



MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Evaluierung der Stlldauer und –häufigkeit in
Österreich“

verfasst von / submitted by

Carina Wimmesberger, Bsc.

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the
degree of

Master of Science (MSc)

Wien/ Vienna, 2016

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

A 066 838

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Masterstudium Ernährungswissenschaften

Betreut von / Supervisor:

Ass.-Prof. Mag. Dr. Petra Rust

Erklärung

Hiermit versichere ich, dass die vorliegende wissenschaftliche Arbeit selbstständig erfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel und Quellen verwendet wurden. Alle aus gedruckten, ungedruckten Quellen oder dem Internet im Wortlaut oder im wesentlichen Inhalt übernommenen Formulierungen und Konzepte sind gemäß den Regeln für wissenschaftliche Arbeiten zitiert und durch Fußnoten bzw. durch andere genaue Quellenangaben gekennzeichnet.

Ort, Datum

Unterschrift

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung und Fragestellung	7
2. Literaturübersicht	9
2.1 Definition der Muttermilchernährung	9
2.2 Zehn Fakten über das Stillen	10
2.3. Physiologie des Stillens	12
2.3.1 Hormone, die bei der Milchbildung wirksam sind	12
2.3.1.1 Oxytocin	12
2.3.1.2 Prolaktin	13
2.3.2 Zusammensetzung der Muttermilch	13
2.3.3 Schadstoffe in Muttermilch	14
2.4 Stillhäufigkeit national/ international	14
2.5. Allgemeine Einflussfaktoren auf das Stillverhalten	16
2.5.1 Stillprobleme	16
2.5.2 Stillhemmende Faktoren	20
2.5.3 Einfluss der Herkunft auf das Stillverhalten	26
2.5.4 Einfluss des Vaters auf Stillentscheidungen	29
2.5.5 Baby Friendly Hospital Initiative	32
2.6 Vorteile des Stillens für Mutter und Kind	37
2.6.1 Vorteile des Stillens für die Mutter	37
2.6.1.1 Einfluss von Stillen auf das Auftreten kardiovaskulärer Erkrankungen	37
2.6.1.2 Einfluss von Stillen auf das Auftreten von Depressionen	37
2.6.1.3 Einfluss von Stillen auf Diabetes Typ II	37
2.6.1.4 Einfluss von Stillen auf Krebs	38
2.6.1.5 Einfluss von Stillen auf das Körpergewicht	38
2.6.2 Langzeiteffekte des Stillens für das Kind	39
2.6.2.1 Einfluss von Stillen auf die Intelligenz	39
2.6.2.2 Einfluss von Stillen auf das Risiko übergewichtig zu werden	39
2.6.2.3 Einfluss von Stillen auf das Auftreten von Allergien	40
2.6.2.4 Einfluss von Stillen auf das Auftreten von nekrotisierender Enterokolitis	41
2.6.2.5 Einfluss von Stillen auf das Auftreten von Infektionskrankheiten	42
2.6.2.6 Einfluss von Stillen auf die Entwicklung von Diabetes mellitus Typ 2	42

2.7 Die Rolle der Stillberatung und staatlicher Maßnahmen	43
2.7.1 Stillberater als Unterstützung für Mütter	43
2.7.1.1 La Leche Liga	43
2.7.1.2 Verband der Still- und Laktationsberaterinnen Österreichs (VSLÖ).....	44
2.7.2 Staatliche Unterstützung	45
2.7.2.1 Familienbeihilfe	45
2.7.2.2 Wochengeld.....	46
2.7.2.3 Kinderbetreuungsgeld	46
2.7.3 Mutterschutzgesetz (MSchG)	47
3. Material und Methoden.....	49
3.1 Ziel der Erhebung	49
3.2 Datenerhebung	49
3.2.1 Fragebogen.....	49
3.2.2 Durchführung	50
3.3 Datenauswertung	50
3.3.1 Bildung von Kategorien	51
4. Ergebnisse und Diskussion	52
4.1 Charakteristika der untersuchten Säuglinge, der Geburt und Stillfrequenz und -dauer	52
4.1.1 Geschlecht der Kinder der befragten Mütter.....	52
4.2 Zusammenhang von Stilldauer mit soziodemografischen Daten	53
4.2.1 Stillhäufigkeit und mittlere Stilldauer.....	53
4.2.2 Einfluss des Alters der Mutter auf Stillhäufigkeit und -dauer	54
4.2.3 Einfluss der Schulbildung der Mütter auf Stillhäufigkeit und -dauer	55
4.2.4 Einfluss der Berufstätigkeit vor der Geburt der Mütter auf Stillhäufigkeit und -dauer .	57
4.2.5 Einfluss der beruflichen Stellung der Mütter auf Stillhäufigkeit und -dauer	58
4.3 Einfluss der Stillerfahrung auf Stillhäufigkeit und -dauer	59
4.3.1 Einfluss der Schwangerschaftsdauer auf das Stillverhalten	60
4.3.2 Einfluss von Mehrlingsgeburten auf Stillhäufigkeit und -dauer	62
4.4. Einfluss von Entbindung und Geburtsverlauf auf Stillhäufigkeit und -dauer	63
4.4.1 Einfluss von Entbindung im stillfreundlichen Krankenhaus auf Stillhäufigkeit und -dauer	63
4.4.2 Einfluss von Geburtsverlauf auf Stillhäufigkeit und -dauer.....	64

4.4.3 Einfluss von Hautkontakt nach Geburt auf Stillhäufigkeit und -dauer	67
4.4.4 Einfluss der Trennung vom Kind auf Stillhäufigkeit und -dauer	68
4.4.5 Einfluss des Zeitpunktes der Stillentscheidung auf Stillhäufigkeit und -dauer.....	69
4.4.6 Einfluss des ersten Stillens auf Stillhäufigkeit und -dauer	70
4.4.7 Einfluss der Stillintervalle auf Stillhäufigkeit und -dauer	71
4.4.8 Einfluss der Stillinformation auf Stillhäufigkeit und -dauer	72
4.5 Einfluss der Nationalität der Eltern auf die Stillhäufigkeit und -dauer.....	73
4.5.1 Einfluss der Nationalität der Mutter auf die Stillhäufigkeit und -dauer	73
4.5.2 Einfluss der Nationalität des Vater auf die Stillhäufigkeit und -dauer.....	74
4.6 Zusammenhang zwischen BMI der Mütter und Stillhäufigkeit und -dauer.....	75
4.7 Einfluss des „Selbst gestillt worden Seins“ auf Stillhäufigkeit und -dauer	76
4.8 Einfluss des Lebensstils auf Stillhäufigkeit und -dauer	78
4.9 Einfluss des Familienstands auf Stillhäufigkeit und -dauer.....	79
4.10 Charakteristik stillender bzw. nicht stillender Frauen	80
6. Schlussbetrachtung	81
5. Zusammenfassung	85
7. Summary	89
8. Literaturverzeichnis.....	90
9. Anhang	104
9.1. Fragebogen.....	104

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Definitionen von Stillen laut WHO (modifiziert nach WHO, 2008)	9
Abbildung 2: Prävalenz von voll, partiell und nicht gestillten Kindern während der ersten sechs Monate nach der Geburt norwegischer Kinder (n= 29.621). (modifiziert nach HÄGGKVIST et al., 2010).....	16
Abbildung 3: Stilldauer in Monaten in Abhängigkeit der Bildung der Mutter (VON DER LIPPE et al., 2014).	19
Abbildung 4: zeigt die Oddsratio von vollem Stillen und Hautkontakt. (modifiziert nach BRAMSON et al., 2010)	22
Abbildung 5: Der individuelle Nutzen von Stillen. Mütter verhalten sich so, um den Nutzen und ihr Wohlbefinden zu maximieren. Anreize und Fehlanreize von Stillen verändern sich im Laufe der Zeit. Wenn die Ablehnung plötzlich überwiegt, entscheiden sich viele Mütter	24
Abbildung 6: Der Zusammenhang zwischen Stilldauer und Einbindung des Vaters in die Stillentscheidung.	31
Abbildung 7: Stillraten vor und fünf Jahre nach Einführung der BFHI in Tromsø, Norwegen.	36
Abbildung 8: Häufigkeit von NEC und NEC mit chirurgischer Intervention bei Frühgeborenen unter unterschiedlichen Ernährungsformen.	41
Abbildung 9: Stilldauer der befragten Teilnehmerinnen in % (n=1035).....	53
Abbildung 10: Stilldauer der befragten Teilnehmerinnen vom Stillbericht 2006 (n=389)	54
Abbildung 11: Das Alter der Mütter (Durchschnitt: 30,87 Jahre, SD=5,61), gruppiert nach Stillmonaten	55
Abbildung 12: Einfluss des Bildungsgrades auf die Stilldauer in Monaten (in Prozent der befragten Mütter) (n=833)	56
Abbildung 13: Stillhäufigkeit von berufstätigen und nicht berufstätigen Teilnehmerinnen (n=1470)	57
Abbildung 14: Berufsgruppenverteilung der befragten Mütter in Prozent (n=1302)....	58
Abbildung 15: Anteil von Erstgebärenden (n= 877) und Nichterstgebärenden (n= 593) in Prozent nach Stilldauer	59
Abbildung 16: Häufigkeit der diversen Längen der Stilldauer von Müttern mit und ohne Stillerfahrung (n=1239).....	60
Abbildung 17: Stilldauer von Frühgeborenen (n=130) und Reifgeborene (n=1471) im Vergleich	62
Abbildung 18: Anteil der Geburten in einem stillfreundlichen versus nicht zertifizierten Krankenhaus, gruppiert nach Stilldauer (n=1470).....	64
Abbildung 19: Stilldauer in Monaten (MW= 6,01±SD=2,63) getrennt nach Geburtsverlauf.....	65

Abbildung 20: Anteil der Stillhäufigkeit von den befragten Teilnehmerinnen in % bei Spontangeburt, Entbindung mittels Vakuumextraktor und Schnittentbindung (n=1455).....	66
Abbildung 21: Anteil der Mütter mit und ohne Hautkontakt gleich nach der Geburt in Prozent getrennt nach Stillmonaten (n=1035).....	67
Abbildung 22: Trennung vom Kind innerhalb der ersten 12 Stunden in Prozent, getrennt nach Stilldauer (n=1023).....	68
Abbildung 23: Zeitpunkt der Stillentscheidung (n=969).....	69
Abbildung 24: Zeitpunkt des ersten Anlegens (n=1405).....	71
Abbildung 25: Anzahl der Stillmonate getrennt nach verschiedenen Stillrhythmen n=980	72
Abbildung 26: Verteilung der Stillhäufigkeit und -dauer, getrennt nach Nationalität der Mütter (n= 1470)	73
Abbildung 27: Mittelwert Stilldauer in Monaten getrennt nach der Nationalität des Vaters (n= 1470)	74
Abbildung 28: Häufigkeitsverteilung des BMI (in kg/m ²) der Mütter (n=1469)	76
Abbildung 29: Stilldauer von Teilnehmerinnen, die selbst gestillt wurden, nicht selbst gestillt wurden und es nicht wissen(n=1468).....	77
Abbildung 30: Übersicht der Lebensstilfaktoren (n=1468).....	78
Abbildung 31: Auswirkungen verschiedener Lebensstilindikatoren auf Stilldauer in Monaten	79

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Stillraten in industrialisierten Ländern	15
Tabelle 2: Allgemeine Einflussfaktoren auf das Stillen	18
Tabelle 3: 10 Schritte zum erfolgreichen Stillen	33
Tabelle 4: Kriterien für mutterfreundliche Betreuung.	35
Tabelle 5: Fünf Kinderbetreuungsgeld-Varianten.....	47
Tabelle 6: Studiencharakteristika.....	52
Tabelle 7: Die meist genannten Gründe für das Stillen	70
Tabelle 8: Charakterisierung einer nicht stillenden und einer stillenden Teilnehmerin	86

Abkürzungsverzeichnis

AGES	Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit
BFHI	Baby Friendly Hospital Initiative
BKS	Bosnisch-Kroatisch-Serbisch
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IQ	Intelligenzquotient
LLL	La Leche Liga
MSchG	Mutterschutzgesetz
NEC	Nekrotisierende Enterokolitis
ÖGKJ	Österreichische Gesellschaft für Kinder und Jugendheilkunde
PKU	Phenylketonurie
SAN	Säuglingsanfangsnahrung
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund
VSLÖ	Verband der Still- und Laktationsberaterinnen Österreichs
WHO	World Health Organisation

1. Einleitung und Fragestellung

Stillen gilt als natürlichste und einfachste Art, sein Kind in den ersten Lebensmonaten zu ernähren. Bereits während der Schwangerschaft bereitet sich der Körper der Mutter auf die Milchproduktion vor. Muttermilch sorgt durch ihre Zusammensetzung für eine positive Entwicklung des Kindes und deren Konsum zählt mit zu den effektivsten Maßnahmen in der Prävention von NCDs. Zusätzlich wird durch das sogenannte „bonding“ die Mutter-Kind Beziehung gestärkt. Für jede Mutter sollte die Möglichkeit bestehen, sich zu informieren und über die Ernährung ihres Kindes selbst zu bestimmen. Frauen, die zum ersten Mal Mutter werden, betreten mit dem Stillen Neuland, so kann es am Anfang zu kleinen Schwierigkeiten kommen. (BMG, 2015 a) Laktationsberaterinnen stehen bei Fragen rund ums Stillen und Mutterdasein zu Seite.

Neue Untersuchungen zeigen, dass suboptimale Stillpraktiken in Ländern mit niedrigerem Einkommen (einschließlich nicht ausschließliches Stillen) zu elf Prozent der Sterblichkeit bei Kindern unter fünf Jahren beitragen. Dies entspricht etwa 804.000 Todesfälle bei Kindern im Jahr 2011 (BLACK et. al, 2013).

Aufgrund der zahlreichen Vorteile des Stillens für Mutter und Kind wird weltweit Stillförderung betrieben. Die beste Zeit, um mit den Müttern über Stillabsichten zu sprechen, ist die pränatale Phase (HAUCK et al., 2011). Später Erstkontakt mit der Mutter nach der Geburt oder Notkaiserschnitt können negativen Einfluss auf das Stillverhalten nehmen. Zu den stillfördernden Maßnahmen zählen zum Beispiel ein bezahlter Mutterschaftsurlaub und die Babyfriendly Hospital Initiative (BFHI). Länder mit großzügiger Mutterschafts- und Elternurlaubs politik - wie Dänemark, Norwegen und Schweden, verzeichnen in der Regel hohe Stillraten (Safe the Children, 2012). Aber auch der Vater und der religiöse Hintergrund spielen bei der Stillentscheidung mit.

Vor 100 Jahren wirkte man der Kindermortalitätsrate mit Stillen entgegen. Zu dieser Zeit war Stillen die beste Versicherung für das Überleben der Kinder. In der heutigen Gesellschaft tragen wissenschaftliche Faktoren, kulturelle Einflüsse, Trends, gesellschaftliche Moral und steigende Werbung für Säuglingsnahrung zur Entscheidung

der Ernährung des Säuglings bei. In Anbetracht der großen Informationsmengen spielt eine professionelle Unterstützung eine entscheidende Rolle (PETERS et al., 2005).

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Evaluierung des Stillverhaltens in Österreich. Ein besonderes Augenmerk liegt auf den stillfördernden und – hemmenden Faktoren, die sich beispielsweise auf die Stlldauer auswirken.

2. Literaturübersicht

2.1 Definition der Muttermilchernährung

Stillen gilt als ideale Ernährung für Babies, um die Gesundheit zu fördern und das Überleben zu sichern. Es ist die natürlichste Art und bietet zahlreiche Vorteile für Mutter und Kind. Deshalb empfiehlt die World Health Organisation (WHO) volles Stillen in den ersten sechs Lebensmonaten eines Säuglings und hat zudem den Begriff des Stillens (Abbildung 1) wie folgt definiert (WHO, 2008).

volles Stillen	jede Art von Stillen		
		Exklusives Stillen	Muss Muttermilch erhalten, kann orale Rehydrationslösungen, Tropfen, Sirupe, Vitamine, Mineralstoffe oder Medizin erhalten Flüssige- oder halbflüssige Lebensmittel, SAN oder Milch, welche nicht von der Mutter stammt oder Wasser und wasserbasierte Getränke, Fruchtsäfte, täglich oder wöchentlich, kann das Kind nicht erhalten
		Überwiegend stillen	Muss Muttermilch und Wasser erhalten, wasserbasierte Getränke oder Fruchtsäfte und kann orale Rehydrationslösungen, Tropfen, Sirupe, Vitamine, Mineralstoffe oder Medizin erhalten Flüssige- oder halbflüssige Lebensmittel, SAN oder Milch, welche nicht von der Mutter stammt, täglich oder wöchentlich, kann das Kind nicht erhalten
		Partielles Stillen	Muss Muttermilch kombiniert mit entweder flüssigen- oder halbflüssigen Lebensmittel, SAN oder Milch, welche nicht von der Mutter stammt, erhalten

Abbildung 1: Definitionen von Stillen laut WHO (modifiziert nach WHO, 2008)

In Österreich wird die Einführung je nach individueller Entwicklung des Kindes etwa um den sechsten Lebensmonat, jedoch nicht vor Beginn des fünften Lebensmonats (17. Lebenswoche) und nicht nach Ende des sechsten Monats (26. Lebenswoche)

empfohlen und schließt sich somit der WHO Empfehlung an. Auch wenn das Baby Beikost erhält, ist es gesundheitsfördernd, weiterhin partiell zu stillen (ÖGKJ, 2016a).

2.2 Zehn Fakten über das Stillen

Die WHO fördert aktiv das Stillen als beste Nahrungsquelle für Säuglinge und kleine Kinder. Die zehn Fakten über das Stillen geben einen Überblick über die Vorteile und Praktiken und zeigen, wie wichtig die Unterstützung der Mütter für die Verbesserung der Stillraten ist.

1. Das Neugeborene sollte innerhalb der ersten Stunde nach der Geburt erstmals angelegt werden und zwar so oft wie das Kind möchte, egal ob Tag oder Nacht. Auf Flaschen und Schnuller sollte möglichst verzichtet werden. Ab der Einführung von Beikost wie püriertem Obst und Gemüse wird begleitendes Stillen bis zum zweiten Lebensjahr und darüber hinaus empfohlen.
2. Die enthaltenen Antikörper schützen vor Kinderkrankheiten wie Diarrhoe und Lungenentzündung, die beiden primären Ursachen für Kindersterblichkeit weltweit. Muttermilch ist immer verfügbar, kostengünstig und hilft eine angemessene Ernährung sicherzustellen.
3. Mütter, die ihr Kind voll Stillen, reduzieren automatisch ihr Risiko an Brust- und Eierstockkrebs oder Adipositas zu erkranken und erlangen schneller wieder ihr Ausgangsgewicht.
4. Kinder und Jugendliche, die als Säuglinge gestillt wurden, erkranken seltener an Typ 2 Diabetes und Adipositas und schneiden besser bei Intelligenztests ab.
5. Säuglingsnahrung hingegen enthält weniger Antikörper im Vergleich zur Muttermilch. Sollte die Nahrung nicht richtig vorbereitet werden, können Bakterien das Milchpulver verunreinigen und die Gefahr einer Mangelernährung erhöht sich. Ein erneuter Wechsel zur Muttermilch ist später nicht mehr möglich, da sich die Milchproduktion einstellt.
6. Eine HIV-infizierte Mutter kann durch die Schwangerschaft, die Geburt oder durch Stillen das Virus auf ihre Kinder übertragen. Antiretrovirale Medikamente

reduzieren das Risiko einer Übertragung. Durch die Kombination von Stillen und den Medikamenten steigen die Überlebenschancen des Kindes erheblich.

7. 1981 wurde ein internationaler Code verabschiedet, um die Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten zu regulieren. Er fordert:
 - a. auf allen Etiketten von Säuglingsnahrung eine Information über die Vorteile des Stillens und die gesundheitlichen Risiken dieser Ersatzprodukte anzuführen.
 - b. keine Bewerbung von Muttermilchersatzprodukten.
 - c. keine kostenlose Abgabe von Proben von Ersatzprodukten an Schwangere, Mütter oder deren Familien.
 - d. ebenso keine Verteilung kostenloser oder vergünstigter Proben an Gesundheitseinrichtungen und deren Mitarbeiter.
8. Stillen muss gelernt werden und viele Frauen haben zu Beginn Schwierigkeiten damit. Gesundheitseinrichtungen, in denen das Stillen durch ausgebildete Stillberater unterstützt wird, verzeichnen höhere Stillraten. Um diese Unterstützung zu verbessern, wurde die BFHI in bereits 152 Ländern eingeführt.
9. Mütter, die zurück an den Arbeitsplatz kehren, stillen ihr Kind teilweise oder gänzlich ab – Gründe dafür sind hauptsächlich Zeitmangel und fehlende Stillplätze. Erleichterte Bedingungen am Arbeitsplatz wie bezahlter Mutterschaftsurlaub, Teilzeitarbeitsverhältnisse, Kinderkrippen, Einrichtungen für Abpumpen der Muttermilch und Stillpausen ermöglichen längere Stillperioden.
10. Der nächste Schritt ist die schrittweise Einführung fester Lebensmittel. Um den wachsenden Bedürfnissen von Babys mit sechs Monaten gerecht zu werden, sollte pürierte Nahrung als Ergänzung zum Stillen eingeführt werden. Die WHO hält fest, dass:
 - a. die Stillzeit mit Einführung der Beikost nicht verringert werden sollte.
 - b. Lebensmittel mit einem Löffel oder einer Tasse und nicht in einer Flasche verabreicht werden sollten.
 - c. Lebensmittel sauber, sicher und regional zur Verfügung stehen sollten.

- d. es viel Zeit bedarf bis kleine Kinder lernen, feste Nahrung richtig zu essen (WHO, 2015b).

Kontraindikationen zum Stillen: bei Human Immunodeficiency Virus (HIV), bei hoher Viruslast Hepatitis C, selten bei Medikamenten wie Zytostatika und Isotopen. Bei Kindern mit Galaktosämie ist stillen nicht möglich, während partielles Stillen bei Phenylketonurie (PKU) empfohlen ist (ÖGKJ, 2001b).

2.3. Physiologie des Stillens

Die Brustwarze (Mamille) wird durch das Saugen des Kindes stimuliert und dadurch die Hormone Oxytocin und später Prolaktin freigesetzt. In der weiblichen Brust wird die Milch in der Brustdrüse von den Alveolen produziert und mittels Kontraktion von myoepithelialen Zellen in die Milchgänge abgegeben. Durch Ausführungsgänge kann nun der Säugling die Milch herauspressen und diese gelangt direkt in den Rachen des Kindes. Während der gesamten Stillzeit wird Milch gebildet, somit ändert sich deren Zusammensetzung während einer Stillmahlzeit. Wird das Kind öfter angelegt, wird mehr Milch produziert (ABOU-DAKN M, 2004).

2.3.1 Hormone, die bei der Milchbildung wirksam sind

2.3.1.1 Oxytocin

befindet sich im Hypophysenhinterlappen und setzt die Milch aus dem Milchsinus frei. Beginnt nun das Kind zu saugen, kommt es zu einem Milchflussreflex. Selbst durch psychische Faktoren, wie etwa Weinen des Kindes, kann Oxytocin freigesetzt werden. Ein weiterer Vorteil ist, dass das Hormon die Rückbildung vom Uterus nach der Geburt fördert und eine beruhigende Wirkung auf die Mutter hat, jedoch auch für Nachwehen verantwortlich ist (KECK C und KISSEL C, 2004).

2.3.1.2 Prolaktin

im Hypophysenvorderlappen sitzend, wird es während der gesamten Stillmahlzeit und zwischendurch ausgeschüttet. Prolaktin ist für den Milchbildungsprozess zuständig. Das Hormon hat ebenfalls eine beruhigende Wirkung auf die Mutter und unterdrückt die Ovulation (KECK C und KISSEL C, 2004).

2.3.2 Zusammensetzung der Muttermilch

Energiegehalt:	ca. 67-70kcal/ 100mL
Eiweiß:	geringer als bei Kuhmilch und weniger allergen. Zwar können geringe Mengen Kuhmilchprotein in die Muttermilch gelangen, Stillen bewährt sich dennoch als effektive Allergieprophylaxe.
Fett:	Am Beginn einer Stillmahlzeit ist der Fettgehalt niedrig und wird bis zum Ende hin zunehmend höher, die Nachmilch enthält bis zu acht Prozent Fett. Die enthaltenen langkettigen mehrfach ungesättigten Fettsäuren sind wesentlich für die Gehirnentwicklung bei Säuglingen.
Kohlenhydrate:	kommen in der Muttermilch hauptsächlich als Laktose vor. Der Gehalt ist doppelt so hoch wie in Kuhmilch. Durch das enthaltene Enzym Laktase wird Laktose leicht aufgespalten.
Eisen:	Verglichen mit Kuhmilch enthält Muttermilch etwa gleich viel Eisen. Von Muttermilch werden bis zu 70% des Eisens und von Kuhmilch lediglich fünf bis acht Prozent resorbiert.
Immunologie:	Enzyme und immunologische Bestandteile sind verantwortlich für die Verdauung und das Immunsystem. Die Komponenten verändern ihre Konzentration im Laufe der Stillzeit und passen sich an die kindlichen Bedürfnisse an.
Vitamine:	mit Ausnahme von Vitamin K und D enthält Muttermilch alle Vitamine bedarfsdeckend (LAWRENCE und LAWRENCE 1999).

2.3.3 Schadstoffe in Muttermilch

- Polychlorierte Kohlenwasserstoffe/ PCB, Dioxine, Furane: und Schwermetalle:
Da der Mensch am Ende der Nahrungskette steht, finden sich in der Muttermilch höhere Konzentrationen als in der Kuhmilch. Am höchsten ist die Kontamination beim ersten gestillten Kind, in den ersten Wochen der Laktation. Zwar werden diese Stoffe beim Stillen an den Säugling abgegeben, jedoch sind die Konzentrationen sehr gering und kaum nachweisbar (MÜHLENDahl KE und OTTO E, 2012).

2.4 Stillhäufigkeit national/ international

Aus dem Bericht von „Safe the Children“ geht hervor, dass norwegische Mütter - noch vor Österreich - die höchsten Stillraten erzielen. Anfänglich haben hier 99% gestillt, hierzulande 93%, was auch der Stillbericht 2006 „Säuglingsernährung heute“ des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) bestätigt. Selbst nach drei Monaten stillten noch insgesamt 72% in beiden Ländern. Nach sechs Monaten sinkt der Anteil in Österreich auf 55% ab, hier liegt der Anteil in Norwegen mit 80 Prozent deutlich darüber. Der Anteil reduziert sich in Österreich nach zwölf Monaten der voll stillenden Mütter auf 1% (Safe the Children, 2012). In Tabelle 1 wird deutlich, dass jene Länder, die über sehr gute Stillraten verfügen, auch über bezahlten Mutterschaftsurlaub und das Recht auf tägliche Stillpausen verfügen.

	BREASTFEEDING POLICY SUMMARY		PAID MATERNITY LEAVE ¹		RIGHT TO DAILY NURSING BREAKS		% HOSPITALS THAT ARE BABY FRIENDLY	STATE OF POLICY SUPPORT FOR THE CODE ⁴	BREASTFEEDING PRACTICES		
	Score	Rating	Length (weeks)	% Wages paid	Y/N	Length of coverage (months) ²			Ever breastfed %	Exclusive at 3 months %	Any at 6 months %
Norway	9.8	Very good	36 or 46 ²	100, 80%	Y*	no limit	79%	Good	99	70	80
Slovenia	9.6	Very good	15	100%	Y	no limit	79%	Good	97	—	—
Sweden	9.6	Very good	60 ²	80% ¹	Y*	no limit	100%	Good	98	60 (4 m)	72
Luxembourg	9.4	Very good	16	100%	Y	no limit	>50% ⁸	Good	90	26 (4 m)	41
Austria	9.0	Good	16	100%	Y	no limit	>15% ⁸	Good	93	60	55
Lithuania	9.0	Good	18	100%	Y	no limit	>15% ⁸	Good	98	41	31
Latvia	8.8	Good	16	100%	Y	18	47%	Good	92	63	46
Czech Republic	8.6	Good	28	60%	Y	≥12	55%	Good	96	—	53
Netherlands	8.6	Good	16	100% ¹	Y	9	63%	Good	81	30	37
Germany	8.4	Good	14	100% ¹	Y	no limit	4%	Good	96	33 (4 m)	48
Estonia	8.2	Good	20	100%	Y	18	0% ⁸	Good	82	—	40
Poland	8.2	Good	20	100%	Y	no limit	15%	Good	71	31	—
Portugal	8.2	Good	17 or 21 ²	100, 80%	Y	no limit	2%	Good	90	52	29
France	8.0	Good	16	100% ¹	Y*	12	1%	Good	65	—	—
Belgium	7.8	Good	15	82.75% ¹	Y	7	6%	Good	72	25	25
Ireland	7.8	Good	26 (16)	80% ¹	Y	6.5	35%	Good	46	—	—
Italy	7.8	Good	20	80%	Y	12	2%	Good	91	47	47
Switzerland	7.8	Good	14	80% ¹	Y*	12	>50% ⁸	Fair	92	—	41
New Zealand	7.6	Good	14 ²	100% ¹	Y*	—	>75% ⁸	Fair	88	56	—
Cyprus	7.5	Good	18	75%	Y	6	—	Good	79	52	—
Denmark	7.4	Good	18	100% ¹	no right to breaks ¹	—	39%	Good	98	48	—
Greece	7.4	Good	17	100%	Y	12	0%	Good	86	—	—
Slovak Republic	7.4	Good	28	55%	Y	12	29%	Good	92	57 (4 m)	—
Spain	7.4	Good	16	100%	Y	9	3%	Good	76	44	40
United Kingdom	7.2	Good	39 (13)	90%	no right to breaks ¹	—	17%	Good	81	13	25
Finland	6.8	Fair	18	70+%	no right to breaks ¹	—	12%	Good	93	51	60
Israel	6.8	Fair	12	100%	Y	7.5	0% ⁸	Good	—	—	—
Japan	6.8	Fair	14	67%	Y*	12	6% ⁸	Fair	97	38	—
Hungary	6.6	Fair	24	70%	Y	9	7% ⁸	Good	96	62 (4 m)	—
Liechtenstein	6.2	Fair	20	80%	Y	no limit	0% ⁸	Poor	—	—	—
Canada	5.4	Fair	17	55% ¹	no right to breaks ¹	—	4% ⁸	Fair	90	52	54
Iceland	5.4	Fair	13 ²	80%	no right to breaks ¹	—	0%	Poor	98	48 (4 m)	65
Monaco	5.4	Fair	16	90%	Y	12	0% ⁸	Poor	—	—	—
Australia	4.8	Poor	18 ²	flat rate	no right to breaks ¹	—	>15% ⁸	Fair	96	39	60
Malta	4.4	Poor	14	100%	no right to breaks ¹	—	0% ⁸	Poor	62	—	—
United States	4.2	Poor	(12)	unpaid	Y*	12	2% ⁸	Poor	75	35	44

Tabelle 1: Stillraten in industrialisierten Ländern (Safe the Children, 2012)

Norwegische Mütter genießen eine der großzügigsten Elternzeit-Politiken in den Industriestaaten. Nach der Geburt können Mütter bis zu 36 Wochen 100 Prozent ihres Gehalts weiterhin bekommen, oder sie entscheiden sich für 46 Wochen mit 80 Prozent Lohn. Darüber hinaus bietet das norwegische Gesetz für bis zu 12 Monate einen zusätzlichen Elternurlaub, der von beiden Elternteilen in Anspruch genommen werden kann. Wenn sie zur Arbeit zurückkehren, haben Mütter das Recht, Stillpausen einzulegen, wenn diese benötigt werden. Fast 80 Prozent der Krankenhäuser sind als "stillfreundlich" zertifiziert und viele Bestimmungen des Internationalen Kodex für die Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten wurden in einem Gesetz erlassen (Save the Children, 2012).

Trotz der hohen Stillraten in Norwegen, gibt es nach sechs Monaten nur noch vereinzelt Mütter, die ausschließlich Stillen. Zwischen dem dritten und vierten Lebensmonat ist der Rückgang am stärksten (Abbildung 3). Die Gabe von Beikost, Wasser, Zuckerwasser oder Säuglingsanfangsnahrung während der ersten Wochen

nach der Geburt, aber auch ein Kaiserschnitt und Probleme beim Stillen sind die häufigsten Gründe, nur noch partiell zu stillen oder ganz damit aufzuhören. Bei dieser Studie wurden Kaiserschnitte als häufiger Grund für vorzeitiges Abstillen genannt (HÄGGKVIST et al., 2010).

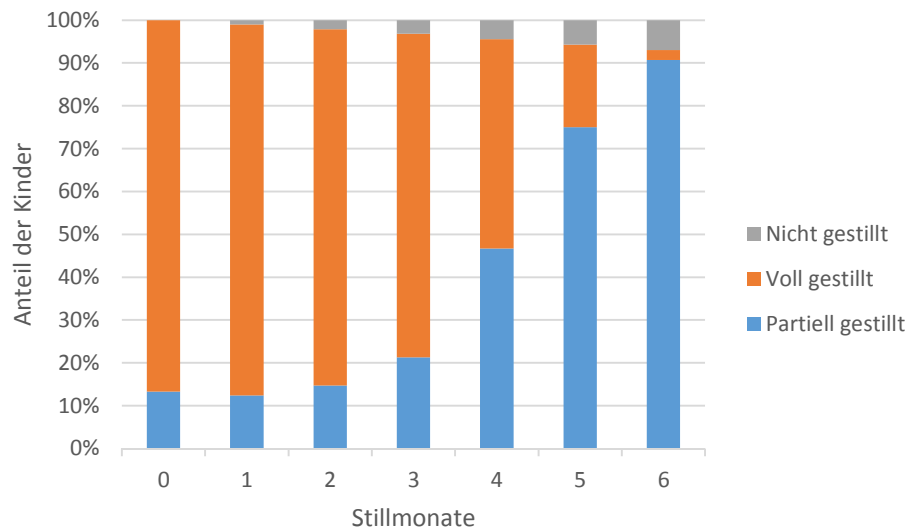


Abbildung 2: Prävalenz von voll, partiell und nicht gestillten Kindern während der ersten sechs Monate nach der Geburt norwegischer Kinder (n= 29.621). (modifiziert nach HÄGGKVIST et al., 2010).

2.5. Allgemeine Einflussfaktoren auf das Stillverhalten

2.5.1 Stillprobleme

- Wunde Brustwarzen: Allein die korrekte Anlegetechnik kann Infektionen der Brustwarze und der Brust deutlich verringern. Liegen Nase, Wangen und Kinn nah an der Brust, wird von gutem Anlegen gesprochen.
- Soor: Hier entzündet sich die Brustwarze, zusätzlich verspüren Betroffene stechende Schmerzen. Rötungen und Schuppung von Brustwarze und Warzenhof sind üblich und können auch das Kind befallen.

- Milchstau: Charakterisiert durch gerötete Haut, gespannte, pralle, druckschmerzhaft Brust, Hitze, allgemeines Krankheitsgefühl mit erhöhter Temperatur.
- Mastitis: Ursache ist der Hautkeim *Staphylococcus aureus*. Tritt meist nach einem Milchstau auf und äußert sich in schmerzhaften Rötungen der Brustwarzen und Fieber (PIETSCHNIG, 2011).

Bei einem Großteil der österreichischen Frauen besteht der Wunsch, ihr Kind so lange als möglich zu stillen. Doch es gelingt nicht immer auf Anhieb oder verläuft nicht immer reibungslos. Viele Einflüsse, sei es von außen oder der Mutter selbst bestimmen mitunter die tatsächliche Stilldauer.

Im Zuge des Projekts „Schutz, Förderung und Unterstützung des Stillens in Europa“ wurden Einflussfaktoren auf Stillen erhoben und in der unten stehenden Tabelle 2 in verschiedene Kategorien eingeteilt.

Mutter, Kind, Familie	• Alter, Geburtenzahl, körperliche und psychische Gesundheit der Mutter • Mutter selbst gestillt, Still Erfahrungen mit vorangegangenen Kindern • Ausbildung, Beruf, soziale Schicht, ethnische Zugehörigkeit, Wohnumfeld • Wissen, Einstellung, Vertrauen in die Stillfähigkeit • Familienstand, Familiengröße, Unterstützung durch Vater/Partner und Familie • Lebensgewohnheiten (Rauchen, Alkohol, Drogen, Ernährung, körperliche Betätigung) • Geburtsgewicht, Gestationsalter, Geburtsmodus, Gesundheitszustand des Neugeborenen • Verfügbarkeit von Vorbildern mit positiver Still Erfahrung
Gesundheitssystem	• Zugang zu Schwangerschaftsbetreuung/Vorsorge und Qualität der Vorsorge • Qualität der Betreuung unter der Geburt und in den ersten Lebenstagen • Zugang zu gesundheitlicher Versorgung nach der Geburt für Mutter und Kind und Qualität dieser Versorgung • Art und Qualität der professionellen Unterstützung im Stillmanagement durch Gesundheitspersonal • Zugang zu Peer Counsellor und Mutter-zu-Mutter-Selbsthilfegruppen
Öffentliche Gesundheitsstrategien	• Stellenwert und finanzielle Unterstützung, die dem Stillen gewährt werden • Offizielle Strategien, Empfehlungen und Pläne • Monitorings- und Überwachungssysteme • Qualität der Aus- und Fortbildung des Gesundheitspersonals • Finanzielle Unterstützung für ehrenamtliche Mutter-zu-Mutter-Beratung • IAK and Einsatz verschiedener Medien zur Befürwortung des Stillens
Gesellschaftliche Regeln und Kultur	• Gesetzliche Verankerung und Durchsetzung des Internationalen Kodex • Mutterschutzgesetze und deren Durchsetzung • Verkörperung und Darstellung von Säuglingsernährung und Mutterschaft in den Medien • Hindernisse und Widerstände für das Stillen in der Öffentlichkeit • Vorhandensein und aktive Arbeit von Mutter-zu-Mutter-Selbsthilfegruppen auf Gemeindeebene • Grad des öffentlichen Bewusstseins und Wissen

Tabelle 2: Allgemeine Einflussfaktoren auf das Stillen (NATIONALE STILLKOMMISSION, 2004).

Stillende Frauen sind überwiegend älter, verheiratet, besser gebildet, verfügen über ein höheres Einkommen und einen höheren sozialen Status. Abbildung 3 zeigt einen Unterschied hinsichtlich der Stilldauer in Abhängigkeit des mütterlichen Bildungsniveaus. Es ist klar zu erkennen, dass der Anteil gestillter Kinder von Müttern mit einfacher Bildung schneller abnimmt. Nach sechs Monaten stillten nur noch 33%

der Frauen mit niedrigerem Bildungsstatus, 47% der Mütter mit mittlerer Bildung und 65% bei hoher Bildung.

Gründe für geringere Stillquoten können Partner mit negativen Einstellungen zum Stillen oder eine Frühgeburt des Kindes sein. Auch der Konsum von Zigaretten, Kaffee oder Alkohol sowie vorherige Stillprobleme oder eigene Gesundheitsprobleme können zum Abstillen führen. Es gibt einen Zusammenhang zwischen Stilldauer, der Teilnahme an Geburtsvorbereitungskursen und der Frage, ob die Schwangerschaft geplant war. Frauen, die länger stillen, verfügen meist über ein größeres Gesundheitsbewusstsein, leiden seltener an Depressionen und gebären Kinder mit normalem Körpergewicht und Gestationsalter. Zudem wird das Stillverhalten durch die berufliche Situation der Mutter beeinflusst: so stillen Frauen, die einer Vollbeschäftigung nachgehen, ihre Kinder weniger lang. Die Einstellung der Mutter zum Stillen ist entscheidend für den Entschluss zu stillen. Auch Zwillinge und Mehrlinge werden signifikant seltener und kürzer gestillt als Kinder aus Einlingsgeburten (VON DER LIPPE et al., 2014).

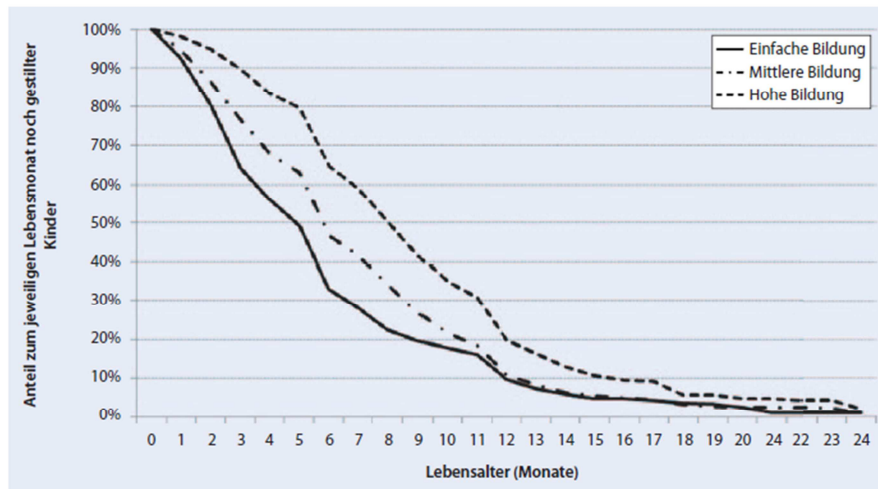


Abbildung 3: Stilldauer in Monaten in Abhängigkeit der Bildung der Mutter (VON DER LIPPE et al., 2014).

Das erste Anlegen des Säuglings spielt ebenfalls eine signifikante Rolle bei der Länge der ergänzenden Stilldauer. Frauen, die innerhalb der ersten ein bis zwei Stunden ihren Säugling anlegen können, stillen signifikant länger als Mütter, die erst innerhalb der

ersten zwölf Stunden Hautkontakt mit dem Baby haben (BRAMSON et al., 2010). In Wochen gerechnet stillen österreichische Mütter im Durchschnitt 19 Wochen beziehungsweise 4,75 Monate. Der signifikant höchste Einfluss auf das Stillen erfolgt durch den Kinderarzt, in zweiter Linie durch die eigene Mutter (BMG, 2006b).

2.5.2 Stillhemmende Faktoren

Trotz der weltweit steigenden Stillraten, sinken diese drastisch bis zum sechsten Lebensmonat ab. Selbst in Industrieländern mit guter Laktationsberatung bleiben die Raten für ausschließliches Stillen niedrig. Nicht nur in Österreich, auch in anderen Ländern mit höherem Einkommen zeichnet sich ein ähnliches Bild ab. Von den anfänglichen Stillraten von 93% sind nach sechs Monaten nur noch wenige Mütter bereit, ihr Kind voll zu stillen. Die Ergebnisse einer Studie zeigten eine Reihe von Faktoren im Hinblick auf vorzeitiges Abstillen auf:

- Stillhäufigkeit und –dauer: Viele Mütter wissen die Signale des Babies nicht richtig zu deuten, wie beispielsweise stillen „auf Abruf“ – ob das Baby noch hungrig ist oder vielleicht schon überfüttert ist.
- Umgang mit der Milchmenge: Es herrschte Unsicherheit, ob die Milchmenge den Bedürfnissen des Babies genüge und ob der Einsatz von milchfördernden Medikamenten sinnvoll ist. Andere Mütter wiederum wünschten sich mehr Beratung über den Umgang mit Milchstau.
- Stillposition: Mütter fordern auch hier praktische Ratschläge für Stiltechniken und welche Positionen sie einnehmen können, besonders in den ersten Tagen würde es viel erleichtern, um Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten zu entwickeln.
- Technik des Milchabpumpens: Die Mehrheit verwendet nicht die Hand sondern Milchpumpen – es herrscht der Wunsch nach Hilfe bei der Anwendung. Annähernd alle Mütter beabsichtigen abzapfen, sodass jemand anderes ihr Kind füttern kann und somit auch der Partner und andere Familienmitglieder mit einbezogen werden können.

- Pflege der Brustwarzen: Zu den Tipps zur Vorbeugung und Aufklärung was den normal sei, suchten die Betroffenen medizinischen Rat, um die Schmerzen zu lindern und die Heilung zu fördern.
- Informationen über die Herausforderung Stillen: Die Befragten empfanden, dass Schwangere realistische Informationen über das Stillen erhalten sollten. Obwohl die Eltern während der Schwangerschaft schon viel über die Vorteile des Stillens hören, sind einige Mütter über die Hürden, die beim Stillen auftreten können, wie Schmerzen, Unwohlsein aber die viele Zeit, die dafür erforderlich ist, überrascht.
- Andere Nahrungsquellen: Infolge der Stillinformationen und –förderung rücken Informationen über alternative Ernährungsformen im Säuglingsalter in den Hintergrund. Der Fokus liegt zu sehr auf Muttermilch, obwohl manche Frauen Probleme mit dem Stillen haben und deshalb gezwungen sind, auf Alternativen zurückzugreifen.

Diese Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung der Stillförderung. Es geht klar hervor, dass sich Mütter mehr Unterstützung und Informationen wünschen. Um die Stilldauer langfristig zu verbessern, sind diese Schlüsselinhalt ein wesentlicher Faktor (LEURER UND MISSKEY, 2015).

Wie bereits die WHO in den „Zehn Schritten zum erfolgreichen Stillen“ beschreibt, zählt der Hautkontakt zum Neugeborenen zu den wichtigsten Einflussfaktoren. Stillabsichten, soziodemografische Daten, die Art der Geburt (natürlich oder Kaiserschnitt) und Hautkontakt in den ersten drei Stunden postpartum sind entscheidende Faktoren für das exklusive Stillen in den ersten Tagen nach der Geburt. Je länger der erste Hautkontakt stattfindet (bis zu über einer Stunde), desto eher wird eine Mutter während ihres Krankenhausaufenthaltes ihr Kind voll stillen - verglichen mit Müttern, die keinen Hautkontakt mit ihren Neugeborenen haben. Ein Großteil der Mütter, die sich für volles Stillen entscheiden und ihr Kind auf natürliche Weise zur Welt bringen, hat über eine Stunde Hautkontakt mit ihrem Kind. Dieser

„dosisabhängige“ Zusammenhang zwischen Dauer des Hautkontakts und vollem Stillen wird in Abbildung 4 dargestellt (BRAMSON et al., 2010).

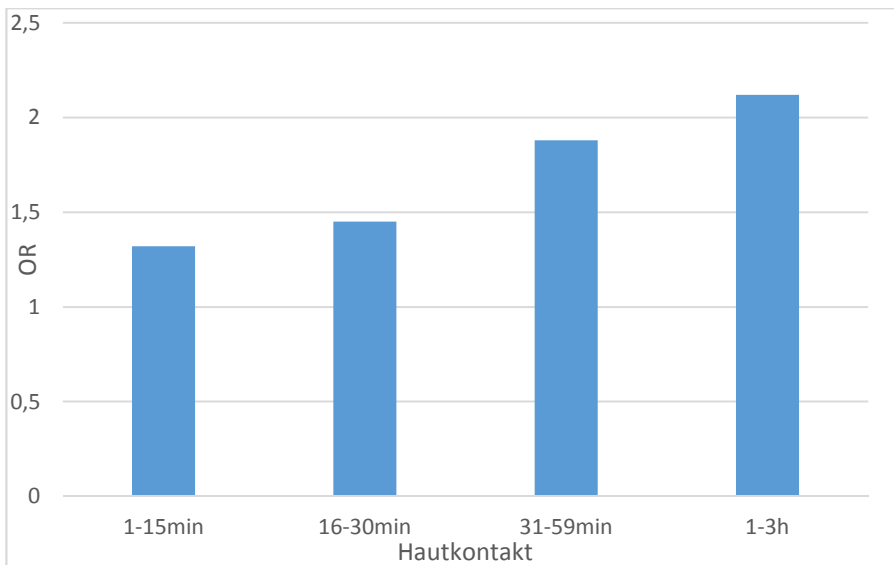


Abbildung 4: zeigt die Oddsratio von vollem Stillen und Hautkontakt. (modifiziert nach BRAMSON et al., 2010)

Je länger Hautkontakt bestand, desto häufiger stillten die Frauen. Ab einer Stunde oder länger, war die Chance, das Kind voll zu stillen, doppelt so hoch im Vergleich zur Referenzgruppe, die keinen Hautkontakt hatten.

Um die Stillmotivation und den individuellen Nutzen (Abbildung 5) von Stillen besser einzuschätzen, haben Autoren einer Studie stillende Frauen in drei Kategorien eingeteilt:

1. extrinsisch Motivierte mit keiner positiven Erfahrung beim Stillen,
2. intrinsisch Motivierte mit positiver Erfahrung beim Stillen und
3. Frauen, die sowohl intrinsisch als auch extrinsisch motiviert sind, mit positiver Erfahrung beim Stillen.

Eine Frau gilt als extrinsisch motiviert, wenn eine einflussreiche Person, wie die Mutter oder eine andere nahestehende Person möchte, dass gestillt wird. Ein Großteil dieser Gruppe lebt in einem instabilen Umfeld, daher ist mit Unterstützung seitens des Vaters kann man in den meisten Fällen nicht erwarten, da viele Mütter alleinerziehend sind.

Die extrinsisch Motivierten beendeten das Stillen bereits nach drei Monaten. Meist waren die Mütter jünger und hatten ein geringeres Einkommen, sodass manche eine finanzielle Unterstützung von sozialen Einrichtungen erhielten.

Mütter, die von sich aus gerne stillen möchten, weil es gesundheitliche Vorteile für das Kind mit sich bringt, jedoch keine Stillerfahrung aufweisen, werden als intrinsisch motiviert eingestuft. Der Großteil der untersuchten Frauen befand sich in dieser Gruppe. Eine große emotionale Bindung zum Kind, aber auch der gesundheitliche Nutzen veranlasste hier die Mehrheit zu stillen.

Jene Mütter, die in der Vergangenheit positive Erfahrungen gesammelt haben und von sich aus motiviert sind, gehören der dritten Kategorie an. Für diese Gruppe waren eher die Anreize im Vordergrund. Allgemein war das Durchschnittsalter höher, sie hatten mehr Kinder und einen Familienhintergrund, in denen stillen als erwünscht und normal gilt. Diesen Frauen ist die emotionale Bindung zum Kind und die eigene Erwartung an Stillen sehr wichtig. Auch zum Vater besteht meist guter Kontakt. Er steht unterstützend zur Seite und gilt in der Familie als erste Ansprechperson. Ob beim Wiedereinstieg in den Beruf oder im Alltag, diese Frauen erfahren mehr Unterstützung, um die alltäglichen Hürden besser zu bewältigen (RACINE et al., 2008).

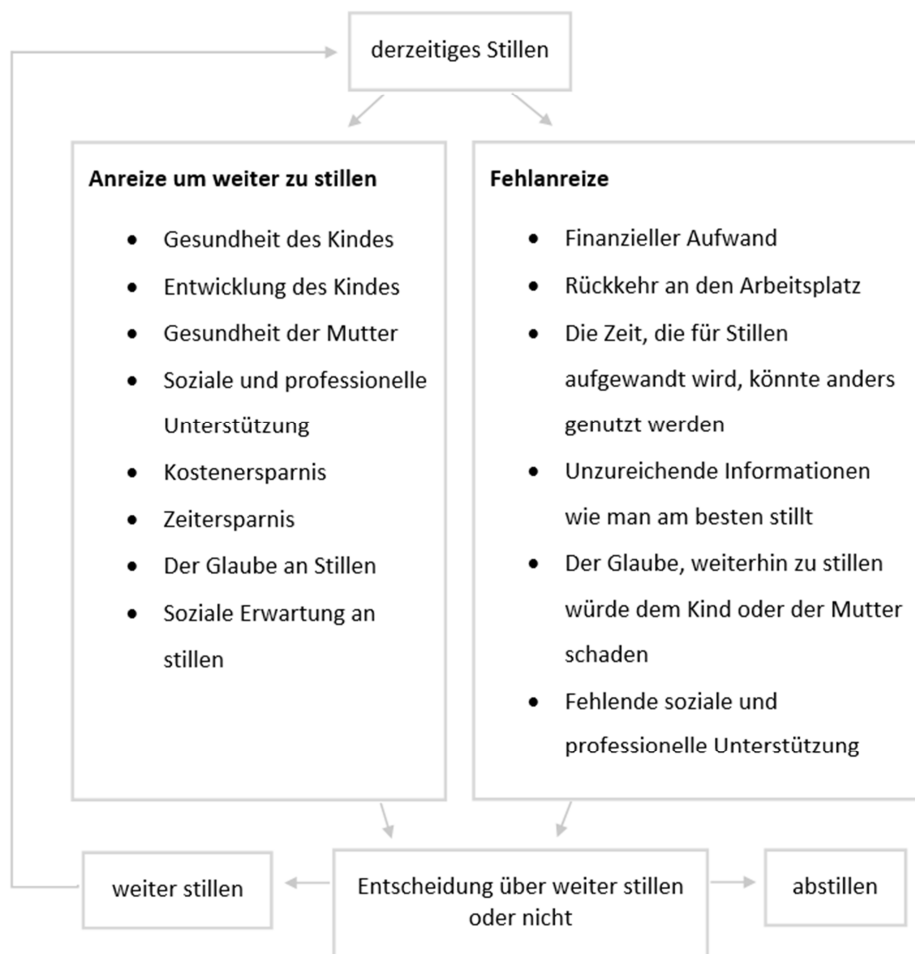


Abbildung 5: Der individuelle Nutzen von Stillen. Mütter verhalten sich so, um den Nutzen und ihr Wohlbefinden zu maximieren. Anreize und Fehlanreize von Stillen verändern sich im Laufe der Zeit. Wenn die Ablehnung plötzlich überwiegt, entscheiden sich viele Mütter

Manche Mütter sind gezwungen abzustillen, obwohl sie gar nicht wollen. Dies kann eine sensible Angelegenheit, in Zeiten in denen Stillen als das Gesundeste für Mutter und Kind beworben wird, sein. Betroffene fühlen sich schlecht und beschreiben die Entscheidung abzustillen, im Sinne der Gesundheit und des Wohlbefindens für das Kind, als kritisch aber als notwendig. Viele Mütter sind unsicher, welche Nahrung nun als beste Alternative zur Muttermilch geeignet ist. Sie sind in einer verwundbaren Situation und werden von ihrem Umfeld nicht immer verstanden und unterstützt. Deshalb sind an dieser Stelle Personen aus Gesundheitsberufen gefragt, Müttern, die

abstillen müssen, spezielle Aufmerksamkeit und Unterstützung anzubieten. Diese helfen beim Umgang mit Säuglingsanfangsnahrung (SAN) und vermitteln Verständnis für die Situation, da die Erwartungshaltung des Umfelds ohnehin sehr groß ist (LARSEN und KRONBORG, 2013).

Ca. 60% der Mütter, die abstillen, tun dies früher als geplant. Ein vorzeitiger Abbruch lindert mütterliche Beschwerden hinsichtlich Milchbildung (ODOM et al., 2013).

Schnuller stehen im Verdacht, das Stillen zu beeinträchtigen. Wird die Vergabe von Schnullern bei Neugeborenen während des Krankenaufenthaltes beschränkt, jedoch nicht die Gabe von SAN, kommt es in manchen Fällen zu einem Rückgang der Stillrate. Dafür steigen die Zahlen für partielle und gänzliche Einführung von SAN an. Im Rahmen der BFHI beschränken Krankenhäuser die Verteilung von Schnullern um dies zu vermeiden (KAIR et al., 2013).

Für eine Untersuchung mit 284 Müttern wurden diese in zwei Gruppen eingeteilt: jene, die Komplikationen während der Geburt hatten und jene, die keine hatten. Frauen, bei denen es während der Geburt zu Komplikationen kommt, stillten ihre Kinder signifikant kürzer als jene, bei denen es keine Vorkommnisse gibt. Speziell Kaiserschnitt, fetaler Disstress, lange Geburt, Dammriss und Hämorrhagien postpartum sind Einflussfaktoren auf eine verkürzte Stillzeit. Betroffene Mütter haben oft Schmerzen oder die Einnahme von Medikamenten hindern sie letztendlich, ihr Kind voll zu stillen (BROWN und JORDAN, 2013).

Idealerweise sollten alle Mütter, die sich für das volle Stillen entscheiden, unterstützt werden, um das Ziel zu erreichen. Der Krankenhausaufenthalt umfasst oft nur wenige Tage und ist eine kritische Zeit für Mütter um optimales Stillverhalten zu verinnerlichen. Die Erfahrungen, die sie im Krankenhaus sammeln, sind entscheidend, ob Mütter es schaffen, tatsächlich so lange zu stillen. Die Implementierung der BFHI kann helfen, damit mehr Mütter ihre Stillabsichten erreichen (PERRINE et al., 2012).

Junge Mütter begründen das Vorzeitige Beenden von Stillen mit dem Wiedereinstieg in den Beruf. Es besteht jedoch die Möglichkeit, Milch abzupumpen, um weiterhin das Kind mit Muttermilch zu versorgen. Im Kühlschrank gelagert ist diese 24 Stunden haltbar, bei Raumtemperatur acht Stunden lang. Säuglinge sollten sehr bald am Morgen gestillt werden und dann noch einmal bevor die Mutter das Haus verlässt. Zurück von der Arbeit kann das Kind wie gewohnt weitergestillt werden. Die abgepumpte Milch kann während der Abwesenheit der Mutter in einem Becher verabreicht werden (MATHUR et al., 2014).

2.5.3 Einfluss der Herkunft auf das Stillverhalten

Laut Statistik Austria leben in Österreich derzeit 8,4 Millionen Menschen. Ein Vergleich der letzten 10 Jahre zeigt, dass die Einwohnerzahl immer noch steigt und bis 2030 auf voraussichtlich 9,1 Millionen Menschen wachsen wird. Dieser Anstieg ist hauptsächlich auf Zuwanderung zurückzuführen. Speziell Ballungszentren wie Wien, aber auch Niederösterreich und das Burgenland verzeichnen höhere Ausländeranteile. Gemäß der statistischen Daten stammen die meisten Zuwanderer neben Deutschland aus der Türkei, Bosnien und Serbien (STATISTIK AUSTRIA, 2013). Da Menschen mit Migrationshintergrund tendenziell bildungstechnisch schlechter aufgestellt sind, diese Tatsache jedoch mit der Entscheidung zu stillen einhergeht, besteht in diesem Bereich großer Handlungsbedarf (VON DER LIPPE et al., 2014). Das Bundesministerium für Gesundheit hat sich bereits darauf eingestellt. Informationsmaterial zum Thema Stillen und Beikost wird in verschiedenen Sprachen angeboten. In Zusammenarbeit mit der AGES und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger wurde das Programm „Richtig essen von Anfang an“ initiiert. Aktuelle Erkenntnisse über Säuglings- und Kleinkinderernährung und Ernährung für Schwangere und Stillende werden bereitgestellt. Zielgruppen sind Eltern und werdende Eltern, Ärzte, Hebammen, Stillberater, Apotheker sowie Gesundheitsförderer. Die Informationen können auf der Homepage (www.richtigessenvonanfang.at) abgerufen werden oder es werden Workshops abgehalten, die neben Deutsch auch in Bosnisch-Kroatisch-

Serbisch (BKS) und Türkisch angeboten werden. Die Broschüre „Stillen ein guter Beginn“ ist neben Deutsch und Türkisch auch in BKS verfügbar.

Europaweit stellen sich öffentliche Organisationen auf den Bedarf an mehrsprachiger Information ein, um möglichst viele Mütter zu erreichen. Die WHO/UNICEF Initiative BFHI bietet neben deutschen Elterninformationen auch eine türkische Version an. Von der belgischen Stillkommission kommt eine Stillbroschüre ohne Worte, welche durch Bilder selbsterklärend ist und daher für jegliche Sprachbarrieren und auch für Analphabeten verwendet werden kann (VSLÖ, 2013b).

Aus dem Stillbericht 2006 geht hervor, dass österreichische Frauen häufiger stillen als Mütter anderer Herkunft. Speziell Türiinnen gaben an, es sei in deren Kulturkreis nicht erwünscht, in der Öffentlichkeit zu stillen. Nur 88% der in Österreich lebenden Türiinnen haben ihr Kind jemals gestillt (BMG 2006b).

Erziehung und soziale Stellung spielen ebenfalls eine wichtige Rolle, auf welche Art Frauen gebären und stillen. Speziell Migrantinnen haben oft eine andere Auffassung, wie deren Schwangerschaft und Geburt ablaufen soll. Hinzu kommen noch die Sprachbarriere und die fehlende Sicherheit in einem fremden Land.

Berührungen sind oftmals tabu und daher nicht selbstverständlich. Probleme machen sich bereits bei Voruntersuchungen bemerkbar, wenn es um das Entkleiden geht. Darüber hinaus zählen auch verschiedene Ansichten zur Körperhygiene und Ernährungsweise zu den üblichen Barrieren. Mit dem ungewaschenen Neugeborenen Hautkontakt zu haben, gilt für viele Migrantinnen als unvorstellbar. Der natürliche Wochenfluss wird als unrein angesehen und sogar das Kolostrum wird weggeleert. Angesichts dieser Tatsache ist es wichtig, diese Bräuche zu respektieren. Die Stillberater stehen speziell in diesen Fällen begleitend zur Seite.

Trotz der vielen Informationen die im Internet zum Thema Stillen und Beikost kursieren, können diese fehlerhaft sein. Umso wichtiger ist es, dass Fachpersonal in verschiedenen Sprachen Auskunft geben kann (VSLÖ, 2015a).

In einer groß angelegten Studie mit 42.400 Kindern in Dänemark wurde das Stillverhalten von Däninnen und Migrantinnen evaluiert. Suboptimales Stillen wurde häufiger bei Migrantinnen nicht nordischen Ursprungs, speziell Türkinnen und Pakistani und Migrantinnen zweiter Generation verzeichneten. Generell waren die dänischen Mütter älter, hatten eine höhere Ausbildung und gingen eher einer Beschäftigung nach als Migrantinnen (BUSCK-RASMUSSEN et. al, 2014).

Die Glaubensrichtung beeinflusst ebenfalls das Stillverhalten. Folgende Untersuchungen erforschen mögliche Ursachen für eine nicht adäquate Stilldauer bei Frauen mit Migrationshintergrund. Obwohl stillen in der türkischen Kultur üblich ist, wird volles Stillen während der ersten sechs Monate nur bei rund 21% der Säuglinge praktiziert. Drei große Faktoren beeinflussen türkische Mütter in ihrer Stillentscheidung am meisten:

1. Ältere Familienmitglieder

Es ist schwierig, die eigenen Interessen durchzusetzen, da die Schwiegereltern Druck ausüben, indem sie gleiche Stillpraktiken wie damals fordern. In älteren Generationen ist es beispielsweise üblich, Wasser bereits in den ersten Lebensmonaten einzuführen. Der Irrglaube, ein Kind zu stillen, obwohl man mit einem weiteren schwanger ist, würde den Fetus vergiften, hält sich bis heute und wird den jüngeren Familienmitgliedern weitergegeben.

2. Soziales Umfeld

Mütter erwerben ihre Stillkenntnisse hauptsächlich über Freunde und Bekannte. Ratschläge, wie über die Einführung von Beikost ab drei Monaten oder die Behandlung von Infektionen der Brustwarze mit Seife und Zwiebel sind weit verbreitet.

3. Religion

Der Koran und die Texte und Aussagen des Propheten werden dazu verwendet, das Verhalten eines Menschen zu lenken. Ein Großteil der türkischen Familien folgt diesen religiösen Bräuchen. Der Koran schreibt vor, dass Mütter ihre Babys zwei oder zweieinhalb Jahre stillen, damit die Muttermilch 40 Jahre lang im Körper des Säuglings bleibt. Es wird angenommen, wenn Gott der Brust Milch für das Neugeborene gibt, dann hat die Mutter eine Verpflichtung gegenüber Gott. Ein weiteres religiöses

Element welches Stillen beeinflusst ist der „Adhan“ – ein Gebetsruf, der fünf Mal am Tag wiederholt wird. Erst nach drei Adhan-Rufen sollte das Kind zum ersten Mal gestillt werden – da können allerdings schon acht- 16 Stunden nach der Geburt verstreichen. Die meisten Frauen glauben, sie würden bestraft werden, wenn sie der Forderung nicht nachgehen. Manche Studien, die zum Thema Stillen in der Türkei durchgeführt wurden, stufen das Kolostrum als ungeeignet für Neugeborene ein. Ältere Generationen empfehlen stattdessen eine Butter-Zucker-Mischung, welche die Säuglinge vorm Erbrechen bewahren sollte. Darüber hinaus werden manche Babys erst am zweiten Tag nach der Geburt gestillt, da das Kolostrum als Schmutzwasser angesehen wird, welches sich während der gesamten Schwangerschaft in der Brust befand. Dennoch ist auch zu beachten, dass die Stillpraktiken sich innerhalb des Landes unterscheiden. Traditionelle Praktiken sind in ländlichen Gegenden üblicher, hier herrschen vermehrt religiöse und konservative Lebensführung und starke familiäre Bindungen vor (DEMIRTAS et al.,2011).

Eine Studie von Dänemark verglich die Stillpraktiken von einheimischen Frauen und Migrantinnen. Interessanterweise stillten hier Migrantinnen erster Generation nicht-nordischer Länder öfter und länger als dänische Mütter. Frauen, die bereits in zweiter Generation in Dänemark lebten und ursprünglich aus der Türkei oder Pakistan stammten, hatten ein größeres Risiko, vorzeitig abzubrechen. Der Anteil an stillenden Frauen nach vier Monaten war 32,7% bei Däninnen und Türkinnen, sowie 43,3% bei Pakistanerinnen. Die Akkulturation, gemessen an Jahren, die in der neuen Heimat gelebt wird, ist hier als Grund für das Stillverhalten angeführt (BUSCK-RASMUSSEN et al. 2014).

2.5.4 Einfluss des Vaters auf Stillentscheidungen

Die Entscheidung zu stillen hängt unter anderem von der Unterstützung der Familie, insbesondere des Partners ab. Besonders die erste Zeit nach der Geburt ist eine sensible Phase. Eine Untersuchung ergab, dass Väter, die gemeinsam mit deren Partnerinnen einen Geburtsvorbereitungskurs besuchten, mehr Einfluss auf die

Stillentscheidung hatten. Durch die gegenseitige Unterstützung stillten diese Mütter öfter und länger als die empfohlenen sechs Monate (RAEISI et al., 2013).

Die liebevolle Unterstützung, die Hilfe und partnerschaftliche Anteilnahme des Vaters fördert das Stillen und die Mutter-Kind-Bindung. Die durch nichts zu ersetzende Vater-Kind-Beziehung ist ein wichtiges Element in der frühkindlichen Entwicklung (LA LECHE LIGA, 2015b).

Jugendliche und junge Frauen neigen dazu, sich stärker von ihrem Partner beeinflussen zu lassen als erwachsene Frauen – daher beeinflusst die Beziehung auch die Absicht zu stillen. Sipsma et al. (2013) untersuchten werdende Eltern und deren Stillvorhaben. 73% der befragten Frauen beabsichtigen zu stillen, ebenso 80% der werdenden Väter wollen, dass die Frau das Kind stillt. Gründe dafür sind: die Gesundheit des Babys und weil es eine natürliche Art ist, das Kind zu füttern. Die Angst vor Schmerzen beim Stillen war der meist genannte Grund, nicht zu stillen. Frauen, die Gewalt in der Partnerschaft erleben, beabsichtigen weniger häufig, ihr Kind zu stillen. Sie kämpfen oft mit Scham und geringem Selbstwertgefühl (SIPSMA et al., 2013).

Die Einbindung des Vaters in Schwangerschaft und Stillzeit ist ein neueres Thema in der Wissenschaft. Die erste Zeit nach einer Geburt ist oft entscheidend über den Verlauf des Stillens, daher ist die Unterstützung beim Stillen besonders wichtig. Mütter, die in dieser Zeit körperliche und emotionale Unterstützung erfahren, sind eher bereit, länger zu stillen. Aus einer Studie der USA geht hervor, dass nur 45,9% der Befragten Hilfe beim Stillen von deren Partnern erhielten. Die Häufigkeit von ausschließlichem Stillen nach sechs Monaten war signifikant höher bei Müttern, welche die Väter miteinbezogen hatten und Unterstützung in den ersten Wochen nach der Geburt erhielten (Abbildung 6). Nur jene Mütter, die Unterstützung bekamen, waren auch nach dem Krankenhausaufenthalt gewillt, ihre Kinder weiter zu stillen (HUNTER und CATTELONA, 2014).

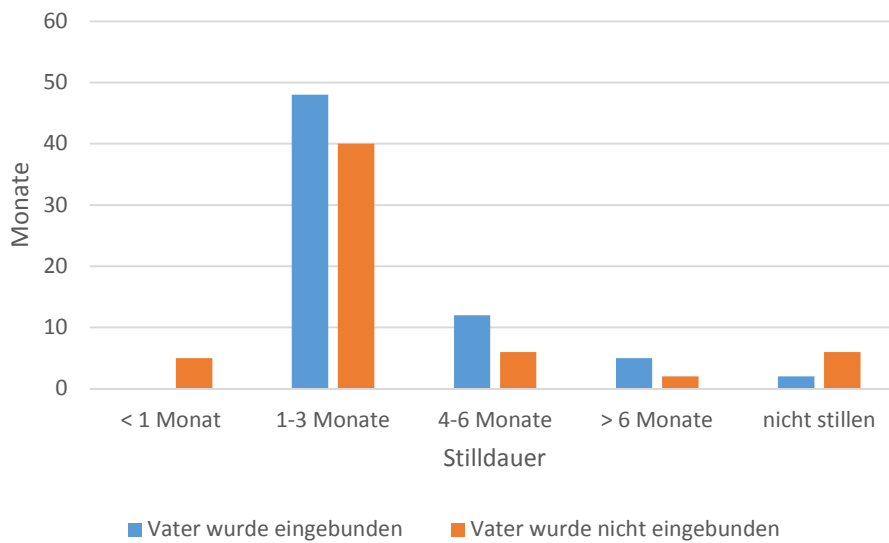


Abbildung 6: Der Zusammenhang zwischen Stilldauer und Einbindung des Vaters in die Stillentscheidung.

Es geht deutlich hervor, dass der Vater eine tragende Rolle in der Stillentscheidung aufweist. Werden Babys nicht oder weniger als ein Monat gestillt, gibt es kaum eine aktive Handlung von seitens des Vaters (modifiziert nach HUNTER und CATTELONA, 2014).

Nichtsdestotrotz gibt es nach wie vor Männer, die der Ansicht sind, dass diese Entscheidung keine gemeinsame ist. Eine Untersuchung zeigte, dass 75% der Männer zumindest darüber Bescheid wissen, dass Muttermilch die gesündere Wahl für das Kind ist. Väter fühlen sich oft uninformiert und haben den Eindruck, dass die Stillförderung nur an werdende Mütter gerichtet ist. Das könnte mitunter einer der Gründe sein, warum sie sich bei der Stillentscheidung zurückhalten. Manche haben das Gefühl, dass es durch Stillen schwieriger ist, eine Verbindung zum Kind aufzubauen. Väter können sich nur einbringen, indem sie sich bei der Stillentscheidung beteiligen und während der ersten Monate unterstützend zur Seite stehen. Stillen in der Öffentlichkeit empfinden manche jedoch als beschämend (KENOSI et al., 2011).

Durch eine aktive Beteiligung von seitens des Partners fühlen sich Mütter selbstsicherer und ermutigt beim Stillen. Weniger motivierend empfinden Frauen es,

wenn der Partner nicht klar dahinter steht, sich hauptsächlich für das Stillen ausspricht, weil es „gut für das Baby ist“ oder sich sogar negativ darüber äußert. Es ist wichtig, dass auch Gesundheitsexperten den Einfluss einer aktiven und positiven Unterstützung des Partners auf die Selbstsicherheit beim Stillen von Frauen erkennen und fördern (MANNION et al., 2013).

Die Bindung, die zwischen Mutter und Kind entsteht, ist für Väter auch schön anzuschauen. Etliche Männer werden in die Stillentscheidung mit einbezogen, nichtsdestotrotz haben die Mütter in den meisten Fällen das letzte Wort. Durch möglicherweise auftretende Stillprobleme ist eine Ermutigung, das Stillen fortzuführen in den ersten Wochen besonders wichtig. Um eine größere Bindung zum Kind aufzubauen, gibt es für Väter viele Möglichkeiten, wie beim Stillen daneben zu sitzen, mit dem Baby zu reden oder singen und unmittelbar danach an sich zu nehmen. So entsteht ein Zusammenwachsen der Familie (REMPEL und REMPEL, 2010).

2.5.5 Baby Friendly Hospital Initiative

Im Jahr 1991 gründeten UNICEF und die WHO die Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI) im Zuge der Innocenti Declaration zum Schutz, Förderung und Unterstützung des Stillens in Europa. Das Hauptziel ist die Förderung des Stillens in Krankenhäusern und Entbindungsstationen. Die Initiative inkludiert die „10 Schritte zum erfolgreichen Stillen“ (Tabelle 4) und den „internationalen Kodex zur Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten“, welche seit 2009 erfüllt werden müssen, um als stillfreundlich zertifiziert zu werden. Weltweit wurden bereits rund 20.000 Einrichtungen in 152 Ländern als „stillfreundlich“ zertifiziert (WIECZOREK et al. 2015).

Jede Mutterschaftseinrichtung sollte folgende Punkte erfüllen:

1.	Das gesamte Personal, welches an der Pflege von Mutter und Kind beteiligt ist, erhält schriftliche Richtlinien zur Förderung des Stillens.
2.	Das Personal erhält regelmäßig Gelegenheit zur Aus- und Fortbildung, um die Richtlinien erfüllen zu können.
3.	Alle schwangeren Frauen werden über Vorteile und Praxis des Stillens informiert.
4.	Den Müttern wird ermöglicht, ihr Kind innerhalb der ersten Stunde nach der Geburt anzulegen.
5.	Den Müttern wird gezeigt, wie sie erfolgreich stillen können, auch wenn sie zeitweise von ihrem Kind getrennt sind. Mütter von Frühgeborenen, kranken und behinderten Neugeborenen erhalten spezielle Hilfe zur Förderung des späteren Stillens.
6.	Säuglinge, die gestillt werden, erhalten nur dann zusätzliche Nahrung, wenn die Muttermilch den Bedarf des Kindes nicht zu decken vermag.
7.	Das System des Rooming-In praktizieren – es erlaubt Mutter und Kind, Tag und Nacht zusammen zu sein; die Geburtsklinik gewährleistet dieses System.
8.	Zum Stillen nach Bedarf ermutigen.
9.	Saughütchen, Saugflaschen und Schnuller werden in den ersten Tagen nach der Geburt möglichst nicht eingesetzt
10.	Die Stillberatung hört nach Verlassen des Spitals nicht auf. Deshalb sollen die Kontakte zu Stillgruppen, Hebammen, Stillberatungs- und Mütter-/Väterberatungsstellen gepflegt und die Mütter auf diese Hilfen aufmerksam gemacht werden.

Tabelle 3: 10 Schritte zum erfolgreichen Stillen (WHO e, 2014)

Seit 2009, ist Punkt Nummer vier wie folgt zu interpretieren: Das Baby so platzieren, dass Hautkontakt mit der Mutter entsteht, unmittelbar nach der Geburt für mindestens eine Stunde. Mütter ermutigen zu erkennen, wenn ihr Baby bereit ist gestillt zu werden und Hilfe anbieten, wenn nötig (modifiziert nach AGES, 2015).

Die Initiative erwies sich in vielen Ländern als sehr erfolgreich in den Punkten Erhöhung der Häufigkeit des Stillbeginns, ausschließlichen Stillens und Stilldauer allgemein. Außerdem sind eine klare Verbesserung mütterlicher Gesundheit und eine verringerte Kindersterblichkeitsrate zu beobachten. Angesichts der kurz- und langfristigen Vorteile für Mutter, Kind und Umwelt spielt die Implementierung der BFHI, neben den anderen globalen Strategien für die Säuglings- und Kinderernährung, im weltweiten Gesundheitswesen eine wichtige Rolle. Obwohl die Initiative schon zu erhöhten Raten des ausschließlichen Stillens führte, gibt es weiterhin Länder, in denen die Bemühungen hinterherhinken. Die Aufstockung der BFHI erfordert die Integration der stillbezogenen Themen in die Lehrpläne von Gesundheitspersonal auf allen Ebenen (WHO, 2015d).

Die Umsetzung der BFHI führt zwar zu höheren Stillraten und längerer Stilldauer, in Österreich zählen allerdings nur 16% der Entbindungsstationen zu den stillfreundlichen Krankenhäusern. Werden hier die Säuglinge anfangs noch gestillt, liegt die Rate nach sechs Monaten bei lediglich 55%, obwohl die Initiative bereits 1996 eingeführt wurde. Generell gibt es ein verpflichtendes gesetzliches Versicherungssystem und die Krankenhausversorgung wird in Österreich öffentlich finanziert. Bundesweit gibt es 79 Entbindungsstationen, aus denen versicherte Frauen wählen können. Krankenhausträger sind vor allem öffentliche Stellen wie Gemeinden und Sozialversicherungsträger oder private Stellen, wie z.B. religiöse Orden. Darüber hinaus gibt es vereinzelt private, gewinnorientierte Krankenhäuser, in denen Frauen die Kosten für die Geburt selbst tragen.

Während in den ersten Jahren UNICEF Österreich die BFHI unterstützte und die Zertifizierung von Individuen durchgeführt wurde, wird diese seit 2010 von einer speziellen BFHI Abteilung des „österreichischen Netzwerks gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen“ koordiniert und durchgeführt. Diese Abteilung hat auch die Kriterien für die mutterfreundliche Betreuung (Tabelle 5) festgelegt, welche von österreichischen Entbindungsstationen erfüllt werden müssen, um die BFHI-Zertifizierung zu erlangen.

Eine Untersuchung ergab, dass unter den aktuellen Bedingungen und ohne externe Unterstützung von seitens der Regierung, ein erheblicher Anstieg der BFHI-Zertifizierungskurse schwierig zu realisieren ist. Ein stillfreundliches Krankenhaus erfordert ein komplexes Zusammenspiel von Faktoren in den verschiedenen Stadien der Umsetzung. Umfangreiche Informationen sowohl für die Mitarbeiter, als auch für Mütter und ihre Angehörigen, kontinuierliche Beteiligung von Mitarbeiter von Gesundheitsberufen sowie Raum für offene Debatten vor und während der Betriebsphase sollten grundlegende Schritte sein, um die Umsetzung eines BFH zu erleichtern.

Werden diese Aktivitäten kontinuierlich angepasst oder auch während des Betriebs der BFHI erweitert, könnte die BFHI-Zertifizierung potenziell gesteigert und eine nachhaltige Umsetzung erreicht werden (WIECZOREK et al., 2015).

Eine natürliche Geburtserfahrung ist eine wichtige Voraussetzung für erfolgreiches Stillen. Deshalb ist die mutterfreundliche Betreuung ein wichtiger Punkt der BFHI-Zertifizierung. Die Kriterien erfordern, außer es handelt sich um eine medizinische Anordnung:

a.	Mütter können eine Begleitperson ihrer Wahl zur emotionalen Unterstützung während der Geburt mitbringen
b.	Mütter können während der Wehen essen und trinken was sie wollen
c.	Mütter können währen der Wehen sich frei bewegen und herumspazieren
d.	Mütter können die Position für die Geburt frei wählen
e.	Müttern sollen nicht-medikamentöse Methoden der Schmerzlinderung angeboten werden
f.	Invasive Verfahren wie Blasensprung, Dammschnitt, Geburtseinleitung oder Kaiserschnitt sollten nur für medizinische Indikationen verwendet werden
g.	Normen, Richtlinien und Lehrpläne für die Entbindungsstation unterstützen eine mutterfreundliche Betreuung

Tabelle 4: Kriterien für mutterfreundliche Betreuung.

Die Kriterien müssen von österreichischen Entbindungsstationen erfüllt werden, um eine BFHI Zertifizierung zu erlangen (modifiziert nach WIECZOREK et al. 2015).

Aus einer Studie von Venancio et al. werden ebenfalls die positiven Effekte der BFHI deutlich und weisen darauf hin, dass die Initiative mehrere Auswirkungen auf mehrere Indikatoren des Stillens hat. Die Ergebnisse zeigen, dass Babys, die in einem stillfreundlichen Krankenhaus geboren wurden, eine neun Prozent höhere Wahrscheinlichkeit haben, in der ersten Lebensstunde gestillt zu werden und eine sechs Prozent höhere Wahrscheinlichkeit, am ersten Tag zu Hause weitergestillt zu werden (Abbildung 7). Die volle Stillrate war bei 13% bei zweimonatigen, acht Prozent bei dreimonatigen und sechs Prozent bei sechsmonatigen Babys höher im Vergleich zu Kindern, die in einem Krankenhaus ohne BFH-Zertifizierung geboren wurden. Frauen, die in einem stillfreundlichen Krankenhaus entbinden, verwenden für ihre Kinder auch tendenziell weniger Schnuller (VENANCIO et al., 2012).

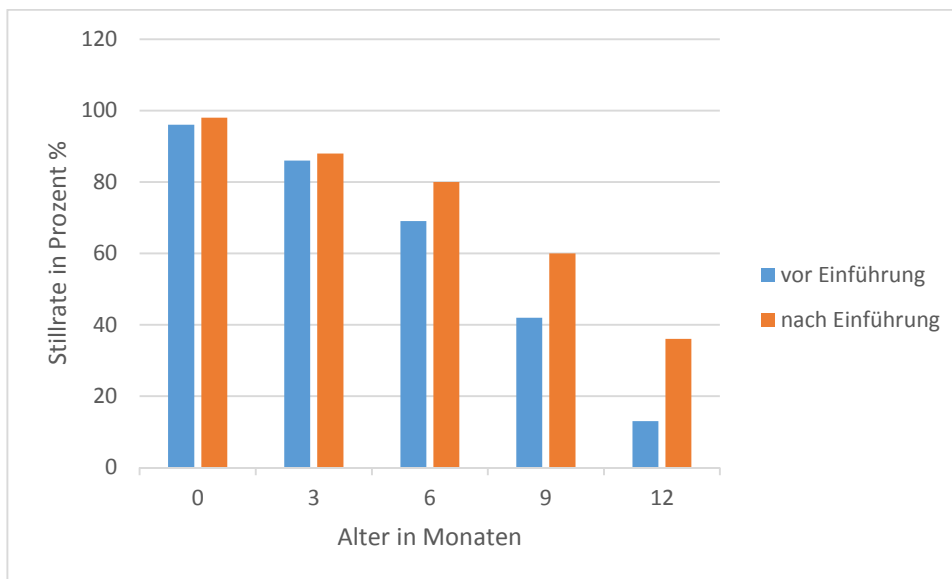


Abbildung 7: Stillraten vor und fünf Jahre nach Einführung der BFHI in Tromsø, Norwegen.

Durch Implementierung zeigen sich deutlich höhere Stillraten als davor (modifiziert nach HANSEN et al., 2012).

2.6 Vorteile des Stillens für Mutter und Kind

2.6.1 Vorteile des Stillens für die Mutter

2.6.1.1 Einfluss von Stillen auf das Auftreten kardiovaskulärer Erkrankungen

Frauen, die ihre Kinder gestillt haben, entwickeln nach der Menopause seltener Bluthochdruck, Diabetes, Hyperlipidämie oder kardiovaskuläre Erkrankungen. Bei einer kumulative Lebenszeitstilldauer von mehr als 12 Monaten, sinkt das Risiko um etwa 10%, verglichen mit Müttern, die nie gestillt haben (SCHWARZ et al., 2009).

2.6.1.2 Einfluss von Stillen auf das Auftreten von Depressionen

Mütterliche Depressionen nach einer Geburt zählen zu den häufigsten Komplikationen und haben verheerende und dauerhafte Auswirkungen auf Mutter und Säugling. Stillen ist mit vermindertem Stress verbunden, speziell das enthaltene Kortisol und die laktogenen Hormonen, Oxytocin und Prolaktin, haben eine antidepressive und angstlösende Wirkung. Diese Erkenntnisse legen nahe, dass Stillen mütterliche depressive Symptome verringern kann. Bei Müttern, die mehr als ein Kind zur Welt gebracht haben, sind die positiven Effekte deutlicher erkennbar, verglichen mit Erstgebärenden ($p=.02$) (MEZZACAPPA und ENDICOTT, 2007).

2.6.1.3 Einfluss von Stillen auf Diabetes Typ II

Die Untersuchungsergebnisse von Liu et al. (2010) haben ergeben, dass Stillen einen Einfluss auf das Diabetes Typ II Risiko hat. Dafür wurden Frauen, die keine Kinder haben und welche, die bereits Mütter sind genauer erfasst. Bei der Müttergruppe konnte eine 14% geringere Wahrscheinlichkeit pro Stilljahr beobachtet ($p=.001$) werden. Verglichen mit den Frauen ohne Kinder, hatten Mütter ohne Stillerfahrung ein höheres Diabetesrisiko ($p=.001$) (LIU et al., 2010). Auch Schwangerschaftsdiabetes erhöht das Risiko, Diabetes Typ II zu entwickeln. Much et al. (2014) haben herausgefunden, dass Mütter mit Gestationsdiabetes, welche stillen bessere Lipid- und Glucosewerte nach den ersten drei Monaten nach der Geburt aufweisen. In einer Langzeitstudie entdeckte man die Diabetesreduktion und eine verspätete Entwicklung

des Diabetes bei einer Stilldauer über drei Monate verglichen mit einer Stilldauer von weniger als drei Monaten (MUCH et al., 2014).

2.6.1.4 Einfluss von Stillen auf Krebs

Es scheint ein wachsender Konsens von Forschern zu sein, dass Stillen vor der Entstehung von Brustkrebs schützt. Die Ergebnisse einer Studie von Gonzalez-Jimenez et al. (2013) zeigen, dass Stillen von über sechs Monaten die Mutter besser vor Brustkrebs schützt, als eine dreimonatige oder keine Stillperiode ($p=.006$). Sowohl die Schwangerschaft, als auch der Stillvorgang beeinflussen die Epithelzellendifferenzierung der Brustdrüsen positiv und verringern die Konzentration bestimmter Hormone wie die des Östrogens, welches in Zusammenhang mit Brustkrebs steht (GONZALEZ-JIMENEZ et al., 2013).

2.6.1.5 Einfluss von Stillen auf das Körpergewicht

Bei einer Untersuchung norwegischer Mütter konnte gezeigt werden, dass volles und partielles Stillen sich sechs Monate nach der Geburt signifikant auf die Reduktion des Körpergewichts der Mutter auswirkt. Für jedes weitere Monat volles Stillen ergab sich eine Gewichtsreduktion von weiteren 0,5kg/ Monat, nach sechs Monaten, 0,1kg/ Monat nach 18 Monaten und 0,14kg/ Monat nach 36 Monaten. Partielles Stillen reduzierte das mütterliche Körpergewicht um 0,25kg/ Monat nach sechs Monaten (BRANDHAGEN et al, 2012).

Es gibt viele Mechanismen, die bedingen, dass sich überschüssiges mütterliches Fettgewebe negativ auf den Stillerfolg auswirkt. Zu diesen zählen biologische Faktoren, wie beispielsweise eine reduzierte Prolaktinreaktion und eine verzögerte Milchsekretion, welche mit verringerter Milchproduktion in Verbindung gebracht wird (HILSON et. al, 2006).

Flint et al. (2005) zeigten an Mäusen eine abnorme Entwicklung der Brustdrüse während der Schwangerschaft sowie übermäßige Ansammlung von Lipid innerhalb der alveolären Zellen der Brustdrüse bei der Geburt adipöser Mäuse. Diese Faktoren sowie die Abnahme der Expression von mRNAs für Schlüsselproteine und Enzyme in der

frühen postpartalen Zeit helfen, die beeinträchtigte Laktogenese zu erklären (FLINT et al., 2005).

Weiters ist zu beachten, dass bei vollem Stillen in den ersten vier bis sechs Monaten eine zusätzliche Energieaufnahme von 500 kcal/ Tag empfohlen wird. Nach den vier bis sechs Monaten gibt es keine Referenzwerte mehr, da bei jeder Frau die Stillintensität variiert und somit keine generelle Empfehlung angegeben wird. (DACH, 2015).

2.6.2 Langzeiteffekte des Stillens für das Kind

2.6.2.1 Einfluss von Stillen auf die Intelligenz

Ob es einen Zusammenhang zwischen Stillen und kognitiver Entwicklung gibt, wird in verschiedensten Studien untersucht. Erste Untersuchungen zu diesem Thema gab es schon um 1970. Eine Untersuchung an Kindern zeigte, dass Kinder, die überwiegend gestillt wurden, d.h. mehr als sechs Monate, bessere schulische Leistungen erzielen. Während Buben besser in Mathematik und Rechtschreibung abschnitten, konnten Mädchen tendenziell besser lesen. Diese Vorteile wurden hauptsächlich bei Kindern mit zehn Jahren beobachtet (ODDY et al., 2011).

Victora et al. (2015) untersuchten den Zusammenhang zwischen Stilldauer, Intelligenzquotient, Bildungsdauer in Jahren und Einkommen. Die statistischen Ergebnisse zeigen, dass 30 Jahre nach dem Stillen, ein Zusammenhang mit Intelligenz besteht. Speziell die Dauer ist ausschlaggebend. Personen, die zwölf Monate oder länger gestillt wurden, verzeichneten einen höheren Intelligenzquotient (IQ), mehr Bildungsjahre und ein höheres Einkommen. Als möglicher biologischer Mechanismus für diesen positiven Effekt werden die langkettigen gesättigten Fettsäuren in der Muttermilch vermutet, welche essentiell für die Gehirnentwicklung sind (VICTORA et al., 2015).

2.6.2.2 Einfluss von Stillen auf das Risiko übergewichtig zu werden

Ein beständiges Thema ist der Zusammenhang von Stillen und Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen. Eine Studie mit australischen Kindern zwischen neun und 16 Jahren

zeigte, dass Kinder, die sechs Monate oder darüber hinaus gestillt wurden, weniger oft übergewichtig oder adipös sind (SCOTT et al, 2012).

Die Ergebnisse einer weiteren Studie belegen eine 38 prozentige Risikoreduktion von Adipositas bei neun-jährigen, bei einer Stilldauer von 13 und 25 Wochen verglichen mit Kindern, die nie gestillt wurden. Wohingegen eine Stilldauer von über 26 Wochen sogar mit einem Rückgang von 51 Prozent belegt wurde. Mögliche Gründe dafür sind die höhere Energiedichte, welche 10-18% höher ist als in Muttermilch, aber vor allem der größere Proteinanteil in SAN. (MC CRORY und LAYTE, 2012).

Eine höhere Proteinaufnahme kann die Sekretion von Insulin und dem Insulin-like growth factor I (IGF-I) erhöhen. Hohe Insulin und IGF-I Werte können das Wachstum des Kindes in den ersten zwei Jahren erhöhen. Darüber hinaus führt eine hohe Proteinzufuhr zur verminderten Sekretion von Wachstumshormonen und in weiterer Folge zu einer reduzierten Lipolyse (HOPPE C et al., 2004).

2.6.2.3 Einfluss von Stillen auf das Auftreten von Allergien

Der Effekt der Stilldauer auf späteres Asthma und Allergien sind ständig in Diskussion. Wissenschaftler haben herausgefunden, dass das Asthmarisiko sich bei vier-, fünf- und achtjährigen Kindern in Familien mit hohem Asthmarisiko reduziert, verglichen mit Kindern, die in den ersten 12 Monaten SAN erhielten. Die Wahrscheinlichkeit, an Asthma zu erkranken, war bei SAN 2,2 Mal höher als bei Muttermilch-Ernährung. Eine längere Stilldauer kann vor Asthma im Kindesalter schützen, ist jedoch mit einem erhöhten Sensibilisierungsrisiko für Lebensmittel bei Familien mit Asthma verbunden (BREW et al., 2012).

Aus der S3-Leitlinie zur Allergieprävention gehen gegenteilige Erkenntnisse hervor. Eine Untersuchung von Giwerzman et al. 2010 kam zu dem Ergebnis, dass Stillen das Risiko für Hautausschläge signifikant erhöht ($p=.016$). Weiters wurde kein Zusammenhang zwischen dem Fettsäuremuster der Muttermilch und Asthma gefunden. (GIWERCMAN et al., 2010). Weiters fanden Pohlabein et al. (2010) heraus, dass ausschließliches Stillen über vier Monate bei Kindern zu einem erhöhten Risiko von Asthma und atopischer Dermatitis führt (POHLABELN et al., 2010).

2.6.2.4 Einfluss von Stillen auf das Auftreten von nekrotisierender Enterokolitis

Ein weiterer positiver Effekt von Muttermilch zeigt sich in einer verringerten Rate von nekrotisierender Enterokolitis (NEC), einer entzündliche Darmerkrankung und einer besseren Gewichtszunahme bei Frühgeborenen. Für diese Untersuchung wurden Säuglinge, die Muttermilch erhielten, in drei verschiedene Gruppen eingeteilt. Die Gruppen MM100 und MM40 erhielten pasteurisierte Muttermilch auf Basis eines Stärkungsmittels, wenn die enterale Zufuhr 100 bzw. 40mL/kg KG/Tag betrug und Spendermilch, wenn keine Muttermilch verfügbar war. Die dritte Gruppe erhielt ein Stärkungsmittel auf Kuhmilchbasis bei einer enteralen Zufuhr von 100 mL/kg KG/Tag und SAN, wenn keine Muttermilch verfügbar war. Verglichen mit der Kuhmilch Gruppe verzeichneten die beiden anderen Gruppen weniger Fälle von NEC, ebenso in der kombinierten Gruppe MM100+40. Alle Fälle von NEC mit chirurgischer Intervention traten in der Kuhmilch Gruppe auf (Abbildung 8). Die statistischen Ergebnisse zeigen eine Reduktion um 50% bei NEC und 90% bei NEC mit chirurgischem Eingriff bei Kindern, die ausschließlich Muttermilch erhielten. Durch eine 50%ige Reduktion dieser Darmerkrankung, könnten ca. 1.300 Fälle jährlich vermieden und über €100.000 eingespart werden (SULLIVAN et al., 2010).

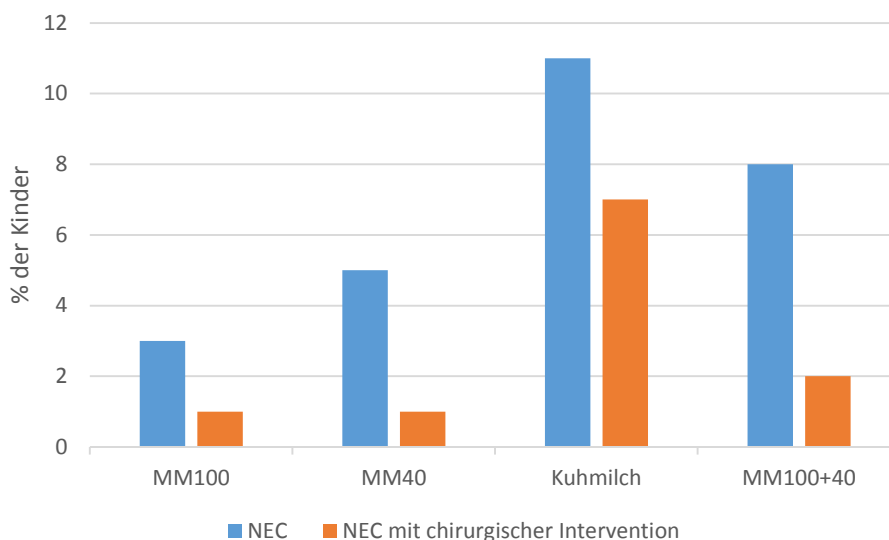


Abbildung 8: Häufigkeit von NEC und NEC mit chirurgischer Intervention bei Frühgeborenen unter unterschiedlichen Ernährungsformen.

Hier sind klare Unterschiede zwischen den Gruppen erkennbar. Jene Säuglinge, die mit SAN gefüttert wurden, verzeichnen höhere Raten der Krankheit (modifiziert nach SULLIVAN et al., 2010).

2.6.2.5 Einfluss von Stillen auf das Auftreten von Infektionskrankheiten

Aus einer Studie von DUIJTS et al. (2010) geht hervor, dass längeres Stillen das Risiko von Infektionskrankheiten im Kindesalter reduziert. Die Studie wurde im Zuge der Generation R Study, einer prospektiven Kohortenstudie eingebettet. Es wurden 4.164 Kinder herangezogen um Zusammenhänge zwischen Stillen und Infektionskrankheiten der oberen und unteren Atemwege, wie schwere Erkältungen oder Hals- und Lungenentzündungen, sowie des Magen-Darm-Trakts zu untersuchen. Die Kinder wurden in sechs Stillkategorien eingeteilt, von niemals gestillt bis voll gestillt. Kinder, die bis zum vierten Monat ausschließlich und danach teilweise gestillt wurden und jene, die sechs Monate ausschließlich und darüber hinaus partiell gestillt wurden unterscheiden sich im Hinblick auf die geringsten Risiken einer Infektion, kaum. Im Unterschied dazu sind die niemals-gestillten Kinder den größten Risiken einer Infektion ausgesetzt. Es geht eindeutig hervor, dass Stillen einen protektiven Effekt auf die Atemwege und den Magen-Darmtrakt bei Säuglingen, speziell in den ersten sechs Lebensmonaten, hat. Kurzzeitig positive Effekte sind auf die Inhaltsstoffe der Muttermilch zurückzuführen: Wachstumsfaktoren bewirken eine Reifung des Darmepithels, Immunglobulin A und Oligosaccharide verhindern die Ansiedelung von Pathogenen und Lactoferrine haben antimikrobielle Eigenschaften (DUIJTS et al., 2010).

2.6.2.6 Einfluss von Stillen auf die Entwicklung von Diabetes mellitus Typ 2

Auf Basis mehrere Studien konnte beobachtet werden, dass Muttermilch einen Einfluss auf den Insulinspiegel und die Blutzuckerkonzentration hat. Sowohl bei Kindern als auch Erwachsenen, die im Säuglingsalter gestillt wurden, weisen ein geringeres Risiko auf, an Diabetes Typ II zu erkranken. Speziell im Kindesalter wurden

ein geringerer Blutzuckerspiegel und niedrigere Insulinkonzentrationen und bei älteren Menschen ein geringerer Insulinspiegel festgestellt (OWEN et al., 2006).

2.7 Die Rolle der Stillberatung und staatlicher Maßnahmen

Eine stillende Mutter kann schnell ihr Selbstvertrauen verlieren, wenn der Druck von Familienmitgliedern und Freunden zu groß wird. Es kommt oft ungewollt zu einer vorzeitigen Einführung von SAN oder Beikost. Solche Situationen, welche das Selbstvertrauen beeinträchtigen, sollten vermieden werden um das volle Stillen aufrecht zu erhalten. Es gibt genug Evidenz, dass Stillberatung, in Gruppen oder in Einzelgesprächen, ein effektives Instrument ist, um das Ziel, voll zu stillen, zu erreichen (MATHUR et al., 2014). Neben dem Krankenhauspersonal gibt es zwei große Institutionen, die weltweit agieren, um Frauen unterstützend beizustehen.

2.7.1 Stillberater als Unterstützung für Mütter

2.7.1.1 La Leche Liga

Die gemeinnützige Institution wurde 1965 in den USA gegründet und bietet umfassende Informationen und Unterstützung beim Stillen. Neben der Stillberatung wird als Ziel ein verständnis- und liebevoller Umgang mit dem Kind genannt. Durch eigene Erfahrung können wertvolle Tipps an Mütter die ihr Kind stillen möchten, weitergegeben werden. Die Philosophie von La Leche Liga (LLL) wurde in deren zehn Grundsätzen verankert. (LLL, 2015a).

La Leche Liga ist international in 80 Ländern tätig und fungiert als Non Governmental Organisation (NGO) als Berater der WHO und UNICEF. Die zahlreichen Publikationen wurden bereits in 30 Sprachen übersetzt (LLL, 2015b).

Für LLL Österreich arbeiten ca. 70 Beraterinnen – seit nun mehr als 35 Jahren. Die Beraterinnen sind in allen neun Bundesländern vertreten – diese Unterstützung wird gerne genutzt: ca. 20.000 Mal pro Jahr wird der kostenlose Service in Anspruch genommen (LLL, 2015c).

In Stillgruppen werden inhaltlich allgemeine Themen wie Vorteile von Muttermilch, auftretende Stillschwierigkeiten, Einführung von Beikost oder Abstillen behandelt, für

spezielle Anliegen bei älteren Kindern besteht die Möglichkeit an Kleinkindstillgruppen teilzunehmen (LLL, 2015d).

Die Tätigkeit einer Stillberaterin ist ehrenamtlich, sie gibt eigene Erfahrungen weiter, unterstützt bei Problemen und hilft beim Mutterdasein (LLL, 2015e).

Die Beratung an sich basiert nicht auf strikten Regeln, sondern eher auf Informationen, die mehrere Möglichkeiten aufzeigen, um mit den Herausforderungen des Stillens umzugehen. Jede Mutter soll ihren eigenen Weg finden. Emotionale Unterstützung sowie Stärkung des Selbstbewusstseins sind wesentliche Punkte, die die Beraterinnen mit auf den Weg geben. Mütter lernen so, die Bedürfnisse ihrer Kinder richtig einzuschätzen und zu handeln (LLL, 2015f).

2.7.1.2 Verband der Still- und Laktationsberaterinnen Österreichs (VSLÖ)

Die Geschichte des VSLÖ in Österreich begann vor über 20 Jahren mit nur zwei Mitgliedern. Heute zählt der Verband bereits knapp 400 Still- und Laktationsberaterinnen.

Durch zahlreiche Aus- und Fortbildungen, Fachwissen und fundierte Beratung trägt der Verband aktiv zur Stillförderung bei. Sie bezeichnen sich selbst als Anlaufstelle für Fragen und Probleme die beim Stillen auftreten können. Darüber hinaus arbeitet der Verein eng mit dem Bundesministerium für Gesundheit zusammen, stand deren Kampagne „Richtig essen von Anfang an“ mit deren Fachwissen aktiv zur Seite. Die Anerkennung und Honorierung der Stillberatung im Gesundheitswesen liegt dem Verband besonders am Herzen (VSLÖ, 2015a). Die Still- und Laktationsberaterinnen sind ausgebildete „International Board Certified Lactation Consultant“ (IBCLC), verfügen über umfassende Zusatzqualifikationen und langjähriger Erfahrung in der Beratung werdender Eltern und Stillender. Sie sind befähigt, für verschiedenste Gesundheitsberufe zu arbeiten und ihr Fachwissen zu verbreiten. Sie arbeiten angestellt oder auch selbstständig in Spitälern, Beratungsstellen oder anderen Gesundheitseinrichtungen (VSLÖ, 2015 b).

Der Verein kämpft um die Anerkennung folgender Punkte:

- Die Anerkennung der IBCLC als Spezialistinnen

- Der Einsatz der IBCLC sowohl pränatal als auch postnatal in Kliniken, Geburtshäusern, Stillambulanzen, etc.
- Die Grundsätze der BFHI als Standard
- Kostenübernahme der Stillberatung von den Krankenkassen
- Geförderte Stillfortbildung für alle, die andere Personen begleiten
- Die öffentliche Bewusstseinsbildung schärfen (VSLÖ, 2015a)

Die Beraterinnen sind in zwölf Regionen ganz Österreich angesiedelt. In regelmäßigen Abständen finden Regionaltreffen statt. Hierbei werden Erfahrungen ausgetauscht und regionale Aktionen, wie zur Weltstillwoche, geplant (VSLÖ, 2015c).

2.7.2 Staatliche Unterstützung

Nicht jede werdende Mutter kann einen finanziellen Spielraum aufweisen. Angesichts dieser Tatsache bietet der Staat verschiedene finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten, am bekanntesten ist die Familienbeihilfe. Außerdem werden noch Wochengeld, Kinderbetreuungsgeld, Wohnbeihilfen und Mietzuschüsse gewährt.

Als „Ausgleich der finanziellen Mehrbelastung, die die Ernährung, Bekleidung, häusliche Unterbringung und Erziehung von Kindern verursacht“ wurde erstmals 1955 ein Gesetz zum Familienbelastungsausgleich erlassen. Diese Beihilfe trägt zur Familienförderung bei und kann die Stillentscheidung der Mutter wiederum indirekt beeinflussen (BMFJ, 2015a).

2.7.2.1 Familienbeihilfe

Die Beihilfe wird mindestens bis zum vollendeten 18. Lebensjahr ausbezahlt und beträgt je nach Alter monatlich ab €109,70 pro Kind und erhöht sich bei zwei Kindern um €6,70 pro Kind und ab drei Kindern um €16,60 pro Kind. Anspruch auf Familienbeihilfe haben österreichische Staatsbürger, EU/EWR-Staatsbürgern und Schweizer Staatsbürgern, Drittstaatsangehörige, Anerkannte Flüchtlinge nach dem Asylgesetz, Aufenthaltsberechtigte und Subsidiär Schutzberechtigte (AK, 2015a).

2.7.2.2 Wochengeld

Erhalten Arbeitnehmer und freie Dienstnehmer acht Wochen vor dem Entbindungstermin, für den Entbindungstag sowie acht Wochen nach der Geburt.

Die Höhe des Wochengeldes errechnet sich vom durchschnittlichen Nettoverdienst der letzten drei vollen Kalendermonate (AK, 2015b).

2.7.2.3 Kinderbetreuungsgeld

Erhalten Eltern, deren Kinder ab 1.1.2010 geboren sind, beträgt €181 pro Monat und kann max. zwölf Monate bezogen werden. Anspruch haben alleinerziehende Elternteile, die Zuverdienstgrenze beträgt €6.400 jährlich oder €405,98 monatlich. Die Bezieher müssen ledig, geschieden oder verwitwet sein und dürfen nicht in einem gemeinsamen Haushalt mit dem anderen Elternteil haben. In Ehe oder Lebensgemeinschaft lebende Paare haben ebenfalls Anspruch, die Zuverdienstgrenzen betragen bei dem beziehenden Elternteil €6.400 sowie beim zweiten Elternteil bzw. Partner nicht mehr als €16.200 pro Kalenderjahr bzw. €1.220 brutto pro Monat (14 Mal pro Jahr). Sollte das Einkommen die Grenzen überschreiten, kommt es zu einer Rückforderung:

Bei Alleinerziehenden: handelt es sich um weniger als 15 % Überschreitung des Zuverdienstes, wird der überschrittene Betrag zurückgefordert.

Bei Paaren gilt: werden beide Zuverdienstgrenzen mit weniger als 15% überschritten, reduziert sich das Betreuungsgeld um den überschrittenen Betrag. Zu einer vollen Rückzahlung an die Krankenkasse kommt es, wenn einer der beiden die Grenze um mehr als 15% überschritten hat (AK, 2015d).

Dem Antragsteller wird eine Reihe von Varianten geboten, somit kann die Auszahlung auf die aktuelle Lebenssituation individuell angepasst werden (Tabelle 6). Der Gestaltungsspielraum ist groß: entweder man entscheidet sich für eine längere Auszeit und monatlich weniger Geld oder für mehr Geld und dafür eine kürzere Auszeit. Eltern können zwischen zwei verschiedenen Varianten der Auszahlung wählen: entweder einem einkommensabhängigen oder einem pauschalen Kinderbetreuungsgeld. Das pauschale System gliedert sich in vier weitere Varianten. Hat man sich für eine

Möglichkeit entschieden, sind im Nachhinein keine Änderungen möglich (BMFJ, 2015b).

	PAUSCHALSYSTEM				EINKOMMENS- ERSATZSYSTEM
	Pauschalvariante 30+6	Pauschalvariante 20+4	Pauschalvariante 15+3	Pauschalvariante 12+2	Einkommens- abhängiges KBG 12+2
Höhe des KBG pro Tag	14,53 Euro	20,8 Euro	26,6 Euro	33 Euro	80% vom Einkommen max. 66 Euro
Max. Bezugsdauer ein Elternteil	bis max. zur Vollendung des 30. Lebensmonates	bis max. zur Vollendung des 20. Lebensmonates	bis max. zur Vollendung des 15. Lebensmonates	bis max. zur Vollendung des 12. Lebensmonates	bis max. zur Vollendung des 12. Lebensmonates
Max. Bezugsdauer beide Elternteile (Verlängerung um jene Tage, die der andere Elternteil tatsächlich bezogen hat)	bis max. zur Vollendung des 36. Lebensmonates	bis max. zur Vollendung des 24. Lebensmonates	bis max. zur Vollendung des 18. Lebensmonates	bis max. zur Vollendung des 14. Lebensmonates	bis max. zur Vollendung des 14. Lebensmonates
Mindestbezugsdauer pro Block	2 Monate	2 Monate	2 Monate	2 Monate	2 Monate
Erwerbstätigkeit vor der Ge- burt/Mutterschutz nötig?	nein	nein	nein	nein	ja
Zuverdienstgrenze pro Kalenderjahr	Individuelle Zuverdienstgrenze; mind. 16.200 Euro	Individuelle Zuverdienstgrenze; mind. 16.200 Euro	Individuelle Zuverdienstgrenze; mind. 16.200 Euro	Individuelle Zuverdienstgrenze; mind. 16.200 Euro	6.400 Euro (2013: 6.100 Euro)
Zuschlag pro Mehr- lingskind und Tag	7,27 Euro	10,4 Euro	13,3 Euro	16,5 Euro	kein Zuschlag
Beihilfe zum KBG pro Tag	max. 12 Monate 6,06 Euro	max. 12 Monate 6,06 Euro	max. 12 Monate 6,06 Euro	max. 12 Monate 6,06 Euro	keine Beihilfe

Tabelle 5: Fünf Kinderbetreuungsgeld-Varianten. Bezieher wählen zwischen mehreren pauschal- oder einer einkommensabhängigen Variante (BMFJ, 2015b).

2.7.3 Mutterschutzgesetz (MSchG)

Geltungsbereich

Gilt für alle Arbeitnehmerinnen, sowohl geringfügig als auch vollbeschäftigt, unabhängig von Staatsbürgerschaft, Alter, Einkommen, Familienstand, Dauer und Ausmaß der Beschäftigung. Für Frauen, die im öffentlichen Dienst oder in einem privaten Haushalt beschäftigt sind, gelten Sonderbestimmungen. Das Gesetz tritt mit Bekanntgabe der Schwangerschaft beim Arbeitgeber in Kraft. Für alle Arbeitsplätze, an denen Frauen arbeiten gilt eine Überprüfung auf Sicherheit und Gesundheit werdender und stillender Mütter. Arbeiten, die für die Mutter oder das Kind schädlich sein könnten, dürfen von Frauen nicht verrichtet werden. Der tatsächliche Mutterschutz oder das Beschäftigungsverbot beginnt acht Wochen vor und endet acht Wochen nach dem voraussichtlichen bzw. tatsächlichen Geburtstermin und zwölf

Wochen nach der Entbindung bei Mehrlingsgeburten, Frühgeburten und Kaiserschnitt. In dieser Zeit kann ein Anspruch auf Wochengeld geltend gemacht werden. Bei einer vorzeitigen Dienstfreistellung auch Frühkarenz genannt, aufgrund gesundheitlicher Gefahren für Mutter und/oder Kind kann ein „erweitertes Wochengeld“ bezogen werden. Bereits vor dem absoluten Beschäftigungsverbot sind für werdende und stillende Mütter mehrere Arbeiten nicht erlaubt, wie z.B.

- in der Gastronomie in Räumen, in denen geraucht wird
- das Heben und Tragen von schweren Lasten
- stehende Arbeit von über vier Stunden
- Arbeiten unter Einwirkung von gesundheitsgefährdenden Stoffen oder Hitze, Kälte, Nässe
- bei erhöhtem Risiko der Entstehung einer Berufskrankheit
- Zeit- und Leistungsdruck
- am Fließband
- Tätigkeiten mit besonderer Unfallgefährdung

Auch für stillende Mütter besteht Meldepflicht, da sie sonst den Mutterschutz verlieren. Der Arbeitgeber ist verpflichtet ihren stillenden Mitarbeiterinnen für die Zeit, die sie zum Stillen benötigen, freizugeben. Die Zeit beträgt bei einem Arbeitstag von viereinhalb Stunden, 45 Minuten und ab acht Arbeitsstunden zwei Mal 45 Minuten. Gibt es in der Nähe des Arbeitsplatzes keine Möglichkeit zu stillen, so hat der Arbeitgeber einmalig 90 Minuten zu gewähren. In keinem Fall darf es zu einem Verdienstausschlag kommen oder die Stillzeit nicht vor- oder nachgearbeitet werden.

Grundsätzlich haben Schwangere und stillende Frauen das Recht, sich während der Arbeitszeit auszuruhen. Über die Dauer und Häufigkeit solcher Ruhepausen kann die Frau selbst entscheiden. Für Vorsorgeuntersuchungen beim Gynäkologen besteht Anspruch auf Freistellung, ebenso wie auf Weiterzahlung des Entgelts. Außerdem stehen Schwangere und Eltern in Karenz unter Kündigungs- und Entlassungsschutz (AK, 2015c).

3. Material und Methoden

Ausgehend vom Bericht „Säuglingsernährung heute“ aus 2006 sollte die Entwicklung der Stillrate in den letzten 10 Jahren evaluiert werden. Damals wurden die Teilnehmerinnen telefonisch in drei Etappen befragt. Das erste telefonische Interview fand drei Monate nach der Geburt statt, das darauffolgende sechs Monate und das dritte zwölf Monate danach. Die Befragung wurde von einem Unternehmen, welches sich auf Telefonmarketing im Gesundheitsbereich spezialisiert hat, durchgeführt. In der vorliegenden Studie wurde eine online Erhebung durchgeführt.

3.1 Ziel der Erhebung

Ziel dieser Arbeit ist es, im Zuge des Projekts „Stillevaluierung 2015/16“ vom Department für Ernährungswissenschaften im Auftrag des BMG, Stlldauer und -verhalten österreichischer Mütter zu evaluieren. Ein besonderes Augenmerk wurde bei dieser Masterarbeit auf die stillfördernden und –hemmenden Einflussfaktoren gelegt. Vor dem Start der Befragung wurde im Vorfeld eine Infoseite für dieses Projekt vom Department für Ernährungswissenschaften eingerichtet, die unter <https://stillevaluierung.univie.ac.at> abrufbar ist. Diese Homepage bot einerseits alle Informationen rund um das Projekt und andererseits den Hyperlink zum Fragebogen.

3.2 Datenerhebung

3.2.1 Fragebogen

Um eine österreichweite Teilnahme zu ermöglichen, bot sich die Verwendung eines Onlinefragebogens (siehe Anhang) an. Um Vergleiche aus der Umfrage von 2006 ziehen zu können, bildeten die Interviewvorlagen aus 2006 die Grundlage für die Erstellung des Onlinefragebogens, die damals allerdings telefonisch durchgeführt wurden. Um diese für eine Onlinebefragung verwenden zu können, wurden die Fragen an das Studiendesign eines Onlinefragebogens angepasst. Da der Fokus dieser Erhebung auf den Einflussfaktoren des Stillens liegt, wurde auf das Thema Beikost aus

der Ersterhebung 2006 nicht näher eingegangen. Um eine einfache Durchführung zu gewährleisten, wurde auf gute Verständlichkeit der Fragen und die Vermeidung von medizinischen Fachbegriffen geachtet.

Der Aufbau des Fragebogens gliederte sich in folgende Teile: Zu Beginn des Fragebogens wurden Durchführung sowie Zielsetzung erläutert. Inhalte des Fragebogens sind allgemeine Daten zum Kind und der Geburt, Geburtsverlauf, Stilldauer und demographische Daten. Größtenteils wurden die Daten mittels geschlossener Fragen erhoben. Mithilfe der Plattform <https://www.soscisurvey.de/> wurde der Fragebogen erstellt. Vom 6. bis 20. Mai 2015 erfolgte eine 14-tägige Pretestphase und geringe Adaptierung des Fragebogens. Der Onlinefragebogen umfasst 60 Fragen und das Ausfüllen dauert ca. 10 bis 15 Minuten. Die Teilnahme erfolgt selbstverständlich freiwillig und anonym, die Daten werden vertraulich behandelt.

3.2.2 Durchführung

Zielgruppe waren Mütter, welche in den vergangenen drei bis 24 Monaten ein bzw. mehrere Kinder geboren hatten. Die Rekrutierung der Mütter erfolgte über Multiplikatoren, wie Stillberater, Hebammen, Frauen- und Kinderärzte. Ein Schreiben (Anhang), indem das Projekt beschrieben wurde, wurde mit der Bitte um Unterstützung und dem Link zur Umfrage per E-Mail an rund 580 Gesundheitseinrichtungen versandt. Unter anderem befanden sich Frauengesundheitszentren, Geburtsstationen von Krankenhäusern, Gynäkologen, Kinderärzte und Stillberater in ganz Österreich darunter. Zusätzlich wurde auf der Facebookseite des BMG auf die Umfrage mit dem Link hingewiesen. Die Sammlung der Daten erfolgte fünf Monate lang in dem Zeitraum vom 22. Juni bis 25. November 2015.

3.3 Datenauswertung

Die statistische Auswertung der Daten erfolgte mit IBM SPSS Statistics 23, die Aufbereitung der Daten sowie die Grafikgestaltung wurde im Microsoft Excel 2013 und die Tabellen im Word 2013 durchgeführt.

Für den deskriptiven Teil wurden Häufigkeits- und Kreuztabellen herangezogen.

Zusammenhänge zweier kategorieller Variablen wurde anhand des Chi-Quadrattests (χ^2) durchgeführt, das Signifikanzniveau wurde mit $p \leq .05$ festgelegt.

Mit dem t-Test wurden die Mittelwerte zweier unabhängiger Stichproben miteinander verglichen, der Signifikanzwert wurde mit $p \leq .05$ bestimmt.

Um den Zusammenhang zwischen einer abhängigen und mehreren unabhängigen Variablen zu untersuchen, wurde die einfaktorielle Varianzanalyse mit dem Signifikanzniveau von $p \leq .05$ herangezogen.

Eine Pearson Produktmomentkorrelation wurde für die Analyse eines linearen Zusammenhangs von zwei intervallskalierten Variablen verwendet.

3.3.1 Bildung von Kategorien

Die Mütter konnten die Stillzeit in Wochen und Monaten angeben. Um mit der Vielzahl an Daten weiterzuarbeiten, wurde folgende Kategorisierung vorgenommen:

1	nie
2	bis 3 Monate
3	3-6 Monate
4	> 6 Monate

Aufgrund großer Streuung bei manchen Antworten, wurden nachfolgende Antwortmöglichkeiten zusammengefasst.

Nationalität Mutter/ Vater:

1	Österreich
2	EU-Land
3	3. Staaten

Familienstand:

1	ledig
2	verheiratet

4. Ergebnisse und Diskussion

4.1 Charakteristika der untersuchten Säuglinge, der Geburt und Stillfrequenz und -dauer

Variable (n=1470)	
Alter in Jahren	30,79 ± 5,91
BMI vor Schwangerschaft kg/m ²	24,02 ± 5,06
Mädchen	n= 732 (49,8 %)
Buben	n= 738 (50,2 %)
SSW ø	39,62 ± 1,89
Frühgeborene	n= 130 (8,84 %)
Reifgeborene	n= 1340 (91,16 %)
Einlingsgeburten	n= 1452 (98,8 %)
Zwillinge	n=16 (1,1 %)
Drillinge	n=2 (0,1 %)
Stillhäufigkeit in Monaten	5,6 ± 2,8
Nie	n= 55 (5,3 %)
Bis 3 Monate	n= 80 (7,7 %)
3 – 6 Monate	n= 290 (28 %)
> 6 Monate	n= 610 (58,9 %)

Tabelle 6: Studiencharakteristika

4.1.1 Geschlecht der Kinder der befragten Mütter

In dieser Stichprobe (1.470 Geburten), brachten die Mütter 50,2 % Buben und 49,8 % Mädchen zur Welt. Buben (6,11 Monate (SD=2,89)) werden länger gestillt als Mädchen (5,8 Monate (SD=2,34)). Der Geschlechterunterschied ist jedoch nicht signifikant ($p=.376$). 2014 betrug die Geburtenrate in Österreich 81.676. Davon war der Anteil an Buben mit 51,62 % etwas höher als bei Mädchen (48,38 %) (STATISTIK AUSTRIA, 2015). Somit entspricht die Stichprobe der vorliegenden Untersuchung der österreichischen Geburtengeschlechterverteilung.

4.2 Zusammenhang von Stilldauer mit soziodemografischen Daten

4.2.1 Stillhäufigkeit und mittlere Stilldauer

Wie in Abbildung 9 klar ersichtlich ist, legt ein hoher Anteil der Mütter großen Wert auf Muttermilch als Hauptnahrungsquelle. Nur ein sehr geringer Anteil der befragten Mütter (5,3 %) hat überhaupt nie gestillt und nur 7,8 % haben nur bis zu drei Monaten gestillt. Über 59 % der Befragten stillen ihr Kind sechs Monate und darüber hinaus. Vereinzelt (1,2 %; n=15) stillen Frauen auch länger als ein Jahr. 28,03 % stillen drei bis sechs Monate, wobei hier zu erwähnen ist, dass die Mehrheit der Teilnehmerinnen (87%) fünf Monate stillten. Im Vergleich zum Jahr 2006 ist ein Wachstum der vollen Stillrate um 11,8 % bei der Gruppe über sechs Monate zu verzeichnen.

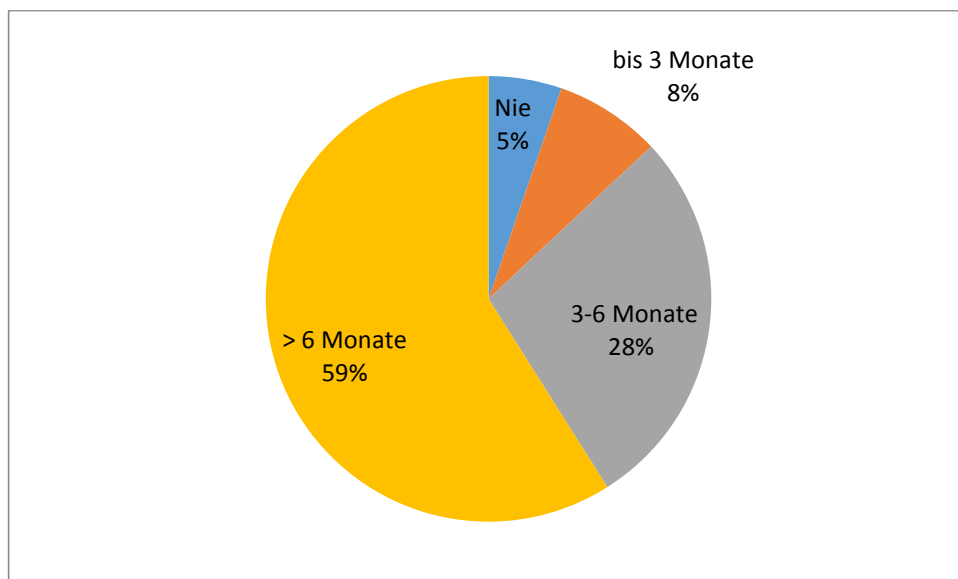


Abbildung 9: Stilldauer der befragten Teilnehmerinnen in % (n=1035)

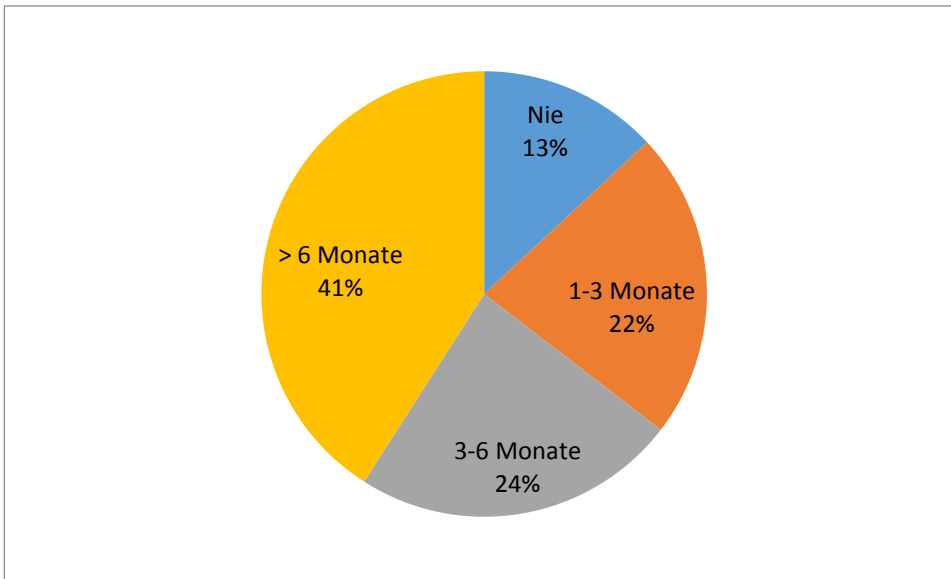


Abbildung 10: Stilldauer der befragten Teilnehmerinnen vom Stillbericht 2006 (n=389)

Im Vergleich zu den Daten aus 2006 sieht man anhand der Abbildungen 9 und 10 deutlich, dass die Stillrate zugenommen hat. Der Anteil der Nichtstillenden hat sich von 13 % auf 5,3 % reduziert. In der Gruppe „1-3 Monate“ sind die Zahlen ebenfalls rückläufig (von 22,33 % auf 7,8 %). In der Kategorie „3-6 Monate“ verzeichnen die Ergebnisse aus 2016 einen etwas höheren Anteil (28% zu 23,62%) und bei den „> 6 Monate“-Stillerrinnen konnte eine Verbesserung von 40,95 % auf 58,9 % erzielt werden.

4.2.2 Einfluss des Alters der Mutter auf Stillhäufigkeit und -dauer

Das Durchschnittsalter der Teilnehmerinnen betrug 30,87 Jahre (SD=5,61), wobei die jüngste Teilnehmerin 15 Jahre, die älteste 54 Jahre jung war. Lt. Statistik Austria entspricht dieses Alter dem durchschnittlichen Fertilitätsalter (30,4 Jahre) (STATISTIK AUSTRIA, 2016).

Mütter der Stillkategorie „Nie“ sind tendenziell jünger (28,79 Jahre, SD=8,75) als jene, die mehr als sechs Monate stillen (31,32 Jahre, SD=5,41) (Abb. 17). Das Alter beeinflusst die Dauer des Stillens signifikant ($p=.004$). In der Gruppe „> 6 Monate“

waren die ältesten Mütter vertreten. Das Durchschnittsalter lag hier bei 31,32 (SD= 5,41) Jahren.

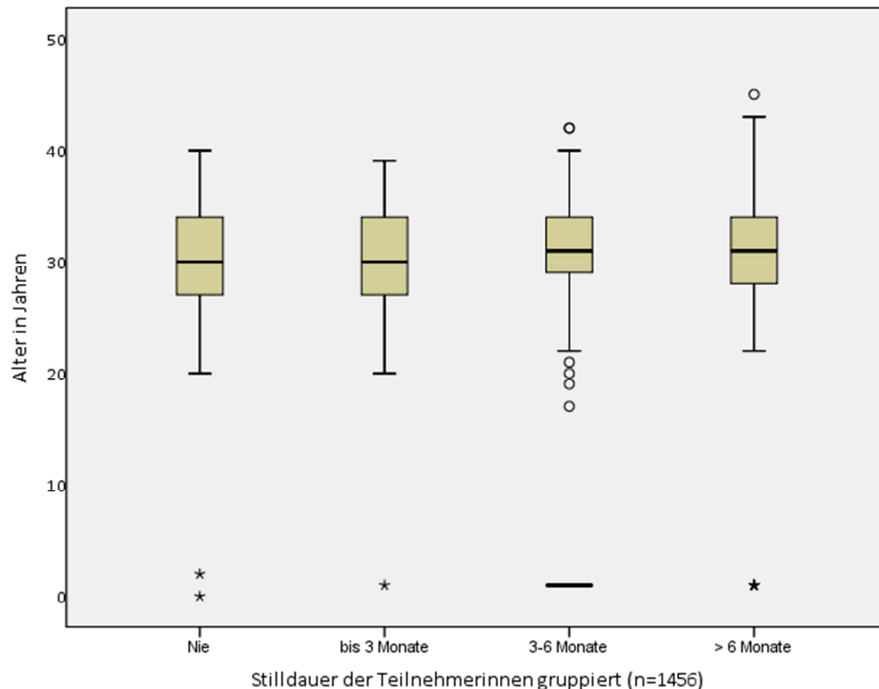


Abbildung 11: Das Alter der Mütter (Durchschnitt: 30,87 Jahre, SD=5,61), gruppiert nach Stillmonaten

Werden nur die Erstgebärenden betrachtet, entspricht das Durchschnittsalter mit 29,8 Jahren (SD=5,8) dem der erstgebärenden Frauen laut Statistik Austria im Jahr 2014 (29 Jahre) (STATISTIK AUSTRIA, 2016). Das Ergebnis, dass jüngere Mütter seltener und kürzer stillen, wird in einer Studie von Mathews et al. (2009) bestätigt. Ob Erstgebärend oder nicht – dieser Faktor wirkt sich deutlich auf die Stillhäufigkeit und –dauer aus. Erfahrene Mütter stillen länger und häufiger als Erstgebärende, in Kapitel 4.3. wird darauf näher eingegangen.

4.2.3 Einfluss der Schulbildung der Mütter auf Stillhäufigkeit und -dauer

Der höchste Schulabschluss der Teilnehmerinnen (n= 1470) wird wie folgt aufgeteilt: einen Hauptschulabschluss weisen 4,2 % (n= 62), den Abschluss an der

Polytechnischen Schule 13,5 % (n= 199), einen Maturaabschluss 30,3 % (n= 445) und einen Hochschulabschluss mit 43,9 % (n= 645) und „sonstiger Abschluss“ 7,8 % (n= 115) vor. Einen großen Anteil nehmen die Akademiker in dieser Studie ein. Dies lässt vermuten, dass eine höhere Bildung mit einem größeren Gesundheitsbewusstsein einhergeht.

Betrachtet man die Nichtstillenden genauer, sind hier die Pflichtschulabgänger am häufigsten vertreten (6,6 % Pflichtschüler, 5,5 % Maturanten, 4,5 % Akademiker)(Abb. 12). In der Gruppe „3-6 Monate sind die Pflichtschüler am weitesten vorne (32%), gefolgt von Akademikern (29,7 %) und Maturanten (22,3 %). In der „> 6 Monate-Gruppe“ schneiden die Maturanten am besten ab (64,5 %), anschließend die Hochschulabgänger (57,4 %) und die Pflichtschüler (53 %).

Bezüglich der Stilldauer ist zwischen den Bildungsgraden kaum ein Unterschied feststellbar ($p = .923$). Akademiker stillen im Mittel 5,54 Monate ($SD = 2,66$), Maturanten 5,62 Monate ($SD = 2,59$) und Pflichtschüler 5,57 Monate ($SD = 3,53$).

Der soziale Status wird in vielen Studien hauptsächlich über den Bildungsgrad der Mutter definiert. Eine Untersuchung in Deutschland ergab, dass ein höherer sozialer Status mit einer längeren Stilldauer einhergeht (RÜCKERT und MIELCK, 2008).

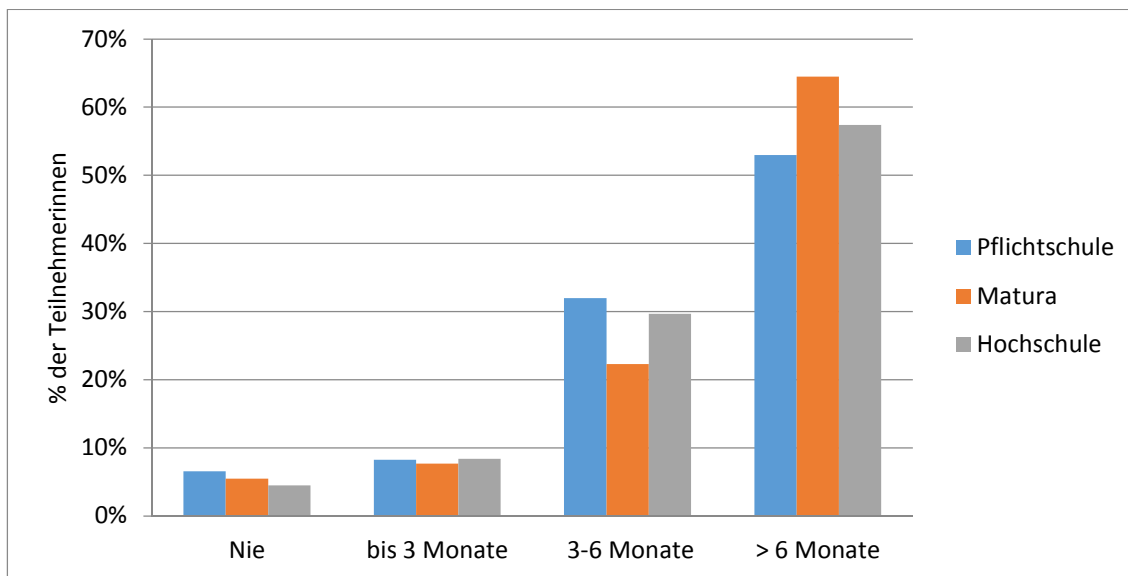


Abbildung 12: Einfluss des Bildungsgrades auf die Stilldauer in Monaten (in Prozent der befragten Mütter) (n=833)

4.2.4 Einfluss der Berufstätigkeit vor der Geburt der Mütter auf Stillhäufigkeit und -dauer

Vor der Geburt übten 93,2 % der Teilnehmerinnen einen Beruf aus. Kaum einen Unterschied gibt es in der Gruppe der Nichtstillenden, 5,3 % übten hier einen Beruf aus, 5,8 % nicht. Auch in der Gruppe „bis 3 Monate“ und „3-6 Monate“ sind diejenigen ohne Beruf vor der Schwangerschaft häufiger vertreten. Über sechs Monate stillen nur die Berufstätigen öfter (59,3 %).

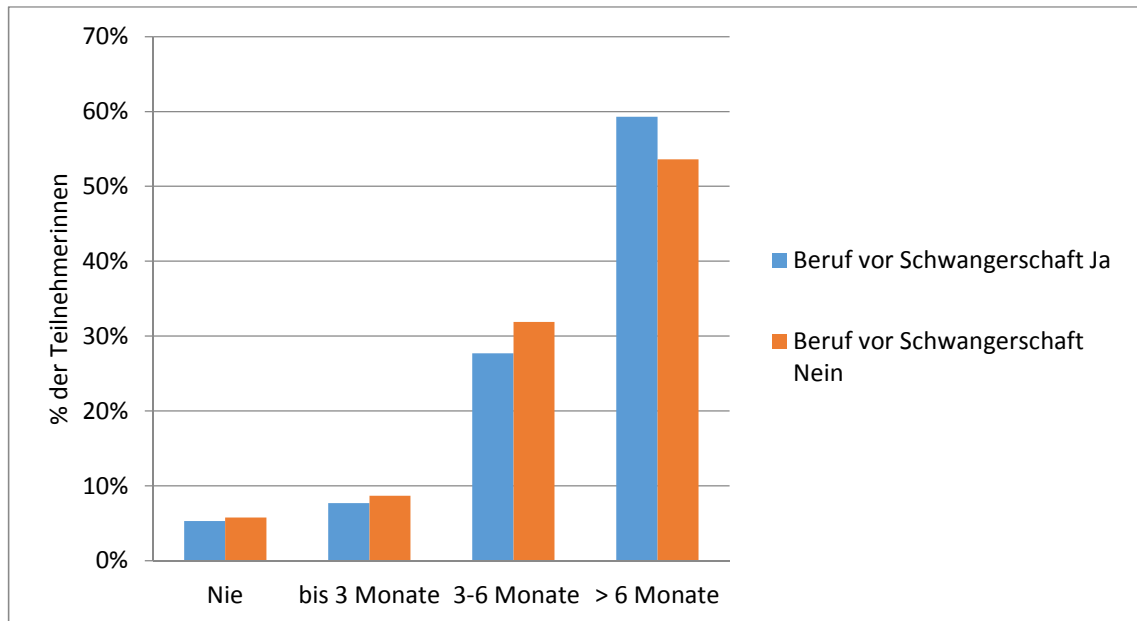


Abbildung 13: Stillhäufigkeit von berufstätigen und nicht berufstätigen Teilnehmerinnen (n= 1470)

Die Berufstätigen stillen ihr Kind durchschnittlich 5,92 Monate (SD=2,48). Eine eindeutig längere Stilldauer mit 7,06 (SD=4,39) Monaten verzeichneten jene Frauen, die davor keiner Beschäftigung nachgingen. Demnach hat die Berufstätigkeit von werdenden Müttern einen signifikanten Einfluss auf die Stilldauer ($p= .03$). An dieser Stelle ist zu erwähnen, dass sich lediglich 100 Personen in der Gruppe der Mütter ohne Beschäftigung vor der Geburt befinden. Davon haben fast die Hälfte (46%) bereits Kinder und somit mehr Erfahrung.

Eine in Deutschland veröffentlichte Untersuchung bestätigt, dass die Einführung des Elterngeldes einen wichtigen Einfluss auf die Stillrate von Frauen hat. Mütter sind

länger zu Hause oder kehren nicht mehr in den Beruf zurück. Der Anteil der Stillenden hat sich folglich in Deutschland um 10 % erhöht (KOTTWITZ et al, 2014).

4.2.5 Einfluss der beruflichen Stellung der Mütter auf Stillhäufigkeit und -dauer

In dieser Stichprobe sind durch den hohen Akademikeranteil besonders viele (35,2 %) in akademischen Berufen zu finden, gefolgt von der Berufsgruppe der Dienstleister (24,8 %), Bürokräfte (21,1 %), Techniker (7,5 %), Handwerks- und verwandte Berufe (2,2 %), Hilfsarbeiter (1,2 %), Fachkräfte der Forstwirtschaft (0,7 %) und Anlagenbedienerinnen (0,5 %) (Abb. 19). In der Stilldauer besteht kein signifikanter Unterschied zwischen den Berufsgruppen. Akademikerinnen stillen im Mittel 5,54 Monate (SD=2,49), Dienstleisterinnen 5,68 Monate (SD=3,16), Bürokräfte 5,45 Monate (SD=2,30) und Technikerinnen 5,44 Monate (SD=2,44). Nichtstillende Mütter sind in der Gruppe der Akademiker am geringsten anzutreffen (4,7 %) und bei den Bürokräften am häufigsten (6 %).

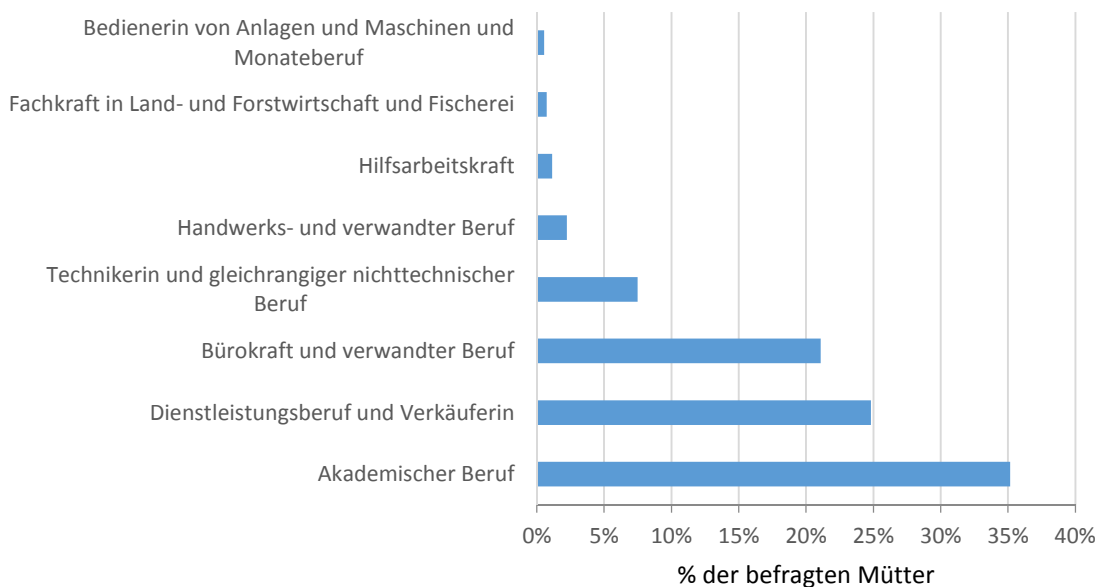


Abbildung 14: Berufsgruppenverteilung der befragten Mütter in Prozent (n= 1302)

4.3 Einfluss der Stillerfahrung auf Stillhäufigkeit und -dauer

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, dass mehr als die Hälfte (59,7 %) der Befragten zum ersten Mal ein Kind zur Welt brachten. Ein Vergleich (Abb. 15) der Stilldauer bei Erstgebärenden mit Nicht-Erstgebärenden veranschaulicht, dass erstgebärende Frauen öfter gar nicht, oder nur bis zu drei Monaten stillen, wohingegen Mütter mit Stillerfahrung häufiger über 6 Monate stillen (41 % zu 42,2 %). Bei den Nichtstillenden Frauen sind 74,5 % erstgebärend. Daraus lässt sich schließen, dass der Grund, das Kind nicht zu stillen nicht aus früheren negativen Stillerfahrungen kommt.

Daraus resultiert ein signifikantes Ergebnis von ($p=.02$), die Stillerfahrung hat einen Einfluss auf die Stillhäufigkeit. Mütter, die bereits Kinder haben, bringen vermutlich mehr Stillerfahrung mit und lassen sich durch mögliche Hürden nicht entmutigen.

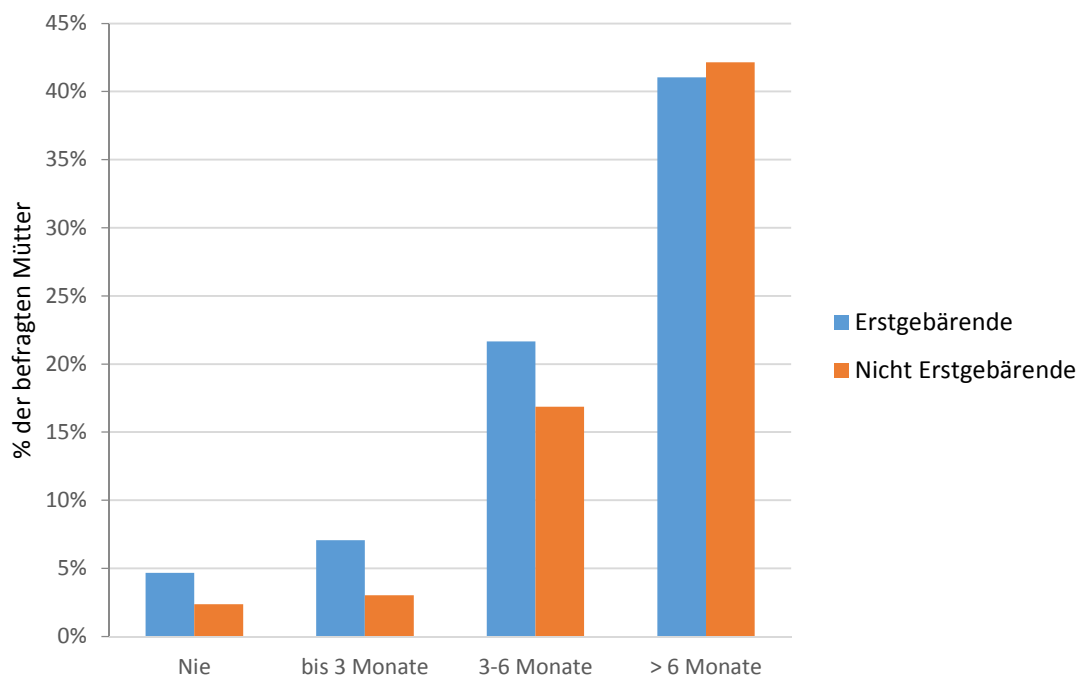


Abbildung 15: Anteil von Erstgebärenden (n= 877) und Nichterstgebärenden (n= 593) in Prozent nach Stilldauer

Ein Großteil der Frauen die bereits Kinder haben (73,2 %) berichtet von Stillerfahrungen. In der Gruppe der Mütter mit Stillerfahrung wurden längere

Stillperioden beobachtet. Die mittlere Stilldauer von Müttern mit Still Erfahrung liegt mit 5,91 Monaten ($SD=2,70$) signifikant höher ($p=.001$) als jene ohne 3,95 Monaten ($SD=3,95$). Besonders bei längeren Stilldauern zeigt sich die Erfahrung der Mütter als wesentlicher Einflussfaktor (Abb. 16). Mehr als sechs Monate stillten hauptsächlich jene, die bereits weitere Kinder gestillt haben (90,5 %). Trotz der hohen Anzahl gab nur ein Viertel (25,1 %) den Stillerfolg früherer Kinder als Motivation an. Auch in der Kategorie „3 bis 6 Monate“ fanden sich zwei Drittel (87,7 %) mit Erfahrung wieder. Deutlich wird auch hier, dass Frauen ohne Still Erfahrung am häufigsten unter den „Nie-Stillerinnen“ vertreten sind.

Zu einem anderen Ergebnis kommt die Studie von PETERS et al. (2005), welche 71 Frauen untersuchte: Ein Vorbild oder eigene frühere Still Erfahrungen haben in dieser Studie keinen signifikanten Einfluss auf die Stilldauer gezeigt ($p=.271$).

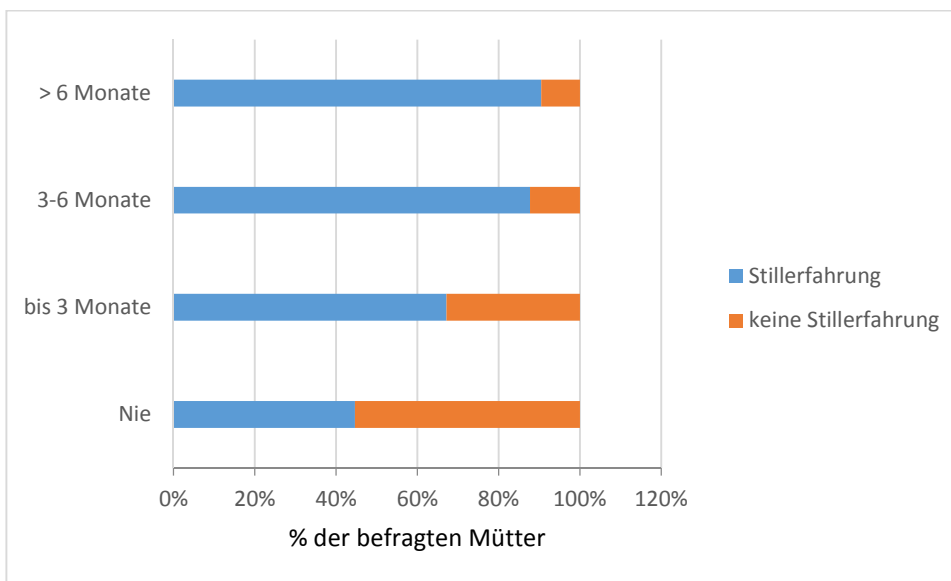


Abbildung 16: Häufigkeit der diversen Längen der Stilldauer von Müttern mit und ohne Still Erfahrung ($n=1239$)

4.3.1 Einfluss der Schwangerschaftsdauer auf das Stillverhalten

Die Untersuchungsergebnisse zeigen eine durchschnittliche Schwangerschaftsdauer von 39,63 Wochen ($SD=1,89$). 9 % der Kinder kamen vor Vollendung der 37. Schwangerschaftswoche als Frühgeborene zur Welt. 2014 lag die Frühgeborenenrate

in Österreich mit 7,9 % etwas darunter (STATISTIK AUSTRIA, 2016). Je früher der Geburtstermin, desto kürzer wird gestillt. Frühgeborene sind in der Gruppe der nichtstillenden Mütter mit 6,9 % doppelt so oft vertreten als Reifgeborene. Mütter von Frühgeborenen stillen auch etwas kürzer (5,1 Monate, $SD=2,31$) als Mütter von Reifgeborenen (5,47, $SD=2,85$). Nichtstillende Frauen gebären ihr Kind im Mittel in der 38,96. Woche ($SD=2,83$) und Frauen, die sechs Monate oder länger stillen, brachten ihr Kind durchschnittlich knapp eine Woche später, in der 39,65. Woche ($SD=1,87$) zur Welt. Anhand der Abb. 17 wird deutlich, dass die Stilldauer bei Kindern, die nach der 37. Woche geboren wurden, länger ist. In der vorliegenden Arbeit wurde nachgewiesen, dass die Schwangerschaftswoche trotz des geringen Anteils an Frühgeborenen in der Stichprobe einen signifikanten Einfluss ($p=.03$) auf die Stilldauer hat.

Freitas et al. (2015) kommt in seiner Arbeit zum Thema Frühgeborene und Stilldauer zu einem ähnlichen Ergebnis. Die untersuchten Kinder ($n=103$) wurden durchschnittlich fünf Monate lang gestillt. Die Forscher kamen zu dem Ergebnis, dass ein 2,6-fach höheres Risiko besteht ein Kind nicht weiterzustillen, wenn dieses vor der 32. Woche geboren wurde. Die Gefahr eines Stillabbruchs bei Frühgeborenen die zusätzlich SAN erhielten war 3 Mal so hoch verglichen mit Frühgeborenen, die voll gestillt wurden (FREITAS et al., 2015).

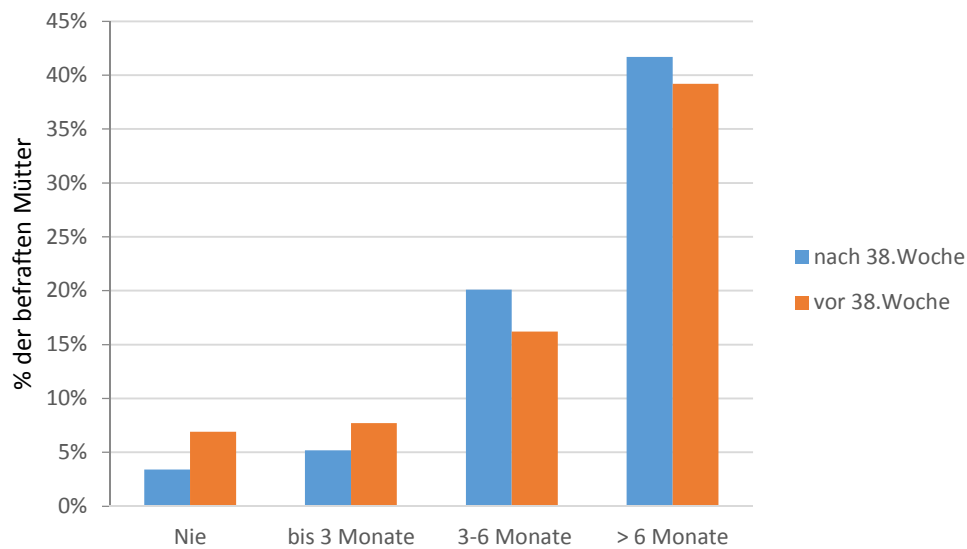


Abbildung 17: Stilldauer von Frühgeborenen (n=130) und Reifgeborene (n=1471) im Vergleich

4.3.2 Einfluss von Mehrlingsgeburten auf Stillhäufigkeit und -dauer

Für die statistische Auswertung wurden insgesamt 16 Zwillings- (1,1 %) und zwei Drillingsgeburten (0,1 %) miteinbezogen. Von diesen Kindern wurden zwei Zwillings-, ein Drillings- und 52 Einlinge nicht gestillt. Der Grund ein Kind nicht zu stillen liegt offenbar nicht zwingend an einer Mehrlingsgeburt. Im Jahr 2014 wurden österreichweit 1.310 Mehrlingsgeburten (1,62 %) und 79.357 Einzelgeburten (98,38 %) gezählt (STATISTIK AUSTRIA, 2016). Die mittlere Stilldauer für Zwillinge beträgt 4,5 Monate (SD=2,95) und liegt somit deutlich unter der durchschnittlichen Stilldauer bei Einlingen von 6 Monaten (SD=2,63). Auf die Stillhäufigkeit haben die Mehrlingsgeburten keinen Einfluss ($p=.23$), ein möglicher Grund könnte die geringe Anzahl (1,2 %) an Mehrlingen in dieser Studie sein.

4.4. Einfluss von Entbindung und Geburtsverlauf auf Stillhäufigkeit und -dauer

4.4.1 Einfluss von Entbindung im stillfreundlichen Krankenhaus auf Stillhäufigkeit und -dauer

57 % der Mütter gaben an, in einem zertifizierten Krankenhaus entbunden zu haben, ein Viertel (26,3 %) wusste nicht um welches Krankenhaus es sich handelte und 16,7 % der Teilnehmerinnen gebar in einem Krankenhaus ohne Zertifikat. Die Gruppe der Nichtstillenden war bei den Teilnehmerinnen, die im zertifizierten Krankenhaus gestillt haben größer (5,3 %) als bei den Frauen, die angaben, in einer Einrichtung ohne Zertifikat entbunden zu haben (3 %). Betrachtet man die „> 6 Monate“ Gruppe genauer, wird der Unterschied deutlicher; 56,2 % gebaren ihr Kind in einer Geburtsstation mit Zertifikat und 76,3 % in einer Einrichtung ohne. Weiters stillten diejenigen, die nicht in einem BFH entbunden, signifikant ($p=.007$) länger (6,29 Monate; $SD=2,23$) als jene, welche ihr Kind in einem stillfreundlichen Krankenhaus geboren haben (5,46 Monate; $SD=2,77$) (Abbildung 18). Daraus ergibt sich, dass die Zertifizierung eines Krankenhauses keinen bedeutenden Einfluss auf die Stilldauer hat. Von den Müttern, die im BFH entbunden haben ($n= 833$), waren durchschnittlich 30,79 Jahre alt und hatten einen BMI von $23,19 \text{ kg/m}^2$ ($SD= 5,02$). 88,4 % sind österreichische Staatsbürger, 9,2 % EU-Bürger und 2,4 % kommen aus Drittstaaten. Unter dieser Gruppe befanden sich 43,4 % Akademiker und 28,9 % haben einen Maturaabschluss. Hawkins et al. (2014) bestätigt dieses Ergebnis. In der Studie wurden keine Unterschiede zwischen Geburtseinrichtungen mit Akkreditierung und der Stilldauer gefunden ($p=.51$) (HAWKINS et al., 2014).

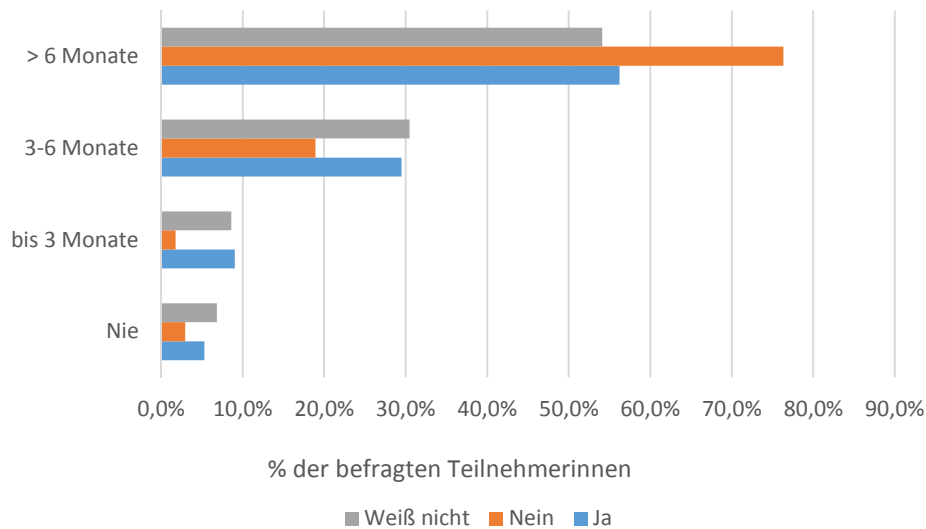


Abbildung 18: Anteil der Geburten in einem stillfreundlichen versus nicht zertifizierten Krankenhaus, gruppiert nach Stilldauer (n=1470)

4.4.2 Einfluss von Geburtsverlauf auf Stillhäufigkeit und -dauer

Die Rate des vollen Stillens bleibt in vielen Ländern gering. Die steigenden Sectiozahlen sind ein möglicher Indikator für den Stillrückgang (PRIOR et al., 2012). Hinsichtlich des Geburtsverlaufs berichten Mütter Folgendes: 66,7 % (n= 980) gebaren ihr Kind spontan - auf natürlichem Wege, 25,6 % (n= 377) der Geburten erfolgte mittels Schnittentbindung und 6,7 % (n= 98) mittels Vakuumextraktor. Verglichen mit der österreichweiten Sectorate im Jahr 2014 (29,8 %) lagen diese Geburten im vorliegenden Studienkollektiv etwas niedriger (STATISTIK AUSTRIA a, 2015).

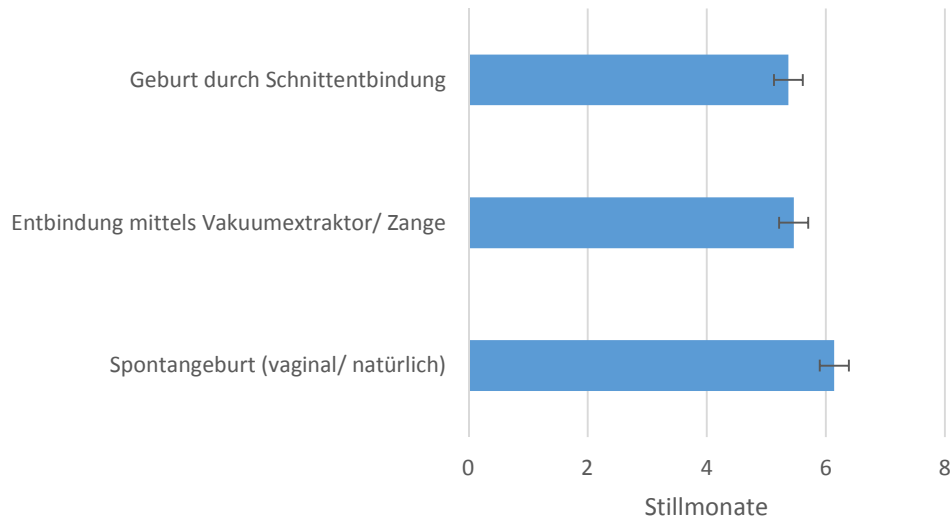


Abbildung 19: Stilldauer in Monaten (MW= 6,01±SD=2,63) getrennt nach Geburtsverlauf

Hinsichtlich der Stillhäufigkeit gab es kaum Unterschiede ($p=.051$). Alle vier Stillkategorien waren von den drei Geburtsverläufen etwa gleich vertreten, das heißt, von den Spontangebärenden stillten 59 %, von den Schnittentbindungen 59,8% und von den Entbindungen mit Vakuumentraktor 56,3% in der Gruppe „> 6 Monate“. Einzig in der Stillkategorie „Nie“, war die Zahl der Schnittentbindungen (8,5 %) im Vergleich zu natürlichen Geburten (3,7 %) am höchsten.

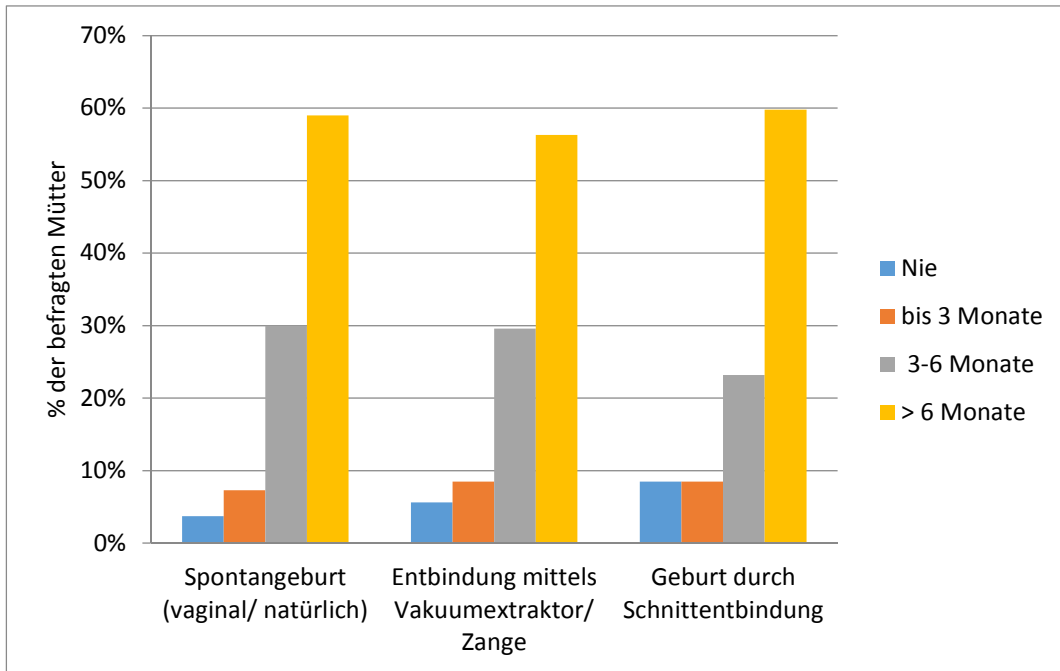


Abbildung 20: Anteil der Stillhäufigkeit von den befragten Teilnehmerinnen in % bei Spontangeburt, Entbindung mittels Vakuumentraktor und Schnittentbindung (n=1455)

Die Auswertung der Ergebnisse bestätigt die Annahme, dass Mütter, welche eine Spontanentbindung erleben, länger (6,14 Monate; SD=2,5) stillen, gefolgt von Geburten mit Vakuumentraktor (5,46 Monate; SD=3,09) und Schnittentbindungen (5,37 Monate; SD=2,92) (Abb. 12). Das Ergebnis zeigt keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Art der Geburt und Stilldauer ($p=.203$).

Bei Müttern, die nicht stillen, war der Anteil der Schnittentbindungen mit 7,5 % mehr als doppelt so hoch als bei den Spontangeburt. Hierbei ist noch anzumerken, dass die Schnittentbindungen sich in jene, die durch den Geburtsverlauf indiziert wurden (57,7 %) und jene, die geplant waren unterteilen (42,3 %). Beide Gruppen stillen fast gleich lang: Der Mittelwert bei „durch Geburtsverlauf indiziert“ beträgt 5,44 Monate (SD=3,28), die geplanten Kaiserschnitte stillten im Mittel 5,46 Monate (SD=2,24) ($p=.414$). Dieses Ergebnis wird auch in der aktuellen Literatur beobachtet, welche den Zusammenhang von geplantem Kaiserschnitt sowie einer Spontangeburt und der Stilldauer in 31 Ländern untersuchten. Die Stillraten waren deutlich geringer bei geplanten Kaiserschnitten als bei natürlichen Geburten ($p=.00$) (PRIOR et al., 2012).

4.4.3 Einfluss von Hautkontakt nach Geburt auf Stillhäufigkeit und -dauer

83,9 % (n=1234) der Mütter hatten unmittelbar nach der Geburt den ersten Hautkontakt mit ihrem Kind. Dies wirkt sich wiederum auf die Stilldauer aus. Die mittlere Stilldauer bei Müttern mit Hautkontakt ist mit 6,07 Monate (SD=2,64) signifikant ($p=.04$) länger als die der Mütter ohne Hautkontakt (n= 236) 5,5 Monate (SD=2,61). Das sogenannte bonding hat einen Einfluss auf die Silldauer. Wie in Abb. 21 ersichtlich, ist der Anteil der nichtstillenden Mütter in der Gruppe ohne Hautkontakt größer (10,3 % zu 4,3 %). Ebenso bis zum dritten Stillmonat, hier liegen die Teilnehmerinnen ohne Hautkontakt um 2,5 % vorne (9,7 %). Ab der Dauer von „3-6 Monaten“ erhöht sich der Anteil der Mütter mit Hautkontakt auf 29,8 % und die ohne verzeichnen einen Anteil von gerade einmal 19,4 %. Ab dem sechsten Stillmonat sind die Häufigkeiten wieder fast gleich verteilt; bei jenen mit Hautkontakt 58,6 %, bei denen ohne 60,6%.

Moore et al. (2014) belegen ebenfalls den Zusammenhang zwischen frühem Hautkontakt und dem Stillen nach der Geburt (zwischen einem und vier Monaten). Des Weiteren wurde der positive Effekt von Hautkontakt und besserer Herzkreislauf-Stabilität und höherer Blutglukose bestätigt (MOORE et al., 2014)

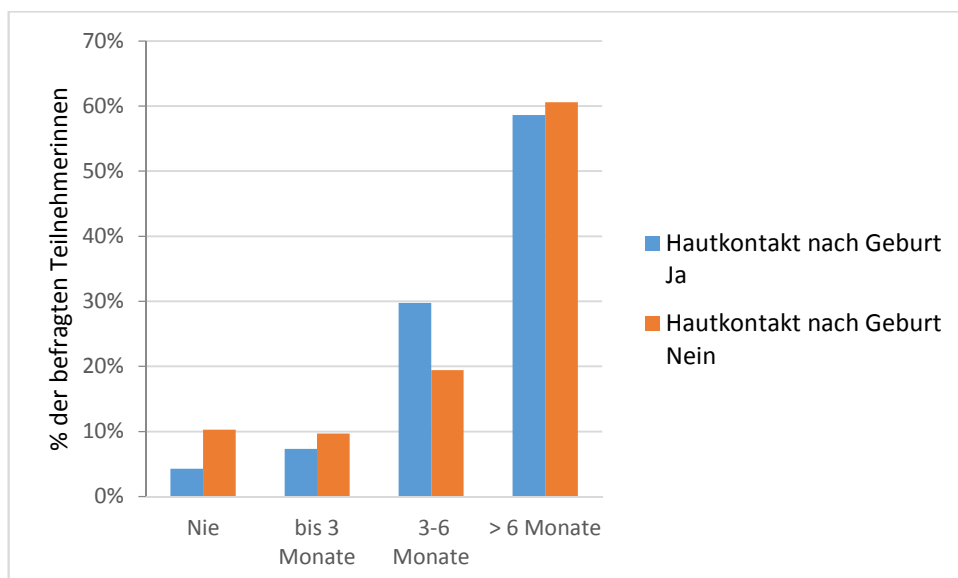


Abbildung 21: Anteil der Mütter mit und ohne Hautkontakt gleich nach der Geburt in Prozent getrennt nach Stillmonaten (n=1035)

4.4.4 Einfluss der Trennung vom Kind auf Stillhäufigkeit und -dauer

Eine Trennung vom Kind innerhalb der ersten 12 Stunden nach der Geburt erfolgte bei 28,9 % (n= 421) der Mütter. Die mittlere Stilldauer in der Gruppe „Trennung“ beträgt 5,31 Monate (SD=2,56) und in der Gruppe „Keine Trennung“ 5,77 Monate (SD=2,88). Am ehesten wird der Effekt auf die Stilldauer bei den Nichtstillenden (8,3 % zu 3,7 %) und bei der „> 6 Monate“ (54,6 % zu 61 %) Gruppe deutlich (Abb. 22). Der Zusammenhang zwischen Trennung nach der Geburt und Stilldauer ist signifikant ($p=.002$). Bei den Müttern mit Trennung vom Kind befand sich der größte Anteil an Schnittenbindungen (51,8 %).

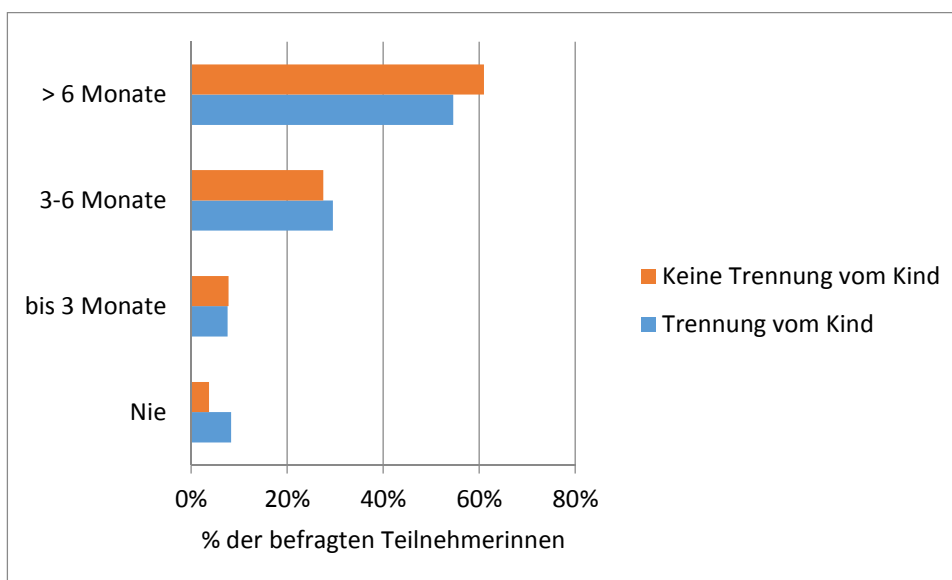


Abbildung 22: Trennung vom Kind innerhalb der ersten 12 Stunden in Prozent, getrennt nach Stilldauer (n=1023)

Righard und Alade (1990) fanden heraus, dass eine Trennung von 20 Minuten nach der Geburt bereits zu Problemen mit dem Saugreflex führt. An 34 Kindern, die nach der Geburt getrennt wurden, hatten nur acht Mütter keine Probleme beim Anlegen. Im Gegenteil dazu hatten 16 der 17 Neugeborenen, die nicht getrennt wurden, keinerlei Schwierigkeiten beim Saugen (RIGHARD und ALADE, 1990).

4.4.5 Einfluss des Zeitpunktes der Stillentscheidung auf Stillhäufigkeit und -dauer

Für den Großteil (85 %, n= 585) der Mütter fiel die Entscheidung für oder gegen das Stillen bereits vor der Schwangerschaft. Bei 11,7 (n= 78) % fiel der Entschluss während der Gravidität und bei weiteren 4,3 % (n=35) erst im Wochenbett. In Abb. 23 ist erkennbar, dass die nichtstillenden Mütter am häufigsten erst im Wochenbett sich fürs Stillen entschieden haben. Mütter, die vor der Gravidität eine Entscheidung getroffen haben sind mit 54,5% auch in der Gruppe der „> 6 Monate“.

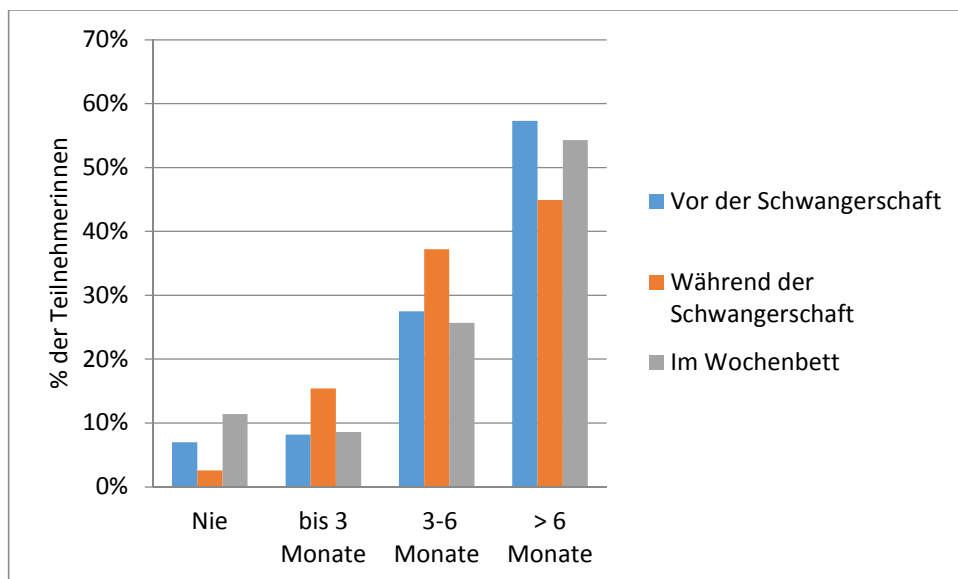


Abbildung 23: Zeitpunkt der Stillentscheidung (n=969)

Das Ergebnis bestätigt die Vermutung, dass jene Frauen, die sich bereits vor der Geburt für das Stillen entschieden haben, die längste Stilldauer aufweisen (5,8 Monate; SD=2,76). Bei Müttern, die sich während der Schwangerschaft entschieden haben zu Stillen, ist der Zeitraum etwas kürzer (5,1 Monate; SD=1,7) und bei denjenigen, die im Wochenbett eine Entscheidung gefasst haben, beläuft sich die mittlere Dauer auf 4,6 Monate (SD= 2,32). Zwar gibt es Unterschiede zwischen den Gruppen, jedoch keine signifikanten ($p=.377$). Diese Ergebnisse finden sich auch in der Literatur wieder (PETERS et al., 2005).

Bei der Befragung konnten die Teilnehmerinnen Gründe für das Stillen angeben. Die häufigsten sechs Antworten, darunter auch Mehrfachnennungen werden in Tab. 8 dargestellt:

1	Die natürlichste Form der Ernährung	94,5 %
2	Für eine optimale Gesundheit meines Kindes	93,1 %
3	Für eine optimale Mutter-Kind-Bindung	84,7 %
4	Aus praktischen Gründen	83,5 %
5	Weil es mir Freude bereitete	71,2 %
6	Zur Allergieprävention	61,2 %

Tabelle 7: Die meist genannten Gründe für das Stillen in Prozent bei Mehrfachnennungen

4.4.6 Einfluss des ersten Stillens auf Stillhäufigkeit und -dauer

Kinder sollten unmittelbar nach der Geburt angelegt werden. 64,2 % (n= 828) der Mütter befolgten diese Empfehlung der WHO und stillen ihre Kinder innerhalb der ersten ein bis zwei Stunden nach der Geburt. Diejenigen, die erst nach 12 Stunden angelegt haben (n=51), unterscheiden sich hinsichtlich der Stilldauer nicht signifikant ($p=.62$).

Während sich bis zum sechsten Stillmonate die Häufigkeiten fast gleich unter den Teilnehmerinnen verteilen (Abb. 24), ist ab dem sechsten Stillmonat ein deutlicher Unterschied zwischen denen, die innerhalb „1 bis 2 Stunden“ (62,7 %) und „innerhalb von 12 h“ (55,8 %) und denen, die erst nach 12 Stunden das erste Mal anlegten (69 %).

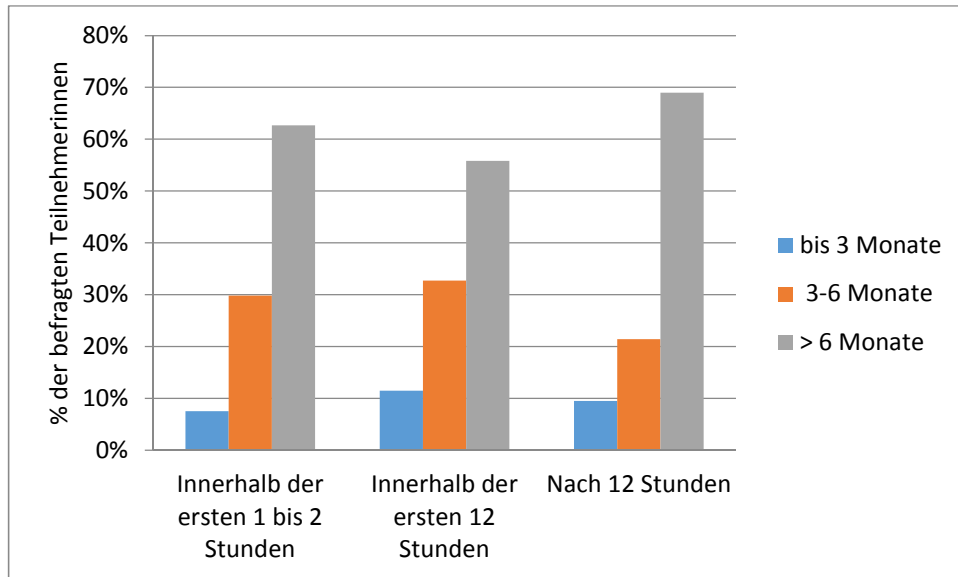


Abbildung 24: Zeitpunkt des ersten Anlegens (n=1405)

Je mehr Zeit zwischen Geburt und dem ersten Anlegen vergeht, desto kürzer war die Stilldauer. Mütter, die unmittelbar nach der Geburt damit begonnen haben, stillten durchschnittlich 6,4 Monate (SD=2,29), gefolgt von denen, die innerhalb der ersten 12 Stunden zum ersten Mal angelegt haben, 6,21 Monate (SD=1,73). Frauen, die erst nach 12 Stunden angefangen haben zu stillen, verzeichnen wieder eine etwas höhere Stilldauer von 6,38 Monaten (SD=2,22).

4.4.7 Einfluss der Stillintervalle auf Stillhäufigkeit und -dauer

Mehr als 2/3 der Frauen (85,3 %, n= 818) entschieden sich nach Bedarf des Kindes zu stillen und verzeichneten somit lange Stilldauern mit einem Mittelwert von 6,4 Monaten (SD=2,29). Etwa alle drei Stunden stillten 9,54 % der Frauen, alle drei bis fünf Stunden erreichten immerhin 3,18 %. Jene Frauen, die nicht mehr wussten (1,88 %), wonach der Stillrhythmus ging, stillen interessanterweise am längsten 6,68 Monate (SD=2,9), wobei sich in dieser Gruppe nur 16 Personen befanden (Abb. 26). Eine Begründung könnte sein, dass diese Gruppe ohnehin nach dem Bedürfnis des Säuglings gestillt hat. Aus den Ergebnissen ergibt sich ein Zusammenhang zwischen Stillintervall und Stilldauer ($p=.001$).

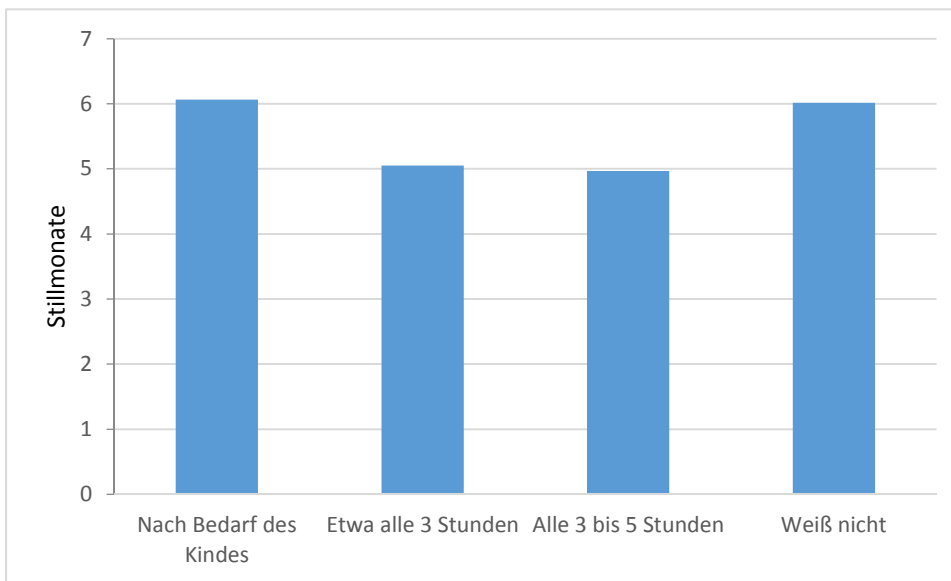


Abbildung 25: Anzahl der Stillmonate getrennt nach verschiedenen Stillrhythmen n=980

Wiederum kristallisieren sich die Teilnehmerinnen heraus, die nach dem Bedarf des Kindes und somit nach den Empfehlungen der WHO handeln. Über sechs Monate stillt hier ein Anteil von 65 %, bei der Gruppe „alle 3 Stunden“ sind es 45 % und bei „alle 3 bis 5 Stunden“ sind es 48,5 %.

4.4.8 Einfluss der Stillinformation auf Stillhäufigkeit und -dauer

Die Befragung hat ergeben, dass am häufigsten jene Frauen stillen, die Stillinformationen von Stillberatern ($p=.00$), in Stillgruppen ($p=.00$), von Fachliteratur ($p=.001$), von Frauenärzten ($p=.004$), von Hebammen ($p=.023$), im Internet ($p=.027$) und von Kinderkrankenschwestern ($p=.031$) erhielten.

Den größten Einfluss auf die Stilldauer haben mitunter die Stillgruppen ($p=.00$), Fachliteratur ($p=.003$), die Hebamme ($p=.046$), die Stillberater ($p=.005$), das Internet ($p=.007$) und die Kinderkrankenschwester ($p=.007$).

Eine untergeordnete Rolle spielen der Allgemeinmediziner, lediglich 0,86 % ($n=9$) Teilnehmerinnen haben ihn ausgewählt, sowie der Partner (3,96 %), Kinderärzte (8,41 %) und Frauenärzte (9,46%) haben keinen Einfluss auf die Stillinformationen.

4.5 Einfluss der Nationalität der Eltern auf die Stillhäufigkeit und -dauer

4.5.1 Einfluss der Nationalität der Mutter auf die Stillhäufigkeit und -dauer

In der vorliegenden Stichprobe wurde die Staatsangehörigkeit der Mutter in drei Gruppen eingeteilt. Der Großteil (86,1 %) der Teilnehmer waren Österreicherinnen, gefolgt von EU-Bewohnerinnen (10,9 %) und Drittstaaten (3 %). Die meist genannten Länder der Drittstaaten waren Bosnien, Türkei und Mazedonien. Laut Statistik Austria hatten 2014 18,6 % der Lebendgeborenen keine österreichische Staatsbürgerschaft (STATISTIK AUSTRIA, 2016).

Der Mittelwert für österreichische Mütter liegt bei 5,60 Monate (SD=2,77), für Mütter aus anderen EU-Staaten bei 5,77 Monate (SD=2,57) und für Mütter aus Drittstaaten bei 5,52 Monate (SD=4,04).

Es besteht ein signifikanter Zusammenhang ($p=.012$) zwischen Nationalität der Mutter und der Stilldauer. Bei Betrachtung der deskriptiven Statistiken kann festgestellt werden, dass Mütter aus Drittstaaten häufiger in der Kategorie „Nie“ (17 %) zu finden sind. Weiters zeigt sich, dass keine Mutter aus den EU-Staaten in der Kategorie „Nie“ ist.

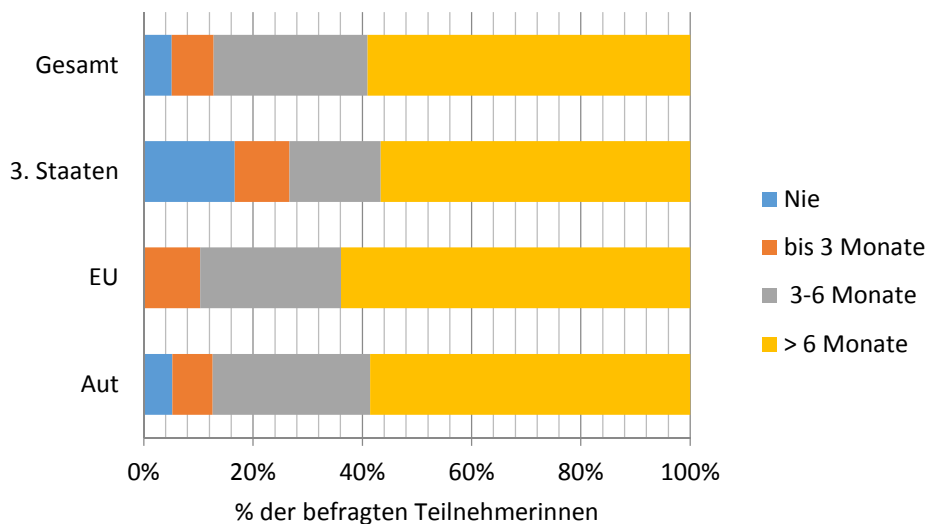


Abbildung 26: Verteilung der Stillhäufigkeit und -dauer, getrennt nach Nationalität der Mütter (n= 1470)

Gründe für die unterschiedlichen Ergebnisse könnten kulturelle Einflüsse sein. Fehlerhafte Informationen bedingt durch die Sprachbarriere und die fehlende Unsicherheit in einem fremden Land führen ebenso wie das soziale Umfeld und religiöse Gründe zu einem verminderten Stillverhalten.

4.5.2 Einfluss der Nationalität des Vater auf die Stillhäufigkeit und -dauer

Wird nur die Nationalität des Vaters berücksichtigt, kommt es zu einem ähnlichen Ergebnis, es resultiert ein schwach signifikanter Zusammenhang ($p=.044$.)

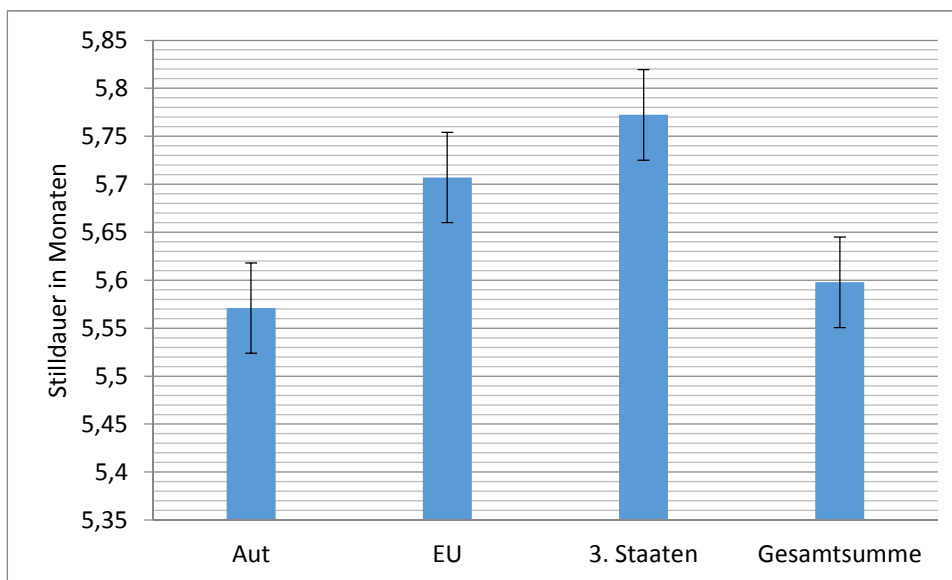


Abbildung 27: Mittelwert Stilldauer in Monaten getrennt nach der Nationalität des Vaters (n= 1470)

Der Einfluss des Vaters auf die Stillentscheidung aber auch für die Eltern-Kind-Beziehung ist nicht zu unterschätzen. Eine körperliche und emotionale Unterstützung ist in den ersten Wochen daher besonders wichtig.

4.6 Zusammenhang zwischen BMI der Mütter und Stillhäufigkeit und -dauer

Bei der Untersuchung wurde unter den Teilnehmerinnen ein mittlerer BMI von 24,02 kg/m² (SD=5,05) festgestellt. Der BMI unter den nichtstillenden ist etwas höher (25,39 kg/m², SD = 5,71). Eine Verteilung des BMI ist in Abbildung 22 zusehen. Es besteht eine negative Korrelation zwischen BMI und Stilldauer ($r=-.085$, $p=.006$), was bedeutet, dass mit steigendem BMI die Stilldauer absinkt.

Zu diesem Ergebnis kamen auch Kronborg et al. (2012) in deren Untersuchung. Die Stilldauer war signifikant kürzer bei Müttern mit hohem BMI als bei Müttern mit moderatem oder geringem BMI ($p=.002$). Weiters waren die Teilnehmerinnen mit hohem BMI signifikant jünger, verfügten über eine kürzere Schulbildung und stillten in unregelmäßigeren Abständen (KRONBORG et al, 2012).

Brandhagen et al. (2012) bestätigten diese Ergebnisse ebenso. Ein hoher prägravid BMI korreliert auch in seiner Untersuchung mit einer geringeren Stilldauer. Die Anzahl an stillenden Frauen mit einem BMI im Normalbereich betrug 65,9 % und die durchschnittliche Stilldauer 5,21 Monate (SD=1,67), hingegen bei Müttern mit hohem BMI (30-34,9kg/m²) nur 6,8 % und 4,84 Monate (SD=1,97; $p=.001$) (BRANDHAGEN et al, 2012). Eine mögliche Erklärung ist, dass gebildete Frauen mit höherem Einkommen, gesundheitsbewusster als nicht gebildete Frauen sind und schließlich länger stillen. Da Stillen die Gewichtsreduktion nach der Geburt fördert, verlieren gebildete Frauen mehr Gewicht und gelangen eher wieder zu ihrem Ausgangsgewicht vor der Geburt.

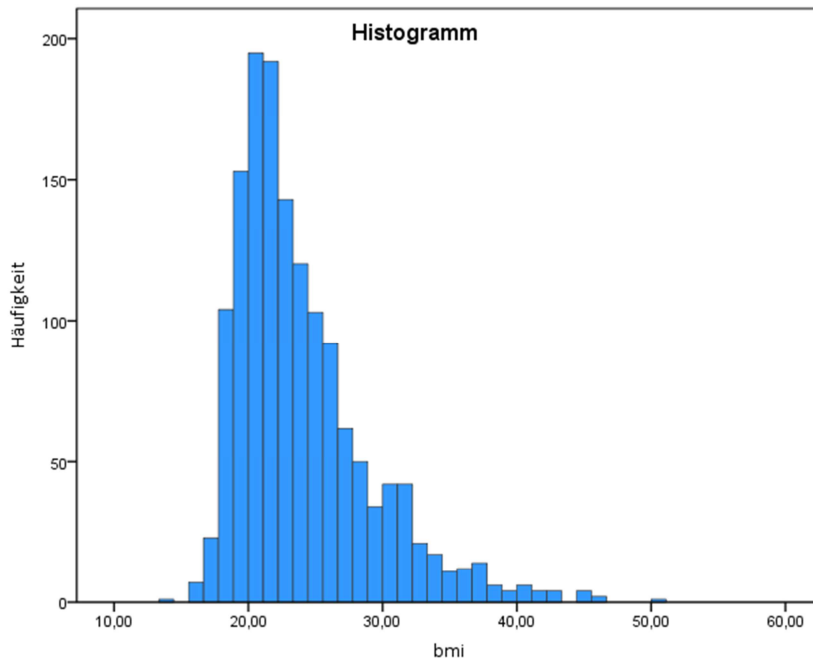


Abbildung 28: Häufigkeitsverteilung des BMI (in kg/m^2) der Mütter (n=1469)

4.7 Einfluss des „Selbst gestillt worden Seins“ auf Stillhäufigkeit und -dauer

Über die Hälfte (55,3 %) der Teilnehmerinnen wurde selbst gestillt, 39,5 % verneinten die Frage und fünf Prozent gaben an, es nicht zu wissen. Teilnehmerinnen, die selbst gestillt wurden, stillen auch das eigene Kind am längsten (5,80 Monate; $\text{SD}=2,97$), wohingegen nicht gestillte Mütter (5,40 Monate; $\text{SD}=2,43$) und Frauen die es nicht mehr wussten am kürzesten (5,08 Monate; $\text{SD}=3,33$) stillten (Abb. 30).

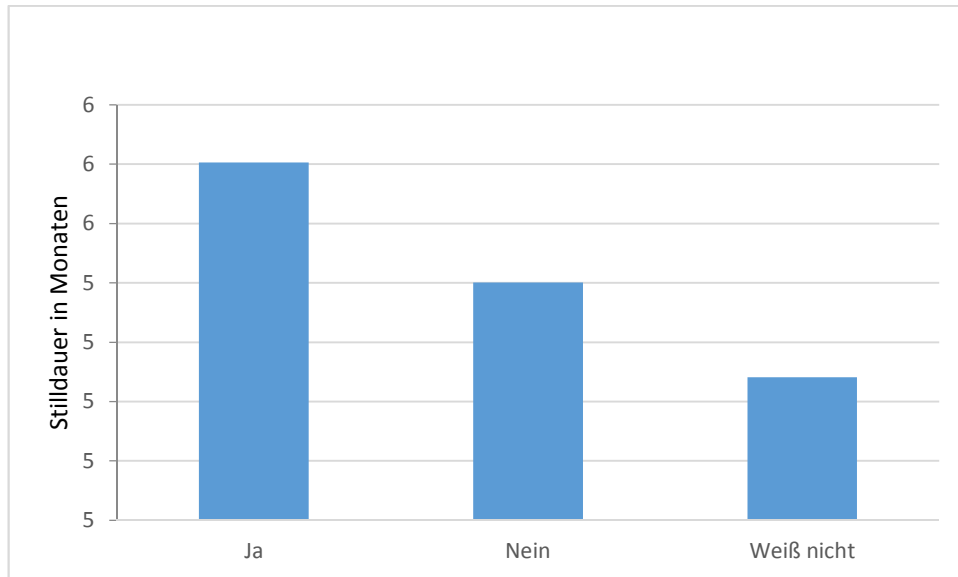


Abbildung 29: Stilldauer von Teilnehmerinnen, die selbst gestillt wurden, nicht selbst gestillt wurden und es nicht wissen (n=1468)

In der Gruppe „Weiß nicht“ sind drei Mal so viele Nichtstillende (14,5 %) als in den anderen beiden Gruppen und generell ist dies die schwächste Stillgruppe. Daraus lässt sich schließen, dass in den Familien der Mütter, die nicht wissen, ob sie selbst gestillt wurden, Stillen weniger thematisiert wurde.

In den Kategorien „bis 3 Monate“ und „3 bis 6 Monate“ unterscheiden sich die drei Antwortgruppen nicht. Die stärkste Gruppe ist diejenige, die mit „Ja“ geantwortet hat - 60,6 % stillten hier über sechs Monate. Betrachtet man den Einflussfaktor „selbst gestillt“ wirkt sich dieser signifikant ($p=.038$) auf die Stilldauer aus. Kein Zusammenhang wurde in der Gruppe „Ja“ zu den beiden anderen Gruppen ($p=.312$) gefunden.

Dies deckt sich mit den Ergebnissen einer weiteren Studie von Peters et al., (2005). Hier berichteten 65 %, selbst gestillt worden zu sein, 25 % wurden nicht gestillt und 10 % konnten die Frage nicht beantworten. Mütter, die selbst gestillt wurden, stillen ihre Kinder nicht häufiger als Mütter die nicht gestillt wurden ($p=.114$) (PETERS et al., 2005).

4.8 Einfluss des Lebensstils auf Stillhäufigkeit und -dauer

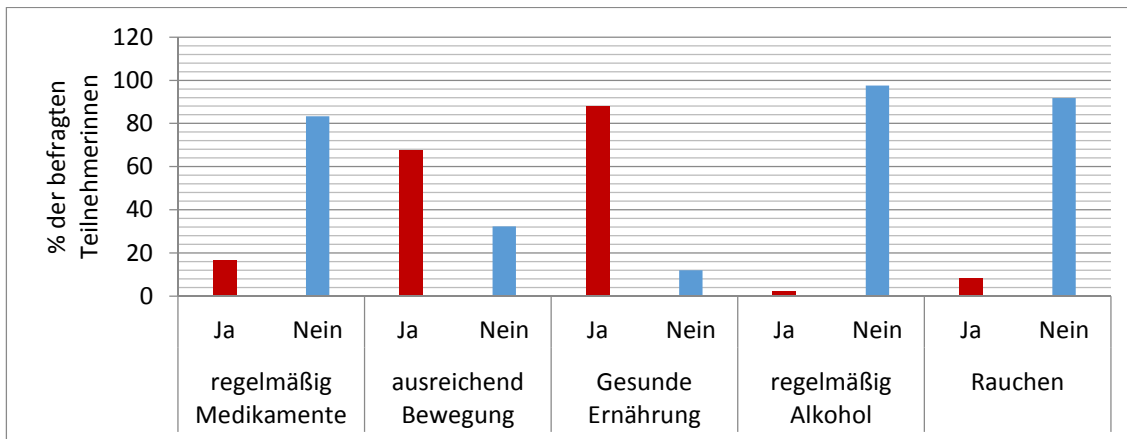


Abbildung 30: Übersicht der Lebensstilfaktoren (n=1468)

Die Teilnehmerinnen wurden zu ihrem Lebensstil befragt. Zwar ist in Abb. 32 ersichtlich, dass jene mit einem gesunden Lebensstil länger stillen, jedoch unterscheiden sich die mittleren Stillwerte nicht signifikant (Medikamente $p=.536$, Bewegung $p=.275$, Ernährung $p=.569$ und Alkohol $p=.78$). Lediglich der Faktor „Rauchen“ zeigt einen signifikanten Einfluss ($p=.023$). Betrachtet man die Medikamenteneinnahme genauer, so scheint es, dass jene, die angaben, Medikamente einzunehmen, in der „über sechs Monatsgruppe“ mit 61,6 % häufiger stillen, als diejenigen, die mit „Nein“ antworteten (58,7 %). Ein deutlicher Unterschied bei der Stilldauer „> 6 Monate“ ist bei Frauen die sich bewusst ernähren (60,4 %) sowie denen, die es nicht tun (47,3 %) erkennbar. Bewusste Ernährung geht offenbar mit einer längeren Stilldauer einher. Das Gleiche gilt für den Alkoholkonsum. Teilnehmerinnen, die mehr als drei Mal pro Woche Alkohol konsumieren, sind in der „> 6 Monate“-Gruppe mit lediglich 38,5 % vertreten, jene die darauf verzichten mit 59,6 % und auch bei den Rauchern gilt: entweder Zigarettenkonsum oder Stillen – 61,4 % der nichtrauchenden Frauen stillen über sechs Monate, bei den Raucherinnen sind es dahingegen nur 36,5 %. Betrachtet man die nichtstillenden Teilnehmerinnen genauer, so sind kaum Unterschiede zu den stillenden Frauen hinsichtlich der Lebensstilfaktoren erkennbar. 75,3 % sind Nichtraucher, lediglich 9,2 % gaben an, regelmäßig Alkohol zu konsumieren, 85,5 % achten auf eine gesunde Ernährung, 61,6 % bewegen sich regelmäßig und 27,1 % greifen regelmäßig zu Medikamenten.

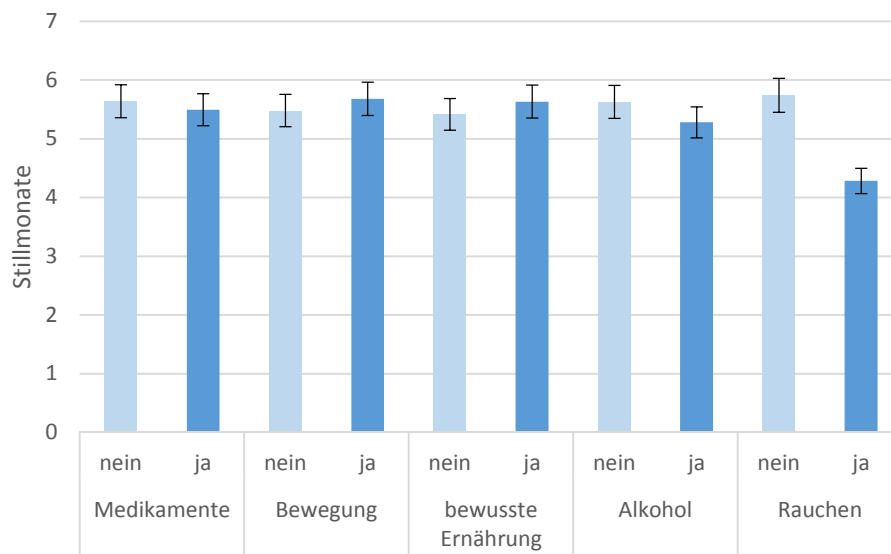


Abbildung 31: Auswirkungen verschiedener Lebensstilindikatoren auf Stilldauer in Monaten

Lebensstilfaktoren von Müttern mit gestillten und ungestillten Kindern wurden in einer Studie von Koletzko und von Kries (2001) gegenüber gestellt. Bei gestillten Kindern fanden sich 4,2 % rauchende Mütter vor, bei nicht gestillten kamen 3 Mal mehr (12,8 %) Raucherinnen vor. Mütter von nicht gestillten Kindern konsumieren häufiger fettreduzierte Lebensmittel (KOLETZKO und VON KRIES, 2001).

4.9 Einfluss des Familienstands auf Stillhäufigkeit und -dauer

Da 85,9 % in einer Ehe bzw. Lebensgemeinschaft lebten und 12,7 % ledig waren, beschränkt sich die Auswertung auf die beiden Kategorien „ledig“ und „verheiratet“, für „geschieden“ und „verwitwet“ waren zu wenig Antworten vorhanden. 2014 betrug die Unehelichenquote bei Geburten in Österreich 41,7 % und liegt somit deutlich über dem in dieser Studie vorliegenden Ergebnis (STATISTIK AUSTRIA, 2016).

Die mittlere Stilldauer für ledige Mütter liegt bei 5,23 Monaten (SD=2,56), für in einer Partnerschaft lebenden Mütter ergibt sich ein Mittelwert von 5,65 Monaten (SD=2,79). Ebenso sind unter den Nichtstillenden 87 % verheiratet. Das Ergebnis des t-Tests ist nicht signifikant ($p=.11$). Der Familienstand hat somit keinen Einfluss auf die Stilldauer,

wobei sich eine Partnerschaft positiv auf den Zeitraum des Stillens auswirkt. 60 % der verheirateten Mütter stillen ihr Kind über sechs Monate, wobei von den ledigen Frauen es nur 53,5 % schaffen.

Beachtenswerte Ergebnisse entstanden über den Familienstand in der Studie von Jackson et al. (2015). Die Autoren kamen zu dem Resultat, dass verheiratete Frauen seltener eine Rückkehr an den Arbeitsplatz beabsichtigen. Es wird angenommen, dass im Vergleich zu unverheirateten Frauen, Ehefrauen von größerer finanzieller Sicherheit und Ermutigung sowie Unterstützung durch den Partner profitieren (THOMAS-JACKSON et al., 2015).

Auch Peters et al. (2005) bestätigen einen positiven Zusammenhang zwischen Lebensgemeinschaft bzw. Heirat und Stilldauer ($p=.048$) (PETERS et al., 2005).

4.10 Charakteristik stillender bzw. nicht stillender Frauen

Vergleicht man nichtstillende und stillende Frauen, so sind nichtstillende Mütter tendenziell jünger als stillende Frauen. Der BMI einer nichtstillenden Frau ist mit $23,4 \text{ kg/m}^3$ ($SD=5,78$) höher als der einer stillenden Mutter, die einen BMI von durchschnittlich $19,5 \text{ kg/m}^3$ ($SD= 4,56$) aufweist. Eine nichtstillende Frau gebär ihr Kind meist mittels Sectio, eine stillende Frau hatte häufiger eine Spontangeburt. Nach der Geburt hatte die spontangebärende Frau Hautkontakt mit ihrem Kind, die nichtstillende Frau hatte keinen unmittelbaren Hautkontakt. Hinsichtlich des Rauchverhaltens zeigt sich kein Unterschied zwischen stillenden und nichtstillenden Müttern. Auf eine ausgewogene Ernährung, auf ausreichende Bewegung sowie mäßigen Alkoholkonsum achten hauptsächlich stillende Mütter, während nichtstillende Frauen weniger Wert auf einen gesunden Lebensstil legen.

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung lassen den Schluss zu, dass Stillförderung insbesondere bei jüngeren Müttern mit geringer Bildung ansetzen sollte. Frauen mit Migrationshintergrund, sowie Frauen, die mittels Kaiserschnitt entbinden, sollten in Förderstrategien ebenso stärker berücksichtigt werden.

6. Schlussbetrachtung

Die Wahl der Säuglingsernährung hat wichtige Auswirkungen auf die Gesundheit und Entwicklung des Kindes. Ein Blick auf die statistischen Ergebnisse zeigt großes Interesse und Bedarf an der Stillförderung. Zwar verzeichnet Österreich bereits einen großen Anteil an stillenden Frauen, jedoch sinkt der Anteil der Stillenden ab einer Stilldauer von mehr als drei Monaten stark ab.

Die Stilldauer wird einerseits beeinflusst durch die Einstellung der Mutter zum Stillen sowie ihren Lebensstil, andererseits durch nicht beeinflussbare Faktoren wie Schwangerschaftswoche, Entbindungseinrichtung, erster Hautkontakt bzw. Trennung nach der Geburt, der Einfluss der Hebamme, Alter, Beruf und Bildung, BMI und fehlende Stillerfahrung, sowie schwache sozioökonomische Stellung.

Die Zertifizierung als stillfreundliche Geburtsstation zeigte in der vorliegenden Untersuchung keinen Einfluss auf die Stilldauer, obwohl dies in der Literatur häufig berichtet wird. Die Teilnehmerinnen, die in einem BFH entbunden haben, sind höher gebildet, älter und haben die österreichische Staatsbürgerschaft. Viele Teilnehmerinnen wissen nicht über die Zertifizierung Bescheid, entscheiden sich demnach nicht für die spezifische Geburtsstation aufgrund der BFH-Zertifizierung. Hier bedarf es einer besseren Kommunikation der BFHI.

Neben der Geburtsstation spielt auch die Art der Geburt eine Rolle. Aktuell waren nur geringe Unterschiede zwischen den einzelnen Geburtsverläufen und der Stilldauer feststellbar. Wie auch in unterschiedlicher Literatur berichtet, war unter den Schnittentbindungen der größte Anteil an nichtstillenden Müttern vertreten. Hier sollten Hebammen, Verantwortliche in Geburtsvorbereitungskursen, sowie Gynäkologen mehr Bewusstsein über die Risiken einer Sectioentbindung schaffen.

Die ersten Stunden nach der Geburt gelten als entscheidend hinsichtlich Mutter-Kind-Bindung und Stillerfolg. Der postnatale Hautkontakt zählt ebenso wie die Trennung des Kindes von der Mutter zu den entscheidenden Indikatoren für den Stillerfolg. Der intime Kontakt setzt vor allem Endorphine, Adrenalin und Oxytocin frei, diese hormonelle Wirkung ist besonders wichtig für die Bindung zum Kind (MOORE et al.,

2014). Das Thema „bonding“ erhielt im Zuge der Stillförderung in den letzten Jahren immer mehr Aufmerksamkeit. Dass gute Erfolge hinsichtlich der Stilldauer erzielt werden können, wird auch in dieser Arbeit belegt und sollte daher im Rahmen der Gesundheitsförderung forciert werden.

Unter den sozioökonomischen Parametern scheint die Berufstätigkeit vor einer Gravidität als förderlich hinsichtlich der Laktation. Jene ohne Berufserfahrung vor der Geburt schneiden deutlich schlechter ab, wobei die Berufsgruppe keinen Einfluss hat. Ledige Mütter stillen tendenziell kürzer. Vermutlich sind viele Frauen aus finanziellen Gründen dazu gezwungen, so schnell als möglich an den Arbeitsplatz zurückzukehren. Von den verschiedenen Karenzmodellen, bis hin zu zahlreichen finanziellen Beihilfen kann eine Mutter frei wählen und wird vom Staat weitgehend unterstützt.

Hinsichtlich Migration und Stilldauer konnte ein signifikanter Zusammenhang beobachtet werden, jedoch ist dieser durch den geringen Anteil an Frauen mit Migrationshintergrund in der Stichprobe nicht aussagekräftig. Generell stillten Migrantinnen in dieser Studie weniger häufig und kürzer als Teilnehmerinnen mit österreichischer Staatsbürgerschaft. Die Stillbereitschaft bei Migrantinnen ist durch kulturelle, religiöse und soziale Einflüsse geprägt. Gesundheitsförderer können neben dem mehrsprachigen Stillinformationen, mit denen bereits gearbeitet wird, mit zweisprachigen Personen bei Arztbesuchen helfen.

Die Höhe des präpartalen BMI wirkt sich ebenso auf die Stilldauer aus. Je höher der BMI der Mutter vor der Schwangerschaft, desto kürzer wird gestillt. Nachdem der BMI vor der Schwangerschaft Einfluss auf die Gesundheit von Mutter und Kind hat, ist die Schaffung von größerem Bewusstsein für ein optimales Körpergewicht vor der Schwangerschaft sehr bedeutend.

Vor allem bei Langzeitstillenden kann man den positiven Einfluss der Stillerfahrung der Teilnehmerinnen beobachten. Im Vergleich zu Müttern ohne Stillerfahrung weisen die Stillerfahrenen eine deutlich längere Laktationszeit auf. Durch mögliche Hürden, die

während des Stillens auftreten können, lassen sich erfahrene Mütter nicht so leicht hindern.

Keine signifikanten Zusammenhänge konnten zwischen diversen Lebensstilfaktoren und der Stillhäufigkeit und –dauer beobachtet werden. Weder Medikamenteneinnahme, noch regelmäßige Bewegung, bewusste Ernährung oder Alkoholkonsum zeigen einen Zusammenhang zur Stilldauer. Lediglich das Rauchverhalten hat Einfluss auf die Stilldauer, welche bei Nichtraucherinnen länger ist.

Der Entschluss, das eigene Kind einmal zu stillen wird oft schon vor einer Gravidität gefasst. Daraus lässt sich schließen, dass der Stillwunsch bei einer Vielzahl an Müttern grundsätzlich vorhanden ist. Der kleinere Teil an Frauen, die den Entschluss erst im Wochenbett gefasst haben, sollte durch Stillförderung erreicht werden.

Hebammen und Stillberater sind hierbei die wichtigsten Unterstützer und zugleich Informantinnen wenn es ums Stillen geht. Die Mehrheit der befragten Mütter holte sich Stillinformationen über die Geburtshelfer, während Allgemeinmediziner, Frauen- und Kinderärzte hinsichtlich Stillinformationen eine untergeordnete Rolle spielen.

Da Gynäkologen und Pädiater während und nach der Geburt regelmäßigen Kontakt zu den Müttern haben, können diese während und nach der Schwangerschaft eine Beziehung aufbauen. Ein vertrautes Verhältnis ist für die Stillförderung förderlich und sollte genutzt werden.

Es wurde versucht, möglichst viele Frauen für die Befragung zu gewinnen, jedoch verfügte nicht jede Teilnehmerin über Internetzugang, bzw. war mit dem PC vertraut. Eine Mehrfachteilnahme konnte nicht kontrolliert werden, was die Ergebnisse verzerren könnte. Auch die Verbreitung des Fragebogens über die eigene Stillwebsite und über Facebook stellt eine Selektion dar; es kann nicht davon ausgegangen werden, dass jede stillende Mutter diese Seiten im Internet besucht (THIELSCH MT UND WELTZIN, 2009).

Weiters wurde der Fragebogen nur in deutscher Sprache angeboten, die Erreichbarkeit von Migrantinnen mit schlechten Deutschkenntnissen wurde so eingeschränkt. Zusammenfassend kann man sagen, dass die Stillförderung in Österreich, im Europavergleich gut läuft. Sei es von Seiten der Hebammen als auch von den Stillförderern. Handlungsbedarf besteht zum einen bei Migrantinnen, hier sollte noch mehr Augenmerk auf die Kommunikation und das mehrsprachige Beratungsangebot gelegt werden. Zum anderen sollte die Zertifizierung der Krankenhäuser flächendeckend übernommen werden.

5. Zusammenfassung

Ziel der vorliegenden Untersuchung ist die Evaluierung der Entwicklung der Stillhäufigkeit und –dauer seit dem letzten österreichischen Stillbericht 2006. Dazu wurde von Mai bis November 2015 eine Onlinebefragung durchgeführt. Insgesamt wurden 1.470 Fragebögen ausgefüllt. Allgemein kann von einer Steigerung der Stilldauer im Vergleich der letzten 10 Jahre gesprochen werden. 5,3 % stillten gar „nie“, 7,7 % „bis 3 Monate“, 28% „3-6 Monate“ und 58,9 % „> 6 Monate“.

Der Anteil an stillenden Müttern war mit 95% sehr hoch. Nach drei Monaten reduzierte sich der Anteil auf 92%, in der Zeit zwischen drei und sechs Monaten wurde der größte Sprung verzeichnet auf 78% und schließlich gaben 59% an, sechs Monate und darüber hinaus zu stillen. Im Vergleich zu 2006, haben 13 % nie gestillt, 22,36 % „bis 3 Monate“, 23,62 % „3-6“ Monate und 40,95 % „> 6 Monate“.

In Tabelle 9 werden eine typische nichtstillende und eine stillende Teilnehmerin charakterisiert nach Häufigkeit der Einflussfaktoren.

	Nicht stillende Frau	Stillende Frau
Alter in Jahren	25± 5,03	31± 5,42
BMI (kg/m ²)	23,38± 5,78	19,53± 4,56
Höchste abgeschlossene Ausbildung	Matura (n= 445)	Hochschulabschluss (n= 645)
Beruf vor Schwangerschaft	Bürokraft (n= 310)	Akademischer Beruf (n= 517)
Nationalität der Mutter	Österreich (n=908=	Österreich (n= 908)
Nationalität des Vaters	Österreich (n= 857)	Österreich (n= 857)
Geburtsverlauf	Schnittentbindung (n= 271)	Spontangeburt (n= 681)
Hautkontakt nach Geburt	Nein (n= 175)	Ja (n= 860)
Raucher	Ja (n= 96)	Nein (n= 930)
Regelmäßiger Alkoholkonsum	Ja (n= 26)	Nein (n= 997)

Regelmäßige Medikamenteneinnahme	Nein (n= 852)	Nein(n= 117)
Regelmäßige Bewegung	Nein (n= 351)	Ja (n= 677)
Ausgewogene Ernährung	Nein (n= 112)	Ja (n= 915)

Tabelle 8: Charakterisierung einer nicht stillenden und einer stillenden Teilnehmerin

Die statistischen Ergebnisse zeigen, dass viele Einflussfaktoren die Stlldauer österreichischer Frauen beeinflussen, insbesondere die sozioökonomischen und die den Geburtsverlauf betreffenden. Da die Anzahl der Teilnehmerinnen (n=1.470) hoch war, konnten gute Aussagen über die Indikatoren getätigt werden. Die häufigsten in der Literatur genannten stillhemmenden und –fördernden Faktoren wurden auch in dieser Studie bestätigt. Beispielsweise der Aspekt der Erstgebärenden: Frauen mit Stillerfahrung schnitten bei der Stlldauer besser ab als jene, die zum ersten Mal Mutter wurden ($p=.02$).

Ein weiterer entscheidender Punkt war die Schwangerschaftswoche, in der das Kind geboren wurde. Nach 39,63 Wochen ($SD=1,89$) kamen die Kinder durchschnittlich zur Welt. Je früher ein Kind zu Welt kam, desto kürzer wurde gestillt. Kinder, die sechs Monate und darüber hinaus gestillt wurden, kamen durchschnittlich eine Woche später zur Welt. Der Anteil an Frühchen in dieser Stichprobe lag bei 9 %. Die Stlldauer bei den Müttern mit Frühgeborenen war etwas kürzer (5,01, $SD=2,31$), die SSW hat einen signifikanten Einfluss ($p=.03$) auf die Stlldauer.

In Bezug auf Mehrlingsgeburten konnte festgestellt werden, dass Zwillinge kürzer (4,5 Monate; $SD=2,95$) als Einlinge gestillt werden. Generell befanden sich zu wenige Fälle (1,62%) von Mehrlingen darunter, so konnte dieser Faktor nur deskriptiv ausgewertet werden.

Die Entbindung in einem stillfreundlichen Krankenhaus war für 57% möglich, hat jedoch keinen Einfluss auf die Stlldauer. Die Tatsache, dass ein Viertel der Frauen nicht wusste um welche Geburtseinrichtung es sich handelt, lässt vermuten, dass für die Teilnehmerinnen die Zertifizierung eine untergeordnete Rolle spielt.

Hinsichtlich des Geburtsverlaufs stillten die Spontangebärenden ($n=890$) am längsten (6,14 Monate; $SD=2,5$), dennoch nicht signifikant ($p=.20$). Im Verlauf waren die Schnittentbindungen unter den Nichtstillenden mit 8,5% zwar noch etwas vorne, ab dem dritten Stillmonat waren kaum noch Unterschiede zwischen natürlicher Geburt, Schnittentbindung und Vakuumextraktor bezüglich der Stilldauer erkennbar.

Ebenso erwies sich das Bonding als eines der stillfördernden Faktoren ($p=.04$). Um ca. zwei Wochen länger stillen Frauen, die unmittelbar nach der Geburt Hautkontakt mit ihrem Kind hatten.

Bei 70,3% aller Mütter wurde keine Trennung vom Kind in den ersten 12 Stunden nach der Geburt vorgenommen, was sich wiederum positiv auf die Stilldauer auswirkte ($p=.002$). Es war zu beobachten, dass die nichtstillenden Mütter häufiger vom Kind getrennt wurden. Mit jeder Stunde, die nach der Geburt jedoch mit dem Stillen gewartet wurde, sank die Stilldauer tendenziell, jedoch nicht signifikant ($p=.62$).

Über die Hälfte (56%) der Teilnehmerinnen entschied bereits vor der Schwangerschaft, ihr Kind zu stillen und zwar häufig aus denselben Gründen wie 1. natürlichste Form der Ernährung, 2. optimale Gesundheit des Kindes und 3. optimale Mutter-Kind-Bindung. Jene, die sich erst im Wochenbett über die Ernährung des Säuglings Gedanken machten, schnitten bei der Stilldauer am Schlechtesten ab. Hebammen hatten hier den größten Einfluss auf die Stillentscheidung, gefolgt von Stillberatern und dem Internet, weniger hilfreich waren der Kinderarzt oder die eigene Familie.

Der Akademikeranteil war in der gesamten Stichprobe mit 43,9% doppelt so hoch als bei Schulabgängern ohne Matura (13,5%). Dies wiederum könnte die hohe Berufstätigkeit (93,2%) vor der Geburt erklären. Zwar schnitten insgesamt diejenigen mit höherer Bildung hinsichtlich Stilldauer- und Häufigkeit besser ab, jedoch zeigte das Ergebnis keine Signifikanz ($p=.923$).

Nach Gruppierung der Nationalitäten konnte ein signifikanter Zusammenhang zwischen Nationalität (Mutter und Vater) und Stilldauer festgestellt werden ($p=.012$).

Jedoch nahmen lediglich 97 EU-Bürgerinnen und 30 Frauen aus Drittländern an der Untersuchung teil.

Der mittlere BMI der Teilnehmerinnen vor der Schwangerschaft betrug $24,02 \pm 5,02 \text{ kg/m}^2$. Es war zu beobachten, dass mit steigendem BMI die Laktationsdauer sinkt ($r = .085$).

Die Lebensstilfaktoren wie Medikamenteneinnahme, Bewegung, Ernährung und Alkoholkonsum stehen in keinem Zusammenhang mit der Stillfrequenz und -dauer, nur Rauchen reduziert die Stilldauer signifikant ($p = .023$).

7. Summary

The duration of breastfeeding is not only important for the health and growth of the newborn, but also presents several benefits like cancer prevention for mothers.

This study presents the main factors influencing the duration of lactation in Austrian women.

The findings of this study represent one hand the attitudes of mothers towards breastfeeding as well as lifestyle factors are significant influencing factors. On the other hand it focuses on various external factors that cannot be influenced like week of pregnancy, area in which the child is born, bonding, postnatal time the child spent with the mother, influence of midwives, age, education and work, BMI, experience with breastfeeding and socio-economic factors.

The present research suggest that midwives are the main source of information for women and have an important function in informing as well as support them on topics related to lactation.

The study also highlights that there are marked differences between women who have experienced lactation already and women who haven't. Women who already did breastfeed a newborn in the past will consider lactation longer for a subsequent newborn.

This study indicates that women are aware of the importance of breastfeeding. Nevertheless further promotion for lactation, like Norway is doing it as a model, is a main goal to develop breastfeeding in Austria.

In conclusion, this study presents the main factors influencing the duration of lactation in Austrian women.

8. Literaturverzeichnis

ABOU-DAKN M. Die Geburtshilfe. Entwicklung der Brustdrüse und der Physiologie der Laktation. Springer 2011; 1111-1112

AGES - Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit. Richtig essen von Anfang an. Bedarfsanalyse BFHI. Internet:

<http://www.richtigessenvonanfangen.at/Publikationen/ProjektbezogenePublikationen/Stillzeit/Bedarfsanalyse-BFHI>. (Stand: 09.05.2015)

AK a - ARBEITERKAMMER : Familienbeihilfe. Internet:

<http://www.arbeiterkammer.at/beratung/berufundfamilie/BeihilfenundFoerderung/Familienbeihilfe.html> (Stand: 18.02.2015)

AK b - ARBEITERKAMMER: Wochengeld. Internet:

<http://www.arbeiterkammer.at/beratung/berufundfamilie/BeihilfenundFoerderung/Wochengeld.html> (Stand: 18.02.2015)

AK c - ARBEITERKAMMER: Mutterschutz. Internet:

<http://www.arbeiterkammer.at/beratung/berufundfamilie/Mutterschutz/Beschaefigungsverbot.html> (Stand: 18.02.2015)

AK d - ARBEITERKAMMER: Kinderbetreuungsgeld. Internet:

<http://www.arbeiterkammer.at/beratung/berufundfamilie/kinderbetreuungsgeld/index.html> (Stand: 18.02.2015)

BARTICK M, REINHOLD A. The burden of suboptimal breastfeeding in the United States: a pediatric cost analysis. Pediatrics. 2010; 125(5): 1048–1056

BfR - Bundesinstitut für Risikobewertung: Empfehlungen zur Stilldauer – Einführung von Beikost. Internet: http://www.bfr.bund.de/de/empfehlungen_zur_stilldauer_einfuehrung_von_beikost-54044.html (Stand: 18.02.2015)

BMFJ a- Bundesministerium für Familie und Jugend: Familienbeihilfe. Internet: <http://www.bmfj.gv.at/familie/finanzielleunterstuetzungen/familienbeihilfe0/familienbeihilfe.html> (Stand: 8.04.2015)

BMFJ b - Bundesministerium für Familie und Jugend. Kinderbetreuungsgeld. Internet: <http://www.bmfj.gv.at/familie/finanzielleunterstuetzungen/kinderbetreuungsgeld/kinderbetreuungsgeld.html> (Stand: 12.05.2015)

BLACK RE, VICTORA CG, WALKER SP, BHUTTA ZA, CHRISTIAN P, DE ONIS M, EZZATI M, GRANTHAM-MCGREGOR S, KATZ J, MARTORELL R, UAUY R. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. Lancet.2013; 382: 427–451

ÖGKJ a– Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde. Österreichische Beikostempfehlungen. Internet: <http://www.docs4you.at/Content.Node/Vorsorgemedizin/Ernaehrung/oesterreichische-Beikostempfehlungen-2012.php> (Stand: 14.01.2016)

BMG b - Bundesministerium für Gesundheit. Säuglingsernährung heute. Internet: http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/2/8/5/CH1101/CMS1384785444563/langfassung_-_saeuglingsernaehrung_heute_-_endbericht_-_220707.pdf (Stand: 11.04.2015)

BMG, AGES - Richtig Essen von Anfang an! Babys Erstes Löffelchen. Internet: http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/5/3/1/CH1048/CMS1305730326363/richtig_essen_von_anfang_an_2014.pdf (Stand: 02.4.2015)

BRAMSON L, LEE JW, MOORE E, MONTGOMERY S, NEISH C, BAHJRI K, MELCHER CL. Effect of Early Skin-to-Skin Mother-Infant Contact During the First 3 Hours Following Birth on Exclusive Breastfeeding During the Maternity Hospital Stay. *J Hum Lact* 2010; 26(2): 130-137

BRANDHAGEN M, LISSNER L, BRANTSÆTER AL, MELTZER HM, HÄGGKVIST AP, MARGARETHA HAUGEN M, WINKVIST A. Breast-feeding in relation to weight retention up to 36 months postpartum in the Norwegian Mother and Child Cohort Study: modification by socio-economic status? *Public Health Nutrition* 2012; 17 (7): 1514-1523

BREW BK, KULL I, GARDEN F, ALMQVIST C, BERGSTRÖM A, LIND T, WEBB K, WICKMAN M, MARKS GB. Breastfeeding, asthma, and allergy: a tale of two cities. *Pediatr Allergy Immunol* 2012; 23: 75–82.

BROWN A. und JORDAN S. Impact of birth complications on breastfeeding duration: an internet survey. *Journal of Advanced Nursing*. 2013; 69(4): 828–839

BUSCK-RASMUSSEN M, VILLADSEN S, NORSEK F, MORTENSEN L, ANDERSEN A. Breastfeeding Practices in Relation to Country of Origin Among Women Living in Denmark: A Population-Based Study. *Matern Child Health Journal*. 2014; 18:2479-2488

D-A-C-H. Energie. Internet: <https://www.dge.de/wissenschaft/referenzwerte/energie/> (Stand: 26.03.2016)

DEMIRTAS B, ERGOCMEN B, TASKIN L. Breastfeeding experiences of Turkish women. *Journal of Clinical Nursing*. 2011; 21: 1109–1118

DUIJETS L, JADDOE V, HOFMAN A, MOLL H. Prolonged and Exclusive Breastfeeding Reduces the Risk of Infectious Diseases in Infancy. *Pediatrics*. 2010; 126: 18-25

FLINT DJ, TRAVERS MT, BARBER MC, BINART N, KELLY PA. Diet-induced obesity impairs mammary development and lactogenesis in murine mammary gland. *Am J Physiol Endocrinol Metab*. 2005; 288: 1179–87

FREITAS BA, LIMA M, CARLOS CF, PRIORE SE, FRANCESCHINI SD. Duration of breastfeeding in preterm infants followed at a secondary referral service. *Rev Raul Pediatr.*,2015 Nov 11, 103-115.

GIWERCMAN C, HALKJAER LB, JENSEN SM, BØNNELYKKE K, LAURITZEN L, BISGAARD H. Increased risk of eczema but reduced risk of early wheezy disorder from exclusive breast-feeding in high-risk infants. [Journal of Allergy and Clinical Immunology](#). 2010; 125 (4): 866–871

GONZALEZ-JIMENEZ E, GARCIA PA, AGUILAR MJ, PADILLA CA, ALVAREZ J. Breastfeeding and the prevention of breast cancer: a retrospective review of clinical histories. *Journal of Clinical Nursing*. 2013; 23: 2397–2403

HANSEN MN, BAERUG A, NYLANDER G, HÄGGKVIST AP, TUFTE E, ALQUIST R, STORE EG. Challenges and Succeses: The Baby-Friendly Initiative in Norway. *Journal of Human Lactation*. 2012; 28(3): 285-288

HAUCK ER, THOMPSON JMD, TANABE KO, MOON RY, VENNEMANN MM. Breastfeeding and Reduced Risk of Sudden Infant Death Syndrome: A Meta-analysis. *Pediatrics*. 2011; 128: 103-110

HAWKINS SS, STERN AD, BAUM CF GILLMAN MW. Evaluating the impact of the Baby-Friendly Hospital Initiative on breast-feeding rates: a multi-state analysis. *Public Health Nutrition*. 2014; 18 (2): 189-197

HILSON JA, RASMUSSEN KM, KJOLHEDE CL. Excessive Weight Gain during Pregnancy Is Associated with Earlier Termination of Breast-Feeding among White Women. *The Journal of Nutrition* 2006; 136; 140-146

HOPPE C, UDAM TR, LAURITZEN L, MOLGAARD C, JUUL A, MICHAELSEN KF. Animal protein intake, serum insulin-like growth factor I, and growth in healthy 2.5-y-old Danish children. *Am J Clin Nutr* 2004;80:447–52.

HUNTER T, CATTELONA G. Breastfeeding Initiation and Duration in First-Time Mothers : Exploring the Impact of Father Involvement in the Early Post-Partum Period. *Health Promotion Perspectives*. 2014; 4(2): 132–136

HÄGGKVIST AP, BRANTSÆTER AL, GRJIBOVSKI AM, HELSING E, MELTZER HM, HAUGEN M. Prevalence of breastfeeding in the Norwegian Mother and Child Cohort Study and health service-related correlates of cessation of full breast-feeding. *Public Health Nutrition*. 2010; 13(12): 2076-2086

KAIR LR, KENRON D, ETHEREDGE K, JAFFE AC, PHILLIPS CA. Pacifier Restriction and Exclusive Breastfeeding. *Pediatrics*. 2013; 131: 1101-1107

KECK C und KISSEL C. Regulation der Laktation. *Gynäkologische Endokrinologie* 2004; 2: 127-132

KENOSI, M, HAWKES CP, DEMPSEY EM, RYAN CA. Are Fathers Underused Advocates for Breastfeeding? *Ir Med Journal*. 2011; 104(10): 313–15

KOLETZKO B, VON KRIES R. Gibt es eine frühkindliche Prägung des späteren Adipositasrisikos? *Monatsschrift Kinderheilkunde*. 2001; 149: 11-18

KOTTWITZ A, OPPERMANN A, SPIß CK. Parental leave benefits and breastfeeding in Germany. German Socio-Economic Panel Study. 2014

KRONBORG H, VAETH M, RASMUSSEN KM. Obesity and early cessation of breastfeeding in Denmark. European Journal of Public Health. 2012; 23 (2): 316-322

MATHEWS M, LEERKES EM, LOVELADY CA, LABBAN JD. Psychosocial Predictors of Primiparous Breastfeeding Initiation and Duration. Journal of Human Lactation. 2014; 30 (4): 480-487

MOORE ER, ANDERSON GC, BERGMANN N, DOWSWELL T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database Sys Rev.: 5: CD003519. doi:10.1002/14651858.CD003519.pub3. 2014

LA LECHE LIGA (LLL) a: Über La Leche Liga. Internet: http://www.lalecheliga.at/index.php?option=com_content&view=article&id=3&Itemid=4. (Stand:23.03.2015)

LA LECHE LIGA (LLL) b: LLL International. Internet: http://www.lalecheliga.at/index.php?option=com_content&view=article&id=27&Itemid=23 (Stand: 23.03.2015)

LA LECHE LIGA (LLL) c: LLL in Österreich. Internet: http://www.lalecheliga.at/index.php?option=com_content&view=article&id=26&Itemid=24 (Stand: 23.03.2015)

LA LECHE LIGA (LLL) d: LLL Stillgruppen in Österreich. Internet: http://www.lalecheliga.at/index.php?option=com_content&view=article&id=2&Itemid=6 (Stand: 25.03.2015)

LA LECHE LIGA (LLL) e: Ausbildung zur Stillberaterin. Internet: http://www.lalecheliga.at/index.php?option=com_content&view=article&id=30&Itemid=27 (Stand: 09.04.2015)

LA LECHE LIGA (LLL) f: Unser Beratungskonzept. Internet: http://www.lalecheliga.at/index.php?option=com_content&view=article&id=28&Itemid=25 (Stand: 09.04.2015)

LARSEN JS, KRONBORG H. When breastfeeding is unsuccessful - mothers' experiences after giving up breastfeeding. Scand J Caring Sci. 2013; 27: 848-856

LAWRENCE RA, LAWRENCE RM. Breastfeeding: a guide for the medical profession.:C.V. Mosby, 1999.

LEURER L, MISSKEY E. Be Positive as Well as Realistic: A Qualitative Description Analysis of Information Gaps Experienced by Breastfeeding Mothers. International Breastfeeding Journal. 2015; 10: 1–11.

LIU B, JORM L, BANKS E. Parity, Breastfeeding, and the Subsequent Risk of Maternal Type 2 Diabetes. Diabetes Care 2010; 33: 1239-1241

MANNION C, HOBBS A, MCDONALD S, TOUGH S. Maternal perceptions of partner support during breastfeeding. International Breastfeeding Journal. 2013; 8(4): 1-7

MATHUR NB, DHINGRA D, PANDHI BS. Breastfeeding. Indian J Pediatr. 2014; 81(2): 143-149

MC CRORY C, LAYTE R. Breastfeeding and risk of overweight and obesity at nine-years of age. Social Science & Medicine. 2012; 75: 323-330

MEZZACAPPA ES, ENDICOTT J. Parity mediates the association between infant feeding method and maternal depressive symptoms in the postpartum. Arch Womens Ment Health. 2007; 10: 259-266

MUCH D, BEYERLEIN A, ROßBAUER M, HUMMEL S, ZIEGLER A. Beneficial effects of breastfeeding in women with gestational diabetes mellitus. *Molecular Metabolism*. 2014; 3: 284–292

MÜHLEND AHL KE, OTTO E. Rückstände und Schadstoffe in der Muttermilch. *Monatszeitschrift Kinderheilkunde*. 2012; 160: 455-460

NATIONALE STILLKOMMISSION. Schutz, Förderung und Unterstützung des Stillens in Europa : Ein Aktionsplan Förderung Des Stillens in Europa. 2004

ODDY WH, JIANGHONG L, WHITEHOUSE JO, ZUBRICK SR, MALACOVA E. Breastfeeding Duration and Academic Achievement at 10 Years. *Pediatrics*. 2011; 127(1): 137–145

ODOM EC, LI R, SCANLON KS, PERRINE CG, GRUMMER-STRAWN L. Reasons for Earlier Than Desired Cessation of Breastfeeding. *Pediatrics*. 2013; 131: 726-732

OWEN CG, MARTIN RM, WHINCUP PH, SMITH GD, COOK DG. Does breastfeeding influence risk of type 2 diabetes in later life? A quantitative analysis of published evidence. *Am J Clin Nutr*. 2006; 84: 1043-1054

PERRINE CG, SCANLON KS, LI R, ODOM E, GRUMMER-STRAWN LM. Baby-Friendly Hospital Practices and Meeting Exclusive Breastfeeding Intention. *Pediatrics*. 2012; 130: 54-60

PETERS E, WEHKAMP KH, FELBERBAUM RE, KRÜGER D, LINDER R. Breastfeeding duration is determined by only a few factors. *European Journal of Public Health*. 2005; 16 (2): 162-167

PIETSCHNIG B. Stillberatung in der Praxis. *Journal für Ernährungsmedizin*. 2011; 13(1): 6-10

POHLABELN H, MÜHLENBRUCH K, JACOBS S, BÖHMANN H. Frequency of Allergic Diseases in 2-Year- Old Children in Relationship to Parental History of Allergy and Breastfeeding. *J Investig Allergol Clin Immunol* 2010; 20(3): 195-200

PRIOR E, SANTHAKUMARAN S, GALE C, PHILIPPS LH, MODI N, HYDE MJ. Breastfeeding after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of world literature. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 2012; 95 (11): 13-35

RACINE EF, FRICK KD, STROBINO D, CARPENTER LM, MILLIGAN R, PUGH LC. How Motivation Influences Breastfeeding Duration Among Low-Income Women. *J Hum Lact*. 2008; 25(2): 173-181

RAEISI K, Shariat M, Nayeri F, Raji F, Dalili H. A Single Center Study of the Effects of Trained Fathers Participation in Constant Breastfeeding. *Acta Medica Iranica*. 2013; 52(9): 694–96

REMPEL LA, REMPEL JK. The Breastfeeding Team: The Role of Involved Fathers in the Breastfeeding Family. *J Hum Lact* 2010; 27(2): 115-121

RIGHARD, L., ALADE, M.: Effect of delivery room routines on success of first breastfeed. *Lancet* 1990; 336: 1105 – 1107.

RÜCKERT IM, MIELCK A. Soziale Ungleichheit beim Stillen in Deutschland. *Prävention und Gesundheitsförderung* 2008; 3: 56-66

SAVE THE CHILDREN. Nutrition in the First 1.000 Days. 2012. Internet:
<http://www.savethechildren.org/atf/cf/%7B9def2ebe-10ae-432c-9bd0df91d2eba74a%7D/STATE-OF-THE-WORLDS-MOTHERS-REPORT-2012-FINAL.PDF>
 (Stand: 20.04.2015)

SCHWARZ EB, RAY RM, STUEBE AM, ALLISON MA, NESS RB, FREIBERG MS, CAULEY JA.
Duration of Lactation and Risk Factors for Maternal Cardiovascular Disease. Obstet
Gynecol. 2009; 113(5): 974-982

SCOTT JA, NG Y, COBIAC L. The relationship between breastfeeding and weight status
in a national sample of Australian children and adolescents. BMC Public Health. 2012;
12: 107

SIPSMA H, DIVNEY A, MAGRIPLES U, HANSEN N, GORDON D, KERSHAW T. B
Breastfeeding Intentions among Pregnant Adolescents and Young Adults and Their
Partners. Breastfeed Med. 2013; 8(4): 374–80.

STATISTIK AUSTRIA. Bevölkerung. Registerbasierte Statistiken. Internet:
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/index.html (Stand
15.05.2015)

STATISTIK AUSTRIA Alter der Mutter
[http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerun
g/geborene/022899.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/geborene/022899.html) (Stand: 02.02.2016)

STATISTIK AUSTRIA Frühgeborene:
[http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerun
g/geborene/fruehgeborene/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/geborene/fruehgeborene/index.html) (Stand 02.02.2016)

STATISTIK AUSTRIA. Geburten:
[http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerun
g/geborene/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/geborene/index.html) Stand: 3.12.2015

SULLIVAN S, SCHANLER R, KIM J, PATEL A, TRAGWÖGER R, KIECHL-KOHLENDORFER U,
CHAN G, BLANCO C, ABRAMS S, COTTEN C, LAROIA N, EHRENKRANZ R, DUDELL G,

CRISTOFALO E, MEIER P, LEE M, RECHTMAN D, LUCAS A. An Exclusively Human Milk-Based Diet is Associated with a Lower Rate of Necrotizing Enterocolitis than a Diet of Human Milk and Bovine Milk-Based Products. *J Pediatr*. 2010; 156 (4): 562-7

THIELSCH MT UND WELTZIN S. Online-Befragungen in der Praxis. Universität Münster. 2009; 1-17

THOMAS-JACKSON SC, BENTLEY GE, KEYTON K, REIFMAN A, BOYLAN M, HART SL. In-hospital Breastfeeding and Intention to Return to Work Influence Mothers' Breastfeeding Intentions. *Journal of Human Lactation*. 2015; 1-8

UNICEF a- Breastfeeding on the worldwide agenda: findings from a lanscape analysis on political committment to protect, promote and support breastfeeding. Internet: http://www.unicef.org/eapro/breastfeeding_on_worldwide_agenda.pdf (Stand: 20.03.2015)

VENANCIO SI, SALDIVA SR, ESCUDER MM, GIUGLIANI ER. The Baby-Friendly Hospital Initiative Shows positive effects on breastfeeding indicators in Brazil. *J Epidemiol Community Health*. 2012; 66(10): 914–918.

VICTORA CG, HORTA BL, LORET DE MOLA C, QUEVEDO L, PINHEIRO RT, GIGANTE DP, GONCALVES H, BARROS FC. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. *Lancet Glob Health*. 2015; 3: 199-205

VON DER LIPPE E, BRETTSCHEIDER AK, GUTSCHE J, POETHKO-MÜLLER C . Einflussfaktoren Auf Verbreitung Und Dauer Des Stillens in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt*. 2014; 57: 849-59

VSLÖ a – Verband der Still- und Laktationsberaterinnen Österreich: Stillberatung mit Qualität. Internet: <http://www.stillen.at/eltern/stillberatung/> (Stand: 20.02.2015)

VSLÖ b – Migrantinnen im Krankenhaus. VSLÖ news. 2013; 17: 5-6

VSLÖ c – Regionaltreffen. Internet.

<http://www.stillen.at/fachpersonal/vsloeorganisation/regional Koordinatorinnen/>

(Stand: 20.02.2015)

WHO a – Indicators for assessing infant and young child feeding practices.

2008. Internet: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596664_eng.pdf

(Stand: 12.04.2015)

WHO b – World Health Organization: 10 facts on breastfeeding. Internet:

<http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/facts/en/index1.html> (Stand:

16.03.2015)

WHO c – World Health Organization: Global nutrition targets 2025. Breastfeeding policy brief. Internet:

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149022/1/WHO_NMH_NHD_14.7_eng.pdf?](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149022/1/WHO_NMH_NHD_14.7_eng.pdf?ua=1)

[ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149022/1/WHO_NMH_NHD_14.7_eng.pdf?ua=1) (Stand: 30.03.2015)

WHO d - World Health Organization: Implementation of the Baby-friendly Hospital Initiative. Internet: http://www.who.int/elena/bbc/implementation_bfhi/en/ (Stand:

25.03.2015)

WHO e - Ten steps to successful breastfeeding highlighted during World Breastfeeding Week. Internet: http://www.who.int/pmnch/media/news/2010/20100730_who/en/

(Stand: 05.05.2014)

WIECZOREK, CHRISTINA C, SCHMIED H, DORNER TE, DÜR W. The Bumpy Road to Implementing the Baby-Friendly Hospital Initiative in Austria: A Qualitative Study. *International Breastfeeding Journal*. 2015; 10: 1–14

WINKVIST A, BRANTSÆTER AL, BRANDHAGEN M, HAUGEN M, MELTZER HM, LISSNER L. Maternal Prepregnant Body Mass Index and Gestational Weight Gain Are Associated with Initiation and Duration of Breastfeeding among Norwegian Mothers. *The Journal of Nutrition*. 2015; 145 (6): 1263-1270

ZANARDO V, SVEGLIADO G, CAVALLIN F, GIUSTARDI A, COSMI E, LITTA P, TREVISANUTO D. Elective Cesarean Delivery: Does It Have a Negative Effect on Breastfeeding? *Obstetric Anesthesia Digest*. 2010; 31(3):185–186

9. Anhang

9.1. Fragebogen

Erhebung zum Stillverhalten

Vielen Dank, dass Sie an einer Erhebung des Bundesministeriums für Gesundheit in Zusammenarbeit mit dem Department für Ernährungswissenschaften zum Thema Stillverhalten in Österreich teilnehmen.

Wir möchten Sie bitten, in den folgenden 10 Minuten einige Fragen zu beantworten. Ziel dieser Umfrage ist es, das Stillverhalten in Österreich zu untersuchen, um Maßnahmen treffen zu können, welche Sie und ihre Familie unterstützen.

1. Ist Ihr Baby ein Mädchen oder ein Bub?

☐

Mädchen

☐

Bub

2. War das Ihre erste Geburt?

☐

Ja

☐

Nein

3. Wenn nein, wie viele Geburten hatten Sie insgesamt?

4. Wie groß war/en Ihr/e zuletzt geborenes Kind/er bei der Geburt?

1.Kind

cm

2.Kind

cm

3.Kind

cm

5. Wie schwer war/en Ihr/e zuletzt geborenes Kind/er bei der Geburt?

1.Kind

kg

2.Kind

kg

3.Kind

kg

6. In welcher Schwangerschaftswoche wurde Ihr letztgeborenes Kind geboren?

Die folgenden Fragen beziehen sich immer auf das letztgeborene Kind.

Schwangerschaftswoche

7. Bitte geben Sie den APGAR-Score bekannt.

Sie finden ihn im Mutter-Kind-Pass, Seite 25. Ein 3-teiliger Score, der nach 1,5,10 Minuten ermittelt wird, um den Zustand des Kindes nach der Geburt anzugeben. Zum Beispiel 9/10/10

APGAR-Score nach 1 Minute

APGAR-Score nach 5 Minuten

APGAR-Score nach 10 Minuten

8. Haben Sie jemals Zwillinge oder Drillinge geboren?
☐

Zwillinge

☐

Drillinge

☐

Nie

9. Wie war der Geburtsverlauf Ihrer Kinder?
☐

Spontangeburt aller Kinder

☐

Schnittentbindung aller Kinder

10. Wie war der Geburtsverlauf Ihres Kindes?
☐

Spontangeburt (vaginal/ natürlich)

☐

Entbindung mittels Vakuumextraktor/ Zange

☐

Geburt durch Schnittentbindung

11. Geburt durch Schnittentbindung
☐

Durch Geburtsverlauf indiziert

☐

Geplant (medizinisch indiziert) bzw. Wunsch

12. Wurden Sie innerhalb der ersten 12 Stunden von Ihrem Kind getrennt?
☐

Ja

☐

Nein

13. Hatten Sie gleich nach der Geburt Hautkontakt mit Ihrem Kind?
☐

Ja

☐

Nein

14. Haben Sie in einem zertifizierten stillfreundlichen Krankenhaus/ Geburtshaus entbunden?

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ Weiß nicht

15. Wann haben Sie entschieden, Ihr Kind zu stillen bzw. nicht zu stillen?

- ☐ Vor der Schwangerschaft
- ☐ Während der Schwangerschaft
- ☐ Im Wochenbett

16. Wird Ihr Kind derzeit gestillt?

- ☐ Ja, voll gestillt (ausschließlich Muttermilch)
- ☐ Zum Teil gestillt (Muttermilch + Säuglingsanfangsnahrung oder Beikost)
- ☐ Nein, nicht gestillt

17. Was waren Ihre Gründe Ihr Kind nicht zu stillen?

Mehrfachnennungen möglich

- ☐ Wunde Brustwarzen
- ☐ Brustentzündung
- ☐ Zu wenig Milch
- ☐ Kind verweigert Brust
- ☐ Kind war krank
- ☐ Kind bevorzugt Flasche
- ☐ Ich war krank
- ☐ Ich durfte aus medizinischen Gründen nicht stillen
- ☐ Ich rauche
- ☐ Ich wollte nicht
- ☐ Sorge vor zu viel Abhängigkeit des Kindes
- ☐ Flasche bequemer
- ☐ Qualität der Flaschennahrung besser
- ☐ Berufstätigkeit
- ☐ Partner dagegen
- ☐ Freunde dagegen
- ☐ Medikamenteneinnahme

- ☐ Mangelnde Information
- ☐ Anatomische Hindernisse (Brust)
- ☐ Sorge vor kosmetischen Veränderungen
- ☐ Sonstige

18. Bis wann haben Sie Ihr Kind voll, also fast ausschließlich gestillt (Wasser, Tee maximal zweimal am Tag, nicht mehr als 1-2 Schluck)?

- ☐ Wochen
- ☐ Monate
- ☐ Nie

19. Was waren Ihre Gründe Ihr Kind zu stillen?

Mehrfachnennungen möglich

- ☐ Weil es mir Freude bereitete
- ☐ Für eine optimale Mutter-Kind Bindung
- ☐ Die natürlichste Form der Ernährung für mein Kind
- ☐ Für eine optimale Gesundheit meines Kindes
- ☐ Zur Allergieprävention
- ☐ Stillerfolg bei früheren Kindern
- ☐ Praktisch
- ☐ Kostengünstiger als Flaschen-Nahrung
- ☐ Durch andere Personen motiviert
- ☐ Andere Gründe

20. Wann nach der Geburt haben Sie Ihr Kind zum ersten Mal angelegt?

- ☐ Innerhalb der ersten 1 bis 2 Stunden
- ☐ Innerhalb der ersten 12 Stunden
- ☐ Nach 12 Stunden
- ☐ Weiß nicht

21. In welchen Intervallen haben Sie Ihr Kind in den ersten fünf Tagen angelegt?

- ☐ Nach Bedarf des Kindes
- ☐ Etwa alle 3 Stunden
- ☐ Alle 3 bis 5 Stunden
- ☐ Weiß nicht

22. Mit welchen Schwierigkeiten war das Stillen verbunden, sofern sie solche hatten?

Mehrfachnennungen möglich

- ☐ Zu wenig Milch
- ☐ Wunde Brustwarzen
- ☐ Brustentzündung
- ☐ Kind verweigert Brust
- ☐ Kind unruhig
- ☐ Kind krank
- ☐ Zu viel Milch
- ☐ Ich war müde
- ☐ Ich war krank
- ☐ Eifersucht der Geschwister
- ☐ Andere
- ☐ Ich hatte keine Schwierigkeiten

23. Wer hat Sie über das Stillen informiert?

Mehrfachnennungen möglich

- ☐ Frauenarzt/in
- ☐ Kinderarzt/in
- ☐ Allgemeinmediziner/in
- ☐ Hebamme
- ☐ Kinderschwester
- ☐ Geburtsvorbereitung
- ☐ Stillberaterin
- ☐ Stillgruppe
- ☐ Eigene Mutter
- ☐ Schwiegermutter
- ☐ Partner

- ☐ Freunde
- ☐ Verwandte
- ☐ Literatur/ Bücher
- ☐ Internet
- ☐ Elternschule
- ☐ Sonstige

24. Wie haben Sie auf eine Stillkrise reagiert?

Mehrfachnennungen möglich

- ☐ Häufiger angelegt
- ☐ Selbst mehr gegessen/ getrunken
- ☐ Zugefüttert
- ☐ Abgestillt
- ☐ Gar nicht

26. Wie haben Sie abgestillt?

- ☐ Allmählich
- ☐ Medikamentös

27. Wie alt war Ihr Kind als Sie zum ersten Mal Säuglingsanfangsnahrung (Milchfertignahrung) gegeben haben?

- ☐ Monate
- ☐ Weiß nicht
- ☐ Ohne Säuglingsnahrung groß geworden

28. Bekommt Ihr Kind bereits Beikost?

Z.B. Obst- oder Gemüsebrei

- ☐ Ja
- ☐ Nein

29. Wie alt war Ihr Kind als Sie zum ersten Mal Beikost gegeben haben? (Nicht Milchfertignahrung)

- ☐ Monate
- ☐ Weiß nicht

30. Was wurde als erste Beikost eingeführt?

- ☐ Obst bzw. Obstbrei
- ☐ Gemüse bzw. Gemüsebrei
- ☐ Brei mit Fleisch
- ☐ Milch- Getreidebrei
- ☐ andere Beikostform (Baby-led-weaning)

31. Wann wurde Mehl/ Brot/ Kekse/ Grießbrei (nicht glutenfrei) erstmals gegeben?

- ☐ Nach Monaten
- ☐ Weiß nicht

32. Wer hat Sie über das Stillen informiert?

Mehrfachnennungen möglich

- ☐ Frauenarzt/in
- ☐ Kinderarzt/in
- ☐ Allgemeinmediziner/in
- ☐ Hebamme
- ☐ Kinderschwester
- ☐ Geburtsvorbereitung
- ☐ Stillberaterin
- ☐ Stillgruppe
- ☐ Eigene Mutter
- ☐ Schwiegermutter
- ☐ Partner
- ☐ Freunde
- ☐ Verwandte
- ☐ Literatur/ Bücher
- ☐ Internet
- ☐ Elternschule
- ☐ Sonstige

33. Bitte geben Sie hier Ihr Geburtsjahr ein

34. Körpergröße
 cm
35. Körpergewicht vor der Schwangerschaft
 kg
36. Was ist Ihre höchste Ausbildung?

- ☐ Volksschule
- ☐ Hauptschule/ AHS-Unterstufe/ Neue Mittelschule
- ☐ Polytechnische Schule/ Berufsbildende mittlere Schule (BMS) ohne Matura
- ☐ Berufsbildende höhere Schule (BHS)/ AHS-Oberstufe mit Matura
- ☐ Universität/ Fachhochschule
- ☐ Sonstiges

37. Wie lange hat Ihre Ausbildung (einschließlich Schulausbildung) gedauert?

- ☐ 0-8 Jahre
- ☐ 9-11 Jahre
- ☐ 12 Jahre oder mehr

38. Haben Sie vor der Schwangerschaft einen bezahlten Beruf ausgeübt?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

39. Welchen bezahlten Beruf haben Sie vor der Schwangerschaft ausgeübt?

- ☐ Akademischer Beruf
- ☐ Technikerin und gleichrangiger nichttechnischer Beruf
- ☐ Bürokraft und verwandter Beruf
- ☐ Dienstleistungsberuf und Verkäuferin
- ☐ Fachkraft in Land- und Forstwirtschaft und Fischerei
- ☐ Handwerks- und verwandter Beruf
- ☐ Bedienerin von Anlagen und Maschinen und Monateberuf
- ☐ Hilfsarbeitskraft

40. Übt der Vater des Kindes derzeit einen bezahlten Beruf aus?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

41. Welchen bezahlten Beruf übt der Vater des Kindes derzeit aus?

- ☐ Akademischer Beruf
- ☐ Techniker und gleichrangiger nichttechnischer Beruf
- ☐ Bürokraft und verwandter Beruf
- ☐ Dienstleistungsberuf und Verkäufer
- ☐ Fachkraft in Land- Forstwirtschaft und Fischerei
- ☐ Handwerks- und verwandter Beruf
- ☐ Bediener von Anlagen und Maschinen und Montageberuf
- ☐ Hilfsarbeitskraft

42. Familienstand

- ☐ Ledig
- ☐ Verheiratet/ Lebensgemeinschaft
- ☐ Geschieden/ getrennt lebend
- ☐ Verwitwet

43. Welcher Nationalität gehören Sie an (Staatsangehörigkeit)?

- ☐ Österreich
- ☐ EU-Land
- ☐ Bosnien-Herzegowina
- ☐ Mazedonien
- ☐ Montenegro
- ☐ Serbien
- ☐ Türkei
- ☐ Andere

44. Welcher Nationalität gehört der Vater des Kindes an (Staatsangehörigkeit)?

- ☐ Österreich
- ☐ EU-Land
- ☐ Bosnien-Herzegowina
- ☐ Mazedonien
- ☐ Montenegro
- ☐ Serbien
- ☐ Türkei
- ☐ Andere

45. Ein paar Fragen zu Ihren Lebensgewohnheiten

Mehrfachnennungen möglich

nein**ja**

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente (mehr als 5x pro Woche)

☐
☐

Machen Sie regelmäßig Bewegung (mind. 30 Minuten täglich)

☐
☐

Ernähren Sie sich bewusst (Abwechslungsreiche Mischkost + reichlich Obst und Gemüse)

☐
☐

Trinken Sie Alkohol (mehr als 3x pro Woche)

☐
☐

Rauchen Sie (mehr als 3x pro Woche)

☐
☐
46. Wurden Sie selbst gestillt?

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ Weiß nicht

47. Sollten Sie weitere Kinder haben, wurden diese gestillt?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Wir möchten uns ganz herzlich für Ihre Mithilfe bedanken. Ihre Antworten wurden gespeichert, Sie können das Browser-Fenster nun schließen. Department für Ernährungswissenschaften – 2015/2016