

ABSCHLUSSBERICHT

Stillen in NRW:

Was können wir aus Erfahrungen in der Corona-Pandemie für die Stillförderung rund um die klinische Geburtshilfe lernen?

sina

Februar 2023

I Inhaltsverzeichnis

I Inhaltsverzeichnis	I
II Tabellenverzeichnis	IV
III Abbildungsverzeichnis	VII
IV Abkürzungsverzeichnis	VIII
1 Zusammenfassung	1
2 Hintergrund und Ziele	2
3 Projektübergreifende Strukturen	5
3.1 Klinikstudie und Mütterstudie	5
3.2 Externe Expertise	6
3.3 Ethische Anforderungen	6
3.4 SuSe-Studie als methodischer Ausgangspunkt	6
3.5 Öffentlichkeitsarbeit	7
4 Klinikstudie	10
4.1 Methoden	10
4.1.1 Rekrutierung	10
4.1.2 Interviews	12
4.1.3 Datenverarbeitung	13
4.2 Ergebnisse	14
4.2.1 Rekrutierung	14
4.2.2 Strukturelle Merkmale der Kliniken	15
4.2.3 Stillpraxis	21
4.2.4 Schulungen zum Stillen für Mitarbeitende der Klinik	24
4.2.5 Stillinformationen für Schwangere und Mütter	26
4.2.6 Stillförderung im Lichte aktueller Empfehlungen	31
4.2.7 Besuchseinschränkungen in der Pandemie	32
4.2.8 Stillen und soziale Vulnerabilität	34
4.2.9 Zusätzliche Aspekte der Stillförderung aus Sicht der Kliniken	38

I Inhaltsverzeichnis

5	Mütterstudie	40
5.1	Methodik	40
5.1.1	Rekrutierung.....	40
5.1.2	Befragung	41
5.1.3	Datenverarbeitung.....	42
5.2	Ergebnisse	43
5.2.1	Rekrutierungsablauf	43
5.2.2	Bewertung der Fragebögen durch die Mütter	44
5.2.3	Basisinformationen zu Müttern und Kindern	45
5.2.4	Geburt und Stillbeginn.....	50
5.2.5	(Still)betreuung und Unterstützung außerhalb der Klinik.....	52
5.2.6	Stillen in den ersten 2 Monaten	54
5.2.7	Stillprobleme, Abstillen	56
5.2.8	Informationsverhalten.....	58
5.2.9	Stillen und sozialer Status	61
5.2.10	Stillen in der Pandemie	66
5.2.11	Nichtstillen.....	69
5.2.12	Stillen vor und in der Pandemie bei Mehrgebärenden	70
6	Interpretation und Empfehlungen	73
6.1	Allgemeine Einordnung	73
6.2	Studienkonzept und Kollektive.....	75
6.3	Stillen in NRW im Lichte aktueller Empfehlungen	77
6.4	Das Informationskontinuum rund um die Geburt.....	78
6.4.1	Zeitpunkte und Zielgruppen der Information	78
6.4.2	Formate der Information	80
6.4.3	Fremdsprachigkeit, Sprachbarrieren	82
6.4.4	Schlussfolgerungen.....	83
6.5	Stillförderliche Besuchsregelungen im Wochenbett	85
6.5.1	Stillen – die sensitive initiale Phase	85
6.5.2	Schlussfolgerungen.....	86

I Inhaltsverzeichnis

6.6	Stillförderliche Regelungen zur Liegedauer der Wöchnerinnen	86
6.6.1	Trends aus den letzten Jahren	86
6.6.2	Überlegungen zu stillförderlichen Optionen der Liegedauer	87
6.6.3	Schlussfolgerungen.....	89
6.7	Stillförderung im Gesundheitswesen	89
7	Referenzen.....	91
8	Anlagen.....	IX

II Tabellenverzeichnis

Tabelle 4.1 Wer ist der Träger Ihrer Klinik?	15
Tabelle 4.2 Zu welcher perinatalmedizinischen Versorgungsstufe gehört Ihre Klinik?	15
Tabelle 4.3 Welcher sozioökonomische Status prägt das Einzugsgebiet Ihrer Klinik mit Blick auf die Stillförderung?	18
Tabelle 4.4 Können Sie mit der jetzigen räumlichen Ausstattung Ihre Vorstellungen von der Stillförderung umsetzen?	18
Tabelle 4.5 Wie war die durchschnittliche Liegedauer der Wöchnerinnen nach einer vaginalen Geburt oder einer Sectio auf der Station vor der Pandemie?	19
Tabelle 4.6 Hat sich die durchschnittliche Liegedauer jetzt in der Pandemie verändert?	19
Tabelle 4.7 Und welche Liegedauer wäre aus Ihrer Sicht optimal für die Stillförderung?	19
Tabelle 4.8 Gab es vor der Pandemie auf der Station qualifiziertes Personal?	20
Tabelle 4.9 Wann wird bei Ihnen ein gesundes Neugeborenes in der Regel zum ersten Mal angelegt?	21
Tabelle 4.10 Welche Regelungen für die Zeitpunkte des Stillens im Tagesverlauf treffen am ehesten auf Ihre Station zu?	22
Tabelle 4.11 Wer entscheidet in der Regel über das Füttern von Säuglingsmilch bei gesunden gestillten Neugeborenen auf der Station?	23
Tabelle 4.12 Haben Sie Änderungen beim Ernährungsstatus der Kinder bei der Entlassung während der Pandemie gegenüber den soeben genannten Zahlen vor der Pandemie festgestellt?	24
Tabelle 4.13 Welche Berufsgruppen wurden geschult?	24
Tabelle 4.14 Welche Formate haben Sie vor der Pandemie für die Schulungen des Personals verwendet?	25
Tabelle 4.15 Welche Änderungen sind aufgetreten?	25
Tabelle 4.16 Bei welchem Anlass erfolgte die persönliche Informationsvermittlung zum Stillen?	26
Tabelle 4.17 Hat sich an der Art der persönlichen Informationsvermittlung während der Pandemie etwas geändert?	26
Tabelle 4.18 Welche externen Herausgeber haben das schriftliche Informationsmaterial herausgegeben?	27
Tabelle 4.19 Welche Beratungsangebote und Hilfen haben Sie Müttern bei eventuellen Stillproblemen zu Hause genannt?	28
Tabelle 4.20 Wie bewerten Sie die Vernetzung Ihrer Klinik mit ambulanten Angeboten zur Stillförderung?	28
Tabelle 4.21 Welche Änderungen hat es gegeben?	29

Tabelle 4.22 Können Sie konkrete Beispiele für mögliche, wünschenswerte Unterstützung nennen?	29
Tabelle 4.23 Was sind für Sie wesentliche Gründe, warum diese Mütter online nicht erreicht werden können?	30
Tabelle 4.24 Wie schätzen Sie die Auswirkungen der Besuchseinschränkungen auf das Stillen ein?	33
Tabelle 4.25 Planen Sie, die Besuchseinschränkungen nach der Pandemie ganz oder abgeschwächt beizubehalten?	33
Tabelle 4.26 Welche Unterstützungsdienste sind das?	34
Tabelle 4.27 Wie schätzen Sie die Wirksamkeit dieser Unterstützungsdienste für die Stillförderung bei Müttern mit besonderen Bedarfen generell ein?	34
Tabelle 4.28 Was sollte Ihrer Meinung nach verbessert werden?	34
Tabelle 4.29 Halten Sie die Stillförderung bei Gruppen mit niedrigem Sozialstatus für vorrangig gegenüber anderen Müttern?	35
Tabelle 4.30 Welches ist bei den Müttern an Ihrer Klinik die häufigste Muttersprache, außer deutsch?	35
Tabelle 4.31 Welche Ressourcen stehen Ihnen dazu zur Verfügung?	36
Tabelle 4.32 Welche zusätzlichen Ressourcen benötigen Sie in diesem Bereich?	36
Tabelle 4.33 Ist diese Unsicherheit im Umgang mit dem Infektionsgeschehen bei Müttern aus Gruppen mit niedrigem Sozialstatus Ihrer Einschätzung nach größer als bei anderen? ..	37
Tabelle 4.34 Sind Zweifel an der Sicherheit des Stillens Ihrer Einschätzung nach bei Gruppen mit niedrigem Sozialstatus größer als bei anderen?	37
Tabelle 4.35 Ist der Zugang zu Gesundheitsversorgung für Gruppen mit niedrigem Sozialstatus mehr beeinträchtigt worden als für andere?	38
Tabelle 4.36 Verbesserungsbedarf für die Stillförderung in NRW	39
Tabelle 5.1 Mütterliche Basisdaten	46
Tabelle 5.2 Basisdaten zum schulischen und beruflichen Werdegang der Partner/-innen	48
Tabelle 5.3 Kindliche Basisdaten	49
Tabelle 5.4 Wie lange waren Sie nach der Geburt in der Klinik?	51
Tabelle 5.5 Was waren die hauptsächlichen Gründe, weswegen Sie mit der Stillbetreuung in der Klinik voll zufrieden waren?	51
Tabelle 5.6 Wie verlief Ihre Suche nach einer betreuenden Fachkraft (z.B. Hebamme, Stillberaterin) in der Schwangerschaft?	52
Tabelle 5.7 Kontakt der Mütter zu einer betreuenden Fachkraft nach der Klinikentlassung ..	53
Tabelle 5.8 Definitionen der Ernährungskategorien	54
Tabelle 5.9 Häufigkeiten der Ernährungskategorien	55
Tabelle 5.10 Von wem wurden Sie bei Ihren Stillproblemen besonders gut betreut?	57

Tabelle 5.11 Wer bzw. was hat Ihnen bei Ihren Stillproblemen am meisten geholfen? Bezugszeitraum 2 Wochen bis 2 Monate nach der Geburt (Befragung 2 Monate pp)	58
Tabelle 5.12 Haben Sie während Ihrer Schwangerschaft an einem Geburtsvorbereitungskurs teilgenommen?	59
Tabelle 5.13 Was waren für Sie die hilfreichsten Informationsquellen zum Stillen seit der letzten Befragung? / Wenn Sie zu Hause allgemeine Fragen zum Stillen hatten und Sie sich Rat geholt haben, wer bzw. was hat Ihnen am meisten geholfen?	61
Tabelle 5.14 Ernährungskategorien des Kindes 2 Wochen pp, aufgeteilt nach Schulabschluss der Mutter	63
Tabelle 5.15 Ernährungskategorien des Kindes 2 Monate pp, aufgeteilt nach Schulabschluss der Mutter	64
Tabelle 5.16 Haben Sie während Ihrer Schwangerschaft an einem Geburtsvorbereitungskurs teilgenommen? – aufgeteilt nach Schulabschluss	65
Tabelle 5.17 Haben wechselnde allgemeine Regelungen zum Umgang mit dem Coronavirus bei Ihnen zu Verunsicherung vor der Geburt Ihres Kindes geführt?	66
Tabelle 5.18 Wie haben Sie das Tragen einer Maske in der Klinik empfunden?	67
Tabelle 5.19 Was genau hat bei der Besuchsregelung in der Klinik nicht Ihren Wünschen entsprochen?	67
Tabelle 5.20 Wie haben sich die Besuchseinschränkungen in der Klinik auf das Stillen ausgewirkt?	68
Tabelle 5.21 Hatte die Corona-Pandemie einen Einfluss auf Besuche in Ihrer ersten Zeit nach der Entlassung zu Hause?	68
Tabelle 5.22 Einschätzung der veränderten Situation vor der Geburt unter Pandemiebedingungen	71
Tabelle 5.23 Einschätzung der veränderten Situation in den Kliniken unter Pandemiebedingungen	71
Tabelle 5.24 Einschätzung der veränderten Situation nach der Entlassung unter Pandemiebedingungen	72
Tabelle 5.25 Einschätzung der Erfahrungen in der Zeit nach der Entlassung beider Kinder aus der Klinik	72

III Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Projektstruktur der SINA-Studie	5
Abbildung 2 Varianten des SINA-Logos.....	7
Abbildung 3 SINA-Website (Ausschnitt; https://www.stillstudien.de/sina/)	8
Abbildung 4 Pressemitteilung der Ruhr-Universität Bochum zur SINA-Studie (Ausschnitt) ...	8
Abbildung 5 Beispielhafte Teilnahmeurkunde für die Kliniken	9
Abbildung 6 Ablaufplan Kliniken.....	10
Abbildung 7 Schematische Darstellung der Nachfassaktion bei den Kliniken.....	12
Abbildung 8 Flussdiagramm der Klinikrekrutierung	14
Abbildung 9 Geburten pro Jahr in den Kliniken in der Grundgesamtheit (A) und in der SINA-Stichprobe (B)	16
Abbildung 10 NRW-Landkarte mit den teilnehmenden Geburtskliniken kategorisiert nach Geburtenzahl (A) und mit der Verteilung der teilnehmenden Kliniken im Vergleich zu allen eingeladenen Kliniken (B).....	17
Abbildung 11 Empfehlungen der NSK zur Stillförderung in Krankenhäusern [26]	31
Abbildung 12 Umsetzung der Empfehlungen für die Stillförderung in Krankenhäusern (NSK) im Studienkollektiv (in % der Kliniken)	32
Abbildung 13 Schematische Darstellung des Nachfass-Konzeptes bei der Befragung 2 Wochen pp	41
Abbildung 14 Schematische Darstellung des Nachfass-Konzeptes bei der Befragung 2 Monate pp	42
Abbildung 15 Flussdiagramm Mütterrekrutierung.....	43
Abbildung 16 Art aufgetretener Stillprobleme in den ersten 2 Monaten nach der Geburt ...	56
Abbildung 17 Problemorientierte Empfehlungen für die Stillförderung in NRW aus den Ergebnissen der SINA-Studie.....	75
Abbildung 18 Stillförderung als Kontinuum (Grafik: Lea Reimitz)	84

IV Abkürzungsverzeichnis

AFS	Arbeitsgemeinschaft Freier Stillgruppen Bundesverband e.V.
BDL	Berufsverband Deutscher Laktationsberaterinnen IBCLC e.V.
BFHI	Baby-Friendly Hospital Initiative
DRKS	Deutschen Register Klinischer Studien
FKE	Forschungsdepartment Kinderernährung
ISST	Institut für Software und Systemtechnik
LLL	La Leche Liga Deutschland e.V.
Max.	Maximaler Wert
Md.	Median
Min.	Minimaler Wert
MW	Arithmetisches Mittel
NSK	Nationale Stillkommission
P25	25. Perzentile
P75	75. Perzentile
pp	post partum
SINA	Stillen in NRW
SuSe	Stillen und Säuglingsernährung
UNICEF	Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen
WHO	Weltgesundheitsorganisation

1 Zusammenfassung

Die Covid-19-Pandemie hat zu Konsequenzen im medizinisch-pflegerischen Bereich und auch zu gravierenden Änderungen bei persönlichen Kontakten geführt. In der sensitiven Phase des Stillbeginns sind unterschiedliche Aspekte betroffen.

Die Studie „Stillen in NRW“ SINA untersuchte deshalb die Frage, was wir aus der Pandemie für die Stillförderung rund um die klinische Geburtshilfe lernen können. Mit einer landesweiten ‚Klinikstudie‘ und einer regionalen ‚Mütterstudie‘ wurde die Praxis des Stillens und pandemiebedingte Erfahrungen aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet. In der Klinikstudie wurden bei 41 Geburtskliniken einmalige Telefon-Interviews mit der Klinikleitung und der Station geführt. In der Mütterstudie wurden in 4 Kliniken mit überwiegend sozioökonomisch niedrigem Einzugsgebiet 192 Wöchnerinnen rekrutiert und 2 Wochen und 2 Monate nach der Geburt webbasiert befragt.

Für die Stillförderung in NRW führen die Ergebnisse zu folgenden Schlussfolgerungen:

- In den Kliniken wurden die aktuellen Empfehlungen für die Stillförderung in unterschiedlichem Ausmaß umgesetzt → Verbesserungsbedarf besteht u.a. bei strukturellen Merkmalen, wie Teamschulungen zum Stillen und der Einsetzung von Stillbeauftragten.
- Die hohen initialen Stillraten der Mütter sanken in den ersten 2 Monaten beträchtlich → niederschwellige Angebote ambulanter Nachsorge sind essentiell.
- Informations- und Beratungsangebote zum Stillen von Seiten der Kliniken waren vielfältig, wurden in der Pandemie durch Online-Angebote zum Teil ersetzt, und von Müttern unterschiedlich in Anspruch genommen; Sprachbarrieren wurden teilweise stationär offensichtlich → bewährte Angebote könnten zu einem multimedialen *Informationskontinuum* rund um die Geburt sektorübergreifend weiterentwickelt werden.
- Die pandemiebedingten Besuchseinschränkungen wurden von den Kliniken durchweg positiv eingeschätzt → inwieweit sich die aktuellen Regelungen tatsächlich auf die Stillförderung auswirken, sollte wissenschaftlich untersucht werden.
- Die stationären Liegezeiten waren in der Pandemie oftmals weiter verkürzt → mit Blick auf die Stillphysiologie wird eine vermehrte ambulante Stillunterstützung in einer nahtlos anschließenden professionellen Nachsorge notwendig.
- Über die Studienfragen hinaus war den Kliniken eine höhere Wertschätzung des Stillens im Gesundheitswesen und in der Öffentlichkeit sehr wichtig → Stillen verdient ein besseres Image und eine effektive Unterstützung.

Die Ergebnisse der SINA-Studie eröffnen wissenschaftlich gestützte Wege zu einer interprofessionellen, multimedialen ‚*Stillförderkette*‘ rund um die klinische Geburtshilfe, die Müttern und ihren Neugeborenen einen optimalen Start in das Stillen erleichtert.

2 Hintergrund und Ziele

Stillen gilt als Goldstandard der Säuglingsernährung [1]. Es wird empfohlen, Säuglinge in den ersten Lebensmonaten ausschließlich zu stillen und nach der Einführung von altersgerechter Beikost weiter zu stillen, solange Mutter und Kind dies wünschen [2, 3].

Stillen bietet zahlreiche Vorteile für Mutter und Kind. Muttermilch ist an die Bedürfnisse des Säuglings angepasst und enthält bei ausgewogener Ernährung der Mutter die für das Wachstum und die Entwicklung des Säuglings notwendigen Nährstoffe. Muttermilch gewährleistet nicht nur ein optimales Gedeihen, sondern bietet durch das Zusammenspiel der vielfältigen bioaktiven Schutz- und Wirkfaktoren auch einen relativen Schutz gegen zahlreiche infektionsbedingte sowie auch nichtinfektiöse Krankheiten. So reduziert Stillen auch in entwickelten Ländern und unter guten hygienischen Bedingungen das Risiko für Infekte der unteren Atemwege, Mittelohrentzündungen und Magen-Darm-Infektionen. Langfristig kann Stillen der Entstehung chronischer Krankheiten wie Adipositas und Diabetes mellitus Typ 2 vorbeugen [4, 5]. Stillen fördert die Gesundheit der Mutter, unter anderem durch die beschleunigte Rückbildung des Uterus und ein vermindertes Risiko für Brust- und Ovarialkrebs. Ferner unterstützt Stillen die elementar wichtige Mutter-Kind-Bindung [1]. Darüber hinaus ist Stillen umweltfreundlich und praktisch, der Aufwand für die Zubereitung von Säuglingsmilchnahrung im Haushalt entfällt und es werden erhebliche Kosten gespart.

In Anbetracht der zahlreichen Vorteile des Stillens wurde 1992 von der 45. Weltgesundheitsversammlung die *Innocenti Declaration* „zum Schutz, zur Förderung und Unterstützung des Stillens“ verabschiedet [6] und in deren Folge in Deutschland 1994 die Nationale Stillkommission (NSK) eingerichtet [7]. Hauptaufgabe der NSK ist die Förderung des Stillens in Deutschland. Dabei sollen strukturelle Probleme erkannt und beseitigt werden. Auf Grundlage des Projektes „Becoming Breastfeeding Friendly“ wurde in den letzten Jahren in Deutschland eine Nationale Stillstrategie entwickelt [8, 9].

Geburtskliniken wird international eine Schlüsselrolle bei der Stillförderung zugeschrieben. Durch das Programm „Zehn Schritte zum erfolgreichen Stillen“ der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und des Kinderhilfswerks der Vereinten Nationen (UNICEF) wurden bereits vor 30 Jahren konkrete Maßnahmen zur Förderung des Stillens empfohlen. Mit ihnen sollten Kliniken, betreuendes Personal und Eltern bzw. Mütter zum Stillen motiviert und möglichst viele Mütter zu einem langfristigen Stillerfolg geführt werden [10, 11]. Geburtskliniken sind für die Förderung des Stillens das essentielle Bindeglied zwischen der pränatalen Betreuung mit Stillinformation und -motivation der werdenden Eltern, der perinatalen Versorgung im Krankenhaus und der Überleitung in eine bedarfsgerechte Nachsorge nach der Entlassung. In Deutschland werden heute 98 % der Kinder im Rahmen der klinischen Geburtshilfe geboren.

Hintergrund und Ziele

Mit dieser einzigartigen Reichweite bieten Geburtskliniken die Möglichkeit, Mütter aller sozialen Schichten effektiv mit Maßnahmen der Stillförderung gerade in der sensiblen Phase rund um die Geburt zu erreichen.

Zum Status quo des Stillens in Deutschland liefern die beiden Studien ‚Stillen und Säuglingsernährung‘ SuSe I (1997 - 98) und SuSe II (2017 - 19) eine umfassende Datenbasis [12, 13]. Sie sind ein Baustein im Stillmonitoringkonzept der NSK [14]. Mit der Kombination aus Erfassung der Stillförderung in Geburtskliniken und der prospektiven Erhebung des Stillens bei Mutter-Kind-Paaren nach der Entlassung wird ein vielschichtiger Einblick in Determinanten des Stillens ermöglicht. Zusätzlich lassen die wiederholten Erhebungen im Abstand von 20 Jahren längerfristige Trends bei der Umsetzung der Empfehlungen bei Kliniken und Müttern erkennen [15]. Erfreulicherweise zeigen sich dabei sowohl eine verbesserte Umsetzung der Empfehlungen für die Stillförderung im Krankenhaus als auch ein Anstieg der Stillraten für das empfohlene ausschließliche Stillen in den ersten Monaten und für Teilstillen im 2. Lebenshalbjahr. Der soziale Gradient beim Stillen blieb dagegen unverändert. Mütter mit einem niedrigen sozialen Status stillten seltener und kürzer als Mütter mit einem hohen sozialen Status [13]. Diese soziale Disparität beim Stillen findet sich nicht nur in Deutschland, sondern auch in anderen europäischen Ländern, unabhängig vom allgemeinen Level des Stillens und säkularen Stilltrends [16, 17].

Wie eine Sonderauswertung des Subkollektivs der Geburtskliniken aus NRW in der SuSe II-Studie 2017 - 19 zeigte, unterschieden sich die NRW-Kliniken in sozialen Brennpunktreionen in ihrer Stillförderung nicht von den anderen NRW-Kliniken, aber die in den Brennpunkt-Kliniken entbundenen Mütter stillten seltener und kürzer als Mütter aus den anderen Kliniken [unveröffentlicht].

Im Forschungsprojekt Becoming Breastfeeding Friendly 2017-19 wurde Deutschland generell nur eine moderate Stillfreundlichkeit attestiert. Forschungsbedarf wurde insbesondere im Handlungsfeld Forschung & Evaluation identifiziert [8].

Die Covid-19-Pandemie stellt seit 2 Jahren das Gesundheitswesen, die Bevölkerung und nicht zuletzt Familien mit Kindern vor neue Herausforderungen. Das betrifft auch viele Facetten des Stillens und der Stillförderung. Neben der speziellen Versorgung infizierter Schwangerer und Wöchnerinnen können die pandemiebedingt verstärkten hygienischen Schutzmaßnahmen und die Einhaltung strenger Abstandsgebote zusätzlich die strukturellen Rahmenbedingungen in den Kliniken und das Personal in der Geburtshilfe belasten. Begrenzungen sozialer Kontakte und strenge Abstandsgebote erschweren eine individuelle Kommunikation und persönliche Beratung. Diese können aber gerade in der sensiblen Phase rund um die Geburt von entscheidender Bedeutung für die Motivation und Unterstützung beim Stillen sein. Direkt oder indirekt durch die Pandemie bedingte ökonomische Folgen belasten

Hintergrund und Ziele

vor allem Familien mit bereits begrenzten finanziellen Ressourcen. Die neue Situation kann zudem Unsicherheiten auslösen, die auch zur Vernachlässigung gesundheitlicher Vorsorge [18, 19] und zu Zweifeln an der Sicherheit des Stillens führen. Dies gilt insbesondere für Mütter, die keinen oder eingeschränkten Zugang zu fachlicher Aufklärung und Information haben.

Die verordneten Kontakteinschränkungen bieten möglicherweise aber auch Chancen für neue, innovative Ansätze in der Stillförderung und -beratung. Diese könnten in der passgenauen Ausrichtung alternativer Kommunikationsmöglichkeiten liegen, beispielsweise in Angeboten mit digitalen Medien. Diversifizierte multimodale Ansätze könnten gerade für Eltern attraktiv sein, die mit den üblichen Maßnahmen der Stillförderung nicht erreicht werden [20]. Denkbar wären auch Auswirkungen der pandemiebedingt notwendigen organisatorischen Änderungen wie beispielsweise die Reduzierung von Besucher/-innen in der Klinik, die zum Überdenken bisher üblicher Organisationsmodelle mit Blick auf die Stillförderung führen können.

In der Literatur ist seit dem Beginn der Pandemie im Frühjahr 2020 die Zahl der Publikationen zu Stillen und Covid-19 rapide angestiegen. In der Anfangsphase ging es überwiegend um infektiologische Fragen, aber nur selten um Auswirkungen der pandemiebedingten Schutzmaßnahmen auf das allgemeine Stillmanagement im Krankenhaus, die Stillberatung und -betreuung oder die Sicht der Mütter selbst auf das Stillen und mögliche Auswirkungen auf die Stillpraxis [21, 22]. Aktuelle Studien, die inzwischen auch längere mütterliche Erfahrungen mit der Covid-19-Pandemie berücksichtigen können, befassen sich vorwiegend mit dem psychischen Wohlbefinden in der Schwangerschaft und/oder postnatal. Seltener und eher nur am Rande standen Stillerfahrungen unter den Pandemiebedingungen im Fokus [23, 24].

Vor diesem Hintergrund ergibt sich die Fragestellung der SINA-Studie „Was können wir aus der Corona-Pandemie für die Stillförderung in NRW lernen?“.

Übergeordnetes Ziel des Studienkonzepts war die Stärkung der Stillförderung rund um die klinische Geburtshilfe in NRW. Vor dem Hintergrund der Corona-Pandemie als Brennglas für verstärkte oder besondere Bedarfe sollten problemorientierte Ansätze zur Verbesserung der Stillförderung ermittelt und vulnerable Gruppen besonders in den Blick genommen werden.

In einer landesweiten Erhebung sollten Geburtskliniken in NRW umfassend zum aktuellen Stillmanagement und Corona-bedingter Besonderheiten unter Berücksichtigung verschiedener Perspektiven der klinischen Geburtshilfe befragt werden: → Klinik-Studie

In einer regionalen Pilotstudie sollten Mütter aus großen Geburtskliniken in sozialen Brennpunktregionen in NRW exemplarisch zu ihren Still- und Unterstützungserfahrungen vor und während der Pandemie befragt werden: → Mütter-Studie

Aus den Ergebnissen des mehrschichtigen Projektes und der gemeinsamen Interpretation der Klinik- und der Mütterstudie sollten modellhaft für NRW aktuelle, wissenschaftlich basierte, problemorientierte Empfehlungen für die Stillförderung rund um die klinische Geburtshilfe und prä- und poststationäre Anknüpfungspunkte entwickelt werden. Die Ergebnisse sind auch für verschiedene Themenbereiche der Nationalen Stillstrategie bedeutsam.

3 Projektübergreifende Strukturen

3.1 Klinikstudie und Mütterstudie

Das mehrschichtig angelegte Konzept der SINA-Studie sollte die Chance eröffnen, Vorstellungen und Erfahrungen zum Stillen aus Sicht von Geburtskliniken und Müttern unter Pandemiebedingungen gemeinsam zu betrachten. Dazu waren in der ‚Klinikstudie‘ einmalige NRW-weite Befragungen in Form von leitfadengestützten Telefon-Interviews mit der Klinikleitung und der Station geplant. Parallel dazu war eine regionale ‚Mütterstudie‘ mit prospektiven, zweimaligen, webbasierten Befragungen von Müttern in den ersten 2 Monaten nach der Geburt vorgesehen (**Abbildung 1**). Unter Berücksichtigung des dynamischen Pandemiegeschehens und wechselnder Regelungen für Kliniken und Mütter musste die ursprünglich geplante Feldphase mit den Erhebungen bei Kliniken und Müttern von 3 Monaten auf 6 Monate (Oktober 2021 - März 2022) ausgedehnt werden.



Abbildung 1 Projektstruktur der SINA-Studie

3.2 Externe Expertise

Über den gesamten Studienzeitraum war Frau PD Dr. med. Erika Sievers, MPH, Ärztin für Kinder- und Jugendmedizin, Neonatologie, beratend in die Studie eingebunden, insbesondere zu Fragen wie Stillförderung, vulnerable Gruppen, Gesundheitssysteme sowie bei der Interpretation der Daten und der Ableitung von Empfehlungen.

Ein informeller Expertenbeirat stand für punktuelle Beratungen, speziell zu Fragen aus dem Gebiet der Geburtshilfe, zur Verfügung. Insbesondere wurde die Spezifizierung der Corona-bezogenen Themen der Klinikinterviews besprochen. In dem Beirat waren die 4 größten Geburtskliniken im Raum Bochum – Dortmund mit ihren Leitungen vertreten:

Bochum

- Klinik für Geburtshilfe, Augusta-Kranken-Anstalt Bochum, Benedikt Gottschlich, lfd. Arzt
- Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, Kath. Klinikum Bochum Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum, PD Dr. Peter Kern

Dortmund

- Frauenklinik, Klinikum Dortmund, Prof. Dr. Thomas Schwenzer
- Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, St.-Johannes-Hospital Dortmund, PD Dr. Georg Kunz, Sabine Peters

Der sozialräumliche Hintergrund der 4 Kliniken spiegelte die soziodemographische Vielfalt und die Herausforderungen der Stillförderung in sozialen Brennpunkten wider. Deshalb wurden in diesen Kliniken auch die Mütter für die Mütterstudie rekrutiert.

3.3 Ethische Anforderungen

Für die SINA-Studie wurde das Votum der Ethik-Kommission der Ruhr-Universität Bochum eingeholt (Eingang 20.08.2021; Reg.-Nr. 21-7322). Voraussetzung für die Teilnahme an den Befragungen war das informierte, schriftliche Einverständnis der Befragten aus den Kliniken und der Mütter. Den Belangen des Datenschutzes wurde Rechnung getragen.

Die SINA-Studie wurde beim Deutschen Register Klinischer Studien registriert (DRKS00027975).

3.4 SuSe-Studie als methodischer Ausgangspunkt

Für die methodische Konzipierung der SINA-Studie wurden Erfahrungen aus der SuSe II-Studie mit herangezogen. Für die Kliniken wurde die Studienteilnahme auf ein einmaliges Interview für Klinikleitung und die Station beschränkt, um die Teilnahmebereitschaft zu erhöhen. In SuSe hatten die Kliniken das FKE zusätzlich bei der Rekrutierung der Mütter für die prospektive Befragung unterstützt. In SINA übernahm dagegen das Studienteam die

Rekrutierung der Mütter. Die Mütterbefragung wurde weitgehend analog zur SuSe-Studie durchgeführt, indem das SuSe-Online-Befragungssystem des Fraunhofer-Instituts für Software und Systemtechnik (ISST) Dortmund an den aktuellen Bedarf angepasst wurde.

In den Fragebögen für Kliniken und Mütter wurde ein Standardset zu Routinen und vorpandemischen ‚Normalbedingungen‘ aus SuSe übernommen. Hierdurch wurden Vergleiche der bundesweiten SuSe-Ergebnisse mit den landesweiten SINA-Ergebnissen möglich. Fragen zu den Themen der Corona-Pandemie, zu Sozialstatus und Diversität wurden neu entwickelt bzw. angepasst und kamen ergänzend hinzu. Vergleiche mit den Erfahrungen vor der Pandemie wurden durch die Teilgruppe der Mütter möglich, die mindestens ein früheres Kind noch vor der Pandemie geboren hatten.

3.5 Öffentlichkeitsarbeit

Für die SINA-Studie wurden in bewährter Zusammenarbeit mit einer erfahrenen Kommunikationsagentur attraktive Informationsmedien für Kliniken und Mütter entwickelt. Das Studienkürzel ‚SINA - Stillen in NRW‘ war in der Gestaltung an das SuSe-Logo und die SuSe-Website angelehnt und sollte eine Wiedererkennung der Stillstudien erleichtern. Die verschiedenen Ausfertigungen des SINA-Logos erlauben zusätzlichen einen variablen Einsatz je nach Bedarf (**Abbildung 2**).



Abbildung 2 Varianten des SINA-Logos

Um weitgehender bei den Zielgruppen und in der Allgemeinbevölkerung auf die Studie aufmerksam zu machen, wurde eine informative, übersichtlich gestaltete Website entwickelt, angelehnt an die SuSe-Website. Beide Websites wurden unter www.stillstudien.de zu einem gemeinsamen Webauftritt vereinigt, der in der Feldphase der SINA-Studie geöffnet wurde (**Abbildung 3**).

Stillen in Zeiten von Corona

Beratung und Betreuung helfen Müttern, ihr Baby lange zu stillen. Die Studie ermittelt, wie das unter Kontaktbeschränkungen funktioniert.

Kontaktbeschränkungen und Abstandsgebote durch die Corona-Pandemie können besonders in der sensiblen Phase des Stillbeginns hinderlich sein. Ihr Einfluss auf das Stillen und mögliche Lehren, wie man mit der Situation gut umgehen kann, sind Hauptfragestellungen der Studie „Stillen in Nordrhein-Westfalen“, kurz SINA. **Aus den Ergebnissen sollen Empfehlungen zur Stillförderung in der aktuellen Situation abgeleitet sowie weitere Erkenntnisse für die inhaltliche und strukturelle Weiterentwicklung der Stillförderung in NRW gewonnen werden.**

Das Projekt wird vom Forschungsdepartment Kinderernährung (FKE) der Universitätskinderklinik der Ruhr-Universität Bochum (RUB) durchgeführt und vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW gefördert.

Abbildung 3 SINA-Website (Ausschnitt; <https://www.stillstudien.de/sina/>)

Parallel dazu wurde von der Ruhr-Universität Bochum eine Pressemeldung zur SINA-Studie herausgegeben (**Abbildung 4**), einschließlich eines Beitrags des Ministers für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW.

<https://news.rub.de/presseinformationen/wissenschaft/2021-11-30-studie-stillen-zeiten-von-corona>



Abbildung 4 Pressemitteilung der Ruhr-Universität Bochum zur SINA-Studie (Ausschnitt)

Als Anerkennung für die Kliniken wurde eine Urkunde entwickelt, die vor Ort als bleibender Hinweis auf die Studie und die Teilnahme der Klinik dienen kann (**Abbildung 5**). Die Urkunde wurde über die Studienwebsite <https://stillstudien.de/sina/> beispielhaft veröffentlicht.



Abbildung 5 Beispielhafte Teilnahmeurkunde für die Kliniken

4 Klinikstudie

4.1 Methoden

4.1.1 Rekrutierung

Auf der Grundlage der Liste aller Geburten in Kliniken in Deutschland im Jahr 2020 [25] wurden die Geburtskliniken in NRW identifiziert (n = 135). Sie bildeten die Grundgesamtheit der vorliegenden Studie und wurden mit Hilfe von Zufallszahlen in 3 gleich große Gruppen randomisiert (**Abbildung 6**).

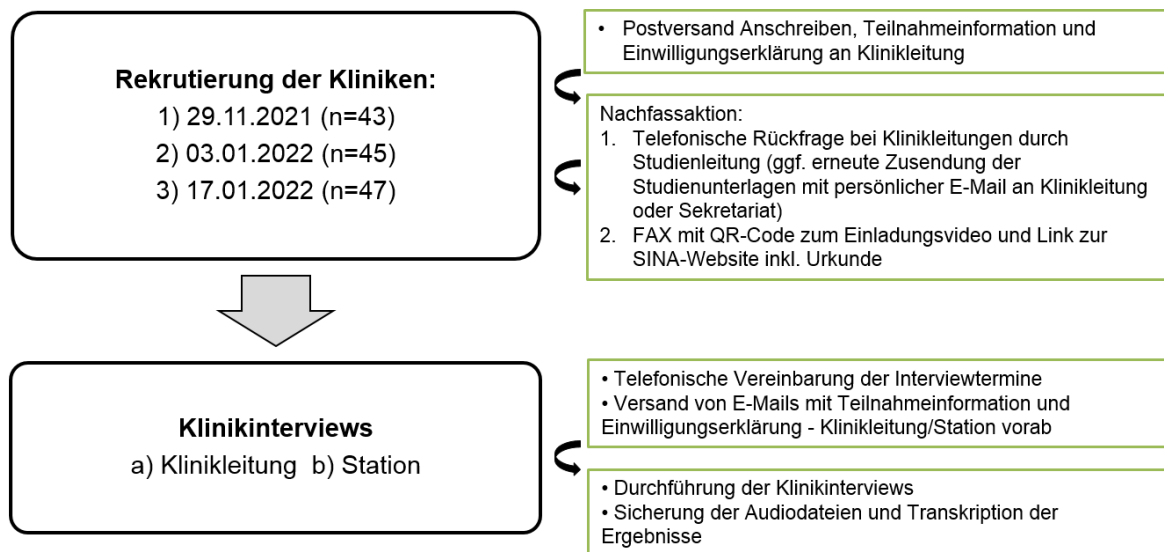


Abbildung 6 Ablaufplan Kliniken

Die Gruppen wurden zeitversetzt in 3 Wellen im Zeitraum vom 29.11.2021 bis 17.01.2022 von der Leitung der Universitätskinderklinik Bochum und der SINA-Studienleitung mit postalischem Anschreiben zur Studienteilnahme eingeladen. Parallel wurde zum Start der Rekrutierung die SINA-Website und die Pressemitteilung der Ruhr-Universität Bochum zur SINA-Studie veröffentlicht.

Das Einladungsschreiben mit Informationen über die Ziele der Studie und den Studienablauf (**Anlage 1**) war an die Leitung der Klinik bzw. der Geburtshilflichen Abteilung gerichtet. In dem Schreiben wurden die Kliniken gebeten an zwei getrennten Telefon-Interviews, jeweils mit der Klinikleitung und der für das Stillen auf der Station verantwortlichen Person, teilzunehmen. Als Anerkennung für die Teilnahme wurde der Klinikleitung ein Acknowledgement in der Publikation zur SINA-Studie und der Station eine materielle Anerkennung in Höhe von ca. 30 Euro angeboten.

Neben einer detaillierten Teilnahmeinformation (**Anlage 2**) einschließlich Angaben zum Datenschutz war dem Einladungsschreiben ein Antwortformular (**Anlage 3**) samt Freiumschlag an das Studienzentrum im FKE beigelegt, auf dem die Bereitschaft zur Teilnahme bzw. die Nicht-Teilnahme (und Gründe dafür) mitgeteilt werden sollte. Bei Teilnahme der Klinik sollte

des Weiteren der Name einer Kontaktperson für die Stationsbefragung angegeben werden. Zudem konnte angekreuzt werden, ob die Klinik alternativ zur Befragung per Telefon ein Online-Interview wünschte. Wahlweise konnte das Antwortschreiben von den Kliniken auch per Fax oder E-Mail an das FKE übermittelt werden.

Aufgrund der anfänglich geringen Responserate der Kliniken in der ersten Welle wurde umgehend ein mehrstufiges Konzept für Nachfassaktionen entwickelt. Dabei wurde der Expertenbeirat einbezogen und zu potentiell förderlichen und hinderlichen Faktoren für die Teilnahme an der Studie unter den aktuellen pandemischen Rahmenbedingungen befragt. Zusammenfassend gab der Beirat folgende Einschätzungen:

Aktuelle Relevanz	Stillen ist ein sehr relevantes Thema für Geburtskliniken, auch in Zeiten der Pandemie.
Bedeutung der Finanzierungsquelle	Die Förderung durch das Land NRW ist eher ein positives Merkmal in der Wahrnehmung der Studie.
Zeitaufwand	Der zusätzliche Zeitaufwand für die Kliniken durch die Befragung ist trotz der in der Pandemie noch verschärften allgemeinen Arbeitsbelastungen nicht unrealistisch.
Vorgehen bei der Einladung	Die schriftliche Form der Einladung per Post allein ist erfahrungsgemäß nicht in jedem Fall ausreichend, um von der Klinikleitung in ihrer Bedeutung wahrgenommen zu werden. Der zusätzliche Versand der Unterlagen per E-Mail und ggf. eine persönliche telefonische Erinnerung der Klinikleitung dürfte die Effektivität der Einladung erhöhen und wird von den Experten befürwortet.

Daraufhin wurde das folgende Schema für eine Nachfassaktion konzipiert und umgesetzt:

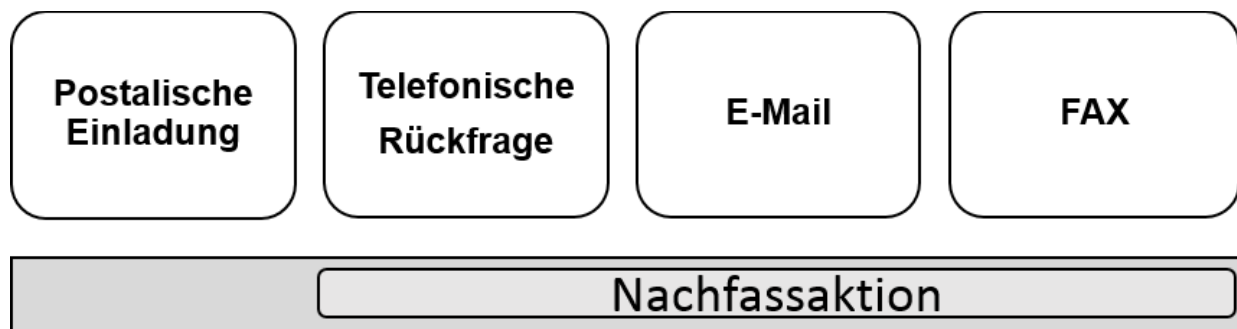


Abbildung 7 Schematische Darstellung der Nachfassaktion bei den Kliniken

Hatten Kliniken dem FKE ein bis zwei Wochen nach Versand des Einladungsschreibens noch keine Rückmeldung gegeben, nahm die Studienleiterin mit den Kliniken über das Sekretariat / Vorzimmer der Klinikleitung telefonisch Kontakt auf und erkundigte sich nach dem Eingang des Einladungsschreibens. Je nach Situation wurden Einladung und Studienunterlagen per E-Mail persönlich oder über das Sekretariat erneut an die Klinikleitung geschickt. Reagierte eine Klinik weder auf das postalische noch das Einladungsschreiben per E-Mail, erhielt sie zusätzlich ein Informations-Fax mit einem QR-Code und einem Link zu einer Einladung der Studienleiterin per Video und zur Studienwebsite (**Anlage 4**). In dem Video wurde die Studie kurz vorgestellt und die Klinik zur Teilnahme aufgerufen. Zusätzlich wurden weitere Informationen zur Studienteilnahme einschließlich eines schematischen Ablaufplans für die Kliniken auf die SINA-Website gestellt.

4.1.2 Interviews

Nach Eingang der grundsätzlichen Zusage und Benennung der Kontaktperson für die Stationsbefragung erfolgte die individuelle Terminvereinbarung für die Interviews mit den Kliniken, getrennt für die Klinikleitung und die Station. Kurz vor den vereinbarten Terminen erhielten die Interviewpartner per E-Mail eine Einwilligungserklärung zur Teilnahme am Interview (**Anlage 5**). Diese sollte gleichzeitig als Terminerinnerung fungieren. Das Stationspersonal erhielt außerdem eine spezifische Studieninformation (**Anlage 6**).

Für die inhaltliche Feinstrukturierung der Befragungsthemen wurde die Einschätzung des Expertenbeirats vor Erstellung der Fragebögen im persönlichen Gespräch vor Ort durch die Studienleitung eingeholt, protokolliert von einer Studienmitarbeiterin und mit Audiorecorder aufgezeichnet. Schwerpunktthemen waren übergeordnete strukturelle Voraussetzungen für die Stillförderung, die ärztlich-pflegerische Umsetzung und das atmosphärische Stillumfeld, jeweils vor und während der Pandemie.

Beim Aufbau der Interviews wurden Fragen der SuSe-II-Studie für die Erfassung von Standardroutinen des Stillmanagements zugrunde gelegt und durch pandemiebezogene Themen

sowie Fragen zu Fokusthemen im Kontext vulnerabler Gruppen umfassend erweitert. Der Schwerpunkt der Befragungen der Klinikleitungen lag bei übergeordnet-strukturellen Themen, während bei der für das Stillen verantwortlichen Person der Station eher praxisnahe Fragen zum Stillmanagement im Vordergrund standen. Thematisiert wurden in den Interviews unter anderem Änderungen bzw. Besonderheiten der Betreuungs- und Beratungsstrukturen und -routinen unter Corona-Bedingungen, besondere Herausforderungen bei vulnerablen Gruppen sowie die persönliche Bewertung der Pandemie-Situation und der getroffenen Maßnahmen.

Die Telefoninterviews mit den Kliniken erfolgten als teilstandardisierte Interviews auf der Grundlage eines schriftlich vorliegenden Leitfadens, in dem Fragen mit vorgegebenen Antwortmöglichkeiten und Fragen mit offenen Antwortmöglichkeiten (Freitext) enthalten waren, gegliedert nach den thematischen Schwerpunkten (**Anlagen 7 und 8**).

Die Interviews mit den Klinikleitungen wurden von der Studienleiterin persönlich und die Stationsinterviews von Mitarbeiterinnen des Studienteams geführt. Die Antworten wurden von einer zweiten Person des Studienteams direkt in ein digitales Befragungstool (Microsoft Forms) übertragen. Zusätzlich wurde jedes Interview per Audiorecorder aufgezeichnet. Für die Interviews mit den Klinikleitungen war eine Dauer von ca. 15 Minuten und für die Station von ca. 25 Minuten vorgesehen. Die Informationen aus den Audio-Dateien wurden konsekutiv von der externen Expertin kommentiert und interpretiert.

4.1.3 Datenverarbeitung

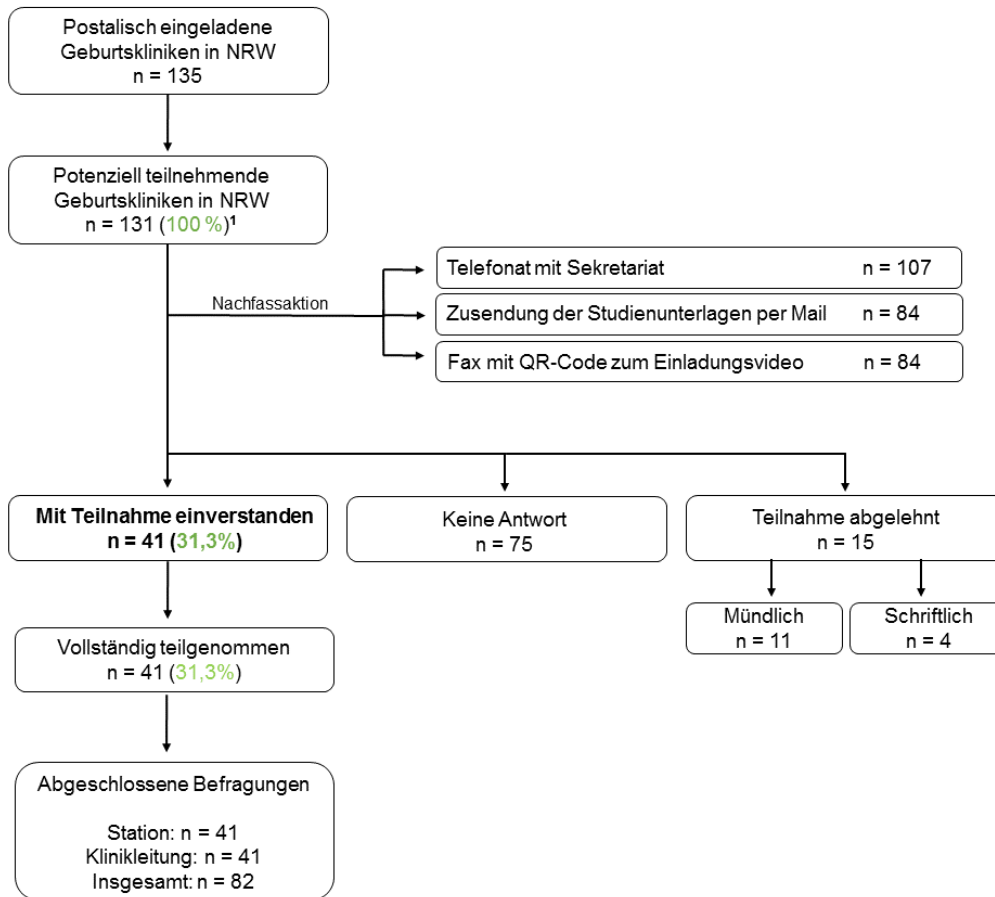
Nach den Interviews wurden unklare Antworten mit den beiden beim Interview anwesenden Personen besprochen und geklärt. Bei Bedarf wurde die Audiodatei hinzugezogen. Für detaillierte Auswertungen wurden die Audio-Aufnahmen transkribiert, unter Verwendung der in Microsoft Word online integrierten Transkriptionsapplikation. Die Codierung der Fragen mit vorgegebenen Antwortmöglichkeiten erfolgte anhand eines schriftlich vorliegenden Code-Plans (deduktive Kategorisierung). Für die Fragen mit offenen Antwortmöglichkeiten wurden die Kategorien direkt aus den freien Antworten generiert, wobei der Textsinn erst während des Bearbeitens inhaltlich gruppiert wird (induktive Kategorisierung).

Für die statistische Auswertung wurde die SPSS®-Software (IBM SPSS 28 Statistics) verwendet. Die deskriptiven Auswertungen erfolgten als Berechnung prozentualer Anteile, relativer und absoluter Häufigkeiten. Für die Auswertung der einzelnen Fragen(kategorien) wurden jeweils die Kollektive mit verwertbaren Antworten (Daten) als 100 % zugrunde gelegt. Zur Beschreibung der Verteilung der Variablen wurden folgende Lage- und Streuungsmaße verwendet: arithmetisches Mittel (MW), Median (Md.), Spannweite zwischen dem minimalen und dem maximalen Wert (Min.; Max.) und Interquartilsabstand zwischen dem 25%-Perzentil und dem 75%-Perzentil (P25; P75).

4.2 Ergebnisse

4.2.1 Rekrutierung

Auf der Basis der ‚Milupa Geburtenliste 2020‘ [25] wurden 135 Geburtskliniken in NRW identifiziert und entsprechend dem Rekrutierungskonzept postalisch eingeladen (**Abbildung 8**).



¹ Ausgeschlossene Kliniken n= 4 (Gründe: Fusion mit anderer Klinik, zur Zeit keine Geburtshilfe/Klinikleitung)

Abbildung 8 Flussdiagramm der Klinikrekrutierung

Im Zuge des Nachfassens wurden 4 Kliniken ausgeschlossen, da sie entweder mit einer anderen eingeladenen Klinik fusioniert waren oder aktuell keine Geburtshilfe anboten. Somit ergab sich eine Gesamtheit von 131 potentiellen Teilnehmern der Klinikstudie. Im Rahmen der Nachfassaktion wurden 107 Kliniken, von denen noch keine Rückantwort eingegangen war, per Telefon kontaktiert. Von diesen erhielten 84 Kliniken die Einladungsinformationen erneut mit persönlicher Email und im Abstand von 2 - 3 Wochen ein Erinnerungs-FAX.

Insgesamt erklärten 41 Klinikleitungen (31,3 %) ihre Teilnahmebereitschaft, 15 Kliniken lehnten die Teilnahme aktiv ab, überwiegend im Rahmen des Nachfassens. Hauptsächlichste Begründung der Nichtteilnahme war Zeit- bzw. Personalmangel. Bei allen 41 teilnahmebereiten Kliniken konnten die geplanten Interviews mit der Klinikleitung und der Station durchgeführt werden, sodass insgesamt 82 Interviews in der Klinikstudie in die Auswertung eingingen.

4.2.2 Strukturelle Merkmale der Kliniken

Klinik

Die teilnehmenden Kliniken hatten weit überwiegend eine freigemeinnützige Trägerschaft (58,5 %), gefolgt von einer Trägerschaft der Öffentlichen Hand (34,1 %).

Tabelle 4.1 Wer ist der Träger Ihrer Klinik?

Träger der Klinik	Häufigkeit (n = 41)	
	n	%
Freigemeinnützig	24	58,5
Öffentliche Hand	14	34,1
Privat	3	7,3

Nahezu alle Kliniken (n = 38, 92,7 %) waren an der Akademischen Lehre beteiligt.

Die perinatalmedizinische Versorgungsstufe I war am häufigsten im Klinikkollektiv vertreten (47,5 %), gefolgt von der Versorgungsstufe IV (37,5 %).

Tabelle 4.2 Zu welcher perinatalmedizinischen Versorgungsstufe gehört Ihre Klinik?

Perinatalmedizinische Versorgungsstufe	Häufigkeit (n = 40)	
	n	%
Versorgungsstufe I (Perinatalzentrum Level 1)	19	47,5
Versorgungsstufe IV (Geburtsklinik (Geburtshilfliche Abteilung ohne angeschlossene Kinderklinik))	15	37,5
Versorgungsstufe III (Perinataler Schwerpunkt (Geburtshilfliche Abteilung mit angeschlossener Kinderklinik))	5	12,5
Versorgungsstufe II (Perinatalzentrum Level 2)	1	2,5

Über eine Zertifizierung durch die Initiative ‚Babyfreundlich‘ verfügten 12 Kliniken (29,3 %). Die nicht-zertifizierten Kliniken (n = 29) planten mehrheitlich (75,9 %) in nächster Zeit keine Zertifizierung. Der Anteil ‚babyfreundlicher‘ Kliniken war geringfügig höher als in SuSe II (25,7 %).

Die Geburtenzahl im Jahr 2021 betrug im Durchschnitt 1620 Geburten (Md. 1594, Min. 430, Max. 3619).

Meist (n = 25; 61 %) handelte es sich um Kliniken mit einer Geburtenzahl zwischen 1000 bis 1999 Geburten (**Abbildung 9**). Im Vergleich zur Gesamtheit aller Geburtskliniken in NRW (und den Angaben in der ‚Geburtenliste 2020‘, [25]) ist diese Kategorie der jährlichen Geburten im SINA-Kollektiv häufiger vertreten.

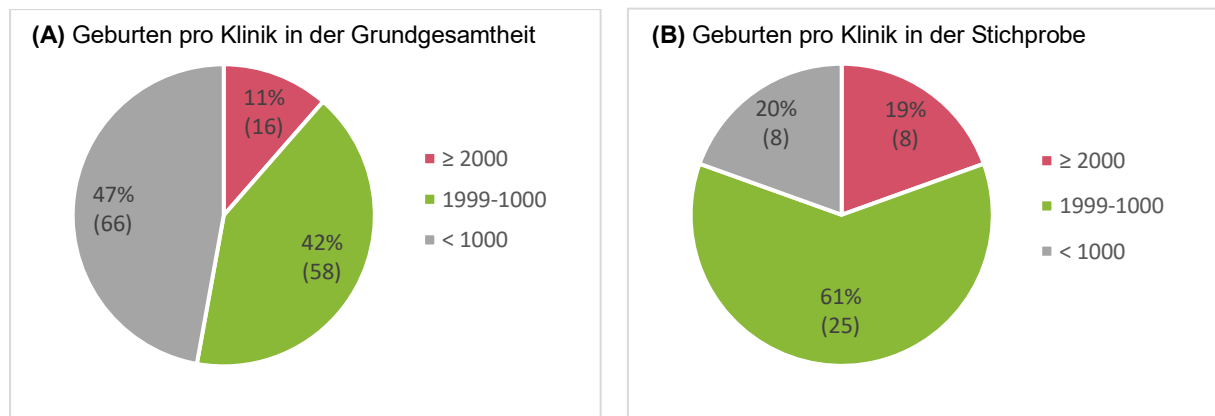


Abbildung 9 Geburten pro Jahr in den Kliniken in der Grundgesamtheit (A) und in der SINA-Stichprobe (B)

Die Kliniken waren weit über NRW verteilt (**Abbildung 10**).

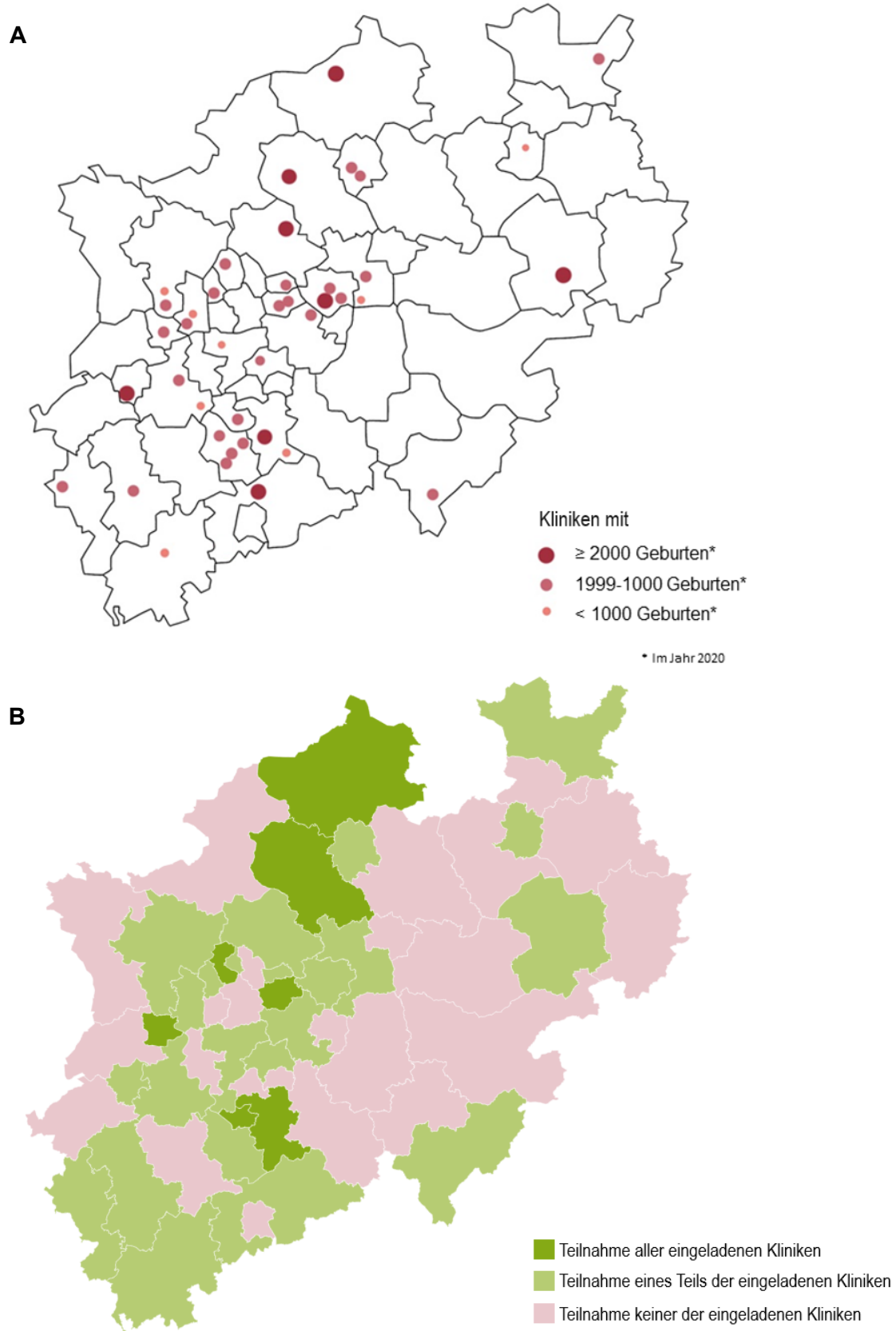


Abbildung 10 NRW-Landkarte mit den teilnehmenden Geburtskliniken kategorisiert nach Geburtenzahl (A) und mit der Verteilung der teilnehmenden Kliniken im Vergleich zu allen eingeladenen Kliniken (B)

Die Klinikleitungen wurden im Interview gebeten, den sozioökonomischen Status, der überwiegend das Einzugsgebiet ihrer Klinik prägt, mit Blick auf die Stillförderung einzuschätzen. Als Kriterien sollten beispielsweise das Ausmaß von Arbeitslosigkeit oder Haushalten in der Grundsicherung (Hartz-IV) dienen. Die Mehrheit der Klinikleitungen ordnete ihr Einzugsgebiet einem mittleren sozioökonomischen Status zu (56,1 %), ein hoher bzw. niedriger Status kam seltener vor.

Tabelle 4.3 Welcher sozioökonomische Status prägt das Einzugsgebiet Ihrer Klinik mit Blick auf die Stillförderung?

Sozioökonomische Status	Häufigkeit (n = 41)	
	n	%
Mittlerer sozioökonomischer Status	23	56,1
Niedriger sozioökonomischer Status	10	24,4
Hoher sozioökonomischer Status	8	19,5

Geburtshilfliche Station

Strukturell-organisatorisch

Bei der Frage nach den räumlichen Kapazitäten der Station lag ein Schwerpunkt auf der Situation bei Einzel- und Familienzimmern. In der Regel wurde die Nutzung der Räume schon vor der Pandemie soweit möglich flexibel gehandhabt. Während der Pandemie hatte es in der großen Mehrheit der Kliniken hinsichtlich der Möglichkeiten zur Bereitstellung von Einzelzimmern (80,6 %) und Familienzimmern (81,1 %) keine Änderungen gegeben.

Mit der jetzigen räumlichen Ausstattung der Station konnte nur etwa die Hälfte der Klinikleitungen (55,0 %) ihre eigenen Vorstellungen von der Stillförderung gut umsetzen. Als Verbesserungswünsche wurden beispielsweise mehr Familienzimmer oder mehr Multifunktionsräume zur Nutzung rund um das Stillen und die Stillberatung genannt.

Tabelle 4.4 Können Sie mit der jetzigen räumlichen Ausstattung Ihre Vorstellungen von der Stillförderung umsetzen?

Räumliche Ausstattung für Stillförderung	Häufigkeit (n = 40)	
	n	%
Ja	22	55,0
Teilweise	9	22,5
Nein	9	22,5

Als Liegedauer der Wöchnerinnen ergab sich vor der Pandemie bei einer vaginalen Entbindung ein Durchschnittswert von 2,6 Tagen, bei einer Sectio von 3,6 Tagen. In 60 % der Kliniken war die Liegedauer in der Pandemie verkürzt. Befragt nach der aus ihrer Sicht optimalen Liegedauer für die Stillförderung befürworteten 57,9 % der Klinikleitungen 3 oder 4 Tage, weitere 15,8 % sprachen sich für individuelle Lösungen aus.

Tabelle 4.5 Wie war die durchschnittliche Liegedauer der Wöchnerinnen nach einer vaginalen Geburt oder einer Sectio auf der Station vor der Pandemie?

Liegedauer	MW	Md.	Min.	Max.
Nach einer vaginalen Geburt (n = 40)	2,55	2,5	2,0	3,7
Nach einer Sectio (n = 38)	3,55	3,5	2,0	5,0

Tabelle 4.6 Hat sich die durchschnittliche Liegedauer jetzt in der Pandemie verändert?

Veränderung der Liegedauer	Häufigkeit (n = 40)	
	n	%
Ja, Liegedauer ist jetzt kürzer	24	60,0
Nein	16	40,0
Ja, Liegedauer ist jetzt länger	0	0,0

Tabelle 4.7 Und welche Liegedauer wäre aus Ihrer Sicht optimal für die Stillförderung?

Optimale Liegedauer	Häufigkeit (n = 38)	
	n	%
3 Tage	14	36,8
4 Tage	8	21,1
<3 Tage	8	21,1
Individuell	6	15,8
Sonstiges	2	5,3

Sonstiges: Stillförderung hauptsächlich zu Hause (n = 1); Stillförderung unabhängig von Liegedauer (n = 1)

Pflege/Betreuung

Einen Hebammenkreißsaal, ein Betreuungskonzept in Ergänzung des ärztlich geleiteten Kreißsaals, boten im Studienkollektiv 5 Kliniken (12,2 %) an, 9 Kliniken (22,0 %) planten eine Einrichtung und 7 Kliniken (17,1 %) waren diesbezüglich (noch) unentschieden. Eine integrative Wochenbettpflege, in der Mutter und Kind gemeinsam auf der Wochenbettstation betreut werden, war in den Kliniken mit wenigen Ausnahmen (n = 3, 7,3 %) vorhanden.

Die Klinikleitungen wurden auch zur spezifischen Personalbesetzung für die Stillberatung an ihrer Klinik befragt. Fachkräfte für die Stillberatung, die über eine einschlägige Ausbildung/Qualifikation verfügten, zum Beispiel als Still- und Laktationsberater/-in, gab es mit einer Ausnahme an allen Kliniken. Hebammen oder weiteres pflegerisches oder ärztliches Personal mit einer Zusatzqualifikation für die Stillberatung waren in etwa der Hälfte bzw. Dreiviertel der Kliniken zusätzlich vertreten.

Tabelle 4.8 Gab es vor der Pandemie auf der Station qualifiziertes Personal?

Qualifikation Stillberatung	Häufigkeit (n = 41)	
	n	%
Spezielle Stillberater/-innen		
Ja	40	97,6
Nein	1	2,4
Hebamme mit Zusatzausbildung		
Ja	20	48,8
Nein	18	43,9
Weiß nicht	3	7,3
Pflegerisches oder ärztliches Personal mit Zusatzqualifikation		
Ja	30	73,2
Nein	9	22,0
Weiß nicht	2	4,9

Veränderungen in der Personalbesetzung für die Stillberatung durch die Pandemie wurden in der großen Mehrheit der Kliniken (n = 38, 92,7 %) nicht berichtet.

Stillbeauftragte gab es in Zweidrittel der Kliniken (n = 26, 66,7 %). Kliniken, bei denen eine Spezifikation möglich war (n = 18), veranschlagten für diese Aufgaben im Mittel einen Zeitaufwand von 30,5 Std./Woche (Md. 29 Std./Woche, Min. 4 Std./Woche, Max. 60 Std./Woche). Durch die Pandemie war es mehrheitlich nicht zu Veränderungen des Zeitaufwandes gekommen, ggf. bedeuteten Änderungen meist eine Erhöhung des Aufwandes.

4.2.3 Stillpraxis

Zum Themenkomplex der Stillpraxis auf der Station wurde die von der Klinikleitung benannte Person der Station interviewt.

Stillbeginn

Unmittelbarer Hautkontakt mit der Mutter wurde gesunden reifen Neugeborenen nach einer vaginalen Geburt in 40/41 Kliniken ermöglicht (n = 1 ohne Angabe), nach einer Sectio in 29/41 Kliniken (70,7 %). Das erste Anlegen der gesunden reifen Neugeborenen erfolgte nach einer vaginalen Geburt in 18 Kliniken (43,9 %) innerhalb der ersten Stunde nach der Geburt, nach einer Sectio war dies in 12 Kliniken (29,3 %) der Fall.

Tabelle 4.9 Wann wird bei Ihnen ein gesundes Neugeborenes in der Regel zum ersten Mal angelegt?

Erstes Anlegen nach der Geburt	Häufigkeit (n = 41)			
	Vaginal		Sectio	
	n	%	n	%
Innerhalb der ersten zwei Stunden nach der Geburt	22	53,7	21	51,2
Innerhalb der ersten Stunde nach Geburt	18	43,9	12	29,3
Später	1	2,4	4	9,8
Weiß nicht	0	0,0	4	9,8

Der Zeitpunkt für das erste Anlegen nach einer vaginalen Geburt lag in 29 Kliniken (70,7 %) noch vor Maßnahmen wie dem Wiegen und Waschen des Neugeborenen, nach einer Sectio war dies in 20 Kliniken (48,8 %) der Fall. Eine Anleitung beim ersten Anlegen war in der großen Mehrheit der Kliniken (n = 33, 80,5 %) die Standardroutine und wurde meist auch in der Pflegedokumentation festgehalten. Pandemiebedingte Hygienemaßnahmen hatten nach Einschätzung des Stationspersonals in der großen Mehrheit der Kliniken (n = 36, 87,8 %) nicht zu Erschwernissen beim Stillbeginn geführt.

Stillregelungen

Das sogenannte ‚Stillen nach Bedarf‘ wurde in verschiedenen Varianten gehandhabt, meist orientiert an einer Mindestzahl von Stillmahlzeiten über 24 Stunden. Stillen nach einem festgelegten Zeitplan war in keiner Klinik gebräuchlich.

Tabelle 4.10 Welche Regelungen für die Zeitpunkte des Stillens im Tagesverlauf treffen am ehesten auf Ihre Station zu? (Mehrfachnennungen möglich)

Stillen im Tagesverlauf	Häufigkeit (n = 41)	
	n	%
Die Neugeborenen sollen mind. 8 mal innerhalb von 24 h, aber ohne festgelegten Zeitplan, gestillt werden	25	61,0
Das Stillen erfolgt nach Bedürfnissen des Kindes und der Mutter	22	53,7
Die Neugeborenen sollen mind. 10 mal innerhalb von 24 h, aber ohne festgelegten Zeitplan, gestillt werden	14	34,1
Das Stillen erfolgt nach einem festgelegten Zeitplan für alle Kinder	0	0,0

Über das Gedeihen der Neugeborenen orientierten sich die meisten Kliniken (n = 37, 90,2 %) durch einmal tägliches Wiegen, daneben auch am klinischen Eindruck (n = 23, 56,1 %) und/oder wendeten andere Wiegeoptionen an (n = 8, 19,5 %) (Mehrfachnennungen).

Richtlinien für die Reinigung von Händen und Brust gab es vor der Pandemie in 25 Kliniken (61,0 %). Lediglich eine Klinik verschärfte während der Pandemie die diesbezüglichen Richtlinien.

Stillhilfsmittel

Stillhilfsmittel verschiedenster Art und Indikation wurden auf den Stationen vorrätig gehalten, genannt wurden beispielsweise Stillhütchen oder Milchpumpen. Ob der Einsatz von Stillhilfsmitteln sinnvollerweise von individueller professioneller Beratung und Betreuung der Mutter begleitet wurde, wurde nicht erfragt.

Zufüttern

Für eine eventuell notwendige Gabe von Zusatzflüssigkeiten bei gesunden, gestillten Neugeborenen war in der großen Mehrheit der Kliniken (n = 37, 90,2 %) industriell hergestellte Säuglingsanfangsnahrung vorhanden, deutlich seltener auch spezielle Energiesupplemente für Neugeborene (n = 11, 26,8 %) und industriell hergestellte Kohlenhydratlösungen (n = 8, 19,5 %). Zwei Kliniken nannten Wasser, eine Klinik bot keine Zusatzflüssigkeiten an (Mehrfachnennungen).

Während der Pandemie hatte sich am Angebot an Zusatzflüssigkeiten in den Kliniken mit Ausnahme einer Klinik nichts geändert. Die Häufigkeit des Einsatzes von Zufütterung wurde nicht erhoben.

Richtlinien für die Zufütterung von Flüssigkeiten an gesunde gestillte Neugeborene in den ersten 3 Tagen nach der Geburt hatte die große Mehrheit der Kliniken (n = 37, 90,2 %). In diesen Kliniken erfolgte (mit Ausnahme einer Klinik) das Zufüttern in der Regel nur bei spezieller Indikation.

An der Entscheidung über das Füttern von Säuglingsmilch bei gesunden, gestillten Neugeborenen waren in den Kliniken verschiedene ärztliche und pflegerische Professionen und überwiegend auch die Mütter beteiligt (Mehrfachnennungen).

Tabelle 4.11 Wer entscheidet in der Regel über das Füttern von Säuglingsmilch bei gesunden gestillten Neugeborenen auf der Station? (Mehrfachnennungen möglich)

Entscheidung Säuglingsmilch	Häufigkeit (n = 41)	
	n	%
Mutter	32	78,0
Betreuende/-r Pfleger/-in	26	63,4
Behandelnde/-r Kinderarzt/-ärztin	23	56,1
Betreuende Hebamme	8	19,5
Behandelnde/-r Gynäkologe/Gynäkologin	1	2,4
Sonstiges	6	14,6

Sonstiges: Stillberatung (n = 3); gesamtes Team (n = 2); unklar (n = 1)

Nur 2 Stationen berichteten, dass Mütter in der Pandemie häufiger als vorher den Wunsch nach Zufütterung von Säuglingsmilch geäußert hatten.

Im Falle einer Zufütterung bei gesunden, gestillten Neugeborenen kamen auf den Stationen neben der Flaschenfütterung (n = 20, 48,8 %) auch verschiedene alternative Fütterungsmethoden (n = 34, 82,9 %) zum Einsatz, zum Beispiel Fütterung mit Löffel oder Becher, einem Brusternährungs-Set oder mit Fingerfeeder (Mehrfachnennungen).

Stillprävalenzen

Es gibt unterschiedliche Gründe und Motivationen, warum Mütter nicht stillen sollen oder nicht stillen möchten. Die Klinikleitungen und die Stationen wurden zu verschiedenen Aspekten von Stillen und Nichtstillen befragt.

Die Klinikleitungen wurden gebeten, den Anteil von Müttern an ihrer Klinik einzuschätzen, die aus gesundheitlichen oder medizinischen Gründen nicht stillen können oder nicht stillen sollen. Die geschätzten Prävalenzen (n = 35 Interviewte) lagen mehrheitlich (68,5 %) im

Bereich < 5 %, davon 11 (31,4 %) unter 1 %. Die Stationen wurden nach dem Anteil von Müttern befragt, die von Anfang an ablehnen zu stillen. Sie gaben im Mittel einen Wert von 11,7 % an (Md. 10 %, Min. 1 %; Max. 35 %). Nach den Erfahrungen der meisten Stationen (n = 34, 82,9 %) können unter diesen manche Mütter dennoch auf der Station zum Stillen motiviert werden. Deren Anteil schätzen die Interviewten im Mittel aber lediglich mit 7,3 % (Md. 2,9 %, Min. 0 %, Max. 80 %) ein. Die Stationen wurden auch zum Stillen bei der Entlassung befragt. Sie schätzten den Anteil der Mütter, die bei der Entlassung überhaupt stillen, vor der Pandemie im Mittel mit 84,5 % und den Anteil der ausschließlich stillenden Mütter im Mittel mit 67,3 %. Während der Pandemie hatte mehr als ein Drittel der Stationen eine Steigerung des Stillens gegenüber der Zeit vor der Pandemie wahrgenommen.

Tabelle 4.12 Haben Sie Änderungen beim Ernährungsstatus der Kinder bei der Entlassung während der Pandemie gegenüber den soeben genannten Zahlen vor der Pandemie festgestellt?

Änderung Ernährungsstatus in Pandemie	Häufigkeit (n = 40)	
	n	%
Nein	24	60,0
Ja, es wird mehr gestillt	15	37,5
Ja, es wird weniger gestillt	1	2,5

4.2.4 Schulungen zum Stillen für Mitarbeitende der Klinik

Schulungen der Mitarbeitenden fanden vor der Pandemie in der großen Mehrheit der Kliniken statt (87,5 % von n = 40). Die Berufsgruppen, die geschult wurden, umfassten im Wesentlichen das ärztliche und pflegerische Personal, seltener das ganze Team.

Tabelle 4.13 Welche Berufsgruppen wurden geschult? (Mehrfachnennungen möglich)

Berufsgruppen geschult	Häufigkeit (n = 40)	
	n	%
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen	25	62,5
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen	24	60,0
Hebammen	22	55,0
Ärzte/Ärztinnen	18	45,0
Still- und Laktationsberater/-innen	8	20,0
Das ganze Team	7	17,5
Sonstige	1	2,5

Sonstige: Stillberater/-in mit Qualifikation haben andere geschult

Die Schulungen wurden weit überwiegend als Präsenzveranstaltungen durchgeführt (n = 33, 94,3 %), webbasierte Formate waren die Ausnahme. Individuelle Zertifikate konnten hierdurch meist nicht gewonnen werden.

Tabelle 4.14 Welche Formate haben Sie vor der Pandemie für die Schulungen des Personals verwendet? (Mehrfachnennungen möglich)

Formate Schulung vor Pandemie	Häufigkeit (n = 35)	
	n	%
In Präsenz	33	94,3
Webbasiert mit feststehendem Video ohne persönlichen Austausch	1	2,9
Webbasiert mit persönlichem Austausch der Teilnehmenden	0	0,0
Sonstige	2	5,7

Sonstige: Ausgabe von Lernmaterial (n = 2)

Während der Pandemie kam es zu vielfältigen Änderungen bei den Schulungsangeboten zum Stillen für das Personal. Sie reichten vom teilweisen oder kompletten Wechsel der Formate über den Austausch von Schulungsinhalten bis zum ersatzlosen oder teilweisen Ausfall der Angebote.

Tabelle 4.15 Welche Änderungen sind aufgetreten? (Mehrfachnennungen möglich)

Änderungen Schulung	Häufigkeit (n = 35)	
	n	%
Zum Teil in anderem Format	12	34,3
Andere Inhalte	12	34,3
Anzahl reduziert	9	25,7
Ersatzlos ausgefallen	7	20,0
Ganz in anderem Format	6	17,1
Keine Änderungen	6	17,1
Sonstiges	1	2,9

Sonstiges: weiß nicht

Wenn Formate gewechselt wurden, handelte es sich überwiegend um einen Umstieg auf Online-Formate. Als neues Format nannten die befragten Klinikleitungen (n = 14) meist einen kompletten Wechsel auf Onlineformate (n = 11), in 2 Fällen wurden Hybrid-Varianten eingeführt.

4.2.5 Stillinformationen für Schwangere und Mütter

Zum Themenkomplex der Informationsangebote der Klinik zum Stillen rund um die Geburt wurden die Stationen befragt.

Vor der Geburt

In der Phase vor der Geburt wurden die Mütter von Seiten der Kliniken vor der Pandemie mit Ausnahme einer Klinik (2,4 %) in einem persönlichen Gespräch über das Stillen informiert. Diese Information erfolgte in den meisten Kliniken im Rahmen eines Geburtsvorbereitungskurses, selten in einem Stillvorbereitungskurs, häufig jedoch auch bei der Anmeldung zur Geburt.

Tabelle 4.16 Bei welchem Anlass erfolgte die persönliche Informationsvermittlung zum Stillen? (Mehrfachnennungen möglich)

Anlass persönliche Informationsvermittlung	Häufigkeit (n = 40)	
	n	%
Geburtsvorbereitungskurs	30	75,0
Anmeldung zur Geburt	18	45,0
Stillvorbereitungskurs	15	37,5
Einmaliges Gruppenangebot	13	32,5
Andere Einzelgespräche	12	30,0
Stillcafé	5	12,5

Während der Pandemie gab es vielfältige Änderungen in der Art der vorgeburtlichen persönlichen Information über das Stillen, insbesondere gab es mehr Online-Angebote und weniger Gruppenveranstaltungen. Nur 4 Kliniken (10,0 %) hatten ihre Angebote nicht geändert.

Tabelle 4.17 Hat sich an der Art der persönlichen Informationsvermittlung während der Pandemie etwas geändert? (Mehrfachnennung möglich)

Pandemiebedingte Änderungen in der persönlichen Informationsvermittlung	Häufigkeit (n = 40)	
	n	%
Ja, es gab weniger Gruppenangebote	24	60,0
Ja, es gab mehr Online-Angebote	24	60,0
Ja, es gab weniger persönliche Kontakte	11	27,5
Nein, es gab keine Änderung	4	10,0
Sonstige Änderungen	4	10,0
Weiß nicht	1	2,5

Sonstige Änderungen: erschwerte Teilnahme an Angebote (n = 4); Stillvorbereitung fand außerhalb der Klinik statt (n = 1)

In der Klinik

Schriftliches Informationsmaterial zum Stillen für die Wöchnerinnen gab es vor der Pandemie in 34 Kliniken (82,9 %), 6 Kliniken (14,6 %) hatten kein solches Material, 1 Klinik (2,4 %) machte keine Angabe. Fremdsprachliche Stillinformationen lagen beispielsweise in Arabisch, Türkisch oder Englisch vor. Das schriftliche Informationsmaterial war meist (n = 24; 70,6 %) in den Kliniken selbst erarbeitet worden, ansonsten (n = 17; 50,0 %) stammte es von externen Herausgebern (Mehrfachnennungen). Externe Herausgeber waren überwiegend Unternehmen, aber auch Organisationen, die das Stillen fördern. Materialien des ‚Netzwerk Gesund ins Leben‘, das konsentrierte Handlungsempfehlungen in Deutschland herausgibt, wurden nur in wenigen Kliniken eingesetzt.

Tabelle 4.18 Welche externen Herausgeber haben das schriftliche Informationsmaterial herausgegeben? (Mehrfachnennungen möglich)

Externe Herausgeber	Häufigkeit (n = 17)	
	n	%
Unternehmen	9	52,9
Stillinitiative	7	41,2
Netzwerk Gesund ins Leben	2	11,8
WHO	2	11,8
Sonstiges	2	11,8

Sonstiges: Kinderhelden (n = 1); weiß nicht (n = 1)

Während der Pandemie hatten sich in der Mehrzahl der Kliniken (n = 35; 87,5 %) keine Änderungen bei der Bereitstellung der schriftlichen Informationsmaterialien zum Stillen ergeben. Die Inhalte der bereitgestellten Materialien und deren Übereinstimmung mit den wissenschaftlichen Empfehlungen wurden im Rahmen dieser Studie nicht betrachtet.

Digitale Informationen zum Stillen gab es vor der Pandemie in 7 Kliniken (17,5 %). In 3 dieser Kliniken handelte es sich um eigene Medien der Klinik, in den 4 anderen Kliniken um Medien, z.B. Videos oder Websites, anderer Anbieter. In 4 der 7 Kliniken lagen die digitalen Stillinformationen auch in fremden Sprachen vor.

Während der Pandemie wurde im Gesamtkollektiv der Kliniken (n = 40) etwa in der Hälfte der Kliniken das Angebot digitaler Stillinformationen ausgeweitet (n = 19; 47,5 %), in der anderen Hälfte gab es keine Änderungen (n = 21; 52,5 %).

Nach der Entlassung

Die Kliniken nannten den Müttern vielfältige Möglichkeiten für Informationen und vorsorglich auch Anlaufstellen für Beratung im Falle eventueller Stillprobleme nach der Entlassung. Neben den überwiegend genannten Nachsorgehebammen wurden auch diverse andere ambulante Angebote in unterschiedlichen Kombinationen genannt.

Tabelle 4.19 Welche Beratungsangebote und Hilfen haben Sie Müttern bei eventuellen Stillproblemen zu Hause genannt? (Mehrfachnennungen möglich)

Mögliche poststationäre Beratungsangebote und Hilfen bei Stillproblemen	Häufigkeit (n = 41)	
	n	%
(Nachsorge)hebamme	30	73,2
Stillcafé/Stillgruppe/Elternschule	25	61,0
Stillambulanz in der Klinik	23	56,1
Telefonische Kontaktaufnahme mit Station/Klinik	20	48,8
Adressen von Stillberaterinnen	6	14,6
Betreuung zu Hause durch Personal der Klinik	4	9,8
Sonstiges	12	29,3

Sonstiges: Lotsendienste (n = 5); niedergelassene Ärzte (n = 3); Informationszettel (n = 2); Kinderhelden (n = 1); Kurse (n = 1); Online-Beratung durch andere Anbieter (n = 1)

Die Vernetzung ihrer Klinik mit ambulanten Angeboten zur Stillförderung, z.B. Hebammen, Ärzten/Ärztinnen, Lotsendiensten, bewertete nur etwa die Hälfte der Kliniken (n = 22, 53,7 %) als gut.

Tabelle 4.20 Wie bewerten Sie die Vernetzung Ihrer Klinik mit ambulanten Angeboten zur Stillförderung?

Vernetzung Ihrer Klinik	Häufigkeit (n = 41)	
	n	%
Gut	22	53,7
Verbesserungsbedürftig	15	36,6
Mangelhaft	3	7,3
Weiß nicht	1	2,4

Neue Formate in der Stillinformation

Die Klinikleitungen wurden nach ihren pandemiebedingten Erfahrungen und Einschätzungen zur Stillinformation für Mütter am Beispiel der vorgeburtlichen Phase gefragt. In den Kliniken (n = 40, 1 Klinik ohne Angabe) waren vor der Pandemie unterschiedliche Informationsstrukturen vorhanden, häufig in Kombination, sowohl Gruppenangebote (82,5 %) wie auch persönliche Gespräche (80,0 %) und schriftliche Informationen (47,5 %) (Mehrfachnennungen). Während der Pandemie war es in der Mehrheit der Kliniken (n = 29, 72,5 %) zu Änderungen im Informationsangebot gekommen. Am häufigsten waren Informationen in einem anderen Format angeboten worden, andere Angebote waren reduziert worden oder ersatzlos ausgefallen.

Tabelle 4.21 Welche Änderungen hat es gegeben? (Mehrfachnennungen möglich)

Änderungen Informationsangebote zum Stillen	Häufigkeit (n = 29)	
	n	%
Zum Teil in anderem Format	17	58,6
Anzahl und/oder Umfang reduziert	11	37,9
Ersatzlos ausgefallen	10	34,5
Ganz in anderem Format	7	24,1
Sonstiges	1	3,4

Sonstiges: Präsenzangebote wurden nicht wahrgenommen, Mütter sind nach Terminen schnell nach Hause

Alternative Informationsformate, die in der Pandemie (neu) zum Einsatz gekommen waren, wollten die meisten Kliniken teilweise auch nach der Pandemie weiterführen. Die große Mehrheit der Klinikleitungen (n = 34, 82,9 %) wünschte eine professionelle Unterstützung bei der Entwicklung und Einführung von neuen Online-Angeboten. Überwiegend wurde dabei Bedarf an technischer Unterstützung geäußert, aber es bestand auch ausdrücklich der Wunsch nach in der Praxis direkt verwendbarem digitalem Material.

Tabelle 4.22 Können Sie konkrete Beispiele für mögliche, wünschenswerte Unterstützung nennen? (Mehrfachnennungen möglich)

Unterstützungswünsche bei alternativen Informationsformaten	Häufigkeit (n = 32)	
	n	%
Technische Unterstützung	20	62,5
Vorgefertigte Materialien	6	18,8
Inhaltlich-fachliche Unterstützung	4	12,5
Vage/ungenauere Angabe	0	0,0
Sonstiges	5	15,6

Sonstiges: finanzielle Hilfen (n = 1); unrealistisch, dass der Träger dies finanziert (n = 1); keine Beispiele (n = 2); zu unpersönlich, daher kein Wunsch danach (n = 2)

Kliniken mit Erfahrungen bezüglich der Erreichbarkeit durch Online-Informationsangebote (n = 35) waren weit überwiegend (n = 31, 88,6 %) der Meinung, dass es Frauen gibt, die durch Online-Angebote nicht erreicht werden. Als wesentliche Gründe für eine Nicht-Erreichbarkeit wurden im Gesamtkollektiv der Kliniken vor allem Sprachbarrieren angegeben, aber auch soziokulturelle und technische Barrieren wurden genannt.

Tabelle 4.23 Was sind für Sie wesentliche Gründe, warum diese Mütter online nicht erreicht werden können? (Mehrfachnennungen möglich)

Gründe für Nicht-Erreichbarkeit durch Online-Angebote	Häufigkeit (n = 41)	
	n	%
Sprachbarrieren	19	46,3
Soziokulturelle Barrieren	12	29,3
Technikbarrieren	9	22,0
Sonstiges	4	9,8

Sonstiges: Digitalisierung noch nicht angekommen (z.B. Flüchtlinge) (n = 1); keine Evaluation von der Klinikleitung möglich (n = 1); unpersönlich (n = 1); Online-Angebot der Klinik nicht bekannt (n = 1)

4.2.6 Stillförderung im Lichte aktueller Empfehlungen

Das Stillmanagement in der Geburtsklinik wurde anhand der Empfehlungen für die Stillförderung in Krankenhäusern der NSK 2007 orientierend bewertet (**Abbildungen 11 und 12**).

1) Schriftliche Stillrichtlinien und Stillbeauftragte
Schriftliche Richtlinien zur Stillförderung müssen vorliegen und dem gesamten Personal in regelmäßigen Abständen nahegebracht werden. Die Ernennung einer oder mehrerer Stillbeauftragten, je nach Größe des Hauses, dient der Entwicklung und Sicherung einer qualifizierten Stillförderung.
2) Regelmäßige Schulung
Das gesamte Mitarbeiterteam wird in Theorie und Praxis so geschult, dass es die Richtlinien zur Stillförderung mit Leben erfüllen kann.
3) Information in der Schwangerschaft
Die Frauen sollen bereits in der Schwangerenvorsorge und bei der Geburtsanmeldung im Krankenhaus über die gesundheitlichen Vorteile und die Praxis des Stillens informiert werden (u. a. Mitgabe von schriftlicher Information der NSK).
4) Frühes Anlegen
Möglichst innerhalb der ersten Lebensstunde.
5) Praktische Stillhilfe
Den Müttern ist das korrekte Anlegen zu zeigen und zu erklären, wie sie ihre Milchproduktion – auch im Falle Trennung von ihrem Kind – aufrechterhalten können.
6) Zufüttern aus ärztlicher Indikation
Beim gesunden, reifen Neugeborenen, das nach Bedarf gestillt wird, besteht keine Notwendigkeit, Flüssigkeiten oder Nahrung zuzufüttern. Die Indikation für eine Ergänzung der Muttermilch durch andere Flüssigkeiten oder Nahrung ist durch den behandelnden Arzt zu stellen. Die Ernährung von untergewichtigen, kranken und frühgeborenen Kindern bedarf der individuellen ärztlichen Entscheidung.
7) Förderung der Mutter-Kind-Einheit
Durch Tag- und Nacht-Rooming-in.
8) Stillen nach Bedarf
Das Stillen soll nach Bedarf ermöglicht und gefördert werden.
9) Sauger oder Schnuller
Sauger, Brusthütchen oder Schnuller sollen in den ersten Lebenswochen bei gestillten Kindern nach Möglichkeit vermieden werden. Alternative Zufütterungsmethoden (z.B. Becher-Finger-, Löffelfütterung) sollten gezeigt werden.
10) Selbsthilfe
Die Entstehung von Stillgruppen ist zu fördern und den Müttern sind bei der Entlassung aus der Klinik oder Entbindungseinrichtung Kontaktmöglichkeiten aufzuzeigen.

Abbildung 11 Empfehlungen der NSK zur Stillförderung in Krankenhäusern [26]

Für den Vergleich der abgefragten Maßnahmen mit den Empfehlungen wurden bei Bedarf konkrete Spezifikationen der Empfehlungen herangezogen.

Es ergab sich eine große Bandbreite in der Umsetzung der einzelnen Empfehlungen in den Kliniken. Dies zeigt sich beispielsweise bei strukturellen Kriterien wie der Schaffung von Positionen für Stillbeauftragte (66,7 %) und der Schulung des Stationspersonals (87,5 %) aber auch bei Kriterien der Stillpraxis wie dem Stillen nach Bedarf (100 %) und der Zufütterung beschränkt auf ärztliche Indikation (58,5 %). Legt man die Messlatte bei einzelnen

Empfehlungen höher, dann sinkt die Einhaltung unter Umständen erheblich, beispielsweise beim Schritt 2 (Schulungen) von 87,5 % auf 17,5 %, wenn als Kriterium die Schulung des gesamten Teams eingesetzt wird. Diese Form der Betrachtung verdeutlicht auch die Unterschiede beim initialen Stillen zwischen vaginaler Geburt und Sectio. Spezielle Aspekte der Stillinformation vor der Geburt (Schritt 3) und nach der Entlassung (Schritt 10) bedürfen verstärkter Aufmerksamkeit in den Kliniken.

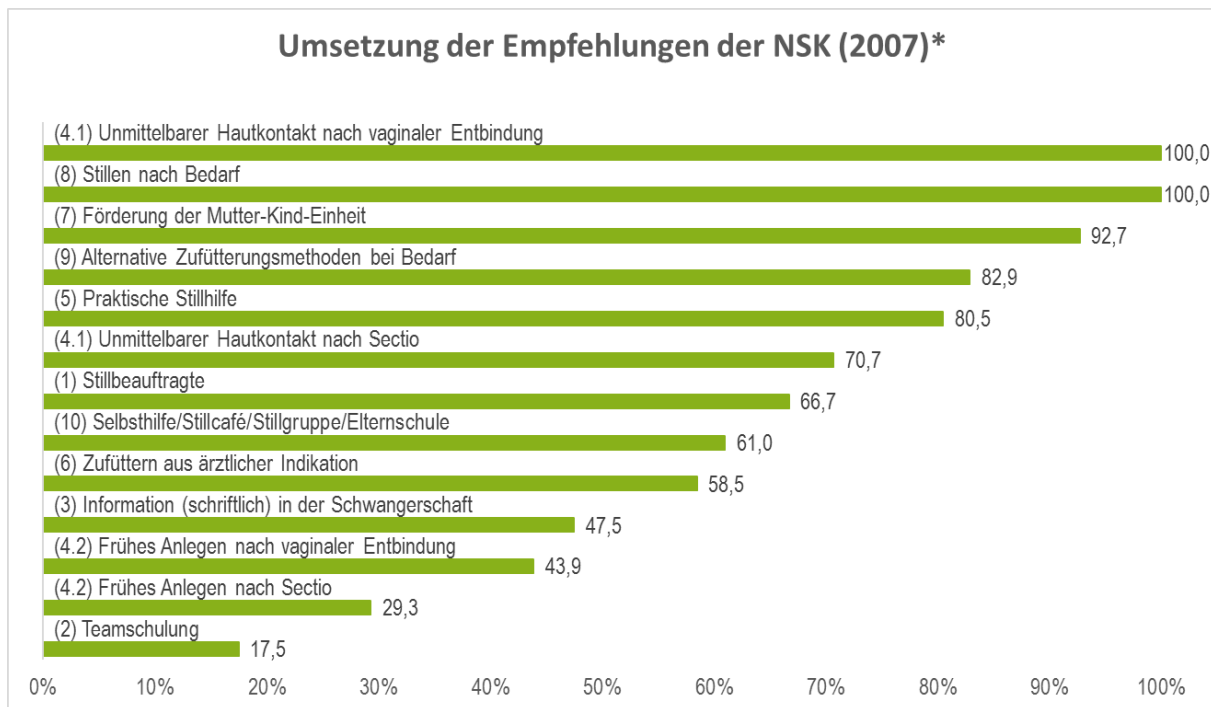


Abbildung 12 Umsetzung der Empfehlungen für die Stillförderung in Krankenhäusern (NSK) im Studienkollektiv (in % der Kliniken)

4.2.7 Besuchseinschränkungen in der Pandemie

Die Stationen wurden zu den pandemiebedingten Besuchseinschränkungen und ihren Erfahrungen und Einschätzungen in Hinblick auf das Stillen befragt.

Vor der Pandemie war der Besuch einer vertrauten Person (Partner/Partnerin) in den Kliniken in der Regel (90,0 %) uneingeschränkt möglich, weit überwiegend (77,5 %) auch der Besuch weiterer Angehöriger oder Freunde/Freundinnen der Wöchnerinnen. Während der Pandemie blieb der uneingeschränkte Besuch einer vertrauten Person noch in 19,5 % der Kliniken erlaubt, Besuche weiterer Angehöriger waren in 82,9 % der Kliniken nicht mehr zugelassen, in 3 Kliniken (7,3 %) war der Besuch von Geschwisterkindern weiterhin möglich.

Die Auswirkungen der Besuchseinschränkungen auf das Stillen wurden vom Stationspersonal eindeutig positiv bewertet, sowohl für die Mütter als auch für das Stationspersonal.

Tabelle 4.24 Wie schätzen Sie die Auswirkungen der Besuchseinschränkungen auf das Stillen ein? (Mehrfachnennungen möglich)

Besuchseinschränkungen	Häufigkeit (n = 41)	
	n	%
Positiv für Mütter und Kinder (auf Kind konzentrieren, entspannt)	40	97,6
Positiv für das Personal (ist zufriedener, bessere Stillunterstützung möglich)	32	78,0
Eher negativ für das Personal	3	7,3
Eher negativ für Mütter und Kinder	2	4,9

Ebenso eindeutig war die Einstellung des Stationspersonals gegenüber einer (teilweisen) Beibehaltung der Besuchseinschränkungen nach der Pandemie, in 80,5 % der Kliniken wurde das für wünschenswert gehalten. Vereinzelt wurden ergänzend Lockerungen für Geschwisterkinder aktiv benannt.

Tabelle 4.25 Planen Sie, die Besuchseinschränkungen nach der Pandemie ganz oder abgeschwächt beizubehalten?

Besuchseinschränkungen beibehalten	Häufigkeit (n = 41)	
	n	%
Ja, es ist wünschenswert	33	80,5
Kein Interesse	4	9,8
Ja, es ist im Gespräch	3	7,3
Zuständigkeit Anderer	1	2,4

4.2.8 Stillen und soziale Vulnerabilität

Besondere Bedarfe

Unterstützungsdienste für Familien mit besonderen Bedarfen waren in den Kliniken entweder bereits vorhanden (n = 38; 92,7 %) oder geplant (n = 3; 7,3 %). Die beiden überregionalen Programme Frühe Hilfen und Babylotsen und auch andere funktionsentsprechende Angebote vor Ort waren in jeweils etwa gleichen Anteilen im Einsatz.

Tabelle 4.26 Welche Unterstützungsdienste sind das? (Mehrfachnennungen möglich)

Unterstützungsdienste in Klinik	Häufigkeit (n = 41)	
	n	%
Frühe Hilfen	21	51,2
Funktionsentsprechende Angebote vor Ort	21	51,2
Babylotsen	15	36,6

Die Wirksamkeit dieser Unterstützungsdienste für die Stillförderung schätzte etwa ein Drittel der Klinikleitungen als gut ein, die anderen Sprachen ihnen zumeist eine mäßige oder nur geringe diesbezügliche Wirksamkeit zu.

Tabelle 4.27 Wie schätzen Sie die Wirksamkeit dieser Unterstützungsdienste für die Stillförderung bei Müttern mit besonderen Bedarfen generell ein?

Wirksamkeit Unterstützungsdienste	Häufigkeit (n = 40)	
	n	%
Hohe Wirksamkeit	15	37,5
Mäßige Wirksamkeit	13	32,5
Geringe Wirksamkeit	6	15,0
Keine Einschätzung möglich	6	15,0

Tabelle 4.28 Was sollte Ihrer Meinung nach verbessert werden? (Mehrfachnennungen möglich)

Verbesserungsbedarf Stillförderung	Häufigkeit (n = 22)	
	n	%
Passgenauer auf Bedürfnisse zuschneiden	9	40,9
Besser auf Stillberatung ausrichten	5	22,7
Andere Angebote nutzen (wären besser geeignet)	7	31,8
Sonstiges	3	13,6

Sonstiges: Lotsendienst vor Ort (n = 1); Lobby der Wochenbettstation verbessern, geringer Stellenwert in Bezug auf Beratung und Familienbetreuung (n = 1); Stillförderung im Lotsendienst postpartum nicht machbar (n = 1)

Der Stillförderung bei Gruppen mit niedrigem Sozialstatus räumte die Hälfte der Klinikleitungen keinen Vorrang gegenüber anderen Gruppen ein. Hierbei wurde mehrfach betont, dass allen Müttern ein Anspruch auf Information und Beratung in ihrer jeweiligen Situation und entsprechend ihrem Vorwissen und ihren Voreinstellungen zustehe.

Tabelle 4.29 Halten Sie die Stillförderung bei Gruppen mit niedrigem Sozialstatus für vorrangig gegenüber anderen Müttern?

Vorrang für Stillförderung bei niedrigem Sozialstatus	Häufigkeit (n = 41)	
	n	%
Nein	21	51,2
Ja	18	43,9
Weiß nicht	2	4,9

Sprachliche Barrieren

Die Klinikleitungen wurden gebeten, den Anteil an Wöchnerinnen in ihrer Klinik zu schätzen, der eine muttersprachliche Stillberatung in einer anderen Sprache als Deutsch benötigen würde. Anhand der Angaben von 36 Kliniken ergab sich im Mittel ein Mütteranteil von 19,3 % mit muttersprachlichem Beratungsbedarf (Md. 13,8 %, Min. 2 %, Max. 65 %). Dieser Anteil entspricht dem Anteil der Lebendgeborenen in NRW mit ausländischen Eltern in 2020 (19,5 %) [27]. Die hauptsächlichen Fremdsprachen der Wöchnerinnen in den Kliniken waren Arabisch, Türkisch, Rumänisch und Russisch.

Tabelle 4.30 Welches ist bei den Müttern an Ihrer Klinik die häufigste Muttersprache, außer deutsch? (Mehrfachnennungen möglich)

Muttersprache	Häufigkeit (n = 41)	
	n	%
Arabisch	37	90,2
Türkisch	27	65,9
Rumänisch	13	31,7
Russisch	6	14,6
Sonstiges	18	43,9

Sonstiges: Kurdisch (n = 4); „Afrikanisch“ (n = 3); Bulgarisch (n = 2); Französisch (n = 2); Polnisch (n = 2); Spanisch (n = 1); Englisch (n = 1); Farsi (n = 1); Moldawisch (n = 1); Marokkanisch (n = 1); Persisch (n = 1); Albanisch (n = 1)

Die Klinikleitungen gaben mit Ausnahme von 3 Kliniken (7,3 %) an, dass bei ihnen eine fremdsprachliche Stillberatung möglich war. Als Ressourcen stand hauptsächlich eigenes, nicht dem Stillbereich zugehöriges Personal, zur Verfügung, häufig wurden auch Laiendolmetscher/innen aus dem mütterlichen Umfeld oder eine professionelle externe Übersetzung eingesetzt.

Tabelle 4.31 Welche Ressourcen stehen Ihnen dazu zur Verfügung? (Mehrfachnennungen möglich)

Ressourcen für fremdsprachliche Stillberatung	Häufigkeit (n = 41)	
	n	%
Sonstiges eigenes muttersprachliches Personal	26	63,4
Laiendolmetscher/innen, z.B. Verwandte/Freunde der Mutter/Eltern	7	17,1
Externe professionelle Übersetzungsdienste z.B. Dolmetscher/in, Sprach- und Kulturmittler/in	6	14,6
Schriftliche fremdsprachliche Informationen	3	7,3
Hauseigene professionelle Übersetzungsdienste	2	4,9
Eigenes muttersprachliches Personal aus dem Stillbereich	1	2,4
Sonstiges	7	17,1

Sonstiges: Bedarf Personal mit Sprachkenntnissen (n = 1); Bildmaterial, Google Translator (n = 1); eigentlich ist es nicht möglich (n = 1); Gestik und Mimik (n = 2); keine personelle Kapazität (n = 1); nur punktuell nicht geregelt (n = 1)

In der Hälfte der Kliniken mit der Möglichkeit muttersprachlicher Stillberatung (n = 19, 50,0 %) konnte die Stillberatung nach Einschätzung der Klinikleitung allerdings nicht in einer ähnlichen Qualität erfolgen wie bei deutschsprachigen Müttern. Als benötigte personelle Ressourcen wurden insbesondere professionelle Stillberater/-innen mit (möglichst muttersprachlichen) Fremdsprachenkenntnissen oder professionelle Dolmetscher/-innen genannt, darüber hinaus aber auch fremdsprachige Printmedien oder digitale Materialien.

Tabelle 4.32 Welche zusätzlichen Ressourcen benötigen Sie in diesem Bereich? (Mehrfachnennungen möglich)

Bedarf Ressourcen	Häufigkeit (n = 41)	
	n	%
Professionelle fremdsprachige/muttersprachige Stillberater/innen	13	31,7
Professionelle Dolmetscher/innen, online und vor Ort	10	24,4
Printmedien	9	22,0
Eigenes muttersprachiges Personal	4	9,8
Digitale Materialien	2	4,9
Finanzielle Ressourcen	1	2,4
Sonstiges	3	7,3

Sonstiges: keine Ressourcen nötig (n = 1); schwer zu sagen, da keine vorherrschende Fremdsprache (n = 1); Sprachbarriere = niedriger sozioökonomischer Status = weniger verköpft (n = 1)

Pandemie und soziale Vulnerabilität

Die Klinikleitungen wurden schließlich summarisch nach ihrer Einschätzung möglicher Auswirkungen der Pandemie je nach sozialem Status der Mütter gefragt.

Eine mögliche generelle Unsicherheit von Müttern im Umgang mit dem Infektionsgeschehen schätzten zahlreiche Klinikleitungen (n = 19; 46,3 %) bei Müttern mit niedrigem sozialem Status nicht als größer ein als bei anderen Müttern, andere sahen eher eine geringere Unsicherheit (n = 12; 29,3 %).

Tabelle 4.33 Ist diese Unsicherheit im Umgang mit dem Infektionsgeschehen bei Müttern aus Gruppen mit niedrigem Sozialstatus Ihrer Einschätzung nach größer als bei anderen?

Unsicherheit bei niedrigem Sozialstatus	Häufigkeit (n = 41)	
	n	%
Nein, nicht größer	19	46,3
Nein, eher geringer	12	29,3
Ja, größer	10	24,4

Mögliche Zweifel an der Sicherheit des Stillens infolge des Infektionsgeschehens hielt die weit überwiegende Mehrheit der Klinikleitungen (68,3 %) bei niedrigem sozialem Status nicht für größer als bei hohem Status.

Tabelle 4.34 Sind Zweifel an der Sicherheit des Stillens Ihrer Einschätzung nach bei Gruppen mit niedrigem Sozialstatus größer als bei anderen?

Zweifel an der Sicherheit des Stillens bei niedrigem Sozialstatus	Häufigkeit (n = 41)	
	n	%
Nein, nicht größer	28	68,3
Ja, größer	8	19,5
Nein, eher geringer	4	9,8
Sonstiges	1	2,4

Sonstiges: nur in Fällen einer Coronainfektion

Hinsichtlich einer höheren Beeinträchtigung von Gruppen mit niedrigem sozialem Status beim Zugang zu allgemeinen Angeboten der Gesundheitsversorgung wie der Schwangerenversorgung oder den Kindervorsorgeuntersuchungen infolge des Pandemiegeschehens waren die Einschätzungen der Kliniken ambivalent.

Tabelle 4.35 Ist der Zugang zu Gesundheitsversorgung für Gruppen mit niedrigem Sozialstatus mehr beeinträchtigt worden als für andere?

Beeinträchtigung niedriger Sozialstatus	Häufigkeit (n = 40)	
	n	%
Ja, mehr beeinträchtigt	23	56,1
Nein, nicht (mehr) beeinträchtigt	18	43,9
Nein, weniger beeinträchtigt	0	0,0

4.2.9 Zusätzliche Aspekte der Stillförderung aus Sicht der Kliniken

Zum Abschluss der Interviews hatten die Klinikleitungen und die Stationen die Möglichkeit, wichtige Punkte zur Stillförderung in NRW anzusprechen, die bei der Befragung aus ihrer Sicht zu kurz gekommen waren oder die sie vermissten. Dabei spiegeln die Angaben der Stationen eher die praktische Situation des Stillmanagements, die Angaben der Klinikleitungen eher übergeordnete strukturelle Belange.

Dass manche Themen bei den beiden Interview-Gruppen unterschiedlich betont wurden, ist teilweise dadurch zu erklären, dass die Interviews jeweils spezifische Schwerpunkte hatten, die entsprechend in der Abschlussfrage von der jeweiligen Gruppe seltener oder gar nicht mehr genannt wurden. Der Themenbereich der pandemiebedingten Besuchseinschränkungen wurde beispielsweise im Stationsinterview ausführlich behandelt, nicht aber im Leitungsinterview, wodurch der wesentlich höhere Anteil der Leitungsnennungen bei diesem Punkt plausibel wird.

Weitgehend unabhängig von dem jeweiligen Blick auf die Stillförderung weist die Rangfolge der Nennungen eindeutig auf den Wunsch nach einer Erhöhung der personellen und finanziellen Ausstattung der Kliniken für die Stillförderung hin. Dazu zählt auch der Wunsch nach Unterstützung für die Qualifikation des Personals im Stillbereich. Auch die Rolle der Geburtskliniken als Bindeglied zwischen der prä- und poststationären Stillinformation und -betreuung wird angesprochen und der Wunsch nach diesbezüglichen Verbesserungen offensichtlich. Zusammen mit der Betonung, dass das Image des Stillens insgesamt mehr Beachtung verdient, sprechen die den Kliniken wichtigen Punkte für einen generellen Wunsch nach einer vermehrten Wertschätzung des Stillens und der Stillförderung im Gesundheitswesen in NRW.

Tabelle 4.36 Verbesserungsbedarf für die Stillförderung in NRW

Verbesserungsbedarf für die Stillförderung	Klinikleitung		Station			
	Allgemein		in NRW		Allgemein	
	Häufigkeit (n = 33)		Häufigkeit (n = 38)		Häufigkeit (n = 28)	
	n	%	n	%	n	%
Mehr Personal (Stillförderung)	7	21,2	24	63,2	7	25,0
Stillqualifikation des Personals stärken und finanzieren	6	18,2	15	39,5	4	14,3
Stillimage und -informationen verbessern	4	12,1	8	21,1	3	10,7
Nachsorge verbessern und finanzieren	5	15,2	6	15,8	8	28,6
Vorsorge verbessern und finanzieren	4	12,1	5	13,2	5	17,9
10 Schritte WHO Zertifizierung	5	15,2	4	10,5	2	7,1
Medienangebote diversifizieren	-	-	4	10,5	1	3,6
Abläufe bei der Organisation verbessern	-	-	3	7,9	1	3,6
Besuch einschränken, ausgenommen Kernfamilie	6	18,2	2	5,3	1	3,6
Infrastruktur, Räumlichkeiten anpassen	-	-	2	5,3	1	3,6
Stillpraxis (zu Stillbeginn) verbessern	-	-	2	5,3	1	3,6
Vernetzung fördern	-	-	2	5,3	3	10,7
Finanzierung Stillförderung sichern / DRG	10	30,3	1	2,6	2	7,1
Selbsthilfe fördern	-	-	1	2,6	1	3,6
Dogmatismus vermeiden	4	12,1	0	0,0	2	7,1
Pandemie-Besonderheiten	3	9,1	0	0,0	5	17,9
Unterstützung der Kernfamilie, psychisches Wohlbefinden	2	6,1	0	0,0	1	3,6
Vereinbarkeit Stillen und Berufstätigkeit	1	3,0	0	0,0	0	0,0
Fremdsprachliche Stillberatung	-	-	0	0,0	1	3,6
Sonstiges	3	9,1	6	15,8	2	7,1

Sonstiges: Klinikleitungen: Geburtshilfe in Deutschland unterfinanziert, wenig Bereitschaft von Hebammen in Kliniken zu arbeiten (n = 1); Förderung von prospektiven Studien; Stillförderung muss abrechenbar werden (n = 1); Formulierung stillförderndes KH besser als babyfreundliches KH; Muttermilchbanken aufbauen; mehr Möglichkeiten zum Stillen für berufstätige Mütter“ (n = 1).

Stationsleitungen: In NRW: Ausbau von Muttermilchbanken auch auf Normalstationen (n = 1); finanzielle Mittel zur Umsetzung der Ziele (n = 1), fehlende Logopäden, die auf Säuglinge spezialisiert sind, Verdichtung der Versorgungsstruktur um weite Wege zu vermindern (n = 1); Pflicht Stillbeauftragte für Klinik (n = 1); zu viel Werbung für Muttermilchersatzprodukte, Stillförderung zu stark abhängig von Lage der Kliniken (Stadt-Landgefälle) (n = 1); Einarbeitung des Stillens in den Lehrplan von Schulen (n = 1); mehr Aufklärung über Medikamente in der Stillzeit (n = 1); Beratung vereinheitlichen (n = 1)

5 Mütterstudie

5.1 Methodik

5.1.1 Rekrutierung

Für die Mütter-Studie wurden in 4 ausgewählten, großen Geburtskliniken im Ruhrgebiet (Bochum, Dortmund) in einem 6-wöchigen Zeitraum (Mitte Oktober - Ende November 2021) Wöchnerinnen auf der Station von Studienmitarbeiterinnen zur Teilnahme an der Studie eingeladen. Im Vorfeld wurden die Studienmitarbeiterinnen dem Stationspersonal persönlich vorgestellt und die praktische Durchführbarkeit der Mütterrekrutierung wurde besprochen.

Während des Rekrutierungszeitraums wurde von jeder Geburt ein Dokumentationsbogen angelegt - beginnend mit dem Vortag des Rekrutierungsbeginns und orientiert an der fortlaufenden Nummer des Geburtenbuches der Station. Mit dem Dokumentationsbogen wurden relevante Basisdaten erhoben, beispielsweise Geburtsjahr der Mutter, Krankenhausaufenthalt, Geburtsmodus, Geschlecht und Geburtsgewicht des Neugeborenen (bzw. des 1. Mehrlings). Falls mindestens einer der folgenden Ausschlussgründe auf ein Mutter-Kind-Paar zutraf, sollte die Mutter nicht zur Studienteilnahme angesprochen werden.

Kindliche Ausschlussgründe

- Geburtsgewicht unter 2500 g
- Frühgeburt vor der 37. Schwangerschaftswoche (SSW)
- Verlegung auf eine neonatologische Station

Mütterliche Ausschlussgründe

- Ungenügende deutsche Sprachkenntnisse
- Kein Internet / keine E-Mail-Adresse
- Beeinträchtigter Gesundheitszustand der Mutter
- Minderjährigkeit der Mutter

Alle übrigen Mütter sollten in einem persönlichen Gespräch über die Studie informiert und zur Teilnahme eingeladen werden. Um diese konsekutive Ansprache trotz des meist kurzen Klinikaufenthaltes zu ermöglichen, war das Studienpersonal in den Bochumer Kliniken jeden zweiten Tag (inkl. Wochenenden) und in den Dortmunder Kliniken dreimal pro Woche zur Rekrutierung vor Ort. Als Anreiz für die Teilnahme wurde den Müttern eine Broschüre des Forschungsdepartments Kinderernährung (FKE) mit praktischen Empfehlungen zur Säuglingsernährung in Aussicht gestellt.

Signalisierte eine Mutter Interesse, wurde ihr ein Informationsschreiben inklusive Einverständniserklärung ausgehändigt (**Anlage 9**). Auf dieser sollte die Mutter ihren Namen, das Geburtsdatum des Kindes und ihre Kontaktdaten (Telefonnummer und E-Mail-Adresse) sowie den Namen der Klinik, in der sie ihr Kind geboren hatte, notieren. Je nach Präferenz

der Mutter konnte sie das schriftliche Einverständnis direkt dem Studienpersonal persönlich übergeben oder zu einem späteren Zeitpunkt zur Weiterleitung an das Studienteam auf der Station abgeben. Bei persönlicher Erklärung der Nicht-Teilnahme gegenüber dem Studienpersonal wurde im Dokumentationsbogen der entsprechende Grund (z.B. Mutter nicht angetroffen, kein Interesse, keine Zeit) vermerkt.

5.1.2 Befragung

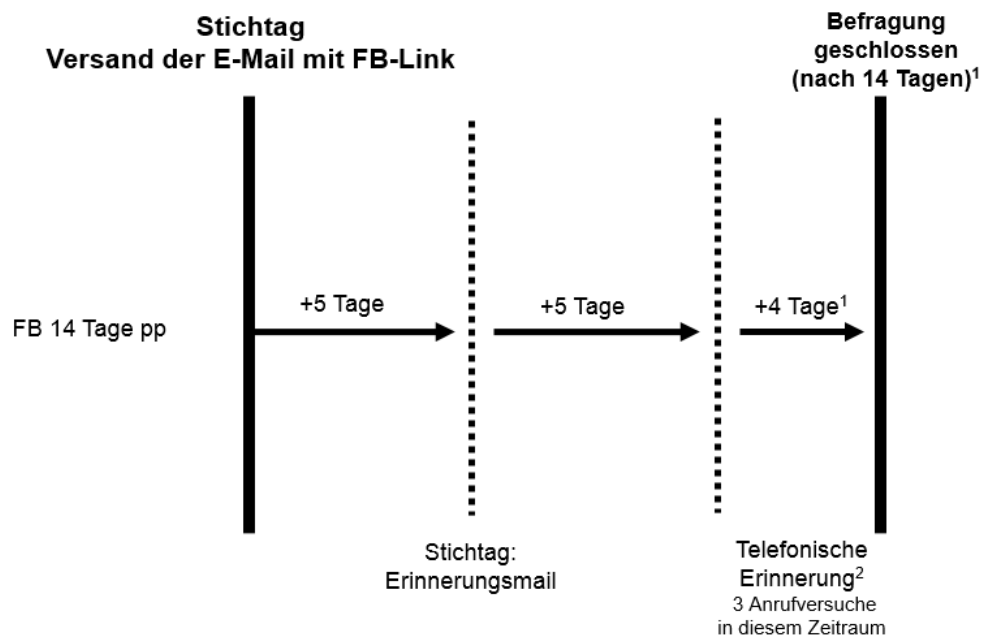


Abbildung 13 Schematische Darstellung des Nachfass-Konzeptes bei der Befragung 2 Wochen pp

¹ Änderung ab dem 07.12.21: 2 zusätzliche Tage Beantwortungszeit für den Fragebogen

² Änderungen ab dem 13.12.21: zusätzlicher Erinnerungsanruf bei Nicht-Beantwortung des Fragebogens bei Müttern, die beim ersten Anruf geäußert haben, diesen noch beantworten zu wollen

Die im Mail-System vom Fraunhofer ISST versandten und beim FKE eingegangenen, beantworteten Fragebögen sowie die nicht beantworteten Fragebögen wurden im Dokumentationssystem des FKE gekennzeichnet, sodass jederzeit ein Überblick über den Stand der Erhebungen vorlag. Für das Ausfüllen des Fragebogens 2 Wochen pp war eine Frist von maximal 14 Tagen vorgesehen (**Abbildung 13**). Mütter, die den Fragebogen 5 Tage nach Erhalt noch nicht ausgefüllt hatten, bekamen eine Erinnerungs-E-Mail mit erneutem Link zum Fragebogen. Bei Müttern, deren Fragebogen 10 Tage (ab 7.12.21 12 Tage) nach dem Versand noch nicht im Studienzentrum eingetroffen war, erfolgte in einem viertägigen Zeitraum eine telefonische Erinnerung. Hierbei waren zu verschiedenen Tageszeiten bis zu 3 Anrufversuche vorgesehen, um die Mutter möglichst persönlich oder andernfalls einen anderen Erwachsenen zu sprechen. Gab eine Mutter an, die E-Mail mit dem Link zu der Befragung nicht erhalten zu haben oder diese nicht mehr zu finden, so wurde sie ihr erneut (ggf. an eine andere E-Mail-Adresse) gesandt. Nicht fristgerecht eingehende Fragebögen führten zum Ausschluss der Mutter von der weiteren Studienteilnahme.

Das Nachfassen beim Fragebogen 2 Monate pp erfolgte nach demselben Konzept aber mit einer verlängerten Frist für das Ausfüllen des Fragebogens auf 21 Tage und Terminen für die Erinnerungs-E-Mail nach 8 Tagen bzw. telefonischer Kontaktaufnahme 14 Tage nach dem Fragebogenversand (**Abbildung 14**).

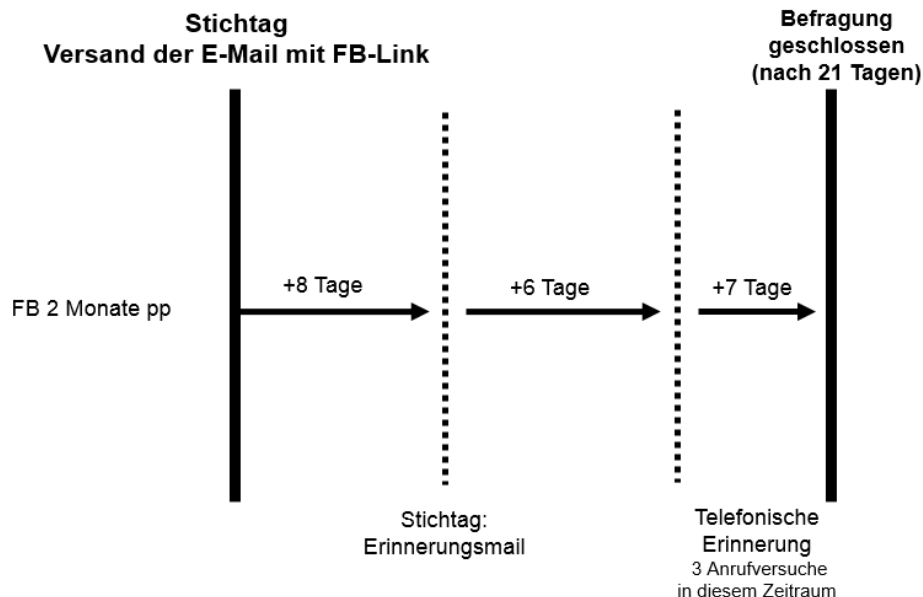


Abbildung 14 Schematische Darstellung des Nachfass-Konzeptes bei der Befragung 2 Monate pp

5.1.3 Datenverarbeitung

In den Online-Befragungen der Mütter wurden die Daten mittels LimeSurvey in Kooperation mit dem Fraunhofer ISST Dortmund erhoben. Die Codierung der Fragen mit vorgegebenen Antwortmöglichkeiten erfolgte anhand eines schriftlich vorliegenden Code-Plans (deduktive Kategorisierung). Für die Fragen mit offenen Antwortmöglichkeiten wurden die Kategorien direkt aus den freien Antworten generiert (induktive Kategorisierung), wobei der Textsinn erst während des Bearbeitens inhaltlich gruppiert wird.

Für die statistische Auswertung wurde die SPSS®-Software (IBM SPSS 28 Statistics) verwendet. Die deskriptive Auswertung erfolgte als Berechnung prozentualer Anteile, relativer und absoluter Häufigkeiten. Für die Auswertung der einzelnen Fragen wurden jeweils die Kollektive mit verwertbaren Antworten (Daten) als 100 % zugrunde gelegt. Zur Beschreibung der Verteilung der Variablen wurden folgende Lage- und Streuungsmaße verwendet: arithmetisches Mittel (MW), Median (Md.), Spannweite zwischen dem minimalen und dem maximalen Wert (Min.; Max.) und Interquartilsabstand zwischen dem 25%-Perzentil und dem 75%-Perzentil (P25; P75). Um Aussagen über die Signifikanz des Zusammenhangs, der Unabhängigkeit oder der Homogenität zweier nominal-skalierten Variablen zu machen, wurde, soweit es die Größe der zu vergleichenden Kollektive zugelassen hat, mit dem χ^2 -Test

getestet. Ansonsten wurde der exakte Test nach Fisher benutzt. Als statistisch signifikant wurden p-Werte < 0,05 gewertet.

5.2 Ergebnisse

5.2.1 Rekrutierungsablauf

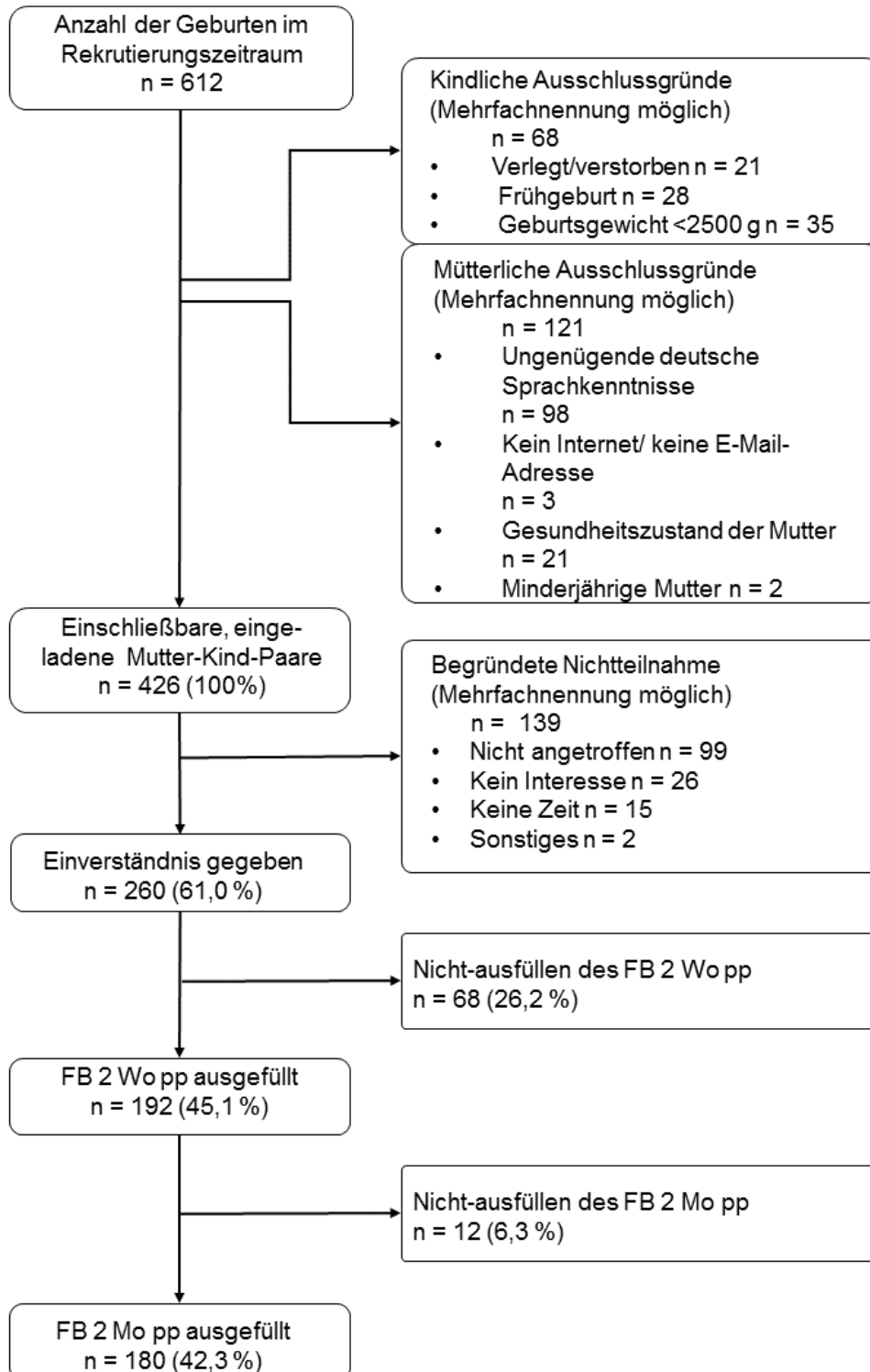


Abbildung 15 Flussdiagramm Mütterrekrutierung

Im 6-wöchigen Rekrutierungszeitraum wurden in den 4 beteiligten Kliniken insgesamt 612 Kinder geboren (**Abbildung 15**). Entsprechend den definierten Kriterien trafen für insgesamt 186 der 612 (30,4 %) Mutter-Kind-Paare Ausschlussgründe zu. In 68 Fällen lagen Gründe auf Seiten des Kindes und in 121 Fällen Gründe auf Seiten der Mutter vor. Überwiegend waren dies Frühgeburtlichkeit und ungenügende mütterliche Kenntnisse der deutschen Sprache. Somit ergab sich eine Grundgesamtheit von 426 Mutter-Kind-Paaren, die für die Studienteilnahme geeignet waren und eingeladen wurden. Davon gaben 61,0 % der Mütter (n = 260) ihr primäres schriftliches Einverständnis, 45,1 % füllten den Fragebogen 2 Wochen pp aus und 42,3 % den Fragebogen 2 Monate pp. Die Compliance bis zum Ende der Studie 2 Monate pp betrug 93,8 %.

Die primäre Teilnahmebereitschaft (schriftliches Einverständnis) der Mütter in SINA lag zwar höher als in der SuSe-II-Studie (61,0 % vs. 46,2 %). Der Anteil der teilnahmebereiten Mütter, die den ersten entscheidenden Fragebogen 2 Wochen pp ausfüllten, war jedoch in SINA niedriger als in SuSe (73,8 % vs. 85,3 %). Die effektive Teilnahmequote (ausgefüllter 2-Wochen Fragebogen) war dadurch insgesamt in SINA ähnlich wie in SuSe (42,3 % vs. 38,4 %). Der Rekrutierungsprozess führte somit trotz unterschiedlicher Verfahren in der regionalen und bundesweiten Erhebung zu ähnlichen Ergebnissen. Die längerfristige Compliance der Mütter in den ersten 2 Monaten war in beiden Studien sehr hoch (93,8 % SINA vs. 92,6 % SuSe). Inwieweit pandemiebedingte Einflüsse die Responseraten bei der Rekrutierung auf den Stationen (primäres Einverständnis) und beim tatsächlichen Ausfüllen des Fragebogens nach Einverständnis in SINA eine Rolle gespielt haben, bleibt offen.

5.2.2 Bewertung der Fragebögen durch die Mütter

Die Zufriedenheit der Mütter mit den SINA-Fragebögen war hoch. Dies galt auch für den umfangreichen 2-Wochen-Fragebogen. So waren mehr als 90 % der Mütter sowohl mit der Verständlichkeit der Fragen als auch dem Fragenumfang und den speziellen Fragen zur Pandemie insgesamt zufrieden, meist sogar sehr zufrieden. Der Anteil der sehr zufriedenen Mütter ging im 2-Wochen-Fragebogen von der Frage nach der Verständlichkeit der Fragen (65,6 %) über den Fragenumfang (43,2 %) bis zu den Pandemiefragen (31,8 %) zurück. Beim 2-Monats-Fragebogen waren die Bewertungen der Mütter ähnlich. Technische Schwierigkeiten wurden von den Müttern nur ausnahmsweise angegeben.

5.2.3 Basisinformationen zu Müttern und Kindern

Informationen zu den Müttern

Die teilnehmenden Mütter waren im Durchschnitt 32,1 Jahre alt (Md. 32; Min.19; Max. 42). Am größten war die Altersgruppe der 30- bis 34-jährigen Mütter.

Die weit überwiegende Mehrzahl der Mütter (84,4 %) war in Deutschland geboren. Unter den 16 anderen genannten weltweiten Geburtsländern waren Polen, Kasachstan, Irak, Bosnien-Herzegowina und Russland mit jeweils 2 dort geborenen Müttern am häufigsten vertreten. 92,2 % der Mütter hatten die deutsche Nationalität, die Nächsthäufigste war türkisch (2,1 %).

Der höchste Schulabschluss war bei den meisten Müttern ein Fachabitur/Abitur (n = 139, 72,4 %). Der höchste Berufsabschluss war meist eine Fachhochschule/Hochschule/Ingenieurschule (n = 97; 50,5 %). Ähnliche Verteilungen ergaben sich bei den Partnern/Partnerinnen. Mehrheitlich waren die Mütter vor Beginn des Mutterschutzes bei diesem Kind berufstätig gewesen (n = 144, 75,0 %).

Die meisten Mütter waren verheiratet (n = 140, 72,9 %). Wenige Mütter waren alleinerziehend (n = 5, 2,6 %). Bei etwa zwei Drittel der Mütter (62,5 %) war das Neugeborene das 1. Kind.

Im Vergleich zu den sozio-demographischen Merkmalen im Mütter-Kollektiv der SuSe-II-Studie war im SINA-Kollektiv ein hoher Schulabschluss (Fachabitur/Abitur) häufiger (72,4 % vs. 65,5 %). Die Verteilungen bei anderen Merkmalen wie der Nationalität (92,2 % vs. 91,1 % deutsch), dem Geburtsland (84,4 % vs. 87,9 % Deutschland) oder dem Beziehungsstatus (alleinerziehend 2,6 % vs. 3,1 %) waren ähnlich.

Etwa ein Fünftel der Mütter (n = 38; 19,8 %) gab an, an einer chronischen Krankheit, z.B. Diabetes mellitus, Asthma, Rheuma oder Schilddrüsenerkrankungen, zu leiden.

In der Schwangerschaft hatten nach ihren Angaben 7 Mütter (3,6 %) geraucht, 2 Wochen pp waren es 11 Mütter (5,7 %), 2 Monate pp 17 Mütter (8,9 %).

Tabelle 5.1 Mütterliche Basisdaten

Mütterliche Merkmale	Häufigkeit (n = 192)	
	n	%
<i>Alter in Jahren</i>		
- 18-24	10	5,2
- 25-29	42	21,9
- 30-34	86	44,8
- 35-39	41	21,4
- ≥ 40	13	6,8
<i>Geburtsland</i>		
- Deutschland	162	84,4
- Anderes Land	30	15,6
<i>Nationalität</i>		
- Deutsch	177	92,2
- Andere	15	7,8
<i>Berufstätigkeit vor Mutterschutz</i>		
- Ja	144	75,0
- Nein	48	25,0
<i>Höchster Schulabschluss</i>		
- Fachabitur/Abitur	139	72,4
- Mittlere Reife mit Realschulabschluss	37	19,3
- Hauptschulabschluss	13	6,8
- Kein Schulabschluss	2	1,0
- Keine Angabe	1	0,5
<i>Höchster Berufsabschluss</i>		
- (Fach-)Hochschulabschluss, Ingenieurschule	97	50,5
- Ausbildung im gesundheitlichen/pädagogischen Bereich	33	17,2
- Ausbildung in einem anderen Bereich	33	17,2
- (Noch) kein Ausbildungsabschluss	10	5,2
- Berufsfachschule, Handelsschule, Höhere Handelsschule	7	3,6
- Fachschulabschluss (Meisterschule, Technikerschule)	4	2,1
- Keine Angabe	7	3,6
- Sonstiges	1	0,5
<i>Familienstand</i>		
- Verheiratet	140	72,9
- Ledig	50	26,0
- Sonstiges	2	1,0

<i>Beziehungsstatus</i>			
-	In fester Partnerschaft lebend	183	95,3
-	Alleinerziehend	5	2,6
-	Sonstiges	4	2,1
<i>Kinderzahl</i>			
-	Erstes Kind	120	62,5
-	1 weiteres Kind	49	25,5
-	2 weitere Kinder	17	8,9
-	Mehr als 2 weitere Kinder	6	3,1
<i>Rauchen 2 Wochen pp</i>			
-	Nein	181	94,3
-	Ja, gelegentlich	6	3,1
-	Ja, regelmäßig	5	2,6
<i>Chronische Erkrankung</i>			
-	Nein	154	80,2
-	Ja	38	19,8

Tabelle 5.2 Basisdaten zum schulischen und beruflichen Werdegang der Partner/-innen

Merkmale Partner/-in	Häufigkeit (n = 131)	
	n	%
<i>Berufstätigkeit</i>		
- Ja	129	98,5
- Nein	2	1,5
<i>Höchster Schulabschluss</i>		
- Fachabitur/Abitur	100	76,3
- Mittlere Reife mit Realschulabschluss	21	16,0
- Hauptschulabschluss	7	5,3
- Kein Schulabschluss	1	0,8
- Unbekannt	1	0,8
- Sonstiges	1	0,8
<i>Abgeschlossene Berufsausbildung</i>		
- (Fach-)Hochschulabschluss, Ingenieurschule	67	51,1
- Ausbildung in einem anderen Bereich	37	28,2
- Fachschulabschluss (Meisterschule, Technikerschule)	12	9,2
- Berufsfachschule, Handelsschule, Höhere Handelsschule	5	3,8
- Ausbildung im gesundheitlichen/pädagogischen Bereich	4	3,1
- Kein Ausbildungsabschluss	3	2,3
- Noch kein Ausbildungsabschluss	2	1,5
- Unbekannt	1	0,8

Informationen zu den Kindern

Im Kollektiv der Kinder waren Jungen und Mädchen gleichmäßig verteilt. Ein Kind war ein (erstgeborener) Mehrling. Das Geburtsgewicht betrug im Durchschnitt 3528 g (Md. 3525 g; Min. 2500 g; Max. 4700 g).

Tabelle 5.3 Kindliche Basisdaten

Kindliche Merkmale	Häufigkeit (n = 192)	
	n	%
<i>Mehrling</i>		
- Nein	191	99,5
- Ja	1	0,5
<i>Geschlecht</i>		
- Männlich	100	52,1
- Weiblich	91	47,4
- Keine Angabe	1	0,5

Präventionsverhalten

Zu beiden Befragungszeitpunkten wurden die Mütter zu ihrem Impfstatus gegen das Coronavirus befragt. Von den Müttern, die versucht hatten, zu stillen, waren 61,0 % zum Zeitpunkt 2 Wochen pp (November – Dezember 2021) vollständig oder teilweise gegen Covid-19 geimpft, zum späteren Zeitpunkt 2 Monate pp waren es 86,1 %. Zur deutlich höheren Impfquote bei der späteren Befragung (Januar – Februar 2022) könnte beigetragen haben, dass die seit September 2021 von der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut empfohlene Covid-19-Schutzimpfung auch für Schwangere ab dem 2. Trimester und nicht geimpfte Stillende inzwischen großflächig umgesetzt wurde. Die Impfquote der Partner/-innen lag zu beiden Zeitpunkten bei über 90 %. Dies könnte durch die relativ frühe Priorisierung dieser Personengruppe bei den Impfungen erklärt sein.

Die Wahrnehmung der Vorsorgeuntersuchungen für Mutter und Kind in den ersten 2 Monaten pp wurde in der Befragung 2 Monate pp erfasst. Die reguläre Abschluss-Untersuchung beim Gynäkologen (6 - 8 Wochen nach der Entbindung) hatten 83,3 % der Mütter bis zum Befragungszeitpunkt (etwa 8 Wochen nach der Entbindung) wahrgenommen. Die Nichtwahrnehmung wurde im Wesentlichen dadurch begründet, dass die Mutter (noch) keinen Termin bei ihrem Gynäkologen bekommen oder selbst keine Zeit hatte. Überwiegend (92,0 %) ergaben sich bei der Abschlussuntersuchung keine mütterlichen Befunde mit Bedeutung für die Ernährung des Kindes. 18,0 % der Mütter waren zur Ernährung ihres Babys beraten worden und damit (voll oder teilweise) zufrieden. Die Vorsorgeuntersuchung U3 beim Kind (4 - 5 Wochen pp) ist in der Regel die erste Vorsorgeuntersuchung, die nach der

Entlassung aus der Geburtsklinik beim (niedergelassenen) Kinder- und Jugendarzt ambulant stattfindet. Nahezu alle Mütter (98,9 %) hatten die U3 mit ihrem Kind wahrgenommen. Die beiden Mütter, die die U3 (noch) nicht wahrgenommen hatten, nannten als Grund, dass sie keinen Termin beim Arzt bekommen hatten. Gesundheitliche Befunde mit Bedeutung für die Ernährung des Kindes gab es bei der U3 in der Regel (90,0 %) nicht. 38,2 % der Mütter waren zur Ernährung ihres Kindes beraten worden und damit (voll oder teilweise) zufrieden.

Bei 16 Kindern (8,9 %) war es im Zeitraum zwischen 2 Wochen und 2 Monaten pp zu gesundheitlichen Besonderheiten/Komplikationen gekommen. Bei 10 dieser Kinder (62,5 %) hatte dieser Befund auch zu einer Änderung der Ernährung des Kindes geführt.

Die Gabe von Vitamin D zur Rachitisprophylaxe wurde von den Müttern mit 2 Ausnahmen (1,1 %) bei allen Kindern durchgeführt, überwiegend (86,1 %) mit einer täglichen Gabe und in etwa der Hälfte der Fälle (48,3 %) als Tablettengabe. Die Gabe von Fluorid zur Kariesprophylaxe wurde von den Müttern bei 30,0 % der Säuglinge durchgeführt. Fluorid wurde in allen Fällen in Tablettenform verabreicht, in der Regel (94,4 %) in Kombination mit Vitamin D. Von den Müttern, die ihrem Kind im Alter von 2 Monaten noch kein Fluorid gaben, planten 50,8 % eine spätere Einführung, 37,3 % waren noch unentschlossen, 11,9 % wollten auch später ihrem Kind kein Fluorid geben.

5.2.4 Geburt und Stillbeginn

Der Entbindungsmodus war bei 63,5 % der Mütter eine vaginale Geburt, bei 36,5 % erfolgte ein Kaiserschnitt.

Die Geburt war weit überwiegend (79,7 %) ohne Komplikationen verlaufen. Mit wenigen Ausnahmen (4,2 %) war der Partner/die Partnerin oder eine andere vertraute Person bei der Geburt dabei, meist von Anfang an (81,8 %) oder zumindest teilweise (14,1 %).

Die Aufenthaltsdauer in der Klinik pp betrug bei den meisten Müttern zwei Tage (39,6 %) oder drei Tage (35,4 %). Nur wenige Mütter hatten einen kürzeren oder längeren Klinikaufenthalt.

Tabelle 5.4 Wie lange waren Sie nach der Geburt in der Klinik?

Klinikaufenthalt	Häufigkeit (n = 192)	
	n	%
Zwei Tage	76	39,6
Drei Tage	68	35,4
Mehr als drei Tage	35	18,2
Ein Tag	10	5,2
Ambulante Entbindung	3	1,6

Die folgenden Daten beziehen sich auf Mütter (n = 177, 92,2 %), die versucht haben, zu stillen. Von diesen Müttern hatten 74,0 % in der ersten Stunde ununterbrochen Hautkontakt mit ihrem Kind. Das erste Anlegen erfolgte bei 71,2 % innerhalb der ersten Stunde pp, bei 19,8 % zwischen der 1. und 2. Stunde pp. Der hauptsächliche Grund, später als nach der 1. Stunden erstmals anzulegen, war eine Entbindung per Kaiserschnitt (54,9 %). Weitere häufig genannte Gründe waren, dass das Baby müde war (21,6 %) oder es lagen gesundheitliche Gründe von Seiten der Mutter (15,7 %) oder des Kindes (9,8 %) vor. Corona-bedingte Hygienemaßnahmen wurden in keinem Fall als Grund für ein erstes Anlegen später als der 1. Stunden pp genannt.

Eine Anleitung beim Stillen nach der Geburt (76,8 %) erfolgte in den meisten Fällen durch eine Hebamme (73,5 %), aber auch durch Pflegepersonal (54,4 %) oder Stillfachkräfte (Stillberater/-in') (29,4 %). Bei der Stillanleitung wurden meist auch verschiedene Stillpositionen gezeigt (74,3 %). Die Mütter empfanden die Stillanleitung auf der Station mehrheitlich als einheitlich (69,9 %). Mit der Stillbetreuung in der Klinik waren die meisten Mütter voll (58,8 %) oder teils-teils (35,3 %) zufrieden, wenige 5,9 % waren nicht zufrieden. Ausschlaggebend für eine volle Zufriedenheit mit der Stillbetreuung war für die Mütter insbesondere eine Betreuung nach Bedarf (83,8 %) und kompetentes Personal (68,8 %).

Tabelle 5.5 Was waren die hauptsächlichen Gründe, weswegen Sie mit der Stillbetreuung in der Klinik voll zufrieden waren? (Mehrfachnennungen möglich)

Gründe für Zufriedenheit	Häufigkeit (n = 80)	
	n	%
Betreuung nach Bedarf	67	83,8
Kompetentes Personal	55	68,8
Unterstützung bei der Entscheidung zum Stillen	31	38,8
Einheitliche Vorgehensweise	27	33,8
Ausführung der pandemiebedingten Hygienemaßnahmen	26	32,5
Gut geplante Abläufe	14	17,5

Andererseits nannten die Mütter als Gründe, warum sie mit der Stillbetreuung in der Klinik nicht voll zufrieden waren ($n = 56$), in erster Linie fehlende einheitliche Richtlinien (64,3 %), nicht ausreichende Betreuung (41,1 %) und hektische Abläufe (37,5 %). Die Ausführung der pandemiebedingten Abstandsregeln und Hygienemaßnahmen war für viele Mütter (32,5 %) ein positiver Faktor für die Stillbetreuung. Keine Mutter fühlte sich durch die Ausführung der Hygienemaßnahmen verunsichert. In ihren Zimmern waren die Wöchnerinnen überwiegend (68,9 %) allein untergebracht. Alle Mütter (100 %) hatten ihr Kind tagsüber und nachts in ihrem Zimmer (24h-Rooming in), die meisten Mütter (75,7 %) hatten das Kind dann im Mutterbett. Die Regelungen zum Stillen entsprachen weit überwiegend dem Prinzip des Stillens ‚nach Bedarf‘, entweder ohne festgelegten Zeitplan (61,6 %) oder orientiert an einer Mindestzahl von 8 – 10 Mahlzeiten innerhalb von 24 Stunden. Wenige Kinder (5,1 %) wurden nach einem festen Zeitplan gestillt.

5.2.5 (Still)betreuung und Unterstützung außerhalb der Klinik

Im gesamten Mütterkollektiv ($n = 192$) waren 69,3 % der Frauen in der Schwangerschaft von einer Fachkraft, wie zum Beispiel einer Hebamme oder Stillberater/-in, betreut worden, im Mittel ab der 15. Schwangerschaftswoche (frühestens ab dem Beginn der Schwangerschaft, spätestens am Ende der Schwangerschaft). Bei der Suche nach einer Fachkraft hatte die Mehrzahl der Frauen (61,5 %) keine Probleme. Knappe Kapazitäten bei den Fachkräften waren für knapp ein Viertel der Frauen (22,9 %) ein Problem bei der Suche.

Tabelle 5.6 Wie verlief Ihre Suche nach einer betreuenden Fachkraft (z.B. Hebamme, Stillberaterin) in der Schwangerschaft?

Suche nach Fachkraft	Häufigkeit ($n = 192$)	
	n	%
Keine Probleme bei der Suche	118	61,5
Probleme, weil keine freien Kapazitäten bei den Fachkräften vorhanden waren	33	17,2
Probleme, weil es nur wenige Fachkräfte gab	11	5,7
Probleme, weil Informationen für die Suche fehlten	3	1,6
Probleme, weil Fachkräfte nicht den eigenen Vorstellungen entsprachen	3	1,6
Keine Fachkraft gesucht	24	12,5

In den ersten 2 Wochen nach der Entlassung wurden die meisten Mütter (62,5 %) von derselben Fachkraft betreut wie vor der Entbindung. 21,4 % der Mütter wurden von einer anderen Fachkraft betreut, 16,1 % hatten in diesem Zeitraum keine Betreuung durch eine Fachkraft. In den ersten 2 Wochen nach der Entlassung hatten 14,9 % der betreuten Mütter

täglichen Kontakt mit ihrer Fachkraft, 68,4 % hatten mehr als 5-maligen Kontakt, 16,8 % hatten seltener Kontakt. Überwiegend (80,1 %) waren die Kontakte Hausbesuche, aber auch Hausbesuche in Kombination mit Online-/Telefonberatung (18,6 % der Mütter). In der Phase der ersten 2 Wochen pp und der Phase 2 Wochen bis 2 Monate pp waren Inanspruchnahme und Durchführung der Betreuung ähnlich, die Häufigkeit der Kontakte hatte allerdings in der zweiten Phase deutlich abgenommen. In beiden Phasen war für die große Mehrheit der Mütter (> 90 %) die Häufigkeit der Kontakte mit ihrer betreuenden Fachkraft genau richtig. Bis auf eine Ausnahme (Wegfall von Hausbesuchen) nannte keine Mutter pandemiebedingte Gründe für die Häufigkeit und die Form der Betreuungskontakte in den ersten 2 Monaten nach der Klinikentlassung.

Tabelle 5.7 Kontakt der Mütter zu einer betreuenden Fachkraft nach der Klinikentlassung

Betreuung durch eine Fachkraft	Zeitraum			
	Erste 2 Wochen pp (n = 161)		2 Wochen bis 2 Monate pp (n = 103)	
	n	%	n	%
<i>Häufigkeit des Kontaktes</i>				
- Täglich	24	14,9	1	1,0
- Nicht täglich, aber mehr als 10 mal	27	16,8	12	11,7
- Ca. 5-10 mal	83	51,6	37	35,9
- Seltener als 5 mal	27	16,8	53	51,5
<i>Einschätzung der Häufigkeit des Kontaktes</i>				
- Häufigkeit des Kontakts war genau richtig	150	93,2	97	94,2
- Kontakt war zu häufig	5	3,1	1	1,0
- Kontakt war zu selten	6	3,7	5	4,9
<i>Hausbesuche von der betreuenden Fachkraft</i>				
- Alle Kontakte waren Hausbesuche	129	80,1	78	75,7
- Hausbesuche und Online-/Telefonberatung	30	18,6	22	21,4
- Hausbesuche waren nicht nötig	2	1,2	2	1,9
- Hausbesuche pandemiebedingt nicht möglich	0	0,0	1	1,0

Nach der Unterstützung durch Partner/-innen oder andere nahestehende Personen befragt, gaben die Mütter an, dass der Partner/die Partnerin in den allermeisten Fällen (79,9 %) das Stillen gut/wichtig fand bzw. in 19,0 % der Fälle eher neutral zum Stillen eingestellt war. An Informationsveranstaltungen zum Stillen hatten 10,8 % der Partner/-innen teilgenommen. In den ersten 2 Wochen pp hatten die allermeisten Mütter (91,5 %) zu Hause Hilfe bei den Hausarbeiten von ihrem Partner/ihrer Partnerin, aber auch von der Familie (34,5 %)

(Mehrfachnennungen). Weitgehend ähnlich waren die Hilfen der Mütter bei den Hausarbeiten in den nachfolgenden Wochen.

5.2.6 Stillen in den ersten 2 Monaten

Im Gesamtkollektiv der Mutter-Kind-Paare ($n = 192$) hatten 177 Mütter (92,2 %) nach eigenen Angaben versucht, zu stillen. 15 Mütter (7,8 %) hatten nicht versucht, zu stillen. Alle Mütter wurden zur aktuellen Ernährung ihres Kindes jeweils zum Zeitpunkt 2 Wochen und 2 Monate pp befragt. Die Ernährung wurde analog zur SuSe II-Studie entsprechend internationalen (WHO) und nationalen (NSK) Definitionen detailliert aufgeschlüsselt und in verschiedene Kategorien eingeteilt.

Tabelle 5.8 Definitionen der Ernährungskategorien

ausschließlich Muttermilch bzw. ausschließlich Stillen	Muttermilch ohne andere Flüssigkeit und ohne andere Nahrung (ggf. zusätzliche Medikamente, Vitamine und Mineralstoffe)
überwiegend Muttermilch bzw. überwiegend Stillen	Muttermilch und andere Flüssigkeit (z. B. Tee, Glukoselösung), aber keine Milch oder Beikost
Vollstillen	Ausschließliches und überwiegendes Stillen summiert
Stillen überhaupt bzw. jegliches Stillen	Muttermilch ohne Berücksichtigung jeglicher Art von zusätzlicher Ernährung
Zwielmilch	Muttermilch und Muttermilchersatznahrung
Säuglingsmilch bzw. Muttermilchersatznahrung	Oberbegriff für alle Arten von industriell hergestellter Säuglingsanfangsnahrung und Folgenahrung (Säuglingsmilch), sowie selbsthergestellter Milchnahrung

Im Alter von 2 Wochen wurden 66,1 % der Kinder ausschließlich gestillt. Bis zum Alter von 2 Monaten war der Anteil auf 57,8 % zurückgegangen. Eine Zufütterung von Säuglingsmilchnahrung (Zwielmilch) erhielten zwischen 18,2 % und 13,3 % der Kinder in dem Zeitraum seit der Entlassung. Die Quoten für jegliches Stillen gingen von 85,4 % (2 Wochen) auf 75,5 % (2 Monate) zurück. Der Anteil der nicht (mehr) gestillten Kinder stieg auf 24,4 % an.

Tabelle 5.9 Häufigkeiten der Ernährungskategorien

Ernährungskategorien	2 Wochen pp (n = 192)		2 Monate pp (n = 180)	
	n	%	n	%
Ausschließlich Muttermilch	127	66,1	104	57,8
- An der Brust	113	89,0	-	-
- (Teilweise) abgepumpt	14	11,0	-	-
Überwiegend Muttermilch	2	1,0	6	3,3
Voll gestillt (ausschließlich + überwiegend)	129	67,2	110	61,1
Muttermilch + Säuglingsmilch (Zwimilch)	35	18,2	24	13,3
Muttermilch + Säuglingsmilch + Flüssigkeiten	-	-	2	1,1
Jegliches Stillen	164	85,4	136	75,6
Ausschließlich Säuglingsmilch	27	14,1	38	21,1
Säuglingsmilch + Flüssigkeiten	1	0,5	6	3,3

Summarisch betrachtet, wurden in SINA im Vergleich mit SuSe weniger Kinder in den ersten beiden Lebensmonaten ausschließlich gestillt (ca. 60 % vs. ca. 70 %) und mehr Kinder nicht (mehr) gestillt (ca. 15 % vs. ca. 10 %). Der in SINA im Vergleich mit SuSe ähnlich hohe und in ähnlicher Weise abnehmende Anteil von Zwimilchernährung konnte den größeren Abfall der Gesamtstillquoten in SINA in den ersten 2 Monaten nicht auffangen. Eine Zufütterung in der Klinik erfolgte bei 14,1 % der gestillten Kinder, weit überwiegend in Form von Säuglingsanfangsnahrung mit der Silbe Pre, in Einzelfällen mit eigener abgepumpter Muttermilch.

Mütter, die versucht hatten, zu stillen, und innerhalb der ersten 2 Wochen pp Säuglingsmilch eingeführt hatten, aber noch weiter stillten (Zwimilch) (n = 35), nannten als häufigste Gründe für die Einführung der Säuglingsmilch, dass das Kind nicht satt wurde (28,6 %) und dass das Kind zu sehr abgenommen hatte (28,6 %) (Mehrfachnennungen). Mütter, die versucht hatten, zu stillen, aber in den ersten 2 Wochen abgestillt hatten (n = 13), nannten als hauptsächlichen Grund Probleme mit dem Stillen (46,1 %) (Mehrfachnennungen). Ähnlich gelagerte Gründe nannten Mütter auch für das Einführen von Säuglingsmilch in der späteren Stillphase (2 Wochen bis 2 Monate pp). Zu keinem Zeitpunkt nannten die Mütter pandemiebedingte Gründe für die Zufütterung von Säuglingsmilch, wie beispielsweise die Vermeidung einer Infektion des Kindes bei einer möglichen mütterlichen Infektion.

5.2.7 Stillprobleme, Abstillen

Stillprobleme

Stillprobleme in den ersten 2 Wochen pp berichteten 58,2 % der anfangs stillenden Mütter. Stillprobleme im Zeitraum zwischen 2 Wochen und 2 Monaten berichteten 44,7 % der mit 2 Wochen noch stillenden Mütter (n = 164).

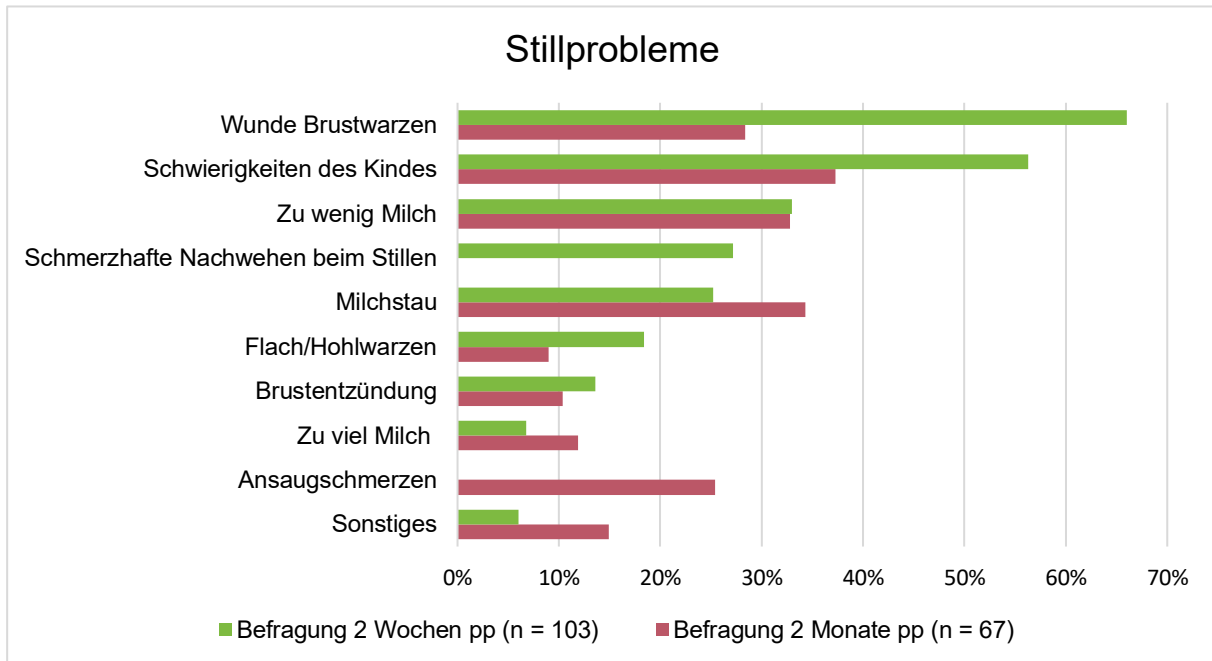


Abbildung 16 Art aufgetretener Stillprobleme in den ersten 2 Monaten nach der Geburt (Mehrfachnennungen möglich)

Während ‚wunde Brustwarzen‘ in der frühen Stillphase (2 Wochen pp) weitaus am häufigsten als Stillproblem genannt wurden, trat dieses Problem in der späteren Stillphase zurück. Dagegen zählten ‚Schwierigkeiten des Kindes beim Trinken‘ und ‚zu wenig Milch‘ in beiden Stillphasen zu den vorrangigen Stillproblemen. Anatomische Probleme mit der Brust (Flach/Hohlwarzen) und eine Brustentzündung spielten demgegenüber in beiden Phasen eine nachgeordnete Rolle.

Die Untergruppen der Mütter mit Stillproblemen wurden zu beiden Befragungszeitpunkten zur Beurteilung der Betreuung/Hilfe gefragt, die sie bekommen hatten (Aufschlüsselung der Betreuenden insgesamt s. Kap. 4.2.6). In den ersten 2 Wochen fühlten sich 61,2 % der Mütter mit Stillproblemen gut betreut, 24,3 % fühlten sich nicht gut betreut, und 14,6 % konnten die Betreuung nicht bewerten. Auf die Frage, von wem sie bei ihren Stillproblemen besonders gut betreut wurden, nannten die Mütter weit überwiegend die Hebamme zu Hause (66,7 %). Auch eine gute Betreuung in der Klinik durch eine Hebamme oder Pflegepersonal auf der Station wurden häufig genannt (je 38,1 %).

Tabelle 5.10 Von wem wurden Sie bei Ihren Stillproblemen besonders gut betreut?

Bezugszeitraum: erste 2 Wochen nach der Geburt (Befragung 2 Wochen pp; Mehrfachnennungen möglich)

Betreuende Person bei Stillproblemen	Häufigkeit (n = 63)	
	n	%
Hebamme zu Hause	42	66,7
Hebamme auf Station	24	38,1
Pflegepersonal auf Station	24	38,1
Familie / Freunde	10	15,9
Mütter mit Still Erfahrung	7	11,1
Arzt/Ärztin auf Station	4	6,3
Arzt/Ärztin nach Entlassung vor Ort	2	3,2
Arzt/Ärztin nach Entlassung online	0	0,0
Hebamme online	0	0,0
Sonstiges	2	3,2

Sonstiges: Stillambulanz (n = 1); Stillberater/-in auf Station (n = 1)

Bei Stillproblemen in der späteren Stillphase (2 Wochen bis 2 Monate) nannten die Mütter ebenfalls die Hebamme am häufigsten an erster Stelle der besonders guten Betreuung. Gegenüber der Betreuung bei Stillproblemen in der frühen Stillphase wurden (niedergelassene) Ärzte/Ärztinnen jetzt häufiger benannt. Eine noch größere Rolle spielten in der Phase 2 Wochen bis 2 Monate pp allerdings Mütter mit Erfahrungen und Freunde/Familie. Online-Angebote zur Betreuung bei Stillproblemen wurden hingegen nur selten genutzt (13,4 % der Mütter mit Stillproblemen in der späten Stillphase). Bei Stillproblemen wurden zu keinem Zeitpunkt Online-Angebote als besonders gute Betreuungsform genannt.

Tabelle 5.11 Wer bzw. was hat Ihnen bei Ihren Stillproblemen am meisten geholfen? Bezugszeitraum 2 Wochen bis 2 Monate nach der Geburt (Befragung 2 Monate pp)

Hilfe bei Stillproblemen	Häufigkeit (n = 58)	
	n	%
Hebamme	36	62,1
Familie / Freunde/ Freundinnen	5	8,6
Ich fand kein Angebot hilfreich	4	6,9
Frauenarzt/-ärztin	3	5,2
Mütter mit Erfahrung	3	5,2
Kinderarzt/-ärztin	2	3,4
Stillambulanz der Geburtsklinik	2	3,4
Andere Fachkraft	1	1,7
Sonstiges	2	3,4

Sonstiges: Internet

Abstillen

In den ersten 2 Wochen pp hatten 13 Mütter (7,3 % der anfangs stillenden Mütter) abgestillt, bis zum Alter von 2 Monaten waren es weitere 17 Mütter (9,6 %). Als hauptsächliche Gründe für frühes Abstillen (Befragung 2 Wochen pp) nannten die Mütter Probleme mit dem Stillen bei einem früheren Kind, Probleme mit der Brust/Brustwarzen, weil die Mutter keine Lust mehr hatte, zu stillen, weil sie erwartete, dass das Stillen zu anstrengend sein würde, dass sie zu Hause schon genug Stress haben würde, dass sie keine Zeit haben würde, zu stillen. Als hauptsächliche Gründe für späteres Abstillen (Befragung 2 Monate pp) gaben die Mütter an, dass die Milch für das Kind nicht mehr ausreichte, dass das Stillen an ihren Kräften zehrte, Probleme mit der Brust/Brustwarzen, dass das Kind die Brust verweigerte, eigene gesundheitliche Probleme. In keinem Fall nannten die Mütter Abstillgründe in Zusammenhang mit der Pandemie, wie beispielsweise eine eigene Corona-Infektion, Sorgen wegen einer möglichen Übertragung des Virus durch das Stillen auf das Kind oder Abraten vom Stillen durch Dritte aufgrund der Pandemie. Für 15 der 17 Mütter, die im Zeitraum 2 Wochen bis 2 Monate pp abgestillt hatten, war die erreichte Dauer des ausschließlichen Stillens kürzer, als sie es sich ursprünglich vorgestellt hatten.

5.2.8 Informationsverhalten

Erstgebärende Mütter im Studienkollektiv (n = 120) wurden zu ihrem Informationsverhalten bezüglich der Geburtsklinik befragt. Die meisten Erstgebärenden (75,8 %) hatten die Klinik, in der sie entbunden hatten, vor der Geburt kennengelernt. Meist erfolgte dies über das Internet oder bei der Anmeldung zur Geburt. Alle Mütter, die die Geburtsklinik vor der Geburt

nicht kennengelernt hatten (n = 29), hatten kein Interesse an der Besichtigung der Klinik/des Kreißsaals (100%) (Mehrfachnennungen). Als weitere häufige Gründe nannten diese Mütter, dass es nicht ging (55,2 %), dass sie die Klinik bereits kannten (34,5 %) oder dass die Pandemie der Grund war (24,1 %).

Alle Mütter im Gesamtkollektiv (n = 192) wurden zu ihrer Teilnahme an einem Geburtsvorbereitungskurs und einem Stillvorbereitungskurs befragt. An einem Geburtsvorbereitungskurs hatten 45,3 % der Mütter teilgenommen, an einem Stillvorbereitungskurs 10 Mütter (5,2 %). Auf den Geburtsvorbereitungskurs waren die Mütter meist über das Internet aufmerksam geworden (43,7 %), häufig auch über die Hebamme (20,7 %) oder die eigene Familie/Bekannte (18,4 %). Auch zum Stillvorbereitungskurs war das Internet die hauptsächliche Informationsquelle der Mütter (50 %). Der Geburtsvorbereitungskurs (55,2 %) und auch der Stillvorbereitungskurs (70,0 %) wurde überwiegend in Präsenz durchgeführt. Kurse in Form von Videokonferenzen kamen seltener vor (37,9 % bzw. 20,0 %). Als bei weitem häufigsten Grund für die Nichtteilnahme an einem Geburtsvorbereitungskurs gaben die Mütter an, dass sie keine Notwendigkeit für sich gesehen hatten (50,5 %). Weitere 17,1 % der Mütter verfügten bereits über Erfahrungen von einem früheren Kind. Für 10,5 % der Mütter war Corona ein Hinderungsgrund.

Tabelle 5.12 Haben Sie während Ihrer Schwangerschaft an einem Geburtsvorbereitungskurs teilgenommen? (Mehrfachnennungen möglich)

Gründe für Nichtteilnahme am Geburtsvorbereitungskurs	Häufigkeit (n = 105)	
	n	%
Keine Notwendigkeit wahrgenommen	53	50,5
Erfahrung von früheren Geburten	18	17,1
Andere Vorbereitung	12	11,4
Wegen Corona	11	10,5
Kein Interesse	10	9,5
Keine Zeit	8	7,6
Keinen passenden Kurs gefunden	5	4,8
Unwissen, dass es solche Kurse gibt	2	1,9
Unwissen, ob ein solcher Kurs bezahlt wird	1	1,0
Sonstiges	7	6,7

Sonstiges: Online Kurse haben nicht zugesagt (n = 2); Kind kam vor dem Geburtsvorbereitungskurs (n = 1); weil der Kurs ausgefallen ist (n = 1); weil kein Präsenzkurs stattfand (n = 1); Kaiserschnitt (n = 1); zu spät darum gekümmert (n = 1)

Für die Nichtteilnahme an einem Stillvorbereitungskurs war der häufigste Grund hingegen die Unwissenheit über solche Kurse (47,8 %), gefolgt von bereits bestehenden Stillerfahrungen (27,5 %) und anderen Formen der Stillvorbereitung (15,9 %).

Vor der Geburt hatten sich 100 Mütter (52,1 %) über das Stillen informiert. Aufgrund von bereits vorliegenden Erfahrungen bei einem früheren Kind hielten 54 Mütter (28,1 %) in dieser Schwangerschaft eine Information über das Stillen nicht für erforderlich, 17 Mütter (8,9 %) wussten nicht, wo sie Informationen bekommen konnten. Informationen zur Säuglingsernährung vor der Geburt hatten 41,1 % der Mütter eingeholt. Ähnlich wie beim Stillen verfügten die meisten Mütter, die sich nicht informiert hatten, bereits über Erfahrungen in der Säuglingsernährung.

Die häufigste Informationsquelle vor der Geburt zum Thema Stillen war die Hebamme vor Ort / zu Hause (53,5 %), gefolgt vom Internet, Büchern/Zeitschriften und der eigenen Familie. Bei den Informationsquellen zur Säuglingsernährung vor der Geburt stand das Internet an erster Stelle (65,8 %), gefolgt von der Hebamme vor Ort, der eigenen Familie und Büchern/Zeitschriften. Kurse als Online-Angebote wurden von den Müttern ähnlich häufig genutzt wie Präsenzkurse. Individuelle professionelle Informationsquellen wie Hebammen, Stillberater/-innen und Ärzte/Ärztinnen waren seltener online. Mit wenigen Ausnahmen (4,0 %) waren die Mütter mit den vorgeburtlichen Informationen insgesamt zufrieden, ein Großteil der Mütter (46,5 %) war sogar voll zufrieden.

Mütter, die mit 2 Wochen noch gestillt hatten, wurden mit 2 Monaten nach den hilfreichsten Informationsquellen zum Stillen gefragt. Weit vorn stand dabei die Hebamme (68,7 %), gefolgt vom Internet (37,3 %) und anderen Müttern mit Stillerfahrungen (26,0 %). Auf die Frage, wer oder was am meisten mit Rat bei allgemeinen Fragen zum Stillen geholfen hatte, ergab sich eine ähnliche Rangfolge der Hilfen.

Tabelle 5.13 Was waren für Sie die hilfreichsten Informationsquellen zum Stillen seit der letzten Befragung? / Wenn Sie zu Hause allgemeine Fragen zum Stillen hatten und Sie sich Rat geholt haben, wer bzw. was hat Ihnen am meisten geholfen?

	Befragung 2 Monate pp			
	Hilfreichste Informationsquellen zum Stillen ¹		Hilfreichste Ratgeber zum Stillen	
	(n = 150)		(n = 150)	
	n	%	n	%
Hebamme	103	68,7	65	43,3
Internet	56	37,3	28	18,7
Mütter mit Still Erfahrungen	39	26,0	13	8,7
Familie/ Freunde/Bekannte	36	24,0	14	9,3
Stillberater/in	11	7,3	3	2,0
Kinderarzt/Kinderärztin	10	6,7	2	1,3
Bücher, Zeitschriften	10	6,7	1	0,7
Stillgruppe	5	3,3	0	0,0
Probleme konnten selber gelöst werden	3	2,0	7	4,7
Geburtsklinik/Entbindungsstation	0	0,0	1	0,7
Keine Probleme gehabt	4	2,7	16	10,7

¹ Mehrfachnennungen möglich

5.2.9 Stillen und sozialer Status

Zur Einschätzung des sozioökonomischen Hintergrundes im Einzugsgebiet der 4 Kliniken, in denen die Mütter für die Studie rekrutiert wurden, wurden die Klinikleitungen befragt. Demnach war das Einzugsgebiet von 3 Kliniken überwiegend von einem niedrigen sozioökonomischen Status geprägt, bei 1 Klinik war es ein mittlerer Status, jeweils gemessen am Ausmaß von Arbeitslosigkeit, Haushalten in der Grundsicherung („Hartz IV“), Alleinerziehenden.

Für die Betrachtung des sozialen Status der Mütter in Zusammenhang mit ausgewählten Parametern des Stillverhaltens wurden die Mütter anhand ihres höchsten Schulabschlusses in 2 Gruppen eingeteilt:

- Hoher sozialer Status: Fachabitur/Abitur n = 139 (72,8 %)
- Niedrigerer sozialer Status: Hauptschule, Realschule/Mittlere Reife, kein Schulabschluss; n = 52 (27,2 %)

In Anbetracht des niedrigen Anteils von Müttern mit Hauptschulabschluss im Kollektiv (n = 13; 6,8 %) wurden diese mit den Realschülerinnen zusammengefasst und im Folgenden als Gruppe mit ‚niedrigem‘ sozialem Status bezeichnet.

Basisinformationen der Mütter

In der Gruppe mit hohem sozialem Status der Mütter hatten auch die Partner/-innen höhere Schulabschlüsse als in der Gruppe mit niedrigem sozialem Status (Fachabitur/Abitur 87,5 % vs. 33,3 %). Diese Mütter waren im Vergleich zu denen mit niedrigem Sozialstatus im Durchschnitt um 2 Jahre älter und vor dem Beginn des Mutterschutzes häufiger berufstätig (81,3 % vs. 59,6 %). Sie hatten zudem seltener während der Schwangerschaft (1,4 % vs. 9,6 %) und nach der Geburt (2,9 % vs. 13,5 %) geraucht und die Impfpfehlungen häufiger umgesetzt (67,1 % vs. 44,5 %).

Unabhängig von ihrem sozialen Status wurden alle Mütter zu beiden Befragungszeitpunkten befragt, ob und von welchen regionalen Unterstützungsangeboten sie gegebenenfalls angesprochen wurden. In den ersten 2 Wochen pp wurden Mütter von verschiedenen Unterstützungsangeboten erreicht, darunter ‚Babylotsen‘ (bei 35,4 % der Mütter), ‚Frühe Hilfen‘ (13,5 %) oder andere funktionsentsprechende regionale Unterstützungsangebote (19,3 %). Überwiegend erfolgte die Ansprache in der Geburtsklinik. Im Zeitraum bis zur Befragung mit 2 Monaten hatten nur noch wenige Mütter (5,6 %) Kontakt mit den vorgenannten Diensten. Bei Aufschlüsselung nach dem sozialen Status der Mütter zeigten sich keine Unterschiede bei der Ansprache durch Unterstützungsangebote im perinatalen Umfeld. Besondere Bedarfe wurden demnach in beiden sozialen Gruppen von den Angeboten wahrgenommen.

Stillen

Bei dem insgesamt hohen Niveau von 92,2 % Müttern im Gesamtkollektiv, die versucht hatten, zu stillen, spielte der soziale Status keine signifikante Rolle für den Stillversuch. Bei der Ernährung im Alter von 2 Wochen zeigte sich jedoch eine Tendenz zu vermehrtem ausschließlichem Stillen bei hohem sozialem Status (74,0 % vs. 64,5 %).

Tabelle 5.14 Ernährungskategorien des Kindes 2 Wochen pp, aufgeteilt nach Schulabschluss der Mutter

Ernährungskategorien 2 Wochen pp	Kein Abschluss, Haupt- oder Real- schule (n = 45)		Abitur (n = 131)		p
	n	%	n	%	
Ausschließlich Muttermilch an der Brust (d.h. keine zusätzliche Flüssigkeit)	26	57,8	86	65,6	0,471
Ausschließlich Muttermilch, ganz oder teilweise abgepumpt	3	6,7	11	8,4	
Muttermilch <u>und</u> andere Flüssigkeiten (aber keine Säuglingsmilch)	0	0,0	2	1,5	
Muttermilch <u>und</u> Säuglingsmilch (aber keine anderen Flüssigkeiten)	11	24,4	24	18,3	
Säuglingsmilch ausschließlich	4	8,9	8	6,1	
Säuglingsmilch <u>und</u> andere Flüssigkeiten	1	2,2	0	0,0	

Zwei Monate nach der Entbindung ernährten Mütter mit hohem Bildungsstatus ihre Kinder signifikant häufiger ausschließlich mit Muttermilch als Mütter mit niedrigem Bildungsstatus (64,9 % vs. 37,5 %; $p = 0,001$). Gleichzeitig ernährten Mütter mit niedrigerem Bildungsstatus ihre Kinder signifikant häufiger ausschließlich mit Säuglingsmilch als Mütter mit hohem Bildungsstatus (35,4 % vs. 16,0 %; $p = 0,005$).

Tabelle 5.15 Ernährungskategorien des Kindes 2 Monate pp, aufgeteilt nach Schulabschluss der Mutter

Ernährungskategorien 2 Monate pp	Kein Abschluss, Haupt- oder Real- schule (n = 48)		Abitur (n = 131)		p
	n	%	n	%	
Ausschließlich Muttermilch	18	37,5	85	64,9	0,001
Überwiegend Muttermilch	1	2,1	5	3,8	1,00 ^a
Muttermilch + Säuglingsmilch(Zwimilch)	8	16,7	16	12,2	0,439
Muttermilch + Säuglingsmilch + Flüssigkeiten	1	2,1	1	0,8	0,466 ^a
Ausschließlich Säuglingsmilch	17	35,4	21	16,0	0,005
Säuglingsmilch + Flüssigkeiten	3	6,3	3	2,3	0,345 ^a

^aexakter Test nach Fischer

Befragt zu ihrer Vorstellung von der Stilldauer vor der Geburt orientierten sich Mütter mit hohem sozialem Bildungsstatus eher an der globalen Empfehlung des 6-monatigen ausschließlichen Stillens als Mütter mit geringerem Bildungsstatus. Stillprobleme wurden in beiden sozialen Gruppen ähnlich häufig genannt.

Information und Beratung

Insbesondere bei verschiedenen Parametern der Information und Beratung allgemein und zum Stillen spielte der soziale Status der Mutter eine bedeutende Rolle. Bei niedrigem sozialem Status hatten Mütter seltener an einem Geburtsvorbereitungskurs teilgenommen (23,1 % vs. 53,9 %), sie wurden seltener in der Schwangerschaft (51,9 % vs. 76,3 %) und nach der Geburt zu Hause (65,4 % vs. 90,6 %) von einer Fachkraft betreut und sie hatten sich seltener schon vor der Geburt über das Stillen informiert, zum Teil weil sie zu diesem Zeitpunkt nicht stillen wollten.

Tabelle 5.16 Haben Sie während Ihrer Schwangerschaft an einem Geburtsvorbereitungskurs teilgenommen? – aufgeteilt nach Schulabschluss

Teilnahme am Geburtsvorbereitungskurs	Kein Abschluss, Haupt- oder Realschule (n = 52)		Abitur (n = 139)		p
	n	%	n	%	
Teilnahme	12	23,1	75	53,9	< 0,001
Keine Teilnahme	40	76,9	64	46,0	

Die sozialen Unterschiede bei der Teilnahme an einem Geburtsvorbereitungskurs konnten in der Untergruppe der Mehrgebärenden auch für den vorpandemischen Zustand verifiziert werden. Dies legt nahe, dass es sich hier ebenso wie bei der auch im Gesamtkollektiv bemerkenswert niedrigen Teilnahmequote an diesen Kursen um ein grundsätzliches Problem der Information hierzu, der mütterlichen Wahrnehmung oder der bedarfsgerechten Ausrichtung der Angebote handeln könnte, aber weniger um einen Pandemieeffekt.

Die Informationsquellen, die Mütter als besonders hilfreich bei allgemeinen Fragen zum Stillen zu Hause empfunden hatten, wiesen zwischen den sozialen Gruppen keine grundsätzlichen Unterschiede auf, auch wenn die Gewichtung einzelner Quellen unterschiedlich war.

Umgang mit der Pandemie

Unabhängig vom sozialen Status hatten wechselnde allgemeine Regelungen in der Pandemie bei etwa 60 % der stillenden Mütter vor der Geburt zu einer Verunsicherung geführt. Die pandemiebedingten Besuchseinschränkungen in der Klinik empfanden Mütter mit niedrigem Sozialstatus dagegen tendenziell eher zu streng als Mütter mit hohem Sozialstatus (42,2 % vs. 29,8 %). Entsprechend war der Anteil von Müttern, die die Besuchseinschränkungen als genau richtig für sich empfanden, bei niedrigem Sozialstatus eher niedriger (53,3 % vs. 59,5 %). In der Subgruppe der Mehrgebärenden war die persönliche Bewertung der Vorerfahrungen von einem früheren Kind für den Umgang mit der pandemischen Situation unabhängig vom sozialen Status.

Teilnahme an der SINA-Studie

Die hohe Zufriedenheit der Mütter mit der Durchführung der Online-Befragung und dem Fragebogen war in allen abgefragten Belangen unabhängig vom sozialen Status. Dies spricht dafür, dass das webbasierte Konzept und die Gestaltung der Fragebögen trotz des Fragenumfangs und der Fragenvielfalt für den Einsatz in dem sozioökonomischen Kontext der SINA-Studie geeignet waren.

5.2.10 Stillen in der Pandemie

Die folgenden Ergebnisse beziehen sich auf Mütter, die versucht hatten, zu stillen (n = 177).

Einstellungen zum Stillen und zu Hygienemaßnahmen

Die große Mehrheit dieser Mütter (94,4 %) hatte sich in der Schwangerschaft keine besonderen Gedanken über das Stillen unter Pandemiebedingungen gemacht. Bei den meisten Müttern (93,8 %) waren vor der Geburt auch keine Zweifel an der Sicherheit und Qualität des Stillens aufgekommen. Die wenigen Mütter, bei denen Zweifel aufgekommen waren, bewerteten diese meist als moderat, seltener als stark. Wesentlich mehr Mütter (65,5 %) waren dagegen vor der Geburt ihres Kindes verunsichert durch wechselnde allgemeine Regeln zum Umgang mit dem Coronavirus, 7,9 % von ihnen sogar stark.

Tabelle 5.17 Haben wechselnde allgemeine Regelungen zum Umgang mit dem Coronavirus bei Ihnen zu Verunsicherung vor der Geburt Ihres Kindes geführt?

Verunsicherung durch wechselnde Regelungen	Häufigkeit (n = 177)	
	n	%
Ja, etwas	102	57,6
Nein, überhaupt nicht	61	34,5
Ja, stark	14	7,9

Auf die Art der Geburt ihres Kindes hatte die Corona-Pandemie nach dem Eindruck der großen Mehrheit der Mütter (94,4 %) keinen Einfluss. Auch auf die von den Müttern vor der Geburt geplante Stilldauer hatte die Corona-Pandemie in der Regel (94,4 %) keine Auswirkungen. 3 Mütter (1,7 %) wollten wegen der Pandemie kürzer als geplant stillen. 1 Mutter (0,6 %) wollte länger als geplant stillen.

Die Testungen auf das Coronavirus in der Klinik empfand die große Mehrheit der Mütter (94,9 %) als beruhigend und angemessen. Ähnlich positiv (beruhigend, angemessen) wurden auch die Hygienepraktiken, wie häufiges Desinfizieren, in der Klinik empfunden. Das Tragen einer Maske in der Klinik empfanden die Mütter weit überwiegend nicht als Beeinträchtigung. Teilweise vermittelte die Maske ihnen ein Gefühl von Sicherheit.

Tabelle 5.18 Wie haben Sie das Tragen einer Maske in der Klinik empfunden? (Mehrfachnennungen möglich)

Empfinden des Maske Tragens	Häufigkeit (n = 176)	
	n	%
Keine persönliche Beeinträchtigung	118	67,0
Maske vermittelt Gefühl von Sicherheit	54	30,7
Keine Beeinträchtigung in der Interaktion mit dem Kind	31	17,6
Persönliche Beeinträchtigung	25	14,2
Beeinträchtigung in der Interaktion mit dem Kind	18	10,2
Beeinträchtigung in der Interaktion mit dem medizinischen Personal	15	8,5

Besuchseinschränkungen

Die pandemiebedingten Besuchseinschränkungen in der Klinik empfanden die Mütter mehrheitlich (65,5 %) als genau richtig. Für 32,8 % der Mütter waren die Besuchseinschränkungen zu streng, für 1 Mutter (0,6 %) nicht streng genug. Gründe, warum die Besuchseinschränkungen von den Müttern als zu streng empfunden wurden, verteilten sich auf verschiedene Varianten von Einschränkungen, im Wesentlichen die strenge Begrenzung der Anzahl der Besucher und die Zeitbeschränkung der Besuche. Konkret wurde von einigen Müttern hierbei als zu streng bezeichnet, dass Geschwisterkinder nicht zum Besuch zugelassen waren.

Tabelle 5.19 Was genau hat bei der Besuchsregelung in der Klinik nicht Ihren Wünschen entsprochen? (Mehrfachnennungen möglich)

Störfaktoren bei Besuchsregeln	Häufigkeit (n = 58)	
	n	%
Kein Besuch / max. 1 Besucher	36	62,1
Zeitbeschränkung des Besuchs	28	48,3
Kein wechselnder Besuch	18	31,0
Beachtung der 3G-Regeln bei Besuch	8	13,8
Kein Besuch von Geschwisterkindern	7	12,1

Die Mütter wurden auch zu Auswirkungen der Besuchseinschränkungen auf das Stillen befragt. Sie berichteten weit überwiegend positive Erfahrungen und Empfindungen, aber auch differenzierte eher negative Erfahrungen. Positiv wurde von den Müttern vor allem empfunden, dass sie mehr Ruhe hatten und gut stillen konnten. Seltener war die Einschätzung von Ruhe ambivalent (weniger Informationen, Unterstützung), ebenso wie das Gefühl, allein

zu sein. Hier wurde sowohl von Verunsicherung beim Stillen berichtet als auch, dass das Stillen gut möglich war.

Tabelle 5.20 Wie haben sich die Besuchseinschränkungen in der Klinik auf das Stillen ausgewirkt?

Auswirkungen der Besuchseinschränkungen	Häufigkeit (n = 174)	
	n	%
Viel Ruhe, das Stillen war gut möglich	103	59,2
Oft allein gefühlt, das Stillen war aber gut möglich	19	10,9
Viel Ruhe, aber weniger Unterstützung	16	9,2
Viel Ruhe, aber weniger Informationen zum Stillen	13	7,5
Oft allein gefühlt und verunsichert beim Stillen	13	7,5
Keine Auswirkung	7	4,0
Sonstiges	3	1,7

Sonstiges: hätte Partner gern länger da gehabt (n = 1); viel Ruhe, Stillen hat aber nicht gut geklappt, unabhängig von der Besuchseinschränkung (n = 1); trotzdem nicht viel Ruhe (n = 1)

In der ersten Zeit nach der Entlassung hatten die meisten Mütter (54,8 %) ihre Besuche zu Hause weiterhin eingeschränkt. 27,1 % hatten die Besuche nicht mehr eingeschränkt.

Tabelle 5.21 Hatte die Corona-Pandemie einen Einfluss auf Besuche in Ihrer ersten Zeit nach der Entlassung zu Hause?

Besuche zu Hause	Häufigkeit (n = 177)	
	n	%
Besuch wurde weiterhin eingeschränkt	97	54,8
Keine weiteren Einschränkungen mehr	48	27,1
Besuchseinschränkungen wurden gelockert	32	18,1

Bei der Betreuung von einer Fachkraft zu Hause fühlten sich die Mütter von deren Schutzkleidung (Maske) mehrheitlich (58,5 %) nicht beeinträchtigt oder empfanden durch die Schutzkleidung ein Gefühl der Sicherheit (55,9 %). Dagegen gaben 5,6 % der Mütter an, dass sie sich durch die Schutzkleidung der Fachkraft in der Interaktion mit ihr beeinträchtigt fühlten (Mehrfachnennungen).

Längerfristige Erfahrungen in der Pandemie

Mütter, die zum Zeitpunkt 2 Wochen pp noch stillten (n = 150), wurden zum Zeitpunkt 2 Monate pp zu ihrem Stillverhalten und ihren Einstellungen in Zusammenhang mit dem Pandemiegeschehen in dem Zeitraum zwischen den beiden Zeitpunkten befragt. Wie schon in den ersten 2 Wochen pp war es bei der Mehrheit dieser Mütter (72,0 %) nicht zu einer Verunsicherung im Umgang mit ihrem Kind gekommen. 24,7 % fühlten sich etwas verunsichert

und 3,3 % stark verunsichert. Auch war wie schon vorher die große Mehrheit der Mütter (> 90 %) bezüglich des Stillens nicht verunsichert oder hatte Zweifel an der Sicherheit des Stillens bekommen.

Der Anteil der Mütter, die die zusätzlichen Hygienepraktiken aus der Klinik auch zu Hause fortgeführt hatten, hatte sich seit der ersten Befragung (2 Wochen pp) aber deutlich vermindert (von 54,8 % auf 31,3 %), und doppelt so viele Mütter hielten keine zusätzlichen Hygienemaßnahmen mehr ein (50,7 % vs. 27,1 %). Eine Maske hatte keine Mutter beim Stillen zu Hause getragen. Das Tragen einer Maske durch die betreuende Fachkraft zu Hause empfanden die Mütter 2 Monate pp zunehmend als Einschränkung in der Interaktion (9,3 % vs. 5,6 %), aber der Anteil der Mütter, die sich nicht eingeschränkt fühlten, blieb weiterhin hoch (58,5 % vs. 47,5 %).

5.2.11 Nichtstillen

Im Gesamtkollektiv hatten 15 Mütter (7,8 %) nicht versucht, zu stillen. Diese Mütter hatten die Entscheidung, nicht zu stillen, schon in der Schwangerschaft getroffen. Meist genannte Gründe für die Entscheidung, nicht zu stillen (jeweils 4 Mütter), waren gesundheitliche Probleme der Mutter, Stillprobleme bei früheren Kindern und mangelndes Zutrauen, zu stillen (Mehrfachnennungen).

Im Folgenden werden ausgewählte Befragungsergebnisse der nicht stillenden Mütter zum Umgang mit der Pandemiesituation dargestellt.

Eine Schutzimpfung gegen das Coronavirus hatten zum Zeitpunkt 2 Wochen pp 46,7 % der nicht stillenden Mütter (stillende Mütter: 61,0 %). Im Zeitraum bis 2 Monate pp stieg die Impfquote bei nicht stillenden Müttern ähnlich an wie bei den stillenden Müttern. Bei beiden Gruppen von Müttern waren die Impfquoten der Partner/-innen eindeutig höher als bei den Müttern. Durch das Tragen einer Maske in der Klinik fühlten sich nicht stillende Mütter häufiger persönlich beeinträchtigt als stillende Mütter (80,0 % vs. 67,0 %). Eine Beeinträchtigung der Interaktion mit dem Kind durch die Maske empfanden beide Müttergruppen nur selten (6,7 % vs. 10,2 %). Die Besuchseinschränkungen in der Klinik wurden von 46,7 % der nicht stillenden Mütter (32,2 % der stillenden Mütter) als zu streng eingeschätzt, von 40,0 % (vs. 65,5 %) als genau richtig.

Mehrheitlich empfanden nicht stillende Mütter (69,2 %) ähnlich wie stillende Mütter (59,2 %) durch die Besuchseinschränkungen in der Klinik viel Ruhe, sodass sie sich gut um das Füttern/Stillen des Kindes kümmern konnten. Die Einschätzung der Besuchseinschränkungen in der Klinik spiegelte sich auch im Umgang mit Besuchseinschränkungen nach der Entlassung zu Hause. Etwa die Hälfte der nicht stillenden Mütter (46,7 %) führte die Besuchseinschränkungen der Klinik zu Hause nicht weiter fort. Ein kleinerer Teil (33,3 %) behielt sie

weiterhin bei. Bei den stillenden Müttern waren die Verhältnisse umgekehrt (27,1 % keine Weiterführung, 54,8 % Weiterführung).

Wechselnde allgemeine Regelungen zum Schutz vor dem Coronavirus hatten in den ersten 2 Monaten pp bei einem Teil der nicht (mehr) stillenden Mütter (30,0 %) zu Verunsicherung im Umgang mit ihrem Kind geführt, und bei einigen Müttern (13,3 %) auch zu einer Verunsicherung bei der Ernährung ihres Kindes. Zweifel an der Sicherheit und Qualität der Flaschennahrung waren nur selten (10,0 %) aufgetreten.

Zum Zeitpunkt 2 Monate pp führte die Hälfte der nicht (mehr) stillenden Mütter (50,0 %) keine zusätzlichen vorsorglichen Hygienemaßnahmen mehr durch. Ein großer Teil der nicht (mehr) stillenden Mütter (66,6 %) hatte bis zum Zeitpunkt 2 Monate pp Besuche weiterhin eingeschränkt, überwiegend (43,3 %) aber in gelockerter Form. Durch die eigenen Einschränkungen von Besuchern empfanden die Mütter mehrheitlich (65 %) viel Ruhe und konnten sich gut um die Ernährung ihres Kindes kümmern. Kontakte zu Ärzten/Ärztinnen und medizinischen Fachkräften rund um die Gesundheit des Kindes hatten die nicht (mehr) stillenden Mütter nur ausnahmsweise (6,7 %) selbst eingeschränkt.

5.2.12 Stillen vor und in der Pandemie bei Mehrgebärenden

Information und Betreuung

Mütter, die bereits vor der Pandemie ein Kind geboren hatten (n = 72, 37,5 %), wurden zu ihren Erfahrungen rund um die Geburt und zum Stillen bei diesem Kind befragt um Vergleiche ausgewählter Parameter vor und während der Pandemie zu ermöglichen. Von den Mehrgebärenden hatten 64 Mütter (87,5 %) das frühere Kind gestillt, im Mittel 17,4 Wochen ausschließlich und 42,8 Wochen insgesamt.

Der Anteil von Müttern, die vor der Pandemie keinen Geburtsvorbereitungskurs besucht hatten, lag mit 45,7 % in einer ähnlichen Größenordnung wie jetzt in der Pandemie. Auch der Anteil von Müttern, die in der Schwangerschaftsvorsorge auf den Kurs aufmerksam gemacht worden waren, blieb auf niedrigem Niveau (14,3 % vs. 21,9 %). In der Pandemie war die Bedeutung des Internets als Informationsquelle über Kursangebote gestiegen (34,4 % vs. 57,1 %), wobei die geringe Zahl der betreffenden Mehrgebärenden mit Geburtsvorbereitungskurs in der Pandemie (n = 7) berücksichtigt werden muss. Ebenso wie vor der Pandemie waren die Kurse, die die Mütter besucht hatten, weit überwiegend in Präsenz durchgeführt worden.

Die Betreuung der Mütter durch eine Fachkraft in der Schwangerschaft und nach der Entlassung aus der Klinik war nach Art und Umfang bei beiden Kindern ähnlich, ein Einfluss der Pandemie war nicht zu erkennen. Allerdings kamen zu den in beiden Situationen

überwiegenden Kontakten per Hausbesuch (81,5 % vs. 74 %) jetzt auch vermehrt ergänzende Online-Beratungen hinzu (14,8 % vs. 24,4 %).

Inwieweit das tendenziell niedrigere Vorkommen berichteter Stillprobleme bei dem jetzigen Kind (41,9 % vs. 57,1 % vor der Pandemie zum Zeitpunkt 2 Wochen nach Geburt), mit Erfahrungen der Mütter bei ihrem vorhergehenden Kind oder mit Umständen der Pandemie erklärt werden kann, konnte mit den vorliegenden Daten nicht beantwortet werden.

Allgemeine Einschätzung

Die Mütter wurden auch zu ihrer Einschätzung der Gesamtsituation rund um die Geburt im Vergleich befragt. Hinsichtlich der Situation allgemein vor der Geburt waren die Mütter mehrheitlich (60 %) froh, ihr voriges Kind schon vor der Pandemie geboren zu haben, da die Coronabedingungen sie ohne die früheren Erfahrungen verunsichert hätten. Ein kleinerer Teil der Mütter (34,3 %) hatte keine Unterschiede in der Gesamtsituation bei den beiden Schwangerschaften empfunden.

Tabelle 5.22 Einschätzung der veränderten Situation vor der Geburt unter Pandemiebedingungen

Einschätzung Corona Situation vor der Geburt	Häufigkeit (n = 70)	
	n	%
Froh über Vorerfahrungen, da sonst Verunsicherung	42	60,0
Kein Unterschied in der Gesamtsituation	24	34,3
Neuartige Unterstützungsmöglichkeiten für vorige Schwangerschaft gewünscht	4	5,7

Die vergleichende Einschätzung der Situation in der Klinik vor und während der Pandemie durch die Mütter fiel ambivalent aus. Für 44,3 % der Mütter hatten die pandemiebedingten Schutzmaßnahmen den Aufenthalt in der Klinik eher erschwert (z.B. schlechtere Kontaktmöglichkeiten, weniger Unterstützung), für 35,7 % der Mütter dagegen eher angenehmer gemacht (weniger Besuch, mehr Ruhe, mehr Unterstützung).

Tabelle 5.23 Einschätzung der veränderten Situation in den Kliniken unter Pandemiebedingungen

Einschätzung Corona Situation in der Klinik	Häufigkeit (n = 70)	
	n	%
Klinikaufenthalt wurde in der Pandemie durch Schutzmaßnahmen erschwert	31	44,3
Klinikaufenthalt wurde durch Schutzmaßnahmen angenehmer	25	35,7
Kein Unterschied in der Gesamtsituation	14	20,0

Bei der Einschätzung der Situation nach der Entlassung in den ersten Tagen zu Hause im Vergleich vor und während der Pandemie hatte die Mehrheit der Mütter (60,0 %) keinen Unterschied festgestellt, während 35,7 % der Mütter froh waren über ihre bereits vorhandenen früheren Erfahrungen.

Tabelle 5.24 Einschätzung der veränderten Situation nach der Entlassung unter Pandemiebedingungen

Einschätzung Corona Situation nach der Entlassung (2 Wochen pp)	Häufigkeit (n = 70)	
	n	%
Kein Unterschied in der Gesamtsituation	42	60,0
Froh über Vorerfahrungen, da sonst Verunsicherung	25	35,7
Neuartige Unterstützungsmöglichkeiten bei vorigem Kind gewünscht	3	4,3

Bezogen auf die gesamte Zeit der ersten 2 Monate nach der Entlassung aus der Klinik hatte die große Mehrheit der Mütter (67,6 %) keine Unterschiede in der Gesamtsituation der Versorgung ihres Kindes vor und während der Pandemie empfunden. Nur 22,1 % fühlten sich durch ihre Vorerfahrungen jetzt in der Pandemie sicherer.

Tabelle 5.25 Einschätzung der Erfahrungen in der Zeit nach der Entlassung beider Kinder aus der Klinik

Einschätzung Situation nach der Entlassung (2 Monate pp)	Häufigkeit (n = 68)	
	n	%
Keine Unterschiede in der Gesamtsituation	46	67,6
Froh über Vorerfahrungen, da sonst Verunsicherung	15	22,1
Neuartige Unterstützungsmöglichkeiten bei vorigem Kind gewünscht	4	5,9
Sonstiges	3	4,4

Sonstiges: Durch die Pandemie im Wochenbett viel mehr Ruhe (n = 1); Gesamtsituation damals anders als jetzt (n = 1); Stillen war jetzt unterwegs problematischer, durch die 2G Regel (n = 1)

Bei Gesamtbetrachtung dieses Fragenkomplexes war damit ein von den Müttern berichteter Vorteil früherer Erfahrungen rund um die Geburt für die Bewältigung der Pandemiesituation vor allem in der Schwangerschaft zu sehen.

Zu beiden Befragungszeitpunkten gaben etwa 5 % der Mütter an, dass es in der Pandemie neuartige Unterstützungsmöglichkeiten, z.B. Online-Angebote, gab, die sie sich schon bei der Geburt des vorigen Kindes gewünscht hatten.

6 Interpretation und Empfehlungen

6.1 Allgemeine Einordnung

Das Forschungsvorhaben Stillen in NRW - SINA vereinigt eine landesweite Querschnitterhebung zum Stillmanagement in Geburtskliniken (Klinikstudie) und eine regionale prospektive Erhebung zum Stillverhalten von Müttern in den ersten 2 Monaten pp (Mütterstudie). Mit diesem Konzept wurde es möglich, das Stillen und die Stillförderung rund um die Geburt aus verschiedenen, für die Stillförderung entscheidenden, Blickwinkeln zu betrachten:

- in den Kliniken ergab sich ein umfassender Einblick in Situationen und Bedarfe des Stillmanagements aus unterschiedlichen Perspektiven,
- bei den Müttern wurden die Erfahrungen und die Praxis vor, während und nach dem stationären Aufenthalt einbezogen.

In beiden Projektteilen wurden Informationen zur ‚Normalsituation‘ vor der Pandemie und zur Situation während der Pandemie sowie zu diesbezüglichen Erfahrungen und Einschätzungen erhoben. Die Informationen zur ‚Normalsituation‘ wurden hierbei inhaltlich an den aktuellen Empfehlungen zum Stillen und zur Stillförderung orientiert und methodisch an der bundesweiten SuSe II-Studie des FKE. Dies ermöglicht eine Einordnung wichtiger Aspekte des Stillens und der Stillförderung in NRW in den Kontext von Wissenschaft, Klinik und Public Health. Darüber hinaus können die Erfahrungen und Erkenntnisse aus der SINA-Studie Anregungen für überregionale Akteure, wie die Nationale Stillkommission und die Nationale Stillstrategie oder auch das Gesundheitswesen, geben.

Ausgangspunkt der SINA-Studie ist die aktuelle besondere Situation der Corona-Pandemie: Mit ihr waren grundsätzliche Änderungen der medizinisch-pflegerischen Versorgung, der Beratungs- und Informationsmöglichkeiten und gerade im medizinisch-pflegerischen Bereich verschärfte Kontakteinschränkungen verbunden. Gerade in der besonders sensiblen Phase rund um die Geburt erschienen Konsequenzen für das Stillen und die Stillförderung möglich, und zwar in positive wie auch negative Richtungen. Die SINA-Studie konnte solche Annahmen und Hypothesen mit konkreten Daten bei Kliniken und Müttern wissenschaftlich untersuchen. In der Literatur vorliegende Studien betrachten weit überwiegend das Stillen im Rahmen des Infektionsgeschehens. Studien zur Stillpraxis und den Erfahrungen und Einstellungen von Kliniken und Müttern sind rar.

Zum Zeitpunkt der Feldphase der Studie mit den Befragungen von Kliniken und Müttern (Oktober 2021 - März 2022) herrschte die pandemische Situation knapp 2 Jahre. In den Krankenhäusern gab es somit bereits intensive längerfristige Erfahrungen im Umgang mit dem Pandemiegeschehen bei der Stillförderung. So können die vorliegenden Ergebnisse der Erhebungen in den Kliniken sich auf inzwischen ausgebildete Routinen beziehen und nicht

nur auf punktuelle Situationsschilderungen und deren akute Bewältigung. Bei den Müttern wurden nicht nur ihre Erfahrungen im Krankenhaus im Rückblick erfasst, sondern darüber hinaus auch prospektiv die Erfahrungen in den ersten 2 Monaten nach der Klinikentlassung.

Die SINA-Studie hat sich auf die Stillförderung rund um die klinische Geburtshilfe konzentriert, in der die überwiegende Zahl der Geburten (98 %) in Deutschland erfolgt.

Ein inhaltlicher Schwerpunkt mit besonderer Relevanz lag auf der Rolle der sozialen Vulnerabilität für das Stillen und die Stillförderung. Nach wie vor ist der soziale Status ein bedeutender Prädiktor des Stillerfolgs in Deutschland und darüber hinaus. Auch wenn für die Mütterstudie große Kliniken mit Einzugsgebieten in sozial niedrigen Statusmilieus ausgewählt wurden, konnten mit dem orientierend angelegten, methodischen Konzept jedoch sozial prekäre Situationen nicht hinreichend repräsentativ abgebildet werden. In der gemeinsamen Betrachtung der Mütterdaten mit den Ergebnissen entsprechend dezidierter Fragen an die Kliniken werden jedoch wichtige Einschätzungen zu besonderen Bedarfen bei der Stillförderung in NRW möglich. Somit konnte mit der SINA-Studie ein differenzierter Einblick in Grundbedingungen und Handlungsansätze in der ‚Stillförderkette‘ rund um die klinische Geburtshilfe mit ihren prä- und poststationären Anknüpfungspunkten gewonnen werden. Anhand der Ergebnisse lassen sich Empfehlungen für problemorientierte Maßnahmen aufzeigen, die kurz-, mittel- oder langfristig konkretisiert, evaluiert und in NRW eingesetzt werden können (**Abbildung 17**). Die folgende Übersicht zeigt eine beispielhafte Auswahl, auf die in den Abschnitten 5.4 bis 5.7 näher eingegangen wird.

Was wir aus Erfahrungen in der Corona-Pandemie für die Stillförderung rund um die klinische Geburtshilfe lernen können

Empfehlungen für die Stillförderung rund um die klinische Geburtshilfe in NRW



Abbildung 17 Problemorientierte Empfehlungen für die Stillförderung in NRW aus den Ergebnissen der SINA-Studie

6.2 Studienkonzept und Kollektive

Das methodische Konzept der SINA-Studie mit der Kombination von Erhebungen bei Kliniken und bei Müttern gründete auf Erfahrungen aus der bundesweiten SuSe II-Studie des FKE.

In epidemiologischen Beobachtungsstudien wie SuSe und SINA ist damit zu rechnen, dass die Teilnahmebereitschaft in den Zielgruppen nicht gleich verteilt ist und sozial ‚vulnerable‘ Gruppen eher unterrepräsentiert sind (Selektionsbias). In retrospektiven Studien mit nur wenigen Stillfragen, wie dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey KiGGS, ist die Informationstiefe zum Stillen geringer. In Querschnittstudien mit einmaliger Befragung der Mütter ist der Aufwand für die Teilnahme niedriger als in den prospektiven FKE-Studien, aber auch dort besteht das Risiko einer Selektion und damit einer Ergebnisverzerrung.

Ein Teilziel der Klinikstudie in SINA war eine signifikante Erhöhung der Teilnahmequote der Kliniken gegenüber der SuSe II-Studie. Dies wurde erreicht, indem die Kliniken in SINA von der Mithilfe bei der Mütterrekrutierung entlastet wurden. Selbst unter den aktuellen pandemiebedingten Belastungen konnte eine Verdopplung der Teilnahmequoten der Kliniken erreicht werden. Allerdings war hierfür ein erheblicher Rekrutierungsaufwand mit Nachfassen

auf mehreren Ebenen erforderlich. Mit diesen Erfahrungen liegen jetzt wertvolle Hinweise für die Ansprache und Motivation von Geburtskliniken für zukünftige Studien zum Stillen rund um die klinische Geburtshilfe in NRW vor.

Die Verteilung der 41 teilnehmenden Kliniken über NRW spiegelte in etwa die Bevölkerungsdichte in NRW mit einer Ballung im Rhein-Ruhr-Gebiet wider. Dadurch, dass in SINA im Vergleich zu den restlichen Kliniken in NRW größere Kliniken überproportional häufig vertreten waren, repräsentiert das Klinikkollektiv einen überproportionalen Anteil der Geburten in NRW. Der hohe Anteil größerer Kliniken im Studienkollektiv ist konform mit dem gegenwärtigen Wandel in der Kliniklandschaft in NRW hin zu größeren Einheiten.

Da SINA auf das Stillen fokussiert war und auch so bei den Kliniken und Müttern kommuniziert wurde, ist nicht auszuschließen, dass sich eher stillinteressierte Kliniken und Mütter für die Studienteilnahme entschieden haben. Die Bandbreite der Antworten auf Fragen zur Praxis und zu Pandemieerfahrungen und -einschätzungen erlaubt es aber, problemorientierte, wissenschaftlich gestützte Empfehlungen zu zahlreichen aktuellen Aspekten der Stillförderung abzuleiten. Nicht zuletzt wird dies durch die gemeinsame Betrachtung der Daten und Sichtweisen von Kliniken und Müttern ermöglicht.

Um auch das Interesse weniger stillaffiner Kliniken und Mütter für Studien zum Stillen / Ernährung rund um die Geburt zu fördern, wäre zu überlegen, in zukünftigen Studien die Kommunikation von vornherein entsprechend auszurichten.

Grundsätzlich ist bei der Interpretation der Mütterstudie zu bedenken, dass die Daten regional erhoben wurden. Manche Aspekte wie zum Beispiel die Anzahl und Art von Informationsangeboten oder die Verfügbarkeit von Nachsorgeangeboten könnten somit von örtlichen Gegebenheiten abhängen, während andererseits individuelle mütterliche Einstellungen beispielsweise zum Umgang mit dem pandemischen Geschehen davon weniger beeinflusst sein dürften.

Bei den Müttern ermöglichte die konsekutive, persönliche Ansprache auf der Wöchnerinnenstation große Chancen, die für die Studienteilnahme geeigneten Mütter (Ein-, Ausschlusskriterien) niederschwellig zu erreichen. Allerdings erforderte dies einen hohen personellen Einsatz des Studienteams. Erreicht wurde damit im Vergleich zur SuSe-II-Studie ein höheres primäres Interesse der Mütter (Annahme der Studieninformation), der aber mit einem geringeren Anteil von schriftlichen Zustimmungen einherging, sodass sich im Endeffekt die Teilnahmequoten bei den Müttern zwischen SINA und SuSe nicht nennenswert unterschieden. Unabhängig von den unterschiedlichen Erfahrungen je nach Art der individuellen Information / Ansprache (SuSe: durch Stationspersonal, SINA: durch Studienpersonal) ist die

Ansprache von Wöchnerinnen auf der Station ein effektiver Weg, um Mütter systematisch auch für prospektive Stillstudien zu erreichen.

Die längerfristige Compliance der Mütter war in beiden Studien mit über 90 % sehr hoch. Der in SINA durch die Corona-bezogenen Fragen gegenüber SuSe kompliziertere Fragebogen erreichte dennoch eine sehr gute Resonanz bei den Müttern mit Zufriedenheitsraten von mehr als 90 %. Allerdings war die volle Zufriedenheit der Mütter in Bezug auf die Corona-fragen geringer als die Zufriedenheit mit dem Umfang und der Verständlichkeit der Fragen generell.

Für die Untersuchung zum Stillen bei fremdsprachigen Müttern müssten Studienkonzepte und -methoden angewendet werden, die kultursensibel und mehrsprachig ausgerichtet sind.

6.3 Stillen in NRW im Lichte aktueller Empfehlungen

Für die inhaltliche Bewertung des Stillmanagements in den Kliniken und des Stillverhaltens der Mütter (gemessen an den Stillraten) wurden in Anlehnung an die SuSe-Studien auch in SINA internationale anerkannte Definitionen der WHO angewendet, die auch Vergleiche von Studienergebnissen untereinander ermöglichen. Für die Anwendung ist es von Vorteil, dass die internationalen Kriterien schon vor Jahren von der NSK an die Gegebenheiten in Deutschland adaptiert wurden.

Für das Stillmanagement in Geburtskliniken bietet das 10-Schritte-Programm zum erfolgreichen Stillen von WHO/UNICEF eine geeignete Orientierung. Dieses Programm liegt auch der Zertifizierung von Krankenhäusern durch die Initiative Babyfreundlich zugrunde.

Mit ihrem wissenschaftlich untermauerten Hintergrund bieten die 10 Schritte eine geeignete Messlatte für die Bewertung des Stillmanagements in Geburtskliniken, unabhängig von einer formalen Zertifizierung. Aus den für Deutschland adaptierten 10 Schritten können quantifizierbare Indikatoren abgeleitet werden, die als Teil eines Stillmonitorings auf Landesebene geeignet wären. Im Rahmen von Beobachtungsstudien wie SuSe und SINA können so unabhängig von einer formalen Kontrolle ‚kritische‘ Punkte aufgedeckt und daraus übergeordnete, problemorientierte Unterstützungsmaßnahmen mit großer Reichweite entwickelt werden.

Auf diese Weise lässt sich an den Ergebnissen der SINA-Studie erkennen, dass wichtige Kriterien der Stillförderung in den Kliniken in NRW bereits in großem Maße umgesetzt werden (unmittelbarer Hautkontakt, Stillen nach Bedarf, integrative Wochenbettpflege als Synonym für Rooming-in), während beispielsweise für die Bedeutung prä- und poststationärer Information und Beratung noch deutlicher Aufklärungsbedarf besteht. Mütter mit Kaiserschnitt sind als besondere Gruppe zu betrachten, da hier viele als stillförderlich geltende Abläufe gerade in der Anfangsphase anders sind.

In der SuSe II-Studie konnte gezeigt werden, dass die Empfehlungen für die Stillförderung (WHO; NSK) in hohem Maß in den Kliniken umgesetzt werden müssen, um Müttern zum ausschließlichen Stillen zu verhelfen. Um dies in möglichst vielen NRW-Kliniken zu erreichen, bietet sich das in SINA angewendete Bewertungssystem auf der Basis der 10 Schritte als praktikables Evaluierungstool an.

In der Mütterstudie stillten trotz des hohen initialen Stillwunsches (Stillversuch > 90 %) mit 2 Wochen nur noch 66,1 % der Mütter ausschließlich und mit 2 Monaten war der Anteil weiter auf 57,8 % gesunken. Parallel stieg der Anteil nicht mehr stillender Mütter an. Inwieweit diese regionalen Ergebnisse auf NRW insgesamt bzw. auf andere Einzugsgebiete von Kliniken übertragen werden können, kann mit den vorliegenden Daten nicht geklärt werden. Deutlich bestätigt wird aber die aus anderen Studien in Deutschland und darüber hinaus bekannte Tatsache, dass ein niedriger sozialer Status ein bedeutsamer Faktor für eine verkürzte Stilldauer ist. Auch die Häufigkeit und die Art der von den Müttern berichteten Stillprobleme waren in SINA ähnlich wie in SuSe.

Diese Erkenntnisse dürften sich dahingehend interpretieren lassen, dass zentrale Aspekte des aktuellen Stillverhaltens im SINA-Mütterkollektiv reflektiert werden. Es bietet sich an, Zusammenhänge mit anderen mütterlichen Parametern, wie dem Informationsverhalten und der postnatalen Betreuungssituation, in weiteren Datenanalysen zu untersuchen.

6.4 Das Informationskontinuum rund um die Geburt

6.4.1 Zeitpunkte und Zielgruppen der Information

Das durchschnittliche Alter der Mütter bei der Geburt des 1. Kindes liegt in NRW inzwischen bei über 30 Jahren, reflektiert im SINA-Mütterkollektiv mit einem Durchschnittsalter von 32,1 Jahren. Dementsprechend ist anzunehmen, dass sich die Erfahrungen in der eigenen Familie zum Stillen meist auf eine Zeit beziehen, in der eine strukturierte Stillförderung in Deutschland (wie die Gründung der NSK 1994) noch in den Anfängen stand. Entscheidungen rund um die Geburt können durch die Partner/-innen, das familiäre Umfeld, und auch durch die allgemeine Öffentlichkeitsarbeit zum Stillen beeinflusst werden. Individuell bleibt aber offen, inwieweit die Schwangere selbst und wichtige Bezugspersonen mit weiter zurückliegenden Stillereferenzen hiervon erreicht wurden. Somit ist es wichtig, dass werdende Mütter und ihre Familien aktuell fachlich fundiert zum Stillen und zu stillförderlichen Handlungsoptionen informiert sind, wenn über die Frage des Stillens entschieden wird. Dadurch rückt zunächst die Schwangerschaft in den Fokus. Dies wird durch die Ergebnisse der Mütterstudie unterstützt. Die erfreulicherweise sehr geringe Gruppe der Mütter, die von

vornherein nicht versucht hatte zu stillen, hatte ihre Entscheidung bereits in der Schwangerschaft getroffen. In der Klinikstudie klang in den Stationsinterviews erfreulicher Optimismus durch, dass auch Mütter, die von Anfang an ablehnen, zu stillen, während des Klinikaufenthaltes noch zum Stillen motiviert werden können. Allerdings wurde die Erfolgsrate mit unter 3 % (Median) als gering eingeschätzt.

Ein effektiver Weg, die Mehrzahl der Schwangeren mit Informationen zum Stillen niederschwellig zu erreichen, wären die individuellen ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen nach den „Mutterschafts-Richtlinien“, die auch teilweise delegierbare Untersuchungen an Hebammen beinhalten.

Sie böten beispielsweise wiederholte Möglichkeiten für ein persönliches (Motivations-) Gespräch, aber zumindest für Hinweise auf geeignete Informationsmaterialien und -medien, individuelle Beratung oder örtliche Gruppenveranstaltungen.

In Geburtsvorbereitungskursen sollte, neben anderen wichtigen Informationen rund um die Geburt, das Stillen einen ausreichenden Platz einnehmen. Stillvorbereitungskurse bieten Möglichkeiten vertiefender Informationen zu diesem Thema. Allgemeine Geburtsvorbereitungskurse mit Stillinformation haben gegenüber reinen Stillvorbereitungskursen den Vorteil, dass sie Mütter unabhängig von ihrer Auffassung zum Stillen erreichen, während als ‚Stillvorbereitungskurse‘ bezeichnete Veranstaltungen eher die Eltern adressieren könnten, die sich grundsätzlich bereits für das Stillen interessieren oder entschieden haben. Im Mütterkollektiv der SINA-Studie hatte allerdings nur etwa die Hälfte der Mütter einen Geburtsvorbereitungskurs besucht. Von den anderen begründeten manche Mütter die nicht erfolgende Teilnahme mit vorliegenden Erfahrungen von früheren Kindern, aber über die Hälfte auch damit, dass sie keine Notwendigkeit hierzu gesehen hatten. Dass die unbefriedigende Inanspruchnahme eines eigentlich als etabliert geltenden „Standardangebots“ nicht allein durch die Pandemie erklärt werden kann, zeigte sich bei den Mehrgebärenden und deren ebenfalls geringer Teilnahmerate bei ihrem früheren Kind vor der Pandemie. Selbst vor dem Hintergrund des kleinen regionalen Studienkollektivs ergeben sich somit neben der Frage des quantitativ tatsächlich vorhandenen Angebots der Kurse vor Ort übergeordnete Fragen nach der bedarfsgerechten Ausrichtung, der Qualitätssicherung und didaktischen Übermittlung.

Im ersten Schritt drängt sich die Frage auf, welche regional / überregional relevanten Informationen für die Zielgruppen wichtig sind, um sie über die Bedeutsamkeit vorgeburtlicher Angebote und den Zugang dazu zu informieren. Die Vielfalt der nicht zuletzt in der Pandemie entstandenen, auch hybriden, Formate sollte Schwangeren erleichtern, eine für sie passende Entscheidung auf gut informierter Grundlage zu treffen.

Die Mütter des Mütterkollektivs waren insbesondere über das Internet, die Hebamme oder das persönliche Umfeld auf den Kurs aufmerksam geworden. Hierbei zeichnete sich eine Verstärkung der bereits vor der Pandemie häufigen Nutzung des Internets ab.

Die Subgruppen-Analyse nach Bildungsstatus zeigt einen Gradienten beim Zugang zu Stillinformationen: Frauen mit einem niedrigeren Bildungsstatus hatten nicht nur signifikant seltener einen Geburtsvorbereitungskurs besucht, sondern auch andere Möglichkeiten der Gesundheitsversorgung (Hebammenbetreuung) seltener in Anspruch genommen. Auch wenn dies aufgrund des methodischen Ansatzes dieser regionalen Studie und der Zahl und Zusammensetzung der Teilnehmenden nicht als repräsentativ für NRW angesehen werden kann, erscheinen diese Ergebnisse wegweisend.

Die SINA-Studie konnte Herausforderungen der zeitlich passgenauen Erreichung eher bildungsferner Gruppen bei der Information und Betreuung rund um die Geburt konkretisieren. Es scheint, dass diese weitgehend unabhängig von der Pandemie bestehen.

6.4.2 Formate der Information

Präsenz- und Online-Angebote

In der Klinikstudie zeigte sich, dass viele Kliniken grundsätzlich ein weit gefächertes Angebot zur Stillinformation für Schwangere bereithalten, das in der Regel aus mehreren Komponenten besteht. Die häufigsten Formate waren hierbei Gruppenangebote (z.B. Kurse) und persönliche Gespräche (z.B. bei der Anmeldung/Aufnahme zur Geburt). Seltener hingegen wurden schriftliche Informationen genannt.

Interventionsstudien zur Stillinformation zeigen, dass die Kombination verschiedener Formate / Medien die Erfolgschancen für längeres (ausschließliches) Stillen verbessert [28]. Beispielsweise können Einzel- und Gruppenberatungen kombiniert oder klassische Telefonberatungen mit Online-Angeboten wie Smartphone-Apps oder Videos erweitert werden. Die Pandemie hatte aufgrund der damit einhergehenden Restriktionen in den Kliniken weitreichende Änderungen bei den Informationsangeboten und -formaten zur Folge. Bei der Interpretation in Hinblick auf die Stillförderung kommen verschiedene Aspekte ins Spiel.

Die pandemiebedingten Kontakteinschränkungen hatten zu einer Reduktion der vorher allgemein vorhandenen Präsenzangebote für Stillinformationen geführt, seltener auch zu einem (zeitweise) ersatzlosen Ausfall. Neue Formate haben diesen Ausfall in der Regel nur teilweise kompensiert. Einige Kliniken meisterten die Umstellung auf Online-Kurse und -Informationen mit großem Engagement und berichteten über positive Erfahrungen: beispielsweise war es bei einem interaktiven Format einer Online-Veranstaltung auch im Klinikalltag

möglich, dass das gesamte multidisziplinäre Team anwesend war. Hier wurde über einen lebhafteren, direkteren Austausch mit den Teilnehmern berichtet.

Dennoch wünschte die große Mehrheit der Kliniken eine professionelle Unterstützung bei der Einrichtung von Online-Informationen, vor allem ist technische Expertise gefragt. Auch inhaltlich-qualitätsgesicherte, vorgefertigte Formate (Videos, Spots zu verschiedenen Themen) wurden häufig von den Klinikleitungen gewünscht. Insgesamt scheint auch die Transparenz zu bestehenden geeigneten Informationsmedien für Eltern oder Kliniken noch unzureichend.

Von einer NRW-weiten Übersicht bereits bestehender bzw. in der Pandemie entstandener alternativer Informationsformate (Good-Practice Modelle) könnten Interessierte kurzfristig profitieren. Bestehendes wie beispielsweise die Materialien der Landesinitiative für die Gesundheit von Mutter und Kind könnten aktualisiert werden und hinzukommen.

Online-Angebote bieten grundsätzliche Vorteile: sie entsprechen den Informationsgewohnheiten heutiger junger Eltern / Familien und sind zeitlich und örtlich unabhängig erreichbar. Allerdings erscheinen sie für die Stillförderung in der bisher verfügbaren Form nicht für alle Zielgruppen in gleicher Weise geeignet. Laut Erfahrungen der großen Mehrheit der Klinikleitungen in der SINA-Studie gibt es Mütter, die mit den bisherigen Online-Informationsangeboten nicht erreicht werden können. Die von den Klinikleitungen genannten Barrieren sind hauptsächlich sprachlich, aber auch soziokulturell bedingt, seltener technische Hinderungsgründe.

Für eine problemorientierte Ausrichtung von Online-Angeboten zur Stillinformation und Motivation ergeben sich somit spezifische Ansatzpunkte:

- vorhandene Angebote, wie beispielsweise Videos, Spots, fremdsprachliche Medien zum Thema Stillen in NRW oder auf Bundesebene sichten, bewerten, hierzu informieren,
- konkrete Lücken und zu ergänzende thematische, inhaltliche Bedarfe identifizieren
- und als Grundlage für die Neuerstellung eines auf NRW zugeschnittenen fachlich qualitätsgesicherten Online-Mediums verwenden und zielgruppen-gerecht attraktiv aufbereiten.

Schriftliche Materialien

Schriftliche Materialien können Standardinformationen vermitteln und dafür verschiedene klassische und neue Formate nutzen (z.B. Broschüren, Leaflets / Flyer, Cartoons, Plakate). Sie sind in Deutschland bereits in vielfältiger Form und von verschiedenen Herausgebern vorhanden. In der Mütterstudie waren Bücher / Zeitschriften nach der Hebamme und dem

Internet die wichtigste Informationsquelle zum Stillen vor der Geburt. In der Klinikstudie wurden in der großen Mehrheit der Kliniken den Müttern nach der Geburt schriftliche Informationen zum Stillen zur Verfügung gestellt, teilweise auch in verschiedenen Sprachen. Digitale Stillinformationen für die Mütter spielten demgegenüber (noch) eine geringe Rolle. Die klassischen schriftlichen Informationsmedien haben demnach auch in Zeiten der Digitalisierung und Social Media Präsenz bei der Stillinformation weiterhin ihre Berechtigung. Sie können darüber hinaus in vielfältiger Weise gestaltet werden (Wort-Bild Anteile, Layout) und verschiedene Zwecke erfüllen.

Eine grundsätzliche Frage ist die inhaltliche Qualitätssicherung und Neutralität, insbesondere bei heterogenen Herausgebern. In etwa der Hälfte der Kliniken stammten die schriftlichen Stillinformationen für die Mütter von externen Herausgebern. Dies waren in etwa der Hälfte der Fälle Unternehmen, gefolgt von verschiedenen Organisationen im Bereich der Stillförderung.

Somit stünde ein großer Fundus von Materialien zur Verfügung, aus denen ein wissenschaftlich geprüftes, ökonomisch unabhängig herausgegebenes, attraktiv gestaltetes Informationskontinuum zum Stillen in NRW entwickelt werden könnte. Idealerweise sollte dies aufeinander abgestimmtes schriftliches und digitales Material für Schwangerschaft, Klinik und Nachsorge umfassen und auch im außerklinischen Bereich bei den Standardvorsorge-untersuchungen eingesetzt werden können.

6.4.3 Fremdsprachigkeit, Sprachbarrieren

Die Herausforderungen des Erreichens nichtdeutsch sprechender Mütter / Eltern mit Stillinformationen wurden in der SINA-Studie auf verschiedenen Ebenen untersucht.

Bereits in der regionalen Mütterstudie, die im Ruhrgebiet stattfand und bei der 3 der 4 Kliniken der Mütterrekrutierung ein Einzugsgebiet mit überwiegend niedrigem sozioökonomischem Status hatten, spiegelten die Geburtsländer und die Nationalitäten der nicht in Deutschland geborenen deutschsprachigen Mütter die globale Vielfalt der heutigen Generation junger Familien in NRW wider. In der Auswertung der SINA-Studie mit ihren heterogenen und kleinen Subkollektiven wurde auf eine differenzierte Analyse zu Stillinformationen (Stilleinstellungen, Stillpraxis) verzichtet. Hier besteht weiterer Forschungsbedarf im Sinne einer Bedarfsanalyse, beispielsweise mit orientierender Betrachtung der SINA-Daten als erstem Schritt und vergleichenden landesweiten, repräsentativen Untersuchungen bei Müttern der aktuell am häufigsten zuwandernden Herkunftsländer.

In der Klinikstudie wurde der Anteil von Wöchnerinnen, die eine muttersprachliche (nicht-deutsche) Stillberatung benötigen, von den Klinikleitungen mit durchschnittlich etwa 20 %

angegeben. Dies entspricht dem Anteil der Neugeborenen mit ausländischen Eltern in NRW. Die große Spanne zwischen den Kliniken von < 5 % bis > 50 % muttersprachlichem Beratungsbedarf verdeutlicht die Variationsbreite der Herausforderungen von Klinik zu Klinik. Aus der Verteilung der hauptsächlich vertretenen nichtdeutschen Muttersprachen auf den Wöchnerinnenstationen werden gleichzeitig Prioritäten für die fremdsprachliche Stillinformation und Stillbetreuung in NRW sichtbar. Demnach zählten zu den häufigsten fremden Muttersprachen (zur Zeit der Befragung Ende 2021 - Anfang 2022) türkisch, arabisch, rumänisch und russisch. Infolge internationaler politischer und ökonomischer Entwicklungen sind auch Veränderungen der Bedarfe als dynamische Prozesse zu verstehen, die bedarfsgerechte Anpassungen erfordern. Nachdem 2015 und in den folgenden Jahren arabisch stark an Bedeutung gewonnen hat, dürfte dies auf absehbare Zeit aktuell auch für ukrainisch gelten.

Die Kliniken gaben zwar mit wenigen Ausnahmen an, dass bei ihnen eine muttersprachliche Stillberatung möglich sei, aber deren Qualität schätzten nur etwa ein Drittel der Kliniken als ähnlich gut ein wie bei deutschsprachigen Müttern. Der hauptsächliche Grund hierfür dürfte in den unzureichenden oder fehlenden personellen und fachlichen Ressourcen vor Ort zu suchen sein. Mehrheitlich wurde eigenes muttersprachliches Personal aus dem medizinischen Bereich eingesetzt. Muttersprachliches Personal aus dem Bereich der Stillberatung stand nur ausnahmsweise zur Verfügung. Das gerade in der sensitiven Phase des Stillbeginns und bei eventuellen Stillproblemen wichtige persönliche Gespräch bezieht bei professionellen Dolmetscherdiensten vor Ort oder online immer eine weitere Person ein. Laien als Dolmetscher bedürfen in dieser Rolle eigentlich der Schulung und können beide Kompetenzen in der Regel nicht gleichwertig ersetzen. Vor dem Hintergrund der Pandemie bietet die Inanspruchnahme von Online-Diensten eine Alternative, die das Einhalten von Kontakteinschränkungen erleichtert und die sich möglicherweise als Erfahrungsmodell eignet solange die Ressourcen für stillerfahrenes muttersprachliches Fachpersonal noch so beschränkt wie die SINA-Daten es anzeigen.

6.4.4 Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse der SINA-Studie und deren Interpretation sprechen für die Erarbeitung eines Informationskontinuums zum Stillen rund um die Geburt, das auf die Bedarfe und Möglichkeiten in NRW zugeschnitten und multimedial ausgerichtet ist und vorhandene Medien integriert. Übergeordnet kann eine multiprofessionelle und multimediale Stillförderung rund um die Geburt als ‚Stillförderkette‘ verstanden werden (**Abbildung 18**). Einzelne oder kombinierte Angebote sollten auf ihre Akzeptanz bei den Zielgruppen evaluiert werden. Aus wissenschaftlicher Sicht ist über die Untersuchung der Reichweite und Akzeptanz hinaus auch eine Evaluation der Wirksamkeit wünschenswert.

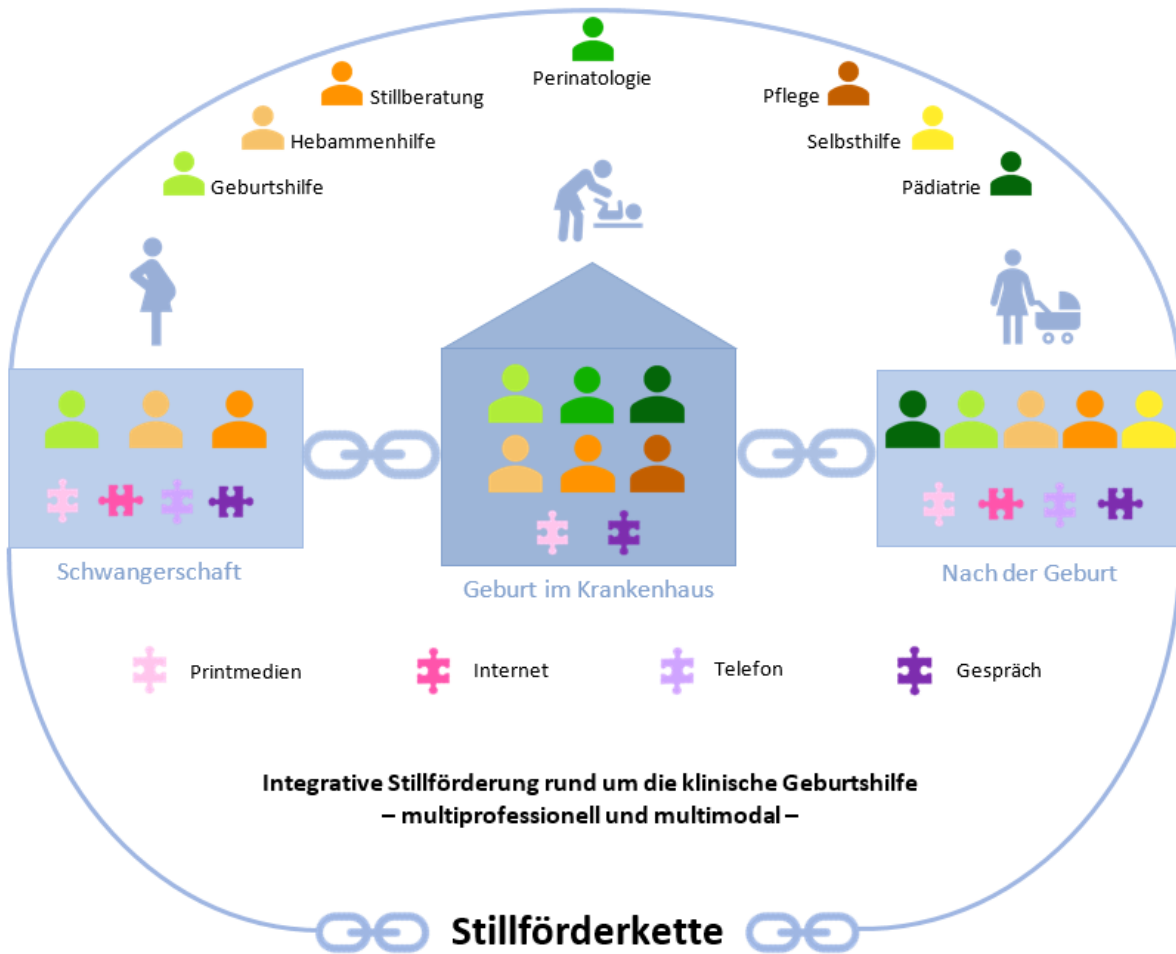


Abbildung 18 Stillförderung als Kontinuum (Grafik: Lea Reimitz)

6.5 Stillförderliche Besuchsregelungen im Wochenbett

6.5.1 Stillen – die sensitive initiale Phase

Unter ‚Wochenbett‘ gilt typischerweise der Zeitraum der ersten sechs bis acht Wochen nach der Geburt, in dem sich die Mutter von Schwangerschaft und Geburt erholt. Das Neugeborene muss sich nach der kontinuierlichen Versorgung mit Nährstoffen im Mutterleib erst an die episodische Nahrungsaufnahme an der Brust gewöhnen, bis sich nach individuell unterschiedlich langer Zeit ein näherungsweise circadianes Trinkmuster ausbildet. In dieser sensiblen Umstellungsphase und Entwicklung einer extrauterinen Mutter-Kind-Dyade bzw. Eltern-Kind-Triade sollten Störfaktoren soweit möglich vermieden werden.

In der SINA-Studie hatten die Kliniken bereits vor der Pandemie ihre Möglichkeiten der Betten- / Zimmerbelegung auf der Wöchnerinnenstation, soweit möglich, flexibel gehandhabt und die Einrichtung von Familienzimmern forciert. In den Interviews wurde dennoch öfter spontan auf mögliche Erschwernisse im initialen Still-Lernprozess hingewiesen, die sich durch die bis dahin üblichen liberalen Besuchsregelungen ergeben können.

Kliniken

In der Pandemie kam es in den Kliniken durchweg zu Besuchseinschränkungen die mehrheitlich auch die vertraute Person (Partner/in) betrafen. Darüber hinaus waren weitere Besuche in der Regel nicht mehr zugelassen. Somit war die Pandemie auch mit einem einschneidenden Wechsel der Perspektive, aus der Besuch betrachtet wurde, verbunden.

Alle Stationen, mit einer Ausnahme, stimmten in den Interviews der Aussage zu, dass die Besuchseinschränkungen sich positiv auf Mütter und Kinder auswirken (Mütter können sich auf das Kind konzentrieren, sind entspannt). Der Aussage, dass sich die Besuchseinschränkungen positiv auf das Personal auswirkten, stimmten etwa drei Viertel der Stationen zu. Die weit überwiegende Mehrzahl der Stationen hielt eine Fortführung der Besuchseinschränkungen (zumindest teilweise) auch nach der Pandemie für wünschenswert.

Im Interviewkonzept der SINA-Studie wurde der Themenkomplex Besuchseinschränkungen in den Stationsinterviews adressiert. Die Entscheidungsbefugnis liegt jedoch in der Regel an anderer Stelle der Klinikstrukturen. Das Thema ist aber offensichtlich auch vielen Klinikleitungen wichtig: Auf die offene Abschlussfrage zu Punkten der Stillförderung, die in der Befragung zu kurz gekommen waren, sprach fast ein Fünftel der Klinikleitungen ausdrücklich die positiven Konsequenzen der Besuchseinschränkungen für das Stillen und Wohlbefinden von Mutter und Kind an. Teilweise war eine Weiterführung vorgesehen.

Mütter

Auch die Mütter in der Mütterstudie bewerteten die Besuchseinschränkungen überwiegend als positiv für das Stillen, da sie ‚viel Ruhe hatten und gut stillen‘ konnten, oder andere Mütter sich zwar ‚einsam fühlten, aber gut stillen konnten‘. Jedoch wurde mehrfach negativ bewertet, dass Besuch von Geschwisterkindern nicht möglich war. Wenn es medizinisch erforderlich ist, steht ein Ausschluss von Geschwisterbesuchen zwar außer Frage, die Rückmeldungen aus der Studie sollten jedoch Anlass geben, in ähnlichen Situationen besonders sorgfältig abzuwägen, ob dies tatsächlich notwendig und sinnvoll ist.

Etwa drei Viertel der Mütter führte im häuslichen Wochenbett die Besuchseinschränkungen (teilweise) gelockert fort und mit vermehrten Lockerungen auch noch in den ersten 2 Monaten nach der Geburt. Auch nicht stillende Mütter äußerten sich in der Grundstimmung positiv zu den Auswirkungen der pandemischen Besuchseinschränkungen rund um die Geburt, bewerteten sie aber häufiger als zu streng und lockerten sie zu Hause häufiger und früher als stillende Mütter.

Aus den Ergebnissen lässt sich ableiten, dass Mütter insgesamt bewusst mit Besuchseinschränkungen umgehen und dass positive Erfahrungen in der Klinik den Weg zu abgewogenem Verhalten auch zu Hause bahnen können.

6.5.2 Schlussfolgerungen

In den Stationsinterviews wurde in etwa einem Drittel der Kliniken angegeben, dass während der Pandemie bei der Entlassung erfreulicherweise mehr gestillt wurde als vor der Pandemie. Es erscheint möglich, dass die Besuchseinschränkungen hierzu beigetragen haben. Eine Verifizierung dieser Angaben war nicht Gegenstand des Studienkonzepts.

Insgesamt zeigen die Daten, dass eine wissenschaftliche Untersuchung möglicher Auswirkungen unterschiedlicher Besuchsmodele auf den Stillerfolg und andere Faktoren bei Eltern und Kliniken notwendig ist.

6.6 Stillförderliche Regelungen zur Liegedauer der Wöchnerinnen

6.6.1 Trends aus den letzten Jahren

In der SuSe I-Studie 1997/98 betrug die Liegedauer der Wöchnerinnen (nach Selbstangaben der Mütter 2 Wochen pp) im Durchschnitt 5,7 Tage (Md. 5,0; Min. 1; Max. 16), in der SuSe II-Studie 2017-19 waren es im Durchschnitt 3,6 Tage (Md. 3,0; Min. 1; Max. 16). Die Klinikleitungen in der SINA-Studie gaben für die Situation vor der Pandemie eine Liegedauer von durchschnittlich 2,6 Tagen (Md. 2,5; Min. 2,0; Max. 3,7) bei vaginaler Geburt und durchschnittlich 3,6 Tagen (Md. 3,5; Min. 2,0; Max. 5,0) bei einer Sectio an. In der Pandemie hatten sich die Liegezeiten nach mehrheitlichen Angaben der Kliniken eher noch verkürzt.

Diese Zahlen aus den bundes- und landesweiten Stillstudien des FKE konkretisieren den aus der Gesundheitsberichterstattung bekannten Trend zu kürzeren Liegedauern der Wöchnerinnen in Deutschland in den letzten Jahren. Diese Entwicklung ist auch im Zusammenhang mit der bestehenden Vergütung nach dem Fallpauschalensystem zu sehen.

6.6.2 Überlegungen zu stillförderlichen Optionen der Liegedauer

Die Klinikleitungen in der SINA-Studie wurden nach der aus ihrer Sicht – unabhängig von Fragen der Finanzierung – für die Stillförderung optimalen Liegedauer der Wöchnerinnen gefragt. Die mehrheitlichen Vorstellungen lagen bei 3 – 4 Tagen, wobei hier bei Angabe von Spannen konservativ der untere Wert eingesetzt wurde.

Damit besteht eine Differenz von nur ca. 1 - 2 Tagen zwischen der aktuellen Realität und einer als stillförderlicher eingeschätzten Liegedauer.

Die in den Interviews häufig spontan genannten Begründungen gingen weit überwiegend in Richtung einer situations- und bedarfsabhängigen Flexibilität und individuellen Handhabung nach den Bedarfen der stillenden Mutter und des Kindes. Einerseits wurden physiologische Abläufe und Variationsbreiten der Laktation als Argumente angesprochen, andererseits spiegeln die Einschätzungen auch die konkrete Situation der Nachsorge für Stillende nach der Entlassung wider.

Physiologische Kriterien

Eines der Kriterien, das häufig von den Klinikleitungen genannt wurde, war, dass der ‚Milch-einschuss‘ abgewartet werden sollte. Die Milchproduktion entwickelt sich in den ersten Wochen nach der Geburt kontinuierlich in Menge und Zusammensetzung. Unter dem Einfluss verschiedener Hormone nach der Geburt kommt es zur Milchbildung, die im weiteren Verlauf durch den Haut-zu-Haut-Kontakt zwischen Mutter und Kind, das Saugen des Kindes an der Brust und deren regelmäßige Entleerung aufrechterhalten wird. Das Kolostrum, das in den ersten Tagen in geringeren Mengen gebildet wird, zeichnet sich unter anderem durch seinen Gehalt an immunologisch wirksamen Proteinen aus, die vielfältige kurz- und längerfristig positive Wirkungen auf die Gesundheit des Kindes haben. Bei den meisten Müttern steigen die Milchmengen 2 - 3 Tage nach der Geburt deutlich an, indem transitorische Muttermilch etwa in der 2. Woche und reife Muttermilch etwa ab der 3. Woche gebildet wird.

Diese initiale Phase der Milchproduktion (Laktogenese 1 und 2) mit ihrem komplexen Zusammenspiel verschiedener Hormone ist individuell, unterliegt verschiedenen Einflüssen. Der Zugang zu professioneller Betreuung und Beratung ist besonders wichtig. So wurde beispielsweise in den Leitungsinterviews teilweise darauf hingewiesen, dass es ungünstig sein kann, wenn die Mutter gerade in dieser Phase nach Hause geht. Bei guten Rahmenbedingungen für die Betreuung im Kreißsaal und auf der Station können bereits sich anbahnende

oder bestehende Stillerschwernisse oder Probleme von Seiten der Mutter und/oder des Kindes sehr früh erkannt werden. Eine individuelle Beratung und Behandlung wird so möglich. Auch der eventuelle Bedarf an Stillhilfsmitteln ist hier zu beurteilen und die Mutter gegebenenfalls im Umgang damit fachkompetent anzuleiten. Wie wichtig dies ist, verdeutlichen sowohl die Ergebnisse der SINA- als auch der SuSe-Studie. In beiden Studien hatte etwa die Hälfte der Mütter in den ersten 2 Wochen pp Stillprobleme. In der SuSe II-Studie waren Stillprobleme in dieser frühen Stillphase ein nachweislicher Risikofaktor für verkürztes ausschließliches Stillen (< 4 Monate) auch wenn in den Kliniken die aktuellen Empfehlungen für die Stillförderung in hohem Maße umgesetzt wurden.

Nachsorge/Gesundheitsversorgung

In den Klinikinterviews wurde in der Regel als Kriterium für eine Individualisierung der Liegedauer unter dem Gesichtspunkt der optimalen Stillförderung die Sicherung der individuellen Nachsorge genannt, in die die Wöchnerinnen – auch ohne Stillprobleme – nahtlos aufgenommen werden. So könnte je nach Nachsorgesituation vor Ort die Entlassung individuell früher oder später erfolgen. In der Mütterstudie waren Mütter, die nach der Entlassung eine Betreuung hatten, mit dieser weit überwiegend (voll) zufrieden. Eines der wesentlichen Ergebnisse ist jedoch, dass ein erheblicher Teil der Mütter keine feste Nachsorge hatte, mit dem schon bei der vorgeburtlichen Information festgestellten sozialen Gradienten. Diese Familien und ihre besonderen Bedarfe sollten bei der Gestaltung von Informationen und Angeboten auch diesbezüglich besonders in den Blick genommen und mögliche Lücken geschlossen werden.

Über die Entlassung hinaus wären in einem systematischen Ansatz verschiedene Komponenten der Nachsorge und ihrer Vernetzung denkbar. Neben den auch in den Stationsinterviews genannten Angeboten in Anbindung an die Klinik, wie Telefonkontakten, wären insbesondere strukturell gefestigte Stillambulanzen als Anlaufstellen bei besonderen Problemen und medizinischen Bedarfen wünschenswert. Der Austausch mit stillerfahrenen Müttern wurde von den Müttern in SINA unter den bedeutsamen Hilfen genannt, in SuSe allerdings noch häufiger.

Blickt man auf das Angebot für werdende Eltern rund um die Geburt, ergibt sich scheinbar ein umfassendes Bild. Wie schwach einige Glieder in der Kette der Stillförderung sind, wird aber deutlich, wenn man in den Ergebnissen feststellt, dass beträchtliche Anteile der Mütter in der SINA-Studie keine Geburtsvorbereitungskurse (mit Stillinformationen) besuchten, viele Kliniken keine gleichwertige Beratung zum Stillen für bestimmte Gruppen (fremdsprachige Mütter) vorhalten können und Mütter aus unterschiedlichsten Gründen ohne Nachsorgehebamme als Ansprechpartnerin vor Ort sind.

6.6.3 Schlussfolgerungen

In der derzeitigen Situation der stationären Geburtshilfe sowie der prä- und poststationären Möglichkeiten der Stillförderung erscheint die Verkürzung der Liegezeiten in den letzten Jahren ein wesentlicher Faktor zu sein, der es erschwert individuelle Bedarfe der Unterstützung des Stillens abzubilden. Für die Stillförderung ist dies von großer Relevanz, da unabhängig vom Aufenthaltsort vielfältige entscheidende physiologische Prozesse in den ersten Tagen und Wochen ablaufen.

Flexiblere Liegezeiten könnten bedarfsgerechter für die Förderung des Stillens und die jungen Familien sein. Eine Verkürzung des stationären Aufenthaltes müsste einerseits eine strukturelle Stärkung der Stillförderung im klinischen Bereich und andererseits eine Entsprechung in der Ambulantisierung der Leistungen und deren Finanzierung haben. Damit würden lokal / regional angepasste Angebote durchaus denkbar und begründbar.

6.7 Stillförderung im Gesundheitswesen

In den Klinikinterviews hatten die Leitungen und die Stationen nach Abfrage der vorgegebenen Themenschwerpunkte noch die Möglichkeit, ihnen jeweils wichtige Punkte der Stillförderung, die in der Befragung zu kurz gekommen waren oder die sie vermissten, in freier Formulierung anzusprechen. Aus der gemeinsamen Betrachtung der Antworten aus den Perspektiven der Klinikleitungen und Stationen ergibt sich ein entscheidend erweiterter Blick auf die Situation der Stillförderung in NRW, der über die rein inhaltlich definierten originären Themen der SINA-Studie hinausgeht und relevante Aspekte des Gesundheitswesens als Ganzes berührt.

Aus den Synergien der beiden unterschiedlichen Blickwinkel lässt sich ein eindeutiger Wunsch nach einer angemessenen Wertschätzung des Stillens und der Stillförderung ablesen.

Dabei bezieht sich ‚Wertschätzung‘ in erster Linie auf strukturelle und organisatorische Voraussetzungen in den Kliniken, wie eine Erhöhung der Personalschlüssel, der Qualifizierung in stillrelevanten Bereichen und eine bessere Finanzierung der Stillförderung. Sie beinhaltet aber auch eine Verbesserung der vor- und nachstationären Angebote und Vernetzung mit diesen. Als wichtiger Baustein wird auch eine Verbesserung des Stillimages in der Öffentlichkeit und der Informationen über das Stillen gesehen.

Die vorgenannten kurz-, mittel- und längerfristigen Maßnahmen der Stillförderung werden auf Dauer ihre Wirkungen nur entfalten können, wenn sie von einer verstärkten Wertschätzung des Stillens im Gesundheitswesen sektorenübergreifend systematisch gestützt werden.

Interpretation und Empfehlungen

Dies sollte selbstverständlich auch die Abbildung des Themas in der Qualitätssicherung der Geburtshilfe einschließen, ebenso wie ein fortlaufendes Monitoring zu Maßnahmen der Stillförderung im prä- und poststationären Bereich mit angemessenen Finanzierungslösungen für fachlich notwendige Betreuungsleistungen.

7 Referenzen

- [1] Victora CG, Bahl R, Barros AJD et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*, 2016;387(10017), 475–490. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7)
- [2] Kersting M, Kalhoff H, Voss S, Jansen K, Lücke T: Empfehlungen für die Säuglingsernährung in Deutschland. Der aktualisierte Ernährungsplan für das 1. Lebensjahr. *Ernährungs Umschau* 2021; 68(6): 110–116. Version in Englisch unter DOI: 10.4455/eu.2021.023
- [3] Koletzko B, Bauer CP, Cziespka M al. Ernährung und Bewegung von Säuglingen und stillenden Frauen. Aktualisierte Handlungsempfehlungen von „Gesund ins Leben – Netzwerk Junge Familie“, eine Initiative von IN FORM. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 2015 (Suppl 5);164:S433-S457
- [4] Horta BL & Victora CG. Short-Term Effects of Breastfeeding: A Systematic Review of the Benefits of Breastfeeding on Diarrhoea and Pneumonia Mortality. Geneva: World Health Organization 2013.
- [5] Horta BL, Loret de Mola C & Victora CG. Longterm consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure and type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr* 2015);104: 30–37.
- [6] World Health Organization/United Nations Children’s Fund (Hrsg.): Innocenti declaration on the protection, promotion and support of breastfeeding. (1990) <http://worldbreastfeedingweek.org/2018/wp-content/uploads/2018/07/1990-Innocenti-Declaration.pdf>
- [7] Bundesinstitut für Risikobewertung (Hrsg.): Nationale Stillkommission. (2020) https://www.bfr.bund.de/de/nationale_stillkommission-2404.html
- [8] Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung - Gesund ins Leben - Netzwerk Junge Familie: So wird Deutschland stillfreundlich! Ergebnisse und Empfehlungen aus dem internationalen Forschungsvorhaben Becoming Breastfeeding Friendly. (2019) https://www.gesund-ins-leben.de/fileadmin/resources/import/pdf/bbf_faktenblatt_ergebnisse.pdf
- [9] Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (Hrsg.): Nationale Stillstrategie (2021) https://www.bmel.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschueren/nationale-stillstrategie.pdf?__blob=publicationFile&v=3
- [10] World Health Organization (Hrsg.): Implementation guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-friendly Hospital Initiative. 2018 <https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi-implementation-2018.pdf>

Referenzen

- [11] Pérez-Escamilla R, Martinez JL & Segura-Pérez S. Impact of the baby-friendly hospital initiative on breastfeeding and child health outcomes: a systematic review. *Matern Child Nutr* 2016;12:402–417
- [12] Kersting M, Dulon M. Assessment of breast-feeding promotion in hospitals and follow-up survey of mother-infant pairs in Germany: The SuSe Study, *Public Health Nutrition* 2002; 5:547-552
- [13] Kersting M, Hockamp N, Burak C, Lücke C: Studie zur Erhebung von Daten zum Stillen und zur Säuglingsernährung in Deutschland – SuSe II. In: Deutsche Gesellschaft für Ernährung (Hrsg.): 14. DGE-Ernährungsbericht. Vorveröffentlichung Kapitel 3. Bonn, 2020, V1–V34
- [14] Sievers E, Weikert C, Weißenborn A, Kersting M. Stillmonitoring in Deutschland – Aktueller Handlungsbedarf und Perspektiven. *Bundesgesundheitsblatt* DOI 10.1007/s00103-018-2772-5
- [15] Hockamp N, Burak C, Sievers E, Rudloff S, Burmann A, Thinnies M, Zahn J, Luecke T, Kersting M. Breast-feeding promotion in hospitals and prospective breast-feeding rates during the first year of life in two national surveys 1997-1998 and 2017-2019 in Germany. *Public Health Nutrition* 2021; 24:2411–2423.
- [16] Logan C, Zittel T, Striebel S, Reister F, Brenner H, Rothenbauer D, Genuneit J: Changing Societal and Lifestyle Factors and Breastfeeding Patterns Over Time. *Pediatrics* 2016; 137(5)
- [17] Kristiansen AL, Lande B, Øverby NC, Frost Andersen L. Factors associated with exclusive breast-feeding and breastfeeding in Norway. *Public Health Nutrition* 2010;13:2087–2096
- [18] Frühe Hilfen aktuell 01/2020. Schwerpunktthema: Frühe Hilfen in Zeiten von Corona [https://www.fruehehilfen.de/index.php?id=2870&tx_solr\[sort\]=publishedYear+desc](https://www.fruehehilfen.de/index.php?id=2870&tx_solr[sort]=publishedYear+desc)
- [19] Klein JD, Koletzko B, El-Shabrawi MH, Hadjipanayis A, Thacker N, Bhutta Z. Promoting and supporting children’s health and healthcare during COVID-19 – International Paediatric Association Position Statement. *Arch Dis Child* doi:10.1136/archdischild-2020-319370
- [20] McFadden A, Siebelt L, Marshall JL, Gavine A, Girard LC, Symon A, MacGillivray S. Counselling interventions to enable women to initiate and continue breastfeeding: a systematic review and meta-analysis. *International Breastfeeding Journal* 2019; 14:42
- [21] Vazquez-Vazquez A, Dib S, Rougeaux E et al.: The impact of the Covid-19 lockdown on the experiences and feeding practices of new mothers in the UK: Preliminary data from the COVID-19 New Mum Study. *Appetite* 2021;156, 104985
- [22] Snyder K, Worlton G. Social Support During COVID-19: Perspectives of Breastfeeding Mothers. *Breastfeeding Medicine* 2021;16:39-45

Referenzen

- [23] Lambelet V, Ceulemans M, Nordeng H, Favre G, Horsch A, Stojanov M, Winterfeld U, Baud D, Panchaud A, Pomar L. Impact of the COVID-19 pandemic on Swiss pregnant and breastfeeding women - a cross-sectional study covering the first pandemic wave. *Swiss Med Wkly*. 2021 Sep 17;151:w30009. doi: 10.4414/smw.2021.w30009. PMID: 34546015
- [24] Stampini V, Monzani A, Caristia S, Ferrante G, Gerbino M, De Pedrini A, Amadori R, Rabbone I, Surico D. The perception of Italian pregnant women and new mothers about their psychological wellbeing, lifestyle, delivery, and neonatal management experience during the COVID-19 pandemic lockdown: a web-based survey. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021 Jul 1;21(1):473. doi: 10.1186/s12884-021-03904-4. PMID: 34210276; PMCID: PMC8246432
- [25] Nutricia-Milupa-Geburtenliste Deutschland 2020 <https://www.nutricia-med.de/wp-content/uploads/Geburtenhitliste-2020.pdf>
- [26] Nationale Stillkommission 2007, <https://www.stillen.de/wp-content/uploads/2017/02/BfR-Stillf%C3%B6rderung-in-Krankenh%C3%A4usern-1.pdf>
- [27] Statistisches Bundesamt 2022, www.gbe-bund.de
- [28] Haroon S., Das J.K., Salam R.A., Imdad A; Bhutta ZA. Breastfeeding promotion interventions and breastfeeding practices: a systematic review. *BMC Public Health* 13, 2013, S20 (2013). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-S3-S20>

8 Anlagen

Anlage 1: Einladungsschreiben Kliniken

Anlage 2: Teilnahmeinformation

Anlage 3: Einwilligungserklärung der Klinik zur Studienteilnahme

Anlage 4: Nachfass-Fax Kliniken

Anlage 5: Einwilligungserklärung zur Teilnahme am Interview

Anlage 6: Studieninformation Stationspersonal

Anlage 7: Interviewleitfaden Klinikleitung

Anlage 8: Interview Leitfaden Stationspersonal

Anlage 9: Informationsschreiben und Einverständniserklärung Mutter

Anlage 10: Fragebogen für Mütter 2 Wochen post partum

Anlage 11: Fragebogen für Mütter 2 Monate post partum