

Aus dem Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin
der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Institutsleiter: Prof. Dr. Heiner Fangerau

Zum Wandel des Stillverhaltens von Müttern
im Großraum Düsseldorf zwischen 1951 und 1990

Eine Oral History Studie

Dissertation

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

vorgelegt von
Friederike Helene Margarethe Harrich

2020

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

gez.:

Dekan: Prof. Dr. Nikolaj Klöcker

Erstgutachter: Prof. Dr. Jörg-Peter Vögele

Zweitgutachter: Prof. Dr. Eugen Ruckhäberle

Gewidmet meiner Tochter

Zusammenfassung

Stillen sei in den ersten sechs Lebensmonaten essentiell für die Gesundheit und die Entwicklung eines Säuglings, so propagiert es die WHO in ihrer Publikation „Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child“.¹ In den Jahren 1997/1998 wurde die bisher einzige Erhebung der Daten bundesweit zu diesem Thema durchgeführt. Diese Dissertation stellt dar, wie sich das Stillverhalten im Großraum Düsseldorf zwischen 1951 und 1990 im Verlaufe der Dekaden dargestellt und geändert hat, wozu es bislang keine Daten gab. Die Stillbereitschaft schwankte im Verlaufe der Geschichte. Zur Erhöhung der Stillbereitschaft wurden im Verlaufe des 20. Jahrhunderts verschiedene Maßnahmen ergriffen. Frauen sollten über die positive Wirkung des Stillens aufgeklärt werden. Broschüren, Kurse, Ratschläge durch Ärzte, Krankenschwestern und Hebammen nahmen Einfluss auf das Stillverhalten, ebenso die Ausstellung GeSoLei in Düsseldorf im Jahre 1926.² Ferner wurde im Jahre 1904 nach französischem Vorbild eine Stillprämie in Deutschland eingeführt.³ Die Sterblichkeit eines Neugeborenen reduzierte sich in den letzten 150 Jahren deutlich, die Lebenserwartung stieg, die Geburtenraten sanken. Dennoch wurde vermehrt nach Möglichkeiten gesucht, die Säuglingssterblichkeit weiter zu reduzieren. In den Jahren 1900 ± 20 Jahre erreichte oft nur jedes dritte Neugeborene das Erwachsenenalter. Heute liegt die Säuglingssterblichkeit bei 0,67 %.⁴ Der aktuelle Forschungsstand besagt, dass „Stillen in den ersten sechs Monaten [...] für die Mehrzahl der Säuglinge die ausreichende Ernährung“⁵ sei. Ein Zufüttern von Beikost ergibt sich individuell und ist abhängig von dem „Gedeihen und der Essfähigkeit des Kindes“⁶. Europäischen Stilldaten aus dem Jahre 2003 zufolge wird den Empfehlungen noch nicht nachgekommen.⁷ Bezüglich der Säuglingsgesundheit und -sterblichkeit stellt die Stillinzidenz einen äußerst wichtigen Faktor dar. Hierzu werden folgende Fragen in dieser Dissertation beantwortet: Welche

¹ http://www.who.int/nutrition/publications/guiding_principles_compfeeding_breastfed.pdf, abgerufen am 19.04.2018.

² Fehlemann, S., Armutrisiko Mutterschaft: Mütter- und Säuglingsfürsorge im Deutschen Reich 1890 - 1924; Dahlmann, E., Der Verein für Säuglingsfürsorge im Regierungsbezirk Düsseldorf e. V.; Fraenkel, M., GE - SO - LEI (GESOLEI). Ausstellung für Gesundheitspflege, soziale Fürsorge und Leibesübungen. Im Auftrage des Ausstellungsvorstandes herausgegeben von Arthur Schlossmann, zusammengestellt und bearbeitet von Marta Fraenkel, Düsseldorf, 1926.

³ Heininger, L., Zum Wandel des Stillverhaltens in der BRD zwischen 1950 und 1990, Düsseldorf, 2014.

⁴ Vögele, J., Nahrungskultur, Essen und Trinken im Wandel, Heft 4/2002, Im Kampf gegen die Säuglingssterblichkeit, Säuglingsernährung und Stillpropaganda, Ein Beitrag zur Geschichte der öffentlichen Gesundheitsfürsorge, Stuttgart, 2002.

⁵ Stellungnahme der Nationalen Stillkommission am Bundesinstitut für Risikobewertung, Berlin, 2006, <https://www.bfr.bund.de/cm/343/stilldauer.pdf>, abgerufen am 04.10.2018.

⁶ Stellungnahme der Nationalen Stillkommission am Bundesinstitut für Risikobewertung, Berlin, 2006, <https://www.bfr.bund.de/cm/343/stilldauer.pdf>, abgerufen am 04.10.2018.

⁷ <https://idw-online.de/en/image126356>, abgerufen am 04.10.2018.

Einflussfaktoren haben das Stillverhalten zwischen 1951 und 1990 im Großraum Düsseldorf bestimmt? Aus welchen Gründen haben die Mütter der entsprechenden Dekade im Großraum Düsseldorf gestillt? Welche dekadensübergreifenden Schlussfolgerungen lassen sich bzgl. des Stillverhaltens von Müttern zwischen 1951 und 1990 im Großraum Düsseldorf ziehen? Welcher Trend im Wandel des Frauenbildes zeichnet sich bei den Studienteilnehmerinnen ab? Gab es einen Wandel des Frauenbildes über die Zeit und wenn ja, wie stellt er sich dar? Hat die Möglichkeit des Kaufes von Milchersatzprodukten einen Einfluss auf die Stillquote der Frauen zwischen 1951 und 1990 im Großraum Düsseldorf gehabt? Haben die zwischen 1951 und 1990 stillenden Mütter aus dem Großraum Düsseldorf all ihre Kinder gestillt oder haben sie sich nach dem Stillen des ersten Kindes gegen das Stillen weiterer Kinder entschieden? Welche Personen nahmen zwischen 1951 und 1990 Einfluss auf das Stillverhalten der Mütter im Großraum Düsseldorf? Welchen Einfluss hatte das medizinische Personal auf das Stillverhalten? Welchen Einfluss hatte der Partner auf das Stillverhalten? Zur Beantwortung der Fragen erhielten die Studienteilnehmerinnen einen Fragebogen, darauf folgte ein persönliches Interview, sodass die Zeitzeugenaussagen durch die Oral-History-Methode festgehalten werden konnten. Zur Auswertung der Ergebnisse wurden die Studienteilnehmerinnen in vier Kohorten aufgeteilt, wobei eine Kohorte einer Dekade entspricht. In den Ergebnissen zeigte sich, dass die Frauen in den einzelnen Dekaden in ihrem Stillverhalten stark durch wirtschaftliche Verhältnisse und Ratschläge durch das medizinische Personal beeinflusst wurden. Diese Ergebnisse machen das Stillverhalten und die damit verbundenen Konsequenzen im ersten Schritt konkretisierbar und im zweiten Schritt diskutierbar. Werden diese Ergebnisse abschließend diskutiert, so ist festzustellen, dass jede Dekade ihre Trends im historischen Kontext mit sich bringt. So zeigt sich, dass in Kohorte 1 (1951–1960) Muttermilch als selbstverständliche Option in der Nachkriegszeit mit ihrer Armut gesehen wurde, dass in Kohorte 2 (1961–1970) ein zunehmendes Körperbewusstsein der Frauen das Stillverhalten maßgeblich beeinflusste, dass in Kohorte 3 (1971–1980) der Milchersatz eine von Müttern häufig bevorzugte Alternative zum Stillen darstellte und dass in Kohorte 4 (1981–1990) das Stillverhalten durch ein emanzipiertes Frauenbild und eine gleichberechtigte Partnerschaft geprägt wurde. Jedoch ist nicht nur die Dekadenaufteilung von Bedeutung, auch dekadensübergreifend lassen sich Schlussfolgerungen ziehen. So zeigt sich z. B., dass das Stillverhalten von der gesellschaftlichen Akzeptanz abhängig ist, dass das medizinische Personal maßgeblich an der Beeinflussung der Frauen beteiligt ist, dass das Rollenbild einer Frau in der Gesellschaft ein wichtiger Faktor ist und auch, dass das Stillverhalten nicht davon abhängig ist, ob die Mutter als Säugling selbst gestillt wurde.

Summary

Breastfeeding is essential for the health and development of an infant in the first six months of life, according to the WHO's publication "Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child".⁸ In 1997/1998, the nationwide only data collection on this subject has been carried out. This dissertation shows how breastfeeding behaviour in the greater Düsseldorf region has behaved and changed over the decades between 1951 and 1990, for which no data were available so far. The readiness to breastfeed fluctuated throughout history. In order to increase the readiness for breastfeeding, various measures were taken in the 20th century. Women should be informed about the positive effect of breastfeeding. Brochures, courses, advice from doctors, nurses and midwives influenced breastfeeding behaviour as well as the exhibition GeSoLei in Düsseldorf in 1926.⁹ Furthermore, in 1904, a breast-feed premium was introduced in Germany according to French models.¹⁰ The mortality rate of a newborn has decreased significantly over the last 150 years, life expectancy has increased, birth rates have fallen. This situation led to an increasing search for further ways to reduce infant mortality. In 1900 ± 20 years, only one in three newborns reached the adult age. Today, infant mortality is 0.67%.¹¹ Current research suggests that "breastfeeding in the first six months is sufficient nutrition for the majority of infants."¹² Feeding of solid food is individual and depends on the "child's well-being and eating ability"¹³. According to the 2003 European data, the recommendations have not yet been complied with.¹⁴ Breastfeeding incidence is an extremely important factor in infant health and mortality. The following questions are answered in this dissertation: Which factors have determined the breastfeeding behaviour between 1951 and 1990 in the greater Düsseldorf area? For what reasons did the mothers of the respective decade in the greater Düsseldorf region breastfeed? What cross-decade conclusions can be drawn regarding mothers' breastfeeding behaviour

⁸ http://www.who.int/nutrition/publications/guiding_principles_compleeding_breastfed.pdf, abgerufen am 19.04.2018.

⁹ Fehlemann, S., Armutrisiko Mutterschaft: Mütter- und Säuglingsfürsorge im Deutschen Reich 1890 - 1924; Dahlmann, E., Der Verein für Säuglingsfürsorge im Regierungsbezirk Düsseldorf e. V.; Fraenkel, M., GE - SO - LEI (GESOLEI). Ausstellung für Gesundheitspflege, soziale Fürsorge und Leibesübungen. Im Auftrage des Ausstellungsvorstandes herausgegeben von Arthur Schlossmann, zusammengestellt und bearbeitet von Marta Fraenkel, Düsseldorf, 1926.

¹⁰ Heining, L., Zum Wandel des Stillverhaltens in der BRD zwischen 1950 und 1990, Düsseldorf, 2014.

¹¹ Vögele, J., Nahrungskultur, Essen und Trinken im Wandel, Heft 4/2002, Im Kampf gegen die Säuglingssterblichkeit, Säuglingsernährung und Stillpropaganda, Ein Beitrag zur Geschichte der öffentlichen Gesundheitsfürsorge, Stuttgart, 2002.

¹² Stellungnahme der Nationalen Stillkommission am Bundesinstitut für Risikobewertung, Berlin, 2006, <https://www.bfr.bund.de/cm/343/stilldauer.pdf>, abgerufen am 04.10.2018.

¹³ Stellungnahme der Nationalen Stillkommission am Bundesinstitut für Risikobewertung, Berlin, 2006, <https://www.bfr.bund.de/cm/343/stilldauer.pdf>, abgerufen am 04.10.2018.

¹⁴ <https://idw-online.de/en/image126356>, abgerufen am 04.10.2018.

in the Düsseldorf area between 1951 and 1990? What is the trend in the changing image of women among the study participants? Was there a change in the image of women over time and if so, how does it look? Has the possibility of buying milk substitute products had an influence on the breastfeeding rate of women in the Düsseldorf area between 1951 and 1990? Have the mothers from the Düsseldorf area who were breastfeeding between 1951 and 1990 breastfed all their children or have they decided against breastfeeding other children after the first child was breastfed? Between 1951 and 1990, which persons influenced the breastfeeding behaviour of mothers in the greater Düsseldorf area? What influence did the medical staff have on breastfeeding? What influence did the partner have on breastfeeding behaviour? In order to answer the questions, the study participants received a questionnaire, followed by a personal interview, so that the time witness statements could be recorded by the oral history method. To evaluate the results, the study participants were divided into four cohorts, one cohort being one decade. The results showed that women were strongly influenced by economic conditions and advice by medical staff during the individual decades in their breastfeeding behaviour. These results make breastfeeding behaviour and the associated consequences more tangible in the first step and more discussible in the second step. When these results are finally discussed, it is noted that each decade was influenced by the historical context. Thus it appears that in Cohort 1 (1951–1960), breast milk was seen as a natural option in the post-war period considering its poverty. In Cohort 2 (1961–1970), an increasing body awareness of women had a major impact on breastfeeding behaviour, in Cohort 3 (1971–1980), milk substitute products were a mothers-preferred alternative for breastfeeding, and in Cohort 4 (1981–1990) breastfeeding was characterized by an emancipated female image and an equal partnership. However, it is not only the division of decades that is important, but conclusions can also be drawn across the decades. For example, it is evident that breastfeeding behaviour is dependent on social acceptance, that medical staff is involved, that the role of a woman in society is an important factor, and that breastfeeding does not depend on whether the mother was breastfed as an infant.

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
Bde.	Bände
BfR	Bundesinstitutes für Risikobewertung
bzgl.	bezüglich
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
Et al.	et alii, et aliae, et alia
f.	folio \triangleq auf der nächsten Seite, folgend wörtlich: auf dem Blatt stehend
ff.	\triangleq auf den nächsten Seiten
ges.	gesamt, gesamten
M.	Morbus
RKI	Robert Koch Institut
S.	Seite
USA	United States of America
vgl.	vergleiche
vs.	versus
westl.	westlich, westlichen
WHO	World Health Organisation
z.B.	zum Beispiel

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Stillpropaganda.	3
Abbildung 2	Entwicklung der Säuglingssterblichkeit in Deutschland. Preußen 1816–1900, Reichsgebiet 1901–1938, bis 1989 westl. Bundesgebiet, ab 1990 ges. Bundesgebiet.	4
Abbildung 3	Entwicklung der Lebenserwartung bei Geburt in Deutschland nach Geschlecht in den Jahren von 1950 bis 2060 (in Jahren).	6
Abbildung 4	Europäische Stilldaten im Vergleich.	9
Abbildung 5	Zusammensetzung der Milch, Vergleich: Kolostrum – reife Frauenmilch – Kuhmilch.	14
Abbildung 6	Kohorteneinteilung der Studie.	16
Abbildung 7	Anzahl der befragten Frauen.	22
Abbildung 8	Durchschnittsalter der Mütter zum Zeitpunkt der Befragung.	23
Abbildung 9	Durchschnittsalter der Mütter zum Zeitpunkt der Entbindung ihres ersten Kindes.	24
Abbildung 10	Alter der Mütter bei der Geburt ihrer Kinder, Durchschnitt in Jahren, 1980 und 2010.	25
Abbildung 11	Durchschnittliche Kinderzahl der befragten Mütter.	26
Abbildung 12	Berufssektoren der befragten Frauen unmittelbar vor der ersten Schwangerschaft.	27
Abbildung 13	Prozentuale Verteilung der Berufsbelastung der befragten Frauen unmittelbar vor der ersten Schwangerschaft.	28
Abbildung 14	Prozentuale Verteilung der Berufsbelastung der befragten Frauen während der ersten Schwangerschaft.	29
Abbildung 15	Prozentuale Verteilung der Berufsbelastung der befragten Frauen nach der ersten Schwangerschaft.	30
Abbildung 16	Berufssektoren der befragten Frauen unmittelbar vor der ersten Schwangerschaft.	31
Abbildung 17	Berufsbelastung der Väter unmittelbar vor der ersten Schwangerschaft.	32

Abbildung 18	Berufsbelastung der Väter nach der Geburt des Kindes.	32
Abbildung 19	Wurden Sie vom Kindsvater finanziell unterstützt?	33
Abbildung 20	Haben Sie andere finanzielle Unterstützung erhalten?	33
Abbildung 21	Wo haben Sie entbunden?	34
Abbildung 22	Wie wurde entbunden?	35
Abbildung 23	Waren Sie in Kursen zur Vorbereitung auf die Geburt?	37
Abbildung 24	Waren Sie in Kursen zur Vorbereitung auf die Geburt?	37
Abbildung 25	Hatten Sie eine Hebamme zur Nachsorge?	38
Abbildung 26	Hatten Sie eine Hebamme zur Nachsorge?	39
Abbildung 27	Haben Sie Ihr Kind gestillt?	40
Abbildung 28	Haben Sie Ihr Kind gestillt?	40
Abbildung 29	Sind alle Ihre Kinder gestillt worden?	41
Abbildung 30	Stillverhalten in Kohorte 1 (1951–1960).	42
Abbildung 31	Einführung der Kleinkindnahrung in Kohorte 1 (1951–1960).	42
Abbildung 32	Stillverhalten in Kohorte 2 (1961–1970).	43
Abbildung 33	Einführung der Kleinkindnahrung in Kohorte 2 (1961–1970).	44
Abbildung 34	Stillverhalten in Kohorte 3 (1971–1980).	45
Abbildung 35	Einführung der Kleinkindnahrung in Kohorte 3 (1971–1980)	45
Abbildung 36	Stillverhalten in Kohorte 4 (1981–1990).	46
Abbildung 37	Einführung der Kleinkindnahrung in Kohorte 4 (1981–1990).	46
Abbildung 38	Zeitpunkt des ersten Anlegens nach der Geburt.	48
Abbildung 39	Zeitpunkt des ersten Anlegens nach der Geburt.	48
Abbildung 40	Wer hat das Anlegen initiiert?	50
Abbildung 41	Wer hat das Anlegen initiiert?	50
Abbildung 42	Haben Sie Ihr Kind im Säuglingsalter nach Zeitplan oder nach Bedarf ernährt?	52
Abbildung 43	Haben Sie Ihr Kind im Säuglingsalter nach Zeitplan oder nach Bedarf ernährt?	52
Abbildung 44	Haben Sie Ihr Kind in der Öffentlichkeit gestillt?	54

Abbildung 45	Haben Sie Ihr Kind in der Öffentlichkeit gestillt?	55
Abbildung 46	Haben Sie sich während des Stillens bewusst ernährt?	56
Abbildung 47	Haben Sie sich während des Stillens bewusst ernährt?	56
Abbildung 48	Warum haben Sie abgestillt?	58
Abbildung 49	Wie lange haben Sie abgestillt?	60
Abbildung 50	Wie lange haben Sie abgestillt?	60
Abbildung 51	Für stillende Mütter: Warum haben Sie gestillt?	62
Abbildung 52	Für stillende Mütter: Warum haben Sie gestillt?	63
Abbildung 53	Für nicht-stillende Mütter: Warum haben Sie Milchersatzprodukte verwendet?	64
Abbildung 54	Für nicht-stillende Mütter: Warum haben Sie Milchersatzprodukte verwendet?	65
Abbildung 55	Wie gut haben Sie sich zum Zeitpunkt des Stillens auf das Stillen vorbereitet gefühlt?	67
Abbildung 56	Wie gut haben Sie sich zum Zeitpunkt des Stillens auf das Stillen vorbereitet gefühlt?	67
Abbildung 57	Durch welchen Faktor wurden Sie bzgl. Ihres Stillverhaltens am meisten beeinflusst?	68
Abbildung 58	Kohorte 1 (1951–1960): War die Meinung aus Ihrem persönlichen Umfeld am ehesten pro, contra oder neutral dem Stillen Ihres Kindes gegenüber?	69
Abbildung 59	Kohorte 2 (1961–1970): War die Meinung aus Ihrem persönlichen Umfeld am ehesten pro, contra oder neutral dem Stillen Ihres Kindes gegenüber?	70
Abbildung 60	Kohorte 3 (1971–1980): War die Meinung aus Ihrem persönlichen Umfeld am ehesten pro, contra oder neutral dem Stillen Ihres Kindes gegenüber?	71
Abbildung 61	Kohorte 4 (1981–1990): War die Meinung aus Ihrem persönlichen Umfeld am ehesten pro, contra oder neutral dem Stillen Ihres Kindes gegenüber?	71
Abbildung 62	Kohorte 1–4 (1951–1990): Meinungsanteil des persönlichen Umfeldes pro Stillen.	72
Abbildung 63	Kohorte 1 (1951–1960): War die Meinung aus Ihrem medizinischen Umfeld am ehesten pro, contra oder neutral dem Stillen Ihres Kindes gegenüber?	73
Abbildung 64	Kohorte 2 (1961–1970): War die Meinung aus Ihrem medizinischen Umfeld am ehesten pro, contra oder neutral dem Stillen Ihres Kindes gegenüber?	74

Abbildung 65	Kohorte 3 (1971–1980): War die Meinung aus Ihrem medizinischen Umfeld am ehesten pro, contra oder neutral dem Stillen Ihres Kindes gegenüber?	75
Abbildung 66	Kohorte 4 (1981–1990): War die Meinung aus Ihrem medizinischen Umfeld am ehesten pro, contra oder neutral dem Stillen Ihres Kindes gegenüber?	75
Abbildung 67	Kohorten 1-4 (1951–1990) kumuliert: Meinung des medizinischen Umfeldes pro, contra oder neutral gegenüber dem Stillen.	76
Abbildung 68	Kohorten 1-4 (1951–1990) kumuliert: Meinung des medizinischen Umfeldes pro, contra oder neutral gegenüber dem Stillen.	76
Abbildung 69	Kohorte 1 (1951–1960): Einflussfaktoren der Stillquote anhand von Aussagen der Mütter.	82
Abbildung 70	Kohorte 2 (1961–1970): Einflussfaktoren der Stillquote anhand von Aussagen der Mütter.	84
Abbildung 71	Kohorte 3 (1971–1980): Einflussfaktoren der Stillquote anhand von Aussagen der Mütter.	85
Abbildung 72	Kohorte 4 (1981–1990): Einflussfaktoren der Stillquote anhand von Aussagen der Mütter.	88
Abbildung 73	Kohorteneinteilung der vergleichbaren Studien.	91
Abbildung 74	Durchschnittsalter der Mütter zum Zeitpunkt der Entbindung ihres ersten Kindes im Vergleich.	91
Abbildung 75	Durchschnittliche Kinderzahl der befragten Mütter im Vergleich.	92
Abbildung 76	„Ich habe mein Kind gestillt.“	93
Abbildung 77	„Ich habe mein Kind gestillt.“	94

Inhalt

1.	Einleitung	1
1.1	Kontext	1
1.2	Stillförderung	2
1.3	Sozialpädiatrie und ihre Erfolge	4
1.4	Wandel der Lebenserwartung eines Säuglings	5
1.5	Forschungsstand	7
2.	Fragestellung und Ziele der Arbeit	10
3.	Material und Methode	11
3.1	Definitionen	11
3.2	„Stillen“: Definition	12
3.3	Laktation und Galaktogenese	13
3.4	Studiendesign	15
3.5	Stärken und Grenzen von Oral History	17
3.6	Datensatzerhebung	19
3.7	Auswertung	21
3.8	Verwendbare vs. nicht verwendbare Befragungen	21
4.	Ergebnisse	23
4.1	Persönliche Angaben der Mütter	23
4.1.1	Geburtenzahlen und Berufssektoren	26
4.2	Berufliche Tätigkeiten der Mütter	28
4.3	Berufliche Tätigkeiten der Väter	32
4.4	Finanzielle Unterstützung	33
4.5	Die Geburt	34

4.5.1	Vor- und Nachsorge der Geburt	37
4.6	Stillverhalten	40
4.6.1	Abstillverhalten	58
4.6.2	Persönliche Gründe der Mütter	62
4.6.3	Einflussfaktoren	68
5.	Diskussion	78
5.1	Diskussion der Methode Oral History	78
5.1.1	Befragungsstil	78
5.1.2	Limitation	79
5.1.3	Primacy-effect und Soziale Erwünschtheit als Confounder	79
5.2	Diskussion der Ergebnisse	81
5.2.1	Kohorte 1 - Muttermilch als selbstverständlichste Option und Armut in der Nachkriegszeit	81
5.2.2	Kohorte 2 - Dekade der zunehmenden Körperlichkeit	83
5.2.3	Kohorte 3 - Wirtschaftswunder ermöglicht Milchersatz	85
5.2.4	Kohorte 4 - Öffentlicher Umgang mit dem Stillen durch emanzipierte Frauen	87
5.3	Dekadenübergreifende Schlussfolgerungen	89
6.	Vergleich mit den Studien „Zum Wandel des Stillverhaltens in der BDR zwischen 1950 und 1990“ und „Das Stillverhalten von Akademikerinnen in der Zeit von 1950 bis 1990“	90
7.	Extrakt	96
8.	Literaturnachweis	98
8.1	Elektronische Referenzen	101
9	Anhang	103

1. Einleitung

1.1 Kontext

Die WHO propagiert in ihrer Publikation „Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child“, dass ein ausschließliches Stillen in den ersten sechs Monaten post partum bei normalem Geburtstermin, welcher einer Schwangerschaftsdauer von 268 Tagen mit einer Schwankungsbreite von fünf Wochen entspricht, essentiell für die Entwicklung des Säuglings sei.¹ In der Publikation unterstreicht die WHO, dass eine Ernährung durch Muttermilch in direktem Zusammenhang mit der Entwicklung des Kindes stehe. In den ersten sechs Lebensmonaten sei die ausschließliche Ernährung durch Muttermilch nicht nur als ausreichend, sondern als fundamental anzusehen, solange die Mutter gesund und nicht mangelernährt ist.²

Ferner seien die ersten zwei Lebensjahre bzgl. der Kindesentwicklung von so großer Tragweite, dass Defizite danach kaum aufzuholen seien.³ Der Säugling erhält durch die Antikörper der Mutter über die Muttermilch eine Leihimmunität und so einen besseren Infektionsschutz, welcher durch Milchersatzprodukte nicht gegeben ist (vgl. S. 14–15).⁴ Nach einer Stillzeit von sechs Monaten reicht der Nährstoffgehalt der Muttermilch nicht mehr aus, es kann auf Breikost umgestellt werden. Die WHO publiziert, dass das Stillen nach Bedarf neben Breikost bis zu einem Alter von zwei Jahren zu empfehlen ist, um die Nährstoff- und Flüssigkeitsversorgung des Kindes durch mehrere Quellen zu sichern und die Leihimmunität weiterhin zu gewährleisten. Ein Zusammenhang zwischen einer erhöhten Stilldauer und einer Verminderung chronischer Krankheiten und Übergewicht wurde beobachtet.⁵

In den Jahren 1997/1998 wurde die bisher einzige Erhebung der Daten bundesweit zu diesem Thema durchgeführt, in der sowohl die Stilldauer als auch die Einflussfaktoren ermittelt wurden (SuSe-Studie). Es ergab sich, dass

¹ http://www.who.int/nutrition/publications/guiding_principles_compfeeding_breastfed.pdf, abgerufen am 19.04.2018.

² http://www.who.int/nutrition/publications/guiding_principles_compfeeding_breastfed.pdf, abgerufen am 19.04.2018.

³ http://www.who.int/nutrition/publications/guiding_principles_compfeeding_breastfed.pdf, abgerufen am 19.04.2018.

⁴ Gätje, R.; Eberle, Ch.; Scholz, Ch.; Lübke, M.; Solbach, Ch.; Muschel, K.; Kissler, S.; Siedentopf, F.; Weißenbacher, T.; Debus, G.; Schuhmacher, I.; Lato, K.; Sängler, N.; Kurzlehrbuch Gynäkologie und Geburtshilfe, 2.Auflage, S. 492., Stuttgart, 2015.

⁵ http://www.who.int/nutrition/publications/guiding_principles_compfeeding_breastfed.pdf, abgerufen am 19.04.2018.

91 % der Neugeborenen zu Beginn gestillt wurden, jedoch lediglich 10 % der Kinder nach sechs Monaten weiterhin ausschließlich mit Muttermilch ernährt wurden (Kersting und Dulon, 2002). Ebenso hat das RKI retrospektiv Daten zum Stillverhalten erhoben, welche sich auf die Geburtsjahrgänge 1986–2005 beziehen. Die erhobenen Daten sind mit der SuSe-Studie vergleichbar.^{6, 7, 8}

1.2 Stillförderung

Zur Erhöhung der Stillbereitschaft und der damit verbundenen Senkung der Säuglingssterblichkeit wurden im Verlaufe des 20. Jahrhunderts verschiedene Maßnahmen ergriffen, um die Frauen über die positive Wirkung des Stillens aufzuklären und sie dazu zu bewegen. Durch informative Broschüren sollten sowohl allgemein über das Stillen aufgeklärt werden als auch Techniken des Stillens nahegebracht werden. Ebenso wurden Ausstellungen gezeigt, wie z. B. die GeSoLei in Düsseldorf im Jahre 1926, welche der Aufklärung diente und einen Beitrag zur Stillpropaganda leistete. Da sich diese Aufklärung als sehr passiv gestaltete und die Frauen selbst aktiv werden mussten, um die Informationen zu erhalten, wurden Kurse angeboten, die in Form von Wanderkursen auch die ländlichen Regionen erreichten. Hier wurden den Frauen durch Filme und Illustrationen Informationen zum Thema Stillen und Neugeborenenernährung mit ihren Vor- und Nachteilen nahegebracht.⁹

⁶ <https://link.springer.com/article/10.1007/s00112-002-0561-5>, abgerufen am 03.06.2017.

⁷ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12186663>, abgerufen am 22.04.2018.

⁸ Robert-Koch-Institut, Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS) : Lange, C./Schenk, L./Bergmann, R., <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17514446>, abgerufen am 22.04.2018.

⁹ Fehlemann, S., Armutsrisiko Mutterschaft: Mütter- und Säuglingsfürsorge im Deutschen Reich 1890 - 1924; Dahlmann, E., Der Verein für Säuglingsfürsorge im Regierungsbezirk Düsseldorf e. V.; Fraenkel, M., GE - SO - LEI (GESOLEI). Ausstellung für Gesundheitspflege, soziale Fürsorge und Leibesübungen. Im Auftrage des Ausstellungsvorstandes herausgegeben von Arthur Schlossmann, zusammengestellt und bearbeitet von Marta Fraenkel, Düsseldorf, 1926.



Abb. 1: Stillpropaganda.¹⁰

Ferner sollte den Müttern ein Anreiz durch Stillprämien geschaffen werden. Dies zeigte bereits in Frankreich Erfolge und wurde deshalb 1904 in Süddeutschland etabliert, 1905 in Berlin und in weiteren Städten.^{11, 12}

Jedoch fielen die gezahlten Prämien regional sehr unterschiedlich aus und standen Familien mit weniger als 1050 ± 150 DM Einkommen zu. Nicht nur die Höhe der Prämie, auch die Dauer derselben variierte in den Gebieten, mit einem Minimum von wenigen Wochen in München bis zu einem Maximum über die gesamte Stillzeit in Frankfurt.¹³

Im Jahre 1968 wurde trotz Erfolgen das Stillgeld als Maßnahme wieder abgeschafft. Pädiater wurden hierzu nicht befragt.¹⁴

¹⁰ GE-SO-LEI. Ausstellung für Gesundheitspflege, Soziale Fürsorge und Leibesübungen. Zusammengestellt und bearbeitet von Dr. med. Marta Fraenkel, Bd. 2, S. 684, Düsseldorf, 1927.

¹¹ Heininger, L., Zum Wandel des Stillverhaltens in der BRD zwischen 1950 und 1990, Düsseldorf, 2014.

¹² Vögele, J., Nahrungskultur, Essen und Trinken im Wandel, Heft 4/2002, Im Kampf gegen die Säuglingssterblichkeit, Säuglingsernährung und Stillpropaganda, Ein Beitrag zur Geschichte der öffentlichen Gesundheitsfürsorge, Stuttgart, 2002.

¹³ Vögele, J., Nahrungskultur, Essen und Trinken im Wandel, Heft 4/2002, Im Kampf gegen die Säuglingssterblichkeit, Säuglingsernährung und Stillpropaganda, Ein Beitrag zur Geschichte der öffentlichen Gesundheitsfürsorge, Stuttgart, 2002.

¹⁴ Heininger, L., Zum Wandel des Stillverhaltens in der BRD zwischen 1950 und 1990, Düsseldorf, 2014.

1.3 Sozialpädiatrie und ihre Erfolge

Ein entscheidender Wandel in der Säuglingssterblichkeit setzte um die Wende des 19. Jahrhunderts ein (vgl. Abb. 2) mit einem Maximum in der Entwicklung zwischen 1990 und 2013¹⁵, was als Erfolg der Sozialpädiatrie verstanden werden kann.

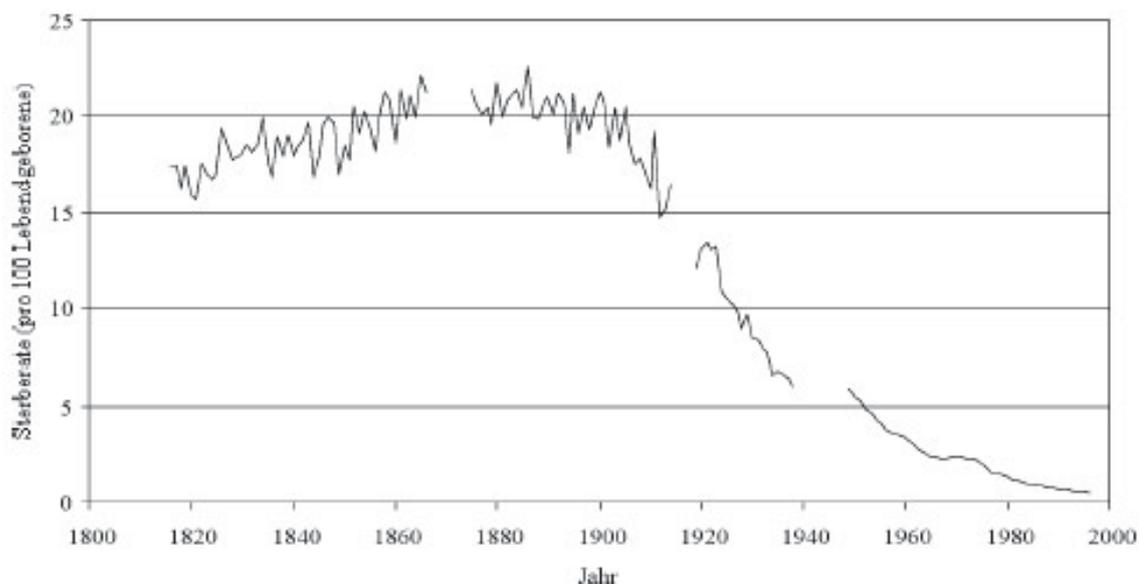


Abb. 2: **Entwicklung der Säuglingssterblichkeit in Deutschland. Preußen 1816–1900, Reichsgebiet 1901–1938, bis 1989 westl. Bundesgebiet, ab 1990 ges. Bundesgebiet.**¹⁶

Im Jahre 1975 gaben etwa 60 % der befragten Mütter an, in der ersten Lebenswoche gestillt zu haben, entweder voll oder teilweise, etwa 20 % gaben an, ausschließlich gestillt zu haben, also keine weitere Nahrung und/oder Flüssigkeit gefüttert zu haben. Wird dies mit dem Jahre 1988 verglichen, so stellt sich dar, dass hier 83 % der befragten Mütter gestillt haben und davon nur ca. 33 % andere Nahrung und/oder Flüssigkeit zugefüttert haben.¹⁷ Zu begründen ist dieser Zuwachs an stillenden Müttern mit der Etablierung von Stillgruppen^{18, 19}. Die „La Leche Liga“, welche 1956 in den USA gegründet

¹⁵ Vgl. Global, regional, and national disability-adjusted life years (DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990–2013: quantifying the epidemiological transition, Murray et al., o. O., 2015.

¹⁶ http://www.buergerimstaat.de/4_02/saeugling.htm, abgerufen am 24.04.2018.

¹⁷ Vgl. Hormann/Nehlsen, Die aktuelle Stillsituation in Deutschland und europaweit. In: Siebert, W., Stögmann, W., Wündisch, GF., Stillen- einst und heute, S. 8, Marseille, München, 1997.

¹⁸ von Voss, Grützmacher, Pfahl: Stillen und Muttermilchernährung, vom Bundesministerium für Gesundheit, S. 276 f., Bonn, 1980.

¹⁹ <http://www.lalecheliga.de/la-leche-liga/wer-wir-sind/entstehung>, abgerufen am 01.05.2018.

wurde, setzte sich als Stillorganisation international und auch explizit in Deutschland durch.^{20, 21}

Angestoßen durch die „La Leche Liga“ wurden auch in Deutschland in den kommenden Jahren unzählige freie Stillgruppen gegründet. Diese Stillgruppen wurden vermehrt ehrenamtlich von erfahrenen Müttern geführt.

Dadurch konnte sowohl erreicht werden, dass Informationsaustausch stattfand, Mythen und Irrglauben über das Stillen von Säuglingen aufgehoben und durch das Wissen substituiert werden konnten, dass ein Kind 10 Stunden \pm 2 Stunden am Tag gestillt werden muss, um die zugeführte Menge an Muttermilch quantitativ auf notwendigem Niveau zu halten, als auch die Information zu etablieren, dass nächtliches Stillen eine enorme Bedeutung habe. Ziel war es, den Müttern zu vermitteln, dass das Stillen in seinen Abständen nicht durch Stillregeln, wie es zuvor propagiert war, festgelegt wurde, ebenso wenig wie durch die Zeit oder Befindlichkeit der Mutter sowie anderer Personen, sei es aus dem privaten Umfeld oder aus dem medizinischen Setting, oder durch andere äußeren Umstände, sondern durch den Bedarf des Säuglings zu regeln war.²²

1.4 Wandel der Lebenserwartung eines Säuglings

Die Sterblichkeit eines Neugeborenen reduzierte sich in den letzten 150 Jahren wesentlich, was mit einem Anstieg der Lebenserwartung korreliert (vgl. Abb. 3). Die Geburtenraten sanken, was dazu führte, dass vermehrt Möglichkeiten gesucht und gefunden wurden, die Neugeborenensterblichkeit zu reduzieren. Hierbei stellte die Ernährung des Säuglings, explizit das Ernähren mit Kuhmilch und eine mögliche Hebung der Stillquoten, den zentralen Ansatzpunkt dar.

Im Jahre 1871, zum Zeitpunkt der Gründung des Deutschen Reiches, betrug die durchschnittliche Lebenserwartung bei Frauen etwa 39 Jahre, bei Männern 36 Jahre. Die aktuelle Lebenserwartung liegt bei Frauen bei rund 80 Jahren, bei Männern bei rund 70 Jahren.²³ Ein deutlicher Anstieg zwischen den Jahren 1990 und 2013 wurde verzeichnet und ist in der Global Burden of Disease Studie 2013 veröffentlicht worden. Laut dieser Studie ist die Lebenserwartung in

²⁰ von Voss, Grützmaker, Pfahl: Stillen und Muttermilchernährung, vom Bundesministerium für Gesundheit., S. 276 f., Bonn, 1980.

²¹ <http://www.lalecheligade.de/la-leche-liga/wer-wir-sind/entstehung>, abgerufen am 01.05.2018.

²² Reitz, Arbeitsgemeinschaft freier Stillgruppen e. V. In: von Voss, Grützmaker, Pfahl: Stillen und Muttermilchernährung, vom Bundesministerium für Gesundheit, S. 274 f., Bonn, 1986.

²³ Vögele, J., Nahrungskultur, Essen und Trinken im Wandel, Heft 4/2002, Im Kampf gegen die Säuglingssterblichkeit, Säuglingsernährung und Stillpropaganda, Ein Beitrag zur Geschichte der öffentlichen Gesundheitsfürsorge, Stuttgart, 2002.

den 23 Jahren zwischen 1990 und 2013 um etwa 6,2 Jahre angestiegen.²⁴ Ein weiterer Anstieg der Lebenserwartung in den kommenden Jahren ist bei gleichbleibender Verbesserung der medizinischen Versorgung und Lebensumstände anzunehmen (vgl. Abb. 3).

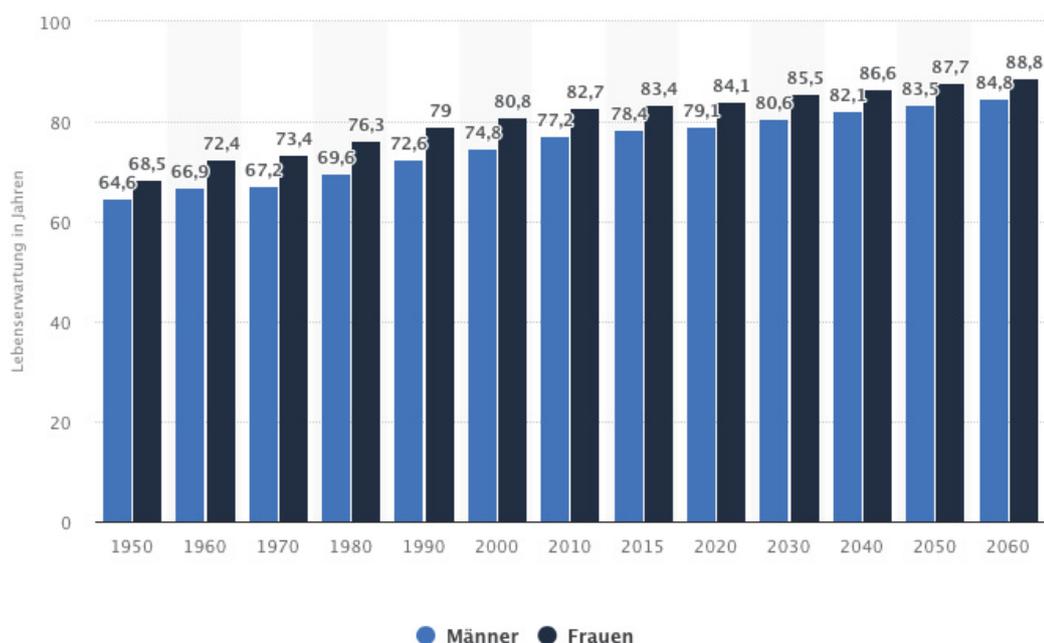


Abb. 3: **Entwicklung der Lebenserwartung bei Geburt in Deutschland nach Geschlecht in den Jahren von 1950 bis 2060 (in Jahren).** ²⁵

Diese Ergebnisse sind vor allem auf einen Rückgang der Sterblichkeit von Neugeborenen zurückzuführen. In den Jahren 1900 \pm 20 Jahre erreichte oft nur jeder 3. Neugeborene das Erwachsenenalter, was etwa einer Sterblichkeit bis hin zum Erwachsenenalter von 66,7 % entspricht. Im Vergleich liegt die Säuglingssterblichkeit heute bei ca. 6,7 bei 1000 Neugeborenen, was 0,67 % entspricht.²⁶

²⁴ Murry et al., Global, regional, and national disability-adjusted life years for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy for 188 countries, o. O., 1990–2013.

²⁵ <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/273406/umfrage/entwicklung-der-lebenserwartung-bei-geburt-in-deutschland-nach-geschlecht/>, abgerufen am 27.04.2006.

²⁶ Vögele, J., Nahrungskultur, Essen und Trinken im Wandel, Heft 4/2002, Im Kampf gegen die Säuglingssterblichkeit, Säuglingsernährung und Stillpropaganda, Ein Beitrag zur Geschichte der öffentlichen Gesundheitsfürsorge, Stuttgart, 2002.

1.5 Forschungsstand

Die Empfehlungen des Bundesinstitutes für Risikobewertung (BfR) sind in Bezug auf die Frage der Stilldauer, ebenso wie die Empfehlungen der World Health Organization (WHO), als wegweisend zu betrachten. Das BfR bezieht sich maßgeblich auf die Empfehlungen der nationalen Stillkommission. Diese Empfehlungen aus dem Jahre 2004 sind nach wie vor aktuell.²⁷

„Ausschließliches Stillen in den ersten sechs Monaten ist für die Mehrzahl der Säuglinge die ausreichende Ernährung. Ab wann ein Säugling zusätzlich Breikost erhält, ergibt sich individuell in Abhängigkeit von Gedeihen und der Essfähigkeit des Kindes. Breikost sollte in der Regel nicht später als zu Beginn des 7. Lebensmonats und keinesfalls vor dem Beginn des 5. Monats gegeben werden. Breikostfütterung bedeutet nicht Abstillen, sondern eine langsame Verminderung der Muttermilchmengen und Stillmahlzeiten. Mutter und Kind bestimmen gemeinsam, wann abgestillt wird.“²⁸, so die Empfehlung der Nationalen Stillkommission vom 1. März 2004.

Ferner wird in der Empfehlung der Nationalen Stillkommission angeführt, dass „(der Ausdruck) (...) ‚ausschließliches‘ Stillen weiterhin in dem engen ursprünglich von der WHO (WHO, 1991) definierten Sinn (ausschließlich Muttermilch ohne Gabe von Flüssigkeiten oder anderer Nahrung) (Springer et al., 1999) (gebraucht wird).“ In ihrer Stellungnahme „Zufütterung von gestillten Säuglingen“ hat die Stillkommission (2001) ausführlich dargelegt, dass eine routinemäßige Zufütterung von Flüssigkeiten beim gestillten Säugling in der Regel überflüssig ist und daher auch nicht empfohlen wird.

Sollte eine Mutter nicht in der Lage sein zu stillen, so hält die Stillkommission auch ein kürzeres ausschließliches Stillen für sinnvoll, ebenso wie teilweises Stillen. Sollte ein sechsmonatiges Stillen nicht durchführbar sein, so sollte es für Mütter kein Grund sein, gar nicht erst mit dem Stillen zu beginnen.

Es solle ferner „das Wissen um die Vorteile des Stillens (...) als Verpflichtung verstanden werden, stillwilligen Müttern bei der Lösung von Stillproblemen zu helfen, sodass sie nicht früher mit dem Stillen aufhören müssen, als sie es

²⁷ Stellungnahme der Nationalen Stillkommission am Bundesinstitut für Risikobewertung, Berlin, 2006, <https://www.bfr.bund.de/cm/343/stilldauer.pdf>, abgerufen am 04.10.2018.

²⁸ Stellungnahme der Nationalen Stillkommission am Bundesinstitut für Risikobewertung, Berlin, 2006, <https://www.bfr.bund.de/cm/343/stilldauer.pdf>, abgerufen am 04.10.2018.

eigentlich wollen.“²⁹ Eine Stellungnahme der Stillkommission aus dem Jahre 2003 ist hierzu beim Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) veröffentlicht.^{30, 31}

In Bezug auf das Abstillverhalten wird empfohlen, dass „idealerweise (...) weiter teilstillt (*wird*), auch wenn das Kind die Fertigkeit entwickelt hat, aus dem Becher oder der Tasse zu trinken“.³² Ferner nehme die „quantitative Bedeutung der Muttermilch als Lebensmittel“³³ im Laufe der Zeit und mit dem zunehmenden „Verzehr von Beikost bzw. modifizierter Familienkost am Ende des ersten und im Laufe des zweiten Lebensjahres“³⁴ ab.

Neben den gesundheitlichen Vorteilen, welche die Ernährung mit Muttermilch in den ersten Lebensmonaten des Säuglings mit sich bringt, ist das Stillen förderhaft für die Bindung zwischen Mutter und Kind.³⁵

Neben einer deutlichen Verringerung von Infektionskrankheiten (vgl. S. 14) wird auch die Säuglingssterblichkeit gesenkt. Für Diabetes Typ 1 und 2, Leukämien, Lymphome, M. Hodgkin, Adipositas, Hypercholesterinämie und Allergien lässt sich eine niedrigere Prävalenz bei gestillten Kindern verzeichnen.³⁶

Die Europäischen Stilldaten im Vergleich aus dem Jahre 2003 zeigen jedoch, dass diesen Empfehlungen noch lange nicht nachgekommen wird. Deutschland liegt auf Platz 5 im Vergleich des Gesamtstillens und damit hinter den

²⁹ Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR), Stillen und Berufstätigkeit, Empfehlungen der Nationalen Stillkommission, Berlin, 2003, <https://www.klinikum-obergoeltzsch.de/downloads/geburt/Stillen-und-Berufstaetigkeit.pdf>, abgerufen am 04.10.2018.

³⁰ Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR), Stillen und Berufstätigkeit, Empfehlungen der Nationalen Stillkommission, Berlin, 2003, http://www.bfr.bund.de/cm/207/stillenund_berufstaetigkeit.pdf, abgerufen am 04.10.2018.

³¹ Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR), Stillen und Berufstätigkeit, Empfehlungen der Nationalen Stillkommission, Berlin, 2003, <https://www.klinikum-obergoeltzsch.de/downloads/geburt/Stillen-und-Berufstaetigkeit.pdf>, abgerufen am 04.10.2018.

³² Stellungnahme der Nationalen Stillkommission am Bundesinstitut für Risikobewertung, Berlin, 2006, <https://www.bfr.bund.de/cm/343/stilldauer.pdf>, abgerufen am 04.10.2018.

³³ Stellungnahme der Nationalen Stillkommission am Bundesinstitut für Risikobewertung, Berlin, 2006, <https://www.bfr.bund.de/cm/343/stilldauer.pdf>, abgerufen am 04.10.2018.

³⁴ Stellungnahme der Nationalen Stillkommission am Bundesinstitut für Risikobewertung, Berlin, 2006, <https://www.bfr.bund.de/cm/343/stilldauer.pdf>, abgerufen am 04.10.2018.

³⁵ Winberg, J., Das Stillen und der Austausch von Signalen zwischen Mutter und Kind – eine entwicklungsgeschichtliche und neuroendokrinologische Betrachtung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): Stillen und Muttermilchernährung, S. 56, Köln, 2001.

³⁶ Gartner, L. M., Morton, J., Lawrence, R. A., et al: Breastfeeding and the use of human milk. In: Pediatrics 115, S. 496–506, o.O., 2005.

Stillquoten der skandinavischen Länder, im Vergleich des ausschließlichen Stillens belegt Deutschland lediglich den achten Platz.³⁷

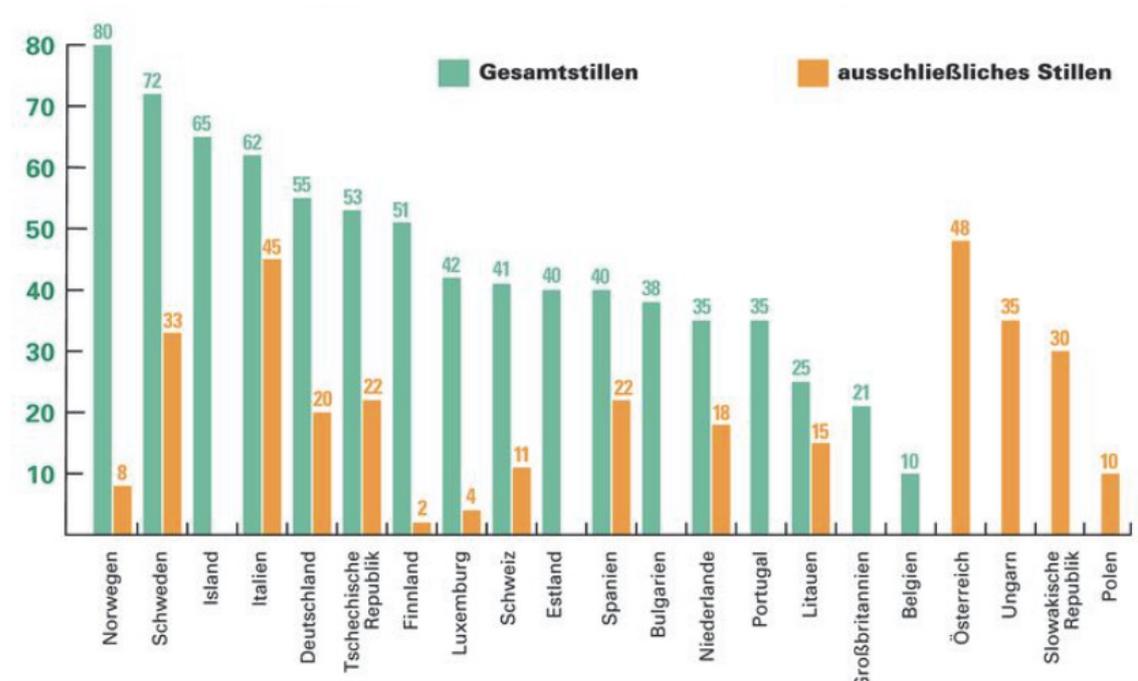


Abb. 4: Europäische Stilldaten im Vergleich.³⁸

³⁷ <https://idw-online.de/en/image126356>, abgerufen am 04.10.2018.

³⁸ <https://idw-online.de/en/image126356>, abgerufen am 04.10.2018.

2. Fragestellung und Ziele der Arbeit

In Bezug auf die Säuglingsgesundheit und Säuglingssterblichkeit ist das Stillverhalten, explizit die Stillinzidenz, ein, wie bereits dargelegt, äußerst relevanter Faktor.

Die vorliegende Dissertation soll darstellen, wie sich das Stillverhalten im Großraum Düsseldorf zwischen 1951 und 1990 verhalten hat, und explizit, wie sich dies im Verlauf der Dekaden geändert hat.

Folgende Fragestellungen werden in dieser Dissertation mit ihren Antworten dargestellt:

- Welche Einflussfaktoren haben das Stillverhalten zwischen 1951 und 1990 im Großraum Düsseldorf bestimmt?
- Aus welchen Gründen haben die Mütter der entsprechenden Dekade im Großraum Düsseldorf gestillt?
- Welche dekadensübergreifenden Schlussfolgerungen lassen sich bzgl. des Stillverhaltens von Müttern zwischen 1951 und 1990 im Großraum Düsseldorf ziehen?
- Welcher Trend im Wandel des Frauenbildes zeichnet sich bei den Studienteilnehmerinnen ab? Gab es einen Wandel des Frauenbildes über die Zeit und wenn ja, wie stellt er sich dar?
- Hat die Möglichkeit des Kaufes von Milchersatzprodukten einen Einfluss auf die Stillquote der Frauen zwischen 1951 und 1990 im Großraum Düsseldorf gehabt?
- Haben die zwischen 1951 und 1990 stillenden Mütter aus dem Großraum Düsseldorf all ihre Kinder gestillt oder haben sie sich nach dem Stillen des ersten Kindes gegen das Stillen weiterer Kinder entschieden?
- Welche Personen nahmen zwischen 1951 und 1990 Einfluss auf das Stillverhalten der Mütter im Großraum Düsseldorf? Welchen Einfluss hatte das medizinische Personal auf das Stillverhalten? Welchen Einfluss hatte der Partner auf das Stillverhalten?

3. Methode und Material [Aktenzeichen 6136R]

Um die Berichte der Studienteilnehmerinnen zu erfahren, erhielten alle Studienteilnehmerinnen einen Fragebogen (vgl. S. 14–15), welchen sie ausfüllten und dessen Daten der darauffolgenden Kontaktaufnahme für persönliche Interviews dienten. Ein positives Votum wurde von der Ethikkommission erteilt [Aktenzeichen 6136R].

In den persönlichen Interviews wurden die Frauen zu ihrem Stillverhalten und den Rahmenbedingungen befragt, der Fragebogen diente dabei nicht als starres Konstrukt, sondern als Leitfaden für das Interview.

Er ist eng angelegt an den Fragebogen der Dissertation „Zum Wandel des Stillverhaltens in der BRD zwischen 1950 und 1990“ von Luisa Heininger, um eine Vergleichbarkeit herstellen zu können. Dieser Fragebogen wurde im Rahmen eines größeren Forschungsprojektes entwickelt, welches das Stillverhalten in Deutschland untersucht und er stellt die Grundlage einer später möglichen Metaanalyse dar.^{39, 40}

3.1 Definitionen

In dem genannten und im Anhang einsehbaren Fragebogen werden Begriffe gebraucht, welche im Folgenden erläutert werden.

Vollzeit:

Beschäftigung in einem Angestelltenverhältnis oder in Selbstständigkeit, bei der 36–40 Stunden pro Woche oder mehr gearbeitet wird.

Teilzeit:

Beschäftigung in einem Angestelltenverhältnis oder in Selbstständigkeit, bei der nicht die volle Arbeitszeit von 36 Stunden pro Woche oder mehr gearbeitet wird.

Finanzielle Unterstützung durch den Kindsvater:

Jede finanzielle Unterstützung wird hier einbezogen, so z. B. das Zahlen eines Betrages in eine gemeinsame Haushaltskasse, Beteiligung an der Miete, Beteiligung an gemeinsamen Ausgaben, welche das gemeinsame Kind betreffen.

³⁹ Heininger, L., Zum Wandel des Stillverhaltens in der BRD zwischen 1950 und 1990, Düsseldorf, 2014.

⁴⁰ Freiin Teuffel von Birkensee, A. C., Das Stillverhalten von Akademikerinnen in der Zeit von 1950 bis 1990, Düsseldorf, 2014.

Spontan vaginal:

Syn: Spontangeburt; das vaginale Entbinden ohne wehenfördernde Medikation zur Geburtseinleitung, ohne Hilfsmittel (Zange, Saugglocke) und ohne chirurgische Intervention.

Eingeleitet vaginal:

Vaginale Geburt, bei der die Wehen durch Medikation eingeleitet oder gefördert werden. Es findet keine chirurgische Intervention statt.

Voll gestillt:

Es wurde nur Wasser oder Tee in geringen Mengen als Flüssigkeitszugabe gegeben, ansonsten hat die Mutter ausschließlich Muttermilch verwendet.

Teilweise gestillt:

Es wurden Milchersatzprodukte in Kombination mit Muttermilch gegeben. Das Verhältnis von Muttermilch zu Milchersatzprodukt wird nicht berücksichtigt.

3.2 „Stillen“: Definition

„Stillen“ hat als Begriff im Duden die im Folgenden aufgeführten Bedeutungen:

1. *(einen Säugling) an der Brust Muttermilch trinken lassen, einen Säugling durch regelmäßiges Stillen ernähren*
2. *(ein Bedürfnis) befriedigen, zum Aufhören bringen*
3. *etwas zum Stillstand bringen, eindämmen*

Diesen Bedeutungen werden im Duden folgende Synonyme zugeordnet:

zu 1. *an die Brust legen, anlegen, die Brust geben, nähren, säugen; (Medizin, Biologie) lactieren*
 zu 2. *abdecken, befriedigen, decken, zufriedenstellen, zum Aufhören bringen; (gehoben) sättigen; (bildungssprachlich) saturieren; (Psychologie) absättigen*
 zu 3. *abschwächen, begrenzen, beschränken, bremsen, dämpfen, eindämmen, mildern, unterdrücken, unter Kontrolle bringen, vermindern, verringern, zum Stillstand bringen; (gehoben) dämmen, Einhalt gebieten/tun, mindern*

Zur Herkunft ist angeführt, dass das Verb aus dem Mittelhochdeutschen kommt und im Althochdeutschen die Bedeutung stillen = still machen, beruhigen trägt.⁴¹

⁴¹ Duden „Stillen“, URL: <https://www.duden.de/rechtschreibung/stillen>, abgerufen am 10.05.2018.

Es ist auffallend, dass das Verb „stillen“ häufig nicht im Sinne von „einen Säugling durch Muttermilch ernähren“ gebraucht ist, sondern im Sinne von „ruhig machen“, „still machen“ oder auch „befriedigen“, „zufriedenstellen“. Die Wortbedeutung in Bezug auf das biologische Ernähren steht ersichtlich im Hintergrund. So stellt sich die Frage, ob bei dem Wort „stillen“ die Beziehung zur Mutter nicht nur als Ernährerin im Säuglingsalter, sondern als primäre Bezugsperson, zu der die Beziehung essentiell ist, bzgl. der Wortbedeutung im Vordergrund steht und im Verlauf der modernen Sprachentwicklung in den Hintergrund geriet.

Eine Mutter, die ihr Kind stillt, befriedigt es, stellt es zufrieden, bringt ebenso etwas zum Aufhören, nämlich den vorhergegangenen Hunger ihres Kindes (vgl. zu 2.), als sie diesen auch abschwächt (vgl. zu 3.).⁴²

Ferner ist eine Assoziation zum Substantiv „Stille“ unausweichlich.

Folgende Definitionen lassen sich im Duden hierzu finden:

1. *durch kein lärmendes, unangenehmes Geräusch gestörter [wohltuender] Zustand; Zustand, der dadurch geprägt ist, dass [plötzlich] kein lautes Geräusch, kein Ton mehr zu hören ist, alles schweigt*
2. *Zustand des Ruhigseins*
3. *in „in aller Stille“⁴³*

Durch die angegebenen Definitionen wird ersichtlich, dass positive Verknüpfungen mit dem Worte „Stille“ bzw. „stillen“ einhergehen. So ist es als angenehm zu empfinden, als Erleichterung, wenn ein unangenehmer Zustand, z. B. das Schreien eines Neugeborenen bei Hunger, beendet wird, in diesem Beispiel durch das Stillen, und so wieder Stille eintritt.

3.3 Laktation und Galaktogenese

Unter Laktation wird die Produktion und die Sekretion von Muttermilch aus der Brustdrüse verstanden, welche sich in Galaktogenese oder Laktogenese (Milchproduktion) und Galaktokinese (Milchentleerung) aufteilen lässt. Mit Galaktopoese ist das Aufrechterhalten der Milchproduktion gemeint.

Bereits während der Schwangerschaft wird die Laktation durch die erhöhten Konzentrationen der Hormone Östrogen, Progesteron, Prolaktin und humanes Plazentalaktogen vorbereitet, die Galaktogenese, also die Milchproduktion selbst, wird dadurch gehemmt.

⁴² Eschrich, E., Stillen und Säuglingsernährung im Wandel der Zeit, Norderstedt, 2013.

⁴³ Duden „Stillen“, URL: <https://www.duden.de/rechtschreibung/stillen>, abgerufen am 10.01.2018.

Die Milchproduktion soll erst nach der Geburt des Kindes beginnen. Dies tut sie durch ein Ausbleiben der plazentaren Hormone und durch das Sinken von Östrogen und Progesteron bei Anstieg von Prolaktin.

Der Milcheinschuss erfolgt im Durchschnitt am 4. ± 2 Tage postpartal, in den postpartalen Tagen davor sezerniert die mütterliche Brust eine Art Vormilch, das Kolostrum, eine dickliche und gelbliche Flüssigkeit, welche zur vollständigen Ernährung der Neugeborenen in den ersten Tagen ausreicht. Die Milch, die die Frauenbrust ca. zwischen dem 4. und 15. Tag bildet, wird transitorische Milch oder Übergangsmilch genannt, ab dem 15. Lebenstag des Kindes wird die reife Frauenmilch gebildet. Die gebildete Milchmenge passt sich dem Kindesbedarf an, sie beträgt nach der Finkenstein-Regel zur Berechnung der Trinkmenge $Lebenstag - 1 \times 50 \text{ ml} = \text{Trinkmenge}$.⁴⁴

Durch das Anlegen an die Mamillen und die Stimulation des Gewebes kommt es zur Oxytocinausschüttung bei der Mutter, was den Milchfluss einleitet und eine Kontraktion des Uterus induziert. Die Galaktokinese erfolgt mechanisch.

	Eiweiß (g/dl)	Fett (g/dl)	Laktose (g/dl)	kcal/100ml
Kolostrum	1,8	3	6,5	65
reife Frauenmilch	3,1	4	6	70
Kuhmilch	3,5	4	4,5	70

Abb. 5: Zusammensetzung der Milch, Vergleich: Kolostrum – reife Frauenmilch – Kuhmilch.⁴⁵

Muttermilch ist in ihrer Zusammensetzung optimal auf das Neugeborene eingestellt.

Die Zusammensetzung von Kolostrum und reifer Frauenmilch ist verschieden, ebenso im Vergleich zu Kuhmilch (vgl. Abb. 5).

Die reife Frauenmilch unterscheidet sich von der Kuhmilch nicht nur durch ihren Eiweißgehalt, sondern auch durch die Art des Eiweißes. Ist dies bei der Frauenmilch beinahe nur Albumin, so ist es bei der Kuhmilch Kasein. Ferner hat die Frauenmilch einen um 1,5 g/dl höheren Laktosegehalt.

Die Zusammensetzung der Muttermilch ist dabei stark von der mütterlichen Ernährung abhängig, welche ausgewogen und abwechslungsreich sein sollte. Da der Gehalt an Eiweiß, Fetten und Kohlehydraten von der Ernährung der Mutter abhängig ist, ist von einer einseitigen Ernährung oder radikalen Diät

⁴⁴ Bühling, K. J./Friedmann, W., Intensivkurs Gynäkologie und Geburtshilfe, 2. Auflage, S. 323 f., Amsterdam, 2008.

⁴⁵ Stauber, M./Weyerstahl, T., Duale Reihe, Gynäkologie und Geburtshilfe, 3. Auflage, S. 697, Amsterdam, 2013.

nach der Entbindung abzusehen. Die stillende Mutter benötigt etwa 3000 kcal/d, da der Kalorienverlust bei etwa 80 kcal/100ml Milch liegt.⁴⁶ Zusätzlich enthält sowohl das Kolostrum als auch die reife Frauenmilch Komplementfaktoren, Lysozym, Lymphozyten, Makrophagen und Immunglobuline. Somit ist die Muttermilch ein wichtiger Bestandteil der Infektabwehr.^{47, 48, 49}

3.4 Studiendesign

Um die Stilldauer, das Stillverhalten und die Rahmenbedingungen der Frauen zu erfragen, welche zwischen 1951 und 1990 entbunden haben, wurden im Rahmen dieser retrospektiven Kohortenstudie vom 19.03.2018 bis zum 18.07.2018 96 Frauen befragt; 44 Befragungen waren valide, sodass sie in die Studie aufgenommen wurden.

Die Studienteilnehmerinnen

- haben alle mindestens einmal zwischen 1951 und 1990 selbst entbunden. Es fand keine Leihmutterschaft statt.
- empfinden sich als hetero- oder bisexuell.
- haben auf natürlichem Wege, also über Geschlechtsverkehr, die Eizelle befruchtet, wodurch es zu einer Schwangerschaft kam. Es fand keine künstliche Befruchtung statt.
- haben alle zu der Zeit des Stillens im Großraum Düsseldorf gelebt (Definition Großraum Düsseldorf: Radius von 100km um: Längengrad: 6.7734556, Breitengrad: 51.2277411, mit den GPS-Koordinaten: 51° 13' 39.868" N 6° 46' 24.44" E)
- haben alle die deutsche Staatsangehörigkeit.
- haben alle der Studienteilnahme zugestimmt und wurden über Widerrufsrechte aufgeklärt.

⁴⁶ Bühling, K. J./Friedmann, W., Intensivkurs Gynäkologie und Geburtshilfe, 2. Auflage, S. 323 f., Amsterdam, 2008.

⁴⁷ Stauber, M./Weyerstahl, T., Duale Reihe, Gynäkologie und Geburtshilfe, 3. Auflage, S.696 f., Stuttgart, 2013.

⁴⁸ Feige, A./Rempen, A./Würfel, W./Jawny, J./Rohde, A., Frauenheilkunde - Fortpflanzungsmedizin Geburtsmedizin Onkologie Psychosomatik, 3. Auflage, S. 71., Amsterdam, 2005.

⁴⁹ Bühling, K. J./Friedmann, W., Intensivkurs Gynäkologie und Geburtshilfe, 2. Auflage, S. 323 f., Amsterdam, 2008.

- haben keine geistige Erkrankung und/oder eine Einschränkung des Gedächtnisses und/oder eine bekannte Grunderkrankung, die zu einem späteren Zeitpunkt zu einer Einschränkung des Gedächtnisses führen kann.



Abb. 6: Kohorteneinteilung der Studie.

Die befragten Frauen wurden in vier Kohorten à 11 Frauen aufgeteilt. Diese Einteilung soll es ermöglichen, abzuschätzen und zu ermitteln, ob sich in Bezug auf den Entbindungszeitpunkt und damit auf den Beginn des Ernährungszeitraumes des Säuglings signifikante Unterschiede bzgl. des Stillverhaltens und der Stilldauer in den dargestellten Dekaden zeigen.

In die 1. Kohorte wurden die Studienteilnehmerinnen eingeteilt, welche zwischen 1951 und 1960 entbunden hatten; in der 2. Kohorte wurden die Frauen eingeteilt, welche zwischen 1961 und 1970 entbunden hatten; in der 3. Kohorte wurden die Studienteilnehmerinnen eingeteilt, die zwischen 1971 und 1980 entbunden haben, und in der 4. und letzten Kohorte die Frauen, die zwischen 1981 und 1990 entbunden haben (vgl. Abb. 6).

3.5 Oral History

Anhand des Fragebogens werden objektive Geschehnisse dokumentiert, z. B. das Datum der Entbindung. Bei der Oral-History-Methode steht jedoch das subjektive Empfinden in Zusammenhang mit der Sozialgeschichte der befragten Frauen im Zentrum.

Die Methode selbst basiert dabei auf dem freien Bericht von Zeitzeugen und Zeitzeuginnen, welche dabei so wenig wie möglich vom Interviewer beeinflusst werden.

Die Bezeichnung Oral History stammt aus den USA. Dort wurde sie zur Erforschung nichtschriftlicher Kulturen etabliert.⁵⁰

Zeitlich lässt sich die Methode auf etwa fünfzig Jahre zurückverfolgen. Wird sie mit anderen biographischen Quellen in diesem Zeitrahmen verglichen, so erweist sich Oral History als im Vergleich valider und überprüfbarer.⁵¹

Die besondere Stärke dieser Methode ist, dass der Erzähler jederzeit frei und impulsiv von dem Geschehen berichten kann und hierbei durch den Interviewer nur angeregt wird. Die starren Strukturen eines Fragebogens werden durchbrochen, um Geschichten aus dem Leben sowie der Umstände der interviewten Personen zu erfahren und die Rahmenumstände zu erfassen. Die Studienteilnehmerinnen sind in diesem Fall Expertinnen in der Sache, Zeitzeuginnen, und werden als diese direkt angesprochen. Der Fragebogen dient lediglich als Leitstruktur. Dies wäre mit einem Fragebogen, der auf dichotomen Fragen beruht, nicht möglich.

Eine Schwierigkeit der Methode liegt darin, inwieweit die Erinnerungen der Studienteilnehmerinnen verzerrt erinnert werden und inwieweit sich die Geschichten über die Vergangenheit durch mehrmaliges Erzählen in der Erinnerung verändert haben, ob als negativ empfundene Erinnerungen evtl. verdrängt wurden oder verändert wiedergegeben werden. Bei einem Oral-History-Interview werden niemals 100 % aller historisch absolut korrekten Informationen auch genau so abgefragt werden können, ferner sind die Erinnerungen subjektiv. Dies ist auch bei der Kohorteneinteilung zu betrachten. So wäre in Erwägung zu ziehen, dass das Berichtete der Frauen aus Kohorte 1 aufgrund der größeren zurückliegenden Zeitspanne in einem niedrigeren Verhältnis zur vergangenen Wirklichkeit steht, als es bei Kohorte 4 der Fall ist. Jedoch hat sich gezeigt, dass sich auch in retrospektiven Studien die Frauen sehr gut erinnern konnten, wie lange sie ihre Kinder gestillt haben.⁵²

⁵⁰ Niethammer, L., Oral History in den USA, Archiv für Sozialgeschichte 18: 454 ff., Bonn, 1976.

⁵¹ Wischermann, C., Die Legitimität der Erinnerung und die Geschichtswissenschaft. S. 103, Stuttgart, 1996.

⁵² Kark, J. D./Troya, G./Friedlander, Y. et al., Validity of maternal reporting of breast feeding history and the association with blood lipids in 17 year olds in Jerusalem. In: J Epidemiol Community Health, o. O., 1984.

Es stellt sich die Frage, wie eine Sympathie, ein Auftreten des Interviewers gegenüber dem Befragten, bereits durch eine Ansprache und die Aufmachung des Fragebogens die Befragung beeinflusst. Als Confounder wäre hiermit zu berücksichtigen, inwieweit der Interviewer Einfluss auf den Befragten ausübt und die Befragung damit in eine Richtung lenken kann oder dies unbewusst immer tut. Eine möglichst maximale Zurückhaltung des Interviewers ist vonnöten und wurde in dieser Dissertation strengstens eingehalten, um den Ausgang der Befragung unter keinen Umständen in eine Richtung zu lenken. Ferner sollten alle Fragen sowohl offen gestellt werden, um diesem Anspruch gerecht zu werden, als auch sehr einfach formuliert werden: „Wie viele Kinder haben Sie?“, „Warum haben Sie an diesem Ort entbunden?“⁵³

Durch diese Fragetechnik, welche sich bewusst neutral und wertfrei darstellt, wird der Studienteilnehmerin Raum gegeben, sich frei zu äußern, und schränkt den genannten Confounder auf ein Minimum ein. Durch den schriftlichen Erstkontakt mit den befragten Müttern wird zudem der Störfaktor abgesenkt. Die Daten liegen nun bereits vor, die Mütter wurden bei der Befragung nicht durch den Interviewer beeinflusst. Lediglich die Fragen, die das Erzählen von Geschichten und Zeitzeugenberichten verlangen⁵⁴, unterliegen dem genannten Confounding, welches durch das Vorliegen des Fragebogens gering gehalten werden kann.

Oral History als Methode bietet die besondere Möglichkeit, Zeitzeugenberichte wörtlich festzuhalten und Trends herauszuarbeiten, welche durch andere Methoden, welche zum Beispiel allein auf Fragebogen beruhen, nicht erfasst werden können. Somit ist diese Methode ein wichtiges Instrument in der medizingeschichtlichen Forschung, welches sich für diese Arbeit und den Umgang mit Zeitzeugen im Allgemeinen als optimal darstellt.

⁵³ vgl. Anhang Fragebogen Punkt 1.16; Punkt 2.3

⁵⁴ vgl. Anhang Fragebogen Punkt 4.1-4.6, 5.2, 5.4

3.6 Datensatzerhebung

Die Daten wurden mit Hilfe des Fragebogens zum Stillverhalten von 1951–1990 (vgl. Anhang) erhoben. Dieser umfasst 17 Seiten mit 52 Items, welche sich auf fünf Punkte aufteilen.

Punkt 1 nennt sich „Persönliche Angaben“ und beinhaltet genau diese. Er dient der Angabe der Kontaktdaten und weiterer persönlicher Angaben (siehe Fragebogen). Hierzu zählen Geburtsdatum, Geburtsort, Nationalität und der höchste Abschluss in Form eines Schul-, Ausbildungs-, oder Universitätsabschlusses, die Dekade der ersten Entbindung, den Familienstand zum Zeitpunkt der Geburt, den Beruf der Studienteilnehmerin vor, während und nach der Schwangerschaft mit Angabe der Tätigkeit und Angabe über die Ausführung der Arbeit in Teil- oder Vollzeit.

Die Angabe der genauen Adresse dient der Kontaktaufnahme durch den Interviewer.

Ebenso wurde unter Punkt 1 erfragt, wann die Frauen vor der Geburt nicht mehr gearbeitet haben, wann sie nach der Geburt wieder gearbeitet haben, wie ihre Wohnsituation vor, während und nach der Geburt war, und es wurde die Ausbildung der Eltern der Studienteilnehmerin in Sinne eines Schul-, Ausbildungs-, oder Universitätsabschlusses erfragt. Ferner wurde der Beruf des Kindsvaters vor, während und nach der Schwangerschaft erfragt, mit Angabe über die Ausführung der Arbeit in Teil- oder Vollzeit.

Ebenso wurde die Frage gestellt, ob eine finanzielle Unterstützung durch den Kindsvater bestand oder es eine andere finanzielle Unterstützung, z. B. durch die Eltern, das Amt oder eine Stillprämie gab, wie viele Kinder die Studienteilnehmerin bekommen hat und wann sie diese entbunden hat, ob all ihre Kinder gestillt wurden, falls ja, aus welchen Gründen und wie lange, und final, ob sie selbst auch gestillt wurden und wie lange.

Unter Punkt 2 wurden Daten zum Säugling und zum Stillen erhoben. Es wurde erfragt, wann das Kind geboren wurde, wo die Studienteilnehmerin entbunden hat und warum sie sich für diesen Ort der Entbindung entschieden hat, auf welche Art entbunden wurde, ob z. B. eingeleitet oder spontan vaginal, ob es Geburtsvorbereitung in Form von Kursen oder Nachsorge durch eine Hebamme gab. Zur Säuglingsernährung wurde erfragt, wie das Kind direkt nach der Geburt ernährt wurde, wie lange es dann derart ernährt wurde, welche Milchersatzprodukte evtl. gegeben wurden und welche Flüssigkeiten wie Tee oder Wasser evtl. gegeben wurden. Zum Stillverhalten wurde erfragt, wie lange die befragte Frau ursprünglich stillen wollte, wann das Kind nach der Geburt an die Brust angelegt wurde und wer das Anlegen initiiert hat, wie oft das Stillen und das Füttern mit anderer Nahrung bzw. Flüssigkeit am Tag und in der Nacht stattfand, ob dies nach Zeitplan oder nach Bedarf geschah oder ob Zeitplan und Bedarf eine Rolle bei der Häufigkeit des Stillens spielten, ob in der Öffentlichkeit

gestillt wurde, wie die Ernährung der Studienteilnehmerin zum Zeitpunkt des Stillens aussah und warum und wie lange sie abgestillt habe.

Unter Punkt 3 wurden die persönlichen Gründe für oder gegen das Stillen erfragt, warum evtl. Ersatzprodukte verwendet wurden, welche Ratschläge die Studienteilnehmerinnen dazu bewogen haben, zu stillen oder Ersatzprodukte zu verwenden, und welche externen Beeinflussungen noch eine Rolle spielten.

Informationsquellen und Einflüsse wurden unter Punkt 4 im Fragebogen erfragt. Hier sollten die Frauen beantworten, ob die Meinung von anderen Personen aus dem privaten Umfeld, dem medizinischen Personal, Gruppen und Institutionen, Literatur und Medien, Gesellschaft und Religion sowie Werbung und Warentests am ehesten pro, contra oder neutral dem Stillen ihres Kindes gegenüber war und welche Argumente hierzu von Seiten des entsprechenden Umfeldes gebracht wurden.

Das Fazit des Fragebogens wurde unter Punkt 5 erfragt. Hier sollten die Frauen auflisten, welche drei Aspekte ihr Stillverhalten am meisten beeinflusst haben, ob sie heute wieder so stillen würden und warum oder warum nicht, wie sie sich zum Zeitpunkt des Stillens auf das Stillen vorbereitet gefühlt haben und ob sie sich an Situationen oder Gespräche erinnern, die auf ihr Stillen bezogen waren.

Die Herausforderung des Interviews auf Basis des Fragebogens bestand darin, die Fragen nicht als starres Konstrukt zu betrachten, sondern sie lediglich als Leitfaden zu sehen, aber dennoch so streng an der exakten Formulierung der Fragen festzuhalten, dass jede Frau exakt und wörtlich die gleichen Fragen gestellt bekam, sodass eine einheitliche Interviewweise sichergestellt werden konnte. Bei allen im Fragebogen angegebenen Freitextfragen wurden die Studienteilnehmerinnen angeregt, frei wiederzugeben, was sie erlebt haben bzw. wie sie sich an das Erlebte erinnern.

Es ist nicht davon auszugehen, dass alle Ereignisse auch exakt so geschehen sind, sondern dass sich die Frauen so wie angegeben daran erinnern, vor allem, wenn in Betracht gezogen wird, dass die älteste Dekade ihre Kinder 67 Jahre vor Beginn dieser Studie begonnen hat zu stillen. Dies stellte enorme Ansprüche an die Befragten bzgl. ihrer Erinnerungsleistung, weshalb sie aufgefordert wurden, sich bei mehreren Geburten bzgl. ihrer Angaben auf die Geburt eines Säuglings zu beschränken.

Besonders interessant und auch als Schlüsselfragen zu sehen sind die Fragen, welche sich als Fragen zur Erfassung qualitativer Merkmale darstellen. Die Fragen nach Intentionen bieten besonderen Aufschluss über die Einstellung zur Kindesernährung nach der Geburt und sind besonders in Hinblick auf die Aufschlüsselung der Dekaden von Interesse in Hinblick auf das Gedankengut und den Wandel dessen in Bezug auf die erfragte Thematik.

3.7 Auswertung

Um eine optimale Auswertung sicherzustellen, wurden alle Fragebögen überprüft. Fragebögen, welche Widersprüche enthielten, wurden entfernt und durch neue Befragungen ersetzt. Die Kohorten wurden gleich groß gehalten, sodass ein Vergleich in Prozentzahlen, wie dargestellt, valide ist. Die Daten wurden nach den Interviews anonymisiert.

3.8 Verwendbare Befragungen vs. nicht verwendbare Befragungen

In Kohorte 3 (1971–1980) und 4 (1981–1990) waren 100 % der Befragten in der Lage, den Fragebogen auf Anhieb vollständig zu beantworten. Es wurden somit für diese Kohorten 11 Frauen pro Kohorte befragt, diese 11 Fragebögen pro Kohorte wurden für die Studie genutzt.

In Kohorte 2 (1961–1970) stellte sich heraus, dass aufgrund des länger zurückliegenden Zeitabstandes nicht alle Studienteilnehmerinnen in der Lage waren, sich an alle Parameter zu erinnern. Die Fragebögen mit fehlenden Werten wurden nicht in die Studie mit einbezogen. Insgesamt wurden für Kohorte 2 (1961–1970) 27 Frauen befragt, 11 Befragungen waren vollständig und wurden Teil dieser Studie.

In Kohorte 1 (1951–1960) lag sichtlich der größte Zeitabstand zwischen der Geburt des ersten Kindes und der Befragung, sodass sich im Verhältnis zu den anderen Kohorten viele Frauen nicht vollständig an die im Fragebogen erfassten Parameter erinnern konnten. Ferner fiel es den Studienteilnehmerinnen aufgrund ihres Alters (Durchschnittsalter Kohorte 1: 86,18 Jahre) schwer, die Befragungszeit von etwa 2,5 Stunden \pm 0,5 Stunden ohne Pause durchzuhalten. Dies ist jedoch als limitierender Parameter zu sehen, da ein einheitliches Befragungsmuster eingehalten werden muss und wurde, um bzgl. des Befragungsschemas keinen Confounder zu erhalten. In Kohorte 1 (1951-1960) wurden 47 Frauen befragt. 27 Befragungen wurden aufgrund von Pausen oder anderen Abweichungen des Befragungsschemas im Interview verworfen, 9 waren unvollständig. 11 Befragungen wurden in die Studie aufgenommen.

Die im Folgenden mit „befragte(n) Mütter(n)/Frau(en)/Studienteilnehmerin(nen)“ bezeichneten Frauen stellen ausschließlich die 11 Frauen pro Kohorte dar, die in die Studie aufgenommen worden.

Hieraus ergibt sich zusammengefasst folgende Darstellung:

- Frauen, die aufgrund einer Abweichung vom Befragungsschema aus der Studie ausgeschlossen wurden
- Frauen, die aufgrund fehlender Werte durch Nichterinnern aus der Studie ausgeschlossen wurden
- Frauen, die in die Studie eingebunden wurden

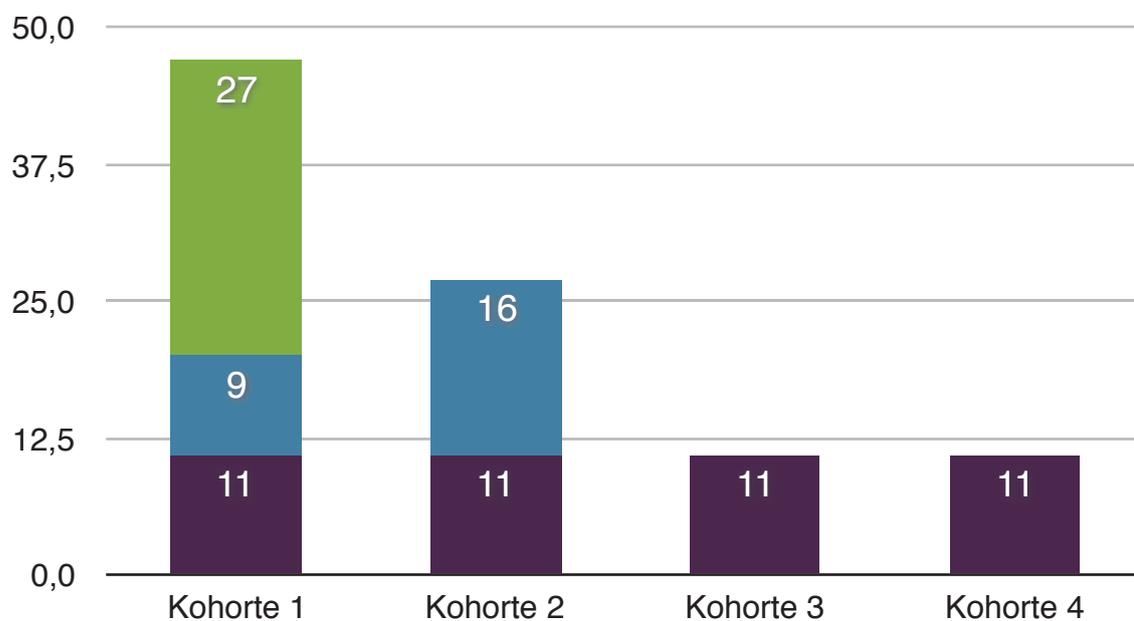


Abb. 7: **Anzahl der befragten Frauen.**
Anzahl aller Befragungen: n = 96.

4. Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Befragung aufgezeigt und erläutert.

<i>Kohorteneinteilung</i>	
<i>Kohorte 1:</i>	<i>Geburt des ersten Kindes zwischen 1951 und 1960</i>
<i>Kohorte 2:</i>	<i>Geburt des ersten Kindes zwischen 1961 und 1970</i>
<i>Kohorte 3:</i>	<i>Geburt des ersten Kindes zwischen 1971 und 1980</i>
<i>Kohorte 4:</i>	<i>Geburt des ersten Kindes zwischen 1981 und 1990</i>

Alle Prozentangaben wurden auf eine Nachkommastelle gerundet.

4.1 Persönliche Angaben der Mütter

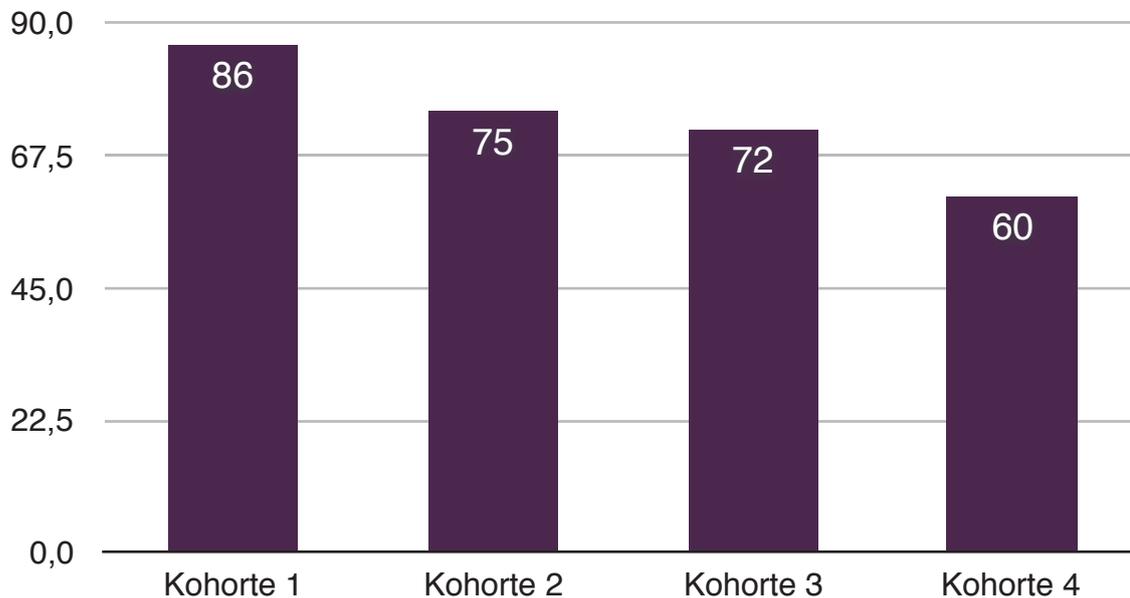


Abb. 8: **Durchschnittsalter der Mütter zum Zeitpunkt der Befragung.**

Das Alter aller befragten Mütter lag zum Zeitpunkt der Befragung zwischen 52 und 92 Jahren.

Das Durchschnittsalter in den einzelnen Kohorten ist in Abbildung 8 dargestellt.

Es betrug in Kohorte 1 (1951–1960) 86,18 Jahre, in Kohorte 2 (1961–1970) 75 Jahre, in Kohorte 3 (1971–1980) 71,72 Jahre und in Kohorte 4 (1981–1990) 60,36 Jahre.

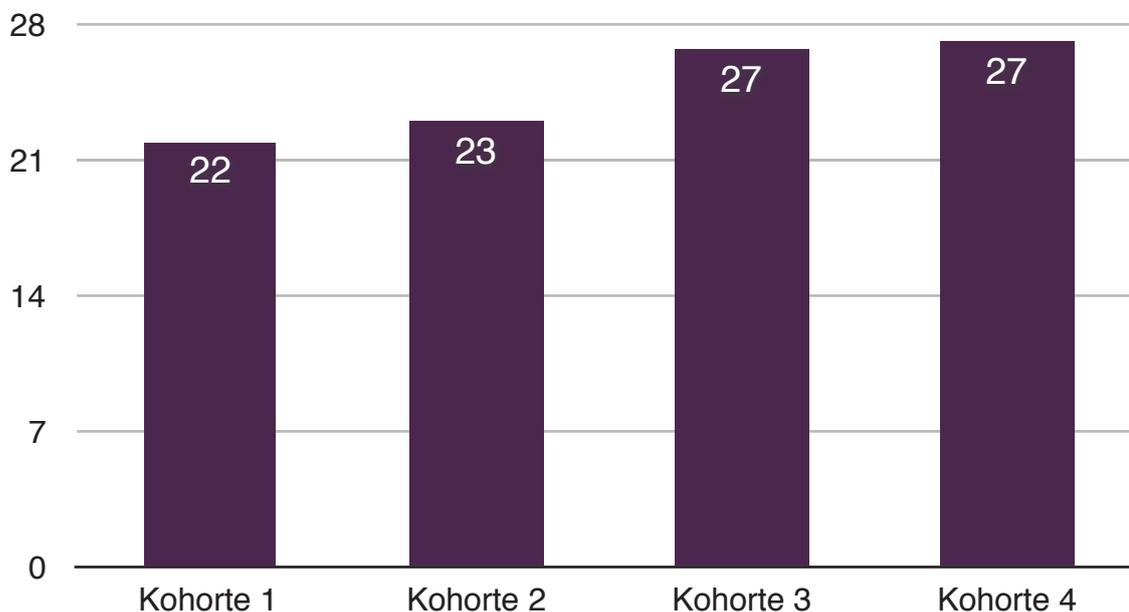


Abb. 9: Durchschnittsalter der Mütter zum Zeitpunkt der Entbindung ihres ersten Kindes.

Bezüglich des Durchschnittsalters der Mütter bei der Geburt des ersten Kindes stellt sich ein ansteigender Gradient dar.

Das Alter aller befragten Mütter zum Zeitpunkt der Entbindung ihres ersten Kindes liegt zwischen 17 und 36 Jahren. Das Durchschnittsalter der Mütter zum Zeitpunkt der Entbindung in den einzelnen Kohorten ist in Abbildung 8 dargestellt.

Betrag es in Kohorte 1 (1951–1960) 22 Jahre, so stieg es in Kohorte 2 (1961–1970) auf 23 Jahre, in Kohorte 3 (1971–1980) auf 26,72 Jahre und in Kohorte 4 (1981–1990) auf 27,9 Jahre.

Dies ist ein zu verzeichnender Anstieg des Alters der Mütter bei der Geburt des ersten Kindes, der bereits vor Beginn der Studie abzusehen war und der sich bestätigt hat. So wurden in den Jahren 2011 und 2012 vom Statistischen Bundesamt Studienergebnisse publiziert, welche ähnliche Ergebnisse bezüglich des Anstiegs des Alters bei Erstentbindung für die Jahre 1980 und 2010 darstellen.



Abb. 10: **Alter der Mütter bei der Geburt ihrer Kinder, Durchschnitt in Jahren, 1980 und 2010.**⁵⁵

In der Grafik ist zu erkennen, dass im Jahre 2010 die Studienteilnehmerinnen aus Westdeutschland bei der Geburt ihres ersten Kindes durchschnittlich 29,2 Jahre alt waren, somit waren sie 4 Jahre älter als die Erstgebärenden 30 Jahre zuvor. In Ostdeutschland brachten Studienteilnehmerinnen ihre ersten Kinder etwas früher zur Welt: Bekamen sie 1980 das erste Kind mit durchschnittlich 22,1 Jahren, so stieg das Durchschnittsalter bis zum Jahre 2010 auf 27,4 Jahre.^{56, 57}

Es ist durch Angaben der Mütter anzunehmen, dass eine Neuverhandlung der Geschlechterrollen, welche stetig vollzogen wird, stark zu dieser Entwicklung beigetragen hat. Die Tatsache, dass Frauen zunehmend mehr Bildung erfahren, seltener die Rolle der Hausfrau übernehmen und sich beruflich gleichgestellt verwirklichen wollen und dies auch tun, zeigte sich in den Interviews mit den Studienteilnehmerinnen. „Früher war das noch nicht so, also das mit dem Arbeiten von Frauen. Man hat nicht mehr gearbeitet. Man war ja auch Mutter. Das war der Beruf: Ehefrau und Mutter. Damit hatte man ja auch alle Hände voll zu tun“, so eine befragte Mutter aus Kohorte 1 (1951–1960). Frauen aus Kohorte 2 schilderten ähnliche Lebenssituationen: „Ich war damals zu Hause,

⁵⁵ <http://www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61556/alter-der-muetter>, abgerufen am 25.04.2018.

⁵⁶ Statistisches Bundesamt: Durchschnittliches Alter der Mütter bei der Geburt ihrer ehelich lebendgeborenen Kinder (Geburtsjahrmethode), Bevölkerung und Erwerbstätigkeit: Natürliche Bevölkerungsbewegung, Pressemitteilung Nr. 005/2012, Pressemitteilung Nr. 294/2011, Geburten in Deutschland, Wiesbaden, 2012.

⁵⁷ <http://www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61556/alter-der-muetter>, abgerufen am 18.05.2018.

also normal, wie das halt war. Ich habe eine Ausbildung zur Schneiderin gemacht, aber dann kam schon unser erster (*Sohn*).“

In einem starken Kontrast hierzu zeigen sich die Aussagen in den anderen Kohorten: „Ich wollte erstmal mein Studium abschließen und ein bisschen arbeiten, etwas Geld verdienen. Allein deshalb haben wir unseren Sohn etwas später bekommen als vielleicht andere. Mein Mann hat das auch unterstützt. Er hätte es gar nicht gewollt, dass ich zu Hause bin. Damit wäre ich auch nie glücklich gewesen. Wir (*mein Partner und ich*) hatten uns ja gerade unsere erste eigene Wohnung gemietet und wir wollten erstmal Möbel kaufen, ein schönes Auto und etwas reisen“, so eine Mutter aus Kohorte 4 (1981–1990). Diese beiden Aussagen gegenübergestellt, wird deutlich, dass sich das Frauenbild in der Zeit zwischen 1951 und 1990 geändert hat. Dies ist ein Fakt, der mit dem zunehmenden Alter der Mütter bei der ersten Entbindung in Zusammenhang gebracht werden kann.

4.1.1 Geburtenzahlen und Berufssektoren

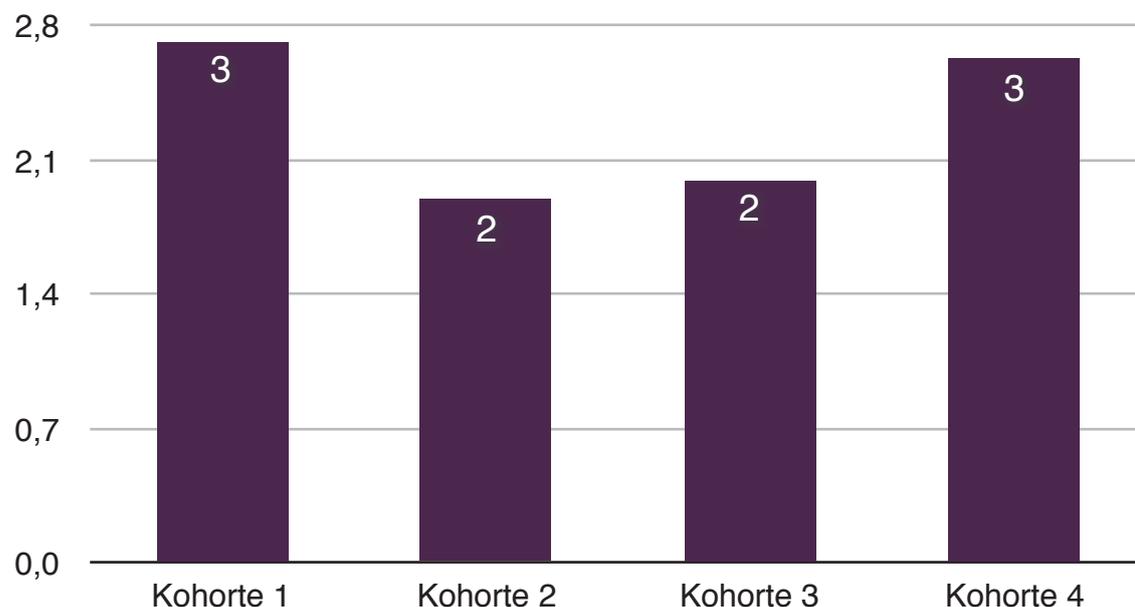


Abb. 11: Durchschnittliche Kinderzahl der befragten Mütter.

Die Frauen aus Kohorte 1 (1951–1960) haben 2,72 Kinder im Durchschnitt bekommen. In Kohorte 2 (1961–1970) waren es 1,9 Kinder im Durchschnitt, in Kohorte 3 (1971–1980) waren es 2,0 Kinder im Durchschnitt und in Kohorte 4 (1981–1990) 2,63 Kinder im Durchschnitt.

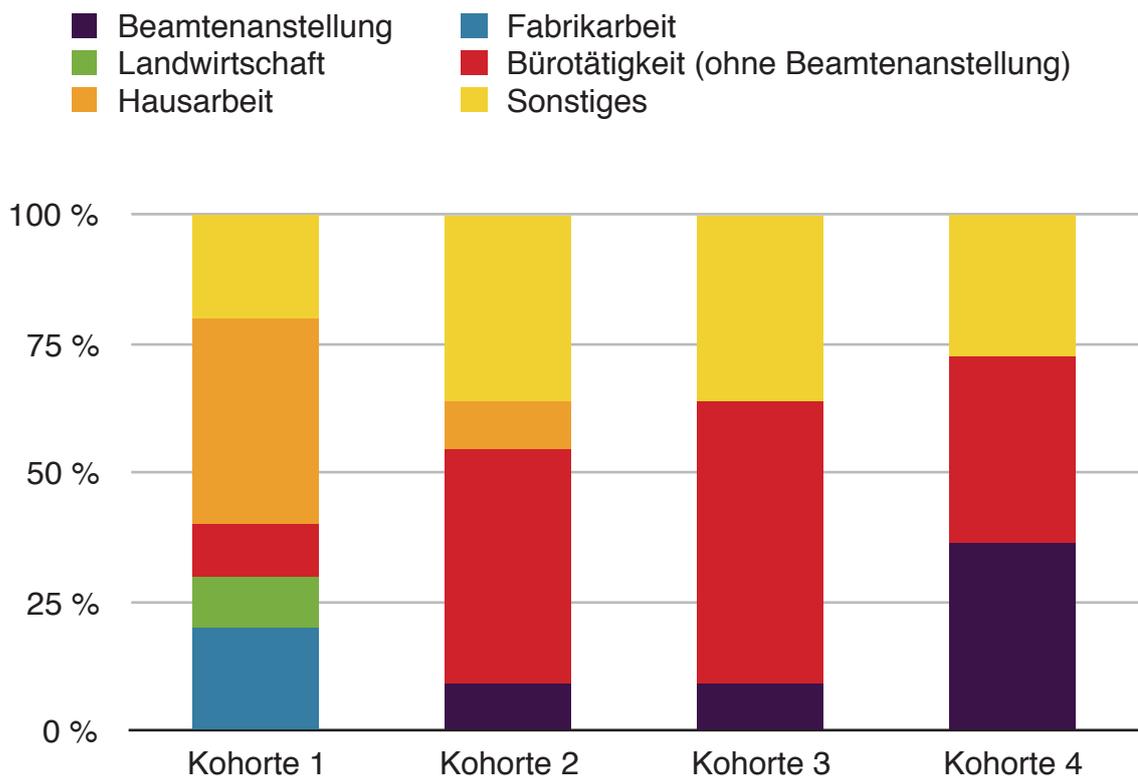


Abb. 12: **Berufssektoren der befragten Frauen unmittelbar vor der ersten Schwangerschaft.**

Im Jahre 2016 waren in Deutschland 2,3 % der deutschen Bevölkerung verbeamtet, in Kohorte 4 (1981–1990) sind es 36,4 %. So lässt sich die hohe durchschnittliche Kinderzahl von 2,63 Kindern pro Studienteilnehmerin erklären. Die Beamtenanstellung bedeutet eine finanzielle und damit grundlegend existenzielle Sicherheit, was die Erfüllung eines Kinderwunsches bzgl. des finanziellen Aspektes erleichtert.

4.2 Berufliche Tätigkeit der Mütter

	Vollzeit	Teilzeit	keine Berufstätigkeit
Kohorte 1 1951–1960	63,6 %	0 %	36,4 %
Kohorte 2 1961–1970	81,8 %	9,1 %	9,1 %
Kohorte 3 1971–1980	90,9 %	9,1 %	0 %
Kohorte 4 1981–1990	54,5 %	36,4 %	9,1 %

Abbildung 13: **Prozentuale Verteilung der Berufsbelastung der befragten Frauen unmittelbar vor der ersten Schwangerschaft.**

In der Befragung hat sich herausgestellt, dass es einen deutlichen Trend bezüglich der Vollzeit-Teilzeit-Belastung der Frauen vor der Schwangerschaft gab. In Kohorte 1 (1951–1960) arbeiteten 63,6 % der Studienteilnehmerinnen in Vollzeit, 36,4 % gingen keiner Tätigkeit nach. Arbeiteten 81,8 % der Frauen aus Kohorte 2 (1961–1970) in Vollzeit, so stieg die Zahl in Kohorte 3 (1971–1980) auf 90,9 % und fiel in der kommenden Dekade (Kohorte 4, 1981–1990) auf 54,5 %.

Auffallend viele Frauen aus Kohorte 4 (1981–1990) waren in Teilzeit beschäftigt. Hier waren es 36,4 %, dem gegenüber waren dies in Kohorte 2 (1961–1970) und 3 (1971–1980) lediglich 9,1 %, in Kohorte 1 (1951–1960) waren es 0 %.

Es stellt sich deutlich dar, dass in den 50er Jahren Frauen gehäuft keiner Tätigkeit nachgingen, Teilzeitarbeit gab es in dieser Kohorte nicht.

Dies ist darauf zurückzuführen, dass es noch keine flexiblen Berufsmodelle gab: „Das Wort ‚Teilzeit‘ gab es so nicht. Ich wüsste auch nicht, wie das hätte sein sollen. Man hatte einen Job, der ging halt bis zum Mittag oder bis zum Nachmittag. Der Mann hat immer gearbeitet bis nachmittags, die Frau, so lange, bis sie halt Kinder bekommen hat, auch. Man hat aber ohnehin nicht so lange gearbeitet wie heute. Wenn ich sehe, wie lange mein Sohn oft arbeitet, manchmal ist er bis 20 Uhr (*arbeiten*). Mein Mann war immer so um vier oder fünf daheim“, so eine Mutter aus Kohorte 1 (1951–1960).

Es wird ersichtlich, dass sich die Arbeitsmodelle selbst, aber auch die Arbeitszeiten geändert haben. Die gleiche Prozentzahl an Studienteilnehmerinnen, welche in Kohorte 1 (1951–1960) nicht berufstätig war, war in Kohorte 4 (1981–1990) in einer Teilzeitbeschäftigung. Ein flexibleres Arbeitsmodell schien sich eingestellt zu haben, was in Zusammenhang mit der

Emanzipation der Frau stehen kann und was Frauen ein Arbeitsleben mit Kindern ermöglichte.

	Vollzeit	Teilzeit	keine Berufstätigkeit
Kohorte 1 1951–1960	36,4 %	18,2 %	45,5 %
Kohorte 2 1961–1970	45,5 %	0 %	54,5 %
Kohorte 3 1971–1980	36,4 %	27,3 %	36,4 %
Kohorte 4 1981–1990	45,5 %	36,4 %	18,2 %

Abb. 14: **Prozentuale Verteilung der Berufsbelastung der befragten Frauen während der ersten Schwangerschaft.**

Während der Schwangerschaft änderte sich die Vollzeit-Teilzeit-Belastung der Frauen aus Kohorte 4 (1981–1990) prozentual am wenigsten.

In Kohorte 1 (1951–1960) verschob sich das Verhältnis sichtlich. Es wurde von 18,2 % der Frauen eine Teilzeitbeschäftigung wahrgenommen, und es arbeiteten nur noch 36,4 % der Studienteilnehmerinnen in Vollzeit. 45,5 % der Frauen aus dieser Kohorte gingen in der Schwangerschaft keiner Tätigkeit nach.

Arbeiteten aus Kohorte 2 (1961–1970) noch 45,5 % von ehemals 81,8 % in Vollzeit und aus Kohorte 3 (1971–1980) von 90,9 % nur noch 36,4 %, so nahm der Prozentsatz der Vollzeit-Teilzeit-Belastung in Kohorte 4 (1981–1990) lediglich um etwa 10 % ab.

Ferner ist auffallend, dass von den Frauen aus Kohorte 2 (1961–1970), welche die Vollzeitbeschäftigung während der Schwangerschaft aufgaben, 100 % ab diesem Zeitpunkt nicht mehr berufstätig waren.

	Vollzeit	Teilzeit	keine Berufstätigkeit
Kohorte 1 1951–1960	0 %	9,1 %	90,9 %
Kohorte 2 1961–1970	27,3 %	9,1 %	63,6 %
Kohorte 3 1971–1980	18,2 %	0 %	81,8 %
Kohorte 4 1981–1990	18,2 %	45,5 %	36,4 %

Abb. 15: **Prozentuale Verteilung der Berufsbelastung der befragten Frauen nach der ersten Schwangerschaft.**

Bezüglich der Berufsbelastung nach der Schwangerschaft stechen explizit die Kohorte 1 (1951–1960) als auch die Kohorte 3 (1971–1980) heraus:

In Kohorte 1 (1951–1960) nahmen 90,9 % der Frauen nach der Entbindung keine Tätigkeit auf, keine der befragten Frauen arbeitete in Vollzeit, 9,1 % in Teilzeit. Das Frauenbild zur Zeit zwischen 1951 und 1960 erklärt dies, wie eine Studienteilnehmerin schildert: „Das wurde gar nicht überlegt. Ich bin halt dann zu Hause geblieben. Wer denn auch sonst? Es ist das Beste für die Familie, wenn die Frau zu Hause bleibt und sich kümmert. So war es früher immer, und was anderes gab es gar nicht. Es war so üblich. Dass eine Frau arbeitet und der Mann zu Hause ist, so wie man das manchmal heute auf der Straße sieht, dass ein junger Mann einen Kinderwagen schiebt, sowas hätte es früher nie gegeben. Verstehen Sie mich nicht falsch, ich finde das nicht schlimm, es gab es einfach nicht und, na ja, das war halt einfach als Mutter meine Aufgabe. Meine Mutter hat das auch so gemacht.“

82 % der Studienteilnehmerinnen aus Kohorte 3 (1971–1980) nahmen nach der Entbindung ihres ersten Kindes keine Tätigkeit mehr auf. Die verbleibenden 18 % arbeiteten in Vollzeit.

Dies ist ein Trend, dessen Ursache in der Geschichte zu suchen ist: „Wir waren Nachkriegskinder. Sie wissen schon, da war das alles nicht so einfach. Eine harte Zeit damals mit dem Wiederaufbau. Meine Eltern hatten selbst nicht viel, wir hatten, als ich klein war, wenig zu essen. Jetzt war das ja anders. In den 70ern, Sie können sich das nicht vorstellen, wir hatten früher nichts, und auf einmal hatten wir alles. Wir Frauen haben das Zu-Hause-sein-Dürfen richtig genossen. Arbeiten mussten wir nicht. Wir waren ja nicht mehr arm.“

Ein ganz anderes Frauen- und Selbstbild wird durch eine Schilderung einer Mutter aus Kohorte 4 (1981–1990) deutlich: „Nicht zu arbeiten war für mich keine Option. Mutterschutz habe ich genossen, aber ich hätte auf Dauer zu Hause die Krise bekommen. Außerdem will ich mich ja nicht aushalten lassen. Eigenes Geld auszugeben ist schon was anderes als das vom Partner. Ich will ja nicht immer fragen müssen, wenn ich mir was kaufen will.“

	Beamten- anstellung	Fabrik- arbeit	Landwirt- schaft	Bürotätigkeit (ohne Beamtenanstellung)	Hausar- beit	Sonstiges
Kohorte 1 1951– 1960	0 %	27,3 %	9,1 %	9,1 %	36,4 %	18,2 %
Kohorte 2 1961– 1970	9,1 %	0 %	0 %	45,5 %	9,1 %	36,4 %
Kohorte 3 1971– 1980	9,1 %	0 %	0 %	54,5 %	0 %	36,4 %
Kohorte 4 1981– 1990	36,4 %	0 %	0 %	36,4 %	0 %	27,3 %

Abb. 16: **Berufssektoren der befragten Frauen unmittelbar vor der ersten Schwangerschaft.**

In der Aufschlüsselung der Berufssektoren wird ersichtlich, dass sich innerhalb der Kohorte 4 (1981–1990) ein hoher Anteil an Beamtinnen befindet. Ferner gab es lediglich in Kohorte 1 Frauen, die Fabrikarbeit ausführten. Die Bürotätigkeit ohne Beamtenstellung war in Kohorte 2 (1961–1970) und 3 (1971–1980) am häufigsten vertreten, in Kohorte 1 (1951–1960) hingegen kaum.

4.3 Berufliche Tätigkeit der Väter

	Vollzeit	Teilzeit	keine Berufstätigkeit
Kohorte 1 1951–1960	100 %	0 %	0 %
Kohorte 2 1961–1970	100 %	0 %	0 %
Kohorte 3 1971–1980	100 %	0 %	0 %
Kohorte 4 1981–1990	72,7 %	18,2 %	9,1 %

Abb. 17: **Berufsbelastung der Väter unmittelbar vor der ersten Schwangerschaft.**

	Vollzeit	Teilzeit	keine Berufstätigkeit
Kohorte 1 1951-1960	100 %	0 %	0 %
Kohorte 2 1961-1970	100 %	0 %	0 %
Kohorte 3 1971-1980	100 %	0 %	0 %
Kohorte 4 1981-1990	90,9 %	0 %	9,1 %

Abb. 18: **Berufsbelastung der Väter nach der Geburt des Kindes.**

Die angegebenen Werte zeigen deutlich, dass der Mann durch die Dekaden hindurch und im Vergleich zur Mutter der Hauptverdiener in der Familie war, was die Berufsbelastung angeht. Eine Teilzeitbelastung gab es lediglich in Kohorte 4 (1981–1990) vor der Schwangerschaft der Frau. Diese Männer arbeiteten nach der Geburt des ersten Kindes in Vollzeit. Lediglich ein Vater war vor und nach der Schwangerschaft arbeitslos.

4.4 Finanzielle Unterstützung

	ja	nein
Kohorte 1 1951–1960	90,9 %	9,1 %
Kohorte 2 1961–1970	100 %	0 %
Kohorte 3 1971–1980	81,8 %	18,2 %
Kohorte 4 1981–1990	90,9 %	9,1 %

Abb. 19: **Wurden Sie vom Kindsvater finanziell unterstützt?**

Finanzielle Unterstützung durch den Kindsvater schien durch die Dekaden hinweg die Norm zu sein. In allen befragten Dekaden belief sie sich auf mindestens 81,8 % der Studienteilnehmerinnen pro Kohorte.

Kohorte 3 (1971–1980) fällt dadurch auf, dass am wenigsten Frauen durch den Kindsvater Unterstützung erhielten, Kohorte 2 (1961–1970) dadurch, dass alle Frauen Unterstützung erhielten.

	ja	nein
Kohorte 1 1951–1960	9,1 %	90,9 %
Kohorte 2 1961–1970	27,3 %	72,7 %
Kohorte 3 1971–1980	18,2 %	81,8 %
Kohorte 4 1981–1990	36,4 %	63,6 %

Abb. 20: **Haben Sie andere finanzielle Unterstützung erhalten?**

Die Ergebnisse auf die Frage, ob die Frauen andere finanzielle Unterstützung erfuhren, stellt sich deutlich inhomogener dar.

In Kohorte 1 (1951–1960) bekamen lediglich 9,1 % der Frauen eine finanzielle Unterstützung durch die Stillprämie, 90,9 % erhielten gar keine finanzielle Unterstützung. Ganz anders sah dies in Kohorte 4 (1981–1990) aus: 36,4 % der Frauen erhielten Mutterschaftsgeld bzw. Elterngeld, eine Stillprämie gab es seit 1968 nicht mehr.

4.5 Die Geburt

	im Krankenhaus	zu Hause
Kohorte 1 1951–1960	100 %	0 %
Kohorte 2 1961–1970	90,9 %	9,1 %
Kohorte 3 1971–1980	81,8 %	18,2 %
Kohorte 4 1981–1990	100 %	0 %

Abb. 21: **Wo haben Sie entbunden?**

Aufgrund der Angaben der Mütter wird durch die Kohorten hinweg ersichtlich, dass eine Entbindung im Krankenhaus die Norm darstellte.

„Das Krankenhaus war in der Nähe, es hatte einen guten Ruf und hatte eine Säuglingsstation. Das war uns wichtig, falls was mit dem Kind ist und wir einen Kinderarzt brauchen, der sich damit auskennt“, so eine Mutter aus Kohorte 4 (1981–1990). Eine Einstellung, die bzgl. der medizinischen Versorgung des Neugeborenen Reflexion zeigt, was sich in dieser Kohorte häufiger darstellt: „Ein Gynäkologe und Kinderarzt ist da vor Ort, das war uns wichtig.“ Auffallend ist ferner an den Formulierungen der Frauen aus dieser Dekade, dass bei der Wahl des Entbindungsorts und der Erklärung dieser Entscheidung das Wort „uns“ gebraucht wird, womit die Frau mit ihrem Partner gemeint ist. Die Entbindung scheint somit ein Gemeinschaftserlebnis für das Paar und die dann entstandene Familie zu sein, in das der Partner mit seiner Meinung im Rahmen der Entscheidungsfindung eingebunden wird.

Die Einstellungen und Gründe für die Wahl des Krankenhauses zur Entbindung änderten sich durch die Jahrzehnte hinweg kaum, die Formulierung bzgl. der Entscheidungsfindung jedoch deutlich. So schilderte eine Studienteilnehmerin aus Kohorte 2 (1961–1970): „Das Krankenhaus wurde mir empfohlen, und es war sicherer für Mutter und Kind als zu Hause. Meine Freundinnen haben da auch ihre Kinder bekommen.“ Eine Mutter aus Kohorte 1 (1951–1960) erklärte: „Ich wollte in das Krankenhaus, weil da ein Arzt war. Mein Mann war nicht dabei. Das war aber auch keine Männersache, so eine Geburt. Das hat man damals auch nicht gemacht. Bei dem ersten Kind war meine Mutter dabei, danach habe ich es alleine gemacht. Der Arzt hat mich gefragt, ob ich etwas von der Geburt mitbekommen will. Natürlich nicht, wer will da was mitbekommen? Ich habe was zum Einatmen bekommen. Was das war, das weiß ich nicht genau, und dann haben sie das Kind irgendwie rausgedrückt. Das weiß ich auch nicht genau, ich erinnere mich kaum daran, weil ich so weggetreten war, aber gemerkt habe ich so gut wie nichts, und dann war das

Baby auch schon da. Das wäre in einer Hausgeburt ja gar nicht gegangen. Mein Mann ist dann gekommen, als das Baby da war.“

Durch das Geschilderte wird ersichtlich, dass Frauen aus Kohorte 1 (1951–1960) und 2 (1961–1970) ihre Partner in die Entscheidungsfindung nicht eingebunden haben, einen Mann einzubinden schien gar keine Option für die Mütter zu sein. Vielmehr half der Ratschlag von Freundinnen und der eigenen Mutter bei der Entbindung und der Wahl des Krankenhauses.

	spontan vaginal	eingeleitet vaginal	vaginal, aber mehr weiß ich nicht	Kaiserschnitt
Kohorte 1 1951–1960	36,4 %	63,6 %	0 %	0 %
Kohorte 2 1961–1970	72,7 %	9,1 %	18,2 %	0 %
Kohorte 3 1971–1980	54,5 %	27,3 %	9,1 %	9,1 %
Kohorte 4 1981–1990	81,8 %	18,2 %	0 %	0 %

Abb. 22: **Wie wurde entbunden?**

In 100 % der Fälle eines Kaiserschnittes war er medizinisch notwendig. Gewünschte Kaiserschnitte sind unter den Studienteilnehmerinnen nicht verzeichnet.

100 % der befragten Frauen wünschten sich zum Zeitpunkt der Schwangerschaft eine natürliche Entbindung.

Die Prozentzahl der Einleitungen einer vaginalen Geburt im Vergleich der Kohorten ist auffällig: In Kohorte 1 (1951–1960) haben etwa doppelt so viele Frauen eingeleitet vaginal entbunden wie nicht eingeleitet.

Auf die Frage, wie und warum eingeleitet wurde, antwortete eine Mutter aus Kohorte 1 (1951–1960): „So genau weiß ich das nicht, das wurde damals nicht so erklärt. Das war eine Woche vor dem Geburtstermin, und ich hatte so Rückenschmerzen. Mein Frauenarzt hat dann irgendwas gelockert bei der Untersuchung. Zwei Tage später bin ich dann zur Entbindung ins Krankenhaus.“ Gemeint ist hier offenbar eine Eipollösung, eine Einleitungsmethode, die heute als obsolet gilt. Bei dieser Methode wird der Eipol vom Muttermundrand während der vaginalen Untersuchung gelöst. Es kommt zu einer Prostaglandinausschüttung, die die Wehentätigkeit auslösen soll, explizit bei überschrittenem Geburtstermin, aber auch bei dem Wunsch einer vorzeitigen Entbindung. Dies kann schmerzhaft sein, und Blutungen können auftreten.⁵⁸

⁵⁸ Schneider, Husslein, Schneider, Die Geburtshilfe, 5. Auflage, S. 751, Heidelberg, 2016.

Ferner gilt diese Methode als unzuverlässig, und es kann durch das Einbringen von Keimen durch den Cervixkanal zu einer Infektion kommen, weshalb auf diese Methode heute verzichtet wird.

Eine andere Mutter aus Kohorte 1 (1951–1960) schildert den Verlauf der Einleitung bei überschrittenem Geburtstermin: „Ich wurde von meinem Frauenarzt ins Krankenhaus geschickt, und dort hat man dann die Fruchtblase aufgemacht, damit das Kind dann auf die Welt kommen will.“ Geschildert ist hier eine Amniotomie, das Eröffnen der Fruchtblase, was ebenfalls über eine Stimulation der körpereigenen Prostaglandinsynthese wirken soll.⁵⁹ Die beiden geschilderten Methoden finden heute kaum noch Anwendung, oder wenn, dann nur in Kombination mit wehenauslösender Medikation.

Oxytozin, Prostaglandin E₂ intravaginal oder intracervikal oder Prostaglandin E₁-Analogon intravaginal oder peroral stellen heute medikamentöse Möglichkeiten der Geburtseinleitung dar, ohne dass zwingend transvaginal mechanisch am Muttermund, dem Cervixkanal und/oder der Fruchtblase manipuliert werden muss.⁶⁰

Auffallend ist bei den Frauen aus Kohorte 1 (1951–1960), dass sie schlecht oder gar nicht über die Einleitung aufgeklärt wurden. Vielmehr wurde sich in die Hände des Arztes begeben, eine Form des „Shared Decision Making“ oder der Begriff des „mündigen Patienten“ war noch nicht geprägt. Stattdessen traf der Arzt die Entscheidung, und dem wurde Folge geleistet. Eine rein natürliche Geburt ohne Einleitung war nicht im Trend. Dies änderte sich im Laufe der Zeit.

In Kohorte 2 (1961–1970) schilderte eine Studienteilnehmerin: „Ich habe gewartet, bis die Wehen kamen, und als ich es nicht mehr aushielt, dann sind meine Mutter und ich ins Krankenhaus, in dem ich auch zur Welt gekommen bin.“

Kohorte 4 (1981–1990) sticht in der Meinung der Mütter deutlich heraus: „Wir waren eine Generation, da hat man sowas nicht gemacht. Wir wollten natürlich entbinden. Keine OP, keine Schmerzmittel. Es ist ja das Natürlichste der Welt. Dafür ist der Körper einer Frau ja gemacht“ oder „Ich habe meine Tochter einfach bekommen, als die Wehen kamen. Das ging schnell. 50 Minuten. Meinen Sohn danach genauso. Das war ganz normal. Ich habe alle meine Kinder in den 70er und 80er Jahren bekommen, und das war so, wir waren quasi die alten Hippies, das war der Geist, der noch umging.“

Auffallend ist, dass das Wort „wir“ immer wieder Verwendung findet, jedoch wird es von dieser Kohorte nicht für Mutter und Partner oder Mutter und Großmutter verwendet, sondern häufig für eine ganze Generation, was besonders im letzten Zitat deutlich hervortritt.

⁵⁹ Schneider, Husslein, Schneider, Die Geburtshilfe, 5. Auflage, S. 751, Heidelberg, 2016.

⁶⁰ Schneider, Husslein, Schneider, Die Geburtshilfe, 5. Auflage, S. 751, Heidelberg, 2016.

4.5.1 Vor- und Nachsorge der Geburt

	ja	nein
Kohorte 1 1951–1960	0 %	100 %
Kohorte 2 1961–1970	36,4 %	63,6 %
Kohorte 3 1971–1980	63,6 %	36,4 %
Kohorte 4 1981–1990	72,7 %	27,3 %

Abb. 23: Waren Sie in Kursen zur Vorbereitung auf die Geburt?

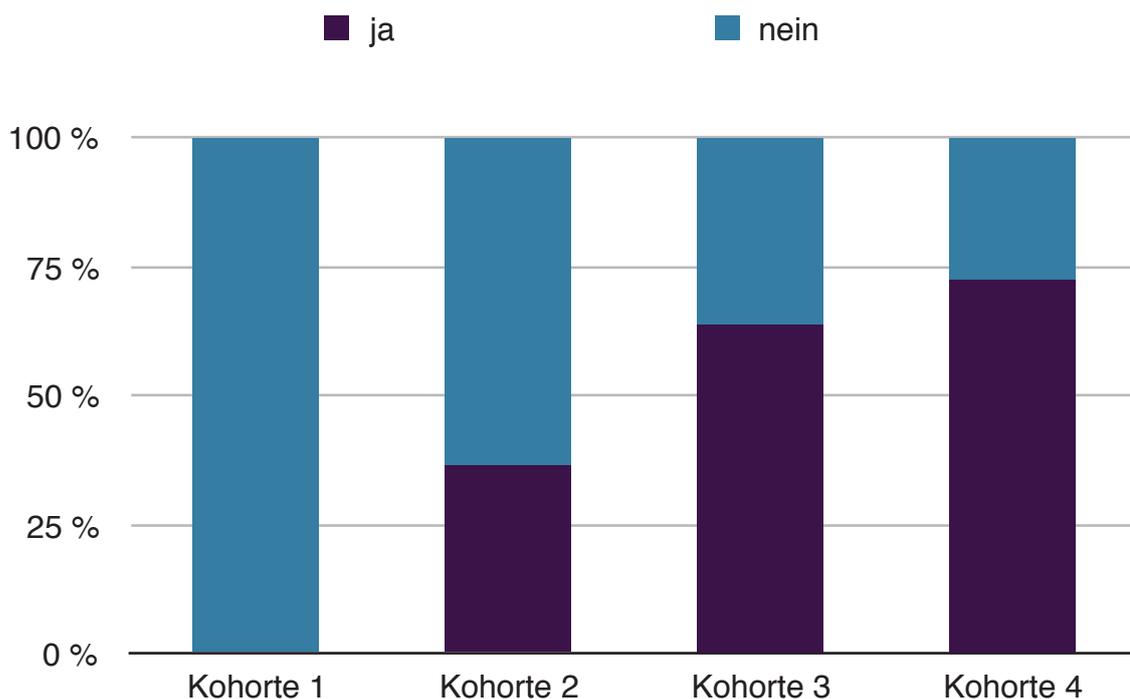


Abb. 24: Waren Sie in Kursen zur Vorbereitung auf die Geburt?

Das Verhältnis der Inanspruchnahme der Geburtsvorbereitungskurse bzw. das Angebot dieser hat sich im Laufe der Dekaden sichtlich geändert, wobei besonders der Kontrast zwischen Kohorte 1 (1951–1960) und 4 (1981–1990) heraustritt: Keine der befragten Frauen aus Kohorte 1 war in Kursen zur Geburtsvorbereitung. Diese waren in dem Zeitraum zwischen 1951–1960 im Großraum Düsseldorf nicht etabliert: „Sowas gab es bei unserer Tochter noch

gar nicht. Zumindest nicht, dass ich es gewusst hätte“, so eine Mutter aus Kohorte 1 (1951–1960).

Eine ansteigende Inanspruchnahme ist dann in Kohorte 2 zu verzeichnen, hier besuchten 36,4 % der Mütter einen Kurs zur Geburtsvorbereitung, und eine weitere Inanspruchnahmesteigerung zeigt sich in Kohorte 3 (1971–1980), hier besuchten 63,6 % der Studienteilnehmerinnen einen Geburtsvorbereitungskurs. In Kohorte 4 (1981–1990) zeigt sich die höchste Inanspruchnahme der Geburtsvorbereitungskurse: 72,7 % der Mütter dieser Kohorte bereiteten sich in Gruppen mit anderen Müttern auf die Geburt vor, und dies schien sich etabliert zu haben: „Meine beiden besten Freundinnen hatten bereits Kinder und die Hebamme der einen hat ihr den Kurs zum zweiten Kind empfohlen. Meine Frauenärztin hat mir auch Flyer dazu mitgegeben, aber ich wollte keine Wassergymnastik und einen Kurs, wo mein Mann auch mitkommen konnte.“ Wieder auffallend ist, dass der Partner der Frauen aus Kohorte 4 (1981–1990) sehr bewusst in die Schwangerschaft und die Geburtsplanung mit eingebunden wurde, wie es auch schon bei der Wahl des Geburtsortes der Fall war. Dies ist ein Muster, welches für einen Wandel der Geschlechterrollen spricht. War in Kohorte 1 (1951–1960) noch häufig in den Interviews von „Frauensache“ und „keine Männersache“ die Rede, so wurden in Kohorte 3 (1971–1980) und explizit in Kohorte 4 (1981–1990) Entscheidungen häufig gemeinsam getroffen, und die Wörter „wir“ und „uns“ dominierten in der Befragung nach Entscheidungsfindungen, womit die Mutter sich mit ihrem Partner meinte. Die eigene Mutter in der Entscheidungsfindung mit einzubinden trat in den Kohorten 3 (1971–1980) und 4 (1981–1990) für die Studienteilnehmerinnen in den Hintergrund.

	ja	nein
Kohorte 1 1951–1960	9,1 %	90,9 %
Kohorte 2 1961–1970	36,4 %	63,6 %
Kohorte 3 1971–1980	0 %	100 %
Kohorte 4 1981–1990	36,4 %	63,6 %

Abb. 25: **Hatten Sie eine Hebamme zur Nachsorge?**

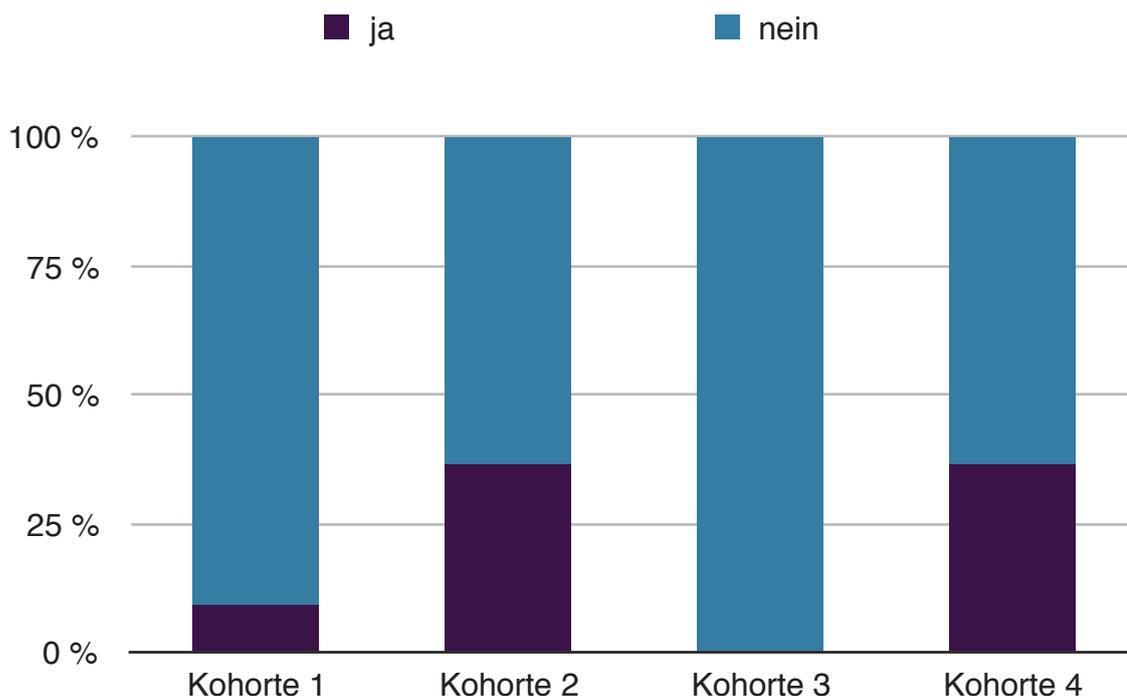


Abb. 26: **Hatten Sie eine Hebamme zur Nachsorge?**

Bei der Frage, ob die Mütter eine Nachsorgehebamme hatten, stellten sich die Besonderheiten heraus, dass in Kohorte 3 (1971–1980) keine der Studienteilnehmerinnen die Dienste einer Nachsorgehebamme in Anspruch nahm.

In Kohorte 1 (1951–1960) lässt sich deutlich feststellen, dass eine Nachsorgehebamme nicht beansprucht wurde, weil die Großmutter eine intensivere Rolle in der Nachsorge der Geburt gespielt hat: „Zwei oder drei Tage nach der Geburt konnten wir nach Hause. Wir sind aber lieber erstmal zu meinen Eltern. Meine Mutter wusste ja, wie man das alles macht, mit dem Stillen und so, und dann konnte ich mich auch mal ausschlafen, weil wir Unterstützung hatten.“ In Kohorte 2 (1961–1970) nahmen 63,6 % der Mütter keine Nachsorgehebamme in Anspruch, aber die Anzahl der Frauen, die eine Nachsorgehebamme hatten, stieg in dieser Kohorte um 27,3 % im Vergleich zu Kohorte 1 (1951–1960).

In Kohorte 3 (1971–1980) ist auffallend, dass keine der Frauen eine Nachsorgehebamme hatte. „Sowas hat mir meine Frauenärztin nicht angeboten, und ich wusste auch gar nicht, dass es das gibt“, so eine Studienteilnehmerin aus Kohorte 3 (1971–1980).

In Kohorte 4 (1981–1990) stieg die Anzahl der Inanspruchnahmen einer Nachsorgehebamme wieder auf 63,6 %, also auf die gleiche Anzahl an Müttern wie in Kohorte 2 (1961–1970).

4.6 Stillverhalten

	ja	nein
Kohorte 1 1951–1960	63,6 %	36,4 %
Kohorte 2 1961–1970	72,7 %	27,3 %
Kohorte 3 1971–1980	36,4 %	63,6 %
Kohorte 4 1981–1990	90,9 %	9,1 %

Abb. 27: Haben Sie Ihr Kind gestillt?

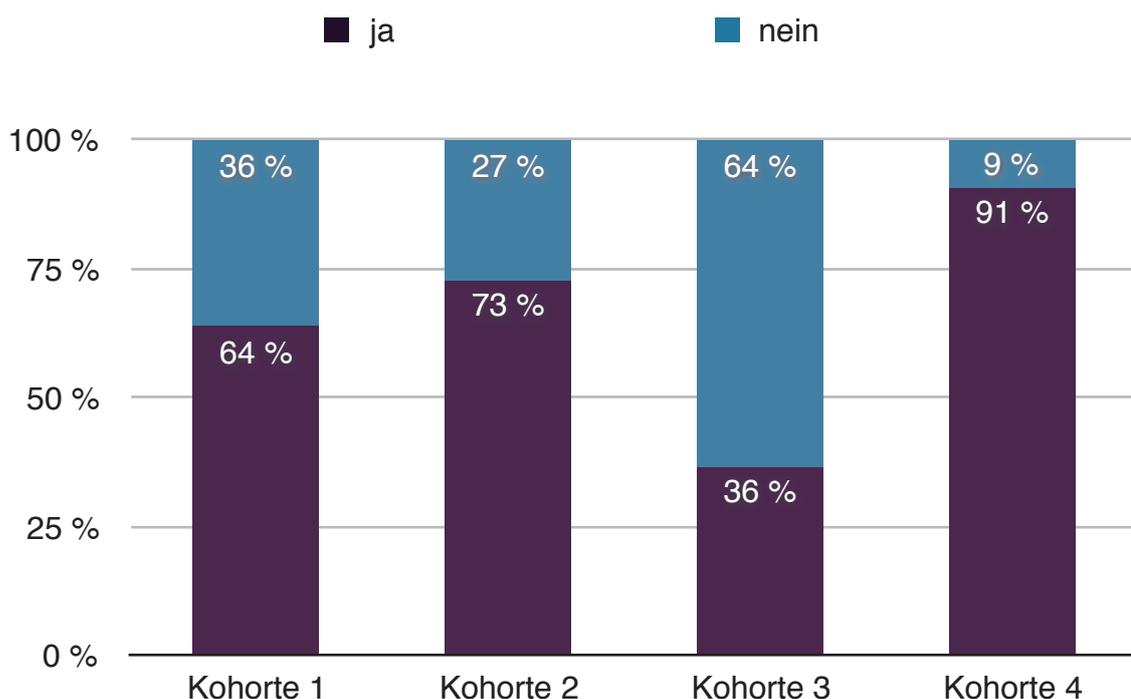


Abb. 28: Haben Sie Ihr Kind gestillt?

Aus Kohorte 4 haben 9,1 % der befragten Mütter nicht gestillt, davon haben 100 % Muttermilch abgepumpt und dann via Fläschchen gefüttert. Aus Kohorte 3 (1971–1980) haben 63,6 % der Mütter nicht gestillt, von den nicht-stillenden Müttern aus Kohorte 3 (1971–1980) haben 57,1 % ihr Kind mit Milchersatzprodukten ernährt, 42,9 % haben Muttermilch abgepumpt und sie mit der Flasche gegeben. 100 % der Mütter, die aus Kohorte 2 (1961–1970) nicht gestillt haben, haben ihre Muttermilch abgepumpt und keine

Ersatzprodukte verwendet. Aus Kohorte 1 (1951–1960) haben 100 % der Mütter ihr Kind mit eigener Muttermilch ernährt. Von diesen 100 % haben 63,6 % gestillt, 36,4 % haben ihre Muttermilch abgepumpt.

Ganz besonders auffallend ist in der Beantwortung dieser Frage Kohorte 3 (1971–1980). In dem Zeitraum zwischen 1971 und 1980 schien Stillen nicht dem Trend zu entsprechen. Es ist die einzige Kohorte in der Umfrage, in der deutlich mehr als die Hälfte der Studienteilnehmerinnen nicht gestillt hat. Die Gründe dafür wurden von Frauen dieser Kohorte klar beantwortet: „Mein Frauenarzt hat mir zu Pulver geraten. ‚Die Babys mögen das doch so gern‘ hat er gesagt, und es war so schnell gemacht.“, „Damals haben die damit auch ein Lämmchen (...) ernährt, das muss ja dann funktionieren.“, „Mein Arzt hat mir kurz vor der Geburt gesagt, dass die Babys dann besser schlafen können, weil sie von Muttermilch nicht richtig satt werden, und ich will ja, dass mein Kind schläft und satt ist. Welche Mutter steht schon gern nachts auf?“

Der Trend bezüglich der ärztlichen Beratung ging deutlich in Richtung pro Milchersatzprodukte und contra Stillen. Die Frauen aus Kohorte 3 (1971–1980), welche gestillt haben, schienen durchweg nicht pro Stillen informiert zu sein, sondern vielmehr gar nicht informiert zu sein: „Ich habe das so gemacht (*gestillt*), weil ich es nicht anders wusste. Meine Mutter hat mich auch gestillt.“ oder „Ich habe gestillt, weil die Hebamme das Kind an meine Brust angelegt hat. Hätte mir jemand gesagt, dass falsche Milch⁶¹ besser ist, dann hätte ich die genommen.“

	ja	nein
Kohorte 1 1951–1960	81,8 %	18,2 %
Kohorte 2 1961–1970	54,5 %	45,5 %
Kohorte 3 1971–1980	45,5 %	54,5 %
Kohorte 4 1981–1990	90,9 %	9,1 %

Abb. 29: **Sind alle Ihre Kinder gestillt worden?**

Auch in Bezug auf die Frage, ob alle Kinder gestillt worden sind, zeigt sich im Laufe der Dekaden eine Klimax bei Kohorte 3 (1971–1980). Wieder ist sie die einzige Kohorte, die mit Werten von über 50 % mit Nichtstillen auffällt, dieses Mal jedoch in Bezug auf alle geborenen Kinder und dicht gefolgt von Kohorte 2 (1961–1970) mit 45,5 %.

In Kohorte 1 (1951–1960) und 4 (1981–1990) haben die meisten Mütter alle ihre Kinder gestillt.

⁶¹ Gemeint ist ein Pulver zur Herstellung von Milchersatzprodukten bzw. das Milchersatzprodukt in zubereiteter Form.

Die Einführung der Kleinkindnahrung unter dem zeitlichen Aspekt nach der Entbindung ist unter Berücksichtigung der beschriebenen Dekadenaufteilung im Folgenden in den Abbildungen 30 bis 37 dargestellt.

	1 Wo	2 Wo	1 Mon	3 Mon	6 Mon	9 Mon	12 Mon	> 12 Mon
voll gestillt	63,6 %	63,6 %	54,5 %	36,4 %	9,1 %	0 %	0 %	0 %
teilweise gestillt	0 %	0 %	0 %	27,3 %	27,3 %	9,1 %	9,1 %	9,1 %
Muttermilch abgepumpt	36,4 %	36,4 %	18,2 %	18,2 %	18,2 %	18,2 %	0 %	0 %
ausschließlich Milchersatzprodukte	0 %	0 %	27,3 %	18,2 %	9,1 %	9,1 %	0 %	0 %
Kuhmilch	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Amme	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Kleinkindnahrung	0 %	0 %	0 %	0 %	9,1 %	18,2 %	36,4 %	36,4 %
Schmelzflocken	0 %	0 %	0 %	0 %	27,3 %	45,5 %	54,5 %	54,5 %

Abb. 30: Stillverhalten in Kohorte 1 (1951–1960).

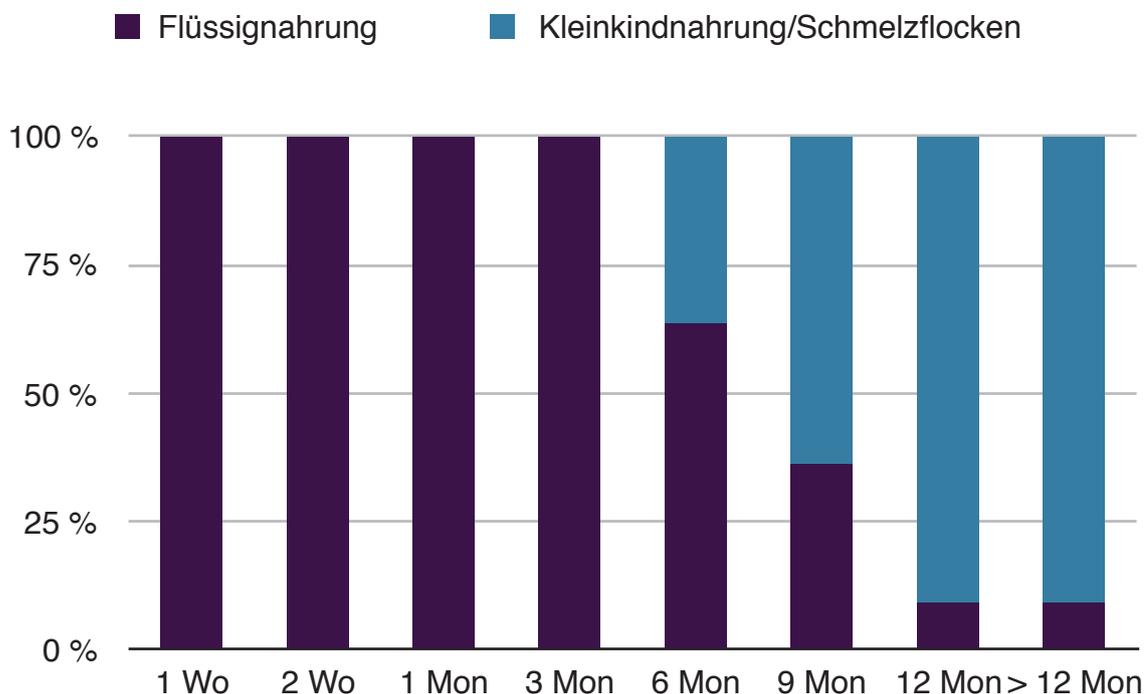


Abb. 31: Einführung der Kleinkindnahrung in Kohorte 1 (1951–1960).

In Kohorte 1 (1951–1960) gaben 100 % der Mütter bis zum 3. Monat Flüssignahrung, wobei zwischen Muttermilch und Milchersatzprodukt nicht unterschieden wurde. Ab dem 6. Monat ernährten 36,4 % der befragten Frauen

ihr Kind mit fester Kleinkindnahrung, 63,6 % ernährten ihr Kind zu diesem Zeitpunkt weiterhin ausschließlich mit Flüssignahrung.

Mit dem 9. Lebensmonat der Kinder nahm die prozentuelle Festkosternährung deutlich zu: 63,6 % der Studienteilnehmerinnen gaben an, ihr Kind mit Festkost zu ernähren, 36,4 % griffen ausschließlich auf Flüssignahrung zurück.

Die Studienteilnehmerinnen aus Kohorte 1 (1951–1960) gaben an, ihre Kinder mit 12 und > 12 Monaten bzgl. der Verteilung von Flüssig- und Festkost identisch ernährt zu haben. 90,9 % der Frauen ernährten das Kind mit Festkost, 9,1 % griffen auf die ausschließliche Nahrungszufuhr über Milch- oder Milchersatzprodukte zurück.

	1 Wo	2 Wo	1 Mon	3 Mon	6 Mon	9 Mon	12 Mon	> 12 Mon
voll gestillt	63,6 %	54,5 %	54,5 %	54,5 %	18,2 %	0 %	0 %	0 %
teilweise gestillt	9,1 %	18,2 %	0 %	0 %	0 %	9,1 %	9,1 %	9,1 %
Muttermilch abgepumpt	27,3 %	27,3 %	27,3 %	27,3 %	18,2 %	0 %	0 %	0 %
ausschließlich Milchersatzprodukte	0 %	0 %	9,1 %	18,2 %	63,6 %	63,6 %	54,5 %	54,5 %
Kuhmilch	0 %	0 %	9,1 %	9,1 %	9,1 %	9,1 %	9,1 %	9,1 %
Amme	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Kleinkindnahrung	0 %	0 %	0 %	0 %	9,1 %	18,2 %	36,4 %	54,5 %
Schmelzflocken	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %

Abb. 32: Stillverhalten in Kohorte 2 (1961–1970).

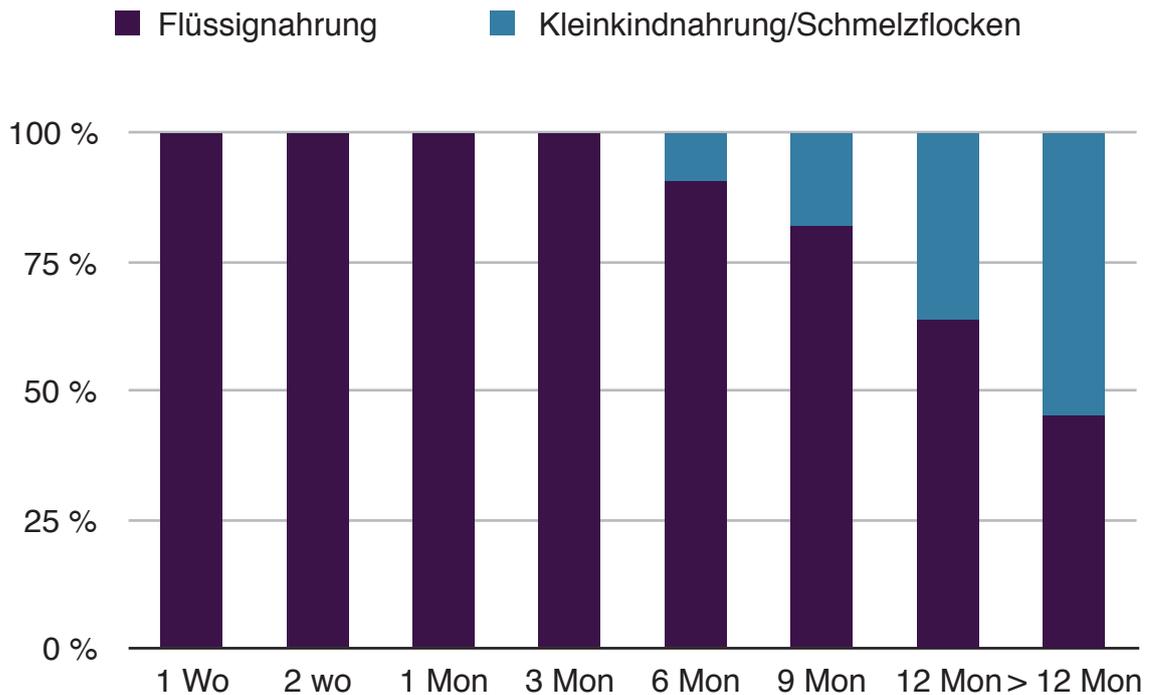


Abb. 33: Einführung der Kleinkindnahrung in Kohorte 2 (1961–1970).

Die Studienteilnehmerinnen aus Kohorte 2 (1961-1970) ernährten ihre Neugeborenen bis zum 3. Monat ausschließlich mit Flüssignahrung. Ab dem 6. Monat wurde ein Einführen von fester Nahrung angegeben mit einem Satz von 9,1 %. 90,9 % der Mütter ernährten ihr Kind weiterhin ausschließlich mit Flüssignahrung. Es folgt eine gleichmäßige Steigerung der Zunahme der Festkosternahrung der Kinder aus dieser Kohorte. 18,2 % der Mütter gaben an, ihr Kind ab 9 Monaten mit fester Nahrung zu füttern, mit 12 Monaten waren es 36,4 %, und mit > 12 Monaten waren es 54,5 %. Die restlichen Mütter dieser Kohorte ernährten ihr Kind ausschließlich mit Flüssignahrung.

	1 Wo	2 Wo	1 Mon	3 Mon	6 Mon	9 Mon	12 Mon	> 12 Mon
voll gestillt	36,4 %	45,5 %	45,5 %	27,3 %	9,1 %	9,1 %	9,1 %	0 %
teilweise gestillt	0 %	0 %	0 %	9,1 %	18,2 %	0 %	0 %	0 %
Muttermilch abgepumpt	27,3 %	9,1 %	9,1 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
ausschließlich Milchersatzprodukte	36,4 %	45,5 %	45,5 %	63,6 %	54,5 %	54,5 %	36,4 %	18,2 %
Kuhmilch	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Amme	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Kleinkindnahrung	0 %	0 %	9,1 %	9,1 %	27,3 %	36,4 %	54,5 %	81,8 %
Schmelzflocken	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %

Abb. 34: Stillverhalten in Kohorte 3 (1971–1980).

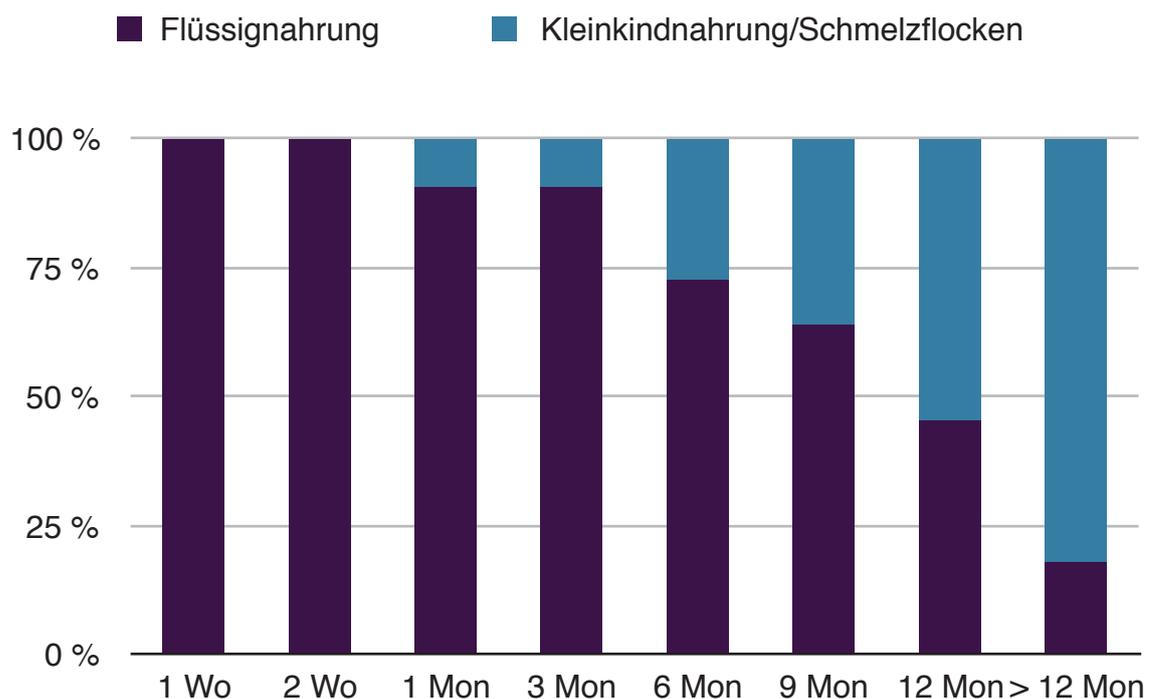


Abb. 35: Einführung der Kleinkindnahrung in Kohorte 3 (1971–1980).

Kohorte 3 (1971–1980) zeichnet sich durch eine besonders frühe Einführung der Festkost aus. Wurden in den Wochen 1 und 2 nach der Geburt 100 % der Kinder mit Flüssignahrung ernährt, so waren es ab Monat 1 bis Monat 3 nur noch 90,9 %. Ab Monat 6 post partum wurden 27,3 % der Kinder mit Festkost ernährt, 72,7 % der Kinder mit Flüssignahrung. Weiterhin stieg die Anzahl an Kindern, die mit Festkost ernährt wurden, konstant. Ab Monat 9 waren es 63,6 %, ab Monat 12 54,5 % und mit > 12 Monaten 81,8 %.

	1 Wo	2 Wo	1 Mon	3 Mon	6 Mon	9 Mon	12 Mon	> 12 Mon
voll gestillt	81,8 %	81,8 %	72,7 %	63,6 %	36,4 %	18,2 %	9,1 %	9,1 %
teilweise gestillt	9,1 %	9,1 %	9,1 %	18,2 %	18,2 %	9,1 %	0 %	0 %
Muttermilch abgepumpt	9,1 %	9,1 %	9,1 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
ausschließlich Milchersatzprodukte	0 %	0 %	0 %	9,1 %	27,3 %	36,4 %	18,2 %	0 %
Kuhmilch	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Amme	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Kleinkindnahrung	0 %	0 %	9,1 %	9,1 %	18,2 %	36,4 %	63,6 %	63,6 %
Schmelzflocken	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	9,1 %	9,1 %	18,2 %

Abb. 36: Stillverhalten in Kohorte 4 (1981–1990).

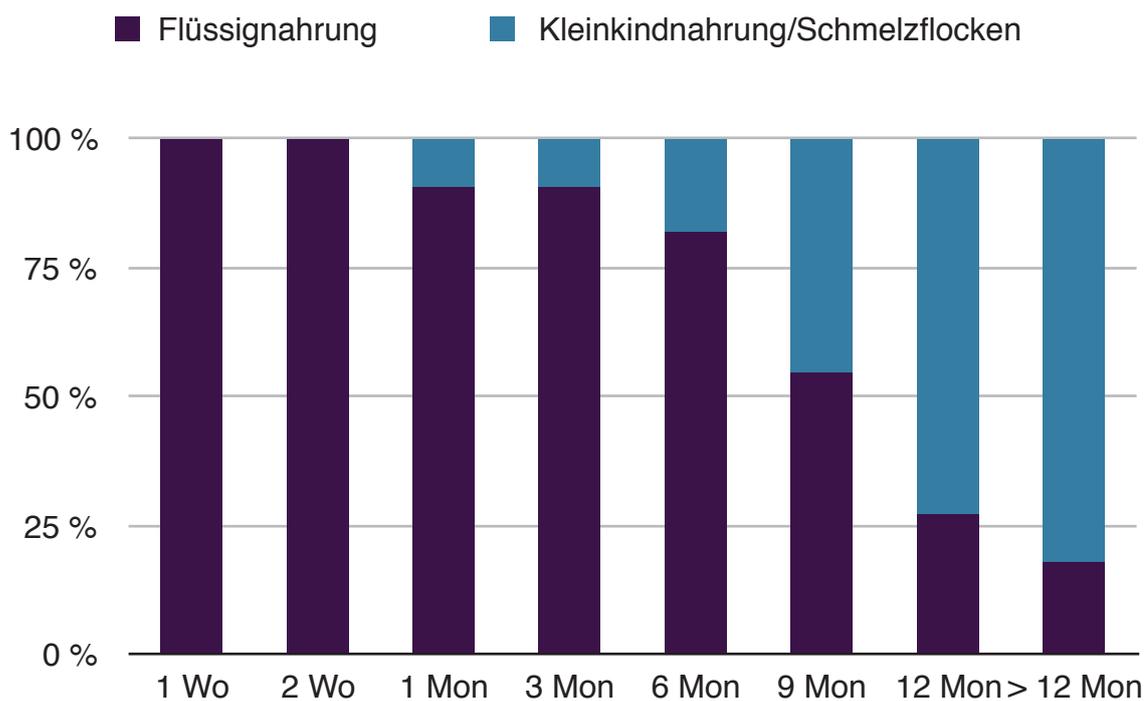


Abb. 37: Einführung der Kleinkindnahrung in Kohorte 4 (1981–1990).

Eine frühe Einführung der Festkost zeigt sich ebenfalls in Kohorte 4 (1981–1990). Haben bis zur Woche 2 post partum 100 % der befragten Frauen ihre Kinder mit Flüssignahrung ernährt, so waren es ab Monat 1 post partum bis Monat 3 post partum 9,1 %, die ihre Kinder mit Festkost ernährten, und 90,9 %, die ausschließlich auf Flüssignahrung zurückgriffen.

In den darauffolgenden Monaten stellt sich ein ansteigender Prozentsatz an Müttern dar, die ihre Kinder mit fester Nahrung fütterten. Ab dem 6. Monat nach der Geburt waren dies 18,2 %, ab dem 9. Monat 45,5 %, ab dem 12. Monat 72,7 % und ab > 12 Monaten post partum 81,8 %.

Im Vergleich der Darstellungen bzgl. der Einführung der Festkost in der Säuglingsernährung (vgl. Abb. 30–37) lassen sich folgende Unterschiede und Auffälligkeiten in den Kohorten anhand der dargestellten Ergebnisse quantifizieren:

- **Kohorte 1 (1951–1960)** zeichnet sich durch den steilsten Anstieg der Zunahme der Festkosternährung aus, der Zeitpunkt der ersten Festkosternährung liegt etwa im Mittel in Bezug auf die anderen Kohorten (vgl. Abb. 31). Ab Monat 12 ernähren über 90 % der befragten Frauen ihr Kind mit Festkost (vgl. Abb. 30).
- Anhand der Angaben aus **Kohorte 2 (1961–1970)** wird ersichtlich, dass die Ernährung des Kindes mit Flüssignahrung dominiert (vgl. Abb. 33). Die Rolle der Festkost scheint einen untergeordneten Stellenwert eingenommen zu haben, und erst bei einem Alter der Kinder von > 12 Monaten ernähren über 50 % der befragten Frauen ihr Kind mit fester Nahrung (vgl. Abb. 32).
- **Kohorte 3 (1971–1980) und 4 (1981–1990)** ähneln sich in den beschriebenen Ergebnissen in Bezug auf die gestellte Frage (vgl. Abb. 35). Die Einführung der Festkost beginnt in diesen Kohorten früh im Vergleich zu den anderen Kohorten (ab 4 Wochen post partum mit einem Prozentsatz von 9,1 %) (vgl. Abb. 34). In beiden Kohorten folgt dann über das erste Lebensjahr des Kindes hinweg ein nicht identischer, aber nahezu vergleichbarer Anstieg der Zunahme der Festkosternährung (vgl. Abb. 35). Ab einem Alter des Kindes von > 12 Monaten ernährten 81,8 % der befragten Mütter aus beiden Kohorten ihr Kind mit fester Kost (vgl. Abb. 34).

Die Jahre 1971–1980 (Kohorte 3) und 1981–1990 (Kohorte 4) ähneln sich in Bezug auf die Ergebnisse der Fragestellung bzgl. der Kost auffallend, wohingegen Kohorte 1 (1951–1960) durch einen plötzlichen und steilen Anstieg der Festkosternahrung ab dem 6. Monat post partum auffällt, und Kohorte 2 (1961–1970) durch einen sehr flachen Anstieg, ebenfalls ab dem 6. Monat post partum, welcher ein im Vergleich zu den anderen Kohorten niedriges Maximum bei einem Alter von > 12 Monaten von knapp über 50 % hat (vgl. Abb. 30–37).

	direkt nach der Geburt	nach 2 Stunden	nach 6 Stunden	innerhalb 24 Stunden	nach über 24 Stunden
Kohorte 1 1951– 1960	0 %	0 %	0 %	63,6 %	36,4 %
Kohorte 2 1961– 1970	18,2 %	0 %	54,5 %	36,4 %	0 %
Kohorte 3 1971– 1980	18,2 %	9,1 %	0 %	54,5 %	0 %
Kohorte 4 1981– 1990	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %

Abb. 38: **Zeitpunkt des ersten Anlegens nach der Geburt.**

Die angegebenen Werte beziehen sich auf die stillenden und nicht-stillenden Frauen.

■ direkt nach der Geburt
■ nach 2 Stunden
■ nach 6 Stunden
■ innerhalb 24 Stunden
■ nach über 24 Stunden

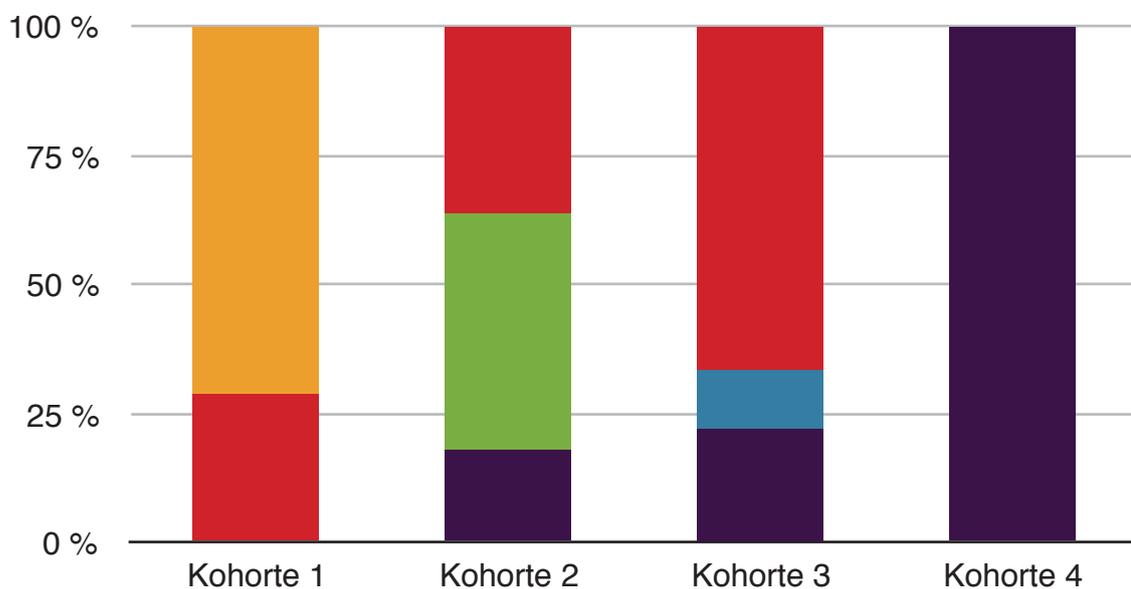


Abb. 39: **Zeitpunkt des ersten Anlegens nach der Geburt.**

Die angegebenen Werte beziehen sich auf die stillenden und nicht-stillenden Frauen.

Bezüglich der Zeit des ersten Anlegens an die Mutterbrust zeigt sich ein Unterschied unter den Kohorten. Bei 100 % der Mütter aus Kohorte 1 (1951–1960) wurde das Kind innerhalb 24 Stunden post partum oder später an die

Brust angelegt. Die Ergebnisse der Befragung der Frauen aus Kohorte 2 (1961–1970) ergaben, dass in dem Zeitraum zwischen 1961 und 1970 ein früheres Anlegen zur Regel wurde. So berichtet eine Mutter aus Kohorte 2 (1961–1970): „Nachdem ich mich ein bisschen ausgeruht hatte, da kam dann die Hebamme nochmal zu mir und hat mir das mit dem Anlegen erklärt und mir das Kind an die Brust gedrückt“ oder „Ich habe in der Nacht mein erstes Kind bekommen. Es war fast schon morgens. Als dann Visite war, ich konnte vor Aufregung ohnehin nicht schlafen, obwohl ich so müde war, hat der Arzt mir das Kind an die Brust gelegt. Das waren dann vielleicht so 6 oder 7 Stunden nach der Geburt“.

Eine Mutter aus Kohorte 1 (1951–1960) schildert das erste Anlegen wie folgt: „Mir wurde das Kind recht schnell abgenommen. Meine Tochter hatte bei ihrer Geburt das Kind⁶² danach im Zimmer. Das war damals nicht üblich. Die Mütter sollten sich ausruhen, und die Kinder waren durch die Hebammen oder Kinderkrankenschwestern oder so betreut und kamen dann alle 3 Stunden zum Stillen zu den Müttern. Ich habe mich erstmal ausgeschlafen, das Kind war ja versorgt.“

Ein vergleichbares, wenn auch nicht identisches zeitliches Muster des ersten Anlegens zeigt sich zwischen Kohorte 2 (1961–1970) und 3 (1971–1980). Kohorte 4 (1981–1990) fällt in diesem Kontext besonders auf: Hier haben 100 % der befragten Frauen ihr Kind direkt nach der Geburt an die Brust angelegt bzw. es angelegt bekommen.

„Nach der Geburt hat die Hebamme meine Tochter in ein Handtuch gewickelt, und sie mir auf den Bauch gelegt. Ganz am Anfang. Die Nabelschnur war nichtmal durchgeschnitten. Und dann, nach ein paar Minuten, hat sie sie so positioniert, dass das kleine Baby meine Brustwarze im Mund hatte. Aber gesaugt hat sie noch nicht, das kam erst etwas später“, so eine Studienteilnehmerin aus Kohorte 4 (1981–1990).

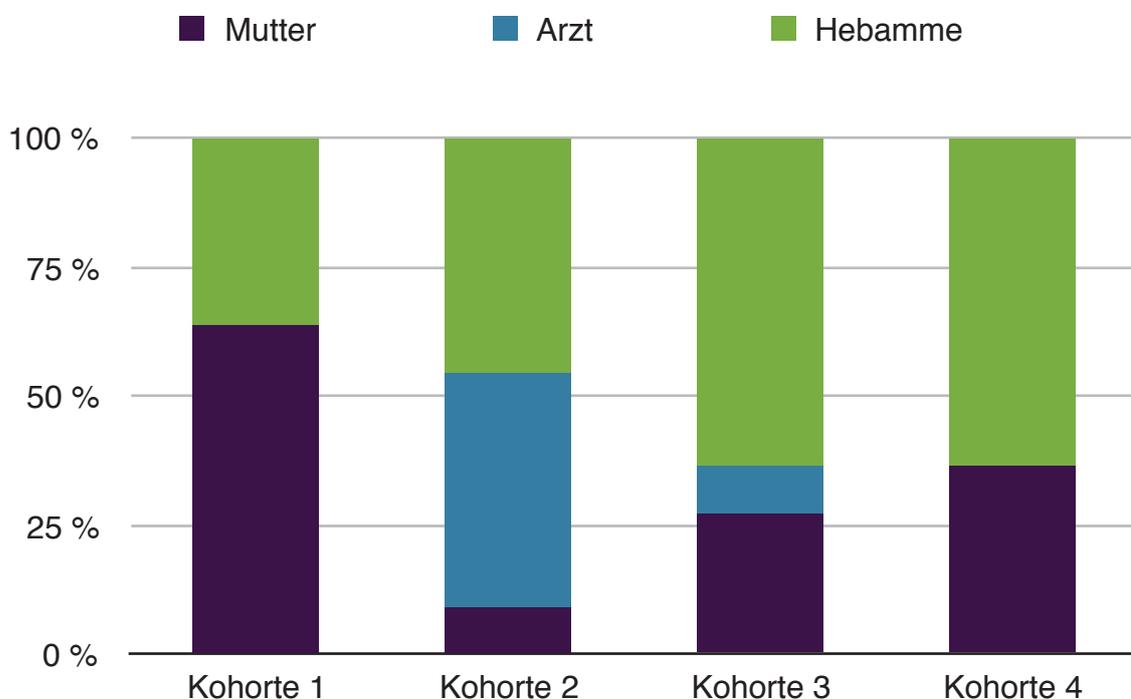
Wird Abbildung 39 betrachtet, so fällt auf, dass sich im Fortschreiten der Zeit über die beschriebenen Dekaden hinweg der Trend von „spät anlegen“ zu „direkt nach der Geburt anlegen“ entwickelt hat, was sich auch deutlich durch die Zitate der Mütter darstellt.

⁶² Gemeint ist das Enkelkind der Studienteilnehmerin.

	Mutter	Arzt	Hebamme
Kohorte 1 1950–1960	63,6 %	0 %	36,4 %
Kohorte 2 1960–1970	9,1 %	45,5 %	45,5 %
Kohorte 3 1970–1980	27,3 %	9,1 %	63,6 %
Kohorte 4 1980–1990	36,4 %	0 %	63,6 %

Abb. 40: **Wer hat das Anlegen initiiert?**

Die angegebenen Werte beziehen sich auf die stillenden und nicht-stillenden Frauen.

Abb. 41: **Wer hat das Anlegen initiiert?**

Die angegebenen Werte beziehen sich auf die stillenden und nicht-stillenden Frauen.

In Bezug auf die Frage, wer das Anlegen an die Mutterbrust initiiert hat, sticht Kohorte 2 (1961–1970) deutlich heraus (vgl. Abb. 41).

Waren es in Kohorte 1 (1951–1960) 63,6 % der Mütter, die das erste Anlegen an die Brust selbst vornahmen, so waren es in Kohorte 2 (1961–1970) nur 9,1 %. Das Anlegen durch den Arzt wurde zwischen 1961 und 1970 (Kohorte 2) etabliert. 45,5 % der Mütter erfuhren ein erstes Anlegen durch den Arzt. Der Prozentsatz des ersten Anlegens durch die Hebamme unterscheidet sich zwischen Kohorte 1 (1951–1960) und 2 (1961–1970) nur geringfügig, es ist aber deutlich, dass der Arzt bzgl. des Anlegens in den 60er Jahren eine

Position eingenommen hat, die in den 50er Jahren durch die Mutter erfüllt wurde (vgl. Abb. 41).

Diese Entwicklung stellt sich in den Jahren 1971 bis 1980 (Kohorte 3) rückläufig dar, und die Hebamme scheint eine tragende Rolle bzgl. des Anlegens zu bekommen. Der Arzt legte lediglich bei 9,1 % der Frauen das Kind zum ersten Mal an die Brust an. Dies entspricht einem Rückgang von 36,4 % im Vergleich zur vorhergegangenen Dekade (Kohorte 2, 1961–1970) (vgl. Abb. 40).

Die Hebammen übernahmen in Kohorte 3 (1971–1980) in 63,6 % der Fälle das erste Anlegen an die Mutterbrust. Das Anlegen durch die Mutter selbst nahm im Vergleich zu Kohorte 2 (1961–1970) um 18,2 % zu (vgl. Abb. 40).

In Kohorte 4 (1981–1990) zeigt sich ein vollständiger Rücklauf der beschriebenen Entwicklung des Anlegens durch Ärzte. In 36,4 % der Fälle übernahm die Mutter das erste Anlegen selbst, in 63,6 % nahm die Hebamme dies wahr (vgl. Abb. 40).

Zusammenfassend lassen sich bzgl. des ersten Anlegens an die Mutterbrust in Bezug auf den dargestellten Dekadenverlauf folgende Merkmale herausarbeiten:

- In **Kohorte 1 (1951–1960)** hat die Mutter den höchsten Stellenwert bzgl. des ersten Anlegens. Das Anlegen an die Brust durch Ärzte fand nicht statt (vgl. Abb. 41).
- In **Kohorte 2 (1961–1970)** wurde das Anlegen durch Ärzte etabliert. Das Anlegen durch die Mutter wurde dadurch hier nahezu abgelöst (vgl. Abb. 41).
- Das Anlegen durch Ärzte stellt sich rückläufig in **Kohorte 3 (1971–1980)** dar. Mütter und Hebammen legten wieder vermehrt an (vgl. Abb. 41).
- In **Kohorte 4 (1981–1990)** wird ein Anlegen durch Ärzte nicht beobachtet. Das Anlegen durch Hebammen dominierte, und das Anlegen durch die Mutter selbst hatte den zweithöchsten Stellenwert (vgl. Abb. 41).

	Zeitplan	Bedarf	Zeitplan u. Bedarf
Kohorte 1 1951–1960	81,8 %	18,2 %	0 %
Kohorte 2 1961–1970	45,5 %	36,4 %	18,2 %
Kohorte 3 1971–1980	36,4 %	36,4 %	27,3 %
Kohorte 4 1981–1990	9,1 %	81,8 %	9,1 %

Abb. 42: **Haben Sie Ihr Kind im Säuglingsalter nach Zeitplan oder nach Bedarf ernährt?**
Die angegebenen Werte beziehen sich auf die stillenden und nicht-stillenden Frauen.

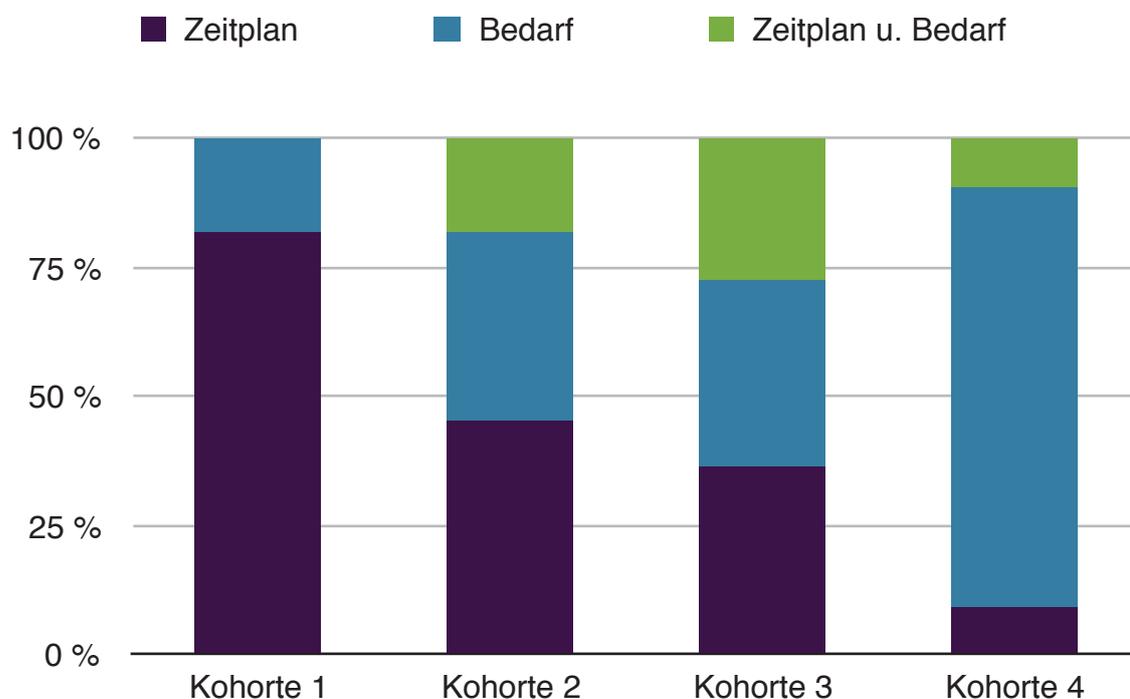


Abb. 43: **Haben Sie Ihr Kind im Säuglingsalter nach Zeitplan oder nach Bedarf ernährt?**
Die angegebenen Werte beziehen sich auf die stillenden und nicht-stillenden Frauen.

Der Wandel des Gesamtbildes der Säuglingsernährung stellt sich auch in Bezug auf die Frage dar, ob das Kind nach der Geburt nach Zeitplan oder Bedarf ernährt wurde. Ein Unterschied ist anhand der Studienergebnisse deutlich herauszustellen (vgl. Abb. 42).

In den 50er Jahren (Kohorte 1, 1951–1960) dominierte die Ernährung nach Zeitplan mit einem Satz von 81,8 %. Dies ist ein Trend, der sich auch in den Aussagen der Mütter dieser Dekade spiegelt: „Alle drei Stunden wurde mir

damals gesagt: Die Hebammen wissen das ja“, erzählte eine Mutter. Eine andere Studienteilnehmerin aus Kohorte 1 berichtete:

„Im Krankenhaus wurde mir mein Sohn alle vier Stunden gebracht, damit ich ihn an meine Brust nehmen konnte.“

So schien die zeitliche Einteilung der Abstände der Säuglingsernährung ein passiver Vorgang gewesen zu sein, welcher maßgeblich sowohl durch die medizinische Versorgung und das Personal im Krankenhaus als auch deren Abläufe mitbestimmt wurde.

Nach Bedarf ernährten ihr Kind in Kohorte 1 (1951–1960) lediglich 18,2 % der Studienteilnehmerinnen, was jedoch nicht auf Empfehlung hin geschah, sondern primär durch Unwissenheit geprägt war: „Das war mein erstes Kind, und ich bin am Tag der Geburt schon entlassen worden. Meine Eltern waren ja schon gestorben. Ich hatte keine Hilfe zu Hause. Wenn das Baby geweint hat, dann habe ich es genommen. Es hat mir schon Bescheid gesagt, wenn es was wollte.“

Eine Abnahme des Ernährens nach Zeitplan und eine Zunahme des Ernährens nach Bedarf stellt sich in den Auswertungen von Kohorte 2 (1961–1970) dar (vgl. Abb. 43). In dieser Kohorte ernährten unter 50 % der Studienteilnehmerinnen das Kind ausschließlich nach Zeitplan, über 50 % nach Bedarf oder nach Bedarf und Zeitplan.

Dies ist eine Entwicklung, die auch in der Auswertung der Daten von Kohorte 3 (1971–1980) zu beobachten ist und zunimmt. Noch 36,4 % der Mütter fütterten ihr Kind nach Zeitplan, die restlichen Mütter ernährten es nach Bedarf oder nach Bedarf und Zeitplan (vgl. Abb. 42).

Kohorte 4 (1981–1990) nimmt, ebenso wie Kohorte 1 (1951–1960), in der Auswertung eine Sonderstellung ein, welche sich entgegengesetzt zu Kohorte 1 (1951–1960) verhält. Die Ernährung des Säuglings nach Bedarf dominiert sichtlich (vgl. Abb. 44) mit einem Satz von 81,8 %. Lediglich 9,1 % der Studienteilnehmerinnen ernährten ihr Kind nach Zeitplan, ebenso viele ernährten es nach Bedarf und Zeitplan. „Ich möchte mein Kind doch nicht hungern lassen. Es wird sich melden, wenn es mich braucht“, so berichtet eine Mutter aus Kohorte 4 (1981–1990) über die Entscheidung über das Stillen nach Bedarf. Auch die Hebammen scheinen eine Rolle bei dieser Entscheidungsfindung gespielt zu haben, wie eine andere Mutter dieser Kohorte berichtet: „Wir hatten eine total nette Nachsorgehebamme, und sie hat mir das so erklärt, und außerdem, wenn man ein bisschen Gefühl für sein Kind hat, dann merkt man doch sofort, wann es Hunger hat. Die Kleinen schreien doch dann auch ganz anders, und ich hatte immer sofort prompt Milcheinschuss, wenn unser Sohn lauthals geschrien hat. Dann kam er an die Brust. Warum auch nicht? Er hatte ja Hunger. Ich möchte ja auch nicht hungern.“

Eine Zunahme der Eigenverantwortung und der Autonomie ist im Vergleich der Kohorten 1 (1951–1960) und 4 (1981–1990) zu verzeichnen, ebenso ein Ablassen von starren Zeitkonstrukten und ein Zuwenden zu den Individualbedürfnissen des Kindes. Dies zeigt sich mit einer Zunahme der Autonomie der Mutter als Patientin nach der Geburt. Wurde in den 50er Jahren (Kohorte 1, 1951–1960) vermehrt durch das medizinische Personal der

Zeitpunkt des Anlegens und die Zeitabstände der Ernährung festgelegt, so handelten die Mütter in den 80er Jahren (Kohorte 4, 1981–1990) selbstbestimmter.

Im Folgenden beziehen sich Angaben häufig ausschließlich auf die stillenden Studienteilnehmerinnen. Dies ist unter den Abbildungen vermerkt.

In Kohorte 1 haben 63,6 % der Frauen gestillt, in Kohorte 2 waren es 72,7 %, in Kohorte 3 haben 36,4 % der befragten Mütter gestillt und in Kohorte 4 waren es 91,9 %.

	ja	nein	vor Freunden/ Bekanntem/ Familie
Kohorte 1 1951–1960	0 %	100 %	0 %
Kohorte 2 1961–1970	12,5 %	87,5 %	0 %
Kohorte 3 1971–1980	25 %	75 %	0 %
Kohorte 4 1981–1990	60 %	30 %	10 %

Abb. 44: **Haben Sie Ihr Kind in der Öffentlichkeit gestillt?**

Die angegebenen Werte beziehen sich auf die stillenden Frauen.

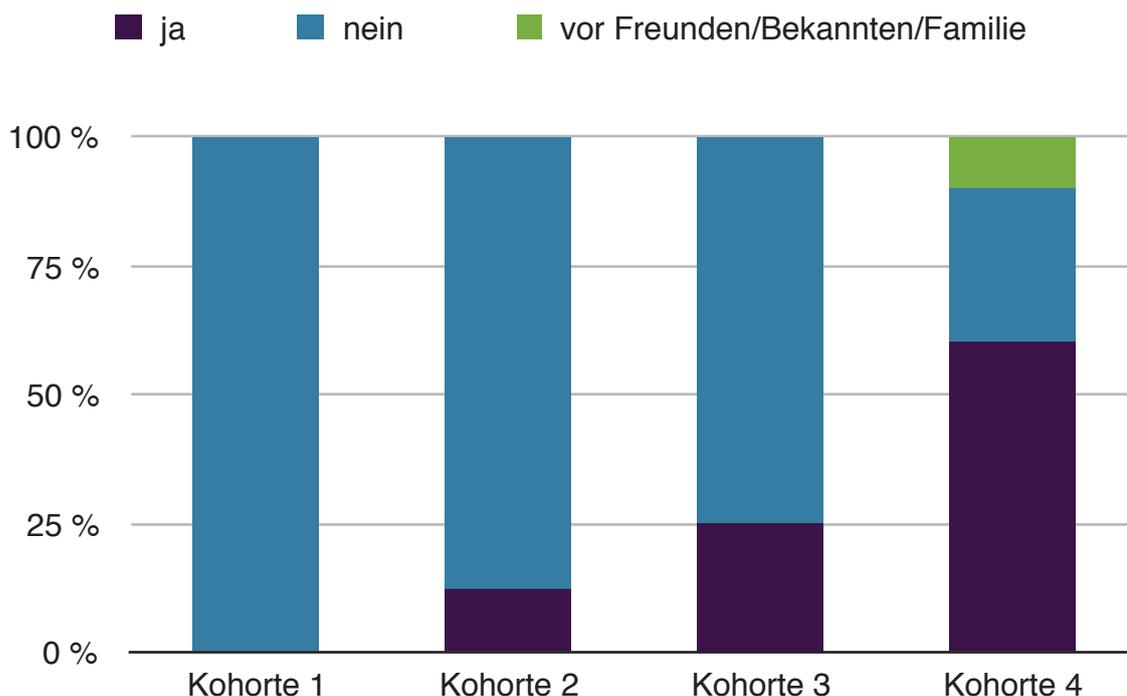


Abb. 45: **Haben Sie Ihr Kind in der Öffentlichkeit gestillt?**

Die angegebenen Werte beziehen sich auf die stillenden Frauen.

In der Auswertung des Verlaufes der Jahre zwischen 1951 und 1990 zeigen sich Veränderungen bezüglich des Stillens in der Öffentlichkeit (vgl. Abb. 45). Haben noch 100 % der Frauen aus Kohorte 1 (1951–1960) es vermieden, in der Öffentlichkeit zu stillen, so waren es in Kohorte 4 nur noch 30 % (vgl. Abb. 44). Ein ansteigender Verlauf der Zunahme der Bereitschaft des öffentlichen Stillens zeigt sich in Kohorte 2 (1961–1970) und 3 (1971–1980) (vgl. Abb. 45) mit 12,5 % und 25 % (vgl. Abb. 44). Die Einstellung der Mütter in den 50er Jahren (Kohorte 1, 1951–1990) zeigte sich deutlich in den Gesprächen mit den Müttern dieser Kohorte. So berichtete eine Studienteilnehmerin aus Kohorte 1 (1951–1960): „Man hat das nicht gemacht, so vor anderen. Vielleicht vor der eigenen Mutter oder den Schwestern, aber nicht sonst. Sowas vor Fremden zu machen kam gar nicht in Frage.“ Auf die Frage der Verfasserin, ob dies denn thematisiert wurde, antwortete die Mutter im Interview: „Niemals. Stillen war Frauensache. Babys waren gewollt, aber wie sie entstehen, die Geburt und das, was alles damit zu tun hat, das war ein Tabu.“

Die Befragung einer Mutter aus Kohorte 4 (1981–1990) stellt den Wandel in Bezug auf die Fragestellung dar: „Ich habe mich zurückgezogen, wenn ich gestillt habe. Aber nicht, weil mir das Stillen peinlich war, sondern weil ich den Moment mit meinem Kind genossen habe. Stillen ist das Natürlichste der Welt, was Besseres gibt es für ein Kind nicht. Wenn wir z. B. im Park waren, dann habe ich mich auf eine Bank gesetzt. So ganz in Ruhe. Ich denke, wenn jemand ein Problem mit dem Stillen hat oder wenn er oder sie dann kurz die Brüste einer Frau sieht, dann ist es ja sein Problem, nicht meins.“

Ein Wandel des Frauenbildes, des Selbstbildes und der Identifikation mit dem eigenen Körper wird durch diese Zitate ersichtlich. Schienen die Frauen aus Kohorte 1 (1951–1960) noch daran verhaftet zu sein, dass „man etwas nicht gemacht hat“ – in den Interviews hörte die Verfasserin dominierend häufig den

Satz „Das hat man damals nicht gemacht!“ –, so zeigte sich im Verlauf der darauffolgenden drei Dekaden, dass sich dies lockerte. Es ging weniger darum, was „man macht“ oder nicht, sondern um eine eigene Entscheidung, auch gemeinsam mit dem Partner getroffen, zunehmend unabhängig vom Frauenbild der 50er Jahre bis hin zu einem feministischen Bild, welches sich losgelöst vom gesellschaftlichen und durch die Nachkriegszeit geprägten Ideal verhält.

	ja	nein
Kohorte 1 1951–1960	14,3 %	85,7 %
Kohorte 2 1961–1970	62,5 %	37,5 %
Kohorte 3 1971–1980	75 %	25 %
Kohorte 4 1981–1990	90 %	10 %

Abb. 46: **Haben Sie sich während des Stillens bewusst ernährt?**
Die angegebenen Werte beziehen sich auf die stillenden Frauen.

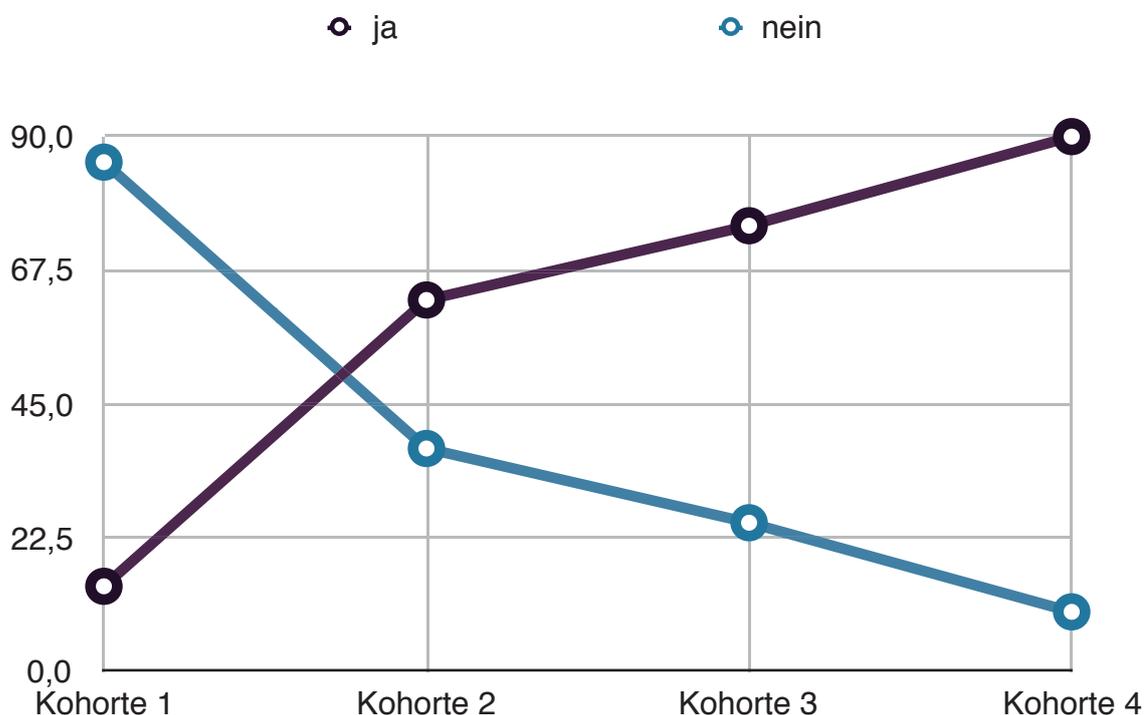


Abb 47: **Haben Sie sich während des Stillens bewusst ernährt?**
Die angegebenen Werte beziehen sich auf die stillenden Frauen, Angaben in %.

Ein Wandel des Bewusstseins der Ernährung während des Stillens lässt sich durch die dargestellten Studienergebnisse in Abbildung 47 erkennen. 85,7 % der stillenden Mütter aus Kohorte 1 (1951–1960) gaben an, sich während des

Stillens nicht bewusst ernährt zu haben. In Kohorte 4 (1981–1990) gaben dies nur noch 10 % der stillenden Frauen an; 90 % gaben an, sich bewusst ernährt zu haben (vgl. Abb. 46).

Ein ansteigendes Bewusstsein für die Nahrungsaufnahme während des Stillens über die Dekaden lässt sich feststellen (vgl. Abb. 47).

4.6.1 Abstillverhalten

	Ich wollte nicht mehr stillen.	Ich hatte keine Milch mehr.	Entzündung der Brust/ Brustwarze	Empfehlung vom medizinischen Personal	Mein Kind verweigerte die Brust.
Kohorte 1 1951–1960	0 %	14,3 %	0 %	71,4 %	14,3 %
Kohorte 2 1961–1970	0 %	87,5 %	37,5 %	12,5 %	0 %
Kohorte 3 1971–1980	25 %	100 %	75 %	50 %	0 %
Kohorte 4 1981–1990	20 %	60 %	10 %	0 %	0 %

Abb. 48: **Warum haben Sie abgestillt?**

Mehrfachnennungen waren in der Befragung möglich. Die angegebenen Werte beziehen sich auf die stillenden Frauen.

Das Abstillverhalten der Frauen stellt sich in Hinblick auf die Frage, warum die Mütter abgestillt haben, differenziert unter den Kohorten dar.

In den Jahren 1951–1960 (Kohorte 1) war das Abstillen aufgrund der Empfehlung vom medizinischen Personal vorrangig mit 71,4 % vertreten. Dies änderte sich in der darauffolgenden Dekade (Kohorte 2, 1961–1970). Hier gaben 87,5 % der Frauen an, keine Milch mehr zu haben, die Empfehlung des Abstillens durch das medizinische Personal war nur noch mit 12,5 % vertreten (vgl. Abb. 48).

In Dekade 3 (Kohorte 3, 1971–1980) schien sich der Trend, welcher in Kohorte 2 (1961–1970) bereits erkennbar geworden war, weiterzuentwickeln: 100 % der Mütter gaben an, keine Milch mehr zu haben, 75 % gaben an, dass ihre Brust und/oder Brustwarze entzündet gewesen sei. Dass sie nicht mehr stillen wollten, gaben 25 % der Mütter an, empfohlen durch medizinisches Personal wurde das Abstillen in 50 % der Fälle (vgl. Abb. 48).

Dies entwickelte sich in den 80er Jahren (Kohorte 4, 1981–1990) zurück. Keine der Frauen aus dieser Dekade gab an, durch das medizinische Personal positiv bezüglich des Abstillens beraten worden zu sein. 60 % der Frauen hatten keine Milch mehr, 20 % wollten nicht mehr stillen (vgl. Abb. 48).

Folgende Merkmale stechen in dieser Umfrage besonders heraus:

- In den 50er Jahren (**Kohorte 1, 1951–1960**) wurde am häufigsten aufgrund von Empfehlungen durch das medizinische Personal abgestillt (vgl. Abb. 48).
- Die Frauen aus **Kohorte 2 (1961–1970)** gaben am häufigsten an, dass keine Milch mehr kam, um den Säugling zu ernähren, und es schien sich gehäuft die Brust/Brustwarze zu entzünden (vgl. Abb. 48).
- **Kohorte 3 (1971–1980)** sticht dadurch heraus, dass 100 % der Frauen angaben, keine Milch mehr gehabt zu haben. Die Anzahl der Frauen mit Entzündung der Brust/Brustwarze nahm auf ein Maximum von 75 % zu (vgl. Abb. 48).
- In den Jahren **1971–1990 (Kohorte 3 und 4)** wurde erstmalig und mit 25 % und 20 % angegeben, dass die Frauen aufhörten zu stillen, weil sie nicht mehr wollten (vgl. Abb. 48).

	plötzlich	1 Monat	2 Monate	3 Monate	länger als 3 Monate
Kohorte 1 1951–1960	71,4 %	14,3 %	14,3 %	0 %	0 %
Kohorte 2 1961–1970	62,5 %	37,5 %	0 %	0 %	0 %
Kohorte 3 1971–1980	75 %	25 %	0 %	0 %	0 %
Kohorte 4 1981–1990	50 %	20 %	20 %	0 %	10 %

Abb. 49: **Wie lange haben Sie abgestillt?**
Die angegebenen Werte beziehen sich auf die stillenden Frauen.

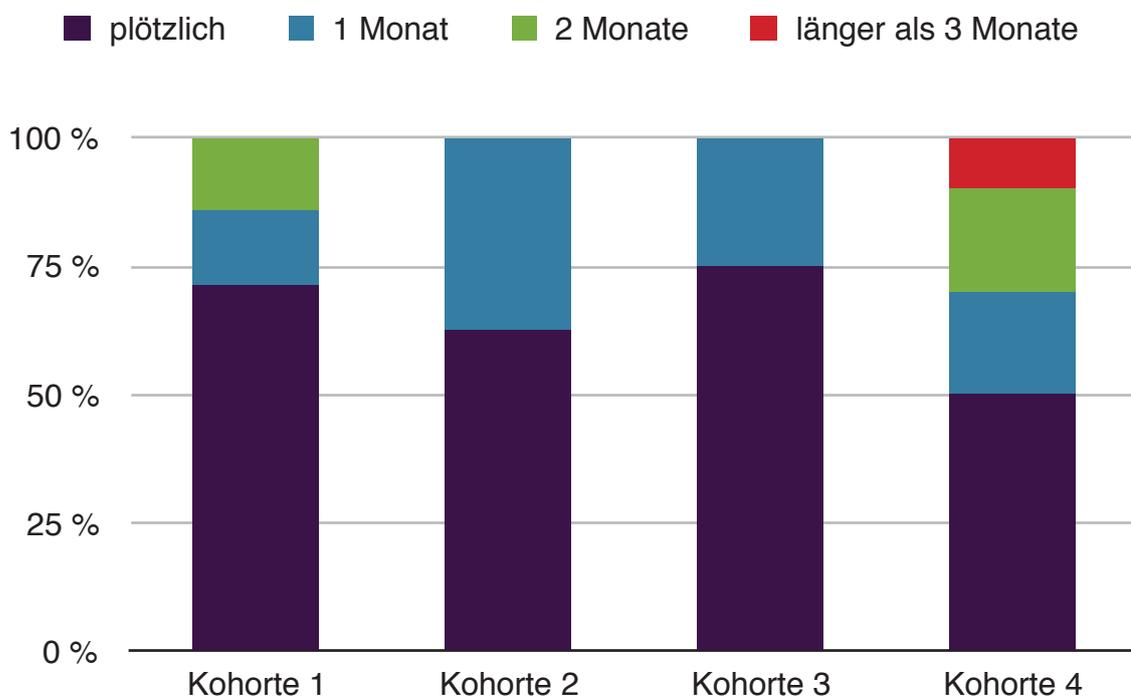


Abb. 50: **Wie lange haben Sie abgestillt?**
Die angegebenen Werte beziehen sich auf die stillenden Frauen.

In jeder der Kohorten 1–3 (1951–1980) stillten über 60 % der Frauen plötzlich ab. 14,3 % der stillenden Mütter aus Kohorte 1 stillten 2 Monate lang ab, alle anderen stillenden Studienteilnehmerinnen aus den Kohorten 1 (1951–1960), 2 (1961–1970) und 3 (1971–1980) stillten einen Monat lang ab. Das plötzliche Abstillen schien die Regel zu sein (vgl. Abb. 49). So schildert eine Studienteilnehmerin aus Kohorte 1: „Über sowas wurde nicht gesprochen. Das hat sich nicht gehört. Vielleicht mit der eigenen Mutter, meine Schwester ist jünger als ich und hatte noch keine Kinder, aber so grundsätzlich, das hat man einfach nicht gemacht. Das schickte sich nicht. Ich habe dann einfach nicht

mehr gestillt, und es ging dem Kind ja auch gut.“ Es wird deutlich, dass eine mangelnde Thematisierung des Stillens bzw. des Abstillens Grund für ein plötzliches Abstillen sein kann, aber auch andere Gründe können Auslöser für ein plötzliches Abstillen sein, wie eine Mutter aus Kohorte 4 schildert: „Wir (*gemeint ist „ich und mein Partner“*) wollten lange stillen und das so lange wie möglich genießen und hinauszögern. Als ich dann wieder in den Beruf zurück bin, ging halt alles zack-zack, auch das Abstillen. Ich hatte dann auch schon nach so zwei oder drei Tagen keine Milch mehr. Nur wenn die Kleine geweint hat, dann habe ich am Anfang noch einen Milcheinschuss bekommen.“

Im Vergleich dieser beiden Aussagen wird deutlich, dass sich zwar ein ähnliches Abstillverhalten zeigen kann, die Hintergründe jedoch im Kontext der Zeit und im Zusammenhang des Wandels des Frauenbildes betrachtet werden müssen.

Die Abstilldauer der beschriebenen Kohorten stellt sich insgesamt betrachtet kürzer dar, als dies durch die Auswertung der Kohorte 4 (1981–1990) in Bezug auf die Fragestellung ersichtlich wird (vgl. Abb. 50).

Hier stillten 50 % der stillenden Mütter plötzlich ab, was den geringsten Prozentsatz bzgl. des plötzlichen Abstillens im Verhältnis zu den andern Kohorten darstellt (vgl. Abb. 49). Ein und zwei Monate stillten jeweils 20 % der Frauen aus Kohorte 4 (1981–1990) ab. 10 % der stillenden Mütter der 80er Jahre (1981–1990) stillten länger als 3 Monate ab; dies ist eine Abstilldauer, welche in den Jahren 1951–1980 (Kohorte 1–3) gar keine Rolle spielt (vgl. Abb. 49).

So schien in den 80er Jahren (1981–1990) das plötzliche Abstillen ersetzt zu werden durch eine längere Abstilldauer (vgl. Abb. 50).

4.6.2 Persönliche Gründe der Mütter

Ich habe gestillt, weil ...

	... es die Mutter-Kind-Bindung stärkt.	... es das Gesundeste für mein Kind ist.	... es kostengünstig ist.	... es praktisch und immer verfügbar ist.	... es gesundheitliche Vorteile für die Mutter bietet.	... es meinem persönlichen Frauenbild entspricht.
Kohorte 1 1951–1960	0 %	42,9 %	0 %	28,6 %	0 %	28,6 %
Kohorte 2 1961–1970	37,5 %	62,5 %	12,5 %	12,5 %	12,5 %	37,5 %
Kohorte 3 1971–1980	75 %	100 %	75 %	75 %	25 %	0 %
Kohorte 4 1981–1990	90 %	100 %	30 %	70 %	10 %	10 %

Abb. 51: Für stillende Mütter: Warum haben Sie gestillt?

Mehrfachnennungen waren in der Befragung möglich. Die angegebenen Werte beziehen sich auf die stillenden Frauen.

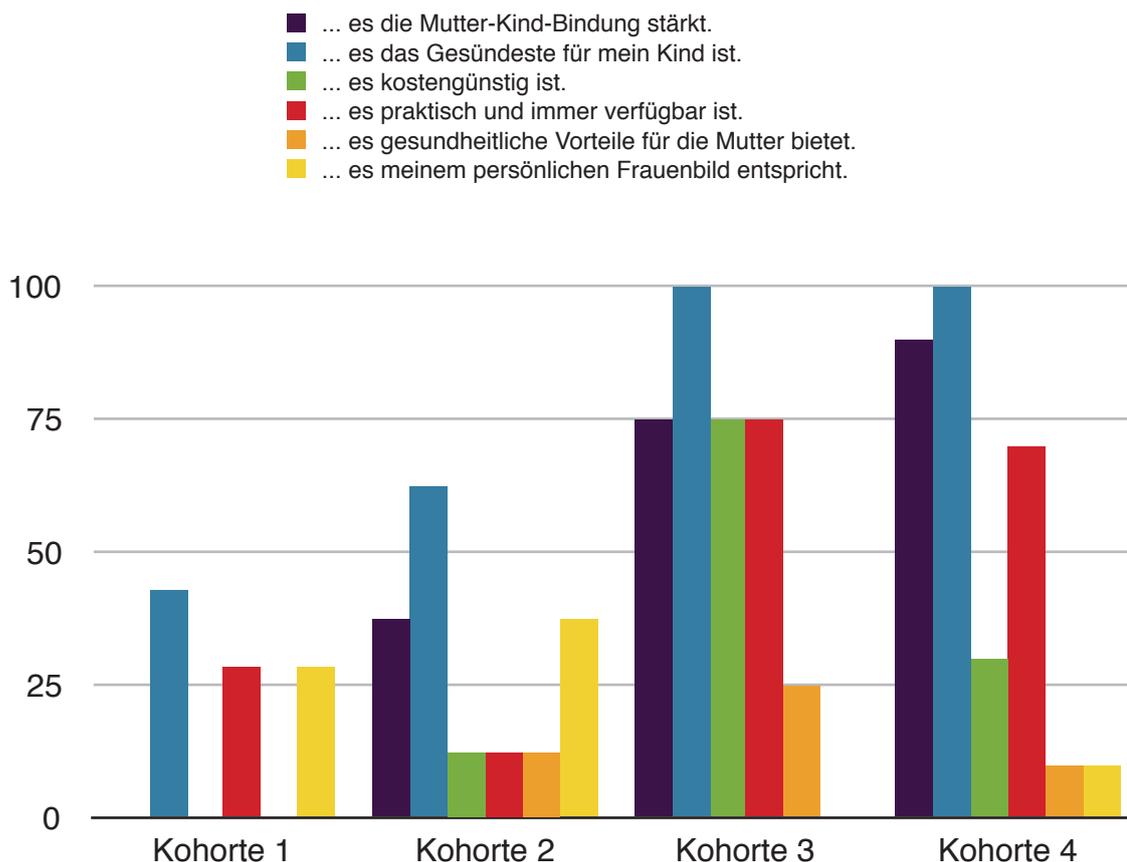


Abb. 52: **Für stillende Mütter: Warum haben Sie gestillt?**

Mehrfachnennungen waren in der Befragung möglich, Angaben in %. Die angegebenen Werte beziehen sich auf die stillenden Frauen innerhalb der Kohorte.

Bezüglich der persönlichen Angaben der Mütter und explizit auf die Frage, warum sie gestillt haben, lassen sich im Hinblick auf die Veränderung dieser Motivationen für das Stillen folgende Punkte herausarbeiten:

- Die Kosten, der positive Effekt für die Mutter-Kind-Bindung sowie die gesundheitlichen Vorteile für die Mutter spielten in den 50er Jahren (**Kohorte 1, 1951–1990**) keine Rolle (vgl. Abb. 52). Die Annahme, dass das Stillen das Gesundeste für das Neugeborene sei, dominiert in der Entscheidungsfindung, stellt sich im Vergleich des Prozentsatzes von 42,9 % zu den anderen Kohorten jedoch als niedrig dar (vgl. Abb. 51).
- In den Aussagen der Studienteilnehmerinnen aus **Kohorte 2 (1961–1970)** überragen Faktoren die anderen in der Entscheidungsfindung pro Stillen (Abb. 50): das Entsprechen des persönlichen Frauenbildes und die Mutter-Kind-Bindung mit jeweils 37,5 % und die Annahme der Mütter, es sei das Gesundeste für ihr Kind, mit 62,5 % (vgl. Abb. 51).
- In den Angaben der Mütter aus **Kohorte 3 (1971–1980)** zeigt sich ein prozentualer Anstieg der Wichtigkeit einiger Faktoren in der Entscheidungsfindung. 100 % der Mütter gaben an, sich wegen der positiven Auswirkung auf die Gesundheit ihres Kindes für das Stillen entschieden zu

haben. Aufgrund der Praktikabilität, der Kostengünstigkeit und der Stärkung der Mutter-Kind-Bindung haben sich jeweils 75 % der Mütter pro Stillen entschieden (vgl. Abb. 51).

- In **Kohorte 4 (1981–1990)** reduziert sich der prozentuale Anteil der Mütter, die sich wegen des Kostenfaktors pro Stillen entschieden haben (vgl. Abb. 52). Hier lag er bei 30 % (vgl. Abb. 51). Der gesundheitliche Vorteil des Kindes spielte mit 100 % die größte Rolle, dicht gefolgt von der Stärkung der Mutter-Kind-Bindung mit einem Satz von 90 % (vgl. Abb. 51).

Im Vergleich der Kohorten wird ersichtlich, dass die Wichtigkeit der Gesundheit des Kindes im Laufe der Zeit zugenommen hat.

Das Entsprechen eines persönlichen Frauenbildes, welches mit Stillen in Verbindung steht, spielte in den 70er Jahren (Kohorte 3, 1971–1980) keine Rolle, in den Jahren 1951–1970 (Kohorte 1 und 2) war es jedoch ein relevanter Faktor in der Entscheidung pro Stillen.

Die gesundheitlichen Vorteile für die Mutter waren durchweg ein Faktor, der geringen Einfluss nahm.

Die Praktikabilität des Stillens entwickelte sich ab den frühen 70er Jahren (Kohorte 1, 1951–1960 und 2, 1961–1970) zu einem Aspekt, welcher sich als relevant für die Entscheidung für das Stillen darstellt. Vor dieser Zeit hatte er eine geringe Relevanz.

Der Aspekt der Kostengünstigkeit sticht in den Jahren 1971–1980 (Kohorte 3) als Faktor für das Ernähren mit Muttermilch deutlich heraus (vgl. Abb. 52).

Ich habe Ersatzprodukte verwendet, weil ...

	... sich die Brustwarze entzündet hat.	... zu wenig Milch produziert wurde.	... das Kind Saug-schwierigkeiten hatte.	... das Kind an Gewicht verloren hat.	... das Kind eine Frühge-burt war.	... es laut Wissenschaft besser war, Milcher-satz-produkte zu verwenden.	... mein Arzt mir dazu geraten hat.	... mein Kind die Brust ver-wei-gert hat
Kohorte 1 1951–1960	0 %	16,7 %	16,7 %	0 %	0 %	0 %	16,7 %	50 %
Kohorte 2 1961–1970	66,7 %	100 %	0 %	0 %	0 %	66,7 %	0 %	0 %
Kohorte 3 1971–1980	14,3 %	0 %	28,6 %	14,3 %	28,6 %	14,3 %	57,1 %	0 %
Kohorte 4 1981–1990	0 %	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %

Abb. 53: **Für nicht-stillende Mütter: Warum haben Sie Milchersatzprodukte verwendet?** Mehrfachnennungen waren in der Befragung möglich. Die angegebenen Werte beziehen sich auf die Frauen, die Milchersatzprodukte verwendet haben.

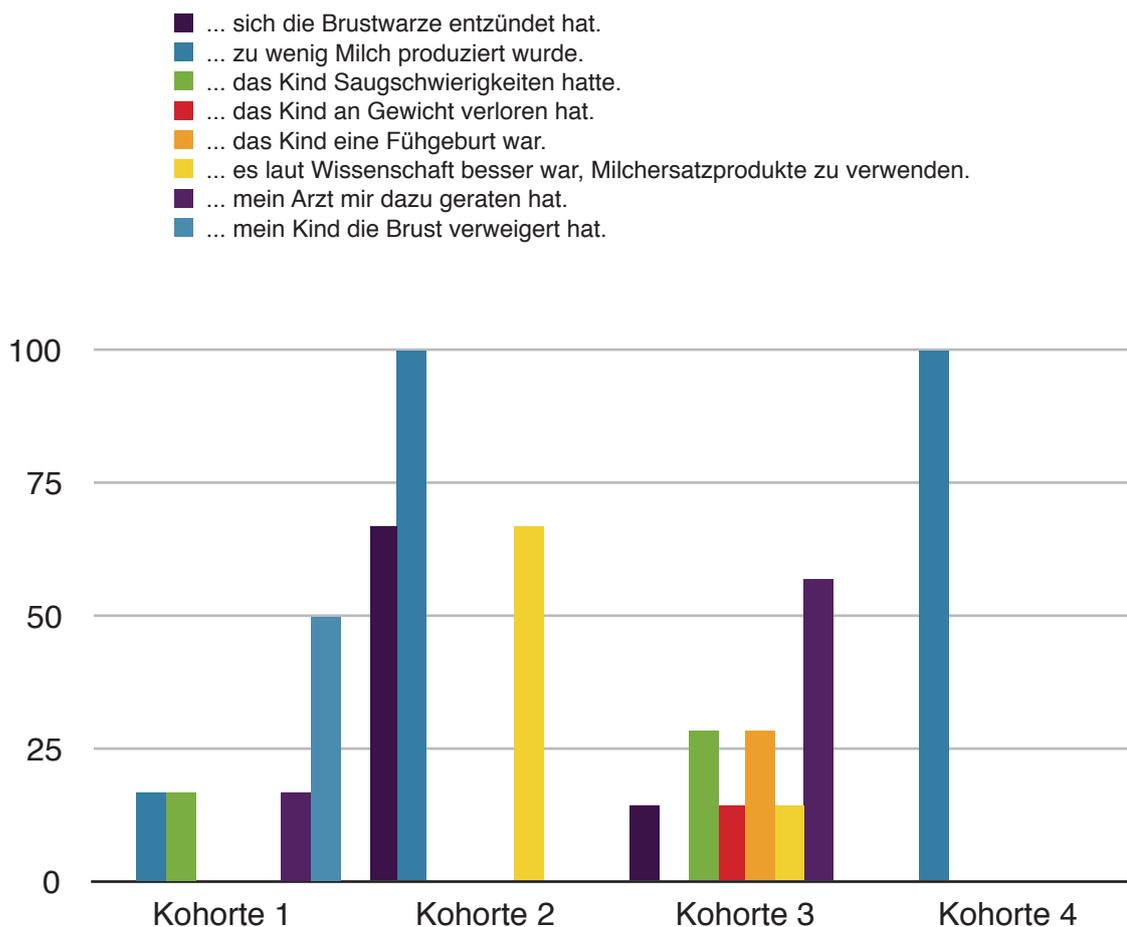


Abb. 54: **Für nicht-stillende Mütter: Warum haben Sie Milchersatzprodukte verwendet?** Mehrfachnennungen waren in der Befragung möglich, Angaben in %. Die angegebenen Werte beziehen sich auf die Frauen, die Milchersatzprodukte verwendet haben.

Von den Müttern, die Milchersatzprodukte verwendet haben, wurden unterschiedliche Gründe hierfür angegeben. Durch Betrachtung von Abbildung 54 wird jedoch ersichtlich, dass einige Gründe innerhalb der Kohorten dominieren und sich eine Entwicklung unter den Kohorten darstellen lässt.

Die Schlüsselpunkte zeigen sich deutlich:

In **Kohorte 2 (1961–1970)** und **Kohorte 4 (1981–1990)** stellt die mangelnde Milchproduktion den prozentual größten Faktor in der Entscheidung für die Ernährung des Neugeborenen durch Milchersatzprodukte dar (vgl. Abb. 54). In der Auswertung beider Kohorten ist dieser Aspekt mit 100 % vertreten (vgl. Abb. 53).

Ferner zeigen sich zwei andere ausschlaggebende Größen in **Kohorte 2 (1961–1970)**: Die Entzündung der Brustwarze und die Information, dass es laut Wissenschaft besser war, Milchersatzprodukte zu verwenden, spielen jeweils mit 66,7 % in die Entscheidungsfindung mit hinein (vgl. Abb. 53).

Die Verweigerung der Mutterbrust durch das Neugeborene dominiert die Entscheidung in **Kohorte 1 (1951–1960)** mit einem Satz von 50 % (vgl. Abb. 53).

Die Auswertung der Umfrageergebnisse von **Kohorte 3 (1971–1980)** fällt durch ein sehr inhomogenes Bild auf (vgl. Abb. 54). So spielen sowohl der Rat des Arztes, die Saugschwierigkeiten des Kindes, der Gewichtsverlust des Kindes, die zu frühe Geburt des Säuglings als auch die Meinung der Wissenschaft eine Rolle mit Prozentsätzen zwischen 14,3 % und 28,6 % (vgl. Abb. 53). Dominierend ist in dieser Kohorte die Aussage, dass der Arzt zu Milchersatzprodukten geraten habe (vgl. Abb. 54). Diese Aussage ist in Hinblick auf die Entscheidungsfindung für Milchersatzprodukte mit 57,1 % vertreten (vgl. Abb. 53).

In der Betrachtung der Auswertung der Umfrageergebnisse von **Kohorte 4 (1981–1990)** stellt sich ein einseitiges Bild dar. Alle Frauen, die Milchersatzprodukte verwendet haben, taten dies, weil zu wenig Milch produziert wurde (vgl. Abb. 54).

	sehr gut	mäßig	gar nicht	trifft nicht zu, ich wollte oder konnte nicht stillen
Kohorte 1 1951–1960	0 %	36,4 %	27,3 %	36,4 %
Kohorte 2 1961–1970	0 %	0 %	72,7 %	27,3 %
Kohorte 3 1971–1980	0 %	9,1 %	27,3 %	63,6 %
Kohorte 4 1981–1990	18,2 %	45,5 %	27,3 %	9,1 %

Abb. 55: **Wie gut haben Sie sich zum Zeitpunkt des Stillens auf das Stillen vorbereitet gefühlt?**

Die angegebenen Werte beziehen sich auf die stillenden und nicht-stillenden Frauen.

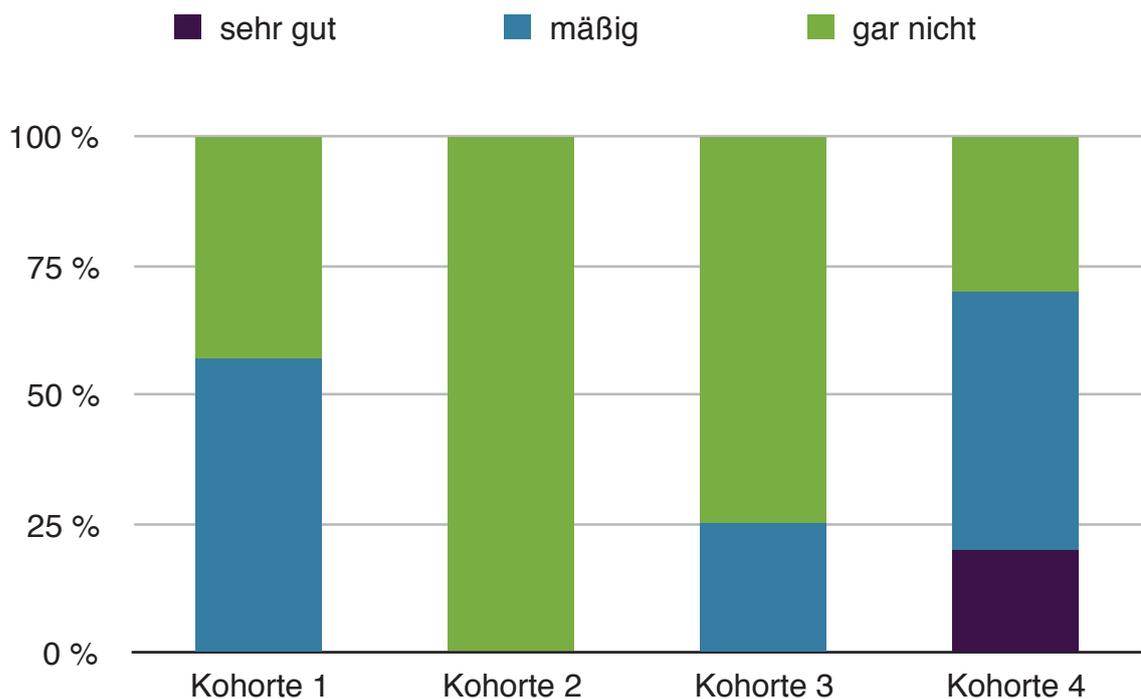


Abb. 56: **Wie gut haben Sie sich zum Zeitpunkt des Stillens auf das Stillen vorbereitet gefühlt?**

Die angegebenen Werte beziehen sich auf die stillenden Frauen.

Die bisher aufgefallene Differenz zwischen den beschriebenen Dekaden führt weiter zu der Frage, wie gut vorbereitet sich die Studienteilnehmerinnen zum Zeitpunkt des Stillens auf das Stillen selbst gefühlt haben.

Besondere Beachtung ist in diesem Falle der Auswertung der **Kohorte 2 (1961–1970)** zu schenken. Keine der befragten Frauen fühlte sich mäßig oder sehr gut auf das Stillen vorbereitet. 100 % der stillenden Frauen gaben an, sich gar nicht vorbereitet gefühlt zu haben (vgl. Abb. 56).

In **Kohorte 1 und 3 (1951–1960 und 1971–1980)** zeigen sich die Auswertungen der Befragung innerhalb der Kohorten inhomogen. Die Frauen der Kohorten fühlten sich gar nicht oder mäßig auf das Stillen vorbereitet, wobei in Kohorte 1 prozentual „mäßig“ und in Kohorte 3 prozentual „gar nicht“ in den Antworten überwiegt (vgl. Abb. 56).

Die größte Inhomogenität lässt sich in **Kohorte 4 (1981–1990)** verzeichnen. Lediglich in dieser Kohorte gaben etwa 20 % der stillenden Frauen an, sich sehr gut auf das Stillen zum Zeitpunkt des Stillens vorbereitet gefühlt zu haben (vgl. Abb. 55).

4.6.3 Einflussfaktoren

	medizinisches Personal	persönliches Umfeld	öffentliche Gruppen (z. B. Geburtsvorbereitungskurs)
Kohorte 1 1951–1960	9,1 %	0 %	0 %
Kohorte 2 1961–1970	54,5 %	45,5 %	0 %
Kohorte 3 1971–1980	36,4 %	45,5 %	18,2 %
Kohorte 4 1981–1990	45,5 %	36,4 %	18,2 %

Abb. 57: **Durch welchen Faktor wurden Sie bzgl. Ihres Stillverhaltens am meisten beeinflusst?**

Die angegebenen Werte beziehen sich auf die stillenden und nicht-stillenden Frauen.

90,9 % der Frauen aus Kohorte 1 (1951-1960) gaben an, in ihrem Stillverhalten nicht durch die in Abbildung 57 genannten Faktoren beeinflusst worden zu sein. Ferner gaben diese Frauen an, auch durch andere Faktoren keine Beeinflussung erlebt zu haben: „Das muss ja jeder selber wissen, aber eine andere Möglichkeit gab es gar nicht richtig, das wurde gar nicht hinterfragt, also wurde man auch nicht in diese oder jede Richtung beeinflusst. Es gab halt nicht diese oder jene Richtung. Man hat halt gestillt. Das wurde nicht hinterfragt. Das war einfach so.“

	pro	contra	neutral
Partner	36,4 %	0 %	27,3 %
Mutter	27,3 %	0 %	18,2 %
Vater	18,2 %	0 %	36,4 %
Geschwister	0 %	0 %	9,1 %
befreundete Mütter	9,1 %	0 %	0 %
kinderlose Freundinnen	0 %	0 %	36,4 %
männliche Freunde	0 %	0 %	18,2 %

Abb.58: Kohorte 1 (1951–1960): War die Meinung aus Ihrem persönlichen Umfeld am ehesten pro, contra oder neutral dem Stillen Ihres Kindes gegenüber?

Die angegebenen Werte beziehen sich auf die stillenden und nicht-stillenden Frauen.

In der Auswertung der Ergebnisse der Umfrage aus Kohorte 1 (1951–1960) fällt auf, dass es keine Meinung gegen das Stillen aus dem persönlichen Umfeld der Mütter gab, so auch in Kohorte 2 (1961–1970) und 3 (1971–1980). Der Anteil der neutralen Meinung überwiegt im Gesamten, Partner und Mütter der Studienteilnehmerinnen waren überwiegend pro Stillen eingestellt (vgl. Abb. 58).

	pro	contra	neutral
Partner	45,5 %	0 %	54,5 %
Mutter	45,5 %	0 %	54,5 %
Vater	9,1 %	0 %	81,8 %
Geschwister	0 %	0 %	100 %
befreundete Mütter	9,1 %	0 %	90,9 %
kinderlose Freundinnen	0 %	0 %	100 %
männliche Freunde	0 %	0 %	100 %

Abb. 59: Kohorte 2 (1961–1970): War die Meinung aus Ihrem persönlichen Umfeld am ehesten pro, contra oder neutral dem Stillen Ihres Kindes gegenüber?

Die angegebenen Werte beziehen sich auf die stillenden und nicht-stillenden Frauen.

Die Neutralität bzgl. des Stillens nahm von Kohorte 1 (1951–1960) zu Kohorte 2 (1961-1970) deutlich zu. Sie überwog in Bezug auf alle Personen aus dem privaten Umfeld, die in die Studie eingebunden wurden deutlich, und mit einem höheren Prozentsatz, als in Kohorte 1 (1951–1960) (vgl. Abb. 58; vgl. Abb. 59).

	pro	contra	neutral
Partner	45,5 %	0 %	45,5 %
Mutter	45,5 %	0 %	36,4 %
Vater	0 %	0 %	45,5 %
Geschwister	9,1 %	0 %	27,3 %
befreundete Mütter	36,4 %	0 %	18,2 %
kinderlose Freundinnen	0 %	0 %	36,4 %
männliche Freunde	0 %	0 %	36,4 %

Abb. 60: Kohorte 3 (1971–1980): War die Meinung aus Ihrem persönlichen Umfeld am ehesten pro, contra oder neutral dem Stillen Ihres Kindes gegenüber?

Die angegebenen Werte beziehen sich auf die stillenden und nicht-stillenden Frauen.

	pro	contra	neutral
Partner	63,6 %	0 %	27,3 %
Mutter	45,5 %	9,1 %	45,5 %
Vater	18,2 %	0 %	81,8 %
Geschwister	45,5 %	0 %	54,5 %
befreundete Mütter	54,5 %	0 %	45,5 %
kinderlose Freundinnen	9,1 %	9,1 %	72,7 %
männliche Freunde	9,1 %	0 %	72,7 %

Abb. 61: Kohorte 4 (1981–1990): War die Meinung aus Ihrem persönlichen Umfeld am ehesten pro, contra oder neutral dem Stillen Ihres Kindes gegenüber?

Die angegebenen Werte beziehen sich auf die stillenden und nicht-stillenden Frauen.

Dieser beschriebene hohe Prozentsatz bzgl. der Neutralität gegenüber dem Stillverhalten aus der Auswertung von Kohorte 2 (1961–1970) (vgl. Abb. 59) zeigt sich in der Auswertung von Kohorte 3 (1971–1980) rückläufig (vgl. Abb. 60). Explizit äußerten sich hier befreundete Mütter häufiger pro Stillen (vgl. Abb. 60).

Ein Trend pro Stillen durch einzelne Kategorien aus dem privaten Umfeld zeigt sich in der Auswertung der Ergebnisse von Kohorte 4 (1981–1990) (vgl. Abb. 61). Insbesondere Partner und befreundete Mütter zeigten sich vermehrt positiv gegenüber dem Stillen. Neutralität wurde bzgl. des Vaters, der Geschwister, kinderlosen Freundinnen und männlichen Freunden angegeben. Eine Contra-Haltung zeigt sich ausschließlich in dieser Kohorte und mit einem geringen Prozentsatz von 9,1 % bei den Müttern der befragten Frauen und den kinderlosen Freundinnen dieser (vgl. Abb. 61).

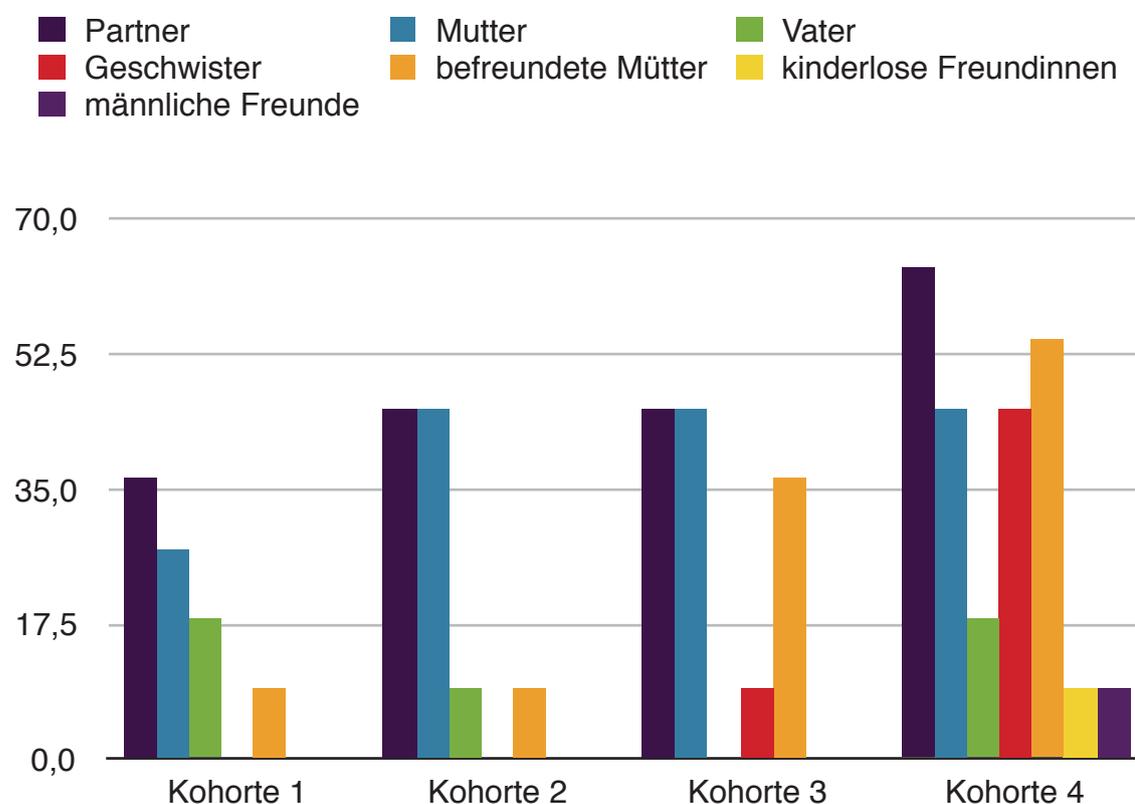


Abb. 62: Kohorte 1–4 (1951–1990): Meinungsanteil des persönlichen Umfeldes pro Stillen.

Mehrfachnennungen waren in der Befragung möglich, Angaben in %. Die angegebenen Werte beziehen sich auf die stillenden und nicht-stillenden Frauen.

In Betrachtung der Auswertungen der Kohorten bzgl. der Frage, welcher Bereich des privaten Umfeldes der Studienteilnehmerinnen sich pro Stillen geäußert habe, zeigt sich eine Differenz unter den Kohorten (vgl. Abb. 62). In Kohorte 1 (1951–1960) zeigte sich die Äußerung für das Stillen grundsätzlich verhalten. Partner und Mütter der Studienteilnehmerinnen äußerten sich

innerhalb dieser Kohorte am häufigsten pro Stillen. Diese beiden Parteien waren bzgl. dieser Meinung in den beiden darauffolgenden Dekaden noch stärker vertreten (vgl. Abb. 62).

Ein deutlicher Anstieg der Meinung für das Stillen zeigt sich in der Auswertung der Studienergebnisse von Kohorte 3 (1971–1980) in Bezug auf die befreundeten Mütter. Erstmals nehmen sie im zeitlichen Verlauf über die Dekaden hinweg einen Einfluss pro Stillen, der bei über 35 % liegt (vgl. Abb. 62).

Dieser Einfluss steigert sich weiter in Kohorte 4 (1981–1990) (vgl. Abb. 62). Hier liegt er bei über 52 %. Ebenfalls äußerten sich Geschwister in den 80er Jahren (Kohorte 4, 1981–1990) positiv bzgl. des Stillens mit einem in den vorherigen Dekaden nicht verzeichneten Wert von über 45 %, wie auch die Mütter der Studienteilnehmerinnen (vgl. Abb. 62).

Im Gesamten betrachtet äußerten sich in Kohorte 1 (1951–1960) am wenigsten Personengruppen aus dem persönlichen Umfeld der Mutter pro Stillen. Ein Anstieg ist in den beiden darauffolgenden Dekaden zu verzeichnen (Kohorte 2, 1961–1970; Kohorte 3, 1971–1980). Das Maximum an positiven Äußerungen bzgl. des Stillens zeigt sich in Kohorte 4 (1981–1990) (vgl. Abb. 62).

Die Meinung des medizinischen Umfeldes bezüglich des Stillverhaltens aufgeschlüsselt in pro, neutral und contra und differenziert aufgeführt in Berücksichtigung der beschriebenen Dekadenaufteilung wird im Folgenden dargestellt.

	pro	contra	neutral
Ärzte	27,3 %	0 %	18,2 %
Hebammen	45,5 %	0 %	0 %
Krankenschwestern/ Stillschwestern	45,5 %	0 %	0 %
Nachsorgehebamme	100 %	0 %	0 %

Abb. 63: Kohorte 1 (1951–1960): War die Meinung aus Ihrem medizinischen Umfeld am ehesten pro, contra oder neutral dem Stillen Ihres Kindes gegenüber?

Die angegebenen Werte beziehen sich auf die stillenden und nicht-stillenden Frauen. (Aus Kohorte 1 hatten 9,1 % der Mütter eine Nachsorgehebamme, die angegebenen Prozentzahlen in der letzten Zeile beziehen sich auf die 9,1 % der Mütter, die eine Nachsorgehebamme hatten.)

In der Auswertung der Meinung des medizinischen Personals in den 50er Jahren (Kohorte 1, 1951–1960) zeigt sich eine deutliche Tendenz für das Stillen.

Explizit Nachsorgehebammen äußerten sich pro Stillen mit einem Satz von 100 %. Meinungen gegen das Stillen wurden laut der Studienteilnehmerinnen nicht geäußert.

Ärzte verhielten sich sowohl pro Stillen mit einem Satz von 27,3 % als auch neutral mit 18,2 % (vgl. Abb. 63).

	pro	contra	neutral
Ärzte	45,5 %	9,1 %	45,5 %
Hebammen	45,5 %	9,1 %	45,5 %
Krankenschwestern/ Stillschwestern	45,5 %	9,1 %	45,5 %
Nachsorgehebamme	25 %	25 %	50 %

Abb. 64: Kohorte 2 (1961–1970): War die Meinung aus Ihrem medizinischen Umfeld am ehesten pro, contra oder neutral dem Stillen Ihres Kindes gegenüber?

Die angegebenen Werte beziehen sich auf die stillenden und nicht-stillenden Frauen.
(Die angegebenen Prozentzahlen in der letzten Zeile beziehen sich auf die Mütter, die eine Nachsorgehebamme hatten.)

Die Ergebnisse der Umfrage in Kohorte 2 (1961–1970) stellt einen deutlich größeren neutralen Anteil dar, als es in Kohorte 1 (1951–1960) verzeichnet wurde (vgl. Abb. 63; vgl. Abb. 64). Kumuliert haben in dieser Dekade mehr Personen aus dem medizinischen Umfeld der Studienteilnehmerinnen eine neutrale Stellung bzgl. des Stillens geäußert. Ebenfalls ist die Contraposition sichtlich vertreten. Nimmt sie bei Ärzten, Hebammen und Krankenschwestern/ Stillschwestern jeweils 9,1 % ein, so erreicht dies ein Maximum von 25 % bei den Nachsorgehebammen (vgl. Abb. 64).

Ein deutlicher Wandel im Vergleich zu Kohorte 1 (1951–1960) ist auszumachen. Die neutrale Position hat kumuliert am meisten an Bedeutung gewonnen und die Contraposition ist in allen Bereichen des medizinischen Umfeldes der Mütter vertreten (vgl. Abb. 63; vgl. Abb. 64). Besonders sticht der Wandel der Meinung der Nachsorgehebammen hervor. In Kohorte 1 (1951–1960) gaben 100 % der Frauen mit Nachsorgehebamme an, dass sich diese für das Stillen ausgesprochen habe (vgl. Abb. 63). In Kohorte 2 (1961–1970) gaben dies nur noch 25 % an. Die Nachsorgehebammen verhielten sich neutral mit einem Satz von 50 % und entgegen dem Stillen mit einem Satz von 25 % (vgl. Abb. 64).

	pro	contra	neutral
Ärzte	9,1 %	63,6 %	27,3 %
Hebammen	45,5 %	36,4 %	18,2 %
Krankenschwestern/ Stillschwestern	45,5 %	54,5 %	0 %
Nachsorgehebamme	-	-	-

Abb. 65: **Kohorte 3 (1971–1980): War die Meinung aus Ihrem medizinischen Umfeld am ehesten pro, contra oder neutral dem Stillen Ihres Kindes gegenüber?**

Die angegebenen Werte beziehen sich auf die stillenden und nicht-stillenden Frauen.
(Aus Kohorte 3 hatte keine Mutter eine Nachsorgehebamme, weshalb die letzte Zeile in der Auswertung entfällt.)

Die Contraposition dominiert in der Auswertung der Ergebnisse von Dekade 3 (1971–1980) explizit bei den Ärzten und Kranken- und Stillschwestern und erreicht im Kohortenvergleich ein Maximum, die neutrale Haltung dem Stillen gegenüber zeigt sich in einem mittleren Prozentsatz zwischen 0 % bei Krankenschwestern und Stillschwestern und 27,3 % bei Ärzten aus dem medizinischen Umfeld der Studienteilnehmerinnen. Lediglich bei den Hebammen lässt sich der höchste Satz pro Stillen vermerken (vgl. Abb. 65).

	pro	contra	neutral
Ärzte	72,7 %	9,1 %	18,2 %
Hebammen	100 %	0 %	0 %
Krankenschwestern/ Stillschwestern	90,9 %	0 %	9,1 %
Nachsorgehebamme	100 %	0 %	0 %

Abb. 66: **Kohorte 4 (1981–1990): War die Meinung aus Ihrem medizinischen Umfeld am ehesten pro, contra oder neutral dem Stillen Ihres Kindes gegenüber?**

Die angegebenen Werte beziehen sich auf die stillenden und nicht-stillenden Frauen.
(Aus Kohorte 4 hatten 36,4 % der Mütter eine Nachsorgehebamme, die angegebenen Prozentzahlen in der letzten Zeile beziehen sich auf die 36,4 % der Mütter, die eine Nachsorgehebamme hatten.)

Eine positive Einstellung gegenüber dem Stillen scheint sich im medizinischen Umfeld der Mütter in den 80er Jahren (Kohorte 4, 1981–1990) etabliert zu haben, sie dominiert in den Studienergebnissen von Kohorte 4 (1981–1990) in allen Bereichen des medizinischen Personals (vgl. Abb. 66).

Auffallend ist in der Entwicklung von Kohorte 3 (1971–1980) zu Kohorte 4 (1981–1990), dass der Contraanteil im Laufe der Zeit erheblich abgenommen hat. Sticht er mit Prozentsätzen von 36,4 % bis 63,6 % in Kohorte 3 (1971–1980) noch deutlich heraus, so liegt er bei 0 % bis 9,1 % in Kohorte 4 (1981–

1990), wobei die 9,1 % auch lediglich unter den Ärzten vertreten sind (vgl. Abb. 65; vgl. Abb. 66).

	pro	contra	neutral
Kohorte 1 1951–1960	87,5 %	0 %	12,5 %
Kohorte 2 1961–1970	43,2 %	10,81 %	45,9 %
Kohorte 3 1971–1980	33,3 %	51,5 %	15,2 %
Kohorte 4 1981–1990	89,2 %	2,7 %	8,1 %

Abb. 67: Kohorten 1-4 (1951–1990) kumuliert: Meinung des medizinischen Umfeldes pro, contra oder neutral gegenüber dem Stillen.

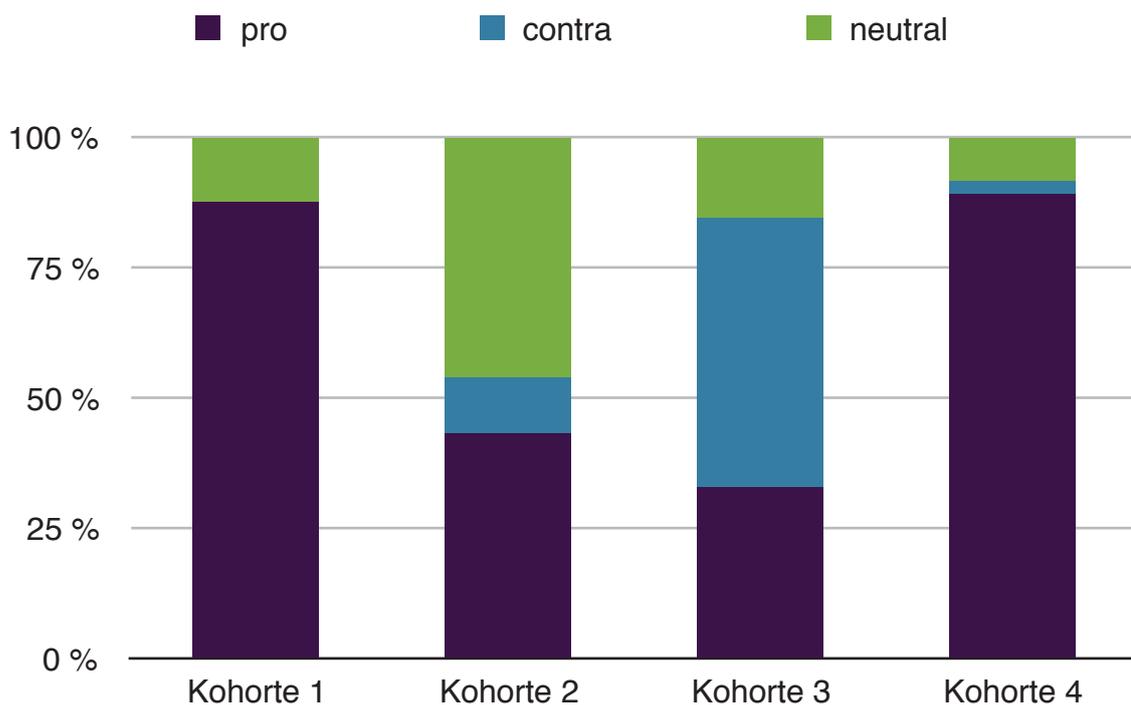


Abb. 68: Kohorten 1-4 (1951–1990) kumuliert: Meinung des medizinischen Umfeldes pro, contra oder neutral gegenüber dem Stillen.

Im Vergleich der Kohorten bzgl. der Meinung aus dem medizinischen Umfeld der Studienteilnehmerinnen pro, contra oder neutral dem Stillen gegenüber lassen sich folgende Unterschiede herausarbeiten:

- In Kohorte 1 (1951–1960) dominiert die Meinung pro Stillen maßgeblich. Eine Contraeinstellung dem Stillen gegenüber ist nicht vertreten (vgl. Abb. 63; vgl. Abb. 68).
- Ein gemischtes Bild stellt sich in der Auswertung der Umfrageergebnisse von Kohorte 2 (1961–1970) dar, in dem ähnliche Anteile für und neutral dem Stillen gegenüber vertreten sind. Es gibt erstmalig einen Contraanteil, er liegt bei etwa 11 % (vgl. Abb. 67; vgl. Abb. 68).
- In Kohorte 3 (1971–1980) sind alle Anteile, pro, neutral und contra, vertreten, wie auch in Kohorte 2 (1961–1970), jedoch verschiebt sich das Verhältnis der prozentualen Anteile. Prozentual gehen die Meinungen pro und neutral zurück, die Contraeinstellung nimmt auf einen Satz von 51,5 % zu (vgl. Abb. 67; vgl. Abb. 68).
- Der dominierende Prozentsatz der Contraeinstellung aus den Studienergebnissen von Kohorte 3 (1971–1980) nimmt in Kohorte 4 (1981–1990) rapide auf einen Prozentsatz von 2,7 % ab. Die Einstellung pro Stillen dominiert mit knapp 90 % und erreicht im Kohortenvergleich ein Maximum (vgl. Abb. 67; vgl. Abb. 68).

5. Diskussion

5.1 Diskussion der Methode Oral History

Im Folgenden wird die Oral History Methode mit ihren Confoundern kritisch im Kontext der abgeschlossenen Studie diskutiert.

5.1.1 Befragungstil

Nach Abschluss der Befragungen der Studienteilnehmerinnen lässt sich die Methode Oral History mit ihren Facetten diskutieren.

Die Teilnehmerinnen der Studie wurden anhand des standardisierten Fragebogens befragt, welcher nicht als starres Konstrukt dient, wie es z. B. ein binäres Befragungsmodell darstellen würde, sondern als Leitfaden. Der Fragebogen enthält offene und geschlossene Fragen. Beim Stellen der Fragen wurde drauf geachtet, dass jede Studienteilnehmerin die gleiche Frage im exakt gleichen Wortlaut gestellt bekam.

Auf die geschlossenen Fragen antworteten die Teilnehmerinnen ebenfalls geschlossen, bei Abweichungen wurden die Studienteilnehmerinnen von der Studie ausgeschlossen.

Die offenen Fragen galten als Anstoß zum freien Erzählen. Die Studienteilnehmerinnen konnten als Zeitzeuginnen ohne einen vom Interviewer vorgegebenen Zeitrahmen von ihren Erfahrungen berichten, ohne dass sie währenddessen unterbrochen wurden. Lediglich bei Unklarheiten in der Schilderung oder des akustischen Verstehens wurde rückgefragt. So konnten Erinnerungen festgehalten und Trends der jeweiligen Zeit erkannt werden, ohne dass das Gespräch eng vom Interviewer geführt wurde.

5.1.2 Limitation

Limitationen der vorliegenden Studie ergeben sich aus den geringen Stichprobengrößen. Da diese Arbeit jedoch in erster Linie als qualitative Studie zu verstehen ist, welche historische Tendenzen und Trends verdeutlichen soll, ist dies im qualitativen Kontext zu vernachlässigen.

5.1.3 Primacy-effect und soziale Erwünschtheit als Confounder

Wenn der Interviewer bei der Durchführung eines Oral-History-Reports den Raum betritt, auch wenn das Interview noch nicht begonnen hat, so nimmt der Studienteilnehmer diesen doch wahr und bewertet ihn, er bekommt einen ersten Eindruck. Dieser erste Eindruck wird, wenn er subjektiv positiv ist, mit tendenziell positiven Charaktereigenschaften verknüpft, auch wenn diese nicht ersichtlich sind, und wenn der erste Eindruck subjektiv negativ ist, ebenso mit negativen Charaktereigenschaften.

In der Psychologie wird auch vom Ersten-Eindruck-Effekt oder primacy-effect gesprochen.

Auch der letzte Eindruck, in der Psychologie als Letzter-Eindruck-Effekt oder recency-effect bekannt, spielt eine Rolle bzgl. der zugeordneten Charaktereigenschaften, wenn auch eine untergeordnete im Vergleich zum primacy-effect.

In dieser Studie hat der recency-effect jedoch kein Gewicht, da es sich um eine einmalige Befragung handelt. Bei sich wiederholenden Befragungen ist dieser Effekt als Confounder relevant, da er die Folgebefragungen verzerren kann.^{63, 64, 65, 66, 67}

Es kann angenommen werden, dass ein primacy-effect, bei dem die Teilnehmerin einen positiven Gesamteindruck, mit dem sie Charaktereigenschaften wie z. B. Freundlichkeit, Zuverlässigkeit und Nettigkeit

⁶³ Spinath, F. M., Validität von Fremdbeurteilungen. Einflussfaktoren auf die Konvergenz von Selbst- und Fremdbeurteilungen in Persönlichkeitseinschätzungen, Lengeric, 2000.

⁶⁴ Kordowski, Ch., Zur Genese der sozialen Eindrucksbildung. Situative und generalisierte Selbst- und Fremdkonzepte als Phänomene interpersoneller Wahrnehmung, Frankfurt am Main, 1999.

⁶⁵ Stroebe, W., et al., Sozialpsychologie. Eine Einführung, 1. Aufl., Berlin, 1990.

⁶⁶ Krech, D./Crutchfield, R. S., Grundlagen der Psychologie: Bd. 7 Sozialpsychologie: Kap. 3. Personenwahrnehmung, Weinheim, 1992 (Originalveröffentlichung 1958).

⁶⁷ Eckstein, L., Psychologie des ersten Eindrucks, Leipzig, 1937.

verbindet, zu Antworttendenzen führt, von denen die Teilnehmerin annimmt, dass diese dem Interviewer eher zusagen und bei einem negativen Gesamteindruck der gegenteilige Effekt entstehen kann.

Dies bedeutet jedoch nicht, dass mündliche Befragungen nicht genau wären, jedoch, dass dieser Aspekt kritisch betrachtet werden muss.

Die schriftliche Befragung vorab minimiert den primacy-effekt auf das Minimum. Die Teilnehmer erhielten einen Umschlag mit einem Fragebogen, einem Anschreiben und einem frankierten Umschlag für die Rücksendung, ohne den Interviewer zu kennen. In der optischen oder inhaltlichen Darstellung wurde während der Befragungsperiode nicht variiert, sodass alle Studienteilnehmerinnen den gleichen Umschlag mit dem gleichen Inhalt erhielten.

Lediglich die Frage, ob der optische erste Eindruck des Umschlages und des Fragebogens den Teilnehmerinnen zusagte oder nicht, lässt sich als äußerst schwacher primacy-effect interpretieren, was eine gute Grundlage für eine Minderung dieses Confounders in einem persönlichen Interview darstellt.

Durch den vorhergegangenen Fragebogen, welchen die Studienteilnehmerinnen allein ausgefüllt haben, wurde ein wichtiger Confounder bereits so weit wie möglich minimiert: das Phänomen der sozialen Erwünschtheit.

Soziale Erwünschtheit ist eine Antworttendenz bei der Beantwortung von persönlichen Fragen oder anderen Selbsteinschätzungsverfahren. Die befragten Teilnehmer tendieren dazu, nicht die tatsächlich zutreffende Antwort zu geben, sondern eine, von der sie annehmen, dass diese Antwort von ihnen erwartet werde, sozial gebilligt oder erwünscht sei. Diesem Phänomen liegt die Annahme zugrunde, dass eine wahrheitsgetreue Aussage zu Ablehnung, explizit zu sozialer Ablehnung, führen könne oder andere Nachteile mit sich bringe.⁶⁸

Zu unterscheiden sind zwei Formen der sozialen Erwünschtheit:

1. **Impression management:** Hier handelt es sich um eine *bewusste* Fremdtäuschung, um einen bestimmten Eindruck zu vermitteln.⁶⁹
2. **Self deception:** Eine *unbewusst* falsche Schilderung der Tatsachen bzw. eine Selbsttäuschung, bei der der Befragte selbst davon ausgeht, dass seine Darstellung zutrifft.⁷⁰

⁶⁸ Mummendey, HD., Methoden und Probleme der Kontrolle sozialer Erwünschtheit (Social Desirability). Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie, 2, 199–218, Bielefeld, 1981.

⁶⁹ Mummendey, HD., Methoden und Probleme der Kontrolle sozialer Erwünschtheit (Social Desirability). Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie, 2, 199–218, Bielefeld, 1981.

⁷⁰ Mummendey, HD., Methoden und Probleme der Kontrolle sozialer Erwünschtheit (Social Desirability). Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie, 2, 199–218, Bielefeld, 1981.

5.2 Diskussion der Ergebnisse

5.2.1 Kohorte 1 – Muttermilch als selbstverständlichste Option und Armut in der Nachkriegszeit

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass in Kohorte 1 100 % der Frauen ihr Neugeborenes mit Muttermilch ernährt haben. Von diesen 100 % haben 36,4 % der Mütter die Muttermilch abgepumpt und ihr Kind dann via Fläschchen mit Muttermilch ernährt (vgl. Abb. 30).

Das Frauenbild zu der damaligen Zeit war sehr traditionell, die Gleichstellung zwischen Mann und Frau bzgl. des Rollenverständnisses noch nicht etabliert oder weit fortgeschritten (vgl. S. 25; vgl. S. 34–35); so waren z. B. im Kohortenvergleich in dieser Kohorte (Kohorte 1, 1951–1960) die meisten Frauen als Hausfrauen zu Hause (vgl. Kapitel 4.2).

Die 50er Jahre waren von der Nachkriegszeit geprägt. Die Wirtschaft war geschwächt, es war die Zeit des Wiederaufbaus. Armut und Hunger bestimmten diese Dekade.^{71, 72, 73}

Von Hebammen in der Nachsorge wurde kaum Gebrauch gemacht (vgl. Abb. 25), von Kursen zur Geburtsvorbereitung gar nicht (vgl. Abb. 23). Das Stillen nach Zeitplan war etabliert (vgl. Abb. 42), in der Öffentlichkeit wurde nie gestillt (vgl. Abb. 44) und eine bewusste Ernährung in der Stillzeit verfolgten die Mütter tendenziell nicht (vgl. Abb. 46).

Einen Umgang mit dem Stillen an sich gab es kaum, und deshalb auch keine Contrameinung (vgl. Abb. 58).

Milchersatzprodukte in Form von Milchpulver waren zu dieser Zeit nicht als standardisiertes Nahrungsmittel für Säuglinge etabliert oder propagiert, so kam z. B. Milumil Milupa erst im Jahre 1964 auf den Markt.⁷⁴

Die Empfehlung des medizinischen Personals, abzustillen, war der dominierende Faktor für das Beginnen des Abstillens (vgl. Abb. 48).

⁷¹ Abelshäuser, W., Die Langen Fünfziger Jahre. Wirtschaft und Gesellschaft der Bundesrepublik Deutschland 1949–1966, Düsseldorf, 1987.

⁷² Benz, W., Geschichte der Bundesrepublik Deutschland. 4 Bde., Frankfurt am Main, 1989.

⁷³ Bührer, W., Die Adenauer-Ära. Die Bundesrepublik Deutschland 1949 bis 1963, München, 1993.

⁷⁴ <https://milupa.de/über-milupa/unternehmensgeschichte/>, abgerufen am 16.09.2018.



Abb. 69: Kohorte 1 (1951–1960): Einflussfaktoren der Stillquote anhand von Aussagen der Mütter.

Die angegebenen Prozentzahlen beziehen sich auf die prozentuale Anzahl der Mütter, die diese Aussage getätigt haben. Zur einfacheren Übersicht ist in der Darstellung kein Verweis zu bezugnehmenden Abbildungen gemacht. Alle hier angegebenen Werte sind Umfrageergebnisse dieser Studie und im Hauptteil dieser Arbeit dargestellt.

Hypothese 1

Das Nichtpropagieren von Milchersatzprodukten, ein traditionelles Frauenbild und wenig bis keine Beeinflussung durch das private Umfeld bzgl. des Stillens, dazu eine Meinung für das Stillen aus dem medizinischen Umfeld sowie schwierige finanzielle Verhältnisse führen dazu, dass die Stillquote hoch ist.

5.2.2 Kohorte 2 – Dekade der zunehmenden Körperlichkeit

In den 60er Jahren haben 72,2 % der befragten Frauen gestillt (vgl. Abb. 27), somit 9,1 % mehr als in der Kohorte davor (Kohorte 1, 1951–1960) (vgl. Abb. 27). Es zeigt sich somit eine leicht ansteigende Tendenz der Stillquote. Das Frauenbild stellt sich nach wie vor traditionell dar (vgl. S. 25).

In der Öffentlichkeit wurde wenig gestillt, jedoch auch hier mehr als in den 50er Jahren, mit einem Anstieg um 12,5 % (vgl. Abb. 44). Die Zeit bis zum ersten Anlegen an die Mutterbrust war kürzer als in Kohorte 1 (1951–1960) (vgl. Abb. 38) und es wurde um 18,2 % mehr nach Bedarf und weniger nach Zeitplan ernährt (vgl. Abb. 42). Ferner dominiert die bewusste Ernährung während des Stillens (vgl. Abb. 46).

Eine Entzündung der Brust bzw. der Brustwarze und zu wenig Muttermilch sind die ausschlaggebenden Faktoren für den Beginn des Abstillens (vgl. Abb. 48). Hier steht die Empfehlung des medizinischen Personals, wie es in Kohorte 1 (1951–1960) der Fall war, nicht mehr im Zentrum (vgl. Abb. 48).

Persönliche Gründe für das Stillen waren in erster Linie die Stärkung der Mutter-Kind-Bindung und die Gesundheit des Kindes (vgl. Abb. 51). 72,7 % der Frauen, also 100 % der stillenden Frauen dieser Kohorte, gaben an, sich gar nicht auf das Stillen vorbereitet gefühlt zu haben (vgl. Abb. 55).

Eine Beeinflussung der Studienteilnehmerinnen bzgl. des Stillens fand statt, sowohl vom medizinischen als auch vom persönlichen Umfeld (vgl. Abb. 59; vgl. Abb. 64). Mutter und Partner nahmen Einfluss mit einer Meinung pro Stillen mit 45,5 %; im Gesamtbild überwiegt jedoch deutlich eine neutrale Haltung aus dem Umfeld, eine Contraception war nicht vertreten (vgl. Abb. 59).



Abb. 70: Kohorte 2 (1961–1970): Einflussfaktoren der Stillquote anhand von Aussagen der Mütter.

Die angegebenen Prozentzahlen beziehen sich auf die prozentuale Anzahl der Mütter, die diese Aussage getätigt haben. Zur einfacheren Übersicht ist in der Darstellung kein Verweis zu bezugnehmenden Abbildungen gemacht. Alle hier angegebenen Werte sind Umfrageergebnisse dieser Studie und im Hauptteil dieser Arbeit dargestellt.

Hypothese 2

Ein offener Umgang mit körperlichen Gegebenheiten, die das Stillen mit sich bringt, wird durch ein sich wandelndes Frauenbild möglich.

Eine Auseinandersetzung mit der Geburt und dem Stillen als auch eine Endtabuisierung des Themas „Körperlichkeit“ hat einen positiven Einfluss auf das Stillen und die Stillquote.

Durch ein Erkennen der Körperlichkeit und einen bewussten Umgang mit dem Stillen, wie z. B. durch geplante Ernährung, eine kürzere Anlegezeit und mehr Stillen in der Öffentlichkeit, kommt es zu einer steigenden Tendenz der Stillquote und einer Bahnung der Entwicklung eines offeneren Umgangs mit der Körperlichkeit während der Schwangerschaft, der Geburt und des Stillens.

5.2.3 Kohorte 3 – Wirtschaftswunder ermöglicht Milchersatz

Aus Kohorte 3 (1971–1980) haben die wenigsten Frauen (36,4 %) im Dekadenvergleich gestillt (vgl. Abb. 27).

Es wurden Milchersatzprodukte propagiert, der Wirtschaftsaufschwung mobilisierte Kaufkraft, eine Negativmeinung dem Stillen gegenüber wurde vom medizinischen Personal formuliert (vgl. Abb. 65), während das persönliche Umfeld der Studienteilnehmerinnen sich im Dekadenvergleich vermehrt neutral zeigte (vgl. Abb. 60).^{75, 76, 77}

Einige Frauen, die in dieser Dekade entbunden haben, haben die Armut der Nachkriegszeit miterlebt (vgl. S. 30).



Abb. 71: Kohorte 3 (1971–1980): Einflussfaktoren der Stillquote anhand von Aussagen der Mütter.

Die angegebenen Prozentzahlen beziehen sich auf die prozentuale Anzahl der Mütter, die diese Aussage getätigt haben. Zur einfacheren Übersicht ist in der Darstellung kein Verweis zu bezugnehmenden Abbildungen gemacht. Alle hier angegebenen Werte sind Umfrageergebnisse dieser Studie und im Hauptteil dieser Arbeit dargestellt.

⁷⁵ Abelshäuser, W., Die Langen Fünfziger Jahre. Wirtschaft und Gesellschaft der Bundesrepublik Deutschland 1949-1966, Düsseldorf, 1987.

⁷⁶ Benz, W., Geschichte der Bundesrepublik Deutschland. 4 Bde., Frankfurt am Main, 1989.

⁷⁷ Vögele, J., Hallig, T., Rittershaus, L., Entwicklung und Popularisierung ärztlicher Stillempfehlungen in Deutschland im 20. Jahrhundert. Medizinhistorisches Journal, Band 45, Heft 2, Düsseldorf, 2010.

Hypothese 3

Wenn eine Meinung gegen das Stillen vom medizinischen Personal formuliert wird, führt dies in Kombination mit den verfügbaren Milchersatzprodukten, der wissenschaftlichen Empfehlung dieser durch mangelndes Wissen über (Leih-)Immunität und durch die finanziellen Möglichkeiten im Rahmen eines Wirtschaftsaufschwunges zum Kauf von Milchersatzprodukten und so zu einer niedrigen Stillquote.

5.2.4 Kohorte 4 – Öffentlicher Umgang mit dem Stillen durch emanzipierte Frauen

In Kohorte 4 (1981–1990) ähnelte die Quote der Ernährung mit Muttermilch im Vergleich der Kohorten dem Stillverhalten der Frauen aus Kohorte 1 (1951–1960) (vgl. Abb. 30, vgl. Abb. 36), jedoch waren die Hintergründe andere, denn das Stillen war in den 80er Jahren (Kohorte 4, 1981–1990) weitaus mehr eine bewusste Entscheidung, an der das Umfeld teilnahm (vgl. Abb. 45, vgl. Abb. 61, vgl. Abb. 66, vgl. Abb. 67).

Hier fand sich die höchste Stillquote im Kohortenvergleich mit einem Satz von 90,9 % (vgl. Abb. 27). Die 9,1 % der nicht stillenden Frauen haben ihre Muttermilch abgepumpt (vgl. Abb. 36).

Somit haben 100 % der Studienteilnehmerinnen dieser Kohorte ihr Neugeborenes mit Muttermilch ernährt, wie es in Kohorte 1 (1951–1960) der Fall war (vgl. Abb. 30, vgl. Abb. 36, vgl. S. 47).

Auffallend ist, dass 90,9 % der Frauen der 80er Jahre (Kohorte 4, 1981–1990) alle ihre Kinder gestillt haben (vgl. Abb. 29) und dass 100 % der stillenden Frauen ihren Säugling selbst oder durch eine Person des medizinischen Personals direkt nach der Geburt an die Brust angelegt haben (vgl. Abb. 38). Das Anlegen wurde durch die Hebamme oder die Mutter selbst initiiert, was eine Analogie zu Kohorte 1 (1951–1960) darstellt (vgl. Abb. 40).

Das Stillen nach Bedarf und nicht nach Zeitplan nahm in dieser Kohorte einen enormen Stellenwert im Kohortenvergleich ein: Es stillten 81,8 % aller Frauen in Kohorte 4 nach Bedarf (vgl. Abb. 42).

Ebenfalls in puncto „Stillen in der Öffentlichkeit und vor Bekannten“ erreichte diese Kohorte den höchsten Wert von 70 % unter den Kohorten (vgl. Abb. 45). Ferner war den Studienteilnehmerinnen dieser Kohorte (Kohorte 4, 1981–1990) bewusste Ernährung besonders wichtig, was sich in Zahlen deutlich darstellen lässt: 90 % der Frauen ernährten sich bewusst während des Stillens (vgl. Abb. 46). Eine Kostengünstigkeit des Stillens war nicht mehr ein so relevanter Faktor wie in der vorhergegangenen Kohorte (Kohorte 3, 1971–1980) (vgl. Abb. 51). Dass zu wenig Milch produziert wurde, war die einzige Ursache für das Nichtstillen (vgl. Abb. 53).

Die Vorbereitung auf das Stillen selbst stellte sich im Kohortenvergleich als besser bis gut dar (vgl. Abb. 55), und eine deutliche Erhöhung der Promenung aus dem persönliche Umfeld zeigte sich (vgl. Abb. 61). Ferner äußerten sich mehr Personen aus dem medizinischen Umfeld der Studienteilnehmerinnen positiv bzgl. des Stillens im Vergleich zur vorhergegangenen Kohorte (Kohorte 3, 1971–1980) (vgl. Abb. 67).

Aus dem medizinischen Umfeld gab es kaum negative Meinungen bzgl. des Stillens, sehr wenig neutrale Standpunkte und hauptsächlich positive Meinungen diesbezüglich (vgl. Abb. 61).

Im Gesamten stellt sich diese Kohorte (Kohorte 4, 1981–1990) als emanzipiert dar und vertritt tendenziell ein modernes Frauenbild (vgl. S. 88).



Abb. 72: Kohorte 4 (1981–1990): Einflussfaktoren der Stillquote anhand von Aussagen der Mütter.

Die angegebenen Prozentzahlen beziehen sich auf die prozentuale Anzahl der Mütter, die diese Aussage getätigt haben. Zur einfacheren Übersicht ist in der Darstellung kein Verweis zu bezugnehmenden Abbildungen gemacht. Alle hier angegebenen Werte sind Umfrageergebnisse dieser Studie und im Hauptteil dieser Arbeit dargestellt.

Hypothese 4

Ein Aussprechen gegen Milchersatzprodukte durch das medizinische Personal führt zu einer hohen Stillbereitschaft. Durch ein emanzipiertes Frauenbild, ein gutes Körperbewusstsein und eine Etablierung des öffentlichen Umgangs mit dem Stillen, kombiniert mit einem steigenden Maß an gesellschaftlicher Akzeptanz, steigt die Stillquote.

5.3 Dekadenübergreifende Schlussfolgerungen

Im Folgenden sind die Schlussfolgerungen dieser Arbeit dargestellt. Es wurde zur vereinfachten Darstellung kein Verweis zu bezugnehmenden Abbildungen gemacht. Alle hier angegebenen Schlussfolgerungen beziehen sich auf Umfrageergebnisse dieser Studie und sind im Hauptteil dieser Arbeit dargestellt und im Fazit zusammengefasst.

Schlussfolgerung A

Die Höhe der Stillquote ist von der gesellschaftlichen Akzeptanz des Stillens und der Akzeptanz des Stillens in der Öffentlichkeit abhängig.

Schlussfolgerung B

Die Stillquote verhält sich unabhängig dazu, ob die Mütter selbst gestillt wurden.

Schlussfolgerung C

Ob eine Frau ihr Kind stillt oder nicht, wird maßgeblich von der Pro- oder Contrabeeinflussung durch das medizinische Personal, explizit durch den Arzt und die Hebamme, beeinflusst, welches wiederum durch den Stand der Wissenschaft beeinflusst wird. Spricht sich das medizinische Personal für das Stillen aus, so stillt die Frau eher.

Schlussfolgerung D

Erhöhte Stillquoten stehen in Zusammenhang mit einer Ernährung nach Bedarf.

Schlussfolgerung E

Das Stillverhalten steht in Zusammenhang mit wirtschaftlichen Faktoren, nicht allein des Individuums, sondern der Gesellschaft im Kontext der Vergangenheit der Mutter.

6. Vergleich mit „Zum Wandel des Stillverhaltens in der BRD zwischen 1950 und 1990“ und „Das Stillverhalten von Akademikerinnen in der Zeit von 1950 bis 1990“

Anmerkung:

„50er Jahre/n“ bezieht sich im Folgenden auf die Jahre 1951–1960

„60er Jahre/n“ bezieht sich im Folgenden auf die Jahre 1961–1970

„70er Jahre/n“ bezieht sich im Folgenden auf die Jahre 1971–1980

„80er Jahre/n“ bezieht sich im Folgenden auf die Jahre 1981–1990

Die Arbeiten „Zum Wandel des Stillverhaltens in der BRD zwischen 1950 und 1990“ von Luisa Heininger und „Das Stillverhalten von Akademikerinnen in der Zeit von 1950 bis 1990“ von Antonia Charlotte Freiin Teuffel von Birkensee stellen sich zu dieser Arbeit als vergleichbar dar.

Alle drei Arbeiten bedienen sich der Oral-History-Methode und der Fragebogen dieser Arbeit wurde bewusst daran angelehnt, sodass Parallelen gezogen werden können. Die Kohorteneinteilung unterscheidet sich. So erstrecken sich die Dekaden dieser Dissertation von 1951 bis 1960, 1961 bis 1970, 1971 bis 1980 und 1981 bis 1990 (vgl. Abb. 6). Keine Jahreszahl kommt somit gedoppelt vor, alle Dekaden haben die gleiche Größe.

In den Dissertationen von Heininger und Freiin Teuffel von Birkensee wird dies anhand ihrer Arbeiten nicht ersichtlich.^{78, 79}

So erstrecken sich die Dekaden beide Arbeiten von 1950 bis 1960, 1960 bis 1970, 1970 bis 1980 und 1980 bis 1990.^{80, 81} Jahreszahlen kommen somit gedoppelt vor (vgl. Abb. 73), es gibt 11 Jahre pro Dekade, was als Confounder im Vergleich der beiden Studien zu dieser Studie zu werten ist, welcher jedoch als so schwach angesehen werden kann, dass eine Vergleichbarkeit dennoch gegeben ist und als aussagekräftig gilt.

Aus dem genannten Grunde der Ungleichheit der Kohorten sind diese im Folgenden mit Kohorte 1–4 betitelt, Jahreszahlen sind nicht, wie in dieser Dissertation, im Fließtext oder den Abbildungen angefügt.

⁷⁸ Heininger, L., Zum Wandel des Stillverhaltens in der BRD zwischen 1950 und 1990, Düsseldorf, 2014.

⁷⁹ Freiin Teuffel von Birkensee, A. C., Das Stillverhalten von Akademikerinnen in der Zeit von 1950 bis 1990, Düsseldorf, 2014.

⁸⁰ Heininger, L., Zum Wandel des Stillverhaltens in der BRD zwischen 1950 und 1990, S. 21, Düsseldorf, 2014.

⁸¹ Freiin Teuffel von Birkensee, A. C., Das Stillverhalten von Akademikerinnen in der Zeit von 1950 bis 1990, S. 53, Düsseldorf, 2014.

	Harrich	Heininger	Teuffel von Birkensee
Kohorte 1	1951–1960	1950–1960	1950–1960
Kohorte 2	1961–1970	1960–1970	1960–1970
Kohorte 3	1971–1980	1970–1980	1970–1980
Kohorte 4	1981–1990	1980–1990	1980–1990

Abb. 73: Kohorteneinteilung der vergleichbaren Studien.^{82, 83}

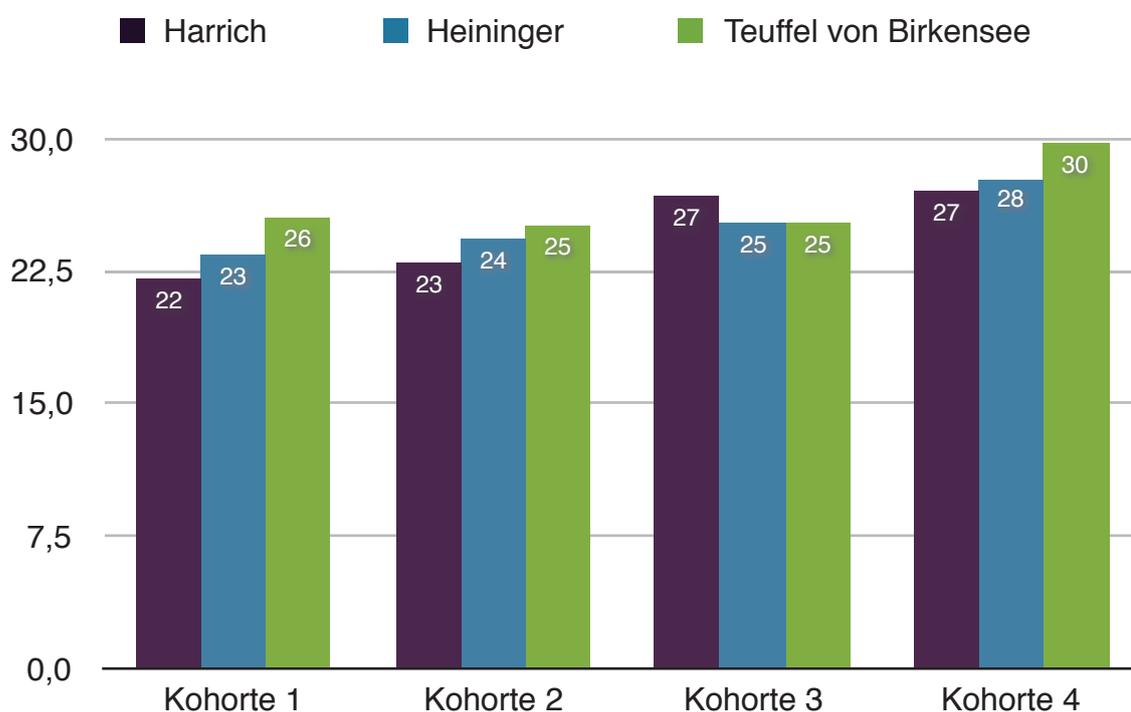


Abb. 74: Durchschnittsalter der Mütter zum Zeitpunkt der Entbindung ihres ersten Kindes im Vergleich.^{84, 85, 86}

Vergleich dreier Dissertationen: Zum Wandel des Stillverhaltens von Müttern im Großraum Düsseldorf zwischen 1951 und 1990, Harrich, F., Zum Wandel des Stillverhaltens in der BRD zwischen 1950 und 1990, Heininger, L., Das Stillverhalten von Akademikerinnen in der Zeit von 1950 bis 1990, Freiin Teuffel von Birkensee, A.

⁸² Heininger, L., Zum Wandel des Stillverhaltens in der BRD zwischen 1950 und 1990, Düsseldorf, 2014.

⁸³ Freiin Teuffel von Birkensee, A. C., Das Stillverhalten von Akademikerinnen in der Zeit von 1950 bis 1990, S. 64, Düsseldorf, 2014.

⁸⁴ Heininger, L., Zum Wandel des Stillverhaltens in der BRD zwischen 1950 und 1990, Düsseldorf, 2014.

⁸⁵ Freiin Teuffel von Birkensee, A. C., Das Stillverhalten von Akademikerinnen in der Zeit von 1950 bis 1990, S. 64, Düsseldorf, 2014.

⁸⁶ Vgl. Abb. 7.

Bis auf eine Abweichung in Kohorte 3, in der diese Studie einen leicht erhöhten Wert einnimmt, was sich wie bereits erläutert (vgl. S. 27) durch die hohe Anzahl an Beamtinnen in dieser Kohorte erklären lässt (vgl. Abb. 12), zeigt sich ein homogenes Bild im Kohortenvergleich. Die Schwankungen betragen maximal 3,6 Jahre (vgl. Abb. 74). Mit Ausnahme von Kohorte 3 lässt sich final feststellen, dass die Studienteilnehmerinnen dieser Kohorte im Vergleich zu den beiden angegebenen Studien zu dem Zeitpunkt der Endbindung jünger waren als die Studienteilnehmerinnen der Studien von L. Heininge und A. C. Freiin Teuffel von Birkensee (vgl. Abb. 74).

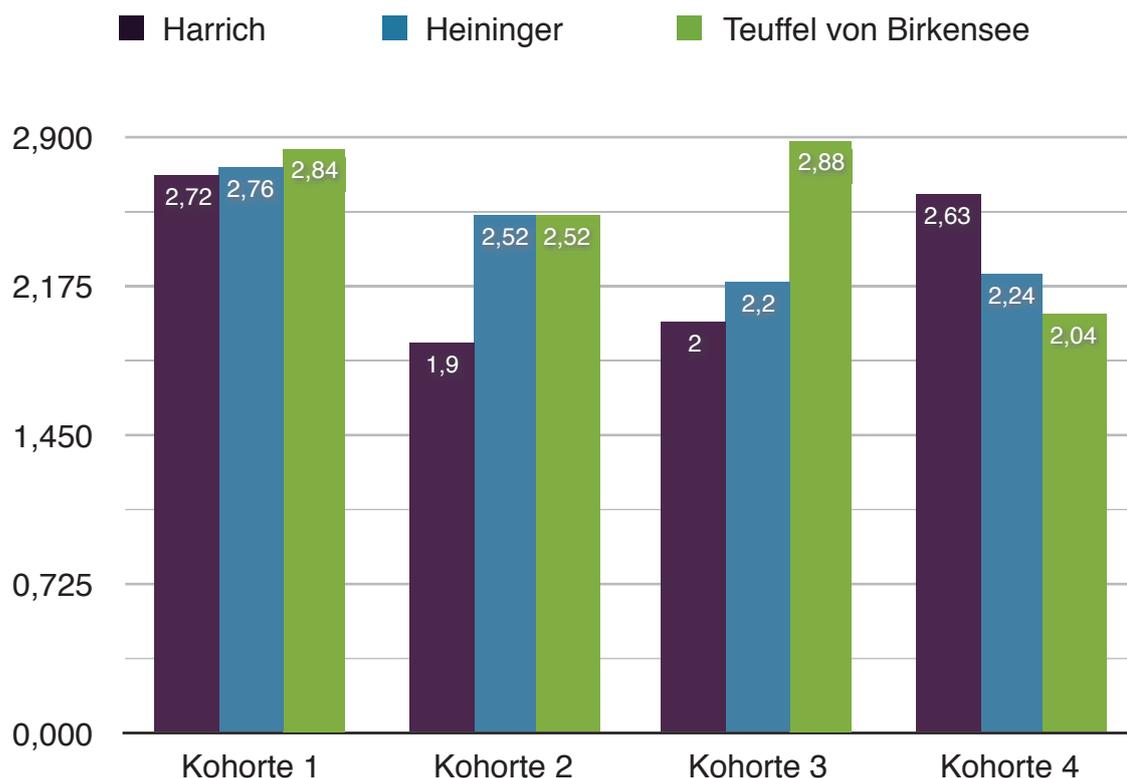


Abb. 75: **Durchschnittliche Kinderzahl der befragten Mütter im Vergleich.**^{87, 88, 89}

Vergleich dreier Dissertationen: Zum Wandel des Stillverhaltens von Müttern im Großraum Düsseldorf zwischen 1951 und 1990, Harrich, F., Zum Wandel des Stillverhaltens in der BRD. zwischen 1950 und 1990, Heininge, L., Das Stillverhalten von Akademikerinnen in der Zeit von 1950 bis 1990, Freiin Teuffel von Birkensee, A.

Die Durchschnittliche Kinderzahl der befragten Frauen unterscheidet sich im Studien- und Kohortenvergleich (vgl. Abb. 75).

Stellt sich Kohorte 1 im Studienvergleich nahezu homogen dar, so zeigt sich in Kohorte 2, dass die Mütter dieser Studie im Durchschnitt 0,62 Kinder weniger bekommen haben. In den Ergebnissen aus Kohorte 3 zeigt sich dieser Trend

⁸⁷ Heininge, L., Zum Wandel des Stillverhaltens in der BRD zwischen 1950 und 1990, S. 33, Abb. 9, Düsseldorf, 2014.

⁸⁸ Freiin Teuffel von Birkensee, A. C., Das Stillverhalten von Akademikerinnen in der Zeit von 1950 bis 1990, S. 64, Tabelle 1, Düsseldorf, 2014.

⁸⁹ Vgl. Abb. 10.

ebenfalls. Im Mittel bekamen die Studienteilnehmerinnen dieser Arbeit 0,54 Kinder weniger als die Frauen der beiden Vergleichsstudien kumuliert. Lediglich in Kohorte 4 stellt sich dies gegenläufig dar. Die Mütter dieser Studie bekamen im Durchschnitt im kumulierten Vergleich 0,49 Kinder mehr (vgl. Abb. 75).

	Harrich	Heininger	Teuffel von Birkensee
Kohorte 1	64 %	84 %	84 %
Kohorte 2	73 %	80 %	56 %
Kohorte 3	36 %	92 %	56 %
Kohorte 4	91 %	72 %	96 %

Abb. 76: „**Ich habe mein Kind gestillt.**“^{90, 91, 92}

Alle Werte wurden auf glatte Zahlen gerundet. Angaben in %.

Vergleich dreier Dissertationen: Zum Wandel des Stillverhaltens von Müttern im Großraum Düsseldorf zwischen 1951 und 1990, Harrich, F., Zum Wandel des Stillverhaltens in der BRD zwischen 1950 und 1990, Heininger, L., Das Stillverhalten von Akademikerinnen in der Zeit von 1950 bis 1990, Freiin Teuffel von Birkensee, A.

⁹⁰ Heininger, L., Zum Wandel des Stillverhaltens in der BRD zwischen 1950 und 1990, Düsseldorf, 2014.

⁹¹ Freiin Teuffel von Birkensee, A. C., Das Stillverhalten von Akademikerinnen in der Zeit von 1950 bis 1990, Düsseldorf, 2014.

⁹² Vgl. Abb. 27.

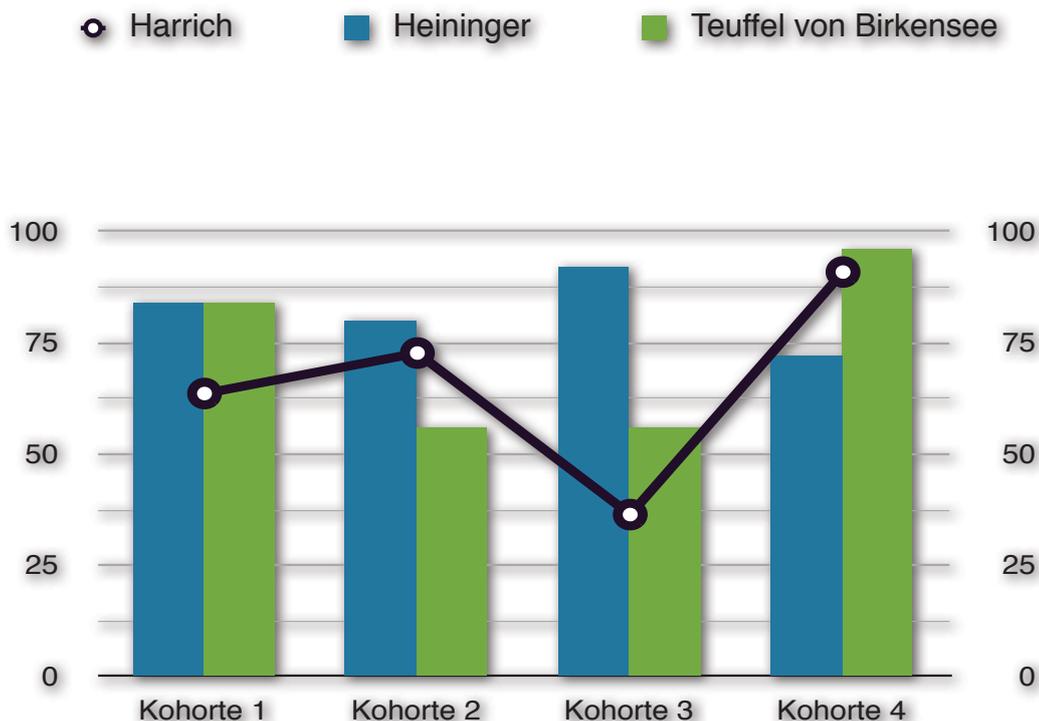


Abb. 77: „Ich habe mein Kind gestillt.“^{93, 94}

Alle Angaben in %.

Vergleich dreier Dissertationen: Zum Wandel des Stillverhaltens von Müttern im Großraum Düsseldorf zwischen 1951 und 1990, Harrich, F., Zum Wandel des Stillverhaltens in der BRD zwischen 1950 und 1990, Heininger, L., Das Stillverhalten von Akademikerinnen in der Zeit von 1950 bis 1990, Freiin Teuffel von Birkensee, A.

Die Stillquote ist in den Abbildungen 76 und 77 im Studienvergleich dargestellt. Hier stellt sich ein inhomogenes Bild dar.

Der Vergleich mit der Heininger-Studie zeigt, dass in den Kohorten 1–3 weniger Teilnehmerinnen dieser Studie gestillt haben. Eine Klimax stellt sich in der Vergleichsauswertung von Kohorte 3 dar. Hier liegt die Differenz bei 56 %. Die Auswertung der Kohorte 4 zeigt einen gegenläufigen Trend. Dies ist die einzige Kohorte aus der Heininger-Studie, die eine niedrigere Stillquote um 19 % aufweist als diese Dissertation (vgl. Abb. 77).

Der Vergleich zwischen dieser Arbeit und der Teuffel-von-Birkensee-Studie stellt sich in der Auswertung von Kohorte 1 identisch dar, in Kohorten 2 und 4 zeigt sich der gleiche Trend mit leicht erhöhter Differenz, in Kohorte 2 zu Gunsten der Heininger-Studie, in Kohorte 4 zu Gunsten der Teuffel-von-Birkensee-Studie.

⁹³ Heininger, L., Zum Wandel des Stillverhaltens in der BRD zwischen 1950 und 1990, Düsseldorf, 2014.

⁹⁴ Freiin Teuffel von Birkensee, A. C., Das Stillverhalten von Akademikerinnen in der Zeit von 1950 bis 1990, Düsseldorf, 2014.

Lediglich in Kohorte 3 gehen die Stilltrends auch hier wieder sichtbar auseinander. Hier liegt bzgl. der Stillquote zwischen der Heininger-Studie und der Teuffel-von-Birkensee-Studie eine Differenz von 36 % vor. Diese Dissertation unterschreitet den Wert der Teuffel-von-Birkensee-Studie um weitere 20 % und erreicht damit ein Minimum in den angegebenen Werten (vgl. Abb. 77).

So stellt sich das Stillverhalten im Vergleich mit beiden Studien in den Kohorten 1 und 2 annähernd homogen dar, während sich in den Kohorten 3 eine Kontroverse zeigt, welche in Kohorte 4 zwar wieder abflacht, aber als Inhomogenität in der Auswertung bestehen bleibt (vgl. Abb. 77).

Im Vergleich wird ersichtlich, dass Stillverhalten eine fluktuierende Größe ist und sich diese Fluktuation nicht ausschließlich auf die Frauen im Großraum Düsseldorf bezieht, die in diese Studie als Teilnehmer eingebunden wurden (vgl. Abb. 77).

7. Extrakt

Die WHO propagiert in ihrer Publikation „Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child“, dass ein ausschließliches Stillen in den ersten sechs Monaten post partum essentiell für die Entwicklung des Säuglings sei.⁹⁵ Die Stillquoten dieser Dissertation kommen dieser Empfehlung jedoch nicht nach: Die Ergebnisse zeigen, dass sich die Stillquoten über die Dekaden hinweg fluktuierend darstellen mit Sätzen zwischen 36,4 % und 90,9 %. Es lässt sich nicht sagen, dass Stillen eine Ernährung der Vergangenheit, Gegenwart oder Zukunft sei; vielmehr ist das Stillen von wissenschaftlichen, multiplen soziokulturellen und wirtschaftlichen Verhältnissen abhängig, wie diese Studie zeigt, und geht weit über den Aspekt des Nutritiven hinaus.

Die Stillquoten in den 50er und 60er Jahren lagen bei 63,6 % bis 72,7 %. Ein Nachhall der vorhergegangenen Mutteridiologie, geprägt durch den Zeitraum des Nationalsozialismus, sowie ein traditionelles Frauen- und Mutterbild zeigt sich in diesen Dekaden deutlich.

In Kombination mit schwierigen wirtschaftlichen Verhältnissen im Rahmen der Nachkriegszeit und des Wiederaufbaues Deutschlands und mit noch nicht vorhandener Verfügbarkeit der Milchersatzprodukte zum täglichen Gebrauch führte dies zu den angegebenen und als hoch einzustufenden Stillzahlen.

Ein ausreichendes und wissenschaftlich fundiertes Wissen über Leihimmunität gab es in diesen beiden Dekaden noch nicht, ebenso wie in der darauffolgenden.

Dieses noch nicht vorhandene Wissen über Immunologie begünstigte die niedrige Stillquote in den 70er Jahren, welche bei 36,4 % liegt, neben zwei weiteren ausschlaggebenden Faktoren.

Sowohl die Verfügbarkeit von Milchersatzprodukten für den täglichen Gebrauch als auch die wirtschaftlichen Verhältnisse, die ein Kaufen dieser Produkte erst ermöglichten.

In den 80er Jahren änderte sich dies. Die Emanzipation und ein weiter voranschreitender Wandel des selbstbestimmten Frauenbildes stellte sich ein. Es wurde eine Stillquote von 90,9 % erreicht. Wissen über Leihimmunität wurde publiziert, Ärzte und Hebammen rieten Müttern vermehrt zum Stillen des Neugeborenen. Körperlichkeit wurde weniger tabuisiert und Stillen in der Öffentlichkeit wurde vermehrt akzeptiert, was es den Frauen einfacher machte, ihr Stillverhalten auszuleben. Ferner wurde das Umfeld, explizit der männliche Partner, in die Entscheidung des Stillens mit eingebunden, und es galt als Wegweiser und Ratschlaggeber in diesem Themengebiet.

⁹⁵ http://www.who.int/nutrition/publications/guiding_principles_comfeeding_breastfed.pdf, abgerufen am 01.10.2018.

Über die Dekaden hinweg stellt sich dar, dass das Stillverhalten maßgeblich von der Empfehlung des medizinischen Personals abhängt und als Cofaktor durch die wirtschaftlichen Verhältnisse und die Emanzipation der Frau bzw. eine vermehrte Gleichstellung der Geschlechterrollen beeinflusst wird.

Die WHO propagiert ein ausschließliches Stillen in den ersten sechs Lebensmonaten eines Neugeborenen.⁹⁶ Abschließend lässt sich feststellen, dass dieser Empfehlung noch nicht vollständig nachgekommen wird. Auch wenn bei stillenden Frauen die Dauer des Stillens häufig bei sechs Monaten oder länger liegt, so gibt es nach wie vor einen maßgeblichen Anteil an Frauen, die nicht stillen, obwohl sie es ggf. könnten.

Das medizinische Umfeld ist in Zukunft mit seiner Aufklärungs- und Empfehlungsarbeit und mit seinem wissenschaftlichen Hintergrund gefragt, die Mütter bereits während der Schwangerschaft im Hinblick auf die Säuglingsernährung zu betreuen und zu begleiten, sodass das Ziel der WHO, eine maximal mögliche Stillquote über volle sechs Monate⁹⁷, erreicht werden kann.

⁹⁶ http://www.who.int/nutrition/publications/guiding_principles_compefeeding_breastfed.pdf, abgerufen am 01.10.2018.

⁹⁷ http://www.who.int/nutrition/publications/guiding_principles_compefeeding_breastfed.pdf, abgerufen am 01.10.2018.

8. Literaturnachweis

Abelshauer, W., Die Langen Fünfziger Jahre. Wirtschaft und Gesellschaft der Bundesrepublik Deutschland 1949–1966, Düsseldorf, 1987.

Benz, W., Geschichte der Bundesrepublik Deutschland. 4 Bde., Frankfurt am Main, 1989.

Bühling, K. J., Friedmann, W., Intensivkurs Gynäkologie und Geburtshilfe, 2. Auflage, Amsterdam, 2008.

Bührer, W., Die Adenauer-Ära. Die Bundesrepublik Deutschland 1949 bis 1963, München, 1993.

Eckstein, L., Psychologie des ersten Eindrucks, Leipzig, 1937.

Eschrich, E., Stillen und Säuglingsernährung im Wandel der Zeit, Norderstedt, 2013.

Fehlemann, S., Armutsrisiko Mutterschaft: Mütter- und Säuglingsfürsorge im Deutschen Reich 1890 - 1924; Dahlmann, E., Der Verein für Säuglingsfürsorge im Regierungsbezirk Düsseldorf e. V.; Fraenkel, M., GE - SO - LEI (GESOLEI). Ausstellung für Gesundheitspflege, soziale Fürsorge und Leibesübungen. Im Auftrage des Ausstellungsvorstandes herausgegeben von Arthur Schlossmann, zusammengestellt und bearbeitet von Marta Fraenkel, Düsseldorf, 1926.

Feige, A., Rempen, A., Würfel, W./Jawny, J., Rohde, A., Frauenheilkunde - Fortpflanzungsmedizin Geburtsmedizin Onkologie Psychosomatik, 3. Auflage, Amsterdam, 2005.

Freiin Teuffel von Birkensee, A. C., Das Stillverhalten von Akademikerinnen in der Zeit von 1950 bis 1990, Düsseldorf, 2014.

Gartner, L. M., Morton, J., Lawrence, R. A., et al: Breastfeeding and the use of human milk. In: Pediatrics 115, o.O., 2005.

Gätje, R.; Eberle, Ch.; Scholz, Ch.; Lübke, M.; Solbach, Ch.; Muschel, K.; Kissler, S.; Siedentopf, F.; Weißenbacher, T.; Debus, G.; Schuhmacher, I.; Lato, K.; Sängler, N.; Kurzlehrbuch Gynäkologie und Geburtshilfe, 2. Auflage, Stuttgart, 2015.

GE-SO-LEI. Ausstellung für Gesundheitspflege, Soziale Fürsorge und Leibesübungen. Zusammengestellt und bearbeitet von Dr. med. Marta Fraenkel, Bd. 2, Düsseldorf, 1927.

Heininger, L., Zum Wandel des Stillverhaltens in der BRD zwischen 1950 und 1990, Düsseldorf, 2014.

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

Kark, J. D., Troya, G., Friedlander, Y. et al., Validity of maternal reporting of breast feeding history and the association with blood lipids in 17 year olds in Jerusalem. In: J Epidemiol Community Health, o. O., 1984.

Kordowski, Ch., Zur Genese der sozialen Eindrucksbildung. Situative und generalisierte Selbst- und Fremdkonzepte als Phänomene interpersoneller Wahrnehmung, Frankfurt am Main, 1999.

Krech, D., Crutchfield, R. S., Grundlagen der Psychologie: Bd. 7 Sozialpsychologie: Kap. 3. Personenwahrnehmung, Weinheim, 1992 (Originalveröffentlichung 1958).

Mummendey, HD., Methoden und Probleme der Kontrolle sozialer Erwünschtheit (Social Desirability). Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie, Bielefeld, 1981.

Murry et al., Global, regional, and national disability-adjusted life years for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy for 188 countries, o. O., 1990–2013.

Niethammer, L., Oral History in den USA, Archiv für Sozialgeschichte, Bonn, 1976.

Reitz, Arbeitsgemeinschaft freier Stillgruppen e. V. In: von Voss, Grützmacher, Pfahl: Stillen und Muttermilchernährung, vom Bundesministerium für Gesundheit, Bonn, 1986.

Schneider, Husslein, Schneider, Die Geburtshilfe, 5. Auflage, Heidelberg, 2016.

Spinath, F. M., Validität von Fremdbeurteilungen. Einflussfaktoren auf die Konvergenz von Selbst- und Fremdbeurteilungen in Persönlichkeitseinschätzungen, Lengerich, 2000.

Statistisches Bundesamt: Durchschnittliches Alter der Mütter bei der Geburt ihrer ehelich lebendgeborenen Kinder (Geburtsjahrmethode), Bevölkerung und Erwerbstätigkeit: Natürliche Bevölkerungsbewegung, Pressemitteilung Nr. 005/2012, Pressemitteilung Nr. 294/2011, Geburten in Deutschland, Wiesbaden, 2012.

Stauber, M., Weyerstahl, T., Duale Reihe, Gynäkologie und Geburtshilfe, 3. Auflage, Amsterdam, 2013.

Stroebe, W., et al., Sozialpsychologie. Eine Einführung, 1. Aufl., Berlin, 1990.

von Voss, Grützmacher, Pfahl: Stillen und Muttermilchernährung, vom Bundesministerium für Gesundheit, Bonn, 1980.

Vögele, J., Nahrungskultur, Essen und Trinken im Wandel, Heft 4/2002, Im Kampf gegen die Säuglingssterblichkeit, Säuglingsernährung und Stillpropaganda, Ein Beitrag zur Geschichte der öffentlichen Gesundheitsfürsorge, Stuttgart, 2002.

Vögele, J., Hallig, T., Rittershaus, L., Entwicklung und Popularisierung ärztlicher Stillempfehlungen in Deutschland im 20. Jahrhundert. Medizinhistorisches Journal, Band 45, Heft 2, Düsseldorf, 2010.

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

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

8.1 Elektronische Referenzen

Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR), Stillen und Berufstätigkeit, Empfehlungen der Nationalen Stillkommission, Berlin, 2003, <https://www.klinikum-obergoeltzsch.de/downloads/geburt/Stillen-und-Berufstaetigkeit.pdf>, abgerufen am 04.10.2018.

Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR), Stillen und Berufstätigkeit, Empfehlungen der Nationalen Stillkommission, Berlin, 2003, http://www.bfr.bund.de/cm/207/stillenund_berufstaetigkeit.pdf, abgerufen am 04.10.2018.

Duden „Stillen“, URL: <https://www.duden.de/rechtschreibung/stillen>, abgerufen am 10.05.2018.

<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/273406/umfrage/entwicklung-der-lebenserwartung-bei-geburt--in-deutschland-nach-geschlecht/>, abgerufen am 27.04.2006.

<https://idw-online.de/en/image126356>, abgerufen am 04.10.2018.

<https://link.springer.com/article/10.1007/s00112-002-0561-5>, abgerufen am 03.06.2017.

<https://milupa.de/über-milupa/unternehmensgeschichte/>, abgerufen am 16.09.2018.

<http://www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61556/alter-der-muetter>, abgerufen am 18.05.2018.

http://www.buergerimstaat.de/4_02/saegling.htm, abgerufen am 24.04.2018.

<http://www.lalecheliga.de/la-leche-liga/wer-wir-sind/entstehung>, abgerufen am 01.05.2018.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12186663>, abgerufen am 22.04.2018.

http://www.who.int/nutrition/publications/guiding_principles_compfeeding_breastfed.pdf, abgerufen am 19.04.2018.

Robert-Koch-Institut, Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS) : Lange, C./Schenk, L./Bergmann, R., <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17514446>, abgerufen am 22.04.2018.

Stellungnahme der Nationalen Stillkommission am Bundesinstitut für Risikobewertung, Berlin, 2006, <https://www.bfr.bund.de/cm/343/stilldauer.pdf>, abgerufen am 04.10.2018.

9. Anhang

1. Persönliche Angaben

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Nationalität:

Höchster Abschluss:

Wann haben Sie entbunden? Falls Sie mehrfach entbunden haben, entscheiden Sie sich bitte für eine Geburt bezüglich des Stillverhaltens.

- zwischen 1950 und 1960
- zwischen 1960 und 1970
- zwischen 1970 und 1980
- zwischen 1980 und 1990

1.1

Familienstand zum Zeitpunkt der Geburt:

- ledig
- verheiratet
- geschieden
- verwitwet

1.2

Beruf der Mutter

Beruf der Mutter vor der Schwangerschaft: _____

- Vollzeit
- Teilzeit
- keine Berufstätigkeit

- selbstständig
- angestellt

- Bürotätigkeit

- Fabrik­tätigkeit
 - Hausarbeit
 - Landwirtschaft
 - Sonstiges:
-

Beruf der Mutter während der Schwangerschaft: _____

- Vollzeit
- Teilzeit
- keine Berufstätigkeit

- selbstständig
- angestellt

- Büro­tätigkeit
 - Fabrik­tätigkeit
 - Hausarbeit
 - Landwirtschaft
 - Sonstiges:
-

Beruf der Mutter nach der Geburt: _____

- Vollzeit
- Teilzeit
- keine Berufstätigkeit

- selbstständig
- angestellt

- Büro­tätigkeit
 - Fabrik­tätigkeit
 - Hausarbeit
 - Landwirtschaft
 - Sonstiges:
-

1.3

Wann haben Sie vor der Geburt nicht mehr gearbeitet?

- 9 Monate vor der Geburt
- weniger als 9 Monate und länger als 6 Monate vor der Geburt
- 6 Monate vor der Geburt
- weniger als 6 Monate und länger als 3 Monate vor der Geburt

- 3 Monate vor der Geburt
- weniger als 3 Monate und länger als 0 Monate vor der Geburt
- bis zur Geburt

1.4

Wann haben Sie nach der Geburt wieder gearbeitet?

- direkt nach der Geburt
- weniger als 1 Monat nach der Geburt
- mehr als 1 und weniger als 2 Monate nach der Geburt
- 2 Monate nach der Geburt
- mehr als 2 und weniger als 3 Monate nach der Geburt
- 3 Monate nach der Geburt
- mehr als 3 und weniger als 4 Monate nach der Geburt
- 4 Monate nach der Geburt
- mehr als 4 und weniger als 5 Monate nach der Geburt
- mehr als 5 Monate und weniger als 9 Monate nach der Geburt
- mehr als 9 Monate und weniger als 12 Monate nach der Geburt
- mehr als 12 Monate nach der Geburt, Zeitpunkt:
- Es wurde nach der Geburt keine Tätigkeit aufgenommen

1.5

Wohnsituation der Mutter vor der Geburt:

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

1.6

Wohnsituation der Mutter während der Geburt:

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

1.7

Wohnsituation der Mutter nach der Geburt:

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

1.8

Höchster Abschluss Ihrer Eltern:

Mutter:

Vater:

1.9

Höchster Abschluss des Kindsvaters: _____

1.10

Beruf des Kindsvaters vor der Schwangerschaft:

 Vollzeit Teilzeit keine Berufstätigkeit selbstständig angestellt Bürotätigkeit Fabrik­tätigkeit Hausarbeit Landwirtschaft Sonstiges:

1.11

Beruf des Kindsvaters nach der Geburt:

 Vollzeit Teilzeit keine Berufstätigkeit selbstständig angestellt Bürotätigkeit Fabrik­tätigkeit Hausarbeit Landwirtschaft Sonstiges:

1.12

Wurden Sie vom Kindsvater finanziell unterstützt?

 Ja Nein

1.13

Haben Sie andere finanzielle Unterstützung erhalten?

 Ja Nein

Wenn ja, von wem?

 Eltern Amt Krankenkasse (Stillprämie) Sonstiges:

1.14

Wie viele Kinder haben Sie?

1.15

Geburtsjahre der Kinder:

1.16

Sind all Ihre Kinder gestillt worden?

 ja nein

Falls ja, aus welchen Gründen haben Sie gestillt und wie lange?

1.17

Sind Sie als Säugling gestillt worden?

 ja nein Ich weiß es nicht.

Wenn ja, wie lange? _____

 Ich weiß es nicht.

2. Zum Säugling / Stillen nach der Geburt

2.1

Geburtsdatum des Kindes:

2.2

Wo haben Sie entbunden:

 Krankenhaus zu Hause Geburtshaus

	1 Wo	2 Wo	1 Mon	3 Mon	6 Mon	9 Mon	12 Mon	> 12 Mon
teilweise gestillt (Milchersatzpro- dukte in Kombination mit Muttermilch)								
Muttermilch abgepumpt								
ausschließlich Milchersatzpro- dukte								
Kuhmilch								
Amme								
Kleinkindnahrung								
andere								

2.9

Wie lange haben Sie Ihr Kind so ernährt, wie Sie es direkt nach der Geburt getan haben?

2.10

Wenn Milchersatzprodukte gegeben wurden, welche haben Sie genommen (evtl. Marken- oder Produktname)?

2.11

Wenn teilweise gestillt wurde, welche Flüssigkeitszugabe haben Sie gewählt (z.B. abgekochtes Wasser, Wasser aus Flaschen, Leitungswasser unbehandelt, Teesorte)

2.12

Wie lange wollten Sie ursprünglich stillen?

- gar nicht
 kein Zeitplan
 1 Woche

- 2 Wochen
- 1 Monat
- 3 Monate
- 6 Monate
- 9 Monate
- 12 Monate
- > 12 Monate

2.13

Wann haben Sie das Kind nach der Geburt an die Brust angelegt?

- direkt nach der Geburt
- nach 2 Stunden
- nach 6 Stunden
- innerhalb 24 Stunden
- nach über 24 Stunden

2.14

Wer hat das Anlegen initiiert?

- ich selbst
 - Arzt
 - Hebamme
 - Partner
 - Familienmitglieder
 - sonstige:
-

2.15

Wie oft haben Sie Ihr Kind in der Zeit nach der Geburt gestillt?

_____ mal am Tag

_____ mal in der Nacht

2.16

Wie oft haben Sie Ihrem Kind in der Zeit nach der Geburt Milchersatzprodukte gegeben?

_____ mal am Tag

_____ mal in der Nacht

2.17

Wie oft haben Sie Ihrem Kind in der Zeit nach der Geburt Tee/Wasser gegeben?

_____ mal am Tag

_____ mal in der Nacht

2.18

Haben Sie Ihr Kind nach Zeitplan oder nach Bedarf gestillt?

- Zeitplan Bedarf Zeitplan und Bedarf

2.19

Haben Sie in der Öffentlichkeit gestillt?

- ja
 nein
 vor Freunden/Bekannten/Familie

2.20

Haben Sie sich während des Stillens bewusst ernährt?

- ja
 nein

Wenn ja, wie?

2.21

Warum haben Sie abgestillt?

- Ich wollte nicht mehr stillen.
 Ich hatte keine Milch mehr.
 Mein Kind verweigerte die Brust.
 Entzündung der Brust/der Brustwarze
 Vorschlag/Empfehlung vom medizinischen Personal
 Vorschlag/Empfehlung von der Familie
 Vorschlag/Empfehlung von Freunden
 externe Beeinflussung durch Medien
 Sonstiges:

2.22

Wie lange haben Sie abgestillt?

- plötzlich
 1 Monat
 2 Monate
 3 Monate
 länger

3. Persönliche Gründe

3.1

(Mehrfachnennungen möglich)

Ich habe gestillt, weil

- es die Mutter-Kind-Bindung stärkt.
 es das Gesundeste für mein Kind ist.
 es kostengünstig ist.

- praktisch und immer verfügbar ist.
- es gesundheitliche Vorteile für die Mutter bietet.
- es meinem persönlichen Frauenbild entspricht.

Weitere Gründe oder Ratschläge durch Dritte haben mich zum Stillen bewogen:

3.2

Ich habe Ersatzprodukte verwendet, weil

- sich die Brust/Brustwarze entzündet hat.
- zu wenig Milch produziert wurde.
- ein Milchstau vorlag.
- das Kind Saug Schwierigkeiten hatte.
- das Kind die Brust verweigert hat.
- das Kind an Gewicht verloren hat.
- das Kind eine Frühgeburt war.
- das Kind gesundheitliche Probleme hatte
- es laut Wissenschaft besser war, Milchersatzprodukte zu verwenden.
- mein Arzt mir dazu geraten hat.
- es mir aus körperlichen Gründen nicht möglich war zu stillen.

Weitere Gründe oder Ratschläge durch Dritte haben mich zum Gebrauch von Milchersatzprodukten bewogen:

3.3

Externe Beeinflussung:

Durch welche Faktoren wurden Sie bzgl. Ihres Stillverhaltens beeinflusst?

- Medizinisches Personal
 - Persönliches Umfeld
 - öffentliche Gruppen (z. B. Geburtsvorbereitungskurs)
- Welche Gruppe genau?

Religion

Welche Religion?

Werbung

Welche Form der Werbung?

4. Informationsquellen und Einflüsse

Bitte entscheiden Sie in den folgenden Tabellen: War die Meinung am ehesten pro, contra oder neutral dem Stillen Ihres Kindes gegenüber?

Wer hat Sie aus Ihrem Umfeld beraten oder beeinflusst?

Wie waren die verschiedenen Meinungen zum Stillen?

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

(Bitte machen Sie ein Kreuz in dem entsprechenden Feld. Mehrfachangaben möglich.)

4.1

Persönliches Umfeld

	pro	contra	neutral
Partner			
Mutter			
Vater			
Geschwister			
befreundete Mütter			
Kinderlose Freundinnen			
Männliche Freunde			

Welche Argumente nannte/n die Person/en? (Sollte der Platz auf den Linien nicht ausreichen, verwenden Sie gern die Rückseite.)

4.2 Medizinisches Personal

	pro	contra	neutral
Ärzte			
Hebammen			
Krankenschwestern/ Stillschwestern			
Nachsorgehebamme			

Welche Argumente nannte/n die Person/en? (Sollte der Platz auf den Linien nicht ausreichen, verwenden Sie gern die Rückseite.)

4.3 Gruppen/Institutionen

	pro	contra	neutral
Stillgruppe			
Geburtsvorbereitungskurs			
öffentl. Gesundheitsberatungsstellen			

Welche Argumente nannte/n die Person/en?
Falls Sie bei einer öffentlichen Gesundheitsberatungsstelle waren, welche war es?
(Sollte der Platz auf den Linien nicht ausreichen, verwenden Sie gern die Rückseite.)

4.4 Literatur / Medien

	pro	contra	neutral
Informationsbro- schüren			
ratgebende Literatur / Bücher			
Fernsehen			
Filme			
Radio			

Welche Argumente wurden in den Medien genannt?

Bitte nennen Sie die Buchtitel / Filmtitel / Herkunft der Infobroschüren / Titel der Radiosendung, falls bekannt. (Sollte der Platz auf den Linien nicht ausreichen, verwenden Sie gern die Rückseite.)

4.5 Gesellschaft / Religion

	pro	contra	neutral
Religion			
Öffentliche Diskussion zum Thema Säuglingsernährung			
Umgang mit öffentlich stillenden Müttern <input type="checkbox"/> gab es nicht <input type="checkbox"/> war normal <input type="checkbox"/> war selten			
Unterstützung durch <input type="checkbox"/> Mutterschaftsgeld <input type="checkbox"/> Elterngeld <input type="checkbox"/> Haushaltshilfe <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____			

Welche Argumente wurden genannt?

Falls Sie bei einer öffentlichen Gesundheitsberatungsstelle waren, welche war es?

(Sollte der Platz auf den Linien nicht ausreichen, verwenden Sie gern die Rückseite.)

4.6

Werbung / Warentests

	pro	contra	neutral
Werbung <input type="checkbox"/> Verpackung <input type="checkbox"/> Printwerbung <input type="checkbox"/> Fernsehwerbung <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____			
Produkte <input type="checkbox"/> Alete <input type="checkbox"/> Aptamil <input type="checkbox"/> HIPP <input type="checkbox"/> Holle <input type="checkbox"/> Humana <input type="checkbox"/> Milasan <input type="checkbox"/> Milupa <input type="checkbox"/> sonstige: _____ <input type="checkbox"/> sonstige: _____ <input type="checkbox"/> sonstige: _____			
Warentesturteile			

Welche Argumente wurden genannt?

(Sollte der Platz auf den Linien nicht ausreichen, verwenden Sie gern die Rückseite.)

5. Fazit

5.1

Erstellen Sie eine Liste: Was hat Ihr Stillverhalten am meisten beeinflusst?

1. _____

2. _____

3. _____

5.2

Würden Sie heute wieder so stillen wie damals? Warum / warum nicht?
(Sollte der Platz auf den Linien nicht ausreichen, verwenden Sie gern die Rückseite.)

5.3

Wie gut haben Sie sich zum Zeitpunkt des Stillens vorbereitet gefühlt?

sehr gut

mäßig

gar nicht

trifft nicht zu, ich wollte nicht stillen

5.4

Erinnern Sie sich an bestimmte Situationen und/oder Gespräche, die sich auf Ihr Stillen bezogen? Vielleicht erinnern Sie sich an Zitate Ihres Arztes, Ihrer Hebamme oder von Eltern und Freunden?
(Sollte der Platz auf den Linien nicht ausreichen, verwenden Sie gern die Rückseite.)

Besonders danken möchte ich
Herrn Prof. Dr. Jörg Vögele
für die Unterstützung während
der Erarbeitung meiner Dissertation.