köln 2015
Bestellnummer: 16000141

Guter Start in die Familie – Frühe Hilfen verstehen und verwirklichen

DVD. Lehrfilm zur Aus- und Fortbildung der Fachkräfte im Bereich Frühe Hilfen inklusive Begleitbroschüre

Format PAL 16:9, 93 Min.,
Bonusmaterial 46 Min.
Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), Köln 2014
Bestellnummer: 16000159

Alle Publikationen des NZFH können Sie unter www.fruehehilfen.de kostenlos herunterladen oder unter Angabe der Bestellnummer anfordern: order@bzga.de

**Herausgeber:**

Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) in der
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
in Kooperation mit dem Deutschen Jugendinstitut e. V. (DJI)
Maarweg 149–161
50825 Köln
Telefon: 0221 8992-0
www.bzga.de | www.fruehehilfen.de

Autorin:

Utta Reich-Schottky

Redaktion:

Heike Lauer

Gestaltung:

Lübbecke | Naumann | Thoben, Köln

Druck:

Warlich Druck Meckenheim GmbH,
Am Hambuch 5, 53340 Meckenheim

Auflage:

2.3.10.19

Alle Rechte vorbehalten.

Die Beiträge in dieser Reihe geben die Meinung der Autorinnen und Autoren wieder, die von dem Herausgeber nicht in jedem Fall geteilt werden muss. Diese Publikation wird von der BZgA kostenlos abgegeben. Sie ist nicht zum Weiterverkauf durch die Empfängerin oder den Empfänger an Dritte bestimmt.

Bestellung:

BZgA, 50819 Köln
Fax: 0221-8992-257 | E-Mail: order@bzga.de
Bestellnummer: 16000224

ISBN: 978-3-946692-39-3
<https://doi.org/10.17623/NZFH:EPP-StReFH>

Gefördert vom:



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

Nationales Zentrum
Frühe Hilfen

Träger:



Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung

In Kooperation mit:



Deutsches
Jugendinstitut