

Aus dem Institut für Geschichte der Medizin
der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. Dr. phil. A. Labisch

Zum Wandel des Stillverhaltens in der BRD zwischen 1950 und 1990.
Eine Oral-History Studie.

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

vorgelegt von
Luisa Heininger

2013

Als Inauguraldissertation gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

gez. Univ.-Prof. Dr. med. Joachim Windolf

Dekan

Referent: Prof. Dr. Vögele

Korreferent: Prof. Dr. Höhn

Zusammenfassung

Das Stillen birgt zahlreiche gesundheitliche Vorteile für Mutter und Kind und fördert zugleich eine erfolgreiche Mutter-Kind-Beziehung. UNICEF und die Weltgesundheitsorganisation (WHO) propagieren daher das ausschließliche Stillen in den ersten sechs Lebensmonaten.¹ Die aktuellen Stillzahlen kommen diesen Forderungen jedoch bei weitem nicht nach: den Ergebnissen eines repräsentativen Kinder- und Jugendgesundheitssurveys zufolge lag die sechs-Monats Stillrate zwischen 1986 und 2005 lediglich bei 22,4%.² Im Rahmen eines *Oral History* Projektes am Institut für Geschichte der Medizin soll erstmals ein chronologischer Überblick über das Stillverhalten in der Zeit von 1950 bis 1990 anhand einer retrospektiven Kohortenstudie mit mehreren hundert Teilnehmerinnen, im Rahmen dieser Dissertation ausschließlich Nichtakademikerinnen, ermöglicht werden. Die Kenntnisnahme dieser und weiterer möglicher Einflussfaktoren erlaubt die prognostische Einschätzung stillfördernder Maßnahmen; die Einbeziehung verschiedener Epochen hilft Auswirkungen wissenschaftlicher, politischer und gesellschaftlicher Veränderungen quantifizieren zu können.

Zusammenfassend hat sich gezeigt, dass die Wahl der Säuglingsernährung heute wie damals durch multiple soziokulturelle Umstände geprägt wird und somit weit über die nutritiven Aspekte hinausgeht. Während in den 50er Jahren, unter den Auspizien einer nationalsozialistischen Mutterideologie, in der befragten Population noch eine initiale Stillrate von 84% und eine sechs-Monats Stillrate von 36% herrschte, sanken die Stillraten unter den Medikalisierungs- und Professionalisierungstendenzen der 60er und 70er Jahre auf eine sechs-Monats Stillrate von 12% in den 60ern und 20% in der darauffolgenden Dekade. Die initialen Stillinzidenzen lagen bei 80% respektive 92%, sodass sich dieser Zeitraum durch eine hohe anfängliche Stillrate mit einer niedrigen Stilldauer kennzeichnen lässt. Unter den auf Natürlichkeit und Ursprünglichkeit bedachten 80er Jahren konnte sich die sechs-Monats Stillrate wieder auf immer noch niedrigen 32% stabilisieren. Allerdings begannen zu dieser Zeit nur 72% der Befragten initial zu stillen.

Stillhindernisse, welche eine erfolgreiche Stillbeziehung verhinderten, waren vor allem gesundheitliche Probleme wie ein verminderter Milchfluss oder eine Mastitis aber auch gesellschaftliche Probleme wie die Trendwende zur Flaschennahrung in den 60er Jahren sowie der schnelle Wiedereinstieg vieler Mütter in die Berufstätigkeit. Zusätzlich zeigte sich, dass das Stillen von vielen Frauen als ambivalent empfunden wurde, da es oftmals mit Schmerzen, vermehrtem Arbeitsaufwand und Abhängigkeit des Säuglings einherging. Daher kann es als vorteilhaft erachtet werden, in Zukunft den individuellen Wünschen und Möglichkeiten der Mütter in Bezug auf die Stilldauer nachzukommen, statt allgemein geltende Stillregeln zu formulieren. Die Ergebnisse unterstreichen die Wirksamkeit stillfördernder Maßnahmen von staatlicher und medizinischer Seite. Eine nachhaltige, bedürfnisorientierte Stillförderung unter besonderer Berücksichtigung sozial schwacher Familien erscheint sinnvoll.

¹ WHO- Metastudie: Evidence on the long-term effect of breastfeeding, 2007. http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595230_eng.pdf 03.09.2010.

² Vgl. auch Lange C., Schenk L., Bergmann R., 2007, a. a. O. 50:624–633.

Abkürzungsverzeichnis

a.a.O.	am angeführten/angegebenen Ort
Abb.	Abbildung
AKF	Arbeitskreis Frauengesundheit
Aufl.	Auflage
BRD	Bundesrepublik Deutschland
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
bzw.	beziehungsweise
DGGG	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
Diss.	Dissertation
DONALD	Dortmund Nutritional and Anthropometric Longitudinally Designed
EU	Europäische Union
FKE	Forschungsinstitut für Kinderernährung
HIV	Human Immunodeficiency Virus
Hrsg.	Herausgeber
IBCLC	International Board Certified Lactation Consultant
KiGGS	Kinder- und Jugendgesundheitssurvey
Mon.	Monat(e)
n	Zahl der Studienteilnehmerinnen
NS	Nationalsozialismus
o.V.	ohne Verfasser
RKI	Robert Koch-Institut
SuSe	Stillen und Säuglingsernährung
UNICEF	United Nations International Children`s Emergency Fund
USA	United States of America
vgl.	vergleiche
WHO	World Health Organization
Wo.	Woche(n)
z.B.	zum Beispiel

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	I
Abkürzungsverzeichnis	II
Inhaltsverzeichnis	III
1 Einleitung	1
1.1 Kontext der Dissertation	1
1.2 Wandel der Säuglingsernährung im 20. Jahrhundert	3
1.2.1 Etablierung der Pädiatrie als eigenständiges Fachgebiet	5
1.2.2 Maßnahmen zur Stillförderung	8
1.2.3 Langfristige Erfolge der Sozialpädiatrie	12
1.3 Stand der Forschung	15
2 Fragestellung	18
3 Material und Methoden	19
3.1 Definitionen zum Stillen und zur Säuglingsernährung	19
3.2 Studiendesign	21
3.3 Datensatzerhebung	25
3.4 Auswertung	29
4 Ergebnisse	30
4.1 Quantitative und qualitative Basisauswertung	30
4.1.1 Persönliche Angaben der Mütter	30
4.1.2 Die Geburt	39
4.1.3 Die Säuglingsernährung	42
4.1.4 Persönliche Gründe für oder gegen das Stillen	55
4.1.5 Informationsquellen und Einflüsse	60
4.1.6 Fazit	67
4.1.7 Fehlende Werte	69

5 Diskussion	70
5.1 Diskussion der Methoden	70
5.2 Diskussion der quantitativen Ergebnisse	72
5.2.1 Stilldaten	72
5.2.2 Stillhindernisse	76
5.2.3 Einflussfaktoren	86
5.2.4 Implikationen für Stillberatung und Stillförderung	90
5.3 Diskussion der qualitativen Ergebnisse	93
5.3.1 Mutterideologie	93
5.3.2 Medikalisierung	94
5.3.3 Emanzipation und Neuverhandlung der Geschlechterrollen	95
5.3.4 Entmedikalisierung	96
6 Literaturnachweis	98
7 Anhang	109
7.1 Abbildungsverzeichnis	109
7.2 Tabellenverzeichnis	110
7.3 Fragebogen	111

1. Einleitung

1.1 Kontext der Dissertation

UNICEF und die Weltgesundheitsorganisation (WHO) propagieren den Beginn des Stillens innerhalb der ersten Stunde nach der Geburt und das ausschließliche Stillen in den ersten sechs Lebensmonaten.¹ Wichtigster Vorteil des Stillens gegenüber künstlicher Säuglingsnahrung ist der Schutz vor Infektionen. Gestillte Kinder sind im Vergleich zu mit künstlicher Säuglingsnahrung ernährten Babys seltener krank; durch das Stillen erhalten sie Antikörper und Immunzellen des mütterlichen Immunsystems.² In den letzten Jahren hat es zahlreiche prospektive Studien über die Stillprävalenz und die Stildauer in Deutschland gegeben. Darunter unter anderem die SuSe-Studie³, die DONALD-Studie⁴ und nicht zuletzt die Studie zum „Stillverhalten in Bayern“.⁵ Im Rahmen eines *Oral History* Projektes am Institut für Geschichte der Medizin an der Heinrich-Heine Universität in Düsseldorf soll erstmals ein chronologischer Überblick über den Wandel des Stillverhaltens in der Zeit von 1950 bis 1990 anhand einer Studie mit mehreren hundert Teilnehmerinnen gegeben werden. Die Einbeziehung verschiedener Dekaden erlaubt es politische und gesellschaftliche Veränderungen und deren Auswirkungen auf die Stillraten in die Erhebung mit einbeziehen zu können. Dies ist besonders interessant, da sich in den vergangenen Jahrzehnten massive Wandlungen in der Kinderernährung in Deutschland vollzogen haben; vor allem durch den zunehmenden Einfluss der

¹ WHO- Metastudie: Evidence on the long-term effect of breastfeeding, 2007. http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595230_eng.pdf 03.09.2010.

² Tackoen M.: Breast milk: its nutritional composition and functional properties. In: Rev Med Brux. 2012, 33(4):309-17.

³ Kersting M., Dulon M.: Assessment of breast-feeding promotion in hospitals and follow-up survey of mother-infant pairs in Germany: the SuSe Study. In: PublicHealth Nutr 2002, 5:547-52. Bei der SuSe Studie handelt es sich um eine bundesweite prospektive Longitudinalerhebung über das Stillen und die Säuglingsernährung im ersten Lebensjahr, anhand von etwa 1700 Säuglinge, die 1997 geboren wurden.

⁴ Hilbig A: Längerfristige Trends bei der Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern der DONALD Studie im Zeitraum 1989 – 1999, Diss., Gießen 2005. Die DONALD Studie wurde 1985 am Forschungsinstitut für Kinderernährung Dortmund (FKE) in Form einer Langzeitstudie begonnen. Sie erfasst Ernährung, Stoffwechsel, Wachstum und Entwicklung von gesunden Säuglingen, Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 Monaten bis 18 Jahren. Dabei sollen langfristige Veränderungen in der Ernährung erfasst werden.

⁵ Rebhan B: Die prospektive Kohortenstudie „Stillverhalten in Bayern“: Analyse von Daten zur Kindergesundheit, zur Säuglingsernährung und zu Genussmittelkonsum und Rauchverhalten der Mütter, Diss., München 2008. Anhand von 3822 Müttern, die 2005 entbunden hatten, wurden die Stilldaten der ersten neun Lebensmonate der Säuglinge erfasst.

Babynahrungsindustrie Anfang der 1960er Jahre und einen stetigen Anstieg des Produktangebots an Beikost. Dieser fand Zuspruch bei Ernährungsexperten und in Forschungsergebnissen⁶, sodass es zu einem Tief der Stillquoten bis hinein in die 70er Jahre des 20. Jahrhunderts kam. Erst Mitte der 1970er Jahre vollzog sich eine „Stillrenaissance“. Diese wurde durch die zunehmende Emanzipation der stillenden Frau, deren Selbstorganisation in Verbänden wie der „La Leche Liga“ und später durch professionelle Stillberaterinnen geprägt.⁷ Des Weiteren wurde die Säuglingsernährung im Laufe der Zeit von multiplen sozio-kulturellen Faktoren beeinflusst, wie durch den Wandel der Lebensumstände von jungen Familien, die steigende Berufstätigkeit der Mütter und das steigende Alter der Eltern bei Geburt. Um diesen chronologischen Aspekt zu gewährleisten, handelt es sich bei dieser Studie um eine retrospektive Kohortenstudie, welche von November 2009 bis Juli 2010 in Form von Telefoninterviews realisiert wurde. Neben der reinen Erfassung der Daten bezüglich des Stillens soll die Frage nach den Faktoren, welche positiv auf die Stillinzidenz einwirken, beantwortet werden. Da es sich um ein Arbeitsprojekt handelt, im Rahmen dessen mehrere Dissertationen vergeben wurden, konzentriert sich die vorliegende Arbeit auf 100 Teilnehmerinnen, die keine akademische Laufbahn abgeschlossen haben. Dies ermöglicht die Untersuchung der *Odds Ratio* von Ausbildungsstand und Stillbereitschaft.

Einleitend wird im folgenden Kapitel 1.2 ein Überblick über die historische Entwicklung der Säuglingsernährung gegeben. Der aktuelle Stand der Forschung wird darauffolgend unter 1.3 erläutert. Aus diesem ersten Teil der Dissertation ergibt sich die weitere Fragestellung, welche in Kapitel 2 erarbeitet wird. In Kapitel 3 folgt die Beschreibung über Methoden und Material der Untersuchung.

Im Ergebnisteil (Kapitel 4) wird zunächst das Studienkollektiv beschrieben. Anschließend werden die Ergebnisse der Befragung anhand einer quantitativen und einer qualitativen Auswertung dargelegt. In Kapitel 5 werden die Ergebnisse als Ganzes diskutiert und die sich daraus ergebenden Schlussfolgerungen beschrieben.

⁶ Droese W., Stolley H.: Ernährung des Säuglings. In: Keller W., Wiskott A.: Lehrbuch der Kinderheilkunde, Stuttgart 1969, 236-237.

⁷ Hormann E., Nehlsen E.: Die aktuelle Stillsituation in Deutschland und europaweit. In: Siebert W., Stögmann W., Wündisch GF.: Stillen- einst und heute, München 1997, 8-9.

1.2 Wandel der Säuglingsernährung im 20. Jahrhundert⁸

Für die Ursprünge der modernen Stillbewegung ist vor allem die Zeit von der Jahrhundertwende bis hinein ins 20. Jahrhundert interessant, in der sich die Sozialpädiatrie zunehmend etablierte. Diese Entwicklung begründet sich unter anderem in der hohen Säuglingssterblichkeit im frühen 20. Jahrhundert, welche im Jahr 1905 bei 205 Sterbefällen pro 1.000 Lebendgeborene und somit im internationalen Vergleich erschreckend hoch lag. England verkündete zur selben Zeit eine Säuglingssterblichkeit von 128 (pro 1.000 Lebendgeborene).⁹ Auffallend waren die starken regionalen Schwankungen in der Säuglingssterblichkeit, welche mit umgekehrt proportional einhergehenden Stillquoten korrelierten. Im Nordwesten Deutschlands lag eine geringe Säuglingssterblichkeit vor. Dort gaben viele Mütter an, dass sie ihre Säuglinge stillten. Anders sah es im Südosten Deutschlands aus, vor allem in Bayern. In München gaben 1908 lediglich 16% der Mütter an, ihre Kinder gestillt zu haben. Diese Gebiete wiesen eine deutlich höhere Säuglingssterblichkeit auf.¹⁰ Die höhere Sterblichkeit im Süden des Landes war jedoch auch durch eine höhere Zahl unehelicher Kinder und einen niedrigeren Bildungsstand bedingt.¹¹ Neben der Risikominimierung einer Mangelernährung und dem zusätzlichen Schutz vor Infektionskrankheiten, den das Stillen gewährleistete, wurde auch in den lokal unterschiedlichen Ernährungspraktiken eine wichtige Determinante für diese regionalen Unterschiede gesehen. So wurde in manchen Gegenden die Babynahrung von Erwachsenen vorgekaut. Als künstliche Ersatznahrung für Säuglinge wurden Mehlbrei oder auch Zuckerwasser verwendet, welche häufig morgens zubereitet und drei bis vier Mal am Tag aufgewärmt wurden. Diese Praktiken führten zu einem zusätzlichen Infektionsrisiko von nichtgestillten Säuglingen. Doch selbst bei regelrechtem Umgang mit Kleinkindnahrung konnte die hygienisch unbedenkliche Versorgung von Säuglingen nicht gewährleistet werden. Das von Luis Pasteur 1860 entwickelte Verfahren zur besseren Haltbarkeit von Milch

⁸ Vgl. hierzu auch Vögele J., Halling T., Rittershaus L.: Entwicklung und Popularisierung ärztlicher Stillempfehlungen in Deutschland im 20. Jahrhundert. In: Medizinhistorisches Journal 2010, 222-250.

⁹ Vögele J.: Sozialgeschichte städtischer Gesundheitsverhältnisse während der Urbanisierung, Berlin 2001, 132-134.

¹⁰ Kintner HJ.: The impact of breastfeeding patterns on regional differences in infant mortality in Germany, 1910. In: Eur J Popul 1988, 3:233-61.

¹¹ Tönz O.: Stillen in der guten alten Zeit. In: Siebert W., Stögmann W., Wündisch GF.: Stillen-einst und heute, München 1997, 103.

verbreitete sich in Deutschland rasch, war allerdings für ärmere Schichten nicht erschwinglich. In den Städten sorgten lange Transportwege, insbesondere in den heißen Sommermonaten, für eine starke Beeinträchtigung der Milchqualität und zusätzlich für eine Erhöhung der Milchpreise. Dadurch resultierte ein Sommergipfel an Sterbefällen durch gastro-intestinale Erkrankungen von nichtgestillten Säuglingen. Es ergab sich eine Komplexität an Faktoren, welche die Höhe und Entwicklung der Säuglingssterblichkeit bestimmte. Als weitere Schlüsselvariablen galten die Legitimität der Säuglinge, die Fertilität, die regional vorherrschenden Ernährungspraktiken, die Wohnsituation, der Bildungsgrad, Wohlstand und Beruf der Eltern sowie Klima und Hygienebedingungen.¹²

¹² Vögele J, 2001, a. a. O. 153ff.

1.2.1 Etablierung der Pädiatrie als eigenständiges Fachgebiet¹³

Während traditionell der Säuglingssterblichkeit eine auslesende Wirkung zuerkannt worden war: „Je mehr der Tod Schwächlinge hinwegrafft, desto kräftiger und gesünder wird der überlebende Nachwuchs werden“¹⁴, lösten zusätzlich sinkende Geburtenraten gegen Ende des 19. Jahrhunderts Befürchtungen über die Schwächung der Volks- und Wehrkraft aus. Hatten deutsche Frauen, die Mitte des 19. Jahrhunderts geboren wurden, im Schnitt noch fünf Kinder, so ging die Fertilität von 1904 geborenen Frauen auf zwei zurück.¹⁵ Mit zunehmender gesellschaftlicher Bedeutung rückte auch die Frage über die Ursachen der Säuglingssterblichkeit und deren Prävention in den Vordergrund. Es erschien eine Fülle an Publikationen. Ärzte wie Otto Heubner (1843-1926), Adalbert Czerny (1863-1941), Meinhard von Pfaundler (1872-1947) und Arthur Schlossmann (1867-1932) zeigten sich den drängenden Aufgaben ihrer Zeit gewachsen und erlangten beim Thema vermehrt Aufmerksamkeit. Sie förderten Behandlung, Lehre und Forschung und legten somit den Grundstein der modernen Kinderheilkunde. Otto Heubner ging 1894 von Leipzig an die Berliner Charité, um das erste deutsche Ordinariat für Kinderheilkunde zu übernehmen.¹⁶ Bezeichnend für Berlin war auch das 1909 eröffnete „Kaiserin Auguste Viktoria-Haus“, ein Säuglingsheim zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reich, welches zu Selbstversorgungszwecken sogar Kühe beherbergte. Dieses Prinzip der Selbstversorgung wurde später auch von dem Pädiater und Sozialhygieniker Arthur Schlossmann in Düsseldorf eingeführt, um den Säuglingen eine kontrollierte Vorzugsmilch anbieten zu können. Schlossmann war es auch, der eine besondere Ausbildung durchsetzte, die 1917 die staatliche Anerkennung der Säuglingsschwesternschulen und eine staatliche Prüfung dieser Schwestern nach sich zog. Nach Berlin erhielt Breslau die zweite staatliche Kinderklinik Deutschlands, an die Adalbert Czerny berufen wurde. Er gründete dort

¹³ Für einen Überblick über die Geschichte der deutschen Pädiatrie vgl. auch: Seidler E.: Die Kinderheilkunde in Deutschland. In: Schweier P., Seidler E.: Lebendige Pädiatrie, München 1983, 13-85; vgl. auch: Peiper A.: Chronik der Kinderheilkunde, Leipzig 1951.

¹⁴ Vogl von: Die Sterblichkeit der Säuglinge in ihrem territorialen Verhalten in Württemberg, Bayern und Oesterreich und die Wehrfähigkeit der Jugend mit besonderer Rücksichtnahme auf die Anforderung an die Marschfähigkeit, München 1909, 17.

¹⁵ Tönz O., 1997, a. a. O. 108.

¹⁶ Peiper A.: Erinnerungen eines Kinderarztes, Berlin 1967, 78.

die Breslauer Schule, welche sich vor allem mit der Ernährungsphysiologie und dem Stoffwechsel von Säuglingen befasste.¹⁷

Im Zentrum der Aufmerksamkeit stand bei den Sozialpädiatern alsbald die Ernährungsweise von Säuglingen. Das heißt wie lange ein Säugling gestillt wurde, ab wann der Übergang zur künstlichen Ernährung erfolgte und welche Zubereitungsformen und Mengen dabei verwendet wurden. Während die Nahrungsmittelindustrie versuchte mit aufwendigen Werbestrategien Milchersatzprodukte auf den Markt zu bringen, wurde seitens der Pädiater bald das alleinige Stillen als adäquate Säuglingsernährung propagiert. Alarmierend war in diesem Zusammenhang, dass insbesondere in den Städten die Stillquoten rückläufig waren: Für Berlin wurde seit 1885 mittels Volkszählberichten die Ernährung der Säuglinge erfasst. Ergebnis dieser Erhebung war, dass der Anteil der mit Muttermilch Ernährten 1885 bei 56% lag und kontinuierlich abnahm auf 50,7% fünf Jahre später und seit 1900 nur noch bei unter einem Drittel lag. Anhand dieser Statistik untersuchte der Sozialhygieniker und Kinderarzt Hugo Neumann 1908 den Zusammenhang zwischen der Überlebenswahrscheinlichkeit von Säuglingen in Abhängigkeit von ihrer Ernährung und ihrer Schichtzugehörigkeit. Die Ergebnisse dieser Untersuchung verdeutlichten die zentrale Stellung der sozialen Bedingungen, unter welchen die Säuglinge aufwuchsen, ebenso wie die Stillentscheidung.¹⁸ Adalbert Czerny beschrieb dies in seinem Buch „Der Arzt als Erzieher des Kindes“ wie folgt: „Wir wissen heute, daß die Säuglingssterblichkeit in wohlhabenden Kreisen eine viel geringere ist als in den ärmeren Bevölkerungsschichten. Dieser Unterschied ist hauptsächlich auf die besseren Hilfsmittel zu beziehen, welche den Wohlhabenden bei der Ernährung des Säuglings zur Verfügung stehen. Ihnen ist es möglich, im Bedarfsfalle die Kinder durch Ammen ernähren zu lassen und im Falle einer künstlichen Ernährung für eine einwandfreie Tiermilch zu sorgen [...]“¹⁹ Des Weiteren war es Frauen aus unteren sozialen Schichten durch die zunehmende Proletarisierung und Frauenarbeit oftmals nicht möglich, sich um das Stillen und die häusliche Säuglingspflege zu bemühen.²⁰

¹⁷ Schadewaldt H.: Die Anerkennung der Kinderheilkunde als selbstständiges Fach. In: Wissenschaftlicher Dienst Alete: Kinderheilkunde- einst und jetzt, München 1975, 17-19.

¹⁸ Stöckel S.: Säuglingsfürsorge zwischen sozialer Hygiene und Eugenik. Das Beispiel Berlins im Kaiserreich und in der Weimarer Republik, Berlin 1996, 114-116.

¹⁹ Czerny A.: Der Arzt als Erzieher des Kindes, 8 Aufl., Leipzig 1934, 3.

²⁰ Larass P.: Kind sein kein Kinderspiel, das Jahrhundert des Kindes 1900-1999, Halle 2000, 393.

Um Ordnung und Hygiene in die Ernährung des Säuglings zu bringen, wurde im Laufe der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts von den Kinderärzten ein Stillschema für Mütter entwickelt. Dieses sah vor, dass ein erstes Anlegen des Kindes an die Mutterbrust nicht vor 12-24 Stunden nach der Geburt geschehen sollte, damit sich Säugling und Mutter ausreichend von den Strapazen der Entbindung erholen konnten. Im Folgenden, sollten von der Mutter feste Stillzeiten mit fünf Mahlzeiten und einer nächtlichen Ruhepause von acht Stunden eingehalten werden. Die Trinkzeit des Säuglings sollte 15-20 Minuten nicht überschreiten.²¹ Grundlage dieser strikten Reglementierung waren falsch interpretierte wissenschaftliche Beobachtungen über die Magenentleerung des Säuglings und die Reduzierung der Zahl und Dauer körperlichen Kontaktes zwischen Mutter und Kind.²² Auch bei Klinikgeburten wurde auf eine strenge Trennung von Mutter und Kind geachtet, um potentielle Infektionsrisiken zu vermeiden. Des Weiteren wurde diese Maßnahme aus erzieherischen Gründen als sinnvoll erachtet. „[...] denn ein Säugling entwickelt sich am besten, wenn er nur körperlich versorgt und im Übrigen möglichst sich selbst überlassen wird. [...] Viel zu wenig wird berücksichtigt, wie rasch sich bei einem Kinde selbst schon in den ersten Lebenswochen Gewohnheiten ausbilden, wie rasch die Ansprüche eines Kindes wachsen, wenn es neue Reize kennen gelernt hat.“²³

²¹ Lust F.: Diagnostik und Therapie der Kinderkrankheiten, 1 Aufl., Berlin 1918, 7, vgl. auch Haarer J.: Die deutsche Mutter und ihr erstes Kind, München 1936, 107-109, vgl. auch Klose, Loeschke A.: Kinderheilkunde, 25 Aufl., Köln 1954, 37-38.

²² Henzinger U.: Stillen – Die Quelle mütterlicher Kraft, Düsseldorf 1999, 93.

²³ Czerny A.: Der Arzt als Erzieher des Kindes, 8 Aufl., Leipzig 1934, 6.

1.2.2 Maßnahmen zur Stillförderung²⁴

Grundanliegen der Pädiater war es, durch Aufklärung und bessere medizinische Versorgung die Stillquoten anzuheben und somit die Säuglingssterblichkeit zu senken. Als Maßnahmen der Stillförderung wurden Aufklärungsbroschüren herausgegeben, in denen wissenschaftliche Erkenntnisse der Kinderheilkunde sowie geeignete Stilltechniken vermittelt wurden. In den Städten wurden regelmäßig Kurse abgehalten, durch Wanderlehrgänge konnten auch die ländlichen Gebiete abgedeckt werden.

Dort wurden mittels Illustrationen, Photographien und Filmen die körperliche Entwicklung des Säuglings veranschaulicht und das Stillen als adäquate Säuglingsernährung propagiert (siehe Abbildung 1).



Abb. 1: **Stillpropaganda**²⁵

Als weiterer Anreiz wurden 1905, erstmals in Berlin, Stillprämien in Form von Geld, Kleidern oder sonstigen Vergünstigungen eingeführt. Später erhielten stillende Mütter

²⁴ Zu den Maßnahmen der Stillförderung vgl. auch Fehlemann S.: Armutrisiko Mutterschaft: Mütter- und Säuglingsfürsorge im Deutschen Reich 1890-1924, Diss., Düsseldorf 2004, vgl. auch Dahmann E.: Der Verein für Säuglingsfürsorge im Regierungsbezirk Düsseldorf e.V., Diss., Düsseldorf 2001.

²⁵ Grosse Ausstellung Düsseldorf 1926 für Gesundheitspflege, Soziale Fürsorge und Leibesübungen, Hrsg. von Arthur Schlossmann, bearb. von Marta Fraenkel, Bd. 2, Düsseldorf 1927, 684, siehe auch Vögele J.: Im Kampf gegen die Säuglingssterblichkeit- Säuglingsernährung und Stillpropaganda- Ein Beitrag zur Geschichte der öffentlichen Gesundheitsfürsorge. In: Nahrungskultur- Essen und Trinken im Wandel, Heft4/2002.

per Gesetz nach Vorlage eines ärztlichen Zeugnisses 75 Pfennige Stillgeld. Trotz großem Erfolg dieser Maßnahme, wurde im Jahr 1968 das Stillgeld in der Bundesrepublik abgeschafft, ohne dass hierzu die Kinderärzte befragt worden wären.²⁶ Um auch die optimale Versorgung von Säuglingen zu gewährleisten, die nicht von ihren eigenen Müttern gestillt werden konnten, wurden von amtlichen und privaten Stellen Muttermilchsammelstellen eingerichtet, an denen stillende gesunde Mütter gegen eine Aufwandsentschädigung ihre Überschusmilch abgeben konnten. Diese wurde an frauenmilchbedürftige Säuglinge weitergegeben. Weitere Bestrebungen galten der Verbesserung der Milchhygiene, um eine frische, nicht verunreinigte Milch für Säuglinge zu erhalten und somit die Mortalität der künstlich genährten Kinder herabzumindern.²⁷ Zur Unterstützung der Mütter entwickelten sich 1905 die ersten Pläne zur Entstehung der Mütterberatung, welche sich vor allem unter den Auspizien der im selben Jahr gegründeten „Vereinigung für Säuglingsschutz“, an der auch der Düsseldorfer Pädiater Schlossmann großen Anteil nahm, in Deutschland schnell ausbreiteten.²⁸

Dabei stand vor allem das Wohl des Säuglings im Vordergrund. Kaum Aufmerksamkeit wurde hingegen in der Folgezeit möglichen Stillhindernissen von Seiten der Mütter gewidmet. Stattdessen wurden stillunfähige Frauen zur Kinderlosigkeit gedrängt: „Insbesondere Frauen, die an leicht vererblichen Krankheiten, wie z.B. Geistesstörungen, Lungenschwindsucht usw. leiden oder Trinkerinnen sind, dürfen nicht stillen. Solche Frauen sollten aber, wie wir bereits erörtert haben, überhaupt keine Kinder bekommen.“²⁹ Unter Einfluss der nationalsozialistischen Mutterideologie wurde dieser rassenhygienischen Ansatz, geprägt durch Mediziner wie Johanna Haarer, noch verstärkt. Frauen wurden auf ihre Funktion als Gebärende und Erzieherinnen reduziert. Die erste Schwangerschaft ordnete die Frau ein „in das große Geschehen des Völkerlebens [...] an die Front der Mütter unseres Volkes, die den Strom des Lebens, Blut und Erbe unzähliger Ahnen, die Güter des Volkstums und der Heimat, die Schätze der Sprache, Sitte und Kultur weitertragen und auferstehen lassen in einem neuen Geschlecht“.³⁰ Haarer

²⁶ Hellbrügge TH.: Soziale und prophylaktischer Pädiatrie. In: Keller W., Wiskott A.: Lehrbuch der Kinderheilkunde, Stuttgart 1969, 61.

²⁷ Ebenda 61-62.

²⁸ Schadewaldt H.: Die Anerkennung der Kinderheilkunde als selbstständiges Fach. In: Wissenschaftlicher Dienst Alete: Kinderheilkunde- einst und jetzt, München 1975, 19.

²⁹ Ebert-Stockinger, K.: Mutterschaft. Werden, Geburt, Pflege und Erziehung des Kindes. Eine Weihegabe, 2. Aufl., Stuttgart 1918, 91.

³⁰ Haarer, J., 1936, a. a. O. 5.

Ratgeber über die „deutsche Mutter“ wurde in vielen Auflagen von mehr als 1,2 Millionen Exemplaren gedruckt und unter anderem im Rahmen von Mutterschulungskursen genutzt, welche von vielen deutschen Müttern besucht wurden.³¹ Somit konnte gewährleistet werden, dass die Vorstellungen und Ziele der NS-Ideologie nach Zucht, Unterwerfung und Reinlichkeit, verbreitet wurden. Auch konnte durch aggressive Stillvorgaben: „Deutsche Mutter, du mußt dein Kind stillen! [...] Deutsche Mutter, wenn du stillst, tust du nicht nur deine Schuldigkeit deinem Kind gegenüber, sondern erfüllst auch eine rassische Pflicht. Die Stillfähigkeit gehört zu den wertvollsten Erbanlagen.“³² ein deutlicher Anstieg der Stillquoten in den 1930er-Jahren erreicht werden.³³

Nach dem zweiten Weltkrieg kamen, durch die vermehrte Auseinandersetzung der Pädiater mit dem Thema Kinderheilkunde, bald neue wissenschaftliche Erkenntnisse über das Stillen zutage. Konnte man 1957 in Lehrbüchern noch folgende Aussage lesen: „Die Annahme, daß durch die Muttermilch dem Säugling ständig Antikörper zugeführt würden, ist heute widerlegt. [...] Die gute Immunität ist also letztlich auf sein ungestörtes Gedeihen zurückzuführen.“³⁴ wurde dieser Ansicht in allen nach 1967 erschienenen Lehrbüchern widersprochen.³⁵ Zusätzlich bekam das Stillen im Laufe des 20. Jahrhunderts eine völlig neue Bedeutung. Wurde in älteren Lehrbüchern noch an das Pflichtbewusstsein der Mütter appelliert, ihre Kinder zu stillen,³⁶ so wurde im neueren Werken erstmals auf die Befriedigung der Mutter durch das Stillen und dem innigen Kontakt zwischen Mutter und Kind hingewiesen.³⁷ Die beruhigende, stillende Wirkung des Sinneskontaktes zwischen Mutter und Kind wurde erstmals hervorgehoben und von einer rein ernährungsphysiologischen Sichtweise Abstand genommen.³⁸ Insgesamt zeigte sich Mitte des 20. Jahrhunderts eine vermehrt an die Bedürfnisbefriedigung des Säuglings orientierte Haltung. So verkürzte sich beispielsweise die empfohlene Latenzzeit des ersten Anlegens 1957

³¹ Klingsiek, D.: Die Frau im NS-Staat, Stuttgart 1984, 90. Vgl. auch: Benz, U.: Brutstätten der Nation. „Die deutsche Mutter und ihr erstes Kind“ oder der anhaltende Erfolg einer Erziehungsbüchle. In: Dachauer Hefte 4, 1988, 144-163.

³² Haarer, J., 1936, a. a. O. 105.

³³ Thoms, U.: Die Kategorie Krankheit im Brennpunkt diätetischer Konzepte. In: Neumann, G., Wierlacher A., Wild R.: Essen und Lebensqualität. Natur- und kulturwissenschaftliche Perspektiven, Frankfurt/Main 2001, 105.

³⁴ Opitz H., de Rudder B.: Pädiatrie, 1 Aufl., Berlin 1957, 109.

³⁵ Vgl. Mai H.: Kurzes Lehrbuch der Kinderheilkunde, Augenheilkunde, Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde und Dermatologie, 2. Aufl., München 1962, 210, vgl. auch Harnack GA. von: Kinderheilkunde, 5. Aufl., Berlin 1980, 57.

³⁶ Vogel A.: Lehrbuch der Kinderkrankheiten, 10. Aufl., Stuttgart 1890, 16.

³⁷ Feer E.: Lehrbuch der Kinderheilkunde, 24. Aufl., Stuttgart 1980, 25-26.

³⁸ Keller W., Wiskott A.: Lehrbuch der Kinderheilkunde, 4. Aufl., Stuttgart 1977, 4.12.

auf 12-20 Stunden post partum,³⁹ bis zuletzt in jüngeren Kinderheilbüchern ein Anlegen des Neugeborenen direkt nach der Geburt empfohlen wurde. Dies sollte eine frühe Mutter-Kind Bindung fördern und die Milchsekretion der Mutter und den Stoffwechsel des Säuglings in Gang bringen.⁴⁰ Auch in den Empfehlungen zum Stillrhythmus zeigte sich ein Wandel der Pädiater zu einer liberaleren Haltung hin. Ab Mitte der sechziger Jahre wurde den Müttern zunehmend geraten, dem spontanen Nahrungsbedürfnis des Säuglings in Dauer und Frequenz des Anlegens zu folgen, was sich bereits während des Klinikaufenthaltes durch ein sogenanntes *Rooming-in* verwirklichen ließ. Die Kinder wurden nach der Geburt nicht mehr von ihren Eltern separiert, sondern durften bereits im Krankenhaus mit ihnen leben, wodurch die Bindung zwischen Eltern und Kind sowie das Stillen gefördert wurde. Selbstbestimmung und das optimale Gedeihen des Säuglings stellten nun keine Gegensätze mehr da.⁴¹

Die zunehmende Optimierung und Produktvielfalt von Milchersatzprodukten fiel in den fortschritts- und technologiegläubigen 1960er und 70er Jahren auf fruchtbaren Boden. Hervorgehoben seitens der Kinderärzte wurde vor allem die gute hygienische und bakteriologische Qualität der Präparate.⁴² Das Stillen wurde zwar weiterhin propagiert, jedoch wurde langes, ausschließliches Stillen bald als überflüssig empfunden: „Gegenwärtig beherrschen wir bereits die künstliche Ernährung und werden deshalb ein Kind nur ausnahmsweise über ein halbes Jahr stillen lassen.“⁴³ Zusätzlich machte die Nahrungsmittelindustrie mittels aggressiver Werbekampagnen in Zeitschriften, auf Plakaten und durch Verteilung von Gratisproben in Krankenhäusern auf sich aufmerksam. Um dieser Entwicklung entgegenzuwirken, verabschiedete die Weltgesundheitsorganisation 1981 einen internationalen Kodex zur Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten. Dieser Kodex untersagte die Verteilung von Gratisproben und die Werbung für Milchersatzprodukte.⁴⁴

³⁹ Opitz H., de Rudder B., 1957, a. a. O. 110.

⁴⁰ Wehling A.: Das erste Stillen. In: von Voss H., Grützmaker A., Pfahl B.: Stillen und Muttermilchernährung, vom Bundesministerium für Gesundheit, Bonn 1986, 90-91, vgl. auch Harnack GA. von: Kinderheilkunde, 8. Aufl., Berlin 1990, 73.

⁴¹ Lust F., Pfaundler M. von, Husler J.: Krankheiten des Kindesalters ihre Erkennung und Behandlung, 23. Aufl., München 1967, 11-12.

⁴² Droese W., Stolley H., 1969, a. a. O. 236-237, vgl. auch Klose, Loeschke A.: Kinderheilkunde, 25. Aufl., Köln 1954, 53.

⁴³ Czerny A.: Sammlung klinischer Vorlesungen über Kinderheilkunde, 2. Aufl., Leipzig 1948, 15.

⁴⁴ Pasch H.: Beeinflussung von Werbung für Muttermilchersatznahrung auf das Stillen. In: Voss H. von, Grützmaker A., Pfahl B.: Stillen und Muttermilchernährung, vom Bundesministerium für Gesundheit, Bonn 1986, 190ff.

1.2.3 Langfristige Erfolge der Sozialpädiatrie

Die Bemühungen der Pädiater in Bezug auf die Säuglingsernährung und die Lockerung der Stillempfehlungen zeigten bald erste Erfolge. Nachdem es in den 50er Jahren in den USA zur „Stillrenaissance“ kam, setzte sich das Stillen in den 70er Jahren auch in Deutschland vermehrt durch. 1975 gaben knapp 60 Prozent der Mütter in Deutschland an, während der ersten Lebenswoche gestillt zu haben, davon nur ein Drittel voll. Im Vergleich dazu waren es 1988 schon 83 Prozent, mit einem Anteil von 2/3 an voll stillenden Müttern.⁴⁵ Ein Grund für diese Entwicklung lag in dem vermehrten Aufkommen von Stillgruppen. Seit 1956 gab es die in den USA gegründete „La Leche Liga“, eine internationale Stillgruppenorganisation, welche sich 1976 auch in Deutschland etablieren konnte.⁴⁶ Diese Stillgruppen wurden ehrenamtlich von stillerfahrenen Müttern geleitet, welche im Informationsaustausch mit anderen Müttern den Irrglauben über die Notwendigkeit einer strikten Reglementierung beim Stillen aufhoben und durch das Wissen ersetzten, dass ein Kind 8-12 Stillzeiten in 24 Stunden brauche und, dass auch das nächtliche Stillen von großer Wichtigkeit sei, um eine ausreichende Milchmenge zu sichern. Dabei wurde im Sinne des sogenannten „*self-demand feeding*“⁴⁷ der Zeitpunkt des Anlegens und die Trinkmengen nicht wie zuvor durch die Mutter oder durch Stillregeln bestimmt, sondern vom Bedarf des Säuglings abhängig gemacht. Die Gründung der deutschen „La Leche Liga“ sorgte in den kommenden Jahren für die Entstehung unzähliger freier Stillgruppen.⁴⁸ Durch die vermehrte Hinwendung zum Stillen wollten auch viele Frauen in problematischen Situationen ihre Säuglinge stillen. Dieser Trend brachte Mitte der 80er Jahre, erstmals in den USA, eine neue Berufsqualifikation hervor, die des Laktationsberaters (*International Board Certified Lactation Consultant, IBCLC*), welche schnell nach Europa importiert wurde. Die Weiterbildung zum Laktationsberater befähigte dazu, Müttern in Problemsituationen, zum Beispiel nach Früh- und Mehrlingsgeburten oder der Geburt eines behinderten

⁴⁵ Hormann E., Nehlsen E., 1997, a. a. O. 8.

⁴⁶ o. V.: La Leche Liga Deutschland. In: Voss H. von, Grützmaker A., Pfahl B.: Stillen und Muttermilchernährung, vom Bundesministerium für Gesundheit, Bonn 1986, 276-277.

⁴⁷ Niessen KH.: Pädiatrie, 6 Aufl., Stuttgart 2007, 27.

⁴⁸ Reitz A.: Arbeitsgemeinschaft freier Stillgruppen e.V.. In: Voss H. von, Grützmaker A., Pfahl B.: Stillen und Muttermilchernährung, vom Bundesministerium für Gesundheit, Bonn 1986, 274-275.

Kindes, durch medizinische Betreuung und emotionale Unterstützung das Stillen des Kindes zu ermöglichen.⁴⁹

Zur Verbesserung der globalen Stillförderung in Krankenhäusern startete die Weltgesundheitsorganisation gemeinsam mit UNICEF die Initiative „Stillfreundliches Krankenhaus“ basierend auf der Innocenti-Deklaration von 1990. Die Innocenti-Deklaration war das Ergebnis internationaler Beratungen mit dem Ziel, es allen Müttern ermöglichen zu können, ihre Säuglinge vier bis sechs Monate ausschließlich zu stillen. Zur Verwirklichung dieses Zieles, wurden die Krankenhäuser aufgefordert, die sogenannten „zehn Schritte zum erfolgreichen Stillen“⁵⁰, die bereits 1989 veröffentlicht wurden, in ihre Betreuungskonzepte für Mütter zu integrieren.⁵¹

Als weitere Maßnahme wurden alle Mitgliedsländer aufgefordert, bis 1995 Komitees zur Überwachung und Förderung des nationalen Stillwillens ins Leben zu rufen. Daraufhin wurde 1994 in Deutschland die Nationale Stillkommission gegründet, welche heute beim Institut für Risikobewertung angesiedelt ist.⁵²

Auch Anhand von Statistiken über die Säuglingssterblichkeit im 20. Jahrhundert konnte ein deutlicher Rückgang vermerkt und somit als Erfolg der Sozialpädiatrie quittiert werden (siehe hierzu Abb. 2). Starben im Jahr 1900, also vor Beginn der Fürsorgebewegung, von 1000 Lebendgeborenen 225 Säuglinge, so waren es gut ein halbes Jahrhundert später, 1961, nur noch 32 Todesfälle auf 1000 Lebendgeborene.⁵³

⁴⁹ Hormann E., Nehlsen E., 1997, a. a. O. 8-10.

⁵⁰ Mehr zu den zehn Schritten zum erfolgreichen Stillen unter: http://www.stillen.at/images/pdfs/10_Schritte.pdf 26.02.2013.

⁵¹ Hormann E., Nehlsen E., 1997, a. a. O. 10.

⁵² WHO/UNICEF (1990) Innocenti declaration of the protection, promotion and support of breastfeeding. http://www.unicef.org/nutrition/index_24807.html 19.10.2010.

⁵³ Hellbrügge TH., 1969, a. a. O. 59-60.

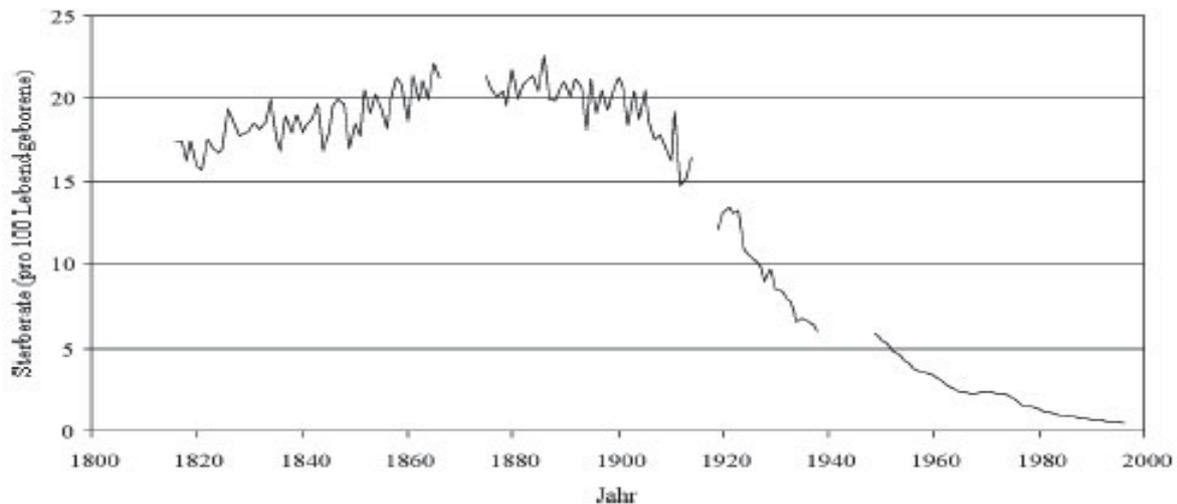


Abb. 2: **Die Entwicklung der Säuglingssterblichkeit in Deutschland, 1816-1990.**
 Preußen 1816–1900, Reichsgebiet 1901–1938, bis 1989 westl. Bundesgebiet, ab 1990 ges.
 Bundesgebiet.⁵⁴

Auch gab es deutliche Unterschiede in den Ursachen für diese Sterblichkeitsraten. Im Jahr 1900 starben über ein Drittel der Säuglinge an Magen-Darmerkrankungen. Weitere 14,2 % aller Todesfälle entfielen auf angeborene Lebensschwäche, 9,5% auf entzündliche Erkrankungen der Atmungsorgane einschließlich Tuberkulose und ein kleiner Teil erlag den Zivilisationsseuchen wie Diphtherie, Scharlach und Keuchhusten. Im Vergleich dazu spielten 1961 Ernährungsstörungen und akute Infektionskrankheiten kaum noch eine Rolle bei der Säuglingssterblichkeit. An erster Stelle stand die Frühgeburt, es folgten die angeborenen Missbildungen, die Geburtsverletzungen und die angeborene Lebensschwäche.⁵⁵

⁵⁴ Vögele J.: Im Kampf gegen die Säuglingssterblichkeit- Säuglingsernährung und Stillpropaganda- Ein Beitrag zur Geschichte der öffentlichen Gesundheitsfürsorge. In: Nahrungskultur- Essen und Trinken im Wandel, Heft4/2002.

⁵⁵ Hellbrügge TH., 1969, a. a. O. 59-60.

1.3 Stand der Forschung

Muttermilch ist nicht nur die beste Nahrung für Säuglinge in den ersten Lebensmonaten, sie bietet unzählige gesundheitliche Vorteile für Mutter und Kind und fördert darüber hinaus die Mutter-Kind Beziehung.⁵⁶ Die gesundheitlichen Vorteile des Stillens bestehen nach Angaben der *American Academy of Pediatrics* in einer Verringerung von Infektionskrankheiten, einer Risikominimierung des plötzlichen Säuglingstodes und einer Senkung der Säuglingssterblichkeit sowie einer Prävalenzminderung für Diabetes Typ 1 und 2, für Leukämien, Lymphome, Morbus Hodgkin, Allergien, Adipositas und Hypercholersterinämie.⁵⁷ Die Vorteile mütterlicherseits ergeben sich in einer Beschleunigung der postnatalen Rückbildung der Gebärmutter, einer Erleichterung der postpartalen Gewichtsabnahme und einer Risikominimierung für Mamma- und Ovarialcarzinome.⁵⁸

Die Empfehlungen der Nationalen Stillkommission vom 1. März 2004 lauten daher wie folgt: „Ausschließliches Stillen in den ersten sechs Monaten ist für die Mehrzahl der Säuglinge die ausreichende Ernährung. Ab wann ein Säugling zusätzlich Beikost benötigt, ergibt sich individuell in Abhängigkeit von Gedeihen und der Essfähigkeit des Kindes. Beikost sollte in der Regel nicht später als zu Beginn des 7. Lebensmonats und keinesfalls vor dem Beginn des 5. Monats gegeben werden. Beikosteinführung bedeutet nicht Abstillen, sondern eine langsame Verminderung der Muttermilchmengen und Stillmahlzeiten. Mutter und Kind bestimmen gemeinsam, wann abgestillt wird.“⁵⁹ Die Stillkommission hält auch kürzeres ausschließliches Stillen als sechs Monate oder teilweises Stillen für sinnvoll, wenn ein sechsmonatiges ausschließliches Stillen für Mütter nicht durchführbar ist. Auch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) propagiert auf ihrer Internetseite das ausschließliche Stillen in den ersten sechs Monaten und mit der Einführung von

⁵⁶ Winberg J.: Das Stillen und der Austausch von Signalen zwischen Mutter und Kind– eine entwicklungsgeschichtliche und neuroendokrinologische Betrachtung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): Stillen und Muttermilchernährung, Köln 2001, 56.

⁵⁷ Bergmann KE., Bergmann RL, Kries R. von, et al.: Early determinants of childhood overweight and adiposity in a birth cohort study: role of breast-feeding. In: *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2003, 27:162-72.

⁵⁸ Gartner LM, Morton J., Lawrence RA., et al: Breastfeeding and the use of human milk. In: *Pediatrics* 2005, 115:496-506 vgl. auch Huch R.: Vorteile des Stillens aus Sicht der Geburtshilfe. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): Stillen und Muttermilchernährung, Köln 2001, 27-29.

⁵⁹ Stellungnahme der Nationalen Stillkommission am Bundesinstitut für Risikobewertung vom 1. März 2004: Empfehlungen zur Stilldauer. <http://www.ecomed-medizin.de/sj/ufp/Pdf/ald/6997> 13.10.2010.

Beikost das begleitende Stillen bis Vollendung des zweiten Lebensjahres oder darüber hinaus. Des Weiteren empfiehlt die WHO das erste Anlegen des Säuglings an die Mutterbrust bereits in der ersten Stunde nach Geburt zu vollziehen. Die Stillhäufigkeit sollte am Bedarf des Säuglings festgemacht werden, eine nächtliche Pause ist nicht indiziert.⁶⁰

Neuesten Empfehlungen der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) zufolge, sollten Säuglinge bereits nach Vollendung des vierten Lebensmonats Beikost bekommen, da keine gesicherten Belege über einen präventiven Effekt durch eine verzögerte Beikosteinführung über diesen Zeitpunkt hinaus vorliegen. Dem Stillen wird jedoch weiterhin ein hoher Stellenwert eingeräumt und dessen Fortführung nach Beginn des Zufütterns propagiert.⁶¹

Einige Studien zeigen jedoch, dass die Stillbereitschaft in Deutschland noch nicht den oben genannten Forderungen entspricht. Seit 2004 wurden in Deutschland sowohl auf regionaler Ebene (prospektive longitudinale Kohortenstudien in Bayern und Berlin), als auch auf nationaler Ebene (retrospektive Stilldaten aus der KiGGS Studie) Erhebungen über die Stillhäufigkeit und -dauer veranlasst.

Die Daten des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) wurden durch das Robert Koch-Institut (RKI) an 17.641 Kindern und Jugendlichen ermittelt und geben einen repräsentativen Überblick über den Verlauf des nationalen Stillverhaltens in den Jahren 1986 bis 2005. Aus den Ergebnissen dieser Erhebung geht hervor, dass über alle einbezogenen Geburtsjahrgänge hinweg 76,7% der Kinder jemals gestillt wurden, davon aber nur 22,4 % aller Säuglinge die ersten sechs Monate voll, wie es die Weltgesundheitsorganisation fordert. Vor allem Kinder von Müttern aus sozial benachteiligten Bevölkerungsschichten wurden der Studie zufolge signifikant seltener gestillt. „Ein hoher Sozialstatus der Mutter erhöht im Vergleich zu einem niedrigen Sozialstatus die Stillwahrscheinlichkeit auf das 4-Fache, eine mittlere Statusposition auf das fast 2-Fache.“⁶² Allerdings belegen die Daten ebenso einen Anstieg der Stillhäufigkeit über die Jahre 1986-2005, begleitet von einem Anstieg der Stilldauer

⁶⁰ WHO- Metastudie 2007: Evidence on the long-term effect of breastfeeding. http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595230_eng.pdf 13.10.2010.

⁶¹ Presseinformation 58. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG): Allergieprävention, Nähe, gesunde Ernährung, München 08.10.2010. [http://www.dggg.de/dggg-kongress/presseinformationen/allergiepraevention-naehe-gesunde-ernaehrung/?sword_list\[0\]=stillen](http://www.dggg.de/dggg-kongress/presseinformationen/allergiepraevention-naehe-gesunde-ernaehrung/?sword_list[0]=stillen) 26.10.2010.

⁶² Lange C., Schenk L., Bergmann R.: Verbreitung, Dauer und zeitlicher Trend des Stillens in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). In: Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 2007, 50:624–633.

bis zu den Geburtsjahrgängen 1998-2001. Danach sinkt die Stilldauer jedoch wieder.⁶³

Im Rahmen eines EU Projekts wurden 2003 erstmals die Stilldaten aus 21 europäischen Mitgliedsländern zusammengestellt. Die Daten über das Gesamtstillen und das ausschließliche Stillen sechs Monate nach der Geburt sind in der folgenden Abbildung dargestellt. In der y-Achse sind die Stillraten in Prozent aufgeführt.

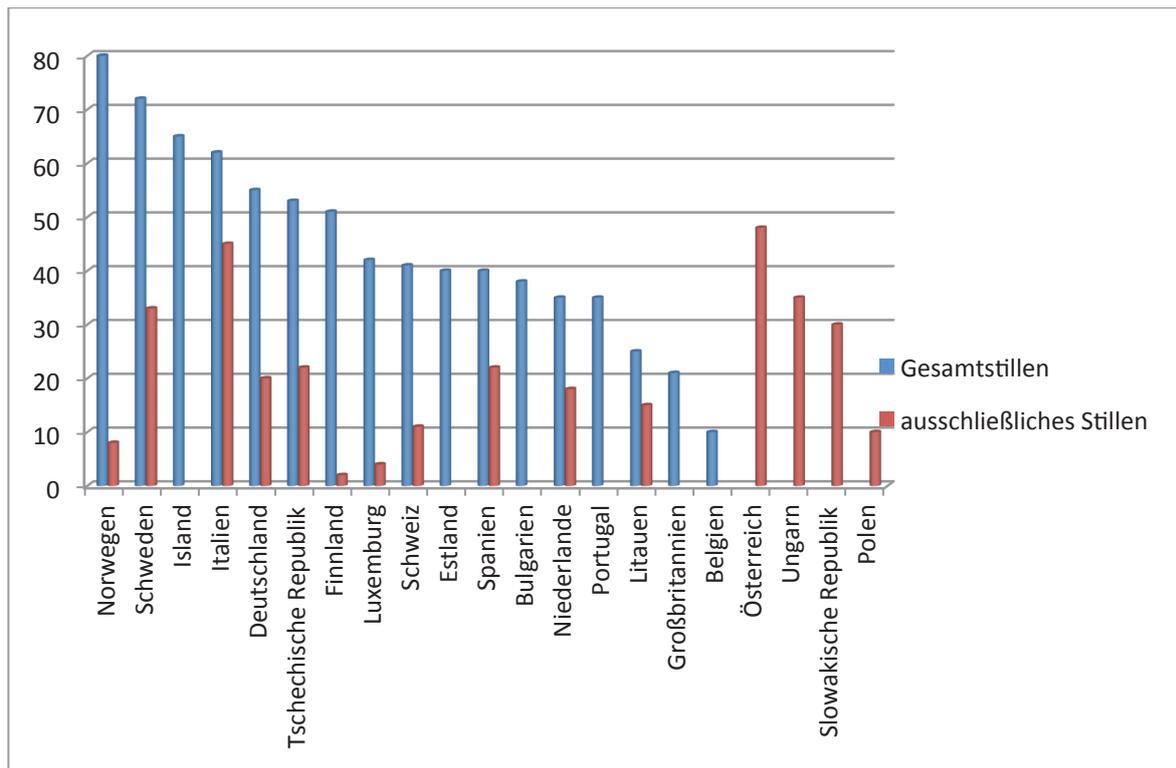


Abb. 3: **Europäische Stilldaten im Vergleich.**⁶⁴

Diesen Daten zufolge liegt Deutschland beim Gesamtstillen auf Platz fünf und somit vor allem hinter den skandinavischen Ländern zurück. Hinsichtlich des Anteils der nach sechs Monaten noch ausschließlich gestillten Kinder liegt Deutschland im europaweiten Vergleich sogar nur auf Platz acht.

⁶³ Lange C., Schenk L., Bergmann R. 2007, a. a. O. 50:624–633.

⁶⁴ Deutscher Bundestag 2008: Stand der Förderung des Stillens von Säuglingen und Kleinkindern. <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/105/1610558.pdf> 19.10.2010.

2. Fragestellung

Die geschichtlichen Zusammenhänge in Bezug auf die Säuglingsfürsorge und die Ergebnisse der aktuellen Forschung zeigen die Notwendigkeit einer nachhaltigen Stillförderung besonders bei sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen. Die Stillinzidenz ist ein sehr delikater Faktor der bereits durch leichte politische, wirtschaftliche oder gesellschaftliche Faktoren beeinflussbar ist. Daher ist es von besonderer Wichtigkeit diese Faktoren genau zu kennen und einschätzen zu können. Folgende Fragestellungen sollen in der vorliegenden Dissertation zum Thema „Zum Wandel des Stillverhaltens in der BRD zwischen 1950 und 1990.“ vertieft werden:

- Inwiefern hat sich das Stillverhalten der Mütter zwischen 1950 und 1990 geändert?
- Welchen Einfluss hatten die familienfördernde Politik und die zunehmende Propagierung des Stillens seitens des medizinischen Personals? Inwiefern konnten sich die Stillraten regenerieren?
- Gab es Unterschiede im Stillverhalten von Frauen mit abgeschlossener akademischer Laufbahn zu den Frauen, die der Arbeiterklasse angehörten?
- Welchen Einfluss hatte die Einführung von Milchersatzprodukten auf das Stillverhalten der Mütter?
- Was waren die Motive für frühzeitiges Abstillen?
- Konnte das Thema Stillen öffentlich behandelt werden oder war es ein Tabuthema?
- Inwiefern hat sich ein Wandel der beruflichen und sozialen Situation von Müttern vollzogen?
- Wie war die Einstellung der Mütter zum Thema Stillen und wie der Informationsstand?

3. Material und Methoden

Grundlage dieser Dissertation ist ein *Oral History* Projekt der Arbeitsgruppe zur Erforschung des Stillverhaltens von 1950 bis 1990 anhand von mehreren hundert Teilnehmerinnen, welches am Institut für Geschichte der Medizin an der Heinrich-Heine-Universität in Düsseldorf realisiert wurde. Im Rahmen dieses Projektes wurden für die vorliegende Dissertation insgesamt 100 Fragebögen (siehe Anhang) beantwortet. Im Folgenden werden die Definitionen zum Stillen und zu Säuglingsernährung erläutert, welche in diesem Fragebogen verwendet wurden.

3.1 Definitionen zum Stillen und zur Säuglingsernährung

Die nachfolgende Tabelle listet auf, wie in der Studie die Begriffe „Vollstillen und Teilstillen“ definiert werden.

Begriff	Definition ⁶⁵
Voll gestillt	Ohne Milchersatzprodukte, ohne andere Nahrung wie z.B. Brei, Gläschenkost, aber <u>mit</u> Getränken wie z.B. Tee, Wasser.
Teilweise gestillt	<u>Mit</u> zusätzlichen Milchersatzprodukten oder anderer Nahrung wie z.B. Brei, Gläschenkost.
Gar nicht gestillt	-

Tabelle 1: Definitionen zur Säuglingsernährung in den Fragebögen.

Unter „Stillen“ wurde hier auch das Füttern von abgepumpter Muttermilch gefasst. Kinder, welche zusätzlich zum Stillen kleine Mengen Flüssigkeiten erhielten, wurden trotzdem als voll gestillt kategorisiert. Eine vollständige Dokumentation der Säuglingsernährung war im Krankenhaus nicht möglich, da ein Teil der Mütter nicht am *Rooming-In* teilnahm beziehungsweise dieses in früheren Epochen nicht angeboten wurde, sodass die Säuglinge die größte Zeit in Kinderzimmern

⁶⁵ Definition gemäß Wortlaut im Fragebogen.

verbrachten. Als gestillte Kinder werden im Folgenden alle Kinder bezeichnet, die vollständig oder teilweise gestillt wurden.

3.2 Studiendesign

Die Ermittlung der Stilldauer, der Gründe für das Abstillen und der Einflussfaktoren auf Mütter zwischen 1950 und 1990 wurde mithilfe einer retrospektiven Kohortenstudie durchgeführt. Für die vorliegende Dissertation wurden von November 2009 bis Juli 2010 insgesamt 100 Fragebögen (siehe Anhang) per Telefoninterview beantwortet. Bedingungen zur Teilnahme an dieser Studie waren:

- Die Mutterschaft eines oder mehrerer Kinder im Zeitraum von 1950 bis 1990.
- Die deutsche Staatsangehörigkeit und der Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland während der Zeit der Mutterschaft.
- Keine abgeschlossene akademische Laufbahn bei beiden Elternteilen.
- Die Einwilligung zur Teilnahme an dieser Studie.

Durch diese Eingrenzungen wurde gewährleistet, dass die zu untersuchenden Einflüsse auf das Stillverhalten sich gezielt auf Deutschland bezogen. Da bereits mehrere Studien gezeigt haben, dass eine große Kohärenz zwischen der Schichtzugehörigkeit und dem Stillwillen besteht, sollte erstmals in dieser Studie gezeigt werden, inwiefern der akademische Hintergrund Einfluss auf die Stillentscheidung hatte. Vergleichend beschäftigte sich eine andere Teilstudie aus diesem Arbeitsprojekt mit den Akademikerinnen. Dies sollte den Zusammenhang der *Odds Ratio* von Ausbildungsstand und Stillbereitschaft im Untersuchungszeitraum wiedergeben.

Das Requirieren der Teilnehmerinnen für diese Studie erfolgte stichprobenartig durch Ansprechen von Passantinnen auf der Straße, im Krankenhaus, im Bekanntenkreis, und im Altersheim. Bereits Befragte konnten oftmals weitere potentielle Interviewteilnehmerinnen nennen. Dieses „Schneeballprinzip“, in dem jeder Befragte einen weiteren Teilnehmer empfiehlt, wurde bereits in ähnlichen Studien angewandt. Es liefert eine angemessene Methode, um eine vertrauensvolle Basis zwischen Interviewer und Befragtem herzustellen, eine Voraussetzung, die für *Oral History* Interviews unabdingbar ist.⁶⁶ Da die Studie in Form von Telefoninterviews realisiert wurde, wurden die Teilnehmerinnen im Folgenden telefonisch kontaktiert und

⁶⁶ Field, K.: *Children of the Nation?: A Study of the Health and Well-being of Oxfordshire Children, 1891-1939*, Oxford 2001, 103.

befragt. Anschließend erfolgte eine Aufteilung aller Befragten in vier gleichgroße Kohorten, abhängig vom Zeitpunkt der Geburt des ersten Kindes. Die Einteilung in die Kohorten wird in folgender Abbildung verdeutlicht.



Abb. 4: **Kohorteneinteilung**

Diese Einteilung soll eine Abschätzung ermöglichen, ob und inwieweit sich die Stilldauer, die Stillförderung und die Einflussfaktoren auf die Mütter in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts gewandelt haben, und ob sich dabei Unterschiede in den verschiedenen Untersuchungszeiträumen finden.

Im Zentrum dieser Erhebung stand dabei die Rekonstruktion der Sozialgeschichte des Stillverhaltens mithilfe des subjektiven Erlebens von Geschichte seitens der Befragten, was als *Oral History* bezeichnet wird. Quellendefizite in der historischen Forschung führten seit Ende der 70er Jahre in der Bundesrepublik zur Produktion mündlicher Quellen. Die Methode und Bezeichnung *Oral History* stammt jedoch aus den USA, wo sie einerseits als Eliteninterview, andererseits zur Erforschung nichtschriftlicher Kulturen, z.B. der indigenen Völker, entwickelt worden war. In England, Frankreich und Westdeutschland ist diese Methode von Beginn an mit alltags- und erfahrungsgeschichtlichen Fragestellungen verknüpft worden.⁶⁷ Die zeitliche Reichweite ist dabei auf etwa 70 bis 80 Jahre beschränkt; bewegt man sich jedoch innerhalb dieses zeitlichen Rahmens, so bietet diese Methode eine Quelle, die andere biographische Quellen an Unmittelbarkeit und Überprüfbarkeit weit übertrifft.⁶⁸ Da sich das Interesse in dieser Befragung auf die letzten 60 Jahre bezog und aus dieser Zeit wenig erfahrungsgeschichtliche Quellen zum Thema Säuglingsernährung vorlagen, bot sich diese Methode zur Erforschung der oben genannten Fragestellung an. Dabei dient eine biographische Befragung nicht dazu,

⁶⁷ Niethammer L.: Oral History in den USA, Archiv für Sozialgeschichte, 1976, 18:454-501.

⁶⁸ Wischermann C.: Die Legitimität der Erinnerung und die Geschichtswissenschaft, Stuttgart 1996, 103.

die Aussagen der Befragten von ihrem biographischen Kontext zu abstrahieren, sondern diesen zu rekonstruieren.⁶⁹ Zu diesem Zweck eignen sich „halboffene“ Interviewverfahren. Dies wurde in dieser Studie durch Leitfadeninterviews realisiert, welche dahingehend offen gestaltet waren, dass die Interviewteilnehmer jederzeit frei, detailliert und durch Impulse angeregt erzählen konnten. Die Befragte wurde damit als Experte in eigener Sache angesprochen und hatte die Möglichkeit sich von der eigenen Situation, in der sie sich befand zu distanzieren. Dabei behielt der Interviewer stets seinen Leitfaden im Blick, welcher die Funktion der Gesprächsstrukturierung und der späteren Vergleichbarkeit erfüllt. Zum Zweck der Vergleichbarkeit wurden offene Fragen, welche durch den Interviewer kategorisiert wurden, aber auch geschlossene Fragen mit vorgegebenen Antwortmöglichkeiten im Sinne einer standardisierten Befragung gestellt.

Die größte methodische Herausforderung in *Oral History* Projekten liegt in der Frage, in welchem Verhältnis das im Interview erzählte zur vergangenen Wirklichkeit steht. Denn jede Quelle enthält nur Teilaspekte einer historischen Situation und ist zudem subjektiv gefärbt. Neu erlerntes Wissen, zum Beispiel über den positiven Einfluss des Stillens auf die Immunabwehr des Säuglings, beeinflusst die Erinnerung über historische Vorgänge oder Meinungen, zum Beispiel dass Milchersatzprodukte als gesünder empfunden wurden.⁷⁰ Doch auch wenn prospektive Studien als valider eingestuft werden müssen, konnte in mehreren Untersuchungen gezeigt werden, dass sich in retrospektiven Erfassungen die Mütter recht gut erinnern konnten, ob und wie lange sie ihre Kinder gestillt haben.⁷¹ Damit durch das Interview auch die Aspekte erfasst werden, die in der Befragung von Interesse sind, ist es von zentraler Bedeutung, dass sich der Interviewer im Vorfeld einen Überblick über den historischen Hintergrund verschafft hat und das Gespräch in die richtige Richtung lenken kann.⁷² Allerdings stellt der mögliche Einfluss, den der Interviewer dabei auf den Befragten ausüben kann, einen weiteren *Confounder* in *Oral History* Studien dar. Er ist aktiv am Verlauf des Gesprächs beteiligt und kann daher dessen Ausgang in

⁶⁹ Scholl A.: Die Befragung, Sozialwissenschaftliche Methode und kommunikationswissenschaftliche Anwendung, Konstanz 2003, 106.

⁷⁰ Wischermann C., 1996, a. a. O. 106.

⁷¹ Kark JD, Troya G, Friedlander Y et al.: Validity of maternal reporting of breast feeding history and the association with blood lipids in 17 year olds in Jerusalem. In: J Epidemiol Community Health 1984, 38:218–25, vgl. auch Vobecky JS., Vobecky J., Froda S.: The reliability of the maternal memory in a retrospective assessment of the nutritional status. In: J Clin Epidemiol 1988, 41:261–265. Vgl. auch: Natland S., Andersen L., Nilsen T. et al.: Maternal recall of breastfeeding duration twenty years after delivery. In: BMC Med Res Methodol. 2012, 23;12(1):179.

⁷² Sommer B., Quinlan MK.: The Oral History Manual, Oxford 2002, 53.

mehrerer Hinsicht beeinflussen. Daher ist es wichtig, dass die interviewende Person sich weitgehend zurückhält und Zweifel, Widerspruch und spontane Deutungen nur dann äußert, wenn dadurch der Interviewpartner nicht so verunsichert wird, dass er in Anpassung, Schweigen oder Abwehr verfällt.⁷³ Auch sollten die vom Interviewer gestellten Fragen neutral und einfach formuliert sein. Anstatt beispielsweise zu fragen: „Warum haben Sie nicht gestillt?“ sollte folgende Ausdrucksweise bevorzugt werden: „Erzählen Sie mir über Ihre Stillschwierigkeiten.“ Dies ist eine offen gewählte Formulierung, die zudem eine neutrale Haltung des Interviewers impliziert.⁷⁴

Die Untersuchungsmethode bietet weitere Vorteile, diesen Störfaktor möglichst gering zu halten. Durch die Erhebung der Daten mittels telefonischer Befragungen kann der Interviewer weniger Fehler begehen. Sein Verhalten ist auf die akustische Dimension beschränkt und somit weniger exponiert. Insgesamt ist das Gespräch besser kontrollierbar als zum Beispiel im persönlichen Interview. Des Weiteren ist die Gesprächsbeziehung anonymer, wodurch die Wahrscheinlichkeit, dass die Befragten unaufrichtig antworten, sinkt. Weitere Vorteile dieser Methode liegen in den geringen Kosten, dem geringen Aufwand und der hohen Reichweite, welche durch Telefoninterviews ermöglicht wird. Ein Nachteil dieser Methode liegt im Fehlen der visuellen Dimension, was den Einsatz bildgebender Hilfsmittel unmöglich macht und einen einfach gestalteten Fragebogen erfordert.⁷⁵

⁷³ Flick U., Kardorff E. von, Keupp H. et. al.: Handbuch Qualitative Sozialforschung, Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen, 2. Aufl., Weinheim 1995, 50.

⁷⁴ Thompson P.: The voice of the past, Oxford 2000, 228-229.

⁷⁵ Scholl A., 2003, a. a. O. 44-45.

3.3 Datensatzerhebung

An dieser Stelle erfolgt die Besprechung des Erhebungsinstruments – der Fragebögen zum Stillverhalten von 1950 bis 1990 (siehe Anhang). Dieser umfasst 13 Seiten mit insgesamt 34 *Items*, welche in fünf Unterpunkte gegliedert sind.

Unter Punkt 1 des Fragebogens wurden die persönlichen Angaben der Interviewteilnehmerinnen abgefragt. Diese waren unter anderem von Bedeutung, um die Teilnahmevoraussetzungen abzusichern. Dazu gehörten: der vollständige Name, das eigene Geburtsdatum, die Nationalität, die Konfession, der höchste Ausbildungsgrad, die insgesamte Kindesanzahl und die Frage, ob die Befragte selbst als Kind gestillt worden ist. Die darauffolgend erfragten persönlichen Angaben bezogen sich auf den Zeitpunkt der Geburt des ersten Kindes, da nicht die derzeitigen Lebensumstände in dieser Befragung von Bedeutung waren. Von Interesse waren hier der damalige Familienstand der Mütter, das Wohnverhältnis, der eigene Beruf und der Beruf des Kindesvaters sowie der Berufsumfang vor, während und nach der Geburt des ersten Kindes.

Im zweiten Unterpunkt wurden vor allem Fragen zur Art und Weise der Säuglingsernährung gestellt. Dazu wurde vorerst das Geburtsdatum des ersten Kindes erfragt. Dieses war gleichzeitig ausschlaggebend für die Einteilung in die verschiedenen Kohorten (siehe Abb. 4). Um die Geburtsumstände zu vervollständigen wurde im Folgenden erfragt, wo und wie entbunden wurde, also zum Beispiel im Krankenhaus per Kaiserschnitt, ob ein Geburtsvorbereitungskurs besucht wurde und ob es eine Nachsorgehebamme gab. Mit den beiden letzten Fragen sollte geprüft werden, ob geburtsunterstützende Maßnahmen angeboten wurden und inwieweit diese von den Müttern genutzt wurden.

Unter Punkt 2.6 wurde die Säuglingsernährung im ersten Jahr nach der Geburt erfasst. Dabei wurden die Antworten in die folgende Tabelle übertragen.

in der/den ersten	1Wo	2Wo	1Mon.	3Mon.	6Mon.	9Mon.	12Mon.	>12Mon.
voll gestillt	<input type="checkbox"/>							
teilweise gestillt	<input type="checkbox"/>							
abgepumpte Milch	<input type="checkbox"/>							
Milchersatzprod.	<input type="checkbox"/>							
Kuhmilch	<input type="checkbox"/>							
Amme	<input type="checkbox"/>							
Kleinkindnahrung	<input type="checkbox"/>							
andere	<input type="checkbox"/>							

Tabelle 2: Frage 2.6 des Stillfragebogens: Wie haben Sie Ihr Kind in der ersten Zeit nach der Geburt ernährt?

Die zeitlichen Kategorien sind dabei nicht als standardisierte Antwortmöglichkeiten zu interpretieren, sondern dienen lediglich der Orientierung des Interviewers.

Diese Frage war die Schlüsselfrage des gesamten Interviews, ihre Beantwortung lieferte gleichzeitig die Antwort der in der Fragestellung formulierten Fragen:

Inwiefern hat sich das Stillverhalten der Mütter zwischen 1950 und 1990 geändert?
Welchen Einfluss hatte die Einführung von Milchersatzprodukten auf das Stillverhalten der Mütter?

Zur genaueren Abschätzung, welche Milchersatzprodukte in welcher Zeit verwendet wurden, wurden die Mütter im Folgenden gebeten den Namen des verwendeten Produktes anzugeben. Um die Diskrepanz zwischen Stillwillen und Stillfähigkeit abschätzen zu können, sollten die Mütter daraufhin angeben, wie lange sie ursprünglich gerne gestillt hätten. Im weiteren Verlauf des Interviews wurden die Stilltechniken abgefragt, das heißt, der Zeitpunkt, an dem der Säugling das erste Mal angelegt wurde, wie oft täglich angelegt wurde, ob dies nach Zeitplan oder Bedarf geschah, ob in der Öffentlichkeit gestillt wurde, in welchem Zeitrahmen abgestillt wurde, ob sich die Mutter in der Stillzeit bewusst anders ernährt hat und ob andere Personen in die Säuglingsernährung eingebunden waren. Die Beantwortung dieser Fragen dient zur Aufklärung, inwieweit die unterschiedlichen ärztlichen Stillempfehlungen in den Untersuchungszeiträumen (siehe historische Entwicklung) von den Müttern eingehalten wurden. Die Frage nach dem Stillen in der Öffentlichkeit und der Einbeziehung von anderen Personen sollte verdeutlichen, ob eine öffentliche Auseinandersetzung mit dem Thema Stillen stattgefunden hat.

Unter Punkt 3 des Fragebogens wurden die persönlichen Gründe der Mütter für ihre Stillentscheidung erfragt. Bei den Müttern mit positivem Stillhintergrund wurden diese durch standardisierte Antwortmöglichkeiten abgefragt (z.B.: Ich habe gestillt, weil das Stillen die Mutter-Kind-Bindung stärkt).⁷⁶ Mütter, die nicht gestillt haben oder frühzeitig zugefüttert haben, wurden unter Punkt 3.2 gebeten die Gründe dafür anzugeben (z.B.: Ich habe Milchersatzprodukte verwendet oder frühzeitig zugefüttert, weil sich die Brust bzw. Brustwarze entzündet hat).⁷⁷ Die Erfragung der Stillhindernisse galt dem Versuch, eine mögliche Korrelation von Stillförderung und Aufklärung mit dem Ausmaß der angegebenen Probleme beim Stillen zu erfassen, wodurch deutlich gemacht werden könnte, inwieweit die Stillförderung einen präventiven Einfluss auf die spätere Stillfähigkeit hat.

Der vierte Unterpunkt galt der Untersuchung möglicher Informationsquellen, welche die Stillentscheidung der Mütter beeinflusst haben könnten. Dabei wurden Einflüsse verschiedener Ätiologie berücksichtigt. Zu den möglichen Quellen zählen das persönliche Umfeld der Mütter, das medizinische Personal der jeweiligen Zeit, verschiedene Gruppen und Institutionen wie Stillgruppen oder Geburtsvorbereitungskurse, Literatur und Medien sowie gesellschaftlicher und politischer Einfluss. Durch diese multivariate Analyse können alle Einflussfaktoren auf die Stillentscheidung von Frauen zwischen 1950 und 1990 berücksichtigt und quantifiziert werden. Daraus lässt sich schließen, welche Bereiche einer intensivierten Förderung bedürfen und welche Bereiche möglicherweise vernachlässigbar sind.

Unter Punkt 5 des Fragebogens sollten die Teilnehmerinnen ein Fazit geben. Dieses umfasste die Frage, inwieweit sich die Mütter auf den Zeitpunkt der Geburt und des Stillens vorbereitet gefühlt haben.

Als Letztes wurde erfragt, ob die Teilnehmerin ein Still- oder Elterntagebuch geführt hat, was die Auseinandersetzung der Befragten mit dem Thema verdeutlicht und als Erinnerungsstütze fungieren könnte. Zuletzt wurde der Interviewpartnerin die Möglichkeit gegeben Anmerkungen zu äußern oder offen gebliebene Themen anzusprechen.

Da dieser Fragebogen eine enorme Erinnerungsleistung von den Müttern abverlangte, die Zeitspanne vom Erlebten bis zur Befragung beträgt 20 bis 60 Jahre,

⁷⁶ Siehe Seite 7, Punkt 3.1 des Fragebogens zum Stillverhalten zwischen 1950 und 1990.

⁷⁷ Siehe Seite 8, Punkt 3.2 des Fragebogens zum Stillverhalten zwischen 1950 und 1990.

konnte nicht davon ausgegangen werden, dass die Mütter mehrerer Kinder zwischen der Säuglingsernährung der Einzelnen differenzieren konnten. Daher bezogen sich die Fragen auf die Ernährung des ersten Säuglings. Die Antworten werden unter Punkt 4.1 quantitativ ausgewertet. Mütter, die sich jedoch an markante Unterschiede zwischen den einzelnen Kindern erinnern konnten, wurden aufgefordert diese frei zu erzählen. Diese Antworten werden in den qualitativen Ergebnisteil einfließen, da es in dieser Befragung von großem Interesse ist, subjektiv erlebte Veränderungen über die Zeit zu erfassen.

3.4 Auswertung

Um eine optimale Auswertung ermöglichen zu können, wurden vorerst alle Daten der Stillfragebögen auf ihre Validität überprüft. Zu diesem Zweck wurden Fragebögen mit widersprüchlichen oder unvollständigen Antworten (n=2) aus der Studie entfernt und durch neue Befragungen ersetzt, um die Kohorten gleich groß zu halten. Zur Steigerung der Kompatibilität der Daten wurden im Folgenden Kategorien gebildet, welche den Antworten der Befragten am meisten gerecht wurden. Die Datenerfassung und -verwaltung erfolgte in pseudonymisierter Form mit Hilfe des Tabellenkalkulationsprogramms Microsoft Office Excel 2007.

4. Ergebnisse

4.1 Quantitative und qualitative Basisauswertung

In der quantitativen Basisauswertung werden alle ausgewerteten Daten in Form von Abbildungen und Tabellen veranschaulicht. Im Rahmen der qualitativen Auswertung werden zur genaueren Analyse der kohortenspezifischen Lebensumstände einzelne Zitate der befragten Frauen offen gelegt. Da die Auswertung der Fragebögen in anonymisierter Form erfolgte, wird im Folgenden jedes Zitat numerisch kategorisiert. Dabei steht die erste Ziffer für die jeweilige Kohorte und die darauffolgende für die Nummer des Fragebogens, so dass zum Beispiel das Zitat 1.23 aus Fragebogen 23 der Kohorte 1 stammt.

4.1.1 Persönliche Angaben der Mütter

Aufgrund der Aufteilung in die verschiedenen Kohorten lag das Alter der befragten Frauen zwischen 49 und 91 Jahren. Folgende Abbildung gibt einen Überblick über das Durchschnittsalter (in Jahren) der 25 Frauen in der jeweiligen Kohorte zum Zeitpunkt der Befragung.

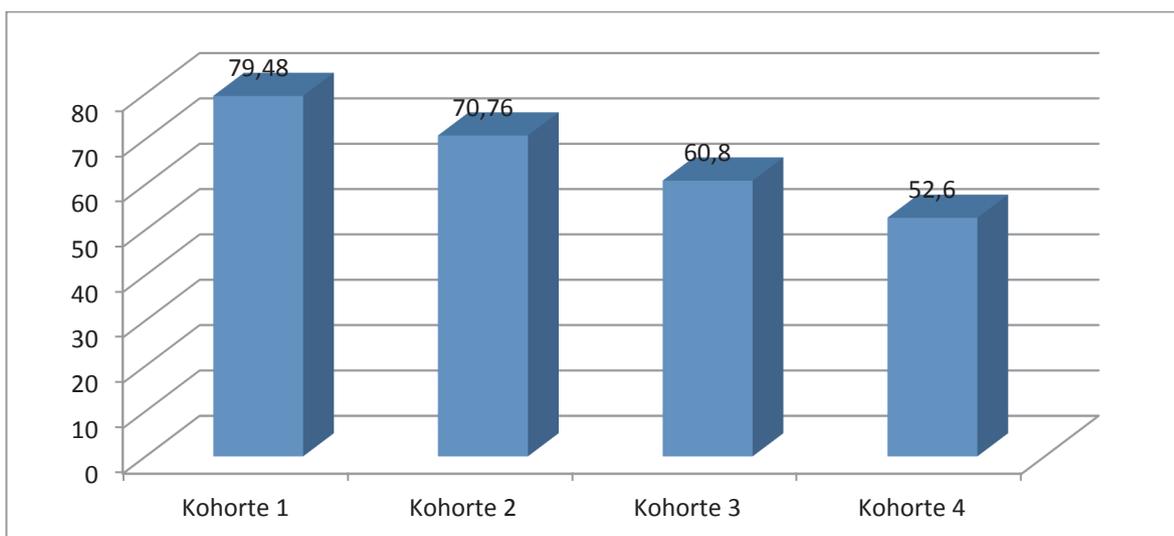


Abb. 5: **Durchschnittsalter der Mütter (in Jahren) zum Zeitpunkt der Befragung.**

Daraus ergab sich ein Durchschnittsalter aller befragten Frauen von 65,9 Jahren. Zum Zeitpunkt der Geburt des ersten Kindes zeigte sich ein linear ansteigender Altersgradient bei den befragten Frauen. Waren die Mütter aus Kohorte 1 zum Zeitpunkt der Geburt des ersten Kindes durchschnittlich 23,5 Jahre alt, so bekamen die Frauen aus Kohorte 4 ihr erstes Kind durchschnittlich mit 27,7 Jahren (siehe Abb. 6). Diese Zahlen werden durch eine Quelle des statistischen Landesamtes Baden-Württembergs verifiziert, welche besagt, dass das durchschnittliche Alter bei der Geburt des ersten Kindes seit Anfang der 70er-Jahre von rund 24,6 Jahren auf exakt 30 Jahre angestiegen ist (2007). Eine leichte Unterbietung dieser Werte in dieser Studie könnte darauf zurückzuführen sein, dass Frauen ohne akademischen Hintergrund in der Regel früher Kinder bekommen als Akademikerinnen, welche in dieser Statistik keine Berücksichtigung fanden.⁷⁸

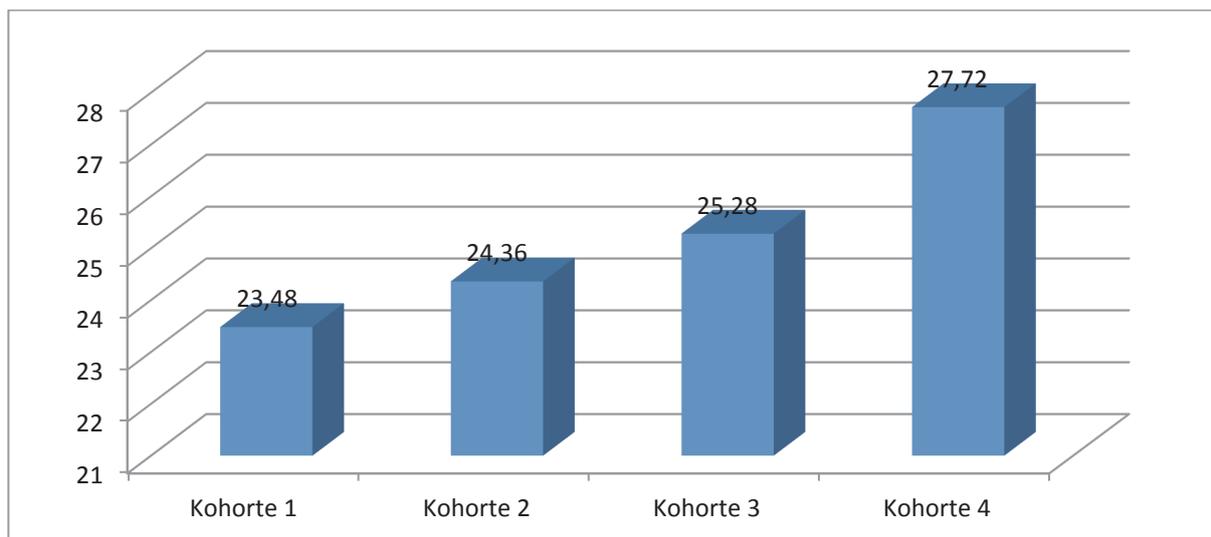


Abb. 6: **Durchschnittsalter der Mütter (in Jahren) zum Zeitpunkt der Geburt des ersten Kindes.**

97% der Mütter waren zum Zeitpunkt der Geburt verheiratet, 3 % der Mütter waren ledig. Dabei zeigten sich keine signifikanten Unterschiede in den verschiedenen Kohorten.

96% der Mütter lebten zum Zeitpunkt der Geburt mit ihrem (Ehe-)Partner, davon lebten 12% zusätzlich mit mindestens einem Elternteil in einem Haushalt. Dies war vor allem in Kohorte 1 und 2, also zwischen 1950 und 1970 der Fall. 3% der

⁷⁸ Statistisches Landesamt Baden-Württemberg: Der demographische Wandel in Baden-Württemberg– Herausforderungen und Chancen, Stuttgart 2009, 23. <http://www.statistik-bw.de/Veroeffentl/8033309005.pdf> 10.03.2011.

Befragten lebten allein, 1% lebte mit mindestens einem Elternteil zusammen aber ohne (Ehe-)Partner.

Obwohl diese Werte keine eindeutige Tendenz herausstellen konnten, kristallisierte sich vor allem anhand der dazu gegebenen Kommentare der Befragten ein soziokultureller Wandel heraus. Zu Beginn des Untersuchungszeitraumes bis hinein in die 70er Jahre des 20. Jahrhunderts galten strikte Normen zur Familienplanung und zur weiteren Karriereführung von Müttern. Dies zeigt beispielweise folgendes Zitat, welches von einer Mutter aus Kohorte 1 stammt: *„Ich war natürlich zum Zeitpunkt der Geburt verheiratet und habe mit meinem Ehepartner zusammen gelebt. Alles so, wie das damals so war.“* (1.04). Ebenso wie jenes aus Kohorte 2: *„Es war selbstverständlich, dass man vor der Geburt des Kindes verheiratet war. Erst dann durfte man mit seinem Ehepartner zusammen ziehen.“* (2.17). Eine aufkeimende Lockerung dieser gesellschaftlichen Vorgaben erfolgte erst im Laufe der 70er Jahre: *„Ich habe schon vor der Hochzeit mit meinem Partner zusammen gelebt, obwohl das in den 70er Jahren schon ein Skandal war.“* (4.14).

Die folgende Abbildung gibt den Arbeitsumfang der Befragten ein Jahr vor der Geburt des ersten Kindes wieder. Durch diesen Überblick wird deutlich, dass der Anteil der Frauen mit ganztägiger Berufsbelastung zwischen 1950 und 1990 stark zunahm und der Anteil an Frauen ohne Berufstätigkeit signifikant abnahm. Des Weiteren fällt das zunehmende Aufkommen halbtägiger Erwerbstätigkeiten ab 1960 auf.

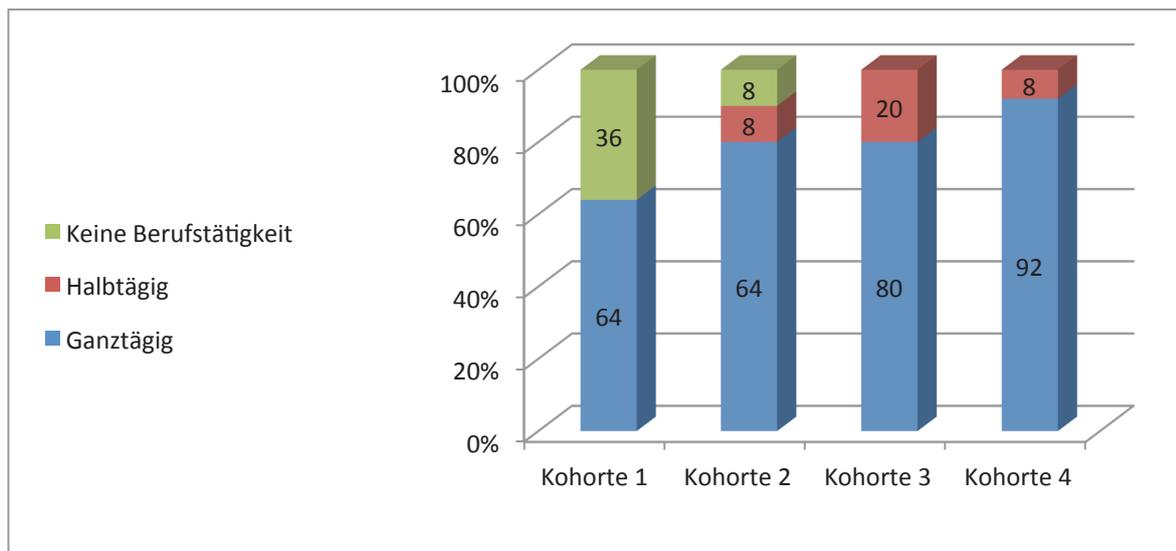


Abb. 7: Prozentuale Verteilung der Berufsbelastung der befragten Frauen ein Jahr vor Geburt des ersten Kindes.

Im Vergleich dazu liefert die folgende Tabelle die Ergebnisse, inwiefern sich die Berufstätigkeit sowohl ein Jahr nach der Geburt des ersten Kindes als auch im weiteren Verlauf entwickelt hat. Dabei fällt auf, dass in allen Kohorten die Mutterschaft einen großen Einfluss auf die weitere Berufstätigkeit ausübte. Denn die meisten Frauen (außer in Kohorte 3) gaben an, dass der Wiedereinstieg länger als ein Jahr gedauert hat beziehungsweise nie mehr erfolgte. Bei dem Anteil der Frauen, die angaben innerhalb des ersten Jahres nach der Geburt die Berufstätigkeit wieder aufgenommen zu haben, nahm der Anteil der halbtags beschäftigten Frauen im Vergleich zu einem Jahr vor der Geburt (siehe Abb. 7) stark zu.

Wiedereinstieg in die Berufstätigkeit	Kohorte 1	Kohorte 2	Kohorte 3	Kohorte 4
Innerhalb eines Jahres nach Geburt	32	36	56	44
davon ganztätig	62,5	66,7	78,6	25
davon halbtätig	37,5	33,3	21,4	75
später	32	24	32	32
nie mehr	36	40	12	24

Tabella 3: Wiedereinstieg in die Berufstätigkeit nach der Geburt des ersten Kindes.

(Angaben in %)

In Bezug auf den Arbeitsumfang der (Ehe-)Partner zeigte sich ein eindeutiges Bild im Vergleich zu dem der Mütter. 100% der (Ehe-)Partner waren ein Jahr vor der Geburt des ersten Kindes berufstätig, davon 99% ganztätig und 1% halbtätig. Durch die Vaterschaft änderte sich der Berufsumfang bei keinem der Väter.

Aus diesen Werten wird deutlich, dass vor allem die frühe Untersuchungsphase gekennzeichnet war durch eine strikte Rollenverteilung in Verbindung mit einer Entprofessionalisierung der Mütter: *„Damals wollten die Männer gar nicht, dass ihre Frauen arbeiteten.“* (1.02). Und weiter: *„Ab der Hochzeit habe ich nicht mehr gearbeitet. Die Mutter war für die Kinder verantwortlich und der Vater für das Finanzielle.“* (2.22). Hier waren es abermals die 70er Jahre, in denen die starren gesellschaftlichen Fugen gelockert wurden. Es wurde erstmals vom Vater als *„Hauptverdiener“* (3.04) und nicht wie zuvor als Alleinverdiener gesprochen. Allerdings muss in diesem Zusammenhang erwähnt werden, dass es sich in der damaligen Zeit nicht alle Familien leisten konnten, auf ein Einkommen zu verzichten: *„Die Kinder wurden im Kinderwagen mit aufs Feld genommen und auch gestillt, wenn man alleine war. [...] Es tat mir auch damals schon leid, dass ich nicht so viel Zeit hatte, aber ich konnte es nicht ändern. Wenn ich mich voll aufs Stillen hätte konzentrieren können, dann wäre auch mehr gekommen. Aber man hatte keine andere Wahl, man musste ja arbeiten.“* (1.24). Hier wird die Diskrepanz zwischen den sozialen Vorgaben und der ökonomischen Situation der Nachkriegszeit deutlich:

„Das war eine sehr schlimme Zeit damals, da gab es auch nicht so viel zu essen. Trotzdem habe ich nach der Geburt nicht gearbeitet und mich nur auf das Kind eingestellt.“ (1.09). Die Mütter mussten sich entscheiden zwischen Armut und Abhängigkeit und der Missachtung der vorgegeben Frauenrolle. Auch von staatlicher Seite gab es wenig Förderung für Mütter und die Arbeitnehmerbedingungen waren nicht auf die Bedürfnisse der Mütter abgestimmt: *„Ich wäre gerne in den Beruf zurückgegangen. Damals ging das nicht. Man musste sich für Kinder oder Beruf entscheiden. Es gab ja noch gar keine Kindergartenplätze.“* (2.05). Und weiter: *„Ich konnte es mir nicht leisten nach der Geburt lange zu Hause zu bleiben. Und Halbtagsstellen gab es damals nicht.“* (2.08). Ganz anders sah dies in den 80er Jahren aus, wie dem folgenden Zitat zu entnehmen ist: *„Nach der Geburt hatte ich eine Teilzeitstelle und konnte mit meiner Schwester Jobsharing machen. Wenn ich nicht zu Hause war, konnte mein Mann sich seine Dienste so einteilen, dass er zu Hause war. Und zur Not konnte ich die Kinder auch mit zur Arbeit nehmen.“* (4.14). Aus diesem Zitat werden mehrere Veränderungen deutlich: zum einen die Anpassung des Arbeitsmarktes durch das vermehrte Aufkommen von Teilzeitstellen und zum anderen die veränderte Rollenverteilung, bei der beide Elternteile für das finanzielle Aufkommen der Familie und für die Kinderversorgung zuständig waren. Auch von staatlicher Seite entstanden Förderungspläne zur Unterstützung der Familiengründung: *„Sechs Wochen vor der Geburt des ersten Kindes bin ich in den Mutterschutz gegangen. Danach habe ich sechs Monate Pause gemacht und Mutterschaftsgeld bekommen.“* (4.05).

Zusätzlich zeigte sich ein Wandel in den Sektoren der von den Frauen nachgegangenen Berufe, was in folgender Graphik wiedergegeben wird.

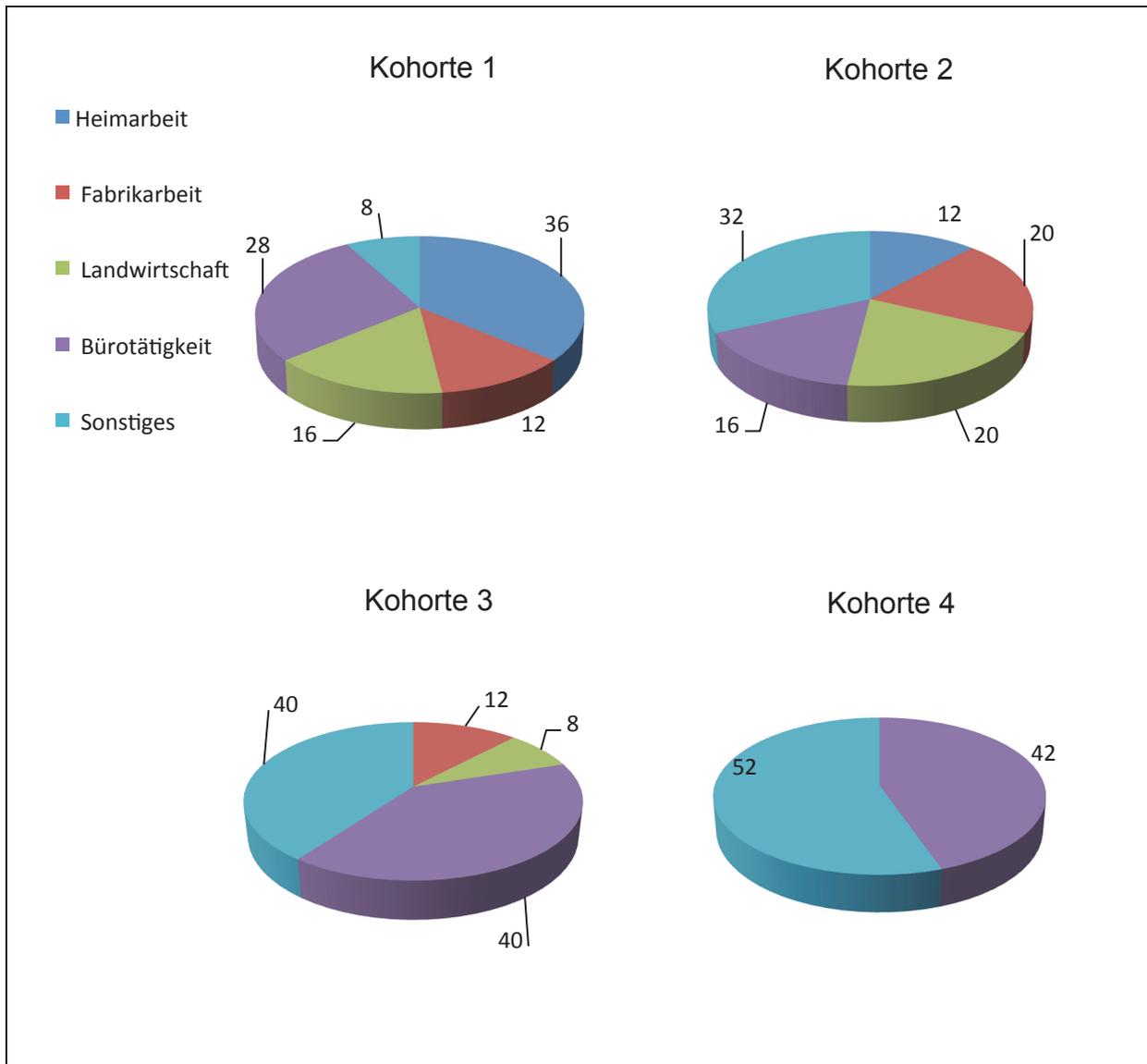


Abb. 8: **Prozentuale Verteilung der von den befragten Frauen nachgegangenen Berufssektoren.**

Bildete zwischen 1950 und 1960 die Heimarbeit mit 36% der Befragten noch den größten Sektor, so nahm dieser Tätigkeitsbereich im Verlauf der Dekaden drastisch ab. In Kohorte 2, also zwischen 1960 und 1970, wurden vor allem sonstige Berufe wie zum Beispiel der Beruf der Krankenschwester ausgeübt, aber auch Fabrikarbeiten und landwirtschaftliche Tätigkeiten wurden vermehrt betrieben. Danach nahm die Stärke dieser Sektoren stetig ab. In Kohorte 3 und 4 wurden sonstige Berufe und Bürotätigkeiten ausgeübt; alle anderen Sektoren waren kaum noch vertreten.

Der Anteil der Befragten, die ihrer Berufstätigkeit in einem Angestelltenverhältnis nachgingen, lag insgesamt bei 83%. Der Anteil der Frauen, die selbstständig oder im Familienbetrieb tätig waren, betrug 10% und 7%. Allerdings zeigte sich bei den zuletzt genannten ein Abfall der auf diese Weise in den verschiedenen Kohorten beschäftigten Frauen.

Im Durchschnitt gebar jede der befragten Frauen 2,4 Kinder. Jedoch unterschieden sich die einzelnen Befragungszeiträume in Bezug auf die Parität der befragten Frauen. Die ersten drei Kohorten waren durch einen etwa linearen Abfall der Geburtenrate geprägt. In Kohorte 4 wurde wiederum eine leichte Stabilisierung vermerkt. Dieser Zusammenhang wurde in der unten stehenden Abbildung skizziert. Dem statistischen Landesamt Baden-Württembergs zufolge lag die innerdeutsche Geburtenrate in den 1960ern tatsächlich bei 2,5 Kindern pro Frau. Allerdings verzeichnete sich danach ein noch drastischerer Abstieg dergleichen auf 1,4 Kinder pro Frau 1990. Die im Vergleich hohen Werte in dieser Abbildung lassen sich jedoch dadurch erklären, dass in dieser Befragung Frauen ohne Kinder auf Grund des Themas von vornherein ausgeschlossen waren.⁷⁹

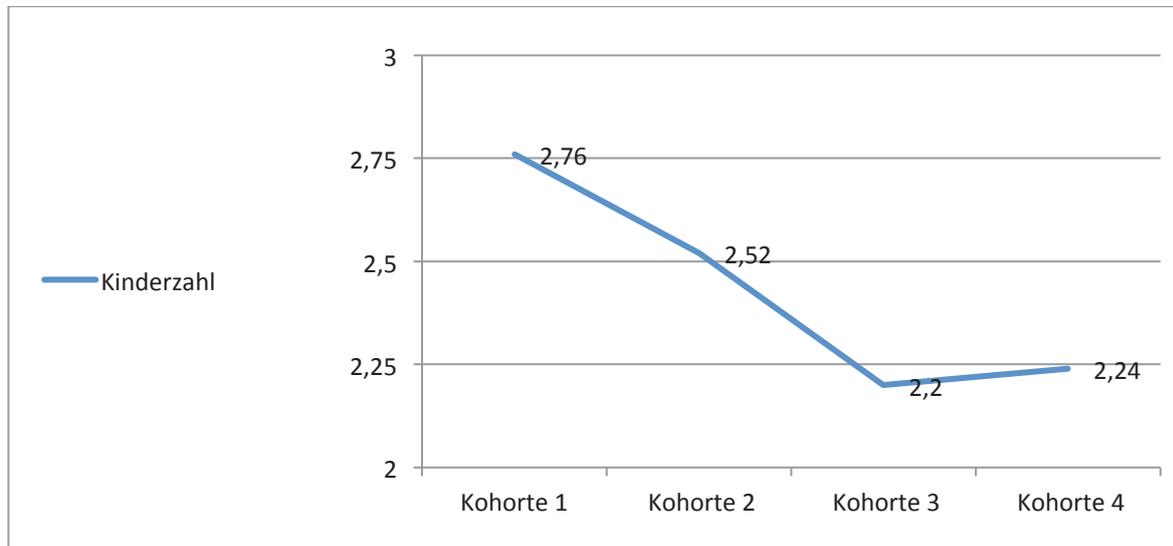


Abb. 9: **Parität der befragten Frauen.**

Über die Frage, ob sie selbst als Kind gestillt worden sind, konnten 30% der Mütter keine Aussage machen. Dabei war auffällig, dass diese Frage vor allem in den früheren Untersuchungszeiträumen nicht beantwortet werden konnte. In Kohorte 1 und 2 konnten 44% respektive 48% keine Auskunft geben, in Kohorte 3 und 4 waren

⁷⁹ Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2009, a. a. O. 22-25.

es nur noch 12% beziehungsweise 16% der jeweils in den Kohorten befragten Frauen. Von den Befragten, die sich erinnern konnten, ob sie gestillt worden waren, lag der Anteil der Gestillten in Kohorte 1 bei 100%, in Kohorte 2 bei 61,5%, in Kohorte 3 bei 68,2% und in Kohorte 4 bei 76,2%.

Warum viele der älteren Interviewteilnehmerinnen nicht beantworten konnten, ob sie gestillt worden sind, wird durch folgende Zitate erörtert: *“Wie lange man als Säugling gestillt worden ist? Über sowas hat man gar nicht gesprochen.“* (1.02). Und weiter: *„Da durfte man nicht nach fragen. Das war eine Schweinerei.“* (2.19). Diese Aussagen verdeutlichen die Tabuisierung des Themas Stillen im frühen Untersuchungszeitraum. Die Frauen aus den späteren Untersuchungszeiträumen hingegen waren besser informiert, was dieser Kommentar aus Kohorte 3 zeigt: *„Ich wurde 1,5 Jahre gestillt. Das war die Nachkriegszeit. Man hatte nichts anderes und es war günstig.“* (3.14).

4.1.2 Die Geburt

Der Geburtsort des ersten Kindes war immer häufiger das Krankenhaus. Gebären zwischen 1950 und 1960 noch 16% der Befragten ihr erstes Kind zu Hause, so waren es in den darauffolgenden Dekaden nur noch 12%, 8% beziehungsweise 0%. Im Geburtshaus⁸⁰ wurde lediglich eines der Kinder geboren (siehe Abb. 10).

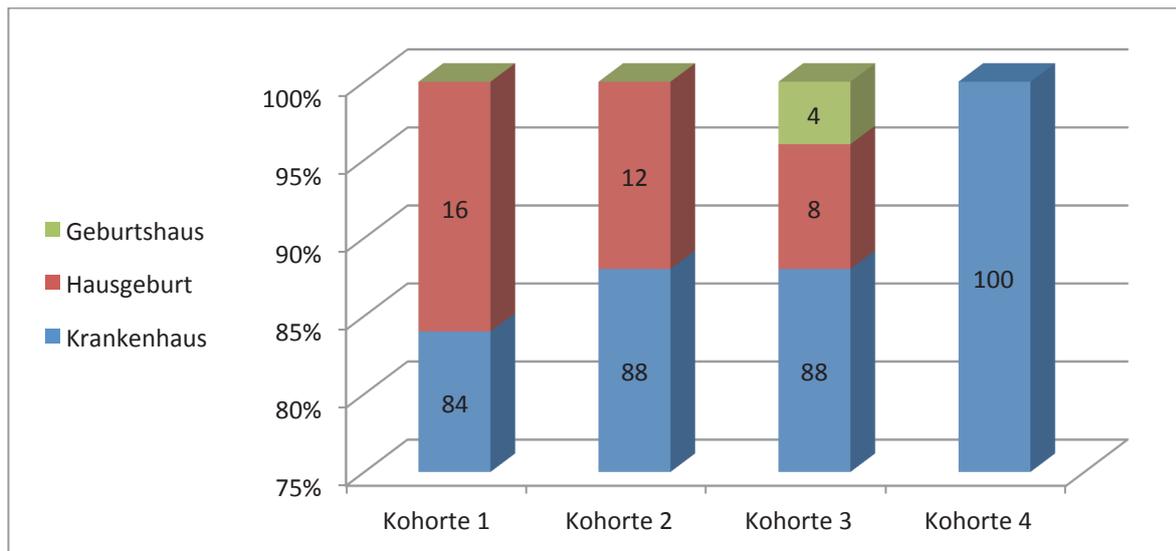


Abb. 10: **Prozentuale Verteilung der Geburtsorte des ersten Kindes.**

Zu dieser immer höher werdenden Zahl an Krankenhausentbindungen kam eine für heutige Verhältnisse lange Liegedauer, welche jedoch in der untersuchten Periode stetig abnahm: „Beim ersten Kind 1977 war ich zehn Tage im Krankenhaus, beim letzten 1985 nur noch sechs.“ (3.05). Diese hohe Zahl an Krankenhausgeburten und die langen Liegezeiten gingen einher mit einer ausgeprägten Einflussnahme des Krankenhauspersonals auf die Entwicklung der Mutter-Kind-Beziehung und des Stillvermögens post partum: „Ich war nach dem Kaiserschnitt drei Wochen im Krankenhaus. Das Kind wurde mir im Krankenhaus nicht gebracht, weil ich nicht stillen konnte. Ich durfte nicht mal ins Säuglingszimmer rein, dafür hatten die keine Zeit. Bei den anderen Frauen wurden die Kinder immer gebracht, weil die gestillt haben. Die habe ich immer beneidet.“ (1.10). Diese Haltung der strikten Separation von Mutter und Kind reichte bis hinein in die 80er Jahre: „Im Krankenhaus haben sie gesagt man könne mit Kaiserschnitt nicht stillen, da müsse man erst die Narkose

⁸⁰ Geburtshäuser sind von Hebammen geführte, außerklinische Einrichtung zur Betreuung gebärender Frauen.

abwarten. Die haben sich geweigert und erst auf mein Drängen hin nach drei Tagen das Kind gebracht. [...] In den 80er Jahren war man dann nicht mehr so abgeneigt. Da kannte man dann auch schon Rooming-in.“ (3.19) Ein Wandel dieser Haltung im Verlauf der 80er Jahre bestätigt das folgende Zitat: „Ich war eine Woche im Krankenhaus. Die Kinder waren auch längere Zeit mit im Zimmer. Das konnte man selbst mitentscheiden.“ (4.11).

Ein weiterer Unterschied lässt sich in der Häufigkeit der angewandten Kaiserschnitte erkennen. In Kohorte 1 und 2 wurde die Geburt des ersten Kindes in jeweils lediglich 8% der Fälle per Kaiserschnitt vollzogen. Die restlichen 92% kamen auf natürlichem Weg zur Welt. In Kohorte 3 und 4 hingegen wurden 12% respektive 28% der Säuglinge durch einen Kaiserschnitt geboren. Dies bedeutet eine Steigerung der Kaiserschnitttrate von 350% zwischen 1950 und 1990 in der befragten Population.

Zudem zeigte sich ein Wandel in der Akzeptanz geburtsunterstützender Maßnahmen. Mithilfe der abgebildeten Tabelle wird deutlich, dass in der Zeit von 1950 bis 1990 die Teilnahme an Geburtsvorbereitungskursen von acht auf 64% zugenommen hat. In der Annahme zur Gesundheitsunterstützung durch eine Nachsorgehebamme zeigte sich ein umgekehrt proportional verlaufendes Bild. Haben zwischen 1950 und 1960 28% der Befragten die Hilfe einer Nachsorgehebamme in Anspruch genommen, so waren es zwischen 1970 und 1980 nur 4%. Zwischen 1980 und 1990 regenerierte sich die Zahl der in Anspruch genommenen Nachsorgehebammen wieder.

	Geburtsvorbereitungskurs		Nachsorgehebamme	
	Ja	Nein	Ja	Nein
Kohorte 1	8	92	28	72
Kohorte 2	24	76	20	80
Kohorte 3	68	32	4	96
Kohorte 4	64	36	17	83

Tabelle 4: Inanspruchnahme geburtsunterstützender Maßnahmen in den verschiedenen Kohorten. (Angaben in %)

Durch diese Angaben wird deutlich, dass zu den heute obsoleten Vorgaben im Krankenhaus die geringe Aufklärung der Mütter in den 50er und 60er Jahren ins Gewicht fiel: *„Geburtsvorbereitungskurse gab es gar nicht, das ging nur durch Mund-zu-Mund-Propaganda. Als die Wehen kamen, wusste ich erst gar nicht, was das war. Dann ging das alles so schnell und mein Mann hat die Hebamme gerufen.“* (1.08). Eine zunehmende Auseinandersetzung der Mütter mit den Themen Geburt und Stillen begann im Laufe der 60er Jahre: *„Ich habe selbst eine Ausbildung für Schwangerschaftsgymnastik gemacht Anfang der 60er Jahre. Ich war eine der Ersten. Da ist das gerade so aufgekommen.“* (2.10). Nach und nach wurden diese Veranstaltungen von den Müttern zum Informationsaustausch genutzt: *„Ich war beim ersten Kind im Geburtsvorbereitungskurs. Da konnte man sich dann auch mit anderen Müttern austauschen.“* (4.08). Durch bessere Aufklärung wurde auch der Wunsch nach Selbstbestimmung genährt: *„Beim Geburtsvorbereitungskurs haben wir auch über die Ernährung gesprochen. Da ging es dann schon mit alternativen Ideen los wie Rohkost, Stoffwindeln, Impfen ja oder nein.“* (4.23). Auch wurden im Gegensatz zu den früheren Untersuchungszeiträumen die Väter vermehrt in das Geburtsgeschehen integriert. Diese Entwicklung soll im zeitlichen Verlauf anhand der folgenden drei Zitate verdeutlicht werden. Die ersten beiden Zitate stammen aus den Kohorten 1 und 3: *„Die Väter waren damals bei der Geburt nicht dabei.“* (1.08). Und: *„Beim ersten Kind 1973 wurden die Väter im Krankenhaus aus dem Zimmer geschickt, wenn die Kinder zum Stillen gebracht wurden.“* (3.23). Das dritte Zitat aus Kohorte 4: *„Ich war mit meinem Mann zusammen beim Geburtsvorbereitungskurs.“* (4.16) bestätigt hingegen, dass in diesem Untersuchungszeitraum die Väter vermehrt aktiv in das Geschehen rund um den Geburtsakt involviert waren.

4.1.3 Die Säuglingsernährung

Die folgenden Abbildungen sollen einen Überblick über die Entwicklung der Stillhäufigkeit und der Stilldauer in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts verschaffen. Zu diesem Zweck wurden die Prozentzahlen der zu dem jeweiligen Zeitpunkt nach der Geburt des ersten Kindes stillenden Frauen in die Abbildung übertragen. Frauen, welche ihre Säuglinge gestillt haben, egal ob voll oder teilweise, sind jeweils in der oberen Kurve aufgeführt. Mütter, welche ausschließlich stillten wurden in den Abbildungen noch einmal gesondert, in Form der unteren Kurve, verzeichnet.

Kohorte 1:

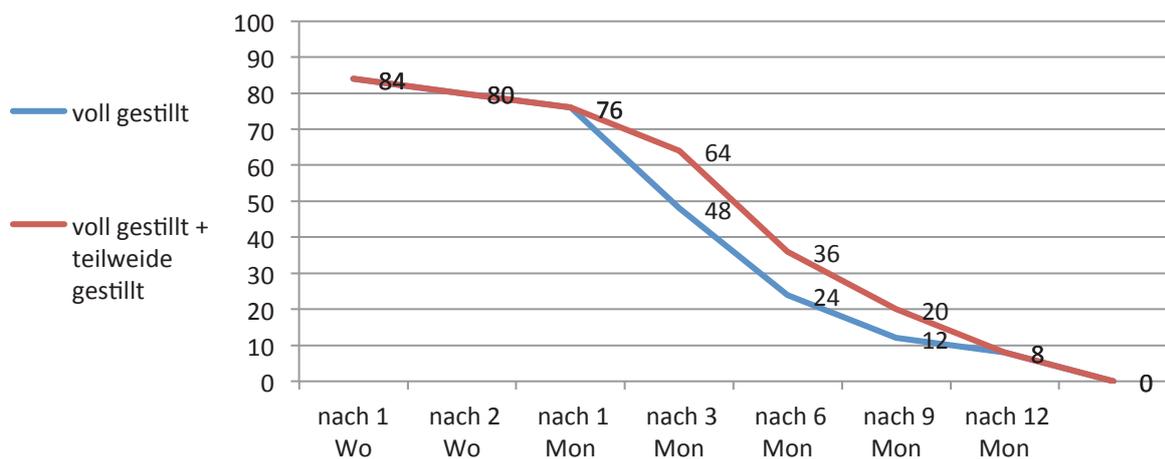


Abb. 11: **Prozentuale Stillhäufigkeit zwischen 1950 und 1960.** (Angaben in %)

In Kohorte 1 begannen 84% der befragten Frauen nach der Geburt des ersten Kindes dieses voll zu stillen. Innerhalb von drei Monaten sank dieser Anteil an Müttern auf 48%, nach sechs Monaten lag er bei 24% und nach zwölf Monaten nur noch bei 8%. Addiert man zu diesem Anteil an gestillten Kindern noch den Anteil an Säuglingen, die teilweise gestillt wurden, so betrug der Anteil jener drei Monate nach der Geburt 64% statt 48%. Nach sechs Monaten lag dieser Anteil bei 36%, nach zwölf Monaten glichen sich die beiden Werte wieder an.

Kohorte 2:

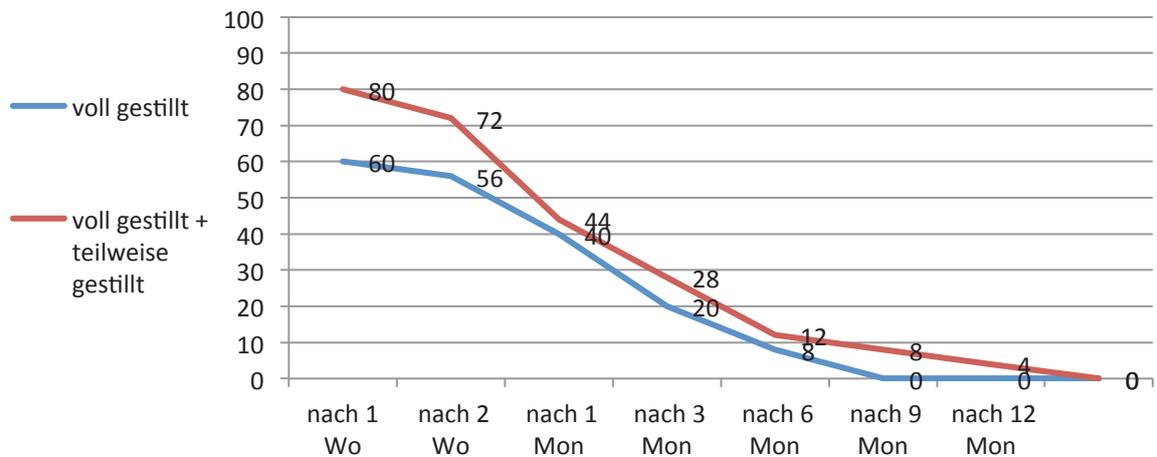


Abb. 12: **Prozentuale Stillhäufigkeit zwischen 1960 und 1970.** (Angaben in %)

Verglichen mit Kohorte 1 fällt die Kurve von Kohorte 2 deutlich steiler ab (siehe Abb. 12). Initial stillten hier insgesamt 80% der Mütter, 60% stillten voll. Nach drei Monaten lag der Anteil an voll stillenden Müttern bereits nur noch bei 20%, insgesamt stillten in dieser Zeit noch 28%. Nach sechs und zwölf Monaten stillten mit 8% beziehungsweise 0% nur noch ein sehr geringer Anteil der Befragten ihr erstes Kind voll, teilweise stillten zusätzlich jeweils 4%.

Kohorte 3:

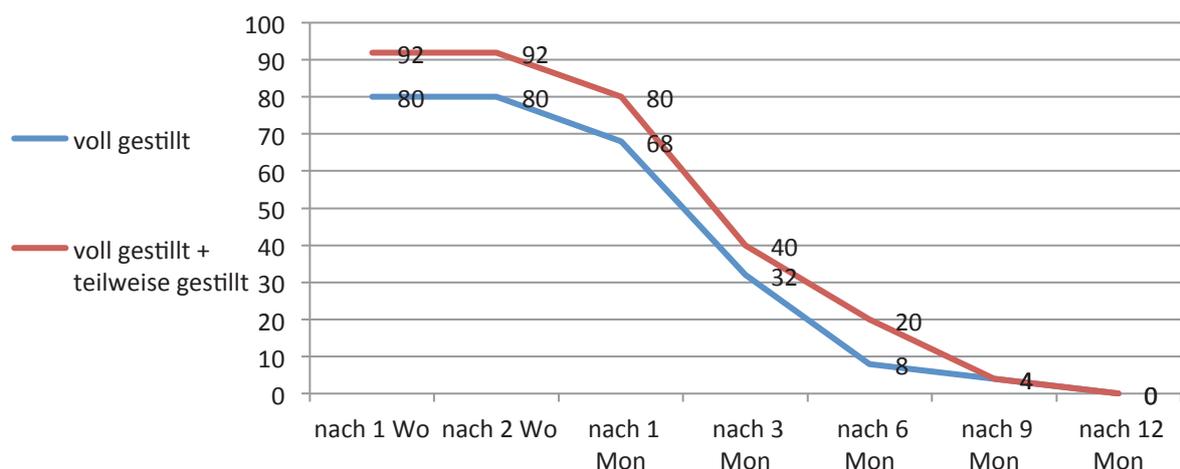


Abb. 13: **Prozentuale Stillhäufigkeit zwischen 1970 und 1980.** (Angaben in %)

In Kohorte 3 zeigte sich das Bild einer Glockenkurve mit einer im Vergleich hohen initialen Stillprävalenz von 92% und einem raschen Abfall der gleichen auf 40% nach drei Monaten und auf 20% nach sechs Monaten. Der Anteil der voll stillenden Frauen an der Gesamtpopulation betrug anfangs 80%, nach drei Monaten 32% und nach sechs Monaten 8%. Nach 12 Monaten stillte keine der in dieser Kohorte befragten Frauen mehr (siehe Abb. 13).

Kohorte 4:

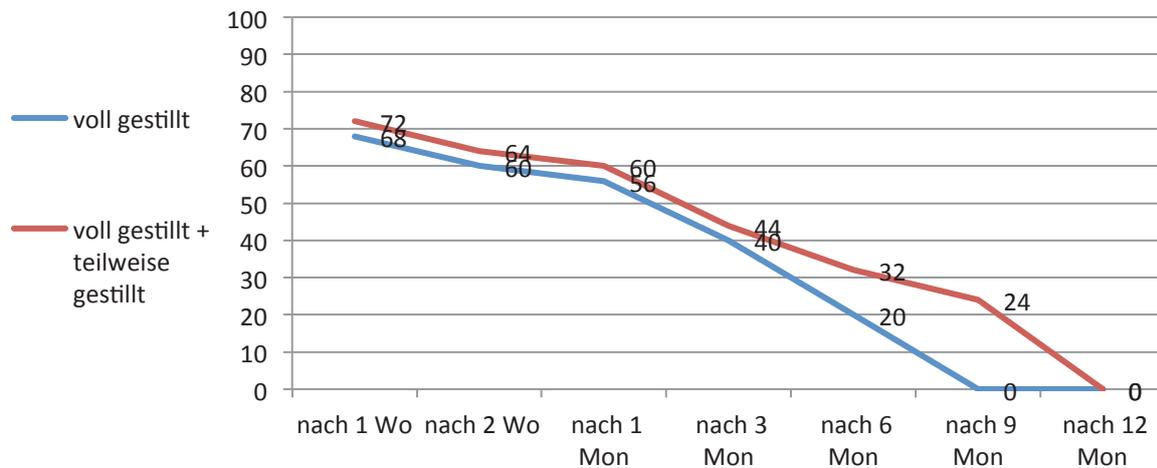


Abb. 14: **Prozentuale Stillhäufigkeit zwischen 1980 und 1990.** (Angaben in %)

In Abbildung 14 zeigte sich eine geradezu lineare Entwicklung der Stillhäufigkeit. Verglichen mit den anderen Untersuchungszeiträumen stillte in Kohorte 4 zu Beginn mit 72% ein geringer Anteil der Befragten. Allerdings zeigte sich im weiteren Verlauf, dass dieser Anteil in Relation zu Kohorte 2 und 3 lange stillte. Nach drei Monaten stillten noch 44% der Befragten, nach sechs Monaten noch 32%.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass eine stetige Entwicklung und Veränderung des Stillverhaltens stattgefunden hat. Der Untersuchungszeitraum ist gekennzeichnet durch eine anfänglich hohe und lange Stillbeteiligung. In Kohorte 1 wurde mit 84% der Befragten der größte Anteil an voll stillenden Müttern in Bezug auf die Gesamtpopulation ermittelt (siehe Abbildung 11). Auch im persönlichen Gespräch gaben die Mütter an, dass das Stillen zu dieser Zeit die natürlichste und einzig adäquate Säuglingsernährung war: „1952 war eine schlechte Zeit. Da gab es noch gar nicht so viel Anderes für kleine Kinder.“ (1.09). Zwar wurden in den 50er Jahren

auch die ersten Milchersatzprodukte entwickelt, diese konnten sich allerdings anfangs nur die wenigsten leisten: *„Mein Sohn wurde nicht satt. Das war so ein großes Kind. Dann habe ich dieses Alete-Milchpulver gegeben und das Stillen hat dann auch von selbst aufgehört. Das war damals eine ganz teure Angelegenheit, das konnte sich nicht jeder leisten.“* (1.08) Zusätzlich gab es von einigen Krankenkassen Stillprämien, sodass für die Mütter ein Anreiz geschaffen wurde, möglichst lange zu stillen: *„Man kriegte noch Geld von der Krankenkasse dafür, wenn man das Kind so und so lange stillte.“* (1.02).

Vergleichend zu Kohorte 1 stillten in den 1960ern initial nur rund 60% der befragten Mütter ihr erstes Kind voll. Daraus ergab sich eine Abnahme von 24%. Zuzuschreiben war diese Entwicklung hauptsächlich der zunehmenden Anerkennung von Milchersatzprodukten durch die Wissenschaft und dem Einsatz von ausgefeilten Werbestrategien seitens der Babynahrungsindustrie: *„Das war ja auch damals so eine Zeit, da sagte man, jedes Fläschchen ist besser als Muttermilch, vor allem in den 60er Jahren.“* (2.01). Und weiter: *„Ich habe 13 Monate gestillt. Da kam der Kinderarzt und sagte, du bist doch keine Kuh.“* (2.02). Es bestand von nun an nicht mehr die Notwendigkeit, seinen Säugling lange zu stillen, was den Müttern eine neue Unabhängigkeit bescherte: *„Das Stillen war früher eine Belastung. Die Kinder waren auch alle dick, es war nicht wichtig länger zu stillen.“* (2.20)

Dieser Trend setzte sich bis in die 70er Jahre fort: *„Das war auch damals so ein Trend. Man hat nicht gestillt und ich war auch froh, als ich es los war.“* (3.07) Allerdings wurden auch immer mehr Stimmen laut, die sagten, dass das Stillen die gesündeste Säuglingsernährung sei: *„Alle haben gesagt, dass das Stillen gesünder sei.“* (3.06), was ein Grund dafür sein könnte, dass die Stillraten in den 70er Jahren wieder anstiegen. Als weiterer wichtiger Faktor war der Bedeutungszuwachs der entstehenden Mutter-Kind-Beziehung durch das Stillen anzusehen: *„Durch das Stillen entsteht eine enge Bindung zum Kind. [...] Es war eine Symbiose. Ich hab sie gebraucht, damit mir nicht die Brust platzt und sie hat mich gebraucht.“* (4.07). Das Wohl des Kindes stand nun im Vordergrund, was sich vor allem in der Dauer des Stillens (siehe Abbildung 14) und in einer Erhöhung der Stillfrequenz niederschlug: *„Ich hab immer gedacht, das Kind müsste mehr trinken und habe sie dann öfter als alle vier Stunden gefüttert. Man war ja auch unsicher.“* (4.24).

Des Weiteren sollte die Frage beantwortet werden, inwiefern eine Diskrepanz zwischen dem ursprünglichen Stillwillen und der tatsächlichen Ausführung und Dauer des Anlegens bestand. Zu diesem Zweck wurden die Frauen gefragt, wie lange sie ursprünglich geplant hatten ihre Säuglinge zu Stillen. Die Ergebnisse wurden in Tabelle 15 aufgeführt.

Ursprünglicher Stillwunsch	Kohorte 1	Kohorte 2	Kohorte 3	Kohorte 4
Unter 3 Monate	0	0	8	8
3 Monate	4	12	28	0
6 Monate	24	20	28	40
9 Monate	24	4	8	24
12 Monate	12	8	4	12
Über 12 Monate	4	8	4	4
Gar nicht	0	20	8	8
Keine Angabe	32	28	12	4

Tabelle 5: Ursprünglicher Stillwunsch in Monaten. (Angaben in %)

Bei Betrachtung der Ergebnisse wird deutlich, dass der ursprüngliche Stillwunsch nicht mit der tatsächlichen Stilledurchführung korreliert. So planten in Kohorte 1 24% der Befragten, sechs Monate zu stillen. Darüber hinaus wollten weitere 40% neun, zwölf oder über zwölf Monate stillen. Das heißt, dass in der Kohorte nach sechs Monaten noch 64% der Befragten stillen wollten. Tatsächlich stillten jedoch nach sechs Monaten nur noch 36%. Dieses Bild bestätigt sich auch bei Betrachtung der anderen Populationen. In Kohorte 4 wollten 80% der Befragten sechs Monate oder darüber hinaus stillen, tatsächlich taten dies jedoch nur 32%. In den Kohorten 2 und 3 wollten hingegen mit 60% beziehungsweise 56% der Großteil der Befragten gar nicht oder höchstens drei Monate stillen oder hatten sich keine Gedanken darüber gemacht, wie lange sie stillen wollten.

Zusätzlich zum Stillen oder statt des Stillens wurden in Kohorte 1 bei 72% der Befragten Milchersatzprodukte verwendet, in Kohorte 2 und 3 lag dieser Anteil bereits bei 92%. Im letzten Untersuchungszeitraum wurde der Anteil der durch Milchersatzprodukte gefütterten Säuglinge auf 76% reduziert. Bevorzugt verwendet wurden dafür in Kohorte 1 der 1950 von Milupa entwickelte Hafer-Trocken-Schleim, Milchbrei oder einfache Kuhmilch. Ebenfalls 1950 entwickelt wurde die Humana-Milch, eine Säuglingsnahrung, die der Muttermilch weitestgehend angeglichen war. Diese wurde neben der Milupa Säuglingsmilch in den darauffolgenden Untersuchungszeiträumen vermehrt zur Ernährung der Säuglinge verwendet.

Nach dem Stillen und/oder dem Füttern von Milchersatzprodukten folgte die Einführung von Kleinkindnahrung in Form von Gläschenkost oder Selbstgekochtem. Einen orientierenden Einblick über den Zeitpunkt der Einführung von Kleinkindnahrung liefert die nächste Graphik. Diese zeigt, dass das erste Füttern von Kleinkindnahrung in allen Populationen vorwiegend zwischen dem dritten und dem neunten Lebensmonat stattgefunden hat.

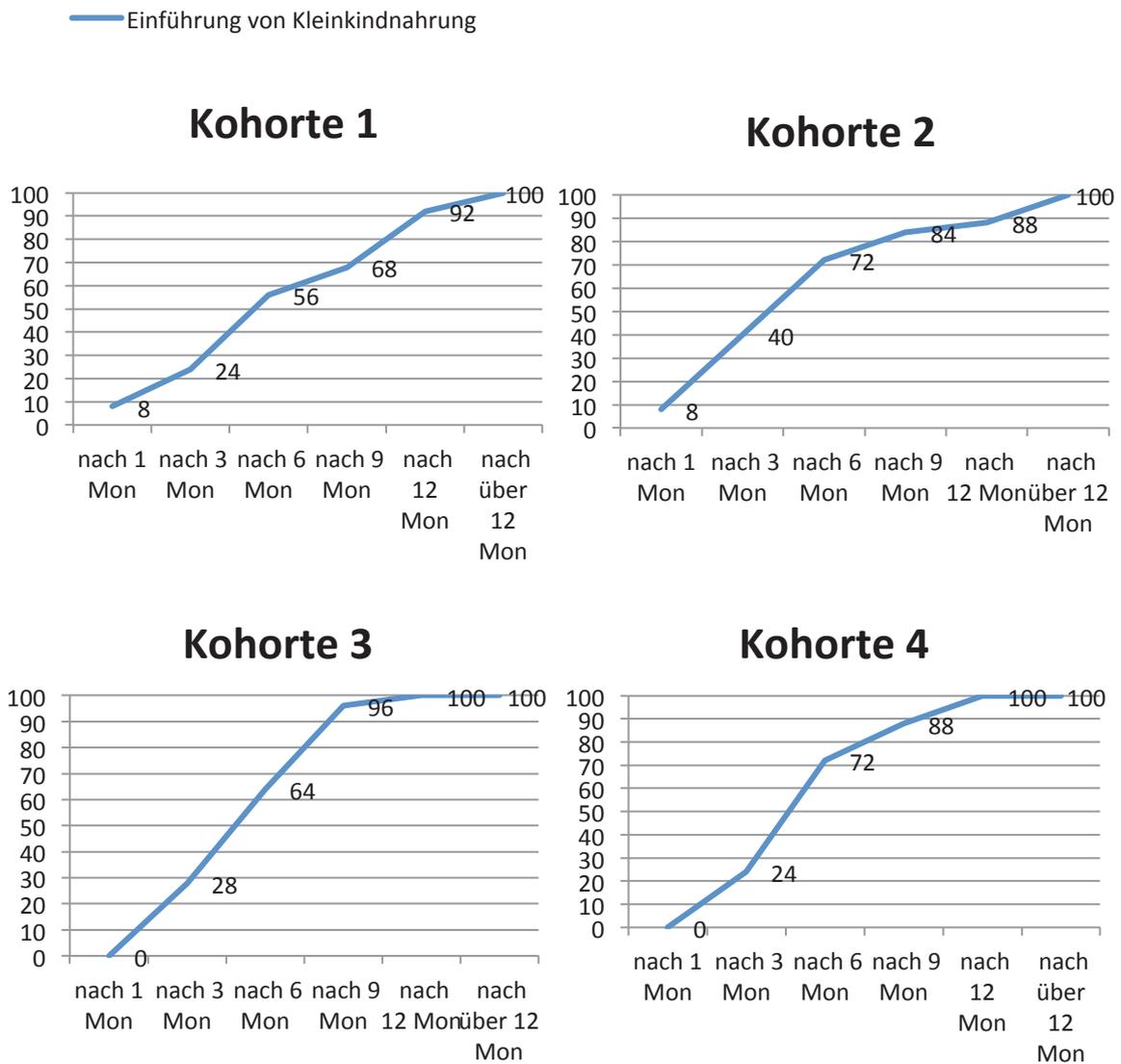


Abb. 15: Zeitpunkt der Einführung von Kleinkindnahrung in der befragten Population. (Angaben in %)

Darüber hinaus sollten weitere Fragen zum Stillhabitus erörtert werden. Begonnen wurde hierbei mit der Frage nach dem Zeitpunkt des ersten Anlegens nach der Geburt.

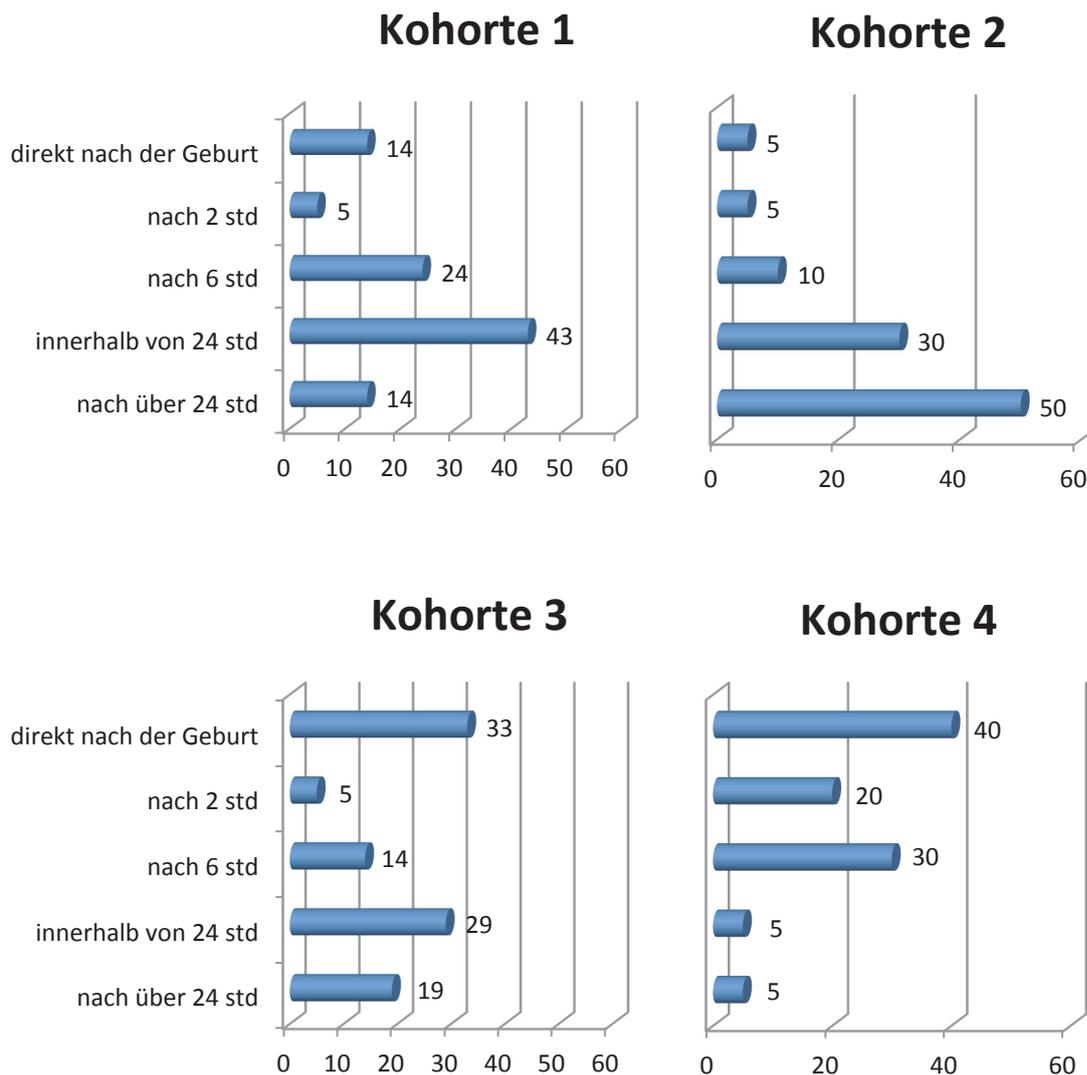


Abb. 16: Zeitpunkt des ersten Anlegens nach der Geburt des ersten Kindes. (Angaben in %)

Auffallend ist in dieser Abbildung der Wandel von einem vermehrt späteren ersten Anlegen in Kohorte 1 und 2 hin zu frühzeitigem Anlegen direkt nach der Geburt in Kohorte 3 und 4. Gaben in Kohorte 1 und 2 die wenigsten Mütter an, ihr erstes Kind direkt nach der Geburt oder wenige Stunden danach das erste Mal angelegt zu haben, so war dies in den letzten beiden Kohorten der überwiegende Anteil der befragten Frauen. In Kohorte 3 zeigte sich eine Zweigliederung zwischen den Frauen, die früh nach der Geburt (spätestens bis ca. sechs Stunden danach) angelegt haben, und denen die später anlegten. Somit machte sich zwischen 1970 und 1980 der Übergang in die beiden Kontroversen bemerkbar.

Die durch diese Werte vermittelte Tendenz bestätigte sich auch im persönlichen Gespräch mit den Befragten. Während viele Frauen in Kohorte 1 und 2 angaben, den Säugling erst einen Tag post partum das erste Mal angelegt zu haben: *„Das erste Anlegen erfolgte am nächsten Tag am Abend. Am ersten Tag bekam das Kind nur Wasser oder Tee. Die Milch musste erstmal einschießen.“* (2.16), bekamen Säuglinge in den 70er und 80er Jahren immer früher ihre erste Milchnahrung: *„Ich war aus der Narkose nach dem Kaiserschnitt noch gar nicht richtig wach, da haben sie mir schon das Kind angelegt. So zwei Stunden nach der Geburt.“* (4.03). In Kohorte 4 verstärkte sich dieser Trend weiter: *„Das jüngste Kind wurde 1990 direkt nach der Geburt angelegt. Da war das Krankenhauspersonal mehr hinterher als bei den älteren Kindern, die 1983 und 1986 geboren wurden.“* (4.08).

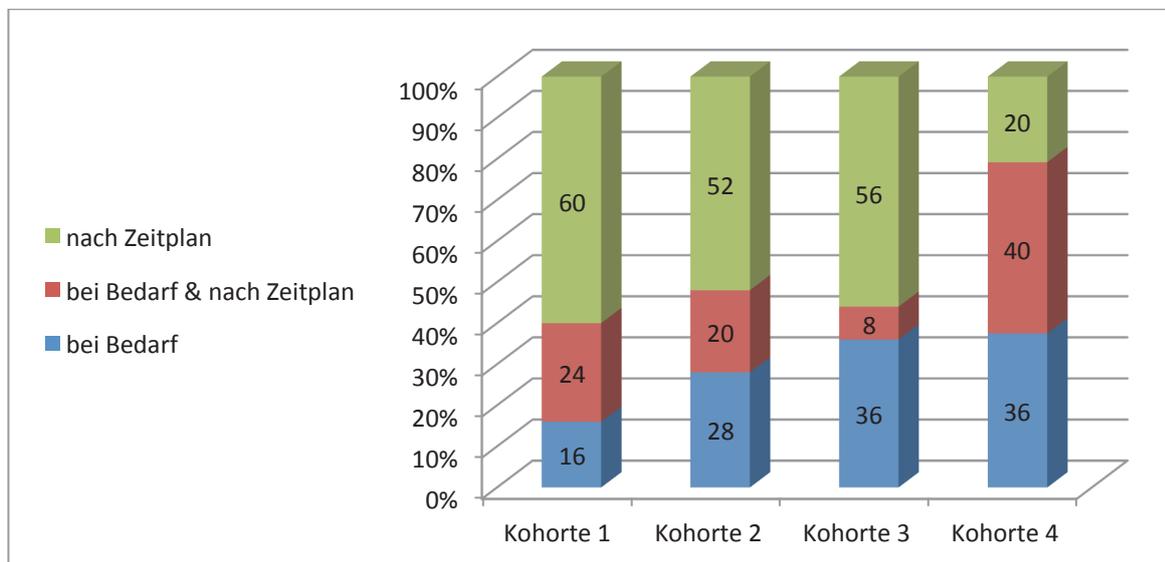


Abb. 17: Art des weiteren Anlegens beziehungsweise Fütterns im ersten Lebensjahr.

Auch in Bezug auf die Art des weiteren Anlegens beziehungsweise (Zu-)Fütterns im ersten Lebensjahr nach der Geburt zeigten sich deutliche Unterschiede, welche in der oben stehenden Abbildung veranschaulicht wurden. Wurden in den ersten drei Kohorten der größte Teil der Säuglinge nach Zeitplan gefüttert, so wurde zwischen 1980 und 1990 das Füttern nach Bedarf und Zeitplan beziehungsweise nur nach Bedarf bevorzugt. Auch hier zeichnet sich verstärkt in Kohorte 3 der Übergang von der strikten Reglementierung in das Füttern ad libitum ab.

Die besagten Stillzeitpläne sahen, basierend auf den Angaben der Mütter, folgendermaßen aus: *„Man hat alle vier Stunden gestillt und nachts nicht. Ich hatte*

einen Plan vom Kinderarzt. Damals hat man gesagt, die müssen an Ordnung gewöhnt werden. Wenn die dann schreien, dann soll man die schreien lassen. Ich hab die dann abends um zehn das letzte Mal angelegt und dann morgens um fünf noch mal.“ (2.03). Zusätzlich bekamen die Mütter einen Plan mit genauen Grammangaben, welche ein Kind im jeweiligen Alter zu sich nehmen sollte: „Man bekam vom Arzt einen genauen Zeitplan mit Mengenangaben was gefüttert werden sollte. Vor und nach dem Essen wurde das Kind gewogen.“ (2.17).

Durch die strikte Vorgabe der Zeitpläne gaben in Kohorte 1 und 2 84% beziehungsweise 96% der Befragten an, ihre Säuglinge alle drei bis vier Stunden gefüttert zu haben, so wie es der Zeitplan vorsah. In Kohorte 3 und 4 hingegen gaben bereits 20% beziehungsweise 24% der Mütter an, ihre Säuglinge häufiger als alle drei bis vier Stunden gefüttert zu haben.

Bei der Frage nach dem nächtlichen Stillen beziehungsweise (Zu-)Füttern zeichnete sich unter den Befragten ebenfalls eine im Verlauf liberaler werdende Haltung ab. Zwischen 1950 und 1960 gaben 50% der Befragten an, ihre Kinder nachts nicht gefüttert zu haben. Dieser Anteil lag in Kohorte 2 und 3 bei 36% und in Kohorte 4 nur noch bei 12%.

Die folgende Abbildung bezieht sich auf das Stillen in der Öffentlichkeit. Diese Frage wurde allen Frauen gestellt, die ihr erstes Kind länger als zwei Wochen gestillt haben. Bei genauerer Betrachtung wird deutlich, dass nicht nur in Bezug auf Modus und Häufigkeit das Stillverhalten liberalere Formen angenommen hat. Auch in Bezug auf den öffentlichen Umgang mit dem Stillen wurde eine zunehmend legerere Haltung angenommen. Gaben in Kohorte 1 und 2 noch knapp 90% der Befragten an, nicht in der Öffentlichkeit zu stillen, so waren dies in Kohorte 3 und 4 nur noch 55% beziehungsweise 27%. Wieder stellte Kohorte 3, also der Zeitraum zwischen 1970 und 1980, die Trendwende dar.

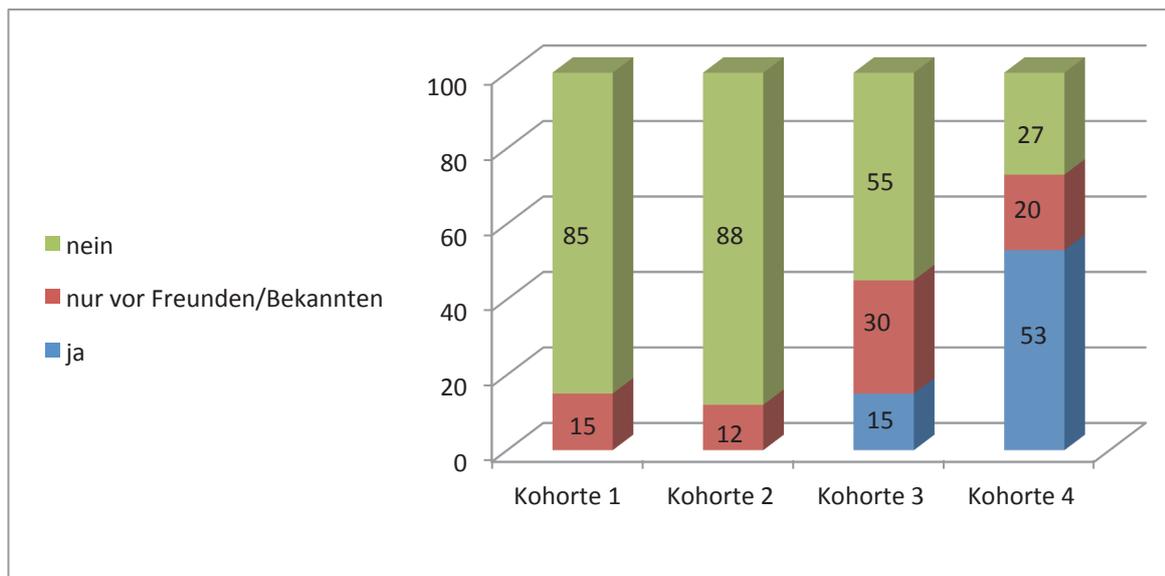


Abb. 18: **Stillen in der Öffentlichkeit.** (Angaben in %)

Auf die Frage nach einer Ernährungsumstellung, die ebenfalls allen Frauen gestellt wurde, die länger als zwei Wochen gestillt haben, gaben in Kohorte 1 25%, in Kohorte 2 30%, in Kohorte 3 48% und in Kohorte 4 73% der Befragten an, ihre Ernährung in der Stillphase umgestellt zu haben.

Einerseits hatten Frauen im frühen Untersuchungszeitraum möglicherweise nicht die Mittel, ihre Ernährung umzustellen: *„Man war froh, wenn man was hatte.“* (1.06), andererseits kann durch diese Zunahme an Ernährungsumstellungen im späteren Zeitraum auch eine vermehrte Auseinandersetzung der Mütter mit dem Stillen und der Gesundheit der Säuglinge abgeleitet werden. Gemieden wurden in dieser Zeit vor allem säurehaltige Lebensmittel wie Zitrusfrüchte und blähende Lebensmittel wie Kohl. Des Weiteren wurde häufig auf Kaffee und Alkohol verzichtet. Malzbier galt hingegen als laktationsfördernd: *„Der Arzt im Krankenhaus sagte mir, wenn man dunkles Bier trinkt, kommt mehr Milch.“* (2.16).

Die nachfolgende Tabelle führt die Einbeziehung weiterer Personen (neben der Mutter) in die Säuglingsernährung auf:

Eingebunden in die Säuglingsernährung	Kohorte 1	Kohorte 2	Kohorte 3	Kohorte 4
Kindesvater	20	32	40	76
Großeltern	32	40	48	48
Geschwister	4	8	0	8
Tagesmutter	8	4	0	8
Freunde/Bekannte	0	0	12	12

Tabelle 6: In die Säuglingsernährung eingebundene Personen neben der Mutter.

(Angaben in %)

Die angegebenen Werte weisen auf eine zunehmende Bedeutung der Vaterrolle in Bezug auf die Säuglingsernährung hin. Waren zwischen 1950 und 1960 nur rund 20% der Väter in die Säuglingsernährung involviert, so waren es 40 Jahre später bereits 76%. Auch die Unterstützung durch die Großeltern (hier jedoch vorzugsweise der Großmütter) und durch Freunde nahm im Untersuchungszeitraum deutlich zu. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass in den früheren Dekaden die Mütter in Bezug auf die Säuglingsernährung vorzugsweise auf sich allein gestellt waren, wohingegen im späteren Untersuchungszeitraum mehr Unterstützung aus dem persönlichen Umfeld zur Verfügung stand beziehungsweise von den Müttern angenommen wurde.

Warum die Väter in den frühen Untersuchungszeiträumen nicht an der Säuglingsernährung beteiligt waren, wird durch folgende Zitate erörtert: *„Säuglinge waren Frauenarbeit.“* (2.08). Ebenso wie: *„Es schickte sich nicht, dass der Mann die Flasche gab.“* (3.24). Nur im Notfall, oder wenn die Familie viele Kinder hatte, wurde erwähnt, dass die Väter eingesprungen sind: *„Bei den ersten beiden Kindern war ich sowieso allein zuständig, aber wo wir dann so viele hatten, hab ich schon mal zu meinem Mann gesagt, er solle weiter die Flasche geben. Aber nur im Notfall ist der da eingesprungen. Und gewickelt haben die Väter sowieso nicht früher.“* (1.24). Dies änderte sich im letzten Untersuchungszeitraum: *„Morgens um sechs hat mein Mann dann alleine die Kinder fertig gemacht. Das hat der richtig genossen, die Zeit mit denen alleine zu haben.“* (4.14).

Des Weiteren wurden die Mütter gefragt, ob sie über die Still- und sonstigen Gewohnheiten ihres Säuglings ein Still-/Elterntagebuch geführt haben. Dies würde für eine gesteigerte Auseinandersetzung der Befragten mit dem Thema sprechen und wurde in Kohorte 1 von 12,5%, in Kohorte 2 von 4%, in Kohorte 3 von 12% und in Kohorte 4 von 26% der Befragten bejaht. Dies deutet auf eine abnehmende Auseinandersetzung der Mütter mit der Ernährung und den Gewohnheiten des Säuglings in den 60er Jahren und auf ein zunehmendes Interesse vor allem in den 80er Jahren hin.

4.1.4 Persönliche Gründe für oder gegen das Stillen

Die Frage nach den persönlichen Gründen für das Stillen wurde allen Frauen gestellt, die ihr erstes Kind gestillt haben (unabhängig von der Stilldauer) und in Form von standardisierten Antwortmöglichkeiten beantwortet. Die Antworten wurden in folgender Tabelle skizziert.

Gründe für das eigene Stillen	Kohorte 1	Kohorte 2	Kohorte 3	Kohorte 4
Mutter-Kind-Bindung	60	100	73	93
Gesündeste Ernährung	76	95	91	100
kostengünstig	32	45	9	40
praktisch	48	55	41	80
Gesundheitl. Vorteile für Mutter	12	20	23	20
Frauenbild	52	40	18	53

Tabelle 7: Persönliche Gründe für das Stillen des ersten Kindes. (Angaben in %)

Diese Ergebnisse zeigen, dass das Stillen in allen Kohorten vor allem auf Grund des positiven Einflusses auf die Mutter-Kind-Bindung und der Annahme, es sei die gesündeste Ernährungsweise für Säuglinge, bevorzugt wurde. Die gesundheitlichen Vorteile, die das Stillen den Müttern bietet sowie dessen geringe Kosten wurden nur von wenigen Befragten als Gründe für das eigene Stillen angegeben. Je nach befragter Kohorte zählten sowohl die praktische Anwendung als auch das Frauenbild der Befragten bei den angegebenen Gründen zu den häufigsten. Interessanterweise sahen vermehrt die Befragten aus Kohorte 4 letzteres als relevant an. In Bezug auf die Quantität der gegebenen Antworten, zeigte sich vor allem in den Kohorten 2 und 4 eine vermehrte „Ja-Sage-Tendenz“.

Des Weiteren wurde nach den Gründen gefragt, die zum Nicht-Stillen oder zum frühzeitigen Zufüttern geführt haben. Dabei wurden keine Antwortmöglichkeiten

vorgegeben. Die gegebenen Antworten wurden kategorisiert und werden im Folgenden aufgelistet:

Kohorte 1:

Gesundheitliche Gründe

- 24%: Es wurde zu wenig Milch produziert.
- 12%: Die Brustwarze hat sich entzündet.
- 8%: Es war mir aus körperlichen Gründen nicht möglich, zu stillen.
- 4%: Das Kind hat die Brust verweigert.
- 4%: Das Kind hat an Gewicht verloren.
- 4%: Es bestand Angst, Gifte (z.B. Medikamente) an das Kind weiterzugeben.

Lebensstil

- 20%: Durch die Berufstätigkeit war das Stillen nicht möglich.

Externe Beeinflussungen

- 8%: Es war laut der Wissenschaft besser, Milchersatzprodukte zu füttern.

Kohorte 2:

Gesundheitliche Gründe

- 28%: Es wurde zu wenig Milch produziert.
- 12%: Die Brustwarze hat sich entzündet.
- 8%: Es war mir aus körperlichen Gründen nicht möglich, zu stillen.
- 8%: Das Kind wurde nicht satt.
- 4%: Es bestand Angst, Gifte (z.B. Medikamente) an das Kind weiterzugeben.

Lebensstil

- 20%: Die Flaschenfütterung war bequemer.
- 16%: Durch die Berufstätigkeit war das Stillen nicht möglich.
- 4%: Es bestand Angst um die Figur.
- 4%: Durch externe Stressoren war das Stillen nicht möglich.

Externe Beeinflussungen

- 20%: Es war laut der Wissenschaft besser, Milchersatzprodukte zu füttern.
- 12%: Das Stillen war nicht modern.

Kohorte 3:

Gesundheitliche Gründe

- 16%: Es wurde zu wenig Milch produziert.
- 12%: Die Brustwarze hat sich entzündet.
- 4%: Das Kind hatte Saugschwierigkeiten.
- 4%: Es bestand Angst, Gifte (z.B. Medikamente) an das Kind weiterzugeben.

Lebensstil

- 28%: Durch die Berufstätigkeit war das Stillen nicht möglich.
- 4%: Die Flaschenfütterung war bequemer.
- 4%: Um wieder rauchen zu können.
- 4%: Es bestand Angst um die Figur.
- 4%: Um wieder schwanger werden zu können.

Externe Beeinflussungen

- 28%: Es war laut der Wissenschaft besser, Milchersatzprodukte zu füttern.
- 20%: Das Stillen war nicht modern.

Kohorte 4:

Gesundheitliche Gründe

- 40%: Es wurde zu wenig Milch produziert.
- 16%: Es war mir aus körperlichen Gründen nicht möglich, zu stillen.
- 12%: Die Brustwarze hat sich entzündet.
- 8%: Das Kind hat die Brust verweigert.
- 8%: Das Kind wurde nicht satt.
- 8%: Das Kind hatte gesundheitliche Probleme.
- 4%: Das Kind hatte Saugschwierigkeiten.

Lebensstil

- 12%: Durch externe Stressoren war das Stillen nicht möglich.
- 4%: Durch die Berufstätigkeit war das Stillen nicht möglich.
- 4%: Die Flaschenfütterung war bequemer.
- 4%: Um wieder rauchen zu können.
- 4%: Aus persönlicher Überzeugung.

Externe Beeinflussungen

- 8%: Ich hatte zu wenig Informationen zum Thema Stillen

- 4%: Im Krankenhaus wurde bereits zugefüttert.

Durch diese von den Befragten gegebenen Antworten wird deutlich, dass mindestens ein Viertel der jeweils in den Kohorten befragten Frauen gesundheitliche Gründe für das Unvermögen zu Stillen beziehungsweise das frühzeitiges Abstillen angaben. Dabei wurde vor allem die subjektive Empfindung, es würde zu wenig Milch produziert, von den Frauen als Grund angegeben. Als weitere gesundheitliche Stillhindernisse wurden vor allem die Brustwarzenentzündung, sonstige körperliche Gründe, die Brustverweigerung seitens des Säuglings sowie die Angst, es können durch das Stillen Gifte, zum Beispiel nach einer Vollnarkose beim Kaiserschnitt oder Medikamenteneinnahme, an das Kind weitergegeben werden. Bei den durch den Lebensstil bedingten Gründen, die das Stillen verhinderten oder abkürzten, wurde zwischen 1950 und 1960 allein die Berufstätigkeit angegeben. Diese wurde auch in den folgenden Untersuchungszeiträumen genannt, allerdings kamen multiple Faktoren hinzu, darunter vor allem die Angaben, dass die Flaschenfütterung bequemer gewesen sei, der Wunsch bestand, wieder rauchen zu können, und die Angst um die Figur. In Bezug auf die externen Beeinflussungen, also durch Wissenschaft und Gesellschaft, wurde vor allem in den Kohorten 2 und 3 darauf verwiesen, dass es laut der Wissenschaft in der zugehörigen Zeit besser gewesen sei, dem Säugling Milchersatzprodukte zu füttern. Im gleichen Zeitraum gaben viele Mütter an, dass das Stillen nicht modern gewesen sei.

Ursächlich für das von den Befragten angegebene Sistieren des Milchflusses mag einerseits die mangelnde Aufklärung: *„Meine Bett Nachbarinnen haben alle die Flasche gegeben mangels Aufklärung im Krankenhaus.“* (2.03), andererseits die fehlende Ruhe gewesen sein: *„Wir hatten Landwirtschaft mit Schweinen und Feldern. Da hab ich dann direkt nach der Geburt wieder auf dem Feld gearbeitet. Da musste man rennen und so, und dann kam auch keine Milch mehr.“* (2.20). Das Versiegen der Milch aufgrund psychischen und physischen Stresses wurde in diesem Zusammenhang von vielen Müttern berichtet. Einige nahmen diese Tatsache zum Anlass, erst gar nicht mit dem Stillen zu beginnen oder dies frühzeitig zu beenden: *„Beim zweiten Kind wurde es mir dann irgendwann zu viel und zu stressig. Weil man dann auch nicht die Ruhe hatte.“* (4.03). Eine mögliche Ursache für eine

Brustwarzenentzündung, welche ebenfalls häufig als Grund das Beenden der Stillzeit genannt wurde, liefert das folgende Zitat: *„Das Stillen wurde sehr streng gehandhabt. Das Kind wurde rein gebracht und nach 20 Minuten wiedergeholt. Wenn das Kind noch nicht fertig war, blieb man mit voller Brust zurück, welche sich dann auch entzünden konnte. Stillen wurde nicht sehr gefördert.“* (3.23).

Stillhindernisse, welche sich aus dem persönlichen Lebensstil der Befragten ergaben, waren je nach Kohorte vor allem die Berufstätigkeit der Mütter sowie die Tatsache, dass die Flaschenfütterung als bequemer erachtet wurde (siehe 4.1.4). Welche Umstände das Stillen wirklich mit sich brachte, wird durch das folgende Zitat anschaulich beschrieben: *„Die Bluse war ständig nass. Da klatschte man dann am Bettlacken fest. Das war nicht schön.“* (4.19). Selbst alltägliche Dinge wurden durch das Stillen beeinflusst: *„Nach dem Tennisspielen war die Milch angesäuert, dann hat das Kind immer ein angewidertes Gesicht gemacht. Als dann zugefüttert wurde, wollte meine Tochter lieber Brei essen.“* (4.07). Somit wurde das Abstillen nicht immer von den Müttern gesteuert, sondern wie im oben aufgeführten Zitat teilweise auch durch den Säugling.

4.1.5 Informationsquellen und Einflüsse

Unter Punkt 4 des Fragebogens wurde nach den Informationsquellen und Einflüssen zum Thema Säuglingsernährung gefragt. Diese wurden eingeteilt in: Persönliches Umfeld, Medizinisches Personal, Gruppen/Institutionen, Literatur/Medien und Gesellschaft/Politik.

<i>Persönliches Umfeld</i>	Kohorte 1	Kohorte 2	Kohorte 3	Kohorte 4
Partner	8	8	8	8
Mutter	40	28	28	24
Vater	4	4	0	0
Geschwister	0	4	8	12
Familie allgemein	4	8	4	0
Befreundete Mütter	4	16	56	52
Kinderlose Freunde	4	4	4	0

Tabelle 8: Informationsquellen zum Thema Säuglingsernährung aus dem persönlichen Umfeld der Mütter. (Angaben in %)

Im persönlichen Umfeld waren es im frühen Untersuchungszeitraum vor allem die Mütter der Befragten, die als Informationsquelle dienten: *„Der Rat der eigenen Mutter ist das Beste.“* (1.18). Allerdings wurde insgesamt nicht viel über dieses Thema gesprochen: *„Zu der Zeit wurde im persönlichen Umfeld nicht so viel über diese Dinge geredet wie das heute ist.“* (2.08). Wie schon unter Punkt 4.2.1 und 4.2.2 erwähnt, war das Thema immer noch schambesetzt, des Weiteren lebten die Mütter post partum eher zurückgezogen, so dass die Möglichkeit des Austausches nicht bestand: *„Befreundete Mütter hatte man nicht viele. Man ist ja auch nicht viel rausgekommen.“* (1.10). Dies änderte sich mit dem Aufkommen von Geburtsvorbereitungskursen, Krabbelgruppen und Stillgruppen, welche dafür sorgten, dass das Thema Stillen vermehrt zur öffentlichen Diskussion wurde: *„Zu meiner Zeit gab es noch keine öffentliche Diskussion. Erst später als dann die*

Stillgruppen aufkamen.“ (2.25). Diese Institutionen übten aber in der befragten Population einen eher geringen Einfluss auf die Frauen aus (siehe Tabelle 10). Die wenigen in der Population, die eine Stillgruppe besuchten, blieben eher skeptisch: *„Ich war mal in einer Stillgruppe und die wollten einem dann beibringen, dass es normal wäre auch mal auf einer Parkbank zu stillen. Ich hab zwar auch in der Öffentlichkeit gestillt, aber dann eher an einem ruhigen Platz.“* (4.21). Jedoch wurden sie von ihnen genutzt, um sich untereinander austauschen zu können: *„Zum Beispiel in der Krabbelgruppe hat man sich mit anderen Müttern ausgetauscht.“* (4.01). Insgesamt nahm der Informationsaustausch im persönlichen Umfeld in Kohorte 3 und 4 stark zu, bevorzugt wurde vor allem mit befreundeten Müttern interferiert (siehe Tabelle 8).

<i>Medizinisches Personal</i>	Kohorte 1	Kohorte 2	Kohorte 3	Kohorte 4
Arzt	48	32	52	52
Hebamme	32	16	24	44
Krankenschwester/ Stillschwester	8	12	12	20

Tabelle 9: Informationsquellen zum Thema Säuglingsernährung seitens des Medizinischen Personals. (Angaben in %)

Auf Ebene des medizinischen Personals war ebenfalls eine Einflusszunahme im Untersuchungszeitraum zu beobachten. Hier diente vor allem der Arzt als Ratgeber, an zweiter Stelle stand die Hebamme. In Kohorte 1 wurde wie schon im persönlichen Umfeld eher wenig über das Thema gesprochen: *„Die Ärzte meinten auch, dass die Muttermilch am gesündesten wäre. Aber es wurde nicht viel darüber gesprochen.“* (1.24). Da noch einige Säuglinge zu Hause geboren wurden, verübten (Nachsorge-)Hebammen in dieser Zeit ebenfalls einen gewissen Einfluss: *„Bei Geburten zu Hause kam eine Hebamme noch bis 14 Tage nach der Geburt.“* (1.24). Zu der mangelnden Aufklärung in Kohorte 1 und 2: *„Früher wurde man gar nicht beraten. Man wurde nicht aufgeklärt und war total unwissend, sowohl zum Thema Schwangerschaft als auch zum Stillen.“* (2.17) kam in den Kohorten 2 und 3 noch die verstärkte Akzeptanz von Milchersatzprodukten: *„Meine Bett Nachbarinnen haben alle*

die Flasche gegeben mangels Aufklärung im Krankenhaus.“ (2.03). Und weiter: „Bei den ersten drei Kindern habe ich alles versucht. Auch mit abpumpen und allem drum und dran. Ich habe aber nie mehr als 30g geschafft. Zu der Zeit war das auch leider nicht so gewesen, dass man so viel Unterstützung durch die Hebammen hatte. Die haben dann auch relativ schnell gesagt: ‚Ach mit der Flasche wird das Kind auch groß.‘“ (3.15). Erst im Laufe der 1980er vollzog sich die Reform: „Ich habe 1983, 1986 und 1990 Kinder bekommen. Mit jedem Kind wurde das Stillen im Krankenhaus mehr gefördert.“ (4.08).

Die Gruppen/Institutionen, die in der nachfolgenden Tabelle aufgeführt sind, hatten, wie oben bereits erwähnt, insgesamt einen eher geringen Einfluss auf das Stillverhalten der befragten Mütter. Der Einfluss durch Stillgruppen und Geburtsvorbereitungskurse war erstmals ab Kohorte 3 spürbar, blieb jedoch im Verlauf bei der befragten Population gering. Öffentliche Gesundheitsberatungsstellen hingegen übten in den früheren Untersuchungszeiträumen einen leichten Einfluss aus, der jedoch im weiteren Verlauf abnahm.

<i>Gruppen/Institutionen</i>	Kohorte 1	Kohorte 2	Kohorte 3	Kohorte 4
Stillgruppe	0	0	4	4
Geburtsvorbereitungskurs	0	0	8	12
Öffentliche Gesundheitsberatungsstellen	20	24	4	0

Tabelle 10: Einflussnahme auf die Säuglingsernährung durch Gruppen/Institutionen. (Angaben in %)

<i>Literatur/Medien</i>	Kohorte 1	Kohorte 2	Kohorte 3	Kohorte 4
Ratgeberliteratur	16	28	24	32
Zeitschriften	0	4	32	36
Fernseh-/Radiowerbung	4	4	4	4
Informationsbroschüren/ Pröbchen der Nahrungsmittelhersteller	4	24	28	20

Tabelle 11: Einflussnahme auf die Säuglingsernährung durch Literatur/Medien.

Ebenso wie der Einfluss durch das persönliche Umfeld und das medizinische Personal nahm auch der Einfluss durch Literatur und Medien stetig zu. Während es in den frühen Untersuchungszeiträumen vergleichsweise wenig einschlägige Ratgeberliteratur gab, konnten die Mütter später zwischen Informationen aus Büchern, Zeitschriften oder aus der Werbung wählen: *„Erst so 1984/85 kann ich mich erinnern, dass der Trend mehr hin zur Natur ging. Dann wurde das auch mehr in den Elternzeitschriften und Medien aufgegriffen.“* (4.01). Auch von Informationsbroschüren der Nahrungsmittelhersteller und Probegeschenken wurden die Mütter zwischen 1950 und 1960 weitgehend verschont: *„Ab Ende der 50er Jahre gab es die ersten Pröbchen.“* (1.24). Im Gegensatz dazu wurden die darauffolgenden Untersuchungszeiträume mit Werbegeschenken überhäuft: *„Es gab da schon viel Werbung im Fernsehen und in der Zeitung. Und dann ist man natürlich zugeschüttet worden.“* (4.02), wodurch die Nahrungsmittelindustrie einen vermehrten Einfluss auf die Mütter geltend machen konnte (siehe Tabelle 11). Während viele Mütter diesen Werbemaßnahmen aufgeschlossen gegenüber standen: *„Ich habe jede Menge Pröbchen bekommen und auch ausprobiert. Es wäre ja dumm gewesen, wenn man das nicht gemacht hätte, denn sonst weiß man ja nicht, was das Kind mag.“* (2.07) fühlten sich andere davon belästigt: *„Informationsbroschüren von Nahrungsmittelherstellern hab ich mir nicht durchgelesen, weil ich stillen wollte. Das hat mich eher genervt. Milupa und Alete waren ziemlich aggressiv.“* (4.07). Wiederum andere berichteten von negativen Erfahrungen mit den Werbemitteln: *„Da kriegte man so Kisten, auch nach Hause. Das gab es auch ganz lange und das habe ich*

dann auch alles mal gegeben. Aber das war gar nicht so gut. Einmal hatte ich keinen Fencheltee und dann habe ich eine dieser Pröbchen genommen und dann hat der nichts anderes mehr genommen. Dann sind unter den Milchzähnen alle Zähne abgefault. Davon hab ich dann auch später im Fernsehen gehört, dass das passiert. Und heute fehlen dem auch dadurch ein paar hintere Zähne.“ (4.02). Die Unwissenheit vieler Mütter konnte durch die Verteilung von Werbegeschenken ausgenutzt werden. Berichten der Befragten zufolge verschmähten die Säuglinge nach erstmaliger Gabe von zuckerhaltigen Tees jegliche anderen Getränke, nach dem Ausprobieren von Milchersatzprodukten versiegte oftmals der Milchfluss: *„Ich habe viele Pröbchen bekommen. Das war auch das Problem, weil man nicht informiert war, und dann hab ich direkt dieses Milumil genommen.“ (4.01).*

Der öffentliche Umgang mit stillenden Müttern ist ein Indikator für die gesellschaftliche Auseinandersetzung mit dem Stillen. Die nachstehende Tabelle belegt, dass im Untersuchungszeitraum eine vermehrte Liberalisierung in Bezug auf das Stillen in der Öffentlichkeit stattgefunden hat. Zwischen 1950 und 1960 gaben 83% der Befragten an, dass es keine öffentlich stillenden Frauen gab: *„Selbst das Entblößen war schon eine Sünde. Selbst die Geschwister und der Ehemann mussten aus dem Zimmer.“ (1.10)* und: *„Man war eh nur zu Hause. Damals war das ja so, man sollte mit dem Säugling eh nicht raus gehen.“ (3.01).* Erst gegen Ende der 70er Jahre begannen die ersten Frauen in der Öffentlichkeit zu stillen: *„Da fing gerade so eine Bewegung an. Ich war 1979 eine der Ersten, die öffentlich gestillt hat.“ (3.22).* Zwischen 1980 und 1990 sagten bereits 26% aus, dass das öffentliche Stillen in dieser Zeit normal gewesen sei.

Dass in den frühen Untersuchungszeiträumen viele Mütter in der Stillzeit das Haus nicht verlassen haben, um sich der Pflege des Kindes widmen und gleichzeitig an die strikten Stillzeiten halten zu können, stellte für Selbige eine große Belastung dar: *„Früher durfte man nirgendwo hingehen, wenn man gestillt hat. Da dachte ich, die anderen Frauen haben es besser als ich. Mein drittes Kind habe ich dann nicht gestillt, weil ich das auch mal schöner fand. Dann bekam ich direkt nach der Geburt eine Spritze und dann wurde die Brust hochgeschnallt. Das musste man vor der Geburt sagen. Das würde ich heute nicht mehr machen, denn der Junge wurde auch oft krank. Aber ich hatte immer so viel Milch, dass mein Mann jede Woche einen Liter zum Krankenhaus bringen musste. Da kriegte man auch Geld für. Fürs Stillen*

musste man Ruhe haben. Ich bin dann nie aus dem Haus gegangen.“ (2.16). Das Stillen stellte für viele Mütter eine Herausforderung dar, derer man sich im Zuge der Stillflaute der 60er Jahre leicht entziehen konnte.

Der Einfluss durch die Religion spielte in der befragten Population eine durchweg untergeordnete Rolle.

Die Frage nach der staatlichen Unterstützung sollte zur Klärung herangezogen werden, inwiefern in den jeweiligen Zeiträumen Hilfsangebote für Mütter durch den Staat gewährleistet wurden. Die gegebenen Antworten deuten darauf hin, dass seitens der Regierung einige Maßnahmen zur Unterstützung von Familien zum Beispiel in Form von Mutterschaftsgeld und Erziehungsgeld im Laufe des Untersuchungszeitraumes unternommen wurden. Eine Einflussnahme auf die Säuglingserziehung durch staatliche Unterstützung erfolgte vermehrt ab den 60er Jahren. Hier erhielten einige der Befragten Stillgeld, Mutterschaftsgeld und Kindergeld: *„Je nachdem wie lange man gestillt hat, erhielt man Stillgeld. Nachher musste man dann eine Bescheinigung von der Hebamme bekommen, dass man noch stillte. Das war nicht viel, aber uns hat es geholfen.*“ (2.15). Der Erfolg von Maßnahmen von staatlicher Seite wird sowohl aus diesem Zitat, als auch aus dem nachfolgenden Zitat deutlich: *„Ich habe sechs Wochen vor der Geburt aufgehört zu arbeiten und sechs Wochen nach der Geburt wieder angefangen. Danach habe ich wieder ein halbes Jahr voll gearbeitet, denn da gab es nur sechs Wochen Mutterschaftsgeld. Bei meinem Sohn habe ich ein Jahr Pause gemacht, denn da gab es, glaube ich, schon länger Mutterschaftsgeld. Danach habe ich einen Teilzeitjob angefangen.*“ (3.04). Die meisten Frauen richteten sich in der Dauer des Mutterschaftsurlaubes an den staatlich unterstützten Rahmen, wodurch die Potenz staatlicher Förderungen zutage kommt.

<i>Gesellschaft/Politik</i>	Kohorte 1	Kohorte 2	Kohorte 3	Kohorte 4
Religion	4	4	0	0
<i>Umgang mit öffentlich Stillenden Müttern:</i>				
War normal	0	0	0	26
War selten	17	21	54	74
Gab es nicht	83	79	46	0
<i>Staatliche Unterstützung durch:</i>				
Mutterschaftsgeld	4	12	48	48
Elterngeld	0	0	4	12
Erziehungsgeld	0	0	0	20
Stillgeld	0	16	0	4
Sonstiges	0	4	4	4
Es gab keine Unterstützung	96	36	4	0

Tabelle 12: Einflussnahme auf die Säuglingsernährung durch die Gesellschaft/Politik. (Angaben in %)

4.1.6 Fazit

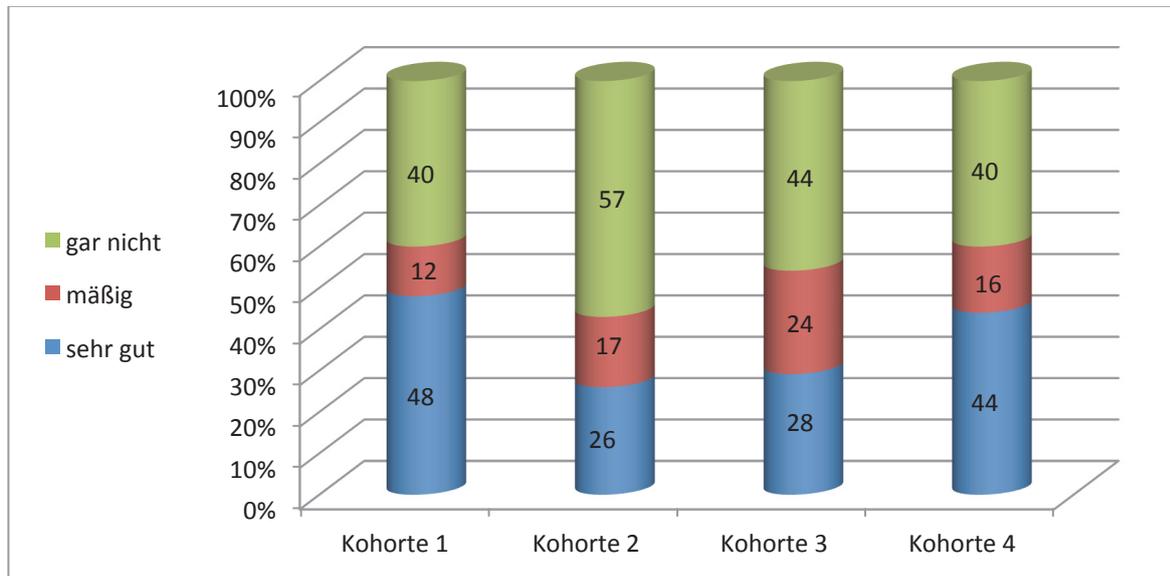


Abb. 19: **Subjektive Vorbereitung auf den Zeitpunkt nach der Geburt.**

Das abschließende Fazit der Befragten verdeutlichte, dass im gesamten Untersuchungszeitraum keine hinlängliche Vorbereitung auf die Stillzeit stattgefunden hat. Insgesamt fühlte sich weniger als die Hälfte der Befragten sehr gut auf das Stillen und den Zeitpunkt nach der Geburt vorbereitet. Dieser Anteil lag in Kohorte 2 und 3 besonders hoch. Der restliche Anteil fühlte sich nur mäßig oder gar nicht vorbereitet. Durch einige von den Befragten geäußerte Angaben liegt die Vermutung nahe, dass das Stillen in Kohorte 1 weniger hinterfragt wurde. Es gab keine guten Alternativen und für die meisten Frauen war es selbstverständlich zu Stillen: *„Zu meiner Zeit 1954 hat man diese Themen ganz einfach gehalten. Babies wurden gestillt und danach mit Kinderkost ernährt.“* (1.03), ohne dass dazu viel Informationsaustausch betrieben werden musste: *„Niemand hat mich informiert, es war einfach etwas ganz Natürliches.“* (1.06). Anders sah dies in den Kohorten 2 und 3 aus. Durch die zunehmende Propagierung von Milchersatzprodukten rückte die Selbstverständlichkeit des Stillens in den Hintergrund: *„Hebammen und Stillschwestern haben dafür plädiert, dass man schnell abstillte, da sie keine Zeit oder Lust hatten das Stillen zu erklären. So etwas wie Rooming-in gab es ja noch nicht.“* (2.03). Gleichzeitig rief die strenge Reglementierung von Stillzeiten, Stilldauer und Mengenvorgaben bei vielen Müttern Unsicherheit hervor: *„Ich fühlte mich manchmal allein gelassen. Ich hatte diese dämliche Waage aus dem Krankenhaus*

oder der Apotheke. Da hab ich mich selber ein bisschen verrückt gemacht.“ (3.10). Die Dringlichkeit einer fundierten medizinischen Unterstützung wird auch durch das folgende Zitat einer Mutter aus Kohorte 4 unterstützt: „Damals war ein Babyboom im Bekanntenkreis. Die sind auch alle ins gleiche Krankenhaus gegangen, weil der Arzt da so toll war. Der hat einem so gute Tipps gegeben. Meine Freundinnen haben auch alle gestillt.“ (4.14). Durch eine umfangreichere medizinische Betreuung und einen erhöhten Informationsaustausch in Kohorte 4 erfolgte eine bessere Aufklärung, welche zu selbstbestimmterem Handeln führte: „Ich hatte damals eine Kinderärztin, die war eine reine Schulmedizinerin und ich war eher so auf das Natürliche bedacht. Also da war ich ziemlich alleine auf weiter Flur und habe mich dann selbstständig informiert über Bücher und so weiter.“ (4.03), was somit zu einer subjektiv besser bewerteten Vorbereitung geführt hat.

4.1.7 Fehlende Werte

Überwiegend wurden die Fragen durch die Studienteilnehmerinnen vollständig beantwortet. Bei folgenden Fragen traten jedoch bei einigen der Befragten fehlende Werte auf:

- Nachsorgehebamme in Anspruch genommen: 1%
- Gestillt nach Bedarf oder Zeitplan: 1%
- Nachts gestillt: 1%
- Wie gut vorbereitet gefühlt: 2%
- Öffentlich gestillt: 4%
- Öffentliches Stillen normal oder selten: 5%
- Stilltagebuch geführt: 5%

5 Diskussion

5.1 Diskussion der Methoden

Beim Vergleich der durch diese Studie ermittelten Daten mit den Ergebnissen aus anderen nationalen und internationalen Studien muss berücksichtigt werden, dass das Studiendesign und die zugrunde liegenden Definitionen häufig differieren. Die unterschiedlich gebrauchten Definitionen zum Beispiel über das ausschließliche Stillen (mit oder ohne Flüssigkeitszugabe) erschwert die Vergleichbarkeit. Daher hat die Nationale Stillkommission 2007 eine einheitliche Terminologie zur Säuglingsernährung eingeführt, welche jedoch in älteren Studien nicht berücksichtigt wurde.⁸¹ Auch die möglichen Störfaktoren der verschiedenen Studiendesigns führen zur erschwerten Komparabilität. So können prospektive Studien, bei welchen die Wöchnerinnen im Krankenhaus direkt nach der Geburt rekrutiert wurden, diese allein durch die Studienteilnahme zum Stillen motivieren. Diese Einflüsse haben hier keinerlei Relevanz. Dafür hat die konkrete und vor allem korrekte Erinnerung der Studienteilnehmerinnen in dieser Studie wesentlichen Einfluss auf die Ergebnisse. Die Anzahl der fehlenden Werte war in diesem Zusammenhang gering (siehe Kapitel 4.1.7), was eine gute Erinnerungsleistung der Teilnehmerinnen suggeriert. Diese Tatsache kann allerdings eine Verzerrung der Erinnerung oder eine Tendenz zu sozial erwünschtem Antwortverhalten nicht ausschließen, was als *Confounder* in Betracht gezogen werden muss.

Limitationen der vorliegenden Untersuchung ergeben sich hauptsächlich aus der geringen Stichprobengröße. Die Intention dieses Projektes war jedoch vor allem qualitative Ergebnisse zu historisch-gesellschaftlichen Tendenzen zu entwickeln, was als Stärke von *Oral History* Projekten angesehen werden muss: „*Oral history provides the historian with dense and rich qualitative material rather than strength in numbers.*“⁸²

⁸¹ Nationale Stillkommission am Bundesinstitut für Risikobewertung: Einheitliche Terminologie zur Säuglingsernährung, 2007. http://www.bfr.bund.de/cm/207/einheitliche_terminologie_zur_saeuglingsernaehrung.pdf 11.03.2011.

⁸² Fisher, K.: *An Oral History of Birth Control Practice c. 1925-50: A Study of Oxford and South Wales*, Oxford 1997, 40. Zitat wurde übernommen aus Davis, A.: ‚When I was young you just went an asked your mother.‘ The changing role of friends and kin in the transmission of knowledge about maternity in post-1945 Britain. In: *Medizin, Gesellschaft und Geschichte* 2011, 40; 15-34.

Des Weiteren kommt in dieser Studie hinzu, dass allein Frauen ohne akademischen Hintergrund befragt wurden. Dadurch können die Ergebnisse nicht ohne Weiteres in den historischen Kontext eingeordnet werden, sondern dienen eher der Überprüfung, inwiefern das Bildungsniveau Einfluss auf die damalige Stillentscheidung hatte.

5.2 Diskussion der quantitativen Ergebnisse

5.2.1 Stilldaten

Die Auseinandersetzung mit der Frage nach der optimalen Säuglingsernährung ist keine neue. Sie ist spätestens seit der Aufklärung nachweisbar und wurde phasenweise heftig diskutiert. Interessanterweise stimmen die aktuellen Stillempfehlungen mit denen von vor über 100 Jahren nahezu völlig überein.⁸³ Was in der Zwischenzeit passiert ist, und welche geschichtliche Lehre daraus gezogen werden kann, ist Sinn und Zweck dieser Studie. Dafür ist es wichtig nicht nur eine Momentaufnahme der Stillsituation zu erlangen, wie es beispielsweise prospektive Studien ermöglichen, sondern eine Entwicklung über einen bestimmten Zeitraum zu beobachten. Dies ermöglicht die Analyse komplexer gesellschaftlicher Abläufe unter Berücksichtigung kleinster möglicher Einflussfaktoren. Da bislang keine widerspruchsfreien Daten einer regional und sozial vergleichbaren Population aus dem untersuchten Zeitraum vorliegen, fällt es schwer die ermittelten Ergebnisse zu vergleichen. Allerdings können sich abzeichnende Tendenzen verglichen werden, was anhand der folgenden Abbildung, welche auf der Grundlage verschiedener Stillstudien basiert, möglich ist.

⁸³ Manz F., Manz I., Lennert T.: Zur Geschichte der ärztlichen Stillempfehlungen in Deutschland. In: Monatsschrift Kinderheilkunde 1997, 145:572-587.

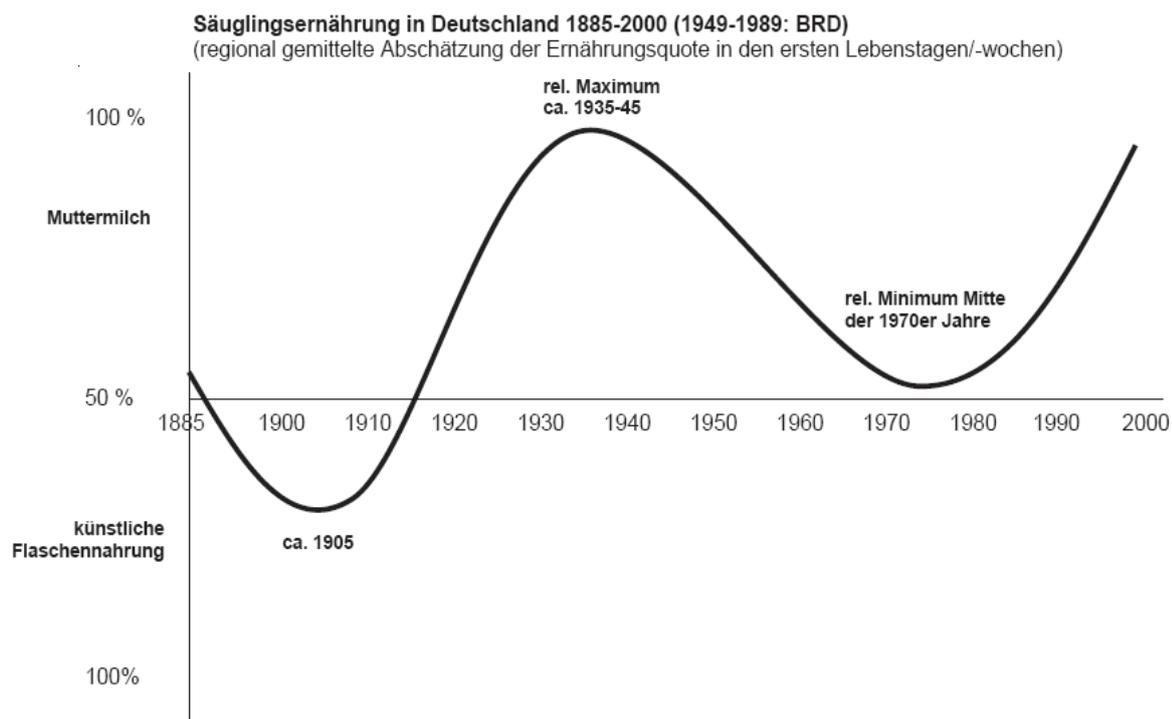


Abb. 20: **Säuglingsernährung in Deutschland 1885-2000.**⁸⁴

Die in dieser Abbildung angegebenen Werte für die Stillinzidenz Anfang des 20. Jahrhunderts decken sich mit den Angaben, welche am Anfang dieser Dissertation gemacht wurden (siehe Kapitel 1.2). Demnach gaben beispielsweise 1908 in München lediglich 16% der Mütter an, ihre Kinder gestillt zu haben. Im Zuge der Etablierung der Pädiatrie und der vermehrten Stillförderung konnten sich die Stillraten im Laufe der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts wieder regenerieren. 1937 erhielten bereits 95% aller Säuglinge Muttermilch.⁸⁵ Dieser Trend reichte bis in die 50er Jahre, in denen mit 84% (den Ergebnissen dieser Studie zufolge) zumindest bei den Nicht-Akademikerinnen weiterhin hohe Stillraten erzielt wurden (siehe Abb. 11). In der darauffolgenden Zeit machte vor allem das Aufkommen künstlicher Säuglingsernährung das Stillen scheinbar entbehrlich: „Mit der Entwicklung der modernen Geburtshilfe ab den 60er Jahren sank die Zahl der stillenden Mütter auf einen Tiefpunkt.“⁸⁶ Allerdings widersprechen sich die einzelnen Quellen bezüglich der genauen Ursache und des Zeitpunktes der Talsohle der Stilltätigkeit. Während in

⁸⁴ Heimerdinger T.: Brust oder Flasche?- Säuglingsernährung und die Rolle von Beratungsmedien. In: Bilder. Bücher. Bytes. Zur Medialität des Alltags. 36. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Volkskunde in Mainz vom 23. bis 26. September 2007.

⁸⁵ Kittner HJ.: Trends and regional differences in breastfeeding in Germany from 1871 to 1937. In: J Fam Hist 1985, 10: 163–182, vgl. auch Tönz O.: Stillen in der guten alten Zeit. In: Siebert W., Stögmann W., Wündisch GF.: Stillen- einst und heute, München 1997, 106.

⁸⁶ Henzinger U. a. a. O. 1999, 94.

dieser Quelle die 60er Jahre als Tiefpunkt angegeben werden, findet man in anderen Büchern folgende Aussage: „Erst nach dem 2. Weltkrieg begannen die Flügel dieser Stillbegeisterung wieder nach und nach zu lahmen, beschleunigt durch die Ende der 50er Jahre in den Spitälern grassierenden Staphylokokkeninfektionen, die nicht nur zu häufigen Mastitiden, sondern auch zu schweren Infekten bei den Säuglingen führten.“⁸⁷ Wiederum andere Quellen bezeugen, dass dieser Stillrückgang erst Mitte der 70er Jahre stattgefunden hat.⁸⁸ Genaue Zahlen, wie hoch die Stillinzidenz im jeweiligen Zeitraum war, werden jedoch nicht geliefert. In dieser Studie wurde mit 60% an voll stillenden Müttern vor allem in den 60er Jahren eine geringe Stillbeteiligung festgestellt. In dieser Zeit fiel zudem eine sehr kurze Stilldauer bei den meisten Befragten auf. Im Widerspruch zu den Angaben von Kersting und Dulon, wurden in den 70er Jahren bereits wieder höhere Stillzahlen eruiert (siehe Abb.12 und 13).

Schlussfolgerung A:

Der Tiefpunkt der Stilltätigkeit fand bei Müttern ohne akademischen Hintergrund in den 60er Jahren, mit einer geringen und vor allem kurzen Stillbeteiligung, statt.

Nach diesem Einbruch der Stillraten folgte, der Abbildung zufolge, ein stetiger Anstieg der Stillbeteiligung, welcher wohl auch auf einen starken Rückgang der Geburtenraten zurückzuführen ist.⁸⁹ Auch die Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS), welche durch das Robert-Koch Institut anhand von knapp 18.000 Kindern und Jugendlichen durchgeführt wurde, verzeichneten einen Anstieg der Stillhäufigkeit von 1986 bis 2005. Diesen Ergebnissen zufolge wurden über alle einbezogenen Geburtsjahrgänge hinweg 76,7% der Kinder zu irgendeinem Zeitpunkt gestillt.⁹⁰

⁸⁷ Tönz O., 1997, a. a. O. 108.

⁸⁸ Kersting M., Dulon M.: Assessment of breast-feeding promotion in hospitals and follow-up survey of mother-infant pairs in Germany: the SuSe Study, In: PublicHealth Nutr 2002, 5:547-52.

⁸⁹ Tönz O., 1997, a. a. O. 108.

⁹⁰ Lange C., Schenk L., Bergmann R., 2007, a. a. O. 50:624–633.

In den Untersuchungen von von Ditfurth⁹¹ und Lemke⁹² 1978 und 1988 hingegen zeigte sich ein anderes Bild. Während in der ersten Studie 1978 der Anteil der insgesamt stillenden Mütter post partum bei 81% lag, fiel er zehn Jahre später 10% geringer aus und betrug hier 71%. Das würde dafür sprechen, dass nach einer beginnenden Stillzunahme in den 70er Jahren wieder ein erneuter Abfall der Stillraten zu verzeichnen war. Ein weiterer Unterschied zeigte sich vor allem in dem Anteil der voll stillenden Mütter, welcher sich 1988 mit knapp 60% fast verdreifachte im Vergleich zu der früheren Erhebung 1978. Des Weiteren fiel, korrelierend zu dieser Studie, eine Verlängerung der Stilldauer im späteren Untersuchungszeitraum auf. Nach sechs Monaten stillten beispielsweise 1978 noch 4,6%, während es 1988 schon 18,2% waren. Somit zeigten sich in den 1978 und 1988 ermittelten Werten ähnliche Tendenzen ab wie in den Ergebnissen aus dieser Dissertation, soweit diese vergleichbar sind. Denn hier lag die initiale Stillprävalenz in Kohorte 3 (also zwischen 1970 und 1980) mit 92% sogar um 20% höher als in der darauffolgenden Kohorte. Der Anteil voll stillender Mütter an den ermittelten Werten betrug in Kohorte 3 87% und in Kohorte 4 94%. Diese Werte liegen im Vergleich zu den von von Ditfurth und Lemke ermittelten Werten sehr hoch. Dies mag an einer veränderten Definition des Voll-Stillens und an einer unterschiedlichen Studienkohorte liegen, allerdings finden sich die ermittelten Tendenzen durch beide Studien bestätigt. Dies trifft auch auf die Stilldauer zu. Nach sechs Monaten stillten in Kohorte 3 noch 20% der Befragten und in Kohorte 4 32%.

Schlussfolgerung B:

Nach einem Anstieg der Stillraten in den 70ern, folgte eine erneute Schwächung der Stillzahlen während der 80er Jahre, wobei allerdings in diesem Zeitraum längere Stilldauern zu beobachten waren.

⁹¹ Ditfurth M. von: Beobachtungen zur Stillfrequenz in Abhängigkeit von didaktischen Veränderungen in der geburtshilflichen Klinik, Diss., Düsseldorf 1981.

⁹² Lemke M.: Beobachtungen zu Veränderungen beim Stillverhalten innerhalb von zehn Jahren– Untersuchungen an 634 deutschen Wöchnerinnen an der Universitätsfrauenklinik Düsseldorf 1988– verglichen mit einem Kollektiv aus dem Jahr 1978 (Dissertation von Ditfurth 1981), Diss., Düsseldorf 1995.

5.2.2 Stillhindernisse

In allen Kohorten führten multiple Stillhindernisse zum Stillunvermögen oder zu frühzeitigem Abstillen. Insgesamt gaben in Kohorte 1 56% der Befragten an, dass Stillhindernisse bestanden, in Kohorte 2 waren es 88%, in Kohorte 3 92% und in Kohorte 4 68%. Dabei sagten in Kohorte 1 44% der Befragten aus, dass gesundheitliche Ursachen bei Mutter oder Kind ursächlich gewesen seien. Dieser Anteil lag in Kohorte 2 bei 60%, in Kohorte 3 bei 36% und in Kohorte 4 bei 48%. Dabei wurde vor allem die subjektive Empfindung, es würde zu wenig Milch produziert, von den Frauen als Grund angegeben. Als weitere gesundheitliche Stillhindernisse wurden vor allem die Brustwarzenentzündung, sonstige körperliche Gründe, die Brustverweigerung seitens des Säuglings sowie die Angst, es könnten durch das Stillen Gifte, zum Beispiel nach einer Vollnarkose beim Kaiserschnitt oder Medikamenteneinnahme, an das Kind weitergegeben werden. Bei den durch den Lebensstil bedingten Gründen, die das Stillen verhinderten oder abkürzten wurde vor allem die Berufstätigkeit genannt. Des Weiteren wurde darauf verwiesen, dass die Flaschenfütterung bequemer gewesen sei, der Wunsch wieder rauchen zu können und die Angst um die Figur bestanden. In Bezug auf die externen Beeinflussungen, also durch Wissenschaft und Gesellschaft, wurde vor allem in den Kohorten 2 und 3 berichtet, dass es laut der Wissenschaft in der zugehörigen Zeit besser gewesen sei, dem Säugling Milchersatzprodukte zu füttern. Im gleichen Zeitraum gaben viele Mütter an, dass das Stillen nicht modern gewesen sei. Verglichen mit den Angaben von Stillhindernissen aus aktuellen Studien zeigen sich ähnliche Tendenzen. Die Frauen, die an der bereits erwähnten Studie über das „Stillverhalten in Bayern“ teilgenommen haben, wurden direkt danach gefragt, welche Gründe bei ihnen für primäres Nichtstillen beziehungsweise vorzeitiges Abstillen vorlagen. Ihre Angaben zu dieser Frage lauteten in absteigender Reihenfolge: Stillprobleme (aktuell oder beim vorherigen Kind), Flaschenfütterung sei bequemer bzw. genauso gut wie Stillen, sowie Berufstätigkeit/ Stress im Haushalt/ mit den Geschwistern. Die Stillprobleme, welche von den Müttern angegeben wurden, waren vor allem: zu wenig Milch, wunde Brustwarzen, Trink-/ Saugschwierigkeiten beim Kind und Milchstau.⁹³

⁹³ Rebhan B., Kohlhuber M., Schwegler U. et al.: Initiales Stillen und Gründe für das Abstillen-

Dieses relativ hohe Aufkommen an Stillhindernissen, sowohl zwischen 1950 bis 1990 als auch in aktuellen Befragungen, wirft einige Fragen auf. Wie ist es möglich, dass bis zu 60% aller Befragten einer Kohorte gesundheitliche Stillhindernisse angeben, wenn schon damals das Wissen bestand, dass mindestens 90% der Mütter im Stande sind ihre Säuglinge zu stillen?⁹⁴ Neuere Quellen sprechen sogar von 95-98% der Mütter, die in der Lage sein sollen, ihre Säuglinge 4-6 Monate ausschließlich zu stillen⁹⁵. Dazu werden verschiedene Ursachen diskutiert, welche hier im Folgenden dargestellt werden.

Manz et al. führen in ihrem Aufsatz über die Geschichte der ärztlichen Stillempfehlungen in Deutschland auf: „..., daß die Zeit des größten Zuwachses der Klinikentbindungen (1940–1970) auch die Zeit des stärksten Rückgangs des Stillens in Deutschland gewesen ist.“⁹⁶ Während der Anteil der Krankenhausentbindungen stetig zunahm (29% 1937, 66% 1960, 95% 1970 und 99% 1980), konnten sich immer weniger Frauen der strikten Reglementierung im Krankenhaus entziehen, es sei denn durch Ablehnung des Stillens. Zusätzlich zu der für viele Frauen frustrierenden Stillpraxis kam noch eine eher schlechte Aufklärung und Unterstützung durch das Klinikpersonal (siehe Kapitel 4.2.5). Ein Kinderarzt aus Luzern führte diese Problematik einmal so aus: „Wenn von den Faktoren, die zum Rückgang der Stilltätigkeit geführt haben, die Rede ist, so wird immer wieder die im 19. Jahrhundert einsetzende Industrialisierung (...) angeklagt. Aber kein Mensch spricht von den Ärzten. Und doch möchte ich behaupten, daß diese eine Hauptschuld trifft. (...) Sie haben aus puritanischen hygienischen Vorstellungen, aus Organisationsfreude und Ordnungssinn für den klinischen Betrieb, das Kind von der Mutter getrennt. (...) Der fehlende oder nur rudimentäre Mutter-Kind-Kontakt in den ersten Lebenstagen ist wohl einer der Hauptgründe für den Rückgang des Stillens.“⁹⁷ Als dann in den 50er Jahren durch das Aufkommen wissenschaftlich anerkannter Milchersatzprodukte

Ergebnisse der Studie „Stillverhalten in Bayern“. http://www.lgl.bayern.de/gesundheits/umweltmedizin/doc/stillstudie_ergebnisse.pdf 26.04.2011.

⁹⁴ Salge B.: Einführung in die Kinderheilkunde, ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte, 3. Aufl., Berlin 1920, 8.

⁹⁵ o.V. : Infant feeding today. In: Lancet 1986, 17-18, vgl. auch Benkert B.: Vorbereitung auf das Stillen in der Schwangerschaft. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Stillen und Muttermilchernährung, Köln 2001, 62.

⁹⁶ Manz F., Manz I., Lennert T.: Zur Geschichte der ärztlichen Stillempfehlungen in Deutschland. In: Monatsschrift Kinderheilkunde 1997, 145:572-587.

⁹⁷ Tönz O.: Ernährung im 1. und 2. Lebensjahr. In: Czermak H.: Die erste Kindheit: ein ärztlicher Ratgeber für das erste und zweite Lebensjahr, 5. Aufl., Wien 1992, 74–75.

kein signifikanter Unterschied in der Säuglingssterblichkeit gestillter und nichtgestillter Säuglinge mehr nachweisbar war,⁹⁸ wurde das Stillen, das durch die strenge Reglementierung als lästig und unbequem empfunden wurde, vielerorts als überflüssig erachtet.

Schlussfolgerung C:

Strenge Regeln in der Stildurchführung führen bei vielen Müttern zu Frustration und damit zur leichteren Annahme einer negativen Stillhaltung.

Wie Tabelle 5 zu entnehmen ist, stimmte der Stillwunsch in den meisten Fällen nicht mit der Stillwirklichkeit überein. Als häufigster angeführter Grund für Stillhindernisse wurde von den Befragten eine mangelnde Milchproduktion angeführt. Es ist bekannt, dass sowohl Effekte des Stillens auf die psychische Verfassung der Mutter erwartet werden können, als auch umgekehrt Effekte der psychischen Verfassung der Mutter auf den Stillprozess.⁹⁹ Eine prospektive Kohortenstudie konnte anhand von standardisierten Fragebögen eine signifikante Korrelation zwischen dem angegebenen psychologischen Stressausmaß und dem Auftreten stillassoziierter Erkrankungen wie Milchstau oder Mastitiden herstellen. Zusätzlich gab der Anteil der Frauen mit Brustproblemen und erhöhtem psychologischem Stress häufig früher das Stillen auf als solche ohne Probleme, mit der Begründung, dass nicht genug Milch produziert wurde.¹⁰⁰ Vermehrter Stress oder Angst kommen demzufolge als Ursache für das Sistieren des Milchflusses in Frage. Ein stressbedingter Adrenalinanstieg hemmt in diesem Fall die Kontraktion der Alveolen, indem er über β -Rezeptoren der Myoepithelien auf diese relaxierend wirkt. Als Folge kann selbst eine volle Brust nicht entleert werden.¹⁰¹ Wie aus den angeführten Zitaten der Befragten entnommen werden kann, gab es viele Ursachen, welche zu Ängsten und Stress nach der Geburt geführt haben könnten. Dazu zählen beispielsweise Schwierigkeiten in der Partnerschaft oder finanzielle Sorgen ebenso wie die Angst, nicht genügend Milch für

⁹⁸ Wray JD.: Breast-feeding: an international and historical review. In: Falkner F.: Infant and child nutrition worldwide: issues and perspectives, Boston 1991, 61–116.

⁹⁹ Bell L., Lacombe M., Gallagher F. et al.: The factors involved in the decision to stop breastfeeding early. In: Soins Pédiatr Pueric. 2012, 269:39-45.

¹⁰⁰ Abou-Dakn M., Schäfer-Graf U., Wöckel A.: Psychological stress and breast diseases during lactation. In: Breastfeed Rev. 2009, 17:19-26.

¹⁰¹ Peters, F.: Laktation und Stillen: Physiologie, Klinik, Pathophysiologie der Milchdrüsenfunktion, Mastitis, Stuttgart 1987.

das Kind produzieren zu können. In diesem Zusammenhang wurde zwischen 1925 und 1960 in der Fachliteratur der Begriff der Maternitätsneurose verwendet. Dieser bezog sich auf die „besonders besorgten“, „verantwortungsbewußten“ Mütter, bei denen trotz des vorhandenen Stillwillens die Laktation „nicht in Gang“ kam. „Aus Angst, nicht stillen zu können, kamen sie schließlich zum Nichtstillen.“ „In ihrer Angst und Verzweiflung litten sie an Schlaflosigkeit, Appetitlosigkeit und fühlten sich zur Pflege des Kindes unfähig.“¹⁰² Während der Autor weiterhin beschreibt, dass es vielfach „auch aus Mangel an Aufklärung an dem richtigen Stillwillen“ fehlte, gaben im persönlichen Gespräch viele Befragte an, dass sie durch die strikten Stillzeiten, Mengenangaben und Gewichtskontrollen der Säuglinge stark irritiert und verunsichert wurden. Viele Mütter beklagten zudem eine zunehmende Isolation durch den vornehmlichen Aufenthalt im häuslichen Umfeld. Da das öffentliche Stillen in der damaligen Zeit, so wie teilweise heute noch, nicht erwünscht war und sich die meisten Mütter gleichzeitig an strikte Stillzeitpläne gehalten haben, begaben sie sich automatisch in eine gesellschaftliche Außenseiterposition. Der Entzug von Aktivitäten und Kontakten, welche eine wichtige gesundheitsprotektive Rolle spielen,¹⁰³ stellt ein weiteres psychopathologisches Modell dar. Und nicht zuletzt muss in diesem Zusammenhang die Möglichkeit des Auftretens einer Postpartum Depression erwähnt werden. Vor allem wenn am Anfang der Stillbeziehung Probleme auftreten, zum Beispiel durch mangelnde Instruktionen, erschüttern Versagensgefühle, Zweifel an der Weiblichkeit und an der mütterlichen Kompetenz das Selbstbild. So kann leicht ein Teufelskreis aus Angst, Frustrationserlebnissen beim Stillen, Stress, Schmerzen und wieder Angst vor dem erneuten Anlegen entstehen.¹⁰⁴

Schlussfolgerung D:

Psychische Belastungen durch Isolation und die Angst seinen Säugling nicht ausreichend mit Muttermilch versorgen zu können, führen zu einem Sistieren des Milchflusses.

¹⁰² Glanzmann E.: Einführung in die Kinderheilkunde- in 207 Vorlesungen für Studierende und Ärzte, 4. Aufl., Wien 1958, 114-121.

¹⁰³ Borrmann B.: Kurz- und Mittelfristige Auswirkungen des Stillens auf die maternale Gesundheit post partum, Diss., Osnabrück 2005., 111

¹⁰⁴ Scheele M.: Stillen bei Erkrankung der Mutter aus frauenärztlicher Sicht. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): Stillen und Muttermilchernährung, Köln 2001, 108.

Als weiteres dominierendes gesundheitliches Stillhindernis wurde von insgesamt 12% der Befragten die Mastitis angegeben. Da nicht jede Interviewteilnehmerin gestillt hat, bedeutet dies eine Mastitis-Rate von knapp 15% unter den befragten Frauen, die stillten. Brustentzündungen treten in Folge von ungenügender Brustentleerung und Milchstauung auf, was beispielsweise durch lange nächtliche Stillpausen begünstigt werden kann. Aufgrund dessen ist es von besonderer Wichtigkeit, dass der freie, auch nächtliche Zugang zur Brust nicht beeinträchtigt wird,¹⁰⁵ weshalb das *Co-Sleeping*, also das Schlafen des Säuglings in unmittelbarer Nähe der Mutter, als sinnvoll erachtet werden muss. Es liegt die Vermutung nahe, dass vor allem durch die Reglementierung von festen Stillzeiten mit einer achtstündigen nächtlichen Ruhepause, welche sich im frühen Untersuchungszeitraum etablieren konnte, die Entstehung von Mastitiden begünstigt wurde. Diese Vermutung wird bekräftigt durch eine relativ hohe Rate an Brustentzündungen von 15% in der untersuchten Population. Denn in neueren Artikeln ist von einer Häufigkeit an Brustentzündungen im Rahmen von 1-9% aller stillenden Mütter die Rede.¹⁰⁶ Allerdings gibt es auch neuere Studien, in denen Mastitis-Raten von bis zu 20% in den ersten sechs Monaten post partum eruiert wurden.¹⁰⁷ Es ist daher nicht genau zu klären, welcher Mechanismus ursächlich für diese hohe Erkrankungsrate war. Sicher ist jedoch, dass durch die richtige Stilltechnik viele Mastitiden verhindert werden können.¹⁰⁸ Des Weiteren muss einer Mutter als Folge einer Mastitis nicht zum Abstillen geraten werden, wie dies leider heute noch überwiegend geschieht. Denn dies kann sogar zur Verschlimmerung der Situation führen, wenn die Frauen nicht sorgfältig über das Vorgehen instruiert werden.¹⁰⁹

Schlussfolgerung E:

***Co-Sleeping* und der freie Zugang des Säuglings zur mütterlichen Brust haben eine gesundheitsprotektive Wirkung auf die Entstehung von Milchstau und Mastitiden.**

¹⁰⁵ Riordan J.; Auerbach KG.: Breastfeeding and Human Lactation, Boston 1999.

¹⁰⁶ Scheele M., 2001, a. a. O. 95.

¹⁰⁷ Kinlay J., O'Connell D., Kinlay S.: Incidence of mastitis in breastfeeding women during the first six months after delivery: A prospective cohort study. In: Medical Journal of Australia 1998, 169:310-312.

¹⁰⁸ Perl F., Xylander S. von: Laktationsmastitis. In: Scherbaum V., Perl FM., Kretschmer U.: Stillen. Frühkindliche Ernährung und reproduktive Gesundheit, Köln 2003, 139-145.

¹⁰⁹ Scheele M., 2001, a. a. O. 98.

Weitere medizinische Gründe, die als Stillhindernisse benannt wurden, waren körperliche Gründe wie Brustwarzenanomalien und die Angst, dem Kind Gifte zuführen zu können, zum Beispiel nach einer Vollnarkose beim Kaiserschnitt. Heute wissen wir, dass weder bei einer Brustwarzenanomalie noch nach einem Kaiserschnitt die Notwendigkeit einer Stillkarenz besteht. Denn die in der Muttermilch vorhandenen Konzentrationen der bei einem Kaiserschnitt verwendeten Narkotika haben keine schädliche Wirkung auf das Neugeborene. Brustwarzenanomalien wie Hohlwarzen oder Schlupfwaren können zwar zu erheblichen Stillschwierigkeiten führen, mit Hilfe einer erfahrenen Stillberaterin haben jedoch auch diese Mütter die Möglichkeit, ihren Säugling zu stillen.¹¹⁰ Denn nur wenige Erkrankungen der stillenden Mutter zwingen sie dazu, den Abstillprozess einzuleiten. Hierzu gehören die HIV-Infektion, das Mammakarzinom und die Wochenbettpsychose.¹¹¹

Das erste Anlegen erfolgte bei den meisten Frauen aus Kohorte 1 und 2 mehrere Stunden nach der Geburt, oft sogar erst nach über 24 Stunden. In der Zwischenzeit wurden Mutter und Säugling in der Regel voneinander getrennt. In einer Studie von Righard und Alade wurden die Einflüsse einer frühen Trennung von Mutter und Kind auf das Stillverhalten untersucht. Eine Untergruppe von Säuglingen wurde ungefähr 20 Minuten nach der Geburt zum Baden und Anziehen von der Mutter getrennt und danach wieder zu ihr zurück gebracht. Die Babys einer anderen Untergruppe hatten für mindestens eine Stunde kontinuierlichen Hautkontakt mit der Mutter. Beim darauffolgenden Anlegen erfassten in der ersten Gruppe weniger Babys die Brust richtig als in der zweiten. Dieses Ergebnis zeigt, dass selbst eine subtile Einmischung den Beginn des Stillens unnötig erschweren kann.¹¹² Eine weitere Studie stellte heraus, dass das Saugen des Säuglings an der Brust und der Hautkontakt zwischen Mutter und Kind in der ersten Stunde nach der Geburt die gesamte Stilldauer im Mittel um 2,5 Monate verlängert.¹¹³ Da der Saugreflex eine halbe bis zwei Stunden nach der Geburt offensichtlich am stärksten ausgebildet ist, hat es sich inzwischen weitgehend durchgesetzt, die Neugeborenen frühzeitig anzulegen. Aus geburtsmedizinischer Sicht steigert der frühe Saugreiz die

¹¹⁰ Scheele M., 2001, a. a. O. 103-105.

¹¹¹ Scheele M., 2001, a. a. O. 87.

¹¹² Righard L., Alade MO.: Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. In: Lancet 1990, 336:1105–1106.

¹¹³ de Chateau P., Holmberg, H., Jakobson, K. et al.: A study of factors promoting and inhibiting lactation. In: Dev Med Child Neurol 1977, 19:575–584.

Oxytozinausschüttung, wodurch die Kontraktionsfähigkeit der Gebärmutter verstärkt wird. Dieser Mechanismus ist bei verzögerter Plazentalösung, vor allem aber im Falle verstärkter Nachblutungen, von großem Vorteil. Im Übrigen erfolgt durch ein frühes Anlegen eine starke Stimulation der mütterlichen Brust, wodurch eine ausreichende Milchproduktion in Gang gesetzt wird, welche die ausschließliche Ernährung mit Muttermilch schon in den ersten Lebenstagen gewährleistet.¹¹⁴ Aus psychologischer Sicht wächst das Vertrauen der Mutter in ihre Stillfähigkeit und sie fühlt sich ermutigt, wenn der Säugling schon in der ersten Stunde post partum erfolgreich an ihrer Brust trinkt.¹¹⁵

Schlussfolgerung F:

Der frühe intensive Kontakt zwischen Mutter und Kind ist ausschlaggebend für die erfolgreiche spätere Stillbeziehung.¹¹⁶

Zusätzlich gaben viele Mütter an, dass es üblich war, Babys vor und nach jedem Stillen zu wiegen und ihnen zusätzlich bereits im Krankenhaus Milchersatzprodukte zu geben, wenn sie „zu wenig“ getrunken hatten. Dieses Verhalten wurde zwischen 1972-1975 in mehreren Studien untersucht. Das Ergebnis dieser Studien war, dass der Stillerfolg unmittelbar und drastisch zunahm, sobald das Wiegen und die Zusatznahrung weggelassen wurden, während die Gewichtszunahme durch diese Methoden nicht negativ beeinflusst wurde.¹¹⁷

Über den gesamten Untersuchungszeitraum hinweg, sagten 83% der stillenden Mütter aus, dies nicht in der Öffentlichkeit getan zu haben (siehe Abbildung 18). Und auch wenn der Anteil der öffentlich stillenden Mütter von 0% 1950 auf 53% in den 1980er Jahren anstieg, so fand der mit Intimität verbundene Stillvorgang nach wie vor größtenteils in abgeschiedener Privatsphäre statt. Da das Stillen in der Öffentlichkeit und somit die uneingeschränkte Bereitstellung von Muttermilch bis heute für den größten Teil der Bevölkerung einen Tabubruch darstellt, sind

¹¹⁴ Benkert B.: Vorbereitung auf das Stillen in der Schwangerschaft. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Stillen und Muttermilchernährung, Köln 2001, 68.

¹¹⁵ Winberg J., 2001, a. a. O. 50.

¹¹⁶ Vgl. hierzu auch: Dumas L., Lepage M., Bystrova K. et al.: Influence of Skin-to-Skin Contact and Rooming-In on Early Mother-Infant Interaction: A Randomized Controlled Trial. In: Clin Nurs Res. 2013 Jan 3.

¹¹⁷ de Chateau P., Holmberg, H., Jakobson, K. et al. 1977, a. a. O. 19:575–584.

Stillschwierigkeiten vorprogrammiert, da längere Stillpausen entstehen können. Vor allem das Stillen im Berufsleben stellt oftmals eine Kontroverse dar, da viele Arbeitgeber dieser Thematik wenig offen gegenüberstehen.¹¹⁸ In einzelnen, vor allem akademischen Berufen, besteht gegebenenfalls die Möglichkeit den Säugling an den Arbeitsplatz mitzunehmen und dort auch zu stillen. Für andere, vordringlich nicht-akademische Berufe wie der der Reinigungskraft oder KassiererIn, besteht diese Option in der Regel nicht. Und auch das ungestörte Abpumpen von Muttermilch, welches von vielen Müttern als lästig und unangenehm empfunden wurde, kann an den meisten Arbeitsplätzen nicht gewährleistet werden.¹¹⁹ Daher ist es nicht verwunderlich, dass ein schneller Wiedereinstieg ins Berufsleben bei postpartalen Frauen häufig mit einer verfrühten Stillentwöhnung einhergeht.¹²⁰ Für den frühen Untersuchungszeitraum, in dem vor allem die Väter das Familienaufkommen aufbrachten, war dieser Zusammenhang weniger von Bedeutung. In dieser Zeit gaben viele Mütter an, dass es üblich war, während der gesamten Stillzeit zu Hause zu bleiben, was einen mehrere Monate bis Jahre andauernden Aufenthalt im häuslichen Bereich nach sich ziehen konnte (siehe Kapitel 4.1.1). Dieser Zustand ist gleichwohl ebenso wenig von Vorteil, denn die durch Isolation entstehenden psychischen Beschwerden sind kontraproduktiv für eine gesunde Stillbeziehung (siehe Hypothese D). Im Laufe der Untersuchung zeigte sich jedoch ein soziokultureller Wandel, der mit einer steigenden Berufstätigkeit der Mütter verbunden war. Die internationalen Empfehlungen zur Stilldauer näherten sich jedoch dem ungeachtet immer mehr den Stillzeiten an, die in traditionellen Kulturen üblich waren.¹²¹ Wesentliche Unterschiede zu diesen Kulturformen zeigen sich jedoch zum einen durch die fast durchgängige, räumliche Trennung von Haus-, Familien- und Erwerbsarbeit und zum anderen durch die hochgradige Arbeitsteilung in den Industrieländern. Durch diesen Umstand sehen sich immer mehr Frauen nach der Geburt gezwungen, zwischen Berufsleben und Karriere und dem ausschließlichen Mutterdasein zu entscheiden, was in vielen Fällen mit einem erheblichen beruflichen und finanziellen Risiko verbunden ist.

¹¹⁸ Giashuddin MS., Kabir M.: Duration of breast-feeding in Bangladesh. In: Indian J Med Res 2004, 119: 267–272.

¹¹⁹ Grummer-Strawn L., Shealy K.: Progress in protecting, promoting, and supporting breastfeeding: 1984–2009. In: Breastfeed Med. 2009, 1:S31-9.

¹²⁰ McCarter-Spaulding D., Lucas J., Gore R.: Employment and breastfeeding outcomes in a sample of black women in the United States. In: J Natl Black Nurses Assoc. 2011, 22(2):38-4.

¹²¹ Manz F., Manz I., Lennert T., 1997, a. a. O. 145:572-587.

Aus diesen Überlegungen heraus erscheinen die von den Befragten genannten Gründe für frühzeitiges Abstillen (siehe Kapitel 4.1.4), wie beispielsweise die bevorstehende Berufstätigkeit und Zeitmangel, nachvollziehbar.

Schlussfolgerung G

Da das Stillen in der Öffentlichkeit respektive am Arbeitsplatz immer noch einen Tabubruch darstellt, ist die Vereinbarkeit von Berufsleben und Mutterdasein weiterhin erschwert.

Es besteht vielfache empirische Evidenz über den Einfluss der sozialen Lage auf die Gesundheit eines Menschen. Je niedriger das Einkommen und damit auch häufig verbunden der Bildungsstand, desto schlechter die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten. Sozial niedrig gestellte Personen verhalten sich in der Regel weniger gesundheitsbewusst, rauchen mehr und machen weniger Sport als stathöhhere Menschen.¹²² Doch sowohl das Rauchen, als auch das in sozial schwächerem Umfeld gehäufte Adipositasrisiko können eine erfolgreiche Stillbeziehung verhindern. So ist bekannt, dass Übergewichtigkeit mit einer negativen Prolaktinproduktion einhergeht, was die Beobachtung erklärt, dass übergewichtige Frauen häufiger von Anfang an nicht stillen beziehungsweise kürzere Stillperioden aufweisen als normalgewichtige Frauen.¹²³ Daher ist es nicht verwunderlich, dass ein umfassendes *Review* über die „Soziale Ungleichheit beim Stillen in Deutschland“ ermittelt hat, dass Mütter mit einem höheren sozialen Status und Bildungsstand signifikant häufiger und länger stillen als Mütter mit einem niedrigen Sozialstatus.¹²⁴

¹²² Lampert T., Ziese T.: Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. http://www.bmas.de/portal/988/property=pdf/armut_soziale_ungleichheit_und_gesundheit.pdf 06.05.2011.

¹²³ Rasmussen KM., Kjolhede CL.: Prepregnant overweight and obesity diminish the prolactin response to suckling in the first week postpartum. In: *Pediatrics*. 2004, 113:465-71. Vgl. auch: Thompson L., Zhang S., Black E. et al.: The Association of Maternal Pre-pregnancy Body Mass Index with Breastfeeding Initiation. In: *Matern Child Health J.* 2012 Dec 18.

¹²⁴ Rückert IM., Mielck A.: Soziale Ungleichheit beim Stillen in Deutschland Stand der empirischen Forschung und Handlungsempfehlungen. In: *Präv Gesundheitsf* 2008, 3:56–66. Vgl. auch: Kim M., Kim Y., Yoo J.: Factors Affecting Exclusive Breastfeeding during the First Six Months in Korea. In: *Pediatr Int.* 2012, 10.1111/ped.12004.

Schlussfolgerung H

Sozial niedrig gestellte Mütter stillen signifikant seltener als solche mit hohem Sozialstatus, weshalb diese eine intensivierete Stillförderung erhalten sollten.

5.2.3 Einflussfaktoren

Das wichtigste Motiv für die Entscheidung zum Stillen stellt das Wohl des Kindes dar.¹²⁵ In diesem Kontext wurde von den Befragten vor allem darauf verwiesen, dass das Stillen die gesündeste Säuglingsernährung sei und zudem einen positiven Effekt auf die Mutter-Kind-Beziehung ausübe (siehe Tabelle 7). Auch wenn das Stillen aus ökonomischer Sicht erhebliche Einsparungen für Familien, Haushalte und den Staat aufzeigt, hatte das Argument der Kostengünstigkeit in dieser Studie eher geringen Einfluss auf die Stillentscheidung.¹²⁶ Auch die langfristigen Vorteile des Stillens für die Gesundheit der Mütter scheinen wenig bekannt zu sein und beeinflussen den Wunsch zum Stillen damals wie heute kaum.¹²⁷ Ein wichtiges Entscheidungskriterium stellt hingegen in den meisten europäischen und angloamerikanischen Ländern der Einfluss von Familienmitgliedern, medizinischem Personal und den Medien dar.¹²⁸ In dieser Studie konnte herausgestellt werden, dass der gesamte Informationsaustausch über den Untersuchungszeitraum hinweg zugenommen hat.¹²⁹ Vor allem der Einfluss durch befreundete Mütter nahm stark zu. Diese Tendenz wird durch eine Londoner Untersuchung bestätigt, welche herausstellte, dass der Stillwunsch in erheblichem Maße durch Beobachtung stillender Frauen im Verwandten- und Freundeskreis geprägt wird.¹³⁰ Der Einfluss der eigenen Mutter hingegen, der im frühen Untersuchungszeitraum sehr hoch war, nahm leicht ab, blieb jedoch weiterhin deutlich messbar. Vor allem bei sehr jungen Frauen wird der Einfluss mütterlicherseits als signifikant eingestuft.¹³¹ Der eigene Partner und Vater des Kindes hatte durchweg wenig Einfluss. Dies widerspricht neueren Studien,

¹²⁵ Novotny R., Kieffer EC., Mor J.: Health of infant is the main reason for breast-feeding in a WIC population in Hawaii. In: J Am Diet Assoc 1994, 94:293-297.

¹²⁶ Krasselt A., Scherbaum H.: Ökonomische Aspekte einer weltweiten Anwendung von Muttermilchersatzprodukten. In: Scherbaum V., Perl FM., Kretschmer U. (Hrsg.): Stillen- Frühkindliche Ernährung und reproduktive Gesundheit, Köln 2003, 39.

¹²⁷ Grabmayr S., Scherbaum V.: Entscheidung zum Stillen. In: Scherbaum V., Perl FM., Kretschmer U. (Hrsg.): Stillen- Frühkindliche Ernährung und reproduktive Gesundheit, Köln 2003, 59.

¹²⁸ Olbricht I.: Die Brust- Organ und Symbol weiblicher Identität. In: Brust 2000. Gesundheitspolitische Ein- und Aussichten. 6. Jahrestagung des Arbeitskreises Frauengesundheit (AKF) in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft, Bremen 2000, vgl. auch: Dettwyler KA.: Beauty and the breast: the cultural context of breastfeeding in the United States. In: Stuart-Macadam P., Dettwyler KA. (Hrsg.): Breastfeeding: biocultural perspectives, New York 1995, 167ff.

¹²⁹ Vgl hierzu auch: Lemke M., 1995, a. a. O. 99.

¹³⁰ Hoddinott P., Pill R.: Qualitative study of decisions about infant feeding among women in East end of London. In: BMJ 1999, 318: 30-34.

¹³¹ Hannon PR., Willis SK., Bishop-Townsend V. et al.: African-American and Latina adolescent mothers' infant feeding decisions and breastfeeding practices: a qualitative study. In: J Adolesc Health 2000, 26:399-407.

welche der Einstellung des Kindesvaters dem Stillen gegenüber eine große Bedeutung in Bezug auf den Stillwunsch der Mutter sowie den späteren Stillernfolg einräumen.¹³² Dies bestätigt eine fortschreitende Einbeziehung des Vaters in die Säuglingserziehung und -ernährung, auf welche an anderer Stelle in dieser Arbeit bereits eingegangen wurde.

Als weitere Informationsquelle diente bei fast allen Befragten das medizinische Personal, wobei vor allem die Ärzte konsultiert wurden (siehe Kapitel 4.1.5). In einer Studie über „Kurz- und mittelfristige Auswirkungen des Stillens auf die maternale Gesundheit post partum“ aus dem Jahr 2005 wurden die Mütter ebenfalls nach den wichtigsten Unterstützungspersonen post partum befragt. Die Nennungen der Befragten lauteten in absteigender Reihenfolge: Partner, Hebamme, Eltern, Schwiegereltern, Freunde, Geschwister, Sonstige.¹³³ Auch hier wird deutlich, dass heutzutage vor allem der Partner einen wichtigen Einfluss ausübt. Von nachfolgender Relevanz ist die Prägung durch Eltern und Freunde. In Bezug auf das medizinische Personal haben die Hebammen an Bedeutung gewonnen, die Ärzte werden in dieser Statistik nicht genannt.

In einem aktuellen *Cochrane Review* wurde unter Berücksichtigung von 34 Studien der Einfluss von professioneller Unterstützung sowie der Unterstützung durch Laien auf die Stilldauer ermittelt. Den Ergebnissen zufolge spielt professionelle Unterstützung eine signifikante Rolle in Bezug auf die Gesamtdauer des Stillens, die Dauer ausschließlichen Stillens scheint dadurch jedoch nicht verlängert. Umgekehrt verhält es sich bei der Unterstützung durch Laien. Sie verlängert die Dauer des ausschließlichen Stillens, zeigte aber keine statistisch signifikanten Effekte auf die Gesamtstilldauer. Beide Unterstützungsformen zusammen konnten jegliche Stilldauer signifikant erhöhen und waren somit am effektivsten.¹³⁴ Wesentlich für eine erfolgreiche Laktationsberatung ist vor allem die Qualität derselben. So ist mangelndes Wissen und Erfahrung der beratenden Mediziner assoziiert mit einer

¹³² Scott JA., Binns CW.: Factors associated with the initiation and duration of breastfeeding: a review of the literature. In: *Breastfeeding Review* 1999, 7: 5-16, vgl. auch: Mahoney M., James DM.: Predictors of anticipated breastfeeding in an urban, low-income setting. In: *JFP* 2000, 49: 529-533.

¹³³ Borrmann B., 2005, a. a. O. 85.

¹³⁴ Britton C, McCormick FM, Renfrew MJ et al.: Support for breastfeeding mothers. In: *The Cochrane Library*, Issue 4 2009, 1-2, vgl. auch Sikorski J.; Renfrew MJ.; Pindora S. et al.: Support for breastfeeding mothers: a systematic review. In: *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2003, 17:407-417, vgl. auch Chung M., Raman G., Trikalinos T. et al.: Interventions in Primary Care to Promote Breastfeeding: An Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force. In: *Ann Intern Med.* 2008;149:565-582.

konsekutiv verminderten Stillrate und -dauer der Wöchnerinnen.¹³⁵ Daher muss eine ausreichende Weiterbildung des medizinischen Personals zur grundlegenden Thematik gewährleistet werden.

Als weitere Informationsquelle dienten den befragten Müttern vor allem Ratgeberliteratur und Zeitschriften, deren Popularität im Untersuchungszeitraum zunahm. Das legt die Vermutung nahe, dass sich die zeittypischen Norm- und Wertvorstellungen in der Literatur zurückverfolgen lassen. Demzufolge müssten sich ab den 1960er Jahren Texte finden lassen, welche die Abwendung vom Stillen und hin zur Flaschennahrung propagieren. Zwar finden sich gewisse Verschiebungen in der Bewertung von Milchersatzprodukten, welche in den 1960er und 1970er Jahren mit dem Verweis auf den technologischen Fortschritt in der Herstellung und Zusammensetzung zu einem fast ebenbürtigem Äquivalent avancierten, doch konnten keine Texte identifiziert werden, in denen die Flaschennahrung dem Stillen bevorzugt wurde.¹³⁶ Neben Ratgeberliteratur und Zeitschriften wurden jedoch von den Befragten, vor allem aus Kohorte 2 und 3, auch Informationsbroschüren der Nahrungsmittelhersteller gelesen, in welchen gezielt für Ersatznahrung geworben wurde. Mit dem 1981 von der Weltgesundheitsorganisation errichteten internationalen Kodex zur Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten wurde diese Werbung jedoch untersagt.¹³⁷ Dies könnte einen maßgeblichen Anteil an der Zunahme der Stillinzidenz mit sich gebracht haben.

Im Kontext der bereits erwähnten staatlichen Förderungen konnte im Untersuchungszeitraum eine Zunahme berufstätiger Mütter festgestellt werden, was für den Erfolg privilegierender gesetzlicher Maßnahmen, vor allem dem seit 1952 erlassenen Mutterschutzgesetz, spricht. Staatliche Förderungen, wie beispielsweise das Mutterschaftsgeld, fanden nicht nur in dieser Studie bei den Müttern großen Anklang, weshalb von einem großen Einfluss familienfördernder Politik auf gesellschaftliche Prozesse ausgegangen werden muss.¹³⁸

¹³⁵ Holmes A., McLeod A., Thesing C. et al.: Physician breastfeeding education leads to practice changes and improved clinical outcomes. In: *Breastfeed Med.* 2012, 7:403-8.

¹³⁶ Vgl. hierzu Knaak S.: Breast-feeding, bottle-feeding and Dr. Spock: the shifting context of choice. In: *Can Rev Sociol Anthropol.* 2005, 42:197-216, vgl. auch Manz F., Manz I., Lennert, 1997, a. a. O. 145:572-587.

¹³⁷ Adelberger A.: Internationale Gesetzgebung zur Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten. In: Scherbaum V., Perl FM., Kretschmer U. (Hrsg.): *Stillen- Frühkindliche Ernährung und reproduktive Gesundheit*, Köln 2003, 32ff.

¹³⁸ Siehe Tabelle 12, vgl. auch: Lemke M., 1995, a. a. O. 92.

Neben dem Einfluss, den das persönliche Umfeld, das medizinische Personal, die Medien, sowie staatliche Förderungen auf die Stillentscheidung der Mütter haben, spielen einige andere Faktoren noch eine wichtige Rolle. Zu den von Conzelmann-Auer und Ackermann-Liebrich ermittelten Faktoren, welche in Zusammenhang mit einer höheren Stillfrequenz und einer längeren Stilldauer standen, zählten: ein komplett zu Hause verbrachtes Wochenbett (ambulante und Hausgeburten), Zugehörigkeit zur Oberschicht, höheres Alter der Mutter, erstes Anlegen des Kindes innerhalb einer Stunde post partum und Tag-und-Nacht-*Rooming-In*.¹³⁹ Einige dieser Faktoren, wie beispielsweise der Zeitpunkt des ersten Anlegens und die *Rooming-In* Frequenz sind leicht beeinflussbar. Andere hingegen, wie das Alter der Mutter bei der Geburt und die Schichtzugehörigkeit sind weniger zu beeinflussen. Auch wurde deutlich, dass die Entscheidung zu Stillen ganz maßgeblich durch ein stillfreundliches Umfeld gefördert wird.¹⁴⁰ Daher ist es von zentraler Bedeutung, den Ruf des Stillens zu verbessern, indem eine für die Mutter als angenehm empfundene Stillzeit gefördert wird, und von dem mit pflicht- und moralbehafteten Stillzwang Abstand zu nehmen. Dies stellt die Grundlage der nun folgenden Implikationen für die Stillberatung und Stillförderung dar.

¹³⁹ Conzelmann-Auer C., Ackermann-Liebrich U.: Frequency and duration of breast-feeding in Switzerland. In: Sozial- und Präventivmedizin 1995, 40:396-398.

¹⁴⁰ Guttman N., Zimmerman DR.: Low-income mothers views on breastfeeding. In: Soc Sci Med 2000, 50:1457–1473.

5.2.4 Implikationen für Stillberatung und Stillförderung

Durch die genannten Einflussfaktoren sowie die weiter oben erwähnten Stillhindernisse wird deutlich, dass es sich beim Stillvorgang um einen höchst sensiblen Prozess handelt. Dabei reicht es nicht den Müttern, eine professionelle Beratung zur Verfügung zu stellen, um einen erfolgreichen Stillprozess zu gewährleisten. Es müssen multiple Variablen berücksichtigt werden, welche das Stillen erschweren und zuletzt verhindern können. Dabei sind die Lebenslage und die Lebenssituation der Frauen ausschlaggebend ebenso wie Berufstätigkeit oder Berufsausbildung, Unterstützungsmöglichkeiten durch Partner, Familie oder Freundeskreis. Daher sollte sich eine Unterstützung des Stillens nicht allein auf die Ebene des Individuums beschränken, sondern Familienmitglieder oder andere wichtige Bezugspersonen in die Stillberatung mit einbezogen werden.¹⁴¹ Vor allem aber sollte nicht nur das Wohl des Kindes, sondern auch das der Mutter in den Vordergrund gestellt werden. Denn nicht zuletzt hat diese Studie gezeigt, dass das Stillen von den Müttern zum Teil sehr ambivalent erlebt wird.¹⁴² Psychischer Stress nach der Schwangerschaft, die Angst, nicht ausreichend Milch produzieren zu können, sowie der Rückgang ins Berufsleben sind Beispiele für Gründe, welche mütterlicherseits eine erfolgreiche Stillbeziehung verhindern können. Doch das Stillen erfüllt heute nicht nur den wissenschaftlichen Erkenntnisstand, sondern vor allem auch den moralischen Goldstandard für Mütter. Eine gute Mutter ist, dem gesellschaftlichen Gedankengut zufolge, eine stillende Mutter. Durch diesen Hintergrund ist eine freie Entscheidungsfindung in der Stillfrage erschwert, was für viele Mütter eine Belastung darstellt.¹⁴³ Ärztliche Stillempfehlungen zu Dauer und Frequenz, so ist aus diesem Bericht hervorgegangen, unterlagen zudem einem stetigen Wandel, was bei einigen Müttern Irritationen und Abneigung hervorgerufen hat. Zusätzlich hat sich gezeigt, dass sich in Bezug auf gesundheitsrelevantes Verhalten pauschal geltende, undifferenzierte Empfehlungen bereits in anderen

¹⁴¹ Vgl. auch: Bogensperger E., Freisleben-Teutscher C., Hemmelmayr A. et al.: Die Bedeutung des Pädiaters in der Stillzeit, Kompetente Beratung- Stillfreundliche Krankenhäuser– Stillförderung, 2009. <http://www.springerlink.com/content/b182100t34q74340/fulltext.pdf> 11.05.2011.

¹⁴² Borrmann B., 2005, a. a. O. 111. Vgl auch: Shortt E., McGorrian C., Kelleher C.: A qualitative study of infant feeding decisions among low-income women in the Republic of Ireland. In: Midwifery. 2012, S0266-6138(12)00043-5.

¹⁴³ Knaak S., 2005, a. a. O. 42:197-216.

Bereichen der Gesundheitsförderung als wenig sinnvoll erwiesen haben.¹⁴⁴ Daher kann es als vorteilhaft erachtet werden, in Zukunft den individuellen Wünschen und Möglichkeiten der Mütter in Bezug auf die Stilldauer nachzukommen, statt allgemein geltende Stillregeln zu formulieren. So würde der individuelle Stillerfolg anhand selbstgesteckter Ziele festgemacht werden und nicht wie zuvor an der Einhaltung offizieller Empfehlungen festgelegt werden. Zusätzlich weisen bezogen auf Deutschland die empirischen Studien klar darauf hin, dass sich die Bemühungen der Stillförderung vor allem auch auf die Mütter aus den unteren Statusgruppen konzentrieren sollten, um diesen einen besseren Zugang zu Informationen und Unterstützung gewährleisten zu können. Durch diese Maßnahme sollen Frauen in Zukunft im Sinne eines „*informed consent*“ die Entscheidung für oder gegen das Stillen selbstständig treffen können, indem sie sowohl über die Vorteile als auch über die Nachteile des Stillens für ihre Kinder und sich selbst aufgeklärt werden. Die Praxis allgemeingültiger Stillempfehlungen sollte zugunsten einer individuell ausgerichteten Stillberatung aufgegeben werden, bei der auf die jeweilige Familiensituation die beste Ernährungsform für den Säugling abgestimmt werden kann.¹⁴⁵

Weitere Kategorien in Bezug auf die Stillförderung wurden im EU-Aktionsplan veröffentlicht.¹⁴⁶ Diese wurden in die Ebenen „Mutter, Kind, Familie“, „Gesundheitssystem“, „Öffentliche Gesundheitsstrategien“ und „Gesellschaftliche Regeln und Kultur“ unterteilt. Dies verdeutlicht, dass es viele Ansatzpunkte gibt, bei denen noch vermehrt Arbeitsbedarf vorliegt, zum Beispiel die verbesserte Vereinbarkeit von Mutterschaft und Beruf. Die Gewährung von Stillzeiten ist beispielsweise durch § 7 des Mutterschutzgesetzes geregelt und sollte vermehrt durchgesetzt werden.¹⁴⁷ Die vorgelegten Daten können vor allem auf der Ebene „Mutter, Kind, Familie“ den Erkenntnisstand verbessern und somit Unterstützungsmaßnahmen anregen. Bezüglich der anderen Ebenen sind das Gesundheitssystem, die Politik und nicht zuletzt die Gesellschaft gefordert, an einem

¹⁴⁴ Kühn H.: Healthismus- Eine Analyse der Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in den USA, Berlin 1993.

¹⁴⁵ Borrmann B., 2005, a. a. O. 113-114.

¹⁴⁶ Europäische Kommission, Direktorat öffentliche Gesundheit und Risikobewertung: EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action, Luxembourg 2004. http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2002/promotion/promotion_2002_18_en.htm 11.05.2011.

¹⁴⁷ Deutscher Bundestag a. a. O. 2008. <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/105/1610558.pdf> 10.05.2010.

stillfreundlicheren Klima, einer verbesserten Akzeptanz und somit zuletzt an einer nachhaltigen Unterstützung der Kindergesundheit mitzuwirken.¹⁴⁸

¹⁴⁸ Vgl. auch Lange C., Schenk L., Bergmann R., 2007, a. a. O. 50:624–633.

5.3 Diskussion der qualitativen Ergebnisse

In den vergangenen Jahrzehnten korrespondierten die verschiedenen Ernährungspraktiken mit ganz unterschiedlichen Haltungen und Einstellungen und haben dadurch mehrfache Umdeutungen erfahren. Im Kontext der bereits genannten Zitate der Befragten lassen sich diese zeitlichen Unterschiede herausstellen und somit einige spezifische Elternschaftskulturen bestimmen.¹⁴⁹

5.3.1 Mutterideologie

Die in Kohorte 1 verzeichneten hohen Stillraten können als Ausläufer des unter nationalsozialistischer Stillpropaganda erzielten Stillhöhepunktes um 1940 gewertet werden. In dieser Zeit wurde unter anderem in dem von Johanna Haarer verfassten Werk „Die deutsche Mutter und ihr erstes Kind“ an die Mütter appelliert, sich ihrer Rassenideologie zu unterwerfen: „Deutsche Mutter, wenn Du stillst, tust du nicht nur Deine Schuldigkeit deinem Kinde gegenüber, sondern erfüllst auch eine rassische Pflicht“.¹⁵⁰ Durch dieses unmissverständlich geprägte Mutterbild wurde das Stillen als selbstverständliche Pflicht angesehen, eine Ideologie, die bis in die 50er Jahre verfolgt werden konnte: „Zu meiner Zeit 1954 hat man diese Themen ganz einfach gehalten. Babies wurden gestillt und danach mit Kinderkost ernährt.“ (1.03). Bestärkt wurde dieses Verhalten durch eine weit verbreitete Armut und dem damit verbundenen Mangel an Alternativen: „1952 war eine schlechte Zeit. Da gab es noch gar nicht so viel anderes für kleine Kinder.“ (1.09). Dies änderte sich im Zeitalter der Medikalisierung.

¹⁴⁹ Die Unterteilung der Elternschaftskulturen wurde größtenteils übernommen aus: Heimerdinger T., 2007, a. a. O. 105-107.

¹⁵⁰ Haarer J.: Die deutsche Mutter und ihr erstes Kind, München 1937, 108.

5.3.2 Medikalisierung

Vor allem in den fortschritt- und technologiegläubigen 1960er und 1970er Jahren fiel die Propagierung eines frühen Übergangs zur künstlichen Ernährung auf fruchtbaren Boden: *„Mit Alete wurde auch schon ein Lämmchen groß gezogen. Es schien also zu funktionieren.“* (1.19). Es war nun nicht mehr notwendig sich den Umständen des Stillens lange hinzugeben, was sich in einer hohen initialen Stillrate mit einem schnellen Abfall dergleichen äußerte (siehe Abbildung 12 und 13). Gleichzeitig kam die Flaschennahrung dem medizinisch angeratenen Hygiene- und Kontrollmaßnahmen entgegen, welche strikte Stillzeitpläne zu pädagogischen Zwecken vorsahen. Diese Maßnahmen reflektieren ein an Rationalität orientiertes, mechanistisches Bild der Mutter-Kind-Beziehung.¹⁵¹ Auch wenn sich in keinem der damals veröffentlichten anerkannten Ratgebertexte die Aussage finden ließ, dass die künstliche Säuglingsernährung dem Stillen zu bevorzugen sei, gaben viele Mütter an, dass das Stillen im Krankenhaus weder von den Ärzten noch von den Hebammen gefördert wurde, was oftmals im Abstillen resultierte: *„Bei den ersten drei Kindern habe ich alles versucht. Auch mit abpumpen und allem drum und dran. Ich habe aber nie mehr als 30g geschafft. Zu der Zeit war das auch leider nicht so gewesen, dass man so viel Unterstützung durch die Hebammen hatte. Die haben dann auch relativ schnell gesagt: ‚Ach mit der Flasche wird das Kind auch groß.‘“* (3.15).

¹⁵¹ Tönz O.: Stillpraxis im Wandel der Zeit, In: Scherbaum V., Perl F.M., Kretschmer U. (Hrsg.): Stillen- Frühkindliche Ernährung und reproduktive Gesundheit, Köln 2003, 5-6.

5.3.3 Emanzipation und Neuverhandlung der Geschlechterrollen

Zu eben dieser Zeit der Medikalisierung fand zusätzlich eine intensive, kontroverse Auseinandersetzung mit tradierten Rollenbildern statt. Unterstützt wurde diese Entwicklung durch die emanzipatorisch und antiautoritär getragene Studentenbewegung der 1960er Jahre, welche in Bezug auf gesamtgesellschaftliche Prozesse wirkmächtig war.¹⁵² Die Option der Flaschennahrung erlaubte im Hinblick auf die Neuverhandlung der Geschlechterrollen Schritte hin zur Gleichberechtigung. Waren in Kohorte 1 den Angaben der befragten Mütter zufolge 20% der Väter in die Säuglingsernährung involviert, so waren es zwischen 1960 und 1970 bereits 40% und in der darauffolgenden Dekade sogar 76%. Durch die Entbehrung des Stillens konnten die Väter aber auch andere Bezugspersonen ebenso umfassend in die Säuglingsernährung eingreifen: *„Morgens um sechs hat mein Mann dann alleine die Kinder fertig gemacht. Das hat der richtig genossen die Zeit mit denen alleine zu haben.“* (4.14). Dies eröffnete den Müttern neue Möglichkeiten der Unabhängigkeit, zum Beispiel in Bezug auf das Berufsleben.

¹⁵² Nave-Herz R.: Die Geschichte der Frauenbewegung in Deutschland, 5. Aufl., Hannover 1997, 39ff.

5.3.4 Entmedikalisierung

Durch die kritische Auseinandersetzung mit alten patriarchalen Machtstrukturen entstand ein neues Problembewusstsein, was in eine zunehmend kritische Haltung gegenüber Funktionsträgern der Medizin und Industrie uferete.¹⁵³ Die Skepsis gegenüber Technik und Chemie führte zu einer zunehmenden Abkehr aller künstlich oder industriell hergestellten Produkte. Begriffe wie Natürlichkeit und Ursprünglichkeit rückten wieder in den Vordergrund, weshalb auch die Kontrolltendenzen der Krankenhauskultur immer mehr Ablehnung fanden: „*Ich hab immer gedacht, das Kind müsste mehr trinken und habe sie dann öfter als alle vier Stunden gefüttert. Man war ja auch unsicher.*“ (4.24). Vor allem durch die Ende der 1970er Jahre aufkommende, durch die Mittelschicht getragene Alternativbewegung, welche nicht zuletzt durch das in den USA aufkommende Still-Revival unter der Gründung zahlreicher Stillgruppen, wie „La Leche Liga“, begründet wurde, konnte sich das Stillen auch in Deutschland wieder vermehrt durchsetzen. Durch die stetig sinkende Kinderzahl (siehe Abbildung 9) und die damit verbundene wirtschaftliche Prosperität der Mutter war es selbigen möglich, ihren wenigen Kindern längere Zeit Zuwendung und Fürsorge zukommen zu lassen.¹⁵⁴ Dadurch rückte das Kind in seiner Beziehung zu den Eltern ins Zentrum des Interesses und es wurde, geprägt durch die amerikanischen Kinderärzte Klaus und Kennel, eine neue Mutter-Kind-Beziehung entworfen. Dabei wurden die Signifikanz von Frühkontakt und *Rooming-In* aufgezeigt. Dadurch wurden das frühe Anlegen, ein freies Stillverhalten und der intime Kontakt zwischen Mutter und Kind legitimiert.¹⁵⁵

Diese zeitlich unterteilten Elternschaftskulturen erinnern an Modewellen im Sinne eines bekannten, von E. Rogers beschriebenen Modells zur „*diffusion of innovations*“. Darin wird erläutert, wie die Trend- und Ideenfindung in einer Gesellschaft voranschreitet.¹⁵⁶ Demzufolge beginnt der Prozess der Ideenfindung in der Regel bei sozial hoch gestellten, weltoffenen und somit vielgereisten Personen und erreicht über diese Schicht einen größeren Teil der Bevölkerung, welcher ebenfalls über ein gutes soziales Netzwerk und ein hohes Ansehen verfügt. Als

¹⁵³ Heimerdinger T., 2007, a. a. O. 107.

¹⁵⁴ Tönz O., 1997, a. a. O. 110.

¹⁵⁵ Tönz O., 2003, a. a. O. 5-6.

¹⁵⁶ Rogers E.: Diffusion of innovations, 5. Aufl., The Free Press, New York 2003.

nächstes Glied in der Kommunikation folgt eine Personengruppe, welche sich durch häufige Interaktion mit Mitmenschen auszeichnet, Innovationen zwar tendenziell skeptisch gegenübersteht, sich jedoch schnell überzeugen lässt. Zuletzt gelangt die Idee über einen sozial niedrig gestellten, misstrauischen Bevölkerungsteil zu den isolierten, Veränderungen ablehnenden Außenseitern.¹⁵⁷

Auch wenn dieses Modell mit Sicherheit nicht pauschalisiert werden sollte, so verfügt es doch über eine gute empirische Absicherung und bietet eine einleuchtende Erklärung für die eben beschriebenen Veränderungen im menschlichen Verhalten. Gleichzeitig zeigt dieses Modell auf, dass sozial niedrig gestellte Personen einen späten Teil der Ideenfindung bilden. Dies könnte, bezogen auf die Thematik dieser Dissertation, zeitliche Inkongruenzen in den Stillhäufigkeiten und den dafür angegebenen Gründen zwischen Akademikern und Nicht-Akademikern erläutern. Aktuell gibt es einige Studien, welche sich mit dem Vergleich der Stillhäufigkeit dieser Personengruppen befassen.¹⁵⁸ Für den untersuchten Zeitraum wurde jedoch keine Studie mit diesem Ziel gefunden. Der Vergleich von sozial hoch gestellten versus sozial niedrig gestellten Personen beziehungsweise Akademikern und Nicht-Akademikern in Bezug auf die Stillideologie des letzten Jahrhunderts stellt somit ein offenes Forschungsdesiderat dar.

¹⁵⁷ Vgl. Rückert IM., Mielck A., 2008, a. a. O. 3:56–66.
¹⁵⁸ Ebenda 3:56–66.

6. Literaturnachweis

- Abou-Dakn M., Schäfer-Graf U., Wöckel A.: Psychological stress and breast diseases during lactation. In: Breastfeed Rev. 2009, 17:19-26.
- Adelberger A.: Internationale Gesetzgebung zur Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten. In: Scherbaum V., Perl FM., Kretschmer U. (Hrsg.): Stillen- Frühkindliche Ernährung und reproduktive Gesundheit, Köln 2003.
- Bell L., Lacombe M., Gallagher F. et al.: The factors involved in the decision to stop breastfeeding early. In: Soins Pедиatr Pueric. 2012, 269:39-45.
- Benkert B.: Vorbereitung auf das Stillen in der Schwangerschaft. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Stillen und Muttermilchernährung, Köln 2001.
- Benz, U.: Brutstätten der Nation. „Diedeutsche Mutter und ihr erstes Kind“ oder der anhaltende Erfolg einer Erziehungsbuches. In: Dachauer Hefte 4, 1988.
- Bergmann KE., Bergmann RL., Kries R. von et al.: Early determinants of childhood overweight and adiposity in a birth cohort study: role of breast-feeding. In: Int J Obes Relat Metab Disord. 2003, 27:162-72.
- Bogensperger E., Freisleben-Teutscher C., Hemmelmayr A. et al.: Die Bedeutung des Pädiaters in der Stillzeit, Kompetente Beratung- Stillfreundliche Krankenhäuser– Stillförderung, 2009. <http://www.springerlink.com/content/b182100t34q74340/fulltext.pdf> 11.05.2011.
- Borrmann B.: Kurz- und Mittelfristige Auswirkungen des Stillens auf die maternale Gesundheit post partum, Diss., Osnabrück 2005.
- Britton C, McCormick FM, Renfrew MJ et al.: Support for breastfeeding mothers. In: The Cochrane Library, Issue 4 2009.
- Chung M., Raman G., Trikalinos T. et al.: Interventions in Primary Care to Promote Breastfeeding: An Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force. In: Ann Intern Med. 2008, 149:565-582.

- Conzelmann-Auer C.; Ackermann-Liebrich U.: Frequency and duration of breast-feeding in Switzerland. In: Sozial- und Präventivmedizin 1995, 40:396-398.
- Czerny A.: Der Arzt als Erzieher des Kindes, 8 Aufl., Leipzig 1934.
- Czerny A.: Sammlung klinischer Vorlesungen über Kinderheilkunde, 2. Aufl., Leipzig 1948.
- Dahlmann E.: Der Verein für Säuglingsfürsorge im Regierungsbezirk Düsseldorf e.V., Diss., Düsseldorf 2001.
- Damis E., Gucciardo L., Berrefas L. et al.: Breastfeeding: from physiology to practical aspects. In: Rev Med Brux. 2012, 33(4):318-27.
- Davis, A.: ‚When I was young you just went an asked your mother.‘ The changing role of friends and kin in the transmission of knowledge about maternity in post-1945 Britain. In: Medizin, Gesellschaft und Geschichte 2011, 40; 15-34.
- de Chateau P., Holmberg, H., Jakobson, K. et al.: A study of factors promoting and inhibiting lactation. In: Dev Med Child Neurol 1977, 19:575–584.
- Dettwyler KA.: Beauty and the breast: the cultural context of breastfeeding in the United States. In: Stuart-Macadam P., Dettwyler KA. (Hrsg.): Breastfeeding: biocultural perspectives, New York 1995.
- Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG): Allergieprävention, Nähe, gesunde Ernährung, München 08.10.2010. [http://www.dggg.de/dggg-kongress/presseinformationen/allergiepraevention-naehe-gesunde-ernaehrung/?sword_list\[0\]=stillen](http://www.dggg.de/dggg-kongress/presseinformationen/allergiepraevention-naehe-gesunde-ernaehrung/?sword_list[0]=stillen) 26.10.2010.
- Deutscher Bundestag: Stand der Förderung des Stillens von Säuglingen und Kleinkindern, 2008. <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/105/1610558.pdf> 19.10.2010.
- Dittfurth M. von: Beobachtungen zur Stillfrequenz in Abhängigkeit von didaktischen Veränderungen in der geburtshilflichen Klinik, Diss., Düsseldorf 1981.
- Droese W., Stolley H.: Ernährung des Säuglings. In: Keller W., Wiskott A.: Lehrbuch der Kinderheilkunde, Stuttgart 1969.

- Dumas L., Lepage M., Bystrova K. et al.: Influence of Skin-to-Skin Contact and Rooming-In on Early Mother-Infant Interaction: A Randomized Controlled Trial. In: Clin Nurs Res. 2013 Jan 3.
- Ebert-Stockinger, K.: Mutterschaft. Werden, Geburt, Pflege und Erziehung des Kindes. Eine Weihegabe, 2. Aufl., Stuttgart 1918.
- Europäische Kommission, Direktorat öffentliche Gesundheit und Risikobewertung: EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action, Luxembourg 2004. http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2002/promotion/promotion_2002_18_en.htm 11.05.2011.
- Feer E.: Lehrbuch der Kinderheilkunde, 24. Aufl., Stuttgart 1980.
- Fehlemann S.: Armutrisiko Mutterschaft: Mütter- und Säuglingsfürsorge im Deutschen Reich 1890-1924, Diss., Düsseldorf 2004.
- Field, K.: Children of the Nation?: A Study of the Health and Well-being of Oxfordshire Children, 1891-1939, Oxford 2001.
- Fisher, K.: An Oral History of Birth Control Practice c. 1925-50: A Study of Oxford and South Wales, Oxford 1997.
- Flick U., Kardorff E. von, Keupp H. et. al.: Handbuch Qualitative Sozialforschung, Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen, 2. Aufl., Weinheim 1995.
- Gartner LM, Morton J., Lawrence RA. et al: Breastfeeding and the use of human milk. In: Pediatrics 2005, 115:496-506.
- Giashuddin MS., Kabir M.: Duration of breast-feeding in Bangladesh. In: Indian J Med Res 2004, 119: 267–272.
- Glanzmann E.: Einführung in die Kinderheilkunde- in 207 Vorlesungen für Studierende und Ärzte, 4. Aufl., Wien 1958.
- Grabmayr S., Scherbaum V.: Entscheidung zum Stillen. In: Scherbaum V., Perl FM., Kretschmer U. (Hrsg.): Stillen- Frühkindliche Ernährung und reproduktive Gesundheit, Köln 2003.

- Grosse Ausstellung Düsseldorf 1926 für Gesundheitspflege, Soziale Fürsorge und Leibesübungen, Hrsg. von Arthur Schlossmann, bearb. von Marta Fraenkel, Bd. 2, Düsseldorf 1927.
- Grummer-Strawn L., Shealy K.: Progress in protecting, promoting, and supporting breastfeeding: 1984-2009. In: Breastfeed Med. 2009, 1:S31-9.
- Guttman N., Zimmerman DR.: Low-income mothers views on breastfeeding. In: Soc Sci Med 2000, 50: 1457–1473.
- Haarer J.: Die deutsche Mutter und ihr erstes Kind, München 1936.
- Haarer J.: Die deutsche Mutter und ihr erstes Kind, München 1937.
- Hannon PR., Willis SK., Bishop-Townsend V. et al.: African-American and Latina adolescent mothers' infant feeding decisions and breastfeeding practices: a qualitative study. In: J Adolesc Health 2000, 26: 399-407.
- Harnack GA. von: Kinderheilkunde, 5. Aufl., Berlin 1980.
- Harnack GA. von, Heimann G.: Kinderheilkunde, 8. Aufl., Berlin 1990.
- Heimerdinger T.: Brust oder Flasche? - Säuglingsernährung und die Rolle von Beratungsmedien. In: Bilder. Bücher. Bytes. Zur Medialität des Alltags. 36. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Volkskunde in Mainz vom 23. bis 26. September 2007.
- Hellbrügge TH.: Soziale und prophylaktischer Pädiatrie. In: Keller W., Wiskott A.: Lehrbuch der Kinderheilkunde, Stuttgart 1969.
- Henzinger U.: Stillen– Die Quelle mütterlicher Kraft, Düsseldorf 1999.
- Hilbig A: Längerfristige Trends bei der Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern der DONALD Studie im Zeitraum 1989– 1999, Diss., Gießen 2005.
- Hoddinott P., Pill R.: Qualitative study of decisions about infant feeding among women in East end of London. In: BMJ 1999, 318: 30-34.

- Holmes A., McLeod A., Thesing C. et al.: Physician breastfeeding education leads to practice changes and improved clinical outcomes. In: Breastfeed Med. 2012, 7:403-8.
- Hormann E., Nehlsen E.: Die aktuelle Stillsituation in Deutschland und europaweit. In: Siebert W., Stögmann W., Wündisch GF.: Stillen- einst und heute, München 1997.
- Huch R.: Vorteile des Stillens aus Sicht der Geburtshilfe. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): Stillen und Muttermilchernährung, Köln 2001.
- Kark JD, Troya G, Friedlander Y. et al.: Validity of maternal reporting of breast feeding history and the association with blood lipids in 17 year olds in Jerusalem. In: J Epidemiol Community Health 1984, 38:218–25.
- Keller W., Wiskott A.: Lehrbuch der Kinderheilkunde, 4. Aufl., Stuttgart 1977.
- Kersting M, Dulong M: Assessment of breast-feeding promotion in hospitals and follow-up survey of mother-infant pairs in Germany: the SuSe Study. In: PublicHealth Nutr 2002, 5:547-52.
- Kersting M., Dulong M.: Fakten zum Stillen in Deutschland- Ergebnisse der SuSe Studie. In: Monatsschrift Kinderheilkunde 2002, 150:1196-1201.
- Kim M., Kim Y., Yoo J.: Factors Affecting Exclusive Breastfeeding during the First Six Months in Korea. In: Pediatr Int. 2012, 10.1111/ped.12004.
- Kinlay J., O’Connell D., Kinlay S.: Incidence of mastitis in breastfeeding women during the first six months after delivery: A prospective cohort study. In: Medical Journal of Australia 1998, 169:310-312.
- Kintner HJ: The impact of breastfeeding patterns on regional differences in infant mortality in Germany, 1910. In: Eur J Popul 1988, 3:233-61.
- Kintner HJ.: Trends and regional differences in breastfeeding in Germany from 1871 to 1937. In: J Fam Hist 1985, 10:163-82.
- Klose, Loeschke, A.: Kinderheilkunde, 25 Aufl., Köln 1954.

- Knaak S.: Breast-feeding, bottle-feeding and Dr. Spock: the shifting context of choice. In: Can Rev Sociol Anthropol. 2005, 42:197-216.
- Krasselt A., Scherbaum H.: Ökonomische Aspekte einer weltweiten Anwendung von Muttermilchersatzprodukten. In: Scherbaum V., Perl FM., Kretschmer U. (Hrsg.): Stillen- Frühkindliche Ernährung und reproduktive Gesundheit, Köln 2003.
- Kühn H.: Healthismus- Eine Analyse der Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in den USA, Berlin 1993.
- Lampert T., Ziese T.: Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert-Koch Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, o.J. http://www.bmas.de/portal/988/property=pdf/armut_soziale_ungleichheit_und_gesundheit.pdf 06.05.2011.
- Lange C., Schenk L., Bergmann R.: Verbreitung, Dauer und zeitlicher Trend des Stillens in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). In: Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 2007, 50:624–633.
- Larass P.: Kind sein kein Kinderspiel, das Jahrhundert des Kindes 1900-1999, Halle 2000.
- Lavender T., Baker L., Smyth R. et al.: Breastfeeding expectations versus reality: a clusterrandomised controlled trial. In: BJOG 2005, 112:1047-1053.
- Lemke M.: Beobachtungen zu Veränderungen beim Stillverhalten innerhalb von zehn Jahren– Untersuchungen an 634 deutschen Wöchnerinnen an der Universitätsfrauenklinik Düsseldorf 1988– verglichen mit einem Kollektiv aus dem Jahr 1978 (Dissertation von Ditfurth 1981), Diss., Düsseldorf 1995.
- Lust F.: Diagnostik und Therapie der Kinderkrankheiten, 1 Aufl., Berlin 1918.
- Lust F., Pfaundler M. von, Husler J.: Krankheiten des Kindesalters ihre Erkennung und Behandlung, 23 Aufl., München 1967.
- Mahoney M., James DM.: Predictors of anticipated breastfeeding in an urban, low-income setting. In: JFP 2000, 49:529-533.

- Mai H.: Kurzes Lehrbuch der Kinderheilkunde, Augenheilkunde, Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde und Dermatologie, 2 Aufl., München 1962.
- Manz F., Manz I., Lennert T.: Zur Geschichte der ärztlichen Stillempfehlungen in Deutschland. In: Monatsschrift Kinderheilkunde 1997, 145:572-587.
- McCarter-Spaulding D., Lucas J., Gore R.: Employment and breastfeeding outcomes in a sample of black women in the United States. In: J Natl Black Nurses Assoc. 2011, 22(2):38-4.
- Nationale Stillkommission am Bundesinstitut für Risikobewertung: Einheitliche Terminologie zur Säuglingsernährung, 2007. http://www.bfr.bund.de/cm/207/einheitliche_terminologie_zur_saeuglingsernaehrung.pdf 11.03.2011.
- Nationale Stillkommission am Bundesinstitut für Risikobewertung: Empfehlungen zur Stilldauer, 2004. <http://www.ecomed-medizin.de/sj/ufp/Pdf/ald/6997> 13.10.2010.
- Natland S., Andersen L., Nilsen T. et al.: Maternal recall of breastfeeding duration twenty years after delivery. In: BMC Med Res Methodol. 2012, 23;12(1):179.
- Nave-Herz R.: Die Geschichte der Frauenbewegung in Deutschland, 5. Aufl., Hannover 1997.
- Niessen KH.: Pädiatrie, 6 Aufl., Stuttgart 2007.
- Niethammer L.: Oral History in den USA, Archiv für Sozialgeschichte, 1976, 18:454-501.
- Novotny R., Kieffer EC., Mor J.: Health of infant is the main reason for breastfeeding in a WIC population in Hawaii. In: J Am Diet Assoc 1994, 94:293-297.
- Olbricht I.: Die Brust- Organ und Symbol weiblicher Identität. In: Brust 2000. Gesundheitspolitische Ein- und Aussichten. 6. Jahrestagung des Arbeitskreises Frauengesundheit (AKF) in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft, Bremen 2000.
- Opitz H., de Rudder B.: Pädiatrie, 1 Aufl., Berlin 1957.

- O. V.: Infant feeding today. In: Lancet 1986, 17-18.
- O. V.: La Leche Liga Deutschland. In: Voss H. von, Grützmacher A., Pfahl B.: Stillen und Muttermilchernährung, vom Bundesministerium für Gesundheit, Bonn 1986.
- Pasch H.: Beeinflussung von Werbung für Muttermilchersatznahrung auf das Stillen. In: von Voss H., Grützmacher A., Pfahl B.: Stillen und Muttermilchernährung, vom Bundesministerium für Gesundheit, Bonn 1986.
- Peiper A.: Chronik der Kinderheilkunde, Leipzig 1951.
- Peiper A.: Erinnerungen eines Kinderarztes, Berlin 1967.
- Perl F., Xylander S. von: Laktationsmastitis. In: Scherbaum V., Perl FM., Kretschmer U.: Stillen. Frühkindliche Ernährung und reproduktive Gesundheit, Köln 2003.
- Peters F.: Laktation und Stillen: Physiologie, Klinik, Pathophysiologie der Milchdrüsenfunktion, Mastitis, Stuttgart 1987.
- Rasmussen KM., Kjolhede CL.: Prepregnant overweight and obesity diminish the prolactin response to suckling in the first week postpartum. In: Pediatrics 2004, 113:465-71.
- Rebhan B: Die prospektive Kohortenstudie „Stillverhalten in Bayern“: Analyse von Daten zur Kindergesundheit, zur Säuglingsernährung und zu Genussmittelkonsum und Rauchverhalten der Mütter, Diss., München 2008.
- Rebhan B., Kohlhuber M., Schwegler U. et al.: Initiales Stillen und Gründe für das Abstillen- Ergebnisse der Studie „Stillverhalten in Bayern“, o.J. http://www.lgl.bayern.de/gesundheit/umweltmedizin/doc/stillstudie_ergebnisse.pdf 26.04.2011.
- Reitz A.: Arbeitsgemeinschaft freier Stillgruppen e.V. In: Voss H. von, Grützmacher A., Pfahl B.: Stillen und Muttermilchernährung, vom Bundesministerium für Gesundheit, Bonn 1986.

- Righard L., Alade MO.: Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. In: Lancet 1990, 336:1105–1106.
- Riordan J.; Auerbach KG.: Breastfeeding and Human Lactation, Boston 1999.
- Rogers E.: Diffusion of innovations, 5. Aufl., The Free Press, New York 2003.
- Rückert IM., Mielck A.: Soziale Ungleichheit beim Stillen in Deutschland Stand der empirischen Forschung und Handlungsempfehlungen. In: Präy Gesundheitsf 2008, 3:56–66.
- Salge B.: Einführung in die Kinderheilkunde, ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte, 3 Aufl., Berlin 1920.
- Schadewaldt H.: Die Anerkennung der Kinderheilkunde als selbstständiges Fach. In: Wissenschaftlicher Dienst Alete: Kinderheilkunde- einst und jetzt, München 1975.
- Scheele M.: Stillen bei Erkrankung der Mutter aus frauenärztlicher Sicht. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): Stillen und Muttermilchernährung, Köln 2001.
- Scholl A.: Die Befragung, Sozialwissenschaftliche Methode und kommunikationswissenschaftliche Anwendung, Konstanz 2003.
- Scott JA., Binns CW.: Factors associated with the initiation and duration of breastfeeding: a review of the literature. In: Breastfeeding Review 1999, 7:5-16.
- Seidler E.: Die Kinderheilkunde in Deutschland. In: Schweier P., Seidler E.: Lebendige Pädiatrie, München 1983.
- Shortt E., McGorrian C., Kelleher C.: A qualitative study of infant feeding decisions among low-income women in the Republic of Ireland. In: Midwifery. 2012, S0266-6138(12)00043-5.
- Sikorski J., Renfrew MJ., Pindora S. et al.: Support for breastfeeding mothers: a systematic review. In: Paediatr Perinat Epidemiol. 2003, 17:407-417.
- Sommer B., Quinlan MK.: The Oral History Manual, Oxford 2002.

- Statistisches Landesamt Baden-Württemberg: Der demographische Wandel in Baden-Württemberg– Herausforderungen und Chancen, Stuttgart 2009. <http://www.statistik-bw.de/Veroeffentl/803309005.pdf> 10.03.2011.
- Stöckel S.: Säuglingsfürsorge zwischen sozialer Hygiene und Eugenik. Das Beispiel Berlins im Kaiserreich und in der Weimarer Republik, Berlin 1996.
- Tackoen M.: Breast milk: its nutritional composition and functional properties. In: Rev Med Brux. 2012, 33(4):309-17.
- Thompson L., Zhang S., Black E. et al.: The Association of Maternal Pre-pregnancy Body Mass Index with Breastfeeding Initiation. In: Matern Child Health J. 2012 Dec 18.
- Thompson P.: The voice of the past, Oxford 2000.
- Thoms, U.: Die Kategorie Krankheit im Brennpunkt diätetischer Konzepte. In: Neumann, G., Wierlacher A., Wild R.: Essen und Lebensqualität. Natur- und kulturwissenschaftliche Perspektiven, Frankfurt/Main 2001.
- Tönz O.: Ernährung im 1. und 2. Lebensjahr. In: Czermak H.: Die erste Kindheit: ein ärztlicher Ratgeber für das erste und zweite Lebensjahr, 5. Aufl., Wien 1992.
- Tönz O.: Stillen in der guten alten Zeit. In: Siebert W., Stögmann W., Wündisch GF.: Stillen- einst und heute, München 1997.
- Tönz O.: Stillpraxis im Wandel der Zeit. In: Scherbaum V., Perl FM., Kretschmer U. (Hrsg.): Stillen- Frühkindliche Ernährung und reproduktive Gesundheit, Köln 2003.
- Vobecky JS, Vobecky J, Froda S.: The reliability of the maternal memory in a retrospective assessment of the nutritional status. In: J Clin Epidemiol 1988, 41:261–265.
- Vögele J., Halling T., Rittershaus L.: Entwicklung und Popularisierung ärztlicher Stillempfehlungen in Deutschland im 20. Jahrhundert. In: Medizinhistorisches Journal 2010, 222-250.

- Vögele J.: Im Kampf gegen die Säuglingssterblichkeit- Säuglingsernährung und Stillpropaganda- Ein Beitrag zur Geschichte der öffentlichen Gesundheitsfürsorge. In: Nahrungskultur- Essen und Trinken im Wandel, Heft4/2002.
- Vögele J.: Sozialgeschichte städtischer Gesundheitsverhältnisse während der Urbanisierung, Berlin 2001.
- Vogel A.: Lehrbuch der Kinderkrankheiten, 10 Aufl., Stuttgart 1890.
- Vogl. von: Die Sterblichkeit der Säuglinge in ihrem territorialen Verhalten in Württemberg, Bayern und Oesterreich und die Wehrfähigkeit der Jugend mit besonderer Rücksichtnahme auf die Anforderung an die Marschfähigkeit, München 1909.
- Wehling A.: Das erste Stillen. In: Voss H. von, Grützmaker A., Pfahl B.: Stillen und Muttermilchernährung, vom Bundesministerium für Gesundheit, Bonn 1986.
- WHO- Metastudie: Evidence on the long-term effect of breastfeeding, 2007. http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595230_eng.pdf 03.09.2010.
- WHO/UNICEF: Innocenti declaration of the protection, promotion and support of breastfeeding, 1990. http://www.unicef.org/nutrition/index_24807.html 19.10.2010.
- Winberg J.: Das Stillen und der Austausch von Signalen zwischen Mutter und Kind– eine entwicklungsgeschichtliche und neuroendokrinologische Betrachtung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): Stillen und Muttermilchernährung, Köln 2001.
- Wischermann C.: Die Legitimität der Erinnerung und die Geschichtswissenschaft, Stuttgart 1996.
- Wray JD.: Breast-feeding: an international and historical review. In: Falkner F.: Infant and child nutrition worldwide: issues and perspectives, Boston 1991.

7. Anhang

7.1 Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Stillpropaganda	8
Abb. 2: Die Entwicklung der Säuglingssterblichkeit in Deutschland, 1816-1990.	14
Abb. 3: Europäische Stilldaten im Vergleich	17
Abb. 4: Kohorteneinteilung	22
Abb. 5: Durchschnittsalter der Mütter (in Jahren) zum Zeitpunkt der Befragung.	30
Abb. 6: Durchschnittsalter der Mütter (in Jahren) zum Zeitpunkt der Geburt des ersten Kindes.	31
Abb. 7: Prozentuale Verteilung der Berufsbelastung der befragten Frauen ein Jahr vor Geburt des ersten Kindes.	33
Abb. 8: Prozentuale Verteilung der von den befragten Frauen nachgegangenen Berufssektoren.	36
Abb. 9: Parität der befragten Frauen.	37
Abb. 10: Prozentuale Verteilung der Geburtsorte des ersten Kindes.	39
Abb. 11: Prozentuale Stillhäufigkeit zwischen 1950 und 1960.	42
Abb. 12: Prozentuale Stillhäufigkeit zwischen 1960 und 1970.	43
Abb. 13: Prozentuale Stillhäufigkeit zwischen 1970 und 1980.	43
Abb. 14: Prozentuale Stillhäufigkeit zwischen 1980 und 1990.	44
Abb. 15: Zeitpunkt der Einführung von Kleinkindnahrung in der befragten Population.	48
Abb. 16: Zeitpunkt des ersten Anlegens nach der Geburt des ersten Kindes.	49
Abb. 17: Art des weiteren Anlegens beziehungsweise Fütterns im ersten Lebensjahr.	50
Abb. 18: Stillen in der Öffentlichkeit.	52
Abb. 19: Subjektive Vorbereitung auf den Zeitpunkt nach der Geburt.	67
Abb. 20: Säuglingsernährung in Deutschland 1885-2000	73

7.2 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Definitionen zur Säuglingsernährung in den Fragebögen.	19
Tabelle 2: Frage 2.6 des Stillfragebogens: Wie haben Sie Ihr Kind in der ersten Zeit nach der Geburt ernährt?	26
Tabelle 3: Wiedereinstieg in die Berufstätigkeit nach der Geburt des ersten Kindes.	34
Tabelle 4: Inanspruchnahme geburtsunterstützender Maßnahmen in den verschiedenen Kohorten.	40
Tabelle 5: Ursprünglicher Stillwunsch in Monaten.	46
Tabelle 6: In die Säuglingsernährung eingebundene Personen neben der Mutter.	53
Tabelle 7: Persönliche Gründe für das Stillen des ersten Kindes.	55
Tabelle 8: Informationsquellen zum Thema Säuglingsernährung aus dem persönlichen Umfeld der Mütter.	60
Tabelle 9: Informationsquellen zum Thema Säuglingsernährung seitens des Medizinischen Personals.	61
Tabelle 10: Einflussnahme auf die Säuglingsernährung durch Gruppen/Institutionen.	62
Tabelle 11: Einflussnahme auf die Säuglingsernährung durch Literatur/Medien.	63
Tabelle 12: Einflussnahme auf die Säuglingsernährung durch die Gesellschaft/Politik.	66

7.3 Fragebogen

1. Persönliche Angaben

Vorname: _____

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Nationalität: _____

Konfession: _____

Höchster Ausbildungsgrad:

1.1 Familienstand zum Zeitpunkt der Geburt Ihres Kindes:

- ledig
- verheiratet
- geschieden
- verwitwet

1.2 Wohnverhältnis zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes:

- bei
Eltern/Verwandten
- allein
- mit dem Partner
- im Mütterheim

1.3 Ihr Beruf zum Zeitpunkt der Geburt: _____

1.4 Ihre Berufstätigkeit vor und nach der Geburt des Kindes?

	1 Jahr vorher	Zum Zeitpunkt der Geburt	1Jahr danach
<u>Umfang:</u>			
keine Berufstätigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vollzeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilzeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Abhängigkeit:</u>			
Angestellt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstständig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
im Familienbetrieb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Branche:</u>			
Heimarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fabrikarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Landwirtschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bürotätigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.5 Wann haben Sie nach der Geburt Ihre Berufstätigkeit wieder aufgenommen?

- direkt
- nach ca. 1 Mon.
- nach ca. 3 Mon.
- nach ca. 6 Mon.
- nach ca. 1 Jahr
- später

1.6 Höchster Ausbildungsgrad des Kindesvaters zum Zeitpunkt der Geburt:

1.7 Beruf des Kindesvaters zum Zeitpunkt der Geburt:

1.8 Berufstätigkeit des Kindesvaters vor und nach der Geburt des Kindes?

	1 Jahr vorher	Zum Zeitpunkt der Geburt	1 Jahr danach
<u>Umfang:</u>			
keine Berufstätigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vollzeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilzeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.9 Wurden Sie vom Kindesvater finanziell unterstützt?

ja

nein

1.10 Wie viele Kinder haben Sie?

1.11 Sind Sie als Säugling gestillt worden?

ja

nein

ich weiß nicht

Wenn ja, wie lange?

2. Säuglingsernährung

Die Geburt:

2.1 Geburtsdatum des Kindes? _____

2.2 Wo haben Sie entbunden?

im Krankenhaus

zu Hause

Geburtshaus

sonstige

2.3 Wie haben Sie entbunden?

natürlich (vaginal)

per Kaiserschnitt

2.4 Waren Sie bei einem Geburtsvorbereitungskurs?

ja

nein

2.5 Hatten Sie eine Nachsorgehebamme?

ja

nein

Die Zeit nach der Geburt

2.6 Wie haben Sie Ihr Kind in der ersten Zeit nach der Geburt ernährt?
(Mehrfachnennung möglich)

in den ersten	1Wo	2Wo	1Mon.	3Mon.	6Mon.	9Mon.	12Mon.	>12Mon.
voll gestillt	<input type="checkbox"/>							
teilweise gestillt	<input type="checkbox"/>							
abgepumpte Milch	<input type="checkbox"/>							
Milchersatzprod.	<input type="checkbox"/>							
Kuhmilch	<input type="checkbox"/>							
Amme	<input type="checkbox"/>							
Kleinkindnahrung	<input type="checkbox"/>							
andere	<input type="checkbox"/>							

2.7 Wenn Sie Milchersatzprodukte beigefüttert haben welche?

2.8 Wie lange hatten Sie ursprünglich geplant zu stillen?

Gar nicht	1Wo	2Wo	1Mon.	3Mon.	6Mon.	9Mon.	12Mon.	>12Mon.
<input type="checkbox"/>								

2.9 Wann haben Sie Ihr Kind nach der Geburt das erste Mal angelegt?

- direkt nach Geburt
- nach 2 Std.
- nach 6 Std.
- innerhalb 24 Std.
- nach über 24 Std.

2.10 Wie oft haben Sie Ihr Kind:

	Gar nicht	1 mal	2 mal	3 mal	4 mal	>4 mal
tagsüber gestillt	<input type="checkbox"/>					
nachts/abends gestillt	<input type="checkbox"/>					
tagsüber Ersatz- prod. gefüttert	<input type="checkbox"/>					
nachts/abends Ersatz- prod. gefüttert	<input type="checkbox"/>					

2.11 Wie haben Sie Ihr Kind gefüttert?

- bei Bedarf
- nach Zeitplan
- nach Zeitplan und
bei Bedarf

2.12 Haben Sie in der Öffentlichkeit gestillt?

- ja
- nur vor
Freunden/Bekannten
- nein

2.13 Wie haben Sie abgestellt?

- plötzlich
- über 1 Mon.
- über 2 Mon.
- länger

2.14 Haben Sie sich während des Stillens bewusst anders ernährt?

- ja
- nein

Wie:

2.15 Wer war in die Säuglingsernährung mit eingebunden?

- Mutter
- Vater
- Großeltern
- Krippe
- Tagesmutter
- Amme
- andere

3. Persönliche Gründe

Welche weiteren individuellen Faktoren hatten Einfluss auf die Ernährung Ihres Säuglings? (Mehrfachnennungen sind möglich)

3.1 Ich habe gestillt, weil das Stillen:

- die Mutter-Kind-Bindung stärkt
- das Gesundeste für mein Kind ist
- kostengünstig ist
- praktisch und stets verfügbar ist
- gesundheitliche Vorteile für die Mutter bietet (z.B. Reduktion des Brustkrebsrisikos)
- es meinem persönlichen Frauenbild entspricht
- aus persönlicher Überzeugung
- sonstige Gründe: _____

3.2 Ich habe Milchersatzprodukte verwendet oder frühzeitig zugefüttert, weil:

Gesundheitliche Gründe:

- sich die Brust bzw. Brustwarze entzündet hat
- zu wenig Milch produziert wurde
- ein Milchstau vorlag
- das Kind Saugschwierigkeiten hatte
- das Kind die Brust verweigert hat
- das Kind an Gewicht verloren hat
- das Kind eine Frühgeburt war/gesundheitliche Probleme hatte
- es laut Wissenschaft besser für das Kind war, Milchersatzprodukte zu verwenden
- es mir aus körperlichen Gründen nicht möglich war zu stillen
- sonstige Gründe: _____

Lebensstil:

- Flaschenfütterung bequemer war
- Angst bestand, Gifte (z.B. Medikamente) an das Kind weiterzugeben
- Angst bestand, Krankheiten an das Kind weiterzugeben
- Angst bestand, dass sich die Brust bzw. Brustwarze entzündet
- bei älteren Kindern Stillprobleme aufgetreten sind
- aus Angst um die Figur („schlaffe Brüste“ etc.)
- um wieder rauchen zu können
- um wieder ein Glas Wein trinken zu können
- aus persönlicher Überzeugung
- es meinem persönlichen Frauenbild entspricht
- sonstige Gründe: _____

Externe Beeinflussungen:

- durch meine Berufstätigkeit das Stillen nicht möglich war
- die Familie und der Haushalt zu viel Zeit in Anspruch genommen haben
- sonstige Gründe _____

4. Informationsquellen und Einflüsse

Wer hat Sie aus Ihrem persönlichen und medizinischen Umfeld oder anderen Informationsquellen zum Thema Stillen beraten oder beeinflusst?

(Mehrfachnennungen erlaubt)

Wie waren die verschiedenen Meinungen zum Stillen?

Welche Argumente bezüglich Stillen, Stildauer, Abstillen und Beifüttern wurden aufgebracht?

Wer?	Wie? (Eher...)			Argumente	
	pro	neutral	contra		
<i>Persönliches Umfeld</i>					
<input type="checkbox"/>	Partner				
<input type="checkbox"/>	Mutter				
<input type="checkbox"/>	Vater				
<input type="checkbox"/>	Geschwister				
<input type="checkbox"/>	Befreundete Mütter				
<input type="checkbox"/>	Kinderlose Freundinnen				
<input type="checkbox"/>	Männliche Freunde				
<i>Medizinisches Personal</i>					
<input type="checkbox"/>	Ärzte				
<input type="checkbox"/>	Hebammen				
<input type="checkbox"/>	Krankenschwestern/ Stillschwestern				
<input type="checkbox"/>	Nachsorgehebamme				

<i>Gruppen/Institutionen</i>					
<input type="checkbox"/>	Stillgruppe				
<input type="checkbox"/>	Geburtsvorbereitungskurs				
<input type="checkbox"/>	Öffentliche Gesundheitsberatungsstellen (ggf. konkret benennen) _____ _____				
<i>Literatur/Medien</i>					
<input type="checkbox"/>	Informationsbroschüren (der Krankenkassen, BzfgA, Nahrungsmittelhersteller etc.) _____ _____				
<input type="checkbox"/>	Ratgeberliteratur (ggf. bitte Autor und/oder Buchtitel nennen) _____ _____				
<input type="checkbox"/>	Fernsehen (ggf. Dokumentation oder Ratgebersendung nennen) _____ _____				
<input type="checkbox"/>	Filme (ggf. Film nennen) _____				

<input type="checkbox"/>	Radio (ggf. Dokumentation oder Ratgebersendung nennen) _____				
<i>Gesellschaft/Politik</i>					
<input type="checkbox"/>	Religion				
<input type="checkbox"/>	Öffentliche Diskussion zum Thema Säuglingsernährung				
<input type="checkbox"/>	Umgang mit öffentlich stillenden Müttern <input type="checkbox"/> war normal <input type="checkbox"/> war selten <input type="checkbox"/> gab es nicht				
<input type="checkbox"/>	Unterstützung durch <input type="checkbox"/> Mutterschaftsgeld <input type="checkbox"/> Elterngeld <input type="checkbox"/> Haushaltshilfe <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____				
<i>Werbung/Warentest</i>					
<input type="checkbox"/>	Werbeart <input type="checkbox"/> Verpackung <input type="checkbox"/> Printwerbung <input type="checkbox"/> Fernsehwerbung <input type="checkbox"/> _____				
<input type="checkbox"/>	Produkte <input type="checkbox"/> HIPP <input type="checkbox"/> Alete <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____				
<input type="checkbox"/>	Warentesturteile				

5. Fazit

5.1 Wie gut haben Sie sich zum Zeitpunkt der Geburt auf das Stillen vorbereitet gefühlt?

- sehr gut
- mäßig
- gar nicht
- trifft nicht zu, ich wollte nicht stillen

5.2 Erstellen Sie hier bitte eine Liste mit den drei Faktoren die Sie am meisten beeinflusst haben:

- 1.
- 2.
- 3.

5.3 Hat sich Ihre Meinung heute geändert?

5.4 Haben Sie ein Still-/Elterntagebuch oder ähnliches geführt?

Wenn Sie uns dieses zur Verfügung stellen würden, damit wir einen noch besseren Einblick in Ihre persönliche Geschichte erhalten, wären wir Ihnen sehr dankbar! Selbstverständlich entstehen Ihnen durch die Bereitstellung keinerlei Kosten oder Nachteile, außerdem werden wir sämtliche private Inhalte anonym behandeln.

5.5 Haben Sie noch Anmerkungen?

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Teilnahme!
Ohne Ihre Mitarbeit wäre dieses Projekt nie möglich gewesen!

Eidesstattliche Versicherung

Ich versichere an Eides statt, dass die Dissertation selbstständig und ohne unzulässige Hilfe erstellt worden ist und die hier vorgelegte Dissertation nicht von einer anderen Medizinischen Fakultät abgelehnt worden ist.

18.03.2013, Luisa Heiningen

Unterschrift