

Aus dem Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin
der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Direktor: Herr Univ.-Prof. Dr. med. Heiner Fangerau

Das Stillverhalten von Bürgerinnen der Stadt Hamm in
der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts.
Eine Oral History-Studie.

Dissertation

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

vorgelegt von
Laura Hake-Bobka

2019

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

gez.:

Dekan: Univ.-Prof. Dr. med. Nikolaj Klöcker

Erstgutachter: Prof. Dr. Jörg Vögele, M.A.

Zweitgutachter: Univ.-Prof. Dr. med. Eugen Ruckhäberle

Zusammenfassung

Stillen gilt als eine der wichtigsten Determinanten für die Gesundheit von Säuglingen, auch für den weiteren Verlauf des Lebens werden durch die frühkindliche Ernährung essenzielle Weichen gestellt. Repräsentative Studien können belegen, dass das Stillverhalten von einem Großteil deutscher Mütter den Empfehlungen der Gesundheitsorganisationen nicht entspricht. Dies betrifft nicht nur das aktuelle Stillverhalten, auch im Verlauf des 20. Jahrhunderts werden insuffiziente und schwankende Stillquoten beschrieben. Am Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf wird innerhalb eines mehrere Arbeiten umfassenden Oral History Projektes die Säuglingsernährung im Verlauf des 20. Jahrhunderts aufgearbeitet. In jeder einzelnen retrospektiven Kohortenstudie werden 100 Mütter in einem persönlichen Gespräch zu ihrem Stillverhalten und den damit verbundenen Lebensumständen befragt. Die vorliegende Arbeit befasst sich mit dem Stillverhalten von Müttern in der Stadt Hamm und umfasst einen Beobachtungszeitraum von 1940 bis zum Erhebungszeitpunkt im Jahr 2012. Durch den historischen Vergleich lassen sich multifaktorielle Einflüsse auf die Säuglingsernährung einschätzen und daraus stillfördernde Prognosen ableiten.

Anhand der Ergebnisse lässt sich auch in der Stadt Hamm von 1940 bis heute eine den wissenschaftlichen Empfehlungen in großen Teilen nicht entsprechende Stilleistung konstatieren. Lag die initiale Stillquote in den nationalsozialistisch- und weltkriegsgeprägten 1940er und 1950er Jahren noch bei 100%, stillten nach sechs Monaten nur noch ein knappes Drittel der befragten Mütter. Besonders hier wird ein Mangel an Unterstützung durch Familie und medizinisches Personal hervorgehoben. In den folgenden 1960er und 1970er Jahren ist ein zunehmend liberaler Umgang mit der Ernährungsfrage und der mütterliche Wunsch nach mehr Unabhängigkeit zu vernehmen. Konsekutiv lässt sich in diesen Dekaden die Talsohle des Stillens mit einer initialen Stillquote von 88%, einer 6-Monats-Stillquote von 24% und einem ausnahmslosen Verwenden von technisch erzeugter Säuglingsnahrung ermitteln. Im Rahmen der progressiven Stillförderung in den 1980er und 1990er Jahren sowie dem Fokus auf psychosoziale Vorteile des Stillens ist ein Anstieg der initialen Stillquote auf 96% und eine 6-Monats-Stillquote von 64% festzustellen. Die innerfamiliäre Rollenverteilung trennt weniger strikt zwischen den Geschlechtern, so dass auch die Kindsväter in die Säuglingsversorgung eingebunden werden. Zudem werden zunehmend stillfördernde Maßnahmen in der Medizin implementiert. Der Vergleich mit dem aktuellen Stillverhalten seit der Jahrtausendwende zeigt zwar ein fast gleichbleibend hohes Niveau der Gesamtstillquote, ein wieder zunehmendes Nutzen von technisch erzeugter Säuglingsnahrung und eine nun deutlich geringere Quote vollen Stillens weist auf einen wieder entgegen den wissenschaftlichen Empfehlungen gerichteten Trend hin.

Der Wille zu stillen findet sich bei nahezu allen befragten Müttern, eine Diskrepanz zum tatsächlichen Stillverhalten wird über alle Dekaden hinweg insbesondere durch pathophysiologische Gründe, wie eine Brustentzündung oder eine quantitativ nicht ausreichende Milchmenge, verursacht. Durch medizinisch-professionelle Hilfestellung im Verlauf der Stillperiode können solche Schwierigkeiten minimiert werden, was besonders den Bedarf an Nachsorgehebammen unterstreicht. Das mütterliche Wohl während des Stillens ist ein Prädiktor für eine erfolgreiche und lange Stillzeit, dieses ist auch abhängig von einer dem Stillen positiv zugewandten gesellschaftlichen Haltung, die auch aktuell weiter gefördert werden sollte.

Abstract

Breastfeeding is regarded as one of the most important determinants for the health of infants. Essential points are also set for the further course of life through the nutrition in early childhood. Representative studies can verify that the breastfeeding behaviour of a majority of German mothers does not comply with the recommendations of healthcare organisations. This not only pertains to current breastfeeding behaviour, insufficient and fluctuating breastfeeding rates are also described in the course of the 20th century. Infant nutrition in the course of the 20th century is being reviewed at the Heinrich Heine University Düsseldorf Department of History, Theory and Ethics of Medicine within the scope of an oral history project comprising several studies. In each individual retrospective cohort study, 100 mothers are asked in a personal discussion about their breastfeeding behaviour and the associated circumstances of life. This paper addresses the breastfeeding behaviour of mothers in the city of Hamm, and spans an observation period from 1940 up until the survey date in 2012. Multifactorial influences on infant nutrition can be estimated, and the prognoses subsequently promoting breastfeeding can be derived by means of the historical comparison.

Based on the results, a breastfeeding performance not complying with the scientific recommendations in large parts can also be verified in the city of Hamm from 1940 to the present. Whereas the initial breastfeeding rate in the 1940s and 1950s – a period characterised by National Socialism and the aftermath of the Second World War – was still 100%, only just under one-third of the mothers surveyed breastfed their infants after six months. A lack of support by family and medical personnel is particularly emphasised here. An increasingly liberal handling of the nutritional issue and the maternal desire for more independence is reported in the 1960s and 1970s. The consecutive slump in breastfeeding with an initial breastfeeding rate of 88%, a 6-month breastfeeding rate of 24% and an unexceptional use of technically produced baby food can be identified in these decades. In the course of the progressive promotion of breastfeeding in the 1980s and 1990s as well as the focus on psychosocial benefits of breastfeeding, an increase in the initial breastfeeding rate to 96% and a 6-month breastfeeding rate of 64% is established. The distribution of roles within the family is less strictly separated between the genders, so that the fathers of children are also involved in infant care. Moreover, measures to promote breastfeeding are being increasingly implemented in the sphere of medicine. The comparison with current breastfeeding behaviour since the turn of the millennium shows an almost consistently high level of the overall breastfeeding rate, a continued increasing use of technically produced baby food and a now significantly lower rate of complete breastfeeding. This indicates a trend which is once more contrary to scientific recommendations.

The willingness to breastfeed is found among virtually all mothers surveyed. A discrepancy with regard to actual breastfeeding behaviour over several decades is particularly caused by pathophysiological reasons such as mastitis or a quantity of milk which is insufficient. Such difficulties can be minimised through professional medical assistance in the course of the breastfeeding period, which particularly underlines the need for aftercare midwives. Maternal well-being during the course of breastfeeding is a predictor of a successful and long breastfeeding period. This is also contingent on a positive social attitude towards breastfeeding, which should also be further promoted at the present time.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
2	Stillen – Stand der Forschung	3
2.1	Bedeutung des Stillens für Kind und Mutter.....	3
2.2	Gesundheitspolitik und Stillen.....	8
2.3	Ergebnisse deutscher Stillstudien	12
3	Säuglingsernährung	16
3.1	Terminologie	16
3.2	Muttermilch im Vergleich mit alternativer Säuglingsnahrung.....	17
3.3	Säuglingsernährung im Wandel des 20. Jahrhunderts	19
3.3.1	1850 bis zur Jahrhundertwende: Hohe Säuglingssterblichkeit und Abnahme der Geburtenrate	20
3.3.2	1900 bis zu den 1930er Jahren: Öffentliche Gesundheitspflege und Stillförderung	22
3.3.3	1940er und 1950er Jahre: Stillen als mütterliche Pflicht	25
3.3.4	1960er und 1970er Jahre: Feminismusbewegung und Technisierung	26
3.3.5	1980er und 1990er Jahre: Neue Hinwendung zum Stillen	28
3.4	Milchersatzprodukte.....	29
3.4.1	Entstehung der Milchersatzprodukte	29
3.4.2	Bedeutung der Milchersatzprodukte.....	31
4	Ziele und Fragestellungen der vorliegenden Arbeit	32
5	Methodische Vorgehensweise	34
5.1	Beschreibung der Untersuchungsdurchführung.....	34
5.2	Oral History-Methode.....	34
5.3	Beschreibung der Stichprobe	37
5.4	Stadt Hamm.....	39
5.5	Fragebogenkonstruktion	40
5.6	Die ärztliche Anamnese und Oral History	42
6	Ergebnisse	44
6.1	Stillquote und Stilldauer	45
6.2	Einführung von Milchersatzprodukten.....	47
6.3	Schwankungen der Stilltätigkeit	48
6.3.1	Stilltätigkeit von Kohorte 1.....	48
6.3.2	Stilltätigkeit von Kohorte 2.....	49
6.3.3	Stilltätigkeit von Kohorte 3.....	50
6.3.4	Stilltätigkeit von Kohorte 4.....	51

6.3.5	Quote Gesamtstillen im Vergleich.....	52
6.3.6	Quote Vollstillen im Vergleich	53
6.3.7	Überblick zur Stilltätigkeit.....	54
6.3.8	Vorherige Planung der Stilldauer	55
6.3.9	Einführung von Milchersatzprodukten.....	56
6.4	Extrinsische Einflussfaktoren auf das Stillverhalten.....	57
6.4.1	Persönliches Umfeld	58
6.4.2	Medizinisches Personal.....	63
6.4.3	Entbindung und Stillbeginn.....	67
6.4.4	Institutionen und Gruppen.....	69
6.4.5	Literatur und Medien	74
6.4.6	Werbung und Warentest.....	76
6.4.7	Gesellschaft und Politik.....	77
6.4.8	Bildung und Beruf der Mütter	81
6.5	Intrinsische Einflussfaktoren auf das Stillverhalten.....	88
6.5.1	Gründe für das Stillen.....	89
6.5.2	Gründe für ein frühzeitiges Abstillen	94
7	Diskussion.....	98
7.1	Die methodische Vorgehensweise	98
7.1.1	Oral History	98
7.1.2	Der Fragebogen	99
7.1.3	Die Stichprobe	99
7.2	Stillhäufigkeit, Stilldauer und Stillquote	101
7.2.1	Zeiträume hoher Stilltätigkeit und Einordnung in historische Begründungszusammenhänge.....	101
7.2.2	Zeiträume niedriger Stilltätigkeit und Einordnung in historische Begründungszusammenhänge.....	105
7.2.3	Vergleich mit anderen Stillstudien.....	107
7.2.4	Fazit	111
7.3	Begründungen für die Diskrepanz zwischen Stillwille und Stillverhalten.....	112
7.3.1	Unterstützungsmaßnahmen im Krankenhaus.....	113
7.3.2	Unterstützung im häuslichen Umfeld	116
7.3.3	Gesellschaftliche Erwartungen an die Frau.....	117
7.3.4	Informationsquellen.....	120
7.3.5	Einfluss durch die Gesellschaft.....	121
7.3.6	Einfluss durch die Medien	122
7.3.7	Stillschwierigkeiten.....	123
7.4	Schlussfolgerungen.....	125
8	Quellen- und Literaturnachweis.....	128

9	Anhang	140
9.1	Abbildungsverzeichnis	140
9.2	Tabellenverzeichnis.....	141
9.3	Fragebogen.....	142

1 Einleitung

Die Bedeutung des Stillens wird vom Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (UNICEF) als wesentlicher Beitrag für die Gesundheitsfürsorge des Säuglings propagiert: „Optimal breastfeeding of infants under two years of age has the greatest potential impact on child survival of all preventive interventions [...] (Lancet 2013).“¹ Von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wird Müttern geraten, in den ersten vier bis sechs Lebensmonaten ausschließlich zu stillen und sogar zwei Jahre teilweise zu stillen. Säuglingsernährung mit Muttermilch besitzt nicht nur in Entwicklungsländern, sondern auch in den industrialisierten Nationen ein großes Potential Säuglingssterblichkeit zu minimieren und Krankheiten vorzubeugen.²

Dass die Empfehlungen von UNICEF und der WHO zur optimalen Säuglingsernährung in Deutschland jedoch noch nicht ausreichend realisiert sind, wird in den großen Studien zum Stillen in Deutschland, wie der KiGGS-³ und der SuSe-Studie⁴, deutlich. Die Ergebnisse zeigen, dass nur eine Minderheit der Kinder sechs Monate oder länger voll gestillt wurde. Die Notwendigkeit einer weiteren, nachhaltigen Stillförderung sowie die Förderung eines stillfreundlicheren Klimas in der Gesellschaft sind somit von großer Bedeutung.

Stillförderung weist in Deutschland bereits eine lange Tradition auf. Zur Bekämpfung der hohen Säuglingssterblichkeitsrate Anfang des 20. Jahrhunderts konzentrierte sich die neu entstehende Kinderheilkunde vor allem auf sozialhygienische Ansätze.⁵

¹ UNICEF: Breastfeeding. Impact on child survival and global situation: http://www.unicef.org/nutrition/index_24824.html (09.04.2017).

² Vgl. ebd.

³ Lange, Schenk, Bergmann: Verbreitung, Dauer und zeitlicher Trend des Stillens in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS), 2007. Über alle Geburtsjahrgänge hinweg habe die durchschnittliche Stilldauer 6,9 Monate betragen, die Dauer des vollen Stillens habe durchschnittlich 4,6 Monate betragen. Nur 22,4% aller Kinder aus der KiGGS-Studienpopulation seien sechs Monate lang voll gestillt worden.

⁴ Kersting, Dulon: Fakten zum Stillen in Deutschland. Ergebnisse der SuSe-Studie, 2002. Im Alter von vier Monaten seien 33% der Säuglinge gestillt worden, im Alter von sechs Monaten nur noch 10%.

⁵ Vögele, Halling, Rittershaus: Ärztliche Stillempfehlungen in Deutschland im 20. Jahrhundert, 2010, S. 225. Dieser Artikel ist Teil eines größeren Arbeitsprojekts am Institut für Geschichte der Medizin der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf zur „Entwicklung der Sozialpädiatrie, Säuglingsfürsorge und Säuglingssterblichkeit im 20. Jahrhundert“, dem auch die vorliegende Arbeit angehört.

Doch trotz umfangreicher Werbekampagnen ist im Verlauf des 20. Jahrhunderts kein dauerhafter Anstieg der Stillquote und -dauer in Deutschland feststellbar. In dem komplexen System aus Gesundheitspolitik, Wirtschaftslage, Kultur und besonders dem Rollenbild der Frau werden starke Schwankungen des Stillverhaltens im letzten Jahrhundert verzeichnet.⁶

Die chronologische Aufarbeitung dieser Schwankungen durch Zeitzeugenbefragungen ist Thema in dem Oral-History-Projekt am Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. Erstmals werden die beteiligten Personen selbst – die stillenden Mütter – befragt. Deren Erinnerungen und persönliche Erfahrungen stellen die Grundlage dar, das Stillverhalten nicht nur zu quantifizieren, sondern auch besser verstehen zu können. Anhand dieser Erkenntnisse wird die Wirksamkeit der derzeitigen Stillförderung beleuchtet und Maßnahmen weiterer Förderung erarbeitet.

Das gesamte Projekt umfasst mehrere Arbeiten, so dass einige hundert Frauen miteinbezogen werden können. In der vorliegenden Arbeit werden 100 Mütter aus der westfälischen Stadt Hamm befragt, die zum Zeitpunkt der Erhebung im Jahre 2012 zwischen 25 und 94 Jahre alt waren. Ein leitfadengestütztes persönliches Gespräch in Form von Telefoninterviews dient zur Befragung der Studienteilnehmerinnen über ihre Lebenssituation rund um die Geburt des Kindes, Einflussfaktoren auf das Stillverhalten und der tatsächlichen Stilldauer. Die Erfahrungsberichte reichen von etwa 1940 bis 2010 und überspannen somit einen Zeitraum von etwa 70 Jahren, in dem umfangreiche Wandlungen in der Politik, der Wirtschaft und dem Rollenbild der Frau das Stillverhalten beeinflusst haben.

Zur Heranführung an die Thematik werden zunächst Erkenntnisse bezüglich der physiologischen Bedeutung von Muttermilch, Maßnahmen der Stillförderung, sowie das aktuelle Stillverhalten in Deutschland vorgestellt (Kapitel 2). Der angesprochene Wandel des Stillverhaltens im 20. Jahrhundert und die Entstehung von Milchersatzprodukten soll im darauffolgenden Kapitel skizziert werden (Kapitel 3), um daraus die Arbeitshypothesen dieser Arbeit herzuleiten (Kapitel 4). Im Anschluss steht die methodische Vorgehensweise Oral History und die

⁶ Vgl. ebd., sowie Vögele, Rittershaus, Halling: „Breast is best“ – Infant-feeding, infant mortality and infant welfare in Germany during the late nineteenth and twentieth centuries. (2013), und Heimerdinger: Brust oder Flasche? 2009.

Stichprobenbeschreibung im Mittelpunkt (Kapitel 5). Die quantitativen und qualitativen Ergebnisse dieser Erhebung werden in der Folge vorgestellt (Kapitel 6) und abschließend Schlussfolgerungen diskutierend dargelegt (Kapitel 7).

2 Stillen – Stand der Forschung

Die Sterblichkeitsrate von Säuglingen gilt als sensitiver Parameter für den Wohlstand einer Gesellschaft und für die Umweltbedingungen, unter denen die Menschen leben.⁷ Als bedeutende Determinante für die Sterblichkeit von Säuglingen wird vielfach die Säuglingsernährung betont.⁸ Stillquote und das Stillverhalten sind daher Forschungsgegenstand diverser Wissenschaften. Neben ohnehin zentraler Position in der Pädiatrie wird auch von humanitären Organisationen, dem Gesundheitswesen und von anderen medizinischen Fachrichtungen das Stillverhalten als Objekt notwendiger Förderung hervorgehoben. Diese Notwendigkeit unterstreichen die Ergebnisse großer deutscher Stillstudien.

Bevor in diesem Kapitel die Entstehung und Ziele der angesprochenen Organisationen und stillfördernde Anpassungen in der Gesundheitspolitik vorgestellt werden, soll auf den aktuellen Stand der Forschung bezüglich Physiologie der Muttermilch und gesundheitlicher Folgen für Kind und Mutter eingegangen werden. Abschließend erfolgt ein detaillierterer Überblick über die Ergebnisse der angesprochenen Stillstudien.

2.1 Bedeutung des Stillens für Kind und Mutter

Muttermilch gilt als die beste Ernährung für Säuglinge von Geburt an. Sie bietet nicht nur nutritive Vorteile, sondern schützt auch vor Infektionen, prägt die Abwehrmechanismen des Kindes und soll den Aufbau einer innigen Beziehung

⁷ Vgl. Vögele: Sozialgeschichte städtischer Gesundheitsverhältnisse während der Urbanisierung, 2001, S. 130.

⁸ Vögele, Halling, Rittershaus: Entwicklung und Popularisierung ärztlicher Stillempfehlungen in Deutschland im 20. Jahrhundert, 2010, S. 225. In: Medizinhistorisches Journal, Jg. 45, 2010. S. 222-250.

zwischen Mutter und Kind fördern.⁹ Neben der optimalen Zusammensetzung ist die Milch immer richtig temperiert, kostenlos und den meisten Frauen direkt verfügbar. Gesundheit und ein guter Ernährungszustand der Mutter sind Voraussetzung. Es werden zwar zahlreiche gesundheitliche Vorteile des Stillens und der Muttermilch aus pädiatrischer und gynäkologischer Sicht diskutiert, randomisierte, doppel-blinde und placebokontrollierte Studien, die diese mit einem hohen Evidenzgrad belegen, gibt es jedoch nicht.¹⁰

Das Forschungsinstitut für Kinderernährung Dortmund hat einen Ernährungsplan für das erste Lebensjahr entwickelt, der sich in drei Abschnitte gliedert. Dieser richtet sich nach dem Energie- und Nährstoffbedarf und bezieht die motorischen und neurophysiologischen Fähigkeiten der Kinder mit ein. In den ersten vier bis sechs Lebensmonaten sollte die Ernährung ausschließlich aus Muttermilch (oder Milchersatzprodukten) bestehen. Frühestens ab dem fünften, aber spätestens ab dem siebten Lebensmonat reicht alleinige Milchfütterung nicht mehr aus, so dass Beikost langsam eingeführt werden sollte. In dieser Lebensphase sind auch die schluckreflektorischen und motorischen Fähigkeiten ausreichend ausgeprägt, um Nahrung vom Löffel zu verzehren. Die Einführung der Familienkost empfiehlt sich ab dem zehnten Lebensmonat, da das Kind nun ausreichend viele Zähne entwickelt hat, um festere Nahrung zu kauen.¹¹

Die Aufnahme mütterlicher weißer Blutzellen und Immunglobulin-A aus der Milch schützt das Kind vor Infektionen und Allergien¹² und die in der Muttermilch enthaltenen präbiotischen Ballaststoffe (nicht lösliche Oligosaccharide) helfen in dem noch sterilen Darm des Neugeborenen eine gesunde Darmflora aufzubauen und das noch unreife Immunsystem zu stimulieren. Dadurch entsteht ein natürlicher

⁹ Przyrembel: Vorwort. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Stillen und Muttermilchernährung. Grundlagen, Erfahrungen und Empfehlungen, 2001, S. 11.

¹⁰ Vgl. Bergmann: Ernährung von Säuglingen und Prävention. Einfluss des Stillens und der Beikost auf die Entstehung von Allergien, Übergewicht und auf die Geschmacksprägung. In: Kinder- und Jugendarzt, 2006, S. 281.

¹¹ Vgl. Forschungsinstitut für Kinderernährung Dortmund: Der Ernährungsplan für das erste Lebensjahr. In: Alexy: Was Kinder essen – und was sie essen sollten, 1999, S. 112 ff.

¹² Vgl. Bader, Tsang: Immunologische Entwicklung, 2003, S. 253 f.

Allergieschutz,¹³ der auch in vielen Ratgebern und Beiträgen hervorgehoben wird. Allgemein wird empfohlen, Kinder mit Verwandten ersten Grades, die an einer atopischen Krankheit¹⁴ leiden, sechs Monate ausschließlich zu stillen. Dies verhindert einerseits die Häufigkeit und andererseits die Schwere atopischer Erkrankungen (besonders von Haut- und Gastrointestinaltrakt) in den ersten Lebensjahren.¹⁵ Zu bedenken gibt allerdings die Kontroverse, dass trotz Zunahme der Stillraten in den letzten Jahren, in den industrialisierten Ländern eine Zunahme an Allergien beobachtet wird.¹⁶ Die Kinderärztin und Ernährungsspezialistin Renate Bergmann weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass Langzeitfolgen eines Ernährungsverhaltens gar nicht zeitgleich auftreten können, sondern erst später sichtbar würden. Außerdem können stärkere Risikofaktoren, die in der Bevölkerung immer häufiger werden, die Schutzwirkung des Stillens verblassen lassen.¹⁷

Neben dem Schutz vor Atopien, werden in der Wissenschaft weitere pädiatrische Nutzen der Muttermilch diskutiert. Das Erkrankungsrisiko für Infektionen des Atemwegs- und Verdauungstraktes gilt als deutlich geringer und von heutigen „Volkskrankheiten“, wie Diabetes mellitus Typ I und II oder Adipositas, wird ein signifikant selteneres Auftreten berichtet.¹⁸ Die Adipositasprävention durch Stillen wird allerdings divergent erörtert, einige Studien zeigen, dass Kinder, die vormals

¹³ Vgl. Priller: Vermeidung von Allergien im Säuglingsalter. Prebiotik stärkt Babys Abwehr, 2004, S. 414.

¹⁴ Als Atopie (von griech. atopos = am falschen Ort, sonderbar) wird die vererbte Bereitschaft des Organismus bezeichnet, auf Umweltantigene spezifische Antikörper zu bilden und dadurch an allergischen Krankheiten zu erkranken. Zu den atopischen Krankheiten gehören das allergische Asthma bronchiale, die atopische Dermatitis (Neurodermitis), allergische Rhinitis und Konjunktivitis („Heuschnupfen“), Urtikaria, sowie IgE-vermittelte Nahrungs- und Arzneimittelallergien. In: Renz-Polster, Krautzig: Basislehrbuch Innere Medizin, 2008, S.397.

¹⁵ Vgl. Niessen: Pädiatrie, 2001, S. 25.

¹⁶ Vgl. Przyrembel: Stillen ist das Beste. In: Kinderärztliche Praxis, Sonderheft Säuglingsernährung, 2000, S. 12.

¹⁷ Vgl. Bergmann: Ernährung von Säuglingen und Prävention. Einfluss des Stillens und der Beikost auf die Entstehung von Allergien, Übergewicht und auf die Geschmacksprägung. In: Kinder- und Jugendarzt, 2006, S. 282.

¹⁸ Vgl. Koletzko: Konsens über Säuglingsernährung. In: Deutsches Ärzteblatt, 2011, und Marienfeld: Frühkindliche Ernährung und Typ-1-Diabetes. In: Deutsches Ärzteblatt, 2007.

gestillt wurden, schlanker sind als ehemals flaschenernährte.¹⁹ Andere dagegen haben keinen Zusammenhang finden können.²⁰ Für den plötzlichen Säuglingstod (SIDS, sudden infant death syndrome) soll fehlendes und weniger als zweiwöchiges Stillen einen wesentlichen Risikofaktor darstellen.²¹

Physiologische Auswirkungen betreffen nicht nur das Kind, stillenden Müttern wird ebenfalls ein gesundheitlicher Nutzen zugesprochen:

Durch die Ausschüttung des Hormons Oxytocin, wird nicht nur der Milcheinschuss, sondern auch die Kontraktion der Gebärmuttermuskulatur angeregt.²² Dadurch findet eine schnellere Gebärmutterrückbildung statt, der Wochenfluss wird gefördert und Infektionen folglich minimiert.

Eine empfängnisverhütende Wirkung bewirkt das Milchbildungshormon Prolaktin, das bei hohem Blutspiegel eine Laktationsamenorrhö verursachen kann. Werden Voraussetzungen wie ein ausschließliches Stillen und ein häufiges Anlegen erfüllt, so gehen Gynäkologen von einer kontrazeptiven Wirkung von über 98% aus.²³ Je häufiger gestillt und je länger voll gestillt wird, desto wahrscheinlicher soll ein Empfängnischutz bestehen.²⁴

Der Zusammenhang zwischen Brustkrebsrate und Stillverhalten wird kontrovers diskutiert. Im aktuellen „European Code Against Cancer“ der WHO wird unter zwölf

¹⁹ Vgl. Hess: Breastfeeding and Childhood Obesity among African Americans: A Systematic Review. In: American Journal of Maternal/ Child Nursing, 2015, S. 313 ff., und Bergmann: Ernährung von Säuglingen und Prävention. Einfluss des Stillens und der Beikost auf die Entstehung von Allergien, Übergewicht und auf die Geschmacksprägung. In: Kinder- und Jugendarzt, 2006, S.283.

²⁰ Vgl. Yakubov, Nadir, Stein, Klein-Kremer: The Duration of Breastfeeding and Its Association with Metabolic Syndrome among Obese Children. In: Scientific World Journal, 2015, und Zwiauer: Übergewicht und Adipositas, 2003, S. 259.

²¹ Vgl. Bajanowski: Der plötzliche Säuglingstod. Epidemiologie, Ätiologie, Pathophysiologie und Differenzialdiagnostik. In: Deutsches Ärzteblatt, 2004, S. 3187, und Young: Responding to evidence: breastfeed baby if you can – the sixth public health recommendation to reduce the risk of sudden and unexpected death in infancy. In: Breastfeed Review, 2012, S. 7-15.

²² Vgl. Haag, Hanhart, Müller: Gynäkologie und Urologie, 2009, S. 205.

²³ Vgl. Huch: Vorteile des Stillens aus Sicht der Geburtshilfe, S. 30. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Stillen und Muttermilchernährung. Grundlagen, Erfahrungen und Empfehlungen, 2001, S. 25-32.

²⁴ Vgl. Sottong: Empfängnisverhütung in der Stillzeit, 1993, S. 155.

präventiven Verhaltensweisen das Stillen als schützenden Faktor gegen Brustkrebs aufgeführt.²⁵ In einer britischen Fall-Kontroll-Studie in den 1980er Jahren wurden 755 an Brustkrebs erkrankte Frauen befragt, ob und wie lange sie ihre Kinder gestillt haben.²⁶ Die Ergebnisse dieser Studie deuten darauf hin, dass Stillen insbesondere junge Frauen vor Brustkrebs schützen kann. Eine weitere Erhebung weist darauf hin, dass Stillen nur dann mit einer signifikanten Risikoverminderung korreliert, wenn vor dem 20. Lebensjahr gestillt wird.²⁷ Außerdem wird eine negative Korrelation zwischen kindlichem Krebsleiden (Leukämie, Lymphome, solide Tumoren) und Stillen diskutiert.²⁸

Aus psychologischer Perspektive fördert ein enger Kontakt zwischen Mutter und Kind beim Ernähren den Aufbau einer innigen Beziehung. Ob das Stillen eine intensivere Mutter-Kind-Beziehung aufbauen kann als das Füttern mit einer Flasche, ist nicht durch Studien zu beurteilen und beruht auf Individualfällen. Fakt ist, dass eine sinnliche Stimulierung durch Augenkontakt, Geruch und durch Spüren der Körperwärme bei beiden Ernährungsarten erreicht werden kann. Das beglückende Gefühl einer Mutter, das Kind durch den eigenen Körper ernähren zu können, kann nur für das Stillen konstatiert werden.²⁹

Hervorzuheben sind außerdem die in der Diskussion stehenden nachteiligen und sogar schädigenden Wirkungen durch Stillen. Die Tatsache, dass das gestillte Kind am Ende der gesamten Nahrungskette steht,³⁰ bedarf der Beachtung von eventuellen Verunreinigungen der Muttermilch. Konsumgifte wie Nikotin oder Alkohol, Medikamente aber auch Umweltbelastungen sind vorrangig zu nennen. Der

²⁵ Vgl. Schütz: European Code against Cancer 4th edition: 12 ways to reduce your cancer risk. In: Cancer Epidemiology, 2015.

²⁶ United Kingdom National Case-Control Study Group: Breast feeding and risk of breast cancer in young women. In: Brit. Med. Journ. 307, 1993, S. 17-20.

²⁷ Gerber: Einfluss von Umwelt, Ernährung und Lebensstil auf das Brustkrebsrisiko. In: Deutsches Ärzteblatt, 2001.

²⁸ Kücükcongari: Breastfeeding and Childhood Cancer: Is Breastfeeding Preventative to Childhood Cancer? In: Journal of Pediatric Hematology/ Oncology, 2015.

²⁹ Stippig: Psychologische und psychophysiologische Aspekte des Stillens. In: Arbeitsgemeinschaft Freier Stillgruppen: Stillen und Stillprobleme, 1995, S. 4.

³⁰ Vgl. Schmid: Gibt es Beweise für Vorzüge der Muttermilch? Eine Literatur-Recherche, 2004, S. 5.

Nachweis von Furanen und halogenierten Kohlenwasserstoffen in der Muttermilch, wie Dioxin, DDT oder PCP, führte in den 1970er Jahren zu einer Mahnung, Stillen schade den Kindern. Man ist sich heutzutage aber nicht sicher, ob die damals vorhandenen Mengen in der Muttermilch für die Säuglinge eine schädliche Wirkung gehabt haben.³¹ Langzeitstudien in den Niederlanden, Deutschland und Amerika weisen neurologische Schäden bei Kindern von Müttern nach, die mit PCB höher belastet waren.³² Heutzutage werden neue Schadstoffe in der Muttermilch nachgewiesen, die zu der Gruppe der Weichmacher, Flammschutzmittel und Duftstoffe gehören.³³ Ob und welchem Maße dies den gestillten Kindern schade, wird nicht einheitlich dargestellt. Des Weiteren ist es bis heute nicht eindeutig geklärt, ob der HI-Virus durch Stillen übertragen wird³⁴. Die Übertragung von Hepatitis B-³⁵ oder Hepatitis C-Viren³⁶ durch Muttermilch auf das Kind konnte in Studien nicht nachgewiesen werden, sofern bei den Kindern eine Immunprophylaxe durchgeführt wurde.

2.2 Gesundheitspolitik und Stillen

Basierend auf den Vorteilen der Muttermilchernährung, setzen sich die internationalen humanitären Organisationen WHO und UNICEF für die weltweite Umsetzung einer klaren Ernährungsnorm für Säuglinge ein: Beginn des Stillens

³¹ Vgl. von Mühlendahl: Schadstoffe und Rückstände in der Säuglingsmilch. In: Kinder- und Jugendarzt, 2004, S. 4.

³² Vgl. ebd., S. 4.

³³ Männel: Giftstoffe in der Muttermilch – Süßwässerlage reduziert die Belastung, 2005, S. 1.

³⁴ Brockmeyer: Schlusswort. In: Deutsches Ärzteblatt, 2002, S. 3477-3479. Prof. Norbert Brockmeyer (Präsident der deutschen AIDS-Gesellschaft e.V. zwischen 1997 und 2007), sieht die Ansteckung über HIV-kontaminierte Muttermilch beim Stillen als erwiesen an. Eine Metanalyse konnte fünf Studien identifizieren, in denen eine Übertragung von einem mit dem HI-Virus infizierten Kind durch Stillen auf die Mutter übertragen wurde, siehe: Little, Kilmarx, Taylor, Rose, Rivadeneira, Nesheim: A Review of Evidence for Transmission of HIV From Children to Breastfeeding Women and Implications for Prevention. In *Pediatr Infect Dis J* 2012, S. 938-942. Vgl. außerdem John-Stewart, Mbori-Ngacha, Ekpini, Janoff, Nkengasong, Read, van de Perre, Newell: Breastfeeding and Transmission of HIV-1. In *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2004, 35.

³⁵ Xiao, Lan, Mo: Breastfeeding from mothers carrying HBV would not increase the risk of HBV infection in infants after proper immunoprophylaxis. In *Minerva Pediatr* 2017.

³⁶ Laufs, Polywka: Risiko der Hepatitis-C-Übertragung durch Stillen. In *Dtsch Ärztebl* 2000, 97.

innerhalb der ersten Stunde nach der Geburt, ausschließliches Stillen in den ersten sechs Lebensmonaten und teilweises Stillen fortdauernd für zwei Jahre und länger.³⁷ Um die Säuglingsmortalität und –morbidity zu reduzieren, gründete sich im Jahre 1979 das „Internationale Aktionsnetzwerk zur Säuglingsnahrung“ (International Baby Food Action Network, IBFAN) auf einer Konferenz der WHO und UNICEF. Über 200 Mitgliedsgruppen weltweit, darunter in Deutschland die „Aktionsgruppe Babynahrung e.V. (AGB)“ und die „Arbeitsgemeinschaft Freier Stillgruppen e.V. (AFS)“ sind an der Umsetzung der Grundsätze, auch „The International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes“³⁸ genannt, beteiligt. Zu diesen Grundsätzen gehört beispielsweise, sich für das Recht von Frauen einzusetzen, informierte Entscheidungen über die Säuglingsernährung treffen zu können. Dazu sollten sie in der Durchführung ihrer Entscheidung frei von wirtschaftlichen und kommerziellen Interessen unterstützt werden.

Zur weiteren Förderung und Unterstützung des Stillens wurden die Ziele der IBFAN in der im Jahre 1990 verabschiedeten Innocenti Declaration aufgenommen und weitere notwendige Maßnahmen zum Schutz des Stillens zusammengefasst.³⁹ Die Koordination und Umsetzung dieser Ziele soll in jedem teilnehmenden Staat durch eine Nationale Stillkommission erfolgen. In Deutschland ist dies vier Jahre später am Robert-Koch-Institut geschehen. Auch in der Bundesrepublik Deutschland bestand der Bedarf eine neue Stillkultur zu entwickeln, so dass Stillen zur normalen Ernährung für Säuglinge werde.⁴⁰ Praktiken, die zunächst rund um die Geburt als stillhinderlich angesehen werden, sollen erkannt und beseitigt werden. Um dies zu realisieren ist es ein Anliegen der Innocenti Declaration, dass alle geburtshilflichen Einrichtungen die „10 Schritte zum erfolgreichen Stillen“⁴¹ vollständig anwenden.⁴² In

³⁷ UNICEF: Breastfeeding Advocacy Initiative. For the best start in life: http://www.unicef.org/nutrition/files/Breastfeeding_Advocacy_Strategy-2015.pdf (09.04.2017).

³⁸ IBFAN: The International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes: <http://ibfan.org/the-full-code> (08.09.2017).

³⁹ Innocenti Declaration. On the Protection, Promoting and Support of Breastfeeding: <https://www.unicef.org/programme/breastfeeding/innocenti.htm> (02.09.2017).

⁴⁰ Nationale Stillkommission: http://www.bfr.bund.de/de/nationale_stillkommission-2404.html (09.01.2017).

⁴¹ Vgl. 10 Schritte zum erfolgreichen Stillen, O.V.: Babyfreundlich. Eine Initiative von WHO und UNICEF: <http://www.babyfreundlich.org/fachkraefte/fachinformationen/10-schritte.html> (09.01.2017).

diesem Zuge haben die WHO und UNICEF ebenfalls Anfang der 1990er Jahre das internationale Programm „Babyfriendly Hospital Initiative“ ins Leben gerufen. Durch Umsetzung der 10 Schritte, auch als B.E.St.®-Kriterien (B.E.St.® steht für „Bindung“, „Entwicklung“ und „Stillen“) bezeichnet, können sich Krankenhäuser als „babyfreundlich“ zertifizieren lassen. Es wird beispielsweise vorausgesetzt, dass schwangere Frauen über Bindungs- und Entwicklungsförderung unter Einbeziehung des Stillens geschult werden. Des Weiteren sollte es Müttern ermöglicht werden, unmittelbar nach der Geburt Hautkontakt zu dem Neugeborenen zu haben, um sofort mit dem Stillen beginnen zu können. Frauen, die sich gegen das Stillen entscheiden, sollten über eine bindungsfördernde Flaschenernährung aufgeklärt werden.⁴³ Eine heutzutage als zentral angesehene Basis für den Aufbau einer intensiven Beziehung zwischen Mutter, Vater und Kind sowie für die Stillförderung ist das sogenannte „Rooming-In“. Die Möglichkeit für Familien bereits im Krankenhaus in einem Zimmer zu schlafen ist ebenfalls ein Baustein der B.E.St.-Kriterien.

Unterstützung und Anleitung der Mütter rund um die Geburt sind nicht die einzig notwendigen Maßnahmen, um optimales Stillverhalten zu gewährleisten. Aufgrund der Beeinflussbarkeit durch Medien und der Steuerungsmacht der Wirtschaft ist es die Intention der Gesundheitsorganisationen, das Stillen gegenüber finanziellen Interessen der Säuglingsnahrungsindustrie zu schützen. Eine Voraussetzung für die Mitgliedschaft bei der IBFAN und ebenso für die Zertifizierung zu einem babyfreundlichen Krankenhaus ist es daher, dem internationalen Kodex zur Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten zu folgen. Um Werbemaßnahmen für Säuglingsanfangsnahrung zu verbieten, die darauf abzielen Mütter vom Stillen abzuhalten, wurde dem Kodex folgend im Jahre 1994 das „Gesetz über die Werbung für Säuglingsanfangsnahrung und Folgenahrung“ (Säuglingsnahrungswerbegesetz SNWG) verabschiedet.⁴⁴

⁴² Vgl. Innocenti Declaration. On the Protection, Promoting and Support of Breastfeeding <https://www.unicef.org/programme/breastfeeding/innocenti.htm> (09.01.2017).

⁴³ Vgl. O.V.: Babyfreundlich. Eine Initiative von WHO und UNICEF: <http://www.babyfreundlich.org/fachkraefte/fachinformationen/10-schritte.html> (09.01.2017).

⁴⁴ Vgl. SNWG, Bundesgesetzblatt Online:

Die genannten Maßnahmen betreffen junge Mütter unmittelbar zum Zeitpunkt der Geburt und beeinflussen damit die primäre Entscheidung für oder gegen das Stillen. Von Bedeutung ist auch die Möglichkeit zur Fortführung des Stillens über einen möglichst langen Zeitraum. Ein wichtiger Parameter dafür ist die gezielte Unterstützung bei etwaigen Stillproblemen. Die bereits oben erwähnte Organisation „Arbeitsgemeinschaft Freier Stillgruppen (AFS)“ bietet eine Plattform zur Selbsthilfe, indem eine ehrenamtliche Mutter-zu-Mutter-Beratung in offenen Stilltreffen stattfindet und auch Väter sowie Großeltern miteinbezogen werden.⁴⁵

Unterstützung beim Stillen bieten auch freiberufliche Hebammen, die sich als unabhängig arbeitende Fachfrauen für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit verstehen. Mit dem drastischen Anstieg der Haftpflichtversicherung für Hebammen ist der Fortbestand dieses Berufsstandes jedoch aktuell in Gefahr.⁴⁶

Vereinsarbeit, Selbsthilfe und professionelle Wochenbettbetreuung können Stillprobleme reduzieren. Die Vereinbarkeit von Berufstätigkeit und Stillen ist jedoch eine weitere wichtige Determinante, um effektive Stillförderung zu betreiben. Um dies zu gewährleisten bedarf es eines weiteren gesundheitspolitischen Aktionsfeldes. Durch das im Jahre 1952 verabschiedete Mutterschutzgesetz⁴⁷ soll es – zumindest theoretisch – möglich sein, eine lange Stillzeit mit einer

http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=%2F%2F*%5B%40attr_id%3D'bgbl194s2846.pdf'%5D#_bgbl_%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl194s2846.pdf%27%5D_1460533761520
(09.01.2017).

⁴⁵ Die Arbeitsgemeinschaft Freier Stillgruppen (AFS) Bundesverband e.V. stellt sich vor. In: Stillen und Muttermilchernährung. Grundlagen, Erfahrungen und Empfehlungen. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), 2001, S. 260.

⁴⁶ Die Haftpflichtprämien für Hebammen entwickeln sich seit Anfang der 1990er Jahre nahezu exponentiell: War im Jahr 1992 noch eine Prämie von circa 180 Euro fällig, so hatte man im Jahr 2003 circa 1350 Euro und im Jahr 2013 etwa 4480 Euro zu zahlen:

<http://www.hebammenfuerdeutschland.de/hintergrundwissen> (09.01.2017).

⁴⁷ O.V.: Gesetz zum Schutz von Müttern bei der Arbeit, in der Ausbildung und im Studium (Mutterschutzgesetz – MuSchG), vom 23.05.2017, BGBl. 1, S. 1228: „Der gesetzliche Mutterschutz hat die Aufgabe, die (werdende) Mutter und ihr Kind vor Gefährdungen, Überforderung und Gesundheitsschädigung am Arbeitsplatz, vor finanziellen Einbußen sowie vor dem Verlust des Arbeitsplatzes während der Schwangerschaft und einige Zeit nach der Geburt zu schützen.“
Internetquelle des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend:

<http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/gesetze.did=3264.html> (09.01.2017).

Erwerbstätigkeit zu kombinieren. Das Gesetz regelt, Müttern eine Stillzeit von jeweils mindestens einer halben Stunde zweimal täglich einzuräumen.

Zusammenfassend stellt man fest, dass zahlreiche Vereinigungen an der Förderung des Stillens beteiligt sind und die Gesetzgebung Schritte in diese Richtung unternommen hat. Eine Intensivierung dieser Bemühungen kann seit den 1980er Jahren beobachtet werden.

2.3 Ergebnisse deutscher Stillstudien

Die Ergebnisse einiger groß angelegter Erhebungen zur Stilllänge und zum Stillverhalten sollen im Folgenden dargestellt werden. In Größe, Inhalt und Repräsentativität lassen sich keine Studien finden, die die Zeit vor Mitte der 1980er Jahre betrachten.⁴⁸ In den Jahrzehnten vorher wurden des Weiteren kaum Befragungen von Müttern durchgeführt, die ungefilterte Informationen über die Gründe des Stillverhaltens liefern.

Die Studie **„Stillen und Säuglingsernährung“ („SuSe-Studie“)**⁴⁹ ist die erste und bisher einzige bundesweite prospektive Studie zum Stillen und zur

⁴⁸ Eine ältere Studie aus 1959 wurde in Italien gefunden. Die damals durchgeführte Befragung von Rubini-Landucci: Medizinisch-soziale Nachfrage bei 300 Fällen von frühzeitiger Unterbrechung mütterlichen Stillens, 1959, befasste sich bereits mit Gründen für das Abstillen, um gezielte Gegenmaßnahmen einzuleiten. Die Verfasser schlossen aus den Ergebnissen, dass psychologische Gründe die wichtigste Rolle für ein vorzeitiges Aufhören des Stillens spielen und rieten deshalb zu einer Verstärkung von Werbemaßnahmen. Ein tiefergehendes Eingehen auf den Wissenserwerb der Frauen war nicht üblich. Mit Aufkommen der Stillbewegung in den 1970er bis 1980er Jahren konzentrierte man sich neben Stillquoten und Dauer mehr auf das Stillverhalten und die Einflussquellen. Zu früherer Zeit waren die beiden letztgenannten Punkte weniger im Zentrum des Interesses.

⁴⁹ Kersting, Dulon: Fakten zum Stillen in Deutschland. Ergebnisse der SuSe-Studie, 2002. In einer Querschnitterhebung sollten die Stillbedingungen in 177 zufällig ausgewählten und bundesweit verteilten Geburtskliniken untersucht werden. Anhand der Empfehlungen der Nationalen Stillkommission, die sich auf die „Zehn Schritte zum erfolgreichen Stillen“ beziehen, erfolgte die Beurteilung der Stillförderung. Zusätzlich zu der Querschnitterhebung wurden das Stillen während des ersten Lebensjahrs und die Einflussfaktoren auf das Stillen in einer Längsschnitterhebung untersucht. 1717 Mütter, die 1997 in den untersuchten Geburtskliniken ihr Kind geboren hatten, erhielten 14 Tage nach der Geburt ein Telefoninterview in dem sie nach ihren Stillereferenzen befragt

Säuglingsernährung in Deutschland, sie wurde von 1997 bis 1998 vom Forschungsinstitut für Kinderernährung Dortmund durchgeführt.

Es wurde herausgefunden, dass die aktuellen Empfehlungen zur Stillförderung in den Kliniken unterschiedlich (10-96%) realisiert wurden. Hohe Stillquoten der Studienteilnehmerinnen von 91% seien innerhalb der ersten Wochen stark abgefallen. Im Alter von vier Monaten seien noch 33% der Säuglinge ausschließlich gestillt worden, im Alter von sechs Monaten nur noch 10%.

Darüber hinaus stellte man fest, dass die Verwendung von Milchersatzprodukten in den ersten drei Lebenstagen mit einer kurzen Stilldauer assoziiert war. Als häufig genannte Gründe für frühes Abstillen seien Probleme mit der Brust und Mangel an Muttermilch genannt worden.

Die Studie „**Stillverhalten in Bayern**“⁵⁰ ist eine im Design an die SuSe-Studie angelehnte prospektive Datenerhebung und liefert aktuellere Daten bezüglich der Stillprävalenz, der Stilldauer und des Stillverhaltens für Bayern aus den Jahren 2005 und 2006. Für die initiale Stillquote wurde ein Ergebnis von 90% ermittelt, 37% der gestillten Säuglinge erhielten noch andere Nahrung/ Flüssigkeiten. Als wichtigster Grund für initiales Nichtstillen wurde in 40% der Fälle die Bequemlichkeit der Flaschenfütterung genannt, 30% begannen aufgrund von Stillprobleme bei älteren Kindern sofort Milchersatzprodukte zu verwenden und 27% gaben ihre Berufstätigkeit als Grund an. 42% der Studienteilnehmerinnen, die stillten, haben Rooming-In durchgängig in Anspruch genommen. Als wichtigste Informationsquelle zum Stillen vor der Geburt ist in 53% der Fälle die Hebamme/ Stillberaterin genannt

wurden. Zusätzlich füllten sie Ernährungsprotokolle am Ende des 2., 4., 6., 9. und 12. Lebensmonats des Kindes aus, die das Stillverhalten, Einflussfaktoren und Gründe für späteres Abstillen erfragten.

⁵⁰ Rebhan, Kohlhuber, Schwegler, Verdugo-Raab, Koltecko, Fromme: Stillverhalten in Bayern, 2009. 146 bayerische Geburtskliniken, 10 Geburtshäuser und 30 Hausgeburtshebammen nahmen als Projektpartner teil, hier wurden die 3822 Mütter kontaktiert, die an der Basiserhebung im April 2005 teilgenommen haben. In der ersten Erhebung standen Fragen zum initialen Stillverhalten, zur Stillintention und zur Stillvorbereitung im Mittelpunkt. Genauso wie in der bundesweiten SuSe-Studie fanden anschließend Folgebefragungen im 2., 4., 6. und 9. Monat nach der Geburt statt. Die Stillhäufigkeit und Gründe für das Abstillen sollten hier erfragt werden. In der letzten Follow-Up-Befragung im Januar 2006 befasste man sich mit der allgemeinen Gesundheit des Kindes, dem Genussmittelkonsum sowie Stillbedingungen am Arbeitsplatz. Eine Gesamt-Follow-Up-Quote von 82% wurde erreicht, die letzte Befragung im Januar 2006 nahmen also noch 3101 Mütter wahr.

worden, 41% haben Printmedien/ Fernsehen angegeben. Bei 18% stellte die Familie/ Freunde die wichtigste Informationsquelle dar. Die meistgenannte Begründung für das Abstillen bestand in Stillproblemen, unter dieser Rubrik wurde am häufigsten angegeben zu wenig Milch produzieren zu können.

Die größte Erhebung zum Stillen wurde innerhalb der „**Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland**“ (KiGGS)⁵¹ durchgeführt, hier wurden Mütter im Zeitraum zwischen 2003 bis 2006 über ihr Stillverhalten retrospektiv befragt. Insbesondere wurde ein Anstieg der Stillhäufigkeit von 1986 bis 2005 bemerkt. Über alle Geburtenjahrgänge hinweg sind 76,7% der Kinder jemals gestillt worden, Kinder mit Migrationshintergrund wurden häufiger als Kinder ohne Migrationshintergrund gestillt. Signifikant seltener erhielten Kinder von sozial benachteiligten Müttern Muttermilch. Dies ist auch für Kinder von Müttern beobachtet worden, die während der Schwangerschaft rauchten und bei denen es Probleme bei der Geburt gegeben hat. Die durchschnittliche Stilldauer betrug über alle Geburtenjahrgänge hinweg 6,9 Monate, die Dauer des vollen Stillens allerdings nur 4,6 Monate. 22,4% aller Kinder wurden 6 Monate voll gestillt worden.

Eine weitere Untersuchung zum Stillverhalten ist im Evangelischen Krankenhaus Freiburg im Jahre 2007 durchgeführt worden, seit dem Jahr 2003 nennt sich diese Einrichtung „Babyfreundliches Krankenhaus“.⁵² Die Ergebnisse dieser Studie liegen

⁵¹ Lange, Schenk, Bergmann: Verbreitung, Dauer und zeitlicher Trend des Stillens in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS), 2007. Bundesweit wurden 17641 Kinder und Jugendliche, die zwischen 1986 und 2005 geboren sind, eingeschlossen, indem retrospektiv deren Eltern befragt wurden. Stillhäufigkeit und Stilldauer sollte quantifiziert und Einflussfaktoren auf das Stillverhalten gewonnen werden. Berücksichtigt wurden der Sozialstatus der Mutter, Probleme nach der Geburt, (Halb-) Geschwisterreihenfolge, Alter der Mutter bei der Geburt und Rauchen der Mutter in der Schwangerschaft. Erklärtes Ziel der Studie sei es diejenigen Gruppen von Müttern zu identifizieren, die in spezifischen Lebenslagen einer besonderen Unterstützung beim Stillen bedürfen, und Konsequenzen für zielgruppengerechte Maßnahmen abzuleiten.

⁵² Schneider: Phänomenologie des Stillens zwischen Kultur und Kommerz. Untersuchung des Stillverhaltens an einem „babyfreundlichen Krankenhaus“, 2008. Es wurden alle Frauen angeschrieben, die ihre Kinder im Evangelischen Krankenhaus Freiburg zwischen Juli 2005 und Juni 2006 geboren haben. Von 1136 Frauen antworteten 589, 52,4%. In einem Fragebogen wurde nach Stilldauer, Gründe für Stillschwierigkeiten, Zufüttern, Unterstützung, Einflussquellen und emotionaler

über den Vergleichswerten anderer Studien, 57,85% der befragten Mütter haben bis zum sechsten Monat voll gestillt, und die Gesamtstilldauer über 12 Monate ist von 27,98% der Frauen erfüllt worden. Insbesondere wurde dem guten Stillmanagement im Rahmen des „babyfreundlichen Krankenhauses“ diese deutlich höhere Stilllänge zugeschrieben. Für die befragten Frauen waren zum einen das medizinische Fachpersonal und zum anderen unterstützende Personen aus dem häuslichen Umfeld stark beeinflussend. Der Stillplan vor der Geburt habe darüber hinaus einen signifikanten Einfluss auf das 6-monatige Vollstillen. Diejenigen, die vorhatten sechs Monate ausschließlich zu stillen, haben dies auch öfter in die Tat umgesetzt.

Das Stillprojekt des Institutes für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, dem die vorliegende Arbeit zugehörig ist, widmet sich der Stillthematik mit einem anderen methodischen Ansatz. Mit einigen hundert Teilnehmern fällt die Anzahl der befragten Frauen deutlich geringer als die Teilnehmerzahl der oben genannten Studien aus. Durch die Methode Oral History wird im Gegensatz zu den anderen Studien jede Teilnehmerin in einem persönlichen Gespräch befragt und dadurch Details des individuellen Stillverhaltens eruiert. Darüber hinaus besteht ein wesentlicher Unterschied in den Befragungszeiträumen, denn in dem Düsseldorfer Projekt werden ebenso Erfahrungsberichte älterer Frauen herangezogen, die über eine weit zurückliegende Stillzeit in den 1940er bis 1970er Jahren berichten. Dadurch wird das Stillverhalten über die gesamte zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts hinweg aufgearbeitet und kann anhand des Vergleiches zwischen den unterschiedlichen Dekaden analysiert werden.

Selbstwahrnehmung gefragt. Die Ergebnisse wurden anschließend mit der Studie „Stillverhalten in Bayern“ und der SuSe-Studie verglichen. Außerdem wurde ein weltweiter Vergleich der aktuellen Stillpraxis vollzogen.

3 Säuglingsernährung

Als Grundlage soll in diesem Kapitel zunächst der ernährungsphysiologische Aufbau der Muttermilch dargelegt werden. Vor diesem Hintergrund wird der Unterschied zwischen den verschiedenen Ernährungsformen für Säuglinge sichtbar. Anschließend erfolgt eine detailliertere Abhandlung über die Historie des Stillens im 20. Jahrhundert. Die Schwankungen der Stillquote sollen vor dem Hintergrund von politischem, wirtschaftlichem und gesellschaftlichem Wandel untersucht werden.

3.1 Terminologie

Die Verwendung der Begriffe zur Ernährung des Kindes erfolgt analog zur Terminologie der Nationalen Stillkommission:⁵³

Stillen	Trinken von Muttermilch an der Brust
Vollstillen	Keine zusätzliche Fütterung von Säuglingsanfangsnahrung oder Beikost, ausgenommen ist die Gabe von Medikamenten, Vitaminen und Mineralstoffen, sowie Wasser oder Tee
Muttermilchersatz	Industriell oder selbst hergestellte Säuglings(milch)nahrung unabhängig von der Eignung
Teilstillen	Stillen und dazu Muttermilchersatz oder Beikost oder beides
Gesamtstillen	Muttermilch mit oder ohne zusätzlicher Fütterung von Muttermilchersatz oder Beikost
Säuglingsanfangsnahrung/ Milchersatzprodukt	Industriell hergestellte Nahrung, die gesetzlichen Vorgaben entspricht und von Geburt an gefüttert werden kann
Folgenahrung	Industriell hergestellte Nahrung, die gesetzlichen Vorgaben entsprechen muss und frühestens mit Beginn der Beikost gefüttert werden soll

Tabelle 1: Terminologie der Säuglingsernährung

⁵³ Vgl. Nationale Stillkommission am Bundesinstitut für Risikobewertung: Unterschiede in der Zusammensetzung von Muttermilch und industriell hergestellter Säuglingsanfangs- und Folgenahrung und Auswirkungen auf die Gesundheit von Säuglingen, 2012: <http://www.bfr.bund.de/cm/343/unterschiede-in-der-zusammensetzung-von-muttermilch-und-industriell-hergestellter-saeuglingsanfangs-und-folgenahrung.pdf> (09.01.2017).

3.2 Muttermilch im Vergleich mit alternativer Säuglingsnahrung

Muttermilch ist nicht gleich Muttermilch. Je nach Alter des Kindes und Beginn der Laktation können unterschiedliche Zusammensetzungen nachgewiesen werden. Von der ersten Milch, dem Kolostrum, wird mit durchschnittlich 50ml bis maximal 100ml pro 24 Stunden nur wenig gebildet.⁵⁴ Diese ersten Milchmengen haben eine entscheidende Bedeutung für das Neugeborene. Vor allem Wasser und Elektrolyte, aber auch viele Proteine werden aus dem Kolostrum aufgenommen. Während der gesamten Laktationsperiode ist die Zusammensetzung der Muttermilch einem Wandel unterworfen. Der Mineralstoff- und Eiweißgehalt ist im Kolostrum deutlich höher als in reifer Frauenmilch. Dagegen ist der Kohlenhydrat- und Fettanteil niedriger und nimmt mit der Länge der Laktation zu.⁵⁵ Besonders auffällig ist der hohe Gehalt an sekretorischem Immunglobulin-A im Kolostrum (> 25% des Eiweißes) und an Laktoferrin (bis 15%), die eine zentrale Rolle in der von der Mutter zum Kind überlieferten Immunabwehr innehaben.⁵⁶

Normalerweise wird so viel Milch wie für das Kind nötig produziert⁵⁷ und nur in Ausnahmefällen soll die Milchmenge nicht ausreichen.⁵⁸ Neben bereits oben angesprochenen Vorteilen, wie der richtigen Temperierung und Keimarmut, gibt es jedoch auch Stillschwierigkeiten. Schmerzen durch Entzündungen und Milchstau, starke Zeitbeanspruchung und inadäquate Sättigung seien nur beispielhaft genannt.

⁵⁴ v. Voss: Laktogenese und Laktation. Eine Frau stellt sich auf das Stillen ein. In: Kinderärztliche Praxis, Sonderheft Säuglingsernährung, 2000, S. 7.

⁵⁵ Peters, Friedolf: Laktation und Stillen. Physiologie, Klinik und Pathophysiologie der Brustdrüsenfunktion, Mastitis. (1987), S. 43.

⁵⁶ Vgl. Przyrembel: Stillen ist das Beste. In: Kinderärztliche Praxis, Sonderheft Säuglingsernährung, 2000, S. 14.

⁵⁷ Vgl. Peters: Laktation und Stillen, 1987, S. 24, 25, Reich-Schottky: Stillen und Stillprobleme, 1995, S. 62 ff., und Przyrembel: Die Vorteile der Muttermilch, S. 14. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Stillen und Muttergesundheit, Grundlagen, Erfahrungen und Empfehlungen 2001, S. 13-26.

⁵⁸ Vgl. Reich-Schottky: Stillen und Stillprobleme, 1995, S 65: Wenn ein Kind zu wenig Milch erhält, sei nur bei seltenen Fällen eine zu geringe Milchbildung der Mutter die Ursache. Geschätzte 5% aller Mütter seien aus körperlichen und seelischen Gründen nicht in der Lage genügend Milch zu produzieren. Der häufigste Grund sei eine falsche Handhabung des Stillens.

Die Zusammensetzung moderner Milchersatzprodukte ist durch die „Richtlinien über Säuglingsanfangsnahrung und Folgenahrung“ festgelegt. Bei adäquater Aufklärung über hygienische Standards in der Darreichung können bei offiziell genehmigten Ersatzprodukten keine schädigenden Wirkungen auf den Säugling nachgewiesen werden. Dennoch fehlen multiple gesundheitsfördernde Aspekte, die nur durch Stillen gewährleistet werden. Die sensible Anpassung der Milch an die Bedürfnisse des Säuglings kann von industriell hergestellter Nahrung nicht erreicht werden. Außerdem ist die Aufnahme von Antikörpern und weiteren Komponenten der Immunabwehr durch Säuglingsanfangsnahrung nicht möglich.

Bezüglich der Zusammensetzung von Frauenmilch im Gegensatz zur Tiermilch werden folgende Unterschiede deutlich: Auffällig ist der niedrige Eiweißgehalt und der hohe Cholesterin- und Kohlenhydratanteil der Frauenmilch im Gegensatz zur Kuhmilch. Weitere Differenzen zeigen sich im Gehalt an Mineralstoffen wie Kalzium und Phosphor.⁵⁹

⁵⁹ Vgl. Niessen: Pädiatrie, 2001, S. 25.

3.3 Säuglingsernährung im Wandel des 20. Jahrhunderts

Bemühungen führender Ernährungsexperten das Stillen als Ernährungsnorm für Säuglinge zu etablieren, können im Verlauf des gesamten 20. Jahrhunderts in Deutschland beobachtet werden. Dennoch ist festzustellen, dass die Stillquote und auch das gesellschaftliche Ansehen des Stillens starken Schwankungen während des letzten Jahrhunderts unterlag.⁶⁰ Eine eindrückliche Darstellung dieser Schwankung gelang Timo Heimerdinger, der für sein Projekt über Elternschaftskultur im 20. und 21. Jahrhundert folgende Abbildung (Abbildung 1) erstellte.⁶¹ Grob lassen sich zwei Phasen niedriger Stilltätigkeit, um die Jahrhundertwende vom 19. zum 20. Jahrhundert und während der 1970er Jahre, und zwei Phasen höherer Stilltätigkeit, zur Zeit des Nationalsozialismus und am Ende des 20. Jahrhunderts bis heute, finden.

⁶⁰ Vgl. Heimerdinger: Brust oder Flasche? – Säuglingsernährung und die Rolle von Beratungsmedien, 2009. In einem Forschungsprojekt über Elternschaftskultur wurden über 50 Ratgebertexte unterschiedlicher Veröffentlichungszeit im 20. Jahrhundert für junge Eltern bezüglich Säuglingsernährung und im Speziellen ihrer Argumentation für oder wider Stillen ausgewertet. Hier wird von andauernder Propaganda pro Stillen seit Ende des 19. Jahrhunderts bis heute berichtet. Die verwendeten Quellen seien aus unterschiedlichster Motivation entstanden, berichten dennoch sehr anschaulich die Schwankung der Stillquote. Interessanterweise ist zu Zeiten niedriger Stillquoten jedoch kein Korrelat in der Ratgeberliteratur zu finden, in dem eine Ernährung mit Muttermilch als zweitrangig oder schlechter dargestellt wird.

⁶¹ Es ist darauf hinzuweisen, dass diese Grafik die Stillquote stark vereinfacht darstellt, Heimerdinger selbst erläutert die Entstehung und Evidenz folgendermaßen: „Durchgängige und völlig widerspruchsfreie Daten von gleicher Dichte und Güte liegen für den betrachteten Zeitraum leider nicht vor. Die Grafik rekonstruiert daher den gemittelten Verlauf aus verschiedenen, aus teilweise sehr unterschiedlicher Motivation verfassten Quellen. Zudem sind die Daten im Detail sehr vielschichtig und wären natürlich zeitlich, regional und sozial zu differenzieren. Insbesondere ist bei der Frage der Säuglingsernährung zwischen der initialen Stillquote (...) und Stilldauer (...) zu unterscheiden. Die Grafik zeigt daher eine stark vereinfachte, regionale und soziale Parameter nicht berücksichtigende Darstellung der initialen Stillquote.“ vgl. Heimerdinger Brust oder Flasche? – Säuglingsernährung und die Rolle von Beratungsmedien, 2009, S. 101.

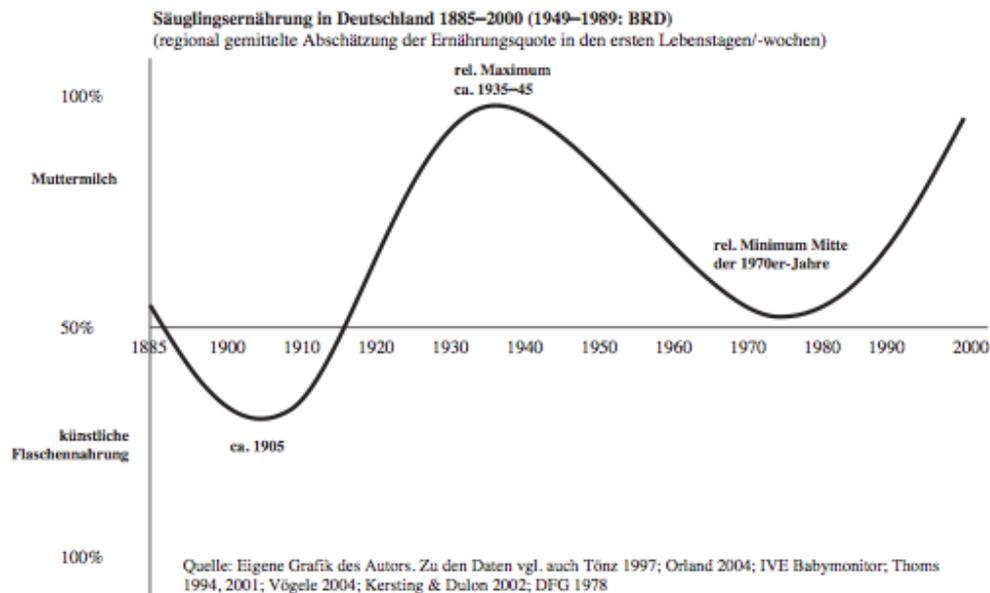


Abbildung 1: Schwankung der initialen Stillquote

Quelle: Heimerdinger: *Brust oder Flasche? – Säuglingsernährung und die Rolle von Beratungsmedien* (2009).

Vor dem Hintergrund medizinischer, politischer und gesellschaftlicher Entwicklungen während des 20. Jahrhunderts soll im folgenden Abschnitt die Periodik des Stillverhaltens beleuchtet werden. Der Befragungszeitraum dieser Studie umfasst die Zeit von 1940 bis heute. Die Wurzeln einiger Prozesse lassen sich jedoch in den Jahrzehnten davor finden, so dass im Folgenden der Wandel der Säuglingsernährung ab dem Ende des 19. Jahrhunderts thematisiert wird.

3.3.1 1850 bis zur Jahrhundertwende: Hohe Säuglingssterblichkeit und Abnahme der Geburtenrate

Während der Tod eines Säuglings heutzutage eine familiäre Tragödie darstellt, war noch vor circa 150 Jahren – gegen Mitte des 19. Jahrhunderts – die Säuglingssterblichkeit derart hoch, dass der Tod noch im ersten Lebensjahr als zu akzeptierendes Schicksal angenommen wurde. Jedes dritte Kind erreichte am traurigen Höhepunkt zu jener Zeit nicht einmal den ersten Geburtstag.⁶² Durch hohe Fertilitätsraten pro Frau konnte die Bevölkerungszahl stabil gehalten werden, nicht unüblich war ein Nachwuchs von fünf bis sechs Kindern.⁶³ Eine emotionale

⁶² Vgl. Vögele: *Sozialgeschichte städtischer Gesundheitsverhältnisse während der Urbanisierung*, 2001, S. 130.

⁶³ Vgl. ebd. S. 146.

Indifferenz den Kindern gegenüber schützte die betroffenen Eltern vor allzu großem Leid im Falle des Todes. Neben vielen ursächlichen Determinanten für Säuglingssterblichkeit, wie den Lebensbedingungen der Familien, der Legitimität des Kindes und nicht zuletzt der Ernährung des Kindes, kann diese Gleichgültigkeit dem Kinde gegenüber sogar als Mitursache weiterer Todesfälle angesehen werden.⁶⁴ Insbesondere wurden Infektionen des Gastrointestinaltraktes als häufigste Todesursache der Säuglinge identifiziert,⁶⁵ so dass eine ausreichende und richtige Ernährung als wichtige Maßnahme zur Reduzierung der Mortalität beitragen konnte. Alarmierend waren die sinkende Stillquote und die weit verbreitete Ernährung mit Tiermilch. In einer Untersuchung über die Säuglingsernährung in Berlin wurde festgestellt, dass im Zeitraum von 1885 bis 1900 die Gabe von Muttermilch von 55,2% auf 31,4% abnahm. Die alleinige Gabe von Tiermilch dagegen stieg von 33,9% auf 49,7% an.⁶⁶

Schon zu jener Zeit wiesen Experten auf ein hohes Infektionsrisiko bei der Ernährung mit Ersatzmilch hin, so dass Letztere mit einer hohen Säuglingssterblichkeit assoziiert war.⁶⁷ Eine Anhebung der Stillquote wurde demnach als einzig adäquate Säuglingsernährung propagiert und sollte als ein zentrales Instrument bei der Bekämpfung der hohen Sterblichkeit fungieren.⁶⁸ Die Ernährung mit Muttermilch war sogar derart bedeutsam, dass die Säuglingssterblichkeit bei gestillten Kindern niedrigerer Schichten genauso abnahm wie in höheren Schichten. Dadurch wurde der Brusternährung die Fähigkeit zugeschrieben, die Wirkung des sozialen Milieus in einem solchen Grade zu lähmen, dass Krankheit und Sterblichkeit des Brustkindes bei reich und arm unterschiedslos gleich niedrig waren.⁶⁹

⁶⁴ Vgl. Vögele: Wenn das Leben mit dem Tod beginnt – Säuglingssterblichkeit und Gesellschaft in historischer Perspektive, 2009, S. 66.

⁶⁵ Vögele: Sozialgeschichte städtischer Gesundheitsverhältnisse während der Urbanisierung, 2001, S.158.

⁶⁶ Vgl. ebd., S. 228, basierend auf: Prinzing: Handbuch der medizinischen Statistik. (1930/31), S. 395.

⁶⁷ Vgl. Vögele, Halling, Rittershaus: Entwicklung und Popularisierung ärztlicher Stillempfehlungen in Deutschland im 20. Jahrhundert, 2010, S. 227.

⁶⁸ Vgl. ebd., S. 223.

⁶⁹ Vgl. Tugendreich: Der Einfluss der sozialen Lage auf Krankheit und Sterblichkeit des Kindes, 1913, S. 267-307.

Rückgänge in der Geburtenzahl gegen Ende des 19. Jahrhunderts führten alsbald zu einem Aufhorchen innerhalb der Regierung, da der Fortbestand der deutschen Bevölkerung als gefährdet betrachtet wurde. Um einen demographischen Wandel mit mangelndem Nachwuchs zu verhindern, entwickelte sich als Konsequenz eine Säuglingsfürsorgebewegung, aus der die Kinderheilkunde als eigenständiges universitäres Fach entsprang.

3.3.2 1900 bis zu den 1930er Jahren: Öffentliche Gesundheitspflege und Stillförderung

Um das natürliche Bevölkerungswachstum aufrecht zu erhalten, kann gegen Ende des 19. Jahrhunderts eine neue Hinwendung der Ärzte- und Autorenschaft zur Säuglingsgesundheit beobachtet werden. Wurde zuvor der Muttergesundheit größere Aufmerksamkeit geschenkt, konzentrierte sich die medizinische Wissenschaft zunehmend auf Säuglinge und Kinder.⁷⁰ Stellte ein gesunder und gestillter Säugling doch ein Symbol für nationale Stärke, Wehrmacht und Prosperität dar.⁷¹

Neben dem Errichten von Säuglingskrankenhäusern und -fürsorgestellen wurden Vereine und Frauenmilchsammelstellen durch engagierte Pädiater und Sozialpolitiker gegründet. Arthur Schlossmann, deutscher Pädiater und Sozialhygieniker, gründete im Jahre 1900 das erste Säuglingskrankenhaus, das sogenannte „Dresdner Säuglingsheim“, und konnte dort die Säuglingssterblichkeit signifikant senken.⁷² Fünf Jahre später eröffnete mit Gustav Tugendreich, ebenfalls Kinderarzt, die erste öffentliche Säuglingsfürsorgestelle in Berlin und nur weitere zwei Jahre vergingen, bis der Verein für Säuglingsfürsorge im Regierungsbezirk Düsseldorf gegründet wurde.

Der drastische Rückgang der Säuglingssterblichkeit seit Beginn des 20. Jahrhunderts kann der folgenden Darstellung (Abbildung 2) entnommen werden, die

⁷⁰ Vgl. Vögele: Wenn das Leben mit dem Tod beginnt – Säuglingssterblichkeit und Gesellschaft in historischer Perspektive, 2009, S. 69.

⁷¹ Vgl. Fehleemann: Armutsrisiko Mutterschaft: Mütter- und Säuglingsfürsorge im Deutschen Reich 1890-1924, 2004, S. 201. In ihrer Dissertation stellt Silke Fehleemann ein umfangreiches Bild der Sozial- und Organisationsstruktur der Mütter- und Säuglingsfürsorge dar, in der die Diskurse, Organisationen der Bewegung, sowie beteiligte Akteure behandelt werden.

⁷² Schadewaldt: Die Anerkennung der Kinderheilkunde als selbstständiges Fach, 1975, S. 8.

Sterberate fällt seitdem bis zum 21. Jahrhundert stetig ab, heutzutage liegt sie bei unter einem Prozent.

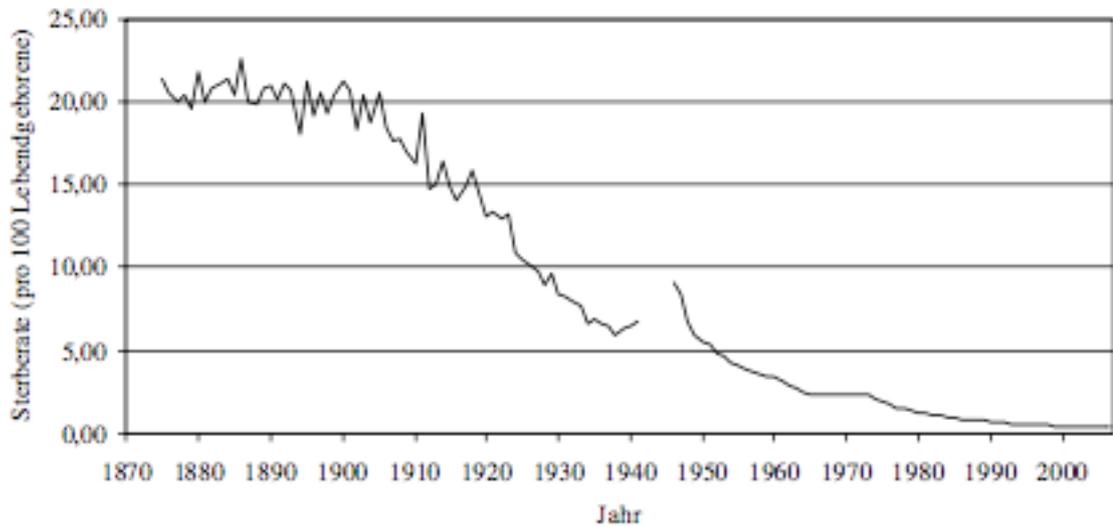


Abbildung 2: Die Entwicklung der Säuglingssterblichkeit in Deutschland, 1875-2007

Preußen 1875-1900, Reichsgebiet 1901-1938, bis 1989 westl. Bundesgebiet, ab 1990 ges. Bundesgebiet.

Quelle: Vögele, Halling, Ritterhaus (2010), S. 225, basierend auf: StJbDR, 1933, 46; Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland, Stuttgart 1978-1998; Vögele (2001) S. 137; DESTATIS.

Hervorzuheben sei dennoch die Tatsache, dass die Pädiatrie noch am Beginn ihrer Entwicklung stand und medizinisches Wissen über die spezielle Behandlung von Säuglingen und Kindern fehlte. Aufgrund dessen konzentrierte man sich vorrangig auf sozialhygienische Ansätze wie die Säuglingsernährung.⁷³ In Anbetracht der bereits oben genannten sinkenden Stillquote und der teils exotisch anmutenden alternativen Ernährungsweisen - genannt seien nur beispielhaft das elterliche Vorkauen der Nahrung oder die Hinzufügung von Alkohol zur Beruhigung des Kindes - versuchte man die Vorzüge des Stillens durch umfangreiche Werbemaßnahmen und plakative Ratgeberliteratur der gesamten Bevölkerung zugänglich zu machen. Mittels Visualisierung der Aussagen in diversen Medien, wie Ausstellungen, Informationsbroschüren oder Bildbänden⁷⁴, konnte zum einen das

⁷³ Vögele, Halling, Rittershaus: Entwicklung und Popularisierung ärztlicher Stillempfehlungen in Deutschland im 20. Jahrhundert, 2010, S. 225.

⁷⁴ Hervorzuheben ist der „Atlas der Hygiene des Säuglings und Kleinkindes für Unterrichts- und Belehrungszwecke“ von Leo Langstein und Fritz Rott. Durch Fotografien und farbige Grafiken sollten unter Anderem das richtige Verhalten bei Ernährung, Pflege und Krankheitsverhütung des Kindes dargestellt werden.

Stillen plakativ beworben und zum anderen die sich neu entwickelte Pädiatrie inszeniert werden.⁷⁵ Neben weiteren Bildungsmaßnahmen wie Mutterkursen, versuchte die Regierung zusätzlich durch monetäre Anreize die Stillquote zu heben. Stillenden Müttern wurden Prämien gezahlt, dafür hatten sie jedoch auch häusliche Kontrollen durch Beamte zu tolerieren.⁷⁶

Die diversen Maßnahmen zur Hebung der Stillquote können letztendlich als erfolgreich angesehen werden, da seit Beginn des 20. Jahrhunderts eine deutliche Zunahme beschrieben wurde.⁷⁷ Als eine weitere Determinante, die zu einer Erhöhung der Stillquote beigetragen hat, ist außerdem der erste Weltkrieg (1914-1918) zu nennen. Einhergehend mit Nahrungsmittelrationierung und Hungersnot blieb den Müttern oft keine Alternative zum Stillen.

Bezüglich der Vorzüge und Propagierung des Stillens herrscht bis heute Einigkeit unter den Ernährungsexperten, deutliche Unterschiede in der Handhabung sind allerdings festzuhalten. Adalbert Czerny, Begründer der internationalen Pädiatrieschule an der Berliner Charité und Mitbegründer der modernen Kinderheilkunde, ist hier hervorzuheben.⁷⁸ „Eine Mutter, die ihr Kind nicht selbst nährt, schafft bereits im ersten Lebensjahre zwischen sich und dem Kinde eine Kluft, welche später nie mehr vollständig auszugleichen ist“⁷⁹. Neben der strengen Forderung den Säugling unbedingt zu stillen, stellte Czerny strikte Vorgaben für das Verhalten der stillenden Mutter auf. In seinem Werk „Der Arzt als Erzieher des Kindes“⁸⁰ wurde ein reglementiertes Füttern unabhängig vom Bedarf des Kindes empfohlen. Außerdem riet er zu einer strengen Trennung zwischen Mutter und Kind außerhalb der Mahlzeiten: „Ein Säugling entwickelt sich nur dann am besten, wenn

⁷⁵ Vgl. Rittershaus: Visualisierung in der Säuglingsfürsorge Anfang des 20. Jahrhunderts. Der ‚Atlas der Hygiene des Säuglings und Kleinkindes‘, 2013, S. 2194.

⁷⁶ Vgl. Vögele, Rittershaus, Halling: „Breast is best“ – Infant-feeding, infant mortality and infant welfare in Germany during the late nineteenth and twentieth centuries, 2014, S. 2194

⁷⁷ Vgl. ebd. S. 2195

⁷⁸ Schmoeger: Adalbert Czerny (1863-1941) Mitbegründer der wissenschaftlichen Kinderheilkunde, 2003.

⁷⁹ Czerny: Der Arzt als Erzieher des Kindes, 1926, S. 4.

⁸⁰ Die erste Auflage erschien 1908 und die neunte 1942. Das Standardwerk von Adalbert Czerny erlangte weltweite Berühmtheit und wurde von Ärzten, Studenten und Eltern gelesen.

er nur körperlich gut versorgt und im Übrigen sich selbst überlassen wird.“⁸¹ Der Ernährungslehre von Czerny, die man im Ausland als „deutsche These“⁸² und später als „starres Ernährungsregime“⁸³ bezeichnete, wurde im Laufe der zwanziger Jahre der aggressiv-fordernde Ton genommen. Man befürchtete die Frauen damit zu sehr unter Druck zu setzen. Bereits zu dieser Zeit wurde von einem Stillfanatismus gesprochen.⁸⁴

3.3.3 1940er und 1950er Jahre: Stillen als mütterliche Pflicht

Mit Aufkommen des Nationalsozialismus wurde der Ton in der Ernährungsberatung für Säuglinge wieder schärfer. Johanna Haarer, österreichische Ärztin und Mitglied der NSDAP, verfasste einen auflagenstarken Ratgeber über die Ernährung und Erziehung der Kinder im Jahre 1936: „Die deutsche Mutter und ihr erstes Kind“.

In diesem Buch wird die extreme NS-Stillpropaganda sichtbar, indem es bereits am Anfang des Kapitels über Ernährung heißt: „Deutsche Mutter, du mußt dein Kind stillen! (...) Nie wird es gelingen, die mütterliche Milch nachzuahmen, sie auch nur annähernd vollwertig zu ersetzen. (...) Deutsche Mutter, wenn du stillst, tust du nicht nur deine Schuldigkeit deinem Kinde gegenüber, sondern erfüllst auch eine rassische Pflicht. Die Stilltätigkeit gehört zu den wertvollen Erbanlagen.“⁸⁵ Der vom NS-Regime erzeugte enorme psychische Erfolgsdruck für junge Mütter wurde zusätzlich von der ablehnenden Haltung Haarers gegenüber Frauenmilchsammelstellen ausgelöst.⁸⁶ Das nationalsozialistische Drängen zum Stillen ging sogar so weit, dass Martin Hohlfeld, der ärztliche Leiter der Mütterberatungsstellen in Leipzig, den Vorschlag machte, Wöchnerinnen mit

⁸¹ Czerny: Der Arzt als Erzieher des Kindes, 1926, S. 6.

⁸² Monimart: Contribution a l'étude comparative de quelques méthodes anciennes et nouvelles d'alimentation des nourrissons, 1938, S. 19. In: Dill: Nationalsozialistische Säuglingspflege. Eine frühe Erziehung zum Massenmenschen, 1999, S. 25.

⁸³ Harnack: Wandlungen der Säuglingsernährung – Rückschau und Ausblick, 1966, S. 203. In: Dill: Nationalsozialistische Säuglingspflege. Eine frühe Erziehung zum Massenmenschen, 1999, S. 25.

⁸⁴ Moll: Zur Psychologie und Physiologie des Stillens, 1930, S. 12. In: Dill: Nationalsozialistische Säuglingspflege. Eine frühe Erziehung zum Massenmenschen, 1999, S. 23.

⁸⁵ Haarer: Die deutsche Mutter und ihr erstes Kind, 1936, S. 105.

⁸⁶ Vgl. Dill: Nationalsozialistische Säuglingspflege. Eine frühe Erziehung zum Massenmenschen, 1999, S. 24.

Haftstrafen zu drohen, sollten sie nicht stillen.⁸⁷ Stillen wurde von der Mutter erwartet und Mutterschaft im NS-Reich als einzig akzeptable Profession der Frauen angesehen. Stillen stellte nicht nur eine zentrale Rolle in der Gesundheitsphysiologie des Nachwuchses dar, sondern war somit eng mit den Rollenerwartungen an die Frauen verzahnt. Der Vater wurde in Haarers Ratgeber als Erzieher in keiner Weise miteinbezogen, die Familie war das alleinige „Hoheitsgebiet“⁸⁸ der Frau. Wenngleich die klassische Rollenverteilung deutscher Familien durch die Notstände des zweiten Weltkriegs erschüttert wurde, so änderte dies kaum die Stillquote. Wie auch während des ersten Weltkrieges bedeutete die Verfügbarkeit von Muttermilch eine sichere Ernährungsquelle für die Kinder.

Das klassische Familienbild des Nationalsozialismus, in dem der berufstätige Mann die Familie versorgt und die Frau als Hausfrau und Erzieherin der Kinder fungiert, änderte sich in den Nachkriegsjahren kaum. Das Hausfrauenmodell und die männliche Versorgerehe wurden weiterhin von der christlich-demokratischen Regierung Adenauers unterstützt und waren die zentrale Basis für Familien.⁸⁹ Der Bundesfamilienminister Franz-Josef Wuermeling (im Amt von 1953 bis 1962) setzte die Berufstätigkeit der Frauen ständiger Kritik aus: „Die Doppelbelastung unserer Hausfrauen und Mütter in Familie und Beruf ist keine ‚fortschrittliche Lösung‘, sondern erzwungenes Unheil. (...) Mutterberuf ist daher (...) Hauptberuf und wichtiger als jeder Erwerbsberuf.“⁹⁰

3.3.4 1960er und 1970er Jahre: Feminismusbewegung und Technisierung

Mit der zweiten Welle der Frauenbewegung in den 1970er Jahren begann man die typische Aufgabenteilung in Familien nach und nach in Frage zu stellen. Die Rollenverteilung zwischen Mann und Frau erlebte einen tiefgreifenden Wandel, eine Gleichstellung zwischen Ehepartnern wurde angestrebt. Zudem bedeutete die

⁸⁷ Hohlfeld: Die Zukunft der natürlichen Ernährung, 1938, S. 267. In: Dill: Nationalsozialistische Säuglingspflege. Eine frühe Erziehung zum Massenmenschen, 1999, S. 24.

⁸⁸ Brockhaus: Lockerung und Drohung – die Mutterrolle in zwei Ratgebern der NS-Zeit, 2007, S. 56.

⁸⁹ Burkart: Zukunft der Familie – Prognosen und Szenarien. In: Zeitschrift für Familienforschung, 2009, S. 243.

⁹⁰ Bundesminister Franz-Josef Wuermeling über die Unersetzlichkeit der Mütter (Auszug aus der Rede zum Muttertag 1959): www.germanhistorydocs.ghi-dc.org (10.04.2016).

Einführung der ersten Antipabypille „Anovlar“ im Jahr 1961⁹¹ für Frauen eine sexuelle Revolution. Die Möglichkeit Sexualität von Mutterschaft zu trennen sollte einen Meilenstein weiblicher Selbstbestimmung darstellen.

Mit Erfindung der „adaptierten Säuglingsmilch“ im Zuge zunehmender Technisierung war außerdem eine vom weiblichen Körper unabhängige Säuglingsernährung möglich. Die Vereinbarkeit von Kindern und Berufstätigkeit konnte dadurch verbessert werden. Die Quote der mit künstlicher Milch ernährten Säuglinge verzeichnete einen enormen Anstieg. Mitte der 1970er-Jahre erreichte dieser neue Trend seinen Höhepunkt, als ungefähr 50% der Säuglinge vollständig künstlich ernährt wurden.⁹² Mit großen Werbekampagnen wurden die Ersatzprodukte angepriesen, weniger schadstoffbelastet zu sein (zu dieser Zeit standen vor allem die Chemikalien DDT und Dioxin im Zentrum) und dem hygienischen Standard optimal zu entsprechen. Man sprach sich zwar nicht explizit gegen die ärztlichen Stillempfehlungen aus, doch es wurde versucht beide Ernährungsformen als gleichwertig darzustellen. In den „Annales Nestlé“⁹³ heißt es beispielsweise im Jahre 1968: „Trotz einer immer stärker werdenden Abneigung gegen das Stillen haben Fortschritte der Hygiene, der Pasteurisierung der Kuhmilch, (und) die Qualität der von der Industrie angebotenen Milchnahrungen (...) die Ernährung des Säuglings und des Kleinkindes wesentlich erleichtert.“⁹⁴ Massive Werbung für das Milchpulver der Firma Nestlé in den Industriestaaten, aber auch in Entwicklungsländern und das Verteilen von Gratisproben in Krankenhäusern führte zu sinkenden Stillraten.⁹⁵

⁹¹ Kreienberg: 125 Jahre Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, 2011, S. 603.

⁹² Vgl. Heimerdinger: Brust oder Flasche? – Säuglingsernährung und die Rolle von Beratungsmedien, 2009, S. 102.

⁹³ Die Annales Nestlé sind Publikationen des Ernährungsprogramms der Firma Nestlé und erschienen seit 1942 dreimal pro Jahr in fünf Sprachen. Pro Ausgabe wird ein spezielles Thema in den Mittelpunkt gestellt.

⁹⁴ Royer: Alte und neue Probleme der Säuglingsernährung. In: Annales Nestlé: Aktuelle Probleme der Säuglingsernährung, 1968, S. 7.

⁹⁵ Welge, Al-Laham: Strategisches Management. Grundlagen – Prozess – Implementierung, 2007, S. 168.

Im Rahmen der genannten Veränderungen bezüglich des Frauenbildes und der Entscheidung für oder gegen Muttermilch konnte außerdem eine Liberalisierung in der Handhabung des Stillens verzeichnet werden. Empfohlen wurde nun ein bedarfsgerechtes Stillen (Self-Demand-Feeding), das den Müttern mehr Handlungsraum einräumte und den modernen ernährungsphysiologischen Erkenntnissen entsprach.⁹⁶

3.3.5 1980er und 1990er Jahre: Neue Hinwendung zum Stillen

Wie in Kapitel 2.2 „Gesundheitspolitik und Stillen“ dargestellt kann mit der Gründung des IBFAN und dem Zusammenschluss mehrerer Stillorganisationen eine Reformation der Stillförderung ab den 1980er Jahren beobachtet werden. Gleichzeitig lässt sich mit der zunehmenden Umsetzung der „10 Schritte zum erfolgreichen Stillen“⁹⁷ in geburtshilflichen Einrichtungen eine Verbreitung des Rooming-In, der gemeinsamen Unterbringung von Eltern und Neugeborenem im Krankenhaus unmittelbar nach der Geburt, nachvollziehen. Die frühe Förderung der Eltern-Kind-Beziehung und insbesondere eines Stillverhaltens, das den Bedürfnissen der Mutter und des Kindes entspricht, wurde insbesondere durch die amerikanischen Kinderärzte Klaus und Kennel ab der Mitte der 1970er Jahre in den USA und einige Jahre später in Deutschland initiiert.⁹⁸

In Anbetracht der ubiquitären Werbemaßnahmen für Milchersatzprodukte entstand zudem eine öffentliche Diskussion und zunehmende Kritik an Lebensmittelkonzernen, die Milchersatzprodukte herstellen. Ihnen wurde vorgeworfen, dass ihre aggressiven Werbeprogramme eine Gleichwertigkeit oder sogar einen Vorteil der industriell hergestellten Säuglingsnahrung gegenüber dem Stillen suggerierten. In Deutschland wurden durch das 1994 in Kraft getretene Säuglingsnahrungswerbegesetz⁹⁹ Begriffe wie „humanisiert“ und „maternisiert“ und

⁹⁶ Vgl. Vögele, Halling, Rittershaus: Entwicklung und Popularisierung ärztlicher Stillempfehlungen in Deutschland im 20. Jahrhundert, 2010, S. 230.

⁹⁷ 10 Schritte zum erfolgreichen Stillen, O.V.: Babyfreundlich. Eine Initiative von WHO und UNICEF: <http://www.babyfreundlich.org/fachkraefte/fachinformationen/10-schritte.html> (09.01.2017).

⁹⁸ Vgl. Tönz: Zur Geschichte des Stillens. In: Scherbaum, Perl, Kretschmer (Hrsg.): Stillen. Frühkindliche Ernährung und reproduktive Gesundheit, Köln 2003, S. 5.

⁹⁹ Säuglingsnahrungswerbegesetz vom 13.10.1994, B6 Bl. I, S. 2846 ff.:

ferner eine idealisierte Darstellung von Flaschennahrung bildlich oder im Text verboten. Die seit Ende der 1970er geführte Kritik an Flaschennahrung, der Muttermilch nicht vollständig zu entsprechen, führte wieder zu einem Anstieg der Stillquote, der bis heute anhält.¹⁰⁰

3.4 Milchersatzprodukte

Als Muttermilchersatz wird jede Säuglingsnahrung außer Muttermilch verstanden, unabhängig davon, ob sie für den Säugling geeignet ist. Die Bezeichnung ist demnach unabhängig davon, ob die Ersatzmilch auf Kuhmilch-, Ziegenmilch- oder Sojabasis beruht und ob sie industriell hergestellt wurde oder selbst zubereitet werden muss.

Der Begriff „Säuglingsanfangsnahrung“ und analog „Milchersatzprodukt“ wird in dieser Arbeit gemäß der von der Nationalen Stillkommission verwendeten Terminologie für ein industriell hergestelltes Milchpulver verwendet, das gesetzlichen Vorgaben entspricht und von Geburt an gefüttert werden kann. Dies ist eine im 20. Jahrhundert in Deutschland häufig angewendete Alternative für Muttermilch. Oft spricht man auch von „Künstlicher Nahrung“. Diese Bezeichnung beinhaltet allerdings schon im Namen eine negative Konnotation, so dass versucht wird diesen Begriff zu vermeiden. Mit Säuglingsnahrung wurde im deutschen Markt im Jahr 2015 rund 289 Millionen Euro Umsatz gemacht.¹⁰¹

3.4.1 Entstehung der Milchersatzprodukte

Jahrhundertlang bestand der übliche Ersatz für Muttermilch aus Mehlbrei und Brotsuppe.¹⁰² Der Mediziner Cless beschrieb im Jahr 1868 diesen Brei als dicken

http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=%2F%2F%5B%40attr_id%3D'bgbl194s2846.pdf'%5D#_bgbl_%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl194s2846.pdf%27%5D_1460533761520
(09.01.2017).

¹⁰⁰ Vgl. Heimerdinger Brust oder Flasche? – Säuglingsernährung und die Rolle von Beratungsmedien, 2009, S. 101

¹⁰¹ Vgl. Umsatz im Markt für Babybedarf in Deutschland nach Produkten im Jahr 2015 (in Millionen Euro): <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/443385/umfrage/umsatz-im-markt-fuer-babybedarf-in-deutschland-nach-produkten/> (06.11.2016).

¹⁰² Heywood: A History of Childhood. Children and Childhood in the West from Medieval to Modern Times, 2002, S. 70.

Stampf, in dem der Löffel stehen bleibe und von saurer Qualität, da er meist für mehrere Tage im voraus zubereitet wurde. Recht reißerisch wurde diese Nahrung von ihm als „kindermörderischer schwäbischer Mehlbrei“ bezeichnet.¹⁰³ Die Milch verdünnte man je nach Alter des Säuglings mit unterschiedlicher Menge an Wasser oder Fencheltee.

Etwa zur gleichen Zeit, im Jahr 1865, entwickelte Justus von Liebig die „Suppe für Säuglinge“. Der Anlass zu dieser Forschungstätigkeit war die Not seines Enkels, da er nicht von seiner Mutter ernährt werden konnte. Liebig begründete den Stellenwert seiner Entwicklung folgendermaßen: „Für Mütter, welche des Glückes entbehren, ihre Kinder selbst stillen zu können, oder denen es an Nahrung für den Säugling mangelt, ist die Wahl einer für dessen Ernährung geeigneten Speise ein Gegenstand von Wichtigkeit“¹⁰⁴. Außerdem wies er auf die unterschiedliche Zusammensetzung „wärmeerzeugender Stoffe“ (Butter und Milchzucker) in Frauen- und Kuhmilch hin und betonte damit die Notwendigkeit Kuhmilch den Bedürfnissen von Säuglingen anzupassen. Um die „Suppe für Säuglinge“ herzustellen, wurde Kuhmilch mit Weizenmehl zu einem dicken Brei gekocht und eine gewisse Menge Malzmehl hinzugefügt.¹⁰⁵

Kurze Zeit nach der Veröffentlichung von Liebigs Säuglingssuppe wurde von dem Schweizer Henri Nestlé das sogenannte „Kindermehl“ auf den Markt gebracht, welches in Pulverform vertrieben wurde. Das Pulver wurde zwar von älteren Kindern – nicht von Säuglingen – gut vertragen¹⁰⁶, es waren jedoch weder Vitamine noch Mineralstoffe enthalten.

Lebensmittelhersteller und Kinderärzte unternahmen weitere Bemühungen, um die Fertignahrung zu verbessern. In den 1950er Jahren versuchte man die Zusammensetzung der Ersatzmilch der Muttermilch immer mehr anzugleichen, so dass Begriffe wie „humanisiert“ und „adaptiert“ benutzt wurden. Durch das Säuglingsnahrungswerbegesetz aus dem Jahre 1994 wird das Werben mit diesen Begriffen aber in Deutschland verboten.

¹⁰³ Vgl. Cless: Die Kindersterblichkeit in Württemberg. Ein Mahnruf an das Volk, 1868, S. 8. In: Müller: Von der Wiege zur Bahre – Weibliche und männliche Lebensläufe im 19. und frühen 20. Jahrhundert am Beispiel Stuttgart-Feuerbach, 2000, S. 326.

¹⁰⁴ v. Liebig: Eine neue Suppe für Kinder. In: Annalen der Chemie und Pharmacie, 1865, S. 374 ff.

¹⁰⁵ Vgl. ebd., S. 374 ff.

¹⁰⁶ Vgl. Brockhaus Konversations-Lexikon: unter „Auffütterung“, 1894-1896, S. 86-87.

3.4.2 Bedeutung der Milchersatzprodukte

Die bereits oben beschriebene Schwankung der Stillquote und die unterschiedlichen Trends für oder gegen Muttermilch zeigen, dass Alternativen zum Stillen, besonders industriell hergestellte Nahrung, stets eine wichtige Rolle gespielt haben.¹⁰⁷ Für kaum ein anderes Nahrungsmittel werden derart hohe Forschungsmittel bereitgestellt, um die Qualität noch weiter zu steigern. Darüber hinaus zählt die industriell hergestellte Säuglingsnahrung zu den bestüberwachten Nahrungsmitteln.¹⁰⁸

Um Risiken zu minimieren, werden viele klinische Studien von der Säuglingsnahrungsindustrie gesponsert. Utta Reich-Schottky, zweite Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft Freier Stillgruppen, sieht darin allerdings auch Gefahren. Das Ziel der Industrie, möglichst viel Nahrung zu verkaufen, stehe in einem direkten und unauflösbaren Widerspruch zu dem gesundheitlichen Ziel, das Stillen wirksam zu unterstützen. Für die an den Studien beteiligten Ärzte entsteht daraus ein Interessenkonflikt und damit eine Gefahr für das ärztliche Urteilsvermögen.¹⁰⁹

Das individuelle Outcome der Kinder, die mit Milchersatzprodukten ernährt wurden, ist in fast allen Fällen bezüglich ihrer körperlichen Entwicklung optimal.¹¹⁰ Vergleicht man die Zusammensetzung von Muttermilch und industriell hergestellter Säuglingsnahrung sind beide Produkte jedoch nicht als gleichwertig anzusehen.¹¹¹

¹⁰⁷ Vgl. v. Voss: Laktogenese und Laktation. Eine Frau stellt sich auf das Stillen ein. In: Kinderärztliche Praxis, Sonderheft Säuglingsernährung, 2000, S. 5.

¹⁰⁸ Vgl. ebd., S. 3 ff.

¹⁰⁹ Vgl. Reich-Schottky: Studien zu künstlicher Säuglingsernährung. Interessenkonflikte offenlegen. In: Deutsches Ärzteblatt, 2011, S. A1113.

¹¹⁰ Möller: Aktueller Stand der Folgemilchernährung. In: Gynäkologie + Geburtshilfe, 2004, S. 32.

¹¹¹ Vgl. Bundesinstitut für Risikobewertung: Stellungnahme der Nationalen Stillkommission - Unterschiede in der Zusammensetzung von Muttermilch und industriell hergestellter Säuglingsanfangs- und Folgenahrung und Auswirkungen auf die Gesundheit von Säuglingen, 2012: <http://www.bfr.bund.de/cm/343/unterschiede-in-der-zusammensetzung-von-muttermilch-und-industriell-hergestellter-saeuglingsanfangs-und-folgenahrung.pdf> (02.09.2017).

4 Ziele und Fragestellungen der vorliegenden Arbeit

Die Stilltätigkeit weist einen hohen Stellenwert für die Gesundheitsfürsorge des Säuglings auf und ist im vergangenen Jahrhundert bis zur heutigen Zeit großen Schwankungen unterlegen. Veränderungen in der Historie des Gesundheitswesens, der Säuglingsfürsorge und der Rolle der Frau scheinen ebenso Veränderungen des Stillverhaltens zu bedingen. Zur weiteren Aufarbeitung der genauen Determinanten und deren Einfluss auf die Stillquote sowie auf die Stilldauer werden die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit auf die im Folgenden aufgelisteten Fragestellungen überprüft. Durch Aufdeckung einflussnehmender Faktoren auf das Stillverhalten ist es möglich zielgerichtete Maßnahmen für die heutige Stillförderung zu erarbeiten, um die gegenwärtige Säuglingsernährung in Deutschland zu optimieren.

Zunächst sind die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit in den aktuellen Forschungsstand einzuordnen:

Wie hoch ist/ war die Stillquote und die Stilldauer bei den befragten Müttern in der Stadt Hamm?

Entspricht die Stilltätigkeit der Studienteilnehmerinnen den Ergebnissen der oben vorgestellten großen Stillstudien?

Wurden Milchersatzprodukte verwendet? Wann wurden diese eingeführt?

Anschließend soll die Stilltätigkeit der Studienteilnehmerinnen anhand der in Kapitel 3 beschriebenen Schwankungen beurteilt werden:

Zeigt sich eine Analogie zu den oben beschriebenen Schwankungen der Stilltätigkeit in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts? Kann eine höhere Stilltätigkeit in den 1940er und 1950er Jahren beobachtet werden? Gibt es einen Tiefpunkt in den 1960er und 1970er Jahren? Kann auch anhand der vorliegenden Ergebnisse eine zunehmende Stilltätigkeit ab den 1980er Jahren beobachtet werden, die bis heute anhält?

In Anbetracht einer sensiblen Positionierung des Stillverhaltens zwischen diversen gesellschaftlichen Normen sind extrinsische einflussnehmende Variablen zu erarbeiten:

Welche Akzeptanz hatte das Stillverhalten in der Öffentlichkeit?

Welche Informationsquellen wurden genutzt?

Welche unterstützenden Maßnahmen gab es? Wurden Geburtsvorbereitungskurse besucht? Haben diese Kurse Einfluss auf das Stillverhalten? Gab es die Möglichkeit eine Nachsorgehebamme zu engagieren?

War der Kindsvater in die Versorgung des Säuglings mit eingebunden?

Hat die Art der Entbindung einen Einfluss auf das Stillverhalten?

Hat die Schulbildung bzw. eine unterschiedliche Berufsqualifikation Einfluss auf das Stillverhalten?

Die Begründung für das jeweils von der Frau durchgeführte Verhalten lässt weitere Rückschlüsse auf intrinsische Einflüsse zu, die das Verhalten besser verstehen lassen:

Aus welchem Grund wurde gestillt? Gibt es Unterschiede zwischen den verschiedenen Kohorten?

Aus welchem Grund wurde frühzeitig abgestillt und Milchersatzprodukte verwendet?

5 Methodische Vorgehensweise

5.1 Beschreibung der Untersuchungsdurchführung

Die Erforschung des Stillverhaltens von Frauen aus der Stadt Hamm erfolgt durch eine retrospektive Kohortenstudie, die den Zeitraum von 1940 bis 2012 umfasst. Um die Sozialgeschichte der Säuglingsernährung zu thematisieren, wird das subjektive Erleben der jungen Mutterschaft anhand einer direkten Befragung der Betroffenen selbst eruiert und neben quantitativen Aussagen auch qualitative Ergebnisse verarbeitet. Dies entspricht der geschichtswissenschaftlichen Methodik Oral History. Dabei wurden die Studienteilnehmerinnen in den Jahren 2011 und 2012 in Form von Telefongesprächen interviewt, welche einen zeitlichen Umfang von jeweils etwa 40 Minuten umfassten.

In dem Gespräch diente ein 13-seitiger Fragebogen als Leitfaden, um die zentrale Thematik aufdeckend und problemzentriert behandeln zu können. Zugleich wurden Aussagen und Anmerkungen der Befragten während des Gespräches flexibel übernommen, um auch qualitative Ergebnisse dokumentieren zu können.

5.2 Oral History-Methode

Oral History ist eine zeitgeschichtlich genutzte Forschungstechnik, bei der Menschen nach ihren Erlebnissen in der Vergangenheit und ihren Erinnerungen an Geschehenes befragt werden.

Ziel der Oral History ist die Produktion von Quellen auf Basis detaillierter und persönlicher Erfahrungsberichte von Menschen, die normalerweise keine Autoren oder Personen des öffentlichen Lebens sind. Bezüglich des Stillverhaltens im 20. Jahrhundert existiert massenhaft Quellenmaterial, welches von außenstehenden Autoren verfasst wurde. Besonders in den früheren Jahrzehnten dieses Jahrhunderts wurden Schriften insbesondere von männlichen Angehörigen elitärer, gebildeter Gruppen produziert. Die tatsächlich involvierten Mütter, Frauen die zum Großteil nicht als Autoren tätig waren, sind jedoch diejenigen Protagonisten, die den Sachverhalt aus erster Hand verdeutlichen können. Aufgrund dessen wurde diese Methode zur Erforschung des Stillverhaltens ausgewählt.

Der Begriff „Oral History“ wurde aus dem englischsprachigen Raum in Deutschland übernommen. Ursächlich ist dafür einerseits der Ursprung der Methode in den USA und Großbritannien, andererseits fehlt eine adäquate Übersetzung in der deutschen

Sprache. Die genaue Übertragung ins Deutsche „Mündliche Geschichte“ beschreibt nur eine Dimension der Untersuchungstechnik. Dem Geschichtswissenschaftler Herwart Vorländer zufolge, besagt dies nur etwas über die äußere Form der Weitergabe von Mitteilungen über Vergangenes. Nicht aber über die wichtigen Wesensmerkmale wie der besonderen Kommunikationsstruktur oder der Erinnerungsbezogenheit.¹¹² Somit liefert der Begriff „Erinnerte Geschichte“ eine treffendere Aussage über die Besonderheit dieser Methode, denn das Berichtete wird erst durch das Gedächtnis des Berichtenden gefiltert, bevor es dem Interviewer erzählt werden kann.

Es gibt unterschiedliche Arten Oral History anzuwenden: Zum einen kann ein narratives Interview geführt werden, wodurch autobiographisches Material einer Person in mehreren Gesprächen gewonnen wird. Aufgrund der enormen Datenmenge ist es bei diesem Vorgehen üblich, das Gesagte mit einem Diktiergerät aufzunehmen und später zu verschriftlichen.

Zum anderen wird ein bestimmtes Thema, im Fall dieser Studie das Stillverhalten von Müttern, ein Ereignis oder ein Ort in den Mittelpunkt des Oral History-Projektes gestellt. Dieses eher problemzentrierte Gespräch ist strukturierter und begrenzter, so dass sich die Antworten leitfadengestützt, mit einem extra für diesen Zweck erstellten Fragenbogen, während des Gesprächs erfassen lassen. Nach Fritz Schütze besteht eine Homologie zwischen dem lebensgeschichtlichen Erfahrungsstrom und dem aktuellen Erzählstrom.¹¹³ Die Zeitzeugen wurden zwar vor ihrer Einwilligung über das Thema des Interviews informiert, doch genaue Antworten auf die Fragen konnten nicht vorbereitet werden. So wurde versucht spontane Äußerungen zu erhalten, die mit der lebensgeschichtlichen Erfahrung und der Einstufung nach persönlicher Bedeutung in Verbindung gebracht werden können.

Nicht nur in der Geschichtswissenschaft wird diese Methode angewendet, sondern beispielsweise auch in der Soziologie, Psychologie, Ethnologie oder der Anthropologie.¹¹⁴ Außerdem nutzen neben akademischen Wissenschaften auch

¹¹² Vorländer: Oral History. Mündlich erfragte Geschichte, 1990, S. 7.

¹¹³ Vgl. Plaßwilm: Grenzen des Erzählbaren. Erinnerungsdiskurse von NS-Zwangsarbeiterinnen und Zwangsarbeitern in Ost- und Westeuropa. (2011), S. 50, 51 über Schütze: Narrative Repräsentation kollektiver Schicksalsbetroffenheit, 1982, S. 78-117.

¹¹⁴ Abrams: Oral History Theory, 2010, S. 2.

Regierungen oder Firmen die Methode Oral History, um das Volk, beziehungsweise die Mitarbeiter, zu Wort kommen zu lassen.¹¹⁵

Die Zeitzeugen nehmen eine Doppelrolle ein: Sie sind Subjekt, Partner der Quellenproduktion, gleichzeitig aber auch Gegenstand der Beobachtung durch den Interviewer, somit Objekt des Forschungsprozesses.¹¹⁶

Einschränkungen der Methode

Die gezielt gewollte Subjektivität der Zeitzeugenberichte ist vor dem Hintergrund etwaiger Verfälschungen der Erinnerung einzuordnen. Der Zeitraum zwischen dem thematisierten Erlebnis und dem Interview beträgt in dieser Studie bis zu 70 Jahre. Es ist einzukalkulieren, dass Dinge vergessen oder eventuelle Lücken durch Vermutungen geschlossen werden. Auch entspricht Erzähltes nicht immer den Tatsachen, da jüngere Erfahrungen ältere Erinnerungen ebenfalls beeinflussen und verändern können.

Bei einer Befragung, die später als Material wissenschaftlicher Arbeiten dient und veröffentlicht wird, ist eine Relativierung der Aussagen zugunsten der „sozialen Erwünschtheit“ nicht auszuschließen. Menschen haben die Eigenschaft sich der allgemeinen Tendenz anzupassen und geben als Studienteilnehmer möglicherweise unbewusst oder teilweise bewusst ein Verhalten in der Vergangenheit an, das den gesellschaftlichen Forderungen entspricht. Auch ist dabei zu beachten, dass in der damaligen Zeit ein gewisses Verhalten in der Gesellschaft erwartet wurde, das möglicherweise von der heutigen Erwartung abweicht. Dadurch kann eine Fehlerquelle durch den Befragten entstehen, die entweder hinsichtlich der heutigen oder der damaligen „sozialen Erwünschtheit“ antwortet und Aussagen dahingehend verfälscht. Ebenso könnte eine zusätzliche Verfälschung vor dem Hintergrund der derzeitigen gesellschaftlichen Normen in der Interpretation aus der subjektiven Sicht des Autors erfolgen.¹¹⁷ Das Studiendesign ist dahingehend ausgelegt, dass die Gespräche mittels telefonischer Kontaktaufnahme eine gewisse Intimität zwischen

¹¹⁵ Vorländer: Oral History. Mündlich erfragte Geschichte, 1990, S. 8,9.

¹¹⁶ Vgl. Leh: Forschungsethische Probleme in der Zeitzeugenforschung, 2000, S. 68. In Plaßwilm: Grenzen des Erzählbaren. Erinnerungsdiskurse von NS- Zwangsarbeiterinnen und Zwangsarbeitern in Ost- und Westeuropa, 2011, S. 72.

¹¹⁷ Vgl. Vorländer: Oral History, mündlich erfragte Geschichte, 1990, S. 15, 16.

beiden Gesprächspartnern zulassen. Eine Beeinflussung durch den Interviewer kann lediglich über die verbale Ebene erfolgen, nicht durch Körpersprache oder Mimik.

Unter Berücksichtigung solcher Überlegungen kann ein wertvoller Einblick in die Gedankenwelt des Gegenübers erlangt werden, der erst durch die Subjektivität ermöglicht wird. Helfferich betont, die Unmöglichkeit von Objektivität sei kein Mangel, sondern Ausgangspunkt qualitativer Forschung, daher könne es nicht um anzustrebende Objektivität gehen, sondern um einen anzustrebenden angemessenen Umgang mit Subjektivität.¹¹⁸

Der subjektive Charakter von Oral History-Befragungen ist sogar wünschenswert, da man dadurch nicht mehr über die Köpfe der Subjekte hinweg forscht, sondern deren Perspektive mit einbezieht.¹¹⁹

5.3 Beschreibung der Stichprobe

Es wurden 100 Mütter verschiedenen Alters als Zeitzeuginnen interviewt. Alle Frauen wohnten zur Zeit der jungen Mutterschaft in der Stadt Hamm in Nordrhein-Westfalen und haben ihre Kinder dort aufwachsen lassen. Die Kontaktaufnahme erfolgte zunächst im Bekanntenkreis sowie in Arztpraxen und Krankenhäusern. Es wurde zunächst in einem persönlichen Dialog festgestellt, ob über Interesse und Eignung verfügt wird, detaillierte Beschreibungen über das Stillverhalten zu liefern. Im Sinne des „Schneeballprinzips“ entstand anschließend der telefonische Kontakt zu weiteren Frauen. Die Auswahl der Personen erfolgte nicht nach einer statistischen Norm, sondern anhand der Fähigkeit sich an Geschehnisse, die bis zu 70 Jahre zurückliegen, erinnern zu können, um somit historische Prozesse zu verdeutlichen. Trotz der Herausforderung, eine möglichst große Breite von verschiedenen Berichten über die Ernährung der Kinder und über Lebenssituationen der Familien zu erhalten, wurden einige Gemeinsamkeiten der Studienteilnehmerinnen berücksichtigt:

¹¹⁸ Vgl. Helfferich: Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews, 2005, S. 138.

¹¹⁹ Vgl. Vorländer: Oral History, mündlich erfragte Geschichte, 1990, S. 10, und Abrams: Oral History Theory. 2010, S. 6.

Alle Zeitzeuginnen dieser Studie besitzen die deutsche Staatsangehörigkeit und sind Christen. Die Befragten sind Mütter von ein bis vier Kindern. Jede Probandin hat einen Schulabschluss erreicht, unter ihnen befinden sich Akademikerinnen und Nicht-Akademikerinnen. Zusätzlich wurden alle Frauen während des Aufwachsens der Kinder vom Kindsvater unterstützt und können, als Familie oder alleine, ihren Lebensunterhalt finanzieren.

Die teilnehmenden Personen waren zum Zeitpunkt der Erhebung zwischen 25 und 94 Jahre alt, die Erforschung des Stillverhaltens ist so zu unterschiedlichen Zeiten in der Vergangenheit möglich.

Zur Untersuchung der Lebensverhältnisse in der zweiten Jahrhunderthälfte und der Schwankungen der Stillquote wurden vier Kohorten erstellt. Wie im Einführungsteil beschrieben, lassen sich ab 1940 grob etwa drei Phasen unterschiedlicher Stilltätigkeit beschreiben, die vierte Kohorte steht stellvertretend für die heutige Zeit. Dazu wurden die Mütter, die in den 1940er und 1950er Jahren gestillt haben, der ersten Kohorte zugewiesen. Entsprechend beinhaltet die zweite Kohorte die Studienteilnehmerinnen, die in den 1960er und 1970er Jahren stillten und Kohorte 3 wurden die Mütter zugeteilt, die in den 1880er und 1990er Jahren gestillt haben. Der vierten Kohorte wurden die Frauen zugewiesen, die über die Stilltätigkeit ab den 2000er Jahren bis zum Befragungszeitpunkt berichten. Diese Einteilung erfolgte nach dem Geburtsdatum des ersten Kindes, da dies eine genauere Aussage über die Situation von jungen Müttern und Stillenden zulässt, als eine Differenzierung nach dem Alter der Mütter. Die Geburtsdaten der befragten Frauen decken das 20. Jahrhundert von 1918 bis 1987 ab. Die Spannen der Geburtsdaten verteilen sich jedoch nicht völlig gleichmäßig auf die vier Kohorten, aufgrund des Einteilungskriteriums kommt es zu Überschneidungen.

Die folgende Tabelle zeigt die Unterteilung der Kohorten im Detail:

	Kohorte 1	Kohorte 2	Kohorte 3	Kohorte 4
Unterteilung der Kohorten: Geburtsdatum des ersten Kindes	1940-1959	1960-1979	1980-1999	2000-2011
Geburtsdatum der Mutter	1918-1946	1927-1958	1952-1976	1966-1987
Durchschnittliches Alter der Mutter zum Zeitpunkt der Erhebung	83	67	51	36
Durchschnittliches Alter der Mutter bei der Geburt des ersten Kindes	26	26	28	30

Tabelle 2: Unterteilung der Kohorten

5.4 Stadt Hamm

Die Stadt Hamm ist eine westfälische Stadt im Regierungsbezirk Arnsberg am Ostrand des Ruhrgebietes. Mit 182.150 Einwohnern¹²⁰ und einer Fläche von 226,26 km²¹²¹ liegt Hamm auf Platz 42 der größten deutschen Städte.

Ehemals überwiegend landwirtschaftlich geprägt entwickelte sich Hamm nach dem ersten Kohlefund im Jahr 1885¹²² zu einer Metropole des Bergbaus. Durch den hohen Bedarf an Arbeitern in den vier Zechen auf dem Stadtgebiet erfolgte eine starke Zuwanderung, auch aus dem Ausland. Heutzutage verfügt die Stadt über einen hohen Migrationsanteil, im Jahre 2005 betrug dieser circa 22%.¹²³

¹²⁰ Stand 30.06.2012, siehe Website von „Information und Technik Nordrhein-Westfalen“, amtliche Bevölkerungszahlen für den Regierungsbezirk Arnsberg:

http://www.it.nrw.de/statistik/a/daten/amtlichebevoelkerungszahlen/rp9_juni12.html (09.01.2017).

¹²¹ Einwohnerzahl der Stadt Hamm, Stand 2013: <http://www.hammwiki.de/wiki/Einwohner> (09.01.2017).

¹²² Die Geschichte der Stadt Hamm: <https://www.hamm.de/presse-und-neue-medien/hamm-fuer-kinder/die-stadt-hamm/geschichte-der-stadt-hamm.html> (31.05.2017).

¹²³ Das Bürgeramt für Migration und Integration in Hamm – ein Gemeinschaftsprojekt des Amtes für Soziale Intergration, der Arbeiterwohlfahrt und des Deutschen Roten Kreuzes, 2006, S.1.

Überdies erfuhr die Stadt Hamm einen bedeutenden Einfluss durch die Lage zwischen Ruhrgebiet, Münsterland und Sauerland. Zum einen besteht eine enge Lage zu den Autobahnen A1 und A2 und zum anderen dient sie der deutschen Eisenbahn als wichtiger Knotenpunkt, weshalb sie im zweiten Weltkrieg nach Dortmund die meist zerstörte Stadt in Westfalen darstellte. Im Rahmen des Strukturwandels sollen nach Schließung der letzten Hammer Zeche im Jahr 2010 insbesondere neue Arbeitsplätze in der Logistikbranche entstehen. Überdies verfügt die Stadt über eine private (SRH Hochschule für Logistik und Wirtschaft) und eine öffentliche Hochschule (Hochschule Hamm-Lippstadt).

5.5 Fragebogenkonstruktion

Der Fragebogen stellt eine wichtige Leitstruktur im Gespräch mit den Frauen dar, wodurch eine bessere Vergleichbarkeit und Interpretationsmöglichkeit geschaffen wird. Dabei wurde das Gespräch nicht allein auf die vorgegebenen Fragen beschränkt, um unterschiedliche Impulse und Schwerpunkte der Studienteilnehmerinnen zu bewahren. Im Sinne der Oral History ist die Unterhaltung durch den Interviewer nicht zu sehr eingeeengt worden, so dass Gesprächspartner frei sprechen konnten.

Eine gewisse Homogenität konnte durch Verwendung des Fragebogens dennoch erlangt werden. Aus offen gestellten Fragen und dem darauffolgenden Erzählen der Befragten ließen sich viele Fakten durch Kreuzchen in den verschiedenen Rubriken vermerken. Genauere Details und Zitate der Zeitzeugen wurden zusätzlich auf dem Fragebogen protokolliert.

Zunächst erfolgte die Erhebung von persönlichen Angaben der Frauen. Um die soziale Situation der Mutter einordnen zu können wurde der Familienstand und das Wohnverhältnis der Familie zum Zeitpunkt der Geburt der Kinder erfragt.

Zur Erforschung extrinsischer Einflussfaktoren wurde auf detaillierte Angaben zur Berufstätigkeit der Mutter und des Vaters eingegangen. Dies beinhaltete die Berufssparte, das Arbeitsverhältnis und insbesondere im Falle der Mutter den Umfang der Berufstätigkeit vor der Geburt des Kindes und der Zeitpunkt der Wiederaufnahme des Berufes nach der Geburt.

Nachdem Informationen über die Lebenssituation der Familien gewonnen wurden, erfolgte die Erfragung der Inanspruchnahme von vorbereitenden und

unterstützenden Institutionen wie einem Geburtsvorbereitungskurs und der Kontaktaufnahme mit einer Nachsorgehebamme. Zu nennen war auch der mögliche Einfluss von weiteren Informationsquellen wie medizinisches Personal, Literatur, moderne Medien, Personen aus der Familie und dem Bekanntenkreis, Werbung und beispielsweise Stillgruppen. Ebenso wurde auf unterstützende Personen in der Stillzeit eingegangen. Bestand in der Mitte des 20. Jahrhunderts noch eine klare Rollenverteilung in den Familien, so ist anzunehmen, dass mit fortschreitender Zeit die Kindsväter die jungen Mütter zunehmend unterstützten.

Um den Einfluss zwischen der Geburt und dem Stillverhalten zu untersuchen, wurde die Art der Entbindung und besonders der Zeitpunkt des ersten Anlegens thematisiert.

Der Stellenwert des Stillens in der deutschen Gesellschaft dürfte sich ähnlich wie die Stillquote selbst und die Rolle der Frau verändert haben, so wurde nach dem Umgang mit Stillen in der Öffentlichkeit gefragt.

Eine große Rubrik umfasst die Handhabung des Stillens selbst, die Dauer des Vollstillens, Teilstillens und somit des Gesamtstillens sowie den Zeitpunkt der ersten Verwendung von Milchersatzprodukten. So kann die Stillquote der befragten Frauen aus Hamm mit den Quoten verglichen werden, die in den oben genannten Studien zum Thema Stillen erarbeitet wurden. Zusätzlich lassen sich Vergleiche zwischen den Kohorten anstellen, um die im Einführungsteil erörterte Stillquotenschwankung nachzuvollziehen. Unterschieden wurde außerdem zwischen bedarfsgerechten und starren Stillschemata. Eine mögliche Diskrepanz zwischen dem ursprünglichen Stillvorhaben und dem tatsächlich durchgeführten Stillverhalten sollte ebenfalls eruiert werden.

Um einen Einblick in die tatsächliche Motivation der Mütter zu gewinnen, wurde nach den Gründen für einen Stillbeginn gefragt. Dies dient zur Klärung des Stellenwertes des Stillens für Mütter in den unterschiedlichen Kohorten und gewährt einen Einblick in die Rollenerwartungen der Frauen.

Im selben Zuge wurden etwaige Stillprobleme, Gründe für frühzeitiges Abstillen und somit der Nutzung von Milchersatzprodukten thematisiert.

Ob sich die Mütter rückblickend betrachtet anders verhalten hätten und welche Faktoren die größten Einflüsse darstellten, wird im abschließenden Fazit behandelt.

Während des gesamten Gesprächs wurde Raum für persönliche Anmerkungen der Frauen gelassen, besonders aussagekräftige Zitate wurden im Fragebogen zusätzlich verzeichnet.

5.6 Die ärztliche Anamnese und Oral History

Durch die intensive Beschäftigung mit den Merkmalen der Methode Oral History wird deutlich, dass diese Methodik der ärztlichen Anamneseerhebung in vielerlei Hinsicht ähnelt.

Die Anamnese ist das zentrale Element der ärztlichen Tätigkeit zur zielgerichteten Behandlung eines Patienten. Durch ein Gespräch zwischen Patient und Arzt über gegenwärtiges Anliegen, Geschichte und Entwicklung der Krankheit sowie über etwaige frühere Therapien erhält der Therapeut wertvolle Informationen, die das weitere Vorgehen bestimmen. Hier kann der Arzt außerdem Charaktereigenschaften und Erwartungen des Patienten an die Behandlung erkennen. Die Art und Weise der Anamneseführung ist entscheidend für das Verhältnis zwischen Arzt und Patient, „Grundstein für eine fruchtbare Zusammenarbeit ist, das Vertrauen des Patienten durch zugewandtes, mitfühlendes Zuhören, individuell angepasste Beratung und mitmenschliche Begleitung zu gewinnen.“¹²⁴ Erst wenn der Patient dem Therapeuten vertraut, werden entscheidende, intime und auch als peinlich empfundene Informationen geäußert. Jeder Patient stellt eine individuelle Persönlichkeit dar, demnach sollte der Arzt auf Faktoren wie Alter, Bildungsniveau oder Temperament eingehen. Dies wird auch als „patientenadaptierte Kommunikation“¹²⁵ bezeichnet.

Wie bei der Arbeit mit Oral History gilt es einen angemessenen Umgang mit der Subjektivität der gewonnenen Informationen zu beachten. Sie dienen zwar einem effektiven Erkenntnisgewinn über Leidensdruck und Nöte des Patienten, dennoch sind sie unter den gleichen diskutierten, kritischen Gesichtspunkten zu betrachten werden wie das Material einer Oral History-Befragung (Kapitel 5.2 Darstellung der Oral History-Methode). Inhalte, die der Patient äußert, basieren auf den autobiographischen Erzählungen des Patienten, seinem Gedächtnis (Das Wort Anamnese stammt aus dem Griechischen und bedeutet „Erinnerung“).

¹²⁴ Fießl, Middeke: Anamnese und Klinische Untersuchung, 2005, S. 8.

¹²⁵ Vgl. ebd. S. 7.

Neben den Parallelen der Ergebnisauswertung zeigt auch die Gesprächsführung bei beiden Befragungsformen Ähnlichkeiten. Bei der Durchführung der Oral History-Gespräche sind ähnliche kommunikative Techniken und Empathie erforderlich, die sich ebenso im ärztlichen Alltag bei der Zusammenarbeit mit Patienten als essentiell darstellen.

Auch bei einem Oral History-Gespräch muss zuerst ein Vertrauensverhältnis aufgebaut werden, damit der Gesprächspartner frei und offen erzählt, ansonsten können wichtige Informationen gar nicht zur Sprache gebracht werden. Bei den in dieser Studie geführten Gesprächen wurde versucht die Teilnehmerinnen möglichst detailliert über Stillen und Säuglingsernährung sprechen zu lassen. Viele andere Themen, die zwar für die Familien bedeutend waren, für diese Arbeit aber nicht im Zentrum des Interesses standen, mussten allerdings eingeschränkt werden. Wie auch Ärzten stand nur eine beschränkte Zeit zur Verfügung. Es muss daher zielgerichtet nachgefragt und der Patient geleitet werden, um ein Abschweifen vom Thema zu vermeiden.

6 Ergebnisse

Die durch die Oral History-Befragungen gewonnenen Ergebnisse werden im Folgenden vorgestellt. Quantitative Daten wurden mithilfe der Software SPSS Statistics und Microsoft Excel zur Analyse aufgearbeitet. Diese sollen hier anhand von Diagrammen und Tabellen veranschaulicht werden.

Bei der Berechnung der durchschnittlichen Stlldauer wurden diejenigen, die nicht gestillt bzw. nicht ausschließlich gestillt haben, nicht mit einbezogen. Eine Stlldauer von über einem Jahr wurde zur Vereinfachung der Berechnung pauschal mit 13 Monaten Stillzeit gleichgesetzt.

Qualitative Daten, die in Form von Zitaten der 100 befragten Frauen vorliegen, werden jedem Kapitel beigefügt. Den Zitaten sind Nummerierungen zugeordnet, die jede Studienteilnehmerin anonymisiert repräsentieren. Die erste Ziffer weist auf die Kohortenzugehörigkeit hin, die zweite Zahl hinter dem Punkt stellt die Nummerierung innerhalb der jeweiligen Kohorte dar. Zum Beispiel bedeutet die Zahlenkombination 3.08, die Studienteilnehmerin wurde Kohorte drei zugeordnet und ist innerhalb dieser dem achten Fragebogen zugehörig.

6.1 Stillquote und Stildauer

Das folgende Liniendiagramm zeigt die Stillquoten aller Mütter zu verschiedenen Erhebungszeitpunkten innerhalb des ersten Lebensjahres des jeweils ersten Kindes. Die Stillquote unabhängig von der Hinzunahme weiterer Säuglingsnahrungsmittel ist in blau und die Quote derer, die voll gestillt haben, in rot dargestellt.

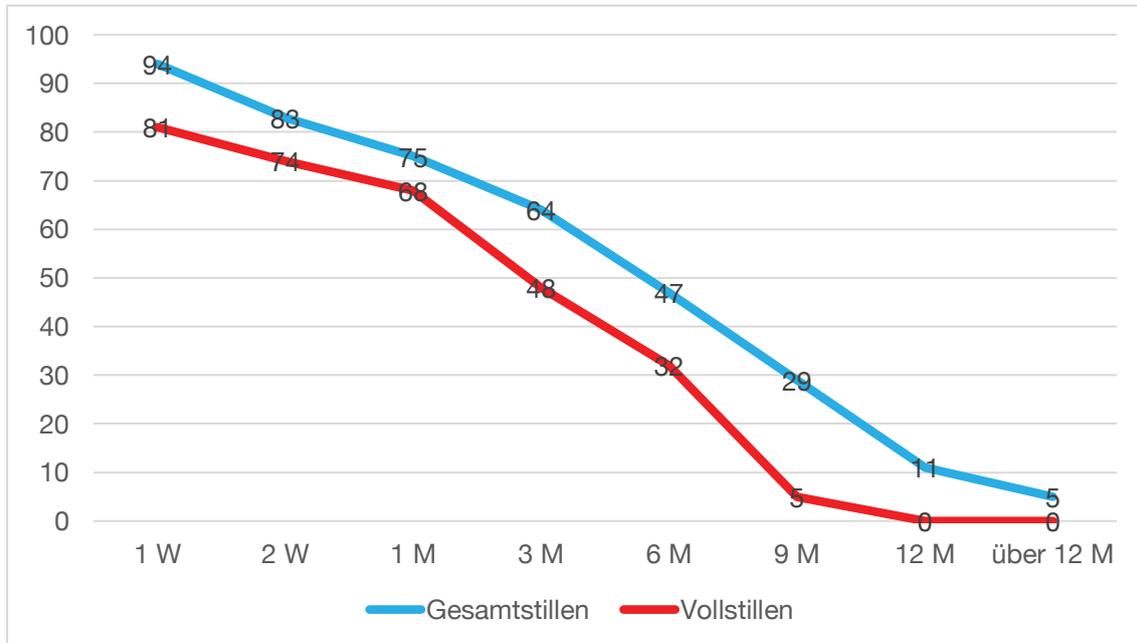


Abbildung 3: Stillquote (Gesamt- und Vollstillen): Alle Kohorten (Angaben in %)

Initial begannen 94% der Frauen zu stillen, 81% ernährten die Neugeborenen initial ausschließlich mit Muttermilch. Beide Kurven zeigen im Verlauf einen kontinuierlichen Abfall, für die Quote des Gesamtstillens zeigt sich ein nahezu linearer Abfall, wobei zu beachten ist, dass die Abstände der Erhebungszeitpunkte zueinander unterschiedlich lang sind. Innerhalb des ersten Monats ist bereits ein Absinken um etwa 20% zu verzeichnen. Besonders rapide sinkt die Stillquote nach drei Monaten von 64% auf 47% und nach sechs Monaten von 47% auf 29% ab. 11% stillten etwa ein Jahr und nur 5% gaben eine Stillzeit über einem Jahr an. Die Stillquote des vollen Stillens weist noch eklatantere Sprünge auf, zwischen dem ersten und dem dritten Monat fällt die Quote von 68% auf 48% ab. Die Zeitspanne zwischen dem sechsten und neunten Monat post partum weist das stärkste Absinken der Vollstillquote (von 32% auf 5%) auf. Vergleicht man diese Ergebnisse mit den Anforderungen der WHO, so entspricht das Stillverhalten der meisten Mütter aus dieser Studie keiner optimalen Säuglingsernährung. Nur sehr wenige Mütter

(5%) stillten über ein Jahr wie empfohlen. Volles Stillen von mindestens sechs Monaten erreichten nur 32% der Frauen.

Im Gespräch mit den einzelnen Frauen wurde deutlicher, welche Gründe für die tatsächliche Stilldauer vorlagen: „Das hat geklappt, bis ich nach 10 Tagen aufstehen durfte, dann war die Milch weg.“ (1.02). Diese Aussage weist darauf hin, dass bei aller Planung und Beratung die Produktion von Muttermilch einem physischen Prozess unterliegt und möglicherweise vom Willen nicht immer beeinflussbar ist. Ein Einfluss der mütterlichen Psyche wird wissenschaftlich vielfach erörtert,¹²⁶ dies wird auch von den Müttern wahrgenommen: „Die Milchmenge hat viel mit der Psyche zu tun“ (3.22). Zum dritten wird neben physischen und psychischen Faktoren in anderen Aussagen deutlich, dass die Stilldauer einer bewussten Entscheidung unterliegt: „Ich habe schon versucht mich an die Empfehlungen zu halten.“ (4.14).

Des Weiteren zeigten sich ganz unterschiedliche Aussagen zum persönlichen Erleben der Stillzeit: „Ich habe sehr lange gestillt (...) das war so eine kuschelige Situation.“ (3.12) oder „Beim Ersten konnte ich mich gar nicht vom Stillen trennen.“ (4.07). Im Gegensatz hierzu kann eine Teilnehmerin zitiert werden: „Ich weiß nicht wie ich die Zeit überlebt habe.“ (4.02).

Eine liberale Haltung gegenüber der Ernährungsweise wurde von einer Studienteilnehmerin berichtet, die Zwillinge geboren hat: „Ich habe direkt im Krankenhaus angefangen abzupumpen, wegen einer Brustentzündung musste ich Antibiotika nehmen und die Milch dann verwerfen. Meine Kinder haben gerne Muttermilch genommen. Ich habe auch Milchersatzprodukte ausprobiert, rein aus Interesse, die wollten die Kinder aber nicht annehmen.“ (4.10).

¹²⁶ Vgl. O'Brien, Buikstra, Hegney: The influence of psychological factors on breastfeeding duration. In J Adv Nurs. 2008, 63. S. 397-408.

6.2 Einführung von Milchersatzprodukten

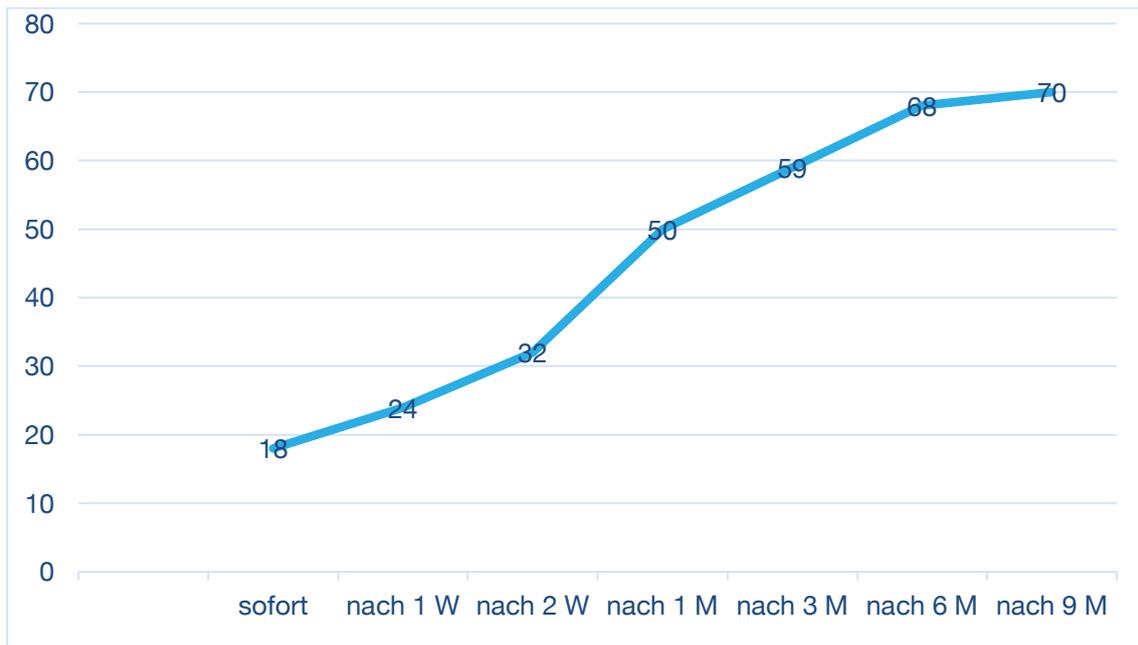


Abbildung 4: Einführung von Milchersatzprodukten: Alle Kohorten (Angaben in %)

Insgesamt verwendeten 70% aller befragten Frauen Milchersatzprodukte während der Säuglingszeit ihres Kindes. 18% gaben sogar an, sofort nach der Geburt eine solche Alternative zur Muttermilch genutzt zu haben. Im Verlauf der Säuglingszeit stellt der Zeitpunkt von einem Monat post partum einen häufig genannten Wendepunkt der Ernährung dar, hier wurde von 50% der befragten Mütter Ersatzmilch zusätzlich zur Muttermilch oder ausschließlich genutzt. Nach sechs Monaten verabreichten 68% und nach neun Monaten 70% der Mütter Milchersatzprodukte. Die Abflachung der Kurve ab dem Erhebungszeitpunkt nach sechs Monaten legt nahe, dass der Einführungszeitpunkt in der großen Mehrheit der Fälle innerhalb der ersten sechs Monate post partum liegt.

Zum Teil wurde von einem unfreiwilligen Beginn mit Milchersatzprodukten berichtet, „Ich habe immer gedacht: Warum schreit das Kind. Dann kam eine Freundin der Mutter zur Hilfe. Als er dann das Fläschchen gekriegt hat, war der Junge endlich zufrieden.“ (1.20), oder „Ich hatte nie Milch, ich war zu dünn, beim zweiten und dritten habe ich es dann gar nicht mehr versucht“ (1.17).

6.3 Schwankungen der Stilltätigkeit

Das Stillverhalten jeder einzelnen Kohorte wird in diesem Abschnitt getrennt voneinander dargestellt. Die Veränderungen der Stillquote und des Stellenwertes von Muttermilchernährung im 20. Jahrhundert wurden bereits in Kapitel 3 erörtert. Um die Schwankungen anhand der Zeitzeugenberichte dieser Studie nachzuvollziehen, wird die Stillquote der einzelnen Kohorten zu unterschiedlichen Erhebungszeitpunkten differenziert voneinander analysiert. Dabei wird wiederum zwischen Vollstillen und Gesamtstillen unterschieden.

6.3.1 Stilltätigkeit von Kohorte 1

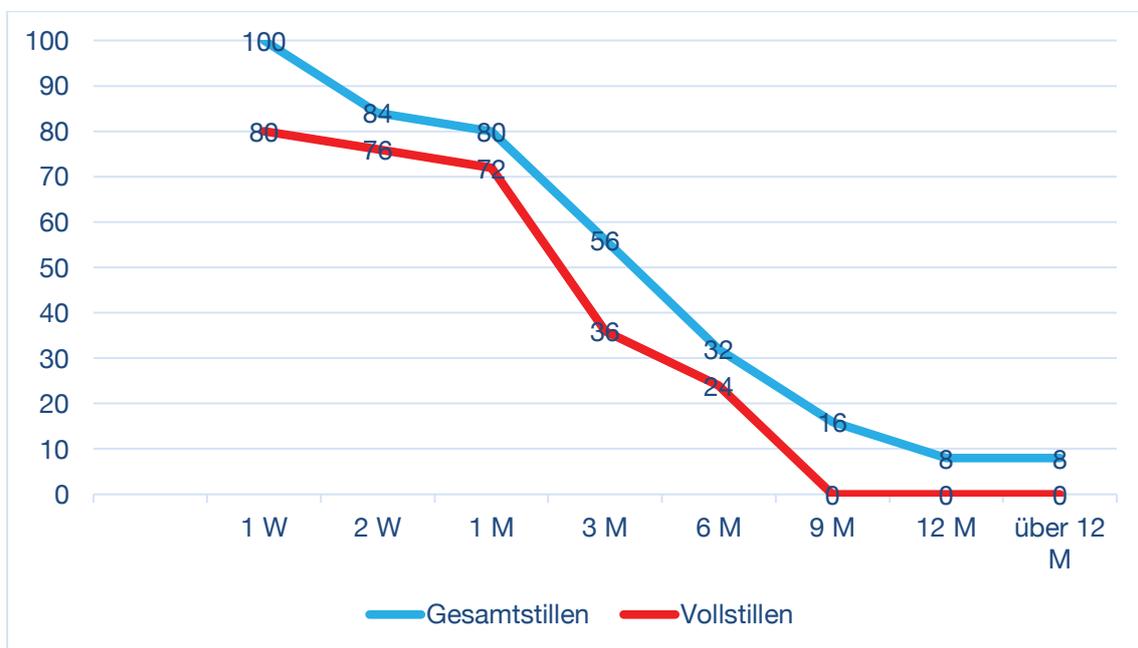


Abbildung 5: Stillquote (Gesamt- und Vollstillen): Kohorte 1 (Angaben in %)

Die erste Kohorte steht in dieser Studie stellvertretend für Mütter, die von einer Stillzeit in den 1940er und 1950er Jahren berichten. Hier ist zunächst hervorzuheben, dass ausnahmslos jede Mutter mit dem Stillen begonnen hat. Keine Studienteilnehmerin dieser Kohorte hat sich von Geburt an gegen das Stillen entschieden. Die Gesamtstillquote fällt nach einer Woche allerdings auf 84% ab und insbesondere ist nach einem Monat ein rapider Abfall der Quote von 80% auf 56% und nach drei Monaten von 56% auf 32% festzustellen. In der ersten Kohorte wurden 80% der Kinder direkt nach der Geburt ausschließlich mit Muttermilch ernährt. Diese recht hohe Quote sinkt nur geringfügig innerhalb des ersten Monats

nach der Geburt, jedoch ist zwischen dem ersten und dem dritten Monat ein eklatanter Abfall der Quote vollen Stillens von 72% auf 36% zu verzeichnen. 24% der Frauen gaben eine ausschließliche Stillzeit von sechs Monaten an, und entsprachen mit ihrer Stilltätigkeit bezüglich der vollen Stillzeit den Empfehlungen der WHO.

6.3.2 Stilltätigkeit von Kohorte 2

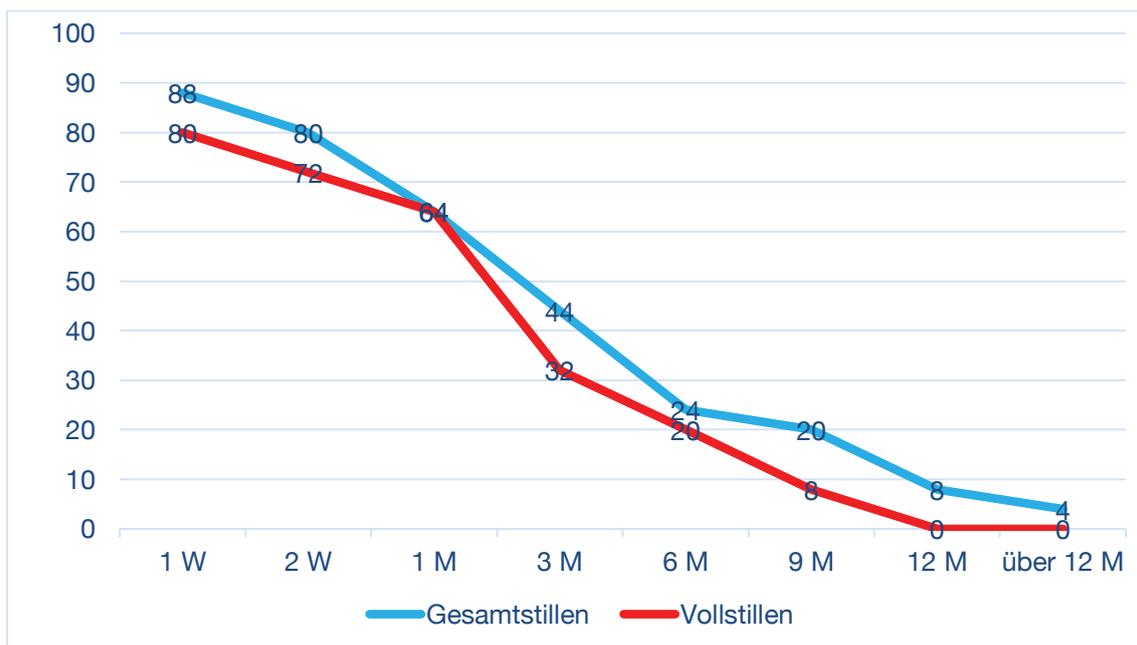


Abbildung 6: Stillquote (Gesamt- und Vollstillen): Kohorte 2 (Angaben in %)

Im Gegensatz zu Kohorte 1 haben sich 12% der Mütter aus Kohorte 2 von vornherein gegen das Stillen entschieden. Nach einem Monat und nach drei Monaten ist ein starkes Absinken des Stillens zu verzeichnen: Nach einem Monat stillten noch 64% der Mütter, nach drei Monaten wurde eine Stilltätigkeit von 44% angegeben und nach sechs Monaten betrug diese nur noch 24%. Ähnlich wie in der ersten Kohorte stillten 12% der Frauen ein Jahr oder länger.

80% stillten initial nach der Geburt voll, der Kurvenverlauf des vollen Stillens ist im ersten Monat nur diskret niedriger als der des gesamten Stillens. Insbesondere ist nach einem Monat ein stärkeres Absinken der Vollstillquote festzustellen, zwischen dem ersten und dem dritten Monat sinken die Angaben von 64% auf 32%. Eine ausschließliche Stillzeit von sechs Monaten oder länger erfüllten insgesamt 20% der befragten Frauen aus Kohorte 2, somit weniger als die der ersten Kohorte.

6.3.3 Stilltätigkeit von Kohorte 3

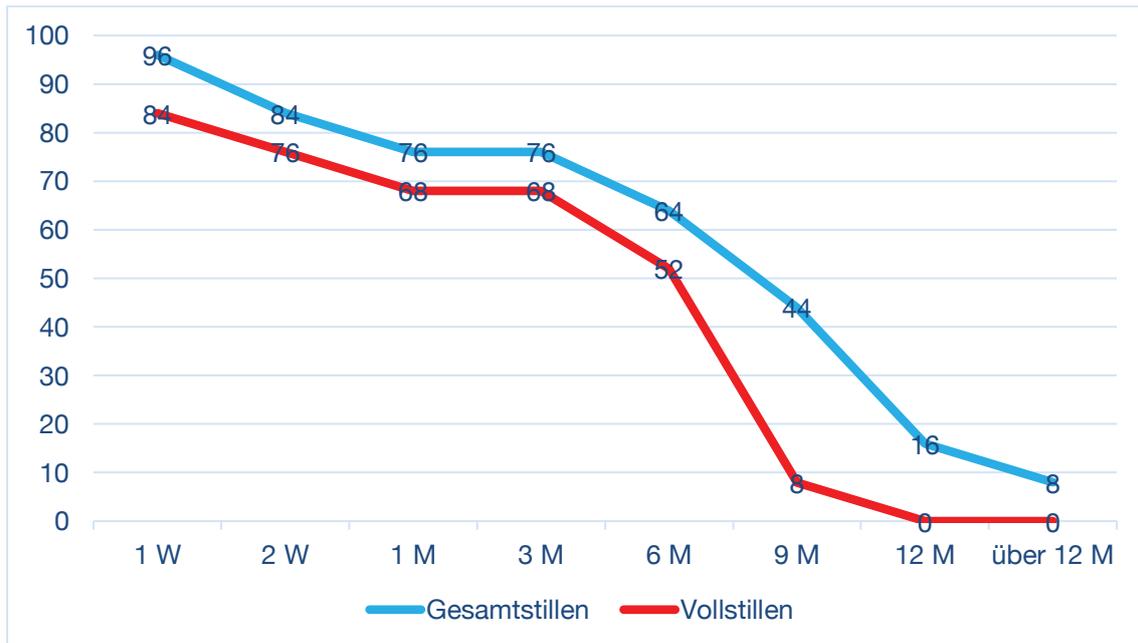


Abbildung 7: Stillquote (Gesamt- und Vollstillen): Kohorte 3 (Angaben in %)

Die initiale Stillquote von 96% und ein flach abfallender Kurvenverlauf des Gesamt- wie auch des Vollstillens zeigen eine deutlich höhere Stilltätigkeit der dritten Kohorte im Vergleich zur ersten und zweiten Kohorte. Nach drei Monaten stillten noch 76% der Mütter und nach sechs Monaten beträgt die Stillquote 64%. Erst neun Monate nach der Geburt ist ein etwas steileres Abfallen von 44% auf 16% zu erkennen. 24% der Mütter stillten sogar zwölf Monate und länger. Auch die Quote des vollen Stillens bleibt nach drei Monaten hoch bei 68%, nach sechs Monaten erhalten mit 52%, gemäß den Empfehlungen der WHO weiterhin mehr als die Hälfte der Kinder, ausschließlich Muttermilch. Der Kurvenverlauf zeigt allerdings im Zeitraum zwischen dem sechsten und neunten Monat nach der Geburt einen steilen Abfall von 52% auf 8%.

6.3.4 Stilltätigkeit von Kohorte 4

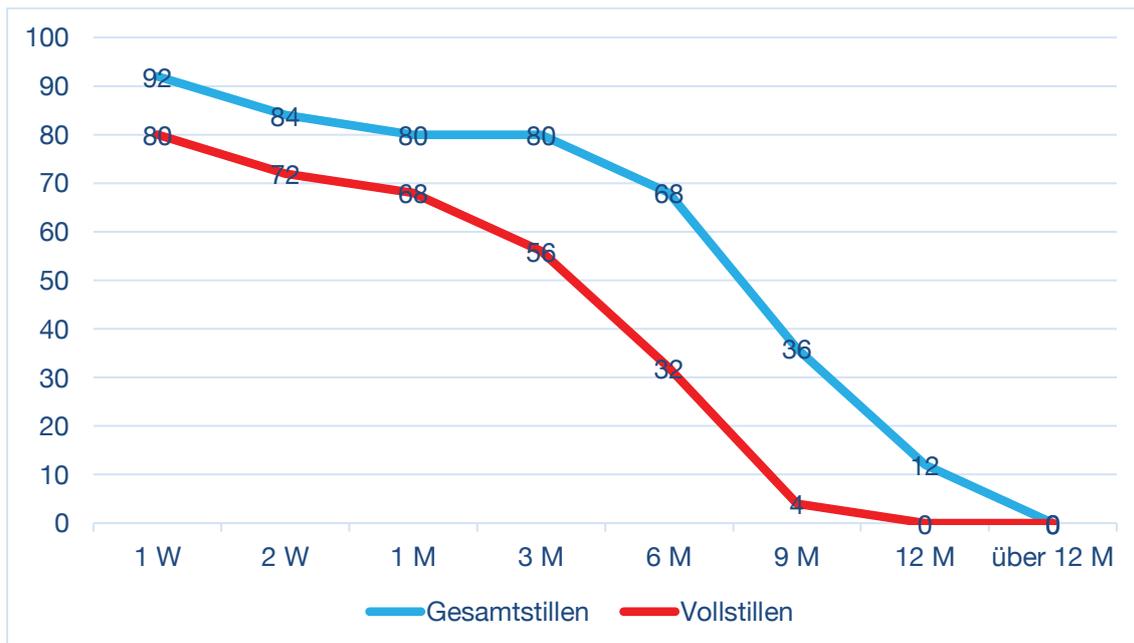


Abbildung 8: Stillquote (Gesamt- und Vollstillen): Kohorte 4 (Angaben in %)

Zwar fällt die initiale Stillquote der vierten Kohorte mit 92% etwas geringer im Vergleich zur dritten Kohorte aus, die Quote des Gesamtstillens weist jedoch im gesamten Zeitraum von der Geburt bis zum dritten Monat nach der Geburt mit mindestens 80% noch höhere Werte auf. Nach sechs Monaten stillten noch 68% der Mütter. Erst danach fällt die Quote rapide auf 36% nach neun Monaten ab. Nach einem Jahr beträgt die Stillquote noch 12%, geringfügig geringer als die Quote der dritten Kohorte.

Die initiale Quote des vollen Stillens weist in allen Kohorten hohe Werte auf, mit 80% ist auch das Ergebnis der vierten Kohorte damit deckungsgleich. Nach einem Monat gaben 68% der Frauen an voll zu stillen, 32% stillten mindestens sechs Monate voll und entsprachen bezüglich der Vollstillzeit den Empfehlungen der WHO.

6.3.5 Quote Gesamtstillen im Vergleich

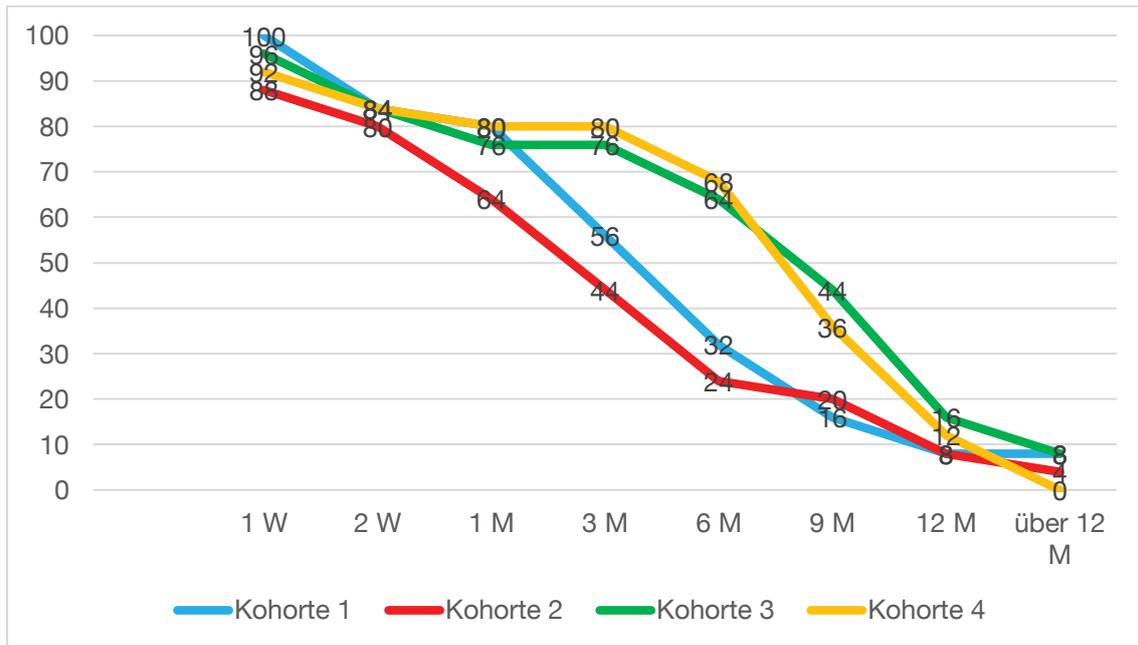


Abbildung 9: Stillquote (Gesamtstillen): Alle Kohorten (Angaben in %)

Initial wird von der Mehrheit der Mütter Muttermilch als Säuglingsernährung genutzt, lediglich in der zweiten Kohorte sind deutlich niedrigere Werte zu verzeichnen. Insbesondere zeigt sich jedoch nach einem Monat eine große Varianz der Kurvenverläufe. Bleibt die Quote des Gesamtstillens von Müttern der dritten und vierten Kohorte auch zum anschließenden Erhebungszeitpunkt nach drei Monaten bei circa 75-80% noch relativ hoch, fällt die Quote der ersten Kohorte eklatant auf 56% ab. Wesentlich geringer ist sogar die Stillquote der zweiten Kohorte bei 44% nach drei Monaten, hier weist der Kurvenverlauf bereits nach einem Monat ein geringeres Niveau auf. Auch zum Erhebungszeitpunkt nach sechs Monaten zeigt sich eine auffallende Differenz zwischen der ersten und zweiten Kohorte einerseits bei einer Quote von etwa 25-30% und der dritten und vierten Kohorte andererseits bei etwa 65%. Im Anschluss daran ist ein Annähern der Kurven festzustellen. Zwar zeigt sich die genannte Differenz auch noch nach neun Monaten, schließlich wird aber nach einem Jahr von allen Müttern eine niedrige Stilltätigkeit genannt.

6.3.6 Quote Vollstillen im Vergleich

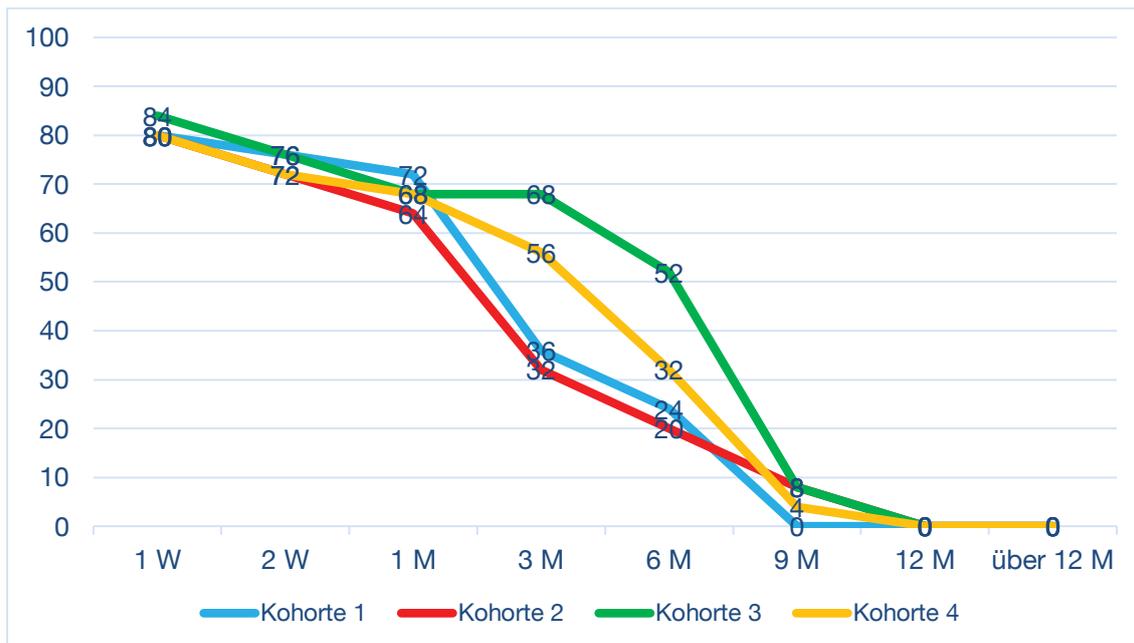


Abbildung 10: Stillquote (Vollstillen): Alle Kohorten (Angaben in %)

Im gesamten Zeitraum von der Geburt bis zum Erhebungszeitpunkt einen Monat post partum weisen die Kurven aller Kohorten ein vergleichbar geringes Absinken von initial etwa 80% auf etwa 65-70% auf. Ähnlich wie im Diagramm zuvor, variiert auch die Quote des Vollstillens zu den späteren Erhebungszeitpunkten innerhalb der Kohorten deutlich. Die Stillquote der ersten und zweiten Kohorte sinkt zwischen dem ersten und dritten Monat sehr steil auf etwa 35% ab. Zu diesem Zeitpunkt ist die Stillquote der dritten Kohorte mit 68% annähernd doppelt so hoch. Ähnliches zeigt sich nach sechs Monaten. Im Gegensatz zum vorangegangenen Diagramm weist nun auch die vierte Kohorte eine auffallend geringere Stillquote im Zeitraum zwischen dem ersten und dem neunten Monat nach Geburt als die dritte Kohorte auf.

6.3.7 Überblick zur Stilltätigkeit

Diejenigen, die das Stillen initial nie begonnen haben, sind für die Berechnung der folgenden Tabelle nicht berücksichtigt worden. Die Mütter, die eine Stilldauer von mehr als zwölf Monaten angegeben haben, wurden zur Vereinfachung der Berechnung mit einer Stilldauer von pauschal 13 Monaten einbezogen.

	Durchschnittliche Gesamtdauer (in Monaten)	Durchschnittliche Vollstilldauer (in Monaten)	Initiale Stillquote (in Prozent)	Stillquote mindestens 3 Monate (in Prozent)	Stillquote mindestens 6 Monate (in Prozent)
Alle	5,1	3,5	94	64	47
Kohorte 1	3,7	2,7	100	56	32
Kohorte 2	3,7	2,7	88	44	24
Kohorte 3	6,4	4,6	96	76	64
Kohorte 4	6,4	3,7	92	80	68

Tabelle 3: Überblick zur Stilltätigkeit

Die durchschnittliche Stilldauer, unabhängig ob voll oder teil gestillt wurde, beträgt in Kohorte 1 und 2 gleichermaßen 3,7 Monate. Deutlich länger wurde die Stilldauer von Kohorte 3 und 4 mit jeweils 6,4 Monaten angegeben.

Ein anderes Bild zeigt sich bei der Berechnung der Stilldauer, in der ausschließlich Muttermilch verwendet wurde. Es ist leicht nachzuvollziehen, dass die Dauer vollen Stillens kürzer ausfällt als die Dauer, in der auch teilweise gestillt wurde. Mit jeweils 2,7 Monaten gaben Kohorte 1 und 2 wiederum eine gleiche Zeitspanne an. Kohorte 3 stillte mit durchschnittlich 4,6 Monaten am längsten. Ein Rückgang der vollen Stilldauer ist bei Kohorte 4 mit durchschnittlich 3,7 Monaten zu verzeichnen. Insgesamt lässt sich feststellen, dass das Stillverhalten deutlich unter den Anforderungen der WHO ausfällt.

6.3.8 Vorherige Planung der Stilldauer

Angesprochen auf die Planung der Stilllänge vor dem eigentlichen Stillbeginn gab nahezu die Hälfte der Frauen aus Kohorte 1 und fast Zweidrittel der Frauen aus Kohorte 2 an, keine konkreten Überlegungen angestellt zu haben. Von 20% der ersten Kohorte wurde eine geplante Länge von einem Monat angegeben, Abbildung 5 in Kapitel 6.3.1 ist zu entnehmen, dass 80% dieser Kohorte dies tatsächlich erreichten. Die Frauen der dritten und vierten Kohorte gaben deutlich häufiger eine konkret geplante Stilllänge an, 36% aus Kohorte 3 und 64% aus Kohorte 4 haben sich ursprünglich eine Länge von sechs Monaten vorgenommen. 20% der dritten Kohorte wollte sogar „so lange wie möglich“ stillen.

Geplante Stilllänge	Kohorte 1	Kohorte 2	Kohorte 3	Kohorte 4
Gar nicht	0	0	0	4
Unter 1 Monat	0	0	0	0
1 Monat	20	0	0	0
3 Monate	12	4	16	4
6 Monate	4	12	36	64
9 Monate	4	8	4	4
12 Monate und länger	0	4	4	0
So lange wie möglich	12	8	20	8
Keine vorherige Planung	48	64	20	16

Tabelle 4: Vorherige Planung der Stilllänge

Die Zitate der Studienteilnehmerinnen untermauern die Ergebnisse der Tabelle, so wurde von Frauen der ersten und zweiten Kohorte geäußert, sich im Vorhinein nur wenig Gedanken über die Stilllänge gemacht zu haben: „Das musste so kommen wie es war.“ (1.14), „Ich wusste, dass ich auf jeden Fall stille, aber wie lange, da habe ich keinen genauen Plan gehabt.“ (1.03), „Da macht man sich gar nicht solche Gedanken.“ (2.17). Im Gegensatz dazu gaben einige Frauen der zwei jüngeren Kohorten detaillierte Strategien zur anstehenden Ernährung des Säuglings an: „Ich

wollte drei Monate stillen, dann sind die Allergien weniger häufig.“ (3.03), „Ich wollte so lange stillen, bis man keine Ersatzmilch geben muss und direkt zum Brei übergehen kann.“ (3.11), „Ich hätte das nicht länger als 12 Monate gemacht wegen der Zähne.“ (4.17).

6.3.9 Einführung von Milchersatzprodukten

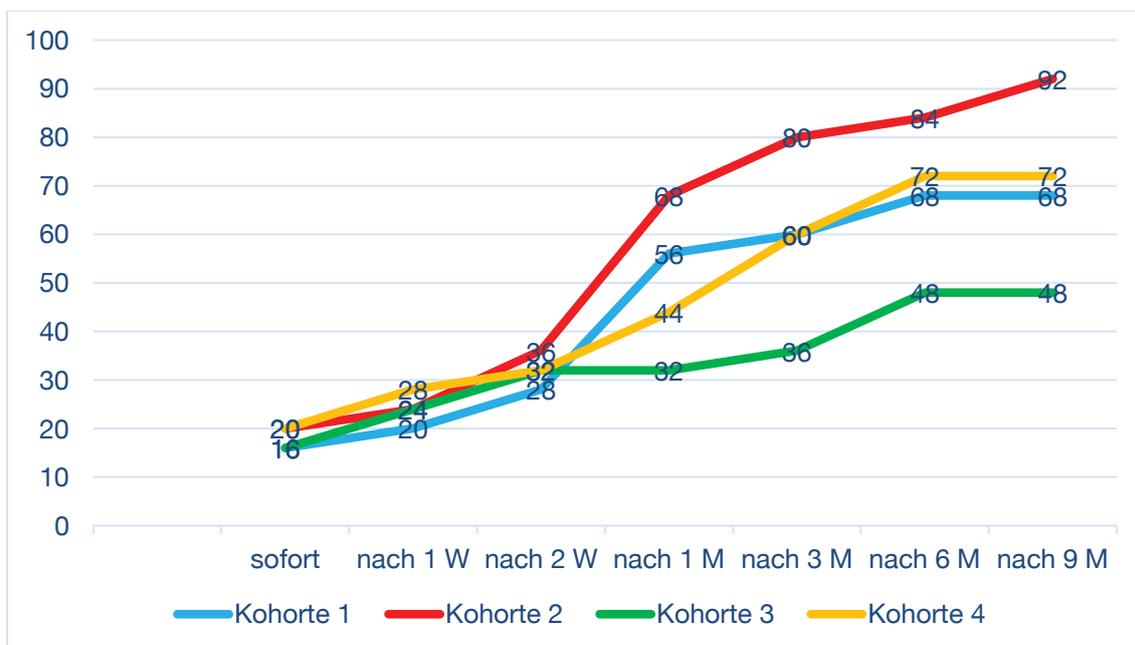


Abbildung 11: Einführung von Milchersatzprodukten: Alle Kohorten

Die Anzahl der Mütter, die direkt nach der Geburt Milchersatzprodukte verwendet haben, ist in allen Kohorten mit circa 15 bis 20% ähnlich hoch. Auch nach zwei Wochen post partum sind ähnliche Quoten der Nutzung (circa 30%) in allen Kohorten zu verzeichnen. Zu späteren Erhebungszeitpunkten zeigen sich dann sehr unterschiedliche Kurvenverläufe. Insbesondere die zweite Kohorte nutzte mehrheitlich Milchersatzprodukte, nach neun Monaten wurden diese sogar von fast allen Müttern gegeben. Deutlich niedriger verlaufen die Kurven der drei weiteren Kohorten, am seltensten griffen Frauen der dritten Kohorte auf Milchersatzprodukte zurück.

Im persönlichen Gespräch erwähnten vor allem Frauen aus Kohorte 2, dass ein geringeres Abraten von Milchersatzprodukten in den 1960er und 1970er Jahren üblich war: „Mein Kinderarzt sagte, Ersatzprodukte seien genauso gut wie stillen“ (2.12) oder sogar „Ich weiß von Anderen, dass Ärzte vom Stillen abgeraten haben.“ (2.10).

Besonders wurde in der zweiten Kohorte geäußert, dass im Krankenhaus seitens des medizinischen Personals eine laissez-faire Haltung herrschte: „Frei nach dem Motto, keine Fragen, keine Antworten“ (2.17), „Die Ärzte sagten gar nichts“ (2.07), „Viel Druck bezüglich Stillen wurde nicht gemacht“ (2.21), „Mal hat man Tipps bekommen, aber wenn man nicht stillte, war das auch egal.“ (2.01).

In Zusammenschau der Erfahrungsberichte der Mütter der dritten Kohorte kann man schließen, dass diese Haltung in den 1980er und 1990er Jahren seltener verfolgt wurde. Einige berichteten sogar über enormen Druck, der auf die jungen Mütter ausgeübt wurde: „Ich hatte eine Brustentzündung mit höllischen Schmerzen. Die Hebamme war trotzdem für Stillen und hat etwas zu viel Druck gemacht.“ (3.06), „Nach meinem Kaiserschnitt war die Milch noch nicht eingeschossen. Die Kinderkrankenschwestern haben Druck gemacht, dann hat es geklappt.“ (3.14). Eine Aussage von einer Studienteilnehmerin der vierten Kohorte veranschaulicht wiederum, dass sich mit fortschreitender Zeit in den 2000er und 2010er Jahren eine Lockerung der Ernährungsempfehlungen entwickelte: „Das ältere Personal sagte häufig Dinge wie ‚Stell dich nicht so an‘, da waren die Jüngeren verständnisvoller.“ (4.21)

Eine Studienteilnehmerin der dritten Kohorte beklagte, dass im Krankenhaus kein konsequentes Handeln bei stillwilligen Müttern durchgeführt wurde: „Nachts waren die Babys in Sälen, wenn sie schrien und die Mütter schliefen, haben die Schwestern Fläschchen gegeben.“ (3.02) Gegenteiliges berichtete eine Mutter der vierten Kohorte: „Ich wurde im Krankenhaus sogar nachts geweckt zum Stillen, obwohl mein Kind schlief.“ (4.18).

6.4 Extrinsische Einflussfaktoren auf das Stillverhalten

Nachdem in den vorangegangenen Abschnitten die tatsächliche Stillquote, die Stilldauer und die Gabe von Milchersatzprodukten untersucht wurden, wird in diesem Kapitel der Schwerpunkt auf den Einfluss äußerer Faktoren auf das Stillverhalten gelegt. Dazu werden die Ergebnisse wiederum in Diagrammform wiedergegeben und um Zitate ergänzt. Angefangen bei der Inanspruchnahme von unterstützenden Personen und Institutionen, über den gesellschaftlichen Stellenwert des Stillens und der Umgang im Krankenhaus bis hin zu den Lebensumständen der

Mütter werden die Ergebnisse vor dem Hintergrund der Veränderungen in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts analysiert.

6.4.1 Persönliches Umfeld

Im Folgenden ist aufgeführt, ob und durch wen die jungen Mütter insbesondere in Bezug auf die unmittelbare Säuglingspflege und -ernährung unterstützt wurden. Um etwaige Unterschiede zwischen den Kohorten zu entschlüsseln, werden diese getrennt voneinander betrachtet und jeder Kohorte ein Stapel des Diagramms zugeteilt.

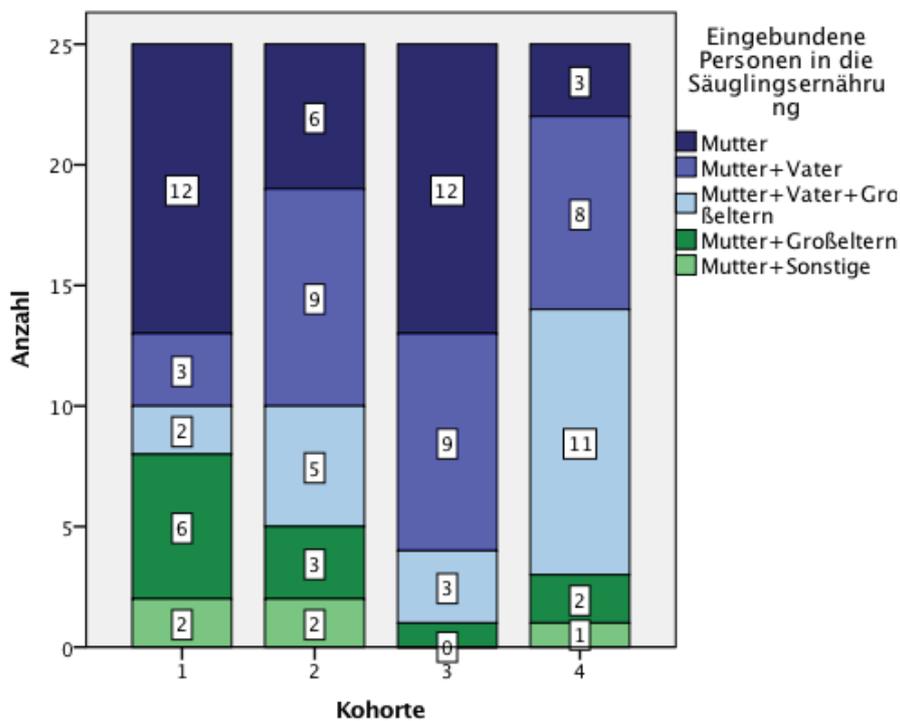


Abbildung 12: Unterstützende Personen bei der Säuglingsernährung

Jeweils die Hälfte der Mütter der ersten und der dritten Kohorte gaben an, die Säuglingsernährung vollkommen alleine übernommen zu haben. In Kohorte 1 rangieren als am zweithäufigsten genannte Unterstützungspersonen die Großeltern, anders verhält es sich bei den drei jüngeren Kohorten, hier erhielt die Mutter vor allem durch den Kindsvater Unterstützung. Insbesondere bei Kohorte 4 ist auffallend, dass sehr viele Personen, die Mutter, der Vater und die Großeltern, an der Säuglingsernährung beteiligt waren. Personen wie eine Tagesmutter oder

Geschwister der Eltern werden in diesem Diagramm unter „Sonstige“ aufgeführt und sind von zu vernachlässigender Quantität.

Durch die in den Gesprächen gewonnenen Zitate werden die genannten Trends bestätigt. Frauen der ältesten Kohorte berichteten, die Säuglingsernährung nahezu unabhängig vom Kindsvater vollzogen zu haben: „Damals war das Frauensache, Männer arbeiteten schließlich.“ (1.19), „Nein, Männer haben nicht gewusst wie man Kinder ernährt.“ (1.14), „Das war ja Frauensache, da können Sie mal sehen, was das für eine bescheuerte Zeit war.“ (1.06). Einige Damen berichteten sogar, dass die Männer sich generell nur wenig mit den Säuglingen beschäftigten: „Das machten die Männer früher nicht. Die hatten die Kinder mal für ein Foto im Arm. Männer guckten auch nicht zu wenn gestillt wurde.“ (1.22), „Er wurde damit nicht fertig, er hat ihn viel getragen und als er älter wurde, hat er sich viel gekümmert.“ (1.20), „Nein, der war den ganzen Tag im Dienst, ich war auf mich allein gestellt.“ (1.02). Ganz anders wurde die Unterstützung von Frauen der nachfolgenden Kohorte berichtet, die physiologische Limitation in der Ernährung durch Personen neben der Mutter wird teilweise angesprochen, häufig aber durch Abpumpen der Muttermilch gelöst. „Mein Mann hat liebend gern die Kinder später mit Brei gefüttert, durch Stillen bleiben die Männer ja immer etwas außen vor.“ (2.18), „Die Männer von Bekannten sind immer ganz stolz mit Kind und Fläschchen herumgelaufen, aber wenn man stillt ist man auf sich allein gestellt.“ (2.17), „Mein Mann hat mir viel geholfen.“ (2.11). Dagegen berichteten auch Frauen der zweiten Kohorte, dass sie von ihrem Partner wenig Hilfe erfuhren: „Mein Mann hatte Angst, dass er was kaputt macht.“ (2.06), „Die Männer waren faul, von wegen nachts aufstehen.“ (2.01). Viele Mütter der dritten Kohorte, die ihre Kinder in den 1980er und 1990er Jahren bekommen haben, sprachen von einer gerechten Teilung zwischen beiden Ehepartnern bezüglich der Säuglingsernährung, beziehungsweise der oft damit unmittelbar verbundenen Säuglingspflege: „Das habe ich mit meinem Mann gemacht. Zum Beispiel habe ich vor einem Geburtstag abgepumpt und eingefroren, auch für den Notfall oder falls ich mal krank war. Das Schöne am Fläschchen ist, dass der Mann einen engeren Kontakt zum Kind aufbauen kann, er ist dadurch gleichberechtigter.“ (3.06). Wie das obenstehende Diagramm für die vierte Kohorte zeigt, wurde auch in den Gesprächen oftmals geäußert von sehr vielen Personen der Familie unterstützt worden zu sein: „Als er die Flasche bekommen hat, haben alle mitgeholfen.“ (4.16), „Alle haben mitgeholfen. Das war der Vorteil, dass ich nicht gestillt habe.“ (4.13),

„Ich habe abgepumpt und eingefroren, damit mein Mann auch mal durfte und ich dadurch unabhängiger war – Win-Win-Situation.“ (4.12).

In den Interviews wurde ein Schwerpunkt auf die Erforschung von Quellen gesetzt, die die befragten Mütter in ihrem Stillverhalten beeinflusst haben. Dabei wurden mehrere Untergruppierungen gebildet und jeweils dem zugehörigen Abschnitt der Einflussfaktoren auf das Stillverhalten zugeordnet. Zunächst erfolgt in dieser Passage eine Darlegung der Ergebnisse, die den Einfluss von Personen aus dem nahen Umfeld differenziert.

Zur besseren Veranschaulichung wurde bei Mehrfachnennungen in den einzelnen Untergruppierungen lediglich die wichtigste Bezugsquelle erfasst. Die Balkendiagramme umfassen alle Studienteilnehmerinnen um einen ersten Überblick zu schaffen. Im Anschluss wird die prozentuale Häufigkeit der Nennungen nach Kohortenzugehörigkeit aufgeschlüsselt.

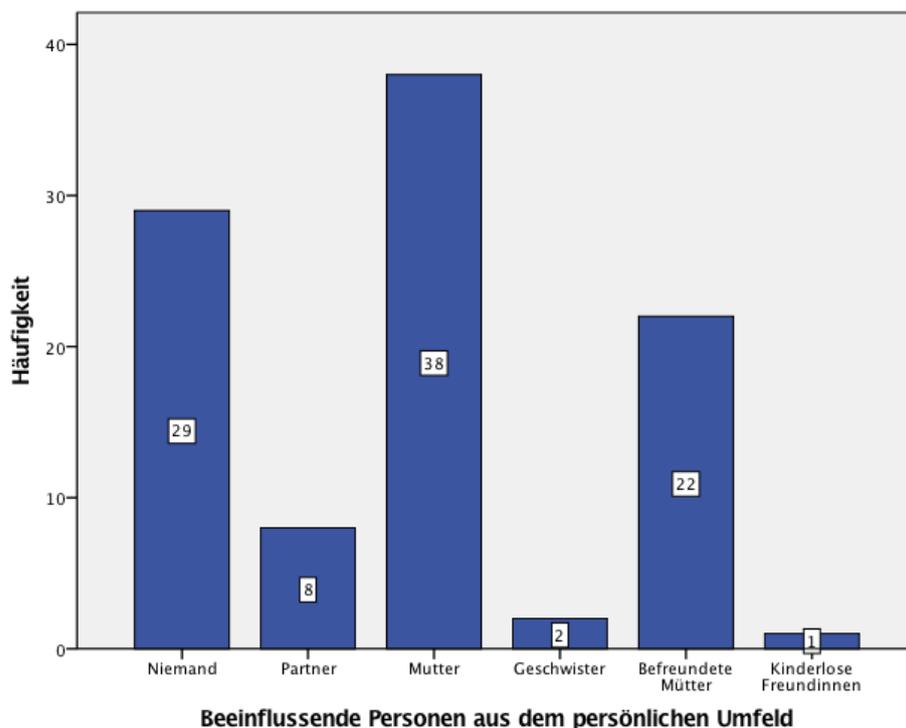


Abbildung 13: Informationsquellen Persönliches Umfeld

Etwa ein Drittel der befragten Frauen äußerten, durch Personen des engeren Umfeldes keinerlei Beeinflussung erfahren zu haben. Ein wesentlich größerer Teil der

Studienteilnehmerinnen, mit 38 Aussagen die meistgenannte Variable, wurde von der eigenen Mutter im Stillverhalten beeinflusst. Am dritthäufigsten sind befreundete Mütter als wichtiger Einfluss angegeben worden. Eine detaillierte Darstellung der Ergebnisse nach Kohortenzugehörigkeit lässt deutliche Unterschiede erkennen:

	Kohorte 1	Kohorte 2	Kohorte 3	Kohorte 4
Niemand	28%	44%	24%	20%
Partner	4%	4%	12%	12%
Mutter	48%	48%	28%	28%
Geschwister	4%	4%	0%	0%
Befreundete Mütter	16%	0%	36%	36%
Kinderlose Freundinnen	0%	0%	0%	4%

Tabelle 5: Informationsquellen Persönliches Umfeld

Der große Einfluss der eigenen Mutter fällt vor allem bei den Frauen der zwei älteren Kohorten auf, hier gab jeweils nahezu die Hälfte von Kohorte 1 und 2 an, von der Mutter über das Stillen informiert worden zu sein. Jedoch wurde auch von 28% bzw. 44% geäußert, von niemandem aus dem persönlichen Umfeld eine Beeinflussung erfahren zu haben. Im Gegensatz dazu ist die meist genannte Bezugsquelle aus dem Umfeld der zwei jüngeren Kohorten der Rat von befreundeten Müttern mit jeweils 36% der Angaben. Kohorte 3 und 4 nannte den Einfluss der Mutter gleichermaßen erst am zweithäufigsten.

Zitate der Zeitzeuginnen aus Kohorte 1 und 2 veranschaulichen den zuvor festgestellten Trend, dass zur damaligen Zeit seltener Informationen aus dem persönlichen Umfeld genutzt wurden. Es fällt auf, dass die Frauen von sich selbst erwarteten alleine zurecht zu kommen: „Man merkt schon selber wie man stillen muss. Meist frei Schnauze.“ (1.14), „Stillen und Kinder zu haben war ganz selbstverständlich, deshalb sprach man nicht darüber.“ (1.06), „Generell wurde nur sehr wenig darüber gesprochen.“ (2.11). Auch wurde auf die Natürlichkeit des Stillens hingewiesen, weshalb eine Aufklärung durch andere Personen als weniger notwendig erachtet wurde: „Ganz aus der Natur heraus, kein Mensch hat was

gesagt.“ Eine Studienteilnehmerin der ersten Kohorte erwähnte außerdem, dass man sich über das Stillverhalten sehr bedeckt gehalten habe: „Früher war das alles geheim hinter verschlossenen Türen.“ (1.22).

Einige Frauen der dritten und vierten Kohorte gaben an, zwar die Möglichkeit gehabt zu haben vom persönlichen Umfeld Informationen zu erhalten, sie hätten sich jedoch bewusst dagegen entschieden: „Ich habe nur mit Wenigen über das Stillen gesprochen, ich hätte mich von anderen Meinungen nicht beeinflussen lassen.“ (3.03), „Ich habe unheimlich viele Ratschläge aus meiner Umwelt bekommen, aber mein Entschluss hätte auch ohne Außeneinflüsse festgestanden, dass ich stillen will.“ (3.19), „Ich habe mir immer alles angehört, hab mich aber nicht beeinflussen lassen. Regeln und Vorgaben hätten mich eh nicht beeinflusst.“ (4.21). Mehrere Teilnehmerinnen der Studie betonten im Gespräch den Einfluss der Mütter, beziehungsweise den der gesamten Familie: „Das Wissen wurde von Generation zu Generation weitergegeben.“ (3.08), „Ich habe viel durch meine Mutter kennengelernt und mir keinen Stress gemacht, vielleicht war das etwas blauäugig.“ (3.07). Folgende Aussage einer Dame über die Einstellung ihrer Schwiegermutter veranschaulicht eine drastische Sichtweise der damaligen Generation: „Meine Schwiegermutter sagte, früher hätten nur die Türken gestillt.“ (3.22), oder auch „Meine Großmutter meinte, Milchersatzprodukte seien doch gleichwertig.“ (4.02). Viele Aussagen verdeutlichen jedoch im Gegensatz zu dem bisher Gesagten eine aktive Interaktion zwischen der stillenden Mutter und ihrem engen Umkreis: „Mit befreundeten Müttern, die ich im Krankenhaus kennengelernt habe, habe ich mich regelmäßig getroffen, da wurde über alles gesprochen.“ (3.05), „Kaum ist die Schwangerschaft bekannt, wird man auch schon gefragt, ob man stillt.“ (3.20), „Gleichgesinnte sind ganz wichtig.“ (3.14), „Es gab einen regen Austausch. Aber viele sagten, dass es sehr anstrengend sei.“ (4.12). Eine Studienteilnehmerin gab sogar an, dass niemand negativ gegenüber Stillen eingestellt gewesen sei (4.18).

6.4.2 Medizinisches Personal

Eine Schwangerschaft und Geburt sowie die post partale Nachsorge implizieren in der heutigen Zeit einen Kontakt zu medizinischem Personal. Der Einfluss der verschiedenen medizinischen Berufsgruppen fällt jedoch sehr variabel aus.

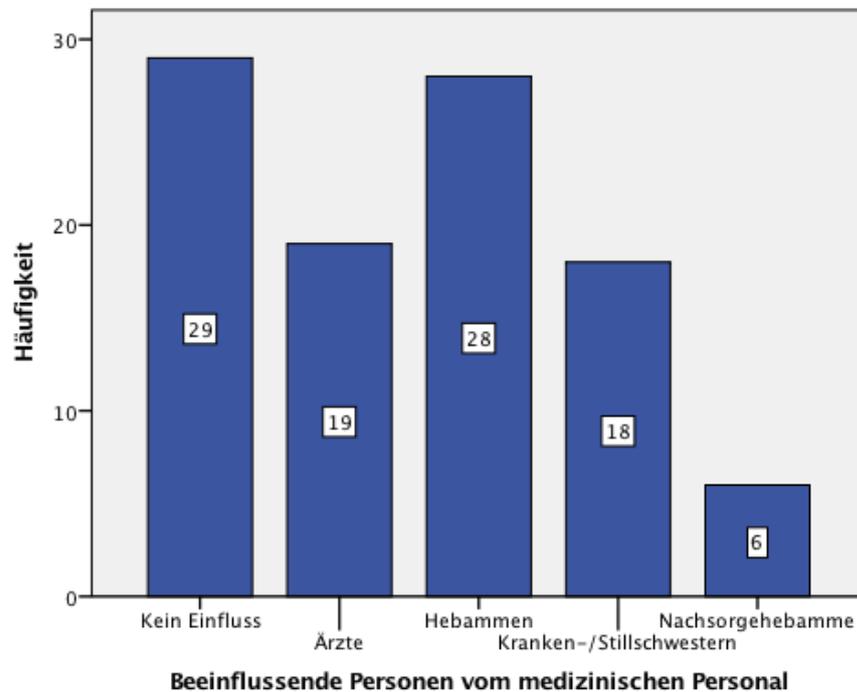


Abbildung 14: Informationsquellen medizinisches Personal

Etwa ein Drittel aller befragten Mütter äußerten, vom medizinischen Personal nicht beeinflusst worden zu sein. Wurde eine positive Aussage in dieser Rubrik gegeben, so waren die Hebammen die medizinische Berufsgruppe, die am häufigsten als Informationsquelle diente. Deutlich seltener beeinflussten Ärzte beziehungsweise Kranken-/ Stillschwestern die Frauen in ihrem Stillverhalten.

	Kohorte 1	Kohorte 2	Kohorte 3	Kohorte 4
Kein Einfluss	36%	36%	28%	16%
Ärzte	28%	28%	12%	8%
Hebammen	28%	24%	28%	32%
Kranken-/ Stillschwestern	4%	12%	32%	24%
Nachsorgehebamme	4%	0%	0%	20%

Tabelle 6: Informationsquellen medizinisches Personal

Erfolgt eine Aufschlüsselung der Aussagen hinsichtlich der Kohortenzugehörigkeit, so fällt zunächst auf, dass das medizinische Personal insgesamt an Einfluss mit fortschreitender Zeit gewinnt. Zudem nimmt die Beeinflussung durch Ärzte ab und die durch Nachsorgehebammen und Kranken-/ Stillschwestern zu. Die Angabe, generell durch Hebammen bedeutende Informationen erhalten zu haben, ist in allen Kohorten etwa ähnlich hoch.

Der geringere Einfluss des medizinischen Personals auf das Stillverhalten der ersten Kohorte spiegelt sich auch in den Gesprächsaufzeichnungen wieder: „Früher sind wir auch nicht für jede Kleinigkeit zum Arzt gerannt“ (1.20), „Wegen meiner Hausgeburt hatte ich nur wenig Kontakt zu den Ärzten oder Hebammen, da hat sich dann keiner interessiert.“ (1.23). Einige berichteten auch über ein gewisses Desinteresse des medizinischen Personals und besonders der Ärzte gegenüber der Säuglingsernährung: „Ach, die Ärzte haben sich nicht dafür interessiert“ (1.06), „Die haben da nicht groß was zu gesagt.“ (1.22). Frauen der zweiten und dritten Kohorte erzählten im Gespräch über einen regen Austausch mit dem nicht-ärztlichen Personal, bestätigten jedoch die zuvor genannten Beobachtungen, dass Ärzte kaum Einfluss auf die Stillabsichten ihrer Patientinnen ausübten: „Die Krankenschwestern waren sehr gesprächsbereit und erzählten von eigenen Erfahrungen.“ (2.15), „Der Frauenarzt sagte nichts dazu, eher die Krankenschwestern.“ (3.11), „Die Krankenschwestern haben bei Stillproblemen sehr geholfen.“ (3.03), „In der Stillsprechstunde gaben die Hebammen viele Informationen, machten aber keinen Stress.“ (3.05). Auch Mitglieder der vierten Kohorte bestätigten den Trend, dass Ärzte weniger Einfluss auf das Stillverhalten genommen haben: „Da haben sich die Ärzte zurückgezogen, Stillen ging über die Hebammen.“ (4.03), „Stillen ist kein

Thema bei den Ärzten, eher beim Pflegepersonal, die haben nichts Anderes gelten lassen.“ (4.02). Leider wurde auch über Erfahrungen berichtet, dass sich der bekannte Personalmangel in Krankenhäusern auch auf die Stillberatung ausgewirkt hat: „Die Stillschwestern waren sehr überlastet, so dass die Stillberatung im Krankenhaus sehr schlecht war.“ (4.20).

Insbesondere der Einfluss durch Nachsorgehebammen hat laut der Erfahrungsberichte der Mütter aus Kohorte 4 mit Beginn des 21. Jahrhunderts stark zugenommen. Bevor die Einflussnahme durch Zitate aus den Gesprächen detailliert behandelt wird, ist zunächst die generelle Inanspruchnahme von Nachsorgehebammen innerhalb der verschiedenen Kohorten zu thematisieren.

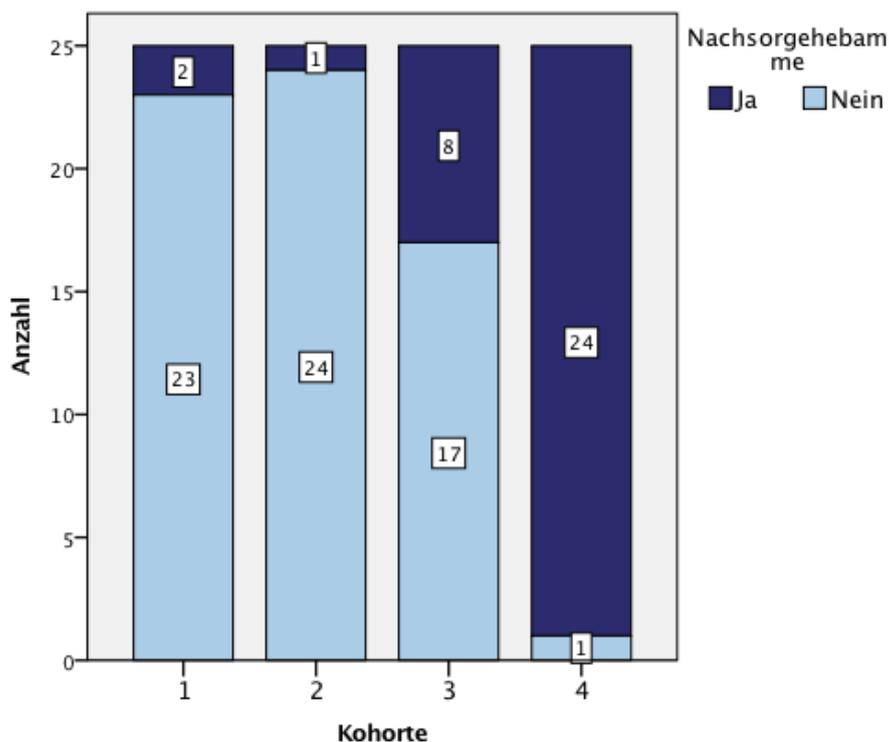


Abbildung 15: Inanspruchnahme einer Nachsorgehebamme

Das Balkendiagramm veranschaulicht, dass das Engagieren einer Nachsorgehebamme ein recht moderner Trend ist, fast keine Mutter der ersten und zweiten Kohorte und nur etwa ein Drittel der Mütter der dritten Kohorte erhielten diese Unterstützung. Dahingegen nutzten fast alle Mütter der vierten Kohorte eine Nachsorgehebamme. Eine Korrelation zwischen der Stilllänge und der Inanspruchnahme einer Hebamme ist aufgrund diverser Confounder nicht zu berechnen. Da diese Art der medizinischen Betreuung von jungen Müttern und

Säuglingen ein weiteres Teilstück für die Erörterung des schwankenden Stillverhaltens darstellt, folgt dennoch ein graphischer Vergleich zwischen Stilllänge und der Inanspruchnahme einer Nachsorgehebamme.

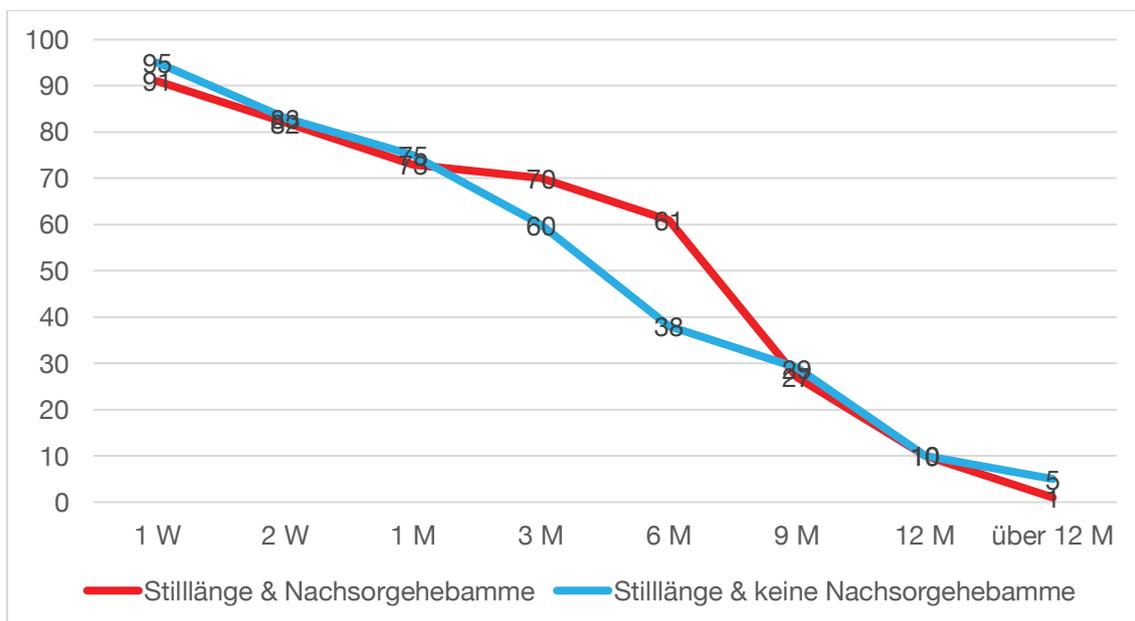


Abbildung 16: Vergleich Stilllänge & Inanspruchnahme einer Nachsorgehebamme (Angaben in %)

Beide Kurven weisen an frühen und späten Erhebungszeitpunkten einen ähnlichen Verlauf auf, ein auffallender Unterschied zeigt sich in der Stillquote nach drei und nach sechs Monaten. Eine deutlich höhere Anzahl von Müttern, die Unterstützung durch eine Nachsorgehebamme erhielten, gaben hier längere Stillzeiten an.

Angesprochen auf den Kontakt zu einer Nachsorgehebamme wurde von teils sehr engem Kontakt und einer großen Vertrauensbasis gesprochen: „Das war meine beste Freundin zu der Zeit, mit ihr habe ich heute noch Kontakt. Sie war auch während der ganzen Schwangerschaft eine große Hilfe.“ (Anmerkung: Zwillingsschwangerschaft, 4.02), „Zur Hebamme hatte ich viel Kontakt. Sie hat bei Problemen wie wunden Brustwarzen Mut gemacht.“ (4.11), „Die Nachsorgehebamme war sehr hilfreich, weil man zuhause viel mehr Zeit und Ruhe hat als im Krankenhaus. Sie hat mir aber auch einige Horrorgeschichten zum Stillen erzählt.“ (4.19), „Ohne meine Hebamme hätte ich nicht weitergestillt.“ (4.08), „Vor allem meine Nachsorgehebamme hat mir mit Rat und Tat zur Seite gestanden, aber auch die Stillschwestern waren eine große Hilfe. Ich habe jeden Tipp angenommen.“ (3.01). Die Zitate veranschaulichen deutlicher als die vorangegangenen Diagramme

den hohen Stellenwert von Nachsorgehebammen für die zwei jüngeren Kohorten. Im Gegensatz dazu veranschaulicht das Zitat einer Frau aus Kohorte 2 einen klaren Mangel von professioneller Unterstützung in der Stillzeit: „Das gab es damals noch nicht, das hätte ich gerne gehabt. Da wurde man früher eher im Stich gelassen.“ (2.05). Von einem Großteil der Studienteilnehmerinnen aus der ersten und zweiten Kohorte wird deutlich, diese Unterstützungsmöglichkeit aufgrund eines damals fehlenden Angebots nicht wahrgenommen zu haben: „Ach, ich bitte Sie, sowas gab’s doch früher nicht“ (1.06), „Was ist das?“ (1.05).

6.4.3 Entbindung und Stillbeginn

Die unmittelbare Phase nach der Geburt und somit auch der Stillbeginn ist eng mit der Art der Entbindung verzahnt. Das erste Anlegen zum Stillen und auch die physische Verfassung der Mutter können nach einer natürlichen Geburt und einer Operation wie einem Kaiserschnitt stark variieren. Es wird zunächst die Entbindungsart, differenziert nach Kohorten, und anschließend das erste Anlegen nach der Geburt dargestellt.

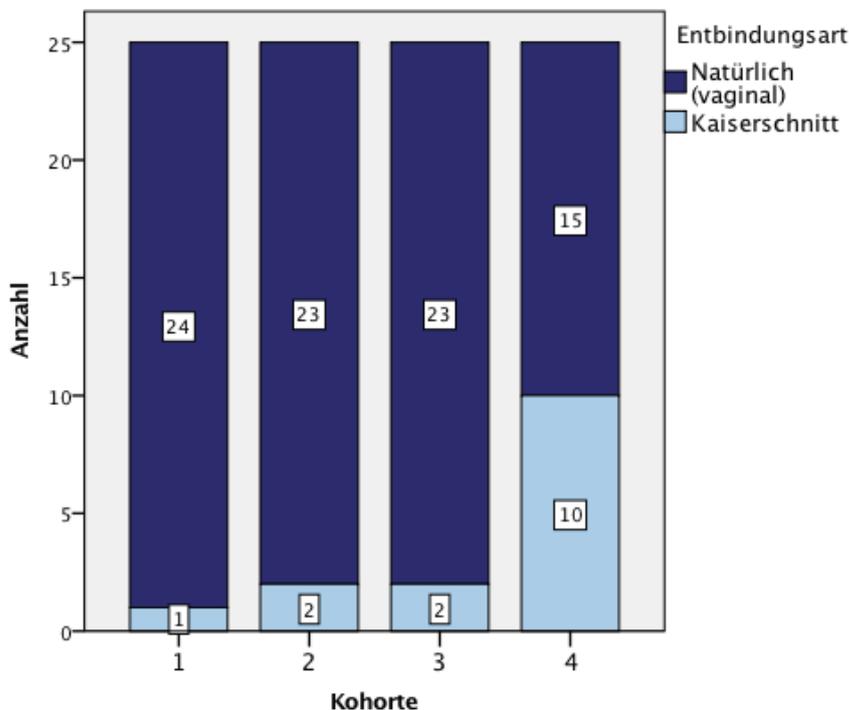


Abbildung 17: Art der Entbindung

Die Kohorten 1 bis 3 unterscheiden sich in dieser Studie kaum, nahezu jede Mutter dieser Gruppen entband auf natürliche Weise. Ein deutlicher Sprung ist in der vierten

Kohorte zu verzeichnen, hier erhielten mehr als ein Drittel der Mütter einen Kaiserschnitt.

Die Problematik nach einem Kaiserschnitt zu stillen wurde in einigen Gesprächen veranschaulicht: „Nach dem Kaiserschnitt kam eine Woche keine Milch, dann haben wir beigegefüttert und irgendwie klappte es nicht mehr.“ (4.13), „Wegen des Kaiserschnitts war ich fünf Wochen im Krankenhaus, ich habe deshalb gar nicht angefangen zu stillen.“ (1.04).

Die Phase zwischen der Entbindung bis zum ersten Anlegen des Kindes unterscheidet sich je nach Erfahrungsbericht sehr stark. Eine Differenzierung nach Kohorten weist zunächst nach, dass mit fortschreitender Zeit ein sofortiges Anlegen zum Stillen nach der Geburt häufiger erfolgte.

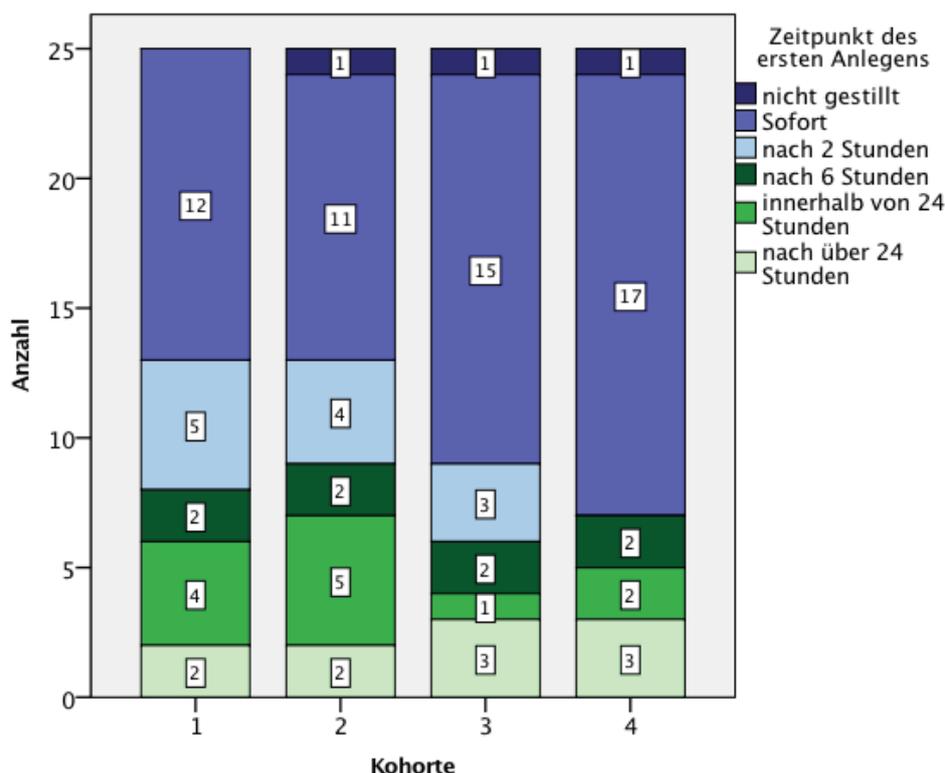


Abbildung 18: Zeitpunkt des ersten Anlegens

Insgesamt begannen mit zusammengerechnet 55% der größte Teil der befragten Frauen unmittelbar nach der Geburt mit dem Stillen, entsprechend gab nahezu die gesamte andere Hälfte der Studienteilnehmerinnen einen späteren Zeitpunkt des Anlegens an. Verzögerungen von 12 bis zu 24 Stunden wurde nur in Einzelfällen angegeben. Diese Frauen berichteten in den Gesprächen von Stillschwierigkeiten:

„Im Krankenhaus wurde direkt nach der Geburt die Flasche gegeben, weil in den ersten Tagen keine Milch komme, das war dann der Anfang vom Ende.“ (2.07). Eine andere Studienteilnehmerin, die der zweiten Kohorte zugeordnet ist, bestätigt den vernommenen Wandel bezüglich des Zeitpunktes des ersten Anlegens: „Es war so, dass man die Kinder erst nach zwölf Stunden bekam, das war schon komisch. Bei den zwei Jüngeren war es schon anders.“ (2.01).

6.4.4 Institutionen und Gruppen

Gruppen, die gezielt auf die Vorbereitung und Unterstützung von Schwangeren und jungen Müttern abzielen, sind vor allem Vereinigungen im Rahmen eines Geburtsvorbereitungskurses und Stillgruppen. Daneben ist ein Informationsgewinn durch öffentliche Beratungsstellen möglich.

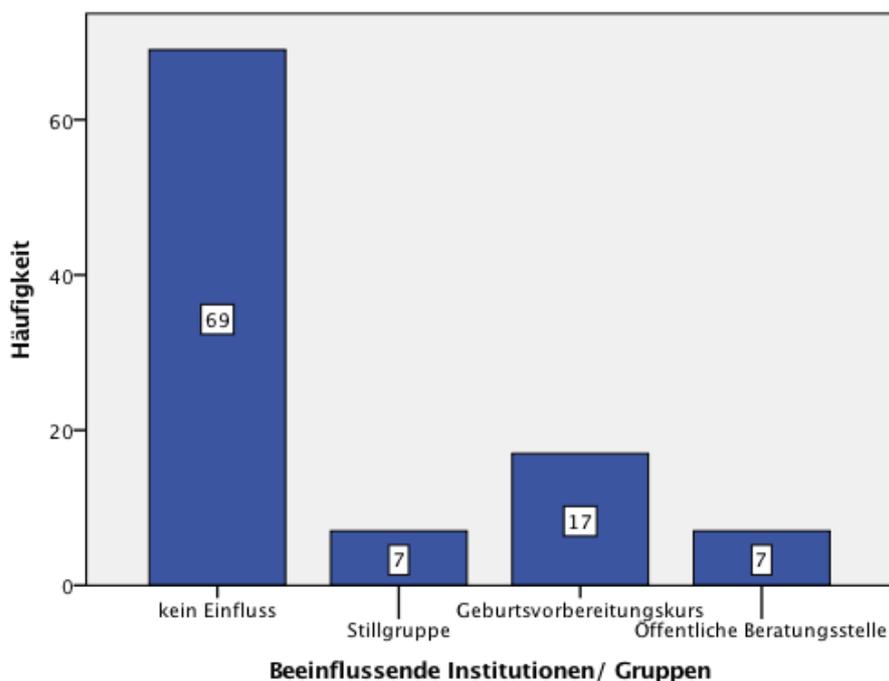


Abbildung 19: Informationsquellen Gruppen und Institutionen

Der größte Teil aller befragten Mütter (69%) äußerte, von Institutionen und Gruppen in ihrem Stillverhalten nicht beeinflusst worden zu sein. Mit 17 Angaben wurden Geburtsvorbereitungskurse und mit jeweils 7 Angaben Stillgruppen sowie öffentliche Beratungsstellen als Einflussfaktor hervorgehoben.

	Kohorte 1	Kohorte 2	Kohorte 3	Kohorte 4
Kein Einfluss	80%	76%	52%	68%
Stillgruppe	0%	0%	20%	8%
Geburtsvor- bereitungskurs	0%	20%	24%	24%
Öffentliche Beratungsstellen	20%	4%	4%	0%

Tabelle 7: Informationsquellen Institutionen und Gruppen

Informationen aus Stillgruppen, Geburtsvorbereitungskursen und öffentlichen Beratungsstellen haben nur einen geringen Einfluss auf das Stillverhalten von Kohorte 1 und 2. Es ist zu erkennen, dass lediglich in Kohorte 1 öffentliche Beratungsstellen einen gewissen Stellenwert innehaben. Beispielsweise berichtete eine Dame aus dieser Kohorte von Informationsveranstaltungen des Gesundheitsamtes, die alle vier Wochen in öffentlichen Gebäuden stattfanden (1.21). Stillgruppen wurden lediglich von Müttern aus Kohorte 3 mit 20% hervorgehoben, dieser Einfluss nimmt jedoch in Kohorte 4 mit 8% wieder deutlich ab. Einige Mitglieder der dritten und vierten Kohorte äußerten teils ähnliche Bedenken hinsichtlich der Atmosphäre und den Verhaltensanforderungen, die in Stillgruppen üblich sind: „Bei der Stillgruppe war ich einmal, das fand ich etwas fanatisch und kultig.“ (3.03), „Diese ganzen Gruppen fand ich zu esoterisch. Bei einem Kaffee mit einer Freundin kann man sich doch genauso austauschen.“ (4.22). In Gesprächen mit anderen Studienteilnehmerinnen von Kohorte 3 und 4 wurde im Gegensatz dazu berichtet, dass Gruppen bei Stillproblemen viel Unterstützung und der Austausch mit Gleichgesinnten Ablenkung und Sicherheit bieten konnte: „Es gab schon Schwierigkeiten, ich habe mich aber nicht beirren lassen, weil das in der Stillberatung betont wurde, dass jeder stillen kann.“ (3.11).

Während der Einfluss durch Geburtsvorbereitungskurse von Frauen der zweiten, dritten und vierten Kohorte mit etwa konstanter Anzahl genannt wurde, hatten diese für Frauen der ersten Kohorte nur eine geringe Bedeutung als Einflussfaktor auf das Stillverhalten. Eine Visualisierung der Teilnahmezahlen in den vier Kohorten ist im folgenden Balkendiagramm dargestellt.

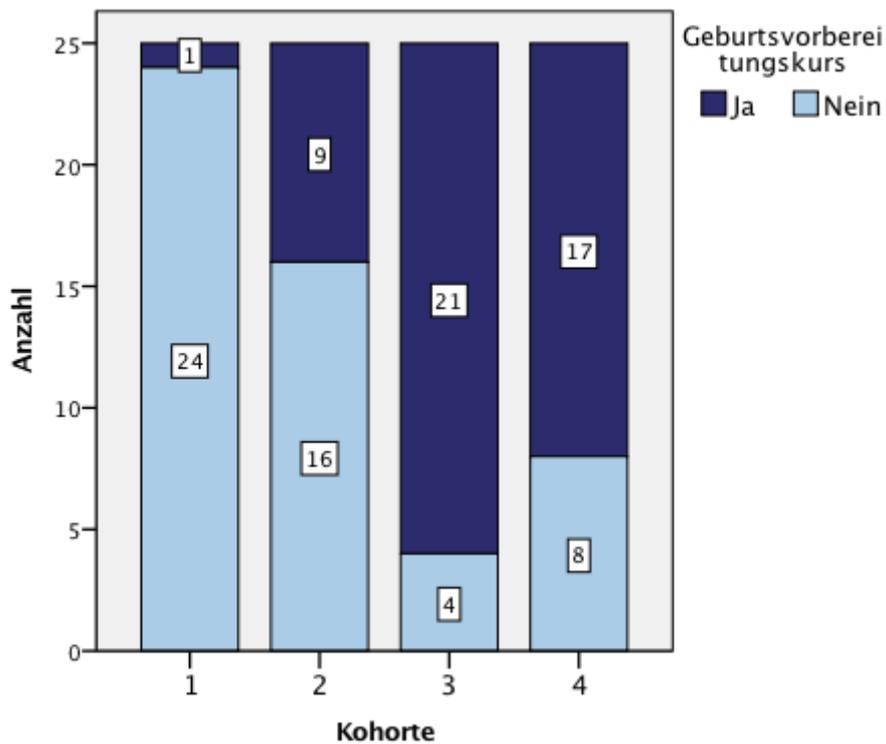


Abbildung 20: Teilnahme an Geburtsvorbereitungskursen

Der Großteil der Mitglieder aus Kohorte 3 und 4 absolvierte einen Geburtsvorbereitungskurs, es lässt sich jedoch von der zweitjüngsten zur jüngsten Kohorte ein wieder abnehmender Trend beobachten. Nahezu niemand der ersten Kohorte belegte einen Vorbereitungskurs.

Es ist zu bedenken, dass die Säuglingsernährung nicht zwingend in den Geburtsvorbereitungskursen thematisiert wird, überdies kann die Behandlung dieses Themas unterschiedlich intensiv erfolgen. Die folgenden Zitate liefern einen Einblick in die Inhalte der Kurse und stellen den individuellen Einfluss auf die Frauen heraus: Viele Frauen der ersten Kohorte äußerten entsprechend der im Balkendiagramm veranschaulichten Ergebnisse, dass unterstützende Maßnahmen für junge Mütter in Anbetracht der Not in den Kriegs- und Nachkriegsjahren kaum angeboten wurde: „Wir haben so viel Elend gesehen und erlebt, ob man Fragen oder Probleme beim Stillen hatte? Da krächte kein Hahn nach.“ (1.03). Auch die Studienteilnehmerinnen, die über das Stillverhalten der 1960er und 1970er Jahre berichten, nannten ähnliche Erfahrungen bezüglich öffentlicher und professioneller Unterstützungsprogramme wie die befragten Frauen aus Kohorte 1: „Ach nein, Kinderkriegen gehört doch zum Leben dazu. Ich muss doch nicht für jede Lebensphase einen speziellen Kurs machen.“ (2.19). Im Gegensatz dazu äußerten vor allem Frauen der dritten Kohorte,

dass der Besuch von Kursen üblich war und viele sprachen von einem Zugewinn nützlicher Ratschläge: „Der war sehr gut. Stillen wurde empfohlen, aber kein Stress gemacht.“ (3.05), „Die meisten meiner Freundinnen sind zu solchen Kursen gegangen.“ (3.08), „Ich war bei einem Stillkursus. Der Erfahrungsaustausch mit Müttern, die schon Kinder bekommen haben, war zu der Zeit noch relativ neu.“ (3.14). Wie intensiv das Stillen in den Kursen behandelt wurde, erscheint sehr variabel, einige Frauen berichten, dass Stillen kaum behandelt wurde: „Beim Geburtsvorbereitungskurs wurde wenig über Ernährung gesprochen (...).“ (4.19). Andere äußerten Gegenteiliges: „(...) es ging ganz viel ums Stillen, die Hebamme war sehr darauf erpicht uns das nahe zu bringen.“ (4.01). Mehrere Mütter der jüngsten Kohorte nahmen an Zusatzkursen teil, die die Säuglingsernährung thematisierten: „Es gab einen Zusatzkurs extra für das Stillen, hier wurde erzählt, woraus Muttermilch besteht, dass man bis zu 150€ im Monat sparen könnte, wenn man stillt, und dass man Krankheiten vorbeugen kann und die Kinder sogar schlauer würden.“ (4.24), „Es gab eine Einheit ums Stillen, in der man mit Puppen das Anlegen geübt hat.“ (4.02). Weitere Frauen berichteten, lediglich nur „Crashkurse“ zur Vorbereitung belegt zu haben (4.17, 4.10).

Das folgende Liniendiagramm vergleicht die Gesamtstilllänge der Studienteilnehmerinnen, die einen Geburtsvorbereitungskurs absolviert haben, mit der Gesamtstilllänge derjenigen, die an keinem Kurs teilnahmen. Diese Gegenüberstellung ist jedoch vor dem Hintergrund eines möglichen Bias zu betrachten, da viele weitere Variablen die Stilllänge beeinflussen können.

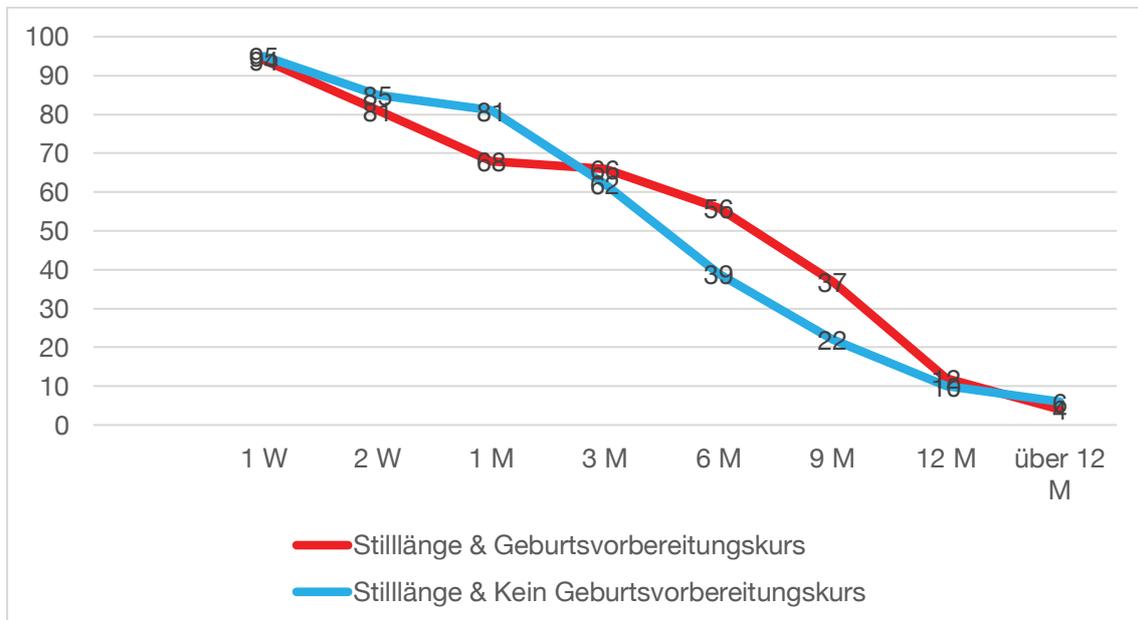


Abbildung 21: Vergleich Stilllänge & Teilnahme an einem Geburtsvorbereitungskurs (Angaben in %)

Die Kurvenverläufe beider Gruppen ähneln stark einander, so dass daraus kein eindeutiger Trend geschlossen werden kann. Eine etwas höhere Stillquote der Frauen, die einen Geburtsvorbereitungskurs belegt haben, ist an den späteren Erhebungszeitpunkten vernehmbar.

6.4.5 Literatur und Medien

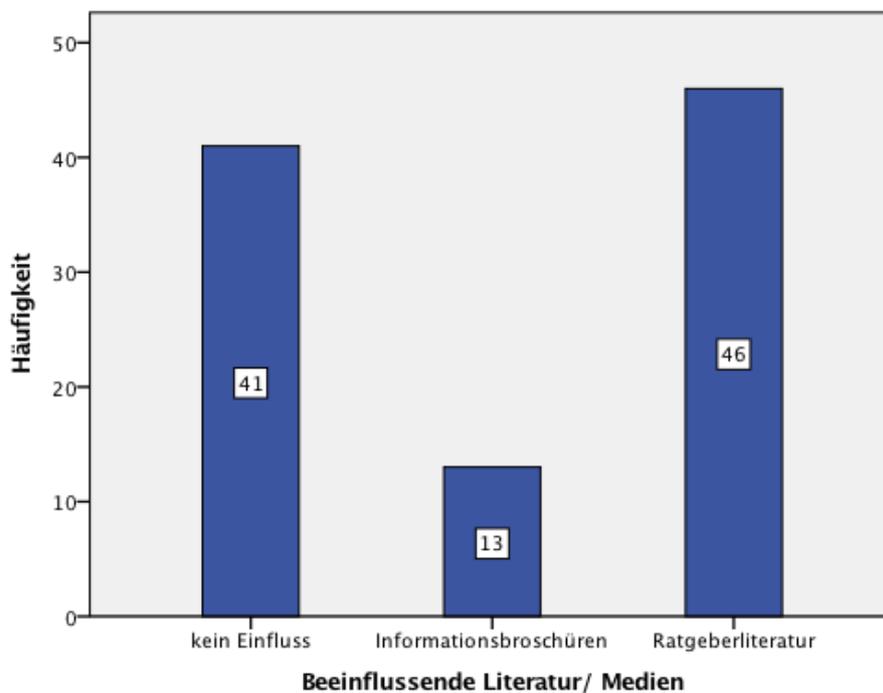


Abbildung 22: Informationsquellen Literatur und Medien

Mit 41% gab nahezu die Hälfte der befragten Mütter an, keinen Einfluss durch Literatur und Medien auf das Stillverhaltens erfahren zu haben, Quellen wie Fernsehen, Filme oder Radio scheinen sogar keinerlei Wirkung zu haben. Klassische, gedruckte Ratgeberliteratur wurde von fast der Hälfte der Studienteilnehmerinnen als Informationsquelle angegeben.

	Kohorte 1	Kohorte 2	Kohorte 3	Kohorte 4
Kein Einfluss	72%	36%	36%	20%
Info.-Broschüren	4%	20%	12%	16%
Ratgeberliteratur	24%	44%	52%	64%
Fernsehen	0%	0%	0%	0%
Filme	0%	0%	0%	0%
Radio	0%	0%	0%	0%

Tabelle 8: Informationsquellen Literatur und Medien

Sehr deutlich zeigt die tabellarische Auflistung nach Kohortenzugehörigkeit, dass insbesondere die älteste Kohorte mit 72% nicht von Literatur und Medien beeinflusst wurde, dieser Trend nimmt mit fortschreitender Zeit kontinuierlich ab.

Konsekutiv wurde mit 64% der Angaben am häufigsten von der jüngsten Kohorte die Ratgeberliteratur als Informationsquelle für das eigene Stillverhalten genutzt, 44% der zweiten Kohorte und nur 24% der ersten Kohorten ließen sich durch Ratgeberliteratur beeinflussen. Begründet wurde dies in den Gesprächen vor allem durch die fehlende Verfügbarkeit in den Kriegs- und Nachkriegsjahren: „Früher hat man das alles doch nicht gehabt. Da war man froh, überhaupt ein Buch im Regal stehen zu haben.“ (1.06), „Gar nichts gab es da, das ist mir überhaupt nicht bekannt, obwohl wir sonst viel gelesen haben.“ (1.22). Gegenteiliges erfährt man von Frauen der dritten und vierten Kohorte: „Literatur holt sich jede Mutter im Überfluss.“ (3.01), „'Das Stillbuch'¹²⁷ war für mich wie eine Bibel, es wurden Vorteile, Nachteile und Lösungsmöglichkeiten aufgezeigt. Bei Problemen machte mir das Mut.“ (3.22), „Von Informationsbroschüren habe ich mich schon sehr beeinflussen lassen.“ (4.11), „Sehr viel! Jede Internetseite, alles was man in die Hände gekriegt hat, weil das so spannend war.“ (4.01). Darüber hinaus wurde in der Stillberatung durch medizinisches Personal auch die Zuhilfenahme von Ratgeberliteratur hervorgehoben, insbesondere sei von Hebammen „Das Stillbuch“ empfohlen worden, berichteten zwei Mütter der vierten Kohorte (4.17 und 4.12). Des Weiteren wurde jedoch auch von mangelnden zeitlichen Kapazitäten in der jungen Mutterschaft berichtet „Ich hatte zu wenig Zeit und Energie zum Lesen.“ (3.14), „Ich habe mich vor allem vorher informiert, später macht man es irgendwie nicht mehr. Im Alltag nimmt man ja nicht bei jedem Problem ein Buch zur Hand.“ (4.14).

¹²⁷ Der Ratgeber „Das Stillbuch“ von Hannah Lothrop, einer deutschen Psychologin und Mitbegründerin der Stillgruppenbewegung, wurde erstmals im Jahr 1980 veröffentlicht und gilt als Standardwerk in der Stillzeit. Es erschien 2016 in der 39. Auflage.

6.4.6 Werbung und Warentest

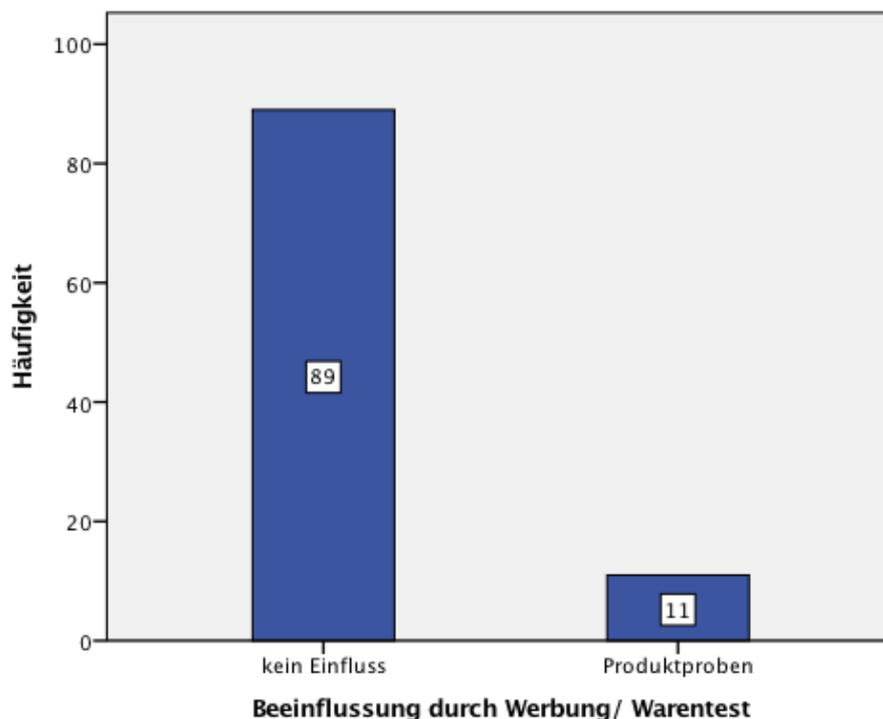


Abbildung 23: Informationsquellen Werbung und Warentest

Rund 90% der Mütter äußerten, nicht durch Werbung und Warentesturteile beeinflusst worden zu sein. Die einzige Werbemaßnahme, der ein geringer Einfluss attestiert werden kann sind Produktproben, die von 11% angegeben wurde.

	Kohorte 1	Kohorte 2	Kohorte 3	Kohorte 4
Kein Einfluss	92%	80%	92%	92%
Werbeart	0%	0%	0%	0%
Produktproben	8%	20%	8%	8%
Warentesturteile	0%	0%	0%	0%

Tabelle 9: Informationsquellen Werbung und Warentest

In den Kohorten 1, 3 und 4 benannten 8% der Frauen Produktproben als Einflussquelle für ihr Stillverhalten. Demgegenüber gaben mit 20% Mütter der zweiten Kohorte deutlich häufiger an, Produktproben genutzt und sich mit ihnen auseinandergesetzt zu haben.

Frauen dieser Kohorte berichteten auch in den Gesprächen häufig mit Proben konfrontiert worden zu sein: „Im Krankenhaus gab es sehr viele Proben für Ersatznahrung, die wurden sogar nach Hause geschickt.“ (2.06).

Studienteilnehmerinnen der dritten Kohorte berichteten zwar von einer ähnlich intensiven Werbung durch Produktproben in dieser Zeit, die Beeinflussung dadurch scheint jedoch geringer worden zu sein: „Die Werbung habe ich gar nicht wahrgenommen.“ (3.03), „Ich fühlte mich davon zugeschmissen, habe mich davon aber nicht beeinflussen lassen.“ (3.04), „Ich fand die Werbung falsch, nur strahlende Mütter, alles ist so toll. Davon war ich eher abgeschreckt.“ (3.06), „Damit wurde man ja förmlich bombardiert.“ (3.08). Ein Charakteristikum von Werbung ist sicherlich durch alleinige Wahrnehmung einen subtilen Einfluss auf die Nutzer auszulösen. Es ist daher festzustellen, dass auch Studienteilnehmerinnen, die angaben sich nicht von Produktproben beeinflussen zu lassen, unterschwellig Einfluss erfahren zu haben.

6.4.7 Gesellschaft und Politik

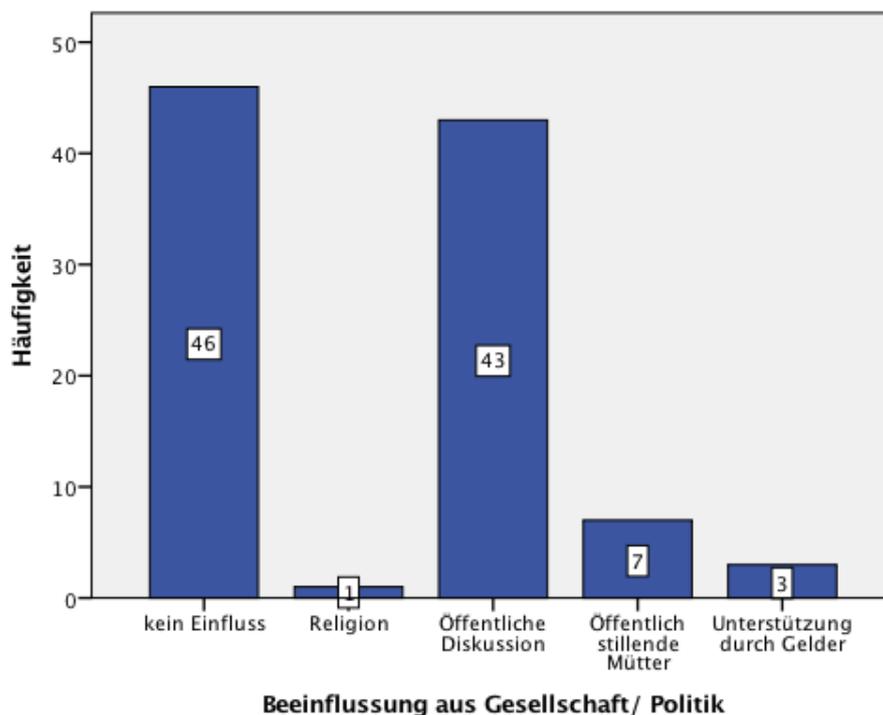


Abbildung 24: Informationsquellen Gesellschaft und Politik

Wurde nur von einzelnen Müttern die Religion, öffentlich stillende Mütter oder Unterstützung durch Gelder als Einfluss genannt, scheint die öffentliche Diskussion rund ums Stillen einen deutlich größeren Einfluss mit 43% der Angaben gehabt zu haben. Dahingegen wurde mit 46% etwa von der Hälfte der befragten Frauen angegeben, durch die Gesellschaft oder die Politik in ihrem Stillverhalten nicht beeinflusst worden zu sein.

	Kohorte 1	Kohorte 2	Kohorte 3	Kohorte 4
Kein Einfluss	48%	60%	40%	36%
Religion	0%	0%	4%	0%
Öffentliche Meinung über Säuglingsernährung	44%	36%	44%	48%
Öffentl. still. Mütter	0%	0%	12%	16%
Unterstützung durch Gelder	8%	4%	0%	0%

Tabelle 10: Informationsquellen Gesellschaft und Politik

In der Rubrik „Einfluss durch Gesellschaft und Politik“ sind die meisten Negativ-Antworten von der zweiten Kohorte zu verzeichnen, anschließend wird kontinuierlich bis zur vierten Kohorte ein zunehmender Einfluss durch derartige Quellen angegeben. Besteht ein etwa konstanter Einfluss durch die öffentliche Diskussion mit rund 40% der Angaben von allen Kohorten, ist der Einfluss durch öffentlich stillende Mütter eher bei den zwei jüngeren Kohorten und der Einfluss durch staatliche Gelder eher bei den zwei älteren Kohorten zu finden.

In den Gesprächen wurden sehr vielseitige Erfahrungen bezüglich der öffentlichen Diskussion rund um das Stillverhalten berichtet, von Frauen der zweiten Kohorte ist die Thematik einer möglichen Schadstoffbelastung der Muttermilch angesprochen worden: „Es gab eine heftige Manipulation generell in der Öffentlichkeit bei der Diskussion, ob Muttermilch schadstoffbelastet ist.“ (2.10). Insbesondere von Frauen der zweiten und vierten Kohorte wurde gehäuft von einer offenen Einstellung der Gesellschaft gegenüber Stillen berichtet: „Stillen stand nicht im Vordergrund.“ (2.13), „Es war modern, recht liberal zu diesem Thema zu stehen“ (2.12), „Das war liberaler. Stillen war okay, Nichtstillen war auch okay. Das blieb jedem selbst überlassen“ (4.18), „Viele haben es freigestellt, selten gab es extreme Befürworter.“ (4.17). Andere Damen der zweiten, dritten und vierten Kohorte erzählten von Erfahrungen, in denen einzig Stillen als Säuglingsernährung akzeptiert wurde: „Es wurde fast nichts Anderes geduldet“ (2.14), „Wenn man nicht stillte, wurde man böse angeguckt“ (3.17), oder „Wenn man nicht stillte, wurde man dumm angeschaut.“

(4.16). So divergent die Erfahrungen der Studienteilnehmerinnen sein mögen, so sehr veranschaulichen sie, dass das Stillverhalten häufig gesellschaftlich beurteilt wird und die Mütter in ihrem Handeln durch die gesellschaftliche und politische Diskussion beeinflusst werden. Auch die Handhabung des Stillens in der Öffentlichkeit ist als Indiz für die gesellschaftliche Akzeptanz des Stillens in den vier Untersuchungszeiträumen heranzuziehen. Das folgende Diagramm erläutert zunächst, wie viele Mütter der jeweiligen Kohorte Stillen vor fremden Personen in der Öffentlichkeit durchführten und wie häufig lediglich vor bekannten Personen gestillt wurde. Jeder Kohorte wird ein Stapel zugeordnet, so dass jede Aussage der 25 Frauen pro Kohorte ersichtlich wird.

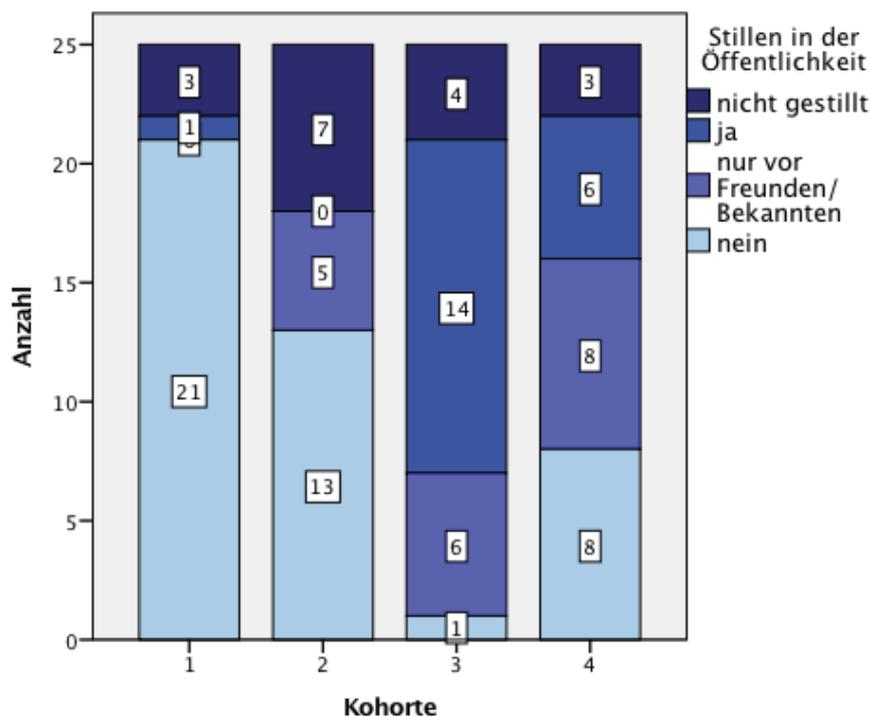


Abbildung 25: Stillen in der Öffentlichkeit

In hellblau sind die Fälle visualisiert, die das Stillen in der Öffentlichkeit kategorisch ausschlossen. Besonders häufig mit 21 Aussagen aller 25 Kohortenmitglieder ist dies in der ersten Kohorte geäußert worden. Seltener wurde dies von Frauen der zweiten Kohorte berichtet und nahezu niemand aus Kohorte 3 stillte nicht in der Öffentlichkeit. Das Ergebnis der jüngsten Kohorten zeigt einen Gegentrend, da immerhin 8 der 25 Frauen das Stillen in der Öffentlichkeit ablehnten. Entsprechend wurde besonders häufig in Kohorte 3 von einer liberalen Haltung gegenüber öffentlichem Stillen gesprochen.

Die Aussagen der Mütter älteren Jahrgangs stimmen vielfach miteinander überein, das öffentliche Stillen galt als extrem unüblich. „Da haben die Leute komisch geguckt.“ (1.19), „Nein. Ich finde das ist nicht normal. Oh Gott, was die Leute gesagt hätten.“ (1.21). Eine Studienteilnehmerin der ersten Kohorte erzählte von einer „unmöglichen“ Anekdote über Frauen, die vor einem Pastor gestillt hätten (1.12). Viele Frauen waren sich einig, in diesem Alter und Lebensumstand sehr schüchtern gewesen zu sein: „Das war früher nicht erlaubt. Sicher, wenn es gar nicht anders gegangen wäre. Man hat sich ja noch geschämt.“ (1.20), oder „Das hätte ich nie gemacht. Da hätte ich mich ja genauso nackt ausziehen können.“ (1.14). Erschwerend kamen für die Stillzeit in den 1940er und 1950er Jahren die Kriegsumstände hinzu: „Nein, das machte man nicht. Es gab auch keine Orte wie Cafés, wo man hingehen konnte, weil doch alles zerbombt war.“ (1.10).

Die Aussagen der Frauen der zweiten Kohorte zeigen keinen so eindeutigen Trend. Viele lehnten öffentliches Stillen ebenfalls ab, „Das gab es doch damals noch nicht.“ (2.17), „Öffentlich stillende Frauen gab es kaum, das waren meist Hippies.“ (2.07). Einige äußerten eine liberalere Haltung angesichts der heutigen gesellschaftlichen Akzeptanz: „Nein, nicht 1970, wir gingen doch gar nicht raus. Heute ist es viel schöner.“ (2.25).

Dem Diagramm entsprechend lassen sich von Frauen der dritten Kohorte ausschließlich positive Einstellungen gegenüber Stillen in der Öffentlichkeit finden. Viele berichteten lediglich von einer diskreten Vorgehensweise: „Wenn es im Notfall sein musste, dann habe ich das an einer ruhigen Ecke gemacht und mir weite Kleidung angezogen.“ (3.03), Die gesellschaftliche Akzeptanz von öffentlichem Stillen in den 1980er und 1990er Jahren wurde in den Gesprächen bestätigt: „An einem bisschen ruhigeren Ort und nicht präsentiert. Da hat keiner blöd geguckt.“ (3.12), „Auch mal im Café, da war ich sehr locker.“ (3.23). Lediglich eine Mutter erwähnte, dass der zu dieser Zeit übliche hohe Nikotinkonsum dem Stillen in Cafés und Lokalen entgegenstand (3.14).

Eine neue Wendung zeigt sich in Anbetracht der Aussagen, die von der vierten Kohorte getätigt wurden. Vereinzelt Frauen berichteten wiederum von einer neu entstandenen Ablehnung gegenüber öffentlich stillender Mütter: „Man muss erst seine Scham überwinden, weil man angegafft wird. Wahrscheinlich ist das heute schon wieder so selten.“ (4.03), „Viele sind immer noch ziemlich spießig. Sogar mein Bruder regte sich über eine stillende Frau im Flugzeug auf.“ (4.02), „Eher nicht, ich

glaube da ist man wieder etwas verklemmter.“ (4.14). Auch eine befragte Mutter selbst sprach sich gegen öffentliches Stillen aus: „Öffentlich stillende Mütter sah man oft, ich fand das ätzend.“ (4.09).

6.4.8 Bildung und Beruf der Mütter

Alle Teilnehmerinnen der vorliegenden Studie haben eine Schule besucht und diese mit einem Schulabschluss beendet. Zur Vereinfachung wurde im Folgenden der Schulabschluss in „Kein Abitur“ und „Abitur“ unterteilt und dies für alle vier Kohorten getrennt voneinander vollzogen. Die Angaben zum Schulabschluss und zur Berufsqualifikation werden herangezogen, um eine grobe Einteilung des Bildungsniveaus der Studienteilnehmerinnen vorzunehmen.

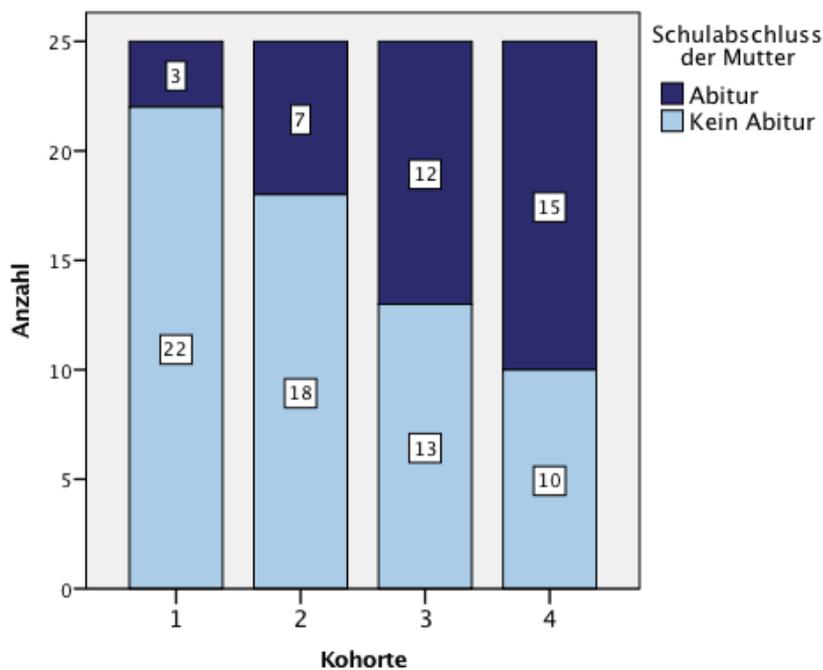


Abbildung 26: Schulabschluss der Mutter

Mit 22 Angaben von insgesamt 25 Kohortenmitgliedern hat der größte Teil der ersten Kohorte einen Schulabschluss ohne Abitur absolviert, mit fortschreitender Zeit wird die Anzahl der Frauen mit einem Abitur häufiger. Knapp Zweidrittel der Mitglieder aus Kohorte 4 gaben schließlich an, das Abitur absolviert zu haben.

Um einen Zusammenhang zwischen Schulabschluss und Stillverhalten herzustellen, dient das folgende Liniendiagramm. Hier wird die Gesamtstillquote von den

befragten Müttern mit Abitur mit der Gesamtstillquote von den befragten Müttern ohne Abitur miteinander verglichen wird.

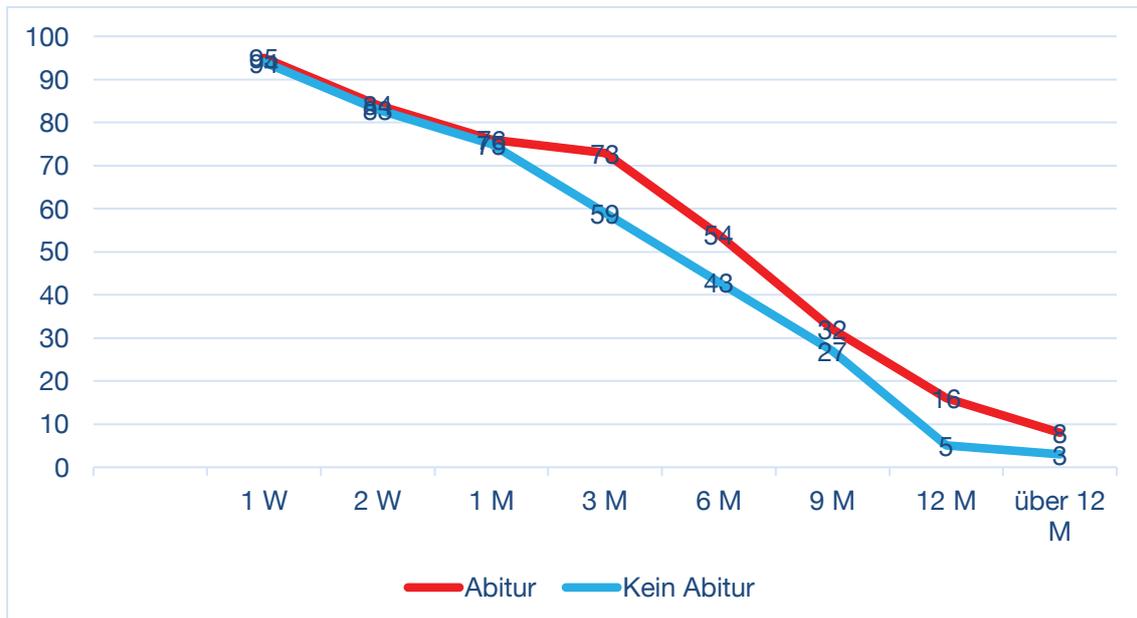


Abbildung 27: Schulabschluss/ Stillquote

Zu den frühen Erhebungszeitpunkten sind keine Unterschiede zu erkennen, beide Kurven zeigen ein Absinken von initial etwa 95% auf etwa 75% innerhalb des ersten Monats nach der Geburt. Anschließend zeigt sich zu jedem späteren Zeitpunkt eine höhere Stillquote derer, die das Abitur absolviert haben, im Vergleich zu denen, die einen Schulabschluss ohne Abitur angeben. Die Aussagekraft dieses Diagramms ist jedoch vor dem Hintergrund zu betrachten, dass sich die Schulabschlüsse zwischen den Kohorten sehr unterscheiden und mit fortschreitender Zeit des Befragungszeitraumes eine höhere Abiturientenquote festgestellt wurde. Daher ist die Kurve der Abiturientinnen dieses Diagrammes vor allem durch Mitglieder der dritten und vierten Kohorte repräsentiert, von denen ohnehin eine längere Stilltätigkeit angegeben wurde.

Anknüpfend erfolgt eine vergleichende Darstellung der Berufsqualifikation, wiederum differenziert nach Kohorten.

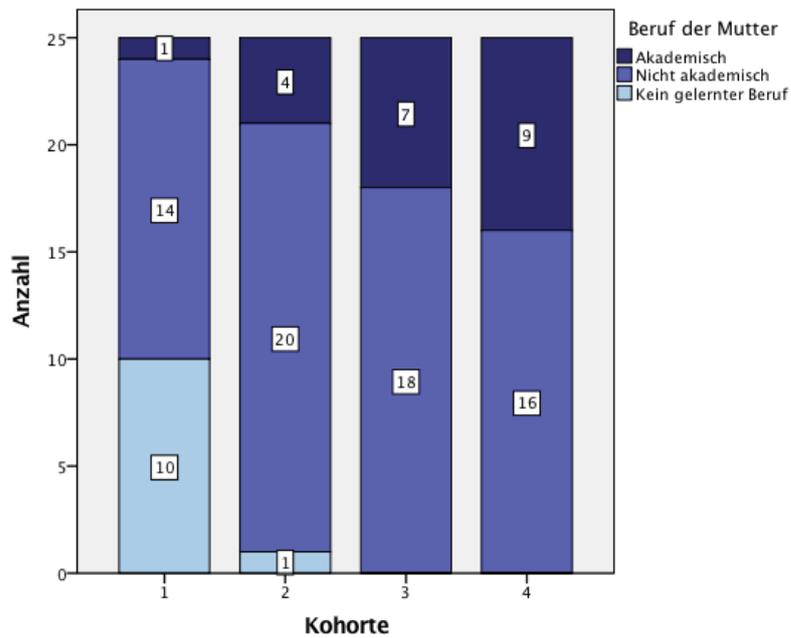


Abbildung 28: Berufsqualifikation der Mutter

Insgesamt elf der befragten Frauen haben keine abgeschlossene Berufsausbildung, überwiegend sind diese der ersten Kohorte zuzuordnen. Die Mehrheit der Studienteilnehmerinnen erlernte einen Beruf ohne akademischen Grad, diese sind in allen Kohorten mit einem ähnlich hohen Anteil von etwa 15-20 der jeweils insgesamt 25 Angaben repräsentiert. Von Kohorte 1 bis Kohorte 4 nimmt die Anzahl der Frauen mit akademischen Beruf kontinuierlich von lediglich einer Angabe bis neun Angaben zu.

Die folgende Abbildung stellt die Gesamtstillquote zu unterschiedlichen Erhebungszeitpunkten der Mütter mit akademischen Berufsabschluss, derer ohne akademischen Berufsabschluss sowie derer ohne abgeschlossene Berufsausbildung gegenüber.

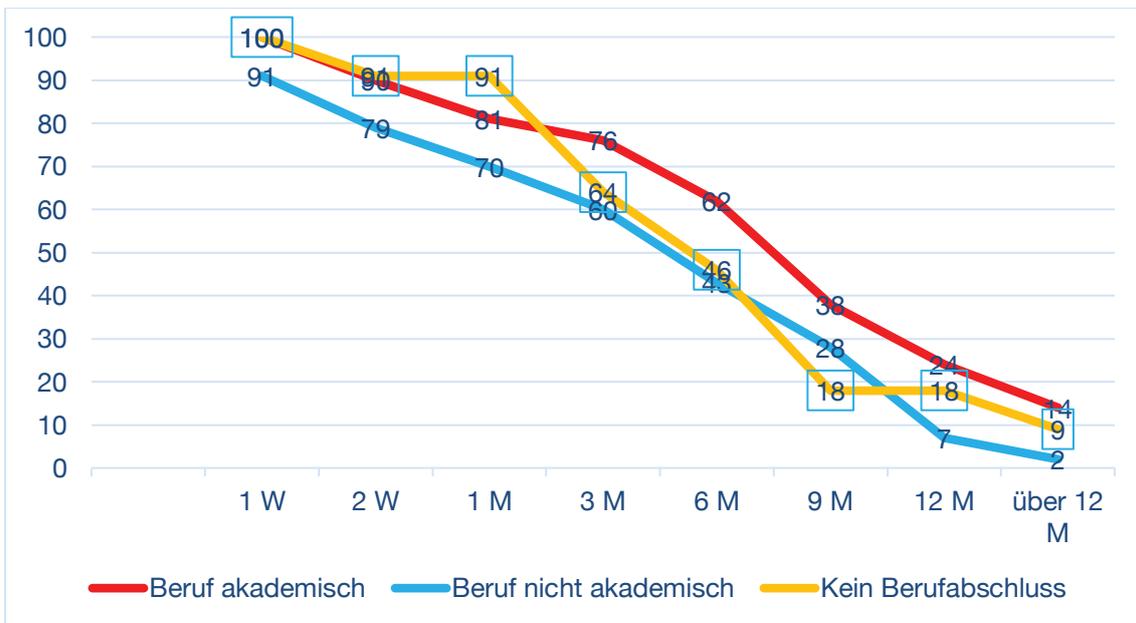


Abbildung 29: Berufsqualifikation/ Stillquote

Über alle Erhebungszeitpunkte hinweg ist eine höhere Stillquote der Frauen feststellbar, die einen akademischen Grad erlangt haben, bereits die initiale Stillquote zeigt einen Unterschied von fast 10% und zu späteren Zeitpunkten sind sogar Unterschiede bis zu 20% sichtbar. Der Kurvenverlauf derer, die keinen Berufsabschluss innehaben ist in der frühen Phase nach der Geburt geringfügig höher als der der anderen Gruppen, und gleicht sich zu späteren Zeitpunkten den Kurven an. Auch hier ist die Aussagekraft einzuschränken, da wiederum die Gruppe der Akademikerinnen zu einem großen Teil durch die dritte und vierte Kohorte gebildet wird, und ein Bias durch Störvariablen entstehen kann.

Dem Umstand folgend, dass Stillen nur bei genügend und regelmäßiger gemeinsamer Zeit zwischen Mutter und Säugling möglich ist, soll im Anschluss der Berufsumfang der Frauen ein Jahr nach der Geburt, nach Kohorten differenziert, betrachtet werden. Darüber hinaus werden die Aussagen, wann und ob nach der Geburt die Berufstätigkeit wiederaufgenommen wurde in einem Balkendiagramm veranschaulicht.

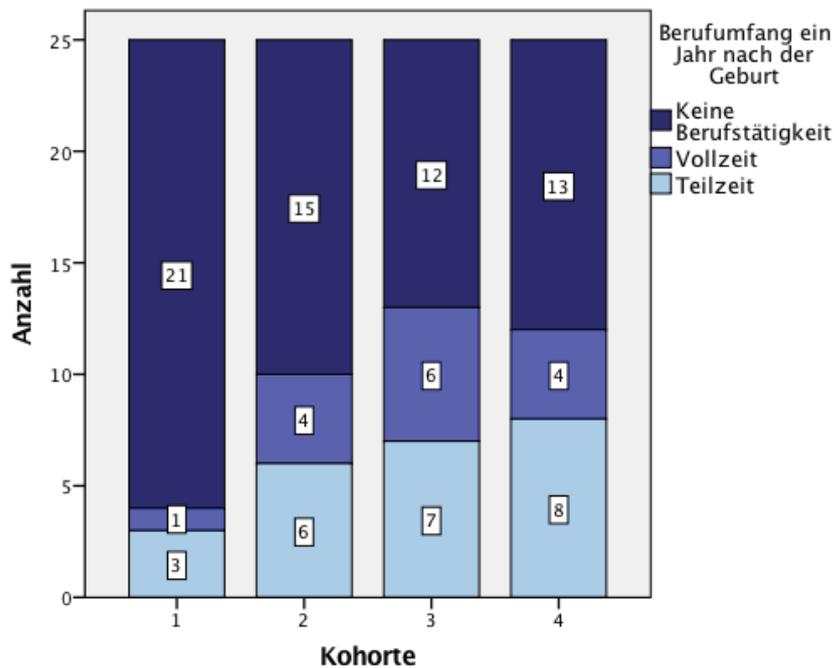


Abbildung 30: Berufsumfang ein Jahr nach der Geburt

Der größte Teil der Frauen, die von der Stillzeit in den 1940er und 1950er Jahren berichten, gab auch ein Jahr nach der Geburt keine Berufstätigkeit an. Eine Erwerbstätigkeit in Teilzeit wurde lediglich von drei Studienteilnehmerinnen dieser Kohorte angegeben.

Über Kohorte 2 bis zu Kohorte 3 zeigt sich ein kontinuierlicher Wandel, eine immer geringer werdende Anzahl der Mütter nahm auch noch ein Jahr nach der Geburt keine Berufstätigkeit auf. Die Zahl der in Teilzeit, aber auch die Zahl der in Vollzeit arbeitenden Frauen, steigt bis zur dritten Kohorte an. Vergleicht man die dritte und die vierte Kohorte, so zeigen sich nahezu konstante Ergebnisse.

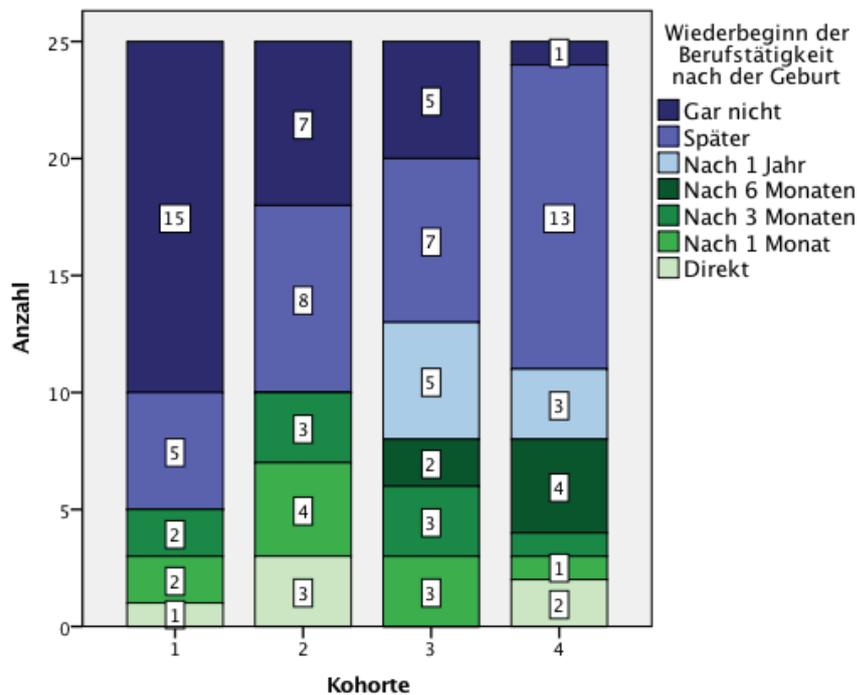


Abbildung 31: Wiederbeginn der Berufstätigkeit nach der Geburt

Mit fortschreitender Zeit innerhalb des Befragungszeitraumes geben kontinuierlich mehr Mütter an, auch nach der Geburt der Kinder eine Berufstätigkeit aufgenommen zu haben. Die Anzahl der Mütter ohne Erwerbstätigkeit sinkt von 15 der 25 Mitglieder aus Kohorte 1 ab auf nur noch eine Mutter von 25 Mitgliedern aus Kohorte 4. Es nimmt aber auch die Anzahl der Frauen zu, die sich nach der Geburt mit dem Wiederbeginn des Berufes Zeit lassen und später als nach einem Jahr wieder einsteigen.

Von ihrem Wiedereinstieg in den Beruf nach der Geburt der Kinder berichteten Frauen der ersten Kohorte in unterschiedlicher Weise. Diejenigen, deren Männer den Krieg überlebt haben und einem ausreichend dotierten Beruf nachgingen, berichteten von keiner Notwendigkeit zu arbeiten: „Nein, nein, mein Mann war Arzt, der brauchte von Zuhause die Unterstützung.“ (1.18), „Das muss man sich nicht antun.“ (1.13). Andere junge Mütter mussten diese Doppelbelastung meistern: „Was blieb mir anderes übrig? Irgendwie mussten wir uns durchschlagen.“ (1.10), „Das war in der Kriegszeit gar nicht möglich. Vater war in der Gefangenschaft, die Brüder wurden von den Russen geholt. Ich war dann mit der Mutter auf dem Hof.“ (1.23). Ebenso divergente Erfahrungen äußerten Frauen der zweiten und dritten Kohorte. Einige sahen es als selbstverständlich an, als Frau die alleinige Rolle der Hausfrau

und Mutter zu übernehmen: „Natürlich bin ich nach dem ersten Kind ausgestiegen.“ (2.23), „Das war damals gar nicht möglich wieder einzusteigen.“ (2.24), „Meine Zeit mit Baby wollte ich schon auskosten.“ (3.07), „Von einem Erziehungsurlaub in den nächsten.“ (3.22). Andere Teilnehmerinnen äußerten emanzipierte Meinungen: „Ich habe acht Wochen später, dann aber nur halbtags, wieder gearbeitet. Aber ewig zu Hause bleiben? Da wäre mir die Decke auf den Kopf gefallen.“ (2.12), „Die Zeit, dass man einfach mal Mutter sein durfte, war vorbei, aber wir Frauen wollten es ja eigentlich auch nicht anders.“ (2.10), „Eine musste ja das Geld nach Hause bringen.“ (3.01), „Ich habe bis zum letzten Tag gearbeitet, Schwangerschaft ist doch keine Krankheit.“ (3.06). Eine junge Mutter der vierten Kohorte berichtet auch von einem Wandel der Einstellungen gegenüber berufstätigen Müttern kleiner Kinder, den sie selbst erlebt hat: „Ich wurde vor zehn Jahren noch als Asi-Mama [Anm.: asozial] angesehen, weil ich so früh wieder arbeiten gegangen bin. Heute ist das ganz normal, das findet keiner mehr komisch.“ (4.01). Ein weiteres Mitglied äußerte sich auch in Bezug auf einen möglicherweise vollzogenen Wandel der Berufstätigkeit von jungen Müttern: „Ich habe erst zwei Jahre später stundenreduziert begonnen, das ist ja nicht mehr selbstverständlich. Viele waren schon etwas neidisch.“ (4.13).

6.5 Intrinsische Einflussfaktoren auf das Stillverhalten

Im vorangegangenen Kapitel sind äußere Faktoren untersucht worden, die die Frauen in ihrem Stillverhalten beeinflusst haben könnten. Nun folgt die Analyse von persönlichen Gründen, die die befragten Mütter zum Stillen motivierten beziehungsweise zum frühzeitigen Abstillen und der Verwendung von Milchersatzprodukten und Beikost veranlassten.

Im Rahmen der Gespräche wurden in diesem Zusammenhang komplexe Sachverhalte durch die Studienteilnehmerinnen erläutert. Zur Erfassung wurden diese in Rubriken kategorisiert und der Komplexität durch Mehrfachnennungen Rechnung getragen.

Einige Probandinnen, die weniger als eine Woche stillten und somit in die Kategorie „nie gestillt“ fallen, haben im Gespräch Gründe genannt, warum sie Stillen befürworten. Aus diesem Grunde stimmt die Anzahl der in den folgenden Diagrammen unter die Kategorie „Stillen kam nicht infrage“ eingeschlossenen Angaben nicht mit der Anzahl der Studienteilnehmerinnen überein, die unter die Kategorie „Nicht gestillt“ eingeordnet wurden.

6.5.1 Gründe für das Stillen

Dargestellt sind im folgenden Kreisdiagramm alle Begründungen der Studienteilnehmerinnen, unabhängig von den Kohorten, die zum Stillen motivierten.

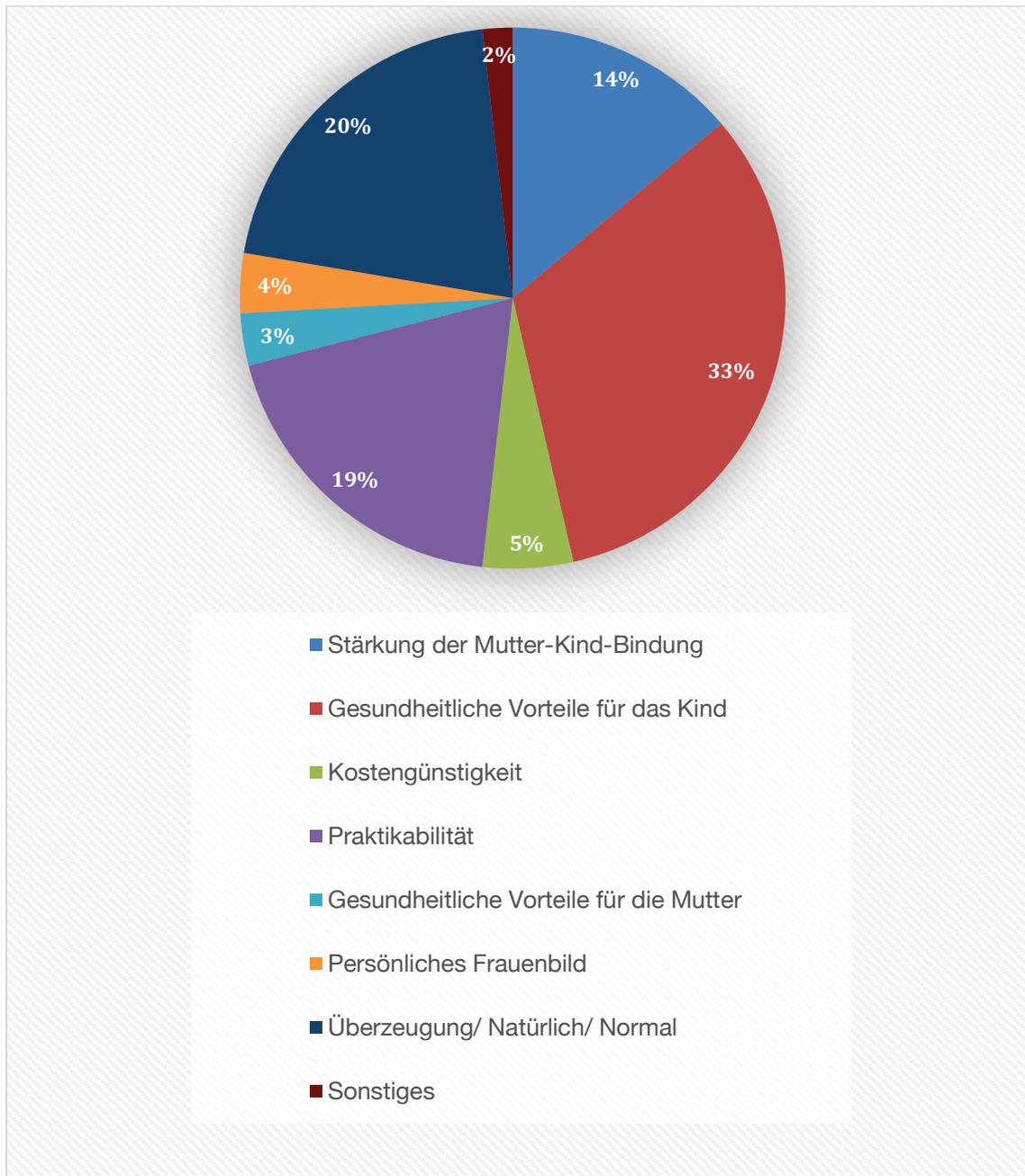


Abbildung 32: Gründe für das Stillen

Mit 33% aller Nennungen ist der gesundheitsfördernde Aspekt für das Kind durch Stillen für den größten Teil der Studienteilnehmerinnen die bedeutendste Motivation zu stillen. An zweithäufigster Stelle rangiert mit 20% die Begründung, dass man von der natürlichen Ernährung überzeugt sei und dies schlicht als normal ansehe. Aber auch eine Stärkung der Bindung zwischen Mutter und Kind durch den regelmäßigen und langen körperlichen Kontakt wurde durch viele Probandinnen geäußert. Die

gänzlich konträre Begründung der besseren Praktikabilität des Stillens fernab von psychosozialen Aspekten nimmt insgesamt einen sogar noch wichtigeren Stellenwert ein.

Um die Schwerpunkte jeder einzelnen Kohorte zu aufzuzeigen sind die Begründungen für die vier unterschiedlichen Untersuchungszeiträume in der folgenden Tabelle gesondert aufgeführt:

	Kohorte 1	Kohorte 2	Kohorte 3	Kohorte 4	Gesamt
Stärkung der Mutter-Kind-Bindung	2	6	14	9	31
Gesundheitliche Vorteile für das Kind	10	18	23	22	73
Kostengünstigkeit	0	4	3	5	12
Praktikabilität	5	9	17	12	43
Gesundheitliche Vorteile für die Mutter	0	1	4	2	7
Persönliches Frauenbild	4	1	2	1	8
Überzeugung/ Natürlich/ Normal	17	13	7	9	46
Sonstiges	1	1	2	0	4
Antworten Gesamt	39	53	72	60	224

Tabelle 11: Gründe für das Stillen

Die Gesamtheit der gegebenen Antworten demonstriert, dass besonders Frauen der dritten Kohorte viele Begründungen aufführen konnten, die sie zum Stillen motivierten. Mit insgesamt 72 Antworten äußerte im Schnitt jedes Mitglied etwa drei Gründe. Es fällt dagegen auf, dass die Studienteilnehmerinnen der ersten Kohorte die wenigsten Gründe nannten. Überdies ist eine deutlich differente Schwerpunktsetzung auffallend.

Kohorte 1

Für Frauen der ältesten Kohorte begründete sich der Stillwunsch vorrangig aus der Überzeugung, dass Stillen die natürlichste Ernährungsform ist und deshalb als normal galt. Vor allem die „Normalität“ des Stillens wurde gehäuft in den Gesprächen mit Frauen der ersten Kohorte angeführt, viele sprachen von mangelnder Verfügbarkeit und fehlendem Wissen über alternative Methoden der Säuglingsernährung: „Das machten alle Frauen. Das gab es gar nicht, dass zugefüttert wurde.“ (1.22), „Das war ja früher so, da haben wir gar nicht drüber gesprochen. Das ist genauso wie mit dem Kaiserschnitt, wenn man die Wahl hat...“ (1.20), „Das gehörte dazu. Wenn ich ein Kind geboren habe, muss ich es auch satt kriegen.“ (1.02). Gehäuft wurde das Stillen der Säuglinge daher als Selbstverständlichkeit erachtet: „Ich wusste gar nicht, dass irgendjemand nicht stillte. Das war doch selbstverständlich.“ (1.10), „Das wurde gar nicht infrage gestellt, Kinder wurden einfach gestillt.“ (1.12).

Auch der gesundheitliche Vorteil für das Kind wurde von 10 Mitgliedern dieser Kohorte genannt, eine weitere Ausführung dazu stellte jedoch in den Gesprächen einen zu vernachlässigen Anteil dar.

Kohorte 2

Zunehmend nimmt der gesundheitsfördernde Aspekt als Stillmotivation zu, einige Mitglieder der zweiten Kohorte erwähnten zwar die damalige Diskussion um eine potenzielle Schadstoffbelastung der Muttermilch, niemand äußerte jedoch in den Gesprächen aufgrund dessen auf das Stillen verzichtet zu haben: „Ich war davon überzeugt, dass Muttermilch selbst mit Schadstoffen besser ist als Ersatzmilch.“ (2.21), „Ich war leicht verunsichert wegen der Diskussion, ob Muttermilch auch gesund ist.“ (2.10). Eine weitere Frau äußerte dahingegen, die Bedenken in der

Gesellschaft nicht wahrgenommen zu haben: „Über Schadstoffbelastung habe ich gar nichts gehört.“ (2.23).

Etwas seltener findet sich nun die Begründung das Stillen lediglich aufgrund der Normalität begonnen zu haben.

Kohorte 3

Da die Studienteilnehmerinnen der dritten Kohorte eine Masse an Begründungen anführten, finden sich in vielen Kategorien hohe Antwortzahlen. Eine noch stärker zunehmende Begründung stellt die Gesundheitsförderung des Säuglings dar, gehäuft wurde von seltenerem Aufkommen von Allergien gesprochen. In den Antworthäufigkeiten ist auch eine Zunahme des psychosozialen Aspektes der Bindungsförderung zu vernehmen, noch deutlicher veranschaulichen ausgewählte Zitate einen zunehmenden Schwerpunkt dieses Aspektes: „Das gehört doch zum Mama werden dazu. Man kann das Kind besonders spüren.“ (3.01), „Das war ein schönes Gefühl für jemanden da zu sein.“ (3.03), „Dann merkt man wieder, dass man ein Teil der Natur ist. Man sollte sich viel mehr auf sein Bauchgefühl verlassen. Es gab in der Zeit einfach nichts Schöneres als sein Kind im Arm zu halten und aus eigener Kraft ernähren zu können.“ (3.21), „Stillen hilft die Liebe wachsen zu lassen, es ist ein Geben und Nehmen.“ (3.14).

Parallel dazu wird auch der Grund der besseren Praktikabilität und der sofortigen Verfügbarkeit von 17 Probandinnen der dritten Kohorte angeführt.

Kohorte 4

Es finden sich viele Parallelen in der Antworthäufigkeit zwischen der Studienteilnehmerinnen der vierten und der dritten Kohorte, dabei fällt nun eine homogenere Verteilung zwischen den Kategorien auf. Ein wieder diskret zunehmender Trend findet sich in der Begründung Stillen aus persönlicher Überzeugung und aufgrund der Natürlichkeit und Normalität begonnen zu haben. Entsprechend finden sich auch in den Aussagen der Mütter sehr verschiedene Schwerpunktsetzungen, dazu werden Beispiele ganz unterschiedlicher Motivationen genannt: „Stillen ist die schönste Zweisamkeit zwischen Mutter und Kind.“ (4.25), „Ich habe Stillen eher als Nahrungsaufnahme betrachtet, die Mutter-Kind-Bindung ist auch so stark.“ (4.11), „Es war mein persönlicher Ehrgeiz, ich wollte auf mich stolz sein.“ (4.10).

Fazit

Den Grafiken und auch den Zitaten der Mütter folgend ist ein Wandel in der Motivation zum Stillen auszumachen. Zwar ist der gesundheitliche Aspekt in allen Kohorten von zentraler Bedeutung, er nimmt jedoch erst mit fortschreitender Zeit den wichtigsten Stellenwert als intrinsischer Einflussfaktor ein. Zunächst gaben die Frauen der ersten Kohorte am häufigsten das Argument „Stillen ist natürlich/normal“ und seltener die Begründung „Stillen ist gesund“ an. Es lässt sich ein deutlicher Sprung zur dritten Kohorte wahrnehmen, in der von vielen Probandinnen eine Vielzahl von Begründungen genannt wurde, vor allem aber eine Hinwendung zu psychosozialen Vorteilen des Stillens auffällt. Die vielfältigen Äußerungen über Emotionen und Bindung zum Kind wurde zwar vor allem von Müttern dieser Kohorte in den Gesprächen betont, scheinen aber im Vergleich zur physiologischen Überlegenheit der Muttermilch weniger Wert zu haben. Sehr breit gefächert erscheinen die motivierenden Gründe von Studienteilnehmerinnen der vierten Kohorte, eindeutige Unterschiede im Vergleich zur dritten Kohorte lassen sich anhand der Antworthäufigkeiten nicht feststellen.

6.5.2 Gründe für ein frühzeitiges Abstillen

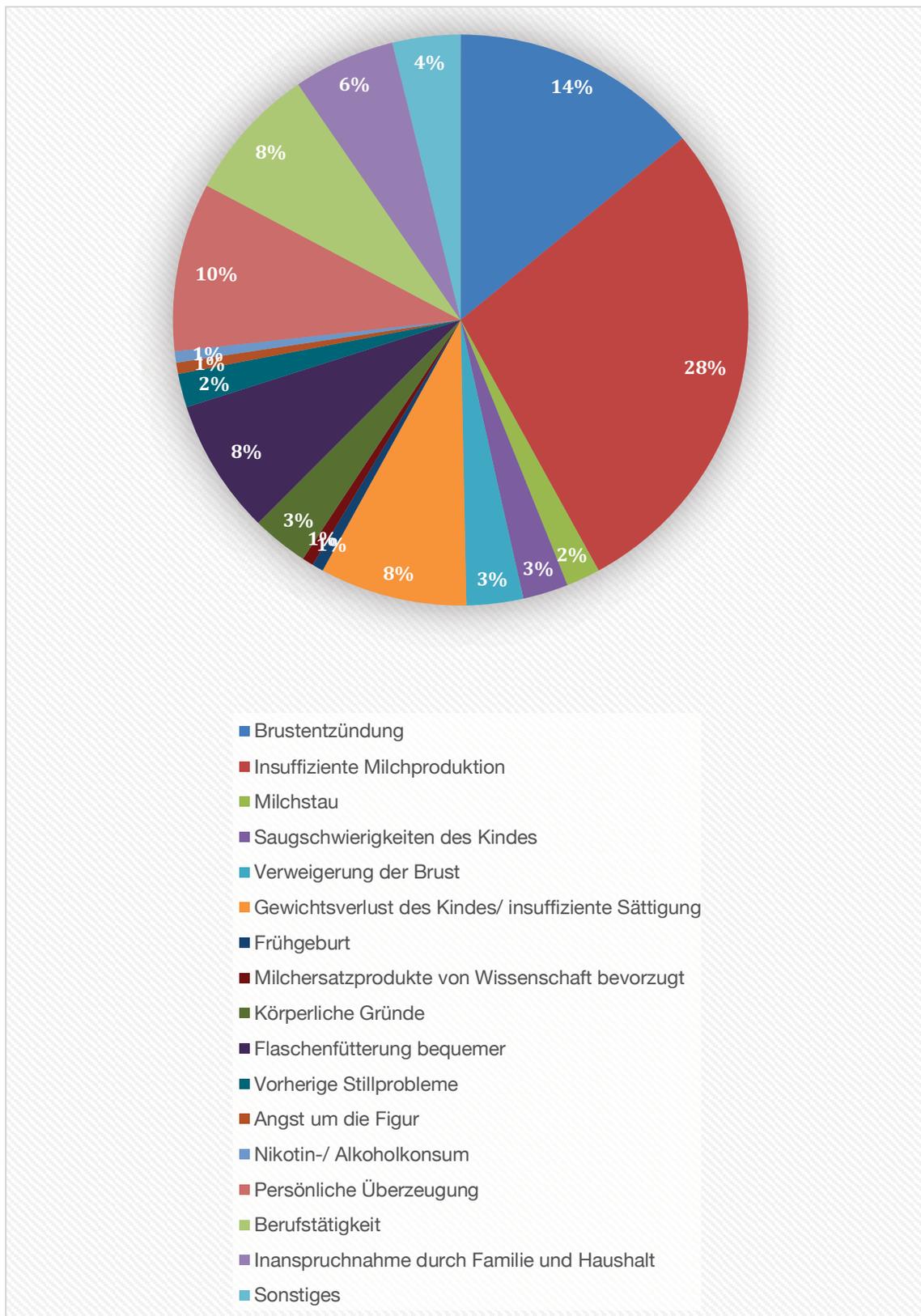


Abbildung 33: Gründe für ein frühzeitiges Abstillen

Es gibt multiple Gründe, weshalb die Teilnehmerinnen der vorliegenden Studie frühzeitig abstillten und als Ersatz Milchersatzprodukte und/ oder Beikost verwendeten. Etwa Zweidrittel der Angaben basieren auf gesundheitlichen Gründen, vor allem wurde das Gefühl einer insuffizienten Milchproduktion genannt. Eng damit verbunden ist die Äußerung, Milchersatzprodukte und Beikost aufgrund eines Gewichtsverlustes des Säuglings beziehungsweise einer unzureichenden Sättigung verwendet zu haben.

Begründungen, die sich unter der Kategorie Lebensstil zusammenfassen lassen, machen etwa ein Viertel der Antworten aus, hier sei vor allem eine bequemere Handhabung der Flaschenfütterung und die persönliche Überzeugung der Mütter zu nennen. Lediglich in seltenen Fällen wurde das Abstillen mit dem Wiederbeginn der Berufstätigkeit begründet.

	Kohorte 1	Kohorte 2	Kohorte 3	Kohorte 4
Brustentzündung	6	7	4	5
Insuffiziente Milchproduktion	13	16	5	10
Milchstau	0	1	1	1
Saug Schwierigkeiten des Kindes	0	1	1	2
Verweigerung der Brust	0	1	2	2
Gewichtsverlust des Kindes/ insuffiziente Sättigung	5	2	2	4
Frühgeburt	0	0	0	1
Milchersatzprodukte von Wissenschaft bevorzugt	0	1	0	0

Körperliche Gründe	2	1	2	0
Flaschenfütterung bequemer	3	2	1	6
Vorherige Stillprobleme	1	1	1	0
Angst um die Figur	0	0	0	1
Nikotin-/ Alkoholkonsum	0	1	0	0
Persönliche Überzeugung	2	0	10	3
Berufstätigkeit	1	5	2	4
Inanspruchnahme durch Familie und Haushalt	2	4	0	3
Sonstiges	0	2	0	4

Tabelle 12: Gründe für ein frühzeitiges Abstillen

Es lassen sich nur wenige Trends von Abstillgründen zwischen den einzelnen Kohorten feststellen. Die große Menge der unterschiedlichen Antworten deutet auf individuelle Stillschwierigkeiten ohne Schwerpunkt in einem Befragungszeitraum hin. Die vorrangig genannte Begründung der insuffizienten Milchproduktion findet sich lediglich in Kohorte 3 seltener. Hier wurde vor allem ein frühzeitiges Abstillen aus persönlicher Überzeugung geäußert. Dies impliziert eine geringere Beeinflussbarkeit der Probandinnen dieser Kohorte durch äußere Einflüsse.

Wie die Ergebnisse der Antworthäufigkeiten spiegeln auch zitierte Äußerungen ganz individuelle Erlebnisse mit dem Stillen und im speziellen mit Stillproblemen wieder. Ein großer Teil der befragten Mütter berichtete von der besseren Praktikabilität der Flaschennahrung und einer dahingehend besseren Vereinbarkeit mit einer Berufstätigkeit: „Wir hatten ein Haus gekauft und deshalb viele Schulden. Als es dann mit der Milch nicht so gut klappte, war ich fast froh, dass ich abstillen konnte,

mit der Berufstätigkeit klappte das besser.“ (2.12), „Heutzutage sind die Fläschchen ja auch gut, da ist ja auch alles drin. Etwas einfacher hat man es dann schon.“ (4.06). Andere Mütter sahen im Abstillen persönliche Vorteile, um wieder „flexibler“ (3.03) und „unabhängiger“ (3.05) zu werden. Darüber hinaus empfanden einige Frauen die Stillzeit nach sehr diskrepanter Dauer als lang genug und ihre Kinder zu weit entwickelt, um noch an der Brust zu trinken: „Ich fand, das war dann lange genug (Anm. Stilllänge 1 Monat).“ (2.13) im Vergleich zu folgendem Zitat: „Es wurde dann Zeit, er war schon recht groß (Anm.: 9 Monate) und einfach kein Baby mehr.“ (3.06). Im Gegensatz dazu wurde durch weitere Erfahrungsberichte deutlich, dass die Kinder ihre eigene Ernährung bereits mitbestimmt haben: „Die Kinder wollten auch mal das Gleiche wie die Eltern essen, das Interesse für die Brust war nicht mehr so stark.“ (4.11), „(Das Kind) hatte Spaß mit dem Löffel zu essen, so wie wir. Es wollte immer weniger an die Brust.“ (2.18).

7 Diskussion

7.1 Die methodische Vorgehensweise

7.1.1 Oral History

Für die Erforschung des Stillverhaltens über einen Zeitraum von über 60 Jahren wurde die geschichtswissenschaftliche Methode Oral History ausgewählt. Das freie Sprechen über die eigenen Lebensumstände, Pläne und Einstellungen und über das tatsächliche Verhalten rund um die Säuglingsernährung dient dazu, der Komplexität des Sachverhaltes gerecht zu werden. Punktgenaues Hinterfragen durch den Interviewer kann insbesondere bei weit zurückliegenden Erlebnisberichten älterer Gesprächsteilnehmerinnen Erinnerungen wecken, um das damalige Stillverhalten zu rekonstruieren. Dadurch ist zwar eine detaillierte Analyse des Stillverhaltens möglich, die Ergebnisse sind jedoch vor dem Hintergrund etwaiger Einschränkungen subjektiver Forschung einzuordnen: Das berichtete Stillverhalten kann bezüglich der Wahrhaftigkeit keinerlei Überprüfung unterzogen werden, daher ist es vor dem Hintergrund unbewusster oder gar bewusster Realitätsverzerrung zu betrachten. Auch der Prozess vom Erleben in der Vergangenheit bis zum Berichten in der Gegenwart ist verschiedenen kognitiven Prozessen unterlegen und daher nicht als authentisch zu werten. Eine rekonstruierende, interpretierende und auswählende Ebene des Erzählenden ist diesem Prozess zwischengeschaltet und gilt beachtet zu werden.¹²⁸ Die Tatsache, dass in den 100 durchgeführten Gesprächen jeweils alle Punkte des Fragebogens beantwortet werden konnten, kann als bemerkenswert angesehen werden, insbesondere ist dies für die Frauen der ersten und zweiten Kohorte mit lange zurückliegenden Erfahrungsberichten hervorzuheben. In Einzelfällen ist dies jedoch erst durch wiederholtes Nachfragen in den Gesprächen möglich und mit Unsicherheit belegt gewesen. Vor dem Hintergrund der angestellten Überlegungen über die Wahrhaftigkeit der Erfahrungsberichte ist daher eine Einschränkung in der Interpretation allein aufgrund von Erinnerungslücken zu berücksichtigen.

Durch die Methode Oral History ist mit 100 Frauen eine deutlich kleinere Stichprobe befragt worden, als es in den durch die Mütter selbst auszufüllenden

¹²⁸ Vgl. Plaßwilm: Grenzen des Erzählbaren. Erinnerungsdiskurse von NS- Zwangsarbeiterinnen und Zwangsarbeitern in Ost- und Westeuropa, 2011, S. 45.

fragenbogengestützten Stillstudien, wie der KiGGS- und der SuSe-Studie sowie der Studie „Stillverhalten in Bayern“ möglich war. Der retrospektive Ansatz der vorliegenden Arbeit kann nach abgeschlossener Stillzeit der Mütter keinerlei Einfluss auf das erfragte Verhalten nehmen. Im Gegensatz dazu ist es denkbar, dass eine prospektive Untersuchungsdurchführung, wie in der SuSe-Studie und in der Studie „Stillverhalten in Bayern“, allein durch die Aufforderung zur Teilnahme unmittelbar nach der Geburt die dort rekrutierten Mütter zum Stillen motivieren kann.

7.1.2 Der Fragebogen

Die Nutzung des 13-seitigen Fragebogens dient dazu, die Gespräche zu strukturieren und vergleichbare Antworten in Bezug auf das Stillverhalten für die Auswertung zu gewinnen. Individuelle Schwerpunkte der Zeitzeugen können sich durch diese Vorgehensweise allerdings weniger herausbilden und das freie Sprechen kann teilweise unterbunden werden.

Einigen Rubriken innerhalb des Fragebogens wurde eine feste Struktur vorgegeben, um eine klare Visualisierung der Ergebnisse zu ermöglichen. Insbesondere betrifft dies die zentrale Rubrik der Stilldauer. Um die von jeder Zeitzeugin individuellen und teils sehr detaillierten Antworten zu kategorisieren, wurde die jeweils genannte Stilldauer auf- und abgerundet und kürzere Zeitabstände für frühere Erhebungszeitpunkte und im Verlauf längere Zeitabstände gewählt. Dadurch findet man in den vorliegenden Diagrammen unterschiedlich große Abstände zwischen den Werten auf der Zeitachse.

7.1.3 Die Stichprobe

Zur Untersuchung des Stillverhaltens in der Stadt Hamm wurden Probandinnen befragt, die zur Zeit der Geburt und des Aufwachsens ihrer Kinder Bürgerinnen dieser Stadt waren. Die Zielsetzung bestand allerdings nicht darin, die soziale und kulturelle Vielfalt der Bevölkerung abzubilden. Die in Kapitel 5.3 vorgestellten Einschlusskriterien, wie eine einheitliche Staatsangehörigkeit und Religionszugehörigkeit sowie die Unabhängigkeit von sozialer Unterstützung, erzeugen eine nötige Homogenität der Stichprobe, um Störvariablen in der Vergleichbarkeit zu minimieren.

Bei der Anfrage zur Studienteilnahme bestand lediglich für die Auswahl der 25 Zeitzeuginnen der ältesten Kohorte eine gewisse Schwierigkeit: Frauen, die von

einer Stillzeit in den 1940er und 1950er Jahren berichten sollten, hatten zum Zeitpunkt der Erhebung im Jahre 2012 und 2013 häufig ein Alter von über 85 Jahren erreicht. Die Voraussetzung eines guten Erinnerungsvermögens zur Teilnahme an der Studie führte entsprechend zu einer Limitation. Zu beachten ist daher, dass das damalige Stillverhalten und die subjektiven Sichtweisen der Mütter zu rekonstruieren sind¹²⁹ und das Gesagte nicht als unumstößliche faktische Wahrheit angesehen werden darf.

Die Einteilung der vier Kohorten wurde anhand des in Kapitel 3.3 erarbeiteten Wandels der Säuglingsernährung vorgenommen. Um einen langen Zeitraum abzudecken, gleichzeitig aber eine angemessene Anzahl an Mitgliedern pro Kohorte zu erhalten, wurden jeweils zwei Dekaden zu einer Kohorte zusammengefasst. Insbesondere im Zeitraum der 1940er und 1950er Jahre ist mit dem zweiten Weltkrieg, dem Ende des Nationalsozialismus und der Gründung der Bundesrepublik ein massiver politischer und gesellschaftlicher Umbruch vorherrschend. Dieser betrifft in Gänze die Stillzeit der ersten Kohorte. Es ist trotzdem anzunehmen, dass sich die Determinanten des Stillverhaltens innerhalb dieser Kohorte nicht widersprüchlich zueinander verhalten, da die innerfamiliäre Rollenverteilung und die Erwartungshaltungen an die Frau deutlich weniger drastische Wandlungen aufweisen.

¹²⁹ Helfferich: Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews, 2005, S. 19.

7.2 Stillhäufigkeit, Stilldauer und Stillquote

7.2.1 Zeiträume hoher Stilltätigkeit und Einordnung in historische Begründungszusammenhänge

A Stillhäufigkeit

In Bezug auf den unmittelbaren Stillbeginn nach der Geburt findet sich in den 1940er und 1950er Jahren ein absolutes Maximum, da einzig die Frauen der ersten Kohorte ausnahmslos mit dem Stillen begonnen haben. Die in den Gesprächen häufig genannte Selbstverständlichkeit zu stillen ist mit diesem deutlichen Ergebnis vereinbar (vgl. die Zitate in Kapitel 6.5.1 zu Kohorte 1). Der Großteil der Mütter aus dieser Kohorte begründete den Stillbeginn mit der Normalität des Stillens als Ernährung für den Säugling sowie einer dem Stillen zugewandten Erwartungshaltung des Umfeldes. Auch der Mangel an Alternativen zur Muttermilch im Rahmen eines allgemeinen Nahrungsmangels sowie finanzieller Notlage ist als Motivation in den Kriegs- und Nachkriegsjahren zum Stillen angeführt worden (Frauen, die in den 1940er und 1950er Jahren geboren wurden, berichteten von Erfahrungen ihrer eigenen Mütter auf die Frage, ob und wie lange sie selbst gestillt wurden: „Kurz nach dem Krieg gab es wenig Geld, deshalb wurde ich lange gestillt.“ (2.09), „Sehr, sehr lange. Das war nach dem Krieg üblich, bestimmt 2-3 Jahre.“ (2.13)).

Eine weitere Begründung für diesen Höhepunkt der Stilltätigkeit ist in der Gesundheitspolitik zu finden. Als Reaktion auf den Rückgang der Stilltätigkeit Anfang des 20. Jahrhunderts¹³⁰ und einer Lockerung der starren Ernährungsempfehlungen¹³¹ versuchte man zur Zeit des Nationalsozialismus mit einer aggressiven und moralisierenden Stillpropaganda die Stilltätigkeit zu erhöhen.¹³² Dies geschah offensichtlich mit Erfolg, die Stillquote schnellte in den 1930er Jahren bereits auf über 90% hoch.¹³³ Zeitzeugen, die in besagter Dekade

¹³⁰ Selter: Die Notwendigkeit der Mutterbrust für die Ernährung der Säuglinge. In: Centralblatt für Allgemeine Gesundheitspflege, 1902, S. 377-392.

¹³¹ Vgl. Dill: Nationalsozialistische Säuglingspflege – Eine frühe Erziehung zum Massenmenschen, 1999, S. 22.

¹³² Vgl. ebd., S. 23.

¹³³ Thoms: „Der Tod aus der Milchflasche“ Säuglingssterblichkeit und Säuglingsernährung im 19. und 20. Jahrhundert. In: Burhenne, V., Schulz, S.: Kein Kinderspiel das erste Lebensjahr: Begleitbuch zur gleichnamigen Wanderausstellung des Westfälischen Museums, 1994, S. 58-69.

gestillt haben, konnten für die vorliegende Studie nicht mehr gewonnen werden. Es ist jedoch anzunehmen, dass eine Prägung durch die nationalsozialistische Ideologie auch bei den Studienteilnehmerinnen stattgefunden hat, die über ihre Stillzeit in den 1940er und 1950er Jahren berichten. Die vorliegenden Ergebnisse untermauern daher die Beobachtung, dass die rigorose Stillpropaganda zur deutlichen Anhebung der initialen Stillquote beigetragen hat.

B Stildauer

Die Stildauer bezeichnet die durchschnittliche zeitliche Länge des Stillens in den vier Kohorten. Hier ist wiederum zwischen dem Gesamtstillen (Muttermilch mit oder ohne zusätzlicher Fütterung von Muttermilchersatzprodukten oder Beikost) und dem Vollstillen (Keine zusätzliche Fütterung von Muttermilchersatzprodukten oder Beikost) zu differenzieren.

Im Hinblick auf die Gesamtstildauer ist ein Maximum ab den 1980er Jahren festzustellen, das bis heute plateauartig anhält. Sowohl für Kohorte 3 als auch für Kohorte 4 wurde eine durchschnittliche Gesamtstildauer von 6,4 Monaten errechnet.

Ab den 1980er Jahren zeigt sich eine starke Hinwendung zum Stillen, die durch die Gründung diverser Organisationen zur Förderung des Stillens ihren Ausdruck findet (1976 Gründung der deutschen La Leche Liga, 1980 Gründung der Arbeitsgemeinschaft Freier Stillgruppen). Auch Kersting et. al. beschreiben einen stetigen Anstieg der Stilltätigkeit zu dieser Zeit, der bis zum Ende des Untersuchungszeitraumes der SuSe-Studie Mitte der 1990er Jahre anhält.¹³⁴

Ausgewählte Zitate der in der vorliegenden Arbeit befragten Mütter verdeutlichen einen besonders in den 1980er und 1990er Jahren auffallenden Zeitgeist, der psychosoziale Aspekte in Bezug auf das Stillen integriert und eine Verbundenheit zur Natur und Esoterik aufweist: „Dann merkt man wieder, dass man ein Teil der Natur ist. Man sollte sich viel mehr auf sein Bauchgefühl verlassen. Es gab in der Zeit einfach nichts Schöneres als sein Kind im Arm zu halten und aus eigener Kraft ernähren zu können“ (3.21) oder „Stillen hilft die Liebe wachsen zu lassen, es ist ein Geben und Nehmen“ (3.14). Diese Zitate untermauern die Beobachtung, dass vor

¹³⁴ Kersting, Dulon: Über das Stillen in Deutschland – die SuSe-Studie. In: Pzyrembel: Stillen und Muttergesundheit. Grundlagen, Erfahrungen und Empfehlungen, 2001, S. 269-278.

allein die stillenden Mütter der 1980er und 1990er Jahre die Entscheidung zum Stillen aufgrund eines fördernden Einflusses auf die Mutter-Kind-Beziehung begründeten. Der Entwicklung einer innigen Bindung zwischen Mutter und Kind wird auch in anderen Studien eine hohe Bedeutung für eine lange Stilldauer von über einem Jahr zugesprochen.¹³⁵ Begründungen, die auf eine emotionale Verbundenheit zwischen Mutter und Kind abzielen, finden sich in den Gesprächen mit Frauen der vierten Kohorte dagegen kaum, zunehmend stehen Gründe der Praktikabilität im Vordergrund: „Ich habe Stillen eher als Nahrungsaufnahme betrachtet, die Mutter-Kind-Bindung ist auch so stark.“ (4.11).

Im Hinblick auf das Vollstillen weist die durchschnittliche Stilldauer der dritten Kohorte (1980er und 1990er Jahre) mit durchschnittlich 4,6 Monaten ein deutliches Maximum auf.

Ab der Mitte des 20. Jahrhunderts nimmt mit fortschreitender Zeit der gesundheitsfördernde Aspekt für den Säugling an Bedeutung zu und findet seinen Höhepunkt in den 1980er und 1990er Jahren. Auch die von Novotny et. al. innerhalb dieses Zeitraumes durchgeführte Studie stellt die Gesundheitsförderung als wichtigste Determinante für die Wahl des Stillens als Säuglingsernährung einerseits und für die alleinige Verwendung von Muttermilch andererseits heraus.¹³⁶ Forschungen über den Wandel des Gesundheitssystems in Deutschland heben insbesondere die Dekade der 1980er Jahre hervor, in der sich neue Entwicklungen bezüglich Gesundheitspolitik und Ethik manifestierten.¹³⁷ Bis auf den bereits oben erläuterten hohen Stellenwert der Förderung der Mutter-Kind-Bindung durch Stillen, findet man in der Argumentation keine wesentlichen Unterschiede zwischen der dritten und vierten Kohorte. Gründe der Praktikabilität sowie der Kostengünstigkeit werden gehäuft angeführt, auch diese nehmen interessanterweise mit der Zeit bis zum Ende des 20. Jahrhunderts in der Antwortstatistik zu. In Anbetracht der

¹³⁵ Hills-Bonczyk, Tromiczak, Avery, Potter, Savik, Duckett: Women's experiences with breastfeeding longer than 12 months. In: Birth 1994.

¹³⁶ Vgl. auch Novotny, Kieffer, Mor, Thiele, Nikaido: Health of infant is the main reason for breastfeeding in a WIC population in Hawaii. In: J Am Diet Assoc. 1994, 94, S. 293-297.

¹³⁷ Schäfer, Frewer: Gesundheitskonzepte im Wandel – Die 1980er Jahre als „Wendephase“? In: Gesundheitswesen 2010.

Nahrungsmittelknappheit in den Kriegs- und Nachkriegsjahren hätte man solche Stillbegründungen daher eher von Müttern erwartet, die in diesem Zeitraum stillten. Auffallend ist vor allem in der Zeit der 1980er und 1990er Jahre das Anführen einer großen Vielfalt an Begründungen, weshalb sich für das Stillen als Säuglingsernährung entschieden wurde. Dies impliziert insbesondere in diesem Zeitraum eine aktive Beschäftigung mit den Vorteilen des Stillens und eine aufgeklärte Entscheidungsfindung.

C Stillquote

Eine dritte Komponente der Stilltätigkeit bildet die Stillquote. Ein klares Maximum der Gesamtstillquote ist nicht ohne die Einbeziehung der unterschiedlichen Erhebungszeitpunkte nach der Geburt darzustellen. Die höchste Stillquote findet sich somit in Kohorte 4 zu den Erhebungszeitpunkten drei (80%) und sechs Monate (68%) nach der Geburt. Keine der anderen Kohorten wies zu diesen Zeitpunkten höhere Quoten auf. Bei längeren Stillzeiten (neun und zwölf Monate post partum) ist das Maximum in Kohorte 3 zu finden, 44% stillten mindestens neun Monate und 16% der Mütter stillten mindestens ein Jahr.

Richtet man das Augenmerk auf die Vollstillquote zeigt sich ein deutliches Maximum bei Kohorte 3 zu den Erhebungszeitpunkten drei und sechs Monate nach der Geburt.

D Zusammenfassung

Je nach Definition lassen sich anhand der vorliegenden Ergebnisse Maxima der Stilltätigkeit in unterschiedlichen Zeiträumen des 20. Jahrhunderts finden. Der Höhepunkt der Stillhäufigkeit zeigt sich in den 1940er und 1950er Jahren, der Höhepunkt der durchschnittlichen Gesamtstilldauer ab den 1980er Jahren bis heute. Dies deckt sich mit den von vielen Autoren genannten Maxima zur Zeit des Nationalsozialismus und ab den 1980er Jahren bis heute.¹³⁸ Das Maximum der

¹³⁸ Vgl. Heimerdinger: Brust oder Flasche? – Säuglingsernährung und die Rolle von Beratungsmedien, 2007, und Tönz: Zur Geschichte des Stillens. In: Scherbaum, Perl, Kretschmer (Hrsg.): Stillen. Frühkindliche Ernährung und reproduktive Gesundheit, Köln 2003, S. 6, und Kersting, Dulon: Über das Stillen in Deutschland – die SuSe-Studie. In: Pzyrembel: Stillen und Muttergesundheit. Grundlagen, Erfahrungen und Empfehlungen, 2001, S. 276.

durchschnittlichen Vollstilldauer findet sich in der vorliegenden Arbeit jedoch einzig in den 1980er und 1990er Jahren mit leichtem Absinken ab der Jahrtausendwende.

7.2.2 Zeiträume niedriger Stilltätigkeit und Einordnung in historische Begründungszusammenhänge

A Stillhäufigkeit

Das Minimum der Stillhäufigkeit in dem in der vorliegenden Studie untersuchten Zeitraum findet sich in den 1960er und 1970er Jahren (Kohorte 2), die initiale Stillquote liegt bei 88%. Ab der Mitte des Jahrhunderts werden große Fortschritte in der Milchtechnologie beschrieben¹³⁹, die zusammen mit dem zunehmenden Interesse der Gesellschaft an technischen Neuerungen eine aufgeschlossene Haltung gegenüber industriell gefertigter Säuglingsanfangsnahrung begründete.¹⁴⁰

Dies wird durch die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit in Bezug auf die Einführung von Milchersatzprodukten untermauert. Hier besteht ein deutlicher Unterschied zu den anderen Kohorten: Die Tatsache, dass mehr als 90% der Mütter in den 1960er und 1970er Jahren Milchersatzprodukte in Anspruch nahmen, deutet auf einen hohen Stellenwert dieser technisch erzeugten Produkte in der Gesellschaft hin. Im Gegensatz dazu wurde lediglich von 50-70% der drei anderen Kohorten berichtet, Ersatzmilch verwendet zu haben. Determinanten wie der aufkommenden Diskussion um eine mögliche Schadstoffbelastung der Muttermilch, der stetigen technischen Verbesserung in der Herstellung von Milchersatzprodukten sowie der Emanzipationsbewegung¹⁴¹ werden in der Literatur Einflüsse auf das Stillverhalten zugewiesen. Die Auswertung der Antworten der Studienteilnehmerinnen kann diesen Sachverhalt jedoch nicht belegen. Keine Studienteilnehmerin gab an, aufgrund von Angst vor Rückständen in der Milch das Stillen in Frage gestellt zu haben. Frühzeitiges Abstillen wurde ebenfalls nicht durch eine Präferenz von Milchersatzprodukten begründet.

¹³⁹ Krasselt, Scherbaum, Tönz: Muttermilch-Ersatzprodukte. In: Scherbaum, Perl, Kretschmer (Hrsg.): Stillen. Frühkindliche Ernährung und reproduktive Gesundheit, Köln 2003, S. 19.

¹⁴⁰ Vögele, Halling, Rittershaus: Entwicklung und Popularisierung ärztlicher Stillempfehlungen in Deutschland im 20. Jahrhundert, 2010, S. 225. In: Medizinhistorisches Journal, Jg. 45, 2010. S. 231.

¹⁴¹ Vgl. Vögele, Rittershaus, Halling: "Breast is best" – Infant-feeding, infant mortality and infant welfare in Germany during the late nineteenth and twentieth centuries, 2013, S. 2197.

Hingegen wird aus den Antworten deutlich, dass eine zunehmend liberale Einstellung zur Stillpraxis mit weniger Reglementierungen die nun als „Stillfanatismus“¹⁴² bezeichneten strengen Ernährungsforderungen des Nationalsozialismus und der Nachkriegsjahre ablöste. Insbesondere der internationale Bestseller „The Common Sense Book of Baby and Child Care“ des amerikanischen Pädiaters Benjamin Spock und die Pädiater Klaus und Kennele¹⁴³ gelten als prägend für diesen Wandel.

B Stilldauer

Das Minimum der Stilldauer findet sich nicht nur im oben genannten Zeitraum geringer Stillhäufigkeit in den 1960er und 1970er Jahren, sondern weist ebenso niedrige Werte in dem Beobachtungszeitraum davor, in den 1940er und 1950er Jahren, auf. Im Detail beträgt die durchschnittliche Gesamtstilldauer sowohl von Müttern in den 1940er und 1950er Jahren als auch von Frauen in den 1960er und 1970er Jahren 3,7 Monate und die durchschnittliche Vollstilldauer 2,7 Monate. Bemerkenswert ist dies, da beide Kohorten vollkommen unterschiedliche Stillquoten unmittelbar nach der Geburt aufweisen. Dadurch wird deutlich, dass das Stillverhalten fortlaufenden Einflüssen ausgesetzt ist und nicht allein durch den initialen Entschluss für oder gegen das Stillen bedingt wird. Eine Erörterung diverser Einflussfaktoren wird in Kapitel 7.3 „Ätiologie der Diskrepanz zwischen Stillwille und Stillverhalten“ vorgenommen.

C Stillquote

Sowohl die Quoten des Gesamtstillens als auch die des Vollstillens fallen bei den Müttern, die in den 1960er und 1970er Jahren gestillt haben, am geringsten aus. Deutlich ist dies beispielsweise anhand der Stillquote nach drei Monaten post partum nachzuvollziehen. So wurde von Müttern der zweiten Kohorte in der

¹⁴² Hüter: Untersuchungen zum Stillproblem, 1967, S. 216-217.

¹⁴³ Der Ratgeber „Der erste Bund fürs Leben“ thematisierte eine Förderung der Beziehung zwischen Eltern und Kind durch möglichst langen Kontakt zwischen Mutter und Neugeborenen unmittelbar nach der Geburt und eine möglichst enge räumliche Nähe in den Tagen des Krankenhausaufenthaltes. Daraus entwickelte sich das heutzutage gängige Konzept Rooming-in. Vgl. Tönz: Stillpraxis im Wandel der Zeit, 2003. In: Scherbaum, Perl, Kretschmer (Hrsg.): Stillen. Frühkindliche Ernährung und reproduktive Gesundheit, Köln 2003, S. 5.

vorliegenden Studie beispielsweise nach drei Monaten eine Gesamtstillquote von 44% ermittelt. Im Gegensatz dazu stillten zu diesem Zeitpunkt 80% der Mütter aus Kohorte 4. Die im vorherigen Abschnitt erläuterten historischen Parameter bezogen auf die Stilldauer haben auch auf die Stillquote entsprechende Wirkung.

D Zusammenfassung

Das Minimum des Stillens deutscher Frauen ist in der Literatur nicht einheitlich beschrieben. So wird der Rückgang der Stilltätigkeit von einigen Autoren zwischen den 1950er und 1960er Jahren angegeben¹⁴⁴. Andere datieren ihn dagegen erst Anfang bis Mitte der 1970er Jahre.¹⁴⁵ Auch Heimerdinger stellt den Tiefpunkt der Stilltätigkeit in der Mitte der 1970er Jahre fest, er begründet dies anhand der verstärkten Thematisierung des Stillrückgangs in der damals sehr populären Zeitschrift „Eltern“.¹⁴⁶ Da jede Kohorte der vorliegenden Arbeit jeweils zwei Dekaden abdecken, ist das Minimum hier nicht bis auf das Jahr genau abzugrenzen. Die geringste Stillhäufigkeit findet sich in der vorliegenden Arbeit zur Zeit der 1960er und 1970er Jahre und deckt sich mit den Zeitangaben der genannten Autoren. In Bezug auf die durchschnittliche Stilldauer wurde allerdings eine breite Talsohle von 1940 bis 1970 festgestellt.

7.2.3 Vergleich mit anderen Stillstudien

Um die Ergebnisse zur Stillhäufigkeit, -dauer und -quote in den Forschungsstand einzuordnen, erfolgt ein Vergleich mit den Stillstudien, die in Kapitel 2 „Stillen – Stand der Forschung“ der vorliegenden Arbeit besondere Berücksichtigung finden. Eine Einschränkung erfährt dieser Vergleich aufgrund unterschiedlicher

¹⁴⁴ Thoms: „Der Tod aus der Milchflasche“ Säuglingssterblichkeit und Säuglingsernährung im 19. Und 20. Jahrhundert. S. 58.69. In: Burhenne, Schulz: Kein Kinderspiel das erste Lebensjahr: Begleitbuch zur gleichnamigen Wanderausstellung des Westfälischen Museums, 1994.

¹⁴⁵ Kersting, Dulon: Assessment of breast-feeding promotion in hospitals and follow-up survey of mother-infant pairs in Germany: the SuSe Study. In: PublicHealth Nutr, 2002, 5:547-552., oder Borrmann: Positive und negative Auswirkungen des Stillens in den ersten Monaten post partum aus der Sicht von Müttern. In: Borrmann, Schücking (Hrsg.): Stillen und Müttergesundheit, 2006, S. 45 – 56.

¹⁴⁶ Heimerdinger: Brust oder Flasche? – Säuglingsernährung und die Rolle von Beratungsmedien, 2007.

Studiendesigns und differenter Teilnehmerzahlen. Den unterschiedlichen Beobachtungszeiträumen wird Rechnung getragen, indem für den Vergleich lediglich die jeweilige Kohorte herangezogen wird, die über das Stillverhalten in den selben Jahrzehnten berichtet.

Die Terminologie der vorliegenden Studie wird analog zu den Begriffen des Bundesinstitutes für Risikobewertung und der Nationalen Stillkommission gewählt. Leicht differierende Definitionen findet man in anderen Studien, so dass dahingehend Einschränkungen innerhalb des Vergleiches gelten.

In der **KiGGS-Studie** wurde die Säuglingsernährung von Kindern, die zwischen 1986 bis 2005 geboren wurden, untersucht.¹⁴⁷ Ein Vergleich erfolgt mit den Ergebnissen von Kohorte 3 und 4, da diese annähernd den selben Beobachtungszeitraum repräsentieren. In der KiGGS-Studie fällt mit 74% stillender Mütter im Jahr 1986 eine geringere Stillhäufigkeit als im Jahr 2005 auf, in dem 81% der Mütter stillten. Ein Vergleich mit der ermittelten Stillhäufigkeit der vorliegenden Arbeit (Stillhäufigkeit in den 1980er und 1990er Jahren 96%, Stillhäufigkeit in den 2000er Jahren bis heute 92%), zeigt große Unterschiede. Möglicherweise wurde der Begriff Stillhäufigkeit in diesem Zusammenhang nicht gänzlich analog verwendet.

Für die durchschnittliche Gesamtstilldauer in Westdeutschland sind in der KiGGS-Studie 7,0 Monate erhoben worden. In der vorliegenden Studie wurde mit durchschnittlich 6,4 Monaten eine etwas kürzere Gesamtstilldauer errechnet. Die KiGGS-Studie ermittelte insgesamt einen Anstieg der Gesamtstilldauer von 1986 bis 2001 und danach wieder einen leichten Abfall bis 2005. Für die Dauer des Gesamtstillens kann dies durch die Ergebnisse der vorliegenden Studie nicht bestätigt werden, hier zeigt sich ein plateauartiges Maximum von den 1980er Jahren bis heute. Es ist aber herauszustellen, dass in Hinblick auf die durchschnittliche Dauer des Vollstillens ein Abfall ab der Jahrtausendwende zu konstatieren ist.

Im Rahmen der repräsentativen Stichprobe der KiGGS-Studie besteht eine mit der deutschen Bevölkerungsstruktur korrelierende soziodemographische Varianz. Diesem Faktor, insbesondere dem Alter der Mutter bei der Geburt des Kindes und dem Sozialstatus, sowie weiteren Merkmalen, wie Problemen bei der Geburt und dem Konsum von Nikotin, wird von den Autoren ein signifikanter Einfluss auf das

¹⁴⁷ Lange, Schenk, Bergmann: Verbreitung, Dauer und zeitlicher Trend des Stillens in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS), 2007.

Stillverhalten zugesprochen. Die Stichprobe der vorliegenden Arbeit weist in Bezug auf den sozialen Status eine größere Homogenität auf, dieser soziodemographische Einflussfaktor wurde daher nicht untersucht.

Für einen Vergleich mit der **SuSe-Studie** (Beobachtungszeitraum 1997 und 1998) werden die Ergebnisse aus Kohorte 3 herangezogen. Die initiale Stillquote beträgt in der SuSe-Studie 91%, das Ergebnis der vorliegenden Arbeit liegt mit 96% nur geringfügig höher. Nach sechs Monaten erhalten in der SuSe-Studie noch 52% der Kinder Muttermilch, zu diesem Erhebungszeitpunkt wurde in dieser Studie ein ebenfalls höherer Wert von 64% erhoben. Auch nach neun Monaten liegt die Gesamtstillquote in der vorliegenden Arbeit mit 44% deutlich höher als das in der SuSe-Studie ermittelte Ergebnis von 26%. Ebenso fällt die Vollstillquote in der SuSe-Studie allgemein niedriger aus als die Quote der dritten Kohorte. Es gilt jedoch zu bedenken, dass für die Werte der dritten Kohorte alle Mütter mit einbezogen werden, die in den 1980er und 1990er Jahren gestillt haben. Daher ist ein Vergleich allein aufgrund der unterschiedlichen Beobachtungszeiträume nur eingeschränkt möglich.

In der Studie „**Stillverhalten in Bayern**“ ist das Stillverhalten im Jahre 2005 untersucht worden, somit erfolgt zum Vergleich eine Gegenüberstellung mit Kohorte 4. Die initiale Stillquote liegt dort bei 90% und ist somit nur diskret niedriger als das Ergebnis von Kohorte 4 aus der Stadt Hamm mit 92%. Ein großer Stellenwert wird auf die Erörterung von qualitativen Daten zum Stillverhalten gelegt, ein Vergleich dieser Sachverhalte erfolgt in Kapitel 7.3 „Begründungen für die Diskrepanz zwischen Stillwille und Stillverhalten“.

Ein Vergleich mit den **Partnerstudien des Düsseldorfer Projektes zur Säuglingsernährung** von **Heininger**¹⁴⁸ und **Teuffel von Birkensee**¹⁴⁹ wird jeweils in den betreffenden Abschnitten innerhalb des folgenden Kapitels vorgenommen. Alle

¹⁴⁸ Heininger: Zum Wandel des Stillverhaltens in der BRD zwischen 1950 und 1990. Eine Oral-History Studie, 2013.

¹⁴⁹ Teuffel von Birkensee: Das Stillverhalten von Akademikerinnen in der Zeit von 1950 bis 1990, 2014.

Studien arbeiteten mit der gleichen methodischen Vorgehensweise und weisen Beobachtungszeiträume bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts auf. Um Parallelen zu ziehen, ist die leicht differierende Kohorteneinteilung zu beachten: In den zwei genannten Arbeiten repräsentiert jede Kohorte jeweils einen Beobachtungszeitraum von einer Dekade, der Beobachtungszeitraum reicht bei vier Kohorten von 1950 bis 1990. In der vorliegenden Studie ist dagegen durch das Zusammenfassen von jeweils zwei Dekaden ein längerer Beobachtungszeitraum von den 1940er Jahren bis etwa 2010 möglich, Unterschiede zwischen den jeweils zusammen gefassten Dekaden lassen dadurch allerdings weniger detailliert betrachten. Darüber hinaus ist zu bedenken, dass jeweils verschiedene Schwerpunkte zur Homogenisierung der Stichproben gesetzt wurden. Sowohl Heininger, als auch Teuffel von Birkensee wählten als Einschlusskriterium die Bildung der befragten Mütter, die erstgenannte Arbeit schloss ausschließlich Nicht-Akademikerinnen ein, die zweitgenannte Arbeit im Gegensatz dazu ausschließlich Akademikerinnen. Wie oben erläutert wurde dagegen in der vorliegenden Arbeit der Wohnort der befragten Frauen während ihrer Stillzeit, die Stadt Hamm, unabhängig von deren Bildung als Einschlusskriterium gewählt.

Die Ergebnisse der ersten Kohorte aus der vorliegenden Studie (1940er und 1950er Jahre) können lediglich mit denen aus den 1950er Jahren der zwei weiteren Studien verglichen werden. Um Parallelen mit den Ergebnissen der zweiten Kohorte zu ziehen, sind für die zwei anderen Studien des Projektes sowohl die Ergebnisse der zweiten (1960er Jahre) als auch der dritten Kohorte (1970er Jahre) heranzuziehen. Eine Einordnung der dritten Kohorte dieser Arbeit (1980er und 1990er Jahre) ist wiederum nur bedingt zu vollziehen, da in den zwei weiteren Studien lediglich Frauen befragt wurden, die von einer Stillzeit in den 1980er Jahren berichten.

Sind die Ergebnisse der initialen Stillquote der vorliegenden Arbeiten merklich höher, kann im weiteren Verlauf der Stillperiode eine Ähnlichkeit zwischen dem Stillverhalten vernommen werden. So lässt sich in allen Arbeiten ein Minimum der Stilldauer sowie der Stillquoten zu späteren Erhebungszeitpunkten der Stillzeit in den 1960er und 1970er Jahren konstatieren. Die von Teuffel von Birkensee berechnete durchschnittliche Stilldauer findet mit 3,4 Monaten ihr Minimum in den

1950er und mit 5,9 Monaten in Maximum in den 1980er Jahren.¹⁵⁰ Eine geringfügig höhere durchschnittliche Stilldauer wurde zwar anhand der vorliegenden Ergebnisse ermittelt, aber die relativen Minima und Maxima sind in vergleichbaren Dekaden anzusiedeln.

Im Rahmen der Oral History-Befragung wurde in allen Arbeiten des Düsseldorfer Projektes ein Schwerpunkt auf die qualitative Erforschung des Stillens gelegt. So kann zusammengefasst festgestellt werden, dass stillende Mütter im Verlauf der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts zunehmende Unterstützung sowohl durch Personen aus dem persönlichen und medizinischen Umfeld als auch durch öffentliche Einrichtungen und durch die Verfügbarkeit von Medien erfuhren. Dieser Effekt scheint jedoch in der Zeit der 1960er und 1970er Jahre in allen drei Studien in Anbetracht der hier vorliegenden Minima der Stillquote abgeschwächt zu werden.

7.2.4 Fazit

Obwohl Ernährungswissenschaftler und Pädiater seit über einem Jahrhundert einen Konsens über die Vorzüge des Stillens gefunden haben und seitdem staatliche Stillförderung betrieben wird, ist weder die Stillhäufigkeit und -dauer der Frauen konstant, noch zeigt sich ein durchgängig hoher Stellenwert des Stillens in der Gesellschaft. Die WHO empfiehlt eine Vollstillzeit von sechs Monaten, dies wird in der vorliegenden Arbeit lediglich von etwa der Hälfte der Mütter in den 1980er und 1990er Jahren erreicht. Der Großteil der anderen Hälfte der Mütter weist eine deutlich geringere Vollstilldauer auf. Überdies wird zu einer Gesamtstillzeit von mindestens zwölf Monaten geraten, auch hier zeigt sich von einem Großteil der Studienteilnehmerinnen eine deutlich geringere Gesamtstilldauer.

Anhand der in allen Erhebungszeiträumen als hoch zu wertenden initialen Stillquote lässt sich ableiten, dass der weitaus größte Teil der Mütter willig ist zu stillen. Bereits die Begründer der Sozialpädiatrie stellten heraus, dass der Stillwille und die traditionelle Stillgewohnheit mindestens so maßgeblich für die Stilldauer sind wie die physiologische Fähigkeit zu stillen.¹⁵¹ Neben den bisher genutzten Kriterien des

¹⁵⁰ Vgl. Teuffel von Birkensee: Das Stillverhalten von Akademikerinnen in der Zeit von 1950 bis 1990, 2014, S. 52.

¹⁵¹ Zappert: Soziologie der Säuglingskrankheiten, S. 560. In: Gottstein, Schlossmann, Teleky (Hrsg.): Handbuch der Sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge, 1927. S. 556-614.

Stillverhaltens wie Häufigkeit, Dauer und Quote ist somit zusätzlich der Begriff des Stillwillens zu nennen. Bei mehrheitlich vorhandenem Stillwillen, jedoch einer anhand der Ergebnisse feststellbaren mangelhaften Stilltätigkeit, werden Begründungen für diese Divergenz im folgenden Kapitel erforscht. Diese sind vor allem in der Zeit nach dem unmittelbaren Stillbeginn post partum zu suchen, da dort teils steil abfallende Stillquoten konstatiert werden.

7.3 Begründungen für die Diskrepanz zwischen Stillwille und Stillverhalten

Die Untersuchungen zur vorherigen Planung des Stillverhaltens und der initialen Stillquote zeigen, dass die Mehrheit der Mütter gewillt ist zu stillen. Im Falle der zwei jüngeren Kohorten besteht zudem mehrheitlich der Wille eine möglichst lange Ernährung mit Muttermilch durchzuführen, die den Ernährungsempfehlungen der Gesundheitsorganisationen nahekommmt (vgl. 6.3.8 Vorherige Planung der Stilldauer). Die Frage nach der ursprünglichen Planung ergibt, dass vor allem Mütter in den Befragungszeiträumen ab den 1980er Jahren bis heute konkrete Vorstellungen zu Beginn der Säuglingszeit ihres Kindes hatten. Der prozentuale Anteil derjenigen, die eine Stilldauer von mindestens sechs Monaten planten, gleicht den Ergebnissen zufolge dem prozentualen Anteil der Mütter, die tatsächlich eine Mindeststilldauer von sechs Monaten erreichten. Im Gegensatz dazu wurde in einer US-amerikanischen Studie ermittelt, dass etwa 60% der dort befragten Mütter kürzer stillten als vorher gewünscht.¹⁵²

Deutlich diskrepanz dazu erscheint hingegen die Vorbereitung der Mütter, die vom Stillverhalten in den 1940er bis 1970er Jahren berichten. Diese Frauen äußerten mehrheitlich, keine genauen Planungen bezüglich ihres Stillverhaltens gehabt zu haben. Die initiale Stillquote fällt zwar, wie zuvor festgestellt, vor allem in der Mitte des 20. Jahrhunderts sehr hoch aus, der rasche Abfall der Stillquote innerhalb der ersten Monate lässt jedoch die Frage aufkommen, worin sich die Diskrepanz zwischen initialem Stillwillen und der Stilldauer im Verlauf begründet. Damit gehen

¹⁵² Odom, Li, Scanlon, Perrine, Grummer-Strawn: Reasons for Earlier Than Desired Cessation of Breastfeeding. In: Pediatrics 2013.

auch die Ergebnisse der Studie von Teuffel von Birkensee bezüglich der Stillentscheidung in den 1960er Jahren einher, die Autorin beschreibt insbesondere zu dieser Zeit eine Gleichgültigkeit und Passivität der jungen Mütter.¹⁵³

Eine 2016 durchgeführte Literaturrecherche konnte drei Faktoren herausstellen, die einen positiven Einfluss auf eine Stilldauer von sechs Monaten haben.¹⁵⁴ Als zentraler, stillfördernder Faktor wird die Intention der Mütter zum Stillen genannt. Diese ist, wie oben erörtert, initial bei allen Kohorten mehrheitlich vorhanden. Zudem wird der Unterstützung durch Personen aus dem privaten, wie aus dem professionell-medizinischen Umfeld ein stillfördernder Effekt zugesprochen. Als drittes Element führen die Autoren darüber hinaus die Selbstwirksamkeit der Mütter an. Das Gefühl der Selbstwirksamkeit wiederum entwickelt sich einer Arbeit von Dennis zufolge aus einem Geflecht aus Einstellungen und Verhaltensweisen der Mütter.¹⁵⁵ Zentral ist zunächst die Entscheidung, ob gestillt wird oder nicht, aus der sich im Anschluss ergibt, wieviel Anstrengung eine Frau investiert, um die eigenen Pläne umzusetzen. Während des Stillens wirken fördernde wie auch hemmende Einflüsse ein, entscheidend ist zuletzt, wie eine Mutter emotional auf Stillschwierigkeiten reagiert und in welchem Maße etwaige Schwierigkeiten durch unterstützende Personen gepuffert werden können.

7.3.1 Unterstützungsmaßnahmen im Krankenhaus

Ein großer Fortschritt an unterstützenden Maßnahmen während des Krankenhausaufenthaltes unmittelbar nach der Geburt wurde durch die flächendeckende Einführung des Programms „Baby-Friendly Hospital Initiative“ im Jahre 1990 in Deutschland erreicht. Eine Erhebung, die den Effekt dieses Programms auf das Vollstillen thematisiert und in 14 Entwicklungsländern durchgeführt wurde, konnte in Krankenhäusern, die als „babyfreundlich“ ausgezeichnet wurden, eine signifikante Erhöhung der Quote vollstillender Mütter

¹⁵³ Vgl. Teuffel von Birkensee: Das Stillverhalten von Akademikerinnen in der Zeit von 1950 bis 1990, 2014, S. 70.

¹⁵⁴ Meedya, Fahy, Kable: Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: A literature review. In: Women Birth 2010, 23, S. 135-45.

¹⁵⁵ Dennis: Development of the Breastfeeding Self-Efficacy Theory: <http://www.cindyleedennis.ca/research/1-breastfeeding/breastfeeding-self-efficacy/> (05.04.2017).

bestätigen.¹⁵⁶ In den Zeitzeugenbefragungen dieser Dissertation wurde nicht explizit dargelegt, ob das jeweilige Krankenhaus, in der die Geburt stattfand, an der Initiative teilnahm. Vorauszusetzen ist, dass Mütter der ersten und zweiten Kohorte keine derartige Stillförderung erhalten haben. Abbildung 26 ist zu entnehmen, dass der Zeitpunkt des erstens Anlegens mit fortschreitender Zeit häufiger sofort nach der Geburt erfolgte. In Kohorte 1 und 2 wurde dahingegen von einzelnen Müttern angegeben, erst innerhalb der ersten zwei Stunden oder später mit dem Stillen begonnen zu haben. Nachdem unmittelbar der APGAR-Score¹⁵⁷ durch die Hebammen bestimmt wurde und das Neugeborene als an das extrauterine Leben adaptiert angesehen werden kann, sollte aus ernährungsphysiologischer Sicht ein sofortiges Anlegen zum Stillen erfolgen. Das ohnehin essentielle Kolostrum hat zu diesem Zeitpunkt beim ersten Trinken das exakt richtige Volumen für den unreifen kindlichen Magen.¹⁵⁸ Überdies wird aus geburtsmedizinischer Sicht hervorgehoben, dass der Saugreflex des Kindes eine halbe bis zwei Stunden nach der Geburt am stärksten ausgebildet und danach erst wieder nach 24 Stunden ähnlich stark ist. Die durch den Saugreiz ausgelöste Oxytozinausschüttung bedingt zum einen eine starke Stimulation der Milchproduktion und zum anderen eine Zunahme der Gebärmutterkontraktion.¹⁵⁹ Eine global durchgeführte Erhebung konnte im Falle eines frühen Stillbeginns innerhalb der ersten Stunde nach der Geburt deutlich weniger Komplikationen während der Stillperiode und eine Senkung von Todesfällen neugeborener Kinder feststellen.¹⁶⁰

¹⁵⁶ Abrahams, Labbok: Exploring the impact of the Baby-Friendly Hospital Initiative on the trends in exclusive breastfeeding. In: International Breastfeeding Journal 2009, 4, 11.

¹⁵⁷ Der Abgar-Score wird eine, fünf und zehn Minuten nach der Geburt ermittelt, um die Adaptation des Neugeborenen an das extrauterine Leben zu ermitteln. Jeder Buchstabe steht für einen Parameter, der schnell gemessen werden kann. Im Detail sind dies das Aussehen (besonders die Hautfarbe), der Puls, der Grundtonus der Muskulatur, die Aktivität und die Respiration. Ab einem Score von 7 Punkten gilt das Neugeborene als adaptiert.

¹⁵⁸ Vgl. Wehling: Erstes Anlegen und Wochenbettpflege. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Stillen und Muttermilchernährung, 2001, S. 69.

¹⁵⁹ Vgl. ebd., S. 68.

¹⁶⁰ Vgl. Takahashi, Ganchjmeng, Ota, Vogel, Souza, Laopaiboon, Castro, Javaratne, Ortiz-Panozo, Lumbiganon, Mori: Prevalence of early initiation of breastfeeding and determinants of delayed initiation of breastfeeding: secondary analysis of the WHO Global Survey. In: Sci Rep. 2017, 7.

Die primären Unterstützungsmaßnahmen im Krankenhaus sind neben der Klinikorganisation vor allem vom Wissen und Einsatz des medizinischen Personals abhängig. Bildungsmaßnahmen für Ärzte, die das Stillen thematisierten, konnten in einer Studie in den USA zu einer Zunahme der Stilllänge der behandelten Mütter führen.¹⁶¹ Entsprechend wurde auch den Ergebnissen der Oral History Studie von Heininger zufolge den Ärzten innerhalb der medizinischen Berufsgruppe der größte Einfluss auf das Stillverhalten zugeschrieben.¹⁶² Im Gegensatz dazu kann anhand der vorliegenden Arbeit ein größerer Einfluss auf das Stillverhalten den Pflegekräften zugesprochen (vgl. Kapitel 6.4.2). Dies impliziert insbesondere für diese Berufsgruppe die Notwendigkeit von Aufklärung über die Vorteile der Muttermilch und der optimalen Handhabung des Stillens.

Den Gesprächen mit Frauen der ersten und zweiten Kohorte kann entnommen werden, dass bei der frühen Säuglingsernährung Praktiken durch Krankenschwestern vorgenommen wurden, die der heutzutage gängigen ernährungswissenschaftlichen Lehre entgegenstehen. So wurde von Einzelfällen berichtet, dass direkt nach der Geburt die Flasche gegeben wurde (2.07). Auch habe man die Kinder gewogen, und bei unzureichender Trinkmenge zusätzlich Milchersatzprodukte verwendet (2.11). Ebenso wurde berichtet, dass der Kontakt zwischen der jungen Mutter und dem Säugling sehr kurz gehalten wurde (2.23). Als alarmierend ist festzustellen, dass auch einzelne Frauen aus der jüngsten Kohorte von Uneinigkeiten zwischen Kranken- und Stillschwestern berichteten (vgl. 4.19, 4.02). In der Theorie sollen durch die Umsetzung der Konzepte des „babyfreundlichen“ Krankenhauses die Mitarbeiter geschult werden, gestillten Kindern keine zusätzlichen Flüssigkeiten oder Nahrung zu geben und den Müttern mindestens innerhalb der ersten Stunde ab Geburt ununterbrochenen Hautkontakt zum Baby zu ermöglichen.¹⁶³ Die Umsetzung ist in der Praxis häufig jedoch vom individuellen Verhalten eines jeden Mitarbeiters abhängig.

¹⁶¹ Vgl. Holmes, McLeod, Thesing, Kramer, Howard: Physician breastfeeding education leads to practice changes and improved clinical outcomes. In: Breastfeed Med. 2012, 7. S. 403-408.

¹⁶² Vgl. Heininger: Zum Wandel des Stillverhaltens in der BRD zwischen 1950 und 1990. Eine Oral-History Studie, 2013, S. 61.

¹⁶³ Vgl. B.E.St. ®. Zehn Schritte für eine Babyfreundliche Kinderklinik: <http://www.babyfreundlich.org/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=4281&token=34741f8ca37695545ae39d324d670b66fb17cb3> (06.04.2017)

7.3.2 Unterstützung im häuslichen Umfeld

Die Entlassung aus dem Krankenhaus nach einer komplikationsarmen Geburt erfolgt bereits nach wenigen Tagen. Eine kontinuierliche Hilfestellung durch medizinisches Personal ist ab diesem Zeitpunkt und für die Gesamtheit der weiteren Stillperiode nicht mehr gegeben. In den Gesprächen berichteten vor allem Mütter der vierten Kohorte und wenige Mütter der dritten Kohorte dennoch, professionelle Unterstützung durch Nachsorgehebammen erhalten zu haben. Der positive Einfluss wurde von einem Großteil der Mütter aus den beiden jüngeren Kohorten hervorgehoben. Frauen der vierten Kohorte haben Hebammen sogar den wichtigsten Stellenwert zugesprochen, deutlich vor den Ärzten. Für diverse Stillschwierigkeiten konnten während eines Besuchs durch die Hebamme effektive Lösungsmöglichkeiten gefunden werden. Im Gegensatz dazu haben lediglich zwei Frauen aus Kohorte 1 und eine Teilnehmerin aus Kohorte 2 Nachsorgehebammen in Anspruch nehmen können. Ebenso gaben die Mütter der älteren Kohorten deutlich weniger Unterstützung durch öffentliche Einrichtungen, wie Geburtsvorbereitungskurse oder Stillgruppen an. Eklatant fällt die Stillquote dieser beiden Kohorten nach einem Monat ab. Erschwerend kam während der Stillzeit der Mütter in den 1940er und 1950er Jahren hinzu, dass die Mithilfe durch Personen des privaten Umfeldes ebenfalls deutlich geringer ausfiel. In Abb. 24 wird visualisiert, dass insbesondere der Vater des Säuglings nur wenig bei der Ernährung zur Hilfe kam. „Nein, nein, die anderen haben sich nicht drum gekümmert. Da musste ich sehen wie ich klar kam“ (1.11), „Das machten die Männer früher nicht. Die hatten die Kinder mal für ein Foto im Arm. Männer guckten auch nicht zu wenn gestillt wurde.“ (1.22). Entsprechendes äußerten auch die befragten Mütter aus den 1950er Jahren in der Studie von Teuffel von Birkensee, hier wird von „lachenden“ Reaktionen und abwinkenden Kommentaren berichtet.¹⁶⁴

Mit fortschreitender Zeit innerhalb des 20. Jahrhunderts nimmt der Umfang unterstützender Personen zu, in Kohorte 4 scheint es sogar üblich, dass neben den Eltern auch die Großeltern des Kindes in die Ernährung des Kindes involviert waren. Eine einflussnehmende Rolle wurde dem eigenen Partner jedoch nur von einer Minderheit der Frauen aller Kohorten zugesprochen, dies steht im Kontrast zu den

¹⁶⁴ Vgl. Teuffel von Birkensee: Das Stillverhalten von Akademikerinnen in der Zeit von 1950 bis 1990, 2014, S. 68.

Ergebnissen einer Literaturrecherche über das Stillen von Frauen in der westlichen Welt. Hier wird hervorgehoben, dass dem Kindsvater eine wichtige Rolle im Entscheidungsprozess pro oder contra Stillen und in der Stilllänge zukommt.¹⁶⁵

7.3.3 Gesellschaftliche Erwartungen an die Frau

Der erheblich geringere Unterstützungsapparat für stillende Mütter in der Mitte des 20. Jahrhunderts wird in den Zeitzeugengesprächen bestätigt. Im Kontrast dazu steht, dass das Stillen der Kinder als selbstverständliche Aufgabe einer Frau galt. In der Zeit des Nationalsozialismus hieß es: „Deutsche Mutter, du mußt dein Kind stillen!“¹⁶⁶ Es ist vorstellbar, dass dies einen erheblichen Druck auf die jungen Mütter ausübte. Zitate von Studienteilnehmerinnen, die in der Zeit des Nationalsozialismus, und demnach unter Johanna Haarers formulierten Forderungen, erzogen und geprägt wurden, können die unnachgiebige Haltung des Umfeldes in Bezug auf das Stillen veranschaulichen: „Das musste sein. Das gab es früher nicht, dass man Zweifel hatte.“ (1.21) oder „Man wurde einfach ins kalte Wasser geschmissen.“ (1.12). Auch die Umstände des Krieges führten dazu, dass junge Mütter auf sich allein gestellt waren: „Durch den Krieg gab es keine Fisimatenten. Da ist man früh erwachsen geworden.“ (1.09). Auch in den Nachkriegsjahren, von denen der größte Teil der ersten Kohorte in dieser Studie berichtet, wurden Rollenerwartungen an die Frau gestellt, die insbesondere die Ernährung und die Pflege der Kinder beinhalteten. Der Familienminister der christlich-demokratischen Regierung Adenauers, Franz-Josef Wuermeling¹⁶⁷, stellte in einer Rede zum Muttertag im Jahre 1959 die konservativen Rollenverteilungen in den Familien zur damaligen Zeit heraus und verwies auf die Relevanz der Frau in der Rolle als Mutter: „Die Doppelbelastung unserer Hausfrauen und Mütter in Familie und Beruf ist keine ‚fortschrittliche Lösung‘, sondern erzwungenes Unheil. (...) Mutterberuf ist daher (...) Hauptberuf und wichtiger als jeder Erwerbsberuf.“¹⁶⁸ Neben der Vielzahl von Erwartungen an die

¹⁶⁵ Vgl. Scott, Binns: Factors associated with the initiation and duration of breastfeeding: a review of the literature. In: Breastfeed Rev. 1999, 7. S. 5-16.

¹⁶⁶ Haarer: Die deutsche Mutter und ihr erstes Kind. (1936), S. 105.

¹⁶⁷ Franz-Josef Wuermeling (1900-1986), CDU-Politiker, von 1953 bis 1962 Familienminister in der Bundesrepublik Deutschland.

¹⁶⁸ Bundesminister Franz-Josef Wuermeling über die Unersetzlichkeit der Mütter (Auszug aus der Rede zum Muttertag 1959).

Mütter, führte diese damals klar formulierte Rollenverteilung in den Familien auch zu einer Entlastung von einer Erwerbstätigkeit der Frauen. Der Großteil der befragten Frauen aus Kohorte 1 kehrte nach der Geburt der Kinder nie wieder in den Beruf zurück. Mit fortschreitender Zeit innerhalb des Beobachtungszeitraums nimmt die Zahl der Mütter, die nie wieder ihren Beruf aufnahmen, stetig ab. (Vgl. Abbildung 32). Einige Studienteilnehmerinnen, die in den 1960er und 1970er Jahren Mutter geworden sind, machten in den Gesprächen deutlich, dass die neue Doppelbelastung der Frauen sogar gewünscht war: „Ich habe acht Wochen später, dann aber nur halbtags wieder gearbeitet. Aber ewig Zuhause bleiben? Da wäre mir die Decke auf den Kopf gefallen.“ (2.12), „Die Zeit, dass man einfach mal Mutter sein durfte, war vorbei. Aber wir Frauen wollten es ja eigentlich auch nicht anders.“ (2.10). Tatsächlich ist die Frauenerwerbstätigenquote in der Altersgruppe der 30-35-Jährigen (25-30-Jährigen) vom Jahr 1963 mit 44,1% (52,0%) über das Jahr 1991 mit 65,9% (68,9%) bis zum Jahre 2015 auf 76,2% (75,4%) angestiegen.¹⁶⁹ Bei weiterer Differenzierung fällt dagegen auch auf, dass das Arbeitsvolumen von Frauen leicht abgenommen hat. Die Vollzeitäquivalent-Erwerbstätigenquote lag im Jahr 1992 bei 48%, im Jahr 2003 dagegen etwas geringer bei 46%.¹⁷⁰

Als weiterer Aspekt sind eine zunehmende Schulbildung und Berufsqualifikation der befragten Frauen zu nennen. Bezüglich des Einflusses auf das Stillverhalten ist ein duellierender Effekt zu vermuten: Einerseits impliziert eine höhere Bildung ein größeres Bewusstsein für die Vorteile des Stillens, im Speziellen für die gesundheitlichen Vorteile. Die 2013 publizierte kanadische APrON- (Alberta Pregnancy Outcomes and Nutrition) Studie konnte feststellen, dass die Wahrscheinlichkeit voll zu stillen bei Müttern mit einem Universitätsabschluss fast

http://germanhistorydocs.ghi-dc.org/sub_document.cfm?document_id=4538&language=german
(06.04.2017).

¹⁶⁹ Vgl. Frauenerwerbstätigenquoten in den alten Bundesländern 1963, 1991 und 2015.

http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/Politikfelder/Arbeitsmarkt/Datensammlung/PDF-Dateien/abbIV18.pdf (06.04.2017).

¹⁷⁰ Vgl. Dressel: Erwerbstätigkeit – Arbeitsmarktintegration von Frauen und Männern. In: Cornelißen: 1. Datenreport zur Gleichstellung von Frauen und Männern in der Bundesrepublik Deutschland, 2005, S. 107.

viermal so hoch ist, wie bei Müttern ohne akademischen Abschluss.¹⁷¹ Gegenteiliges lässt sich nach einem Vergleich der zwei Studien von Heininger und Teuffel von Birkensee innerhalb der 1950er bis 1970er Jahre feststellen. Heininger, die ausschließlich Mütter ohne akademischen Abschluss befragt hat, konnte in allen drei genannten Dekaden eine höhere Quote vollen Stillens erheben als Teuffel von Birkensee, die einzig Akademikerinnen befragte.¹⁷²

Weiterführend steht die Wiederaufnahme eines Berufes einer langen Stillperiode entgegen.¹⁷³ In der vorliegenden Studie aus Hamm nimmt der Anteil der Mütter, die ein Jahr nach der Geburt ihre Berufstätigkeit noch nicht wiederaufgenommen haben, mit fortschreitender Zeit ab, die Anzahl derer, die in Teilzeit arbeiten, wiederum zu. Mit Inkrafttreten des Mutterschutzgesetzes¹⁷⁴ im Jahr 1952 sollte es – zumindest theoretisch – für Mütter möglich sein, eine lange Stillzeit mit einem Beruf zu kombinieren. Das Gesetz sieht vor, Müttern zweimal täglich eine Stillzeit von mindestens einer halben Stunde einzuräumen.¹⁷⁵ Individuelle Situationen, wie eine räumliche Distanz zwischen der Arbeitsstelle und dem Kind, Arbeitsabläufe, die derartige Pausen nicht ermöglichen, oder sogar interner Kündigungsdruck vom Arbeitgeber kann dieses mütterliche Recht dennoch nicht immer realisierbar machen. Eine valide Beziehung zwischen Berufstätigkeit und Bildung einerseits und Stillverhalten andererseits herzustellen ist aufgrund multipler Confounder nicht möglich. Die Variablen Berufstätigkeit und Bildung unterscheiden sich zwischen den Kohorten sehr stark, so dass die Stilllänge in den unterschiedlichen Befragungszeiträumen durch die damit verbundenen Differenzen einem Bias unterliegen kann.

¹⁷¹ Jessri, Farmer, Maximova, Willows, Bell: Predictors of exclusive breastfeeding: observations from the Alberta pregnancy outcomes and nutrition (APrON) study, 2013. Vgl. hierzu auch: Alzaheb: Factors associated with the Early Introduction of Complementary Feeding in Saudi Arabia. In: Int J Environ Res Public Health 2016, 13. S. 702; oder: Mahoney, James: Predictors of anticipated breastfeeding in an urban, low-income setting. In: J Fam Pract. 2000, 49. S. 529-533.

¹⁷² Vgl. Heininger: Zum Wandel des Stillverhaltens in der BRD zwischen 1950 und 1990. Eine Oral-History Studie, 2013, Kapitel 4.1.3, und Teuffel von Birkensee: Das Stillverhalten von Akademikerinnen in der Zeit von 1950 bis 1990, 2014, Kapitel 5.1.1.

¹⁷³ Gielen, Faden, O'Campo, Brown, Paige: Maternal employment during the early postpartum period: effects on initiation and continuation of breastfeeding. In: Pediatrics 1991, 87. S. 298-305.

¹⁷⁴ Gesetz zum Schutz der erwerbstätigen Mutter (Mutterschutzgesetz – MuSchG), vom 24.01.1952.

¹⁷⁵ Vgl. ebd., § 7 „Stillzeit“.

7.3.4 Informationsquellen

Im Umfang der Informationsbeschaffung und der Einstellung gegenüber äußeren Einflüssen in Bezug auf die Stillthematik können innerhalb der Kohorten unterschiedliche Schwerpunkte festgestellt werden. Die Frauen der ersten Kohorte berichteten von Limitationen in der Verfügbarkeit von Ratgeberliteratur in den Kriegs- und Nachkriegsjahren, aber auch von fehlenden Möglichkeiten sich mit Gleichgesinnten zu treffen und auszutauschen: „Früher hat man das alles doch nicht gehabt. Da war man froh, überhaupt ein Buch im Regal stehen zu haben“ (1.06), „Es gab aber auch keine Orte wie Cafés wo man hingehen konnte, weil doch alles zerbombt war“ (1.10). Trotz defizitärer Informationsmöglichkeiten von medialer und öffentlicher Seite berichten die Mütter, diesen Mangel auch durch Wissen von engen Familienmitgliedern kaum kompensiert zu haben: „Darüber redete man nicht viel“ (1.18), „Man merkte schon selber, wie man stillen muss. Meist frei Schnauze“ (1.14). In Gesprächen mit Frauen der zweiten Kohorte, die von einer Stillzeit in den 1960er und 1970er Jahren berichten, fällt trotz nun zunehmender Verfügbarkeit noch deutlicher auf, dass nur wenig Informationsquellen genutzt wurden.

Insgesamt wurde ein Einfluss durch die eigenen Mütter von Frauen aller Kohorten hervorgehoben. Mit zunehmender Zeit scheinen darüber hinaus befreundete Mütter eine wichtige Einflussquelle darzustellen. Auch eine Studie aus London stellte heraus, dass Frauen durch stillende Freundinnen oder Verwandte positiv in ihrem eigenen Stillverhalten beeinflusst werden können. Fremde Mütter beim Stillen zu beobachten, bewirkt hingegen eher negative Assoziationen.¹⁷⁶ Überdies wurde in mehreren Studien belegt, dass sich eine Ermutigung durch den Kindsvater fördernd auf das Stillen und auf die Länge des Stillens auswirkt.¹⁷⁷ Diese Beobachtung kann durch die Ergebnisse dieser Studie jedoch nicht belegt werden.

Die Diskussion um das Stillen in Gesellschaft und Politik hat bei Müttern der zweiten Kohorte den geringsten Einfluss genommen (vgl. Tabelle 8). Zwar wurden die

¹⁷⁶ Hoddinott, Pill: Qualitative study of decisions about infant feeding among women in east end of London. In: BMJ 1999, 318. S. 30-34.

¹⁷⁷ Mahoney, James: Predictors of anticipated breastfeeding in an urban, low-income setting. In: J Fam Pract. 2000, 49. S. 529-533.

strengen Stillempfehlungen, wie oben beschrieben, gelockert¹⁷⁸, eine Debatte über eine Schadstoffbelastung der Muttermilch nahm ihren Lauf, von der sich die Mütter laut ihrer Aussagen in den Zeitzeugenberichten aber nur selten beeinflussen ließen. Dagegen wurde von Heininger¹⁷⁹ und Teuffel von Birkensee¹⁸⁰ eine in den 1960er und 1970er Jahren gehäufte Argumentation ermittelt, dass ein früheres Abstillen im Rahmen einer wissenschaftlichen Bevorzugung von Milchersatzprodukten erfolgte. Eine solche bewusste Entscheidung gegen das Stillen konnte in der vorliegenden Studie allenfalls in wenigen Einzelfällen konstatiert werden. Die zu dieser Zeit verfügbare Ratgeberliteratur hat außerdem keine eindeutigen Formulierungen beinhaltet, die vom Stillen abrieten.¹⁸¹ Dennoch stellt die öffentliche Diskussion einen Faktor dar, der auf das Stillverhalten aller Kohorten einwirkt.

7.3.5 Einfluss durch die Gesellschaft

Insbesondere aus Gesprächen der dritten und vierten Kohorte lassen sich Zitate entnehmen, die einen gesellschaftlichen Druck zu Gunsten des Stillens implizieren. In diesem Zusammenhang zeigt auch die Befragung, dass das Stillverhalten in der Öffentlichkeit einen drastisch divergenten Stellenwert innerhalb der unterschiedlichen Befragungszeiträume hat. Von der ersten bis zur dritten Kohorte nimmt die Anzahl derer, die öffentlich stillen, kontinuierlich zu. Insbesondere wurde ausnahmslos von allen Frauen der dritten Kohorte von einer Akzeptanz der Gesellschaft gegenüber öffentlich stillenden Müttern berichtet. Unerwartet erscheinen dagegen die Ergebnisse der vierten Kohorte: Ein Drittel der Befragten gab an, nicht in der Öffentlichkeit zu stillen und auch die Zitate deuten eine erneute Trendwende an. „Man muss seine Scham überwinden, weil man angegafft wird. Wahrscheinlich ist das heute schon wieder so selten“ (4.03) oder „Viele sind immer noch ziemlich spießig. Sogar mein Bruder regte sich über eine stillende Frau im

¹⁷⁸ Vgl. Hüter: Untersuchungen zum Stillproblem, 1967, S. 216-217 und Vögele, Rittershaus, Halling: 'Breast is best' – Infant-feeding, infant mortality and infant welfare in Germany during the late nineteenth and twentieth centuries, 2013, S. 2196.

¹⁷⁹ Vgl. Heininger: Zum Wandel des Stillverhaltens in der BRD zwischen 1950 und 1990. Eine Oral-History Studie, 2013, S. 56, 57.

¹⁸⁰ Teuffel von Birkensee: Das Stillverhalten von Akademikerinnen in der Zeit von 1950 bis 1990, 2014, S. 60.

¹⁸¹ Vgl. Heimerdinger: Brust oder Flasche? S.103.

Flugzeug auf“ (4.02). Auch die Tatsache, dass Bilder von stillenden Frauen in den sozialen Netzwerken zensiert werden, macht deutlich, dass der Stellenwert des Stillens als Normalität und gewünschtes Verhalten aller junger Mütter seit der Jahrtausendwende wieder abnimmt. Den großen Einfluss der Gesellschaft auf das Stillverhalten belegt auch eine US-amerikanische Studie, in der sich gesellschaftliches Missfallen von Stillen in der Öffentlichkeit nachteilig auf das Stillverhalten auswirkt.¹⁸² Frauen, die sich an die von der WHO empfohlenen Stilllänge orientierten, erfuhren laut einer 1989 bis 1991 durchgeführten Studie sogar in 44% der Fälle eine soziale Stigmatisierung.¹⁸³ Hoddinott et. al. stellen überdies in einer 2012 erhobenen, interviewbasierten Studie heraus, dass die Stillempfehlungen der Gesundheitsorganisationen in der Realität schwer mit einem Wohlergehen der Familien zu vereinbaren sind.¹⁸⁴

7.3.6 Einfluss durch die Medien

Werbemaßnahmen für Milchersatzprodukte haben auf Mütter der zweiten Kohorte im Vergleich zu den anderen Studienteilnehmerinnen einen größeren Einfluss. Die Einführung des Säuglingsnahrungswerbegesetzes im Jahre 1994 sollte Werbung für Säuglingsanfangsnahrung oder Folgenahrung verbieten, die darauf gerichtet ist, Mütter vom Stillen abzuhalten. Unter anderem muss solche Werbung deutlich sichtbare Hinweise über die Überlegenheit des Stillens liefern.¹⁸⁵ Bei Betrachtung von Werbespots im Fernsehen fällt auf, dass die Hinweise zum Vorteil der Muttermilch – gesetzestreu – zumeist am Anfang des Spots erfolgen. Das psychologische Phänomen des Rezenzeffektes¹⁸⁶ könnte allerdings dazu führen,

¹⁸² Guttman, Zimmermann: Low-income mothers' views on breastfeeding. In: Soc Sci Med 2000, 50. S. 1457-1473.

¹⁸³ Kendall-Tackett, Sugarman: The social consequences of long-term breastfeeding. In: J Hum Lact. 1995, 11. S. 179-183.

¹⁸⁴ Hoddinott, Craig, Britten, McInnes: A serial qualitative interview study of infant feeding experiences: idealism meets realism. In: BJM Open 2012, 2.

¹⁸⁵ Vgl. SNWG § 3: Einschränkungen der Werbung.

¹⁸⁶ Vgl. Schütz: Psychologie: eine Einführung in ihre Grundlagen und Anwendungsfächer, 2015.

Der Rezenzeffekt (engl. recency effect) besagt, dass Informationen einen größeren Einfluss auf die Erinnerungsleistung einer Person haben, wenn sie später erfolgen im Gegensatz zu Informationen, die früher eingehen. Begründet wird dieses psychologische Phänomen durch das Kurzzeitgedächtnis des Menschen.

dass das beworbene Produkt trotzdem nachhaltiger vom Betrachter wahrgenommen wird als die Worte und Bilder zur Überlegenheit der Muttermilch und daher eher im Gedächtnis bleibt. Überdies weist Koletzko auf eine Missachtung dieses Gesetzes durch große internationale Hersteller von Säuglingsnahrung hin und kritisiert, dass dies von der Regierung nicht ausreichend kontrolliert werde.¹⁸⁷

In der Studie „Stillverhalten in Bayern“ werden Fernsehen und Printmedien als zweitwichtigste Informationsquelle nach Hebammen und Stillberatern genannt. Ein Einfluss durch Printmedien wird von Teilnehmerinnen der vorliegenden Arbeit zwar hervorgehoben, moderne Medien wie das Internet und Fernsehen spielen dagegen keine Rolle.

7.3.7 Stillschwierigkeiten

Begründungen für ein frühzeitiges Abstillen und die Verwendung von Milchersatzprodukten sowie Beikost lassen keine deutlichen Trends innerhalb der Befragungszeiträume erkennen. Der Großteil derjenigen Frauen, die Milchersatzprodukte frühzeitig verabreicht haben, begründet dies mit physiologischen Problemen wie einer für den Säugling insuffizienten Milchproduktion, einem Gewichtsverlust des Kindes und einer Entzündung der Brust. Gesundheitsbedingte Stillprobleme stellen auch in der Studie „Stillverhalten in Bayern“ und der SuSe-Studie den häufigsten Grund für frühzeitiges Abstillen dar. Eine kanadische Studie konnte jedoch keinen signifikanten Zusammenhang zwischen dem subjektiven Eindruck zu wenig Milch zu produzieren und einer tatsächlich insuffizienten Milchmenge nachweisen. Auf das Gefühl, genug Milch für den Säugling zu haben, nimmt vor allem die mütterliche Selbstwirksamkeit Einfluss.¹⁸⁸ Ebenso führen eine falsche Stillposition und seltenes Anlegen zu diesem häufig genannten Abstillgrund.¹⁸⁹ Utta Reich-Schottky¹⁹⁰ betont sogar, dass es nur

¹⁸⁷ Koletzko: Marketing of Dietetic Products for Infants and Young Children in Europe Three Decades after Adoption of the International Code of Marketing of Breast Milk Substitutes, 2011.

¹⁸⁸ Galipeau, Dumas, Lepage: Perception of Not Having Enough Milk and Actual Milk Production of First-Time Breastfeeding Mothers: Is There a Difference? In: Breastfeed Med. 2017.

¹⁸⁹ Grützmacher: Beratung bei Stillproblemen, S. 149, 150. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Stillen und Muttermilchernährung: Grundlagen, Erfahrungen und Empfehlungen, 2001. S. 145-156.

¹⁹⁰ Utta Reich-Schottky: Biologin und Stillberaterin der AFS (Arbeitsgemeinschaft Freier Stillgruppen)

in circa 5% der Fälle körperliche Gründe für eine den Bedürfnissen des Säuglings nicht entsprechende Milchproduktion gibt.¹⁹¹ Begründungen der Studienteilnehmerinnen, die die Verwendung von Milchersatzprodukten eindeutig bevorzugten, finden sich in den Ergebnissen der vorliegenden Studie nicht. Dagegen ermittelte die Studie „Stillverhalten in Bayern“ in etwa 25% der Fälle, in denen nach zwei Monaten abgestillt wurde, die Gleichwertigkeit beider Ernährungsarten als Begründung. Auch eine bessere Praktikabilität wurde nur von wenigen Probandinnen angegeben, die Mehrheit findet sich in der vierten Kohorte. Zwar wurde besonders in der dritten Kohorte geäußert aus persönlicher Überzeugung abgestillt zu haben, „Es wurde dann Zeit, er war dann schon recht groß und kein Baby mehr.“ (3.06), diese Begründungen finden sich aber erst zu späten Zeitpunkten des Abstillens.

Von 22 der 100 Studienteilnehmerinnen wurde eine akute Brustentzündung als alleiniger oder partieller Faktor für frühzeitiges Abstillen genannt. Annähernd wird diese Rate an Mastitiden auch in den Partnerarbeiten des Düsseldorfer Projektes zur Säuglingsernährung ermittelt.¹⁹² Einer iranischen Studie über Häufigkeit und Risiken von Brustentzündungen während des Stillens zufolge, wurde eine Reduktion des Stillens als einer der wichtigsten Risikofaktoren ermittelt. Um die Inzidenz zu senken, stellen die Autoren daher die Notwendigkeit einer adäquaten Unterstützung und Anleitung heraus.¹⁹³

Gesundheitsbedingte Stillprobleme können sich demnach häufig durch aktive Hilfestellung sowie durch Aufklärung der jungen Mütter reduzieren lassen. Die Dringlichkeit dafür wird zusätzlich unterstrichen, da sich negative Still Erfahrungen auch auf das Stillverhalten bei weiteren Kindern auswirken können: „Ich habe es vierzehn Tage versucht, danach eine Brustentzündung bekommen. Unter dem Abpumpen habe ich sehr gelitten und mir beim zweiten Kind direkt eine Spritze geben lassen.“ (2.16).

¹⁹¹ Vgl. Reich-Schottky: Stillen und Stillprobleme (1995), S. 65.

¹⁹² Vgl. Heining: Zum Wandel des Stillverhaltens in der BRD zwischen 1950 und 1990. Eine Oral-History Studie, 2013, Kapitel 4.1.4, und Teuffel von Birkensee: Das Stillverhalten von Akademikerinnen in der Zeit von 1950 bis 1990, 2014, Kapitel 5.1.3.

¹⁹³ Zarshenas, M., Zhao, Y., Poorarian, S., Binns, C.W., Scott, J.A.: Incidence and Risk Factors of Mastitis in Shiraz, Iran: Results of a Cohort Study. In: Breastfeed Med. 2017, 12.

Das Abstillen unterliegt nur in seltenen Fällen einer geplanten Entscheidung, häufig werden Mütter durch gesundheitliche Limitationen zu dieser Entscheidung gezwungen. Dies deckt sich mit den Ergebnissen einer US-amerikanischen Studie, in der wegen ähnlicher Gründe etwa 60% der Studienteilnehmerinnen kürzer stillten als vorher geplant.¹⁹⁴ Eine Wiederaufnahme der Berufstätigkeit und Inanspruchnahme durch Familie und Haushalt wurde lediglich in seltenen Fällen als Begründung für frühzeitiges Abstillen angeführt. Die überwiegenden Ursachen für Stillschwierigkeiten liegen demnach auf der physiologischen und psychologischen Ebene.

7.4 Schlussfolgerungen

Stillpropaganda und das Ausüben von Druck auf junge Mütter führt zu dem Gefühl einer Stillverpflichtung und einer hohen initialen Stillhäufigkeit. Um im Anschluss auch eine hohe Stildauer zu erzielen, müssen jedoch weitaus mehr Faktoren zusammenwirken, in deren Komplex sich das Stillverhalten sehr sensibel verhalten kann.

Umfangreiches Wissen über die gesundheitlichen, psychosozialen und wirtschaftlichen Vorteile des Stillens scheint insbesondere ab den 1980er Jahren bei den Teilnehmerinnen der vorliegenden Studie vorhanden zu sein. Dennoch besteht diesbezüglich Handlungsbedarf bei Müttern aus sozial schwächeren Verhältnissen und sehr jungen Müttern.¹⁹⁵ Die Ergebnisse veranschaulichen jedoch, dass auch die in dieser Studie eingeschlossenen, wirtschaftlich unabhängigen Mütter aus Hamm weiteren Aufklärungsbedarf in der optimalen Handhabung haben sowie eine aktive Unterstützung benötigen, um das theoretische Wissen in der Praxis auch umsetzen

¹⁹⁴ Odom, Li, Scanlon, Perrine, Grummer-Strawn: Reasons for Earlier Than Desired Cessation of Breastfeeding. In: Pediatrics 2013, 131.

¹⁹⁵ Vgl. Scott, Binns: Factors associated with the initiation and duration of breastfeeding: a review of the literature. In: Breastfeed Rev. 1999, 7. S. 5-16. Außerdem Lange, Schenk, Bergmann: Verbreitung, Dauer und zeitlicher Trend des Stillens in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS), 2007.

zu können.¹⁹⁶ Der häufigste Abstillgrund ist das subjektive Empfinden zu wenig Milch für den Bedarf des Säuglings produzieren zu können. Dieses und weitere Stillhindernisse lassen sich durch Verbesserungen in der Handhabung deutlich reduzieren.¹⁹⁷ Das mütterliche Gefühl der Selbstwirksamkeit und das Selbstvertrauen in die Stillfähigkeit stellt nicht nur einen zentralen Faktor für eine lange Stilldauer dar, sie sind auch durch Anleitung und Engagement aktiver Unterstützer modifizierbar.¹⁹⁸ Insbesondere dem Wohl der Mütter ist demzufolge Rechnung zu tragen, um einen positiven Einfluss auf die Säuglingsfürsorge zu nehmen.

Theoretische Maßgaben über eine optimale Stilldauer gibt es wie oben erwähnt seit dem Anfang des 20. Jahrhunderts, somit bereits während des gesamten Beobachtungszeitraumes der vorliegenden Studie. Forderungen können jedoch am Alltag der jungen Familien vorbeiziel¹⁹⁹ und eine empfohlene, lange Stilldauer sogar eine soziale Stigmatisierung verursachen.²⁰⁰ Das Mutterwohl während der Stillperiode ist folglich auch abhängig von der gesellschaftlichen Einstellung zum Stillen. Als bedenkliche Entwicklung ist festzustellen, dass eine dem Stillen zugewandte gesellschaftliche Einstellung ab der Jahrtausendwende wieder abzunehmen scheint. Worin sich dieser neue Trend begründet, stellt sicherlich ein für die gegenwärtige und zukünftige Stillförderung bedeutendes Forschungsdesiderat dar.

Den Ergebnissen der vorliegenden Studie zufolge nimmt die Großmutter des Kindes eine bedeutsame Rolle als Einflussquelle für die Stillentscheidung ein und sollte daher in Förderungsmaßnahmen des Stillens integriert werden. Einem gegenwärtigen Abraten vom Stillen durch die frühere Generation aufgrund etwaiger

¹⁹⁶ Vgl. hierzu auch Wood, Woods, Blackburn, Sanders: Interventions that Enhance Breastfeeding Initiation, Duration, and Exclusivity: A Systematic Review. In: MCN Am J Matern Child Nurs. 2016, 41. S. 299-307.

¹⁹⁷ Grützmacher: Beratung bei Stillproblemen, S. 149, 150. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Stillen und Muttermilchernährung: Grundlagen, Erfahrungen und Empfehlungen, Köln 2001. S. 145-156.

¹⁹⁸ Meedya: Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: A literature review. In: Women Birth 2010, 23, S. 135-45.

¹⁹⁹ Hoddinott, Craig, Britten, McInnes: A serial qualitative interview study of infant feeding experiences: idealism meets realism. In: BJM Open 2012, 2.

²⁰⁰ Kendall-Tackett, Sugarman: The social consequences of long-term breastfeeding. In: J Hum Lact. 1995, 11. S. 179-183.

damals aufgetretener Stillschwierigkeiten kann dadurch entgegengewirkt werden. Voraussetzend, dass auch zukünftige Generationen junger Mütter durch ihre eigene Mutter beeinflusst werden, können auch zukünftige Generationen von Säuglingen von aktuellen Stillförderungsmaßnahmen profitieren. Von großer Bedeutung ist es daher, diejenigen Frauen zum Stillen zu bewegen, die selbst nicht gestillt wurden und dadurch in der Familie auf einen geringeren Erfahrungsschatz zugreifen können. In der Stadt Hamm werden derzeit auf Säuglinge fokussierte Projekte realisiert, um ihnen optimale Startvoraussetzungen für ein gesundes und selbstbestimmtes Leben zu schaffen. Im Rahmen der Präventionskette „Kein Kind zurücklassen! Kommunen in NRW beugen vor“²⁰¹ wird für Kinder unter drei Jahren in Hamm das Netzwerk „Frühe Hilfen“ genutzt. Inwiefern sich dieses Projekt auch zur Förderung des Stillverhaltens erweitern lässt, stellt einen Ansatzpunkt weiterer Untersuchungen dar.

²⁰¹<http://www.hamm.de/familie/kinder/kinderbuero/arbeitschwerpunkte/kein-kind-zuruecklassen/fruehe-hilfen.html>: Die Organisation erfolgt auf Landesebene beim Institut für Soziale Arbeit in Münster (ISA). Zentrale Elemente sind die frühkindliche Phase bis zum dritten Lebensjahr außerhalb von Institutionen, die verschiedenen Etappen von der Kita über die Schule bis zum Studium. Der Überzeugung folgend, dass es einem Kind nur so gut geht, wie es seinen Eltern geht, werden daher auch die Eltern unterstützt, beispielsweise durch Institutionen wie die Elternschule.

8 Quellen- und Literaturnachweis

- Abrahams, S. W., Labbok, M. H.: Exploring the impact of the Baby-Friendly Hospital Initiative on the trends in exclusive breastfeeding. In: International Breastfeeding Journal 2009, 4, 11.
- Abrams, L.: Oral History Theory, London 2010.
- Alexy, U., Kersting, M.: Was Kinder essen – und was sie essen sollten, München 1999.
- Alzaheb, R. A.: Factors associated with the Early Introduction of Complementary Feeding in Saudi Arabia. In: Int J Environ Res Public Health 2016, 13. S. 702.
- Bader, P., Tsang, A.: Immunologische Entwicklung. In: Scherbaum, V., Perl, F. M., Kretschmer, U. (Hrsg.): Stillen. Frühkindliche Ernährung und reproduktive Gesundheit, Köln 2003. S. 253-254.
- Bajanowski, T., Poets, C.: Der plötzliche Säuglingstod. Epidemiologie, Ätiologie, Pathophysiologie und Differenzialdiagnostik. In: Deutsches Ärzteblatt 2004, 47. S. A3185-A3190.
- Bergmann, R.: Ernährung von Säuglingen und Prävention. Einfluss des Stillens und der Beikost auf die Entstehung von Allergien, Übergewicht und auf die Geschmacksprägung. In: Kinder- und Jugendarzt 2006, 5. S. 281-287.
- Borrmann, B.: Positive und negative Auswirkungen des Stillens in den ersten Monaten post partum aus der Sicht von Müttern. In: Borrmann, B., Schücking, B. (Hrsg.): Stillen und Müttergesundheit, Osnabrück 2006. S. 45 – 56.
- Brockhaus, G.: Lockerung und Drohung – die Mutterrolle in zwei Ratgebern der NS-Zeit. In: Gebhardt, M., Wischermann, C. (Hrsg.): Familiensozialisation seit 1933 – Verhandlungen über Kontinuität. Studien zur Geschichte des Alltags – Band 25, Stuttgart 2007. S. 49-70.
- Brockmeyer, N.: Schlusswort. In: Deutsches Ärzteblatt 2002, 51-52. S.3477-3479.
- Bundesland Nordrhein-Westfalen: Information und Technik Nordrhein-Westfalen. Amtliche Bevölkerungszahlen für den Regierungsbezirk Arnsberg: http://www.it.nrw.de/statistik/a/daten/amtlichebevoelkerungszahlen/rp9_juni_12.html (09.01.2017)
- Burkart: Zukunft der Familie – Prognosen und Szenarien. In: Zeitschrift für Familienforschung 2009, Sonderheft 6. S. 243.

- Cless, G.: Die Kindersterblichkeit in Württemberg. Ein Mahnruf an das Volk, S, 8. In: Müller: Von der Wiege zur Bahre – Weibliche und männliche Lebensläufe im 19. und frühen 20. Jahrhundert am Beispiel Stuttgart-Feuerbach 2000, S. 326.
- Czerny, A.: Der Arzt als Erzieher des Kindes, 7. Aufl. Leipzig 1926.
- Dennis: Development of the Breastfeeding Self-Efficacy Theory. <http://www.cindyleedennis.ca/research/1-breastfeeding/breastfeeding-self-efficacy/> (23.05.2017).
- Dill, G.: Nationalsozialistische Säuglingspflege. Eine frühe Erziehung zum Massenmenschen, Stuttgart 1999.
- Dressel: Erwerbstätigkeit – Arbeitsmarktintegration von Frauen und Männern, S. 107. In: Cornelißen, W.: 1. Datenreport zur Gleichstellung von Frauen und Männern in der Bundesrepublik Deutschland, München 2005, 107.
- Fehlemann, S.: Armutsrisiko Mutterschaft, Mütter- und Säuglingsfürsorge im Deutschen Reich 1890–1924, Diss. phil. Düsseldorf 2004.
- Forschungsinstitut für Kinderernährung Dortmund: Der Ernährungsplan für das erste Lebensjahr. http://www.fke-do.de/index.php?module=page_navigation&index%5Bpage_navigation%5D%5Baction%5D=details&index%5Bpage_navigation%5D%5Bdata%5D%5Bpage_navigation_id%5D=62 (15.04.2017).
- Füeßl, H. S., Middeke, M.: Anamnese und Klinische Untersuchung, Stuttgart 2005.
- Galipeau, R., Dumas, L., Lepage, M.: Perception of Not Having Enough Milk and Actual Milk Production of First-Time Breastfeeding Mothers: Is There a Difference? In: Breastfeed Med. 2017.
- Gebhardt, M.: Haarer meets Spock – frühkindliche Erziehung und gesellschaftlicher Wandel seit 1933. In: Gebhardt, M., Wischermann, C. (Hrsg.): Familiensozialisation seit 1933 – Verhandlungen über Kontinuität, Stuttgart 2007. S. 87–104.
- Gerber, B.: Einfluss von Umwelt, Ernährung und Lebensstil auf das Brustkrebsrisiko. In: Deutsches Ärzteblatt 2002, 24. S. A1612-1619.
- Gielen, A. C., Faden, R. R., O'Campo, P., Brown, C. H., Paige, D. M.: Maternal employment during the early postpartum period: effects on initiation and continuation of breastfeeding. In: Pediatrics 1991, 87. S. 298-305.

- Grützmacher, A.: Beratung bei Stillproblemen. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Stillen und Muttermilchernährung: Grundlagen, Erfahrungen und Empfehlungen, Köln 2001. S. 145-156.
- Guttman, N., Zimmermann, D. R.: Low-income mothers' views on breastfeeding. In: Soc Sci Med 2000, 50. S. 1457-1473.
- Haag, P., Hanhart, N., Müller M.: Gynäkologie und Urologie, Breisach 2009.
- Haarer, J.: Die deutsche Mutter und ihr erstes Kind, München 1936.
- Haarer, J.: Die Mutter und ihr erstes Kind, Vollst. neu bearb. Aufl., München 1965
- Harnack, G.-A.: Wandlungen der Säuglingsernährung – Rückschau und Ausblick, 1966, S. 203. In: Dill: Nationalsozialistische Säuglingspflege. Eine frühe Erziehung zum Massenmenschen, Stuttgart 1999. S. 25.
- Hebammen für Deutschland e.V. – Eine Initiative zum Erhalt individueller Geburtshilfe: <http://www.hebammenfuerdeutschland.de/hintergrundwissen> (02.09.2017).
- Heimerdinger, T.: Brust oder Flasche? – Säuglingsernährung und die Rolle von Beratungsmedien, Innsbruck 2007.
- Heininger, L.: Zum Wandel des Stillverhaltens in der BRD zwischen 1950 und 1990. Eine Oral-History Studie, Diss. Düsseldorf, 2013.
- Helfferich, C.: Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews, Wiesbaden 2005.
- Hess, C., Ofei, A., Mincher, A.: Breastfeeding and Childhood Obesity among African Americans: A Systematic Review. In: American Journal of Maternal/ Child Nursing 2015, S. 313 ff.
- Heywood, C.: A History of Childhood. Children and Childhood in the West from Medieval to Modern Times, Cambridge 2002.
- Hills-Bonczyk, S. G., Tromiczak, K. R., Avery, M. D., Potter, S., Savik, K., Duckett, L. J.: Women's experiences with breastfeeding longer than 12 months. In: Birth 1994, 21. S. 206-212.
- Hoddinott, P., Craig, L. C. A., Britten, J., McInnes, R. M.: A serial qualitative interview study of infant feeding experiences: idealism meets realism. In: BJM Open 2012, 2.
- Hoddinott, P., Pill, R.: Qualitative study of decisions about infant feeding among women in east end of London. In: BMJ 1999, 318. S. 30-34
- Hohlfeld, M.: Die Zukunft der natürlichen Ernährung, 1938, S. 267. In: Dill:

- Nationalsozialistische Säuglingspflege. Eine frühe Erziehung zum Massenmenschen, Stuttgart 1999. S. 24.
- Holmes A. V., McLeod, A. Y., Thesing, C., Kramer, S., Howard, C. R.: Physician breastfeeding education leads to practice changes and improved clinical outcomes. In: Breastfeed Med. 2012, 7. S. 403-408.
- Huch, R.: Vorteile des Stillens aus Sicht der Geburtshilfe. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Stillen und Muttermilchernährung. Grundlagen, Erfahrungen und Empfehlungen, Köln 2001, S. 25-32.
- Hüter, K. A.: Untersuchungen zum Stillproblem. Archives of Gynecology and Obstetrics 204, Düsseldorf 1967, 2/3.
- IBFAN: The International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes: <http://ibfan.org/the-full-code> (08.09.2017).
- Jessri, M., Farmer, A. P., Maximova, K., Willows, N. D., Bell, R. C.: Predictors of exclusive breastfeeding: observations from the Alberta pregnancy outcomes and nutrition (APrON) study. In BMC Pediatrics 2013, 13.
- John-Stewart, G., Mbori-Ngacha, D., Ekpini, R., Janoff, E., Nkengasong, J., Read, J. S., van de Perre, P., Newell, M.-L.: Breastfeeding and Transmission of HIV-1. In J Acquir Immune Defic Syndr. 2004, 35. S. 196-202.
- Kendall-Tackett, K. A., Sugarman, M.: The social consequences of long-term breastfeeding. In: J Hum Lact. 1995, 11. S. 179-183.
- 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. S. 547-552.
- Kersting, M., Dulong, M.: Fakten zum Stillen in Deutschland. Ergebnisse der SuSe-Studie. In: Monatsschrift Kinderheilkunde 2002. S. 1196-1201.
- Klaus, M. H., Kennel, J. H.: Der erste Bund fürs Leben – Die gelungene Eltern-Kind-Bindung und was Mütter und Väter dazu beitragen können, Reinbeck 1997.
- Koletzko, B.: Konsens über Säuglingsernährung. In: Deutsches Ärzteblatt 2011, 1-2. S. A38-A39.
- Koletzko: Marketing of Dietetic Products for Infants and Young Children in Europe Three Decades after Adoption of the International Code of Marketing of Breast Milk Substitutes, München 2011.

- Krasselt, A., Scherbaum, V., Tönz, O.: Muttermilch-Ersatzprodukte. In: Scherbaum, Perl, Kretschmer (Hrsg.): Stillen. Frühkindliche Ernährung und reproduktive Gesundheit, Köln 2003, S. 14-24.
- Kreienberg, R., Ludwig, H.: 125 Jahre Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Heidelberg 2011.
- Kücükcongar, A., Oguz, A., Pinarli, FG.: Breastfeeding and Childhood Cancer: Is Breastfeeding Preventative to Childhood Cancer? In: Journal of Pediatric Hematology/ Oncology, 2015.
- Lange, C., Schenk, L., Bergmann, R.: Verbreitung, Dauer und zeitlicher Trend des Stillens in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 50, 2007. S. 624-633.
- Langstein, L., Rott, F.: Atlas der Hygiene des Säuglings und Kleinkindes für Unterrichts- und Belehrungszwecke, Berlin 1918.
- Laufs, R., Polywka, S.: Risiko der Hepatitis-C-Übertragung durch Stillen. In: Deutsches Ärzteblatt 2000, 38. S. A2462-A2463.
- Leh, A.: Forschungsethische Probleme in der Zeitzugenerforschung, 2000. In: Plafwilm: Grenzen des Erzählbaren. Erinnerungsdiskurse von NS-Zwangsarbeiterinnen und Zwangsarbeitern in Ost- und Westeuropa, 2011, S. 72.
- Lehmann, F.: Den plötzlichen Säuglingstod verhindern. In: Deutsches Ärzteblatt 2001, 36. S. A2238.
- Leroy V et al.: International multicentre pooled analysis of late postnatal mother-to-child transmission of HIV-1 infection. In: Lancet 1998, 352. S. 597-600.
- Liebig, J. v.: Eine neue Suppe für Kinder. In: Annalen der Chemie und Pharmacie, März 1865, S. 374 ff.
- Little, K. M., Kilmarx, P. H., Taylor, A. W., Rose, C. E., Rivadeneira, E. D., Nesheim, S. R.: A Review of Evidence for Transmission of HIV From Children to Breastfeeding Women and Implications for Prevention. In: Pediatr Infect Dis J 2012, S. 938-942.
- Mahoney, M. C., James, D. M.: Predictors of anticipated breastfeeding in an urban, low-income setting. In: J Fam Pract. 2000, 49. S. 529-533.
- Marienfild, S., Hummel, S., Ziegler, A.-G., Hummel, M.: Frühkindliche Ernährung und Typ-1-Diabetes. In: Deutsches Ärzteblatt 2007, 9. S. A570-A575.

- Männel, J.: Giftstoffe in der Muttermilch – Süßwasseralge reduziert die Belastung, Düsseldorf 2005.
- Meedya, S., Fahy, K., Kable, A.: Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: A literature review. In: Women Birth 2016, 23. S. 135-45.
- Möller, J. C.: Aktueller Stand der Formelmilch-Ernährung. In: Gynäkologie + Geburtshilfe, 2004. S. 29-34.
- Moll, L.: Zur Psychologie und Physiologie des Stillens, 1930, S. 12. In: Dill: Nationalsozialistische Säuglingspflege. Eine frühe Erziehung zum Massenmenschen, Stuttgart 1999. S. 23.
- Monimart, M.: Contribution a l'étude comparative de quelques méthodes anciennes et nouvelles d'alimentation des nourrissons, 1938, S. 19. In: Dill: Nationalsozialistische Säuglingspflege. Eine frühe Erziehung zum Massenmenschen, Stuttgart 1999. S. 25.
- Mühlendahl, K. E. v.: Schadstoffe und Rückstände in der Säuglingsnahrung. In: Kinder- und Jugendarzt 2004, 1. S. 3-5.
- Müller, R.: Von der Wiege zur Bahre – Weibliche und männliche Lebensläufe im 19. und frühen 20. Jahrhundert am Beispiel Stuttgart-Feuerbach, Veröffentlichungen des Archivs der Stadt Stuttgart, Band 85, Stuttgart 2000.
- Nationale Stillkommission am Bundesinstitut für Risikobewertung: Unterschiede in der Zusammensetzung von Muttermilch und industriell hergestellter Säuglingsanfangs- und Folgenahrung und Auswirkungen auf die Gesundheit von Säuglingen, 2012.
<http://www.bfr.bund.de/cm/343/unterschiede-in-der-zusammensetzung-von-muttermilch-und-industriell-hergestellter-saeuglingsanfangs-und-folgenahrung.pdf> (09.01.2017).
- Nationale Stillkommission am Bundesinstitut für Risikobewertung.
http://www.bfr.bund.de/de/nationale_stillkommission-2404.html (09.01.2017).
- Niessen, K.-H.: Pädiatrie, Stuttgart 2001.
- Novotny, R., Kieffer, E. C., Mor, J., Thiele, M., Nikaido, M.: Health of infant is the main reason for breast-feeding in a WIC population in Hawaii. In: J Am Diet Assoc. 1994, 94. S. 293-297.
- O'Brien, M., Buikstra, E., Hegney, D.: The influence of psychological factors on breastfeeding duration. In J Adv Nurs. 2008, 63. S. 397-408

- Odom, E. C., Li, R., Scanlon, K. S., Perrine, C. G., Grummer-Strawn, L.: Reasons for Earlier Than Desired Cessation of Breastfeeding. In: Pediatrics 2013, 131.
- O.V.: Babyfreundlich. Eine Initiative von WHO und UNICEF: <http://www.babyfreundlich.org/fachkraefte/fachinformationen/10-schritte.html> (09.01.2017).
- O.V.: B.E.St. ®. Zehn Schritte für eine Babyfreundliche Kinderklinik. <http://www.babyfreundlich.org/index.php?elD=dumpFile&t=f&f=4281&token=34741f8ca37695545aee39d324d670b66fb17cb3> (02.09.2017).
- O.V.: Das Bürgeramt für Migration und Integration in Hamm – ein Gemeinschaftsprojekt des Amtes für Soziale Integration, der Arbeiterwohlfahrt und des Deutschen Roten Kreuzes, Hamm 2006.
- O.V.: Die Arbeitsgemeinschaft Freier Stillgruppen (AFS) Bundesverband e.V. stellt sich vor. In: Stillen und Muttermilchernährung. Grundlagen, Erfahrungen und Empfehlungen. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), Köln 2001. S. 259-261.
- O.V.: Die Geschichte der Stadt Hamm: <https://www.hamm.de/presse-und-neue-medien/hamm-fuer-kinder/die-stadt-hamm/geschichte-der-stadt-hamm.html> (31.05.2017).
- O.V.: Gesetz über die Werbung für Säuglingsnahrung und Folgenahrung (Säuglingsnahrungswerbegesetz – SNWG), vom 10.10.1994, BGBl. 1, S. 2846.
- O.V.: Frauenerwerbstätigenquoten: http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Arbeitsmarkt/Datensammlung/PDF-Dateien/abbIV18.pdf (06.04.2017).
- O.V.: Initiative “Kein Kind zurücklassen”: <http://www.hamm.de/kein-kind-zuruecklassen.html>. (02.09.2017).
- O.V.: Gesetz zum Schutz von Müttern bei der Arbeit, in der Ausbildung und im Studium (Mutterschutzgesetz – MuSchG), vom 23.05.2017, BGBl. 1, S. 1228.
- O.V.: Umsatz im Markt für Babybedarf in Deutschland nach Produkten 2015. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/443385/umfrage/umsatz-im-markt-fuer-babybedarf-in-deutschland-nach-produkten/> (06.11.2017).
- Peters, F.: Laktation und Stillen. Physiologie, Klinik und Pathophysiologie der Brustdrüsenfunktion, Mastitis, Stuttgart 1987.
- Pfiffner, A.: Henri Nestlé (1814-1890). Vom Frankfurter Apothekerhilfen zum

- schweizer Pionierunternehmer, Diss. Zürich 1993.
- Pläßwilm, R.: Grenzen des Erzählbaren. Erinnerungsdiskurse von NS-Zwangsarbeiterinnen und Zwangsarbeitern in Ost- und Westeuropa, Essen 2011.
- Priller, Y.: Vermeidung von Allergien im Säuglingsalter. Prebiotik stärkt Babys Abwehr. In: Kinderärztliche Praxis 2004, 6. S. 414.
- Prinzing, F.: Handbuch der medizinischen Statistik, 2. vollst. umgearb. Aufl. Jena 1930-31. S. 395.
- Przyrembel, H.: Stillen ist das Beste. In: Kinderärztliche Praxis, Sonderheft Säuglingsernährung, Mainz 2000. S. 10-14.
- Przyrembel, H.: Die Vorteile der Muttermilch. In: Stillen und Muttermilchernährung. Grundlagen, Erfahrungen und Empfehlungen. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), Köln 2001. S. 13-26.
- Rebhan, B., Kohlhuber, M., Schwegler, U., Verdugo-Raab, U., Koletzko, B., Fromme, H.: Stillverhalten in Bayern, München 2009.
- Reich-Schottky, U.: Stillen und Stillprobleme. In: Martius, G. (Hrsg.): Bücherei der Hebamme, Band 1, Stuttgart 1995.
- Reich-Schottky, U.: Studien zu künstlicher Säuglingsernährung. Interessenkonflikte offenlegen. In: Deutsches Ärzteblatt 2011, 20. S. A1113.
- Renz-Polster, H., Krautzig, S.: Basislehrbuch Innere Medizin. München 2008.
- Rittershaus L.: Visualisierung in der Säuglingsfürsorge Anfang des 20. Jahrhunderts. Der „Atlas der Hygiene des Säuglings und Kleinkindes“. In: Vögele J. (Hrsg.): Düsseldorfer Texte zur Medizingeschichte, Band 2, Düsseldorf 2013.
- Rosenthal, R.: Die erzählte Lebensgeschichte als historisch-soziale Realität. Methodologische Implikationen für die Analyse biographischer Texte, 1994. In Pläßwilm, R.: Grenzen des Erzählbaren. Erinnerungsdiskurse von NS-Zwangsarbeiterinnen und Zwangsarbeitern in Ost- und Westeuropa, Essen 2011. S. 53f., 72.
- Royer, P.: Alte und neue Probleme der Säuglingsernährung. Hospital des Enfants-Malade, Paris. In: Annales Nestlé: Aktuelle Probleme der Säuglingsernährung, Lindau 1968, 25.
- Rubini-Landucci: Medizinisch-soziale Nachfrage bei 300 Fällen von frühzeitiger Unterbrechung mütterlichen Stillens, 1959.

- Schadewaldt, H.: Die Anerkennung der Kinderheilkunde als selbstständiges Fach. In: Kinderheilkunde. Einst und Jetzt. Jubiläumstagung zum 75jährigen Bestehen der Rheinisch-Westfälischen Kinderärztervereinigung, Düsseldorf 1975. S. 7-20.
- Schäfer, D., Frewer, A.: Gesundheitskonzepte im Wandel – Die 1980er Jahre als „Wendephase“? In: Gesundheitswesen 2010, 72. S. 199-200.
- Schmid, M.: Gibt es Beweise für Vorzüge der Muttermilch? Eine Literatur-Recherche, Osnabrück 2004.
- Schmoeger, R.: Adalbert Czerny (1863-1941) Mitbegründer der wissenschaftlichen Kinderheilkunde, Berlin 2003.
- Schneider, G.: Phänomenologie des Stillens zwischen Kultur und Kommerz. Untersuchung des Stillverhaltens an einem „babyfreundlichen Krankenhaus“, Diss. med. Freiburg 2008.
- Schütz, J. et. al.: European Code against Cancer 4th edition: 12 ways to reduce your cancer risk. In: Cancer Epidemiology 2015.
- Schütz, A.: Psychologie: eine Einführung in ihre Grundlagen und Anwendungsfächer, Bamberg 2015.
- Scott, J. A., Binns, C. W.: Factors associated with the initiation and duration of breastfeeding: a review of the literature. In: Breastfeed Rev. 1999, 7. S. 5-16.
- Selter, P.: Die Notwendigkeit der Mutterbrust für die Ernährung der Säuglinge. In: Centrablatt für Allgemeine Gesundheitspflege, 1902, 21. S. 377-392.
- Sottong, U.: Empfängnisverhütung in der Stillzeit. In: Arbeitsgemeinschaft Freier Stillgruppen (Hrsg.): Stillen und Stillprobleme. Bücherei der Hebamme, Band 1, Stuttgart 1995. S. 155-160.
- Stippig, M.: Psychologische und psychophysiologische Aspekte des Stillens. In: Arbeitsgemeinschaft Freier Stillgruppen (Hrsg.): Stillen und Stillprobleme. Bücherei der Hebamme, Band 1, Stuttgart 1995. S. 4-10.
- Takahashi, K., Ganchjeng, T., Ota, E., Vogel, J. P., Souza, J. P., Laopaiboon, M., Castro, C. P., Jayaratne, K., Ortiz-Panozo, E., Lumbiganon, P., Mori, R.: Prevalence of early initiation of breastfeeding and determinants of delayed initiation of breastfeeding: secondary analysis of the WHO Global Survey. In: Sci Rep. 2017, 21, 7.
- Teuffel von Birkensee, A. C.: Das Stillverhalten von Akademikerinnen in der Zeit von 1950 bis 1990, Diss. Düsseldorf, 2014.

- Tietze, K. W.: Stillempfehlungen der Nationalen Stillkommission Deutschlands. In: Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie 1997. S. 152-153.
- Thoms: „Der Tod aus der Milchflasche“ Säuglingssterblichkeit und Säuglingsernährung im 19. Und 20. Jahrhundert, S. 58-69. In: Burhenne, V., Schulz, S.: Kein Kinderspiel das erste Lebensjahr: Begleitbuch zur gleichnamigen Wanderausstellung des Westfälischen Museumsamtes, Münster 1994.
- Tönz, O.: Stillpraxis im Wandel der Zeit, 2003. In: Scherbaum, V., Perl, F. M., Kretschmer, U. (Hrsg.): Stillen. Frühkindliche Ernährung und reproduktive Gesundheit, Köln 2003. S. 1-6.
- Tugendreich, G.: Der Einfluss der sozialen Lage auf Krankheit und Sterblichkeit des Kindes. In: Mosse M., Tugendreich G. (Hrsg.): Krankheit und soziale Lage, München 1913. S. 267-307.
- UNICEF: Breastfeeding. Impact on child survival and global situation. http://www.unicef.org/nutrition/index_24824.html (09.04.2016).
- UNICEF: Innocenti Declaration. On the Protection, Promoting and Support of Breastfeeding, 1990. <https://www.unicef.org/programme/breastfeeding/innocenti.htm> (09.01.2017).
- UNICEF: Nutrition. Breastfeeding Advocacy Strategy. http://www.unicef.org/nutrition/files/Breastfeeding_Advocacy_Strategy-2015.pdf (09.04.2016).
- United Kingdom National Case-Control Study Group: Breast feeding and risk of breast cancer in young women. In: Brit. Med. Journ. 1993, 307. S. 17-20.
- Vögele, J.: Sozialgeschichte städtischer Gesundheitsverhältnisse während der Urbanisierung, Berlin 2001.
- Vögele, J.: Wenn das Leben mit dem Tod beginnt – Säuglingssterblichkeit und Gesellschaft in historischer Perspektive. In: Halling T., Fehlemann, S., Vögele, J. (Hrsg.): Vorzeitiger Tod: Identitäts- und Sinnstiftung in historischer Perspektive, Volume 34. Mixed Issues, Köln 2009.
- Vögele, J., Halling, T., Rittershaus, L.: Ärztliche Stillempfehlungen in Deutschland im 20. Jahrhundert. Teil 1. In: Kinder- und Jugendarzt 2010, 7. S. 465-469.
- Vögele, J., Halling, T., Rittershaus, L.: Ärztliche Stillempfehlungen in Deutschland im 20. Jahrhundert. Teil 2. In: Kinder- und Jugendarzt 2010, 8. S. 533-535.
- Vögele, J., Halling, T., Rittershaus, L.: Entwicklung und Popularisierung ärztlicher

- Stillempfehlungen in Deutschland im 20. Jahrhundert. In: *Medizinhistorisches Journal* 2010. S. 222-250.
- Vögele, J., Rittershaus, L., Halling, T.: „Breast is best“ – Infant-feeding, infant mortality and infant welfare in Germany during the late nineteenth and twentieth centuries. In: *Health* 2013, 12. S. 2190-2203.
- Vorländer, H. (Hrsg.): *Oral History, mündlich erfragte Geschichte*, Göttingen 1990.
- Voss, H. v., Grützmacher, A., Pfahl, B.: *Stillen und Muttermilchernährung*. Hrsg.: Bundesministerium für Gesundheit, Bonn 1993.
- Voss, H. v.: Laktogenese und Laktation. Eine Frau stellt sich auf das Stillen ein. In: *Kinderärztliche Praxis, Sonderheft Säuglingsernährung*, Mainz 2000. S. 5-9.
- Wehling, A.: Erstes Anlegen und Wochenbettpflege. In: *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Stillen und Muttermilchernährung: Grundlagen, Erfahrungen und Empfehlungen*, Köln 2001. S. 67-74.
- Welge, M. K., Al-Laham, A.: *Strategisches Management. Grundlagen – Prozess – Implementierung*, Heidelberg 2007. S. 168.
- Wood, N. K., Woods, N. F., Blackburn, S. T., Sanders, E. A.: Interventions that Enhance Breastfeeding Initiation, Duration, and Exclusivity: A Systematic Review. In: *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2016, 41. S. 299-307.
- Wright, A., Rice, S., Wells, S.: Changing hospital practices to increase the duration of breastfeeding. In: *Pediatrics* 1996, 5. S. 669-675.
- Wuermeling, F.-J.: Rede zum Muttertag 1959.
www.germanhistorydocs.ghi-dc.org (10.04.2016).
- Xiao, F., Lan, A., Mo, W.: Breastfeeding from mothers carrying HBV would not increase the risk of HBV infection in infants after proper immunoprophylaxis. In *Minerva Pediatr* 2017.
- Yakubov, R., Nadir E., Stein R., Klein-Kremer A.: The Duration of Breastfeeding and Its Association with Metabolic Syndrome among Obese Children. In: *Scientific World Journal* 2015.
- Young, J., Watson, K., Ellis, L., Raven, L.: Responding to evidence: breastfeed baby if you can – the sixth public health recommendation to reduce the risk of sudden and unexpected death in infancy. In: *Breastfeed Review* 2012. S. 7-15.
- Zappert, J.: *Soziologie der Säuglingskrankheiten*. In: *Gottstein, A.*,

Schlossmann, A., Teleky, L. (Hrsg.): Handbuch der Sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge. Fünfter Band Soziale Physiologie und Pathologie, Berlin 1927. S. 556-614.

Zarshenas, M., Zhao, Y., Poorarian, S., Binns, C.W., Scott, J.A.: Incidence and Risk Factors of Mastitis in Shiraz, Iran: Results of a Cohort Study. In: Breastfeed Med. 2017, 12.

Zwiauer, K.: Übergewicht und Adipositas. In: Scherbaum, V., Perl, F. M., Kretschmer, U. (Hrsg.): Stillen. Frühkindliche Ernährung und reproduktive Gesundheit, Köln 2003. S. 259-260.

9 Anhang

9.1 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Schwankung der initialen Stillquote	20
Abbildung 2: Die Entwicklung der Säuglingssterblichkeit in Deutschland, 1875-2007	23
Abbildung 3: Stillquote (Gesamt- und Vollstillen): Alle Kohorten (Angaben in %).	45
Abbildung 4: Einführung von Milchersatzprodukten: Alle Kohorten (Angaben in %) 47	
Abbildung 5: Stillquote (Gesamt- und Vollstillen): Kohorte 1 (Angaben in %)	48
Abbildung 6: Stillquote (Gesamt- und Vollstillen): Kohorte 2 (Angaben in %)	49
Abbildung 7: Stillquote (Gesamt- und Vollstillen): Kohorte 3 (Angaben in %)	50
Abbildung 8: Stillquote (Gesamt- und Vollstillen): Kohorte 4 (Angaben in %)	51
Abbildung 9: Stillquote (Gesamtstillen): Alle Kohorten (Angaben in %).....	52
Abbildung 10: Stillquote (Vollstillen): Alle Kohorten (Angaben in %).	53
Abbildung 11: Einführung von Milchersatzprodukten: Alle Kohorten	56
Abbildung 12: Unterstützende Personen bei der Säuglingsernährung	58
Abbildung 13: Informationsquellen Persönliches Umfeld	60
Abbildung 14: Informationsquellen medizinisches Personal	63
Abbildung 15: Inanspruchnahme einer Nachsorgehebamme.....	65
Abbildung 16: Vergleich Stilllänge & Inanspruchnahme einer Nachsorgehebamme (Angaben in %).....	66
Abbildung 17: Art der Entbindung	67
Abbildung 18: Zeitpunkt des ersten Anlegens.....	68
Abbildung 19: Informationsquellen Gruppen und Institutionen	69
Abbildung 20: Teilnahme an Geburtsvorbereitungskursen.....	71
Abbildung 21: Vergleich Stilllänge & Teilnahme an einem Geburtsvorbereitungskurs (Angaben in %).....	73
Abbildung 22: Informationsquellen Literatur und Medien.....	74
Abbildung 23: Informationsquellen Werbung und Warentest	76
<i>Abbildung 24: Informationsquellen Gesellschaft und Politik.....</i>	<i>77</i>
Abbildung 25: Stillen in der Öffentlichkeit.....	79
Abbildung 26: Schulabschluss der Mutter	81
Abbildung 27: Schulabschluss/ Stillquote	82

Abbildung 28: Berufsqualifikation der Mutter	83
Abbildung 29: Berufsqualifikation/ Stillquote.....	84
Abbildung 30: Berufsumfang ein Jahr nach der Geburt	85
Abbildung 31: Wiederbeginn der Berufstätigkeit nach der Geburt.....	86
Abbildung 32: Gründe für das Stillen.....	89
Abbildung 33: Gründe für ein frühzeitiges Abstillen.....	94

9.2 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Terminologie der Säuglingsernährung	16
Tabelle 2: Unterteilung der Kohorten.....	39
Tabelle 3: Überblick zur Stilltätigkeit	54
Tabelle 4: Vorherige Planung der Stilllänge	55
Tabelle 5: Informationsquellen Persönliches Umfeld.....	61
Tabelle 6: Informationsquellen medizinisches Personal	64
Tabelle 7: Informationsquellen Institutionen und Gruppen	70
Tabelle 8: Informationsquellen Literatur und Medien.....	74
Tabelle 9: Informationsquellen Werbung und Warentest.....	76
Tabelle 10: Informationsquellen Gesellschaft und Politik	78
Tabelle 11: Gründe für das Stillen	90
Tabelle 12: Gründe für ein frühzeitiges Abstillen	96

9.3 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	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"/>
<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/Bekanntem
- 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, Stilldauer, 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!